

タンザニア国
基礎的保健医療サービス向上プログラム策定支援
プロジェクト形成調査報告書

平成 17 年 11 月
(2005 年)

JICA LIBRARY



1181050【4】

独立行政法人 国際協力機構
アフリカ部

地四
JR
05-15

- 目次
- 地図
- 写真
- 略語表

第1章 プロジェクト形成調査の概要

- 1-1 基礎保健医療サービス向上プログラムにかかる背景と経緯
- 1-2 調査団派遣の目的
- 1-3 調査の方針
- 1-4 調査団の構成および調査日程
- 1-5 主要面談者と訪問先

第2章 タンザニアにおける保健政策の動向

- 2-1 保健セクターにおける近年の動向
- 2-2 保健セクターにおける SWAPS とコモン・バスケットの動向
 - 2-2-1 保健省レベル
 - 2-2-2 地方政府レベル
- 2-3 地方分権化における子どもの健康・リプロダクティブヘルスの位置づけ

第3章 ムヒンビリ国立病院小児科への JICA による協力のレビュー

- 3-1 背景
 - 3-1-1 保健医療協力における位置づけ
 - 3-1-2 投入の概要
- 3-2 調査手法
- 3-3 調査結果 (1) ムヒンビリ国立病院小児科関係者からのヒアリング結果
 - 3-3-1 小児科検査室 (SPL) の確立と運営
 - 3-3-2 急性期治療ユニット (APCU) の確立と運営
 - 3-3-3 小児急性期医療ガイドライン策定と改訂
- 3-4 調査結果 (2) PDM を中心としたレビュー
- 3-5 調査結果 (3) 本邦研修
- 3-6 調査結果 (4) ムヒンビリ国立病院小児科にかかる支援の自立発展性
 - 3-6-1 SPL の自立発展性
 - 3-6-2 APCU の自立発展性
 - 3-6-3 小児急性期医療ガイドライン策定と改訂
- 3-7 結論

第4章 子どもの健康の状況と取り組み

- 4-1 疫学的状況
- 4-2 子どもの健康にかかる政策と優先課題
- 4-3 子どもの健康への取り組み

- 4-3-1 保健省
- 4-3-2 国際機関
- 4-3-3 NGO

第5章 リプロダクティブヘルスの状況と取り組み

- 5-1 リプロダクティブヘルス概況
- 5-2 リプロダクティブヘルスにかかる政策と優先課題
- 5-3 国際機関およびドナーによるリプロダクティブヘルスへの取り組み
 - 5-3-1 GTZ
 - 5-3-2 UNFPA
 - 5-3-3 UMATI
 - 5-3-4 UNICEF
 - 5-3-5 CDC
 - 5-3-6 PASADA

第6章 今後の方向性

- 6-1 MNHを通じた協力にかかる今後の方向性
 - 6-1-1 今後の課題
 - 6-1-2 今後の協力の方向性
- 6-1 子どもの健康およびリプロダクティブヘルス分野における協力の方向性
 - 6-2-1 協力全般における方向性
 - 6-2-2 子どもの健康およびリプロダクティブヘルス分野におけるニーズの所在

付属資料

1. プロジェクト紹介パンフレット
2. 調査結果報告会 プログラム
3. “Debriefing of Findings” (プロ形調査団によるプレゼンテーション)
4. “SPL at MNH” (SPLによるプレゼンテーション)
5. “APCU at MNH” (APCUによるプレゼンテーション)
6. “Overview of IMCI Strategy in Tanzania” (WHO・保健省によるプレゼンテーション)
7. “Update: the Implementation of Community IMCI in Tanzania, May 2005”
(UNICEFによるプレゼンテーション)
8. APCU作成「小児急性期医療にかかる治療ガイドライン」(*Guidelines for Paediatrics Acute PatientsCare, 2nd edition.* by APCU, MNH. 表紙および目次のみ)
9. APCU作成「A. P. C. U. マネジメント・マニュアル」(*A. P. C. U. Administrative Manual, March 2005 version 1* by APCU, MNH. 表紙のみ)
10. “Policy Brief: Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost & Impact: Tanzania Component: Evaluation of facility-based IMCI in Rufiji & Morogoro Rural Districts, Tanzania”



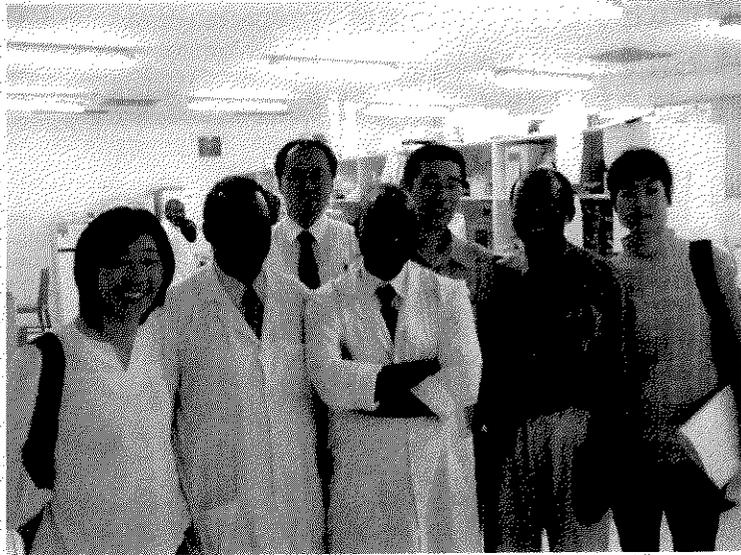
1181050【4】

タンザニア連合共和国 地図



Source: Ministry of Health, Government of Tanzania 2004

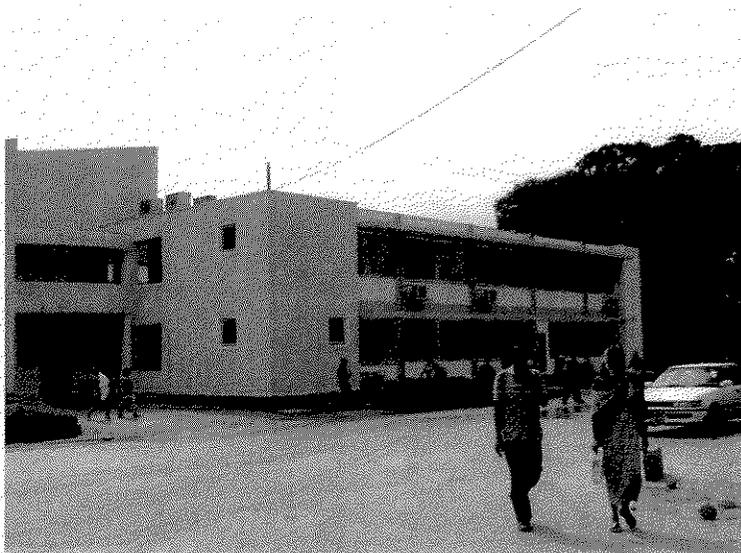
1. MNH 小児科のスタッフ



2. 国立ムヒンビリ病院小児科検査室 (SPL) 内部



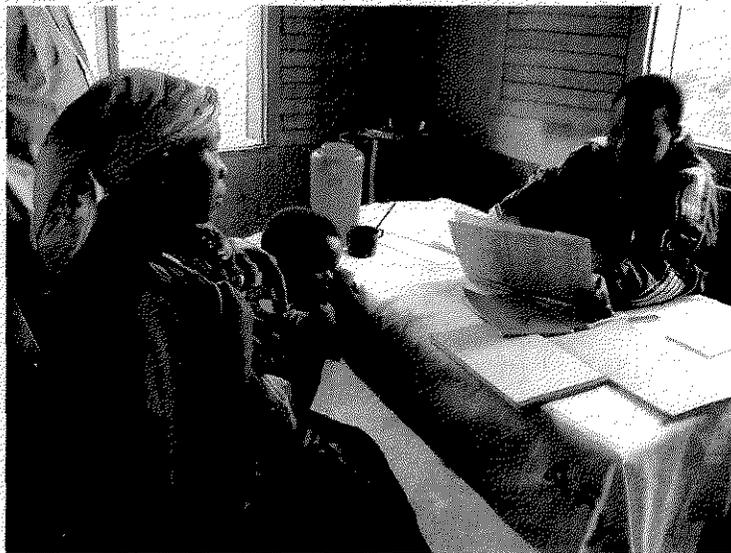
3. 新築された国立ムヒンビリ病院中央検査室 (CPL)



4. 国立ムビンビリ病院内の混雑した乳児病棟の様子



5. モロゴロ州農村部 Mulali Health Dispensary における IMCI の実践



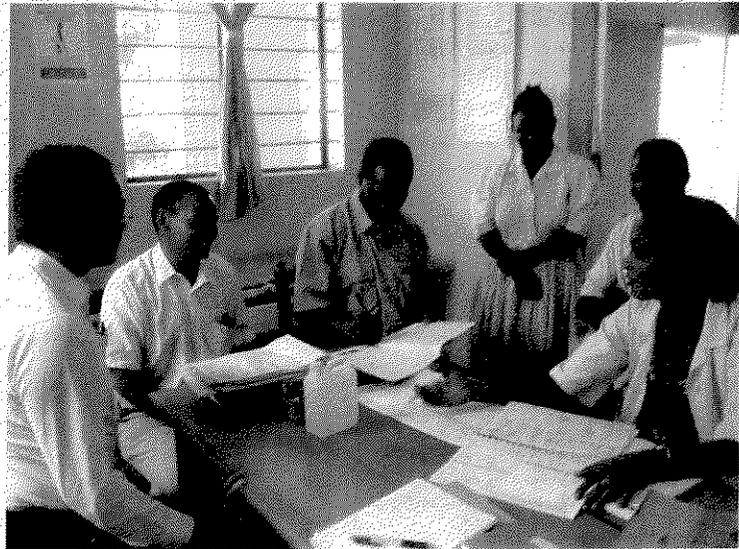
6. モロゴロ州農村部 Melera Health Centre 内部(1)



