

テクニカルレポート

JNCGM/IMCJ/TR10-001

# サブサハラ・アフリカにおける 国立国際医療研究センターの国際保健活動



**Care, Commitment and Communication  
for a Healthier World**

2010年9月

独立行政法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力部



このテクニカルレポートは、サブサハラ・アフリカの保健状況を把握し、これまでのNCGMの技術支援活動をまとめ、今後のサブサハラ・アフリカに対する支援の方向性を検討するために作成されたものである。



## @@略語表

AFRO(WHO/AFRO)	WHO Regional Office for Africa (WHO アフリカ地域事務所)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (後天性免疫不全症候群)
ANC	Antenatal Care (産前健診)
ART	Antiretroviral Therapy (抗レトロウイルス療法)
AU	African Union (アフリカ連合)
C/P	Counterpart (カウンターパート)
EMRO (WHO/EMRO)	WHO Regional Office for the East Mediterranean (WHO 東地中海地域事務所)
EU	European Union (欧州連合)
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (世界エイズ・結核・マラリア対策基金)
HSS	Health System Strengthening (保健システム強化)
IMCJ	International Medical Center of Japan (国立国際医療センター ; NCGM が独立行政法人化前の名称)
JICA	Japan International Cooperation Agency (独立行政法人国際協力機構)
MCH	Maternal and Child Health (母子保健)
MDG(MDGs)	Millennium Development Goals (ミレニアム開発目標)
NCGM	National Center for Global Health and Medicine (独立行政法人 国立国際医療研究センター)
NTD(NTDs)	Neglected Tropical Diseases (顧みられない熱帯病)
ODA	Official Development Assistance (政府開発援助)
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (米国大統領エイズ救済緊急計画)
PHC	Primary Health Care (プライマリ・ヘルス・ケア)
PMTCT	Prevention Mother to Child Transmission (母子感染予防)
PPTCT	Prevention of Parent to Child Transmission (親子感染予防)
TICAD	Tokyo International Conference on African Development (アフリカ開発会議)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (国連合同エイズ計画)
UNFPA	United Nations Population Fund (国連人口基金)
UNICEF	United Nations Children's Fund (国連児童基金)
WACIPAC	West African Centre for International Parasite Control (西アフリカ国際寄生虫対策センター)
WHO	World Health Organization (世界保健機関)

## 目 次

略語表.....	1
要 約.....	3
第 1 章 サブサハラ・アフリカへの援助必要性と保健状況.....	4
1. サブサハラ・アフリカ支援の必要性.....	5
2. サブサハラ・アフリカの保健状況.....	5
第 2 章 主な開発パートナーの取り組み.....	7
第 3 章 NCGM (IMCJ) のこれまでの主な取り組み（2000 年度—2009 年度）.....	10
1. NCGM からサブサハラ・アフリカへの派遣実績の分析.....	10
2. サブサハラ・アフリカ諸国からの研修生を対象とした NCGM における研修.....	13
3. 主たる JICA 技術協力プロジェクト、保健省アドバイザー、広域案件等の要約.....	17
1) 母子保健分野.....	18
2) 感染症対策分野.....	19
3) 保健システム強化分野.....	21
4) その他の分野.....	24
第 4 章 研究.....	25
1. 現在までの取り組み.....	25
2. 今後の展開.....	25
第 5 章 今後の展望.....	27
作成者 氏名一覧.....	30
引用文献.....	30

## 要 約

- ・ サブサハラ・アフリカ諸国の保健状況は世界でも最も劣悪な状況にあり、保健関連の MDG 達成状況も最も進捗が遅れている。
- ・ 我が国は、2008 年の TICAD IV でアフリカへの更なる援助強化を打ち出し、中でも保健と教育に焦点を当てること、保健課題では、1. 保健システムの強化、2. 母子保健の向上、3. 感染症対策に重点を置くことを内外にアピールした。
- ・ 国際機関や主要ドナーも、各々の戦略に即してアフリカの保健分野への援助強化を進めている。
- ・ こうした中、NCGM (旧 IMCJ) でもアフリカへの協力を強化し、人材育成を中心とした保健システム強化、母子保健対策、HIV/AIDS・寄生虫対策を中心とする感染症対策に取り組んできた。さらに最近 10 年間で延べ 223 件の派遣 (短期派遣 126 件、無償案件 42 件、長期派遣 32 件、委託研究 23 件)、WHO アフリカ地域事務所 (AFRO) との協力関係強化など、多彩な取り組みを行ってきた。
- ・ サブサハラ・アフリカの保健課題に対処する上で、AFRO の新たな「戦略方針 2010-2015」と、アフリカ連合(African Union: AU) が 2007 年に採択した「アフリカ保健戦略 2007-2015」が大きな位置を占めている。
- ・ NCGM の行ってきた協力は、日本政府の援助方針に沿っているのみならず、上記のアフリカ自身の戦略方針にも良く合致した内容となっており、現在進行中の協力を継続していくことがアフリカの保健指標改善に大きな貢献となることは間違いないであろう。
- ・ しかし、将来の展望を考えるなら、保健システム強化における PHC 視点の強化、母子保健における小児対策の強化、感染症対策での更なる可能性の拡大、非感染性疾患や健康の決定要因への取り組みへの可能性などを今後の課題として検討すべきであろう。

## 第1章 サブサハラ・アフリカへの援助必要性と保健概況

### はじめに サブサハラ・アフリカの概要

一般にアフリカという場合、いわゆる大陸全体と周辺の島々を意味する。しかし、サハラ以南アフリカ（Sub-Saharan Africa、サブサハラ・アフリカ）と北部の地中海沿岸諸国とは、開発指標などで異なる点が多く、区別して扱われることが多い。かつては、地中海沿岸諸国はコーカソイド人種が多いことから「ホワイトアフリカ」、サブサハラには黒人種が多く居住するため「ブラックアフリカ」と呼ばれた。しかし、この表現は差別的とみなされ、現在は「サブサハラ・アフリカ」の方がよく使われている。

アフリカ大陸全体の面積は3,030万平方キロメートルで、世界全体の22.3%を占めるが、人口は約9億人（2009年推計）で、世界人口比では約14%を占める。現在は53の独立国<sup>1</sup>によって形成されている。その内、サブサハラ・アフリカに属するのは48カ国である。WHOアフリカ地域（AFRO）には、サブサハラ・アフリカ諸国が最も多く加盟（AFRO加盟46カ国中、アルジェリアを除く45カ国がサブサハラ）しており、サブサハラ・アフリカの保健課題を論ずる際に主導的役割を担っている。なお、スーダン、ジブチ、ソマリアのサブサハラ3カ国はWHO東地中海地域（EMRO）に加盟している。従って、WHO資料で「アフリカ」という場合、上記3カ国のデータは含まれず、AFRO加盟国のみのデータに基づいている。

サブサハラ・アフリカの地図（出典：Wikipedia「ブラックアフリカ」）



<sup>1</sup> なお、それ以外に国連に加盟しておらず、非自治地域リストに掲載されている西サハラ（サハラ・アラブ共和国）があるが、日本及び先進国は国家として承認していない。しかし、西サハラはアフリカ連合には加盟している。

## 1. サブサハラ・アフリカ支援の必要性

アフリカ、特にサブサハラ・アフリカは、HIV/AIDS、マラリア、結核、ポリオ、NTD等の感染症の蔓延、高い乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率といった深刻な課題に直面している。2015年に達成を目標としたMDGsに関しては、世界で最も進捗が遅れており、特にMDG4、5に関しては達成が危惧される現状である<sup>a</sup>。加えて、気候変動や新興・再興感染症、世界的食糧危機という新たな脅威によって更なる保健課題に直面しており、これらの課題に対しては、安全な水、衛生、栄養、基礎教育、ジェンダー平等などを含めた包括的かつ多分野横断的な取り組みが求められている<sup>b</sup>。

2007年4月のアフリカ連合(AU)保健大臣会合では、アフリカ全体としては初となる「アフリカ保健戦略」<sup>c</sup>が採択され、アフリカの保健システム全体を強化することが合意された。更にAUは、アフリカ諸国が国家予算の15%を保健分野に充てることを目標に掲げ、様々な取り組みを行っている。

また、サブサハラ・アフリカ諸国のほとんどが加盟するWHO/AFROは第60回地域委員会(2010年)<sup>d</sup>で新たな中期保健戦略(2010-2015)<sup>e</sup>を採択し、MDG目標達成とサブサハラ・アフリカの保健水準向上のため、更なる指導力を発揮することと、1)PHCに基づく保健システム強化、2)母子保健、3)3大感染症対策、4)感染症・非感染症の予防と制御の強化、5)健康の決定要因への対応などを強化していくことを戦略目標に掲げている。

こうした中、我が国は2008年5月のTICAD IVで「横浜宣言」<sup>f</sup>を採択し、アフリカへの一層の支援を行うことを内外にアピールした。宣言の具体化である「横浜行動計画」<sup>g</sup>の中では、「アフリカ諸国のオーナーシップ、パートナーシップ及び南南協力の拡大」という原則を確認し、「MDGs達成に向けて遅れが最も顕著な保健と教育分野に積極的に焦点を当てる」とした。そして、TICADプロセスの下で今後5年間に取られる保健分野の措置として、1.保健システムの強化、2.母子保健の向上、3.感染症対策を挙げ、各々の具体策を明記した。

