

# バマコ・イニシアティブ 調査専門家チーム報告書

平成元年 3 月

国際協力事業団  
医療協力部



# バマコ・イニシアティブ 調査専門家チーム報告書

20739

JICA LIBRARY



1080351(8)

平成元年 3 月

国際協力事業団  
医療協力部



## 序 文

当事業団はユニセフの要請に基づき、平成元年1月9日から同1月22日まで、バマコ・イニシアティブに係る調査専門家チームをナイジェリア及びシエラ・レオーネに派遣した。

アフリカ諸国は財政難により、必須医薬品の供給等、医療サービスが質・量ともに低下しており、これが解決の一施策として、必須医薬品を安く大量に仕入れ、コミュニティで小売価格よりも廉価に売ることにより、必須医薬品の補給資金のみならず、母子保健やサービスも確保することを目的とした、バマコ・イニシアティブに取り組んでいるが、本報告書は同イニシアティブに対する我が国の協力の可能性につき調査した結果を取りまとめたものである。

本報告書が今後、バマコ・イニシアティブに対する協力を実施する際の参考となれば幸甚である。

終わりに、本件調査の実施に際し、多大なご協力をいただいた関係各位に対し、深甚なる謝意を表する次第である。

国際協力事業団

理事 西野 世界





ナイジェリア保健相との協議



OFFA地区児童健康クリニックにて



OFFA地区児童健康クリニックにおける治療風景



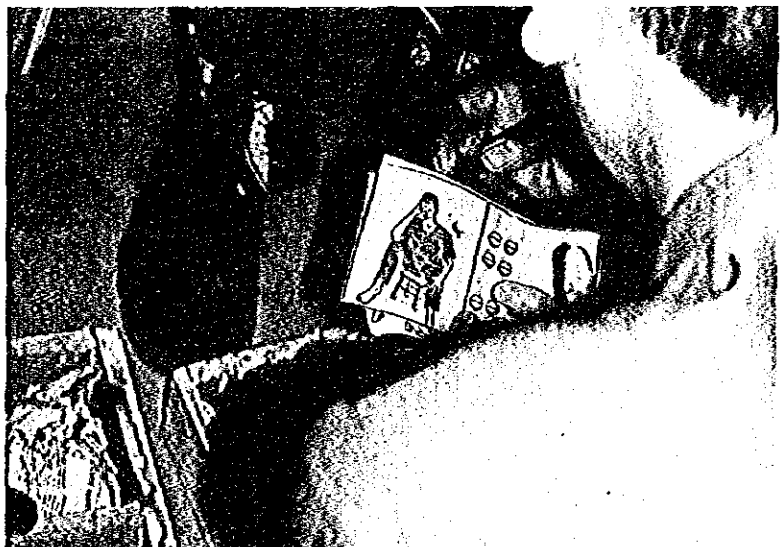




ORS 調合指導風景

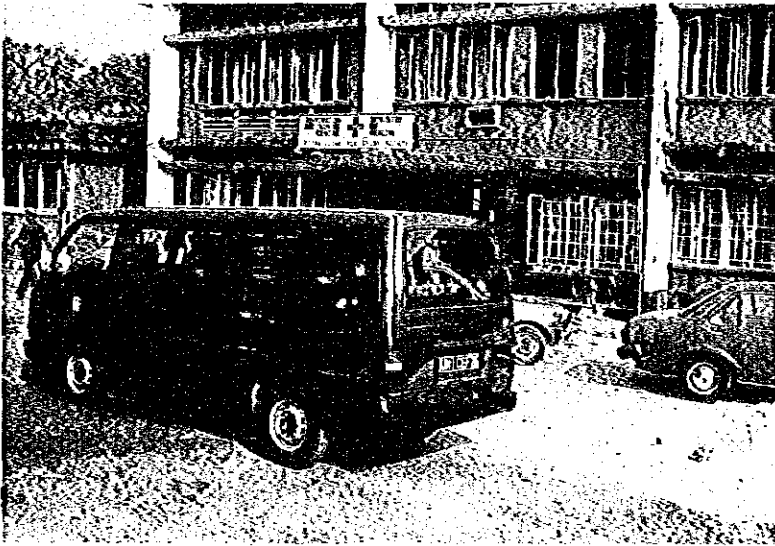


IDA Hヘルスセンターにおけるビレッジヘルスワーカー達



ビレッジの住民のための略図を使用した処方箋

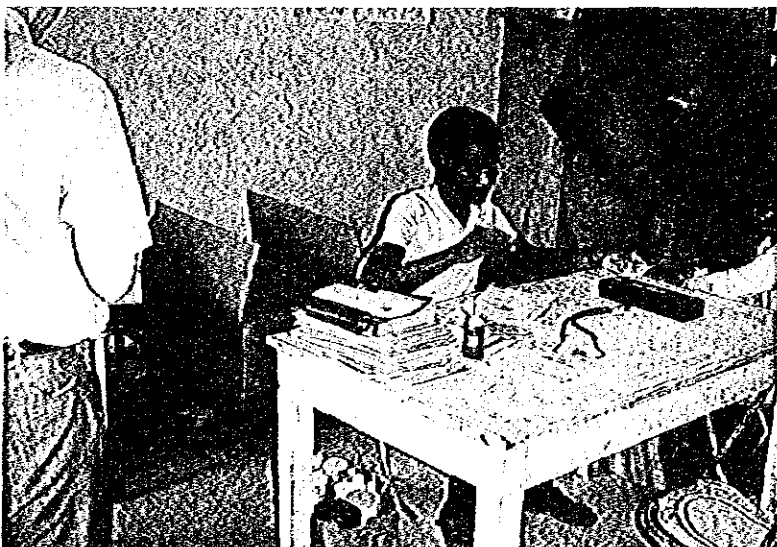




フリータウン小児病院  
(赤十字の建設による)

