



NETWORK NEWS OF INTERNATIONAL COOPERATION

国際医療協力 ネットワークニュース (2009年 夏号)

国立国際医療センター
国際医療協力局 計画課
〒162-8655
東京都新宿区戸山 1-21-1
TEL 03-3202-7181
e-mail:
keikaku@it.imcj.go.jp



Zambia

ザンビア共和国

地方部 ART サービステクニカルアドバイザー

国際医療協力局派遣協力第二課

野崎成功真



ザンビア共和国は、南部アフリカに位置する人口約 1200 万人の緑豊かな国です。アフリカに有って、治安も政情も比較的落ち着いていますが、他の南部アフリカ諸国同様、HIV の感染拡大による影響を大きく受けています。成人人口の約 14%にあたる約 100 万人の人が HIV に感染しており、毎年 5 万人の人々が HIV 感染に関連する要因で亡くなっていると言われています。

ザンビア政府は、この課題に対処するために様々な取り組みを行ってきました。2003 年に導入された、抗レトロウイルス薬を使った治療 (Anti Retroviral Therapy: ART) もその一つです。しかし、高価な薬剤や検査を必要とする ART は、医師や看護師などの医療従事者が極端に少なく、施設も機材も限られているザンビアでは多くの困難を伴います。特に農村部では、患者さんは長い距離を移動して病院までいかねばならず、せっかく治療を開始しても治療を継続するのは大変でした。JICA による「HIV・エイズケアサービス強化プロジェクト」(2006 年 4 月 1 日～2009 年 3 月 31 日) では、より住民に近い所で ART サービスを提供するため、病院からヘルスセンターにチームが赴きヘルスセンターをサポートする「モバイル ART サービス」を導入しました。この成果が評価され、現在保健省では 25 郡にその活動を広める計画を進めています。

Republic of Zambia is a beautiful, evergreen country in Southern Africa, with a population of twelve million. While Zambia enjoys a relatively stable political environment as well as general peace and security, HIV/AIDS has significant impacts to the country as in other Southern African countries. HIV prevalence in adult population is estimated to be around 14%, and about one million people are living with HIV. Fifty thousand people are believed to have died every year because of HIV-related illnesses.

Responding to this serious epidemic, Zambian Government has been taking various measures, one of the most significant one being an introduction of Anti-retroviral Therapy (ART) in 2003. However, there remain tremendous challenges as ART requires expensive drugs, various testing and periodical follow-up, in the country like Zambia with extremely limited human and material resources for health. It was particularly challenging in rural area, where ART clients must travel long distances for this life-saving treatment and often found it not easy to continue. JICA's "Integrated HIV/AIDS Care Services Implementation Project at District Level" (April 2006 to March 2009) has introduced mobile ART services to rural communities. Rural Health Centres with the support of the "Mobile ART Team" consisting of medical personnel, laboratory services and technical assistances from district level were

able to provide ART services to people in need close to their homes. Based on this pilot initiative, Zambian Ministry of Health is now planning to expand mobile ART services to 25 districts.



四半期毎に開催される郡内の ART 会議



モバイル ART チームの到着

目 次

ザンビア共和国.....	表紙
地方部 ART サービステクニカルアドバイザー	
国際医療協力局派遣協力第二課	野崎威功真
国際医療協力とは	01
ユダヤ難民	
国際医療協力局派遣協力第一課長	仲佐 保
記 事.....	02
第 62 回世界保健総会に出席して	
国際医療協力局派遣協力第一課	永井真理
特 集 “保健システムⅢ”	04
保健資源の乏しい開発途上国における保健サービスの質改善の考え方	
～今ある資源を活用する全体的アプローチ～	
国際医療協力局派遣協力第二課派遣協力専門官	池田憲昭
ネットワーク施設から.....	06
国立国際医療センター海外拠点	
(IMCJ-BMH Medical Collaboration Center)	
国際医療協力局派遣協力第一課派遣協力専門官	小原 博
Bach Mai Hospital and IMCJ long term cooperation	
Vice director, Bach Mai Hospital	Do Doan Loi
声	08
インドネシア国	
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	
国際医療協力局派遣協力第二課	平山隆則
研修員だより.....	10
第 11 回国際医療協力人材養成研修を受講して学んだこと	
国立国際医療センター戸山病院 13 階北病棟	瀬賀睦美
掲示板.....	12
2009 年度「国際保健基礎講座」	



