

第1会場 9:50~10:50

要望セッション1

「だれひとり取り残されない」対策への配慮

オーガナイザー：山田 秀臣（東京大学医学部附属病院 国際診療部）

モデレーター：堀 成美（公益社団法人 東京都看護協会）

南谷かおり（地方独立行政法人 りんくう総合医療センター 国際診療科）

第1会場 9:50~10:50

要望セッション1 「だれひとり取り残されない」対策への配慮

医療通訳：医療機関におけるOJT実施の課題

RL1 医療通訳：医療機関におけるOJT実施の課題*

東京大学医学部附属病院国際診療部¹，東京都看護協会²，りんくう総合医療センター国際診療科³
山田 秀臣¹，堀 成美²，南谷 かおり³

2016～2019年度まで続いた厚生労働省行政推進調査事業**などの成果で、医療通訳者の認証制度が2020年より開始された。現在まで学会認定の医療通訳士[®]は英語、中国語を中心に多言語の医療通訳者が認定を受けている。認証制度には育成、認定、そして研修が重要である。育成については「医療通訳」（日本医療教育財団）、認定については本学会の認定がある。残るは研修制度の構築である。認定更新時までに医療通訳研修30単位が取得（必須）となっていた。COVID-19感染等のため病院等の研修実施は今困難である。この現状から更新（2024年3月）要件に研修が除かれるとHP上で告知された***。

しかし研修は重要である。2019年の同調査*で医療機関は医療通訳について約70%が「通訳精度の改善が必要」と答えている。そして改善する方法は「医療機関のトレーニング」が最も多い。医療機関側も「条件付きで研修受入れ可能」は30%を超えて、研修への理解/協力の姿勢は高い。医療通訳者（団体）の中にも患者側/医療機関側の通訳の評価は、より良い医療通訳の育成に重要である認識を持っていた****。

医療機関側の研修負担を軽減しつつ、医療通訳者にも実りある研修実施は困難な課題である。医療通訳の研修は外国人患者へ安心安全な医療を提供するための大事なピースである。本シンポジウムでは医療機関へのアンケート実施の説明やOJT研修を多方面から検討する。今後は本学会、そして関係する方々と皆で力をあわせて、この難題を解決していきたい。

* トヨタ財団の助成（D20-MG-0028）を受けています

** 2016年度「医療通訳の認証のあり方に関する研究」、2017～2019年度「医療通訳認証の実用化に関する研究」、研究代表者中田研

*** 当学会HP 2021年9月21日付お知らせ「ICM認定医療通訳士」認定ページの更新

**** 本学会医療通訳研修部会準備会 令和3年9、10月実施

RL1-1 望まれる医療機関における医療通訳者の研修システムについて

東邦大学医学部医学科精神神経医学講座（佐倉），
東邦大学医療センター大森病院国際医療支援部前副部長，一般社団法人通訳品質協議会
松崎 淳人

演者は、昨年9月に医療通訳者の資質に関するWSを主に医療インバウンド通訳について主催し、必要な資質として日本の一般的文化と日本の医療特性への理解、異文化対応能力、トラブル等の場面对応能力、コミュニケーション能力、マナー等社会常識、通訳倫理、自己研鑽能力などを指摘した。当トヨタPJ分担研究では対象をオンライン型研修実施者等ならびに、医療通訳者研修者を今後受け入れる可能性がある医療機関の国際医療支援業務従事者等とし、質問紙法による「医療機関における医療通訳者の研修システム構築に向けた調査」を質問紙法で行う。

まず研修の外的構造としては、研修期間、通訳シーン（外来、受付、検査など）、研修医療施設、研修指導者、研修の患者属性（在留者、旅行者医療、医療インバウンド通訳）を問う。

次に研修の内的構造としては

○医療通訳に直接係わる知識や技術

医療に関する専門的知識/健康保険制度、医療福祉制度、公費負担制度など/中立・公平な立場での通訳業務/正確性、通訳技術/医療通訳の現場でおきるトラブル対処を含む様々な問題解決能力

