

第4章 子どもの健康の状況と取り組み

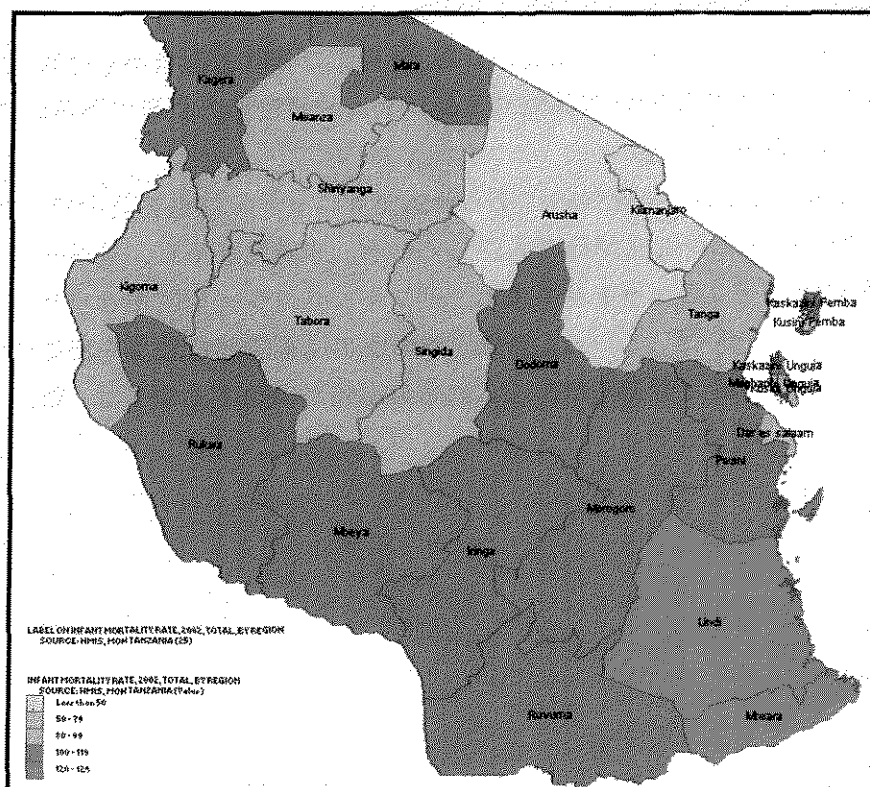
4-1 疫学的状況

2002年のタ国人口は3,450万人で、そのうち15歳以下の子ども人口は47%を占める。独立を果たした1960年代以降、同国の人口増加率は概ね3%前後で高止まりしている。人口学的にみても、子どもの健康は国全体の主要な課題と云える。

一方タ国において、子どもの健康を測る指標は、近年いずれも悪化の傾向を示している。最近の千出生に対する5歳以下の子どもの死亡率は147、乳児死亡率は99、新生児死亡率は44で、これらは十年ほど前より概ね1割程度悪化している。2000年来GDPは5-6%程度を記録していながら、栄養不良児は子ども全体の43%にも上る。

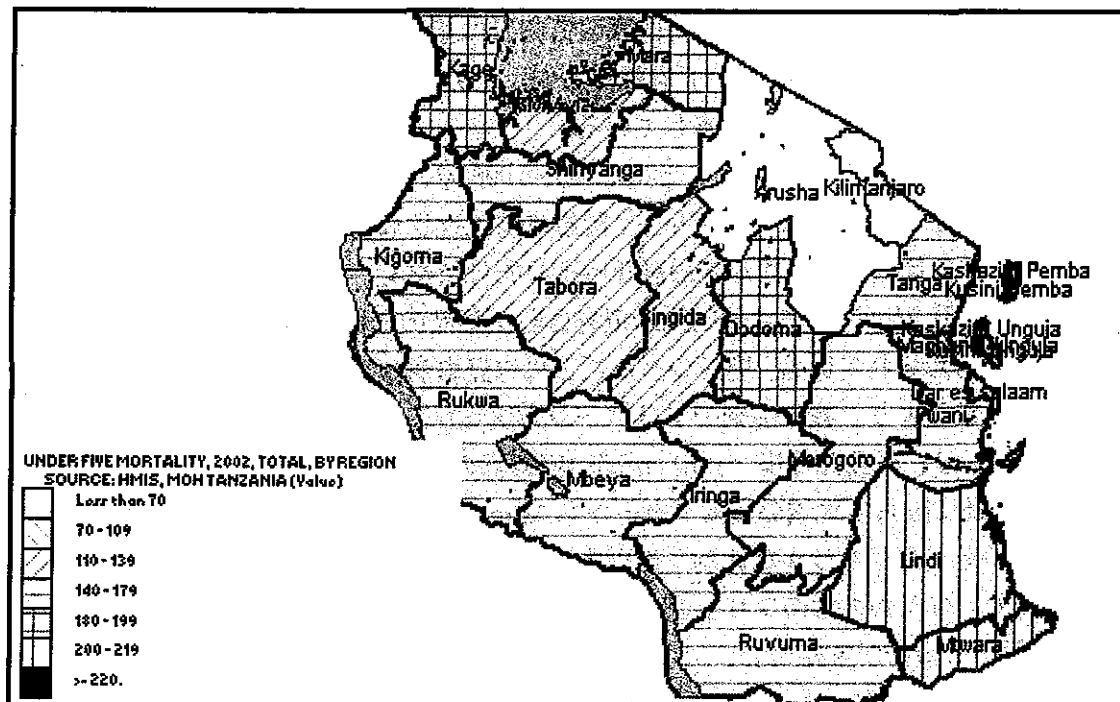
保健セクター全般に関わる問題として、保健医療サービスへのアクセスが極めて限られることが挙げられる。自宅出産が全国値で56%と高い上に、訓練を受けた医療従事者に介助された出産が1990年に60%だったのが近年では30%にまで低下したことで窺い知れる(第5章を参照)。HIV/AIDSの蔓延が子どもの健康にも影を落としつつある一方、地方分権が進むなかで保健システムが順調に機能していない。建国以来恒常的に続いている子どもの絶対的な増加と、子どもの健康の基盤となる保健システムの脆弱性、および結果としての子どもにかかる基本指標の悪化を、近年顕著となりつつあるHIV蔓延や、激動する新たな保健政策の文脈でどうバランス良く巻き返して行かかが、タ国の子どもの健康に協力する上で最も重要である。

図1: Infant Mortality Rate 2002



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

図 2 : Under-Five Mortality Rate 2002



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

4-2 子どもの健康にかかる政策と優先課題

子どもの健康にかかる政策として、保健省は” National Health Policy” を 2003 年に改訂し、” National Policy Guidelines for Reproductive and Child Health Services” を同年に交布している。これらの中で、5 歳以下の子どもへの医療は引き続き無料とし、小児保健の今後の強調課題として予防接種 (EPI) と包括的小児疾病管理 (IMCI) の推進・普及することの 2 点を挙げている。また保健省は小児医療の無料化を推進するために公共の保健施設へ子どもの健康対策にかかる予算を配分し、無料医療サービスが適切に実施されているかを RHMT や CHMT と協働してモニターすることを規定している。

予防接種対策については、保健省が規定した予防接種について、WHO の規格に合致したワクチンを用いて、CHMT の監視のもとに、NGO やボランティアの協力を得て、全国へ遍く普及させることを目指している。

包括的小児疾病管理については、民間を含む様々な機関を巻き込み、地方保健管理チーム (RHMT) や地区保健管理チーム (CHMT) と協働して、小児に多い疾病による死亡率を低減させることを目論んでいる。様々なレベルで働く保健医療従事者の卒前・卒後研修を充実させることや、コミュニティーへの包括的小児疾病管理プログラム (IMCI) に基づく啓発を重視している。必須医薬品、予防接種器材、小児疾病管理に必要な器材の供給も合わせて実施されるべきとしている。

4-3 子どもの健康への取り組み

4-3-1 保健省

保健省リプロダクティブヘルスおよび子どもの健康課 (RCHS) の Sanga 課長によれば、保健省は子どもの健康への取り組みについて、前述の国家政策指針に基づいた「リプロダクティブヘルスおよび子どもの健康 (RCH) 必須パッケージ」を策定して、その実践に努めている。IMCI の推進・普及については、同課の Neema 調整官が担当している。

タ国では、IMCI が世界的に推進されることになった 1996 年の翌年から活動が開始されており、医療器材や検査に頼らず患児の症候や状況から、時機を得た適切な対処が取れることを目標としている。そのため IMCI の普及範囲は医療施設版 (F-IMCI) だけでなく、コミュニティにも広げられている (C-IMCI)。F-IMCI では注射による初期治療を含む医薬品の確保と、時機を得た搬送も保健システム管理の一環に加えられている。施設レベルごとに患児の病状を適切に把握し重傷者を適切な施設で迅速に治療できるよう、救急症例のトリアージ方法 (ETAT) が開発されている。

C-IMCI は 1996 年より、乳児死亡率 (IMR) が高い南西部の 20 県 (district) から順次普及が進められている。保健分野に限らず地域の全セクターから 15-20 名の研修受講者を選抜し、5 日間の研修を受けた後にマルチ・セクトラルな体制で活動を展開する。下痢や肺炎など 17 項目の子どもの看病の仕方について、Q & A 方式のフリップチャートで学習する。活動の成果は、世帯調査でモニターする。2004 年から研修が本格化し、JICA モロゴロ州保健行政強化プロジェクトが行われている Morogoro 州や、北東部の Coast 州を含めた 89 県で推進中である。

IMCI の普及・推進に関しては、現在 WHO、UNICEF、ムヒンビリ大学小児科などを中心として、保健省が関係機関を巻き込んだ諮問委員会を設置し、政策実施方法を計画している。カナダ政府は TEPHIP プロジェクトを通じて協力を実施してきたが、活動は昨年終了した。一方 USAID は保健省支援の一環として米系 NPO の QAP を通じて活動を支援し始めた。QAP については、ムヒンビリ病院小児科における蓄積を基に USAID として新たな活動を行っているという情報もある。今後の訓練実施の方法など詳細については、諮問委員会での議論を通じて具体化するが、将来的な全国目標として、F-IMCI については 8 割超の施設で、6 割超のスタッフが研修を受けることとなっている。

4-3-2 国際機関

UNICEF が実施している小児予防接種活動は、過去には一部日本からのワクチン供与で賄われたこともあった。活動地域のカバー率および予防接種率とも良好で、特に問題ないとのこと。わが国は 2002 年から 2003 年度にかけて無償資金協力「感染症対策」を通じ予防接種拡大のためのコールドチェーン整備にかかる機材供与を実施した。ワクチン保存用冷蔵庫が灯油式からガス式に切り替えられつつある中で、コールドチェーン網を維持するための器材と車輛が引き続き必要とされている。調査の中で、UNICEF は子どもの死亡率が特に高い南部の 2 県において、APCU での経験と蓄積に基づいたトップ・リファール病院の強化への協力を求めた。UNICEF がリソースを集中させている”intensive districts”でもあり、こうした地域での協力を行えば、JICA と UNICEF における相互補完の関係を通じた効果的な協力が可能となることが期待される。

UNICEF は IMCI のうちコミュニティをベースとした C-IMCI 活動への協力を焦点を当てている。一方 WHO は施設を中心とした F-IMCI の推進機関である。両国際機関は、子どもの健康にかかる保健省を通じた協力の中心的役割を担っており、関連する政策やガイドライン作り、および関連委員会にも積極的に関わっている。

4-3-3 NGO

上述の IMCI には、Plan International, World Vision, AMREF, TEPHIP (カナダ政府が支援中) 等も参加している。2004 年時点で、のべ 151 県 (district) において G-IMCI が実施され、これらの多くに NGO が参画しているが、詳細は不明である。

