

第 5 章 母子保健の現状と課題

5-1 子どもと女性の現状

5-1-1 妊娠・出産

保健省のデータによれば、届け出をされた出産数は減少傾向にあり、1998年に18万5,700人であった出産は、2003年には4%減少し17万8,134人となっている¹。ただし、2003年にUNICEFが行った調査によれば、出生が届けられた新生児はわずか76%であった²。

タジキスタンの乳児死亡率及び妊産婦死亡率は依然として高い。UNICEFの調査³では、2003年の1歳以下の乳児死亡率は92/1,000出生である。また、5歳以下の乳児死亡率は、89/1,000出生（2000年）、53/1,000出生（2002年）、118/1,000出生（2003年）、58/1,000出生（2004年）であるが、保健省のデータでは、15.5/1,000出生（2000年）、17.2/1,000出生（2002年）、13.5/1,000出生（2003年）と両者のデータにはかなりの差がある。これは、タジキスタンがいまだWHOの「出生」基準（22週目から出産週であるとする）を採用していないこと、また、自宅出産の場合に死亡届が出されないことがあることが関係している⁴。

2002年と2003年に保健省がUNICEFと合同で、共和国直轄地域（RRS）及びソグド州を対象に実施した調査⁵によれば、1歳以下の乳児死亡率は、RRSで85/1,000出生、ソグド州で58/1,000出生であった。また5歳未満の乳幼児死亡率は64.7/1,000出生であった。表5-1に、周産期（出生後0～27日未満）と周産期以後の1歳未満の乳児の主な死亡原因に関する調査結果を示す。

表 5-1 1歳未満の乳児死亡原因

周産期（出生後0～27日未満）		周産期以降、1歳未満	
肺炎	20%	肺炎	19%
早産	28%	重度の貧血症	9%
下痢	6%	細菌性敗血症	14%
出生時の外傷	4%	はしか	3%
細菌性伝染	3%	髄膜炎／脳炎	6%
仮死	19%	下痢	27%
先天性疾患	11%	栄養不足	17%
その他	9%	その他	5%

なお、世界銀行と国連開発計画（UNDP）の共同調査（2000年）は、37%の妊婦が周産期ケアを受けることができないと報告している⁶。UNICEFの報告（2004年）⁷によれば、周産期ケアを受けることができる妊婦は、全体のわずか半数に過ぎない。

¹ Millennium Development Goals Needs Assessment in Tajikistan (Health), MDG Needs Assessment Team, Tajikistan, 2004, p.6

² Country Note (E/ICEF/2004/P/L.17/Rev.1), 1 November 2004, UNICEF, p.3

³ The State of the World's Children (2005), UNICEF

⁴ データ集計システムが弱いことも原因の1つとして指摘されている。

⁵ Millennium Development Goals Needs Assessment in Tajikistan (Health), MDG Needs Assessment Team, Tajikistan, 2004, p.6

⁶ Millennium Development Goals Needs Assessment in Tajikistan (Health), MDG Needs Assessment Team, Tajikistan, 2004, p.5

⁷ Country Note (E/ICEF/2004/P/L.17/Rev.1), 1 November 2004, UNICEF

妊産婦死亡率は、保健省のデータでは、45/10万出産（2002年）、36.5/10万出産（2003年）であるが、地域によって126.3/10万出産から842.1/10万出産まで差がある⁸。UNICEF推定の2000年の妊産婦死亡率は、100/10万出産である⁹。

保健省データ¹⁰では、妊産婦死亡の主な原因（1995～1999年）は、分娩出血（37.5%）、敗血症合併症（26.7%）、子癇（12.2%）、生殖器以外の疾病（12.2%）、不潔な状態での搬送（11.4%）となっている。これは、WHOが2000年に半年間実施した調査の結果¹¹と大差はない。表5-2に調査結果を示す。なお、ゴルノ・バタフシャン自治州は調査の対象外であったため表には含まれていない。

表5-2 2000年半年間に確認された妊産婦死亡の主な原因（WHO調査）
（対10万出産）

	ドゥシャンベ市	共和国直轄地域	ソグド州	ハトロン州	全国
分娩出血	—	45.4	26.7	7.1	23.3
子宮破裂	—	9.1	20.0	—	9.3
敗血症合併症	—	—	26.7	28.6	18.6
産褥	—	18.2	—	21.5	11.6
敗血症	33.3	—	—	7.1	4.7
子宮外妊娠	33.3	—	—	7.1	4.7
生殖器以外の疾病	33.3	—	20.0	14.4	13.9
流産	—	—	—	7.1	2.3
その他	—	9.1	6.6	—	4.7
肺動脈塞栓症	—	18.2	—	7.1	6.9

高い妊産婦死亡率は、自宅出産の多いことと関連している。WHOの同調査（表5-3）によれば、全国の自宅出産の割合は39.7%であるが、特にハトロン州、ゴルノ・バタフシャン自治州、共和国直轄地域（RRS）でその割合が高くなっている。ドゥシャンベ市では、自宅出産の割合は低いものの、保健従事者の介助による出産は1/3にとどまっている。同様の状況は、RRS及びゴルノ・バタフシャン自治州でも見られる。

自宅出産の理由としては、経済的な理由が36.1%と最も多い。タジキスタンでは、妊産婦の医療費は無料であるが、自宅から医療施設への搬送に使用する救急車のガソリン代は患者負担とされている。また、実際には、医者が診察料を要求することも少なくない。こうした理由から、特に農村部の貧困女性に多く自宅出産が見られる。

次に多い理由は、交通手段の欠如（25.3%）である。農村部においては、交通手段や通信手段がほとんどないため、異常が起こったときの緊急レファランスシステムが機能していない¹²。地区中央病院以下の医療施設においては、電話さえないところも多い。

⁸ Millennium Development Goals Needs Assessment in Tajikistan (Health), MDG Needs Assessment Team, Tajikistan, 2004, pp.7-8

⁹ The State of the World's Children (UNICEF), 2005

¹⁰ Health of Population and Health Care of Republic of Tajikistan 1990-2002, Ministry of Health, Medical Statistics and Information Center, p.11

¹¹ Rapid Assessment of the Current Condition of the Reproductive Health Service of the Republic of Tajikistan, 2000, WHO, p.49

¹² タジキスタンでは、帝王切開の医療措置は、地区中央病院でのみ可能である。

また、20.2%の妊婦は産科施設の状況を理由に自宅出産を選択している。特に、農村部の医療施設では、施設の老朽化が激しく、また体重計や身長測定器、保育器等など基本的な医療機材が十分、または全くないところもある。薬品が不足している施設も少なくない。電気が朝夕2～3時間しか使用できない施設も多く、特に冬期の自宅分娩の原因となっている。また、産科医の不足や看護師、助産師の緊急人命救助法に関する知識と技術の不足も問題である。

自宅出産の理由を州別で見ると、共和国直轄地域（RRS）では経済的な理由が最も多く（45.2%）あげられ、ゴルノ・バタフシャン自治州とソグド州で最も多かった理由は、交通手段の欠如で、それぞれ63.1%、41.8%となっている。

表5-3 自宅出産の割合と出産介助状況（WHO調査）

	自宅出産の割合 (%)	保健スタッフによる 出産介助の割合 (%)	出産後病院に搬送されなかった割合 (%)
ソグド州	15.3	57.4	53.8
ハトロン州	56.6	36.5	78.2
ゴルノ・バタフシャン自治州	60.8	71.7	76.7
共和国直轄地域（RRS）	54.0	46.5	81.1
ドゥシャンベ市	18.6	29.2	78.9
全 国	39.7	43.8	70.2

出所：Rapid Assessment of the Current Condition of the Reproductive Health Service of the Republic of Tajikistan, 2000, WHO, p.68

なお、共和国リプロダクティブ・ヘルス・センターが1992/1993に共和国直轄地域（RRS）とハトロン州の女性1,200人を対象に実施した調査においても、ほぼ同様の結果となっている。調査結果の詳細については付属資料3. 現地調査議事録 No.16を参照されたい。

5-1-2 リプロダクティブ・ヘルス・家族計画

高い妊産婦死亡率は、多産や出産間隔年数の短さにも関係している。共和国リプロダクティブ・ヘルス・センターは、2003年に第2子を出産した女性の34.8%は、第1子出産との間隔が2年未満であると推測している。表5-4に、2001年から2003年までの期間中に出産した女性のうち、出産間隔が2年未満の女性の割合を示す。

表5-4 出産間隔が2年未満で出産した女性の割合 (%)

	ドゥシャンベ市	ハトロン州	ソグド州	共和国直轄 地域（RRS）	ゴルノ・バタフ シャン自治州	合 計
2001年	23.4	44.3	35.4	35.6	39.8	38.9
2002年	21.2	43.9	33.6	35.0	39.6	37.2
2003年	17.0	27.5	32.2	34.0	36.7	24.8

出所：Millennium Development Goals Needs Assessment in Tajikistan (Health), MDG Needs Assessment Team, Tajikistan, 2004, p.8

出産をコントロールする方法としては中絶が一般的である。健康上あるいは社会的な理由による中絶は法律で認められている。保健省データ（表5-5）によれば、中絶を行う女性の数は減少傾向にあり、1995年と2002年を比較すると、その数は半減している。しかしながら、依然として中絶は多い。

表5-5 中絶数（妊娠1,000件当たり）

	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002
全 国	198.7	150.6	119.4	101.3	91.9	94.1	88.5	77.6
ゴルノ・バタフシャン自治州	—	306.1	240.7	109.9	100.1	102.1	101.8	132.6
共和国直轄地域（RRS）	—	118.9	64.5	68.0	46.3	75.1	76.8	55.4
ソグド州	—	144.7	130.6	129.1	103.1	119.1	90.9	73.8
ハトロン州	—	109.0	81.6	64.4	77.4	54.4	60.3	53.9
ドゥシャンベ市	—	288.2	307.2	226.8	200.3	211.7	216.2	236.1

出所：Health of Population and Health Care of Republic of Tajikistan 1990-2002, Ministry of Health, Medical Statistics and Information Center, p.12

中絶の多さは、必ずしも安全な避妊が行われていないことと関連している。保健省データ（表5-6）に示すように、避妊を行っている出産可能年齢（15～49歳）の女性の割合は、1997年から1999年までは増加していたが、その後は減少をしている。これは、援助機関による避妊具の供与によって利用が増えたが、その後は供与の減少によって利用も大きく減ったことが一因であると考えられている。援助機関による避妊具の供与状況については、第6章で述べる。

表5-6 避妊をしている出産可能年齢女性の割合（％）

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
全 国	21.2	30.3	34.6	28.7	22.8	15.0
ゴルノ・バタフシャン自治州	27.4	30.1	37.6	42.7	21.7	21.2
共和国直轄地域（RRS）	18.4	19.0	25.6	28.4	26.2	19.5
ソグド州	22.1	26.4	27.1	23.8	21.2	13.0
ハトロン州	15.7	21.6	30.6	32.1	21.5	11.4
ドゥシャンベ市	45.6	81.9	72.2	27.0	26.1	22.3

出所：Health of Population and Health Care of Republic of Tajikistan 1990-2002, Ministry of Health, Medical Statistics and Information Center, p.13

前述のWHOの調査によれば、避妊具の配布を含む家族計画に関するサービスは、全国の34%のヘルスセンター及び42.3%の農村メディカルセンターで行われており、地区中央病院では、避妊具の配布だけでなく、子宮内器具挿入の処置等も行われている¹³。全国にある2.8%の産科あるいは婦人科では、避妊手術が行われている。

共和国リプロダクティブ・ヘルス・センターの推定¹⁴によれば、2003年に全国で避妊を行っ

¹³ Rapid Assessment of the Current Condition of the Reproductive Health Service of the Republic of Tajikistan, 2000, WHO, p.58

¹⁴ Millennium Development Goals Needs Assessment in Tajikistan (Health), MDG Needs Assessment Team, Tajikistan, 2004, p.9

た出産可能年齢の女性は21%であった。88.4%の女性が子宮内避妊器具（IUD）の使用を続けていることから、その他の避妊法を行っている女性の割合は低い（例えば、コンドームを使用している女性の割合はわずか0.75%であった。コンドーム使用率が低い理由として、夫が嫌がるため使用したがる女性が少なくないことが現地での聞き取り調査で明らかになった）。また、共和国リプロダクティブ・ヘルス・センターの推定では、避妊を行っている若い女性の割合は増加傾向にあり、2.3%であった。出産後あるいは中絶後に避妊を行っている女性の割合は依然として低い。

5-1-3 栄養

タジキスタンではパンを主食とする。ソグド州以外のほとんどの家庭では、自家製である。その消費量は都市部よりも農村が高い¹⁵。野菜は年2回の栽培だが、その種類は少なく、トマト、タマネギ、ニンギン、キャベツ、ピーマン、ナス、キュウリ、ダイコン、カブ、落花生等である¹⁶。プロテインや野菜の消費が少ないという食生活は、乳幼児、出産可能年齢の女性ともに、鉄分不足やビタミンA不足の原因となっている。妊娠中の女性、授乳中の母親、乳幼児は鉄欠乏によって貧血を起こしやすく、特に妊婦の鉄欠乏性貧血は、低出生体重児の発生と深く関係している。また、子どものビタミンA欠乏症は、視覚障害の原因となる。

2003年に保健省が援助機関と合同で実施した調査¹⁷によれば、5歳以下の乳幼児の36%が慢性の栄養不良であった。半数以上はビタミンA不足であった。鉄分不足は、1歳以上、5歳未満の乳幼児で54%、貧血は38%であった。出産可能年齢女性の半数近くが鉄分不足で、貧血は41%であった。

タジキスタンにおいてはヨード不足が特に問題である。ヨード欠乏症は甲状腺腫を引き起こす。特に、妊婦のヨード不足は乳幼児の地方病クレチン病の原因ともなる。前述の合同調査の結果、5歳以下の乳幼児のヨード不足は64%であり、出産可能年齢の女性の35%がヨード不足による甲状腺腫であることが明らかになった。特にハトロン州では45%と最も高い。合同調査の対象世帯のうち、52%の使用していた塩にヨードが確認されたが、そのうちの約半分のヨード化は不十分であったことから（<15ppm¹⁸）、十分にヨード化された塩を使用していた世帯は、全体の28%に過ぎなかった。地域別で見ると、ハトロン州が13%と最も少なく、最も多かったゴルノ・バタフシャン自治州の63%との間に大きな差がある。こうした塩の不十分なヨード化の原因として、工場における不適正な製造方法や家庭での誤った保存方法があげられている。また、多くの世帯でヨード添加塩の使用について十分に理解されていないという結果が明らかになった。それによれば、半数以上の世帯がヨード添加塩を使用していると回答したにもかかわらず、その半数は適切に使用していなかった（24%の世帯では、十分にヨードが添加されていない塩を使用しており、また19%の世帯で使用されていた塩は、実際にはヨード化

¹⁵ Micronutrient Status Survey in Tajikistan, 2003 (April 2004) Ministry of Health, UNICEF, WHO, ADB, National Institute for Research on Food and Nutrition in Italy, Kazakh Academy of Nutrition Kazakhstan, p.13

¹⁶ 「タジキスタン国と農業2003」 JICA、2003

¹⁷ Micronutrient Status Survey in Tajikistan, 2003 (April 2004) Ministry of Health, UNICEF, WHO, ADB, National Institute for Research on Food and Nutrition in Italy, Kazakh Academy of Nutrition Kazakhstan、調査は、全国の1歳未満の乳児1,232人、1歳以上5歳未満の乳幼児2,000人、出産可能年齢女性（15～49歳）2,000人の計5,232人を対象に2003年8～9月に実施された。

¹⁸ 1瓶中のヨード含有量（g/瓶）

されていないものであった)。

1歳未満の乳児については、前述の合同調査の結果、4か月未満の乳児の64%及び6か月未満の乳児の半数が完全母乳育児であることが明らかとなった。完全母乳育児は、ハトロン州で高く、4か月未満では74%、6か月未満では60%であった。他方、タジキスタンでは、生後1か月で水あるいは紅茶を与えることは一般的であり、特に、共和国直轄地域(RRS)やゴルノ・バタフシャン自治州でその傾向が強い。5か月以下の乳児の約半数は野菜ジュースを飲んでいる。離乳食は4～5か月で始め、パンを与えることもある。また6か月以上の乳児の半数以上が野菜や果物を食べ始め、2歳になるまでには大部分の幼児がそれらを食べるようになる。

6か月間の完全母乳育児は、乳幼児の栄養不良をなくす最良の方法として、UNICEFとWHOによって推進されている。また、生後6～9か月に離乳食を付加し、2歳までは母乳育児を維持することが勧められている。タジキスタンにおいては、6か月間の完全母乳育児や離乳食の方法は、こうした基準に近づけるために今後更に取り組むべき分野であるといえる。表5-7に、ヨード添加塩を使用している世帯の割合及び6か月間の完全哺乳率の割合を示す。

表5-7 栄養状況

	6か月間の完全母乳育児率 (%)	ヨード添加塩 (>15ppm) を使用している世帯 (%)
全 国	75.6	28.3
ソグド州	77.6	12.6
ハトロン州	77.8	46.2
ゴルノ・バタフシャン自治州	44.7	62.9
ドゥシャンベ市	58.5	17.7

出所：保健省への質問票（2005年3月）を基に作成。なお、RRSは含まれていない。

なお、UNICEFが2003年に実施した調査によれば、家庭における乳幼児ケアに関する情報はほとんどなく、乳幼児の発達のために必要なケア、適切な栄養、子どもの病気の予防と処理法についての親・保護者の理解は低いことが明らかとなった。また、家庭での乳幼児のケアは母親の仕事であるとみなされ、父親の参加はほとんどない¹⁹。

5-1-4 予防接種

旧ソ連から独立した直後から、タジキスタンにおける予防接種サービスはいくつかの困難に直面した。主な問題は、ワクチン供給の停止、安全な接種のために必要な器具やコールドチェーン機材の不足、保健従事者のやる気の弱さ、医療施設の改修や医療機材購入のための予算不足などであった。しかし、今日まで予防接種プログラムを主要国家プログラムとして取り組みを行った結果、保健省データ（表5-8）によれば、過去5年間の全国の予防接種率は、三種混合、ポリオ、はしか、BCGはいずれも95%を超えている。UNICEFデータ（表5-8の括弧内）との差は大きいですが、2003年の三種混合、ポリオの予防接種率が2002年より減少していることでは、両者は一致している。2003年と2004年の予防接種率を地域別で見ると、ゴ

¹⁹ Tajikistan Review Mid-Term Summary Report 2000-2004, UNICEF, p.4

ルノ・バタフシャン自治州では、三種混合、ポリオ、はしかの予防接種率が、また、ハトロン州では、BCGの予防接種率が全国平均を下回っている。

表 5 - 8 1 歳以下の乳児の予防接種率

	2000	2001	2002	2003	2004
三種混合					
全 国	96.0	97.0	97.0 (84.0) *	96.0 (82.0) *	96.0
ソグド州	95.0	97.0	96.0	96.0	98.0
ハトロン州	97.0	98.0	97.0	97.0	95.0
ゴルノ・バタフシャン自治州	99.0	94.0	95.0	95.0	94.0
ドゥシャンベ市	98.0	98.0	97.0	97.0	98.0
ポリオ					
全 国	96.0	97.0	97.0 (85.0) *	96.0 (84.0) *	96.0
ソグド州	95.0	97.0	97.0	96.0	98.0
ハトロン州	97.0	98.0	97.0	96.0	96.0
ゴルノ・バタフシャン自治州	99.0	96.0	93.0	95.0	94.0
ドゥシャンベ市	98.0	97.0	98.0	96.0	98.0
はしか					
全 国	96.0	97.0	97.0 (84.0) *	98.0 (89.0) *	98.0
ソグド州	96.0	97.0	96.0	98.0	98.0
ハトロン州	96.0	98.0	98.0	98.0	98.0
ゴルノ・バタフシャン自治州	99.0	82.0	85.0	95.0	94.0
ドゥシャンベ市	99.0	98.0	98.0	99.0	98.0
BCG					
全 国	98.0	99.0	99.0 (98.0) *	99.0 (99.0) *	98.0
ソグド州	99.0	99.0	99.0	99.0	99.0
ハトロン州	98.0	99.0	98.0	98.0	97.0
ゴルノ・バタフシャン自治州	97.0	97.0	98.0	98.0	99.0
ドゥシャンベ市	98.0	98.0	98.0	98.0	99.0

*：UNICEF 発表の数値

出所：保健省への質問票（2005年3月）を基に作成。*は The State of the World's Children（2004及び2005）、UNICEFによる。

タジキスタン政府は、2003年9月に安全な接種に関する政策と行動計画を策定したが、それに先立ち2002年5月にドゥシャンベ市とハトロン州で実施した調査によれば、保健従事者が壊れた注射器を使用したり、注射器を使い回したりしていることが明らかになった。それによれば、農村地域の医療施設のうち48%のみが安全な接種に関する法律を遵守していること、

56.4%の医療施設が注射を行う前に肌を殺菌する止血栓を使用していないこと、39.6%が使用済みの注射器を繰り返し使用していること、が確認された²⁰。さらに、調査を行った医療施設のうち、使用済み注射針を捨てるための専用のセーフティボックスがない施設があることも明らかになった。ワクチン管理も十分ではなく、調査対象となった第1次医療施設のうち、ワクチンを冷蔵庫で保存していたのはわずか50～60%であった。

5-1-5 水・衛生

表5-9に示すUNDPの調査(2002年)によれば、安全な水とされる湧水や井戸の水を飲料している国民はわずか14%のみである。およそ1/4の国民が溪谷や灌漑堀からの水を飲用しており、58%はパイプ給水による水を飲料水としている。パイプ給水による飲料水の使用については、都市部と農村部の差は大きく、それぞれ93%と47%である。

タジキスタンにおいては、パイプ給水の水は必ずしも安全な水とはいえない。なぜならば、タジキスタンの水供給システムの65%は機能していても荒廃しており、残りは完全に故障しているからである。

表5-9 国民が飲用している水の水源

水源の種類	飲料水として使用している国民の割合 (%)
パイプ給水 (各戸給水)	58
溪谷、灌漑堀等	24
湧水、井戸	14
河川	4

出所：National Human Development Report 2003, UNDP, p.28 を参考に作成

安全な水へのアクセスの困難さは、乳幼児死亡率と栄養不足の原因となっている。WHOによれば、タジキスタンで報告されている疾病の60%が腸チフス、下痢症、赤痢、ジフテリア、肝臓炎、マラリアなどの水系感染症である。表5-10に水系感染症についての保健省データを示す。

表5-10 水系感染症の割合 (10万人当たり)

	腸チフス	下痢症	赤痢
1998年	171	999	63
1999年	120	1,213	60
2000年	71	1,377	43

保健省によれば、全国で衛生的なトイレが普及している世帯は30%、ゴミ回収・処理の普及率は48%である²¹。

²⁰ Millennium Development Goals Needs Assessment in Tajikistan (Health), MDG Needs Assessment Team, Tajikistan, 2004, pp.20-21

²¹ 保健省への質問票(2005年3月)の回答

5-2 母子保健分野の問題点

5-2-1 乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率削減のための課題

第2章で述べたとおり、タジキスタン政府は、MDGs達成に向けて取り組んでいるものの、「2015年までに5歳未満の死亡率を1990年の3分の2減少させる(ターゲット5)」こと及び、「2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の4分の3減少させる(ターゲット6)」ことは難しいであろうと予測されている。

表5-11 母子保健関連のMDGs

目標とターゲット	指 標
目標4：乳児死亡率の削減	
ターゲット5 2015年までに5歳未満の死亡率を1990年の3分の2減少させる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 5歳未満児の死亡率 ・ 乳幼児死亡率 ・ はしかの予防接種を受けた1歳児の割合
目標5：妊産婦の健康の改善	
ターゲット6 2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の4分の3減少させる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊産婦死亡率 ・ 医療従事者の立ち会いによる出産の割合

上記5-1-1～5-1-5を踏まえ、特に、MDGs4及び5を達成するために解決しなければならない問題について表5-12にまとめた。今後、プロジェクト形成プロセスの段階で行われる「問題系図」の作成に参考となると思われる。

表5-12 高い乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率の問題

<ul style="list-style-type: none"> ・ 良質の周産期ケアにアクセスできる妊産婦が少ないこと。これは、周産期ケアのレベルの低さや、交通面でのアクセスの困難さが原因である。 ・ 特に農村部においては、医療従事者の立ち会いを伴わない自宅分娩が多いこと。その理由としては、交通手段やコミュニケーション手段の不足のほか、医療環境の劣悪さや貧困がある。 ・ 農村部においては、リプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセスが困難であること。その原因としては、交通手段やコミュニケーション手段の欠如がある。こうしたサービスへのアクセスができないことによって、女性の妊娠・出産に関する知識不足がもたらされ、それは多出産や短い間隔での出産の結果を生み出す。 ・ 特に農村部においては、良質のプライマリー・ヘルス・ケアを受けることが困難であること。その原因としては、十分な技術をもった医療従事者の不足、薬品や医療機材の不足、医療施設の老朽化などがあげられる。十分な技術をもった医療従事者が不足している背景には、定期的な研修が行われていないため、子どもの病気の管理に関する知識と技術のアップデートがされないこと、医療従事者育成のためのトレーナーと研修教材が不足していること、給料が安いために、離職する医療従事者が多いことなどがある。 ・ 緊急産科ケアの技術をもった専門家が不足していること。 ・ ヘルスケア施設において衛生基準が遵守されていないこと。 ・ 子どもの病気の予防と処置及び健康に関しての知識をもっている親・保護者が少ないこと。 ・ マラリア、腸チフス、下痢などの水系感染症が多いこと。安全な水へのアクセスの困難さはこうした感染症の一因である。 ・ 乳幼児の栄養状態が悪いこと。これには、6か月間の完全母乳育児が徹底されていないことやヨード添加塩を使用している世帯が少ないことなどが原因としてあげられる。
--

5-2-2 母子保健分野のタジキスタン政府の取り組み

上記の問題を解決するために、タジキスタン政府が取り組んでいる8つの国家プログラムの概要を以下に紹介する²²。

(1) MDGs プログラム (2005 ~ 2015 年)

本プログラムのうち、2つが母子保健関連項目である。目標は、2015年までに乳児死亡率及び妊産婦死亡率を1990年のそれぞれ2/3と3/4に低下させることである。そのための最優先項目は、以下の2つである。

- 1) First medico-sanitary Aid (FMSA) の医療機関のキャパシティを向上させる。これには、特に、農村部での出産の際の出血、高血症、子癇や難産などに対する緊急助産の提供、医療機材の提供、治療や妊婦の衛生的な搬送、コミュニケーション設備が含まれる。
- 2) 6つの方法によって幼児及び妊産婦死亡率を低下させる：①母子栄養状況の改善、②母子の生存のための医療サービスパッケージ、③産科医療サービスパッケージ、④コミュニティレベルでの育児方法の改善、⑤母乳育児の推進、⑥IMCI²³

特に、IMCIについては、2001年6月に設立された共和国IMCIセンターが中心となって、UNICEF/WHOによる支援の下で現在、IMCI国家戦略の作成やIMCIリソースセンターの開設に取り組んでいる。共和国IMCIセンターの詳細については、付属資料3. 現地調査議事録 No. 20 を参照されたい。

表5-13 ミレニアムプログラム (母子保健関連)

乳児死亡率の低下 妊産婦のヘルスケアの向上 最優先項目
1. First Medico-sanitary Aid (FMSA) の医療機関の能力を向上させる。これには、特に、農村部での出産の際の出血、高血症、子癇や難産などに対する緊急助産の提供、医療機材の提供、治療や妊婦の衛生的な搬送、コミュニケーション設備が含まれる。
2. 以下によって幼児及び妊産婦死亡率を低下させる： ・母子栄養状況の改善 ・母子の生存のための医療サービスパッケージ ・産科医療サービスパッケージ ・コミュニティレベルでの育児方法の改善 ・母乳育児の推進 ・IMCI

²² 8つのプログラムのうち、貧血対策プログラムは、2002年までは個別のプログラムであったが、2003年から栄養プログラムの一部となった。また、ヨード欠乏削減プログラムと母乳育児プログラムのほか、寄生虫対策についても今後、栄養プログラムに含まれる予定である。

²³ IMCI (統合型小児疾患管理) は、乳幼児の死亡と疾病を減らすためにUNICEFとWHOによって開発された総合的なアプローチで、①保健医療従事者の育成、②保健医療システムの改善、③コミュニティにおける保健教育の推進を主要コンポーネントとする。

(2) 出生登録プログラム（2004～2006年）

WHOによる「出生」基準を2006年から全国的に導入することを目的とする。第1段階として、米国疾病予防管理センター（CDC）／USAIDの支援によって、ドゥシャンベ市全域とソグド州全域を対象にした「出生基準の定義プロジェクト」が開始された。プロジェクトの下で実施されている主な3つの活動は、①医療従事者の再教育、②医療機材の提供、③パイロット病院における国際基準の導入状況のモニタリング、である。

(3) 家族計画プログラム（2003年～）

2002年にリプロダクティブ法が採択され、2004年には戦略が策定された。戦略に基づく行動計画が2005年4月初旬に作成される予定である²⁴。本プログラムによって、地方の自治体もリプロダクティブ・ヘルスや家族計画のための活動に予算を配分するようになった²⁵。本プログラムの下で、避妊具の配布や、PHCレベルでのリプロダクティブ・ヘルス及び家族計画に関する啓発活動等が行われている。そのうち、避妊具の配布はUNFPA（国連人口基金）の支援によって実施されている。啓発活動については、2005年から導入される「社会訪問助産師²⁶」を中心として推進される。

(4) 予防接種プログラム（2003～2010年）

予防接種サービス管理の向上、安全な接種のためのPHC医療施設の能力強化、予防接種サービスの財政的安定を目的とする。2003年に予防接種サービスの財政的安定のための行動計画（2004～2010年）が策定され、国家予算の予防接種サービスに占める割合は12%となった。また、安全な接種・廃棄に関する政策が策定され、それに基づく行動計画（2003～2008年）及び、医療機関のスタッフのための安全な接種とコールドチェーン管理マニュアルが作成された。中級スタッフ対象の研修も実施されている。安全な医療廃棄物処理に関しては、すべての予防接種実施施設にはセーフティボックスが配布され、使用済み廃棄物は定期的に予防接種センターに収集され、まとめて処理されている。2001年には、UNICEFの支援によって、既に全国で予防接種手帳が導入されているが、2005年中旬には更に進んだ母子カードの導入を、最終的には乳幼児の成長のモニタリングを目的とした、日本の母子手帳のようなものを導入したいと考えている²⁷。

予防接種ワクチンに必要な費用はすべて援助機関によって賄われている。ワクチンの供給はUNICEFを通じて実施されている。このほか、WHOは主に政策策定を支援している。UNDP（国連開発計画）は、タジキスタンが2015年にMDGsを達成するために予防接種活動実施に要する費用は、今後11年間で3,800万米ドル以上であると推定している（表5-14）。

²⁴ 行動計画の各々の活動を支援してくれるドナーを探す予定である。行動計画の作成にはドナーの支援はなく、保健省が単独で作成する。母体のケアから青少年の性教育と広い範囲におよぶ。

²⁵ 必要予算の90%はUNFPAによって賄われており、残り10%のみが地方自治体による。

²⁶ 2005年中に、リプロダクティブ・ヘルス・センターと女性相談所は統合されて1つの機関となる。これに伴い、各家庭を巡回して、啓発活動をするために、助産師が「社会訪問助産師」として再教育される予定である。再教育は、医療人材卒業養成所で約6か月間行われる。1回の研修の対象者は10人ほど。こうした新しい試みに関する保健省令が2005年4月に発令される。

²⁷ 調査団とUNICEF/WHOとの合同会議（2005年3月）の際に明らかにされた。

表5-14 予防接種活動に要する費用（百万米ドル）

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	計
継続的必要経費	1.99	2.09	2.12	2.20	2.26	2.39	2.41	2.49	2.57	2.72	2.78	26.01
資本コスト	0.52	0.27	0.21	0.22	0.20	0.33	0.59	0.16	0.20	0.28	1.06	4.04
補足的活動費	0.06	4.65	0.07	0.07	3.05	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07	8.32
合計	2.58	7.01	2.39	2.48	5.51	2.79	3.07	2.72	2.84	3.07	3.91	38.37

出所：Millennium Development Goals Needs Assessment in Tajikistan (Health), MDG Needs Assessment Team, Tajikistan, 2004, p.22

(5) 母体の安全プログラム（2002年～）

本プログラムは、「清潔で安全な出産の確保」と、WHO支援による「効果的な周産期ケア協力」から成るが、前者の活動には後者のそれと重複している部分があるため、実質的には、「効果的な周産期ケア協力」のみの実施となる。本プログラムの下で2003年に、「妊娠に関する管理と緊急処置に関するプロトコル(New protocols on pregnancy management and emergency obstetric care)」が策定された。これには、出血や妊娠中毒症の場合の処置が症状のレベルごとに指導されている。その他の成果としては、①全国の医師と助産師を対象とした研修を実施したこと、②ドゥシャンベ市内の第2及び第3医院に、産婦のための部屋（出産から退院するまでのための部屋）が設置されたこと、③出産の際、妊婦の家族の立ち会いが可能となったこと、④正常分娩の可能性が高い場合には、本人の希望がない場合には薬や注射を行わなくなったこと、等が含まれる。現在は、WHOの支援を得て、正常妊娠から妊娠中毒合併症に至るまでの臨床プロトコルを作成中である。本プロトコルの下では、例えば、現在妊娠から出産まで16回行われていた定期健診は、正常妊娠の場合には4回となる。

(6) ヨード欠乏削減プログラム（2002年～）

妊婦のヨード欠乏症が早産や流産の原因であることを受け、本プログラムの下で食塩のヨード添加を義務づけた法律が2002年に策定された。日本の貧困削減基金によって、ヨード塩の製造装置が供与された。ヨード塩製造工場は、ハトロン州に2か所とソグド州に1か所ある。しかしながら、ヨード化するためのヨードの値段が高いこと、塩の中にヨードが均等に入っていないなどの問題点がある。また、ヨード化されていない塩もいまだ市場に出回っており、値段がヨード化された塩よりも若干安いことから、そちらを消費している世帯もある。