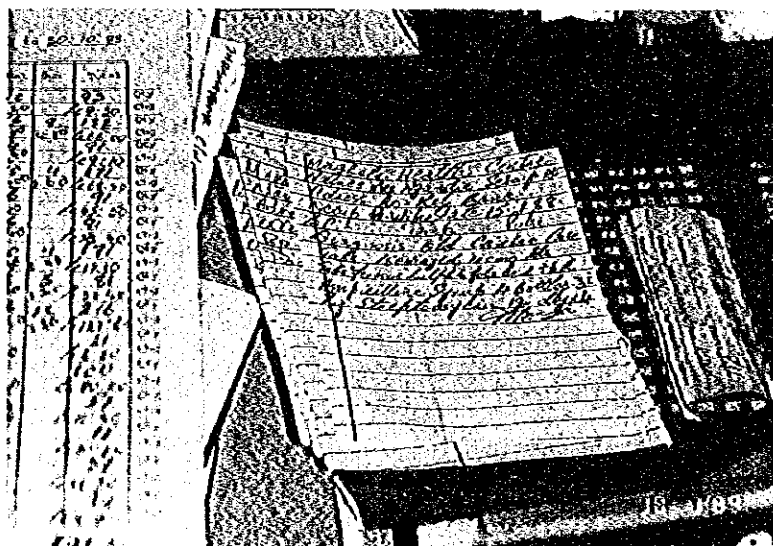


同病院における診療風景

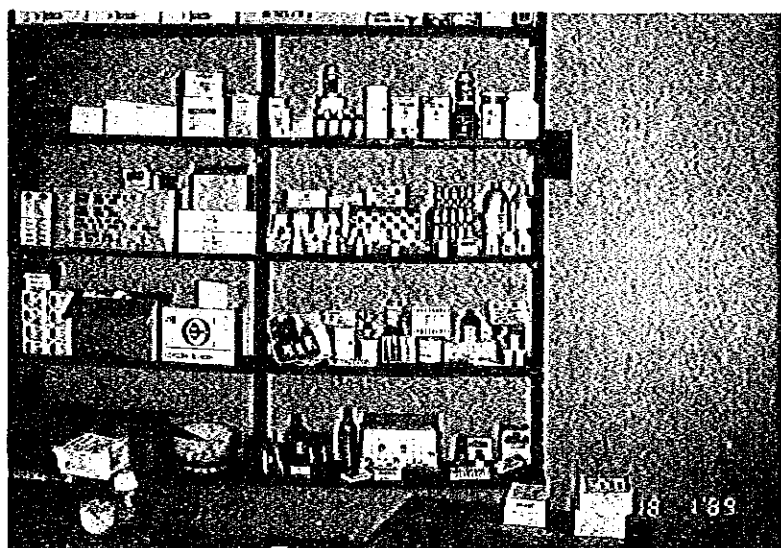


SONGO地区プライマリーヘルスユニットにおけ  
る診療風景





PORT LOCO州 MAGABELEプライマリーヘルスユニットにおける医薬品の在庫管理状況



MAGABELEプライマリーヘルスユニットにおける医薬品

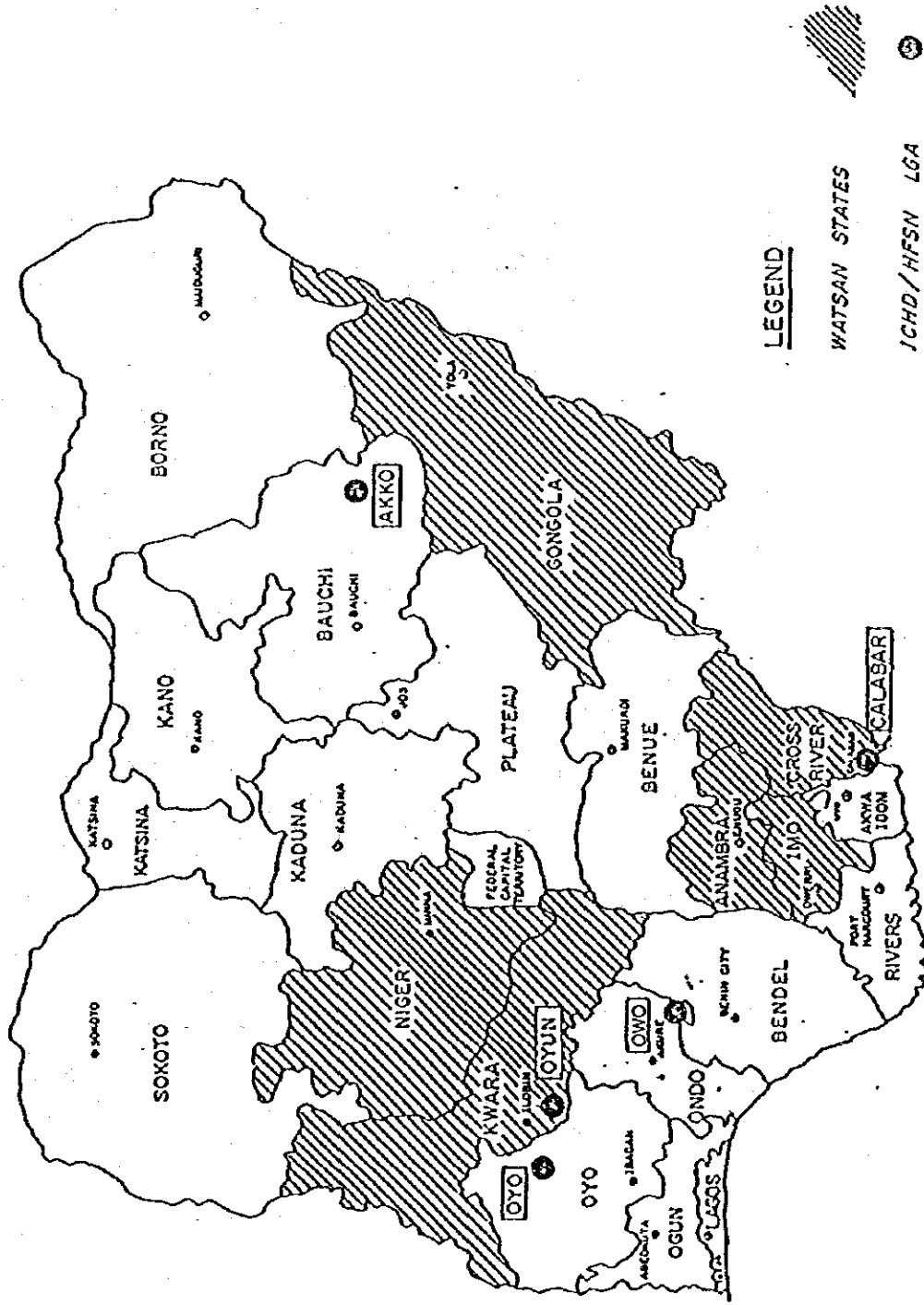


フリータウンでのEPI実施風景



MAP OF THE REPUBLIC OF NIGERIA

UNICEF ASSISTED PROGRAMMES IN NIGERIA



National Programmes: EPI / ORT





# MAP OF THE REPUBLIC OF SIERRA LEONE





# 目 次

序 文	
I 調査チーム派遣に至る経緯	1
II 調査チームの構成	1
III 調査の日程	2
IV パマコ・イニシアティブについて	3
1. 目的及び仕組	3
2. パマコ・イニシアティブの現状	4
(1) ナイジェリア	
(2) シェラ・レオーネ	
(3) パマコ・イニシアティブの問題点	
(4) 援助の可能性	
(5) 援助実施に際し留意すべき事項	
(6) そ の 他	
3. パマコ・イニシアティブ参加国	7
(1) 既参加国	
(2) パマコ・イニシアティブ参加を検討中の国	
V ナイジェリア及びシェラ・レオーネの保健衛生概況	8
1. ナイジェリアの概況	8
2. シェラ・レオーネの概況	19
VI 付属資料(パマコ・イニシアティブ実施ガイドライン)	29



## I 調査チーム派遣に至る経緯

1987年9月、マリの首都バマコで開催されたアフリカ各国の保健相会議で、公衆衛生・母子保健の質を向上させるために、新たに大規模なイニシアティブをとることが決まった。

医薬品を安く大量に仕入れて、コミュニティで地域の小売価格よりも、はるかに安く売るとともに、医薬品の補給資金だけでなく、母子保健サービスの資金をも確保しようとするものである。

イニシアティブの目的は地域住民参加のもとに、必須医薬品の販売等を通じ、母子保健、公衆衛生の水準向上を図ることであり、WHO、ユニセフ等の国際機関やパイの援助機関の一部も、このイニシアティブを積極的にサポートしていくこととしている。

我が国に対しては、昨年5月、ユニセフから本件に協力して欲しい旨の要望があり、外務省、JICAで対応策につき検討してきたが、先ずは、バマコ・イニシアティブに対する正確な理解を得ることが肝要との判断のもと、比較的本イニシアティブが進捗しているナイジェリアとシェラ・レオーネを対象として、調査を実施したものである。

## II 調査チームの構成

雲見昌弘	JICA医療協力部 医療協力特別業務室長	総括
古賀達朗	外務省経済協力局 技術協力課事務官	協力計画
青木達哉	厚生省保健局 医療課主査	保健医療

注：この他、ユニセフより久木田 純、新美令子 両氏が参加した。

### Ⅲ 調 査 日 程

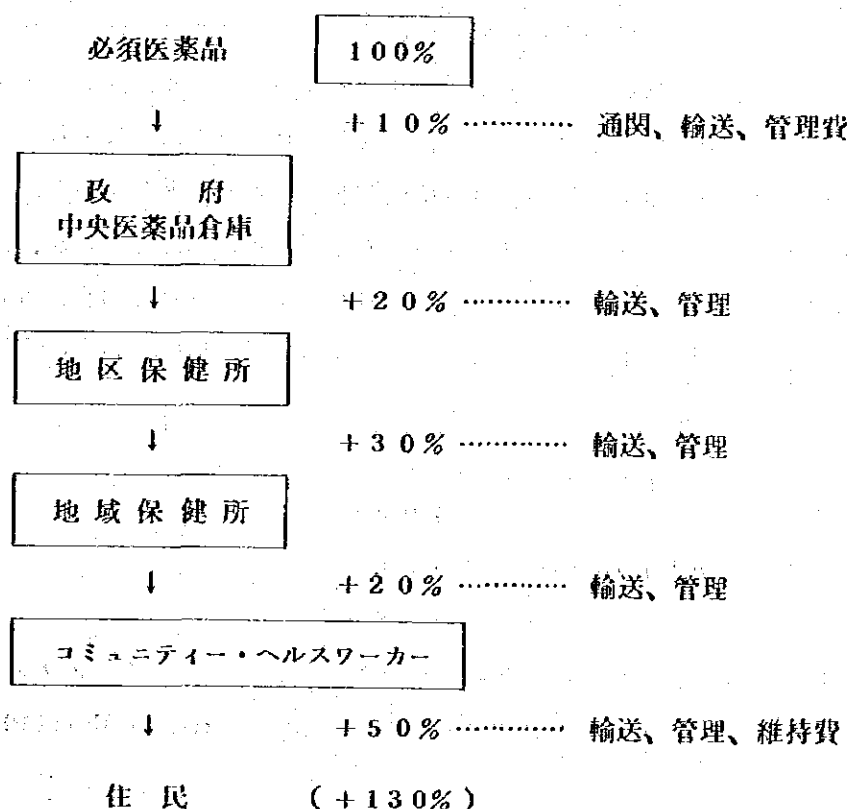
月 日	午 前	午 後
1989年		
1月11日	・保健大臣表敬、計画の概要につき説明あり	・ Ife/Ota LGA PHC Programme 視察
1月12日	・ OFFA 地区児童健康クリニック 視察 ・ Day Care Center 視察 ・ OFFA Basic Health Center 視察 ・ OYUN LGA との意見交換	・ BENU E 州へ移動
1月13日	・ BENU E 州医学技術学校附属ヘルスセンター視察 ・ IDAH ヘルスセンター視察	・ ラゴスへ移動
1月14日	・ 移動日	
1月15日	・ シェラ・レオーネ到着	・ ユニセフ事務所よりブリーフィング
1月16日	・ ユニセフスタッフとの打合せ ・ シェラ・レオーネのパマコ・イニシアティブチームより概況説明	・ 開発経済大臣、保健大臣、WHO 事務所長表敬
1月17日	・ ORT トレーニングセンター視察 ・ EPI Mobile クリニック視察 ・ SONGO 地区 PHU 訪問	・ Social Mobilization についての概況説明
1月18日	・ PORT LOCO 州 MAGABELE PHU 視察 ・ 同 LUNSAR PHU 視察	・ PORT LOCO より移動
1月19日	・ 保健省、ユニセフとの意見交換	・ 保健省、ユニセフとの意見交換 ・ 帰 国

## Ⅳ バマコ・イニシアティブについて

### 1. 目的及び仕組

政府（国によっては州政府）が、諸外国、国際機関等から無償供与、あるいは極めて低廉な価格で購入した必須医薬品（国によって異なる約30種の医薬品）に、政府の中央医薬品倉庫、地区保健所、地域の保健所等、各流通段階で必要とされる輸送費、管理費を加算して、地域住民に販売することにより生じる資金で、必須医薬品の安定的供給、既存のPHC、MCH活動の活性化を図ろうとするものであり、国によって異なるが、概ね、5～7年間で医薬品の自給を達成しようとするものである。

シェラ・レオーネの場合を図示すれば、以下のとおりである。



各援助国は各国政府が購入する必須医薬品の代金の援助を段階的に行う。

必須医薬品代金230%の負担状況

(例)	援 助 国	地 域 住 民
1989	100%	130%
1990	80%	150%
1991	60%	170%
1992	40%	190%
1993	20%	210%
1994	0%	230%

## 2. バマコ・イニシアティブの現状

### (1) ナイジェリア

ア. 人口	約1億人(アフリカ全人口の1/4)	(1985)
イ. 乳児死亡率	85人(出生1000対)	(1985)
ウ. PER CAPITA	\$370	(1984)

ナイジェリアの行政機構は連邦政府の下に20の州その下にさらに304の地方政府(LGA)がある。保健行政に関しては連邦政府は主として計画の策定と他の分野との調整を行い、各州政府は計画の実施に責任を負うが、実際の窓口は各LGAに置かれたHEALTH CENTER(HC)である。

#### エ. ナイジェリアにおけるバマコ・イニシアティブの進捗状況

ナイジェリアのバマコ・イニシアティブは一部の地域において、昨年10月より実施されたばかりであり、現段階では評価する状況にない。またナイジェリアではバマコ・イニシアティブ以前よりESSENTIAL DRUG(ED)の供給プログラム、PHCプログラムはそれぞれ独自に実施されてきた。EDの供給プログラムは病院等の高度医療機関を供給の対象としており、その医薬品数も多い一方、バマコ・イニシアティブはPHCレベルの機関を供給先としており、医薬品数も35品目と少ない点で異なっている。PHCの活動は(HC)で実施されており、EPI、ORT等のMCHが主体であり、今回視察したHCにおいてはUNICEF、WHOの人的支援があるため、かなり活発に行われていた。

### (2) シェラ・レオネ

ア. 人口	380万人	(1986)
イ. 乳児死亡率	193人(出生1000対)	(1986)
ウ. PER CAPITA	\$310	(1988)

シェラ・レオネの行政機構は中央政府の下に12の地域と1つの特別区(フリータウン)がおかれている。PHCの活動は主に各地域におかれた303のPeripheral Health Unit(PHC)で実施されている。

#### エ. シェラ・レオネにおけるバマコ・イニシアティブの進捗状況

今年より3つの地域において、バマコ・イニシアティブが開始されている段階にある。しかし、EDの代金回収システムは1986年より実施されており、その回収率には14%~81%の幅があり、平均は40%弱のようである。

PHC活動はEPI、Control of Diarrheal Diseases(CDD)、Water and Sanitation(WST)を中心に実施されているが、いずれもその主体はユニセフ等の国際機関、イタリア、ドイツの援助機関であり、シェラ・レオネ単独での活動はあまり活発ではないとみうけられた。

