



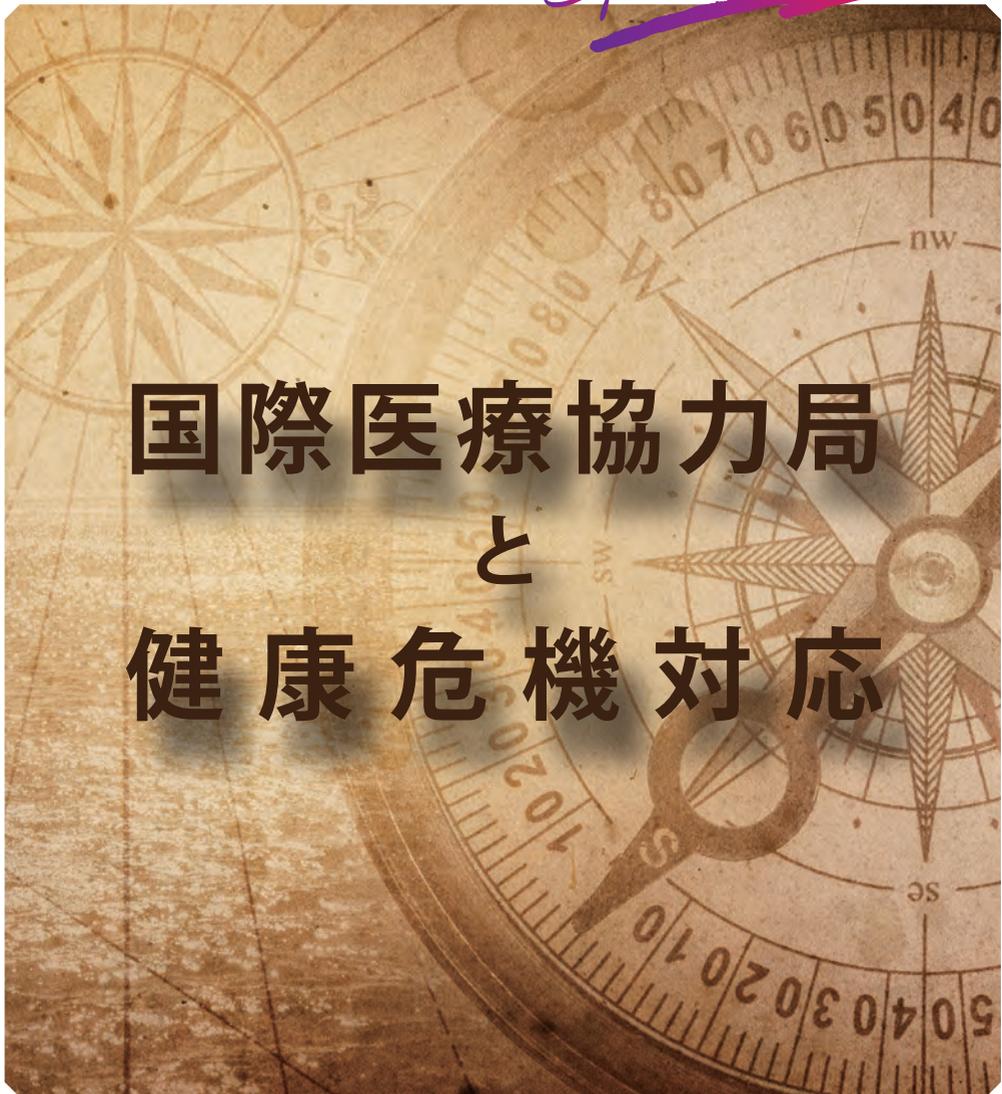
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター
国際医療協力局
NCGM Bureau of International Health Cooperation

明日の国際保健医療協力 magazine

NEWSLETTER

vol.21
2025

Special Edition



国際医療協力局 と 健康危機対応

- 03 はじめに | NCGM 国際医療協力局長 宮本 哲也
- 04 国際医療協力局と健康危機対応の歴史
- 06 **Special Interview | 紛争地域で弱き人々の命と健康を守ること**
笹川記念保健協力財団 会長 (元 NCGM 国際医療協力局 課長) 喜多 悦子
- 12 **HEALTH CRISIS FILE 01 1979 --- カンボジア難民医療援助**
- 15 ■コラム 01 私と国際医療協力局 | 村上 仁
- 16 **HEALTH CRISIS FILE 02 1996 --- 在ペルー日本大使公邸人質事件**
- 19 ■コラム 02 病院の看護師からの転身 | 馬場 洋子
- 20 **HEALTH CRISIS FILE 03 2003 --- 重症急性呼吸器症候群 (SARS)**
- 23 ■コラム 03 私と国際医療協力 | 虎頭 恭子
- 24 **HEALTH CRISIS FILE 04 2009 --- 新型インフルエンザ (H1N1)**
- 27 ■コラム 04 私と国際医療協力 | 菊池 識乃
- 28 **HEALTH CRISIS FILE 05 2011 --- 東日本大震災**
- 31 ■コラム 05 私と国際医療協力 | 池本 めぐみ
- 32 **HEALTH CRISIS FILE 06 2020 --- 新型コロナウイルス感染症**
- 33 **Special Interview | COVID-19 パンデミックと国際保健医療協力の経験を振り返って**
元 NCGM 国際医療協力局 運営企画部長 明石 秀親
長崎大学大学院 熱帯医学・グローバルヘルス研究科 教授 /
元 NCGM 国際医療協力局 運営企画部長 藤田 則子
- 37 ■コラム 06 海外での経験を国内における外国人の健康対策に役立てる | 藤田 雅美
- 38 **HEALTH CRISIS FILE 07 2023 --- ザンビア共和国のコレラアウトブレイク**
- 41 ■コラム 07 私とグローバルヘルス | 清水 栄一
- 42 **NEWSLETTER x40 アーカイブ 2010-2025**
- 46 おわりに | NCGM 国際医療協力局 運営企画部長 蜂矢 正彦

はじめに



1986年10月1日に発足した、国立国際医療研究センター（NCGM）国際医療協力局は、今年39年目を迎えました。その歴史の中で、世界26カ国に局員を派遣して、様々な国際保健医療協力活動を行ってきました。さらに国際協力の経験を生かして、日本国内での災害・復興支援や感染症アウトブレイク対応、在住外国人支援等にも取り組んできました。

この「NEWSLETTER」は、皆様に保健医療分野における国際協力を身近に感じていただくために、2010年に創刊されました。今号で通算40冊目となり、多くの方にグローバルヘルスを知るきっかけとして読み親しんでいただいております。

2025年4月、我々NCGMは、国立感染症研究所と統合し、「国立健康危機管理研究機構（JIHS）」として発足することになりました。この節目として、今号は「国際医療協力局と健康危機対応」をテーマにとりあげ、特別号としてお届けすることにしました。「健康危機」とは、感染症の大流行や大規模な自然災害など、一定の集団や社会全体の健康に深刻な影響を及ぼすような状況やできごとを指します。記憶に新しい新型コロナウイルス感染症パンデミックをきっかけとして、健康危機への迅速かつ適正な対応の重要性がますます認識されるようになりました。

本号では、健康危機対応に関する国際医療協力局のこれまでの活動と歴史を、過去の記録や写真、関係者へのインタビューやコラムとともにふりかえっています。この冊子が、読者の皆様とグローバルヘルスとの新たな出会いに役立ちましたら幸いです。

2025年3月
国立国際医療研究センター（NCGM）
国際医療協力局長 宮本 哲也



「健康危機」とは？

「健康危機」とは、感染症の大流行や大規模な自然災害など、一定の集団や社会全体の健康に深刻な影響を及ぼすような状況やできごとを指します。新型コロナウイルス感染症パンデミックをきっかけとして、健康危機への迅速かつ適正な対応の重要性がますます認識されるようになっていきます。

国際医療協力局と健康危機対応の歴史

現場で培った確かな経験と知識で、多様化・複雑化する健康危機に対応

世界各地で発生する自然災害・紛争・感染症の蔓延などによって脅かされる生命や健康の危機。国際医療協力局は、日本政府による国際緊急援助の要請を受けて、各地に保健医療の専門家を派遣しています。

カンボジア国内の内戦と食糧危機により、50万人以上の難民が発生。日本政府は1979年より国境地域の難民キャンプで難民救援医療を開始。NCGMの医師や看護師は現地で銃や地雷で負傷した人たちの治療にあたりました。国際医療協力局の発足につながる活動となりました。

▶ p.12



カンボジア
難民医療援助
1979

1995年1月17日、淡路島北部を震源とする阪神淡路大震災が発生。当時の厚生省は国立病院で組織する複数の医療チームを被災地に派遣しました。NCGMからは医師や看護師が神戸市長田区の小学校内に設置された避難所に派遣され、被災者を対象に災害医療活動を展開しました。



阪神淡路大震災
1995

1999年8月、トルコ国西部を震源とする大規模な地震が発生。犠牲者は約15,000人に上りました。日本政府は、NCGMの医師、看護師を含む国際緊急援助隊医療チームを派遣。現地で仮設診療所を設置し、外傷や内科的疾患など、被災者の治療にあたりました。



トルコ地震災害
1999

2009年4月末、メキシコでH1N1が発生し、世界中に感染が拡大しました。日本政府は成田空港検疫体制を強化。NCGMは、空港や停留施設における検疫業務の支援を実施しました。また、国連インフルエンザ調整機関に職員を派遣し、アジア地域の感染拡大防止を支援しました。

▶ p.24



新型インフルエンザ
(H1N1)
2009

コンゴ民主共和国政府は、2016年6月に黄熱病の流行を宣言し、国際社会に支援を要請。日本政府は初の国際緊急援助隊感染症対策チームを派遣。NCGMからは医師・看護師が参画しました。現地では、黄熱病制圧に向けてワクチン接種キャンペーンや検査の実施に関する技術支援を行いました。

▶ p.32



コンゴ民主共和国の
黄熱病
2017

中国武漢で発生した新型コロナウイルス感染症は、急速に世界中に拡大。NCGMは、武漢からチャーター機で帰国した邦人の健康診断、疑い患者の検査、中等・重症者の受け入れ、行政への専門的助言、軽症者宿泊療養施設の運営支援など、多岐にわたる活動を行いました。



新型コロナウイルス
感染症 (COVID-19)
2020

1986
国際医療協力部
設立



1986年10月、国立病院医療センター（現NCGM）内に国際医療協力部（現国際医療協力局）が設立されました。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。健康危機への対応や、医療分野のJICA（国際協力機構）プロジェクトを担うなど、少しずつ活動を広げていきました。

1996
在ペルー日本大使公邸
人質事件
▶ p.16



1996年12月17日、在ペルー日本大使公邸での式典中に、武装組織による襲撃事件が発生。公邸は約700人の人質とともに4カ月にわたって占拠されました。日本政府はNCGMの医師、看護師を含む医療班を現地に派遣。医療班は人質の身体的、精神的な支援と負傷者の治療を行いました。

2003
重症急性呼吸器症候群
(SARS)
▶ p.20



2002年11月、中国広東省でSARSが発生し、ベトナムやカナダなど多くの国に感染が広がりました。日本政府はNCGMの医師を含む国際緊急援助隊をベトナムと中国に派遣。現地では感染予防対策指導やモデル病院の設置、在留邦人の健康管理など、多岐にわたる支援を行いました。

2011
東日本大震災
▶ p.28



2011年3月11日、宮城県牡鹿半島沖を震源とする東日本大震災が発生。政府は、発災6時間後から仙台市、気仙沼市にDMAT（災害派遣医療チーム）を派遣。NCGMは宮城県東松島市に多職種で構成される医療チームや公衆衛生専門家を派遣し、保健医療分野の支援を行いました。

2019
コンゴ民主共和国の
エボラウイルス病



2018年からコンゴ民主共和国東部でエボラウイルス病が流行し、2019年7月、WHO²は国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態を宣言。NCGMの医師や看護師は、日本政府の国際緊急援助隊感染症対策チームに参画し、検疫体制強化のための技術支援や感染予防に関する指導を行いました。

2023
ザンビア共和国コレラ
アウトブレイク
▶ p.38



2023年10月、ザンビア共和国でコレラアウトブレイク（集団感染）が発生。NCGMの医師は、収束までの5カ月間、病院やスタジアムに特設されたコレラ治療センター、地域コミュニティにおいて、現地の行政・医療スタッフと連携しながら、治療や感染管理などの技術支援を行いました。

* WHO：世界保健機関

紛争地域で弱き人々の命と健康を守ること

笹川記念保健協力財団 会長
(元 NCGM 国際医療協力局 課長)