(7) 母乳育児プログラム（1998年～）

UNICEFとWHOの支援によって、6か月間の完全母乳育児が推進されている。旧ソ連時代の授乳法は、産後3時間で初めて授乳をしたあとは、3時間おきに授乳するというものであったが。現在は、産後すぐの授乳と乳児がほしがるときにはいつでも自由に授乳してよい。

2004年12月までに、全国で17の病院が「赤ちゃんに優しい病院」（表5-15の「母乳育児を成功させるための10か条」を実行している病院）として認定されている。本プログ

ラムの実施によって、乳幼児の下痢、急性呼吸器系疾患や、妊婦の出血、産婦の乳腺炎症等が大幅に減少した。

表 5 - 15 母乳育児を成功させるための 10 か条 (WHO/UNICEF 共同声明)

産科の医療サービスと新生児ケアを提供するすべての医療施設は、以下を実施する：

1. 母乳育児の方針をすべての医療にかかわっている人に常に知らせること
2. 母乳育児の方針を実行するために必要な知識や技術をすべての医療従事者に教えること
3. すべての妊婦に母子育児の利点とその方法を十分に知らせること
4. 母親が分娩後 30 分以内に母乳を飲ませられるように援助すること
5. 母親に十分に授乳の指導をし、乳児から離れることがあっても母乳の分泌を維持する方法を教えること
6. 医学的に必要がないとき以外には、母乳以外の飲み物や食べ物を与えないこと
7. 母子同部屋にすること、また乳児と母親が一日中一緒にいられるようにすること
8. 乳児がほしがるときにほしがるとのままの授乳をすること
9. 母乳を飲んでいる乳児にゴムの乳首やおしゃぶりを与えないこと
10. 母乳育児を支援するグループをつくり、退院する母親に、こうしたグループを紹介すること

出所：From Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services, A Joint WHO/UNICEF Statement, Published by the World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland

(8) 貧血対策プログラム (1996 年～)

UNICEF による人道支援として、全国の PHC やリプロダクティブ・ヘルス・センターで妊産婦、出産適齢期の女性及び生後 12 か月までの子どもに硫黄と鉄分を含んだサプリメントを提供している。2007 年までのサプリメントはあるが、その後は、再び UNICEF との協定を交わす必要がある。

第6章 母子保健分野の援助動向

6-1 概要

6-1-1 これまでの経緯

旧ソ連から独立後の1991年に勃発した内戦によってインフラがかなり破壊され、赤十字や国連機関を含む、30の援助機関が医薬品や食糧などの緊急支援を実施した。1996～2001年は、保健医療施設の改築・改修、プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）の強化と改善を目的とした援助が中心であった。援助機関間の調整はなく、各援助機関が独自に支援を実施していた。一方、タジキスタン政府の財源は乏しく、破壊された保健医療施設の改築・改修は十分ではなく、放置された施設も少なくない。そのため有能な人材が国外へ流出し、保健医療サービスの質は低下した。1991年に192米ドルであった1人当たりの医療費は、2000～2001年には1米ドルまでに落ち込んだ。なお、この時期に支援を開始した多くの援助機関は、現在も引き続き支援を実施している。

2001～2004年には、援助の中心は人道支援（医薬品、食糧等）から、長期プログラム実施へと移行した。保健分野への支援はプライマリー・ヘルス・ケアが主である。タジキスタンの経済が回復傾向にあることから、世界銀行、アジア開発銀行（ADB）、イスラム銀行、サウジ銀行、石油輸出国機構（OPEC）などから長期融資も行われるようになり（表6-1参照）、2005年には、インフラ整備として世界銀行がハトロン州とソグド州に750万米ドル、ADBがゴルノ・バタフシャン自治州、ハトロン州、RRS、ソグド州に950万米ドルの融資を開始する。2015年までに達成するインフラ整備に係る総経費は、45億米ドルと試算されている。

表6-1 保健分野における融資プロジェクト

援助機関	プロジェクト名	援助額	対象地域	援助期間
世界銀行	PHCプロジェクト	US\$550万	ドゥシャンベ市 ハトロン州	2001～2005
	PHCプロジェクト（第2フェーズ）	US\$700万	ドゥシャンベ市 ハトロン州	2005～2009
アジア開発銀行	社会セクター・リハビリテーション・プロジェクト（保健）	US\$1,000万	全 国	2000～2005
	ヘルスケア・リハビリテーション・プロジェクト	US\$950万	全 国	2005～2009
Swiss Grant	PHC強化プロジェクト	US\$1,500万	全 国	2003～2006
イスラム銀行、 OPEC	心臓病学プロジェクト	US\$800万	ドゥシャンベ市	1999～2002
イスラム銀行	ドゥシャンベ市緊急ケアプロジェクト	US\$255万	ドゥシャンベ市	2001～2003
サウジ銀行	産婦人科病院プロジェクト	US\$300万	全 国	2002～2004
ドイツ復興金融 公庫（KfW）	結核センター強化プロジェクト	150万ユーロ	全 国	2002～2003

出所：保健省質問票回答

6-1-2 援助調整への動き

2003年に大統領府直属の海外支援調整センターが設置され、2004年には、保健省次官を長とする協議会（Maternal and Child Health Coordination and Communication Committee）が構成された。協議会の目的は、同じ地域、支援分野において援助機関の活動が重複しないように調整することである。活動に関する進捗状況の管理は保健大臣が行う。構成メンバーは、保健省次官、保健省保健課長、同課チーフ専門家のほか、タジキスタンの母子保健分野において活動している11の国際援助機関とタジキスタンのマスコミの代表者である。国際援助機関は、UNICEF、WHO、USAID、FAO、UNFPA、WFP、CARE International、Save the Children (US)、国境なき薬剤師、Action Against Hunger、アガ・カーン財団（Aga Khan Foundation）である。協議会は、四半期に1度、保健省次官が召集し、各援助機関からの活動の進捗状況の報告や問題・課題などに関する協議が行われる。

6-1-3 最近の援助動向

タジキスタンで活動する援助機関の支援分野及び活動は以下の4つに要約できる。

- ① 政策や戦略策定：国家プログラムへの支援や法の整備への支援等
- ② 人材育成：研修の実施が主な活動で、対象は、その目的によって省庁の政策担当者・管理者レベル、保健医療従事者、コミュニティのフォーカルポイント等
- ③ 啓発活動：プロジェクト目標を達成するために必要とされる、コミュニティの人々の動因（例えば、ワーキンググループやタスクフォースの設立）や、子どもの親・保護者を対象にした啓発用資料の作成等
- ④ 機材供与：医療施設への医療機材、薬品、ワクチン等の供与、インフラ整備等

援助の裨益効果を高めるためには、こうした4つの活動の組み合わせによる総合的なアプローチを採用することが必要とされる。しかしながら、各援助機関は比較優位性をもっていると同時に、支援への限界もある。タジキスタンにおいては、多くの援助機関が母子保健分野で活動しており、各援助機関がその比較優位性を生かして得意分野での活動を行うと同時に、不足している部分については、その部分で比較優位性を有している他の援助機関と密接なパートナーシップを構築することによって、援助の裨益効果を高めようとする試みが確認された。特に、政策や戦略策定への支援や政策決定者・管理職への人材育成や啓発活動を主に行う国際機関と、コミュニティの人々の動因や啓発活動、また草の根レベルでの人材育成を行うNGOとのパートナーシップが特徴である。二国間援助機関に対しては、国際機関やNGOでは十分に行えない財政支援や機材供与などのハード面への支援への期待が大きい。USAIDのタジキスタンへの支援は、Save the Children (US)やCARE Internationalなどの国際NGOによるプロジェクトへの財政的な支援及び農村の医療施設への小規模医療機材の供与に限定されている。また、これまでのJICAの支援は、UNICEFを通じたワクチン及び薬品の供与や、ディアコフ病院への機材供与が主である。

主な援助機関の母子保健分野における支援状況を表6-2に示す。日本の支援に関しては、第7章を参照されたい。

表 6-2 保健分野における主な援助状況

援助機関	プロジェクト／プログラム名	援助額 (万米ドル)	対象地域	援助期間
HIV/AIDS、 結核、マラリア 対策基金	HIV/AIDS 防止戦略支援プロジェクト	40	全 国	2004
	結核対策プログラム	240	全 国	2005～2010
UNICEF	母子の生存・成長・保護プログラム	230	ドゥシヤンベ市 ソグド州	2004
UNFPA	情報システム及びリプロダクティブ・ ヘルス・サービス強化プロジェクト	30	全 国	2004
	青少年のリプロダクティブ・ヘルス改 善プロジェクト	10		
WHO	薬学分野強化プロジェクト	230	全 国	2004
	緊急事態のための準備プロジェクト			
	マラリア対策プロジェクト			
SDC	ヘルスケアシステム及び家庭医学改革 プロジェクト	390	全 国	2003～2006
	ヘルスケア改善プログラム（薬学セク ター管理、リプロダクティブ・ヘルス、 ゴルノ・バタフシャン自治州のヘルス ケアプロジェクト等）		バルゾブ、 ダンガラ地区	
CDC	WHO「出生」基準導入プロジェクト	230	ドゥシヤンベ市 ソグド州	2004
Save the Children (US)	家族の健康プロジェクト	—	ドゥシヤンベ市 ハトロン州	2002～2006
	子どもの生存プロジェクト			

出所：保健省への質問票（2005年3月）に対する回答及び各援助機関への聞き取り調査を基に作成

以下6-2では、Maternal and Child Health Coordination and Communication Committee のメンバーである11援助機関のうち、質問票への回答があった6援助機関の援助状況を詳しく紹介する。なお、付属資料3. 現地調査議事録（No.34～41）も照会されたい。

6-2 主な援助機関の取り組み

6-2-1 国連児童基金（UNICEF）

(1) UNICEF の概要

UNICEF は 162 の国や地域において活動を行っており、各支援国において通常 5 年から成る支援プログラム（カントリープログラム）の計画・立案、実施、モニタリング・評価を実施している。カントリープログラムをデザインする際に考慮される主なものとしては、①「児童と女性の現状分析（Situation Analysis of Children and Women : SITAN）」や、「国別共通アセスメント（Common Country Assessment : CCA）¹」で明らかになった児童と女性に関して解決が急がれる問題、②中期戦略プラン（Medium Term Strategic Plan : MTS）

であげられている UNICEF が取り組むべき 5 つの最優先項目（女子教育、乳幼児の総合的ケア、予防接種、HIV/AIDS の撲滅、暴力・搾取・虐待・差別からの児童の保護）、③国家目標及びミレニアム開発目標（MDGs）、④「児童の権利条約」や「女性差別撤廃条約」などの人権に関する条約、⑤「国連開発援助枠組み（United Nations Development Assistance Framework：UNDAF）」で示されている国連機関全体として取り組むべき優先課題がある。

(2) タジキスタンにおける主な活動と成果（2000～2004年）

タジキスタンにおいては、2000年から2004年までのカントリープログラムが終了し、2005年から新規カントリープログラム（2005～2009年）が開始された。前期カントリープログラム（2000～2004年）は、Mother and Child Survival, Development and Protection Programme（母子の生存・成長・保護プログラム）、Child Enrichment Programme（基礎教育、水・衛生教育、子どもの保護関連のプログラム）、Young People's Well-being Programme（HIV/AIDSを含む、青少年の健康関連のプログラム）の3つのプログラムから構成されていた。

母子保健関連のプログラムである、「母子の生存・成長・保護プログラム」は、乳幼児の総合的ケア（Integrated Early Child Development：IECD）²と予防接種拡大（Immunization Plus）の2つのプロジェクトから成る。プロジェクトの概要を表6-3に示す。

¹ 被援助国において、社会経済開発の優先課題についての現状・問題分析を実施すること、又はその成果である報告書。CCAの作成は各国の国連開発グループの合同チームが責任をもつことになっているが、その作業形態には、被援助国政府との共同実施、その他の多国間・二国間援助機関若しくはNGOを含めた共同実施など幅がある。

² 乳幼児の身体的及び精神的な成長を実現するためのプロジェクトで、そのコンポーネントは、妊産婦ケア、IMCI、栄養、水・衛生、乳幼児の情緒的・社会的な発達のための早期ケア、就学前教育等である。

表 6 - 3 UNICEF 前期カントリープログラムの母子保健関連プロジェクトの概要

プログラム 目標	妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率が低下する。
プロジェクト 目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療サービスの質が向上し、プロジェクト対象地区の世帯が良質の母子保健サービスを受けることができる。 ・ 予防接種率が拡大する。 ・ 乳幼児の親・保護者の育児に関する知識と実践が改善する。
主な成果	<ul style="list-style-type: none"> ① 効率的な周産期ケア推進及び出産に関する新しい政策が策定された。 ② 2003年に食塩のヨード添加を義務づけた法律が採択された。 ③ 2003年に「妊娠に関する管理と緊急処置に関する議定書 (New protocols on pregnancy management and emergency obstetric care)」が策定された。 ④ 2004年にWHOの「出生」に関する基準が採用された。また、CDCとUSAIDとの協力により、乳幼児死亡に関するモニタリング計画が策定され、2つのパイロット地区で実施状況のモニタリングが行われた。 ⑤ 2003年12月に実施された政府によるビタミンA補給キャンペーンを支援し、すべての5歳以下の乳幼児にビタミンA補給を行った。 ⑥ 2004年9～10月に実施されたはしかの予防接種に関する全国キャンペーンを支援し、300万人の子どもに予防接種を行った。また、通常の予防接種計画において、2歳以下の乳幼児14万5,000人に、7種の予防接種を行った。結果、はしか及び三種混合の予防接種率は84%に達した。 ⑦ 母乳育児に関する3万8,000部の冊子、2,000部のパンフレット、3,000冊の本、1,000枚のポスターが全国の医療機関（及び住民）に配布された。 ⑧ 2004年末までに17産科病院が「赤ちゃんにやさしい病院 (Baby-friendly Hospital)」として認定された。
主な活動	<ul style="list-style-type: none"> ① 調査・研究の実施 ② ガイドライン／モジュールの作成と研修（表6-4参照）の実施： <ul style="list-style-type: none"> ・ Better Parenting Initiatives（2003）のための新しいモジュールの作成とパイロット地区における訪問看護師の研修 ・ IMCIに関する研修のためのガイドラインの作成と乳幼児死亡率が高い地区における研修 ・ 安全な接種に関するカリキュラムの作成と保健従事スタッフへの研修 ③ 啓発活動 <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種（はしか撲滅のための全国キャンペーンを含む） ・ 母乳育児（全国メディアキャンペーンを含む） ④ 母子の栄養改善に関する国家プログラムの支援：ビタミンA補給、食塩のヨード添加、小麦粉の栄養強化、貧血対策等 ⑤ 国家予防接種プログラムへワクチンの供給及びコールドチェーンシステムの改善 ⑥ 国家「出生」登録プログラムの支援（WHOとの協力）

出所：Country Note (E/ICEF/2004/P/L.17/Rev.1), 1 November 2004, UNICEF 及び現地 UNICEF 事務所への聞き取り調査を基に作成

表 6 - 4 過去 5 年間に実施された年次研修の概要

分野	研修期間	参加人数	費用 (米ドル)
IMCI	18 日	90	10,000.00
安全な出産／周産期ケア	5 日	100	9,500.00
BF (赤ちゃんにやさしい)／周産期ケア	5 日	120	9,000.00
EPI (予防接種拡大プログラム)	5 日	350	18,000.00

また、本調査の対象である水・衛生分野の活動は、Child Enrichment Programme のなかで実施されている。農村部における安全な水へのアクセスの改善を目的として、15 のパイロット地区で Small Community-Managed Water Supply プロジェクトが実施された。また、2004 年末までに、コミュニティにおける水質のモニタリングと水源の管理が改善された。さらに、コミュニティの住民によって、水・衛生設備の管理が維持され、15 のパイロット地区の農村にある学校の 30% が水供給と衛生に関する技術を採用した。

(3) 今後 5 年間の活動 (2005 ~ 2009 年)

現行のカントリープログラム (2005 ~ 2009 年) のうち、母子保健分野のプログラムは、表 6 - 5 に示すとおり、「IECD / 栄養」プロジェクトと「予防接種拡大」プロジェクトから構成される。「IECD / 栄養」プロジェクトの下では、更に 3 つのサブ・プロジェクトが実施される。プロジェクト費用はそれぞれ、375 万 5,600 米ドル及び 460 万 2,100 米ドルである。

表 6-5 UNICEF 新規カントリープログラムにおける母子保健関連プロジェクトの概要

プロジェクト名	プロジェクト目標	対象地域	パートナー
IECD / 栄養 プロジェクト	<ol style="list-style-type: none"> 1. IECD と MCH に関する政策及び戦略が策定され国家と地方レベルで実施されるようになる。 2. 15 地区に住む 70% の親・保護者の子どもの育児に関する知識と実践が改善される。 3. 5 地区の全世帯が、改善された医療サービス（産前産後のケア、医療機関における安全な出産を含む）にアクセスができる。また、15 地区に住む妊婦の少なくとも 80% が、研修を受けた分娩介助者によって良質のケアを受ける。 4. 国の全世帯がヨード添加塩を使用するようになり、少なくとも 90% の家庭で鉄欠乏性貧血緩和や ビタミン A 補給等のためのサプリメントを摂取する。 	<p><u>RRS :</u> Dushanbe Hissar, Rasht, Rudaki, Shakrinav</p> <p><u>ハトロン州 :</u> Bokhtar, Vakhsh, Kolkhozobod, Kabodiyon, Hamadoni</p> <p><u>ソグド州 :</u> Bobojon, Gafurov, Panjaket, Asht, Isfara, Konibodom</p>	<p>保健省 Pediatric Association Action Against Hunger (AAH) Healthy Life Style Center</p>
予防接種拡大 プロジェクト	<ol style="list-style-type: none"> 1. 親・保護者が予防接種の重要性を認識する。 2. すべての地域での予防接種率が少なくとも 90% 以上になり、それが維持される。 	全 国	<p>保健省 Republican Immunoprophylaxis Cenetr</p>

出所：UNICEF タジキスタン現地事務所への質問票の回答を基に作成（原文は英語）

6-2-2 国連人口基金（UNFPA）

(1) UNFPA の概要

UNFPA は、開発途上国の人口政策を支援する世界最大の援助機関として 1969 年に活動を開始して以来、開発途上国に対して 60 億米ドルの援助を行ってきた。現在の活動は、エジプト、カイロでの国際人口開発会議（1994 年）で採択された「行動計画」（表 6-6 参照）と国連人口特別総会（1999 年）であげられた数値目標（表 6-7 参照）と、これらを反映したミレニアムサミット（2000 年）で採択された「ミレニアム開発目標（MDGs）」を活動の基礎としている。こうした目標を達成するために主に 3 つの分野を行っている。リプロダクティブ・ヘルスに関する活動には、母子保健の推進、家族計画に関する情報やサービスの提供、不妊のカウンセリング、HIV/AIDS を含む性感染症の予防と治療、危険な中絶後のヘルスケアが含まれる。人口と開発戦略に基づく活動では、人口関連のデータ収集・分析・調査に対する協力を通じて包括的な人口政策の策定・実施・評価を支援し、アドボカシー活動では、人口と開発問題に対する人々の理解を促進し、そうした問題を解決するために必要な人的・財政的リソースを動員する。

表 6－6 国際人口開発会議で合意された目標

- ・2015年までに、すべての人が家族計画を含む「リプロダクティブ・ヘルス」ケアを受けられるようにする。
- ・2015年までにすべての人が初等教育を受けられるようにする。
- ・2015年までに、乳幼児死亡率を出生1,000に対し35未満に、5歳未満の乳児死亡率を同45未満に引き下げる。
- ・2000年までに、妊産婦死亡率を1990年レベルの半分にまで引き下げ、2015年までに更にその半分に引き下げる。
- ・2015年までに、平均寿命を75歳以上に引き上げる。

表 6－7 国連人口特別総会で合意された目標

- ・2005年までに、成人女性・女兒の非識字率を1990年レベルの半分にする。
- ・2010年までに、すべての児童の90%以上が初等教育を受けられるようにする。
- ・2005年までに、プライマリー・ヘルス・ケアや家族計画を提供する施設の60%は、可能な限り多様で、安全かつ効率的な家族計画の方法、基本的な産科医療、性感染症を含む生殖器系感染症の予防法と管理法、感染を予防するためのバリア法を提供するようにする。2010年までには施設の80%がこのようなサービスを提供するようにする。
- ・2005年までに、世界全体では、全出産の80%が、特に妊産婦死亡率が非常に高い地域では、少なくとも全出産の40%が、専門技能者（助産師など）の立ち会いの下で行うようにする。
- ・2005年までに、満たされていない避妊薬（具）のニーズを半分に減らし、2010年までに75%改善し、2015年までには100%改善する。
- ・2015年までに、15歳から24歳までの若い世代の90%がHIV感染を防ぐために必要な情報やサービス（コンドーム、自由意志による検査、及びカウンセリングや追跡検査・検診など）を利用できるようにする。

(2) 1993～2000年のタジキスタンにおける活動

UNFPAのタジキスタンへの支援は、中央アジア地域（アゼルバイジャン、カザフスタン、キルギス、タジキスタン、トルクメニスタン、ウズベキスタン）プログラム（1995～1999年）として開始された。タジキスタンへの援助額は、250万米ドルであった。中央アジア地域プログラムの目的は、リプロダクティブ・ヘルスに関する情報とサービスへのアクセスを改善し、リプロダクティブに関する政策を強化することであった。タジキスタンにおいては、ドゥシャンベ市とハトロン州のリプロダクティブ・ヘルス・センターにおけるサービスが強化されたほか、全国教育・広報活動（IEC）キャンペーンが実施された。また、人口研究センター（後の共和国人口研究所）を設立した。

医療施設等への避妊具の供与は1993年から、人道緊急支援及び「リプロダクティブ・ヘルス・サービスの改善及び家族計画サービスへのアクセス拡大プロジェクト（Improvement of Reproductive Health Services and Expanding Access to Family Planning Services Project）」の下で実施されてきた。表6－8に1994～2000年に実施されたタジキスタンへの避妊具供与の状況を示す。

表 6 - 8 UNFPA による避妊具供与

(単位：個)

	子宮内避妊具	経口避妊薬	コンドーム	注射法	殺精子剤	ペッサリー
1994～1997年	502,800	242,000	1,512,000	181,000	—	—
1998～1999年	35,000	74,600	1,353,000	128,000	10,800	5,472
2000年	20,000	19,200	432,000 14,688 (女性用)	25,000	—	—

出所：Rapid Assessment of the Current Condition of the Reproductive Health Service of the Republic of Tajikistan, 2000, WHO, p.58

(3) 2000～2004年カントリープログラム

他の国連機関と同様、タジキスタンにおいて2000年にカントリープログラム（表6-9参照）を開始した。

表 6 - 9 UNFPA の対タジキスタンカントリープログラム（2000～2004年）の概要

プロジェクト目標	<ul style="list-style-type: none"> ・タジキスタン政府がリプロダクティブ・ヘルスに関する政策と戦略を策定することを支援する。 ・以下 a) ～ g) を通じてリプロダクティブ・ヘルス・ケアを改善する。 <ul style="list-style-type: none"> a) リプロダクティブ・ヘルス・サービスネットワークを拡大する。 b) 安全な出産と家族計画を強化する。 c) 住民の行動様式を変えるためのキャンペーンを実施する。 d) 避妊具管理に関する情報システムを強化する。 e) 青少年のリプロダクティブ・ヘルス教育を実施する。 f) 共和国人口研究所のキャパシティ・ビルディングを行う。 g) ジェンダー平等と女性のエンパワーメントを促進する。
主な成果	<ul style="list-style-type: none"> ① リプロダクティブ・ヘルスに関する研修機関の能力が強化された。 ② ハトロン州及びソグド州の医療保健スタッフを対象とした5～7日間の年次研修が行われた。 ③ リプロダクティブ・ヘルス用具の供与が引き続き行われた。 ④ ソグド州政府は避妊用具の調達と配布のために必要な予算を割り当てるようになった。 ⑤ リプロダクティブ・ヘルスに関する知識・態度・行動調査（KAPS）（2003年）と人口問題に関する調査（2002年）を実施し、避妊具管理に関する情報システムを強化するために必要なデータが収集・分析された。 ⑥ 家族計画の重要性について広く認識されるようになった。 ⑦ NGO（Gender and Development）の2つのプロジェクト（「青少年のリプロダクティブ・ヘルスの強化プロジェクト」及び「人口とリプロダクティブ・ヘルス及びジェンダーに関するアドボカシープロジェクト」）を支援した結果、青少年のセクシュアル／リプロダクティブ・ヘルスへの理解が高まった。

出所：質問票の回答（2005年3月）を基に作成

(4) 今後5年間の活動（2005～2009年）

5年間の新規カントリープログラムが2005年に開始された。母子保健関連の2つのプロジェクト、「総合的リプロダクティブ・ヘルス・プロジェクト（Comprehensive Reproductive Health Project）」及び「青少年の行動様式変化のためのキャンペーン・プロジェクト（Behavior Change Campaign for Youth Project）」の概要を表6-10に示す。プロジェクト地域は、ハトロン州、ソグド州、共和国直轄地域（RRS）であり、年間のプロジェクト予算は、前者が32万米ドル、後者が12万米ドルである。

表6-10 UNFPA新規カントリープログラムにおける母子保健関連プロジェクトの概要

プロジェクト名	プロジェクト目標	主な活動	パートナー
総合的リプロダクティブ・ヘルス・プロジェクト	より多くの人々が良質で、ジェンダー配慮されたリプロダクティブ・ヘルスに関する情報、カウンセリング、サービスを受けられるようになる。	<ol style="list-style-type: none"> 1. リプロダクティブ・ヘルスに関するタジキスタン政府の能力を強化する。 2. 避妊具供給に関する情報管理システムを設立/改善する。 3. リプロダクティブ・ヘルスを行っている医療施設に現代的な避妊具を供与する。 	保健省、国境なき薬剤師 ローカル&国際 NGO
青少年の行動様式変化のためのキャンペーン・プロジェクト	セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ヘルスの権利に関する青少年の理解が高まる。	<ol style="list-style-type: none"> 1. IEC キャンペーンを実施する。 2. 中等教育に家族生活に関する科目を導入する。 3. ローカルNGOのキャパシティ・ビルディングを行う。 	ローカルNGO、 メディア、イスラム大学

出所：質問票の回答（2005年3月）を基に作成

6-2-3 USAID

(1) タジキスタンで実施中の保健プログラム

プライマリー・ヘルス・ケアの質の向上及びプライマリー・ヘルス・ケア・サービスへのアクセスの改善を目的として、Health and Population Programme（1992～2005年）が実施されている。プログラムコンポーネントは、①ヘルスケアを受ける権利と責任に対する住民の認識の改善、②母親、子ども、及び感染症患者に対するケアの質の向上、③保健システムの改革（プライマリー・ヘルス・ケア分野への人的・財政的リソースの配分増加）、④国際標準に沿った法や政策の策定である。表6-11に、2002～2003年に実施されたプログラムの内容を、表6-12にこれまでの活動の成果を示す。

表 6 - 11 2002 ~ 2003 年に実施されたプログラムの概要

2002 年プログラム
<ul style="list-style-type: none"> ・ Quality Primary Health Project を通じて、コミュニティで活動している NGO との協力によって、良質のケアへのアクセスについて住民に啓発 ・ 医師の技術を向上させるための家庭医学研修を実施 ・ 治療費支払いに関する新しい国家システムの導入 ・ 研修及び短期化学療法を用いた直接監視下治療（Directly Observed Treatment, Short Course : DOTS）のモニタリングを通じて、結核治療に関する活動の支援
2003 年プログラム
<ul style="list-style-type: none"> ・ 安全な血液、結核ラボ及び疫学に関する研修、HIV/AIDS の調査を支援 ・ HIV/AIDS 予防プログラムにおいては、特にコンドームの流通、薬物感染の予防に焦点をあてるとともに、感染する可能性の高いグループへのプログラム介入を実施 ・ マラリア感染に関する調査とマラリア治療に関する活動への支援とともに、マラリア予防に関する住民の意識を高めるための啓発活動を実施 ・ Family Medicine Training Center が行うローカルトレーナーへの研修を支援 ・ 助産師やその他の出産介助者への研修及び基礎保健教育プログラムを通じて、リプロダクティブ・ヘルスと家族計画を推進、農村住民の栄養不足を予防し、プライマリー・ヘルス・ケアへのアクセスを改善

出所：Programme Date Sheet 119-0320 及び USAID 現地事務所での聞き取り調査を基に作成

表 6 - 12 USAID のこれまでの活動の成果

- ① プライマリー・ヘルス・ケアのモデルクリニックが開院した。クリニックには、USAID の実施する研修を受けた医師と看護師が配置され、新しい医療機材も投入された。
- ② 研修に関して、The Republican Training Center for Family Medicine (ドゥシャンベ市) とのパートナーシップを確立した。また、2001 年には、USAID ファンドによって、コロラド州ボルダーのコミュニティ病院から保健省へ機材供与と、プライマリー・ヘルス・ケア医療従事者を対象とした、家庭医学と緊急医療サービスに関する研修が行われた。
- ③ WHO との協力によって、結核予防と治療に関するアセスメントが行われた。アセスメントの結果、WHO Global Drug Funds (GDF) によって結核の薬が供与され、ドゥシャンベ市の 2 つのサイトで DOTS が開始された。
- ④ USAID の支援によって、タジキスタン政府へ Global Alliance Vaccines Initiative ファンドが供与され、それによって出生時の B 型肝炎予防接種が推進された。
- ⑤ WHO の Roll Back Malaria Programme を支援した結果、2000/2001 年に登録されたマラリア感染が 60% 減少した。
- ⑥ HIV/AIDS に関する調査及び研修が開始された。具体的には、リトアニアのモデル Harm Reduction サイトへのタジキスタン政府職員の研修旅行を支援したほか、中央アジアにおけるコンドーム市場流通に関するアセスメント及びワークショップが実施された。また、UNICEF 及び国連エイズ合同計画 (UNAIDS) との協力の下、HIV/AIDS 予防に関する中央アジア・イニシアティブ会議が開催された。
- ⑦ バルゾブ地区の約 5,000 人の女性が、母乳育児と幼児の食事に関して看護師から教育を受けた。また、幼児の栄養不足に関する調査が実施された。
- ⑧ 2000 年から 2004 年までの期間中、栄養、プライマリー・ヘルス、水・衛生、IMCI に関する研修が合計 16 週間実施され、プライマリー・ヘルス・センターの医療従事者、ヘルスセンターの看護師及び助産師、合わせて 355 人が参加した。また、IMCI に関する 8 日間の研修がハترون州 Vose と Temurmalik 地区で実施され、医師と看護師合わせて 250 人が参加した。
- ⑨ 保健省の栄養に関する調査 (2004) 年を支援したほか、UNICEF との協力により複数指数クラスター調査 (2005 年) を実施した。

出所：Programme Date Sheet 119-0320 及び USAID 現地事務所での聞き取り調査を基に作成

(2) NGO 実施による USAID 母子関連プロジェクト

USAID による NGO への資金援助によって、タジキスタンで現在実施中のプロジェクトは表 6 - 13 のとおりである。

表 6-13 NGO 実施による USAID プロジェクトの概要

プロジェクト名	プロジェクト目標	対象地域	期 間	予 算 (米ドル)	パートナー
栄養改善&リハビリテーションプロジェクト (Action Against Hunger)	医療従事者の研修を通じて栄養不良を予防する。また、プライマリー・ヘルス・ケアを促進する。	ハトロン州 19 地区 (Sarband、Sovietsky、Kolkhozobod、Jilikul、Khojamaston、Vose、Kumsangir、Kabodian、Beshkent、Bokhtar、Gozimalik、Moskovski、Farhor、Shurobod、Pyanj、Vakhsh、Kulob、Shaartuz、Muminobod)	2000～ 2005 年	848,653	保健省 UNICEF WFP ECHO
子どもの生存プロジェクト (Mercy Corp)	5 歳以下の子どもと母親の健康を改善する。	Kanibadam と Asht Zafarabad 地区及びソグド州の Isfara 地区	2004～ 2008 年	1,800,000	保健省 UNICEF WHO Aga Khan Care Save the Children (US)
出生基準の定義プロジェクト (CDC)	WHO の「出生」基準を採用する。	ドゥシャンベ市及びソグド州	2004～ 2005 年	150,000	保健省 UNICEF
Abt Associates/ Zdrav Plus プロジェクト	ハトロン州のヘルスケアサービスを改善し、住民が良質のケアを受けられるようになる。	ハトロン州	2004～ 2005 年		WHO

6-2-4 CARE International

(1) CARE Tajikistan の概要

タジキスタンにおいて 1994 に活動を開始した。主に農村部のコミュニティとのパートナーシップによって、貧困層やその他の社会的弱者のキャパシティ・ビルディングを通じて人々が安全で尊厳のある生活ができるようにすることを活動目的とする。主な支援分野は、保健のほか、教育、コミュニティ開発、農業、自然災害、マイクロクレジット、女性のエンパワーメント、食糧供給に及ぶ。支援対象地域は、ハトロン州 (Yovon Khuroson、A. Jomi) 及びドゥシャンベ市 (Vahdat、Varzob、Hissor、Shahrinav、Tursunzoda、Leninskii) である。

(2) 2000～2004年に実施された保健プロジェクト

2000～2004年の保健分野における主な活動は、以下の4つである。

- ① 貧血症の妊婦及び授乳中の母親への食物の配給
- ② 第1次及び第2次医療施設での緊急助産の改善
- ③ リプロダクティブ・ヘルスに関する知識の向上
- ④ IMCI
 - ・子どもの病気の治療の質の改善
 - ・子どもに多い病気に対する予防へのコミュニティレベルでの向上
 - ・母乳育児の推進
 - ・家庭における子どもの病気の治療・治癒と栄養の改善

具体的なプロジェクト（援助機関からの資金によって実施）を表6-14に示す。

表6-14 CAREによる保健分野のプロジェクト（2000～2004年）

プロジェクト名	期 間	ドナー名	資金(米ドル)
FEMMEプロジェクト	2000年4月～2004年4月	Bill & Melinda Gates	680,803
RHIPプロジェクト	2001年6月～2004年7月	米国農務省(USDA)	207,948
バルゾブ地区 プロジェクト	2001年4月～2003年3月	USAID	224,006