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

タ国は人口約 360 万人を抱え、そのうち約 21%を 15 歳から 24 歳の若者が占める。タ国政府は 1992 年に国家人口政策を施行し、その後リプロダクティブヘルス・ガイドラインや思春期リプロダクティブヘルスにかかる政策、ジェンダー・公正・平等、HIV/AIDS にかかる政策を策定してきている。

しかし、こうした努力にもかかわらずタ国のリプロダクティブヘルスの状況は高い出生率と妊産婦死亡率に特徴付けられる（以下の指標を参照）。特に、下の表でも分かるとおり妊産婦死亡率は 1990 年以来約 2 倍に増加しており（最近のデータでは 100,000 出産あたり 1500 人の妊産婦が毎年死亡している）、医療従事者介助による出産も 1990 年の 60%から最近は半分の 30%にまで減少している。その他、保健全般における状況の悪化は著しく、近年は平均年齢が 43.3 歳まで低下した。こうした状況の改善に向けた効果的な協力がのぞまれる。厳しいリプロダクティブヘルスの状況にもかかわらず、ドナーの多くは HIV/AIDS にフォーカスを絞ってリソースを集中させているため、リプロダクティブヘルス分野全体としては大きく取り残されている。

タ国は世銀の低開発国に分類される最貧国であり、今日人口の約 20%が一日 1 ドルで生活している。貧困と健康状態は相互に関係しており、貧困であればより貧しい健康状態に、そして健康を害すればより貧困へと落ち込む傾向がある。タ国でも所得が低いほど、また農村に住む人ほど、医療従事者の介助による出産や近代的避妊実行率は低く、乳児死亡率等は高い傾向にある（グラフを参照）。貧困者および貧困者が集中する農村部を中心にリプロダクティブヘルス改善を主眼においた保健システムの向上と、平行した貧困削減への取り組みが必要とされている。

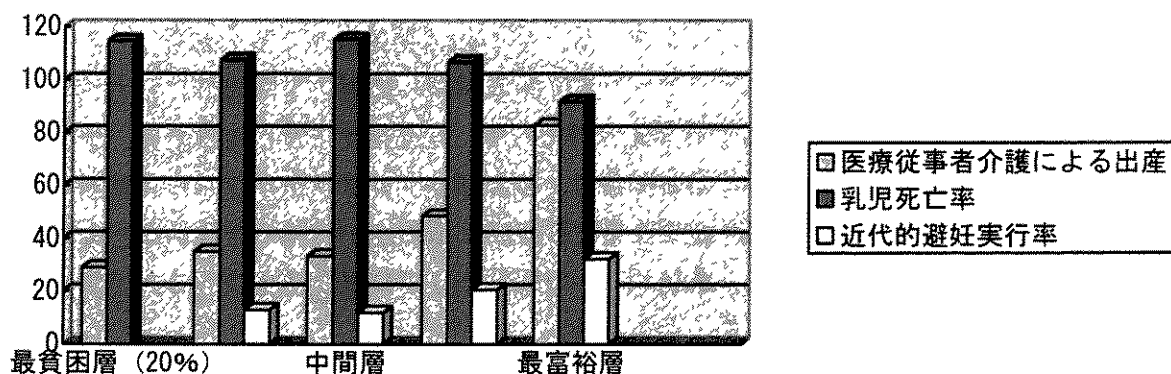
表 6：タンザニアの開発・リプロダクティブヘルス指標

	1990 年	最も最近のデータ
GDP (PPP)	430	580
一日 1 ドル以下で生活する人口の割合	—	19.9%
人口増加率	3.3%	1.9%
合計特殊出生率（一女性あたり）	6.50 人	5.11 人
妊産婦死亡率（100,000 出産あたり）	770	1500
乳児死亡率（1000 出産あたり）	96.4	99.8
出産時の平均余命	51.3 歳	43.3 歳
医療従事者介助による出産	60%	30%
性交初体験年齢（平均、女性、25 から 49 歳）	16.6 歳	16.6 歳

出典：UNFPA ウェブ・サイト (<http://www.unfpa.org/profile/tanzania.cfm>)

注：悪化した指標については太字で示している。

グラフ 2：タンザニアにおける所得別リプロダクティブヘルス指標



出典：UNFPA ウェブ・サイト (<http://www.unfpa.org/profile/tanzania.cfm>)

注：人口全体を5つに分け、各20%ごとに指標を計算している。

HIV を含む性感染症はリプロダクティブヘルスの一部としても位置づけられる。特に落ち込む平均余命の一要因である HIV/AIDS の影響は年を追って逼迫してきている。その感染率も 1992 年の 5.5% から 1999 年には 9.4% にまで上昇した。新規感染の約 60% までが 15 歳から 24 歳までの青少年に起こっている一方で、危険な性行動とジェンダーによる不平等の状況を受けて男女の感染率の差は開きつつある（1999 年時点で男性 8.7%、女性 12.6%、タンザニア保健省）。性感染症および HIV への根強い偏見と、サービスおよび情報の不足がその原因とされている。

5-2 リプロダクティブヘルスにかかる政策と優先課題

各国においては、保健省リプロダクティブヘルスおよび子どもの健康課 (Reproductive and Child Health Section, RCHS) が、リプロダクティブヘルス政策の策定を担当している。SWAPs、財政支援、そして地方分権が進む各国においては、政策やアクション・プラン、ガイドライン、エッセンシャル・パッケージ等、および保健医療分野全般に係る予算の策定は保健省を中心に実施されている。一方、州や県レベルでの優先取り組み事項、予算、およびリプロダクティブヘルスにかかるプログラムと活動の策定と実施については、州および県の政府が担当している。

リプロダクティブヘルス分野における主な政策は以下の通り。

- *National Policy Guidelines for Reproductive Health and Child Health Services*
- *Reproductive and Child Health Strategy 2005-2010* (ドラフト完成済み、RCHS より入手可)
- *National Package of Essential Reproductive and Child Health Interventions in Tanzania*
- *National Adolescent Health and Development Strategy 2004-2008*

その他の保健医療関連政策としては、以下が挙げられる。

- *National Health Policy*
- *District Health Interventions Profile 2004: An Illustrated Guide to Selected Health and Demographic Indicators.*

タ国においては Demographic and Health Survey (DHS)、および世帯調査が定期的に行われており、政策策定の基盤データを提供している。特に、1999年に実施された The Tanzania Reproductive and Child Health Survey は、近年のリプロダクティブヘルス関連政策策定の基となった。*National Policy Guidelines* は、リプロダクティブヘルスに係る課題への対応を網羅的に打ち出している¹。

リプロダクティブヘルス分野における優先分野として、妊産婦ケア及び家族計画、思春期リプロダクティブヘルス、中絶後のケアが保健省関係者、およびリプロダクティブヘルス関連ドナーから重ねて挙げられた。遠隔地では家族計画や医療従事者によるお産が実施できないほど人材や避妊具が不足している。その一方で、貧困、及び STI への偏見とリプロダクティブヘルスに関する情報の不足や低い女性の地位が状況を更に悪くしている。

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

タ国においては、HIV/AIDS 関連のプログラムについては多大な投入がなされてきているものの、従来からあるリプロダクティブヘルス分野においては、HIV/AIDS に関連する分野においてすらリソースの投入が少ない状況である。リプロダクティブヘルス分野に焦点を絞った活動を活発におこなっている組織に、GTZ および NGO の UMATI、そして SWAPs に参加している UNFPA が挙げられる。保健セクター・ドナー会合内にリプロダクティブヘルスに関するドナー分科会 (Donor Partner Group-Reproductive Health) が設置されており、UNFPA を議長として、毎月会合を開いている。JICA は現在のところ参加していないが、参加してリプロダクティブヘルスに関する活動についての情報交換を行って欲しいとの UNFPA および GTZ からの要望であった。保健省は WHO および UNICEF・UNFPA と共に妊産婦死亡の原因を調べる調査を実施しており、2005年10月頃に調査結果がまとめられ次第戦略を策定する予定である。こうした過程については、JICA 事務所としても情報を得られる体制を確立し、その結果を JICA による協力事業につなげる努力を行うことが望ましい。

5-3-1 GTZ

GTZ は、リプロダクティブヘルス分野では国家・地方の両レベルで最もアクティブなドナーと思われる。保健医療プログラムの中で6つのコンポーネントを支援しており、リプロダクティブヘルス分野では特に思春期リプロダクティブヘルス (ライフ・スキルと啓発) に焦点を当てている。技術協力と資金供与の両方を実施し、SWAPs に一部参加するとともに、プロジェクトを通じて州レベルでの活動も行っている。現在タンガ、ムベヤ、ムトワラ、リンディ州の複数の県で、地方政府の活動を支援している。他ドナーにおいては、中央・地方の両方で HIV/AIDS 以外のリプロダクティブヘルス分野も含む形でこのような実質的な投入を行い、現地語による思春期リプロダクティブヘルスに関する教材の作成や政策レベルでのアドボカシーなど、具体的な実績を挙げている組織は稀である。思春期リプロダクティブヘルス分野では、学校でのカリキュラムや啓発教材を現地語で開発しており、他地域への適用が望まれる。

¹ 含まれる分野は以下の通り：リプロダクティブヘルスにかかるコミュニケーション、コミュニティーにおけるサービスの提供、女性のリプロダクティブヘルス、男性におけるリプロダクティブヘルス、家族計画、思春期リプロダクティブヘルス、学校における健康の促進、高齢者におけるリプロダクティブヘルス、性感染症、関連する調査およびモニタリング評価。

調査の中で、GTZは、JICAに対して南部および西部における貧困州において、地域に根ざしたりプロダクティブヘルス分野における啓発活動や、思春期リプロダクティブヘルス・サービスの提供とピア・エデュケーション等を通じた健康行動の促進、他のドナーが協力を実施していない家族計画やセーフ・マザーフードにおける協力（例：E0Cなどの分野での研修）等を提案した。

5-3-2 UNFPA

UNFPAはバスケット・ファンディングを通じた活動にターゲットを絞っており、年間30万米ドルにとどまる拠出（イヤー・マーク無し）にもかかわらず、保健省を通じた予算の策定および国家レベルでのリプロダクティブヘルスにかかる政策策定に集中することにより限られた人的リソースをもって効率的に活動している。リプロダクティブヘルス分野でのプログラムについては、Health Sector Strategic Planの中で決められた指標を採用しているとのことである。

UNFPAが政策面に集中する一方、ビル・ゲイツ財団が支援するAfrican Youth Alliance (AYA)等がリプロダクティブヘルスに影響を及ぼす法律改正に向けたアドボカシーを実施している。現在、法律上は14歳以上であれば結婚が可能であるが、母体への影響や女子教育・エンパワメントへの悪影響を鑑み年齢の引き上げに向けAYAがアドボカシー活動を展開している。

UNFPAは、当調査団による調査結果報告会で調査団が指摘したMNH小児科が抱える問題点について、五歳未満の子どもと妊婦への診療を無料とする政策が現行のままでは不適切であることが証明された点で画期的、と評価した（詳細については第5章、および調査結果報告会に関する添付資料を参照）。

5-3-3 UMATI

タンザニア家族計画協会（UMATI、NGO）は国際家族計画連盟（IPPF）の傘下組織として、リプロダクティブヘルスの向上に向けたサービスの供給と啓発・アドボカシー活動を全国各地で展開している。2005年から2010年にかけてのストラテジーを策定中であるが、その中ではプログラムのターゲット・グループを10歳から24歳までの若者層とし、次の5つの分野に重点を置くこととしている。

- HIV/AIDS
- 家族計画
- 思春期におけるセクシャリティー
- 健康に害を与える伝統的プラクティス (Harmful Traditional Practice) への対応
- 人工中絶の予防・低減と危険な中絶後のケア