ユダヤ難民

国際医療協力局派遣協力第一課長 仲佐 保



難民といえば、長い歴史を持つユダヤ難民にまず触れる必要があります。「ユダヤ人」というと「差別と迫害の歴史」といっても過言ではありません。映画「十戒」で有名なようにユダヤ人は、その最初の迫害は紀元前 13 世紀に受けます。エジプトからシナイ半島に追い出され、放浪したのち、現在のエルサレムにたどり着き、国を建国します。その後も何度の差別迫害をうけていますが、ユダヤ人迫害を決定づける歴史的な大事件がおきます。それは「イエス キリスト」です。イエスは、ムチ打たれ、血まみれになり、ゴルゴダの丘で十字架刑に課せられ、その執行人はユダヤ人、イエスをうったユダも、ユダヤ人でした。イエスを迫害し、抹殺したのはユダヤ人である、という概念がそこに生まれ、その後のユダヤ人の歴史が始まりました。そして、最近では歴史上最も有名なユダヤ人迫害であるナチス政権による迫害が起こりました。「ナチス＝ヒトラー＝ユダヤ人迫害」という図式は、新しい世紀が始まった今でも色あせてはいませんが、「アウシュビッツ強制収容所」、「ホロコースト」、「人種差別」、「迫害」、「虐殺」。どれもこれも暗く陰惨なものばかりです。特別立法が可決され、ユダヤ人は財産を没収されたり、不当に逮捕されたり、裁判もなく処刑されることが、法の上で認められたのです。この時のユダヤ人への迫害は、まともな人間が、どれほど簡単に狂気に走れるかを証明してみせました。これらの「人種差別」、「迫害」、「虐殺」は、現在の様々な難民問題時に繰り返されていることです。

イスラエルの建国は差別と迫害のユダヤ人にとっては夢でした。第一次世界大戦でオスマン・トルコが滅びると、イギリス帝国とフランスがこの地域を領土とし、イギリス帝国はアラブ人には独立、ユダヤ人には国家建設というひとつの地域にふたつの国家建設という矛盾した約束をします。その後、ヨーロッパで迫害されたユダヤ人たちがイギリス帝国の言葉を信じてパレスチナの地に逃げ込んできました。そして、イギリス帝国はフランスに対抗するため、アラブ人のためにヨルダンをパレスチナの独立という

名目で建国させます。しかし、ユダヤ人に対しては国家を建国しませんでした。ユダヤ人は国家を持ったアラブ人とイギリス帝国に対し敵愾心を燃やします。第二次世界大戦前夜、ナチスによるユダヤ人迫害が激化し、ナチス支配地域を逃げ出したユダヤ人達が、パレスチナ地方へ大量に押し寄せてくようになりました。第二次世界大戦が終結すると、ドイツ領以外の世界中に散らばっていたユダヤ人は自分たちの立場をはっきりと認識し、パレスチナの地に自分たちの国家建設を現実的に考え始めました。パレスチナのユダヤ人とパレスチナのアラブ人の間ではついに社会問題が激化し、双方が武装地下組織を作り、テロやゲリラ活動が行われていたのです。ユダヤ人過激派はパレスチナアラブ人だけではなく、国家建設の約束を果たそうとしないイギリス帝国も攻撃対象にしました。この結果イギリス帝国はこの地方の権限を新たに設立された国際機関”国連”に委ねたのでした。そして 1948 年、国連は、イギリス帝国の約束を実行する事を決意し、アメリカ、ソ連がこれに賛成し、イスラエル建国に踏み切ったのです。ユダヤ人達は狂喜しました。しかし、同時にパレスチナアラブ人を支持する周辺諸国はこれをはねつけ、イスラエルに攻め込んできたのです。これが第一次中東戦争です。イスラエルは当初は、戦力も全くなく、滅亡するのも確実だったのですが、第二次世界大戦時に各国の軍隊で戦ったユダヤ人軍人らが集結、世界のユダヤ人社会が経済援助し、これを押し返し、建国を名実とも成功させてしまいました。これが、その後の長期の中東問題、パレスチナ問題となり、現在に至っています。

今回は、パレスチナ難民の予定です。

第 62 回世界保健総会に出席して

国際医療協力局派遣協力第一課 永井真理



WHO 総会開会式直前の様子



このたび、世界保健総会（WHO 総会）出席という貴重な経験をさせていただきましたので、皆様に感想とともにご報告します。

WHO 総会というのは、世界保健機関（WHO）の政策方針を決定する最高意思決定機関で、毎年 5 月下旬にジュネーブで開催されます。総会の参加者は WHO の全加盟国。つまり世界 193 カ国の代表団が、毎年この時期にジュネーブに集合するわけです。そこでは、WHO の目的「すべての人々が可能な最高健康水準に到達すること」

（WHO 憲章第一条）の達成に向け、世界の健康増進と疾病対策に関するさまざまな専門的保健議題が討議されるとともに、WHO の事業予算の承認や、執行理事国の選任も行われます。これらの議題は、総会の 4 ヶ月前に開催される執行理事会で、決定されています。

今年の総会は 5 月 18 日（月）から当初は 5 月 27 日（水）までの予定でしたが、新型インフルエンザ対応のために一部の議題が来年に順延され、5 月 22 日（金）までに短縮されました。逆にいうと、非常に重要で延期すべきでないと考えられた議題のみが残されたわけで、日によっては夜 9 時まで討論が続くなど、参加者も WHO 事務局関係者も皆が寝不足となった、非常に濃い 5 日間でした。また、新型インフルエンザのために、これまでになくメディアの注目を受けた総会でもありました。

日本からは、渡辺副大臣をはじめ、計 18 名が参加し

ました。国立国際医療センター国際医療協力局からは、それぞれ参加三回目、二回目となるベテランの杉浦先生、清水先生もメンバーに加わり、専門的保健議題を中心に担当しました。今年の専門的保健議題は、以下の 9 項目でした。

