フィリピン国
結核対策プロジェクト
事前調査団報告書

平成9年7月

国際協力事業団
医療協力部

フィリピン国
結核対策プロジェクト
事前調査団報告書

平成9年7月

国際協力事業団
医療協力部

序　　文

フィリピン共和国においては依然として感染症による死亡が国民の死因の上位にあがっています。特に結核の罹患率は世界でも有数の高さであり、アジア地域では最も高い蔓延状況となっています。こうした状況のもと、結核対策の強化を柱とした公衆衛生プロジェクトが、セブ州をモデル地域として、1992年9月1日から開始されました。同プロジェクトは1997年8月31日をもって5カ年の協力期間を終了しますが、この間に結核対策の効果的な活動手法を確立し、所期の成果をあげることができました。

この成果を踏まえて、フィリピン共和国政府から全国を対象とした結核対策プロジェクトの要請が提出されました。このため、国際協力事業団は、要請内容の確認と、プロジェクト実施の有効性および活動の方向について検討するため、1997年5月29日から6月7日の日程で事前調査団を派遣しました。本報告書はその調査結果を取りまとめたものです。

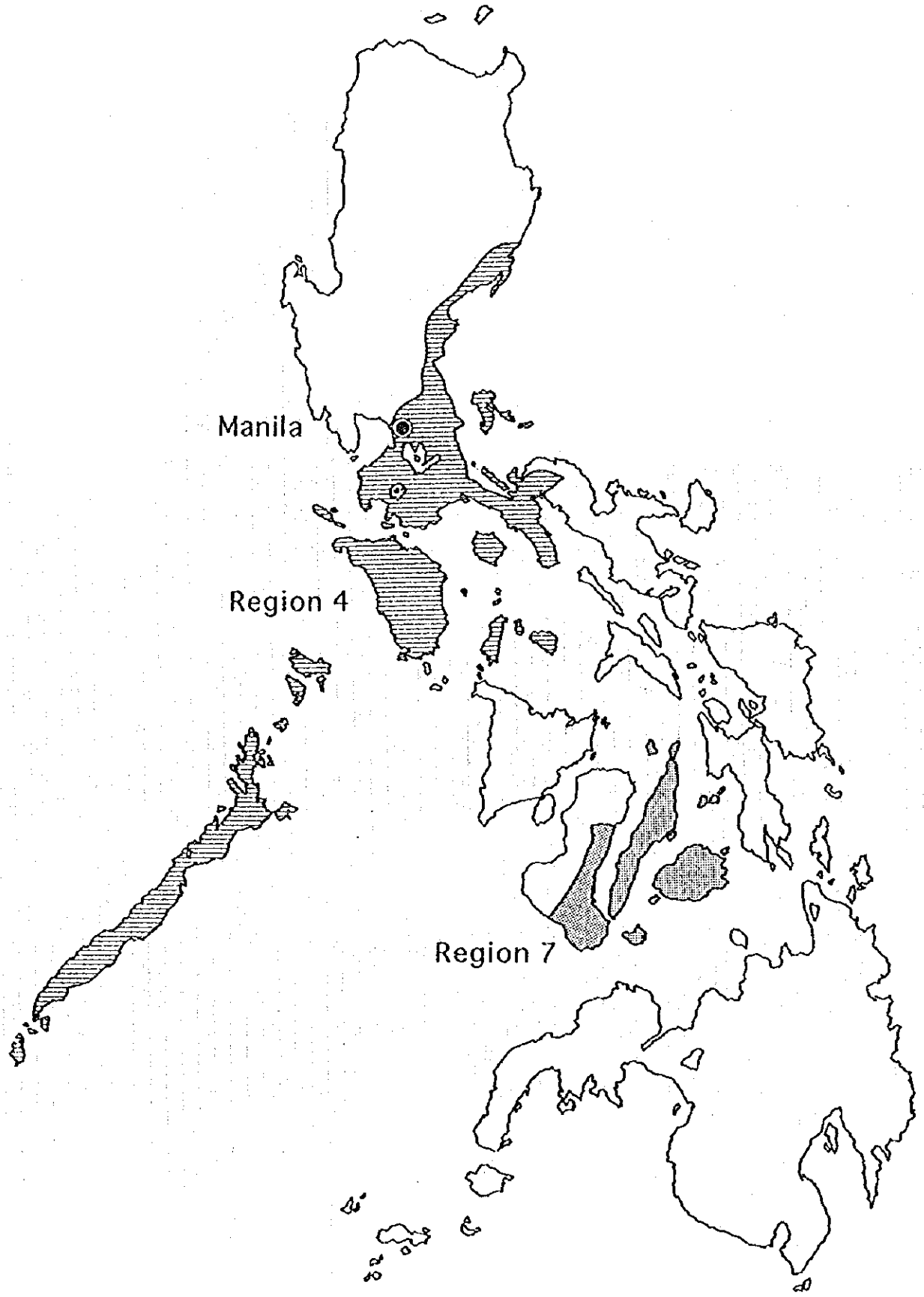
ここに、本調査にあたりご協力をいただいた関係各位に対し深い感謝の意を表します。

平成9年7月

国際協力事業団
理事　小　澤　大　二

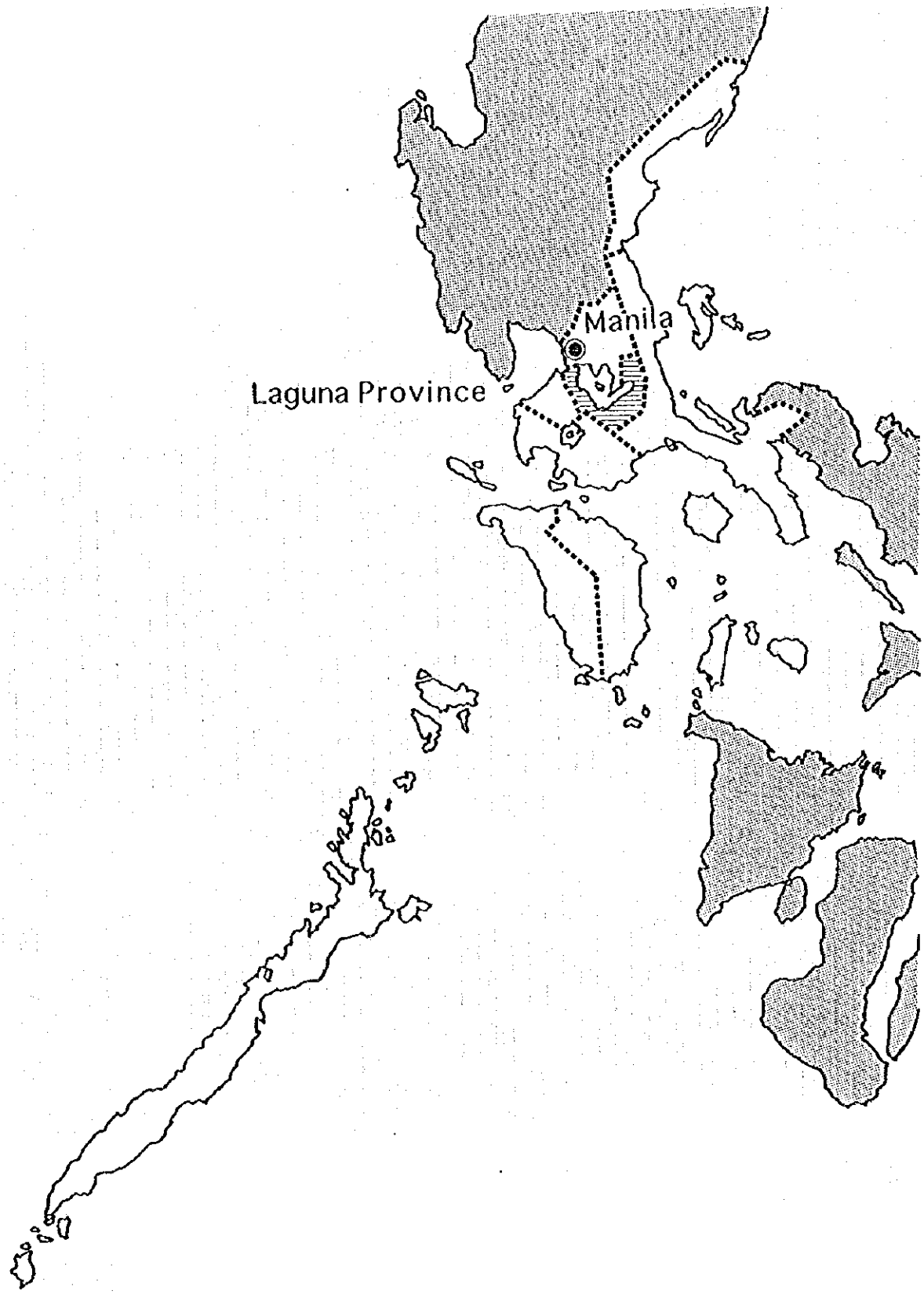
フィリピン全国

REPUBLIC OF THE PHILIPPINES



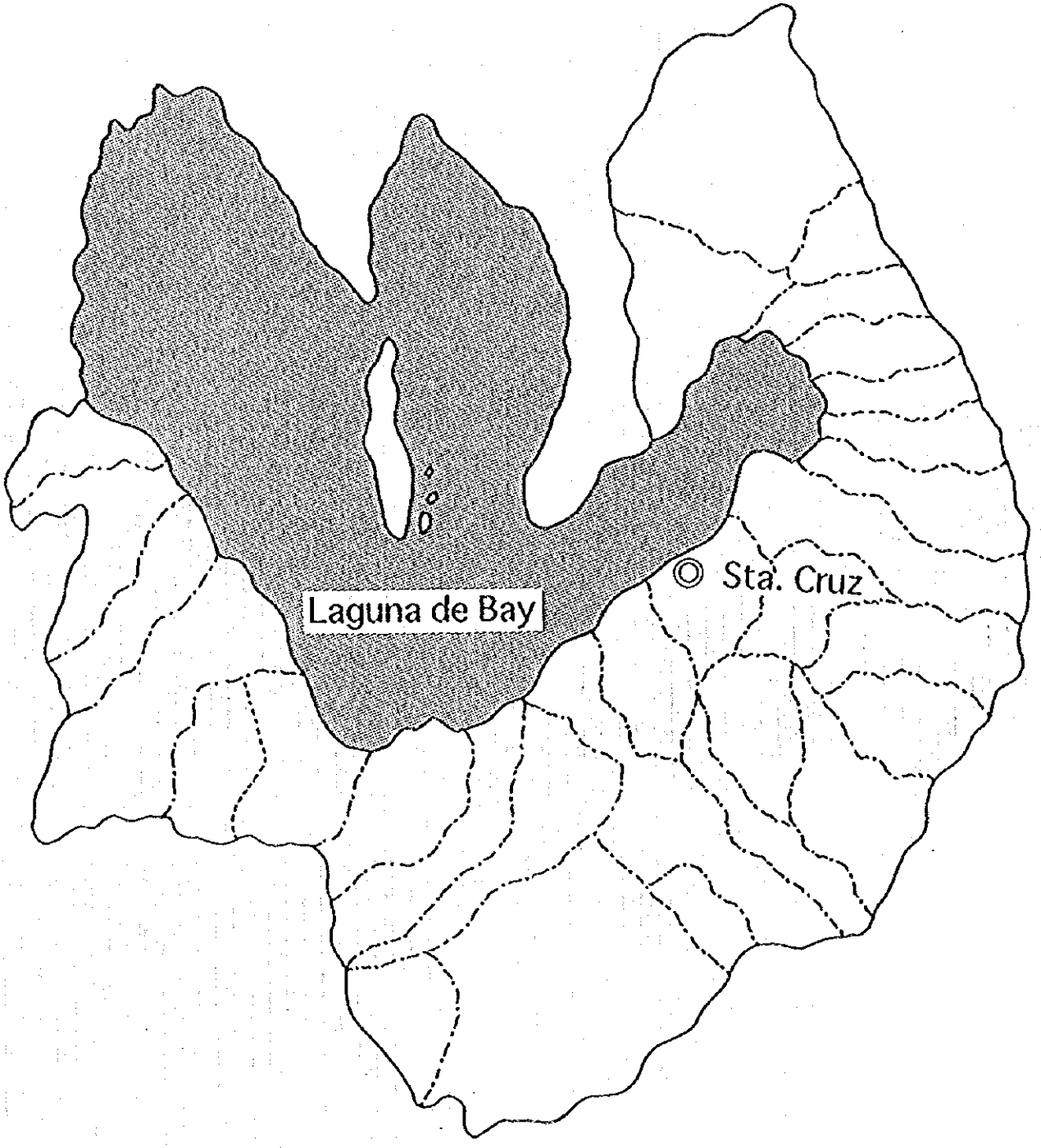
リージョン4

REGION 4



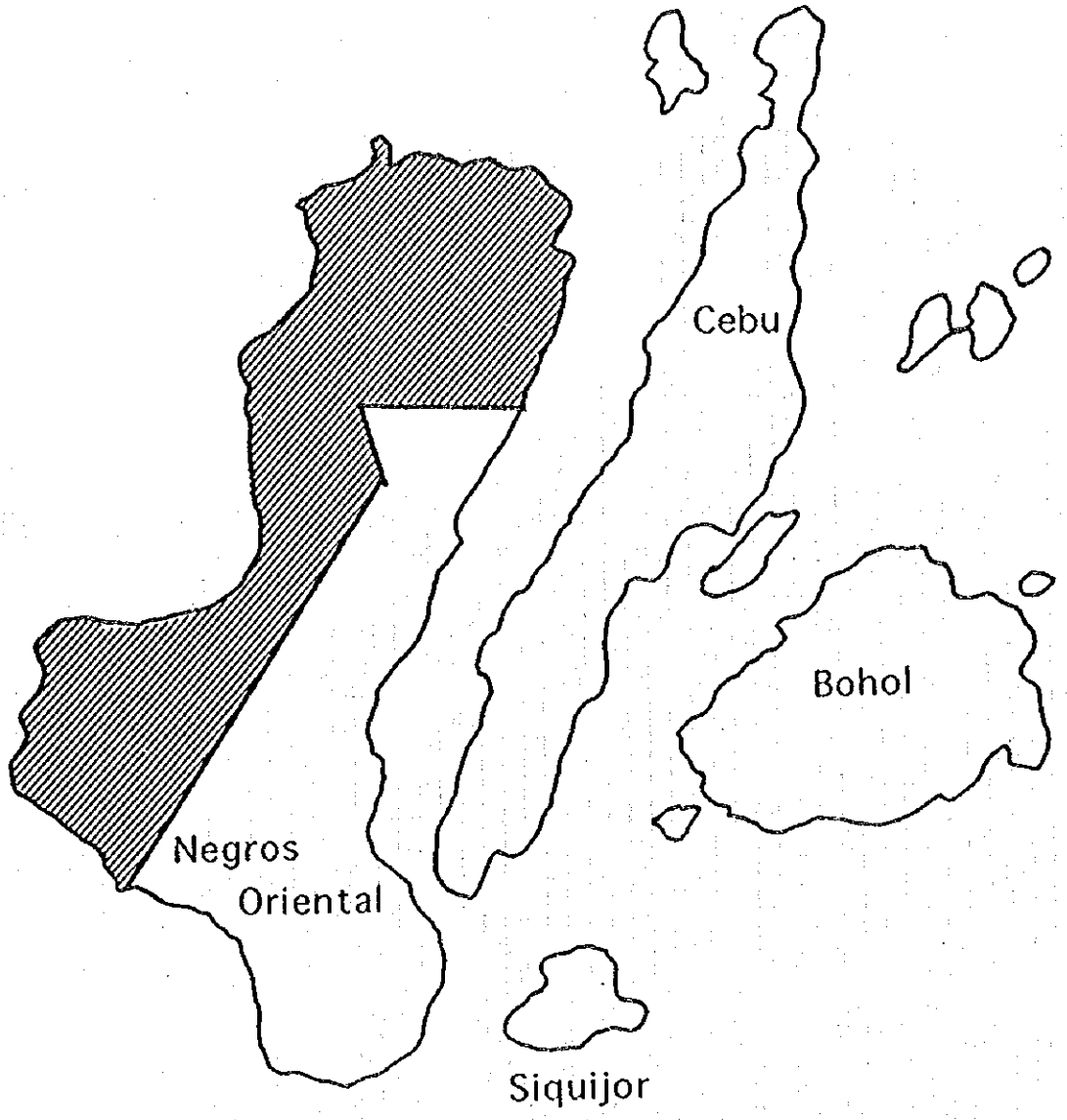
ラグナ州

LAGUNA PROVINCE



リージョン7

REGION 7



略語表

BHS	Barangay Health Station	バランガイヘルスステーション（保健所支所）
BRL	Bureau of Research and Laboratory, Department of Health	保健省研究・検査局
DOH	Department of Health	保健省
DOTS	Directory Observed Treatment, Short Course	直接監視下短期化学療法
FHSIS	Field Health Service & Information System	地域保健統計情報システム
RFO-4	Regional Field Office No. IV, DOH	保健省リージョン4保健局
RFO-7	Regional Field Office No. VII, DOH	同　リージョン7保健局
RHU	Rural Health Unit	（地方）保健所
RITM	Research Institute of Tropical Medicine	熱帯病研究所
RL	Reference Laboratory, Cebu Chest Center	セブ胸部疾患センターリファレンスラボラトリー
NEDA	National Economic and Development Authorities	全国経済開発局
NRL	National Reference Laboratory	国立リファレンスラボラトリー
NTP	National Tuberculosis Program	国家結核対策計画
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルスケア
PTS	Philippines Tuberculosis Society	フィリピン結核協会
SACCL	STD/AIDS Central Cooperative Laboratory	エイズ中央ラボラトリー
TBCS	Tuberculosis Control Service, DOH	保健省結核対策課
TC	Tuberculosis Coordinator	結核調整医官
WHO/WPRO	Regional Office for Western Pacific, World Health Organization	世界保健機関西太平洋地域事務局

目　　次

序　文
地　図
略語表

1．事前調査団の派遣 …… 1
　1－1　調査団派遣の経緯と目的 …… 1
　1－2　調査団の構成 …… 1
　1－3　調査日程 …… 2
　1－4　主要面談者 …… 3

2．総　括 …… 5

3．要請の背景 …… 7
　3－1　要請の経緯 …… 7
　3－2　公衆衛生プロジェクトの成果 …… 8

4．要請の内容 …… 10
　4－1　要請書概要 …… 10
　4－2　調査での確認事項 …… 13

5．協力分野の現状 …… 16
　5－1　保健医療政策のなかでの結核対策の位置づけ …… 16
　5－2　結核対策の現状 …… 21

6．フィリピンのプロジェクト実施体制 …… 24
　6－1　プロジェクトの組織およびその役割 …… 24
　6－2　プロジェクトの予算措置 …… 26
　6－3　カウンターパートの配置計画 …… 26

7．プロジェクトの実施計画 …… 27
7－1　協力の方針 …… 27
7－2　協力の範囲および内容 …… 27
7－3　専門家派遣 …… 28
7－4　研修員受入れ …… 28
7－5　機材供与 …… 28
7－6　ローカルコスト負担事業 …… 29
7－7　施設等の整備 …… 30

8．相手国との協議結果 …… 31

9．WHOとの協議結果 …… 32

10．技術協力の妥当性 …… 33

11．協力実施にあたっての留意事項等 …… 34

12．提　言 …… 35

附属資料
①　ミニッツ …… 39
②　National Reference Laboratoryについての議事録 …… 45
③　フィリピン保健行政（結核対策）組織図 …… 48
④　フィリピン保健省（Department of Health）機構図 …… 49
⑤　新聞記事 …… 50

1．事前調査団の派遣

1－1　調査団派遣の経緯と目的