## 2. サブサハラ・アフリカの保健状況

サブサハラ・アフリカの保健状況が世界の各地域の中でも最も遅れた状況にあることは、既に様々な資料で繰り返し指摘されている事実であり。ここでは簡単な指摘にとどめる。

WHO 2010年の資料(図1参照)によれば、アフリカ地域は、保健関連MDGの総ての指標においてWHOの世界6地域の中で最も悪い数値を示している。

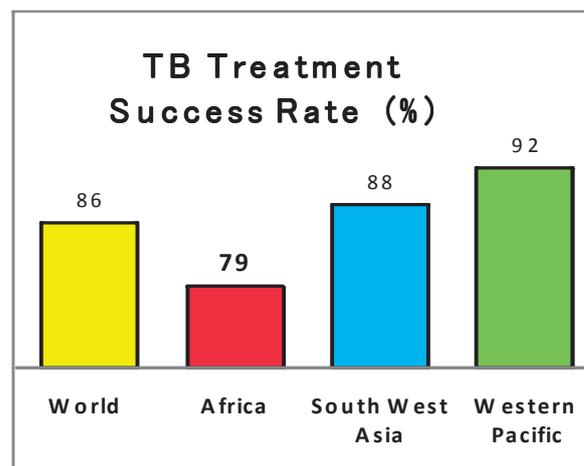
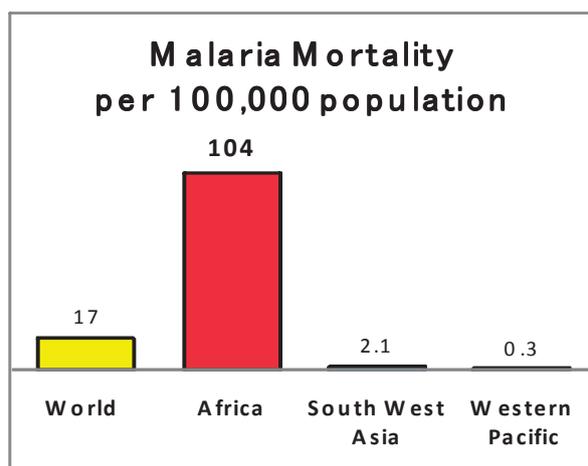
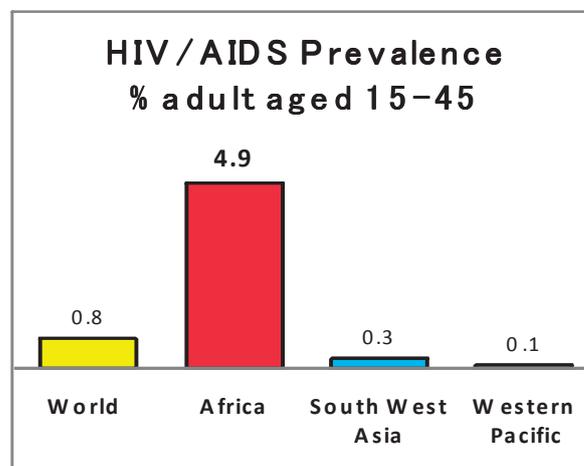
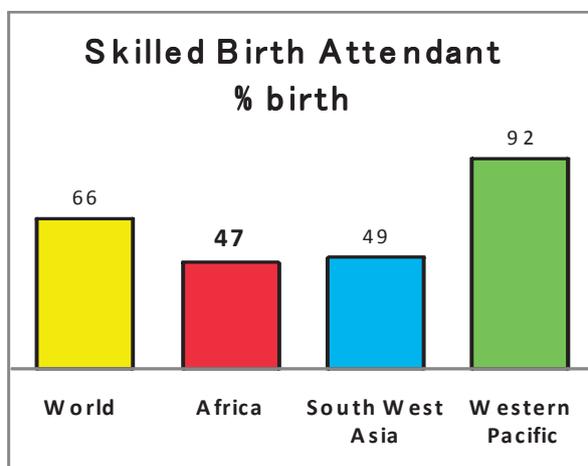
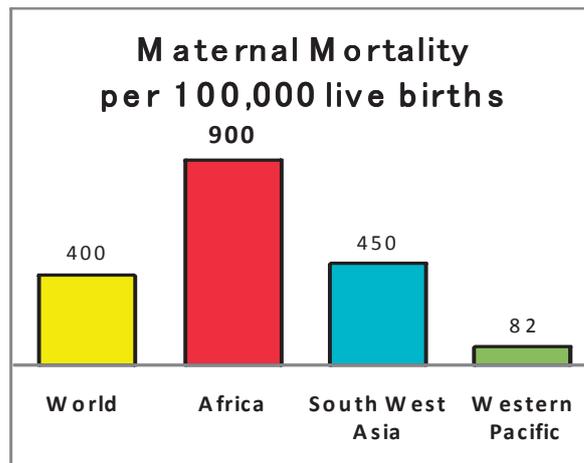
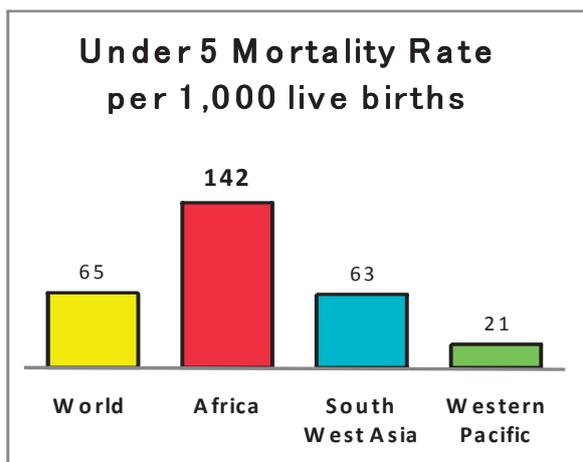


図1：保健ミレニアム開発目標の主な指標 WHO 地域ごとの比較

WHO, Accelerating progress towards the health related millennium development goals (2010年2月) を基に作成

## 第2章 主な開発パートナーの取り組み

表1：主な開発パートナーの母子保健、感染症、保健システムなどの取り組み

開発パートナー	母子保健	感染症	保健システム	その他
WHO (AFRO) 3分野（母子保健、感染症、保健システム）の主なプログラムとその他の取り組みを右に示す。	小児と思春期の健康、ジェンダー・女性の健康と高齢化、より安全なお産、性と生殖に関する健康	HIV/AIDS、マラリア、結核  疾患予防コントロール・クラスターに「顧みられない熱帯病」	必須医薬品、倫理・公平・取引・人権、保健財政と社会的保護、保健政策とサービス提供、保健の人材、保健技術とラボラトリー	気候変動、政治、経済を含めた健康の決定要因への取り組み強化
UNICEF ①子どもの生存と発達（栄養・環境介入）。②子どもの保護（暴力、搾取、依存）。のエリアを右に示す※。	①子どもの生存と発達（栄養・環境介入）。②子どもの保護（暴力、搾取、依存）。	③HIV/AIDS と子ども（母子感染、AIDS の子どもたちの予防・治療）	④子どもの権利のための政策アドボカシーとパートナーシップ	⑤基礎教育とジェンダーの平等
UNFPA 3つの重点領域を下線部で示す※。	② <u>リプロダクティブヘルス/権利、</u> 安全な母性	HIV/AIDS の予防・ケア、		① <u>人口と開発</u> 、③ <u>ジェンダーの平等</u>
世界銀行 技術的に焦点をあてている7分野を下線部で示す※。	② <u>栄養</u> ③ <u>人口/リプロダクティブヘルス</u> アフリカにおける母子保健への支援と学び	⑤ <u>優先疾患</u> （インフルエンザ、HIV/AIDS、マラリア、結核、オンコセルカ症等）	① <u>保健システム</u> （GAVI・GF・WHO と共に保健システム資金プラットフォームづくり）、⑦ <u>結果に基づく資金</u>	④ <u>貧困</u> 、⑥ <u>分野横断的</u> （気候変動、環境保健、MDGs、交通安全、学校保健、たばこ等）
世界基金（GFATM） 2002年以來、144カ国、572プログラムに193億ドルの支援を行う※。	MCH への支援強化を表明	世界的な支援額で AIDS は 1/4、結核は 2/3、マラリアは 3/4 に相当	保健システム強化を重視。 保健システム資金プラットフォームに言及	

開発パートナー	母子保健	感染症	保健システム	その他
<p>ビル&amp;メリンダ・ゲイツ財団</p> <p><b>Global Health Program</b>の優先分野を右に示す</p> <p>※。1994 年以来、132 億ドルの支援を行う。</p>	<p>家族計画、栄養、母子・新生児保健</p>	<p>下痢症、HIV/AIDS、マラリア、肺炎、結核、顧みられない熱帯病、ワクチン予防可能疾患</p>	<p>(横断的プログラムとして) 政策とアドボカシー、アプローチが行き渡ること</p>	<p>タバコ</p> <p>(横断的プログラムとして) 新技術の発見</p>
<p>アメリカ合衆国</p> <p>アフリカの 47 カ国を支援し、USAID は 23 カ国で 2 カ国間協力を行っている。</p>	<p>子どもの生存と母性・新生児保健に関する協力を実施</p>	<p>PEPFAR は HIV/AIDS と結核プログラムに対する二国間協力で、2003 年～2009 年に 256 億ドルの支援を実施</p> <p>マラリアは、President's Malaria Initiative で対応</p>	<p>保健システム強化を支援</p>	
<p>日本</p> <p>TICAD IV 横浜行動計画より抜粋したものを右に示す。</p>	<p>5 歳未満児死亡率・妊産婦死亡率の削減支援、予防接種・微量栄養素の提供、継続的ケア促進、リプロダクティブ・ヘルスサービスへの普遍的なアクセス達成支援、熟練した助産師による出産を、5 年間で 75%まで向上させる取組に貢献</p>	<p>GFATM を支援、HIV 新規感染予防、結核罹患率・死亡率削減支援、長期残効型蚊帳配布などマラリア対策実施促進、ポリオ撲滅へ包括的取組支援、顧みられない熱帯病 (NTD) への取組</p>	<p>保健医療従事者の育成、保健インフラ整備、正確な保健情報に基づいた政策決定、野口英世アフリカ賞を通じて、医療研究、医療活動を奨励</p>	

