

ソロモン諸島国
プライマリーヘルスケア推進プロジェクト
巡回指導調査団報告書

平成6年10月

国際協力事業団
医療協力部

医協
94-41

ソロモン諸島国プライマリーヘルスケア推進プロジェクト巡回指導調査団報告書

平成6年10月 国際協力

207
98
HCl

JICA LIBRARY



1121033131

28104

ソロモン諸島国
プライマリーヘルスケア推進プロジェクト
巡回指導調査団報告書

平成6年10月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団

28104

序 文

ソロモン諸島国においては、感染症を中心とした各種疾患により、多くの国民の健康が損なわれています。同国政府は、重要政策のひとつとして、この問題の対策に取り組んできているが、同国においては、主に技術、人材及び資金の不足という理由から保健医療水準を大きく向上できない状況です。

かかる背景を踏まえ、ソロモン国政府から公衆衛生分野の向上を目的とした技術協力実施要請を受けたことにより、国際協力事業団は平成2年4月に事前調査団、同年7月には長期調査員を派遣し技術協力実施の可能性を検討しました。この結果を踏まえ、本格的な技術協力を実施すべく平成3年4月に実施協議調査団を派遣し、討議議事録（R/D）を締結、平成3年9月より5年間の協力期間でプロジェクト方式技術協力を実施するに至りました。

今般の巡回指導調査団は、上記の経緯を踏まえ、協力開始後3年間を経過した時点での協力成果の分析、及び今後の協力計画の策定を目的として、沖縄県環境保健部次長 比嘉政昭氏を団長として平成6年10月16日から13日間の日程で派遣され、本報告書はその調査結果を取り纏めたものです。

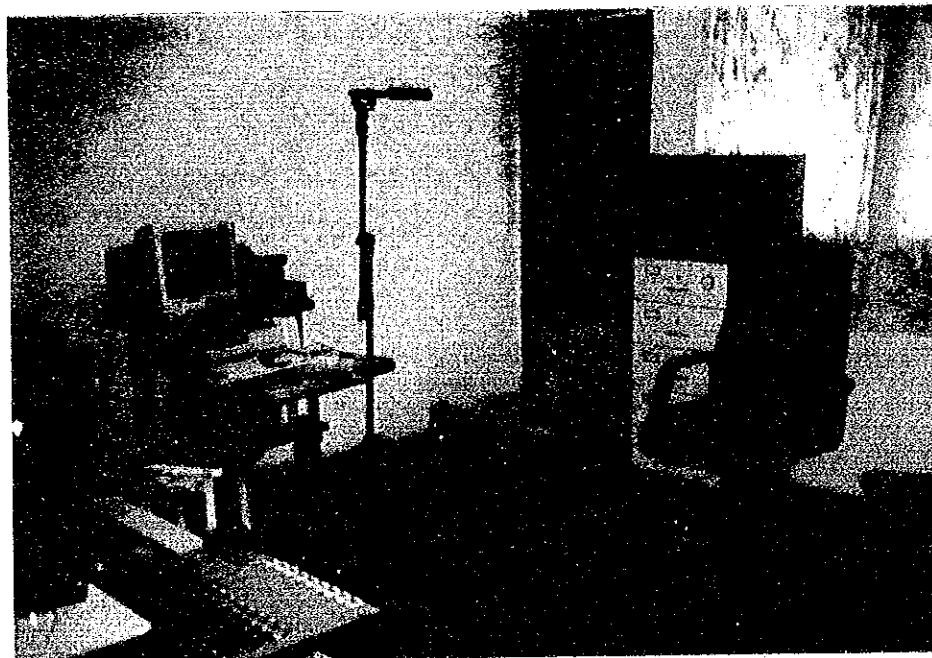
ここに調査団員各位、在ソロモン日本国大使館の方々を始め、関係各位のご協力に対しまして、深い感謝の意を表する次第です。

平成6年10月

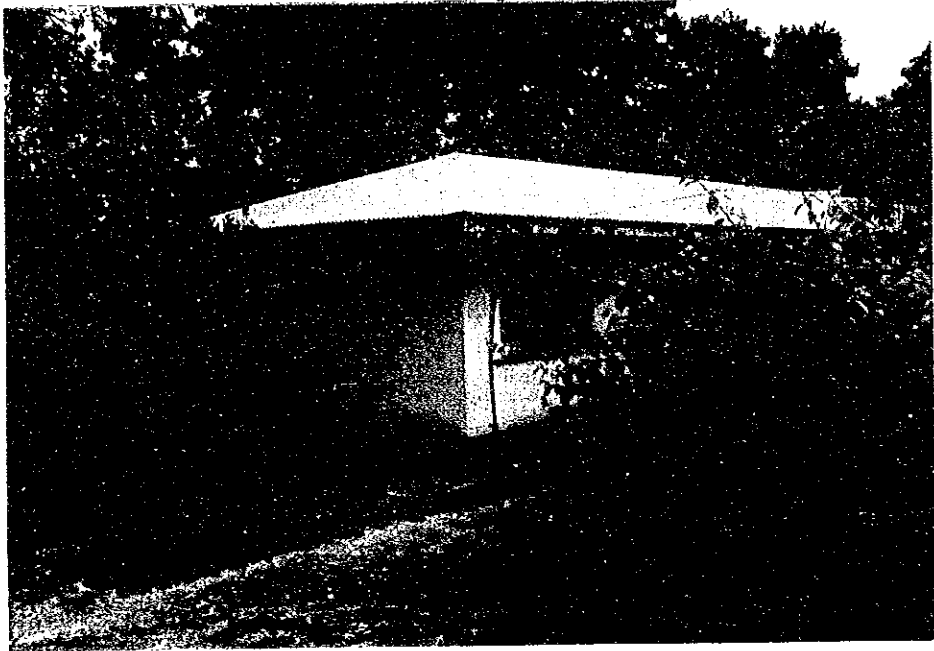
国際協力事業団
医療協力部長
平良 専純



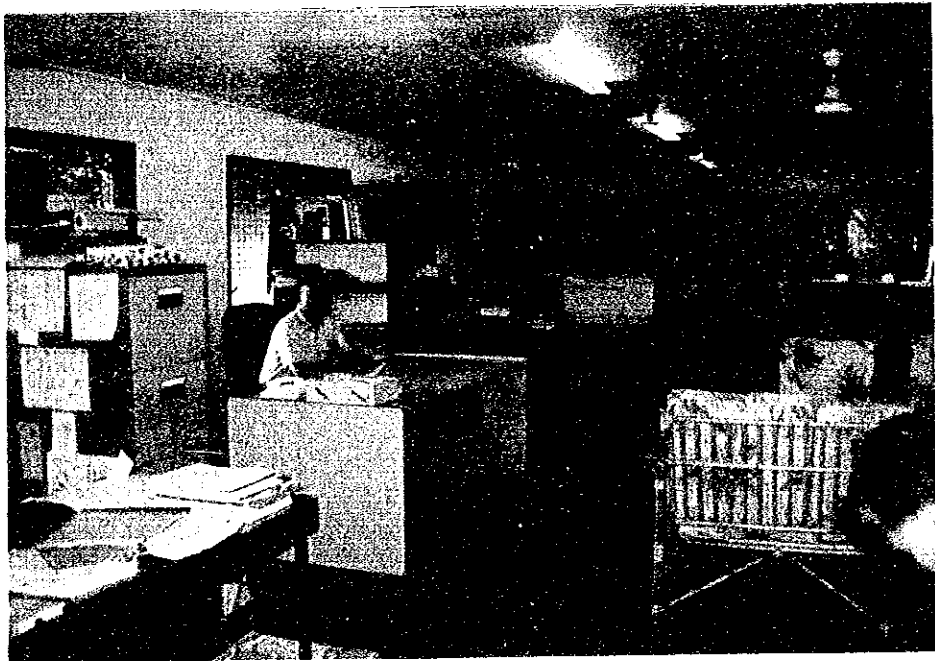
11月24日 ミニッツ署名（左より比嘉調査団団長、Dr. J. Rogers, Permanent Secretary((Acting))、Dr. E. Nukuro, Under Secretary, Health Improvement)



保健省健康教育部内のビデオ編集室
(平成5年度供与機材の視聴覚機器が新たに設置された)



保健省本庁舎に隣接したプロジェクトオフィス



プロジェクトオフィス内部と原リーダー

THE INTERNATIONAL BOUNDARY AS AGREED IN 1885
PACIFIC OCEAN

S O U T H P A C I F I C O C E A N

CHOISEUL (LAURU)
YAGHENA
KOLOMBANGARA (NDUKE)
NEW GEORGIA
GEORGIA ISLANDS PROVINCE
RENDOVA
TETEPARE
VANONGGA
YANGUNU
NGGATOKAE

ISABEL PROVINCE
SANTA ISABEL (BUGHOTU)
NEW GEORGIA SOUND (THE SLOT)
CENTRAL PROVINCE
FLORIDA ISLANDS
NGGELA SULE
SAVO
MBANIKI
GUADALCANAL

MALAITA PROVINCE
MALAITA (MALA)
MARAMASIKE
LILAWA I.
GUADALCANAL PROVINCE

NAURU IS.
KIRIBATI IS.
PHOENIX IS.
LOMON IS.
TUVALU IS.
TOKELAU IS.
WESTERN SAMOA
VANUATU IS.
FIJI IS.
LOYALTY IS.
TONGA IS.

BELLONA (MUNGIKI)
RENNELL (MUNGGAVA)
SAN CRISTOBAL (MAKIRA)

P A C I F I C

目 次

序 文
写 真
地 図

1. 巡回指導調査団の派遣	1
1-1 派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団員構成	1
1-3 調査項目	1
1-4 調査日程表	2
1-5 主要面談者	3
2. 調査結果	5
2-1 総 括	5
2-2 マラリア対策	8
2-3 看護教育（プライマリーヘルスケア）	42
2-4 保健行政	60
附属資料	
① ミニッツ	69
② 保健省組織図	79
③ 石川信克専門家（結核対策技術指導）報告書	83
④ 結核対策モデルエリアの写真（マライタ島北部）	93

1. 巡回指導調査団の派遣

1-1 派遣の経緯と目的

本プロジェクトは、感染症を中心とした各種疾患により多くの国民の健康が損なわれているソロモン諸島国（以下ソロモンと略す）において、同国の保健医療水準の向上を目的として、既存の保健医療活動を強化する方向でプライマリーヘルスケアのアプローチにより、協力を実施するものであり、1991年9月より5年間の協力期間で協力を開始、現在は協力の4年目に当たる。

今般の巡回指導調査団は上記の経緯を踏まえ、協力開始以降の上記協力分野の技術移転状況を正確に把握し、問題点等を検討し、各協力分野における今後の残る2年間の協力計画の詳細についてソロモン側と協議することを目的として、1994年10月16日より13日間の日程で派遣されたものである。

1-2 調査団員構成

団長	（総括）	比嘉 政昭	沖縄県衛生環境研究所長
団員	（看護教育 / プライマリー・ヘルス・ケア）	金城 英子	同県中央保健所看護課長
団員	（保健行政）	安里 義男	同県環境保健部予防課エイズ対策係長
団員	（マラリア対策）	狩野 繁之	群馬大学医学部寄生虫学教室講師
団員	（協力計画）	穴田 浩一	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課 課長代理
団員	（業務調整）	富澤 一洋	同上職員

1-3 調査項目

今般の巡回指導調査団の調査項目は次の通りである。

- (1) 協力開始以降の投入実績の確認（専門家派遣、研修員受入れ、機材供与、ローカルコスト負担事業等）
- (2) プロジェクトの進捗状況の確認と問題点の把握
- (3) 各分野の活動状況の把握
- (4) 今後の協力計画に係る協議
- (5) プロジェクトの適正な運営管理のための情報収集

1-4 調査日程表

巡回指導調査団派遣にかかわる日程

日 順	月 日	曜日	移 動 及 び 業 務
第1日	10月16日	日	移動 成田発 (JL775)
2日	10月17日	月	ブリスベン着 ブリスベン発 ホニアラ着 (1E701)
3日	10月18日	火	(午前) プロジェクト専門家との全体打合せ 在ソロモン日本国大使館表敬、青年海外協力隊調整員事務所表敬 (午後) ソロモン側プロジェクト関係者との全体会議
4日	10月19日	水	(午前) WHO事務所表敬 マラリア対策専門家及び健康教育専門家聞き取り調査 (午後) 看護教育専門家聞き取り調査 看護教育カウンターパート及びB型肝炎対策カウンターパートとの打合せ
5日	10月20日	木	(午前) マラリア対策カウンターパートとの打合せ 結核対策専門家聞き取り調査 結核対策カウンターパートとの打合せ (午後) マラリア対策ソロモン側関係者との打合せ (終日) PHCモデル地区アオラ訪問・踏査
6日	10月21日	金	(午前) 全体最終会議 (午後) ミニッツ署名
7日	10月22日	土	収集資料整理・団内打合せ
8日	10月23日	日	収集資料整理・プロジェクト専門家との意見交換
9日	10月24日	月	移動 ホニアラ →アウキ (1E230) マライタ州結核エリアプロジェクト視察 移動 コエラベシ→ホニアラ (チャーター便)
10日	10月25日	火	(午前) 在ソロモン日本国大使館報告 健康教育ソロモン側関係者との意見交換 (午後) ガダルカナル州看護部との意見交換 移動 ホニアラ発→ブリスベン着 (1E700)
11日	10月26日	水	(第一班) 移動 カスン発→ 成田着(JL776) (第二班) (穴田・富澤のみ) 移動 カスン発→ポートモレスビー着 (PX004) JICA パプニューギニア事務所 報告
12日	10月27日	木	(以下第二班のみ) 移動 ポートモレスビー発→ケアンズ着(QF282)
13日	10月28日	金	移動 ケアンズ発→成田着 (JL776)

1-5 主要面談者

(1) ソロモン側

1) 保健省 (Ministry of Health and Medical Services)

