

小児科診療 UP-to-DATE

2026年4月28日

国際医療協力のすすめ

埼玉医科大学総合医療センター 小児科
教授 井上 信明

日本の小児科医が国際協力に取り組む意義などについて、個人的な見解を含めてお話しさせていただきますと考えています。

さて、私はもともと国際協力の仕事がしくて医師になることを志しました。医学部卒業した直後には、幅広い臨床能力を身に付けたいと思い、総合診療や救急、そして小児科の研修を行っています。ただその過程で、国際協力の現場でニーズが高いと思われた、小児救急の分野を極めたいと思うようになりました。しかし、当時日本では小児救急医療を専門的に研修する場所がありませんでした。そこで一念発起して渡米し、小児科そして小児救急の専門研修を受け、さらにオーストラリアでも研修を行いました。

また在米中は、国際協力の分野で必要となる公衆衛生学についても学ぶ機会を持ちました。当初は、アメリカから帰国するタイミングで

なぜ国際協力なのか

- 私たちも、かつては貧しい国でした。
- 先の世界大戦後、米国政府から5年間で、現在の価値にして約12兆円の資金供与（8割近くは無償供与）。
- 世界銀行から低金利で融資を受け、高速道路や新幹線等のインフラを整備。
- UNICEFからも、貧しい子どもたちの栄養改善を目的とした資金供与がなされている。

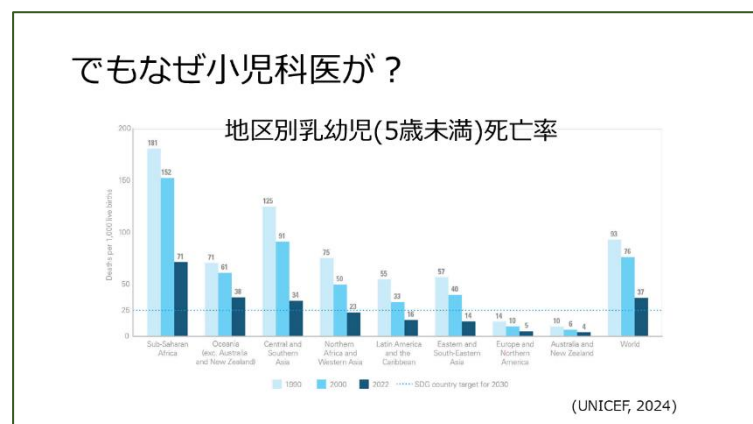
国際協力の分野の仕事をするとも考えていましたが、日本の小児救急医療も開発途上国と似た状況で、教育資源が不足していることを指摘してくださった方がおられ、そのためまずは日本の医療に貢献してはどうかと助言があり、東京の都立小児総合センターで小児救急部門の立ち上げを行っています。しかし、2015年にネパールで発生した地震にJICAの国際緊急援助隊の一員として派遣されたことがきっかけとなり、卒後20年を経て自分の原点に立ち戻り、国際協力の仕事

に転職しました。転職後は、国際協力機構（JICA）の専門家として、4年間モンゴルに滞在する機会をいただきました。モンゴルでは、医師の卒後臨床研修制度を作る国家事業に関わらせていただきました。その他にもブータンへの短期派遣や国際緊急援助隊の活動も行ってきています。さらには、WHOの短期専門課としても経験を積むことができました。現在は、モンゴルそしてブータンにて、救急医療や小児集中治療分野のシステムの整備や人材を育成する事業を実施させていただいています。

さて、なぜ国際協力なのか、ということについて、私見をお話しさせていただきます。先の世界大戦後、日本は世界のなかで貧しい国のひとつでした。しかし、ご承知の方も多くおられると思いますが、その当時、日本は米国政府から5年間で現在の価値にして約12兆円の資金供与を受けています。しかもその多くは、無償で供与されています。また世界銀行から低金利で融資を受け、そのお金で日本の高度経済成長を支えたと言っても過言ではない、高速道路や新幹線などの交通インフラを整備しています。また、終戦直後には、ユニセフからも、日本の貧しい子どもたちの栄養改善を目的にした資金の供与もされています。

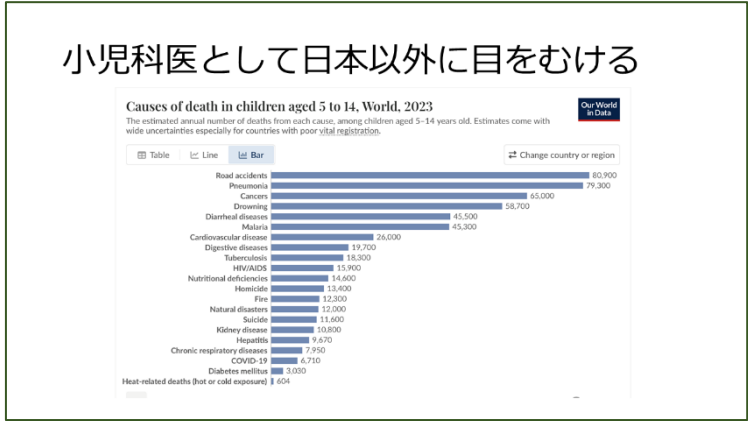
こういった受けた恩に対する考え方は、人それぞれかと思いますが、私は日本人として、これから成長しようとしている国々に恩返ししたいと考えています。ただ一方的に何かを供与することではなく、グローバル社会のパートナーとして、共に成長できるような関わりをしたいと考えています。また多様な文化や価値観から、自らの成長のために必要なことを学びたいとも思っています。そして、本日も話したいのは、少子化の進行が著しい日本において、私たち小児科医が国際協力に取り組むことは、実は私たちの新しい価値観、アイデンティティの創出につながる可能性も秘めている、つまり日本の小児科医にとって国際協力に関わることはメリットがある、ということです。