開発パートナー	母子保健	感染症	保健システム	その他
G8 (Group of Eight Summit) 主要先進国首脳会議：8カ国（日、米、英、独、仏、伊、加、露）の首脳、外務大臣・財務大臣レベルの年1回の会合。保健分野に関して右に示す※。	母子保健に対する支援を強化する「G8 ムスコカ・イニシアティブ」（2010年）を打ち出し、2010年から5年間に、全世界で50億ドルの支援を行う予定	九州・沖縄サミット（2000年）において、HIV・エイズ、結核及びマラリア等の感染症の問題について、具体的目標値を掲げ、取り組み強化を合意 世界基金設立の発端	北海道洞爺湖サミット（2008年）の国際保健に関する洞爺湖行動指針で保健システム強化の重要性を提言	

（※はアフリカに限定した内容ではなく世界的な取組みを示す）

参考としたサイト URL

AFRO <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes.html>

UNICEF の5つのフォーカスエリア <http://www.unicef.org/whatwedo/index.html>

UNFPA の3つの重点領域 <http://www.unfpa.or.jp/about/activities/activities.html>

世界銀行が技術的に焦点をあてている6分野

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/0,,menuPK:282516~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:282511,00.html>

世界銀行によるアフリカの母子保健に関する成功例からの学びの紹介

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:22658551~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258644,00.html>

世界基金 保健システム強化へのアプローチ [http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/8/R8HSS\\_Factsheet\\_en.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/8/R8HSS_Factsheet_en.pdf)

母子保健への支援強化 [http://www.theglobalfund.org/documents/board/21/GF-BM21-DecisionPoints\\_en.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/board/21/GF-BM21-DecisionPoints_en.pdf)

ビル&メリンダ・ゲイツ財団 <http://www.gatesfoundation.org/global-health/Pages/overview.aspx>

TICAD IV 横浜行動計画：[http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc4\\_sb/yokohama\\_kk.html#03\\_03](http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc4_sb/yokohama_kk.html#03_03)

### 第3章 NCGM (IMCJ) のこれまでの主な取り組み (2000 年度—2009 年度)

#### 1. NCGM からサブサハラ・アフリカへの派遣実績の分析

- ・ NCGM は、保健システム強化、母子保健、感染症対策の 3 分野において、偏りなく協力活動を行ってきた。
- ・ こうした活動内容は、AFRO の保健戦略※とも呼応するところが多い。
- ・ NCGM が支援した JICA 技術協力プロジェクトや短期派遣においては、英語圏 (ザンビア、ジンバブエ、ガーナ) のみならず、仏語圏アフリカ (セネガル、マダガスカル、コンゴ民主共和国、ニジェールなど) での活動が多かった。

※ : WHO, Strategic Orientations for WHO action in the African Region 2005-2009

##### 1) 派遣形態による派遣数の年次推移

アフリカに対する NCGM からの派遣件数は、2000 年度～2009 年度にかけて合計 223 件の派遣があり、年次推移は 2000 年度以降全体として増加傾向であった (図 2)。派遣形態として長期派遣、短期派遣の件数に大きな変化はないが、委託研究によるは件数が近年増加してきた。これらの研究は JICA 技術協力プロジェクトにおける成果をより科学的に分析・評価し、エビデンスとして発信するために補完的に行われている。

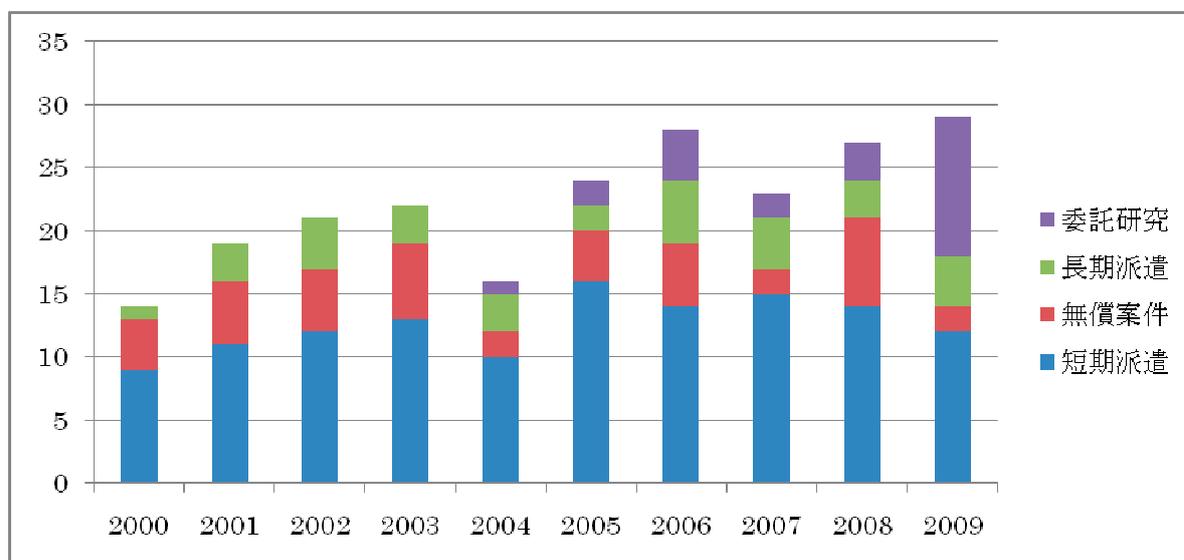


図 2 : 派遣形態による派遣数の年次推移

派遣数全体 (223 件) の内訳は、短期派遣 126 件、無償案件 42 件、長期派遣 32 件、委託研究 23 件で、長期派遣は 1 年度に 1 回として算出した。無償資金協力 (無償案件) に関しては、以下の文献を参照。

参考文献 : 金武和人、浅香隆久、宮村和夫、稲葉淳一、三好知明、仲佐 保、政府開発援助(ODA)における保健医療分野の無償資金協力--対アフリカ支援の増加と対応 日本医事新報, 74-79, 2009-01-31

## 2) 各分野別の派遣数の年次推移

派遣分野別では、2000年度以降、母子保健分野の派遣が全体的に増加し、感染症対策、保健システム分野は大きな増減はなかった(図3)。また、この間の223件の派遣のうち、母子保健47件、感染症対策58件、保健システム53件、その他23件、無償案件調査42件であった。

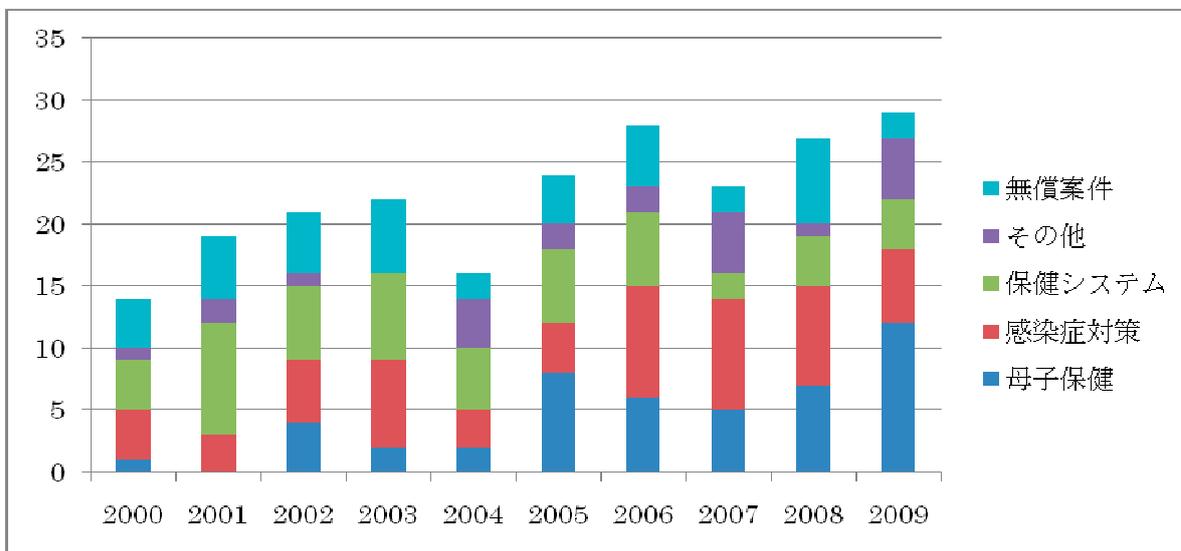


図3：各分野別の派遣数の年次推移

## 3) 各分野別の派遣期間（単位：人月）の年次推移

派遣期間（人月）の総計は407人月であった。派遣分野別では、2000年度から2006年度にかけては保健システムが長く、2007年度以降は、感染症対策と母子保健分野が増加してきた(図4)。これは各分野の技術協力プロジェクトに対する長期専門家の人数と滞在期間が影響している。