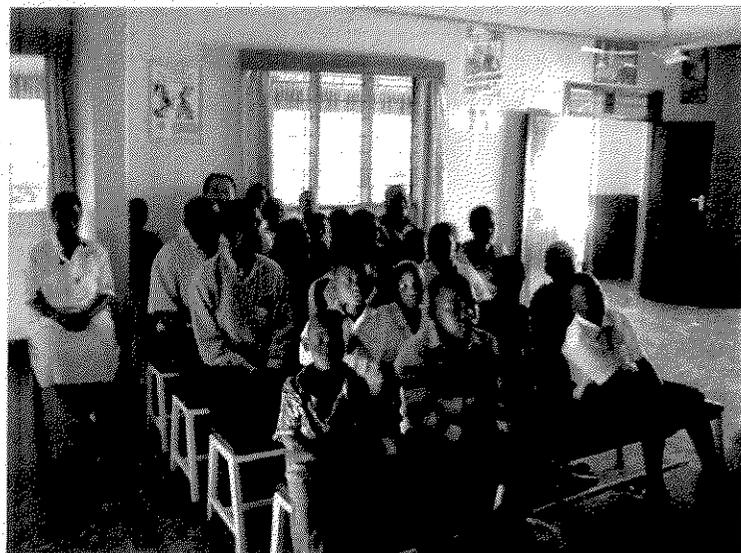
7. モロゴロ州農村部 Melera
Health Centre 内部 (2)



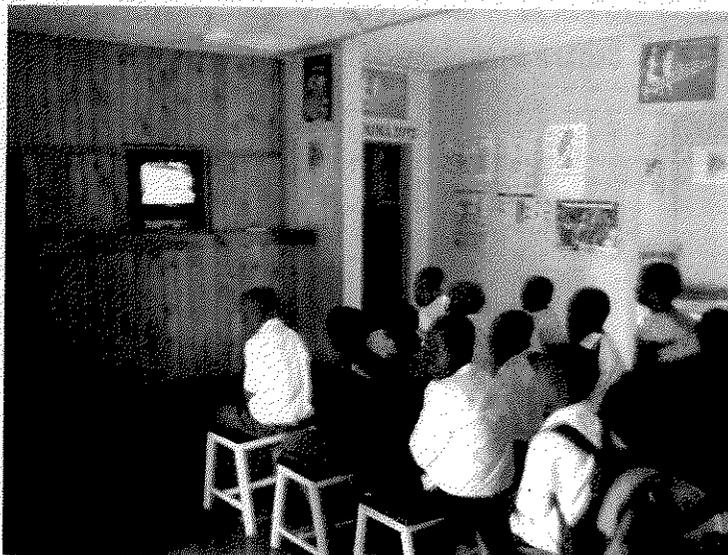
8. Melera Health Centre のスタ
ッフ



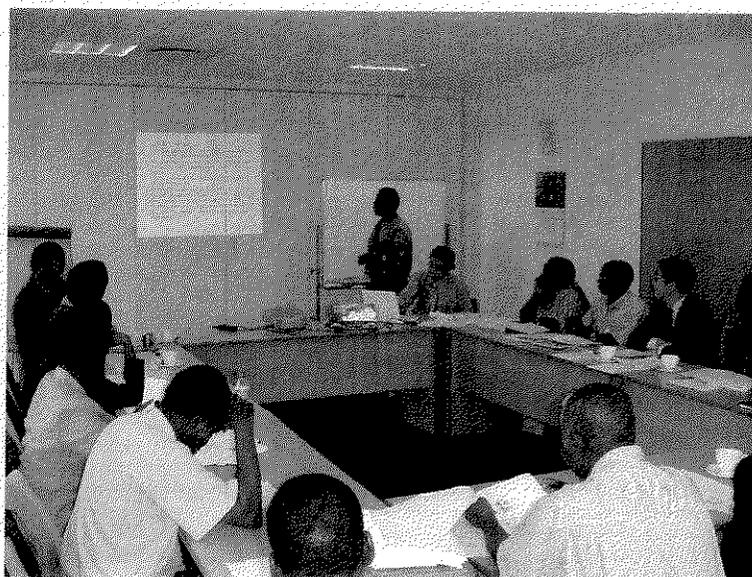
9. UMATI 青少年センター(モロゴ
ロ州) (1)



10. UMATI 青少年センター(2)



11. 調査結果報告会



略語表

AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome 後天性免疫不全症候群 (エイズ)
APCU	: Acute Patient Care Unit 急性期治療ユニット
APC	: Acute Patient Care 急性期治療
ART	: Anti-retroviral Treatment 抗エイズ治療
CBF	: Common Basket Fund コモン・バスケット・ファンド
CBO	: Community-based Organization コミュニティーに根ざした組織
CHMT	: Council Health Management Team 県保健管理チーム
CPL	: Central Pathological Laboratory 中央検査室
EBM	: Evidence-Based Medicine 科学的根拠に基づいた医療
EOC	: Emergency Obstetric Care 緊急産科ケア
ETAT	: Emergency Triage for Assessment and Treatment 救急症例の診断・治療用トリアージ
EPI	: Expanded Program on Immunization 拡大予防接種
GTZ	: German Technical Cooperation (ドイツの政府系国際技術協力機関)
HIS	: Health Information System 保健情報システム
HIV	: ヒト免疫不全 (エイズ) ウイルス
IMCI	: Integrated Management of Childhood Illness 包括的小児疾病管理プログラム
	F-IMCI : 施設ベースの IMCI
	C-IMCI : コミュニティー・ベースの IMCI
IMR	: Infant Mortality Rate 乳児死亡率
IPPF	: International Planned Parenthood Federation 国際家族計画連盟
JOICFP	: Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning 財団法人 ジョイセフ
MOH	: Ministry of Health (タンザニア) 保健省
MMC	: Muhimbili Medical Center ムヒンビリ医療センター
MMR	: Maternal Mortality Rate 妊産婦死亡率
MNH	: Muhimbili National Hospital ムヒンビリ国立病院
MUCHS	: Muhimbili University College for Health and Science ムヒンビリ大学医学部
NGO	: Non-governmental Organization 非政府組織
NPO	: Non-profit Organization 非営利組織
PCP	: Pneumocystis Pneumonia ニューモシスティス肺炎
PMTCT	: Prevention of (HIV through) Mother-to-Child Transmission HIV の母子感染予防 QAP :
QAP	: Quality Assurance Program (米国の NPO)
RCHS	: Reproductive Child Health リプロダクティブヘルスおよび子どもの健康課
RHMT	: Regional Health Management Team 州保健管理チーム
SPL	: Specialized Pediatric Laboratory 小児科検査室
SWAP	: Sector Wide Approach
TBA	: Traditional Birth Attendant 伝統産婆
UMATI	: Chama Cha Uzazi Na Malezi Bora Tanzania IPPF 系のタンザニア NGO (リプロダクティブ

ヘルス主体に活動)

UNFPA: United Nations Population Fund 国連人口基金

UNICEF: United Nations Children Fund 国連児童基金

USAID: United States Agency for International Development 米国国際開発庁

VCT: Voluntary Counseling and Testing (for HIV) 意思に基づく HIV カウンセリング・検査

WHO: World Health Organization 世界保健機関

第1章 プロジェクト形成調査の概要

1-1 基礎保健医療サービス向上プログラムにかかる背景と経緯

1994年から始まったタンザニア(以下タ国)の保健セクター改革は、1999年に3カ年計画が策定され、2000年に運用を開始したバスケットファンドの導入により実施が本格化した。さらに、2003年7月には、第2次戦略計画が策定され、実施に移されている。これら一連の保健セクター改革および地方分権化の進展に伴い、地方自治体(県レベル)が保健医療サービスの提供について、責任を負っている。

しかし、現場レベルにおいては、サービス提供者となる熟練した保健医療人材が慢性的に不足しており、直近2年間での保健セクター年次レビューにおいては、人材育成が短期課題として挙げられている。また、貧困削減戦略(PRS)およびMDGsの指標である乳児死亡率、幼児死亡率、妊産婦死亡率、医療従事者による出産立会い率はむしろ悪化している。

タ国では1995年から2005年にかけて、JICAによる子どもの健康およびリプロダクティブヘルス(RH)分野における協力が以下の通り実施された。

表1: タンザニアにおける子どもの健康およびRH分野でのJICAの協力

期間	プロジェクト名	スキーム	主な内容	カウンターパート機関
1994年～1999年	母子保健プロジェクト	技術協力プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> タンガ州における妊産婦ケア向上 MMC (Muhimbili Medical Centre、現国立ムヒンビリ大学、以下MUCHS)における微生物検査室の強化 MMC (現国立ムヒンビリ病院、MNH)におけるデータに基づく医療の実践強化 	<ul style="list-style-type: none"> タンガ州 MMC 微生物検査室 MNH 小児科
1999年～2001年	母子保健プロジェクト	フォローアップ協力	<ul style="list-style-type: none"> タンガ州のパイロット地域における、伝統的産婆(TBA)活動を通じた妊産婦ケアの向上 MUCHSにおける感染症(ポリオ)に関するウイルス診断能力の強化 MNH小児科における小児科検査室運営の向上 	<ul style="list-style-type: none"> タンガ州 MMC 微生物検査室 MNH 小児科
2002年～2004年	個別専門家派遣	個別専門家	<ul style="list-style-type: none"> MNH小児科における検査室運営の向上と、データに基づく医療の実践強化 MNH小児科における小児急性期医療の確立 	MNH 小児科検査室
2004年～2005年	小児医療プロジェクト	技術協力プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> MNH小児科における小児急性期医療の確立 	MNH 小児科

これらの協力は、以下の3つのコンポーネントにまとめられる。

- タンガ州における伝統的産婆(TBA)への研修を通じた、妊産婦ケア向上(1994年～2001年)
- 国立ムヒンビリ大学医学部(MUCHS)微生物学検査室(後にMNH小児科検査室)の設立と、デー

タに基づく医療の実践強化(1994年～2004年)

- MNH 小児科における急性期治療ユニット (APCU) の設立と小児急性期医療の実施体制向上 (2004年～2005年)

1-2 調査団派遣の目的

タ国における「子どもの健康・RH」分野における協力の方向性について、関係者と協議の上、中期的な観点から提言を行う。タ国政府より要請書を通じ「小児医療（急性期）Ⅱ」として要請されている技術協力プロジェクトの必要性・妥当性についても合わせて検討する。具体的には、以下について調査を実施した。

1. 1994年以來 JICA が MNH 小児科の検査室 (SPL) および APCU を通じて実施した協力の成果をレビューする。
2. RH および子どもの健康分野において、将来的に JICA が協力を実施するにあたり潜在的可能性を持つ分野を検証する。

MNH 小児科への協力についてのレビューにおいては、APCU への協力を実施した 2004 年から 2005 年については PDM が存在するため、これに基づいて評価を実施した。それ以前の協力については、2001 年に実施されたフォローアップ協力終了時評価調査の結果を踏まえ、インパクトと自立発展性の観点を中心に実施した。

1-3 調査の方針

1. 保健 Swap および他の開発パートナーの最新動向を把握する。
2. 「基礎的保健医療サービス向上プログラム」のレビューを行うとともに、特に「子どもの健康・RH」分野にかかる目的および具体的成果などを協議・検討の上、今後の協力の必要性・方向性を提言する。
3. 現在、実施中の技プロ「小児医療」のレビューを行い、「継続検討」となっている技プロ「小児医療（急性期）Ⅱ」について協議・検討の上、今後の取り進め方を提言する。