Dr. J. Rogers	Permanent Secretary(Acting), Health Care
Dr. E. Nukuro	Under Secretary, Health Improvement
Ms. Joy. Kere	Head of Planning Division
Dr. Judison Leafasia	Medical Officer, Malaria Control Division
Mr. Kenneth Konare	National TB and Leprosy Coordinator
Mr. Stanly Waisi	Chief Nursing Officer, Nursing Division
Mr. Timothy Daonanita	Principal Nursing Officer, Nursing Division
Mr. Amos Lapo	Senior Nursing Officer, Nursing Division
Mr. Alby Lovi	Director, Health Education Division
Mr. Edward Anisitolo	Health Education Officer, Health Education Division

2) マラリアセンター (Solomon Islands Medical Training and Research Institute)

Mr. Barnard Bakotee	Director
Mr. Albino Babogare	Senior Anti-Malaria Officer

3) 中央病院 (Central Hospital)

Mr. Horton Sale	Chief Medical Technician
Mr. Ricky Eddie	Medical Technician
Mr. Ben Dede	Medical Technician

4) ガダルカナル州看護部 (Nursing Division, Guadalcanal Province)

Dr. Jacqueline Glenn	Director
Ms. Jessie G. Faarodio	Principal Nursing Officer

5) キルフィ病院 (ガダルカナル島)

Dr. M. A. Graham	Director of Health and Medical Services (Malaita Province)
Dr. Aaron Oritaimae	Senior Medical Officer

6) WHO

Dr. R. Velayudan	Country Director
------------------	------------------

(2) 日本側

1) 在ソロモン日本国大使館

川岸 登	臨時代理大使
渡辺 登美	一等書記官
高田 勇深	派遣員

2) 在パプアニューギニア日本国大使館

若杉 慎	参事官
曾根 裕	二等書記官

3) プロジェクト専門家

原 實	チームリーダー
富永健一郎	調整員
池庄司敏明	専門家 (マラリア対策)
今村恵美子	専門家 (結核対策)
仲川 初美	専門家 (看護教育)
小柳 寿	専門家 (健康教育)

4) JICAパプアニューギニア事務所

海老名捷彦	所長
-------	----

5) 在ソロモン青年海外協力隊調整員事務所

笠井 康雄	調整員
瀧下 良信	調整員
大隈ヒロ子	医療調整員

2. 調査結果

2-1 総括

(1) ソロモンの近況

ソロモン行政関係者からの情報によると、各国からの借款が凍結され、今年度予算については10月下旬からは各省での支出は許可されず、全てが大蔵省で集中管理されるとのことであり、年度明けの来年1月までは新規業務は何もできないとのことであった。

また、現Billy Hilly政権は総督から総辞職を迫られており総辞職は時間の問題であるとの観測が強かった。

(2) ソロモン厚生省の対応

原リーダー及び現地派遣の専門家の努力により、同国保健省幹部の本プロジェクトへの理解と関心は非常に高いものであった。10月17日は表敬挨拶のみの予定であったがActing Permanent Secretary Dr. Rogersと Under SecretaryのDr. Nukuro及びMinistry of Health and Medical Services の Chief of Planning SectionのMrs. J. Kereが同席し、Dr. Rogersよりミニッツ案へのコメントを逐次、早速拝聴することができた。

又、ミニッツ署名までの議論の中でも、ソロモンのカウンターパートの体制が十分ではないと指摘したことに対しても、早急に配置する事を検討しているとの前向きな態度であった。しかし、JICAの専門家が数多く派遣されるが帰国後、彼らのレポートがソロモンへは報告されていないので、是非、英文での報告も欲しいとの要望もあった。

(3) カウンターパート及びソロモン側スタッフの問題

ソロモンで本プロジェクト全体を把握しているのはDr. Nukuroであるが彼はカウンターパートではない。原リーダーのカウンターパートはDr. Nukuroの部下のPlanning Section ChiefのMrs. J. Kereである。彼女は事務的業務は大変優れているが、技術的業務については専門経験がないので、細かい議論が難しく、その点で本プロジェクトのソロモン側リーダーとしては、やや不十分な点もある。

次に、ホニアラ市の Chief Medical Officerが現在不在のため、中央政府とホニアラ市の連携が悪くなり、それがこのプロジェクトへも大きく影響している。

更に、最近Dr. Leafasiaがマラリアセクションのコントロールのカウンターパートに指名されているが、彼は本調査団との議論の中で、本プロジェクトの方針に批判的であった。彼は興津前調整員のカウンターパートであったので本プロジェクトの基本的なことは理解している。今後とも粘り強く話し合いを行い、理解を求めて行く必要がある。

なお、英語力の不足と各セクションの全体像が相手に十分に伝わっていないため unnecessary 議論を繰り返していることが多いので、プロトコル、マニュアル、活動のタイムスケジュール等カウンターパートを通してソロモン側によく説明をしておく必要がある。

(4) 各セクションの活動状況と課題

1) PHCセクション

このセクションの活動は診療所に働く看護婦やナースエンドの資質の向上を図り、診療所と地域における保健医療活動を改善し、地域住民の保健医療を確保していくことを目的としている。

今年はソロモンからPHCコーディネイターを沖縄県へ受入れ、5か月間の地域保健活動研修を実施し、帰国後報告会を行っている。又、新城専門家が1年の任務を終え帰国している。更に、8月には仲里専門家が短期派遣され、新城専門家の後任として仲川専門家が派遣され活動を開始している。

しかしながら、同国厚生省は新城専門家からの活動報告及び業務の経過報告等がなかったこと、仲里専門家と仲川専門家がアオラ地区で活動を始めているが、公式の申し入れや報告は何もされていないと苦情を述べていた。

この事に関し、現地で原リーダー、仲川専門家、カウンターパート、ガダルカナル州 Chief Medical Officer とPHCコーディネイター及び調査団メンバーで対策を話し合い
①プロトコルを作り提出する事 ②マニュアルを作り、共通理解を持つと共に、それにより業務の継続性を確保し、又、その作業を通して技術移転を行う必要がある等指導を行った。

2) マラリアセクション

マラリア対策は池庄司専門家の計画に基づき、ホニアラ市においては、蚊帳の配布、モスキート・バーの試験的使用等を行い、PCDのデータを用いてその効果を検討している。

蚊帳の配布は現在約2,000枚完了しているが、在庫が8,500枚あり、更に今年中にオリセツト 4,000枚入る予定になっている。しかしながら、蚊帳はソロモン政府の政策に基づき1枚10ソロモンドルで販売されているため、配布状況が悪く、貧困層への配布が遅れることが心配されている。

モスキート・バーの使用状況は、現在は試験的で、限定された地域で使用しているので、地域での受入れ状況やマラリア対策としての評価はしばらく待つ必要がある。

I GRについては、使用濃度が低かったことや大量の降雨等で効果が確認出来なかったようである。

さて、これまでマラリアセクションは池庄司専門家が1名のみで活動していたが、今後は川本文彦講師(名古屋大学)が短期専門家として派遣され、AO法がマラリアの迅速診断法として顕微鏡診断に劣らずフィールドで活用可能か検討がなされることになっており、患者治療と薬剤耐性の課題には大前比呂思専門家(国立国際医療センター)が長期派遣され取り組むことになっている。また、亀井喜世子助教授(帝京大学)がWHOのマイクロスコーピスト研修の講師として参加が予定されている。

WHOが最近マタニコ川を始め、河川の河口の開掘に関心を示している。河口の開掘の効

果については本プロジェクトでも検討が予定されている。

これからの計画として池庄司専門家は殺虫剤濃度の測定をするため本プロジェクトの中でガスクロマトグラフィーの機器の整備と人材の育成を提案しているが、①機器整備に必要な最低の要件が不確定な要素が多い事 ②機器が高価であること ③ソロモン側にも反対の意見があること等慎重に検討する必要があると思われる。

MAY1994の国家政策に基づいて本プロジェクトの中でも蚊帳の配布を行っているが、その効果についてはWHOや Dr. N. Kereの主張に基づくもので、不確定の要素もあるので注意深い観察が必要である。

3) 結核セクション

巡回指導調査団派遣に係る対処方針会議で石川克信国内委員より詳しい報告がなされていたので(附属資料③参照)、今回は現地の状況観察に重点を置いた。

結核セクションは活動計画が明確であり、フォローアップも良く実施されている。IAPでの現在の活動を他の州のPHCコーディネーター、看護婦、TBコーディネーターやヘルスエデュケーターにも見せて、現地でのワークショップの実施可能性についてソロモン側スタッフから意見が出され、マライタ州のChief Medical OfficerのDr. Grahamからはフォローアップが良好であるため、良い結果が出ているとのコメントがあった。各診療所でも記録は整理されていた。ただ、マライタ州立病院へ設置予定のドラフトチェインバーは大きすぎその設置に病院は苦慮していた。Tuberculosis Control National Policyについては11月にJICA専門家から改めて提案がなされる予定であることを伝えた。

このセクションの課題はカウンターパートの異動があった場合の対応であるが、既に検討に入っているので良い結果が出ることを期待したい。

4) B型肝炎セクション

九州大学の林純助教授中心に計画が進められており、661名の肝炎血清情報の結果も出ているが、正式の活動計画がまだ提出されていないため、今回プロトコルの提出を依頼した。

まず、B型肝炎の侵淫状況も明らかにし、その伝播様式を解明する。同時に各種肝炎の侵淫状況も明らかにしていく計画である。

次に、血清由来のワクチンとDNA由来のワクチンの効果の比較検討を行なう予定である。

そのために、セントラル病院の検査技師の日本での短期研修を今年度予定しており、また、その研修結果を効果的にするため、セントラル病院の関連機器の整備を行いそこで国内研修が行えるようにしていく計画である。

JICA本部でこの件について早急に結論を出し、実施して頂きたい。

5) 健康教育セクション

機器整備も行われ順調に進行すると思われた時期に専門家が帰国交代することになったのは大変残念なことであった。

このセクションの Mr. Alby Lobi は状況を良く理解しており、カウンターパートと共に前向きに仕事をしている。視聴覚機器の置かれている部屋の整備にも努力しており、又、電気の容量不足に対しても改善する約束をしている。

(5) その他

本プロジェクトは1996年8月を終期としている。プロジェクトを成功裏に終わらせるためにも、又、新たな状況に適切に対応していくためにも、現在派遣中の長期専門家の何名かは継続して協力をしていく必要がある。JICA本部は期待を失することのないように、本件に関して早期に決定すべきである。

2-2 マラリア対策

(1) 現在のソロモン・マラリア対策計画のオリエンテーション

ソロモンにおけるマラリア対策計画は、近年その対策方針に大きな変化が起きている。1991年9月における最初の全国マラリア会議以来、対策手法は中央政府主導型から、地方分散型 (de-centralised) による方式に変わった。それは当時の世界保健機関を代表とするマラリア対策に関する基本的な姿勢に倣ったものであるが、経済的な諸問題もその方向性の選択を余儀なくしたものと考えられる。そしてその後のマラリア対策に関わる国内各レベルの精力的な議論と活動の結果、1993年7月には政府閣議の了承を受けた形で「国家マラリア対策方針」が打ち出された。その活動母体はソロモン政府、外国政府援助組織及びNGOの諸団体であり、“People Against Malaria” というキャッチフレーズの “Community based programme” が具体的に策定された。引き続いてソロモン政府閣議は1994年をMalaria Action Yearと銘打ち、1994年3月4日に首相自らそれを宣言し、1998年までの5年間を国家マラリア防除年間と位置付けた。この計画に各マラリア援助提供団体は基本的に賛意と、援助の意思表示を示し、あらゆるマラリア対策は国家マラリア防除計画に形式上統合されたことになった。マラリア対策に関する予算もこれに伴い増額され、防除年間における主な援助資金供出見込額は図1に示す通りである。基本政策方針は国家マラリア防除計画1994-1998「住民総参加の下に」 (The Ministry of Health & Medical Services National Antimalaria Programm, The National Antimalaria Plan of Operation, 1994-1998, “Based on Active Community Involvement”, December 1993) にまとめられ、概訳すると以下の1)、2)の通りである。

- 1) ソロモンにおけるマラリアの非常に高い発生率 (1992年のA P I 値440.4) は、生命の損失、出生率の低下、就学率の低下、家庭内における収入減少、福祉の低下を引き起こし、同国発展のために最も重要となる社会経済に甚大な損失を与える。ゆえにマラリア対策は、ソロモンの住民の健康のためだけでなく国家の社会経済学的な発展という意味においても国家的優先事項である。

- 2) この国家マラリア防除5ヵ年計画は、1993年7月に閣議を通過した国家マラリア対策方針に基づき、以下の項目の達成を目標とする。①インフラストラクチャーの充実 ②抗マラリア薬使用指針の作成 ③マラリアの迅速診断と適切な治療法を基本としたプライマリーヘルスケアの拡充 ④ソロモンの現状に則したベクターコントロール法の適用 ⑤ヘルスワーカーのトレーニング ⑥コミュニティーレベルでの健康教育 ⑦健康に関する情報システムの確立 ⑧積極的な住民参加によるプログラムの遂行

従ってJICAソロモン諸島国プライマリーヘルスケア推進プロジェクトにおけるマラリア対策計画遂行にあっても、上記項目を考慮し、その範疇における援助協力活動を行うことが望まれる。しかし逆に、1993年10月池庄司専門家がホニアラ市のマラリア防除についてプロトコルを策定し、以来防除事業を進めているが、このことがソロモン政府が打ち出した5ヵ年計画に大きく反映されている。即ち、国家マラリア防除5ヵ年計画全予算に占めるJICAの予算規模は比較的小さいものではあるが、本プロジェクトはソロモン・マラリア防除計画推進において、政策上、また学問的にもリーダーシップをとってゆく立場にあるものと考えられる。

(2) 現状分析

1994年6月10月16日より25日まで、パイロット地区での実施案件の現状と問題点につき、現地視察及び池庄司専門家、カウンターパートからの聞き取り調査を行った。1993年10月に署名されたミニッツにおけるマラリア対策協力の各項目につき、現在までの一年間の目標達成度をその項目ごとに以下に報告する。