(3) 主な成果

CARE Internationalによるこれまでの5年間の活動の成果は、医療機材の供与と保健医療従事者への研修の実施（教材の開発を含む）である。

医療教材については、バルゾブ地区のすべての第1次医療施設（合計33施設）へ基本的な医療機材が供与された。研修における成果は以下に要約される。

- ① 2つのIn-house研修チームが組織された。
- ② ドゥシャンベ市の第1産科と第2産科に人命救助法に関する研修拠点がつくられた。
- ③ (CARE既存の)人命救助法に関するモジュールがタジク語に翻訳された。モジュールの全国レベルでの使用に関し保健省から承認された。
- ④ リプロダクティブ・ヘルス／家族計画及び子どもの健康と栄養に関する教育資料が作成された。
- ⑤ 研修（表6-15）が実施された。

表 6 - 15 研修の概要 (2000 ~ 2004 年)

分野	時期	研修期間	対象地区	受講対象	人数
IMCI	2004 年	9 日	Yavan、Vakhdat	小児科医	1,600
子どもの健康・ 栄養、衛生	2004 年	3 日		コミュニティを中心に活動している組織のメンバー	29
家族計画	2003 ~ 2004 年	3 日	Rudaki、Vakhdat	プライマリー・ヘルス・ケア 施設の職員	127
リプロダクティブ・ヘルス	2002 ~ 2004 年	5 日			225
人命救助法 (基礎)	2001 ~ 2002 年	2 週間	Rudaki、Vakhdat、 Bokhtar	看護師、助産師等	69
人命救助法 (応用)	2001 ~ 2002 年	4 週間	Rudaki、Vakhdat、 Bokhtar	地区中央病院の産科医、婦人科助産師	62
母親の栄養と貧血症	2000 ~ 2003 年	2 日	Rudaki、Varzob、 Yavan、Shahrinav、 Tursunzade、Gissar	地区の保健医療従事者	4,620

(4) 現在実施中のプロジェクト

上記 3 つのプロジェクトに加え、現在、Food and Agriculture Consortium for Tajikistan (食糧と農業のコンソーシアム) と Food Aid Consortium for Tajikistan (食糧支援コンソーシアム) が CARE International のほか、Mercy Corps、Save the Children (US) 及びタジキスタン側カウンターパートの合弁で立ち上げられている。USDA が両コンソーシアムに資金協力しており、前者は 43 万 6,784 米ドル、後者は 86 万 2,034 米ドルの資金をもつ。各コンソーシアムの活動概要は表 6 - 16 のとおり。

表 6 - 16 食糧関連コンソーシアムの概要

コンソーシアム名	食糧と農業	期間	2003 年 10 月～2006 年 3 月
対象地域	Yavan (ハトロン州) 及び Vakhdat (RRS)		
上位目標	農村部の人々がより多くの食物を確保することによって生計が向上し、5 歳以下の乳幼児の健康と栄養を改善する。		
目 標	<ol style="list-style-type: none"> 1. より多くの 5 歳以下の乳幼児が良質の保健医療サービスにアクセスする。 2. 5 歳以下の乳幼児の親・保護者が子どもの健康と栄養に関するケアを理解する。 		
活 動	<ol style="list-style-type: none"> 1. プライマリー・ヘルス・ケア施設の小児科の医師と看護師を対象にした IMCI 研修 2. コミュニティを中心に活動している組織のメンバーを対象にした乳幼児の栄養に関する研修 3. 乳幼児の健康と栄養に関する教育資料の配布 		
コンソーシアム名	食糧支援	期間	2004 年 10 月～2009 年 9 月
対象地域	Yavan (ハトロン州) 及び Vakhdat, Varzob, Gissar (RRS)		
上位目標	慢性の食糧不足を解消し、貧困層のコミュニティと世帯が安定することを上位目標とする。		
目 標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健康と栄養を考えた食物摂取を行う。 2. コミュニティの住民が栄養のある食物を十分に得られるようになる。 3. 教育レベルを向上させる。 		
活 動	<ol style="list-style-type: none"> 1. ヘルスセンターが良質の母子保健・栄養サービスを提供できるようキャパシティを向上させる。具体的には、プライマリー・ヘルス・ケア施設の保健医療従事者向け母子保健・栄養、衛生に関する研修。また、医療施設への基本的な医療機材の供与と建物の修復のための小規模の資金供与 2. 子どもの健康、栄養、衛生に関する教師向け研修 3. 子どもの健康、栄養、衛生に関する教育資料の作成と配布 4. 妊婦と授乳中の母親及びプライマリー・ヘルス・ケア施設への食糧配給 		

出所：質問票の回答を基に作成

6 - 2 - 5 Save the Children (US)

(1) Save the Children (US)の概要

タジキスタンでの支援は、1992年に緊急支援分野において開始された。農村部のコミュニティの人々を動因するための戦略・活動や、人々の行動様式の変化をもたらすための戦略・活動を得意とする。特に、HIV/AIDS 分野における経験が豊富である。

(2) 母子保健分野の現行プロジェクト (2002～2006年)

USAID資金で Save the Children (US)が実施しているプロジェクトには、Healthy Family Project (家族の健康プロジェクト)と Child Survival Project (子どもの生存プロジェクト)がある。主なパートナーは、Project Hope、American Red Cross、Futures Group、JHPIEGO、American College for Nurses & Midwives である。プロジェクトの中間評価が2005年4月

に実施される。各プロジェクトの概要を表6-17に紹介する。

表6-17 Save the Children (US)の母子保健分野のプロジェクトの概要

プロジェクト名	家族の健康プロジェクト
対象地域	Shartuuz、Vakhsh、Mominobod、Hamodoni、Kulyab（第1フェーズ）、Bokhtar、Kokhzabad、Pianj、Voseh、Shurobod（第2フェーズ）
プロジェクト目標	医療サービスの向上によってハトロン州の母子保健及びプライマリー・ヘルス・ケアを改善する。
成 果	1. コミュニティの人々がヘルスケアに関する権利と責任を認識する。 2. 母子保健及びリプロダクティブ・ヘルスの質が向上する。
プロジェクト名	子どもの生存プロジェクト
対象地域	Panjikent、Aini
プロジェクト目標	ハトロン州の5歳以下の子どもの死亡率及び妊産婦死亡率を低下させる。母子の健康に関する政策を改善する。
成 果	1. 母子保健分野に関する人々の知識が向上する。 2. コミュニティを中心に活動している団体が、5歳以下の子どもと母親の健康に関する優先事項を打ち出すキャパシティが向上する。 3. 農村部の医療施設が良質の母子保健サービスを提供できるようになる。
活 動 (両プロジェクト に共通)	1. 安全な出産、リプロダクティブ・ヘルス、子どもの健康に関する啓発と コミュニティの人々の動因 2. 医療機材の供与 3. 保健医療従事者のキャパシティ・ビルディング 4. 政策策定

出所：質問票への回答及び現地事務所への聞き取り調査の結果を基に作成

6-2-6 Aga Khan Foundation

(1) 母子保健分野の現行のプロジェクト（2002～2006年）

アガ・カーン財団（Aga Khan Foundation）は、現在ゴルノ・バタフシャン自治州を対象とした4つのプロジェクトを実施中である（2002～2006年）。このうち、母子保健関連のプロジェクトは、「リプロダクティブ・ヘルス及び子どもの生存プロジェクト（Reproductive Health and Child Survival Project）」と、「アガ・カーンヘルスサービスプロジェクト（Aga Khan Health Services Proect）」である。プロジェクト予算はそれぞれ、2万米ドルと880万米ドルである。各プロジェクトの概要を表6-18に紹介する。

表 6 - 18 Aga Khan Foundation の母子保健分野プロジェクトの概要

プロジェクト名	上位目標	プロジェクト目標	活動	主なパートナー
リプロダクティブ・ヘルス及び子どもの生存プロジェクト	ゴルノ・バタフシャン自治州プロジェクト対象地域の出産可能年齢の女性 4 万 9,880 人と 5 歳未満の乳幼児 2 万 5,485 人の健康が改善される。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 政府のプログラムのうち、コミュニティと PHC レベルのヘルスプログラムが強化される。 2. ゴルノ・バタフシャン自治州の人々が健康的な生活習慣をもつようになる。 3. コミュニティが住民の健康改善のための計画・実施を行えるようになる。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研修を実施する。 2. コミュニティの人々と PHC の保健医療スタッフを対象としたアドボカシーのためのコミュニケーション戦略を開発する。 3. 調査を実施する。 4. リプロダクティブ・ヘルスに関するプログラムを計画、実施するための政府の能力の開発を行う。 5. 1～5 歳児と学童へのサプリメントの供給を行う。 	保健省、UNICEF、Care、ACTED、Mercy Corps、Zdrav+
アガ・カーンヘルスサービスプロジェクト		<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護師向け研修カリキュラムが開発される。 2. 保健医療スタッフの能力が向上する。 	健康改善研修部門を Khorog、Murgab、Ishkashim、Vanj 地区に設立する。	保健省

出所：質問票（2005 年 3 月）の回答を基に作成

表 6 - 19 Aga Khan Foundation のこれまでの活動の成果

<p>プロジェクト対象地域において以下の成果が確認された：</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 6 か月間の完全母乳育児の割合が 2001 年の 58.5% から 2004 年には 81% に増加した。 ② ヨード添加塩を使用している世帯の割合が 2000 年の 2.5% から 2004 年には 77% に増加した。 ③ 避妊具を使用する女性の割合が 2001 年の 38% から 2004 年には 45% に増加した。 ④ 子どもの成長モニタリングカードが作成され広くコミュニティで利用されるようになった。その結果、カードを持っている母親は 2001 年にはいなかったが、2004 年には 71.8% であった。 ⑤ コミュニティにおけるボランティアプログラムが実施され、すべてのスタッフが研修を受けた。 ⑥ 栄養改善キャンペーンが実施された結果、ビタミン A の補給及びビタミン D の補給を受けた子どもがそれぞれ、93.7% と 92.6% になった。また、91% の子どもが鉄分の補給を受けた。 ⑦ 193 の第 1 次医療施設に対して施設の改修と医療機材の供与が行われた。 ⑧ 193 の第 1 次医療施設の医療保健従事者とゴルノ・バタフシャン自治州のすべての地区中央病院の保健医療従事者が研修を受けた。 ⑨ 看護師向け研修カリキュラムが開発され、すべての学校で使用されるようになった。 ⑩ 90 人の看護師がトレーニング・オブ・トレーナーズ (TOT) を受けた。 ⑪ 栄養に関する調査、貧血に関する調査、寄生虫に関するベースライン調査が実施された。
--

出所：質問票（2005 年 3 月）の回答を基に作成

第7章 我が国の協力の可能性

7-1 中長期的協力方針（案）

7-1-1 IMCI 戦略の導入支援

タジキスタン政府は、母子保健分野に関してMDGs達成のための国家プログラムを策定して2004年度より実行に移す予定であり、同プログラムのうち、特にIMCIの導入を重要政策としていることが今次調査で確認された。IMCIは、乳幼児の死亡と疾病を減らすためにWHOとUNICEFによって開発された複合型アプローチであり、①保健従事者トレーニング、②保健システムの改善（医薬品調達、保健機構改善等）、③コミュニティベースの保健教育を主要3コンポーネントとしている。JICAは既に2004年度からIMCI導入支援を目的とした医療特別機材供与（UNICEFとのマルチ・バイ協力）を5年計画で実施し、上記のIMCIコンポーネント②を支援することとしている。また、他の援助機関もIMCIの導入を支援しているものの、IMCIの内容範囲が広いことから、十分な支援が困難な状況にあり、JICAとの連携も期待されている。

以上により、今後のタジキスタン母子保健分野におけるJICAの協力は、日本がもつリソースの比較優位性を生かす形でIMCI戦略の導入支援を行っていくこととしたい。かかる方向性については、上記のとおり日本からの機材供与及び他の援助機関との連携協力による効果的・効率的支援が期待され、また、タジキスタン政府の政策方針にも合致しているため、適切と考えられる。

なお、日本側リソースとして石川県立看護大学の技術支援が得られる見込みとなっており、同学のノウハウを生かし、緊密に連携を図りつつ協力を進めていくこととしたい。

7-1-2 成果重視マネジメントに基づいた協力スキームの組み合わせ

タジキスタン母子保健分野への協力に関し、JICAによる国別課題に対する具体的なアプローチの検討は、2003年のタジキスタンに対する網羅的なプロジェクト形成調査以来、初めての試みとなる。したがって、今後は協力を実施しながら、同国母子保健分野に対する理解をより深めていく必要があるところ、当面は本邦研修を中核として協力を実施していくこととしたい。なお、本邦研修参加者（看護職を想定）は、帰国後に研修内容を普及させてJICAからの協力成果を母親と家族に届けることが期待されるものとし、かかる協力形態は、上記7-1-1に記載されるIMCIコンポーネントの①（本邦研修＝保健従事者トレーニング）及び③（帰国後の普及活動＝コミュニティベースの保健教育）の双方に対応することとなる。

本邦研修の成果の波及を図り、母親と家族に手の届く協力を確実に実施するためには、研修参加者の帰国後の活動を支援するフォローアップ（短期専門家派遣、機材供与等）、草の根無償資金協力、JICAウズベキスタン事務所からの定期モニタリング等を適切に組み合わせ、成功事例の確立をめざしていくことが肝要と思われる。

7-1-3 援助機関間調整

タジキスタンの母子保健分野においては、既に数多くの援助機関が活動を展開中であり、そのために、援助機関間の調整は効果的な援助のために不可欠となっている。したがって、本邦研修のカリキュラムを検討する際等、当地の援助機関と十分な意見交換を行うこととする。

他方、タジキスタンでは、母子保健分野の援助調整のための委員会も設立されていることか

ら、必然的に JICA からの定期会合出席が求められている。かかる必要性への対応について、JICA ウズベキスタン事務所にて積極的に検討されたい。

7-2 協力プロジェクト（案）

(1) 案件名

(和) タジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」

(英) Maternal and Child Health Support Project in Republic of Tajikistan

(2) 上位目標

地域住民、特に母親や父親の保健・衛生・予防の知識と意識が改善される。

(3) 案件の目標

プライマリー・ヘルス・ケアの原則に基づいた地域母子保健の活動体制が形成される。

(4) 研修成果

- ① 研修員が母子保健における健康教育の必要性とその内容を理解し、知識と技術が向上する。
- ② 研修員が母子保健に必要な実践的技術について習得する。
- ③ 研修員が地域の母子保健活動の展開手法を学び、当該地域における計画実施ができるようになる。
- ④ 研修員がメディカルハウス及びヘルスセンターのスタッフに母子保健活動に関する指導ができるようになる。

(5) 活 動

- ① 日本の母子保健活動の歴史と現状の把握、そして、タジキスタンの母子保健の現状と課題を認識し、今後の地域母子保健の展開のあり方を検討する。
- ② 日本での母子に対するサービス内容やシステムなどについて理解する(母子健康手帳のシステムや役割を含む)。
- ③ 日本の家庭での衛生管理や健康管理、公的な母子保健サービス活用等について学ぶ。
- ④ 日本での妊娠から出産、育児のプロセスで行われている母子保健活動の実際を学ぶ(保健指導、妊産婦・乳幼児健診、予防接種、育児相談、その他)。
- ⑤ 日本の母子保健活動の展開手法を習得する。
- ⑥ 前述の①～⑤に基づき、タジキスタンでの適用性などを検討し、帰国後の行動計画を作成する。

(6) 投 入

本邦研修 27 人月 (6 人×1.5 か月×3 年) × 210 万円 = 5,670 万円

(7) 協力期間

2005 年 10 月～2008 年 12 月

(8) 対象者

- ・ 地区中央病院の院長及び看護師長、助産師長
- ・ 地区中央病院におけるメディカルクリニック及びメディカルセンターの人材育成責任者
- ・ 州レベルで保健医療行政に関する指導的立場にある人材

7-3 協力にあたっての留意点

(1) 協力の手法

本邦研修によるトレーニング・オブ・トレーナーズ (TOT) を核として、同研修が具体的な成果をもたらす協力方法となるよう配慮し、また、必要に応じて幾種の協力形態を有機的に組み合わせて実施していく。具体的には、本邦研修実施中に各研修員は帰国後のアクションプラン (案) の作成を求められ、帰国後には上司と相談のうえで同アクションプランを組織決定し、実施する。また、JICA ウズベキスタン事務所によるモニタリング、フォローアップ機材供与、本邦研修参加者によるセミナー開催支援、短期専門家派遣によるモニタリング及び助言といった体制により確実な協力成果の発現を図る (図7-1のとおり)。

なお、上記協力に関し、フォローアップ機材供与要請書の作成、タジキスタン国内研修等の企画・実施及びそれに必要な支援内容の検討、短期専門家に求められる業務内容の検討等は、本邦研修の成果を行動に移していくなかでタジキスタン側のイニシアティブと努力によるところが大きく、同政府の強いコミットメントを要する。

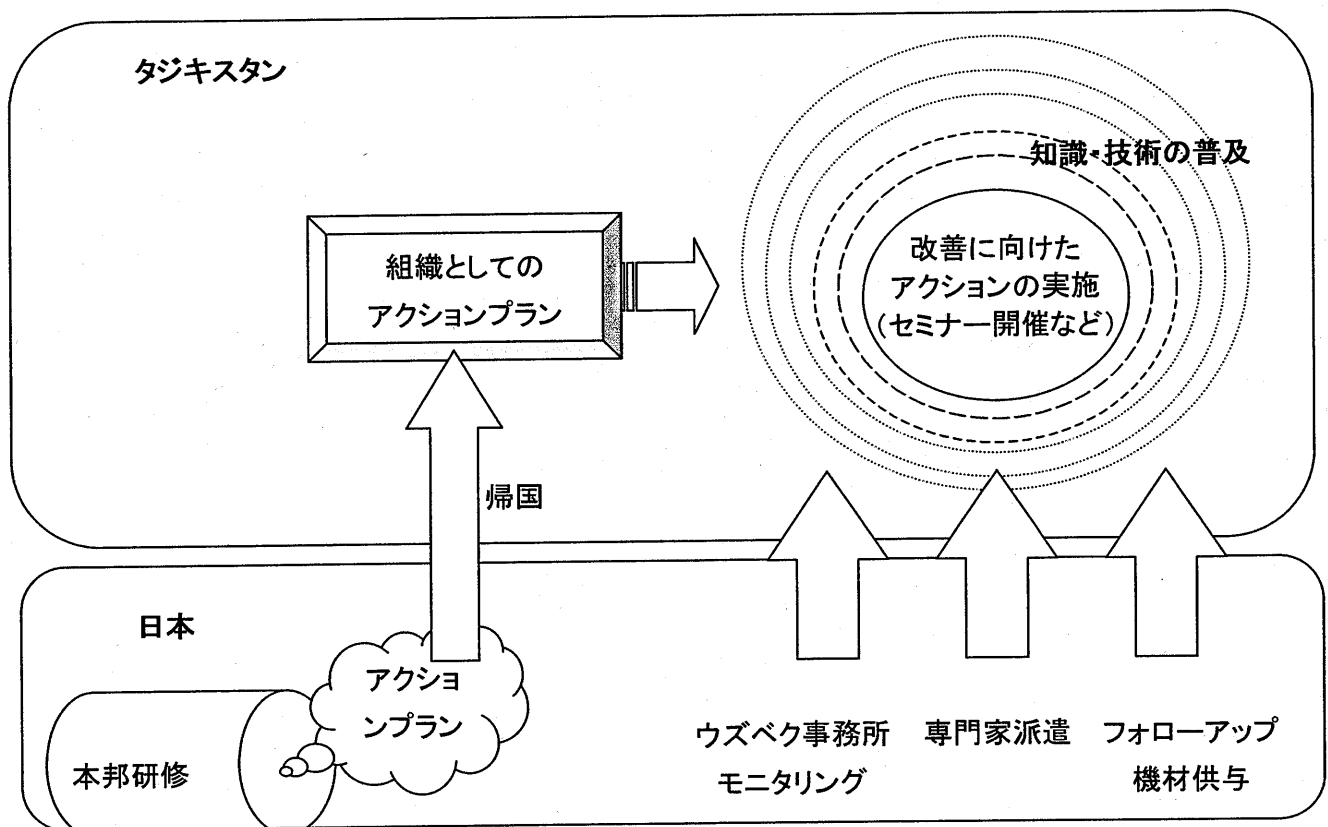


図7-1 協力体制と成果の発現イメージ

(2) タジキスタンの置かれた状況

タジキスタンは、パミール高原が国土の90%を占める山岳国であり、その地形的特徴により、人や物資の輸送に制約が生じている。また、水について、水道水の供給がない又は水道管が通っていても浄水設備等の老朽化により必ずしも衛生的な水が供給されていない、下水の処理方法に関する衛生観点の不足及び家畜と人間の生活圏の交わりなどにより、安全な水へのアクセスが悪い状態にある。上記のように、タジキスタンでは総じて生活のための基礎的ニーズ(Basic Human Needs:BHN)が十分満たされていない過酷な状態に置かれている。さらに、1992年の独立以降、モスクワからの人・物資・資金等の供給がストップし、また、5年に及ぶ内戦の結果、国内の経済力が極端に疲弊している。このため、保健医療施設及び人材育成機関等の建物、設備、教材、更には保健スタッフの待遇等に関し、貧困性が顕在化している。

タジキスタンが置かれた自然条件及び経済状況による様々な制約は、人々の生活の全般的問題となっており、保健医療上の諸問題にも密接に関連している。したがって、同国に対する協力に関しては、人々の生活基盤の保障と経済力の底上げが常に主要テーマとして存在し、かかる分野への協力を積極的に推進することが必要と思われる。

(3) 看護職の質及び量

タジキスタンにおいては、看護職の理念の確立が不十分であり、看護職は医師のアシスタントでしかないとの認識が医師及び看護職双方において根強いことが今次調査において印象的であった。また、他の旧ソ連圏に共通していることと思われるが、タジキスタンの保健医療は、医師による治療中心の考え方により成り立っており、したがって、看護職による患者中心のケアが不足している。その意味で、医学的な意味ではなく、ケアの観点で看護職の質には更なる向上の余地が認められ、また、その数に関しても、十分に社会に供給している、又は社会が維持できているとはいえない。このため、今後の協力においては、看護職の役割について日本の事例を紹介し、理解してもらうなど、患者中心のケアの考え方の普及も重要な取り組み事項であり、適切な認識をもってケアのできる看護職を増やしていくことが必要である。

(4) PHCの徹底

今次調査結果については、保健大臣からは内容を歓迎する旨表明されたが、同時に、先天異常に対する研究機関「遺伝相談センター」の設立支援、及び小児心臓外科医の育成・同分野での機材供与といった高度先進医療への協力も提案された。大臣が指摘するところの医科学的な改善の必要性を否定することはできないが、しかしながら、本来防げられるはずの死亡や疾病の例がタジキスタンでは数多く存在している状況を踏まえれば、こうした高度医療よりもプライマリ・ヘルス・ケアの徹底による疾病予防こそが同国の保健状況改善のために優先されることと思われ、医師への協力を実施するのであれば、例えばPHCリーダーの育成が検討可能と思われる。

(5) タジキスタン側の自助努力支援

今次調査では、各訪問先で機材の更新に関する協力要望が数多く表明されたが、他方で、

医療施設の清掃や美化等、患者に優しい環境づくりのように現時点で可能と思われる改善点も数多く考えられる。このため、これから開始される協力においては、最新機材の導入のような負担が大きく困難な改善取り組み以前に、現状において患者のために提供できることが何であるのか考える機会を提供していくことも重要になるものと思われる。

(6) ディアコフ病院への協力

一般プロジェクト無償資金協力の第1号案件となったディアコフ病院について、調査団から視察したところ、15棟にも分かれた構造が供与機材の有効活用の妨げになる懸念が感じられた。かかる問題については、日本大使館三好臨時代理大使からも同様の問題意識が表明され、病院の効率的な運営のための技術協力も併せて必要になるであろうとの見解を得ており、今後検討の余地があるものと思われる。

付 属 資 料

1. 主要面談者リスト
2. 保健医療施設概要
3. 現地調査議事録
4. 協力案件概要（案）

1. 主要面談者リスト

タジキスタン側

氏 名	職 務
保健省	
・Dr. Faizulloev Nusratullo Faizulloevich ・Ms. Nigina Sharopova ・Mr. Khosein Aminov ・Ms. Rano Alieva ・Ms. Aziza Hodzaeva ・Mr. S. Saifuddinov ・Mr. S. Sadirovich ・Mr. D. Turkov ・Mr. Oktam Bobakhodzaev ・Mr. Gafurova Lyutfiniso ・Mr. Gafur Khodjamulodof ・Mr. Pirov Davron ・Ms. Sharipova Binusryat ・Mr. Kurbanov Shamsizdin	大 臣 次官(母子保健) 母子保健課 課長 母子保健課 副課長兼 MCH 担当 同課 主任専門官(PHC 担当) 共和国保健統計情報センター 長 共和国予防接種センター 所長 同センター 副所長 医療サービス運営局 局長 同局 主任専門官(PHC 担当) 同局 主任専門官(国際関係) 同局 公衆衛生・疫学課 課長 同局 経理・財政計画局 局長 共和国リプロダクティブ・ヘルス・センター 所長
ドゥシャンベ市	
・Mr. Abdullo Pirov ・Mr. Ismatullo Shamsullo ・Ms. Krovchenko Nina ・Mr. Rakhmatullo Sherali ・Ms. Giaripova Mohinova ・Ms. Nozirova Gurnora ・Mr. Ibodov Khabibullo ・Ms. Sadoriddinova Muravara ・Ms. Busnon Ishankulova	ディアコフ病院 院長 同病院 副院長 ドゥシャンベ市保健局 局長 同局 次長 市立感染症隔離病院 院長 メディカルカレッジ 校長 タジキスタン国立医科大学 副学長 ドゥシャンベ市立第3産院 院長 同病院 副院長
ハトロン州	
・Mr. Faizali Nazarov ・Mr. Sodik Doliev ・Mr. Avazov Saivani ・Mr. Tailonov Mamadnozar ・Mr. Saforof Shogi ・Ms. Djaimova ・Mr. Shukurov Talbak ・Mr. Sohbnazarov M. ・Mr. Murodov Razyabari ・Mr. Yarojev Hodza	ハトロン州保健局 局長 同局 第一次長 ハトロン州立病院 院長 同病院 副院長 同病院 副院長(小児科) 同病院 産科副院長 レーニンヘルスセンター 院長 レーニン・ユレイ・メディカルハウス 所長 フロソン地区中央病院 院長 フロソン地区ヘルスセンター 院長
RRS	
・Mr. Umirzakov Mirzotillo ・Ms. Mirzoeva Barno ・Mr. Atahanov Khailtali ・Ms. Dzumoeva Dzamiliya ・Mr. Dzorubkashev Mumin ・Mr. Azizov Ziyovizin ・Mr. Ashurov Mukhubulo ・Mr. Latipov Kosim ・Mr. Manonov Amiraham ・Ms. Suyunova Harime	ルダキ地区中央病院 院長 同病院 副院長 同病院 小児科医長 同病院産科 助産師長 IMCI センター 所長 ヒッサール地区中央病院 院長 同病院 副院長 バルゾフ地区中央病院 副院長 ヤカチュウブス・ヘルスセンター 院長 ドウオバ・メディカルハウス 所長

援助機関・援助国・NGO

氏 名	職 務
Abt Associates	
・ Ms. Marian Sheridan ・ Dr. Jens Burgdorff ・ Ms. Asadova Farida	所 長 家庭医研修コーディネーター IMCI コーディネーター
CARE International	
・ Mr. Genevieve Abel ・ Ms. Dilbar Gafarova	タジキスタン事務所長 コーディネーター（保健分野）
日本貧困削減基金（Japan Fund for Poverty Reduction: JFPR）	
・ Mr. Rustam Muzafarov ・ Mr. Vokhidov Abdusalom	アジア開発銀行地域コーディネーター プロジェクトコーディネーター
Save the Children (US)	
・ Mr. David Patterson	プログラム・マネージャー代行（保健分野）
国連児童基金（UNICEF）	
・ Ms. Niloufar Pourzand	プログラム・コーディネーター
米国国際開発庁（USAID）	
・ Ms. Aziza Khamidova	保健プロジェクトマネージャー
世界保健機関（WHO）	
・ Dr. Nazia P. Artykova	駐在員

日本側

氏 名	職 務
在タジキスタン日本国大使館	
・ 三好 功一 ・ 大野 浩司	臨時代理大使 三等書記官
JICA タジキスタン連絡事務所	
・ Mr. M. Rustam ・ Ms. Nisso	現地オフィサー 現地オフィサー
JICA ウズベキスタン事務所	
・ 柳沢 香枝 ・ 浅見 栄次 ・ 杉山 悦子 ・ 齋藤 之弥 ・ Dr. S. Rano	所 長 所 員 企画調査員 企画調査員 保健コンサルタント

2. 保健医療施設概要

本資料は、各保健医療施設への質問票に対する回答から作成されてものであり、実際に視察した保健医療施設で再確認された数値はヒアリング内容に基づいて修正している。

____：実際に視察した保健医療施設

ドウシャンベ市

1. <u>市立第12ヘルスセンター</u> (1次保健医療施設)	92
2. <u>市立第2ヘルスセンター</u> (1次保健医療施設)	93
3. <u>ファイザバド地区中央病院</u> (2次保健医療施設)	94
4. <u>小児感染症病院</u> (3次保健医療施設)	95
5. <u>共和国医療センター</u> (3次保健医療施設)	96
6. <u>感染症隔離産院</u> (3次保健医療施設)	97
7. <u>共和国母子保健研究所</u> (3次保健医療施設)	98
8. <u>市立小児第2病院</u> (3次保健医療施設)	99
9. <u>小児外科病院</u> (3次保健医療施設)	100
10. <u>市立第3産院</u> (3次保健医療施設)	101

ハトロソ州

11. <u>クレアブ産院</u> (2次保健医療施設)	102
12. <u>フロソン地区中央病院</u> (2次保健医療施設)	103
13. <u>州立第2産院</u> (3次保健医療施設)	104

RRS

14. <u>シュフリナブ地区中央病院</u> (2次保健医療施設)	105
--	-----

1. 市立第12ヘルスセンター(1次保健医療施設に該当)：実際に視察

- ・州及び市名：ドゥシャンベ市
- ・管轄範囲及び人口：4万人
- ・建物の状況：6階建て(1982年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	外来診療のみ
	②診療時間	8:00～17:00(冬)/ 8:00～18:00(夏)、8:00～14:00(土)
	③救急医療	なし
	④スタッフ数	医師(51人)、歯科医師(1人)、看護師(24人)、助産師(1人)、技師(3人)、総計113人
(2)患者統計	①外来患者数	790,590人(2004年) 主な疾患(呼吸器系疾患、眼科疾患、内分泌系疾患、周産期に関連した疾患など)
	②手術件数/出産件数	データなし
	③死亡数/死因	100人(2004年) 主な死因(腫瘍、喘息、糖尿病、高血圧症、敗血症など)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(10万)、ドナーからの補助(1.5万) 歳出：人件費(4万)、医薬品等購入(1.6万)、維持費(2万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：市保健局から支給されている。 医療器具は1992年以降何も受け取っていない。 ワクチン：市の予防接種センターから調達
	②レファラル体制	2,328人、他の1次医療施設から搬送された(主な疾患名は、消化器系疾患、神経系疾患、骨格系疾患、耳鼻咽喉頭系疾患、皮膚疾患など)。 417人、感染症の疑いのある疾患は感染症センターへ搬送する。
	③情報管理状況	市保健局へ四半期ごとに提出。その他の衛生疫学センターに毎月提出。
(5)設備	①検査室	検査件数(4万件) 主な検査項目(血液検査、生化学検査、微生物検査、一般検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材	超音波診断装置、滅菌機器、婦人科診察台、歯科器具など
	②研修制度の有/無(対象者、頻度と内容について)	データなし
	③問題と課題	1982年以降、建物の修理が行われていない。財源の不足で、必要な修繕が中止された。医療機器の老朽化による診察・検査の質の低下。

2. 市立第2ヘルスセンター(1次保健医療施設に該当)：実際に視察

- ・州及び市名：ドゥシャンベ市
- ・管轄範囲及び人口：6万人
- ・建物の状況：3階建て(1974年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	家庭科、外科、耳鼻科、神経科、眼科、理学療法科、一般外来、女性科
	②診療時間	8:00～17:00(平日)
	③救急医療	休日・祭日は当直あり
	④スタッフ数	医師(65人)、歯科医師(1人)、看護師(67人)、助産師(3人)、技師(4人)、総計148人
(2)患者統計	①外来患者数	422,000人(2004年) 主な疾患(呼吸器系疾患、耳鼻関連疾患、眼科疾患、内分泌系疾患など)
	②出産件数	1,018件(2004年)
	③死亡数/死因	165人(2004年) 主な死因(ガン、呼吸器系疾患、外傷など)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(12.5万)、治療費(0.078万)、ドナーからの補助(0.28万) 歳出：人件費(7万)、医療機材の購入(0.1万)、医薬品等購入(2.2万)、管理維持費(2.5万)、消耗品費(0.6万)、合計17万
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：政府からの支給 ワクチン：政府から支給
	②レファラル体制	120人を産科施設、270人を入院施設のある医療施設へ搬送
	③情報管理状況	保健局に報告している。
(5)設備	①検査室	検査件数(72,000件) 主な検査項目(血液検査、生研、生化学検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材：レントゲン装置、内視鏡、ECG、腔鏡、理学療法機材など	
	②研修制度の有/無(対象者、頻度と内容について)：家庭医の研修、産婦人科医の諸問題に関するセミナーに参加	
	③問題と課題：医薬品の不足	

3. ファイザバド地区中央病院(2次保健医療施設に該当)