- ① 鳥・新型インフルエンザ対策：ウィルス共有とワクチン他便益へのアクセス
- ② 世界保健規則（IHR）2005 の実施
- ③ 回避可能な失明と視力障害の予防
- ④ ヘルスシステム強化とプライマリーヘルスケア
- ⑤ 健康の社会的決定要因
- ⑥ 保健関連 MDGs 達成のモニタリング
- ⑦ 気候変動と健康
- ⑧ 公衆衛生、イノベーションおよび知的所有権：世界戦略と行動計画案
- ⑨ 多剤耐性結核の予防とコントロール

これに加えて、ポリオ根絶・天然痘ウィルスストック・世界マラリアデーの設立など、過去の総会で決議された 12 項目に関し、事務局からの進捗報告が行われました。

議事の進み方には、最初は面食いました。総会一ヶ月前に、議題ごとの決議案というのが WHO 事務局から出されています。事前にそれを読み込んできた各国代表団が、決議案に賛成、修正案提出、反対、などの意見を述べる場が、この総会です。議長が「それでは今から、〇〇についての会議を始めます」と宣言した瞬間、発言を求める各国が、いっせいに、各自の前にある横長の国名プレートを、縦に置き換えます。早押しで上位何カ国のみの



会場からの景色。レマン湖に面したジュネーブ旧市街。

限定回答というわけではなく、発言を求めたすべての国に順番がまわるのですが、あまり順番が遅いと、皆の集中力も途切れてくるので、早く発言したい国が多いようでした。193 カ国が座る広い会場なので、議長の後ろに野鳥の会のように国名プレートの向きを観察する係りがいて、その係りの目にはいった国から順番に当てられていました。今回の日本の席は一番後ろだったので、写真のように、プレートを手で高く差し上げて振り回し、発言の意思をアピールしたりしました。各国が一通り発言し終わるまでは、あらかじめ用意してきた原稿発表大会という雰囲気です。一カ国の発言は3分以内が目安となっていますが、度重なる議長からの懇願にも関わらず延々と弁舌をふるう代表も多く（特にアフリカ諸国）、40～50 カ国の発言が一通り終わるまでに3時間かかりました。

次に、最終決議文の合意に至るための、本当の討論がはじまります。今回、私にとって最も興味深かったのが、ここでした。論点になっていたのは、WHO の創設目的である「すべての人々が可能な最高の健康水準に到達するため、今、我々に何ができるか」ではなく、決議文にいかにより自国の国益を反映させるか、でした。一番分かりやすいのが、薬、ワクチンなどの知的財産がらみの議題で、たとえば、「多剤耐性結核の予防とコントロール」では、日本をはじめ先進国は、質の高い国際基準の製品を守るため抗結核薬の特許権の維持を主張。一方、タイ、中国、ブラジル、インドなどは、未だ、十分に自国で高品質の新薬などの研究開発を行っていないが、コピー薬などは作ることは出来るため、特許権を認めず、品質の高い国際基準（WHO 基準）をゆるくすることや自国の製薬基準でよしとする主張をします。しかしそれを正面

きって議論するというより、決議案への微細な文章の追加、削除、形容詞や副詞や動詞の選び方が論点でした。自国の国益に有利になるよう、文章の解釈の幅を変えさせようとするわけです。双方が文章の追加や削除をどこまで主張するのか、どの単語で譲歩するのか、別室での調整、夜中の自国本部との方針確認、翌日また全加盟国の前に戻って再協議、などを繰り返して、最終決議文の合意に至りました。

ここでもう一点、私にとって目新しかったことは、各議題は保健分野の課題ではあるものの、総会での議論には、公衆衛生だけでなく、国際法や産業、貿易、経済など、多分野にわたる知識が必要ということです。一人の人間がすべてを網羅するのは無理なので、積極的に修正案を提出する国では、事前に国内で各分野の専門家が集まり、入念な勉強会を繰り返すとのことでした。タイ助産師看護師協会からタイ代表団に参加していた女性と話す機会がありましたが、今回、決議案が提出されていなかった議題、例えば「健康の社会的決定要因」でも、これは助産師や看護師が大きく貢献できる分野だから、と国内の事前勉強会に積極的に関わり、世界各国の考えをさらに知るために総会にも参加した、とのことでした。

私たち国際医療協力局は、途上国のフィールドで相手国政府の関係者と地道に仕事をすることが多いですが、今回の総会に参加することで、私たちの活動に影響する WHO の政策方針が、実際どのように決定されるのかを垣間見ることができました。理念理想からは程遠い、政治的な部分も多々ありましたが、これが現実です。現実を知ったうえで、今後もいろいろな局面から国際保健に貢献できるよう、精進したいと思いました。



国名プレートを高く掲げて発言の意志を主張する清水先生



国名プレートを立てて発言の順番を待つ杉浦先生

（耳にかけているのは同時通訳機、英・仏・西・露・中からえらべます。）

保健資源の乏しい開発途上国における保健サービスの質改善の考え方 ～今ある資源を活用する全体的アプローチ～

国際医療協力局派遣協力第二課

派遣協力専門官 池田憲昭



アフリカの病院に派遣される若いボランティアは、病院全体に蔓延している不潔さや時に患者をないがしろにする医療従事者の態度に直面して戸惑うことがある。そういう状況をなんとか改善してみようと病院の同僚たちに訴えてみると、人が足りない、機材が不足している、そんな中で私たちは最善を尽くしている、政府の姿勢が問題だなどなどの返事、なんとか自分たちで改善してみようと意気込む日本人ボランティアの気持ちは空回りしてしまう。しかし開発途上国の保健施設で提供されるサービスは、人材や資機材などの保健資源が不足しているからという理由で劣悪なものであっていいのだろうか。保健サービスの質の低下はその利用者の生命に直接影響することもありうるのである。保健資源の乏しい条件でも保健サービスの質は最大限に保たねばならない。このような考えのもと私たちは、「質の低下はそれを支えるシステムの問題である」という考え方の日本型戦略的マネジメント手法をアフリカ諸国の状況に応じて改変しながら保健施設に導入して、その効果を確認している。