○医療通訳者として必要な姿勢や態度

「患者—通訳—医療従事者間」などとの通訳の場における信頼関係構築能力/患者の文化的、社会的、宗教的背景への配慮/自己研鑽能力/医療通訳倫理

○外国人医療コーディネーター業務など直接の医療通訳以外の活動についてである。

シンポジウム当日には、参加者とも積極的に議論を行いより良いアンケート調査になるようにしていきたい。

要望セッション1 「だれひとり取り残されない」対策への配慮

医療通訳：医療機関におけるOJT実施の課題

RL1-2 本年度医療通訳OJT研修の内容について

一般社団法人 通訳品質評議会
山田 紀子

現在医療の現場で活躍している医療通訳者は、大きく2つのカテゴリーに分けることができる。主に医療通訳育成カリキュラム基準に基づく講座を受講して勉強してきた医療通訳者と、講座の受講経験の有無にかかわらず現場での通訳を通じて勉強してきた医療通訳者である。前者は整理して知識を学んでいる一方実習の時間に限界があったり、現場での通訳経験が少なかったりするため、通訳する毎に状況が違う現場での対応や判断に迷うことがあり得る。一方、現場経験を積んでいる通訳者は、患者個別の状況に対応できてはいても、安全に医療を提供するということや通訳倫理を理論として復習したいという要望やその必要がある。

医療通訳に関する仕組みとしては、カリキュラム基準に基づく育成から、試験、医療通訳士としての認定までの流れができたところである。これからは、認定を受けた医療通訳士にとっては自己研鑽の場が必要であり、これから医療通訳士になろうとする通訳者にとっては現場で必要なレベルに達するためには座学だけでなく、実際に現場を知る機会、つまりOJT研修が欠かせない。

そこで、本年度から3年にわたり医療通訳のOJT研修の基準となる内容を検討するとともに、その実効性を検証する。本年度は新型コロナウイルスの感染リスクを避けるため、OJT研修をオンラインで2022年1月下旬から2月上旬にかけて行う予定である。対象言語を英語、中国語、ベトナム語の3言語とし、実際の症例を基にした場面の例を、通訳者側のニーズと医療機関側の要望を考慮して用意し、医療の面からも言語の面からも解説ができるよう講師は現場にいる医療従事者と言語講師との2名態勢とする。また、実効性の検証を目的として、講師による評価ばかりでなく、OJT研修の受講前と受講後の試験、受講者に対するアンケートも実施する。このような検証を踏まえて次年度にさらに実証を重ね、各地の医療機関で活用できるOJT研修基準を策定していく。

RL1-3 医療機関からの研修の実際

社会福祉法人 三井記念病院
今井 貴子, 鄭 蓮花

社会福祉法人 三井記念病院（以下、当院）では、2015年より英語・中国語の医療通訳者の現場実習（以下、通訳OJT）を行っている。現在では専任の医療通訳者を配置している医療機関もあるが、2015年当時はボランティアが医療通訳を担うケースが多く、専任の医療通訳者を院内に配置している医療機関はほとんどない状況であった。在留・訪日外国人の増加に伴い、当院の外国人患者数も増え、医療通訳の必要性は増していたが、実際に医療通訳がどのように機能するかは未知数で、医療通訳者を採用するという決断するには判断材料があまりに少ない状況であった。そのような状況の中、日本語が全く話せない重篤な容体の訪日外国人患者が当院に緊急搬送され、医師からの依頼で通訳会社から医療通訳者を手配することとなった。その振り返りを行った結果、医療者サイドの医療通訳者に対する評価が高く、「医療通訳者の活用を前向きに検討すべき」という声があがった。そこで、その通訳者を派遣していただいた通訳会社に相談し、協議を重ねた結果、その会社が運営する医療通訳養成講座を受講・修了した方のうち、優秀な方々を当院で通訳OJT生として受け入れることが決まった。通訳OJT参加者は実際の通訳現場を体験できるというメリットがあり、当院は医療通訳者の必要性を見極められるというメリットがあった。

2021年はCOVID-19の影響により、現場での通訳OJTの実施は見送り、遠隔での通訳OJTを実施した。本シンポジウムでは通訳OJTを実施するまでの経緯、通訳OJT内容の概要、医療機関側のメリットやデメリットなどをご紹介します。

第1会場 9:50~10:50

要望セッション1 「だれひとり取り残されない」対策への配慮**医療通訳：医療機関におけるOJT実施の課題**

RL1-4 企業におけるOJTへの取り組み

トヨタ財団採択プロジェクト

「医療機関におけるOJT研修システムを確立することで医療通訳の質の向上を図り、外国人患者の安心安全な共生社会を目指す」メンバー

メディフォン株式会社

澤田 真弓

電話やビデオを通じた遠隔医療通訳サービスを医療現場に提供する当社では、2014年の創業時より、医療通訳者の養成に取り組んできた。医療通訳教育者や専門医を招いた研修を独自に企画し実施すると、多くの登録医療通訳者が集まり、活発な質疑応答を行う。今では、国立国際医療研究センターと共に医療通訳養成研修として毎年開催する形式となり、多言語の医療通訳者が学ぶ場となっている。

