



National Center for
Global Health and Medicine

NCGM

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 25周年記念誌



はじめに

2011年10月、国立国際医療研究センター（NCGM）国際医療協力部は創立25周年を迎えました。

国際医療協力部では、タスクフォースチームを立ち上げ、これまでの国際医療協力部の取り組みをレビューするとともに、グローバル・ヘルスという新しい視点を取り入れたこれからの国際保健医療協力の展望を広く関係者とディスカッションすべく、2011年12月3日に当センターにて「国際医療協力部創立25周年記念シンポジウム『変革の時代、変革の国際保健医療協力』」を開催しました。このたび、これらの成果を国際医療協力部創立25周年記念誌としてとりまとめました。

第1章では、国際医療協力部の沿革を紹介し、歴史的背景を振り返ります。第2章では、国際医療協力部が創立以来25年にわたる国際保健医療協力活動を通して培い、今後も引き続き実践していく4つのコアビジネス、1) 国際的プログラムへの貢献、2) 人材育成、3) 参加型開発とキャパシティ・ディベロプメント、4) 援助協調と調整を紹介します。第3章では、国内外で突発した健康危機に対し、いかにして国際医療協力部が対応したのか、阪神淡路大震災、在ペルー日本大使公邸人質事件、SARS、アフガニスタン紛争後支援、鳥・新型インフルエンザ・パンデミック、東日本大震災の6つの事例から紹介します。そして第4章では、「国際医療協力部創立25周年記念シンポジウム」を基に、従来の「インターナショナル・ヘルス」という視点から、地球全体をボーダーレスに1つの世界として捉える「グローバル・ヘルス」という新しい視点で、変革が求められる時代の我が国の国際保健医療協力の展望を整理し提言をします。最後の第5章では、国際医療協力部に深く関わって来られた歴代の方々からの寄稿を紹介します。

国際医療協力部は、今後も我が国の国際保健医療協力を担う中核的組織として引き続き邁進して参ります。今回、国際医療協力部創立25周年を記念して本書を発刊するとともに、関係各機関の方々より更なるご支援ご鞭撻をいただきますよう宜しくお願い申し上げます。

2012年3月

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

CONTENT

はじめに	001
目次	002
ごあいさつ	
国際医療協力部発足 25周年に寄せて 桐野高明	004
祝辞	
国際医療協力部の今後に期待すること 麦谷眞理	006
国立国際医療研究センター国際医療協力部の JICA 事業にとっての恩恵及び今後への期待 萱島信子	007
国立国際医療研究センター国際医療協力部と結核研究所の連携 石川信克	008
第 1 章 沿革・年表	009
沿革	010
年表	011
第 2 章 NCGM が過去 25 年に培ったコアビジネス	013
1. 国際的プログラムへの貢献	015
2. 人材育成	017
3. 参加型開発とキャパシティ・ディベロプメント	022
4. 援助協調と調整	024
第 3 章 健康危機と NCGM の対応	029
健康危機と NCGM の対応	030
0. カンボジア難民援助 (JMT-Japan Medical Team)	031
1. 阪神淡路大震災	032
2. 邦人保護 在ペルー日本大使公邸人質事件を中心に	033
3. 重症急性呼吸器症候群 (SARS)	036
4. 紛争やグローバルな健康危機への取り組み：アフガニスタン紛争後支援	038
5. 鳥インフルエンザから新型インフルエンザ (H1N1) 対策	040
6. 東日本大震災における被災地支援活動	041
海外からのメッセージ	044

第4章 これからの国際保健医療協力の展望…………… 047

1. 今後 10 – 20 年の世界の展望とグローバル・ヘルス
 (創立 25 周年記念シンポジウム第 2 部の内容のサマリー)…………… 049
 2. これからの国際保健医療協力への提言…………… 051
- 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～…………… 054
- 参考：国際医療協力部創立 25 周年記念シンポジウム
 第 3 部 公開討論「これからの国際保健医療協力の展望」発言録…………… 055

第5章 寄稿…………… 077

- 国際医療協力部門開設 25 周年を祝って 高久史磨…………… 078
- 25 周年を記念して 矢崎義雄…………… 079
- 国際医療協力と Philanthropy 笹月健彦…………… 080
- 25 周年を迎えて 我妻 堯…………… 081
- 国際医療協力部 25 周年に寄せて 古田直樹…………… 082
- 「非行」少年とともに御蔵山にて 土居 眞…………… 084
- 国際医療協力局(部) 創立 25 周年に寄せて 北井暁子…………… 086
- 国立国際医療研究センター国際医療協力部
 「25 周年を迎えて 将来に向けて」 遠藤弘良…………… 087
- 「25 周年を迎えて、将来に向けて」独立行政法人化 北島智子…………… 088
- 「三足の草鞋を履こう」 近藤達也…………… 089
- 私の派遣課長時代のことも 吉武克宏…………… 090
- 在職時代を振り返って 千葉靖男…………… 092
- 派遣協力課に期待すること 建野正毅…………… 094
- アフガニスタンそして我妻先生 喜多悦子…………… 095
- 25 周年を迎えて 将来に向けて 國井 修…………… 096
- 「日本の国際保健の発展」か、「日本の保健医療の国際化」か 安田直史…………… 098
- 25 周年を超えて 帖佐 徹…………… 099
- 「僕たちは世界を変えることができない。But, we……」 藤田雅美…………… 100

おわりに…………… 102

資料…………… 103

- 派遣実績・専門家派遣国…………… P104
- 研修実績・技術協力プロジェクト…………… P105
- 研究業績…………… P106

国際医療協力部発足 25周年に寄せて

国際医療協力部は保健医療分野での国際協力を進めるため、1986年に国立病院医療センター（当時）に設置されました。1993年10月にはナショナルセンターとして改組され、国立国際医療センター（International Medical Center of Japan、IMCJ）と改められ、同時に国際医療協力部は国際医療協力局となりました。さらに2010年4月には独立行政法人となり、国立国際医療研究センター（National Center for Global Health and Medicine、NCGM）と改称、国際医療協力局は再び国際医療協力部となりました。

この間、国際医療協力部は一貫して我が国の国際保健医療協力の中核的機関として、厚生労働省、外務省、JICA、WHOなどの国際機関と連携し、開発途上国の医療や保健衛生の向上を図るため、技術支援や途上国からの研修員の受け入れなどを行っています。保健システム強化を基本とする母子保健、感染症対策を重点課題として取り組んできましたが、現在ではこうしたプロジェクトの実施のみならず、政策提言やそのための研究、さらには情報発信にも力を入れています。

国際医療協力部の誕生から25年、世界は大きく変化しました。9.11に代表されるテロの恐怖、人口爆発や気候の温暖化、HIV/AIDS、SARS、新型インフルエンザなどの新興再興感染症の流行、そして3.11。グローバル化の波は保健医療分野にも大きな影響を与えています。世界はボーダーレスとなり、より狭くなってきましたが、人と人の心の繋がりはより希薄になり、格差は拡大しています。



こうした世界の流れにおいて、開発途上国の人々の健康の保持増進は単にその国に裨益するのみならず、わが国の種々の保健医療課題の解決にも資することが明らかになってきました。改めて国際保健医療協力の重要性が叫ばれてきています。

3.11 後に見られたセンター一丸となつての災害復興支援は、今後の国立国際医療研究センターのあり方を示すものです。また、NCGM が掲げている AIDS や生活習慣病など種々の重点的課題はすべて、今後、開発途上国が直面する問題でもあり、先進的な技術をどう国際医療協力で活用するかは我々に課された新たなチャレンジです。こうした課題の解決に向けて、病院、研究所、国際医療協力部が連携し、センター全体として取り組むことにより、より革新的な道が開けるのです。

国際医療協力部は、我が国の国際保健医療協力の中核施設として、今後ともその役割を果たしていきたいと考えています。皆様の応援を受けながら、新たな 25 年を走り続けますので、よろしくお願いいたします。

独立行政法人 国立国際医療研究センター
理事長 桐野高明



国際医療協力部の今後に期待すること

厚生労働省大臣官房審議官（国際担当）

麦谷 真理

その昔、保健医療の二国間協力は、その多くが病院プロジェクトでした。日中友好病院、スリジャヤワルダナプラ総合病院、サンタクルス日本病院、上海第6人民医院など、懐かしくもほろ苦い思い出の病院プロジェクトは、その功罪はともかく、箱物無償と技術協力をセットにして行った往年の典型プロジェクトでした。

現在の国際医療協力部の仕事の中心がどのようなものなのか、私はすでに二国間協力から離れて久しく、その詳細は承知していませんが、おそらく感染症や母子保健などのソフト系の技術協力や、相手国保健省に対するアドバイザー的な仕事が多いのではないかと推察いたします。

私は現在、もっぱら G7 の保健大臣会合や、WHO、UNAIDS、APEC などの、いわば多国間の協力に従事しています。しかしながら、例えば感染症対策にしても、保健人材の育成にしても、多国間の枠組みで設営したのち、最終的には、色々な形で二国間協力になることが多いのです。

ひとつの例は、目前に迫ったポリオの根絶です。ついこの間まで、世界では、インド、パキスタン、アフガニスタン、ナイジェリアの4つの国を残して、ポリオは駆逐されていました。今年、インドが、昨年の患者ゼロを WHO 執行理事会で報告し、残るは3カ国となりました。ポリオ根絶には、WHO だけでなく、国際ロータリー・クラブ、ビル&ミリング・ゲイツ財団なども取り組んでいます。対象国が3カ国だけになると、多国間協力の枠組みの中での二国間協力のアプローチが重要になります。そこで今回、日本は保健医療分野では初めての円借款をパキスタンに実施しました。ポリオ根絶のために50億円を供与したのです。借款ですから、パキスタン政府は、いずれ、この金額を返済しなければなりません。円借款というのは日本とパキスタンとの二国間の契約です。今回は、これにゲイツ財団を参加させて、三者契約にしました。すなわち、パキスタンが日本から借りた50億円の借金を、パキスタン政府ではなくてゲイツ財団が日本に返済するのです。ただし、これには条件があり、ポリオ根絶事業が成功裡に進まなくてはなりません。それぞれにメリットのある新しい円借款の試みです。

翻って、G7 や、APEC の枠組みの中でも保健医療分野の研究協力や危機管理の仕事は増えつつあります。2009年、H1N1 新型インフルエンザの大流行の時、私は、厚生労働省の新型インフルエンザ対策推進本部事務局長として厚生労働省の講堂で指揮を執っていました。この時、WHO や G7 各国との緊密な連携に、どれほど助けられたか分かりません。迅速な情報の入手、WHO の緊急対策委員会の検討状況、ワクチンの開発製造状況、ワクチンの有効性の確認、ワクチンの調達、そのいずれをとっても、G7 や WHO の協力なくしては、円滑に行きませんでした。その結果、日本は、世界で最も新型インフルエンザ死亡率の低い国となって、大いに面目を施しました。

今後は、このような多国間の枠組みの中で二国間協力を実施していく事業が増えて行くと思います。私が理事長・議長を務めている世界保健人材連合でも、その方向性が顕著です。こういう観点から、今後の国際医療協力部には、日本の ODA の二国間協力だけではなく、広く世界の枠組みの中での活躍を期待するものです。

国立国際医療研究センター国際医療協力部の JICA 事業についての恩恵及び今後への期待

独立行政法人国際協力機構 (JICA)
人間開発部長 萱島 信子

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が創部 25 周年を迎えられたことを心よりお祝い申し上げます。

1986 年 10 月、当時の国立病院医療センターに国際医療協力部が設置された頃、JICA は設立から 10 年以上が経過し、開発途上国に対する保健医療協力事業を様々な地域、国々で実施しておりました。事業を効果的に進めていくためには、日本国内で保健医療分野の豊富なご経験、ご知見を有される方々に、適切なタイミング、方法でご支援、ご協力をいただくことは極めて重要です。国際医療協力部の設置により、同部で執務される先生方に、様々な案件についてご相談させていただきながら事業を進めることができるようになりました。特に各種調査への参加、または専門家としての活動などの形で事業にご協力していただけるようになったことは、JICA にとって、極めて画期的な出来事でした。

この 25 年間に、国際医療協力部の先生方にご支援いただいた案件はあまりにも数が多く、すべてに触れることは困難ですが、幾つか紹介させていただきたいと思います。

国際医療協力部設置直後から、大変熱心にご支援いただいた代表的な案件としては、南米のボリビアで 1987 年から実施されたサンタクルス総合病院に対する技術協力が挙げられます。チームリーダーをはじめとする長期専門家を多く派遣していただき、総合病院全体の医療水準の向上という重要かつ難易度の高い案件の実施に大きく貢献していただきました。その後も同地域に対し、拠点型の医療協力から地域展開型の保健協力へと支援を継続して実施した結果、様々な成果が見られております。これはひとえに、国際医療協力部の先生方による熱心なご支援が背景にあったからこそ思っております。

またアジア地域に目を転じますと、1990 年代には中国のポリオ対策事業に対し、力を注いでいただきました。2000 年の西太平洋地域におけるポリオ根絶宣言に至る過程において、国際医療協力部の先生方に果たしていただいた役割は非常に大きいものがあったと思います。

さらにベトナム、ラオス、カンボジアといったインドシナ地域においても、これまでに多くの活動をお願いし、そして現在も活動していただいています。ベトナムでは北部、中部、南部の 3 拠点病院を中心とする技術協力、またカンボジアに対しては、これまで保健省に対する各種助言をはじめ、同国の保健医療従事者の育成強化に取り組んでいただいています。また、ラオスでは、近年、保健省の事業調整能力強化という観点から、国としての政策に関わる部分についてもご支援をいただいています。

さらにアフリカ地域に対しても、これまでセネガル、ザンビア、マダガスカル等の国々に対する様々な案件の支援にご協力いただいております。また、昨年からはコンゴ民主共和国で実施する保健人材育成支援に係る案件に対してもご協力いただき、同国の保健分野の政策策定に関わる部分についてご支援をいただいています。

さて、現在、そして特に今後について目を転じたいと思います。

近年の開発途上国に対する保健医療協力分野の支援については、米国をはじめとする二国間援助機関、世界基金、さらにはゲイツ財団のような民間団体からも大きな資金供与が行われるなど、以前と比べて変化している面があります。但し、開発途上国における、保健医療従事者の育成、行政能力の強化など、日本としてのこれまでの経験を活かしつつ貢献していくべき要素も様々な国々で見られています。

我が国は、2010 年 9 月に「国際保健政策 2011-2015」を策定し、その中で被援助国のオーナーシップと能力強化を基本とし、持続性のある保健システム強化を中心とした支援をうたっておりますが、具体的な分野としては、国連ミレニアム開発目標 (MDGs) における乳幼児死亡率の削減 (MDGs4)、妊産婦の健康状態の改善 (MDGs5)、HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止 (MDGs6) 等が挙げられております。同政策を踏まえ、JICA におきましても、2015 年に向けた保健協力方針を示すポジションペーパーを作成しましたが、相手国のオーナーシップや能力強化において、日本人専門家が一方的に外からギャップを埋めるのではなく、相手側に寄り添い、きめ細かく指導を行い、気付きを促していくといった積み重ねがますます重要と考えております。これらの技術指導におきまして、国際医療協力部において蓄積された知見・経験・ノウハウがますます必要になると認識しております。また私達が事業を進める上において、技術協力事業の形成、評価等に際してのご支援、さらには無償資金協力案件の調査に際しての技術的なご助言等、今後も様々な場面でお力をいただくことがあると思います。

国際医療協力部が 25 年間の現場における活動から得られたノウハウを引き続き活用され、我が国の ODA の保健医療分野での協力にとって必要不可欠なパートナーとして、今まで以上に活躍されることを期待して、創部 25 周年のお祝いの言葉とさせていただきます。

国立国際医療研究センター国際医療協力部と 結核研究所の連携

結核予防会結核研究所長

石川 信克

国立国際医療研究センター（旧国立国際医療センター：以下「医療センター」）と結核研究所とは、国際協力分野を中心に深いつながりの歴史があります。医療センターが我が国における国際医療協力の中心であるというミッションで始められた中で、日本の国際医療協力の一つの柱であった結核分野を担当してきた結核研究所が、深い連携を持たねばならないのは当然でした。

私が、バングラデシュから足掛け8年の仕事を終えて帰国し、1988年に結核研究所に国際協力部が設立され、国際協力部長になった時、医療センターの旧病院の13階に我妻堯先生（当時の国際医療協力部長）をお訪ねしてご挨拶し、ご指導を仰ぎました。医療センターには、中野病院と改名した結核の旧中野療養所の合併が計画中で、新しい結核病棟もできるので、結核分野の国際協力もやりたいという意向もお伺いしました。

それと前後して、当時進行していたJICAのイエメン結核対策プロジェクトの専門家を探していたところ、医療センターの楠本一生先生が関心を示され、結核研究所の国際研修を受講され、3年弱の間、現地で活動していただきました。人的な連携交流の始めであったと思います。その後も、江上由里子先生がイエメンやパキスタンで結核専門家として活躍されました。国際医療協力局長であった古田直樹先生の時代に、島尾忠男先生が医療協力局の顧問になられたこともあり、時々、情報交換会や「飲み会」と称する集まりをし、国際医療協力部の感染症グループを中心にスタッフ同士の交流会が持たれてきました。日頃から人間的なつながりを深めておくことが、いざ何かのプロジェクトを始めたりする時に役立ちます。また最近では、国際医療協力部の先生方が、厚労省の結核感染症課や国際課で医療行政に携わっており、結核研究所と直接的・間接的に国内、国際の両分野で深いつながりが築かれています。

今までの大きなイベントは、1999年9月に第40回日本熱帯医学会、第14回日本国際保健医療学会の初めての合同大会が医療センターで開催されたことです。私が熱帯医学会の会長で、古田直樹先生が国際保健医療学会の会長を務めることになり、合同でやるという提案が両学会で承認され、鴨下重彦総長、竹田美文研究所長の多大なご理解とご協力の下で実現しました。結核研究所と医療センターが合同で行った行事とも言えます。以来、合同大会の企画は数年ごとに実施されています。

また1990年より厚労省の国際医療協力の研究費を医療センターが統括するようになり、結核研究所国際協力部もこの研究委託事業の研究費をいただいて様々な研究が展開できました。例えば、最初に受けた「結核に関するプライマリーヘルスケア（PHC）の研究」では、PHCの現場における結核対策のあり方に関して、その後のJICAプロジェクトに反映できる大きな成果を上げることができました。今後も結核は国際協力の重要な貢献分野であるので、研究課題として残すべきと思っています。

昨今、世界の保健の課題が、非感染性疾患（NCD）やヘルスシステム強化というキーワードで強調されている中で、感染症という切り口でのアプローチが後回しになりがちですが、結核という慢性感染症はグローバルな課題として、いつの時代でも当然おろそかにすることはできないと思っています。我が国が世界的な視点で培ってきた分野でもありません。そういう意味でも、医療センターと結核研究所の様々な連携は、今後とも日本の国際協力や国際保健研究の重要な要として大切にしていきたいと思っています。

今年、結核研究所国際協力部は24周年を迎え、そのささやかな歩みを振り返ってみると、医療センター国際医療協力部25周年の大きな歩みの恩恵を被っていたと感謝しています。国際医療協力部は、我が国が世界に向けて行う国際医療協力の基地として、非常に貴重な働きをされてきたと思います。より広い視野で、国としてのミッションを担ってきた歩みであり、今後も我が国における重要な課題を持っておられると思い、地球規模の健康課題の研究や協力のあり方でさらに発展されることを期待しています。日本国際保健医療学会の核としての機能も貴重です。

結核予防会は、今年、結核研究所国際研修50周年をお祝いします。結核研究所は、結核に特化し、半民間の立場でグローバルなミッションを担ってきました。これからは、互いの特性を生かしつつ、オールジャパンの視点で、日本を背負って行かねばなりません。さらに日本を超えたグローバルな視点で、かけがえのない「宇宙船地球号」の保健向上、貧困や飢餓、戦争や自然災害と健康の課題、平和構築への努力が必要で、そのための連携を強めていかなければと思っています。

第 1 章

沿革・年表

沿革	P010
年表	P011

沿 革

国際医療協力部の設立は、1974年（昭和49年）の国立病院医療センター発足に端を発する。

1977年（昭和52年）8月、当時の福田首相がASEAN諸国を訪問した際、医療、福祉、教育面での国際協力重視を表明し、ODAで病院建設と機材供与を推進した。

これに伴い厚生省は、1979年（昭和54年）4月に国立病院課内に国際医療協力センター準備室を設置した。同時に、国際医療協力センター等検討委員会を設置し、大来佐武郎元外務大臣が委員長に任命された。

同時期、カンボジア難民がタイに流出し、大規模な難民キャンプが発生した。これに対し、当時の国際協力事業団が、文部省と厚生省へ援助を要請した。これを受けて国立病院医療センターと全国の国立病院、国立大学病院から合計470名の医療従事者を3年間に渡り派遣した。

1980年（昭和55年）9月、国立病院医療センターに国際医療協力部を設置することが決定した。

1985年（昭和60年）5月、国立病院医療センターがWHO国際保健医療協力センター（コラボレーションセンター）に指定された。

1986年（昭和61年）1月、国際医療協力施設等検討会が「保健医療分野における国際協力の推進について」を発表し、同年10月に国際医療協力部が発足した。初代国際協力部長には、厚生大臣名にて我妻堯先生が任命された。

1992年（平成4年）6月、国際協力研修センターが完成し、国際医療協力部の執務室が確保された。

1993年（平成5年）、国立療養所中野病院と国立病院医療センターが合併し、国立国際医療センターが発足すると同時に、国際医療協力部は国際医療協力局となった。

2009年（平成21年）4月、国立国際医療センターが独立行政法人国立国際医療研究センターに改組され、国際医療協力局は国際医療協力部となり、今日に至る。

年 表

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 第6回日本国際保健医療学会学術大会を主催 -8月	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	
	92年 ラオスにおける技術協力を開始	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	
	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	95年 阪神淡路大震災の緊急援助のため派遣 /3月	
	94年 ブラジルにおける技術協力を開始	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	
	95年 ベトナムにおける技術協力を開始	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	
	カンボジア復興支援として技術協力を開始	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	
	96年 パキスタンにおける技術協力を開始	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	
	97年 インドネシアにおける技術協力を開始	トルコ地震災害に係わる国際緊急援助のため派遣 /8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 キルギス日本人誘拐事件の邦人保護のため派遣 /9月	
	99年 イエメンにおける技術協力を開始 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 ミャンマー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 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 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のためベトナム・中国へ派遣 /3月-4月 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 ベトナム事務所を担当者を派遣 仏語圏アフリカ母子保健集団研修を開始 感染管理指導者養成研修を開始	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 インドネシア・ニース島沖地震災害に係わる国際緊急援助のため派遣 /4月 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 UNICEF・保健省アドバイザーをアフガニスタンに派遣	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	
	05年 国際保健医療協力レジデント研修を開始 ベトナム・バックマイ病院内に事務所 (MCC) を開設 /8月 EMRO パキスタン事務所に結核担当者を派遣	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	
	06年 ザンビアにおける技術協力を開始	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 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	
	08年 コンゴ民主共和国における技術協力を開始 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	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 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 バングラデシュ・グラミンググループとの活動を開始 /10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 /3月 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 /6月
		11年 創立25周年を迎える /10月	

第2章

NCGM が過去 25 年に培った コアビジネス

- | | |
|--------------------------|------|
| 1. 国際的プログラムへの貢献 | P015 |
| 2. 人材育成 | P017 |
| 3. 参加型開発とキャパシティ・ディベロプメント | P022 |
| 4. 援助協調と調整 | P024 |

NCGM が過去 25 年に培ったコアビジネス

NCGM の国際協力は、カンボジア難民キャンプでの医療を直接提供する緊急援助から始まったが、国際医療協力部は設立 2 年目の 1987 年、開発途上国での保健人材育成を重視し、初の技術協力プロジェクトとして南米ボリビアでの「JICA サンタクルス総合病院プロジェクト」を開始した。日本の無償資金協力で建設された病院に、医師、看護師、放射線技師などの医療従事者を派遣し、内視鏡診断や治療を中心とした臨床への技術支援を行った。当初は、日本の医療者が現地の病院で先進医療の技術移転を行うという形態の協力であった。

医療の技術移転だけでは解決困難な課題が見られ、地域の中核病院、診療所、保健ポストとそこに勤務する医療従事者への協力、さらに関係する地域の行政機関や住民組織との連携・協力で着手し始めた。地域保健医療システム強化である。

一方、ボーダーレスに広がる感染症の分野では、国際的な取り組みが進み、国際医療協力部も世界ポリオ根絶計画などの国際的プログラムにも参加するようになった。このような大規模な取り組みでは、現場の状況が十分考慮されない理論が先行しがちだが、国際医療協力部は現場に立脚した介入方法のモデルや技術を開発しながら、それらが継続的に実施可能な人材育成と仕組みづくりへの協力を行っている。

母子保健などの地域保健や感染症対策は、中央の人材養成機関や現場での人材育成とシステムづくりが中心

であったが、その成果が支援地域から国全体に広がり、国のシステムとして継続的に国民の健康保持・増進に寄与するには、その国の保健省も支援する必要があり、JICA を通じて保健省アドバイザーの派遣を開始した。

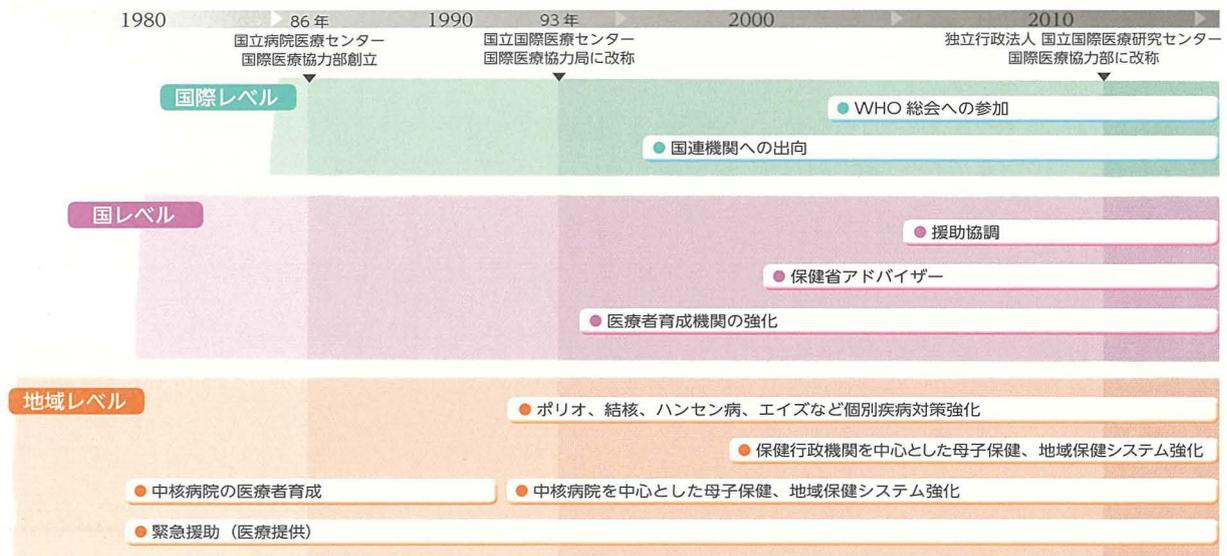
援助の効果を上げるために様々な援助機関や組織が協力して支援をする援助協調が主流になる中で、より現場に根差した知見は支援国内だけでなく国際場裡にも有益である。国際医療協力部は職員を WHO などの国際機関に外向させるほか、多くの国際会議や調査団に参加し知見の還元を行っている。また、2009 年からは保健システム強化に関する WHO の協力センターに指定されている。

現場のニーズ、国際社会の要請、開発援助手法の進化など、様々な要因に対応しながら発展してきた国際医療協力部の活動だが、創立以来 25 年にわたって培ってきた 4 つのコアビジネスがある。

1. 国際的プログラムへの貢献
2. 人材育成
3. 参加型開発とキャパシティ・ディベロプメント
4. 援助協調と調整

これらは、一貫して人々の健康を守るため協力事業の効果向上を目指し、試行錯誤を積み重ねてきたノウハウでもある。今後も国際保健医療協力を取り巻く環境は激しい変化が予想されるが、柔軟に対応しつつ、引き続きこれらをコアビジネスとして展開していく。

国際医療協力部の活動の変遷



1. 国際的プログラムへの貢献

1979年、天然痘を地球上から根絶できたことは、健康改善・増進を目指す保健医療分野の大きな成果である。この根絶計画は1966年にスタートし、わずか12年で完了している。これを機に、世界では感染症根絶への新たな挑戦が始まり、NCGMも世界戦略に対する様々な活動に貢献してきた。

■ 予防接種拡大計画 (Expanded Programme on Immunization : EPI)

WHO（世界保健機関）による世界のすべての女性と子どもに対する予防接種事業である。中でも“世界ポリオ根絶計画”は1988年に開始され、ポリオの流行が見られる国は2006年にはわずか4カ国に減り、その後再興感染国（4カ国）が出たが根絶が間近といわれている。NCGMは中国、ラオス、ベトナムに専門家を派遣したほか、多くの研修生を受け入れ、2000年の西太平洋地域ポリオ根絶宣言に寄与した。現在もパキスタンやブータンでEPIを支援している。



■ 結核対策

現在でも年間940万人が罹患し170万人が死亡するとされる結核。WHOが“直接監視下短期療法 (Directly Observed Treatment, Short-course: DOTS) 戦略”、“ストップ結核世界計画”を立ち上げ、一部の地域を除き国連のミレニアム開発目標を達成する見込みである。NCGMは結核研究所と協力しJICA技術協力プロジェクトを実施したほか、WHO東地中海地域（パキスタン）に専門家を派遣、日本大使館の協力を得て抗結核薬の不足を回避するなど、重要な役割を果たした。

■ HIV/AIDS 対策

世界的脅威であったこの問題に対し、それまで開発途上国における有効な対策を打ち出せなかったWHOとUNAIDS（国連合同エイズ計画）は、2003年から2005年末までに300万人にHIV治療を行き渡らせる“3 by 5”と呼ばれる世界的イニシアティブを立ち上げ、開発途上国におけるHIVの治療の扉を開いた。現在は、必要なすべての人に対してHIV予防、診断、治療、ケアの確保を目指す“ユニバーサル・アクセス”が国際的戦略目標になっている。NCGMは、1996年よりJICAを通じてアジアで最も深刻な状況であったタイにおいて技術協力と研究を行い、また、外務省・厚生労働省との共催で“ASEAN and JAPAN HIV/AIDS Workshop”を毎年開催（2003～2009年）してきた。その後、ジンバブエ、ザンビアといったHIVがより深刻なアフリカにおいても“ユニバーサル・アクセス”に向けた支援を行っている。

■ ハンセン病対策

患者の外見と感染に対する恐れから、ハンセン病患者は有史以来様々な社会的烙印（スティグマ）を押されてきた。世界では“ハンセン病制圧（人口1万人当たり患者数1人以下）”を目標に、1991年以来、多剤併用療法を用いた取り組みを行っており、1985年122カ国だったハンセン病流行国は現在ブラジル1カ国を残すのみとなった。NCGMは国立ハンセン病療養所と共同でJICA技術協力を実施、ハンセン病制圧宣言（2003年）をミャンマーで出すことができた。



■鳥・新型インフルエンザのパンデミックへの対応

2003年以降、インドネシアなど東南アジアを中心に高病原性の鳥インフルエンザによるヒトへの感染が散発的に発生し、新型インフルエンザへの世界的対策強化が急務になった。2005年、WHOは新型インフルエンザなどの新たな脅威に対応すべく、疾病の国際的伝播を最大限防止する目的に定められた国際保健規則(International Health Regulation)を改訂し、加盟国の感染症サーベイランス機能などコア・キャパシティを規定した。そのため、開発途上国のコア・キャパシティ整備が求められるようになり、NCGMは世界で最も多くの鳥インフルエンザのヒト感染例が報告されているインドネシアで鳥インフルエンザ・サーベイランス強化プロジェクトを介した技術協力を開始した。また、国連インフルエンザ調整機関アジア太平洋事務所にも、地域調整官として医師を派遣した。

これらの国際的プログラムは、世界共通の戦略を持たない他の分野とは違った学びをNCGMにもたらした。特に異なるのは、支援を受ける国の政治的コミットメントの高さ、ロジスティックの尊重、関係機関間の協調の3点もたらす、ポリオ根絶のような援助効果の大きさである。また、様々な援助機関や国々の専門家と共通の言葉でディスカッションや情報交換ができるという利点があり、さらに、技術的課題だけでなく政策面の問題点も見えるようになり、医師、看護師、助産師で構成される国際医療協力部の視点と活動の幅が広がることになった。その一方で、国の外で決められた当該国の実情に合わない強引な介入の実施や、それらが当該国にもたらす長期的な負の影響なども目の当たりにし、現場を尊重するNCGMの存在意義を改めて認識することにつながっている。



2. 人材育成

I 開発途上国における保健医療従事者の現任教育：時系列モデルに沿った実践経験の分析と学び

NCGM は、過去 25 年間、海外で展開した保健医療協力事業のほとんどにおいて、人材育成、特に開発途上国の保健医療従事者の現任教育に取り組み、それらの人材のキャパシティビルディングに貢献してきた。以下は、それらの経験から抽出した、現任教育（トレーニング）プログラムの計画・実施のステップと、それぞれのステップにおける留意事項の簡潔なまとめである。

1. トレーニング実施の動機ならびに保健医療開発プロジェクトにおけるトレーニングの位置付けの確認

トレーニングは、多くの場合、単独で保健医療開発に資するものではない。トレーニングの計画、実施、評価の各プロセスにおいて、トレーニングが開発プロジェクトの中でどういう位置づけにあるのかを認識し、トレーニングの実施そのものが自己目的化しないよう、留意が必要である。開発プロジェクトを取り巻く外部条件に大きな変化がある場合（ヘルスリフォームによる脱中央化、政変等）、上記は特に重要である。

トレーニングを受けた参加者がその成果を十分に生かすには、トレーニングと同時に他の介入を同時並行的に行うこと「合わせ技」が有効である。合わせ技の類型としては、トレーニングに加え、1) IEC 資材や機材の供与、

2) フォローアップや監督訪問、3) マネジメント支援が挙げられる。最後のマネジメント支援には、トレーニング参加者の上司への働きかけが含まれる。場合により、トレーニング+ α （アルファ）の「 α 」が、単にプロジェクト内の他の投入、あるいは相手国実施機関の他の活動という枠に収まらず、政策レベルで調整しなければならない別のラインの活動である可能性もある。

2. トレーニング対象者の選定、ニーズ調査ならびに目標設定

病院協力プロジェクトでは、具体的選抜方法として、対象者の参加基準を設けて、応募を受け付け、審査する方法と、対象者の所属施設の推薦に基づく方法がある。参加基準を明確にすることが、一定の質の参加者を集めるためには望ましい。地域保健プロジェクトにおいては、多種乱立する地域保健ワーカーのカテゴリーの中で、どのカテゴリーをトレーニング対象とするかの検討が必要である。まず解決すべき問題を同定し、それに必要な業務（job description）を明確にした後、最もふさわしいトレーニング対象者を選ぶというアプローチが合理的な場合もある。同時に、プロジェクト共同実施機関（カウンターパート：相手国の受入れ担当者）が、相手国の行政上、どこに位置するかにより、対象者に制限が出てくるという側面も考慮しなければならない（所管外の対象者を対象にすることが難しくなる）。

トレーニングのニーズ調査がどのように行われるべきか、定型は存在しない。文脈と目的により、参与観察に



よるタスク分析、フォーカスグループ討論等の質的調査、知識－態度－行動（KAP）調査、心理測定、業務の観察査定など、多くの手法が使用し得る。

トレーニングの目標は、ニーズアセスメントに基づいた現実的なものでなくてはならない。医療分野のトレーニングの目標設定において、主に首都に存在する第三次医療施設を拠点とする病院協力プロジェクトを地方展開していく際、これらの第三次医療施設特有の比較優位性（例えば分娩件数が多いなど）を生かしながら、どのように、第三次の高度技術でなく、地方医療施設スタッフのニーズに応えるかが共通課題である。トレーニング実施チーム内で目標を共有していても、外部からの講師を招聘する形のトレーニングでは、講師との事前の目標共有が不足し、コースの目標から外れた講師の独演会になってしまう危険が常にある。事前のすりあわせを実施チームが責任持って行うことが不可欠である。そのような事態を避けるためにも、一般学習目標、特定行動目標（GIO、SBO）は、施設内人材の育成においては、明確な評価指標ともなり、有用性が高い。トレーニング目標を学位という制度に結びつけたユニークな事例もあり、中堅以上の行政官トレーニングにおいては応用可能なアイデアである。

3. トレーニングの計画－実施－評価のプロセス管理

トレーニング・プロセス管理の第1の類型としては、実施しながら見えてきた事実を検討しながら進めていくという、いわば「走りながら考える」スタイルが挙げられ、NCGMの過去25年のうち、初期の人材育成経験のほとんどが、このように行われてきたと言える。第2の類型としては、工程表の活用（トレーニングコースごとに、タイトル、目的、時間軸に沿った、やるべきことをリストアップしたチェックリスト）が挙げられる。第3の類型としては、マネジメント・サイクルの明文化が挙げられる。NCGMでは、ベトナムの病院プロジェクトをきっかけにこのマネジメント・サイクルがモデル化され、その後多くの事業に水平展開、応用されてきた。これは、以下の10ステップのマネジメント・サイクルに要約される：1) 各技術部門のトレーニング責任者、管理者の任命・委員会の設置、2) 目標、研修員の資格、条件などの決定、3) GIO(general instructional objective) 及び SBO(specific behavioral objective) が明記されたカリキュラムの作成、4) 現地国内研修パンフレット

の準備、配布、5) 委員会による研修員の選出、6) トレーニングコース実施、7) 質問票調査、試験等による各コース終了時の短期評価、8) コースレポートの作成、次年度への提言、9) 次年度年間計画の作成、10) トレーニングのインパクト評価のための長期評価。

これら3つの類型は、同一の事業の時間軸とも関連している。プロジェクトの初年度においては、暫定的な工程表に基づいてトレーニングの計画、実施、評価・フォローアップを進めながら、同時に実施して初めて分かってきた様々な事実を「走りながら」組み込んで次年度につなげていくが必要になることが多い。プロジェクト終了の段階や次のプロジェクトにおいて、コースごとの完成された工程表や、マネジメント・サイクルという形でカウンターパート組織にトレーニング事業が根付くのが、合理的なプロセスと言える。

4. トレーニング・カリキュラム（教科過程）の作成とトレーニング手法の選定

カリキュラムとトレーニング手法を一義的に規定するのは、トレーニング目標（例えばGIO、SBO）である。繰り返し実施されていく場合、各回の評価結果も、トレーニング目標にさらに反映されていく。ただし、一度カリキュラムが確定すると、心理的な枠が設定されてしまい、その後変更が難しくなることが多い点には留意が必要である。一般に、トレーニング全体の目的に合致した形でセッションを組み、それぞれのセッションの目的を討議、決定しながら、セッション内容を詰めていくというプロセスがとられることが多い。

カリキュラムの重要な要素にトレーニング期間があり、特に現任教育では、業務に支障をきたさない範囲という制約がつく。トレーニング手法には様々な選択肢がある。一般に成人教育では、トレーニング参加者がすでに持っている職業経験を相互交換する機会を設け、個々の参加者ごとに異なる既存の知識、スキルレベルに合わせて自主的な学習ができるよう、参加型手法が取り入れられることが多い。参加型手法の中では、事例検討、医療手技のシミュレーション、トレーナーによる医療手技のデモンストレーション、病院における症例検討などが主に活用されてきた。しかし、ある種の文化的背景を持つ国（例：中国）では、相手側当局によるそのようなトレーニング手法の受け入れや理解が難しい場合もある。

5. 教材作成

教材作成における主要な課題は視覚化であり、その際に対象となるトレーニング参加者の識字率への配慮は重要である。視覚的補助教材の作成にトレーニング対象者を参加させることで、より学び手のニーズや視点を、教材に盛り込むことができる。イラスト等を作成する場合は、現地のイラストレーターを雇用することが有効である場合が多い。現任教育を企画する側（特に日本人専門家）と、トレーニング参加者との間には、相当大きな概念的認識のギャップがあることがあり、教材作成の際には、特に留意が必要である。特に「微生物」や「感染」など、肉眼で見えない事象を図説する際は、受け手側に与えるメッセージ内容の注意深いチェックを要する。

6. トレーニング実施体制のデザインと組織、実施のロジスティクス

トレーニング実施体制においては、開発途上国側の協力組織内に、トレーニングの担当部署が明示的にある場合と、そうでない場合があり、後者では、マンパワーやリソースの確保につき、計画段階から十分に相手側とすり合わせをしておく必要がある。また、トレーニングの担当部署がある場合でも、関連する技術部門の巻き込みが十分でない、実施が頓挫する場合もあるので、注意が必要である。

ロジスティクス面で特に実施上重要なのは、参加者の宿泊アレンジである。これは経費を大きく規定する要因であり、多くの参加者を首都などの中央に集めて実施する場合は、特にそうである。一方、トレーナーが参加者の勤務地を訪問してトレーニングを実施する場合、旅費はかかるが宿泊費は数人のトレーナー分で収まり、参加者の日当支払い額がセーブされることも相まって、全体として大きな費用削減となる場合があるが、トレーニン



