

〔活動報告〕

アフガニスタンにおける感染症の現状と医療体制

矢 嶋 和 江¹⁾

要 旨

今回JICA国際協力機構が進めている感染症病院の建築計画事前調査団の一員として、2010年3月首都カブールに入り、カブールの現状を見ることができたので報告する。

アフガニスタンにおける主要な感染症は、結核、マラリア、リーシュマニア、更にHIVである。その中で最も重要なのは、結核対策にある。結核は、「世界22の高蔓延国の1つ」¹⁾であることから、その対策はアフガニスタン保健省にとっても喫緊の課題となっている。著者が感染症病院の建築計画調査に関わり、知りえた結核蔓延の背景や、近年増加しているHIV感染、マラリア感染症等アフガニスタンにおける感染症の現状と医療体制について報告する。

キーワード：アフガニスタン、感染症、医療体制、結核対策

【はじめに】

アフガニスタンは、タリバン政権の崩壊後、新しい憲法のもとで平和な国づくりが始まっている。しかしこの間の10年、テロ攻撃は収まることなく、内戦は続き、激しさを増している状況で、観光は一部解禁になったとはいえ、現在でも、渡航禁止地域になっている。

こうしたアフガニスタンに対して、日本は、復興支援に強く関与し、その平和構築に官民挙げての協力活動が続けられている。

アフガニスタンの保健医療の状況は厳しく、特に感染症対策は、喫緊の課題である。アフガニスタンにおける主要な感染症は、結核、マラリア、リーシュマニア、更にHIVであるが、特に重要なのは結核対策にある。JICA結核対策プロジェクトの報告では、Dot'sに対する理解も深まってきている一方で、MDR患者が増大しているといった実態がある。また、標高の高いカブールにもマラリア感染者が増加している。混迷の続くアフガニスタンの感染症の現状と医療体制について報告する。

Figure-1 Afghanistan map



出典: <http://ord.yahoo.co.jp/image>

【アフガニスタンの概要】

アフガニスタンの正式な国名は、アフガニスタン・イスラム共和国Islamic Republic of Afghanistanである。中央アジアに位置し、ユーラシア大陸を東西に、またインドとも結ぶ「文明の十字路」と言われ、インド文明やペルシャ、トルコなどのイスラム文明の影響を受けている地域である。

1) 弘前医療福祉大学保健学部看護学科 (〒036-8102 弘前市小比内 3-18-1)

この地域には、パシュトゥーン人やタジク人、ウズベキ人など様々な民族が共存している平和な地域であった。R・カレド(2009)²⁾によると、1979年以前は、「近代化がすすめられ、女性の地位向上を掲げた学校教育」も充実していたといわれる。また「国民皆保険による無償の医療が提供」されていた。だが、1979年のソ連による侵攻以降、タリバン政権の崩壊(2001年)まで、アフガニスタンは紛争と混乱の中に長くおかれていた。10年間のソ連との戦い、その後の部族間の抗争の後に成立したタリバン政権の支配は東の間の平穏な日々であったという。9:11アメリカ同時多発テロ以降再び終わりのない紛争の日々となり、その後、タリバン政権が崩壊した。2002年6月ボン合意に基づき緊急ロヤ・ジルガが開催され、カルザイ暫定政権議長を大統領とする移行政権が成立した。2004年1月に新しい憲法が制定され、同年10月の選挙でカルザイ氏が初代大統領となり、現在2期目になっている。

一方で米軍撤退がすすめられる中、イスラム原理主義タリバンの攻勢は強まり、首都カブールにもテロの発生が頻発するようになり、平和の足音は益々遠くになりつつあるアフガニスタンの現在である。

【アフガニスタンの保健対策】

25年近い内乱状態の中で、国民の生活インフラは破壊され、人材育成の柱ともいえる教育設備、健康保持のための病院や診療所等、多くの社会インフラは失われ、更にタリバン政権下では、女性の教育を受ける権利も剥奪されていた。そうした実情の中で、2002年に開催された