- ・州及び市名：ドゥシャンベ市 郡名：ファイザバド
- ・管轄人口：7.4万人
- ・建物の状況：3階建て(1975年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	外科、内科、産科、小児科、神経科、感染症科、ICU
	②診療時間	8:00~17:00(平日)
	③救急医療	あり
	④ベッド数、他	230床、病床占有率(データなし)、平均在院日数(データなし)
	⑤スタッフ数	医師(51人)、医師補(30人)、歯科医師(6人)、看護師(286人)、助産師(50人)、技師(5人)、薬剤師(5人)、総計434人
(2)患者情報	①患者数：外来/入院	48,000人(2004年)/4,190人(2004年) 主な疾患(内分泌疾患、血液疾患、神経系疾患、循環器系疾患、消化器系疾患など)
	②手術件数/出産件数	745件(2004年) 出産件数：データなし
	③死亡数/死因	270人(入院患者22人)(2004年)、 主な死因(呼吸器系疾患、悪性新生物、結核、外傷・中毒、周産期死亡など)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(33万)+ドナーからの補助(8万) 歳出：人件費(11万)、維持管理(6万)、医薬品等購入(3万)、消耗品購入(2万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：HOPEと国境なき薬剤師から支援を受けている。 ワクチン：中央から配給を受けている。
	②レファラル体制	年間3,900~4,000人、1次保健医療施設から患者が搬送されてくる。 年間10人前後、3次医療施設へ検査・診断・治療のために搬送している。
	③情報管理状況	情報管理室で情報を管理し、毎年保健省に提出
(5)設備	①検査室	検査件数(23,000件) 主な検査項目(生化学検査、血液検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材(数量)と使用状況：レントゲン装置、理学療法装置、遠心機、滅菌機器など	
	②研修制度の有/無(対象者、頻度と内容について)：なし	
	③問題と課題：最新の医療機材の不足、設備が更新されずに今に至っている。	

4. 小児感染症病院(3次保健医療施設に該当)

- ・州及び市名：ドゥシャンベ市
- ・管轄範囲・人口：ドゥシャンベ市内と RRS で 65 万人プラス RRS 住民
- ・建物の状況：3階建て(1939年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	内科、外科、小児科、耳鼻科
	②診療時間	24 時間体制(救急医療あり)
	③ベッド数、他	ベッド数(データなし)、病床占有率 (82.9%)、 平均在院日数(データなし)
	④スタッフ数	医師(32 人)、歯科医師(1 人)、看護師(114 人)、 検査技師(4 人)、その他(3 人)、総計 156 人
(2)患者統計	①患者数：外来／入院	外来患者数(データなし)／2,260 人 (2004 年)
	②手術件数/出産件数	データなし
	③死亡数/死因	14 人 (2004 年) 主な死因(ARI、髄膜炎、肺炎など)
(3)歳入出	①歳入出(2004 年)	歳入：国家予算 (17 万) 歳出：人件費 (7.5 万)、医薬品購入費(1.4 万)、 管理維持費(1 万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチン の供給	医薬品・医療器具：国からの支給 ワクチン：国からの支給
	②レファラル体制	年間 2,000～2,500 人の患者をドゥシャンベ市 と RRS から受け入れている。 年間 80 人の患者を他の医療施設へ搬送。
	③情報管理状況	毎年、統計をとり、市の保健局に提出する。
(5)設備	①検査室	主な検査項目 (血液検査、生化学検査、微生物 学検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材：データなし	
	②研修制度の有／無 (対象者、頻度と内容について)：8 人の医師が研修 済み、院内研修を医師と看護師が研修計画を立てている。	
	③問題と課題： ・予算が不足し、医薬品代金を患者に請求せざるを得ない。 ・検査器具、検査機器が故障したままになり、検査業務を困難なものに している。	

5. 共和国医療センター（3次保健医療施設に該当）

- ・州及び市名：ドゥシャンベ市
- ・管轄範囲及び人口：ドゥシャンベ市・全国
- ・建物の状況：5階建て(1968年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	内分泌科、内科、小児科、婦人科、ICU
	②診療時間	7:30~18:00(平日)(救急医療体制あり)
	③ベッド数、他	415床、病床占有率(103%)、平均在院日数(9.5日間)
	④スタッフ数	医師(145人)、歯科医師(1人)、医師補(10人)、看護師(167人)、助産師(40人)、技師(21人)、総計384人
(2)患者統計	①患者数：外来／入院	133,000人(2004年)／12,070人(2004年) 主な疾患名(呼吸器系疾患、消化器系疾患、骨格系疾患など)
	②手術件数/出産件数	673件(2004年)/60件(2004年)
	③死亡数/死因	92人(2004年) 死亡患者の主な死因(敗血症、ARI、肺炎など)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(53万)、ドナーからの補助(24万) 歳出：人件費(14万)、医薬品等購入(8.8万)、 消耗品購入費(2万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品：病院予算で購入し、人道支援で調達する。 ワクチン：政府からの支給あり。
	②レファラル体制	年間12,000人、地区中央病院などから搬送されてくる。 年間50人、神経症、外科関連専門病院へ搬送する。
	③情報管理状況	毎年、四半期で市保健局と衛生センターに送付している。
(5)設備	①検査室	検査件数(17万件) 主な検査項目(生化学、血液、一般分析、免疫など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材	超音波診断装置、気管支内視鏡、ECGなど
	②研修制度の有／無(対象者、頻度と内容について)	院内計画に従って新生児、婦人科、小児科、感染症について実施中である。
	③問題と課題	適切な医療機材が不足している。

6. 感染症隔離産院(3次保健医療施設に該当):実際に視察

- ・州及び市名:ドゥシャンベ市
- ・管轄範囲及び人口:ドゥシャンベ市内
- ・建物の状況:3階建て(市立第2産院だったが、名称変更して1993年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	婦人科、小児科、形成外科、ICU他
	②診療時間	24時間(緊急医療体制あり)
	④ベッド数、他	120床、病床占有率(65%)、平均在院日数(5.5日間)
	⑤スタッフ数	医師(57人)、歯科医師(1人)、看護師(60人)、助産師(62人)、技師(4人)、総計204人
(2)患者統計	①患者数:外来/入院	6,182人(2004年)/入院患者数(データなし)
	②手術件数/出産件数、他	1,162件(2004年)/2,724件(2004年) 帝王切開術(12.7%) 中絶件数908件(2004年)
	③死亡数/死因	2人(2004年) 主な死因(敗血症、出血、肺炎、未熟児、出生時傷害)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入:国家予算(13万)、ドナーからの補助(1.6万) 歳出:人件費(7.6万)、医薬品等購入(3.1万)、 維持管理費(0.8万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具:購入している ワクチン:予防接種センターから支給されている。
	②レファラル体制	年間228人、感染症センター、結核病院から搬送 年間206人、国立医療センターなどへ搬送
	③情報管理状況	保健局に情報(出産に関する)を毎月提出
(5)設備	①検査室	検査件数(58,000件)、主な検査項目(血液検査、生化学検査、尿検査など)
	②診察室	問診室、診察室(2)
	③手術室	分娩室(2)、感染症の持つ分娩室(2)、麻酔設備のある手術室(1)
(6)その他	①主な医療機材:除細動器、レントゲン装置、保温器など	
	②研修制度の有/無(対象者、頻度と内容について):技術アップ、出生と死産の基準に関するWHO主催の研修、UNICEF主催の研修(安全な母体)を受講	
	③問題と課題:最新の設備・機器機材がない、リネン関連の設備の不備、血液の不足	

7. 共和国母子保健研究所(3次保健医療施設に該当)：実際に視察

- ・州及び市名：ドゥシャンベ市
- ・管轄範囲及び管轄人口：全国
- ・建物の状況：3階建て(1980年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	産科、産前産科、助産科、小児ICU、婦人科、検査科、内分泌科
	②診療時間	24時間体制(救急医療あり)
	③ベッド数、他	223床、病床占有率(35%)、平均在院日数(5.4日間)
	④スタッフ数	医師(130人)、歯科医師(1人)、看護助手(161人)、助産師(187人)、技師(7人)、総計482人
(2)患者統計	①患者数：外来／入院	2,180人(2004年)／6,060人(2004年) 主な疾患名(破水、妊娠中毒症、貧血、腎臓病など)
	②手術件数/出産件数	561件(2004年)/4,282件(2004年)
	③死亡数/死因	1人(2004年)/主な死因(データなし)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(64万) 歳出：人件費(10万)、維持管理費(46万)、施設・機材の購入(5万)、医薬品等購入(3万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：予算で購入。その他は人道支援を受ける。 ワクチン：政府から支給されている。
	②レファラル体制	全国の医療施設から搬送されてくる。 敗血症患者(年間5人)は感染症隔離産院へ搬送。その他、専門病院、共和国病院へ小児を搬送。
	③情報管理状況	四半期毎、半年毎、年間報告をしている。
(5)設備	①検査室	検査件数(27,000件)、主な検査項目(生化学検査、血液検査、酵素検査、免疫学的検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材	超音波装置、血管造影装置、レントゲン装置
	②研修制度の有／無(対象者、頻度と内容について)	なし
	③問題と課題	周産期死亡が高いこと、予算の不足から研修ができない。

8. 市立小児第2病院（3次保健医療施設に該当）

- ・州及び市名：ドゥシャンベ市
- ・管轄範囲及び人口：0-14歳の253万人全国
- ・建物の状況：2階建て(1937年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	一般小児科、小児外科、小児心臓科
	②診療時間	24時間体制(救急医療あり)
	③ベッド数、他	155床、病床占有率(84.4%)、平均在院日数(11日間)
	④スタッフ数	医師(87人)、医師補(3人)、歯科医師(1人)、看護師(192人)、検査技師(8人)、総計293人
(2)患者統計	①患者数：外来／入院	35,599人(2004年)／4,491人(2004年) 主な疾患(内分泌疾患、泌尿器系疾患、消化器系疾患、呼吸器系疾患など)
	③手術件数/出産件数	データなし
	③死亡数/死因	21人(2004年) 主な死因(肺炎、敗血症など)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(15万) 歳出：人件費(8.7万)、光熱費等(2万)、 管理維持費(4万)、医薬品等購入(2万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：予算内で供給されている。 ワクチン：データなし
	②レファラル体制	地区中央病院が年間600人、1次医療施設から3,000人小児感染症病院から200人、結核病院から100人搬送されてくる。 年間、小児外科病院へ100人、小児結核病院へ100人、小児感染症病院へ150人それぞれ搬送している。
	③情報状況	データなし
(5)設備	①検査室	検査件数(49,147件) 主な検査項目(血液検査、尿・一般検査、便検査、免疫検査、マラリア、母性に関連した検査)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材：データなし	
	②研修制度の有／無(対象者、頻度と内容について)：医師と看護師のためのセミナー	
	③問題と課題：診断治療のための医療機材の不足、移動手段がない、医療機材の修理のための予算がない。	

9. 小児外科病院(3次保健医療施設に該当)

- ・州及び市名：ドゥシャンベ市
- ・管轄範囲及び人口：ドゥシャンベ市の65万人
- ・建物の状況：1階建て(1996年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	一般外科、心臓外科、ICU
	②診療時間	24時間(救急体制あり)
	③ベッド数、他	76床、病床占有率(82%)、平均在院日数(12.8日間)
	④スタッフ数	医師(39人)、歯科医師(1人)、看護師(88人)、 薬剤師(1人)、技師(4人)、総計140人
(2)患者統計	①患者数：外来／入院	694人(2004年)／1,513人(2004年) 主な疾患(肉芽腫、良性腫瘍、包茎など)
	②手術件数	手術件数:953件(2004年)
	③死亡数/死因	15人(2004年) 主な死因(先天性異常、末期症状、肝硬変、敗血症など)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(10万) 歳出：人件費(4万)、維持管理費(0.6万)、 医薬品等購入(1万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：データなし ワクチン：データなし
	②レファラル体制	178人、小児病院、国立メディカルセンター(腸チフス、肝硬変など)から搬送 181人、小児感染症センターへ搬送
	③情報管理状況	毎年、半年、保健省と地区行政機関に提出されている。
(5)設備	①検査室	検査件数(6,607件)、主な検査項目(血液検査、尿検査、生化学検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材：レントゲン装置、吸引器、ECG、麻酔装置、気管内視鏡など (作動していない機材が多い)	
	②研修制度の有／無(対象者、頻度と内容について)：卒後教育を受講済みで、 医師と看護師合同セミナーが開催されている。	
	③問題と課題：予算の不足、医療機材の耐用年数を超えている。	

10. 市立第3産院(3次保健医療施設に該当)：実際に視察

- ・州及び市名：ドゥシャンベ市
- ・管轄範囲及び人口：市内のシノ地区、デサラ地区、ほぼ9万人
- ・建物の状況：5階建て(1985年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	産前ケア科、産後ケア科、ICU、隔離室
	②診療時間	24時間(救急医療体制あり)
	③ベッド数、他	177床、病床占有率(84%)、平均在院日数(10.3日間)
	④スタッフ数	医師(50人)、歯科医師(2人)、看護師(41人)、助産師(64人)、技師(6人)、総計260人
(2)患者統計	①患者数：外来／入院	49,712人(2004年)／5,024人(2004年) 主な疾患(炎症、子宮内びらん、貧血、不妊治療、妊娠中毒症など)
	②手術件数/出産件数	663件(2004年)/3,384件(2004年)
	③死亡数/死因	52人(新生児51人)(2004年) 主な死因(母親：子癇、新生児：仮死、肺炎、先天性異常、出産時傷害、体内敗血症新生児)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(26万)、ドナーからの補助(2.5万) 歳出：人件費(6.9万)、医療機材の購入(0.2万)、 医薬品等購入(2.9万)、管理維持費(14.5万)、 消耗品費(1.6万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：支給と購入 ワクチン：データなし
	②レファラル体制	150人、1次医療施設から搬送 2～3人、国立医療センターへ搬送
	①情報管理状況	毎月、患者情報を市保健局に提出、戸籍登録所にも提供する。
(5)設備	①検査室	検査件数(46,000件) 主な検査項目(血液検査、生研、生化学検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材	分娩台、麻酔装置、蘇生術機器、保温器、酸素ポンプなど
	②研修制度の有／無(対象者、頻度と内容について)	技術アップの研修、WHO主催の研修
	③問題と課題	手術用の機材・器具が不足している。

11. クレアブ産院(2次保健医療施設に該当)

- ・州及び市名：ハترون州
- ・管轄範囲及び人口：クリアブ地区、78万人
- ・建物の状況：1階建て(1957年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	生理機能科、産科、婦人科、ICU、一般診察科、未熟児科
	②診療時間	24時間(救急医療体制あり)
	③ベッド数、他	106床、病床占有率(データなし)、平均在院日数(データなし)
	④スタッフ数	医師(22人)、看護師(44人)、助産師(29人)、検査技師(4人)、総計78人
(2)患者統計	①患者数：外来/入院	外来患者数(データなし)/2,215人(2004年)
	③手術件数/出産件数	988件(2004年)/1,058件(2004年)
	③死亡数/死因	4人(2004年) 主な死因(子宮破裂、肺炎、肺気腫、脳出血)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(データなし) 歳出：人件費(2万)、医療機材等の購入(0.5万)、医薬品等購入(0.3万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：わずかに政府から供与があり、人道支援があり ワクチン：データなし
	②レファラル体制	100人(内科・外科)州立病院、TB病院、周辺の1次医療施設から搬送されてくる。 35人の患者を緊急、人工透析などで3次医療施設へ搬送する。
	③情報管理状況	四半期毎、半年毎、年間報告をしている
(5)設備	①検査室	検査件数(28,770件) 主な検査項目(血液検査、生化学検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材	診察台、吸引器、超音波診断装置、滅菌機器など
	②研修制度の有/無(対象者、頻度と内容について)	2002年に10人の助産師研修、人命救助セミナー
	③問題と課題	設備の不備、賃金の不足、医療機材・器具・消耗品の不足

12. フロソン地区中央病院(2次保健医療施設に該当)：実際に視察

- ・州及び市名：ハترون州
- ・管轄範囲及び人口：フロソン地区、7.7万人
- ・建物の状況：1階建て(1983年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	外科、内科、小児科、産科、婦人科、ICU、歯科、耳鼻科、Reproductive Center、他
	②診療時間	24時間(救急医療体制あり)
	③ベッド数、他	120床、病床占有率(50.4%)、平均在院日数(7.4日間)
	④スタッフ数	医師(61人)、医師補(5人)、歯科医師(4人)、看護師(155人)、助産師(6人)、検査技師(5人)、薬剤師(1人)、総計240人
(2)患者統計	①患者数：外来／入院	外来患者数(53,120人)／3,900人(2004年) 主な疾患名(呼吸器系疾患、消化器系疾患、泌尿器・生殖器系疾患、皮膚疾患、耳・乳状突起疾患など)
	②手術件数/出産件数	337件(2004年) / 1,385件(2004年) 帝王切開手術年間10件程度
	③死亡数/死因	56人(2004年) 主な死因(下痢症、循環器系疾患、呼吸器系疾患など)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(26万) 歳出：人件費(11.7万)、医薬品等購入(2.3万)、 消耗品購入(0.18万)、維持管理費(0.11万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：地区の予算と人道援助から調達(30%は無料、残りは患者負担) ワクチン：予防接種センターから調達
	②レファラル体制	1次保健医療施設から4,180人が搬送されて来る。 年間60人を州立病院、ドゥシャンベ市の3次医療施設へ搬送。
	③情報管理状況	当病院の事務局が管理し、最終的に保健省の保健統計情報センター(MSIC)へ提出している。
(5)設備	①検査室	検査件数(75,014件) 主な検査項目(血液検査、尿検査、生化学検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材：レントゲン装置、X線携行装置、超音波診断装置、心電図計、滅菌機器、手術台、呼吸器装置など	
	②研修制度の有／無(対象者、頻度と内容について)：医師の資格向上は卒業後研修大学にて実施。看護師と助産師について、「看護師と助産師の役割」(25人受講済み)、内科医と小児科医に対する家庭医学セミナーを開催予定	
	③問題と課題：医療機材の老朽化により最新の設備が不足している、医療従事者の給料が低い、研修参加の希望者が少ない(研修費用が高い)、給水システムや暖房システムの不備、不定期な電気供給、安全な飲料水の不足、備品の不足	

13. 州立第2産院（3次保健医療施設に該当）

- ・州及び市名：ハترون州
- ・管轄範囲及び人口：クレアブ市、79万人
- ・建物の状況：2階建て(1951年 設立)

(1)サービス内容	①診療科目	内科、小児科、産科、婦人科、外科、整形外科、ICU科、口腔科、他
	②診療時間	24時間(救急医療体制あり)
	③ベッド数、他	101床、病床占有率(データなし)、 平均在院日数(15日間)
	④スタッフ数	医師(8人)、医師補(1人)、看護師(27人)、技師(3人)、 総計67人
(2)患者統計	①患者数：外来／入院	外来患者(データなし)／1,373人(2004年)
	③手術件数/出産件数	データなし
	③死亡数/死因	5人(2004年) 主な死因(敗血症、腸炎、肺炎)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(データなし) 歳出：人件費(1.1万)、機器・機材の購入(0.1万)、 医薬品等購入(0.2万)、消耗品購入(0.1万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	データなし
	②レファラル体制	年間1,100人、小児センターや他の1次医療施設から搬送される。 共和国病院へ10人、腎臓病センターへ4人検査のために搬送した(2004年)。
	③情報管理状況	データなし
(5)設備	①検査室	検査件数(7,400件) 主な検査項目(血液検査、生化学検査、尿検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材：超音波診断装置、吸入器など	
	②研修制度の有／無(対象者、頻度と内容について)：院内計画に従ってセミナーを開催している。	
	③問題と課題：医療従事者のための研修が必要、移動手段が不足している。	

14. シュフリナブ地区中央病院(2次保健医療施設に該当)

- ・州及び市名：RRS
- ・管轄範囲及び人口：8.9万人
- ・建物の状況：2階建て(1995年設立)

(1)サービス内容	①診療科目	内科、小児科、ICU、外科、感染科、産科、耳鼻科、婦人科など
	②診療時間	24時間(救急医療体制あり)
	③ベッド数、他	246床、病床占有率(51.4%)、平均在院日数(7.5日間)
	④スタッフ数	医師(52人)、医師補(6人)、歯科医師(3人)、看護師(113人)、助産師(17人)、技師(8人)、総計283人
(2)患者統計	①患者数：外来／入院	45,070人(2004年)／6,043人(2004年) 主な疾患名(呼吸器系疾患、消化器系疾患、内分泌系疾患、泌尿器・生殖器官疾患)
	②手術件数/出産件数	1,067件(2004年) / 1,024件(2004年)
	③死亡数/死因	22人(2004年) 主な死因(呼吸器系疾患、下痢症、外傷、循環器系疾患など)
(3)歳入出	①歳入出(2004年) (ソモニ)	歳入：国家予算(21.6万)、医療費からの収入(1.9万) 歳出：人件費(20.1万)、医療機材等の購入(0.8万)、医薬品等購入(1.9万)
(4)システム	①医薬品等・ワクチンの供給	医薬品・医療器具：地区の予算で調達。国際機関からの支援あり。医薬品の25%のみが無料で提供されている。 ワクチン：予防接種センターから受けている。
	②レファラル体制	年間6,500人、1次医療施設から搬送。 年間65人、共和国病院へ搬送。
	③情報管理状況	保健省へ提出
(5)設備	①検査室	検査件数(93,667件) 主な検査項目(血液検査、尿検査、生化学検査など)
	②診察室	データなし
	③手術室	データなし
(6)その他	①主な医療機材：レントゲン装置、呼吸蘇生措置、ECG、保温器、滅菌機器、自動検査測定器など	
	②研修制度の有／無(対象者、頻度と内容について)：母子保健に関連して35人の看護師が認定を受けた。家庭医のコースが予定されている。	
	③問題と課題：施設の修繕、医療機材の老朽化、最新の機材・医療従事者の不足、研修の数や参加できる機会が少ない、暖房設備・浄化下水設備の不備、不安定な電気供給など。	

3. 現地調査議事録

目 次

保健省

No.1 母子保健課	108
No.2 次 官	108
No.3 母子保健課	109
No.4 医療サービス運営局	111
No.5 母子保健課	112
No.6 「出生基準」コーディネーター	114
No.7 保健改革推進計画調整局	115
No.8 国際関係調整課	116
No.9 経理・財政計画局	117
No.10 母子保健課	118
No.11 公衆衛生・疫学課	119
No.12 母子保健課	120
No.13 本邦研修参加者	121

市・地区保健局

No.14 ハトロン州保健局	123
No.15 ドウシャンベ市保健局	124

母子保健関連機関

No.16 共和国リプロダクティブ・ヘルス・センター	125
No.17 共和国予防接種センター	128
No.18 共和国保健統計情報センター	129
No.19 国家女性家族委員会	130
No.20 共和国 IMCI センター	132

医療施設

No.21 ルダキ地区中央病院	134
No.22 ルダキ地区ヘルスセンター	136
No.23 ルダキ地区ザイナブオボト農村ヘルスセンター	136
No.24 市立第12外来診療所（市立第12ヘルスセンター）	137
No.25 市立第2外来診療所（市立第2ヘルスセンター）	139
No.26 デディアコフ国立病院	140
No.27 ハトロン州立病院	141
No.28 ハトロン州ジョミ地区レーニンヘルスセンター	143
No.29 ハトロン州ジョミ地区レーニン・ユルイ・メディカルハウス	144

No.30	ハトロン州ジョミ地区中央病院	145
No.31	感染症隔離産院（元市立第2産院）	146
No.32	バルゾブ地区中央病院	147
No.33	フルソン地区中央病院、農村ヘルスセンター、農村メディカルハウス	149
援助機関		
No.34	国連児童基金（UNICEF）	151
No.35	CARE International	152
No.36	Save the Children (US)	154
No.37	Abt Associates	155
No.38	国連人口基金（UNFPA）	156
No.39	世界保健機関（WHO）	157
No.40	米国国際開発庁（USAID）	158
No.41	日本貧困削減基金	161
その他		
No.42	在タジキスタン日本大使館	162

保健省

No.1

面談・視察日時	2005年3月3日(木) 11時00分～12時00分
訪問機関名	保健省母子保健課
面談者	先方：ラノ・アルエヴァ母子保健副課長 当方：調査団、Rano、Rustam (Liaison Officer in Tajikistan)

面談要約

1. 本調査団の目的、団員の紹介、コンサルタントの役割などの簡単な説明
2. 日程について調整・確認作業
 - ・4つの産院のうち、日本が支援していない産院2か所はコンサルタントが視察。支援を受けている産院は後日、官団員とともに視察する。
 - ・ハトロン州への訪問先に、州保健局、地区の保健行政機関（地区中央病院が兼任）の追加を依頼。
 - ・今回の保健省への質問票に対する回答は、母子保健局に責任があるが、質問内容によっては、正確に回答できない場合があり、翌日担当者を紹介する。
 - ・保健省の最新の組織図を依頼。

No.2

面談・視察日時	2005年3月4日(金) 9時30分～10時30分
訪問機関名	保健省次官
面談者	先方：Sharopova 保健次官 当方：調査団、Rano、Rustam (Liaison Officer in Tajikistan)

面談要約

1. 調査団は、今回の調査の目的の1つである研修計画を説明。コンサルタントの役目とその活動をサポートする人物 C/P (特に保健行政)、フォーカス・グループ・ディスカッションに関する理解と協力を依頼。また、これまでの経緯（社会セクター調査、ジェンダー調査）と今回のプロ形調査団の目的、団員、日程などの説明。保健省への質問票への回答、情報収集や聞き取り調査への理解と協力を依頼。
2. 次官によれば、保健省への質問票は、各部署で分担して作成中で、その取りまとめは母子保健課が行う。保健行政に関しても母子保健課が行う。必要に応じて、他の関連機関に応援を要請している。保健省への質問票回答は、次官によるチェック後3/10にはコンサルタントに渡せるとの回答。医療施設への質問票に関しては、市内と周辺地域の医療施設に回答を依頼したとのこと。

3. どの分野で、何の目的で、具体的に何をするのかに関する計画案はあるのかとの次官の質問に対して、調査団は研修計画以外にも母子保健分野での協力案も考えられると回答。次官からは、研修以外についても、積極的にプロジェクトを考案し、実施してほしいとの意見。ラノ氏からは、ウズベキスタンでのこれまでのJICAの取り組みについて紹介。過去10年間の積み重ねが大きな成果になっていると説明。

No.3

面談・視察日時	2005年3月4日(金) 11時00分～16時00分(1時間の昼食休憩) 2005年3月5日(土) 10時00分～12時30分
訪問機関名	保健省母子保健課
面談者	先方：フセイン母子保健課長、ラノ・アルエヴァ母子保健副課長、 サーファ保健情報統計センター長 当方：渡慶次、スパイジュロ(通訳：3月4日)、野口(通訳：3月5日)

面談要約

保健行政担当分の質問票の順番に従って情報収集の確認作業を実施した。概略は以下のとおり。

1. 中央保健行政と保健省の組織図

最近保健省の組織は改変されたが、紙に書かれたものを入手できず、聞き取り調査にて確認。保健大臣の下に、第1次官1人と次官3人がおり、それぞれが1つ～2つの局・課(5局6課)を管轄している。全体で職員数は、55人で、次官のほかに母子保健行政を担当する母子保健課の職員は4人―課長、副課長兼MCH担当、主任専門官(PHC担当)、上級専門官(入院医療担当)―で構成している。

2. 地方の保健行政

保健行政区分は、共和国管轄州(以下、RRS)を除いて、ドゥシャンベ市と州〔Province(英)、Oblast(ロシア語)、Viloyat(タジク語)〕に分かれ、更に、地区〔District(英)、Rayon(ロシア語)、Nohiya(タジク語)〕に区分されている。RRSの行政区分は、市や州がなく、地区のみである。州レベル以上の人事権は、保健省にあるが、罷免に対しては、州の行政機関の許可が必要である。新任に対しては、州行政機関からの推薦リストが提出され、保健省は、面接・試験を実施したうえで、人選を決定する。不服がある場合は、関係委員会を開催し、協議する。地区レベル以下の人事権すべては、州の行政機関に委譲されている。予算が直接、財務省から地方行政機関の財務局に入ることから、地方の行政機関の権限はかなり強い。

州の保健行政を管轄する機関として、州保健局があるが、地区の保健行政を管轄する機関はない。地区レベルでは、地区中央病院の院長が該当する地区の保健行政全般と病院の維持・管理の両方を兼任している。

3. 国家保健政策

「保健セクター改革2010」の一環で、社会保障・人口省との併合が計画されており、現在、人員削減が進められている。保健政策及び保健セクター改革2010の進捗状況、保健分野での保

健政策の優先目標については、文書（ロシア語）にて回答を入手。

4. 保健予算

タジキスタンの会計年度は、1～12月であり、10～11月に予算書を各財務省へ提出する必要がある。財務省は直接、予算を州政府〔Fukumat（タジク語）〕の財務局に送る。さらに、地区行政機関の財務局の予算は、州の財務局から直接受け取る。

5. 保健医療施設の分布

2004年を除いて過去9年間における管轄別、医療施設別医療施設数、人口10万対病床数、2003年の州別医療施設数のデータ（手書き）を入手。

6. 医療従事者の配置

2004年を除いて過去9年間における職種別医療従事者数、人口千人対の州別職種別医療従事者数のデータ（手書き）を入手。

7. 医療従事者の養成

主な医療従事者の養成学校・機関、入学基準、入学者数、教育期間は以下の表のとおりである。医学生は、最初の2年間は、一般教養・基礎医学を学び、5年後専門分野に進む。大きく、内科と外科に分かれ、前者は、1年間の教育後小児科医と内科医となる。家庭医（ファミリードクター）になる場合は、更に、1年間の教育期間がある。後者は、3年間の教育後外科医となる。

以前、養成していた医師補（feldsher）は、2002年以降養成されていない。

歯科医師で、口腔外科医となる学生は、5年間のほかに、1年間の教育期間がある（医師や歯科医師の教育期間に幅がある理由）。薬剤師の教育期間に幅がある理由は、後日確認する。大学の卒業試験が国家試験に相当している。

主な医療従事者の養成学校・機関、入学基準、入学者数、教育期間

	学校名／養成機関	入学基準	入学者数***	教育期間
医師	国立タジク医科大学のみ	9年* + 2年**	613	6～8年
歯科医師	国立タジク医科大学のみ	9年* + 2年**	60	5～6年
薬剤師	国立タジク医科大学のみ	9年* + 2年**	59	5～6年
訪問看護師	9か所のメディカル・カレッジ	9年* + 2年**	933	4年
助産師	9か所のメディカル・カレッジ	9年* + 2年**	624	4年
薬剤助手	9か所のメディカル・カレッジ	9年* + 2年**	91	4年
看護師	4か所の養成学校	9年* + 2年**	1,110	3年
衛生医師補・ 疫学医師補	4か所の養成学校	9年* + 2年**	135	3年
歯科技師	4か所の養成学校	9年* + 2年**	164	3年
検査技師	4か所の養成学校	9年* + 2年**	120	3年

*：義務教育、**：後期教育、***：2004年のデータ

医療従事者には、初級、1級、2級、上級の4つのレベルがある。卒業後すぐは初級であり、卒業後7年後に研修を受講（数週間～数か月）し、保健省の認定を受けて1級医療職となる。次に、3年後（卒後10年後）、同様に、研修を受講し、認定を受けて、2級医療職となる。最後に、5年後（卒後15年後）、論文を提出し（医師のみ）、研修を受講し、認定されて、上級医療職となる。旧ソ連時代は、上級職と初級職とで給料や待遇の面で、大きな違いがあったが、現在は権限、給料及び仕事の内容（責任ある仕事を任せられる）が多少異なる。

8. 保健データ

主な疾病と患者数のデータを入手。

9. 保健医療施設への質問票に対する回答

3/5 現在で、ドゥシャンベ市内の1次医療施設4か所、3次医療施設67か所、ハトロン州の2次医療施設2か所、合計12か所の医療施設からの回答を入手した。

10. ①保健情報システム、②医薬品・医療器具の供給体制、③ワクチンの供給体制についての回答は内容が不十分であるため、担当への直接聞き取りの必要がある。

11. 後日入手予定の情報

①最新版の年次報告書2003年度版、②保健予算、③レベル別医療施設の基準、④医療施設の分布の問題、⑤職種別内容規定、医療従事者の問題、⑥一般情報・保健情報として、人口データ、保健指標（平均寿命、死亡者数と死因）、⑦保健分野を支援しているドナーの情報

No.4

面談・視察日時	2005年3月10日（木） 9時45分～10時45分
訪問機関名	保健省医療サービス運営局
面談者	先方：オクタム・ボボホヤエフ局長 当方：渡慶次、野口（通訳）

面談要約

1. 現在の医薬品・医療器具供給システム

- ・タジキスタンの医薬品・医療器具の供給は、30%が外国からの支援、残り70%が保健予算に計上されて、地区中央病院以上の保健医療施設は、指定された薬局から自ら購入している。ヘルスセンター、メディカルハウスは地区中央病院から受け取っている。
- ・人道支援のなかで、3分の2を占めている「国境なき薬剤師」は、1998年から、医薬品供与を実施している。さらに、残り3分の1を占めるHOPE（米国国務省）支援は、2000年から毎年、多い年で最大2,000万ドル相当の医薬品を供与している。2005年は、インドネシアでの津波の影響で、800万ドルの予定となっている。前者の医薬品は、保健省管轄の中央倉庫から、地区中央病院以上は直接、医療施設へ分配されている。メディカルハウスやヘルスセンターは地区中央病院から受け取る。後者は、空港で、保健省、HOPEプロジェクト関係者の立ち会いの下、予定されている地区中央病院以上の医療施設が直接受け取る。

・疾病ごとに価格が設定されており、それに基づいて、全体の需要を把握しているが、国が負担するのは、その需要の2割としている。30%は外国からの支援、50%が個人負担としている。

2. 有料保健サービスの導入

2005年4月から保健サービスの有料化が開始される。ただし、5歳までの乳幼児、妊産婦、結核患者、ガン患者、心身障害者、戦争負傷者などは全額無料の対象となっている。医療費のうち、20%が国の負担、残り80%が個人負担としている。2004年の9月から、RRSのバルゾブ地区、ハترون州のダンガラ地区において、パイロットプロジェクトとして保健サービスの有料化が開始されたが、成果があがりつつある。患者からの自己負担金は、各保健医療施設の収入として使われている。医療従事者から、①給料が増えた、②医薬品が購入できる、③出産が無料だと分かった母親が病院で出産するようになった、という意見が出ている。患者は、以前は、無料といいながら、治療費を請求されていたので、合法的に一定の金額を支払う方が良いとしている。

