

提言編

目 次

第1章 調査の概要	1
1 - 1 調査の背景・経緯	1
1 - 2 調査の目的	2
1 - 3 調査団構成	2
1 - 4 調査行程	3
第2章 調査結果総括	4
2 - 1 我が国協力の今後の方向性	4
2 - 2 日米合意重点3分野に沿った協力の方向性	5
2 - 2 - 1 感染症対策	5
2 - 2 - 2 母子保健（リプロダクティブ・ヘルスを含む）.....	20
2 - 2 - 3 保健システムの質的強化	23
付属資料	
日米合意文書	29

第1章 調査の概要

1-1 調査の背景・経緯

(1) タンザニア連合共和国(以下「タンザニア」と記す)のヒト免疫不全ウイルス(HIV)/後天性免疫不全症候群(AIDS)はマラリアとともに保健医療分野の最大の課題となっており、1999年末時点のHIV/AIDSの感染者数は130万人に達するとされ(国連エイズ合同計画(UNAIDS)による)、1999年1年間のHIV/AIDSによる死亡者数は14万人に達している。HIV/AIDSの結果、蔓延がない場合に比べ、2010年時点で国内総生産(GDP)は20%低下し、平均寿命は61歳から46歳に短縮すると想定され、HIV/AIDSにより開発の成果が後退するおそれもあり、タンザニア社会に深刻な影響を及ぼしている。そのため、タンザニア政府は現在、教育・保健の分野におけるセクター・プログラム(SP)に積極的に取り組むなかで、2000年の保健分野改革計画において、HIV/AIDS対策を最重点課題とし、本問題に積極的に取り組む姿勢を示している。

(2) このようななか、我が国は、対タンザニア援助の重点分野として「基礎的保健医療サービスの向上」を掲げ、同課題の下、タンザニアにおける人口増加率の抑制及びHIV/AIDS陽性率の低減の2点を目的とした「人口・エイズ対策プログラム」を策定し、研修員受入れ、機材供与、草の根無償等を活用し積極的な支援を行ってきている。さらに、マラリア対策や母子保健等、幅広く保健医療サービス向上に資する支援を行っていている。

(3) 一方、日米次官級会合において、日米両国政府はGII(Global Issues Initiative)・日米コモンアジェンダ・保健分野の合同プロジェクト形成を行う対象国を、ザンビア(1998年12月)、バングラデシュ(2000年2月)、カンボディア(2000年6月)に引き続き、タンザニアとすることに合意しており、現地レベルでは日米間で既に活発な対話が行われており、タンザニアにおける「貧困削減戦略書(PRS P)」の枠組みの下で日米が一層の協力関係を構築していくことの意義は高い。これまでのところ、日米において協力可能な分野としてHIV/AIDS対策のみならず、母子保健やマラリア対策、拡大予防接種計画(EPI)等があげられていることから、これらの分野での協力の可能性につき検討していく必要がある。

なお、2000年12月に開催された沖縄感染症会議では、本プロジェクト形成調査が「沖縄感染症対策イニシアティブ」のフォローアップ協力の1つとして位置づけられた。

(4) 以上のような背景にかんがみ、タンザニアにおけるPRS P及びSPの動向を踏まえ、HIV/AIDS対策案件形成のみならず、その他の保健人口分野も含む日米連携案件を発

掘・形成すべく、本件調査が実施された。

1 - 2 調査の目的

タンザニアにおけるHIV/AIDS、感染症、人口問題等を中心とした保健分野の現状と課題を整理し、同分野の政策や他ドナーの援助動向を踏まえたうえで、我が国として実施可能な協力の方向性を示し、具体的な日米連携協力案件の形成を行う。

1 - 3 調査団構成

(1) 日本側

担当	氏名	所属
団長	廣木 重之	外務省経済協力局技術協力課・課長
政策企画	永沢 浩之	外務省経済協力局調査計画課・課長補佐
日米連携	田村 典雄	在米日本大使館一等書記官
NGO配慮	角井 信弘	J O I C F P (家族計画国際協力財団)
協力計画	枝川 充志	国際協力事業団アフリカ・中近東・欧州部アフリカ課職員
連携協力	Ms. Christine Pilcavage	国際協力事業団企画・評価部援助協調室職員 (米国国際開発庁 (U S A I D) より出向)
保健医療	四方 啓裕	コンサルタント (株式会社国際テクノ・センター)

* タンザニア J I C A 事務所より高田浩幸所員、保健省派遣中の橋本佳珠子 J I C A 専門家の協力があつた。

(2) 米国側

氏名	所属
Ms. Lucretia Taylor	U S A I D タンザニア Mission Director
Timothy Meinke	U S A I D ワシントン Office of Field and Program Support
藤江 顕	U S A I D ワシントン Office of Field and Program Support (J I C A より出向)
Mr. Robert Cunnane	U S A I D タンザニア Chief, Health and Population Officer
Ms. Janis Timberlake	U S A I D タンザニア Health and Population Officer
Mr. Michael Mushi	U S A I D タンザニア Health and Population Officer

1 - 4 調査行程

	日 程	団 長	政策企画	日米連携	NGO配慮	協力計画	連携協力	保健医療
		廣木重之	永沢浩之	田村典雄	角井信弘	枝川充志	Ms.Christine Pilcavage	四方啓裕
1月21日 (日)	本邦発							
22日 (月)	ダルエスサラーム着 (BA2069) 14:30 JICA打合せ 16:00 日本大使館表敬							
23日 (火)	9:00 Family Planning Association of Tanzania (UMATI) 訪問 14:00 国連児童基金 UNICEF 注催ドナー会合 16:00 JICA事務所との協議							
24日 (水)	9:00 USAIDとの協議 11:00 保健省訪問 15:00 USAIDとの協議							
25日 (木)	9:00 タンザニア政府 (首相府・大蔵省・保健省)との協議 11:30 African Medical and Research Foundation (AMREF) 訪問 14:00 大蔵省との協議 16:00 USAIDとの協議							
26日 (金)	9:00 ワールドビジョン訪問 10:00 バイ・マルチドナー会合 11:00 マリーストープス訪問 14:00 タンザニア政府との事務打合せ 16:00 USAIDとの協議							別調査
27日 (土)								
28日 (日)	資料整理・団内打合せ 本邦発			ワシントンから参加				
29日 (月)	15:00 日本大使館表敬 16:00 USAIDとの打合せ							
30日 (火)	8:30 USAIDとの協議 9:45 タンザニア政府との日米合同協議							
(ドドマ行き)	11:00 ドドマへ 13:30 スマイエ首相表敬 15:30 故宗村隊員慰霊碑訪問							
(ダルエスサラーム)	11:00 ムヒンビリ保健情報センター 12:30 People in Struggle against AIDS in Tanzania (WAMATA)(ケア&サポート) 15:00 感染症センター							
31日 (水)	9:00 日米合同サイト視察 (ムベヤ) 州知事表敬 州ヘルスセンター及び郡病院訪問 NGO「KIHUMBE」等訪問 コミュニティーの青年によるドラマ観賞等							
2月1日 (木)	午前ムベヤからダルエスサラームへ移動 12:30 現地ドナーとの昼食 15:00 USAIDとの協議 19:00 関係者との交歓会							
2日 (金)	8:30 団内協議 10:00 ムカバ大統領表敬 11:30 日米タンザニアラップアップ 12:00 合意文書署名及び記者会見 14:30 日本大使館報告	帰 国			帰 国			
3日 (土)	ケニアへ移動							
4日 (日)	資料整理							
5日 (月)	9:30 ケニア中央医学研究所 (KEMRI) 訪問 11:00 ケニアUSAIDとの協議 15:00 ケニア医療訓練大学 (KMTU) 訪問 15:30 日本大使館表敬 16:30 ケニアJICA事務所訪問							↑ タンザニアにて継続調査 ↓
6日 (火)			帰 国	帰 国		帰 国	帰 国	
7日 (水)								
8日 (木)				はタンザニア はケニア				
9日 (金)							帰 国	