グの日程はより長くなる。トレーニング会場の机や椅子等の配置は、セッションの目的、教授法、使用教材によって適宜変更を要する場合がある。食事や休憩（お茶やコーヒー・ブレイク）も、地域によっては文化的に非常に重視され、また参加者の相互交流に重要な場合もあり、軽視してよい項目ではない。もちろん一日の時間割にも、これらのタイミングと長さが影響してくる。

Training of the trainers (TOT) というトレーニング形態を取る場合、直接トレーニングの対象となるいわゆるトレーナーの学習成果のみならず、彼らがさらに自ら実施する伝達講習のモニタリングを効果的にするのは、場所や時間がバラバラになることから、困難を伴うことが多い。TOTの計画を立案する段階で、伝達講習のモニタリングをどうするのかについても考慮しておく必要がある。

7. トレーニング評価

トレーニング運営の評価は、NCGMの過去の経験では、トレーニング終了時点での参加者を交えた討論や会議、トレーニング参加者に対するアンケート方式などにより行われることが多かった。つまり、数値的な測定よりも、オープンエンドな形で行われていることが多かった。運営評価の最大の関心事は、「意図した方向に学びがなされたか、そのための適切なアレンジがされていたか」であり、逆に言えば、学びが十分起こらなかった場合、「なぜ学びが十分起こらなかったのか」である。教授活動の評価は、参加者に対する聞き取りのみならず、トレーナー間でも相互に行うことが効果的と思われる。広域な地域保健プロジェクトで、日本人専門家が直接全部を見られない規模でトレーニングが行われた場合、トレーニングが実際どのように行われたか、フィールド訪問によるレトロスペクティブ（振り返り）な運営評価が有効である。研修評価は、上記の3. で述べた、トレーニングマネジメント P-D-S (Plan-Do-See) サイクルに組み込まれて初めて、プログラムの改善に貢献する。

8. トレーニングのフォローアップ

実際に行われたトレーニングのフォローアップの類型としては、以下の4つが挙げられる：1) 実践の内容とトレーニングの内容を比較して、トレーニングの内容が実践に役立つような提言を引き出す、2) 研修生の職務活動の中で、トレーニング後に改善した点について、第

三者機関（NGO）を通じてモニターする、3) 研修の効果、問題点を理解し、それらをカリキュラムにフィードバックする、4) 研修修了生にトレーニング実演をさせ、チェックする。

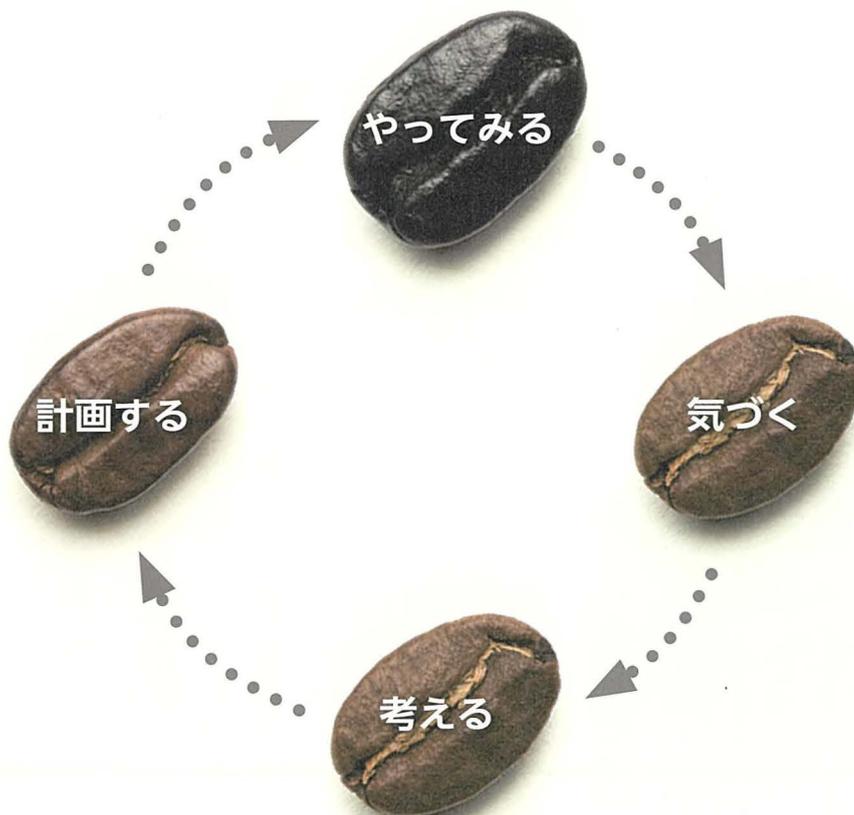
II 成人学習理論の応用と参加型トレーニング

開発支援において教育、トレーニングを実施する時、成人学習の概念が応用されるようになって久しい。保健分野においても、特に住民の健康教育や、地域保健ワーカーの職内教育の計画、実施に、この考え方が多かれ少なかれ反映されることが多く、開発途上国の保健医療従事者の職内教育を考える上で、見落とせない概念となっている。2003年よりNCGMでは開発途上国の保健医療従事者を対象とした研修においてラボラトリー方式の体験学習を実践している。ラボラトリー方式の体験学習では、「学びのサイクル」を基本としている。

学びのサイクルとは、「やってみる」→「気づく」→「考



える」→「計画する」→「(新しく) やってみる」という1つひとつのステップを意識的に取り組むことである。ラボラトリー方式の体験学習では、自分の体験を「振り返る」プロセスの1つひとつの段階に意識的に取り組むことができるように研修デザインを工夫する必要がある。体験と振り返りの過程そのものも体験的にたどっていくことにより、「体験から学ぶ学び方」を自分の中に方法として定着させることを目指している。研修員たちが帰国してから各自の現場で「体験から学ぶこと」を「試してみる」ことにつながれば、個人の成長や組織の変化へと展望が開けてくる。



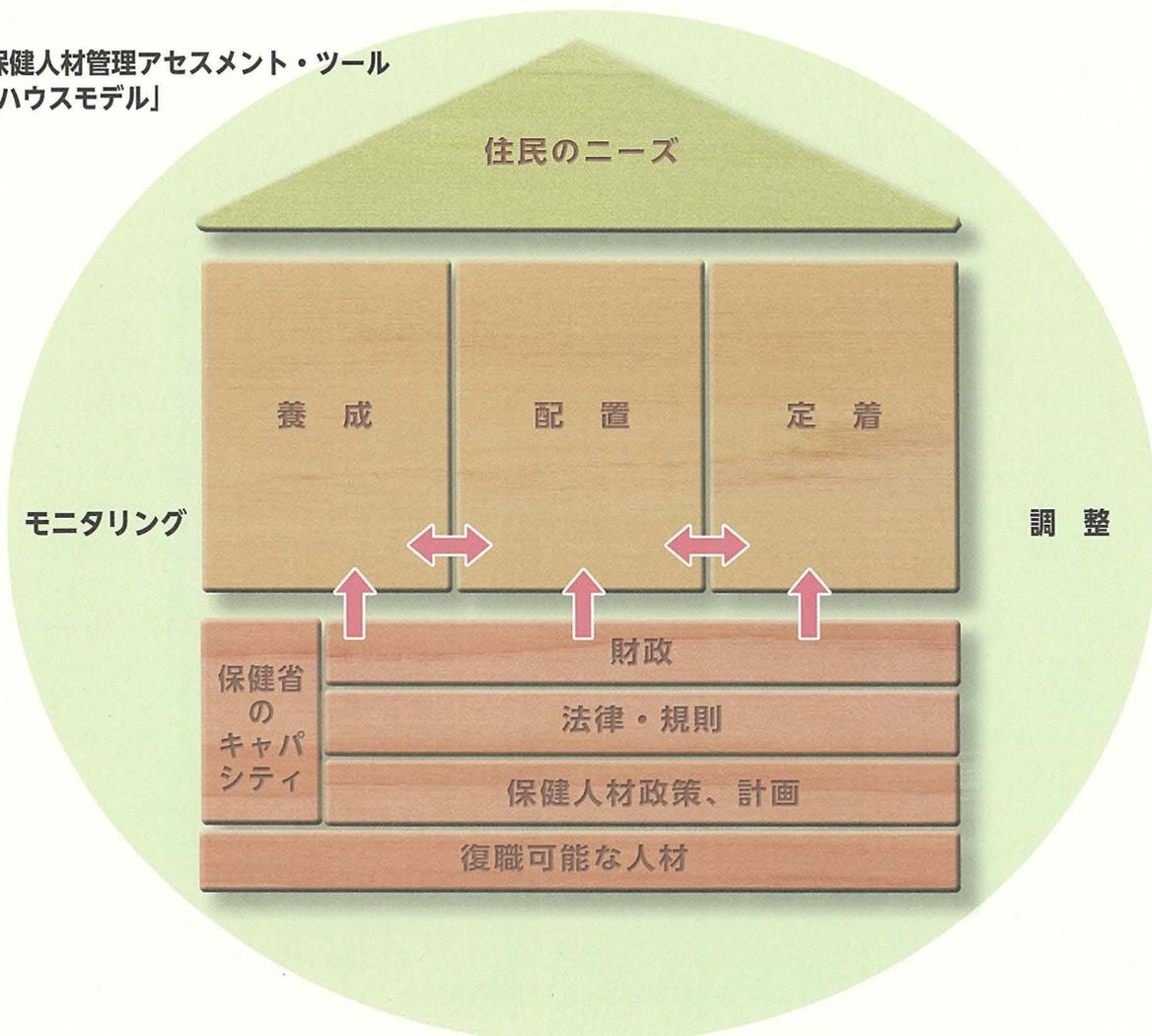
Ⅲ 開発途上国における保健医療人材育成政策のアセスメントと介入案策定

I. で述べたように、多くの途上国での保健医療人材の現任教育経験を通じて、トレーニングのマネジメント・サイクルのモデルを作成、活用してきた NCGM であるが、特定疾病の対策事業だけでなく、保健システム全体のキャパシティ強化の必要性がより強く認識される中、人材管理制度を保健システムの重要な一要素として認識しつつある。そこで、近年、人材育成・管理のより政策的な分野に目を向け、支援を展開している。つまり、保健事業の様々な現場レベルで人材育成に貢献する一方で、人材政策ならびに人材管理の大枠の体制や制度を評

価し、必要な支援を模索するようになってきている。このような政策的分野には、人材の数の管理、配置・異動の管理、職能定義、職能権限の法令的裏付け、財政措置、人材管理政策などが含まれる。このような側面は、特に紛争後の国や脆弱国で重要で、単なるトレーニングだけでは保健のマンパワーを確保し、保健システムを構築することはできない。

以下に示すのは、保健人材システム開発の概念枠組みで、家のような形状から、NCGM がハウスモデルと呼ぶものである。この枠組みに従って、現在、アフガニスタン、カンボジア、コンゴ民主共和国等の保健人材システムの系統的なアセスメントを実施中である。

保健人材管理アセスメント・ツール 「ハウスモデル」



3. 参加型開発とキャパシティ・ディベロプメント

“参加型開発”と“キャパシティ・ディベロプメント”は、どちらも開発援助の分野で生まれた開発アプローチである。前者は 80 年代から 90 年代にかけて、主に農村開発援助において農民の意見が反映されない外部者主体のアプローチの限界に対して生み出され、後者はドナー主導の技術協力に対する反省に基づき 2000 年以降に提唱され始めた。両者に共通しているのは、援助を受ける側のオーナーシップを最大限に尊重することが結果的に援助の効果を上げるという考えである。国際医療協力部が常に重視してきた視点でもある。

参加型開発という場合、通常、住民参加を表しているが、国際医療協力部が住民参加型の協力を行ったのは、部が初めて技術協力プロジェクトを実施したボリビアにおいてである。ボリビアに対する NCGM の協力は 80 年代後半にサンタクルス市の日本病院に対する病院協力から始まり（「サンタクルス総合病院プロジェクト」1987-1992）、90 年代後半は同病院を核としての救急、リファラルシステム強化を中心とした地域保健医療システム強化を行った（「サンタクルス医療供給システムプロジェクト」1994-1999）。

2000 年代になると、第 1 次医療施設の保健サービスの質の改善に加えて、地域保健行政強化と住民参加（ヘルスプロモーション）を基本とした地域保健事業への協力へと変遷してきた（「サンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト」2001-2006）。同プロジェクトでは、「保健サービスの質改善委員会」などの組織を作るとともに、受益者である住民の意志を保健行政に反映することを目的として、既存の住民組織と行政のインターフェース機能を強化するための住民参加保健活動のモデルを開発し、活動の実践を支援した。こうした活動は FORSA モデルと呼ばれ、すでに他県においてもその地域のニーズに合わせた形で展開されており、ボリビア政府の保健医療モデルにも種々の影響を与えている。世界保健機関（WHO）は 2007 年に保健システム強化の 6 つの構成要素を保健医療サービスの供給者側から定義したが、翌年、70 年代に自身が提唱した住民参加を含むプライマリ・ヘルスケアを保健システム強化に必要な要素として復活させた。こうして見ると、ボリビアにおける地域保健医療システムの強化の国際医療協力部の取り組みの発展経過は、最近の WHO の保健システム強化の考えを、早くから実践していたとも言える。

2000 年から始まったホンジュラスにおける技術協力



（「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」2000-2005）においても、“参加型”はプロジェクトの中核となるコンセプトであった。ただし、同プロジェクトでの参加型アプローチは住民の参加ではなく、参加の対象を県以下の保健医療従事者としている。日本の ODA 事業では、案件形成において目標、成果、活動を定める。ダム建設などのようなモノを対象にした事業の計画・管理と違い、ヒトを対象にした保健医療のような事業は現場のニーズにきめ細かく対応しないと成果が上がらない労働集約的分野であり、その計画立案過程に実際にプロジェクトを実施する実務レベルが関与することは非常に重要である。

日本の ODA 事業で使われる PCM（プロジェクト・サイクル・マネジメント）手法は、まさにこの点を意識して開発された参加型の計画立案手法である。しかし、実務レベルの事業立案やモニタリング・評価を含めた事業管理の能力それ自体が支援対象になるケースが一般的なため、限られた時間の中で効率的に実務レベルと一緒に案件形成を行うことは現実的ではない。そのため、実務レベルの関与の必要性を認識しつつも、実際の案件形成過程は日本側と相手国のごく限られた中央の行政官とで進められるのが一般的である。このような案件形成における制限に対して正面から取り組み、援助効果を上げようとしたのがホンジュラスのプロジェクトであった。案件形成過程をプロジェクト活動の一部と位置付け、事前調査も県保健局のスタッフと一緒にいった。プロジェクト開始後は、半年かけて再度問題分析からプロジェクト活動の策定を県保健局スタッフと行い、プロジェクトの運営管理も県や郡の保健局スタッフのマネジメント能力強化の貴重な機会と位置付け、プロジェクトの進捗モニタリング、中間評価、終了時評価のすべてを参加型自己評価で行った。このようにプロジェクト開始前から終

了まで徹底した参加型アプローチを行うことで、プロジェクト事業に対するオーナーシップの促進、課題とその優先順位の適切な把握、活動の持続発展性の確保などの効果を期待した。結果的に、ホンジュラス側のモチベーションを促進させオーナーシップが高まったばかりでなく、移転技術の習得も進み、総合的なエンパワーメントの実現が可能となった。

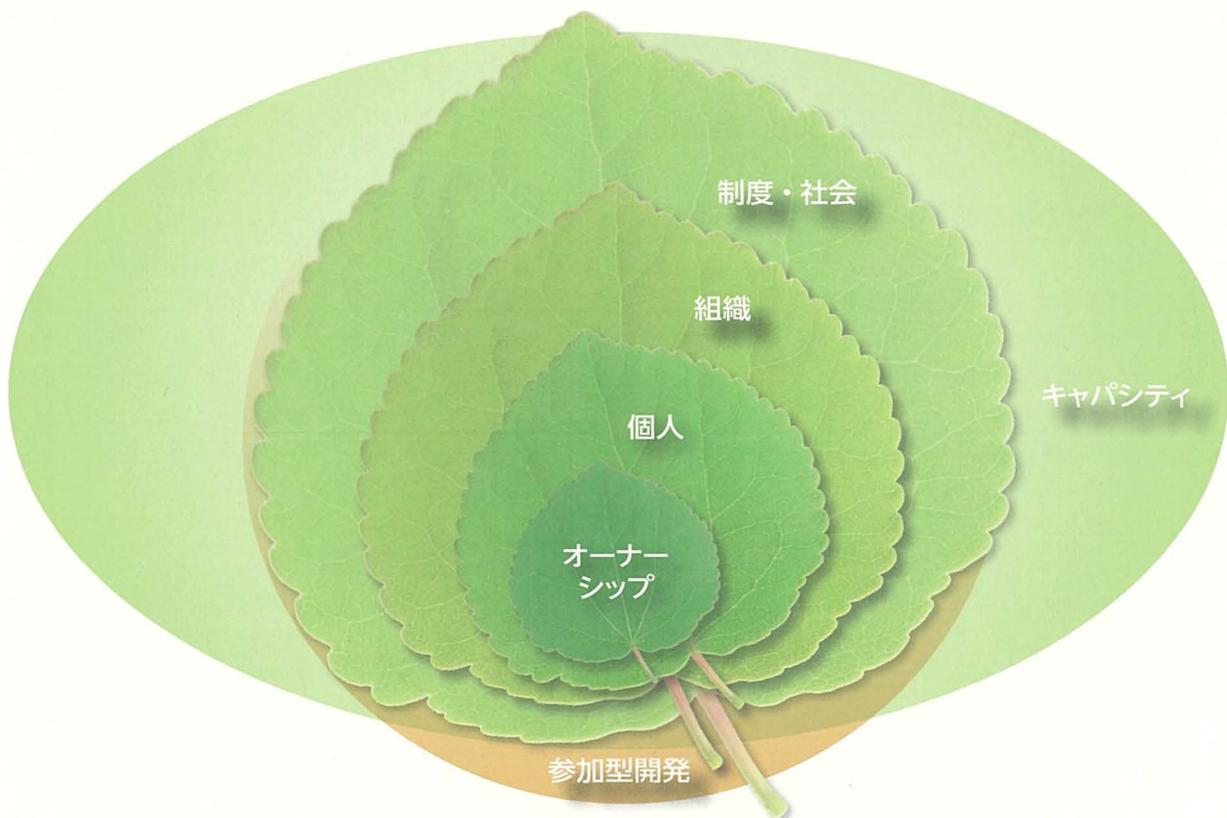
このように参加型開発アプローチは、住民を対象にした参加であっても、保健医療従事者を対象にした参加であっても、相手国側の事業に対するオーナーシップとモチベーションを高める。しかし、保健システムを強化していく上では、個人のモチベーション、オーナーシップ、マネジメント能力の強化を行っただけでは不十分であるということが教訓として残った。個人が置かれた組織や取り巻く制度も改善・強化していかなければならないという気づきがあった。

同様の気づきは、90年代の援助の有効性に関する議論の結果として既に指摘されている。国連開発計画（UNDP）が2002年に出した報告書「Capacity for Development: New Solutions to Old Problem」は、それまでの技術協力がドナー主導であったため、相手国

が元々持っているキャパシティを弱め、公共政策の優先順位を歪め、結果として援助効果と成果の持続性を弱めてしまったと指摘した。UNDPはまた、キャパシティを個人レベルだけで捉えるのではなく、組織、組織間、取り巻く制度、社会といった包括的視点をもって捉える必要があると指摘し、キャパシティ・ディベロプメントを「個人・組織・社会がキャパシティを獲得し、高め、維持していく掲示的な過程」と定義した。

このように国際医療協力部が病院協力から始まり地域保健における保健システム強化に移行する過程で学んできたことは、参加型開発アプローチとキャパシティ・ディベロプメント・アプローチに集約できる。そして、その根底には「相手国のオーナーシップの尊重」が支援の有効性を高めるといふ、25年の国際保健医療協力を通しての確信がある。東日本大震災における被災地支援でもこの学びと確信は活かされている。

保健システムの強化が求められる現在の国際保健医療協力において、相手国の元々あるキャパシティを高め、その国の実情に即した優先順位をもった公共政策の実施を促す参加型開発とキャパシティ・ディベロプメントの実践がより重要と考える。



4. 援助協調と調整

■援助の潮流としての協調：なぜ協調は必要なのか

国際医療協力部が設立された1980年代、開発途上国支援の主流はプロジェクト型支援であった。90年代に入ると、プロジェクトが成功しているにもかかわらずセクター全体の状況が改善しないことが指摘され、プロジェクト型支援による援助効果に疑問が呈され始めた。プロジェクト型支援の問題としては、プロジェクトの乱立による支援の断片化・偏在、手続きの乱立（援助効率の問題）、また、当事国への負担増とオーナーシップの阻害（援助効果とその持続性の問題）が指摘された。そして、プロジェクト型支援の限界に対する処方箋として、援助協調（Aid coordination）と調和化（Harmonization）が求められるようになった。



■国際医療協力部による援助協調と調整への取り組み

国際医療協力部による国際協力は、1987年にボリビアで開始された「サンタクルス総合病院プロジェクト」に遡るが、援助協調と調整への取り組みは、1991年に開始された「中国ポリオ対策プロジェクト」に始まる。この分野への国際医療協力部の取り組みは、時系列に沿って大きく4つのフェーズ、1) 援助協調への参加、2) 協調から調整へ、3) 垂直プログラムからセクターワイドの調整能力強化へ、4) 単一セクターからマルチセクターへ、国レベルから地域レベルの調整役へ、に分けられる。

■援助協調への参加

世界ポリオ根絶計画（GPEI）は1988年のWHO総

会で決議されたグローバルプログラムであるが、国際医療協力部では第1章で述べたように、中国、ラオス、パキスタンにおけるJICAの技術協力プロジェクトを通じて、このグローバルプログラムに参加した。それまでの相手国と日本側だけによるプロジェクト活動と異なり、WHOやUNICEFとのICC（Interagency Coordinating Committee）を通じた協調が求められるようになった。グローバルプログラムに参加したことでのメリットとして黒岩（「ラオス国小児感染症予防プロジェクト（1998-2001）」のチーフアドバイザー）は、1) 当該分野の最新の情報を得ることができた、2) 現場の問題点を発信し意見交換を行い、プロジェクト活動に還元することができた、3) 学術的根拠に基づいた明確なプロジェクト目標指標が設定できた、以上の3点をあげる一方で、他の開発パートナーと協調してやっていく上での課題として、WHOと科学的に討論のできる学術的根拠を持つ専門家の育成の必要性を指摘している。

マダガスカルで実施した「マジュンガ大学総合病院改善プロジェクト（1999-2004年）」は、マダガスカルと日本およびフランスの協調による技術協力で、日仏両国から1つの技術プロジェクトに相互補完的に専門家が投入され、両国の政府開発援助の特徴を活かした活動を実現した。一方で援助哲学の違いなど、乗り越えなければならない課題も少なくなかった。このような状況をむしろ活動の強みとしたのは、マダガスカルのカウンターパート（相手国の受け入れ担当者）だった。異なる様々な支援が無計画に重なる傾向のあるアフリカの保健医療現場において、このような3国間協調プロジェクトはプロジェクトオーナーの調整能力がむしろ強化されるというインパクトがあったといえる。単なる会議や文章だけではなく、日常的に交わされるインフォーマルなコミュニケーションが異なる文化の専門家の活動を円滑にし、カウンターパートの調整能力の強化により、3国からの投入、活動の透明性・客観性を確保することができるなどの教訓を残した。

■援助協調から調整へ

グローバルプログラムへの参加は、援助協調の中の一開発協力組織として調整される側としての参加だったが、国際医療協力部が専門家を派遣した「国際寄生虫対策アジアセンタープロジェクト（2000-2005年）」では、プロジェクトが主体となってWHO、UNESCO

などを巻き込んだメコン地域レベルのパートナーシップを形成し、タイ、ラオス、カンボジア、ベトナム、ミャンマーにおける土壌伝搬寄生虫対策と学校保健の導入を支援した。まず、保健セクターと教育セクターの協調について初めて言及し、人材育成の中で Face to Face のコミュニケーション強化による両セクターの共同作業を実現した。

援助協調の必要性は、多くの支援者がひしめく緊急災害現場や復興期においてより顕著となる。そのような国の1つであるアフガニスタンで実施された「リプロダクティブヘルスプロジェクト（2004-2009年）」では、病院でリプロダクティブヘルス・サービスを提供する医療従事者の能力強化や病院運営の支援を行うだけでなく、活動予算のない保健省リプロダクティブヘルス部が様々な開発パートナーのリソースを調整して事業展開できるよう支援が行われた。後者に関しては、国際医療協力部から派遣されたチーフアドバイザーが、保健省リプロダクティブヘルス部のリーディングパートナーとして保健行政官の実務能力強化を図りつつ、情報交換、調整、計画の場となるタスクフォースの立ち上げと運営を支援し、同時に保健人材部に対しても同様の支援を行った。

■垂直プログラムからセクターワイドの調整能力強化へ

保健省予算が極めて限られているため、開発パートナーによるプロジェクトの寄せ集めによって保健セクター事業を行わざるを得ない状況は、後発開発国に共通している。ラオスも長年この状況に甘んじてきたため、保健セクターにおける事業は、取り組む課題も実施地域も限定され、偏在し、時に重複し、事業の持続発展性が弱い非効率的・効果的な事業展開となっていた。国際医療協力部が2代にわたりチーフアドバイザーを派遣した「ラオス事業調整能力強化（2006-2010年）」は、この保健セクター全体の根源的な問題に正面から取り組むため、プロジェクト・アプローチからプログラム・アプローチへの転換を目指し、保健セクター全体の単一政策枠組みの設定、調整メカニズムの設置と運営、保健省のオーナーシップの促進を3つの柱とするセクターワイド・コーディネーションと名付けられた保健セクター改革を支援した。援助協調に積極的に関わって来なかった日本が、開発パートナー側における援助協調の中心となったのは、保健セクターでは初めてのケースである。2010

年12月から第2フェーズが行われており、引き続きチーフアドバイザーを派遣している。

■単一セクターからマルチセクターへ、国レベルから地域レベルの調整役へ

2005年、鳥インフルエンザ、新型インフルエンザのパンデミックに対する危機感が急速に高まる中、国連は鳥・新型インフルエンザ対策を優先課題と位置付け、また、国連システム内のみならず、加盟国、地域内共同体、民間セクター、NGOs など幅広い関係者を調整する必要性を認識し、国連インフルエンザ調整機関（UNSCIC: UN System Influenza Coordination）を設置した。国際医療協力部は、厚生労働省の要請に基づき、UNSCIC アジア太平洋事務所に同地域調整官を派遣した。鳥・新型インフルエンザ対策におけるアセアン、APEC、ASEM などの地域国家共同体と国連とのネットワーク構築と維持、アジア太平洋地域の国連機関内（WHO、FAO、OIE など）の連携・協調促進などを所掌業務とした。

■協調・調整業務とは具体的に何か

協調・調整は、言葉として抽象的であるばかりでなく、実際に協調促進や調整業務を担当している当人も、具体的に何がそのエッセンスであるのか無自覚である場合すらある。そこで、過去の協調・調整業務のレビューから、可能な範囲で、協調促進や調整とはどのような行為、働きかけを伴うものなのか、提示してみたい。

第1に、オーナーシップとリーダーシップの所在に関し、協調する多組織、多プレイヤー間での合意を促す作業が必要である。ラオスのセクターワイド調整ならびに UNSCIC によるアジア太平洋各国内での新型インフルエンザ対策関係機関の調整では、当該国の国家計画を調整の中心に置くことで、支援の対象となる開発途上国自身が調整の中心に位置し、オーナーシップとリーダーシップを発揮することが原則であった。そして、このような途上国自身のオーナーシップとリーダーシップが、効果的な調整の必須条件であることが、繰り返し確認されてきた。これは、宮城県東松島市の震災復興支援等、日本国内も含め、その他の多くの局面であてはまる。外部者として調整を支援する場合、自らがオーナーシップ、リーダーシップを発揮するのではなく、あくまで当該途上国（あるいは府県、市町村など）が、関係各機関の中心に

いて、オーナーシップ・リーダーシップを発揮できる体制が作れるよう、途上国と各関係支援機関に幅広く働きかけをすることが必要になる。そのためには、コミュニケーションスキルに加えて、組織構造や決定プロセスの構築を支援する、いわゆる組織強化スキルが必要となる。

第2に、自らの所属機関のものも含め、各支援機関の事業が、それぞれ国家計画との整合性を持ちながら、互いに重複を避け、整合的に実施されていることを確保する必要がある。このような整合性の確保を、英語ではalignmentと表現することが多く、「援助効果向上に関するパリ宣言」の重要な項目になっている。事業計画(内容)のすり合わせの支援には、幅広い保健の専門知識と、事業管理経験、さらに予算部分の整合性も確保する場合であれば財政管理の経験も有用である。

第3に、上記の国家計画を軸とした整合性確保に加え、各プレイヤー間の様々な事業推進形態の違いを、多対多の関係性の中で、できる限り協調させる必要がある。楽団に例えれば、複数の音が雑音でなく美しいハーモニーであるように、互いの動きや仕組みを学び合いながら、すり合わせができるよう促す必要がある。演奏する楽器の種類(事業の形態ややり方)は異なっても、ハーモニーとなって初めて、それらの異なる個性が総合体として効果的になる。これは、上記の例え通りオーケストラの指揮者の動きに似ている。ハーモニーの形成を支援するには、様々な団体の異なる事業理念、事業計画実施のスキーム、会計規則等を理解する必要がある。その上で、どのように可能な範囲で最上のハーモニー形成を促すか、関係者と粘り強く協議しながら調整していく必要



がある。しかも、第1の原則である、途上国のオーナーシップを踏み越えないように、それを実施することが必要になる。そのためには、幅広い事業モダリティーや組織手続きの経験、多くの異なる考えや意見を「聞く」力、外交スキル等が必要である。

■国際医療協力部による援助協調・調整の特徴

国際医療協力部からの派遣者が関わった上述の援助協調・調整は、いずれも開発パートナーではなく当該国主体のパートナーシップや調整メカニズムの構築を支援している。

調整は手間暇のかかる非常に厄介な仕事であり、エネルギーとパワーを要するため、多くの人はその必要性を認識しつつも、できれば避けようとする。そのため、調整を行う人にはある程度のリーダーシップが必要とされる。逆に、人々は調整を買って出る人をリーダーシップのある人、もしくはそれに近い人であると認める。国際医療協力部が当事国主体の援助協調と調整を進める理由がここにある。当事国の保健省が主体となる調整メカニズムやパートナーシップを作り上げることにより、保健省のリーダーシップと保健事業のオーナーシップが高まることが期待できるからである。また、そのような調整のための体制を作る過程では、それを支援する側も調整役を演じることになり、結果的に保健省や他の開発パートナーからの信頼も高まる。さらに、当該国自身が調整を行うことは、調整の有効性から見ても利がある。調整の必要な場面においては、常に妥協点の模索がせまられるが、多くの場合、最終的にはどの開発パートナーも当該国の決断を尊重することで妥協点を見出すことが多いからである。

国際医療協力部の援助協調・調整の支援のもう1つの特徴は、調整のテーマにおける技術支援が伴われている点である。本来、協調・調整の支援だけなら保健医療の専門家は必ずしも必要ではない。国際医療協力部が関わった協調や調整の支援では、タスクフォースの設立など協調や調整に必要な環境整備だけでなく、母子保健や感染症対策など当該分野の戦略、計画、ガイドライン、マニュアルなどの作成やそれに関連する研修などを伴っている。上述したように、妥協点の模索においては当該国の決断が尊重されることが多いため、その国の戦略、計画、ガイドライン、マニュアルなどがあれば、そこに妥協点が見出される。このような専門分野のドキュメン

ト作成などを支援できる専門性を持った上で援助協調・調整の支援ができることが、国際医療協力部の強みと言えるだろう。



■これからの国際保健医療協力と協調・調整

協調は、どのような社会単位においても、複数の人が関わる場所では常に求められる。それは日本の伝統的価値観の1つである“和”に通ずるところがある。また、無駄を省き効率性を上げるために求められることもある。しかし、今、協調が求められているのは、そのようなプロセス重視の理由からだけではなく、個々の努力では成し得ない真の成果が問われる中で求められている。プロジェクトの成功は、保健セクターの中で見ればアウトプットでしかなく、真の成果は国家プログラムや国家保健開発計画が目指しているものである。協調は成果重視だからこそ、必要とされている。

協調は重要ではあるが厄介なため、総論賛成各論反対が常の領域である。そのため、協調を進めるには調整が必要になる。そして、その調整そのものも地味で厄介なものである。しかし、協調と調整は厄介ではあるが、それほどお金はかからない。そして、その価値は非常に高く、評価されるものである。今後日本がグローバル社会でリーダー的存在になっていくには、より積極的に協調と調整に貢献していくことが重要である。

健康危機と NCGM の対応

0. カンボジア難民援助 (JMT-Japan Medical Team)	P031
1. 阪神淡路大震災	P032
2. 邦人保護 在ペルー日本大使公邸人質事件を中心に	P033
3. 重症急性呼吸器症候群 (SARS)	P036
4. 紛争やグローバルな健康危機への取り組み：アフガニスタン紛争後支援	P038
5. 鳥インフルエンザから新型インフルエンザ (H1N1) 対策	P040
6. 東日本大震災における被災地支援活動	P041
海外からのメッセージ	P044

健康危機と NCGM の対応

危機とは、日常業務では対応できない、突然の変化によって起こるストレス状態を言い、健康危機とは、自然災害や紛争、犯罪、事故等により生じる生命、健康の安全を脅かす事態と考えられる。1979年、カンボジアでは内戦と食糧危機から50万人を超える難民が発生し、日本政府は難民救援医療チームをタイ・カンボジア難民キャンプに送った。健康危機への対応である。このカンボジアにおける健康危機は、NCGM 国際医療協力部発足にも影響を与えた。その後も国際医療協力部は、国内外で突発した様々な種類の健康危機に対応してきた。ここでは、カンボジア難民医療援助と NCGM が関わった6つの事例を紹介したい。

6つの健康危機対応事例：

- 阪神淡路大震災
- 邦人保護 在ペルー日本大使公邸人質事件を中心に
- 重症急性呼吸器症候群（SARS）
- 紛争やグローバルな健康危機への取り組み：アフガニスタン紛争後支援
- 鳥インフルエンザから新型インフルエンザ（H1N1）対策
- 東日本大震災における被災地支援活動



一見すると多様な6件の健康危機対応事例だが、共通して求められるのは、予測困難な危機状況下での迅速な意志決定と連続性のある活動である。つまり、瞬発力と持久力の双方が要求される。いずれの事例でも、国際医療協力部は速やかに初動の意思決定を行い、現場に入るとともに、途切れのない活動が展開できるよう実施体制を迅速に整え対応してきた。また混乱した高いストレスの状況下で継続的に協働して働くという点も、健康危機対応に共通している点と言える。そのような状況では、できるだけ業務を標準化することで、人が代わっても業務が混乱なく、滞りなく遂行され、現場で働くものの負担を軽減できる。このような業務の標準化作業は、開発途上国における保健医療協力の現場では日常的に行われており、その経験は突発的な健康危機対応においても活かされてきた。そして、標準化された業務は、次の危機対応のために、危機収拾後の対応行動計画、マニュアル、ガイドラインの作成へと繋がっている。

健康危機対応の場では、様々な人や組織が集まるので、調整役が必要になるのも共通点である。このような調整役は継続的に現場で活動できる組織が担うのが最適であるため、上記のいずれの事例でも、国際医療協力部は調整役や現地の人材の調整業務の支援を率先して行ってきた。

邦人保護以外の5つの事例のその他の共通点としては、超早期の緊急救援と、中長期の復興支援の継続性とバランスをいかに的確に見極め対応するかという点が挙げられる。国際医療協力部の上述の健康危機対応では、早期から中長期の復興支援を念頭において活動がなされてきた。危機という特殊な状況で、かつ日常から切り離された場所では、中長期的な視点は持ちづらく、ややもすると自己満足的な活動で終わってしまうものであるが、常日頃行っている開発途上国における開発協力では、短期的成果とともに常に支援終了後の持続発展性が求められるため、健康危機対応においても常に危機収束後のことを考えて活動しているのである。



カオイダン難民キャンプ手術室での
下肢切断の手術中

0. カンボジア難民医療援助 (JMT-Japan Medical Team)

国際派遣センター長
仲佐 保

1953年にフランスから独立したカンボジアは、1970年のクーデターによるノンノル政権以来、国内の治安は悪化し、ポル・ポトによる原始共産主義の下、富裕層、知識人が目撃をにかけているというだけで処刑され、少なくとも20万人が「国家の敵」と見なされて処刑されたと言われていた。1979年には、カンボジア国内の先頭と食糧危機から逃れようとした50万人を超える難民がタイ国境に辿り着き、タイの国境地域に多くの難民キャンプが設営された。日本政府はこれらの難民キャンプに対して積極的な援助を行い、キャンプ運営のための費用の半分ほどを負担したと言われていた。そして、1979年末に現国際協力機構（JICA）緒方理事長が団長の視察団が派遣され、単にお金を出すのではなく、人的貢献をすべきとして、日本からの正式の難民救援医療チームJapan Medical Team (JMT) が派遣されることとなった。

このタイ・カンボジア難民キャンプへの日本の協力は、1979年12月から1982年12月まで、約3年継続し、日本からは延べ469名の医療従事者が派遣された。この難民医療を経験した人々が、その後の国際医療協力において中心的な役割を果たすことになる。1982年には、本難民キャンプに参加したメンバーを中心として現在の緊急援助隊（JDR）の前身であるJMTDR（Japan Medical Team for Disaster Relief）がJICAに発足し、現在は、医療だけではなく、他の職種や自衛隊も含めた緊急援助隊として海外における自然災害において最初に援助をする組織として活躍している。

カンボジア難民救援医療は、国立病院医療センター（現国立国際医療研究センター）にとって重要な事件であった。当時、国際医療協力を推進することをセンター内で協議し、国際医療協力のためのセンターを作る構想があった。実際、中国への国際医療協力としてセンターの幹部らが中日友好病院への派遣が計画されていた。

当時、筆者がまだ研修医として朝から晩まで病院に寝泊りして働いていた外科の医局会の時のことである。外科部長、当時の副院長が外科の医局の20名を超えるスタッフに対して「カンボジア難民救援医療のため、外科医を派遣したいが、誰か希望者はいるか」と尋ねたのである。誰も手を挙げなかったせいでもあるが、私は思わず「はい、行きたいです」と手を挙げた。これまでは、日本として紛争地域に行くということは全く考えられておらず、当時の印象では、皆にとっては「現

在のイラク」に行くような感覚だったようである。このスキームは、外務省、厚生省、文部省の三省が協力して行ったもので、3カ月毎に、文部省チームと厚生省チームが派遣された。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時間ほどにあるバンケン難民キャンプでの外来診療を担当した。カオイダン難民キャンプでは、国境近くでの内戦で負傷した患者の銃創、地雷創などの治療にあたった。また、宿舎があるサケオにメディカルセンターを建設、重傷者を搬送しての手術や治療も行った。

国立病院医療センターから最初に派遣されたのは、JMTの4次隊として、医師3名、看護師4名であった。その後、8次隊として医師3名、看護師2名、12次隊では若手のレジデント医師を中心に、放射線技師も派遣された。カンボジア難民救援医療チームの派遣は、1982年12月に終了するが、この後1年間、タイの地域外科医療の貢献のため外科系医師8名がそれぞれ3カ月間派遣され、サケオ市にあるクラウンプリンス病院において外科治療を実施した。これに参加した仲佐、秋山、三好は、1986年に設立された国際医療協力部の最初のスタッフとなり、現在も国際医療協力部の中心スタッフとして働いている。

1991年、保健医療分野、特に母子保健分野の復興のために、当センターより保健省アドバイザーが送られ、1995年には、多くの医療従事者が犠牲となった新生カンボジアにおける人材育成を目的とした母子保健プロジェクトが開始された。以降、今日まで母子保健分野の人材育成への協力を継続している。

ポル・ポト時代、カンボジアの子どもや若者たちは、殺されただけでなく、殺人行為に加担させられることもあり、その役割を演じさせられたことがこの時代を生きのびた人たちにとって、触れられたくない心の傷口となっているとも言える。カンボジアでは、この間に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ている。ポル・ポト体制と約25年間にわたる内戦で社会が失ったものはあまりにも大きく、様々な社会的な亀裂や断絶も極めて深刻である。ポル・ポト時代から30年以上が経ち、それらを知らない若者たちには、本来のクメールの微笑みを見ることができず、これから本当の復興が始まるのではないだろうか。

1. 阪神淡路大震災

1995年1月17日の朝、「神戸が燃えている」という声に起こされてテレビを見ると、あちこちから煙が立ち上る神戸の映像があった。阪神淡路大震災の被害状況はそれから次々に伝えられたが、確かな情報は得られなかった。海外の災害に対する医療協力の経験からすぐに神戸へ災害支援チームを送る必要性が認識されたが、政府が国立病院の医療チームを派遣することができたのは25日からであった。国立国際医療センターからは第2班として3月28日から31日まで10名が派遣された。