1. アフリカの病院で何故サービスの質が改善できないか

アフリカの保健行政官や公立病院で働く医療従事者が、例えば院内感染対策の重要性やその実施方法を知らないわけではないし、病院サービスが患者を中心にすべきであるということも教育されているだろう。アフリカといえどもインターネットの時代である、そのような知識は常にアップデートされて、医師や看護師の頭の中にはある。それなのにアフリカの多くの保健施設では国が標準とするケアが実現されていない。患者は朝から順番を待ち、多くの患者が椅子ではなく地べたに座らざるをえず、陣痛が開始している産婦は一人だけで分娩台に放置されているなど、アフリカのケアの現実についていくつかの調査は報告している。このような保健施設のサービスの質に関する調査は幾度となく、いくつもの国際的開発機関によってアフリカ全土で行われてきたし、その調査は対象となる政府や保健医療従事者に幾度もフィードバックされてきた。

90年代からアフリカの多くの国で実施されてきた病院



屋外で診察を待つ女性たち。
(セネガルの地方の保健センター)

リフォーム政策にも「サービスの質改善」は重要な要素でもあった。しかしながら、現在に至ってもアフリカの多くの国の保健施設では適切なケアが提供できないでいる。サービスの質の改善を達成するには保健医療従事者の態度や心の持ちようが変わる必要があり、何よりも担当の行政官や病院長のリーダーシップが必要である。しかしながら、これまでにアフリカで医療従事者の行動変容やリーダーシップ強化を実現するための実施可能な方法が提示されてこなかった。

2. 開発途上国における病院のサービス質改善への総合的品質管理(TQM)の応用

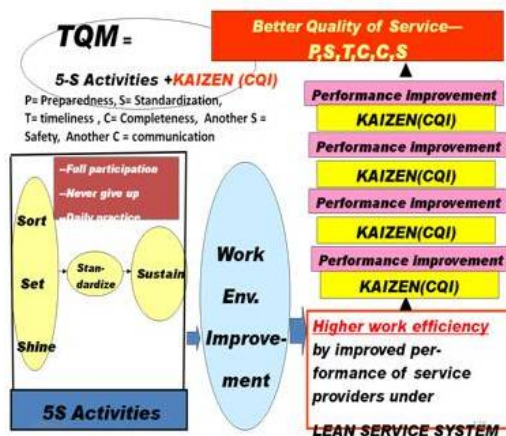
総合的品質管理(TQM)は日本の産業界が生み出したマネジメント手法で、一般に顧客の満足と、製品やサービスを提供する組織のメンバーの利益を通して、組織のメンバーの全員参加により長期間の成功を目指す経営手法と定義されている。

5S (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke: 業務環境改善)、Kaizen (製品やサービスを生み出す業務内容の改善) から

成るシステム・アプローチを取り、リーダーのコミットメントと「現場」とトップの相互の意見交換、ピアレビュー等のアプローチで、旧弊の組織改革、組織風土の改革を



ベッドの下に放置された便器と汚れた床
(セネガルの地方の保健センター)



保健サービスの質改善のための TQM の段階的な実施方法 (半田教授好意による)。

実現する手法、あるいは組織のあらゆる階層で常に現場における問題解決プロセスを稼働させる手法と言ってもよい。

TQM が保健領域に応用されて久しく、日本の病院でも多く活用されている。しかしアフリカ諸国のように資源の乏しい条件下では先進国と同様な TQM を即座に開始することは難しいということが、アフリカ諸国と同様に資源の乏しいスリランカの公立病院で TQM を保健領域に適応した成功例からわかった (半田祐二郎教授、北海道医療大学、当時スリランカ保健省アドバイザー報告書)。すなわち、先進国の病院においては TQM の 5S (業務環境改善) と Kaizen (継続的質改善・業務改善) を同時に導入することは可能だが、開発途上国の場合、5S (業務環境改善) をまず導入して成果を確認した上で徐々に Kaizen を始めるという段階的方法が成功の秘訣であるということである。その理由は、5S による業務環境改善には多額の予算は必要無い、5S 導入から短期間 (3 か月ほど) で目覚ましい成果が出るので現場の従業員の士気が上がり、全員参加の日常的な業務という精神と習慣が組織に根付く、等があげられる。開発途上国では、予算や資機材が必要となる例えば院内感染対策などの Kaizen (業務改善) は、5S が病院管理の一つとして導入されて業務環境改善が継続していることにより、不足している資源の評価や現場の従業員の対応も効果的に実施されるのである。保健医療サービスの「質」の実現に近道は無い、まずリーダーシップ、それから 5S による業務環境改善という段階を経て、ようやく Kaizen (業務改善) へと至ることができるというのが、スリランカから学んだことであった。

