

# Go WHO Study Tour 報告書

大阪大学医学部医学科 5 回生 藤山和士

期間：平成 29 年 7 月 30 日～平成 29 年 8 月 25 日

場所：WHO 西太平洋地域事務局（フィリピン、マニラ）

まず今回、私が参加させていただきました Go WHO Study Tour（以下 Tour）は新しくできた Tour なので、その大まかな目的・内容について、これまで大学生が WHO で経験を積む機会であったインターンとの比較を交えながらご説明したいと思います。ただ、この Tour は今年が一回目であり、Tour のあり方も試行錯誤の段階なので来年以降に関しては変更があるかもしれませんのでご注意ください。

- 目的：WHO 職員や他のインターンなど多くの人とのコミュニケーションを通して、WHO の機能や業務内容を知り、また WHO スタッフのキャリア形成を知ることに加えて WHO で将来働くために必要な国際性を磨くことが目的です。またこの Tour を作るにあたって WHO 側の意図としては、拠出金に比して職員の数が少ない（under-representative の）国々に対してリクルート戦略の一環としてインターンよりも短い期間で大学生や若手の社会人を受け入れることで将来の雇用につなげようというものでした
- 対象国：日本、韓国、中国、シンガポール
- 期間 15-30 日（インターンは 6 週間から 6 か月）
- 所属：部署横断的な役割を果たしている CSU（Country Support Unit）という部署

滞在期間中何か一つの達成目標（薬剤耐性菌がフィリピンで増加している原因を調査するなど）を設定してリサーチを行うインターンと比べて短期間で多くの事を見学・体験することができます。例えば、Tour のスケジュールの中に国事務所を 3 日間見学できる期間が設定されていること、地域事務局の中で他に興味のある部署があればそこで少し仕事をさせて頂くことができることが挙げられ、WHO の役割・業務をインターンより広く知ることができます。

## 滞在期間中の予定

- 7.30 到着
- 7.31 CCS (Country Corporation Strategy) フィリピンの要約
- 8.1-8.8 CCS ベトナムの草案、Cavite（村） Field Trip (8.4)
- 8.10-8.11 ノロウイルスで欠席
- 8.12 CCS ベトナムの続き
- 8.14-8.16 RVC Summary
- 8.17-8.18 結核の大規模会議
- 8.19-8.23 国事務所の見学
- 8.24-8.25 報告会、日本人オフィサーへのインタビュー、PGH 見学
- 8.26 帰国

## 7月31日 WHO 西太平洋事務局 (WPRO) での Tour 初日

WHO では多くの部署が一つの目的を持っていることが多い (例えばワクチンを担当する部署、HIV を担当する部署など) ですが、私が Tour 中に主に所属していたのは CSU (Country Support Unit) という部署横断的な仕事をしているところでした。そこでの直属の上司は Country Corporation Strategy (以下、CCS) の作成および作成後の評価を担当し、それによって国家の 5 年間の中期的な保健計画を地域事務局や加盟国とともに策定する仕事をしていました。Tour 初日、私は CCS Philippines を読みフィリピンの医療情勢に関するプレゼンテーションスライドを作成すると共に、CSU でスタッフが普段行っている仕事を大まかに理解することができました。

## 8月1日から8月12日 様々な勉強会に参加、CCS ベトナムの草案作成

この期間は様々な講義や勉強会に参加した他、初日に学習した CCS の目的やおおよその内容、意義などを踏まえて、これから CSU が作成する CCS Vietnam のたたき台として、ベトナムの医療情勢での達成項目 10 個、課題 10 個および引用文献をレポートにまとめて報告しました。その報告における主なものを以下に記載します。

・まず、ベトナムの医療全般に対してですが、下記の表を見るとベトナムでは医療資源が増えており、医師・薬剤師などの人的資源、人口当たりのベッド数などのハード面、その他ワクチン接種などで増加が見られます。また国民皆保険の加入者も増加しています。