発災後1週間以上が経過し、亜急性期から慢性期にいたる避難所での診療活動であったが、この時の医療救援活動で得られた経験はその後の災害支援活動に大きな影響を与えた。

●発災直後の支援活動

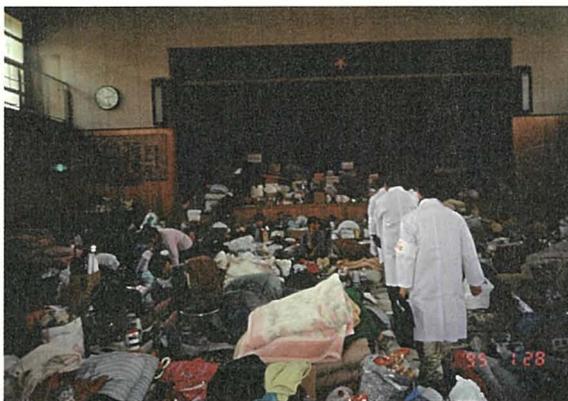
阪神淡路大震災直後の救命救急活動に対し、被災地の医療機関の準備不足や外部からの支援チームの遅れが指摘され、救援救助活動のあり方について課題が残された。

●被災地までのアクセス

被災地までの移動手段としては新幹線が稼動していたので神戸まで新幹線で入り、避難所までは救急車で移動となった。交通状況に関する情報が少なく、被災地にたどり着くまで時間がかかった。さらにその後の移動についても交通情報が充分でなく、運転する者が被災地の地理を知らないために困難を伴った。

●現地対策本部

派遣された長田区では、保健所が地域の対策本部として支援チームの配備や被災地からの要請などを調整し、地域全体の医療活動のまとめを効果的に行っていた。しかし、対策本部に連絡無く独自判断で避難所での活動を行う個人や団体もあり、支援に入る側のルール作りが必要となった。



避難所での診療

●活動拠点の決定

第1班が指定された活動拠点に入った時には、既に活動している医療班があり重複したため調整が必要であったが、第2班からは問題は生じなかった。しかしながら国立病院の医療班とは言っても、班ごとに派遣元の病院が異なっていたために、活動方針の徹底が必要であった。

●医療コーディネーターとしての活動

厚生労働省が国立病院からいくつかの避難所へ医療支援班を派遣しており、被災地近辺の国立病院に活動支援の統括本部が置かれた。被災地の災害対策本部と厚生労働省の支援本部の調整が必要であった。被災地の診療活動の調整は支援チーム内の医師が地域災害対策本部と行うこととし、活動に必要な物質調達に関しては事務官が国立病院統括本部を通じて行うこととした。

●医薬品・機材の準備

ほとんどの医療機関は、大災害発生時の被災地の医療機関としての活動あるいは被災地に支援に入る医療支援活動のための医薬品・機材を準備していなかった。各班が持参



現地に持ち込まれた医薬品・機材

する医薬品に統一性は無く、結局活動時に不足する物の補充を依頼することとなった。これは必要な所に必要な医薬品・機材の情報が共有されておらず、一方では余ってしまうという現象も起きていた。

阪神淡路大震災の後、被災地で野外用支援活動が検証され災害時の医療に関して「21世紀の災害医療体制」や「災害医療ガイドブック」などが出版された。また、国内で大災害が起こった場合には、自衛隊派遣や国際協力事業団が持つ海外の災害時に対する備蓄機材の活用、近隣地域の連帯協定締結など利用できる資源の迅速な活用について提言がなされた。さらに医療機関の整備として、地域の災害拠点病院の指定、地域防災情報システムの改善が勧められ、各病院に対しては防災マニュアルの策定が求められた。さらに、阪神淡路大震災直後に救命救急活動ができていれば500人近くの命を救うことができた可能性があったとの報告から、2001年に国内の災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistant Team：DMAT）整備についての検討がなされ、2005年に正式に設立されることになった。

（金川修造）

2. 邦人保護

在ペルー日本大使公邸人質事件を中心に

国際医療協力部では、日本政府からの要請受け、邦人が巻き込まれた以下の3つの事件における健康危機対応を行っている。

- 在ペルー日本大使公邸占拠事件
(1996年12月17日～1997年4月22日)
- インドネシア森林火災 (1998年5月)
- キルギス日本人誘拐事件
(1999年8月23日～10月25日)

ここでは、在ペルー日本大使公邸占拠事件に対する NCGM の健康危機対応を述べる。

■ 概要

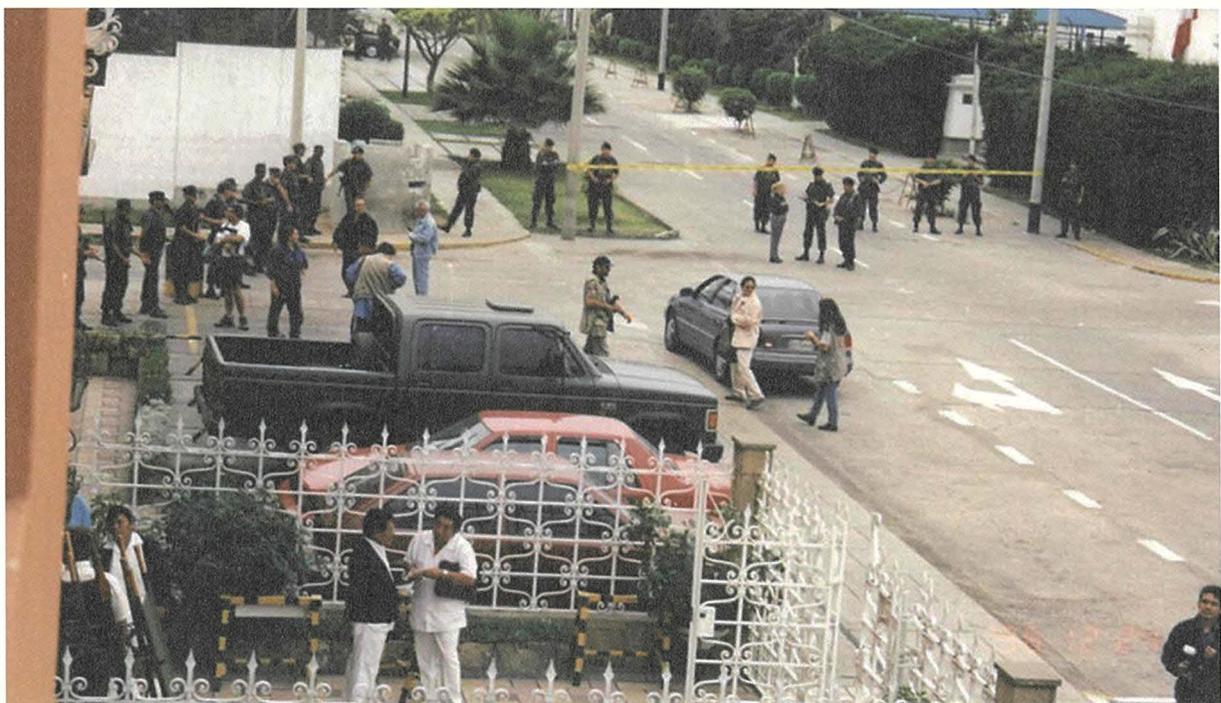
1996年12月17日20時30分頃(現地時刻)、トゥパク・アマル革命運動(MRTA: Movimiento Revolucionario Tupac Amaru)の一団が隣家との塀を爆破して、天皇誕生日祝賀レセプションを開催していた在ペルー日本大使公邸を急襲し、約700名の多国籍の招待客・大使館員を人質に同公邸を占拠する事件が発生した。事件発生より127日が経過した1997年4月22日、ペルー軍特別部隊の救出作戦により、3名の尊い犠牲者が生じたものの、日本人の人質全員を含む71名のが4カ月ぶりに救出された。

この事件は、人質の数が多く、また拘束された期間も長いという点で極めて異例な事件であった。このため、人質及びその家族の方々や、救援者の健康管理を含め、物質的・精神的な支援が重要な課題となった。さらに特異的であったのは、武装集団や国家間での交渉が行われる中での活動という点である。保健医療のニーズは、事件の経過に伴い、時々刻々と変化し、チームに求められる機能も異なって来る。また長期にわたる事件であったにも関わらず、事件の性質上、引き継ぎにも制限、限界があり、国立国際医療センター国際医療協力部が中心となって対応した。現地対策本部での任務は、各自が何らかの役割の責任者となり、一旦ことが生じた場合に限られた人的資源で対応することであり、通常の保健医療活動とは大いに異なった。

■ 事件の経過と現地対策本部医療班の活動

▶ 事件発生後 1～2週間

事件当夜の高齢者と女性の解放と、1996年12月22日の225名の大量解放は、いわゆる人為災害の緊急期における初期解放であり、その後の10日間に解放された29名は、発病が理由の人も含まれるが、災害の急性期における平和的一般解放といえる。



日本大使公邸を取り囲む地元警察

現地対策本部の体制がまだ不十分な中、警察病院チームが現地入りし、ペルー側救援体制について初期調査などを行ったが、現地の家族や関係者および日本国内の家族、関係者とは直接交流するまでにはいたらなかった。事件発生後5日目には厚生省医療班が到着し、とりあえずの保健医療対策の陣容は整えられ、人質及び家族、関係者の保健医療問題の概要を含め、いわゆる災害救援の迅速評価（Rapid assessment）に追われた時期であった。具体的には、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と、暴発や不測の事態など緊急時のペルー側救援体制への関与のあり方及び家族・関係者との信頼関係の確立である。

医療班は、最初にペルー側救援体制と関連医療施設の調査及び人質や家族・関係者らの問題とそのニーズの把握に努めた。まず、各種災害時に発動される国家防災庁を中心とする救援システムに基づき、24時間体制のトリアージチームの編成と、緊急事態に際しての警察病院、陸軍病院をはじめとする19の病院による受け入れ態勢などが形成された。公邸内の状況は、12月23日の赤十字国際委員会（ICRC）医師との面談から、ICRCの複数医師により行われていることも判明した。しかしながら、公邸内の状況は充分把握し得ないこともあり、被災初期の反応としての、家族ら人質関係者の憤り、驚き、悲しみが表出された。

▶ 事件発生後 2～3週間

ペルー側救援体制の確認、ICRC医師との面談等の初期調査結果や、食糧、飲料水及び着替え、生活衛生用品などの搬入体制が整えられたことにより、人質の生命維

持という基本的必要性は満たされた。一方では、ペルー政府が人質の健康管理におけるICRCの役割に疑義をささむ形で、同国及び日本国医師の公邸内診療を推進し始めたこともあり、保健医療問題が事件解決のための交渉要因の1つとなる局面が生じた時期でもある。

このような中、医療班は以下の3つの活動を実施した。1つ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ことである。2つめは、家族・関係者への働きかけとして、企業グループ毎の健康相談を開始した。3つ目は、事件解決時の数種類のシナリオに合わせた対応の検討である。

▶ 事件発生後 2カ月～4カ月

長期化に伴い、保健医療面の重要な問題は、メンタルヘルス、人質のストレスに移行した。公邸内（人質）に対しては、公邸内がいわば生活の場となったことで、居住環境衛生、および日本政府が搬入している日本食についての栄養評価を実施、継続的に家族、友人からの手紙が届くよう配慮した。家族・関係者に対しては定例説明会で解説を行うとともに、家族との個別面談を実施し、これらのニーズに対応するために精神面での専門家派遣を決定した。また、ICRCを含む様々な交渉の末、医療における緊急時の際に日本人医師の入邸が了承されたことを受け、以後、現地に派遣される医師は、緊急時の公邸内診療が任務に加わった。

一方、事件の方は平和的解放に向けてぎりぎりの努力が続けられてはいるものの、事態が硬直化していく中、上記した精神面でのケアとともに、様々な事件解決



派遣された医療班の対策本部

を想定した対応の検討、演習を含めた準備がなされた。なお、「援助者の健康管理」ということも必要になった。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総勢50名ほどが常時勤務していたが、気候の変化、昼夜を問わない不規則な勤務、しばしば訪れる緊張などのいわゆる心身のストレス等がみられ、それらの相談、診療にも連日24時間体制で対応した（但し、ペルー国内では外国人の診療は認められていないため、すべての診療は健康相談とし、カルテも健康相談記録として対応）。

▶ 強行突入による解放

4月22日15時24分（現地時間）、モニター画面で噴煙が上がっているのを目撃。最悪の解放シナリオが始まった。医療班の1名は、東京に「強行突入です。応援部隊の派遣をお願いします」と言って一方的に電話を切り、あとは現場との無線連絡にかかりっきりであった。道路閉鎖のため動きが取れない状況ではあったが、歩道や対向車線を走り、陸軍病院へ急行したスタッフ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の中から邦人を1人ずつ確認し、16時20分に陸軍病院から日本人人質到着の第一報が入った。その後次々に日本人の方々が救急車で到着し、大腿部に銃創を受けられた方（日系人）以外は軽症で、そのほとんどは骨折や擦過傷など脱出時の傷だった。17時13分、モニターで全員の安否が確認された。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、テロリスト全員であった。

▶ 事件終結後

4月22日の解放直後、陸軍病院及び警察病院では解放者の全身状態、外傷の重傷度、X線や治療内容などを確認し、大使館でも解放者の受傷程度や全身状態の確認、創部の消毒・包帯交換、抗生物質の処方を実施した。その後の数日間は、これらの対応とともにすべての日本人解放者と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、消毒、抗生物質の内服、破傷風トキソイドの必要性などについても説明、メンタルヘルス説明会も実施した。また、健康相談記録は解放された人質全員に送付し、業務は終了した。

■ まとめ

解放後の PTSD 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ない。さらに事件には政治的要素があること、プレス対応や企業方針など、家族や関係者が抱える問題やニーズは、必ずしも真の保健医療の問題を反映しているわけではないことなど、通常の保健医療活動とは異なる配慮を必要としたことを指摘したい。

予測困難、緊急時という中であっても、全体像を掴むという事件発生当初の迅速評価は、その後の医療班としての活動である「現地医療機関や ICRC との協力関係の構築」、及び「保健医療ニーズ（人質、その家族と関係者、救済者）への対応」が円滑に行われた鍵と言える。事件ということで特異的な側面があったことは事実ではあるが、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、その後災害マニュアルの作成など活用されている。

（堀越洋一）



現場で待機する救急車

3. 重症急性呼吸器症候群 (SARS)

2002年11月に中国広東省で発生した重症急性呼吸器症候群 (SARS) は、香港を経てベトナム、中国、台湾、カナダなど多くの国々に拡散し、大流行を起こした。患者を収容した病院では院内感染が相次いで発生し、医療従事者らが多数罹患した。抗生物質が無効のため重症肺炎に移行する率が高く、人々を恐怖に陥れた。流行の初期には対応の遅れが目立ったが、その後強力な対策を実施した結果次第に鎮静化し、2003年7月4日にWHOにより終息宣言が発行された。この大流行では、32カ国で8,439人の患者が発生し、812人が死亡した。

■ベトナムにおける SARS 流行と NCGM の貢献

ベトナムでは、2003年2月26日に第一例が発生してから収容された病院で院内感染が相次いで起こり、63人が発症した。その後、保健省はバックマイ病院を唯一の SARS 診療病院として指定し、すべての SARS 患者を収容して徹底した隔離策、院内感染対策、呼吸管理を実施した。

3月16日～4月1日、日本政府より緊急援助隊が派遣され (NCGM 医師3名)、SARS 対策に協力した。緊急援助隊は、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した。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た。バックマイ病院では新たな院内感染や死者は1例も発生せず、ベトナムの SARS は次第に鎮静化し、4月28日に世界で初めて制圧が宣言された。



隔離病棟における SARS 患者の治療
(ベトナム・バックマイ病院)

■中国における SARS 流行と NCGM の貢献

ベトナムで制圧された後も、SARS はアジア諸国をはじめ世界各地に拡大しつつあった。中国では広東省から各地に拡大し、最終的に5,327人の患者が発生した。

2003年4月10-16日、日本政府から広東省に医師団 (NCGM 医師2名) が派遣され、在留邦人の不安解消に寄与することを目的、SARS にターゲットを置いた健康管理を実施した。5月11-17日には北京市に緊急援助隊 (NCGM 医師2名) が派遣され、中日友好病院



病院スタッフを対象とした院内感染対策研修 (ベトナム・バックマイ病院)

を基点として対策に協力した。院内感染対策の技術指導、感染防護具や簡易人口呼吸器の供与と使用法の指導、院内感染対策管理システムに関する助言が主な内容であり、同病院を SARS 診療のモデルとすべく協力した。北京市の流行は激烈で、2,550名の患者が発生したが、中国政府主導の強力な対策が奏功し、6月24日に北京市は感染地域指定の解除を受けた。

■緊急事態における SARS 対策を経験して

当時、SARS は突然発現した正体不明で診断法や治療法も確立していない、恐怖の感染症であった。緊急援助隊が流行地で活動した時期は SARS が猛威を振るっていた時期であったため、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らとともに流行の渦中で対策を実施した。特に、SARS 制圧の中心になったバックマイ病院では、国立国際医療研究センターが主体となった JICA 技術協力プロジェクトが、SARS 発生以前の 2000年から実施されており、院内感染対策に関する指導を活動の1つとして実施していた。プロジェクトでは、同病院スタッフを対象に、標準予防策や消毒法の強化、対策システムの整備、マニュアル作成、意識の改善などに既に取り組んでいた。緊急援助隊は、技術協力プロジェクトを通して構築された信頼関係と育成した院内感染対策の基盤の上で活動を行うことができ、そのことが突然発生した SARS に対して作業がスムーズに進捗した一つの要因と思われる。

SARS 終息宣言後、散発的な発生があったが、2004

年4月以降発生はなく、全世界を震撼させた大流行も次第に忘れ去られつつある。しかし、SARS を通して院内感染対策の重要性を再認識することができ、また、国境を越えて外国の医師らと迅速、効果的に対策を実行するためには信頼関係が極めて重要であることを実感した。今後、SARS に限らず様々な感染症が流行する可能性があるが、事前に医療従事者の訓練を行い、院内感染対策の基本を充実させるとともにシステムを構築しておくことが大切であり、それにより SARS のような新興感染症発生に対しても速やかな対応が可能になる。

(小原 博)

* 2003年12月、SARS 対策に貢献した実績が称えられ、NCGM から派遣された医師5名に対し人事院総裁賞が授与され、天皇皇后両陛下の拝謁を賜った。



機材とともに派遣される専門家



NCGM 医師による SARS に対する感染防御指導 (中国・中日友好病院)

4. 紛争やグローバルな健康危機への取り組み： アフガニスタン紛争後支援

紛争は国際関係における危機であり、健康にも、特に開発途上国においては甚大な影響を及ぼす。NCGM が紛争後の国の保健システム再建に初めにかかわったのは、1990年代のカンボジアであった。その後、2001年に勃発した911テロに端を発したアフガニスタン戦争に伴う保健システムの崩壊に対応し、現在でも内戦状態にあるコンゴ民主共和国の保健省を支援している。ここでは、紛争後国家の保健システム再建支援の事例として、アフガニスタン母子保健支援を紹介する。

■紛争後アフガニスタンの母子保健支援

2001年のアフガニスタン戦争によるタリバン政権崩壊後、保健医療分野における日本のアフガニスタン復興支援は、2002年8月より4つの柱（保健省の機能強化、女性の健康、子どもの健康、結核を中心とした感染症対策）を中心に始まった。女性の健康分野は2003年4月から短期派遣が繰り返され、その後、より長期の支援が要請された。2004年には女性の健康に関わるリプロダクティブヘルス局が保健省内に設置され、「当部署を中心に保健省中央と地方保健局の行政官育成と組織強化を支援しながら、国として目指す保健システムを明確にし、それに必要な人材育成を目指す」、「マラライ病院は研修実施体制作りと研修実施施設としての自立性を目指す」、という概要の5年間のプロジェクトが開始された。

プロジェクト1年目、2年目前半は、省内組織改編が進まない中で実施施設であるマラライ女性病院を中心に

活動が進められた。人材育成の拠点病院に必要な病院管理強化、研修センター開所と研修部設立、院内教育を通じた人材育成が開始、教えられる人材の発掘と確保を目指した。

プロジェクト3年目からは、公衆衛生省リプロダクティブヘルス局の人材配置が進み、組織作りとリプロダクティブヘルス国家プログラムの確立を支援する中

で、プログラムマネージャーとしての中央州の行政官育成を図った。マラライ病院では、研修部による院外の保健人材の卒後継続教育（継続ケア研修）実施支援へと発展していった。多くの研修が実際のサービス提供につながらない中で、カブール市をモデル地域として、「継続ケア研修後のフォローアップ巡回指導体制作り」、「研修後のサービス提供につなげるための地域と施設をつなぐレファラルシステム強化」の活動が始まり、これを通じて行政官とサービス提供者双方の人材育成が続けられた。またリプロダクティブヘルス担当行政官に関しては、州から中央への報告システム、四半期会議の開始、中央リプロダクティブヘルス担当官による州レベルへの巡回指導が開始された。



議論しながら母子保健の課題に取り組む



難民キャンプ（アフガニスタン）



現地の医療施設でのミーティング

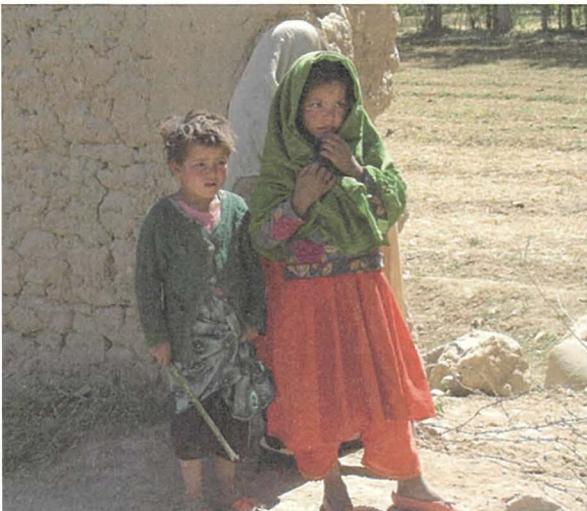
アフガニスタンでは3大ドナー（世界銀行、アメリカ外務省、ヨーロッパ共同体）の資金により、NGOsへの業務委託を通じた基礎保健サービス提供が全国展開されていたが、カブール市内施設はドナーの合意が得られないため NGO 支援が継続されず、公衆衛生省直轄となった。乏しい国家予算の中で、「薬がない、患者が来ない、職員が来ない」保健医療施設で基礎保健サービスが提供できるための保健システム強化がプロジェクト活動の前提となる。そのため、プロジェクト2年目後半には、省内に関連ドナーも含めたタスクフォースを結成し、その事務局の役割を果たしながら、公衆衛生省を支援し、市内施設整備計画作りと実施を進めていった。三次医療施設への患者集中を防ぐために、二次医療施設（郡病院）の新設と24時間サービスを提供する一次医療施設の設置が省内閣議で決定され、施設基準作りと人材確保を行

い、プロジェクト3年目の終りには市内の2つの郡病院で24時間サービスが開始されるようになった。

プロジェクト4年目終了（2008年8月）にリーダー交代の予定だったが、治安上の理由により厚生労働省からの専門家派遣見送りが決定され、プロジェクト5年目（2009年9月以降）の活動は NCGM 以外の専門家と現地スタッフにより継続された。

上記の活動は、爆弾テロが散発する劣悪な環境の中での実施が強いられたため、国内では、事業主体である JICA と連絡調整をしながら、派遣専門家が万一、テロや戦乱に巻き込まれ、負傷した場合に備え、マニュアルと標準手順を整備すると同時に、報道情報のスクリーニングとラインリスティングにより、危機事象の種類、程度、場所のモニタリングを行った。

（村上 仁）



5. 鳥インフルエンザから新型インフルエンザ (H1N1) 対策

1997年に香港で初のH5N1鳥インフルエンザのヒト感染者が報告された後、2003年以降に東南アジアのベトナムとインドネシアを中心に家禽の大量死事象が多く発生し、ヒト症例が散発的に発生するようになった。散発的とはいえ、インドネシアではヒト症例が2006年に世界で最も多い50例以上が発症しており、ヒト-ヒト間の効率的な感染能力を持ち、なお且つ一定の重症度を保った極めて危険なヒトの新型インフルエンザ株が発生するリスクが懸念された。そのため、インドネシア政府の要請により、南スラウェシ州全県を対象地域としてインドネシアの鳥インフルエンザ・サーベイランスシステムを強化することを目的に、2008(平成20)年10月から3年間、JICA鳥インフルエンザ・サーベイランスシステム強化プロジェクトが実施され、NCGMからチーフアドバイザーが派遣された。プロジェクトの目的は、1. 地域重要感染症サーベイランスシステムを通じた鳥インフルエンザの検知・報告・記録体制の強化(医療施設から県・州保健局、保健省へ)、2. コミュニティからの鳥インフルエンザの早期報告システムの開発、3. 早期対応チームのアウトブレイク調査能力強化、4. 検体の採取・移送および検査結果管理の改善、5. 中央レベル、州および各県の連携強化等の活動を通じて、南スラウェシ州において鳥インフルエンザのヒト症例サーベイランスシステムを強化するという5点であった。

プロジェクトは2011年10月に終了した。成果として、南スラウェシ州では、家禽の大量死やその周囲でのヒトのインフルエンザ様疾患症例の発生のみならず、その他の発熱性疾患や下痢の集団発生等の感染症アウトブレイクが、主に県レベルのサーベイランス(疾病監視)担当官により検知・報告され、携帯電話を活用した情報システムにより州と国に同時に通知されるシステムが強化された。医療システムからの症例報告も強化されつつある。必要な場合には、早期対応チームが調査を行い、必要な対応が取られるようになった。

■ H1N1 新型インフルエンザへの対応

2007年頃より、カンボジアやアフガニスタンでの保健医療の復興支援の経験やSARSの経験から、NCGM国際医



感染防護服の装着確認

療協力部では危機管理への意識が高まっており、高病原性新型インフルエンザの世界大流行に備え情報収集を行い、卓上シミュレーションなどの検討が行われていた。その中で2009年4月末にメキシコからの新型インフルエンザ発症のニュースが報道された。

部の危機管理担当者は、直ちにTVニュースやインターネットで関連情報検索を開始し、翌日の朝にはNCGM幹部と協議し、部の緊急連絡網で職員に連絡して、24時間体制の対策本部を設置した。病院部門においては、発熱外来の設置や患者の



成田空港検疫所での活動

受け入れ、院内感染対策を実施したのみならず、国際医療協力部(当時局)が、国立病院療養所や自衛隊とともに、成田空港検疫所ならびに停留施設に人材を派遣し、継続的に同じ施設から派遣することが難しい国立病院機構の方々とともに、引き継ぎが円滑に行われるよう常時職員を派遣する体制をつくり、急性期の空港検疫の膨大な業務量を支えた。また、厚生労働省の対策会議には、NCGMを代表し国際医療協力部が参加した。この経験は、健康危機対応の重要な学びの機会となった。

2009年7月より、タイ、バンコク市内にあるUNSC(国連インフルエンザ調整機関)アジア太平洋事務所に、地域調整官として職員を派遣した。主な所掌業務は、1) アジア太平洋地域で鳥、新型インフルエンザ対策に携わっている、主に地域国家共同体(例:アセアン、APEC、ASEM)とのネットワークを構築、維持すること、2) 地域の状況を分析し、各国の国連代表部(国連国チーム)に対する支援を実施、補佐すること、3) アジア太平洋地域の国連機関の地域事務局間の連携を深める活動を実施すること、4) インフルエンザに関わる国連包括活動計画の改訂をリードすることなどであった。具体的なH1N1新型インフルエンザ対応行動としては、後発開発途上国への支援パッケージの取りまとめ、特にワクチン送付のアレンジを補佐し、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の整備を、多セクター間で協動的に進められるよう、調整を行った。

(村上 仁/馬場洋子)

6. 東日本大震災における被災地支援活動

2011年3月11日午後2時46分、国立国際医療研究センター（NCGM）が大きく揺れた。その振動は、それまで海外業務を主としていた国際医療協力部を、国内における支援活動に向かわせた。直ちにセンター災害対策本部が立ち上げられ、発災6時間後にはNCGMから第1次隊のDMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）が東北に向け出発し、宮城県仙台市内でのトリアージ活動と気仙沼市立病院での情報収集を行った。第2次隊DMATは、仙台医療センターERでの診療や域内・域外搬送支援を自衛隊などと協力して行



DMATによる医療支援

った後、東松島市保健福祉部矢本保健相談センターを支援活動場所として選択した。第4次隊以降は東松島市の避難所巡回診療と保健師支援を6月30日まで行い、延べ48隊、239名が派遣された。避難所が閉鎖した7月以降は、東松島市と協定を結び、保健衛生分野の復興支援活動を国際医療協力部が継続している。



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

東松島市は、人口約4万3千人（1万5千世帯）、地震による浸水は市街地の65%（全国の被災市町村中最大）で、人的被害は死者1002人、行方不明者61人、発災7日目で最大避難者数1万5千人（避難所86カ所）、家屋被害全壊5,463戸、大規模半壊及び半壊を含めると住家被害は1万世帯を超えた。

これらの被害に対して、NCGMはセンター病院と国際医療協力部の医師、薬剤師、看護師、臨床心理士、事務職で構成されるチームを東松島市に派遣し、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した。これらはNCGMが独自に行うのではなく、東松島市保健福祉部の保健師を中心にし



被災地での診療活動



服薬の説明

て、現場のニーズや優先度に沿った形で行われた。避難所巡回診療は、センター病院のスタッフが診療を担当し、部の看護師は巡回診療班のコーディネーターとして避難所環境のアセスメントや避難所リーダーとの調整を行った。在宅住民の健康支援調査は、浸水地域の約7,800世帯を対象にした戸別訪問調査で、他県から派遣された保健師と協力して行われた。収集したデータは地区ごとに評価され、その後の在宅者支援事業に活用された。また、必要に応じて巡回診療チームの医師や看護師による訪問診療や市保健師による保健指導が行われた。国際医療協力部は研究所と協力して、調査デザイン、質問票作成、データ管理・分析を担当した。

今回のような大震災では、最初の1カ月間は、全国から多くの支援者が集まるため、現場は大変混乱しており、優先度を決めて物事を進めることが困難であった。そこに医療支援を目的としたチームが続々と入り避難所を巡回しようとするため、これら外部リソースのマネジメントが受け入れ側にとっては大変負担となっていた。そのような中、現場の本当のニーズと優先度に対応するためには、直接住民の健康を守る保健師たちと外から来た救護チームをつなぐ調整・相談役が必要となり、NCGM 派遣チームの中で国際医療協力部のスタッフがその役割を担った。具体的に調整とは、医療チームが各避難所を回る週間予定表の作成、避難所における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、市保健師の支援などであった。また、東松島市は、災害拠点病院である石



巻赤十字病院を中心とする石巻圏合同救護チームが設定したエリア制の中で、第8エリアに相当したため、同エリアで活動



戸別訪問による健康支援調査

する救護チームの代表として、毎日行われる石巻圏合同救護チーム本部の定例会に参加した。避難所が閉鎖された震災後4カ月以降は、仮設住宅の健康支援へ移り、個人の健康に着目した医療サービスという視点から、集合体としての仮設住宅居住者の健康という公衆衛生により



避難所での診療

重心を移した支援が必要になってきた。そのため、これまでのデータを集積し、分析するという支援も国際医療協力部は行うようになった。

今回の支援を通じて、市町村レベルの災害時の様々な対応を経験した。それは国際医療協力部のスタッフが実際に海外で経験している内容と似ている点があった。発災当初の断水、停電、電話の不通など環境面だけでなく、大きな被害を受けた状況から徐々に復興する過程を現場の当事者のそばにいて必要に応じた調整することなどある。東松島市における国際医療協力部の活動は、海外でも行う方法がとられた。まず、支援をする場でどのようなプレーヤーが、何をを行っているのかを分析し、その中で NCGM は何ができるのかを考え、相手側（今回は、市の保健福祉部の保健師）と話し合った。この際、保健医療サービスの受け手側（巡回診療の場合は避難所の人々）からも話を聞いた。避難所の人々は一日中避難所にいるわけではなく、動くことができ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いた。NCGM



が巡回診療を行うことを知ると、是非診療を受けたいから事前に診療の日時を知らせて欲しいとの要望があがった。その意向に沿うため、東

松島市で避難所巡回診療を行っている救護チーム（陸上自衛隊、海上自衛隊、国立病院機構、熊本赤十字病院、NCGM）は、市保健師を通じて巡回診療予定を事前に避難所へ伝えるようになった。その結果、より多くの避難所の人々が巡回診療を受けることができるようになった。

災害時には、DMAT のような医療活動を主体とした活動のみならず、保健行政や公衆衛生の経験のあるチームが、急性期の調整や復興期のアドバイスなどを行っていくべきであると、今回の経験を通じて痛感した。国際医療協力部は、その試みの一端を東松島市で実践できたのではないだろうか。主体者の自立的な発展に貢献することを前提とした国際保健医療協力は、海外のみならず、緊急時には国内においてもその知識、技術、経験が活用されるべきであり、その点を引き続き実践し、発信していくことが国際医療協力部には求められている。

(杉浦康夫)



現場の保健師と話し合う



泥だらけで奔走した救急車

海外からのメッセージ

カンボジア

from Cambodia

I was very saddened to hear of the tragedy in Japan during the Earthquake. I hope you, your family, friends and colleagues are safe and well. You and all my friends are welcome in Cambodia. Let me praise Buddha give good wishes for you my others friends and all Japanese. Thank you. With best wishes,

Dr Sotha

ソタ医師より

今回日本で起こった地震による悲しい知らせを聞いて、非常に残念に思いました。カンボジアは皆さんをいつでも温かくお迎えします。日本の皆さんにブッダのご加護がありますように。

セネガル

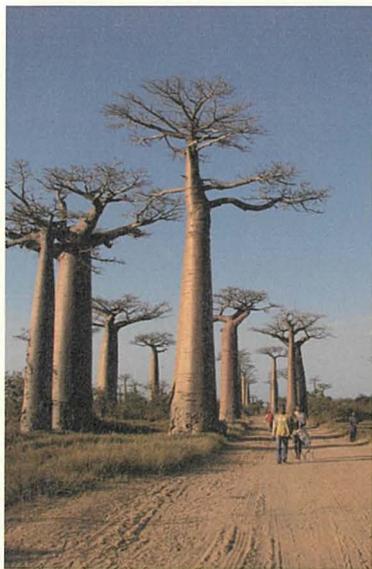
from Sénégal

Je suis avec douleur et tristesse les événements malheureux survenus dans votre pays. Toute ma compassion à l'endroit du peuple japonais en général, et aux familles des victimes en particulier.

MSP / DRH Sénégal
Aliou Diop

セネガル国保健予防省人材局
アリユー・ジョップ氏より

日本で発生した突然の災害に、苦しみと悲しみを覚えております。被災された方々をはじめ、日本国民に対し、お悔やみ申し上げます。



ラオス

from Laos

I really feel sad and would like to express my sorrow and concerns to you and all Japanese about the catastrophe (natural disaster) which unfortunately happened in your country and I am always beside you and all Japanese to overcome these difficulties.

Best regards,

Dr. Khamheng

ラオス保健省
カムセン医師より

この度日本の皆さんを襲った大災害を思うと、本当に胸が締め付けられる思いです。私はいつもあなたと日本の皆さんと一緒にいます。一緒にこの困難を乗り越えていきましょう。

ベナン

from Benin

Soyons solidaires avec le peuple japonais et prions que le génie japonais trouve solutions aux différents problèmes créés et pour prévenir d'autres éventualités.

HOMEL

Vodounon A. Joseph

HOMEL 病院
ブドゥノン・ジョゼフ氏より

日本の皆さんと心はひとつです。日本の皆さんなら、自らの才能で、さまざまな問題やこれから起こりうる新たな困難に対する解決策をきっと見出していけると祈っています。

ホンジュラス

from Honduras

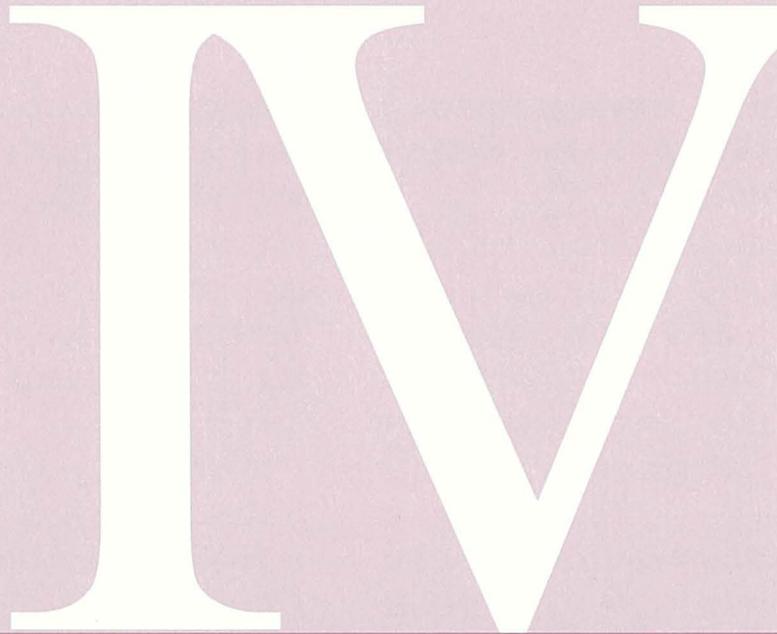
You are always in our minds and hearts, we know that probably Honduras has very little to offer; but there is an offer from us. We want to offer our homes, if you consider it necessary, for each one of you and families. Also we are gathering volunteer donations from Olanchanos to send to Japan, through the JICA Office in Honduras. You are not alone, you have planted love seeds in our country and it is time to show the product of that seeds.