1) マラリア対策に必要な基礎的研究の集積及び疫学情報の調査

ホニアラ市の8クリニック、中央病院に集積されている年間数万点のケースレコードを、池庄司専門家が定期的に収録し、ホニアラ市におけるマラリアの疫学解析と対策のための対象データ、ならびに防除計画施行後の判定データを得ている。8クリニックの内、設備の比較的整った2クリニックを視察したが、図2、3に示すように、ケースカードの保管、ギムザ染色の方法、顕微鏡の管理においては整然としたシステムが保たれていた。診断精度はマイクロスコーピストの能力に依存するが、このデータ収録作業を通じた受動的な患者検出法 (Passive Case Detection: PCD) が、同地における疫学的情報を採取する最善の方法であると考えられた。池庄司専門家による現在までの解析データを図4に掲載する。本JICAプロジェクトの対策計画により、マラリア患者数の減少の傾向が読みとれる。

2) パイロットエリアにおけるマラリア駆除の試行と疫学的評価

① 蚊帳の配布

1994年12月までにホニアラ市全体を蚊帳 (Permethrin処理した蚊帳 8,000枚、Olyset™ 6,000枚) でカバーする予定である。ホニアラ市の蚊帳配布地域と時期を5つに分け Phase 1からPhase 5まで段階的にカバーしてゆく計画であるが、現在までPhase 1 (1994年2月、

1,400枚)、Phase 2 (1994年10月、2,000~2,500枚)と配布を完了している。蚊帳の到着の遅れとPermethrin処理に時間がかかっており、当初の計画より配布時期が少々遅れている。またソロモンのマラリア駆除政策において、蚊帳の無料配布が禁止されている。即ち政府としては、マラリア防除に関する住民の意識において、蚊帳の果たす役割を教育活動により認識させるために、蚊帳に付加価値を与えようと試みており、ホニアラ市においては一張り当たり10ソロモンドルを目標に金銭的収入を得たいとしている。これにより回収した資金は6ヵ月ごとの蚊帳の薬剤含浸のために用いられ、Honiara Town Councilレベルにおける蚊帳によるマラリア対策の持続発展性を維持したいと考えている。しかしながらソロモンにおいて1家族平均7~8人という人数を蚊帳でカバーするには、一家に数枚の蚊帳が必要であり、低所得層の住民には上記価格による蚊帳入手は金銭的に困難であるため、蚊帳の迅速な配布作業に困難をきたしている。一方SIMTRIの一室においてはNGOボランティアによる積極的な蚊帳配布活動が展開中であるが、そのNGOは図5に示す値段で配布しているため、国家として民間活動を行政的に助成して行きたいという意志も働いて、JICA援助による蚊帳配布を同じ地域において無料で行うことは今後も困難であると考えられる。

Phase 1においてマタニコウ河沿岸8ヶ村において蚊帳を配布し、そのうち蚊帳が全戸配布できた4ヶ村、67%配布2ヶ村、33%配布2ヶ村におけるincidence rateを比較検討したデータが図6、7である。蚊帳のカバー率が高いことによるマラリア防除の有効性が読みとれる。今後できるだけ早い蚊帳の配布完了を目指す必要がある。

② モスキート・バーの配布

ソロモンにおける主要マラリア媒介蚊はAnopheles farautiで、日没後屋外において吸血を行う指向性が高い。この対策として池庄司専門家は岸本短期専門家と共に自家製の安価な蚊取り線香(モスキート・バー:図8)を考案し、その有効性に関して研究中である。価格に関しては既に報告されている通り、一晩に一軒で2本消費した価格が0.1ソロモンドル以下と経済的である(ただし計算上労賃は含まれていない)。1994年7月より人口約900人のGilbert Campにおいてその360人を対象に、各家一週14本を配布し、早晩の屋外防蚊対策として点火薫煙させ、8月のPCD malaria incidenceを調査した。同一村落における非点火群の家庭と比較し、点火群のincidenceは1/4以下に減少した(詳細は別添資料①池庄司専門家の報告、The effect of mosquito bars on malaria incidence at Gilbert Campを参照)。同時にヒト囷法によるハマグラカの採取を試み、蚊の密度はおおよそ薫煙時に1/10程度になることを確認している。即ちモスキート・バーにより、蚊によるマラリアの伝搬の指標であるvectorial capacityが低下することが理解され、よってmalaria incidenceが低下したものと考えられる。以上の結果からモスキート・バーの有効性が十分に示唆され、今後住民の利用度を上げる燃焼方法の開発や、小規模量産を村落規模の住民

参加により行う等、その有用性に関し今後の展開が期待される。

③ 河口クリークの幼虫対策

市中心部のマタニコウ河口のクリークは*An. farauti*の幼虫にとって絶好の発生源になるものと考えられ、また河口付近には多くの人々が違法に居住しているため、その砂嘴の部分に笥を築き潟湖から海への水路を確保したり、または完全に開削を行い砂嘴を取り除く作業を通して幼虫発生源を減らしたりすることがマラリア対策上効果的なのではないかと考えられてきた(図9)。しかしながら池庄司専門家の年間に亘る幼虫採取検査により、マタニコウ河の河口クリークに関しては大きな幼虫発生源にはなっていない可能性が示唆されてきた。しかしながらガダルカナル北岸には1 km間隔で河口クリークが存在しており、それぞれの場所の潟湖の形状、塩分濃度、幼虫の密度等を季節を追って調べて行きながら、開削の必要性のあるクリーク、そのことによるマラリア対策に寄与する可能性などを更に検討して行く必要がある。

3) マラリア対策関係職員の教育指導

年間4~5回行われるマイクロスコピストの再教育等の講習(Refresher Course)を現地WHOとの連携をもって行ってきた。参加者には講習修了証を発行し、彼らの資格の保全と熱意の鼓舞を行って来た。しかしながら講習終了時の試験においては、必ずしも参加者全員が満足できる能力を獲得できたとは考えられない。マラリア患者の個人の診断においてのみならず、マラリア疫学の正確なデータを得る上でも、マイクロスコピストの高い顕微鏡診断能力が今後とも要求される。

4) マラリア対策への住民参加

新城保健教育専門家による「ホニアラ市でのマラリアに関する世論調査」結果の解析により、「家屋周辺の溝の整備」を実行している人の間での複数回マラリア罹患率が有為に低いことが判明した。池庄司専門家の幼虫発生源の調査により、*An. farauti*の幼虫は、川岸の比較的日当たりの良い草の多い水辺、雨の溜まり水、車の轍、カニの穴にさえ発生することがわかっている(図10)。従って、住民参加による家屋周辺の幼虫発生源対策を行っていくことが有効であることが示唆される。

5) 市の中心部を離れた保健診療所における即時診断治療技術の向上本項目達成のための長短期専門家の派遣待ちである。

6) より適切なマラリア診断治療法の導入

本項目達成のための長短期専門家の派遣待ちである。

(3) 今後の主要協力課題の実施計画

1994年度後半には寄生虫学の短期専門家川本文彦博士、長期専門家大前比呂思博士が現地入りする予定になっており、また1995年度にはマラリアコントロールの専門家の短期の派遣も計画されている。これに伴う業務内容予定などを含めて、原チームリーダー、池庄司専門家と協

議を重ねた今後の協力課題について報告する。

1) マラリア駆除対策

蚊帳の配布に関しては、既に約 8,000枚の蚊帳が入荷済みであるので、ソロモンのマラリア政策方針に従ってできるだけ早い時期にホニアラ市全域への配布を完了する。目標期限は1994年12月末を定めている。配布終了後はそのPhaseに従って、PCDによるマラリア患者検出データから効果判定を行っていく。またPhase 1に配られた蚊帳に関しては既に薬剤の再含浸を施さなければいけない時期にきており、その作業に関する指導も行っていく。

モスキート・バーの製作と応用に関しては、今後更にGilbert Campにおけるデータの集積を重ね、蚊帳と併用した際の効果についても検討し、患者数の減少を見極めた後、広くその普及に努める。

I GR (Insect Growth Regulator、幼虫発育調整剤)の散布に関しては、1994年度の予算で購入される 100kgを1995年の乾季(5~6月頃)に散布する計画である。1993年1~2月の雨期において試験的にホニアラ市の西側家屋周辺に処理したが、大量の降雨で流出し良好な結果が得られなかった経緯がある。散布後の効果の判定は、その地域におけるPCD malaria incidenceでモニターする。

河口クリークの幼虫対策に関しては、蚊の幼虫の密度が高く、人の居住区が隣接しているような典型的なクリークを選択し、安価な管を埋設することによる効果の判定を行う。また懸案のマタニコウ河口に関しては、他のクリークを含めてその開削工事の妥当性、経済性等を1995年度に海洋工学の専門家を派遣することで調査検討する予定である。

住民参加によるマラリア対策に関しては、現在蚊帳の迅速な無料配布が禁止されている経緯があるので、購入不可能な低所得者を媒介蚊幼虫対策に関する環境整備に動員し、その労賃として蚊帳の支給をする方策を考えており、2~3の村落で試行する。このシステムが成功すれば住民参加の好例となるであろう。またモスキート・バーの製作に関しても、将来村落レベルで普及定着するような技術の移転と健康教育を行ってゆく。

2) マラリア対策関係職員の教育指導

マイクロスコーピストの再教育講習は、本PHCプロジェクトの資金配布を考慮して本年から参加しない。ただし11月後半に予定している川本短期専門家によるAO(Acridine Orange)法の普及講習の際にはそれに参加し、従来のギムザ染色法に比較した有用性を指導する。

3) 即時診断治療技術の向上

本項目に関してはミニッツにも記載されている重要項目であるので、以前から長短期専門家の派遣が待たれていた。その一環としてAO法を試験検討する。11月に川本短期専門家を迎えてSIMTRIにおけるオープンレクチャーを行うと共に、ホニアラ市中心から東へ車で1時間ほどのガダルカナル島中部に位置する Ruavatu高校 (Secondary School) の生徒を対象に指導訓練を行い、原虫の検出率、手法の簡便さ、迅速性等について従来のギムザ染色

法と比較検討する。また現在においてギムザ染色による顕微鏡検査システムが定着していない地域におけるAO法の応用性、普及可能性についても同時に検討を行う。また、1995年派に派遣される大前専門家の協力を得て、超音波診断による脾腫の診断法もRuavatuにおいて展開したいと考えている。

4) マラリア総合的駆除対策モデル地域の策定と試行

Ruavatu高校は現在450人程度の生徒が全寮制の寄宿生活を送りながら勉学を行っている。一般の居住環境とは異なるが、その集団における総合的マラリア対策の試行は、JICAのプライマリーヘルスケアプロジェクトを推進して行く上でのOperational Studyとなり、供与対策技術の有用性、対策方針の正当性を例証する上で格好の場を提供することになろう。現在Ruavatu高校において施されているマラリア対策は就寝時の蚊帳だけであり、70%の生徒が蚊帳の中に寝ているものの、一日に2人程度マラリアを疑わせる発熱者がでてくる。顕微鏡による迅速な診断が同地においては不可能であるため、発熱者にはクロロキンをその場で投与している。同高校には青年海外協力隊の任期を終了した後、現在も学校側からの強い要請によってホニアラ市から雇用され教鞭についている藤山直行体育教師が常在しており、同対策の試行を推進する上での大きなサポートが期待できる(図11、12)。具体的な対策の試行は、①Olysetを供与して夜間蚊帳の中で就寝することを徹底する。②モスキート・バーを提供し、早晩の食事時等食堂や集会場での薫煙を行う。効果があるようであれば、学生に必要量を作製させる。③前述のAO法を導入し、学生自らマラリアの診断が迅速にできるような指導訓練を行う。④前述の超音波検査を導入したマラリア診断を応用する。⑤治療においては、クロロキン投与の他にプリマキンの投与による三日熱マラリアの再発防止を試みる。その際G6PD欠損症の簡易検査導入の可能性を検討する。⑥校舎、宿舎周辺の幼虫発生源の整備を学生自ら行う。必用とあればIGRの散布処理を施す。⑦これらの作業を通してマラリアに対する健康教育を施す。⑧効果の判定は年間の患者発生数をactiveに行う。

5) マラリアの臨床診断法、治療法向上のための技術移転

1995年1月より大前専門家によって、マラリア患者の診断治療における高度なケアの医療技術移転がホニアラ市中央病院、ならびに診療所においてなされることが期待される。特に超音波診断法を用いた患者脾腫の測定、重症マラリアの臨床管理に関して大前専門家は世界一流の技術と知見を備えているので、中央病院の医師にとってその技術の移転は大変有用なものとなろう(図13、14)。また患者の個別感染歴、治療歴、予防内服歴等の詳細な聞き取りにより、臨床的な薬剤耐性マラリアの検出を行う。また、1995年度のマラリアコントロール短期専門家派遣時に、供与機材の整備をSIMTRIにおいて行い、薬剤耐性マラリアの原虫培養系における診断技術の移転を行う(供与機材の早期搬入の必要性と、それに合わせた専門家派遣時期の検討が必要)。この耐性マラリアの培養系における確認及び臨床的疫学データが揃えば、ソロモンにおけるマラリア対策指針に大きく貢献することができるものと

考える。

現在中央病院においてWHOが耐性マラリアの患者の検出に努めており、またオーストラリア Queensland UniversityのグループがWHO方式のin vitroクロロキン薬剤耐性試験を開始している。大前専門家とその後のマラリアコントロール短期専門家は連携を取りながら、WHOとオーストラリアグループとの対策上の重複が起らないような形式をとる必要がある。

6) 薬剤含浸蚊帳の有効性の検討

Permethrinを処理した蚊帳の有効性に関しては、現在のところ6ヵ月間と考えられているが、ソロモンの気温や湿度等の環境下において、実際にどのくらいの有効性が持続するかは調査検討の必要がある。またOlysetは既に薬剤が織り込まれた段階で商品化された蚊帳であるが、熱帯地のフィールド条件下における薬剤の残留性、有効性に関してのデータが乏しい。この課題を調査するため、池庄司専門家はガスクロマトグラフィーにより検討を行う計画である。有効な残留性が期待した期間持続しない結果が得られれば、マラリア対策上大きな方針の変更を余儀なくされるし、期待以上の有効性が認められれば、対策費用の大きな削減に寄与することができる。いずれにせよガスクロマトグラフィーの供与は、有効なマラリア対策のための基本的な情報を与える。更にモスキート・バーの効果の判定、IGR処理後の有効濃度の検査等、ガスクロマトグラフィーの応用はマラリア対策業務に直結するデータの集積に欠くことができない。しかしながらガスクロマトグラフィーの使用には高度な専門知識が要求さえ、池庄司専門家の任期内にその技術移転が有効に行われることが必須である。