3. アジアの経験をアフリカへ

このようなスリランカの公立病院の経験をアフリカ諸国の病院に適応しようとしているのが、2007 年から始まったアジア・アフリカ知識共創プログラム(AAKCP)「きれいな病院プロジェクト」である。2007 年度の第 1 グループでは、タンザニア、ウガンダ、ケニア、エリトリア、マラウイ、セネガル、マダガスカルの 8 カ国が、2009 年度の第 2 グループでは、ニジェール、ブルキナファソ、ベナン、マリ、モロッコ、ブルンジ、コンゴ民主共和国の仏語圏アフリカ 7 カ国が対象となっている。

2007 年に始まった第 1 グループ諸国においては、資源の乏しいアフリカ諸国の病院サービス改善のためには、第一歩として 5S による組織強化と業務環境改善が必要であるという概念が、プログラムの導入セミナー、フィールドセミナー、1 年間のパイロットプロジェクト実施の過程で浸透し、2008 年 11 月の最終セミナーにおいてはほとんどの参加国のパイロット病院において実現されていることが確認された。とりわけタンザニアやエリトリアにおいては、パイロット病院だけでなく他の病院への適応が始まっていた。成功要因として筆頭にあげられるのは保健省の強いコミットメントであった。

第 1 グループの成果は 2008 年の TICAD においても JICA の今後のアフリカ戦略の一つとして紹介され、注目されている。国際医療協力局は第 1、第 2 グループの研修プログラムに対してその準備段階から国内協力機関の一つとして支援している。支援内容は、プログラム内容に対する技術的アドバイス、保健施設における「5S-Kaizen-TQM フレームワーク」適応のための概念理解の促進、アフリカ諸国における保健分野協力の経験のある専門家によるスリランカのリソースパースンとアフリカ諸国からの参加者のコミュニケーション支援および各国におけるパイロットプロジェクトの評価であった。

アフリカのフロントラインで厳しい条件下で働く保健医療従事者に、上司や担当行政官のリーダーシップの支援のもとに、そこにある資源を活用しようという気持ちの変化が生まれ、それがサービスの質の改善に繋がってきている。アフリカの人材開発政策の問題点の一つである僻地の保健人材の定着に、日本型マネージメントの導入が良いインパクトを与えているか、AAKCP の対象となったアフリカ諸国において調査が進められつつある。

国立国際医療センター海外拠点 (IMCJ-BMH Medical Collaboration Center)

国際医療協力局派遣協力第一課 派遣協力専門官 小原 博



バックマイ病院は創設以来ベトナム北部における医療の中核機関として、診療、研修、研究などに多大な貢献をしてきました。2000年から開始された JICA による技術協力プロジェクトでは国立国際医療センター（IMCJ）から多くの専門家が派遣され、緊密な協力のもとに効果的に協力が実施されてきました。その結果、同病院の機能は著しく向上し、ベトナムの医療に一層の貢献をしようようになりました。この病院と IMCJ は長年に渡る協力の結果得られた確固たる信頼関係で結ばれています。これら貴重な基盤を活用して、JICA プロジェクトとは別個に、共同研究と人材育成を骨子とする新たな協力関係を構築するため、2005 年に IMCJ-バックマイ病院間の協力に関する合意文書が締結され、ハノイ市のバックマイ病院内に国立国際医療センター海外拠点(MCC)が設置されました。

現在、MCC には日本人スタッフ 1 名とベトナム人スタッフ 5 名が勤務し、オフィスのほか研究室、E-medicine 室を有しています。主な活動は、研究、人材育成、人材交流、医療情報収集、症例検討です。これらの活動は、保健省をはじめハノイ市内の医療機関及び地方病院、さらに JICA プロジェクト等と協力しながら実施しています。10 の共同研究が進行中ですが、なかでも文部科学省科学技術振興調整費「新興・再興感染症研究拠点プログラム」に基づいた研究（鳥インフルエンザ、HIV、結核）に最も重点が置かれています。そのほか、院内感染対策、人材育成、生活習慣病などに関する共同研究が実施されています。

MCC を基盤にして、IMCJ の医師や研究者らが拠点業

務の管理、研究実施、技術指導等の目的でバックマイ病院及び協力機関で活動を実施しています。また、共同研究、医療施設の視察、会議への参加、技術研修などの目的でバックマイ病院および研究協力機関の医療従事者を日本に招いています。地方病院に対する研修会も研究の一環として、また人材育成協力として実施されています。

現在、バックマイ病院は 1,800 床を有するベトナム最大の病院として機能しています。診療のほか、医師・看護師らの卒前、卒後研修、地方病院に対する技術指導、研究など重要な責務を担い、ベトナムの医療に極めて重要な役割を果たしています。この病院はベトナム戦争中には 4 回爆撃を受け、反戦運動を盛り上げさせるきっかけになったことでも知られています。さらに、2003 年の SARS 流行時には世界に先駆けて制圧を達成し、鳥インフルエンザ診療でも多数の患者を受け入れ、良好な診療成績を示しています。IMCJ がこのような由緒ある病院と協力して、研究や研修など、日本とベトナム双方に有益な活動を実施できることは大変素晴らしいことだと思います。さらに保健省や地方病院とも良好な協力関係が構築されており、今後海外拠点とヘルスネットワークを一層活用して有益な活動を実施していくことが期待されます。