No	Indicator	Target for 2011-2015	Imple mented in 2011	Imple mented in 2012	Imple mented in 2013	Imple mented in 2014 (Preliminary)	Forecast implemen tation in 2015	Achieve ment vs. target for 2011-15
<b>Input indicators</b>								
1.	Number of medical doctors per 10,000 population	8	7.33	7.34	7.61	7.8	8	Target achieved
2.	Number of graduate pharmacists per 10,000 population	1.8	1.92	1.96	2.12	2.15	2.2	Target exceeded
3.	% of villages with active VHTV	90	96.9	96.6	96	96	96	Target exceeded
4.	% of CHS with at least a medical doctor	80	71.9	73.5	75	78	80	Target achieved
5.	% of CHS with at least a midwife or assistant doctor in pediatrics and obstetrics	>=95	95.3	96.4	96.0	98.0	>=95	Target achieved
6.	Number of beds per 10,000 population (excluding CHS beds)	23.0	21.5	22.0	22.5	23.5	24.0	Target exceeded
<b>Performance indicators</b>								
7.	% of infants fully vaccinated	>=90	96.0	95.9	91.4	>=90	>=90	Target achieved
8.	% of communes meeting the national criteria for commune health (in 2011, reported data did not separate communes that met old benchmarks and those meeting new criteria)	60	76.8	45	50	55	60	Target achieved
9.	% of health insurance coverage	75	65.0	66.4	70.0	71.6	74.5	Target exceeded
10.	Life expectancy (years)	Target not achieved						
11.	MDGR (per births)	Target achieved						
12.	IMR (per 1,000 live births)	Target	14.8	15.5	15.4	15.3	14.9	14.7

医療従事者の数が増加

国民皆保険の加入率が増加

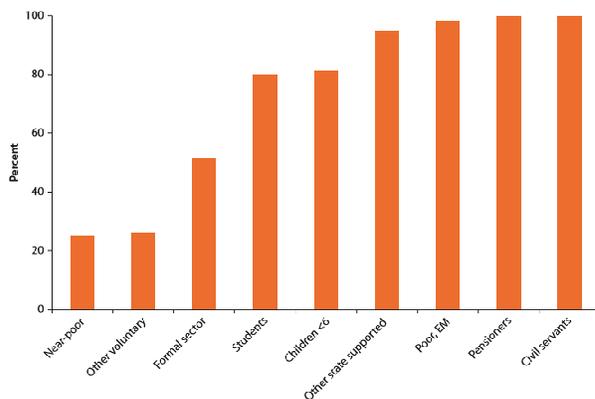
・ベッド占有率

	市街地の公営病院	僻地の公営病院
ベッド占有率	119%	111%
待ち時間	長い	比較的短い
医療水準	比較的良い	悪い

公営病院では国民保険を使うことで非常に安価な医療をうけることができるので、多くの貧しい人々が受診し、とても待ち時間が長く病床数が慢性的に不足しています。この傾向は特に市街地で顕著であり、ベトナム国民が「僻地の公営病院より市街地の公営病院の方が高いレベルの医療を受けることができる」と思っていることが一つの要因として挙げられます。こういった傾向から、ベトナムではあえて遠い病院を選ぶ患者や、高くても私立病院を選ぶ患者が多いです。この対処法として挙げられるのは

1. 人出が足りない科に重点的に人を増やす…循環器科、腫瘍科、外傷科、産婦人科、呼吸器科、腎臓内科など
2. サテライト病院のネットワークを構築する…より中核病院を増やし、効率よく医療を提供できるようなシステムを構築する
3. より末端まで技術を提供する…より末梢まで医療技術やハード面での充実を図り、またオンラインでの医療提供を試みる
4. あらゆるレベルでの医療の質的担保を行い、患者からのフィードバックを得る

・国民皆保険加入者の偏った分布：2015年までを期限として国民皆保険における導入率の達成目標を設定しており、70%（本目標は達成済み：2015年で76.52%）は達成しており、2020年までに80%を次の目標として設定しました。しかし、皆保険加入者は増加しているもののその分布が不均一であることが新たな問題として浮かびあがってきました。合計で3000万人程度が国民皆保険に加入しておらず、その内訳は以下の通りです。



