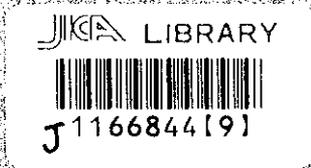


国際協力事業団
民間提案型プロジェクト形成調査

タンザニア国民間提案型 NGO 連携における HIV/AIDS 対策
プロジェクト形成調査

タンザニア共和国

報告書



特定非営利活動法人 ワールド・ビジョン・ジャパン



地四ア
JR
01-16

416
938
R4A
LIBRARY

国際協力事業団

民間提案型プロジェクト形成調査

タンザニア国民間提案型 NGO 連携における HIV/AIDS 対策

プロジェクト形成調査

タンザニア共和国

報告書

特定非営利活動法人 ワールド・ビジョン・ジャパン

World Vision



地四ア
JR
01-16



1166844[9]

目次

第1章	調査の背景・目的・方針	1
1.	目的	1
2.	背景	1
3.	方針	2
第2章	調査結果の概要	3
1.	調査対象地域の概況	3
(1)	面積、人口	3
(2)	気候・地理・植生	3
(3)	社会・経済	3
(4)	社会基盤	5
(5)	教育	5
2.	モロゴロ地区における HIV/AIDS	5
3.	保健医療分野	7
(1)	施設数	7
(2)	保健医療従事者	7
(3)	Village Health Worker (Wahudumu wa Afya wa Vijiji)	8
(4)	伝統的産婆 (Wakunga wa jadi)	8
(5)	PHC Committee (Kamati ya Afya)	8
(6)	NGOs	8
(7)	STI/HIV/AIDS 検査およびカウンセリング	9
(8)	ホーム・ケア・サービス及び社会的支援	9
4.	教育分野	10
(1)	学校数・教員数・生徒数	10
(2)	性教育	11
(3)	退学	11
5.	宗教分野	12
(1)	教会・モスク数	12
(2)	HIV/AIDS とのかかわりあい	12
(3)	NGO との連携	12
6.	地域住民の「性」の認識	12
(1)	調査対象と調査手段	12
(2)	結果概要	13
7.	軍人および性産業従事者 (Malaya)	13
第3章	今後の協力の可能性・形成案件に対する提案	14

1. 参加者分析.	14
2. 問題系統図.	20
3. 目的系統図.	21
4. プロジェクト計画.	24
(1) プロジェクトの名称.	24
(2) プロジェクトの受益者層.	24
(3) プロジェクト・デザイン.	25

別添

資料1 地図.	29
資料2 調査日程表.	31
資料3 写真.	33
資料4 主要面談者.	42
資料5 参考資料.	43

第1章 調査の背景・目的・方針

1. 目的

タンザニアにおいて、農村部にも広がりつつある HIV 感染の増加を阻止するために、保健機関・教職員・民間医療従事者等ヘルスサービス・プロバイダーのキャパシティ・ビルディングに加え、農村における住民参加型の Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) および性感染症の予防啓発教育および予防活動を広汎に展開するような現地 NGO 等と連携したプロジェクトの形成を行う。

2. 背景

タンザニアでは、1983 年に最初のエイズ患者が報告されて以来、HIV 感染者、エイズによる死亡者数は増加しつづけ、国家の重大な課題としてその深刻さを増している。これまでは性産業従事者やそのクライアントなど特定の人口が感染のリスクが高いとされていたが、近年では、夫婦間の感染や母子感染、奔放な性行動に陥りやすい若者の感染も増加している。タンザニア政府の 1999 年 12 月の報告によると、これまでに報告されたエイズ患者数は 118,713 人とされているが、報告されていない患者も含めると 60 万人に達し、HIV 感染者数は約 175 万人と推測されており、その 80% は 20 歳から 44 歳の経済活動を担う労働人口である。また 1999 年の調査では、村の診療所へ妊婦検診に訪れた母親の 7~29.5% (地域により格差あり) が HIV に感染していることが明らかになり、HIV/AIDS の蔓延が広く農村部までに及んでいることを示している。

このためタンザニア政府は、社会・経済の発展に大きな打撃を与える HIV/AIDS の蔓延を食い止めるため、保健省内に National AIDS Control Program を設置し、エイズ対策中期計画 (MTPI~III) を進めてきたが、2000 年 12 月には、大統領のイニシアティブの下、首相府直属の機関として「タンザニアエイズ委員会 (TACAIDS)」を設置し、政府機関、NGO、宗教組織、民間セクターと連携してセクター横断的な取り組みを強化することとしている (同委員会は 2001 年 7 月に国会の承認を受け正式に設立)。

このような中、タンザニア人口の 80% を占める農村部へ広がる HIV 感染をこれ以上増大させないためには、最初の性交渉 (16.6~17.9 歳) を持つ 10 代後半の青少年や、出産年齢 (リプロダクティブ・エイジ) にある女性に対する「予防知識」の普及が重要である。また、HIV/AIDS の問題は貧困と複雑に絡み合うため、単一セクターでのアプローチではなく包括的アプローチが必要となることから、NGO が行う社会開発活動の援助に、HIV/AIDS 対策を重要なコンポーネントとして取り入れることが必要である。

なお本件は、2001 年 2 月に実施された感染症対策に係る日米合同プロジェクト形成調査により、行動変容につながる HIV/AIDS 啓発活動支援及びコミュニティーベースでの感染者支援を NGO と連携して行うことが重要との調査結果が出されたことを踏まえ実施したもの

である。

3. 方針

本調査は、タンザニア保健省や各ドナー、タンザニアにおける HIV/AIDS 対策の現状分析およびその戦略、2001 年 2 月に実施された HIV/AIDS、感染症、人口・保健分野を対象とした日米合同プロジェクト形成調査の結果を踏まえ、ワールド・ビジョン・ジャパンが JICA 小規模開発パートナー事業による HIV/AIDS 対策事業の実施を予定している地域を含む HIV/AIDS 感染リスクの高い地域、日本国政府支援による既存案件が実施されている地域において現地調査を行う。調査に際しては、現地 NGO や、医療機関、住民組織などの協力を得る。

ワールド・ビジョン・ジャパンは、タンザニアにおいて JICA 小規模開発パートナー事業による HIV/AIDS 対策事業実施を予定しているが、1 年という事業実施期間と限られた投入では大きな効果を期待することが難しく、小規模開発パートナー事業終了後、その波及効果を確実のものとし、発展させるためにも、より包括的な HIV/AIDS 対策事業の立案が急務であると認識している。

また、日本国内で人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ (GII) / 沖縄感染症対策イニシアティブ (IDI) に参加している NGO でタンザニアにおいて保健事業を実施している団体に対し NGO として取組める事業を提案する。

ワールド・ビジョン・ジャパンとパートナーシップ関係にあるワールド・ビジョン・タンザニア は、タンザニア国内の 13 州において援助活動を実施している関係上、現地行政・他 NGO 等とのネットワークが確立されており、これらを活用し調査を実施した。

第2章 調査結果の概要

1. 調査対象地域の概況

(1) 面積、人口

モロゴロ州、モロゴロ・ルーラル県は10の郡から成っており、今回調査の対象としたンゲレンゲレ並びにムラリはその内の2郡である。モロゴロ・ルーラル県の面積は1,925平方キロメートルで、419,694の人口を有している（モロゴロ・ルーラル県資料 1998）。

地域にはルグル、クツ、ジグア・クウェレ、マサイの各族が居住しており。この内マサイ族は、独自の民族文化、慣習に従って遊牧を営み、他の種族のようにコミュニティーの中に混在はしていない。

(2) 気候・地理・植生

地域の気候は大きく分けて、11月、12月の小雨季、2月から5月の大雨季、6月～10月の乾季に分けることができる。タンザニアの首都ダル・エス・サラームの年間平均雨量は1,136.5mmであるが、調査対象地域の年平均雨量は約700mmと典型的なサバンナ気候である。この降雨パターンは、海岸線やヴィクトリア湖周辺に見られるものである。

地域の海拔は約40メートル。土壌は、大きく分けて砂質土壌、ブラック・コットン土壌に分類されるが、どちらの土壌も地味に乏しいのが特徴である。

地域にはサバンナ気候の特徴とも言うべき草原の中に灌木群が自生しており、カンポール、ムニンガ、ミオンボと現地と言われる硬質木の類が多く見られ、草原地帯が広がっている。また、地域の一部は政府によるフォレスト・リザーブとなっていて、住民による開発が規制されているが、住民の居住地域では、サイザルやサトウキビのプランテーション開発も行われている。

(3) 社会・経済

独立後の1960年代前半、地域の土地はサイザル麻の栽培に当てられており、経済力のある農家は多くの人夫を使った経営を行っていた。しかし、その後の世界的なサイザル麻市場における売買価格の下落により、サイザル栽培はすたれ、その結果地域における土地利用と所有の形態に大きな変化をもたらした。現在、地域では、1家族につき平均2～3エーカーの土地が割り当てられおり、住民の間で土地に関する重大な問題は生じていない。しかしながら、政府土地所有のポリシーにより全ての土地は政府が所有する仕組みとなっている。また、地域では、雨量の不足によって恒常的な干ばつ傾向にあり、住民の殆どが農業に従事するものの、十分な収量を得ることが難しく、炭焼きが産業として盛んであった。また、ダル・エス・サラームやモロゴロの町から木材を目当てに木材業者の進出も盛んであった。更に、近

年の人口増加は、農業生産性の低い地域にあって、食糧不足の原因をつくり出しているといえる。

現在、地域住民の 90%以上が農業関連の活動に携わっている。また、遊牧を行っているマサイ族を除いては作物栽培が主業である。換金作物としてはサイザル、綿花、ヒマワリを栽培し、食用作物としてはメイズ、ソルガム、コメが主であるが、灌漑施設が整備されていないために、栽培は天水に頼っており、土壌養分の貧弱さと相俟って、その生産性は極めて低く、表1からもわかるように、作物栽培による自活は達成しておらず、薪炭、建材用石、砂、木材、屋根材用植物による副収入や出稼ぎによって、やっと生計を立てているのが現状である。また、住民が抱える貧困という問題から農業活動に対する投資は難しいものとなっており、住民レベルでの農業の改善と収入向上は非常に難しい課題となっている。