現在全国に15のクリニックを有し、5つの若者センター（Youth Centre）と合わせてリプロダクティブヘルス・サービスの提供を行っている。コミュニティ・レベルでは1300人のCBSPs (Community-based Service Providers)が啓発活動、家族計画サービスおよび情報の提供に努めている。モシ、モロゴロ、ムワンザ、ソング、イリングの5州で活動しており、ダルエスサラームとルワンダの国境では難民支援も行っている。

資金源としては、JOICFP を通じ JICA からの協力を得たこともあったが、現在は IPPF をはじめ英国系の NGO やグローバル・ファンド等から少しずつ資金を集めて活動している。若者センターには毎日 30 人以上の若者が集まるなど、活動が成功しているにもかかわらず資金状況は決して楽ではなく、近年 3 分の 2 のスタッフをリストラしたところとのことであった。自立を高めるため、近年 KABIU という医療施設建設に従事する営利企業を設立し、収入の増加を図っている。

モロゴロ州での活動を現地で訪ねたところ、準都市部に位置するクリニックとユース・センターを中心に、思春期リプロダクティブヘルス・サービスの提供を精力的に行っていた（家族計画、産前検診、STI 検査・ケア、VCT、情報提供、レクリエーションを実施）。コミュニティでの啓発活動も実施しているということだった。スタッフは、タ国東部担当エリア・マネジャー、ユース・センター調整員、クリニカル・オフィサー（医師）、産婆兼看護婦である。ボランティアも多数仕事を手伝っている。ユース・センターでは、子どもを含め 30 人ほどが午後集まって教育用ビデオを鑑賞していた。後に県のクリニカル・オフィサーに確認したところ、都市近郊部にフォーカスして思春期リプロダクティブヘルスの活動をしているとのことである。県政府とも日々連絡を取り連携して活動している点、若者のリプロダクティブヘルス向上に強いコミットメントを持って活動している点が評価される。

スタッフによれば、サービスの対象となる若者たちは貧しく、UMATI としても採算を維持するのは厳しいとのことだった。数年前に JOICFP より収入創出用に粉を挽くための機械を供与されたが、維持ができず、使用者の研修も難しかったため、この試みについてはうまく行かなかったとのことであった。若者の収入向上、および多くの女性の健康と生命を蝕んでいる中絶への対応が今後の優先事項として強調された。

5-3-4 UNICEF

UNICEF は子どもの死亡率等を基準に 15 の” Intensive Child Survival/Protection Districts” を定めリソースを集中させる方法で 2002 年から 2006 年までの国別プログラムを実施している。主に女子教育、予防接種、HIV・AIDS、Early Child Care 等の分野を優先分野に定め活動を実施している。UNICEF はモデル・プロジェクトを立ち上げ、モデル形成が出来た時点で政府に拡大過程を政府および他ドナーに引き継いでもらうやりかたで、HIV の母子感染予防（PMTCT）等のプログラムを着実に拡大させてきた。IMCI についても、当初は UNICEF が WHO と共に中心となって立ち上げたが、現在では地方政府が自ら予算を組んで実施するようになってきている。

リプロダクティブヘルス分野では、保健省・WHO と共同で妊産婦死亡の原因を調査する Obstetrics Care Assessment を実施している。アセスメントを実施するためのツールが出来上がったところであり、10 月ごろ結果が出る予定である。ツールを作成するに当たって 120 万シリング（約 12,400 円）を費やしたが、そのうちの 9 万シリング（約 9300 円）は保健省が出資している。

PMTCT については、コミュニティを中心とした PMTCT にかかるプログラムを策定中である。これは、コミュニティでの活動を通じて PMTCT の利用を高め、HIV に対する偏見やジェンダーに基づく差別を減らそうとするものである。

UNICEF によれば JICA については、モロゴロ州での母子保健プロジェクト、および母と子の医療特別機材供与について承知している。特別機材については、JICA と保健省が事前に連絡を取っていたものの、本件に関し UNICEF には連絡がなかったため、機材が UNICEF 宛に到着したときにも対応

できなかった。しかし、後に JICA と UNICEF が協議し解決した。母と子の特別機材供与自体は評価しており、是非継続してほしいとのことである。

UNICEF は JICA にとっての潜在協力分野については、子どもの死亡率が特に高いトゥワラ州とリンディ州への支援を求めた。具体的には G-IMCI 及び F-IMCI の拡大、APCU における蓄積をこれらの州の州病院に広げるための OJT の実施等で有効な協力が望めるとして期待を表明した。

5-3-5 CDC

CDC は 2000 年よりタ国で活動しており、HIV にかかる疫学調査と検査、血液の安全確保、PMTCT および VCT を中心に活動している。HIS に関しても HIV/AIDS との関連で強化に向けた協力を行っており、コンピュータおよび紙ベースでのフォーマットも開発している。PMTCT については UNICEF から引き継いだ 5 つのパイロット・サイトで実施した。現在はザンジバルを含め全国に拡大しつつある。

MNH 小児科の Dr. Augustin Massawe はコロンビア大学を中心に実施している CDC の PMTCT に関する調査研究プロジェクトのコンサルタントとしてこの数年活動しており、既に協力を終えた 5 つのパイロット・サイトを中心としたプロジェクトの調整員としても活躍したとのことだった。いくつもの活動を掛け持ちするカウンターパートが多い中、こうした活動を全て把握することは難しい。しかし、プロジェクトの核となるカウンターパートがプロジェクトの外でどの程度何の業務に時間を使っているのか把握できていれば、プロジェクトにおける人員配置を考える上で役立つと思われる。CDC による活動では、HIV に感染した子どもへのケアはカバーされていないとのことであり、取り残された分野であることが確認された。

5-3-6 PASADA

PASADA は 1992 年から HIV 感染者へのケアを中心にカソリック教会のネットワークを通じて活動を行っているコミュニティーをベースとした NGO である。1994 年以來 HIV 感染者へのケアを実施するためのディスペンサリーを設置し、当時 140 人だったクライアントは今日 13,000 人にのぼる (12 のディスペンサリーで VCT と PMTCT を実施、抗エイズ薬 [以下 ART] の供給している)。115 人のスタッフに加え多くのボランティアを中心に活動を行っている。PMTCT を中心に、コミュニティーにおける啓発活動やアドボカシー、VCT を実施している。近年 JICA の協力を受けてダルエス・サラームにおけるクリニックの建物を修繕した。サービスは貧困者が対象であるため無料で行っており、ドナーからの支援に頼っている。2003 年には JICA からの委託により VCT カウンセラー 30 名の養成を実施した。

その活動および組織運営の様子から、非常にプロフェッショナルな印象を受けた。将来的には、コミュニティーが HIV に対処する活動を自ら実施してゆくためのキャパシティー・ビルディングを目指した研修活動を行いたいとのことであった。タ国で協力が不足している分野としては、HIV に感染した子どもへのケア、PMTCT において HIV に感染した母親の足取りを継続的につかむための活動、男性から HIV に感染した女性に対する協力を取り付けるための啓発活動、農村地域での妊産婦ケアサービス、先に述べたコミュニティーが自立的に HIV に対応してゆくためのプログラムを立ち上げるためのキャパシティー強化である。検査室をたずねたところ、CD4 カウントを行う機材が不

足しているとのことだった。

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

調査の結果、MNH 小児科においては、小児急性期医療ケアユニット (APCU)、小児科微生物検査室 (SPL)、小児急性期医療ケア (APC) 治療ガイドラインの 3 コンポーネントが合体することにより効果的な小児急性期医療の体制が確立されたことが確認された。その上で、要請案件を再度検討するに当たっての要点は、以下の 2 つである。

- MNH では現在新しい小児病棟が建設中であるが、この中に小児および新生児科病棟が移転できるか MOH と MNH の関係者に繰り返し説明を求めたが、明らかとならなかった。米アボット社が支援する MNH の中央検査センターの整備により、本プロジェクトで建設した SPL がどうなるのかも、結局明確化されなかった。このような状況では小児科病棟、新生児科病棟、SPL の基盤整備に新たな協力を進めるべきではない。
- 小児医療サービスについて、夕国政府は 5 歳以下のこどもへの医療サービスは無料と謳っているが、MNH から小児科への（検査費用などの）コストは充分補填されていないという。こういう状況で、プロジェクト関係者が進めてきた小児医療の質の向上、即ちプロジェクト目標である死亡率の低減は、既に限界に達していると思われる。この点について、MNH と MOH に改善に向けた動きが期待できないのであれば、新たな協力には困難が伴う。

APCU は既に確立され、MNH 小児科ではプロジェクトの中で向上させることができる部分については既に向上がはかられた。今後は、APCU での成果について病院内および保健省の支持を取り付けると共に、これまでの成果を政策に反映させてゆくことが重要である。

MNH 小児科側は現在派遣されている長期専門家の後任を非常に強く望んでいる反面、この専門家に具体的に求める点、JICA による協力を通じてどのような目標を目指すのか、についてのビジョンを持っていない。また、これまでの協力の中で指摘されてきた小児科の環境整備の問題についても率先して解決してゆこうという決意は感じられなかった。

ここに述べた問題点への打開策が明らかにされない限り、要請書にある新規プロジェクトの妥当性、効率性、および有効性については、疑念が残る。従って、小児医療プロジェクト・フェーズ II の実施は、現状を踏まえると見送るのが望ましい。

6-1-2 今後の協力の方向性

MNH 小児科への今後の協力については、現行プロジェクトの総仕上げとし以下を実行する必要がある（表を参照）。具体的には、APCU 自体への協力から、小児科における APC 強化にかかる蓄積と教訓の文書化にシフトし、保健省を中心として APCU での成果を研修等を通じて国内で広げてゆくことが望ましい。具体的には、プロジェクトの要約パンフレット作成、二次医療施設に適用可能な APC マネジメント

に関するガイドライン策定に向けた協力、MNH 小児科における経験と蓄積・教訓に関するアカデミック・ペーパーの作成、医療従事者養成カリキュラム・再教育カリキュラムへの APC 強化分野の公的な統合、を目指すことが考えられる。こうした過程では、MNH 小児科のスタッフのみならず、病院の経営管理部門や保健省の関係部署等も効果的に巻き込んでゆくことが考えられる。また、日夕両国の関係者が協力して MNH や MOH の責任者に自らの努力と意義を唱道し続けることが最も必要である。病院の経営管理部門、特に 2006 年 1 月から就任する新しい病院長が誰になるのかも睨みつつ、病院長に対し働きかけを行う必要がある。また、保健省内では病院サービス部門、そして潜在的には教育研修部門、およびリプロ・子どもの健康課との連携を深めてゆくことが今後の MNH 小児科の活動を安定化させ、その経験を更に共有してゆく上で必要と考えられる。今後の協力に関しては CPL が本格的な活動を始める今年 6 月、そして現 MNH 病院長が引退する 2005 年末を目途に事態を見守り、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をどうしてゆくかを十分な時間を持って判断・決断してゆく必要がある。

表 7: 小児医療プロジェクトの総仕上げにかかる提言

活動	中心となるべき責任者	活動が行われるべき時期
プロジェクトの要約パンフレット作成	MNH 小児科	2005 年 6 月まで (既に作成済み)
MNH 経営管理者および保健省病院サービス局、RCHS への MNH 小児科の重要性についてのアドボカシー	MNH 小児科 JICA 事務所	継続
二次医療施設に適用可能な APC マネジメントに関するガイドライン作成に向けた協力	JICA 事務所 (保健省 RCHS および MNH 小児科へ協力実施)	2005 年 6 月まで (既に作成済み、しかし今後要改定)
MNH 小児科における JICA による協力と小児救急医療の強化を通じた子どもの健康向上への経験・蓄積・教訓についてのアカデミック・ペーパー作成	MNH 小児科 (JICA 事務所より協力を実施)	継続 (既にドラフト作成済み)
医療従事者養成カリキュラム・再教育カリキュラムへの MNH 小児科における蓄積の統合 (ガイドラインを利用)	JICA 事務所 (保健省人材局、RCHS および MNH 小児科へ協力を実施)	ガイドライン作り、アドボカシーと連携して継続