喜多悦子

1988年11月から2年間、日本政府よりパキスタン・ペシャワールに新設された UNICEF (国際連合児童基金) アフガン事務所に派遣された医師・喜多悦子さん。日本政府が海外の紛争地域に派遣する初の日本人医師として、内戦が続くアフガニスタンの難民救援活動に従事しました。帰国後も、内戦終結後のカンボジアへの母子保健分野支援や WHO 本部勤務にて多数紛争地での国際保健医療協力活動を続けてきました。当時を振り返って、困難な活動状況や生活の様子とともに、国際保健医療協力の専門家として得た経験や、後に続く人々への想いを伺いました。

喜多悦子(きた えつこ) 兵庫県宝塚市出身。1965年奈良県立医科大学卒業。1976年医学博士。1991年米 Johns Hopkins 大公衆衛生大学院特別研修過程修了、のちに同大学院特別研究員。小児科医として母校、国立病院勤務。NIH/NIEHS 米国立研究所 / 環境保健研究所の客員研究員を経て、中国中日友好病院 (JICA 専門家)、国立国際医療研究センター、UNICEF アフガン事務所保健栄養部長、WHO 緊急人道援助部緊急支援課長など、国際医療協力分野で経験を重ねる。2001年日本赤十字九州国際看護大学教授、2005-2013年同学長。現在、同学名誉学長。2013年笹川記念保健協力財団理事長、2017年同会長。1997年ペルー大使公邸人質事件における現地医療協力支援の功績に対し厚生大臣賞、2012年男女共同参画社会づくり功労者として内閣総理大臣など多数受賞。2006年版 News Week 世界が尊敬する日本人 100 人に選出。



■ 紛争地域への派遣員に選ばれた

—日本政府から紛争地域に派遣される初の医師に選ばれた時、どう思いましたか？

喜多 NCGM 国際医療協力局 (国際医療協力部 (当時)) に転職して、まもなく、当時の我妻堯部長からアフガニスタン難民救援のための派遣について打診がありました。わが国は、憲法上、紛争地に人を派遣することはできないので、隣国パキスタンのペシャワールに新設される予定の UNICEF アフガン事務所に勤務するという話でした。後に思ったことは、紛争地ではないにしても日本人保健専門家が、紛争地近傍で活動するという実績づくりでもあり、国としてもそれなりの意味があったのではないかと思います。

最初にお声かけいただいた時は、「少し考えさせてください」と言いました。紛争地近傍...治安の悪いところでの勤務ですので、家族の意見も聞いてみたかったです。前年

に父が亡くなっていたこともあり、母が納得してくれた方が良かったと思います。それで母に電話をしてペシャワールの状況を話しました。「その地にはどれくらい人が住んでいるの？」と聞かれました。「パキスタンの市民が 50 万人、アフガニスタンからの難民が 100 万人...」と伝えたら、「150 万人も住んでいる街で、あなたに何かが起きるとしたら、それはあなたのやり方、運が悪いのだから、行こうと思うなら行ったらどう？」との反応でした。大正元年生まれですが、その世代には珍しく大学を卒業しているためか、やや理屈っぽい母らしい言葉でした。そんな激励?にも背中を押されて、ペシャワールに行くことを決めました。

■ 緊張感の絶えない暮らし

—ペシャワールでの生活はどうでしたか？

喜多 アフガニスタンとの国境近く、パキスタン北西部にあるペシャワールには、1979年の旧ソビエト軍侵攻以来の戦火を逃れた 300 万ともいわれるアフガン難民の内 100 万人以上の人々が流入していました。日本とはまったく違う緊張感のある生活でした。

最初に、現地でも移動する時、「毎日同じ道を通らないこと」と注意を受けました。毎日決まった時間に同じ道を通ると命を狙われやすいとか、車に乗る前には、いつもドライバーが車体の下に爆弾が磁石で付けられていないかをチェックするとか、周辺では銃声やミサイルが飛び交う音も聞こえました。ミサイルが発射される時はシューッ、落ちる時はヒュルヒュルヒュルドーンと聞こえますが、慣れてくると、ミサイルがどちらに向けて飛んでいるか分かるようにもなりました。

停電も頻繁で、ろうそくの灯りやガス灯も使いました。毎夜、寝る前には避難に備えて、必ず服と靴と車のキーをベッドの側に置きました。車はガソリン満タンにして、さらに予備ガソリンを入れたポリ容器も積み込んで門に向けてとめました。持ち物には懐中電灯と

400 ドルの現金を常備していました。400 ドルというのは、飛行機で別の街に出るために必要なワンフライト分のお金とされていました。そういった準備が基本の生活でした。

■ 異文化の中で直面するハードル

—現地では保健医療の専門家として、どのような活動をしていたのでしょうか？

喜多 私は UNICEF のプログラム担当として勤務したので、基本的には必要な事業を企画し、NGO などに説明、受けてくれる組織に資金を分配し、経過を管理する役割でした。女性や子どもたちを対象にした健康診断や予防接種が主な事業でした。

ある時、オランダ人の助産師と一緒に、10 万人規模で保健活動が手薄な難民キャンプの母子保健の診療所づくりに取り組みました。診療所と言っても、土でつくった粗末な小屋で、置いてあるのは縄網のベッドと血圧計、体重計くらい。電気も水道もなく、実際に運営するまでには色々なことがありました。

まず、診療所の設置計画を発表した日、帰宅した途端に電話が鳴りました。受話器を取ると「I kill you (殺すぞ) !」と言って切られました。現地では女性たちをケアするのはイスラムの掟に反するため、その抗議だと思いました。初日は「はあ?何?」と疑問が湧きましたが、2日目、3日目と続き、毎日身構えて帰宅したのですが、同じタイミングで電話が鳴るということは誰かがどこかで私が帰ってきたのを見ているということです。そうなるよりはやはり危険だという判断で、診療所の開設は結局 2 カ月ほど延期しました。その後、実際に開設しても何も起こらなかったのですが、やはり監視されている感覚は気持ちがいいものではなかったですね。

—一人々の健康を守る活動であっても、その国の文化や宗教などによって活動への理解や受け入れ方が違うために様々なハードルが生じるのです。そのような環境で女性や子どもたちに予防接種を行うことは難しそうです。

喜多 そうですね。現地で予防接種率を高めるために試行錯誤しました。そのような中である日、当時のペシャワールの各難民キャンプを統制していたムジャヒディーン（聖戦士）と呼ばれるゲリラのボスが私の事務所にやって来ました。「自分の部下の兵士に予防接種をしてほしい」と言うのです。地雷などでケガした兵士が破傷風で亡くなることがありましたが、予防接種が有効なことをどこかで知ったのでしょうか。しかし UNICEF は女性と子どもにしか予防接種をしないと伝えると困った顔をして経緯を話してくれました。別のグループの兵士たちがどこかで予防接種をしてもらったら、地雷で足が飛ばされても破傷風にかからずに命が助かった。それで私に頼みに来たのに、断われたら自分の顔が立たないから困る、ということでした。

私は瞬間的に、これは取引ができるかも知れないと思いました。それで「あなたの兵士に予防接種をしたら、あなたが管理している集団の女性と子どもに注射をさせてもらえますか？」と交渉しました。結果として、それが受け入れられたことで少数の兵士とより多くの女性と子どもへの予防接種が進みました。



1988年、アフガニスタン難民救援活動中に訪れたパキスタン・ラクダの市場で（右：喜多悦子さん）

■ 紛争地域で弱き人の命を守るために働くということ

—難しい状況に対応しながら、ご自身はどのような気持ちで取り組んでいましたか？

喜多 作戦＝方針を立てて、予防接種率が大幅に向上したことで気持ちは楽になりましたが、紛争地での活動では何とも言えない複雑な想いもありました。

当時、低・中所得国での予防接種は複数のワクチンを同時に接種することが多かったのですが、まだ方法が確立しておらず、1カ月間隔で2回に分けて接種したりしました。日本だと保健所や医療機関できちんと予防接種を受けられますが、低・中所得国では予防接種実施日から逆算してワクチンを製造工場に発注することから始まります。同時に注射器などの消耗品も注文します。1年がかりの事業ですが、対象人数の2割増しくらいのワクチンや消耗品をそろえます。その上で、高い山の裏にある村まで車やロバで行って、やっと何十人かの子どもたちに予防接種ができるのです。

ところが1カ月後に再び山を越えて同じ村に行くと、爆破されて村そのものがなくなっていたりするわけです。保健医療に携わることは、病気や怪我で人が亡くなるのをできるだけ防ぐために力を注ぐことなのに、わずか1カ月の間に誰もいなくなるという状況は、ものすごく疲れるというか、なぜこんなことになるのだろうと虚無感でいっぱいになりました。

—治安が悪い地域で働く2年間は決して短いものではなかったと思いますが、途中で怖くから逃げたいと思う日もありましたか？

喜多 紛争地域ですからもちろん危険を感じることはありましたが、怖くから逃げようという気持ちにはならなかったですね。治安が悪化した時は、国連が定めた Evacuation Code（避難・退避コード）に従って行動することになっていました。「コード5」になると、

UNICEF、WHO、UNHCR（国連難民高等弁務官事務所）などの国連職員たちは車で3時間ほどの首都イスラマバードに一時避難をしていました。そんな時も私はイスラマバードには行かず、声をかけてくれた同僚のパキスタン人女性の家に避難させてもらっていました。現地の人には逃げるところがない中で自分だけ逃げるといったのは何か引っかかる気持ちがあったのでしょうか。2年間で3回くらい、それぞれ1週間ほど同居させてもらいました。

—ペシャワールでの活動経験を振り返って、どのような意義を感じていますか？

喜多 私はペシャワール勤務を経験しなかったら、その後ずっと国際保健の世界でやってこられなかった気がします。そのくらい、様々な人々の不健康や問題に遭遇し、現場を経験することがいかに大事かを学びました。それは本を読めば身につくものというものではありません。紛争地の現場を見て、そして無事に帰国したことには非常に有意義な経験だったと考えています。

その一方で、アフガン難民の、主に子どもたちへの予防接種率を高められたことが、40年経った今、その国にどのような貢献をしたかを考えると、残念ながら何もなかったように思います。国際保健は、やはりその国の人々の考え方そのものが変化するようなアプローチが必要だと思うのです。現地の人々が予防接種の目的や効果を理解しているかどうかにかかわらず、注射自体は医療従事者が行けばできることです。でもそれだけでは意味がない。保健医療分野には「プライマリーヘルスケア^{*1}」という考え方がありますが、まさに現地の人々が自分自身の健康について知り、自分たちのできることを身につけることが重要なのだと思います。

■ 組織づくりやカンボジアの復興に経験を活かす

—帰国後、国際医療協力局の課長を5年間務められました。ペシャワールでの経験はど

のようなところに活かされましたか？

喜多 当時は今よりも国際保健の認知度が低く、1986年に設置された国際医療協力局は組織体制を確立しようとしていました。国際協力をやりたい人が集まってきて、それぞれが好きな活動をしているような状態が続いていました。

私は派遣先で自分の目で現場を見ることの大切さを知り、所属する職員たちに様々な知識と経験を広げてほしいと思い、それが可能な組織体制を整備しなければと思いました。例えば採用から2年くらいの間で、東南アジア、南西アジア、中近東、アフリカ、中南米のうち2つ以上の地域を経験すること、世界の健康課題に関する多様な外部研修の2つ以上に参加すること、技術協力や調査など種類の異なる業務に3つ以上取り組むことといった方針を掲げました。また、相手国に行った時に管理的な知識が必要になるため、管理業務の経験が少ない看護師たちと専門的な文献と一緒に読んで学ぶ勉強会も継続的に実施してもらいました。

私が NCGM を離れた後では、公衆衛生をしっかり勉強してから参入する人も増えましたし、国際医療協力局は組織としてより強化されていったと思います。NCGM 国際医療協力局はとてもユニークな組織です。さまざまな国で、年余の国際保健医療協力を経験した職員の帰国後の生活が保障されています。その経験を振り返り、研究し、また後輩に伝達できる環境がつけられています。日本という国が、継続的に国際保健に貢献するための人材のプールかつ研修の場を維持することにつながっていると思います。

—国際医療協力局では、ほかにどのような活動が印象に残っていますか？

喜多 紛争地域とのかかわり而言えば、その後のカンボジアの母子保健分野の技術支援が印象に残っています。1991年、パリ和平協定によって内戦終結が宣言されたカンボ

*1 プライマリーヘルスケア：住民主体で、実用的で科学的に有効かつ社会的に受容できる方法や技術に基づいた必要不可欠な保健医療ケア

ジアが復興に向けて動き始める時期、日本のODA（政府開発援助）による支援が検討され、他国に先駆けて現地調査と相手国との協議が始まりました。私は1992年にわが国初の調査団に参加させていただいたのですが、プノンペン市の9病院への無償資金協力に加えて、ぜひ、母子保健分野の技術協力を始めるべきとの案を出しました。そして国際医療協力局が中心となって事前調査が始まり、無償資金協力による病院建設、産科、小児科をはじめとした医療人材の教育制度づくりや、まだなかった助産師制度を確立するために旧知の他の国立病院看護部長だった助産師ら多数の専門家を送りしました。