尚、新規で要請されている技プロ「小児医療（急性期）Ⅱ」については、2005年5月にJICA 人間開発部にて以下の通り留意点をまとめているところ、これらの点にも留意の上調査を行う¹。

- ・ ムヒンビリ国立病院に対しては、1994年から10年以上に亘って協力を続けてきており、現在実施している「小児医療」技術協力プロジェクトでは、APCUの設立による小児急性期医療の導入など既に一定の成果を上げている。こうした経緯を踏まえ、協力を継続する必要性・妥当性については慎重に検討する必要がある。
- ・ 各国全体の「子どもの健康・RH」分野のニーズを把握し、かつ、各国における保健 SWAPs 等、保健医療政策におけるムヒンビリ国立病院の構造的な位置付けなどを明確にした上で、今後の協力の必要性・妥当性を検討する必要がある。
- ・ 他方、各国における「子どもの健康・RH」分野の主要ドナーにおいては、コミュニティ・レベルでのキャパシティー・ビルディングに重きを置く総合的小児疾患管理（IMCI）が取り入れられており、一定の成果を上げていると報告されている。これも、今後の我が方による協力に示唆を与えるものと考えられる。

1-4 調査団の構成および調査日程

調査団の構成は以下の通り。

	氏名	担当	所属	調査日程
1	高橋 央	団長	国際協力機構 人間開発部 課題アドバイザー (国際協力専門員)	5月17日 - 6月4日
2	井田 暁子	協力企画	国際協力機構 人間開発部 母子保健チーム職員	5月17日 - 31日

¹ 本調査の対処方針会議資料より抜粋。

調査日程は、次の通りである。

日程	活動	
	高橋	井田
16-May-05	NRT-London [JL403]	
17-May-05	London-DAR 07:00 [BA047] 11:00 Meeting with Reproductive and Child Health Section, Dr. C.B. Sanga 14:00 JICA Tanzania Office	
18-May-05	08:30 Courtesy call to Ministry of Health, Dr. Miga, DHRD Meeting with the related departments in HQ of MoH 10:30 Meeting with staff of Muhimbili National Hospital (MNH) and the Paediatric Project (interview and discussion) 14:00 Courtesy call to Executive Director of MNH, Dr. Tregoning 14:30 Meeting with staff of MNH and the Paediatric Project (interview and discussion)	
19-May-05	09:00 11:00 Review of Paediatric Project (w/ MNH staff, related MoH officer, JICA experts) PM - do -	
20-May-05	09:00 UMATI, Dr. Mbunga, Executive Director 11:00 WHO, Dr. Theopista Jones 14:00 UNICEF, Dr. Rosemary Kigadye/Dr. Sam Agbo	
21-May-05	Internal meeting	
22-May-05	Internal meeting	
23-May-05	09:00 GTZ, Dr. Cordula Schuemer 11:00 CDC, Dr. Yahya Ipuge, 14:00 UNFPA (TBC), Dr. Nicola K. Jones, Resident Representative	
24-May-05	09:00 PASADA (NGO for HIV/AIDS), Dr. Annalisa UMATI site visit	
25-May-05	Visit to an IMCI-related project site Back to Dar es Salaam	
26-May-05	Preparation for Workshop Drafting of presentation documents	
27-May-05	Workshop on on-going CH/RH activities and potential areas for further report (w/ major stakeholders)	
28-May-05	Internal meeting	
29-May-05	Internal meeting	

30-May-05	AM Preparation of debriefing report 14:00 Debriefing to EOJ 15:00 JICA Tanzania Office	21:35 Dar-ZRH [LX293]
31-May-05	Activities for Integrated Malaria Control Project (IMCP)	06:25 Arrival to ZRH 13:05 ZRH-NRT [JL5072]
01-Jun-05	Activities for IMCP	07:55 Arrival to NRT
02-Jun-05	Workshop of IMCP	
03-Jun-05	Workshop of IMCP	
04-Jun-05	15:45 DAR-Dubai [EK720]	
05-Jun-05	02:45 Dubai-Kansai [JL5090] 18:40 Kansai-Haneda [JL1316] 19:45 Arrival to Haneda	

1-5 主要面談者と訪問先

以下の関係者と面談を実施した。

(*: 本邦研修または文部科学省国費留学参加者)

<タンザニア側>

1) 保健省 (Ministry of Health)

Dr. Gilbert R. Mliga Director, Human Resources Dept. /Acting Permanent Secretary
and Chief Medical Officer

Dr. Poumi Mwamerge Senior Medical Officer, Human Resources Dept.

Dr. Zacharia A. Berege Director, Hospital services Directorate

Dr. Catherine B. Sanga Head, Reproductive and Child Health Section (RCHS)

Dr. Nemma Rusibamuyila IMCI Coordinator, RCHS

2) ムヒンビリ国立病院 (Muhimbili National Hospital)

Dr. David Tregoning Executive Director (院長)

Dr. Reginald Massawe Director, Human Resources

3) ムヒンビリ大学医学部 (Muhimbili University College of Health Sciences)

Prof. Karim Manji* Deputy Registrar

4) ムヒンビリ病院 小児科 (Paediatrics and Child Health Department, MNH)

Dr. Jesse A. Kitundu Head (小児科長), Senior Paediatrician

Dr. Higgins Massawe* Medical Specialist (Chairperson of APCU Committee)

Dr. Augustine Massawe Neonatologist (Neonatal Ward)

Dr. Rodrick Kisenge* Paediatrician (APCU in charge)

Dr. Hadije Mwamtemi* Paediatrician (APCU committee, Ward B1)

Dr. Msemo Georgina Neonatologist (Neonatal Ward)

Dr. Martin Msomekela Paediatrician (SPL and Ward A1)

Mr. Kalistus M.L. Mselle Principal Nursing Officer (APCU)

Ms. Joyce Kowero* Senior Nursing Officer (APCU committee, Ward A1)

Ms. Binuru Kalonga Senior Nursing Officer (General Ward B)

Ms. Mary Nkini Nursing Officer (APCU)

Ms. Chrisostomos Lupapa Nursing Officer (General Ward A)

Ms. Inniolata Ngonyani Nursing Officer (General Ward A)

Ms. Joseling Mushi Paediatric Nurse

Ms. Regina Kenyambo Health Educator and Counsellor

5) ムヒンビリ病院 小児科検査室 (Special Paediatrics Laboratory, MNH)

Mr. M. Mbirigenda SPL in charge

Dr. B.S. Tamim SPL Administrator (Neonatal Ward)

6) District Medical Officer' s Office, Morogoro Rural District

Dr. Peter Nkulila IMCI Trainer/Acting DMO, Morogoro Rural District

Dr. Mkay Nguluma, IMCI Trainer, Morogoro Rural District

Dr. Haoja Mbwambu Clinical Officer, Mulali Health Dispensary

Ms. Ester Mondgi Nurse-Midwife, Mulali Health Dispensary

Dr. Amuna M. Said Clinical Officer, Melera Health Centre

Dr. Panduka Clinical Officer, Melera Health Centre

Dr. Dkillenuon Mparcheeke Assistant Clinical Officer, Magali Dispensary

7) WHO

Dr. Theopista John National Programme Officer (IMCI/Reproductive Health)

8) UNICEF

Dr. Samson Agbo Project Officer (Health)

Dr. Suleiman Kimatta Project Officer (Health and Nutrition, IMCI)

Dr. Rosemary Kigadye Project Officer (Reproductive Health, PMTCT)

9) UNFPA

Ms. Nicola K. Jones Representative

Ms. Dorothy S. Temu-Usiri Assistant Representative

10) GTZ

Ms. Cordula Schuemer Component Leader (Reproductive Health)

11) CDC (Center for Disease Control and Prevention)

Dr. Yahya A. Ipuge Director for Programs (PMTCT)

12) UMATI (Tanzania Family Planning Association: NGO)

Mr. Walter M. Mbunda Executive Director

Mr. Joseph David Mulamwaja Eastern Zone Area Manager (based in Morogoro)

Mr. Stephen Peter Youth Centre Coordinator (Morogoro)

13) PASADA (Pastoral Activities and Services for People with AIDS: NGO)

Ms. Mary Ash Executive Director

Dr. Annalisa Vigna Assistant Project Manager (PMTCT 担当)

Mr. Lusekelo Mwambule Senior Laboratory Technician

<日本側>

- 1) 在タンザニア日本国大使館
横林 直樹 二等書記官 (経済協力班長)

- 2) JICA タンザニア事務所
小幡 俊弘 所長
木野本 浩之 次長
守屋 貴裕 所員 (保健医療担当)

- 3) 小児急性期医療プロジェクト専門家
細井 岳 小児医療アドバイザー

- 4) 保健省配属専門家
田島 美智子 保健協力計画

- 5) モロゴロ州保健行政強化プロジェクト専門家
杉下 智彦 チーフアドバイザー
後藤 信行 保健情報管理

- 5) 東南部アフリカ地域支援事務所
半田 祐二郎 広域企画調査員 (保健医療)
竹中 伸一 広域企画調査員 (HIV/AIDS)

第2章 タンザニアにおける保健政策の動向

2-1 保健セクターにおける近年の動向

停滞する国民の健康状況を効果的かつ効率的に改善すべく、タ国政府は1990年に国家保健政策を策定し、1994年には保健セクター改革への着手を開始した。その後1999年にはSWAPs (Sector Wide Approaches)および保健バスケットファンドを開始し、保健政策実施の地方分権化を表裏一体で進めてきた(以下を参照)。

表2: タンザニアにおける保健政策の変遷¹

1990年	国家保健政策 (National Health Policy) 策定
1991年	民間病院法が改正され、営利目的での保健医療サービスが可能となる。
1994年	保健セクター改革(Health Sector Reform)の提案書が策定され、実施される。
1996年	保健省・援助機関によるHSRに係る行動計画(Program Of Works 1999-2002)案の事前評価
1998年	HSR実施のためのレビュー。HSRを支持するドナーがStatement of Intentに署名
1999年	HSRに関するPlan of Works 1999-2002が完成。保健バスケットファンドの枠組みが確定。事実上のSWAPs開始。
2000年	保健バスケット運用開始
2002年	国家保健政策の改訂版最終稿が完成
2003年	POW 1999-2002に続く、中期戦略計画書 2 nd Health Sector Strategy Plan 2003-2008を策定、実施。
2004年	リプロダクティブヘルスおよび子どもの健康にかかる国家政策ガイドライン策定