* 角井団員はNGO調査を中心に行っており、その調査行程についてはNGO調査報告編を参照のこと。

第2章 調査結果総括

2-1 我が国協力の今後の方向性

タンザニアは重債務貧困国(HIPC s : Heavily Indebted Poor Countries)で保健関係人員及び保健予算ともに制約が大きいうえに、保健サービスを安定的に供給するためのマネジメント能力にも弱点を抱え、大きな比重を占める公的保健システムは期待される機能を十分果たしてこなかった。予防接種率の低迷や、末端の医療機関で頻繁に生ずる医薬品在庫切れ等はその一端を示している。栄養摂取不足とも相まって健康指標は劣悪で、例えば、5歳未満死亡率は出生1,000人当たり240(1960年) 143(1997年)と大きく改善しながらも、なお世界のワースト30位に位置し、平均寿命も1997年時点で51歳にとどまっていた。

タンザニアの保健セクターは上述のような状況にあって、過去のヒト免疫不全ウイルス(HIV)/後天性免疫不全症候群(AIDS)対策の試みは十分な成果をもたらさず、成人人口全体の10~12%がHIV感染者であると推定されるまでに事態は深刻化している。HIVに感染してからAIDSを発症するまでには5~10年という長い潜伏期があるが、過去の感染者が年間約14万人もAIDS死する段階に入っており、1999年時点の平均寿命は既に48歳へと短縮してきた。このような状況のなか、政府はようやくHIV/AIDS問題を「戦争状態」あるいは「国家の非常事態」と認識するようになった。2000年12月1日(世界エイズ・デー)の大統領声明と、タンザニア・エイズ委員会(Tanzania Commission for AIDS、当初TANAIDSと略称されたが、のちにTACAIDSに改められた)の新設を受け、保健省・諸ドナーの関心はAIDS問題に集中している観がある。

ただし、マラリアをはじめとする在来感染症の重荷が一向に軽減されていない現在、要員・資源をHIV/AIDS対策ばかりに投入すれば、マラリアやワクチンで予防可能な疾患等が増加に転じ、次代のタンザニアを担うべきHIV未感染の子どもたちを多数失って、5歳未満死亡率が大幅に上昇することとなろう。したがって、母子保健及びマラリア対策等、通常の保健医療活動の充実・発展を図りつつ、HIV/AIDSのコントロール活動を強力に行うという困難な「二正面作戦」を検討していくことが適当と考えられる。タンザニア国内では大統領以下の政治的コミットメントが表明され、省庁横断・官民協調体制が立ち上がったところであり、ドナーとしてはマルチ・バイの様々な方法を効果的・効率的に組み合わせてこの動きを支援していく必要がある。

現在タンザニアでは、日米を除く有力な8つのドナーと保健省が協力して、保健セクター全体の効率を改善するための改革に取り組んでいる。本プロジェクト形成調査の事後プロセスにおいては、日米間での緊密な調整によって相補的かつ効果的な支援を実施すべきことはもちろん、この保健セクター改革やAIDS・性感染症に関して保健省が策定した「第3次中期計画」との整

合性確保にも留意する必要がある（資料編第3章以降を参照）。

上述の点を念頭に置きつつ、日米双方の関係者及びタンザニア政府、国際機関、NGOとの協議を踏まえ、今後、以下の3分野を重点とし、日米両国が確認した案件の実施の可能性を検討することとなった（詳細については第2章2-2を参照）。

（1）感染症対策

1）HIV/AIDS及び他の性感染症

自発的カウンセリング検査（VCT：Voluntary Counseling and Testing）センター支援
拡充、行動変容につながるAIDS啓発活動強化支援、輸血によるAIDS感染予防支援、性感染症症候診断・治療支援、保健従事者・非HIV患者の感染防護支援

2）HIV/結核重複感染対策

国家結核コントロールプログラム支援、重複感染した結核患者の治療拡大

3）マラリア及び他の寄生虫疾患対策

国家マラリア対策プログラム支援、早期受診、蚊帳の購入・使用・殺虫剤処理を促すための啓発活動支援、医療従事者の能力開発支援

（2）母子保健（リプロダクティブ・ヘルスを含む）

妊婦検診での梅毒検査への支援、ビタミンA補充プログラムへの政策・実施支援、予防接種プログラムの実施支援、従事者訓練を含む「小児疾患の統合的診断・治療」の支援、流産・中絶後ケア、家族計画への支援

（3）保健システムの質的向上

人口動態・保健調査（DHS）の支援、モロゴロ州での郡保健マネジメント体制の強化、州・郡レベル公立病院の基礎的機材整備の検討、流行性疾患の包括的サーベイランス体制の強化、情報通信技術（IT）機器・通信インフラの利用促進、官民連携体制の強化

2-2 日米合意重点3分野に沿った協力の方向性

2-2-1 感染症対策

（1）HIV/AIDS、その他の性感染症

AIDS対策としては、感染予防、感染者の発症予防と発症者の治療、AIDS発症後の合併症治療、生活支援・臨死介護、AIDS孤児への就学・生活支援等、種々の可能性がある。ほとんどのサブサハラ・アフリカ諸国は、国力と感染者数の多さのアンバランスから費用対効果に優れた感染予防を中心に国家政策を立てており、タンザニアの「第3次

エイズ・性感染症対策中期計画」でも同様である（資料編第4章参照）。

感染予防策を講ずる場合、異性間・同性間の性行為、経血液感染（輸血、医療関係者の針刺し事故、麻薬の回し打ち等）、母児間感染等、複数の経路で急速にHIVが広がっている現状では、一点集中型の対策では目に見える効果はあがらない。成功例とされるムベヤ州でのAIDSコントロール活動においても、あらゆる経路への対策を同時並行的に実施し、数年継続後ようやくHIV感染率が低下し始めた事実を重く受け止める必要がある。忘れてならないのは、HIVに新規に感染する者の60%を思春期以降24歳までの青年層が占めることであり、現地の米国国際開発庁（USAID）、国連児童基金（UNICEF）、国連エイズ合同計画（UNAIDS）等は、「15～24歳の層と学童に対する啓発活動に主眼を置く」姿勢を鮮明に打ち出している。本調査終了後、ダルエスサラーム市内の12の中等学校生徒及び学校を卒業した15～19歳男女の相当数を検査したところ約60%がHIV陽性であった、とする衝撃的なニュースがもたらされた（2001年3月14日付Africa News）。「対AIDS戦争」から次世代を守り、国家の復興・発展につなげていくうえで、もはや一刻の猶予も許されない状況にある。

HIV感染者の発症予防と発症者の治療に使用される抗HIVウイルス剤についても、本調査終了後に大きな情勢の変化があり、国連等の仲介により複数の大手製薬会社がアフリカ市場向けに限り製造原価に近い特別価格で販売することを約束した。これによりタンザニアでも対AIDS政策に抗HIVウイルス剤投与による発症予防・治療が本格的に取り入れられるかどうか、慎重に見極めるべきである。

HIV感染者は潜伏期を経てAIDSに移行していくが、患者がかかると合併感染症のなかでも結核は周囲の健常者へも拡大していくため、優先して治療する必要がある。

AIDS発症者への生活支援・臨死介護は、NGOが主体となって取り組んでいる。HIV感染者を差別せず、AIDS患者に対して支援を惜しまない社会をつくることは、一般の人々が地域社会からの差別や疎外を恐れずにカウンセリングや検査を受けられるための前提条件でもあることから、このような活動を拡大する必要がある。

AIDS孤児の養育は伝統的慣習に従い、もっぱら近親者にゆだねられており、就学・生活支援もNGO頼みの状況が続き、ドナーからの政府開発援助（ODA）による援助はほとんど入っていない。