### (3) バマコ・イニシアティブの問題点

バマコ・イニシアティブの目玉である代金回収システムの各段階での問題点を中心に述べる。



7. 医薬品の選定、購入量、販売価格の決定

現在人口、有病率等の基本的な統計や過去の医薬品の販売実績等の数字がわからないため、初期の段階では需要に応じ適宜変更していく必要がある。

価格は政府の委員会で決定しているが、各コミュニティレベルで変更する余地も残されており、予定の利益が得られない場合がある。

基本的には、原価×\*\*\*%という方法で一律に決めているが、為替変動等の影響で毎回価格が変動する可能性がある。

8. 貯蔵（在庫管理）

機器の不足、電力供給の不安定により各医薬品の特性に応じた貯蔵法が得られないことが考えられ、不良医薬品が多発する可能性がある。

各レベル（中央、州、地域、HC）での適正な在庫管理がなされ、その情報が速やかに伝達される必要があるが、多くの国では通信手段が不十分なことから、過剰な在庫が増え資本の回転率が低下する可能性がある。

9. 配送

需要に応じて適切な配送をする必要があるが、通信手段の欠如、交通機関の不備等により困難が予想される。

10. 販売（診断）

ナイジェリアでは、各コミュニティから選ばれ3週間の訓練を受けた Village Health Worker（VHW）により診断、薬の販売が行われるが適正な運営が行われるか疑問である。また、シエラ・レオーネのごとく有資格の公務員に限定すると人材の確保が困難であり、人件費もかさむ。

低所得者は無料とされているが、地域全体がきわめて貧しい場合、代金の回収が困難であると思われる。

11. 次年度の医薬品の原資の確保

為替の変動や医薬品の卸価格の変動を織り込んで、医薬品購入に見合う外貨が得られるか疑問である。

12. 各段階への利益の振り分け

各段階での流通コスト（必要経費）の算定が困難と思われる。（特にシエラ・レオーネのごとく既存の行政ルートを利用した場合）

13. 各レベルのPHCの為の資金の管理、PHCの計画、実施

行政機関に運営を任せした場合、他の用途に利用される恐れがある。（シエラ・レオーネでは現在5か月間公務員給与が支払われていない。）

現在PHCを実際に実施しているのはユニセフ、WHO等の国際機関、外国政府、NGOから強力な資金的、人的協力を受けている場所であり、各コミュニティで計画を立案し実施する

のは仮に資金があつたとしても技術的に困難であると思われる。

(4) 援助の可能性

援助を実施するとした場合、以下の援助が考えられるであろう。

ア. 物的

医薬品

貯蔵施設（コールドチェーン、発電施設）

配送用自動車等

通信機材

イ. 技術的

以下の分野に対するアドバイス等が考えられるであろう。

基本的統計の整備

医薬品の貯蔵

在庫管理、配送システム

診断、処方技術の向上

会計

なお、シエラ・レオーネ政府及び、ユニセフシエラ・レオーネ事務所からはユニセフの傘の下にPHCアドバイザー、UNVの派遣方要望があつた。

今回の計画は期間が長期にわたり、内容が複雑であることから実施にあたっては一連の流れを把握し、総括的な指導ができる人材を常駐させる必要があると思われる。

(5) 援助実施に際し留意すべき事項

我が国が援助する場合、以下の対応が考えられるであろう。

・医薬品………ユニセフに対する拠出金の増額による対応

無償または感染症対策費による対応（この場合、薬品の名称に留意する）

・車輛等………無償または感染症対策費による対応

・技術協力………医薬品の供与が前提

・援助に際してはユニセフ等が既にPHCの援助を実施している国に対して行った方が効果的であろう。

(6) その他

ナイジェリア、シエラ・レオーネ両国ともに本件に対するプライオリティーは高く、我が国の協力を期待するところ大であつた。

注	LGA	Local Government Authorities
	MCH	Maternal and Child
	PHC	Primary Health Care
	PHU	Peripheral Health Unit

### 3. バマコ・イニシアティブ参加国

#### (1) 既参加国（1989年1月現在）

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1 エチオピア   | 2 ガーナ      |
| 3 ギニア     | 4 ケニア      |
| 5 ザイール    | 6 シエラ・レオーネ |
| 7 タンザニア   | 8 トーゴ      |
| 9 ナイジェリア  | 10 ブルキナファソ |
| 11 ベニン    | 12 マリ      |
| 13 モーリタニア |            |

#### (2) バマコ・イニシアティブ参加を検討中の国

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1 ガンビア   | 2 ギニア・ビサウ |
| 3 コンゴ    | 4 ジブチ     |
| 5 スーダン   | 6 セネガル    |
| 7 中央アフリカ | 8 ブルンジ    |
| 10 マラウイ  | 11 モザンビーク |
| 12 リベリア  | 13 ルワンダ   |
| 14 レソト   |           |

\*ユニセフ資料による。

## V ナイジェリア及びシエラ・レオーネの保健衛生概況

### 1. ナイジェリアの概況

ナイジェリアは面積923,773平方キロメートルと全アフリカ面積の3%を占めるに過ぎないが、人口は1億人を超えておりアフリカ全体の1/4を占めている。国土は北サハラ砂漠に連なる乾燥地帯、南はマングローブの生い茂る湿地帯と多様性に富んでいる。民族の構成も多様であり、250の言語が話されている。宗教はイスラム教が優勢であるが、南西部ではキリスト教が主体である。人口等の正確な調査は政治的な要素と深く係わるため明らかではないが、1987年に調べられた1億人から1億1千万人との間という数字が主に使われている。

人口の年間増加率は、3.3%といわれておりアフリカで最も高い。その結果、15歳以下の人口は全人口の47%を占めている。全人口の内30%は都市部に住んでおり、都市部での人口の急増は種々の都市問題を引き起こしている。しかしながら残りの70%は地方の農村部に住んでいる。また、人口密度は100人を超えており、これはアフリカで最も高い。

#### (1) ナイジェリアの経済状況

ナイジェリアはかつては1人当りのGNPで見ると、中間クラスに位置づけされていたが、現在では経済状況の悪化により低所得国となっている。

1960年代には、農業がGNPの半分以上を占めていたが、1970年代のオイルブームにより石油の生産が伸び、OPEC中第7位を占めるまでになりその結果、国家予算の3/4、輸出額の95%を石油に頼るようになった。そして、その収入により社会基盤の整備、教育、工業等が非常に発展したが、1980年代の逆オイルショックにより石油収入は激減し、ナイジェリアの通貨であるナイラの為替条件は大幅に下落した。具体的には、1980年から85年までに輸出額は半分に、そして1986年には1年間で更に半分になった。1人当りGNPで見ても1974年から78年までの5か年で29%上昇したのに対し、1986年時点では1973年と比較しても、わずか7%のアップのレベルにまで低下した。この結果、国内では、インフレーションと失業の増大により、一般的なナイジェリア国民の生活は非常に苦しいものとなっている。

#### (2) ナイジェリアの保健状況

1960年の独立以来の努力にもかかわらず、現在の種々の統計指標は大幅な改善の余地のあることを示している。先ずその国の保健水準もよく反映するMCHの状況をみる。1人当りのGNPが同程度の131カ国のU5MRを比較した場合、ナイジェリアは145であり、これは29番目の高さである。また、乳児死亡率の110、妊産婦死亡率の17も極めて高い数字である。

平均余命は、平均で54歳となっているが、男女別にみると通常とは反対に女性の平均余命が男性を下回っており、このため60--64歳の女性の人口は、男性の半分となっている。

ナイジェリアの疾病構造は統計が整備されていないため正確には分からない。

一部の統計によれば病院の外来患者及び入院患者の原因疾患としては、共に第1位が感染症、外

来の2位が呼吸器疾患、3位が皮膚病、入院の2位が妊娠出産、3位が呼吸器疾患となっている。感染症の内訳としては、マラリア、下痢性感染症、麻疹、肺炎、淋病などが主たるものである。また死亡原因は、第1位が感染症、以下呼吸器疾患、事故・毒物、循環器疾患の順となっている。

### (3) 保健行政

ナイジェリアには連邦政府の下に20の州と304の地方政府があり、各レベルでの保健行政を担当している。連邦政府には保健大臣と専門家からなる委員会がおかれ、保健行政の主たる政策はここで決定される。その役割としては、保健行政実施にあたっての財政基盤の整備、医師の養成、薬剤の供給、高度専門病院・研究機関の整備などがある。州政府は実行上の責任者であり、種々のヘルスサービスの提供、一般的総合病院の運営、救急医療、コメディカルスタッフの養成等に責任を持つ。地方政府は、各コミュニティーレベルでの初期医療の実施を受け持っている。表1に保健行政の組織図を示した。

ナイジェリアにおける保健行政は従来、豊富な石油収入を背景に中央政府により進められてきた。その中味も医師の養成と病院の整備という治療を主体としたものであり、原則的に医療費は無料という政策が取られてきた。しかし、1980年代の経済危機を契機にこれらの政策は見直しを迫られ、1985年に現在の保健省が作られると共に末端レベルでのプライマリーヘルスケアを主体とした政策が取られるようになった。その具体的な成果として52の地方政府の保健所でEPI、ORT等のプログラムが大学、衛生技術専門学校との協力のもと実施され、その経験は、他のプライマリーヘルスケア実施に当たってのモデルとなっている。

### (4) 薬剤の供給

現在政府の予算の削減と外貨の不足により、従来からの無料を原則とした医療制度のもとでの医薬品の供給は不可能となっている。一方で民間部門での薬剤の値段は、ナイジェリア国民にとり、手の届かないものとなっているとともに、最近フェイクドラッグ(偽薬)の流通が社会的問題ともなっている。こうした中で安価で良質な薬剤に対するニーズは非常に高まっており、現在必須医薬品の供給、及び代金回収システムを構築すべく、世銀の資金援助を得ている。

### (6) 国際医療機関との協力

WHOは現在5つの地方政府に援助を行っている。特に1986-87年に実施された必須医薬品供給プログラムは医薬品の供給にたいする関心を高め、薬の調達、配送、適切な処方、代金回収システムの確立のための貴重な経験となった。

ユニセフは、現在連邦政府とEPI、ORTの2つのプログラムを実施中である。これは1990年までに世界の子供の80%に予防接種を受けさせようという目標のもとに実施されている。またWHOとともに、バマコ・イニシアティブの実施にも参画している。

ナイジェリアにおけるバマコ・イニシアティブとしては、第1段階で1990年までに、52地方政府での実施を目指しており、現在は4地方で実施されている。第2段階では更に58の地方政府での実施を予定しており、その段階で人口の33%にあたる3400万人がプログラムの対象とな

