

大洋州地域における非感染症の現状と対策 に関する情報収集・確認調査

ファイナル・レポート

平成 25 年 1 月
(2013 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所

東大
JR
13-003

大洋州地域における非感染症の現状と対策 に関する情報収集・確認調査

ファイナル・レポート

平成 25 年 1 月
(2013 年)

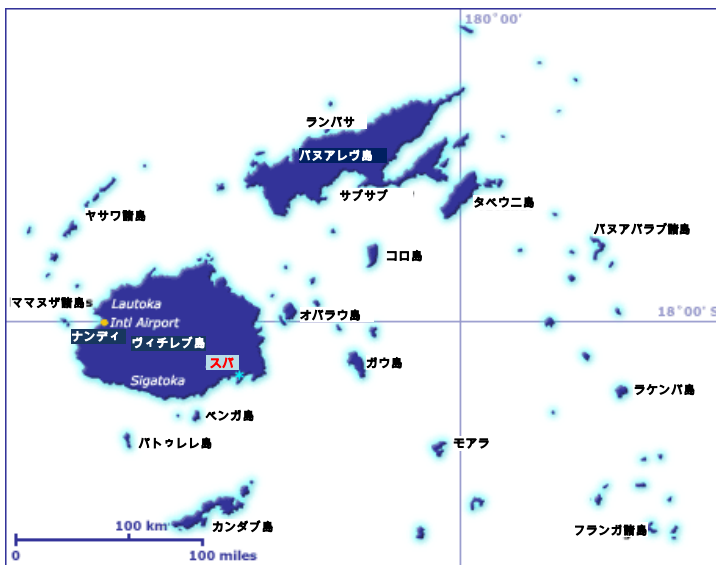
独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所

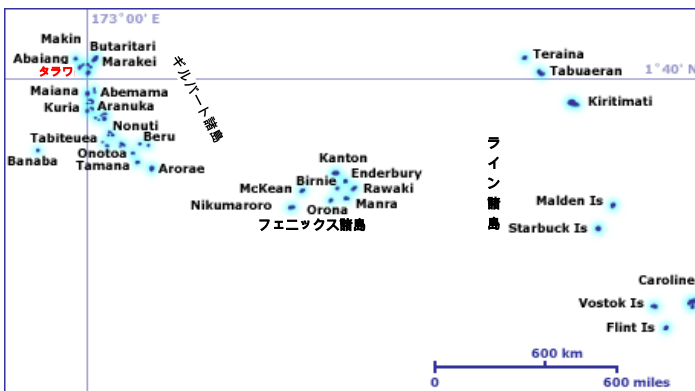
調査対象国地図



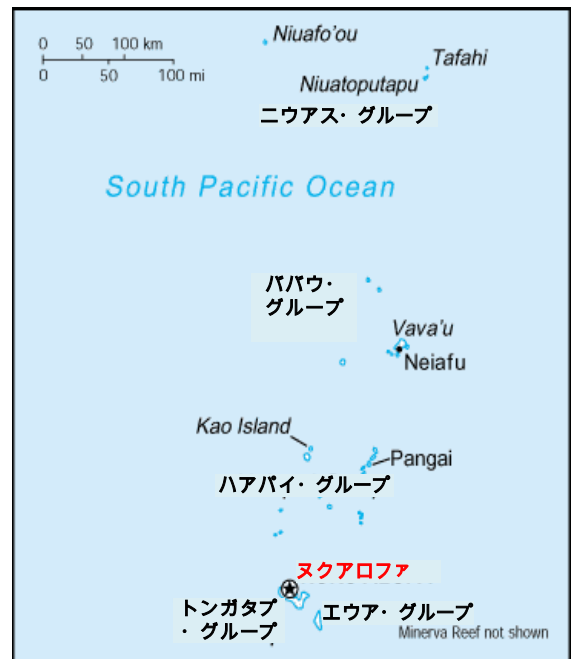
フィジー共和国



キリバス共和国



トンガ王国



出典: フィジーおよびキリバス - <http://www.spto.org/spto/export/sites/spto/japanese/destinations/>
 トンガ - Joint Country Strategy 2009-2013, SPC

略語および用語

略語/用語	英語	日本語（解説）
2-1-22 Programme	2-1-22 Pacific NCD Programme	NCD のための 2-1-22 プログラム (略称：2-1-22 プログラム)
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
AKA	Above Knee Amputation	膝上切断
Aus\$	Australian Dollar	オーストラリアドル
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BCC	Behavior Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
BKA	Below Knee Amputation	膝下切断
BMI	Body Mass Index	体格指数
CAT	Computerized Axial Tomography	コンピューター体軸断層撮影
CK-MB	Creatine Kinase-MB	MB 型クレアチンキナーゼ（心臓に多く含まれ、心疾患の診断に利用される）
C-POND	Pacific Research Center for Prevention of Obesity and NCDs	太平洋肥満・NCD 予防研究センター
CRA	Community Rehabilitation Assistant	コミュニティ・リハビリテーションアシスタント
CRD	Chronic Respiratory Disease	慢性呼吸器疾患
CSN	Clinical Service Network	臨床サービスネットワーク
CT	Computed Tomography	コンピューター断層撮影
CVD	Cardiovascular disease	心血管疾患
CWMH	Colonial Memorial War Hospital	植民地戦争記念病院
ChinaAID	China Aid Association	中国援助協会
CoC	Continuum of Care	継続ケア
DALYs	Disability Adjusted Life Years	障がい調整生命年
DF/R	Draft final report	ドラフトファイナル・レポート
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
Diabetes Centre	National Centre for Diabetes and Cardiovascular Diseases	国立糖尿病・心血管疾患センター
ECG	Electro CardioGraph	心電図
EH	Environmental Health	環境保健
EU	European Union	欧州連合
F\$	Fiji Dollar	フィジードル
FAME	Fisheries, Agriculture and Marine Ecosystems	漁業、農業および海洋生態システム
FHSSP	Fiji Health Sector Support Program	フィジー保健セクター支援プログラム
FPBSC	Fiji Pharmaceutical & Biomedical Supplies Center	フィジー医薬品供給センター
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control	たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金
GDM	Gestational Diabetes Mellitus	妊婦糖尿病
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GNI	Gross National Income	国民総所得
GOT	Government of Tonga	トンガ政府
GYTS	Global Youth Tobacco Survey	世界青少年タバコ調査
HBV	Hepatitis B Virus	B 型肝炎ウイルス
HDL	High density lipoprotein	高比重リポ蛋白
HI	Health Inspector	ヘルス・インスペクター
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム

略語/用語	英語	日本語（解説）
HP	Health Promotion	健康増進
HPO	Health Promotion Officer	健康増進担当官
HPU	Health Promotion Unit	健康増進ユニット
HPV	Human Papilloma Virus	ヒトパピローマウイルス（子宮頸がんの原因となる）
HRH	Human Resource(s) for Health	保健人材
HRIS	Human Resource Information System	人材情報システム
HSS	Health System Strengthening	保健システム強化
HbA1c	Hemoglobin A1c	ヘモグロビンエーワンシー
I-Kiribati	the demonym for native people of Kiribati	（先住キリバス人の呼称）
IARC	The International Agency for Research on Cancer	国際がん研究機関
IC/R	Inception report	インセプション・レポート
ICD10	The 10 th version of International Classification of Diseases	国際疾病分類第 10 版
i-Taukei	the demonym for indigenous Fijians	（先住フィジー人の呼称）
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
KDP	Kiribati Development Plan	キリバス開発計画
KRA	Key Results Areas	主要結果領域
LBW	Low Birth Weight	低出生体重
LDL	Low density lipoprotein	低比重リポ蛋白
MA	Medical Assistant	医療助手
MAFFF	Ministry of Agriculture, Forestry, Food and Fisheries	農林業・食糧・漁業省
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MELAD	Ministry of Environment, Lands and Agriculture Development	環境・土地・農業開発省
MET	Metabolic Equivalent	代謝等量（運動量の単位：安静時の何倍に相当するかで表す単位で、座って安静にしている状態が 1MET に相当）
MHMS	Ministry of Health and Medical Services	保健医療サービス省
MISA	Ministry of Internal and Social Affairs	内務社会省
MOA	Ministry of Agriculture	農業省
MOE	Ministry of Education	教育省
MOF	Ministry of Fisheries	財務省
MOFED	Ministry of Finance and Economic Development	財務・経済開発省
MOFNP	Ministry of Finance and National Planning	財務国家計画省
MOH	Ministry of Health	保健省
MOS	Ministry of Sports	スポーツ省
MOTEYS	Ministry of Training, Employment, Youth and Sports	研修・雇用・青年・スポーツ省
MRI	Magnetic Resonance Imaging	核磁気共鳴画像法
NA	National Advisor	国家顧問
NB-IST	Needs-Based In-Service Training	ニーズに基づく現任研修
NCD(s)	Noncommunicable disease(s)	非感染性疾患
NGO	Non Government Organization	非政府組織
NHN	National Health Number	国民保健番号
NP	Nurse Practitioner	ナースプラクティショナー（一定レベルの診断や治療などを行うことが許されている、臨床医と看護師の中間職）
NSPF	National Strategic Planning Framework	国家戦略計画枠組み
NZ\$	New Zealand Dollar	ニュージーランドドル

略語/用語	英語	日本語（解説）
NZAP	New Zealand Aid Programme	ニュージーランド援助計画
OHA	Oral Hypoglycemic Agent	経口血糖降下薬
OPD	Outpatient Department	外来部門
OPIC	Obesity Prevention in Communities	コミュニティにおける肥満予防
PALM5	5th Pacific Islands Leaders Meeting	第5回太平洋・島サミット
PATIS	Patient Information System	患者情報システム
PC	Primary Care	プライマリケア
PEI	Pacific Eye Institute	太平洋眼科研究所
PEN	Package of Essential Noncommunicable Disease	資源に乏しい環境のプライマリヘルスケアにおける基本的な非感染性疾患介入策の包括的計画
PH	Public Health	公衆衛生
PHIS	Public Health Information System	公衆衛生情報システム
PICTs	Pacific Island Countries and Territories	太平洋島嶼国・領土
POLHN	Pacific Open Health Learning Network	太平洋オープン保健学習ネットワーク
PTCA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty	経皮的冠動脈形成術
PTCR	Percutaneous Transluminal Coronary Recanalization	経皮経冠動脈血栓溶解療法
RDSSED	Roadmap for Democracy and Sustainable Social-Economic Development	民主主義および持続可能な社会経済開発のためのロードマップ
RH	Reproductive Health	リプロダクティブヘルス
RPH	Reproductive Health Nurse	リプロダクティブヘルス看護師
SDP8	Strategic Development Plan 8	戦略開発計画 8
SNAP	Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity	喫煙、栄養、アルコールおよび身体活動の改善アプローチ
SOPAC	Pacific Islands Applied Geoscience Commission, Applied Geoscience and Technology Division of Secretariat of the Pacific Community	太平洋共同体事務局応用地球科学技術局太平洋島嶼部応用地球科学委員会
SOPD	Special Out-Patient Department	特別外来
SPC	Secretariat of Pacific Community	太平洋共同体事務局
STEPS	STEPwise approach to Surveillance	サーベイランスのための STEP 的アプローチ
T\$	Tonga Pa'anga	トンガドル
TCC	Tonga Communications Corporation	トンガ電話通信局
TCH	Tungaru Central Hospital	ツンガル中央病院
THSPMP	Tonga Health Planning and Management Project	トンガ保健計画・マネジメントプロジェクト
THSSP	Tonga Health Systems Support Program	トンガ保健システム支援プログラム
TNQAB	Tonga National Qualification and Accreditations Board	トンガ国家品質・認証委員会
TSDF	Tonga Strategic Development Framework	トンガ戦略開発枠組み
TTM	Taiwan Technical Mission	台湾技術ミッション
The Survey	Data Collection Survey on Non-communicable Diseases in Pacific Region	大洋州地域における非感染性疾患に関する情報収集・確認調査（本調査）
The Survey Team	A team of consultants for the Survey	本調査のコンサルタントチーム
Tongan Health	Tonga Health Promotion Foundation	トンガ健康増進財団の別称
Tonga's PATH	Physical activity, Alcohol harm reduction, Tobacco control and Healthy eating	運動、アルコールの害削減、タバコ規制、健康によい食事の頭文字（トンガパス）
Top killer	Leading causes of death	主要な死亡原因
UN	United Nations	国際連合
UNDP	United Nations Development Programme	国際開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金

略語/用語	英語	日本語（解説）
-	Walk for health	歩け歩け運動
WB	The World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WHO/ISH	WHO International Society of Hypertension	WHO 国際高血圧協会
WMO	Water Maintenance Officer	水質管理官
WPRO	Western Pacific Regional Office (WHO)	西太平洋地域事務所（世界保健機関）

要 約

調査の背景・目的

世界保健機関（WHO）によると、2008年における全世界の死亡者数（57百万）のおよそ3分の2が非感染性疾患（NCD）による死亡であったとされ、その大部分は心血管疾患、糖尿病、がんおよび慢性呼吸器疾患が原因となっている。とりわけ低所得国においては疾病の二重負荷（感染症とNCD）が加速している。こうした状況を受け、2011年9月の国連ハイレベル会合において、「生活習慣の改善や早期発見・治療により改善が可能なNCD（心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患）に対し、国際社会は協力して取り組むべき」だとする宣言が採択され、特に途上国においては開発等の課題や社会経済的インパクトを考慮すべきとされた。大洋州地域においても、同年7月にソロモン諸島で開催された大洋州保健大臣会議では「NCDは大洋州における新興の健康危機」と認識された。

NCDを要因とする死亡の79%は途上国で起きており、41%の死亡は60歳未満となっている。大洋州では、NCDが死因の一位となっている国が10カ国、また世界肥満率上位10カ国のうち8カ国が大洋州島嶼国である。

こうした、NCDに対する危機感の高まりを受け、2012年6月の国連タスクチームによる報告書において、NCDを2015年以降の開発枠組みにおける優先課題の一つとすることが提言されており、今後は国際的な開発アジェンダの一つとして支援機関および各国政府のコミットメントが高まることが期待される。

独立行政法人国際協力機構（JICA）では、大洋州地域の保健分野に対しこれまで感染症疾患に対する協力を実施してきたが、上記の状況に鑑み、NCD対策等に対する協力の展開に資する基礎情報の収集・確認を行うこととなり、以下の目的を持って、「大洋州地域における非感染症の現状と対策に関する情報収集・確認調査」（以下、「本調査」）が実施された。

目的： NCDに関する国際的および大洋州地域における動き、対象国における現状と取組み体制等について情報を収集・確認するとともに、JICAの大洋州地域における保健分野、特にNCD対策関連の今後の協力の妥当性や方向性について検討し、提案する。

なお、本調査では、NCDが死因の第1位となっているフィジー、トンガ、キリバスを調査対象とした。

3カ国におけるNCDの現状と対策

全死亡におけるNCDに関連した死亡は、各国とも7割から8割前後となっている。フィジーとキリバスでは、これに加えて低栄養や子どもの死亡、結核も問題となっており、現場レベルでは幅広い健康課題を取り扱う状況となっている。1995年の「健康な太平洋諸島イニシアティブ」以来、多くの取組みがなされてきているにもかかわらず、NCDによる死亡及び患者は増加しており、危険因子を持つ人々の割合は上昇している。

NCD予防対策の中心となる組織は各国とも設置されている。2007年に設立されたトンガヘルスは、大洋州地域における最初の健康増進財団である。トンガおよびキリバスのNCD委員会は、マルチセクターの取組みを推進するため、保健、食糧関連、教育等、幅広いセクターの関係者が参加している。フィジーでは、1991年

にNCDタスクフォースが設立されたが、現在では必要に応じて単発的に会合等を持つことがある程度で、恒常的な調整等は行っていない。

保健システム強化の6項目による3カ国のNCD予防対策状況の分析では、三カ国とも、関連の政策や規制、ガイドライン等は概ね整備されているあるいはされつつあり、NCD予防対策の実施主体となる組織も設立あるいは特定されている。トンガにおいては、トンガヘルスが一次予防において重要な役割を果たしている。キリバスは、トンガヘルスを視察しており、この経験を自国に活用しようとしていると推察される。しかし、保健セクターのみならず多くのセクターおよび官民が連携して取り組む必要があるNCD予防対策の関係者は多岐にわたる。将来的には、さらに多くの開発パートナー等が参入することが考えられ、これら関係者を調整しつつ効率的に予防対策を推進するためには、調整機能の強化が必要である。マルチセクターでの取組みを促進するために結成されたNCD委員会は、情報共有等を行っているものの調整機能を果たすには至っていない。

保健サービスについては、フィジーおよびトンガでは一次から三次、キリバスでは二次レベルまでのサービスを提供する体制となっており、高度医療については、外国からの専門医師団の受け入れや海外治療の支援などによって補っているが、海外での治療は政府にも患者およびその家族にも大きな負担を伴う。サービスの質については、フィジーの関係者から、サービス提供側の意識変革が進んでいないことも対策の効果が上がっていない背景にあるとの指摘があった。新たな知識をとり入れ、指示された業務や活動は行うが、現場においてより触れる機会が多い母子保健などの活動が優先される、自身の理解度や危機意識が薄い、などの理由で、その内容や濃度が不十分である可能性がある。利用者側の問題については、NCDの殆どが生涯にわたって管理しなければならず、それを怠ると深刻な合併症をもたらすということを十分に認識していないために、手遅れになってから受診したり、治療を自己判断で中断したりするなどの状況が指摘された。

人材については、定着率の向上や、上記のようなサービスの質の問題を解決するための研修などの努力は行っているが、人材の質的および量的な不足は、実施や調整能力を強化する上で大きな課題となっている。こうした状況も、プログラム活動の遅延の一つの背景要因となっていると推察される。また、人材育成について、トンガにおいてはNCD看護カリキュラムの開発が進んでいるが、フィジーにおいてはカリキュラムの改訂にはさらに時間を要する見通しである。

財政に関しては、フィジーおよびトンガではプログラム実施に必要な予算が配分されているが、キリバスを含め保健セクターの財源そのものが、開発パートナーからの支援によるところが大きい。また、保健サービスの無償提供についても、慢性疾患の増加に伴い、将来的には財政を圧迫することが危惧される。

医薬品および医療技術については、各国とも自国の状況に応じて整備を進めている。フィジーにおいては、高度医療機材の導入を進めており、トンガやキリバスでは国の規模などに応じた整備を行っている状況と考えられる。現状において、フィジーにおける周辺国からの患者受け入れは少なく、フィジーを含め多くの場合、インドやオーストラリア、ニュージーランドにリファーされ、その費用は自国あるいは受け入れ先の政府が支援している。

保健情報については、モニタリング評価に活用できるのみならず、政策や計画策定の根拠としても活用できるものであるが、各国とも関連する情報は収集しているものの、NCD関連のデータを定期的集計、分析し

てプログラムの進捗を確認するといった活用はされていない。フィジーおよびトンガでは、予防接種のカバー率をヘルスセンターレベルで定期的集計し、国レベルで予防接種拡大プログラムの進捗状況をモニターしており、例えばスクリーニングについて同様にモニタリングすることは可能と考えられる。また、フィジーでは糖尿病、高血圧及び心血管疾患の新規患者登録数を報告しており、これを医薬品の需要予測システムに活用することも可能と考えられる。

継続ケアによる3カ国のNCD予防対策状況の分析によると、トンガとキリバスでは、一次予防に注力するとの方針が打ち出されており、限られた資源を活用してNCD対策を実施することとされている。フィジーは、戦略計画には明記されていないが、実際の活動では一次予防とスクリーニングに力点が置かれていると考えられる。同時に、国民が自国において必要な診療を受けられるようにするため、高度医療の拡充も図りつつある。

また、一次予防ではマルチセクターによる取組みが行われており、キリバス保健省は教育省など他の関連省庁との連携によって学校教育における運動や健康的な食事の推進、料理教室や家庭菜園の推奨などを行っている。トンガでは、トンガヘルスが関係省庁に補助金を提供することによって、学校における運動の促進や料理教室などを行っている。また、教育省は、学校食品法によって、学校で提供される食事を健康的なものとするための取組みなどを行っている。フィジーでは、国家戦略計画に沿って関連各省庁が取組を行っているが、より効率的に成果を得るためには、関係機関間のさらなる連携の強化が必要と考えられる。

各国の資源と想定される裨益者を考慮すると、現在の、一次予防を重視する各国の戦略は妥当と考えられるが、NCD患者は実際に発生し、その数は増加し続けていることから、二次および三次予防への投入も必要である。一次予防においては、ベスト・バイによって、費用対効果の高い介入が根拠に基づいて推奨されているが、二次、三次予防については、こうした根拠等は示されていない。例えば医療経済等の調査研究を通じて、各国の状況に応じた、実施可能かつ費用対効果の高い介入方法について検討し、施設および機材の整備のレベルや人材育成の戦略を策定することも有用と考えられる。

本調査においては、前述のように、関連する活動のモニタリングシステムが整備されていないため、これらの対策の達成状況を示す客観的な情報（啓発活動やスクリーニングのカバレッジ等）を得ることはできなかったが、SPCによると、これらの活動は国家レベル及び人口が多く集まっている都市部に集中する傾向があり、啓発活動も全国民に普及しているとはいえない状況である。トンガおよびキリバスにおいては、首都がある島に活動が集中していることが現地調査において明らかになったが、フィジーにおいても、島嶼地域であるために管轄地域内の移動が非常に困難な東部地方では、活動が十分に浸透していない可能性がある。

また、時系列的な継続という観点からは、母子保健の場においては栄養指導という観点から食事改善のための取組みが行われており、成人に対してはスクリーニングや啓発活動が実施されているが、青少年層に対する介入は強化の必要がある。トンガでは学校における啓発活動についてはさらなる促進の必要性が指摘されており、フィジーでは学校保健におけるNCD予防活動は緒に就いたばかりである。

NCD対策に関連した開発パートナーの動向

開発パートナーの動向としては、大洋州地域の NCD 予防対策に対する支援は、SPC と WHO による 2-1-22 プログラムが大きな役割を果たしている。同プログラムは、主に国家レベルにおける体制等の整備や能力強化への支援に重点を置いている。

保健システム強化については、AusAID がフィジーおよびトンガにおいて長年にわたり支援を行っている。フィジーでは、NCD に関連する活動をすべてのコンポーネントに取り込むとしている。トンガでは、プログラムの重点は NCD 対策であり、NCD 看護師の育成と配置など人材育成は今後も強化される見通しである。キリバスでは、NCD センターに対する SPC の支援を引き継ぐ形で、2013 年は台湾が支援する予定である。恒常的なモニタリング評価の重要性は、本調査においてドナー及び保健省関係者から指摘されているが、NCD にかかる情報システムを主な対象とした支援は実施されていない。継続ケアの観点からは、多くの支援がコミュニティレベル（学校、教会など）における一次予防に集中している。

協力の方向性

保健システム強化の観点からは、人材開発と保健情報システムにおいて協力の可能性がある。継続ケアの観点からは、コミュニティレベルにおける予防活動、特に、一次および三次に対して、息の長い支援を行っていくことが必要である。一次予防においては、すでに多くの支援によって様々な活動が行われていることから、これらの活動の効果をより高めるための支援が望ましく、既存の開発パートナーとのより強い連携が求められる。三次予防に関しては、合併症や障害を予防するための患者の意識向上への支援が考えられ、これをコミュニティレベルで行うことによって、一次予防との連携の可能性も考えられる。