当社では、遠隔医療通訳サービスのみならず、医療現場に通訳者を派遣する対面通訳サービスも提供している。遠隔通訳で活躍いただく前提で登録している当社医療通訳者に対面通訳の依頼を打診すると、喜んで受けてもらえることが多いのが事実だ。医療通訳者は多くの現場を経験したいと思っていることを実感する。

現在、コロナ禍により医療現場における対面派遣通訳の機会は激減した。当社で行う研修プログラムも全てオンラインで参加可能としているものの、院内見学等、現場を学ぶ内容は割愛することとなる。今年度より始動したトヨタ財団採択プロジェクト「医療機関におけるOJT研修システムを確立することで医療通訳の質の向上を図り、外国人患者の安心安全な共生社会を目指す」では、コロナ禍でもOJT研修を実現するために、チームで試行錯誤しながら、形を作っているところだ。1月よりモニター通訳者による受講を開始する。コロナ禍でなくとも全国に散らばる医療通訳者が公平な学びの場を得ることにもつながる。継続できる良い仕組みとしたい。

第1会場 14:00~15:00

要望セッション2

グローバルヘルス教育による国際協力の推進

モデレーター：地引 英理子（国立国際医療研究センターグローバルヘルス人材戦略センター）

第1会場 14:00~15:00

要望セッション2 グローバルヘルス教育による国際協力の推進

RL2 コロナ時代のインバウンド・アウトバウンド医療で求められる グローバルヘルス人材とは

国立国際医療研究センターグローバルヘルス人材戦略センター¹, 国立国際医療研究センター国際診療部²,
国立国際医療研究センターグローバルヘルス政策研究センター³, Gavi ワクチンアライアンス⁴
中谷 比呂樹¹, 杉浦 康夫², 磯 博康³, 北島 千佳⁴, 地引 英理子¹

グローバル化により人の移動が増加した結果、人類がこれまで経験したことのない新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が世界的に感染拡大し、いまだ収束の兆しは見えません。こうした状況下では、世界水準の知見を持ち、グローバルな視点からリーダーシップを発揮できるグローバルヘルス人材の適材適所への配置が必要です。他方で、従来からの課題である、人口の高齢化に伴う疾病構造の変化や途上国の脆弱層を悩ませ、人々を貧困と不健康の悪循環におとすめる病気が無くなった訳ではありません。このように複合した地球規模課題に立ち向かざるを得ないのです。本シンポジウムでは、各界の専門家を迎え、コロナ禍及びポスト・コロナにおいて、インバウンド・アウトバウンド医療の分野で求められるグローバルヘルス人材について考えます。

中谷比呂樹 国立国際医療研究センター (NCGM) グローバルヘルス人材戦略センター長には、「次世代国際保健リーダーの模索と提案」と題し、新しいグローバルヘルスと求められる人材の鳥瞰像をお聞きます。途上国特有の健康問題を先進国の支援で解決しようとしてきた「国際保健」の時代から、HIV/エイズ、環境保健問題など国だけでなく市民社会や企業の社会的責任 (CSR) も重要なステークホルダーとなった「グローバルヘルス」の時代へ。そして新型コロナウイルスの発生により、先進国・途上国を共に悩ませる課題へと変わるにつれて産業界の参加を得てイノベーションを導入することが求められる今。このような潮流により求められる人材像が変わる中で、次世代のリーダー像を考察して頂きます。

杉浦康夫 NCGM 国際診療部長には、「コロナ禍の国際診療で求められるグローバルヘルス人材」と題し、コロナ禍の国際診療の現状及び国際診療の場で求められる人材について、入国制限によるインバウンドの減少など、外国人の診療にも様々な変化があり、それらをどのように対応するのかを含め考察して頂きます。

磯博康 NCGM グローバルヘルス政策研究センター長には、「コロナ禍の保健医療研究分野において求められるグローバルヘルス人材」と題し、コロナ禍の今だからこそ、公衆衛生学、疫学、保健医療システム学、医療経済学、情報科学、コミュニケーション学等の研究が重要であり、そのために求められる人材についてお話して頂きます。

北島千佳 Gavi ワクチンアライアンス資金調達担当上級マネージャーには、「コロナ対策を行う国際機関で求められるグローバルヘルス人材」と題し、安全な新型コロナウイルスワクチンの平等で迅速なアクセスを確保するための世界的イニシアチブ「COVAX」の事務局となっている Gavi ワクチンアライアンス、とりわけ COVAX の仕組、活動、課題、コロナ対応で求められる人材についてご説明頂きます。