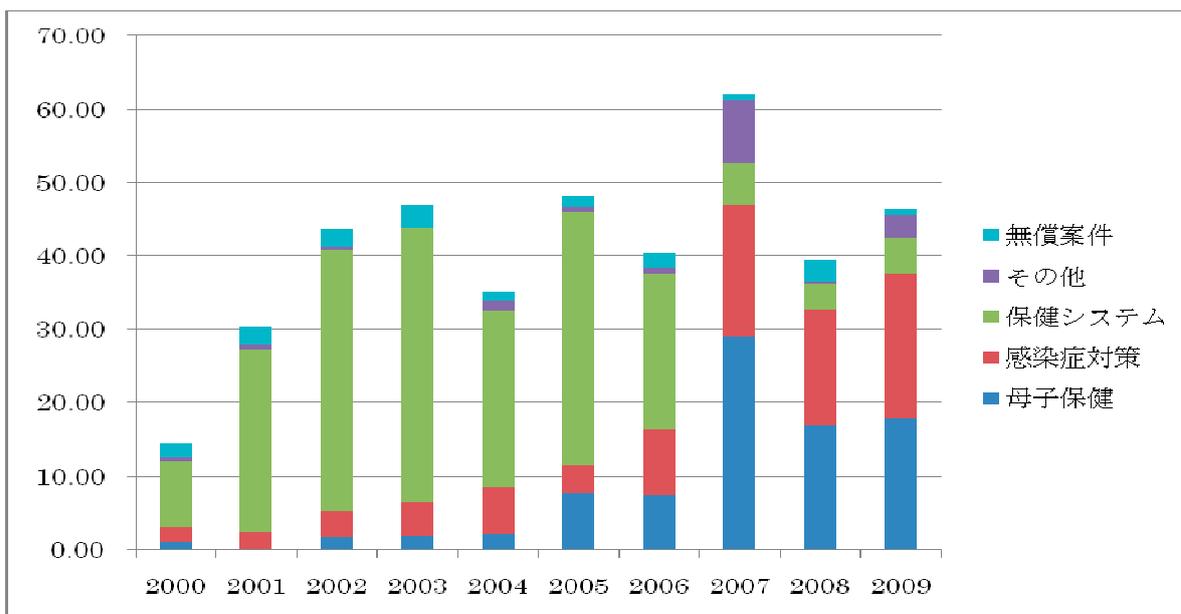


図4：各分野別の派遣期間の年次推移

派遣期間（人月）407人月の内訳は、母子保健85人月、感染症対策85人月、保健システム201人月、その他17人月、無償案件19人月であった。

#### 4) NCGM が国際保健活動に関わった国

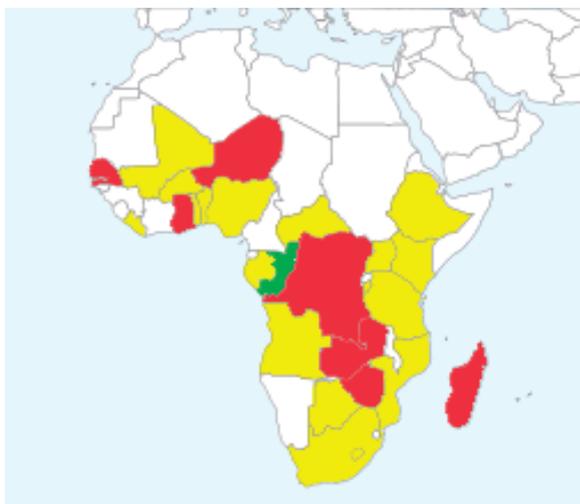


図5：NCGM が国際保健活動に関わった国（2000年度－2009年度）

赤：JICA 技術協力プロジェクト等に関わった国（セネガル、マダガスカル、コンゴ民主共和国、ザンビア、ニジェール、ジンバブエ、ガーナ）、  
黄：短期派遣（無償調査、委託研究、調査団等）に関わった国、  
緑：AFRO への派遣（コンゴ共和国）

## 2. サブサハラ・アフリカ諸国からの研修生を対象とした NCGM における研修

- NCGM は 2000 年度から 2009 年度まで、サブサハラ諸国 48 カ国中の 42 カ国から約 500 名（110 コース）の研修生を受け入れ、海外からの研修生の約 1/5 に相当する。2004 年度以降は毎年 50 名以上を受け入れてきた。
- 研修内容は、感染症分野（223 名：45%）、保健システム分野（106 名：21%）、母子保健分野（97 名：20%）が主なものであるが、看護管理・看護助産教育（34 名：7%）についても実施した。
- 2 つの仏語圏アフリカ集団研修（母子保健、保健人材管理）では、仏語圏アフリカ諸国からの積極的な研修生の受け入れを行ってきた。研修受講のみで終わることなく、研修内容が実践に生かされることを目指して、研修前の準備、研修後のフォローアップにも重点を置いている。

方法： 2000 年度から 2009 年度までの 10 年間に、NCGM が受け入れたサブサハラ・アフリカからの研修生について、NCGM の研修データベースを用いて分析した。対象は、サブサハラ・アフリカ 42 カ国からの研修生 497 人（研修コース 110 コース）。

### 1) NCGM で受け入れた外国人研修生におけるサブサハラ・アフリカ諸国からの研修生の割合

NCGM において受け入れた外国人研修生は 2220 人

うちサブサハラ・アフリカ諸国からの研修生は 497 人

外国人研修生に占めるサブサハラ・アフリカからの研修生割合 22% (497 / 2220)

### 2) 研修生数・研修コース数の年次推移

研修生数（497 名）と研修コース（110 コース）の年次推移を図 6 に示す。

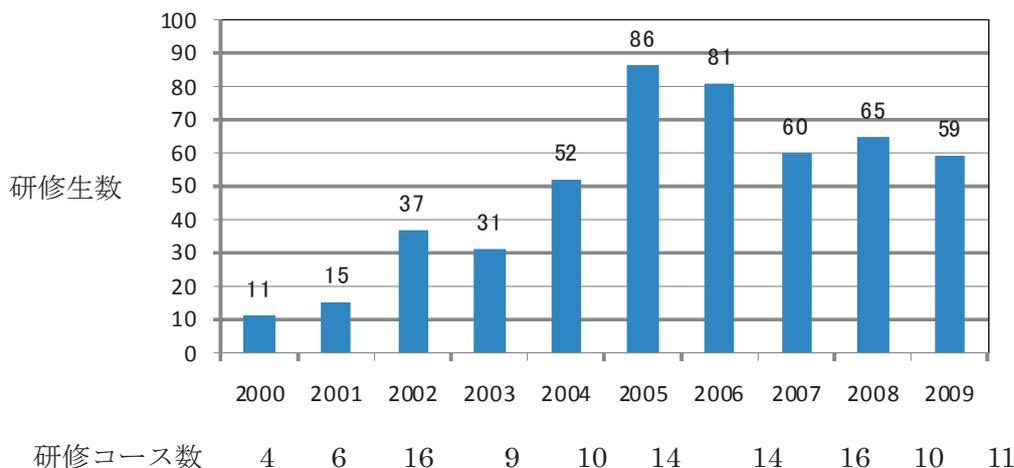


図 6：研修生数・研修コース数の年次推移

### 3) 研修生の内訳

性別は男女半々であった。研修生の職種としては医療職が多く、また、研修生の所属先としては保健省・行政組織に所属するものが約半数であった(表2)。研修内容は、主には感染症分野、保健システム強化分野、母子保健分野であり、看護管理・看護助産教育についての研修も実施した。

表2. サブサハラ・アフリカからの研修生 497名の特徴

		n	%			n	%
<b>研修生性別</b>				<b>研修参加日数</b>			
	男性	254	51%		1日	285	57%
	女性	242	49%		2から10日	47	9%
	不明	1	0%		11から20日	36	7%
<b>研修内容</b>					21から30日	63	13%
	感染症分野	223	45%		31日から135日	66	13%
	保健システム強化分野	106	21%	<b>研修生の所属先</b>			
	母子保健分野	97	20%		保健省・行政組織	235	47%
	看護管理・看護助産教育	34	7%		病院	134	27%
	その他*	37	7%		大学・大学病院	54	11%
<b>研修依頼元組織</b>					大学以外の教育施設・研修センター	29	6%
	JICA	255	51%		研究所	10	2%
	財団法人国際看護交流協会	159	32%		その他 †	35	7%
	国際厚生事業団	21	4%	<b>研修生の職種</b>			
	国立保健医療科学院	16	3%		医師	182	37%
	九州大学	15	3%		看護師	125	25%
	国立病院機構熊本医療センター	12	2%		行政官	91	18%
	その他**	19	4%		事務職	37	7%
					助産師	29	6%
					保健師	5	1%
					その他 ††	28	6%

\* 国際医療協力、IEC、歯科教育、など

\*\* 聖マリア病院、長崎大学熱医研、国立感染症研究所ハンセン病研究センター、国際保健医療交流センター

† 保健協会、歯科学院、教材センター

†† 歯科医師、栄養士、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、など

表3. 10年間での研修生受入人数と、研修生参加国

<b>研修生受入 人数</b>		
60 ≤	<70	セネガル、マダガスカル
20 ≤	<40	タンザニア、ケニア、ザンビア、ナイジェリア、コートジボワール、ニジェール
10 ≤	<20	マラウイ、ガーナ、ウガンダ、ジンバブエ、ベナン
10名未満		他29カ国