結核はフィリピン共和国（以下、フィリピン）における主要な健康問題のひとつであり、同国の保健省もその対策を重要視してきたものの、依然として有効な方法を確立できずにいた。また、地方自治法の施行により保健サービスが地方自治体の主管となり、組織の再編とともに新たな状況のもとで効果的な対策の手法が一層必要となった。

こうした状況のもと、1992年９月から５年にわたりフィリピン公衆衛生プロジェクトが開始された。結核対策の強化を通じて地方自治体における公衆衛生活動のモデルづくりを行うことを目的とし、対象地域には結核対策関連の成績が全国の水準に比較して低かったセブ州が選定された。同プロジェクトは1997年８月末をもって終了するが、結核対策強化の要である患者発見、治療の成績を大きく改善し、他の地域の参考となるモデルをつくりあげることができた。

フィリピン政府は、この公衆衛生プロジェクトによる成果を高く評価し、セブ州で確立された手法を全国に展開して実施することを決め、わが国に対し結核対策に目的を絞り込んだ「結核対策プロジェクト」を要請した。1997年４月に行われた公衆衛生プロジェクト終了時評価調査では、日本・フィリピン双方の関係者およびＷＨＯの結核担当官が加わった調査チームによって、結核対策プロジェクトについて前向きに検討することが望ましいとの見解が示された。このため、本事業団は事前調査団を派遣し、要請内容の確認とプロジェクト実施の有効性を検討することとした。

本件については、公衆衛生プロジェクトの活動、現地大使館、ＪＩＣＡ事務所による協議等を通じてフィリピン側との間で基本的な方向性の共通理解が形成されていることから、本調査ではこの点を再確認し、不明な点や新たに双方で合意を形成しておくべき点を整理して協議を行うこととした。また、これまでの活動がＷＨＯとの緊密な連携のもとで行われてきたことから、ＷＨＯとも意見交換を行い連携の可能性を協議することとした。

1－2　調査団の構成

	担当	氏名	所属
団長	総括	苗村　光廣	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課長
団員	結核対策	石川　信克	財結核予防会結核研究所副所長
団員	結核菌検査	樋口　一恵	財結核予防会結核研究所基礎研究部免疫学科総括主任
団員	技術協力	逢見　憲一	厚生省国際課国際協力室長補佐

1－3　調査日程

日順	月日	曜日	移動および業務
第1日	5月29日	木	13:10 マニラ着（JL741） 15:30 JICA事務所訪問、打合せ
2	5月30日	金	7:00 ラグナへ移動（TBCSチーム同行） 10:00 ラグナ着 州事務所表敬、州保健部担当者との打合せ 11:00 Sta. Cruz RTC 視察 13:00 Pila RHU視察 14:00 視察結果を州保健部担当者と協議 14:30 マニラへ移動
3	5月31日	土	10:25 セブへ移動（PR849） 11:35 セブ着
4	6月1日	日	10:00 Dumaguete へ移動（高速艇） 13:30 Dumaguete 着
5	6月2日	月	8:00 州保健部表敬 8:30 州知事表敬、RHU 視察 15:15 セブへ移動（高速艇） 17:45 セブ着
6	6月3日	火	8:00 セブ市HC視察 11:30 リージョン7保健局長表敬 16:55 マニラへ移動（PR856） 18:05 マニラ着
7	6月4日	水	9:00 WHO/WPRO訪問 14:00 RITM訪問、所長と協議
8	6月5日	木	9:00 NEDA表敬、協議 13:00 DOH との協議 14:00 DOH 担当次官表敬、協議 16:00 第4地方保健局長表敬
9	6月6日	金	9:30 大使館への報告 12:00 JICA事務所への報告 14:30 エイズ対策プロジェクト訪問
10	6月7日	土	14:30 マニラ発（JL742）

1－4　主要面談者

(1) フィリピン側関係者

1）保健省（Department of Health: DOH）

Dr. Antonio S. Lopez　　Assistant Secretary and Officer in Charge, Office for Public Health Services

①結核対策課 (Tuberculosis Control Service: TBCS)

Dr. Mariquita Mantala　　Director III

②リージョン4保健局 (Regional Field Office No. VII: RFO-4)

Dr. Ethelyn Nieto　　Regional Director

③リージョン7保健局 (Regional Field Office No. VII: RFO-7)

④研究・検査局 (Bureau of Research and Laboratories: BRL)

⑤熱帯病研究所 (Research Institute of Tropical Medicine: RITM)

Mr. Remigio Olveda　　Director

2) ラグナ州 (Laguna Province)

Provincial Administration Officer

Dr. E. Javier　　Provincial Health Officer, OIC

Dr. G. Abad　　Municipal Health Officer, Sta. Cruz RHU

Dr. B. Alagon　　Pila RHU

3) ネグロスオリエンタル州 (Negros Oriental Province)

4) セブ市保健部 (Cebu City Health Office)

5) 全国経済開発局 (National Economic and Development Authority: NEDA)

Ms. Cristina C. Santiago　　Economic Developmetn Specialist, Public Investment Staff

(2) WHO西太平洋地域事務局 (Regional Office for Western Pacific World Health Organization)

