独立行政法人 国立国際医療研究センター
国際医療協力部

NEWSLETTER

明日の国際保健医療協力magazine winter 2012

創立25周年記念特別編集号

国際保健医療協力活動の軌跡と展望

はじめに

おかげさまで
国立国際医療研究センター（NCGM）国際医療協力部は
今年度10月に創立25周年を迎えました。

NEWSLETTER winter 2012 は
これを記念した特別編集号として
「国際保健医療協力活動の軌跡と展望」を特集します。

国際医療協力部の25年間の軌跡をたどりながら
この変革の時代が求める
国際保健医療協力の未来図を一緒に見つめてみましょう。

NEWSLETTER winter 2012

Contents

はじめに 2

Close Up! レポート 3
NCGM国際医療協力部
創立25周年記念シンポジウム

NCGM国際医療協力部の歩み 6

世界の健康危機への対応 10
File1　アフガニスタン復興支援

File2　SARS緊急医療支援 13

File3　東日本大震災の復旧・復興支援 15

ロングインタビュー 18
国際保健医療協力の道を歩いて
国際医療協力部国際派遣センター長　仲佐 保

これからの国際保健医療協力 24

海外からの便り 27

プレゼント／編集後記 28

Close Up！
レポート

NCGM国際医療協力部

創立25周年記念シンポジウム

2011年12月3日、国立国際医療研究センター（NCGM）にて国際医療協力部の創立25周年を記念してシンポジウムが開催されました。その様子をレポートします。

変革の時代、変革の国際保健医療協力

約150名の参加者が来場し、大盛況となった会場で、『変革の時代、変革の国際保健医療協力』をテーマに、3名のゲストスピーカーとともに国際保健医療協力の軌跡と展望について講演やディスカッションが行われました。

第1部

第1部の「NCGMが過去25年で培ったコアビジネス」では、国際派遣センター長の仲佐保が、国際医療協力部がこれまでの活動から重要性を見出した3つのコアビジネスを紹介しました。

1つ目は人材育成で、日本人が海外で直接医療を提供するのではなく、保健人材の育成のためのシステムづくりへと支援を発展させるというもの。各国の病院で医療専門の技術移転を行うことで育つ人材が、地域に定着し、より多くの人々に保健医療サービスを届けられるようにしています。2つ目は、ポリオ根絶計画など、国際社会が地球規模で取り組むさまざまな感染症対策への貢献。3つ目は援助協調で、より効果的な援助を目指すために、さまざまな援助機関と連携するというもの。各援助機関や組織が単独で援助を実施するのではなく、協調して効果を高めていけるように積極的に調整して活動を進めています。

1981年のカンボジア難民キャンプにおける緊急医療支援から始まったNCGMの国際保健医療協力活動。3つのコアビジネスは、国際医療協力部が支援する相手国のために何が求められているのか、自問自答を繰り返しながら築き上げてきたもので、活動の基盤となっています。

第2部

第2部の「今後10ー20年の世界の展望とグローバル・ヘルス」では、3人のゲストスピーカーがそれぞれの専門分野から、国際保健医療協力を取り巻く世界が今後どのように変わっていき、どのような新たなニーズが生まれてくるのかについて講演しました。

1人目は、早稲田大学人間科学学術院特任教授の阿藤誠氏。国立社会保障人口問題研究所長、日本人口学会会長などを歴任し、人口問題の第一線で活躍する阿藤氏が、世界の人口動向から見る人口問題について開発途上国と先進国に分けて論じました。開発途上国の中でも、アジア、ラテンアメリカとアフリカとでは人口問題が異なることや、少子高齢化の進む先進国においても、フランスなど出生率が回復している国と日本のように低出生率が続く国とで二極化していることなど、興味深い内容が発表されました。

2人目は国際基督教大学教授の毛利勝彦氏。専門の国際関係学、特にグローバル・ガバナンスの観点から、現在世界が直面している危機について論じました。持続可能な開発の3本柱である“経済”“社会”“環境”に“平和”を加えた4つの危機が、いかにグローバル・ヘルスと関連しているか、また、これらの危機への対応方法としてのガバナンスの変革が、さまざまな角度から分かりやすく説明されました。

3人目は、「バサロスタート」でソウル五輪100メートル背泳の金メダリストとして知られる、順天堂大学スポーツ健康科学部准教授の鈴木大地氏。世界オリンピアンズ協会理事の経験から、これまで保健医療関係者にはあまり知られてこなかったスポーツ界による健康への取り組みや、アフリカにおける水泳普及活動で直面した開発途上国の子どもたちを取り巻く格差の問題について講演しました。「開発途上国には能力を持ちながらスタートラインに立てない人がたくさんいる。特に水泳はまだまだ裕福な人しかその機会が与えられていない。だから、私は金メダルを獲ったが世界一だとは思っていない。」という発言は、グローバル化が進んでもなお解決しない、むしろ拡大さえしている格差社会の問題を鋭く指摘しており、参加者に強いインパクトを残しました。

告知用ポスター

第3部

第3部の「これからの国際保健医療協力の展望」では、第1部と第2部の発表を踏まえた3つのテーマ、1）現在国の財政が厳しい中で国際協力を行う必要はあるのか？、2）国際協力が必要ならば、どんな人を巻き込み、どんなアプローチで行うのか？、3）若い世代にとって国際協力が意味することは何か？について、ゲストスピーカーと会場の参加者を交えて公開討論が行われました。

当日の配布資料

モデレーターは、自治医科大学教授で現在NCGMの理事を務める尾身茂。世界保健機関（WHO）西太平洋地域事務局長を2期10年間に渡って歴任した、国際保健のスペシャリストでもあります。

国際協力の必要性については、人道的立場、世界の相互依存化、先進国と開発途上国の課題の共通化、日本人の学びの場など、さまざまな視点から必要性が指摘されました。また、富める者から貧しい者への一方向的な援助ではなく、相互に役立つ“パートナーシップ”に基づく援助へと、考え方にも変革の必要性がある点も多くの参加者から指摘されました。

国際協力の方法に関しては、対象とする課題の選択と集中の必要性、NGOsや民間企業との協働やスポーツや環境分野の人との連携など、新しいパートナーの発掘の必要性が数多く聞かれました。また、東日本大震災における支援活動を経験した複数の参加者から、日本の公衆衛生の弱さが指摘されると同時に、国際保健医療協力での経験を国内の公衆衛生の強化に活かすためにも、国外で働く者と国内で働く者の相互交流を進めるべきといった提案も上がりました。

そして、これからの時代を担っていく若い人材については、若い世代が帰国後の進路を案じて海外に出るのに二の足を踏むような現状を変えていく必要がある、そのために既存の研修に現地に行って実施するアクションリサーチを取り入れたり、大学卒業後の早い段階でも現場経験ができる仕組みづくりなどを進めていく必要性があるという意見が交換されました。

シンポジウムは、こうして終始、活発な議論が続きました。十分な時間がとれないテーマが出るという残念な場面があったほどでした。

最後に、国際医療協力部派遣協力課長の三好知明が全体を総括するとともに、今後の国際保健医療協力へのNCGMからの提言書を紹介し、大盛況のまま幕を閉じました。

特集

国際保健医療協力活動の軌跡と展望

NCGM国際医療協力部の歩み

1970年代 ～ 2011年。日本の国際協力の歴史とともに歩んできたNCGM国際医療協力部の国際保健医療協力活動の成長の軌跡をご紹介します。

戦後20年、日本に求められた国際協力

戦後20年を経過した当時の日本は高度経済成長を遂げ、国際的な責務としてさまざまな形で世界に貢献することが求められていました。特に保健・医療分野における国際協力は、平和的にも期待されていました。