MNH 小児科にかかる協力については、保健省病院サービス局を中心に、APCU と協力しながら個別専門家派遣等を通じて APC マネジメント・ガイドラインを作成することが検討可能であるが、これを実行する場合には、病院サービス局および MNH からの主体的な取り組みを担保することを条件とする。

6-2 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協力の方向性

6-2-1 協力全般における方向性

夕国における保健医療分野の技術協力の考え方と進め方について、日本政府および JICA の方針、夕国の情勢、それに他ドナーの動向を加えた多面的な分析と、JICA 内における協力の戦略化が必要なが、今回のプロジェクト形成調査を通じて強く感じられた。即ち JICA における在外主導の案件形成、夕国における SWAPs の進捗や HIV/AIDS 対策を含むリプロダクティブヘルスおよび子ど

もの健康サブセクター政策、それに CBF に傾きつつあるドナーの投入方式などについて、JICA 内の関連部署で今後も継続的に共有することが必要である。SWAPs の進行等、プロジェクト形成を取り巻く環境が急速に変化しているため、JICA として即応できる体制を強化していかなければならない。

今後の協力の方向性を考えるにあたっては、MOH に派遣されている保健協力計画専門家と東部アフリカ重点地域支援事務所の広域企画調査員（保健医療）から、技術面や政策面での助言を継続的に受けるべきである。今回の調査期間の最後に、これらの専門家も交えた保健分野プロジェクト関係者の合同ミーティングが、JICA 事務所内で開催された。在外主導による技術協力推進を目指し、このような機会を積極的に設けることが大切だろう。合わせて、今後もこれまでと変わらず事務所員への研修や、ナショナル・スタッフの充実化をはかってゆくことが重要である。

タ国で JICA は、保健省内にアドバイザーを送り込める例外的な国際ドナーである。その特権をもっと活かす取り組みも、今後検討せねばならない。保健政策の最新動向を知るだけでなく、JICA の各プロジェクトを連携させて相乗効果を計り、各プロジェクトの成果をタ国の保健政策に反映させる努力が更に必要である。そういう点でこのアドバイザーポストは極めて重要であり、吟味された TOR を作成した上で、サブサハラアフリカの保健医療と最近の JICA 戦略に明るい人材が配置されることが望まれる。

事務所を主導とするリプロダクティブヘルスおよび子どもの健康分野を含む JICA の取り組み強化をはかるには、主要な会議に積極的に出席し、プロジェクトに関する報告書についてはプロジェクトが属する組織の経営管理者、および保健省の関連部署と定期的に共有することが必須である。本調査期間中には、複数のステークホルダーおよびドナーから、JICA に対しリプロダクティブヘルスおよび子どもの健康にかかるドナー調整グループ会合や IMCI にかかる主要な会議に出席して欲しい、との要望が聞かれた。引き続き事務所における課題対応力の強化をはかりつつこうした期待にも応えてゆく必要がある。プロジェクトやプログラムにかかる情報の共有については、ムヒンビリ病院への協力実施にかかるプロジェクトの報告書が2年程前まで保健省と十分に共有されていなかったために保健省側のプロジェクトに対する理解が遅れたとの指摘もあり、今後とも JICA 事業について関係者への周知を図ることが重要である。

援助協調が進むタ国において、関係者とのネットワーキングは JICA のプレゼンスを確保・強化し、効果的な協力を行ってゆく上で必須なのは言うまでも無い。今回の調査団訪タと、調査期間中に実施されたデブリーフィング・ミーティングにおいて生まれた人脈とモーメンタムを生かして、今後もこれらの関係者との定期的なダイアログを持ち情報を共有しながら新たなリプロダクティブヘルスおよび子どもの健康分野での協力を策定してゆくことを提言したい。

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

子どもの健康分野

タ国における小児保健の基本政策方針が、予防接種と包括的小児疾病管理 (IMCI) の推進・普及に向けられていることに鑑みれば、これらに貢献するための活動が潜在的に高いニーズと云えよう。特に後者については、膨大な予算を必要とするため少しずつ普及している状況で、そのニーズは今後も継続する。IMCI の諮問委員会には MNH における JICA のカウンターパートが含まれており、JICA の技術協力で培われた成果を応用すれば、タ国独自の EBM が IMCI の ETAT 研修へ活かされることが期待できる。また Sanga 部長からは、「JICA が IMCI の推進・普及に協力して頂ければ有り難いこと

で、歓迎したい」との言葉があった。小児急性期医療プロジェクトおよび現行のマラリア・プロジェクトの蓄積を生かして地方でより強化された IMCI を実施することも可能であろう。

母と子の健康向上に主眼を置く特別機材供与等の保健医療施設への機材供与もまた、日本が従前から貢献してきた分野であり、保健分野における政策作り、モニタリング評価、研修、機材供与の実施を有機的に関連付けて計画・実施できれば、JICA 国別事業実施計画におけるプログラム化も可能であろう。

当調査団の調査結果を関係者と共に検討する調査結果報告会（デブリーフィング・ミーティング）を開いた際には、以下の分野での協力を強化することが提案された。

- リファール施設（第二次・三次保健医療施設）におけるサービスの質向上
 - 機材供与や研修を通じた重症小児患者に対するケアの向上
 - 無線や交通手段の充実化を含む地方でのリファール・システム強化
- モニタリング評価
- C-IMCI（小児急性期医療およびマラリアを含む）

以上より、子どもの健康に係る JICA による協力の潜在的ニーズ分野は以下のようにまとめられる。

表 8 子どもの健康に関するニーズ分野

分野	活動
IMCI	<ul style="list-style-type: none"> ● リファール施設（第二次・三次保健医療施設）におけるサービスの質向上 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 機材供与や研修を通じた重症小児患者に対するケアの向上 ➢ 無線や交通手段の充実化を含む地方でのリファール・システム強化 ● C-IMCI ● F-IMCI に関する特別機材供与
予防接種	<ul style="list-style-type: none"> ● 予防接種に関する機材供与 ● 活動のモニタリング強化
子どもの健康に関するモニタリング評価の強化	<ul style="list-style-type: none"> ● SWAPs の枠組みにおける子どもの健康に関するモニタリングにかかる活動強化 ● 子どもの健康に関する HMIS 強化

リプロダクティブヘルス分野

タ国においては、各ドナーが HIV・AIDS 分野に非常な関心を示し協力を行っている一方で、リプロダクティブヘルス分野における協力は極めて限られている。また、保健省においてはリプロダクティブヘルスと子どもの健康を担当する部署が一つであることから、IMCI 等で注目を集める子どもの健康分野に関心が傾いている感がある。リプロダクティブヘルス分野で協力を行えば効果的であるのみならず、同分野で国際協力を実施するドナーが少ないことから JICA のビジビリティを上げることにも寄与すると考えられる。

保健省および複数のリプロダクティブヘルス関連ドナー・NGO によると、以下の分野で JICA による協力が望まれる。

- 妊産婦ケア（特に地方での妊産婦死亡率の低下に向けた取り組み）
- 思春期リプロダクティブヘルス（性感染症・啓発活動を含む）
- 家族計画
- 危険な中絶後のケア
- HIVを含む性感染症への偏見をなくし予防と適切な治療を促す啓発活動
- 南部等の貧困地域、および貧困層を含めたリプロダクティブヘルス向上

この章の始めに概観したとおり、妊産婦ケアについては、妊産婦死亡率がサハラ以南のアフリカ諸国の中でも飛びぬけて高く、年々その率が上昇しているに拘らず当分野における強化が遅れている。現在保健省が中心となって実施している妊産婦死亡の原因調査の結果を待って（2005年10月頃発表予定）、従来の妊産婦ケア強化および各国に特有な妊産婦死亡の原因の除去に、特に地方レベルにフォーカスして取り組むことが勧められる。特にお産に立ち会う訓練された産婆の不足は、調査団が訪れたモロゴロ州遠隔地のディスペンサリーでも見受けられ、コミュニティにおける人材の確保が急務と思われる。中絶は妊産婦死亡の隠れた原因とされ、各国では年10000人が中絶により死亡しているとの報告もある¹。保健省も中絶後のケアを優先分野の一つに挙げているが取り組みは進んでおらず、保健医療施設においては必要な機材もその使用のための研修も十分に実施されていない状況である。こうした点については妊産婦ケア強化の一環としての改善が勧められる。

避妊具については、各国政府が供給している。しかし、リプロダクティブヘルスの伝統的な中核をなす家族計画は、HIV/AIDSへのリソース集中のあおりを受け、ほとんど支援を受けられないままに顧みられなくなっている。地方展開を行っているGTZによれば、特に南部を含む農村部では、家族計画のサービスすら不足する状況があるとされる。地方での家族計画の強化は妊産婦の死亡や中絶の減少にも寄与するため考慮すべき分野である。

思春期リプロダクティブヘルスについては、その重要性が保健省にも認識されガイドラインも策定されているものの、政策の実行は実質的になされていない²。とくに、HIV予防を含めたリプロダクティブヘルス向上に向けた啓発活動とライフ・スキルの向上、そしてコミュニティ・レベルでのCBSPs等を通じたサービス供給の強化が必要とされる。UMATI等の活発なNGOの活動を地方政府を通じて拡大することも考えられる。PMTCTについてはPASADA等がコミュニティ・ベースで活動を展開しており、その運営およびサービスの質については評価できる。その一方で、こうした活発なNGOの活動は政府による保健分野での政策およびサービスの実施過程には反映されておらず、その運営およびサービスの質には大きな隔たりが感じられた。NGOのベストプラクティスも政府を通じて広げることが重要と思われる。PMTCTについては重要な課題ではあるものの、CDC等が関心を示しており、JICAとしては支援ドナーが比較的少ないリプロダクティブヘルス分野への協力を優先するべきである。

リプロダクティブヘルスに関連するより広い保健医療分野全体では、保健情報システムおよびデータ収集・政策利用におけるキャパシティーの弱さが目に付いた。特に、子どもの健康や思春期リプロダクティブヘルスの重要性が認識されているにも拘わらず、HISにおいては年齢別の保健データを収集する体制が取られていない。こうした分野についても、簡便なGISを取り入れるなどして

¹ *The Guardian* (タンザニア版)2005年2月4日

² GTZやUMATIといったNGOに限られた地域で支援・実施しているのみである。

強化してゆくことが望ましい。

モロゴロ州の農村部および遠隔地地域における末端の医療施設を視察した中で特に目についたのは、コミュニティにおいて STI および HIV への強い偏見があるために STI 検査や治療、VCT のサービスを人々が利用していないという事実である。これは、訪れた3つの施設全部の保健医療従事者に強く認識されていた。また、ジェンダーに基づく不平等や女性への暴力が女性におけるリプロダクティブヘルスの状況に大きな悪影響を与えていることが観察された。PASADA においては、PMTCT プログラムを通じて HIV に感染していることがわかり出産後 ART を与えられた母親が、その後連絡を絶つケースが多く、一番の課題として認識されている。その背景には、女性が保健医療施設を訪れるのは出産前の検診のみであり、STI や HIV に罹っていることが判れば夫から暴力を受けたり離婚されるため、STI および HIV 治療のためには保健医療施設に通えない女性が多いということである。こうした状況に対しては、STI および HIV 自体への偏見を減らすためのコミュニティでの啓発・アドボカシーにジェンダー平等推進、および社会における公正の促進に関する要素を含めることで改善を促す必要があると考えられる。

また、現在各国では「RPR」と呼ばれる検査法が梅毒スクリーニングとして使われている。(日本の無償でも各国政府の要請に基づき「RPR」を供与) 先の 2002 年の保健省が実施した 6 州、24 箇所の出産前クリニックの調査では梅毒検査と HIV 検査の陽性率が 20%から 5%相違している。このことから、どちらかのテストが適切に使用されていないことが推測される。RPR は採血後約 7 分から 10 分検査薬を手動で攪拌する必要があり、忙しい出産前クリニックではそれが適切に行われている事は難しく、正確な検査の妨げになっている可能性もある。この仮定が正しい場合には、RPR 用の遠心分離機を供与して、こうした事態を改善することも考えられる。

