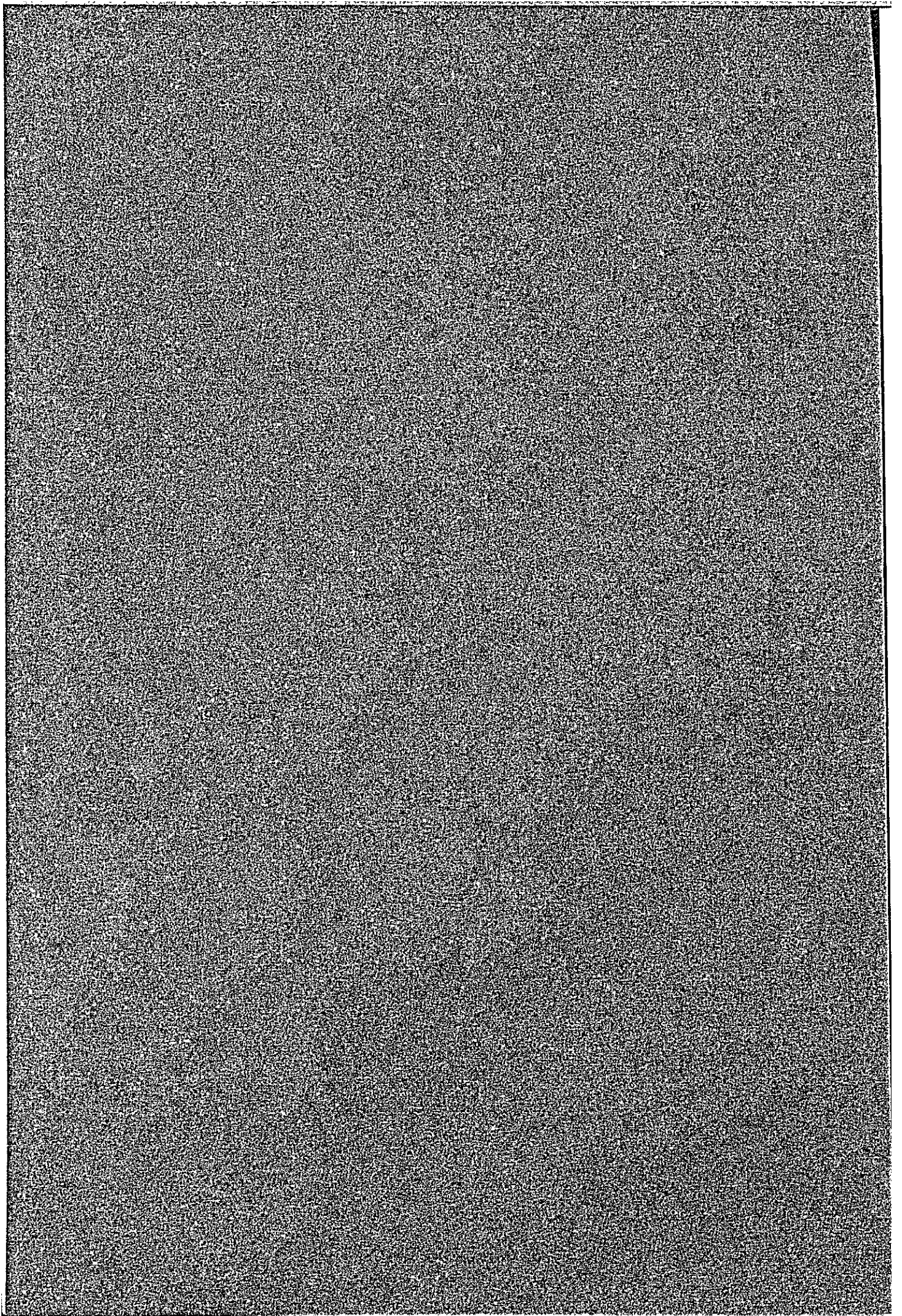


6. 山田紀男専門家

(指導科目) 結核対策

(派遣期間) 95/01/18～95/01/30



平成7年2月10日

業務報告書

国際協力事業団

総裁 殿

氏名 山田紀男

プロジェクト名 フィリピン国公衆衛生プロジェクト

技術科目 結核対策

期間 平成7年1月18日から同年1月30日

所属機関 財団法人 結核予防会 結核研究所 国際協力部
東京都清瀬市松山3丁目1番24号

1. はじめに

平成7年1月18日から同年1月30日までフィリピン国公衆衛生プロジェクトの短期専門家として活動しましたので報告します。

2. 目的

フィリピン国公衆衛生プロジェクトの結核対策にかかわる技術指導として以下の活動を行う。

- 1) 新指針案試行地域の視察
- 2) 結核対策の拡大に関するワークショップでの講義
- 3) 新指針の討議

3. 新指針試行地域視察

平成6年6月より、マンダウエイ市とデラゲテ第一RHUの地域で、新指針の原案に基づく結核対策が試行されている。当初は、記録報告・検痰方針が変わったことにより困難があったようであるが、JICA-DOHチームの強力なon-the-spotの監督指導により、適切な監督指導下ではWHO方式に基づく新指針の患者発見及び患者管理の重要な部分（毎日監督下治療は別として）は施行が可能であることが示されている。末端要員の動機付けはかなり高い。

通常の末端及び中間レベルの監督指導システム、ロジスティクス及び記録報告に基づくモニタリングは、現時点では試行内容に含まれていない。

通常の結核対策のワークロードは、特に問題は無いようであった。但し、住民と保健従事者の意識向上を目的に行われた結核キャンペーン週間では、喀痰検体が急増し検査室への大きな負担となっていた。

医師達も、プロジェクトの物質的及び技術的なインプットで意識の向上が感じられた。しかし、マンダウエイ市では塗抹陰性患者の割合が増加し、その多くに本来新患者の塗抹陽性例もしくは重症例の塗抹陰性例に投与されるべきと考えられる処方薬が投与されていた。

4. 新指針拡大に関する講義と討議に関して

このワークショップは上記での半年間の活動を、実施者が成果報告しそれを新指針の作成にフィードバックすることを目的に行われた。参加者は別添1の通りで、中央レベル（結核対策課スタッフ）から末端レベル（BHSの助産婦）までが参加した。

須知チーフアドバイザーとの討議、結核対策成功例国の経験及び今回の試行地域視察の所見から、今後新指針を地域拡大して行く過程で末端レベルでの活動を支援するシステムの構築がもっとも重要であると考えられた。この点を結核対策が成功した例と考えられ現在のWHO結核指針の元になっているタンザニアのシステムを例にとり講義した。