関連する開発政策としては、2000年に長期開発計画である「タ国開発ビジョン 2025」に基づく貧困削減戦略ペーパー(Poverty Reduction Strategy Paper 2000-2003)が策定された。その後、第二弾として、一般に現地語の「MKUKUTA」の名称で親しまれている「成長と貧困削減に向けた国家戦略 2005-2009」(National Strategy for Growth and Reduction of Poverty, NSGRP)が策定・実施された。MKUKUTAは2nd Health Sector Strategy Plan 2003-2008(HSSP)及びMDGsと目標を共有している。

MKUKUTAにおける主な保健関連目標(2002年から2010年)

- ・乳児死亡率の低下(95/1000→50/1000)
- ・5歳以下児死亡率の低下(154/1000→79/1000)
- ・妊産婦死亡率の低下(529/100,000→265/100,000)

MKUKUTAはこうした目標とともに以下の3つの重点分野を定め、各重点分野に対応する達成目標(Operational Targets)も設定している。

¹ 詳しくは、本章末の「保健医療に関する主要政策の変遷」を参照のこと。

重点分野 1 貧困削減と収入向上

重点分野 2 生活の質(Quality of Life)向上と健康福祉分野における改善

重点分野 3 ガバナンスと説明責任(accountability)の向上

更に重点分野 2 には、以下の保健医療分野が含まれる:

- 乳幼児の健康改善
- 子どもの栄養改善
- 妊産婦ケアおよびリプロダクティブヘルス改善
- HIV/AIDS

保健セクターにおける中長期的目標と評価の枠組みとして、保健セクター合同レビューが毎年4月に保健省・地方自治庁の共同開催という形で実施されている。2005年度には以下の短期目標が策定され、年度末に評価が行われる予定である。

2005年の短期目標

- (1) 官民連携
- (2) 保健予算不足
- (3) 保健人材
- (4) リプロダクティブヘルスと子どもの健康
- (5) 栄養改善
- (6) HIV/AIDS 対策の拡大
- (7) セクター・パフォーマンス測定
- (8) 保健インフラの強化
- (9) 薬品配分システムの確立

2-2 保健セクターにおける SWAPs とコモン・バスケットファンドの動向

2005年現在のコモン・バスケット支援国・機関は、世界銀行、UNFPA、デンマーク、ドイツ(GTZ, KfW)、アイルランド、オランダ、スイスであり、WHO はオブザーバー参加を行っている。初期には英国およびノルウェーも参加していたが、英国は直接財政投資に移行し、ノルウェーは保健バスケットから撤退した。

SWAPs の一環としてのコモン・バスケットファンドでは、参加国は被援助国の統一した財政スキームの中に資金を投入する事で資金の運用経費を削減し透明性を向上させるとともに、被援助国とドナーが一丸となり国家的な保健目標に集中して取り組むことを可能にする。一方で、説明責任が確立していない国での SWAPs 実施には問題が多く、個々のドナーの顔が見えなくなるなどの点も指摘されている。

2-2-1 保健省レベル

保健セクター改革に伴い、保健省の役割は実施部隊から政策策定部隊へと変わって来ており、実際の保

健サービスは県の CHMT (保健行政チーム、Council Health Management Team) のもとで、県下の保健医療施設が行っている。そのため、県のバスケットファンドを含めた資金が県で活動の計画立案に使われている。コモン・バスケットファンドはその約 80% が地方政府の保健財源に、残りの約 20% が中央政府における保健財源に充てられている。

表: 保健省 2005/06 年度予算(維持管理費を除く開発資金、Tsh)

全体予算:

Tsh. 138,049 百万 (夕国政府: 5,000 百万、ドナー: 133,049 百万)
(内バスケット・ファンド 46,080.1 百万)

保健省(中央):

◆ Tsh. 7,893.3 百万(17.1%)

Regional Secretariat (RS、州政府)/Regional Health Management Team (RHMT、集保健行政チーム)による
モニタリング・スーパービジョン及びキャパシティ・ビルディング: Tsh. 400 百万(0.1%)

地方向け予算:

◆ (CCHP): Tsh. 19,636.8 百万(42.6%)

◆ 地方第一次保健施設の復旧: Tsh. 18,549 百万(40.2%)

(出典: *Health Sector Performance Profile 2004*, Ministry of Health, 2005)

2-2-2 地方政府レベル

県レベルでは、CHMT が地域の保健ニーズを考慮した年次保健予算計画(Comprehensive Council Health Plan: CCHP)を作成する。バスケット資金委員会(Basket Financing Committee)にて計画の評価・承認が行われた後、住民一人当たり、US\$0.5 per capita を県の保健予算に投入し、個別の保健活動に利用する。(CCHP の財源はバスケット・ファンド以外に中央政府からの保健施設スタッフの人件費や事務経費、コミュニティー保健ファンド、ドナーからの直接支援などがある。)

2003 年の合同保健セクターレビューでは、遠隔地の保健マネージメント・チームから人口の多い都市部への偏重投資が行われ公平性に欠けるという意見が相次いだ。保健サービスへのアクセス、貧困、および 5 歳以下の幼児死亡率を考慮した傾斜分配(各 10%)が提案され、2004 年より実施されている。しかし、バスケット・ファンドが一定の成果を挙げるためには、最低でも US\$2.0 per capita の財源確保が必要との調査結果もある(TEHIP News Issue No.6 2002)。

バスケット・ファンドにより、地方政府の保健セクターは安定した財源を確保し長期的展望に立って活動計画を策定・実施できるようになった。マネージメント能力不足が課題として残るが、特に貧しい遠隔地方県において、新たな財源として歓迎されている。

2-3 地方保健政策における子供の健康・リプロダクティブヘルスの位置づけ

リプロダクティブヘルスおよび子どもの健康サービスにかかる国家政策ガイドライン(National Policy Guidelines for Reproductive and Child Health Services、保健省 2004 年)は地方分権化を踏まえ、地方レベル

および中央レベルでの保健政策に関わる役割分担を以下のように規定している。

- 保健省は、以下の活動と関連する予算を MTEF に含める。
 - CHMTs の行政能力の強化
 - 地方自治省、公務員省と協力し、資格を持ち、かつ技能の高い保健スタッフを派遣する
 - 地方行政省と協力し、CHMTs による保健医療施設でのサービス提供の向上を行うための戦略策定協力
 - 子供の健康・リプロダクティブヘルスに関する感染症予防、IMCI、EPI についてのガイドラインの改定および普及
 - CHMTs と協力し適切な子供の健康・リプロダクティブヘルスサービスの実施に必要な基本的医療機材、器具を配布する

- CHMTs は、以下の活動および予算を CCHP の中に含める。
 - 子供の健康・リプロダクティブヘルス分野での IEC/BCC のメッセージ、および教材を開発、普及させる
 - コミュニティーレベルでの IEC/BCC 活動において、関係者と協力の上、技術、ロジ、財政面で協力する
 - コミュニティーが子どもの健康・リプロダクティブヘルス課題を確定し、対応するための協力
 - コミュニティーと共に保健医療施設へのリフェラルシステムを構築
 - 県下での医療保健サービス提供にかかる定期的な supportive supervision およびモニタリング評価
 - 男性がリプロダクティブヘルス・ニーズを満たし、安全かつ責任ある性と生殖にかかる行動を取るためのエンパワーメント活動
 - 県下の保健医療施設に適切な薬剤・医療器具が配布され、ガイドラインに沿って使用されるよう監督する

2005/2006 年の MTEF を通じた子供の健康・リプロダクティブヘルス分野での取り組みについては、ドナーが評価を行った。その要約は次のとおり。

- 県レベルのスタッフ研修などが未だに保健省の予算に組み込まれている
- 中央バスケット・ファンドの70%が保健医療施設のリハビリおよび維持に配分されており、8%が人件費、わずか7%のみが子供の健康・リプロダクティブヘルスに配分されている。
- 避妊器具の変更をサポートする費用が含まれていない。Norplant (5 rod) から Implanon (single rod). 器具の港からの通関手続き、保管料などが十分に計上されていない。
- IMCIについては、前年の100m Tsh に比べて600m Tsh が計上されたことを評価する。

以上から、子どもの健康および RH 分野に多くの課題が残されている一方で、十分な予算が配分されていないことがわかる。

表3：保健セクターパフォーマンス・プロフィール（2004年）に見る子どもの健康およびRHにかかる指標

単位：Tsh

指標分類	指標	出典	報告範囲	2001年 ベース	2002年	2003年	2004年	
1	投入	国民1人当たりの 公的保健支出合計	<ul style="list-style-type: none"> 年間政府資金支出レビュー(PER) 国勢調査 2002, 1988 	中央レベル 州レベル 県レベル 国全体	1,245 172 848 2,265	1,529 208 1,058 2,795	1,702 242 1,334 3,278	2,799 351 1,375 4,525
2	投入	政府とドナー拠出 分を合わせた国民 1人当たりの公的 保健支出合計	<ul style="list-style-type: none"> 年間政府資金支出レビュー(PER) 国勢調査 2002, 1988 	国全体	5,100	6,361	6,868	8,815
3	投入	国民1人当たりの 中央レベル、病 院・医療施設サー ビス、予防別向上 経費	<ul style="list-style-type: none"> 年間政府資金支出レビュー(PER) 国勢調査 2002, 1988 	中央レベル 病院・医療施 設 予防 合計	190 1,077 894 2,161	246 1,100 1,231 2,577	423 1,270 1,397 3,090	565 1,716 1,630 3,911
4	成果	避妊実行率	保健省リプロダクティ ブヘルスおよび子ども の健康セクション	州と県レベル	22%	17%	21%	
5	成果	乳児が麻疹、三種 混合、ポリオの予 防接種をそれぞれ 3回受ける割合	保健省拡大予防接種プ ログラム(EPI)	麻疹 三種混合 ポリオ 全種	89% 65% 92% 79%	90% 80% 94% 90%	92% 90% 98% 90%	
6	成果	15-24歳の HIV 感 染率	保健省定点観測 HIV 調 査	定点観測 HIV 調査サイト	9.0%	7.4%	6.7%	
7	成果	公立医療保健施設 における出産・分 娩の割合	HMIS	県		68.5%		
8	インパクト	5歳以下の子供が マラリアで死亡す る割合の変化	保健省国家定点観測調 査システム	定点観測 調 査サイト	2001年 ダルエ ス11% 増加 ハイ県 10%減 少 モロゴ ロ2% 減少	2002年 ダルエ ス11%増 加 ハイ県 7%減 少 モロゴ ロ変化 なし		
9	インパクト	妊産婦死亡率	保健省国家定点観測調 査システム	定点観測 調 査サイト	2001年 ダルエ ス0.02 豊かな 地方 0.007 貧しい 地方 0.036	2001年 ダルエ ス0.051 ハイ県 0.011 モロゴ ロ0.047		