では、なぜ日本の小児科医が国際協力に関わるのがメリットになるのでしょうか？これはユニセフが出しているデータですが、世界の地区別の乳幼児死亡率のグラフです。横軸に世界の各地区別の1990年以降の死亡率が示されています。左端の薄いブルーが1990年、右端の濃いブルーが、直近の2022年の乳幼児死亡率になっています。そして、縦軸は実際の死亡率ですが、点線になっているラインが、SDGsで定められている5歳未満の乳幼児死亡率のターゲットの数値になります。これを見ていただくとお分かりいただけるかと思いますが、サブサハラアフリカ、つまりサハラ



砂漠よりも南に位置するアフリカの国々やオーストラリア及びニュージーランドを除く太平洋の島々の諸国、また中央・南アジアを除き、多くの国々で SDGs のターゲットとなる目標値をクリアしています。つまり、このグラフからわかることは、まだ目標値を達成できない国々がある一方で、世界の多くの国々で子どもたちが乳幼児期に命を落とすことがなくなり、5歳以上まで、生き延びることができるようになってきているということです。

これはワクチンを含む保健や公衆衛生の活動の成果であると考えられますが、子どもたちが乳幼児に亡くならなくなってきたということは、子どもたちが学童期にまで成長していくということになります。すると、ワクチン等の保健や公衆衛生だけでなく、医療が必要になってくると考えられます。これは 2023 年における 5 歳から 14 歳の子どもの死亡原因に関する統計ですが、5 歳以上の世界の子どもたちの死因の第 1 位は、実は交通事故となっています。ここでは示ませんが、世界で亡くなる子どもたちの交通事故の 95%は、いわゆる開発途上国で起きているとも言われています。第 2 位は肺炎ですが、3 位には悪性腫瘍がきています。つまり学童期に入った子どもたちには、救急医療や非感染性疾患である悪性腫瘍へ対応する医療が求められるとも言えるかと思えます。



また私がよく関わるモンゴルやブータンの最近の 5 歳未満の乳幼児死亡率を見ますと、1,000 出生あたりモンゴルでは 11、ブータンでは 23.1 となっています。これは日本の 1978 年前後、また 1966 年の数値とほぼ同等です。また中所得国と呼ばれる国々の乳幼児死亡率は 1,000 出生あたり 34 であり、これは日本の 1961 年前後の数値と同等です。つまり多くの開発途上にある国々で、子どもたちが生き長らえられる状況になってきていると言っても、子どもたちに関する保健指標の実際は、日本の 50 年ほど前と同じ位だと言うことです。

小児科医として日本以外に目をむける

- 乳幼児死亡率-5歳未満(/1,000出生, WB data, 2023)
 - モンゴル 11 1978~79
 - ブータン 23.1 1966
 - 中所得国 34 1961~62
- 現在地は、日本の50年ほど前と同じくらい
- 日本の小児人口：10% vs 世界の小児人口 約25%

しかし、これらの国々は現在どんどん経済力をつけてきています。かつてはお金がなく、ものがないために医薬品を買うことができなかつた国々が、自分たちの資金で医療機器や薬を買うことができるようになってきているのです。そのような状況にある国々が、日本が 50 年かけて到達した

医療の発展を、同じく 50 年をかけて達成する必要はありません。そこで、私たちが時間をかけて得た知見や技術を、今まさに成長の過程にある国々の子どもたちのために提供することを考えてはどうでしょうか？これは、ただ単に私たちが海外で医療行為をすることを意味しているのではありません。このような国々の小児科医を育てることに私たちが関わることで、50 年もの時間をかけなくても多くの国々の小児医療が発展し、そしてさらに多くの子どもたちが、未来を紡ぐことにつながるのではないかと、これはとても意義のあることではないかと考えています。

日本の現在の小児人口は全人口の 10%相当と言われていますが、世界に目を向けると、全人口の 1/4 は子どもです。日本という枠で見ると、子どもは少なくなっていますが、私たちの目をアジア、そして世界に目を向けると、まだまだ子どもはたくさんいます。まさに今、子どもが増え続けている国もあります。日本国内を見ていると少子化が進み、小児科医の仕事がどんどん減っていきと思われるかもしれませんが、世界に目を向ければ、まだまだ小児科医が必要とされる国があるので、このような国の小児医療の発展に貢献すること、これは日本の小児科医が果たすことのできる役割ではないかと考えています。そしてこのように私たち小児科医が、アジアの、また世界の子どもたちのた

小児科医としての提案

確実に迎える「少子化時代」を小児科医としてどのように生き抜くか～これから小児医療を必要とする「世界」をみることで、「小児科医としてのアイデンティティ」を守ることに繋がるかもしれません

めに、多くの国々で志を同じくして働く小児科医の育成に関わることは、日本の小児科医のアイデンティティを維持することにつながるのではないかと考えています。

確実に迎える少子化時代を、私たち小児科医はどのように生きるか、少し視野を日本から世界に向けることで、私たちは世界の子どもたちに貢献でき、そしてさらに自分たちの小児科医としてのアイデンティティを守ることに繋がるかもしれません。

「小児科診療 UP-to-DATE」

<https://www.radionikkei.jp/uptodate/>