（*以下の記述では、日本側が実施を検討する事項を太字で示してある。）

1) 日米 Joint Interests / Cooperation :

- 1 . 自発的 H I V カウンセリング・検査センターへの支援拡大
- 2 . 「行動変容につながるエイズ啓発活動」を強化するための支援を拡大
- 3 . 輸血を介する A I D S 感染予防を支援
- 4 . コミュニティー・ベースでの感染者支援活動の拡大
- 5 . 性感染症の症候診断・治療の支援
- 6 . 医療従事者・非 H I V 患者の感染防護を支援

1 . 自発的 H I V カウンセリング・検査センターへの支援拡大

自分が H I V に感染しているか否かを知りたいという需要は潜在的には大きい (64%) との報告がある。しかるに現状では公的施設、民間センターを合わせても自発的 H I V カウンセリング・検査 (V C T) センターの分布には偏りがあり、男性では 12%、女性では 7% が実際に検査を受けているにすぎない。そこで、日米が連携して、N G O (African Medical and Research Foundation (A M R E F) Tanzania を想定) を支援してカウンセリング・検査サービスを強化・拡大し (1 . 1)、そこで使用される検査キットの需要予測及び供給状況モニタリングも共同で行う (1 . 2)。我が国はこの需要予測を基に、検査機器・試薬類の供与とそれにかかわる技術支援を行う (1 . 3)。一方、米国側は郡レベルでの検査キットの発注・配送に係る技術支援・トレーニングを担当する (1 . 4)。

V C T センターを充実させることにより、自発的意思から H I V 検査を望む人々の希望をかなえ、感染者には将来の行動や人生設計を立てる手助けをし、非感染者には今後も感染を回避できるよう促すことができる。また、その場限りのカウンセリングにとどまらず、検査後も継続的なケアを提供するための入口としても V C T センターは重要である。

2 . 「行動変容につながるエイズ啓発活動」を強化するための支援を拡大

人々に A I D S の正しい情報を伝えることが重要であることは論を待たないが、それが実際に行動変容をもたらさなければ感染予防の役には立たない。H I V 新規感染の 6 割以上が 15 ~ 24 歳の青少年期に起きている現状からすれば、これら若年層を啓発活動のターゲットに含め、次代のタンザニアを担う世代を温存するよう努めなければならない。今後日米は連携して、若年層への啓発活動に向けた資金的・技術的支援 (2 . 1) を行うべきであろう。その際、啓発活動にかかわる利害調整

の促進（2.2）に留意する必要がある。なお日本は従来から、Family Planning Association of Tanzania（U M A T I）による若年層向け啓発活動への支援（2.4）を行ってきている（開発福祉支援事業「青少年のためのファミリーライフ教育」、1999～2002年）。

未感染者には感染の危険にさらされないよう、また既感染者には自らが感染源とならないよう行動変容を促すことになるが、具体的には不特定多数との性交渉を避けること、及び拳児希望の場合以外にはすべての性交渉にコンドームを使用することが重要である。コンドームはなるべく自費で購入させるほうが動機づけも高く、使用される可能性が高くなる。しかし、タンザニアの村落部では現金収入が極めて少ない住民も多く、また都市部でも啓発活動の最重要対象者層と目するティーン・エイジャー等は自費での購入は困難であり、カウンセリングと組み合わせてコンドームを無料で提供する意義は決して小さくない。そこでU S A I Dは、コンドームの全国需要を予測し供給状況をモニタリングしながら（2.3）、米国系N G OであるPopulation Services International（P S I）の運営費用を補助してコンドームの有料販売を促進する（2.5）。なおP S Iは、これとは別に英国国際開発省（D f I D）からコンドームの提供を受け、保健医療施設とコミュニティー・ワーカー向けに無償で配給している。日本はこれまでコミュニティー・ワーカー向けトレーニングを実施してきたがこれを継続するとともに（2.7）、自費で購入できない層への無料供与を拡大するための技術協力とコンドーム供与を検討する（2.6）。

例 若年層への啓発活動に向けた資金的・技術的支援：学校でのA I D S対策
ダルエスサラーム市内では15～19歳の年齢層の約60%が既にH I Vに感染している、とのニュースが真実ならば、思春期以降にA I D Sの啓発を試みても遅すぎる。実際同じニュースの後段では、モロゴロ州での調査結果として、小学校5～6年生の半分は性的にアクティブであることを伝えており、これまで全く手薄であった小学校でのA I D S対策への取り組みを早急に始める必要がある。

U M A T Iは1980年代から若年層へのA I D S啓発活動を続けている。全国7か所に青少年センターを設置・運営し、そこでスタッフが未成年者のボランティア・カウンセラーを訓練して、学校の内外での「仲間カウンセリング」や「仲間教育」を推進したり、彼らを通してコンドームを頒布したりしてきた。最近から小学校ベースのプログラムを開始しており、教育委員会から選抜された教師を訓練して、

- ・学校での性教育授業実施

・生徒への性カウンセリング
・性感染症（S T I）が疑われる生徒のU M A T I 青少年センターへの紹介
そこでのS T I 治療
・同僚教師に対し性教育を実施することの重要性をアピールする

等の活動に取り組ませている。教師が生徒のプライバシーに深く立ち入ることの是非を懸念する向きもあるが、生徒には好評であり、教育省も後援を開始したところである。

3 . 輸血を介するA I D S 感染予防を支援

タンザニアには輸血用血液を常時プールする血液銀行制度はなく、輸血の必要が生じると、郡病院以上の医療機関でその都度患者家族等から供血者を募って血液を準備する体制をとっている。供血者となり得る成人層では10%以上がH I V 感染者であることから、輸血前のスクリーニング検査を徹底して患者の安全を確保することが重要である。なお、血液銀行制度の創設はドイツ技術協力公社（G T Z）が試みて断念した経緯があり、日米としても現実的な選択肢とは考えていない。

そこで、日本が保健省にH I V スクリーニング機材・試薬類を供与して（3 . 1）輸血を頻繁に行う医療機関に配送してもらい、米国側が医療機関を対象に能力開発を行う（3 . 2）という連携を図りたい。H I V スクリーニング・キットの操作は簡便で、しかも主要施設の検査技師に対する操作法トレーニングは終了していることから、以上のような連携が可能と考える。

4 . コミュニティー・ベースでの感染者支援活動の拡大

公的な保健サービス供給システムを通じてコミュニティー・ベースで感染者を支援することには限界が大きく、日米ともに、N G O を通じたA I D S 予防・治療・生活支援及び孤児への支援（4 . 1）を拡大するよう努力を続ける。米国側は、その際に必要な保健教育教材を提供し、使用法を指導する用意がある（4 . 2）。

5 . 性感染症の症候診断・治療の支援

梅毒（syphilis）、淋病（gonorrhoea）、軟性下疳（chancre）に代表される旧来の性感染症（S T I : Sexually Transmitted Infections）を徹底的に治療すれば、性行為を介するH I V の伝播効率を2分の1から3分の1に減らすことができる。タンザニアでは一般住民の間にもS T I が蔓延しているため、あらゆる保健医療施設で

サービスを提供する必要がある（資料編第1章1-3参照）。

ヨーロッパ連合（EU）の協力により全国の診療担当者を対象とするSTI症候診断のトレーニングが完了しており、11州へは最近数年間にわたって抗生物質等の資機材が無償供与され、症候診断・治療が実施されてきた（現行プロトコルを資料編第1章46～49ページに付す）。しかしEUは2000年の途中での援助中止を通告し、プログラムの継続が非常に危ぶまれた。結局、支援は2001年初めから時限的に2年間延長されることとなり、現在は資機材の供給が再開されている。EUは年間医薬品予算が1億円強あれば全国での実施が可能と試算しているが、実施する余力はなく、実施中の11州を含めて2002年以降の計画は白紙の状態である。この領域で大きな存在感を示したEUの協力終了後に、日米で全国展開を支援する意義・インパクトは大きい。