Contribution to the National Malaria Control Programme

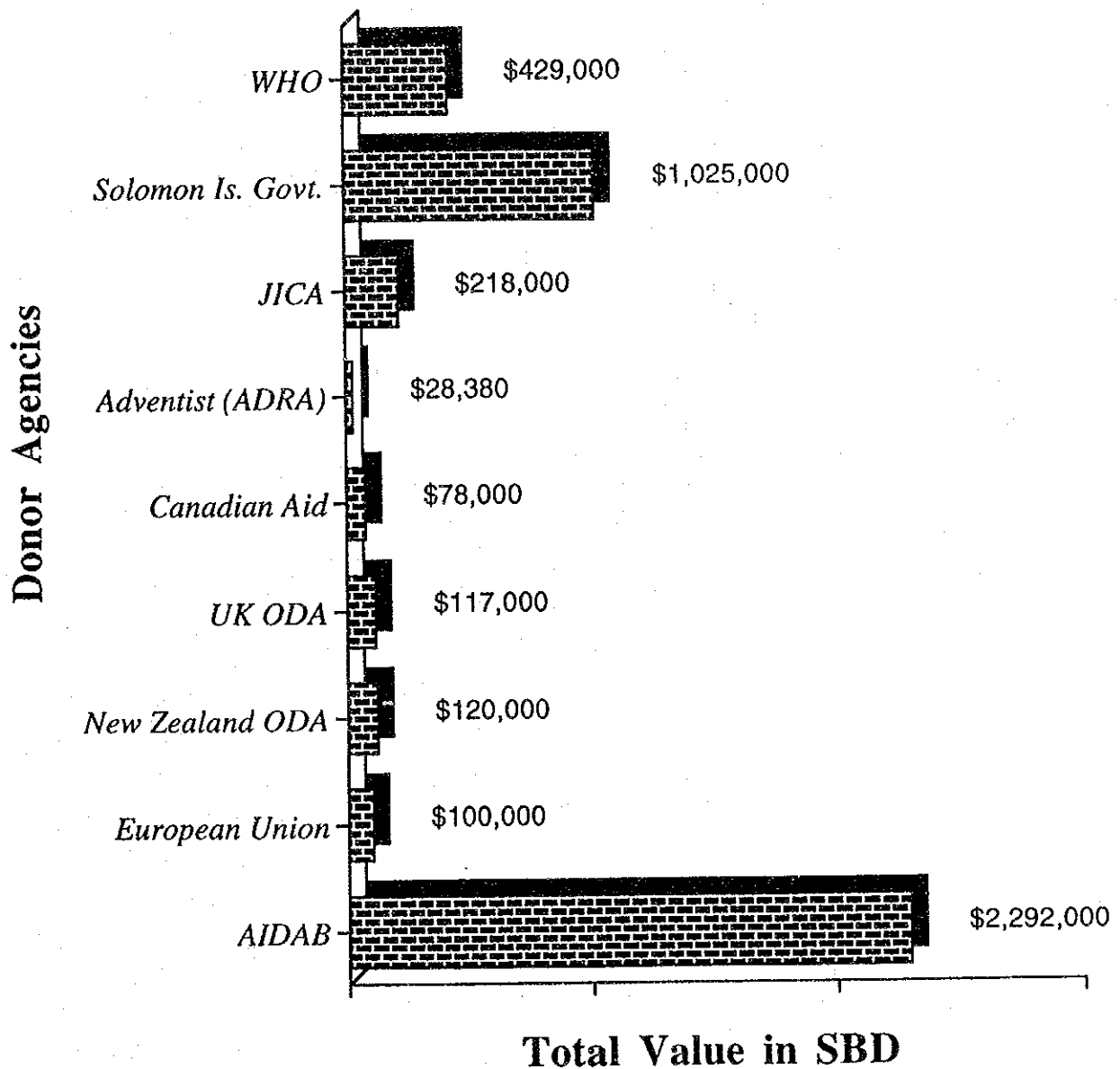


図1 ソロモン諸島国・国家マラリア対策5ヵ年計画における援助提供団体別予算額

AIDABの占める割合が大きいが、内1,500,000SBDは抗マラリア薬の援助である。JICA、Adventist、Canadian Aidは顕微鏡に、またJICA、UK、European Union、AIDABは蚊帳にその予算を充てている。この図の予算額の中には本JICA協力プロジェクト遂行における車両や、対策研究用資材、人件費等は計上されていない。(WHO提供資料加筆)

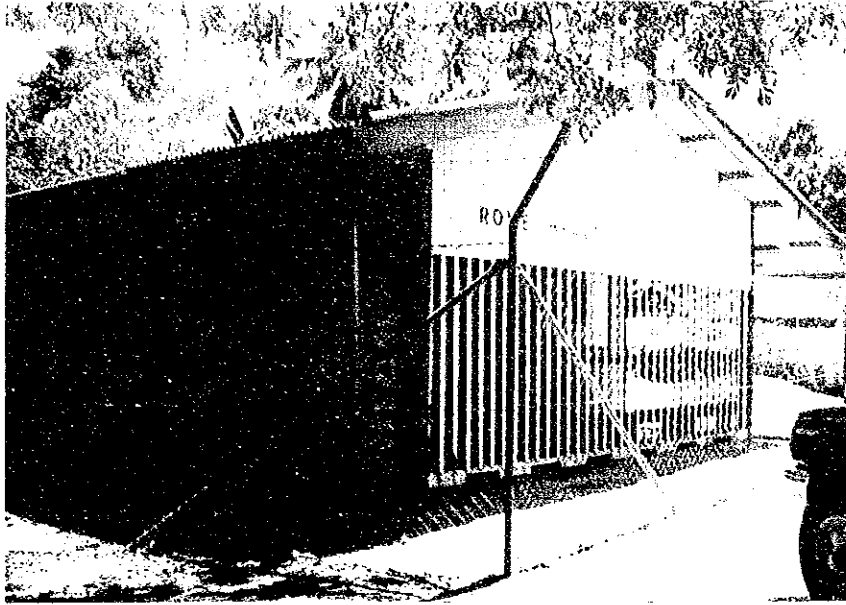
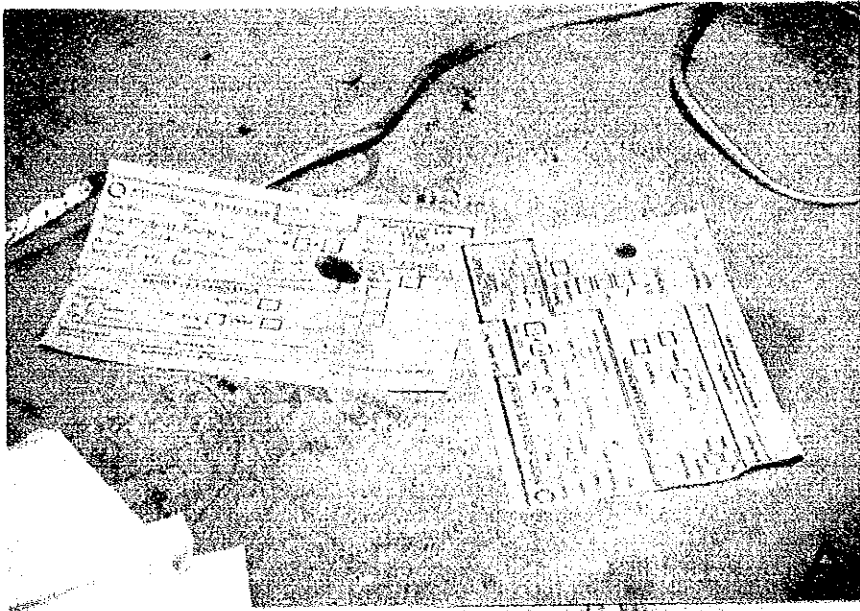


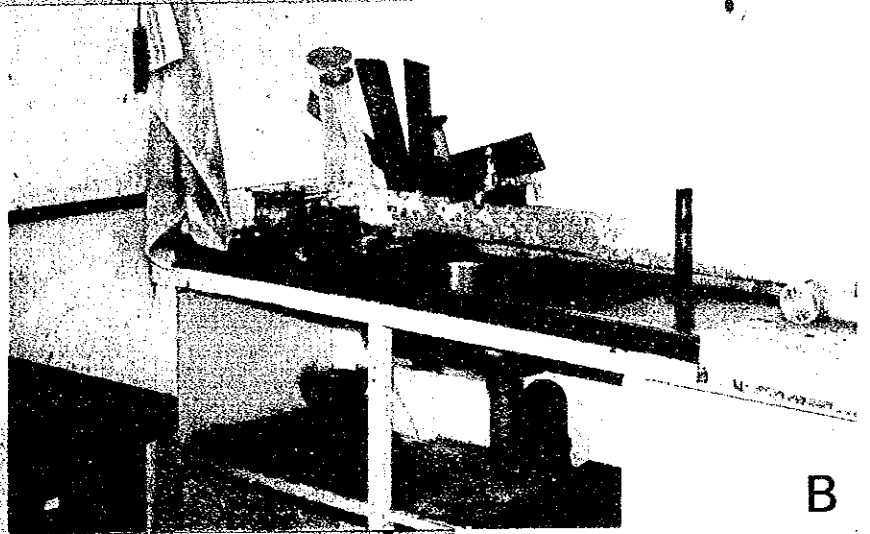
図2 ホニアラ市ローヴェクリニック

専属のマイクロスコーピストがこのクリニックにはいるため、マラリア診断セクションの設備は整然と保全されている。

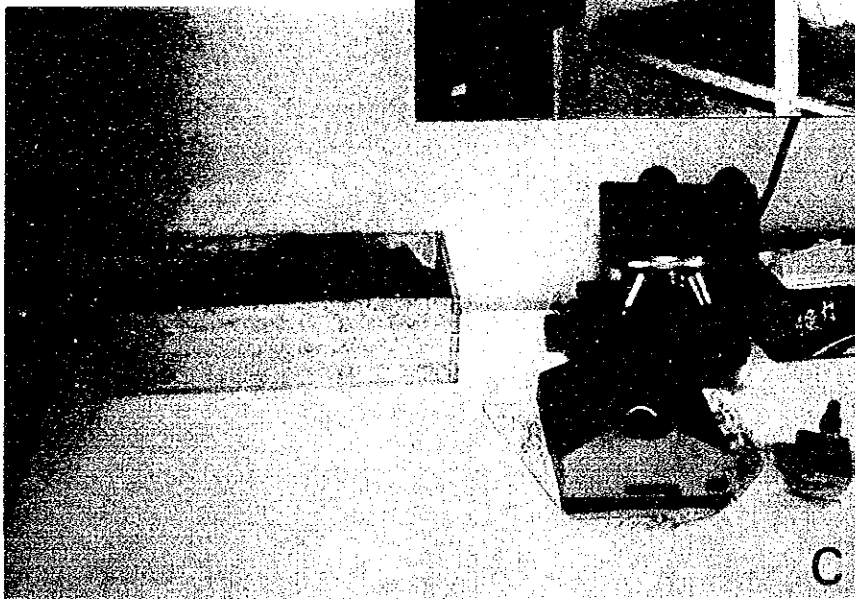


写真A：採取された血液薄層塗抹標本、厚層塗抹標本、ならびにケースレコード。

写真B：ギムザ染色台。



B



写真C：検査が終了した標本。

C

図3 ローヴェクリニック内、マラリアセクション

ホニアラ全市8クリニックで月およそ10,000検体のスライド検査が行われているが、ここローヴェクリニックでは日々50~100の検査が行われる。これだけの作業をこなすにはかなり熟練したマイクロスコーピストが必要である。