3. 医薬品集中購入・分配センターの開設

2005年、市販されている医薬品の監督、中央集中的な医薬品の現物支給を目的として同センターが開設された。2005年末までに、実際の活動を開始する予定である。

4. 健康保険制度の導入

健康保険制度の2007年の導入を目標に、保健大臣直属の「健康保険案作成ワーキンググループ」が結成され、現在、法案を作成中である。

No.5

面談・視察日時	2005年3月11日（金） 9時20分～10時20分
訪問機関名	保健省母子保健課
面談者	先方：ラノ・アルエヴァ副課長兼MCH担当 当方：喜多、野口（通訳）

面談要約

1. 母子保健分野の課題

乳児死亡率及び妊産婦の疾病率／死亡率が高かったことを受けて、保健省内に母子医療サービス組織課が2年前に開設された。

母子保健分野の問題点としては、まず出生登録の問題があげられた。例えば、妊産婦死亡率に関する保健省のデータはUNICEFによる調査結果の半分であることが明らかになった。また、乳児死亡率は保健省のデータでは17/1,000出生だが、UNICEFの調査では89/1,000出生であり、両者の統計には大きな差があった。その原因として、UNICEFがソグド州とハترون州で実施した調査により、自宅出産の場合に妊産婦及び新生児の死亡が登録されていないという問題が確認された。また、妊産婦には貧血、ヨード不足による疾病が多く、それが低体重児の問題を引き起こしていることも問題として指摘された。

2. 政府による母子保健分野のプログラム

(1) MDGs プログラム (2005 ~ 2015 年)

プログラムのうち3つが保健関連、うち2つが母子保健関連項目である。目標は、2015年までに乳児死亡率及び妊産婦死亡率を1990年のそれぞれ2/3と3/4に低下させること。そのための取り組みは、①プライマリー・ヘルス・ケアのキャパシティを向上し、緊急助産へのアクセスを改善する、②妊産婦と乳幼児の栄養改善とその他のサービスを向上させること、である。①については、農村部において自宅出産が多い理由として、医療従事者不足や設備不足のため、妊婦が病院に行きたがらない現状がある。産科の医師が不足しているため、外科の医師が産科でのサービスを行っているところがあったり、冬は1日に2~3時間しか電気が使用できなかつたりする。また、交通手段や通信手段がないため必要なときに医師にみてもらえない、あるいは医師が妊婦のところに行けないという問題もある。

(2) 家族計画プログラム (2003 年~)

国連人口基金 (UNFPA) の支援によって実施されている。本プログラムによって、地方の自治体もリプロダクティブ・ヘルスや家族計画のための活動に予算をつけるようになった。ただ、その金額は少額で、必要予算の90%はUNFPAによって賄われており、残りの10%のみが地方自治体による。本プログラムの下で、リプロダクティブ・ヘルスや家族計画に関する啓発の一環として、大統領がTV演説を行ったこともある。現在、避妊具は十分にある。

(3) 母体の安全プログラム (2002 年~)

本プログラムの下で「クリニック・プロトコール」が策定された。これには、出血や妊娠中毒症の場合の処置が症状のレベルごとに指導されている。また、ドゥシャンベ市内の第2及び第3産院には、産婦のための部屋（出産から退院するまでのための部屋）が設置されている。WHOの支援「効果的な周産期ケア協力」は本プログラムの一部である。

(4) 貧血対策プログラム (1996 年~)

UNICEFの支援を得て妊産婦に硫黄と鉄分を含んだサプリメントを提供している。

(5) 母乳育児プログラム (1998 年~)

UNICEFとWHOの支援によって実施されているプログラム。旧ソ連時代は、授乳に関してガイドラインがあった。それによれば産後3時間で初めて授乳をし、その後も3時間おきに授乳する。現在は、産後すぐの授乳と、乳児がほしがるときに自由に授乳してよい。また、6か月間の完全母乳育児が推進されている。本プログラムの実施によって、乳幼児の下痢、急性呼吸器系疾患や、妊婦の出血、産婦の乳腺炎症等が大幅に減少した。

(6) ヨード欠乏削減プログラム (2002 年~)

妊婦のヨード欠乏症が早産や流産の原因であることを受け、本プログラムの下で食塩のヨード添加を義務づけた法律が2002年に策定された。

(7) 出生登録プログラム（2004～2006年）

2004年10月から2006年12月までのプログラム。目的は、WHOによる「出生」に関する基準（22週目から出産週であるとする）を全国的に導入することである。第1段階として、ドゥシャンベ市全域とソグド州全域を対象にした、パイロットプロジェクト「出生基準の定義プロジェクト」が開始された。2006年から全国で開始したい考えである。

3. その他

- ・政府による研修として、タジキスタン医療人材卒業養成所の卒業研修がある。
- ・保健省は、助産医療施設のスタッフ向けに感染症指導要領を作成した。

No.6

面談・視察日時	2005年3月11日（金） 10時30分～11時30分
訪問機関名	保健省「出生基準」コーディネーター
面談者	先方：Sanovbar Rakhmatullaeva, Coordinator for Birthrate Criteria 当方：喜多、スパイジュロ（通訳）

面談要約

1. 出生基準の定義プロジェクトの概要

CDC（Center for Disease Control and Prevention）が、USAIDの財政的支援を得て、保健省との協力の下で2004年10月から進めているプロジェクト。本プロジェクトには、UNICEFも財政的・技術的支援を行っている。パイロット対象地域は、自宅出産の少ないドゥシャンベ市（6%）及びソグド州（11%）。

WHO基準の「出生」の4つの定義は、①呼吸、②心臓、③脈、④手足の動きであるが、タジキスタンで採用されているのは①のみである。1,000g以上の新生児の場合には、呼吸が確認できれば「出生」とみなされる。体重が500～990gの新生児は、6日経っても生きていたら「出生」として登録される。ただし、保健省プロジェクトコーディネーターによれば、500～990gの新生児が6日間生存できるか否かは、医療設備に左右されるところがあること、そのため、現在のように、特に農村における質の低い医療サービスの下では、1,000g以下の新生児が6日間生存できる可能性は高くないとのことであった。現在採用している「出生」基準から生じる問題点として、以下の3点があげられた。

- ① 国際基準（WHO基準）に基づいて新生児死亡率を計算していないため、他の機関（例えば、WHOやUNICEF）による統計との間に大きな誤差がある。
- ② そのため、新生児死亡率を下げるための効果的な計画や戦略がない。
- ③ 呼吸をしていない新生児を生存しているとみなさないことは、子どもの人権に反することである。

「出生」に関する国際基準の導入に関しては、タジキスタンは他の旧ソ連国と比べてはるかに遅れている。1992年にバルト海沿岸の国々はこうした基準を採用し始めた。現在、タジキスタンのほかに採用をしていないのは、トルクメニスタンである。

2. 国際基準導入に向けた具体的な取り組み

プロジェクトの下で実施されている主な3つの活動を以下に示す。

(1) 医療従事者の再教育

2004年には、医師を対象にした3日間のセミナーを計15回(いずれもドゥシャンベ市)実施した。1回のセミナーには24人の医師が参加した。1回のセミナー開催に要した費用は5,000米ドルである。

(2) 医療機材の提供

医療機材を、ドゥシャンベ市の4産科病院及びソグド州の139医療機関(地区中央病院だけでなく、出産機能をもつ農村ヘルスセンターの産科も含む)に提供した。

(3) モニタリング

プロジェクト開始から現在までの半年間、パイロット病院における国際基準の導入状況をモニタリングしている。保健省プロジェクトコーディネーターとそれぞれドゥシャンベ市、ソグド州の保健省の職員が1か月に1度モニタリングに訪れ、医師への指導を行っている。また、ドゥシャンベ市第1病院の産科の中にある科学研究所の医師もパイロット病院へのモニタリングに参加する。こうしたモニタリング活動は主にUNICEFの支援によって行われている。

3. その他

現在、保健省は本プロジェクトを支援してくれるドナーを探している。タジキスタンで活動しているすべての国際ドナーに協力の要請をしたが、現在までにどこからも回答は得られていない。JICAにも是非支援をお願いしたい。必要であれば、プロポーザルを作成・提出してもよい。

No. 7

面談・視察日時	2005年3月11日(金) 10時30分～11時30分
訪問機関名	保健省保健改革推進計画調整局
面談者	先方：ガフロバカリュフィニーソ主任専門官 当方：渡慶次、野口(通訳)

面談要約

1. 保健改革の優先課題

保健改革は、1993年ごろから取り組んでいたが、内戦の影響もあり、2002年から本格的に着手した。10の課題のうち、6つの優先課題は、順に①PHC、②医療施設、③医療施設の予算計上、④衛生・疫学サーベイランス、⑤医薬品等、⑥人材育成である。現在、2つのパイロット地区(ハトロン州のダンガラ地区、RRSのバルゾブ地区)にて、試験的に改革が実施され、今年の7月から、5つの地区(ゴルノ・バタフシャン自治州のロシュトカラ地区、ハトロン州のクリアブ地区、RRSのラジュト地区、ソグド州のアイニン地区、ソグド州のゴルナ・マチャー地区)に広げ、徐々に、全国規模に実施していく予定である。

2. PHC レベルの保健医療施設の再構築

本来あった外来診療所、農村診療所をヘルスセンターに名称を変更する。さらに、メディカルハウスをヘルスハウスに名称を変更し、設備と機能の強化を重要視し、医師補の配置、数床のベッドと正常分娩ができる設備を配置する。また、住民にアクセスしやすい、施設の分布状況を考慮し、あるいは集中している施設を廃止し、適正な医療施設の分布を調整している。

3. 家庭医（ファミリードクター）などの導入と人材育成

家庭医（ファミリードクター）の導入は、PHC の推進にあたって、現在までに 500 人の家庭医（ファミリードクター）と 450 人の訪問看護師（ファミリーナース）を養成し、ヘルスハウス（旧メディカルハウス）やヘルスセンターに派遣している。人材育成は、すべての医療従事者が対象であり、ライセンス制による施設の認定証を発行し、人材の質、サービスの向上をめざすこととしている。

4. 入院設備のある医療施設の再構築と入院設備のある医療施設への予算計上の変更

入院設備のある医療施設の再構築として、不必要なベッドを処分し、削減している。また、入院設備のある医療施設への予算計上の変更として、これまでベッド数当たりで予算を算出していたが、今後入院患者数、外来患者数当たりで算出する。

5. 保健行政の改革

6 つの優先課題のなかに入っていないが、現在、保健省の組織改変が実施されている最中であり、地方分権政策も徐々に推進する方向で動いている。これまで国営であった薬局については、2002 年に民営化が開始された。

No.8

面談・視察日時	2005年3月11日（金） 16時30分～17時30分
訪問機関名	保健省国際関係調整課
面談者	先方：ガフル・ホジャムロドフ主席専門官 当方：渡慶次、野口（通訳）

面談要約

1991年に、旧ソ連から独立してから現在に至るまでの支援の経緯は、下記のとおりである。

1. 1992～1996年：独立後、勃発した内戦によってインフラはかなり破壊され、特にハトロン州は壊滅的であった。その際、赤十字や国連機関が中心となって、30か所の国際機関や国から医薬品や食糧に対する緊急支援を受けた。
2. 1996～2001年：保健医療施設の改築・改修、PHCの強化と改善に焦点を当てながらもドナー間の調整もなく、各国、各国際機関がそれぞれ独自に支援を実施した。そのような状況下で、タジキスタン政府の財源も乏しく、破壊された保健医療施設の改築・改修が放置されたままとなった。そのため、人材が国外へ流出し、ひいては、有能な人材がいない保健医療施設では、

保健医療サービスの質の低下をもたらす結果となった。1人当たりの医療費が1991年に192米ドルであったのが、2000年から2001年にかけて、1米ドルまでに落ち込んだ。なお、この時期に支援を開始した国際機関や支援国はほとんど現在も引き続き、支援を続けている。

3. 2001～2004年：この時期に、人道支援（医薬品、食糧）が減少し、国際機関・各国からの長期プログラムが実施された。タジキスタン自体も徐々に経済的に立ち直りつつあり（8～10%の成長率）、世界銀行、アジア開発銀行（ADB）、イスラム銀行、サウジ銀行、石油輸出国機構（OPEC）などからの長期融資を受けることができた。さらに、保健省が中心となって、ドナー間調整も実施され、貧困削減戦略ペーパー（PRSP）、MDGsが作成され、2003年に、海外支援調整センターが大統領府直属に設置された。
4. 現在：これまでの支援等で、保健分野においても、かなりの成果が出てきたが、しかし、全土にはまだ及んでいないのが現状である。主として、多くの支援がPHCへ集中しているが、優先課題の1つであるマラリア、結核、HIV/AIDSの問題も無視できない。インフラ整備として、世界銀行が2005年にハトロン州とソグド州に750万米ドル、ADBがゴルノ・バタフシャン自治州、ハトロン州、RRS、ソグド州に950万米ドルの融資を開始する。2015年までに達成するインフラ整備にかかる総経費は、45億米ドルと試算されている。2003年に世界銀行主催で開催されたドナー会合では、9.6億米ドルの資金提供が約束され、これまでに60%の資金が拠出され、2004年には、保健分野のみで4,000万米ドル相当の支援を受けた。

No.9

面談・視察日時	2005年3月15日（火） 9時20分～10時20分
訪問機関名	保健省経理・財政計画局
面談者	先方：シャラポヴァ・ビヌスリャク局長 当方：渡慶次、野口（通訳）

面談要約

質問票に対する回答の再確認を行ったが、詳細な内訳は不明であり、共和国統計委員会へ問い合わせる必要がある。現段階で入手した情報は下記のとおりである。

1. 保健省のみの実質保健支出（人件費、光熱費などの維持費を含む）は、2004年で16万1,540ソモニであり、過去5年間で5倍以上に増加している。

保健省のみの保健支出

（単位：ソモニ）

	2000	2001	2002	2003	2004
支 出	36,393	40,763	78,556	101,875	161,540

2. 2004年の保健省以外の保健分野における予定予算（医薬品購入費、共和国病院の管理維持費、入院患者の食事代を含む）は、6,180万ソモニであり、過去5年間で3倍以上に増加している。

保健省以外の予定予算*

(単位：ソモニ)

2000	2001	2002	2003	2004
18,071,496	21,463,701	23,791,399	25,576,308	61,800,000

*：財務省が2001年に予定した2000年から2003年までの予算額

3. 2000年から2003年までの各州・市の保健予算は、毎年少しずつ増えており、特に、ドゥシャンベ市の伸びが大きい。政府予算に保健予算が占める割合は、7%台である。

各州・市の予定保健予算*

(単位：ソモニ)

	2000	2001	2002	2003	2004
RRS	2,312,152	2,510,113	3,011,199	3,226,397	—
ソグド州	4,989,066	5,305,898	6,577,935	7,096,380	—
ハトロン州	4,962,240	5,369,902	6,629,117	7,146,610	—
ゴルノ・バタフ シャン自治州	1,195,559	1,290,016	1,504,456	1,605,805	—
ドゥシャンベ市	1,938,390	2,089,661	2,594,919	2,800,213	—
全 体	225,986,000	301,653,000	459,891,000	727,899,000	942,800,000
政府予算に保健 予算が占める割合	7.9	7.1	5.1	8.5	7.2

*：財務省が2001年に予定した2000年から2003年までの予算額

No.10

面談・視察日時	2005年3月14日(月) 9時00分～9時30分
訪問機関名	保健省母子保健課
面談者	先方：ラノ・アルエヴァ副課長兼MCH担当 当方：喜多、野口(通訳)
入手収集資料	保健省令

面談要約

Maternal and Child Health Coordination and Communication Commission

2004年に構成された保健次官を長とする協議会。活動に関する進捗状況の管理は保健大臣が行う。構成メンバーは、保健次官、保健省母子医療組織課長、同課チーフ専門家その他、タジキスタンの母子保健分野において活動している国際ドナー11機関とタジキスタンのマスコミの代表者である。国際ドナーは、UNICEF、WHO、USAID、FAO、UNFPA、WFP、CARE International、Save the Children、国境なき薬剤師、Action Against Hunger、アガ・カーン基金である。協議会は、四半期に1度、保健次官が召集し、各ドナーからの活動の進捗状況の報告や問題・課題などに関する協議が行われる。

協議会が構成された背景には、以前、医薬品の供与において、UNICEFと他のドナーとが重複したが、国境なき薬剤師の許可なしには、他の地域へ配布することができなかったことがある。

したがって、協議会の主要目的は、同じ地域、支援分野においてドナー間の活動が重複することがないように調整することにある。

日本のタジキスタンへの協力が2004までUNICEF経由で実施されていたため、JICAは協議会のメンバーではなかった。しかしながら、今後は、JICAをメンバーとして迎え入れたいと思っており、既に、JICA Liaison Office と話を進めている。

No.11

面談・視察日時	2005年3月14日（月） 9時30分～10時30分
訪問機関名	保健省公衆衛生・疫学課
面談者	先方：ピロフダゥロン・ドヨロヴィッチ課長 当方：喜多、野口（通訳）

面談要約

1. タジキスタン公衆衛生・疫学関連行政の構成

保健省の下に共和国国家公衆衛生医師長（保健省次官が務めている）がおり、その下には保健省公衆衛生・疫学課と他の諸省庁の公衆衛生疫学関係部署が置かれている。その下の行政レベルは、共和国センター、州センター、地区・市センターとなっている。共和国センターは8つの部署に分かれている：①国家公衆衛生・疫学監督課、②健康な生活習慣に関する啓発課、③予防接種共和国センター、④熱帯病対策センター、⑤HIV/AIDS対策センター、⑥栄養問題研究所、⑦ペスト対策所、⑧タジク予防医学学術研究所（学術研究のみを行う機関）。これらのうち、⑥、⑦及び⑧は下のレベル（州センター、地区・市センター）はない。①は、公衆衛生・疫学に関する監督を行う課で、大きな権限をもっている。例えば、公衆衛生基準を満たしていない飲食店を閉鎖したり、罰金を課したりすることもできる。

2. 衛生・疫学分野の改善のためのワーキング・グループの設立と行動計画案の策定

2004年2月14日に保健省令が出され、公衆衛生・疫学分野の活動を改善することを目的としてワーキング・グループが設立された。ワーキング・グループのメンバーには、ドヨロヴィッチ公衆衛生・疫学課長を頭とし、課長補佐、保健省チーフスペシャリスト（嘱託）、予防医学研究所所長、健康的な生活習慣センター長、国家公衆衛生・疫学監督センターの副センター長の計6名が任命された。保健省令によれば、その任務は、「国民の衛生・疫学上の安全を確保するために、現行の法規の再検討を行うこと」とされており、そのため、2005年から2010年までの行動計画（案）が作成された。行動計画の柱は、①インターネットを使用した保健情報システムを構築すること、②公衆衛生・疫学分野の人材を再教育すること、である。

3. 保健情報システムの構築

衆衛生・疫学課長によれば、各州、市、地区のデータは、それぞれを統括する共和国センターで収集され、まとめて保健省に送付されるシステムになっている。しかしながら、こうしたやり方だと保健省がデータを得るまでに1か月以上を要する。敏速な対応のためには、敏速に必要な情報が届けられる必要があるが、現在のシステムの下では、無理がある。旧ソ連時代には、各行政レベルを越えた報告やそれに対する指示を出すことが可能であったが、今は、それが

できない。また、下のレベルになると、コンピューターどころか電話さえないところがある。

カザフスタンやキルギスでは、CDC（Center for Disease Control and Prevention）がコンピューターシステムを構築した結果、地方のデータが敏速に中央政府に届くようになった。タジキスタンとしても、コンピューターネットワークシステムの構築の支援をしてくれるドナーを探しており、現在、ADB やスイス開発銀行との話し合いを進めている。

4. 公衆衛生・疫学分野の人材の再教育と問題点

旧ソ連時代には、公衆衛生・疫学分野のスタッフに対する再研修制度はあったが、崩壊後はそれがなくなってしまった。したがって、そうした研修制度を再びつくる取り組みが必要である。しかしながら、現在抱える大きな問題点として、スタッフを再教育するために必要な法規集を作成して印刷・配布することができない。

例えば、腸チフスの予防基準に関する法規は既に法務省からの承認を得ており、大臣の署名もあるにもかかわらず、指導要綱を作成、印刷、配布することができない。また、現在、「水」に関する3つの公衆衛生基準に関する法規についての、法務省からの承認を待っているところである。承認されれば、専門家を雇って指導要綱を1,000部以上作成・印刷し、各医療機関に配布する必要があるが、そのための資金も不足している。

こうした状況から、法規によって各分野の基準は定められていても、公衆衛生・疫学に関して実際に監督にあたる機関が新しい指導要綱を入手できていないという深刻な問題がある。現在使用されているのは旧ソ連時代のものである。

No.12

面談・視察日時	2005年3月17日（木） 15時30分～17時30分
訪問機関名	保健省母子保健課
面談者	先方：フセイン母子保健課課長、ラノ・アルエヴァ副課長兼MCH担当 当方：田中、山岸、渡慶次、喜多、野口（通訳）

面談要約

1. 歓迎のあいさつ、タジキスタンの保健分野の現状（内戦の影響で、中央アジアのなかでは、最も改革が遅れている。保健情報システムの不備でタジキスタンの公式な統計が実際の調査で入手した調査結果と一致せず、現状を必ずしも反映していない。3倍から4倍の違いがあることが分かった。医療従事者の給料が安いこともあって、やる気が低く、多くの医療従事者が離職し、ハトロン州では、1,500人の医療従事者が不足している。MCH関連の保健医療施設の老朽化に対して、タジキスタンの力だけでは再建できない財政上の問題を抱えている）の説明（母子保健課長）。
2. 団員の自己紹介、質問票への回答に対するお礼、大統領府からの日本への支援の要請の経緯、受入体制となる予定の石川県立看護大の参加、これまでの日本での研修、JICAの技術協力の方針、人間の安全保障の問題、母子に直接届く協力などについて説明（田中副団長）。
3. 世界銀行が2002年から施設の修復及び医療機材の供与を実施している地区は、バルゾブ地

区（RRS）とダンガラ地区（ハترون州）である。山中にある、ドゥシャンベ市から遠隔地であることが地域選択の際の世界銀行の条件であった。

4. IMCIの支援が入っている地域は、ルダキ地域（RRS）とバルゾブ地区（RRS）である。さらに、IMCIをテルムマリク、ボセ、フルソン、ジョミ、ボフタールの5地区（ハترون州）に拡大していく予定である。

地区の選択にあたっては、アクセスの便利なことも条件にある。IMCIの支援が入っていない山岳地区が5か所あるが、冬期のモニタリングが困難であり、現在のところ、支援が入る予定はない。医師数が人口1万人当たり2.5人である。それらの地区では、研修プログラム、TOTのトレーナーの配置が始まり、中級医療従事者の研修はまだ実施されていない。

5. 上記の地区のなかで、日本の支援を期待する優先順位は、ボセ、テルムマリク、ボフタール、フルソン、ジョミの順である。人口が多いという理由である。

6. 具体的な支援内容、地区の選択は、これから検討していく。日本での研修を希望する人材は、実際にその地区で活動し、日本での研修内容が実際に生かすことのできる人物である。

7. フォーカス・グループ・ディスカッションは、10～20人で、家庭医（FD）、訪問看護師（FN）、助産師を対象とし、ハترون州とRRSで実施する。可能であれば、家庭訪問も実施する。

No.13

面談・視察日時	2005年3月18日（金） 16時30分～18時00分
訪問機関名	保健省本邦研修参加者
面談者	先方：サノバル（WHOのLBCコーディネーター）、 ホジームロロム（形成外科センター長兼国際関係調整課主任専門官） 当方：田中、山岸、渡慶次、野口（通訳）

面談要約

以前に日本での研修を受講した研修生に、主として現況と研修の成果などの聞き取りを行った。予定していた4人のうち、上記の2人と協議することができた。田中副団長より、協議の目的、研修計画、研修の受入先などについて、説明あり。山岸団員より、石川県立看護大学のパンフレットが手渡された。

1. サノバル氏

2001年の8月にPHCコーディネーターとして、保健行政の研修に参加した。専門は小児科医であり、研修受講時は、WHO支援（ソモニプロジェクト）のPHCコーディネーターであった。2003年11月から現職（CDCのソモニ計画の支援を受け、保健省の嘱託職員）についている。

研修では、保健行政全般、各レベルでの保健医療施設、国立、民間の施設も視察した。その結果に基づいて、タジキスタンでのPHCの概念、PHC関連のマニュアル、保健戦略などの作

成に携わった。研修の大きな収穫としては、家庭医（FD）の役割、技術、設備、検査などの情報を習得できたことである。また、印象的だったのが、国立小児センターにおいての、500 gの未熟児へのケアのしかたの視察であり、タジキスタンでは、助かることがない未熟児が日本では生存可能だということで、タジキスタンの医療技術の未整備を痛感した。

2. ホイームロロム氏

2002年、共和国病院の院長（専門は、形成外科）兼各保健プロジェクトのコーディネーターとして、「病院管理、職業病」の研修を受けた。各職種による疾病（職業病）、放射能などの環境汚染が人体に及ぼす悪影響などの研修は非常に勉強になった。その他にも、IT技術、最新の医学機材も興味があり、日本で視察する機会があり、有益であった。

現在、国際関係調整課次長の立場から、ディアコフ病院への日本からの支援、WHOの支援で入院サービス改善の改革（病床数の削減、医療従事者の研修、予算の計上方法の変更）にも携わっている。現在、移行期にあるタジキスタンの保健システム（第3巻）についても執筆中であり（WHOの支援）、今年末ぐらいに出版される予定である（インターネット上でもロシア語版と英語版で公開予定）。

入院サービス改善の改革の進捗状況として、過去10年間で、40%のベッドを削減し、予算の計上として、ベッド数に対して予算を算出する前払い方式から使用したベッド数に対して支出を支払うという成果主義に変更するようになったことである。

3. 研修計画にあたっての希望

- ・日本語が書かれた研修の教材や資料が多く、ロシア語訳がまったくなく、研修終了後、活用できなかったのを、改善してほしい。せめて、英訳でもほしい。
- ・「研修生の希望も日程に取り込んでほしい」に対して、研修生の人選が決定して、日本へ名簿等を送付する際に、具体的に研修生の希望とする訪問先や習得したいと考えている内容なども同封したらどうか。集団研修でかつ、特定の研修内容なので、必ずしも研修生の希望が通るということはないが、内容によっては、個別で対応できる可能性はある。
- ・「以前に研修を受講した人も再度研修の機会を与えてほしい」に対して、より多くの人に機会を与えるべきだと考えるので、同じ名目の研修は難しい。しかし、職務や立場、所属機関等が変わり、必要が生じれば検討の余地はある。

市・地区保健局

No.14

面談・視察日時	2005年3月9日(水) 10時00分～11時00分
訪問機関名	ハトロン州保健局
面談者	先方：ファイザリ・ナガロフ保健局長 当方：調査団、スバイジュロ(通訳)

面談要約

1. 一般概要

- ・ハトロン州保健局は、ドゥシャンベ市から車で90分の南部に位置するクルカンチューベ市にある。ハトロン州には、4市と20地区があり、230万人の人口をもつ。

2. 州局長との協議

- ・コンサルタントより訪問の目的の説明、団員の紹介、今回視察を希望する施設の依頼。局長よりハトロン州の経緯(以前は、2つの州に分かれていたが、1993年に1つの州になった)、これまでの支援(ADBの融資で、4つの地区にある医療施設の改築及び機材の整備を実施、CARE Internationalの支援で1次保健医療施設の改修を実施)の状況の説明を受ける。
- ・レベル別の保健医療施設の現況を視察するために、同一地区の州立病院、地区中央病院、ヘルスセンター、メディカルハウスへの視察の依頼に対して、州保健局が見てほしいと強く希望したアブドゥラフモニ、ジョミ地区の地区中央病院周辺の施設を視察することとなった。
- ・ハトロン州の保健分野の予算は、2004年が1,000万ソモニ、2005年が1,100万ソモニである。支出の内訳として、人件費(60%)、医薬品購入(20%)、食事(15%)となっており、医療機材購入や施設の管理維持費に必要な経費がわずかである。住民1人当たり保健予算は、0.6ソモニである。
- ・医療サービス・パッケージがあり、優先リストの高い人の順に無料の医療サービスを提供している。どの程度の割合を占めるかは、不明である。
- ・ハトロン市の保健分野、特に母子保健分野における課題について：①1次保健医療施設であるヘルスセンター、メディカルハウスでの施設分娩を増やし、自宅分娩を減らしたい。②異常分娩にも対応できるよう、産科医、助産師の再教育を実施したい。③地域の産院には、吸引器、保育器などの必須医療器具が不足しており、整備したい。

No.15

面談・視察日時	2005年3月15日(火) 14時30分～15時30分
訪問機関名	ドゥシャンベ市保健局
面談者	先方：クロフチョンコ・ニーナ局長、ラフマドロフ・シェラル次長 当方：渡慶次、野口(通訳)

面談要約

- ・ドゥシャンベ市の保健局の組織は、局長の下に次長2人、4人の主任専門官(小児科、内科、外科、産婦人科)、4人の専門官、5課(小児・産科、治療、人事、財務・計画、市民防衛)となっており、総数13人である。さらに、17か所の診療所、16か所の入院施設のある病院、15か所の専門病院(下痢、ARI、リプロダクティブ・ヘルス・センター、結核など)、7か所の公衆衛生・疫学監督所、2か所の予防診療所(皮膚病、結核)、2か所の孤児院(健常者対象と心身障害者対象)を管轄している。
- ・当保健局の予算は、2004年の予算が600万ソモニ、2005年の予算が800万ソモニであり、市の財務局から直接予算を受け取る。さらに、血液製剤や血液代替製剤の購入費、保健医療施設の整備費、医療機材の購入費、単身老人や心身障害者用などのために集中予算(ほぼ50万ソモニ)があり、直接財務省から受け取る。市の財務局の下には、4か所の地区の財務局があり、その地区を管轄する保健医療施設は、それぞれの地区の財務局から予算を受け取る。ただし、地区保健局はなく、4か所の地区は市の保健局の直轄である。
- ・市の保健予算は、市民への保健サービスのニーズの10%ほどしかカバーしておらず、90%ぐらいは、患者負担となっている。市民1人当たりの医療費は1ソモニ以下である。避妊薬や貧血用錠剤は今のところ十分な量はある。
- ・ドゥシャンベ市全体の保健分野においての問題として、保健医療施設の整備の遅れ、医療機材の老朽化である。そのため、十分な保健サービスを提供できない。また、旧ソ連時代、タジキスタンの医療従事者の能力は、旧ソ連国の中で2番目に高いと評価されていて、これまで多くの人材が流出したが、それぞれの国々でそれなりに評価され、活躍している。残った人材は、施設の不備や適切な医療機材の不足などで、せっかくの彼らの能力が活用できない状況にある。
- ・これまでの供与の対象が、成人向けであったり、医薬品、消耗品となることが多く、子どもを対象とする支援がおろそかになっている。IMRが高い理由は、ケアの必要な乳児に十分な治療やサービスを提供できていないことに起因しているのではないかと市の保健局長は考えている。実際、女性相談所では、ドップラー診断装置などの機材がなく、胎児の健康状態を把握することができていない。
- ・医療従事者の研修として、医療施設の効率的な管理運営を考えるうえで、各医療施設の院長が病院経営の面で研修を行う必要がある。

母子保健関連機関

No. 16

面談・視察日時	2005年3月3日(木) 16時00分～18時00分
訪問機関名	共和国リプロダクティブ・ヘルスセンター
面談者	先方：Kurbanov Shamsizdin, Director, Candidate of Medical Sciences 当方：調査団
入手収集資料	以下のプレゼンテーションの電子ファイル(ロシア語)

プレゼンテーション内容

1. ナショナルセンター設立の経緯

1995/1996年に160～180/10万出産の妊産婦死亡が登録された。高い妊産婦死亡率の解決策として家族計画の促進が重要であるとの認識から、リプロダクティブ・ヘルス推進を目的としてRRSに1996年に設立され、UNFPA(国連人口計画)によって避妊具の提供が進められていた。センターは共和国レベル、州レベル、市レベルに総計78設立されたが、農村部には設立されなかった。

2. 妊産婦ケアシステム確立の必要性の確認

2000/2001年に家族計画専門家を養成し避妊具を提供した結果、出産可能年齢の30%が家族計画を行ったにもかかわらず妊産婦死亡率の減少にはつながらなかった。当時はリプロダクティブ・ヘルスに関する法律や、リプロダクティブの権利に関する法律もあり、リプロダクティブ・ヘルスに関する国家プログラムも実施されていたが、その焦点は家族計画に置かれていた。2002/2003年にUNICEFとイタリアの社会保健スクールの支援による調査の結果、乳児死亡率と妊産婦死亡率は、センターの把握していた数字よりも3～4倍も多いことが明らかとなった。その結果、家族計画だけで妊産婦死亡率を下げることは難しく、出産前の時期を含む妊産婦ケアシステムが必要であるとの結論に達した。

3. 出産に関する調査結果

(1) 自宅出産の多い層

1990年までは自宅出産はみられなかったが、内戦のころは自宅出産が多く確認された。自宅出産が多いのはなぜか、また自宅出産がどのように行われているかに関して、1992/1993年に自宅出産をしたRRSとハトロン州に住む1,200人の女性と入院出産をした45人の女性を対象として調査が実施された。また、35人のジャマート(自治体)にもアンケート調査を行った。その結果、以下の点が明らかとなった。

- ・1,200人の女性のうち、自宅出産が多かった年齢層は21～34歳及び35歳以上
- ・民族では、自宅出産を行った女性のほとんどはタジク人
- ・教育レベルは、中等教育(日本では、中等、高等学校に相当)が一番多く、最終学歴が初等教育の女性も自宅出産が多い。一方、高等教育以上の人は仕事をもっていることが多く、安全な出産に関する情報も得られることから病院出産が多い。