まず日米合同で保健省を支援してSTIコントロール戦略の見直し・改訂（5.1）を促進する。並行して、米国・疾病予防センター（CDC）の協力によって得たSTI起炎菌の薬剤耐性調査結果に基づきSTI治療プロトコルを更新する（5.2）。この作業を踏まえて、USAIDはSTIコントロールに使用する資機材の全国需要を予測し（5.3）これに基づき日米で医薬品を提供しつつ必要な技術指導を行うことを考慮する（5.4）。プログラム実施中、USAIDは資機材の供給状況をモニタリングし（5.3）後述する包括的疾患サーベイランス及び薬剤耐性調査の実施を支援する（5.5）。公的保健医療施設をサービス・ポイントとする上述のプログラムだけでは到達できない住民をカバーする意味から、日本は、コミュニティで性感染症の予防・診療活動を行うNGOへの支援を拡大する（5.6）。

6. 医療従事者・非HIV患者の感染防護を支援

入院患者の40～60%がHIV感染者という現状では、病院は常にHIVの院内感染と隣り合わせである。現に隣国のマラウイなどでは、AIDS死する病院職員が相次ぎ、補充が間に合わなくなって保健医療施設での日常診療に支障を来したり、患者にとって必須の採血検査や点滴治療すらできるだけ回避しようとする風潮を招いている。タンザニアにおいても要員や非HIV患者を院内感染から防護する措置を十分とる必要がある。

日米はHIVの院内感染を防ぐためのトレーニング等の実施（6.1）を検討する。米国側はそれに使用する保健教育教材を提供し（6.4）病院向け感染防護資機材の需要予測と供給状況のモニタリングを行う（6.2）。日本は感染防護用品の

供与（6.3）を検討する。

2) Japan / JICA 単独 :

1. 東アフリカ地域の AIDS 当局者・NGO による意見交換の機会創出

東アフリカ地域各国の AIDS 当局者・NGO をタンザニアに招いて、AIDS 対策に関する意見交換の機会を設けることは、当該関係者はもとより JICA にとっても地域内の実状やニーズを把握するうえで有益であろう。

3) USAID 単独 :

1. HIV 母児間感染の阻止に向けスクリーニングと治療サービスを拡大

母児間感染は重要な感染経路の 1 つであるが、ここまでにあげた対策では阻止できない。米国側は、妊婦のスクリーニング検査とカウンセリングを強化して、HIV 陽性者にマルチ・ビタミン剤、AZT 等の抗 HIV ウイルス剤、nevirapine 等を投与することによって、小児への HIV 感染を減少させる活動を拡大したい考えである。ジョンズ・ホプキンス大学による研究協力を想定しているものとうかがえた。

付 農業セクターにおける HIV / AIDS 対策

タンザニアにおける開発援助委員会(DAC)加盟ドナー間協議で、農業分野における HIV / AIDS 対策に関して JICA がドナー間コーディネーターを務めることと決定されたことから、特に本項を付した。上述した HIV / AIDS 対策では特定しなかったが、以下の点では農業セクターが重要な役割を果たせる可能性がある。

- 住民の性行動の変容を喚起する AIDS 啓発活動

保健セクターとしては母子保健活動を通じて 5 歳未満児とその母親に対しては接点が確保されており、實際上生産年齢層にあるほとんどの女性への啓発活動が可能となっている半面、成人男性に対する働きかけは容易ではない。その点、農業セクターにおけるコミュニティー・レベルのワーカーたちは、農業技術普及等の目的で農村の成人男性とも接点を有していることが特筆される。農業普及員は男女のいずれも存在することであり、特に男性の農業普及員等が AIDS 啓発活動の一翼を担えば、成人男性に性行動の変容を喚起するうえで一定の効果をあげ得るものと期待される。もちろん女性ワーカーが女性住民を対象として行う啓発活動にも保健セクターからの働きかけを補完する効果が期待できる。

- 性感染症対策

上記と同様であるが、農業セクター・ワーカーから性感染症の症候がどのようなものかを教え、最寄りの医療機関で治療を受けるように促せば、保健セクターからの働きかけだけでは性感染症クリニックを受診しようとしないう軽症患者の行動変容につながる可能性がある。男性ワーカーは男性住民を、女性ワーカーは女性住民を対象とすることで、文化的にも受け入れやすい啓発活動が展開できる。

- A I D S 発症者介護・生活支援の拡大

H I V 感染者は既にタンザニアのすべての農村に広がっていることから、農村コミュニティの中で感染者が疎外されることなく生活を続けることができる環境づくりは、セクター横断的に取り組まなければならない重要課題である。また無症候期から A I D S 患者に移行すると重い農作業には耐えられなくなり、そうなれば患者世帯の収入減少・生活困窮につながりやすい。タンザニアの現状として、生活困窮者に対する社会保障は期待できないだけに、農作業における労働力支援を通じて、A I D S 発症者世帯における生産物の確保と生計の維持、更には学齢期の子どもたちの就学継続を促せないか、検討の余地がある。

この点は、保健セクターの努力だけではいかんともしい難いところであり、農業セクターとしての取り組みが待たれる。

(2) H I V / 結核の重複感染

初めのうち無症状である H I V 感染者も、やがて免疫低下を来して A I D S を発症し、合併感染症を繰り返すようになる。もともと結核感染率が高いタンザニアでは、A I D S 患者の多くが活動性結核を発症するため、既に結核患者が H I V 流行以前の 5 倍に激増している(資料編第 1 章 1 - 4 参照)。結核患者は国家結核・ハンセン病プログラムに報告され、登録されることになっている。登録漏れの患者も少なくないが、いったん登録された患者には徹底した治療が行われて高い治癒率を維持している。今日のタンザニアで「A I D S ・結核の重複感染」との診断を受けることは死の宣告にも等しいことから、医療者も患者も「結核だけの単独感染」として済ませたがる傾向がある。しかし、今後ますます結核新規患者が増加し、現在 40 ~ 60% とされる H I V 感染者の比率が更に高くなれば、重複感染の問題を避けては済まされなくなるであろう。

1) 日米 Joint Interests / Cooperation :

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1 . 新設される国家エイズ委員会並びに世界保健機関(W H O)の「STOP T B イニシアティブ」との協調下に国家結核・ハンセン病プログラムを強化(T B : Tuberculosis)2 . H I V / A I D S に重複感染した結核患者の治療を拡大 |
|--|

1 . 新設される国家エイズ委員会並びにW H O の「STOP T B イニシアティブ」との協調下に国家結核・ハンセン病プログラムを強化

W H O の「STOP T B イニシアティブ」と連携している国家結核・ハンセン病プログラムには、オランダと英国が技術支援・財政支援を行っており、資金はバスケット・ファンド方式で管理されている。このような状況で、日米が独自の動きをすることは賢明な方策とは思われず、本プログラムを強化する方向での支援を心がけたい。現在までは結核対策とH I V / A I D S 対策との連携は必ずしも十分ではなかったが、今後は新設された国家エイズ委員会と本プログラムの間で、H I V / 結核の重複感染への対応に向けてより緊密な協調関係が構築されることも考えられることから、その動向に注意して援助計画に迅速に反映させるべきである。

2 . H I V / A I D S に重複感染した結核患者の治療を拡大

U S A I D は、病院向け資機材の全国需要を予測し供給状況をモニタリングしながら(2 . 1) 結核対策に従事する要員へのJob aidsを実施する(2 . 3)。また、公的保健医療施設でサービスを提供する国家結核プログラムを補完するため、N G O を通じてコミュニティ・レベルでの結核コントロール活動に参画する可能性を探る(2 . 5)。