項目	指標	出典	報告範囲	2001年 ベース	2002年	2003年	2004年	
1	成果	医療従事者の立ち会 による出産の割合	保健人口統計調査 (Demographic Health Survey)	技術ある保 健スタッフ 訓練を受け た伝統産婆	0.358	0.35	0.36	0.37
2	インパクト	乳児死亡率 (IMR) (1,000人に対して)	保健人口統計調査 国勢調査 DSS	国全体	99	95	-	-
3	インパクト	5歳以下の幼児死亡 率	保健人口統計調査 国勢調査	国全体	147	153	-	-
4	インパクト	誕生の時点での寿命 年数	国勢調査	国全体	-	51	-	-

5	インパクト	5歳以下の幼児における発育不良(stunted)の割合(年齢:身長)	保健人口統計調査 UNICEF	やや不良 重症	46.7% 16.7%	- -	- -	- -
6	インパクト	5歳以下の幼児が痩せて衰弱する(wasted)割合(体重:身長)	保健人口統計調査 UNICEF	やや不良 重症	43.4% 17.8%	- -	- -	- -
7	インパクト	5歳以下の幼児における低体重(underweight)の割合	保健人口統計調査 UNICEF	やや不良 重症	43.8% 16.1%	- -	- -	- -
8	インパクト	合計特殊出生率(Total Fertility Rate, 15-49歳)	保健人口統計調査 国勢調査 DSS	国全体	5.6人	6.3人	-	-

出典: Health Sector Performance Profile 2004, Ministry of Health, 2005

保健医療に関する主要政策の変遷

- 1990年 National Health Policy 国家保健政策
- 1994年 Proposals for Health Sector Reform 保健セクター改革案提案書
- 1997年 Drug use Guidelines for Primary Health Care Facilities
第一次保健医療施設における医薬品使用方法にかかるガイドライン
- 1998年 Standard Guidelines for Health Laboratory Facility 保健医療検査所標準ガイドライン
- 1999年 Guidelines for the District Health Management Team (DHMT) on Counseling Services
カウンセリングに関する県保健行政チームのためのガイドライン
- 1999年 Guidelines for Home-based Care Services in Tanzania
タンザニアにおける在宅介護ガイドライン
- 1999年 Guidelines and Standards for Counselling and Supervision in HIV/ AIDS.:
HIV/ AIDS についてのカウンセリングとスーパービジョンに関するガイドラインと基準
- 1999年 National Primary Health Care Supervision guidelines:
国家プライマリー・ヘルスケア・スーパービジョン・ガイドライン
- 1999年 Community Health Fund (CHF), Operations Guidelines
コミュニティー・ヘルス・ファンド活用ガイドライン
- 2000年 Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) 貧困削減戦略ペーパー
- 2000年 National Package of Essential Health Interventions in Tanzania.
タンザニアにおける必須保健医療対策にかかる国家パッケージ
- 2001年 National Policy Guidelines on Reproductive and Child Health
国家リプロダクティブヘルスと子どもの健康にかかる政策ガイドライン
- 2002年 National Health Policy (revised) 国家保健政策(改訂版)
- 2002年 National Policy on HIV/AIDS HIV/AIDS 国家政策
- 2002年 National Malaria Medium Term Strategic Plan 2002-2007 国家中期マラリア戦略 2002-2007
- 2003年 2nd Health Sector Strategy Plan 2003-2008 保健セクター戦略計画 II 2003-2008
- 2003年 National Multi-sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS (NMSF)
国家マルチ・セクトラル HIV/AIDS 戦略枠組み
- 2003年 Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2003-2006 保健セクターHIV/AIDS 戦略 2003-2006
- 2003年 The National HIV/AIDS Care and Treatment Plan 国家 HIV/AIDS ケアと治療計画
- 2003年 Guideline for Forming AIDS committees at Local Government level
地方自治体レベルにおいて AIDS 委員会を設置するためのガイドライン
- 2003年 National Norms, Guidelines, and Standards on Cross Cutting Issues for Health Care Practice in Tanzania:
タンザニアにおける保健医療サービス実施のための横断的課題に関する国家水準・ガイドラインおよび基準
- 2004年 National Policy Guidelines on Reproductive and Child Health (revised),
リプロダクティブヘルスおよび子どもの健康にかかる国家政策ガイドライン(改訂版)
- 2004年 National Adolescent Health and Development Strategy 2004-2008
青少年の健康と開発にかかる国家戦略 2004-2008
- 2004年 National Guidelines for Screening and Treatment of Syphilis during the Pregnancy
妊娠期間中の梅毒検査及び治療にかかる国家ガイドライン
- 2004年 Health Basket and Health Block Grants Guidelines for the Disbursement of Funds,(Preparation of Comprehensive Council Health Plans, Financial and Technical Reports and Rehabilitation of PHC Facilities by Councils)
保健バスケット及び保健ブロック助成金の支払いのためのガイドライン。(県による県総合保健計画、会計・活動報告書、保健施設のリハビリ計画実施などの準備のためのガイドライン)
- 2005年 National Strategy for Growth and Reduction of Poverty(NSGRP)
成長と貧困削減のための国家戦略
- 2005年 Guideline for Reforming Hospitals at Regional and District Levels
州及び県レベルにおける病院改革のためのガイドライン

第3章 ムヒンビリ国立病院小児科への JICA による協力のレビュー

3-1 背景

わが国は 1994 年 12 月から 2005 年 6 月にかけて、国立ムヒンビリ病院を対象にタ国における子どもの健康向上に向けた協力を実施した。当初は母子保健プロジェクトの一環として（1994 年～1999 年）主に SPL の設立とそこで導入された患者のデータに基づいた「根拠に基づく医療」確立に向けた協力を実施し、2004 年 5 月から 2005 年 6 月にかけては APCU の確立と、SPL に支えられた APCU の稼働を中心とした MNH 小児科における子どもの死亡率低減を目指して活動を行った。この章では、MNH 小児科にかかわる一連の協力の成果をレビューする。

3-1-1 保健医療協力における位置づけ

タ国における保健医療分野の協力は、2000 年に策定された国別援助計画および 2001 年に実施された政策協議に基づき設定された重点分野の一つである「人口・エイズおよび子どもの健康課題への対応」に含まれる。更に、この重点分野は以下の 3 つの開発課題と、それに対応するプログラムから成る。

- ① 保健行政能力の向上：保健行政能力向上プログラム
- ② 基礎的保健・医療サービスの実施強化：基礎的保健・医療サービス向上プログラム
- ③ HIV/AIDS の実態把握、感染の抑制、及び正しい知識の普及：HIV/AIDS 対策プログラム

この内、基礎的保健・医療サービス向上プログラムが子どもの健康およびリプロダクティブヘルス分野をカバーしている。

3-1-2 投入の概要

MNH 小児科への協力では、30 人前後の MNH 小児科スタッフがカウンターパートとなり、20 名が日本での研修機会をもった。日本側からは 19 名の長期専門家と 21 名の短期専門家が派遣され、1 億 2 千万円余りの現地業務費と 2 億 2 千万円ほどの機材供与が行われた。プロジェクトの期間中には、専門家が犯罪に巻き込まれて不慮の死を遂げるという不幸もあり、様々な困難を乗り越えて今日まで発展してきたプロジェクトである。

表 4：母子保健プロジェクトおよび小児急性期医療プロジェクト（1994 年～2005 年）における専門家の投入実績（タンガ MCH、MMC 微生物部門、MMC 小児科部門）

	小児科	微生物学教室	タンガ
長期	新藤 啓司 (チ-アトバ'イ'-)	—	菊池 陽一 (公衆衛生)
	松林 信幸 (チ-アトバ'イ'-)		山本 珠江 (公衆衛生)
	岩田 英二 (業務調整)		野田 修司 (公衆衛生)
	一宮 尚美 (業務調整)		
	早川 宗仁 (業務調整)		
	鈴木 清美 (業務調整)		
	尾上 謙三 (小児病理学)		

	尾上 幸子 (小児科学) 足立 基 (新生児学) 西森 久史 (新生児学) 一見 良司 (新生児学) 花岡 理英子 (臨床検査)		
短期	櫻井 實 (小児科学) 3回 松林 信幸 (小児科学) 足立 基 (新生児学) 佐久間 文久 (臨床検査) 村上 睦代 (臨床検査) 岩田 英二 (業務調整) 坂本 修 (臨床検査) 遠藤 幸子 (看護管理) 山口 典子 (臨床検査) 大西 和子 (看護管理) 西嶋恵理子 (病棟管理) 3回	櫻井 悠男 (ウイルス学) 吉井 孝男 (ウイルス学) 2回	山本 珠江 (公衆衛生) 山内 徹 (公衆衛生) 小川寿美子 (地域保健)

出典：JICA タンザニア事務所 (2005)

3-2 調査手法

JICA の協力における小児科内での APCU 確立に向けた活動は、正式には 2004 年から 2005 年に限られる。しかし JICA によるムヒンビリ病院小児科への協力は 11 年の長期にわたること、また 1994 年から実施された SPL を通じた協力は、後の的確な患者データの利用に基づく小児急性期医療確立に向けた APCU への協力の土台となっていること、また小児科・SPL・APCU においては一部スタッフが重複し、また相互補完的に配置されてチームとして仕事をしていることを鑑み、1994 年からの JICA 協力の一環として小児急性期医療プロジェクトのレビューを行った。また、1994 年から 2004 年にかけての SPL への協力についてもそのインパクトと現状についてレビューを実施した。

手法として、2002 年 5 月から 2005 年 6 月まで派遣されている長期専門家および他の JICA 関係者への聞き取り、APCU・SPL・MNH 小児科関係者への聞き取り・質問表による調査・ディスカッション、そして病院の経営管理部門や保健省関連部署、開発パートナーとの意見交換を実施した¹。

3-3 調査結果 (1) ムヒンビリ国立病院小児科関係者からのヒアリング結果

調査の一環として、APCU スタッフ、および APCU に関わりを持ってきた小児科およびムヒンビリ大学のスタッフに質問表への記入を依頼した。APCU のスタッフ数は少ないこともあり、6 名 (無記名、5 名は医師または教授、1 名は看護師) のみから回答を得た。回答の要点を、別途実施した病院長との意見交換の結果と合わせて以下にまとめた。