表1. ンゲレンゲレ郡5村におけるメイズ、コメ、ソルガムの収穫量と消費量

村落名	平均所有地面積 (エーカー)	平均収穫量 (バググ-100Kg)	平均家族数 (人)	消費にかかる 時間 (月)
Tunuguo	2	4	6	4
Mlilingwa	2.7	5.3	6	6
Kwaba	2.4	2.8	9	3.4
Mkulazi	2.4	4.9	7	4.3
Visaraka	2.3	12.5	7	2.8

World Vision PRA Report(1995)

畜産に関しては、イスラム教徒が多いためにブタの飼育は限られており、更にツェツエ蠅の被害が顕著にある地域である為に家畜の飼育も盛んではない。

表2. 地域での農業暦

10月～12月	小雨季を利用したメイズ栽培
1月	メイズ収穫後、大雨季を前にした作付けの準備
2月～5月	大雨季を利用したメイズ、ゴマ、ソルガム、ヒマワリの栽培
6月～7月	収穫期
8月～10月	収穫の祭りなどが各地域で行われる他、女性は手工芸品の制作

World Vision Participatory Rural Appraisal (PRA) Report(1995)

地域的な特徴としてンゲレンゲレ郡は、2つの軍駐屯地を有していることがあげられる。軍駐屯地に関する人口を始めとした情報は、ある種の軍事機密であることから入手することが困難であり、その実体に関しては明らかにされていない。ンゲレンゲレ郡の中心地には軍関係者を対象にしたゲスト・ハウスやバーが複数営業されており、これら施設でコマーシャ

ル・セックス(CS)を含む娯楽が供されている。近年このような施設数は増加の傾向にある。ムラリ郡には、カレッジが存在し、そこで多くの学生が学んでいる。また、同地域にはサトウキビのプランテーションが存在しており、地域からの多くの単純労働者を誘致している。同時にンゲレンゲレ郡と同様に学生、労働者を対象にしたビジネスが行われているのが現状である。

地域では、3つの宗教が混在している。すなわちイスラム教、自然宗教、キリスト教で、キリスト教には、カトリック、ルーテル、聖公会、ペンテコステの各教派が存在している。各宗教間には際立った対立は存在しておらず、平和的に共存をしていると言える。

(4) 社会基盤

道路は、地域に属する村々をつなぐ重要な社会基盤といえる。ンゲレンゲレ郡では現在約60%で通年道路を使った行き来が可能であるが、同郡のその他の地域では特に雨季にトラックやバス等が通行するのは不可能である。この道路整備状況は、住民の経済活動にも影響を与えている。

飲料水は、地域を流れる川や人力で掘った浅井戸に頼っているが現状であり、安全な飲料水の供給量は充分とは言えない。従って地域に住む女性には遠くの水場まで徒歩で水を汲む重労働が課せられることになる。また、衛生的でない水は下痢の最大の原因となっている。

(5) 教育

地域で1995年にワールド・ビジョンが実施したPRA結果によれば、参加者616名の48%が小学校教育を終了している。またセカンダリー・スクールへ進学できたのは全体で10%に過ぎなかった。各村には原則として1つの小学校が存在する。しかし、小学校の建物の多くは仮建築のもので、安全性に欠けたり、教師用住居の不足、机や椅子等の十分な備品がない小学校も少なくない。また、教師数の不足や教材、そこで提供されている教育の質の低さも大きな課題となっている。

2. モロゴロ地区における HIV/AIDS

本調査地であるンゲレンゲレ(Ngeregere)郡およびムラリ(Mlali)郡モロゴロ州に限らずモロゴロ州全体では自宅死亡がまだまだ一般的であるために、HIV感染による死亡件数を知ることができなかった。そこで、HIV検査及び診断ができる保健医療施設の資料を参考に、調査地におけるHIV/AIDSの蔓延の規模を把握することを試みた。

1986年、モロゴロ州において最初のAIDS患者(11人)が報告されている。1999年、新規AIDS患者数は329人と報告されている(表3)。2001年7月現在、「モロゴロ地区=モロゴロ・アーバン県及びモロゴロ・ルーラル県」においてHIV検査を提供可能な団体としては、モロゴロ・アーバン県に所在するモロゴロ州立病院、モロゴロ・ルーラル県北に所在するカトリック教会系のTuriani病院、モロゴロ・アーバン県に拠点を持つNGO・FARAJA Trust Fund(FTF)のみである。

国家エイズ対策プログラム(National AIDS Control Programme=NACP)は、1999年12月、モロゴロ州立病院における妊婦の18.4%(390人)がHIV感染者数をと報告している。また、同州での献血提供者間でのHIV感染率は、1999年、男性13.6%、女性16.0%であった(全国では男性8.7%、女性12.6%)。

Turiani病院では、Voluntary Counseling and Testing(VCT)サービスを提供しており、1999年一年間に84人がHIV検査を受け、47人がHIV陽性であったと報告している。

FTFも、VCTサービスを提供しており、昨年2000年一年間に新規に登録したHIV感染者を92人と報告している。

表3 Cumulative AIDS cases by region and year 1992-1999

州名	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	人口*
Morogoro	3,598	4,328	4,575	4,903	5,189	5,438	5,534	5,863	1,657,063
DSM	9,295	10,406	11,050	11,302	12,983	13,899	14,517	14,643	2,167,075
全国	60,066	73,572	79,668	84,167	92,593	101,188	109,863	118,713	30,945,402

* Projected population for 1999. Source: Planning Commission

Adults Mobility & Mortality Programme(AMMP)は、2000年8月、ンゲレンゲレ郡(総人口29,288人)並びにムラリ郡(総人口36,261人)における(表3)、98年7月1日から99年6月30日までのHIV/AIDS/結核による死亡者数を、89人(男性40人、女性49人)と48人(男性18人、女性30人)と報告している。ンゲレンゲレ郡、15-39歳の男女の死亡原因第一位は、HIV/AIDS/結核であった。

表4 ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡の人口(1998年12月30日)

郡	性別	年齢					総数
		0-4	5-14	15-34	35-59	60+	
ンゲレンゲレ	男性	1,786	4,037	4,406	2,644	1,300	14,173
	女性	1,887	3,866	4,904	3,253	1,205	15,115
	総数	3,673	7,903	9,310	5,897	2,505	29,288
ムラリ	男性	2,388	4,908	5,780	3,343	1,205	17,624
	女性	2,418	5,042	6,245	3,682	1,250	18,637
	総数	4,806	9,950	12,025	7,025	2,455	36,261

3. 保健医療分野

(1) 施設数

政府系およびキリスト教会系 NGO の保健医療施設が、ンゲレンゲレ郡に 8 カ所、ムラリ郡に 16 カ所あった（資料 1）。施設規模としては、保健センター以下であった。薬局は、薬剤師または準薬剤師がいる薬局（スワヒリ語；Duka la madawa moto）はなく、基本的な薬剤の販売ができる薬局（Duka la madawa baridi）が各々の郡に存在した（表 5）。HIV 検査を提供できる施設はなく、VCT センターも存在しなかった。

表 5 ンゲレンゲレ郡およびムラリ郡下の保健医療施設数

施設	ンゲレンゲレ郡	ムラリ郡	モゴロ・ル・ル県
病院	0	0	0
保健センター	1	2	7
ディスペンサリー	7 (1)	14 (1)	87 (UK)
薬局 <(準)薬剤師がいない>	6	7	-
Voluntary Counseling and Testing (VCT)	0	0	0

() 内は NGO の施設数 UK：不明

(2) 保健医療従事者

准医師以下の医療資格者がンゲレンゲレ郡に 18 名、ムラリ郡に 41 名が配置されている（表 6）。医師は、両郡に配置されていない。両郡の保健センターに配置されている准医師が、ディスペンサリーを月に一度訪問することにより、ディスペンサリーの活動の管理や支援を行っている。

HIV/AIDS への予防およびケアについては、各々の保健医療施設が地域や学校への Sexual Transmitted Infections (STI)/HIV 予防教育を含めた健康教育を実施することとなっているが、ほとんど調査地域では実施されていなかった。要因としては、STI/HIV 感染予防を伝える教材がない、人手不足または教育できる人の不足、交通手段がないなどが挙げられた。その他に、卒業後の STI/HIV にかかわる情報を得る機会がないなど、知識不足も要因として考えられる。

表6 インゲレンゲレ郡およびムラリ郡下の政府系保健医療資格者数

	ンゲレンゲレ 郡	ムラリ郡
Clinical Officer	2	4
Clinical Assistant	4	9
Nurse Gr.A	1	0
Nurse Gr.B	0	1
Public Health Nurse Gr.B	1	3
Medical Assistant	8	19
Laboratory Assistant	1	3
Pharmacist Assistant	0	0
Dental Assistant	1	0
Health Officer	1	1
Health Assistant	0	1
合計	18	41

(3) Village Health Worker (Wahudumu wa Afya wa Vijiji)

Village Health Worker (VHW)は、村の自治体より選出される。VHWは、県レベルでの3カ月の研修受講後、地域住民へ簡易な医療行為を無償で行う(STIの治療は行っていない)。また、STI/HIV感染予防にかかわる教育や活動は担っていない。この両区域には、2001年7月現在、62名のVHWが登録されている。

(4) 伝統的産婆 (Wakunga wa jadi)

Traditional Birth Attendant (TBA)は、モロゴロ州立病院やモロゴロ・ルーラル県保健事務所に900名登録されている。県保健事務所は、彼女ら全てに対して、安全なお産に関する研修を実施していた。同様に、HIV感染予防を含めた性感染症対策の研修を行い、地域住民へのコンドーム配布などのSTI/HIV感染予防対策実践を試みている。

(5) PHC Committee (Kamati ya Afya)