カンボジアは十数年のポル・ポト時代に知識層を弾圧放擲したため、1991年の解放時に存在していた医師は、医学部5～6年生を含めてわずか40数名とされていました。国の再生を、たったそれだけの人たちで行政も実際の医療も教育も担わなくてはなかったのです。

国の実態やどのような人材がいるのか、他の国の関与はどうかなど、ほとんど情報がない中で、私は、カンボジア保健省でWHOコ

ンサルタントとして仕事をしていた英国人の元小児科医のキーパーソン、ペネローペ・キイ博士と仲良くなりました。同じ小児科医、似たような世代でもあり、停電で真っ暗な中、七輪で炭火のお鍋を囲んだりしながら色々な話をしました。

とても印象的だったのは、「この国で生き残っていた人たちはみんな若くて経験がない。一生懸命やりたいと思っても知識も能力も足りない。そこにリッチな日本が膨大な援助を送り込んだら、若いカンボジアの保健医療人は消化不良を起こしてしまいます。だからゆっくりやって欲しい！」と言われたこと。それを日本側の関係者にも伝え、以後、時にはブレーキをかけながら、母子保健プロジェクトが確実に進められたのです。

一紛争直後で治安も悪く、インフラや人材も不足している“マイナス”の状況から母子保健の土台をつくる活動だったのですね。

喜多 はい。その内、多数国や国連も色々始めました。で、わが国の母子保健支援のシンボルになるべき重要なインフラとして、既存のオンボロ施設とは別の地に母子病院を日本が建設しました。しばらく「日本病院」と呼ばれていました。そこに国際医療協力局からも専門家として助産師と医師を派遣しました。さらに国の母子保健を牽引するリーダーとしての助産師の立場を確立しつつ、助産師育成制度も整備しました。

助産師は、日本では看護師資格をもった上でさらに専門知識を勉強することで取得する資格ですが、多くの低・中所得国では、血液を直接触る仕事、例えば助産のような仕事は十分に評価を得られていませんでした。わが国とはまったく異なる環境でしたが、初代として赴任してくださった某国立病院看護部長は、「カンボジアに足りないのは技術だけではない。知識層が一掃された社会にとって必要なのはそれぞれの分野のロールモデル。ここでは助産師のロールモデルだ」と言われま

した。それを受けて困難な環境の中、現場の人材を叱咤激励された当時の母子病院の助産師のトップ、チャンタイさんとは、その後も長らく交流しました。古い話ですが、第二次世界大戦後のわが国でも、色々な分野の再建再興を導かれたのはそのようなロールモデル的先達だったことも思い出しました。特に低・中所得国の現場では、「あの師長さんのようになりたい！」と思えるロールモデルが存在すれば、多言を要さず、ことが動き、人が育っていくのです。

カンボジアでの母子保健プロジェクトは、それから30年余りにわたって現地のニーズに応じてテーマを進化させながら続き、数年前に終了したと聞いています。カンボジアの母子保健が目覚ましい発展を遂げたことをとても感慨深く感じます。

■ いま、国際保健医療協力に携わる後輩たちに伝えたいこと

一最後に、国際保健医療協力に携わる人や、これからグローバルヘルスの道に進みたい人へのメッセージをお聞かせください。

喜多 最近の世界は、特にと強調したいほど不穏です。各地に紛争が勃発し、蔓延しています。憲法上、紛争地に人を送れない日本がどんな国際協力をすべきかを考えた時、保健医療は相手国の人々とも直に接し、顔の見える関係で交流できる、人と人の接点をもてるとても重要な手段だと思います。医師や看護師だけでなく、あらゆる分野の日本人が現場のあらゆる分野の人々と接し、すべての人々の健康を守るための活動を行うことは非常に判り易く感謝される国際協力活動です。保健医療分野に限っても、きめ細やかで優れた医療技術を誇る日本にとって意味のあることであり、さらに広がってほしいと考えています。

ただ、どのような国、文化圏であれ、活動を行う上で相手国の人々に日本のやり方を一方的に押し付けられないことが大切です。アフガニスタン難民支援中にめぐり会った故・中村

哲先生*²は、「現地の人々の生活や文化をありのまま認めて、できることをすればいい」と言う人でした。汚い水を飲むことは「健康を守るためにやめましょう」と伝えるけれど、人々がお祈りする時に汚い水を使用することには口を出さない。その違いを理解せずに、すべてを日本の考え方で進めるような協力はしてはいけないのです。

最後に年をとったために余計な一言を許されるならば、どの国であれ、勤務する地では“オールジャパンの代表”として行動して欲しいと思います。日の丸を誇示することではなく、decentな（きちんとした）日本人として存在することが大切です。もし、現地の人々が最初に出会う日本人が悪い人だったら、日本は悪い国だと思われてしまうかもしれません。私も、相性の悪い人の国に偏見をもったこともあります。それは間違っていました。第一印象は大事です。一人ひとりの保健医療専門家が、日本を背負って行動することは看護や医療のスキルがあるかどうか以前に必要な素養だと思います。

そして、自分の国をよく知ることも大切です。日本の歴史を知り、国際水準の常識や教養を身につけること。私自身、例えば、コンボ問題に関与した時、現地の複雑な歴史を十分に理解していなくて苦労しましたから、身に沁みてそう思います。「医療」は技術的な面が大きいこともありますが、「看護」は個々人の背景や気持ちをも慮らねばならない仕事です。その意味で国際保健医療現場の看護は“素手で戦う”ことになるわけだから、看護師諸氏は、自分自身の中身や知識をしっかりとらせておかねばならないでしょう。

国際保健医療協力に取り組む多くの人に、そうしたことを重視して活動が続けながら、ゆくゆくは“国際”を特別に意識せず、日本国内の地域で活動するのと変わらないような感性をもって世界で活躍してほしいと願っています。

*2 中村 哲（1946-2019）：医師。36年間にわたりアフガニスタンで人道支援活動に従事。医療支援にとどまらず、井戸の掘削や用水路の建設など幅広い活動を通じて多くの人命を救った。2019年、現地で活動中に襲撃され、73歳で生涯を終えた。



国際保健医療協力の道を切り拓いてきた喜多悦子さんは現在も専門家として世界中を飛び回る日々を送る

カンボジア難民医療援助

どんな出来事？

1953年にフランスから独立したカンボジア王国は、1970年のクーデターによるロン・ノル政権以来、国内の治安が悪化。干ばつ、飢餓、疫病に加え、ポル・ポト政権による原始共産主義のもとで大虐殺が行われ、推計200万人とも言われる死者が出ました。医師や看護師も含め20万人以上の富裕層や知識人も「メガネをかけている（金持ちやインテリに見える）」というだけで処刑されました。1972年から1992年頃まで、カンボジアの内戦と食糧危機から逃れた50万人以上の難民が隣国タイとの国境地域の近くに設営されたキャンプで暮らし、国際社会は難民の支援を行いました。日本政府もキャンプの設営・運営に対して費用負担や人材派遣など積極的な援助を行いました。

カンボジア難民キャンプへの医療チーム派遣

インドシナ半島に位置し、ラオス、ベトナム、タイと国境を接する国、カンボジア。1975～1979年、カンボジアはポル・ポト政権によって支配され、原始共産主義の極端な政策のもとで迫害と虐殺の時代となりました。その間に生き残った人々は戦火と食糧難から逃れて続々と難民キャンプへと移り住んでいきました。

日本政府は1979年にカンボジア難民キャンプへの医療援助を決定し、NCGMからも医師を派遣しました。日本政府の支援は外務省・厚生省(当時)・文部省(当時)の三省が協力して行われ、3カ月ごとに交替するかたちで医療チームを派遣。それぞれのチームは、10名ほどの医師と20名の看護師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師、調整員の合計30数名で構成され、タイ国境に位置するカオイダン難民キャンプの外科病棟と、国境から1時間ほどの地域にあるバンケン難民キャンプで外来診療を担当しました。

当時、国立病院医療センター(現在のNCGM)の外科に勤務する仲佐医師も、カオイダン難民キャンプに派遣されたメンバーの一人でした。仲佐医師は医学部6年生の時に将来的にNCGMに国際協力の部門ができるという新聞記事を見てNCGMに入ったため、外科部長が「カンボジア難民救援医療のため外科医を派遣したいが、誰が希望者はいるか」と聞いた時に真っ先に「はい、行きたいです！」と手を挙げて参加しました。



カンボジア難民キャンプでの診察風景
(右：仲佐医師)



難民キャンプの手術室にて
下肢切断の手術中(左：仲佐医師)

難民キャンプでの医療支援

派遣された医療チームは、難民キャンプで内戦によって負傷した患者さんの治療に24時間体制であたりました。診療は、外科は日本、内科はドイツ、小児科はアメリカ、産科はフランスと、他国から医療支援に来ていたチームと分担して行いました。重傷者は宿舎があるサケオ市に建設されたメディカルセンターに搬送して手術や治療を行いました。

日本政府が準備したメディカルセンターには、診療用の機材や電気などは揃っていましたが、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くる環境は、日本の病院とはまったく異なる状況でした。新米だった仲佐医師は周囲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、一生懸命に患者さんを治療する日々を送りました。

「国際医療協力部」のはじまり

日本政府による難民キャンプへの支援は、1982年12月までの3年間にわたって継続され、延べ469名の医療従事者が現地に派遣されました。この経験は、NCGMにとって、その後に本格化する国際保健医療協力活動につながる大きな転機となりました。

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、NCGMの中に国際医療協力局の前身となる「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、仲佐医師もその一人でした。仲佐医師は2012年の本誌のインタビューで、難民キャンプでの活動経験について、「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、



プノンペンのチュンエク大量虐殺センターに残るキリングフィールド（処刑場）の集団墓地



内戦で使われた古い戦車

戦争で怪我をした人を診る毎日。で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。（他のことは）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」と振り返っています。国際医療協力部は、難民キャンプでの活動のような直接的な医療支援から、JICA（国際協力機構）による保健医療分野のプロジェクトでの技術協力や人材育成など、国レベルの保健医療の仕組みづくりへと活動の幅を広げていきました。

カンボジアの復興に向けて



1991年10月、パリの和平会議においてカンボジア和平協定が調印され、25年間続いた内戦はようやく終わりました。ポル・ポト時代、カンボジアの子どもや若者たちは、殺人行為に加担する役割を負わされました。家族を失わなかった人はいないというぐらい、多くの人が家族を亡くしました。生きのびた人たちに触れられたくない心の傷とともに、様々な社会的な亀裂や断絶、インフラの崩壊を残しました。国際医療協力部は、その後もカンボジアの復興を支援するため、JICAを通じて専門家を派遣しました。1991年からは保健省へのアドバイザーを、1995年には医療人材が不足する同国の人材育成を目的とした母子保健プロジェクトを開始しました。2000年以降もカンボジアへの支援は継続しており、現在に至ります。



SPECIAL COLUMN | HITOSHI MURAKAMI

01

私と国際医療協力局



村上 仁

私がグローバルヘルスのキャリアに興味を持ったのは、医学部5年生の実習で、タイのアユタヤ県のプライマリ・ヘルス・ケアの社会実験を見学したことでした。実習の主眼はマラリア、顎口虫症などの熱帯病の診療を学ぶことでしたが、アユタヤでの社会的アプローチに非常に興味を持ち、政策や公衆衛生の視点でグローバルヘルスに関わりたいと思いました。

卒後5年間は国立病院医療センター外科で研修医、レジデントをしました。その間、シェア＝国際保健協力市民の会（NGO）で、タイ東北部の保健教育のプロジェクトの後方支援を担当し、郵政省ボランティア貯金からの資金調達を担当しました。その後、2年間の奨学金を得て、初年度に公衆衛生修士号を取得、次年度には米国NPOのインターンとして、カンボジア保健教育プロジェクトの評価を担当し、実際にカンボジアに渡航する機会を得ました。

インターン終了後、国際医療協力局に就職しました。その後、JICA 個別専門家として半年間カンボジアに、予防接種事業強化の長期専門家として、ラオス、中国に派遣されました。また、予防接種事業の担当医官としてWHO ベトナム事務所、地域調整官として国連インフルエンザ調整機関（UNSCIC）アジア太平洋事務所（バンコク）に出向しました。