最後に、今後の保健分野における JICA 協力の対象地域については、南部地域を含む貧困な州や県を視野に入れ、妊産婦死亡率や子どもの死亡率が特に高い県を選ぶことが望ましい。地域的には、南部（リンディ、ソングおよびムトワラ州）、および西部（キゴマ、タボラ、リクワ州）の貧困州が、特に協力を必要としている。GTZ はリンディ州で活動しているが、リンディ州は広く、数個の県しかカバーできていないため、他のドナーが重なっても構わないとのことであった。これらの州に子どもの死亡率が高いユニセフの intensive districts も重ね相乗効果が期待できる地域（ムトワラ、リンディ州など）を選ぶことが望まれる。

JICA として事業を形成するにあたっては、妊産婦ケア向上に重点を置いたリプロダクティブヘルス強化、または思春期リプロダクティブヘルスに関するプロジェクトを形成し、その中に家族計画・中絶後のケア・性感染症に関する啓発活動を要素として含めることが実施可能かつ効果的であると考えられる。MKUKUTA における目標および MDGs 達成への協力という視点からは妊産婦ケア向上という切り口が望まれる。一方で、HIV プロジェクトおよび STI にかかる無償資金援助と連携したプログラム形成を重視する場合には、思春期リプロダクティブヘルス強化のプロジェクトを行うことが望ましい。

最後に、地方でのプロジェクト運営を通じて経験を蓄積しているモロゴロ・プロジェクトとも知見を共有し、特に保健情報システムおよびリファーマル・システム強化の面で連携できれば、SWAPs と地方分権が進む文脈でより効果的な協力が行えると考えられる。

母と子の特別機材供与についても、近年 UNICEF および保健省との連携に基づいた活動が強化されつつあり、UNICEF 側も引き続き当スキームを利用したリプロダクティブヘルス分野での協力を積極的であることから、今後リプロダクティブヘルス分野でのプロジェクトを形成するにあたっては、プロジェクトの活動

にリンクした形での、機材供与が考えられる。

リプロダクティブヘルスおよび子どもの健康分野での協力におけるコモンバスケットファンド(CBF)への関わり方については、引き続きタ国での現状把握とその長所・短所について、分析をタンザニア事務所を中心に行っていくことが望ましい。当分野への協力は、国民の健康サービスに広く関与することである。地方分権が進む中で、国家政策の立案、自治体の予算確保、サービスの実施、成果のモニターと評価を全て関与可能とするには、政策的工夫が必要である。もしも日本がCBFに今後も関わらない姿勢を堅持するのであれば、政策や予算には部分的な関与しか出来ず、活動の全国的なインパクトは限局的になる。その場合には協力の効率化を念頭にタ国でのCBF実施の現状を観察し、長期的な戦略を立てることが望ましい。また、地方での保健システム強化に更なる重点を置くなどの検討が必要となる。これらの点についてJICA事務所として分析を進めれば、今後CBFへの参加を日本として検討する際にも役立つ筈である。

表9：リプロダクティブヘルスに関するニーズ分野

分野	目標	潜在的C/P	備考
妊産婦ケア向上に重点を置いたリプロダクティブヘルス強化	妊産婦死亡率の削減、地方レベルでの保健システム強化、家族計画や性感染症予防、中絶後のケアを含むリプロダクティブヘルス強化	地方政府（保健行政プロジェクトのHIS強化と連携する場合にはモロゴロ州、しない場合には南部および西部の貧困州）・保健省 RCHS	10月頃発表される予定の妊産婦死亡の原因についての調査結果に基づいて詳細を決定する。タ国の妊産婦死亡率は悪化している他、ドナーが比較的少なくかつMDGsの重点目標であるため、効果を挙げればビジビリティーの向上にも結びつく。
思春期リプロダクティブヘルス強化	15歳から24歳にかけての若者における望まない妊娠および性感染症の予防を中心とする若者フレンドリー・サービスの提供と、若者および保護者の意識向上	地方政府（性感染症にかかる無償資金協力実施地域、ワールド・ビジョンへの協力地域を考慮の上、南部および西部の貧困州を優先）・保健省 RCHS (GTZと連携)	思春期リプロダクティブヘルス強化のニーズは大変大きく、保健省も近年政策を策定していることから関心が高いことが伺える。しかし、実施に関しては限られた地域でGTZが実施しているに止まるため、グッド・プラクティスとしての記録を行うなどすれば効果的にJICA協力をアピールできると考えられる。
家族計画強化	農村地帯を含め近代的避妊実行率向上させる	リプロダクティブヘルス強化の一部として、上記のいずれかに入れ込む	家族計画は、避妊実行率の高さや特に農村地域でのデマンドの高さに比してどのドナーからも実質的な支援を受けておらず、潜在的なニーズが大変高い。当分野への協力は人道的見地からも重要と思われる。
中絶後のケア強化	危険な中絶の減少、出血による妊産婦死亡率の低減	リプロダクティブヘルス強化の一部として、上記のいずれかに入れ込む	危険な中絶は大量出血につながり妊産婦死亡の主な原因となっている。一方で、基礎的な機材の普及と研修によりこうした事態は比較的簡単に改善できると思われる。また、家族計画の普及とあわせて実施することにより大きな効果が見込まれる。妊産婦死亡率

			低減と合わせ、協力を行うことは人道的見地からも重要と思われる。
性感染症への偏見を無くし、予防と適切なサービス利用を促す啓発活動	性感染症予防およびサービス利用にかかる正しい知識の普及と、サービスおよび情報提供活動へのより多くの人の参加	リプロダクティブヘルス強化の一部として、上記のいずれかに入れ込む	性感染症にかかる検査およびケアは、わが国およびEUによる協力により比較的普及したが、視察時に観察されたのは根強い偏見と恐れから折角のサービスが利用されていない事態であった。徹底した啓発活動を行えば、わが国の無償協力による性感染症治療薬の有効利用にも繋がるほか、思春期リプロやHIV 感染予防を含む広範なりプロダクティブヘルス強化に繋がると見込まれる。

APCU activities

- Management of patients immediately and properly
- Close monitoring of patients
- Administration of APCU, and control buffer stock of drugs
- Continuous revising guideline
- Conducting training staff for quality care
- Dissemination of APCU concept to the whole country
- Sharing experiences with other hospital
- Cooperation with IMCI (UNICEF and MoH)
- Establishment of network of paediatric departments in Tanzania

For beautiful smiles



If you are interested in APCU activities, contact to us.
APCU committee
The department of Paediatrics
Muhimbili National Hospital

P.O. Box 65000, Dar es Salaam
e-mail: allhcs@mnh.or.tz
or hdpch@muchs.ac.tz

Dr. J. Kitundu, the head of department
Dr. H. Massawe, Chairperson of the committee
Dr. R. Kisenge, APCU in charge
Dr. H. Mwanjemi, APCU committee member
Sr. J. Kowero, APCU committee member
Sr. B. Simbailanga APCU committee member
Sr. E. Mongi, APCU in charge

GUIDE LINES FOR PAEDIATRICS

ACUTE PATIENTS CARE

2nd edition

And

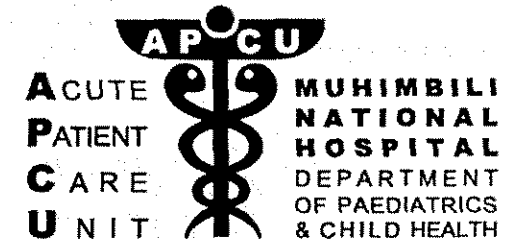
A.P.C.U. Administrative Manual

version 1

are available



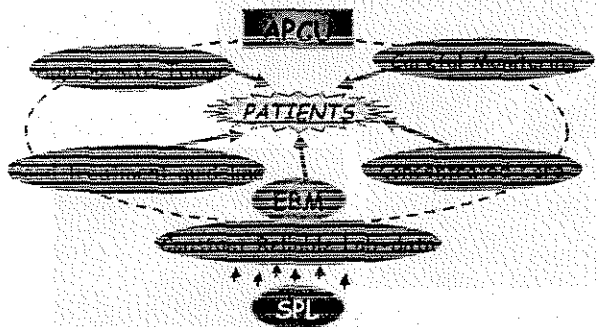
APCU AT MNH



APCU Committee
Department of Paediatrics
Muhimbili National Hospital

jica

Supported by Japan International Cooperation Agency



How can we reduce child mortality in a hospital?

-Patient oriented approach-

✧ We can save much more lives of children if very sick children are identified soon after their arrival and treatment is started immediately.

✧ We must concentrate on the acute phase of paediatric diseases, because our medical resources (both of human and nonhuman) are limited and once children have recovered, the chance of survival can improve.

✧ With enrolling serious ill patients in a unit, the medical staff can concentrate on the acute phase of diseases more effectively.

APC (Acute Patient Care) concept is maximum utilization of limited resources at the clinical site in developing countries.

We established APCU (Acute Patient Care Unit) at the department of paediatrics in MNH in May 2003.

You can start APCU in your hospital even from one bed.

The history of APCU

- 1993 National Program of Action for improving child survival, protection and development in Tanzania.
- Dec 1994 in order to achieve the goal above (reduction of infant and under 5 mortality rate), JICA MCH project started.
- 1997 SPL (paediatric lab) was established to improve patients management.
- 1999 the 1st phase of JICA MCH ended.
- Nov.2001 the 2nd phase, a "Follow up Period" of the project ended but the main goal of mortality rate reduction wasn't achieved.
- May 2002 Japanese Expert arrived in Tanzania and May 2003 Strategy plan was finalized.
- May 2003 APCU was established with six beds and started functioning June 2003 as a pilot for 6 months.
- May 2004 APCU has become an independent unit.

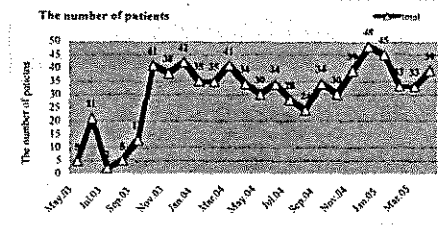
Components of APCU

- **Conducive place**
We have 6 beds at MNH
- **Human resources**
Most important
Reliable doctors
Trained competent nurses
Availability of doctors for 24 hours
Continuous training
Staff should be permanent (not temporary staff)
- **Equipment**
Oxygen
Monitoring items
Emergency trolley
Ambu-bag
Infusion pump
- **Guideline**
- **Buffer stock**
It is crucial for immediate treatment
Emergency
Anti-malaria and antibiotics
Infusions

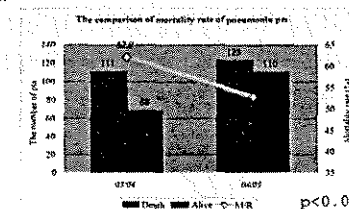


Achievement of APCU in MNH

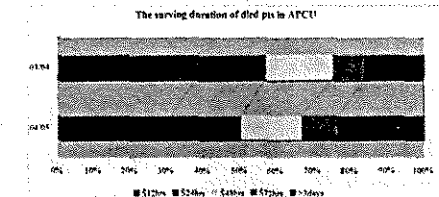
We are treating many serious patients in APCU



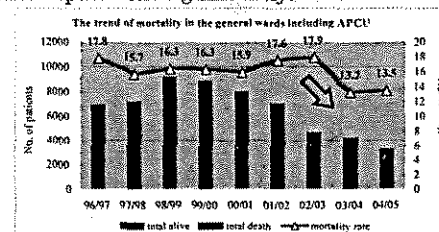
Commonest case of admission is very severe pneumonia under one year. The mortality rate of pneumonia patients is going down.