**On behalf of all the people of
Olancho United to Help JAPAN**

オランチョ県「日本を助ける会」より

皆さんはいつも私たちの心の中にいます。ホンジュラスの国ができることはわずかですが、必要があれば住む家を提供します。また、オランチョ県で寄付を募り、JICA ホンジュラスオフィスを通じて送ります。皆さんは1人ではありません。皆さんは私たちの国に愛の種を蒔いてきました。今、その種からできた実を皆さんにお返しする時です。





第4章

これからの 国際保健医療協力の展望

1. 今後 10－20年の世界の展望とグローバル・ヘルス P047

2. これからの国際保健医療協力への提言 P051

我が国の国際保健医療協力に関する提言書 P054

参考：国際医療協力部創立 25周年記念シンポジウム
第3部 公開討論「これからの国際保健医療協力の展望」発言録 P055

これからの国際保健医療協力の展望

第2章と第3章では、国際医療協力部の過去および現在の取り組みを振り返ってきたが、第4章では将来に目を向けてみたい。

この4半世紀の間、冷戦が終わり、ヒト、モノ、カネの行き来はよりダイナミックになり、情報技術の急速な進歩と相まって、世界は相互依存性を強めたグローバル社会へと変化してきた。国際保健医療協力の分野では、2000年の国連総会で掲げられたミレニアム開発目標達成に向け、様々なグローバル・パートナーシップが立ち上げられ、それまで国際保健とは縁遠かった民間部門との連携や高いレベルでの政治的コミットメントなど、取り巻く環境は大きく変化してきた。さらに、これまでドナーと呼ばれてきた先進国の経済が不安定になる一方で、かつての被援助国が力をつけ援助国に回り始めている。また、1998年に60億人を迎えた世界の人口は、昨年70億人に達し、高齢化社会や生活習慣病の問題は、今や開発先進国だけの関心事ではなくなってきた。

国際医療協力部は、2010年4月に国立国際医療研究センター（NCGM）として独立行政法人化し、変革が求められている中、あの東日本大震災を体験した。NCGM センター病院、国府台病院、研究所、国立看護大学校とともに被災地支援を開始し、現在も宮城県東松島市において市の保健衛生活動支援を継続している。この経験は、変革を模索する私どもに新たな視座を与えた。

今、国際保健は、自国と他国という区別を基本とする従来の「インターナショナル・ヘルス」という視点から、地球全体をボーダーレスの1つの世界として捉える「グローバル・ヘルス」という新しい視点が求められている。

第4章では2011年12月3日にNCGMで行われた国際医療協力部創立25周年記念シンポジウム「変革の時代、変革の国際保健医療協力」に基づき、変革が求められている時代における、日本の国際保健医療協力の展望を整理してみたい。

創立25周年記念シンポジウム 「変革の時代、変革の国際保健医療協力」 プログラム

第1部 NCGMが過去25年に培ったコアビジネス

国立国際医療研究センター

国際医療協力部 国際派遣センター長 仲佐 保

第2部 今後10-20年の世界展望とグローバル・ヘルス

世界の人口問題：開発途上地域と先進地域

早稲田大学 人間科学学術院 特任教授 阿藤 誠

グローバル危機とヘルス・ガバナンスの課題

国際基督教大学 教養学部 教授 毛利 勝彦

スポーツ・健康と国際保健

順天堂大学 スポーツ健康科学部 准教授 鈴木 大地

第3部 公開討論 これからの国際保健医療協力の展望

司会：国立国際医療研究センター 理事 尾身 茂

1. 今後 10 – 20 年の世界の展望とグローバル・ヘルス

(創立 25 周年記念シンポジウム第 2 部の内容のサマリー)

2011年12月3日に開催した国立国際医療研究センター国際医療協力部創立25周年記念シンポジウムの、第2部「今後10–20年の世界の展望とグローバル・ヘルス」では、3名のゲストスピーカーを招き、それぞれの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、どんな新たなニーズが生まれてくるのかをメインテーマに講演を行った。会場には約150名の参加者が来場し大盛況となった。

最初の演者は、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、長年人口問題の第一線で活躍する早稲田大学人間科学学術院特任教授の阿藤誠氏で、世界の人口動向と人口問題を開発途上国と先進国に分けて論じた。開発途上国でもアジア、ラテンアメリカとアフリカでは人口問題は異なっており、少子高齢化の進む先進国でもフランスなど出生率が回復している国と日本など依然として低出生率が続く国とで二極化しているなど、専門家ならではの興味深い発表であった。

2人目はNHK教育テレビの「白熱教室 Japan」に出演された国際基督教大学教授の毛利勝彦氏で、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を論じた。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、これらの危機に対する対応方法としてのガバナンスの変革を様々な角度から理路整然と分かりやすく説明した。特に、4つの危機が指し示す1つの共通した方向性として、様々なグローバルな取り組みが、従来の「国家」の枠を超え、市場や市民社会など、国家横断的（トランスナショナル）な参加者、国際機関や国際協定、地域国家共同体などの国家上位的（スプラナショナル）な参加者、地方自治体などの国家内部的（サブナショナル）な参加者など、多様な参加者を巻き込み、複雑化していることが、理解できる内容だった。

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なった順天堂大学スポーツ健康科学部准教授の鈴木大地氏で、世界オリンピックス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、自身の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などを言及した。「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尚解決しない、むしろ拡大させ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た。

ここまで、現在までの国際医療協力部25年のあゆみを振り返り、また現在直面するグローバルな状況を、シンポジウムの機会も得ながら、保健医療の枠にとらわれずに広く俯瞰した。その結果、今後10-20年にグローバル・ヘルスが、3つの大きな変化に直面することが予測される。

第1に予想される、グローバル・ヘルスの大きな変化は、様々なグローバル課題・危機とグローバル・ヘルス課題が連動することである。阿藤氏の講演でもあったように、高齢化が進む国々と、若い人口を抱え人口が爆発する国々が二極化しつつある。2011年の世界人口白書によれば、人類の歴史上初めて、世界人口のうち都市に住む人々の割合が、50%を超えた。人口構成の二極化と都市化は、グローバル・ヘルス課題にも大きな影響を与える。都市化に伴うライフスタイルの変化が、交通事故、生活習慣病、うつ、自殺、暴力などを顕在化させ、都市に人口が過密に集中することで、グローバルな感染症危機のリスクが高まることが予測される。同時に世界人口が70億に達し、食料や水の安定供給が損なわれる結果、栄養、食の安全の問題が深刻化する危険がある。移民、人口移動はグローバル化に伴い、もはや人口学的課題の周辺事項ではなく、むしろ中心的課題となり得るのである。気候変動や自然環境の浸食、汚染物質の拡散などの環境問題は、ますますグローバル・ヘルスと密接に関係してくるだろう。このような中で、保健医療セクターと、人口、環境、スポーツ、防災、都市計画など、他セクターとの協働の必要性が高まることは、ほぼ間違いないと考えられる。

予想される第2の大変化は、グローバル・ヘルスのプレイヤーの多様化である。中国、インド、ブラジル、南アフリカ等、新興国が台頭し、これらの国々の一部は、先進国が構成する経済協力開発機構（OECD）に属さない独自の立場から、既に保健医療を含む国際開発の新しい担い手としても台頭している。同時に、巨大人口を抱える新興国、例えば中国、インド、インドネシア、ブラジル等の国内保健医療政策が、世界の健康の大きな規定要因になることは避けられない。国際開発全般において、

民間セクターの台頭が著しい昨今だが、特に先進国の政府が債務問題等で長期的財政危機に陥る場合、このセクターの相対的な重要性はますます高まる可能性がある。この中には、社会的企業等、NGO や NPO によるビジネスモデルを活用した支援事業が含まれる。グローバル化は、現代の大きな流れの1つだが、その一方で、地域国家共同体（アセアン、SAARC、太平洋委員会、アフリカ連合、アラブ連盟、カリコム、メルコスール等）が、毛利氏が述べるところの国家上位的（スプラナショナル）なプレイヤーとして台頭しつつある。同時に、欧州でも日本でも、保健政策に関し、より地域レベルでの自律的な決定が、地方自治体レベル、つまり国家内部的（サブナショナル）な参加者に求められつつある。「国家」の枠組みでは、もはや対処できない問題が多すぎるのである。NCGM は、今まで接触のなかった多種多様なプレイヤーとの協調を、開発現場で求められるようになるだろう。

第3の変化は、グローバル・ヘルスにおけるニーズの多様化である。情報革命により、途上国を含めた住民の情報アクセスが進展する結果、今やベトナムの田舎町の母親も、郵便局に併設された公共ネットカフェで、民間のネットニュースのワクチン副作用の記事を読み、心配のあまり接種拒否が続発することが現実になっている。つまり、日本の母親と全く同様、「予防接種は子供の健康に必須だ」という単純なメッセージでは、納得しなくなっているのである。保健医療システム、特にサービスの質に対する期待値の高騰は、先進国、後発開発途上国を問わず、避けられないだろう。患者、住民の方々が、

医療受給において、より大きな自己コントロールを求められるようになるのは、必然的な流れのように思われる。健康の価値観も多様化し、グローバル化に伴う所得格差（国内、国家間）の拡大を反映し、富裕層は高度な民間ケア、貧困層は質の悪い公的ケアという、ラテンアメリカ型の保健医療サービスの階層化が、グローバル化する恐れもある。これは、健康格差の世代を超えた固定化につながる懸念がある。

「格差」は、過去25年間のグローバル・ヘルスへの取り組みの中心的課題であったが、来るべき10-20年でも、大きな課題であり続けるだろう。先進国での先進医療（臓器移植、再生医療等）が均てん化なく推進される結果、臓器売買等、グローバルなモラルハザードが広がることに、警戒が必要である。同様のことは、薬剤やワクチンの開発における、開発優先順位、便益配分、知的所有権問題にも当てはまる。どこまで、世界の最も弱い人々の健康便益を代弁できるのかが、NCGM の今後の大きな課題であることは間違いない。同時に、日本国内でも、所得や健康の格差が拡大したと認識される状況の中で、途上国の国民のニーズに答えると同時に、わが国の国民へのアカウントビリティをどのように果たしていくのかが、新しい大きな課題である。そのため、今よりも、双方向的な取り組みが求められる。技術水準が一方的に高く、リソースが一方的に豊かで、健康水準が一方的に高い先進国が、その反対の状況にある開発途上国に自らの技術やリソースを移転するという、従来のグローバル・ヘルスのモデルが、何らかの見直しと再点検を迫られているのは確かである。



2. これからの国際保健医療協力への提言

記念シンポジウム第3部では、公開討論「これからの国際保健医療協力の展望」が行われ、尾身茂（国立国際医療研究センター理事）を司会として、将来展望を踏まえた今後の国際保健医療協力の展開について熱い議論が交わされた。（章末の議事録を参照）ここではその要点をまとめるとともに、シンポジウムの最後に示されたNCGMからの提言について解説を加えたい。

1. 公開討論「これからの国際保健医療協力の展望」

1) 国際保健医療協力は必要か

公開討論は司会者から出された3つの質問に答える形で進められた。まず、第1は「国際保健医療協力は必要か」という根源的な質問である。人口や貧困に起因する格差が拡大する中、安全保障などにおける国際保健の普遍的価値や、グローバル化、ボーダーレス化の進む世界での国際協力の持つ双方向性（パートナーシップ）、すなわち日本にも利益が還元されるとの観点等からも国際協力肯定論が主流を占めた。

国内への利益還元の背景の1つとして、日本国内にも格差が広がり開発途上国と類似の問題が生じており、これは東日本大震災の復興などを通じてより顕在化している。日本と開発途上国との差が縮まっているのである。また、災害公衆衛生を含む国内の公衆衛生の強化の必要性も今回の震災で顕在化した。こうした中、少子高齢化、過疎化社会において行わねばならない地域再生に、国際協力のノウハウは有用で有効に還元され得る。例えば、地域再生に不可欠とされる連携のための社会的な技術、ソーシャル・キャピタルの獲得や強化のための手法などは、開発途上国で継承されており、これまでの国際協力の中で開発されてきたものである。

利益還元の例としてさらに多くの指摘があったのは、国内・国外問わず能力を発揮できる人づくりである。早い時期に異文化に接触しグローバルな経験を積ませる（アーリーエクスポージャー）ことは、グローバル化が進む中、国際競争力のある人材の育成の上でも重要である。今回の大震災復興支援の経験からは、国際保健医療協力で培われた能力が災害時の保健医療支援に活かされた例が複数挙げられた。

2) 国際保健医療協力をどう行っていくのか

第2の論点は、国際協力が必要ならば、今後、国際保健医療協力をどう行うのか、すなわち、対象分野や方法

などに関わるものであった。

協力内容は医療だけではなく、公衆衛生、そしてヘルスシステムへと広がっており、さらには環境問題と保健、教育やスポーツと保健の連携など新しいテーマも考えられている。支援者独自のニーズ調査に基づくプロジェクト型の支援から、当事国の政策、戦略計画の実施を支援するプログラム型の支援への転換も求められている。一方、かつてのような大きな投入が期待できない中、まず戦略的に対象分野や地域などの選択と集中を行う必要もあり、今後は日本の得意分野をより活用するような、例えば非感染性疾患（NCD）などでの国際協力を考えるべきとの意見もあった。

前述したように国際協力の内容は、被災地でのサーベイランスシステムの導入など災害復旧・復興時のみならず、平時においても多くの面で日本の地域保健への活用が期待される。国内外とも共通して重要な点は、常に相手側の主体性を尊重して自立発展性を考えながら活動を行うことであり、これは支援の出口戦略を考えることにも通じる。

人材育成においては、知識や技術だけでなく、モチベーションの高い人の育成が国内外を問わず重要である。こうした人づくりは国際協力においても鍵となるもので、結核分野などで大きな成果が出ている。

国際協力を通じて日本の存在感を示し、仲間を作り、ネットワークを形成するには、広くNGOや民間との連携を図ることが、今後は重要である。特に日本のNGOや企業との連携を図って、オールジャパン体制で進めて行き、国際保健と日本の地域やへき地の保健とつなげていくようなビジネスモデルを開発することも期待される。

3) 若者へのメッセージ

最後の論点は若者へのメッセージであった。

第1部で日本の若者が内向的になっているとは言われてはいるものの、実際には海外に出たがっているものも多い。海外に出ることにより日本をより知ることができ、また、海外での経験が日本の社会変革を行うための知識や技術の習得につながり得る。そのためには、若い時期に外国に出かけ帰国後も継続して国内の地域医療や国際協力に関わることができる仕組みがまず必要である。併せて、海外でのオペレーションリサーチやアクティブラーニングに若者が参加しやすくすることも必要であ

る。これらの論点は上述の2つのテーマの論点と繋がっており、若者に目を向けることは、今後の国際保健医療協力の重要なテーマであることが認識された。

まとめ

今、日本の国内が大きな岐路に差しかかっている。しかしながら、日本社会は非常に硬直化しているところもあり、やるべきことは分かっているがなかなか実行できていない現状がある。こうした状況の打開に国際協力が資する可能性が非常に高い。国際協力は単に何かを与えよとか、技術的なことではなくて、日本人、特に若い人たちがよりオープンになり、「色々な考えがあるのだ」ということを理解することにも資するからである。

経済的にも、過去においてなされた富める国から貧しい国に与える援助の時代は去り、現在はパートナーシップの時代である。好むと好まざるに関わらず、日本はほかの国や機関とパートナーシップを取らざるを得ない。そのための連携と協調は重要であり、国際協力における調整の役割はこれからより重要となる。

これまで国際協力は日本に対する信頼感を高めることに寄与してきたが、今後もよき隣人として対等な立場から、品位の高い援助を継続することにより、日本の存在感がより示される。もちろん、援助の効果への疑問や援助の弊害があることも、常に心に留めておかなければならない。

2. これからの国際保健医療協力への提言

1) 上記の将来展望を踏まえた今後の国際医療協力部のコアビジネスの展開

第1章で見てきたように、これまでの25年間、国際医療協力部はコアビジネスとして、国際プログラムへの貢献、人材育成、参加型開発とキャパシティ・ディベロップメント、援助協調と調整を実施するのみならず、SARS やアフガニスタン復興支援など国際的な課題、そして阪神淡路大震災や東日本大震災においては国内の緊急課題など、国内外の健康危機に迅速かつ柔軟に対応してきた。そして、第2章では、グローバル化が進む中で、国内と国外という従来の発想にとらわれず、新たな健康課題に革新的に対応して行かねばならない状況であることを確認した。

こうした将来展望を踏まえて、今後の国際医療協力部のコアビジネスの展開を以下に概観する。

①グローバルプログラムへの貢献

グローバルプログラムは今後減っていく可能性があるが、それを支える資金調達スキームは有効であり、今後も継続する可能性が高い。こうした点を踏まえ、個々の途上国に対しては、グローバルプログラムとその資金調達スキームをうまく国家戦略の枠組みの中で利用できるキャパシティの養成が主要な役割たりうるであろう。一方、グローバルには、資金調達スキームを含むグローバルプログラム（例えば現行のGAVI-HSS、GFATM-HSS等）に対し、国レベルへの正負の影響のフィードバックをしていく必要性が高く、同時にグローバルプログラムやグローバル・パートナーシップの各種委員会、ワーキンググループに参加しながら動向を把握し、フィードバックのためのルートを確保する。

②途上国保健人材の育成

これまで見てきたように、今後ニーズや様々な外部要因の変化が予想されるが、トレーニング・サイクル管理はその中にニーズアセスメントを含んでいることもあり、方法論として引き続き有効であろう。成人教育の原則に則った、学習者中心のアプローチ (learner-centered approach) も強みとして確立し適所に活用していく。研修内容では、途上国でも患者や住民の人権関係のニーズの増大が予想され、患者安全、リスクマネジメント等への支援キャパシティを増強する必要がある。

人材育成政策への支援に関しては、ハウスモデルに示されるように、政策の多様な側面を包括的かつバランスよく支援していくべきあり、保健人材の所掌業務、権限、待遇、インセンティブ、育成、流出や離脱の防止等、主要課題だけでも多くの側面をカバーしなくてはならない。各国ごとにあるべき人材育成政策は異なることを意識して支援する必要がある。保健人材の国境を越えた移動は、問題としてより顕在化するだろう。

③参加型開発とキャパシティ・ディベロップメント

患者、住民の必要 (needs) と要求 (wants) をどう保健政策と結果に反映していくか、そのバランスが課題になる。すなわち、最低限必須のサービスの確保だけでは後発開発途上国の住民も満足しなくなっている。この要求にどのように応えるのか。引き続き、地域での保健サービス供給には住民組織の巻き込みが欠かせない。

かつての開発途上国が援助をする側にまわっていく

中、先進国の古い援助方法はますます通用しなくなるだろう。特に、後発開発途上国に対しては、日本から数週間の調査を行いその結果に基づいた日本主導のプロジェクト型支援では、そのような新興プレイヤーとパートナーシップをもって事業展開することは難しくなる。当該国の政策協議の場に参加し、当該国主導の事業を支援するプログラム型の支援を増やしていく必要がある。そのため、キャパシティ・ディベロプメントの考え方は引き続き重要であろう。

④ 協調、調整

新興国政府ならびにその対外支援機関（例：KOICA、TICA）と今後どのようにパートナーシップを組むかが課題である。また、民間セクターとのインターフェイスを公的機関としてどのように構築していくかも重要である。

グローバル・ヘルスの主なプレイヤーの力学変化のモニタリングと対応（例：国際連合から G20 へなど）を考えつつ、様々な種類のファンダーの資金による事業実施母体としての NCGM など、多様な事業形態の可能性を探る。調整業務における、特定分野の専門的知識とスキルの取得も必要となる。

⑤ グローバル・ヘルス研究

これまでの研究は、現場のエビデンスを拾って来ているが、この方向は継続しながらも、散発的でなく、より体系的なエビデンスの創出と政策的なフィードバックに繋げる工夫をする。特に母子保健、保健システムに関する現場、特に地域の一次データによるエビデンス創出を強化する。一方では臨床研究、疫学研究の手法的土台を強化しつつ、政策研究、システム研究、保健経済研究のキャパシティを獲得していく。量的研究と質的研究を両立し、哲学的な相違にこだわらず、実務的に混合研究を進め、この点での比較優位を確立する。これらの全体により、研究の量の拡大と高いインパクトのある研究成果を実現する。

2) 提言と将来のコアビジネス展開の関係性

国際医療協力部創立 25 周年を迎え、我々はこの機会を国際保健医療協力の新たな出発の時ととらえ、以下の4つからなる「提言」を作成した。

提言 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

提言 2：海外の保健医療開発を日本の保健医療に活かす

提言 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

提言 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

これらの「提言」は、今後、国際医療協力部のコアビジネスをどう展開していくかの可能性を示した、現在の決意表明とも言うべきものである。提言を要約すると、グローバルな公共財を構築する際の、多国間の健康という価値の創造に、「グローバルプログラムへの貢献」、「人材育成」、「グローバル・ヘルス研究」が位置づけられ（提言 1）、国際保健における「参加型開発とキャパシティ・ディベロプメント」や「援助協調と調整」の実践から、わが国に還元できる地域保健医療のひな型や、能力を「グローバル・ヘルス研究」を通して抽出していき、それを日本の保健医療に活かす（提言 2）。特にわが国の次世代の若者たちが、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し、国際保健医療協力で求められる多様な能力のうち、国内外を問わず保健医療以外にも活用できるものを「グローバル・ヘルス研究」を通して同定し、利用可能な形に整備する（提言 3）。このような活動を行う一方、国内外において、「援助協調と調整」を一課題として取り組んでいき、特に国内においてはオールジャパン体制での国際協力のための関係機関間の連携を促進する（提言 4）。

「提言」はシンポジウムの総意として出されたものではないが、シンポジウムで聞かれた多くの意見はこれを支持するものであり、大いに勇気づけられた。今回のシンポジウムにおける議論でも指摘されたように、日本はこれまでの協力を行った多くの国々から高い評価と信頼を得ている。このことはこれまで行ってきた協力の正当性を示すものであり、今後もこれまで 25 年間の経験を活かし発展させながら、新たな課題に挑戦して行かねばならない。国際医療協力部は、今や成熟段階にあるべき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実施していくための中核的機能を果たしていく使命を担っていると自負している。

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～

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。

参考：国際医療協力部創立25周年記念シンポジウム

第3部 公開討論

「これからの国際保健医療協力の展望」発言録

司 会

国立国際医療研究センター 理事
自治医科大学 教授 **尾身 茂**

司会

皆さん、こんにちは。医療センターの理事をしております尾身でございます。私はWHOで20年間働いて、3年前に帰ってきました。第3部のテーマは「これからの国際医療協力の展望」ですが、まずはその冒頭に私の20年間、こういう世界で働いた者としての感想をちょっとお話して、これからの議論に役立てればと思います。

日本の過去20年、30年の国際協力は、素晴らしい実績があったと思います。日本の国際協力というのは相手目線で行うということで、国際社会では非常に評判が良かったです。具体的には、結核対策、ハンセン対策、非常に素晴らしいものでした。国立

国際医療研究センターでは千葉さんがやったポリオ対策、また、母子保健、その他ヘルスシステム強化など。これは日本の国内の方が考えるよりはるかに国際社会の中で認知されています。最近のランセットの「日本特集」で、日本の皆保険が世界に冠たるものであることが国内外にアピールされました。ヘルスシステムや母子保健でも日本が今リーダーシップを取っている。この何十年間の国際保健協力は、私は成功の数十年だったと思います。この中で国際医療協力部は大変重要な役割を果たしています。

そういう今までの素晴らしい実績にも関わらず、日本の社会全体、国際医療協力もそうですけれども、いわば存在感が残念なことに徐々に下がっている実態があります。もう1つは、日本のODA。その額は、



20年前は国際社会の19%、20%を負担していたアメリカに次いで圧倒的な2位でした。3位のドイツは8%ぐらいでしたね。ところが今は、金額の面で日本は20何位で段々と風前の灯になってきています。そういう中で、今日のテーマは「これからの国際医療協力の展望」ということを4時20分まで話していきたいと思います。

第2部ではシンポジストの方から、さまざまな角度からお話をいただきましたが、少し話題が広範になりましたので、ここでは最終的な今日のテーマ「国際医療協力の展望」ということを少しまとめて結論を出したいと思っています。私からテーマを3つに絞って、今日の仲佐さんあるいは我妻先生のお話をサンプルに、更にシンポジストのお話を参考にしつつ、

公開討論を行ってみたいと思います。1番目は、国内では年金や医療保険が不足し、職のない人がいる、こういう国内経済が厳しい状況の中で、一体外国に貢献をする余裕があるのか、国際協力は本当に必要なのか、必要であればなぜ必要なのか、というかなり本質的なテーマです。2番目は、もし答えがイエスであれば、シンポジストのご指摘のようにいろいろな危機があるわけですが、そのような中でどんな人を巻き込んでいくのか、あるいはどんなアプローチがあるのか、という実践論を2番目のテーマにしてみたいと思います。最後に3番目は、国際協力というのは若い人にどういう意味があるのか。今日の話題とは直接は関係ないかもしれませんが、実は深いところで関係があると思います。最近いろいろ



なところで遭遇するに、若い人が外への興味をなくしているということで、若い人へのメッセージということで最後締めくくりたいと思います。今日は3人のシンポジストがおられますが、それぞれ人口問題、国際関係学、スポーツと、保健分野以外から来られております。会場には、国際保健分野のエキスパート、この組織のファンもいるし、JICAあるいは、国立国際医療研究センターの専門家など、この25年を作ってきた方も大勢おられます。あまり堅苦しい会にはしたくないので、どんどん手を挙げて名前をおっしゃって参加していただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。まずは最初のテーマ、こういう厳しい時代に国際協力やODAは必要なかどうか？必要なのはなぜか？その辺のことに自由にご意見を伺いたいと思います。まずシンポジストの方からどなたかございますか。では阿藤さんどうぞ。

早稲田大学人間科学学術院 教授

阿藤 誠

あまり大上段でお話するのは不得意なんですが、おっしゃるように、日本は、本当に内憂外患の内憂という点で今深刻な状況です。途上国支援については、いわゆる人道的な理由と、それから日本にはね返ってくる長期的な利益と、2つの観点があるように思います。これは日本だけではなくて、世界でも同じかもしれません。今の人口、開発、環境、保健、そういった分野で南北間の大きな格差というのは、存在すること自体が好ましいことではありません。

人口問題あるいは人口爆発について言えば、今の途上国、特に最貧国の人口爆発の原因は、結局は多産です。そういう問題を放置して、それが国内では貧困問題にもつながっていくということを黙って見



過ごすのか。もちろんその途上国自身の努力も必要ですが、そこはやはり側面サポートして南北格差を少しでも縮めていくということは、人道上必要であると思います。

しかしそれだけではなく、例えば人口と環境というような問題については、最近人口増加というもの地球環境と無関係ではないという議論が起きてきています。途上国の人口増加は地球環境全体にとって好ましいことではない。そういう視点を考えれば、日本も途上国の人口問題の解決に協力するということが当然あるべきだと思います。更に言えば、安全保障の問題がここに関わってきます。最貧国で人口が非常に急速に増加している。貧しく、職業がなく、社会に居場所もない、そういう若者人口が多いと、その国の政治状況が不安定になるばかりか、下手をすれば、対外的に戦争やテロに走るという議論があります。実際アフガンからアメリカにそういう

人々による攻撃が起き大事件になったわけですが、それほど大それたことでなくても、長い目で、広い目で見ると、そういう問題を放置すれば日本にも跳ね返ってくると思います。その点で、利他的にも利己的にも南北の格差をなくすように、われわれは努力していく必要があると思います。

国際基督教大学 教授

毛利勝彦

私は少しだけ JICA に勤めたことがあります、その時に国際協力は本当に必要なのかという議論を仲間達としました。結論は、国際協力の仕事の本質は国際協力が必要でなくなる自立した世界を作ることでした。自分たちの仕事をなくすことが仕事だというわけです。今の状況というのは、国際協力、支援はしなければいけないニーズがあるのに財源がないから尻つぼみになっている状態です。これ



は全く違う状態だと思えます。

ただ注意しなければいけないのは、例えば、東ティモールという 21 世紀になって最初の独立国があります。植民地や占領からの解放闘争を経て独立後も紛争が再発しましたが、債務はなかった。ところが、その復興支援のために経済インフラや社会インフラが必要だということで、先進国や国際機関が資金を貸そうとしている。でも、重債務貧困国になりかねない状況になっているのです。これが国際協力の結果なんです。ですから、医療や教育がどう改善されたかだけでなく、経済的にも出口戦略を考えなければいけないと思えます。いつまでに、どのくらいの支援をして、何をを目指すのか。国際協力の「仕事をするために仕事をする」のではなく、出口戦略を設定した上で支援していかなければいけないと思えます。

順天堂大学 准教授

鈴木大地

厳しい財政というのはすごくよく分かりますし、そんな余裕があるのかという議論もあると思えますが、じゃあ自分のところだけ良ければいいのか？ 今こうやってノーボーダーになって、これだけ人が行き来して、自分のところだけ安全だったら安全かという、それはないと思えます。グローバルな時代ではそういう話は多分通らないと思えます。お金がなくてもやはりほかの国のことも案じ、色んな対策を講じるべきだろうと思えます。

ちょっと質問からずれますが、それではなぜ人は生きているのか？ 人は人の役に立って社会に貢献していくために生きているんじゃないかと思えます。自分の話で申し訳ないですが、私は金メダルを“獲った”とは言わないです。私は金メダルを“いただいた”という風に言っています。世界中の人が金メダルを獲りたくてやっていて、1人だけ金メダ



ルをもらえるわけですが、なぜ僕だったのかということを見ると、「おまえに金メダルをあげるから、おまえは金メダルにふさわしい生き方をしろよ。」とされていると思えます。ですから、金がないとはいえ日本はまだまだ豊かな国であって、多少抑えてでも、他国に協力していく必要があるんじゃないかなと思っています。

NCGM 国際医療協力部 国際派遣センター長

仲佐 保

ニーズはとてもあるのが現実で、20年から30年とやったけど、格差もどんどん広がっている。これは日本にも広がってきます。ならば、必要なものはやらなければいけない。じゃあ若い人はどうなのか。やりたい人はいるが、なかなか行くチャンスがないというのが現実です。その機会をつくることをしなければ、ますます尻つぼみになってしまう。お金がなくてもやれることはいくらでもあって、やりたい人が参加できる仕組みを作っていくことを考えた方がいいのでは。何もやらずに日本にずっといるというのはやはり良くない。気軽に参加して自らも成

長する。苦しいこともあるけれど、外へ出るべきだと思います。

司会

はい、どうもありがとうございます。では、フロアーからの意見をうかがいます。

下内さんどうぞ。

下内 昭 [公益財団法人 結核予防会結核研究所 副所長]

私は1985年に厚生省からWHOに7年行っていました。帰国後の報告会の際、「君は子どもたちの命を救うけれども、人口爆発につながるの困るじゃないか。」という同僚がいました。また1990年、キングという産婦人科医でアフリカに長くい

た人が、「あまり下痢とかを助けると子どもが増え、支えきれないから、助けるのは良くない。」と非常に刺激的なことを書きました。それに対し、ユニセフの考えと同じですが、私の調査結果による結論は、小児保健が良くなり、子どもが良くなって、出生率が下がって、人口が都市化して、そしてお母さんの識字率が良くなると、更に乳児死亡率は下がる。これに加えて、お母さんに対して家族計画をすると、出生率が下がる。そのころアフリカは家族計画率が9%でしたが、アジアはもう40%、50%に下がっていた。タイなんかは優等生で、乳児死亡が出生1000件のうち50件を切ると、急激に出生率も下がった。でもアフリカはその頃いくら頑張っても乳児死亡が100止まりで、合計特殊出生率も下がっ



てこなかった。だからキングさんは、アフリカでいくら乳児死亡を下げても出生率が下がらないと諦めましたが、そこをもう一歩進めて100から50まで下がってくれば、きっとアジアに追い付くだろうと思いました。そのため今でも国際協力は最終的には家族計画まで持っていくべきと思っています。一時的にはAIDSで乳児死亡が上がったために、また出生が増えますが、これをもっと頑張って死亡さえ減らしていけば、家族計画はできるとしています。

なぜ国際協力をするのかということですが、フィリピンでいろいろ勉強し、分かったことがあります。1972年、73年にオイルショックがありました。オイルダラーでお金が余ったので、先進国が途上国に貸し付けを行いました。無理やりですね。フィリピンは原発なんか要らない所ですが、原発を作らされましたが、地震があるからと言って止めちゃいました。その借金が全部国の借金になり、儲かったのはアメリカの企業と一部の高官ですね。1980年代のフィリピンの予算の10%が利子払いだったのが、90年代には30%に増加した。国家予算が増えない中で利子払いが増え、教育と健康の予算が切られました。しかし、予算が減った分を再び先進国は援助してあげるという。マッチポンプですね。問題を作らせておいて、そして私たちが協力する。だから、そういう経済搾取をやめれば、これだけ出掛けていく必要はないと思います。それからもう1つ、今は分かりませんが、1980年当時の先進国の軍備費1日分が、途上国の健康予算1年分といわれていました。日本は軍備ではなくて、健康で世界に貢献しようと思つた時分と思つた時分。今もそういうつもりでいます。

司会

はい、どうもありがとうございます。

もう既にかなり大事なコンセプトが出てきたと思

います。阿藤さんは、利己・利他、自分のためでもあり、人のためでもあるということですね。言ってみれば、鈴木さんの「人はなぜ生きるのか？」ということと関係しますが、人道的観点からだけではなく、不安定要素があるとなかなか社会が安定しないという観点からも国際協力は必要であるということですね。それから鈴木さんの方では、ボーダーレスになっているので当然じゃないかということですね。それから仲佐さんは格差の問題だと。

今、日本の中でも発展途上国化している部分がありますね。以前は日本の国際貢献あるいはODAというのは、お金持ちの国が貧しい国にしてあげるというパターンでしたが、今は日本の国内にも徐々に格差が出てきている。発展途上国と我が国の間の差が縮まってくるということもあって余計ニーズがある。

それから、仲佐さんのお話では若い人は「本当はやりたいんだ」ということですね。そういう中で下内さんが、ヘルスの分野は日本がこれからも強い分野だと。今のところそんなところが出てきました。その他、追加的なことなど、どなたかございますか。

帖佐 徹 [介護老人保健施設 聖母の家]

聖マリアの帖佐と申します。

私の立場は（国際医療協力部の）卒業生でありませんが、やはりこの国際協力は必要であると思います。それはバタフライ効果と申しますが、世の中が狭くなってきて、アイスランドで火山が爆発すると日本にチューリップが入らない、タイに大雨が降れば突然眼鏡のガラスが作れないとか自動車が作れないなど。世界中で何かが起こると、何かはまた国に帰ってくるということですね。そういう関係し合う世の中で、やはり国際協力というのは1つのキーワードではないかと思つています。というわけで私は賛成派です。ただお金のない時代ですので選択と集中が必要

であるが、そう言われている割には現在できていない。選択ということを考えるに、何を分野として、何をやるか、どこの国を援助するのかとかを考えなければならない。それからサスティナビリティの問題があります。先ほど毛利先生が言われた出口戦略とも関係し、またこれがアンビバレントですが、サスティナブルな開発がエンドレスな支援にならないためにはどうしたらいいかも課題でしょう。

司会

今の帖佐先生の選択と集中、ないしは、2番目の点で少し話ができればと思いますが、今のところはなぜ必要なのか？というところに、集中してみたいと思います。

近藤達也 [(独) 医薬品医療機器総合機構 理事長]

総論的に一言申し上げたいと思います。やはり世

界をいかに平和にもっていきたいかということが基本にあると思います。日本としては、アメリカのように軍力で行動するというはまず不可能。それから経済的に取り組む、これもだんだん厳しい時代になってきている。それから、国際連合がどれだけ機能しているかという、最近ちょっと弱いのかなという気がしています。こういう中において日本の協力のあり方を見ると、国際医療協力というのは非常に大きな力として、尾身先生がおっしゃられたとおりだと思います。

例えば、小さな国に小さな援助をして、こんなこととして本当に役に立っているのかなと思うことがありますが、実はそれはその国の人達の日本人に対する信頼感を高めている。国際医療協力というのはどこの国の援助をしても、どれも日本人に対する信頼感を高めてきたことは間違いありません。これから日本が世界の中でどうやって生きていくかが問われ



る時に、今さら軍事ではないですから、こういう品位の高い援助をすることがこれからの日本の存在感を示すことになるのではないかと考えています。

今、私は医薬品医療機器総合機構に在りて、医薬品、医療機器というのは国際的な基準で評価していかなくてはならない。そういうところから国際化をどんどん進めているところで、存在感もそういう格好で示しているところではあります。さっき帖佐さんが言ったように選択と集中ですか。やっぱり戦略的に医療の支援というのを工夫してこの領域での国際貢献を通して日本の存在感を示していかないといけないと思うところがございます。

司会

どうもありがとうございます。

日本人の存在感、それからいろいろなところに仲間を作る必要があるということですね。その他どうぞ。

實吉佐知子 [成田空港検疫所 空港検疫看護管理官]

成田空港検疫所の實吉です。

国際医療協力部の卒業生です。長くこちらでいろいろな活動をしてきて、私にとって大きな事件だったのは SARS の時です。当時、金川先生と一緒にベトナムのバックマイ病院で活動をしていました。その時にベトナムの人達が取った行動にいろいろ学ぶところがありました。

2009年に私は検疫所に異動しましたが、ちょうど移った3カ月後に新型インフルエンザの流行が起きて、これは鈴木先生ではないですけど、何か私にやれということかなと感じて、ベトナムの時の経験を思い出して、私ができることを考え活動しました。新型インフルエンザ対応時には国立国際医療研究センターの多くの方が応援に来てくださったので、非常に心強く思い対応できました。検疫所では、グローバル・ヘルスについて知識を持つ必要があると思

ます。しかし、なかなかスタッフに対してその辺がうまく伝わらなかつたりします。その中で国際保健について、少し知識を持つために、こちらの研修とか長崎大学の3カ月の熱帯医学の研修を数名が受講しています。国際保健が重要なのは分かるけれど日本が大変な時にどうして外に行かなければいけないのか、という質問もありました。国際医療協力部が出している2011年秋のニュースレターのグローバル・ヘルス特集を読んでもらったところ、「納得した、国際保健が必要だと思った。」とってくれました。私もそうですが、外に出て日本のことを知る、そして日本に何かしなければと思う、その積み重ねで、全体が良くなっていくのではないかと思います。協力部いた頃、「海外ばかり行って日本はどうするのか。」とよく言われましたが、海外に行くとこそ日本のことが解ります。そして、日本に対していろいろ貢献できると、今までを振り返って思っています。以上です。

神谷保彦 [長崎大学大学院 国際健康開発研究科 教授]

長崎大学の神谷です。

人レベルのパートナーシップという意味では、国際協力は必要だと思いますが、国レベルの援助効果、エイド・エフェクティブネスというレベルで言うと、援助は経済成長に寄与しない。援助は保健のレベルにも寄与するとは限らないというのが一応計量経済で言われていまして、多分それは援助したものがファンジビリティ（流用可能性）というか、受益国の政府がその分を減らしてしまうとか、そういう意味で言うと、本当に必要かどうかというのはかなり慎重に議論しないといけないと思います。

私も小児死亡率の減少が本当に小児保健への援助効果だったかどうかを見ていますが、小児保健に関しては、ワクチンとか ORS とかベッドネットとか、それはテクノロジーであって援助の額が増えたから

とって小児死亡率が下がったのではないと思います。援助額とパートナーシップというのは分けた方がいいと思います。

金川修造 [NCGM 国際疾病センター]

NCGMの国際疾病センターに所属しております金川と申します。

もともと国際医療協力部におりまして何年間か国際協力をやらせていただきました。今も言われたように援助と協力ということと言うと、援助には見返りを求めず向こうに何かをしてあげるドネーションというイメージがあり、一方、協力というのは相手側に何か効果があると同時に我々にも何かある。協力と援助は分けて考えて活動した方がいいというのが冒頭でもありました。協力という意味では、今の社会で国際協力をやると言った時に、例えば僕は医師ですが、何で外国に行く必要があるんだ、日本でも困っている人がたくさんいるという話がよくありました。病気で困っている人のために何かためになるのであれば、日本も外国も全然関係ないのでは、人と協力して社会を良くするというのであれば日本も外国も関係ないのではと思います。

日本の中で“国際”と言った場合、その中に日本が入ってない場合があります。国内と国際というような言い方もします。国際と言ったら日本も入っているわけですね。日本国内でどうやっていくのか、それが海外にどういう影響を及ぼすのかという関連で協力というのをやっているの、国際協力が必要ないということは、国内でも何もなくていいということになってしまうのではないかと思います。

司会

はい、どうもありがとうございました。

今、金川先生の2つ目の話題で「援助」ということがありました。ドネーションとパートナーシップ

の2つの視点ですね。これをどう思うかという話と、それから實吉さんが「外国に行ってみて、余計に日本が分かった」と。今、2つ大変面白い話が出た。一方的に日本が援助するのか、あるいはやることによって我々も裨益するのかというパートナーシップというもの。日本人が外に出たときの見方の変化ですね。この辺をどなたかご自分の経験でお願いします。

古田直樹 [自治医科大学 客員教授]

ここで草創期に派遣協力課長や国際医療協力局長をやらせていただきました古田でございます。

その問題というのは、私自身の経験としても非常に重要な問題だと思います。ドナーというかドネーションというのは、極端な話、お金とかあげるものがあればできます。しかしパートナーシップの場合、よき優れた隣人、尊敬される隣人に対して協力が求められます。そしてまたそのような人からは過大な成果を得られることもあると思います。ただし、信用できない人には決して協力は求めない。そこに本質的に、利他的というか、国際医療協力の問題があるのではないかと思います。

司会

どうもありがとうございます。

ある意味では日本人の質が問われるみたいのところまで含んでいるわけですね。この点、あるいは先ほどの日本人が外に出た時の、という話で何かがございますか。

矢野晴美 [自治医科大学附属病院 感染制御部 准教授]

自治医科大学の矢野と申します。

私自身は学生時代から国際協力に大変興味があったのですが、現地での協力という経験はございませ

ん。数年前から国際医療協力部に途上国の方が研修に来られた時に、インストラクターなどをすることによって関わらせていただいております。

私自身も長く国外に住んでおりましたが、国外に出ることでアイデンティティが明白になるというのは、本当に多くの方が経験されたことだと思います。こちら側から提供する形でセッションしてありますが、日本の国内の問題とかなり似通った問題をその途上国の方が抱えているというのを垣間見まして、逆にこちらもかなり勉強になります。やはり一方通行ではなく、双方向性の効果があるというのを自分自身でも体験しておりますので、人とのネットワークという点では、個人レベルでのつながりというのは非常に大事だと思いますので、個人的には額（JICAの援助資金の金額）というよりは質の方で貢献できればと思っております。

司会

はい、どうもありがとうございます。

今の2つのこと以外でも国際協力はなぜ必要か。最初のテーマですね。どなたかございますか。

野田信一郎 [NCGM 国際医療協力部]

国際医療協力部の野田と申します。

鈴木先生から僕の発言にコメントをいただきたいのですが、援助とか協力とか、いろいろな考えはあると思いますが、私が国際協力をやっていて思うのは、人間はやはりそんなに強くないので、何かいろいろな問題を抱えた時に、そこにいて一緒に考えてあげる人がいるということで、ものが前に進むと感じています。我々の身の周りでもよく起こっていることだと思います。アスリートの方も、どんなトップアスリートも、コーチが付きますよね。それだけ優秀なのにコーチが付く。つまり、優秀な人でも寄り添ってその人を伸ばしてくれる人が必要である。

今回の東日本の震災で、日本の保健師さんはすごく優秀だと思いました。やっぱり日本人ってすごいと。けども彼女達は色々なものに直面してなかなか前に進めない。そこに僕たちがいることによって、少しずつ進んでいくということがありました。一緒にやっていくということは、どんな優秀な人でも本質的に必要なんじゃないかなと思うんです。鈴木先生いかがでしょうか。

鈴木

今、私に何かコメントする必要はない完結した素晴らしいコメントだったと思うんですが、そうですね、やはり人間の力って、1人だとどうしても限られていますしね。傍らで客観的に色々なものを見てくれる人がいるだけで、いろいろな手助けとか、色々なアイデアとか出てくると思います。

ちょっと話は戻りますが、日本が大変なのになぜ外人を、みたいな話もありましたけど、その“なに人”という考え方が分からない。人としてやっぱり助ける、そういう観点で考えられないのかなと思います。僕なんかも、付き合っている子どもはどこの大学だろうが、どこの国だろうが、みんな同じだと。

司会

どうもありがとうございます。

今の質問が大変良くて、結局はパートナーシップというか、相手の国に寄り添ってあげることが、もちろんそこには専門技術があったりすればいいけれども、そのことが一番大事じゃないかというお話ですね。国際保健医療協力パートナーシップですね。

国際協力の必要性に対していろいろな根拠が出てきましたが、そろそろ第2番目のテーマに移ります。日本の国際保健医療協力、特に国際医療協力部に更に発展していただくためにも、これからどんな方法で国際協力をやっていただいたらいいかと

いうことです。

今日は外務省の方や厚生労働省の関係者もおいでですので、ここのセンターだけじゃなくて、これからの日本の、外務省と厚生省の、特に医療分野のこれからの協力について、どんなやり方があるのか、どんなことをしたらいいのか、先ほどの阿藤さんや毛利さんの大きなパースペクティブを含めて、自由に後20分ぐらいお話をしてみたいと思います。