第一回アフガニスタン復興会議以降、国家としての有るべき機能を国際社会の支援をうけつつ復興に向けた努力が始まった。

1) 保健指標

現在もテロとの戦いが続いていることから、国民の健康指標は憂慮すべき状況になっている。世界子ども白書(2010)³⁾によると、平均寿命は男性が45歳、女性が44歳である。U5MR(5歳未満児死亡率)に至っては257/出生1000人で、数年前まで、アンゴラやシェラレオネに次いで3位であったが、現在では、ワースト1位になっている。妊産婦死亡率は1800/出生10万人で、これは先進国の60倍になる。この数値は、出産前のケア率(16%)や専門家が付き添う出産率(14%)の低さがなども影響していると考えられる。女性の識字率については、平均28%で、若者(15~24歳)の識字率(2003-2008)は男性49、女性17にすぎない⁴⁾。女性の識字率が低いのは、タリバン政権下で、女性の教育が全く行なわれなかった事による。

アフガニスタンの5大死因として、①呼吸器疾患(肺炎) ②消化器系疾患(下痢) ③はしか ④結核 ⑤栄養障害となっている。死因第3位のはしかに関しては、予防接種率は1歳児の68%に過ぎない。こうした感染症に関するデータで、憂慮すべきは1歳未満児の予防接種の実施率である。はしかの予防接種率は、1歳児で「はしかは75%で、ポリオの経口ワクチン接種は85%」⁵⁾である。ポリオの場合、罹患することで神経麻痺等による身体障害児を生み出す結果となるため早急な対応が求められる。

Table-1 アフガニスタンの保健指標

GNI/1人	250×米ドル(2008年)				
識字率	28%(2003-2008) 若者(15-24歳):男:49、女:17				
飲水事情	改善された水源を利用する人の比率% 全体:22(都市:37 農村:17) 適切な衛生施設を利用する人の比率% 全体:30(都市:45 農村:25)				
平均余命	44歳	粗死亡率	20/1,000	粗出生率	47/1,000
乳児死亡率	165/1,000	5歳未満児死亡率	257/1,000(ワースト1位)		
妊産婦死亡率	報告値:1,600/10万 調整値:1,800/10万				
出産前後のケアに関する値	出産前のケアが行われている比率:最低一回のケア(16%) 出産時ケアが行われている比率:専門家の付添(14%)				
その他	予防接種比率2008:ポリオ(85%)、はしか(75%)、BCG(85%) (1歳児の完全接種比率)				

出典:世界子ども白書2010 巻末資料表1~表6 unicef:外務省各国地勢情勢

2) アフガニスタンの医療体制

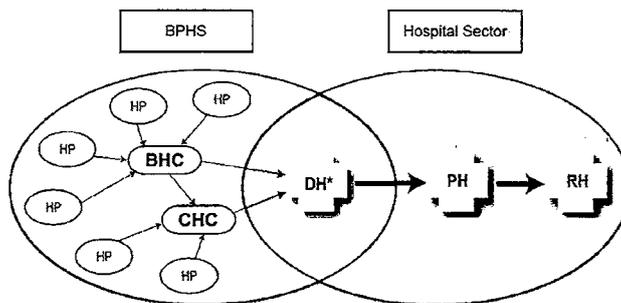
三大感染症への対策には、医療体制の構築とリファラルシステムの確立が求められる。アフガニスタンの医療で、国立病院は基本的には無料であるが、プライベートクリニック（または病院）や海外NGOの運営している病院などの場合、有料のところもある。国立病院の多くは、質の高い患者ケアを模索しているが、スタッフの不足、診療資器材や医薬品の不足、もっとも厳しいことは、管理運営にかかわる予算の不足等がある。そのため、USaid やNGOなどからの治療薬、診療用消耗品（ガーゼ、包帯類など）は海外からの支援に依存している。

感染症対策が効果をあげてゆくためには、リファラルシステムが十分に機能していることや地域の患者が町の病院に受診できるといったアクセス等の対策も重要である。

アフガニスタンの行政区は35の州（内7つの州は geo-political area）と395の郡があり地域のコミュニティレベルではヘルスポストが置かれ、基本的には住民に最も近いところで医療が提供される体制になっている。