- ・配偶者の教育レベルは女性よりも高い。
- ・自宅出産した女性は、5～10人といった大家族である人が多い。
- ・また、子どもの数は、自宅出産をした女性のうち70%は5人以上であり、35歳以下の女性の場合には20%が3人以上。20歳以下の女性で既に3人の子どもがいる人も多い。
- ・医療従事者の介入なしで自宅出産をした女性は30%近くにのぼる。
- ・出産前のケアには、体重測定、血圧検査、婦人科診察、尿検査、スクリーニングなどがあるが、必要とされているすべてのケアを受けた人はいなかった。また、妊産婦ケアサービスを受けている人の数は少ない。理由の1つは、高いサービス料にある。妊娠から出産までに必要なすべてのケアを受けると、合計で50～70米ドルかかる。これは一般の世帯にとってはとても払える金額ではない。診察料は無料ということになっているが、実際には全体の医療費の70%は個人で支払わなくてはいけないといわれている。これは、医者の月給が7～8米ドルであるため、医者個人がサービスを提供した妊産婦から実際には診察料を受け取るという現実が影響している。

(2) 自宅出産の多い理由（複数回答）

- ・自宅出産の方が都合が良い（75%）
- ・医者を信用していない（8～10%）
- ・自宅から病院までが遠い（52%）
- ・病院への交通手段がない（60%）
- ・医療施設に分娩設備がない（46%）
- ・医者が補足的に診察料を要求するから（48%）
- ・病院への連絡方法がなかった（46%）
- ・子どもの面倒をみななければいけなかった等の家庭の事情があった（18%）

(3) 自宅出産の際の合併症

出血多量、高血圧、出産時のりきみの弱さ、けいれん、子宮破裂等。1,200ケースのうち、妊婦死亡例はなかったが、新生児死亡が2件確認された。

産後のケア：産後何日後に医療スタッフが自宅に来たか。

- ・2～3日後（50%）
- ・3～10日後（38%）
- ・10日以後（10～12%）

産後の避妊具の使用：産後すぐに使用できた女性は20%にすぎない。

完全母乳育児率：32%

(4) 病院出産における妊婦死亡原因

① 出産時の出血：全国で年間70人（死亡原因の第1位）

これには、必要なときに適切な緊急医療サービスが受けられなかったことが影響している。つまり、今後緊急医療サービスを充実させる必要がある。これには、使い捨ての注射針や手袋を含む基本的な医療器具の整備、妊産婦に関する検査の徹底、妊娠のリスクが確認された場合の入院や医療ケアへのアクセスの整備が含まれる。

- ② 妊娠中毒の悪化による死亡は全体の 27.8% を占める。
- ③ 以前の中絶が原因で起こる合併症

(5) 家族計画

出産の間隔は 2 年間以上あけることが望ましい。これを実行している女性は 60%、そうでない女性は 34.8%。5～8% は年間 2 回出産している。

(6) 自宅出産の多い州：ハترون州とゴルノ・バタフシャン自治州で全体の 60% を占める。ソグド州は少ない。

4. 妊産婦情報の管理方法

各医療機関は、担当地区が割り当てられ、その地区に住む出産可能年齢のリストを保有しており、それを基に世帯調査を実施して各人のカルテを作成する。カルテには、家族の病歴や婦人科関連の病歴等や現在の妊娠に関する情報のほか、リスク要因や妊娠中にしなければいけないこと（各人レベルで）が含まれている。

5. 医療機関の種類

医療機関には、外来診療機能をもっている村にあるメディカルハウス、農村ヘルスセンター、地区のリプロダクションセンター及び州のリプロダクションセンターがある。メディカルハウスは農村外来診療所に所属している（現在では、農村メディカルセンターという名称に変更されている）。農村外来診療所には、医師、准医師、看護師、助産師がいる。メディカルハウスにいる職員のうち、妊婦に接するのは、助産師という規則があるが、国全体の 40% のメディカルハウスには助産師がいない。また、男性医師のいるメディカルハウスには女性は行かない。このため、もし、自分の住む地区に、女性医師がいなければ、隣町の外来診療所やメディカルハウス、又は、中央地区病院に行ったりする。政府としては、助産師のいないメディカルハウスに助産師を置きたいが、人材が不足しているのが現状である。農村診療所は、中央地区病院に所属しており、独自にその担当地区をもっている。地区外来診療所も中央地区病院に所属している。それぞれが、担当地区の重複がないようになっている。

6. 医療機関における電気の問題

冬になると電気の供給は朝 2 時間（6～8 時）と夜 2 時間（18～20 時）に限られる地区が 6～7 地区ある。つまり、昼間は電気のない医療設備となる。首都ドゥシャンベ以外では、ホジェンドでさえも電気のない状態である。上記以外の時間帯に電気が来ない地区に住んでいるのは、全体の 73% になる。時間帯に関係なく自由に電気を使えるのは、ドゥシャンベ市の世帯（全体の 10%）とその他の地域の 5% の世帯のみである。

7. 乳児死亡率

保健省の発表では、1990 年は 42/1,000 出生、2003 年には 17～18/1,000 出生。しかしながら、当センターの調査では、都市部での乳児死亡率は 80/1,000 出生、農村部では 120/1,000 出生。UNICEF の Multi Cluster Indicator Survey（2003 年）では 60～70/1,000 出生。センターは、

主な死亡原因を消化器系疾患であるとしているが、推測にすぎない。1995年以降、国家統計委員会は統計を出していない。これはシステムの欠如の問題である。

8. センターが日本に期待する支援

2005年春に各地区の相談所と女性相談所が統合して、リプロダクティブ・センター（地区病院のレベル）になる予定。そうなると、農村外来診療所には家庭医（ファミリードクター）がいるが、専門的な治療のためには、リプロダクティブ・センターに行くようになる。こうしたセンターが医療設備の充実と医療人材の育成によって、高度な妊産婦ケアを提供することができるような支援を期待する。必要な設備は、血液のヘモクロビン測定器や聴診器などの基礎的な医療機材。

9. その他

タジキスタンは、CIS国のうちで、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）のためのパイロット国に指名されている。MDGsで設定された目標（2015年までに妊産婦死亡率の低下、乳幼児死亡率の低下、HIV/AIDSの撲滅）をどのように達成できるかが課題だが、その進捗状況をモニタリングするのに問題がある。その主な理由としては、情報収集システムの問題である。自宅出産の場合には、死亡届が出されないなどの問題がある。このため、妊産婦死亡率や乳児死亡率は政府発表の数字は実際の数字の1/3である。

No.17

面談・視察日時	2005年3月7日（月） 9時30分～10時30分
訪問機関名	共和国予防接種センター
面談者	先方：Mr. Shamsiddin Sadirovich センター長、 Mr. Dohignazar Turkov 副センター長 当方：渡慶次、スバイジュロ（通訳）

面談要約

1. 共和国予防接種センター開設に至る経緯

1991年旧ソ連からの独立後、モスクワからのワクチンの供与が停止し、ワクチンの供給体制は崩れた。その当時、予防接種にかかわっている主な人材は、旧ソ連から出向の形でかかわっていたため、一部の人材が帰国していき、さらに、内戦中は貴重な人材が国外に流出した。

ワクチンの供与を絶たれ、有能な人材が流出した状況下で、タジキスタン政府は急遽、国際的支援を求めた。1993年、UNICEFを中心とする援助機関や各国からの人道支援が開始された。その際、国内のワクチンの供給体制を管轄する機関として、予防医学研究所を設立したが、研究が主な業務となり、実際の予防接種の推進について、期待した結果が得られなかった。そのため、1996年、ワクチンによって予防できる疾病の抑制を目的として本センターが開設された。

2. ワクチン供給システム

ワクチン供給システムの監視・評価のために、本センター以外に6か所の支所、地区中央病

院内に専属の職員が配置されている。現在、タジキスタンで使用しているワクチンは、UNICEFが中心となって、すべて、外国からの支援で賄っている。

空輸されてきたワクチンを UNICEF の職員とともに、受け取り、中央倉庫に保管し、そこから、市・各州の地方倉庫に配送される。次に、地方倉庫から各地区中央病院へ配送され、地区中央病院からそれぞれのヘルスセンター、メディカルハウスへ分配されている。それぞれのヘルスセンター、メディカルハウスは毎月地区中央病院へワクチンを受け取りに行く。

1996年、全国予防接種プログラムが法令で承認され、年2回、予防接種週間（春と秋の2週間）を実施している。春には、タジキスタン全土、秋には、タジキスタンと他の国との境界地域に住む住民を対象としている。

3. 問題と課題

- ・ 熟練した人材と研修の不足
- ・ 政府の財源の不足
- ・ 医療従事者自身のやる気が低く、予防接種に積極的ではないこと
- ・ 地方の保健医療施設において、ワクチンを保管する際の設備の不備の問題（電力事情が悪い、冷蔵庫がない）

No.18

面談・視察日時	2005年3月7日（月） 11時00分～12時00分
訪問機関名	共和国保健統計情報センター
面談者	先方：Mr. S.Saifuddinov 保健統計情報センター長 (E-Mail : medstat@tajikistan.com) 当方：渡慶次、スバイジュロ（通訳）
入手収集資料	① Population And Health Care in Tajikistan 2003, 2004（ロシア語） ② HEALTH OF POPULATION AND HEALTH CARE OF REPUBLIC OF TAJIKISTAN 1990-2002（ロシア語／英語）

面談要約

1. 保健統計情報センターが取り扱っている情報と情報システム

本センターが取り扱っている情報と情報源は下記の5つであり、④と⑤のデータは、当センターが直接入手している。

- ① 共和国統計委員会から入手する人口統計データ
- ② 調査で入手するライフスタイル関連の情報（喫煙、アルコール摂取、嗜好品摂取など）
- ③ 共和国人権保護省から入手する傷害、暴行、麻薬中毒などのデータ
- ④ 各市・州行政機関・保健医療施設から入手する保健状況（死亡、出生、中絶、婚姻、離婚など）に関するデータ
- ⑤ 各保健医療施設から入手する保健サービスに関するデータ

2. 保健情報システム

毎月、末端の保健医療施設から地区中央病院の保健情報担当に送付されたデータは、まとめ

られて、州の保健局の担当に送付される。さらに、州の担当から当センターへ送付される。

送付される報告用紙の数は、37種類ある。2003年から世界銀行の融資を受けて、RRSとハトロン州でコンピューターネットワークシステムを構築中である。さらに、2004年から、WHOの技術支援で疾病統計をICD10に従って、年齢別、性別、市・州別に集計できるよう、作業が進んでいる。また、スイス開発庁、アジア開発銀行（ADB）などの支援・融資を受けて、保健統計の報告書をいかに正確に、かつ迅速に、まとめるかのシステムづくりも進められている。現在、一部の地区中央病院レベルで、コンピューターネットワークシステムを稼働中であるが、将来は末端の保健医療施設まで拡張する計画である。ADBの融資を受けて、ハトロン州にて、10か所のパイロット地域（地区）で末端の保健医療施設も包括したデータベース・システムを構築中である。なお、本センターのWebsiteは www.medinfo.tajikistan.com。

No.19

面談・視察日時	2005年3月18日（金） 13時00分～14時00分
訪問機関名	国家女性家族委員会（Committee of Family and Women Affairs）
面談者	先方：Ms. Kurbanova Atoevna, Chairman 当方：田中、喜多、野口（通訳）
入手収集資料	State Program : The Principal Directions of the State Policy on Providing Equal Rights and Opportunities for Men and Women in the Republic of Tajikistan for the Period of 2001-2010

面談要約

1. 国家女性家族委員会の構成

委員会の構成図を要求したところ、必要ではあるが、まだ作成されていないとの回答を得た（2003年12月にタジキスタンへ派遣されたジェンダー専門家が同様の回答を得ている）。Ms.Atoevnaの説明によれば、国家女性家族委員会の下には、州女性家族委員会（ハトロン州、ソグド州、ゴルノ・バタフシャン自治州）があり、その下に68の市・地区の委員会がある。なお、前記専門家による報告書によると、国家女性家族委員会は、職員13人から構成され、そのうち専門職が11人である。委員会は、行政部門とジェンダー政策部門に分かれており、ジェンダー部門には3人の専門職がいる。

2. 男女平等の権利と機会についての国家計画（2001～2010年）

（State Program : The Principal Directions of the State Policy on Providing Equal Rights and Opportunities for Men and Women in the Republic of Tajikistan for the Period of 2001-2010）

2001年8月に特別大統領令として発表された。女性の政治参加、経済的自立、教育の向上、健康促進、女性に対する暴力の防止などが重要課題としてあげられている。さらに、14項目から成る行動計画が作成された。

- ① ジェンダー視点からの政策の見直し
- ② ジェンダー平等を促進するための政府の体制整備
- ③ 政府とNGOとの連携強化体制の確立
- ④ ジェンダー平等に向けた啓発

- ⑤ 政府機関における意思決定プロセスへの女性の参加
- ⑥ 外交政策における女性の登用の促進
- ⑦ 法律、政治、文化における男女平等の促進
- ⑧ 女性の経済的自立と雇用の促進
- ⑨ 労働市場における女性の競争力の向上
- ⑩ 女性の教育へのアクセスの改善
- ⑪ 子どもの養育に関する親の義務に関する啓発
- ⑫ 女性に対する暴力の防止
- ⑬ 暴力の被害者への支援
- ⑭ 女性のスポーツ振興

このうち、リプロダクティブ・ヘルスや健康を実現させるための取り組みは、③に含まれる。それによれば、「2001年12月までに、ジェンダーに関する問題、教育、雇用、社会福祉、リプロダクティブ・ヘルス及び女性への暴力予防に関する調整協議会を設立する」ことが目標としてあげられている。実行部隊は、それぞれ、労働・社会福祉省(Ministry of Labor and Social Welfare)、保健省、教育省国家女性家族委員会とされている。保健省内には、2004年にSharopova保健次官を長とする協議会(Maternal and Child Health Coordination and Communication Commission)が設立されていることから、目標は現在までに達成されているといえる(評議会に関する詳細については、議事録 No.10 を参照のこと)。

3. リプロダクティブ・ヘルス分野の問題点と取り組み

男女平等の権利と機会についての国家計画(2001～2010年)のうち、リプロダクティブ・ヘルスや母子の健康については、第6章で触れられている。それによれば、リプロダクティブ・ヘルスは、乳児及び母親の死亡率を低下させるための主な戦略であるとの認識から、「リプロダクティブ・ヘルス及びリプロダクティブ・ヘルスの権利に関する国家プログラム(～2003年)」が実施された。リプロダクティブ・ヘルス・センターの設立は、本プログラムの一環であり、避妊法の改善を目的としたものである。にもかかわらず、2001年時点で残された問題として指摘されていたのが、①高年齢女性による妊娠・出産、②出産の間隔が短い(2年以内)、出産の繰り返し、であった。

Ms. Atoevnaによれば、各地域のリプロダクティブ・ヘルスが保健省やドナーの支援を得て啓発活動を行った結果、女性自身が出産の間隔を十分にあげない出産を繰り返すことは健康に良くないという認識をもつようになった。また、子どもへの教育の重要性が男性(夫)に認識され始めたことから、家族計画への夫の協力を得ることができるようになっている。本プログラム開始当時にアジド地区でコンドームを配布したところ、多くの女性からは、夫が使用するのを嫌がるという理由で返品されたが、現在では、かつてのように、多くの子どもを持ちたがる男性は減っており、現在の1世帯の平均の子どもの数は、3～4人である(なお、タジキスタンでの避妊手段について質問したところ、よく分からないので、保健省で聞いてほしいとの回答を得た)。

2004年には、母子の健康と社会の健康というテーマで大会が開かれ、専門家、関係省庁によって、現在の問題についての活発な議論が行われた。

最近、家庭用にパンフレットを作成した。これは、ヨード不足や貧血症の原因と処置、妊娠・

出産に関する知識、基本的な病気の原因と対処法について、Q & A方式で説明されている。

No.20

面談・視察日時	2005年3月23日(火) 14時00分～15時30分
訪問機関名	共和国IMCIセンター
面談者	当方：田中、山岸、喜多、ズバイジュロ(通訳)

面談要約

1. センターの概要

2000年9月11日に出された保健省令(PR-281)によって2001年6月に設立された。ARIセンターと共和国下痢対策センターが統合されて現在のIMCIセンターとなった。スタッフは計16人(9人のIMCI専門家と7人の助手)。センター設立の目的は、乳児死亡率と疾病率を下げることであり、そのために、ARI、マラリア、下痢、はしか、栄養障害、貧血に関する評価・分析及び治療の新しいアプローチであるところの、WHO/UNICEFのIMCI戦略を導入して5歳以下の子どもの感染症を管理することにある。なお、5歳以下の乳幼児の人口は、共和国全体で72万4,320人である。2004年の支出は、全体で4,000ソモニ。内訳は、人件費2,500ソモニ、管理維持費1,000ソモニ、消耗品購入費500ソモニとなっている。なお、組織図と予算のコピーを現地調査期間中に頂けることで合意していたが、2005年4月現時点でまだ入手できていない。

2. 主な活動

主な活動は、①タジキスタンのIMCI政策プログラムの開発・実施、②WHO/UNICEFのIMCI戦略を実施するための保健機関と施設への技術支援、③研究や人材育成(カリキュラムの開発を含む)、④情報ネットワークの構築による国内の保健薬品のニーズの明確化、⑤会議、セミナー、プログラム実施のモニタリング・評価、⑥メディアを活用したIMCIの啓発、等である。研修は、IMCI関連医療スタッフ向け研修、TOT、MAOなどがある。現在、UNICEF、WHO、Mercy Corps及びZdrav Plusの支援を得てハトロン州の支援でルダキ地区(RRS)とバルゾブ地区(ハトロン州)においてパイロットプロジェクトを実施中である。2004年には、援助機関の支援によってコミュニティの人々を対象としたIMCIに関するアドボカシーのための冊子をタジク語で作成・配布した。

3. 2005年の活動予定

2005年には、2パイロット地区のIMCIリソースセンターの数を増やす予定である。RRSには13か所のリソースセンターを開設したい考えである。といっても、センターを新しく建設するということではなく、例えば、病院や医療施設の2～3室をIMCIセンターとして開設するということである。そうしたIMCIのための場所はあるが、設備や機材が現在ないので、ドナーを探している。RRSでは現在UNICEFが4地区、Mercy Corpsが3地区をカバーしている。IMCIセンター運営のためのスタッフの育成に関しては、2005年3月にセンターにおいてTOT研修を行うトレーナーの研修が実施された。TOTは、Tajik State Institute of EducationとTajik Post-medical Instituteの2つの教育機関が行う予定である。また、近くIMCIはこれらの

教育機関のカリキュラムにも含まれる予定である。

その他、保健省は WHO コペンハーゲン事務所のテクニカルサポートを得て IMCI 国家戦略の第 1 ドラフトを作成したばかりで、近く最終版が作成される予定である。国家戦略には、IMCI の 3 つのコンポーネントとして、①保健医療スタッフを対象にした TOT、②医療機材と薬品（2005 年には UNICEF 経由で日本から薬品の供与を受けた）、③コミュニティレベルでの活動があげられている。TOT に関しては、12 か所で Mercy Corp と Zdrav Plus が既に実施している。

4. 日本の IMCI 分野への援助について

保健省としては、IMCI のパイロット地区は、当面の間はバルゾブ地区とルダキ地区でのみで行い、他の地区に拡大する予定はないが、他のドナーが他の州又は地区で IMCI プロジェクトを実施することに対して異論はない。IMCI は多くの援助機関が実施している分野であるが、単独で行うというよりも、機関間の協力が進んでいる。例えば、Zdrav Plus の TOT 研修を UNICEF が支援し、育成されたトレーナーが UNICEF のパイロットサイトで助産師を対象にした研修を担当している例もある。

医療施設

No.21

面談・視察日時	2005年3月4日（金） 10時00分～12時30分
訪問機関名	ルダキ地区中央病院（Rudaki District Central Hospital）
面談者	先方：ウミルザコフ・ミルジティロ・ウモンナザロヴィッチ院長、 ミルゾエヴァ・バルノ副院長、 ジョルブカシェフ・ムミンIMCI所長、 アタホノフ・ハエイタリ・クガノヴィチ小児科医長、 ジウマエヴァ・ジャミリヤ産科助産師長 当方：喜多、Rano（JICAウズベキスタン事務所）、野口（通訳）

面談内容

1. ルダキ地区の医療機関の概要

ルダキ地区（RRS）は、ドゥシャンベ市から車で約30分の距離に位置する。人口29万9,700人の大きな地区で、これは、ゴルノ・バタフシャン自治州の人口を上回る。出産可能人口は7万2,000人で全体の23%を占める。ルダキ地区中央病院は、今年初めにWHOから「乳児に優しい病院（Baby-friendly hospital）」の認定を受けた郡レベルの総合病院であり、UNICEFのIMCIプロジェクトのパイロット病院でもある。

ルダキ地区中央病院は予防接種部門、感染症対策部門、健康改善部門、IMCI部門、衛生・疫学部門等から成る総合病院である。ルダキ地区中央病院の下に地区ヘルスセンターがあり、そしてその下に、農村ヘルスセンター、更には農村メディカルハウスがある。農村メディカルハウスには、医師補と看護師が常駐している。

2. ルダキ地区中央病院長との面談の主な内容

調査団は、今回の調査団の主な目的が、日本で今年実施される母子保健分野の研修の内容を検討すること及びその後のプロジェクト形成に必要なデータ・情報収集であることを伝えた。研修の対象についてウモンナザロヴィッチ院長は、受講者を州レベルの人材にすると、RRS州にあるルダキ地区は、州がなく共和国直属であるため、対象外となってしまう。そのため、ライオンレベル（市・郡）を対象としてほしいとの希望を示した（ルダキ地区は、郡にあたるライオンである）。また、フォローアップ研修の必要性も指摘された。また、プロ形については5年くらいのプロジェクト期間が必要であると考えている。当地区は生活レベルが高くないため、例えば2年くらいの短期投入によってプロジェクト目的を達成することは困難であること、また、出産年齢人口が多いので多くの活動が必要であることなどの見解が示された。

3. 小児科医長との面談内容

医療スタッフの数は計13人（医者2人、看護師6人、主に掃除を担当する衛生師5人）である。小児科を訪れる小児はおよそ10～15人程度で、その主な原因としては、多い順に、①肺炎、②急性呼吸疾患、③下痢（主に夏）である。母親からの相談は、食事や栄養に関するも

のを含む、子どものケアに関するものが最も多い。

入院施設がある。手術は行わない。医療器具で不足しているものは、痰吸引器（現在、故障している）。母親には、出生後6か月間の完全母乳育児を指導している。

電気については、2つの配電があるため、1つが故障しても対応できる。問題はない。

水は深刻な問題である。朝と夕方にそれぞれ2時間しか水が使用できないため、昼間はあらかじめ貯めた水を使用している。浄水槽を院内に造りたくても地下水が出ないことが判明したため、現在は、水を貯めておける大きなタンクの建設を予定している。3万米ドルを要するためドナーからの支援を得たい。

これまでの研修参加については、医者は、ドゥシャンベ市にある医療大学が実施する Post-Diploma コースでの研修に参加し、看護師も看護学校において同様の研修を受けている。費用はすべて病院が払っている。今後必要と思われる研修は、急性呼吸器系疾患の治療に関するもの。既にセミナー等が開かれているが、今後もこの分野に関する研修は必要であると考えられる。

4. 産科での看護師及び助産師長への聞き取り調査

(1) 5人の看護師への聞き取り調査

多い妊産婦の疾患は：妊娠中毒症、出血、貧血、腎臓病、異常出産で、新生児の疾患は：仮死出産・胎内感染、出産時の外傷、先天性異常（胎児病：妊娠5か月から出生までの子宮内胎児の病気）である。現在の問題点は、水及び医療器材不足である。後者については、特に必要な器具として、新生児用のベッド（出産3日後には予防接種をして退院する。現在あるベッドは故障しているものが多いとのこと）が約20個と保育器があげられた。保育器については、5つある保育器のうち使用できるのは1つのみであり、視察時には、家庭用の電気ストーブを用いて未熟児を温めていた。

本センターでは1か月に150～200人の新生児が生まれる。新生児の問題としては、未熟児、低体重児、神経系異常等である。未熟児、低体重児については、妊娠中の妊婦ケアと関連しているが、そうしたケアは、女性相談センターで行っている。また、同センターが管轄する地区ヘルスセンターで出産をした女性を対象とした母親学級を開いている。

これまでに、母乳育児に関するセミナー（保健省、UNICEF、WHO 共催）に参加した経験があるが、今後必要と思われる研修は、①新生児の病気の対処法、②妊娠中毒症の対処法、③妊婦ケアである。①については、研修だけではなく、医療器材の供与も同時に必要であることが指摘された。地区ヘルスセンターには、現在新生児のためのICU装置や静脈注射をする装置等がない。

(2) 助産師長への聞き取り調査

地区ヘルスセンターの助産師は計10人。国家試験に合格すると保健省の認定を受け、助産師として登録される。助産師には、初級、1級、2級、上級の4つの等級がある。助産師は5年ごとに再教育（2か月間の研修）を受けて認定書を更新しなくてはならない。ジウマエヴァ・ジャミリヤ産科助産師長によれば、この地区ではおよそ30%が自宅出産を行っている。病院から近い距離であれば助産師が自宅出産に介入することもある。自宅へ呼ばれても生まれるまでに時間があると判断した場合には、病院に連れて来る。時間のないときはその場で取り上げる。病院では、出産可能年齢の女性に病院での出産を勧めている。

No.22

面談・視察日時	2005年3月4日（金） 14時00分～14時30分
訪問機関名	ルダキ地区ヘルスセンターの小児相談所及び女性相談所
面談者	先方：オチロヴァ・トチニサ・バリエヅナ小児相談所長、 ローラ・ムスタファクローヴァ女性相談所長 当方：喜多、野口（通訳）

小児相談所の視察

小児相談所は、ヘルスセンターの一部で、地区病院の小児科に相当する。耳鼻科を含む外科診察のほか、予防接種や乳児の体重測定を行っている。乳児の予防接種は記録・モニタリングされ、報告書が毎月、地区中央病院へ送付される。地区中央病院での出生記録と照合して、必要な予防接種を行っていない乳幼児の保護者には、センターから呼び出し通知が送付される。看護師は、UNICEF支援のワクチン管理に関するドゥシャンベ市での2か月間の研修を先月受講した。こうした研修は定期的に行われている。

女性相談所の視察

女性相談所は、ヘルスセンターの一部で、リプロダクティブ・ヘルス関連の業務も行っている。母親へ母乳育児の大切さや出産後のケアの大切さなどを啓発している。CARE Internationalの支援を受けて、母乳育児の推進や妊娠期の女性の栄養・食生活改善の啓発のために、タジク語でポスターを作成して相談所に掲示するほか、パンフレットも閲覧できるようになっている。その他、ホットラインを設置して、母親からの相談に対応している。1か月に10件ほどの相談が寄せられており、主な相談としては、授乳の方法や、乳が張って痛いときの処置法、水やお茶など母乳以外のものを与えてもよいかどうかなど。こうした質問に対しては、妊娠中に既に教えていることもあって、電話での相談は減ってきているという。相談所は13時から16時まで開いており、相談料は無料。

No.23

面談・視察日時	2005年3月4日（金） 14時40分～15時10分
訪問機関名	ルダキ地区ザイナブオボト農村ヘルスセンター
面談者	先方：オリモヴァ・デイロム・サムドムファトロヴィナ（家庭医）、 トウルグンバエヴァ・ウルマスハン・トシプラートヴナ（家庭医） 当方：喜多、野口（通訳）

視察内容

訪問した農村ヘルスセンターは、地区にある農村ヘルスセンターのうち、唯一車をもっているセンターである。スタッフは、家庭医（ファミリードクター）が計5人、看護師が計13人。家庭医は、午前中はセンターで診察を行い、午後は回診を行う。1日の来院人数は、10～13人。カルテは年齢別に区分してあり、受付でカルテを受け取ってから家庭医（外科、内科、小児科、産婦人科、歯科）の診断を受ける。回診は、呼ばれていく場合と、来られないため人のためにこちらから出向く場合とがある。妊産婦の場合には、婦人科の家庭医と一緒に回診を行う。

外科の治療は、小さな傷の治療のみである。ヘルスセンターには、診察台、体重計、臨床ラボ（尿、便、血液、血糖値、マラリアの検査が可能）がある。産婦人科の診察に必要な器具も整備されており、妊産婦は定期的な診察を受けることができる。妊婦はセンターに登録される。尿検査、血液検査、病気がないかどうかの内科の診察が行われ、妊娠期のモニタリング結果も記録される。妊娠中毒症が確認された場合には、地区中央病院での処置を受ける。

No.24

面談・視察日時	2005年3月7日（月） 9時30分～11時30分
訪問機関名	市立第12外来診療所（市立第12ヘルスセンター）
面談者	先方：シャロリ・ラフマトウロエフ（ドゥシャンベ市保健局次長）、 ダブラートヴァ・エリヴィーラ（医院長） 当方：喜多、野口（通訳）
入手収集資料	予防接種カルテフォーマット（病院用）、予防接種手帳（保護者用）

面談要約

1. 診療所の概要

タジキスタンでは、外来診療所は、ヘルスセンターに名称を変更している過程にあり、本外来診療所も現在、役所に申請をしている。来月には正式に市立第12ヘルスセンターに名称を変更することであった。ヘルスセンターになると、家庭医（ファミリードクター）が配置されるため、診察機能が広がる。現在は、小児、産科、内科の医師が訪問看護師（ファミリーナース）と一緒に担当家庭を巡回しており、小児、産科、内科のそれぞれの医師が、家庭医として1世帯を担当しているため、1世帯あたり3人の医師が必要である。今後は、家庭医が配置されることで、1人の家庭医が1世帯を担当することで対応できるようになる。

本診療所は市内の23地区（1区当たりの人口は1,500～800人）を管轄している。現在、医師と訪問看護師が3～4日に1度、家庭を巡回している。看護師は接種ができるため、1人で行くこともある。1組の医師と訪問看護師が担当するのは約50世帯である。

診療所は6階建てで、1階は、入り口を入ってすぐに予診室があり、ここで検温をして病状が確認されると、外来患者は受付を済ませて小児科、産科、内科のいずれかの診察を受ける。その他、1階には、昼間だけの入院室（ケア室）があり、ここでは例えば、下痢をしている子どものケアを行う。また、ぜんそくの治療室（視察時には故障のため使用されていなかった）、治療用体操室がある。2階には、女性相談室、言語障害を含む子どものリハビリを行う心理医療教育相談所、臨床室（医科大学の臨床学科であり、学生たちがインターンとして地域医療の研修を行っている）。3階には、医師の診察室、予防接種室、会計科、人事科がある。4階には、レントゲン科、リハビリ科、理学療法科、統計科がある。5階は、難聴科、内科、外科、耳鼻科、神経科、子どもに関する相談を受け付ける市の児童相談科があり、6階には講堂がある。

2. 水及び電気の状況

水と電気に関する深刻な問題はない。浄水場がないため飲料水として使うことができず、沸かして飲んでいる。市内の医療施設のうち、感染症患者用入院施設以外でフィルターを使用し

ているところは3か所しかない。電気については、昔は地域集中暖房があったが、現在は無い。本診療所では個別の暖房器具で各部屋を暖めている。

3. 子どもの疾病状況

1か月の外来患者数は、全体で約1万7,000人、そのおよそ半数は子どもである。子どもの疾病で多いのは、栄養失調、貧血、消化器系疾患、呼吸器系疾患、下痢を含む感染症である。5月になると、下痢その他の腸関係の疾病が多くなる。診療所では、医師と訪問看護師による家庭巡回の際に、親・保護者に対して予防策を教えている。また、市立健康生活習慣センターによって作成されたパンフレットを家庭に配布したり、診療所に閲覧用に置いたりしている。

新生児死亡原因としては、周産期疾病に関連した死亡が最も多く、続いて感染症、異常出産、急性呼吸器系疾患である。急性呼吸器系疾患患者数は以前は多かったが、予防に力を入れた結果改善した。逆に、周産期疾病に関連した死亡は、以前は少なかったが、最近は全体の70%を占めている。その原因の1つには、周産期死亡のとらえ方の違いがある。以前は、生後7日間は周産期死亡として登録されていなかったが、現在は、生後7日から1か月の死亡が周産期死亡として扱われることになった。

新生児死亡原因としては、感染症が全体の35～40%を占める。続いて、仮死、呼吸器障害、先天性異常である。先天性異常による死亡率は以前は低かったが、今はヨーロッパ並みに高い。ドゥシャンベ市保健局長の説明によれば、放射線廃棄物の埋蔵所があったこと、また工業化によって産業廃棄物処理所が造られたことと関係している。

4. 妊産婦の疾病状況

本診療所には産科はない。1か月の妊産婦の外来患者数は80～120人ほどである。妊産婦の疾患で多いのは、腎臓疾患、内分泌系疾患、貧血である。担当23区において妊産婦死亡が確認されたことはない。ドゥシャンベ市における年間出産数は約60万人であるが、このうち5～6人が出産によって死亡する。死亡原因は、①出血、②妊娠中毒合併症、③妊娠とは直接関係のない心臓病などの疾病、である。

本診察所管轄の23区においてこれまで妊産婦死亡がない理由としては、出産可能年齢の女性が7,000人と少ないこともあるが、自宅でのケアが十分にされていることも要因であると考えられている。医師と訪問看護師による家庭巡回の際に、妊産婦ケアに関する指導を行っている。診療所においては、妊娠期のモニタリング・記録が行われている。通常は、妊娠から出産までの間に、体重測定、歯科検診などを含む定期健診を計17回することになっているが、平均して14回くらい検診を受けている。特に問題がない場合には、8～9回の場合もある。

データ管理は婦人科の医師が行う。記録は女性相談所所長（市内には計14の女性相談所がある）に送付され、そこで集計されたデータは、市立リプロダクティブ・センター及び市立統計情報センターに毎月送付される。最終的には、共和国保健統計情報センターへ送付される。

5. 予防接種関連

ワクチンは市立予防接種センターから受け取っている。看護師が担当区の子どもの数を数えて必要なワクチン量を送ってもらう。アイスボックスやワクチン保存用の冷蔵庫（保健省からの配布）などコールドチェーン管理の問題はない。看護師は、朝・夕2回温度のチェックを行

