

平成 28 年度 地域保健総合推進事業

**「グローバルヘルスの保健所機能強化への  
活用方法確立および開発途上国に対する日本の  
衛生行政経験の伝達可能性の模索事業」  
報 告 書**

平成 29 年 3 月

日本公衆衛生協会  
分担事業者 長谷川 麻衣子  
(長崎県県南保健所 所長)

## 目次

はじめに	長谷川麻衣子（長崎県県南保健所）	1
国際保健を地域保健総合推進事業の指定課題とした経緯について		2
	宇田英典(全国保健所長会長)	

## I. 事業概要

1. 事業の位置づけ		3
2. 分担事業者・事業協力者・助言者・オブザーバー一覧		3
3. 報告書の想定読者		4
4. 用語の定義		4

## II. 事業報告

1. 今年度の取組み概要と結果総括		5
2. 分野別コンセプトペーパー		8
《社会のグローバル化による課題やグローバルヘルスと地域保健領域の共通課題およびそれらの対応について》		
1) 地域保健分野		
① 高齢化・高齢者対策		9
	湯浅資之(順天堂大学国際教養学部)	
② 母子保健		11
	松井三明(長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科)・ 石岡未和(宮崎市健康支援課)	
③ 精神保健		18
	馬場俊明(東京大学医学研究科精神保健学分野)	
④ 在日外国人の保健医療アクセスへの対応		22
	矢野亮佑(青森県むつ保健所)	
⑤ ICTの活用		26
	久保慶祐(岩手県大船渡保健所)	
2) 健康危機管理分野		
① 災害時の公衆衛生対応とグローバルヘルス		29
	劔陽子(熊本県水俣保健所)	
② 国際的感染症対応の必要性和サーベイランスの役割		31
	村上邦仁子(東京都健康安全研究センター)	
③ グローバルヘルスと日本における結核対策結核対応		34
	劔陽子(熊本県水俣保健所)	

(参考資料) 熊本県における健康危機管理対策体制の事例 (FEIT) .....	37
--	----

### 3. 調査報告

1) 社会のグローバル化による保健所業務への影響に関する調査 .....	40
石丸泰隆(山口県萩環境保健所)	
2) 人材交流に関する聞き取り調査 .....	46
松井 三明(長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科)	

### III. 寄稿

1. 『地域保健と国際保健の交流への期待』 .....	51
牧野友彦 (WHO 西太平洋地域事務局 医官)	
2. 『国際感染症対策の強化に関する動向と人材育成に係る地域保健への期待』 .....	53
田中 剛 (内閣官房 国際感染症対策調整室 企画官)	
3. 『国際保健政策人材育成のための新しい動き』 .....	55
仲佐 保 (国立国際医療研究センター 国際医療協力局運営企画部長)	
4. 『人材育成は二刀流のすすめ』 .....	56
中村安秀 (大阪大学大学院人間科学研究科)	

### IV. 資料

1. 事業班活動記録 .....	57
2. ワールドカフェ記録 .....	57
3. ワークショッププログラム .....	59
4. ワークショップ発表資料 .....	61

## はじめに

この度、新たな指定課題となった国際保健の推進についての初めの分担事業者となる幸運を得ました。保健所で国際保健の何をするのか？それは現実的な取り組みなのか？国際保健に関わるほど地域保健の現場に余裕はないなど、地域保健と国際保健は別ものと捉えられがちです。私自身、地域保健も国際保健も公衆衛生対策の理論としては同じで、実践上地域性をふまえて応用されているはずだという認識ですが、地域保健の現場での日常業務の中では『国際的』なトピックの優先順位は低くなりがちです。

確かに、行政としての実施主体を考えると国際保健は国レベルの話という整理になりますが、日本社会の国際化は地域保健対策にとって無縁ではありません。2015年12月現在の在日外国人登録者は約223万人と過去最高を記録し総人口の1.8%を占め、外国人労働者数も2016年10月末現在で約108万人と届出義務化以来過去最高を更新し、彼等は各地域の住民として生活しています。また、国の動向として、日本の国際貢献として国際的な脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画が関係閣僚会議で決定となり、その人材育成・登録・派遣プロジェクトが開始となり5年間で500人の人材登録が目標として掲げられ、G7伊勢志摩サミットでは国際的な公衆衛生危機へ対応強化が保健課題として検討される等、日本国内の公衆衛生対策従事者の国際貢献についてもニーズが増加しています。

そこで、まず初年度は、そもそも地域保健領域とグローバルヘルス領域の交流による可能性・有用性はあるのか、あるのであればそれは何か示すことを目的に取り組み、報告書にまとめました。地域保健の従事者の方にはグローバルヘルス領域の知見・技術を現場に応用する視点を得ていただければ、また、国際保健の従事者の方には国内の地域保健の現場にも活躍の場あることを知っていただけると幸いです。また、今後、両領域の知見・人材が双方向に活用・活躍する機会が増えることを期待します。

最後に、本事業の実施にあたり、アンケート調査等にご協力いただきました全国所長会、都道府県・市区関係部署の皆様方に心より御礼申し上げます。

平成29年3月

平成28年度地域保健総合推進事業 グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法  
確立および開発途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索

分担事業者 長崎県南保健所 所長 長谷川 麻衣子

## 国際保健を地域保健総合推進事業の指定課題とした経緯

全国保健所長会会長 宇田 英典  
(鹿児島県保健福祉部医療審議監  
兼 鹿児島地域振興局保健福祉環境部長 兼 伊集院保健所長)

我が国の公衆衛生は、結核対策や消化器系感染症対策、脳卒中对策、生活環境衛生の改善、医療提供システム等の構築等、社会環境の変化に応じて積極的にその役割を果たし、平均寿命に代表されるように世界のなかでも健康で長寿の国のひとつになりました。貧困と不衛生から生じるさまざまな健康課題に対して公衆衛生が成果をあげたといえます。

一方、近年では高齢化にともなう疾病構造の変化や継続する少子化傾向による人口減少、人口の都市部への集中と地方の過疎高齢化といった2極分化の進展等、世界のどの国や地域も、これまで経験したことのない社会構造のなかで、複数の疾患等を有する多様な患者や身体的・心理社会的に継続的ケアを必要とする高齢者等への対策が喫緊の課題とされています。

また、昨年4月に発生した熊本地震や、その後の鳥取県地方や福島県沖を震源とする地震、夏には、これまで経験したことのない北海道への度重なる台風の襲来や集中豪雨等、地球環境の変化もあり、多発化・甚大化する傾向にある自然災害に対する健康危機管理の重要性も増してきています。

さらに、ヒト、モノ、カネの国境を越えた移動が活発になるにつれて、結核やデング熱の集団発生、MERSやエボラ出血熱等の国際感染症への懸念、年間1万人を数える外国籍の母親の妊娠・出産とその後の母子保健対策、広域流通による複数の自治体での広域食中毒発生への対応等、我が国のいずれの地域においても、多様な分野で保健所が対応しなければならない健康課題が増えています。地域においても国際的な視点をもった公衆衛生対策が求められています。

同時に保健所を中心として進めてきた我が国の公衆衛生の経験や知見は、発展途上にある国や地域にとって必要とされるものも少なくありません。国際社会の一員として諸外国や地域に提供していくことも大切です。しかし、そのためには我が国の公衆衛生、とりわけ地域における公衆衛生の専門機関としての保健所が、その時々々の健康課題に対して果たしてきた役割や課題、経験や知見等を私たち自身が理解し、検証し、対象とする地域の実情と照らし合わせて評価できる能力が必要です。そのことは私たちの地域の公衆衛生の展開にも有用だと考えています。

グローバル化とは、交通機関の発達による国境を越えた人々の移動、政治



経済分野における国家関係の緊密化により、様々な領域の問題が多くを巻き込んで地球規模に拡大している事態を表すとされています。当然のことながら、公衆衛生分野も含まれますし、国レベルのことだけではなく、地域レベルの課題も一般的になってきています。保健所が地域特性に応じた公衆衛生を展開し、地域の健康水準を維持・向上させていくためには、私たち保健所に勤務する公衆衛生医師がこれまでの経験等も踏まえ、グローバルヘルス全体のなかでの現在・将来の立ち位置を理解しておくことも必要ではないかと考えております。

以上、グローバリゼーションと地域保健との関係は極めて密接で重要であるという観点から、全国保健所長会の果たす役割や方向性等について検討、提案していただくため、地域保健総合推進事業（保健所長会協力事業）において指定課題とさせていただきます。皆様のご協力をいただけると幸いです。

## I. 事業概要

### 1. 事業の位置づけ

平成 28 年度地域保健総合推進事業（保健所長会推薦事業）

指定課題 『国際保健の推進』（平成 28 年度～）

国際化に対応し、国内外において実務経験のある公衆衛生医師から見た日本の公衆衛生対策の現状と課題、今後、海外に提供可能な日本の公衆衛生対策等について国際貢献および人材確保・育成の観点から取り組む。

上記の指定課題の下、平成 28 年度事業『グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および開発途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索』では、グローバルヘルスと地域保健の両領域に共通・類似性のある課題を検討し、それらの対策における両領域の知見や人材の活用・育成の可能性を示すことに取り組んだ。

### 2. 分担事業者・事業協力者・助言者・オブザーバー一覧（敬称略）

	所属役職	氏名	所属
分担事業者	所長	長谷川 麻衣子	長崎県県南保健所
協力事業者	所長	久保 慶祐	岩手県大船渡保健所
協力事業者	所長	劔 陽子	熊本県水俣保健所/芦北福祉事務所
協力事業者	所長	渡邊 洋子	東京都大田区保健所
協力事業者	所長	石丸 泰隆	山口県萩環境保健所
協力事業者	課長	村上 邦仁子	東京都健康安全研究センター健康危機管理情報課
協力事業者	技師（医師）	矢野 亮佑	青森県むつ保健所

協力事業者	助教	馬場 俊明	東京大学医学研究科精神保健学分野
協力事業者	准教授	松井 三明	長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科
協力事業者		牧野 友彦	WHO 西太平洋地域事務局
助言者	教授	中村 安秀	大阪大学大学院人間科学研究科
助言者	部長	仲佐 保	国立国際医療研究センター
助言者	准教授	湯浅 資之	順天堂大学国際教養学部
助言者	上席主任研究官	種田 憲一郎	国立保健医療科学院 国際協力研究部
助言者	企画官	田中 剛	内閣官房国際感染症対策調整室
顧問	会長	宇田 英典	全国保健所長会
オブザーバー	保健師	石岡 未和	宮崎市健康支援課
オブザーバー	室長	岡部 英男	神奈川県予防医学協会 健康創造室
オブザーバー	教授	杉下 智彦	東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座

### 3. 報告書の想定読者

地域保健分野・国際保健分野の実務者

### 4. 用語の定義（地域保健・国際保健/グローバルヘルス・健康危機管理）

地域保健とは地域住民の健康の保持・増進に関することで、日本では一般衛生行政体系の中、保健所・市町村が各分野の地域保健対策を担っていることから、本事業においては、主に保健所・市町村における地域保健活動を対象としている。

国際保健とグローバルヘルスについては、本事業ではほぼ同義語として使用しており、人々の健康の保持・増進のため、多国間の交流・協力等による国境を越えた保健活動を対象としている。

健康危機は IHR（国際保健規則）では原因を問わず国際的公衆衛生上の脅威となるあらゆる事象を対象としている。厚生労働省健康危機管理基本指針によると、健康危機管理とは、感染症、飲料水、食中毒、医薬品、その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態であって厚生労働省の所管に属するものである。また、地域においては保健所が健康危機管理の拠点である（地域健康危機管理ガイドライン）。本事業においては、主に保健所における健康危機管理を対象としている。

## II. 事業報告

### 1. 今年度の取組み概要と結果総括

要旨 地域保健とグローバルヘルス領域の知見・人材の活用の可能性について、国内外で公衆衛生活動経験のある公衆衛生医師等の参加により検討した結果、グローバルヘルス領域で培われている能力である、事業マネジメント能、多組織協調能、多職種調整能、カウンターパート能は保健所機能強化に有用であること、また、両領域間の実務者交流等による人材活用や人材育成は両領域の機能強化になることが確認された。その有用性の例証として、グローバルヘルスの視点からみた地域保健領域の個別課題とその対応へどのようにグローバルヘルスが活用できるか、日本の地域保健対策の国際協力での活用の可能性について示した。

#### A. 目的

日本は開発途上国に対する技術協力や研究等を通じてグローバルヘルスの経験を重ねてきた。一方、国内では、法的根拠に基づいて技術職と事務職が協力しつつ衛生行政の体制を整備し、世界でも先進的な地域保健システムを構築してきた。しかしながら、グローバルヘルスと地域保健領域の知見・技術について双方向での具体的な活用と実践方法についての検討は不十分であり、その意義について広くコンセンサスを得られていない現状である。そこで、第1段階として、両領域に共通性・類似性のある課題と、それらの対策における両領域の知見や人材の活用や育成の可能性を示すことを目的とした。

#### B. 方法

(1) 平成 28 年 7 月、国内外で公衆衛生活動に従事する日本人公衆衛生医師等の計 18 人の参加を得、ワールドカフェ方式により「グローバルヘルスと日本の地域保健の交流によって期待できること」について検討した。次に、ワールドカフェにより共有認識となったテーマの下、個別課題について具体的に検討するため 10 月ワークショップを開催し、研究協力者で分担しコンセプトペーパーを作成し、研究協力者間での査読を行い完成とした。

##### (2) 社会のグローバル化による保健所業務への影響に関する調査

平成 29 年 1 月、保健所業務に社会の国際化が及ぼしている影響を把握するため、記入式アンケート調査を実施した。質問票の配布回収には全国保健所会一斉メールを使用した。

##### (3) 人材交流に関する聞き取り調査

グローバルヘルス領域での経験が国内の公衆衛生行政に応用できるか、また日本での経験が開発途上国に活用できるかの可能性を明らかにすることを目的として、国内外双方の経験をした保健師を対象にインタビューを行った。



## C. 結果

(1) ワールドカフェでは、「グローバルヘルスと地域保健の実務者の交流により、人材の育成・活用が期待でき、双方の機能強化になる」が共通認識となった。ワークショップでの検討を経て、作成するコンセプトペーパーのサブテーマは、健康危機管理分野として各々、災害対応と公衆衛生・国際保健、感染症対応、結核対応、地域保健分野として各々、高齢化・高齢者対策、母子保健・少子化 ICT の活用、外国籍への対応、精神保健についてとした。

総論として地域保健行政を担う保健所の機能強化への貢献が期待できることは主に次の4点である。①事業マネジメント能；JICA プロジェクトで汎用されているプロジェクトサイクルマネージメント (PCM) 手法は保健所における PDCA サイクルの事業管理に活用可能である。②多組織協調能；国際協力の現場では多くのステークホルダーが連動して支援を実施しているため国際協調が欠かせない。この協調業務は多組織を連携させる保健所機能強化のモデルになる。③多職種調整能；国際協力の現場では多彩な職種・専門性を有した専門家を統括する必要がある、その手法は保健所組織運営の参考になる。④カウンターパート支援能；国際協力は相手国政府や非政府組織のオーナーシップを重視して実践されるため、その支援技術は市町村を支援する県型保健所の機能強化に生かすことができる。

また、グローバルヘルス領域では、国際保健協力に従事する人材が、日本の仕組みを学習することは、将来的に開発途上国の健康増進と公衆衛生の向上に大きく寄与する可能性がある。

各論として、①感染症対応では、保健所においては感染症法で定められた疾患に対しては適切な対応が実施される反面、不明疾患の発生や手順が定められていない事態などの対応への柔軟性が低い傾向や対応を国内・外を分けて考える傾向があり、国際協力の場で求められる感染症の流行を世界単位で大局的にとらえる能力、臨機応変に対応する能力は今後の国内の人材育成上の視点として有用である。②災害時の公衆衛生対応では、災害時保健所に求められる機能は平時の保健所活動の延長に加え、全体を俯瞰するマネジメント力、ロジスティックス、多くの支援団体の調整、持続可能な体制をつくる支援が必要である。これらは国際協力・開発活動において通常行われている対応であるため、国際保健分野の経験のある人材が保健所で働くこと、国際協力・開発分野の研修を保健所職員のための災害対応研修等に活かすことは有用である。③結核対応では、昨今、保健所の結核対応で外国籍の患者に対応することも稀ではなく、治療完遂のためには日本以外の結核対策の事情を知っていることや国外の治療施設への紹介など、患者支援が国内で完結しない場合の対応能力が必要となっている。④外国人に対する保健医療サービス提供において言語・会話の問題は大きく、特に医療機関受診における医療通訳体制の整備の充実が図られているところであるが、各地域の医療機関や地域保健行政サービスの提供場である保健所や市町村保健福祉部署における外国人等の対応における問題の把握が必要である。⑤高齢化・高齢者対策については、グローバルヘルス領域では高齢者対策の経験は充分蓄積されておらず、

国内で高齢者対策に従事する人材が国際協力における人材として活用することが期待できる。⑥地域の保健医療における ICT 活用は、遠隔医療等により医療資源が不足を克服することや、保健、医療、介護といった制度の異なるサービス提供者が連携して住民をサポートすることを可能にしている。医療資源が著しく不足している途上国の僻地における保健医療サービス提供においても ICT 活用が始まっており、日本の地方のシステムはモデルとなりうる。その他の分野については報告書のコンセプトペーパーを参照されたい。

(2) アンケート調査の回収率は 61.5% (全 480 保健所の内 295 箇所) で、保健所が行う地域保健分野業務において対象者等が外国人であった等で対応に課題や影響があった事例を経験した保健所は 63.7% であった。その主な分野は結核が最も多く (157 箇所)、続いて精神保健 (49) で、課題となった要素は言語 (165) であった。

(3) 人材交流に関する聞き取り調査を 4 名 (抄録作成時点) に実施し、日本国内の業務は「やるべきこと」の規定が様々にあり、その実施で精一杯なこと、途上国では地域に出てその実情を知る時間が多いこと、乏しい資源のなか工夫して対応することが求められるなどが述べられた。また、一度海外に出てしまうと日本の衛生行政で職を得ることは困難なことが一様に指摘された。

#### D. 考察

今回、地域保健領域とグローバルヘルス領域の交流による可能性・有用性があることを地域保健の各分野で例証した。本報告は、地域保健従事者がグローバルヘルス領域の知見・技術を現場に応用する視点を得、一方、国際保健従事者が国内の地域保健の現場にも活躍の場があると知ることに貢献すると期待する。両領域の交流を可能にするキャリアパス等の仕組みは不十分である。また、保健所業務における外国人等対応の課題は少なからずある。これらの課題について更なる検討が必要である。

#### E. 結論

グローバルヘルスと地域保健の交流は双方の機能強化に有用である。

#### F. 今後の計画

両領域の交流を促進するため、横断的な人材育成プログラム検討等、具体的な実践方法を提案する。社会の国際化により保健所業務上の起きている課題に必要な対応を検討する。

## 2. 分野別コンセプトペーパー

《社会のグローバル化による課題やグローバルヘルスと地域保健領域の共通課題およびそれらの対応について》

### 1) 地域保健分野

# 「高齢化・高齢者対策」コンセプトペーパー

湯浅資之（順天堂大学国際教養学部）

## 1. 海外と日本における高齢化の現在と将来

先進諸国の中で日本は、高齢化率の順位が 1980 年代まで下位であったものの、90 年代には中位へ上がり、平成 17(2005)年には世界で最も高齢化率の高い国となった<sup>1)</sup>。2015 年には 65 歳以上高齢化率は 26.7%<sup>1)</sup>であり、これが 30%以上となる都道府県は 6 県<sup>1)</sup>を数え、初めて 75 歳以上後期高齢者人口が 14 歳以下年少人口を上回った<sup>1)</sup>。将来予測では、2060 年には 2.5 人に一人が 65 歳以上、4 人に一人が 75 歳以上と予測されている<sup>1)</sup>。福岡県久山町データを基に国が推計した 2015 年の全国の認知症患者総数は 602~631 万人で、2025 年にこれが 700 万人に増加と予測されている<sup>2)</sup>。2016 年 9 月現在の 100 歳以上人口は 6.5 万人であり、増加の一途を辿っている。

一方、世界の高齢化率は 2010 年の 7.7%が、2060 年には 17.6%へ急増すると予想されている<sup>1)</sup>。2015 年における主要先進国の高齢化率は、イタリアが 22.4%、ドイツ 21.2%、フランス 19.1%、イギリス 17.8%、米国 14.8%であった<sup>1)</sup>。特にアジア諸国では急速に高齢化が進み、7%から 14%に進む倍化年数がシンガポールで 16 年、韓国 17 年、タイ 22 年、マレーシア 23 年と推測され、日本の 24 年を上回る速さで進展している<sup>1)</sup>。2012 年末の中国には既に、65 歳以上人口が日本の総人口とほぼ同数の 1 億 2714 万人おり、今後毎年 860 万人ずつ増加すると予測されている<sup>3)</sup>。

## 2. 課題別検討項目

### (1) 人材交流による育成と活用

わが国のグローバルヘルス領域における支援では高齢者対策の経験は十分蓄積されておらず、高齢者ケアのノウハウはもっぱら国内の人材に集積されている。そのため、高齢者対策に従事するインバウンド人材を国際協力における高齢化社会対策のアウトバウンド人材として活用することが可能である。日本が開発途上国、特にアジア諸国に貢献できる取組みとして、途上国自身の高齢化対策の重要性に対する気づきの促し、課題の認識を促す官民双方の場・ネットワークの提供、日本の経験の整理と共有、包括的な高齢化社会対策への配慮、人口ボーナスの効果最大化に向けた施策実施の関与が指摘されている<sup>4)</sup>。

国際協力機構（JICA）への高齢者対策（社会保障・社会福祉）支援に関する各国からの要請は、近年、増加傾向にある。既に支援の取り組みは始まっており、例えばタイ国からは要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト、インドネシア国からは社会保障制度強化プロジェクト、マレーシア国からは高齢化セミナー等の支援要請が挙がり、JICA が具体的プロジェクトを展開している。JICA は今後、中進国を中心に医療費の管理と医療

の質向上に関する支援、高齢者介護・サービスの財政的持続性確保、高齢化に対する多様な取り組みに関する支援、官民連携を重点的に行う方針を表明している<sup>5)</sup>。

### (2) 日本の公衆衛生史における高齢化対策の再評価

戦後のわが国の高齢者に対する施策は、1963年の「老人福祉法」（老人健康診査等）の成立に始まる。同法の下で1973年に老人医療費無料化を実施したが、財政負担の増加から1982年には無料化を撤廃し、新たに保健医療を1982年の「老人保健法」で対応することにした。40歳以上の成人に対する健康診査等の保健事業と高齢者に対する医療給付事業（65～74歳の障害を持った方と75歳以上全ての高齢者が対象）を実施した。やがて財政負担から医療と保健を切り離し、医療は2008年の「高齢者の医療の確保に関する法律」（高齢者に対する医療給付・特定健康診査/特定保健指導等）で対応し、保健は2008年の「改正健康増進法」（歯周疾患検診、骨粗鬆症検診等）で事業を展開することになった。さらに、介護問題が深刻化する中で、2000年には「介護保険法」を成立させ、保険制度による予防給付・介護給付、地域支援事業等が実施されることになった。

このように我が国は走りながら個々の問題に対処してきたためサービスや施設が高度に分化、複雑化したことから、制度・サービスの一元化を図る目的に「地域包括ケアシステム」（2011年厚生労働省）の構築が提唱され、今日に至っている。

### (3) 保健所機能強化への貢献策

高齢者対策に関連するグローバルヘルス領域の知見・経験は乏しいことから、この分野における保健所機能強化への貢献策は次に挙げる一般的項目が考えられる。

まず、「事業マネジメント能」の強化が挙げられる。JICAプロジェクトで汎用されているPDMに基づく手法は保健所におけるPDCAサイクルの事業管理に応用可能であろう。次に「多組織協調能」も応用がきく分野である。国際協力の現場では多くのステークホルダーが連動して支援を実施しているため国際協調が欠かせない。この協調業務は多組織を連携させる保健所機能強化のモデルになる。「多職種調整能」も適用できる機能と考える。国際協力の現場では多彩な職種・専門性を有した専門家を統括する必要があり、その手法は保健所組織運営の参考になる。最後に「カウンターパート支援能」である。国際協力は相手国政府や非政府組織のオーナーシップを重視して実践されるため、その支援技術は市町村を支援する県型保健所の機能強化に生かすことができると思料される。

#### 【引用文献】

1. 内閣府. 平成28年高齢社会白書、2016.
2. 内閣府. 平成26年高齢社会白書、2014.
3. 日本貿易振興機構(JETRO). 中国高齢者産業調査報告書、2013.
4. 大泉啓一郎、山田浩司. 開発途上国の高齢化を見据えて～新しい支援・協力への視座～、国際協力総合研修所 2006 ; 101-105.
5. 国際協力機構(JICA). 課題別指針—社会保障(医療保障・年金等の所得保障・社会福祉)、2013.