Primary Health Care Committee (PHCC)は、村の自治体より選出される。PHCCの任期は5年間。PHCC構成は、10名ほどの地域住民(調査対象者は全て農民であった)からなり、3カ月毎に会合を持ち、地域での健康にかかわる問題について話し合っている。活動としては、トイレ作りや住宅などの環境整備とともにマラリアやコレラなど感染症予防を地域住民の注意を促している。STI/HIV/AIDSへの関心はあるが、具体的な予防活動などにはつながっていない。

(6) NGOs

FTFとUMATIがモロゴロ・アーバン県を中心に活動を行っている。FTFは保健医療従事者を対象にカウンセリング研修やSTI治療を実施している。UMATIはユース・センターを持ち、

若者へのリプロダクティブ・ヘルスに関する教育やSTI検査・治療を無料で提供している。両団体ともにモロゴロ・ルーラル県への今後の展開を検討している。

(7) STI/HIV/AIDS 検査およびカウンセリング

NACPは、Voluntary Counseling and Testing (VCT) サービスを充実させるために、政府の保健医療施設に所属する保健医療資格者を対象に、2週間のカウンセラー育成研修を行っている。2001年7月現在、165名の修了者がいる。VCTサービスは、HIV検査およびカウンセリングを含めて、2,500タンザニア・シリング(Tsh)で提供している。但し、5歳以下の子どもには無料でサービスを提供している。ダルエスサラームにある Muhimbili Health Information Center (MHIC)では、HIV検査を簡易テスト一回のみで診断している。但し、品質管理のために、HIV陽性の10検体の内1検体を African Medical and Research Foundation (AMREF)へELISA検査の依頼をしている。MHICによると、擬陽性の件数は、過去2件のみとのことであった。

ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡では、VCTサービスを提供している施設は存在しない。モロゴロ地区では、モロゴロ州立病院、Turiani病院とTFTの3施設のみでVCTサービスの提供が可能である。

Turiani病院は、VCTサービスを有料で提供している。1999年一年間に147人がPre-test counselingを受け、84人がHIV検査を受けた。そしてHIV陽性はその内47人であったと報告している。63人のクライアントがHIV検査を受けなかった原因は、年次報告書によると、検査費用が払えない、Pre-test counseling後の心変わりなどとしている。Pre-test counselingは、政府・NGOなどによるカウンセリング研修を受けた保健医療資格者(カウンセラー)により提供される。HIV検査の前に2,500Tshを徴収する。検査は、血液検体をダルエスサラームのAMREFへ転送し、ELISAにより行われる。そのために、検査の結果が病院に送り返されるまで2~3カ月かかる。Turiani病院はELISAの導入を検討している。

FTFもVCTサービスを有料で行っている。HIV検査とPre-, Post-test counselingを含め1,000Tshである。昨年2000年一年間に309人にカウンセリングを提供している。その内の207人がHIV検査を受け、HIV陽性は92件であった。HIV感染者の希望により、TFTはホーム・ケア又は社会的、財政的支援を、HIV感染者、AIDS患者とその家族、そして残された家族へ提供している。

(8) ホーム・ケア・サービス及び社会的支援

NACPは、2001年7月現在、AIDS患者またはその家族や子どもへの食料の配給などといった社会的支援を行っていない。モロゴロ地区では、Turiani病院やTFTが、AIDS患者とその家族、そしてAIDSにより働き手を失った家族や両親を失った子どもたちへの社会的、財政

的支援を行っている。

TFT は、遠隔地に住んでいる AIDS 患者へ対して無償でホーム・ケア・サービスを提供している。また、AIDS 患者とその家族へ食料の配給といった社会的支援とともに財政的にも支援を行っている。昨年 2000 年 1 年間の実績は、87 家族に対し支援を行っている。

HIV 感染予防の観点より、社会的弱者である女性に対しては収入獲得のための職業訓練を行い、家庭内暴力から女性たちを匿うシェルターの提供を行うなどしている。また、孤児院を運営し、AIDS 孤児に限らず全て孤児に対して教育の機会を与えどるなどしている。

Turiani 病院は、以前 AIDS 患者に対してホーム・ケア・サービスの提供をしていたが、財政的理由のために現在は中止しているが、孤児院を持ち、AIDS 孤児にかかわらず孤児を保護している。

4. 教育分野

(1) 学校数・教員数・生徒数

学校数および教員数は、2001 年現在、ンゲレンゲレ郡に Primary School が 24 カ所（教員数 135 人）、ムラリ郡に 26 カ所（教員 234 人）である（表 7）。

表 7 ンゲレンゲレ郡およびムラリ郡の学校数

郡	地区	数	学校名
ンゲレンゲレ郡	Ngeregere	8	Ngeregere, Njianne, Kizuka, Kwaba, Lukose, Liwege, Lulongwe, Matuli
	Tunuguo	4	Tunuguo, Milingwa, Mbalangwe, Kisanga Stand
	Kidugalo	9	Seregret "A", Sareret "B", Visaraka, Sanga sanga, Kidugaro, Fatemi, Magela, Lubumu, Kesemo
	Mkulazi	3	Kidunda, Chamyumbu, Usungura
ムラリ郡	Mlali	7	Mlali, Manza, Mongwe, Yowe, Kipera, Homboza, Pekomisegese
	Mzumbe	7	Mzumbe, Masange, Lubungo, Tangeni, Mnyanza, Changarawe, Kimambila
	Melela	6	Melela, Magali, Mangae, Mkata Ranch, Kibaoni, Mlandizi
	Doma	6	Doma, Mtipule, Kihondo, Msongozi, Maharaka, Mkata Kijiji

生徒数は、2001 年現在、ンゲレンゲレ郡に生徒数 5,890 人（総人口の 20.1%）、ムラリ郡に 7,813 人（総人口の 21.5%）である（表 8）。学年が上になるほど生徒数が減ることがわかるが、性による違いがあまり見られない。また表 2 との比較により、調査対象地域での就学状況をおおまかに知ることができる。

表8 ンゲレンゲレ郡及びムラリ郡における学生数（2001年）

郡	地区	性	I	II	III	IV	V	VI	VII	合計
ンゲレンゲレ郡	Mkulazi	男	84	58	103	71	30	39	33	418
		女	50	45	99	71	37	41	20	363
	Kidugalo	男	155	168	121	124	138	141	104	951
		女	122	135	134	154	105	122	112	884
	Ngeregere	男	219	231	182	194	168	181	142	1317
		女	202	211	164	142	153	139	119	1130
	Tumunguo	男	73	72	48	65	66	36	66	426
		女	72	75	51	63	43	44	53	401
ムラリ郡	Mlali	男	259	264	166	211	193	127	147	1,367
		女	287	222	180	172	190	126	149	1,326
	Melela	男	174	107	82	81	87	65	49	645
		女	179	92	77	76	77	89	56	646
	Mzumbe	男	265	212	175	176	167	136	142	1,273
		女	293	207	152	191	154	153	150	1,300
	Doma	男	131	92	138	94	74	70	54	653
		女	98	71	117	83	82	91	61	603
男総数			829	675	561	562	521	398	392	3,938
女総数			857	592	526	522	503	459	416	3,875
総数			1,686	1,267	1,087	1,084	1,024	857	808	7,813

(2) 性教育

STI/HIV 感染予防を含めた性教育は、Primary School では行われていない。Sayanskimu (科学) の一環として「性」については取り扱っているが、性感染症などを防ぐためのコンドーム使用などを含まれていない。「性教育」実施については、県教育事務所及び本調査対象となった学校長によると、両親からの強い反発がまだあるために実施していないとのことであった。

KEPA Tanzania がムラリ郡の Lubungo 村と Homboza 村の Primary School において、1999 年から 2002 年まで、女子学生を対象としたパイロット学校保健プロジェクトを実施している。2001 年 2 月には、両 Primary School の生徒を対象とした 2 日間の HIV/AIDS セミナーを開催している。その他の本年度の事業活動としては、1) 教員宿舎の建設、2) とうもろこしの作付け、3) 生徒・教師へのスタディ・ツアー実施、4) Secondary School への奨学金、5) 教員のための生涯学習などがある。

(3) 退学

モロゴロ・ルーラル県下の Primary School での退学は、昨年 578 人（男性 296 人、女性 282 人）が退学している。その原因は、無断欠席（458 件）、妊娠（52 件）、死亡（43 件）、その他（25 件）であった。無断欠席の主な原因としては財政的な理由であったが、AIDS により両親を無くした生徒の事例も少なからずあることが聞き取り調査を行った学校関係者に

より確認された。そして、43 件の死亡主な原因は、県教育事務所によるとマラリアによるものとのことであった。Adults Mobility & Mortality Programme (AMMP) も、2000 年 8 月、98 年 7 月 1 日から 99 年 6 月 30 日まで間の 15 歳以下の死亡原因第一位はマラリアと報告している。また、昨年一年間に 22 人の教員が亡くなっている。

5. 宗教分野

(1) 教会・モスク数

調査対象地で政府に登録されている村は、ンゲレンゲレ郡に 23 カ村、ムラリ郡に 16 カ村ある。各村々には、キリスト教 (Roman Catholic, Tanzania Assemblies of God) の教会またはイスラム教のモスクが両方あるいは少なくともどちらか一つは存在した。

(2) HIV/AIDS とのかかわり

本調査対象である聖職者 (神父/牧師/イマーム) 15 人は、過去一カ月に最低一度、それぞれの安息日 (日曜日または金曜日) に信者に対し STI/HIV 感染予防について話をしていた。しかしながら、リスクの高い性行動へ対しての予防としてのコンドーム使用と避妊のコンドームの使用との錯乱があり、コンドーム使用について話していないところもあった。このことは、新聞やラジオなど限られた情報源のために、十分な HIV/AIDS の知識を持たず、誤った認識をしているように思われる。

また、「信者の中に AIDS 患者いるか」という質問に対し、半数近くの聖職者が「いる」と答えた。そして、その内の 2 人は、AIDS 患者とその家族へ食料を与えるといった社会的支援を行っていた。