4) 2つの主要な集団研修

仏語圏アフリカ母子保健研修（2003年度 - 2010年度）

対象国	<p>2003年度～2007年度（第1フェーズ）：コートジボアール、マダガスカル、セネガル、ベナン</p> <p>2008年度～2010年度（第2フェーズ）：ベナン、セネガル、マダガスカル、ニジェール、ただし2010年度のみ、ベナン、セネガル、ブルキナファソ・カメルーン・コモロ</p>
参加者	中央及び地方（州・郡）レベルで母子保健分野に関わる行政官
目的	<p>第1フェーズ：研修員自身が自国で包括的な観点から母子保健対策を実施することができるために必要な事項を整理し表現することができる。</p> <p>第2フェーズ：研修員の所属機関が、当該地域における母子保健サービス向上のために、国際的な経験を踏まえて実情にあった活動計画案を策定できるようになる。</p>
成果	<p>① 本研修を修了した母子保健行政官等は、アフリカ仏語圏8カ国 計75名である。</p> <p>② 本研修の実施を通して、JICA マダガスカル/技術協力プロジェクト「母子保健サービス改善プロジェクト」（2007年～2010年）の案件策定に寄与した。</p> <p>③ 本研修の実施を通して、JICA セネガル/技術協力プロジェクト「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト」（2008年～2011年）の案件策定に寄与した。</p> <p>④ 「継続ケアの視点からみた妊産婦・新生児 国際ワークショップ」を2008年度より毎年開催し、過去の研修の成果を研修参加者と共有することができた。</p>
課題	<p>① 現地の日本人との連携等の本研修修了後の現地でのフォローアップ体制の構築</p> <p>② 本研修修了生の仏語圏アフリカの横断的なネットワークの構築</p> <p>③ 本研修修了生等を活用した仏語圏アフリカの母子保健分野の人材育成（南南協力）への新たな取組へのシフトチェンジ</p>
学び	<p>① 現場により変革をもたらすような研修を実施するためには、研修実施機関が、研修員選定・研修実施・研修フォローアップに関与することが大切である。</p> <p>② 国際医療協力における本邦研修が効果を上げていくためには、現地での協力事業の戦略が立てられ、その中での研修の位置づけが明確になること、が前提条件のひとつである。</p> <p>③ 複数年の本研修を実施することで、マダガスカルやセネガルで技術協力プロジェクトが始まったように、研修のコンセプトを理解し改革を現地で行っていくには、一定数の理解者が必要である。</p>

JICA 仏語圏西アフリカ保健人材管理集団研修（2009 年度より 3 年間の予定）

対象国	仏語圏西アフリカ (8 か国) : セネガル、ベナン、トーゴ、コートジボワール、ブルキナファソ、ニジェール、マリ、コンゴ民主共和国、
参加者	保健省・州レベルの人材管理部署の担当者
目的	仏語圏西アフリカの保健人材管理関連政策の現状と問題点を把握するとともに、「保健人材管理」の重要性を理解し、自国への適用策・改善策を計画できるようになる
成果	<p>① 2 週間の研修機関のうち、前半の自国の実状の発表の中で、保健人材管理フレームワークを用いて協働作業を行い、現状と問題点を把握した。</p> <p>② 多くの問題点が参加国に共通であることが理解された（人材開発政策や計画、人材の質も量も不足、公平な配置、僻地の人材の定着とモチベーション、人材の規準が現状に合っていないこと、関係者の調整、など）。</p> <p>③ 講義・視察ののち、後半のワークショップでは、フレームワークの中の、政策の枠組み、人材の育成・配置・定着、法制度の枠組み、調整・モニターメカニズムの問題点に対して研修から学んだことや解決策のアイデアが整理され「東京ビジョン 2010」として表現された。</p> <p>④ 各国の参加者はこの共通のビジョンに基づき、それぞれの国に適応する活動計画を策定した。</p>
課題	本研修を通じてネットワークづくりの提案が研修員から出されたが、継続した人材管理に関する情報交換は有効と考えられる。次年度以降の研修との関連や資金面も含めて継続に向けた具体的な方策が望まれる。
学び	<p>① 共通の問題を抱える西アフリカ地域で、国レベルでの保健人材管理の実務者が集まったことは特記すべきことであり、経験の共有という点で有効であった。</p> <p>② 次回の参加者選択についても上記の継続した情報交換とつなげて考えることができれば、3 年間の研修もさらに有効なものになると思われる。</p>

### 3. 主たる JICA 技術協力プロジェクト、保健省アドバイザー、広域案件等の要約

#### 1) 母子保健

- A. マダガスカル共和国：母子保健サービス改善プロジェクト（2007年 - 2010年）
- B. セネガル共和国：タンバクンダ州およびケドゥグ州母子保健強化プロジェクト（安全なお産プロジェクト）（2009年 - 2011年）

#### 2) 感染症

- C. ジンバブエ共和国：マシング州 HIV 母子感染予防 (PPTCT) プロジェクト（2005年 - 2008年）
- D. ザンビア共和国：HIV/AIDS ケアサービス強化プロジェクト（2006年 - 2009年）
- E. 広域（ガーナ 他 9 か国）：国際寄生虫対策西アフリカセンタープロジェクト WACIPAC（2004年 - 2008年）

#### 3) 保健システム

- F. セネガル共和国：保健人材開発促進プロジェクト（2001年 - 2006年）
- G. セネガル共和国：保健予防医学省大臣官房技術顧問（2005年 - 2007年）
- H. マダガスカル共和国：マジュンガ大学病院センター総合改善計画プロジェクト（日仏連携案件）（1999年 - 2004年）
- I. コンゴ民主共和国：保健省アドバイザー（2008年 - 現在）

#### 4) その他

- J. WHO アフリカ地域事務所（AFRO）：野口英世アフリカ賞医療活動分野推薦委員会事務局（2007年 - 2009年）

1) 母子保健分野

A. マダガスカル共和国：母子保健サービス改善プロジェクト（2007年1月 - 2010年1月）

対象地域	マジュンガ州ブエニ県
C/P	保健家族計画省およびブエニ県保健家族計画局
目的	マジュンガ州ブエニ県の住民に対して根拠に基づいた質の高い母子保健サービスが提供される
成果	① ブエニ県で人間的ケアと根拠に基づいた医療を提供するための人材育成システムが構築される。 ② ブエニ県において人間的ケアの考え方を反映させた地域保健システムのモデルが確立される。 ③ ブエニ県の母子保健サービスモデルが各活動レベルで確立される。
課題	① 人間的なケアと根拠に基づいた医療の実践が、どのような理論で母子保健の状況改善に資するのかを明示的にする必要がある。 ② 根拠に基づいた医療の実践とは、ガイドライン等に則ったサービス提供を行うことではなく、科学的根拠を参照しつつ個々の場面と人に応じてサービスを提供することである。その考え方と態度の普及には一定の時間が必要とされる。
学び	① 人間的なケアと根拠に基づいた医療の実践により、不必要な医療介入の減少とそれに伴う医療費の減少が確認できた。同時に妊産婦にとって快適なケアが提供された。 ② 住民ボランティアによる小児疾患の早期発見と初期治療プログラムの確立と実践を支援した。その過程で、ボランティアの選定において一般行政と衛生行政が住民と協働することと、スーパーヴィジョンと支援を定期的 to 実施することが、活動継続の要点であった。

B. セネガル共和国：タンバクンダ州およびケドゥグ州母子保健強化プロジェクト（安全なお産プロジェクト）（2009年1月～2012年1月）

対象地域	タンバクンダ州およびケドゥグ州
C/P	保健省母子保健課、タンバクンダ州医務局
目的	タンバクンダ州、ケドゥグ州の対象施設（ヘルスセンター・ヘルスポスト）において「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルが実践される
成果	① 基幹施設（特定した各1か所のヘルスセンターとヘルスポスト）において「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルが確立される ② タンバクンダ、ケドゥグ州に「根拠に基づいた妊産婦・新生児ケア」モデルが広まる
課題	① 基幹施設での経験と教訓を対象施設に広げていくために、基幹施設において介入手法と効果が確認された活動について実践内容と実施プロセスを含めて記述し、これをマニュアルとしてまとめねばならない。

	② 仮に上記が実現したとしても、プロジェクト期間内に対象施設へ活動を展開することは難しい。
学び	① 分娩の取り扱いには資格を有する医療従事者と規定されているが、現実には基幹施設のほぼすべての分娩助産がマトロンにより実施されている。現状を正視して、マトロンの役割の明確化と正規の資格規定へ向けての法整備の準備をすることはプロジェクト目標実現に向けての重要なステップである。そのためには、保健省のみならず大きな影響力を持つ産婦人科学会の理解と支援を必要とする。(2010年7月時点)

## 2) 感染症対策分野

### C. ジンバブエ共和国：マシング州 HIV 母子感染予防 (PPTCT) プロジェクト (2005年11月 - 2008年6月)

対象地域	マシング州マシング郡
C/P	保健児童福祉省、マシング州立病院、マシング郡保健局
目的	マシング郡における HIV 母子感染が減少する
成果	① マシング郡の妊婦健診受診者数の HIV 母子感染予防サービス利用率が増加する ② マシング郡での HIV 母子感染予防サービスを提供する保健医療施設数が増加する ③ マシング州およびマシング郡 HIV 母子感染予防チームのプログラム運営管理能力が向上する
課題	① 妊婦の HIV 感染率が高く (プロジェクト案件形成当初 30% - UNAIDS2002年)、同国の HIV 対策の中で母子感染予防プログラムの拡大が最重要項目と位置付けられているにも関わらず、人材流出、予算不足等により対策が計画通り実施されていない。 ② 現場でのデータ管理の問題により、母子感染予防プログラムにかかる検査キット、薬剤の配布に問題がある。 ③ 母子感染予防のためのカウンセリングの実施に問題があり、妊婦のサービス利用数が増加しない。
学び	① 郡の ANC 受診者における PPTCT サービス利用率が増加 成功要因：女性・妊婦のニーズに合致、郡と現場レベルのカウンターパートの看護師とカウンセラーらの質の向上、現場と地域住民の信頼関係の熟成 ② 郡の PPTCT サービスを提供する保健医療施設数が増加 成功要因：保健省中央の政策変更にも合致、統一されたマニュアル等の存在、対象者への研修の実施 ③ 郡のプログラム担当者のプログラム運営能力の強化 成功要因：短期派遣専門家の投入によるプログラム担当者のニーズに合致した技術