We can prolong lives of children; this shows our managements are appropriate. Deaths within 48 hours decreased from 76% to 66%.



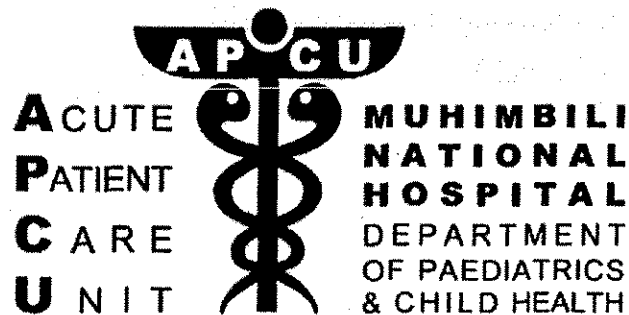
APCU is contributing to reduction of mortality rate in paediatric department significantly.



Total mortality rate including APCU has reduced since APCU started in 2003. (The data of 04/05 is only for 10 months July 04-April 05)

GUIDE LINES FOR PAEDIATRICS

ACUTE PATIENTS CARE



March. 2005 2nd edition



Edited by APCU Committee, Department of Paediatrics
Muhimbili National Hospital Tanzania



Supported by Japan International Cooperation Agency

Contents

Foreword	.....ii
Unit 1: Introduction (ABCs, triage and appendix)	.....1
Unit 2: Advanced life support (Resuscitation)	.....14
Unit 3: Very severe pneumonia	.....19
Unit 3 supplement 1: Pneumocystis pneumonia (PCP)	.....23
Unit 3 supplement 2: Severe bronchiolitis	.....26
Unit 4: Asthma	.....28
Unit 5: Severe anemia	.....32
Unit 5 supplement: Acute transfusion reaction	.....35
Unit 6: Congestive heart failure	.....37
Unit 6 supplement: Paroxysmal dyspneic attack	.....42
Unit 7: Fluid therapy (Shock)	.....44
Unit 8: Acute renal failure	.....49
Unit 9: Severe malnutrition	.....54
Unit 10: Status epilepticus	.....61
Unit 11: Altered status of consciousness	.....66
Unit 12: Severe malaria	.....71
Unit 13: Meningitis	.....76
Unit 14: Diabetic ketoacidosis	.....80
Unit 14 supplement: Hypoglycemia	.....85
Unit 15: Poisoning	.....88
Unit 15 supplement: Anaphylaxis	.....92
The medical record form in the paediatric wards	.....95
The medical form for APCU	.....101
The discharge summary for APCU	.....103
Monitoring chart for seriously ill children	.....104
Appendix 1: Procedures	.....105
Appendix 2: ET tube size	.....111
Appendix 3: BSA nomogram for estimation of BSA	.....112

Debriefing of Findings

By JICA Project Formulation Study Team
on Reproductive and Child Health

Dar es Salaam

May 2005

Objectives of the Mission

- To review JICA's support to the Paediatrics Dept of MNH (based in APCU and SPL) since 1994, and
- To identify potential areas for future support in Reproductive and Child Health

JICA Support in RCH: History

- 1994-2005
 - TBA training in Tanga (1994-1999)
 - Microbiology laboratory in MNC (1994-2004)
 - Pediatric department in MNH (1994 to date)

JICA MCH Project: inputs

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| • Human resources | • Budget |
| Tanzania | – Operational cost: 116
mill. JPY |
| – 27 MNH staff | – Equipment: 208 mill.
JPY |
| – 20 trainees in Japan | |
| Japan | |
| – 18 long term experts | |
| – 20 short term experts | |

Methods

May 17, 2005 ~

- Interviews to relevant sections of MOH, MNH, JICA, development partners and NGOs in RCH
 - Questionnaires and discussions with Paediatrics Dept. Staff of MNH
 - Site visits to MNH, Umati Morogoro, Pasada, and IMCI activities in Morogoro
 - Document review
- Focuses on the activities in MNH, and also on existing RCH initiatives

Findings

(1) Findings on PD, MNH.

Activity component

- Special Pediatric Laboratory (SPL) management
- Acute Patient Care Unit (APCU) management
- Treatment guidelines update

APCU management

- 6 bed capacity
- Continuous communications with other wards
- Buffer stockpile of common drugs

- →Contributed to reduction of mortality in the Paediatric wards

SPL management

- Strengthening sustainability
 - Expand clients
 - Special examinations (e.g. Hb-SS)
 - Staffing
 - Machine maintenance
 - Quality assurance

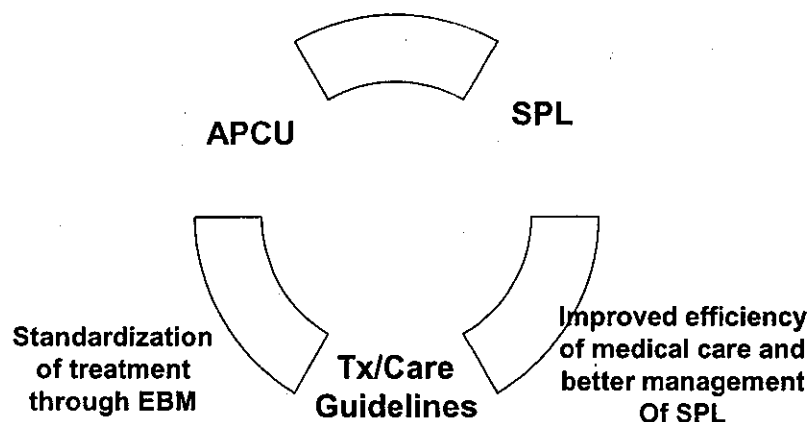
→achieved 70% cost recovery

Treatment guidelines update

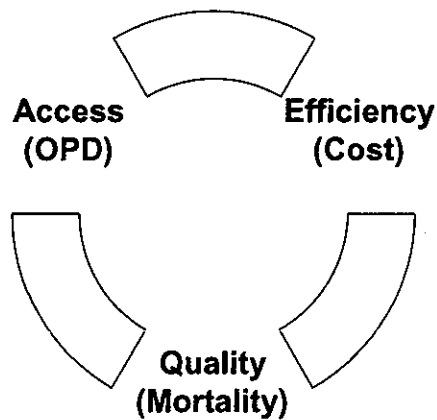
- Hospital evidence-based guidelines
- Reflect available resources at MNH
- Revised twice in 2004 and 2005
- Disseminated to Dept staff
- Experiences being reflected on 1) the guidelines development for referral in IMCI, and 2) MOH training in Emergency Triage for Assessment and Treatment (ETAT)

Harmonization of activities

Improved quality of medical care (e.g. mortality)



Clinical Policy Components



Remaining Issues

- Free-of-charge national policy to the tertiary medical facilities (no incomes for the Paediatrics Dept)
- Future of the Pediatric dept. in MNH
 - Pediatric wards → ?
 - Neonatology ward → ?
 - SPL → ?
 - Need for more Staff → ?

(2) Findings on RH activities

HIV/AIDS receiving much support, but
RH remains untouched...

- Adolescent-Friendly RH services lacking
- MMR still high (research of causes, TBA training, more support to women etc.)
- Post-abortion care lacking
- Family Planning needs
- Stigma against STIs, including HIV
- Support to poorer regions (e.g. south), districts and segments of the districts needed

Findings on RH...

- Basket funding and decentralization in progress
 - Basket funding and health policy making/ budgeting linked
 - RH policy making at national level and RH programming at regional/district levels separated → both need to be approached

Findings in RH...

- NGOs active both in Dar and in regions
 - UMATI Youth Centre/Clinics
 - PASADA's community-based HIV

Capable and committed to RH work, but financial constraints always an issue

Recommendations

Recommendations: PD, MNH

- Each activity synchronized and developed better outcomes
- Possible contributions of EBM outputs to relevant Child Health programs (e.g. IMCI)
- Financial efficiency reached max. level
- Further advocacy to and strengthened linkages with MNH and MOH required (stabilizing the status of PD in MNH, and sharing the experience outside MNH)

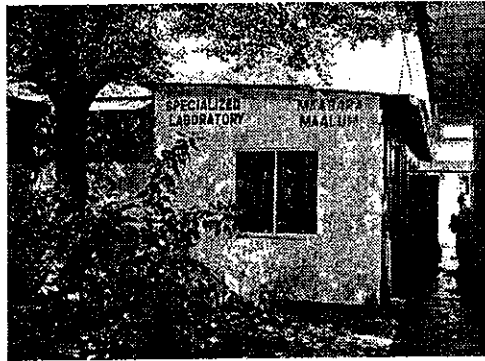
Reproductive Health

- Services need to be comprehensive and integrated, based on the partnership.
- Potential areas for support exist.
 - All at national, regional and district levels.
 - Safe Motherhood, combined with community-mobilization on RH, FP and post-abortion care
 - Adolescent-friendly RH, combined with community-mobilization on RH, FP and post-abortion care
 - HIV/AIDS interventions should integrate RH

End

Thank you!

SPL AT MNH



**SPL management
Paediatric Department
Muhimbili National Hospital**

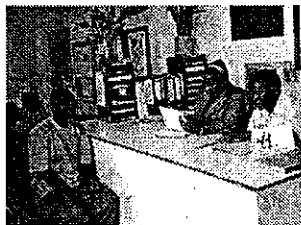
SPL History

- 1993 National Program of Action for improving child survival, protection and development in Tanzania.
- Dec 1994 in order to achieve the goal above (reduction of infant and under 5 mortality rate), JICA MCH project started.
- 1997 SPL (paediatric lab) was established to improve patients management.
- 1999 the 1st phase of JICA MCH ended.
- Nov.2001 2nd phase, a" Follow up Period" of the project ended and SPL was handed over to MNH.
- Since May 2003, SPL provides lab-results to APCU.
- May 2004 SPL installed a new biochemistry machine supported by JICA.
- May 2005 SPL is only one laboratory providing data constantly in MNH because of rehabilitation of CPL.

Aim of starting SPL

- Super goal is to reduce morbidity/mortality of paediatric patients
- Child care based on lab-evidence medicine
 - Quick return of results
 - Facilitation on diagnosis
 - Facilitation on management
 - Quality service enhancement
 - Offering of appropriate medication
 - Monitoring of patients
 - Shortening of hospital stay

Inside of SPL, SPL activities



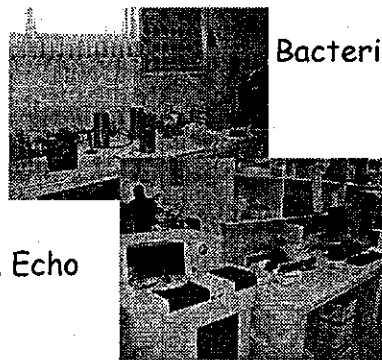
Reception; register patients and samples



Taking samples



Cashier



ECG, Echo

Biochemistry, immunology, hematology

Bacteriology

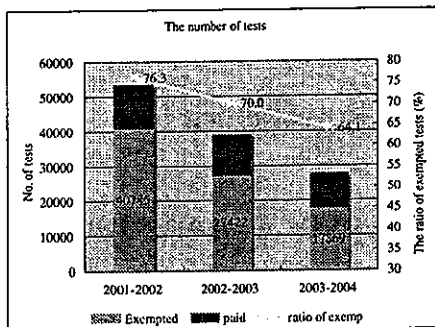
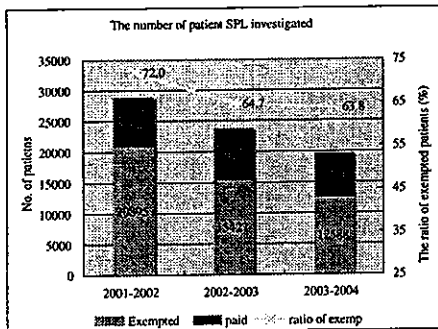


BS, Hb



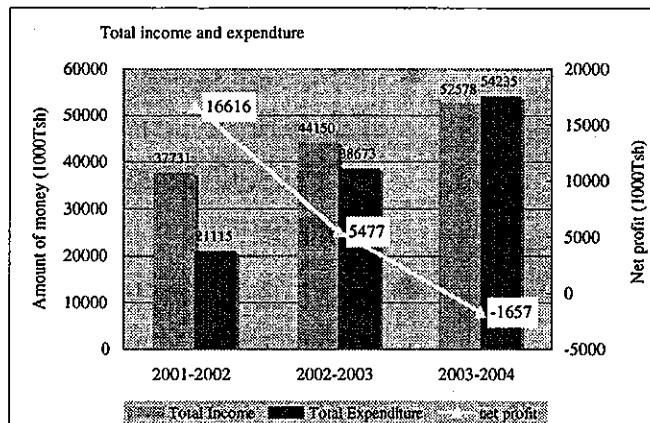
Results within the same day

How much SPL has been contributing to patients care



- SPL investigated 72,500 patients, 120,000 tests for 3 years.
- The average of samples 76/day in last year
- The ratio of exempted tests is very high

Revolving finance system



- The income from paying patients is used for exempted patients.
- Income has been increasing, however expenditure is also increasing.