このように、就職前はNGO/NPO、就職後は政府開発援助（ODA）、国際連合と3つの開発援助モダリティを経験し、それぞれ利点、欠点があることが分かりました。必ずしも国際連合がすべての面で優れているとは言えません。国際医療協力局は、色々なモダリティでグローバルヘルスに関わることを可能にし、さらに日本での安定した雇用と福利厚生を提供してくれる、とてもありがたい存在です。グローバルヘルスを目指す若手の方々には、国際医療協力局で、キャリアパスや家族の生活を犠牲にせず、低・中所得国に貢献できることを広く知って、活用していただきたいです。

在ペルー日本大使公邸人質事件

どんな出来事？

1996年12月17日20時30分頃（現地時間）、天皇誕生日祝賀レセプションを開催していた在ペルー日本大使公邸がトゥパク・アマル革命運動（MRTA）のメンバー14人によって襲撃される事件が発生。公邸は、レセプションに参加していた約700人の多国籍の招待客・大使館員が人質となったまま占拠されました。日本政府は現地に医療チームを派遣して、人質となった人の健康管理とその家族へのケアを行いました。発生から4カ月以上が経った1997年4月22日、ペルー軍特殊部隊が突入し、3人の犠牲者を出し、残りの人質が解放されて終了しました。

事件発生直後、医療チームを現場へ派遣

NCGM 国際医療協力局は1996年12月17日の事件発生から5日後、日本政府の要請により医師や看護師を現地に派遣しました。現地では約700人の人質のうち、事件当夜に高齢者と女性、12月22日に225人、その後の10日間に発病者など29人が解放され、初期の平和的・一般解放が行われました。派遣されたメンバーは、現地対策本部の体制がまだ不十分な中、不測の事態に備え、ペルーの医療体制を迅速に把握し、医療班として、人質となった人たちの健康支援、その家族のケア、関係者、救援者との連携にあたりました。

医療班は、ライフライン確保を含め、公邸内の日常の衛生、健康管理状況の把握、暴発や不測の事態など緊急時のペルー側救援体制の確認、家族・関係者との信頼関係の確立、早期に解放された方やご家族が人質になっている方などのこころのケアなどを行いました。その一方で現場では、公邸内の様子が十分に把握できない状況に、人質の家族や関係者から憤りや驚き、悲しみの声があふれていました。



現場で待機する救急車



派遣された医療班の対策本部



日本大使公邸を取り囲む地元警察

保健医療問題が事件解決の交渉要因の一つに

事件発生から2～3週間目には、ペルー側の救援体制や、現場入りしていた赤十字国際委員会（ICRC）医師による初期調査結果が、医療班を通じて日本政府に共有され、食糧、飲料水、着替え、生活衛生用品などの搬入体制が整えられ、人質の生命維持に必要な条件は満たされました。さらにペルーと日本の医師が公邸内診療の必要性を訴え、保健医療問題が事件解決のための交渉要因の1つになりました。このような中で医療班は、保健医療の対象者を公邸内（人質）と公邸外（家族・関係者）とに明確化し、それぞれの生活環境の改善を検討したり、家族・関係者への働きかけとして企業グループごとの健康相談を開始したりしました。また、事件解決時に想定される数種類のシナリオに合わせた対応を検討しました。

長期化に伴うストレスケアと支援者の健康管理

数カ月が経ち、事件が長期化する中で、保健医療の問題は人質のストレスに移行しました。医療班は、公邸内の居住環境衛生の把握や、日本政府が届ける日本食の栄養評価を行い、家族・友人からの手紙も継続的に届けられるように配慮しました。家族・関係者に対しては、定例説明会を行うとともに個別面談を実施。こころのケアのニーズにこたえるため、日本から精神面での専門家も現地入りしました。また、犯人グループとの様々な交渉の末、日本人医師による緊急時の公邸内診療も了承されました。

現場ではさらに、「支援者の健康管理」も必要性を増しました。現地対策本部には1カ月前後の交替で、各省庁から派遣された50名ほどが常駐していましたが、気候の変化、昼夜を問わない不規則な勤務、緊張から起こる心身のストレスがみられました。医療班はそうした健康相談にも24時間体制で対応しました。

強行突入、そして事件解決へ



事件発生から127日が経過した1997年4月22日15時24分(現地時間)、ペルー軍特殊部隊の突入が始まりました。医療班にとっては想定した中で最悪の解放シナリオであり、緊張が走りました。東京に「強行突入です。応援部隊の派遣をお願いします」とだけ連絡した後は、現場との無線連絡にかかりきりになりました。

道路が閉鎖されたため、車を歩道や対向車線に走らせて陸軍病院へ急行した医療班の医師は、次々に運ばれて来る血だらけの人質と特殊部隊の兵士を1人ずつ確認しました。その後、続々と日本人の患者さんが救急車で到着。大腿部に銃創を受けた日系人以外は軽症で、ほとんどは骨折や擦過傷など脱出時の傷でした。17時13分、全員の安否が確認されました。亡くなったのは人質だったペルー人1名と、特殊部隊員2名、テロリスト全員でした。

人質の解放後の数日間は、大使館で解放者の受傷程度や全身状態の確認と傷の手当てを行いました。そしてすべての日本人解放者に今後のフォローアップ体制(かかりつけ医の有無、帰国予定など)を確認し、必要な医療ケアについて説明し、こころのケアの説明会を実施しました。最後に全員に健康相談記録を送付して医療班の業務は終了しました。

当時を知る国際医療協力局の専門家は、「保健医療のニーズは事件の経過に伴い変化し、チームに求められる機能も異なります。解放後のPTSD(心的外傷後ストレス障害)などを想定すれば、事件解決が医学的問題の解決とイコールとは言えません。そのため、通常の保健医療活動とは異なる配慮が必要でした」と振り返ります。予測困難かつ緊急時という状況下で、事件発生当初に迅速に全体像を掴むことは、医療班の活動である「現地医療機関やICRCとの協力関係の構築」「保健医療ニーズ(人質、その家族と関係者、救援者)への対応」を円滑に行う上での鍵となりました。事件解決時の数種類のシナリオに合わせた対応を検討、演習、確認することは、その後の災害マニュアルの作成などにおいて活用されています。

SPECIAL COLUMN | HIROKO BABA

02

病院の看護師からの転身

馬場 洋子



私が国際保健医療協力を携わることになったきっかけは、病院内の勉強会で、災害支援に2週間程度海外に行くスキームである、JICA国際緊急援助: Japan Disaster Relief (JDR)があることを知ったからです。毎年の希望調査に、JDRに興味があることを記入した結果、1994年に国際医療協力局に異動となりました。

最初は国際医療協力の「こ」の字も知らず、何をするのかも分からない私に、同僚となった先輩医師が「いろは」を教えてくださいました。例えば、「今まで、1人の患者のことを考えて最善を尽くしてきたと思うけど、ここでは1人ではなく、100人いたら100人を救うことを考える世界なんだよ」、初めて海外出張する時にPCを購入するか悩んでいた私に「PCはまだ必要ない。ポケットサイズのメモ帳を買って、見聞きすることをとにかくメモしてきなさい」、「まずはしっかり見て学んで考えてきなさい!」などといったアドバイスが大変役に立ちました。

そして災害援助の研修やHIVの研修に参加したり、当時発表されたばかりのWHOの59か条のお産ガイドを英語の辞書を引きながら読み、幅広く学ばせていただくことで、この世界の魅力に一層引き込まれていきました。

初めての私の仕事は、阪神淡路大震災への国内派遣でした。小学校の放送室に職場の人たち7名で寝泊まりし、他団体との協調の大切さを目の当たりにしました。初めての海外派遣は、当時の総務庁が主催する「世界青年の船」で、13カ国、多様な文化が混在する約300人の健康管理で、船内では水痘が流行して大変だったことを覚えています。その後、1996年末からの在ペルー日本大使公邸占拠事件への派遣、ボリビア、ミャンマー…。どの国の体験も、私にとってはとても貴重で、決して忘れることはありません。

重症急性呼吸器症候群 (SARS)

どんな出来事？

2002年11月、重症な肺炎の集団発生が中国南部の広東省から香港、ベトナム、シンガポール、台湾、カナダなど多くの国に広がりました。WHOはこの正体不明の感染症を「重症急性呼吸器症候群 (SARS)」と名付け、世界中に警戒を呼びかけました。病院ではSARSの院内感染が相次いで発生し、医療従事者も多数罹患しました。日本政府はベトナムや中国に国際緊急援助隊を派遣して鎮静化に貢献しました。この大流行により、32カ国で8,439人の患者が発生し、812人が死亡。流行初期には対応の遅れが目立ったものの、その後の感染対策の成果により次第に収束し、2003年7月5日にWHOより終息宣言が発表されました。

ベトナムに緊急援助隊を派遣

中国広東省から広がったSARSがベトナムにも広がり、2003年2月26日に国内第一例が発生しました。その患者さんを受け入れた病院では院内感染が相次いで起こり、63人が発症。ベトナム保健省は、ハノイにあるバックマイ病院をSARS専用の病院として指定し、すべてのSARS患者さんに徹底した隔離策、院内感染対策、呼吸管理を実施しました。

日本政府はベトナムに国際緊急援助隊を3月16日～4月1日の期間で派遣し、NCGMからも3名の医師が参加しました。院内感染対策の指導を重点的に行い、感染防護具や人工呼吸器などを供与。また、WHOと合同で院内感染対策緊急セミナーを開催し、SARSをターゲットとした感染対策マニュアルの原案を作成しました。

どんな感染症？

SARS コロナウイルスを病原体とする呼吸器感染症。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。

活動の中心となったバックマイ病院は、NCGMがJICAを通じて2000年から院内感染症対策などの技術協力を行っていた病院であり、それまでの信頼関係のもとで円滑に共同作業を進めることができました。その結果、院内感染や死者を1例も出さずに鎮静化に成功。4月28日、ベトナムは世界で初めてSARSの制圧が宣言された国になりました。



(上) バックマイ病院にて病院スタッフを対象とした院内感染対策研修
(左下) 機材とともに派遣される専門家
(右下) バックマイ病院の隔離病棟におけるSARS患者の治療

SARSが大流行する中国への感染対策支援

ベトナムでの制圧後も、SARSはアジア諸国にとどまらず、世界各地に拡大していきました。中国では広東省から各地に拡大し、最終的に5,327人の感染者が発生。日本政府は、4月10～16日の期間でNCGMの医師2名を含む国際緊急援助隊を派遣しました。緊急援助隊は、現地にいる日本人の不安解消とSARSに関連した健康管理を実施しました。さらに5月11～17日には北京市にNCGMの医師2名を含む緊急援助隊を派遣し、中日友好病院を中心に感染対策を支援しました。

緊急援助隊は、同病院をSARS診療のモデルとするため、院内感染対策の技術指導や、感染防護具・簡易人工呼吸器の提供と使用法の指導、院内感染対策管理システムに関するアドバイスをを行いました。

北京市は特に流行規模が大きく、感染者は2,550人に上りましたが、中国政府主導の強力な対策が効果を上げ、6月24日に感染地域指定が解除されました。



中日友好病院にてSARS感染防御の指導を行うNCGM医師

経験を未来への備えに



SARS が突然発生した当初は、正体不明で診断法や治療法も確立していない未知の感染症として恐れられていました。SARS が中国やベトナムで猛威を振るっていた時期に現地でも活動した緊急援助隊は、自身が感染する可能性も高く、感染防護に細心の注意を払いつつ、現地の病院スタッフたちとともに対策を実施しました。

SARS の終息宣言後は、散発的な発生はありましたが、2004 年 4 月以降は発生件数はゼロとなっています。SARS の経験は国際医療協力局にとって、院内感染対策の重要性や、各国の医師たちと国境を超えて迅速かつ効果的に取り組むための信頼関係の大切さを再認識する機会になりました。感染症への対応は、事前に医療従事者の訓練を行い、院内感染対策の基本を徹底させるシステムを構築しておくことが大切です。国際医療協力局では、SARS のような新たな感染症の発生に速やかに対応できるように活動しています。

活動した国際医療協力局員の声 *Voices of experts*



“日本政府の要請で現地に赴くまで、感染症の緊急対応の経験はありませんでしたが、感染防御の知識は得ていたので、「とにかくやろう」という気持ちで臨みました。

感染症は日頃からの予防対策が重要ですが、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コストがかかるため、低・中所得国では後回しになりがちです。しかし実際には、予防対策によって“無駄に患者さんを増やさない”という効果があり、中長期的に見ればコストを低減することにもなります。SARS の流行後は、その認識が随分高まったと思います。

活動した病院では、院内感染や死者を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。また感染症が流行し、緊急対応が必要な事態になれば、この時の経験を活かして現地での支援を行いたいと思っています。