地域レベルにおける医療体制では、4つのセクターが置かれている。コミュニティヘルスワーカー CHW が活動している HP: Health Post は、簡単な応急処置、Dot's の配布などが行われている。BHC: Basic Health Center は看護師や助産師が常駐している。CHC: Comprehensive Health Center はBHCよりも規模が大きく、医師及び助産師、看護師が常駐し入院治療施設がある。DH: District Hospital は24時間の医療サービスを提供し、重症な産科や救急麻酔科による大きな手術にも対応できるとされている⁶⁾。

Figure-2 Link between the BPHS and Hospital Sect



Source: EPHS of Afghanistan MoPH; 2002.

Table-2 医療施設の規模と内容

施設区分	施設規模	内容
HP : Health Post	CHW 自宅が活動拠点	簡単な応急処置 Dot's の配布、 マラリアなどの治療・処置妊産婦のケアや 正常分娩は TBA が担当
BHC : Basic Health Center 638 ケ所	看護師、助産婦 Vaccinator、 CHW 小さい保健施設	新生児のケアを含めた分娩や産褥期のケア 定期的な予防接種 結核 (Dot's 含)、マラリアの治療
CHC: Comprehensive Health Center 382 ケ所	医師 (男女) 薬剤師 助産師、看護師 入院治療施設、検査室有	重症度のあるマラリア患者 小児疾患患者 精神疾患患者の外来治療
DH : District Hp 57 ケ所	ベット数 : 25~75 床 医療スタッフ 17~19 名	医師は産婦人科、外科、麻酔科、 小児科、歯科・歯科技術者 重症な産科や救急麻酔による大きな手術も 対応

PH : Provincial Hp (州立病院) 30ヶ所	ベット数:75~250床 医療スタッフ 31~45名 Labo 機能の中に Blood Bank	DH や CHC などからの紹介患者を受け入れ、手術対応は 24 時間 外来は、一般外来眼科、歯科、耳鼻科、精神保健
RH : Regional Hp 5ヶ所	ベット数:300~450床 医療スタッフ 62~102名 超音波検査機能、 内視鏡検査 CT スキャン	高度な医療を提供できる病院 24 時間体制で急性心筋梗塞や急性脳梗塞なども扱う
その他に 21 の Special Hospital (感染症病院など) がある		

Source : EPHS of Afghanistan :MoPH; 2002

【感染症の発生概要】

アフガニスタンにおける感染症には、結核、マラリア、HIV/エイズ、消化器系感染症（赤痢、腸チフス・パラチフスなど）、ウイルス性肝炎（A・E型）、麻疹、リーシュマニア症など様々な感染症がある。ここでは感染症病院の対象疾患についての現況を概説する。

(1) 結核の発生状況

結核の発生数は極めて高く、世界22の高蔓延国の1つである。渡部（2009）は、アジア太平洋地区会議における「高蔓延国 high TB burden country の1つ」⁷⁾ になっているアジアの国々の結核対策について報告し、その中で、カンボジアやベトナムにおいては、強化対策にも関わらずTB患者の減少傾向につながっていない。その要因として、結核管理できる医療機関の不足、対象患者の多くが貧困層である事などを挙げている。アフガニスタンの場合、更に紛争の中にあること、そのため患者の医療へのアクセスの困難さが結核患者の増加要因にある。また医師の結核診断技術の未熟などから、治療の継続性が困難な状況があり、薬剤耐性患者MDRも増加傾向にある。現在、結核に関する治療薬や検査試薬等に関しては、USaid などGF (Global fund) によって供給されており、カブール市内においては、Dot'sも徐々に浸透拡大し、患者の発生数は漸減してきている⁸⁾

結核対策については、JICA国際協力機構がタリバン政権以前にカブールに設立した国家結核対策プログラムNTP (National Tuberculosis Control Program) センターがあり、新政権発足後、再びTB対策プロジェクトチームが入っている。このNTPは、JICAの技術協力によって、診断治療に関わる技術指導等がすすめられ、Dot'sに対する理解も深まってきているが一方でMDR患者が増大しているといった実態がある。