1970年代に入ると、インドシナ難民問題を契機に、国民の国際協力に対する意識が高まり、“ベーシック・ヒューマン・ニーズ（BHN：基礎的な生活ニーズ）”に直結する医療協力の強化・拡充を図る必要が一層迫られていました。さらに、開発途上国からも協力の要請が年々増加し、多様化していました。しかしながらその一方で、医療協力に携わる人材の不足から、専門家を長期派遣する国際協力活動を可能にする体制は十分に整っていませんでした。

そのような状況の下、1979年に「国際医療協力等検討会議」の答申が政府より出され、そこにはJICA専門家の派遣・確保及び研修員の受け入れに協力するため、配置人員200名、研修員受け入れ300名規模を想定した「国際医療協力センター（国際医療協力部の前身）」の構想が出されていました。

設立当初の病院

国際医療協力部の誕生　― 7名の同志とともに

1979年、日本政府によりカンボジア難民キャンプへの医療援助が決定し、NCGMからも初めて医師が派遣されました。小規模ながら継続的に医師を派遣する中で国際医療協力への意識が高まり、1986年10月に「国際医療協力部」が設置されました。当初、配置された人員は、事務職2名、医師5名のわずか7名でした。その後、JICAによる国際協力活動の中で、医療の分野においては、そのいくつかを国際医療協力部が担うことになっていきました。

臨床支援へ　― 病院建設と医療技術協力

こうして緊急援助から始まったNCGMの国際医療協力は、次第に開発途上国での保健医療分野の人材育成にも重点を置くようになりました。国際医療協力部が設立して2年目の1987年には、ボリビアで初の技術協力プロジェクトである「JICAサンタクルス総合病院プロジェクト」を開始することになりました。無償資金協力による病院建設と診断・治療などを含めた医療技術支援です。ボリビアを始め、中国、パキスタン、エジプト、カンボジア、ベトナム、ホンジュラスなどでのJICAプロジェクトにおいても、同様に病院建設と医療技術協力が実施されました。

これらの協力は、病院などの医療施設を中心とした協力で、医師、看護師をはじめ、放射線技師などの医療従事者も数多く派遣され、診断・治療を中心とした臨床への支援が行われました。各プロジェクトの活動現場で遭遇する課題には、カウンターパート（相手国の受入れ担当者）とともに協力しながらその原因を探り、発見し、解決していきました。

サンタクルス総合病院（ボリビア）

ボリビアでの臨床支援

病院から外へ　― 地域の保健医療システムづくり

活動が続くうちに、臨床への支援だけでは解決できないことが次々と現れ、地域の保健医療を担う行政への支援が重要であると認識し、医療施設を中心とした地域保健医療システムづくりへと協力活動の軸をシフトしていきました。

地域の中核病院や、その周辺の病院・診療所・保健センター、そこで働く医療従事者、行政や教育などの関連機関・住民組織など、病院を取り巻く地域全体との連携・協力を行うようになりました。そして地域保健行政機関との関わりがより一層重要となり、技術を教えるだけでなく、考え方や価値観を共に考える、個人を育成するだけでなく、地域や国の保健医療の仕組みづくりも支援する組織へと転換していきました。

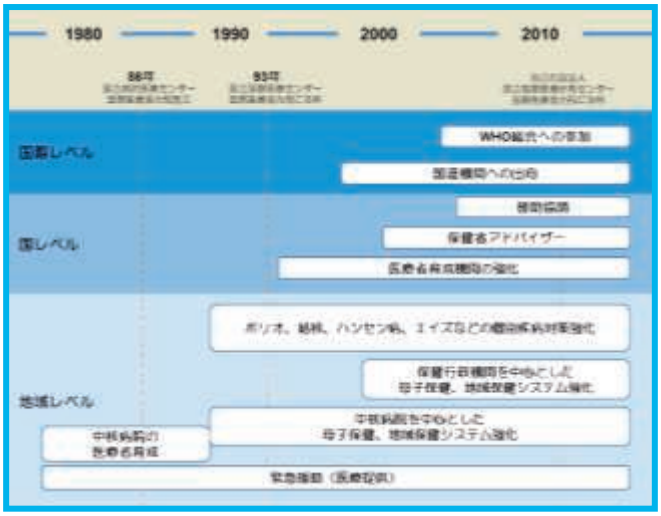
国際社会の中で　― 援助協調、政策支援

一方、国際社会では、世界を脅かす感染症への国際的な取り組みが行われてきました。国際医療協力部は、ポリオ撲滅を目標とする拡大予防接種対策や、HIV/AIDSを中心とする感染症対策など、多くの国際的プログラムにおいて各国の保健行政と関わりながら積極的に活動してきました。

保健医療分野では、援助の効果を上げるために、さまざまな援助機関や組織が協力して支援をする援助協調が主流になってきています。現場に根差した知見を支援国内だけでなく、国際的に還元していくことが重要になります。国際医療協力部はWHOをはじめとする国際機関や、さまざまな国際会議、調査団などに参加しています。さらに、2009年からは保健システム強化に関するWHOの協力センターに指定されています。

創立から25年。国際医療協力部が国際保健医療協力活動を通じて培ってきたのは、開発途上国における人材育成と仕組みづくりのノウハウ、国際的な課題の解決策を開発・展開する技術力、マクロ・ミクロレベルの協調のための調整力です。日本の国際保健医療協力活動の中核機関として、これからも質の高い活動を推進していきます。