*人事院総裁賞:国民全体の奉仕者として、長年にわたる地道な活動や高いモチベーションの下での勇気ある行動などを通じ、行政サービスや国民生活の向上に顕著な功績を挙げ、国民の期待に応えた国家公務員（個人又は職域）を表彰するもの（人事院 HP より）

SPECIAL COLUMN | KYOKO KOTO

03

私と国際医療協力

虎頭 恭子



国際協力に興味を持ったきっかけは、高校時代の米国での交換留学での経験でした。同級生の多くが、カンボジア、ベトナム、ニカラグアといった戦争を経験した国々から来ており、その話を通じて「欧米以外にも広い世界がある」と実感しました。また、祖父の自宅介護を経験した際、家族がもつケアの力を目の当たりにしたことがきっかけで、医療と国際協力が結びつき、最終的に国際医療協力に携わる道を選びました。

最初の国際医療協力の現場は、青年海外協力隊で派遣されたホンジュラスでした。保健所では、栄養不良で体がむくんだ子どもが麻袋に入れられて運ばれてくるという状況に直面しました。子どもが重症化する前に、地域で見守る仕組みをどう作ればよいか模索していたとき、データを活用してニーズを見極め、関係者のモチベーションを重視し、能力強化に徹する国際医療協力の専門家に出会いました。その活動に触発され、この業界でさらに経験を積みたいと強く思うようになりました。

その後、NGO の活動でカンボジアを訪れた際にも、重度の栄養不良の子どもと出会いました。保健センタースタッフや地域住民とともに、包括的に子どもの健康を見守る仕組みづくりに取り組みました。その結果、当初は子どものことをあきらめていたお母さんが、少しずつ笑顔を取り戻す姿にやりがいを感じました。一方で、余計な仕事をしたくないと考える保健センタースタッフと衝突する場面もあり、現地の医療者育成制度に課題を感じるようになりました。そんな中で、長期的かつ多角的な視点で保健人材育成に取り組む専門家に出会い、大きな刺激を受けました。

現在は国際医療協力局に所属し、ラオスでのプライマリーヘルスケア向上に貢献するための看護師育成事業に携わっています。国家看護師開発計画の策定を支援し、看護リーダーたちとともに国レベルで看護人材を育成する取り組みに関わりながら、多くの学びを得ています。保健医療サービスの現場からは離れていますが、迷ったときには、プライマリーヘルスケアの現場で学んだ「家族や地域がもつ力を信じる」という原点に立ち返るよう心がけています。

新型インフルエンザ (H1N1)

どんな出来事?

2009年1月頃から2010年3月頃にかけて、新型インフルエンザ(H1N1)が世界的に流行。発生源はブタによる豚インフルエンザウイルスとされ、農場などで豚から人に直接感染し、それから新型ウイルスとして人の間で広まったとされています。流行初期にメキシコでの死亡率の高さが報じられ、世界中で危機感が高まりました。日本国内では2010年3月に第1波が収束したものの、12月半ばに再流行して感染のピークを迎えました。2011年1月末に流行が落ち着き、2011年4月1日より政府の発表に基づいて通常の季節性インフルエンザと同等の扱いになりました。現在はワクチンによる予防も可能となっています。

発生直後から危機管理体制を整備

2009年4月24日、アメリカとメキシコで新型インフルエンザ(H1N1)の感染が確認され、メキシコでは59人が死亡した疑いがあることがWHOにより発表されました。

H1N1は、通常の季節性インフルエンザと比較して、感染経路や症状は同様ですが、抗原性が大きく異なるものです。当時、多くの人が免疫を獲得していないため、急速に流行が拡大する恐れがありました。

国際医療協力局では世界的な流行に備えてWHOの発表直後から危機管理担当者が情報収集を開始し、国内外の関係者と緊急連絡や情報共有ができる体制を整えました。4月27日には24時間体制の対策本部を設置し、局内の体制整備や関係機関との連携を進めて、政府設置の対策本部へ医師や看護師の派遣も行いました。



感染防護服の装着のシミュレーション

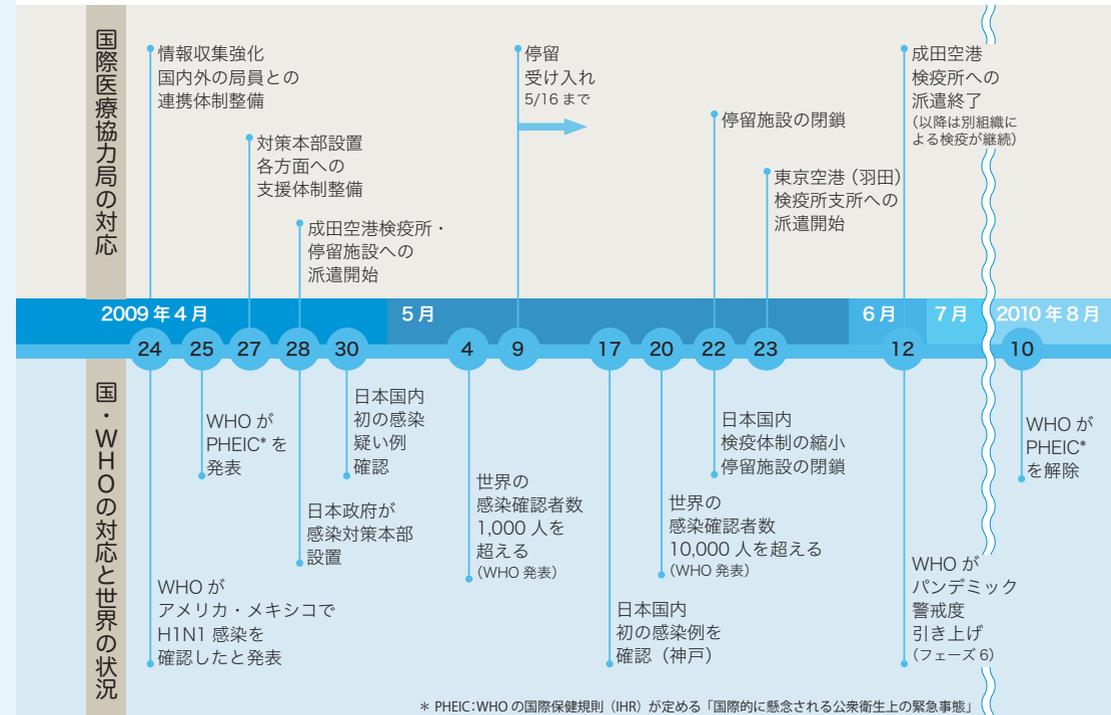


検疫所や停留施設で水際対策を強化

翌28日には、日本の水際対策として検疫が強化されました。目に見えないウイルスの国内流入を検疫によって水際で完全に防ぐことはほぼ不可能ではあるものの、国内での二次感染の発生を遅らせることで必要な感染対策を検討・整備するための時間を稼ぐことができます。国際医療協力局は厚生労働省からの要請を受けて、成田空港と羽田空港の検疫所に医師や看護師を派遣しました。検疫所では、飛行機内や検疫ブースでの問診や検査、健康相談などを担いました。また、他の機関から派遣された医療従事者との円滑な引き継ぎが行える体制づくりにも取り組みました。



成田空港検疫所での活動



H1N1は潜伏期間が通常1～3日、最大7日と言われ、無症状であっても感染の可能性がありました。それを踏まえて、入国時の検疫で感染者が発見された場合に濃厚接触者が感染しているかどうかを判明するまでの滞在場所として停留施設が設置されました。国際医療協力局はこの停留施設にも医師や看護師の派遣を開始し、施設の設定や濃厚接触者の受け入れ態勢を整備しました。5月8日、成田空港で初めての感染者が確認されたため、48人の濃厚接触者を受け入れ、その後5月16日に最後の1人が施設を離れるまで健康管理を行いました。最終的に1人の感染が判明し、病院に搬送されることになりました。現場では具体的なマニュアルや物品が十分に揃っていない状況での活動となりましたが、専門家たちは人材や物品が不足する低・中所得国での国際保健医療協力活動の経験を活かして臨機応変に対応することができました。

また、世界中でH1N1の感染が広がる中、国際医療協力局の専門家は、国連インフルエンザ調整機関を通じ、世界的なH1N1対策にも貢献しました。低・中所得国に対するH1N1感染対策の支援パッケージの取りまとめや、ワクチン送付の準備・調整などのサポートを行いました。さらに、地域の状況を分析しつつ、各国の国連代表部と連携して国家インフルエンザ対応行動計画を協調的に進められるような取り組みを行いました。

世界的流行の収束へ



2010年8月10日、WHOは「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(PHEIC)」宣言を解除し、H1N1はパンデミック(世界的大流行)期間を脱しました。WHOによると、同年8月1日時点で世界の214以上の国と地域から18,449例以上の死亡例を含むH1N1の確定症例が報告されています。

日本国内では、2010年3月に第1波が収まりを見せたものの、6月中旬から再び感染者の増加が見られました。10月以降には予防接種も始まり、12月に入ると感染者数は減少していきました。2010年3月までの、日本国内の累計感染者数は約2,100万人と推測され、厚生労働省に報告された死亡者数は198人で、人口10万人あたりの死亡率としては、世界的にとっても少ない割合でした。

国際医療協力局ではH1N1による健康危機対応を通じて、平常時から危機管理体制を整えておくことの必要性や柔軟に動けるチームワークの重要性を再認識しました。活動全体が有効・適切であったかを検証し、その後のパンデミックへの備えに活かしています。

SPECIAL COLUMN | SHIKINO KIKUCHI

04

私と国際医療協力

菊池 識乃



私が国際協力の道に興味をもち、歩みを進めてきている話をする際、カンボジアとの出会いは、切り離せない話と思っています。最初に国際協力を意識したと記憶しているのは、小学生のときに見た「銃を担ぐ少年」の写真です。それは、たしかクメールルージュ時代のカンボジアで撮られたものだったと記憶しています。そして、初めて一人で行った海外旅行先もカンボジアでした。そのとき訪問した孤児院で出会った少女から「お姉さんは、親はいますか？」と、とても自然に当たり前の質問かのように問われた意味を自分なりに考えた時、国際協力に興味があると言いながら、低・中所得国で起こっていること、そこに暮らす人々の置かれている状況を全く想像も理解もできていなかったことに気づかされました。彼女たちにとって、親がいない人もいることが、ごく当たり前の世界だったのです。

時は経ち、看護師としての臨床経験を重ねていく一方で、やはり国際協力の道に進みたいという想いを諦められず、青年海外協力隊に応募したのですが、その派遣先もカンボジアでした。地方の州立病院で、5S活動*や感染管理委員会、看護系学生の臨地実習指導等、カウンターパートをはじめとした病院関係者と活動しました。その後、国際医療協力局に入局して初めての国外出張もカンボジアでした。これは、もう大切な縁・巡り合わせだと思っています。その後、初めての長期赴任先は、お隣のラオスだったのですが、そのお話はまたの機会に。

まだまだ学びの途中、道半ばですので、国際協力を志したときに感じた「一緒に生きていたい」という気持ちを忘れず、どこにいても、目の前の人たち、そこで出会った人々の真の笑顔をともにつくり出せているのか、自問し続けていたいと思っています。

* 5S活動：日本の製造業で発達した日本型品質管理の手法の一つで、業務環境を改善する取り組みのこと。整理 (Seiri)、整頓 (Seiton)、清掃 (Seisou)、清潔 (Seiketsu)、しつけ (Sitsuke) の5つの活動の頭文字から「5S (ゴエス)」と呼ぶ

東日本大震災

どんな出来事？

2011年3月11日14時46分、三陸沖の宮城県牡鹿半島の東南東130km付近、深さ約24kmを震源とするマグニチュード9.0、最大震度7の地震が発生。これに伴う大津波・火災と原発事故なども発生し、東北地方を中心に2万2,000人を超える死者・行方不明者を出す大規模地震災害となりました。日本政府は発災から6時間後にはDMAT（災害派遣医療チーム）を派遣し、救援活動を開始。その後10年以上をかけて空港、交通、学校、病院などの施設やインフラの復旧、瓦礫の処理、人々のこころのケアなど、復興に向けた取り組みが続けられました。

地震発生6時間後、医療チームを被災地へ

2011年3月11日の地震発生直後、NCGMは災害対策本部を立ち上げ、6時間後にはDMATの第1次隊として医療チームを派遣しました。第1次隊は、宮城県仙台市内でのトリアージ*活動と気仙沼市の病院での情報収集を行いました。第2次隊は、仙台医療センター救急外来での診療や、自衛隊などとの協力による域内・域外搬送支援、宮城県東松島市松島町での情報収集を行いました。第3次隊は宮城県庁で県レベルの保健医療状況を把握した後、東松島市保健福祉部矢本保健相談センターで様々な支援活動を行いました。