井上さん、どうですか。井上さんは厚生労働省でも国際課の補佐をやっていただいて、WHOの方でも活躍していただきました。今、千葉県で参事として重要な役割をしています。どうぞ。

井上 肇 [千葉県健康福祉部]

千葉県で衛生行政を担当しています、井上と申します。

昔、尾身先生がWHOにおられた時に、その下で間近で先生の仕事ぶりを拝見していました。今の尾身先生の今後の医療協力のあり方ということに関して、地方行政を担っている視点から1点問題提起を致します。

今後のあり方としては、日本が持っているリソースを伝える医療協力を考えればよいということです。例えば、私は今、千葉県620万人の人口を抱えるところで衛生行政をしていて、どんな医療リソースがあるかということを理解しています。例えばMDG（ミレニアム開発目標）に協力をしろと言われて協力する余地は、今のこのリソースでは限られているわけです。AIDS、結核、マラリアというのは、千葉県の、あるいは日本の今の主要な医療課題ではないです。それから母子保健といった時に、千葉県で私が衛生行政を担当していて今一番抱えている小児保健の問題は、自閉症をはじめとする発達障害の子どもたちをどうするか、あるいは小児のICUをどう整備するか。我々は世界のMDGと

は全く関わりのないところで小児保健の仕事をしている。これは日本全国そうです。日本の何百万人という貴重な医療リソースは、今もMDGのコンテキストの下でできることは限られている。そこでここにおられるような、やや日本の医療全体とは少し離れたところで仕事をする別グループの人がやっている。2グループに分かれてやっているわけですね。とてももったいないと思います。

今後は、阿藤先生がおっしゃったように世界全体の人口が高齢化していく。今、千葉県が抱えている、例えば、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、認知症、こうした問題を、アジアの人たちもアフリカの人たちもまた抱えております。これが、いわゆる日本の医療の、世界の中でのやや特別な人たちじゃなくて、千葉県にいる、あるいは日本全国津々浦々にいる何百万人の医療者が関われる分野になるはずです。日本は世界で一番の健康水準を誇っている、健康寿命を誇っている。今、日本が持っている何百万人の医療者を、そのまま使える形の医療協力を今後はぜひ考えていただきたい。

今まさに世界全体のODAのアジェンダのトレンドはNCD（非感染症）の方に向かっています。その中で、日本が持っている得意分野を、何百万人の日本の医療者が実際に現場で使っているものを、そのまま使う形の医療協力をぜひ考えていかなければと思います。以上です。

司会

はい、どうもありがとうございます。

今の井上先生は、先ほど阿藤先生の人口ボーナスと人口オーナスを踏まえての、今日本で一番の課題になっている高齢化社会の問題とか、そういう問題で一生懸命頑張っているリソースをうまく活用すればいいんじゃないかというお話ですね。大変素晴らしいやり方だと思います。その他何かありますか。

村上 仁 [NCGM 国際医療協力部]

国立国際医療研究センターの村上です。

井上さんの今のご意見の逆バージョンです。東日本大震災を機に、国際医療協力部が開設して初めて、国内のフロントを持って日本の地域保健の現状に触れさせていただく機会を持ち、国内の地域保健の現場がいろいろな問題に直面しているのを垣間見ました。

例えば、東松島市 4万 3,000人で保健師さんは 11人、直接住民の方々にサービスできるキャパシティは非常に限られています。そこで、保健推進員さんや民生委員さんなどいろいろな方々の協力を得て介入をするわけです。これは、例えばラオスとかカンボジアの地域保健センターと村内のヘルスボランティアとのインターフェイスと同じような問題を抱えていると思うんですね。誰が、何をやって、ど

れだけのサービス効果を生み出すのか。保健医療の専門家とそうでないワーカーとの間のインターフェイスをどういうふうにするかというような共通の課題というのが出てくると思います。そう考えると、お互いがお互いの経験から学び合うということも可能ではないかなと感じています。

司会

私は、井上さんと村上さんのコメントを聞いて、非常に面白く思った。先ほどからパートナーシップというのがございました。日本も裨益するんだと。毛利先生の話にも随分出てきましたが、いわゆるグローバルと同時にローカルコミュニティの話がありました。

私の個人的な経験だと、日本の今回の震災でもそうですが、コミュニティにおけるソーシャル・キャピタルが他の国に比べて弱いというところがありま



す。毛利先生も、私も、随分土地感があるフィピリンでは、バスケットボールの強いチームを持っているコミュニティ（バランガイ）は非常に勢いがある。そういう点では、随分日本の今のコミュニティの弱さというのも、実は外国から多く学ぶところもあると思います。

日本の持っているものをオファーすると同時に、今言ったような保健師さん、あるいは保健師さん以外のローカルコミュニティの人々の力をどう活用するのかを学ぶ。この点は、日本は必ずしもまだうまくいっていないところだと思います。その辺は何か、島尾先生ございますか。

島尾忠夫 [財団法人 エイズ予防財団 代表理事]

バングラデシュにブラックという農村開発をするグループがありますが、そこが結核の問題について取り組んでいます。

今、結核の問題というのは薬さえちゃんと飲ませればだいたい治るようになってきているので、医師や看護師じゃなくて、ヘルスポランティアの人を使って、その人達に然るべき最低の教育を与えて、咳をしている人を探しだし、痰を出させ、患者が見つければ多少のお礼を差し上げる。後は薬を6カ月間飲ませ、6カ月間無事に飲めば多少の報酬を差し上げる。

このようにヘルスポランティアを養成して見事に結核を治している実績があります。技術的な指導は、日本で言えば保健師あるいは看護師の方がやっている。医者はいなくても結構やれるという実績を出した。だからそういう新しいやり方もあるというか、それもいろいろな保健問題を考える場合の1つのやり方で、基本は人づくり。やっぱり人がきちんとしていれば、かなり仕事はうまくいく。日本が第2次大戦に負けた後、あれほどひどい状態から立ち直ることができたのは、それなりの人がいて、また新し

い計画体制をやるときには人づくりを新たにやり、その人たちが中心になって動いたからです。

人づくりの為の教育というのは、ただ知識を教えるだけじゃなくて、「やる気」を起こさせる教育。これだって非常に大事なことです。例えば、国内を含めた結核対策なんかは、普通の公務員の水準をはるかに超えた献身的なレベルで仕事をしている人たちによって支えられているということが言えると思います。そういう、やる気のある人づくりをするのが、一番大事じゃないでしょうか。

司会

はい、どうもありがとうございます。

国内でもやっているやる気のある人を育てるということ、外国でも行うという意味では、やはりパートナーシップという話が出てくるかと思います。他に実際の保健医療協力のあり方に関して何かございますか。先ほどの帖佐さんの選択と集中という話がありましたか。

松葉 剛 [東京臨海病院 健康医学センター]

東京臨海病院の松葉と申します。

帖佐先生のご発言とちょっと重複するかもしれませんが、やはり国内で働いている人たちにグローバルな経験を積ませるということは、日本国内の保健戦略を考えた際にも重要だと思いました。

今回震災が起きまして私も陸前高田で活動をさせていただいたんですが、やはり海外で仕事をした経験というのは生きてきます。具体的には、被災地での保健情報のサーベイに関してです。被災地では急性感染症流行のリスクが高いのですが、それを把握するにはサーベイランスが必要でした。今回は中国ポリオ根絶プロジェクトの大先輩である聖マリア病院の浦部大策先生の下で活動させていただいたんですが、ともに中国のポリオでやったようなアクティ

ブサーベイランスの必要性を考えておりました。一部の活動内での実行になってしまいましたが、サーベランスシステム体制を被災地で作るなんていうアイデアも国際保健の現場体験があってこそ思いつくものだと感じました。

公衆衛生の基本的な公式は途上国でも日本でも変わりません。ただ、非平常時の立案・対策・実行には、さまざまな経験を積み、スキルを蓄積することが重要なので、今後の国際協力のあり方としては、国立国際医療研究センターにいるような高い専門性を持つスタッフを鍛えることもさることながら、臨床スタッフや一般の保健行政、保健所の職員の方にどんどん国際保健の現場に出ただけのような、そんなシステムをつくっていくと私はいいのではないかと感じました。

司会

どうもありがとうございました。

もう少し多くの、行政の人だけじゃなくて一般の人、あるいは保健師さんなんかにも、もっと外に出て行ったらどうかという話ですね。その他方法論についてありますか。

竹内 正人 〔東洋ヒューマナイズドケアセンター 代表〕

母子保健のプロジェクトの短期専門家として携わっている産科医です。母子保健の場合、途上国では死亡率や仕事の効率性の改善が重視され、また、医療者が偉くなっちゃっていることもあり、お産のケアがすごく非人間的ななっています。

一方、日本の母子保健は、助産師さんを含めて一人ひとり丁寧にケアをします。死亡率を下げるのには寄与しないかもしれませんが、丁寧なケアは5年後10年後のその国の母子保健につながっていくという経験が日本にはあります。僕は、北海道の羅臼町という他に産婦人科がないへき地で医師と病

院間をつなぐ医療再生コーディネーターをしています。その地域には、産科医は一人もいませんが、すごくいい仕事をしている保健師さんが5人います。JICAの研修で来た途上国の医師たちが、その羅臼町でどのような形で母子がケアされているかということを見て学び、かなりエンパワーされ帰っていきました。現地の保健師さんたちもすごくモチベーションが上がった。

また、道東地域というのは医師がいないため、日本の地域医療やへき地医療もやりたいし国際もやりたいという若い医師のプログラムに民間病院が関心を持っています。2年間そこで働けば、1年間は海外に出られるというような仕組みです。私もそうですが、国際も関心があるけれども日本のへき地にも関心がある医療者のためのプログラムを、税金じゃなくて民間のお金でビジネスモデルとして作り上げ、国際保健と日本の地域やへき地の保健とをつなげていくことを、独立行政法人化した国立国際医療研究センターに期待しております。

司会

かなり重要なポイントですね。今、東北のコミュニティがかなり崩壊して、まさに医療制度やコミュニティをつくるための試行錯誤しているわけですが、そういうときに外国の知見が適用できる部分も多分あるかと思います。国立国際医療研究センターは、今回の震災でも随分協力されているようですが、今の発言に対してどう思われますか。

仲佐

東松島市で現在も協力を継続していますが、私たちの役割は現地の保健師、健康福祉部健康推進課の支援です。

現場ではたくさんやらなければいけないことがありますので、プライオリティを付けた計画づくりも

含めて支援しています。「リソースが少ない中で、何から、どれをどうやっていくか」、これは私たちが国際協力で実際やっていることと全く一緒のことです。そういう海外で学んだことを、確かに日本で適用できていると思います。日本国内の保健医療従事者が国際保健の現場に行き行って学ぶ意義はあると思います。

國井 修 [UNICEF ソマリア事務所]

どうもご無沙汰しています。今日の参加者の中では一番遠いソマリアから参りました國井です。2つのコメントがあります。1つは東日本大震災のことです。国際協力の経験があり今回被災地に行かれた人の中で、「こんなに資源がある国で、なぜ緊急支援がこんなにうまく行っていないのだろう?」と思った方はかなりいると思います。私もそのひとりです。災害医療としては、阪神淡路大震災以来、DMAT も含めてかなりの準備、制度ができました。ところが公衆衛生に関してはどうでしょう。現場で貢献できる人材が少ない。私は宮城県の災害医療アドバイザーとして、全国の公衆衛生の専門家に「とにかくすぐに現場に来て、被災した市町村の中で現場の行政を支援して、公衆衛生対策の優先順位を決め、これからの公衆衛生対策計画を立てて欲しい」と SOS を送りましたが、来てくださったのは5人だけです。医療では大変多くの方々が来ましたのに……。

また、日本の「公衆衛生」と、世界で言う「パブリックヘルス」との間に大きなダイナミズムの違いがあると思うんです。社会における健康問題をいかに解決していくのか。実践として、行動として。この辺を日本でも考えないといけないのではないかと感じています。この国立国際医療研究センターには、私も以前お世話になりましたが、元々途上国において、いわゆる病院型の医療協力から始まり、それだ

けでは足りないということで、パブリックヘルスに入り、プライマリーヘルスに入り、ディストリクトヘルスをやり、最近では保健医療政策作り、保健システム強化なども支援していると理解しています。現場にいと、「患者の治療だけじゃ駄目だ、保健医療システム全体を考えなければいけない」と気づく。我々はそうやって育ってきたと思うんです。災害と言うと、日本の中ではその支援としてすぐに“災害医療”を考えるが、個人の治療だけでなく、集団の健康影響を最小限に抑え、予防するという意味での災害公衆衛生についてはほとんど論じられていない。災害時におけるパブリックヘルスを考え直す時期にきていると思います。

もう1つは、今後の国立国際医療研究センターの展望です。開発途上国では近年ニーズもかなり変わってきています。欧米の途上国支援を見てみると、「自分達はこれができるから、これをやろう」ではなくて、「これが必要だから、これをやろう」というものです。途上国のニーズに応じた人材育成をし、援助資金も現場のニーズに応じて柔軟に投入することもある。この辺は、日本もマインドセットを変える必要があると思っています。

また、やはりプロジェクト型ではなくてプログラム型の支援への移行が重要です。ひとつ、ふたつのプロジェクト型支援で5歳未満死亡率を下げたり妊産婦などの意識・行動を変えたりするのは困難ですから、調査団を送ってプロジェクトを作るのではなく、その国と長く向き合いながら現場でニーズや支援ギャップを把握し、必要な保健医療政策を現地の人々と一緒に考え、その中で保健医療プログラムとしてどのような貢献が日本としてできるのかを考える必要があると思います。そして必要なところに柔軟に資金を投入していく。現場にいと、このような援助をしていかないと現地への貢献度という意味で欧米との差がどんどん開いていくように思えてな

りません。国立国際医療研究センターには、こういう方向で日本の保健医療援助政策の改善も含めて、どんどん活躍して行って欲しいです。また、国立国際医療研究センターには、PPP (Public Private Partnership)、特に NGO と協働にも取り組んでもらいたい。日本の NGOs もかなり育っているとは思いますが、欧米の NGO に比べるとサービス提供に関して、政策・戦略への貢献度に関しても、レベルにかなりの差があると思っています。NGOs ともどんどん協力して、その人材育成やサービス提供を一緒にやってもらいたい。更に、企業との連携です。ボーダフォンを一緒に連れて行って、アフガニスタンの復興に役立てている例など、イギリスにしてもアメリカにしても営利企業との連携協力という意味ではかなり戦略的になっています。自転車を使って川の水から飲料水を作り出すなど、日本企業は素晴らしい技術をもったところがたくさんありますので、是非 PPP を進めて行って欲しいです。

三好知明 [NCGM 国際医療協力部]

国際医療協力部派遣協力第 2 課長の三好と申します。

我々は小児科や産科など純粋な医療の技術協力以外に、最近では援助協調や調整なども重視しております。今回の東松島の経験でも、たくさんの援助団体や縦割りの地域行政をどうすればうまく調整していけるかが求められ、海外でのそういった経験が非常に役立ちました。このようなマネジメント能力をより強めていけば、海外でも国内でも今後更に活躍できるのではないかと思います。

小林 潤 [長崎大学大学院 国際健康開発研究科 准教授]

国立国際医療研究センターから長崎大学に出向しています、小林です。

毛利先生の発表と鈴木先生の発表に共感して 1 つコメントしたいと思います。「人間環境というのは 1 つの環境だ。」との先生のご発言にとっても共感します。

京都の総合地球研究所というところの研究メンバーでもあるのですが、研究所の中に行くと、ヘルスをやっている者は異端児として見られ受け入れてもらえない。ヘルスと環境はいつも対峙関係になってしまっており、何とかしなければいけないと感じております。先週国際保健会議に出ましたが、一番脚光を浴びたのがスポーツで、「ヘルスをプロモートしかつ教育もプロモートする。」というのが強調されていました。ヘルスというよりもハピネスに動いている。スポーツの力にもっと目を向け、ヘルスにつながる対策を打ち出したらどうかと思っています。

蠟山はるみ [国際協力実践家]

国際医療協力部の先生方と JICA が支援する「東北ブラジル健康なまちづくりプロジェクト」に参加させていただきました。これから世界に出ていく企業がたくさんある中で、企業の方々はなかなか広い視点でその国のことを見にくいと思います。ちょっと突拍子もないかもしれませんが、国立国際医療研究センターの先生方の経験をそういう企業の方にお話ししてはいかがでしょうか。広い視点をその方たちと共有できて、それがいろいろな分野の方の参画や活動していくときのヒントにつながっていくのではないかと思います。

司会

はい、どうもありがとうございます。

そろそろ第 3 テーマ、若者へのメッセージに行きたいと思いますが、その前に、私から国立国際医療研究センターへの提案があります。さつき国井さん

が、プライベートセクターも含めもう少し多くのプレイヤーを巻き込み、オープンにやったらどうかとのご提案ありましたが、私も大賛成です。それと関係して、私の提案は、選択と集中が求められる中もう少し大きなピクチャーを描いてオールジャパンでやっていこうというものです。外務省や厚生労働省、あるいは JICA と市民や保健師と一緒に ODA を行っていく。このような ODA のあるべき姿を提案していくイニシアティブに関しては、国立国際医療研究センターは適している組織だと思いますので、関係団体と協力してそういうことをやっていただければと思います。

時間が迫り後 10 分ちょっとしかありませんが、3 つ目のテーマに行きたいと思います。どうも若い人が内向きになっている。彼らを刺激する、あるいは若者の気持ちを少し鼓舞するような方法あるいはメッセージをお願いします。

紀伊國 献三 [公益財団法人 笹川記念保健協力財団 理事長]

紀伊國でございます。

私の財団は、過去この場所で、医学生の方々を国際協力に向かわせるにはどうしたらいいかという会合を持たせていただきました。国内のハンセン療養所や結核研究所などで途上国の保健問題を勉強してもらい、そのあとフィリピンに 10 日間行かせ、実地体験学習をしたわけです。JICA や NGO のプロジェクトを訪問させ、尾身先生にも講義をしていただきました。学生たちは非常に感激するわけです。このようなことを 15 年間、毎年 20 名で実施し、同窓会は 300 名に達しました。その中のいく人かが WHO や厚労省国際課で働くようになりました。チャンスを与えることは非常に大事だと思います。またやって欲しいと言われていました。この人材育成プロジェクトを是非、国立国際医療研究センターでもお考えになるといいと思いますし、国立保健医療

科学院や大学などでも是非ともお考えいただければと思っております。

学山裕記 [日本国際協力システム]

本日は、貴重なシンポジウムをありがとうございます。現在日本国内の医薬品流通企業に勤めております学山裕記と申します。

私は現在 25 歳で国際医療協力部さんと同じ年ですが、若者の 1 人として是非海外に行きたいと思っております。何で ODA をする必要があるのかという話に戻ってしまいますが、例えば、日々飲んでいるコーヒーは途上国の方にお世話になっているじゃないかと思います。それを少しでも返したい、また、楽しい生活を作りたい、そういうピュアな感情があります。尾身先生もおっしゃいましたように、日本のプレゼンスが日々下がってきている中で、国民として何ができるのか。例えば、イギリスなんかですと途上国の方々を大学院に招いて、将来それぞれの国で重要なプレイヤーとなってもらい、パートナーシップを構築していると思うんですね。日本もそういう活動をするのは非常に重要だと思いますし、そんな活動に私も飛び込んでいきたいと思っております。現在、青年海外協力隊に応募している最中です。今後ともそういうような活動を続けていきたいと思っております。そういうような 20 代の者もいるということをご存じいただければと思います。

田村豊光 [INCGM 国際医療協力部]

国際医療協力部の田村と申します。

国際医療協力部には医師のほか、看護職も配置されております。近年、看護教育の中で統合科目という科目が新設され、大学や専門学校等は国際看護に関する授業を取り入れています。私どもは大学や看護学校で講義を行っておりますが、彼らの国際保健医療協力に関する興味、目の輝きというものを見る

ことによって、我々自身のモチベーションにもなっております。先ほど協力隊に応募されている方がおられました。日本全国に国際保健医療協力に興味を持つ若者は大勢いらっしゃるのではないかと、という印象を持っております。

司会

はい、どうもありがとうございます。

そろそろ時間も迫ってまいりましたが、パネリストの方で若者へのメッセージありますか。

阿藤

ちょっと観点が違うかもしれませんが、つい最近 UNFPA 国連人口開発基金東京事務所長にお話を伺ったのですが、色々な支援が各国からバラバラに入っていたのではとても効率が上がらないし、無駄が多いということで、バスケット方式を導入して全体を調整しながら進めていくと。そういうのが主流化している中で、日本はその中に入っていないんじゃないかと。そういう印象を語っておられました。1つの理由は、おそらく JICA の方針もあるでしょ

うが、専門を持っていて英語ができる人材が少ないんじゃないかと思えます。

専門的なことも理解していて英語ができ、海外で色々発表できるとすごくいいと、私自身も感じていました。そういう人は非常に少ないですね。おそらく他の分野でもそういうことが多いんじゃないかなと思っています。そういう人材をもっと我々は育てていく必要があると思えます。

毛利

若者が外国へ出たがらなくなっている風潮は私も感じておりますが、アウェーで活躍したい志を持つ者がいなくなったわけではありません。むしろ出ていく時の仕組みや工夫が大事なんだと思います。キーワードとして、アクションリサーチとアクティブラーニングがあります。参加型開発の研究バージョンがアクションリサーチ、教育研修バージョンがアクティブラーニングです。既にある研究体制や教育研修カリキュラムの中で、若者が参加し、活躍しやすい仕組みへと見直していくべきだと思います。



鈴木

私は、やはり海外に行きたい若者はいると思います。ただ、1年、2年向こうに行って、帰ってきた後どうなるのかという不安があると思うんですね。海外を見た時、民間にいた人が政府に入ったり、政府に入った人が大学に入ったりと、そういう移動がうまく行われているなと思いました。

ですから、行ったはいいけど帰ってきたらポジションがなくなっているとか、帰ってきた時にどうするのかとかではなく、システム的にもっと移動性があると若者ももっと海外へ行きやすいんじゃないかなと思います。

仲佐

私は実際に若い人と一緒に活動をしていますが、彼らは英語もでき知識もあります。ただ、日本では学生の時までにはいいんですが、看護師職員も含め医療関係の場合卒後の研修があります。その期間は、行く時間も機会もなかなかない。「出たい？何ばかなことを言うんだ。」となってしまう。そうではなく、そういう時期だからこそ行ったほうがいい。若い時に出ていけてかつ興味を継続するというような仕組みが絶対必要です。

今、日本の地域医療は、若い人が研修に来ないので困っている。看護師もいない。保健師もいない。外国にいた人が日本に帰ってきて1年働く。1年働いてまた外国へ行く。そんな仕組みができないといけないと思います。

司会

はい、どうもありがとうございました。

そろそろ時間になりましたので、まとめの代わりに、私の感想を述べて終わりにさせて頂きたいと思います。

今、日本の国内は大変な岐路に差しかかっていると思います。今日の「国際保健をどうするか」という話と、「国内をどうするか」という話とは、一見全く別の話だと言えますが、私は根が一緒だと思うんです。日本の社会が非常に今硬直化しているところもあり、やるべきことは分かっているんだけど、なかなかできない。国際協力にはいろいろなノウハウや方法があるのに、財政難など色々な難しいことがあり、なかなかそこから新しいものに行けない。最終的には、若い人たちがどうするかという話になってくるとは思いますが、好むと好まざるに関わらず、日本は他の国と連携して仲良くしてパートナーシップを取らざるを得ません。英語ができようができまいがもうそうせざるを得ません。いろいろなことが考えられますが、国立国際医療研究センターは、国際医療協力部のあり方を論じると同時に、仲佐さんや鈴木さんがお話になったように、「外の文化があるんだ。海外に人々がいるんだ。」ということを早いうちに、なるべく多くの人味が味わう、経験する、いわゆるアーリーエクスポージャー（早期体験学習）が大切です。

いくら本で読んでも講義を聴いても駄目で、「ああ、違う人がいるんだ。自分たちとは違う考えで、その人たちも同じ人間なんだ。」と分かることが、単に何かを与えるとかそういう技術的なことではなくて、先ほどのパートナーシップに必要なオープンな人間性を作っていく。英語なんかはやっていれば自然と身に付いていきます。そういう大事な役割をこれからも国立国際医療研究センター国際医療協力部が果たしてくれることを期待しつつ、今日の討論会を終わらせていただきます。皆さん本当にどうもありがとうございました。パネリストの方もどうもありがとうございました。ディスカッションへの参加どうもありがとうございました。



第5章

寄稿

国際医療協力部門開設 25周年を祝って	高久史磨	P078
25周年を記念して	矢崎義雄	P079
国際医療協力と Philanthropy	笹月健彦	P080
25周年を迎えて	我妻 堯	P081
国際医療協力部 25周年に寄せて	古田直樹	P082
「非行」少年とともに御蔵山にて	土居 眞	P084
国際医療協力局（部）創立 25周年に寄せて	北井暁子	P086
国立国際医療研究センター国際医療協力部 「25周年を迎えて 将来に向けて」	遠藤弘良	P087
「25周年を迎えて、将来に向けて」独立行政法人化	北島智子	P088
「三足の草鞋を履こう」	近藤達也	P089
私の派遣課長時代のことも	吉武克宏	P090
在職時代を振り返って	千葉靖男	P092
派遣協力課に期待すること	建野正毅	P094
アフガニスタンそして我妻先生	喜多悦子	P095
25周年を迎えて 将来に向けて	國井 修	P096
「日本の国際保健の発展」か、「日本の保健医療の国際化」か	安田直史	P098
25周年を超えて	帖佐 徹	P099
「僕たちは世界を変えることができない。But, we.....」	藤田雅美	P100



国際医療協力部門開設 25周年を祝って

自治医科大学学長
国立国際医療研究センター名誉総長

高久史磨

国際医療協力部開設 25周年おめでとうございます。

私が国立国際医療研究センターに在任したのは1990年から1996年までの6年間(1990年は東京大学との併任)で、国際医療協力部が開設されてから4年目という計算になる。しかしその頃から国際医療協力部はODAの保健医療分野の牽引役としての地位を確立しており、特に海外活動の面で目覚ましい成果を上げてきていた。

私が就任当時、国立病院医療センターと呼ばれていた現センターは1993年にナショナルセンターとなり、その際名称も国立国際医療センターと変更したが、国際医療協力部の存在とその活動が上記のような名称になった大きな理由であったと考えている。尚、その時国際医療協力部は国際医療協力局となったが、2010年の独立行政法人化に伴い、元の部になったと理解している。

私自身のことを申し上げて恐縮であるが、国立病院医療センター(当時)に就任した2年目の1991年の5月に国際医療協力部の海外活動に直接触れたいと考え、ボリビアを訪れている。本文を書くために慌てて古い日記帳を探し当て、1991年5月11日から15日までのボリビア滞在の足跡を思い出してみた。

勿論一人でなく、我妻亮部長、長谷川敏彦課長、牧玲子看護部長等と一緒にであった。ロスアンジェルス経由でリオデジャネイロに着き、再び飛行機を乗り換えて、サンタクルスに到着した。その間の飛行時間は延べ24時間、途中のロスアンジェルス、リオデジャネイロでの待ち時間を入れると計33時間の長旅であった。改めて医療協力部の方々のご苦勞が痛感された。飛行場ではJapones Hospitalのサルドバ運営委員長、ロメロ院長等の出迎えを受け、ホテルにチェックイン、12日に早速医療協力部の援助の対象となっていたJapones Hospitalを訪れ、病院のスタッフや海外協力隊の方々とお会いして話を聞いた。翌13日も朝早くから病院を訪れて病院内を見学、その後サンタクルスのJICAオフィス、領事館を表敬訪問、再び病院に戻り運営委員会の報告を委員長のサルドバ医師から聞くと、その内容が散漫なのと日本からの専門家のことについて何も触れないのにやや腹が立った。昼食後、現地の州知事、市長、市議会議長と会ったが、どんな話をしたのか私の日記には記載されていない。同日JICA、領事館の方々和日本式の夕食をとり、14日は再びJapones Hospitalを訪れ、ロメロ院長の話を聞いたが、通訳の日本語がおぼつかなく、もどかしい思いをした。その後Japones Hospitalの周りの病院の院長が多数集まり、彼らの病院もJapones Hospitalと同じようにJICAから援助をしてくれと一斉に頼まれて参った。昼食後サンタクルス開発会社総裁、並びにpro Santa Cruz Committee(振興協会)の会長を訪ねた。2人からは午前中の病院長等との会合と同じように他の病院への援助を要請された。夜は私達視察団主催のパーティを開き、その後橋口氏、長谷川氏、佐久間氏、領事等とカラオケバーに行き日本の歌を歌った。因みにそのカラオケバーの経営者は韓国人との事であった。15日にボリビア航空の飛行機でサンパウロに行き、若い時に東京大学に留学された旧知の津野夫妻の出迎えを受け一緒に昼食をとったが、ボリビア航空の飛行機がサンパウロに遅れずに定刻に着いたことに津野夫妻は驚いておられた。その後シカゴに行き、私が留学時代に知り合った方々と会い、1泊して17日に成田に着き、私の医療協力部の海外活動の現場への視察は終わった。

以上、私のささやかな体験談を書かせていただいた。しかしこの体験は国際医療協力部の広範な活動の極一部を垣間見させていただいただけで、私が国立国際医療センター(当時)を辞任した1996年以降、国際医療協力部が更に発展し、海外活動のほか、人材育成活動、国際保健ネットワーク、国際医療に関する研究活動、国別保健情報の提供、セミナー、国際カンファランス、国際保健基礎講座の開催、東日本大震災への医療支援等、様々な活動を行っておられることが国際医療協力部のホームページからうかがうことができる。国立国際医療研究センター国際医療協力部が我が国の保健医療分野の国際協力の中心となっていることは万人の認めるところであり、25周年を迎え、今後更にその活動の幅を広げることを強く期待している。

25周年を記念して

国立国際医療研究センター名誉総長

矢崎義雄

国立国際医療研究センターの国際医療協力部がこの度、創立25周年を迎えられ誠にありがとうございます。心よりお祝い申し上げます。この間、保健医療分野でわが国の国際的な活動に大きな貢献を果たされてきました。開発途上国での保健医療のレベル向上に、現地での第一線に立った草の根運動ともいえるセンター職員による活動は、国際的にも高く評価されてきました。特に、ポリオのワクチン普及と、記憶にも新しいSARS対策では大きな役割を果たされました。

私は大学から、1999年4月に国立国際医療センターの病院長として赴任しました。他のナショナルセンターは、それぞれ疾患に基づいた高度専門医療の研究と教育、そして診療のわが国の拠点となることをミッションとして設立されたところですが、国際医療センターは、国際医療協力に注目したナショナルセンターであるため、本来の研究、教育、診療といった分かりやすい活動内容になっていないこともあり、残念ながら一般的な認知度は必ずしも高いとはいえない状況でした。まして、ODAの資金が直接国際医療センターに来るのではなく、外務省所管のJICA（現独立行政法人国際協力機構）に一度支給され、そのプロジェクトのもとで実施されたことから、主たるミッションである海外保健医療事業すらも国際医療センターの活動として外に見えてこないこともあって、その広報不足を痛切に感じました。特に、長年にわたって開発途上国、中でもチベット自治区など広大なへき地を含む、中国におけるポリオワクチンの普及とその克服に大きく貢献したことに対する評価もJICAの事業として、さらに継続的に活躍してきた医師を中心としたスタッフもJICA職員として紹介されたことに、忸怩たる思いを強くしました。今後は、国際保健医療分野における活動の見える化を行い、社会にその活動をアピールしていく必要があると思います。

さらに、折角実績を重ねて国際医療協力部から国際医療協力局に昇格して、これを支えるスタッフの充実も着実に進めてきたところですが、天下り抑制という政府の方針により再び国際医療協力部に格下げされたことは、センターの最も重要なミッションの位置づけが軽視されたようで、残念でなりません。今後わが国もさらなるグローバル化が進展して行くものと予測されますとともに、世界がわが国の果たす国際貢献に期待するところもますます大きくなるものと思います。その中で、国際保健医療分野は中核的な役割を担うものと思われれます。その重要性を関係省庁の方々が再認識され、従来の位置づけに復活されますことを願って止みません。

2002年冬に中国広東省で発症したとされる重症急性呼吸器症候群（SARS）は、2003年にはまたたく間にアジアを中心に世界中に感染が拡散しました。新型のウイルス性肺炎として致死率も高く、世界を震撼させたところです。わが国も防疫体制を整えるべく、海外から患者が入国した際の受け入れ態勢の整備が国際医療センターに要請され、P3レベルの陰圧無菌治療室を含む隔離病棟が新設されました。幸いにも活用されることがありませんでしたが、このような国家的な健康被害者に率先して医療支援を行うミッションが果たされたことを示すことができました。一方、ベトナムでは海外医療協力で、感染症予防のガウンテクニックの技術移転を行って行っていましたので、患者発生時に感染が広まらないように提携していたバックマイ病院に感染者をすべて収容することにより、市中感染を防御して大きな貢献を果たしました。WHOはWPRO（西太平洋保健機構）の果たした活動によるものと報告したが、実際にベトナムと北京での最も恐れていた市中感染を見事に防止したのは、当時の国際医療協力局と病院のスタッフによる長年にわたる医療協力でガウンテクニックを中心とした感染予防のための技術移転が大きく貢献したものと自負しています。

国際保健医療分野でのさらなる貢献への期待が寄せられていることから、皆さんのますますのご活躍を心よりお祈り申し上げます。

国際医療協力と Philanthropy

国立国際医療研究センター名誉総長

笹月 健彦

国立国際医療研究センター国際医療協力部設立 25周年を寿ぎ、心からお祝いを申し上げます。重要な国の使命を帯びて、数々の困難を乗り越えながら課題に取り組み、これを解決し、多大の貢献をされた歴代の局長はじめ全職員の皆様に改めて敬意と感謝を捧げます。

2002年の SARS 勃発に際しては、当時の矢崎義雄総長が SARS ウイルスの猛毒性が喧伝される中、国の要請を正面から受け止め、日本の代表として豊島久真男博士とともに北京に赴かれました。帰国後はガイドラインを遵守して、家族を含め外部の人達との接触を断ち、当センターに設置されたばかりの特定感染症病棟にて 1 週間を過ごされました。また国際医療協力局の小原博先生が、SARS の蔓延措置に国際的に大活躍されたことは衆目の一致するところです。

このような中、SARS を中国と強力なスクラムを組んで克服しようとする研究プロジェクトが 2003年、国（財務省・厚生労働省・文部科学省）主導でスタートし、国際医療センター研究所が中心となって大型プロジェクトの 1 つを担当しました。まず国際シンポジウムを研究所で開催し、中国からは当時中国科学院副院長の Zu Chen 博士（現在、中国衛生部部长）、中国医科学院長の Liu Dupei 博士をはじめ、感染症、免疫、ゲノム、タンパク構造、化学合成などの第一級の研究者を招へいし、熱気を帯びた会となりました。これを契機として研究所では、SARS 感染診断キット、SARS ウイルス中和ヒト型抗体の作成に成功しました。このプロジェクトを軸として中国との熱い交流がスタートしました。

国際医療協力局は国内の災害に際しても大きな力を発揮して来ました。2004年の中越地震に際しての国際医療協力部の活動の成果は、当時の近藤達也病院長によって記録としてまとめられております。「被災地にこれから出発します」と総長室に挨拶に来た協力局チームの中に、一見したところ良家のお嬢さま育ちと思わせるような若い小児科医がいました。このような人が厳寒の被災地で大丈夫なのだろうかと一瞬危惧しましたが、10日後に任務を終え挨拶に来た際に、一度も屋内で寝たことはなく、風呂にももちろん一度も入っていないという状況下での、強い奉仕の精神と医師としての責任感あふれる活動の報告を聞き、深い感銘を受けました。勿論、もっと過酷な状況の中、支援を必要とする世界各地で年余にわたって活動を続けている大勢の国際医療協力部の人々が、わが国の国際医療協力を支えていることは論を俟たないところです。このようなプロフェッショナルとしての知識・技術に加え、強い責任感と奉仕の精神を兼ね備えた人たちが身近に存在することが、当センターの大きな強みであると思います。それは当センターの病院としての高い評価—診療を受けた人々とその家族の方々から多くの感謝の言葉と賛辞をいただいたことの基盤の 1 つにつながっていると強く感じました。

ロックフェラー氏の寄贈で設立され、中国第 1 位の医科大学となった北京協和医科大学が創設 90 周年を迎え、その式典に招かれました。式典の当日は創始者の孫であるロックフェラー三世が主賓として挨拶され、一世の胸像と同じポーズで写真に納まっていました。その胸像の台座に philanthropy という語が刻まれていたので、その意味を三世に伺うと、charity というような意味だとのことでした。philanthropy という単語の造りからみてチャリティー（慈善）よりは人類愛の方が適切と思う旨を伝えたと、確かにその方が祖父の気持ち、自分の気持ちに合うといわれました。

国際医療協力の原点はこの人類愛としての philanthropy であろうと思います。設立 25 周年を迎えた国際医療協力部が人類愛をその理念とし、病院、研究所とともに総合的に「地球上の全人類が皆、心身ともに健康、安全、安寧で、文化的な生活を享受出来る社会（ユートピア）」を達成する、という夢へ向けて、存分の力を発揮されるよう期待します。

25周年を迎えて

初代国際医療協力局長

我妻 堯

1986年10月に国立病院医療センター内に国際医療協力部が設立されてから早くも25年が経過したことは誠に感慨無量であるとともに関係者の方々に心からお祝いを申し上げたい。筆者は初代の部長として7年間、次いで協力局長として3年間、合計10年間勤務した例外的な経歴を持っている。従って、その長い経験や心情を短い文章で表現することは殆ど不可能に近い。

定年退職した後、厚生省の外郭団体である国際厚生事業団（JICWELS）に籍を置く傍ら2006年10月に「保健医療のODA－陰から光へ－」という本を勁草書房から出版した。題が堅すぎたのか、内容が面白くなかったのか、残念ながらあまり売れずまもなく絶版になってしまった。今でも中古書は入手可能なので興味のある方はお読みいただきたい。わが国で最初に国立病院内に創設された協力部発足の理由からそれに関連するすべての苦労話、手掛けたプロジェクト、視察したJICAのプロジェクトの問題点や評価内容など詳細に述べられている。

たまたまこの本の最終章に「官僚依存型国際協力の問題点」と題して当時の国際協力局の現状を見てそれから感じた不安と将来の問題点、小生の危惧を記述した。その内容は現在の協力部にもそのまま当てはまると思われるので取捨選択してここに再記述し、協力部の将来に対する小生の警告としたい。

「官僚依存型国際協力の問題点」というのは、「厚生省出先機関としての国際協力部の問題点」と言い換えることも出来る。官僚は破廉恥罪でも犯さない限り辞めさせられることはない。同じく官僚はその省内及び関連組織内で転勤をしなければ出世出来ないといわれる。このような数年毎の職場の転勤及び年功序列という公務員の制度・慣習は見方を変えると国際協力部の職員・人材にとっては極めて不適切な制度・慣習であると言わねばならない。当時はJICAでも職員が役人的に数年毎に変わるので、途上国にプロジェクトで派遣されている専門家にとっては、様子が分かった頃に本部の担当職員が交代することに対して常に不満があった。協力部や局が設立された後は担当国内委員会のメンバーが必ずセンターにいて常にバックアップしていたから問題は少なくなった。

国際協力は息の長い仕事で、担当の責任者も最上級の管理者も短期間で交代するわが国の官僚制度には馴染まない。相手国に対して「持続可能な開発（sustainable development）を心がけるべきである」と要求しておきながら、現在のごとく協力側、援助側の責任者が2～3年毎に交代する制度を根本的に改変しなければわが国の国際協力は順調に行われたいと思われる。国際協力部が設立され部長に任命された時には、病院内に臨床研究部という部が存在したので問題にはならなかったが、病院がセンターに格上げされ部が局になると、「局長職は指定職で行政職の者になるもので我妻のような医療職は院長以外の指定職にはなれない」と人事院からクレームがついたという。このような身分・しきたりには関係のない環境にいたのだが、「余人をもって代えがたい」からというこれも役所的表現でそのままとなった。

著者は協力部設立から約7年間部長を務め、病院がセンター化し部が局になってから約2年半局長として合計約10年間勤めるといふ例外的存在だったからその継続性によって局の設立に成功したのだと信じている。

小生が定年退職した後の10年間に6人（著者を除く）の局長が交代し、最近では理由も良く判らないうちに局は部に格下げされた。著者でさえ在職していた間に関与していたプロジェクト全体の数分の1しか内容を把握していなかった。局長が2～3年で交代するのであれば、局が担当しているプロジェクトのどれだけの数の実情を理解可能か、考えても絶望的になる。現場で働く協力課員にとっても折角事情を分かっても、次の段階で最高責任者が交代するようでは士気に関係するのではないか。せめて派遣協力課に勤務したベテランを次長職にでも採用して、出来るだけ長い期間在任させるような工夫をしなければ将来の協力部の活動には陰りが出てくる気がする。センターは最近独立行政法人化したので、政府による規制が緩和されこれらの点が改良進歩することを切に望むものである。国際協力の場合には政府の様々な規制がない方がかえって活動しやすい場合が多いと思われる。