国際医療協力部　活動の変遷



これまでの専門家派遣国

2011年9月30日現在

長期派遣国（1年以上）：20カ国　203名
短期派遣国（1年未満）：133カ国　2697名

国際医療協力部　沿革

年代	技術協力ほか		緊急援助	
1970			79年	カンボジア難民医療援助のため派遣
1980	81年	中日友好病院プロジェクトに技術指導のため派遣	87年	バングラデシュ洪水災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 8月
	86年	国立病院医療センター内に国際医療協力部設立 - 10月	88年	エチオピア干ばつ災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 3月
	87年	初の技術協力（JICAサンタクルス総合病院プロジェクト）をボリビアで開始		
	88年	バングラデシュにおける技術協力を開始		
1990	90年	中国における技術協力を開始	91年	フィリピン台風災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 11月
	91年	タイにおける技術協力を開始	92年	ニカラグア地震・津波災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 9月
	91年	第6回日本国際保健医療学会学術大会を主催 - 8月	93年	ネパール洪水災害に係わる国際緊急援助のため派遣
	92年	ラオスにおける技術協力を開始	95年	阪神淡路大震災の緊急援助のため派遣 - 3月
	93年	ナショナルセンター化に伴い国立国際医療センター国際医療協力局に改称 - 10月	96年	バングラデシュ竜巻災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 5月
	94年	ブラジルにおける技術協力を開始	96年	ペルー大使公邸占拠事件に係わる国際緊急援助のため派遣 - 12月
	95年	ベトナムにおける技術協力を開始	97年	インドネシア山火事災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 9月
	95年	カンボジア復興支援として技術協力を開始	98年	インドネシア暴動に係わる国際緊急援助のため派遣 - 5月
	96年	パキスタンにおける技術協力を開始	99年	トルコ地震災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 8月
	97年	インドネシアにおける技術協力を開始	99年	キルギス日本人誘拐事件の邦人保護のため派遣 - 9月
	98年	日本人向けの国際医療協力に関する集団研修を開始		
	99年	イエメンにおける技術協力を開始		
	99年	アフリカでの初のプロジェクト型技術協力をマダガスカルで開始		
2000	00年	ホンジュラスにおける技術協力を開始	00年	モザンビーク洪水災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 3月
	00年	ミャンマーにおける技術協力を開始	00年	インドネシア地震災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 6月
	01年	セネガルにおける技術協力を開始	01年	エルサルバドル国地震災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 1月
	02年	厚生労働省の要請によりWHO総会への参加開始 - 5月	03年	SARS対策に係わる国際緊急援助のためベトナム・中国へ派遣 - 3月 - 4月
	03年	国際寄生虫対策（橋本イニシアティブ）に医師を派遣	03年	SARS対策に係わる国際緊急援助に参加した医師5名に人事院総裁賞が授与され天皇皇后両陛下の拝謁を賜る - 12月
	03年	WPRO主催EPI TAG meeting参加開始 WPROベトナム事務所に担当者を派遣	05年	スマトラ島沖地震大津波災害に係わる国際緊急援助のためタイ・スリランカ・インドネシアに派遣 - 1月
	03年	仏語圏アフリカ母子保健集団研修を開始	05年	インドネシア・ニアス島沖地震災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 4月
	03年	感染管理指導者養成研修を開始	05年	パキスタン地震災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 10月
	04年	アフガニスタン復興支援として技術協力を開始	06年	インドネシア国ジャワ島中部地震災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 5月
	04年	UNICEF・保健省アドバイザーをアフガニスタンに派遣	08年	ミャンマー連邦サイクロン被害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 5月
	05年	国際保健医療協力レジデント研修を開始	09年	H1N1新型インフルエンザ発生に係わる空港検疫対応のため派遣 - 4月
	05年	ベトナム・バックマイ病院内に事務所（MCC）を開設 - 8月	09年	台湾の台風8号災害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 8月
	05年	EMROパキスタン事務所に結核担当者を派遣		
	06年	ザンビアにおける技術協力を開始		
	08年	コンゴ民主共和国における技術協力を開始		
	08年	第23回日本国際保健医療学会学術大会を主催 - 10月		
	09年	WHOコラボレーションセンター（保健システム）となる - 10月		
2010	10年	独立行政法人化に伴い、国立国際医療研究センター国際医療協力部となる - 4月	10年	パキスタン・イスラム共和国の洪水被害に係わる国際緊急援助のため派遣 - 9月
	10年	日本国際保健医療学会事務局となる - 4月	11年	東日本大震災に係わる中長期支援活動のため宮城県東松島市へ保健医療チームを派遣 - 2月
	10年	日本人向けの国際保健医療協力に関する集団研修をリニューアル - 6月	11年	東松島市と「保健衛生活動における復興対策のための協力に関する協定」を結ぶ - 5月
	10年	バングラデシュ・グラミングループとの活動を開始 - 10月		
	11年	創立25周年を迎える - 10月		

世界の健康危機への対応

世界では、開発途上国や先進国に関係なく、さまざまな健康危機が発生しています。自然災害や紛争、犯罪、事故などによって生じる、生命や健康の安全を脅かす事態です。

国際医療協力部は、世界で突発するさまざまな健康危機に対応して専門家を派遣しています。これまでに対応した健康危機で、最も古いものでは1979年にカンボジアで内戦と食糧危機によって発生した50万人もの難民の健康危機があります。当時の日本政府は難民医療団をタイ・カンボジア難民キャンプに送りました。これにNCGMの医師も派遣され参加しました。

創立から25年の間に対応したさまざまな健康危機の中から3つの事例を取り上げ、派遣された専門家たちに聞いた当時の様子を紹介します。

File 1 アフガニスタン復興支援

タリバン政権の崩壊後、保健医療分野における日本のアフガニスタン復興支援が開始され、治安上の問題から厚生労働省より派遣見送りが決定されるまでの2003年から2008年まで、国際医療協力部からも専門家を派遣しました。

解放された女性のための保健医療サービスの整備を目的に、現地政府の保健省でリプロダクティブヘルス部の立ち上げや運営に係わり、アフガニスタンの母子保健システムの基礎づくりを支援しました。爆弾テロが散発する劣悪な環境が続く中、日本のオフィスではJICAと連絡調整をしながら危機管理に関するマニュアルの整備と報道のスクリーニング（危機事象の種類、程度、場所をモニタリングすること）を行っていました。

専門家に聞いてみました

藤田 則子（ふじた・のりこ）

国際医療協力部勤務の医師。母子保健の専門家として保健人材開発システムに取り組む。

2003年から2008年まで継続してアフガニスタンの復興支援にかかわる。2005年から2008年までアフガニスタンでのJICA「リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト」のチーフアドバイザーとして母子保健の向上に尽力した。

（左から）藤田氏、保健省母子保健担当副大臣、リプロダクティブヘルス部長

母子保健分野の国際協力活動は、どのように復興支援に繋がるのですか？

藤田：戦争をしていた国というのは、それが何年続いていたかによって社会の壊れ方が違っていて、復興支援のあり方も異なります。

当時（2003年）のアフガニスタンの場合は、20年間も戦争が続き、国民は他国へ難民として逃げ、政府は機能しないままという状況にありました。復興支援には、いわゆるインフラ整備などのハード面と、教育や保健など生活に必要となるシステムの構築というソフト面での活動があります。優先的に着手すべき課題は山ほどありましたが、保健という分野で最もプライオリティが高い問題は、母子保健でした。

アフガニスタンでは、生まれた赤ちゃんの5人に1人は5歳まで生きられず、平均寿命も40歳くらいです。こうした長生きのできない環境を改善し、戦争で長く弱い立場に追いやられていた女性と子どもを中心に人々の健康を取り戻させたい。それが国の復興の活力を支えるものと考え、支援活動が始まりました。

宗教や文化の違いは活動にどんな影響がありましたか？

藤田：イスラム教の保守的な地域では、女性は1人での外出も、人前に顔を出すことも認められていないので、医師として診察することがなかなか受け入れてもらえませんでした。男性は奥さんが病気で苦しんでも、女性の医師にしか診てもらおうとしないし、男性の付き添いがなければ病院に行かせないのです。一方で、現地に女性の医師はとても少ない。女性は学校で学ぶ機会もきちんと与えられてないからです。

母子保健の環境を改善していくには、女の子が学校へ行き、看護や医療の専門知識まで継続して学び、それを活かせる職に就けるようにしなくてはいけません。また同時に、男性の意識改革も進めていく必要があります。女性の医療スタッフを増やさなければと分かっても、その実現までは長い道のりです。

現地の女性に必要な母子保健サービスは、どのようにして分かりましたか？

藤田：滞在していた首都カブール市とその周辺の町村などで調査をしました。なぜかというと、妊婦さんをケアする施設ができても、復興とともに女性たちが外出しやすくなったというのに利用者が来なかったからです。その時に、旦那さんの反対や付き添い者がいないことなど、イスラム教に関連した理由を予想したのですが、実際はまったく違っていました。どこでどんな人にどのようなサービスが受けられるのかという情報が少なかったり、利用者が信頼しにくい印象を持ってしまったりしたことが理由だったんです。

多くの女性に施設を利用してもらうためにどのような工夫をしたのでしょうか？

モスク

藤田：私はアフガニスタン政府の厚生労働省にあたる保健省にある母子保健を担当する部署と仕事をしていて、利用者を増やすにはどうしたらいいかを彼らと一緒に考えました。そこで、モスク（イスラム教の礼拝堂）で放送したり、相談に来た人に情報提供したりして情報を広める案が出ました。モスクが市民の集会所のような情報交換の場としての機能を持っていたんです。保健所ができたよ、こんなサービスが受けられるよ、安心だよと伝えました。モスクは男性だらけなので、同時に男性の意識を変える効果もあったと思います。