NGOが運営している病院等でのヒアリングでは小児のMDR患者も増加の傾向があるという。MDR患者が増えている背景には、社会経済的要因が大きいの。病院やクリニックなどへの通院が困難な患者は、バサールで市販薬が比較的簡単に入手できることから、実際には品質や適切な薬剤か否かも不明のまま服用を続けることも考えられる。また治療中の患者の住居移動（転出率）により、フォローアップが困難で、治療中断者も多いのではないかと推測される。これはリファラルシステムの不十分さというよりは、患者の結核に対する知識の不足や医療施設へのアクセス、さらに交通費などの経済的な問題等が複雑に存在している結果と考える。

アフガニスタンにおけるTB蔓延の特徴には、NTP-Report (2008)⁹⁾ によると女性の結核患者 (15-45ys) が、男性の1.5~2倍と多いことである。その要因は女性の社会的位置付も考えられる。植木 (2010) は女性の外出が自由ではない中で、親族や女性が集まることなどから「同一空間に居る時間が長く、濃厚接触し感染の機会も高いのではないかと、またかつては同じブルカを共有することもあった」¹⁰⁾ と報告している。また医療支援をしている医師によると「女性は外出をあまりしないことで予防接種率も低い、女性の栄養状態が低い」また女性の多くは「台所が居室を兼ねており、冬場では家畜たちも一緒に生活する」¹¹⁾ などの生活環境の衛生的問題もあり、女性の結核感染を高めている要因ではないかという。更に、女性の受診行動にもその誘因が考えられる。女性に結核の症状があっても、病院施設への受診には、多くの場合夫や父親等男性の同行が必要になるため、治療が遅れてしまう可能性がある。こうした女性の様々な制約された慣習・生活環境が男性より女性の結核感染者の増加要因ではないかと推測する。

(2) マラリアの発生状況

アフガニスタンにおけるマラリア高リスク地域は、北

部ナンガハール、ラグマン、クナール県などで、患者発生数はWHO（2002）の報告では250～300万人といわれている。NMLCP（2009）¹²⁾の報告では、2004-2008の5年間におけるアフガニスタン全土のマラリア患者の発生数は、著しい増加を示しているが、この要因には、戦乱等による生活環境の悪化や雨期時のハマダラ蚊の発生予防対策の不備などが考えられる。一方首都カブールは標高が1800～1900mでマラリアの発生はないといわれているが、NMLCP（2009）の報告によるとカブール州のマラリア患者は、5年間で激増している。これは、マラリア発生地域から首都への流入人口の増加が、カブールにおけるマラリア患者の増加になっていると推測される。Unicef（2010）の報告では、カブールの都市人口比率は24%であるが、都市人口の増加率は1970-1990（2.8%）、1990-2006（6.4%）、2000-2008（5.0%）と都市集中の傾向がみられる¹³⁾。これは、地方の治安や経済の悪化、また旱魃等の要因もあるが、2002年以降、戦乱の安定に伴う首都カブールへの帰還難民の流入等も考えられる。一方で、2000年代では地域の安定に伴う地方への帰還者の移動等であるが、都市部への集中といった点では大きな変

化はない。こうしたマラリア患者の急増とそのマラリア対策に関してはNMCP（National Malaria & Leishmania Control Program）が中心となって治療や予防啓発活動を行なっている。

(3) HIV/エイズの発生状況

アフガニスタンはHIV/Aids発生が低い国とされているが、2006年のUNAIDsとWHO報告によると1000～2000名がHIV/positive caseと報告している。感染者の多くはIDUs（Injecting drug users）で一部SW（Sex workers）を介した異性間Sexである。

今後、危惧されるのはHIV蔓延の可能性である。それはアフガニスタンの政治情勢によって発生しているものと考えられる25年からの長期の戦争状態に置かれた結果でもある。