国際医療協力部 25周年に寄せて

元国際医療協力局長／自治医科大学客員教授
公益財団法人堀田医学奨学会理事長

古田直樹

国際医療協力部が25周年を迎えられ、誠におめでとうございます。

その歴史の1ページに関わった私自身にとっても誠に嬉しく思う次第です。創設以来、早くも四半世紀が経ち、当初はまだ開発途上国と言われた中国やインド、ブラジルなどが経済力を著しく強化し、最近では世界経済を動かすまでの大きな市場に成長しました。先進国だけで行われてきたG7、8の主要国首脳会議はすでにその役割を終え、新興国を交えたG20といった新たなサミットが必要となり、政治経済に大きな影響力を持つようになってきています。

しかし、相変わらず全人類の4分の1以上の人々が貧困に苦しみ、中国、インドなどでは貧富格差が見られ、食の安全・栄養問題などは決して解決されたとは言えず、それらの国での健康問題への取り組みは政治的には不十分と言わざるを得ません。世界規模で情報が共有できる社会になり、西欧の民主主義から学んだ市民運動がインターネットを通じて若者たちの共感を集めて政治不満を爆発させ、チュニジア、エジプト、リビアなどのアラブ諸国で長く続いてきた強権的政治を打倒するまでに至っています。このような地球規模の経済・社会変化の中での課題解決には、G20にアラブ諸国などの開発途上国を含めた首脳会議の重要性が次第に高まっています。

すなわち、異なる経済圏の、健康問題を含め地球環境、エネルギー、農業・貿易問題などのグローバルな課題への議論は、まずG20の先進国と新興国の代表者間でなされ、その上で国連の場で対処方針がまとめられる形になりつつあり、グローバルイズムの行き着く先は国連中心主義へと向かっているように思われます。

ここで私が関わった、国際医療協力局（以下、局）の発足当時のことを今日的な世界の変容に鑑みて一端を述べたいと思います。1995年当時、わが国で次第に増加したエイズ患者さんへの治療システムを国としていかに構築するかという10年来の政治的課題解決において、国立国際医療センターがわが国のエイズ治療センターと位置付けられ、国連のエイズ対策機関と連携して治療・研究を進めることとなりました。その中で、一例としてタイでの母子保健協力プロジェクトでは、予防を含めたエイズ対策が中心となり、関係機関と連携してプロジェクト推進に努めました。その他の公衆衛生プロジェクトにおいてもエイズ対策は含まれ、感染症・衛生教育プロジェクトとともにエイズ患者救済の意識改革にも一定の効果があつたと思われます。ほかに、北アフリカの感染症調査やマダガスカル保健プロジェクト、母子保健プロジェクトにおいても進められました。一方で、当時の国際協力分野における感染症への取り組みは、WHO主導による、中国を含むアジア地域におけるポリオ撲滅作戦への参加であり、局もその支援に積極的に取り組みました。

次に思い出されるのは、保健医療分野における人材育成です。母子保健や公衆衛生政策の向上に結び付き、インドネシア、パキスタン、ネパール、カンボジア、ブラジル、ボリビアなどで保健政策の推進とシステム構築を目指す中で種々試みられました。一例を挙げると、インドネシアのスラウェシュ島での地域保健強化プロジェクトがあります。現地唯一の公衆衛生大学院の協力を得て2年間の特別修士課程教育コースを設け、島内全ての保健所長を対象に保健データの分析・評価法、さらには政策の企画・立案の実践知識の学習を行ったもので、脱落者なく成功裡に終了し、参加者全員から喜ばれ、インドネシア政府からも大いに評価され国全体への波及効果もあつたと聞きます。そのことを当時のJICA関係者・大使館の方々や局の仲間とともに喜んだことが記憶に残っています。このようなプロジェクトの推進には、国際機関と連携して知識や経験を重ねることが不可欠との認識からWHOのみならず、ユニセフや世銀、そして米国最大規模のNGOであるMSHなどとの連携の中で推進できるよう私としては努力したつもりです。また、私が「日本国際保健医療学会」の会長を務め日本感染症学会と合同でセンターにて学会総会を行ったこと、日本国際保健医療学会の島尾理事長を委員長として「国際保健医療学」の分野で初めての教科書とも言うべき本を出版したことが思い出されます。これらは、スタッフ全員の力に支えられて出来たことであり、ここで改めて感謝を申し上げる次第です。

さて一方では、以前より湾岸戦争、アフガニスタン、パキスタン、イラク、さらにはイエメン独立やカシミールを巡っ

での民族紛争は続いており、私の在任中にセルビア、ボスニア、ヘルツェゴビナで起きた紛争は特に悲惨で子どもや女性を標的とした殺戮が行われました。破壊された小児病院などの保健施設の復旧支援のプロジェクトにもスタッフを派遣し、難民たちに避難キャンプでの保健対策を国際機関と協力して対応しました。また、特異な事件としては、国の指示で局が医療チームの派遣を続けたペルーの日本大使館人質事件があります。占拠したゲリラ集団は全員死亡し、多くの人にトラウマを長く残したけれども日本から派遣された医療要員には1人の怪我人もなく、126日間を経て人質解放作戦は解決しました。ほぼ毎朝、現地からの電話での報告に不安と安堵を感じながら仲間を激励しました。人道的立場を貫き冷静に対応しながら医師・看護師延べ40名の医療チームを派遣した局の全員に対して、終了後に当時の小泉厚生大臣より心からの労いの言葉をいただきました。

さて、今日の世界情勢の変化を見つめる時、これからのわが国のODAによる保健・医療協力の向かうべき方向性というものが少し覗えるような気がします。今後もODAによる国際協力の健康弱者救済と貧困の撲滅に対する有用性と目的は変わることはないと思われませんが、実践方法としては情報の収集と活用、国際協力における連帯と役割分担など、幾つかの視点で見直すべき点は少なくないと思われれます。これまで積み重ねた多くのノウハウをこれからの国際保健医療協用に積極的に活用する必要があります。第1に各国が抱える保健・医療上の困難な課題を解決する上で情報収集体制を整え、最大限「オーダーメイド的デザイン」を作りノウハウを効率的に活用することです。第2には、食糧確保、栄養管理、衛生管理、予防医学教育などを含む、健康維持に必要な社会環境の整備、つまり健康社会のインフラ整備に、柔軟に関連分野の仲間と手を組み立体的に取り組むことだと思います。そして第3には、新しいウイルス感染や結核対策、再興感染症対策などに新たな医学的視点に立って情報処理や最新の科学知識を駆使した手法を取り入れて取り組んでいただきたいと思えます。

母子保健と人口爆発に関わる課題には、現実を見つめつつ新たな考えに立って取り組む必要があると思えます。先進国における少子高齢化社会の健康問題や、社会的ストレスが引き起こすメンタルヘルスの問題もさらに深刻になり、社会的不安が一層増すだろうと思えます。社会の安定を保つには、メンタルヘルスの社会問題に今からしっかり取り組み、精神的弱者を放置しない社会を目指して具体的な努力をすることです。わが国では、一般医療と精神医療が治療において統合されたりエゾン医療の重要性が次第に認められつつありますが、進んだ予防医学教育とそれらの知識・技術のノウハウを、国際連携の下で国際医療協用に生かして行くことが20-30年先の社会を見据えた今後の大きな課題だと思います。新たな手法に基づく医療協力は、すべて医療経済学的地平線に立って始める必要があります。そして開発途上国におけるメンタルヘルス維持に必要な社会システムの構築は、何よりも平和的な信念を持つ人たちの連帯によって進められる必要があり、優れた保健・医療におけるリーダーの育成が重要です。東日本大震災における対応を見ても、その人材育成協力は日本が最も貢献できる分野ではないかと思えます。

最後に、国際医療協力部が、今後、国際社会に対して保健医療分野でますます優れた貢献を続けられることを心より祈念して私の祝文を終えたいと思えます。

「非行」少年とともに御蔵山にて

京都医療少年院

土居 眞

昔は山の中にあったという。私が住んでいる官舎には、10数種の野鳥が飛んでくる。裏庭といっても手入れは、ほどほどだが、桜、きんもくせい、つつじなどに加え、柿、アケビ、木苺など、鳥達と競い、勝てば自然の恵みにありつける。片隅に、少しばかりの畑をつくり、とうもろこし、きゅうり、トマトを植え、テレビ、新聞のない暮らしをしている。

身体や心の病気を持つ「非行」少年の生い立ちを見ると、貧困とまではいえないが決して裕福ではない家庭、虐待などで家庭が安全基地ではなくなった子どもたちは、授業についていけず、いじめや教師への不信感から学校を離脱し、友達とはいえない危うい仲間にとりこまれ非行化する。京都医療少年院に働く法務教官は、教官とはいうものの、カウンセラーやソーシャルワーカー、ヘルスケア、果てはハウスキーパーやコックや看守の役割まで担い、子どもたちの教育をしている。方向性が見えない上部組織に不信感を募らせるが、逞しい仲間を支えられながら、子どもたちの「自立（律）」という目標を掲げ、1年という在院期間で、治療と教育で何ができるかを考える毎日である。

そう、持続性を考えた参加型のPCM（プロジェクト・サイクル・マネジメント）を実施しているようなものだ。日本中の発展途上国、いまだに国際医療センターにいるようだ。

私が在職したのは、2001年1月から2003年3月までの2年3カ月である。9年も経つのかと愕然とする。病院へは患者として、当時の仲間とは年に1度ぐらいの飲み会で会うものの、歳のせいか思い出せないことも多く戸惑ってしまう。悪戦苦闘をしながらの執筆であり、思い違いもあるかと思うがお許しいただきたい。

着任したのは正月早々。春の移動とは違い何か違和感がある。国際協力は初めてではなかった。ネパールには、JICAを通じての埼玉県の公衆衛生プロジェクトがあり、何度か視察に行った。当時の土屋知事が熱心でお供させていだいたりもした。少しの経験と宇宙開発や防衛庁時代のオペレーショナルメディシン、プロジェクトマネジメント、部隊運用の知識や経験が生かせるかと不安を感じながらの着任であったように思う。

当時は、国立病院の政策医療によるネットワーク化と再編、独立行政法人への移行の時期でもあり、また、ODAの見直しなど国際協力の質的転換を迫られた時期でもあった。思い出すままに書き留めることにする。

まず、ネットワーク化である。ネットワークは、国立病院間だけでなく、プロジェクトサイトも含めてのネットワーク化であり、その情報手段としてネットワークニュースを発刊した。国際協力を謳うナショナルセンターとして、他の国立病院・療養所との連携を図る必要があったこと、開発途上国の疾病転換が予測される中、様々な専門家の協力が必要になること、プロジェクトのノウハウを相互に交換すること、国内では見られなくなった疾患に対する診療水準を維持することなどが背景にあった。今も刊行されているネットワークニュース（現在は「NEWSLETTER」として刊行）の創刊は2001年である。

2点目は、厚生省（当時）、JICAとの連携の強化である。3者の話し合いを、e E d会談と称して何度か持った。ナショナルセンターとして、どのような方針で臨むかである。何回か、集まっていたのだが、異動等でその方向性を検討するまでには至らなかった。今では、楽しい思い出である。現場の協力だけでなく、わが国の保健医療の進展の歴史を踏まえて、開発途上国に伝えるべき知識や技術をどのように整理するか、また、厚生省としてもWHOなどの国際機関だけではなく、2国間の国際協力にも目を向けさせることが狙いの1つであったのだが。国際協力のあり方については、平林先生など派遣課でも良く議論していただいた。

3点目は、職員教育である。派遣課だけが国際協力をしているわけではない。海外から研修生が来た時、挨拶をするだけでもいい。職員の語学力向上を目指して、英語など外国語の勉強会を開いた。また、サイトの視察を含め、濱砂次長をはじめ事務官を派遣したが、本当に行かせたい担当職員を派遣することはできなかった。年功序列の弊害である。サイトの医師の業務量軽減以外にも事務技術移転、例えば患者の流れ、病院事務や統計情報の処理なども重要であり、医師、看護師、事務を一体として派遣することを考え、事務職員の長期派遣も行った。しかし、思惑とは裏腹に定着化には至らなかった。こうした事務職員の協力もあって、局長室の前には研修生からいただいた記念品を陳列する、ちょっ

と贅沢ともいえる陳列棚がおかれ、また、ロビーには大きな地球儀が備え付けられた。研修生の表敬時にも記念写真を撮り、帰られる前にお渡しするようになった。

4点目は、疾病シフトを踏まえた「援助」から「相互」への国際協力関係の変革である。国際母子センター構想の展開である。派遣ニーズの高い産科医や小児科医を確保するために、医師や看護師の研修生を受け入れ、サイトや連携病院とのローテーションを組む。一方で、発展途上国からの研修生を受け入れる。日本の医師や看護師にとっては、貴重な臨床経験にもなる。予防接種などの感染防止に重点をおいた母子保健から、子どもの成長発達を視野に入れた政策転換へ。そんなことを念頭に、病院の産科、小児科の先生の協力を得ながら、埼玉医大の田村教授や東京女子医大の小西教授をお招きして勉強会をした時期でもある。

最後に、センター全体としては、NIH（国立衛生研究所）構想等新病院に対する様々な検討がなされた時期であり、救急、外来・中央診療機能を病棟部門に先行させた建設計画を営繕と一緒に作成し、病院部に説明したこともあった。幻と化したのが、ローテーションをしなからず、病院経営、診療機能の維持向上を図りながら計画を進める必要があり、最善の計画であり、病院機能としても、救急、術後患者等看護度の高い患者の中央棟への配置という新しい考え方も盛り込んだつもりであった。

協力局での経験は楽しく、また「学び」の場でもあった。建野、千葉、濱砂、猿田、中野、富田、白濱、坂井、珍田、長尾、その他多くの皆様の協力があって勤まったと思う。改めて御礼申し上げる次第である。国際医療センターの設置目的は国際協力を通じての「世界の人々の健康を守る」ことであり、医療、研究の中心的な役割を担い、世界に向けて活動してもらいたいと思う。



ラオスにて（2001年5月）

国際医療協力局（部）創立 25 周年に寄せて

財団法人がん研究振興財団 専務理事

北井 暁子

創立 25 周年おめでとうございます。

私は国立国際医療センター（IMCJ）には国際医療協力局長として 2003 年 4 月から 2005 年 7 月までの 2 年 4 カ月在籍いたしました。今から 8 年前のことです。

着任の 1 カ月前、アジアを中心に SARS（重症急性呼吸器症候群）が世界中を震撼させたことは未だ記憶に新しいところです。当時、香港に続きアウトブレイクが起こったベトナムには、IMCJ が中心となった病院プロジェクトが進行中でした。このバックマイ病院がベトナム政府の要請を受け、SARS 患者を一手に引き受けました。IMCJ のスタッフが、現地スタッフとの協力のもと、献身的な努力をした結果、世界に先駆けての SARS 征圧宣言をすることが出来たのです。後に当時の小原博専門官らは天皇陛下から感謝状を戴くなど IMCJ にとっても大変名誉なこととなりました。これを契機に 2 国間の信頼関係はさらに深まり、後に念願の IMCJ 海外研究拠点がバックマイ病院の中に位置づけられましたことは、これまでの 2 国間の国際協力の成果の 1 つであり、今あちこちで期待されているアジア諸国との国際交流のモデルとも言えると思います。

2004 年 3 月、世の中は SARS 問題もあり、多くの国民がアジア諸国への海外渡航に不安を抱いた年でもありました。感染研（国立感染症研究所）や JAL のご協力の下、「海外渡航者・在留邦人のための健康対策」をテーマに市民公開講演会を開催しましたところ、会場にはアジア各地に旅行を予定している学生や O L 達で溢ればかりの盛況で、「渡航者外来」の必要性や、国際医療協力局の活動を PR する良い機会を提供することとなりました。

2 年目は落ち着いて、プロジェクトの一つひとつをその経緯とともに、派遣職員達の現地での活躍ぶりを含め、この目で確かめる機会を得ましたが、当方の自己満足にただ終わることなく状況を真摯に受け止め、様々な問題解決に向けて取り組む必要性を痛感いたしました。

幸い、建野正毅課長、仲佐保課長の協力のもと、当時の派遣職員の皆さんと心を 1 つに、国際医療協力の新たな課題にチャレンジしようとする環境にも恵まれました。局長室でのブレインストーミングや IMCJ 全体の将来構想策定等々、大いに盛り上がったものです。

また国際経験だけで物が言える時代ではもはやなく、先進的な知識習得のため、多くのスタッフに海外留学の機会を作りました。後に大学医学部や看護大学の国際保健や国際看護の領域で教鞭を執られ、多くの国際協力の後継者の育成に尽力していただいている方が多数おられることは、本当に心強い限りで次の世代の育成に多少なりとも貢献出来たのではないかと感じております。

2004 年 12 月、国際協力医学研究振興財団との共催による「国際医療協力シンポジウム 国際医療協力最前線～世界の女性たちは今～」の国連大学国際会議場での開催も懐かしい思い出です。創立 10 周年の翌年ということもあり、10 年を振り返りアジア・アフリカ・中南米 18 カ国で 11 のプロジェクトのご紹介と共通項として見出される女性の健康をキーワードに国際医療協力のあるべき方向を探りつつ、世界のそして日本の女性たちの健康について討議がなされました。基調講演で尾身茂氏（当時の WHO 西太平洋事務局長）からは、「新しい社会の創造には女性の力がカギになる」と力強いメッセージをいただき、女性の健康をめぐる日本と世界の経験の交流の大切さを実感いたしました。

任期中、アジア・アフリカ諸国でのプロジェクトを訪ねましたが、途上国の女性たちは貧困で生活環境は決して良くありません。しかしながら彼女たちの地域や家庭でのゆったりとした人間愛溢れる子育てを目の当たりにし、彼女たちは日本の女性たちよりも幸せなのではないかと考えさせられたこともありました。我が国の母子保健行政を担当した当時の経験と重ね合わせますと、改めて母親の健康・子どもたちの笑顔は世界共通のテーマで、現地での経験の一つひとつにわが国の抱える健康問題解決へのヒントがあるのではないかと再認識したものです。

これらは、私が途上国から学んだ教訓でもあります。

グローバル化、都市化が急速に進む現代社会において人々の健康問題は途上国にとどまらず、我が国の種々の健康課題の解決にも資することを実感した 2 年 4 カ月でありました。

昨今、グローバル・ヘルスという新しい視点が求められる中、「国立国際医療研究センター国際医療協力部」は我が国の国際医療協力の中核施設としての大きな役割を果たして更なる発展をされんことを祈念し、お祝いの言葉といたします。

国立国際医療研究センター国際医療協力部 「25周年を迎えて 将来に向けて」

東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座教授

遠藤弘良

創立 25 周年、誠におめでとうございます。国際医療協力部（以下、協力部）の 4 半世紀におよぶ国際保健協力分野における多大な貢献に対し心より敬意を表します。私はこの 25 年間、様々な形で協力部と関わることができたことを大変光栄に思います。記念誌への寄稿という貴重な機会を与えていただきましたので、私と協力部の思い出を語らせていただきます。

私と協力部との関わりはその発足から始まりました。1986 年の 5 月に厚生省（当時）国際課に異動となりました。異動早々から協力部発足の準備に関わることとなり、我妻先生と幾度となく準備の打ち合わせをさせていただきました。

我妻先生のご尽力により同年 10 月に協力部が発足しましたが、時を同じくして厚生省と WHO 西太平洋地域事務局との連携を深めるため、日本の拠出金により「技術移転プログラム」を立ち上げる構想が持ち上がりました。日本の保健医療分野の技術の途上国への移転を推進することが目的でした。今思えば、協力部や技術移転プログラムの創設は、ODA 予算が右肩上がりの時代における、日本の国際協力の成長期の勢いを象徴するものでした。

さて、その技術移転プログラムですが、私が初代担当官に就任することになりました。マニラが拠点でしたが、仕事の性格上、日本にも技術移転プログラムの事務局が必要となり、国立国際医療センター（当時）の中に開設されることになりました。開設に際し協力部の一部を間借りするなど、多大なご支援をいただきました。その後 1 年余の短い間でしたが、協力部の皆さんと一緒に新しい道を開拓するという充実した日々を過ごすことができました。

技術移転プログラムの担当から次に、同じ WHO 西太平洋地域事務局の予防接種拡大計画担当課に異動となりました。当時、日本の保健医療分野の国際協力の柱のひとつとして予防接種対策が打ち上げられ、そのリーダーシップを協力部がとることになりました。しかもマルチ・バイと呼ばれる国連機関と日本の二国間協力の連携推進の重要性が認識され始め、そこで予防接種対策の仕事でも引き続き協力部と密接な連携を取ることとなりました。例えば、協力部の帖佐先生と中国の予防接種評価プロジェクトのため、1 カ月も中国各地を訪れました。予防接種対策の仕事は 2 年間従事し、厚生省の国内行政に戻りました。しかしその後も、WHO と UNAIDS に計 3 回出向することとなり、その度に協力部との縁が续きました。

このように協力部の発足時以来、様々な形で協力部と縁がありましたが、2007 年に国際医療局長に就任という幸運に恵まれることになりました。この時には協力部は協力局となっており、メンバーも発足時の何倍にも増え、日本の保健医療分野の国際協力を担う旗艦としての立場を確立していました。一方、国立国際医療センターが独立行政法人への移行準備という時期にあり、協力部が新たな展開を迎える時期でありました。国立の機関としては出来なかったことを、独立行政法人化を機に新たな分野として取り組んでゆこうという議論を協力部の皆さんと進めました。就任 1 年で運営局に異動となってしまいましたが、その時の議論が現在の協力部の 4 つのコアビジネスにまとめられたと思います。2009 年に国立国際医療センターを最後の職場として厚生労働省を退職しましたが、センター近くで東京女子医大で国際保健の教鞭をとることとなり、協力部との縁が続いています。

以上、個人的な思い出を語らせていただきましたが、このように私は協力部の外と内、両方から縁を持つことができました。日本の保健医療分野の国際協力は 21 世紀に入り、成熟期にきています。「NCGM が過去 25 年に培ったコアビジネス」を基に、協力部が引き続き日本のそして世界のリーダーシップを取り続けてゆくことを心から期待しています。



「25周年を迎えて、将来に向けて」独立行政法人化

新潟県副知事

北島 智子

国際医療協力部創立 25周年おめでとうございます。私自身の公務員生活もようやく 25 年を越えたところなので、25 年という歳月を今、しみじみと振り返っています。

1990～1992年に厚生省国際課に勤務していた頃、国際医療協力部（以下、協力部）とは JICA の仕事を通じた協力関係にありました。当時、協力部はできたばかりの新しい組織で、派遣専門家研修の立ち上げなどに追われていたことを思い出します。その当時は、よもや自分がお世話になる日が来るとは思いませんでしたが、縁あって、2008年7月～2011年3月までの2年9カ月を国際医療協力局長及び国際医療協力部長として勤務させていただきました。また、この間、独立行政法人化への移行業務を担当したことは、思い出に残る貴重な経験となりました。

国立高度専門医療研究センター（以下、ナショナルセンター）の独法化については、行政改革という大きな流れの中で議論され、2006年に交付された「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」により、2010年4月にはすべてのナショナルセンターが独立行政法人に移行することが決定されました。もちろん、国際医療協力という業務を独法化するべきかどうかという点については議論のあるところでしたが、この大きな潮流の中で例外は認められませんでした。

独法化の作業として、まず作成しなければならなかったのは、法人の中期目標案と、中期計画です。ナショナルセンターの目的、業務範囲は、法律で規定されており、特に重要なミッションとして「調査、研究、技術の開発」が全面に打ち出されたことから、法律に基づくミッションと協力部の業務との整合をどのように図るのか、悩みながらの作業となりました。

センターのほかの部門の計画との整合を図りつつ、協力部の中期目標、中期計画を作成する作業は、まさに試行錯誤で、仲佐国際派遣センター長、三好課長をはじめ、職員が総力を挙げて取り組むことになりました。この作業は、単なる作文ではなく、5年後を見据えて、専門家の派遣数、研修生の受け入れ数、ホームページのアクセス数などの数値目標を計画に明示する必要があったため、まずは、これまでの協力部の成果を整理し直すことから始めなければなりません。また、関係機関との連携方法、情報発信方法、研究内容などについても具体的な記載が求められ、結果として協力部の業務の進め方や各自の役割分担等を見直すことにもなりました。

大変な作業ではありましたが、この作業のおかげで、協力部の仕事が量的に把握できるようになったこと、情報を迅速に発信できるようになったこと、研究が本来業務として行いやすくなったことなどのメリットもありました。また、独法化したことにより、海外への長期派遣が、派遣法による休業扱いではなく本来業務として取り扱われることになったことは、大きな前進でした。

協力部の仕事は、職員の努力や苦勞、実績に比して目立たない状況にあり、残念に思うことが度々ありました。しかし、25年という歳月とその積み重ねは、それだけで1つの大きな実績であり成果といえるでしょう。協力部におかれましては、25周年を契機とし、我が国の ODA を担う中心的な機関として、さらに大きく羽ばたいていかれることを心より期待申し上げます、お祝いの言葉といたします。

「三足の草鞋を履こう」

独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）理事長

近藤達也

私は、1978年3月に大学で学位を取得し、留学を経験してひとり立ちした脳外科医として国立病院医療センター脳神経外科に就職しました。以来30年にわたり医療センターで仕事をしてまいりました。

脳外科医という選択は、もともと医療人として臨床と研究をやるという二足の草鞋を履く覚悟からでした。折から当時の大学の研究環境は留学直後の私にとって好ましいものではなく、当時の吉岡眞澄医長が、研究にも関心を持っておられ、彼の着任の動機そのものが同じく当時の「国立東京第一病院」を「国立医療センター」にしたいという当時の小山病院長の意向をもろに反映したお気持ちでおられたので、大変頼もしく感じ躊躇することなく当院に就職しました。しかし、がんや循環器といった明確な特殊な疾病対策を標榜する立場と異なり、ナショナルセンター化への障壁は非常に高く、総合的医療機能の特徴とするナショナルセンターへの道としては折から国際医療協力を推進しようという国の方針に乗る形で方針が定められました。

まず手始めにちょうどベトナム戦争終結に伴うカンボジア難民支援で、多くの若い職員がカオイダンキャンプに中長期的に派遣され、中でも仲佐先生はその中心として活躍しました。そこではデング熱などにかかった職員はかなりおりましたが、1人も重大な病気になったものはありませんでした。脳神経外科は、一般的にデラックスな医療に属し、低開発国に向けては余り国際医療協力とは縁がなかりかろうと思っていたところ、全く逆で、多くの発展途上国からの引き合いが強く、中国、ベトナム、ボリビアと国立病院医療センターが関係した病院支援にはすべて多大な要望があり、すべてに思い切って支援に加わりました。

まず、中華人民共和国ですが、1983年初頭より北京に設立される中日友好医院（1984年創立）の脳神経外科の立ち上げに向けて左煥琮医師が留学して来ました。大変優れた人物で6カ月間ほぼ毎日多くの刺激的な意見、情報交換をしました。次いで今度は私が1987年10月より2カ月間北京に駐在し、この間、毎日のように脳外科手術を行ったり、脳神経外科の最新の関心事の考え方などをスタッフの人々と話し合ったりしました。また同時に、東大脳神経外科と共同（高倉公明教授）で悪性脳腫瘍に対する日中共同臨床研究もキックオフし、それに関連しその後多くの中国の脳外科医を国立病院医療センター、東大に招き、さらに1990年以来、「日中脳神経外科友好カンファランス」を以後ほぼ2年おきに実施し、日中の脳神経外科の医師の絆を強くして参りました。今日なお、この絆は続いています。左煥琮先生は、現在、清華大学医学部付属病院の病院長として、日中の医学の架け橋としてともに協力しています。

また、ベトナム社会主義共和国にはホーチミン市の中心的病院であるチョーライ病院脳神経外科を支援し、ここには、ポーバン・ニョー先生という優れた脳外科部長がおり、これまた多くの脳外科医を国立病院医療センターに招き、今日なお、その連携が続いています。マスコミで大いに話題になった中枢神経奇形の患者さん（クオンちゃん：当時5歳）の手術の成功も心に残るものでした。患者さんは25歳で現在も元気と伺っています。

また、南米ボリビア共和国のサンタクルス市の日本病院の脳神経外科支援では、カルロス・ダブドゥ院長、ヘルマン・アンテロ脳外科部長という最強の布陣と協力して脳神経外科の支援に尽くすことが出来ました。

このような国際医療協力を推進してきた過程の中で、ようやく1993年、国立国際医療センターというナショナルセンターが発足しました。その後、ミッションとして国際感染症への積極的な対策に及び、さらに多くの感染症の解明に向かう診療研究体制も強化されてまいりました。また、2010年4月から改めて国立国際医療研究センターとして発足し、「診療」、「国際医療協力」、「先端医療研究」のミッションを抱えることになり、社会へますますの貢献が期待されています。私自身も高度専門総合医療活動を積極的に行う中で様々な先端研究の開発を行いながら国際医療協力にも従事してまいりましたが、実は知らないうちに三足の草鞋を履いていたのだと気がついた次第です。今後は国立国際医療研究センターの有意な皆さんは、三足、四足の草鞋を履く喜びを目指して活躍して欲しいと思います。

私の派遣課長時代のことも

元派遣協力課第一課長
現・独立行政法人国立病院機構宇都宮病院名誉院長
医療法人社団往診診療部長

吉武克宏

国際医療協力部創立 25 周年おめでとうございます。私は同部に 1988 年から 2000 年まで在籍しました。そして 1997 年から 2000 年までの 2 年 6 カ月間、派遣協力課長（後に第一課長）を務め、その後、国立病院長職へと転出していきました。その後の同部の活躍とその業績に対する高い評価を仄聞するにつけ、同部に在籍したことを誇りに思いつつ、当時を振り返り感慨にふけております。

この度、25 周年記念誌の発刊にあたり、私が派遣協力課長としてかかわったいくつかの事柄を通して国際医療協力部 25 年の歴史の一断面をご紹介します。

【派遣協力課員（以下、派遣課員）の長期派遣時の処遇】

当時、国立病院やナショナルセンターの将来的方向性（独立行政法人化）が議論される中で、派遣課員が JICA プロジェクトへ 1 年以上派遣される場合「出張」扱いになっていることが問題視され始めました。厚生省国立病院部政策医療課いわく「派遣協力課員の 1 年以上におよぶ海外勤務は他の省庁職員と同様に派遣法で処遇されるべきではないか」と。

これに対して、私たちは当部発足当時の書類などから派遣課員の海外における技術協力が本来業務とされていることを示し、「出張」扱いで矛盾しないと反論しました。「派遣法は本来業務が国内の所属省庁にある職員が、国内の業務を一時免除されて国際機関等に派遣される場合に適応されるもの。本法が当課に適応されると、当課員の海外業務が本来業務と見なされなくなり、国際医療協力局の設立趣旨に反する」。

その後、本省から「国家公務員が外部機関から、外地とはいえ生活費を含む手当を得ることは国家公務員の『兼業禁止規定』に抵触する恐れあり」とされました。当時、国家公務員の倫理規定違反が問題になっていた矢先で、止むを得ない、むしろ派遣課員の海外活動の位置づけが内外に明確化された、として派遣法の適応を受け入れることにしました。

【診療部と国際協力】

次に、当センター内部での国際医療協力活動の位置づけです。当院がセンター化するにあたって、病院の中心機能が議論されました。結局は「国際」をその名称に入れることになりましたが、病院全体が「国際協力」に一丸となっていたわけではありません。

病院としては日々の診療に忙しい中で、外国人研修生の受け入れや、医師をはじめとする職員の海外派遣は、日常業務への大きな負担でした。そんな中で海外での災害時の国際緊急医療チーム派遣、海外の紛争地域の邦人救出支援なども加わり、診療各部門の国際協力への参加は年ごとに増えていきました。しかし、こうした本来業務以外の負担が増えていくことで軋みがあったことは否めません。

そこで国際協力局としては、派遣課長が病院長に毎月、診療部から派遣してほしい職員のリストを提出し、その必要性を説明する、可能な限りセンター総長をはじめセンター幹部に、技術協力プロジェクトの現場を見ていただく、またセンター全体の管理運営会議で国際協力活動状況を説明する、さらには副院長、研究所長、運営部庶務課長らの出席をえて国際協力連絡会議を毎月 1 回開催する、など国際協力にセンター全体で取り組むコンセンサスづくりに努めました。

【その他】

その他、私の課長時代の取り組みは、派遣課の2課制、プロジェクト後方支援官の任命（局長辞令）、派遣課内の業務の整理、そして2001年に迎える国際協力局創立15周年記念事業として「国際協力ハンドブック」の発行を企画するなどなど。これらの取り組みは局長や次長、さらには派遣課員の理解と協力と自主性があったからこそのものでした。

【国際協力にかかわる基本姿勢】

私個人として、また派遣課長としても、国際協力の心髄は、1にも2にも相手国の自立と自助努力を促すことに尽きるという姿勢で臨みました。一方では当時、プロジェクトの成果をできるだけ数値化して示すなど、プロセスよりも結果重視の評価方針が示されるようになり、私個人としては首をかじげざるを得ないこともあり、技術協力プロジェクトへのかかわりに苦慮しました。従来からの日本独自のプロセス重視の協力よりも、国際援助機関提唱の結果重視の協役に大きく舵が切られた時期でした。

ちなみに、こうした背景にあった当時のアメリカ主導で、IMFや世界銀行が推進した構造調整プログラムのグローバル化は貧困国をさらに貧しくし、世界各地で貧富の差を拡大させたとの報告が相次ぎました^{1,2}。

【おわりに】

今や世界各地が経済危機に見舞われ、貧富差が拡大しています。紛争や政治的混乱も後をたちません。日本のODAもかつての隆盛はなくなりました。こうした中で、効果的な国際医療協力の手法や考え方も影響を受けざるを得ません。このように混沌とした世界にあって、国際医療協力部諸兄が叡智を集めて、この分野の我が国における主導的な活躍を果たされることを期待しております。

-
1. Gabuliel Kolko :Ravaging the poor: The International Monetary Fund indicated by its own data
International Journal of Health Service: 29(1) 51-57, 1999
 2. 「世界を不幸にしたグローバリズムの正体」 ジョセフ・E・スティグリッツ、徳間書店 2002

在職時代を振り返って

元国際医療協力局派遣第二課長

千葉靖男

国際医療センターを辞して早7年となります。今は札幌市の乳幼児健診など母子保健行政の手伝いをしています。厚生労働省の委員会などで上京することもあります。医療センターとは少し疎遠になってしまいました。ただ、国際協力へのお手伝いは多少続いていて、外国人研修生の世話や、一昨年は「ブータン EPI (拡大予防接種プログラム) 向上プロジェクト」のカウンターパート (相手国の受入れ担当者) 研修の一部を引き受けました。また、2011年11月には「ワクチン予防可能感染症プロジェクト」の最終報告会 (北京) に参加しました。この会では昔一緒に働き、現在は中国衛生部や疾病対策センター (CCDC) の責任ある立場にいる中国人スタッフと再会し、旧交を温めることができました。

私は1988年に国際医療センターに赴任しました。「国際医療協力部」が発足して2年目だったと記憶していますが、上司は初代の部長、我妻堯先生、同じく古田直樹課長、そして安達一彦課長でした。病院全体としては、まだ国際医療協力への意識は希薄のようで、いつも何か肩身の狭い思いが付きまわっていたように思います。外国人研修生の臨床実習には課員がいつも付き添わないといけない状態でした。一方、海外業務の主体は JICA の二国間協力に関係するものですが、ちょうどその頃、WHO の「世界ポリオ根絶計画」が始まり、日本も WHO 西太平洋地域を中心に協力することになります。当時の厚生省の技官だった尾身茂先生 (現 NCGM 理事・現自治医大教授) が、このためにマニラの WHO 事務所に赴任しました。これと平行して、まず中国のポリオ撲滅への協力が始まり、1991年には「中国ポリオ対策プロジェクト」が誕生し、その後、ラオスにも同様のプロジェクトが、またベトナムやカンボジアでも活動が始まり、これらに医療センターが深く関わりました。

私自身の活動は、上に挙げた「中国ポリオ対策プロジェクト」のリーダーとして中国山東省の省防疫センター (済南市) で、ポリオ撲滅への協力をスタートさせました。2年後には一旦帰国しましたが、1995年から再度赴任し、北京をベースとして、ほぼ5年間この仕事に従事しました。その時は四川、広西、江西、貴州、雲南など南方5省という広大な地域が対象で、今思えば大変な仕事でしたが、山東省で培った現場主義を貫き、中国のポリオ撲滅に貢献することができたと思います。

2000年には WHO 西太平洋地域全体でポリオ撲滅宣言がなされ、中国のプロジェクトは「予防接種事業強化プロジェクト」に生まれ変わりました。また同時に、次の協力対象国を WHO 東地中海地域のパキスタンと決めました。そして、当時課員であった櫻田紳策先生に個別専門家として赴任してもらいました。小林誠先生がその後継ぎ、紆余曲折を経て、北西辺境州で「EPI/ポリオ対策プロジェクト」(2006年)が立ち上がりました。ここまでは良かったのですが、間もなくこの地域にタリバン勢力による武力侵攻が始まり、プロジェクトサイトや活動内容の変更を余儀なくされたことは大きな誤算でした。この時分、私は既に医療センターを辞していましたが、プロジェクトに関わった方々の健闘に敬意を表したいと思います。

また、これらのほか、ラオス「子どものための保健サービス強化プロジェクト」(2002年)の立ち上げ、ミャンマー「ハンセン病対策プロジェクト」、タイ「HIV 対策プロジェクト」などが強く印象に残っています。セネガル「保健人材開発促進プロジェクト」にも関わりましたが、フランス語圏なので、私はあまり役立たなかったように思います。

2001年に派遣二課長を拝命してからは課内業務に力を注ぎました。1つは前任の吉武克弘課長の指示で手掛けていた書籍「国際保健医療協力ハンドブック」(2001年)の刊行です。国際医療協力のプログラム別にその概要をまとめたもので、課員が各自の経験を基に書き上げました。その最終的なまとめ作業では大変に苦労しましたが、発刊後、大手の書店で白地に青文字装丁の本書を発見して、大変に嬉しかったことを覚えています。

2つ目は 厚生労働省国際医療協力研究委託事業として、この分野でのわが国唯一の研究組織である「EPI ポリオ根絶班」のとりまとめです。最終的には、その長年の業績を「EPI ポリオ根絶班出版業績集」I, II巻（2002年）として、国立感染症研究所の協力も得て完成し、関係団体や全国の学術機関に配布しました。世界ポリオ根絶計画に対する医療センターの貢献を発信することができたと思います。それから、業績選集「国際医療協力局 10周年」（2003年）も課員の協力で作成しました。これは国際協力局発足を記念して作られた「国際医療協力 10年の活動」の続編を意識したもので、局のその後 10年間の活動成果をまとめました。

課内の仕事では以上が印象に残っていますが、心残りの事もあります。例えば、英文雑誌の刊行がそれで、医療センターの国際協力の生データを世界に発信することを目指し、一時その検討を行いました。しかし、このための継続的な業務体勢が敷けるかという問題もあり、実施に至りませんでした。今後、是非、ご検討いただきたいと思います。大変に雑把ですが、在任中印象に残ったことをかいつまんで書いてみました。



ポリオワクチン一斉投与に集まった村の子供たちと一緒に

派遣協力課に期待すること

前派遣協力課第一課長

建野正毅

私は、医療協力部が開設されて5年後の1991年に入り、それから約20年弱、派遣協力課で活動してきました。入った当時の保健医療分野における我が国ODAの多くは、病院協力や研究協力であり、大学を中心に実施されていました。大学の教授が引き受け、教室員が専門家として派遣され、国際協力に従事していた時代でした。大学の本来業務である、教育、研究、診療の片手間に国際協力を行っている状況でした。

1970年代後半、インドシナ難民問題が大きな国際問題として取り上げられ、厚生省（当時）は、保健医療分野における国際協力の拠点として、国立病院医療センター（以下、IMCJ）に国際医療協力部を設立しました。当初は、医師のみで、それぞれ病院の診療科と併任しており、国内にいる時は病院で診療行為に係わっていました。大学ほどではありませんでしたが、多くの人の頭の中には、国際協力は、診療協力であり、病院の業務の片手間にやるという意識が強かったと思います。

そのような中で、派遣課員は多くの開発途上国に派遣され、国際協力の現場を体験してきました。課員の多くは、“On the job”の形で国際保健、国際協力を学び、医療だけではなく、システム全体を考えた協力の必要性に気づき、病院協力、研究協力から公衆衛生、PHC（プライマリ・ヘルスケア）、地域保健を手がけるようになってきました。一時は、IMCJは病院プロジェクトしかやらないと批判する人もいましたが、現在では病院プロジェクトは皆無に近いのではないかと思います。

ナショナルセンターになる時に、派遣1課、派遣2課の2課制となるとともに、看護師が配置されることになりました。IMCJへの期待も高まり、JICA保健医療案件の半分以上に関わっていた時期もあります。当時は、人のやり繰りに四苦八苦しており、派遣課長は“芸者の置屋の女将さん”的役割をしているのではないかと揶揄されたことを思い出します。もっとも、私自身はこのことをある意味で受け入れており、「ひとり前の芸者を育てる」こと、「お客の満足する芸をみつけ、みがく」ことに心がけていました。特に、病院から異動してきた看護師は国際協力に関しては経験不足で、“芸”のない状態で派遣せざるをえず、専門家チームはもとより、派遣された本人も現場で大変な苦勞をしたことと思います。当時の私の目標のひとつは、「看護師のチームリーダーを育てる」ことでしたが、10年後の今、看護師のリーダー達が育ち、派遣課を引っ張っているのを見るにつけ感無量です。「臨床ができれば、国際協力はできる」とか、「2年間も派遣したの一人前になれないのか」等等、一部の関係者の無理解と戦い、勝ったり負けたりしてきたことが懐かしく思い出されます。