日本とアフガニスタンでは、女性にとって出産にどのような違いがありますか？

藤田：まず出産に関するライフスタイルがまったく違います。日本では女性1人あたりの出産回数は減少していますが、アフガニスタンの女性は15歳くらいからずっと産み続けます。当然、死亡率も高い。女性が健康な体を保ちながら出産するには、妊娠と妊娠の間隔を空ければいいのですが、私たちにはこれを「ファミリー・プランニング（家族計画）」として理解できても、アフガニスタンではイスラム教の考え方として“家族を計画する”なんてことは受け入れられないわけです。そこで、「バース・スペーシング（出産の間隔）」という名前でこの考え方を知ってもらうようにしました。同じことだけど、アプローチの違いで結果が変わってくるんですね。

延べ6年間の滞在で、アフガニスタンの復興は間近で感じられましたか？

藤田：それは感じられましたね。特に2004～2005年頃は、何よりも現地の人たちに復興への希望と勢いがありました。長い戦争が終わり、徐々に平和と治安を取り戻し、多くの外国からの支援活動を受け、道路や建物が改修されて町が変わっていく変化を誰もが実感していました。女性もブルカ（全身を覆う伝統的衣装）をかぶる人が少なくなり、外出もしやすくなって買い物にも出かけるようになったり。そうした雰囲気は支援活動にも励みになりました。

活動終了後も現地の様子は気になりますか？

藤田：今は治安が悪くて行けなくなりましたが、その後どうなっているかはいつも気になっています。当時は、24県のうち20県に母子保健担当が就いて環境が改善されたのに、今は12-13県に減ったそうです。アフガニスタンがまた平和に向かうように国際社会も努力していくべきだと思います。そして何とかまた行ける機会があるといいなと思っています。

File 2 SARS（重症性呼吸器症候群）緊急医療支援

2002年11月に中国広東省で発生した新型肺炎の感染症、SARS。香港を経て、ベトナム、中国、台湾、カナダなど32か国に急速に拡散し、延べ8,439名の患者が発生し812人の命が奪われるという、世界にとって深刻な健康危機となりました。

多くの国々で院内感染が起こり、感染者が急増しました。日本政府の要請により、NCGMセンター病院と国際医療協力部からも医師3名を含む緊急援助隊がベトナムと中国に派遣されました。ベトナムで制圧の中心となったバックマイ病院は、NCGMが2000年より院内感染症対策などの技術協力を行っていた病院だったので、緊急援助隊は構築されていた信頼関係の上で円滑に共同作業を進めることができ、院内感染や死者を1例も出さずに鎮静化に成功しました。

各国が院内感染対策や患者の隔離を徹底し、また、国際的な情報交換や協調にも力を入れたことによって、流行は次第に下火になり、2003年7月に世界保健機関（WHO）が終息宣言を発しました。

SARSってどんな病気?

新興感染症の1つ。飛沫感染によって拡散する。2〜7日の潜伏期間の後、高熱、悪寒、頭痛、筋肉痛など、インフルエンザに似た症状が出て発症する。発症後は、咳と呼吸困難が続き、悪化すると死亡するケースもある。

専門家に聞いてみました

小原 博（おはら・ひろし）

NCGM国際医療協力部勤務の医師。感染症の専門家としてネパール、ベトナム、ミャンマーなどのプロジェクトで技術指導に取り組む。専門は熱帯医学と院内感染対策。

SARS流行時の2003年3月から5月にかけて、ベトナムと中国で活動し、対策に貢献した。

感染症の緊急対応とは、どんなことをするのですか？

小原：私はベトナムと中国に派遣され、感染防護服や人工呼吸器などの器材とともに現地の病院に入りました。そこでは、これ以上感染が広がらないようにするための技術指導をしました。当時は、SARSの予防法も原因ウィルスもはっきりしていない時期だったので、多くの人が怖がり、かなり騒ぎになっていました。すでに感染してしまった患者さんは、現地の病院スタッフが診療しますので、私は院内感染症対策といって、消毒の徹底など、ウィルスの拡散を防ぐために何をすべきかを指導しました。

派遣先のバックマイ病院（ベトナム）

感染が急速に拡大しているところに行くのは怖くないのですか？

小原：怖いとは思わなかったです。日本政府の要請で派遣されましたが、感染症の緊急対応は初めての仕事でした。でも仕事として行きますから、“とにかくやろう”という気持ちでした。飛沫感染（咳やくしゃみなどで飛び散ったウィルスが喉や鼻の粘膜に付着する感染）するので非常に拡散しやすい上に、特効薬が見つかっていない時期だったのですが、私はやはり感染を防ぐ方法を知っているので、十分気を付ければ問題ないと考えていました。

技術指導を行う小原氏

どうして開発途上国を中心に32か国にも感染が拡がったのでしょうか？

小原：SARSの感染源は、最初はハクビシンかも知れないと言われ、その後、コウモリという説が有力ですが、定かではありません。中国の広東省で一番多くの患者が出たのですが、やはり動物との接点が多い地域では患者が出やすいんですね。

感染症には日頃からの予防対策が重要ですが、その認識が低い国では院内感染を起こしやすくなります。予防対策は、消毒剤を揃えたり、スタッフをトレーニングしたりと、どうしてもコストがかかり、直接的な利益にもつながらないために後回しになりがちです。

でも、実際には病気を未然に防ぐことで“無駄に患者さんを増やさない”という効果があるわけで、中長期的に見れば診療費用を低減することになります。SARSの後は、そういう認識が随分高まったと思います。

器材とともに派遣

ベトナム語で書かれた手洗いマニュアル

任務を終えた時はどんな気持ちでしたか？

小原：派遣先の病院では、院内感染も死者も1例も出さずに終息できたので、技術指導の成果があったという達成感がありました。その年の「人事院総裁賞*」をいただくことができ、天皇陛下にもご接見賜る機会がありましたので、とても印象深い活動でした。

開発途上国の主要病院と良好な協力関係にあることはNCGMの強みなので、今回も現地スタッフとの情報交換など、とても仕事をしやすい環境にあったことも良かったと思います。

感染症はきちんと対応すればむやみに拡がるものではないので、今後も多くの国で予防対策の技術支援を続けていきたいと思います。幸い、SARS以降はあれほど世界的に猛威を振るう感染症は発生していませんが、また緊急対応が必要な事態になれば、私ももちろん現場に行こうと思っています。

＊ 国民全体の奉仕者としての強い自覚の下に職務に精励し、国民の公務に対する信頼を高めることに寄与した職員または職域グループの功績を讃えるもの（人事院HPより）

File 3 東日本大震災の復旧・復興支援

2011年3月11日に東北地方で発生した未曾有の大震災。NCGMは、発生から6時間後にDMAT（災害派遣医療チーム）を派遣し、仙台医療センターを足場に被災地での救援活動を開始しました。NCGM内部では、災害対策本部の下に派遣支援委員会を設置し、医師、看護師、薬剤師、事務官で構成された医療チームを宮城県東松島市に派遣し、避難所の巡回診療、同市の保健師の災害業務、浸水世帯の全戸健康調査などを支援し続けました。

派遣したスタッフは、合計48隊、延べ239名にのぼります。その後もNCGMは、同市と復旧・復興プロジェクト実施の協定を締結し、市の保健福祉部が行う仮設住宅入居者支援や在宅者支援、こころのケアなどの事業で継続的に支援しています。