Population and Malaria Incidence
of Solomon Islands and Honiara

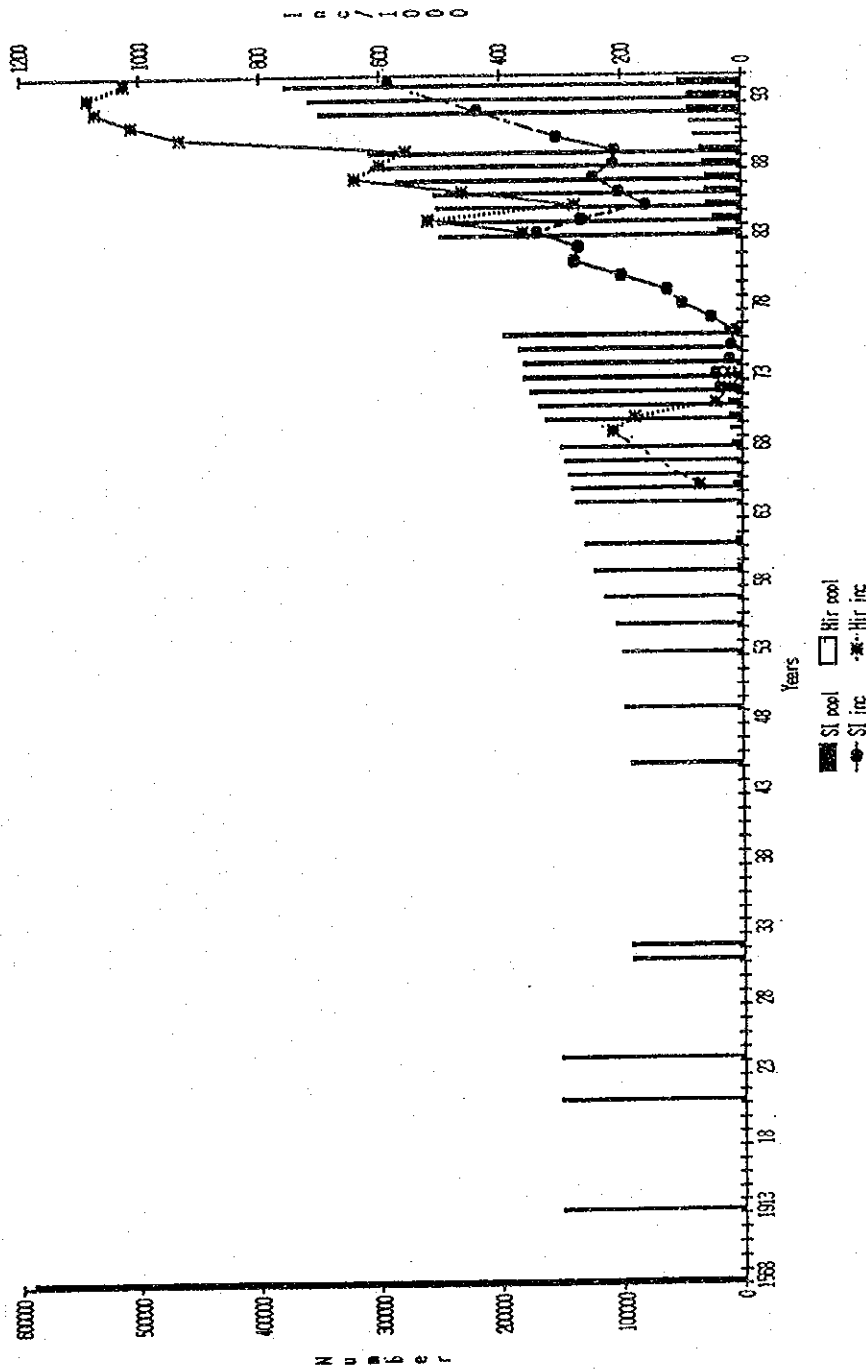
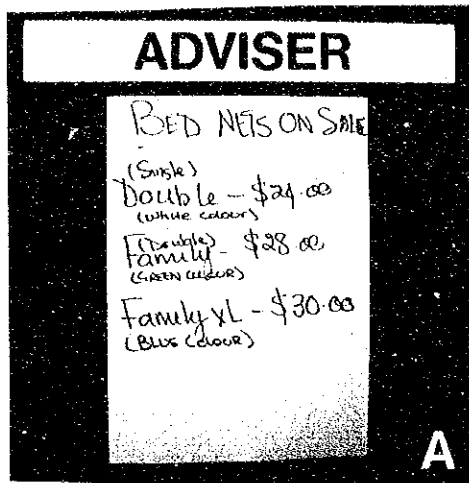


図4 ソロモン諸島国及びホニアラ市の人口及びAPI

1994年7月までの統計データを示す。1998年にはホニアラ市のAPIは1,000を越えているが現在低下傾向を示している。一方において全国のAPIは上昇傾向を示している。ホニアラ市のAPIが非常に高いのは、検査スライド数が他の地域に比べ多いことが検出率の高さにつながっていると考えられる。またマラリア対策強化によって全国レベルでの患者検出が精力的に行われるほどAPIの値も上昇するものと考えられる。



彼らによる蚊帳配布の値段を表す。

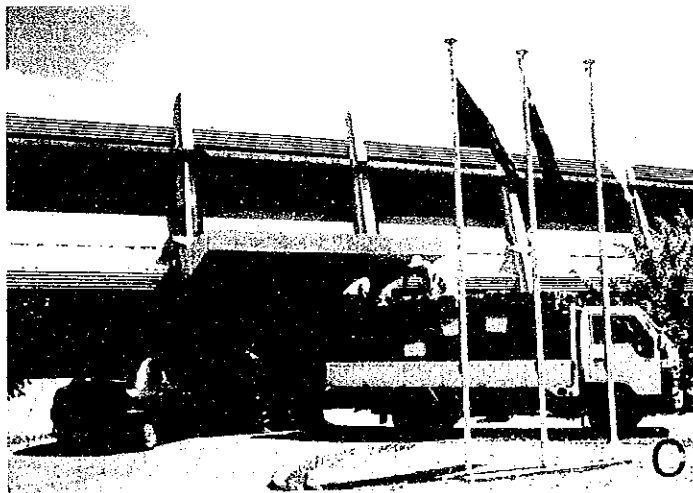
ダブル：24ソロモンドル、

ファミリー用：28ソロモンドル、

ファミリー用特大サイズ：30ソロモンドル。



ボランティアが蚊帳を整理しているところ。



次々にSIMTRIに運び込まれる各国から供与された蚊帳。これによりSIMTRIの倉庫だけでは収納しきれない段階となっている。

図5 NGO組織のボランティアがSIMTRIの一室において活動中

Decreased PCD after Net Distribution
(0 - 10-year-old children)

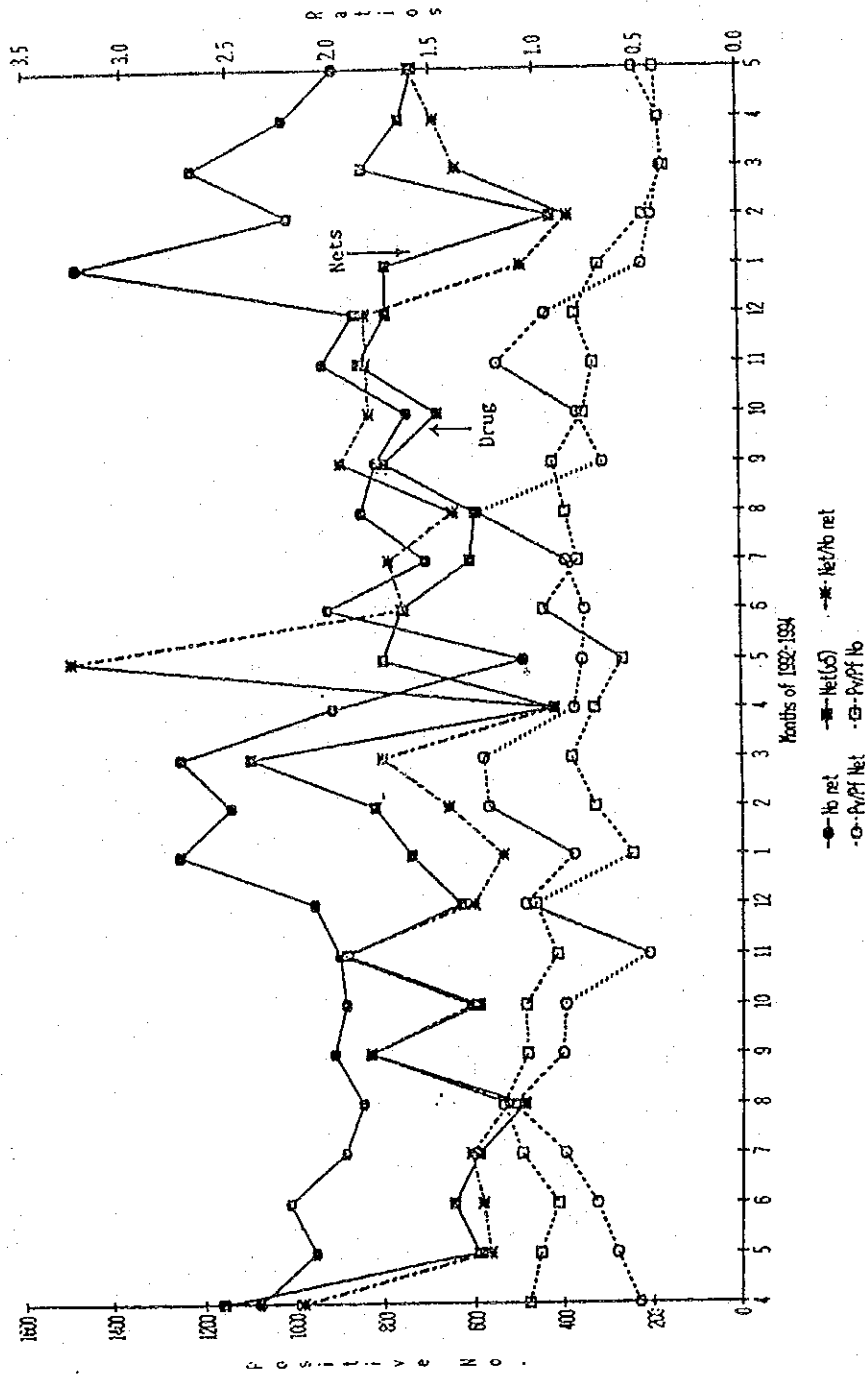


図6 マタニコウ河沿岸8ヶ村における蚊帳配布によるPCD陽性者の低下

蚊帳を配った村落において1994年2月に陽性数が低下したことを示す。No netのグループは70ヶ村を対照としている。1994年5月の段階では蚊帳を配った村落における陽性者比率がやや上昇傾向にあり蚊帳に含浸した薬剤の効果の持続に関して検討が必要かと思われる。

Decreased PCD in Various Net Covers
(0 - 10-year-old Honiwaras)

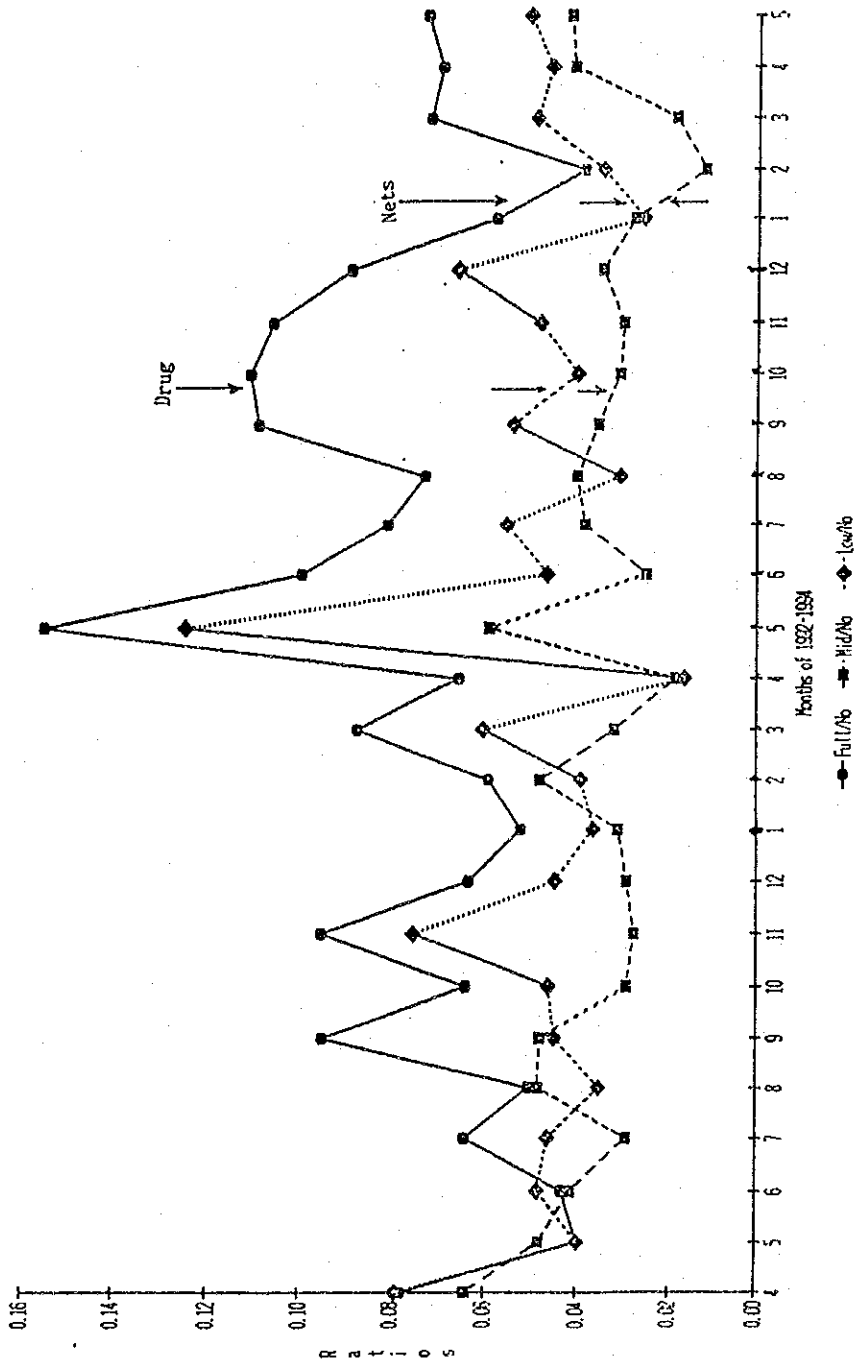


図7 マタニコウ河岸8ヶ村における蚊帳配布率の違いによるPCD陽性率の推移

蚊帳配布直後におけるPCD陽性率が配布率が高いほど低くなったことを認める。今後も蚊帳の有効性に関して慎重なモニターが必要となろう。

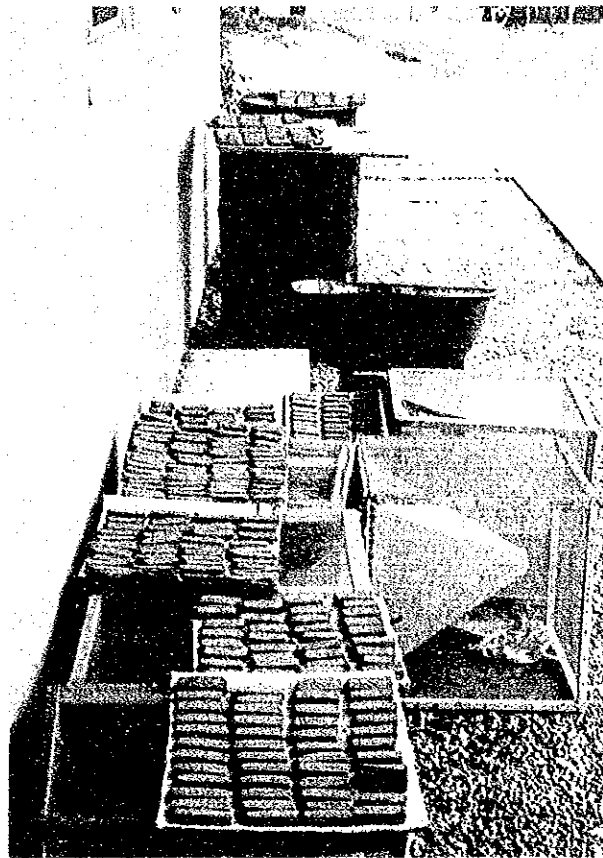


図8 マラリア研修センターにおいて生産されたモスキート・バー

現在無償で配布していることもあるが、モスキート・バーを点火すると蚊に刺されないなどと住民の評判は良好であり、使用効果は目に見えてあるようである。現在においては需要が高く生産が追いつかないレベルにある。