(3) NGO との連携

FTF は、モロゴロ州最大のモスクのイマームとの協力で、イスラム教信者への STI/HIV 感染予防教育やカウンセリングの提供を実施していた。また、本調査対象である聖職者全てが、HIV/AIDS の知識向上、カウンセリング、社会的支援の点で NGO との連携強化を望んでいた。

6. 地域住民の「性」の認識

(1) 調査対象と調査手法

モロゴロ・ルーラル県保健事務所並びに WV Tanzania との協議の結果、ンゲレンゲレ郡から 4 カ村 (Chanyumbu, Matuli, Ngeregere, Visaraka)、ムラリ郡から 4 カ村 (Changarawe, Kipera, Melela, Mlali) を選択し、乳児を持つ女性 136 人と青少年 113 を対象に「性」に関する調査を行った。

但し、道路の未整備・通信手段の欠如や Primary School の学期間休みのために、学術的

に信頼がおける人数を十分に集めることができなかった。

(2) 結果概要

全7カ村の女性および青少年に対し「性」に関する12の質問を与え、「賛成」か「反対」、または「分からない」の三つのうちから答えてもらった。「女性が、結婚まで処女であることは不可能である」は、女性・青少年共に賛成多数だった。「男性は、脅迫のもとに女性と性交渉をする」は、女性・青少年共に賛成少数であった。「コンドームは、青少年の性活動を奨励するものだから良くない」は、女性・青少年共に賛成少数であった。

表9 乳幼児を持つ女性136人及び青少年113人の内の賛成者数 ()内は%

質問	女性	青少年
女性が、結婚まで処女であることは不可能である	124 (91.2)	108 (95.6)
男性は、脅迫のもとに女性と性交渉をする	35 (25.7)	13 (11.5)
ピルは、女性ためではなく大人の女性のためである	75 (55.2)	15 (13.3)
コンドームは、青少年の性活動を奨励するものだから良くない	36 (26.5)	25 (22.1)
女性は、贈り物やお金のために性関係を持つ	120 (88.2)	76 (67.3)
妊娠した女子は、学校から退学させるべきだ	83 (61.0)	71 (62.9)
妊娠させた男子は、学校から退学させるべきだ	82 (60.3)	40 (35.4)
女子は、男子と放課後一緒にいるべきではない	64 (47.1)	5 (4.4)
男性が、婚前に性関係を持つことは正常である	112 (82.4)	99 (87.6)
エイズ感染者は、他の人と一緒に食事をしてはならない	27 (19.9)	12 (10.6)
両親と、性・恋愛・病気について話すことは無理である	13 (9.6)	47 (41.6)
妊娠や病気を防ぐためにコンドームを若者に与えるべきである	87 (64.0)	100 (88.5)

「妊娠した女子は、学校から退学させるべきだ」に対して、女性・青少年共に半数以上が賛成と答えているが、「妊娠させた男子は、学校から退学させるべきだ」には、女性と青少年との間に違いがあった。

「両親と、性・恋愛・病気について話すことは無理である」の質問に対し、青少年の半数近くが賛成だった。青少年の「性」の知識は、友人からと答えるものが多くいた。

7. 軍人および性産業従事者 (Malaya)

ンゲレンゲレ郡には、軍事施設(空軍演習場含む)が2カ所、それぞれに2分隊(人数は不明)が駐留している。本調査では、施設内でのHIV感染予防対策について、軍関係者と話す機会を持てなかった。

ンゲレンゲレ郡ンゲレンゲレ村には、これら軍関係者の相手をする性サービスを提供する施設が、ゲスト・ハウス4軒、バー7軒が存在する。各々の施設には、2から3人の定まった女性がウエイトレスとして常時おり、その他に施設には所属していない女性が不定期にいる。約30人のこの村の女性が、定期また不定期に性産業に関係しているとのことであった。

第3章 今後の協力の可能性・形成案件に対する提案

1. 参加者分析

第2章でもまとめた通り、調査対象地であるモロゴロ州でHIV/AIDS関連事業を実施しようとする際、様々なレベルの参加者が想定されることが調査の結果明らかになった。表10と表11は、各参加者を州、県レベルとコミュニティーレベルでまとめ、関係者は想定するプロジェクトに対してどのような影響をもたらすかを概略的にまとめたものである。

表10 州、県レベル(Regional, District Level)における参加者分析概要

	参加者	可能性、長所	制約要因
1	Regional & District Council	District Council の Health Department では、モロゴロ州におけるNGOが実施する保健活動計画を年に一度提出させ、1つの活動計画に統合している。これは地域や分野でNGO同士の活動、政府との活動で重複が発生することを避け、効果的な活動が実施されるように調整を行っている。従って、他NGOの活動状況を把握し政府との連携を進めるために重要な役割を果たす可能性がある。	HIV/AIDS関連事業の立案を考える時に Medical Office、Education Office、Labor and Youth Officeと言った関係機関からの協力が必要となる。各Departmentはそれぞれ方針を立て、具体的な計画を当該地域で実施しているが、HIV/AIDS対策に関しては各Department間での擦り合わせ、協力体制は現時点で確立されていない。
2	JICA モロゴロ州保健行政強化プロジェクト	JICA プロジェクトは州レベルの保健行政強化に特化しているためにNGOが実施する地域に根差した活動と直接的な協力関係が生じることは考え難いが、情報を随時交換できることは大きなメリットとなる。	
3	NGOs	Medium Term Plan (MTP)-III ではタンザニア政府が実施するHIV/AIDS対策事業に関して、民間セクター特にNGOを対等なパートナーと見なすということが謳われている。Region, DistrictレベルでもNGOとの協力は積極的で	

		ある。	
4	Health Facilities	Region、District レベルでは、HIV/AIDS に関するトレーニング等を実施する際、リソース・パーソンになり得る人材が存在する。	州レベルでも HIV 検査、カウンセリングのできる機関は 3 ヶ所と限られており、十分な検査ができないために正確な感染者数等の実態把握ができていない状況を作り出している。

表 11 コミュニティーレベル (Division Level) における参加者分析概要

	参加者	可能性、長所	制約要因
1	Health Facilities (Health Posts, Dispensaries, Health Center)	調査対象地域である Ngerengere、Mlali 郡だけでも 59 名の保健医療従事者が存在しており、これら人材や既存の保健施設を活用することによって HIV/AIDS 関連のサービスを住民に提供することが可能になる。	各保健施設のキャパシティーには限界があり、人手不足、コミュニティーに出向くための交通手段の不足等により、現状では HIV/AIDS に関するサービスを提供できる余裕が十分でない。
2	Schools		
	Primary Schools	早い者は性活動を開始するので、学校が性教育、HIV 予防教育に果たす役割は大きく、効果的な活動を展開できる可能性がある。学校で HIV/AIDS に関して学んだ人材が知識の普及に貢献する。	PTA の中では予防対策としてコンドームの使用などを教えると安易な性行動に走るのではと批判的な声もあり、HIV 予防教育に否定的な声もある。
	Secondary Schools	学校が性教育、HIV 予防教育に果たす役割は大きく、効果的な活動を展開できる可能性がある。学校向けの教材・雑誌等もすでに存在している。学校で HIV/AIDS に関して学んだ人材が知識の普及に貢献する。	学校数が絶対的に少なく、財力、学習意欲がないと Secondary School へは進学できない。学校を通じて益を得られる人数に限りがある。
	Learning Institute	ターゲット・グループとして明確なために比較的対策が立てやすい。学校で HIV/AIDS に関して学んだ人材が知識の普及に貢献する。	調査実施対象地には Collage が存在し、学生が CS のクライアントになっており、HIV 感染を広げる役割を持つ可能性がある。
3	Religious Group		
	Christian	メンバーシップ制をとっ	地域にはルーテル、アッ

		ているためにターゲットとして明確である。牧師は住民の福祉に貢献したいという強い意志と希望を持っている。	センブリー・オブ・ゴッド、長老教会等いくつかの教派が教会を運営しており、教会というひとつのくくりで協力体勢を築くことが困難である。協力内容が教義の許容範囲を越える場合には協力を得ることが難しい。
	Muslim	メンバーシップ制をとっているためにターゲットとして明確である。指導者は住民の福祉に貢献したいという強い意志と希望を持っている。	協力内容が教義の許容範囲を越える場合には協力を得ることが難しい。
4	Community Based Organization	住民の利益を代表しているために、より住民のニーズに即した活動を展開できる可能性がある。	住民リーダーがHIV/AIDSに対して正しい理解を持っていないと協力を取り付けることが難しい。
5	NGOs		
	World Vision Japan	モロゴロ・ルーラル県で住民の主体性を重視した地域開発を実施しており、住民参加の促進、住民の組織化に実績がある。	既存の活動がない新しい地域で新たにプロジェクトを展開することが簡単ではない。
	UMATI Youth Center Morogoro	リプロダクティブ・ヘルス関係の事業に実績があり、自ら保健センター等を運営している。STI に関する検査も実施している。性感染症の診断および治療を無償で提供する。	既存の活動がない新しい地域で新たにプロジェクトを展開することが簡単ではない。HIV 検査提供は行っていない。
	KEPA	女子学生を対象にした学校保健プロジェクトをパイロット的に実施している。女子学生の退学を防止するために奨学金を給付するなど経済、社会的視点を持って事業を実施していることから、その効果等について参考とすることができる。	既存の活動がない新しい地域で新たにプロジェクトを展開することが簡単ではない。
	Faraja Trust Fund	モロゴロ・アーバン県にVCTを設置しており、その経験から学ぶことが多いと思われる。 VCT サービスを有料で提供	既存の活動がない新しい地域で新たにプロジェクトを展開することが簡単ではない。 財政的に支援できる患者