以上、多彩な人材を得てダイナミックに変貌するグローバルヘルスに迫ったみたいと思います。五年、十年後の自分を是非、共に考えましょう。

第1会場 15:10~16:10

要望セッション3

非感染症疾患対策

モデレーター：新垣 智子（地方独立行政法人 りんくう総合医療センター）

要望セッション3 非感染症疾患対策

RL3 外国人妊産婦の対応
 ~日本国際看護師 (NiNA) がそれぞれの施設での経験を踏まえて
 編集したマニュアル本の活用及びNiNAの今後の活動を考える~

りんくう総合医療センター 外来副看護師長兼国際診療科¹,
 済生会中津病院 産婦人科病棟師長 国際診療支援センター看護師², 脇本産婦人科・麻酔科 助産師³,
 りんくう総合医療センター 産婦人科病棟助産師兼感染症センター⁴
 新垣 智子¹, 許 由希², 坂根 由紀絵³, 土井 智恵子⁴

大阪府看護協会は、2018年度から外国人患者がより質の高い医療・ケアを受けることができるよう国際臨床医学会認定日本国際看護師 (NiNA) の養成研修を実施している。認定を受けた看護師・助産師は、府内の様々な施設で外国人対応を行っている。研修中に特に課題として挙がってくるのが外国人妊産婦の問題であったことから、最初に外国人妊産婦対応マニュアルを作成し、出版した。そして、今後はこのようなマニュアルが外国人対応に困っている施設や、医療従事者によって活用されることを願っている。マニュアル執筆者のうち日本国際看護師である3名の助産師が、それぞれの勤務先で実践している事や、これまでに直面した困難なケースなどについて発表をする。

演題1：外国人妊産婦の対応ができるスタッフの育成

分娩全体の約15%が在留外国人であり、無料定額診療事業や助産券を取り扱っている分娩施設。経済的な問題、言葉の問題を抱える外国人とのコミュニケーションをどのようにとるのか。どのスタッフが対応しても同じ看護ができるようにしていくためのシステム構築について考える。

演題2：クリニックにおける外国人妊産婦への対応

「医師が英語を話せる」という口コミにより外国人妊産婦の受診が増えたクリニックでは、様々な国の文化や考え方の違いに直面している。外国人からどのような要望があったのか、どのように対応したのか、どのような点が困難であったのか様々なケースの対応について振り返る。

演題3：外国人の妊婦健診チェックリストの活用

日本語がわからない妊婦であっても、通訳の手配をして個別指導をする時間を設定している。妊婦健診から産褥入院中まで継続して利用できるチェックリストに沿って、どのスタッフが担当になっても漏れなく指導が実施できるよう取り組んでいる。通訳を利用し説明すると、通常の2倍近くの時間を要するため、可能な限り妊娠中に実施しておく。当院のチェックリストを参考に、どの施設でも使えるよう工夫されたオリジナルチェックリストはマニュアル本に掲載されている。

本シンポジウムにおいては会場及びWeb上で皆様と情報交換及び共有ができ、今後も継続して協力し合えるようなネットワーク作りを目指す。今回は周産期分野であったが、今後ニーズがあれば他の分野における対応マニュアル作成も視野に入れている。日本国際看護師 (NiNA) に興味がある方、外国人対応に困っている方、様々な経験を共有されたい方に参加いただき、貴重なご意見を伺いたい。

第1会場 16:10~17:10

要望セッション4

国境を越える人々への医療

モデレーター：野村 亜希子 (International SOS Pte Ltd.)