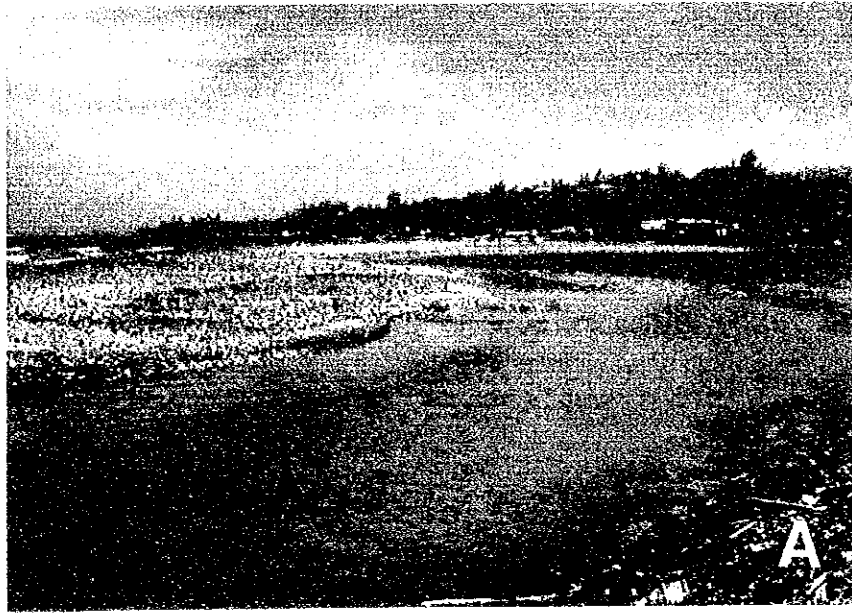
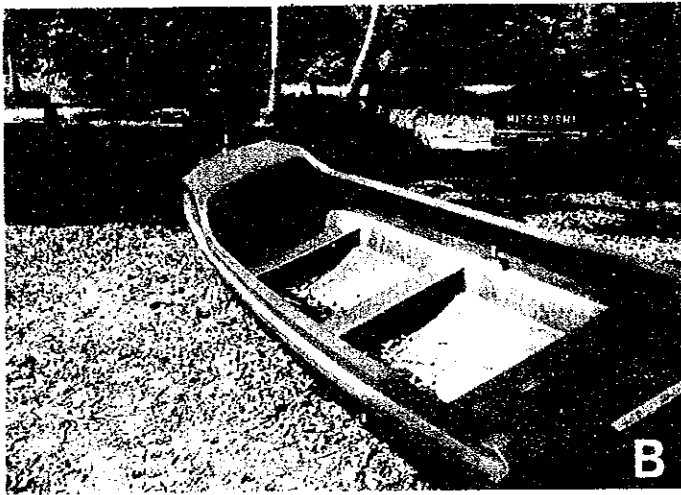


図9 マタニコウ河河口のクリーク

写真A：砂嘴の形状が昨年度の同一時期と大きく異なっていることに気づく（1993年度巡回指導調査報告書参照）。マタニコウ河河口部分は比較的広いので、簡単な笕(Flume)を築いたくらいでは、数ヶ月単位で役に立たなくなる可能性が大きい。大規模な工事が必要となれば、援助予算の枠内で行えるかどうかの検討が必要となろう。写真B：河口付近に違法に住み着いた住民の子どもたち。



マタニコウ河の水辺。家屋に近い付近は草を刈り取り、水のよどみを少なくする。



ボート内の雨水の溜まり。長く使用しない場合には逆さにして保管する。



カニの穴（タバコは大きさの対照）。家屋に近いものは積極的につぶす。

図10 主な蚊幼虫発生源

例えば以上のように少しでも幼虫発生源を少なくしてやる普段の努力が必要であるものとする。もちろんそのためには、コミュニティーレベルでのマラリアに対する健康教育も重要な要素となつてこよう。

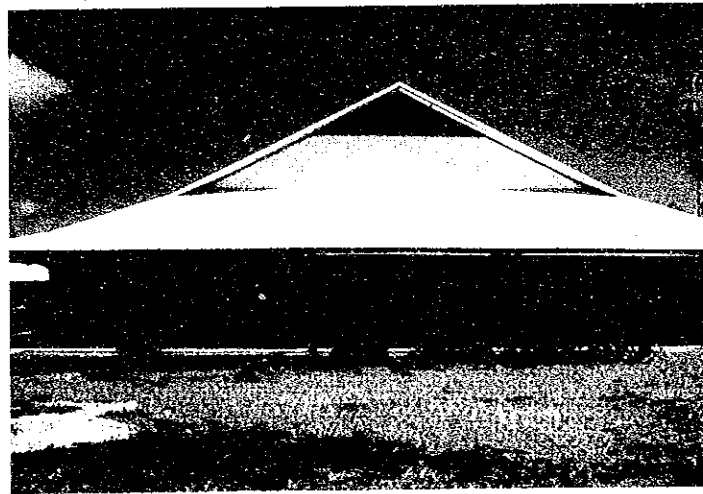
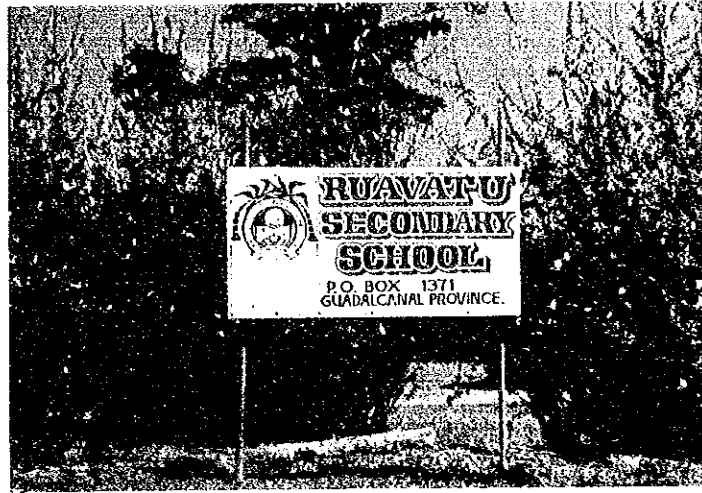


図11 Ruavatu高校校舎と生徒



宿舎全景。校舎と同一敷地内にあり、すべての生徒はここに寄宿している。



宿舎内部。生徒は2段ベッドで就寝し、7割の生徒は蚊帳を吊っているがパーメスリンの処理はされていない。また窓には網戸がついているが、蚊の侵入を防ぐためのものとは考えられない。



藤山直行先生。同一敷地内の一戸建て宿舎に生活し、積極的なマラリアの予防を行っていないため、3年あまりの間に20回近くのマラリアを疑わせる発熱の既往がある。学校側の信頼が厚く、同学校でのマラリア総合対策試行を行う上でのキーパーソンとなる。

図12 Ruavatu高校校舎



図13 索羅門群島中央病院とそこで治療を受けるマラリア罹患の少女

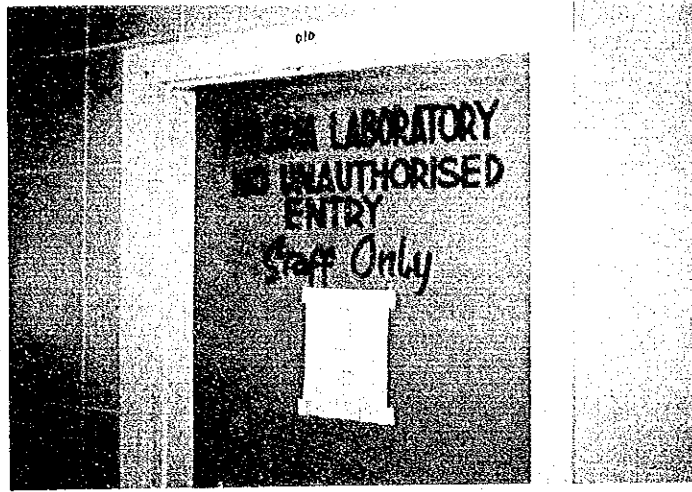


図14 中央病院内マラリア検査室

The Effect of Mosquito Bars on Malaria Incidence at Gilbert Camp

The entomological efficacy of a self-made mosquito coil (modified and named as a mosquito candle) was proven to reduce the biting rate to 1/10 at Tenaru Mala. However, the epidemiological efficacy for a longer period has been left untested. In this work, mosquito bars, which was further modified from the above formulæ for easier production and people's compliance (Refer Annex for the actual formulation), were tested at a part of Gilbert Camp for a period of one month so far.

Fifty packages of fourteen 13-g bars were given to the randomly selected households of 360 people (39.4%) once a week from July 20 to the present date at the village where the censused population was 914. An instruction was given to light 2 bars in succession a day outdoors from 18:30.

The effect was monitored by cross referring the PCD incidence (of all ages) on the computer lists of the case details at Honiara Clinics and the Central Hospital and the bar-given family names.

Table 1. PCD incidence in August at households used mosquito bars.

	No. people	PCD incidence	% incidence
Bar user	360	5	1.4
Bar non-user	554	35	6.3

As the results, the PCD incidence among the bar users in August was 1.4% compared to 6.3% of the non-users (Table 1). Meanwhile, the incidences of the whole village were 34 and 46 in June and July of the pretreatment months, which did not differ from 40 in August. The small proportion of the bar-used villagers and inaccuracy of name registration might be the reasons for the discrepancy.

The bar distribution is still in continuance and later the regular bednet distribution programme is scheduled to overlap so that the effect of both control measures can also be studied.

2-3 看護教育（プライマリーヘルスケア）

(1) はじめに

今回、巡回指導調査により、沖縄県におけるソロモンの看護職の研修員受入れについて具体的な方向性を調査した。

ソロモン側看護ユニットとの話し合いや、ガダルカナル州看護部長・原リーダー及び仲川専門家等からの情報収集や意見交換、更にPHCモデル地域の地区踏査を行なった。

PHCモデル地域、AOLAのルーラル・ヘルス・クリニックの活動の現状を通して、PHCの活動上の基礎的な人口動態調査事業遂行上の問題点等を踏まえ、研修員の受入れについて、そのあり方・進め方を検討する際の情報は以下の通りである。

(2) ソロモンの看護組織体制

看護教育、看護業務の効果・効率的実践は、その看護指導体制の確立の如何にも左右されると思われる。又、日本側看護専門家が組織のどの位置にあって、技術移転上の立場を理解する上から下図のソロモンの看護部の組織を検討した。

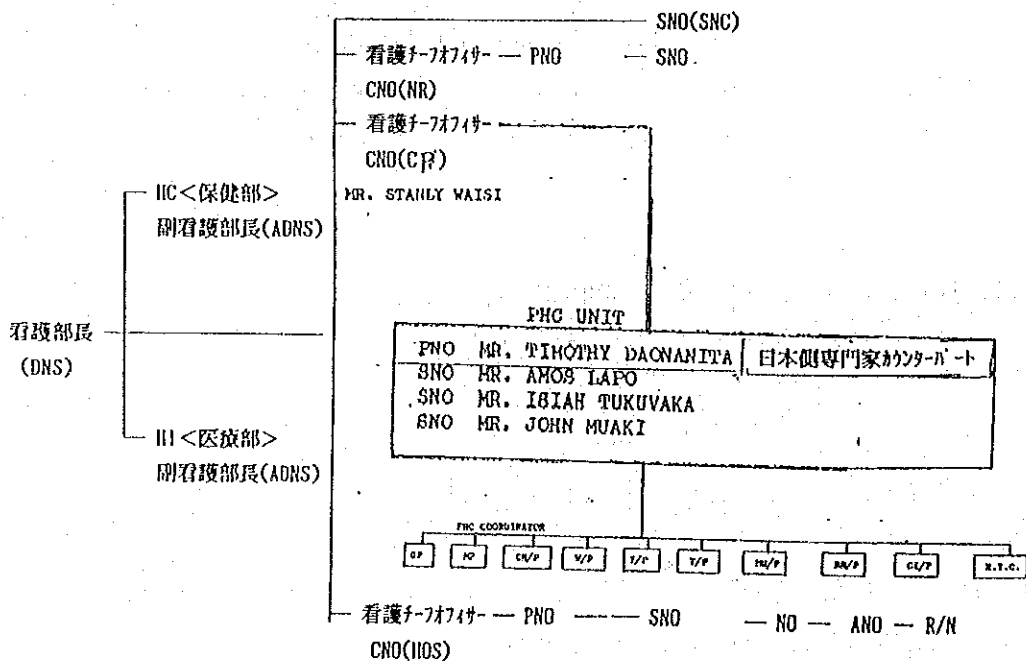
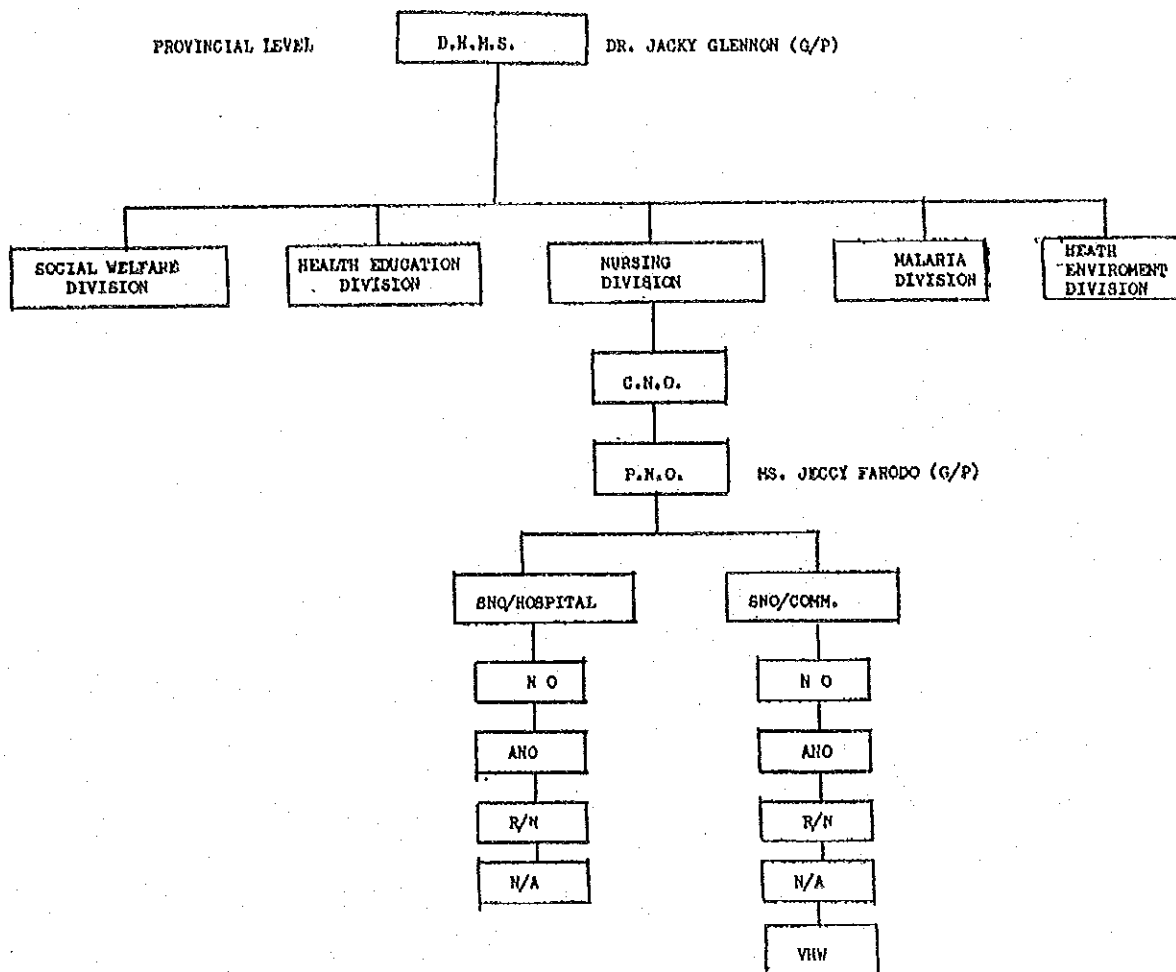