地方病院スタッフを対象
とした感染症研修会
(ランソン省病院)



カウンターパートとともに JICA
プロジェクトを訪問（国立フエ中央病院）



E-medicine を使用した症例検討会
(バックマイ病院)

Bach Mai Hospital and IMCJ long term cooperation



Do Doan Loi

Vice director, Bach Mai Hospital

Thanks to the support of the Governments of Vietnam and Japan through Japan International Cooperation Agency (JICA), Bach Mai Hospital (BMH) has been upgraded, expanded, and modernized over the past years. As the result, quality of diagnosis, treatment and care for patients has been improved. Within the framework of grant-aid and technical cooperation projects supported by JICA, IMCJ has dispatched many experts to support planning, to conduct scientific research, to provide technical guidance to hold seminars and so on. At the same time, number of BMH staff invited to Japan for training, attending medical conferences ... is also ever increasing.

Following the approval of the Ministry of Health of Vietnam, BMH and IMCJ have signed the Memorandum of Understanding and “IMCJ-BMH Medical Collaboration Center (MCC)” has been established in BMH. Many activities such as scientific research, training, personnel exchange, clinical conference using E-medicine system etc have been conducting distinctly from JICA projects. The collaboration is fruitful. Especially, researches based on the Program of Founding Research Centers for Emerging and Reemerging Infectious Diseases (MEXT, Japan) are being carried out as the core activities and highly evaluated by Vietnamese medical institutions not only in Hanoi but also in provinces in the North of Vietnam. Besides, IMCJ has dispatched many experts to BMH to exchange contents of researches and transfer techniques.

Currently, ten collaborative research projects are ongoing; including three major research groups of MEXT program (i.e. respiratory infections including avian influenza, HIV/AIDS and tuberculosis). In addition, researches on life style diseases, on nosocomial infection control, and other activities relating to human resource development or public health etc. are also conducted effectively. Via E-medicine system, clinical conferences have been held frequently, contributing to the exchange on diagnosis and treatment of various cases, including infectious diseases and pediatric patients. Via E-medicine system, clinical conferences have been held frequently, contributing to the exchange on diagnosis and treatment of various cases, including infectious diseases and pediatric patients.

The above achievements are attributed, first of all, to the high sense of responsibilities and effort of all hospital staff members and secondly to the close collaboration between BMH and IMCJ. I would like to avail myself of this opportunity, on behalf of Directors' Board and staff of BMH, to express my sincere appreciation to the Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan, the Ministry of Education, Culture, Sports and Science, Japan, to our Vietnamese and Japanese friends for their precious contributions to this success. I strongly hope that the cooperation between Vietnam and Japan will be increased day by day. I truly believe that the results obtained from this collaboration between BMH and IMCJ will contribute remarkably to Vietnam and Japan as well as other countries in the region and worldwide. (Photo.)



Photo : Collaboration at MCC office

インドネシア国 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



国際医療協力局派遣協力第二課 平山隆則

プロジェクトは2008年10月下旬より3年の計画で開始され、私はチーフアドバイザーとして勤務しております。ここでは、私の勤務地であるインドネシアのジャカルタと南スラウェシ州マカッサルの紹介とプロジェクトについて紹介させていただきます。

私のインドネシアの最初の印象は強烈でした。2007年5月に厚生労働省健康局結核感染症課に勤務していた当時、初めての海外出張先がジャカルタでのWHOの会合で、鳥インフルエンザの検体提供問題が激論された後、私を含む参加者全員がユドヨノ大統領と面会し握手していただきました。この会場が、2年後の住居になるとは考えもしていませんでした。

インドネシアは人口約2億4千万人（世界4位）、GDP7,581億ドル（世界15位）、総面積世界15位の大国であります。人口の7割以上がイスラム教徒で、世界最大のイスラム人口です。国土は東西に広がる島国で、幅はアメリカ本土とほぼ同じ長さです。公用言語はインドネシア語で統一されております。

私が住居を構える首都のジャカルタは国際大都市で、約1万人の日本人が居住しており、日本食等には苦勞しません。しかし、ジャカルタでは過密する人口に対して、公共交通のインフラ整備の遅れから、渋滞と大気汚染は深刻です。渋滞時に移動するのはかなりの苦勞を伴うた

め、常に移動のタイミングと方向を気にかけています。ジャカルタでは保健省のサーベイランス課で勤務しており、プロジェクトについての協議や他の援助機関との調整等を行っています。

プロジェクト対象地域は、ジャカルタから飛行機で2時間の南スラウェシ州です。ジャカルタとは時差が1時間あります。主に州保健局のある州都マカッサルでの勤務となります。マカッサルは東インドネシア最大の都市で人口約100万人の夕日のきれいな港町です。また、南スラウェシ州はトラジャコーヒーでも有名です。