Dr. Omi　　Director, Communicable Diseases Control

Dr. Kean　　Director, Program Management

(3) 日本側関係者

1) 在フィリピン日本国大使館

福田　光　　二等書記官

2) JICAフィリピン事務所

力石　寿郎　　次長

永井　真希　　所員

3）エイズ対策プロジェクト専門家

上潟口徳次郎	業務調整員

4）公衆衛生プロジェクト専門家

遠藤　昌一	チーフアドバイザー／結核対策専門家
寺崎　義則	業務調整員
藤木　明子	短期専門家（結核菌検査）
Ms. Ma. Carolyn Daclan	Technical Assistant
Ms. Nyree Dawn Canete	Technical Assistant

2．総　括

(1) プロジェクトサイトについて

フィリピン側からの要請ではリージョン7のセブ市およびセブ州、ネグロス・オリエンタル州、リージョン4のラグナ州が候補地にあげられている。本調査団はこれらの地域の地方政府、州保健事務所、RHUを訪問し、視察と意見交換を行った。各地方政府の知事、副知事からはプロジェクトを歓迎し、協力する旨の発言があった。

(2) ナショナルリファレンスラボラトリー（NRL）について

NRLの候補としてRITM、BRL、SACCL、サンラザロ病院検査室を視察し、情報の収集および関係者と意見交換を行った。保健省との協議のなかでNRLを確立する必要性については意見が一致したが、具体的な施設に関しては結論が出ず、今後さらに検討することとした。無償資金供与による建設を考えてはどうかとの提案がJICA事務所からあった。

(3) 関係者との協議結果

WHO／WPROの尾見感染症対策部長等と協議を行い、協力関係の強化について確認した。保健省では結核対策課課長と結核対策プロジェクトの実施可能性について意見交換を行った。そして、担当次官、結核対策課課長、WPROのDr. Blancを交えてミニッツについて協議を行ったのち、担当次官と調査団長がミニッツに署名、交換した。

(4) ミニッツの概要

今回のミニッツの要点は以下の5点である。

1）プロジェクトの目的

本プロジェクトの目的は、フィリピンにおける結核問題の軽減とする。そして、その目的を実現するための方策としてNTP新指針による新対策を全国展開するための支援を行うことを活動の基本的な方針とする。

2）協力の対象

プロジェクトが直接に協力の対象とするのは、保健省結核対策課、リージョン4の1州およびリージョン7全域である。それらに対する活動を通して全国に対する新対策の展開を支援することとする。

3）カウンターパート

中央レベル、リージョン（Region）レベル、プロビンス（Province）レベルのそれぞれ

に結核コーディネーターの配置を求め、カウンターパートとする。プロジェクトの全体的な責任は保健省結核対策課がもつ。

4）WHOとの連携

密接な連携を行うため、合同調整委員会にWHO／WPROの代表の参加を求める。

5）ナショナルリファレンスラボラトリー（National Reference Laboratory：NRL）の確立

NRLを確立する必要性については確認された。ただし、具体的な施設や運営等の詳細に関しては今後さらに検討することとした。

3．要請の背景

3－1　要請の経緯

結核はフィリピンにおける主要な健康問題のひとつであり、罹患率および死亡率の高い主要疾病の５つに含まれている。全死因の８％が結核によるもので、年間感染危険率は1983年の全国調査によれば2.5%、1992年の３リージョンの調査によれば1.9%にのぼっている。過去５年間、ＮＴＰのもとで毎年約18～24万人の結核患者が報告され、治療を受けている。世界的にみてもフィリピンの患者数は多く、西太平洋地域では２位、全世界でみても４位という状況にある。罹患率と死亡率では西太平洋地域で１位である。

同国における全国を対象とした結核対策プログラム（ＮＴＰ）は1968年（昭和43年）に開始、1987年（昭和62年）に強化が行われた。喀痰塗抹検査を患者発見の主要な手段とし、保健省が抗結核薬（ＳＣＣ）を調達して末端の保健施設を通じて無料で結核患者に供給している。1987年以降、結核患者の発見数は確かに増加したが、依然として治療中断の問題を残していた。また、1992年には地方自治法の施行により、ＮＴＰを含む保健サービスの実施が各地方自治体に移管されたことから、これまで以上に多くの運営上の問題が表面化することとなった。①顕微鏡センターの減少と検査精度の低下②スーパービジョンの不規則化③薬の供給の悪化④報告の不徹底、等である。

ＷＨＯは1993年に結核が世界的な緊急課題であると宣言し、結核問題の広がりについて警鐘を鳴らした。そして、すべての政府と援助機関にＮＴＰの支援を強く勧告した。フィリピン政府はＮＴＰに多額の資金を割りあてたが、予算の90%以上が薬や他の検査用資材の購入に費やされており、プログラム運営の強化を行うには資金があまりにも不足していた。治療中断の問題からもＮＴＰ実施の強化は緊急に必要であり、同国の多剤耐性菌の増加を防ぐ重要な要因である。

フィリピン公衆衛生プロジェクトは1992年９月から５年間にわたり実施された。セブ州を対象地域として上にあげたさまざまな問題と取り組み、所期の成果をあげるに至った。その活動がフィリピン政府のみならずＷＨＯからも高い評価を得て、全国展開のモデルの役割を果たすことが期待されることとなった。

同プロジェクトは1997年８月をもって終了するが、フィリピン政府はＪＩＣＡの結核対策に関するマネージメントの技術を高く評価し、この全国展開への協力を求め、わが国に対して「結核対策プロジェクト」を要請するに至った。

3－2　公衆衛生プロジェクトの成果

(1) 活動の概要

フィリピン公衆衛生プロジェクトは1992年9月1日から1997年8月31日まで5年間にわたり実施された。リージョン7の1州であるセブ州（セブ特別市を含む）が他地域に比較して結核対策の実施指標が低い状況にあったことから保健省により対象地域に選定され、地方分権化により再編成された保健行政組織のなかで、特に患者の発見と治療方法の改善に重点を置き、結核対策の強化を図るモデルづくりをめざした。

活動は、プロジェクト方式技術協力として長期・短期専門家の派遣、機材の供与、カウンターパート研修員の受入れのほか、プロジェクト基盤整備事業によるリファレンスラボラトリーの建設を行った。また、各レベルのヘルススタッフの研修に力を注ぎ、中央政府と地方自治体との調整の役目も担うとともに、WHOの提言をもとにしたＮＴＰの新指針の策定にあたっては、保健省からの依頼を受けて新指針の試行を行い、その有効性を確認するとともに実施についてのノウハウを蓄積し、全国展開のモデルをつくりあげるなど、さまざまな面で強力に支援を行った。

具体的には以下の戦略を設定し、これに沿って活動を実施した。

① 結核有症状患者の受診促進、喀痰検査の励行、菌検査体制と患者指導の拡充
② 記録・報告、監督・評価および要員の研修等の実施体制の強化
③ 情報教育活動の強化と資機材の供給・管理システムの確立
④ サーベイランスシステムの確立
⑤ 結核菌のリファレンス検査施設機能の確立
⑥ オペレーショナルリサーチの実施
⑦ 当該分野の医療関係者等を対象にした各種セミナー、研修の計画的な実施

日本側の投入としては、5年間で、長期専門家　計3名、短期専門家　計（延べ）35名、研修員の受入れ　計13名、機材供与額　計1億300万円、プロジェクト基盤整備費（1993年度）2400万円であった。また、現地で開催した研修の受講者は合計4320名にのぼる。フィリピン側はカウンターパート29名の配置、地方保健局内のプロジェクト事務所の確保をはじめ、抗結核薬や検査用の資機材の供給等を行った。また、リファレンスラボラトリーの建設に関しては用地の確保と整備、検査技師の転属と増員、備品の配置等を多少の遅滞はあったものの当初の予定どおり実行した。

(2) 成果

同プロジェクトの特徴としては長期専門家の派遣、機材の供与等の日本側の投入を必要最小限に絞り込むことによってフィリピン側の努力を引き出そうとしたことがあげられる。こ

れは協力期間終了後の自立発展性の点からも効果があったとみられる。これらの成果については保健省、WHO等の関係者からも高い評価を受け、フィリピンの結核対策の強化に取り組む気運を高めることにつながった。

1）患者発見・治療成績の向上

1996年第4四半期の被検査者実数のうち新指針で定めた3回連続検査を終了した者は91.4%に達し、第1ＩＳＡ（マンダウエ市他6郡）の1996年第1四半期に登録された患者の6カ月の治療成績は83.4%と、WHOの掲げる目標の85%にかなり近い数値にまで達した。このように、結核の診断方式を改善し診断の効率化と質的な向上が得られ、結核と診断された患者の治療成績についても明らかな向上がみられた。

2）要員の業務実績とモラルの向上

現場の要員の大きな負担になっていた「積極的患者発見方式」と「目標達成方式」の業務遂行計画を廃止し、煩雑で非効率的であった記録・報告システムの見直しを行った。これによって、要員の業務量の適正化、モラルの向上、そして、フィリピンの業務統計の信頼性を高めることができた。

3）プライベートセクターへの働きかけ

公的機関における結核サービスの向上がプライベートセクターに知られるようになり、結核の患者が保健所に紹介されるようになった。特に、短期化療の薬剤を購入できない患者にとっては、費用のかかる民間医療機関から無料で薬が手に入る保健所に移ることで治療の継続が容易になった。

4）中央・地方政府の結核対策への関与の促進

プロジェクトは着実に成果をあげてゆくことで、中央・地方政府の積極的な関与を促した。リファレンスラボラトリーの増築と機能拡充に際し、中央政府はインフラの整備や検査技師の増員等に特段の努力を示した。セブ市もプロジェクト開始当初は無関心であったが、強化地域に指定されたのちは一転して熱心にＮＴＰ新指針の推進に加わることとなった。町や村などの地方自治体からは財政が不足しているため十分な支援は受けられなかったものの、顕微鏡検査技師の確保について支援を得ることができた。

4．要請の内容

4－1　要請書概要

(1) プロジェクト名

DOH-JICA Project Assistance to Control TB-Phase II

(2) 実施体制

①	実施機関	保健省
②	プロジェクトサイト	保健省本省、リージョン4、リージョン7
③	関連する政府機関	Local Government Units（LGU）

(3) プロジェクト協力期間

5年間（公衆衛生プロジェクトが1997年8月に終了後、1997年9月から開始の予定）

(4) ひ益者

（直接）ＮＴＰにかかわるヘルススタッフ

（最終）結核患者

(5) プロジェクトの目標

① 新ＮＴＰ実施地域の拡大を支援し、少なくとも15州をカバーする。

② 喀痰検査の質を向上させる。

③ ＮＴＰ実施の核となる人々の管理能力を向上させる。

④ ＮＴＰ記録・報告システムの制度化を支援する。

これらの目標を達成することによって、以下の２つの上位目標に到達することを目指す。

① 新塗抹陽性患者の70％以上を発見する。

② 発見した患者の85％以上を治癒させる。

(6) プロジェクトの活動

前記の目標を達成するために以下の活動を行う。

① 新ＮＴＰの政策と戦略を全国に展開するためＴＢＣＳに対し技術協力を行う。

② セブ州における活動を継続するとともにリージョン７の他の３州に拡大する。

③ リージョン４のひとつの州（ラグナ州）にナショナルデモンストレーションサイトを確

立する。

④ ＮＴＰプログラムコーディネーターと検査技師に対し新ＮＴＰの政策と戦略により研修を行う。

⑤ ＮＲＬを確立する。

これらの活動の内容と日本への要請事項は以下のとおり。

① 新ＮＴＰの政策と戦略を全国に展開するためＴＢＣＳに対し技術協力を行う。

日本人専門家を派遣し、実行計画の立案、モニタリング、評価を支援する。また、カウンターパート研修員の日本への受入れ、顕微鏡や検査機器等の機材の供与を行う。

② セブ州における活動を継続するとともにリージョン７の他の３州に拡大する。

セブの活動のモニタリングと監督、Bohol, Siquijor, Negros Orientalの３州の要員の研修を行う。

③ リージョン４のひとつの州（ラグナ州）にナショナルデモンストレーションサイトを確立する。

州、郡レベルおよびＲＨＵのスタッフの研修、モニタリングと監督、機材の供与を行う。

④ ＮＴＰプログラムコーディネーターと検査技師に対し新ＮＴＰの政策と戦略により研修を行う。

研修モジュールや他の教材の印刷、ＮＴＰスタッフに対する研修、研修機器等の供与を行う。

⑤ ＮＲＬを確立する。

機材の供与、検査スタッフの研修、短期の検査技術専門家の派遣を行う。

現在機能しているＮＲＬはない。この状況は深刻な問題であり、①地域リファレンスラボとの連携のもとで行われている末端保健施設における実験室診断の質の確保、⑥国内の薬剤耐性のレベルと傾向の調査、⑩医療技術者と臨床検査技師の養成、という３つの機能をもった中央リファレンスラボが必要である。ＪＩＣＡには機材供与、ラボの建設、人材養成を要望する。保健省はラボのスペースを確保する予定である。