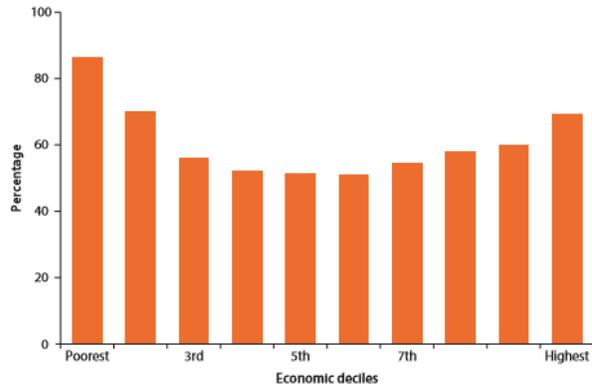
Source: Calculations based on data from VSS 2012.  
 Note: "Other voluntary" includes farmers and other similar groups who are voluntarily enrolled. "Other state supported" includes commune officers entitled to state allowance; meritorious people, war veterans, members of the National Assembly and Peoples Council, social beneficiaries, dependents of the military and public security officers, and intelligence agents.  
 LM = ethnic minorities.

このグラフから読みとれることを以下に述べます。

1. 非貧困層の非公式経済部門労働者&その家族：自主的加入グループ（1500万人）
2. 準貧困層および学生：加入費の一部を国が負担（740万人）
3. 公式経済部門労働者：雇用者が払わなければならない（620万人）
4. 6歳以下の子供：国が肩代わり（190万人）
5. 貧困層、人種的少数者：国が肩代わり

これを異なった断面で見ると、次のような所得分布に応じたグラフがえられます

Figure 2.2 Health Insurance Coverage by Economic Decile (2010)

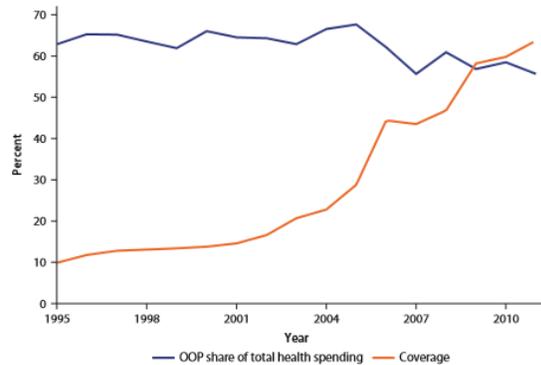


Source: Estimates based on data from the Vietnam Living Standards Measurement Survey, 2010.  
 Note: Economic deciles are based on household consumption per capita. The poor and near poor are defined as the bottom three economic deciles of the population.

1. 保険加入率は低所得者層と高所得者層で高く、中所得者層で低い  
 (この中所得者層は非貧困の非公式経済部門労働者で、農業、林業、漁業従事者などが当てはまる)
2. 6歳以下の児童の27%は健康保険証を持っていない

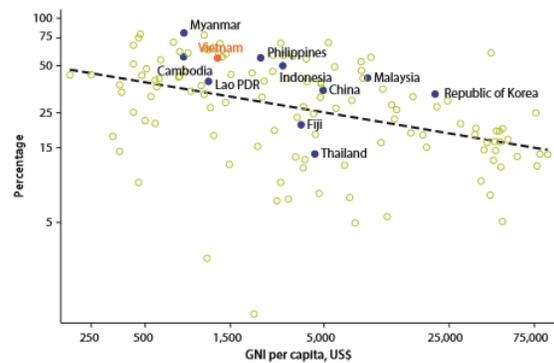
また、ベトナムでは高い自費負担額が問題となっており、その傾向を以下に示す。

Figure 3.1 OOP Share of Total Health Spending and SHI Coverage in Vietnam (1995–2011)



Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam  
<http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4>

Figure 3.2 OOP Share of Spending in Vietnam and Other EAP Countries (2011)



Source: Estimates based on WHO (2014), and the reference for the back of the chapter is World Health Organization, 2014, National Health Accounts – Global Health Expenditure Database: [http://www.who.int/nha/expenditure\\_database/en](http://www.who.int/nha/expenditure_database/en)  
 Note: x and y axis in log scale. GNI – gross national income.