インドネシアでは2005年7月に初めてヒトへの鳥インフルエンザ感染が確認されて以降、2009年1月22日現在141名の患者が確認され、115名が死亡と報告されています。その後、インドネシア保健省は感染情報の公表を止めております（2009年4月16日現在）。鳥インフルエンザはヒトからヒトへと感染する新型インフルエンザに変異する可能性が危惧されていますが、その発生状況を監視し、早期に検知して対策を講じること（サーベイランス）によって、大流行（パンデミック）の被害を最小限に軽減することが期待されております。インドネシアでもサーベイランスを重要な国家政策の一部としてとらえ、国レベルでのサーベイランスガイドラインは策定されていますが、地方でのより効果的なサーベイル



マカッサル市内での鳥インフルエンザシミュレーション風景

ンスの実施モデルが求められています。

本プロジェクトはインドネシア保健省の要請に基づき、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としております。

そこで、本プロジェクトは以下の5つを目標としています。

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。

プロジェクトの開始以来、プロジェクト内容の周知のためのワークショップや、南スラウェシ州のサーベイランスの現状を分析するためのワークショップ等、4度のワークショップを開いてきました。また、サーベイランスの現状を知るための基礎調査の予備調査も実施してきました。

予備調査をもとに南スラウェシ州全県/市においてベースライン調査を実施してより詳細な現状把握を進めるとともに、国家が策定したガイドラインを基に、南スラウェシ州の現状に即したサーベイランス実施マニュアルを



策定しています。

また、実施マニュアルが完成し具体的なシステム及び活動マニュアルが認識された後に、システムを実施するためのトレーニングを1. 州政府、2. 県/市政府、3. 保健所や病院を含むコミュニティーレベルの順にトレーニングを重ねていく予定です。

現在は平山と藤並調整員の2名体制でプロジェクトを運営しておりますが、新たに1名の長期専門家が派遣される予定になっております。平山がジャカルタを拠点に保健省との活動を中心に行い、藤並調整員と新しい専門家がマカッサルを拠点として州保健局との活動を進めていくことになります。

インドネシア政府と協力して、より効果的なサーベイランス体制を実現することは、インドネシア国内のみならず日本を含む全世界の新型インフルエンザによる被害を最小限に軽減できていると思っています。

今後とも、よろしくお願いいたします。



州保健局長との打ち合わせ



州関係者との会議

第 11 回 国際医療協力人材養成研修を受講して学んだこと

国立国際医療センター戸山病院

13 階北病棟 瀬賀睦美



2008 年 8 月 25 日から 4 週間にわたり、国際医療協力人材養成研修へ参加させていただいた。講義と一週間のフィールド実習が盛り込まれている。参加者は医師・助産師・薬剤師・放射線技師そして私を含めた看護師と、職種は多岐にわたっていた。

私は国際医療協力という分野への憧憬こそあれ、知識や情報等は皆無であったため気後れが先に立ち、場違いなのではないかと感じる瞬間も多かった。しかし、授業内容は刺激的且つ興味深いものがほとんどで、次第に引き込まれていくのが感じられた。

その刺激的な講義の中でも「援助とは何か」ということを考えるきっかけとなった時間があった。2 週間の座学が始まり、さまざまな国際医療協力に関する基礎的な知識やテクニックを学び進めるうちに、私にはある一つの疑問がうまれてきた。

授業では必ずグループワークが課せられていたが、各授業の母子保健や実地疫学などの授業では、それぞれテーマを与えられ、ディスカッションで出た答えを発表しあった。その作業を進めていくたびに、はたしてこの協力と銘打って行おうとしていることが、本当にその場の人々が欲していることなのか、本当に必要なことなのか、疑問に思えてきていたからである。その思いを打ち消しながら日々の講義を受けていた。おそらくこのような疑問は感じてはならないものだろうと抑え込み、グループワークを続けた。

その 2 週間の疑念を払拭する講義が、座学最終日に行われた。



世帯調査を行った地域の近くにある辺戸岬

それは、社会学の観点から、なぜ国際協力をするのか国際協力がどのような意味を持つ行為なのか、という根本的なところから始め、善意に基づく行動が必ずしも相手にとって好ましい結果をもたらさない、という多くの事例を紹介され、今まで感じていた疑問の結果発表を見せられているような感覚に陥った。特に、印象的であった言葉は「協力＝援助」であるという言葉であった。「協力≠対等」であると夢を見るのは提供する側の勝手だが、援助を受ける側の人間はそうのように考えてはいないことを念頭において行動を起こさなければならない、という力のバランスの重要性を学んだ。

50 年前に国際協力という動きがおこり、キリスト教的精神がその根本的な思想として、広まっていったという興味深いフレーズがあった。宣教師が学校と診療所を設け、それを有力な武器として各地に浸透させていった過程と、開発ワーカーが近代化という普遍性と思われるものを途上国へ持ち込んだ過程とが、類似性を示しているという説明を受け、その開発ワーカーの一つに医療者である自分が属していることに息を飲んだ。自分はキリスト教徒ではない。どのような根拠を持って国際協力、否、国際援助へ参加をするべきなのか。

講義では、援助には必ず持てる者と持たざる者との力関係が働いており、善意は善行を保証しない、行う側は自らの権力を自覚し、適切に行使する必要があると結ばれていた。このことより、援助を行う側にいるものとして、自分たちの影響力を十分理解し、その地域が本当に必要としているものをその地域の人々と共に考えていけるようになりたいと考えた。その後、それまでに受けていた授業の内容、特に日本の ODA で行っているプロジェクトは、地域の方々が望んでいることを知ろうとし、共に考える訓練であったと実感した。