国際保健、国際協力は、立派な専門分野だと思います。それも、包括的な体験を要求される分野です。派遣課には、25年の現場経験を積み重ね、多くの国際協力の専門家が育ってきています。国際協力のプロジェクトやプログラムをマネジメントできる人間の集団になりつつあると思います。国際協力のプロとして、NGOsや大学、コンサルタントと協働しながら、我が国のODA事業の質の改善に取り組んで欲しいと願っています。

ODAの評価が、その金額によってなされる時代は終わりつつあります。GDPの0.7%を拠出したとか、しなかったとか言うのではなくて、どれだけ成果が得られたかで評価されるようになるべきです。ウィリアム・イースタリーが、著書「傲慢な援助」で言っている、「援助が本当に必要とされている貧しい人々に届かないという“第二の悲劇”」を解消するような協力を率先して取り組んでもらいたい。

以前より、派遣課の強みは現場があることだと言われてきました。現場で現地の人々と、同じ目線で一緒になって考え、一緒になって計画していくやり方に自信を持って欲しい。このようなやり方の正当性を、JICAは勿論のこと、外務省、日本政府、国民に伝えて欲しい。私は、このようなことが出来るのは、25年間の現場経験を持つ派遣協力課以外にはないのではないかと期待しています。

アフガニスタンそして我妻先生

日本赤十字九州国際看護大学学長

喜多悦子

国際医療協力部創立 25 周年式典で思ったことが 2 つあります。1 つは小さな私事、私自身の「国際」経験が同年限と気づいたこと、ほかは、国際医療協力部のそれは単に時間の長さでなく、多様な人材を擁して走り続け拡張してきた部の実際以上の大きさと歴史の重みでした。

1986 年、中日友好病院で勤務の間、当時国内委員であられた医療センター歴代副院長諸先生（鳥居先生、広川先生）のお薦めで、1987 年 12 月、部長我妻先生と課長古田先生の採用インタビューを受け、10 人目のスタッフとして採用されました。当時、「走りながら考える」など申していましたが、実は走り方も学ばねばならない状況でした。国内に本格「国際」研修の場がないのはおろか、「国際」などまともな仕事でない雰囲気もあり、「野良犬集団」と呼ばれた記憶もあります。その中、我妻部長の正統派国際保健「学」と古田課長の開拓派国際保健「実践術」に護られ煽られ経験を積んだのでした。

私の大きな経験は、我が国初の紛争地派遣でした。

難民支援のあり方を変革された緒方貞子先生の UNHCR 着任（1991 年）以来、難民支援に関するわが国の貢献は世界的ですが、1988 年当時、オリエンテーションを受けた組織のどこにも難民や世界の実態に習熟した方はなく、実地計画の支援を受けた当時の JICA 緊急援助室 隅田室長と日夜情報収集し、ああでもない、こうでもない悩んだことなど、隔世の感を覚えます。

古名プルシャプラとは花の都の意のペシャワール、不安と興味を持って、1988 年 11 月 21 日、新設 UNICEF Afghan Programme Office に赴任しました。東西対立最後の代理戦争の場、国際保健のツワモノ達が跋扈する街、200 を超えるピンキリ NGO が切磋琢磨する援助合戦の場、尾行も襲撃も誘拐もあり、ミグが不時着し、ミサイルが降る夜もありました。粗末な女性健診センター開設を発表した数日間、帰宅直後に「I kill you!」の電話が続いたこともあり、あの紛争近傍経験は、既に around fifty だったが故に耐えられたとも思いますが、あの経験なく今の私はあり得ません。直後のジョンス・ホプキンス大学大学院留学、後年の WHO 勤務を含め、国際医療協力部には感謝しか残っていません。

東西冷戦終結、ムジャヒディーン（聖戦士、反共ゲリラ）の勢力争い、タリバンとアル・カイダが勢力を得て、9.11 が起こりアフガン空爆やイラク戦争につながりました。ここ数年のアフガン混乱はパキスタンに波及しています。

そんな中、一昨年、学会の場で我妻先生にお目にかかりました。四方山話の中で、先生はふとおっしゃいました。「君たちがあんなに一生懸命にやってきたのに、アフガニスタンもなかなか良くならない上に、パキスタンもひどくなったね」と。

国際医療協力部が生まれ、育ってきた間、私たちは教をいただくよりも何倍もの文句を申し、お叱りを受ける何倍もの失敗をしつつも先生の周りで踊っていました。その中で、私には忘れられない日があります。それは、アフガン支援に慣れた頃の 1989 年、先生がペシャワールを慰問下さった時でした。当時も治安は芳しくなかったのですが、たまたま、ハイバル峠が通行可能だと判り、先生とご一緒させていただきました。

ダリウス大王やアレキサンダー大王が、僧玄奘もジンギス・カーンも通った世界で最も古くから知られている峠、近くはオサマ・ビン・ラディンがその周辺に潜んでいたとされるパキスタンとアフガニスタンの国境。^{クニザライ} 一帯を支配する部族のガードの許しを得て、国境として張られた鎖を一步だけ越えてアフガン側に入り記念写真を撮りました。

「・・・あんなに一生懸命にやってきたのに・・・」とお言葉は、何故か突然そのカイバル峠に想いが飛ぶとともに、ややもすると先が見えなくなる当時の私に「一生、国際だけでなくもいいのだよ。出来る時に出来ることをやれば良いのだから」とも仰せ下さった先生のお言葉も彷彿しました。

あれから 25 年、部員は内外の国際機関での実践に、転身あるいは復帰した臨床の場で、そして当時はなかった「国際」の教育の場でも根を広がっています。アフガンもパキスタンも、アジアも南米もアフリカも、そして大災害の東北も、保健医療分野の助けを必要とするところはすべて国際医療協力部スタッフのグローバル・ヘルスの学びの場であり活躍の場であるのです。

新たな 25 年を目指し、少しでも安定し、少しでも健康な世界が実現するよう、国際医療協力部の一層のご発展とご貢献を期待します。

25周年を迎えて 将来に向けて

UNICEF ソマリア支援センター
保健・栄養・水衛生事業部長

國井 修

国際医療協力部創立 25周年おめでとうございます。

私が国際医療協力局派遣協力課にお世話になりましたのは、今から 1995年から 2000年までの 5年間、ちょうど 10周年を迎えた頃でした。

自治医科大学の卒業生である私には栃木県でのへき地勤務を終えた後も数年間の義務年限が残っていましたが、「世界のへき地」への貢献も自治医大卒業生の務めと見なしていただき、栃木県衛生部長から当時国際医療協力局長をなさっていた我妻先生にご紹介いただきました。

それまで私は、国際緊急援助の NGO 創設などにに関わり、ODA 批判を平気でする血気盛んな青二才でした。そんな私の言動を懸念して、我妻先生は「あまり問題が多いようなら栃木県に帰ってもらう」と冗談交じり（本気でしたでしょうか？）に仰いましたが、実際に私の「躰役」となった喜多先生にはかなりご苦勞をおかけしたことと思います。

ただ、私にとっては、ちょうど NGO に限界を感じ、ODA をしっかり勉強したいと思っていた時期でしたので、仕事のすべてが新鮮で多くの学びをさせていただきました。JICA の無償資金協力（パレスチナやモザンビークでの病院整備など）から技術協力（パキスタンやインドネシアでの母子保健・地域保健など）、緊急援助（バングラデシュの竜巻災害救援やインドネシアの森林火災の調査など）、さらに総理府（現内閣府）による人道援助専門家グループ（HUREX）の立ち上げから厚生労働省による委託研究（ガボン・象牙海岸でのエボラ出血熱調査など）に到るまで、様々な経験をさせていただきました。多い時には年に 10カ国、260日以上が海外出張ということもありました。

その中でも、特に印象深かったのが 1996年に起こった在ペルー日本大使公邸人質占拠事件です。国立国際医療センター、特に派遣協力課は総出で日本人の人質やそのご家族、現地対策本部の職員の健康管理などに当たっていましたが、たまたま、出張が私に廻ってきた時に特殊部隊による強行突入となり、修羅場を体験させていただきました。

私が派遣協力課に入った時、先輩が、この課は「芸者の置屋」のようなもの、客から呼ばれたらそこに出向いて芸を披露しなければならない、と言っておりました。この言葉は言い得て妙であり、私はそれならお客に喜ばれるよう「芸」を磨こうと決めました。これは現在私が働いている国連にも当てはまり、国際協力とはクライアントの依頼に対して、どれだけ満足できる結果を示せるかが重要とされています。ユニセフの場合、最終的な裨益者（最近では権利保有者“Right holder”）に対して、さらに、その資金を提供してくれるドナーやその寄付者・納税者に対して、どれだけ彼らの期待に応えられるか、満足してもらえる結果を示せるかが重要です。そのためにも、スタッフは能力・技術・芸を磨かないとなりません。

派遣協力課にいた5年間、芸を上達するには「日本」のレベルや価値観ではなく、「世界」のレベルと価値観で国際貢献をすることが必要だと思いました。これは当然のことのように思えますが、結構難しいものです。日本のODAを通じて仕事をしていると、「世界」のレベルや価値観と少しズレがあると感じるのですが、その立ち位置を見つけることがなかなか困難なのです。これは決して日本のレベルが低いとか価値観が悪いというわけではないのですが、真のインターナショナル、さらにグローバルとは何なのか、日本の価値観も大事にしながら考え行動することが必要と感じました。

また、派遣協力課にいる間に努めたことは、活動を終えた後、できるだけ英文で文書化し世界に発信することです。途上国において我々が様々な活動を通じて得た教訓はとても貴重で、それを個人や組織の経験に留めず、世界で同様に挑戦し活動している同業者や次世代に伝え、議論しながら前に進む必要があると思ったからです。

もちろん、派遣目的を逸脱して調査や研究に時間や労力をかけることは問題ですが、国立国際医療センターに「研究」の文字が追加された今、単にサービスを提供するのみならず、その過程や成果を客観的に評価・分析し、将来につながる教訓、エビデンスを引き出して、世界に発信していくことも国際医療協力部の重要な役割だと思っています。

これだけ優秀で経験豊かな人材がこれだけ多くプールされている機関は日本にはほかにありません。ただ、これをこれまで通り「個人芸」として披露していくのか、「団体芸」として相乗効果を生み出していくのかは重要な決断であると思います。

世界は目覚しく動き、グローバル・ヘルスの流れは激しく、国連を含め、多くの組織・機関は時代のニーズに合うように改革を進めているところです。その中で本当に生き残れるのは、組織のミッションを真剣に考え、その目的達成のための有効な戦略を作り、クライアントや裨益者が満足し納得する結果やサービスを届けられるよう、本気で行動する組織だと思っています。

国際医療協力部が日本のみならず、世界の核・リーダーとしてグローバル・ヘルスにますます貢献されますことを、応援団のひとりとして心より祈念しております。

「日本の国際保健の発展」か、「日本の保健医療の国際化」か

国連児童基金ベトナム事務所

HIV/AIDS 専門官

安田直史

医療センターに在籍した時の思い出としてあるのは「専門性論争」でしょうか。当時、医療センターのスタッフにはプロジェクトマネジメントの能力が求められるのであって、特に専門性は必要ないと考えられる傾向にあったようです。事実、ほとんどのスタッフは、次にはどんなプロジェクトに派遣されるか全く分からない状況でした。しかし何人かの課員は、世界で勝負していくためにはやはり各自が確たる専門性を持つこと、そしてそれを磨くことが重要と考えていました。

実は私も外科医あがり、MPH (Master of Public Health) の勉強をしたとはいえ、特に専門実績があったわけではありません。そんな中ひょんなことからエイズのプロジェクトを担当することを打診されましたが、それまでエイズの仕事は留学中に少し勉強したぐらいで、ほとんど経験していませんでした。あまりに唐突だったので、一瞬躊躇しましたが、これも何かの縁と考え、それでは自分はエイズ対策の専門性を磨くから、今後はほかに浮気せずに、ずっとエイズの仕事をして下さい、ということでお引き受けしました。そして医療センターを離れた今もエイズの仕事をしています。

その後 2004 年頃から専門性を磨くことが支持を得て、正式にグループ化が図られました。課員が感染症、母子、保健システムの 3 グループに配属され、基本的にその分野の知識、経験をつんでいくことになりました。この際感染症グループのお世話係を命ぜられ、ポリオ、予防接種、ハンセン、HIV、マラリアなど、多岐にわたりましたが、何とか専門グループの存在意義を示したいと、当時の仲間と頑張りました。それが現在の形に発展したことは感激です。私にとって、医療センターは自分を育て、考え方を定め、機会を与えてくれた場所であり、今でも Extended family の一員と感じていますし、今後も日本の国際保健の中核として常に新鮮で強い組織であってほしいと願っています。

さて、医療センターに在職中には、日本の国際保健は欧米に比べて遅れ、かつ特異だということに気付きました。それを欧米や国際機関と同じ土俵に乗り、日本の国際保健を強くしていきたいという気持ちでいっぱいでした。感染症グループもそういう考えのもとで立ち上げました。また、そのために一度日本を離れ、国連の仕事もしてみたいと考え、ユニセフに異動することにしました。日本ベースを離れて仕事をし、日本の国際保健に外部から関わってきて、違った面が見えました。特にこの間日本の援助額は驚くほど減り、プレゼンスも減りましたが、色々な形で国際保健に関わる人は増え、かつ考え方も「日本特異的」ではなく「国際化」されているように感じられます。しかしそれでも日本国内から見ると、相変わらず異端の変り者が国際化しているに過ぎないようです。他方、このグローバル化する世界の中で、日本国内の保健医療従事者は、むしろ逆により内向きになり、世界の中でもかなり隔離され、グローバル化から取り残されている（あるいは逆行している）のではないかと感じる場合があります。

世界的には保健医療従事者の大移動が見られます。日本でも、途上国から来る保健スタッフ、先進国・途上国から来る患者さんにも接していくことを避けることはできないはずです。日本の保健スタッフは日本人の患者だけを診るために養成されているわけではありません。輸入感染症や医療ツーリズムも増えています。その際、世界の保健状況がどうなっているのかを理解せずにきちんとした対応はできないはずです。「日本の国際保健の発展」と表裏一体の関係で、「日本の保健医療の国際化」という捕らえ方が必要ではないかと感じます。しかしこれは海外に出て何かしろという意味ではなく、目の前の患者さん、現在扱っている研究を行うにあたって、世界的視野の中で、自分の仕事の位置と意義を理解することではないかと思えます。後者をリードするのが必ずしも医療センターの役割だとは思いませんが、「国内保健」と「国際保健」という対立的概念化は避ける必要があるのではないかと思います。

25周年を超えて

聖マリア病院
帖佐 徹

国際医療協力部 25周年シンポジウム盛会おめでとうございます。

既に国際医療協力部（以下、協力部）を卒業し普通の医者としてドメスティックな日常ですが、今回は久し振りに国際100%の環境で、熱い議論に老骨の血も滾りました。しかし一方、周囲を見渡せば、少子高齢化の寄る年波も感じました。昔の青年達はまだまだ意気軒昂なれど、如何にしてこの熱を、この技を、次世代に引き継いでいくかが課題と得心いたしました。

小生は協力部一期生として1986年10月に当時の国立熊本病院から採用されるも、国際協力にも途上国にも全くの無知無心、周囲は国際にける情熱もIQも溢れる方ばかり、真に身も縮む状況。それでも無い知恵や金は出さずに汗を出して、22年超楽しく勤務できたのは存外の人生でありました。

その間国際協力を取り巻く状況は変遷を重ねています。赴任当時、日本はバブル真っ盛りで、国際協力もバブルでした。巨額の無償供与とハコモノが全盛でしたが、「魚をあげるより魚をとる技術を援助するべきである」という「日本の持つ技術」を移転する思想が普及してきた頃でもあります。極端に言えば日本人であれば専門家になれるという、日本モデルが通用した時代です。しかし現在の右肩下がり経済情勢、内向きの政治情勢は、パラダイムシフトです。途上国の方法にも学び、日本側にも学ぶという互惠方式に変更せざるを得ないでしょう。

国内医療現場に戻ると、国際協力がいかに新しい保健戦略の実験場であったかに気づきます。Behavior Change、Empowerment、Health Promotion 等々、どこかで聞いた言葉が、「糖尿病の」「生活習慣病の」とか接頭語を変えて使われています。東日本大震災でも国際緊急援助やサーベイランスの経験が役立てられていました。国際協力は決して国内的に孤立した活動ではないと自信を持てます。

反面、多すぎる業界思想や用語に振り回されることもあります。「現場を知る」姿勢があれば、方針は揺らぎません。中国ポリオ根絶では大先輩の千葉先生が一貫して、政策担当者に現場を見せるというフィールドサーベイランス戦略を取られました。ハイレベルの行政官は文書報告や短期視察に頼って、実際の草の根を知らないのはどの国でも同じです。彼らが理解した時初めて事業は進展するわけです。小生もこれに学んで、ラオス国ポリオ根絶では同様の戦略でした。ラオス当局だけでなくWHOやUNICEFと共通の理解を持って、OPV（経口ポリオワクチン）だけでなくEPI（拡大予防接種プログラム）4種ワクチンの全国予防接種キャンペーンが導入できました。

かように「現場」は重要です。次世代養成の重要性とも併せてEarly Exposureということでスタディツアーなど多く組まれています。やはり実際に現場で働いてみるのとは大違いです。質量ともに現場が縮小している時勢ですが、協力部はそういう環境を醸成できる数少ない施設の1つです。若者の熱い心の受け皿として今後とも機能していただきたいと思います。

最後に若者へ。多くの国では昼間はカウンターパート（相手国の受入れ担当者）が建前しか言いません。夜になってアルコールが入ってからが実質協議です。労災にはなりません業務飲酒です。知力・胆力より肝力の鍛錬を忠告して終わります。

「僕たちは世界を変えることができない。But, we.....」

世界保健機関カンボジア事務所
HIV 結核チームリーダー

藤田雅美

私は 1996 年から 7 年余りの間、派遣協力課にお世話になりました。その後、WHO 西太平洋地域事務局、同ベトナム事務所を経て、2010 年よりカンボジア事務所におります。カンボジアには長年にわたり数多くの国際医療研究センターの方々がかかわって来られ、この国の保健医療分野の発展の歴史に意義深い足跡を残されました。私が勤務する WHO カンボジア事務所にとりましても、国際医療研究センターは母子保健や人材開発の分野を中心に重要なテクニカルパートナーであり、協力関係の一層の強化・拡大が期待されているところです。

カンボジアに関する最近の話題ということでは、2011 年 9 月に公開された映画「僕たちは世界を変えることができない。But, we wanna build a school in Cambodia」をご覧になった方も多いのではないでしょうか。一人の医大生が、たまたま手にした海外支援案内のパンフレットに触発され、カンボジアでの学校建設に奔走したという実話をもとにした物語です。これを観ていてまず思い出したのが、私が医学部を目指していた高校時代に見た「ヒポクラテスたち」という映画です。学生運動の残り火がくすぶる時代に臨床実習 1 年間をすごした学生たちの不安や葛藤を描いた、いわゆる青春群像劇でした。モラトリアムをめぐる課題に、しばしば他の世代よりも無防備な状態で対峙する若者に生まれる根源的な疑問や感動は、30 年の歳月を越えて 2 つの映画に共通しているように感じました。（「ヒポクラテスたち」でとても印象に残る脇役を演じていた柄本明の息子が「僕たちは世界を…」に出演していたことは単なる偶然かと思いますが……。）

スクリーンが思い出させてくれた記憶のもう 1 つは、私がお世話になっていた頃の派遣協力課の風景です。地方大学の公衆衛生学講座からセンターに異動してきた私にとっては、朝から晩まで国際保健医療協力について議論し行動する環境にはとても新鮮なものがありました。多様なバックグラウンドと専門性を持った方々が、1 つひとつの案件だけでなく国際保健の将来像や日本及びセンターの役割について意見をぶつけ合っていました。ときには「世界を変えられるのではないか」と思われるほどに熱気に溢れた議論が繰り広げられることもありました。

一方で、私は在籍中にパラグアイ、パキスタン、アメリカ（ボストン）、インドネシア、フィリピン、ボスニア・ヘルツェゴビナ及びタイに関わる案件・研修に参加する機会をいただいたのですが、どれもやりがいのある充実した時間であったと同時に、思い返すほどに自分の至らなさを恥じる場面の連続でもありました。歴代の局長（古田先生、田中先生、土居先生）、課長（喜多先生、吉武先生、建野先生、千葉先生）、個別案件の先輩方（三好先生、仲佐先生、帖佐先生、石田先生）からは、時には厳しく、時にはやんわりとたしなめていただきました。センターを退職してからも、同じようなことを繰り返すたびに、先生方のお言葉やご寛容を思い出しています。また、同僚、事務の方々からいただいたご支援、ご配慮にも改めて感謝申し上げたいと思います。

WHOに職を得てから早くも10年が過ぎました。タイのHIVの案件を通して学んだことを礎に、センターの方々のご支援もいただきながらHIVの仕事を続けて来ましたが、残っている課題、新たに生じてくる問題の解決に参加する機会を与えられている幸運を無駄にしないようにしなければと思います。WHO全体としても組織全体の改革が待たなしの課題としてつきつけられており、その中で自分にできることを考えていく必要があります。

ここ数年、派遣協力課主催の「国際連携ワークショップ」に呼んでいただいて、派遣協力課の皆様といろいろなお話をしたり、時には夜半に歌唱の時間を持てたりしたことは大きな喜びでした。国際保健医療協力をめぐる世界と日本の状況が大きく変わっていく中で、派遣協力課が取るべき道筋を見極め修正し続けていくことは容易ではないと思いますが、引き続き情報、アイデア、そしてパッションを交換し触発し合う機会を作っていただけたらと思います。

「僕たちは世界を変えることができない。But, we wanna build a school in Cambodia」に登場する大学生たちは、どうしたらいいかわからない時、何を言ったらいいかわからない時、想いの丈を歌声や身体全体で表現しようとしていました。そしてこの物語は、「僕たちは世界を変えることができない。でも、あの日、あの瞬間、子どもたちが笑って、僕たちが笑ったことだけは真実だ」という言葉でひとまず幕を降ろしました（まだ観てない方、ごめんなさい）。

銀幕の中の20代に憧れや畏敬の念すら抱いてしまう私はすでに40代を終えるところに差し掛かっていますが、「僕たちは世界を変えることができない。But we.....」に続く言葉を1つひとつ見定めて進んでいければと思っています。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

おわりに

2011年10月、国際医療協力部（以下、協力部）が国際医療センター内に国際医療を担当する部署として設置されて25周年を迎えました。皆さまの寄稿にありますように、25年前は国際医療協力という分野がまだ発展途上で、何をどのように実施していくかの試行錯誤が行われていた時代です。協力部には、当初から勤務しているスタッフもあり、国内外の関連機関や開発途上国の現場で実績を積んできました。その活動実績やノウハウの蓄積は高く評価されています。さらに、協力部よりWHO、ユニセフなどの国際機関や大学などに転職し、自らのフィールドを海外や教育の場に移し、より幅広い活動を展開している方々もおります。永年の人材の層の厚さ、活動の積み重ねの大切さが感じられます。

2011年12月3日には「25周年記念シンポジウム」が開催され、国際医療協力分野で成し得たこと、これから行っていく方向性について活発な議論がなされました。今までに様々な国に飛び込み、密な人間関係を各国で構築し、開発途上国の生活状況を改善するための地道な努力が行われており、その一端がシンポジウムで報告され、これからの国際協力への提言も行われました。

国際協力で培われたノウハウは海外だけで役に立つだけでなく、2011年3月11日に発生した東日本大震災の現場でも生かされました。被災地で不足する物資や壊れた生活基盤、混乱した指揮・命令系統など、協力部のスタッフが途上国で普段から目にして対応してきた状況に類似しており、大変現地に溶け込みやすかったとのことでした。

国際協力とは、実は日本と海外という切り離れた関係でなく、地球上で行われる様々な協力のひとつで、そこにボーダーはないのでしょうか。

これからも国際医療協力に関わっている皆さまと協力しながら、国際保健医療分野での様々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、皆さまのご協力、温かいご支援をお願いいたします。

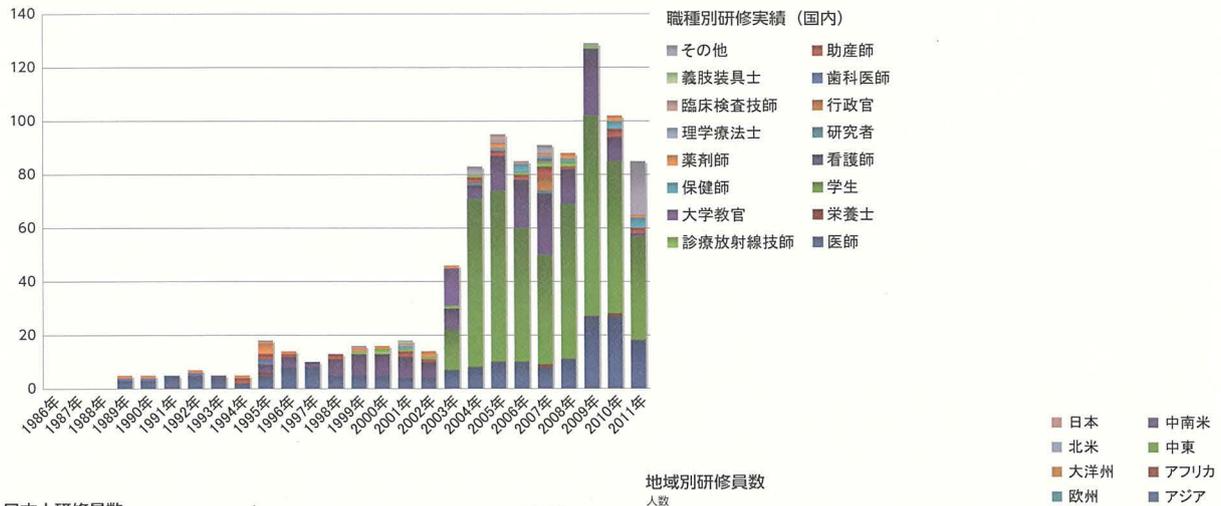
独立行政法人 国立国際医療研究センター
国際医療協力部長 **金井 要**

資料

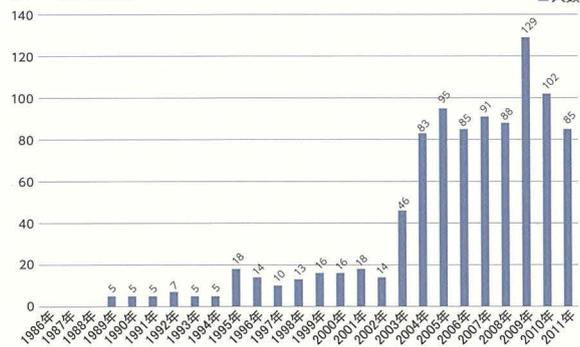
派遣実績・専門家派遣国	P104
研修実績・技術協力プロジェクト	P105
研究業績	P106

研修実績

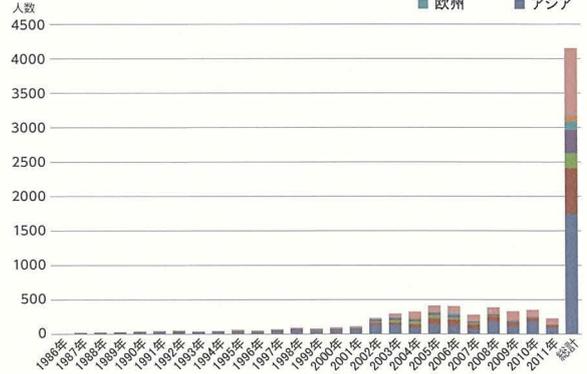
2011年9月30日現在



日本人研修員数



地域別研修員数



技術協力プロジェクト

アジア地域	
中国	ポリオ対策プロジェクト 予防接種事業強化プロジェクト ワクチン予防可能感染症のサーベイランス及びコントロールプロジェクト チョーライ病院プロジェクト バックマイ病院プロジェクト
ベトナム	ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト 中部地域医療サービス向上プロジェクト 世界保健機構西太平洋地域ベトナム事務所 (EPI 担当官) 保健省アドバイザー バックマイ病院地方医療人材研修能力強化プロジェクト 保健医療従事者 質の改善プロジェクト
ラオス	日本・WHO 公衆衛生プロジェクト 小児感染予防プロジェクト 子どものための保健サービス強化プロジェクト 保健医療協力計画個別専門家 保健セクター事業調整能力強化 Phase1 Phase2 南部母子保健統合サービス強化プロジェクト
カンボジア	母子保健プロジェクト Phase1 Phase2 地域における母子保健サービス向上プロジェクト 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト 医療技術者育成システム強化プロジェクト
タイ	公衆衛生プロジェクト エイズ予防地域ケアネットワークプロジェクト 国際寄生虫対策アジアセンタープロジェクト 国際寄生虫対策アドバイザー 国連インフルエンザ調整機関地域調整官
ミャンマー	「主要感染症対策」エイズ対策プロジェクト 基礎保健スタッフ強化プロジェクト
ネパール	医学教育プロジェクト
バングラデシュ	リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト 南スラウェシ地域保健強化プロジェクト
インドネシア	鳥インフルエンザ・サーベイランスシステム強化プロジェクト 保健省アドバイザー
インド	新興下痢症対策プロジェクト

ブータン	EPI サービス向上のためのプロジェクト 母子保健プロジェクト
パキスタン	拡大予防接種計画・ポリオ根絶構想支援 EPI/ ポリオ対策プロジェクト
アフガニスタン	リプロダクティブヘルスプロジェクト

中東地域	
イエメン	結核対策 (Ⅲ) プロジェクト

アフリカ地域	
エジプト	家族計画母子保健プロジェクト マジュンガ大学病院センター総合改善プロジェクト
マダガスカル	マジュンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト 母子保健サービス改善プロジェクト
ザンビア	地方部 ART 技術アドバイザー HIV/ エイズケアサービス強化プロジェクト
ジンバブエ	マシング州 HIV 母子感染予防プロジェクト
ブルンジ	保健省アドバイザー
コンゴ民主共和国	保健省次官付顧問 保健人材開発支援プロジェクト 保健人材開発促進プロジェクト
セネガル	セネガル保健予防医学省大臣官房技術顧問 タンバウンダ州母子保健サービス改善プロジェクト 保健予防医学省大臣官房技術顧問

中南米地域	
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 サンタクルス総合病院プロジェクト サンタクルス医療供給システムプロジェクト
ボリビア	サンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト 地域医療システム向上プロジェクト
ブラジル	東北ブラジル公衆衛生プロジェクト 東北ブラジル健康なまちづくりプロジェクト

研究業績

喜多悦子	政府間の医療協力の現状と問題点 - JICA の医療協力事業を例にして - . 人間の医学 175 Vol.30 No.6:30-38. 1995
喜多悦子	国際比較による健康と教育の関連 - 教育は人々を幸せにするか - . 医学と教育 '95.6 : 24-27. 1995
喜多悦子	難民の医療 . 奈医報 8(1)1995. 1995
喜多悦子	乾いた悠久の時 - パキスタン . 世界と人口 No.251:28-32. 1995
喜多悦子	阪神大震災から学ぶ災害時の医療 . 医学のあゆみ Vol.173 No.11:919-920. 1995
喜多悦子	開発途上国とその保健医療 . 国際保健協力フィールドワークフェローシップ 1995 : 25-34. 1995
赤木真寿美、喜多悦子	アメリカにおける災害医療システム FEMA (連邦緊急管理庁) と NDMS (国家災害医療システム) . 病院 54 巻 9 号 :864-870. 1995
Kita.E, et al.	Prevalence and clinical presentation of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Pakistani pathan and refugee Afghan communities in Pakistan : Implications for the use of primaquine in regional malaria control programmes. Trans. roy. Soc. Trop. Med. Hyg. 89:62-64. 1995
伊勢 泰	途上国における医学教育への国際協力 - ネパール医学教育プロジェクトの事例から . 日本医事新報 No.3724:82-84. 1995
千葉靖男、帖佐 徹、黒岩宙司 ほか	アジアにおけるポリオサーベイランス - その臨床的側面について . 感染症 Vol.25 No.1:5-11. 1995
千葉靖男、楠本一生 ほか	ポリオ根絶構想と A F P サーベイランス . ウィルス 45(1):53-55. 1995
千葉靖男、楠本一生、疋田 和生、帖佐 徹、黒岩宙司 ほか	西太平洋地域におけるポリオ根絶計画の進歩 . 国際協力研究 Vol.11 No.1:77-87. 1995
千葉靖男	アジアの予防接種とポリオ根絶計画 . 厚生 9 : 30-31. 1995/1
千葉靖男	西太平洋地域の E P I とポリオ根絶計画 . 臨床とウィルス第 23 巻 第 3 号 :117-121. 1995
千葉靖男	ポリオ - アジアの現状とその根絶計画 - . 小児科診療第 58 巻第 9 号 :1588-1593. 1995
千葉靖男	アジアにおけるポリオ根絶計画の進展 . 小児感染免疫 Vol.7 No.2:132-136. 1995
吉武克宏	国際医療協力の実際 . 国際保健協力フィールドワークフェローシップ 1995:35-36. 1995
上原鳴夫	Evolution of the Concept of Quality, and Potentials of TQM in Health Service Proceedings of the ASEAN Seminar-Workshop. MOH/GOI. 1995
Kusumoto.K	Quality Management of Health Service on Polio Eradication in Shandong Province. Lancet. 1995
Kusumoto.K	Progress in Poliomyelitis Eradication in China. Journal of Pediatric Infectious Diseases. 1995
Kusumoto.K	Eradication of Polio myelitis:Progress in the Peoples Republic of China. Pediatric Infect Diseases J 14:308-14. 1995
帖佐 徹	ラオスのポリオ根絶事業 . ウィルス 45(1):61-64. 1995
帖佐 徹	ラオスのポリオ根絶事業 . 日本小児科医会ニュース 22. 1995
清水 利恭	ポリビア日系コロニアの出産と育児 . 移住研究 No.32. 1995
小原 博	ベトナムとアルテミスニン . 熱帯 28:58-63. 1995
小原 博	海外在留日本人に対する電話による健康相談の紹介 . 日本医事新報 No.3714:52-54. 1995
Ohara.H	Attempt to apply Pathological diagnosis using immunofluorescent antibody method to some infectious diseases. SOUBENIR Vol.1:20-21. 1995
Ohara.H	Association of G-6-PD Deficiency, Sickle Cell Hemoglobin and Blood Groups with Resistance to Malaria Infection. A Survey on Different Castes in Southern Nepal. Jpn.J.Parasitol.Vol.44 No.5:396-403. 1995
Ohara.H	Prevalence of Campylobacter jejuni and Yersinia Enterocolitica in Urban and Rural of Central Nepal Communities. Journal of Zoonotic Diseases 95:29-34. 1995
Ohara.H	Infection of Schistosome in the Japanese Expatriate in Zambia:Man-made Like May be Possible Source of Infection. The Japanese Journal of Parasitology Vol.44 No.3:191-195. 1995
Ohara.H	No antibody production observed against cuticle Layer of Brugia paphangi in naturally infected rat-implication of an evasive mechanism against host immunity. Jpn.J.Parasitol. Vol.44 No.4:290-297. 1995
小原 博	人造湖、灌漑施設と熱帯病 . 熱帯 ,28:186-192. 1995
三好知明	ポリビア・サンタクルス総合病院における急性肺炎および外科的治療についての臨床研究 . 辟瘴病研究財団第 1 回研究報告書 :23-29. 1995
Miyoshi.C	The cost-effectiveness of Blood donor screening Programs to identify transfusion Chagas' disease in Bolivia. Takemi Program Research Paper No.101. 1995
椎名丈城	途上国と放射線医学 [ポリビア / ネパール] . 厚生 10:30-31. 1995
三好知明、仲佐 保、新崎康博、田辺 徹、喜多悦子、我妻 堯	「発展途上国における保健医療協力」病院協力の役割 . 日本国際保健医療学会雑誌 9 巻 1 号 :41-44. 1995
三好知明、堀越洋一、仲佐 保、田辺 徹、喜多悦子、我妻 堯ほか	ポリビア・サンタクルス総合病院外科におけるレジデント制度 . 医学教育 26 : 207-213. 1995
椎名丈城、喜多悦子、我妻 堯 ほか	開発途上国における放射線機器設置のあり方 - 無償資金協力へのガイドライン - . 国際協力研究 Vol.11 No.1:89-96. 1995
椎名丈城、喜多悦子、仲佐 保、上原鳴夫、我妻 堯	我が国の保健医療分野における ODA 無償資金協力 . 熱帯 28:86-89. 1995
明石秀親	私の提言「総合的災害対策の整備を」 . 東京の災害を考える :29-30. 1995
村上 仁	カンボディアの安全な出産のために . 公衆衛生' 情報 12:38-39. 1995
Murakami.H, et al.	Assessing Empowerment in Health Education Programs Challenges for Evaluators Based on Express in Cambodia. World Education Report No.31. 1995
Kunii.O, Kita.E	PROCEEDING OF THE HEETING OF JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH. THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH. 1995
Kunii.O, Kita.E	The Medical and Public Health Response to the Great Hanshin-Awaji Earthquake in Japan:A Case Study in Disaster Planning. Medicine & Global Survival Vol.2 No.4:214-225. 199
Ohmae.H, et al.	Prevalence of Malaria and its relationship to Anemia, Blood glucose Levels, and serum somatomedin c(IGF-1) levels in the Solomon Islands. Acta Tropical 59:207-220. 1995
Ohmae.H, et al.	Relationship of Haptoglobin Poly-morphism to Mararia in the Solomon Islands. Internal Medicine 34:342-346. 1995
喜多悦子	アンプロダグティブ (非生産的) なリプロダグティブヘルスの会 . 国際開発ジャーナル 4:29. 1996
喜多悦子	国際協力の現場から - カンボディア "平和" に向かう道のり . 世界と人口 5:18-23. 1996
喜多悦子	国際協力と薬のあれこれ . 鳳川 JOURNAL 岐葉東京ジャーナル第 7 号 78-83. 1995
喜多悦子、若杉なおみ、青山温子、山田多佳子	世界の母乳栄養の状況 . 周産期医学 Vol.26(4):465-470. 1995
吉武克宏	参加型アクションリサーチ - タイ公衆衛生プロジェクト技術協力の経験から - . 医学のあゆみ Vol.1178 No.12:889-892. 1996