Achievements

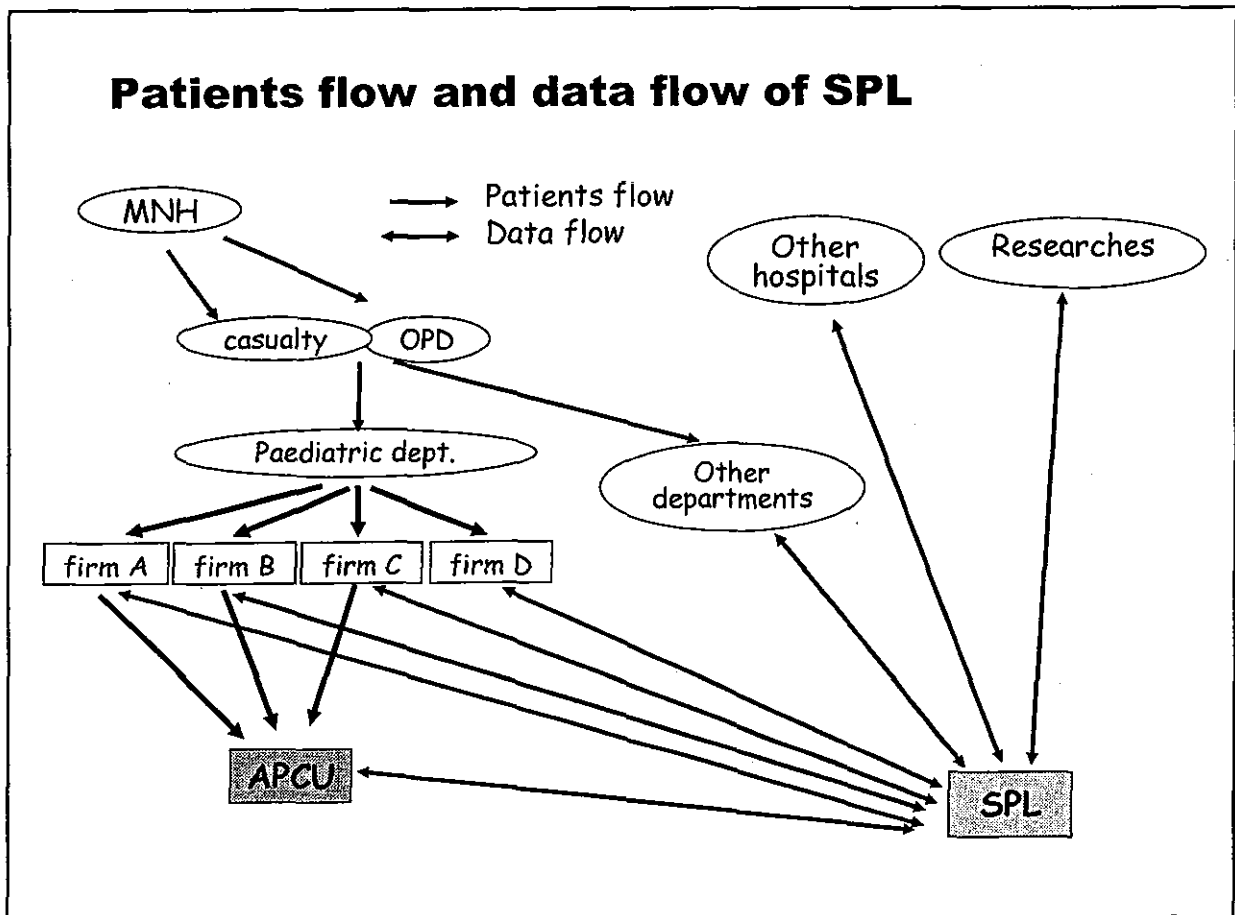
- Improvement of diagnosis and management of patients
- Provision of reliable lab-based results
- Revolving finance system established
 - Financially self-sustainable

Challenges

- Administrative issues
- Breakage of machine
- Reagents - unstable supply
- Personnel - shortage of staff
- Exempted services
- Lack of adherence
- Communication problems with in MNH

- Super goal has not fully achieved at the end of follow up phase of MCH project (2001)
-----> Birth of APCU

Patients flow and data flow of SPL



Future outlook

- Strengthen research activities
 - Through collaboration with other interested parties
- Open way
 - More utilization by the community
 - More specialized investigation (eg DNA analysis)
- Back up MNH laboratory
- Laboratory for education

Sustainability

- Revolving finance system
- Support from MNH -to be improved
- Support from MoH -through MNH

APCU AT MNH

-achievements-

By: APCU Committee
Paediatric Department
Muhimbili National Hospital
27.5. 2005

APCU committee

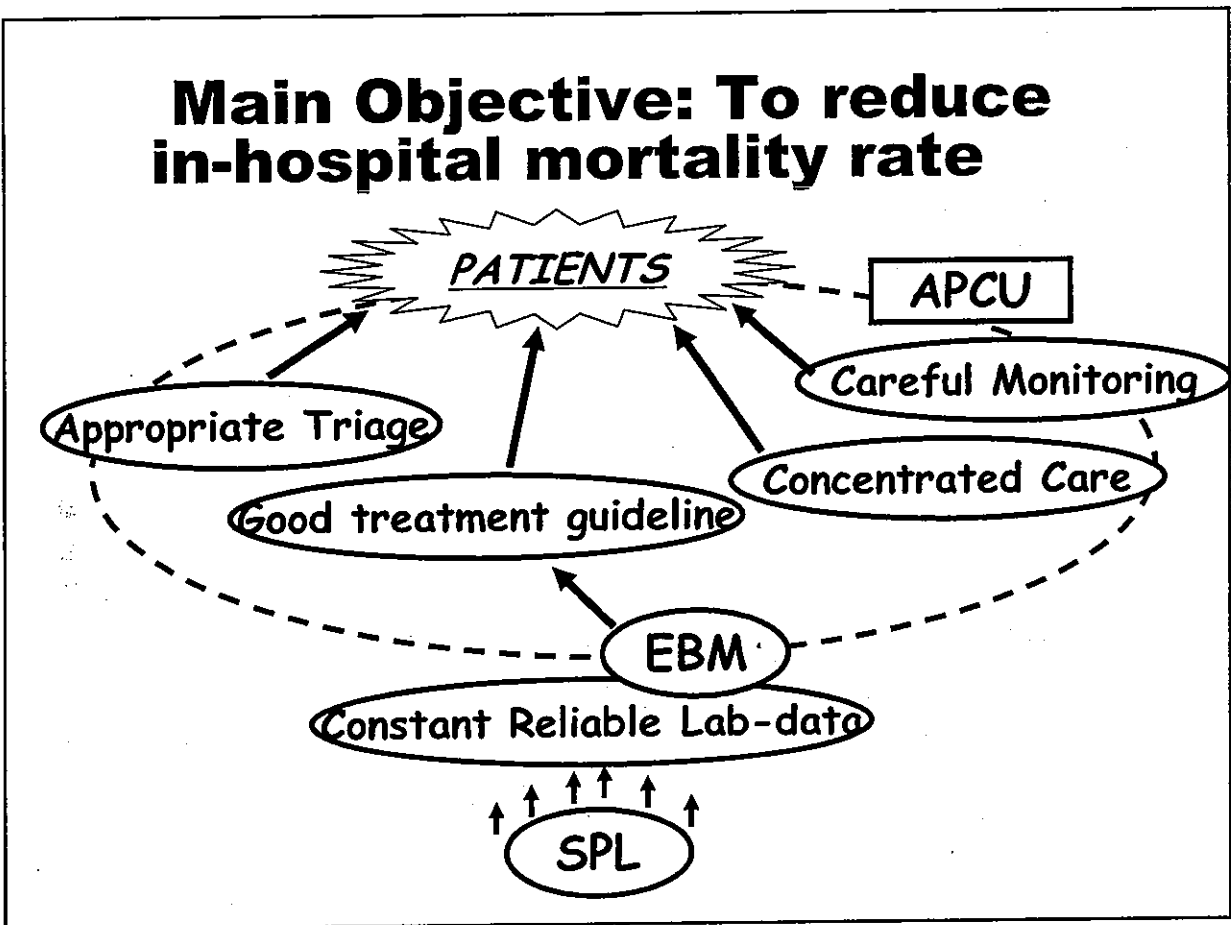
How can we reduce in-hospital child mortality?

-Hospital oriented approach-

- ✧ We can save much more lives of children if very sick children are identified soon after their arrival and treatment is started immediately.
- ✧ We must concentrate on the acute phase of paediatric diseases, because our medical resources (both of human and nonhuman) are limited and once children have recovered, the chance of survival can improve.
- ✧ With enrolling serious ill patients in a unit, the medical staff can concentrate on the acute phase of diseases more effectively.

APCU committee

Main Objective: To reduce in-hospital mortality rate



Why APC (Acute Patient Care)?

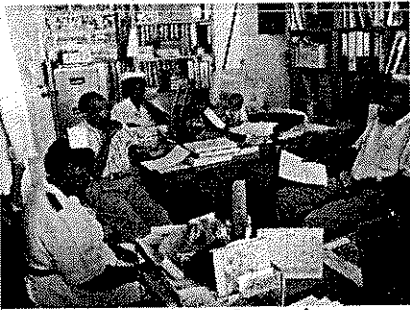
- ☐ **Effective utilization of limited resources at the clinical site**
 - ▲ **Concentrating on acute phase of diseases**
 - ▲ **Concentrating on critically sick children**

- ☐ **>70% deaths occur within 48 hours after admissions**

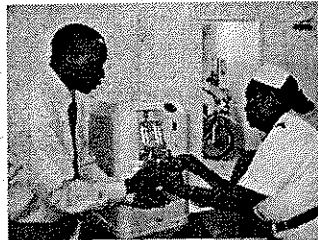
- ☐ **APC requires a close good team work to provide good quality care. In spite of good lab-data, mortality rate could not be reduced.**

APCU committee

APCU activities



Regular meetings



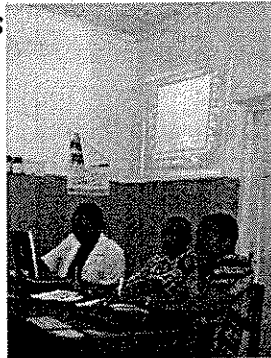
Seminars



On job training



Daily clinical discussions



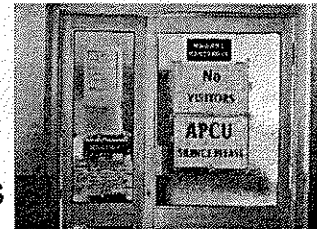
Case presentation

APCU component 1



✧ **Conducive place**

We have 6 beds at MNH



✧ **Human resources**

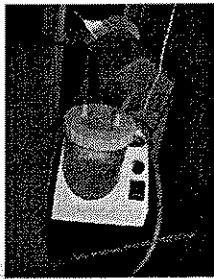
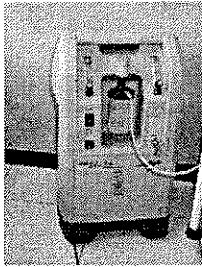
Most important