# 「母子保健」コンセプトペーパー

松井三明(長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科)・  
石岡未和(宮崎市 健康支援課)

## ・公衆衛生とグローバルヘルスにおける母子保健の位置づけ

社会問題の多くは種々の格差に起因する。格差は、国家・地域間、あるいは都市と農漁村との間に、また人種、世代、性別、職業など、あらゆる社会的構造を基礎として発生しうる。そして、この格差に関連して差別が起こる。

公衆衛生学は、社会問題一ひいては格差と差別の問題を、保健・福祉・医療の観点から捉えて解決策を模索する実学である。なかでも社会的・経済的弱者である子ども、女性、高齢者、障がい者には多くの課題が偏在する傾向があり、したがってこれらの対象者には単に保健・医療だけではなく、広範なアプローチを要することが特徴である。

また世界に視野を広げた場合、地理・気候などの生活環境の厳しさと政治・経済状況の不安定さ、またそれらに起因する貧困のために、格差が母子に及ぼす影響は、特に開発途上国においてより極端な形で顕在化する。

## ・開発途上国における母子の健康格差

### 1) 国家・地域間の格差

経済状況により女性と子どもの死亡率は大きく変化する。世界銀行は、収入により各国家を Low, Lower-middle, Upper-middle, High の4つに区分し、各グループごとの妊産婦死亡率<sup>1)</sup>(表1)と小児死亡率<sup>2)</sup>(表2)の推計を行った。いずれの死亡率も、収入と負の相関があることがわかる。また2015年時点で、収入 Low 群と High 群とを比較すると、妊産婦死亡率で29倍(495:17)、小児死亡率で11倍(76:7)と、大きな差が存在する。

### 2) 社会・経済層間の格差

Victora ら<sup>3)</sup>は、国家間だけではなく、各国内においても経済格差が大きく子どもの健康に影響を与えていることを示した(図1)。この図は、各国内で得られた世帯調査の情報を利用して対象世帯を経済階層別に五分位で分け、それぞれの小児死亡率を示している。これより、いずれの国においても、低所得層と高所得層との間に約2~3倍の死亡率の差があることがみてとれる。

また表3に複数の国の Demographic and Health Survey (DHS) からの経済層別の合計特殊出生率(Total fertility rate: TFR)を示す。前出の子どもの死亡率と同様に、低所得層ほど TFR が高い。一方で、高所得者層ではおよそ2.0程度と一様に低下傾向にある。したがって開発途上国では、その国内においても大きな健康格差が存在し、低所得層では多産多死である一方、高所得層では少産少子傾向に移行しつつあることがわかる。

### 3) 社会・経済層間で死亡率格差が発生する要因

低所得層と高所得層に健康格差が発生する主要因は、保健医療サービスへのアクセスと利用が大きく異なることにある。Barros ら<sup>8)</sup>は世界の中で母子保健指標が悪い 54 カ国での情報を再集計することで、各種母子保健サービスが社会経済層間でどのように異なるかを示した(図 2)。これより、低所得層において、全ての重要な母子保健サービス、中でも有資格者 (Skilled birth attendant: SBA) による分娩介助、妊婦健診受診、家族計画法、子どもへのワクチン接種、肺炎罹患時の病医院受診などの利用率が低いことが明確に示された。

## ・ 開発途上国における母子保健対策の変遷

一般的に、保健・医療の改善策として、できる限りサービスの種類を多くすることにより多様なニーズを充足させることが重要と考えられている。しかし開発途上国では、保健医療サービスの提供に携わることができる専門職の数と予算は乏しい。また、低所得層、地方居住者などでは、前述のように現実に利用しているサービスの数と種類が限られている。

そのような状況で、多種のサービスを提供した場合には、もともとのサービス利用が低い層(社会経済的弱者)にはサービスがなかなか届かない一方で、高所得者、都市部在住者では多種のサービスを高率に利用できるようになり、結果として格差の拡大が起きることが知られている<sup>3)</sup>。

この分析に基づき、限られた資源を有効活用する観点から、サービスの数が限定されたとしても、その利用率の経済層間格差を解消すること、つまり 100%の利用率 (universal coverage) を目指すことが 2003 年に「子どもの生存戦略」(Child survival strategy) として提唱された。すなわち、限定された公的資源により保健医療の改善を図るにあたっては、サービスの種類を増やすことに力点を置くのではなく、現状を適切な情報に基づいて分析し、有効性の高いサービスと、その利用率が低い対象人口を同定し、選択と集中により当該サービスの利用率拡大を図ることが、罹患率・死亡率を低減するための有効な手段である、という考え方である。

もうひとつ、母子保健分野では「継続的なケア」という概念が提唱されている。これは、上述の選定された(全員に受けてほしい)サービスを、妊娠前・妊娠中・出産・産褥・新生児・乳児・小児期に整理し、ライフサイクルに沿って体系的に提供することで、保健医療との接点を切れ目ないものにしようとする発想である。

## ・ 日本における母子保健対策の変遷と県型保健所の役割との関連

日本の母子保健対策は、母子保健法に基づき、保健事業(保健指導、健康診査)と医療対策(医療援護など)に大別して推進され、母子保健の基盤整備とあわせて計 3 つの柱によって、妊娠から出産、子どもの成長過程に沿ってサービスが提供されるよう、体系化が

図られている（図3）<sup>9)</sup>。母子を取り巻く社会環境の変化の中で、少子高齢化、女性の社会進出、晩婚化、妊娠出産の高齢化、産後うつ、生殖補助医療、低出生体重児、発達障害、出生前診断など、多様化する課題への取り組みが求められている。

母子保健事業は1993（平成5）年の地域保健法の成立とともに、乳幼児健診等が市町村へ移管され、2013（平成25）年には低出生体重児の届け出や未熟児訪問も市町村へ移管された。また予防接種や各種健康診査、医療援護等のサービスは、それらを担う医療機関が複数存在し、原則としてその選択は個人に委ねられている。

上記を背景として、県型保健所における母子保健の役割・位置づけが不明瞭になっている。例えば、保健所保健師にとって、かつては家庭訪問や乳幼児健診業務が大きな比重を占めていたが、現在それらは市町村の業務であるため、健康な乳幼児に接する機会が減少してきている。そのため、市町村保健師への指導・助言や連携に混乱が生じている。

### ・日本における母子の健康格差

少子化に伴う母子保健対策の1つとして、妊娠・出産・育児の「切れ目ない支援」が講じられているが、最もハイリスクなのは「切れ目にいる妊婦」である。具体的には、医療と保健にのれない妊婦（貧困、保険料滞納、知的・精神障害、婚姻関係にない者など）や福祉にのれない妊婦（大学生、外国人など生保受給の条件に合わない貧困層など）。

社会・経済格差では、日本の子どもの相対的貧困率はOECD加盟国の中でも高く、OECD平均を上回る<sup>10)</sup>。2014年の貧困線（等価可処分所得の中央値の半分）は122万円（名目値）となっており、「相対的貧困率」（貧困線に満たない世帯員の割合）は16.1%となっている。また、「子どもの貧困率」（17歳以下）は16.3%となっている<sup>11)</sup>。

国内の人口移動の増加に伴い妊娠・出産・育児期の転入・転出も増加しているが、自治体を超えて乳幼児健診や予防接種といった健康情報データの共有ができていない。母子保健分野のサービス利用率を集団として捉えること、その有効性を高めるために集団に対して働きかけをすることが困難になっている。県型保健所が広域を管轄する視点から母子保健の現状を把握できないと、市町村による施策あるいは個人の選択や行動の差に起因して、地域間のサービス格差が生じることも予測される。

厚労省は、健康・医療・介護施策におけるICTの利活用は、さまざまな縦割り構造を背景に、その前提となるデータが分散し、相互につながらない形で取り組みが進められてきた結果、現場や産官学の力を引き出したり、患者・国民がメリットを実感できるかたちとはなっていなかったとし、『健康・医療・介護情報のプラットフォーム』を構築し平成32年を目処に本格稼働させる方針を示した。人々の行動と情報範囲が拡大し、連携機関も拡大しているいま、多様化した市民のニーズに応えるためには時代に合ったシステム設計が必要であるし、行政職員の労務管理にもつながると考える。

## ・グローバルヘルス分野の知見と日本の地域保健との関連性の考察

日本においても社会・経済的弱者に多くの社会問題が集積している。母子保健分野の現状から考えて、市町村レベルに細分化された施策と個人の選択に依拠するサービス形態を継続することにより、サービス利用の格差が拡大する可能性はないのか、また現状のサービス提供は効率的であるのか、などについて検討することは重要である。

グローバルヘルス分野からの学びは、対象集団におけるサービス利用状況と健康状態を把握する際に、社会経済的格差の観点を導入することにある。それによって、現在行われている対策が届きにくい人々を同定する、サービスを届ける手段を地域特性を踏まえて講じる、サービス提供の有効性（ひいては効率）評価を行うことができる。これは、広域を管轄し、また市町村の施策に対して支援を行う保健所の機能として取り入れることができるのではなかろうか。このような考え方は、昨今議論されている地域包括ケアが『市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく』ことを念頭においていることと共通するとも言えよう。

このような保健所機能は、母子保健分野に限定されるものではない。日本では体系的な社会保障の整備がされている一方で、社会保障費が高額で国家財政を圧迫している。優先して提供すべきサービスを客観的に同定し、その効果を検証することは、どのような分野においても重要であろう。

また、少子高齢化が進む日本では「健康寿命」を伸ばすための方策、地域包括ケアでも社会の中で大半を占める高齢者の健康づくり対策が重視される。しかし、個人の高齢期における健康は胎児・幼少期の生活環境と密接に関係していることが明らかになってきている。よって、高齢化が加速する中での長期的な対策として、若年女性や妊婦・乳幼児の栄養対策、感染症の予防など、健康増進や疾病予防という従前からの母子保健の中心を充実させることは、今後一層重要となってくる。

また、この発想から生まれるであろう学びは、多産多死から多産少死、さらに少産少死へと移行していく中低所得国にとっての保健医療政策に活用できる可能性が高い。

母子保健を中心として、グローバルヘルスから保健所機能への応用、またその経験を開発途上国へ適用すること、双方向の可能性を今後の研究班で継続的に模索し、その一部を実証していきたい。

## 文献

- 1) World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
- 2) The United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels & trends in child mortality, Report 2015. New York: United Nations Children's Fund; 2015.

- 3) Victora CG, Wagstaff A, Armstrong J, et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*. 2003; 362: 233–41.
- 4) Ministry of Health and Lao Statistics Bureau. Lao Social Indicator Survey 2011-12. Vientiane, Lao PDR: 2012.
- 5) National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International. Cambodia Demographic and Health Survey 2014. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International; 2015.
- 6) Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH), and ICF International. Indonesia Demographic and Health Survey 2012. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International; 2013
- 7) National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, and ICF International. Bangladesh Demographic and Health Survey 2014. Dhaka, Bangladesh, and Rockville, Maryland, USA: NIPORT, Mitra and Associates, and ICF International; 2016.
- 8) Barros AJD, Ronsmans C, Axelson H, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet*. 2012; 379: 1225–33.
- 9) 厚生労働省. 母子保健の現状  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001oujo-att/2r9852000001oumv.pdf>
- 10) 内閣府. 平成 26 年版 子ども・若者白書. 2014
- 11) 厚生労働省. 国民生活基礎調査の概況. 2013
- 12) 厚生労働統計協会. 国民衛生の動向 2016/2017



表 1. 妊産婦死亡率の推移、1990 年～2015 年、世界銀行による国家の収入区分別 <sup>1)</sup>

収入区分	年		
	1990	2000	2015
Low	1020	839	495
Lower-middle	532	411	253
Upper-middle	117	88	55
High	27	22	17

単位：出生数 10 万対の妊産婦死亡数

表 2. 小児死亡率の推移、1990 年～2015 年、世界銀行による国家の収入区分別 <sup>2)</sup>

収入区分	年		
	1990	2000	2015
Low	187	150	76
Lower-middle	120	93	53
Upper-middle	55	40	19
High	16	11	7

単位：出生数 1000 対の 5 歳未満児死亡数

図 1. 小児死亡率と国家内の世帯間経済的格差との関連 <sup>3)</sup>

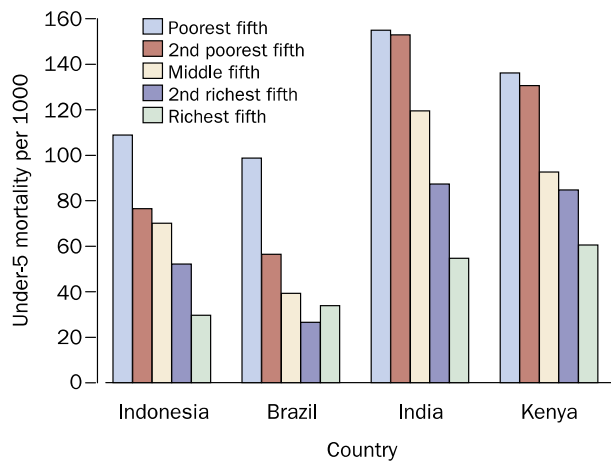


表 3. 合計特殊出生率と国家内の世帯間経済的格差との関連 <sup>4)~7)</sup>

収入区分	年			
	ラオス (2011-2) <sup>4)</sup>	カンボジア (2014) <sup>5)</sup>	インドネシア (2012) <sup>6)</sup>	バングラデシュ (2014) <sup>7)</sup>
Low	5.3	3.8	3.2	2.8
Lower-middle	3.8	2.8	2.7	2.4

Upper-middle	3.1	2.8	2.5	2.2
Upper-middle	2.4	2.4	2.4	2.1
High	1.9	2.2	2.2	2.0

国名の下のカッコ内は調査年を示す。

図 2. 各種母子保健サービスの利用率と国家内の世帯間経済的格差との関連 8)

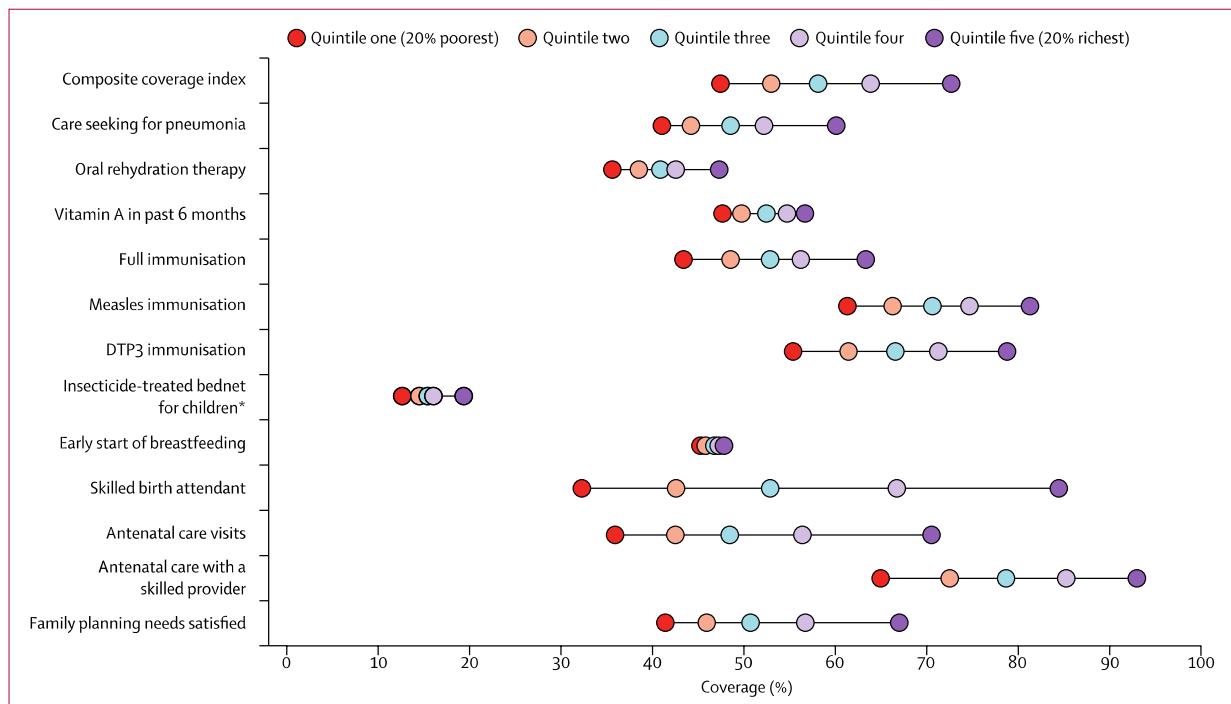
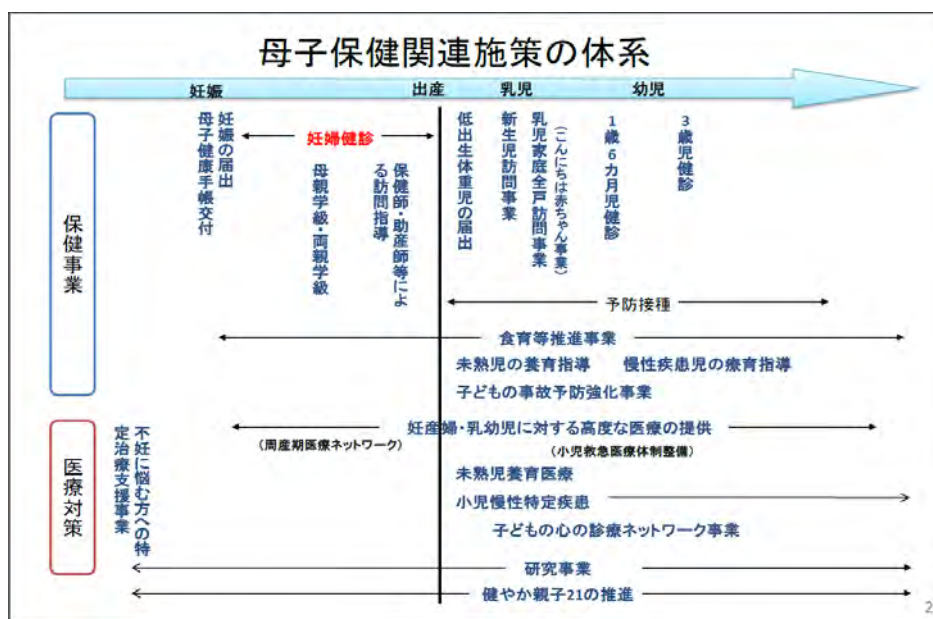


図 3. 母子保健対策の体系 9)



# 精神保健分野 コンセプトペーパー

東京大学大学院医学系研究科 精神保健学 馬場 俊明

## 1 権利擁護

わが国の精神保健福祉法(旧法を含む)は、国際的な潮流に影響を受けながら発展してきた。1950年の精神衛生法は米国カルフォルニア州法を参考にしたと言われている<sup>1</sup>。ライシャワー事件後の1965年に改正された精神衛生法は、通院医療費公費負担制度が導入されたものの、強制性が強いものであった。1967年には、欧米で進む地域精神保健を採り入れるため、日本政府の依頼により、WHO西太平洋事務局のコンサルタントとして、英国からクラーク医師が派遣され、報告書がまとめられたが、精神科ベッド数および非同意入院件数は増加を続けた。1983年の宇都宮病院では、看護者の暴行による2名の患者の死を含む精神障害者に対する人権侵害に関して国際的な注目を受けた。その後も90年代まで精神科病床は増加を続けた。2013年国連人権理事会から、強制入院・長期入院が多いこと等に関して指摘を受けた<sup>2</sup>。2014年OECD報告書でも、脱施設化の遅れと自殺率の高さを指摘された。2006年12月13日に国連総会において採択された障害者権利条約は、2014年にわが国で発効し、同年に施行された障害者差別解消法とともに、障害者に対する不当な差別的取り扱いの禁止と合理的配慮の提供を求め、社会に様々な影響を与えている。一方で、前記条約に定められたような地域ケアの提供は限定的であり、非同意入院の減少は依然として緩やかである。