い、それをモニタリング・ノートに記録している。また、医療廃棄物は、廃棄物用コンテナに捨て、それを定期的に市立予防接種センターに送って、そこでまとめて処理している。

乳幼児の予防接種状況は、カルテ（ロシア語）に記録してモニタリングしている。医師がカルテを保管し、モニタリング記録についての月間報告書は市立予防接種センターに送付される。こうしたカルテは、旧ソ連時代から採用されていたが、2001年4月に、B型肝炎とポリオが追加された。また、乳幼児の母親は、出産後に予防接種手帳（タジク語）を受け取る。予防接種手帳の導入は、2001年4月に保健省がUNICEFの支援によって開始した。手帳には、予防接種のスケジュールなどの情報、乳幼児の個人情報、予防接種終了証明欄などが含まれている。

6. 医療スタッフの研修

研修には主に3つある。

- ① 卒後医療スタッフを対象にした医療教育機関による研修。診療所では、スタッフの年間研修計画を立てて、毎年受講生を送っている。
- ② 家庭医学コース（家庭医学センター主催）などの短期研修コース
- ③ 診療所内で実施される研修。インターンがセミナーや講義を行うこともある。

7. 問題点

建物の老朽化が進んでいる。屋根の修理を始めたが、資金不足で完了できていない。その他、医療機材不足も問題である。必要な機材としては、吸入器、レーザーなどの理学療法に使用する器具、超音波装置、胎児測定器、婦人科診断装置など。

No.25

面談・視察日時	2005年3月7日（月） 11時45分～13時15分
訪問機関名	市立第2外来診療所（市立第2ヘルスセンター）
面談者	先方：シャロリ・ラフマトウロエフ（ドゥシャンベ市保健局次長）、 カハロヴァ・ホセヤ医院長 当方：喜多、野口（通訳）

面談要約

1. 診療所の概要

世界銀行がタジキスタンで保健分野支援を始めたときの最初の支援対象医療機関。支援には、診療所建設や医療図書が含まれる。診療所は3階建てで、予診室、家庭医（ファミリードクター）室、診察室、予防接種室、昼間の休養室、会議室、児童障害児のリハビリ室（2004年12月から、ここでMercy Corpsの支援で、家庭内暴力に悩む女性の相談を受けるようになった）。朝の9～11時が最も患者数の多い時間帯である。緊急医療も実施している。医師の70%に相当する40人が、家庭医である。また、67人の看護師のうち、訪問看護師は53人である。

2. 診察所の推進する改革

診察所による改革は、1998年のプライマリー・ヘルス・ケア分野において開始された。改革の3つの柱は、①人材改革、②診療科の構造改革、③医療器具と設備の強化、である。

(1) 人材改革

改革以前は、12人の産婦人科医、28人の小児科医、26人の内科医で管轄区の人口6万6,000人をカバーしていた。内科医、小児科、医師補を家庭医として再教育した結果、47人の家庭医によって担当地区の世帯をカバーすることが可能になった。

(2) 診療科の構造改革

1998年に、外来診療所を初めてつくった（現在は、分院の診療所として3つある）。また、4つの科を統合してファミリー科とした。

(3) 医療器具と設備の強化

診療所は、世界銀行から5万5,718米ドル、ドゥシャンベ市保健局から8万2,976米ドル、ドゥシャンベ市から3,928米ドル、区から2万2,751米ドルの支援を受けた。世界銀行からの支援（2002年）のうち、4万1,718米ドルが、医療設備強化のために使用された。

3. 問題点

- ・訪問看護師の不足：本来必要である数の57%にしか満たない。家庭医1人と訪問看護師2人で1,500～1,800人を担当するのが適切であるが、訪問看護師の不足から実現していない。
- ・設備の不足：コンピューターの導入を進めたい。現在は1台のみ。コンピューターがあれば、保健指標のモニタリングが容易にでき、例えば、家族計画や出生登録に関するデータ管理が容易になる。各医師に1台のコンピューターの提供が望ましい。
- ・医療器具の不足：血圧計、耳鼻科検査のための反射鏡、瞳孔検査用ランプ、医療持ち運び用バッグ、ヘモグロビン測定器、妊婦の尿検査用装置、妊婦の骨盤計測器、資料測定表など、家庭医が持っているべき器具がない。

No.26

面談・視察日時	2005年3月7日（月） 14時15分～15時30分
訪問機関名	ディアコフ国立病院 小児内科及び小児外科
面談者	先方：アグドウロ・ピロフ院長、 イスマトウロ・シャムスローエフ副院長 当方：調査団、スパイジュロ（通訳）

視察内容

1. 病院の概要

1964年に建設された保健省管轄の国立病院。ドゥシャンベ市の西南部に位置する。治療診断部門は、受付部門、物理治療部門、緊急外来部門、蘇生部門、治療部門、内科部門、小児部門、各部門付属相談室で構成される。小児部門は、内科、外科、乳児小児科、小児ICU、眼科、耳鼻科などから成る。床数は1,050床である。

2. 小児部門の視察

(1) 小児内科部門

視察時には、5人の新生児が小児ICUに入院中であった。その原因は、肺欠病、体内肝炎、外傷で、いずれも自宅あるいは産科病院から送られ、15日～1か月ほどになる。また、15人の乳児が入院中であったが、3～4日で退院するとのことであった。なお、病院には相談室や婦人科はあるが、出産機能はない。出産は、産科病院で行われ、問題のある乳児のみが本病院に搬送され、治療を受ける。乳幼児への予防接種も行っていない。ポリオは時々行う。

(2) 小児外科部門

小児部門は、14歳以下の小児を対象として、小児外科部門は、小児部門棟の3階にあり、現在28人の小児が入院・治療を受けている。手術室は、2室（計画手術室と緊急手術室）あり、月56～57件の手術を実施している。計画手術室では、週2回（火・木）、1日6～12件の手術を行っている。主な手術内容は、腹部、肺、四肢に関連するあらゆる手術を実施している。

現在、計画手術室の2台の手術台、緊急手術室の3台の手術台があるが、いずれも旧ソ連時代から使用しており、老朽化が著しい。2年前に、外国（視察に同行した副院長は詳細については、知らなかった）から医療器具、リネン、消耗品などの供与を受けた。医療機材・機器については、どこからも供与を受けていないので、日本からの供与を非常に期待している。原則として、手術から入院にかかるすべての費用が無料である。

3. 院長との会談

今回の調査の目的を説明。ディアコフ病院との連携も考慮した案件形成を視野に入れて情報収集している趣旨を説明、協力を依頼。院長からは、11月に供与される予定の医療機材の到着が遅れており、3月末になるだろうとの報告を受けた。

No.27

面談・視察日時	2005年3月9日（水） 10時00分～11時00分
訪問機関名	ハトロン州立病院
面談者	先方：アヴァゾナ・サイヴァア院長、タイライフ・ママドナザル副院長 当方：調査団、スパイジュロ（通訳）

面談要約

1. 病院全体の概要

- ・州保健局から、車で10分の距離にあるハトロン州立病院は、1970年に設立され、州都のクルカンチューベ市及び周辺地域人口50万人を管轄している。同院は、2次レベルの医療施設に該当するが、州レベルにおいては、トップレファラル病院である。ハトロン州における唯一、新生児科が開設されている病院である。
- ・27部門（内科、外科、婦人科、小児科、皮膚科、耳鼻科、ICU、レントゲン科、輸血科、検査室など）、610床で、職員は、医師85人、看護師・助産師・検査技師270人、その他205人

である。さらに、卒後研修のための教育施設として、医師、初級以上の医療職人の再教育も実施している。

2. 小児部門

- ・小児病棟は、小児用に 25 床、母親用に 10 床ある。
- ・年間 550 人の入院患者がおり、現在、19 人の患者が入院しており、主な疾患として、出生時の傷害、先天性疾患、未熟児などがある。
- ・1 次レベルの保健医療施設から、あるいは直接患者が来院する。ハترون州立病院で対応できない患者は、ドゥシャンベ市にあるディアコフ病院に年間 5～10 人搬送している。
- ・ハترون州立病院小児部門の問題として、医薬品の不足、医療機材の不備、医療従事者の不足などがあげられた。特に、看護師の不足は深刻で、現在、本来必要とされる数の 70% 程度である。
- ・医薬品は、HOPE から供与されているが、不足するので、10～20% ぐらいは患者負担になっている。

3. 産科部門の概要

24 時間体制のサービス。出産のための入院あるいは、自宅出産に問題があってハترون州立病院産科での処置を要するための入院を扱う。また、1 か月に 2～3 回は、他の地域の医療機関から搬送されて来る。同科での出産数は、2005 年 1 月の場合、164 件で、うち 30% 強に相当する 50 件が他の地区から搬送されたケースであった。入院している妊婦の検診は 1 日 1 回行われる。新生児検診は、同科では行わず、出産記録を母親に渡して、自宅近くの診療所で新生児検診を受ける。

スタッフは、産婦人科医 7 人、看護師 6 人、助産師 12 人。栄養士は州立病院全体で 1 人いる。

4. 妊産婦及び乳幼児の疾病

入院患者の場合に多い疾患は、①出血、②妊娠中毒合併症、③直接妊娠と関係のない疾患である。妊婦の疾患のうち最も深刻なものは、子癇で、2004 年の出産 362 件のうち、21 件が子癇であった。過去 2～3 年に妊婦死亡の例はない。2004 年には 56 人の新生児がハترون州立病院産科で生まれ、そのうち死亡は 24 件である。自宅出産で搬送される場合は、長時間の陣痛待機、りきみがなくなる場合、出血多量など。同科では、TV 番組や地域での講演会を通じて、住民に入院出産を啓発している。

乳幼児の疾病で多いのは、①未熟児、②母親の妊娠外の病気、である。

5. 予防接種

新生児には、出生後 24 時間以内にポリオと B 型肝炎、また 3～4 日で BCG の接種を行う。ワクチン保存用の冷蔵庫が 2003 年に日本から供与された。ワクチンの温度管理は、看護師が 1 日 2 回行い、モニタリング・ノートに記録している。

6. 母親学級

ハترون州立病院産科に入院中の母親を対象にした母親学級のための部屋を設けてある。こ

ここでは、看護師が家族計画や母乳育児について指導する。母乳育児については、出産 30 分後に母乳の練習を看護師とともに行ってから、病室での哺乳を開始する。家族計画については、産科のほか、病院内の家族計画センターでも行っている。

7. 医療従事者の研修

医療従事者の再養成所の支部が州立病院内にあり、そこで再教育が行われている。ハトロン州立病院の各科の医師は研修に関する年間計画をもっており、年間計画に従った再教育が行われる。

8. 問題点

保育器と新生児用呼吸装置が不足している。8つあるうち1つの保育器しか機能していない。そのため、家庭用ストーブで新生児の周りを暖めている。少なくとも 10 個の保育器が必要である。なお、水・衛生及び電気に関する問題はないとのこと。

No.28

面談・視察日時	2005年3月9日(水) 14時00分～15時00分
訪問機関名	ハトロン州ジョミ地区レーニンヘルスセンター
面談者	先方：シュクロフ・タルバク院長 当方：喜多、野口(通訳)

面談要約

1. ヘルスセンターの概要

レーニンヘルスセンターは、ハトロン州立病院から車で約 15 分の距離にある。センターの統括人口は 9,135 人、うち出産可能年齢人口は 2,470 人、5 歳未満の乳幼児数は 1,245 人である。建物は老朽化しており、一部は内戦で破壊されたままの状態である。

診察時間は 8:30～18:00。診察室数は 4 室、病室は 3 室あるが、使用できる状態の病室は 1 室のみである。床数は、内科用 10 床、小児用 4 床である。現在の入院患者は内科に 1 人(肺炎)、小児科にはいない。ヘルスセンター長によれば、同センターには十分な医薬品もなく、医療設備も不十分であることから、住民はセンターに対してそれほど信頼をもっていない。緊急の措置を要すると判断された患者は、地区中央病院に搬送される。同センターの医療スタッフ数は、内科医、小児科医、歯科医、産婦人科医がそれぞれ 1 人ずつ。外来患者数は、1 か月に約 1,000 人。1 か月の医師の給料は 25 ソモニ(約 8 米ドル)である。

2. 外来患者の疾病

外来患者の主な疾病は、呼吸器系疾患、急性感染症、下痢などの胃腸系疾病である。子どもの場合にはヨード不足が原因の甲状腺腫が、成人の場合には貧血が多い。

3. 妊産婦ケア

産婦検診は、地区内にあるリプロダクティブ・ヘルス・センター及び家族計画センターで産科医によって行われる(あらかじめ登録が必要)。妊産婦は月 2 回検診を受ける。その他、レー

ニンヘルスセンターの産婦人科医が妊産婦の家庭を巡回している。助産師も看護師もいないので、1人で巡回する。車両がないので徒歩で行う。1人の医師の担当は1,124世帯。巡回の際には、妊婦に対して、栄養や食事に関するアドバイスや妊娠中の労働軽減の重要性を教えている。産後検診や新生児検診の場合には、小児科医も一緒に巡回する。ジョミ地区では、40%が自宅出産であり、残り60%が中央病院の産院での出産である。自宅出産の割合は、去年の同じ時期と比較して減少している。過去に自宅出産での死亡例はない。

4. 予防接種

レーニンヘルスセンターで実施している。

5. 医師の研修

レーニンヘルスセンターの医師でこれまでに研修やセミナーに参加した者はいない。財政的に無理である。必要な研修として、乳幼児の主な死亡原因である下痢、ヨード不足が原因で起こる疾病、呼吸器系疾病の治療・治癒に関する研修及び母乳育児に関する研修があげられた。

6. 問題点

- ① 医薬品及び医療機材の不足：聴診器、検温計、体重計、身長測定器等、基本的な医療器具が不足している。子どもの成長のモニタリングは、医師が目で見ているのが現状である。身長測定器は、旧ソ連時代から使用していたものはある。歯の治療に必要な器具もない。
- ② 建物の老朽化：建物の一部は内戦で破損状態のまま残っている。3～4年前にADBから視察があったが、資金援助を得ることはできなかった。州政府の支援も現在のところ得られていない。州政府の優先は地区中央病院である（ハترون州には25地区ある）ため、農村ヘルスセンターにまで及ばないのが現状である。

No.29

面談・視察日時	2005年3月9日（水） 10時00分～11時00分
訪問機関名	ハترون州ジョミ地区レーニン・ユルイ・メディカルハウス
面談者	先方：ソヒブナサロフ所長 当方：調査団、スパイジュロ（通訳）

面談要約

- ・レーニン・ユルイ・メディカルハウスには、医師補1人と掃除係1人が配属されている。平日診療時間は、午前8時～午後5時であり、夜間、休日は原則として休みであるが、急患が出た場合は、その都度対処するようにしている。医師補の給料は、10ソモニ前後であり、この給料では食べていけないので、自宅にて菜園を営んでいる。
- ・本メディカルハウスは、1,720人（5歳未満：252人、妊娠可能な年齢15～49歳：340人）をカバーし、1日平均10～15人の患者（子どもが6～7人）が来院する。主な疾患は、冬には、ARI、風邪など、夏には、下痢、腸内感染症などが多い。
- ・予防接種は、ワクチンをアイスボックスに入れて運んできて、子どもをメディカルハウスに集めてから接種を行っている。

- ・週2回ヘルスセンターにて連絡会議が開催されている。
- ・その日の診察・回診状況に関する報告書を毎日、地区中央病院への報告が義務づけられており、かなり負担である。子どもの成長記録などは、四半期、半年ごとにヘルスセンターへ提出する必要がある。

問 題

- ① 身長測定器などの基本的な医療機材が不足している。しかしながら、医療機器不足よりもっと深刻な問題は、医療品の不足である。例えば、幼児が熱を出しても解熱剤さえない。1998年以來、毎年1回（2004年は9月）、主な医薬品（抗生物質、ORS、寄生虫殺虫剤、ビタミン剤等）を赤十字から供与されているが、不足しがちである。
- ② メディカルハウスで対応できない患者は、車で10分ほどにある農村ヘルスセンターか地区中央病院へ搬送しなければならない。しかしながら、電話を含む通信手段は何もない。緊急を要する場合には、外を走っている車を止めて地区中央病院あるいは農村ヘルスセンターまで患者を運んでもらう。
- ③ 医師補は、書類作成に多くの時間を費やさなければならない。法律によって、4半期に1度提出を義務づけられている書類には、「子どもの成長カルテ」がある。14歳までの子どものカルテはメディカルハウスで作成・保存されるが、それ以降は、農村ヘルスセンターに送付・保管される。この他、毎月、報告書を地区中央病院に送付する。報告書には、①患者に施した処置に関する日誌、②回診日誌、③0歳から12歳までの子どもに関する記録、④外来患者に関する記録等が含まれる。書類作成に関するもう1つの問題は、記録紙が不足していることである。
- ④ 建物の老朽化。1990年から修復がなされていない。

No.30

面談・視察日時	2005年3月9日（水） 10時00分～11時00分
訪問機関名	ハトロン州ジョミ地区中央病院
面談者	先方：ナザロヴァ院長 当方：渡慶次、スバイジュロ（通訳）

面談要約

1. 地区行政機関

地区中央病院の院長は、その地区の保健行政、地区中央病院の管理・運営、その地区にある1次保健医療施設（ヘルスセンター、メディカルハウス）の維持・管理を担っている。院長の下に、総務課のほか、5人の課長が各責任を担っている。職員数は、13人であり、ジョミ地区全体の職員（医療従事者を含む）は、533人である。

ジョミ地区の下に、6つの村があり、ヘルスセンター（6か所）、メディカルハウス（45か所）が配置されている。45か所あるメディカルハウスのうち、6か所には、医師が駐在している。

2. 予 算

予算は、地区行政機関の財務局から受け取るが、今年の予算は、20万ソモニであり、その内訳の割合は、4割が人件費、3割が患者の食事、2割が消耗品購入費、1割弱が医薬品購入費

である。2か月ごとに予算と支出を算出し、不足分は地区行政機関に請求している。ちなみに、今年の1月と2月の2か月間で、予定予算額の4割以上の赤字が出たため、急遽不足分を請求した。住民1人当たりの保健予算額は、1ソモニ以下である。

3. 地区中央病院

時間の都合上、病院を視察することはできなかったが、併設されている産院を視察した。1日平均60人前後の妊産婦への保健サービスを提供しているが、施設の1階部分は、施設の修復や設備の投資が実施されなかったため、13年以上も放置されたままになっている。現在、修繕の見通しがなく、外国からの支援を期待している状況である。

4. 外国からの支援

これまで、地区中央病院には、各ドナー、NGOからレントゲン装置、救急車、心音計などを供与され、ADBの投資で医薬品を受け取った。

5. ジョミ地区の問題と課題

- ・医薬品の不足
- ・保健医療施設における最新の医療機材の不足
- ・医療従事者の研修

No.31

面談・視察日時	2005年3月22日(火) 9時00分～12時30分
訪問機関名	感染症隔離産院(元市立第2産院)
面談者	当方:調査団、野口(通訳)

面談要約

- ・1993年に名称を変更し、上記病院になった。管轄人口は、ドゥシャンベ市内であるが、タジキスタン唯一の隔離産院ということもあり、全国から来院(搬送されてくる)してくる。対象は、リスクのある母親の出産とその子どもたちのケアに限定しており、正常分娩は他の産院で実施している。
- ・病床数は、120床で、新生児用が15床、母親用が105床である。データとして、抜けている箇所—入院患者数:6,108人(2004年)、原因は、インフルエンザ、性病、腸チフス、マラリア、結核など。死亡者数は、2人(2004年)で、出血、結核であった。前者は、ハトロン州から搬送され、破水後数日放置したままで、感染した疑いがあり、感染症隔離産院に入院したが、治療最中に多量出血し、死亡に至った。
- ・年間3,000件の出産があり、帝王切開術は12.7%。可能な限り外科介入をしないことにしているが、やむを得ない事情(流産、死産、先天異常など)で中絶を実施。中絶は合法化されており、その条件として、経済上の理由も含まれている。いずれも無料である。非合法的な中絶は刑罰の対象となっており、同産院ではこれまで事例はない。中絶件数は、2003年1,550件、2004年908件とやや減少している。流産・死産の原因は、サイトメガロウイルス、性交渉感染症、その他感染症などである。

- ・医薬品は十分に供給されているが、血液が不足している。必要が生じた場合は、職員から採血して使用している（職員は、年に2回血液検査をしているので、安心して使えるからである）。血液銀行は、臨床血液センターが存在しているが、感染症隔離産院の場合は、予算に計上されていることもあり、有料となり、コスト高になる。他の産院は、無料である。ここでの問題として、血液を受け取りに行く移動手段がないこと、運搬する際の保管バッグがない、保存する冷蔵庫がないことである。結局、お金と時間がかかるので、職員の血液ということになるらしい。
- ・結婚は、都市部では、自分の意思で、農村部では、まだ父親の影響が大きい。
- ・未熟児、先天異常のある新生児に対してのケアも本産院で対処している。ICUの用のベッドは21床（子：6床、母親：15床）ある。救急期が過ぎると小児病院に搬送している。
- ・HIV/AIDSに関しては、HIV陽性者が2人いた。
- ・家族計画の避妊方法として、子宮結さつ術、ホルモン注射、経口ピル、コンドームがあり、経口ピルが最も利用されている。女性相談所で、上記の方法を女性と話しながら、本人の意思で決めている。多産、中絶手術経験者対象である。
- ・問題点として、最新の医療機器・機材がないことである。2003年に日本の草の根無償で、手術機材、呼吸器装置、酸素ジェネレーターなどを供与された。
- ・水は、貯水タンクに溜めて、そのうわ水を使用している（出てきた水は、多少濁っている程度）。
- ・結核とB型肝炎、腸チフス、性病、その他の感染症をもつ妊婦が部屋をへだてて（ドアが2つある）、寝かされている。重症患者は、2人ベッド部屋であり、大部屋は、7人ベッドである。
- ・産後3日以内で、家族計画、母乳保育の研修（義務としている）を実施し、実際の数値を見せ、中絶の話や、病因についても説明する。
- ・出生低体重児は、出生した新生児の50～60%くらいである（リスクのある母親の出産であるからどうしても予定日より早くなることが多いため）。
- ・滅菌器（1952年から使用している）、モニタリング装置のついた保育器、電気メス、手術セット、心電図モニターなどがほしい。
- ・産婦人科3人（女医）にリスクのある妊婦をいかに減らせるかについて意見を求めたところ、設備の不備のみを答えていた（同席した病院長が主張する内容に同意したのみ）。

No.32

面談・視察日時	2005年3月24日（木） 9時00分～15時00分
訪問機関名	バルゾブ地区中央病院
面談者	当方：調査団、Rustam, JICA Liaison Officer

面談要約

1. 地区中央病院

小児科棟、外科棟、産科棟、内科棟、緊急診療棟、外来診療棟などに個別に分散している。緊急以外はFDの紹介状が必要。産科棟には、UNの指標として、人口は、5万7,990人、出生率は、67人（2002年）、緊急手術は、4.1%。医師2人。緊急棟には、2～3人の患者。当直医には、産科医師が少ないことから妊婦も多くは来ない。世界銀行での融資で、通信網が確保（保健省に直轄）されているほか、CARE Internationalの支援も受けており、充実した地域の保健

医療施設といった印象である。

2. バルゾブ地区チョルボプ村のヘルスセンター①

- ・ヘルスセンターが、人口1万1,000人をカバー。7つのJAMARTがあり、3つのヘルスセンターがある。
- ・サウジアラビア銀行からの融資で、現在準備中。来週中に開設する予定。
- ・職員：4人のファミリードクター、3人の助産師、1人の看護師（ファミリーナースの研修受講済み）。CARE Internationalの支援で、バルゾブ地区の22人の助産師、2人の看護師が研修受講済み。
- ・34のメディカルハウス、10の外来診療所、1つの入院設備のある施設、4つの救急ステーション
- ・自宅分娩が55.4%（2004年）あるが、その理由としては、人々が貧しいため（移動手段が確保できない、ガソリン代を負担できない）、遠隔地にある。地区中央病院まで24kmの距離がある。9台の救急車（移動車）があるが、ガソリンは患者負担である。
- ・2002年在宅出産で問題があったのは、子宮破裂、出血など。2004年では、胎児の成長障害、子宮逸脱、共和国産院に搬送したが、死亡。
- ・メディカルハウス24件に対して、看護師1人がいる。同ヘルスセンターには、6～7km離れたメディカルハウスがある。
- ・巡回指導は医師1人で1,800人を担当し、そのうち900人を看護師2人で担当。学校の教師、村のリーダー格の人ら（ボランティア）がメディカルハウスの看護師に情報を伝え、さらに、医師に報告される。近く、政令が出され、担当人口が1,800人から900人になる予定である。
- ・飲料水の運搬料として、5ドル/4t、ガソリンは、1.6ソモニ/1リットル

3. バルゾブ地区チョルボプ村のヘルスセンター②

- ・施設の改修はCARE International、机や家具などの調達は世界銀行から。
- ・4人の医師（FD）、6人の看護師、2人の助産師
- ・5つのベッド：分娩室、4台のベッド：分娩前待機室
- ・冬期は閉所（11月から3月ぐらいまで雪のため）
- ・医薬品は60～70%は国境なき薬剤師から供与
- ・医師へのインタビュー：医師になった理由は、近くに医師の姿を見ていたこと、村に1人しか医師がいなかったため。当時、医師は裕福な生活をしていた。現在の生活に満足している。当時の給料は400ドル。現在は40ソモニ（去年は20ソモニ）。

4. メディカルハウス

- ・助産師が1人、平均カバー人口は、2,615人、226世帯
- ・家族ごとの情報を集めた登録帳がある。毎年更新している。性、年齢、婚姻、出生、死亡など。死亡は役所に登録。CARE Internationalの指導で、テーマごとのファイルがある（予防接種、妊娠・出産、子どもの養育状況など）。
- ・月平均患者数は35～40人くらい。

- ・ 出産数は 51 件（2003 年）
- ・ 勤務時間は午前 8 時～午後 6 時ごろまで。巡回指導も実施
- ・ 問題として、水の不足、交通手段がない、ガソリンを購入する費用がない。
- ・ 彼女の給料は 30 ソモニ

No.33

面談・視察日時	2005 年 3 月 26 日（土） 10 時 15 分～ 15 時 00 分
訪問機関名	フロソン地区中央病院、農村ヘルスセンター、農村メディカルハウス
面談者	当方：調査団、スバイジュロ（通訳）、Rustam, JICA Liaison Officer

面談要約

フロソン地区中央病院、農村ヘルスセンター、農村メディカルハウスを視察した。概要は以下のとおり。

1. フロソン地区の医療施設

フロソン地区には、地区中央病院の下に、5 つの外來診療所、1 ヘルスセンター、25 メディカルハウスがある。医師数は地区総計 61 人（うち、地区中央病院には 15 人）、ベッド数は合計 300 床（うち地区中央病院には 120 床）ある。

2. 地区中央病院の概要

中央病院には、小児科、産科、内科、外科、婦人科、リプロダクティブセンター、感染科、ICU、物理療法室、ラボ、超音波診察室、受付がある。なお、リプロダクティブ・ヘルス室は最近女性相談所と統合された。これらのうち、小児科、産科及びリプロダクティブ・ヘルス室を視察した。

(1) 小児科には、1 人の医師と 3 人の看護師がおり、15 床ある。1 日の患者数は 5～6 人だが、夏期（5～8 月）には下痢患者が 1 日平均 45 人ほど来る。小児科内には下痢治療室があり、ここで UNICEF によって供与された治療薬（ORS）を使って治療を行う。日本からも 2005 年 2 月に下痢薬を含む薬品が供与されている。本地区病院は UNICEF の IMCI プロジェクトのパイロット病院である。また、ADB の支援によって施設の修復と機材の供与が行われた。下痢は深刻な問題であり、2004 年には、保健省と援助機関との協力の下で、国内の IMCI 専門家を対象とした 2 か月間の下痢対策キャンペーンが行われた。

(2) リプロダクティブ・ヘルス室は、1998 年に開設された。ここには、日本から超音波装置が供与されているほか、UNFPA による避妊具の供与も得ている。開業時間は 8:00～18:00（土曜日は午前中のみ）。婦人科の医師 2 人と助産師 2 人から成り、こうしたスタッフが、月 4 回メディカルハウスに行って相談にのったり、避妊具を配布したりしている。

1 日に妊婦を含む 15～20 人の女性が訪れる。相談内容は、妊娠中のケア、婦人病、避妊関連についてが多い。また、母親学級を行っており、約 15～20 人の女性が、貧血対策やリプロダクティブ・ヘルスに関して学んでいる。こうした女性たちには、助産師が各家

庭を巡回するときに参加を呼びかけている。参加者名簿も作成している。男性のセミナーへの参加も見られる。

妊婦の存在はきちんと把握されている。訪問看護師が個別に家庭を巡回する際に、妊婦の存在が明らかになれば助産師に報告しているためである。

以上にもかかわらず妊産婦や乳児死亡率が高い原因としては、①遠隔地であるため、緊急の場合の交通手段と通信手段がないこと、②貧困であるため、必要なときに医療ケアにアクセスができないこと、が指摘された。

(3) 産科では、母乳育児を教えている。出産後の女性の約 10%が避妊対策（子宮への避妊措置）をしている。2005 年 1 月から 3 月までの期間中、83 人が出産したが、子宮への避妊措置はしなかったという。案内してくれた医師によれば、子どもを 4 人生むと子宮への避妊措置を望む女性が多い。その理由は、貧困であることのほかに、母体の健康への影響を考慮するためである。

3. ヘルスセンターの概要

フロソン地区にある唯一のヘルスセンターである。歯科、内科、小児科、外科、産科、婦人科、皮膚科、耳鼻科、精神科、外傷科があり、医師は計 15 人、部屋数は 42 室ある。開業時間は 6:00～18:00 である。冬は照明がないために装置が使用できない。そのため、1 日の来院数は 4～5 人ほど。夏には約 15 人。本ヘルスセンターには、公衆衛生・疫学監督室がある。ここには、地区のバクテリア・ラボがあり、感染症などの監督を行っているほか、感染病患者の診察と予防診察、腸感染、空気感染、環境検査（水、土壌、空気、食品）を行っている。また、四半期に 1 度、飲食店の管理を行う。問題があった場合には、改善指導あるいは閉鎖勧告をする。公衆衛生・疫学監督室は、公衆衛生部と疫学部に分かれている。感染症予防を主に行っている疫学部の医師数は足りているが、公共設備の衛生監督を行う公衆衛生部の医師は 5 人不足している。子どもの下痢対策として、親・保護者に水の煮沸を呼びかけたり、感染源の消毒を行ったりしている。公衆衛生・疫学室の抱える問題として、指摘されたのは、①施設や機材が不足していること、②きれいな水がないためにラボが思うように使えないこと、であった。

4. メディカルハウス

メディカルハウスには、所長と訪問看護師（ファミリードクターもファミリーナースもまだ養成できていない）の 2 人が常駐しており、256 世帯（住民 2,000 人）をカバーしている。1 日に歩いて 20～30 人を巡回する。遠いところで 3 km ほど歩く。巡回バッグには、体温計、解熱剤、血圧測定器などを入れている。予防接種は、ワゴンハウスに子どもを集めて行うこともあれば、巡回の際に実施することもある。巡回の際には、食事や健康面での妊婦や母親への指導も行う。母乳育児の良さに関しては広く理解されている。メディカルハウスの 2 人のスタッフがこれまでに受けた研修は、メルリンと保健省によって実施されたコールドチェーン管理と 16 か月までの子どもの安全な予防接種（はしか）のほか、家族計画相談概論、リプロダクティブ・ヘルス、感染予防がある。今後必要と思われる研修としては、B 型肝炎、ジフテリア、ツベルクリン等の安全な接種や AIDS 対策などがあげられた

援助機関

No.34

面談・視察日時	2005年3月3日(木) 13時00分～13時45分
訪問機関名	国際児童基金 (UNICEF)
面談者	先方：Ms. Niloufar Pourzand, Programme Coordinator 当方：渡慶次、喜多

面談要約

保健プログラム・オフィサー及び事務所代表が出張中であったため、Ms. Pourzandとの面談となった。UNICEFの活動の詳細に関する質問については、再度、保健プログラム・オフィサーと行うことが提案された。

コンサルタントは、調査団の目的と今後の簡単なスケジュールを説明。Ms. Pourzandからは、2005年2月の調査団（IMCI分野への薬品と医療機材の供与）のフォローアップのための調査団かとの質問がされた。調査の結果として、先の医薬品供与との連携の可能性はあるが、今回の調査団派遣と2月の調査団とは、直接的な関係はない旨の説明を行った。Ms. Pourzandからは以下の説明がされた。

1. 活動概要

- ・日本は、UNICEF タジキスタン現地事務所（保健分野）の最大のドナーであること、しかしながら、2005年からはマルチ・バイの規模がそれまでよりも少なくなること¹。
- ・UNICEFの新しいカントリープログラム（2005～2009年）を立ち上げた。主な活動は：
 - ① 保健スタッフのキャパシティ・ビルディング〔TBA（伝統的助産婦）への研修は行わないが、保健省に対してはその必要性を啓発している。その理由としては、農村部においてはほとんどが自宅出産であること、そのため妊産婦死亡率及び新生児死亡率の低下のためにはTBAの研修も必要であると思われること。自宅出産の介入者は、研修を受けていないTBAや家族であるケースも多い〕
 - ② 保健省の母子保健に関する政策策定を支援：WHOの「出生」（Life Birth）の定義を採用するための政策、周産期ケアと産後のケアの改善に向けた政策及び家族計画改善に向けた政策
 - ③ IECD（Integrated Early Child Development）プログラム：6か月間の完全母乳育児の推進、ビタミンA欠乏症の削減等を中心とした栄養改善（NGOを支援）、乳児に優しい病院（Baby-friendly Hospitals）の推進（WHOとの協力）、家庭における乳幼児ケアの改善（KAPS²は既に実施されており、現在、コンサルタントによって報告書が作成されている。今月末

¹ 在タジキスタン日本大使館によれば、2002～2004年の3年間、母と子のための特別機材供与（ワクチン）として、年間1億5,000万円（計5億円）が拠出された（マルチ・バイ：日本政府－UNICEF－保健省という形での供与）。2005～2010年は予防接種を含む感染症対策の特別機材供与年間4,000万円と母と子のための特別機材供与2,000万円の拠出が行われることになっている。