Ohara.H. et al.	Prophylaxis of acute viral hepatitis by immune serum globulin, hepatitis B vaccine and health education. Am.J. Trop. Med. Hyg.,56(1):76-79. 1996
小原 博ほか	海外レポートネパールの検査室事情. 臨床検査第 40 巻第 6 号 :723-724. 1996
小原 博	ネパールで注目の感染症. 熱帯第 29 巻 :94-106. 1996
小原 博ほか	電話による健康相談における医動物学. 日本医事新報 ,3750:30-32. 1996
小原 博	地域における疾患の概況とその予防対策 アジア. 臨床成人病第 26 巻第 11 号. 1996
村岡 亮	海外渡航者の診療マニュアル肝炎 (A,B,E) . JIM (総合診療誌) 6 巻 6 号 :512-513. 1996
Muraoka.A. et al.	Canine H+K+ -ATPase α -subunit gene promoter : studies with canine parietal cells in primary culture. American Journal of Physiology 271.G1104-13. 1996
Shinta.T. et al.	Guideline for Japan' s Grant Aid for Radiological Equipment for Developing countries. Technology and Development No.9:109-114. 1996
上原 嶋夫	時系列別医療刻 -災害サイクル- PHC 期. Emergency Nursing 新春増刊 [災害看護] :110-118. 1996
疋田和生、松葉 剛、千葉靖男、楠本一生ほか	中国山東省のポリオサーベイランス - 1993 年以降の状況と問題点 -. 臨床とウイルス Vol.24 No.5. 1996/12
Ohmae.H. et al.	Approaches to the Elimination of Schistosomiasis on Bohol Island, Philippines. Jpn. J. Parasitol Vol.45 No.5,391-399. 1996
Ohmae.H. et al.	A Study on Epidemiology of Hypertension in Solomon Islands. Hypertension Research Vol.19 No.4:301. 1996
大前比呂思、疋田和生	臨床症状によるマラリア診断と疫学的指標への応用. Clinica Parasitology Vol.7 No.1:52-55. 1996
Kuroiwa.C	Role of tachykinins in bronchoconstriction induced by intravenous administration of bradykinin in guinea-pigs. Euro Respir J:741-746. 1996
Kunii.O. et al.	Role of external medical volunteers after disasters. LANCET Vol.347:1411. 1996
Kunii.O. et al.	Health impact of 1996 tornado in Bangladesh. LANCET Vol.348:757. 1996
国井 修	バングラデシュの熱い風のなかで. 国際開発ジャーナル 481 号 :130-131. 1996
国井 修	国際緊急援助隊医療チーム (JMTDR) がゆく患者と被災状況に関する統計. JICA JDR NEWS No.18:8-9. 1996
国井 修	中国・南京医科大学大学生におけるスクラッチテスト陽性率と鼻アレルギー有病率 (第二報 : カモガヤとブタクサについて) . 耳鼻と臨床 Vol.42.No.6-1098-1103. 1996
藤田雅美ほか	政策科学としての公衆衛生学. 日本公衆衛生雑誌第 43 巻第 7 号 :517-519. 1996
千葉靖男	ポリオワクチンとポリオ根絶計画 - 中国のポリオ根絶の進展を中心として -. ウイルス 47(1):15-23. 1997
千葉靖男ほか	疫学レポート 中国におけるポリオワクチン一斉投与とポリオ根絶計画. 臨床とウイルス第 52 巻第 5 号 :341-348. 1997
Matsuba.T. Chiba.Y. et al.	The Utility of Hayashi's Quantification Theory Type2 for the Rapid Assessment of The Epidemiological Survey in Developing Countries-in a Case of The Vaccine - Coverage Survey in Yunnan Province, China. Journal of Epidemiology Vol.8 No.1:24-27 March 1998. 1998
Ikeda.N. et al.	Dietary habits and nutritive conditions of inhabitants, Prek Russey Commune, Cambodia. 名古屋経済大学・市郷学園短期大学 自然科学研究会会誌第 32 巻第 1 号 :1-11. 1997
小原 博	[特集] 海外渡航者の診療ガイド地域別感染症の動向とその予防 アジア. 治療 Vol.779 No.7:94-99. 1997
喜多悦子、小原 博	海外渡航者診療の現状. 治療 Vol.79 No.7:17-22. 1997
喜多悦子	国際化時代の育児相談. 日医雑誌 第 117 巻 9 号 :1564. 1997
小原 博	ランブル鞭毛虫症. 小児科 第 38 巻 10 号 :1253-1258. 1997
小原 博	国際感染症の現状と課題臨床医の立場から. 厚生省臨床検査技師協会 No.26:14-53. 1997
小原 博、帖佐 徹、楠本一生	ネパールで報道された奇病. 熱帯 第 30 巻 :10-16. 1997
Ohara.H. et al.	Bacteriology of diarrhea in Nepal. J.Inst.Med.19:128-132. 1997
Ohara.H. et al.	Resurgence of malaria in Southern Nepal. a study of Socio-Medical Aspects. Environmental Science,4:55-70. 1997
小原 博	ネパールの医療事情と医学教育プロジェクト. 熱帯 第 30 巻 :1-6. 1997
Ohara.H. et al.	PROPHYLAXIS OF ACUTE VIRAL HEPATITIS BY IMMUNESERUM GLOBULIN, HEPATITIS B VACCINE AND HEALTH EDUCATION:A SIXTEEN YEAR STUDY OF JAPANOVERSEAS COOPERATION VOLUNTEERS. Am.J.Trop.Hyg.56 (1):76-79. 1997
Ohara.H	SCHISTOSOMA MANSONI-LILE EGGS DEICTED IN STOOL OF INHABITANTSS IN SOUTHERAN NEPAL. J. Nep. Med. Assoc.37:386-387. 1997
Ohara.H	Intestinal parasitic infections in rural areas of Southern Nepal. Journal of the Institute of Medicine19:115-121. 1997
小原 博	ネパール南部住民の糞便中に検出されたマンソン住血吸虫卵. Clinical Parasitology Vol.8 No.1:61-63. 1997
Ohara.H. et al.	Hospital based study in Southern Nepal on morbidity of malaria. Journal of Nepal Health Research Council 2(1):18-22. 1998
村岡 亮、喜多悦子、古田直樹	開発途上国派遣保健医療専門家研修 プログラム実施 7 年間の経験より. 医学教育第 28 巻第 5 号 :330-331. 1997
平林国彦ほか	中国・雲南省における HIV 感染の動向と分析. 日本公衆衛生誌 44.5:400-409. 1997
Ikeda.N	MEETING REPORT Oral lesions associated with betel quid and tobacco chewing habits. Oral diseases (1997)3:204-205. 1997
山田多佳子	カンボディアの母子保健状況. 月刊母子保健 第 464 号. 1997
明石秀親、堀越洋一、喜多悦子	無償資金協力に考慮すべき因子 -ウガンダの病院協力から-. 国際協力研究 Vol.13 No.2:52-34. 1997
黒岩宙司、帖佐 仁、千葉靖男ほか	ラオス人民民主共和国におけるポリオ根絶計画とポリオサーベイランス - 2 年間のアクティブケースリサーチの成績について. 臨床とウイルス Vol.25 No.4:262-270. 1997
村岡 仁	医薬品回転資金システムのマネージメント -ラオスにおける事例研究-. 国際協力研究 Vol.13 No.1:23-34. 1997
国井 修ほか	中国・南京医科大学大学生におけるスクラッチテスト陽性率と鼻アレルギー有病率. 耳鼻と臨床 Vol.43 No.1:57-61. 1997
国井 修ほか	中国江蘇省の青少年におけるスクラッチテスト陽性率と鼻アレルギー有病率. 耳鼻頭頸 69(2):177-182. 1997
国井 修、加藤紀子ほか	バングラデシュ竜巻災害による健康影響. 日本国際保健医療学会雑誌第 11 巻第 1 号 :7-17. 1997
国井 修ほか	中国・南京医科大学大学生におけるスクラッチテスト陽性率と鼻アレルギー有病率 (第四報 : 1995/1996 年度結果) . 耳鼻 :43:442-446. 1997
国井 修ほか	寄生虫と鼻アレルギー. 医薬の門 :54-57. 1997
国井 修ほか	寄生虫と鼻アレルギー. その 2. 医薬の門第 37 巻第 6 号 :69-73. 1998
吉武克弘、新崎康博、金川修造	国際協力における病院協力に基本原則に関する一考察. 国際協力研究 Vol.14 No.2. 1998
千葉靖男、疋田和生、松葉 剛、帖佐 徹ほか	中国南方ポリオ高危険地域におけるアクティブサーベイランス. 臨床とウイルス Vol.26 No.4. 1998
Ohara.H. et al.	Hospital based study in Southern Nepal on morbidity of malaria. Khoj-Bin:Journal of NHRC1998;2(1):18-22. 1998
Ohara.H. et al.	A Cross Sectional Study on Intestinal Parasitic infections, in Primary School Children of Godar VDC Nepal(1998). JOURNAL OF THE NEPAL ASSOCIATION FOR MEDICAL RABORATORY SCIENCES Vol.1 No.1:61-64. 1998
Ohara.H. et al.	OCCURRENCE OF JAPANESE ENCEPHALITIS VIURS IN MID-WESTERN REGION OF NEPAL : A DERO-EPIDEMI OLOGICAL STUDIES ON CLINICALLY DIAGNOSED ENCEPHALITISIN RELATION TO SEVERE MALARIA. JOURNAL OF THE NEPAL ASSOCIATION FOR MEDICAL RABORATORY SCIENCES Vol.1 No.1.: 1998

Ohara.H	Identification of malaria endemicity in rural Areas of Nepal : A malariometric and seroepidemiological study in Children. Journal of the Institute of Medicine 1998;20:164-175. 1998
小原 博	ネパールで経験したサイクロスポーラ症. Clinical Parasitology Vol.9 No.1. 1998
小原 博、高島義裕、古田直樹	日本人海外渡航者と感染症. 熱帯 第31巻:155-161. 1998
小原 博ほか	ネパールで経験したサイクロスポーラ症. Clinical Parasitology Vol.9 No.1:101-102. 1998
山田多佳子、村上 仁、青山温子、建野正毅	カンボディア母子保健プロジェクトにおける技術協力と無償資金協力の連携. 日本国際保健医療学会雑誌 第13巻第1号. 1998
國井 修、金川修造 ほか	インドネシア森林火災における国際緊急援助隊 (JDR) 医療専門家チームの役割. 日本集団災害医療研究会誌.Vol.3 No.1:68-74. 1998
國井 修 ほか	中国における鼻アレルギーの疫学調査—その日本との比較—. 耳鼻 44:634-643. 1998
藤田雅美	参加的計画手法について 活動の「見直し」にもとづく「見直し」のために. 響き合う街で No.8:36-41. 1998
Matsuda.T, Chiba.Y, et al.	The Utility of Hayashi's Quantification Theory Type2 for the Rapid Assessment of The Epidemiological Survey in Developing Countries -In a Case of The Vaccine Coverage Survey in Yunnan Province, China. Journal of Epidemiology Vol.8 No.1:24-27. 1998/3
堀越洋一	在ペルー日本大使公邸人質事件と国際医療協力. Biomedical Perspectives Vol.7 No.1:113-115. 1998
Ikeda.N, et al.	Oral mucosal lesions associated with Betel quid, areca nut and tobacco Chewing habits : consensus from a Workshop held in Kuala Lumpur Malaysia., J Oral Pathol Med.1999 Jan;28(1):1-4. 1999
青山温子	西アジア諸国の女性の栄養について. アジア女性研修 8:38-46. 1999
千葉靖男、小林 誠 ほか	中国5省急性弛緩性麻痺症例の追跡調査分析. 中国計画免疫 第5巻第4期. 1999
Ohara.H, et al.	The suspected existence of Schistosoma mansoni in Dhanushaligy District southern Nepal. Annals of Tropical Medicine & Parasitology Vol.93 No.3:273-278. 1999
Yoshitak.K, Arasaki.Y, Kanagawa S	Technology and Development Institute for International Cooperation, Jan.2000.
Kuroiwa.C, Chosa.T, Murakami.H, Chiba.Y	Polio Surveillance in LaoPDR, A Two-year Experience of Active Case Search.1994-96. Journal of Tropical Pediatrics Vol.45. 1999
高島 義裕	Problem and Our Solutions for Implementing Telemedicine Systems, Journal of Medical Systems Vol.23 No.6. 1999
帖佐 徹	タイに忘れかけている公衆衛生の原点を見た. 第九回 HIV/AIDS 自立する心 支える心. 公衆衛生情報.42-43. 2000
Chosa.T	Experiences with PMCT in Phayao, Thailand, Prevention and Care of HIV/AIDS. Challenge for Asia AIDS Workshop in Asia.37-39. 1999
Chiba.Y, Murakami.H, Kobayashi.M, et al.	A Case of Poliomyelitis with Infection of Wild poliovirus in Qinghai Province, China. in October 1999. Jpn. J. Infect Dis. 53:135-6. 2000
Y.Ishida, et al.	Three Cases of Pure Neuritic (PN) Leprosy at Detection in which Skin Lesions Became Visible During Their Course. Jpn. J. Leprosy 69:101-106. 2000
Nagao.T, Ikeda.N, et al.	Outcome following a population screening programme for oralcancer and precancer in Japan. J Med Screen.7(2):203-208. 2000
Nagao.T, Ikeda.N, et al.	Serum antioxidant micronutrients and the risk of oral leukoplakia among Japanese inhabitants. Oral Oncology, 36:466-70. 2000
Nagao.T, Ikeda.N, et al.	Serum antioxidant micronutrient levels in oral lichen planus. J Oral Pathol Med, 2000.
Murakami.H,et al.	Revolving drug funds at front-line health facilities in Vientiane, Lao PDR. Health Policy and Planning, 16(1):98-106. 2000
Yamamoto.R, Nagai.N, et al.	Effect of Intestinal Helminthiasis on Nutritional Status of School children. Southeast Asian J Trop Med Public Health 31(4):755-761. 2000
Kuroiwa.C, Chosa.T, Murakami.H, Wakai.S, et al.	Risk of poliomyelitis and re-emergence in Laos. Lancet 356:1487-1488. 2000
Yamada.T, Akashi.H, Fujita.N, Sugimoto.T	Introduction of the User Fee System at the National Maternal and Child Health Center in Cambodia. Technology and Development 14:33-39. 2001
Ohara.H	Bach Mai Hospital Project and Community Medicine. Clinical Medicine Information.1:41-47. 2000
三好知明	保健医療改革の中で—ポリビア・サントクスでの技術協力を終えて—. Biomedical Perspectives Vol.9(2):78-84. 2000
金川修造	開発途上国における母子保健プロジェクト. 薬の知識 51(8):232. 2000
山田多佳子、明石秀親、藤田直子 ほか	カンボディア国立保健センターにおける医療費有料化の試み. 国際協力研究 15(2):11-19. 1999
山田多佳子、吉武克宏	途上国における新生児医療のあり方とその協力に関する一考察. 国際医療協力研究 16(2):41-47. 2000
千葉靖男、村上 仁、小林 誠 ほか	中国青海省で 1999 年 10 月発生した野生ポリオの一症例—ポリオ消滅地域での野生ポリオ輸入に対する警戒の重要性について—. 臨床とウイルス 28(3):138-142. 2000
千葉靖男	1999 年 10 月中国青海省で野生ポリオが発生. 病原微生物検出情報 21(10):216-217. 2000
清水真由美、橋本千代子	ブラジルペルナンブコ州におけるコミュニティ・ヘルスワーカーの研修・業務評価. 日本国際保健医療学会雑誌 14(1):43-49.2000.
石田 裕 ほか (日本ハンセン病学会・医療問題委員会・治療指針と治療判定基準に関する小委員会)	ハンセン病治療指針. 日本ハンセン病学会雑誌 65:157-177. 2000
永井伸彦、大前比呂恩 ほか	選択的プライマリヘルスケアにおけるマラリア対策方法の検討: ソロモン諸島における治療対策の試みと費用分析. 日本国際保健医療学会雑誌 14(1):15-25. 2000
小原 博	バックマイ病院と 20 世紀. 熱帯 33:215-221. 2000
Sakurada.S, et al.	Effective Human Herpes virus 8 Infection of Human Umbilical Vein Endothelial Cells by Cell-Mediated Transmission. J. Virol. 75(16):7717-7721. 2001
Yamada.T, Akashi.H, Fujita.N, et al.	Introduction of the user fee system at the National Maternal and Child Health Center in Cambodia. . Technology and Development 14(1):33-39. 2001
Nagao.T, Ikeda.N, et al.	Serum antioxidant micronutrient levels in oral lichen planus.. J Oral Pathol Med 30(5):264-267. 2001
Chiba.Y, Hikita.K, Matuba.T, Chosa.T, et al.	Active surveillance for acute flaccid paralysis in poliomyelitis high-risk areas in southern China. . Bull World Health Organ 79(2):103-110. 2001
Kuroiwa.C, et al.	Measles epidemiology and outbreak investigation using IgM test in Laos. J Epidemiology, 11(6) : 255-62. 2001
三好知明	保健医療プロジェクトにおける事前, 中間評価に関する研究. 平成 12 年度厚生科学研究費補助金 (社会保障国際協力推進研究事業) 報告書 .1-14. 2001
千葉靖男	中国のポリオ臨床符合例の分類とその応用に関する研究. 平成 12 年度国際医療協力研究委託費業績集 :8. 2001
明石秀親、藤田則子ほか	カンボジア国立母子保健センターにおけるクリティカル・パス手法の試験的使用経験. 日本国際保健医療学会雑誌 16(1):21-26. 2001
Kakimoto.K, et al.	Four layer discontinuous gradient for HIV. Sex Transm Infect 78(5):388. 2002
Koum.K, Matsui.M, Obara.H, Fujita.N	Maternal Death Cases in the Top Referral Hospital in Cambodia. J Obstetric Gyn Res 28(1):13-18. 2002
Hijikata.M, Ohara.H, Keicho.N, Yoshikura.H, et al.	Genotyping of Hepatitis E virus from Vietnam Intervirology, 45:101-104. 2002
Tsuda.Y, Kobayashi.J, Miyagi.I, et al.	An ecological survey of dengue vector mosquitos in central Lao PDR. Southeast Asian J Trop Med Public Health 33:63-7. 2002

Uza.M, Kobayashi.J, Ozasa.Y, Miyagi.I, et al.	Knowledge and behavior relating to malaria in malaria endemic villages of Khammouane Province, Lao PDR. Southeast Asian J Trop Med Public Health 33:246-254. 2002
Toma.T, Miyagi.I, Kobayashi.J, et al.	Entomological surveys of malaria in Khammouane Province, Lao PDR, in 1999 and 2000. Southeast Asian J Trop Med Public Health 33(3):532-46. 2002/9
Kimura.A, Sakurada.S, et al.	Moderate Hypothermia delays proinflammatory cytokine production of human peripheral blood cells. Crit Care Med 30(7):1499-1502. 2002
Bii.CC, Nagai.K, Sugiura.Y, et al.	Mycoplasma pneumoniae in children with pneumonia at Mbagathi District Hospital, Nairobi. East Afro Med J 79(6):17-322. 2002
Chakaya.JM, Nagai.K, Sugiura.Y, et al.	Pneumocystis carinii pneumonia in HIV/AIDS patients at an urban district hospital in Kenya. East Afri Med J 80(1):30-35. 2003
Tada.Y, et al.	Nutritional Status of the Preschool Children of the Klong Toey Slum, Bangkok. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health 33(3):628-637. 2002
Yamada.T, Yoshitake.K	A consideration of neonatal care in developing countries and cooperation. Technology and Development 15:57-61. 2002
明石秀親, 山田多佳子, 村岡 亮, 建野正毅	《医療と公益》国際医療と公益 -カンボディアでの経験から- .公益学研究 12:11-15. 2002
小原 博, 碓 賢治	三次医療機関における地域医療指導の試み -ヴィエトナムバックマイ病院プロジェクトにおける取り組み. 国際協力研究国際協力総合研究所 18(1):29-37. 2002
李藝星, 村上 仁ほか	中国西部 5 省予防接種安全注射現状及影響因素調査. 中国計画免疫 8(6):341-343. 2002
石川尚子, 小林 誠ほか	中国目前計画免疫工作中存在的問題及今後研究方向. 中国計画免疫 8(6):317-319. 2002
小林 誠, 村上 仁ほか	中国における医療廃棄物処理の現状と取り組み. 医療廃棄物研究 14(2):95-99.2002.
湯浅資之ほか	世界の人口戦略における公衆衛生的アプローチの有用性 -公衆衛生活動を重視するフィリピン家族計画・母子保健プロジェクトの報告-. 日本公衆衛生学雑誌日本公衆衛生学会東京 49(2):88-96. 2002
湯浅資之ほか	プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの共通点・相違点-第2稿- 人口・疾病・社会政治構造の視点から見た相違点. 日本公衆衛生学雑誌日本公衆衛生学会東京 49(8):720-728. 2002
湯浅資之ほか	保健医療協力と参加型開発-プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの比較 -第13回国際開発学会全国大会報告論文集. 日本国際開発学会東京 177-182. 2002
湯浅資之	フィリピンの保健推進員-貧しくも頼もしい住民パワー-. 保健婦雑誌 医学書院 東京 58(10):870-874.2002.
疋田和生, 馬場洋子, 橋本千代子, 石田 裕ほか	ミャンマー国ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクト. Jpn J Leprosy 71:201-210. 2002
稲葉淳一, 帖佐 徹ほか	シミュレーションにより検討した日本における最適な HIV 母子感染予防対策. 日本エイズ学会誌 日本エイズ学会 4(1):27-36. 2002
加藤紀子	海の向こうのナースたち「ヴェトナムでの技術協力にかかわって」. 看護学生メジカルフレンド社東京 50(4):60-61. 2002
加藤紀子	海の向こうのナースたち「ヴェトナムでの看護管理技術移転」. 看護学生メジカルフレンド社東京 50(5):60-61. 2002
加藤紀子	海の向こうのナースたち「ヴェトナムでの経験を生かして」. 看護学生メジカルフレンド社東京 50(6):60-61. 2002
小林 誠, 千葉靖男	ポリオ. 総合臨床 51:2798-2803. 2002
千葉靖男, 櫻田紳策ほか	ワクチン予防可能疾患の現状 世界ポリオ根絶計画の現状. 臨床と微生物 29:153-157. 2002
千葉靖男	ウイルス病根絶の未来 臨床とウイルス 30:3-8. 2002.
小原 博, 建野正毅	ベトナム・バックマイ病院プロジェクトにおける院内感染対策の取り組みと SARS への対応. 国際協力研究 19(2):31-39. 2003
小林 誠ほか	中国における使用済み注射器の回収処理の試み. 医療廃棄物研究 16(1):29-34.2003.
安田直史, 宮本英樹	成功したタイのエイズ予防対策. 公衆衛生 67(12):914-919. 2003
垣本和宏, 藤田則子	HIV 母子感染予防国家政策への技術協力の経験 - JICA カンボジア母子保健プロジェクトでの事例. 国際協力研究 19(1):29-38.2003. 2003
小原 博, 建野正毅	ベトナム・バックマイ病院プロジェクトにおける院内感染対策の取り組みと SARS への対応. 国際協力研究 19(2):31-9.2003. 2003
稲葉淳一, 露木佳子, 藤田則子ほか	諸外国における帝王切開の現状. 周産期医学 33(8):931-6. 2003
土井正彦, 仲佐 保, 野田信一郎ほか	リポダグティブヘルス向上のために. ペリネイタルケア 22(11):1042-5. 2003
垣本和宏, 金川修造, 小原ひろみ, 内藤里美, 藤田則子	カンボディアにおける HIV 母子感染予防プログラムへの技術協力と課題. 保健医療科学 52(1):70-5. 2003
千葉靖男, 小林 誠, 帖佐 徹ほか	中国の 2 型ポリオワクチンの関連麻痺の分子疫学的検討. 臨床とウイルス 31(4):292-6. 2003
Songok.EM, Kakimoto.K, et al.	The use of short-course zidovudine to prevent perinatal transmission of human immunodeficiency virus in rural Kenya. Am J Trop Med Hyg 69(1):8-13. 2003
Otakara.M, Kakimoto.K, et al.	A stepwise transcervical resection of a large uterine myoma after vaginal delivery. Arch Gynecol Obstetric 267(4):261-2. 2003
Ando.Y, Kakimoto.K, et al.	Pregnancy complicated by HTLV-I associated myelopathy:two cases. Arch Gynecol Obstetric 268(1):61-4. 2003
Matsui.M, et al.	Dioxin-like potencies and extractable organohalogen (EOX) in medical, municipal and domestic waste incinerators in Japan. Chemosphere 53:971-80. 2003
Chiba.Y, Kobayashi.M, Chosa.T, et al.	Molecular epidemiology of type 2 vaccine-associated paralytic poliomyelitis in China. Jpn J Infect Dis 56:181-3. 2003
Ando.Y, Kakimoto.K, et al.	Long-term follow-up study of HTLV-I infection in bottle-fed children born to seropositive mothers. J Infect 46(1):9-11. 2003
Ando.Y, Kakimoto.K, et al.	Long-term follow up study of vertical HTLV-I infection in children breast-fed by seropositive mothers. J Infect 46(3):177-9. 2003
Prak.S, Kakimoto.K, et al.	Maternal and child health indicators at National Maternal and Child Health Center Cambodia. J Perinat Med 31(suppl 1):303. 2003
Srey.S, Obara.H, Kanagawa.S, Kakimoto.K, et al.	Neonatal services at National Maternal and Child Health Center Cambodia, Prenatal outcome and experience of neonatal follow-up. J Perinat Med 31(suppl 1):325-6. 2003
Murakami.I, Egami.Y, et al.	Training of skilled birth attendants in Bangladesh. Lancet 362(9399):1940. 2003
Toma.H, Kobayashi.J, et al.	Field application and evaluation of a rapid immunochromatographic test for detection of Plasmodium falciparum infection among the inhabitants of Lao PDR. Southeast Asian J Trop Med Public Health 34(1):43-7. 2003
Seike.N, Matsui.M, et al.	Temporal change of dioxin-like activity in paddy soil extracts fractionated by gel permeation chromatography. Organohal Compd 60:94-7. 2003
Watanabe.H, Kobayashi.J, et al.	Expansion of unconventional T cells with natural killer markers in malaria patients. Parasitol Int Mar 52(1):61-70. 2003
Murakami.H, Kobayashi.M, Chiba.Y, et al.	Risk of transmission of hepatitis B virus through childhood immunization in northwestern China. Soc Sci Med 57:1821-21. 2003
Ohara.H, et al.	Introduction of the community health direction in tertiary medical institutions a trial in the Bach Mai Hospital Project for Functional Enhancement. Technology and Development. 16:32-38. 2003
Kakimoto.K, Fujita.N	Technical assistance to the National Program for the prevention of Mother-to-child transmission of HIV in Cambodia. Technology and Development. 17:32-39. 2004

Ando.Y, Kakimoto.K, et al.	Change in HTLV-I positive rates among pregnant women in Okinawa prior to the effects of measures introduced to prevent vertical transmission through breast milk feeding. <i>Tropical Medicine and Health</i> 32(2):177-180. 2004
Ando.Y, Kakimoto.K, et al.	Long-term serological outcome of infants who received frozen-thawed milk from human T-1ymphotropic virus type-I positive mothers. <i>J Obstet Gynaecol Res</i> 30(6):436-438. 2004
Tazawa.T, Sugiura.Y, et al.	Relative importance of IL-4 and IL-13 in lesional skin of atopic dermatitis. <i>Arch Dermatol Res</i> 295(11):459-64. 2004
Ando.Y, Kakimoto.K, et al.	Pregnant human sera and anti-HTLV-I induced syncytia. <i>Wakayama Med Rep</i> 43:1-3. 2004
Ando.Y, Kakimoto.K, et al.	Inhibition of HTLV-I Induced Syncytia Formation from sera of anti-HTLV-I positive pregnant women. <i>Wakayama Med Rep</i> 43:5-8. 2004
Kanal.K, Obara.H, Fujita.N, et al.	Characteristics of ante partum and intrapartum eclampsia in the National Maternal and Child Health Center in Cambodia. <i>J Obstet Gynaecol Res</i> 30(2):74-79. 2004
Ohara.H	Contribution of technical guidance on nosocomial infection control to the containment of Severe Acute Respiratory Syndrome in Vietnam, International. <i>Congress Series Elsevier</i> . 1267:79-87. 2004
Ohara.H	Experience and review of SARS control in Vietnam and China. <i>Trop Med Health</i> 32(3):235-240. 2004
Akashi.H, Yamada.T, et al.	User fees at a public hospital in Cambodia:effects on hospital performance and provider attitude. <i>Social Science & Medicine</i> 58:553-564. 2004
Tsukamoto.K	Preventive Behaviors among Health Promoting Primary School Children under Soil-transmitted Helminthiasis Control Program in Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. Mahidol University, Thailand. 2004
Mizuno.Y, et al.	VapB-positive Rhodococcus equi infection in an HIV-infected patient. <i>J Infect Chemother</i> 11:37-40. 2005
Sugjura.H, Sugiura.Y, et al.	Large-scale DNA microarray analysis of atopic skin lesions shows over expression of an epidermal differentiation gene cluster in the alternative pathway and lack of protective gene expression in the cornfield envelope. <i>Br J Dermatol</i> . 152(1):146-149. 2005
Mizuno.Y, Sato.F, et al.	VapB-positive Rhodococcus equi infection in an HIV-infected patient. <i>J Infect and Chemother</i> . 2005.
Ohara.H, Tateno.S	Nosocomial infection control in Bach Mai Hospital Project in Vietnam and application to SARS control. <i>Technology and Development</i> . 18:63-70. 2005
新里 敬, 小林 潤ほか	ラオス村落住民におけるタイ肝吸虫の頻度と超音波肝胆道所見. <i>Tropical Medicine and Health</i> 32(2):213-216. 2004
藤田則子, 鈴木里美, 日野真里, 明石秀親	アフガニスタンにおける病院院内感染予防対策調査とその利用に関する考察. <i>J Int Health Suppl</i> 1. 19:184. 2004
明石秀親, 三好知明, 平林国彦, 金川修三, 實吉佐知子, 千葉靖男	開発途上国における医療施設のアセスメントに関する一考察. <i>日本評価研究</i> 4(1):121-130. 2004
水野泰孝ほか	回復期抗体価測定により診断に至ったレプトスピラ症の一例. <i>日本感染症学雑誌</i> 78(3):288-289,2004.
大友弘士, 水野泰孝	トラベラーズワクチン年齢別にみたトラベラーズワクチン. <i>臨床と微生物</i> 31(4):309-313. 2004
Kanal.K, Kakimoto.K, et al.	Evaluation of the proficiency of trained on-laboratory health staffs and laboratory technicians using a rapid and simple HIV antibody test. <i>AIDS Res Ther</i> 20:2(1):5. 2005
M.Ali, C.Miyoshi, et al.	Emergency medical services in Islamabad, Pakistan:a public-private partnership. <i>Public Health</i> 120:50-57. 2006
Mannoor.MK, Kobayashi.J, et al.	Pyrimethamine-sulfadoxine treatment of uncomplicated Plasmodium falciparum malaria in Lao PDR. <i>Southeast Asian J Trop Med Public Health</i> 36(5):1092-5. 2005
T o m a . H , M i y a g i . M , Kobayashi.J, et al.	A molecular epidemiologic study of point mutations for pyrimethamine-sulfadoxine resistance of Plasmodium falciparum isolates from Lao PDR. <i>Southeast Asian J Trop Med Public Health</i> 36(3):602-4. 2005
Mizuno.Y, et al.	VapB-positive Rhodococcuse qui infection in an HIV-infected patient. <i>J. Infect and Chemother</i> 11, 37-40. 2005
Mizuno.Y, et al.	Serum vitamin A concentrations in asthmatic children in Japan. <i>Pediatric International</i> .2005
Okabayashi.H, Kobayashi.J, Tateno.S, et al.	Keys to success for a school-based malaria control program in primary schools in Thailand. <i>Parasitol Int</i> 4. 2006
Fujita.N, Matsui.M, et al.	Antenatal care in the capital city of Cambodia:current situation and impact on obstetric outcome. <i>J Obstetric Gynaecol Res</i> 31(2):133-9. 2005
Ishihara.Y, Chiba.Y, et al.	Successful, Treatment of Extremely severe Fetal Anemia due to Anti-Jra Alloimmunization. <i>Fetal Diagnosis and Therapy</i> 21:269-271. 2006
Akashi.H, Fujita.N, et al.	Aid coordination mechanisms for reconstructing the health sector of post-conflict countries. <i>Japan Medical Association Journal</i> 49(7,8):251-259. 2006
Hachiya.M, et al.	Human eastern equine encephalitis in Massachusetts:predictive indicators from mosquito connected at 10 long-term trap sites, 1979-2004. <i>Am J Trop Med Hyg</i> 76(2):285-292. 2007
Nagai.M, Kita.E, Aoyama.A, et al.	Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka . <i>Health Policy</i> 83:84-93. 2007
Kakimoto.K, et al.	Influence of the involvement of partners in the mother class with voluntary confidential counseling and testing acceptance for prevention of mother to child transmission of HIV programme (PMTCT programme) in Cambodia. <i>AIDS Care</i> 19(3):381-384. 2007
Sophat.Uy, Akashi.H, et al.	Current problems in national hospitals of Phnom Penh:Finance and health care. <i>Nagoya J Med Sci</i> 69:71-79. 2006
Shirayama.Y, Miyoshi.M, Kobayashi.J	Maintenance behavior and long-lasting insecticide-treated nets (LLITNs) previously introduced into Bourapar district. Khammouane province, Lao PDR. <i>Public Health</i> 121(2):122-9. 2007
岩本あづさ	"真の「主体性」醸成への挑戦ーラオスにおける KIDSMILE プロジェクトの取り組みー". <i>国際保健医療</i> 21(2):93-101. 2006
岩本あづさ	ラオス KIDSMILE 通信 (6 回連載). <i>チャイルドヘルス (月刊誌)</i> 5-10 月号 . 2006
永井真理, 木下真里, 青山温子	イラクにおける女性医師の現状について. <i>国際保健医療</i> 22(1):53-63. 2007
後藤正道, 石田 裕ほか	ハンセン病治療指針 (第 2 版), 日本ハンセン病学会・医療問題委員会・治療指針と治療判定基準に関する小委員会. <i>日本ハンセン病学会雑誌</i> (1342-3681)75 巻 3 号 p191-226. 2006
安食和博, 垣本和宏	開発途上国の医療施設における医療機器管理についての一考察. <i>国際保健医療</i> 21(3):197-199. 2006
永井和重, 足田和生, 帖佐 徹, 千葉靖男ほか	中国における麻疹排除対策の現状. <i>小児科</i> 48(3):275-280. 2006
Shirayama.Y, Kuroiwa.C, Miyoshi.M, Kobayashi.J, et al.	Maintenance behavior and long-lasting insecticide-treated nets (LLITNs) previously introduced into Bourapar district. Khammouane province, Lao PDR. <i>Public Health</i> 121(2):122-9. 2007
Tuul.R, Hachiya.M, et al.	Measles outbreak after a post-honeymoon period in Mongolia, 2001. <i>Jpn J Infect Dis</i> ; 60:198-199. 2007
Kakimoto.K, et al.	Human cases of H5N1 avian influenza in Indonesia:The need for international assistance. <i>Bioscience Trends</i> ; 1(2):68-68. 2007
Kakimoto.K, Kanal.K, et al.	Predicting factors for the experience of HIV testing among women who have given birth in Cambodia. <i>BioScience Trends</i> ; 1(2):97-101. 2007
Ishida.Y, et al.	Follow-up of tibialis posterior transfer surgery (TPT) for drop-foot in leprosy. <i>Nihon Hansenbyo Gakkai Zasshi</i> . Sep; 76(3):219-26. 2007
Ishida.Y, et al.	Needs assessment for income generation training of youths in leprosy families of a leprosy village in Myanmar. <i>Nihon Hansenbyo Gakkai Zasshi</i> Sep; 76(3):197-206. 2007
Ohara.H, et al.	Report on Japan-Vietnam collaboration in nosocomial infection control at Bach Mai Hospital, Hanoi from 2000 to 2006 . <i>Trop Med Health</i> 35(3):253-259. 2007

Khamlome.B, Sakurai.M, Kobayashi.J, et al.	The status of malaria before and after distribution of ITNs from 1999 to 2006 in two districts of Khammouane Province, Lao PDR. Trop Med Health 35(4):343-50. 2007
Sophoat.Uy, Akashi.H, et al.	Current problems in national hospitals of Phnom Penh:Finance and health care. Nagoya J. Med. Sci; 69:71-79. 2007
Nagai.M, Kita.E, Aoyama.A, et al.	Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern province in Sri Lanka. Health Policy; 83:84-93. 2007
Murakami.H, et al.	Implementation of and costs associated with providing a birth-dose of hepatitis B vaccine in Viet Nam Vaccine.. Mar 10; 26(11):1411-9. 2008
Kakimoto.K	Response to opt-out approach to prevent mother-to-child transmission of HIV . Bull World Health Organ. March.86(3)G(in press). 2008
Nonaka.D, Kobayashi.J, Tsukamoto.K, Tateno.S, et al.	Malaria education from school to community in Oudomxay province, Lao PDR. Parasitol Int 57(1):76-82. 2008
Endo.H	Global health with long-term perspectives. Lancet; 371(9611):472. 2008
明石秀親, 木下真里, 青山温子ほか	保健医療分野の援助機関における優先事業決定に関する特徴. 第18回国際開発学会全国大会報告論文集; 384-387. 2007
明石秀親	国際保健医療学で何を教えるのか. 国際保健医療 22(3):123-126. 2007
青山温子, 明石秀親, 木下真里ほか	保健医療分野の開発援助プロジェクトにおける技術的後方支援について. 国際開発学会第8回春季大会報告論文集;101-104. 2007
永井真理, 木下真里, 青山温子ほか	イラクにおける女性医師の状況について—エジプトでの国外研修参加者に対する面接結果より—. 国際保健医療; 22(1): 53-63. 2007
野田信一郎	国際保健医療協力の紹介:私の経験から. 沖縄県立中部病院雑誌;33(1): 84-86. 2007
八谷 寛, 明石秀親, 青山温子ほか	健康寿命と世界各国の保健出費. Geriatric Medicine (老年医学) 2008;46(1): 27-32. 2008
岩本あづさ	周産期と国際保健 日本の国際協力 一 周産期死亡の減少を目指して (総説). 日本小児科学会誌 2008年3月号 P430-437. 2008
Murakami.H, Tsukamoto K, et al.	Epidemiological impact of a nationwide measles immunization campaign in Viet Nam:A critical review . Bull WHO 86(12):948-955. 2008
Kakimoto.K, Kuroiwa.C, et al.	Introduction of Provider Initiated Testing & Counseling (PITC) to HIV testing for Pregnant Women in Cambodia . Journal of International Health. 23(3),199-206. 2008
Nagai.M, et al.	Violence against refugees, non-refugees and host populations in southern Sudan and northern Uganda. Glob Public Health 3(3):249-270. 2008
Kawaguchi.L, Akashi.H, Aoyama.A, et al.	Seroprevalence of Leptospirosis and Risk Factor Analysis in Flood-prone Rural Areas in Lao PDR. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 78(6):957-961. 2008
Akashi.R, Akashi.H	Social work in international health and medical assistance. BioScience Trends. 2(4):155-163. 2008
Ohara.H, et al.	Some first results of cooperation on nosocomial infection control between Vietnam and Japan at Bach Mai Hospital. Clinical Medicine (Vietnam)6:20-25(in Vietnamese) . 2008
Yoshimura.N, Iwamoto.A, et al.	Health promoting schools in urban, semi-urban and rural Lao PDR . Health Promotion International. doi:10.1093/heapro/dap004, Feb25 2009
小原 博	ベトナムにおける院内感染対策の取り組みと新型インフルエンザ対策への応用. 医療 62(5): 291-295. 2008
八谷 寛, 明石秀親, 青山温子ほか	健康寿命と世界各国の保健出費. Geriatric Medicine (老年医学). 46(1): 27-32. 2008
岩本あづさ	周産期と国際保健 日本の国際協力一 周産期死亡の減少を目指して (総説). 日本小児科学会誌, 第112巻3月号, p430-43,2008.
Ayi.I, Nonaka.D, Hanafusa.S, Kobayashi.J, et al.	School-based participatory health education for malaria control in Ghana:engaging children as health messengers . Malar J. 2010(9) .98. 2010
Ishikawa.N, et al.	Breaking down the wall of silence around children affected by AIDS in Thailand to support their psychosocial health. AIDS Care. 2010,Mar, 22(3), 308-313. 2010
Nonaka.D, Vongseththa.K, Kobayashi.J, et al.	Public and private sector treatment of malaria in Lao PDR. Acta Trop.2009,Dec,112(3), 283-287. 2009
Ohara.H, et al.	Fact-finding survey of nosocomial infection control in hospitals in Vietnam and application to training programs. Journal of infection and chemotherapy. J.Infect.Chemother. 2009,Dec,15(6), 384-389.
Sugiura.Y, Ju.Y, S, Yasuoka.J, Jimba.M.	Rapid increase in Japanese life expectancy after World War II. Biosci.Trends, 2010, Feb 4(1), 9-16
東 亜紀, 高橋謙造ほか	過疎農村における育児の背景 医療人類学的研究. 母性衛生 . 2009, 7,50(2), 381-388. 2009
石田 裕	ハンセン病多発国における神経障害と治療効果について ミャンマーにおける共同研究の結果から. 日本ハンセン病学会雑誌, 2009, 78(3), 277-282.
石田 裕ほか	在宅回復中に発症したハンセン病関連疾患 2 症例とこれらに関連した医療の課題. 日本ハンセン病学会雑誌, 2010, 79(1):3-10. 2010
Chiba.Y	Japanese bilateral cooperation for the promotion of poliomyelitis eradication in China. . Vaccine 2010, 28(38):6398-6402
Hachiya.M, Mizoue.T, et al.	Descriptive epidemiology of travel-associated diarrhea based on surveillance data at Narita International Airport. J Travel Med 2010, 17(2):105-110. 2010
Murakami.H, et al.	Endemic diphtheria in Ho Chi Minh City; Viet Nam:a matched case-control study to identify risk factors of incidence. Vaccine 2010, 28(51):8141-8146.
Nonaka.D, Kobayashi.J.	Is staying overnight in a farming hut a risk factor for malaria infection in a setting with insecticide-treated bed nets in rural Laos? . Malar J 2010, 9:372.
Takeuchi.R, Kobayashi.J, et al.	Directly-observed therapy (DOT) for the radical 14-day primaquine treatment of Plasmodium vivax malaria on the Thai-Myanmar border. . Malar J 2010, 9:308.
Vonghachack.Y, Kobayashi.J, et al.	Sero-epidemiological survey of gnathostomiasis in Lao PDR. Parasitol Int 2010, 59(4):599-605
Ghani.W. M, Ikeda.N, et al.	Factors affecting commencement and cessation of betel quid chewing behavior in Malaysian adults. BMC Public Health 2011, 11, 82
Ishikawa.N, et al.	The attitudes of primary schoolchildren in Northern Thailand towards their peers who are affected by HIV and AIDS. AIDS Care 2011, (232):237-244
Matsumoto.Y, et al.	Perception of oral contraceptives among women of reproductive age in Japan:A comparison with the USA and France. J Obstetric Gynaecol Res 2011.
Nozaki, et al.	Social factors affecting ART adherence in rural settings in Zambia. AIDS Care 2011,18. 2011
松井三明, 池田憲昭	セネガル国タンバング州における Unmet Obstetric Need 指標を用いた重症産科合併症による妊産婦死亡の推計. 国際保健医療 2010, 25 (2):69-78.
野中千春ほか	在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスに関する研究. 国際保健医療 Vol25(2010)No.1,21-32. 2010
松井三明, 岩本あづさ	マダガスカル地域における妊産婦・新生児ケア. Japan International Child Health Association Journal 2011, 1(1):5-14. 2011
石田 裕ほか	在宅回復中に発症したハンセン病関連疾患 2 症例とこれらに関連した医療の課題. 日本ハンセン病学会雑誌 79(1):3-10. 2010

国際医療協力部25周年記念誌

2012年3月発行

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

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

TEL : 03-3202-7181 (代)

E-mail : kensyuka@it.ncgm.go.jp

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

 **NCGM** National Center for
Global Health and Medicine



意識・行動・発信 生きる力をともに創る