左上の図から読み取れるように、国民皆保険加入率が上昇しているにもかかわらず OOP (Out Of Pocket : 自費負担) が高く維持されており、家計を崩壊させるほどの支出になることもしばしばです。また右上のグラフから分かるように、ベトナムは東南アジアおよび太平洋地域で OOP が高い傾向が見られます。この解決案を以下に述べます。

1. 新たな収入源を得る…タバコ税や酒税の見直し、社会からの投資の促進
2. 国民皆保険加入率の増加…増加の必要性和メリットを説き、国家予算や地方公共団体からの予算でより多く、特に社会的弱者の医療費の一部または全額を賄うこ

とができるようにし、中所得者（特に加入が遅れている、林業、漁業、農業など）の加入率を増加させる

3. 医療が遅れている地域、予防医学センター、地域検査施設、狂犬病病院、生鮮化病院、過疎地にある病院に重点的に介入し、予算を配分する

## 8月5日 Cavite Field Trip



この日は現地の Cavite という村 (Barangay) で行われた村人に対する定期健診・診察が行われている現場を訪れました。WHO の建物の中において紙上のデータや報告を見ているだけでは分からない現地での患者の予防、発見、啓発の現場を見ることができとても良い機会となりました。ここでは現地で私が感じた問題について述べたいと思います。

・医療資源の少なさ…僻地での医療従事者の少なさは日本でも問題となっていますが、フィリピンでは特に深刻で医師不足のため現地の医学生が僻地では医師のような仕事を担っており、僻地では住民のスクリーニングを行った後、検査の指示、処方までを医師の指導のもと医学生が行うことがしばしばあるようでした。私が行った日である金曜日は生活習慣病患者に対する定期診察の日で、例えば高血圧患者が来ると、身長体重、血圧などの基礎チェックのデータと問診からアムロジピンの処方および今後の生活指導を医学生が行っていました。また、結核疑い（5か月持続する咳嗽）患者も診断を受けに来ており、医学生が近くの病院でのレントゲンおよび塗抹標本テストを受けるよう指示していました。人材不足は医師に限らず、薬剤師不足も深刻で治療薬の処方に関しても、薬剤師がいないため看護師が行っているなど、非常に深刻でした。

・ 検診後のフォローアップ…上で述べたように人材資源、物的資源も少ない場所では検診後のフォローアップもかなり難しいと感じました。例えば結核と診断された後に患者が実際に病院に行って検査を受けるかどうかまでは知るすべがありません。特に結核のように感染性があり、公衆衛生的な介入を必要とする疾患では、疑い患者を発見して検査を直後に行えば、疑い患者が発見後医療機関を受診せずに野放しになる可能性を排除できますが、今回のように発見と検査を一度にできないままでは結核のような疾患は減らないと思います。

・ 薬剤耐性…フィリピンでは、体調が悪くなって医師に診てもらおうと「手ぶら」では帰りたくないと思う人が多く、何かしらの抗生物質をもらって帰ろうと医師に圧力をかけることもあり、医師も患者に抗生物質を渡しておくのと大人しく帰ってもらえるからと不必要な場合でも抗生物質を処方することが多く、薬剤耐性の出現の温床となっています。また、薬局以外の認可されていない（あるいは認可を受けた人がいない）場所でも薬剤を売っており、医師や薬剤師の許可がなくても薬を買えることが多いことも薬剤耐性の増加を助長しています。

・ 交通の不便さ…インフラ整備はフィリピンではとても大きな課題となっており、私がマニラから Cavite 村に行くときは、交通渋滞のために2時間半かかりました。逆に医療資源の少ない Cavite から高度医療を受けるために中心地に行こうとすると、同じくらいの時間がかかり、患者が家庭の大黒柱になっている場合などでは、往復5時間かかる病院に行くのは非常にハードルが高く、時間的距離の長さが僻地での医療水準の低下や肥料の遅れにつながっています。