この結果、以下のような支援の方向性が提案された。

- ・ 本邦研修の拡充
NCD が主要な健康課題となって久しい日本の経験の中には、大洋州地域の国々においても参考にできるものもある。既存の集団研修や国別研修を活用して、こうした経験について学び、各国における応用の方法等について検討する機会を提供する。
- ・ 地域内における研修あるいは経験共有の機会の提供
各国における NCD の状況や対策の実施環境等は様々に異なるが、類似点を見出し、相互に経験や情報を共有することは有用である。

本調査対象国の中では、トンガは最初に健康増進財団を設立しており、政策においても明確に一次予防の優先を打ち出し、啓発活動等への無償資金提供など様々な活動を推進している。キリバスは、人口の規模が似ており、活動が進んでいるトンガの経験に学ぼうとしている。一方、フィジーとキリバスは、看護師が NCD 予防対策において果たす役割においてはトンガよりも類似点があり、看護師の育成や現場でのスーパービジョン、看護師による NCD 対策などについて、フィジーの経験が有効に活用される可能性がある。

また、地域レベルのプログラムを実施するにあたり、各国のフォーカルポイントを支援して国内の関係者や域内の他国との情報共有や橋渡しを行うため、JOCV を 22 カ国に配置してネットワークを形成し、このネットワークを活用して 22 カ国の連携を深めることも考えられる。

- ・ コミュニティレベルでの支援

コミュニティにおいて啓発活動を推進し、糖尿病患者などの意識を向上させるためには、フィジーの中部地方で試行されようとしている、患者によるピア・エデュケーションも効果的と考えられる。例えば、このモデルの開発を中心とした、コミュニティにおける啓発活動や患者教育の強化をプロジェクトによって支援し、その実施を強化するための JOCV をコミュニティに配置する。プロジェクトは 3 年程度で終了するが、こうした活動の成果が発現するまではさらに長い期間を要することが想定されることから、JOCV の派遣も長期間にわたり継続させることが望ましい。またこの場合、派遣される JOCV にはモデルや活動内容を明確に示して理解を求め、人が変わってもある程度一定した支援を維持する必要がある。

- ・ マルチセクターの取組み強化への支援

長期的に NCD の負荷を軽減させていくためには、これから NCD 予備軍となっていく青少年層への介入も重要である。この層への介入には、学校の活用が効率的であり、各国とも教育省との連携を重要視している。また、特にキリバスにおいては、野菜の生産が困難であるために、食事の改善が進まない現状を踏まえ、農業セクターや民間の食品関連のセクター等との連携によって、例えば生産方法の改善や野菜以外のビタミンやミネラル源の摂取方法などを検討することが考えられる。

- ・ モニタリング評価への支援

大洋州地域において共通のモニタリング評価の枠組みを確立させることによって、各国の進捗状況を比較したり、その差異の背景要因の検討を容易にしたり、そのうえで地域内において効果的に情報共有ができるようになったりすることが期待される。この、共通の枠組みに沿って、各国においてモニタリング評価の体制を整備することによって、国レベルにおけるプログラムの実施管理サイクルが効果的に機能することも期待される。

- ・ 研究活動への支援

各国の NCD 対策において、現在の経済的な負荷の状況を把握し、将来の投入を考慮する際の費用対効果の検討に資する根拠を得るための研究活動を支援することは、各国が実施及び持続可能な対策への投入を決定するための一助となる。また、キリバスのように、野菜の摂取が困難な国において、効果的に必要な栄養を摂取する方法や、野菜の生産方法についての研究を行うことは、将来的に食事内容の改善等に資する可能性がある。

- ・ 広域案件の可能性

NCD 予防対策への支援は、一律的に効果のある支援パッケージ等が確立されおらず、各国の疾病の状況は様々である。また、NCD の行動危険因子には、人々の価値観や文化、社会が大きく関わっており、教育や食糧など、様々なセクターによる取組みとセクター間の連携が必要となってくるため、実施環境や資源も国によってそれぞれに異なる。また、民間との連携についても、民間セクターがある程度の力を持つフィジーと、トンガやキリバスでは可能性や方法論もそれぞれに即したものとなるべきである。

なお、モニタリング枠組みの策定に関しては、広域で実施する方が効果的かつ効率的と考えられる。この場合には、SPC および WHO との緊密な連携が必要となり、本調査対象の3カ国にとどまらない活動となる。

大洋州地域における非感染症の現状と対策に関する 情報収集・確認調査

ファイナル・レポート

目次

調査対象国地図

略語および用語

要約

第1章	調査の概要	1-1
1.1	調査の背景	1-1
1.2	調査の目的	1-2
1.3	調査の範囲	1-2
1.4	本報告書の構成	1-2
第2章	調査の方法	2-1
2.1	調査の流れ	2-1
2.1.1	文献調査	2-1
2.1.2	現地調査	2-2
2.1.3	情報の整理・分析および報告書作成	2-2
2.1.4	成果品	2-4
2.2	調査の実施体制	2-4
第3章	調査対象の概要	3-1
3.1	NCDに関する世界的および大洋州島嶼国における動き	3-1
3.1.1	世界的な動き	3-1
3.1.2	西太平洋地域における動き	3-2
3.1.3	大洋州島嶼国における動き	3-3
3.2	調査対象国の概況	3-7
3.2.1	フィジー、トンガおよびキリバスにおけるNCDの概況	3-8
第4章	フィジーにおける現状分析	4-1
4.1	NCDの状況	4-1
4.2	NCDによる負荷	4-2
4.3	NCDの危険因子に関する主な調査	4-4
4.3.1	行動危険因子	4-5
4.3.2	生物医学的危険因子	4-6
4.4	NCDの予防対策関係機関	4-8
4.5	保健システム強化の6項目による分析	4-9
4.5.1	ガバナンスとリーダーシップ	4-9

4.5.2	保健サービス	4-11
4.5.3	保健人材	4-15
4.5.4	保健財政	4-17
4.5.5	医薬品および医療技術	4-19
4.5.6	保健情報システム	4-21
4.6	継続ケアによる分析	4-21
4.6.1	ゼロ予防	4-21
4.6.2	一次予防	4-22
4.6.3	二次予防	4-23
4.6.4	三次予防	4-25
4.7	マルチセクターアプローチ	4-26
4.8	NCDに関連する開発パートナーの動向	4-27
4.9	調査結果	4-28
4.10	まとめ	4-30
第5章	トンガにおける状況分析	5-1
5.1	NCDの状況	5-1
5.2	NCDによる負荷	5-2
5.3	NCDの危険因子に関する主な調査	5-3
5.4	NCDの予防対策関係機関	5-4
5.5	保健システム強化の6項目による分析	5-6
5.5.1	ガバナンスとリーダーシップ	5-6
5.5.2	保健サービス	5-8
5.5.3	保健人材	5-14
5.5.4	保健財政	5-15
5.5.5	医薬品および医療技術	5-17
5.5.6	保健情報システム	5-20
5.6	継続ケアによる分析	5-21
5.6.1	ゼロ予防	5-21
5.6.2	一次予防	5-23
5.6.3	二次予防	5-32
5.6.4	三次予防	5-33
5.7	マルチセクターアプローチ	5-34
5.8	NCDに関連する開発パートナーの動向	5-35
5.9	調査結果	5-39
5.10	まとめ	5-41
第6章	キリバスにおける現状分析	5-1
6.1	NCDの状況	6-1
6.2	NCDによる負荷	6-2

6.3	NCDの危険因子に関する主な調査	6-3
6.4	NCDの予防対策関係機関	6-4
6.4.1	MHMS	6-4
6.4.2	NCD委員会	6-5
6.4.3	NCD対策の役割と分担	6-5
6.5	保健システム強化の6項目による分析	6-5
6.5.1	ガバナンスとリーダーシップ	6-5
6.5.2	保健サービス	6-7
6.5.3	保健人材	6-10
6.5.4	保健財政	6-11
6.5.5	医薬品および医療技術	6-12
6.5.6	保健情報システム	6-14
6.6	継続ケアによる分析	6-15
6.6.1	ゼロ予防	6-15
6.6.2	一次予防	6-16
6.6.3	二次予防	6-17
6.6.4	三次予防	6-18
6.7	マルチセクターアプローチ	6-19
6.8	NCDに関連する開発パートナーの動向	6-20
6.9	調査結果	6-22
6.10	まとめ	6-23
第7章	全体まとめ	7-1
7.1	3カ国におけるNCD予防対策における現状と課題	7-1
7.1.1	保健システム強化の6項目による分析	7-1
7.1.2	継続ケアによる分析	7-4
7.2	関連する開発パートナーの動向	7-6
7.3	今後の協力の方向性	7-6

添付

- 添付 1: 作業工程
- 添付 2: 要員表
- 添付 3: 現地調査日程および主要面談者リスト
- 添付 4: 対象国の主要保健指標
- 添付 5: 参考文献リスト

図表目次

図 1-1	2-1-22 プログラム実施体制	1-2
図 2-1	調査の流れ	2-1
図 2-2	分析に用いる二つのモデル	2-3
図 2-3	調査の実施体制	2-4
図 3-1	対象3カ国における死亡におけるNCD（濃青）の割合（2010年）	3-8
図 3-2	フィジーおよびトンガにおけるNCD危険因子の推移（2010年、オレンジ：女性、 青：男性）	3-9
図 4-1	地方病院における四肢切断数（2009年から2011年）	4-2
図 4-2	海外治療のための支出（実質ベース、1999年から2011年）	4-4
図 4-3	葉菜（上段）と緑黄色野菜（下段）の摂取	4-6
図 4-4	STEPS調査によって判明したケースの診断・治療歴	4-7
図 4-5	BMIによる健康状態（性別および人種別）	4-7
図 4-6	保健省組織図	4-8
図 4-7	国家ウェルネスセンター組織図	4-9
図 4-8	フィジー保健省の計画策定サイクル	4-10
図 4-9	保健サービス提供体制とNCD関連のサービス	4-13
図 4-10	理学療法施設	4-13
図 4-11	海外治療渡航先（2008年から2011年）	4-14
図 4-12	フィジーの総保健支出（1995年から2010年）	4-17
図 4-13	医療機器	4-20
図 4-14	ゼロ予防	4-22
図 4-15	一次予防	4-22
図 4-16	啓発活動用ポスターの例	4-23
図 4-17	二次予防	4-24
図 4-18	職場スクリーニングの様子	4-24
図 4-19	スクリーニング後のフォローアップ	4-25
図 4-20	三次予防 - 治療	4-26
図 4-21	三次予防 - リハビリテーション	4-26
図 5-1	年齢階層別のNCDによる死亡数（2006年から2010年）	5-1
図 5-2	心血管疾患とがん死亡の男女別割合（2006年から2010年）	5-2
図 5-3	NCD予防対策に関わる3つの組織	5-5
図 5-4	国家戦略計画枠組とコーポレートプランの関連	5-6
図 5-5	リファラル体制	5-8
図 5-6	島嶼群（ディストリクト）別の各保健施設の数	5-9
図 5-7	バイオラ病院（トンガタブ島）における低出生体重児入院件数の推移（2001年	

	から 2010 年)	5-9
図 5-8	完全母乳率の割合 (2007 年から 2010 年)	5-10
図 5-9	バイオラ病院の救急車.....	5-11
図 5-10	食餌療法教材 (ハーパイ)	5-12
図 5-11	理学療法棟内の室と理学療法器具.....	5-14
図 5-12	トンガの総保健支出 (1995 年から 2010 年)	5-15
図 5-13	医薬品倉庫.....	5-18
図 5-14	X線診断装置.....	5-19
図 5-15	CT 装置用建物.....	5-19
図 5-16	HbA1c測定器	5-19
図 5-17	年間HbA1c検査数の推移 (2008 年から 2012 年上半期)	5-19
図 5-18	NCD情報の流れ	5-21
図 5-19	ゼロ予防における介入の場所とライフステージ.....	5-21
図 5-20	環境保健課組織図.....	5-23
図 5-21	環境保健課による一次予防の介入場所とライフステージ.....	5-23
図 5-22	禁煙表示看板.....	5-24
図 5-23	たばこに関する健康増進ポスター.....	5-24
図 5-24	健康増進ユニット組織図.....	5-24
図 5-25	健康増進ユニットによる一次予防の介入場所とライフステージ.....	5-25
図 5-26	正しいラベルが付けられたたばこ	5-25
図 5-27	健康増進ユニットによる活動.....	5-26
図 5-28	コミュニティ保健課の組織図.....	5-28
図 5-29	教育教材.....	5-28
図 5-30	地元の市場.....	5-28
図 5-31	補助金の分配割合	5-30
図 5-32	菜園.....	5-30
図 5-33	補助金の分配割合	5-31
図 5-34	身体活動.....	5-31
図 5-35	保健施設における一次予防の介入場所とライフステージ.....	5-32
図 5-36	関係部署による二次予防の介入の場所とライフステージ.....	5-32
図 5-37	糖尿病センターによる三次予防の介入の場所とライフステージ.....	5-33
図 5-38	カウンセリング教材.....	5-34
図 6-1	TCHにおける主要NCDの新規患者数 (2005-2012)	6-2
図 6-2	四肢切断数 (2007-2011)	6-2
図 6-3	MHMSの組織図.....	6-4
図 6-4	キリバスにおけるリファラル体制.....	6-7
図 6-5	MHMSとTCH	6-8
図 6-6	キリバスにおける保健地域区分と施設数.....	6-8

図 6-7	キリバスの総保健支出の推移 (1995-2010)	6-11
図 6-8	MHMSの保健支出内訳 (2011 および 2012 年)	6-12
図 6-9	TCH検査室における検査機器.....	6-14
図 6-10	一次施設でのNCD診断に用いられる検査機器.....	6-14
図 6-11	ゼロ予防の介入場所およびステージ.....	6-15
図 6-12	一次予防の介入場所およびステージ.....	6-16
図 6-13	一次予防のための運動促進活動、啓発活動資料および食生活改善活動.....	6-17
図 6-14	二次予防の介入場所およびステージ.....	6-18
図 6-15	Mini-STEPS調査および糖尿病クリニックにおける診断資料.....	6-18
図 6-16	三次予防の介入場所およびステージ.....	6-19
図 6-17	食生活改善のためのMELADとの連携.....	6-20
表 2-1	成果品.....	2-4
表 3-1	2-1-22 プログラムへの資金提供および支出状況.....	3-4
表 3-2	2-1-22 プログラムの進捗状況.....	3-4
表 3-3	ベスト・バイの介入.....	3-7
表 3-4	対象3カ国の主要開発指標の推移.....	3-7
表 3-5	対象3カ国の主要保健指標 (2010)	3-8
表 3-6	対象3カ国NCDおよびその危険因子の状況 (2010年)	3-9
表 4-1	主要死因 (2011年)	4-1
表 4-2	国家保健目標におけるNCD関連の指標の推移 (2009年から2011年)	4-1
表 4-3	NCDに関連した死亡数 (2010年、2011年)	4-1
表 4-4	主要がん部位.....	4-2
表 4-5	タムブアリハビリテーション病院における入院数 (2005年)	4-3
表 4-6	海外治療を受けた疾患 (2009年から2011年)	4-3
表 4-7	NCDの危険因子に関する主要な調査.....	4-4
表 4-8	行動危険因子 (%)	4-5
表 4-9	生物医学的危険因子.....	4-6
表 4-10	10歳から17歳の対年齢体重.....	4-7
表 4-11	保健戦略計画 2011-2015 の概要.....	4-10
表 4-12	NCD予防対策国家戦略計画 2010-2014 の概要.....	4-11
表 4-13	2013年保健省年次計画 (案) におけるNCD関連の戦略.....	4-11
表 4-14	フィジーの保健医療施設 (2010年)	4-12
表 4-15	保健省職員の状況 (2011年)	4-15
表 4-16	フィジー保健省の収支 (フィジードル) (2009年度から2011年度)	4-18
表 4-17	NCD関連支出 (フィジードル) (2011年)	4-18
表 4-18	CWMHにおいて行われているNCDの主な治療法.....	4-20
表 4-19	保健情報システム.....	4-21

表 4-20	一次予防の戦略.....	4-23
表 5-1	15-64 歳成人のNCDによる死亡数 (2006 年なら 2010 年)	5-1
表 5-2	男女別三大がん死亡 (2006 年から 2010 年)	5-2
表 5-3	NCDによる疾病負荷	5-3
表 5-4	年間四肢切断術数 (2004 年から 2011 年)	5-3
表 5-5	NCDに関する調査と結果概要	5-4
表 5-6	トンガパス (第 2 次国家NCD予防対策戦略) の目標と成果	5-7
表 5-7	ベスト・バイの実施状況.....	5-8
表 5-8	保健施設における診断・治療の状況.....	5-10
表 5-9	離島からトンガタプ島へのリファラル件数 (2006 年から 2010 年)	5-11
表 5-10	離島糖尿病センターの職員配置数.....	5-11
表 5-11	スクリーニングおよび糖尿病新規患者数と診断率 (2003 年から 2011 年)	5-12
表 5-12	スクリーニングおよび妊産婦糖尿病症例数と診断率 (2008 年から 2011 年)	5-12
表 5-13	糖尿病臨床管理の形態 (%) (2009 年から 2011 年)	5-12
表 5-14	ガーゼ (包帯) 交換数 (2009 年から 2011 年)	5-12
表 5-15	アウトリーチ活動数 (2009 年から 2011 年)	5-13
表 5-16	海外治療におけるNCD症例数 (2008 年度から 2010 年年度)	5-13
表 5-17	NCDに関わる保健医療従事者	5-14
表 5-18	NCDに関する研修 (2007 年から 2011 年)	5-15
表 5-19	トンガ政府と保健支出 (2008 年から 2012 年)	5-16
表 5-20	NCDに関連する部署および組織への予算配布 (2009 年度から 2011 年度)	5-16
表 5-21	トンガヘルスの損益計算書 (2009 年から 2011 年)	5-17
表 5-22	NCD医薬品の種類	5-17
表 5-23	過去 5 年間のNCD医薬品費用の推移 (2007 年から 2012 年)	5-17
表 5-24	ヘルスセンターで使用されているNCD医薬品	5-18
表 5-25	三次レベル病院で行われているNCD治療	5-20
表 5-26	ヘルスセンターにおける技術とツール.....	5-20
表 5-27	たばこ税の課税額 (2008 年から 2011 年)	5-21
表 5-28	年間たばこ輸入量 (2006 年から 2011 年)	5-22
表 5-29	アルコール飲料許可証料金一覧表 (1998 年と 2011 年)	5-22
表 5-30	年間アルコール飲料輸入量 (2006 年から 2011 年)	5-22
表 5-31	年間の健康増進プログラム数 (2006 年度から 2010 年度)	5-25
表 5-32	各介入場所における健康増進活動 (2007 年から 2010 年)	5-26
表 5-33	2007 年の省内運動会.....	5-26
表 5-34	NCDプログラム (2006 年から 2010 年)	5-27
表 5-35	健康によい食事のための補助金計画プログラム (2009 年度および 2010 年度)	5-29
表 5-36	身体活動のための補助金計画プログラム (2009 年度および 2010 年度)	5-30
表 5-37	学校の食堂のためのイエス・ノー食品.....	5-35

表 5-38	SPC国別共同戦略活動経費.....	5-36
表 5-39	WHOの各年予算（2008年度から2010年度）.....	5-36
表 5-40	THSSPによるNCD関連支援の支出（2009年度から2011年度）.....	5-37
表 6-1	主要死因（全年齢2011）.....	6-1
表 6-2	年齢層別の死因第一位（2011年）.....	6-1
表 6-3	TCHにおける主要NCDによる死亡者数（2005-2012）.....	6-1
表 6-4	TCHにおける外科手術数と四肢切断数（2010-2011）.....	6-2
表 6-5	STEPS調査およびMini-STEPS調査の結果（15-64歳）.....	6-3
表 6-6	STEPS調査（2004-2006）における複合リスク者の割合（%）.....	6-4
表 6-7	NCD対策の担当部署と役割.....	6-5
表 6-8	KDP 2012-2015における最重要アウトカム.....	6-6
表 6-9	保健戦略計画 2012-2015の目標.....	6-6
表 6-10	保健戦略計画 2012-2015 目標4達成のための戦略的活動項目.....	6-6
表 6-11	保健戦略計画 2012-2015 目標4達成のための指標および目標値.....	6-7
表 6-12	国家NCD戦略計画 2013-2015における5つの重点項目.....	6-7
表 6-13	病院における医師数および専門分野.....	6-9
表 6-14	海外治療の基準.....	6-10
表 6-15	キリバスの保健人材概要（2010年）.....	6-10
表 6-16	病院におけるNCD関連人材（2012）.....	6-11
表 6-17	NCD必須医薬品の使用状況.....	6-13
表 6-18	MS-1の情報項目.....	6-15
表 6-19	NCDの一次予防活動と実施機関.....	6-16
表 6-20	MHMSによるNCD対策のためのマルチセクターアプローチ.....	6-19
表 6-21	保健分野における主要ドナーの支援状況.....	6-20
表 6-22	日本の保健分野での支援.....	6-22
表 7-1	3カ国概要.....	7-1
表 7-2	保健システム強化の6項目による3カ国のNCD予防対策状況の分析結果概要.....	7-3
表 7-3	継続ケアによる3カ国のNCD予防対策状況の分析結果概要.....	7-5
表 7-4	3カ国における主要開発パートナーの動向.....	7-6
表 7-5	保健システム強化の観点からの協力の可能性.....	7-7
表 7-6	継続ケアの観点からの協力の可能性.....	7-8

第1章 調査の概要

1.1 調査の背景

世界保健機関（WHO）によると、2008年における全世界の死亡者数（57百万）のおよそ3分の2が非感染性疾患（NCD）による死亡であったとされ、その大部分は心血管疾患、糖尿病、がんおよび慢性呼吸器疾患が原因となっている。とりわけ低所得国においては疾病の二重負荷（感染症とNCD）が加速している。NCDの行動上の危険因子である喫煙、不適切な食生活、運動不足およびアルコールの有害な使用は、貧困層に大きな影響を及ぼしているとされている。こうした状況を受け、2011年9月の国連ハイレベル会合において、「生活習慣の改善や早期発見・治療により改善が可能なNCD（心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患）に対し、国際社会は協力して取り組むべき」とする宣言が採択され、特に途上国においては開発等の課題や社会経済的インパクトを考慮すべきとされた。大洋州地域においても、同年7月にソロモン諸島で開催された大洋州保健大臣会議では「NCDは大洋州における新興の健康危機」と認識された。

1990年代に採択されたミレニアム開発目標（MDGs）の保健分野には慢性疾患も含まれていたが、当時は感染性疾患を中心に対策が進められ、NCDはいわゆる忘れ去られた慢性疾患（Neglected Chronic Disease）¹となり対策が遅れた結果となった。実際、NCDを要因とする死亡の79%は途上国で起きており、41%の死亡は60歳未満となっている。大洋州では、NCDが死因の一位となっている国が10カ国²、また世界肥満率上位10カ国のうち8カ国が大洋州島嶼国である。

大洋州各国の保健省は、2008年からオーストラリア国際開発庁（AusAID）、ニュージーランド援助計画（NZAP）³の資金援助によりWHO、太平洋共同体事務局（SPC）と協力してNCD対策を実施してきた。その結果、政策面においては一定の成果があがっているが、実務面において支援が必要な状況となっており、このままでは同地域のNCDによる疾病負荷（医療費の増大、労働人口の損失、家族の離散等）の比重がますます高くなることが危惧されている。

こうした、NCDに対する危機感の高まりを受け、2012年6月の国連タスクチームによる報告書⁴において、NCDを2015年以降の開発枠組みにおける優先課題の一つとすることが提言されており⁵、今後は国際的な開発アジェンダの一つとして支援機関および各国政府のコミットメントが高まることが期待される。