日本は、従来から実施してきた結核菌検査に係る技術指導・トレーニングを継続する(2 . 2) ことに加えて、2 . 1 の米国側の努力を踏まえつつ顕著に増加中の重複感染患者を収容できるよう州・県病院の機能強化(2 . 4) への支援を検討する。

タンザニア保健省は全国をカバーする包括的疾患サーベイランスの体制を確立しようとしており、U S A I D はこれに対して技術協力を行っているが、結核もその対象疾患に含まれている。これとは別に、C D C が結核菌の薬剤耐性検査を支援する計画もある(2 . 6)。

補足 包括的 disease サーベイランス

1998年に開催されたWHOアフリカ地域事務局の総会において、包括的 disease サーベイランス (IDS: Integrated Disease Surveillance) 体制を確立するという提案が採択された。この決定を受けて、タンザニアでは同年12月までに、現行のサーベイランス体制の組織と活動が再評価された。翌1999年2月には、IDS体制を構築するための行動計画が立案され、2000年3月にはIDS技術指針 (Epidemiology and Disease Control Section, MoH, "National Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response") が正式に発効した。

この指針によれば、IDSは以下の13疾患をサーベイランス対象とし、疾患の発生を監視するだけでなく、適切な行動をとって公衆衛生の改善に資することを目標としている。

流行性疾患	コレラ、細菌性赤痢*、ペスト、麻疹、黄熱病、髄膜炎、狂犬病
制圧をめざす疾患	急性弛緩性四肢麻痺 (ポリオ)、新生児破傷風
公衆衛生上重要な疾患	5歳未満児の下痢症*、5歳未満児の肺炎*、マラリア*、腸チフス*

(特記していない疾患は毎週1回、*を付したものは月1回報告する。)

3か月ごとに報告させて傾向把握に努める疾患	AIDS、その他のSTI、動物咬傷、ハンセン氏病、フィラリア症、オンコセルカ症、肺結核、トリパノソーマ症 (疑診例)、ウイルス性出血熱
-----------------------	---

複数の疾患を包括的にサーベイする効率的な体制を構築することにより、保健要員が報告書の作成にわずらわされず、疾病の予防や制圧に専念できると期待されている。具体的には、対象疾患の標準的な診断基準を定めて、確定診断ができる検査体制を整備する。また、保健医療施設と公衆衛生機関との間の情報交換を改善し、併せて大衆、対象人口、ドナー、国際機関、NGOへの情報伝達も改善する。輸送、トレーニング、管理・監督活動の共通化を促進する。管轄下で発生する保健課題に対して、県レベルで疫学的な手法を活用して調査を行って適切な決定を下せるよう能力開発に努める。また、臨床医・診療助手等が日常診療に際して流行性疾患の発生に注意を払うべきこと、症例情報をサーベイランス担当官と交換する意義を十分理解させることも重要視している。

(3) マラリアその他の寄生虫疾患

マラリアは年間患者総数 1,400 万 ~ 1,800 万人 (外来患者の 40%)、入院総数 110 万件

(入院患者の35%)、年間死亡者数約10万人を数え、HIV/AIDSと並んでタンザニアにおける最重要疾患である。国土の80%以上は「安定マラリア地域」に分類され、マラリアで死亡するのはほとんどが5歳未満児か妊婦である(資料編第1章1-1、1-4参照)。縦断型保健プログラムとしてのマラリア対策は国家マラリアプログラムによって主導されている。マラリア原虫のクロロキンに対する耐性化が進んでいることから、2000年になって第一選択薬をSP合剤(1錠中にSulfadoxine500mgとPyrimethamine25mgを含有、商品名ファンシダール：Fansidar)に切り替えたが、診療現場ではまだクロロキンが使用されている。

妊婦に対するマラリア一律治療は米国側が連携案件として支援することを熱心に持ちかけてきたもので、現地調査では保健省首席医務官からもその必要性を強調された。しかし、最新版の国家治療指針(タンザニア保健省、“National Guidelines for Malaria Diagnosis and Treatment”; 2000)で、妊婦に対しても第一選択薬とされたSPは、日本国内では妊婦に処方することが相対的禁忌とされており、マラリアという診断が確実で、かつ本剤を使用しなければ患者生命に危険が及ぶ場合にしか使用が認められていない。したがって全妊婦への一律投与を前提として日本がSPを供与することは困難である。

1) 日米 Joint Interests / Cooperation :

1. 「ロールバック・マラリア・イニシアティブ」との協調下に国家マラリア対策プログラムへの支援を継続
2. マラリアに係る「行動変容につながる啓発活動」を強化する
3. 医療従事者の能力開発を支援

1. 「ロールバック・マラリア・イニシアティブ」との協調下に国家マラリア対策プログラムへの支援を継続

国家結核・ハンセン病プログラムがWHOの「STOP TB イニシアティブ」と連携し、オランダと英国の技術支援・財政支援を受けているのに対し、国家マラリアプログラムもWHOの「ロールバック・マラリア・イニシアティブ」、DFID、オランダ等の強い影響下にある。結核対策への支援と同様に、国家マラリアプログラムを強化・補完する方向での支援が望まれるところである。

2. マラリアに係る「行動変容につながる啓発活動」を強化する

国家マラリアプログラムが採用する対マラリア戦略は、マラリア患者の早期発

見・治療と薬剤浸漬蚊帳の使用による予防推進を2つの柱としている。前者については、患者本人や保護者が初期症状を見逃さないこと、症状を軽視せず有効な治療薬を用いて治療を完了すること、等を住民に繰り返し教育する必要がある。住民がこれまで使い慣れているクロロキンは強力な抗炎症作用を併せ持つ薬剤で、耐性が生じてマラリア原虫への効き目がなくなっているにもかかわらず、速やかに解熱・全身倦怠感の緩和等が得られるため、知識の乏しい住民には好評である。一方、新しく第一選択薬に選ばれたSPには解熱作用はなく、マラリア原虫が死滅するまでの2、3日間は上記の症状が持続することになる。したがって、クロロキンからSPへの移行期には住民に十分な啓発活動を行って、SPの有効性に対する信頼感を醸成する必要がある。

後者の蚊帳の購入・使用を促す啓発活動も非常に重要である。5歳未満児や妊婦を優先的に蚊帳の中で寝かせるべきこと、半年ごとに殺虫剤処理を繰り返す必要があることを理解させ、そのとおり実践してもらわなければならない。米国側は傘下NGOであるPSIが蚊帳・殺虫剤の販売促進活動の一環として住民への啓発活動を行っており、日本としても連携するNGOの活動を通じ、また他のあらゆる機会をとらえてマラリア啓発活動を強化する。

3. 医療従事者の能力開発を支援

先述のとおり、妊婦へのマラリア一律治療を拡大すること(3.1)を目的として日本がSPを供与することは難しく、この点はUSAIDに任せることとする。我が国としてはマラリアに関する保健従事者技術研修を継続する(3.2)。これまでの数年間アクリジンオレンジ法を使用するマラリア迅速診断の強化(3.3)を取り上げてきたが、今後はどのような内容が最も適当であるか、更に検討を続ける(現地国内研修「マラリア対策フェーズ(1993～1997年)」、「同フェーズ(1998～2002年)」)。このなかに妊婦へのマラリア一律治療の意義と方法を盛り込むことには何ら問題はない。また、SPを第一選択薬とする新しいマラリア治療プロトコルを教育するのに合わせて、拡大予防接種計画(EPI)、下痢症、急性呼吸器感染症等への対応方針を講義し、「小児疾患の統合的診断・治療」(IMCI: Integrated Management of Childhood Illnesses)の根幹部分をトレーニングする、というやり方も検討に値する。

なお、マラリアもUSAIDが技術協力を行っている包括的疾患サーベイランスの対象疾患に含まれている(3.4)。

2) U S A I D 単独 :