表 5：APCU プロジェクトについての MNH および小児科スタッフの見方

質問 ²	APCU および小児科スタッフの回答	病院長の見解
どうすれば APCU プロジェクトはより改善できたか？	<ul style="list-style-type: none"> ・人的・予算的・機材面でのキャパシティをより高める。 ・医療従事者を現地・海外にて研修し、スキルの向上をはかる。 ・国内、特に県レベルの医療施設に対し APCU 概念を広める。 ・熟練した医療従事者が必要数配置される ・機材を含め施設が改善される。 ・医療従事者がモチベーションを上げ、患者への対応を改善する。 	プロジェクト自体はうまくいった。病院経営の状況が変わったので、今後は特定部署ではなく病院の経営管理部門を通して協力をを行う場合にはコンタクトしてほしい。

¹ 参加者については、面会者一覧を参照のこと。

² 複数回答。本報告書の他のセクションに織り込み済みの内容については割愛した。

<p>子どもの健康分野での JICA 協力を向上するにあたっての提案事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●プロジェクトはうまく行ったので改善の余地は無い。 ●MNH 小児科に引き続き協力を実施してほしい。 ●子どもの健康分野で引き続き協力を行ってほしい。 ●病院ベースでの治療を向上させるための協力を継続してほしい。 ●キャパシティー・ビルディングにつながる協力を行ってほしい（研修を含む）。 ●医療従事者の研修を継続してほしい。 ●短期の研修をより多くのスタッフに実施してほしい。本邦研修よりも安価な現地研修を行ってほしい（自立発展性のため）。 ●専門家を継続して送ってほしい。 ●今後はプロジェクトのインパクトについてのモニタリングを行ってほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ●SPL/APCU プロジェクトについてはうまく行っているし、自立発展性も確保されている。新生児ユニットの強化についての協力は歓迎する。 ●APCU はスタッフ数・研修の必要性・スペースの各面で十分なキャパシティーを確立している。
--	--	--

上記からわかるように、APCU および小児科のスタッフの感じ方と病院長の見解の間には隔たりがある。プロジェクトの最終フェーズに関わった長期専門家へのインタビューや MNH の視察を通じて調べたところでは、プロジェクトは良い成果を上げる一方で、病院や保健省関連部署との連携・支援の取り付けの面で十分な結果を出すことができなかつた模様であった。APCU 自体のキャパシティーについては、限られた既存のリソースで可能な範囲において、確立されたことが確認された。

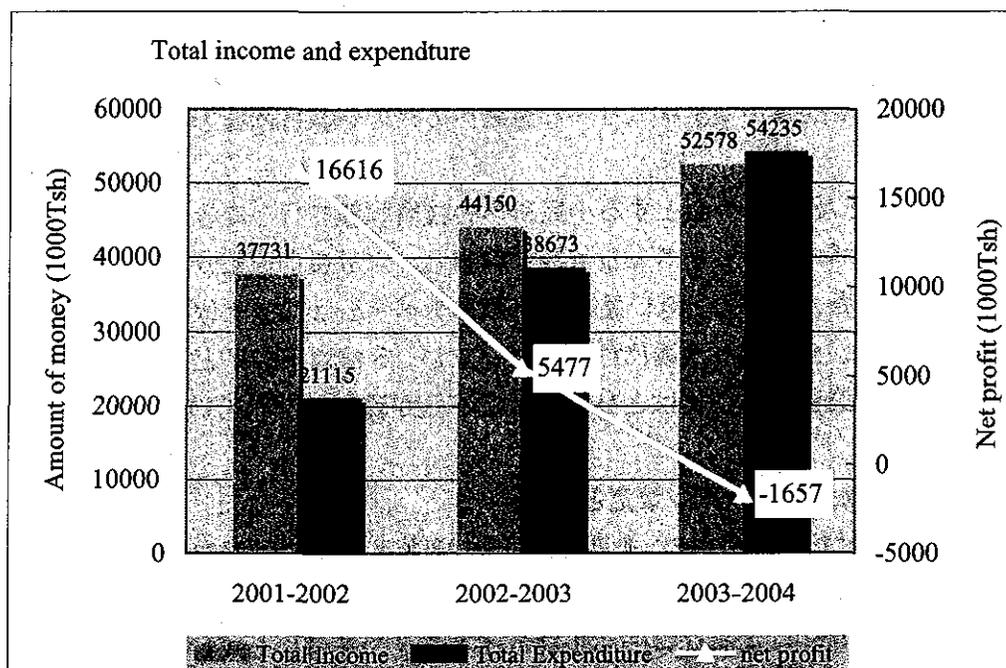
3-3-1 小児科検査室(SPL)の確立と運営

SPL の確立と運営については、自立発展性を確保する努力が精力的になされた。私立病院から「自主照会」してくる患者や成人患者から検査料を徴収し、より専門化された研究事業のニーズを掘り出し請け負うことによりおよそ 70%までコストを回収することに成功したと報告されている。しかし、増加した収入は SPL が自主予算として管理するのではなく、病院全体の収入として経営管理部門へと回されてきた。したがって、収入増加は SPL の経営向上には直接結びついていない。また、SPL の要求にも関わらず、小児科における必要なスタッフや機材の維持管理、そして無料に対応せざるを得ない 5 歳以下の患者の検査にかかる経費をカバーするのに必要な予算は、経営部門から割り当てられることなく今日に至った。

一方、収入に対する 5 歳以下の子どもへの無料の治療を行うことによる歳出は収入 1 に対し 8 の割合を占めている。すなわち、5 歳以下の子どもへの治療を無料で実施する、という国家政策により、SPL の歳出は増加せざるを得なかつた。以下のグラフに見られる通り、5 歳以下の子どもを対象とする検査のニーズが増加するにつけ、収入の増加は支出に追いつかなくなり、2001 年から 2004 年の間に採算は悪化を続けた。そして 2003 年から 2004 年の間には、ついに赤字に転じた。

結論として、SPL は非常に高いコスト回収能力（自立発展性）を確立したにも関わらず、5 歳以下の子どもへの治療を無料とする政策により、年々収入が減少に向かった。また、機材の老朽化・故障にも関わらず病院側からはこれを補う十分な予算面でのサポートが得られなかつたため、受け入れる検査数が減少したことも、全体としての収入減につながったことがスタッフより指摘されている。

グラフ 1: SPL における収入と支出の推移 (2001 年～2004 年)



出典：Special Paediatrics Laboratory, Muhimbili National Hospital, Tanzania (2005)

国家が5歳以下の子どもに対する治療と検査を無料とする健康政策を取れば、小児科部門が必然的に不採算となる。したがって MNH 小児科および JICA には、小児科部門について特別の資金配慮を行うよう、病院管理者、そして間接的には保健省の病院サービス部に、働きかけを行う必要があった。しかしこうした努力は一部でなされていたものの、実を結ぶには至っていない。

3-3-2 急性期治療ユニット(APCU)の確立と運営

MNH 小児科は、一般病棟に 48 床、下痢病棟と栄養不良病棟に各 15 床を備えている。APCU は 6 床の重症・救急小児患者を収容できる施設（ベッド及び常勤医師および看護師）を確立し、定期的な APCU スタッフおよび小児科内での会議を持つことによりチーム・ワークと経験・知識の共有をはかっている。現在 APCU では年 150 人程の課程終了後の研修医、および年 18 人程のインターンに OJT を実施している。また、次に述べる小児急性期医療治療および看護についてのガイドラインを策定し、その利用を通じたサービスの向上と質の維持管理をはかった。その結果、APCU に患者を送り込んでいる小児科全体における死亡率の低下に繋がった（更なる詳細については 5-2 を参照）。JICA による協力の過程で APCU には 2 名の常勤医師（registrar および specialist）と 2 名の看護師が確保され、人材不足の顕著な MNH においては功績であった。

特に評価されるのは、現状のムヒンビリ病院小児科における人的・資金的・空間的リソースを鑑み、可能な範囲での APCU の確立と改善についての指導がなされ、それが看護師や医師を始めとするスタッフにとっての誇りとなるレベルまで根付かせることに成功したことである。具体的には治療の緊急度に応じた患者の分別を行い、優先度の高い患者に焦点を当てた治療を実施するシステムを確立した。またより迅速で的確な治療、および患者への態度が APCU における子どもの死亡率低下に結びつくことを OJT を通じて小児科のスタッフに根付かせた。更に、緊急時および優先度の高い患者へのケアに使用するための「バッファー・ストック」と呼ばれる基礎薬品のストックを常備するシステムを提案・確立し、必要な薬品を院内で入手するのにかかる時間を一気に削減し、それ

まで見られた小児急性期治療への遅れを最小限化することに成功した。

ムヒンビリ国立病院が教育病院であることを鑑み、臨床面での小児科の強化に加え、医師の卵に対する急性期小児医療、そして的確かつタイムリーな患者への対応を教育課程で根付かせるための体制が作られた。

2002年に赴任し、今日までAPCUを中心とする小児科への技術移転を行ってきた細井専門家によれば、赴任以降カウンター・パートのモチベーションが改善し、より良い医療サービスを提供しようとする態度の向上が見られた。しかし、低い給与水準等モチベーションを上げるための障害が根本的に変革されていないため、全般的な改善には至っていない。5歳以下の子どもへの診療を無料とする政策の影響を受け、小児科においてはとりわけ資金不足が深刻になっている。

3-3-3 小児急性期医療ガイドライン策定と改訂

JICAによるAPCU確立に向けた協力の中で、長期専門家とAPCUスタッフは協力して小児急性期医療に係る治療および看護についてのガイドラインを策定した。前者については、改訂もなされている。これらのガイドラインはWHOによるグローバルなガイドラインを基にしているものの、SPLと協力して得たタ国での実地のデータと日々のスタッフの経験に基づいて作られている点が優れている。また、MNHにおける限られたリソース環境で実践できる処置に焦点を当てている。当ガイドラインは小児科スタッフに配布され、利用されているとのことである。このガイドラインは第三次医療施設における小児急性期医療、という比較的特殊な場における治療を前提としているため、他の施設、特に第一次・第二次レベルでの保健医療施設への適用においては改定を必要とするが、多くの貢献が期待される。MNHの外でも、IMCIにおける照会システム強化についてのガイドラインが現在保健省、WHO、UNICEFを中心になされているが、APCUの経験が反映されるべくAPCUスタッフはその策定委員会に招かれている。APCUでの経験がこの新ガイドラインに使われていること、そしてAPCU確立はJICAによる国際協力の実施が基となって可能になった旨を明記してもらえよう交渉するべきと思われる。保健省によるETAT研修にもAPCUにおける蓄積は反映・利用されており、ガイドラインおよびその中に蓄積されたAPCUの経験は外部から高い評価と利用がなされている。