独立行政法人国際協力機構（JICA）では、大洋州地域の保健分野に対しこれまで感染症疾患に対する協力を実施してきたが、上記の状況に鑑み、NCD対策等に対する協力の展開に資する基礎情報の収集・確認を行うこととなり、「大洋州地域における非感染症の現状と対策に関する情報収集・確認調査」（以下、「本調査」）が実施された。

¹ NCD Japan Forum 2011～先進国の慢性疾患対策とNCDアジェンダ 国連NCD宣言後の世界～、Health and Global Health Policy Institute (http://www.hgpi.org/handout/NCD_14Final_120118.pdf、2012年10月アクセス)

² Global Health Observatory, WHO (<http://www.who.int/gho/en/>)

³ 2011年よりNZAIDからNew Zealand Aid Programmeとなっている。

⁴ Realizing the Future We Want for All – Report to the Director General, UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda, 2012年6月

⁵ 次の開発枠組みに含まれるべき課題として、3つの重要課題（人権、平等、持続性）と4つの開発課題（包括的社会開発、包括的経済開発、環境の持続性、平和と安全保障）が挙げられ、NCDは「包括的社会開発」の下、死亡率と罹患率を下げるための優先事項の一つとされた。

1.2 調査の目的

上記の背景を受け、本調査は以下の目的を持って実施された。

本調査は、NCDに関する国際的および大洋州地域における動き、対象国における現状と取組み体制等について情報を収集・確認するとともに、JICAの大洋州地域における保健分野、特にNCD対策関連の今後の協力の妥当性や方向性について検討し、提案する。

1.3 調査の範囲

本調査では、NCDが死因の第1位となっているフィジー、トンガ、キリバスと、SPC本部の所在地であるニューカレドニア⁶の合計4カ国を調査対象とした。SPCは、太平洋島嶼国・地域に対し、技術支援、政策、助言、研修ならびに調査サービスを提供する国際機関であり、長期間、同諸国・地域と活動を行ってきた唯一の機関である。

NCD危機への対応として、SPCとWHOはAusAIDおよびNZAPからの資金提供のもと、2007年から2011年にかけて太平洋島嶼国・地域に対し、共同で「NCDのための2-1-22⁷プログラム」(2-1-22プログラム)を実施してきた(図1-1)。したがって、本調査における対象(組織)は、SPC、WHO、AusAID、NZAPならびに各国の保健省とした。

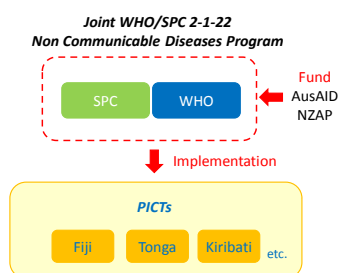


図 1-1 2-1-22 プログラム実施体制

さらに、2-1-22プログラム開始後、SPCはNCD対策としてマルチセクターアプローチを採用しているため、他分野との連携状況に応じて、教育省、農業省、水産省なども調査対象とした。とりわけ、トンガでは、2007年に設立されたトンガ健康増進財団(トンガヘルス)がNCDの予防活動の中核となっているため、これらを含む開発パートナーも調査対象とする。

1.4 本報告書の構成

本報告書は7つの章からなり、本章に続いて第2章において調査の手法を述べ、第3章においてNCDに関する国際的および大洋州地域における動きおよび対象国の概況をまとめた。続いて、対象国における現状と取組み体制等についての調査結果を、第4章(フィジー)、第5章(トンガ)および第6章(キリバス)にまとめ、第7章においてJICAの大洋州地域における保健分野、特にNCD対策関連の今後の協力の方向性について検討した。

⁶ フィジーにおける現地調査において、同国に出張していたSPC本部担当者に対するインタビューおよび情報収集が可能となったため、ニューカレドニアへの訪問はキャンセルされた。

⁷ 3.1.3 (2) 参照

第2章 調査の方法

2.1 調査の流れ

図 2-1 に調査の流れを示す。作業工程については添付 1 を参照のこと。

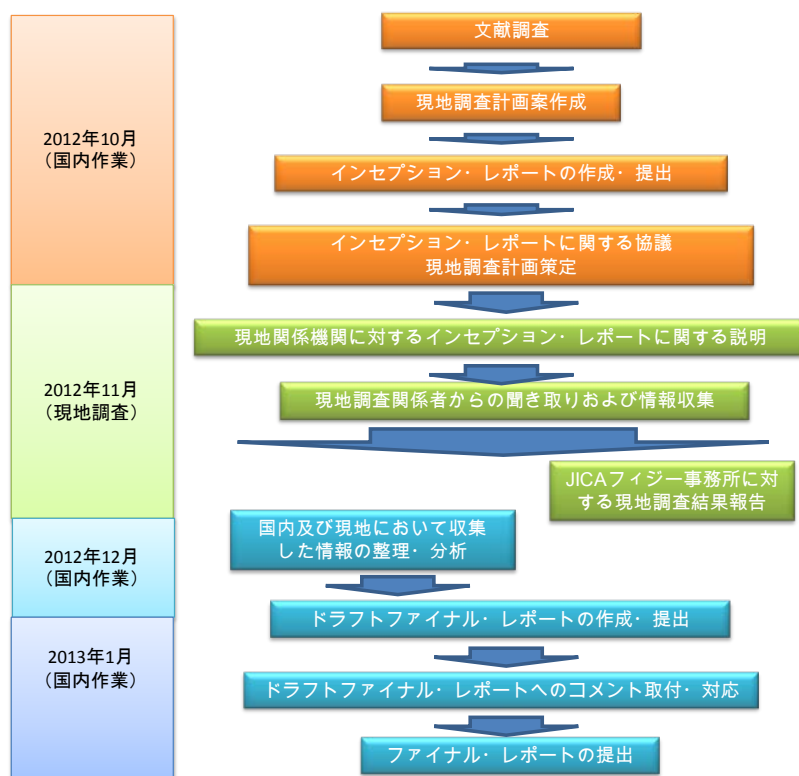


図 2-1 調査の流れ

2.1.1 文献調査

現地調査に先立ち、国内において入手可能な関連資料の収集・整理を行い、インセプション・レポート (IC/R) を作成、提出した。

(1) 関連資料の収集・整理

日本国内において、あるいは、対象国政府機関および国際機関等のウェブサイトなどインターネットから入手可能な関連資料を収集・整理した。収集した資料等は、現地調査において入手したものを含め添付 5 にまとめる。

(2) 現地調査計画の作成

上記 (1) の結果を踏まえ、国内において入手できなかった情報等を収集するため、訪問先ごとの調査項目および入手希望資料等を含む現地調査計画の案を作成した。

(3) インセプション・レポート (IC/R) の作成・提出

上記 (1) および (2) の結果を受け、対象 3 カ国それぞれについて詳細な現地調査計画および調査項目を検討したうえで、調査方法、日程、訪問先および調査項目等を絞り込み、IC/R を作成・提出し、貴機構関係者との協議を経て現地調査計画を策定した。

2.1.2 現地調査

2.1.1 において策定した現地調査計画および IC/R に関する JICA との協議を踏まえ、フィジー、トンガおよびキリバスにおいて現地調査を実施した。各国における調査日程および主要面談者については添付 3 を参照のこと。

(1) IC/R の説明

現地調査の着手に際し、JICA フィジー事務所およびトンガ支所において、IC/R 提出して説明を行うとともに、具体的な調査日程等についての確認および協議を行った。また、保健省担当者等、主要関係者と面談の際にも IC/R についての説明を行い、調査に対する理解と協力を促した。

(2) 現地関係者からの聞き取り調査および情報・資料収集

2.1.1 で策定した現地調査計画に基づき、現地において関係者からの聞き取りおよび資料提供を受ける等の情報収集を行った。

(3) JICA フィジー事務所への結果説明

現地調査終了時に、JICA フィジー事務所に対し結果を報告し、得られたコメント等に留意して本報告書を作成した。

2.1.3 情報の整理・分析および報告書作成

(1) 情報の整理・分析

2.1.1 および 2.1.2 によって収集した情報を整理して対象 3 カ国の NCD に関する現状を分析し、その結果から JICA による NCD 関連の支援の妥当性について検討するとともに、その方向性についての提案をとりまとめた。

情報の整理および分析に当たっては、「保健システム強化 (HSS)」と「継続ケア (CoC)」の構成を用いた (図 2-2)。効果的に機能する保健システムは、疾病負荷の低減および保健目標の達成に向けた費用対効果の高い介入をする上で必須条件と考えられており、さらに JICA は HSS 支援において豊富な経験を有するため、HSS を保健省への介入分析に用いる。

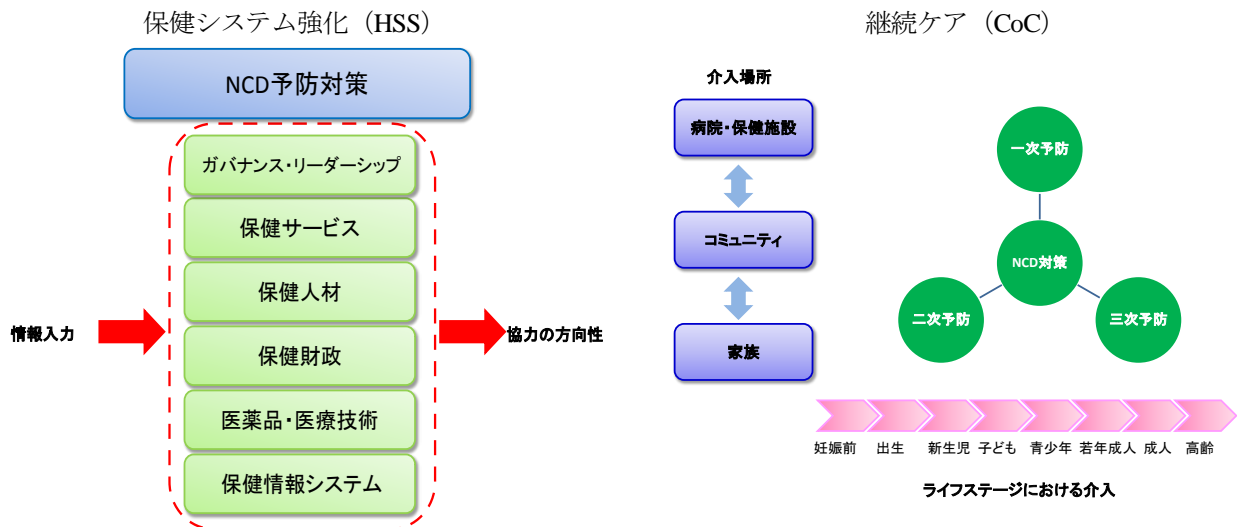


図 2-2 分析に用いる二つのモデル

一方、CoC は、生活習慣および臨床的介入の分析に使用する。CoC は、「時間」と「場所」という二つの特性を横断的に結びつけたものである。CoC における時間とは、妊娠前から高齢期にいたる人生の各段階の連続、CoC における場所とは、家族、コミュニティ、病院・保健施設といったケアが行われる種々のレベルのつながりのことである。NCD は生活習慣に基づく疾患であり、人は生まれた時から家庭における生活、コミュニティにおける習慣に曝される。もし、改善すべき生活習慣に曝されていたとしても、各ライフステージ（またはライフサイクル）において適切な介入を受ければ改善する可能性が高くなり、また、もし NCD が発症しても適切な治療、再発予防、リハビリを受けることができれば疾病負担を減らすことができる。

また、NCD対策には3つの予防がある。すなわち、一次予防（健康増進）、二次予防（早期発見・早期治療）および三次予防（治療とリハビリテーション）である。これに加え、将来的な危険因子の発生を抑制するためのゼロ予防⁸についても、本調査では対象とした。

したがって、JICA が比較優位を持つ協力内容を抽出するために、この、HSS および CoC という 2 つのモデルと 3 つの NCD 予防を組み合わせ、データおよび情報の分析を行う。

このように、HSS アプローチ、CoC アプローチで抽出された協力内容に関し、

- ① どの協力内容が NCD による疾病負担を最も軽減させることにつながるか、
- ② 主要ドナーである AusAID 等の活動に関して、どの協力内容が重複しておらず支援効果が高くなるか、または協力連携することによって支援効果を最大にできるか、および
- ③ わが国が支援してきた研修、さらに継続中の「地域保健看護師のための『現場ニーズに基づく現任研修』プロジェクト」の人材を有効に活用できるか、

などに配慮しつつ、具体的な対策および協力内容を、優先順位を踏まえて検討した。

⁸ ゼロ予防は健康に対する将来の危険を最小限にし、疾患のリスクを増加させることが知られている要因（環境、経済、社会、行動、文化）の確立を抑制する活動から構成されている。

(2) ドラフトファイナル・レポート (DF/R) の作成・提出

(1) の成果をドラフトファイナル・レポート (DF/R) に取りまとめ、提出した。これに基づく関係者との協議および意見等をファイナル・レポートに反映させた。

(3) ファイナル・レポート (F/R) の提出

DF/R へのコメントを踏まえ、ファイナル・レポート (F/R) を作成・提出した。

2.1.4 成果品

本調査では、表 2-1 に示す報告書等を作成・提出した。

表 2-1 成果品

成果品名	提出時期	部数		記載内容
		和文	英文	
インセプション・レポート	2012年10月下旬	5部	5部	<ul style="list-style-type: none"> - 本調査の背景・目的 - 本調査の実施方針 - 調査の内容・方法 - 対象国における現地作業計画 - 本調査の実施体制 - 本調査団の構成・担当業務・作業期間 - 提出する報告書
ドラフトファイナル・レポート	2013年1月上旬	2部	2部	<ul style="list-style-type: none"> - 要約 - 調査の背景と目的 - 調査の実施方針と方法 - NCD 関連の動向
ファイナル・レポート	2013年1月下旬	7部 電子データ (CD-R) 3枚	7部	<ul style="list-style-type: none"> - 各国の保健分野の概況および NCD の状況 - まとめ - 添付資料

2.2 調査の実施体制

図 2-3 に調査の実施体制を示す。(株)コーエイ総合研究所は本調査のために3名からなる調査団を編成した。それぞれの団員がフィジー、トンガおよびキリバスを担当し、総括団員が全体の取りまとめを行う。要員計画については添付2に示す。

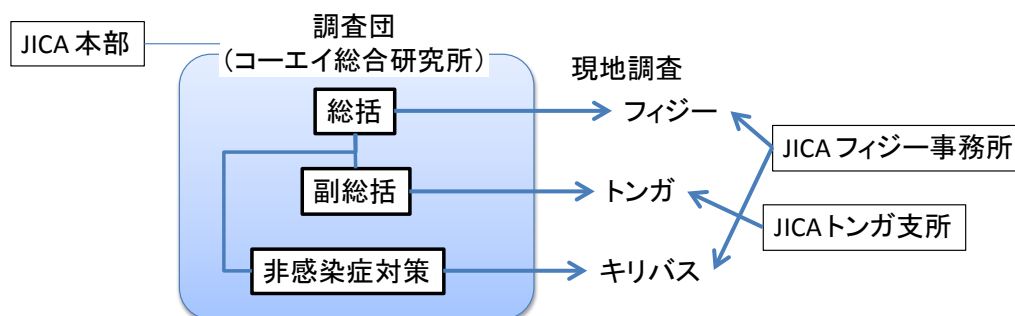


図 2-3 調査の実施体制

第3章 調査対象の概要

3.1 NCDに関する世界的および大洋州島嶼国における動き

3.1.1 世界的な動き

4つのNCD、すなわち心血管疾患、がん、呼吸器疾患ならびに糖尿病は、世界各国の最大の死亡原因であり、推定で年間3,500万人（世界の全死亡の60%）がこれらによって死亡しており、その80%が中・低所得国で生じている。心臓疾患、脳卒中、2型糖尿病の80%、また3分の1以上のがんは、これらの疾患に共通する危険因子（主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）を取り除くことで予防可能とされている。WHOでは、今後10年間でNCDによる死亡は世界全体で17%増加し、今後NCDによる負荷は増大し続けると予測しており、早期に効果的な対応を取る必要があるとしている。また、死亡の増加率は、アフリカ地域（27%）と地中海東岸地域（25%）最も高くなり、死亡の絶対数では西太平洋地域と東南アジア地域で最も多くなると予測されている。

上記の状況を受け、世界的なレベルで緊急かつ効果的な公衆衛生の対応を行う必要性が認識され、WHO加盟国は、2000年に「NCD予防対策のための世界戦略」を採択した。これに続いて、NCDの世界的取組みを強化するために、下記の種々のガイダンス文書（一般および目的別）が公表あるいは支持されてきた。

- ・ 2002年 食事、運動と健康の世界戦略
- ・ 2003年 たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約
- ・ 2003年 WHO NCDサーベイランスのためのSTEP的アプローチ
- ・ 2005年 慢性疾患の予防：不可欠な投資
- ・ 2006年 がん対策：行動する知性、効果的なプログラムのためのWHOガイド
- ・ 2007年 ストップ世界的な慢性疾患の流行：アドボカシーツールキット
- ・ 2007年 心血管疾患の予防：心血管疾患リスクのアセスメントと管理のためのガイドライン
- ・ 2007年、2008年 NCDの予防と対策：世界戦略の実施
- ・ 2008年 アルコールの有害な使用の低減
- ・ 2010年 資源に乏しい環境のプライマリヘルスケアにおける基本的なNCD介入策の包括的計画(PEN)
- ・ 2011年 負担から「ベスト・バイ」へ：低・中所得国におけるNCDの経済的インパクトの軽減

しかし、NCD関連の指標が現行のMDGs（目標年度：2015年）に含まれていないため、国際的な開発アジェンダとして取り上げられることは少なく、支援機関および各国政府のコミットメントは、MDGsに関連する保健課題⁹に比して低い。このため、支援機関による資金的な支援および国家予算はMDGsの達成に関連した取組みに集中する傾向があり、NCDの予防・対策プログラム実施のための予算は、国レベルおよび世界レベルで不足している状況が続いている¹⁰。こうした状況を鑑み、WHOは「NCDの予防と管理に関するグローバル戦略2008-2013年行動計画」を策定した。同行動計画は、2000年に策定されたNCD予防対策のための世界戦略に基づき、実施のための指針を示すもので、以下の6つの目標が示されている。

⁹ 保健に関連するのは、目標4：子どもの死亡削減、目標5：妊産婦の健康の改善、目標6：HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止

¹⁰ NCD同盟（<http://www.ncdalliance.org/node/50>、2013年1月アクセス）による

NCDの予防と管理に関するグローバル戦略 2008-2013 年行動計画の目標

- 1) 世界レベルおよび国レベルでの開発事業における NCD の優先順位を、適切な位置に引き上げ、NCD の予防・対策をあらゆる政府機関の政策に組み込む
- 2) NCD の予防・対策に関する国の政策や計画を確立・強化する
- 3) NCD に共通する主要かつ修正可能な危険因子（喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）を削減するための介入策を推進する。
- 4) NCD の予防・対策に関する調査を促進する
- 5) NCD の予防・対策のパートナーシップを推進する
- 6) 国、地域、世界レベルで NCD とその決定因子のモニタリングを行い、進捗状況を評価する

3.1.2 西太平洋地域¹¹における動き

NCDは西太平洋地域において重大な公衆衛生の脅威となっている。WHO西太平洋事務所（WPRO）の推計では、同地域では毎日約 26,500 人がNCDで亡くなっており、そのうち 20,000 人以上はこの地域の開発途上国に属するとされる¹²。NCDによる死亡の約半数は 70 歳以下である。NCDのとりわけ 4 大疾患、心血管疾患、呼吸器疾患、がんらびに糖尿病による死亡は 10 人中 8 人に上り、状況は悪化している。それはまた、生産力や経済発展に影響をおよぼすため、早急な対策が必要である。

同地域においては、2000 年に NCD 予防対策のための世界戦略が策定された後、10 年間にわたり、以下に示す数多くの文書が開発されてきた。

- ・ 2000 年 NCD の予防と管理
- ・ タバコのない世界構想地域行動計画 2005-2009
- ・ 2006 年 慢性疾患のための保健システム機能
- ・ 2006 年 アルコール関連の害を削減する地域戦略
- ・ 2006 年 NCD の予防と管理
- ・ 糖尿病に関する西太平洋宣言のための行動計画: エビデンスから行動へ 2006-2010
- ・ 2007 年 NCD の予防と管理のための大洋州枠組み提案
- ・ 2007 年 NCD と貧困: 西太平洋地域における貧困削減に資す戦略ニーズ: レビュー
- ・ 2007 年 貧困とジェンダーの保健プログラムへの統合: 医療従事者の原典(NCDのためのモジュール)

2008 年 9 月に、前述の行動計画 2008-2013 に合わせた、NCD の予防と管理のための西太平洋地域の行動計画が採択された。この行動計画のビジョンは、避けられる NCD による死亡や障がいをなくすことである。同計画は以下に示す 6 つの目標の下、加盟国が NCD の罹患や死亡、危険因子の低減の達成にむけて自身の戦略計画に採択できるよう、実用的であること、費用対効果が高いこと、そしてエビデンスに基づく介入であることに焦点を合わせるとともに、WHO をはじめとする開発パートナーがこれらを支援するべきとしている。

¹¹ WHO による全世界の区分の 1 つで、北および西は中国、南はニュージーランド、東はフランス領ポリネシアまでの地域にある日本を含む 37 カ国、18 億人が含まれる。

¹² Western Pacific Regional Action Plan for NCD, WPRO, 2009

NCDの予防と管理のための西太平洋地域の行動計画の6つの目標

1. 世界的および国家的な開発において、NCDの優先順位を上げ、全ての省庁の政策においてNCD予防対策が統合される
2. NCD予防対策のための国家政策および計画を策定し強化する
3. 改善可能な共通危険因子（タバコ、健康的ではない食事、運動不足および有害なアルコール摂取）の予防への介入を促進する
4. NCD予防対策のための研究活動を促進する
5. NCD予防対策のためのパートナーシップを促進する
6. NCDおよびその危険因子をモニターし、国家、地域および世界レベルにおいてその進捗を評価する

3.1.3 大洋州島嶼国における動き

2011年6月、大洋州の保健大臣は、大洋州島嶼国におけるNCDの急激な増加による影響を強調した「ホニアラ共同声明」を発表した。この共同声明に続き、オークランドで開催された大洋州島嶼国フォーラムにおいて、各国首脳はNCDの深刻さを認識し、「大洋州はNCDの危機にある」と宣言した。これらの背景には、成人の全死亡のうち推定75%がNCDに関連しており、その死亡の大多数は経済活動年齢層で起こっており、NCDが莫大な経済損失をもたらし、さらに国家保健財政への影響を与えることへの危機感がある。また、NCDは同地域におけるMDGsの達成の障壁になりうることについても懸念されている。

大洋州島嶼国のNCDに対する取組みは、1995年にフィジーで開催された第1回大洋州島嶼国保健大臣会議において提唱された、「健康な太平洋諸島イニシアティブ」¹³に基づいて開始された。同イニシアティブは、リスクを低減するための健康増進や医療保障、健康によい環境や生活習慣の創造にむけて、その後の会議を経て発展していった。しかし、これらの取組み、またWHOやSPCによる努力にも関わらず、NCD危機は増大している。

2007年にはWHO西太平洋事務所（WPRO）によって「NCDの予防・対策のための大洋州地域枠組み」が承認され、SPCはこれを採択した。同枠組みに沿って、SPCとWHOは、AusAIDおよびNZAPからの資金提供により、大洋州島嶼国および領土に対する「NCDのための2-1-22プログラム」¹⁴（2-1-22プログラム）を実施している。