第4次隊以降は、NCGMセンター病院と国際医療協力局の医師、薬剤師、看護師、臨床心理士、事務職で構成される医療チームが、東松島市において避難所の巡回診療、在宅住民の健康支援調査、仮設住宅居住者の健康支援などを実施。東松島市保健福祉部の保健師を中心に、現場のニーズや優先度に沿って活動しました。



被災地を奔走した NCGM の救急車



DMAT による医療支援

全国から派遣された医療チームによる
全体ミーティング

現場のニーズと医療チームをつなぐ

当初、現場は全国から多くの支援者が集まるため混乱し、優先度を決めて物事を進めることが困難な状況にありました。そのため、避難所の巡回診療では現場のニーズと優先度に対応しつつ、直接住民の健康を守る保健師たちと県外から来た医療チームをつなぐ調整・相談役が必要でした。その役割を国際医療協力局の職員が担い、各医療チームが避難所を回る週間予定表の作成や、避難所での感染症発症時の対応、救急搬送の必要なケースの手配、毎日の避難所データの管理、市の保健師の支援などにあたりました。

医療チームが避難所にいる人々にも話を聞くと、動ける人は家族の安否確認や被災した家の整理などに追われて一日中避難所にいるわけではないため、「診察を受けたいから事前に診療日時を知らせてほしい」という要望があることが分かり、避難所巡回診療を行うチームは、各避難所に市の保健師を通じて事前に予定を伝えるようになりました。その結果、より多くの人々が巡回診療を受けることができるようになりました。

毎日の診療後には市の保健師たちと報告・連絡会議を開き、どのような患者さんがどの避難所において、何に注意すべきかを確認しました。それを後続の医療チームにも共有し、薬剤の供給について連携しました。また、NCGMは石巻圏合同救護チームの活動エリアのうち、東松島市を含むエリアで活動するチームの代表として、毎晩の合同救護チーム本部会議でエリア内の避難所の状況報告を行いました。地元の医師会とも協議を重ねながら、東松島市の保健医療体制を総合的にサポートしていきました。



被災地での診療活動



避難所にて薬剤師が服薬について説明



戸別訪問による健康支援調査

*トリアージ：多くの傷病者が発生している状況で傷病の緊急度や重症度に応じた優先度を定めること

地域住民への健康支援



2011年4月末からは、市内で浸水被害の大きかった地域を対象に、自宅で避難生活を送る人々の健康状態や医療ニーズを把握するための健康支援調査が始まりました。NCGMの医療チームは市の保健師と連携しながら、この調査の準備から実施まで支援しました。

健康支援調査では、戸別訪問をして一人ひとりの健康状態をヒアリングしました。震災前にかかっていた病気の薬が服用できているか、通院ができているか、精神面の状態はどうか、ライフラインや食生活に問題はないかなどの問診や血圧測定などを実施。午前・午後の2回、調査を行い、そのデータをもとに保健師による再訪問が必要か、あるいは早急に医療チームが訪問診療すべきかを決定し、必要な調整に取り組みました。戸別訪問は、地域住民の気持ちや悩みを拾い上げる機会にもなりました。

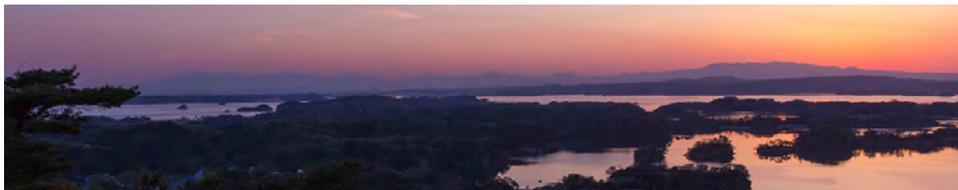
避難所が閉鎖された震災後4カ月以降の活動は、仮設住宅の健康支援に移りました。“個人の健康”から“集合体としての仮設住宅居住者の健康”という、公衆衛生の視点で支援を実施。国際医療協力局の専門家は、集積されたデータを分析する取り組みも支援しました。

復興に向けて続けた伴走支援



NCGMは、2011年6月30日までに延べ52隊、277名の医師、看護師、助産師、薬剤師、臨床心理士、心理療法士、事務職を派遣しました。避難所が閉鎖した2012年7月以降は、国際医療協力局と東松島市との間で協定を結び、保健衛生分野の復興支援活動を継続しました。

国際医療協力局による支援は、現場で働く医療関係者を主役と見なした地域の保健医療システムの再構築への支援であり、その実現に向けて行政とも連携し、迅速に進めることを目指したものでした。これは国際医療協力局が低・中所得国への技術支援の現場で行っていることにも共通しており、日本国内での災害支援においてもそのノウハウが大いに活かされました。



SPECIAL COLUMN | MEGUMI IKEMOTO

05

私と国際医療協力

池本 めぐみ



大 自然の淡路島で育った私は、女性が自分の人生を選択し、生きていくための「自分の仕事」を持ちたいと考えていました。女性や子どもがさまざまな想いをしていることが当たり前なのか、よりよい社会や平等を望んでいいのかと、いつも心のどこかで考えていました。

1995年の阪神淡路大震災を経験し、神戸市で看護師になりました。その後、助産師になることを目指し、2005年新潟大学に編入しました。そこで私の人生に大きく影響する出会いがありました。今は亡き新潟大学の国際看護の丹野かほる教授です。丹野先生は、私と同じ淡路島の出身で、助産師で、エジプトやミャンマーでのご経験があり、何よりも世界中の女性の命やよりよい生活のために生きていらっしゃいました。どの活動の話をする時にも、人々への愛情にあふれていました。先生がとてもかっこよかったのです。憧れの丹野先生が「私のゼミの学生がNCGMの病院に就職したのよ」と嬉しそうに話してくださいました。私は、その時にNCGMの存在を知りました。この丹野先生との出会いと看護職としての経験が国際医療協力への関心を徐々に深めていきました。その想いとは裏腹に、国際医療協力の夢はタイミングが合わずに叶いませんでした。そんなある日、私は自分の子どもに「大きくなったら何になりたい？」とたずね、なりたい職業になれるように努力する大切さを話していた時、「自分は国際医療協力の夢をあきらめたままで、子どもの夢を支えることができるのだろうか」と自問自答しました。そして、もう一度だけチャレンジしようと決めました。

2015年から大学院の博士課程である災害看護グローバルリーダー養成プログラムで学び、2020年に修了しました。そして、NCGMに就職し、今では、モンゴル国の助産師の卒後の教育の体制構築やアジアの看護職に研修を提供するなど、国際医療協力に関わっています。これからも女性や子ども、看護職のために生きていきたいです。

新型コロナウイルス感染症

どんな出来事？

2019年12月に中国で原因不明の肺炎の患者が確認され、翌年1月にWHOが国際的な緊急事態宣言を発出し、またたく間にパンデミックとなりました。WHOのデータによると、全世界の累計感染者数は7億7,680万人、累計死者数は700万人を超えました（2024年11月10日時点）。日本においても、それぞれ3,350万人、7万4,000人を超えました（2023年5月7日時点）。2020年からの3年間は、保健医療の現場をはじめ、命と社会機能を守るためにあらゆる立場の人々が感染対策に取り組みながら、未知のウイルスと闘ってきました。治療方法の解明やワクチンの普及とともに感染拡大の勢いは失速に向かい、2023年5月、WHOは国際的な緊急事態宣言の終了を発表しました。

国際医療協力局の主な活動

帰国者 スクリーニング	NCGM センター病院は、日本政府のチャーター機で中国から帰国した793名を受け入れ、健康診断とPCR検査を実施。国際医療協力局の専門家もサポートに入りました。8名の陽性を確認すると同時に無症状の陽性者がいるという事実が初めて判明し、世の中に衝撃を与えました。
横浜クルーズ船	横浜港に停泊した大型クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」（乗員乗客約3,700名）内で集団感染が発生。NCGMは医療従事者を派遣し、隔離・検疫・診療を行うとともに、センター病院での重症患者の受け入れ、治療を実施。国際医療協力局の専門家は船内・検疫所での検疫業務の支援、感染管理に関するアドバイスなどを行いました。
政策支援	国際医療協力局は、2020年3月下旬から4月上旬にかけて厚生労働省が召集するクラスター一班に専門家を派遣し、感染対策の協議に参画しました。
面会者 スクリーニング	NCGMはセンター病院の入り口でサーモグラフィを用いて、感染疑いのある人のスクリーニングを行い、高い体温を示した人を対象に問診を実施。国際医療協力局の職員も対応しました。
発熱相談外来	センター病院では発熱相談外来を設置。国際医療協力局の専門家は、問診や検体採取、検査後の生活に関する説明など、診療応援に加わりました。
軽症者 宿泊療養施設の 立ち上げと医療支援	国際医療協力局は自治体からの要請により、保健所や医師会、医療機関、消防、警察、搬送業者など、関係者と連携して軽症者の宿泊療養施設を設営。健康管理に関する指針やマニュアルの作成、関係者向けの感染予防対策のアドバイス、開設後の運営サポートなどを行いました。
長崎クルーズ船	長崎港に停泊していたクルーズ船「コスタ・アトランチカ号」の乗員の集団感染が発生。国際医療協力局は専門家を派遣して、現場で事態の収束にあたりました。
海外での 感染対策支援	JICAを通じたミャンマーでの検査施設の立ち上げ、WHOを通じたフィリピンでの感染対策活動、ブルネイやベトナムとのオンライン意見交換などを行いました。
研究論文・研修	新型コロナに関して感染対策や低・中所得国の保健医療への影響、国際医療協力活動からの学びなどを論文にして世界に発信。また、国際保健医療協力の研修をeラーニングで展開しました。

Special Interview

新型コロナウイルス感染症 COVID-19 パンデミックと 国際保健医療協力の経験を 振り返って



元 NCGM 国際医療協力局
運営企画部長
明石 秀規



長崎大学大学院 熱帯医学・
グローバルヘルス研究科 教授
元 NCGM 国際医療協力局
運営企画部長
藤田 則子

■ パンデミックの兆しの中で

— 2020年1月、中国で謎の肺炎が発生したという情報はどう受け止めていましたか？

明石 情報は入っていましたが、そこまで世界中に感染が広がるとは予測していなかったですね。1月下旬にタイのバンコクでグローバルヘルスの国際会議に参加していたのですが、会場で検温が始まったり、モンゴル人の参加者が自国での対応のために急ぎ帰国したりするのを、随分動きが早いなと思って見ていました。

藤田 私はその頃、カンボジアと日本、両国の産婦人科学会をつなぐ事業を進めていて、2月初めに複数の日本人医師をカンボジアに派遣する計画を立てていましたが、感染症流行の兆しを見て取り止めました。それでも当時はまだパンデミックになるという実感はなかったと思います。

— COVID-19への対応は、どのような活動から本格化したのでしょうか？

明石 感染の波は日本の水際から国内へとヒタヒタと静かにやってきたという印象です。局内に特定のチーム編成はありませんでしたが感染対策本部を設置しました。海外で活動中の専門家たちの帰国をどうするか、船内での集団感染により横浜港に停留したクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号（DP号）」

での検疫をどう対応するかといった問題が出てきて、徐々にCOVID-19関連の対応が増えました。専門家の帰国については藤田先生が中心になって対応しましたね。

藤田 はい。海外にいる専門家は、日本政府から派遣された立場でJICAの仕組みに則って活動しているので、単純に一人ずつ帰ってくればいいという話ではありません。現地の情報を整理しながら、現地の関係者とプロジェクトの進捗をどうするかを協議し、日本にいる帰国者の家族とも連絡をとり、帰国をアレンジします。成田空港に到着後も感染していないことが確認されるまでは自宅に帰せないで、帰国者がどこでどう待機して過ごすかなど、色々な連絡・調整が必要でした。

— DP号ではどのような活動をしましたか？

明石 国際医療協力局としては、3,700名の乗客・乗務員の検査を他の機関と分担して行うことと、何人がどこにいて誰が感染しているかといった疫学情報の取りまとめの役割を担いました。感染対策において疫学情報は非常に重要で、政府はそれを基本情報として状況を把握し、様々な方針を検討します。当局はDP号に専門家を送り、毎日オンラインで報告を受け、活動に関して様々な協議を行いました。

— 未知のウイルスを扱う現場に行く専門家たちは、どのような反応でしたか？

明石 もちろん現場に行くことは専門家本人の意志を確認していましたが、感染対策について専門知識を持っていますから「行きます」と言ってくれる人が多かったですね。

その一方で専門家の家族が周囲から感染を警戒されて、保育園から登園を断られるなどの問題も起こりました。結果的には保育園側の理解が得られて登園できましたが、過度な心配によって専門家や家族が不適切な対応を受けないように情報を発信することが重要だと改めて感じました。