	移転、関係者を集めての定期会議での進捗モニタリング及び適切なモチベーション マネジメント
--	---

D. ザンビア共和国：HIV/AIDS ケアサービス強化プロジェクト（2006年4月 - 2009年3月）

対象地域	ルサカ州チョングウェ郡、中央州ムンブワ郡
C/P	保健省臨床診断局、チョングウェ郡保健局、ムンブワ郡保健局
目的	活動対象郡に於いて、より住民に近い場所で治療を含む HIV/AIDS ケアサービスを提 供するサービスモデルが確立され、サービスの質とアクセスが改善する。
成果	① 2週間に一度、保健センターで治療を行うために、郡病院スタッフが検査なども含 めた支援を行う「モバイル ART サービス」の導入により、医療資源の限られた地方 の活動対象郡において、HIV 感染者が自宅近くで質の高い ART サービスが受けられ るようになった。 ② オペレーショナル・リサーチなど、プロジェクトの成果をより科学的にモニタリン グする活動を通じて、継続的なサービス実施体制の構築に必要な郡保健局の管理運営 能力が向上した。 ③ プロジェクトの教訓がモバイル ART サービスに関する国家ガイドラインに反映さ れた。（プロジェクト終了約1年後）
課題	① 極度の保健人材不足/医療資源の不足 ② 援助ストラテジーの問題（Dead aid?） ③ プログラムそのものの自立発展性の確保
学び	① 治療拠点の地方分散化は、HIV/AIDS 治療の継続性確保の観点からも必要である。 その点において本プロジェクトで導入したモバイル ART サービスという手法は、特 に活用できるリソースが極めて限られた状況下において有効な手法であると言える。 ② HIV/AIDS 対策は緊急的課題と捉えられることもあるが、ART サービスを含む各種 HIV/AIDS 対策事業は既存リソースの活用を図る等、活動の持続性も考慮することが 重要である。 ③ アフリカにおける HIV/AIDS 対策のように政策・制度の変化や技術的進歩が著しい 分野においては、それらの変化・進歩に伴って活動を迅速かつ柔軟に軌道修正してい く必要が生じることもある。

E. 広域（ガーナ 他9か国）：国際寄生虫対策西アフリカセンタープロジェクト WACIPAC  
（2004年1月 - 2008年12月）

対象地域	広域（パートナー国9か国）
C/P	ガーナ大学、野口記念医学研究所
目的	土壌伝搬性寄生虫を中心にした寄生虫対策と学校保健に資する人材育成を通じて、政 策の策定と事業の推進を図る

成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 土壌伝播性寄生虫対策が推進された (10 カ国)</li> <li>② 学校保健推進のための保健・教育セクターの連携メカニズムが構築された (6 カ国)</li> <li>③ 学校保健政策が包括的学校保健コンセプトのもと制定された。(5 カ国)</li> <li>④ 国際寄生虫対策西アフリカセンターの研究・教育機能が確立した。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 国際寄生虫対策 西アフリカセンターが、西アフリカ諸国経済共同体 (ECOWAS) によって認可を受ける (申請中)</li> <li>② 現在、Partnership for Child Development (PCD)等の支援を受けてトレーニングコースを開催しているが、さらなるトレーニング・会議の実施と研究ファンド取得による研究の実施</li> </ul>
学び	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 広域人材育成プロジェクトは、新しいコンセプトを各国に普及するにあたって有効であり、政策作成と事業の実施の機構の構築を効率的に行うことができた。</li> <li>② 大学でのセンター確立や新部門の設置は非常に難しく、外部予算獲得が鍵となるが、研究費等のリソースが途上国には限られているので、日本や他先進国の援助及び研究機関からの投入が継続性につながる。</li> </ul>

### 3) 保健システム強化分野

#### F. セネガル共和国：保健人材開発促進プロジェクト (2001年11月-2006年10月)

対象地域	ダカール市、3州研修センター (カオラック、タンバクンダ、サン・ルイ)、ファティック州ゴサス保健区
C/P	保健医学予防省調査・研究・教育局 (後に人材局に改組) 局長、同局初期教育課長・継続教育課長、同保健局地域保健課長、国立保健人材学校長、3州研修センター長、ゴサス保健区長
目的	一次医療システムで働く保健人材の養成システムが強化される
成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 保健人材養成学校の養成能力、特に一次医療システムで働く人材の養成能力が強化される (初期教育部門)</li> <li>② 一次医療システムに関わる看護職員を対象とした適切な現任教育システムが確立される (現任教育部門)</li> <li>③ ゴサス地区(テスト地区)において適切な地域保健員養成システムが確立される (地域保健員養成部門)</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 成果の3部門に対するカウンターパートが3か所に分散していた。即ち、保健医学予防省内の2つの局と、保健人材養成学校であるが、このため、3部門間の調整、進捗報告確認、協力体制構築などに相当の労力を必要とした。</li> <li>② 地域保健員の養成に関し、プロジェクト途中から、正規の保健職員ではないとの理由から保健医学予防省は関与しないと決定がなされ、成果が公的に反映されなくなった。</li> </ul>

	③ また、プロジェクトの範囲を広げすぎたため、個々の専門家に多大な努力を強いたのみならず、JICA 事務所含め多くの人に全体像を正確に理解してもらうことが困難となった。
学び	<p>① 仏語圏アフリカで JICA が初めて行った保健分野の「プロジェクトタイプ技術協力（当時の用語）」を開始するに当たり、セネガル国の保健政策をくまなく検討し、既にセネガル国自身が作成していた保健人材開発計画を核として、カウンターパート達とプロジェクト計画を作成した。その結果、全体的にはセネガル国のオーナーシップが尊重されたプロジェクトとなった。</p> <p>② 他ドナーが須らく vertical なプログラムに協力している中で、当時はどこからも援助のなかった horizontal な課題に取り組んだのは、その後の我が国のアフリカでの人材育成への基礎を作ることになったと思われる。</p>

G. セネガル共和国：保健予防医学省大臣官房技術顧問（2005 年 - 2007 年）

対象地域	全国
C/P	保健省次官、官房長、人材局長、施設局長、保健局長等、一部州医務局長
目的	セネガルの保健セクターの実情に基づき、先方政府、他ドナーとの協調のとれた案件が形成、実施されることにより、同セクターにおけるわが国のプレゼンスが高まる
成果	<p>① 保健分野 2 国間協力指針が策定される</p> <p>② 同指針に基づく中長期的協力計画が策定される（タンバクンダ州保健システム強化プログラム）</p> <p>③ JICA プロジェクト（保健人材、HIV/AIDS 等）が円滑に運営される。</p> <p>④ 仏語圏アフリカ保健分野協力へのセネガル人材活用可能性が確認される。</p> <p>⑤ セネガル日本の保健セクター政策対話が定期的にされる</p>
課題	<p>① 大臣交替により政治ポストである官房長、以下官房のトップ 3 も交代するので、情報共有は次官と異なる局長レベル、州医務局長レベル等多様にすべき。</p> <p>② 官房顧問は大臣の意思を実現することが職務となる。2 国間協力指針、定期的な 2 国間政策対話は顧問の保健セクターにおける支援の立ち位置を保健省側および日本側に確認することとなり、顧問業務の分野が広がりすぎることを防ぐことができた。</p> <p>③ 当初、JICA 事務所は保健省官房にアドバイザーを配置する意義の大半を新規案件発掘と理解していた。JICA、大使館に対する継続的な情報交換が必要。</p>
学び	<p>① 中西部アフリカ地域事務所に配置されていた保健専門企画調査員が、セネガル国保健セクターの案件発掘、形成も関わるようになったことで、案件発掘の内容に幅が広がり、地域支援事務所のセネガル国と西アフリカ諸国との連携案件についても、保健省アドバイザーの支援による省内活動が円滑になった。</p> <p>② 2005 年に始まった保健セクター連絡会議は、在セネガル日本大使館を交えて定期的に開催されるようになり、ODA タスクフォースとして機能するようになった。同</p>

	<p>会議を通じて、保健省顧問の専門的な助言が全体の案件に対してされるようになった。</p> <p>③ 日本政府と保健省との定期的な政策会議は、保健省全体に日本の協力戦略、協力の考え方、対象分野と地域を周知することができ、終了案件と実施中案件のフォローと新規案件の検討ができるようになった。</p> <p>④ 保健を優先セクターにしている国では、保健省顧問専門家を配置して、保健省内部での情報収集、合意形成、および専門的な観点から案件発掘、形成を支援する。</p> <p>⑤ 保健分野 ODA タスクフォースが、保健省顧問を交えて、定期的に開催される。</p>
--	--

H. マダガスカル共和国：マジュンガ大学病院センター総合改善計画プロジェクト（日仏連携案件）  
（1999年5月 - 2004年2月）

対象地域	マダガスカル国マジュンガ州
C/P	マジュンガ大学病院センター職員、マジュンガ州医務局職員
目的	マジュンガ大学病院センター（CHUM）が州トップレファラルとして機能する
成果	<p>① CHUM にレファラルシステム管理ユニットが組織されて機能する。</p> <p>② CHUM と州医務局が連携して母子関連の情報交換ができるようになる。</p> <p>③ 患者サービスの質が改善する（CHUM 院内の患者受付システムが改善、CHUM と州医務局の連携で貧困者支援対策が改善）。</p> <p>④ 病院管理能力が向上する（病院統計の質改善等）。</p>
課題	レファラルシステム管理ユニットのプロジェクト後の継続的な活動には財政的支援が必要であった。
学び	<p>① 日仏連携案件のメリット</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日本側のプロジェクト総予算における長期専門家の占める割合は低くなり、効率性が高い。</li> <li>・仏政府が派遣している保健省顧問からの情報がプロジェクト運営に活用できる。</li> <li>・仏政府の周辺諸国に派遣されている専門家を活用できる。</li> </ul> <p>② 日本政府の草の根資金協力との連携で患者搬送システム機材および上位と下位保健施設間の通信機材が整備できた。</p>