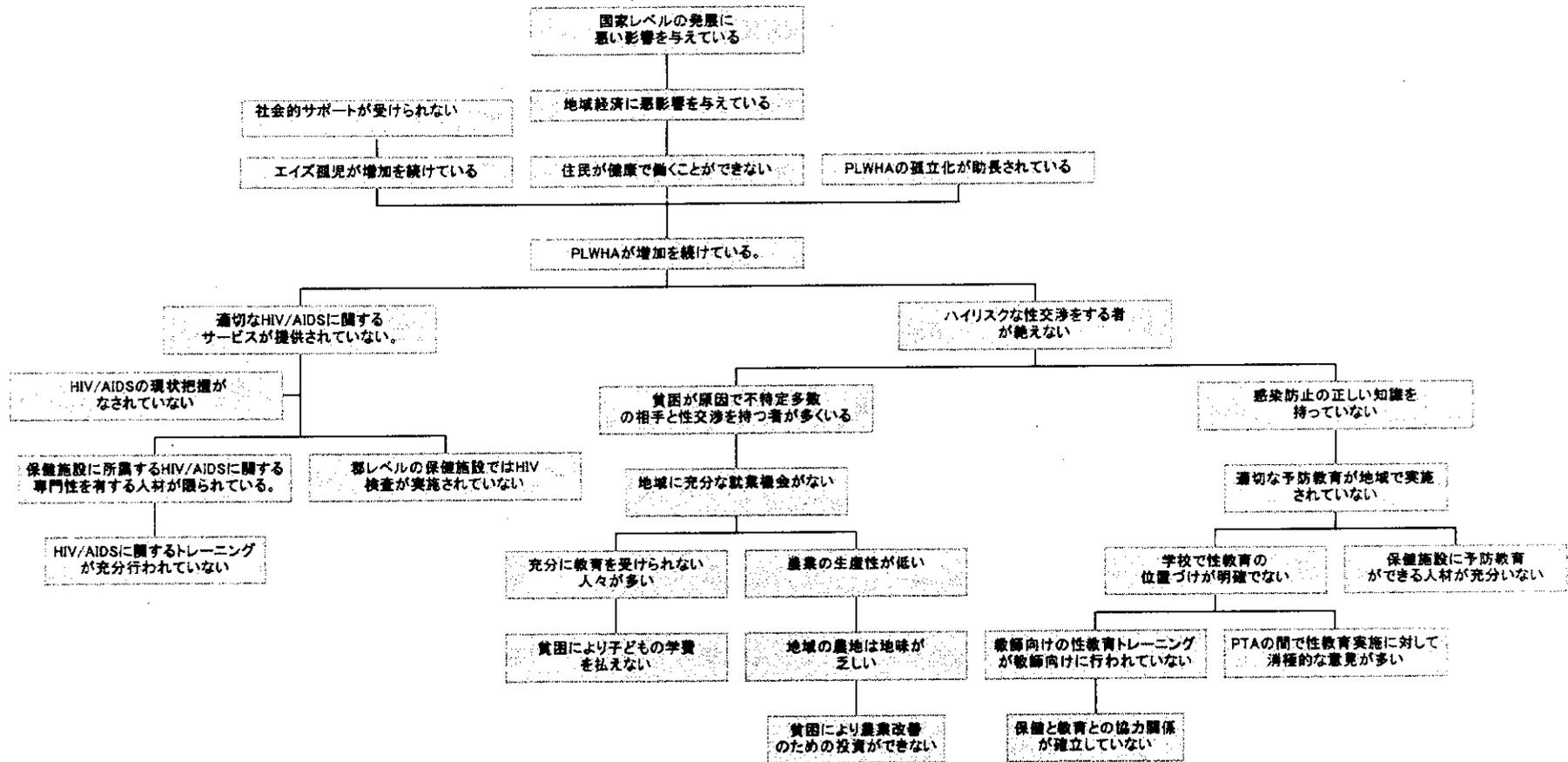
		<p>する。</p> <p>エイズ患者・家族・女性を対象に、ホーム・ケアや社会・財政的支援する。</p> <p>保健医療関係者を対象とした、カウンセリング研修を実施する。</p>	<p>数に限りがある。</p>
	Roman Catholic	<p>VCT サービスを有料で提供する。</p> <p>エイズ患者を対象に、ホーム・ケアを提供する。</p> <p>孤児への社会・財政的支援を施す。</p>	<p>活動地域が Turiani 周辺と限られている。</p> <p>現在、資金不足のためにホームケア・サービスは中止されている。</p>
6	Business Establishments	<p>調査実施地域には軍駐屯地が存在しており、ゲスト・ハウスやバーには CSW が所属している。ハイ・リスク・グループのミーティング・ポイントとして位置づけられるために、Commercial Sex Worker (CSW) への HIV 予防教育等の提供、IEC 活動を実施する際の明確なターゲットとなる。</p>	<p>CSW はゲスト・ハウスやバーに雇用されているわけではなく、完全にコントロールすることは難しい。</p>
7	Village Committees		
	Primary Health Care Committee	<p>地域での住民レベルでの保健活動を担う委員会であることから、委員が HIV/AIDS に関して適切なトレーニングを受けることによって、住民レベルでの HIV/AIDS に対する認識が向上することが予想される。</p>	<p>委員は無給ボランティアであり、特に保健関係のバックグラウンドを持っていないために、医療従事者が行なうような、より専門的な活動を担うことは難しい。</p>
	Area Development Program Committee	<p>ワールド・ビジョンによって組織された住民組織でングレンゲレ、ムラリ両郡全体をカバーし、各郡に属する全ての村の代表が委員として参加しているため、住民の利益を代表することが可能である。住民参加を促進するための重要な役割を果たすことができる。</p>	

8	Army Stations	駐屯地を転々とする軍人は対象地域のCSWらと性交渉を持ち、HIV感染において重要な役割を果たしている可能性が高い。軍人が正しいHIV予防法を身につけることができれば感染拡大のリスクを軽減することができる可能性が高い。	調査実施地域では軍駐屯地が存在しており、これら軍人がゲスト・ハウスやバーでCSWと性交渉を持っている。地域では軍関係者の取扱いは非常に慎重で、これら対象をコントロールするために軍と協力関係を築くことは困難が予想される。
9	Commercial Sex Worker	CSWに適切なトレーニングが提供され、HIV感染予防の正しい措置が講じられれば、CSWとクライアント間のHIV感染の広がりを阻止することができる。	HIV感染の主たる感染源となる可能性がある。CSという行為を止めさせることは困難である。また、アンダーグラウンドでCSを行っている人々のコントロールをすることが非常に困難である。
10	Traditional Birth Attendance	TBAはモロゴロ州病院やモロゴロ県保健事務所にて約900名登録されており、保健サービスに関するトレーニングも提供されている。妊婦を対象とした、性感染症予防教育の実施とコンドーム配布を行う。	STI/HIV感染予防教育を受けたTBA数は、僅かしかない。 TBAと妊婦とのかわりが限られている。
11	Traditional Healer (TH)	住民が病気になった場合にコンタクトを取る場合が未だ多くTHが適切な保健知識を持つことができれば住民への影響力は大きくなる。	伝統治療として同一の刃物を用いて複数の患者の体を傷つけるなど、HIV感染を広げる要素を持つ。
12	Village Health Workers	AIDS患者へ簡易な治療の提供が可能である。	STI/HIV感染予防の役割は担っていない。 STI治療は行っていない。
13	Out of School Youth	HIV感染に関してはハイリスクな行動をとりがちなグループであるが適切なInformation, Education and Communication (IEC)活動が実施され、予防についても正しい知識を持つことができれば感染防止に効果が大きい。	すでに学校等の既存組織に属していない為に事業実施対象グループとした時のまとめ方に工夫が必須である。
14	Kiosk, Pharmacy	地域内の雑貨店は、コンドームのデистриビューション・ポイント、予防教育ポスター掲示場所等と	売店にはHIV/AIDSに関する専門的な知識を持つ者が不在である。 コンドームは有料(3ヶ=1箱、

		して重要な役割を果たす可能性が高い。住民の生活に密着したビジネスを展開しているために、利用価値が高い。	1,000Tsh) で販売している。
--	--	-----------------------------------------------------	--------------------