(7) 活動地域選択の理由

公衆衛生プロジェクトではすでにセブ州およびセブ市全域をカバーしたため、今後はリージョン７の他の３州に拡大する必要がある。リージョン７の全人口は505万8793名、結核は死因第４位、罹患率では第８位である。

リージョン４は人口960万5589名で最も人口の多い地域であり、11州と８市が含まれる。結核は死因第４位である。この地域は今まで結核対策の遅れている地域である。1995年、目標とされた喀痰検査陽性発見率は24%に過ぎず、対人口喀痰塗抹陽性者率は2.3%のみであ

る。約３万名の患者が治療を開始したが、治療完了まで至ったものは43%に過ぎない（目標は85%）。Regional Directorは結核対策の実施を地域の優先的プログラムのひとつとして選択している。

ラグナ州はＬＧＵおよび州衛生局が協力的でありマニラからの交通の便が良く、Regional Health Officeおよび保健省結核対策課のモニタリングがしやすいモデルエリアとして選択された。また、リージョン４およびその他のリージョンからの合計10州のヘルススタッフのトレーニングの場として活用するにあたり、他の地域からの参加者にとって交通の便がよく、さらに、安全面、環境面の問題がない。ラグナの人口は143万9721名、1995年現在、受検者中の陽性率は14.4%、対人口喀痰塗抹陽性者率は2.5%という状態である。3300名の結核患者が治療を開始しているが、その８分の１が塗抹陽性である。

(8) 施設、機材

① ＢＲＬに狭い検査室と培養および感受性検査に必要な最小限の機材があるが、今後、役割が増大することを考慮すると、機材のアップグレード、スペースの拡大、スタッフの教育が必要となる。

② 本件で要請しているプロジェクトサイトにある顕微鏡のうち、多くのものが十分に機能しない状態となっている。約100台の顕微鏡が必要である。

③ 研修を行うため、デモンストレーションエリアと中央にそれぞれ１室が必要。

(9) 日本からの投入

① 専門家派遣

長期４名（医師２名、結核菌検査１名、調整員１名）

短期（結核対策２人月／年、疫学１人月／年、結核菌検査１人月／年、放射線技師１人月／年）

② 研修員受入

３名／年（Basic NTP, Advanced, Lab.）、技術交換３名／１回

③ 機材供与

車両、顕微鏡100台、リファレンスラボおよび機材、事務機器、教育用機材

④ 予算（５年間）

日本側　　計	２億9156万円≒	61,380,000ペソ
〈内訳〉		
中央リファレンスラボ建設および機材	4845万円≒	10,200,000ペソ
供与機材	１億8525万円≒	39,000,000ペソ

現地でのトレーニング	1976万円	≒	4,160,000ペソ
ランニングコストおよび人件費	2138万円	≒	4,500,000ペソ

(10)フィリピン側の措置

1）人員配置

a）国レベル

ＴＢＣＳから、プロジェクトマネージメントのための２名の技術スタッフを配置する。また、中央リファレンスラボに技術スタッフを配置する。

b）リージョンレベル

Medical NTP Coordinator １名、Nurse Coordinator １名を配置する。

c）プロビンスレベル

Provincial NTP Coordinator １名を配置する。

2）施設等

保健省は中央にプロジェクト事務所を１室確保する。また、プロジェクトサイトで使用する抗結核薬、喀痰容器、その他の検査資材は保健省が負担する。

3）予算（５年間）

フィリピン側	１億6706万円	≒	35,170,000ペソ
〈内訳〉			
うち、中央リファレンスラボ建設および機材	48万円	≒	100,000ペソ
機材	100万円	≒	210,000ペソ
現地でのトレーニング	190万円	≒	400,000ペソ
ロジスティックス	１億5675万円	≒	33,000,000ペソ
ランニングコストおよび人件費	252万円	≒	530,000ペソ

４－２　調査での確認事項

４－２－１　ナショナルリファレンスラボラトリー候補地の選定

(1) 調査の経緯

結核菌検査技術の向上は結核対策の強化における大きな柱であり、本プロジェクトにおいても重点項目のひとつに数えられている。なかでもリファレンスラボラトリーは末端に各検査施設の精度管理の統括と検査従事者への研修という中心的な役割を担うため、組織および施設の充実と機能の強化が特に重要である。このため、公衆衛生プロジェクトにおいては、プロジェクト基盤整備事業、機材供与、カウンターパート研修員の日本への派遣、検査技術の短期専門家の投入を実施して、リージョン７をカバーするリファレンスラボラトリーを確

立した。

本プロジェクトではナショナルリファレンスラボラトリーの確立がプロジェクト活動のひとつにあげられており、その設置場所として①ＢＲＬ②ＲＩＴＭ③エイズ対策プロジェクトでプロジェクト基盤整備を行っているサンラザロ病院内の旧米海軍医科学研究所（ＮＡＭＵＲＵ）④保健省が準備している土地⑤ＰＴＳが候補となっている。しかし、どの施設も期待される業務を行うためには改築あるいは新規の建設が必要となることが事前の情報収集の段階で判明し、改修・建設の予算についていくつかの案（表１）が出された。

なお、公衆衛生プロジェクトにおけるリファレンスラボラトリーのプロジェクト基盤整備費は2400万円（1993年度完成）であったが、近年の物価の高騰と、今回の候補である地域が首都圏であることから、同じ規模の工事を行ったとしてもセブでの経費と比較して大幅に上回ることが予想される。しかし、ラボラトリーの機能および位置づけによって必要とされる改修や建築の規模は大きく異なるため、早い段階で詳細な検討を要するものである。

表１　ＮＲＬ改修・建設の予算について

案	予算規模	その他の条件（完成時期等）
①プロジェクト基盤整備費	1000万円～3000万円の間 （1700万円程度か）	・1998年度の予算が確保できれば完成は同年度中。（プロジェクト開始後早期に計画書の提出を要する。） ・実施できる案件数が限られており、確保は困難とみられる。
②無償資金協力による建設	２億円以上	・完成までに日時を要する。 （約３～４年間）
③　一般機材供与として資材費のみ供与	——	・工事費は拠出できない。
④草の根無償による建設	1000万円まで	・必要金額に不足する。

(2) 調査結果

今回の調査では保健省の意向を確認し、前項にあげた５つの施設のうち、①ＢＲＬ②ＲＩＴＭ③サンラザロ病院内の旧米海軍医科学研究所（ＮＡＭＵＲＵ）④保健省が準備している土地を視察した。そして、それぞれに対して選択した場合の利点・欠点を調査した（表２）。また、リファレンスラボラトリーの機能、人員配置、今後の取るべき行動について協議を行った。（附属資料：③）

表2　各施設の調査結果

	利　点	欠　点
①ＢＲＬ	・検査の質の確保はＢＲＬの本来の業務である。 ・ＴＢＣＳと組織上近く業務上も関連がある。 ・スタッフを何人かＲＬに振り向けることが可能。	・必要な業務を行うためには検査室が狭すぎる。 ・実習を行う場所がない。
②ＲＩＴＭ	・実習用に使用可能な検査室と機材がある。 ・スタッフを何人かＲＬに振り向けることが可能。 ・すでにラグナ州の菌検査業務に協力しており、顕微鏡検査の精度管理に多少の経験がある。	・検査室をＲＬ用に使用するにはＲＩＴＭの上層部に話を通す必要がある。 ・ＲＩＴＭの所長はＲＬの業務はＢＲＬの職務でありＲＩＴＭにふさわしくないとの意見をもっている。 ・ＴＢＣＳから離れている。
③サンラザロ病院	・講義室以外は十分な場所がある。	・来年でないと使用できない。 ・サンラザロ病院からはスタッフを出すことはできない。 ・かなりの改修が必要。
④ＰＴＳ	・十分な場所がある。 ・ＴＢＣＳの所管の団体であり、関係が深い。	・民間であるため直接に協力を行うことはできない。
⑤保健省が準備している土地	・検査のみならずＮＴＰにかかわる機能のすべてを集約した設備を構築することが可能である。 ・ＴＢＣＳの直轄となる。	・無償の案件として採択されるかどうか不明である。 ・建設に時間がかかり、プロジェクト終了ごろにならないと完了しない。

5．協力分野の現状

5－1　保健医療政策のなかでの結核対策の位置づけ

(1) フィリピンの保健・医療の概要

1）人口動態

1994年における人口は6860万人であり1993年に比べ160万人の増加、2.45％の人口増加率である。男女比は女性100に対して男性101の割合である。年齢別の構成割合は、０歳から14歳までが47.6％、15歳から64歳までが48.6％、65％以上が3.9％である。1994年における平均寿命は65.98歳で1993年の65.72歳を0.3年ほど上回る。男女別で男性は63.54歳、女性は68.55歳と女性の方が長い。

2）出生、疾病、死亡

1994年における粗出生率は人口1000当たり30.3で1993年の30.8より低い。1994年の推定生存出産数は205万5007人で１時間当たり234の出生数であり、総再生産率（ひとりの女性が出産可能年齢まで生存すると仮定した場合に産む子供の数の平均）は3.8であった。粗死亡率は人口1000当たり6.76（１時間あたり52人）であり、1993年の6.86よりやや低い。乳幼児死亡率は1000生存出産当たり53.95（あるいは１時間当たり12人の乳幼児死亡数）で1993年の55.95よりは低下している。1991年の主たる死亡原因は心疾患、肺炎、循環器疾患、結核、悪性新生物および事故である。

3）感染症の状況

1991 Philippines Health Statisticsによれば、フィリピンにおける疾病の主なものは呼吸器感染症（気管支炎、肺炎、結核）、消火器感染症（下痢症）、ウイルス感染症（インフルエンザ、水痘、麻疹）、寄生虫感染症（マラリア）である。特に結核の感染率が高く、人口10万人当たりの患者数は272人（1994年ＷＨＯレポート）と、アジア地域では第２位のカンボディア（10万人当たり148人）を大きく引き離して、最も結核患者の多い国となっており、毎年18万人の新規感染者が報告されている。フィリピンにおける最初のエイズ患者は1984年にセブ市で報告された。以後、保健省に報告されたＨＩＶ感染者数は爆発的ではないものの確実に増加し、1997年３月時点で886人に至る。1994年には５万人の潜在感染者数が推定されたが、その後、感染はゆるやかに進行し、1996年にはＷＨＯ／ＷＰＲＯも、推定感染者数を1.5万人に下方修正した。保健省エイズレジストリーの資料によると、主な感染経路は異性間性交渉であり、輸血、血液製剤、ＩＤＵ（血管内薬物使用者）、母子間感染は相対的に少ない。感染爆発の契機となりやすいＩＤＵの存在は、特にセブ市で顕著であり、この集団を原因として感染が急激に広がるリスクが存在する。

4）保健施設

1992年における全国の基幹保健所（Main Health Center）数は2385カ所（1991年は2299カ所）、バランガイヘルスステーション（Barangay Health Station）数は1万1423カ所（1991年は1万683カ所）であり、施設当たりの平均人口は2万6654および5565である。

基幹保健所には医師および保健婦、助産婦等のパラメディカルスタッフを配置、バランガイヘルスステーションには助産婦を配置しており、予防接種や結核の治療、経口避妊薬の配布、母子保健教育、乳幼児検診および栄養失調の子供に対する米の供給等の簡単な治療や保健指導が行われている。

5）病院数

1994年の時点での保健省管轄の医療施設の状況は以下のとおり。三次医療機関36病院で病床数2万948床、二次医療機関5病院で1950床、一次医療機関5病院で1045床。一方、保健省管轄以外の病院のうち認可を受けている者の数は合計1602施設で、病床数は5万9632床、うち467施設1万6620床が自治体病院で、40施設6776床が政府関連機関所属、1095施設3万6236床が民間病院である。

6）医療関係従事者

1992年における地域保健活動に従事している医療従事者数は医師6748、看護婦1万4853、助産婦1万2339、地方衛生検査官（Rural Sanitary Inspector）2442、歯科医師1614、栄養士795、検査技師1441、薬剤師531、保健教育士（Health Educator）96、衛生工学士（Sanitary Engineer）111である。1990年12月現在で国内で医療活動を行っているとみられる医師は3万8020（人口あたりでは日本の約3分の1）、看護婦は8万8306人である。医療関係者の多くが米、中東を中心に海外流出しており（特に看護婦は5分の3程度が海外流出しているともいわれている）、しかも国内で活動している医療関係者の多くがマニラを中心とする大都市圏に集中しているため、地方の医療従事者不足は深刻である。