第1会場 16:10~17:10

要望セッション4 国境を越える人々への医療

コロナ禍で邦人の国際医療搬送 ～キープレイヤーの迅速な判断が生死を分ける～

RL4-1 COVID-19パンデミック時の駐在員の安全確保について

～企業内診療所の役割～

三菱商事株式会社診療所

伊藤 誠悟, 藤代 健太郎, 相羽 恵介, 小嶋 涼子, 中里 馨

弊社では約1,200名の社員を世界90の国と地域に派遣し、“人”が最大の資産”の考えのもと、言語・文化・医療水準等が異なる地域に駐在しても、社員が安心して暮らせるよう最大限支援している。海外で社員やその家族が疾病を発症した際は、地域の統括本部や人事部海外チームと連携し、疾患や病状の重症度によってはグローバルな医療搬送を視野に入れるなど、適切な医療が受けられるよう対応している。国際医療搬送の備えとして、1) 地域の拠点病院と医療水準を把握し、搬送可能な最寄りの優良医療機関を事前にリスト化しておく、2) 緊急時、国際間の搬送を迅速に決断できる社内体制、3) 医療搬送を円滑に進める為、国際医療搬送を担う医療アシスタンスサービスや在外公館との緊密な連携、などが重要である。一方、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が世界的に流行し、感染拡大が深刻化する状況では、上記対応では不十分な場合がある事が判明した。具体的には、疾病の治療目的であっても外国人の入国を制限する国があり、さらには日本でも受け入れ先の医療機関が見つからないなど、対応に苦慮し、搬送までに時間を要した事例を経験している。

海外駐在員の安全を確保し、事業を適切に継続するには、地域毎の：Business Continuity Plan: BCP を策定し、感染が拡大し適切な医療が受けられない状況になれば、速やかに駐在員退避の判断をする必要がある。駐在員の退避やその後の再渡航の優先順位を考えるにあたっては、各職員のワクチン接種状況や COVID-19 重症化リスクの把握が重要となる。現在運用している COVID-19 重症化評価方法について提示し、さらには新型コロナウイルスに感染した場合の対応など、我が社の取り組みを紹介する。

RL4-2 パンデミック禍での医療アシスタンスは横の連携が不可欠

インターナショナル SOS ジャパン

葵 佳宏

新型コロナウイルスは、医療アシスタンスのあり方を根底から変えました。パンデミック禍でもグローバルゼーションの波は止まりません。今なお多くの方が、不安を抱きながら海外に趣き、業務に携わっています。

国境の壁は、健常な人にも病気の人にも大きく立ちはだかり、Nearest Center of Medical Excellence（最寄りの医療先進国）のコンセプトは大きく変わりました。患者のいる国・地域の従来の医療水準、感染状況、患者の危険因子などの背景を把握をすることが、以前に増して重要になりました。医療逼迫下では、推奨する提携病院での受診や入院も難しくなり、酸素や薬の入手にも影響がでます。多面的にリスクを考慮した上で、現地の医療をどこまで最適化して利用するのか、病態や臨床経過をみてどのレベルを超えたら国外への退避や帰国を推奨するかを考えないといけません。また、医療搬送は、時間・ロジともに、実現までのハードルがかつてないほど高くなったため、行政機関や受け入れ先病院との細やかな連携も不可欠になりました。

パンデミックのような非常時でも、医療アシスタンスサービスは形を変えて提供をすることが可能です。本講演では、医療アシスタンスを提供する立場からの新型コロナ患者への対応、そして医療搬送の視点から、他部門連携の重要性とそのチャレンジについて、症例を踏まえながらお話をさせていただこうと思います。

要望セッション4 国境を越える人々への医療

コロナ禍で邦人の国際医療搬送 ～キープレイヤーの迅速な判断が生死を分ける～

RL4-3 大使館の医務官の役割

在スリランカ日本国大使館
 中村 燈喜

世界にある日本の在外公館（大使館、総領事館）には約 100 名の医務官が配置され、職員・家族の診療・健康管理など在外公館の産業医的役割を担い、さらに在留邦人の健康相談、現地医療事情の情報収集とその提供、領事・警備等と連携し邦人援護業務を医療面（病院訪問・支援、緊急移送、緊急時のケア）で支えている。他の G20 などの国々に比べ同胞への医療支援は積極的である。

緊急医療搬送においては、保険会社や医療アシスタンス会社がハンドリングするものの、医務官は、現地での生の医療状況に詳しく、時に唯一の邦人医師であることもあり、現地入院医療機関からの患者情報収集、患者との面会、メンタル面も含むケア、要すれば治療内容などを患者・家族に説明することなども求められる。また空港への移送・出国手続に関わる、現地医師や関係機関との交渉や、日本搬送例では受け入れ病院の選定、紹介も担わざるを得ないことがある。また患者・家族、その所属会社等、ときに保険会社が現地の医療事情に慣れてないことも多く、情報が錯綜するため、その一本化と移送に関わる関係者の役割分担を確認し、患者の病状とその生命を見据えつつ、それぞれの意向を汲み取り、現地医療機関や現地関係省庁と調整して、スムーズな出国をサポートするようなことも、邦人援護業務として行うことがある。