3-4 調査結果 (2) PDMを中心としたレビュー

2004年3月にMNH小児科のカウンター・パートとJICAが共同で策定したPDMに従って、カウンター・パートと共同で、当初立てられた目標が達成されたかどうかを確認した。この中で留意すべき点は、目標および成果、そしてそれぞれに付随する指標が必ずしも十分に吟味され現実的かつ具体的な分析結果に基づいて設定されなかった可能性が高いことである。特に指標にある目標値についてはこの点が当てはまる。小児科のスタッフも当初立てた目標が現在検討してみると高度すぎたことを認めている。加えて、今回の調査で浮き彫りになった、現在当小児科が直面している病院内での経営管理および持続発展性にかかる問題は、このPDMにおいては想定されていない。したがって、こうした問題が存在するにもかかわらず、PDMの上では把握できない。また、PDMが普段のプロジェクトの活動内で活用されてこなかったためにこうした問題点は改善されずに今日に至った。PDMの指標については、国内で既に使われているものと照らし現実的かつ計測可能で、成果と直接繋がっているものを選ばなくてはならない。また、日常的なモニタリングに使用するなどして、不適切であれば適宜修正してゆくべきであった。

上位目標：MNHにおける子どもの死亡率が低下する。

指標：MNHにおける子どもの患者の死亡率が2004年時点の17%から12%以下に減少する。

小児科における患者の死亡率は2004年12月の時点で13%まで下がったことが確認されたが、現在の死亡率が12%以下まで下がっているのかどうかは不明である。しかし死亡率は確実に下がっており、当初の目標はほぼ達成されたと言える。最終的な数値については2005年6月に出される小児科の報告書の中で明らかとなる予定である。

合わせて実施した自由回答の質問表による調査では、「プロジェクトがPDMにおける目標と成果を達成したか」、という問いに対し6人の回答者全員が「100%ではないものの、ほぼ、または部分的に達成されたと思う」と回答した。APCU自体は確立されよくやっているものの、人的・資金的リソースの限界がある、との指摘、患者を送り込んでくる二次医療施設でもAPCUのようなシステムを構築しなければ対応しきれない、との指摘があった。

プロジェクト目標：MNHにおいて信頼に足るAPCUが確立され、より良いサービスを提供できるようになる。

指標：APCUにおける死亡率が60%から40%以下に下がる。

このプロジェクト目標は、「信頼に足る」「より良いサービス」などの語句が含まれており、当初設定された指標「死亡率」だけでは測定が不十分である、との意見もあったが、当初APCUが存在せず、その設立により小児科における子どもの死亡率が低下したことは、「より良いサービス」が実現したことを示唆する。また、保健省、WHO、UNICEFなどの開発パートナーへの聞き取りからAPCUが高い評価を得ていることが確認されていることから、「信頼に足る」APCUが確立したと言えるだろう。

指標については、APCUに送られてくる患者が重症の子どもに限られることから、APCU内での死亡率を下げるのが必ずしもパフォーマンスの向上を反映しない部分があり、この指標は設定が適当かどうか疑問が残る。APCUでの死亡率は下がりつつあるものの、現在の死亡率が40%以下であるかどうかは確認できなかった。小児科スタッフからは、APCU常駐の医師と看護師が配置されたこと、JICAの協力で機材が配置され、維持されていること、緊急時のための基礎医薬品の常備が制度化されたこと（“buffer stock of essential medicines”及び“emergency trolley”）、チーム・ワークが週二回の定期会議やガイドラインの共有、相互のOJTを通じて向上したことが、この目標に向けて貢献した要因として挙げられた。

成果1：MNH小児科の医療スタッフにおいて急性期患者への処置能力が向上する。

指標：APCUにおいて避けることのできる患者死亡の割合が10%以下に抑えられる。

APCUのスタッフによれば、本邦研修およびユニット内でのOJTによって以下の点でスキルが向上したとの自己評価がなされた。

- 患者への親密で尊厳を持った態度
- 患者の保護者への適切な説明と指導

•機材の適切な使用

現場で指導に当たった専門家は、APCU スタッフが当初に加えてより信頼がおけるようになったと観察しており、互いの経験を共有しあう習慣やチーム内で自己批判を行うことによってパフォーマンスが向上したと述べた。指標にある「避けることのできる患者死亡の割合」は、明確に定義されていないため十分に判定できなかったが、APCU および小児科における処置能力の向上があったものと思われる。

成果 2 : APCU での活動を通じ医療スタッフが EBM への理解と実践を深める。

指標 : 証拠に基づく診断 (EBM、検査結果に基づく診断) が 70%以上に増加する。

上記の指標を確認するための手段は非常に限られており、データが存在しないため、限られた調査日程の中では実際の数値を確認することはできなかった。しかし、SPL および APCU のスタッフによれば検査結果に基づく診断はほぼ 100%行われているとのことだった。

成果 3 : APCU の稼動がタ国人スタッフによって達成される。

指標 3-1 : APCU のメンバーが (少なくとも週 2 回は) 継続した週ごとの会議を持ち、(少なくとも月に一回は) 小児科内の他の成員に対して事例報告を行う。

指標 3-2 : APCU におけるベッドが 6 から 10 に増加する。

成果については達成されたとカウンターパートおよび専門家、そして病院長から回答があった。週 2 回の会議は実施されており、小児科内での報告については 6 週間に 1 度ほど実施されている。第二の指標についてはスペースの不足のために実現していない。APCU を含む小児科がより広い新病棟に移るかどうかははっきりしないことから今後実現するかどうか不明であり、指標 3-2 は達成されなかったと判断される。

成果 4 : MNH における APCU が他の保健医療施設に対して APC 概念を共有する能力を確立する。

指標 : 他の保健医療施設における医療従事者に対し年少なくとも 2 回のアウトリーチ・研修コースを実施する (アウトリーチ・プログラム)

アウトリーチの活動は実施されたが、APCU のキャパシティーの限界から、指標で述べられている頻度では実施できなかった。また、「訪問」はなされたものの「研修」は実施できなかった。これまでに 4 回の訪問または (IMCI に関する毎年の会議を含む) 会議でのプレゼンテーションを実施した。結論として、APCU のスタッフは当成果達成に向け大きな関心とモチベーションを持っているが、APCU 内での人的キャパシティー、および病院の管理経営部門と保健省の関連部署からの協力の欠如の結果として、成果の達成に至らなかった³。MNH 病院長は他の部署の部長達を交えた意見交換の中で、調査団に対し、「当病院には他病院のスタッフを研修する余裕は全く無い。また患者を送り込

³ 外部の会議において APCU の成果を発表したことは、MNH 小児科スタッフのモチベーション向上にも結びついていた。

んでくる県病院のキャパシティーや当病院とのコミュニケーションについては問題無いので、そのような研修の必要も無い。」と明言した。保健省や他の関連開発パートナーについては、APCUにおける成果と蓄積を認識しているものの、病院長に対して積極的に働きかけることはせずに今日に至っている。成果3と同じくキャパシティー、そして病院や保健省からの支援をとりつける上での問題があったため達成に至らなかった成果だったと言える。

3-5 調査結果 (3) 本邦研修

1994年から今日まで、ムヒンビリ小児科にかかる JICA 協力および長期研修制度を通じて多くの外国人保健医療関係者が研修のために日本を訪れた。調査団は、その内の3人から、研修についての聞き取りを行った。

全般的には参加者の満足度は高く、今後他のスタッフについても研修に参加できるようにしてほしいとの希望が聞かれた。その一方で、カウンター・パートからはいくつかの提案がなされた。第一には、APCU はぎりぎりの人的リソースで運営されている。従って、本邦研修中に担当医師および看護師の数が減ったことが、同期間中に APCU での子どもの死亡率が高まる原因の一つとなった可能性が指摘された⁴。こうした機関を対象に研修を実施する場合、その正のインパクトと負のインパクトの両方を勘当し、負の部分について相応の対応ができない場合には研修の実施を見直すべきではないか、との声が聞かれた。第二には、小児科関係者から、日本へ少数の人材を長期にわたって研修に出すのではなく、より多くのスタッフを現地で短期で研修してほしい、またポジションや仕事の内容によってコースを組んで欲しい、との要望が複数聞かれた。今後の参考とすべきである。

3-6 調査結果 (4) ムヒンビリ国立病院小児科にかかる協力の自立発展性

調査団は関係者への聞き取り、質問表、ディスカッション、病院における定期管理者委員会 (Management Committee Meeting) への出席、また調査の結果を関係者と共有し議論する調査結果報告会の実施を通じてムヒンビリ病院小児科に対する微生物ラボ、および APCU を通じた協力の持続発展性について検討した。

MNH の Tregoning 院長は MOH より 2003 年 10 月から 2 年契約で派遣されている。調査団は院長と Kitundu 小児部長を含む管理職との会合を持ち、JICA の取り組みについて意見交換した。討議内容は以下の通り。

院長はまず、小児科に限らず MNH の保健情報センターや放射線科への協力を感謝の意を表し、10 年を超える小児医療協力への日本の貢献を評価した。他方この 10 年来、MNH の病院管理能力、計画力、資金力は改善しており、経営ボードの判断でより効率的な病院運用が可能となった事を強調した。臨床検査に関して言えば、アボット社の協力で中央検査センターが建設され、この 7 月から職員研修が始まることとなっている。新病棟は建設予算の不足もあり、10 ヶ月後に部分的に完成されるが、その利用法は未定である。

SPL などサテライト検査室については、MNH として基本的に支援しない考えでいる。SPL のスタッフは、資格のある者だけを中央検査センターへ移籍させるつもりである。新しい中央検査センター

⁴ 2004 年 12 月に APCU 常駐の医師の一人が本邦研修のため欠員した際に子どもの死亡率が上昇した。

は血液学、生化学、微生物学、組織病理学、血液バンクの5部門からなり、これらに含まれない特殊検査や研究目的の検査については、SPLに残される機材や場所を利用して継続して頂いても構わない、とのことであった。

院長の見解としては、小児病棟の扱いについては、現在300床規模の新病棟が建設中であるが、これは15年来の計画であり、MNHの現状にそぐわない部分もある。例えば小児病棟のベッド稼働率は6割程度(70人/120床)であり、新病棟を小児関連の診療科だけに振り向ける必要はない。私費患者を入院させる構想もある。新生児病棟については、近隣病院に同様な施設がないこともあり、混雑している。スタッフが少なく、母親が一斉に病室に出入りするため院内感染の危険があり、実際病棟での死亡率が17%と高いのが問題と認識している。2005年10月を目処に、どこか適当な場所へ移転させる予定である。

院長は小児科のスタッフ不足について、APCUにはregistrar(認定資格を持たない小児科医)を増員して24時間勤務させ、10ドルの当直手当を支払うことを承認している。MNHのスタッフは、職種を問わず研修や訓練が不足しており、外部施設へ知識や技量を広める余裕はない。近隣の低位病院は地方自治体が運営しており、その管理者が検討する問題と思料する、との見解だった。