7）医薬品政策・血液事業

フィリピンでは、医薬分業制をとっており、医師は原則として投薬をせず処方箋を交付して患者自身が薬局で薬を購入することになっている。政府はすべての国民が医薬品を安価に入手できるように「国家医薬品政策」を推進している。この政策の重要な柱は1988年9月に公布され1990年1月より全面施行されている「一般薬品名法」である。これは高価なブランド品ではなく安価な一般薬を消費者が選択できるようにするため、医師の処方箋や薬のラベルに一般薬品名の使用を義務づけたものである。

フィリピンでは、赤十字社が緊急時の輸血血液供給の責任を負っているが、通常の輸血用血液の供給は売血に依存している。1994年3月に米国国際開発庁（ＵＳＡＩＤ）が発表した調査結果によると、国内で必要と推定される約60万ユニットの輸血用血液のうち約

33%が供給されず、供給される全体量の64%が売血に依存し、ＨＩＶを含む血液感染症に対するスクリーニングも55%と低い。なお、1996年の７月までに売血を排除することを目標とした法案が1994年８月に成立し、献血をベースとした血液事業の確立が保健省血液銀行と赤十字社を中心に図られている。

8）保健省の予算および人員数

1994年の保健省予算は74億1823万ペソで前年に比べ2.14%伸びた。保健省職員数は全体で２万6242名、うち本省に2477名である。

(2) 活動対象地域の特徴について

プロジェクトの活動対象地域として候補にあがっているリージョン４、ラグナ州、セブ州（リージョン７）のデータについては表３～６のとおりである。この表によれば、統計上も結核が重要な問題であることがうかがわれるが、より多くの結核が肺炎などのなかに紛れ込んでいる可能性がある。都市部とそれ以外の地域で乳児死亡（Infant Death)、妊産婦死亡（Maternal Death）の相違がみられ、統計の漏れの問題があると思われる。心血管疾患などの割合も大きく、世界保健報告にいう感染症と非感染症の「二重の重荷（double burden)」が問題であると考えられる。統計上、また今回の調査でも施設やマンパワーの面で都市部と郡部の格差がみられた。結核対策の専門家が巡回するなどの対策が必要と考えられる。

表３　地理的概要

	Cebu(Region 7)	All Region 4	Laguna(Region 4)
Land Area (km^2)	5,088	4,692.16	1,759.73
Population	3,086,103 (1996)	9,633,786 (1995)	1,668,775 (1996)
Provinces	-	11	-
Cities	5	8	1
Municipalities	48	217	29
Barangays	1,202	5,065	675

表4　保健施設、人材

	Cebu(Region 7)	All Region 4	Laguna(Region 4)
Provincial Health Offices		11	
City Health Offices		8	
Rural Health Units		281	37(RHUs)
Barangay Health Stations	573	1,517	141
Government Hospitals		103	10
Private Hospitals	26	163	23
Family Planning Clinics		262 (機能中のもの)	20
Dental Units	57	158	21
Malaria Education Units		11	
Chest Clinics		4	
STD Clinics		27	
Doctors(Public)	287		158
Nurses(Public)	444		214
Dentists(Public)	38		30
Midwives(Public)	406		306

表5　人口学的概要

	Cebu(Region 7)	All Region 4	Laguna(Region 4)
Crude Birth Rate (per 100,000)	25.81	21.50	15.92 (39.17/San Pablo City)
Crude Death Rate (per 100,000)	4.09	3.63	2.54 (7.59/San Pablo City)
Infant Mortarity (per 1,000 live birth)	15.74	18.41	0.18 (0.71/San Pablo City)
Maternal Mortarity Rate (per 1,000 live birth)	0.78	0.50	22.62 (17.22/San Pablo City)

表6　主要な死因について

(per 100,000 populations)

	Cebu(Region 7)	All Region 4	Laguna(Region 4)
1	Cardio-Vascular Diseases (102)	CVD (64.83)	CVD (103.05)
2	Pneumonia (53)	Pneumonia/ARI (33.83)	Pulmonary TB (39.26)
3	Cancer (30)	Cancer (23.87)	Pneumonia (35.42)
4	Bleeding Peptic Ulcer (10)	Pulmonary TB (23.86)	Accidents (35.36)
5	Septicemia (9.4)	Accidents (16.06)	Cancer (34.49)
6	Vehicular Accidents (6.3)	Heart Diseases (14.20)	Heart Diseases (12.08)
7	Renal Disease (6.0)	Hypertensive Diseases (6.60)	Diabetes Mellitus (12.08)
8	Liver Disease (5.6)	Diabetes Mellitus (4.05)	Cerebro-Vascular Accident (9.10)
9	Congenital Anomalies (5.4)	Degenerative Diseases (3.89)	Chronic Obst. Lung Diseases (8.30)
10	Status Asthmatics(4.0)	Kidney Diseases (3.89)	Kidney Diseases (7.31)

本項目および表3～6出典：

DOH Annual Report 1994

Profile of Laguna Province

National Health Plan: NHP (1995-2020)

Region 7 (Central Visayas) Provincial Profile

1995 Regional Profile (Region Health Office No.4)

(3) 保健医療対策のなかでの結核対策の位置づけ

National Health Plan: NHP (1995～2020) のなかで、西暦2000年までに次の目標の達成が掲げられている。

① 塗抹陽性の結核を、1995年の3.2 (1000人当たり) から、2.2へ

② 感染のリスクを1.9% (年間) から1.5%へ

③ 結核による死亡率を26.5 (10万人当たり) から17.4へ

このＮＨＰは抽象的で具体性に欠ける記述が多く、数値目標は定められていても、それを実現するための根拠に乏しい。結核対策はＮＨＰではCommunicable Diseasesのなかに位置づけられており、特に大きく取り上げているということはなかった。

政府の結核問題に対する取り組みについては次項に記載するが、状況の改善に至る成果は得られなかったものの常に大きな問題として認識しており、これが公衆衛生プロジェクトの開始に結びついたといえる。また、保健省は同プロジェクトの活動とＮＩＰの新指針の策定にかかわる作業を通して、結核対策強化の重要性を再認識し必要なイニシアチブを発揮するに至っており、結核対策の強化に関する認識は高まっている。

その他の保健医療サービスとの関連については、地方分権法の施行により結核対策は一般保健医療サービスに統合された形で地方自治体 (市、町、村) が実施することになり、保健省結核対策課は全国的な方針を定めたうえで地方保健局を通じて、各自治体の保健事務所の業務の助言・監督を行っている。結核専従の要員は結核対策課に配置されているのみで地方保健局、州や市の保健事務所、保健所等のスタッフは皆、他の業務との兼任である。

5－2 結核対策の現状

(1) 結核の現状と従来の結核対策

すでに述べたようにフィリピンの結核の疫学状況は、死亡率、罹患率ともにアジアで高位に位置し続けている。1992年の統計でも死亡率は人口10万対35.7、罹患率は10万対209.6と高く、死亡率、罹患率ともにそれぞれ国内で上位から５位となっている。感染危険率は1.9%と推定されているが、これもアジアでは高いほうといえる。少しずつ改善されてきてはいるものの公衆衛生学上の大きな課題として当分残るであろう。

フィリピンのＮＴＰは1968年に開始、1987年に強化された。その内容は、２週間以上の呼吸器症状があれば末端の保健施設 (ＲＨＵ) で痰塗抹検査ができ、陽性なら短期化学療法、陰性なら10日間の対症療法をし、症状継続ならば再度痰検査、陰性なら胸部Ｘ線検査を行う。Ｘ線写真上に空洞が発見されれば短期化療、浸潤影なら標準化療 (リファンピシンを含まない従来の治療法) をする。これらは理論的には優れていたが実行と質のうえでギャップがあり、成果は十分あがってきたとはいえなかった。その理由として次の各点があげられる。

① 診断された患者数はかなり多く報告されていたが、キャンペーン方式やターゲット方式による患者発見活動が主であった。

② X線による過剰診断が多い。

③ 顕微鏡による痰塗抹検査の質管理が不十分で信頼できなかった。

④ 治療完了率は数字上では90%近い高値を示していたが、国際的コホート分析ではなく、実際は治癒率はずっと低いと思われた。

⑤ 抗結核薬の供給が不安定であった。

⑥ 報告や記録様式が統一されていなかった。

⑦ 交通手段や予算がないため巡回指導監督が不十分であった。

(2) 新結核対策（新方針）の内容

1992年、セブにおける公衆衛生プロジェクトが開始し、上記の問題点を解明して改善に向かい着実に歩みを進めてきた。保健省は1993年のWHOによるフィリピンの結核対策の評価をもとに国家結核対策の改訂を決め、WHOが世界的な展開を推進するDOTS戦略を取り入れ、治療管理に中心においた新指針の策定（1997年）を行った。公衆衛生プロジェクトは活動地域であるセブ州で試行をしたほか、新指針の最終版の完成に至るまでさまざまな面から支援を行った。これはプロジェクトの大きな成果といえる。現在フィリピン政府が、JICAおよびWHOの支援下で全国展開の開始をしているのがこの新対策である。

その内容は、まず結核対策の大目標を、①発見した患者の85%以上を治癒させる②塗抹陽性患者の70%以上を発見する、としてさらに、対策の諸段階における手順を、①患者発見②治療および治療管理③記録および報告④薬品等の供給⑤指導監督⑥対策評価⑦BCG接種の7項に分けている。詳細は上記指針に記載されているが、その要旨を以下に示す。

1）患者発見（患者の診断体制）

原則的に、診療機関を訪れる患者に対して痰の塗抹陽性患者を行い、菌陽性患者を優先する。末端の診療施設（看護婦助産婦による保健センター）を訪れる患者で2週間以上呼吸器症状のある人に痰塗抹検査を3回実施する。2回以上陽性の場合、塗抹陽性患者として登録する。1回のみの陽性の場合は再度検査をし、陰性なら胸部X線検査をし、3回すべて陰性の場合は医師の判断を求める。手順は細かく定めてあり、有症状患者が漏れなく扱われる。

痰塗抹検査の体制は、保健センターの規模によってできるだけ末端でできるようにするが、その精度管理（QC）システムを確立し、検査の質の維持に努める。

2）治療および治療管理

患者は、肺結核塗抹陽性患者、肺塗抹陰性患者、肺外結核に分類し、かつ治療歴上の経

緯より、新患者、再発、転入、脱落後治療復帰、治療失敗、その他に分ける。

治療方式はＤＯＴＳを中心に、治療継続、完了をめざす。特に塗抹陽性患者はＤＯＴＳを行わねばならない。治療内容は、患者の分類により３つの異なる薬の組み合わせによるカテゴリーを適用する。

治療効果のモニタリングを治療開始後２～３カ月後、４、５、７カ月後の痰塗抹検査により行う。すべての患者の最終的な治療結果は、治癒、治療完了、脱落、転出、治療失敗、治療中死亡、のいずれかに分類される。

３）記録および報告

記録・報告は、対策の経過を評価し、指導監督の情報を得るため全国統一した様式で行う。記録の様式には、有症状者登録簿、結核患者カード、患者登録台帳、菌検査台帳、検査要請伝票、患者証明個人カード、照会伝票、四半期患者発見報告書（用紙）、四半期治療評価コホート報告書（用紙）、四半期痰検査報告書（用紙）がある。

４）薬品等の供給

中央、地方、州、末端クリニック（ＲＨＵ）の各レベルを結ぶ薬品等の供給システムを確立する。在庫切れを予防するために各レベルで３カ月の予備をもっていなければならない。

５）指導監督

結核コーディネーターによる巡回指導監督は結核対策成功の鍵である。末端で患者登録台帳、菌検査台帳、治療カードのそれぞれを相互チェックすることにより、治療管理上の問題が発見できる。

６）対策評価

結核コーディネーターは、四半期ごとのコホート分析により自分の地区の治療評価をする。ことができる。また患者発見状況や、ＤＯＴＳ実施状況、２～３カ月菌陰性化率等もみる。