それ以外にも興味深い講義は盛りだくさんであったが、なかでも興味深かったのは PCM：プロジェクト・サイクル・マネジメントである。JICA でのプロジェクトではこの手法で問題抽出・解決法の選択・計画立案を行っているとのことだ。PCM の手法自体は看護過程と類似している方法

で、なじみのあるものであった。グループワークを進めていくこの講義は、互いに考えている方向は同じでも詳細を確定していく段階でのディスカッションは非常に刺激的であり、苦痛であった。その苦痛というのは、言葉の意味に囚われ始めると延々とたとえ話が続き、互いに底なし沼に落ちていきそうになることだった。だが、その苦痛な作業を終えたときの達成感と連帯感は確実なものであったと実感した。

これらの講義を通して心を通わせる仲間達ができ、私たちはタイへ向かう感染症等専門家養成研修の班と、一人ずつ別々の国へ行くレジデント班と別れを告げ、沖縄へ旅立った。

沖縄では、県庁の保健課と県立看護大学で、沖縄での健康問題の特徴と歴史、現在のトピックスについて情報収集を行い、次に世帯調査を行う地域の国頭村役場の保健所で、保健活動の概要と現在取り組んでいる問題についての情報を集めた。それらをもとに、世帯調査の実習を行った。私たちが行ったのは、近年、台湾でデング熱が流行し沖縄へデング熱の危険性を、家屋の周辺にデングウィルスを媒介する蚊が発生しそうな因子はどれくらい存在するか、で何等かの指標で見ることではできないかという調査であった。実際にチームに分かれ、炎天下のなか国頭村楚洲地区で世帯調査を行い、その後途上国で実際使用されている統計解析ソフトを使用して数字を処理し、それらの数字からどのような地域の保健問題を読み解くことができるのか、といったディスカッションを講師の先生方の経験を参考にしながら行っていた。

私が10年臨床で看護を通し感じていたのは、公衆衛生学の必要性であった。その思いは、この研修に参加するこ

とでさらに強いものとなった。というのは、どれほど身を粉にして働き治療とケアに忙殺されようとも、患者は次から次へやって来てしかもその患者の抱えている健康問題はほとんど同様のものであったからである。そこに地域性があるのならば、原因があり解決策があるはずだが、病棟の看護師として勤務しているだけではそれらを把握することは困難であったし、解決策を打ち出すことも難しいことであった。

この研修を受け、地球規模で健康保健を考えることで、その中の日本の健康保健について学び、さらにその中の東京都新宿区にある国立国際医療センター戸山病院で勤務している自分の立場の重要性を理解し、そこで行う看護が国際保健につながっていることを理解した。今までの視野が、スコープを引いて見ることで広がったこともあるし、よりいっそう日々の看護についての奮闘に意味があることを意識することができた。

このような機会をいただけたことに看護部長、看護副部長、病棟師長ならびにスタッフに感謝します。刺激的な時間を提供してくださいました講師陣の皆様に厚く御礼申し上げます。



水が溜まりやすく
蚊が発生しやすいバナナの木



沖縄講義実習風景（筆者：右）

2009 年度「国際保健基礎講座」

「国際医療協力を目指す全ての皆様が、
継続的に学びを深めていく機会を提供する」
事を目的に、国際保健基礎講座を開催しています。

対 象： 国際医療協力に関心がある医療従事者、若手実務家、学生を対象としています

期 間： 原則第 4 土曜日、2009 年 5 月～2010 年 3 月の、合計 10 回

時 間： 13:00～16:00 (3時間)

場 所： 国立国際医療センター 国際医療協力局 会議室

講座修了者：年 7 回以上参加された方には、修了証書を授与します

事前登録： 参加には事前登録が必要です。お問い合わせ、事前登録は以下の連絡先をお願いします

研修実施事務局：国立国際医療センター 国際医療協力局 研修課

TEL：(代表) 03-3202-7181 (内線) 2704、(直通) 03-5273-5243

メール：研修課 芦田研修専門官 m-ashida@itimc.go.jp

年間スケジュール (暫定)

日 付	タイトル	講座形態
第 1 回 (5/23)	「国際保健とは」「何故、百日咳で 8 歳の子供は死んでしまったのか？」	ワークショップ、デ ィスカッション、実 習を取り入れた、参 加型の形式で進めて いきます！
第 2 回 (6/27)	「緊急援助とは」「国際災害援助に必要な Skill とは？」	
第 3 回 (7/25)	「紛争後の中で」「患者も医療者も病院も国も貧しい中で・・・」	
第 4 回 (8/22)	「途上国における『看護』」	
第 5 回 (9/26)	「プライマリーヘルスケアとは」「日本の保健医療の仕組みとは？」	
第 6 回 (10/24)	「知りたい情報をどのように手に入れる？」情報検索スキル	
第 7 回 (11/28)	「エイズ罹患率の高いアフリカで子供たちは？」	
第 8 回 (1/23)	「現場では何が起きている？」疫学・調査手法・統計ソフト実習	
第 9 回 (2/27)	「プロジェクトとは」プロジェクトプランニングの実際	
第 10 回 (3/27)	「国際保健のキャリアディベロップメント」	