(1) 2-1-22 プログラム

2-1-22プログラムは、2008年6月に開始された。同プログラムの概念は、WHOによる「NCDのための西太平洋州行動計画」を反映したものであり、大洋州におけるNCDの罹患率、死亡率、障がいならびに危険因子を低減することを目標とし、ひいては2015年までにNCDによる死亡率を年間2%削減するとしている世界目標に貢献する、としている。

同プログラムの主な支援内容は以下の通り。

¹³ 21世紀の太平洋における健康に関するヤヌザ島宣言による。WHOが提唱する健康都市のコンセプトを島嶼地域に適用した

¹⁴ 2つの組織（WHOとSPC）による1つのチームでSPC加盟国（22カ国）を対象とする。22カ国とは、アメリカン・サモア、クック諸島、ミクロネシア連邦、フィジー、仏領ポリネシア、グアム、キリバス、マーシャル諸島、ナウル、ニューカレドニア、ニウエ、北マリアナ諸島、パラオ、パプア・ニューギニア、ピトケアン諸島、サモア、ソロモン諸島、トケラウ、ツバル、バヌアツおよびウォリス・フツナ

- ・ SPC、WHOおよび他の開発パートナーからなる「NCDチーム」¹⁵による技術支援
- ・ 各国における NCD 対策計画に対する無償資金支援
- ・ 援助調整の合意形成やガイドラインなどによる、開発パートナーによる資金支援と各国のニーズおよび優先順位との調整

表 3-1 にプログラムへの資金提供と 2012 年時点における支出状況を示す。当初、プログラムは 2008 年から 2011 年までの 4 年間の予定であったが、各国に対する無償資金提供の支出が遅れていることなどから、プログラムは 2013 年 6 月まで延長されることとなっている。

表 3-1 2-1-22 プログラムへの資金提供および支出状況

資金源	予算	支出	支出率
SPC (オーストラリアドル)	24,036,161	16,037,307.80	66.7%
WHO (米ドル)	1,781,400	1,781,400	100.0%
オーストラリア (米ドル)	5,337,519	8,285,437	100.7%
ニュージーランド (米ドル)	2,890,234		

出典： 2-1-22 Pacific NCD Programme Draft Completion Report
2008-2012, WHO and SPC

表 3-2 は、3 カ国について、プログラム目標の達成状況、インパクト、成果の達成状況などをまとめたものである。プログラム目標は死亡率の削減であり、インパクトは罹患率の削減となっているが、その達成度を測る指標は、これらの数値（死亡率、罹患率など）を報告している国の数にとどまっており、指標によってプログラムの効果を測ることはできない。

成果 1 および 2 に示すように、各国とも国家 NCD 戦略は策定されている。成果 3 の、継続性のある資金提供メカニズムについては、トンガヘルスを設立したトンガにおいて達成されている。また、フィジーとトンガは、予算費目に NCD に関するものが設定されている。成果 4 の保健システムについては、8 カ国が PEN の支援によって作成したインベントリーは、主に医薬品に関するものであった。また、人材の評価は 11 カ国で実施された。しかし、これら成果 4 の指標については、報告において、達成したすべてあるいは一部の国名が記載されていないために、本調査対諸国の達成状況は不明である。成果 5 のモニタリング評価体制は、地域レベルで実施されるものであり、国レベルのルーティンなサーベイランスシステムは確立されていない。

表 3-2 2-1-22 プログラムの進捗状況

目標/インパクト/成果およびそれらの指標	結果	フィジー	トンガ	キリバス
目標: NCD による死亡率を 2015 年までに、現在の予測から 2%削減する				
NCD の死亡率を報告している国 (原因・性別)	15	-	✓	✓
NCD の罹患率を報告している国 (原因・性別)	0	-	-	-
障がい調整生命年 (DALY) を報告している国	14	✓	✓	✓
インパクト: NCD (がん、糖尿病、心血管疾患および慢性呼吸器疾患) の罹患率を削減する				
NCD 有病率を報告している国 (性別)	0	-	-	-
NCD 新規患者数を報告している国 (性別)	14	✓	✓	✓
NCD による入院数を報告している国 (性別)	6	-	-	✓
インパクト: NCD の危険因子 (たばこ、不十分な身体活動、食事、アルコール、肥満) を削減する				
NCD 危険因子を有する割合を報告している国 (性別)	11	✓	-	✓
一人当たりのアルコール、たばこ、果物と野菜の消費量を報告している国	0	-	-	-

¹⁵ SPC フィジー事務所に配置され、メンバーはチームリーダー、栄養、タバコ/アルコール、モニタリング評価、身体活動およびコミュニケーション (アドボカシーとメディア) の各担当であった。同チームは、視聴覚教材作成、法制度整備、サーベイランス実施、ガイドライン作成などへの支援を行っていたが、本調査時点においてチームリーダーとタバコ/アルコール担当以外の任期は終了していた。

目標/インパクト/成果およびそれらの指標	結果	フィジー	トンガ	キリバス
NCDの定点観測調査について報告している国（性別）	4	-	-	✓
村落/外島部において公式な介入を受けている国	2*			
目的: 大洋州の国々における、プロファイリング、計画策定、実施および評価からなる総合的アプローチの体制の確立による、NCD 予防対策の能力構築				
総合的アプローチの枠組みを採用した国	12	-	✓	✓
成果 1: 包括的かつマルチセクターの国家NCD 戦略の開発の強化				
1.1 包括的かつマルチセクターの国家NCD 戦略を有する				
少なくとも15カ国が国家NCD 戦略を文書化する	15	✓	✓	✓
少なくとも12カ国が国家戦略の実施を推進するためのNCD 調整官を任命する	15	✓	✓	✓
1.2 国家・地域レベルにおいてNCDの課題に関するアドボカシーが実施される				
国家・地域レベルにおいてNCDの課題に関するアドボカシーが実施される	-			
1.3 マルチセクターの調整メカニズムが改善され、NCD 調整官が任命される				
少なくとも12カ国において、NCD 対策実施のための調整メカニズムが策定される	14	✓	✓	✓
成果 2: 各国におけるNCD 戦略の実施を支援する				
2.1 無償資金がNCD 戦略の国家レベルの実施を効果的に支援する				
少なくとも15カ国において、1件以上の無償資金プログラムが成功裏に実施される	21	✓	✓	✓
2.2 NCD 対策実施を支援する法制度および政策枠組みを有する				
少なくとも10カ国がFCTCに合致した法制度を有する	14	✓	✓	-
少なくとも5カ国において、食品基準に関する法制度を見直す	7	✓	-	-
2.3 危険因子の改善のための健康的な生活習慣（行動および環境）の介入が実施される				
少なくとも17カ国において、1つ以上の食事と運動への介入が効果的に実施される	21	✓	✓	✓
少なくとも12カ国において禁煙区域を設定している	>12	✓	✓	✓
少なくとも6カ国においてアルコールへの介入プロジェクトが実施される	>11	✓	✓	✓
2.4 予防を支援するための臨床介入がなされる				
少なくとも15カ国がNCD 予防対策のための効果的な臨床プログラムを有する	11	✓	✓	✓
2.5 効果的なコミュニケーションとソーシャル・マーケティングの戦略によって健康的な生活習慣が推進される				
少なくともにおいて、NCDの危険因子を対象とした国家ソーシャル・マーケティングキャンペーンを1つ以上実施した	15	✓	✓	✓
成果 3: NCD 戦略実施のための、持続的な資金提供メカニズムの開発を支援する				
3.1 持続的なメカニズムがNCD 関連の活動の実施に活用される				
少なくとも5カ国が持続的なNCD 活動実施のためのメカニズムを採用する	3	-	✓	-
3.2 NCDプログラムの資金を持続的に提供するメカニズムが確保される				
少なくとも15カ国の国家保健予算において、NCDへの予算が配分される	8	✓	✓	-
成果 4: 国家保健システムとNCD 予防対策のための能力が強化される				
4.1 NCD 対策のためのインフラストラクチャーと体制が強化される				
少なくとも4カ国においてインベントリーが作成される	8*			
4.2 NCD 対策実施のための国家能力開発のニーズが特定される				
少なくとも1カ国において、NCD 人材に関する能力とニーズ評価が実施される	11**			
4.3 特定されたニーズに呼応する研修が提供され、専門家が配置される				
質的調査によって、提供された研修が効果的でニーズに合致していたことが裏付けられる	11	-	-	-
4.4 地域レベルでの、NCDに関する情報共有とネットワークが支援される				
NCDに関する会合が2年に一度開催される	毎年		n.a.	
地域レベルのNCDに関する情報共有とネットワークの効果とカバレッジに関する質的評価が実施される	継続		n.a.	

目標/インパクト/成果およびそれらの指標	結果	フィジー	トンガ	キリバス
成果 5: 地域および国レベルにおけるモニタリング評価とサーベイランスシステムが強化される				
5.1 地域レベルでの NCD 対策のモニタリング枠組みが確立される				
地域レベルでの NCD 対策のモニタリング枠組みが確立される	ある		n.a.	
5.2 NCD のサーベイランスデータが国家計画の策定と実施のために利用可能である				
少なくとも 12 カ国において STEPS 報告書が公表される	12	✓	✓***	✓
少なくとも 4 つのプログラムが、ミニ STEPS 調査の結果を活用した介入を支援する	14	✓	✓	✓
5.3 NCD サーベイランスシステムが確立される				
少なくとも 12 カ国において、定期的な NCD サーベイランス（糖尿病、リウマチ性心疾患、がん登録など）が実施される	n.a.			
5.4 NCD に関する研究が優先的に支援される				
NCD に関する地域レベルの研究アジェンダが特定され、支援される	6	✓	✓	-

注: *- 国名は記載されていない。また、インベントリーは医薬品
**- 一部の国名が記載されていない
***- 2012 年 11 月に公表された

出典: 2-1-22 Pacific NCD Programme Draft Completion Report
2008-2012, 2012, SPC and survey results

WHO と SPC によって 2012 年にまとめられた報告書では、以下のような教訓および提言が取りまとめられており、これらに基づいて次のプログラムが形成されることとなっている。

- ・ NCD の予防対策に係る活動が、国家レベルおよび都市部に偏っており、村落部が取り残されていた。
- ・ （一次予防に力点が置かれていたが）二次予防についても強化されるべきである。
- ・ 一次および二次予防への支援においては、保健システム強化も含まれるべきである。
- ・ 根拠に基づいた効果的な介入方法を特定すべきである。
- ・ 多くの国において NCD 委員会は持続的ではなかったため、マルチセクターアプローチが十分に実施できなかった。
- ・ 定期的かつ信頼性の高いスクリーニングあるいはサーベイランスシステムを確立して、既存の保健情報システムに統合し、政策決定などのエビデンスとして活用すべきである。
- ・ 多くの活動は各国において完結できるが、いくつかについては地域レベルで共同で取り組むべきである。
- ・ ベスト・バイなどエビデンスに基づいて投入を集中させるべきである。
- ・ 長期的な効果を促進するためには、青年層への介入は強化させるべきである。

(2) 介入ツール

2-1-22 プログラムの枠組みの下、WHO は限られた資源を有効に活用するための介入への支援を行っている。

PENは人材や財政などの資源が乏しい環境において、プライマリヘルスケアにおける心疾患、脳卒中、心血管疾患、がん、喘息ならびに慢性閉塞性疾患といったNCDおよびその危険因子への対策とケアを統合し国の能力を強化するために必要な国家レベルでの能力強化のためのパッケージである。主な支援内容は、一次施設のアセスメントやコミュニティの動員、成功事例に基づくツールの開発、草の根レベルにおけるサービス提供への支援など、となっている。SPCによると¹⁶、10 カ国（フィジー、キリバス、マーシャル、クック、バヌアツ、トンガ、ミクロネシア、パラオ、サモアおよびソロモン）において導入され、うち 5 カ国（前出の下線の国）において実施が開始された¹⁷。

¹⁶ 2-1-22 Pacific NCD Programme Draft Completion Report 2008-2012, 2012, SPC

¹⁷ 本調査対象国における個別の支援状況は 4 章から 6 章を参照のこと。

ベスト・バイは、研究成果などの根拠に基づいた、費用対効果が高く、かつ資源が乏しい環境においても実施可能な介入を、危険因子および疾病ごとに示しており（表 3-3）、WHO はこれらの介入の実施も各国において支援している。

表 3-3 ベスト・バイの介入

危険因子/疾病	介入
喫煙	- 増税 - 屋内の職場および公共の場における禁煙の推進 - 健康被害に関する情報および警告 - たばこ産業による広告やスポンサーの禁止
有害なアルコール摂取	- 増税 - 小売りへのアクセスの厳格化 - アルコール広告の禁止
不健康な食生活および不十分な身体活動	- 食物からの塩分摂取の削減 - トランス脂肪の多価不飽和脂肪への置き換え - マスメディアを通じた食生活の改善や身体活動に関する啓発
心血管疾患と糖尿病	- 心臓発作および脳卒中の危険因子を持つ人々およびすでに心血管疾患を発症した人々に対するカウンセリングと多剤療法 - アスピリンによる心臓発作治療
がん	- 肝臓がん予防のための B 型肝炎予防接種 - 子宮がんの前がん病変のスクリーニングと治療

出典： Global Status Report on NCD 2010, WHO, 2011

3.2 調査対象国の概況

表 3-4 に本件調査対象国および地域の主要開発指標の推移を示す。平均寿命はフィジーとトンガで 70 歳前後となっているが、65 歳以上の人口の割合は、域内（太平洋島嶼国）で 3.8%、フィジー 4.8%、トンガ 5.9%で、NCD がさらに重い負担となる高齢化社会（14%以上）には程遠いと考えられる。一人あたりの国民総所得（GNI）は 2,000 から 3,600 米ドルで、世界銀行によるといずれも低中所得国に分類される。

表 3-4 対象 3 カ国の主要開発指標の推移

指標	国名/年	1995	2000	2005	2010
総人口 (人)	フィジー	775,651	811,718	822,553	860,623
	トンガ	95,907	97,935	100,926	104,058
	キリバス	77,248	84,010	91,988	99,546
	太平洋島嶼国*1	2,679,269	2,781,946	3,050,860	3,363,010
平均寿命 (出生時平均余命：年)	フィジー	66.6	67.6	68.5	69.2
	トンガ	70.1	70.8	71.5	72.2
	キリバス	59.4	59.5	60.9	-
	太平洋島嶼国*1	60.6	63.4	65.2	66.7
一人あたりの国民総所得 (名目米ドル、アトラスメ ソッド*2)	フィジー	2,460	2,230	3,590	3,610
	トンガ	2,010	2,030	2,470	3,340
	キリバス	1,160	1,380	1,780	2,010
	太平洋島嶼国*1	1,389	1,408	1,950	2,751

注： *1 フィジー、サモア、キリバス、ソロモン諸島、マーシャル諸島、トンガ、ミクロネシア連邦、ツバル、パラオ、バヌアツ

*2 世界銀行が GNI 等の算出等経済の規模を推定する際に物価および為替レートの変動を調整するために用いる手法

出典： World Development Indicators (2012 年 9 月アクセス)

表 3-5 に 3 カ国の主要な保健指標を示す¹⁸。キリバスでは成人および子どもの死亡率が高く、表 3-4 に示した西太平洋地域の平均に満たない寿命に影響を与えている可能性がある。また、結核有病率は大洋州地域で最も高い値であり、南タラワの高人口密度地域で多くの結核患者がみられる。

表 3-5 対象 3 カ国の主要保健指標 (2010)

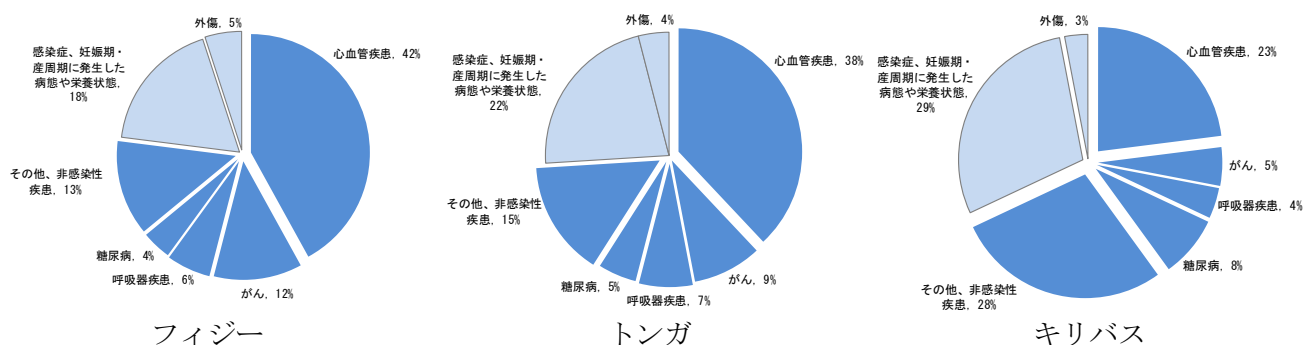
主要指標	フィジー	トンガ	キリバス	西太平洋地域 ¹⁹
5 歳未満児死亡率 (出生千対)	17	16	49	19
成人死亡率 (15 歳から 60 歳までの人口千対)	212	187	253	116
妊産婦死亡率 (出生 10 万対)	26	110	NA	49
結核有病率 (人口 10 万対)	40	29	550	139

注：塗りつぶしたセルは 3 カ国で最も値が高い

出典：Country health profile, WHO (2012 年 8 月アクセス)

3.2.1 フィジー、トンガおよびキリバスにおける NCD の概況

3 カ国における NCD の状況を図 3-1 および表 3-6 にまとめる。3 カ国とも、全死亡における NCD による死亡の割合は 7 割前後となっており (フィジー 77%、トンガ 74%、キリバス 69%)、フィジーとキリバスにおいては心血管疾患の割合が 4 割前後となっている。



出典：Country NCD profile, WHO (accessed August 2012)

図 3-1 対象 3 カ国における死亡における NCD (濃青) の割合 (2010 年)

表 3-6 に示すように、3 カ国とも高血圧、高血糖、肥満ともに域内 (西太平洋地域) の平均値を超えている。特にトンガでは 25 歳以上の女性の 7 割が肥満という状況になっている。

¹⁸ その他の主要な保健指標は添付 3 を参照のこと。

¹⁹ WHO による全世界の区分の 1 つで、北および西は中国、南はニュージーランド、東はフランス領ポリネシアまでの地域にある日本を含む 37 カ国が含まれる。

表 3-6 対象 3 カ国 NCD およびその危険因子の状況 (2010 年)

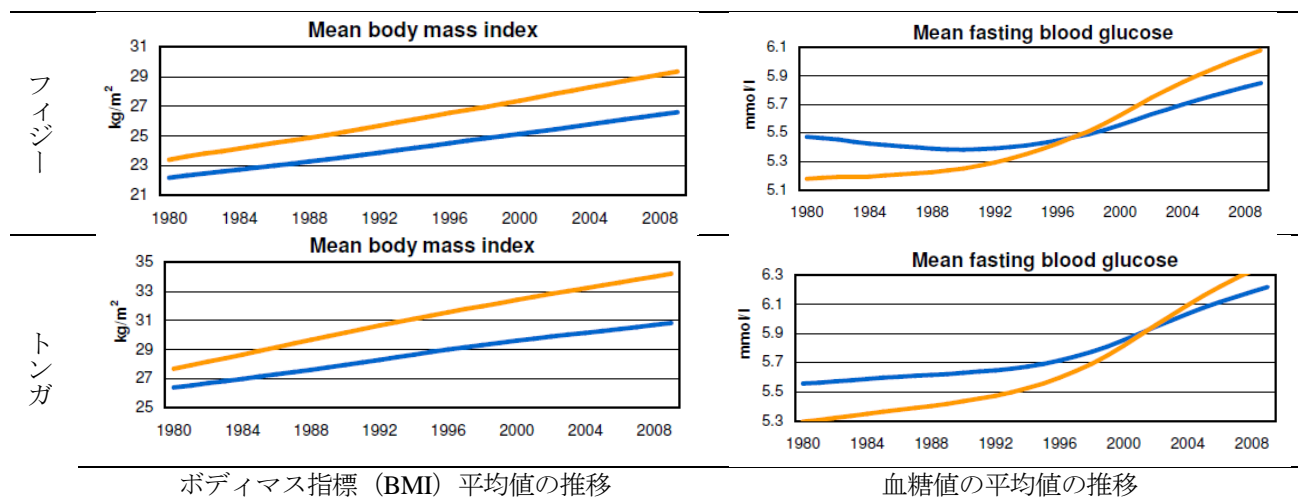
項目		性別	フィジー	トンガ	キリバス	西太平洋地域
年齢調整死亡率 ¹ (人口 10 万対)	心血管疾患	男性	579.9	395.9	425.9	-
		女性	328.2	395.0	228.3	-
	がん	男性	106.2	67.4	39.0	-
		女性	121.6	93.9	64.2	-
	慢性呼吸器疾患	男性	91.1	68.8	61.8	-
		女性	44.2	53.2	19.1	-
70 歳未満の NCD による死亡割合 ² (%)		男性	71.5	45.9	77.7	-
		女性	61.1	53.0	66.5	-
代謝機能における危険因子 (25 歳以上) ² (%)	高血圧	男性	32.5	34.1	39.1	28.7
		女性	29.7	27.0	28.7	23.7
	高血糖	男性	13.2	17.0	22.0	9.2
		女性	16.4	19.3	22.8	8.6
	肥満	男性	21.3	49.1	37.7	5.1
		女性	42.2	70.3	53.8	6.8

注：塗りつぶしたセルは 3 カ国で最も値が高い

出典：¹Country NCD profile, WHO (accessed August 2012),

²ICR of Pacific Regional 2-1-22 Non Communicable Diseases Program (Final Report)

図 3-2 に示すように、代謝に関わる危険因子とされる肥満や空腹時血糖値は上昇傾向にある。特にトンガの女性は体格指標 (BMI) の平均値がすでに肥満の範囲にある。また、空腹時血糖値では、男女の比較において、フィジーで 2000 年、トンガでも 2004 年以降、女性が男性を上回っている。しかし、表 3-6 に示したように、2010 年のデータでは、心血管疾患および糖尿病の死亡率はトンガでは男女差がなく、フィジーでは男性の方が高い。



ボディマス指標 (BMI) 平均値の推移

血糖値の平均値の推移

注：キリバスはデータが公開されていない

出典：Country NCD profile, WHO (accessed August 2012)

図 3-2 フィジーおよびトンガにおける NCD 危険因子の推移 (2010 年、オレンジ：女性、青：男性)

第4章 フィジーにおける現状分析

4.1 NCD の状況

表 4-1 に示すように、循環器疾患と内分泌、栄養、代謝性疾患および免疫疾患が 2011 年に発生した死亡の 5 割を占めている。循環器疾患には NCD 以外のものも含まれるが、保健省によると心血管疾患の主な原因はうっ血性心不全、本態性高血圧、不安定狭心症である。

表 4-1 主要死因 (2011 年)

死因	全死亡における割合
循環器系疾患	40.3%
感染症および寄生虫症	10.0%
内分泌、栄養、代謝性疾患および免疫疾患	9.3%
呼吸器系疾患	8.1%
外傷および中毒	6.4%

出典：保健省年次報告書 2011 (案)、2012 年 11 月

表 4-2 に示すように、糖尿病、高血圧および心血管疾患に関連した入院の割合、糖尿病性壊疽による四肢切断およびがんによる死亡率はこの 3 年間上昇している。糖尿病とがんの有病率は 2009 年を最後に正確な値が把握されていない。糖尿病の主な合併症は壊疽と失明である。腎疾患では毎年 200 人程度が死亡しているが、この中にも糖尿病の合併症によるものが含まれていると推察される。