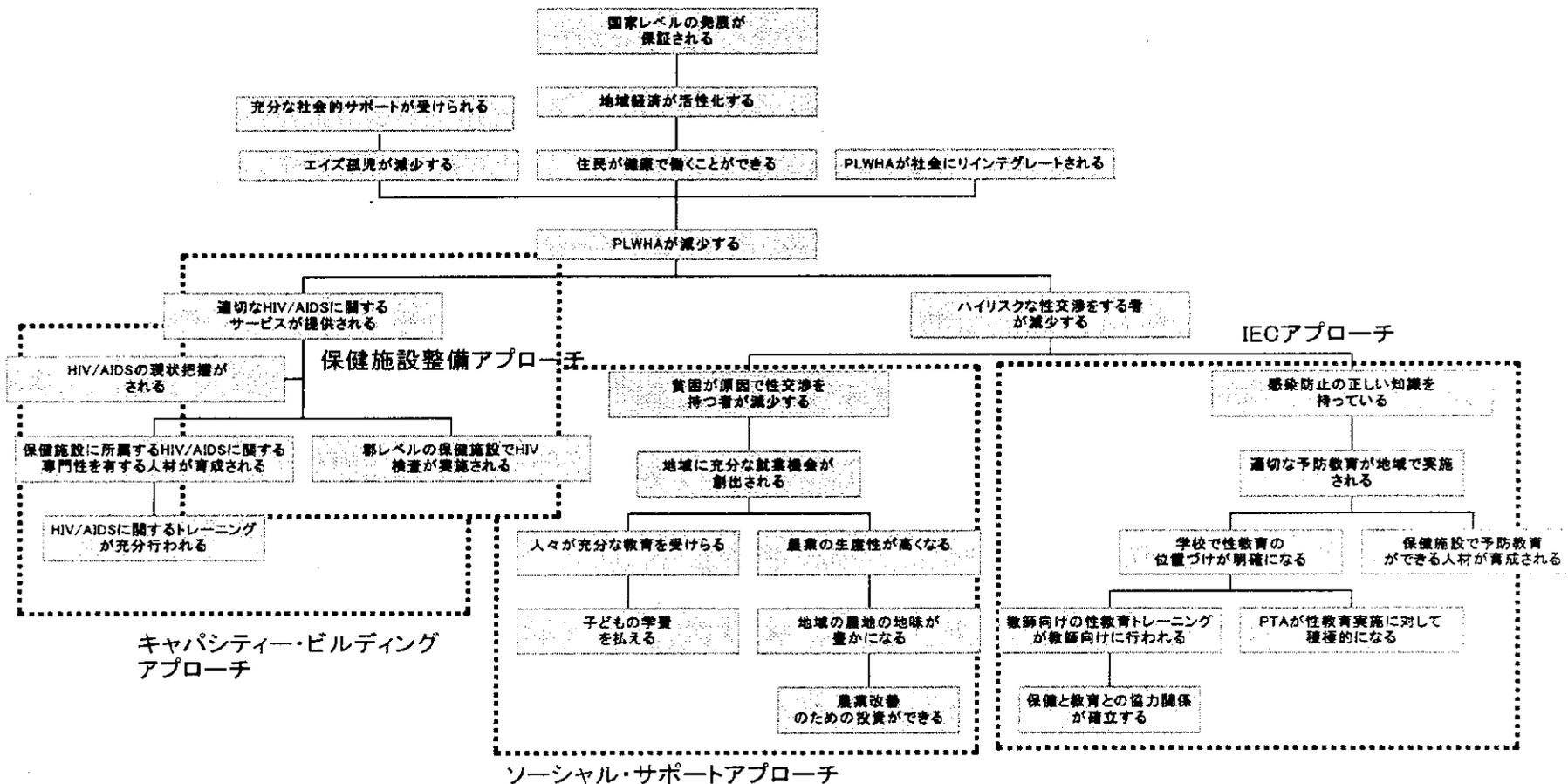
2. 問題系統図

モロゴロ・ルーラル県におけるHIV/AIDSに関する問題系統図



3. 目的系統図

モロゴロ・ルーラル県HIV/AIDSに関する目的系統図



3. の目的系統図では、それぞれ保健施設整備アプローチ、キャパシティー・ビルディングアプローチ、ソーシャル・サポートアプローチ、IEC アプローチを特定した。

▶ 保健施設整備アプローチ/キャパシティー・ビルディングアプローチ

調査対象地域では、HIV/AIDS に関するサービスが提供されていない。これには 2 つの原因があり、1 つは HIV/AIDS に関する知識を十分に持っている保健スタッフの数が限られている事、もう 1 つは、保健センターやディスペンサリーは地域に存在しても HIV 検査をはじめとした関連サービスを提供するための十分な医療機材が整っていないことが挙げられる。同時に、これら 2 つの問題は、切っても切り離せない問題といえることができる。

このアプローチでは、対象地域の医療従事者を対象にトレーニングを実施し、専門的知識に裏付けられた HIV/AIDS 関連の事業展開の基礎を作ると同時に、地域で重要な役割を果たしているコミュニティ代表者、教師、宗教指導者、地域ボランティアを対象としたトレーニングを実施することを通じて、保健セクターのみならず教育、地域行政等といったセクター間の連携を生み出し、草の根レベルでスムーズに HIV/AIDS 対策を実施できるキャパシティーを作り出すことに有効であると考えられる。また、HIV 検査用機材といった医療機材等ハード面の支援を行うことで、相乗効果を生み出せるものと考えられる。

▶ IEC アプローチ

調査対象地域では、医療、教育機関等で HIV 感染予防教育が十分に実施されていない。この HIV 感染予防教育が実施される前提には、これら教育を提供できる人材の育成と予防教育に利用できる教材が不可欠になる。また、これら教材はある程度地域の特性を踏まえ、ユーザーのニーズに合ったものの開発が必要とされるため、住民参加による PRA を用いてそのニーズを洗い出す事は重要な過程と言える。また、このような過程を経て作成される教材が有効に活用されるためには、参加者分析で挙げたように教育分野、宗教分野、住民組織等、直接的に住民生活と密着している関係者との連携が重要になる。更にハイ・リスク・グループ、例えば学生や職を持たない青年層から適切な人材を選出するなど、各分野の人材を対象にトレーニングを実施することによって、地域内で初めて有効な HIV 感染予防を含めた啓発教育が実施されるようになると考えられる。

前述の保健施設整備アプローチ並びにキャパシティー・ビルディングアプローチとの関連で言えば、これらのアプローチでは、HIV に感染した者、AIDS を発症した者に対するケアには有効であるが、HIV 感染を未然に食い止めるという意味ではこの IEC アプローチが重要となる。また、医療以外の教育や宗教といったセクターの強い参加が必要となるアプローチであることも特色といえる。

▶ ソーシャル・サポートアプローチ

医療、教育、宗教等のセクターが協力して HIV/AIDS 対策を実施し、医療面でのサービスやセクターを越えた HIV 予防教育が実施できたとしても、これらのアプローチだけで HIV 感染拡大に歯止めをかけるのは難しいと考えられる。これは貧困に起因しており、この問題が解決しなければ、生活のために性産業に従事したり、学校の退学を余儀なくされてリスクに曝される生徒・学生は絶えないことが予想される。また、住民のほとんどが農業に従事しており、限られた農地、貧弱な土壌、常に乾燥傾向にある農業環境が原因で農業収入だけでは自給できないのが対象地域の現実である。従って学歴が乏しく、特別な技術を持たない青年が農業以外の分野で就職することも非常に難しく、社会的な希望の見出せない青年達は奔放な性活動にはしったり、性産業従事へ追い込まれるケースも少なくない。

このアプローチでは、ハイリスクな状況に置かれている女性、青年、生徒、学生、その家族に対して職業訓練を実施したり、農業インプットや収入向上に関する支援を実施することによって、特に貧しい者が HIV 感染のリスクを回避できるように支援を行うものである。

以上、4つのアプローチは、People Living With HIV/AIDS (PLWHA)が減少するという目的を達成するために有機的な相関関係があると言え、4つのアプローチを包括的に組み合わせることで初めて貧しい農村地域では効果を発揮すると考えられる。但し、IEC アプローチによって製作される教材に関しては他の地域でも有効利用できると考えられる。

4. プロジェクト計画

前述の調査結果、参加者分析、問題分析を経て2つのプロジェクトを想定することができる。一つはコミュニティーに根差した活動を目指す包括的なアプローチを採用し、住民参加を前提に、保健、教育、社会支援等を有機的に組み合わせたプロジェクトである。これは草の根レベルの住民を巻きこんでの地域開発を実施する NGO が得意とする活動とも言える。もう一つは広汎な利用が可能な IEC マテリアルの開発と普及である。

前者の包括的 HIV/AIDS プロジェクトにおいては、タンザニア地方行政の枠組みの中で実際に実行可能なプロジェクトとして、地域の特殊性は考慮されるべきであるが、活動の細部を変更することによって他の地域でも充分実施可能であると思われる。後者の IEC マテリアルの開発と普及に関しても、コミュニティーレベルの保健施設、教育機関で充実した HIV/AIDS 予防教材が存在していないことが大きな課題となっており、地域を越えて広汎に使用できる教材開発と普及が急務となっている。

- (1) プロジェクトの名称：A. HIV/AIDS 対策事業（開発パートナー事業）
B. HIV/AIDS 予防教育教材支援事業（草の根無償協力）

(2) プロジェクトの受益者層

	男性	女性	子ども	計
ムラリ郡	10,918	12,371	21,111	44,400
ンゲレンゲレ群	7,009	7,242	27,176	41,427
合計	17,927	19,613	48,287	85,827

但し、より直接的な事業実施対象は、リプロダクティブ・エイジに属する女性と青年層で、青年層には Primary School 生徒、Secondary School 生徒の他、学校へ通っていない青年層を含む。調査対象地域の HIV 感染者は 14 歳～44 歳のリプロダクティブ・エイジに多く、特に 25 歳～34 歳の感染者が最も多い。女性の地位は地域で概して低く、性活動においてもある種不利な立場に置かれている。また、女性は HIV 母子感染に大きな関わりがあるために、ハイリスク・グループとして位置づけることができる。今後これ以上の感染例を増やさないためには、感染予防の措置をとることが大変重要となる。特に今後地域社会、経済を担っていく青年層への働き掛けは重要である。若年期に HIV/AIDS に関する正しい情報を得、性行動において安全を保障することは個人生活のみならず地域社会の未来のためにも重要な意味があると考えられる。

また、B の HIV/AIDS 予防教育教材支援事業（草の根無償協力）に関しては広汎に使用できる予防教材を想定しており、プロジェクト受益者の数はンゲレンゲレ、ムラリの両郡に限定されるものではない。

(3) プロジェクト・デザイン

A. HIV/AIDS 対策事業（開発パートナー事業）

➤ 上位目標：

モロゴロ・ルーラル県に居住する住民の健康状態が改善される。

➤ プロジェクト目標：

地域保健サービスの改善、社会支援（Social Support）、行動変容にかかわるコミュニケーションを通じて HIV 感染が減少する。

指標：

- プロジェクト終了までにリプロダクティブ・エイジに属する女性と青年層（Primary School 生徒、Secondary School 生徒、学校へ通っていない青年層を含む）の 85% がコンドームの使用法、入手方法を知る。
- プロジェクト終了までにリプロダクティブ・エイジに属する女性と青年層（Primary School 生徒、Secondary School 生徒、学校へ通っていない青年層を含む）の 85% が基礎的な HIV 予防法を理解する。
- 複数のパートナーとハイリスクな性交渉を持つ男性が 25% 減少する。
- プロジェクト終了までに 80% のエイズ患者がホームケアを受ける。

指標データ入手手段：

- 事業開始前、終了後保健調査データ
- プロジェクト終了評価データ

➤ 成果：

成果 1：HIV/AIDS を始めとした性感染症サービス（HIV 検査、ホームケア、カウンセリング、予防教育等）が対象地域で実施されるようになる。

成果 2：住民が HIV/AIDS に関して正しい知識を持ち、地域での予防教育に貢献する。

成果 3：経済的な困難に起因する HIV 感染者が減少する。

指標：

- 移動診療クリニック 1、保健医療施設 4 で HIV 検査を含むサービスが提供される。
- 40 名の保健医療従事者が訓練され、HIV/AIDS を始めとした性感染症サービス（HIV 検査、ホームケア、カウンセリング、予防教育等）が行われる。