ワークショップの討議では、新指針試行拡大に際し郡保健婦監督官が、コーディネーターの役割を持つことが明確にされたのは大きな進歩であった。

5. 新指針に関する討議

現在作成中のガイドラインの位置付けが、マニュアル的なものになっているようである。しかし、内容が多岐にわたり量も多いため末端要員の日常業務には向かない。またモジュール形式をとっていて技術的な事柄に付いてはかなり詳しい記載がある一方、基本的なNTPポリシーや関係要員とその業務分担などがまとめて記載されている章が無い。

この部分は、実際今回のワークショップでコーディネーターの仕事を郡保健婦監督に任せることが決まったところであるので、今まで作れなかったのは当然であるが、一般的に中央レベルでこの部分の重要性の認識が低い印象を持った。

個々の内容に付いては、フィリピンの過去の経験や状況を踏まえ様々な改訂の工夫が見られるが、国家結核対策指針の性質上一般的な状況を想定したシンプルなものにすることが推奨

される。

処方に関しては、塗抹陰性例がレントゲン上の進展度によりきめられている。この方針の適切性に付いて討議したが、チョクソン課長の意見は現在塗抹陰性例の4ヶ月療法のフィールドスタディーが行われているため、その結果をみてきめたいということであった。

6. まとめ

今回の試行結果からみて、WHO方式に準じた結核対策の実行は適切な支援体制があればRHUとBHSのレベルで可能である。ただし、これがパイロットでなく地域的に拡大して行くためには、通常業務としての監督システム・定期報告システム・供給システムの支援体制が必須である。

今回のワークショップでは、監督システムとして郡監督保健婦がコーディネーターとして本年4月ころに予定されている次回の拡大で活動することになった。監督に関しては、今回の試行地域からon-the-spotの活動評価と訓練が有益な支援であったことが指摘された。このような支援を、現地のスタッフが一般業務として行う体制作りが重要である。

報告システムに関しては、多くの国の経験からみて原則としてWHOのモジュールにあるものを試行して行くべきである。

ロジスティクスに関しては、結核登録台帳が存在するRHUの人口規模が小さいため、必要量の見積・在庫の量に関しては、現在須知チーフアドバイザーがシュミレーションしているように、WHO通りの方法では不安定になると考えられる。

多くの新患者はPHCシステムの外来で治療できるが、副作用や再治療で監視下投薬が必要な場合は入院施設が必要となる。この件に付いては、病院を結核対策に組み込む作業が始まったのは評価される。