７）ＢＣＧ接種

ＢＣＧ接種プログラムは現在ＥＰＩ（拡大予防接種計画）下にあるが、乳幼児、小児への接種の重要性から結核対策の情報として把握しておく。

6．フィリピンのプロジェクト実施体制

フィリピンでは結核対策は一般保健サービスの組織に組み入れられており、結核対策のために特別に設けられた組織は保健省の結核対策課のみである。保健サービスは1992年に州と、その下部組織である市およびMunicipality（日本における町、村）に委譲され、中央政府は政策の決定、計画の立案、評価、技術や資材の援助等行い、住民に対するサービス提供は直接に地方自治体の役割となった。このため、プロジェクトの実施体制もこのシステムに合わせて構成することとなった。つまり、セブにおける公衆衛生プロジェクトで妥当性が確認された新しい国家結核対策の全国展開への支援という目的のもとで、中央組織に対して技術協力を行うとともに、一部の地域を対象に積極的試行を実施し、他地域への拡大モデルの開発（Demonstration and Training Area Development）を行う。

6－1　プロジェクトの組織およびその役割

(1) 中央組織とのかかわり

プロジェクトは中央組織である保健省公衆衛生局結核対策課に主事務所を置き、専門家は同課の課長をカウンターパートとして、その活動に積極的に関与して新対策方式の全国展開技術支援、強化を行う。その際、WHOとの連携や他の国際機関との調整を積極的に行う。ＪＩＣＡのチーフアドバイザーはプロジェクト実施に関して技術上、運営上の勧告や助言をする。

(2) 拡大モデルの開発

保健省は国の各16地方（リージョン）に直轄事務所をもっており、その技術職員を通じて地方自治体での対策実施の指導・援助をしている。プロジェクトは地方および州（または特別市）に対する新方式の拡大モデルを開発し、全国展開への基礎づくりをする。具体的には、公衆衛生プロジェクトで一部の州を対象としたリージョン7の全域と、首都マニラに近いリージョン4のなかのひとつの州（プロビンス）の保健担当局にそれぞれ副事務所を置き、中央組織、下部組織の技術職員（TB coordinator）をカウンターパートとして協働しながら対策管理のモデル試行を行い、研修、巡回指導等を通して対策の他地域への拡大を行う。プロジェクトは次に述べる州以下の保健システムのなかで推進される。

① 州衛生局は市町村の保健組織に技術援助・モニタリング・検査技師派遣・資材配布等を行っている。特別市は直接、住民にサービスを提供している。

② 最先端組織として市町村の診療所（City Health Center／Rural Health Unit）があり、医

師1名、保健婦1～2名、数名の助産婦が住民に対して医療活動を行っている。

③ この診療所を中心に各バランガイ（村に相当；2000～4000の住民）に1名の助産婦を配置したBarangay Health Stationがある。ここで結核診療（患者発見および治療）が行われている。

(3) プロジェクト活動に対するフィリピン側の体制

① 保健省公衆衛生担当次官が結核対策課の補佐を受け、プロジェクトの行政・運営上の責任をもつ。保健省は州、政令市および市町と協力してプロジェクト活動実施に責任をもつ。

② 保健省地方事務局長（Regional Director）が該当地域におけるプロジェクト運営について公衆衛生局長を補佐し、地方自治体に対して技術支援を行う。

③ 地方自治体は該当地域における結核診療を、国と合意した計画に基づき実施する。

④ 州衛生局長は該当地域におけるプロジェクトの運営に責任をもつ。

(4) 委員会の構成

プロジェクトを円滑に運営するためにプロジェクトは次の2つの委員会をもつ。

1）合同調整委員会（Joint Coordinating Committee: ＪＣＣ）

・機能

少なくとも年1回会合を行い、次の事項を行う。

① プロジェクトの年間計画を検討し、承認を与える

② プロジェクトの進行を管理し、年間計画の達成度を検討する

③ その他主なプロジェクトに関する事項に関して意見交換を行う

・委員の構成

① 議長： 保健省公衆衛生担当次官局長

② フィリピン側委員： 保健省結核対策課長、リージョン7と4のRegional Director、保健省国際援助調整局長、ＮＥＤＡの代表および地方自治体の代表

③ 日本側委員： チーフアドバイザーおよび調整員、その他の専門家、ＪＩＣＡフィリピン事務所長、その他ＪＩＣＡが必要と認めて派遣した者

④ WHO代表： WHOの事業との調整のために代表が委員として招かれる

⑤ その他： 日本大使館から代表がオブザーバーとして出席する

2）作業部会（Technical Working Group）

・機能

最低四半期ごとまた必要に応じ会合し、次の事項を行う。

① プロジェクト活動実施をモニターする

② ＪＣＣに四半期報告書を提出する

③ プロジェクト活動の年間計画を立てＪＣＣに提出し、承認を得る

④ その他、プロジェクト活動実施上の問題点を検討する

・構成

保健省結核対策課調整官、リージョンの結核調整官、州・政令市結核調整官、ＲＨＵおよび郡保健課の代表、ＪＩＣＡプロジェクトスタッフ

6－2 プロジェクトの予算措置

(1) フィリピン側は以下の経費について予算措置をとる。

① 結核治療薬、顕微鏡検査材料、記録用紙等の購入

② 中堅技術者の研修費の一部

③ 情報収集、巡回指導監督に要する旅費

(2) なお、日本側に以下の経費について予算措置を求める。

① 専門家の派遣

② フィリピン結核担当職員の日本およびフィリピン国内における技術研修

③ プロジェクト活動に必要な機材供与

④ フィリピンにおける中堅技術者の研修の費用の補助

6－3 カウンターパートの配置計画

(1) 中央レベル

リージョン４と７における活動に関し、結核対策課職員をコーディネーターとして配置する。

(2) リージョンレベル

リージョン４と７の事務所にコーディネーター（医師、看護婦）が配置される。

(3) プロビンスレベル

ＪＩＣＡ側は結核専門のコーディネーター（医師と看護婦）の配置を要求している。

7．プロジェクトの実施計画

7－1　協力の方針

今般要請があった結核対策プロジェクトでは中央と地方の両面から、技術指導とモデル開発を通して全国展開の支援を行うことを基本方針とする。また、同国の結核対策はWHOとの緊密な連携のもとで行われているため、WHOとの協力・調整を積極的に行う。

7－2　協力の範囲および内容

プロジェクトが直接関与する地域は基本的には3カ所、すなわち保健省結核対策課（マニラ市)、リージョン3（1州をデモンストレーション地区に選定、ラグナ州が候補にあがっている)、リージョン7（セブ州を含む全4州）である。そして、保健省結核課の責任のもとでNRLの確立を行う。

1）保健省結核対策課

特に新対策の全国展開に直接・間接に関与し、国としての政策決定・計画策定・下部組織へのモニタリング・評価・技術指導・資材購入配布等の各段階における同課の機能の、主に技術面を強化するべく支援を行う。また、他州への新指針実施拡大に関して援助も行う。プロジェクト事務所を当課に置き、主にチーフアドバイザーが本業務を担当する。

2）リージョン4内の1州

マニラから距離が近く、結核対策課のスタッフが直接に関与しやすいひとつの州（ラグナ州）にデモンストレーションエリアを構築し、全国展開のモデルをつくって他地域の要員の研修を行う場所とする。

3）リージョン7

公衆衛生プロジェクトで新対策が開始されたセブ州をモデルとして、現地側カウンターパートの主導により、セブ以外の3州に対する拡大の技術支援をする。公衆衛生プロジェクトの事務所の規模を縮小して副事務所とし、活動を継続させる。

4）NRL

結核菌検査の質の向上と維持（QC)、末端検査所のマネージメントのためのネットワークつくりのためNRLを構築する。その施設については後述する。

7－3　専門家派遣

(1) 長期

① 医師　　2名　5年間

② 検査技師　1名　2年間

③ 調整員　　1名

(2) 短期

毎年、次の短期専門家を派遣する。

① 結核対策　1名　1カ月　3回

② 疫学　　1名　1カ月　1回

③ 検査　　1名　1カ月　3回

7－4　研修員受入れ

結核対策、国家結核プログラム管理、および結核対策細菌検査に各毎年1名ずつ。

7－5　機材供与

1997年：

① 顕微鏡

100台をラグナ州、ボホール州およびネグロス・オリエンタル州の末端検査所へ

② 車両

ラグナ州、ボホール州、シキホール州およびネグロス・オリエンタル州へ巡回指導のため1台ずつ、計4台

③ コンピューター

④ コピー機

1998年：

① 顕微鏡30台

② その他の州の結核対策樹立への援助

③ ＮＲＬへの機材（3000万円）

1999年以降：

① 顕微鏡

約30台毎年

② その他の州結核対策樹立への援助

7－6　ローカルコスト負担事業

上記プロジェクト活動を効果的かつ円滑に実施するために下記のローカルコスト負担が予想される。

(1) 一般現地業務費

派遣専門家の活動に必要な経費のうちフィリピン側が負担できない経費。

毎年　　500万円

(2) 中堅技術者要請対策費

セブで成功をおさめた新指針による結核対策を、新しいプロジェクトサイトおよびその他の州に展開するため、中堅技術者の研修がプロジェクトの大きな事業となる。

1997年（平成９年）度	800万円
1998年（平成10年）度	640万円
1999年（平成11年）度	480万円
2000年（平成12年）度	320万円
2001年（平成13年）度	160万円

(3) 啓蒙普及活動費

結核対策は末端の医療組織に組み入れられているので、広く末端の医療従事者および住民の啓蒙が必要である。

毎年　　600万円

(4) 技術交換費

近隣国で行われている同様プロジェクトとの技術交換を行う。結核対策は応用科学であるので、他の経験から学ぶことが大きい。

1998年（平成10年）度実施　　90万円

(5) プロジェクト基盤整備費

ＮＲＬの新築あるいは既存の施設の改修に必要な費用である。

1998年（平成10年）度　　3000万円

7－7　施設等の整備計画

現在、フィリピンが国として新結核対策の全国展開という歴史的な大きな課題を抱えている時期にあたってプロジェクトがその基礎固めと強力な支援を行うために、保健省と協議しつつ、次の優先順位で施設等の実現性を追求する。

1）結核センターの建設（無償供与への申請）

中央結核菌検査センター（National Reference Laboratory：ＮＲＬ)、対策情報サーベイランスオフィス、および研修施設を収容する。

2）ＮＲＬの建設（プロジェクト基盤整備費により）

このためにフィリピン側は適切な所に土地を用意する。

3）既存の施設内でのＮＲＬの機能構築

既存の施設、たとえば熱帯病研究所、またはサンラザロ病院検査所、保健省検査センター（Bureau of Research and Laboratory：ＢＲＬ）等の施設の一部を改造しＮＲＬの機能をつくる。

4）プロジェクト事務所の提供

プロジェクト事務所は保健省より提供される。

8．相手国との協議結果

保健省結核対策課課長とプロジェクトの実施可能性について意見交換を行ったのち、担当次官、WPROのDr. Blancを交えて協議した。協議では特に大きく意見が割れることはなく、要請書の内容に沿った形でプロジェクト実施の基本的な方向性が確認された。協議結果は別添のとおりミニッツにまとめられ、担当次官と調査団長が署名、交換した。

今回、結論のでなかった事項としてはリファレンスラボラトリーの候補地があるが、これについては双方が取り得る方法や条件を絞り込み、引き続き協議を重ねて行くこととした。

9．WHOとの協議結果

これまでの活動がWHOとの緊密な連携のもとで行われてきたことから、本調査ではWHOとも意見交換を行い連携の可能性を協議することとした。WHO／WPROを訪問し、尾身感染症対策部長等と協議を行って協力関係の強化について確認したほか、前章に記したようにミニッツの協議の席にDr. Blancの参加を得た。かねてより、WHO／WPROは日本の協力が継続について関係の意向を示しており、今後もプロジェクトの合同調整委員会の構成メンバーとして参加することとなった。

10. 技術協力の妥当性

本プロジェクトは以下の理由から妥当性が非常に高いと考えられる。

① セブ州において実施されてきた公衆衛生プロジェクトは着実な成果をあげ、フィリピンにおける新しい結核対策のひとつの政策モデルを提示することができた。セブにおいて実証されたプログラムがWHOの新方針に準拠しており世界的に最も科学的なものであること、結核対策で最も大きな柱である抗結核薬の購入配布をフィリピン国が自前でできることからも内容の妥当性は明らかである。公衆衛生プロジェクトはフィリピン政府よびWHOから高く評価され、その結果わが国に対し、この経験を踏まえた全国展開への新しいプロジェクトへの要請がなされた。

② WHOの世界的な結核緊急事態宣言のなかで、アジアばかりでなく世界的にも結核問題が大きかったフィリピンに、ようやく国として全国的な対策展開をする気運が出てきた。それには公衆衛生プロジェクトの貢献が大きいと考えられ、次期に全国への技術協力を展開することは実に有意義なことである。

③ セブ州は、リージョン7での拡大展開の基地として機能できるが、さらに全国展開のための基地を、保健省結核課に地理的に近い地域リージョン4につくることにより、保健省結核対策課の技術的な力量をあげることになる。