**8月9日～8月10日 体調不良で欠席**

**8月14日～8月16日 EPI (Expanded Program on Immunology)**

この期間で私は、大阪大学医学部の先輩で現在 WHO 西太平洋地域事務局にお勤めの先生の下で麻疹の西太平洋地域での3年間の流行状況をまとめて、会議に出される書類作成の手伝いをしました。私は17か国・地域についてまとめさせて頂きましたが、ここではフィリピンのものを載せさせて頂きました。

	2014	2015	2016	
Summary of Five Lines of Evidence	Epidemiology of Measles	Large measles outbreaks occurred in 1997, 2003, 2010–2011, and 2013–2014 prior to scheduled supplementary immunization campaigns in 2004, 2011, and 2014. More than 3000 cases were reported in both 2010 and 2011.	In 2013–2014, the Philippines experienced the highest number of measles cases (21 489 confirmed, 31 594 compatible) in over 10 years, and virus continues to circulate despite a nationwide SIA with 91% coverage and several smaller outbreak response immunization activities. The age group most affected was children under-5 years. The outbreak affected all 17 regions in 2014, and measles deaths increased from 63 in 2013 to 312 in 2014.	Following a large outbreak in 2014, with more than 59 000 reported suspected cases, only 3708 suspected cases were reported in 2015 from all regions (incidence: 6.8/100 000). Of these, 697 were either laboratory or epidemiologically confirmed, and 1345 were classified as measles compatible. Seven measles-related deaths were reported. In 2016, measles cases have continued to be reported monthly.
	Quality of surveillance	National reporting of non-measles discarded cases has ranged from 2.1 to 4.3/100 000 population. The proportion of suspected cases with adequate investigation ranged from 14.5% to 88.6%.	The widespread outbreak resulted in increased reporting of suspect measles cases; however, this overwhelmed the surveillance system. Only 48.0% of cases were adequately investigated, and 69.1% had adequate specimens. Monitoring visits in 2014 identified surveillance gaps. The national laboratory is WHO-accredited and activated an incident command system to increase capacity and prioritize testing of specimens during the peak of the outbreak in 2014.	Quality of epidemiologic surveillance is suboptimal and has declined since 2011. However, the quality of laboratory surveillance remains high.
	Population immunity	Single antigen measles vaccine is provided as MCV1 at nine months of age with administrative coverage estimated at 79% to 88% from 2008 to 2012. MMR is used for MCV2 and was introduced in 2010 with coverage estimated at 10% to 38% per year from 2010–2012. Nationwide SIAs were conducted in 1998, 2004, 2007 and 2011.	In 2014 MCV1 and MCV2 coverage was 74% and 54% respectively, and SIA coverage was 91%. A post-disaster SIA and outbreak response immunizations reached almost 2 million children 6–59 months old. An immunity profile identified approximately 2.7 million susceptible children.	Coverage with MCV2 has plateaued between 60% and 65%, and MCV1 between 74% and 77% in 2014–2015; subnational coverage is very uneven. Immunity profiles by birth cohort suggest gaps among infants and young adults aged 20 years and over, which is consistent with recent epidemiology of cases. A recently launched initiative to vaccinate grade 1 and grade 7 students will help to fill immunity gaps among school-aged children. The Reaching Every Purok strategy is being implemented to increase immunization coverage.
	Program sustainability	The Philippines plans to strengthen routine immunization coverage through the "Reaching Every Purok" strategy and by conducting a follow up MR SIA in September 2014.	The Philippines cMYP for 2015–2019 has been drafted. A school-based MR vaccination for students 10–15 years was introduced in 2012, but not all schools are included. Provisions have been made for routine immunization strengthening through the Reach Every Province strategy, SIAs to interrupt measles transmission, sharing outbreak response immunization guidelines, capacity-building, and strengthening measles surveillance and laboratory capacity.	The Government is funding routine immunization services and is updating its comprehensive multi-year plan (cMYP) for its NIP.