～ 1人の専門家の「3・11」から ～

悲しみを乗り越えて被災地支援に向かう

櫻井幸枝（さくらい・ゆきえ）　NCGM国際医療協力部の専門家。主に母子保健分野の国際保健医療協力を担当する。宮城県名取市出身。

派遣先のカンボジアで東日本大震災の発生を知る。

家族を失った被災者として何ができるのか。国際協力の専門家として何ができるのか ――。

3月11日。

派遣先のカンボジアの田舎町で地元の看護師の実態調査を行っていた櫻井さんは、日本にいる友人から大地震発生の知らせを受けました。宮城県名取市にある実家の母親を心配して電話をかけたのは、日本時間の午後3時前。地震直後のせいか、国際電話はなかなかつながらず、何十回とかけ直してようやく母親の声が聞けました。家の中は落下した物で溢れているものの無事だった様子に安心し、元気な声で「わざわざ海外から連絡をありがとね」と言われて電話を切ろうとしたその時、「隣の家に津波が来た！」という母親の叫び声で電話が途切れました。

母親に何か重大なことが起きた。連絡が取れず、こみ上げる不安の中で、櫻井さんは情報を求めて首都プノンペンへ向かいました。つないだインターネットのニュース情報には、想像以上の被害状況が次々と報じられていました。

命だけは無事でいて――。それだけを願いながら帰国準備を始めました。

3月12日。

朝、目にしたのは現地の新聞の一面に載った被災地の写真でした。津波に襲われて破壊された故郷の上空写真。絶望感でいっぱいになりながら日本に戻りました。

帰国後、宮城県への移動手段がない中、福島原発事故も発生したため、神奈川県に住む兄と相談して先に兄が実家へ向かい、櫻井さんは東京で安否情報の確認をすることにしました。

大震災を伝えるカンボジアの新聞

実家から100m先の海岸線

3月16日。

母親が見つかりました。地元の消防団が亡くなった母親を実家から200メートル離れた場所で見つけて、兄が確認しました。

数年前、海外滞在中に父親が倒れ、帰国直後に他界した。そして、元気だった母親までもがいなくなってしまった。わずかな望みを絶たれ、櫻井さんはどうにもできない悲しみでいっぱいになりました。

3月18日。

櫻井さんも宮城県へ向かいました。困っている誰かに分けてあげられるかも知れないからと、カバンに大量のパンとカップ麺を詰め込んで、新潟経由仙台行きの高速バスに乗りました。

悲しみは消えない。それでも何か被災地の役に立つことがしたい。そう思って訪れた町は、想像以上の壊滅状態で、無力感の中、母親の弔いを済ませるだけで精一杯でした。

櫻井さん（右から2番目）と医療チームのメンバー

それから。

東京に戻って間もなく、NCGMが宮城県東松島市に医療チームを継続的に派遣することが決まりました。櫻井さんは迷わず志願し、4月10日、再び被災地へ。医療チームのコーディネーターとして、避難所の人々や自宅に残った人々の訪問診療にあたりました。

現地をよく知り、ニーズを分析し、必要な準備をする。被災地で混乱を起こさず適切な活動をするためのこうしたプロセスには、櫻井さんが開発途上国での活動で長年培ってきた経験とノウハウが活かされました。そして、現地の人とコミュニケーションを取り、調整を行い、ともに課題に取り組んでいく姿勢もまた、開発途上国の現場との共通点でした。

櫻井さんも被災者の1人だけれど、だからこそほかの多くの被災者と共感し、励まし合いながら、人々の健康を守る活動ができました。

そして今。

櫻井さんは現在、NCGM国際医療協力部で開発途上国の母子保健の活動をしています。国際協力に興味を持ったのは高校生の時でした。青年海外協力隊で多くの赤ちゃんの命を救うために活動した助産師の本を読み、自分も目指そうと助産師と保健師の資格を取り、国際保健医療協力の道に進みました。これまでにカンボジア、バングラデシュ、マダガスカルなど、さまざまな国でお母さんと赤ちゃんの健康を守るための活動をしてきました。

震災後、そうした国々の人たちから、櫻井さんのオフィスに日本を応援するメッセージがたくさん届きました。世界中の人と人とのつながりを作っていく国際協力という仕事の意義を実感し、櫻井さんにとっても大きな励みになりました。

櫻井さんは、母親との思い出を胸に、今日も苦難に立ち向かっている人を助ける活動をしています。そしてこれからも続けていきます。

ロングインタビュー

国際保健医療協力の道を歩いて

NCGM国際医療協力部には、国際協力を志して医師や看護師となり、保健医療分野における日本の国際協力活動を牽引してきた専門家がたくさんいます。仲佐氏もその一人です。

組織として体制が整う以前から約30年にわたり、紛争地や被災地のほか、多くの開発途上国を行き来して、人々の生きる力を支える活動を続けてきました。国際医療協力部とともに歩んできた、専門家としての思いを聞いてみました。

広報情報発信班（◆）：仲佐先生は、国際医療協力部の25年の歴史を、そのままご自身のお仕事の歴史として歩んで来られていますね。国際医療協力部を一番よくご存じの方なんですね。

仲佐：どうかなあ。何でもすぐ忘れますから。（笑）

仲佐 保（なかさ・たもつ）

NCGM国際医療協力部

国際派遣センター長

国際医療協力部の創立時より国際協力活動に従事。カンボジア難民医療、エチオピア飢餓被災民援助のほか、JMTDR（緊急援助隊医療チーム）の一員としてソロモン群島ハリケーン災害、ニカラグア津波災害に参加。3年間のボリビア病院協力、3年間のパキスタン母子保健プロジェクト、4年間のホンジュラス・第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクトの長期専門家としての経験も持つ。

外科医として10年間、臨床にも従事。ジョンズ・ホプキンス公衆衛生大学校にて、公衆衛生修士課程修了。公衆衛生・国際保健分野で活動し、5人の家族とともに、国際協力の道を歩む。

海外に出たい ――
目の前にチャンスが来たら手を挙げる

◆：先生はもともと国際協力を志望されていたんですか。それとも医師になってから国際協力に進む転機があったんでしょうか。

仲佐：中学生くらいの頃から「海外に出たい」という思いが強かったんですね。それで医者になろうと思って医学部に進学しました。

◆：ほかにも海外に出ていける仕事はたくさんあるのに、医師を目指したんですね。

仲佐：漠然と医者になれば海外で患者さんを診るような活動ができるというイメージを持っていたんでしょうね。

◆：実際に医師になられてから、どうやって海外で活動する道が拓けていったんですか。

仲佐：医学部6年生の時に、NCGMに将来的に国際協力センターができるという新聞記事を見たのをきっかけに、NCGMに入りました。そして新米の外科医として病院で働くようになってすぐに、日本政府の要請でカンボジア難民キャンプに派遣される機会があった。ところが希望者を募ったら紛争地域に行きたがる医師がいなくて、僕だけが「行きたいです！」って手を挙げたんですね。（笑）

◆：海外での医療活動という希望がかなってカンボジアに行ってみてどうでしたか。道具がないとか電気がないとか、環境の違いで困ることはなかったですか。

仲佐：日本政府が準備をして難民キャンプの中に病院が作られ、そこに派遣されたので、診療用の器材や電気などは揃っていましたよ。ほかの国も医療支援に来ていて、内科はドイツ、アメリカは小児科、フランスは産科と、分担していました。日本は国際赤十字と一緒に外科を担当しました。24時間体制でよく手術をしましたね。

◆：手術といっても、紛争地だと治療の内容も随分違うんでしょうね。

仲佐：全然違いますよ。地雷を踏んで足が吹き飛ばされてしまった人や、銃で撃たれた人などが運ばれて来ますから。救急車も内部に2段ベッドが2つ付いているようなタイプで、4人の患者を一度に運べるようになってました。僕は新米だったから、ほかの先輩医師に教わりながら麻酔や帝王切開、切断手術など、毎日色々なことを一生懸命にやっていました。