- ✧ Reliable doctors
- ✧ trained competent nurses
- ✧ availability of doctors for 24 hours
- ✧ Continuous training
- ✧ Staff should be permanent (not temporary staff)

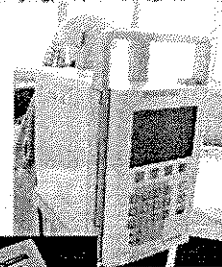
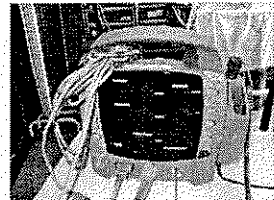


APCU committee

APCU component 2



- ✧ Equipment
 - ✧ Oxygen
 - ✧ Monitoring items
 - ✧ Emergency trolley
 - ✧ Ambu-bag
 - ✧ Infusion pump



- ✧ Guideline



APCU committee

APCU component 3

☒ Buffer stock

It is crucial for immediate treatment

☒ Emergency drugs

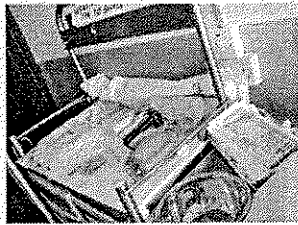
- ☒ Adrenaline
- ☒ Sodium bicarbonate
- ☒ Hydrocortisone
- ☒ Diazepam
- ☒ 10% Dextrose

☒ Anti-malarials and antibiotics

- ☒ Quinine
- ☒ Ampicillin
- ☒ Gentamycin
- ☒ Chloramphenical
- ☒ Cotrimoxazole

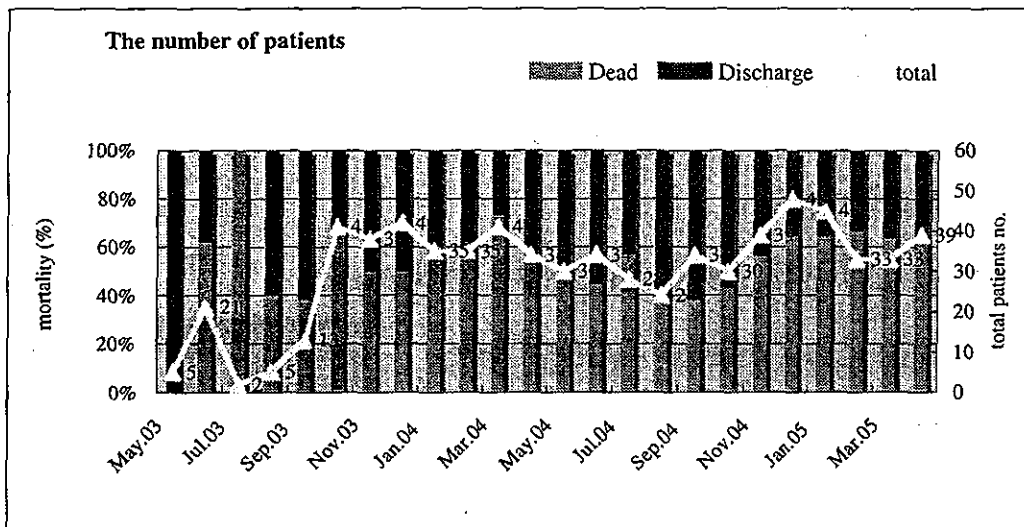
☒ Infusion

- ☒ NS
- ☒ 5% Dextrose
- ☒ Ringer's lactate



APCU committee

The number of patients in APCU

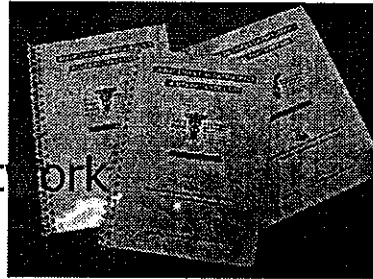


The number of patients are stable since Oct/03

APCU committee

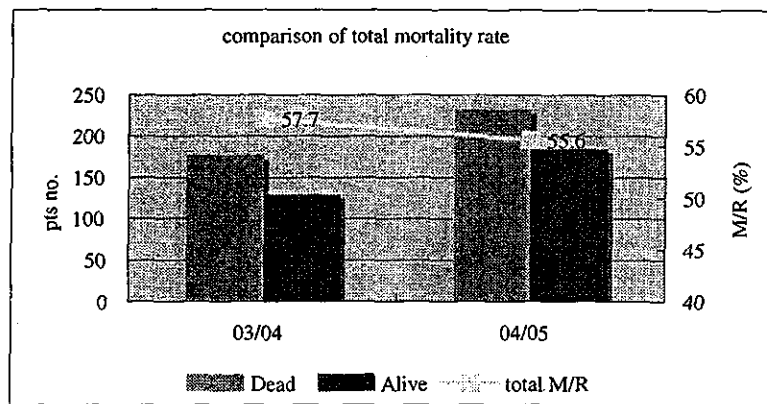
Achievement

- ✧ Guidelines based on day-to-day practices
- ✧ APCU administrative manual
- ✧ Visit to other hospitals
 - ✧ Sharing our experiences
 - ✧ Establishing paediatric network



APCU committee

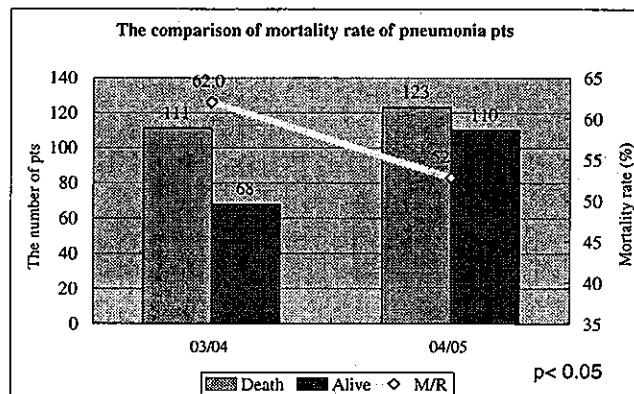
Achievements of APCU: Reduction of mortality rate



✧ The total mortality rate in APCU is going down, however our goal is 40%

APCU committee

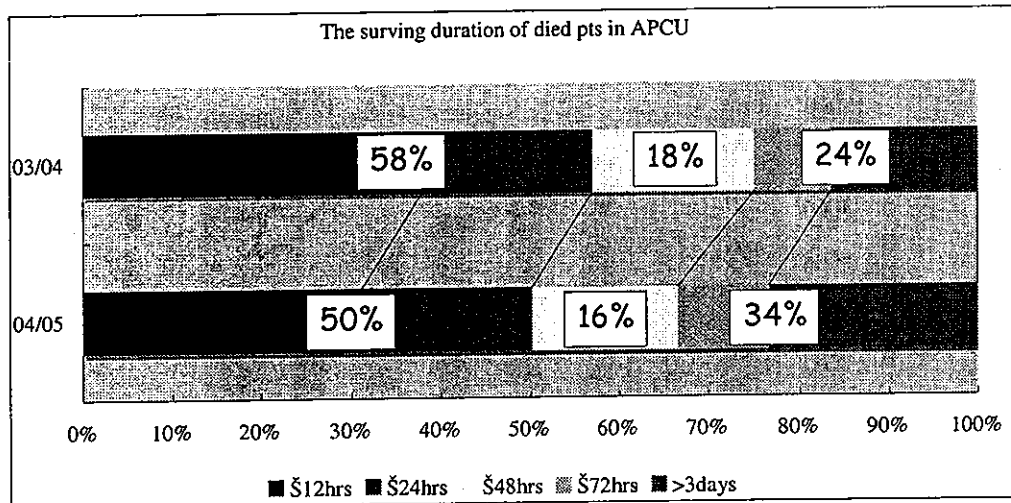
Achievements of APCU: Reduction of mortality rate of pneumonia patients



- ✧ Oxygen and treatment of PCP (cotrimoxazole and prednisolone) is contributing to reducing mortality rate of patients with pneumonia

APCU committee

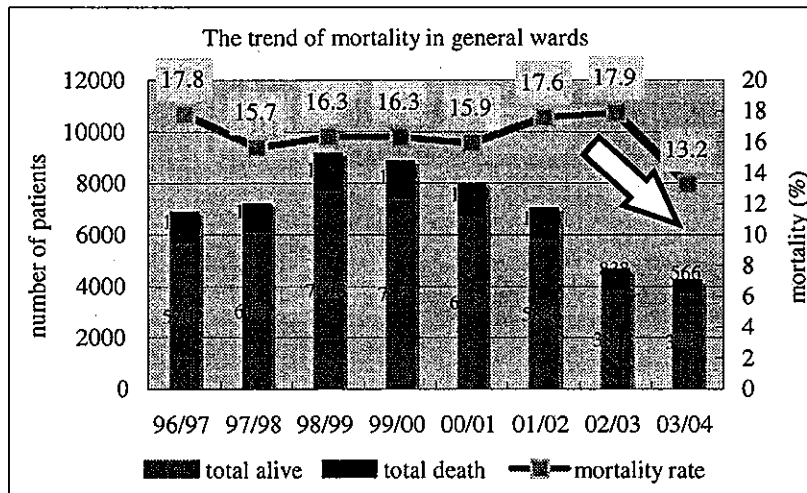
Achievements of APCU, cont.



- ❑ **Prolongation of lives of dying patients is one of APCU achievements**
- ❑ **The ratio of death within 48 hours after admission decreased from 76% to 66% of total deaths**

APCU committee

Achievements



✧ The mortality rate of 2003/2004 in general wards was lower than that of previous years (from 17.9% to 13.2%)

APCU committee

Challenges of APCU

✦ Mortality is still high in children <12 months

1. Poor premises (lack of space/poor condition)
2. Human resources
3. Nonhuman resources (inadequate support)
4. Late referrals from other health facilities

APCU committee

Future plan

In order to reduce mortality, we need to address mentioned challenges

1. Shifting to a new complex
2. Allocation of qualified staff
Continuous training (increased training opportunity)
3. Increasing financial and materials support from MNH/MoH
4. Dissemination of APCU concept to other health facilities (outreach program)

APCU committee

Conclusion

- ✧ APCU is the best approach towards reduction of in-hospital child mortality
- ✧ Sufficient number of well trained staff is a necessary component of APCU
- ✧ Appropriate triage and Close monitoring of seriously sick children can prolong life and reduce mortality
- ✧ Reliable laboratory data should be available 24hrs for provision of a good quality of care.
- ✧ Minimum equipment and constant buffer stock of emergence drugs are essential for the provision of good quality of care

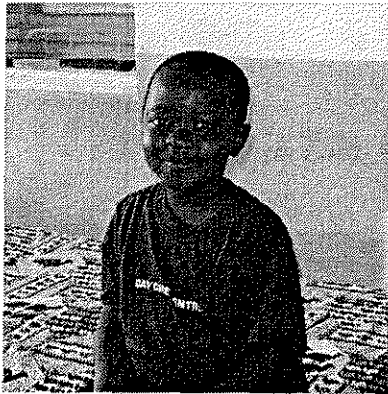
APCU committee

Acknowledgement

- ✧ Japanese government through JICA
- ✧ MoH
- ✧ MNH/MUCHS
- ✧ Staff in Paediatric department
- ✧ Patients

APCU committee

For beautiful smiles



**Thank you for
listening !**

APCU committee