表 4-2 国家保健目標における NCD 関連の指標の推移 (2009 年から 2011 年)

指標	2009	2010	2011
糖尿病有病率 (人口千対)	18.4	-	-
糖尿病およびその合併症、高血圧、心血管疾患による入院率 (入院千対)	42.5	77.3	83.1
糖尿病性壊疽による四肢切断率 (糖尿病およびその合併症による入院 100 対)	46.9	38.3	43.2
がん有病率 (人口千対)	8.45	-	-
がんによる死亡率 (人口 10 万対)	73.9	68.6	80.7
心血管疾患による死亡率 (人口 10 万対)	205.5	282.0	239.17

出典：保健省年次報告書 2009
保健省年次報告書 2011 (案)、2012 年 11 月

表 4-3 に示すように、2010 年および 2011 年の NCD に関連した死亡は 3,000 件前後が報告されており、特に糖尿病に関連した死亡は 2 倍近くに増加している。植民地戦争記念病院 (CWMH) の報告では、これらの死亡の 67% は 70 歳未満であった。

表 4-3 NCD に関連した死亡数 (2010 年、2011 年)

死因	2010	2011
急性心筋梗塞	343	180
がん	613	717
糖尿病	768	1,434
高血圧	843	870
腎疾患	163	152
脳卒中	203	135
合計	2,933	3,488

出典：CWMH Dr Shrish Acharya, CWMH, 2012 年 5 月

また、保健省は、現在の危険因子の状況などから 50 歳代の女性において今後も糖尿病の割合が増加し、糖尿病患者の大部分を占める可能性があるかと懸念している²⁰。

表 4-4 に、主要ながんの部位を示す。女性は子宮頸がんを含む子宮がんと乳がんの割合が圧倒的に高い。男性は前立腺、リンパ腺、肝臓のがんの割合が高い。

表 4-4 主要がん部位

女性			男性	
年齢調整罹患率 (対 10 万人年) ¹	2011 (報告数) ²		年齢調整罹患率 (対 10 万人年) ¹	
子宮頸部	50.7	233	前立腺	21.1
乳房	47.7	164	リンパ系および造血部	12.5
子宮	17.7	167	肝臓	11.7
卵巣	13.3	22	肺	8.3

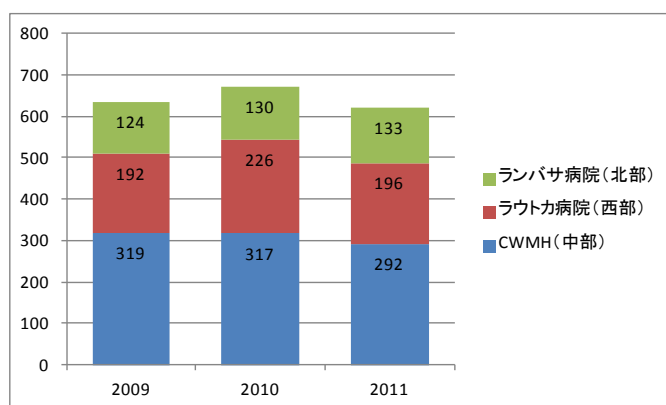
出典： 1 - Cancer Incidence in Four Pacific Countries: Tonga, Fiji Islands, Cook Islands and Niue, Sunia Foliaki et al., Pacific Health Dialog, March 2011, Vol 17, No.1
2 - 保健省年次報告書 2011 (案)、2012 年 11 月

4.2 NCD による負荷

障がい

2002 年の STEPS 調査²¹の結果によると、24 歳から 64 歳の 16%が糖尿病であった。保健省の 2009 年の年次報告書によると、悪性新生物の 80.7%、内分泌、栄養、代謝性疾患および免疫疾患の 73.7%、心血管疾患の 63.7% の患者は生産年齢とされる 15 歳から 64 歳であった。

2007 年のセンサスによれば、15 歳以上の人口の約 1%にあたる 5,888 人は障がいを持っており、障がい者の 7 割から 9 割程度は膝上切断によると推計されている。障がい者の数は 1996 年の 3,117 人から増加しており、図 4-1 に示すように、2009 年からの 3 年間では、年間 600 件前後の四肢切断が 3 つの地方病院において施術されている。



出典： 保健省保健情報室、2012 年 12 月

図 4-1 地方病院における四肢切断数 (2009 年から 2011 年)

タマブアリハビリテーション病院における四肢切断患者の入院は 2004 年の 16 件から 2005 年には 37 件に倍増しており (表 4-5)、2008 年には 98 件の新規患者のうち四肢切断患者は 37 件、脳卒中などによる麻痺は 38 件であった。CWMH の報告によると、30%の下肢切断患者は義肢を得ているが、その多くが教会のミサなど特別な場合以外は使用しておらず、日常生活には活用されていないことが推察されている。

²⁰ MOH Annual Report 2011 (Draft)

²¹ 4.3 参照

表 4-5 タマプアリハビリテーション病院における入院数 (2005 年)

障がい	入院数
下肢麻痺	17
四肢麻痺	15
半身麻痺	6
膝上切断	7
膝下切断	30
外傷による脳損傷	2
大腿骨頸部骨折	3
合計	80

出典： 保健省年次報告書 2005

費用

CWMHの医師による推計では、四肢切断に係る患者一人あたりの費用は 125,000 フィジードル²²であった。義肢は、膝下が 750 フィジードル、膝上が 1,700 フィジードルで、2010 年までは患者負担であった。フィジーでは、国民保健番号 (NHN) を取得すれば、これら医療費の殆どが無料となる²³。NHNの発行については、現状では厳格な規定はなく、フィジー国民ではなくても発行されている²⁴。このため、上記の費用を含め、ほとんどの検査や医薬品も公的医療機関を利用していれば無料で利用できる。NCDの治療は長期にわたるため、今後患者数が増加することによって、国家財政に大きな影響を及ぼすことが危惧される。

海外治療も大きな財政負担となっている。表 4-6 に示すように、心疾患、がんおよび腎疾患で全体の 7 割程度となっており、数もこの 3 年間で 2 倍以上となっている。NCD を対象とした統計はされていないが、心疾患および腎疾患においても、NCD に関連したものが含まれていると推察される。

表 4-6 海外治療を受けた疾患 (2009 年から 2011 年)

疾患	2009	2010	2011	Total
心疾患	39 (47.5%)	45 (48%)	97 (47.8%)	181 (47.9%)
がん	14 (17%)	26 (28%)	50 (24.7%)	90 (23.9%)
腎疾患	6 (7.3%)	2 (2%)	7 (3.4%)	15 (3.9%)
膝/股関節置換	6 (7.3%)	11 (11.8%)	14 (6.9%)	31 (8.3%)
腫瘍	8 (9.7%)	4 (4.3%)	0	12 (3.1%)
眼疾患	9 (10.9%)	5 (5.3%)	25 (12.3%)	39 (10.3%)
その他	0	0	10 (4.9%)	10 (2.6%)
合計	82	93	203	378

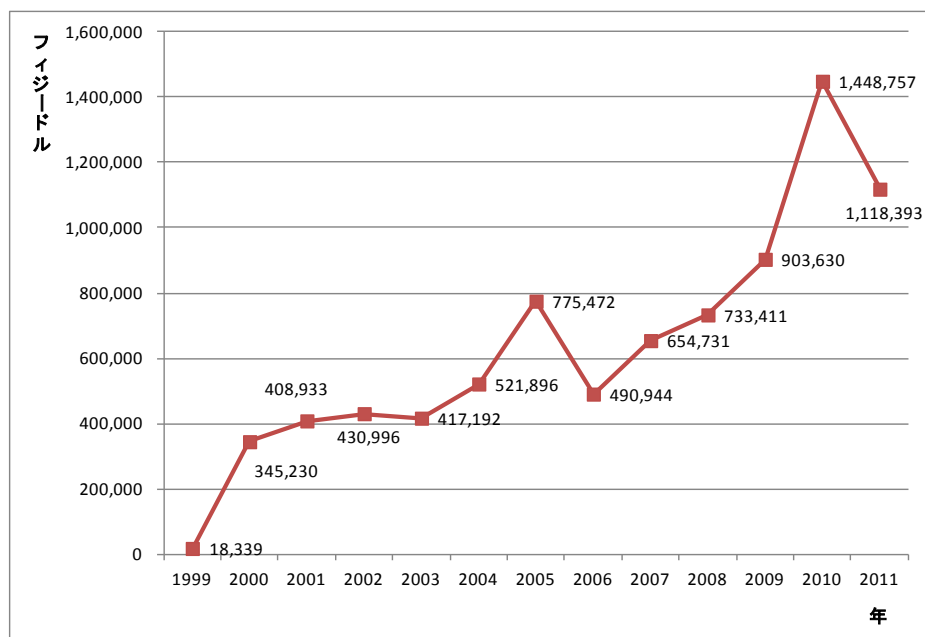
出典： 保健省年次報告書 2011 (案)、2012 年 11 月

図 4-2 に示すように、件数の増加に伴って海外治療に係る費用も大幅に増加しており、2011 年は保健省の運営費の 1% を占めている。

²² 小・中規模の手術、27 日間の一般病棟での入院 (平均在院日数) およびその間の食費を含む。

²³ 入院の際の個室 (希望した場合) および一部の検査などが有料とされている。

²⁴ 保健省によると、厳格に管理されていないために二重取得や不正取得などの問題が起こっている。



出典：保健省年次報告書 2011 (案)、2012 年 11 月

図 4-2 海外治療のための支出 (実質ベース、1999 年から 2011 年)

4.3 NCD の危険因子に関する主な調査

NCDの危険因子に関しては、STEPS調査²⁵が2002年に、2004年には国民栄養調査 (FNNS) が、それぞれ実施されている (表 4-7)。STEPS調査は2011年に第2回が実施され、2013年には報告書が公表される予定である。国民栄養調査は10年周期で実施されており、次回は2014年に実施される。

表 4-7 NCD の危険因子に関する主要な調査

調査	データ収集	報告書	サンプリング	対象年齢	サンプル数	次回
STEPS 調査	2002 年	(記載なし)	クラスターサンプリング	15 歳から 64 歳	6,763 人 (対象人口の 1%)	2010 年 (報告書は 2013 年)
国民栄養調査	2004 年	2007 年	クラスターサンプリング	全年齢、但し NCD の危険因子に関しては 12 歳以上	1,696 世帯 7,372 人 (総人口の 1%)	2014 年

出典： Fiji Non-Communicable Diseases (NCD) STEPS Survey 2002, MOH (STEPS 2002)
2004 Fiji National Nutrition Survey Main Report, National Food and Nutrition Centre, September 2007 (FNNS 2004)

他に、フィジー国立大学医学・看護学・健康科学カレッジの太平洋肥満・NCD 予防研究センター (C-POND) も関連する調査研究に携わっており、フィジーにおける STEPS 調査にも参画している。同センターは、トンガ、キリバス、クック諸島、ソロモン、サモアに研究ネットワークを持ち、2004年から2009年にはトンガ、オーストラリア、ニュージーランドおよびフィジーを対象とした大規模な肥満調査を実施し、このデータに基づいて様々な知見を発信している。

²⁵ WHO によるサーベイランスのための STEP 的アプローチ (STEPS) を用いた非感染性疾患の危険因子に関する調査

4.3.1 行動危険因子

表 4-8 に示すように、男性は喫煙とアルコール摂取の習慣をもつ割合が高く、女性は概して身体活動が少ない傾向が見られる。野菜と果物の摂取については、男女ともに十分ではない。国民栄養調査の結果によると、12歳から17歳における喫煙者の割合が1993年の0.7%から2004年には4.7%に増加している。カバの摂取は、喫煙とアルコール摂取に関連するとされ、STEPS 調査の結果によると男性の57.6%、女性の27.4%がカバを飲んだ後に喫煙をしたくなると回答した。

人種別²⁶で見ると、フィジー系の方がインド系に比べて喫煙をする割合やアルコール摂取の頻度が高く、野菜や果物の摂取は少ない傾向が見られた。

表 4-8 行動危険因子 (%)

危険因子	1993*		2002**		2004*		
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
日常的な喫煙	-	-	26.0	3.9	22.2	4.5	
現在のアルコール摂取 (過去12カ月)	-	-	39.9	5.5	-	-	
現在の飲酒者の内、多量あるいは頻繁 に摂取する割合 ***	93.3	88.2	79.5	58.6	95.5	98.2	
現在のカバ摂取 (過去30日間)	55.7	15.7	88.6	63.1	63.9	31.2	
野菜および果物摂取	1日1から4単位	-	70.8	72.3	-	-	
	1日1単位未満	-	26.3	26.5	-	-	
不十分な身体活動	仕事	25.7	67.1	30.7	62.2	61.0	71.8
	移動(交通)	-	-	12.3	17.6	-	-
	余暇	-	-	66.7	86.6	34.2	68.7

注：***：2002年のデータは、1飲酒日当たり男性5単位、女性4単位以上
1993年と2004年は1週間当たり5日以上飲酒

出典： *FNNS 2004, **STEPS 2002

食事内容について1993年と2004年の結果を比較すると、動物性たんぱく質、脂肪、砂糖および穀物の摂取が増加しており、果物、野菜および伝統的な根菜の摂取は減少している。家庭菜園については、78%が所有しており、特に村落部においてはその割合は96.2%であった。

野菜の摂取については、図 4-3 に示すように、全体としてインド系の方がより多くの種類を頻繁に摂取する傾向がみられた。国民栄養調査によると、健康に関する情報源としては、ラジオが最も利用されていた(都市部49.1%、村落部41.6%)。村落部においては、保健スタッフも重要な情報源となっていた(45.7%)。テレビを情報源としていた割合は、都市部で15.1%、村落部で3.4%であった。

²⁶ 2007年センサスによる人種別人口割合は、フィジー系56.8%、インド系37.5%、その他5.7%。食生活との関連が強い宗教については、フィジー系は主にキリスト教徒、インド系はヒンドゥー教徒とイスラム教徒が多い。

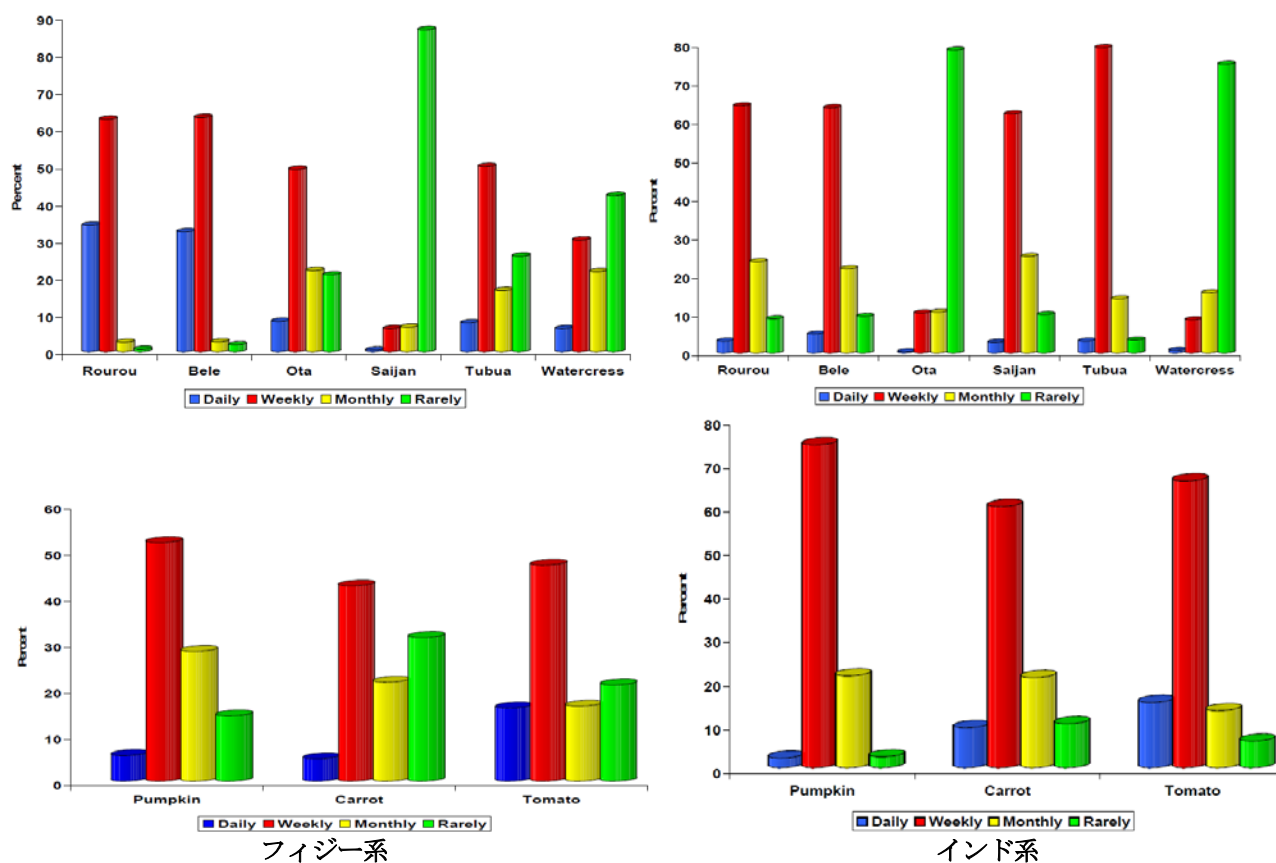


図 4-3 葉菜（上段）と緑黄色野菜（下段）の摂取

4.3.2 生物医学的危険因子

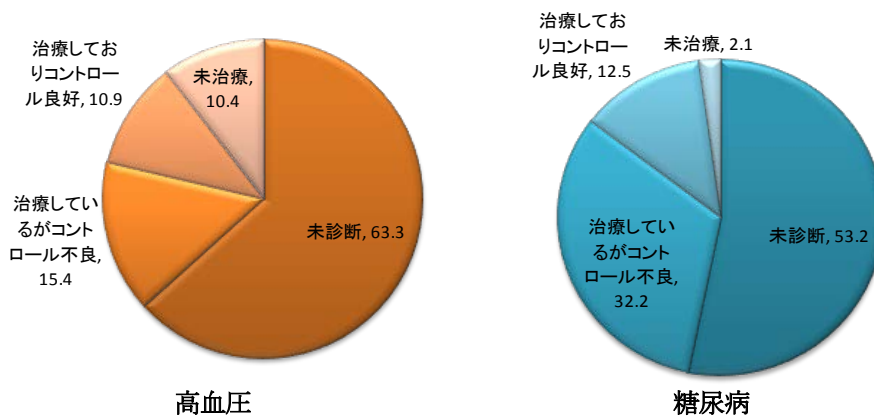
表 4-9 に示すように、概して男性の方が危険因子を持つ割合が高いが、女性は肥満と体形の危険因子を持つ割合が高い。

表 4-9 生物医学的危険因子

危険因子	男性	女性
総コレステロール $\geq 5.2\text{mmol/L}$	49.1	37.8
中性脂肪 $\geq 1.7\text{mmol/L}$	29.6	23.3
HDL コレステロール $\leq 0.9\text{mmol/L}$	30.9	35.3
アテローム性脂質代謝異常	19.4	15.9
肥満 BMI ≥ 29.9	9.8	26.4
ウエスト・ヒップ比 >1.0 men, >0.85 women	4.0	44.6
高血圧 収縮期 $>139\text{mmHG}$ あるいは拡張期 $>89\text{mmHG}$	19.8	18.3
糖尿病 空腹時血糖値 $\geq 6.1\text{mmol}$	14.6	17.6

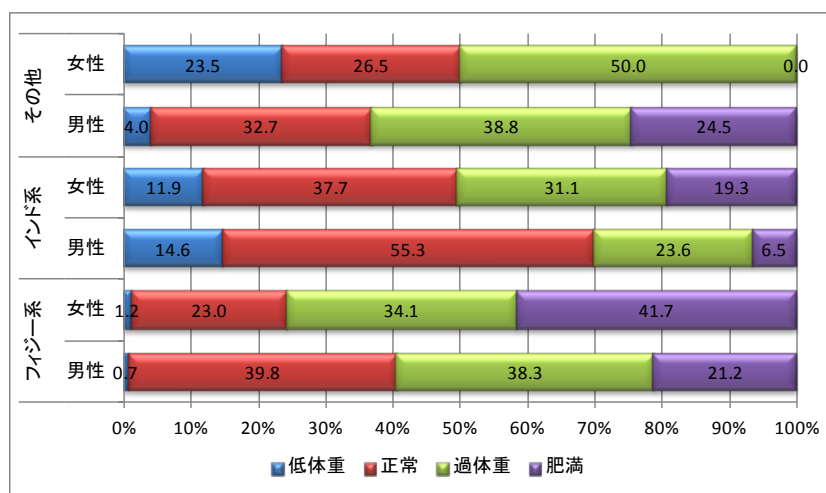
出典： STEPS 2002

図 4-4 に示すように、STEPS 調査において糖尿病や高血圧と診断されたケースの半数以上が、これまで診断されていなかった。診断され、治療を受けていてもコントロールできていない割合も高かった。高血圧と診断されていたにもかかわらず治療を受けていないケースもあった。



出典： STEPS 2002
図 4-4 STEPS 調査によって判明したケースの診断・治療歴

BMI に関しては、インド系では男性の 14.6%、女性の 11.9%に低体重が見られた。フィジー系では女性の 75.8%が過体重あるいは肥満であった (図 4-5)。



出典： FNNS 2004
図 4-5 BMI による健康状態 (性別および人種別)

表 4-10 に示すように、子どもの低体重は 1993 年と比較すると 2004 年にはその割合は減少しているが、インド系では 2004 年でも 3 割程度が年齢の割に体重が少ない。しかし、インド系の子どもにおける過体重の割合は倍増している。フィジー系の女兒の 2 割は過体重であった。

		低体重 (<80%)		過体重 (>120%)	
		1993	2004	1993	2004
		フィジー系	男児	18.5	11.3
	女児	12.0	7.0	13.4	21.9
インド系	男児	57.6	31.8	2.9	13.0
	女児	45.4	31.0	4.0	10.2