反対に、わが国の精神保健福祉法(または旧法)が他国に影響を及ぼしたと思われる例としては、東アジア(中国、台湾、韓国)において、一部の強制入院の判断に家族の同意が必要とされる点が挙げられる。

一方、中国で2012年に成立した精神保健法では、自傷または他害の恐れがない場合は、強制入院を行うことを禁止したが<sup>3</sup>、強制入院の条件に関しては、日本の精神保健福祉法で定められたよりも厳しい。また、韓国では、「韓国の強制入院は、同国の精神保健法(日本では精神保健福祉法)に基づいて行われる。保護義務者2人の同意と精神科専門医1人の診断(17年5月以降は、異なる医療機関の精神科専門医2人の診断)があれば、患者の同意がなくても「保護入院」という名の強制入院を実行できる。」「(憲法裁判所による)決定文は、「(保護入院は)悪用・乱用につながることを防ぎ、精神疾患患者を社会から一方的に隔離したり、排除したりする手段として利用されないようにしなければならない。しかし、精神保健法の条項は、精神疾患患者の身体的自由の侵害を最小限に抑える方策を十分に用意せず、侵害を最小化する要件を満たしている」とみることはできない(2016年10月7

日 読売新聞)」と書かれていた。この決定は日本の当事者の間でも大きな話題になっており、日本でも以前から国を相手とした集団訴訟の計画があることから、上記の韓国の判決が間接的にわが国に与える影響が注目される。

以上の例のように、日本は東アジアの国に対して、精神保健医療システムに関し、間接的に影響を及ぼしてきたが、近年、韓国、中国において、日本よりも一歩進んだ法律、判決が見られ、今後は相互に影響し合いながらの発展が見込まれる。詳細な制度比較などは今後の調査・検討課題である。

保健所においても、国内外での障害者権利擁護に関する議論や、障害者権利条約についての理解を深め、精神保健業務を行う際に、権利擁護の視点をこれまで以上に配慮することが必要と思われる。権利擁護のコンピテンシーの向上のためには、人材育成において、精神保健分野における保健所の障害者権利擁護における役割を積極的に扱うことが必要となる。また、人権擁護のコンピテンシーは、結核罹患患者等感染症分野とも一部共通と思われ、人材育成等において協調することが望ましい。

## 2 ユニバーサルヘルスカバレッジと、精神保健サービス、特に心理社会的介入の提供

1961年にわが国で達成した国民皆保険制度には、当初から精神医療が含まれ、かつ、自立支援法などにより、精神疾患は他の疾患以上に受診がしやすくなっている。一方で、わが国の精神科医療は、入院中心の医療からの脱却に成功していない。これは、World Mental Health Atlas 2014の結果<sup>4</sup>と比較すると、upper-middle income countriesに最も近い。また、心理師による心理的介入が公的保険によって提供されないということも低中所得国に広く見られる特徴である。

### タスクシフティング

低中所得国では、限られた医療資源の元で少しでも多くの心理社会的介入を提供するため、タスクシフティングを用いた研究・プロジェクトが多く行われている。タスクシフティングとは、より教育レベル、あるいは給与の低い人材をトレーニングして、それまで医療者が行っていた治療等を行えるようにする取り組みのことで、精神保健以外の分野でも低中所得国で広く利用されている戦略である。精神保健分野でも低中所得国で非医療者による介入の革新的な無作為比較試験が多数行われ、良い結果が得られており、イギリスでも近年国家的に同様の取り組みが行われている。

このような取り組みは、わが国の医療保険制度の中で行われる例は少ない。保健所や公衆衛生の現場では、非医療者を養成する事業は多く見られるが、治療や保健指導を任せられるものは少ない。自治体財政の状況が困難さを増す中、保健所を中心とした革新的なタスクシフティングの取り組みに関して、今後調査・検討することが有用と思われる。

## 費用効果分析

タイ王国では、Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)が2007年に保健省から半分独立した研究機関の部門として設立された<sup>5</sup>。その後、委員会により、費用対効果が良いと判断するためには、国民一人当たり国民総所得の1.2倍を下回ることが必要と定められたが<sup>6</sup>、これは、先進国を含めても非常に先進的な取り組みであった。実際にタイで費用効果分析の結果が保険に反映された例として、アルコール症に対するスクリーニングとブリーフインターベンションが挙げられる。タイ国内の研究者が、上記介入がタイにおいて上記基準を満たすことを示した後、速やかに全国的に保険が適用されるようになった。

わが国では、2016年から高額な医薬品・医療機器に関しては経済評価が試行的に導入されたが、タイのように心理的介入を含む診療報酬一般に関して、経済評価の結果を明確に反映するような仕組みはまだなく、検討に値する。また、わが国では、予防接種に関しては経済評価がすでに行われているが、その他保健所や自治体で行われる保健福祉事業や補助金の対象に関しても、同様に経済評価を導入することが調査・検討課題である。

## 3 その他調査・検討が必要と思われるトピック

### 移民、外国人旅行者等への対応

移民、外国人旅行者のメンタルヘルスに関する、保健所の対人サービスには、結核等の慢性感染症同様、長期に渡って多言語対応が必要となる。この点に関する調査・研究は非常に限られ、保健所における対応についても今後の検討課題である。健康な者に対する予防や健康増進、情報提供に関する多言語対応についても検討を要する。また、外国人旅行者が主な対象と言われるカジノの建設については、国民のギャンブル依存症を増加させる可能性が指摘されている。多くの場合、自治体レベルでも海外の事例、調査結果を中心に政策的判断や対策を行わざるを得ず、国際的な精神保健に関する情報を収集、評価し、政策決定やサービス開発を行う能力が自治体職員にも要求される。薬物乱用に関しても、低中所得国からの輸入や海外ドラッグ文化の影響、旅行者等による多様な薬物の持ち込み等グローバル化の影響が見られる。

### 精神疾患・自殺の予防、啓発

精神疾患の予防や啓発の効果については、世界的に研究が少なく、介入方法がほとんど確立していない。一方で、わが国では、自殺対策が喫緊の課題であり、保健所や自治体で何らかの自殺対策が行うことは必須とされている。このため、しばしば、保健所・自治体担当者は、国内で有用な情報が見つかることができず、国際的な医学情報を扱う能力が要求される。情報の中には、中国、韓国、ロシアなど自殺率の高い国から発信されるものが



含まれる。また、広く自殺対策が普及している国は少なく、日本から自殺の予防啓発方法に関する情報を生み出し、発表することが期待されている。認知症対策に関しても、同様の役割が期待されている。

1. 吉川、竹島（2012）、精神保健マニュアル4版1刷.
2. United Nations Human Rights Council (2013), Concluding observations on the second periodic report of Japan, adopted by the Committee at its fiftieth session.
3. Chen H, Phillips M, Cheng H, et al. Mental Health Law of the People's Republic of China (English translation with annotations): Translated and annotated version of China's new Mental Health Law. *Shanghai Arch Psychiatry* 2012; 24(6): 305-21.
4. World Health Organization 2014, Mental Health Atlas 2014.
5. Tantivess S, Teerawattananon Y, Mills A. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the health intervention and technology assessment program. *PharmacoEconomics* 2009; 27(11): 931-45.
6. Nimdet K, Ngorsuraches S. Willingness to pay per quality-adjusted life year for life-saving treatments in Thailand. *BMJ Open* 2015; 5(10): e008123.

# 「在日外国人の保健医療アクセスへの対応」

## コンセプトペーパー

青森県むつ保健所 矢野亮佑

### 背景

近年、国際的な人の流れは急速に活発化してきている。近隣アジア諸国の経済成長、日本のビザ緩和、航空運賃の低価格化等により訪日外国人は急速に増加しており、2015年の入国外国人は1,974万人を記録し、2016年は2,400万人に到達する見込みで、政府は2020年までに4,000万人を目標に掲げている。上位より、中国499万人、韓国400万人、台湾368万人、香港152万人、アメリカ103万人、タイ80万人、シンガポール31万人、マレーシア31万人等<sup>1)</sup>と続く。

また、在日外国人の定住化も進んでおり、2015年12月現在の外国人登録者の約223万人は総人口の1.8%に該当する。国籍別では、中国が最も多く67万人、次いで韓国朝鮮49万人、フィリピン23万人、ブラジル17万人、ベトナム15万人、ネパール5万人、台湾5万人等<sup>2)</sup>と続く。外国人労働者数も2016年10月末現在で約108万人と、届出義務化以来過去最高を更新した。国籍別では、中国が最も多く344,658人(外国人労働者全体の31.8%)、次いでベトナム172,018人(同15.9%)、フィリピン127,518人(同11.8%)と続く。対前年伸び率は、ベトナム(56.4%)とネパール(35.1%)が高かった<sup>3)</sup>。

この他にも、2011年1月より医療滞在ビザの運用が開始された。

### 課題

上記により、医療機関への外国人の受診も増加することが見込まれ、実際に平成27年度の全国の病院に対する調査によると対象2,417医療機関から669回答あり、78.6%の病院は外国人受入経験があった<sup>4)</sup>。しかし、同調査によると外国人患者受入について課題として「言語・会話」を上げる病院は95.8%に上り、次いで「医療通訳の提供体制」が44.6%、「治療費の不払い」が43.7%、「生活習慣の違い」が32.1%あり、一方で自前の医療通訳がある病院は35.2%にとどまっており、外国語への対応が課題として大きい<sup>4)</sup>。また、対応可能言語は英語が88.5%であるも、次に多い中国語は27.6%、韓国語は12.9%で、英語以外への対応は不十分である<sup>4)</sup>。また、平成26年度の訪日外国人旅行者に対する調査では、旅行中に困ったことについて、35.7%が「施設等のスタッフとコミュニケーションがとれない」と回答していた<sup>5)</sup>。

市町村においても言語が問題で健康格差が生じている。例えば、2001年に愛知県小牧市の乳幼児健診において、外国籍母親をもつ乳幼児の健診受診率が30%だったものの、日系ブラジル人三世のポルトガル語の通訳者が参加することで80%近くに向上した<sup>6)</sup>。また、2009年に施行された乳幼児課程全戸訪問調査では、日本語の理解できない外国人母親の場合は医療通訳者が同伴しなければ成り立たない。他にも、2010年の全国の児童相談所に対する児童虐待事例の調査では、164施設から1,111例の事例が上げられ、52%が父日本人・母外国人であり、通訳者サービスを十分に活用できていない児童相談所が少なくなかった<sup>7)</sup>。その一方で、通訳者の確保は現実的には困難な場合が多いにも関わらず、在日外国人対象の健康支援に係る既存資料がある市町村は28.3%にとどまり、既存資料がない市町村の72.9%はマニュアル等を希望しているという結果の調査があり、対応する体制ができていない<sup>8)</sup>。保健所も、入院勧告書や就業制限の通知、調査票や治療支援説明等の感染症対応のための文書について、一部を含めて外国語に対応している所は11%にとどまり、通訳等のサービス利用体制も36%にとどまっている<sup>9)</sup>。

## 対策の変遷

群馬県の小児科医に対する調査によると、医師が言葉で困った場合の対処法として、「身振り手振りや筆談」や「通訳可能な知人を同伴してもらう」が約70%を占めており、「NGOやボランティアに通訳依頼」は7%、「公的な通訳サービスに依頼」は1%未満であった<sup>10)</sup>。多くの場合は、家族や知人等が通訳を行ったり、各医療機関がそれぞれ独自に個別に対応したりしてきたのが現状である。しかし、家族や知人等が行う通訳は「にわか通訳」<sup>11)</sup>等と言われ、誤訳が多く、専門用語・医療の知識がないため通訳者自身が医療従事者の説明を理解できなかったり、医療従事者に病状を十分伝えられなかったりしたことが報告されており<sup>11)</sup>、海外では適切な医療通訳者が確保できず訴訟や死亡事故につながった例も発生している<sup>12)</sup>。

医療通訳には、統一された制度はなく、資格や身分保障もない。医療通訳士は、初期には「専門用語・医療の知識不足」「医療制度における知識不足」「全科にわたる知識」「尋ねる先輩や同僚がおらず試行錯誤」「失敗」「患者や医師からの苦情」等に悩み、キャリアを重ねても「専門用語・医療知識の習得に要する時間」「医療制度や医療に対する考えの違い」「医療・専門用語以外の聞き慣れない日本語」「身分と仕事内容のギャップ」「医師の説明の分かり難さ」「意思決定における文化の違い」「医師と患者との板挟み」「難しい患者（納得しない、矛盾、理解力低い、等）」「深刻・悲痛な場面」「通訳以外の役割」等で戸惑いを感じており<sup>13)</sup>、医療通訳士には多くの負担がかかっている。これらの課題を背景に、2009年に医療通訳士協議会（JAMI）が設立され、医療通訳士の技術向上と適正な報酬や身分保障のための制度確立に向けた活動が開始された。また、厚労省では、医療の国際展開の一環として2012年より外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）、2014年より医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業、2016年より医療通訳等の配置及び院内資料の多

言語化等の整備事業等を行っている。

保健については、母子健康手帳、予防接種、乳幼児健診、住民健診等においては外国語版や外国語資料がある。通訳者の確保が現実的に困難な中、市町村では前述のような既存の公開資料を活用したり、在日外国人支援団体等他機関と連携したりしながら対応している。例えば、東京都の市町村には、住民健診や予防接種の通知封筒に、最初から4ヶ国語で「健診のおしらせ」「予防接種のお知らせ」等と印刷している所がある。結核については必要に応じて医療通訳者を派遣する事業を東京都がNPO法人シェアと委託契約をしている。また、英語のみのことがほとんどではあるものの、外国人用の説明パンフレットを準備したり、窓口外国人が来た場合に指さし外国語一覧表やタブレットを利用したりしている市町村もある。

### **在日外国人に関わる人材との交流による活用と育成 / 保健所機能強化への貢献**

訪日外国人・在日外国人がともに増加する中、外国人の結核患者や外国人を含む集団感染事例、また地域での外国人の母子保健や職域保健、精神保健、介護・福祉等、保健所の二本柱である地域保健と健康危機管理の双方において外国人と接する機会は今後も増える。

医療においては、医療通訳士等をはじめとする外国人に対する医療支援に関わる人材の育成の支援を行うことによって、結果的に地域医療をより円滑にしてくれる。また、多言語のパンフレットや院内看板の整備等、医療機関の外国人患者受入れ環境整備に係る支援等を行うことは、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」にも記載されている地域の医療提供体制の確保にも矛盾しない。

保健や結核を含めた感染症や大規模災害等の健康危機管理においては、市町村における対人保健サービス、通訳者の確保、多言語資料の作成・増備、市町村や多機関間の共有を支援することで、地域在住の外国人が日常生活の中や緊急時に健康に係る事柄で困ることが減る。これは地域保健の推進につながり、結果的に健康格差対策にもなり得る。

今後、外国人に対する保健医療支援に関わってきた人材や医療通訳士等と、保健所職員や市町村保健部署職員が交流することによって、異なる言語・文化・宗教・生活習慣・社会で生まれ育った地域住民を理解しようとする姿勢と理解につながり、接していく上で念頭に置いておくべき点等が少しずつ分かるようになり、国籍問わず不可欠な信頼関係を築きやすくなり、地域保健対策を進めやすくなる。

上記に向けて、まずは言語の問題を含めた外国人の医療・保健に係る所で、各地域の医療機関や市町村保健部署において頻度高く遭遇する問題や既にとられている対策について調査・整理する必要がある。

#### 参考文献

- 1) 日本政府観光局. 統計データ (訪日外国人・出国日本人).

[http://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/visitor\\_trends/](http://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/visitor_trends/).

2) 法務省. 在留外国人統計 (旧登録外国人統計) 統計表.

[http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei\\_ichiran\\_touroku.html](http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei_ichiran_touroku.html).

3) 厚生労働省. 「外国人雇用状況」の届出状況まとめ (平成 28 年 10 月末現在).

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000148933.html>

4) 日本病院協会. 平成 27 年度「医療の国際展開に関する現状調査」結果報告書.

[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20151028\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20151028_01.pdf).

5) 総務省・観光庁. 「訪日外国人旅行者の国内における受入環境整備に関する現状調査」

結果. <http://www.mlit.go.jp/common/001115689.pdf>.

6) 伊藤美保他. 在日外国人の母子保健に関する通訳の役割. 小児保健研究, 63. 249-255 ; 2004.

7) 李節子. 自治体の地域特性を活かした「医療通訳」のあり方. 保健の科学, 56. 807-816 ; 2014.

8) 波川京子他. 在日外国人に対する健康支援の現状と保健指導マニュアル作成にむけた課題. 社会医学研究, 33. 17-24 ; 2016

9) 全国保健所長会. 平成 27 年度地域保健総合推進事業「新興再興感染症危機管理支援事業」報告書.

[http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2015\\_H27\\_tmp01\\_houkoku.pdf](http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2015_H27_tmp01_houkoku.pdf)

10) 高橋謙造他. 臨床医からみた在日外国人に対する保健医療ニーズ～群馬県医師会、小児科医会における調査報告～. 国際保健医療学, 25. 181-191 ; 2010.

11) 永田文子他. 在日ブラジル人が医療サービスを利用する時の通訳に関する課題. 国際保健医療学, 25. 161-169 ; 2010.

12) Flores G 他. Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. Pediatrics. 111 : 6-14 ; 2003.

13) 田中郁子他. 外国人医療通訳者の体験した困難とその対処. 国際保健医療学, 28. 305-316 ; 2013.



# 「地域における ICT の活用とグローバル・ヘルス」

## コンセプトペーパー

岩手県釜石兼大船渡保健所 久保 慶祐

岩手県沿岸地域など医療資源が十分とは言えない地域を中心に、積極的な ICT の活用が始まっている。その一つは高齢化に対応することを目的とした、医療と介護をリンクさせ地域包括ケアの促進を目的とするネットワークである。岩手県では釜石・大槌圏域の「OK はまゆりネット」、宮古圏域の「みやこサーモンケアネット」、気仙地域の「未来かなえネット」などが既に稼働しており、全国的にも注目されている。

また、周産期医療のリソース不足を補うための ICT の活用も始まっており、大きな成果を上げつつある。岩手県周産期医療情報ネットワークシステム（いーはとーぶ）<sup>1</sup>はインターネットを介して周産期医療情報を共有し、保健と医療の関係者が連携して、妊娠から出産まで妊産婦をしっかりとサポートすることを目的としている。システムの主な特徴は次のとおりである。

1. 高度医療の必要な妊産婦、胎児、新生児の紹介や健診経過の情報共有
2. 妊産婦、新生児に対する早期の保健指導、効果的な育児支援の推進
3. 市町村の妊婦健診受診票の発行や台帳管理等の事務の効率化とともに、ハイリスク妊産婦や産後メンタルヘルスの速やかな把握と支援が可能になる
4. 周産期医療や妊産婦の保健統計情報が蓄積され周産期医療の質の向上

また、遠隔妊婦健診や Web 母子手帳との組み合わせにより、育児に役立つより多くの情報の活用も可能となる。

岩手県沿岸地域においては、ハイリスク出産に対応できる医療機関は県立大船渡病院のみであり、妊婦の不測の事態に対応できるように、他の県立病院や助産院とネットワークを介した情報共有が図られている。

他方、医療資源が著しく不足している途上国の僻地においては、このような試みはより必要とされており、実際、ICT の活用が検討されている。例えばインドネシアの於いては日本の援助により遠隔医療のパイロット・プロジェクト (DigiMAPS)<sup>2</sup>が行われているが、このような流れは、岩手県遠野市助産院「ねっと・ゆりかご」とタイの医療 ICT 導入チームとの交流から始まったとされている<sup>3</sup>。

大船渡保健所では平成 28 年 1 月に、JICA プロジェクトによるパキスタンからの母子保

健研修生（公衆衛生医師）を迎えた。研修プログラムの中でも「いーはとーぶ」について非常に高い関心を示し、自分たちも遠隔医療の導入を検討しているとのことであった。東京などと比べれば自分達の環境にまだ近い現場で、実際に ICT が活用されている現状を目の当たりにすることは、そのような志を持つ医療者にとって、手の届くモデルを提示することになると考える。

### 医療 ICT の人材交流による育成と活用

我が国において今後医療分野における ICT の活用は、ますます加速していくと考えられる。それぞれの地域の実情と目的に応じたシステムを各々構築していくことになる。世界でも最も早いペースで進んでいるわが国の高齢化に対する ICT の活用は、他の先進国も注目するところとなるかも知れないし、医療資源の不足を克服しようというシステムは、途上国にとってのモデルとなる可能性もある。このような課題に対して問題意識を共有する日本と外国の地域同士が直接に連携を図ることは大きな意味があるのではないかと考える。

### 保健所機能強化の観点から

地方においても外国人技能研修生は欠かせない労働力となっており、保健所としても感染症対策などでは多民族、多言語、多文化を受け入れなければならない状況が迫っている。若い世代の結核対策では外国人が大きな問題となっており、実際に釜石保健所でも、インドネシア人の研修生が肺結核を発症し、対応に苦慮した症例なども経験した。イスラムのバックグラウンドを持つ住民に対して、わが国、とりわけ地方の保健師が保健活動を行う際には相当戸惑う事も多いであろう。ICT を介した交流を通じて、保健所職員が色々な民族、文化に expose されておく事は、副次的な意味を超えた大きなメリットがあると考えられる。

### 参考文献

1. 岩手県、岩手県周産期医療情報ネットワークシステム「いーはとーぶ」、  
[https://www.pref.iwate.jp/dbps\\_data/material/.../shuusankiiryuu\\_honbun.pdf](https://www.pref.iwate.jp/dbps_data/material/.../shuusankiiryuu_honbun.pdf)  
(2016年11月7日アクセス)
2. APT-J3プロジェクト インドネシア母子健康管理システムのデジタル化：  
[http://www.healthcare-innovation-forum.jp/exclusive/pdf/20151127\\_02\\_08.pdf](http://www.healthcare-innovation-forum.jp/exclusive/pdf/20151127_02_08.pdf)  
(2016年11月7日アクセス)
3. BHNテレコム支援協議会 樽松 八平、医療 ICT のアジア展開について（インドネシアを中心に）、  
[http://healthcare-innovation-forum.jp/exclusive/pdf/20150227\\_01\\_04.pdf](http://healthcare-innovation-forum.jp/exclusive/pdf/20150227_01_04.pdf)  
(2016年11月7日アクセス)

## 2) 健康危機管理分野

# 「災害時の公衆衛生対応とグローバルヘルス」

## コンセプトペーパー

劔陽子(熊本県水俣保健所)