一医療従事者やその家族への差別問題はメディアでも報じられました。正しい情報が伝わらないもどかしさがあったことと思います。

明石 そうですね。専門家を送り出す私も本来は自分が最初に現場に飛び込まなければと思いながら、行けばその後2週間は自宅待機になってしまうので業務遂行を考えると本部を離れるわけにはいかないという、負い目というか、ジレンマがありました。

藤田 当時、明石先生のその気持ちは隣で見ていてよく分かりました。でも多様な業務が振られる中で、入り口で業務を振り分ける役割を本部が果たしたからこそ活動が進められたので、ご自身に葛藤があったにせよ、本部に残るのは正しい判断だったと思います。そして約1カ月の検疫期間を終えて、無事にすべての乗客・乗員の下船が完了しました。



横浜港に停泊した大型クルーズ船
ダイヤモンド・プリンセス号

■ 軽症者療養施設の運営に向けて

一その後はどのような活動がありましたか？

明石 東京都の要請で品川プリンスホテルでの軽症者療養施設の設営とマニュアルづくりに取り掛かりました。国際医療協力局が療養施設の立ち上げに取り組むのは初めてではなく、千葉県市川市内のホテルにおいて成田空港・羽田空港の検疫で確認された陽性者の療養施設を設営・運営した経験がありました。品川の療養施設のマニュアルづくりでは、この経験が大いに活かされました。例えば、療養者をどの入り口でどのような手続きによって受け入れるのか、療養者の状態をどう入力してデータ化するのか、療養者の弁当をどのように配るのかなど、施設の間取りや業務の流れに合わせて細かく決めていく必要があります。当局は活動期限を決めて、現場のすべての動きを検証してマニュアルをつくり、設営を終えて医師会のチームなどに引き継ぎました。

一マニュアルづくりというのは、かなり細かくゼロから仕組みを構築するのですね。

明石 そうです。感染を広げないために、現場で対応する医療従事者や療養者の実際の動きを検証しながら作り上げます。つくったマニュアルは、その後も他の医療チームが改訂を加えながら活用したと聞いています。

藤田 まったく何もないところから仕組みをつくるというのは、人やモノのない低・中所得国で国際保健医療協力活動を行ってきた経験が活きていると思いますね。しかも国際医療協力局はその層が厚く、誰が行っても同じようにできるという組織的な強みがあります。だからこそ複数の現場で使えるマニュアルになったのではないかと思います。

明石 確かに低・中所得国での活動経験があるから現場がうまく回るシステムをつくれるというのはありますね。それと感染症、看護、事務などそれぞれの強みや専門性を合わせた混成部隊として組み立てていく意識も強いで

すね。それによって全体として統合された仕組みになるのだと思います。

藤田 局内に毎日報告・相談を受ける本部があることも大きかったのではないかと思います。初めて現場入りする専門家が、「なぜこういう方法で運営されているのだろう」と疑問に思うことも、経緯を含めて本部が説明できるから活動を止めることがない。その辺りも組織力が発揮されていたと思います。

■ 東京オリンピック・パラリンピックの感染対策

一その後、1年延期後に開催された東京オリンピック・パラリンピックでは、どのような活動が求められましたか？

明石 選手村が開く直前に組織委員会から活動要請があり、当局は検査エリアの設営と疫学情報の取りまとめを担当しました。

1つ目の検査エリアの設営は、主に施設内などの空間を人の動線や作業内容、ウイルスが広がる可能性を考えて、「レッドゾーン（汚染区域）」「イエローゾーン（準汚染区域）」「グリーンゾーン（清潔区域）」と明確に区分け（ゾーニング）することです。感染対策において非常に重要な準備です。感染リスクを見極めながらゾーン別に色分けしたテープを貼って区分けを行いました。

2つ目の疫学情報の取りまとめは、先ほどお話しした DP 号と同様に、日々の検査件数と陽性者の発生数やその状況など、必要な情報を取りまとめていく業務です。

一実際の現場での活動はいかがでしたか？

明石 現場入りすると、ゾーニングの対象は屋外に点在しているプレハブだったので、どうすればうまくできるか検討しました。その時点では、どこでどう選手やスタッフの受け付けや検査を行うかなどが明確になっていないようでした。一応それらしき場所はあるのですが、実際にイエローゾーンでどのように陽性者を識別し、レッドゾーンに移動しても



宿泊療養施設の開設に向けた打ち合わせ

らうのかなどが決まっていなかった。要するにまだシステムができていなかったのです。

確認すると、両ゾーンの関係者間で十分な話し合いがないことが分かりました。それで我々が双方と話をし詳細を決めていくことにしました。陽性者や医療従事者の動作や流れを細分化して、一つひとつ場所やルールを決めました。一通り決めると、今度は想定以上に医療従事者の数が足りないことが分かったので、当局からも医師・看護師・事務職員を派遣し、その上で他の組織からの人員も含めて、いつからいつまで何名がどのような業務につくのかなど、全体の動きを確定していきました。

一現場を見て新たな仕組みをつくることは、これまでの活動に共通していますね。

明石 そうですね。全体の動きを確定することも東日本大震災の被災地、宮城県東松島市での医療支援活動の経験が役立っています。複数のチームが交替で現場入りする状況では、チームの活動期間を少し重ねることで、次のチームに申し送りができるようにします。全体の動きが確定するし、誰もがすぐに状況を理解して動けるようになる。人数が増えても、業務が漏れなく遂行できるようになるわけです。

藤田 私はその頃には再開されていた海外での事業を重点的に見ていたのですが、明石先生が緻密に計画を立てて、関係各所に気を配りながら調整していたのを覚えています。大

変そうでしたが、局内には一番良い方法を探しながら、すべきことが決まれば「私が行きます」「私がやりたいです」と積極的に手を挙げる人がたくさんいました。局内に活動をガイドする人と、それによって自分の実力を発揮した人がいて、それぞれにとって成功体験となったのは良かったと思います。

明石 東京オリンピック・パラリンピックでの活動はなかなか経験できないことですからね。3カ月間だけ当局に所属していたレジデントやフェローにも、一緒に行ってもらいました。みんなが「とても貴重な経験ができました」と言っていましたね。

藤田 派遣された人が動ける仕組みがすでに現場で機能していたからこそですね。

■ 「現場の調整力」を活かす

—なぜどの現場でも国際保健医療協力活動で培った「現場の調整力」を活かすことができるのでしょうか？

明石 国際協力は相手国の政府、自治体、病院、日本の政府、プロジェクトの関係者など多様なステークホルダーがいて、それぞれの立場で意見や考え方を持っています。その中で何かを形づくろうとすると、全員がWin-Winになることは難しくても、折り合えるところを見つけていかないといけないわけです。それは一言で言えば「調整力」なのですが、実際にはもっと現場に根付いて、人と人、国と国の間で、どう対応するかという答えを探すようなことをやっているわけです。そういうところが、多様なチームが集中する健康危機の現場では生きるのでしょうか。

国際医療協力局のユニークさは、半分は臨床、半分は公衆衛生と、フレキシブルに活動しているところにあると思います。今はVUCA*の時代と言われますが、そういうフレキシビリティが時代を乗り切る能力として求められる時に、「これしかダメだ」「こうあらねばならない」といった考えにとらわれると対応できない気がします。世の中の変化は社

会全体で見ると結構緩やかですが、緊急対応の現場では次々と変化が起こります。その中で働く我々は様々な対応力を自然と身につけているのかもしれない。

—パンデミックの期間を振り返って、今後に向けて感じていることをお聞かせください。

明石 未知のウイルスへの対応を批評する“傍観者”ではなく、具体的にどうするかを考えて動く“実践者”として携われたこと、そして感染拡大を抑えて任務を完了できたことを、私自身はとてもポジティブに捉えています。国際医療協力局の経験の積み重ねは、日本にとっても健康危機への対応力をつける上で役に立ったのではないかと考えています。

感染症の大流行は、これからもあると思うておいた方が良いでしょう。だから現場で困ったことや改善すべき点などを記録に残すことが大事ですね。次の健康危機に対応する人たちにも、当局に蓄積された経験を生かしてもらいたいと思っています。

藤田 社会全体で見ても、それまで当たり前だった様々なことが変わりましたよね。例えば、働き方にも在宅勤務などの選択肢が増えました。そういう意味で、国際医療協力局だけでなく、日本の社会全体がCOVID-19を一つの転機として乗り越えて、新しい変化が生まれているように思います。

活動する人へのサポートについては、感謝の声かけが大切だと感じます。現場で活動する人を労い、感謝の言葉を伝えることで、頑張ろうと思えたり、その人の能力がより発揮されたりするのではないのでしょうか。

次のパンデミックがどんな状況になるかは分かりませんが、国際医療協力局のような組織は次世代の人材を育てていかなければなりませんし、どういった経験を持つ人で組織を構成するかが重要だと思っています。今回の経験が次世代の人にケーススタディとなって伝わって、今後の適応力・対応力につながることを願っています。

SPECIAL COLUMN | MASAMI FUJITA

06

海外での経験を国内における外国人の健康対策に役立てる

藤田 雅美



私は、約20年間にわたり主にWHO（世界保健機関）のHIV担当官として東南アジア諸国に駐在し、2018年から古巣であるNCGM国際医療協力局で仕事をしています。

取り組んでいることのひとつが、外国人、とりわけ単純労働と言われる仕事に従事している方々の健康対策です。新型コロナパンデミックは、外国人が必要な情報を得たり、保健医療サービスを利用したりする上で、様々な障壁があることを浮き彫りにしました。また、外国人の健康には、社会・経済・文化的な要因が大きく影響していることもわかってきました。これらは、日本だけでなく、外国人・移民を受け入れている多くの国々でも問題になっています。わたしたちは、海外における取り残されがちな人々の健康対策に関する経験を、国内における外国人の健康対策に活かしながら、外国人・移民を受け入れているアジア諸国の研究者・行政官・支援団体等とネットワークを形成し、国際協力を進めています。



「外国人新型コロナワクチン相談センター（COVIC）」の立ち上げ準備のため、全国の外国人相談センターにヒアリングを行う専門家チーム



NCGM国際医療協力局にて行われた、ベトナムの関連省庁と国際移住機関（IOM）ベトナム事務所との意見交換会

36 * VUCA (ブーカ): Volatility (変動性)、Uncertainty (不確実性)、Complexity (複雑性)、Ambiguity (曖昧性) という4つの言葉の頭文字をとった造語。将来予測が困難で不確実性の高い状況を意味する。

ザンビア共和国のコレラアウトブレイク

どんな出来事？

2023年10月、ザンビア共和国の首都ルサカ市でその年最初のコレラ患者が確認され、その後、アウトブレイク（集団感染）に発展しました。2021年よりザンビアに駐在して「JICA ルサカ郡病院運営管理能力強化プロジェクト」に取り組んでいた国際医療協力局の専門家は、感染拡大を見据えて病院やコミュニティをまわって感染対策を行いました。2024年1月にピークを迎えたアウトブレイクは、政府による対応も奏功し、4月に入ると患者数が大幅に減少して収束に向かいました。感染者数は約23,000人、死亡者数は約740人（2024年5月12日時点）に上り、ザンビア史上最悪のコレラアウトブレイクとなりました。

感染拡大を見据えて支援を開始

2023年10月18日、ザンビア政府はその年最初のコレラ患者が発生したことを発表しました。コレラが発生した地域は貧しい人々が密集して暮らしており、安全な水へのアクセスが悪く、雨が降ると洪水になってトイレの汚物で水源が汚染されるといった衛生状況がよくない環境にありました。

現地では2021年から国際医療協力局の医師が「JICA ルサカ郡病院運営管理能力強化プロジェクト」の専門家として活動していました。その専門家は、本格的な雨期（12～4月）になれば感染者が急増すると予想し、早急な対策が必要だと考えました。

ザンビア政府はすぐにコレラ対応のための組織体制を立ち上げ、JICA プロジェク

どんな感染症？

毒素産生性のコレラ菌による急性細菌性腸感染症。コレラ菌に汚染された水や食料を摂取することで感染する。主な症状は下痢や嘔吐。重症の場合は、重い脱水症状を伴う急性水様性下痢により、死亡する危険性がある。

トの5つの対象病院にも、コレラ治療センターが設置されました。プロジェクトチームは、コレラ治療センターで感染管理やゾーニング、病院内での患者フローやスクリーニングの支援を開始。すると、医療スタッフやサポートスタッフをはじめ、ベッドや点滴台、毛布、経口補水液といった物品・消耗品などが不足していることが分