I. コンゴ民主共和国：保健省アドバイザー（2008年 - 2010年9月現在）

対象地域	コンゴ民主共和国全域
C/P	保健省次官、保健人材関連局、施設局、キンシャサ州医務局等
目的	コンゴ民主共和国保健人材開発政策の改善
成果	<p>① 2 国間協力指針が作成される。</p> <p>② 国家保健人材開発計画のロードマップができる。</p>

	<p>③ 保健人材開発の問題分析ができ、中長期的な戦略が策定できる。</p> <p>④ 保健省および保健施設に戦略的マネジメントの基礎ができる（業務環境改善のツールとして5S（整理・整頓・清掃・清潔・躰）が導入される）。</p>
課題	<p>① 紛争後脆弱国家である。</p> <p>② 危機管理上日本人専門家が派遣できない地域がある。</p> <p>③ 政治的不安定さは未だ継続している。</p> <p>④ 公務員の給与が極めて低く、慢性的に支払いが遅滞している。</p> <p>⑤ 国家予算が少なく、開発パートナーの支援は不可欠である。</p>
学び	保健省次官レベルへのアドバイザー配置により、他省庁および省内の異なる局の連携促進が可能となる。

#### 4) その他の分野

##### J. WHO アフリカ地域事務所 (AFRO) (コンゴ共和国)：野口英世アフリカ賞医療活動分野推薦委員会事務局 (2007年4月 - 2009年7月)

対象地域	アフリカを中心とする全世界
C/P	AFRO プログラム管理部
目的	野口英世アフリカ賞 2 分野の内、医療活動分野推薦委員会を運営し、受賞候補者に関する報告書を作成する。
成果	<p>① 事務局運営に関する厚労省・AFRO 間の合意文書 (MoU) 締結</p> <p>② 医療活動分野推薦委員会委員の選定と委託</p> <p>③ 全世界の関連機関・団体・個人への候補者推薦依頼と推薦書類受付</p> <p>④ 3 回の推薦委員会を開催し、受賞候補者を選考</p> <p>⑤ 最終報告書を作成し、野口英世アフリカ賞委員会へ提出、説明</p> <p>⑥ 授賞式、記念行事などへの支援</p>
課題	<p>① 準備期間が短く、十分な推薦書類を世界中から集めるのに、大変な労力を必要とした。また、多忙で高名な推薦委員達のスケジュール調整が厳しく、推薦委員会の開催に多くの困難があった。</p> <p>② AFRO のカウンターパート達は各々本来業務があり、本事務局業務への関与は制限されることが多かった。</p> <p>③ 次回の選考に際しては、十分に余裕のある選考期間が必要である。</p>
学び	<p>① 推薦書類の整理・評価表作成により、アフリカの医療活動に活躍している個人や団体に関する情報がある程度集積された。</p> <p>② 推薦委員の多くがアフリカの保健医療に関するトップクラスの著名人であり、彼らの豊富な知見が十分に反映された選考過程とその結果は、野口英世アフリカ賞の知名度と格式を高めるものとなった。</p>

## 第4章 研究

### 1. 現在までの取り組み

近年では、これまで展開してきた JICA 技術協力に関連した研究を開始し成果が見え始めている。母子保健分野では、妊産婦死亡率は開発途上国では推計によることが大半で、小規模の人口集団を対象にしたモニタリングや地域間の比較に用いることは難しいことから **Unmet Obstetric Need** 指標を用いた妊産婦死亡の評価を行う可能性についてセネガル国において新しい見地をみいだした(松井ら 2010)。また、仏語圏各国を対象とした母子保健集団研修実施について、研修そのものだけでなく各国での事業展開についての考察を加え(永井ら 2010、藤田ら 2010)、仏語圏アフリカへの支援のありかたの一つとして示している。感染症分野においては、HIV/AIDS 対策では ART の展開においてザンビアで、一次医療施設への展開において **Mobile Clinic** の有用性を報告し高い評価を得ている(Dube *et al* 2010, Nozaki *et al* 2010)。また、ガーナの国際寄生虫対策西アフリカセンターを基盤に展開された学校保健ベースの感染症対策においては、アジアで実証してきたマラリア対策の応用についてアフリカでの展開の可能性を示すとともに、学校でのマラリア教育が学童のマラリア感染率の減少につながることを初めて実証した(Ayi *et al* 2010)。また、ニジェールで展開されたマラリア対策について評価を行い、コミュニティーの自治組織による対策の実施について効果を実証し、アジアで効果を実証してきたコミュニティーベースのマラリア対策の有用性(Kobayashi *et al*, 2008)についてアフリカでの展開の可能性を示した。

### 2. 今後の展開

母子保健分野で成果を納めてきているセネガル、マダガスカルにおいて効果的母子保健事業の推進について事業と連携した研究を実施していくことや、感染症分野においては HIV/AIDS 対策において ART の知見をザンビアのみならずジンバブエなどにおいて加えていくこと、さらに学校保健やマラリア対策においてアジアの経験のアフリカへの応用について研究のさらなる推進による成果が期待される場所である。

また洞爺湖サミットから提言されている保健システム強化において仏語圏アフリカにおける保健人材に焦点をあてた研究が開始され、特に内戦等による混乱後の復興支援に焦点をあてている。

#### 参考文献

1. 松井三明 池田憲昭 セネガル国タンバクンダ州における **Unmet Obstetric Need** 指標を用いた重症産科合併症による妊産婦死亡の推計 国際保健医療 25 (2) 2010 69-78
2. 永井真理、後藤美穂、松本安代、藤田則子、堀越洋一、杉浦康夫、三好知明、仲佐保 仏語圏アフリカ諸国を対象とした母子保健集団研修の経験から効果的な研修のあり方を考える(1) - 発言記録を利用した研修モニタリング・評価 - 国際保健医療 25 (1) 2010 47-57

3. 藤田則子、後藤美穂、松本安代、永井真理、堀越洋一、杉浦康夫、三好知明、仲佐保 仏語圏  
アフリカ諸国を対象とした母子保健集団研修の経験から効果的な研修のあり方を考える(2) —研  
修終了時に作成した活動計画の実施に向けた課題とフォローアップによる介入— 国際保健医療  
25 (2) 2010 89—97

4. Dube C, Nozaki I, Hayakawa T, Kakimoto K, Yamada N, Simpungwe JB. ART expansion to rural  
health centre level by mobile ART services in Mumbwa district, Zambia. Bull World Organ 2010 (in  
press)

5. Nozaki I, Kakimoto K, Dube C, Msisuka C, Nakasa T, Simpungwe JB. Technical Cooperation on  
ART scale up in Zambia. J Inter Health 25 (2) 2010, 99-105

6. Dube, C., Kayama, N., Miyano, S., Ishikawa, N., Nozaki, I., Syakantu, G. (2010) Step forward to  
health system strengthening: the impact of scaling up of ART services on TB services in rural  
settings. The XVIII International AIDS Conference, 18-23 July 2010. Vienna, Austria

7. Ayi I, Nonaka D, Adjovu JK, Hanafusa S, Jimba M, Bosompem KM, Mizoue T, Takeuchi T,  
Boakye DA, Kobayashi J. School-based participatory health education for malaria control in  
Ghana: engaging children as health messengers. Malar J 2010 18;9:98.

8. Kobayashi J, Jimba M What lessons Africa might learn Asia for malaria control 17<sup>th</sup>  
International Congress for Tropical Medicine and Malaria 2008 Korea Symposium : International  
Health: Community based malaria control: From Asia to Africa, Abstract 269

## 第5章 今後の展望

NCGM はこれまで、母子保健、感染症対策、保健システム強化の3分野において、偏りなく協力活動を行い、基本的に日本政府の政策とアフリカ自身が重要視する保健課題に対応してアフリカへの保健協力を進めてきたといえる。特に人材育成に軸を置いた保健システム強化、母子保健、HIV/AIDS 対策、寄生虫対策などを担ってきたことは第3章に記載した。また、日本全体のサブサハラ・アフリカへの協力から考えて、NCGM は仏語圏アフリカへの協力を比較優位を持っていると思われる。我々は、これまでの成果を継承しつつ、今後も同様の協力を進め、更に発展させていくべきと考える。

母子保健分野における当センターのアフリカ地域への関わりは、仏語圏アフリカ母子保健集団研修と、そこから派生したマダガスカルおよびセネガルでの技術協力に限定され、その主要介入点は出産・出生時に行われる医療とケアの質的な改善である。当センターが過去に行った種々のアプローチのターゲットは主に以下の2点を問題として捉えたものである。

(1) 出産・出生の場面において科学的根拠に基づかない不要な医療介入が多発し、何が必要で何が不必要かを判断する医療従事者の能力も育たないままとなっている現状。

この原因には、妊娠・出産・出生の解剖学的・生理学的基礎教育と、正常と異常の境界を適切に把握できるための臨床教育が、ともに不十分であり、したがって誰かが行っていることを見よう見まねで、あるいは伝え聞くこと、聞きかじったことをもとに一般臨床が提供されていることが指摘できる。