3-6-1 SPLの自立発展性

先に述べた通り、5歳以下の子どもへの検査と治療を無料にすることを定めた国家の健康政策、およびMNHと保健省によるこの点を補うための補償の欠如は、SPLを不採算に追い込んでいる。この点についてはMNH経営管理部門への働きかけと、MNHを監督し予算を割り当てている保健省病院サービス部⁵への働きかけが肝要であるが、こうした努力は未だ十分な結果を生んでいない。

また、アボット社の支援による国立検査室(CPL)の強化と、病院側が進めようとしているMNH内の検査室の一元化の流れの中で、今後SPLがどのような形でどの病棟に、何の機能を持って維持されるのか、またされないのかは未だ不明である。関係者からの聞き取りによれば、病院側は当初SPLを閉室しようとしたが、小児科の反対が根強いため消極的ながら維持する方向で検討している模様である。CPLは国立検査室としての確立を目指しており、AXIOSというアボット社が支援するNGOの強力なバックアップを得ている。病院長は病院管理者委員会の席で調査団に対し、CPLとSPLのメンバーを6月にはアボット社の支援を通じた研修を開始し、CPLへの病院内での検査機能の収斂をはかってゆく予定であることを明らかにした⁶。将来的にはSPLは研究機関としての機能を維持拡大しつつ、現在のように小児科のみを中心に運営されるのではなく、病院全体でのニーズに応えるよう構造調整を実施するとのことである。病院のラボとしてインテグレーションが進むことは歓迎されるものの、保健省はSPLを継続することを支持しており、今後の先行きは未だ不透明である。

結論としては、子どもの健康にかかる政策、および病院組織内での機構整理の過程において、SPLの自立発展性は阻害されている。SPL内部で達成された高いコスト回収能力は評価されるが、こう

⁵ 病院サービス部部長はMNHの理事会メンバーでもあり、この問題について効果的なアドボカシーを実施できるポジションにある。調査団は本調査結果の報告会に現病院サービス部を招待し、現状と課題、そしてアドボカシーの必要性について明確に伝達した。今後こうした活動のフォローがなされるべきである。

⁶ 現在SPLにおいては全く別メーカーの機材を配備・使用しているため、これらは廃棄した上でSPLスタッフはアボット製品の使用について研修を受ける必要がある。2004年にJICAを通じて導入した機材があることを考えると投入は無駄になる。しかし病院長が述べた通り「状況が変わった」のであり、いずれはどちらかに統一する必要があることを考慮せざるを得ない。

した構造的・政策的問題は最近に始まったものではなく、MNH 小児科と JICA によるより積極的かつ迅速な対応が望まれており、すみやかな対応が必要である（今後の方向性については、第 6 章を参照）。

3-6-2 APCU の自立発展性

APCU 自体はその機能と施設を限られたリソースの中で確立し、長期専門家が任期を終了した後もその運営については専門家および病院長とも心配していない。しかし、SPL の場合と同様、5 歳以下の子どもの治療を無料と定める健康政策は APCU を不採算部門に押しやっており、病院の経営建て直しを行っている病院長にとっては優先順位の低い部署となっている。小児科が被らざるを得ない予算の喪失部分を病院が補填するよう、MNH 小児科と JICA はより強い働きかけを行う必要がある。APCU における常勤スタッフの増加については、病院長が小児科部長に現在小児科の一般病棟に勤務している医師の一人をシフト制で APCU にも勤務するよう手配することを指示した。常勤スタッフの増加は支持されておらず、実現は難しい模様である。

更に、10 年前から建設中の新病棟は、当初小児科関連部署用とされたが、病院長によれば「状況の変化により、また小児科におけるベッドの稼働率では新病棟のベッドが埋まらないため、別の部署を移転する」とのことである。病院長は今後小児科および APCU、新生児病棟がどこに移るのか、また移らないのかについての調査団の再三の質問に対し、明確な返事を避けた。この問題についてはメディアでも病院長への批判が高まっており、センシティブな問題であるため返答を差し控えたことも考えられるが、APCU を含めた小児科の今後が不透明であることは否めない。APCU はサービスの質を確保するためより多くの常勤スタッフやスペースを望んでいるが、これが実現される希望は薄い。こうした問題についても、APCU 内での運営に加え、働きかけを通じて対応してゆく必要がある。

MNH を監督する立場にある保健省においては、病院サービス局長が認識していたものの、現地の JICA 専門家によると、JICA としてプロジェクトに関する報告書を共有し始めたのがここ 2 年ほどであることから APCU への保健省の認識は低いとのことである。こうした状況が、保健省からの支援を取り付けることの障害となってきたことが考えられる。結論として、APCU はそれ自体の機能と運営においては自立発展性を確保したものの、病院内での支持、および保健省からの間接的な支持を取り付けることには成功していない。従って、今後の自立発展性については問題が残されている。

3-6-3 小児急性期医療ガイドライン策定と改訂

ガイドライン自体は既に確立され、MNH 関係者の間で配布されているため、自立発展性の問題は生じない。しかし、今後保健省を中心に、国の政策の一部として広い利用を目指すのであれば、その印刷費をどのように捻出するのか、病院外の医療従事者に対しても配布・使用を促してゆくのか、その場合にはどのように行うか、改訂の頻度等については計画してゆく必要がある。また、自立発展性の「発展性」の部分について言えば、このように質の高いタ国でのデータに基づくガイドラインは国家政策の中できちんと生かされるべきであり、そのためには保健省の取り組みに繋がってゆかなくてはならない。APCU スタッフは「APC 概念を研修を通じて国内の医療従事者と共有したい」と考えたが、ガイドラインは医療従事者への教育、および再教育を実施するうえでも、更には研修

がたとえ実施できなくとも、経験を共有する上で強力なツールになりうる⁷。しかし、病院長はこうした考えには後ろ向きであり、WHO を中心とする保健医療のステークホルダーはガイドラインに代表される蓄積を利用しつつも APCU および JICA についてはその貢献を公的に認定していない。今後は小児科と JICA によるこうした関係者への今後の働きかけが重要である。

結論として、ガイドラインのコンポーネントについては自立発展性の問題はない。しかし今後の展開を考える上では、更なる関係者への働きかけが必要とされている。

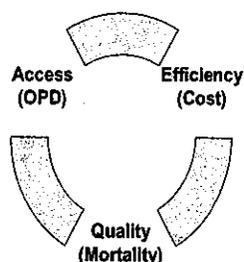
3-7 結論

MNH を通じた協力により、APCU の体制が確立され SPL で生成されたデータを利用した「データに基づく診療」が実践されるようになった。また、モニタリングを強化し子どもの死亡率低下に向けた本プロジェクトの効果を立証することにより、小児科関係者における達成感と自信・誇りを生むことに成功するとともに、これら医療従事者のエンパワメントとモチベーションの向上にも大きく貢献した。長期専門家はその技術面での功績に加え、高いコミュニケーション・スキルと誠実な人柄から APCU および SPL に関わるスタッフからは非常に高い評価と信頼を築いた。一方、様々な外部環境が急速に変化していくなかで、派遣された専門家が病棟サイドで実感した改善点や新たな活動課題について JICA 側での理解が違っており、対応が遅れたこともあったため、専門家側に不満や不信を招いた時期があった。JICA と派遣専門家間の十分な意志疎通による相互理解が不足していた点は、今後のプロジェクト形成上でも留意点としなければならない。定期的な運営指導の実施等を検討するべきであったと思われる。

保健医療政策において質の高い医療を実現するためには、その医療レベルに合致した患者がくまなく受診でき、その医療経済に則したコストで、臨床上の問題を解決できるバランス良い運営が求められる（下図左）。本プロジェクトは、以下の図右のように、ガイドラインを持ってサービスの均一化をはかり、更に APCU を通じて質とアクセスの向上をはかるとともに、SPL を通じて高い費用対効果を達成した。5 歳以下の子どもの医療費を無料とする政策等の制約により影響を受けたものの、3 つのコンポーネントをバランスよく達成したという意味では当分野におけるモデルを形成したと言える。

⁷ 保健省の了解を得てガイドラインに基づいたカリキュラムやモジュールが作成できれば、医療従事者を育成しているムヒンビリ大学やその他の教育病院にて利用することが可能となる。また、医療従事者への再教育時にも組み込むことが可能となる。そうなれば、APCU スタッフが直接研修を実施しなくても APC の考え方と実践がより効率的に、またより多くの国内医療従事者に共有されることが考えられる。

Clinical Policy Components



Harmonization of activities

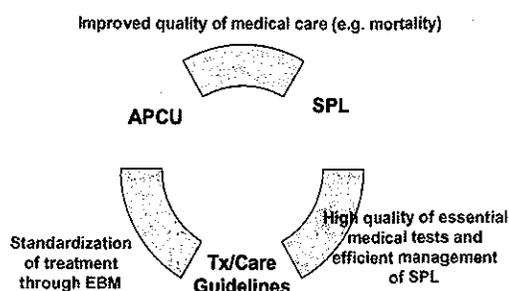


図. 保健医療政策における主要コンポーネントと、ムヒンビリ国立病院小児科における3コンポーネントの統合化

一方で、MNH 小児科において行われた子どもの健康向上に向けた努力と成果が、MOH や MNH から十分に理解され、支持されてきたかという点については、協力開始から 10 年以上経過した今日まで疑問が残る。

そもそもタ国では5歳以下の幼児を対象とした医療は原則無料であり、質の高い医療を実践すればするほど小児科は不採算部門となる。MOH は MNH に対して、小児医療費を病院運営費の一部として一括計上しているが、それが小児科へ十分に支弁されていない。SPL は無料診療から生じる欠損を補填するために、外部施設や研究目的の検査受注によって検査室運営を計り、僅かな赤字を残す程度まで経営効率を高めたが、この努力は既に限界に達している。こうした費用に関する問題点は、従来のプロジェクト方式技術協力では外部条件に当てはまる事柄である。

15 年来の懸案であった小児科新病棟の建設と移転についても、今日まで MNH 管理者からは承認が下りていない。小児の死亡率低減は、タ国の貧困削減戦略やミレニアム開発目標の要点であるのに、医療の現場では全く軽視されている矛盾がある。

最後に、病院長および小児科のスタッフは、小児科内にある新生児ユニットの強化を望んでいた。現在新生児ユニットには一日 36~50 人の新生児が日々入院している。未熟児が多く、スペースとコットが限られているため 2 人以上が一つのコットを共有し、インキュベーターを使用せずヒーターで温度と湿度を上げることにより治療を促していた。新生児へのケアは国際的な注目を集めつつある分野である。しかし MNH 小児科への協力実施にかかるこれらの課題が山積する中では、新たな協力を行うことは難しい。