1 . P S I を通じた蚊帳の使用促進のための啓発活動を拡大

P S I は運営資金を U S A I D から、蚊帳の調達資金を D f I D から提供されて、薬剤浸漬蚊帳の普及活動を行っている。一部の都市では地元の蚊帳販売業者の反対で一般向けの蚊帳販売は中断に追い込まれたが、地方都市や村落部では一般向けに 4,500 シリングで蚊帳を販売している。また、医療機関を通じて高リスク群である妊婦と 5 歳未満児をもつ母親に限定して 1 張り 3,500 シリングで頒布するプログラムは、都市を含む全国で実施中である。

一方、蚊帳の薬剤再浸漬については、民間業者は全く関心を示しておらず、P S I だけが 1 張り分ずつ小分けした殺虫剤を販売している。U S A I D は、今後 P S I を通じて蚊帳の使用・再浸漬促進のための啓発活動を拡大する。

2 . マラリアの二剤併用治療に係る研究を強化

クロロキンをはじめとして、効果が高くして廉価な抗マラリア薬は第一選択薬として幅広く使用され、それだけ耐性株も出現しやすい。全く新たな抗マラリア薬を開発するには莫大な費用と時間がかかり、完成しても高価な薬となって途上国では利用しにくい。そこで、マラリア原虫が獲得した薬剤耐性メカニズムを打ち消すような薬剤を組み合わせる旧世代の抗マラリア薬の薬効を復活させるやり方は、費用対効果の高い有用な新薬開発手法とされている。米国側は、有望な新薬の臨床治験をタンザニアで行う意向があると考えられる。

3) Japan / J I C A 単独 :

1 . 学校における集団駆虫活動を行う N G O への支援を検討

もともと栄養状態の良くないタンザニアでは、年齢とともに鉤虫・回虫等の腸管寄生虫感染率が増加していき、貧血や鉄欠乏症を来す子どもが非常に多い。就学期の貧血・鉄欠乏は学習能力の低下につながりやすく、学童の集団駆虫は教育効果を確保する意味からも重要である（資料編第 1 章 1 - 1 参照）。我が国の N G O、J O I C F P（家族計画国際協力財団）は独自財源により現地 N G O を通じた学童への駆虫薬の定期的投与を支援中であるが、今後このような活動を行う N G O を O D A として支援し、その規模を拡大していくことは十分検討に値する。

2 . 他セクターにおける開発事業に際し寄生虫対策を併せて実施することを検討

小規模水開発事業においては、並行して下痢症・腸管寄生虫症に関する健康教育が

広く実施されるようになってきたと聞く。寄生虫は長年月の間に人間と共生するよう適応してきており、ある地域での感染率はそこに住む人間集団の生活様式と密接な関係がある。その意味で、このように他セクターの開発事業に併せて寄生虫対策を実施するやり方こそ王道といえる。以下の囲み記事に、教育と農業での実施例をあげる。

例1 他セクターの開発事業に際する寄生虫症対策：学校保健への取り組み

タンザニアにおける学校保健への取り組みは、政府・ドナー・教師のいずれの側でも不十分であるようにうかがえる。このような現状では、保健省と教育省、地方自治庁ないし各県の初等教育担当当局との橋渡し、学校保健政策立案、教師に対する啓発活動、教材開発、保健婦協力隊員を中心とする人的支援、駆虫薬・ビタミンA製剤等の提供といった方法で我が国が主導的な役割を果たせる可能性がある。ただし、DAC加盟ドナー間会合の決定を経て、他ドナーも学校でのHIV/AIDS対策への取り組みを強化してくることが確実であり、傍観していればすぐに遅れをとることになる。

満5歳までの乳幼児は毎月の成長モニタリングに通ってくるが、学童期以降は同年齢の人口集団を人為的に集めることは極めて困難である。保健サービス供給者側からみると、学校は学童期人口（及びその保護者）に特有の保健課題に対処するため公衆衛生学的な介入策を講ずる貴重な機会を与えてくれている。以下に例をあげる。

- ・基本的な衛生知識を授けること：食事の前に手を洗うこと、生水を飲まないようにすること、ゴミを散らかさず自宅を清潔に保つこと、排泄場所を一定にすること等
- ・基本的な医学知識を授けること：簡単な創傷の手当法、下痢をしたときの対処法、マラリアの感染経路・初期症状・治療法等
- ・食品と栄養に関する基本的な知識を授けること
- ・早期からの段階を踏んだ性教育
- ・定期的な身長・体重測定
- ・寄生虫疾患の集団治療：回虫・鉤虫等の腸管寄生虫（地域によっては住血吸虫も）
- ・貧血のスクリーニング：保健医療施設に紹介したうえでの鉄・葉酸等補充療法
- ・甲状腺腫・甲状腺機能低下症のスクリーニング

- ・夜盲症のスクリーニングとビタミンA補充
- ・上記各項目に関して保護者への啓発活動等

なかでも、栄養不足・寄生虫疾患に起因する貧血や鉄欠乏症、ヨード摂取不足に起因する甲状腺機能低下症などは、認知能力・集中力の低下を通じて児童の学習能力を大きく減退させる場合があり、全般的な教育効果を確保する意味からも十分な配慮が望まれる。

例2 他セクターの開発事業に際する寄生虫症対策：農業セクター

大規模な灌漑事業を行って、例えば水稻栽培を拡大することは住血吸虫症やマラリア等の蔓延を招く環境を創出しかねないことに留意すべきである。したがって、このような農業プロジェクトを実施する場合には計画段階からそのコントロールに配慮することが望まれる。

住血吸虫症対策としては、住民を集団的に治療する方法と中間宿主である貝類を殺滅する方法が考えられる。集団治療の実際は以下ようになる。まず灌漑開始直前に灌漑予定地及びその上流地域に住む住民の一斉検診を行って、尿・便中に住血吸虫卵を認めた場合には治療薬（1人1回当たりの薬代は約1米ドル）を内服してもらおう。灌漑開始後、農業労働者が外部から流入したところに再度一斉検診を行い、保虫者には同様に内服治療を行う。以後農繁期に合わせて検診・治療を繰り返すが、その途中で血尿・血便を訴える患者が現れれば個別に検査・治療する。このようなやり方であれば、最寄りの保健センターへの技術移転と医薬品供与、及び一斉検診時に県病院からの人的支援が確保されれば、十分実施可能である。この方法で効果が不十分ならば中間宿主対策を追加する。

マラリア対策は、患者の早期診断・治療を基本とし、そのうえで殺虫剤浸漬蚊帳の導入を図っていく点は灌漑地域であろうと他の地域であろうと変わるところはない。通常は村落部の住民に蚊帳をいきわたらせ、それらを繰り返し殺虫剤で再処理させることは難しいが、灌漑プロジェクトによって世帯当たりの現金収入が増加すれば、蚊帳の購入・再処理も容易となる。これらを実行したうえで、なお必要性があれば幼虫（ポウフラ）対策を追加することを検討する。

灌漑を開始して罹患率の異常な増加をみたあとに寄生虫対策を追加的に実施することは、責任の所在が問題となったり、対応の遅れによって疾病コントロールを困難にするおそれがある。農業に限らずいかなるセクターにおいても

今後新たな開発事業を実施する場合、計画段階で保健医療領域に及ぼす影響を検討して、負のインパクトが予想されるなら、あらかじめそれを極小化する手段をプロジェクト内に盛り込む工夫が必要である。問題は日本側も相手国側もこのようなセクター横断的調整に不慣れなことであろう。タンザニアにおいてはD A C加盟ドナー間で全セクターにおいてA I D S対策への取り組みが開始されている。我が国としては橋本イニシアティブを提唱しているので、可能な限りの開発プロジェクトでA I D Sに加えて寄生虫への対策を配慮することが望まれる。