カンボジア難民キャンプ

カンボジア難民キャンプ

1972年頃から1992年頃までカンボジア内戦で発生した難民が居住していた。数十万人規模。タイ寄りのカンボジア国境にあった。カンボジア総選挙に伴い、帰還運動が進められてキャンプが一斉閉鎖された。

飛び込んだカンボジア難民キャンプ
きついと感じてもこの仕事をずっと続けていこうと思えた

◆：海外での緊急援助で派遣される医師になるというのが想像以上に大変で、やっぱり日本で診療する医師になろうという気持ちにはならなかったんですか。

仲佐：最初はきつかったですよ。行きたくて手を挙げて行ったけれど、医師としての経験はほとんどないまま、戦争で怪我をした人を診る毎日で。

でも、きついなあと感じても、やっぱり将来もずっとこの仕事を続けて行こうと思ったんですね。色々すぐに忘れるんですけど、あの頃に自分がそう思ったことは今でもはっきり覚えています。（笑）

向いているのは、何でも食べられる人
そして人が好きな人

◆：今でも戦地へ派遣されることはあるんですか。

仲佐：1992年にPKO協力法が成立して、戦地へは自衛隊が、自然災害の現場へはその他の医療従事者が、というように派遣されることになったので、今は僕らが戦場に行くことはないですね。

◆：先ほど、当時は先生のように海外で医療協力活動をしたいと手を挙げる医師が少なかったと言われていましたが、今でも募集したら同じような状況になると思いますか。

仲佐：当時はたしかに、危険な現場へ行くことになるので嫌がる人も多かったですからね。でも今も行きたがる医師や看護師はいると思いますよ。今は情報過多で、日本で外国の情報が手に入る分、海外に出るのが怖くなることもあるかもしれないけどね。でも怖がらずに行かなきゃ。外に出て色んな経験する方が、ものの見方が多様化して成長できるから絶対にいいですよ。

◆：先生はカンボジアに行く時に怖さはなかったですか。

仲佐：全然なかったですよ。何も知らないから何も怖くなかった。行ってみないと分からないことだらけだったから。ある意味、何も怖いと思わずに海外に出られて幸せだったのかもしれないですね。

◆：どういう人が国際保健医療協力活動に向いていると思いますか。医師であるというほかに、どんな素養を持った人が向いているんでしょうか。

仲佐：これはもう、まず何でも食べられる人。どんなに優秀な医者でも、これができないと難しいですよ。毎日同じものでも、手に入るどんな食べ物でも食べられる人じゃないと。例えばエチオピアでは食べ物もなかったし、冷蔵庫もないから、肉が手に入った時は腐らないように毎日煮返しながら同じものを食べないといけなかったりするわけです。

あとは、人が好きっていう人。現地の言葉を覚えて周りの人と直接コミュニケーションを取ることが積極的にできる人がいいと思います。

無力感の中での気づいた
もっと根本的な援助が大切なんだ

◆：カンボジアの後に行かれたエチオピアはいかがでしたか。

仲佐：医者として無力感を味わった活動でしたね。毎日たくさん患者さんが来て、次々と亡くなってしまう環境でした。僕は治療するのだけど、良くなった人たちが少し経つとまた痩せ細って死んで行ってしまうんですよ。要するに約10年ごとに食料飢饉を繰り返していて食べ物がないことが問題なんですね。自分が治療して一時的に回復させることができても、本当にどんどん死んでしまう。医者のできることは対処療法でしかないのかと、ひたすら無力さを味わったわけです。

◆：治っても生きていけないほど栄養不良になる環境が問題なんですね。

仲佐：そう。だから緊急援助ではなく、開発援助へと視点を変えたんです。医療協力ももっと根本的なところを支援していく必要があると思いました。医者のところに来る人を治すのではなく、来なくて済む人を増やすことを考えるべきなんじゃないかと思った。

臨床の場は、あくまでも病気や怪我の患者さんが来てから治すという場で、それには多くの治療費がかかる。それでは経済的に苦しい国がもっと苦しむことになってしまう。だから公衆衛生や保健医療のシステムを改善したり、感染症が広まらないようにしたりするような、根本的な環境改善のための援助をしていくことが大切なんだと考えるようになったんです。

◆：緊急援助から始まった国際医療協力が、保健医療分野の開発援助へと活動をシフトする大きな転機ですね。

仲佐：海外の実際の現場で経験しながら、ごく自然に変化していった感じがします。病院でも働く経験があったからこそ、こうした流れの中で、予防接種率を高める活動などへと幅を広げることができたんでしょう。僕がその後、1994年からアメリカのジョンズ・ホプキンズ大学大学院に留学して公衆衛生を学んだのも、根本的な開発援助の必要性を強く感じたからです。

◆：その後も開発途上国での活動を続けながら、日本では病院で患者さんの診療をされていたんですよね。

仲佐：そう。海外に出る時だけ国際協力に関わって、日本では外来で診察したり、外科手術に入ったりしてました。国際協力を積極的にしていかなければという中で、長期に医師や看護師を派遣できる病院はなかなかないから、体制を整える必要があったんですね。そこで国際医療協力部ができたわけです。

最初の10年くらいは火曜日だけ国際医療協力部、他の曜日は病院で診療や手術、出張で海外での活動、というような生活を続けていました。徐々に国際医療協力部の業務が増えていき、メンバーも増えて、病院の仕事との並行が難しくなって専属になっていったんですね。

支援国からの日本に対する好意や愛着は国際協力活動の大きな価値の1つ

◆：人材育成のための研修などは、創立当初から実施していたんですか。

仲佐：最初からやっていました。開発途上国から研修員を日本で受け入れて、日本の支援というのはこういう活動をするんですよということを見せる機会です。研修内容を学ぶだけでなく、日本人は約束を守るんだな、時間通りに行動するんだなと、色々なことを感じてくれる。自分たちも自国でこういうことをやるといいかもしれないなと参考にしてくれるんですよ。

日本人の接し方には相手を尊重する優しさがあります。だから日本を好きになってくれる研修員の方は多いですよ。そこに日本という国に対する好意や愛着が生まれるわけです。これは国際協力という活動の大きな価値の１つでもありますね。

家族は海外で一緒にいた分、
結束力が強いと思う

◆：海外に出られる時は先生のご家族はどうされていたんですか。

仲佐：長期派遣の時は一緒に連れていって生活しますよ。僕の奥さんはもともと看護師で、同じように国際協力活動をしている人でした。出会ったのもカンボジア難民キャンプです。だから僕の仕事にもとても理解があります。

子どもは4人いますが、皆、僕が滞在した場所にちなんで名づけました。長女は「かおい」、長男は「だん」なのですが、カンボジアでの「カオイダン難民キャンプ」に由来しています。次男は南米のボリビアにいる時だったので「みなみ（南）」、三男は東京にいる時だったので「あずま（東）」です。

◆：仲佐家は賑やかですね。お名前も先生ならではで素敵ですね。

仲佐：兄弟が多い方がいいなと思ったんですね。海外生活が多いから、外国でも日本でも子供同士がお互いに遊び相手になりますから。だから今でもものすごく仲がいいですよ。集まると寝ないで朝まで語ったりしてますよ。海外でいつも一緒にいた分、結束力が強いんでしょうね。

開発途上国の人に
少しでも影響を与えられたら、やって良かったなと思う
結果はすぐに出ないけれど、そう思えたら充分

◆：これまで国際協力をされてきて、派遣期間を終えれば帰国しなければならないし、帰国してから相手国の情勢が変わって支援したことが継続的に活かされていないこともあると思いますが、どのように受け止めていらっしゃいますか。