	Genotype evidence	Genotyping has shown different endemic dominant strains in different years: G3 in 2008–2010; D9 in 2009–2012; and B3 in 2013–2014.	Genotyping data is limited prior to 2010. G3 was detected from 2008–2010; D9 in 2009–2012 and 2014; and B3 in 2013–2014.	All 17 samples genotyped in 2015 were B3. B3 seems to have replaced the previously endemic strain of D9, although it may also still circulate. Few samples have been tested due to small numbers of specimens submitted for virus isolation.
	Conclusions	The Philippines has endemic measles virus transmission and in 2013 had the highest incidence of any country or area in the Region. Epidemiological and laboratory surveillance have improved in recent years. Suboptimal immunization coverage is a major challenge to measles elimination.	The RVC takes note of ongoing endemic measles virus transmission in the Philippines and efforts to strengthen surveillance and measles immunization coverage.	• The RVC notes ongoing endemic measles and rubella virus transmission in the Philippines and expresses concern at the declining trends in surveillance performance indicators and immunization coverage.
Recommendations	<ul style="list-style-type: none"> <li>To progress towards elimination, it is essential that &gt;95% coverage be achieved in all communities during the planned 2014 MR SIA.</li> <li>The RVC notes with concern the low coverage for MCV2 and encourages the Philippines to continue with the Reaching Every Purok strategy to achieve and record high routine immunization coverage with two doses of MCV1 at local level.</li> <li>Accountability should be strengthened at each level for improving routine vaccination coverage throughout the country.</li> <li>Further improvements of epidemiologic surveillance are recommended, including active case investigation.</li> <li>Genotyping should be actively pursued for more of the confirmed cases.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) The RVC congratulates Philippines on the thorough report and acknowledges achievement of 91% coverage during the 2014 nationwide MR SIA especially given recent natural disasters.</li> <li>2) The RVC endorses the recommendations of the NVC but recognizes that these activities may need to be prioritized to fit the available resources. In particular, the RVC supports: a. implementation of the high-risk-communities approach and development of strategies to vaccinate hard-to-reach children; and b. the school-based immunization strategy.</li> <li>3) The RVC recommends continuing regular SIAs to prevent the accumulation of susceptibles until more than 95% coverage is achieved with two doses of MR vaccine in the routine programme.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>35) The RVC endorses the statement of the NVC that "immunization is the key to achieving elimination" and encourages the Philippines to fully implement Reaching Every Purok and school-based immunization activities to increase immunization coverage.</li> <li>36) The RVC recommends that the NVC may wish to consider region-specific recommendations given the population size and the variation in surveillance performance and immunization coverage.</li> <li>37) The RVC notes the NVC's anticipation of a forthcoming measles epidemic and recommends that preventive supplementary measures be urgently implemented.</li> </ol>	