23万人からの人々が難民となり、パキスタンやイランあるいは、アフガニスタン国境に長く置かれた。2002年以降、こうした難民の帰還は進められてはいるが、パキスタンやイランさらに国内避難民として50万人近くが国内外に居住している。家族の多くを失い、未亡人となる、

Table-3 Comparison of main indicators on the Global TB Report by WHO

Indicators (per100,000/yr)	2006	2007	2008
Indicator for all cases	333	168	161
Incidence for SS+	150	76	73
Prevalence for all cases	661	288	231
Mortality(deaths/100,000/yr)	92	35	32
%New cases multidrug-resistant TB			3.4

Source: WHO Report 2008

Table-4 Number of Malaria cases (2004-2008)

Year	Kabul Province				Whole Afghanistan			
	Total Malaria Examin	Total PV	Clinical Malaria	Total Malaria	Total Malaria Examin	Total PV	Clinical Malaria	Total Malaria
2004	1,006	188	1,006	1,198	63,170	11,947	43,886	56,773
2005	1,995	84	4,206	4,293	170,847	33,547	125,299	161,830
2006	3,760	355	8,916	9,284	333,137	55,409	263,549	322,182
2007	3,924	385	14,150	14,616	429,881	67,743	348,340	420,608
2008	16,198	3,459	8,070	11,873	571,610	78,730	386,204	469,475

Source: NMLCP: 2009

あるいは孤児や障害者である難民は多い。こうした人々には、教育の機会や医療サービス、基本的な社会インフラの恩恵は得られていない。NACP (National Clinical Guidelines for Antiretroviral Therapy) の報告¹⁴⁾によると、女性の場合、特に行動制限がある中で、性差別や違法売春、DVさらに少女や子供たちへの性的強要といった多くのリスクを抱えている。このような周辺環境ゆえに、HIV感染に晒される機会も多く、その感染リスクは極めて高く感染者の増加が懸念されるゆえんである。

一方で安全に輸血が受けられる医療環境の不足やHIV感染予防に対する一般への正しい知識の普及と啓発の不足等があげられる。特に都市部に人口が集中してきている中で、感染リスクの高い結核感染者やIDUsやSW、囚人等への対策、また輸血液のスクリーニングの徹底等が求められる。HIV感染者の検査や治療は、カブールにある国立感染症病院のART (Antiretor Viral Treatment)

で行われている。ここのARTでは、現在 (2010. 3) 51名の患者が治療を受けており彼らの多くは在宅で、月数回の通院による投薬とカウンセリングである。

【感染症病院設立に関する基本的事項】

今回著者が担当した調査では、適正な人材の配置計画・人材の雇用計画と管理運営に関するものである。この中で特に重視したことは、「ジェンダーに配慮した人材の配置の可能性」「ケアの質保証に向けた人材育成プログラム」であった。イスラム教においては、女性の置かれている特殊性から、ジェンダーの視点からの配置計画が求められた。

結核感染者の多くは女性であること、子供たちへの感染防止等の観点から、入院が必要とされるケースは女性が多いと考えられる。そうした女性への看護には女性看



Miwand 病院のICU (筆者 撮影 2010. 3)



NTPセンター (筆者 撮影 2010. 3)



TB指導用パンフレット (筆者撮影 2010. 3)



Intermediate health schoolの看護学生

護師の存在は重要である。しかるにイスラム社会の慣習として、女性が外出（特に夜間など）し、不在となる環境は、アフガン社会の中ではコンセンサスがあるとは考えにくい。

アフガニスタンには男女隔離の社会風習が強く残っており、女子は10歳をすぎると外出が制限され、必要時（日常の買い物等）の外出には家族または親族の男性が同行する。イスラム原理主義者であったタリバン政権時代では、女性が外に出て働くことも学校で学ぶことも禁止されてきた社会である。この考え方は新政権になっても地方では根強く残っている。そのため女子の高等学校が焼き討ちになったり、女生徒や女性の教員が顔に塩酸をかけられ火傷をすと言った痛ましい事件が各地で起きている。こうした社会環境から、女性の識字率は男性49%に対して女性は18%と依然として低い。更に中等教育の就学率に関しても、戦乱の中であるが、男性28%に対して女性は9%にすぎない。女子の就学の機会が、与えられなかった環境故に地域のヘルスセンターや病院における看護師・助産師を含めた女性のヘルスワーカーが極めて不足している状況がある。2008年に出された「Human Resources for Health 3 year Policy and Strategy」¹⁵⁾によると医師の供給は十分であるが、女性の看護師、助産師の不足があり、特に地方に顕著であるとされている。