仲佐：それが普通のことだと思っています。エチオピアで無力感を味わって“できることは限られている”と思うところから始まっているので、それで気が滅入ることなんてありません。そもそも支援できる規模なんてほんの小さなものです。国際協力というのは、結果はすぐに出ない、だから活動の最中に結果を求めちゃいけない、そういうものなんです。

◆：そうすると、どういうところがやりがいというか、モチベーションを維持できるところなんでしょうか。

仲佐：やっぱり派遣された国の人たちが少しでも変わったと感じられるところですね。人間としての変化というか、仕事の捉え方や課題への取り組み方、価値観などに自分たちが関わったことで少しでも影響が与えられたように感じる時に、やって良かったなと思いますよね。僕はそれで充分ですね。

できることを最大限にやるしかない
ただそれの繰り返しだから
虚しくなる暇なんてない

◆：開発途上国に行って、結果を求めずに活動して、また次の課題が山積みの国へ派遣されていくということを、意欲的に25年も続けるというのは大変なことのように思うのですが。

仲佐：ただやっていくだけですよ。戻ってきたら、また新しい現場に行く。新しいところではまた別の課題が山積みなわけですから、その前にいた現場のことを思い返して虚しくなっている暇なんてないですよ。過ぎたことは忘れてしまうからね。（笑）やっぱり外国人として支援にいくわけですから、派遣されている間にできることを最大限にやるしかないし、それがすべてなんだと思います。それの繰り返しですよ。

若い人たちを育てたい
国際保健医療協力活動がずっと続いていくように

◆：最後にこれから先生がやっていきたいことを教えていただけますか。

仲佐：2004年にホンジュラスから帰国して、ちょうど50歳を迎えたこともあり、今後はこれからの国際医療協力に参加する若い人たちを育てたいと思って動いています。例えば、国際協力に興味を持つ学生たちが活動できる仕組みを作ることも重要だと思い、日本国際保健医療学会の中に学生部会を作りました。現在、数十名の学生が所属していて、この仕事についてレクチャーしています。

若い人たちは、海外から日本に戻ってきた時に仕事があるのかとか、長期的に見通せる道がないと、参加する不安も大きいでしょう。国際保健医療協力に継続的に係われる色々な道を作ってあげたいと思っています。興味がある人は、やりたいと思ったら飛び込んだらいいんだと思いますよ。NCGMだけでなく、NGOなど、国際医療協力の活動をやっているところは一昔前より増えています。でも逆に中途半端な知識では通用しない厳しさも増しています。例えば、インターネットなどを介して開発途上国の人が独自に調べられる情報も多くなっているので、それ以上の知識や技術がなければ支援しに行く意味がなくなってしまうんですね。だからこそ、若い人たちを育てられる仕組みをきちんと作りたいですね。

また、国際医療協力部の活動についても、実践を積み重ねるだけでなく、その内容や必要性を多くの人に知ってもらえるように情報発信にも力を入れて行きたいと思っています。それが若い人にも活動の魅力や意義を伝えていくことにもなると思っていますし、それによって国際保健医療協力が活力を失わずに長く続いて行ってほしいと願っています。

◆：先生の活動や思いが受け継がれていくのが楽しみですね。どうもありがとうございました。

これからの国際保健医療協力

2011年、NCGM国際医療協力部は創立25年を迎えました。創立から25年、開発途上国での保健医療プロジェクトの実施や、人材育成をはじめ、SARSやアフガニスタン復興支援などの国際的な課題、阪神淡路大震災や東日本大震災のような国内の緊急課題など、国内外の数々の健康危機にも迅速かつ柔軟に対応してきました。

今、世界は急速なグローバル化の中で新たな課題に直面しています。NCGM国際医療協力部は、これを国際保健医療協力の新たな出発の時と捉えています。

12月3日に開催した記念シンポジウム「変革の時代、変革の国際保健医療協力」における議論でも指摘されたように、日本はこれまで国際協力を行ってきた多くの国々から高い評価と信頼を得ています。国際協力の正当性を示すものであり、今後も培った経験値を十分に活かしていくことになりますが、さらに国際医療協力部には、今や成熟段階にある日本の国際保健医療協力の実施機関として、より戦略と品格のある国際協力を推進するための中核的機能が求められていると思われます。

これからの日本の国際保健医療協力はどうあるべきなのでしょうか。そして国際医療協力部は、その期待に具体的にどのように応えていくのでしょうか。

これからの国際保健医療協力に求められるものとは？
国際医療協力部はどう応えていくのか

開発途上国の保健医療協力のニーズを、広い視野と長期的な視点から捉える一方で、現地特有の状況を十分に把握する必要があります。こうした分析を進めながら、グローバル化の中での新しい保健課題への対応について、国際保健医療協力の動向を見極める必要があるでしょう。すでに「Post-MDG（新ミレニアム開発目標）」に関する研究なども行われていますが、従来からの課題についても配慮しながら、今後の重点課題を絞らなくてはなりません。

新たな課題に柔軟に対応するには、保健医療分野における高い専門性のみならず、広い分野に対応できる能力が求められます。開発途上国の自立発展性を重視すれば、マネジメントや政策面からも積極的に支援していく必要があるため、そのためには幅広く対応できるよう、医師や看護師以外の専門職種からも広く優秀な人材を集める必要性が高まるでしょう。

支援の方法論では、単に欧米を模倣した事業の実施でなく、日本発の手法の開発など、新たな価値を創造し、それを発信することが求められています。新しい課題に対応したオリジナリティの高い方法論の開発が、日本の国際協力の優位性を伝えることにもつながっていくでしょう。また、新たな方法論の開発には必然的に有効性、効率性などの実証を伴うため、研究機能のさらなる強化も急務になります。

重要な点は、こうした活動には、国民の理解とそれに裏付けされた資金が必要になることです。国際協力の意義について、分かりやすく説明し、それを情報発信することで理解者の増やして、広く連携していけるようなネットワークづくりが不可欠です。

現在のNCGMビル

なぜ、日本ではデフレが進行し右肩下がりの厳しい経済状況の中、さらには東日本大震災という未曾有の災害からの復興を進めなければならないこの時期に、国際協力が必要なのでしょうか。

前述の記念シンポジウムの中でも、この問いに対して、保健医療に普遍的価値があり、ボーダーレスに人道的援助の必要性があることが強調されましたが、グローバル化社会ではより一層、国や地域は相互に関係してきており、安全保障などの面でも、ネットワーク構築の軸としても、国際保健協力の重要性は高まっています。

さらに、国内への事業展開においても、国際協力の意義が役立っています。国際医療協力部は、現在も引き続き、宮城県東松島市を中心に東日本大震災の復興支援に取り組んでいますが、短期的な支援だけでなく、長期的な視点からも地域保健システム開発や人材育成事業において、国際協力のノウハウが役立っています。

日本は少子高齢化、人口減少の中で、企業における事業の存続・拡大は海外にしかないという考えが主流になりつつありますが、こうした状況を背景として、国内における人材育成にも国際保健医療協力は活用できると考えられます。発展途上国に若いうちから派遣され、日本とは異なる環境で活動することによって、意欲とバイタリティに溢れた人材に成長して帰国するというブーメラン効果が見られるように、異文化の中での経験は種々の社会的な技術の習得に役立ちます。こうした人材が増えることは、沈滞する社会にソーシャル・イノベーションを引き起こすも可能性もあるのではないでしょうか。