3 . K E M R Iでの寄生虫感染症に係る研修を検討（南南協力）

アフリカ地域における我が国の南南協力拠点の1つであるケニア中央医学研究所（K E M R I）を活用して、寄生虫感染症に関する研修を実施し、タンザニアからも研修員を派遣する可能性を検討する。いうまでもなく、テーマによってはガーナの野口記念医学研究所を活用することも可能である。

2 - 2 - 2 母子保健（リプロダクティブ・ヘルスを含む）

タンザニアの乳児死亡率（出生1,000人当たり）は1960年の142から1996年の93へ、5歳未満死亡率も同じ期間に240から144へとそれぞれ改善した。しかし、最近の数年間にはむしろ悪化に転じており（1999年推定値でそれぞれ99と158）、主にH I V / A I D Sの流行による影響と考えられている。もっとも、この年齢層における最大の死因は今日でもマラリアであり、急性呼吸器感染症、下痢症、ワクチンで予防可能な疾患等を含めて、在来感染症の重要性はいささかも変わっていない。したがって、H I V対策に力を割くのと並行して、既存の小児保健プログラムをも強化・活性化しなければならない。

タンザニアでは妊産婦死亡率も530（1980～1997年）と極めて高い。これには若年・高齢での出産、多産、出産間隔の短さ、栄養不良やマラリアの蔓延による貧血、女性の家事負担の重さ、家庭内での低い地位、識字率の低さなどが複合的にかかわっているが、妊産婦保健サービスへのアクセスの悪さや不十分な診療水準も関係していると考えられる。家族計画を推進する地道な努力とともに、妊婦にとって利用しやすい施設で良質な妊産婦検診を提供し、適切な処置を行い、必要に応じて適切にリファーすることが重要である。

(1) 日米 Joint Interests / Cooperation :

- 1 . 妊婦の梅毒スクリーニングのルーティン化に向けた支援
- 2 . ビタミン A 補充プログラムへの政策支援・実施支援を検討
- 3 . ワクチン・関連機材の供与を含む予防接種プログラムの実施支援
- 4 . 従事者トレーニングを含む I M C I の実施支援
- 5 . 流産・中絶後ケア、家族計画への支援継続

1 . 妊婦の梅毒スクリーニングのルーティン化に向けた支援

良質な妊産婦検診を提供するうえで、例えば先述した「妊婦に対するマラリア一律治療」が重要な要素となる。また、梅毒スクリーニングを原則化して陽性者には梅毒治療を徹底して行うことは、第 1 には妊婦本人の治療となり、第 2 には新生児の先天梅毒が予防でき、第 3 には S T I コントロール・プログラムを補完して H I V の抑制にも寄与する。

日本は従来から行ってきた妊婦検診での梅毒検査への支援を継続する(1.2)。一方、米国側は妊婦検診を改善するための県レベルでのプログラムを支援し(1.1)そのために必要なプランニング、技術支援、給与補てん、教材等を供与する(1.3)。梅毒検査キットを含む資機材の全国需要予測と供給状況モニタリングも担当する(1.4)。なお、梅毒も U S A I D が技術協力を行っている包括的疾患サーベイランスの対象疾患に含まれている(1.5)。

2 . ビタミン A 補充プログラムへの政策支援・実施支援を検討

ビタミン A の欠乏は夜盲症から角膜軟化症に及ぶ眼病変をもたらし、世界では今日でも失明の最大の原因である。一方、軽度のビタミン A 欠乏でも粘膜の再生が妨げられるため、下痢症からの回復が遅れたり、麻疹罹患時に合併する肺炎が重症化したりして、乳幼児の死亡率を押し上げることが分かってきた。その意味では、ビタミン A 補充プログラムは母子保健対策と感染症対策の両者を兼ねるものである。現在は U N I C E F の支援により全国一斉予防接種デーに合わせて乳幼児へのビタミン A 投与を行っているが、年 1 回の投与では欠乏する時期ができてしまう。

日本は「医療特別機材供与」のなかでビタミン A カプセルを供与するが、これによって乳幼児への年 2 回投与と、疾病罹患時の臨時投与が可能になり、授乳婦へも対象を拡大できるものと期待される。ワシントンの U S A I D 本部は、かねてよりビタミン A 補充の推進に高い優先順位を与えているところであり、同タンザニア事務所は保健省と投

与プロトコールを協議・決定する際に技術的助言を行う。

3. ワクチン・関連機材の供与を含む予防接種プログラムの実施支援

2002年までにタンザニアからポリオを一掃する計画は、当事者自らが“最後の1マイル”と形容する段階を迎えている。しかし全国一斉予防接種デーを別にするとドナーの関心は薄く、乳児に日常的に投与すべきワクチンの確保すら容易ではなく、1歳時点での予防接種完了率は73%と低迷している。また麻疹、3種混合ワクチン等他の予防接種についても同様である。我が国はポリオを含むEPI支援のため2000年度中に4億600万円の予防接種関連資機材を「子供の健康無償」にて供与するが、今後も随時支援を検討していく。

4. 従事者トレーニングを含むIMCIの実施支援

日本は数年来マラリアに関する保健従事者技術研修を実施してきたが、研修の中心であったアクリジンオレンジ法によるマラリア診断は、既に全国の病院検査技師へのトレーニングが一巡した。今後この研修を継続する場合、保健センター等で診療にあたる医療職、看護婦等を対象に、プライマリー・ヘルス・ケア(PHC)現場でのマラリア、下痢症、急性呼吸器感染症等の診療指針とEPIの実施方法をバランス良く講義し、「小児疾患の統合的診断・治療」(IMCI)の普及・実施を支援すれば非常に有意義である。元来IMCIはUNICEFとWHOが共同で開発した手法であり、両機関のタンザニア事務所と連携を図ることが望ましい。USAIDは中南米をはじめ開発途上国で実施を支援した経験を蓄積してきており、トレーニング教材や講師等の面での協力・連携が期待できる。

5. 流産・中絶後ケア、家族計画への支援継続

我が国のNGO、JOICFPは、1997年以来保健省/UMATI/国連人口基金(UNFPA)と連携して、家族計画推進員や伝統的産婆のトレーニングを実施してきた。USAIDも家族計画・母子保健サービスの利用促進をめざすプログラム(後述)のなかで同様のNGO活動を支援中である。

(2) Japan / JICA 単独 :

1. 家族計画推進員、伝統的産婆のトレーニング及び資機材供与を継続

上述したJOICFPによる家族計画推進員・伝統的産婆のトレーニングを支援するため、JICAは医療特別機材供与「人口家族計画」において、保健省経由で分娩介助

用資機材キットを供与しており、2001年度まで続行される見込みである。プロジェクト方式技術協力「母子保健プロジェクト」(1994.12.1～2001.11.30)の活動としても、資機材供与とトレーニングを実施中である。

2. 栄養問題に係る研究・政策形成への技術協力

タンザニアの乳幼児が繰り返し感染症にかかり、その中から感染症死にいたる子どもがあとを絶たない背後には、栄養状態が良くないことがある。妊婦の栄養不良も、母体自身と胎児の予後に与える悪影響が大きい。JICAは栄養改善政策の立案を支援すべく、長期専門家1名(栄養改善政策アドバイザー、1999.8.17～2001.8.16)をタンザニア食糧栄養センターの研究者として派遣していた。

3. 母子保健強化に関連して食塩添加用ヨード、ヘモグロビン値測定器を供与

ヨード添加塩を使用する世帯は1992～1996年で74%にとどまる一方、甲状腺腫は6～11歳児の37%に認められるというデータがあり、ヨード欠乏症は現在でも公衆衛生的課題である。特にその影響が現れやすいのは、代謝率が高進する妊婦である。また、妊婦や小児においては貧血も現れやすく、母子保健サービス拠点でヘモグロビン値が測定できる意義は大きい。