- コミュニティー代表者 20、政府保健普及員 24、教師 68、宗教指導者 30、地域に根差した医療関係者 20、地域毎のボランティアが HIV/AIDS の知識を身につけ HIV 予防教育、カウンセリング等の活動する。
- HIV/AIDS 啓発活動を実施する学校担当者が配置され、全てのセカンダリー・スクールで予防教育活動が行われる。
- 移動人口（マサイ族）リーダー75%が HIV/AIDS の知識を身につけ、予防教育に係わる活動を行う。

指標データ入手手段：

- 保健医療施設記録
- 事業四半期報告書、モニタリング記録
- PRA 結果
- トレーニング記録

➤ 活動：

- 1-1. 県、郡の保健行政、住民との事業実施に関する調整活動を実施する。
- 1-2. 地域に根差したボランティア・カウンセラーを育成する。
- 1-3. ヘルス・センター、投薬所、ヘルス・ポストのスタッフ、地域ボランティアに対するトレーニングを実施し、地域に根差した感染者のケアを実施する。
- 1-4. コンドーム流通のためのシステムを確立する。
- 1-5. 移動クリニックの設置、保健施設を通じた HIV テストを含む性感染症サービスの提供を実施する。
- 2-1. PRA 実施を通じた HIV/AIDS に関する村落毎の実体調査、ニーズ調査を実施する。
- 2-2. 予防教育用教材を制作する。
- 2-3. 保健医療従事者、地域のリーダー、宗教リーダー、学校教師、ボランティアらを対象に、予防教育、ピア・エドゥケーションに関するワークショップを実施する。
- 2-4. HIV/AIDS リソース・センターを事業対象地域に設置し、住民に HIV/AIDS に関する情報を提供する。
- 2-5. Secondary School の教師、生徒に対して HIV/AIDS 啓発教育を提供、ピア・エドゥケーターの育成を実施する。
- 2-6. 学校に通わない青年に対して HIV/AIDS 予防、対策、職業・収入等の分野でピア・エドゥケーションを実施する。
- 2-7. 移動人口であるマサイ族リーダーやゲストハウス等のビジネス・リーダーを対象に HIV/AIDS 予防教育を実施する。
- 3-1. ハイリスクな状況に置かれている女性、青年、生徒、学生、その家族に対して職業訓練を実施する。

- 3-2. ハイリスクな状況に置かれている女性、青年、生徒、学生、その家族に対して農業インプット等、収入向上に関する支援を実施する。

B. HIV/AIDS 予防教育教材支援事業（草の根無償資金協力）

▶ 上位目標：

行動変容にかかわるコミュニケーションを通じて事業実施対象地域内での HIV 感染が減少する。

▶ プロジェクト目標：

住民が HIV/AIDS に関して正しい知識を持ち、地域での予防教育に貢献する。

指標：

- ▶ プロジェクト終了までに予防教育教材を通じて住民の 75% が基礎的な HIV 予防法を理解する。

指標データ入手手段：

- ▶ 事業開始前、終了後サーベイ
- ▶ プロジェクト終了評価データ

▶ 成果：

成果 1：HIV/AIDS 予防教育教材が作成される。

成果 2：作成された教材が地域内の保健施設、教育施設、宗教組織などで利用される。

指標：

- ▶ 地域内の全ての保健施設、学校、宗教施設に予防教材が配布される。
- ▶ 地域内の 75% の保健施設、学校、宗教施設で作成した教材を利用した予防教育が実施される。

指標データ入手手段：

- ▶ プロジェクトモニタリングデータ
- ▶ 保健施設、教育施設、宗教組織の活動記録
- ▶ プロジェクト終了評価データ

▶ 活動：

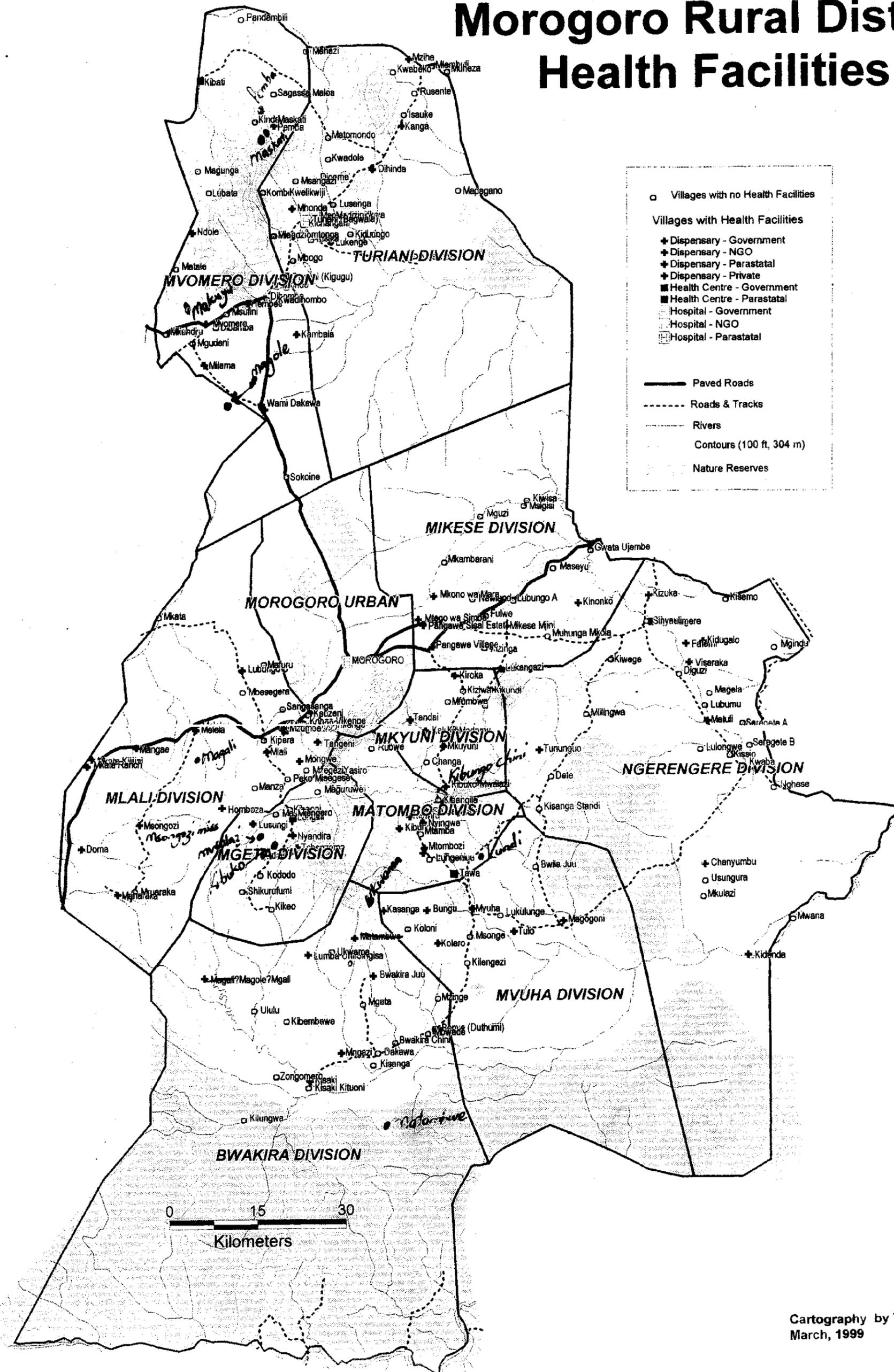
- 1-1. 保健行政、NGOs、郡行政との調整を行なう。
- 1-2. PRA 実施を通じて住民レベルのニーズを掌握する。
- 1-3. 予防教育教材の種類と内容を決定する。
- 1-4. 予防教育教材を作成する。
- 2-1. 保健行政、NGOs、郡行政等と教材利用に関するワークショップを実施する。
- 2-2. 作成した予防教育教材を関係者へ配布する。
- 2-3. 予防教育教材の利用状況のモニタリングを実施する。

別添資料

資料1：地図

モロゴロ県
ンゲレンゲレ郡
ムラリ郡

Morogoro Rural District Health Facilities



Cartography by TEHIP / MOH
 March, 1999

資料2：調査日程表

7月9日(月)	成田発
10日(火)	ダルエスサラーム着 JICAタンザニア事務所 Mr. Sumio Aoki, Resident Representative Mr. Hiroyuki Kinomoto, Deputy Resident Representative Mr. Kaoru Suzuki, Assistant Resident Representative 在タンザニア日本大使館 江川 明夫 公使 安居 信之 専門調査員 タンザニア保健省 Kazuko Hashimoto, Health Cooperation Planning Advisor
11日(水)	Africa Medical and Research Foundation (AMREF) Dr. Daraus Bukonya, Country Director Dr. Vere Pieroth, SRH Coordinator National AIDS Control Programme Dr. R. O. Swai, Programme Manager JICAタンザニア事務所 Mr. Erasmo Andrew Malekele, Programme Officer (Health Sector) USAID Tanzania Janis K. Timberlake モロゴロ・アーバン県へ移動
12日(木)	JICAモロゴロ州保健行政強化プロジェクト 佐藤 善子 チーフアドバイザー 田中 あゆ子 専門家(保健行政計画) 千歳 万里 調整員 KEPA
13日(金)	モロゴロ・ルーラル県教育局 Ms. Anjelina Conrad, District Educational Officer ムラリ郡へ移動 ムラリ村 ムラリ保健センター PHC Committee
14日(土)	モロゴロ州立病院 Dr. Ferdinand Fupi, Regional Medical Officer ムラリ郡へ移動 キペラ村(無医村) Kipera Primary School, PHC Committee, 聖職者 チャンガラウエ村(無医村) チャンガラウエ Primary School, PHC Committee, 聖職者 ドマ村 ドマ Dispensary, ドマ Primary School, PHC Committee, 聖職者, 伝統的産婆
15日(日)	モロゴロ・アーバン県 Tanzania Assembly of God, Morogoro Region