### 1. 日本の災害支援の歴史

古来より日本は地震や台風といった自然災害が多く、それらに対応してきた歴史がある。それを途上国での支援にも生かすという考えより、1970年代後半、カンボジア難民救援から国際緊急援助活動が開始されている。1982年には日本政府により海外の災害に対応するための国際緊急医療チームが設立され、1987年には「国際緊急援助隊の派遣に関する法律」(JDR法)が公布・施行された。その後、スマトラ沖地震・津波、ネパール地震などの災害時に、国際緊急医療チームが派遣されている。

一方、国内では1995年の阪神淡路大震災を契機に、災害医療体制が本格的に整備されることとなる。2004年に新潟県中越地震後、国による災害派遣医療チーム(DMAT)の整備が開始され、2005年災害対策基本法に基づく防災基本計画にDMATは位置づけられた。その後も、DMAT活動要領の通知、研修・訓練実施体制の整備、都道府県とDMAT指定医療機関との協定等、体制・制度の充実が図られている。

このように災害医療体制の整備に続いて、公衆衛生分野における災害時支援体制の強化も進められてきている。2012年厚生労働省は「災害時に於ける医療体制の充実強化について」の通知において、災害医療に係る保健所機能の強化を唱い、発災後初期救急段階に自立的に集合した医療チームの配置調整、EMISでの情報発信、関係団体間の連携調整、避難所等での医療ニーズの把握・分析等々に関し、保健所が中心となって機能することを期待している。2014年には全国衛生部会災害時保健医療活動氷人化検討委員会が設置され、自然災害時に伴い重大な健康危機発生時における保健医療活動に関し、自治体間の応援を効果的に行うための組織として「災害時健康危機管理支援チーム(Disaster Health Emergency Assistance Team ; DHEAT)」が提案され、2016年度より研修が開催されることとなった。

### 2. グローバルヘルス分野の経験と災害時の保健所機能強化

大規模災害時における公衆衛生活動のうち、特に急性期における活動には、平時の保健所活動の延長ではなかなかできないものも多い。災害時に保健所が中心となって公衆衛生活動を担うためには、保健所職員には「全体を俯瞰して現場をマネージメン

トする」「(多少不便であっても)自分たちが活動できるための環境をつくる」「物資の確保と情報・通信の確保といったロジスティックス」「多くの支援団体(ドナー)の調整」「(狭義の)保健医療分野以外にも広く視点をもった対応」「支援慣れした被災者をつくらない支援体制づくり(被災者のエンパワーメント、自立を目指し、支援者が引き揚げたあとも持続可能な体制をつくる支援)」といった活動ができるための能力が求められるが、これらのことは国際緊急援助だけでなく、国際協力/開発活動においては通常から、当たり前のように取り組まれていることである。このことを考えると、国際保健分野での経験を有する人材が保健所で働くこと、国際協力/開発分野で行われている研修を保健所職員のための災害対応研修等に生かすことなどにより、災害時の保健所機能強化に貢献できる可能性は大であると考えられる。さらには保健所職員の災害対応能力が強化されることによって、国内支援のみならず国際緊急援助活動に貢献できる人材も増えることになるであろう。

#### 【参考文献】

1. 独立行政法人国際協力機構ホームページ 事業・プロジェクト—事業ごとの取り組み—国際緊急援助 <https://www.jica.go.jp/jdr/index.html>
2. 國井修編. 災害時の公衆衛生 私たちにできること一、南山堂、2012.
3. 金谷泰宏、鶴和美穂. 大規模災害時の公衆衛生活動と被災地支援の到達点、公衆衛生 80(9):636-642, 2016.

# 「国際的感染症対応の必要性和サーベイランスの役割」

## コンセプトペーパー

村上邦仁子(東京都健康安全研究センター)

### 研究班からの提言

日本国内の健康危機管理の拠点は保健所であるが、保健所での感染症対応は、感染症法で定められた疾患に対し、適切な対応が実施される反面、手順が定められていない突然の事態、不明疾患の発生などの対応への柔軟性が低い面がある。また日本が陸続きの国境を持たない背景も影響しているが、感染症対策においてもどうしても国外と国内を分けて考えてしまう傾向がある。

しかし、西アフリカ諸国におけるエボラ出血熱アウトブレイクを通じて、実際に日本での患者の発生はなかったにせよ、国内でも平時にも対策を整えておく重要性を認識させられたし、韓国における MERS アウトブレイク<sup>1)</sup>では、中東の感染症と思われていた疾患が、突然隣国で猛威を振るう怖さを実感した。国内でも、東京都を中心としたデング熱のアウトブレイクや、関西・関東圏の麻しんの海外輸入後の国内流行などは記憶に新しい。日本への入国外国人は年間 2,000 万人に迫る勢い<sup>2)</sup>であることも考えれば、今や感染症対策に国境はないと言ってよい。世界でどのような疾患が発生し、流行し、そして感染が拡大しているのか、常にアンテナを張っておく必要がある。

当研究班における検討では、国際保健分野での経験がある人材は、感染症の流行状況を世界単位で大局的にとらえる能力、臨機応変に対応する能力が鍛えられているとの意見が挙げられた。今後国内の人材育成、特に地域の感染症対策を担う保健所職員の人材育成に、平時からのこのような能力開発を視点として組み込んでいくことは有用であると考えられる。

### マスギャザリングと感染症

一方、平時の備えに加えて、さらに警戒が必要なのが、マスギャザリングという状況である。マスギャザリングの定義は、日本集団災害医学会によれば「一定期間、限定された地域において、同一目的で集合した多人数の集団」<sup>3)</sup>、WHO は 25,000 人以上の集合とある<sup>4)</sup>。国内各種イベントにおけるマスギャザリングは日常的に開催されているものではあるが、2020 年に開催が予定されている東京オリンピック・パラリンピックのような国際的なマスギャザリングにおいては、マスを構成する人々の人種、国籍が多様となること、国際的に



も大きな関心を持って見守られていることなどが、特殊な状況と捉えられる<sup>5)</sup>。

国際的なマスギャザリングにおいて感染症が拡大した例として、メッカ巡礼後の髄膜炎菌感染症の報告、同じくメッカ巡礼後の MERS の発症の報告、2015 年日本の山口県で開催されたスカウトジャンボリー大会への参加者における、帰国後の侵襲性髄膜炎菌感染症発症例の報告<sup>6)</sup>などがある。感染拡大が早く重篤な疾患、または未知の感染症の流行などをどのように探知するのか。重要な役割を担うのは感染症サーベイランスである。仮に感染症が何も起こっていない状況でも、何も起こっていないという事実を確認すること自体も、感染症サーベイランスの重要な側面であると言える。

### 現行のサーベイランスシステムと課題

日本における現行の感染症サーベイランスは、主にインディケータベースサーベイランス (IBS) であり、感染症法に基づく感染症発生動向調査による、診断症例の探知をベースとする。患者発生の動向把握として、一～四類および五類全数把握疾患の患者全数把握、五類定点把握疾患の患者定点把握があり、さらに東京都ではインフルエンザ、麻しん、風しん、感染性胃腸炎などの施設における集団発生報告を受けている。病原体の動向把握としては、定点医療機関からの病原体サーベイランスによる検体搬入や、一～四類および五類全数把握疾患の一部における検体・菌株確保などを行い、動向を確認している。ただ、全数把握は医療機関受診後の診断に基づくものであるため、診断した医師のサーベイランスへの協力が得られて初めて成り立つものであること、発生届に記載が求められていない情報は収集できないこと、確実性は高いが未知の疾患は把握しづらいこと、などの制約がある。病原体サーベイランスも、あくまで診断後の対応であるため、未知の疾患の検体を検査するというわけにはいかない。

同じく IBS の一部である症候群の探知をベースとしたサーベイランスでは、異常探知の枠組みとして、疑似症サーベイランス、東京都独自の救急搬送サーベイランスなどがあるが、前者は、現段階では情報の精度や即時性の面で課題があり、探知後の対応についても保健所ごとの差異が生じやすい。後者は、救急搬送状況から特異的な状況がないか確認する役割を担うが、時間帯、地域性などの面から異常集積を探知する仕組みであるため、潜伏期間のある感染症探知としては技術的に限界がある。

### オリンピック・パラリンピック大会時のサーベイランス体制

今後、東京オリンピック・パラリンピック大会を迎えるに当たり、特に大会前後および期間中の情報収集システムをよく検討する必要がある。うわさレベルのロコミ情報やメディア情報などを集め、分析して評価を行うイベントベースサーベイランス (EBS) という考え方がある。東京都では海外の感染症専門家から発される proMED の翻訳や、各メディアからの情報を集約して、各保健所へ毎日提供しているが、このようなものも EBS に含まれる。また強化サーベイランスの一例としては、2016 年に開催された三重県における伊勢

志摩サミット開催時には、同県内主要 4 医療機関からの日々の聞き取りが強化された<sup>7)8)</sup>。医療機関レベルで原因不明の重症例が集積するようなことがあり、その情報が中央レベルで集約される強化サーベイランスが可能であれば、大会時の EBS として有用と考える。ただ、東京都は規模も大きく、特別区を含む各自治体の意向もそれぞれ異なる場合があるため、十分な検討と調整の時間が必要である。現在東京都では検討を進めているところである。

とはいえ（水を差すようではあるが）、果たしてサーベイランスで異常な第一例目は探知できるのだろうか？EBS であっても、実際には一例のみでは探知は難しく、数例の集積や周囲からの類似例の報告などが上がるにつれて、ようやく探知されるのが現実かもしれない。他の想定リスクとしてよく挙げられるバイオテロについても、曝露後の潜伏期間に感染者が都道府県の枠を超えて散々になる可能性が高いため、サーベイランスで迅速にキャッチすることは難しいかもしれない。ただし、どこかで例えば炭疽菌感染者の発生届が 1 例出れば、その後は既存のサーベイランスシステムの活用により検出できていく可能性が高い。感染症サーベイランスの役割は早期探知のみではなく、拡がりの把握、または終息の確認もその役割に含まれているということは重要な視点である。

- 1) Nishiura H, et al. Identifying determinants of heterogeneous transmission dynamics of the Middle East respiratory syndrome(MERS) outbreak in the republic of Korea., 2015: a retrospective epidemiological analysis. *BMJ Open* 2016; 6(2):e009936.
- 2)法務省, 出入国管理統計
- 3)森村尚登他, マスギャザリング, 精神・中毒・災害, 荘道社, 2007
- 4)WHO, Public Health for Mass Gatherings: Key Considerations
- 5)和田耕治 他, 東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会に関与する自治体における感染症対策のためのリスク評価 日医雑誌, 第 145 巻・第 7 号, 2016 年
- 6) J Lucidarme, et al. An international invasive meningococcal disease outbreak due to a novel and rapidly expanding serogroup W strain, Scotland and Sweden, July to August 2015. *Eurosurveillance*, November 2016
- 7) 谷口清州, 国際的イベントにおける自治体の感染症対策—伊勢志摩サミットに学ぶ—, 感染症情報センター研修会, H28 年 11 月 24 日埼玉県衛生研究所
- 8) 神谷元, 他, マスギャザリングにおける感染症強化サーベイランス: 伊勢志摩サミットの経験と今後, 保健医療科学, 第 65 巻, 第 6 号, 2016 年

# 「グローバルヘルスと日本における結核対策」

## コンセプトペーパー

劔陽子(熊本県水俣保健所)

### <背景と課題>

2015年においても、結核は世界の10大死因の一つであり、1040万人が結核に罹患し、180万人が結核で死亡している。世界の結核の60%がインド、インドネシア、中国、ナイジェリア、パキスタン、南アフリカで発生している。また新規結核患者数が最も多かったのはアジア地域で、アフリカがこれに続く<sup>1</sup>。また多くの先進国では、結核罹患率は低まん延国の水準である10を下回っているが、日本は14.4となっており、低まん延国の水準には至っていない<sup>2</sup>。

平成27年末現在における中長期在留者数は188万3,563人、特別永住者数は34万8,626人で、これらを合わせた在留外国人数は223万2,189人となり、前年末に比べ、11万0,358人(5.2%)増加した。在留カード等上の国籍を見ると、多い順に中国、韓国、フィリピン、ブラジル、ネパールとなっており、アジア諸国出身の在留外国人が多い<sup>3</sup>。外国生まれ新登録結核患者数に注目してみると、平成27年の外国生まれ新登録結核患者数は1,164人であり、前年から63人増加している。年齢階級別では、20～29歳で新登録結核患者における外国生まれの者の割合が50.1%となっている。外国生まれ新登録結核患者のうち、入国5年以内の者は505人であり、前年から68人増加した。特に20～29歳の年齢階級では、前年から50人増加し、351人となっている<sup>4</sup>。

一方で、日本人の出国者数(平成27年)は1,621万人であり、行き先としては米国、韓国、中国、ハワイ州、台湾が多くなっている<sup>4</sup>。

グローバル化が叫ばれる今日、人の移動とともに、結核は国境を越えて蔓延を続けていると考えられる。2008年に全国の保健所530ヶ所を対象として行われた調査では、243施設(54.1%)が在日外国人結核患者の経験があると回答している<sup>5</sup>。日本の結核対策現場の中心となる保健所では、外国人結核患者の対応に時に苦慮することも多くなってきており、国立保健医療科学院健康危機管理支援ライブラリーにも、①外国人結核への対応(富士・東部保健所)、②多剤耐性結核菌に感染した外国人に係る対応(千葉県)、③結核集団感染事例(広島市保健所)といった事例が掲載されている<sup>6</sup>。

### <対策の変遷<sup>7</sup>>

日本においては、1919年に結核予防法が制定され、結核罹患率が高かった戦中・戦後と

国家主導で強力に結核対策が推し進められてきた。患者は保健所で登録・管理され、既存の民間医療機関を診断・治療サービス提供機関とし、診断・治療内容の監督を保健所が担ってきた。また治療状況は、保健所の保健師（婦）によって治療のモニタリングがなされた。こういった保健所を中心とした公衆衛生的アプローチに、民間団体、企業、マスメディアの協力が相乗効果的に加わり、結核罹患率の低下につながる対策活動が展開された。こういった日本の結核対策は「成功例」として途上国でも参考にされているところはあるが、現在多くの途上国で行われている結核対策である WHO による「DOTS 戦略」は、日本で従来とられてきた方式とはやや異なる。現在日本で結核対策に従事する者たちがこの「DOTS 戦略」を熟知しているとは限らない。

### ＜グローバルヘルス分野の人材の活用・育成＞

保健所で外国人や、外国と往来する日本人の結核事例に対応する場合、治療途中で外国に一時帰国や転出するケースも稀ではない<sup>7</sup>。一時帰国時や転出後に日本以外の国で患者に治療を継続・完遂してもらうためには、保健所で結核対策にあたる者たちが日本以外の国の結核対策事情を知っておくと、日本国外の治療施設への紹介や、患者への説明がスムーズにいくと考えられる。日本で結核を発症する外国人の多くはアジアの結核高蔓延国から来ている場合が多く、日本にはこれらの国で国際協力活動を展開してきた歴史がある。こういった国の保健分野での経験がある人材であれば、どこから情報を収集したらよいか、どういう場所に連絡したらスムーズに患者の紹介ができるか、などの知識を持っていることが多く、こういった人材が地域保健の分野に取り込まれることで、その地域の保健所全体に助言をすることもできるのではないだろうか。また、結核研究所は、結核の分野で多くの国で国際協力活動を行ってきており、アジアの大国の国に信頼できるルートがあり、保健所からの相談にのることも可能である<sup>7</sup>。

### ＜保健所機能強化への貢献＞

今後、日本の結核患者は「高齢者」と「外国人」が多くなっていくことが考えられる。結核対策をグローバルに考え、対応に役立てることにより、結核担当者は自信を持って患者に対応でき、日本の結核対策の充実に貢献することができると考える。

### ＜熊本県での事例（H26~28.11）＞

- 県型保健所 10ヶ所のうち、9ヶ所にて事例あり。

H26 2例

H27 6例

H28（H28.11 現在） 日本に滞在する外国人 8例。海外在留日本人 1例 計 16例

- 外国人の事例について

性別：男性 6例（40%）、女性 9例（60%）

年齢：10歳代 1例（6.7%）、20歳代 7例（46.7%）、30歳代 5例（33.3%）、40歳代 2例（13.3%）

国籍：ミャンマー1例（6.7%）、中国 4例（26.7%）、フィリピン 6例（40%）、カンボジア 2例（13.3%）、ベトナム 2例（13.3%）

日本にいた理由：仕事 7例（46.7%）、研修 4例（26.7%）、日本人との結婚 4例（26.7%）  
主な対応言語：日本語（片言含む） 6例（40%）、英語 2例（13.3%）、母国語 7例（46.7%）  
（配偶者や研修等斡旋会社の通訳、翻訳アプリ、電子辞書、結核研究所発行の資料等で対応した事例が多い）

治療転帰：治癒 6例（40%）、治療完了 3例（20%）、転出 1例（6.7%）、現在治療中 5例（33.3%）

特に困難だった点：言葉の問題、結核に対する偏見、雇用主の理解、治療途中で外国に転出する際のフォロー等

- 外国人患者・外国と往来する日本人の患者への対応に関し、
  - ① 知っておきたい知識：外国での結核診療・支援体制、日本から海外への転出の際のフォロー体制について、外国語の資料・通訳に関すること
  - ② 必要と思うこと：入国前及び入国時の健康診断を受けた後のフォロー体制の整備、国内での医師、在留外国人、外国人患者の周囲の人に向けた啓発活動  
（平成 28 年度熊本県各保健所結核担当保健師の意見）

#### 【文献】

1. WHO ホームページ. Tuberculosis, Fact sheet Reviewed October 2016.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>
2. 厚生労働省ホームページ. 平成 27 年結核登録者情報調査年報集計結果について.  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000133822.pdf>
3. 法務省ホームページ. 平成 27 年末現在における在留外国人数について（確定値）.  
[http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04\\_00057.html](http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00057.html)
4. 一般社団法人日本旅行業協会ホームページ. 保存版旅行統計 2015.  
<https://www.jata-net.or.jp/data/stats/2015bis/index.html>
5. 日本結核病学会国際交流委員会. 在日外国人結核全国実態調査 2008 年—治療途中で帰国してしまったケースを中心に—、結核 87(9):591-597, 2012.
6. 国立保健医療科学院健康危機管理支援ライブラリー <http://h-crisis.niph.go.jp/?cat=7>
7. 独立行政法人国際協力機構国際協力総合研修所. 日本の保健医療の経験 途上国の保健医療改善を考える 第 5 章感染症対策 2. 結核対策、92-99、国際協力機構、2004.

## 《参考資料》

### 熊本県における健康危機管理対策体制の事例

—熊本県実地疫学調査チーム（FEIT：Field Epidemiology Investigation Team）—

#### 【FEIT とは】

熊本県においては、県民の生命、健康の安全に関する危機管理を適切に行うための基本的な取り組みを定めることを目的として、「健康危機管理基本指針」を定めており、熊本県実地疫学調査チーム（FEIT）は、本指針の中で設置することが明示されている。FEIT 設置の目的は、「原因不明あるいは複雑な健康危機発生時において早急に原因を究明し被害の拡大を防止するとともに、健康危機の原因究明に関する知見の集積を図る」こととされる。

#### 【FEIT の構成員】

医師、獣医師、薬剤師、臨床検査技師、保健師。平成 28 年度は各職種 2 名ずつの計 10 名よりなる。その他、アドバイザー（平成 28 年度は医師 5 名、獣医師 1 名）健康危機発生地域への派遣は、チームリーダー 1 名およびスタッフ 3 名を基本的な単位とする。

#### 【FEIT の業務】

1. 健康危機発生地域への派遣等による健康危機の原因調査
2. 保健所疫学調査班への技術的支援
3. 保健所、本庁および保健環境科学研究所との連絡調整
4. 業務報告書の作成

#### 【FEIT 事業の例（平成 27 年度）】

1. FEIT 会議：今後の事業及び活動を円滑に進めるための会議
2. FEIT 研修会：平成 25 年度に発動した「長官出血性大腸菌（O157）の発生と対応」に係る検証会
3. 県外施設へも短期研修派遣と派遣研修報告会
4. 事例報告検討会：県内の保健所、保健環境科学研究所、食肉衛生検査所での事例報告を行い、FEIT メンバーおよびアドバイザーから助言を実施

#### 【これまでの FEIT 発動事例】

- 平成 15 年 透析医療施設における B 型肝炎ウイルス院内感染事例調査  
平成 15 年に県内の透析医療施設において B 型肝炎の集団感染が発生した。施設の実地調査により、感染の原因となりうる不適切な行為が確認されたが、感染経路の特定にまでは至らなかった。安全性の確保策を盛り込んだ調査報告書を作成し、発表した。



- 平成 20 年 腸管出血性大腸菌（O157）感染症事例調査
- 平成 25 年 腸管出血性大腸菌（O157）感染症事例調査

特定地域において 11 人の O157 患者が散発的に発生。保健所長の要請を踏まえ、①保健所の初動対応の状況確認、②保健所でこれまで収集した疫学調査結果の検証、③未実施の疫学調査のアドバイスを行うことを目的に派遣。調査ののち、

- 明確な感染経路は不明だが、平成 20 年にも同様の状況が発生しており、関連する何らかの環境要因があることが強く疑われる。
- 上水道や井戸水の利用状況、及び浄化槽やくみ取りについての追加調査が必要。
- 県下の牛の O157 の保有率の調査ができれば望ましい。

とのアドバイスを行った。

### 3. 調查報告

# 保健所における地域保健業務への国際化影響調査について

石丸泰隆(山口県萩環境保健所)

## 1 はじめに

昨今、国際化はめまぐるしく拡大・進展しており、旅行者を含めた外国人、頻繁に海外へ往来する日本人なども全国各地で急速に増えている。そして、各地の保健所においては、地域保健に係る業務遂行にあたって新たな課題を抱えているところも少なくないと推察される。

そのため、グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法の確立等をめざし取り組んでいる当研究事業班においては、今後の方策を検討する際の参考とするために、国際化の進展が全国の保健所の地域保健業務遂行にどのような影響を与えているかという現状について調査した。

## 2 調査概要

### (1) 調査名

保健所における地域保健業務への国際化影響調査 (H28 長谷川班調査)

### (2) 対象

全保健所 480 か所 (県型 364 か所、市型 93 か所、区型 23 か所)

### (3) 実施時期

平成 29 年 1 月 4 日(火) ~ 1 月 21 日(金)