計画されている感染症病院のTB病棟は56床で女性病棟と男性病棟を分離した形で設計され、女性病棟の患者ケアはあくまでも女性が担当することが求められる。そのため、女性看護師の育成は喫緊の課題ではある。特に夜間の勤務シフトを組む場合、最低でも12名の看護師が必要になるが、夜勤は不可能で、家族が患者のそばにつき添う。排菌患者の場合、家族への感染リスクは高くなり、隔離の意味が失われてしまう。

女性の保健医療職の育成について、HRD（Human Resources Department）でのヒアリングによると、全国7ヶ所のメディカルカレッジにて、育成は行われている。卒業生の多くは、病院やCHC（Comprehensive Health Center）などに勤務しており、退職（離職）は少ないという。僅かではあるが、医学部の学生数、特に女子は増加の傾向にあり、看護の学生も国内状況の安定とともに増加してゆくことが期待されている。

【今後の課題】

アフガニスタンは、現在大きな岐路に立たされている。アメリカ軍の撤退である。アメリカは大きな財政危機を抱えており、国内整備が急務の課題となっていることもある。

アフガニスタンでの大きな犠牲と巨額の戦費と言った費用対効果が薄れ、テロ攻撃は首都カブールにまで拡大し、安定には一向につながっていない。さらに地方では、タリバンの支配下に戻りつつある。こうしたアフガニスタンの政情から、感染症病院は2012年2月完成引き渡しとなっているが、建築許可は下りていても、建設に向けた動きは一向に進んではいない。

カブールのNTP結核センターには日本人専門家による人材育成プロジェクトが実施され、第二フェーズに入っていた。Dot'sの普及率も改善され、成果が出ていた時期であったが、守りが強硬と言われていた外国人専門ホテルがテロ攻撃に合うなど危険性が高まっている中、一次撤退はあったものの、現在も日本の支援活動は続いている。病院施設はテロの標的にはされないと聞かすが、海外ドナーからの医薬品等の援助・補給も厳しい中で、治療を必要としている市民にとっては再び厳しい状

Table-5 医科大学の卒業生数（2007年）

Faculty	Male	Female	Total
Kabul	345	119	464
Alberuny	43	0	43
Kandahar	52	2	54
Herat	84	14	98
Balkh	94	40	134
Ningarhar	50	2	52
Khust	62	0	62
Total	730	177	907

Table-6 看護学生の卒業数（： kabul）

Year	Total	Male	Female
2006	107	92	15
2007	63	57	6
2008	53	43	10
2009	23	13	10
2010	14	1	13
Total	260	206	54

Intermediate health school聴取り

souses : Human Resources for 3year Policy and Strategy 2008-2010, Afghanistan MoPH; 2008. June

況に置かれてしまう事は必然である。

日本のアフガニスタン支援、その復興に尽力してきたのは、元国連難民高等弁務官緒方貞子氏（現JICA総裁）である。タリバン政権崩壊後、日本はいち早く国家復興と民主化プロセスに積極的に貢献することを宣言し、第1回アフガニスタン復興支援国会議を日本で開催している。現在、アフガニスタンでは、JICAによる保健医療関連のプロジェクトの他に、農業開発・農村開発や教育また都市開発・地域開発等がすすめられており、また多くのNGOの活動が全土に渡って展開されている。結核患者の7割が女性であることや妊産婦死亡率・乳児死亡率の高さ等は、教育の機会が全く与えられなかったことも大きな誘因があることから、結核対策プロジェクトの他にアフガニスタンの女性と子どもの健康への取組やジェンダーエンパワーメントを期待したリプロダクティブ・ヘルスプロジェクトもすすめられている。