以上のような基本的なシステムに加え、当国では医師が保健所レベルに配置されているため、セブ胸部疾患診療所などが定期的に症例検討会などを行うことは有益であると思われる。

7. おわりに

須知チーフアドバイザー、寺崎調整員のお二人には大変お世話になりました。

ここに感謝します。

業務日誌

- 1月18日(水)午後7時 フィリピン航空433便でセブ着
ミッドタウンホテルにチェックイン(1月29日まで同ホテル泊)
- 1月19日(木)午前8時 DOH-IRFO7 Dr. Jose R. Rodrigues 表敬
午前9時 Cebu IPHO Dr. Jesus Fernades 表敬
その後、デラゲテ第一RHU視察
- 1月20日(金)午前8時30分 マンダウェイ市保健部に移動、視察。
午後 地域内のBHSを視察。マンダウェイ市保健部に戻り、
責任者のDr. Oscar Quirante,
Nurse coordinatorのMs. Eden Baringと討議
- 1月21日(土) 午前 DOH-IRFO7で須知チーフアドバイザーとワークショップ打ち合わせ
- 1月22日(日) ホテルにて新指針のレビュー
- 1月23日(月) 午前8時より須知チーフアドバイザーとワークショップの打ち合わせ準備
- 1月24日(火) から1月26日(木)
国家結核対策拡大及び新指針作成のためのワークショップ参加
(スケジュールは別添)
- 1月27日(金) DOH-IRFO 7にて結核対策課のDr. Teoxon, Dr. Lofranco, Dr.
Nora Cruz, JICAプロジェクトの須知チーフアドバイザー、Ms. Daclanの新指針討議に参加
- 1月28日(土) 資料整理
- 1月29日(日) 午後 寺崎調整員とともにフィリピン航空856にてマニラに移動。
マニラダイヤモンドホテル泊
- 1月30日(月) 午前8時30分 JICA担当岩崎氏に今回の活動を報告
午前10時 DOH 結核対策課訪問
午後 フィリピン航空432にて帰国

Workshop for the Finalization and Expansion of NTP Guidelines

Schedule of Activities
January 24-26, 1995

| Day | AM 8:30 - 12:00 (15' Tea Break) | PM 1:00 - 5:00 (15' Tea Break) |
|-----|--|--|
| 1 | 9:00 - 10:00 Registration 10:00 - 10:30 Opening Ceremony 10:30 - 12:00 Lecture discussion on "NTP Expansion" by Dr. Norio Yamada | 1:00 - 5:00 Presentation from field testing areas - Introduction of revised guidelines by TBCS - Mandaue City - Dalaguete RHU I |
| 2 | 8:30 - 12:00 Finalization of the New Guideline | 1:00 - 5:00 Finalization of the New Guideline |
| 3 | 8:30 - 9:30 Finalization of the New Guideline 9:45 - 12:00 Planning on the Expansion of the New Guideline | 1:00 - 3:00 Planning on the Expansion of the New Guideline 3:15 - 4:00 Closing Ceremony |

/cbd011895

<Background Information on Tanzania>

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| Population: | 25.9 millions |
| Growth rate of population: | 3.0 % |
| GNP per capita: | 110 US dollars |
| ODA/GNP: | 33.8% |
| Health expenditure per capita: | 4 US dollars |
| IMR: | 111 / 1 000 live births |
| Leading Cause of Death: | |
| | 1. Malaria |
| | 2. Diarrhea |
| | 3. ARI |
| Population per Medical doctor: | 24 973 |
| Population per Nurse: | 5 485 |
| Population per Bed: | 938 |

<Basic Policy of NTP in Tanzania>

NTP is implemented in general health facilities.

(Original Policy in 1987)

NTP was installed into the whole of the county.

1. Case finding method

Passive case finding until the entire country is adequately covered by an effective curative service.

Increasing the awareness of the community and all types of staff involved in the NTP of the importance of respiratory symptoms

2. Treatment

Domiciliary treatment

Standard Chemotherapy (2SHT/10HT)

(Modification)

Because of poor treatment outcome,

In 1980

1. Standard chemotherapy under hospitalization during intensive phase

Since 1982

2. Step wise introduction of SCC (2HRZS/6HT) mainly for smear positive cases

Daily supervision (OPD or Hospitalization) during intensive phase

<Beginning of NTP in 1977>

1. Request of Tanzanian government to IUATLD for technical assistance and coordination of external supports

2. Preparation

National Panel, Workshop, Committee:

Discussion between Government Officials, university teachers, chiefs of various tuberculosis schemes underway at the time and consultants

Incooperation of the field experience into the programme

Practical manuals

3. Initial training

DTLC (1 month)

Microscopists

Senior health workers

System supporting NTLP activities in Tanzania

1. Establishment of commitment of key persons in various sectors to generalize NTP

National Panel and National Workshop was held, which various type of resources concerned in NTP attended.