### (4) 方法

当研究班で独自に回答票を作成 (別添) し、全国保健所長会一斉メールで全保健所に配信した。各保健所は回答を記載し、メールまたは FAX にて事務局に返送した。

### (5) 調査項目

ア 保健所の概要及び所管地域の人口

イ 事例 (※) の関与経験の有無 (平成 26 年 4 月以降に限定)

ウ 事例の詳細

エ その他の自由記載 (回答の補足情報、関連する課題、支援方策の提言等)

※ この調査において尋ねた「事例」について

保健所が行う各種の地域保健分野 (健康危機管理含む) の業務において、対象者または関係者が外国人であったり、外国との往来がある日本人であったために、通常の対応の時とは異なる何らかの課題が生じ、業務遂行に影響があった事例。

単に「外国人に対応した」等の事例は該当とせず、課題や業務遂行への影響があった場合を該当ありとした。

### 3 調査結果

#### (1) 調査回答率

61.5% (全 480 保健所の内 295 か所)

	保健所数	回答数
県型	364	229 (62.9%)
市型	93	55 (59.1%)
区型	23	11 (47.8%)
<b>計</b>	<b>480</b>	<b>295 (61.5%)</b>

#### (2) 事例の関与経験の有無

平成 26 年 4 月以降に事例を経験した保健所は 188 か所 (63.7%) であった。

なお、県型保健所では 59.8%、市型保健所で 78.2%、区型保健所で 72.7%となっていた。

	該当保健所数	事例の関与経験あり	事例の関与経験なし
県型保健所	229	137 (59.8%)	92 (40.2%)
市型保健所	55	43 (78.2%)	12 (21.8%)
区型保健所	11	8 (72.7%)	3 (27.3%)
<b>計</b>	<b>295</b>	<b>188 (63.7%)</b>	<b>107 (36.3%)</b>

さらに、県型保健所及び市型保健所の所管人口別に整理すると以下の表のとおりであった。  
(なお「所管人口」は千の位を四捨五入している (万人))

#### ア 県型保健所

所管人口が大きいほど、事例を経験した保健所の割合が大きくなっていく傾向を認めた。

40 万以上の所管人口を抱える場合、事例を経験した保健所がおおむね 9 割を超えていた。

所管人口	該当保健所数	事例の関与経験あり	事例の関与経験なし
0～9 万	74	24 (32.4%)	50 (67.6%)
10 万～19 万	67	42 (62.7%)	25 (37.3%)
20 万～29 万	45	35 (77.8%)	10 (28.6%)
30 万～39 万	19	14 (73.7%)	5 (26.3%)
40 万～49 万	11	10 (90.9%)	1 (9.1%)
50 万以上	13	12 (92.3%)	1 (7.7%)
<b>計</b>	<b>229</b>	<b>137 (59.8%)</b>	<b>92 (40.2%)</b>

#### イ 市型保健所

所管人口が大きいほど、事例を経験した保健所の割合が大きくなっていく傾向を認めた。

40 万～99 万の所管人口を抱える場合、事例を経験した保健所がおおむね 9 割を超えていた。

なお、100 万以上の所管人口保健所については 5 割だった。

所管人口	該当保健所数	事例の関与経験あり	事例の関与経験なし
0～9万	1	1 (100.0%)	0 (0.0%)
10万～19万	5	1 (20.0%)	4 (80.0%)
20万～29万	5	4 (80.0%)	1 (20.0%)
30万～39万	17	14 (82.4%)	3 (17.6%)
40万～49万	13	12 (92.3%)	1 (7.7%)
50万～99万	10	9 (90.0%)	1 (10.0%)
100万以上	4	2 (50.0%)	2 (50.0%)
<b>計</b>	<b>55</b>	<b>43 (78.2%)</b>	<b>12 (21.8%)</b>

### (3) 該当事例の分野について

該当事例を経験したという保健所について、その事例の分野を尋ねたところ、以下の表のとおりであった（複数回答可）

結核が最も多く（157 か所(83.5%））、続いて精神保健（49 か所(26.1%））、母子保健（42 か所(22.3%））、食品衛生（42 か所(22.3%））等であった。

	経験あり	結核	麻疹・風疹	性感染症	新興感染症	他の感染症	母子保健	精神保健	AIDS	難病	児童福祉	高齢保健	食品衛生	生活衛生	医療安全	原子力災害	自然災害	その他
県型	137	116	6	3	3	17	20	33	17	15	2	0	32	9	2	0	1	8
市型	43	35	3	1	3	6	17	11	7	3	5	1	9	2	0	0	0	9
区型	8	6	2	3	2	3	5	5	2	1	2	0	1	1	0	0	1	0
<b>計</b>	<b>188</b>	<b>157</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>42</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>17</b>

### (4) 該当事例における課題について

日本語とは異なる言語が、事例に対応する上で課題だったと回答した保健所が最も多く（165 か所(87.8%））、続いて外国の文化（54 か所(28.7%））であった。

さらに、職場・仕事（48 か所(25.5%））、医療費（48 か所(25.5%））、金銭・生活（47 か所(25.0%））などの項目が続き、日本の医療システム（医療費を除く）（41 か所(21.8%））の順となっていた。

具体的には、言語が通じないために、良好なコミュニケーションをとることができず、法に基づく日本側のルールなどを正確に理解してもらうことに苦労しているという回答が多かった。

また以下のような回答も多かった。

- ・ 様々な分野において（特に継続的な関与が必要な場合）、対象者が仕事や金銭面での課題を抱えていて協力を得にくい。
- ・ 感染症等の対応において、海外からの旅行者あるいは不法滞在者・家族等への関与をどこまですべきか、保健所の役割・位置づけが明確でなく悩む。
- ・ 精神保健及び母子保健の分野において、日本の制度（健診、予防接種等も含む）を理解してもらうことが容易ではなく、相談対応やフォローアップ等にも苦労する。
- ・ 食品衛生分野において、日本における適正な食品提供ルールへの理解が乏しく協力を得にくい。

	経験あり	言語	日本文化	外国文化	宗教	職場・仕事	金銭・生活	医療費	日本医療システム	外国医療システム	家族・親戚	交友関係	在留資格	その他
県型	137	119	8	34	5	40	31	33	24	21	17	9	21	30
市型	43	39	6	15	4	8	13	12	12	9	5	3	10	9
区型	8	7	0	5	1	0	3	3	5	1	3	1	3	4
<b>計</b>	<b>188</b>	<b>165</b>	<b>14</b>	<b>54</b>	<b>10</b>	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>43</b>

#### (5) 言語について

言語の種類についてはアジア地域の国の言語を中心に多岐にわたっており、今回の調査で具体的に把握したのもでも 31 種類にのぼった。

中でも、回答数が多かった言語としては、中国語（49 か所）、英語（36 か所）、タガログ語（36 か所）、ベトナム語（24 か所）、ポルトガル語（20 か所）、ネパール語（17 か所）、韓国語（10 か所）、インドネシア語（8 か所）、スペイン語（8 か所）だった。

#### (6) 県型保健所における傾向について

該当すると回答した保健所数が多かった結核、精神保健、母子保健、食品衛生の分野について、県型保健所の所管人口規模別に整理すると以下の表のとおりであった。

- ・ 結核にかかる事例については、人口規模によらず多くの保健所が経験していた。
- ・ 精神保健、母子保健及び食品衛生の分野に係る事例については、20 万人以上の所管人口を抱える保健所で経験している傾向があった。

所管人口	事例関与経験あり	結核	精神保健	母子保健	食品衛生
0～9 万	24 (100.0%)	19 (79.2)	0 (0.0)	2 (8.3)	3 (12.5)
10 万～19 万	42 (100.0%)	35 (83.3)	7 (16.7)	3 (7.1)	6 (14.3)
20 万～29 万	35 (100.0%)	29 (82.9)	12 (34.3)	7 (20.0)	12 (34.3)
30 万～39 万	14 (100.0%)	13 (92.9)	5 (35.7)	1 (7.1)	5 (35.7)
40 万～49 万	10 (100.0%)	8 (80.0)	3 (30.0)	3(30.0)	4 (40.0)
50 万以上	12 (100.0%)	12 (100.0)	6 (50.0)	4(33.3)	2 (16.7)
<b>計</b>	<b>137 (100.0%)</b>	<b>116 (84.7)</b>	<b>33 (24.1)</b>	<b>20 (14.6)</b>	<b>32 (23.4)</b>

#### (7) 市型保健所における傾向について

(6)と同様に結核、精神保健、母子保健、食品衛生の分野について、市型保健所の所管人口規模別に整理すると以下の表のとおりであった。

- ・ 結核にかかる事例については、人口規模によらず多くの保健所が経験していた。
- ・ 精神保健、母子保健分野においては、特に 30 万～49 万の人口規模を所管している保健所が経験していた。食品衛生分野では 50 万～99 万の所管人口の保健所が経験していた。



所管人口	事例関与経験あり	結核	精神保健	母子保健	食品衛生
0～9万	1 (100.0%)	1(100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
10万～19万	1 (100.0%)	1(100.0)	0 (0.0)	1(100.0)	1(100.0)
20万～29万	4 (100.0%)	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)
30万～39万	14 (100.0%)	12 (85.7)	3 (21.4)	7 (50.0)	2 (14.3)
40万～49万	12 (100.0%)	9 (75.0)	4 (33.3)	7 (58.3)	1 (8.3)
50万～99万	9 (100.0%)	8 (88.9)	2 (22.2)	1(11.1)	4 (44.4)
100万以上	2 (100.0%)	2 (100.0)	1(50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)
<b>計</b>	<b>43 (100.0%)</b>	<b>35 (81.4)</b>	<b>11 (25.6)</b>	<b>17 (39.5)</b>	<b>9 (20.9)</b>

### (8) その他（自由記載等から）

言語が通じない事案に役立つツール・システム（通訳派遣システム、スマホでの翻訳支援システム、制度説明リーフレット作成など）の開発・導入を望む意見が多数あった。

また、海外からの旅行者あるいは不法滞在者・家族等に対する保健所の役割・位置づけを明確化してほしいという声もあった。

## 3 考察・まとめ

今回、国際化の進展が全国の保健所の地域保健業務にどのような影響を与えているか現状を調査した。そしてその集計結果により、概ね以下のことを把握することができた。

◎ 全国各地の保健所においては、地域保健に係る業務遂行にあたり、国際化の進展が影響した課題を抱えている。

- 少なくとも直近3年のうちに、課題や影響があった事例を経験した保健所が約6割あった。
- 所管人口が大きいほど「事例を経験した」と回答する割合が大きくなる傾向があった。
- 分野としては、結核対策が最多となっており、精神保健、母子保健、食品衛生等に係る対策が続いていた。
- その要因は多岐にわたっていたが、言語が通じないことが大きなウエイトを占め、コミュニケーションをとること、法に則った日本側のルールを理解してもらうこと等に苦労していた。

今回の調査結果を踏まえ、今後、まずは結核対策、とりわけ言語の課題解決に向けたツールの開発等に関係機関等が連携して取り組むことが重要だと考える。

## H28 長谷川班調査回答票

【メール返信のアドレス: ○○○○@jpha.or.jp】  
【FAX での返信の場合:事務局 (井上) (03) ○-××】

■ 該当するものに☑をいれ、必要に応じ内容を記載してください

○ 設問2以降は、平成26年4月～これまでに、貴保健所が関与・経験した事例を調査対象としています

設問1 貴保健所名: \_\_\_\_\_ (記入者御氏名: \_\_\_\_\_ (役職名: \_\_\_\_\_))

( 県型  市型  区型) 所管人口 (約 \_\_\_\_\_ 万人 (四捨五入))

(なお、保健所長が複数の保健所を兼務している場合、それぞれの保健所ごとに回答してください)

設問2 貴保健所では以下のような事例(※)に関与・経験したことがありますか?

※ 保健所が行う各種の地域保健分野(健康危機管理含む)の業務において、対象者または関係者が外国人であったり、外国との往来がある日本人であったために、通常に対応の時とは異なる何らかの課題が生じ、業務遂行に影響があった事例

(単に「外国人に対応した」等の事例は該当せず、課題や業務遂行への影響があった場合が該当となります)

当保健所で関与・経験した事例がある (→ 設問3～設問5をご回答ください)

当保健所で関与・経験した事例はない、わからない (→ 設問5をご回答ください)

設問3 貴保健所で関与・経験した事例(※)は、以下のどの分野に該当しますか? (複数選択可)

該当するものがあれば☑し、それぞれの概要を下の記載欄に、簡潔にご記入願います。

(国・身分(旅行者、留学生・技能実習生・就労者等)なども簡潔にお示しください。)

結核  麻疹・風疹  性感染症  新興感染症  他の感染症( )

母子保健  精神保健  エイズ  難病  児童福祉(虐待含)

高齢者保健  食品衛生  生活衛生  医療安全  原子力災害

自然災害  その他1 ( )  その他2 ( )

☑した項目の概要 (例: 結核治療中の患者(○○国出身の留学生)が無断帰国し、治療経過不明となった)

設問4 設問3☑の事例において、地域保健業務の遂行に影響したのはどのような要素ですか? (複数選択可)

言語( )語  日本の文化  外国の文化  宗教  職場・仕事

金銭・生活費  医療費  日本の保健医療システム(医療費以外)  外国の保健医療システム

家族・親戚  交友関係  在留資格  その他( )

設問5 回答の補足情報、関連する課題、支援方策の提言等、自由にご記入ください。(ない時は□チェック)

特になし

以上です。1月18日(水)までにメールまたはFAXでご返送ください。ご協力いただきありがとうございました。

# 人材交流に関する聞き取り調査

松井三明(長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科)

## A. 背景と目的

開発途上国では、戸籍・住民登録、人口動態・動態統計、疾病・死因の登録等が整備されていない。また保健医療施設へのアクセスと利用の公平性が担保されているとは限らず、特に高次医療施設は限定された社会・経済階層に属する人々だけが利用していることも散見される。そのため、既存のデータから人々の健康を客観的に把握する手段に乏しい。

さらに保健医療サービスのために利用できる人的・物的資源が限定され、かつ種々のインフラストラクチャーが十分ではないため、実施可能な施策にも限界がある。

よって、途上国への支援を行う際には、限られた情報を手がかりとして、少ない資源を有効に活用する政策の立案と実施、またその適切な評価に基づく軌道修正が常に求められる。そして、我々のような外部者が関わる際には、客観的な状況分析に基づく現状評価と未来予測、さらに必要に応じて外部からの資金・資源の導入を行うことが、その役割として期待されている。

このような開発途上国への関わりかたは、日本の保健サービス提供における県型保健所と市町村との関係に相似しているとも考えられ、したがって開発途上国における公衆衛生対策の知見と技術は国内の地域保健に応用できるのではないかと考えた。しかし、途上国から日本、また日本から途上国への関わりの具体的な活用と実践についての検討は不十分であるように思われる。特に開発途上国で働いてきた公衆衛生専門職が、その経験を日本の衛生行政で生かすことができるのか、あるいは生かすためにはどのような工夫が必要か、さらに公衆衛生を基盤として日本国内と開発途上国の双方で（人事交流等の実施も含めて）活動することはできるのか、などが十分に確認、また言語化されているとは言い難い。

よって、この調査は、グローバルヘルス分野において日本人が培ってきた経験を国内の公衆衛生行政に応用すること、また日本国内の衛生行政経験のなかで開発途上国に活用できる可能性を明らかにすることを目的に計画した。具体的には、開発途上国における勤務経験を日本国内の衛生行政に活用できる可能性、またそのために必要とされる方法を探り、さらに日本国内の衛生行政で働く際に求められる資質、およびその資質と開発途上国での勤務で培われる経験との共通点と相違点を記述することを目的とした。

## B. 方法

日本国内の衛生行政（国・都道府県・市区町村、保健所・保健センター等）で3年以上の勤務経験を有し、かつ開発途上国の保健・医療分野において2年以上の勤務経験を有する方を対象とした。

調査は、以下のインタビューガイドにしたがって対面または電話等の通信手段を用いて、個別に聞き取りを行った。

- ・保健医療資格取得後の経歴
- ・日本国内での衛生行政分野の経験
- ・海外（主に途上国）での勤務経験
- ・日本での経験を途上国で生かせるか？そのために必要なことはなにか？

- ・途上国での経験を日本で生かせるか？そのために必要なことはなにか？
- ・日本の衛生行政で働く際に必要なこと、困難なことはなにか？

対象者の選定は、本研究班の参加者より紹介をうけ、また調査に応じてくださる研究参加者よりさらに紹介を受けることで、スノーボール式に対象者を増やすこととした。調査の終了は、対象者から得られるデータが飽和に達した段階とした。

インタビュー時に録音をし、そのデータをデジタル音声データとして保管する。また、このデータから文字起こしをして文書ファイルを作成する。得られたデータは定性的にコード化し、開発途上国、日本の衛生行政、それぞれで働く際の視点、必要なことなどを概念として抽出する。さらにそれら双方を比較することで、日本と開発途上国との相違点を明らかにする

## C. 結果

本報告作成時点までに終了した調査は4名にとどまった。

本邦での勤務経験は、国が1名、市町村が3名、海外経験は全員がアフリカ地域での青年海外協力隊であった。保健医療の資格は全員が看護師・保健師であった。

聞き取りの結果は、以下の6つのカテゴリーに分類をした。

- ① 日本国内での保健師の働き方
- ② 県型保健所から市町村に対する支援
- ③ 日本の経験が開発途上国で生きる場面
- ④ 開発途上国での経験が日本で生きる場面
- ⑤ 日本と開発途上国との相違点
- ⑥ 開発途上国で働こうと考えたときの日本国内での制約

以下に、各カテゴリーで得られた事項について記述する。

### ① 日本国内での保健師の働き方

定められた法律・制度に則って働くことが求められると同時に、地域に根ざして健康問題に取り組むと言うよりは、むしろ事務作業に追われる様子が浮き彫りとなった。

*事業を法律に合わせてやらなくては決まりがあるので、そういうのをこなすので精いっぱい、地域の健康問題が何かな、とか、新しいことを考える余裕がない。*

*事務的な仕事が多くて、予算を立てたり、伝票を切ったりが多いので、思ったよりも地域に行けない。*

*法律でこういう事業をやることになったからやってくださいって言ったからやるようなことだと、それは事務の人でもできる。事業も委託してしまうから、委託の準備だったら事務の人でもできると思うんです。*

### ② 県型保健所から市町村に対する支援

少なくとも今回の対象者からは、市町村と保健所との関係―特に保健業務への具体的な支援は乏しいことが示唆された。

*保健所からの支援っていうのはあまりないです。市町村合同の説明会で説明はするけれど、最後の決定のところは市町村でやってくださいね、という風に任されてしまうので…。*

*やらなきゃいけない事業は委託にする予定だったので、委託にする予定の業者さんにほかの市町*

村はどうなっていますか？って聞きながらやるっていう…。業者さんの方が情報を持っていて、ほかの市町村はどうとか具体的な話を知っていたので。

### ③ 日本の経験が開発途上国で生きる場面

日本での経験をひとつの規範として、それを他の状況と比較し相対化することによって、開発途上国での業務につなげることができることが示唆された。また行政の保健事業計画の経験―特に予算の計上や獲得の経験は資源の有効利用という視点を身につけるために有効と思われた。

日本っていう基準があるので、それからこうずれてるとか、(そのずれている理由は) どうしてだろうとか、日本の制度と比べるっていう所で役に立ってます。

行政という立場としては、国が決めたことを地域でやっていくとか、限られた予算の中で少しでも多くの人が恩恵を受けられるように、そういう考え方は海外に行ったときは役立つのではないかと思う。

予算を取るのも簡単ではないので、どういう理由でお金があるかという説明、その根拠となること、本当にそれが必要なかという視点で整理することが求められる。

### ④ 開発途上国での経験が日本で生きる場面

外国人という立場で行政単位を広く見渡すことができ、保健サービスの提供を保健システムの観点から捉えることができること、実際に地域に入り込んでの活動が(特に青年海外協力隊では)積極的にできること、また異文化適応などの経験が、日本国内でも役に立つ可能性が示唆された。

州・県の保健センター、病院がどういう役割をしているか、州とか県以上でどういう流れになっているか、横のつながりがどうなっているかというシステムを知ることができた。

自分の足で地域に入っていく、住民がどういう生活しているか、どういう地域なのかを自分の足で見て、住民と接して、そこから活動を色々考えることができるので、それは保健師としての面白さと思います。

保健師を目指す人って、地域にどんどん入っていきたいっていう、そういうのをやりたいって人が多いと思うんですよ。それを海外で経験できるし、おもしろいって絶対思う。

途上国を経験したことで、色々な形があっても良いんだ、その場に合わせて考え方を変えていったりとか、場にある材料でどうしたら良いんだろうっていうことを常に考える環境を経験したことで、新しいところでいろんな考え方がある中でも、臨機応変にやっていける。

向こう(海外)で経験した異文化理解とか、向こうの人たちの習慣とか宗教を理解するって日本ではあまり意識せずにやっていたので、日本に住んでいる在日の人たちに対して理解を深められる。

### ⑤ 日本と開発途上国との相違点

日本では種々の制度が整っているがゆえにできること、できにくいことがあり、一方で途上国では制度がないゆえにサービスの提供が不可能な例が挙げられた。

(日本の)市の場合は(担当が)縦割りなんです。例えばこの人この制度につながれるって思ったからその課に引継ぎをする、一人では全部賅いきれない。一方で途上国は制度すらない。障がいの子どもたちを発見したら、そのあとどうしたら良いんだろう、見つけて何になるんだろうって考えたりする。

### ⑥ 開発途上国で働こうと考えたときの日本国内での制約



いったん日本で就職をしたのち、海外に出て経験を積むことについては、職場の理解が得られにくいこと、日本の制度ではそのような海外経験は基本的に評価されないこと、また海外に出てしまうと日本の事業等から取り残されてしまうことなどが指摘された。

辞める時に職員さんに嫌みっぽく私が『戻ってきたいときには就職先がないかもね』って言われました。『公務員としてのキャリアを捨てて自分のやりたいことを優先したわけだし』って。

『そんな所に行くより国内で経験を積みなさい』って、正論なんですけれども、行く意味あるの？みたいな。

海外に行っている間に、日本の制度って変わっていくので、そっちを勉強していく方が、市町村の保健師さんとして能力はついていくんじゃないかと思います。法律とか制度を理解して使いこなせないと仕事にならないので。

#### D. 考察

今回のインタビューで回答に協力してくれた保健師さんたちは、日本と開発途上国での双方の経験を様々な側面から言語化してくれた。日本では保健事業を法律等の決まりに則って組織として実施することが求められ、したがって一個人の海外での経験は「組織として」評価されにくい土壌があることが示唆された。一方で、地域へ入り込んでいくこと、異文化理解などの面から、「個人として」の海外経験は有用であり、保健事業を行う上でも役に立つであろうことが示唆された。