パンデミック後 COVID-19 患者に於いては、現地で患者本人へのアクセス自体困難を極める上、移送行為に感染リスクが伴い、とくに医療状況の脆弱な国では、現地の医療関係者や空港・政府関係者等の感染防御等 COVID-19 対応が不慣れなことから、国際医療搬送のためのすべてのフェーズで時間がかかり、出国が困難となりかねない事態が頻発した。その上、搬送費用が通常より高額となり保険不適用・未加入ケースでは費用の観点から問題が大きくなるがあった。

RL4-4 検疫所の役割

名古屋検疫所
 守屋 章成

検疫所は日本に常在しない病原体の国内侵入防止が本務である。コロナ下でもこの本務に何ら変更はない。新型コロナウイルス SARS-CoV-2 は残念ながら 2021 年現在では「国内常在」となっているが、政府による総合的な水際対策の一翼として検疫所は厳しいコロナ検疫を続けている。

傷病者の国際医療搬送であっても、検疫手続きが省略されることはない。検疫官が何らかの方法で傷病者、付添者および航空機クルーの健康状態を確認し、特定の感染症（法律上は検疫感染症と呼ばれる）を有している疑いがないかを判断する必要がある。実際には、医療搬送という事情を鑑みて、可能な限りの配慮をするのが通常である。すなわち、検疫官がエプロンまで出向いて着陸を待ち、駐機後にドアオープンするや否や傷病者含む搭乗者全員の健康状態を確認し、検疫感染症の疑いが乏しければ直ちに降機許可を与え、陸路搬送にスムーズに移行できるよう配慮するのが一般的である。

しかし、コロナ検疫に多大な人員と時間を要するようになって以降、こうした配慮に苦心する場面が増えた。コロナ対応に忙殺されるあまり、搬送機の到着日時によってはただか 1-2 名の検疫官ですらエプロンに配置困難なこともある。一方で、傷病者の状態や受け入れ病院の体制、さらには crew hour や海外の中継空港の時刻制限等、到着日時には相当程度の制約が生ずる。搬送会社および航空機ハンドリング会社との緊密な連絡連携も不可欠である。コロナ検疫を遅滞なく実行しつつ傷病者にとって最適な判断を下すために、検疫所の機動的対応が重要と考えられる。

第1会場 16:10~17:10

要望セッション4 国境を越える人々への医療**コロナ禍で邦人の国際医療搬送 ～キープレイヤーの迅速な判断が生死を分ける～**

RL4-5 受け入れ医療機関の役割

日本赤十字社成田赤十字病院 感染症科
馳 亮太

当院は、成田国際空港近くに位置する特定感染症指定医療機関であり、平時より、感染症科が中心となって、海外渡航後の輸入感染症疑いの患者の診療を行っている。COVID-19の流行が始まってからは、千葉県内のCOVID-19患者の入院受け入れと並行して、検疫所から検疫法入院のCOVID-19患者の入院受け入れも積極的に行ってきた。さらに、COVID-19に罹患した邦人の海外からの医療搬送に相談にも対応してきた。

COVID-19患者を海外から医療搬送する際には、様々な制約や手続きが存在する。現地の医療提供体制や患者の病状によっては、搬送のタイミングを逸すると、生命予後に大きな影響を与える。病状は日々変化していくため、受け入れの打診があった時点での病状と日本到着時の病状が大きく異なることもあり、関係者間でのリアルタイムの情報共有が必須である。また、地域の流行期においては利用できる入院病床に限りがあるため、受け入れ可否の判断には、倫理的問題も発生する。当院でのCOVID-19患者の医療搬送受け入れ事例の一部を紹介しながら、受け入れ医療機関の役割について、議論したい。

第1会場 17:20~18:20

要望セッション5

PHCとUHCへの取り組み

モデレーター：三好 知明（一般社団法人 Medical Excellence JAPAN (MEJ)）

要望セッション5 PHCとUHCへの取り組み

RL5 PHCとUHCへの取り組み

一般社団法人 Medical Excellence JAPAN (MEJ)

三好 知明

COVID-19 パンデミックは低・中所得国のみならず高所得国においても、確立した保健医療制度の中で数々の課題を露呈するとともに、深刻な社会経済的問題を引き起こした。日本もその例外ではなく、1961年に成立した国民皆保険制度の中で、基本的な医療サービスの必要な感染陽性者が、それを提供すべき医療施設にアクセスすらできないという事態が発生した。一方、もともと保健医療システムの脆弱な低・中所得国においては、ロックダウンともいべき厳重な行動制限により、パンデミックの抑えられている国もあるものの、経済的なダメージは大きく、今後、保健医療指標に与える影響も憂慮される。特に長年に渡って構築されたPHCを中心とする基本的な保健医療サービス提供に関する影響についても対応が必要と考えられる。