崩壊した国家が復興するためには、様々な分野で必要とされる人材が育成されハンドオーバーしてゆくためには、長い年月を要すると考える。紛争地、危険地域と言われるアフガニスタン、軍事プレゼンスのない日本故にアフガニスタンの人々も、日本の復興支援に大きな期待を寄せている。NGOのメンバーが殺害されたことで、支援活動に若干の停滞はあるが、そうした厳しい状況の中でも、現地で継続して活動している多くの日本人がいる。しかし、内向き志向の若者が多くなっている昨今、アフガニスタン等、日本の支援に大きな期待を寄せている国々がある中で、国際協力の分野で活動できる人材の不足は、大きな課題である。

日本の国際協力活動は港湾や道路、病院建設といったハードな支援が長く続けられてきた。今後はソフト面の支援活動が中心となって行くと考えられ、そのための人材が不足し、かつ育っていない現状がある。テロの不安や様々な活動上の制約の中で活動している多くの日本人、その支援活動の成果として、アフガニスタンの人々にとって平和な暮らしを保障できる道程となることを願ってやまない。また、開発途上国での日本人の活動が、若い世代の国際協力分野への関心につなげられることを期待したい。

（受理日 2012年3月7日）

引用文献

- 1) 渡部幹夫：アジア太平洋地域の結核対策と結核医療の史的考察；順天堂大学医療看護学部；医療看護研究 第5巻（1号），2009:1-9
- 2) レシャード・カレド：第II章アフガニスタンが歩んだ道，「戦禍はなぜ止まない」P49-99. 高文研；2009
- 3) Unicef：世界子供白書：巻末資料表1～表6，2010
- 4) 同上
- 5) 同上
- 6) Afghanistan MoPH: The Essential Package of Hospital Services for Afghanistan 2005
- 7) 1) 同上
- 8) WHO Report: Global Tuberculosis Control: 2009: 81-84
- 9) NTP Report: Scaling-up DOTS in Post-conflict Afghanistan 2008; 14
- 10) 植木 光：TB対策プロジェクトフェーズ2 月間報告書2010: JICA
- 11) レシャード・カレド：「シルクロードの交差点から」講演会2012. 1；東京
- 12) Afghanistan MoPH: National Malaria & Leishmaniasis Control Program Report: 2010
- 13) Unicef：世界子供白書：表6 人口統計指標 巻末資料：2010
- 14) Afghanistan MoPH: National Clinical Guidelines for Antiretroviral Therapy Report: 2008
- 15) Afghanistan MoPH: Human Resources for Health 3year Policy and Strategy: 2008: 11-13

参考文献

1. Afghanistan MoPH: National Strategic Plan for Tuberculosis Control 2009-2013. 2008
2. 高野健人，シャイクラハマット：アフガニスタンにおけるポリオ根絶プログラムの成果と展望；厚生指標，第56巻（11号）；1-7；2009
3. アフガニスタン感染症病院建設計画準備調査報告書：JICA, 2010

The present state of affairs of infectious diseases and the medical system in Afghanistan

Yajima Kazue

Hirosaki University of Health and Welfare (3-18-1 Sanpinai, Hirosaki 036-8102, JAPAN)

Abstract

In March 2010, I visited the Afghanistan capital of Kabul as a member of the planning survey team that was making preparations for the construction of a hospital for infectious diseases, a project that conducted by JICA (Japan International Cooperation Agency).

This is a report of the conditions in Kabul at that time. The main infectious diseases in Afghanistan are tuberculosis, malaria, Leishmaniasis, as well as HIV. However, an important thing is the TB countermeasures.

Afghanistan has been ranked last among “the 22 high prevalence TB countries in the world”. The Afghanistan Department of Health considered this subject to be of at most importance.

It is concerned with the construction planned investigation of an infection hospital, and the present condition of infectious diseases and the medical system in Afghanistan, such as the known background of spread tuberculosis, HIV and malaria which have been increasing in recent years.

Key words: Afghanistan
Infectious disease
Medical system
Tuberculosis Countermeasure