したがって、日本・開発途上国、それぞれでの経験を相互に、かつ組織的に生かす可能性については、現時点ではいまだ不透明に思われる。おそらく、それは一義的には日本のシステムに起因すると思われるため、両領域の交流を可能にするキャリアパス等の仕組みづくりに加えて、開発途上国で働く経験のメリットを、地域保健における事業に生かすことの有用性についてさらに言語化し、なんらかの実践につなげていくことが必要と考えた。

#### E. 今後の計画

本調査は報告時点では途中であるため、さらに対象者数を増やし、継続をしていく予定である。



### III. 寄稿

## 地域保健と国際保健の交流への期待

牧野友彦

WHO 西太平洋地域事務局 医官

国際保健をめぐる環境はここ数年で大きく変化してきた。端的に言い表すならば、先進国が途上国を援助するという「International Health」から、保健医療分野の国内外の政策決定が相互に影響しあい、地球規模の課題となる「Global Health」へのパラダイムシフトである。国内の保健課題と国際貢献とを分けて考える時代は終わった。国際保健という専門性など成立しなくなったのだ。確かに、公衆衛生行政の多くは国民の生活に向き合う地道で内向きの仕事に間違いはない。しかし同時に、全ての業務は国際社会と緊密に連携している。世界で発生する MERS やエボラなどの新興感染症対策で国際連携の必要がある事は明らかだろう。日本の子宮頸がんワクチンの定期接種勧奨中止の例を見ても、日本の政策決定が先進国、いや途上国を含めた多くの国で反ワクチン運動を呼び起こし、各国の予防接種制度を揺るがしかねなくなっており、一国の保健行政の判断の影響は国内に留まらず世界へ波及していくことを強く印象付けた。

加えて、国際援助という枠組み自体が変化した。個別のゴールに対して先進国が途上国に資源を投入するという旧来の援助体制の下で設定された「ミレニアム開発目標 (MDG)」の下では、結核対策のために雇った保健師が同じ地区の HIV/AIDS 対策や母子保健対策に働くことができず、援助資金の終了後に解雇されるといった事態が頻発した。これを受けて 2015 年に採択された「持続可能な開発目標 (SDG)」は、健康を達成するためには貧困や紛争、教育、食糧や環境問題など多岐にわたる課題の解決が必要であり、またこれらの課題の達成には健康を向上させる必要があるという各ゴール間の相互依存関係を示し、領域の垣根を超えた協働による相乗効果の必要性を明確化した。

日本は経済の停滞を指摘されて久しいが、社会の成熟という観点ではまだまだ「先進国」である。社会資本の充実や制度の全国に行き届いた実施体制、高齢化対策、地域包括ケアシステムなど、多くの国の手本となるものばかりだ。日本の地域保健の現場は、SDG が指摘する「全ての課題の相互依存関係」の遙か先を行っている。医療介護連携などの他職種連携、食品衛生や水質管理、学校保健や産業保健など関係分野との連携に加え、交通安全や防災、貧困や環境対策など保健医療に留まらない様々な制度が地域住民の衛生向上に資する要素を織り込んできた。日本の地域保健は「住民を中心とした健康」を多層的・領域横断的に取り組んだ世界に誇るべき実践といえるはずだ。経済発展目覚しい西太平洋地域の国々は特に、国際支援を卒業し諸事業を自国の法体系に位置づけて持続可能とする方向にあり、日本の有機的な地域保健のあり方への関心はますます高まっている。

全国保健所長会から選抜された視察団をベトナムで受け入れる事業を、WPRO から昨年

と本年の2回にわたりのお手伝いした。その際もベトナム側から日本の地域保健について絶えることのない興味と質問が浴びせられ、普段日本で「当たり前のように」実践していることこそ海外にとって価値のあるシステムであることを再確認した。保健課題が地球規模で連動する時代だからこそ、日本の地域保健は世界の先鞭であることを高く意識しその教訓を積極的に世界に発信することは、MDG 的な国際貢献の域を超えた SDG 文脈での最先端の国際協力となると確信している。

# 国際感染症対策の強化に関する動向と人材育成に係る

## 地域保健への期待

田中 剛

内閣官房 国際感染症対策調整室 企画官

基本計画<sup>1)</sup>の中には開発途上国感染症対策強化、危機管理体制強化、研究体制推進、国内対処能力強化といったプロジェクトが立てられているが、中でも課題となっているのが人材育成である。その事業の一つとしてエボラのアウトブレイクに対応できる日本チームを十分派遣できなかったという反省に基づき、これまで地震や津波といった自然災害に対応してきた JICA の国際緊急援助隊 JDR ; Japan Disaster Response Team に感染症対策チームを新設することになった。

自然災害とは違い、感染症流行の場合はトリガーが明確にならず、派遣のタイミングが難しい上、期間が長くなることが想定される。また医師・看護師といった臨床家のみならず、疫学や検査・診断及びそれに伴う機器等の専門家や他組織との活動コーディネーター等が必要となってくるため、より包括的なチーム編成が求められる。なお西アフリカの 3 カ国は内戦直後ということもあり、それぞれの国の政府や援助に来た外国人に対する信頼感が無く、隔離される恐怖から調査どころか患者の存在を隠そうとする共同体も見られた。また衛生教育を行ったにも関わらず死体を洗う習慣を止めさせることができなかったこと等も考慮すると、文化人類学や行動科学といった専門家も場合によっては必要かもしれない。

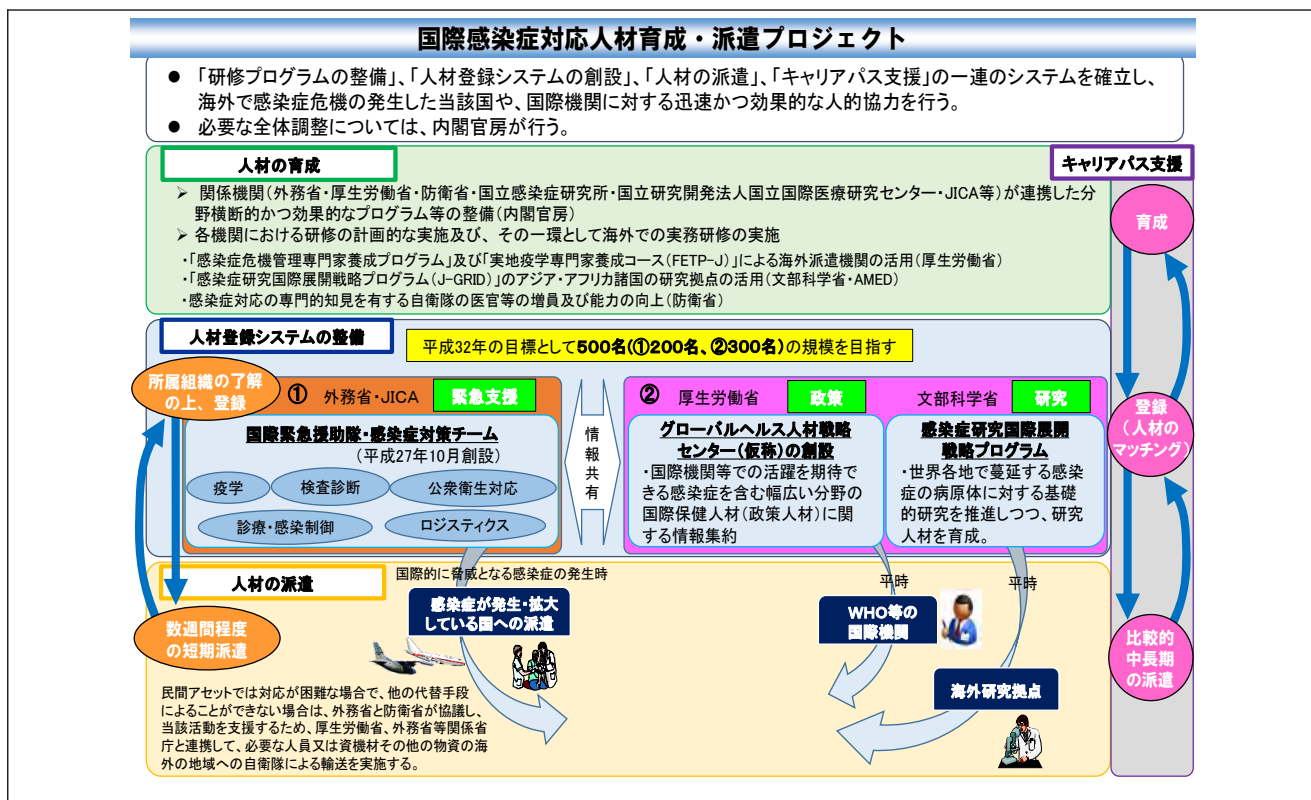
また開発途上国においてはロジスティックス支援も重要となるし、トリガー同様、活動の目的設定や引き際も自然災害以上に困難となるが、このようなチームビルディングやミッションマネジメントについては保健所の感染症対応の経験が生きてくると思われる。

平成 28 年にはアンゴラを中心に数千人規模の黄熱病の地域発生があった。日本も JDR としてコンゴ民主共和国に派遣したが、エボラと違い、ワクチンキャンペーンというミッションは比較的明確であった。ただ世界的なワクチンの流通状況の不備や交流の深い中国に輸入症例が散見されたこと等の課題が明らかになった<sup>2, 3)</sup>。

内閣官房としては厚労省や外務省、文科省、防衛省と連携して、各々の組織で行っている人材育成に横串を刺すべく全体的なプログラムの質の担保や各々の役割分担の確認、連携すべき事項の整理等を行う予定だ。国内外に関わらず、このような未知の感染症事案に対応できる人材には限りがある。活躍できる場を国内外で提供しつつ、活動を学術的に評

価する枠組みを作ることによって様々なポストを経験してもらい、キャリアパスのリボルビングドアを回すようにしたいので、海外の現場で活躍してきた人材を日本の地域においても是非活用して頂きたい<sup>4)</sup>。

【参考図】



【文献】

- 1) 国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画  
[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokusai\\_kansen/](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokusai_kansen/)
- 2) 田中 剛：国際保健と公衆衛生人材の育成について．公衆衛生情報．日本公衆衛生協会 2015. 12;45:6-7.
- 3) 田中 剛：行政官としての国際保健への関わり．国際保健医療のキャリアナビ．南山堂 2016. 12;19-24
- 4) 国際保健に関する懇談会・国際保健政策人材ワーキンググループ報告書．厚労省  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10501000-Daijinkanboukokuksaika-Kokusaika/0000124030.pdf>

## 国際保健政策人材育成のための新しい動き

仲佐 保

国立国際医療研究センター 国際医療協力局運営企画部長

2015年8月に、塩崎厚生労働省大臣の肝いりで始まった国際保健に関する懇談会の国際保健政策人材養成ワーキンググループの最終報告書が2016年5月に公開され、その中で国際保健政策人材の育成を国全体として実施していくことが提言された。

本報告書においては、国際保健政策人材を国際的な環境でリーダーシップを発揮できる人材として、①WHOやUNICEFなどの国際的機関の組織リーダー、②国際保健の現場なのでプロジェクトなどの実務リーダー、③国際的規範を設定する委員として参画する規範セッターを想定している。

まずは、昨今のグローバルヘルスの環境の変化として、①世界では、SDGs（持続可能な開発目標）の採択やエボラ出血熱を契機に、健康危機への国際連携や、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが喫緊の課題になっていること、②国民皆保険下で世界最高の健康寿命を達成し、高齢化に対応する日本の教訓は世界から注目されていること、③日本における、国際保健政策人材を育成、支援する取り組みは、不十分なことなどがあげられる。これに対応するためには、保健医療従事者のみならず、学際的人材を包含する人材養成が必要となっており、そのためにも、従来からの個人の努力をさらに鼓舞し、体系的に支援するために継続した職能開発への取り組み（ライフサイクル・キャリアディベロップメント・アプローチ）をすることが含まれる。

また、国際保健政策人材育成の課題としては、①オールジャパン・産官学協働による国際保健政策人材育成のための環境が整備、②ライフステージを踏まえての必要な学歴、スキル、経験能力を蓄積する系統だったキャリアの開発、③「国際保健政策人材」にたどり着くまでの長期間に渡り、国際保健政策人材を一貫して養成・支援・モニターするシステム構築があげられている。これらの課題を解決することにより、①国際的組織を管理運営し、②国際的保健政策や規範・基準の形成を行い、③現場の国際チームを統括するリーダーを持続的に輩出して、国際舞台に送ることができると考えられる。

最後に、国際保健政策人材を2020年までに50%増加するという目標を掲げ、そのために厚生労働省及び大学の改革を含む国際保健政策人材育成強化、国際保健政策人材を受け入れてくれる国際的組織への働きかけ、国際保健政策人材の養成、送出、受入のための情報分析、戦略計画の立案、国際的組織との交渉や関連機関との各種連絡調整をする司令塔の設置をすることが盛り込まれている。

2017年度の厚生省予算には、国際保健政策人材育成のための司令塔機能（仮称：グローバルヘルス人材戦略センター）の設置の予算が盛り込まれ、具体的な動きが始まる場所である。



## 人財育成は二刀流のすすめ

中村安秀

大阪大学大学院人間科学研究科

J・F・ケネディ大統領により 1961 年に設立された米国のボランティア派遣組織であるピースコー (Peace Corps) では、「Why Not Both!」というスローガンのもと、大学院修士課程での勉強と途上国での実践活動が同時に行われている。「大学院も途上国経験も」という欲張りな連携事業では、ピースコーと大学の双方にメリットがあるだけでなく、学生たちがその成果を生かし途上国経験を将来の就職活動につなげている。日本でも青年海外協力隊と大学院の連携も行われているが、その規模はあまりに小さい。そして、なによりも、日本の既存の社会では、「あれもこれも」という二兎を追う者には厳しく、ひとつの道を究める学生には比較的なだらかなキャリア形成の仕組みが準備されていることに問題の本質がある。

国際保健医療をめざすためには、いくつもの二刀流が必要とされる。地域保健とグローバル・ヘルス、臨床経験と国際保健医療、これらの両立をどう図るのかという課題である。しかし、世界ではすでに、援助とビジネス、NGO と国連機関といった一見相いれないような機関の間でさえ、共同作業が行われ、人事交流が始まっている。日本国内の現状だけで判断せずに、広くグローバルな二刀流を積極的にすすめたい。

そのなかで、国際ジュニアという生得的に 2 つの文化や言語を習得している集団の可能性の高さを指摘しておきたい。日本の中学校に通う在住外国人の子どもに話を聞くと「将来は、日本と母国の架け橋になりたい」と語ってくれる。また、海外で暮らす就学年齢の日本人家庭の子どもも少なくない。また、日本の大学や大学院で勉強に励む医学保健分野の留学生は激増している。今後の地域保健とグローバル・ヘルスの人財として、これらの国際ジュニアの存在は非常に大きい。2014 年に国内で出生した新生児約 102 万人の 3.4%、29 人に 1 人は、両親が外国人か、両親のどちらかが外国人であり、総数では約 3 万 5 千人にのぼる。この国際ジュニアという人財の宝庫は、出生数が減り続ける日本において将来の大きな希望の光である。

二刀流あるいはダブルの背景をもつ若い人が活躍できるように、多様性に配慮した可塑性をもった教育システムと雇用の質的変換が求められている。医療機関や行政機関においても、英語だけでなくマイナー言語に堪能な人材の雇用を積極的に行うべきであろう。また、アメリカ合衆国やイタリアでは、病院で勤務する医療通訳士の多くは海外にルーツをもつ移民出身者が少なくない。今後は、日本の病院や保健現場においても活躍できる医療通訳士という新しい職種の創設が期待される。

### Ⅲ 資料

#### 1. 事業班活動記録

- 平成 28 年 7 月 3 日 第 1 回班会議（ワールドカフェ実施）
- 平成 28 年 10 月 1 日・2 日 第 2 回班会議（ワークショップ開催）
- 平成 28 年 10 月 27 日 第 75 回日本公衆衛生学会総会シンポジウム発表（日本公衆衛生雑誌第 63 巻第 10 号 134 頁,）
- メーリングリストを活用し随時意見交換、コンセプトペーパー作成
- 平成 29 年 1 月 全国保健所対象アンケート調査実施
- 平成 29 年 1 月 29 日健康危機管理分野グループ打ち合わせ
- 人材交流に関する聞き取り調査実施

#### 2. ワールドカフェ記録

【テーマ】「グローバルヘルスと日本の地域保健の交流によって期待できることは何か？」

【開催日時】平成 28 年 7 月 3 日（日）9：30～15:00

【場所】国立国際医療研究センター国際医療協力研修センター 3階 会議室

【プログラム】

9：00～受付

9：30～開始

9：45～10：30 ワールドカフェ第 1 ラウンド

10：35～11：15 第 2 ラウンド

11：20～12：00 第 3 ラウンド

13：10～14：10 全体共有&まとめ

14：15～15：00 次回ワークショップに向けた検討

【参加者】18名

【ファシリテーター】 竹内正人氏

【結果】

○「グローバルヘルスと日本の地域保健の交流によって期待できることは何か？」を問いに、ワールドカフェを実施した結果、活発な対話が参加者間で行われた。

○さらに発展させる共有テーマは次のとおり。

「グローバルヘルスと地域保健の実務者の交流により、人材の育成・活用が期待でき、双方の機能強化になる。」

○このことは、国際保健やグローバルヘルスに理解のある人にとっては自明のことかもしれないが、多くの人にとっては、なぜそういえるのか、理解し難い。

○今年度の研究班の成果は、このことが広くコンセンサスを得られるよう説明に使える報告書を作成することとしてはどうか。

○ワールドカフェででていた意見をつなぎ、今後の視点として考えられるものは次のとおり

## 1 グローバルヘルスとは

### 2 どのような人材が育つのか

#### 2-1 地域保健にとって

- マネージメント力（対話による調整）
- グローバルな課題に対応する能力
  - 感染症対応
  - 外国籍の住民や移民等の健康課題への対応
- 公衆衛生の原点を知る
  - 途上国のように法体系が未整備な状態で健康課題に取り組む経験をする事は、日本のように法や体制整備が進んだ中での公衆衛生対策とは違った、物事への対処の仕方を身につけることができる。それは、例えば、国内の災害後公衆衛生対策に活かすことや、保健医療分野外との連携も視野に入れた幅広い対応が可能になる。
- 国際保健トラックを魅力あるキャリアパスとして入れ込むことで、地域における幅広い人材確保につながる

#### 2-2 グローバルヘルスにとって

- マネージメント力
- グローバルな課題に対応する能力
- 地域保健現場で保健師活動の実践力
  - JICA 研修生の、地域保健現場で実践研修
- ODA 等で活動する場合、日本の代表として、自国の状況を知っておくことは重要である。

## 3 人材交流の仕組み

### 3-1 実務的な交流

- 国の動きの、グローバルな健康危機対応のための人材プールはどういうものか
- 日本の地域保健専門職が人材プールに参加するには何が必要か
- 日本の地方行政がグローバルヘルス人材の受け皿になるには何が必要か（職種・ポストの壁、）
- MPH を持つノンメディカル人材の活用
- 既にある枠組み、取組み（例 GLOW の取組み、人事交流、地方行政レベルでの海外と連携した短期・長期の人材育成）は何があるか

### 3-2 研修の場での交流

- 日本人と日本人以外の若手公衆衛生実務者が合同参加の研修
- グローバルヘルス分野と地域保健分野の双方から参加の研修
- 双方の公衆衛生行政の現場レベルでの経験の共有はどのようにできるのか、その手法は何か。
- グローバルヘルスから、日本の地域保健に貢献できる研修は何なのか。
- 日本の公衆衛生の歴史を再度まとめ、人材育成プログラムに活かす。

## 4 日本の公衆衛生の歴史をグローバルヘルスと地域保健双方からの視点でまとめなおす。

- 国内地域保健を主にしている側と、海外での国際協力を主にしている側の専門職との、共通項と

それぞれの特定項の整理しハイブリッド。(双方の強みと弱みを整理し、相補できるところがハイブリッド項か?)