る。実施に先立ち行われたバマコ・イニシアティブに関する専門家会議において、表Ⅱに示すような方針が決定され、その中でもっとも重要な点は必須医薬品の長期的な確保のための代金回収システムの確立である。また、実施上の責任者は地方政府とされ、そのための中央から地方への権限の委譲がなされ、その結果、プライマリーヘルスケアの実施（特にMCHを主体に）、薬剤の購入、ヘルスワーカーの給与等に必要となる予算は薬剤の販売益を基に、各コミュニティーレベルでの保健委員会により決定されることとなった。必須医薬品の選定も重要な問題であるが、表Ⅲに連邦政府の委員会により、プライマリーヘルスケアレベルで扱うとされた16の疾病に対する薬剤を示した。表Ⅳにはもっとも一般的な地方政府で5000人を対象に半年分の必要薬剤量が示されている。その経費は約1000USドルと考えられている。

以下に4州を対象として始まっている第1期計画の概要を示す。（表Ⅴ）

ア. 対象地域 Kwara 州のOyun、Kano 州のJahun、Benue 州のIdah、Oyo 州のOranmiahの4地方政府

イ. 4地域の総人口1600万人（内5才未満の子供が20%）

ウ. 1990年までの目標

㊦ EPI 12-23ヶ月の乳幼児を対象としたDPT、OPV、BCGの接種率を75-80%

㊧ 0-5才までの子供に対するORTの普及率を60%

㊨ 0-5才までの子供に対するマラリアの治療率を60%

㊩ 0-5才までの子供に対する急性呼吸器疾患の治療率を60%

㊪ 保健サービスの利用率を50%から60%

エ. 各レベルでの使用医薬品

㊦ ビレッジヘルスワーカーレベルで20品目を50%の村で利用可能とする。

㊧ 末端の保健所レベルで30-40品目を80%の保健所で利用可能とする。

オ. 回収すべきコストの内訳

次年度の必須医薬品の購入費、ビレッジヘルスワーカーの賃金、及び運営費10-15%とみられる回収不能代金等

カ. 成功のための条件

㊦ 地方政府、コミュニティーレベルでの増大するPHC、MCHサービスに対する対応能力

㊧ 良質で安価な医薬品の供給とその適切な処方及び代金の回収

㊨ 資金の維持管理

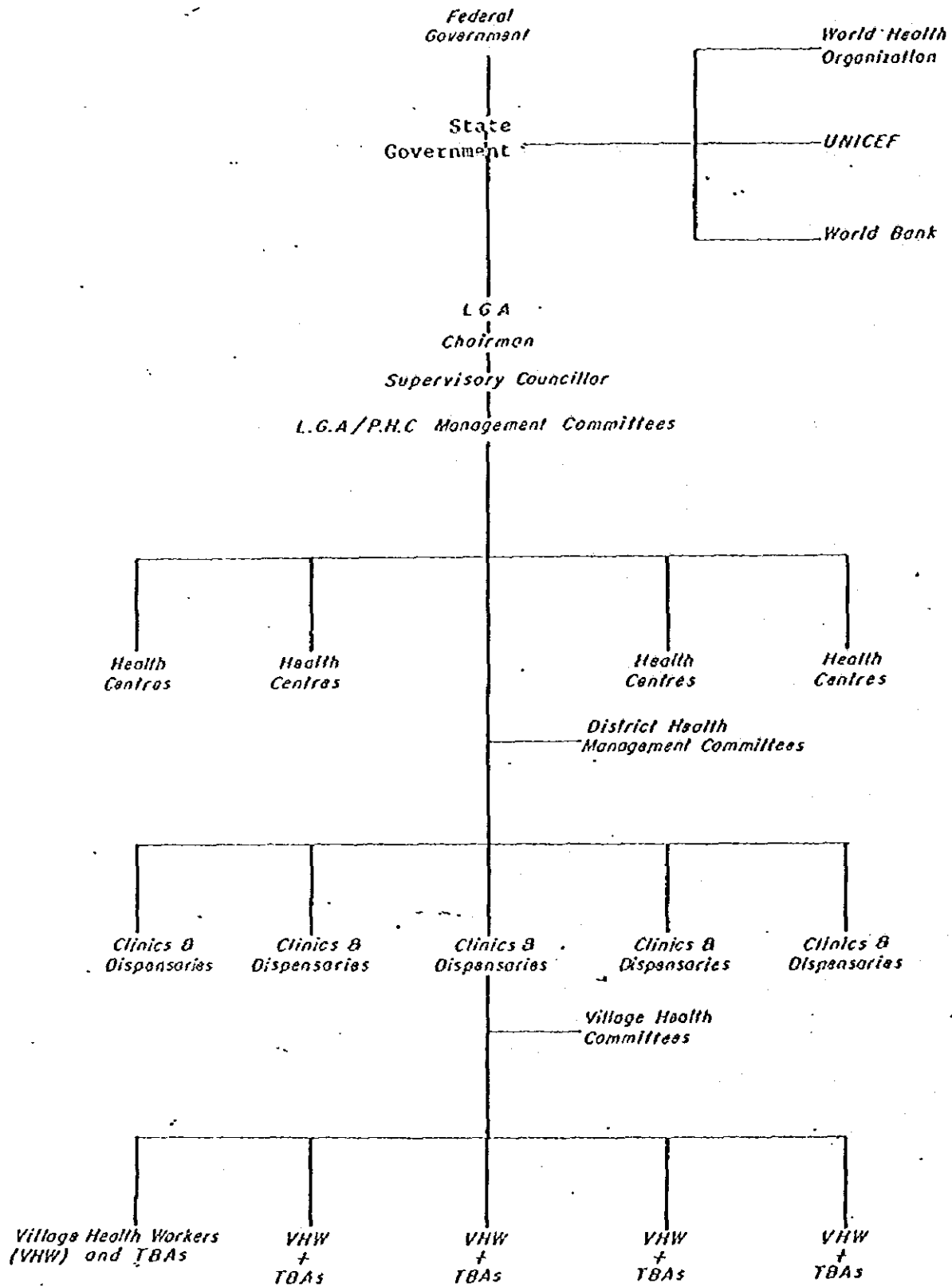
㊩ プライマリーヘルスケアへの地域住民の積極的参加

キ. プログラムの成果の評価

㊦ 予防接種の実施率、ORTの普及率、母子衛生の水準、急性呼吸器感染症、マラリアの治療率

- (イ) 必須医薬品の利用率
- (ロ) 代金の回収と資金の管理へのコミュニティーの参加
- (ハ) 薬剤の市場価格

表I MANAGEMENT AND ORGANIZATIONAL CHART  
FOR IMPLEMENTING PHC.





表II CONSULTATIVE COMMITTEE ON THE RESTRUCTURING OF THE HEALTH SYSTEM AT THE LGA AND COMMUNITY LEVELS

The Committee at meeting in Bagauda, Kano State, on 7th and 8th October, 1988 adopted the following policy guidelines:-

1. Committee accepts the principle of the Bamako Initiative to reinforce the national PHC system through an initial donation aimed at developing local financing and management capability for self-reliance at the community level.
2. Programme shall be operated on a cost-recovery/self-sustaining basis from inception. The programme will be developed in a phased manner throughout Nigeria.
3. The Committee recommends that:-
  - i. In view of the fact that one of the fundamental objectives of the Bamako Initiative is to ensure the continuous supply of quality essential drugs cheaply to the grassroots, Customs and Excise duties currently being charged on drugs shall be waived on all imported finished Essential Drugs and/or raw materials for local manufacture.
  - ii. A pricing policy be formulated to minimize price differentials in all communities in the country. This is especially pertinent in view of the fact that there are other programmes such as the Drugs Revolving Fund Schemes (DRFS), the Essential Drugs Programme (EDP) being operated simultaneously in some states and whose areas of coverage extend to the same grassroots—the target of the Bamako Initiative.
  - iii. In order to avoid confusion in the implementation areas, a policy on a clear devolution of existing health facilities between the state and local government administration is relevant. It is accordingly recommended that the community health posts, dispensaries and the basic health clinics (BHCs) in the LGAs be transferred to the LG administration while the states continue to run the district health units (DHUs), rural health centres (RHCs) and the General and Specialist Hospitals. Committee further recommends increased funding of the LG administrations by the Federal Government to cater for their increased responsibility in Health Care administration.
  - iv. To avoid bureaucratic bottlenecks in the operation of the scheme, policy be formulated at the L.G. and community levels to facilitate the operation of independent bank accounts separate from the Central Treasury system.
  - v. In order to ensure sustenance especially after the initial (seed) donation by the collaborating international agencies, a special provision be made by the Federal Government for foreign exchange for stock replenishment as and when necessary and for the purchase of raw materials for the local manufacture of essential drugs required for the scheme.

- vi. Lists of drugs considered essential for use at village level and first referral level within the LGA is required. Such lists should be as short as possible.
- vii. An institutional framework for operating the Bamako Initiative be evolved.
- viii. Training of all Operatives for the programme is considered crucial and should therefore be given the closest attention.
- ix. Detailed planning of the programme must include continuous monitoring and evaluation and information management to facilitate reprogramming.
- x. Provision should be made for the poor and disadvantaged who might be unable to pay the cost of the drugs.
- xi. Women's role in decision-making, especially in the Village Health Committee and for training as village health workers, is to be emphasized.
- xii. Standing Orders providing legal backing must be developed for the Village Health Worker.
- xiii. Appropriate permit to handle drugs must be provided by the state governments.
- xiv. At all times Bamako Initiative activities, including community mobilization and participation, are to be implemented in ways consistent with the cultural setting.