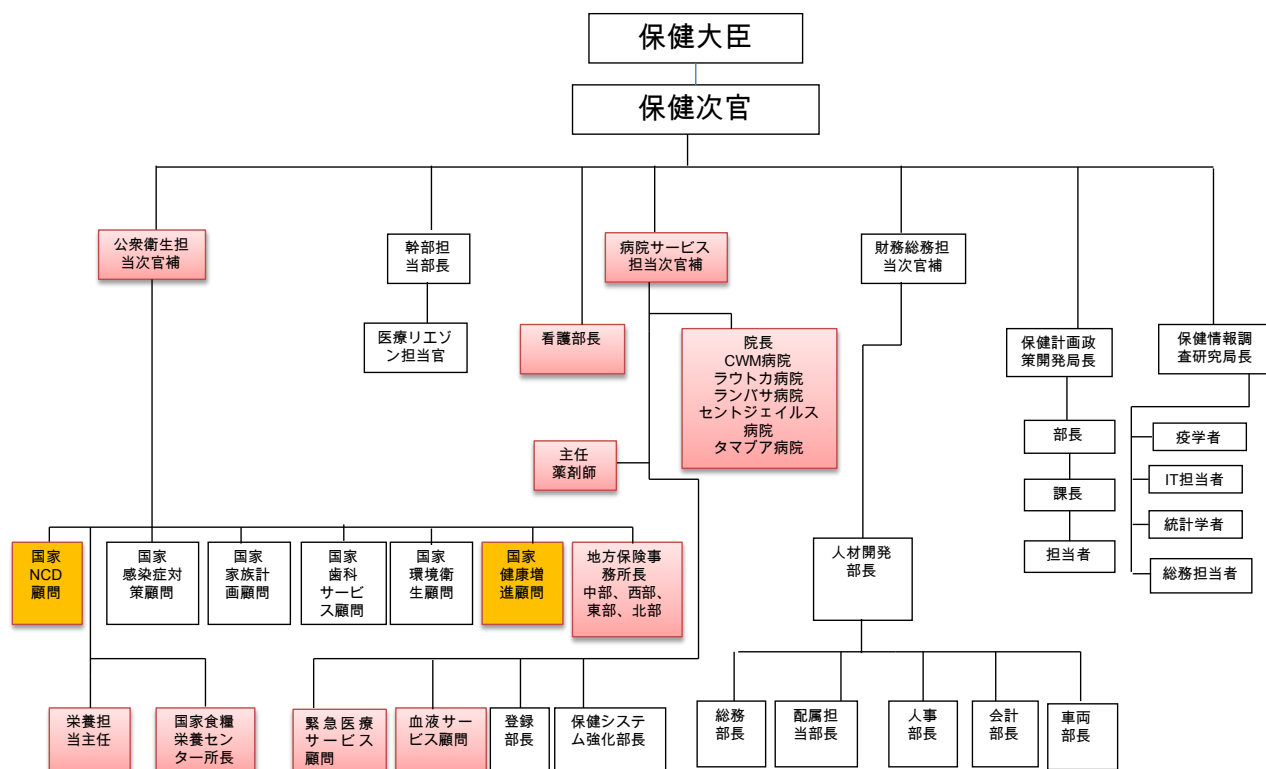
出典： FNNS 2004

4.4 NCDの予防対策関係機関

フィジーでは、1980年にNCDに関する最初の全国調査（主な対象は糖尿病）が実施された。この調査の結果を受けて、国家糖尿病センター²⁷が設立され、国家NCDタスクフォースが1991年に結成された。その後、フィジーは「健康な太平洋諸島イニシアティブ」を健康増進の統一課題として採用した。

現在は、保健省のNCDプログラム/ユニットがNCD対策の中心となっており、NCD国家予防対策戦略計画2010-2014および保健省NCD予防対策戦略計画2010-2014の策定と関連する活動の実施および調整を行っている。同ユニットは、国家レベルにおいて関連他省庁との調整を行うとともに、保健省内において地方および地区レベルとの連携を深めることによって同戦略計画の目標達成を目指している。

図4-6に保健省の組織図を示す。NCD対策においては、国家NCD顧問、国家栄養増進顧問が重要な役割を果たしている。上記2者は、国家ウェルネスセンター²⁸の責任者であり、主に一次予防とスクリーニングに携わるとともに、保健省内外の関係者等との調整を行っている。



注：色つきのポストがNCDの予防対策に特に関わっているとされる

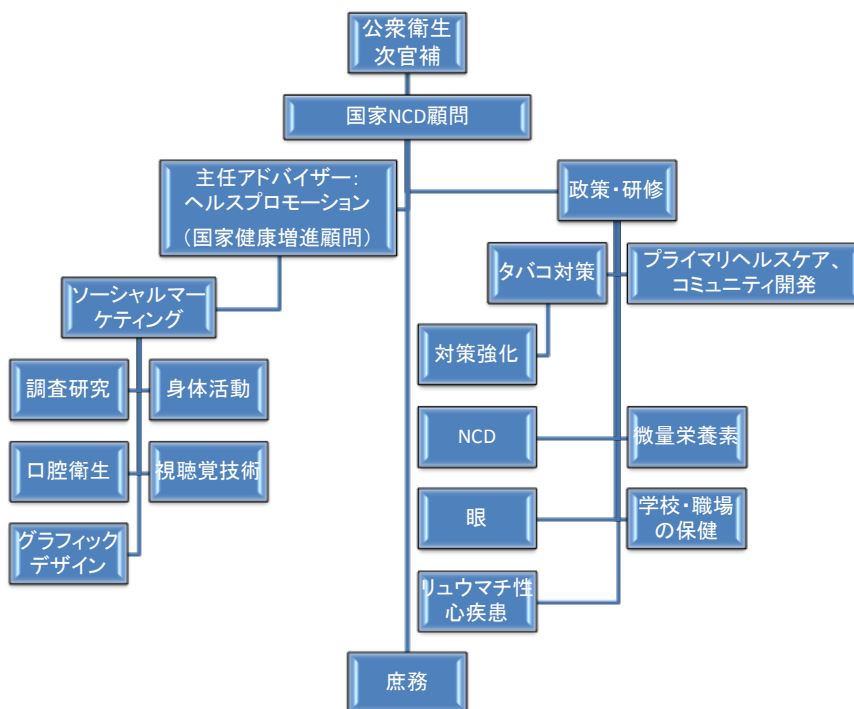
出典：保健省年次報告書 2011（案）、2102年11月および現地調査結果より調査団作成

図 4-6 保健省組織図

国家ウェルネスセンターは、健康的な環境の整備による一次予防と健康増進を担ってきた国家健康増進センターを母体としており、図4-7に示すようにNCDを主眼としつつ全体としての環境整備による疾病予防と健康増進を行う体制となっている。

²⁷ 現・糖尿病ハブ（スバ）

²⁸ すでに設立については承認されており、正式には2013年に発足予定とのことであった。



出典：保健省国家ウェルネスセンター、2012年11月

図 4-7 国家ウェルネスセンター組織図

4.5 保健システム強化の6項目による分析

4.5.1 ガバナンスとリーダーシップ

(1) 地方分権化と再中央集権化

1999年以來保健セクター改革に取り組んでおり、中央の管理機能を地方が徐々に地方に移管されていたが、政策運営に係る費用が増大した等の理由で2008年に中央集権体制にもどっている。保健省の組織改編は断続的に行われており、現在は、財政や計画策定等は中央集権的だが、保健サービス提供については地方保健事務所に大きな権限が移譲されている。

フィジー保健省では、全国を以下の4つの地方に分割し、それぞれに保健事務所を設置している。括弧内は保健事務所の所在地を示す。なお、保健省の行政区分と地方自治体の境界線は必ずしも一致していない。

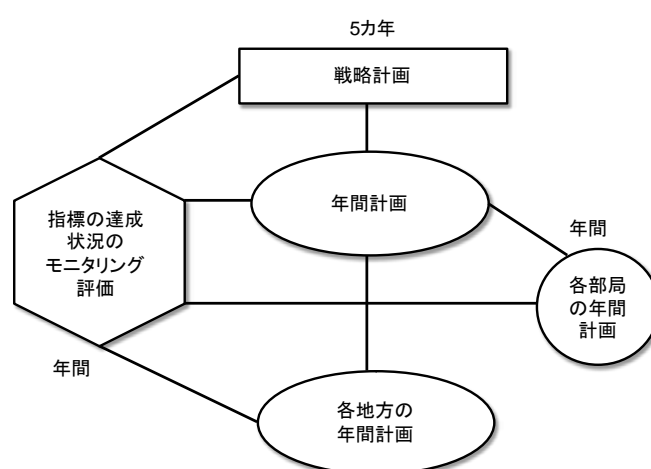
中部地方 (スバ) :	スバを含むヴィチレブ島東部
西部地方 (ラウトカ) :	ナンディを含むヴィチレブ島西部
北部地方 (ランバサ) :	バヌアレブ島およびタベウニ島
東部地方 (スバ) :	ヴィチレブ島東部に広がる島嶼地域

(2) 開発計画

財務国家計画省²⁹は、長期計画として2001年から2020年までの開発計画を策定した。同計画において、NCDが増加しており、1986年から1996年の10年間の平均寿命短縮の一つの要因となったと認識しており、国家健康増進センターおよび国家健康増進評議会を設置することによって健康問題に取り組むとした

中期の国家開発計画（2007-2011年）において策定された、「民主主義と持続可能な社会経済開発のためのロードマップ（RDSSED）2009-2014」では、政府は国民の健康を守ることを使命とし、NCDは死亡および罹患の主要な原因となっており、保健省の優先課題は糖尿病と心血管疾患の予防対策であるとしている。保健省は同ロードマップに沿って「戦略計画2011-2015」を策定した。

保健省の計画策定サイクルを図4-8に示す。



出典：保健省戦略計画2011-2015

図4-8 フィジー保健省の計画策定サイクル

同戦略計画の概要を表4-11に示す。達成すべき7つの成果のうち、NCDは第一の課題とされている。

表4-11 保健戦略計画2011-2015の概要

戦略目標	成果
1. 国民が適切な予防保健サービスを受けることにより、よりよい生活を送る。	1. NCDが削減される。
2. 国民が効率的かつ効果的で良質な臨床医療およびリハビリテーションのためのサービスにアクセスできる。	2. HIV/エイズの感染拡大は抑制され、他の感染症は予防あるいは撲滅される。
3. 保健省のすべてのレベルにおいて保健システムが強化される。	3. 家族保健が改善され、妊産婦の疾病および死亡の状況が改善される。
	4. 子どもの健康が改善され、子どもの疾病と死亡の状況が改善される。
	5. 青年層の健康が改善され、青年層の疾病と死亡の状況が改善される。
	6. 精神保健の状況が改善される。
	7. 安全な水と衛生の普及によって環境保健の状況が改善される。

出典：保健省戦略計画2011-2015

NCD対策については、2002年にNCD STEP調査が実施され、NCDに関する状況が詳細に把握された。NCDに関する計画としては、NCD予防対策国家戦略計画2010-2014、および保健省NCD予防対策戦略計画2010-2014

²⁹ 現在は国家戦略計画省

が策定されている(表 4-12)。これらの2つの計画の内容はほぼ同じものであり、3Mアプローチ³⁰が採用され、NCD対策の包括的な実施を目指している。

表 4-12 NCD 予防対策国家戦略計画 2010-2014 の概要

ゴール：	フィジー国民が健康的な生活習慣を持つ。
目標：	2014年までにNCDの状況を5%改善する。
成果：	2014年までに <ul style="list-style-type: none"> ・危険因子の割合を5%削減する ・主要なNCDの有病率を5%削減する ・80%の一次保健施設において早期発見および3M管理を向上させる ・80%の地区病院および地方病院においてNCDの3M管理を向上させる

出典： NCD 予防対策国家戦略計画 2010-2014

上記目標および成果を達成するため、喫煙、アルコール、栄養、運動、および主要疾患ごとの介入（糖尿病、心血管疾患、がん、外傷）について、それぞれ対象者の年代別に地域保健と臨床において介入の方法や目標、参照すべきガイドライン、年間予算等が示されている。同計画書によれば、年間総予算は50万フィジードルで、運動の促進に対して20万フィジードルと大きな予算が配分されている。

2013年の保健省年次計画（案）では、6つの保健システム項目ごとに目標が設定されており、NCDに関する戦略（表 4-13）はサービス提供の項目に含まれている。

表 4-13 2013年保健省年次計画（案）におけるNCD関連の戦略

成果	戦略	指標	予算 (フィジードル)	担当
国民のウェルネスの増進 (公衆衛生)	啓発活動におけるウェルネスアプローチの主流化	- 各地方で2つの保健施設がウェルネスセンターを宣言する(8月まで)	100,000	NA NCD PH EH
	コミュニティおよび職場や学校などにおけるウェルネスに対する認識の促進	- 各地方で2つの学校がウェルネス学校を宣言する(8月まで)	100,000	NA NCD PH EH
NCD 予防対策	糖尿病、高血圧およびその他のNCDの予防を強化する	- 各地方で、80%の保健施設(ヘルスセンターおよび看護ステーション)がNCDツールキットの研修を受けキットを受け取る	300,000	NA NCD
	NCDの疾病管理を向上させるため、特別外来と標準治療ガイドラインを拡充させる	- 特別外来におけるNCDの疾病管理について、年間10地区を評価する - 糖尿病と高血圧の管理が改善される	100,000 100,000	NA NCD PH
	プライマリヘルスケアを通じて性心疾患に対するサービスが強化される	- 性心疾患による再入院が5%減少する - 地区において常設の精神保健クリニックが設立される	100,000	PH CSN

注： NA NCD= 国家NCD顧問、PH= 公衆衛生部、EH= 環境保健部、CSN= 臨床サービスネットワーク

出典： 保健省年次計画2013(案)、2012年11月

4.5.2 保健サービス

(1) サービス提供体制

1) 概要

表 4-14 にフィジーの保健医療施設数を示す。1次レベルでは主に予防や在宅ケアの支援等を行ない、治療が必要な場合二次、三次レベルへとリファーされる。NCDについては、国家リファラル病院であるCWMHに

³⁰ 3Mは、口、筋肉、医療を表しており、すべての関係者とすべての手段を包括的なパッケージとして、NCDの予防対策に取り組み、としている。

において心血管疾患やがん等の治療が提供される。さらに高度な治療が必要な患者は、国外（インド、オーストラリア、ニュージーランドなど）にリファーされる。

表 4-14 フィジーの保健医療施設（2010年）

施設	中部	西部	北部	東部	合計
専門病院	3*	0	0	0	3
地方病院	1**	1	1	0	3
地区病院 [level 1]	0	3	1	-	4
地区病院 [level 2]	4	2	2	5	13
ヘルスセンター [level A]	7	4	1	0	12
ヘルスセンター [level B]	2	4	3	1	10
ヘルスセンター [Level C]	11	17	16	14	58
看護ステーション	20	25	21	30	96
民間病院***	2	1	0	0	3
合計	50	58	43	51	202

注：地区病院およびヘルスセンターは、カバー人口や近隣の保健施設の状況（病院があるかなど）によって設備やサービス提供内容が異なる

*タマプアリハビリテーション病院、セントジェイルス精神病院、PJ トウメイ病院（結核とハンセン病）

**中部地方の CWMH は国のトップリファラルでもある

***西部地方の Ra 産科病院は保健省との共同出資で設立され、スタッフは西部地方保健事務所に所属している

出典： Health Service Delivery Profile, Fiji, 2012, WHO and MOH, 2012

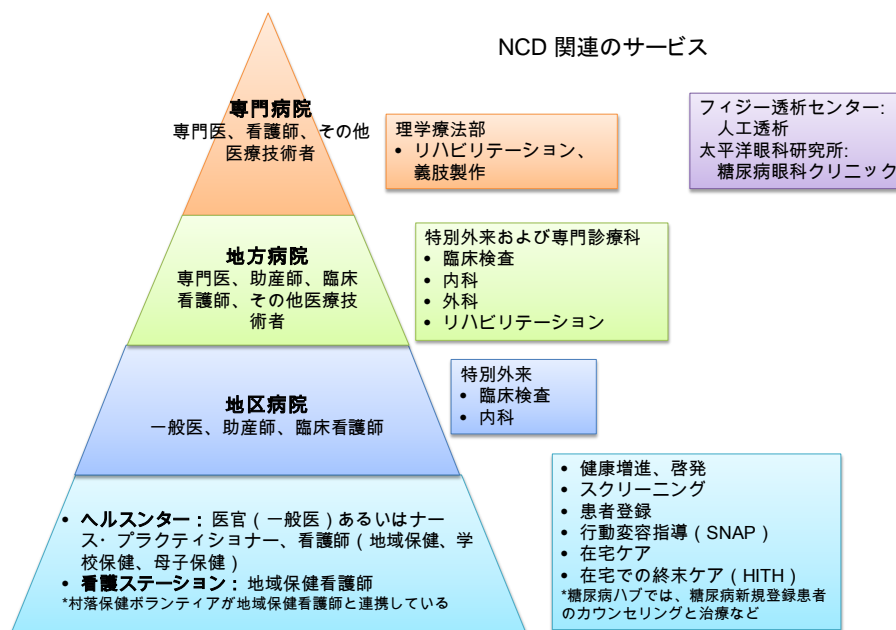
救急搬送手段（救急車、ボート等）は消防庁の管轄下にあり、セントジョンズ救急サービス³¹などがサービスを提供している。民間の医療サービス提供者は、スバやナンディなどを中心に 130 程度あり、スバ・プライベート病院などを除いて一次レベルの外来サービスを提供し、検査や入院等は地方病院にリファーしている³²。

図 4-9 にサービス提供体制およびそこにおける NCD 関連のサービスを示す。啓発やスクリーニング、患者教育、糖尿病患者のフットケアや在宅ケアは一次レベルで提供されている。スバ、ラウトカおよびランバサの糖尿病ハブは、地方病院の敷地内に設置されているが、基本的に公衆衛生を管轄する地方保健事務所の下にあり、新規登録された患者やコントロールが難しい患者のカウンセリング、投薬、フットケアなどを行っている。基本的には、症状が安定して来たら患者の最寄りのヘルスセンターに移管している。

二次レベル（地区病院）の特別外来（SOPD）では、基本的な臨床検査と内科的治療を行っている。より高度な検査や治療が必要な患者は、三次レベル（地方病院）にリファーされる。CWMH では、糖尿病性壊疽による四肢切断専用の手術室もあり、数は多くないがキリバスやソロモン、ツバルなど近隣国からの患者も受け入れている。NCD の診断、治療に関するガイドラインは、心血管疾患と糖尿病に関するものが利用されている。また、救急医薬品ガイドラインでは、心血管疾患や糖尿病の救急医療における対処法が含まれている。

³¹ ロンドンに本部があり、コモンウェルス諸国において救急およびプライマリヘルスケアサービスなどを提供している。フィジーでは 1939 年にニュージーランド支部の一部として設立され、1941 年に本部直轄の支部となったのち、スバに本部を持つ独立した協会となった。

³² 民間クリニックからリファーされた場合には、検査やリハビリテーションは有料となる。



出典： Health Service Delivery Profile, Fiji, 2012, WHO and MOH, 2012 および現地調査に基づき調査団作成

図 4-9 保健サービス提供体制と NCD 関連のサービス

三次レベルでの治療後、リハビリテーションの必要がある患者は地方病院や専門病院の理学療法部（図 4-10）にリファーされ、その必要がない患者は最寄りのヘルスマスターあるいは看護ステーションにリファーされ、その後のフォローアップや四肢切断患者やマヒの残る患者の在宅ケア、がん患者の終末ケアなどが行われる。



タマブアリハビリテーション病院

ランバサ病院

CWMH

図 4-10 理学療法施設

2) 公的機関以外における専門医療サービス

人工透析はフィジー透析センターで受けることができる。同センターは 2008 年 3 月に、フィジー腎臓財団³³によって開設され、8 台の透析機を有しており、1 日に 14 人の患者の受け入れが可能とのことである。患者は 1 回あたり 225 フィジードルを支払い、週 3 回の透析を受ける。2009 年のオーストラリアの研究機関の報告³⁴では、利用者の半数は国外移住した元フィジー国民など外国籍であり、その他は高額な健康保険をかけているフィジー国民の富裕層とのことであった。2012 年 5 月にはナンディに 40K 透析センターが開設され、1 回あたり 250 フィジードルでサービスを提供しており、2012 年 12 月現在、13 名が利用していた。これらのセンターの設立趣旨などによると、一般国民向けのサービスと言うよりは医療ツーリズムの促進の目的が強いものと推察される。

³³ 2003 年 5 月にフィジーおよびインド政府の資金提供によって設立された。

³⁴ Migration Review Tribunal Australia MRT Research Response October 2009

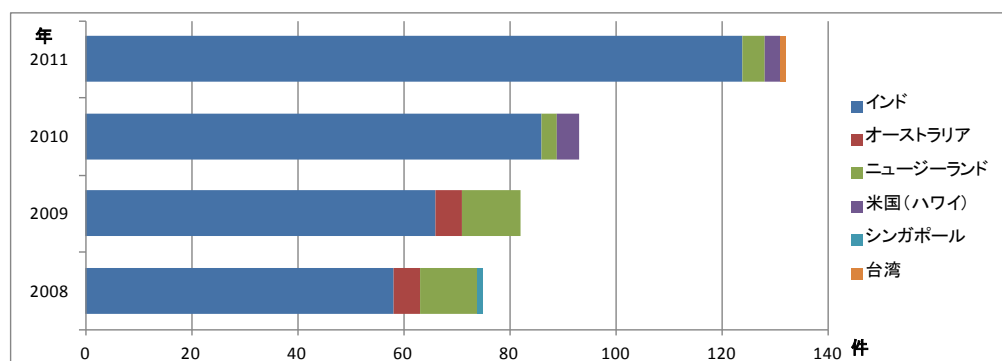
2006年にニュージーランドの財団によって設立された、太平洋眼科研究所（PEI）では、無償で眼科専門の医療サービスや医療従事者への研修などを提供しており、糖尿病眼科クリニックも設置されている。2010年には、同クリニックにおいて5,515人の患者を診察し、2,545件のレーザー治療を含む676件の手術を行った。また、医療従事者向けに、糖尿病に関連した眼科治療に関する卒業研修（学位認定コース）も実施している。

3) 海外からの専門医療団

オーストラリア、ニュージーランド、米国などから、心臓病、小児科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、眼科などの専門医療団が定期的に訪問している。2010年は9チームが来訪した。多くの場合、地方病院において治療を受ける患者を選別し、CWMHの施設を利用して治療をしている。この中にNCDに関連する患者がどの程度含まれているかなどの統計はとられていない。

4) 海外治療

フィジー国内の保健施設および海外からの専門医療団による診断や治療が困難、かつ一定の条件を満たした患者に対し、保健省は海外治療のための支援を行っている。基本的に慢性腎不全など慢性症状があったり、進行したがんであったりする場合には対象外で、治療後3から5年間は健康的な生活を維持できることが見込まれることが条件となっている。主に治療にかかる費用を保健省が支払うが、貧困層に対しては患者の航空運賃が支払われる場合もある。4.2に述べたように、海外治療の件数は年々増加している。図4-11に示すように、渡航先は、治療費や滞在費が比較的安いインドが多くなっている。CWMHによると、NCDに関連した症例では、がん、心疾患、腎移植などが多いとのことであった。



出典：保健省海外治療担当、2012年11月

図 4-11 海外治療渡航先 (2008年から2011年)

(2) サービス利用の状況

現地調査において、複数の関係者から、患者が指示通りに服薬しないことや食事内容を改善しないことがNCD悪化の背景にあり、こうした患者の行動変容が大きな課題であると指摘された。また、特に離島では合併症の症状が進んでいても交通費や家族の付き添いの負担、医療そのものに対する恐怖心などでなかなか受診せず、伝統療法などに頼って悪化させるケースも多い。貧困層³⁵は伝統医療に頼る傾向が強く、治療を開始しても中断してしまい、悪化して地方病院に担ぎ込まれるケースもある。ヘルスセンターなどにおける医薬品の在庫切れも服薬中断の原因の一つとなっている。慢性疾患の場合には受診頻度が一カ月に一度などで間隔が長い場合、受診した際にヘルスセンターで無償提供される薬が在庫切れのために薬局で購入するよう指示されても、購入せずに次の受診まで服薬せず、コントロールができなくなっていたり、合併症が悪化したりすることも多いとのことであった。

³⁵ フィジー統計局の推計では、2008年から2009年における貧困層の割合は35.2%

中部地方では、こうした人々の行動変容を促すために地元警察との連携が試行されている。警察官一人当たりの担当地域は地域保健師よりも狭く、地元住民との関係もより緊密であることが多いため、この信頼関係を活用して、コミュニティレベルでの行動変容や患者同士のネットワーク（ピア・エデュケーター）作りを行っていくとのことであった。