- 保健所の立場で伝えることのできる、日本の法律・条令整備の過程は何かを整理

#### 参考資料の情報

○厚生労働科学研究費補助金の「戦後日本の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用する方策に関する研究」

○上記を座談会の形でまとめたもの

中村安秀、石川信克、佐藤 寛、坂本真理子、大石和代。

戦後の日本の経験を国際協力に活用する。公衆衛生, 2005 ; 69(7) : 561-568

○書籍『日本の保健医療の経験 途上国の保健医療の改善を考える』 2004年2月国際協力機構



### 3. ワークショッププログラム

#### 【目的】

○第1回班会議での探求した可能性を広く共有可能な知的生産物とするため、大テーマ「グローバルヘルスと地域保健の実務者の交流により、人材の育成と活用が期待でき、双方の機能強化になる」をさらに掘り下げる。

○今後の活動の方向性を決める。

#### 【開催日時】

平成 28 年 10 月 1 日 (土) 13:00~18:00、10 月 2 日 (日) 9:00~11:00

## 【場所】

長崎大学医学部キャンパス内 グローバルヘルス総合研究棟 5階 中会議室

## 【1日目 内容】

○挨拶

○協議事項

前回のワールドカフェのふりかえりと今後の取組みについて

○ワークショッププログラム

A) テーマⅠ「人材交流による育成と活用」の具体的な事例について事例の共有  
(各20分以内質疑応答も含む)

(1) こんな人材育成や活用ができるメリットがあるのでは

① 「災害対応と公衆衛生・国際保健」

熊本県 水俣保健所 劔 陽子先生

② 「グローバルな課題に対応する能力①感染症対応」

東京都 健康安全研究センター疫学情報係 村上 邦仁子先生

③ 「グローバルな保健医療課題への対応～保健医療福祉の通訳～」

青森県 むつ保健所 矢野亮佑先生

④ 「岩手県大船渡保健所に於ける JICA 研修生の受け入れ」

岩手県 大船渡保健所 久保 慶祐先生

(2) 人材交流の仕組み・枠組み

① 「国の施策の動向について」

内閣官房国際感染症対策調整室 田中 剛先生

② 「人材交流のしくみ、枠組み、可能性」

長崎大学熱帯医学・グローバルヘルス研究科 松井 三明先生

B) 全体討議

## 【2日目 内容】

コンセプトペーパー作成のためのグループ検討

## 4. ワークショップ発表資料



## 災害対応と公衆衛生・国際保健

熊本県 水俣保健所  
 剣 陽子

## 熊本地震による被害

- 熊本県は、4月14日、16日、2回の震度7の地震に見舞われ、上下益城、熊本市、阿蘇地域、菊池地域中心に甚大な被害が生じた。
- 死者数50人、災害関連死数25人、負傷者数2,244人、住宅被害164,429棟、避難所数最大855カ所、避難者数最大約18万人。その他農業、工業等への被害も大きく、経済的損失は多大。
- 熊本地震は「県政史上最悪の災害」と言われる

熊本地震 二度の震度7  
 2016年4月14日21:26、16日1:25



益城町の倒壊家屋



道路の様子



阿蘇大橋崩落現場



避難者数最大18万人、避難所数最大855カ所

## 災害時の保健所の役割

2012年厚生労働省は「災害時に於ける医療体制の充実強化について」の通知において、災害医療に係る保健所機能の強化を唱い、

- 発災後初期救急段階に自立的に集合した**医療チームの配置調整**
  - EMISでの情報発信
  - 関係団体間の**連携調整**
  - 避難所等での**医療ニーズの把握・分析**
- 等々に関し、**保健所が中心となって機能すること**を期待している。

## 熊本地震における地域災害医療提供体制



## 災害時保健所（管理職）に求められる能力

全体を俯瞰して、状況やニーズを把握し、災害医療体制全体を「マネジメント」する。管理職は司令塔に徹する。一つ一つの細かい事象にとらわれてはダメ。

## マネジメント能力/プロジェクト運営能力の必要性

## 被災保健所の様子がわかり始める；阿蘇・御船・宇城・菊池がひどそうだ！その頃、被災保健所では？

4月17日

阿蘇保健所

- ・水×（近隣湧水より取水）、電気×、パソコン×、電話2台可
- ・スマホ 電池式充電器にて、充電可
- ・食料は近隣商店よりカンパ、振興局で炊き出し、等

熊本地震においては、本庁や非被災保健所機能が壊れていたため、県内部で支援が可能であったが、「身内の支援」の必要性に気づくまでに時間がかかってしまった。

- ・発電機 2台
- ・簡易ベッド 2台
- ・毛布（防寒が必要） 供与

（その他、定期的な食料補給、飲料水確保のためのポリタンク、カセットコンロ、簡易トイレ等も供給できたらもっと良かった）

被災保健所

- ・県庁からの情報等を全貌がわかるようにまとめて保健所に伝える等、情報をまとめられる人材として事務職を2名派遣

情報が欲しい！

- ・県庁や所長会経由で集まってくる膨大な情報（ML、EMIS等）を、被災保健所が即時に活動に役立てることができるようにまとめて発信する（県南非被災保健所長が、県庁にてとりまとめる）

脆弱なロジスティック機能！

## 災害時保健所に求められる能力 ロジスティックス

「日本災害医療ロジスティック協会HPより」

災害時の医療では、医療活動を支える人的、物的な支援と活動を支える業務調整、情報連絡処理といったロジスティック機能が重要な役割を果たします。

「大規模災害発生時に災害医療をバックアップする業務」を支援します。

- ・医師・看護師・支援スタッフ間の業務調整
- ・医療チーム派遣にあたっての関係機関の調整
- ・医療資器材、医薬品、活動支援機材、必要生活物資の供給確保
- ・避難者等の保健衛生確保
- ・現地における通信、情報伝達確保

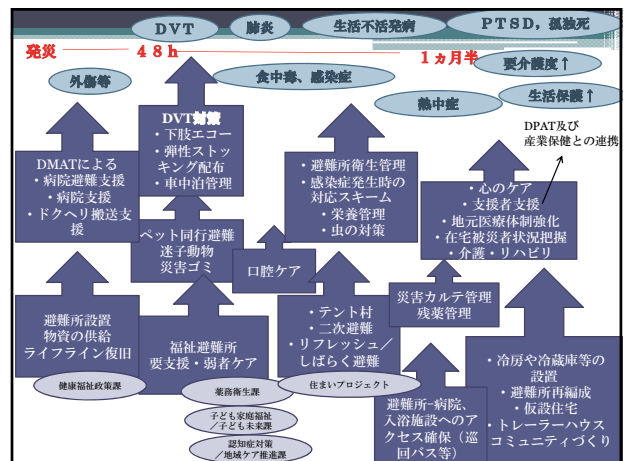
## 続々と押し寄せる支援団体



## 災害時保健所に求められる能力

押し寄せる有象無象の支援団体を調整する外部支援団体—行政内部間を調整する支援団体の「素性」を見極める

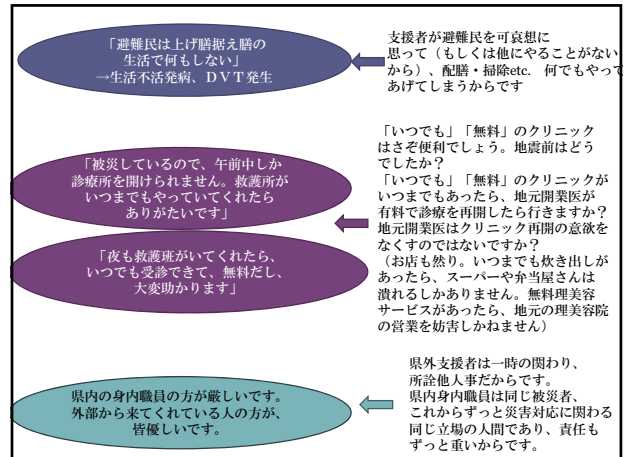
## ステークホルダー調整能力（ドナーコントロール）の必要性



## 災害時保健所に求められる能力

災害時は医療・保健・福祉・住居・ジェンダー問題・道路等インフラ問題、交通問題等、幅広く社会問題を取り扱う。

**保健医療だけに限らず、広い視野と興味をもって、対応に当たる能力が必要**



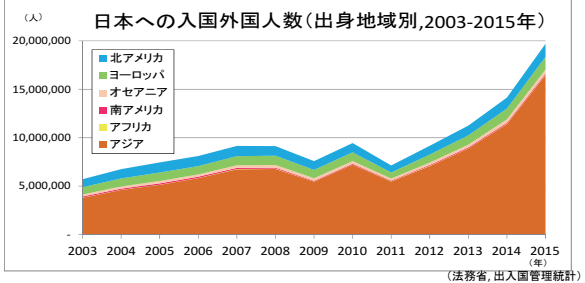
# グローバルな課題に対応する能力

## ①感染症対策

東京都 健康安全研究センター疫学情報係 村上 邦仁子  
 長崎県 県南保健所 長谷川 麻衣子

### 感染症対策でグローバルに対応する必要性

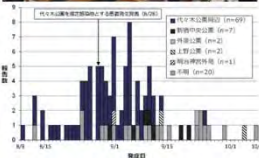
- 感染症に国境はない
- 入国外国人 2015年1,969万人(下グラフ), 出国日本人2015年1,621万人
- 自国の対策は他国へも影響を与える



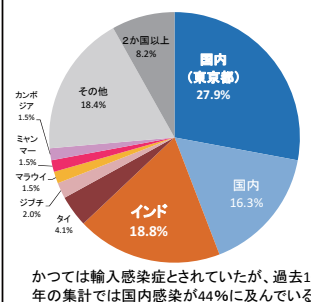
### 感染症対策でグローバルに対応する必要性

- 輸入感染症、国内感染症の境界もクリアでない場合がある
- 2016年8月以降の麻しん流行も、輸入後に国内感染が拡大した例

#### 例1. デング熱国内感染 (東京都, 2014)



#### 例2. ジアルジア症推定感染国 (東京都, 2006年1週~2016年30週, n=197)



### 法的位置づけ

## グローバル対応: 感染症法

#### 前文(抜粋):

新たな感染症の出現や既知の感染症の再興により、また、国際交流の進展等に伴い、感染症は、新たな形で、今なお人類に脅威を与えている。

#### 第二条(抜粋):

感染症の施策は、これらを目的とする施策に関する国際的動向を踏まえつつ、保健医療を取り巻く環境の変化、国際交流の進展等に即応し、新感染症その他の感染症に迅速かつ適確に対応することができるよう、感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者の人権を尊重しつつ、総合的かつ計画的に推進されることを基本理念とする。

### 国際的動向: 世界の健康危機管理の枠組み

#### IHR (International Health Regulations: 国際保健規則)

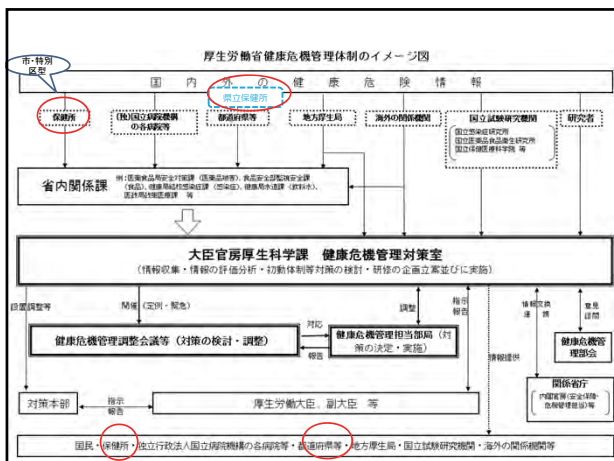
IHRとは世界保健機関(WHO)憲章第21条に基づく国際規則。  
 目的: 国際交通に与える影響を最小限に抑えつつ、疾病の国際的伝播を最大限防止すること。  
 経緯: 1951年に国際衛生規則(ISR)として制定後、1961年国際保健規則と改名され、当時は黄熱、コレラ、ペストの3疾患を対象としていた。2007年6月より次の事項等がもじられ改正IHRが発効している。

- 原因を問わず国際的な公衆衛生上の脅威となるあらゆる事象のWHOへの報告
- 国内にIHR担当窓口(National Focal Point: NFP)の常時確保
- WHOの勧告

#### 改正国際保健規則(IHR2005)に基づく主な情報の流れ概要図





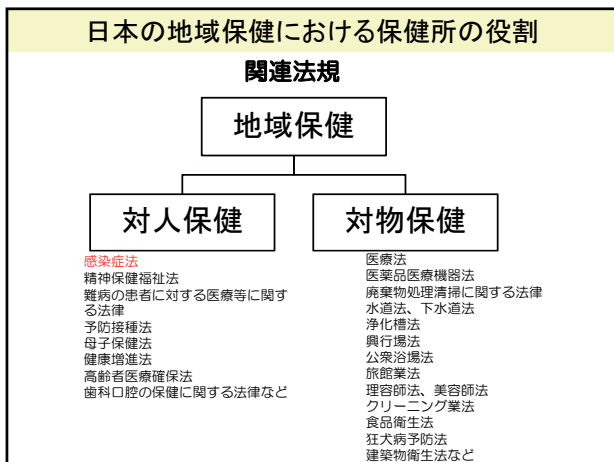


### 日本の地域保健における保健所の役割

地域保健法に定められる保健所業務

第6条 保健所の業務 14事項

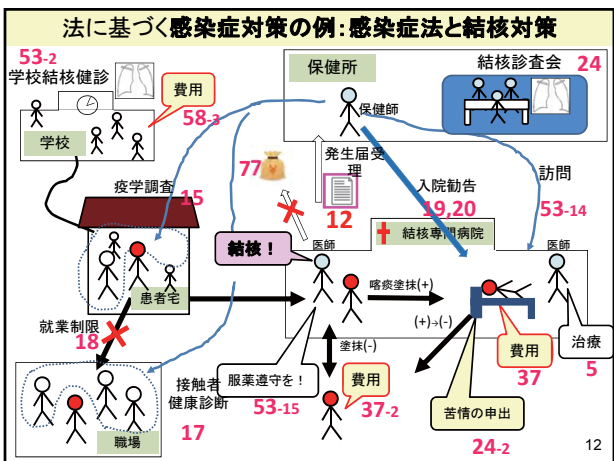
- ① 地域保健に関する思想の普及及び向上
- ② 人口動態統計その他地域保健に係る統計
- ③ 栄養の改善及び食品衛生
- ④ 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生
- ⑤ 医事および薬事
- ⑥ 保健師に関する事項
- ⑦ 公共医療事業の向上及び増進に関する事項
- ⑧ 母性および乳幼児並びび老人の保健
- ⑨ 歯科保健
- ⑩ 精神保健
- ⑪ 治療方法が確立していない疾病その他特殊な疾病により長期に療養を必要とする者（難病患者）の保健
- ⑫ エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防
- ⑬ 衛生上の試験及び検査
- ⑭ その他地域住民の健康の保持および増進



- ### 日本の健康危機管理における保健所の役割
- 保健所は地域における健康危機管理の拠点である。
  - 平常時
    - 監視業務等を通じて健康危機の発生を未然に防止する。
    - 所管区域全体で健康危機管理を総合的に行うシステムを構築する。
  - 健康危機発生時
    - 規模を把握する。
    - 地域に存在する保健医療資源を調整し、関連機関を有機的に機能させる。
- 地域における健康危機管理について～地域健康危機管理ガイドライン～（平成13年3月）

### 保健所における感染症対策の特性

特性	長所	短所
国外と国内を分けるメンタリティ	1. 渡航歴がある患者に対して、警戒度が高く、細心の注意を払った対応が可能	1. 感染症を国境を越えて大局的に把握する意識が弱い
法に基づく定義の重視	2. 法で定められた疾患に関し、適切に対策が実施される	2. 平時の国外の感染症流行状況に対する意識が低い
感染症の発生状況の評価能力が高い	3. 法の枠組みで実施する積極的疫学調査などは一定の質が確保されている	3. 緊急事態、不明疾患への対策の柔軟度が低い



**国際保健の経験を国内感染症対策に生かせる例**

短所1. 感染症を国境を越えて大域的に把握する意識が弱い

**→国際保健の経験より、感染症流行を大域的にとらえる**

例: 西アフリカ3か国におけるエボラ出血熱の流行(右参照)

- 地続きの国境であり1地域ととらえること
- 民族的・宗教的背景の類似性と、感染症拡大との関連性
- 旧宗主国への感染拡大の程度への着目

...などの視点から自国への拡大のリスクをより冷静に評価できる

(Figure 3. Geographic Distribution of Confirmed Cases of Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia, and Sierra Leone, up to April 10, 2016. After Ebola in West Africa — Unpredictable Risks, Preventable Epidemics, WHO Ebola Response Team, NEJM 375:6, 2016)

**国際保健の経験を国内感染症対策に生かせる例**

短所2. 平時の国外の感染症流行状況に対する意識が低い

**→国際保健の経験より、日常的に国外の感染症発生情報へのアクセスが容易となる**

例: 東京都感染症情報センターの取り組み(週1回web会議で情報提供)

モニター上: 参加保健所のアイコン↓

**海外アウトブレイク情報紹介**

Disease Outbreak News (DONs)

8 August 2016  
Chikungunya - Kenya

**チクングニア熱** ケニア

5/28 -マンデラ州にて発熱と関節痛を訴える患者増  
-10検体中7検体で、チクングニアウイルス陽性判明

**WHOサイトからの情報収集**

-近隣アフリカ国境地域でも過去に同アウトブレイク  
-マンデラ州人口の80%および重症関係者の50%が  
-既感染と思われるが、ほとんどは受診せず

**ジカウイルス感染症** シンガポールupdate

Location of Active Zika Clusters

**各国保健省サイトからの情報収集**

国	検出数
35週	215
36週	103
37週	23
計	341

**国際保健の経験を国内感染症対策に生かせる例**

短所3. 緊急事態、不明疾患への対策の柔軟度が低い

**→国際保健の経験があると、緊急時の柔軟性が高い**

現状分析能力の高さ  
プロジェクト運営能力の高さ  
ロジカルシンキング(PCM・SWOTなど)の経験



## グローバルな保健医療課題への対応 ～保健医療福祉の通訳～



平成28年10月1日(土)  
青森県むつ保健所 矢野亮佑

報告書用

### 注意書き

- 所属先である青森県やむつ保健所で医療通訳において取り組んでいることはありません
- スライド内容は全て発表者個人の経験や文献をまとめたものであり、意見は私見であります
- 医療通訳に係る国や医療通訳士協議会の動きについては現在確認中のため、記載内容が不十分等の点をご了承願ひ、補足情報を歓迎します
- 中村安秀先生（大阪大学大学院人間科学研究科）の過去の発表より多くを引用しています

### 国際的人流の活性化

#### 在住外国人の定住化傾向

約223万人登録（2015年12月現在：総人口の1.8%）  
中国67万人、韓国朝鮮49万人、フィリピン23万人、ブラジル17万人、ベトナム15万人、ネパール5万人、台湾5万人

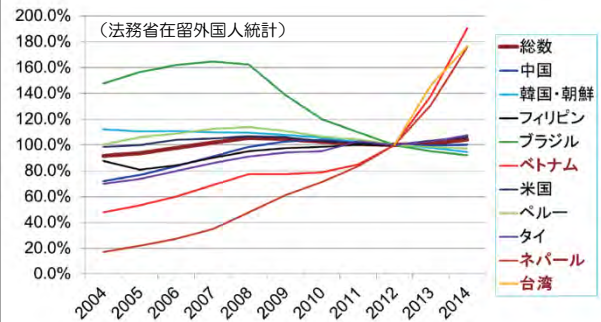
#### 訪日外国人の急速な増加

入国外国人：1,974万人（2015年日本政府観光局）  
中国499万人、韓国400万人、台湾368万人、香港152万人、アメリカ103万人、タイ80万人、シンガポール31万人

#### 医療ビザ運用の開始

2011年1月より「医療滞在ビザ」の運用開始。  
2010年8月に「国際観光医療学会」発足。

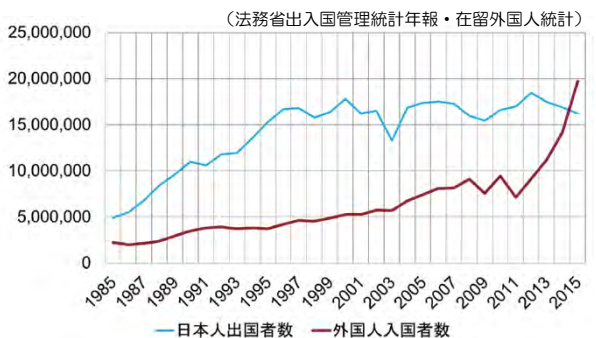
### 国籍別在留外国人人数の伸長



新しい在留外国人統計が開始された2012年を100として計算

中村安秀（2016）「医療通訳者と医療者の役割：言葉と文化のかけ橋として」（第7回国際観光医療学会学術集会・シンポジウム）より引用

### 日本人出国者数と外国人入国者数の推移



中村安秀（2016）より引用

もし言葉もまだ分からない、  
社会の仕組みにも文化にも慣れていない地で、  
ある日病気になったら、  
あなたはどう感じますか？

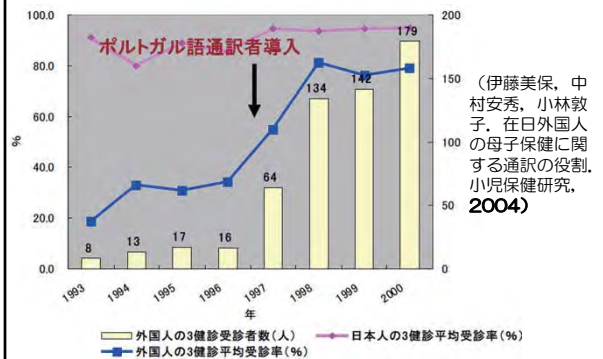
さらに、  
もし同じ言語を話す人が近くにいなかったら？  
もし経済状況に厳しかったら？  
もし在留許可の期限が切れていたら？

## プロフェッショナルな医療通訳の必要性

- 医療機関…主訴、病歴、診断告知、治療方針の正確な説明、手術や癌告知
- 市町村…乳児家庭全戸訪問調査（こんにちは赤ちゃん事業）では生後4ヶ月までの乳児のいる全ての家庭を専門家が訪問することになっている
- 医療通訳者の誤訳への不安と責任
- 2010年の全国の児童相談所に対する児童虐待事例調査では52%が父日本国籍+母外国籍

通訳ボランティアの発想では  
対処できない！

## 愛知県小牧市における 外国人乳幼児健診受診率の推移



中村安秀 (2016) より引用

## 医療通訳者が直面すること ～初期の困難・苦労～

- 専門用語・医療の知識不足
- 医療制度における知識不足
- 全科にわたる知識が必要
- 尋ねる先輩や同僚がおらず試行錯誤
- 初期の失敗
- 患者や医師からの苦情

(参) 田中郁子, 柳澤理子. 外国人通訳者の体験した困難とその対処. 国際保健医療, 2013

## 医療通訳者が直面すること ～経験を重ねる上での戸惑い・ジレンマ～

- 専門用語・医療知識の習得には時間を要する
- 医療制度や医療に対する考えの違い
- 医療・専門用語以外の聞き慣れない日本語
- 身分と仕事内容のギャップ
- 医師の説明が分かり難い、速過ぎる
- 意思決定における文化の違い
- 医師と患者との板挟みになることも
- 難しい患者（納得しない、矛盾、理解力低い、等）
- 深刻・悲痛な場面
- 通訳以外の役割

(参) 田中郁子, 柳澤理子. 外国人通訳者の体験した困難とその対処. 国際保健医療, 2013

## 医師が言葉で困った場合の対処法

方法	人数	%
身振り手振りや筆談	106	68.4
通訳可能な知人を同伴してもらう	104	67.1
NGOやボランティアに通訳依頼	11	7.1
公的な通訳サービスに依頼	1	0.6
その他	16	10.3

n=155 複数回答

(参) 高橋謙造, 重田政信, 中村安秀, 李節子, 真下延男, 中田益允, 赤沢達之, 鶴谷嘉武, 牛島廣治. 臨床医からみた在日外国人に対する保健医療ニーズ (群馬県医師会, 小児科医会における調査報告). 国際保健医療, 2010

中村安秀 (2016) より引用

## 医療通訳の現状

- 医療機関独自の取り組み  
(通訳に時間を要する、コストは持ち出し、等)
- 無償通訳/有償通訳 (自治体派遣は時給千円程度)
- 患者家族、知人による「にわか通訳/ad hoc通訳」
- 通訳を提供できていても英語が大半
- 通訳能力は個人的な熱意に依存