BAGAUDA, KANO  
08 OCTOBER, 1988

表III RECOMMENDED LIST OF ESSENTIAL DRUGS

S/N.	DRUGS AND STRENGTH	DOSAGE	UNIPAC COST/ TREATMENT + 50%	INCIDENCE	QUANTITY FOR 33%	COST NAIRA
1	Acetylsalicylic acid 500 mg	10 Tablets	N0.50	100%	8000 T	400
2	Adult Chloroquine Tablet 150 mg	10 Tablets	N0.75	100%	8000 T	600
3	Aluminium hydroxide 500 mg	30 Tablets	N3.91	3%	2000 T	50
4	Bandage				100 ROLLS	80
5	Bandage		N1.00	50%	400 ROLLS	320
6	Benzyl benzoate	50 ml	N2.54	2%	1 litres	50
7	Benzoic acid/salicylic acid	20 gm	N0.89	5%	1 KG	50
8	Chloroquine Syrup 30 mg/5 ml	30 ml	N0.75	100%	25 L	650
9	Chloroquine Tablet 150 mg	18 Tablets	N3.60	5%	2000 T	150
10	Chloroquine/Quinine					
11	Cotrimoxazole 400 mg/80 mg	20 Tablets	N3.00	10%	1000 T	150
12	Cotrimoxazole 400/80 mg (Sulfamethoxazole/Trimethoprim)	20 Tablets	N2.00	1%	200 T	30
13	Cotrimoxazole	20 Tablets	N3.00	2%	400 T	60
14	Cotrimoxazole 400 mg/80 mg	20 Tablets	N3.00	5%	500 T	80
15	Cotrimoxazole 400 mg/80 mg	20 Tablets	N3.00	2%	400 T	60
16	Cotton Wool			5%	3 KG (6 ROLLS)	90
17	Cotton Wool				3 KG ROLLS	90
18	Darvon (Sodium Lactate)	2 pks.	N15.00	1%	20 P	300
19	Diazepam 5mg/ml	2 ml vials	N0.90	10%	50 V	45
20	Ercometrine Injection	1 Amp	N0.70	2%	20 AMP	20
21	Ercometrine Tablet	6 Tablets	N0.16		300 T	10
22	Ferrous Sulphate/Folic Acid 60 mg/0.25 mg	50 Tablets	N1.21	5%	4000 T	60
23	Ferrous Sulphate/Folic Acid 60 mg/0.25 mg	50 Tablets	N1.27	10%	800 T	120
24	Gentian violet	1 gm	N0.38	10%	100 GR	40
25	Intectable 300 mg/ml	2 vials	N4.00	5%	100 V	200
26	Iodine 2.5%				500 ml (10B)	50
27	Lidocaine Injection 1%	5 ml	N0.40	1%	50 ml (1 Bot)	10
28	Mebendazole 100 mg	6 Tablets	N0.67	10%	2000 T	230
29	Metronidazole 250 mg	40 Tablets	N3.21	5%	1000 T	80
30	Neomycine Bactitracin	20gm tube	N3.40	2%	20 Tubes	70
31	Nicosamide 500 mg		N1.04	5%	200 T	50
32	OKS	2 pks.	N1.40	10%	200 P	140
33	Paracetamol 500 mg	10 Tablets	N1.00	100%	8000 T	800
34	Plaster				20 ROLLS	10
35	Procaine-Penicillin 3 Mu	2 vials	N4.50	1%	20 V	450
36	Promethazine Syrup	25 ml	N0.90	2%	500 ML	20
37	Promethazine Tablet	4 Tablets	N0.18	5%	200 T	10
38	Sulphadiazine/Prinethanic 500/25	3 Tablets	N1.35	10%	250 T	110
39	Tetracycline eye ointment 1%	5 gm tube	N1.00	10%	100 TUBES	100
40	Tetracycline eye ointment 1%	5 gm tube	N1.00		20 TUBES	20
41	Vitamin A 60 mg	20 caps	N160.00	5%	800 C	70
42	Vitamin A: 60 mg	10 caps	N1.60		200 Caps	30
						5955

表IV QUANTITIES - COST OF ESSENTIAL DRUGS PER 5000 POP. FOR 4 MONTHS

DISEASE	DRUGS AND STRENGTH	DOSAGE	UNIPAC COST/ TREATMENT * 50x	INCIDENCE	QUANT. FOR 50x	COST
1. Malaria -PROPRILAXIS Pregnant Women -TR Child -TR Adult -TR Child -Resistant	Adult Chloroquine 7ab 150 mg Chloroquine tab 150 mg Chloroquine syrup 30 mg/5 ml Paracetamol 500 mg Acetylsalicylic acid 500 mg Sulphadiazine/Primethacin 500/25	10 Tabl 48 Tabl. 30 ml 30 tab 10 Tab 3 Tab	N0.75 N3.60 N0.75 N1.00 N0.50 N1.35	100x 5x 100x 100x 100x 10x	8000T 2000T 25L 8000 T 8000 T 250T	600 150 650 800 400 110
Complicated	Chloroquine/Quinine Intectable 300 mg/ml Ciazepam 5mg/ml	2 vials 2 ml vial	N4.00 N0.90	5x 10x	100 V 50 V	200 45
2. Diarrhoea & Dehydration Severe	ORS Darrow's (Sodium Lactate)	2 pks 2 pks	N1.40 N15.00	10x 1x	200 P 20 P	140 300
3. LRTI Phemonia Bronchitis/ Whooping cough	Procaine-Penicilline 3 MU Cotrimoxaz 400/80 mg. (sulfamethoxazole/ Trimethoprim)	2 vials 20 tabs	N4.50 N2.00	1x 1x	20 V 200 T	450 30
4. Amenie	Porous Subphate/ Folic Acid 60 mg/ 0.25 mg	90 Caps	N1.27	10x	900T	120
5. Malnutrition	Vitamin A 60 mg Porous Subphate/Folic acid 60 mg/0.25 mg	20 caps 90 Table	N1.60 N1.27	5x 5x	900 C 4000 T	70 60
6. Intestinal Parasites	Mebendazole 100 mg	6 Tab	N0.67	40x	2000 T	230
7. Gastritis	Niclosamide 500 mg Aluminium hydroxide 500 mg	90 Tabs	N1.04 N3.91	5x 5x	200T 2000T	50 90
8. Skin Infection	Neomycine Bactitracin Benzyl benzoate	20 gm tube 50 ml	N3.40 N2.54	2x 2x	20 tubes 1 L.	70 50
9. Eye Infection	Benzole acid/salicylic acid Tetracycline eye ointment 1x	20 gm 5 gm tube	N0.99 N1.00	5x 10x	1 XC 100 Tubes	50 100
10. ENT Infection	Cotrimoxazole Gentian violet	20 Tab 1 gm	N3.00 N0.38	2x 10x	400 T 100 gr	60 40
11. Measles	Cotrimoxazole 400 mg/80 mg. Tetracycline eye ointment 1x Vitamin A: 60 mg	20 Tabs 5 gm 10 Caps	N3.00 N1.00 N1.60	2x 2x	400T 20 TUBES 200 Caps	60 20 30

DISEASE	DRUGS AND STRENGTH	UNIPAC COST/ TREATMENT + 50%	INCIDENCE	QUANT. FOR 3%	COST
12. Urinary Tract + STD	Cotrimoxazole 400 mg/80 mg	20 Tabs	10%	1000T	150
13 Dysentery	Metronidazole 250 mg	40 Tabs	5%	1000T	80
	Cotrimoxazole 400 mg/80mg	20 Tabs	5%	500 T	80
14 Wounds	Iodine 2.5%		50%	500 ML (108)	50
	Bandage			400 ROLLS	320
	Cotton wool			3 Kg ROLLS	90
	Plaster			20 ROLLS	10
Suturing	Lidocaine inj. 1%	5 ml	1%	50 ml (1 Set)	10
15. Deliveries	Bandage			100 ROLLS	80
	Cotton wool			3 Kg (6 ROLLS)	90
	Ethometrine Tab	6 Tabl	5%	300 T	10
	INJ.	1 Amp	2%	20 AMP	20
16 Vomiting	Promethazine Tab	4 Tab	5%	200 T	10
	Syrup	25 ML	2%	500 ML	20

NS.965

NB. COSTS ARE BASED ON UNIPAC  
 PRICES + 50% FOR TRANSPORT/HANDLING  
 US\$ = N6.6 (OCT'88)

\$1000

表V PROFILE OF 4 BAKAKO INITIATIVE IMPLEMENTING LGAs

ITEM/LGA	IOAN OF BENUE STATE	OYUN OF KHARA STATE	ORANKIYAN OF OYO STATE	JAHUN OF KANO STATE
1. Population	398,487	201,324	800,000	434,757
2. Area	?	660 Sq. km.	1,880 Sq. km.	1,500 Sq. km.
3. Density per Sq.km	?	305 persons	424 persons	290 persons
4. Age Structure				
4.1 % of 0-1 yrs	0.5	n.a.	4.0	2.4
4.2 % of 0-5 yrs	8.0	15.7	18.0	24.7
5. Health Facilities	State owned General Hospital, PHC Clinic and Basic Health Clinics. LGA owned 18 clinics for maternal and child health 10 privately owned clinics and dispensaries 4 voluntary agencies owned clinics.	2 State owned, 9 LGA owned and 18 privately owned clinics and dispensaries providing maternal and child health services EPI/ORT centres, treatment of common diseases and school health services.	2 State owned hospitals and PHC Centre, LGA has 30 Dispensaries, 23 maternity centres, and privately owned 13 clinics and hospitals.	1 General Hospital, 2 Health Clinics, 11 LGA Dispensaries, 8 Leprosy clinics, 1 Mobile clinic & EPI/ORT Centres. Trained TBAs in each village.
6. Major Health Problems	Malaria, Colds, Coughs, Diarrhoea, Measles.	Malaria, Gastroenteritis malnutrition, Measles anaemia, Tetanus, typhoid, Respiratory Tract infections and worm infestations.	Malaria, Gastroenteritis Measles, Respiratory tract infections, Ring-worm, Tuberculosis, Guinea worm, Cholera, Intestinal worm infestation.	Malaria, diarrhoeal diseases, skin disorders, eye and ear infections, upper respiratory infections, measles and malnutrition
7. Education and Literacy	3.5% persons completed primary education, 1.1% completed secondary education.	84 primary schools, 29 secondary schools, 1 post-secondary schools, 26 Adult literacy centres. High adult literacy rates in both males & females.	41% with primary education and 23% with secondary education - 5% University and Technical education.	3 Govt. secondary schools 66 primary schools. Functional literacy rate: 40.9% males 21.9% female
8. Economic Activities.	80% farmers, 15% petty traders, 1% white collar jobs and 4% other.	Farming, trading, carpentry, bricklaying, sewing, weaving, goldsmithing.	In rural areas 83% farmers, 8% traders. In urban areas 29% traders 16% office workers, 8% teachers.	Farming, cattle rearing, fishing, trading and mat making.
9. Communication	Poor rural roads, lack of transport facilities.	Roads satisfactory. Has t'phone link and post-office. High use of radio. most people read papers. Electricity in major town	40% read newspapers 82% listen to radio 21% watch Television.	80% of pop. has radios 10% TVs. good road network to states but poor links to villages; no telephone; electricity only in towns.
10. Housing and Sanitation	Poor water supply.	Overcrowding due to large families.	Poor water and toilet facilities in rural areas.	Huts with thatched roof and overcrowding.