図15 看護部組織図

看護教育・看護管理の組織体制は、各セクションの役割、位置付けがされている。その機能については十分な把握はできなかった。

日本側の長期専門家は、上記図のPNO（保健主幹）をカウンターパートとして、PHC活動の企画、調整、看護スタッフ教育に関する事、その他保健活動に係るシステム作り等、保健活動行政を強化推進する位置にありその役割の重大さを確認し、長期専門家への日本側からの積極的なサポートの必要性を痛感した。



DNS	:	Director of Nursing Services
ADNS (CA)	:	Assistant Director of Nursing Services (Community Administration)
ADNS (Hoap)	:	Assistant Director of Nursing Services (Hospitals)
CNO (NRA)	:	Chief Nursing Officer/Nursing Research Admin
CNO (CP)	:	Chief Nursing Officer/Community Programs
FNO	:	Principal Nursing Officer
BNO	:	Senior Nursing Officer
ANO	:	Assistant Nursing Officer
DHMS	:	Director of Health and Medical Services
ADNS (CNS)	:	Assistant Director of Nursing Services (Community Nursing Services)
H.T.C.	:	Honiara Town Council

図16 ガダルカナル州看護部組織図

(3) モデル地区におけるPHC活動の現状と課題

1) モデル地区AOLA地域の概況

① 交通事情

ホニアラ市から東部へ約130km、車で片道約3時間のところで道路は、途中までは整備されていたがAOLA地域に近づくにつれて、ガタガタ道で車がようやく通れる程度であった。途中広い緑の草原やヤシ林が広がり、土地の広大さも実感したが、途中の道のりで2ヶ所、日本援助による架橋工事が行われていたので主要道路の今後の道路網の発展が期待される。

しかし、AOLA地区に着く手前で川を横断しなければならない。雨期で川が増水すると、車での横断は不可能で、カヌーで渡るか、或いは業務ストップせざるを得ず、PHC活動推進に大きく影響する。又、AOLAエリアでは道路のない集落もあって、山林をかきわけ約1～2日かけて、ルーラル・ヘルス・クリニックまで歩いてくる地区リーダー達もいる。そのことは、地区組織育成活動の推進する上、特に人口動態統計調査活動を進めていく上に、地区リーダーとのコミュニケーションに支障を来し、活動の遅れ或いは中断しやすい要因で機動力の確保、整備が望まれる。

② 集落及び一般状態

RHC（ルーラル・ヘルス・クリニック）エリアの集落は、R. N.（レジスター・ナース）等の調べで100余の集落がある。去る8月頃には45集落と調査されたが2ヶ月後には100余になっていて、まだ不確定である。人口も推計約5000人（アオラ・ヘルス・クリニックエリア2800人、ナースエイドポスト2地区1200人）で、集落は2～3世帯から50～60世帯の単位で各々に孤立し散在している。

村には集会場があり、人々のコミュニティー活動の場として活用されている。学校はエリア内で9つある。水道はあるところとないところがある。水源は川の水である。水道はないところは雨水を溜めて使用しているが、今期のように干ばつ場合は水不足で生活に困っている。

アオラ・ヘルス・クリニックから車で10分を要するベンベ・ヴィレッチでは、学校がすぐ近くにあり（小・中学校）、子供達が明るく、人なつこいが、皮膚疾患の子供が目立った。村の中心地に水道が設備されていて、自由に水が使えない現状で生活の最低基盤である水の確保は急務と思慮される。

2) ルーラル・ヘルス・クリニック（RHC）の現状

① RHCの環境状態

RHCは海辺に近く、窓からでも広大な海が見え景観の良い所にある。1994年1月までは水道は設置されていたが壊れて使用不能、雨水に頼っているものの干ばつ続きで雨水も不足、又雨水タンクも壊れて貯水不能で診療用水は隣村から供給しており、診療業務に支

障を来たしている。特に、分娩や水洗トイレ使用、医療器具機材の洗浄、消毒等、非常に支障を来し、又、診療所の良い衛生環境の確保が難しい。また、コミュニケーションを取るための唯一の無線機すらないため、緊急時の対応やガダルカナル州看護部やAHC（病院）との連携が十分果たせない状況である。

患者の処置・治療に必要なベッド（一般診療用ベッド・褥婦用ベッド）が3台置かれてあったが、分娩用ベッドは板ベッドで敷物もなくそのまま使用、他の2つのベッドはマットレスがなく鉄のスプリングが裸のまま使用されている（写真参照）。例えば、分娩後3～4日はマットレスのないベッドで過ごし、帰宅となるため、この地域にある資材（例えばヤシの葉）を活用してマットレスに替わる用品を作る等、看護職員の生活適応能力の開発を促す必要がある。

② RHCスタッフ

医療従事者：RN（レジスターナース）2人、NA（ナースエイド）1人

マイクロスコピスト1人、看護学生常時1～3人

また、AOLA地区エリアにはNAポストが2ヶ所設置されている。各々のポストにNAが1人ずつ配置されている。

③ RHC（ルーラルヘルスクリニック）の業務

月曜日 一般外来

火曜日 予防接種

家族計画及び乳幼児相談

水曜日 一般外来

予防接種及び部落健康相談

木曜日 一般外来

結核、癩患者訪問指導

金曜日 妊婦相談

土曜日 出産緊急時相談

・週に1回レジスターナースと看護学生のペアでサテライト業務が行われている。

1日の外来者は30～50人である。

3) AOLA地区のPHC活動計画と実践

AOLA CLINIC管内は昨年よりPHCモデル地区として指定されていたが、実践活動は去る8月短期専門家の指導のもと具体的な活動計画が立てられ、実践に移された。

（活動内容）

① 地域の保健問題を把握する、最も基本となる人口動態統計の整備を図ること

② 地域の婦人グループの組織活動の育成

③ 健康教育の強化と地域に必要な教材の開発

④ 保健活動の円滑化を図るため社会資源のマッピング

⑤ 看護職等医療要員の保健予防活動への意識の啓発

等の活動内容を掲げ、その中でも地区診断の基本的な指標となる人口動態統計の整備に優

先的に取り組んでいる。

(進捗状況)

① 人口動態統計の整備

仲川長期専門家を始め保健省カウンターパート、ガダルカナル州看護部長等の指導のもとRHCのRNによる村の戸数の実態把握や、更には人口動態調査員の選定が着々と進められている。調査フォームは作成済みである。

本調査団の地区踏査当日も業務指導を併せての地区訪問であった。当日、人口動態統計の調査員の確認(16名、調査員は村のリーダーや婦人会のリーダーを選出(別添資料③))と調査対象村(100余村)の分担、調査方法等についてディスカッションがもたれたが、地区リーダーへの説明会はマニュアル作成後開始することになった。

② 世帯管理台帳の整備

人口動態統計調査を効果的に進めるための基本台帳として、村の世帯ナンバリングと世帯構成員、年齢、健康状態(病気の罹患状況、治療状況、中断、予防接種等)の把握が可能なフォームを検討している。看護学生の地区実習の一環として学生の地区踏査により世帯の確認をする。そのためにフォーム検討時から学生も参加し世帯管理台帳のフォームが作成された(別添資料④)。

現在実施に向けてガダルカナル看護部、保健省看護ユニット、RHCの看護職員で調整中である。各々の立場で意見を出し合って調整していく中で各々の役割や活動の必要性、進め方、評価までの管理技術の質の向上や看護力が開発されると期待したい。

しかし、AOLA地域のPHC活動についてはその活動方法についてソロモンの保健省上層部の共通認識をつめる必要性があり、今後保健省看護ユニット、ガダルカナル州看護部、仲川専門家等のメンバーでプロトコルや実施マニュアルの作成後に本格的な実践活動となる。

なおこの作業課程において、仲川専門家へのアドバイスや参考資料等の提供に沖縄からのバックアップが必要である。

4) PHCの活動の課題

① 水の確保について

AOLA地区におけるPHC活動を効果的且つ、安全に推進するには水の供給が重要課題である。RHC内の清潔の確保、シラミ、皮膚疾患の多さ等個人衛生及び公衆衛生の問題の改善には水の確保は必須条件である。

RHCの水の問題については、ガダルカナル州看護部長Mrs. JESSYからも上司の許可を得て援助希望があった。無線確保も大切であるがそれ以上の水の確保が重要であり、生活がかかっていると切々と訴えていた。水タンク整備等も含めて1,600ソロモン\$ (日本円で約480,000円)の予算が必要であるが確保できず、援助についての要望があった。その

ことについてはソロモンの上司へも理解を求めよう伝えた。

② 長期専門家のスーパーバイズツアーにおける安全な宿泊施設の確保

AOLA地区訪問指導時は日帰りは不可能で宿泊せざるを得ない。しかし、宿泊家屋はスキ間だらけで蚊の侵入を防げない。また水がなく、タンクも故障、台所は整備されていない状況である。更に電気が通っていないためランプ生活を余儀なくされる環境にある。このような条件の中では専門家等の健康生活の確保は困難である。

安全な宿泊環境の整備が必要であり、最低環境条件としても生活用水の確保は急務である。

③ 連絡、情報網について

PHC活動を円滑に進めるためには、地区リーダーとの密なる連携、情報交換が必要である。しかし、100余の散在したヴィレッジとRHC間の連絡のための機動力や情報網の確保は皆無である。緊急連絡のためにもRHCに無線や自転車等の機動力の確保は必須であると思慮する。

(4) ソロモンのPHCコーディネーター研修員の受入れについて

1) 日本での研修終了者のフォローについて

1994年1月～7月までの研修員Mr. WAKETAKUの研修報告は、去る8月短期専門家の企画、指導により多くの看護職員へ伝達され、良い刺激が与えられたとのことである。

今後はモデル活動を企画、実践させ、その具体的実践活動を通して、あるいは月1回計画されているPHCコーディネーターワークショップの中で活動実績の報告をさせる等、日本側専門家、保健省、看護職員の指導強化が要求されるが、次のような課題が思慮される。

- ① 研修員が離島在住のため看護ユニットとのコミュニケーションを取り難い。
- ② 毎月予定されているワークショップが予算上の問題等で開催が難しい。
- ③ PHCワークショップの具体的活動の計画立案、実践方法等のマニュアルが必要である。

2) 日本での研修員の受入れについて

① 研修要綱の整備

- ・ソロモンの、住民の健康生活レベルアップを目指し、ソロモンに合ったPHC活動を進めるための実施要綱（研修マニュアル）の作成が先決である。
- ・調査帰国後、関係者が集まり、研修マニュアルを作成し1994年度の研修員から活用する。
- ・研修マニュアルは、ソロモンへ帰国後も実践活動に参考になるような内容を検討する。