	<p>Roman Catholic, Morogoro Region ムラリ郡へ移動 メレラ村 メレラ保健センター</p>
16日(月)	<p>ンゲレンゲレ郡へ移動 ピサカ村 ピサカ Dispensary, PHC Committee ンゲレンゲレ村 ンゲレンゲレ保健センター, ンゲレンゲレ Primary School, PHC Committee, 聖職者, 伝統的産婆</p>
17日(火)	<p>ンゲレンゲレ郡へ移動 チャニユンブ村 チャニユンブ Dispensary, チャニユンブ Primary School, PHC Committee, 聖職者, 伝統的産婆 マツリ村 マツリ Dispensary, マツリ Primary School, PHC Committee, 聖職者, 伝統的産婆</p>
18日(水)	<p>Faraja Trust Fund Dr. Lucy S. Nkya UMATI Youth Center in Morogoro ダルエスサラームへ移動</p>
19日(木)	<p>JICA タンザニア事務所 Mr. Sumio Aoki, Resident Representative Mr. Kaoru Suzuki, Assistant Resident Representative 在タンザニア日本大使館 安居 信之 専門調査員 UMATI Ms. Agatha P. Haule MNH ダルエスサラーム発 (アムステルダム経由)</p>
20日(金)	機内
21日(土)	成田着

資料 3 : 写真

モロゴロ県庁
保健省・NGO コーディ
ネーターとの打ち合せと
調査。



モロゴロ県教育局
District Education
Officer との打ち合わせ
と調査



モロゴロ県
UMATI 事務所での調査



ムラリ郡

ムラリ・ヘルス・センターでの青年、リプロダクティブ・エイジの婦人、PHC コミッティーメンバーに対する調査実施

ターゲット・グループ別に集ってもらい、アンケートを通じての調査を実施した



モロゴロ州

モロゴロ州立病院

Dr. Ferdinand Fupi
(Regional Medical
Officer) との打ち合せ



ムラリ郡キペラ村

キペラ小学校
リプロダクティブ・エイ
ジの女性たちを対象にし
た調査の実施



ムラリ郡ドマ村

ドマ Dispensary

伝統的産婆（TBA）、聖職者、小学校教師、保健従事者を対象にした調査実施



ンゲレンゲレ郡、ンゲレ
ンゲレ村

ンゲレンゲレ・セカンダ
リースクールでの調査



ンゲレンゲレ村
青年を対象にした調査実
施



ンゲレンゲレ郡、ンゲレンゲレ村

ンゲレンゲレヘルス・センターでの調査実施



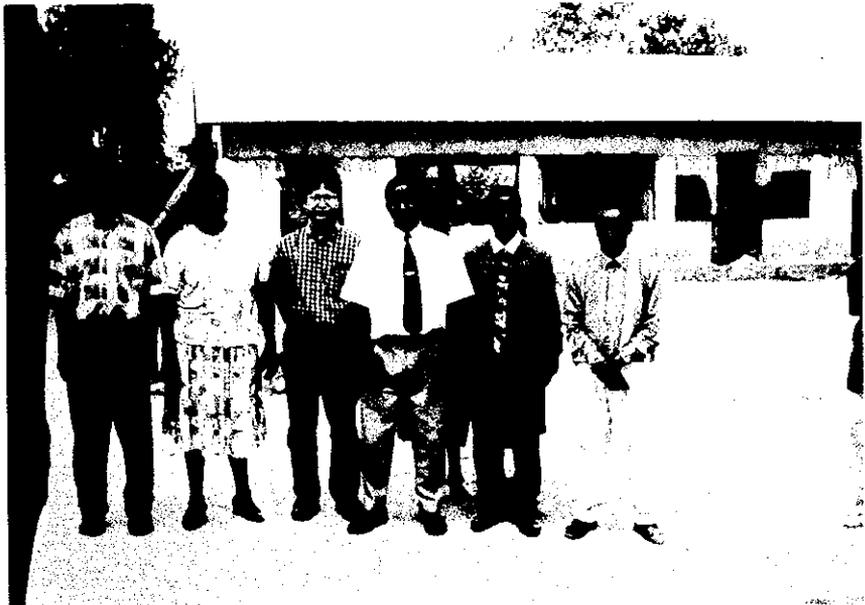
ンゲレンゲレ群、ビシャラカ村

ビシャラカ・ディスペンサリーでのリプロダクティブ・エイジの婦人、PHC コミッティーを対象にした調査実施



ンゲレンゲレ郡、マツリ村

マツリ小学校での調査実



ンゲレンゲレ郡、チャニ
ュンプ村

チャニユンプ小学校での
リプロダクティブ・エイ
ジ、小学生徒、保健従
事者、PHC コミッティ
ー、聖職者、伝統的産婆
(TBA)を対象にした調
査実施



モロゴロ県
UMATI Youth Center で
の調査



ムラリ郡、メレラ村

メレラ・ヘルス・センターでのリプロダクティブ・エイジの婦人、保健従事者、PHC コミッテイー、聖職者を対象にした調査実施



資料4：主要面談者

氏名	所属	役職
R. O. Swai	National AIDS Control Programme	Programme Manager
Ferdinard Fupi	モロゴロ州保健事務所	Regional Medical Officer
Daraus Bukonya	African Medical and Research Foundation (AMREF)	Country Director
Vere Picroth	African Medical and Research Foundation (AMREF)	SRH Coordinator
Janis K. Timberlake	USAID Tanzania	
Anjelina Conrad	Morogoro Rural District Educational Office	District Educational Officer
Ransom A. Fue	Health Dept. District Council	NGO Coordinator
Ferdinand Fupi	Morogoro Regional Health Office	Regional Medical Officer
Lucy S. Nkya	Faraja Trust Fund	Director
Kayombo	UMATI Morogoro	Youth Coordinator
Agatha P. Haule	UMATI Youth Center	Youth Office
江川 明夫	在タンザニア日本大使館	公使
安居 信之	在タンザニア日本大使館	専門調査員
Sumio Aoki	JICA タンザニア事務所	Resident Representative
Hiroyuki Kinomoto	JICA タンザニア事務所	Deputy Resident Representative
Kaoru Suzuki	JICA タンザニア事務所	Assistant Resident Representative
Erasmus A. Malekela	JICA タンザニア事務所	Programme Officer (Health Sector)
Kazuko Hashimoto	タンザニア保健省	Health Cooperation Planning Advisor
佐藤善子	JICA モロゴロ州保健行政強化プロジェクト	専門家
田中あゆ子	JICA モロゴロ州保健行政強化プロジェクト	専門家（保健行政計画）
千歳万里	JICA モロゴロ州保健行政強化プロジェクト	調整員
大久保 一郎	筑波大学社会医学系	教授

資料 5 : 參考資料

1. MTP III: National AIDS Control Programme Strategy, Mainland Tanzania 1998-2002, MTP III. December 1998.
2. World Vision Tanzania: HIV/AIDS Strategy for the year, 2000 and beyond. 2000.
3. Z.A. Berege: The Tanzania Situation. African Seminar on Health Development South to South Cooperation Regarding HIV/AIDS. 2000.
4. World Vision Tanzania: Eastern Zone HIV/AIDS Concept Paper for Morogoro Rural District. April 2000.
5. Health & Population office, Institute of Public Health, Muhimbili University College of Health Science: The Health Sector in Tanzania. December 1998.
6. R. Goergen: AIDS in Tanzania. January 2000.
7. Implementing AIDS Prevention and Care (IMPACT) Project: Tanzania and HIV/AIDS. HIV/AIDS Division, Population, Health and Nutrition Programs, USAIDS. June 1999.
8. UNAIDS/WHO: Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually transmitted infections United Republic of Tanzania. 2000 Update.
9. T. Jaenisch, M Nyenga R. Goergen: Baseline reproductive health needs assessment in preparation of a CBD program in Lushoto Division, Lushoto District. MoH Reproductive Health Project. 2000.
10. T. Jaenisch, E. Mhina, R. Goergen: Baseline reproductive health needs assessment in preparation of a CBD program in Maramba Division, Muheza District. MoH Reproductive Health Project. March 2000.
11. A. Shah, A. Mnzava, R. Goergen: Baseline reproductive health needs assessment in preparation of a CBD program in Mkumburu Division, Handeni District. MoH, Reproductive Health Project. 1999.
12. R. Mwateba: Adolescent Reproductive and Sexual Health in Lindi Region. MoH, Reproductive Health Project. February 2000.
13. B. Pfander: KAP survey on ARH, Lindi. MoH Reproductive Health Project. February 2000.
14. S. Maman, J. Mbwambo, M. Hogan, G. Kilonzo, M. Sweat. E. Weiss: HIV and Partner Violence Implication for HIV Voluntary Counseling and Testing Programs in Dar es Salaam, Tanzania. Horizons Project. February 2001.

15. Epidemiology Unit, NACP: National AIDS Control Programme HIV/AIDS/STD Surveillance Report No.14, December 1999. MoH. September 2000.
16. DHMT, AMMP: Muhtasari wa Wilaya Morogoro Vijijini Maneo ya AMMP. August 2000.
17. Diocesan Medical Board, R.C. Diocese of Morogoro: Annual Report 1999. June 2000.
18. Turiani Hospital: Annual Report 1999. March 2000.
19. Mikumi Health Center: Annual Report 2000. 2001.
20. Morogoro District Council: "A Brief Report of Health Service" DHMT. 26 January 2001.
21. National AIDS Committee: National AIDS Control Programme, Tanzania 1998-2002. November 11.
22. Tanzania Reproductive and Child Health Survey (TRCHS) Key Finding Report 1999.
23. UNAIDS: Looking deeper into the HIV epidemic: A questionnaire for tracing sexual networks. 1998.
24. World Vision PRA Report: Ngerengere ADP 1995