## 2. シェラ・レオーネの概況

### (1) シェラ・レオーネの経済概況

シェラ・レオーネは、西アフリカに位置し西は大西洋に面し、北と東はギニア、南はリベリアに接している。面積は73,326平方キロメートル、人口は380万人、農業、水産業、及びダイヤモンドを中心とした鉱業を主な産業としており、1人当りGNPは310ドルときわめて低い。

全般的な経済状況は、1980年代の一次産品の下落と経済運営の失敗により、シェラ・レオーネの通貨であるレオーネの大幅な下落を招き、国民生活に大きな影響を与えている。100%以上の賃金の上昇も物価の上昇には追いつかない。1986年の6月以降レオーネの価値は1000%以上も下落し、実質的な賃金は大幅に減少している。例えば、1986年には米50kgが80レオーネで買え、一般的な保健所の薬剤師の月給は200レオーネであった。しかし、1987年の後半には、米の値段は1400から1600レオーネになったにもかかわらず、月給は350レオーネになったのみであった。

### (2) シェラ・レオーネの保健状況

シェラ・レオーネにおける各種統計も正確なものは少ないが、1986年のデータによると粗死亡率は約31、平均寿命は41才、乳児死亡率は193、妊産婦死亡率は4.5ときわめて悪い状況にある。

シェラ・レオーネの疾病は感染症が主体となっており、特にマラリア、下痢性疾患、結核、らい、肺炎、麻疹、破傷風等は死亡の原因疾患としても重要なものとなっている。特にマラリアは医療機関受診者の21%にみられ、小児病院では下痢性疾患が15%を占めている。

### (3) シェラ・レオーネの保健行政

シェラ・レオーネは大きく北部、南部、東部の3地域と首都のフリータウンがある西部地域の4つに分けられる。そしてこの3地域は12の地方に分けられ、さらにそれぞれの地方は郡に分かれている。現在全国で150の郡があり、郡は最終的に村から構成されている。地方は概ね2500平方キロメートルの広さと200,000人の人口を持ち、郡の人口は8,000から21,000人である。

厚生行政に対する責任は主に中央政府の保健省がもっている。これまでのシェラ・レオーネの厚生行政は極めて、中央集権的であり、近年各種の計画の実施が困難となってきていた。このため現在、行政組織の再編成が実施されており、統計の収集と分析、計画立案能力の向上を目指して、脱中央集権化、保健情報の登録制等が行われつつある。政府の他にも各種のNGO、鉱山会社、民間団体等が病院や様々な地域保健所を運営している。地域保健所はコミュニティー保健所及び支所、母子センター等を含んでいる。また、移動保健チームが定期的に各地域を巡回している。現在シェラ・レオーネの20%の地域がこのようなドナーの提供した地域保健所の活動の恩恵に浴している。

### (4) シェラ・レオーネに於けるバマコ・イニシアティブ

バマコ・イニシアティブに先立ち1986年の10月からボンバリ地方で必須医薬品のプログラムが開始された。これは、代金回収システムと薬剤の再購入を目指すものであり、アフリカーレとユニセフの技術的、財政的援助を受けて実施された。この結果を受けて1987年から他の地域で

もこのプログラムが実施に移され、ボンバリ地方を除く156の保健所と35の病院が参加しユニセフより1700万レオーネ分の医薬品が提供された。しかし1987年の11月の時点で回収できた代金は600万レオーネであった。この回収率の低さの原因はこのシステムに対する保健所、病院側の理解不足と、運営側経験不足にある。結局各機関の回収率の平均は30%に留まった。これとは対照的にボンバリ地方の保健所での回収率は81%、病院での回収率も73%であった。この良好な回収率の原因としては、この必須医薬品プログラムが包括的なプライマリーヘルスケアの一環として行われていたことと、効率的な記録台帳の作成等の綿密な実施計画を立てていたことである。

1987年の9月に開かれたアフリカ諸国保健相会議での結論を受けて1988年の2月よりバマコ・イニシアティブの実施に関する委員会が設置された。委員会は保健省、国家開発経済計画省、ユニセフ、WHOから構成されている。検討の結果、バマコ・イニシアティブの開始地区としてポルトロコ地方が選ばれた。ユニセフからは資金が援助され、保健省により新しい薬品貯蔵庫が建設されるとともにスタッフの教育がなされている。

バマコ・イニシアティブの目的は代金回収を伴う必須医薬品の供給システムを通して地域に於けるプライマリーケアを活性化していくことにある。まず第1に必須医薬品プログラムは他のプライマリーケアサービスの財政的な裏付けとしての役割を担う。つまり、薬剤の販売益による独自の財源を確保することによりMCH、CDD、給水及び衛生管理、栄養改善、伝染病予防、健康教育等の事業を進めていくことができ、またそれらの計画立案も各コミュニティーレベルで実施することができるようになる。次に必須医薬品の供給をすべてのレベルの保健医療機関（病院、地域保健所、母子センター等）に対し行うことによりこれらの機関相互の協力を推進していくことが可能になる。

実行計画は表1に示した、

タイムスケジュールは表Ⅱに示した。

実施目標は以下の通りである。

- ア. 乳児死亡率を1989年の180から1994年には70にまで減少させる。
- イ. 母子のマラリア、下痢性疾患に夜死亡率を1994年までに25%減少させる。
- ウ. 成人、小児の主要な疾患の、罹患率を1994年までにそれぞれ10%減少させる。
- エ. 1990年までにUCIでの目標を達成し、1994年までに予防接種の代金回収制度を確立する。
- オ. 妊産婦死亡率を4.5から3に減少させる。
- カ. 栄養失調児の割合を1989年の25%から1994年までに20%に減少させる。

シエラ・レオーネに於けるバマコ・イニシアティブは必須医薬品の供給に加え、具体的にはMCH、EPI、CDD、給水及び衛生等の事業から構成されており、それぞれの現況を以下に述べる。

#### (5) 必須医薬品の供給

必須医薬品の代金回収システムはバマコ・イニシアティブの最も重要な点である。これまでの



経緯に関しては前述の通りである。専門家会議で決められた必須医薬品のリストを表Ⅲに示した。

#### (6) MCH

15才から45才までの妊婦可能女性と子供を合わせた人口は全人口の約40%に達する。そしてこのグループは、保健上は最も弱い立場に置かれている。

このプログラムの主たる目的は5才未満の小児に対するMCHサービスの強化とハイリスク妊婦対策の強化にある。各期間における母子保健対策を表Ⅳに示した。小児に対する保健サービスの主眼は2才までの小児に対する発達のモニタリングと予防接種の推進におかれている。

また増加する保健需要に応じるためにMCHエイド、伝統的助産婦等の技術者の訓練と各コミュニティにおけるボランティアの養成が必要となっている。現在、出産可能女性5000人当たり1人のMCHエイドと10人の伝統的助産婦が必要とされ、そのために4つのMCHエイド養成所が新たに整備される予定である。母子保健サービスの流れは、まず妊婦のリスクの把握に始まり、必要があればMCHエイドにより簡単な治療が施され重症なものは、地域病院、国立病院等のより高次のレベルの医療施設に送られる。

#### (7) EPI

1984年の終わりから始まったEPIは現在1990年までに3ヶ月から24ヶ月までの208,000人の乳幼児がDPTとポリオワクチンの予防接種を受け、さらに233,000人が麻疹と結核の予防接種を受けることとなっている。また妊娠可能女性766,000人に対して破傷風の予防接種が行われることとなっている。接種率は1986年の6%から1988年には24%になった(表Ⅴ)。特に女性に対する破傷風の予防接種率は59%に達しこれはアフリカで最も高い。EPIの実施に当たりユニセフよりはDPT、麻疹、BCG、ポリオ、破傷風ワクチン及びコールドチェーン用の器材、車両が提供された。

#### (8) CDD

コレラを始めとする下痢性疾患はシエラ・レオーネにおける主要な死亡原因の1つとなっており又小児病院の入院患者の1/3は下痢性疾患によるものである。シエラ・レオーネでのCDDは1982年より開始され基本的な概念はブラザビルのWHOアフリカ事務所での決定に準拠されている。しかしながらCDDの最も重要な要素であるORTの普及は未だ不十分である。その原因の多くは専門家たちの理解が乏しい点にあり、止痢剤、抗生物質、点滴が多用される反面1986年のコレラの大流行時でさえORTは治療としてあまり使用されなかった。このため各種の専門家に対する教育が急がれているが、現在教育用の医療機関としては赤十字の援助により建てられたフリータウン小児病院があるのみである。一方で地域におけるORTの普及のために家庭での砂糖、塩を利用したORTを推進している。

#### (9) 給水及び環境衛生

シエラ・レオーネは降水量が多く水は豊富であるが、衛生レベルの低さのために汚染されており水系感染症が蔓延している。現在ユニセフによる給水事業が12の地域と西部特別地域で実施

中である。この事業は水源の確保、水質の管理、環境衛生事業の3つから構成されている。

## 表I Strategies

The following strategies will be applied:

- i) Establishment of an efficient ED storage and distribution system at the District level with active participation of the local community.
- ii) Social mobilization initiatives to promote community participation in the management and decision-making processes on ED and MCH care at the District level, through health development committees.
- iii) Ensuring a regular supply of ED of good quality to all levels and at the lowest cost necessary to support the implementation of MCH/PHC, initially with donor assistance, but gradually phasing this out over a five-year period.
- iv) Strengthening the District hospitals so that they could act effectively as the referral points of the PHUs, by the creation of improved MCH wards.
- v) Expanding the essential drugs Cost-Sharing and Revolving Fund Scheme (including a profit-sharing scheme and service fees) to provide inputs to the other aspects of MCH/PHC as the community recognizes the need.
- vi) Increasing the capacity of the Government Central Medical Stores (GCMS) to transport supplies from the Airport and the Quay to GCMS warehouses and from warehouses to District Medical Stores (DMS), or from the port of entry direct to Districts, as the situation demands.
- vii) Promoting health services through effective information, education and communication, giving priority attention to women and children, at all levels: village, chiefdom, district and national.

- viii) Decentralizing the activities of the District Health Team (DHT) by evolving a new system that will include participation of the community at chiefdom and village level through health development groups and coordination of various projects' inputs: Food Production and Nutrition, WES, EPI, CDD, etc.
- ix) Conducting operational research and base-line studies supportive to the effective delivery of health services via MCH/PHC/ED.
- x) Catalysing the formation of village health groups which will be directly involved in the administration and management of Essential Drugs and other MCH/PHC intervention schemes.
- xi) Organizing training activities for health workers and other extension officers which would enhance institutional capacity building and social mobilization.
- xii) Developing an integrated supervision and monitoring system for effective implementation of the programme.
- xiii) Defining the roles and responsibilities of MCH/PHC implementers from top to bottom emphasizing the need for both horizontal and vertical coordination/cooperation.
- xiv) With the construction of standard District Medical Stores (DMS) already committed in six districts, the remaining six Districts would also be provided with DMS.
- xv) Expand the national coverage with MCH services by establishing three hundred and fifty additional MCH units.