同時に、多くの開発パートナーは、出産時に発生する合併症を予見することは極めて困難であると主張し、合併症の早期発見と治療を主体とした『緊急産科・新生児ケア』を推進している。しかし、前述のように、基本的な診断・治療能力が十分ではない医療従事者に対して、より高度な判断と技術を要する事項を修得させることは、それ自体が現実的に困難であり、また医療介入が不必要に行われる危険性があることも背景と考えられる。

(2) 医療現場における **physical and verbal abuse** の存在。

この背景にはサービス提供者と利用者の関係性が対等ではないことや、医療従事者の数の絶対的不足あるいは高い出生率や妊婦健診・施設分娩の推奨により、サービス提供者数が相対的に不足していることによる医療従事者の過剰な労働負担、などが考えられる。今後の課題は、これまでの試みが母子保健分野の改善に対してどのような意義があるのかを記述し、国際協力における位置づけを明確にすることである。また、母子保健の他領域においてどのような関与が可能であるか、対象地域（国）をふまえて検討を行うことが求められる。

感染症分野に関しては、日本が巨額の資金を拠出している「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」などにより、サハラ以南アフリカの HIV 対策資金は比較的充実している。しかし、これらの国々の政策実施能力は概して低く、効率的・効果的な運用が行われなため、技術的支援のニ

ーズが高い。HIV 対策は予防と治療の両面へのアプローチする必要があり、またフィールドでは JICA プロジェクト事業と研究、人材育成などを有機的に関連せしめることが重要である。今後は ART 拡大に関連して農村部におけるサービスモデルの提案、治療の継続や服薬アドヒアランスの阻害因子や促進因子の検討、他のプログラム（結核対策や母子保健サービスなど）との連携などについての研究活動が計画されている。予防の分野においては、一般人口にまで流行が拡大してしまったサハラ以南アフリカで決定打となる対策のアプローチが見いだせておらず、模索が続いている状態であるが、これまで国際医療協力部が積極的に取り組んできた母子感染予防は、単に児への感染を防ぐに止まらず、親の「行動変容」の促進という意味でも大きな可能性を秘めている。その効果的な実施のための知見の集積が求められており、「男性の巻き込み」といった課題ですでにフィールドでの研究が開始されている。最終的には、こうして集積した知見を、マラウイ、タンザニア、ジンバブエ、ケニアといった周辺国、またアジアへフィードバックしていくことが我が組織に期待される命題であると考えられ、そうしたビジョンをもって事業計画を展開していくことを検討している。

NCGM の保健システム分野での過去 10 年の協力は、マダガスカル（地域母子保健、レファラルシステム強化）とセネガル（基礎教育から卒後教育までをつないだ人材開発管理）を中心に行われてきた。マダガスカルでの協力は母子保健分野での活動へ統合され、他の仏語圏アフリカへ展開されている。一方でセネガルでの過去の協力を通じて育成された人材を活用して紛争後国家であるコンゴ民の保健人材管理分野での政策支援が開始されている。これらを踏まえると、今後の NCGM の活動としては、WHO の提唱する保健システムの 6 つの要素の中で、「ガバナンスを視野に入れながら保健人材管理分野での活動を中心に実施していく」ことが現実的であろう。アフリカ特にサブサハラの保健人材の枯渇、偏在という深刻な問題に対して、「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」やワクチンと予防接種のための世界同盟（Global Alliance for Vaccines and Immunisation: GAVI）も感染症対策だけではなく横断的な保健システム強化分野での資金提供が開始され、また Global Health Workforce Alliance (GHWA) などを通じての世界的な取り組みが開始されている。しかし、国レベルでの政策実施能力はどの国も十分とは言えない。保健人材管理分野も、保健省に足場を置き、ドナー調整メカニズムの中で日本の援助方針を示しながら、現場での活動からの学びを保健省レベルにフィードバックできるという日本の協力の強みを確保していくこと、また保健人材の教育・配置・定着、それを支える人材関連の政策や計画、法制度基盤など人材管理制度全体を見据えた政策実施を支援していくことがその中心となる。当面は仏語圏アフリカが中心となるが、域内協力の中心となりうる国への人材配置（セネガルなど）、紛争後国家あるいは技術協力の現場としてのコンゴ民主共和国、日本での人材開発管理集団研修を通じたネットワークやアジアの経験をアフリカにつなぐこと、といった様々な援助のモダリティを活用しながら活動を進めていくことを検討している。

次に、WHO アフリカ地域（以下、AFRO）の地域事務局長、Dr. Luis Sambo は、2010 年から二期目（5 年間）の職務を担うに当たり、今後の優先的課題として 6 つの戦略指針を掲げた。<sup>h</sup> その第一は WHO の指導的役割であり、第二以降に、実質的なアフリカ地域の保健課題として 5 点が挙げられた。即ち、1) PHC に基づく保健システム強化、2) 母子保健、3) 3 大感染症対策、4) 感染症・非感染症の予防と制御の強化、5) 健康の決定要因への対応、である。

この戦略指針は、2015 年までの AFRO の方針として発表され<sup>i</sup>、第 60 回 WHO アフリカ地域委員会（2010 年 8 月 30 日—9 月 3 日）で採択された。従って、これらの課題がサブサハラフリカ全体にとって今後の優先課題と言える。

これらの保健課題は総てアフリカにとって重要なものばかりとは言え、その中でもアフリカ全体として、保健システム強化（以下 HSS）が相対的に大きな比重を占めていることを指摘しておく必要がある。上記した 5 つの中でも最初に HSS が記載されているし、AFRO が定期的に発行している The African Health Monitor の最新号においても HSS が特集され、異例の長頁数となっていることも、その位置づけを表しているであろう。

さらに、アフリカ大陸全体の保健指針を代表するものとして、アフリカ連合（AU : 53 か国加盟）の作成したアフリカ保健戦略 2007-2015 がある。AFRO も、この戦略の実現の必要性を指摘しており、AFRO の戦略と補完し合うものと言ってよいが、同戦略の優先方針も HSS であり、その記述に大半の頁数が割かれている。

NCGM から AFRO への今後の協力としては、2010 年 7 月より、NTD Programme の Monitoring & Evaluation 担当 officer として派遣協力課員が出向中であり、横浜行動計画で日本政府が約束したアフリカでの NTD 対策強化に貢献して行く予定である。また、AFRO と NCGM との協力関係強化も目指して行く。

最後に、今後、検討すべき主な課題としては以下が挙げられる。

- 保健システム強化の中では、より PHC へアプローチする視点を重視することがアフリカ全体の期待に応えるものとなる。感染症対策の中では HIV/AIDS や寄生虫以外の感染症にも協力の可能性を広げることも考慮して良いと思われる。
- さらに、癌、高血圧、糖尿病、交通外傷などの非感染性疾患の比重がアフリカ全体で増しており、これらへの取り組みや、AFRO が 2010 年の地域委員会で大きな議題に取り上げ、決議を採択した「健康の決定要因」への取り組みも視野に入れていく必要がある。非感染性疾患は、感染症との Double burden との認識、或いは第二のサイレント・キラーとの認識がアフリカ諸国内でも高まっているが、これらの課題はまだ多くの援助機関での取り組みも弱く、アフリカ自身の研究や対策も遅れているため、実態の把握すら十分とは言えない状態にある。また、これら非感染性疾患に関して、我が国はその経験から比較優位を発揮できる可能性が高く、NCGM のみならず、日本全体として今後の保健協力課題として考慮すべきであろうと思料される。

## 作成者 氏名一覧

穴見翠、池田憲昭、石川尚子、小原ひろみ、小林潤、清水孝行、清水利恭、杉浦康夫、花房茂樹、永井真理、野崎威功真、蜂矢正彦、藤田則子、堀越洋一、松井三明、三好知明、仲佐 保

## 引用文献

- 
- <sup>a</sup> United Nations, The Millennium Development Goals Report 2010  
<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>
- <sup>b</sup> The MDG Africa Steering Group, Achieving the Millennium Development Goals in Africa, June 2008  
<http://www.mdgafrica.org/pdf/MDG%20Africa%20Steering%20Group%20Recommendations%20-%20English%20-%20HighRes.pdf>
- <sup>c</sup> <http://www.afro.who.int/en/media-centre/pressreleases/2107-dr-luis-sambo-reappointed-as-who-regional-director-for-africa-.html>
- <sup>d</sup> Achieving sustainable health development in the African Region: Strategic Direction for WHO 2010-2015; World Health Organization-Regional Office for Africa, 2010,  
[http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=5402](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5402)
- <sup>e</sup> Sixtieth session of the WHO Regional Committee; from 30 August to 3 September in Malabo, Equatorial Guinea, <http://www.afro.who.int/en/sixtieth-session.html>
- <sup>f</sup> [http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc4\\_sb/yokohama\\_s.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc4_sb/yokohama_s.html)
- <sup>g</sup> [http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc4\\_sb/pdfs/yokohama\\_kk.pdf](http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc4_sb/pdfs/yokohama_kk.pdf)
- <sup>h</sup> The African HEALTH MONITOR, Health system strengthening in the African Region; World Health Organization-Regional Office for Africa, 2010, <http://ahm.afro.who.int/issue12/ahm-12.pdf>  
<http://ahm.afro.who.int/issue12/ahm-12.pdf>
- <sup>i</sup> Africa Health Strategy 2007-2015 ; African Union, 2006,  
[http://www.doh.gov.za/camh3/press\\_media/africa\\_health\\_strategy\\_final.pdf](http://www.doh.gov.za/camh3/press_media/africa_health_strategy_final.pdf)

(独) 国立国際医療研究センター 国際医療協力部

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1

TEL: (03) 3202-4853 (代表) 内線 2732 (派遣協力課)

FAX: (03) 3205-7860 (派遣協力課)

<http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/>