非常に細かい図なのですが、この図には 2014 年から 2016 年までの 3 年間の各国の麻疹の評価（この評価には 5 つの要素があり Epidemiology、Quality of surveillance、Population Immunity、Sustainability、Genotype Evidence から判断します）、および結論とそれに対する対策が書かれており、2016 年の隣に 2017 年の表を各欄が空白のまま作成し、次の有識者会議で空欄をうめることになっています。この表をデザインし埋めるといふ私が行ったのはとても地味な作業ではありますが、これが次の会議で使われる、すなわち少しでも医学生のうちから医療に貢献できた、というのは非常に貴重な機会でした。

## 8 月 17 日～18 日 Annual TB Conference

これはフィリピン全土から結核に携わる 2000 人弱の職員が集まるという非常に大規模な会議で、フィリピンの結核対策のこれまでの成果とこれからの目標・方針を共有するもので、結核の撲滅に携わる人の士気を高めるだけでなく政治的にも大きなインパクトを残すものでした。その中ででの主な報告を下に取り上げたいと思います。

Outcome Indicator	2016 Target	2015 Accomplishment	Remarks
Case notification rate	221/100,000	272/100,000	Achieved
Treatment success rate	90%	91%	Achieved
MDR notification rate	62%	27%	Not achieved
MDR Treatment success rate	75%	49%	Not achieved

2015年までの達成としては上記の表の通りとなっています。フィリピンでは結核全体としては発見数、治療完遂率も上昇しており目標を上回るなど比較的良好な成果を上げていると言えますが、多剤耐性結核（MDR）の発見や治療成績は悪く今後の課題となっています。MDRは治療期間が長い上に治療費も高いため、重点的に介入する必要がある中で、フィリピン政府は結核全般、Global Fundは患者数が少なく治療費が高いMDRに焦点を当てて資金を投資しています。近年では医療が行き届きにくい僻地以外にも urban poor と呼ばれる人たちの発見が遅れ治療完遂できないといった事例が多く、新たな問題となっています。

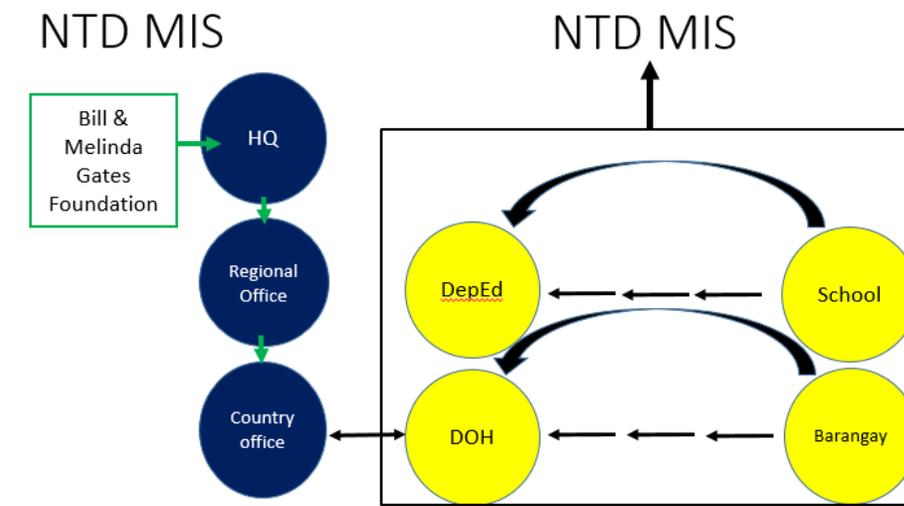
また今後の課題ですが、

Indicators	Baseline 2015	Target in 2022
Case notification rate per 100,000	297	525
TB treatment success rate		
- Susceptible	92%	>92%
- MDR	49%	85%
Case facility ratio	4%	<4%
LTBI treatment coverage among HH child contact aged less than 5 y.o. and HIV	Children: 14% PLHIV:43%	90% 90%

上の表から分かるように、目標としてはより多くの患者の発見、治療効果の増大、生存率の上昇ですが、特に社会的弱者や MDR 患者の重点的介入に焦点を当てていくことを目標にこれから対策が進むと考えられます。

## 8 月 18 日～8 月 23 日 WHO 国事務所

WHO は本部 (Head Quarter)、私が Tour を経験した地域事務局 (Regional Office) そして国事務所 (Country Office) の 3 層構造になっておりますが、私は 3 日間、フィリピンの国事務所で業務を見学することができました。まず地域事務局と大きく異なる点ですが、国事務所はその国の保健省 (厚生労働省) がカウンターパートであり、そのためより政治的な側面が強いことがわかりました。私はあるオフィサーの業務をシャドーイングさせて頂き、それが国事務所の仕事の好例だと感じたので報告させていただきます。