表II Target Population by i) District/Area and ii) Year

i) District/Area

District/Area	Planned initial year of Implementation	Total Population in initial year	Infants (0-4yrs)	Children (5-14 yrs)	Females (15-44)
---------------	--	----------------------------------	------------------	---------------------	-----------------

a) Non Donor-supported Districts

Western Area	1989	600730	113750	163647	147242
Kambia	1989	198910	33238	47818	43024
Port Loko	1989	343940	57472	82683	74394
Kono	1990	420805	70317	101162	91020
Kailahun	1990	263150	43972	63261	56919
Bonthe	1991	115980	19300	27802	25086
Koinadugu	1991	198290	33134	47660	42890

b) Donor-supported Districts

Kenema	1990	374880	62642	90121	81087
Moyamba	1990	284960	47617	68504	61637
Tonkolili	1990	268815	44919	64623	58145
Bo	1991	301325	50351	72439	65177
Pujehun	1991	124430	20792	29913	26914
Bombali	1991	372410	62230	89527	80552

ii) Year

	1989	1990	1991	1992	1993
Total target population	1223580	2879230	4069545	4172390	4276700
Infants 0 - 4 years	204460	481119	680021	697206	714637
Children 5 - 14 years	294148	692166	978319	1003043	1028119
Females 15 - 44 years	264660	622778	880243	902488	925050

表III シェラレオネ キットA医薬品内訳

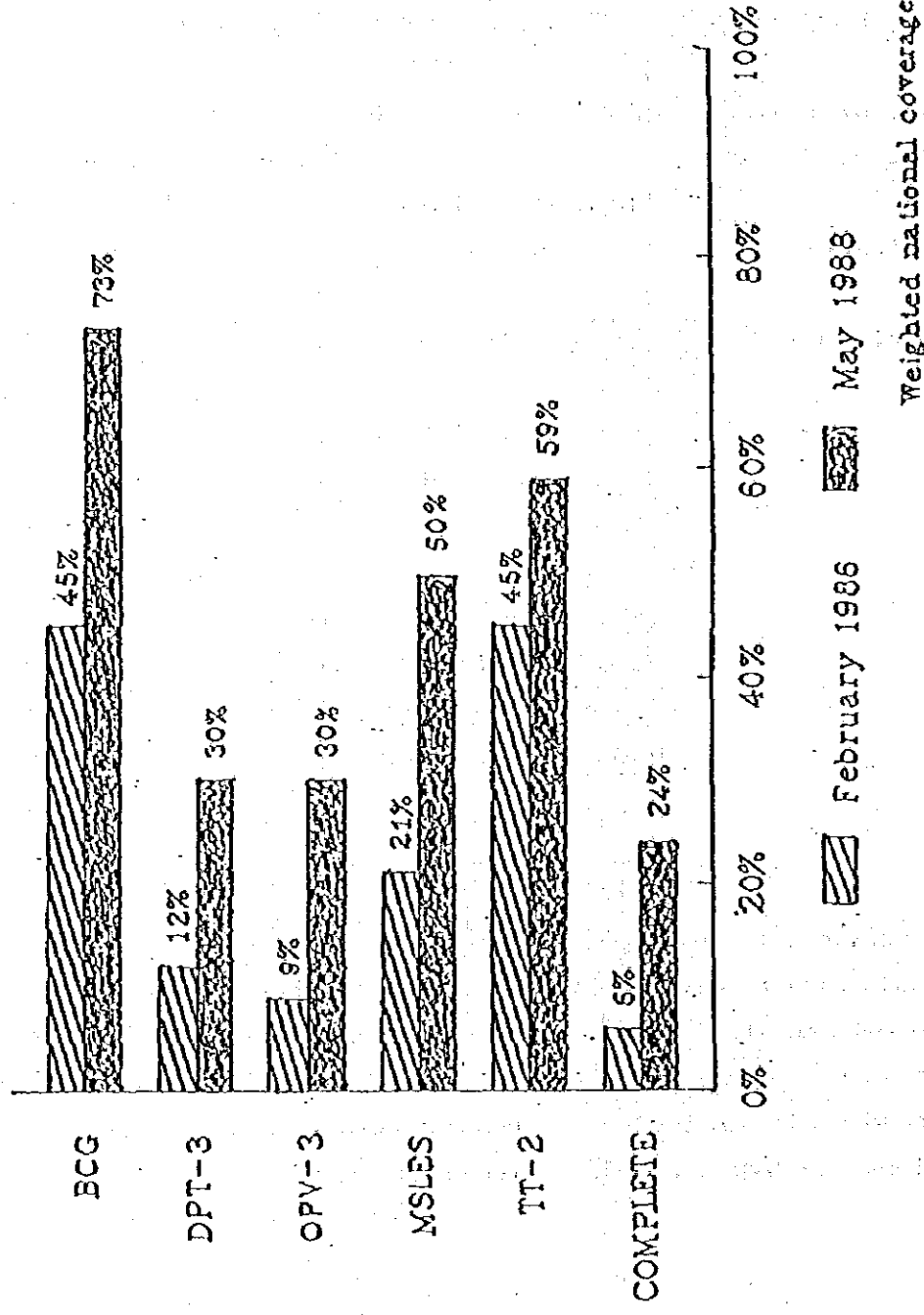
1.Acetylsalicylic Acid Tab 300ng	解熱鎮痛剤
2.Aluminium Hydroxide Tab 500ng	制酸剤 (胃炎、胃潰瘍)
3.Chloramphenicol cap 250ng	抗生物質
4.chloroquine Tab 150ng	抗マラリア剤
5.Sulfamethoxazole 400ng + Thimethoprim 80mg Tab	抗マラリア剤
6.Thiacetazore 150ng + Isoniazid 300mg Tab	抗らい、抗結核剤?
7.Mebendazole Tab 100ng	駆虫剤 (鞭虫)
8.Ferrous Sulphate 60ng + Folic acid 0.25mg	貧血治療薬
9.Metronidazole Tab 100ng	抗原虫薬 (赤痢アメーバ)
10.Sulfanidine Tab 500ng	サルファ剤?
11.Diazepan Tab 5mg	鎮静剤
12.Chlorphenanine Tab 4ng	
13.Diethylcarbanazine Tab 50ng,4ng	抗糸状虫薬
14.Salbutamol Tab 4ng	喘息治療薬
15.Tetracycline Tab/Cap 250ng	抗生物質
16.Folic acid Tab 1ng	葉酸
17.Epinephrine HCL Inj 1ng/ml 1ml	強心剤
18.Diazepan Inj 5mg/ml 2ml Amp	鎮静剤
19.Lidocaine HCL Inj 2% 50ml	局所麻酔薬
20.Benzyl penicillin PO for Inj 3g	抗生物質
21.Water for Inj 10ml box of 50 anps	溶解液
22.Benzathine Benzyl Penicillin Pulv for Inj 1.44g	抗生物質
23.Water for Inj 10ml box of 50 anps	溶解液
24.Streptomycin Pulv for Inj 1g	抗生物質
25.Water for Inj 5ml box of 50 anps	溶解液
26.Needle Hypo 0.80x40mm/21gx1.5 Luer disposable	注射針
27.Syringe Hypo 2ml luer disposable	注射筒
28.Syringe Hypo 5ml Luer Disposable	注射筒
29.Prometazine Inj 25mg/ml 2ml box of 10x2ml Amp	抗ヒスタミン薬
30.Benzoic6% + Salicylic Acid3% Oint/Cream 40g	乾せん、白せん (水虫) 軟膏
31.Benzyl Benzoate Saponated Conc Soln 90% 1L	消毒液
32.Iodine Soln 2.5% 30ml	消毒液
33.Gentian Violet PWDR 25g	健胃消化薬
34.Tetracycline HCL OPH Oint 1% 5g	抗生物質入り軟膏
35.Calamine Lotion 500ml	湿疹、皮膚炎用軟膏
36.Chlorhexidine Conc Soln 20% 100ml	消毒液 (ヒビテン)
37.Cotton Wool Absorbent Non-Sterile 100g	脱脂綿
38.Gauze-Pad Sterile 12-PLY 76x76mm square	ガーゼ
39.Plaster,Surgical,Adhesive Tape 25mmx10m	テープ
40.Bandage Gauze Non-Sterile 75mmx9m	包帯
41.Ampicillin PWDR/Oral susp 125mg/5ml 60ml	
42.Paracetamol Tablet 500ng	解熱鎮痛薬
43.Chloroquine Syrup 50ng/5ml 1L	抗マラリア薬シロップ
44.Water for Inj 10ml	
45.Water for Inj 10ml	

表IV Delivery of MCI Services

Before and Between Pregnancy	During Pregnancy	During Labour	New-born Care
Family planning: education and methods	Antenatal screening	Monitoring labour (using partogram	immunization
immunization	Identification and women	emergencies	Growth Monitoring and Promotion
Nutrition education	TT immunization		Treatment of common childhood diseases
	Provision of Iron and Folic Acid Tablets		
	Malaria prophylaxis and treatment of malaria and other common infections		

Services to children will focus on the vulnerable group of 0-2 years old. Emphasis will be given to the enrolment of these children in the Under-Five Clinics for growth monitoring and comprehensive child care services, with particular emphasis on immunization. The latter will require provision for the maintenance of the cold chain, including its regular monitoring, and immunization supplies (i.e. vaccines, syringes, needles, sterilizers).

# 表 V NATIONAL IMMUNIZATION COVERAGE SIERRA LEONE, 1986 AND 1988



Source: Ministry of Health/UNICEF/WHO Coverage Survey May 1988



バマコ・イニシアティブに係る付属資料



「バマコ・イニシアチブ」  
実施ガイドライン

1. WHOのアフリカ地域委員会が1987年9月にマリのバマコで決定した「バマコ・イニシアチブ」(決議 AFR/RC37/R6) は、ユニセフとWHO (世界保健機関) に対して婦人と子供に重点を置いた地区レベルの基礎保健 (PHC) の実施の促進を支援することを求めたものになっている。

2. 「バマコ・イニシアチブ」は主として基本的必需医薬品や物資の供給、販売にもとづいてコミュニティ出資システムを発展させ、コミュニティベースの行動を強化して、とくに婦人と子供の生存と生活の質を向上することを目指す。

3. 「バマコ・イニシアチブ」の目標はすべての人が基礎保健/母子保健 (PHC/MCH: 母子に重点を置いた基礎保健) を利用できるようにすることに置かれている。保健に関する意志決定の地区レベルへの分散化やコミュニティレベルでの基礎保健の管理、コミュニティの管理下での利用者出資、国の現実的な医薬品政策と必需医薬品の提供を通じてこの目標の実現が促進され、さらにこれから婦人と子供の健康の増進に重点を置いた持続的な基礎保健が実現される。

4. 「バマコ・イニシアチブ」は地区やさらに高いレベルからの支援と並んで基礎医薬品や物資の提供や供給を通じて、利用者出資とコスト回収システム、回転資金などを設けて、持続的な保健活動を可能にすることによって、基礎保健へのコミュニティの最大限の参加を促進できるようなものになっている。

5. 最貧の人々が基礎保健を利用して、その恩恵を受けられるようにするための手段について検討しなければならない。これはコミュニティが利用料金の免除や補助金の基準を決めることによって、実現することができる。

## 目次

はじめに	2
政策の基盤	3
理論的背景	3
初期活動	5
国のプログラム開発の枠内でのイニシアチブの指導原則	5
国の計画立案のためのガイドライン	6
実施活動	12
医薬品と物資	13
機関相互間の協力	18

## 付録

1. 決議 AFR/RC37/R6—必需医薬品のためのコミュニティレベルの出資と管理による婦人と子供の健康—「バマコ・イニシアチブ」(1987年)	20
2. 医薬品と物資	22
3. 「バマコ・イニシアチブ」におけるコミュニティ出資/コスト回収システムの概要	25

### はじめに

1. WHO (世界保健機関) のアフリカ地域メンバー国は基礎保健 (PHC) のアプローチを通じて「2000年までにみんなの健康を」というWHOの目標を実現することを約束している。それらの諸国は最近の経済的困難にもかかわらず引き続き、その実施を支援する手段を見出している。けれども乳児死亡率 (IMR) や幼児、妊産婦の死亡率はなお高い。母子保健 (MCH) や栄養、EPI、下痢性疾患予防プログラムなどの基礎保健活動を強化するために、この地域の一部の国はコミュニティによる自己出資計画を実施に移している。一部の国での経験は、コミュニティのメンバーが必需医薬品の取得に対して、進んで料金を払う用意があることを示している。