4.5.3 保健人材

(1) 概要

表 4-15 に、2011 年の保健省の人材を示す。

フィジー国内においてほとんどの職種の保健人材を育成しており、フィジー国立大学等では域内諸国からの学生も受け入れている。

表 4-15 保健省職員の状況（2011 年）

職種 [等級]	承認ポスト数	職員数	空席数	空席率
医官 [MD01 - MD06]	425	353	72	16.9%
医療アシスタント [MD07]	9	6	3	33.3%
看護師（助産師、ナースプラクティショナー含む） [NU01 - NU06]	2,056	1,941	115	5.6%
用務員 [NU07 - NU08]	71	58	13	18.3%
歯科医官 [DE01 - DE03]	51	49	2	3.9%
歯科補助 [DE03 - DE04]	150	132	18	12.0%
検査技師 [HW02 - HW07]	130	121	9	6.9%
レントゲン技師 [HW02 - HW06]	67	60	7	10.4%
検査/レントゲン補助 [HW06]	10	7	3	30.0%
理学療法士 [HW02 - HW06]	35	34	1	2.9%
栄養士 [HW01 - HW06]	56	46	10	17.9%
薬剤師 [PH01 - PH05]	86	62	24	27.9%
環境保健 [HW01 - HW06]	119	111	8	6.7%
管理部門スタッフ [SS01 - SS05]	162	122	40	24.7%
会計部門スタッフ [AC01 - AC04]	20	15	5	25.0%
秘書/タイピスト [SS03 - SS05]	52	36	16	30.8%
電話交換手 [SS05]	10	8	2	20.0%
統計 [SS02 - SS05]	13	9	4	30.8%
情報技術 [IT03 - IT07]	9	6	3	33.3%
倉庫管理 [SK01 - SK05]	31	21	10	32.3%
上級職（次官、次官補など） [US01-US04 & HR02]	17	13	4	23.5%
生体医学 [ES02 - ES06]	10	5	5	50.0%
その他*	41	21	20	48.8%
正職員合計	3,630	3,236	394	10.9%
補助職員**合計	1,294	849	445	34.4%
総計	4,924	4,085	839	17.0%

* その他には、人材、情報、図書、福利厚生、危機管理調整官、研究助手等を含む

** 補助職は、清掃、運転手など

出典：保健省年次報告書 2011（案）、2102 年 11 月

しかしながら、離島で継続的に働く人材が不足しており、子どもの教育や生活環境、就業環境等を理由に離職して海外に流出したり、民間セクターに転職したりする場合もある。さらに、2009 年の定年引き下げ（60

歳から 55 歳)により、保健人材の質・量的な不足は深刻となっている。この定年引き下げにより、15名の医師、97名の看護師を含む331名の経験豊富な職員が十分な引き継ぎや技術移転をすることなく職場を去った。

保健省の戦略計画 2011-2015 では、職員の定着が主要課題の一つとして掲げられており、遠隔地手当や 24 時間対応手当の支給、職員宿舎の整備、医師には週 20 時間以内であれば病院内での副業を認めるなど、定着率の向上に努めるとともに、育成機関における定員を増加するなどの対応をとっている。しかし、本調査においても、海外で研修を受けた人材や経験豊富な人材が近隣国などによりよい待遇や就業環境を求めて移住したり、国内にとどまっても民間セクターに移ったりしたケースが聴取された。また、国家保健人材計画 1997-2012 も策定されているが、WHO の分析では十分に実施されておらず、見直しが必要とされている。このため、AusAID の支援により、2012 年 9 月より人事部に同計画策定のためのアドバイザーが派遣されている。

NCD の予防（一次から三次まで）において大きな役割を果たしている看護師についても同様の状況であり、これを補って NCD 対策を広く浸透させるため、特にコミュニティレベルで予防活動や在宅ケアに貢献するコミュニティヘルスワーカーの強化も優先課題として掲げられている。

(2) NCD 関連の人材

NCD 関連の学術的かつ正式な教育の機会是国内では提供されておらず³⁶、専門医になるには留学する必要がある。フィジー医師・歯科医師評議会に登録された専門医のうち、NCD 関連は、心臓学 7 名、眼科 6 名、病理学 3 名、放射線学 3 名であった。CWMH には、医長 3 名、主任クラスの医師 6 名（心臓学 2 名、腎臓学 1 名、消化器学 4 名、神経学 2 名）と、心臓学、内視鏡および腎臓を専門とする看護師が配置されている。

保健省は、現行のカリキュラムを改訂して、よりニーズにこたえられる人材を育成すべく、フィジー国立大学等と協議を行っているが、同大学も組織改編の途上であり、早急な対応は難しい状況とのことであった。

NCD の一次から三次予防には、看護師が大きな役割を果たしており、特にコミュニティでは村落保健ボランティアなどと連携して住民の啓発やスクリーニング、在宅ケアなどを行っている。病院においても看護師の果たす役割は大きく、特に三次レベルにおいては、心臓学、内視鏡、腎臓、エコーおよび手術などにおいて専門的な役割を果たす看護師の育成が必要とされ、CWMH において試行されている。

その他の職種においても人材は不足しており、ランバサ病院とタマブアリハビリテーション病院³⁷には、理学療法士が 1 名ずつしか配置されていない。また、義肢製作者はタマブアリハビリテーション病院に 1 名いるのみである。コミュニティにおけるリハビリテーションの需要に応えるため、2011 年にコミュニティ・リハビリテーションアシスタント (CRA) が 10 年ぶりに育成³⁸されたが、カリキュラムは子どもの障がいを目とした 10 年前のものから殆ど改訂されていなかった。また、正式承認されたポストがないために雇用が不安定であり³⁹、卒業生たちの今後の懸念される。

³⁶ 太平洋公開保健学習ネットワーク (PHOLN) で、2012 年より遠隔学習コースを提供するとしている。

³⁷ 理学療法を専門とする青年海外協力隊員が 1 名派遣されている。

³⁸ フィジー国立大学

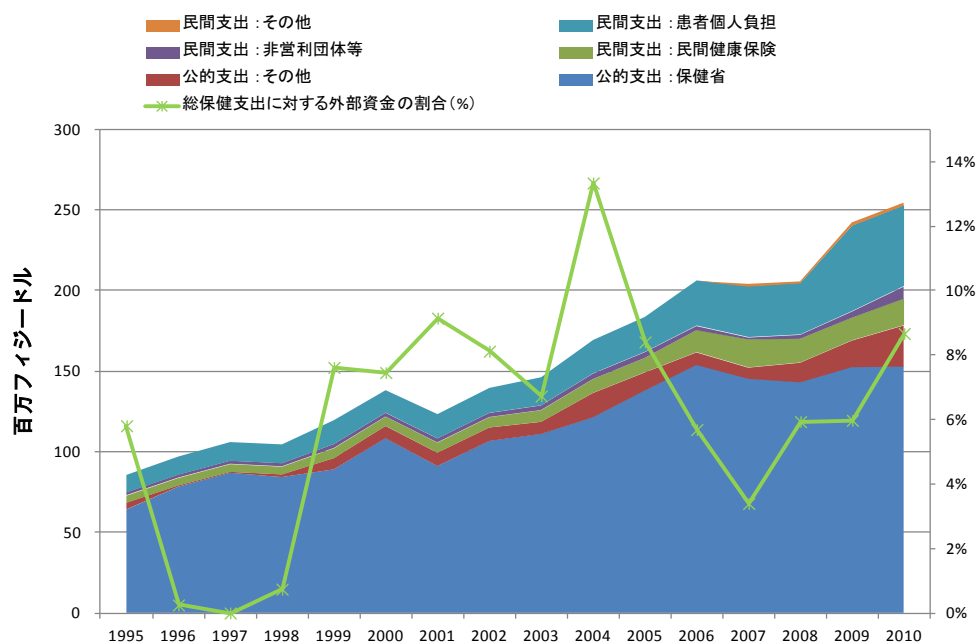
³⁹ 2012 年は保健省から人件費が出されたが、2013 年以降の待遇は不透明で、ボランティアベースで業務を継続せざるを得ない状況となる可能性が高いとの指摘があった。

保健省では、こうした人材の質を向上させるため、継続的な知識・技術の向上にも力を入れており、国内外のパートナーとの協力によってフットケアや NCD ツールキットなどに関する短期研修および奨学金の確保による海外での長期研修等への派遣などを行っている。

しかし、海外で専門医となるべく研修を受けた医師や、検査技術等を学んだ検査技師が離職してしまったり、フットケアの研修を受けた看護師が別の職場に異動になったりして、NCD 予防対策の現場にとどまっていないうケースが本調査においてもみられた。糖尿病ハブは、スバでは医師は1名のみで多忙を極めており、ランバサでは医師が休職したために暫定的に閉鎖となっていた。2013年には、看護師を1名常駐させることによって再開する予定とのことであったが、医師はランバサ病院から週数回、交代で派遣される予定で、常勤の医師の配置は予定されていない。また、フットケアの研修を受けた看護師が異動したために、同サービスの中止を余儀なくされているヘルスセンターもあるとのことであった。

4.5.4 保健財政

図 4-12 に、WHO の統計によるフィジーの総保健支出の動向を示す。



出典: WHO Global Health Expenditure Database を基に調査団作成 (アクセス 2010年10月)

図 4-12 フィジーの総保健支出 (1995年から2010年)

これによると、総保健支出における公的支出の割合は7から8割を維持している。一方、患者による個人負担は3から4割を推移しているが、近年その割合は増加傾向にある。外部資金の割合は1995年の5.8%から2010年の8.7%に増加している。2013年予算演説(2012年11月)によると、保健省の予算は7.3%増額され、167百万フィジードルが配分される予定とのことである。

保健省の収支は、表 4-16 に示すように、2009年から2011年にかけて、支出が歳入を大幅に上回っている⁴⁰。予算配分に際しては、省内の各部局、地方保健局、主要病院等から申請をしているが、最終的には実績に基づく配分ではなく、予算額が言い渡されるとその中でやりくりし、不足分はドナーに支援を要請するといった状況である。

⁴⁰ 不足分については、ドナーからの資金援助のほか、支払いの先送りなどで工面しているとの情報を得ている。

表 4-16 フィジー保健省の収支（フィジドル）（2009年度から2011年度⁴¹）

	2009	2010	2011		
歳入					
国庫からの配分					
運営収入	3,292,242	585,771	1,539,198		
国庫からの配分計	3,292,242	585,771	1,539,198		
省の収入					
関税・検疫	148,133	191,412	1,564,660		
病院からの収入	766,408	1,020,470	1,743,889		
免許など	0	527,769	1,025,088		
フィジー看護学校	673,774	405,966	299,095		
省の収入計	1,588,315	2,145,167	4,632,732		
歳入合計	4,880,557	2,731,388	6,171,775		
歳出					
			予算	支出	流用・補てん
運営費					
正職員給与	72,009,535	71,249,021	61,835,100	72,989,484	-11,154,384
補助職員給与	14,982,759	12,617,553	9,571,089	12,909,145	-3,338,056
通信交通費	3,296,804	3,292,880	3,483,348	3,408,206	75,142
維持管理費	9,001,340	9,992,150	10,654,287	10,465,683	188,604
調達（資機材とサービス）	24,800,646	25,678,965	25,699,824	27,161,305	-1,461,481
無償資金提供等	22,949,312	6,286,607	865,377	535,273	330,104
特別支出	2,835,545	3,635,770	5,861,973	4,590,805	1,271,168
運営費計	149,875,941	132,752,946	117,970,998	132,059,991	-14,088,993
資本支出					
建設費	5,698,306	5,044,490	5,306,274	5,275,078	31,196
固定資産調達	17,268,994	6,580,228	5,802,676	5,861,255	-58,579
資本助成等	1,555,199	200,000	0	0	0
資本支出計	24,522,499	11,824,718	11,108,950	11,136,334	-27,384
付加価値税	6,386,120	9,252,515	8,368,451	6,587,707	1,780,744
歳出合計	180,784,560	153,830,178	137,448,399	149,784,032	-12,335,633

注： 数値は出典のまま

出典： 保健省年次報告書 2010、
保健省年次報告書 2011（案）、2102年11月

保健省の NCD 予防対策戦略計画 2010-2014 では、年間 50 万フィジドルの予算が必要とされている。2012 年の予算推計に示された 2011 年の支出実績から抽出した NCD 関連の支出を表 4-17 にまとめる。合計額は、2011 年の運営支出の 0.9%であった。

表 4-17 NCD 関連支出（フィジドル）（2011 年）

支出内訳等		支出額
政策等にかかる特別支出	NCD プログラム支援	368,121
公衆衛生サービスにかかる調達	NCD 予防対策	400,000
	NCD ベスト・バイ	400,000
公衆衛生サービスにかかる特別支出	CRA プログラム	90,000
	心疾患プログラム	40,000
	腫瘍およびがんプログラム	40,000
合計		1,338,121

Source: Fiji Budget Estimate 2012, the government of Fiji

⁴¹ フィジーの会計年度は1月1日から12月31日まで。

2012 年は、NCD 予防対策とベスト・バイにそれぞれ 40 万フィジードルが配分されていたが、ベスト・バイ予算は 10 月末までに 32% が未消化であった⁴²。

4.5.5 医薬品および医療技術

(1) 医薬品

フィジーの必須医薬品リストには 444 の医薬品が掲載されており、フィジー医薬品供給センター (FPBSC) が、これらを含む保健省の医薬品供給、調達、補完と運搬、および医薬品製造の役割を担っている。同センターの年間予算は約 15 百万フィジードルである。

フィジーには医薬品製造業が 5 社あるが、公的セクターの医薬品はほとんど輸入されており、主な輸入先はインド⁴³、オーストラリア、ニュージーランドである。これは、現行の調達規定が、仲介業者を通じた輸入を想定したものとなっているためであるが、保健省では現在、関連法規を改訂することによって製造業者からの直接調達や国内業者の参入も可能にするべく調整および手続きを進めている。

医薬品等の供給は基本的に施設からの要請ベースとなっており、施設の規模や機能に応じて供給頻度が定められている。家族計画および予防接種拡大計画 (EPI) に関する医薬品等については、対象者数がヘルスセンターごとに登録され、FPBSC と共有されており、この数に基づいて供給されることになっている。地方病院は月 1 から 2 回、地区病院は 1 から 3 カ月に 1 回、都市部のヘルスセンターは 2 から 3 カ月に 1 回、その他のヘルスセンターおよび看護ステーションは 3 カ月に 1 回となっている。

NCD 関連の医薬品についての統計はとられていないが、FPBSC によると、近年は、高血圧、心血管疾患および精神疾患のための医薬品の取り扱いが増加しているとのことであった。NCD 患者は長期かつ定期的に服薬することになるため、家族計画や EPI 同様に登録患者数をヘルスセンターと共有し、需要予測に基づいて医薬品を提供する可能性について検討しているとのことであった。しかし、NCD 患者は指示通りに服薬しない、あるいは自己判断で中断するなどの問題が多いため、これらを解決しなければ需要予測に基づいて供給しても期限切れなど在庫管理の問題が起こることが危惧されている。

(2) 医療技術

1) 診断

糖尿病は迅速診断キットによって特定され、ヘモグロビンエーワンシー (HbA1c) による診断が可能な場合にはこれによって診断される。HbA1c の診断機器は地方病院に設置されていたのに加え、2011 年に 5 つの地区病院 (西部のバ、ラウトカ、ナンディ、および中部のワイニボカシ) とスバの糖尿病ハブにも導入された。CWMH では、血糖値と腎機能の病理検査も可能である。

地区病院では、心血管疾患は心電図と病歴、所見から診断するのが一般的で、その診断がリファー先の地方病院に伝えられる。地方病院では、トロポニン測定⁴⁴、エコー、トレッドミル負荷試験、血管造影⁴⁵なども可能である。がんに関しては、地方病院では以下が可能である。

- ・ 病理検査: 腫瘍マーカー、血球数

⁴² 未消化予算は、年度末に赤字となる見込みが高い費目 (人件費、光熱費など) に流用される。

⁴³ インドから輸入される医薬品の多くはジェネリックである。

⁴⁴ 現地調査におけるインタビューでは、救急においては、トロポニン測定はほとんど行われていないとのことであった。

⁴⁵ 血管造影は有料で、費用は健康保険の加入状況に応じて 500 から 3,000 フィジードルとのこと。

- ・ 内視鏡検査: 胃内視鏡、大腸内視鏡、気管支鏡
- ・ 画像診断: 超音波診断、CT⁴⁶、MRI⁴⁷ (図 4-13 参照)、マンモグラフィー⁴⁸

保健省は、さらに、CWMH にコンピューター体軸断層撮影装置 (CAT) および液状化検体細胞診装置を導入予定とのことである。



ランバサ病院の CT 装置 (単断層)



CWMH の MRI 装置

図 4-13 医療機器

2) 治療

表 4-18 に CWMH において行われている主な治療法をまとめる。

表 4-18 CWMH において行われている NCD の主な治療法

薬物療法	急性心筋梗塞	ストレプトキナーゼ、アスピリン、ヘパリン、硝酸塩、アテノロール、シンバスタチン、エナラプリル
	糖尿病	- 経口血糖降下剤 (グリピジド、グリベンクラミド、メトホルミン) - インスリン: 可溶性インスリン、イソファンインスリン、持続型インスリン - ACE 阻害薬: エナラプリル
がんの化学療法 (対象疾患)		リンパ腫、骨髄腫、骨髄増殖性疾患、乳癌
外科的療法		腫瘍切除

出典: CWMH、2012 年 11 月

保健省の計画によると、以下の治療も近年可能となった、あるいは数年以内に可能になるとのことであった。

- ・ スバのホスピスにおけるがん患者へのサービスの提供
- ・ 地方病院における細胞毒性試験
- ・ CWMH およびランバサ病院における放射線療法
- ・ ラウトカ病院における眼科設置 (2011 年)
- ・ ラウトカ病院におけるカテーテル検査室設置 (2011 年)

⁴⁶ ラウトカとランバサの両病院には 2010 年に導入された。CWMH では民間クリニックからリファーされた患者は 1 回あたり 200 フィジードルが課金される。

⁴⁷ 2011 年に国内初の MRI が CWMH に導入された。民間クリニックからリファーされた患者は、検査部位によって 920 から 1,035 フィジードル、海外からの患者はその倍額を支払う。

⁴⁸ ラウトカとランバサの両病院のマンモグラフィーは 2010 年に導入された。(CWMH は導入時期未確認)

- ・ CWMH における腎移植手術と開胸手術（2014 年）

4.5.6 保健情報システム

保健情報システムは、患者情報システム（PATIS）と、公衆衛生情報システム（PHIS）があり（表 4-19）、保健情報ユニットが管理運営している。PATIS は病院からの情報を、PHIS は看護ステーション、ヘルスセンター、オンライン化されていない地区病院および地方保健事務所からの情報を取りまとめており、いずれのシステムにも NCD に関する項目は含まれている。なお、PHIS については現在改訂作業が進められており、2013 年 1 月より新システムに移行し、将来的にはオンライン化される予定とのことである。

表 4-19 保健情報システム

システム	対象	主なデータ	提出		備考
PHIS	- 看護ステーション - ヘルスセンター - オンライン化されていない地区病院	- サービス提供実施状況 - 人口動態 - 子どもの栄養 - 家族計画実施者、糖尿病および高血圧患者登録	紙	月次	2008 年に、従前の月例方向所に代わって導入されたが、実施レベルで収集・活用しているデータとの整合性が取れておらず改訂の必要性が指摘されてきた。2103 年 1 月より新システム運用予定。
PATIS	- 病院	- 病歴、治療歴を含む患者個人情報	オンライン	月次	2009 年にシステムが改訂された。死亡例含め 100 万件以上が蓄積されているが、カバー率等は検証されていない。

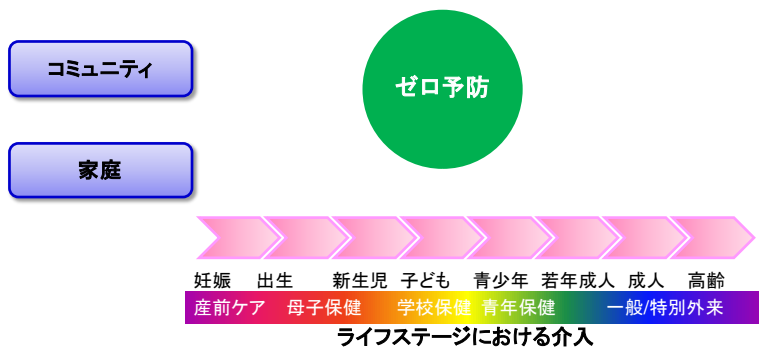
出典：保健省保健情報室、2012 年 11 月

保健情報ユニットは、収集したデータを分析して四半期ごとに「保健情報紀要」を発行してフィードバックとしているが、現場での認知度は高くない。また、現場では自分の担当する地域や地区のレベルでの統計や集計を活用して業務計画等に反映させたいとの希望があり、フィードバックについて今後も調整が必要と考えられる。また、NCD についてはプログラムの実施状況や成果の達成状況等を定期的に集計あるいは分析する体制が整備されていないため、モニタリング評価が十分に実施されていないとの指摘もあった。保健省では、主要な NCD を届出疾患報告システムに含めることによって疾病の状況を定期的に把握するべく調整を進めているが、危険因子やスクリーニングの状況等については、系統だった情報収集・分析システムの整備については本格的な検討はされていない。

4.6 継続ケアによる分析

4.6.1 ゼロ予防

図 4-14 に、ゼロ予防における介入の場所とライフステージを示す。2013 年予算演説によると、フィジー政府はたばことアルコールに対する税金を 10% 増加させ、その収入を NCD 予防対策に活用するとともに、フィジーで栽培できない輸入野菜に対する関税を 5% 引き下げ、野菜摂取を促進する、とのことであった。



注： 最下段は、国家戦略計画で示された、各ライフステージに対する、保健サービスにおける主な介入場所。

図 4-14 ゼロ予防

たばこ対策に関しては、1998年にたばこ規制法が制定され、その後2000年にたばこ対策規定、2010年にたばこ規制令が制定された。WHOのたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）への調印は2003年10月に行われ、2010年の規制令では公共の場における直接広告が禁止され、保健施設は禁煙となった。これに引き続き、NCD国家戦略計画では、公共の場における禁煙の促進を目指している。

4.6.2 一次予防

図4-15に、一次予防における介入の場所とライフステージを示す。公衆衛生次官補の下、国家ウェルネスセンターが中心となって一次予防を実施している。また、国家環境保健顧問は、健康的な環境づくりの観点から一次予防を推進する立場にあり、主任栄養士と国家食糧栄養センターの栄養担当官は健康的な食生活の普及を推進している。

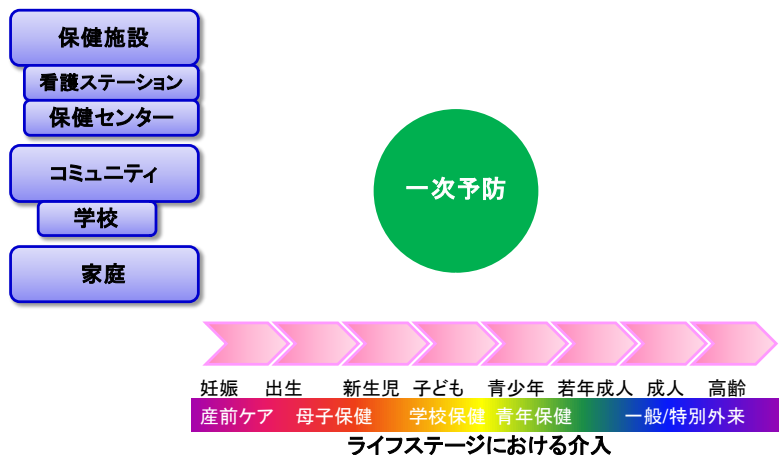


図 4-15 一次予防

表 4-20 にまとめるように、一次予防の主な焦点は、喫煙規制、栄養（健康的な食事）、アルコール摂取と身体活動となっている。

表 4-20 一次予防の戦略

分野	戦略	年間予算 (フィジドル)
共通	- 一次予防のコンセプトを、看護ステーションおよびヘルスセンターにおけるすべての活動に取込む - 学校において健康的な環境整備を推進する (健康的な学校を宣言したのは、2012年11月時点で81校) - 学校保健法の制定	
喫煙	- 公共の場における禁煙の促進	40,000
栄養	- 野菜あるいは果物を1日当たり3から5単位摂取する割合の増加 - 塩分、脂肪分、糖分の摂取の削減 - 学校給食の改善	80,000
アルコール	- 過度の飲酒者の割合の削減 - 成人における責任ある飲酒の推進	20,000
身体活動	- 18歳から65歳における、太平洋身体活動ガイドラインの適用と実施 - 18歳未満における身体活動ガイドラインの策定	200,000