こうした状況を背景に、グローバルヘルス合同大会2020から1年を経た今、本シンポジウムでは合同大会で示された宣言の一つであるPHCとUHCへの取り組みに関してレビューを行う。レビューではまず、世界のPHC、UHCの主導的役割を果たしてきた世界保健機構(WHO)から、PHC、UHCについてその基本的な概念、UHCの進捗やCOVID-19の影響などその経過、そして現在の取り組みについて学ぶ。続いて国際協力機構(JICA)からコロナ禍におけるPHCとUHCへの日本の戦略や取り組みと、その中で得られた知見についても共有したい。さらにはアフリカ・セネガルや南米・ボリビアにおける国際保健医療協力活動の現場から、具体的な事例を通して、コロナ禍においてPHCやUHCの取り組みがもたらした強み等のポジティブな面についても振り返りたい。こうした分析の中から今後のポスト/ウィズ コロナ時代における、PHC、UHCを軸とする新たな保健医療戦略への手がかりを模索することは、本学会員の今後の活動にも示唆に富むものとなることを期待する。

RL5-1 UHCコミットメントとその進捗状況

UHC2030 事務局

渡部 明人

International Health Partnership for UHC 2030 (UHC2030) is a multi-stakeholder platform for Universal Health Coverage (UHC). UHC2030 brings together diverse voices and perspectives for the common goal of achieving UHC, sustains momentum around UHC commitments, and promotes collective action. UHC2030's State of UHC Commitment provides a multi-stakeholder consolidated view on the state of progress being made towards UHC at country and global levels. The review is political, country-focused and action-oriented. It complements the more technical and global UHC monitoring report focusing on UHC indicators on service coverage and financial protection. The review follows the UHC Political Declaration's Key Targets, Commitments and Follow-up Actions. It supports national accountability and advocacy processes to ensure political leaders are held accountable for their UHC commitments.

UHC Data Portal provides a snapshot of the state of individual country UHC commitments and an overview of global progress to facilitate cross-country comparisons. The baseline dashboard draws on data from 2012 to the present, aiming to set a baseline of UHC commitments in all 193 UN member states. It comprises a mix of quantitative and qualitative data around the key commitment areas of the UHC political declaration. UHC2030 is currently updating 45 country profiles to present UHC commitments' progress. Eight new dashboards will be launched on International UHC Day this December to help country stakeholders assess the latest status of UHC commitments and track their progress.

要望セッション5 PHCとUHCへの取り組み

RL5-2 ウィズコロナ時代のUHC：JICAの取り組みと課題

独立行政法人国際協力機構 緒方貞子平和開発研究所
 牧本 小枝

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的流行は2年弱が経過した。強靱な体制を持つと考えられていた高所得国の感染流行を受け、多くの低中所得国は、当初よりロックダウンなど厳格な行動制限をおこない感染拡大を回避するとともに、その他の保健医療サービスへの影響を抑制するため、限られたリソースの中での対応に取り組んでいる。COVID-19自体の感染者や死亡者は欧米に比べて少ない国が多いものの、母子保健やその他感染症、非感染症疾患などの基礎的保健医療サービスの利用減少とともに、経済や雇用状況の悪化がより長期的に保健医療サービスの財源確保や人々の健康に影響を与えるのではないかと懸念が高まっている。また、一国の中でも、貧困層や社会的脆弱層がより影響され格差拡大が懸念されている。

国際協力機構（JICA）は、日本政府の二国間 ODA 実施機関として、日本政府の保健外交政策であるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現に向けて、各国の状況を踏まえた保健システム強化に重点をおいた保健医療分野の協力を行っている。パンデミックの状況下、各国の喫緊のニーズ、つまり COVID-19 の水際対策、早期警戒・サーベイランス、診断・治療体制整備や、コロナワクチン接種推進に焦点を当てた保健システム強化の協力を拡大中であるが、同時に、従前から計画・実施してきた UHC 推進のための支援も引き続き進めている。その中では、医療従事者を守りながら基礎的保健医療サービスを維持していくためのコロナ対応も併せて実施中である。また、保健分野にとどまらず、感染症に強靱な社会づくりに向け、水衛生、食糧・栄養、社会保障、都市交通等の取り組みを広範に展開中である。