(3) USAID単独：

1. 上記以外に実施中のリプロダクティブ・ヘルス、小児保健プログラムを継続
2. 永久避妊法への支援継続

USAIDタンザニア事務所は、持続可能な経済成長を支援することを上位目標とする「1997～2003年国別戦略計画」に基づいて援助プログラムを実施中である。5つの戦略目標の第1に「家族計画、母子保健、HIV/AIDS予防の各サービスの利用促進」を掲げて、多彩な活動を行っているが、その1つが、UMATIを通じた永久避妊サービスの提供である。

2-2-3 保健システムの質的強化

ここまでに感染症対策と母子保健を日米で支援するための方策について論じてきたが、HIV/AIDS、その他の性感染症、結核、マラリア、妊産婦検診等、いずれをとっても既存の保健システムが十分機能していることがプログラム実施の前提条件となっている。タンザニアの人口の70%が村落部に住む現状では、とりわけ公的保健システムを質的に強化し、十分に機能を発揮させることが肝要である(資料編第3章3-4参照)。

現在タンザニアでは、正にこの目的のために保健セクター改革が行われている。ドナー間調整の不足からプロジェクトの乱立を招き、タンザニア政府のオーナーシップが軽視されがちであった、という反省に立ってセクター・ワイド・アプローチ(S W A P : Sector Wide Approach to programing) が推進されているなかで、日米で部分的・断片的に保健システム強化に乗り出すことは賢明とはいえない。保健セクター改革の進捗状況を常に確認しながら、補完効果の高い部分を中心に保健省の意向をくんで、整合性のある案件を形成する必要がある。

(1) 日米 Joint Interests / Cooperation :

- 1 . 人口保健調査の支援
- 2 . モロゴロ州での県保健マネージメント体制の強化
- 3 . 県保健マネージメント体制の強化
- 4 . 州・県レベル公的病院の基礎的機材整備の可能性を検討
- 5 . 国レベル・県レベル両方での検査機能強化の可能性を検討
- 6 . 流行性疾患の包括的サーベイランス体制強化
- 7 . I T 機器、通信インフラの利用促進
- 8 . 官民の連携体制を国、県レベルで強化

1 . 人口保健調査の支援

人口保健調査(D H S : Demographic and Health Survey) は、 U S A I D がこれまでに数多くの途上国で実施を支援してきたもので、保健政策立案の基礎データとなる人口統計等の不備な途上国において事実上唯一の資料を提供してきた。2004年にタンザニアで予定されている D H S に対し、我が国としても協力を検討していく必要がある。

国家統計局(the National Bureau of Statistics) に対する調査実施指導(1 . 1)、並びに計画段階から事後のデータ処理、政策への反映にいたる広範な技術支援(1 . 2) を実施する。日米共同で行うべきものとはしたが、やはり米国側が主導的な地位を占め、日本としては在外基礎調査等のスキームを活用して調査チームを参加させる、という形での支援となろう。

なお、タンザニアで策定されている「貧困削減戦略書(P R S P)」貧困モニタリングマスタープランにおいても、2001年から今後12年にわたって実施される各種調査のなかで、本件 D H S が位置づけられている。

2. モロゴロ州での県保健マネージメント体制の強化

JICAは2001年から技術協力プロジェクト「モロゴロ州保健行政強化計画(2001.4.1~2006.3.31)」を開始した。活動内容の詳細は初年度中に確定される。米国側もこのプロジェクトに協力する形での連携策を検討していく。

3. 県保健マネージメント体制の強化

JICAは現地国内研修のスキームを活用して、1999年から2年間にわたって県保健医療管理者研修を実施し、地方の保健行政・医療現場の中核を成す人材の能力開発を支援してきた。これまでは保健セクター改革の動きが緩慢で、むしろこの研修が県レベルへの権限委譲の下準備を行う役割を果たしてきたと思われる。今後は同改革の行動計画に従って、3期に分けて順次全県の保健行政担当者の研修が進められる予定である(資料編第3章3-4参照)。改革の進捗状況に差が生じてくる各県から、どのような職種の人々を研修対象者として招き、どのような内容の研修を企画すれば、重複がなく補完効果が高いのか、米国側と連携しつつ準備する必要がある。

4. 州・県レベル公的病院の基礎的機材整備の可能性を検討

保健セクター改革が掲げる方針の1つに、保健医療施設の新設は地方が特に必要性を認めた場合だけにとどめて、できる限り既存保健施設を修復・整備しながら使用を続け、病院には効率的かつ効果的にプライマリー・ヘルス・ケアを支援させることがある。

JICAは州・県レベル公的病院の基礎的機材整備を検討中であるが、これは正に上記原則に合致し、かつ増加中のHIV/結核重複感染患者を収容するためにも必要な支援である。米国側もこれと連携して、地方公的病院向けの支援を行うことを検討する。

5. 国レベル・県レベル両方での検査機能強化の可能性を検討

検査機能を強化する必要性は、国と県のそれぞれのレベルにおいて存在する。HIV検査を新たに実施する場合には、検査手技だけでなく前後のカウンセリングや事後のフォローアップのしかたまで技術を確立しなければならない。この領域の技術支援とトレーニングはUSAIDが検討する(5.1)。一方、県レベルへのHIV関連及び他の検査機器の供給とメンテナンス支援等(5.2)並びに国レベルのレファレンス検査施設の強化(5.3)は日本が検討する。また、これらを踏まえて、全国の検査拠点における検査データの分析・解釈及び流行病への即応能力強化(5.4)を日米連携で行う。

6. 流行性疾患の包括的サーベイランス体制強化

U S A I D は世界各地で、医療情報システム (H I S : Health Information System) 構築と I T 機器利用促進 (次項参照) を絡めた支援を行っており、タンザニアにおいても H I S の重要な要素を成す包括的疾患サーベイランス (2 - 2 - 1 補足 で既述) の整備に積極的な支援を行っている。J I C A としては、前項の国・県レベルでの検査機能強化を通じて疾病の確定診断に資するほか、無線通信機器の供与により医療施設間での疾病統計データのやりとりを容易にすることを検討する。

7. I T 機器、通信インフラの利用促進

本項目は U S A I D にとっては、どの領域の支援においても考慮すべきいわゆる “ cross-cutting issues ” であるが、日本としてもデジタル・デバイド緩和の観点からその趣旨に賛同するところである。包括的サーベイランス体制強化を目的とする無線通信機器の設置、あるいは新規プロジェクト方式技術協力におけるコンピューター、ファックス機、コピー機等の導入が見込まれる。

8. 官民の連携体制を国、県レベルで強化

保健医療における民営化を促進するとともに民間医療サービスの拡大を図り、適切な公営・民間保健サービスの役割分担 (best-mix) を達成することは、「保健セクター改革」の重要な戦略となっている (資料編第 3 章 3 - 4 参照) 。その場合、量的配分の見直しにとどまらず両者が有機的に連携するサービス網を構築することが望まれる。日米としてもこの点に十分意識して援助にあたるべきである、という認識を共有した。

(2) Japan / J I C A 単独 :

1. 保健省本省に対する保健協力計画支援の継続

目まぐるしく変化しつつある保健セクター改革の進捗状況を把握しながら、タンザニア政府が真に必要としているものを拾い上げ、かつ日米間で協調できる部分をすり合わせることは、短期間派遣される本調査団では限界が大きい。1999年1月から保健省本省に派遣中の J I C A 専門家 (保健協力計画、1999.1 ~) による事前準備なしには、本報告書に記載したほどの多数の連携候補案件を発掘することはできなかった。

また、今後の実施段階でも緊密な意見交換・共同作業が欠かせない。U S A I D 側の保健医療責任者は公衆衛生学修士以上の学位を有する専門家が 1 期 5 年間を務めることが慣例であり、日本側としても保健協力計画に係る専門家の継続的派遣を検討し、日米連携の窓口の確保に努める必要がある。