2. National guideline (policy and manual)

Draft made through the discussion in National panel and workshop, .

Revisions were done with the facts derived from field operation

e.g.) regimen (standard -> SCC)
organization of coordinators
policy on hospitalization
recording and reporting forms

System supporting NTLP activities in Tanzania

3. Establishment of organization for NTP with full time NTP coordinators in general health services

MOH:

TLCU (full time)

Director,
Training /Statistics /Research /Supply
/epidemiology

Central reference laboratories

21 Region Health Offices:

RTLC (full time)

(medical officer) under RMO

Regional Hospitals: TB beds, Microscopic centre, (culture)
(population: 0.5 -1.5 millions)

104 District Health Offices:

DTLC (full time)

(medical assistant) under DMO

District Hospitals: TB beds, Microscopic centre
(average population: 220 000)

360 Divisions

Health Centres:

Multipurpose Health workers

<Problems faced>

Some region had no regional coordinator: poor activity

Turn over of DTLCs was frequent in early days: burden of training

System supporting NTLP activities in Tanzania

4. Supervisory Visit

| | |
|------------------------|-----------|
| TLCU ---> RTLC: | 1 / year |
| RTLC ---> DTLC: | 4 / year |
| DTLC ---> Health unit: | 1 / month |

<Problems faced>

Frequent turn over of DTLCs

Absent of RTLC in some regions

Poor scheduling of the supervision

Lack of a clear plan

Lack of managerial/communication skills

---->

Special meeting to improve communication skills for RTLC

On-the- spot training of DTLC concerning supervision

Development of checklist

5. Meeting for evaluation and discussion

National:

RTLC meeting (with supply): 2 / year

Regional:

Informal DTLC meeting (with supply): 4 / years

System supporting NTLP activities in Tanzania

6. Training (Initial and Refreshing)

Initial training course (4 weeks):
newly recruited DTLC

District seminars

Initial training for health workers in hospitals and health centres

Refresher course especially for the districts with poor performance

Microscopic examination courses

Zonal meeting for RTLC/DTLC

New developments in NTP and problems occurring in the regions are discussed.

On the spot training

7. Quality control system with Reference laboratory

There are 3 reference laboratories and one central laboratory.

Training

Quality control of smear examination

System supporting NTLP activities in Tanzania

8. Logistic Support

<Problems faced>

Poor logistics support due to
delayed management in TLCU
uneven distribution due to basis of quantities ordered
inadequate transport

-->

Appropriate order form
Appointment of supply officer in TLCU responsible for
logistics support
Secure opportunity of supply (the regular meetings)
Secure transport for DTLC and RTLC
Set buffer stock

9. Transport for supply and supervision

(TLCU, RTLC, DTLC)

Vehicle and spare parts: donors

Fuel: government

10. External support

Coordination of all external assistance by IUATLD

Technical support: 2 / year supervisory visit from
IUATLD

Expansion of NTP as one of integrated health services

Key operation during expansion:

1. Establish the system to sustain and improve case-finding and case- holding activities
 2. Generalization of NTP as one of ordinary programmes
 2. Improvement of policy and guidelines through feedback from the fields
-

1. Appointment of coordinators practically in charge of local management for NTP in level of health service with suitable size (*) of population

* number of health facilities to be supervised, number of patients

2. Establishment of cooperation of decision makers in general health service for mobilization and coordination of available recourse persons and facilities.

3. Establishment of relevant monitoring of actual situation of activities:

Clarify the achievement done and problems faced

Recording and reporting

Supervisory visit

Meeting and workshop

4. Assistance for implementers

Supervisory visits

Meeting workshop

5. Evaluation and discussion based on actual situation going on

Facilitate self evaluation in each units

6. Feedback of evaluation to planning

Distribution of achievement done and problems faced in implementing areas

Modification of guidelines

Improvement of initial training and refresher course

7. Referral (consultation) system

Management

Microscopic examination:

quality control system with reference laboratory

Clinical management:

consultation and referral system of cases

8. Development of secure supply system

Supply:

Responsible person, Channel, Frequency, Occasion

Inventory and requirement method

Buffer stock:

Amount, Level

9. Secure transport for supervisory visit and supply

Transport (vehicle, motor bicycle)

Expenditure for fuel

Maintenance and repair (spare parts)

9

JICA

11