2009年に医療通訳士協議会が発足  
JAMI : Japan Association of Medical Interpreters

- 医療通訳士の技術向上
- 医療通訳士に対する適正な報酬と身分保障の制度

## 日本における医療通訳士の現状

### 【1】大都市および外国人集住地域の医療機関および保健センター

- 外国後を話す医師や看護師の配置
- 外国人の医師・看護師等の保健医療専門職
- 医療通訳士（常勤、非常勤、派遣、ボランティア）
- 外国語に堪能な日本人、日本語に堪能な外国人

### 【2】医療通訳士に対する講習会の実施

- 行政・NGO・国際交流協会等が実施
- 大学における講義

### 【3】ITによる外国人医療支援モデル

- 電話による救急医療通訳サービス
- 遠隔医療通訳システム
- 医療用自動翻訳システム

中村安秀（2016）より引用

## 医療通訳士をめぐる問題提起

### 【1】包括的な医療通訳システムの確立

国民皆保険のもと、患者を階層化することなく衡平な医療サービスを提供してきた理念を尊重し、在住外国人が利用可能な医療通訳システムを優先に確立すべき。医療通訳士の認証、教育・研修制度を訪日外国人や医療ツーリズムに活用できるような制度設計を工夫。

### 【2】医療通訳の費用負担を患者に求めない

健康保険における診療報酬算定や医療通訳加算等も考慮し、医療保健福祉サービスの中に医療通訳士制度を位置付けていく必要がある。

### 【3】聴覚障害者を包摂するコミュニケーション支援

### 【4】医療通訳サービスのICT化

ウェブカメラ等を利用し希少言語により医療通訳サービスを提供できる全国規模でのビジネスモデル。

中村安秀（2016）より引用

## 医療通訳者が活躍できる場をどのように醸成するのか？

①保健医療分野に造詣の深いプロフェッショナルな通訳士をどのように育成するのか？

②医療通訳士に対して適正な報酬と身分をどのように保証するのか？

③医療通訳士が活躍できる環境向上のために、医療通訳士とともに保健医療関係者がどのような働きかけをすればよいのか？

中村安秀（2016）より引用

## 日本語のできない人に対するコミュニケーション

### ◆やさしい日本語

- 主語と述語をはっきり言う
- 数字は必ず書く

### ◆多言語による表示

- 病院内の表示や問診票の多言語化
- 病院内文書、各種健診案内などの多言語化
- 日本語にルビを振ると、日本人からも好評  
例）「喘息」「嘔吐」「嚢腫」等

### ◆定型フォーム（ホームページが有用）

- 初診時間診票
- 母子健康手帳、予防接種問診票など

### ◆医療通訳

- プロフェッショナルな医療通訳士

中村安秀（2016）より引用

## 異文化理解

### ◆健康や疾病に関する固有の文化を理解する必要性

各種のタブー：頭を撫でる、左手で握手する  
健康観の違い：健康のための厚着、お守りなど  
食事：イスラム（ハラール・ミート）など  
家族力学の違い：入院には男性の許可が必要  
生死観の違い：宗教のもつ意義は大きい

### ◆診療や接遇に関する具体的な留意点

医療費の額を事前に率直に話す  
高額な検査は患者側の準備を待ち日程を決める  
入院に関するルールは必ず最初に明示する

中村安秀（2016）より引用

## 外国語での診療に役立つ冊子・サイト

### ●多言語医療問診票（国際交流ハートィ港南台、かながわ国際交流財団）

<http://www.kifjo.org/medical/>

内科、眼科、小児科など11の診療科に対応した問診票がダウンロードできる。英語はもとより、ポルトガル語、ロシア語、タイ語など18言語に対応。

### ●外国人向け多言語説明資料（日本医療教育財団：厚生労働省）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056789.html>

院内でよく使われる同意書（手術、麻酔、CT検査など）や高額医療費制度や出産一時金など。英語・中国語・ポルトガル語・スペイン語版。

### ●予防接種予診票（予防接種リサーチセンター）

<http://www.yoboseshu-rc.com/index.php?id=8>

「予防接種と子どもの健康2014」と予診票がダウンロードできる。本文は、英語、韓国語、中国語、ポルトガル語、フィリピン語の5カ国。予診票は、それに加えて、タイ語、アラビア語など14言語に対応している。

### ●外国語版母子健康手帳（母子衛生研究会）

日本語と併記された母子健康手帳。有料で入手可能。（9カ国：英語、ハンガリー、中国語、タイ語、インドネシア語、タガログ語、ポルトガル語、スペイン語）

中村安秀（2016）より引用



Kawasaki Hospital  
Kawasaki Medical School  
2-1-15, Kasugakita, Utsunomiya, 380-0855, Japan  
Tel: +81-48-252-2111, Fax: +81-48-252-4343

DATE OF PREVIOUS VACCINATION AND RECORD OF IMMUNISATIONS

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: January 14, 2002 \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Female

1) Records of Immunisation

Date of Administration	Site
02/20/2002	
02/27/02	
03/18/2002	
03/19/02	
03/22/2002	
03/24/02	
03/25/2002	
03/26/02	

2) Type of vaccine, number of doses, name and lot number  
 3) MFI vaccine, table combined vaccine  
 4) Japanese encephalitis vaccine

2) Record of Past History

Name of illness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

3) Record of Serum Antibody Titer

Name of disease	Date of sampling	Antibody titer	Interpretation
Measles	March 3, 2011	1:128 positive	OK
Rubella	March 3, 2011	less than 1:4 negative	OK
Hepatitis	March 3, 2011	1:128 positive	OK
Harcella	March 3, 2011	1:128 positive	OK

This is to certify that these data were taken or method investigations and results.

Takashi Nakano, M.D.  
Department of Pediatric, Kawasaki Hospital, Kawasaki Medical School  
2-1-15, Kasugakita, Utsunomiya, 380-0855, Japan  
Tel: +81-48-252-2111, Fax: +81-48-252-4343  
e-mail: O●O●O●

英文予防接種証明書の実例  
(中野貴司先生提供)



中村安秀、中野貴司 編、「小児科外来医療英語」  
2012年1月10日初版発行、診断と治療社。

中村安秀 (2016) より引用

外国人医療における医薬品の情報提供

外国人がもってきた常用薬を同定するのは、想像以上の難事業である。また、日本の病院で処方され薬局で入手した医薬品のわからない、副作用が心配という人は少なくない。英語の服薬説明書が入手できるサイトは重宝である。

●日本医薬情報センター

医薬品に関する医学・薬学の国内外における有用な情報を収集提供している。海外の医薬品の添付文書の情報（米国、カナダ、英国、EUなどに限定される）は下記のホームページからリンクできる。

<http://www.japic.or.jp/di/navi.php?cid=1>

●くすりの適正使用協議会（英語版「くすりのしおり」）

日本で販売されている医薬品（5000種類以上）について、患者向けの英語版の服薬説明書が入手できる。この「kusuri-mo-Shiori」(Drug Information Sheet)の存在を、外国人や薬剤師に周知してもらうことが重要である。

<http://www.rad-ar.or.jp/siori/english/>

中村安秀 (2016) より引用

青森県の医療通訳の現状

- ・県立保健大学にて「医療通訳養成研修」（2日間）を年1回開催
- ・県国際交流協会に通訳者の登録リスト（医療通訳に限らない）
- ・被通訳希望者（または代理の者）が言語や依頼内容について協会にFAXすると、登録リストの中から協会が通訳可能な通訳者に連絡し可否を確認してくれる（マッチング）
- ・マッチングには1週間程度かかる
- ・報酬や交通費について規定はなく、被通訳者と通訳者の間で話し合っている
- ・県の広さと交通網の乏しさが相まって対面通訳には移動時間を含めて丸1日を要する場合もありうる

厚生労働省の動き

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/iryoku/kokusai/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/kokusai/)

厚生労働省

健康・医療 医療の国際展開

厚生労働省における医療の国際展開について

我が国20年以上の長期にわたり健康寿命世界1位を維持しています。こうした高い健康寿命を生んだ経験・知見を、希望する新興中進国等へ積極的に提供するための取り組みを行っています。

また、国際医療交流の観点から、外国人が安心して日本の医療機関を受診できる環境を整備するため、医療機関の申請に基づき第三者機関が外国人受入体制について審査・認証する仕組み作りを実施しています。

トピックス

- 2014年10月16日掲載 医療通訳等の配置及び院内資料の多言語化等の整備事業を実施する医療機関の公表結果について
- 2014年10月20日掲載 医療通訳等の配置及び院内資料の多言語化等の整備事業を実施する医療機関の公表結果について
- 2014年10月20日掲載 二次医療圏医療通訳等の配置及び院内資料の多言語化等の整備事業を実施する医療機関の公表結果について
- 2014年10月15日掲載 医療通訳等の配置及び院内資料の多言語化等の整備事業を実施する医療機関の公表結果について
- 2014年10月16日掲載 平均年齢、外国人患者受入れ医療機関の増加率等の公表結果について

厚生労働省の動き

- ・外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）…日本医療教育財団【2012年～】  
<http://jmip.jme.or.jp/>
- ・医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業【2014年～】
  - ①医療通訳の育成
  - ②検査内容説明書等の各種、患者説明文書の多言語対応
  - ③多言語の医療通訳とのネットワーク形成
 →医療通訳育成カリキュラムの作成、テキストの作成・翻訳、診察時の患者向け説明資料や同意書を標準化
- ・医療通訳等の配置及び院内資料の多言語化等の整備事業【2016年～】
 →医療通訳・外国人向け医療コーディネーターの配置促進

県や保健所への提案

地方の課題

- ・医療機関や本人の負担を強いるべきではない
- ・地方では医療機関、市町村単位での人材確保は困難

- ・県内の外国人の保健医療福祉ニーズや現状の調査
- ・中核的高次医療機関の外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）への登録支援等、外国人患者受入れ環境整備に係る支援
- ・医療通訳養成講座の強化と県との連携（県認証等）
- ・県で医療通訳者をプール登録
- ・少数言語への対応
- ・通訳派遣、電話／ウェブカメラ通訳のモデル事業
- ・医療機関からの定期的なフィードバック

憲法 第25条

すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

地域保健法 第二条

地域住民の健康の保持及び増進を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、我が国における急速な高齢化の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公衆衛生の向上及び増進を図るとともに、地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に適切に対応することができるように、地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されることを基本理念とする。

*Embrace diversity.*

*Health for all.*

## パキスタン公衆衛生医師の 大船渡保健所研修

岩手県  
釜石・大船渡保健所長  
久保 慶祐

## 研修の背景

- 独立行政法人国際協力機構(JICA)及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターからの依頼に基づき、行政機関で働くパキスタン人医師に母子保健などの地域保健研修を実施する。
- パキスタンの予防接種活動を支援することにより、ポリオの早期撲滅につなげることを目的とする。
- 東日本大震災津波の経験を共有することもこの研修の重要な一部とする。

## 事業の枠組み

- 主催：独立行政法人国際協力機構、国立研究開発法人国立国際医療研究センター
- 共催：岩手県立大船渡病院、大船渡市保健介護センター、岩手県大船渡保健所
- 研修場所：岩手県立大船渡病院、大船渡市保健介護センター、岩手県大船渡保健所

## 研修内容

## 全体の研修日程

年月日	研修内容と場所	宿泊
2015/1/17(日)	AM 来日 PM	東京*
2015/1/18(月)	AM JICAオリエンテーション PM NCGM 母子保健・麻疹排除講義	東京
2015/1/19(火)	AM NIID サーベイランス、予防接種行政講義 PM 移動(東京→盛岡)	盛岡
2015/1/20(水)	AM 機序表敬 PM 県衛研見学 移動(盛岡→大船渡)	大船渡
2015/1/21(木)	AM 大船渡病院、予防接種/乳児健診 PM 保健所見学、講義(保健所機能、ロウ)	大船渡
2015/1/22(金)	AM 保健センター 予防接種/乳児健診 PM 保健所活動見学、講義(e-Health、サーベイランス)	大船渡
2015/1/23(土)	AM 移動(大船渡→気仙沼→一関) PM 移動(一関→東京)	東京
2015/1/24(日)	AM 休日 PM 休日	東京
2015/1/25(月)	AM NCGM資料整理 PM 日本ポリオ研究所	東京
2015/1/26(火)	AM 世界の母子手帳講義(阪大中村教授) PM NCGM研修成果発表・研修修了式	東京
2015/1/27(水)	AM 帰国 PM	

## 大船渡での研修日程

1月21日(木)

- 9:20～10:20 「震災復興時の新規ワクチンの導入」  
久留米大学小児科 主任教授 山下 裕史朗
- 10:40～11:20 「被災地の保健所の活動」  
大船渡保健所保健課長 花崎 洋子
- 11:30～12:00 「保健所機能について」  
岩手県保健所長会長(岩手県県央保健所長) 菅原 智
- 13:45～15:15 「乳児健診について」説明及び見学  
県立大船渡病院総括副院長 瀧向 透
- 16:00～17:15 「電子母子手帳イーハートアップシステムについて」  
県立大船渡病院副院長 小笠原 敏浩



## 大船渡での研修日程

1月22日(金)

- 9:00~12:00 「母子保健と母子保健センターの役割」  
大船渡市健康推進課母子保健係長 千葉 ゆかり
- 13:20~13:50 「保健所におけるサーベイランス」  
大船渡保健所長 久保 慶祐
- 14:10~15:15 「定期予防接種」説明及び見学  
大船渡病院総括副院長 瀧向 透
- 15:50~17:00 「災害時の感染症サーベイランス」  
大船渡病院総括副院長 瀧向 透

## 研修生について

- 4名の公衆衛生医師
- カイバル・パシュトゥンクワ州で勤務



パキスタンに対する渡航情報(危険情報)の発出

出典 外務省海外安全ホームページ

### 岩手県沿岸地域とカイバル・パシュトゥンクワ州の共通点

- 中央に比べ、医療資源が乏しい。  
人的リソースの不足を補うための工夫が必要とされている。
- 自然災害が多い  
地震・水害など

互いに共感しやすい部分もあるのではないかと考えられた。

### 研修内容に関してパキスタン側からの問いかけ

- 日本のBCGの接種時期は遅くないか WHOの推奨どおり生下時がよくないか
- 予防接種の記録はワンペーパーで示す方が判りやすいか
- 日本の女性の出産年齢が上がっているのはなぜか
- パキスタン側から見て、「自助」「共助」「公助」という考え方には賛同できるところが大きい。

### 大船渡側が理解したパキスタンの現状

- 予防接種は医師が接種するわけではない。
- 僻地では、予防接種の重要性の理解が困難
- 接種部位で接種するワクチンを決めている
- 農村部では出生届が全体の10%
- 女性識字率が低い
- 保健医療者の殺害などもある治安状況  
実際に研修中にも学生が21名殺害されるテロが起こった。

### 大船渡側が学んだこと

- 文化的な差異を体感し、許容する。  
例えば、  
食事 砂糖の量、香辛料、結果として肥満(NCD)  
お祈りの習慣  
大家族制

沿岸地域でイスラム文化に触れることは稀であるが、地域には例えばインドネシアからの技能修習生として生活しており、結核を発症した実例もある。

## 今年度の実施に向けて

## 互いの地域保健の課題の検討

先方の考える、重要性の高い課題をプレゼンしてもらう

- 我が方では例えば、
- 少子高齢化
  - 自然災害
  - Decentralization
  - コミュニティの再生

- 多産多死
- 貧困
- 感染症
- 治安
- 麻薬
- Decentralization
- 自然災害
- 教育
- ガバナンス

## 地域研修の意義

大船渡側

### 保健所機能の強化

- 保健所員が文化的な差異を実感することにより、今後予想される多民族・多文化に対応できる素地を作る。
- 地域保健の現実を、グローバルな観点から相対化する視点を持つ。

パキスタン側

- スキルアップを通じた人材育成
- 手の届き易い成功モデルの提供



## 研修の実際(参考資料)



## Subsidized rotavirus vaccination program in the Kesen area, Iwate

Yushiro Yamashihta MD  
Professor and Chairman  
Department of Pediatrics & Child Health,  
Kurume University School of Medicine  
Kurume city, Fukuoka, Japan

## Pakistan & Kurume University

- The Children's Hospital, Pakistan Institute of Medical Sciences, Islamabad built with the assistance of the government of Japan through JICA (1985-)
- Prof. Fumio Yamashita, director for JICA ICH project (1985~1991)
- JICA provided training program for health professionals: more than 60 specialists from Kurume visited ICH and 34 counterparts visited Kurume in 5 years


### Rota virus isolated from stool in Kurume (1975)

Yamashita F, Shibuya Y, Bishop TD. Duovirus in pseudocholera infantum. Lancet 1975;1:1297

仮性小児コレラ 患児糞便よりの Reovirus 様粒子 "Duovirus"

第277回福岡地方会

山下 洪谷  
沖重 (鳥栖市)  
武谷 (聖マリア児)  
出口 (大村市)  
Bishop, R. I. To  
wnley, R·R·W  
(メルボルン小児病院)



この直採便からも  
ロタウイルスを分離

75年 聖マ児

First report on isolation in Japanese was from Dr. Suzuki, Tohoku Univ. in 1974

Photo through the courtesy of Dr. Shigeru Takeya

### Working Group of the Child Health Support Project in the Kesen Area

公益社団法人 日本小児科学会

Chair: Yasuhide Nakamura (Graduate School of Human Sciences, Osaka University)

Vice-chair: Toyojiro Matsuishi (Department of Pediatrics, Kurume University)

Members: Osuke Iwata (Department of Pediatrics, Kurume University)  
Hakuyo Ebara (Ebara Children's Clinic)  
Kazuko Wada (Department of Pediatrics, Osaka University)  
Shoichi Chida (Department of Pediatrics, Iwate Medical University)  
Ken Ishikawa (Department of Pediatrics, Iwate Medical University)  
Yoshitaka Miura (Miura Pediatric Clinic)  
Tomoharu Oki (Department of Pediatrics, Iwate Prefectural Takata Hospital)  
Toru Fuchimukai (Department of Pediatrics, Iwate Prefectural Ofunato Hospital)



### Activities of Public Health Centers in the Great East Japan Earthquake - From Activities in Rikuzentakata City to the Present -

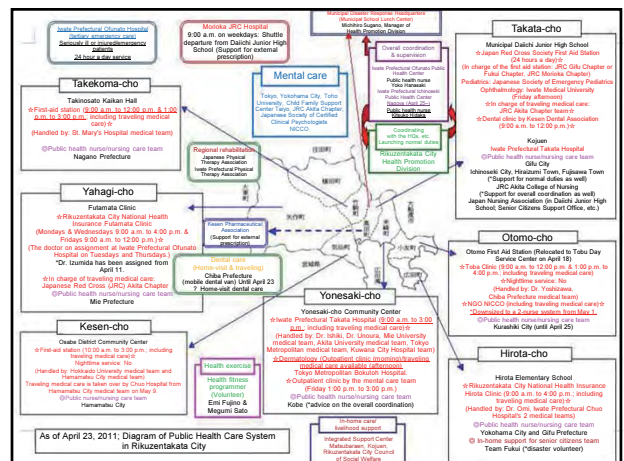
Yoko Hanasaki  
Public Health Division  
Iwate Prefectural Ofunato Public Health Center

### Overview of the Jurisdiction Area under Iwate Prefectural Ofunato Public Health Center

○ Population in the area (as of October 1, 2015): 62,872

○ No. of households (as of October 1, 2015): 24,994

	October 1, 2015	October 1, 2010	Changes
Ofunato City	38,024	40,801	-2,777
Rikuzentakata City	19,097	23,243	-4,146
Sumita Town	5,751	6,240	-489
Total	62,872	70,284	-7,412



## Implementation Status of the Health and Livelihood Survey (All Households)

### 1. Purpose

The survey is positioned as part of providing care (support). All citizens are surveyed to confirm their current health and livelihood situation so that people requiring urgent assistance or continuous support can be referred to the relevant agencies. In addition, the results are used as basic material for recovery planning related to the public health care and welfare in Rikuzentakata City.

### 2. Survey period

April 6 to May 31, 2011

### 3. Survey method

A national team consisting of public health nurses dispatched for disaster support visits all households. (\*For instruction for filling in the form, etc., refer to the Public Health Guide for Emergencies website.)

### 4. Matters to be noted Listen actively and attentively to those surveyed and observe them from the residents' viewpoint.

## People in Need of Continuous Support in the First Survey (as of May 25)

	1		2		3	4	5	6	7	8	Total
	Age 65 and above living alone	Age 75 and above only	No. of persons	No. of households	Lifestyle diseases, etc.	Single parent	Anxiety over child rearing	Allergy	Mental care, etc.	Others	
Hirota-cho	84	64	32	13	20	0	0	39	96	<b>316</b>	
Yahagi-cho	87	105	51	10	12	0	0	20	7	<b>242</b>	
Takata-cho	165	124	60	72	43	0	1	87	0	<b>492</b>	
Yonesaki-cho	52	50	25	21	16	0	1	40	0	<b>180</b>	
Kesen-cho	22	26	9	15	0	3	0	28	5	<b>99</b>	
Takekoma-cho	33	60	35	32	10	0	4	29	33	<b>201</b>	
Yokota-cho	48	71	33	9	6	0	0	17	4	<b>155</b>	
Otomo-cho	36	67	33	64	9	1	0	53	0	<b>230</b>	
Total	<b>527</b>	<b>567</b>	<b>278</b>	<b>236</b>	<b>116</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>313</b>	<b>145</b>	<b>1915</b>	

## 保健所の役割

岩手県 県央保健所  
所長 菅原 智

## (内容)

- 公衆衛生
- 衛生行政の歴史
- 保健所の役割(地域保健法)
- 健康危機管理
- 臨床と公衆衛生
- 保健所と地域保健センター
- 医療計画、地域包括ケアシステム
- その他

## 衛生行政の歴史

- (1946: 日本国憲法公布)
- 1947: 保健所法、食品衛生法、児童福祉法
- 1948: 予防接種法
- 1950: 精神衛生法
- 1965: 母子保健法
- 1982: 老人保健法
- 1994: 地域保健法(保健所法の全面改訂)
- 1997: 介護保険法
- 1999: 感染症法(らい予防法、伝染病予防法、結核予防法、性病予防法、エイズ予防法廃止)
- (2001: 厚生労働省設置)
- 2002: 健康増進法
- 2006: がん対策基本法

平成 28 年度 地域保健総合推進事業  
「グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および開発  
途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索事業」  
報告書

発行日 平成 29 年 3 月  
編集・発行 日本公衆衛生協会  
分担事業者 長谷川 麻衣子（長崎県県南保健所）  
〒855-0043 長崎県島原市新田町 347-9  
TEL 0957-62-3287  
FAX 0957-64-6520