◆　◆　◆

最後に、記念シンポジウムで発表しました決意表明ともいうべき「提言」を次のページで紹介します。これからの国際保健医療協力に関するNCGM独自の提言です。

シンポジウムでは、この提言の内容を支持する意見が多数交わされ、国際医療協力部の今後の活動にとっても大いに示唆を与えてくれました。国際医療協力部は、25周年を新たなスタートとして、引き続き多くの方の応援を受けながら、これからも日本の国際保健医療協力を推し進めてまいります。

提言（原文のまま）は次ページへ

我が国の国際保健医療協力に関する提言書

～我が国の国民に役立ち、日本人を世界市民にする国際保健医療協力～

NCGM国際医療協力部設立25周年記念シンポジウム

2011年12月3日

下記4点を踏まえ、日本は、国際保健医療協力を、国家の戦略的分野として展開すべきである。

１．健康という根源的・普遍的価値を通じて、グローバルな公共財を構築する

人類が生存、繁栄を続けるため、共にグローバル課題に取り組む国際的ネットワークを、従来の援助国と被援助国の枠、公と民の枠、異なる政治体制や政治経済的緊張関係の枠を超えて構築する必要がある。グローバル化した国際社会において、孤立による繁栄、安全はあり得ない。その際、人間の根源的・普遍的な価値であり、政治的立場その他の枠を超えて、国際間で取り組みやすい課題である保健医療を、ネットワーク構築の軸として活用すべきである。

２．海外の保健医療開発を日本の保健医療に活かす

今後の国際保健医療協力は、途上国を含む国際的知見が、我が国の保健医療にも役立ち、便益をもたらすという認識を持つべきである。そのような国内の保健医療に便益をもたらすような情報、アイデア、ノウハウなどを創造し、実用化する事業を、早急に具体化し推進しなければならない。

３．日本人がグローバルな社会を能動的に、積極的に生きていく為に、本来持っている能力を呼び覚ます

特に我が国の次世代の若者たちが、世界に目を向け、一部はそのリーダーとなるとともに、グローバル社会の中で力強く生き抜く活力と新しいライフスキルを獲得する機会を提供する必要がある。今後の国際保健医療協力は、若者が世界の現実と、グローバル社会の中での自らの立ち位置を認識することを助けることを通じて、これに貢献するような形で進めるべきである。そのため、国際保健医療協力の成功要因となる異文化間のコミュニケーション、組織間協調、情報リテラシーなどの多様な能力のうち、国内外を問わず保健医療以外にも活用できるものを同定し、利用可能な形に整備する必要がある。

４．国内の国際保健医療協力関係機関間の連携を促進する

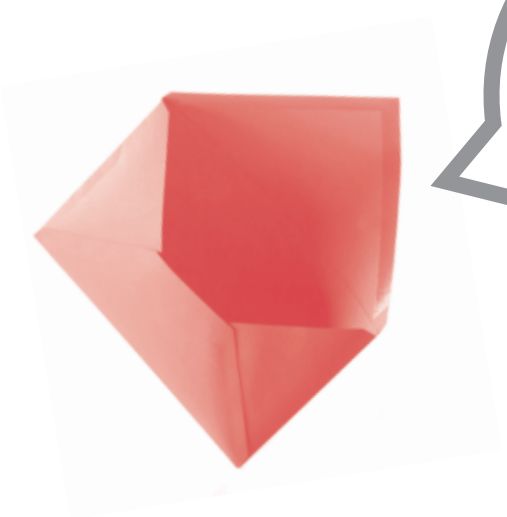
国内の関係機関がそれぞれの比較優位性を生かしながら効果的に連携して、国際的に変革をもたらす十分な規模の働きかけを、国際社会に対して行っていかなければならない。

From Cambodia

育て、いいお産！

ローカルスタッフの助産師が、今月からプロジェクトで働くことになった。専門家が行う正常分娩ケアについて行ったので、そーっとお産の様子を覗くと、彼女の目は輝き、生き生きとしていた。後から彼女にどうだった？と聞くと、「あんな出産を見たのは初めてです！」と興奮して語ってくれた。こうして若い助産師さんがいいお産を見て色々なことを感じてくれると、怖いお産が普通ではなくなる日も近いなと思った。1年前の私は、本当にカンボジアで助産の質の改善ができるのか、共通言語が見つかるのか、不安だった。でも、今はきっぱりと言える。カンボジアでもいいお産ができるし、カンボジアの医師や助産師がいいお産を育ててくれる。

カンボジアから　NCGM国際医療協力部　小山内 泰代



海外からの便り

派遣先の国から届く専門家たちの便りを紹介します

From Zambia

エチオピアに行ってきました

エチオピアのアジスアベバで開催された国際会議においてプロジェクトのリサーチ結果を発表してきました。アジスアベバは、標高2000メートルを超える高地。標高1300メートルを超えるルサカから来たはずなのに、初日は頭痛にひどいだるさにと高山病気味。 徐々に慣れましたが、何となくいつも酸素が足りない感じでした。坂の多いアジスの街並み。昔懐かしい形の車がたくさん走り、人々はガーゼのように薄くて肌触りのよい綿のスカーフをぐるぐると巻きつけています。おいしい濃いコーヒーもたくさん飲みました。

ザンビアから　NCGM 国際医療協力部　石川 尚子

プレゼント

特製カード型USB

10名様

創立25周年記念デザインの『特製カード型USB（2GB）』を抽選で10名の方にプレゼントします。ご希望の方は、郵便はがき、またはメールに、住所、氏名、年齢、本誌の感想をご記入の上、下記までお送り下さい。当選発表は発送をもってかえさせていただきます。〆切：3月15日（木）消印有効。

応募先：〒162 - 8655東京都新宿区戸山1-21-1　独）国立国際医療研究センター 国際医療協力部 広報情報発信班
メール：information.ncgm@gmail.com

お送りいただく個人情報は本プレゼント企画にのみ使用し、使用後は責任をもって破棄いたします。

次号『NEWSLETTER spring 2012』は、4月発行予定です。

バックナンバーは国際医療協力部ホームページで！

http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/

掲載記事の情報提供者：

Close Up! レポート：国際医療協力部　野田信一郎　／　国際医療協力部の歩み：国際医療協力部　土井正彦　／　世界の健康危機への対応：国際医療協力部　藤田則子、小原博、櫻井幸枝、伊藤智朗　／　ロングインタビュー：国際医療協力部国際派遣センター長　仲佐保、広報情報発信班　下部純子（インタビュアー）　／　これからの国際保健医療協力：国際医療協力部派遣協力第2課長　三好知明　／　海外からの便り：国際医療協力部　小山内泰代、石川尚子　／　編集後記：　国際医療協力部　田村豊光

NEWSLETTER winter 2012

2012年1月31日発行

独立行政法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力部

National Center for Global Health and Medicine

Bureau of International Medical Cooperation, Japan

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

tel: (03)3202-7181（代）　fax: (03)3205-7860

http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/

編集後記

今回の「NEWSLETTER」冬号は、国際医療協力部創立25周年記念特別編集号として「国際保健医療協力活動の軌跡と展望」を取り上げました。

一言に25年と言っても、時間の流れの捉え方は、一人ひとり違うでしょう。この四半世紀は、皆様にとって「長い」と感じられる時間だったでしょうか。それとも「短い」と感じられる時間でしょうか。いやいや、まだこの世に生を受けてない、という方もいるでしょう。25年という時間は、自分史や家族史を語るに十分な、一区切りある時間なのではないでしょうか。

NCGM国際医療協力部は、これまでの25年の歴史を踏まえ、これからの25年を変革の時代と認識し、グローバル社会に求められる国際保健医療協力の道を力強く歩んでまいります。

NCGM 国際医療協力部

広報情報発信班