コロナパンデミックを受けて、多くの国では、政府・人々の感染症や健康に関する認識や知識の向上、医療従事者への重点的な研修、オンラインでの診療や処方などのイノベーション、これまで分散していた様々なデータの統合的活用、アクター間の連携体制、感染症診断体制の強化など、変化が進行中である。本発表では、将来の感染症危機にも強靱な UHC、PHC の在り方を検討する一材料として、JICA の協力対象である低中所得国におけるこのような動きを報告する。

RL5-3 高齢社会、COVID-19、新たな課題が突きつける医療提供体制の変革

国立研究開発法人国立国際医療研究センター 国際医療協力局
 野田 信一郎

低・中所得国における保健医療提供体制の整備に関しては、1978年に提唱されたプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）が一つの指針である。PHCは、高所得国で発展した病院を中心とした医師による医療提供体制と社会的・経済的・政治的要因を無視した保健医療戦略が、低・中所得国においては機能しない現実に対して、色々な国で地域の住民や資源（コミュニティ）を基盤とした保健医療提供体制が模索され実践されていく中で開発された。これと全く同じ動きが高齢社会を背景に日本でも起こっている。2013年、社会保障制度改革国民会議報告書にて、改革の方向性として「治す医療から治し・支える医療へ」、「病院完結型医療から地域完結型医療へ」、「医療と介護の一体的改革」の3つが示された。具体的政策としては地域包括ケアシステム構築であるが、そのシステムは日本国内で取り組まれていた地域完結型医療の取り組みがモデルとなっている。高齢化が日本よりも早く始まっていたヨーロッパでも、Chronic Care Modelというコミュニティを基盤とした医療提供体制が提唱され広まって行った。これらの高齢化を背景にした高所得国における医療提供体制の変革は、PHCのコンセプトと非常に合致している。そして、COVID-19である。医療提供の場は診療所や病院だけでは取まらなくなった。どうやって在宅療養の患者の健康管理を行うかが問われ、病院完結型医療はここでも綻びを見せた。セネガルでは2020年2月にCOVID-19の第1例が報告され、これまで3回の波を経験し、73,904人の陽性例、1,878人の死亡例（2021年10月31日現在）が報告されている。病院の収容能力を超える患者が発生したため、既存の保健医療提供体制のリソースを活用して在宅療養体制の構築が図られた。これら新たな課題への処方箋としてのPHCについて現場の知見を報告する。

第1会場 17:20~18:20

要望セッション5 PHCとUHCへの取り組み

RL5-4 コロナ禍におけるボリビアのPHCとUHCの現状～南米最貧国の課題～

JICA

萩原 華蓮

【背景】

ボリビアでは10月初旬からCOVID-19新規感染者数が増加に転じており、第4波が到来している。南米最貧国である当国の医療体制は極めて脆弱であることから、保健・医療体制の強化が喫緊の課題となっている。

当国政府は、2008年からボリビア版PHCである「多文化コミュニティ家庭保健（SAFCE）」政策を導入し、ヘルスプロモーションの展開に注力してきた。加えて、2019年からは憲法に定める保健医療サービスへの平等・格差是正の実現に取り組むべく、「国民皆保険制度（SUS）」を導入し、保健医療サービスの拡大を図っている。今回、コロナ禍におけるボリビアのPHCとUHCの現状をもとに、当国の保健医療分野における課題について調査したので報告する。

【方法】

ボリビア保健・スポーツ省国家保健情報ユニット（SNIS-VE）が管理する各県保健局（9施設）から毎月報告される全保健医療施設から収集されるデータを基に、PHC及びUHCに係る指標を抽出し、これらデータを解析した。

【結果・考察】

コロナ禍以降、PHCに係る保健医療サービスの需要の減少が認められた。また、UHCに関しては、2018年には、ボリビア全人口の60%が何らかの保険を有していなかったのに対し、2021年には、内82.6%が国民皆保険制度（SUS）に加入していることが確認された。

何らかの保険制度を有していない人口は現在、10.4%にまで減少したといえる。だが、保険加入人口が増加している一方で、住民の保健医療サービスの使用率は11.4%減少していることも判明した。

保健医療コロナ禍以前から、慣習的・文化的な要因や保健医療サービス不信によって地域住民の施設の利用率は低かったが、今回のパンデミックの影響により、医療崩壊等が発生したため、更に医療体制に対する不信感が強まり、施設利用を避けていると考えられた。本会ではさらにAsIs-ToBe手法を用いて当国内の有識者ヒアリングを実施し、詳細な解析を行ったうえで報告する。