² Knowledge, Attitude and Practice Survey

までには完成の予定)、コミュニティベースの IECD センターの運営 (なお、Module on Better Training Initiative for home-visiting nurses を 2003 年に作成済み)

- ④ IMCI プログラム
- ⑤ 予防接種プログラム (コールドチェーン、ワクチンを含む)

2. これまで行った主な調査・研究

- ・ Survey Child and Family Needs Assessment (2001)
- ・ Study on Nutrition (2002)
- ・ Birth Registration Assessment (2003)
- ・ Open Asia Study on violence Against Children (2001)
- ・ Multiple Indicator Cluster Survey (2000)
- ・ Assessment of Water and Environmental Sanitation (2002)
- ・ Nutrition and Infant Mortality Surveys (2003)
- ・ KAP study on parent practice on child care (2004)

3. その他

2004 年 12 月に MCH 会議が開催され、保健省、国際機関、NGO などが多数参加した。報告書は現在作成中であるため、完成後に JICA Liaison Officer にメールにて送付予定。

No.35

面談・視察日時	2005 年 3 月 15 日 (火) 9 時 00 分～ 9 時 45 分
訪問機関名	CARE International
面談者	先方：Mr. Genevieve Abel, Country Director、 Ms. Dilbar Gafarova, Health Sector Coordinator 当方：喜多、Rustam, JICA Liaison Officer

面談要約

1. Care Tajikistan の概要

タジキスタンにおいて 1994 年に活動を開始した。その活動目的は、主に農村部のコミュニティとのパートナーシップによって、貧困層やその他の社会的弱者のキャパシティ・ビルディングを通じて人々が安全で尊厳のある生活ができるようにすることにある。主な支援分野は、保健のほか、教育、コミュニティ開発、農業、自然災害、マイクロクレジット、女性のエンパワーメント、食糧供給に及ぶ。支援対象地域は、ハトロン州 (Yovon Khuroson, A. Jomi) 及びドゥシャンベ市 (Vahdat, Varzob, Hissor, Shahrinav, Tursunzoda, Leninskii) である。

2. 2000～2004 年に実施された保健プロジェクト

2000～2004 年の保健分野における主な活動は、以下の 4 つである。

- ① 貧血症の妊婦及び授乳中の母親への食物の配給
- ② 第 1 次及び第 2 次医療施設での緊急助産の改善
- ③ リプロダクティブ・ヘルスに関する知識の向上

④ IMCI

- a) 子どもの病気の治療・治癒質の改善
- b) 子どもに多い病気に対する予防へのコミュニティレベルでの向上
- c) 母乳育児の推進
- d) 家庭における子どもの病気の治療・治癒と栄養の改善

3. 主な成果

CARE International によるこれまでの5年間の成果は、医療機材の供与と保健医療従事者への研修の実施（教材の開発を含む）である。

医療教材については、バルゾブ地区（RRS）のすべての第1次医療施設（合計33施設）へ基本的な医療機材が供与された。研修における成果としては以下に要約される。

- ① 2つの In-house 研修チームが組織された。
- ② ドゥシャンベ市の第1産科と第2産科に人命救助法に関する研修拠点がつくられた。
- ③ (CARE 既存の) 人命救助法に関するモジュールがタジク語に翻訳され、タジキスタン用に作成された。このモジュールを全国レベルで使用することに関して保健省から承認された。
- ④ リプロダクティブ・ヘルス/家族計画及び子どもの健康と栄養に関する教育資料が作成された。
- ⑤ 以下の研修が実施された。

研修の概要（2000～2004年）

分野	時期	研修期間	対象地区	受講対象	人数
IMCI	2004年	9日	Yavan、Vakhdat	小児科医	1,600
子どもの健康・ 栄養、衛生	2004年	3日		コミュニティを中心に活動している組織のメンバー	29
家族計画	2003～ 2004年	3日	Rudaki、Vakhdat	プライマリー・ヘルス・ケア 施設の職員	127
リプロダク ティブ・ヘルス	2002～ 2004年	5日			225
人命救助法 (基礎)	2001～ 2002年	2週間	Rudaki、Vakhdat	看護師、助産師等	69
人命救助法 (応用)	2001～ 2002年	4週間	Bokhtar	地区中央病院の産科医、婦 人科助産師	62
母親の栄養と 貧血症	2000～ 2003年	2日	Rudaki、Varzob、 Yavan、Shahrinav Tursunzade、Gissar	地区の保健医療従事者	4,620

No.36

面談・視察日時	2005年3月15日(火) 15時00分～16時00分
訪問機関名	Save the Children (US)
面談者	先方：Mr. David Patterson, Acting Programme Manager in Health 当方：喜多、Nisso, JICA Liaison Office
入手収集資料	Presentation for MCH-RH Conference, Expanding Maternal and Child Health and Reproductive Health Services in Uzbekistan and Tajikistan (Baseline Survey)

面談要約

1. Save the Children (US)の概要

タジキスタンでの支援は、1992年に緊急支援分野において開始された。Save the Children (US)の比較優位性は、農村部のコミュニティの人々を動因するための戦略・活動や、人々の行動様式の変化をもたらすための戦略・活動に見られる。特に、HIV/AIDS分野における経験が豊富である。

タジキスタンにおいては、Save the Children (UK)も活動しているが、各々は独立した機関であり、連携は特にないが、開発された介入アプローチや方法等を機関間で共有することはある。

2. 母子保健分野の現行プロジェクト (2002～2006年)

USAID 資金で Save the Children (US)が実施しているプロジェクトには、Healthy Family Project (家族の健康プロジェクト) と Child Survival Project (子どもの生存プロジェクト) がある。主なパートナーは、Project Hope、American Red Cross、Futures Group、JHPIEGO、American College for Nurses & Midwives である。

プロジェクト名	家族の健康プロジェクト
対象地域	Shartuuz, Vakhsh, Mominobod, Hamodoni, Kulyab (第1フェーズ)、Bokhtar, Kokhzabad, Pianj, Voseh, Shurobod (第2フェーズ)
プロジェクト目標	医療サービスの向上によってハトロン州の母子保健及びプライマリー・ヘルス・ケアを改善する。
成果	1. コミュニティの人々がヘルスケアに関する権利と責任を認識する。 2. 母子保健及びリプロダクティブ・ヘルスの質が向上する。
プロジェクト名	子どもの生存プロジェクト
対象地域	Panjikent, Aini
プロジェクト目標	ハトロン州の5歳以下の子どもの死亡率及び妊産婦死亡率を低下させる。母子の健康に関する政策を改善する。
成果	1. 母子保健分野に関する人々の知識が向上する。 2. コミュニティを中心に活動している団体が、5歳以下の子どもと母親の健康に関する優先事項を打ち出すキャパシティが向上する。 3. 農村部の医療施設が良質の母子保健サービスを提供できるようになる。
活動 (両プロジェクト に共通)	1. 安全な出産、リプロダクティブ・ヘルス、子どもの健康に関する啓発とコミュニティの人々の動因 2. 医療機材の供与 3. 保健医療従事者のキャパシティ・ビルディング 4. 政策策定

No.37

面談・視察日時	2005年3月16日（水） 9時00分～10時00分
訪問機関名	Abt Associates
面談者	先方：Ms. Marian Sheridan, Resident Representative、 Dr. Jens Burgdorff, DTMH, Family Medicine Training Coordinator、 Ms. Asadova Farida, IMCI Coordinator 当方：喜多、Rustam, JICA Liaison Officer
入手収集資料	Assessment of public awareness on the acute respiratory infection's issues while preparing the campaign "Keeping children healthy"

面談要約

1. Zdrav Plus Project

USAIDの資金によってAbt Associatesが実施しているプロジェクト。ヘルスケアサービスを改善し、プロジェクト対象地域の住民が良質の保健医療サービスを受けられるようになることをプロジェクト目標とする。本プロジェクトは、中央アジア地域プロジェクトであり、地域全体でのプロジェクトファンドは、3,400万米ドル。そのうち、500万米ドルがタジキスタンのプロジェクトに配分されている。Zdrav Plus プロジェクトのコンポーネントは、①保健省のシステムの改善、②医療サービスの質の改善、③コミュニティ動因、④IMCIの導入、である。IMCIの導入については、保健省、UNICEF、WHOの協力の下で実施している。なお、Zdrav Plusとは、ロシア語で「better health」の意味。

Sheridan代表によれば、タジキスタンのプロジェクトの進捗は、中央アジア地域のその他の国よりも遅れている。他の国は、現在、プロジェクトの第3フェーズの段階に入っているが、タジキスタンは第2フェーズである。また、プロジェクトにおける活動も、アドホック的で、総合的なアプローチに欠ける。今後は、総合的なプロジェクト運営・実施が必要であり、現在、2005～2010年の運営計画を作成中である。

2. IMCIに関する啓発活動（2003～2005年）

「子どもの健康維持キャンペーン」及び「母乳育児推進全国キャンペーン」が保健省とUNICEFとの協力によって実施された。「子どもの健康維持キャンペーン」は、2003年と2004年の2回実施されており、それぞれ、Varzob、Leninsky、Gissar、Dusshanbeと、Timurmalik、Vose、Hojamaston、Hurossonが対象とされた。キャンペーンの目的は、対象地域の5歳以下の子どもの親・保護者等の下痢やARI、また衛生に関する理解を促進することで、乳幼児死亡率を低下させることである。他方、「母乳育児推進全国キャンペーン」は、乳児の親・保護者が、6か月間の完全母乳育児の重要性を理解することを目的として行われた。キャンペーン期間は、10日間。ポスターや配布物の作成が行われた。キャンペーン後に、キャンペーンの効率を評価するためにフォーカス・グループ・ディスカッションが行われている。

3. IMCI分野の研修（2002年～現在）

2002年から現在までにIMCI分野において6つの研修が実施された。

実施年	期 間	対象地域	対象者	参加人数
2002年9月～ 2003年1月	11日	ドゥシャンベ市	PHC従事者	90
2004年8月	12日	Kurgan-Tube	保健医療従事者	20
2004年10月～ 2004年12月	9日	Timurmalik	PHC従事者	36
2004年10月～ 2004年12月	9日	Vose	PHC従事者	54
2005年3月	9日	ドゥシャンベ市	IMCIセンター職員他	18

その他、2002年には、タシケントへの10日間のIMCI研修旅行が行われた。参加者は、政策決定者及びCHLのディレクター等を含む12人。

4. 問題点

- ① 保健省によるモニタリング・評価システムが欠如している。
- ② 医療に関する技術的な研修は多くされたが、管理者向けの研修があまりない。そのため、十分な管理能力を備えた人材が少ない。

No.38

面談・視察日時	2005年3月16日（水） 11時00分～12時30分
訪問機関名	国連人口基金（UNFPA）
面談者	当方：喜多
入手収集資料	Project Profile, Annual Work Plan 2005

面談要約

1. UNFPA タジキスタン現地事務所の概要

タジキスタンにおけるUNFPAの活動は1995年に開始された。タジキスタンにおけるプロジェクトは、中央アジアにおける地域プロジェクトの1つに位置づけられる。通常、5年間のカントリープログラムの計画・立案、実施、評価を行う。タジキスタン現地事務所の主な支援分野は、家族計画・リプロダクティブ・ヘルス、HIV/AIDS、青少年への性教育、ジェンダーであり、その活動は、①キャパシティ・ビルディング、②啓発活動、③調査・研究、④機材の供与が主である。2004年に前期カントリープログラムが終了し、今年から新規カントリープログラムが開始された。現在は、2005年の行動計画表の作成が終了し、タジキスタン政府の承認を待っているところである。

2. 家族計画・リプロダクティブ・ヘルス分野の主な活動（2000～2004年）

家族計画・リプロダクティブ・ヘルス分野に関連するプロジェクトには、① Strengthening Contraceptive and Reproductive Health Logistic Management and Information System、② Strengthening MoH and RRHC Management Capacity and Developing a Reproductive Health Management Information system、③ Advocacy on Population/Reproductive Health/Family

Planning/Gender/Environment、④ Strengthening Reproductive Health Information and Service、がある。これらのプロジェクトの下で実施された主な活動は以下のとおり。

- ① リプロダクティブ・ヘルス設備に関する実態調査
- ② 避妊とリプロダクティブ・ヘルスに関する情報システムの改善とシステムに関しての保健実務管理者及び行政担当者への研修（国、州、地区・市レベル）
- ③ メディアやワークショップ開催による家族計画・リプロダクティブ・ヘルスに関する啓発活動
- ④ 青少年教育資料や安全な出産に関する配布資料の作成
- ⑤ リプロダクティブ・ヘルスケアに関する議定書の改訂と配布
- ⑥ 医療従事者に対する研修

3. 問題点

- ① データ収集・分析及び管理に関する国内のキャパシティがほとんどない。特に、人口統計学に関する人材の養成が急務
- ② 研修に関しては、これまで多くのドナーによる支援がされ、その結果、多くの保健医療従事者が研修を受けた。しかしながら、問題点は、その後のフォローアップが十分にされていないことにある。今後は、研修の効果に関するモニタリングの強化が必要である。この観点から、タジキスタンの保健医療従事者の日本での研修実施の効果については疑問視された。日本での研修を実施する場合は、タジキスタンにおいて活動しているドナーのうち、その効果のモニタリングを行うパートナーをあらかじめ決めておくことで、リスクが少なくなるだろう。UNFPAがモニタリングのためのパートナーになってもよい。JICAとは、キルギスにおいて既に研修活動に関するパートナーシップの例がある。

No.39

面談・視察日時	2005年3月17日（木） 9時00分～9時45分
訪問機関名	世界保健機関（WHO）
面談者	先方：Dr. Nazia P. Artykova, Liaison Officer 当方：喜多
入手収集資料	Strategic Plan Reproductive Health Plan of the Republic of Tajikistan by 2014

面談要約

1. タジキスタンにおける支援

WHOは、5つの分野におけるタジキスタン政府への政策や戦略策定のための技術的支援を行っている：①安全な妊娠・出産のためのイニシアティブ、② IMCI イニシアティブ、③予防接種拡大イニシアティブ、④青少年への教育、⑤リプロダクティブ・ヘルス。これらのうち、昨年は、特に予防接種拡大イニシアティブの下ではしかの全国予防接種キャンペーンを実施、また、リプロダクティブ・ヘルスに関しては、2014年までの10年活動計画書が作成されている。

2. IMCI 分野の活動

IMCI分野においては、UNICEFとの密接な協力によって支援を実施している。例えば、36種

の子どもの病気のプライマリー・ヘルス・ケアに関するプロトコルのうち、“Pregnancy, Childbirth Postpartum and Newborn Care”、“Managing Newborn Problems”を含む8つのプロトコルは、UNICEFによって作成された。また、近く保健省、UNICEFとの協力で「子どもの健康に関する戦略（2005～2015年）」を策定する予定である。またUNICEFとの協力の下で11冊のガイドラインが作成されている。

研修においては、2つの方法がある。1つは、UNICEFと共同で行うもの。他方は、まずWHOが国の管理者を対象にしたワークショップの開催、TOT、研修で使用する教材等を政府のワーキング・グループとともに作成したのち、保健医療従事者への研修の実施をUNICEFに移行する方法である。後者の方法では、既にIMCI、予防接種、リプロダクティブ・ヘルスの分野で行われている。WHOが独自で実施している研修は、タジキスタンの上級、中級レベルの管理者を対象にした海外研修と、海外からの専門家をタジキスタンに招いて研修を実施する方法がある。

3. 研修実施の課題

Dr. Artykovaによれば、研修の効果を評価するためのフォローアップの必要性が、タジキスタンで活動している多くの援助機関によって指摘されている。ただ、IMCI分野に関しては、保健省内に既にワーキング・グループができているため、フォローアップは比較的円滑にできるのではないかとの見解が示された。

研修の参加者の選定は容易ではないという。WHOでは現在、フィリピンで実施される海外研修への参加者1人を選考中であるが、保健省から提出された候補者リストには多くの候補者の名があげられていても、分野の専門家であり、かつ英語の話せる候補者は1人もいないため、選考が難航している。

4. その他

WHOはIMCI分野でUNICEFとの密接な協力を行っている。UNICEFと共同でJICAに提出するプロポーザルを作成する意思がある。

No.40

面談・視察日時	2005年3月18日（金） 17時00分～18時00分
訪問機関名	米国国際開発庁（USAID）
面談者	先方：Aziza Khamidova, Project Management Specialist/Health 当方：田中、喜多

面談要約

1. USAID ファンドで実施されている主要プロジェクト

Ms. Khamidova から USAID ファンドで実施されている（又は実施された）代表的な2つのプロジェクトが紹介された：

- ・ Save the Children (US)による「家族の健康プロジェクト」（プロジェクトの枠組みについては議事録 No. 36 を参照のこと
- ・ CARE International によるバルズブ保健プロジェクト（2001年4月～2003年3月）

2. 家族の健康プロジェクト

本プロジェクトは、コミュニティベースのプロジェクトである。第1フェーズ(2002～2004年)が終了し、今年から第2フェーズ(2005～2008年)が開始された。USAIDは、医療施設への基本的な医療機材の供与を含む財政的な支援のみを行い、その総額は、ウズベキスタン、キルギス、タジキスタンの3か国で2,200万米ドル。Ms. Khamidovaからは第1フェーズに関して以下の説明がされた。

(1) 対象地域

ハトロン州の5地区(Vakhsh、Shartuz、Kulob、Muminobod、Moskovsky)

(2) プロジェクトの直接受益者

出産可能年齢の女性10万2,000人及び6万4,000人の5歳以下の乳幼児の計16万6,000人。

(3) プロジェクト目標

- ① 出産可能年齢の女性及び5歳以下の乳幼児の健康に関連する主要な事柄へのコミュニティの知識と理解を促進する。
- ② 母子健康に従事する医療スタッフの知識と技術を向上させる。

(4) 主なパートナー

Save the Children：プロジェクトの運営管理全般

American Red Cross：コミュニティの動因

Futures Group：リプロダクティブ・ヘルスに関する政策の改正

JHPIEGO：医療施設関連

American College for Nurses & Midwives：研修

(5) 本プロジェクト特徴的アプローチ

まず、対象地域の農村において、既存のコミュニティの構造の調査が実施された。既存のコミュニティの構造が確認されなかった場合には、構造をつくり出すための、中心となるべき人物が選定された。その目的は、将来的に、農村における保健関連の活動を担うVillage Development Committee (VDC) を設立することであった。その活動には、保健教育、健康促進、農村の薬品店の監督、病人の緊急搬送計画の実施等が含まれる。中心となるべき人物(8～10人)は、コミュニティの人々によって選出されるが、その際にジェンダーバランスが配慮される。

(6) プロジェクトの主な成果

①コミュニティ動因のモデルがつけられた一プロジェクト対象地域には、プロジェクト終了までに計196のVDCが設立されている。②避妊具が対象地域のすべての医療設備に整備された。③研修が実施された。これには、プログラム実施管理育成のためのスタッフ研修、保健スタッフへの基礎的人命救助法に関する研修が含まれる。

3. バルゾブ保健プロジェクト

プロジェクトの概要については、議事録No.35を参考にされたい。本プロジェクトにおいて特徴的アプローチとして紹介されたのは、TBAの人材育成である。TBAは、保健省によって正式に認められていないが、自宅出産の多い農村部では、出産に立ち会うことが多い。Ms. Khamidovaによれば、旧ソ連時代には、TBAを介した出産よりも、医療施設での出産が多かった。現在では、医療施設の設備が不十分であることと、医療施設での出産は費用がかかる（出産費用は無料ということになっているが、実際には、医者から医療費を要求されることが多い）ため、特に農村部においては自宅出産の方が多くなっている。そのため、新生児や妊婦死亡率を低下させるためには、TBAへの研修が不可欠であった。そこで、本プロジェクトにおいては、TBAをコミュニティにおけるボランティアグループのメンバーとして研修を実施した。こうした手法によって、1つのコミュニティで1～2人のTBAが研修を受けた。つまり、プロジェクト期間中には、約50人のTBAが研修を受けたという。保健省は、研修された人材がTBAであることは知っており、公にはその成果については明言しないものの、プロジェクトがもたらした成果を喜んでいるということであった。

4. JICAの研修について

- ・研修の対象：政策決定者や管理職を対象にした研修とコミュニティの医療従事者を対象にした研修の両方を実施することで、より高い効果が期待できるであろう。
- ・モニタリングとOJT：例えば、バルゾブ保健プロジェクトにおける研修では、研修後のフォローアップとして、CARE Internationalが毎月、農村部の医療施設で研修の成果のモニタリング及びOJTを少なくとも3～4回行っている。

Ms. Khamidovaと調査団は、研修システム／メカニズムの構築が重要であるとの見解で一致した。ここでいうメカニズムとは、母子保健分野の問題点・課題に関する調査結果に基づいた研修内容の選定、ニーズに合った研修用教材の作成、研修生の帰国後の本国における役割を事前に明確にTORや行動計画等で示すこと、日本での研修の実施、短期専門家によるモニタリングとOJTによるフォローアップ、という一連の活動のことである。

5. IMCI分野におけるプロジェクトの形成について

IMCI分野の支援はUNICEF主導で行われている。他のドナーが新しくこの分野において支援を考える場合には、2つの方法があることがMs. Khamidovaと調査団との間で確認された。以下の方法については、後日行われるUNICEF/WHOとの合同協議で相手方の意見を聞いてみることにする。

- ① 既に、UNICEFによって、支援アプローチやプロジェクトで使用する研修用資料や啓発用資料は開発されている。こうした既存のアプローチや資料を使用して、まだUNICEFプロジェクトの対象でない地域においてJICAがプロジェクトを実施する。
- ② IMCIの分野は広く、いまだUNICEFが着手していない分野をJICAが行う。

なお、Ms. Khamidovaによれば、タジキスタンにおいてIMCI分野で活動している主な援助機関の間でテクニカルグループが形成されているが、現在、定期会合は行われていない。

6. その他

プロジェクト形成の際に参考になると思われるのが、サイトマップの作成である。マップはおそらく、UNDPのGISユニットで入手できるであろう。

No.41

面談・視察日時	2005年3月25日（金） 14時30分～15時00分
訪問機関名	日本貧困削減基金
面談者	先方：Mr. Vokhidov Abdusalom, Country Project Coordinator, Project JFPR 9005、 Mr. Rustam Muzafarov, ADB Regional Coordinator, Project JFPR 9005 当方：吉村、山岸、喜多、野口（通訳）
入手収集資料	Nutrition Status of Mother and Child in Tajikistan

面談要約

保健省を通じてアポを依頼していたが、相手方には伝わっていなかった。そのため、面談時間はわずか30分足らずの短いものとなった。

1. 日本貧困削減基金について

アジア開発銀行の推進する中央アジア6か国（タジキスタン、キルギス、ウズベキスタン、カザフスタン、アゼルバイジャン、モンゴル）を対象とした栄養改善プログラムに対して、日本は2001～2004年に総額700万米ドルを拠出した。主に、小麦粉の栄養強化、ヨード添加塩を通じた母子の栄養改善を目的とする。本プログラムは、2005～2007年の2年間の延長が決定した。ただし、現行プログラムの対象はアゼルバイジャンを除く5か国で、総額は200万米ドル。

2. タジキスタンにおける取り組み

タジキスタンにおいては、2002年に塩のヨード添加の義務化に関する法律が制定された。にもかかわらず、ヨード添加塩を使用している世帯は、30～52%ほどに過ぎない。アジア開発銀行中央アジア地域コーディネーターによって指摘された主な問題点は、

- ・法律は制定されたが、規則がない。つまり、塩のヨード添加をいかにモニタリングするか、法律に違反した業者をどのように罰するか等に関する取極めがない。
- ・ヨード塩製造工場は国内3か所（Asht、Vavau、Vose）にあるが、ヨードが均等に混入されないという製造過程で生じる問題がある。塩販売業者は現在50社ほどある。こうした業者にヨードの無添加塩を市場に出さないという合意をとりつけなければならない。
- ・消費者側がヨード無添加塩のリスクやヨード添加塩の使用の重要性を十分に認識していない。

詳細については、ADBのWebsite（www.caffproject.net）を参照。

その他

No.42

面談・視察日時	2005年3月3日(木) 14時30分～15時20分
訪問機関名	在タジキスタン日本大使館
面談者	先方：三好功一臨時代理大使 当方：調査団、Rustam

面談要約

1. 今回の調査の目的、日程、団員紹介の説明（調査団）
2. タジキスタンの現状（大使）
 - ・飲料水の問題は大きく、気候によって変動する。雪の多い冬は、比較的泥の少ない水が出るが、春から初夏にかけて雪がとけ、雨が降ると極端に泥水が流れ出す。そのため、除菌機能のある浄水器のフィルターを1日で交換しなければならない。
 - ・2004年の10月から11月にかけて、チフスが発生し、大使館の職員で、原因不明の熱で治療に苦労した。旧ソ連時代のかかなり強い抗生物質の投与などで耐性菌が出現し、現在、治療・治癒を困難なものにしているらしい。
 - ・旧ソ連からの独立後、1991年から1997年にかけての内戦があり、経済的にも大きな打撃を受け、まだ完全に回復できず、現在に至っている。そのため、三好大使が赴任された2002年当時、経済活動も乏しく、外国人のためのレストランがまったくなかった。走行中の車両も旧ソ連製が多かった。そのとき、タジキスタンホテルは、井戸を掘っていたが、現在では、地下水を独自に調達できるようになった。
 - ・内戦後、世界銀行が初のドナーとして、ドゥシャンベ市の飲料水の融資に着手したが、インフラ・設備があるが、機能していない水道事業で採算のあるものにするのは困難であり、難航している。
 - ・本日の午前中にあったUNDP主催の月例ドナー会合では、栄養失調が2003年と比較して2004年には、更に悪化していることが話題となった。旧ソ連時代にタジキスタンは、綿花を栽培し、食糧は旧ソ連からの配給であったため、食糧を自給自足する体制ができていなかった。そのため、現在でも外国からの食糧に多くを依存している（輸入）状況にあり、国内では、食糧が不足している。特に、貧困層の食糧事情の悪化は深刻（子どもたちへの影響は大きい）である。さらに、栄養失調の悪化は、上記した食糧事情の悪化のほかに、人々の食習慣（甘味料が好き）、栄養摂取に関する知識の不足欠如による栄養の偏り（炭水化物の摂取が多く、鉄分が不足）が原因ではないかとWFPや関連NGOは報告していた。実際、市場では、野菜（キュウリ、ニンジン、トマトなどはある）が少なく、野菜を摂取する機会は少ない。
 - ・医療従事者、特に保健衛生を普及する人材が不足しており、衛生に関連する知識も少ない。そのため、一般の人々に衛生観念の意識も乏しい。身近な例として、メイドが床を拭いた同じ雑巾でテーブルも拭いていることもある。

3. 日本の支援状況（大使）

- ・草の根無償として、ここ3～4年で130件（年間40件ほど）、学校建設・改修、地方にある病院への医療機材の供与（1,000万円程度）、飲料水供給の整備、灌漑事業（ポンプの配置）、土木関連の橋の改修工事を実施した。特に、学校建設・改修、医療機材の供与の案件が多くを占めている。供与先として、NGOが多い（特に医療機材供与）が、学校建設・改修では、直接学校へ供与することもある。地方の行政機関の実施能力が弱く、NGOの活動の一環を支援する形で実施している。
- ・保健分野の初めての一般無償として、ディアコフ病院には、5億円規模の医療機材を供与した。高額な維持費のかかるCTスキヤンの供与に関しては、保健大臣の強い希望があり、年間の維持費を確約させ、設置に合意した経緯がある（維持費を予算に計上できない場合は、保健大臣を辞任してもよいと発言した）。
- ・UNICEFには、2001年から2004年までの3年間、コールドチェーンの機材を含む母子対象のワクチン1億5,000万円相当の支援を実施した。2005年からは、マルチ・バイの5年計画で、年間4,000万円相当のワクチン供与を実施するが、前年度と比較して、規模が小さいので、UNICEFは、今年度分からの不足を支援してくれるドナーを探しているらしい。2005年は、母子対象ワクチン供与として2,000万円、感染症対策医療機材・医薬品供与として4,000万円、合計6,000万円相当の支援を実施する。

4. 協力案件概要 (案)

資料4 協力案件概要(案)

案件名(和) タジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」
(英) Maternal and Child Health Support Project in Republic of Tajikistan

1 現状と問題点

タジキスタン国は、保健分野の国家政策である課題改善プログラムのひとつに「ミレニアム開発目標プログラム」を挙げており、同開発目標の①乳幼児死亡率の低減、②妊産婦死亡率の低減および③感染症対策が重点課題となっている。かかる課題を克服するための戦略として、タジキスタン国政府は UNICEF と WHO が開発した IMCI (統合型小児疾患管理・Integrated Management of Childhood Illness : 乳児死亡率と疾病率を下げるために、ARI、マラリア、下痢、はしか、栄養障害、貧血に関する評価・分析および治療のための新しいアプローチで①保健従事者トレーニング、②保健システムの改善、③コミュニティーベースの保健教育を主要3コンポーネントとしている)の導入を検討している。

タジキスタン国の乳児死亡率は 92/1000 出生(2003)、5歳未満児死亡率 118/1000 出生(2003)、妊産婦死亡率 45/10 万出生('85-2003 の最新資料) —世界子供白書 2005/UNICEF と、中央アジアの国々の中でも高い数値を示している。

平成17年3月、JICA より派遣された「タジキスタン共和国母子保健分野プロジェクト形成調査」では、タジキスタン国における母子保健に関し、以下の4つの課題が確認されている。

- (1) 衛生インフラの整備不良により、とくに農村部において安全な水の確保及び安定した電力供給が困難である。
- (2) 妊娠した女性の多くは母子保健サービスや医療ケアを受ける機会が少なく、分娩も専門資格を有さない出産介助者による自宅分娩が多い。その一因として、経済的理由やアクセスの悪さ、医療施設の老朽化があげられる。
- (3) 女性や子どもの栄養不良(ビタミンA、ヨード、鉄分等)や寄生虫の罹患、感染症(呼吸器系統、下痢)の蔓延が深刻である。
- (4) 地域および家庭への保健・衛生に関する適正な知識や情報の伝達が不十分である。

上記課題を踏まえ地域母子保健の活動体制づくりの必要性が急務であるといえる。

2 我が国の援助方針との整合性

本案件はリプロダクティブヘルス分野の協力案件であり、ミレニアム開発目標に直接貢献し、また、母子に直接届く地域母子保健の活動体制づくりをめざすことから「人間の安全保障」の考え方にも通じている。

また、2004年、我が国はカザフスタン共和国での中央アジア外相会合において「中央アジア+日本」対話を立ち上げ、中央アジアへの協力を表明していることも本件が我が国の対中央アジア政策と合致していることを示している。

3 案件概要

(1) 上位目標

地域住民とくに母親や父親の保健・衛生・予防の知識と意識が改善される。

(2) 案件の目標

プライマリーヘルスケアの原則に基づいた地域母子保健の活動体制が形成される。

(3) 研修成果

- ① 研修員が母子保健における健康教育の必要性とその内容を理解し、知識と技術が向上する。
- ② 研修員が母子保健に必要な実践的技術について習得する。
- ③ 研修員が地域の母子保健活動の展開手法を学び、当該地域における計画実施ができるようになる。
- ④ 研修員がメディカルハウス及びヘルスセンターのスタッフに母子保健活動に関する指導ができるようになる。

(4) 活動

- ① 日本の母子保健活動の歴史と現状の把握、そして、タジキスタン国の母子保健の現状と課題を認識し、今後の地域母子保健の展開のあり方を検討する。
- ② 日本での母子に対するサービス内容やシステムなどについて理解する(母子健康手帳のシステムや役割を含む)。
- ③ 日本の家庭での衛生管理や健康管理、公的な母子保健サービス活用等について学ぶ。
- ④ 日本での妊娠から出産、育児のプロセスで行われている母子保健活動の実際を学ぶ(保健指導、妊産婦・乳幼児健診、予防接種、育児相談、その他)。
- ⑤ 日本の母子保健活動の展開手法を習得する。
- ⑥ 前述の①～⑤の研修に基づき、タジキスタン国での適用性などを検討し、帰国後の行動計画を作成する。

(5) 投入

本邦研修 27人月(6人×1.5ヶ月×3年) × 210万円 = 56.7百万円

4 協力期間

2005年10月～2008年12月

5 協力概算額

56.7 百万円

6 関連する援助活動

(1) わが国の援助活動

- ① 地域別特設研修「母子保健行政」(集団研修 1992 年～2002 年/2005 年度実施予定)
- ② 母と子どもの健康対策特別機材 (2004 年～2008 年/UNICEF との共同)

(2) 他ドナーなどの援助活動

- ① UNICEF 母子の生存・成長・保護プログラム
- ② WHO 薬学分野強化プロジェクト
- ③ USAID 子どもの生存プロジェクト

7 ミレニアム開発目標との関連

タジキスタンにおける母子保健に関するミレニアム開発目標は、2015 年までに乳児死亡率及び妊産婦死亡率をそれぞれ 1990 年の 2/3 と 3/4 に低下させることであり、分娩に係る緊急対応能力の向上のための機材整備及び母子栄養改善、母親と家族への教育、母乳育児の推進、IMCI の導入を柱として取り組まれている。本研修を通し、機材整備以外の母親及び妊産婦への健康教育の推進を通じ母子保健分野のミレニアム開発目標達成に寄与するものとする。

8 ジェンダー配慮について (ジェンダーの観点から見た本案件に関する情報)

タジキスタンではソ連時代には男女平等な教育が実施されていたため、女性の識字率は 90%以上と非常に高い。これは、健康教育の推進が文字媒体を通じて実施可能であるということであり、本案件にとって有利な条件といえる。

また、本案件は当該地域の女性に対し母子保健に関する適正な知識及び情報の伝達が向上されることにより、女性のエンパワーメントの促進が期待できるため、WID 案件として位置づけられる。

9 その他

研修員の対象として

- ・ 地区中央病院の院長及び看護師長、助産師長
- ・ 地区中央病院においてメディカルクリニック及びメディカルセンターの人材育成責任者。
- ・ 州レベルで保健医療行政に関する指導的立場にある人材。

以上