② 研修時期

- ・1994年度：1995年1月9日～1995年3月31日（3ヵ月）
- ・1995年度：1995年5月～1995年11月（4ヵ月）

③ 研修場所

- ・1994年度：沖縄県コザ保健所、中央保健所、沖縄看護学校

沖縄県庁環境保健部予防課、那覇病院、その他

・1995年度：調整中

(5) おわりに

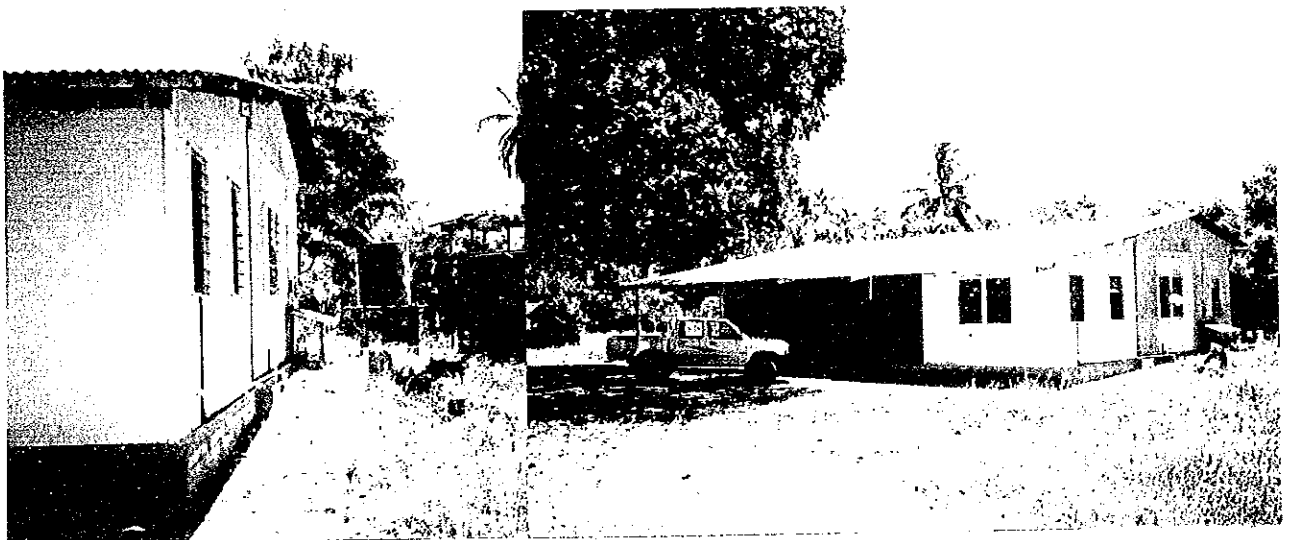
- ・ ソロモン諸国の現状に即した研修内容で、見学実習はもとより体験実習を深めさせることや受入れ施設へのソロモンに関するオリエンテーションを充分行うことや研修終了者への継続的な教育を行うために、派遣専門家との情報交換を密にする等の必要性を確認した。



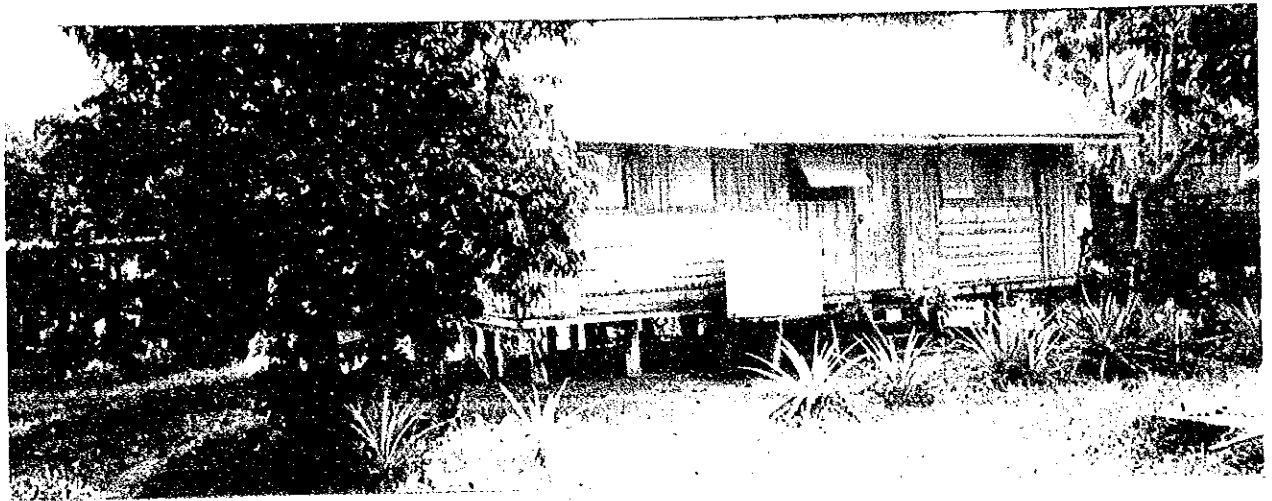
モデル地区AOLA手前の川を渡る



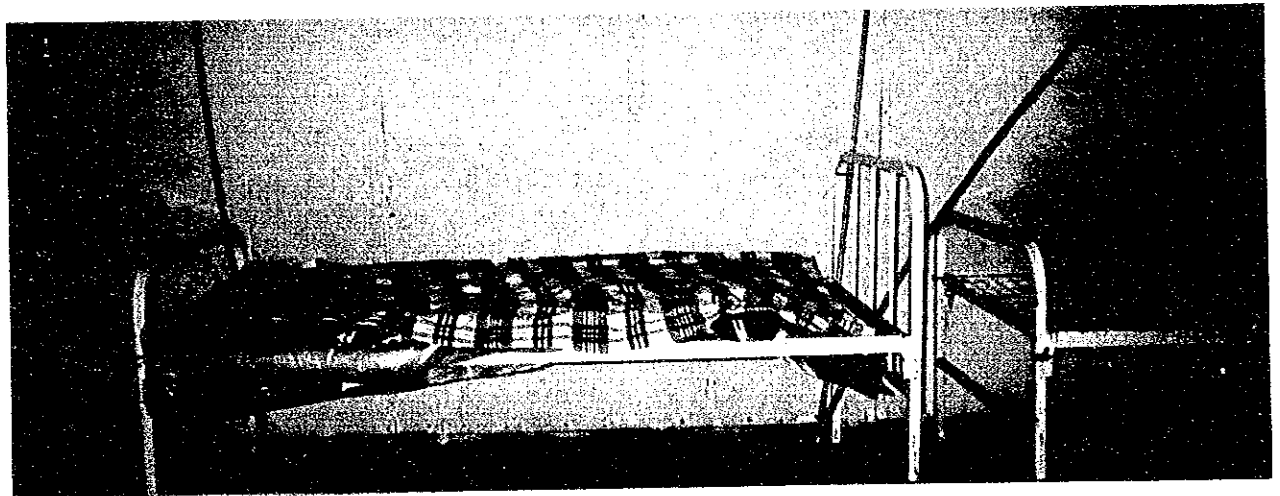
雨期は川の水量が増えて車で渡れないためカヌーで渡る



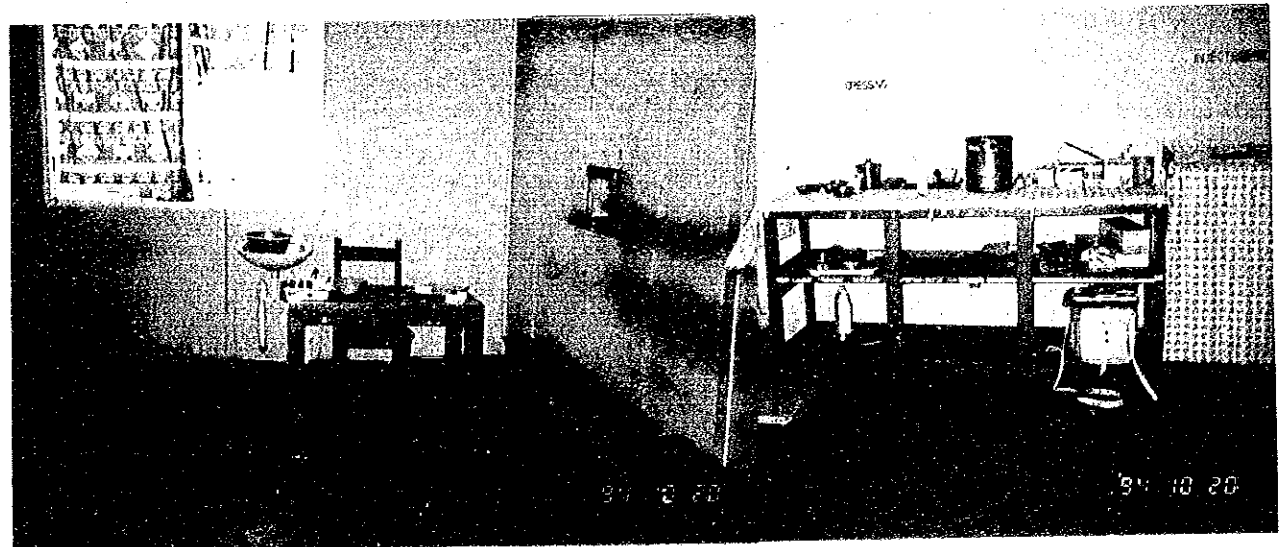
RHC：海辺の近く建っている。広大な海が見える。



専門家等の宿泊所：室内は、木のベッド2台・台所1室 隙間が多い



患者や家族が使用しているベッド



RHCの処置台



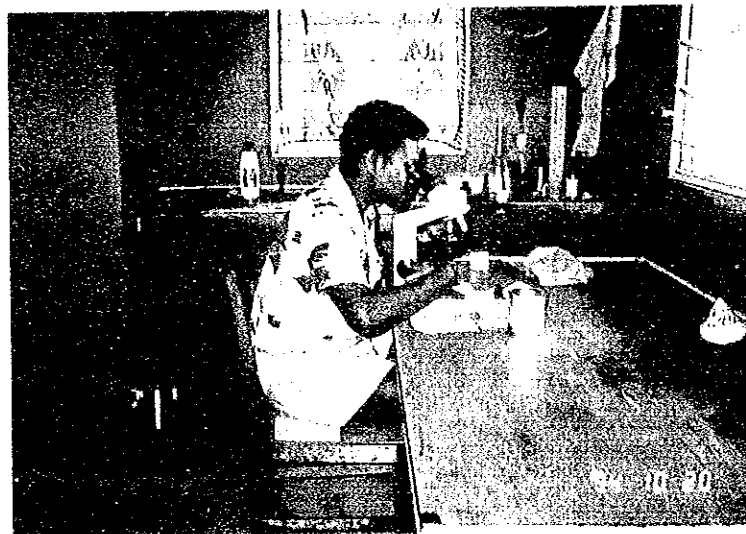
アオラベンベ村の子供達：明るく人なつこい



ガダルカナル州DHMS・Mrsグレン（氏）と同州の看護部長Mrsファロディオ（氏）、保健省PNO・Mrダオナニータ（氏）、及び仲川長期専門家



長期専門家保健省カウンターパートガダルカナル看護部長RHCのR/N達と世帯管理台帳や人口動態統計票についてディスカッション中





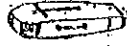


供与機材の顕微鏡でマラリアを検査する検査技師

別添資料②

表1 VITAL STATISTICS CALENDAR(人口動態統計票)

[] Village Household Number [] Population [] Year 1994

MONTH							
	DATE	DAY	STILL BIRTHS BABI DAE BIFOA BON	BIRTHS PIKININI BON LAEFI	INFANT DEATHS PIKININI DAE BIFOA WAN IA	MATERNAL DEATHS MOTHER DAE TAEM BABULE, OR DAE INSAED 6 WIKS AFTA BONEM PIKININI	DEATHS (Other) DAE (NARA KAEN)
1	Thu	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
2	Fri	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
3	Sat	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
4	Sun	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
5	Mon	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
6	Tue	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
7	Wed	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
8	Thu	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
9	Fri	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
10	Sat	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
11	Sun	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
12	Mon	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
13	Tue	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
14	Wed	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
15	Thu	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
16	Fri	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
17	Sat	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
18	Sun	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
19	Mon	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
20	Tue	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
21	Wed	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
22	Thu	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
23	Fri	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
24	Sat	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
25	Sun	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
26	Mon	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
27	Tue	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
28	Wed	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
29	Thu	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
30	Fri	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
TOTAL							
				Grand Total of Deaths			

別添資料③

表 2 LIST OF VILLAGES PER LEADER IN AOLA RHC AREA - OCTOBER 1994

NAME OF LEADERS	SEX	AGE	VILLAGES SHOULD LOOKED AFTER
1. JOHN ITOGO	M		GALILI, SEVE, VERANI, TENATHEOTHI, MANULU, TAVUGI + ROGA.
2. TONAVALEA JONATHAN	M	32	RERE, KONDOTHAU, KOLEULA
3. MARGARET NGELEA	F	31	SUSU, KOMUNGELEA, VATU PLANTATION,
4. JAMES BOSA	M	55	BEBE, NIUMALA,
5. WARREN TAREVO	M	25	KOBITO 1, 2, + 3, TENDALOVI, LUMUKO, NIUMIDI.
6. DENTY THOGOLE	M	64	BAILO, TENAGAU, AOLA STATION, MENITHAGEVA CAMP.
7. NATHAN KAROA	M	48	HEBRON, LUMAKEREA, KOMDALOVI, BARANOU, BOENI SCHOOL + VAVALU.
8. SALOME THANGITHIA	F	24	LUVUNABULI, BULOKALAI, KOMUVAOLU
9. BONIPASIO HADOKONIA	M	55	BOLALE, NASENGE, BOROBITI, VURAIHELIA, DAUKONI.
10. SANDO ALOISIUS	M	32	CANA'AN, SUNLUMU SCHOOL + VILLAGE NIUCALA, TUATAULA, BUBUMATE.
11. PITA GASO	M	36	TEVUA, BARANAHO, KAKEDAKENA, HIRIHIRINABOLO, NUHOI, NAVOLA.
12. PAUL KOEVANIA	M	30	KODALI, TUGURU, BUBUNUHU SCH., CLINIC, SALAMARAO, OTHER VILLAGES AROUND KEREMANIVO.
13. JOAH SOPA	M	34	CHOKARE, MACHA, TELA BIBLE SCHOOL
14. JERIEL VILIA	M	30	KELAKELA, PIUPOTO, OTHER VILLAGES AROUND THE BUSH.
15. ANDREW NGAROA	M	48	GHOMBUA
16. MARTIN NANAU	M	52	PATMA ADEADE, GAINIVITI, GURABUSU, TATAVA, LASA, VANCOUVER.

表3 Family Registration(世帯管理台帳)

Village ()		House Hold Number ()								
No.	Name	Sex	Relation	Birth of Date	1994	Remarks	1995	Remarks	1996	Remarks
			Head of House		○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()
					○○○○○ ○○○○○		○○○○○ ○○○○○	Age()	○○○○○ ○○○○○	Age()