④ 結核対策における重要な柱のひとつは、結核菌検査の精度管理とそのネットワークづくり、さらに菌感受性のモニタリングであるが、その強化のためのＮＲＬ構築は非常に有効である。

⑤ WHOもフィリピンに対し、全国展開への関心から一部の地域に強力な結核対策支援を開始しており、ＪＩＣＡ技術強力からの技術支援に多大な期待を表明している。国際機関との補完的協力プロジェクトを展開することができる。これにより、大きな効果が期待される。

11. 協力実施にあたっての留意事項

(1) プロジェクトの運営

新方針の全国展開という大きな課題に対して、本プロジェクトを効率的に機能させるためには、専門家の適切な配置と力の有効な配分というマネージメント力が必要とされるだろう。特に、フィリピン側に必要な指導監督力の初期の増強のためには、日本側にどの程度の専門家数が必要であるか熟考を要する。従来のＪＩＣＡプロジェクトは比較的多人数の専門家チームに依ってきたが、国際機関等では長期専門家は１人で現地スタッフの雇用により全国展開のマネージメントを行っている例も多い。公衆衛生プロジェクトは長期技術専門家１名と短期専門家の頻繁な派遣により、かなり成果を収めたといえるが、全国展開という課題のもと、対象地域が拡大するなかで専門家の仕事量も増加すると考えられる。長期専門家があまり多人数であると内部の調整が困難になったり、相手側の依存が増大する等の問題が起こる可能性もある。しかし、短期専門家を頻繁に派遣することの負担等を考慮すると、少人数でどこまで対応できるか限界があり、長期専門家、短期専門家の人数や働き方のバランスを十分に検討することが必要である。

実際的に３カ所のプロジェクトサイトとＮＲＬの構築という課題を効率よく進めてゆくには、公衆衛生プロジェクトと異なる体制づくりが必要であり、日本国内にも強力なバックアップ体制が必要であろう。

(2) カウンターパートの配置

新結核対策の有効な実施のためには、州レベルにフルタイムの結核コーディネーターの配置が必要であろう。それを実現することもプロジェクトの重要課題で、説得のために相当な努力が必要であろう。

(3) ＮＲＬの構築

National Reference Laboratoryの確立は、フィリピンのかねてからの懸案であったため、対策推進の基地となり活動の励みとなるものがつくられることが期待される。あまり小規模で機能の低いものでも、大規模すぎるものでも効果は失われる。長期的な効率と将来にわたる維持・管理を考慮して、適切な規模のものが計画し、構築されることが重要である。

12. 提　言

本プロジェクトはすでに述べたように、フィリピンの保健医療分野における最大の問題のひとつである慢性感染症対策の全国展開として大きな意義をもつ。また、活動の方向性、方法もWHOの示した戦略パッケージに則って、現在、世界的に最も効果的と評価されている方式を適用しているため、妥当性が高く、時機を得た重要なものと判断される。また、国際機関と協力しながら活動を進めてゆくことは、ＪＩＣＡにとって前例の少ない新しい試みである。フィリピンにおけるニーズと世界的な視野でみた日本の役割を考えた場合、新時代に向けた新しいプロジェクトとして位置づけ、現地技術スタッフの雇用、長期、短期専門家のより密接な連携、国内における技術的支援体制のさらなる強化、国際機関との連携等、従来のプロジェクトでは必ずしもなかったいくつかの新しい試みが必要と考えられる。

プロジェクト実施にあたっては、全国展開という視点をもちつつも、活動内容は段階的な優先順位に従って行うのがふさわしい。すなわち、全国展開モデルの形成としてリージョン４における活動の立ち上げをひとつの中心にし、それを軸に拡大していくのが最良の方法であろう。

付 属 資 料

① ミニッツ

② National Reference Laboratoryについての議事録

③ フィリピン保健行政（結核対策）組織図

④ フィリピン保健省（Department of Health）機構図

⑤ 新聞記事

① ミニッツ

MINUTES OF MEETINGS BETWEEN THE JAPANESE PRELIMINARY STUDY TEAM AND THE AUTHORITIES OF REPUBLIC OF THE PHILIPPINES CONCERNED WITH JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR TUBERCULOSIS CONTROL IN THE PHILIPPINES

The Japanese Preliminary Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Mitsuhiro Naemura, Director, First Medical Division, JICA, visited Republic of the Philippines from May 29 to June 7, 1997 for the purpose of making a study on the request by the Government of Republic of the Philippines for Japanese technical cooperation concerning Tuberculosis Control in Philippines (hereinafter referred to as "the Project").

During their stay in Philippines, the Team had a series of discussions with the Philippine authorities concerned on the matters related to the Project and conducted site visits.

As the result of the discussions, both sides agreed to record the matters in the document attached hereto.

Manila, June 5, 1997

苗村光廣

MITSUHIRO NAEMURA, MD
Leader
Japanese Preliminary Study Team
Japan International Cooperation Agency
Tokyo, Japan

ANTONIO LOPEZ, MD, MPH
Assistant Secretary, Officer in Charge
Office for Public Health Services
Department of Health
Republic of the Philippines

ATTACHED DOCUMENT

1. TITLE OF THE PROJECT

Tuberculosis Control Project

2. OVERALL GOAL

To reduce tuberculosis problem in the Philippines

3. SPECIFIC OBJECTIVE

To improve management of National Tuberculosis Program (hereinafter referred to as "NTP") with regards to expansion of the implementation of the new NTP policies and strategies.

4. THE OUTLINE OF THE PROJECT AND SITE

(1) Technical cooperation with the TB Control Service-Department of Health with regards to expansion of the implementation of the new NTP policies and strategies.
(2) Continuation of the implementation of the new NTP policies and strategies in Cebu and its expansion to three other provinces of Region VII.
(3) Establishment of NTP national demonstration site in one province in Region IV.
(4) Assistance in expansion of the implementation of the new NTP policies and strategies to cover other provinces.
(5) Establishment of National Tuberculosis Reference Laboratory.

5. ACTIVITIES OF THE PROJECT

The activities of the Project shall be carried out based on the new NTP policies and strategies as follows.

(1) Improvement of tuberculosis service such as case-finding and treatment integrated into general health services, mobilization of primary health care services to implement Directly Observed Treatment Short Course, and strengthening of bacteriological service. For this purpose a demonstration area will be developed.
(2) Implementation of simple, efficient and effective recording and reporting system for management of tuberculosis service at the health facilities and supervision, monitoring

and evaluation

(3) Strengthening IEC activities for tuberculosis control and related activities

(4) Establishing a surveillance system for management of NTP, monitoring of epidemiological impact of NTP and evaluation of the Project.

(5) Establishing a laboratory service network with reference laboratory for ensuring the quality of bacteriological service.

(6) Conducting operational research in defined areas to identify a better model of program implementation.

(7) Holding various meetings such as seminars and workshops to motivate decision makers, health professionals of NGOs and private sectors for better cooperation in the implementation of the new NTP policies and strategy.

(8) Training program in order to improve and maintain the technical level of health personnel.

(9) Other activities for the Project mutually agreed upon as necessary.

6. DURATION OF THE PROJECT

The duration of the technical cooperation under the Project is expected to be 5 years from September 1, 1997.

7. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF JAPAN

Japanese Technical Cooperation under the Project will be basically implemented through the followings.

(1) Dispatch of Japanese experts

(2) Training of Philippine personnel in Japan and the Philippines

(3) Provision of equipment necessary for the Project

(4) Special measures to supplement a portion of local expenditures necessary for the training programs of middle-level manpower conducted in the Philippines

Both sides agreed on the necessity of establishing the National TB Reference Laboratory. However, the Team explained that the Japanese side cannot assure that the Project will cover the construction of a physical facility of National Reference Laboratory at this moment.

8. MEASURES TO BE TAKEN BY THE PHILIPPINE SIDE

The Philippine side should take the following measures for successful implementation of the Project.

(1) Provision of adequate number of technical staff needed to implement the Project and also provision of administrative and secretarial support.

(2) Provision of working facilities necessary for implementing the Project and assistance in finding accommodation for the project adviser/staff.

(3) Maintenance of donated machinery, equipment and vehicles.

(4) Extension of privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts and their families in accordance with existing laws and regulations.

(5) Provision of anti-TB drugs and laboratory supplies.

(6) Provision of additional funds for support activities such as training and supervision needed for implementation of the Project.

(7) Facilitation of tax exemption of donated equipment and delivery from warehouse to project site.

9. THE PHILIPPINE ORGANIZATION RESPONSIBLE FOR THE IMPLEMENTATION OF THE PROJECT

(1) Department of Health will bear overall responsibility for successful implementation of the Project in cooperation with provincial/municipal local governments.

(2) Undersecretary for Public Health Services, Department of Health, with the assistance of the TB Control Service will be responsible for administrative and managerial matters of the Project.

(3) The DOH Regional Director shall also assist the Undersecretary for Public Health Services in the administrative and managerial aspects of the Project in his/her area, and he/she shall be in charge in the monitoring of the Project and shall provide technical advice to the Local Government Units.

(4) The local government units shall be responsible for implementation of the tuberculosis service activities of the Project in their area of responsibilities based on the agreed plan.

(5) The Provincial Health Officer shall be responsible for administrative and technical matters of the Project in his/her province.

(6) The Japanese Chief Advisor shall provide necessary recommendations and advice on technical and administrative matters concerning implementation of the Project.

10. JOINT COORDINATING COMMITTEE

(1) Function

The Joint Coordinating Committee will meet at least once a year and whenever the necessity arise, and work:

1) To review and approve the Annual Work Plan of the Project;

2) To review and monitor the overall progress of the Project as well as the achievements of the above-mentioned Annual Work Plan; and

3) To review and exchange views on major issues arising from or in connection with the Project.

(2) Composition

1) Chairperson:

Undersecretary for Public Health Services, Department of Health

2) Members:

Philippine Side:

i) Director, Tuberculosis Control Services, Department of Health
ii) Director, Regional Health Office, Region VII
iii) Director, Regional Health Office, Region IV
iv) Director, Foreign Assistance Coordinating Services
v) Representative of NEDA
vi) Representative of Local Government Units

Japanese Side:

i) Chief Advisor
ii) Coordinator
iii) Other Experts
iv) Resident representative of JICA in the Philippines
v) Other personnel to be dispatched by JICA, as necessary

A representative of WHO/WPRO will be invited to be a member of Joint Coordinating Committee for better coordination with WHO program.

Official (s) of the Embassy of Japan may attend the Joint Coordinating Committee as observer (s).

11. TECHNICAL WORKING GROUP

(1) Function

The Technical Working Group will meet at least quarterly and whenever the necessity arise, and work:

1) To monitor the implementation of the Project;

2) To submit to Joint Coordinating Committee and participating agencies quarterly report;

3) To formulate and propose to Joint Coordinating Committee the Annual Work Plan of

the Project;

4) To coordinate with Local Government Units; and
5) To make decisions on operational matters.

(2) Composition

1) Project coordinator of Tuberculosis Control Services, Department of Health
2) Regional NTP coordinators
3) Provincial/Chartered City NTP coordinators
4) Rural Health Unit or District Health Office Representatives
5) JICA Project Staff

12. EXCHANGE OF RECORD OF DISCUSSIONS

Record of Discussions is expected to be exchanged in July between Resident Representative of JICA in the Philippines and Undersecretary for Public Health Services, Department of Health.

13. INTRODUCTION OF PROJECT DESIGN MATRIX

Both sides agreed to introduce Project Design Matrix method for the purpose of effective management of the Project. Draft of the Project Design Matrix will be shown when the Record of Discussions is exchanged in July, 1997.

14. NATIONAL TUBERCULOSIS REFERENCE LABORATORY

Nominees for National Tuberculosis Reference Laboratory are:

(1) Bureau of Research and Laboratories
(2) Research Institute of Tropical Medicine

Both sides discussed the advantages and disadvantages of both nominees. The Philippine side will decide on the site in consultation with JICA.

② National Refernce Laboratoryについての議事録

National Reference Laboratory

During the Preliminary Survey Team's Visit, the following observations and discussions were made.

1. Function
   1.1. Quality assurance of microscopy service at the peripheral microscopy centers through
      a. Training of microscopists
      b. Capability building of Regional and Provincial TB Coordinators and validators (microscopy supervisors) in management of microscopy service at the peripheral microscopy centers.
      c. Preparation and distribution of reagent
   1.2. Epidemiological surveillance on tuberculosis bacteriology

2. Staff

   2 to 3 medical technologists have to be sought from the institute available for NRL and the same number from TBCS.