私がシャドーイングさせてもらったオフィサーは現在 NTD(Neglected Tropical Disease)を担当されており、フィリピン全土を対象とした蟻虫検査の報告システム (NTD MIS) を構築してそれを実用段階に移そうとしているところでした。フィリピンではこれまで蟻虫検査は学校主体の検査と村主体の検査の 2 種類があり、学校主体の結果は教育省、村主体の結果は保健省に報告され、そこで情報を統合するという形をとっており、教育省や保健省にたどりつくまでの間にも市や県など、いくつもの関係機関を経由しているという非常に時間のかかる過程を踏んでおり、報告された結果を厚生労働省が集約して対策を計画立案する段階では各地区の感染状況が変わってしまい対策が後手に回っていました。今回のシステムではそういった中間の関係機関を介さずにリアルタイムですべての関係機関がその地域の情報を入手できる状況を作り出す、というものでした。そのシステムを開発するための資金の流れは上のグラフ中で緑の矢印で表されており、Global Fund から WHO 本部、地域事務局を経て国事務所まで到達し、国事務所が保健省と連携してシステムを構築し、教育省を巻き込んですべての情報を集めます。ただ、このシステムは非常に有用な反面、学校主体の結果報告は教師が行うため教師にとって余分な業務になるだけでなく、専門家で

はない教師が報告することになることに対する疑問も持ちました。私は保健省と WHO 地域事務局が、作ったシステムを教育省に報告する会議を見学し、そのあと国事務所で改善点のフォローを行うところも参加することができました。このシステムの利点は、他の疾患でも利用することができる点にあり、学校ごとのワクチンの接種率を把握するところもできるようになるのではないかと考えています。

この国事務所での経験から最も感じたことは、国事務所では、得られた成果がその国のシステムや議会を直接動かす可能性があるという面で非常にやりがいがあり、結果が判然としていることが長所だと感じました。

## 8月24日～25日 WHOでのTour報告会、日本人職員に対するインタビュー

報告会で話した内容は今回の報告書でその大部分を使わせて頂いていますので割愛させていただきます。日本人オフィサーへのインタビューですが、医学部卒業後 MSF や NGO などで活躍された後、3年前から WHO で働かれている永井先生にお話をお聞きして、WHO で働きたい・インターンをしたい人を対象として WHO ではこういった人が働いていまず、といった紹介文を作らせていただきました。

このインタビューを含め、WHO で働く様々な国・地域出身の職員との話を通して私が WHO で学んだことをまとめさせていただきます。

- WHO で働くには様々な道筋がある…日本人職員の方にも様々な経歴の方がおられ、国境なき医師団→NGO→公衆衛生大学院を経た医師、厚生労働省職員、工学部出身で統計の専門家、経済学部出身で公衆衛生大学院で統計を学ばれ現在統計の専門家など様々です
- WHO インターンについて…国事務所では、その国の保健省が相手であり、より医療の現場の近くで働くことができ、やりがいがあります。その一方で地域事務局では多彩な専門職があり、国事務所のように一人の職員が HIV、HBV、顧みられない熱帯病、デング、マラリアをすべて見ているということはありません
- *When their task is accomplished, the people all remark, "We have done it by ourselves."* これは *Go To the People* という詩の一節ですが、ある国や地域に WHO や NGO などが公衆衛生学的に介入した時それがいいものであれば、目標を達成した時に現地の人々は「自分たちで成し遂げた」と言う、というものです。ここから学ぶことは、WHO の職員はある国の医療水準を上げようとするファーストランナーになるのではなく、現地の職員たちが自分で問題点を見つけ自分で解決する手伝いをする役割を担うことも非常に重要であると感じました。

最後になりますが、今回のような非常に貴重な機会をお与えくださいました先生・中谷先生に厚く御礼申し上げます。WHO という世界最大の国際保健機関の業務内容を知ることで5回生の日常の臨床実習で得られるものとは異なった次元の医療に対する

アプローチを持てたこと、地域事務局の特性からアジア太平洋地域の様々な医療問題に関する知識を得ることができたこと、また現地での生活を通して非常に多くの人と触れ合い、交流できたことなど、非常に充実した1か月となりました。ますます国際的な観点を持つ人材が必要とされるなか、この経験を活かして私は日常の病院での業務に加えてより多面的に医療に対して取り組むことのできる医師になり、国際的な医療水準の上昇を目指して日々励みたいと思います。