出典：保健省 NCD 予防対策戦略計画 2010-2014、
NCD 予防対策計画国家戦略計画 2010-2014、
および現地調査より調査団作成

啓発活動においては、ポスターなどの視覚教材が多用されている。図 4-16 左に示すポスターは、ヘルスセンター、看護ステーションなど多くの場所で見られ、地域保健看護師らも母子保健活動や村落での活動の際などに使用している。右は、民間企業と AusAID によるダイエットコンテストのポスターで、8月からどれだけ減量したかを競うイベントとのことであった。フィジーでは、民間企業によるこうした啓発活動等への協力も積極的に行われている。



ヘルスセンターおよび看護ステーションに掲示されているポスター



ダイエットコンテストのポスター

図 4-16 啓発活動用ポスターの例

4.6.3 二次予防

NCD 予防対策戦略計画では、二次予防と三次予防が統合された形で示されており、糖尿病、心血管疾患およびがんを対象として、年間 13 万フィジドルが必要とされている。

図 4-17 に、二次予防における介入の場所とライフステージを示す。二次予防では、NCD ツールキット・プログラムによる、疾病の早期発見と、糖尿病やがんの共通および中程度の危険因子をもつ患者に対する早期の治療開始を目指している。公衆衛生次官補の下、国家ウェルネスセンターが活動の調整等を行い、地方保健局が実施責任を負っている。

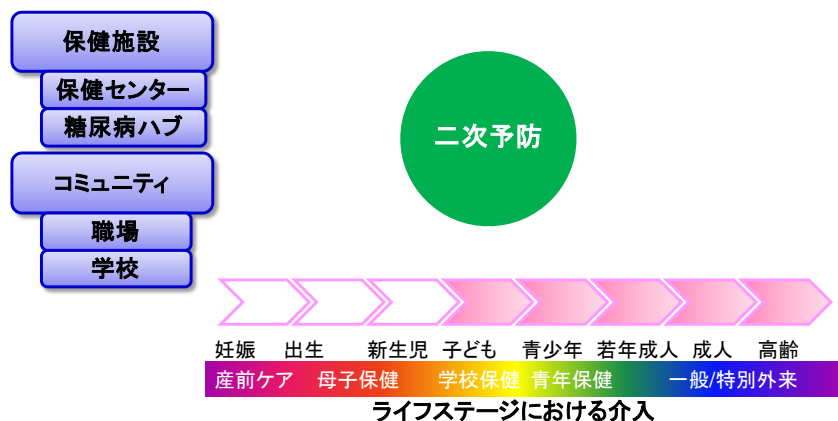


図 4-17 二次予防

NCDスクリーニングは、25 歳以上を対象として、コミュニティおよび職場において実施されている。2010 年から 2014 年までの間に、年間 20%の対象人口をカバーすることによって、5 年間ですべての対象者に対するスクリーニングを完了する計画である⁴⁹。スクリーニングには、BMI、血糖値および血圧の測定と、看護師および必要に応じて栄養士によるカウンセリングや指導が含まれている。費用は保健省が負担するが、職場検診では、血糖値測定のための消耗品と実施場所は各職場が準備することになっている。図 4-18 に、スバにおいて観察された職場スクリーニングの様子を示す。



職場の 1 室が提供される

必要に応じて、栄養指導教材が渡される

図 4-18 職場スクリーニングの様子

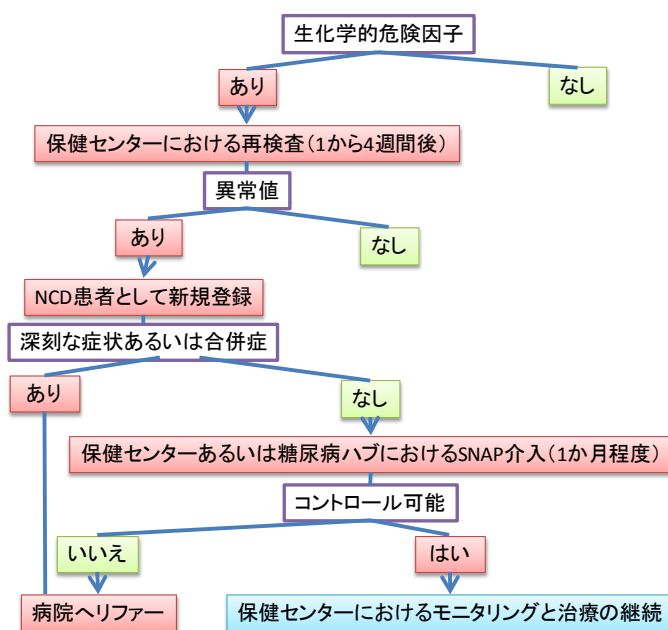
職場検診において記入されていた検診者フォームでは、カウンセリングにおいて与えられたアドバイスや受診の指示、実際に受診したかどうかなどをモニターする欄がなく、早期発見が早期の治療開始につながっているのか、現行のフォームだけでは把握できない可能性がある。北部の保健事務所においては、別途フォローアップの状況を記録するフォームも使用しており、指示通りに受診に来ない患者がいた場合には、次回のコミュニティ訪問の際などに受診を促したりしているとのことであった。また、SPC の担当者もこの点を指

⁴⁹ 保健省および支援している FHSSP において、その実施数あるいは実施率などがわかるデータは入手できなかった。

摘したことがあり、フォームの改訂やフォローアップ体制の強化の必要性は保健省も認識しているとのことであった。

がんのスクリーニングについては、子宮頸がん検診を、30歳から59歳の女性を対象として地区レベルで実施しているが、今後は民間セクターとの協力によってさらに実施を強化するとのことであった。

図4-19に、スクリーニング後のフォローアップの流れを示す。血糖値あるいは血圧が基準値を超えているなどの危険因子がみられた場合には、数週間後にヘルスセンターで再度検査を受けるよう指示され、その値によって新規患者登録される。その後、喫煙、栄養、アルコール、身体活動（SNAP）の改善指導を1か月程度継続し、再度検査をして、検査値が改善するようであれば経過観察とし、状況に応じて服薬の開始や病院へのリファーなどが行われる。SNAPは、行動変容コミュニケーション手段の一つで、患者に「SNAP宣誓書」などを書かせたり、特にリスクの高い行動について「やめます宣言書」を書かせたりするなど、意識を向上させる工夫がなされている。



出典： 現地調査結果より調査団作成

図 4-19 スクリーニング後のフォローアップ

4.6.4 三次予防

図4-20 および4-21に、三次予防における介入の場所とライフステージを示す。病院サービス次官補は病院における活動、公衆衛生次官補は地域保健の場における活動を、それぞれ監督しており、国家ウェルネスセンターが関連する活動を調整することとされている。

治療に関しては、すべての臨床サービスの現場における患者管理の能力を向上させるとともに、リスクが高い、あるいは進行する可能性が高い患者の早期リファーを推奨するとともに、糖尿病ハブや特別外来をワンストップ・サービスの拠点として、患者のケアや治療、リファラルを効率的に行うことを目指している。また、終末期のがん患者に関しては、在宅医療（HITH）を充実させるとしている。

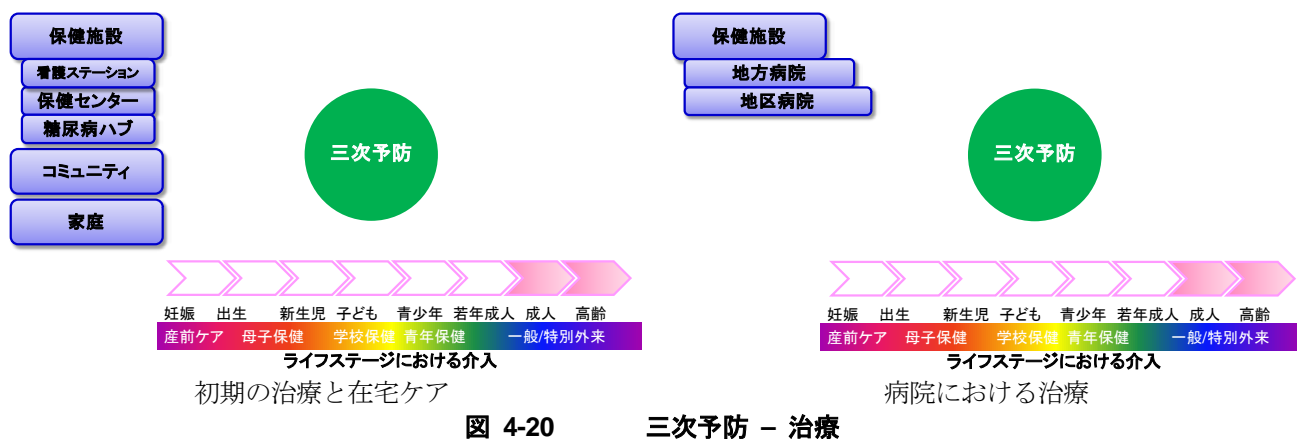


図 4-20 三次予防 – 治療

図 4-21 に示すように、リハビリテーションは主に専門病院（タマブア）と地方病院の理学療法室で行われ、患者に対する理学療法に加え、退院後の生活やケアのアドバイスを家族に提供している。しかしながら、現地調査における聞き取りでは、地方病院の理学療法室の主な利用目的は腰痛の緩和であり、障がいを持つ患者が通院するためには、本人と家族の交通費がかかるなどの理由で、通院が継続されないことが多いとのことであった。将来的に CRA の機能等が強化された場合には、コミュニティにおけるリハビリテーションの実施も期待されるが、4.5.3 (2) に述べたように、現状では困難である。

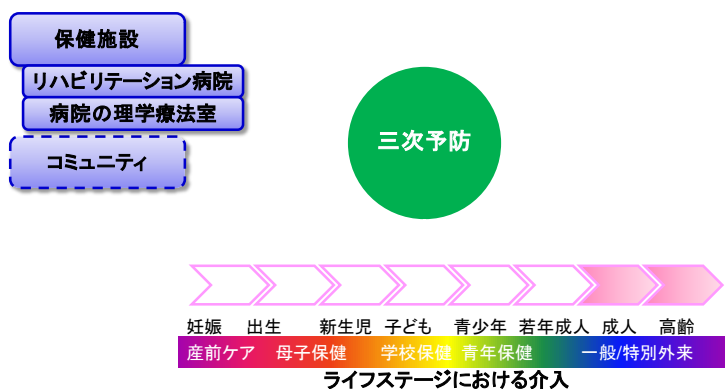


図 4-21 三次予防 – リハビリテーション

タマブアリハビリテーション病院によると、地方病院からリファーされてくる患者は辱創がひどく、その治療のために、リハビリテーションの開始前に多くの時間を費やしているとのことであり、治療とリハビリテーションとの間の連携も課題であるとの指摘があった。

4.7 マルチセクターアプローチ

NCD 予防対策国家戦略計画では、官民のマルチセクターによる協働と連携が強調されており、保健省以外でも、例えば農業省では野菜の生産を促進するために土地利用の規制を改定したり、教育省では NCD 予防の視点を取り入れた学校保健法を制定しようとしていたりしている。国家ウェルネスセンターは、国家レベルでの調整を行べく、教育省、農業省、フィジー国立大学、開発パートナー、民間企業などとの情報交換や連携を行っている。しかし、保健セクター以外における NCD 予防対策の取り込みは、既存の活動の中に NCD 予防対策との関連性を見出して関係づけるにとどまっている場合が多く、たばこ規制を除いて、今後さらなる拡充が必要な状況である。

4.8 NCDに関連する開発パートナーの動向

フィジーの保健分野においては、AusAIDによる「フィジー保健セクター支援プログラム (FHSSP) 2011-2015」が存在感を示している。糖尿病および高血圧症の予防対策、地方保健事務所の能力強化など保健システムの強化、母子保健、家族計画、コミュニティヘルスワーカーの強化に取り組んでいる。

世界エイズ・結核・マラリア対策基金も、保健管理情報システムの改善と強化、モニタリング体制の強化支援等、主に保健システムの強化に重点を置いている。他に、WHOは人材開発、UNICEFは母子保健分野への支援を中心に行っている。JICAは、EPI、施設・設備等の整備、技術支援プロジェクトを通じた人材開発、集団研修等を通じた支援を行っている。NCD関連の支援では、SPCとWHOが主導的な役割を果たしており、2-1-22プログラム、ベスト・バイ、PENなどによる支援を行っている。関連する主な動向を以下にまとめる。

(1) SPC

SPCは、フィジーの保健セクターに対し、以下に関する財政および技術支援を行っている。

- ・ 包括的かつマルチセクターな国家NCD戦略の開発と実施
- ・ 青年期保健の向上
- ・ HIVおよびその他性感染症に関する継続ケアの能力強化
- ・ 国民が良質な保健サービスにアクセスできるようになるための、保健セクターの能力強化
- ・ モニタリング評価およびサーベイランスの枠組みの開発
- ・ 人材開発のための研修
- ・ 保健情報システムの強化
- ・ 効果的、効率的かつ良質な臨床およびリハビリテーションサービスへのアクセスの向上

(2) WHO

WHOは、奨学金の供与や太平洋オープン保健学習ネットワーク (POLHN) を通じた人材開発、STEPS調査など調査活動への支援および共同研究、ベスト・バイへの資金提供などを行っている。また、PENについては、スバ、レワ (中部地方) およびラウトカ (西部地方) をパイロット地域として以下の支援を行っている。

- ・ 施設アセスメント
- ・ コミュニティにおける関係者との協議
- ・ 支援パッケージ内容の特定
- ・ NCD関連サービス提供体制の改善
- ・ 情報管理体制の改善
- ・ 需要と供給およびその体制の検討
- ・ 国家レベルにおける対策の検討

(3) AusAID

FHSSPは保健システム強化にかかわる幅広い課題を取り扱っている。主なコンポーネントは、新生児と子どもの健康、安全な母性、プライマリヘルスケアとなっている。NCD予防の視点は、これらすべての活動に取り込んでいくとしている。中でも主眼は糖尿病予防におかれており、職場スクリーニングやNCDツールキット・プログラムへの支援を行っている。

4.9 調査結果

これまでの結果から、フィジーにおける NCD 対策の特色等について以下にまとめる。

(1) リーダーシップ

NCD 予防対策に関する政策や計画や、サービス提供体制はほぼ整備されているが、その実施については今後さらに強化する必要がある。国家戦略は概して総花的かつ抽象的で、優先順位や各活動における実施責任が明確にされていない。NCD 対策プログラムには、計画通りに予算が配分されているが、その実施状況や予算の執行状況、スクリーニングのカバー率などの活動実施状況や、成果の達成状況がモニターされていないため、活動の遅延や、前期の活動において指摘された問題点が改善されることなく継続されていたりするといったことが現地調査において観察された。国家ウェルネスセンターにおいても、プログラム実施の全体像を把握できていないことは問題として認識されているが、設立されたばかりで各担当者の役割や保健省内の関連部署および外部の関連機関との連携や役割分担が明確になっておらず、計画した活動を実施して予算を消化することで忙しく、俯瞰的かつ長期的な視点に立つ余裕がないのではないかと推察された。

(2) 保健サービス提供者および利用者の認識

NCD の予防対策に携わる保健人材については、量的に不足していることはもとより、その認識についても変えていく必要があると思料される。フィジーでは、母子保健や栄養不足、感染症と言った MDGs に関連する課題もまだ大きく残っており、これらのサブセクターについてはすでに保健人材の能力や研修教材、実施ツールなども整備されていることなどから、現場における実際の活動では、これらに関する活動が優先的に行われる傾向がみられる。特に地域保健の現場においては、スタッフはすべての健康課題に対応しており、これまで慣れ親しんだツールや手法の方をより活用したり、来訪者がより多い母子保健などの活動に多くの時間を割いたりすることは、現場業務全体を考えると自然なことと考えられる。また、フィジーの保健セクターには、一つの機会になるべく多くの活動や話題を盛り込んで時間を節約しようとする傾向がみられ、例えば母子保健関連のイベントに NCD 対策も HIV 対策も少しずつ盛り込まれたりすることがある。項目としてはカバーされることになるが、限られた時間内にこれらを少しずつ行うため、対象者の意識にどれだけ訴えかけられるかといった効果の面からは疑問が残る。このような状況のために、NCD 予防対策の大きな課題となっている住民の意識の向上のための活動が、住民に最も近いレベルで十分に行われていない可能性があると考えられる。

NCD 予防対策関連の研修も実施されているが、研修を受けた看護師がその成果を十分に活用できないまま異動することも多い。また、専門医となるために海外で研修を受けた医師が離職するケースもみられ、こうした人材開発への投資を最大限に活用するための工夫が必要であると考えられる。

利用者側の意識については、多くの関係者から指摘されたように、NCD に対する危機感や治療に対する姿勢において改善の必要性があると考えられる。NCD は深刻な症状を伴うことなく進行するため、早期治療に真剣に取り組む、継続させていくことが困難である。また、予防には生活習慣などを変える必要があるため、考え方そのものをかえないと根本的な解決に結びつかない可能性がある。都市部においては、NCD の予防に関する知識は普及していると推察されるが、村落部や貧困層においては、伝統的価値観が強く、診療を受けるための交通費などの負担や近代医療への恐れなどから、生活習慣の改善や二次あるいは三次予防へのアクセスなどが滞る傾向がある。

(3) 財政

現状では、公的施設におけるほとんどのサービスが無償で提供されているが、NCD の治療は高度化および長期化する傾向がある。フィジー政府は、国内における治療体制の整備を進めており、今後海外治療の負担については多少の改善が期待されるが、増え続ける NCD 患者が生涯に亘る服薬等の治療を受けたり、より高度な医療を国内で受けられたりするようになれば、現状のままでは政府による負担が今後ますます増大することが危惧される。

(4) 情報管理

(1) に述べたように、NCD プログラムの全体像が定期的にモニターされていないこと背景には、保健情報システムが完全には対応しきれていないことがあると考えられる。現状では、NCD に関する疫学データおよび保健サービス提供状況に関するデータは、申請ベースでの集計となっており、定期的に集計されて関係者にフィードバックされる仕組みにはなっていない。本調査において得られた集計データも、依頼状を提出してから提供されるまでに 3 週間を要し、しかも全ての集計値が得られたわけではない。地方および地区レベルにおいても、必要な集計値を得るために病院の患者登録台帳やヘルスセンターで管理している受付台帳などまでさかのぼってデータを収集しなければならないこともあり、保健情報ユニットから提供されているフィードバックが必ずしも現場のニーズに即している状況ではない。

また、データの収集においても、患者登録は重複や登録漏れの可能性が指摘されたり、患者情報システムでもデータの一義性や更新頻度について懸念が指摘されたりするなど、提出されるデータの質を向上させる必要があると考えられる。収集のタイミングについても、各保健施設から提出される公衆衛生データが提出期限を大幅に過ぎてから提出されることがあり、定期的なフィードバックに含まれない地区があるなど、適時的な情報の活用にも支障がある状況である。

フィジーの保健情報システムは、長年にわたり頻繁な改訂を繰り返している上、地方ごとに、必要に応じて独自のフォームも開発して使用している。省内の定時報告書（月次、四半期、年次など）の書式や項目も統一されておらず、EPI や MDGs 関連指標などを除いては、地方間の比較や経年的な比較などが困難な状況であることが多い。情報システムの改訂において、こうした現状や現場における情報管理業務の実態が詳細に把握されることはなく、改訂の都度、現場では歴代のフォームの中から最も使いやすいものを使いつつ、新たに定められたフォームにも記入するなど、書類作成の手間が増加するといった事態が起こっている。保健省では、この状況を改善すべく、四半期報告書のフォームの統一を周知したり、PHIS のオンライン化を図ったりするとともに、報告書類の締切までの提出の徹底についても折りに触れ周知している。

こうした状況を踏まえ、NCD に関する情報を定期的に収集・分析してモニターするためには、まずは既存の情報システムの中から活用できるものを引き出し、定期的に国家ウェルネスセンターに共有される仕組みを確立することが効率的と考えられる。

(5) 継続ケア

継続ケアの観点からみると、一次および二次予防により重点が置かれており、開発パートナーからの支援が集中しているとともに、国家ウェルネスセンターでも啓発活動とスクリーニングが主要な活動となっている。国家戦略計画では、生涯を通じた NCD 予防対策の介入が示されているが、一次予防から三次予防までの連携は十分とは言えず、例えば啓発からスクリーニングへの導入やスクリーニング後のフォローアップ、治療と

リハビリの連携など、課題は多いと考えられる。また、介入場所間の連携についても、例えば学校や職場と家庭、これらと保健施設との連携を強化することによって、より効率的な予防対策が可能となると考えられる。

4.10 まとめ

これらの調査結果と、JICAのこれまでの保健セクターにおける支援実績を考慮すると、人材開発やモニタリング評価体制の強化、コミュニティレベルにおける活動への支援することによって、NCD予防対策の実施強化への支援することが可能と考えられる。フィジーのNCD対策の現場には、国家NCD顧問をはじめ多くのJICA研修修了者が関わっており、日本の経験をフィジーに応用させるべく主要な役割を担っている。また、現在実施中の技術協力プロジェクト⁵⁰では、NCD予防対策で大きな役割を担っている地域保健看護師を対象としている。これらの人材や人脈を活用することによって、より効率的な支援を実施することが期待される。

(1) 人材開発

既存の集団研修および国別研修を、より最新のニーズに基づく形で強化するとともに、帰国後のフォローアップ協力についても強化することにより、研修修了者による日本の知見の活用が促進されることが期待される。また、現場ニーズに基づく現任研修のシステムを活用して、現場レベルでの小規模かつ継続的な能力向上を支援することも可能であると考えられる。

(2) モニタリング評価

2008年まで実施されていた地域保健看護師を対象としたプロジェクト⁵¹において、地域保健看護師による現場レベルでの保健情報管理および分析と、その結果を活用した現状分析や業務計画策定が支援され、保健省では現在、これらの基礎を活用して保健情報管理の現場レベルでの能力強化を図っている。この動きと連携することによって、現場レベルで活用可能な情報管理および活用の仕組みを策定するとともに、改訂された公衆衛生情報システムと連携することによって、NCD対策プログラムのモニタリング評価に資する情報管理体制の構築を支援することが可能と考えられる。

(3) コミュニティレベルの活動

JICAがこれまで世界各国において実施してきた行動変容に関する支援および日本において蓄積されてきた生活習慣改善のためのツールや経験を活用することによって、フィジーにおいて大きな課題となっている、一次予防に関する人々の意識の向上や危険因子を抱えた人々や患者の行動変容に貢献することが可能と考えられる。

⁵⁰ 地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化プロジェクト、2010-2014
大洋州地域予防接種体制整備プロジェクト、2011-2014

⁵¹ 地域保健看護師のための現任教育プロジェクト、2004-2008