コレラ治療センターのゾーニングを支援する専門家



ORPにてボランティアに技術支援する専門家



スタジアムのコレラ治療センターで待機する医療スタッフたち

かりました。また、一部の医師は精度の低い検査で陽性になった症例のみを報告するなど、適切なサーベイランス体制が徹底されていないこともわかりました。

一方、地域住民のコミュニティには、病院にたどり着く以前の課題がありました。医療への信頼度が低く、重症でなければ病院に行こうとしない人々が一定数いるほか、病院への交通手段にも乏しく医療へのアクセスが制限されていました。住民にはコレラアウトブレイクの情報が伝わっておらず、コレラの予防に対する知識も不十分でした。



入院ベッド横に重症度のタグとカルテを吊るして診療を効率化した

病院と地域コミュニティの課題解決をサポート

12月、本格的な雨期に入り、コレラ患者が増え始めました。コレラ治療センターでは医療スタッフが不足し、特に夜間の施設内で死亡が起こることが問題となりました。また、入院ベッドは埋まってしまい、ベッドを増やそうとしてもリネンすら十分に用意できないため、十分な治療を提供できない状況でした。

プロジェクトチームはできる限りの支援を州、郡保健局と協力して行うとともに、現場の課題を保健省にフィードバックし、日本からの支援についての議論を急ぎました。JICAは迅速な支援を決定し、プロジェクトを通じて650枚の毛布を調達し、速やかに現場に届けました。

また、プロジェクトチームは地域コミュニティに安全な水を提供するため、州、郡保健局のスタッフとともに経口補水液の提供ポイント（ORP：Oral rehydration point）の設置を進めました。ORPは経口補水液の提供のみにとどまらず、医療への入口として、コレラの早期診断や早期治療、早期搬送、情報提供の拠点になります。

患者であふれる現場での対応



2024年1月、コレラアウトブレイクは1週間に2,500例、うち死亡が100例という感染のピークを迎えました。ザンビア政府は、新たにスタジアム（国立競技場）に1,200床のコレラ治療センターを開設。プロジェクトチームは、患者対応のフロー（到着・評価・治療・入院・退院）や、患者ゾーンとスタッフゾーンの明確な区別など感染管理の仕組みを保健大臣に提案し、受け入れ準備を進めました。しかし短期間の準備では、次々に搬送される患者さんの対応が追いつかず、現場は混沌としていました。

プロジェクトチームは朝から晩まで休みなく活動し、患者さんを重症度別にタグを用いて区別し、カルテをクリアファイルに入れて記録できる体制を整備しました。また、現場の状況に臨機応変に対応し、人事部、看護部、大臣室などを患者エリアとは別のエリアに設置するなど、より安全に治療でき、スムーズに運営できる環境づくりをサポートしました。ザンビア政府も地元の大工さんにベッドや点滴台を一晚で作らせてベッド不足の問題を解消。省庁の枠組みを超えて多くの人々が連携し、患者さんの搬送システム、スタッフの2交代制勤務、食事の供給なども整い始め、治療センターの運営は大きく改善していきました。さらに1月中旬には日本から国際医療協力局の医師をはじめ、他の機関からも複数の日本人専門家が現地入りし、オールジャパンで継続的に支援を行いました。

4月に入ると、ルサカ郡における患者数は1日10人以下になり、事態は収束に向かいました。このアウトブレイクから得られた教訓を今後の対策に活かすため、保健省とWHOはレビュー会議を開催。プロジェクトチームはアウトブレイク対応マニュアルの改訂作業も支援して、アウトブレイク対応の活動を終えました。

活動した国際医療協力局員の声 *Voices of experts*



一連のアウトブレイク対応を通じ、パートナーはどのような支援を行うべきであるのか、多くの学びがありました。特に、答えは会議室ではなく現場にあるということ。現場に寄り添いながらニーズの高い支援をタイムリーに行うことが致死率低下につながります。700名以上の救えなかった命、そして私たちを含め、その場に居合わせた皆の悔しさが、次回のアウトブレイク対応に生きることを願っています。

SPECIAL COLUMN | EIICHI SHIMIZU

07

私とグローバルヘルス

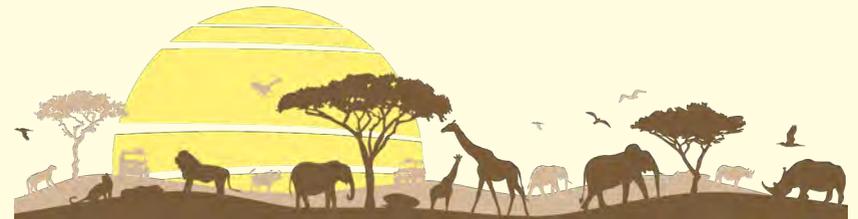
清水 栄一



25年も前になりますが、私は初めてアフリカの地を踏みました。タンザニアに青年海外協力隊員として赴任し、そこで出会った JICA 専門家に憧れたのが、国際協力を志すきっかけとなりました。厳しい生活環境で村人たちと米作りに汗を流す姿に心を打たれたのです。それから15年という歳月を経て、私自身が JICA 専門家になる夢が叶いました。医療資格のない私が国際保健医療に携わり続け、回り道の中で得られた経験が、今の自分を形作っています。

この間、さまざまな業務に携わり、2～3年ごとに職場や生活環境が変わりました。アフリカには5カ国で10年以上駐在する機会にも恵まれました。特に印象深いのは、2006年にナミビアで発生したポリオの流行です。国を挙げたワクチン接種が行われました。ナミビアは日本の約2倍の広さですが、人口はわずか200万人。当時ユニセフにいた私は、四駆車で村々を訪ね、未接種の子供たちを探し回った日々は忘れがたいです。

7年前に国際医療協力局に入局してからも、忘れがたい経験が数多くあります。現場には常に課題は山積しており、その解決は一筋縄ではいきません。しかし、カウンターパートとの対話を通じて解決策を見つけていくプロセスに充実感を覚えます。国際保健医療協力の道は決して平坦ではありませんが、一つひとつの貢献が未来を形作る大切な一歩であると信じています。



NEWSLETTER x40

アーカイブ 2010-2025



Vol.21 | 2025年3月発行
Special Edition
国際医療協力局と健康危機対応



Vol.20 | 2024年3月発行
-グローバルヘルスを人材から考える-
グローバルヘルスのルールづくりに貢献する「規範セッター」



vol.19 | 2023年9月発行
医療製品のアクセス&デリバリー
必要なモノを必要なヒトへ



vol.18 | 2023年3月発行
子宮頸がんのない未来をつくる



vol.17 | 2022年9月発行
グローバルヘルスと「移民の健康」



vol.16 | 2022年3月発行
ポストコロナへ——国際保健医療協力の新たな取り組み



vol.15 | 2021年9月発行
日本の中のグローバルヘルス



vol.14 | 2021年3月発行
看護職とグローバルヘルス



vol.13 | 2020年10月発行
新型コロナウイルスに挑む国際保健医療協力



vol.12 | 2020年3月発行
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
世界中のすべての人に健康を



vol.11 | 2019年9月発行
グローバルヘルスと「医療の質」



vol.10 | 2019年3月発行
保健医療が支える TOKYO2020



vol.9 | 2018年9月発行
アウトブレイクから人々を守る
感染症健康危機管理



vol.8 | 2018年3月発行
誰ひとり取り残さない
持続可能な開発目標-SDGs-で社会を変える



vol.7 | 2017年9月発行
コミュニティの力で健康をつくる
国際保健と地域保健の共通点



vol.6 | 2017年3月発行
NCGMの何が国際なのか
グローバルヘルスの岐路と新たなコース

「明日の国際保健医療協力マガジン」をコンセプトにお届けしてきた国際医療協力局の広報誌「NEWSLETTER」。グローバルヘルスと国際保健医療協力の世界をより多くの人に紹介するため、国際医療協力局の活動情報とともに世界の健康課題の様々なテーマを取り扱ってきました。2010年夏の創刊号から15年間で、今回の「vol.21 Special Edition」を含めて40冊のNEWSLETTERを発行しました。国際医療協力局の公式サイトでは、創刊号からのバックナンバーをお読みいただけます。気になるテーマと国際医療協力局の歩みを振り返ってみませんか？





vol.5 | 2016年9月発行
医療の国際展開
途上国支援の新しいアプローチ



vol.4 | 2016年3月発行
院内感染を防ぐ
途上国にもウイルスや細菌に負けない病院を



vol.3 | 2015年11月発行
研究とフィールド調査
途上国を歩いて課題解決の鍵を探る



vol.2 | 2015年7月発行
新しい命の28日間
途上国で挑戦する新生児ケア



vol.1 | 2015年4月発行
国際機関
世界を助けるお金の活かし方



Special Book vol.02 |
2015年2月発行
人材育成



Special Book vol.01 |
2015年2月発行
感染症



2014年秋号
ラオス
子どもの笑顔から始まる未来



2014年夏号
お母さんの声が聴きたい
安心して赤ちゃんが産める
地域づくり



2014年春号
ジェンダーギャップ
世界の片隅で女性を生きる



2014年冬号
病院から青空の下へ
地域とつなぐ HIV 治療



2013年秋号
看ることと育てること
国際看護師



2013年夏号
5S
- 整理整頓で幸せになる! -



2013年春号
国づくりは、人づくり
- 開発途上国の保健医療人材が育つために -



2013年冬号
ワクチン 命を守るクスリ



2012年夏秋合併号
MDGs 期限まで3年
世界は変わったか?
東日本大震災 宮城県東松島市で復旧・復興を続けて



2012年春号
開こう! グローバル
保健医療人材への扉



2012年冬号 |
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



2011年秋号
グローバル・ヘルス
なぜ開発途上国の健康問題を
考えるの?



2011年夏号
国際医療協力部における
東日本大震災の
復旧・復興支援活動



2011年春号
保健システム強化のための
人材開発
- 紛争国の立て直しのための
保健人材づくり -



2010年冬号
母子保健分野の国際協力



2010年秋号
近くなったアフリカ



2010年夏号 (創刊号)
僕たちとどこかに似ている国
ベトナムへの保健医療協力

おわりに



NEWSLETTER「国際医療協力局と健康危機対応」をお楽しみいただきましたでしょうか。インタビューならびに局員の寄稿にもありますように、発足当時は「国際医療協力」という分野自体がまだまだ発展途上で、すべてが試行錯誤の連続でした。日本全国から志を持って国際医療協力局に集まってきた個性豊かな局員たちは、手探りで未開の地を突き進んでいく気概とエネルギーに満ち溢れ、次々に世界に飛び出して行きました。巻頭の特別インタビューでの喜多悦子先生のお話をはじめ、このニュースレターから、そんな創成期の熱い空気を感じていただければ幸いです。

新型コロナウイルス感染症パンデミックを経て、国立国際医療研究センターは組織統合により国立健康危機管理研究機構（JIHS）として生まれ変わることになりました。しかし、私たち国際医療協力局がこれまで目指してきた「誰一人取り残さない」健康な社会の実現を目指して、世界においてグローバルヘルス分野をリードする組織の一つとなる」というビジョンの本質が変わることはありません。

これからも、国際保健医療協力に関わる皆様と協力しながら、さらには関心を持つ仲間が増えることを祈りつつ、さまざまな活動を展開してまいりたいと考えております。今後とも、皆様のご協力と温かいご支援をお願いいたします。

2025年3月
国立国際医療研究センター（NCGM）
国際医療協力局
運営企画部長 蜂矢 正彦

編集後記

春の訪れが待ち遠しいこの季節、国際医療協力局のニュースレター第21号を特別号としてお届けします。本号は、2025年4月の組織統合を目前にして、これまでの活動の歴史を「健康危機対応」という視点からふりかえる内容となっています。グローバルヘルスの歴史を切り拓いてきた先輩たちの声をかけがえのない「経験知」として残しつつ、次の時代に向かって元気に歩みを進めていくための資料にもなれば幸いです。



わたくし、
NEWSLETTERでおなじみの
グローバルヘルス案内人、
ハチPです！

お手にとって
読んでいただき
ありがとうございました。
またお会いしましょう～！

NEWSLETTER vol. 21 -Special Edition-

2025年3月1日発行

国立国際医療研究センター 国際医療協力局
National Center for Global Health and Medicine
Bureau of International Health Cooperation

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1
tel: (03)3202-7181 fax: (03)3205-7860
dghp@it.ncgm.go.jp
https://kyokuhp.ncgm.go.jp

ISSN 2186-9650

イラスト（ハチP） 井上きみどり

©National Center for Global Health and Medicine ALL RIGHTS RESERVED.

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター
国際医療協力局



WEB



X



Facebook



Instagram

ISSN 2186-9650