3. Pros and Cons of the current nominees for National Reference Laboratory
   3.1. Bureau of Research and Laboratory

   Pros
      1) Quality assurance is one of the primary functions of the institute
      2) Staff is aware of this role
      3) The institute is under DOH and organizationally close to and providing some service for TBCS.
      4) There is an adequate lecture room
      5) Some staff may be shared for NRL

   Cons
      1) Laboratory space is too small to accommodate activities of both NRL and their own,
      2) Many Italian donated equipment exist.
      3) There is no room for practical training. If this institute is chosen to be NRL, practical training will be done in JICA AIDS Project facility.

3.2. Research Institute of Tropical Medicine

Pros

1) Good rooms for practical training with teaching equipment and lecture are readilyavailable
2) Some staff may be shared for NRL.
3) They are already cooperating in TB bacteriology services with Laguna Province, so they have some orientation on quality control of field microscopy.
4) Bacteriologists are available and may be utilized for scientific back up for NTP bacteriology service.

Cons

1) A room to be shared for NRL have to be negotiated with the institute authority
2) Director of the institute have some doubt about whether the institute is appropriate for NRL because he thinks NRL is the job for BRL.
3) Distance to DOH TBCS

3.3. Laboratory of San Lazaro Hospital

Major part of San Lazaro Laboratory will be moved to the other place and available for NRL.

Pros

1) Enough space is available except lecture room.

Cons

1) Available only in the next year.
2) Staff may not available from San Lazaro Hospital
3) Considerable renovation will be needed

3.4. Construction of New Building using Grant Aid

Pros

1) All central function not only laboratory service but also operational researches and training of general health workers in NTP can be accommodated and this can serve as international reference and training center.
2) The administration will be solely under control of DOH TBCS

Cons

1) There are many competitors for the Grant. Realization of the construction may be difficult.
2) It will take time to obtain approval and therefore the completion of the building will be nearly at the end of the project.
3) If another alternative such as construction of building using the Project fund is realized, this plan will not be approved.

3.5 Construction of the building using the Project fund

Pros

1) Administratively under control of TBCS

Cons

1) It may be difficult to obtain fund

4. Plan of action

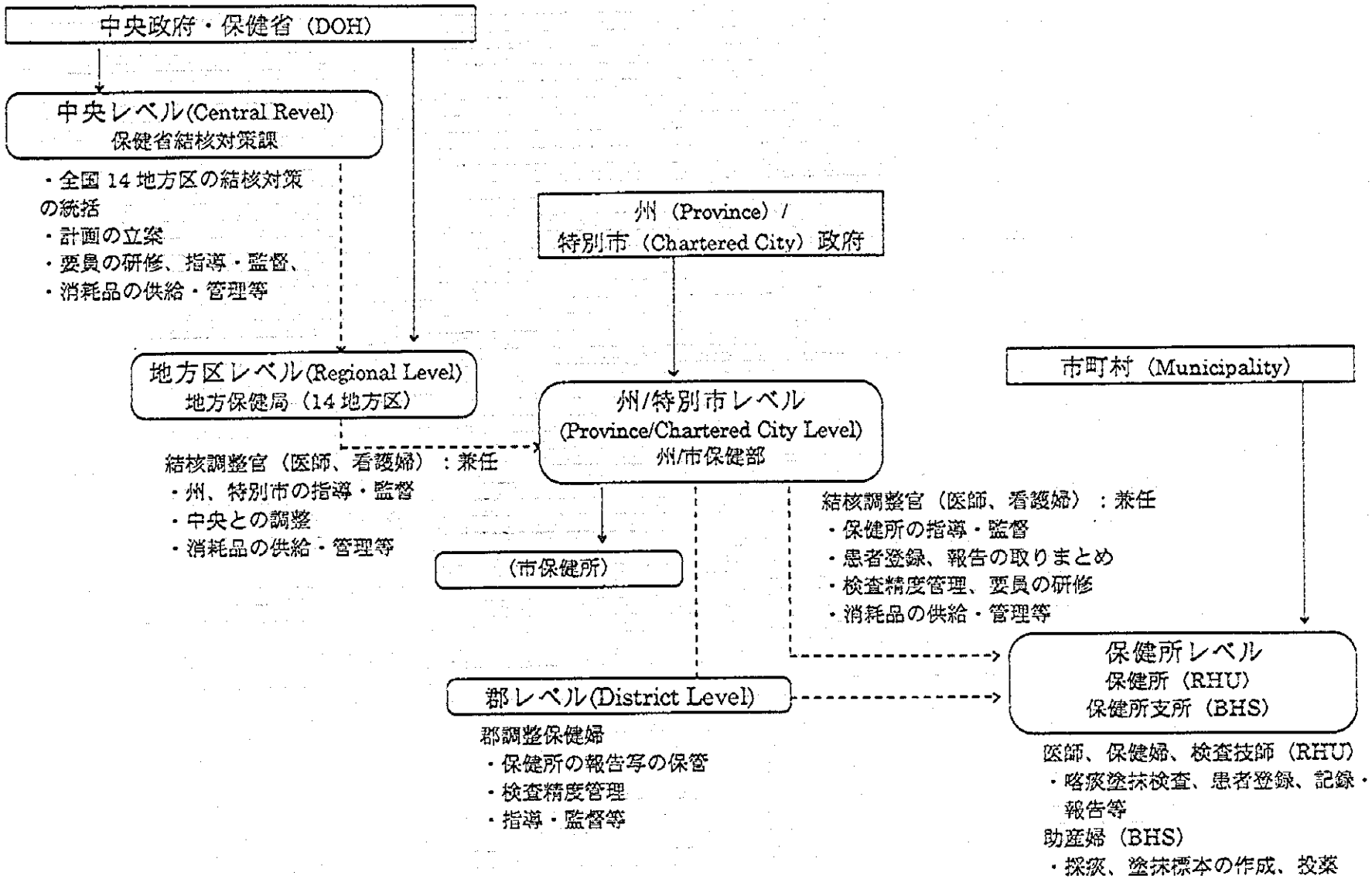
JICA Preliminary Survey Team agreed that an attempt should be made obtain Grant Aid for new construction of National TB Center including NRL, training and operational researches.

4.1. Dr Mantala will discuss with Secretary Reodica and Assistant Secretary about the organization of NRL and availability of lot.

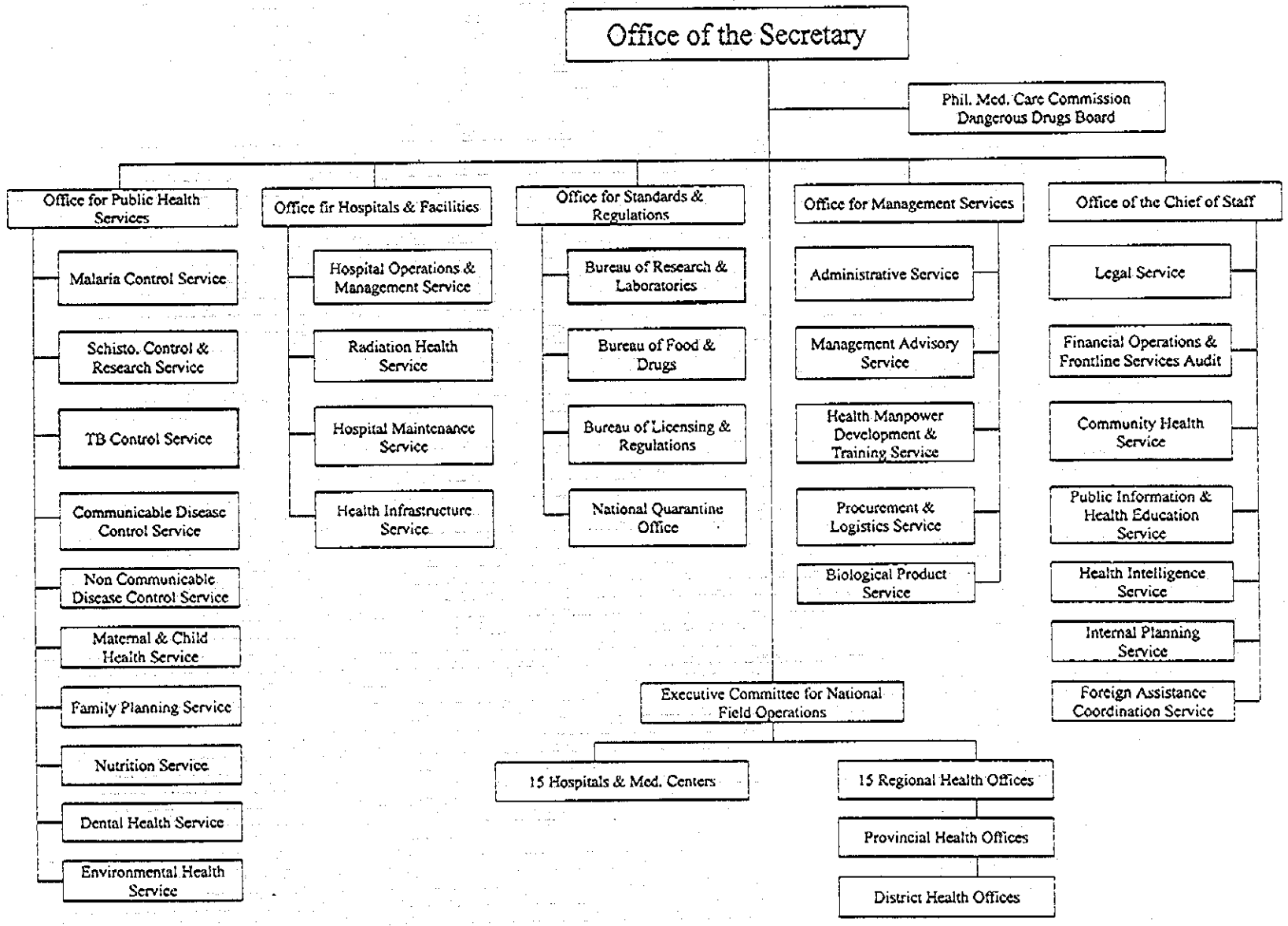
4.2. JICA will find out activities and necessary area of lot in the JICA Project of other country.

4.3. Since the completion of the building will be in the later part of the Project period even if approved, the system of quality assurance should be developed early in the Project period. This could be either in BRL or RITM which ever selected by DOH management.

③ フィリピン保健行政（結核対策）組織図



④ フィリピン保健省（Department of Health）機構図



1997年(平成9年) 6月1日 日曜日

日刊

The Daily MANILA SHIMBUN

ASIAN INTERNATIONAL COMMUNITY INFORMATION, INC. (Printer-Distributor)

4/F Pacific Star Building, Sen Gil Puyat Ave. Cor. Makati Avenue, Makati City, Philippines

Tel. No. 812-3171
Fax No. 812-5551
Since 1992

P30.00

発行 びすく社
東京都渋谷区玉川 2-9-15 〒158
© BYSCH 1997 8

JICA

結核対策事前調査団が来比

第二次五カ年計画策定を検討

国際協力事業団（JICA）の結核対策プロジェクト事前調査団が五月二十九日から十日間の予定で来比している。今回の調査は一九九二年九月からセブ州で始まり、今年八月で終了する第一次計画に続く第二次五カ年計画のための事前調査。

ラグナ州立病院で説明を受ける調査団

世界保健機構の九四年調査によると、フィリピンの結核患者は世界で最も多く、十万人当たり二百七十二人で、二位のカンボジアの百四十八人を大きく引き離している。毎年、新規感染者が全国で約十八万人に上っており、結核対策は保健省でも最優先課題の一つになっている。

同事業団は八九年に比政府から対策への協力要請を受け、これまでセブ州で菌検査や投薬、患者管理等の指導を続けてきた。今回の調査はこれまでに蓄積された指導法を全国に拡大するためのモデル施設を首都圏近郊に設置するための調査が主目的。同事業団の援助による新施設が出来ると、全国にいる指導員の研修に役立つと期待されている。

三十日、調査団はラグナ州サンタクルス町の州立病院やピラ町の保健所等で結核対策の現場を視察した。これまでセブで指導してきた遠藤昌一専門家（医師）は「結核の治療法は確立されており、六カ月間薬の服用を継続すれば完治するが、途中でやめる患者が多い。また菌の検査もずさんで、指導すべき面が多い」という。

苗村光廣団長（医師）は「結核は免疫力を低下させるので、エイズの発症とも関係してくる。エイズ感染者が少ない今のうちに、フィリピンは結核対策の成果を上げる必要がある」と話している。

JICA