2. アフリカ地域のメンバー国のほとんどすべてで、なお医薬品が全面的に不足している。無料で医薬品を配付している政府は、すべての人々に継続的に医薬品を供給するのがむずかしくなっている。寄付による医薬品の供給は、短期的には緊急時に役立つ

づか、長期的には自助の気持ちを失わせることになる。基礎保健のプログラムに出資するためには、個人やコミュニティを動員することが必要である。こうした見地からみた場合、この地域での新しいプログラムは個人やコミュニティの参加を強く強調して、コスト回収システムや回転資金の設置を促進することによって、人々が自分で自分の健康にもっと責任をもつようにするものでなければならない。

3. 保健その他の社会サービスのために、いくつかのコミュニティや村落からなる地区を行政単位にすることが決まっている。そうすることによってコミュニティの参加や高いレベルからの支援のための最適の条件が生まだされる。WHOではアフリカにおいてHFA（みんなの健康）という目標の実現を促進するための3段階のシナリオの一部として、こうした地区に焦点を当てたアプローチを促進している。

4. 「バマコ・イニシアチブ」は地区やより高いレベルの支援と並んで、持続的な基礎保健を確立できるような利用者出資システムやコスト回収システムを構築し、回転資金を設置するために、3年間にわたって必需医薬品や物資を提供することを通じて、基礎保健へのコミュニティの参加を最大限にするように計画されている。ユニセフは「バマコ・イニシアチブ」を実施する各地区に対して、3年間にわたって毎年1人当たり0.5米ドルから0.75米ドルの資金を提供して、基礎必需医薬品や物資を調達できるようにするとともに、プログラムに対する支援を与えることになっている。

#### 政策の基盤

5. 「バマコ・イニシアチブ」の基礎は1987年9月にマリのバマコで開かれた第37回地域委員会の会合で採択されたアフリカ地域決議 AFR/RC37/R6およびユニセフ執行理事会の勧告 E/ICEF/1988/P/L.40 によって確立されている。

6. WHOの地域委員会とユニセフ執行理事会が「バマコ・イニシアチブ」を支持する決議を行ったあとで、アフリカ統一機構（OAU）加盟国の国家元首や政府も1988年5月19日から23日までエチオピアのアジスアベバで開いた第48回閣僚会議で、このイニシアチブを支持している。

#### 理論的背景

7. 現在、多くのアフリカ諸国で保健センターや薬局に實際上、医薬品がなくなり事

実上、運用資金もなくなって基礎保健の有効実施範囲が縮小している。乳児や幼児の死亡率も最近になって改善されたとはいうものの、なお高い水準にとどまっている。

8. 無料で医薬品を配付している政府も、すべての人に継続的に医薬品を提供するのがむずかしくなっている。拠出による医薬品の供給は自助の気持ちを失わせるので、個人やコミュニティを動員して基礎保健プログラムへの出資を求める必要がある

9. 外部からの資金的支援を拡大して、引き続き経済情勢の悪化の影響を食い止めるとともに、コミュニティの資金の動員を通じて基礎保健サービスを継続し、拡大するための触媒として役立たせる必要が、大いに高まっている。

10. 多数のアフリカ諸国で、地区レベルの管理のもとでコミュニティが基礎医薬品や物資を入手できるようにすることによって、保健サービスを利用できるようにするとともに、サービスを効果的に実施できるようになることが示されている。

## 目標

11. 「バマコ・イニシアチブ」の目標はすべての人が基礎保健を利用できるようにすることにある。保健に関する意志決定の地区レベルへの分散化やコミュニティレベルでの基礎保健の管理、コミュニティの管理下での利用者出資、国の現実的な医薬品政策と必需医薬品の提供を通じて、この目標の実現を促進することによって、婦人と子供の健康の増進に重点を置いた持続的な基礎保健の実現が促進されることになる。

12. 結局「バマコ・イニシアチブ」への支援は、国がとくに保健センターや薬局、保健相談所のレベルで基礎保健のネットワークを回復し、拡大するのを助けることになる。必需医薬品や物資を提供することは、一般的に医薬品の提供とともに相談/治療費の支払いを通じて、基礎保健システムのコミュニティベースの側面を維持し、拡大するための収入を得るための手段になる。

## 目的

(a) 必需医薬品の販売にもとづく利用者出資とコスト回収計画を端緒として、とくに母子の要求に応じられるようにするために、地域レベルの基礎保健活動に対する地域の出資と地域による管理を強化する。

(b) コミュニティの参加を通じて基礎必需医薬品の供給面での自助を促進する。

プログラムでは「バマコ・イニシアチブ」の次の3つの主要素を明確にする。

(a) 基礎保健の実施範囲を維持し、拡大するために、コミュニティが保健活動や地区レベルの管理システムを組織する能力を強化する。

(b) 必需医薬品供給システムを強化する。

(c) 5年以内にコミュニティの自助を確立することを目標にして、上記の(a)(b)に必要な経常コストを支出できるようにする。

13. プログラムは準備段階の当初から地区の保健管理者を加えて地区やコミュニティに明確に焦点を当てたものにならねばならない。一部の国はこの枠組みを拡大して水や衛生、所得創出活動を加えて総合的なコミュニティ開発に目ざすものにし、基礎サービス戦略のもとで運用することを望むかもしれない。

#### 初期活動

14. ユニセフとWHOの代表は協力して政府にアプローチして、政府が「バマコ・イニシアチブ」に関心を持ち、関与する意思があるかどうかを確かめるものとする。政府にその意思があることが分かった場合には、代表は次に概要を示すような国のチームや作業班の設置に始まる計画立案と実施の過程を国に提示する。

#### 国のプログラム開発の枠内でのイニシアチブの指導原則

15. 政府やすべての拠出国は「バマコ・イニシアチブ」を実施するために共通の理解をもつとともに、プログラム実施の意味について合意しなければならない。

16. 「バマコ・イニシアチブ」の実施に対するユニセフ/WHOの支援は、国がすべての参加国に共通する次の基本原則を守ることに関心を持っているかどうかによって左右される。基本原則としては、次のものがある。

(a) 国として、すべての人が利用できる基礎保健サービスの促進にコミットしていること。

(b) 基礎保健の合理的発展と両立し、それを補完する必需医薬品政策があること。

(c) 保健サービスのためのコミュニティの出資。通常は相談/治療/医薬品に対する支払いの形で支払われ、支払いは保健システムの各種のレベルを通じて一貫した

矛盾のない形で行われなければならない。コミュニティベースのサービスに対して支払いを求める一方で、都市の病院で同じサービスを無料で提供するといったことは適切ではない。それによって平等性が失われるからである。

- (d) 政府が基礎保健に対してかなりの資金的支援を行っていること（できれば支援が拡大されていること）。政府の保健予算は、地区や地域の保健サービスに対する現在の支援水準を維持できるものでなければならない。
- (e) 基礎保健を管理するための保健省の意志決定が、かなりの程度まで地区のレベルに分散化されること。
- (f) コミュニティの資金を分散化して管理すること。このことは地域の施設で集められた資金が、中央の金庫や保健省に送られないで、コミュニティの管理のもとに置かれることを意味する。回収された資金は必需医薬品や物資の補充、また基礎保健プログラムに必要なその他の運用費に当てられるものとする。
- (g) 最貧の家族が基礎保健を活用し、恩恵を受けられるようにするための措置。これは支払いの免除や補助金の交付を通じて行われ、その基準はコミュニティによって決められるものとする。出資額に限りがある低所得地域に対しては、予算を追加することも必要になる。適切な場合には、その他の所得創出手段を活用して、保健へのコミュニティの出資が補足されなければならない。
- (h) 中間的目標を明確にし、その実現の程度を明確に測定できるような指標についても合意がなされなければならない。

### 国の計画立案のためのガイドライン

#### (a) 戦略

17. 「バマコ・イニシアチブ」の狙いは、主として基礎必需医薬品を定期的に供給し販売することによって、コミュニティ出資システムを発展させ、とくに婦人と子供の生存を高めその生活の質を向上させるために、コミュニティベースの保健活動を強化することに置かれている。

18. イニシアチブはこの地域の国々で政府の意志決定を地域社会に分散する傾向が高まっていることや、保健サービスにおいてコスト分担やコストの回収が受け入れられるようになってきていること、多くのアフリカ経済が重大な問題を抱えているいま保健サービスに対する外部援助入手の可能性が高まっていることなどに着目したものである。



19. アフリカの保健事情とくに婦人と子供の保健問題の深刻さに照らして、緊急に基礎保健を促進し、母子保健サービスをすべての人に「拡大」する必要がある。5年という時間的枠組みのなかで、国の目標が達成されなければならない。

20. プログラムは段階を追って慎重に実施し、この複雑なシステムが効果的に実施されるようにしなければならない。一般的にいて、初年度にプログラムを開始すべき地区の比率は、全地区の20%以下でなければならない。

21. その理由は大規模な準備段階が必要なことにある。コミュニティその他の資金に依存したコミュニティベースの母子保健プログラムに必要な各種の能力が養成されなければならない。透明な資金移転、会計システムをつくりだす必要もある。

22. ほかに地域保健員を養成し、コミュニティのメンバーに対しても医薬品その他の資源の合理的な使い方を教える必要がある。

23. すべてのレベルで監督、管理の訓練も必要になる。コミュニティベースの多様な活動に従事する中央や州レベルのスタッフを支援して、基礎保健のためのコミュニティの自助や資金管理の持続性を確保するためには、中央当局が自制してコミュニティに対して提供している支援や資金を引き上げないようにする必要がある。

24. 目標は地区やコミュニティベースの基礎保健システムを築くことにあるが、計画は全国的な規模のものでなければならない。「バマコ・イニシアチブ」の効果は基礎保健のための国の専門的能力を改善することと並んで、コミュニティの保健員の能力を高め、コミュニティ参加の実をあげることにある。多くの国が基礎医薬品や物資を輸入に頼ることになるが、地域での生産を維持し発展させて、地域での製造を抑圧することなく生産効率を高めて、適切な競争力をもたせる方法も模索する必要がある。

25. 「バマコ・イニシアチブ」はすでに適切な基礎構造をもつ地区のレベルで開始される。こんごの挑戦は、基礎保健が整備されていない地区に対する国の計画が優先されるようにして、それらの地区にもできるだけ早く基礎保健を広げることにある。

#### (b) 国の基礎保健会議

26. 基礎保健の発展を総括するためすでに多くの国が通常は保健省の指導のもとで国

の評議会や委員会を設けている。委員会ができていない場合は政府が各省やNGO、州/地区の行政当局の代表からなる国の作業班を任命して「バマコ・イニシアチブ」のための計画立案や実施、モニタリングを監督することが勧告されている。国の作業班の設置に続いて、選ばれた個々の州や地区にも同様なチームが設けられなければならない。ユニセフとWHOはそれらの努力を支援する用意がある。

27. 基礎保健を実施するためにはとくに保健、教育、財政、計画立案、内務または地方政府、農業、社会・農村開発の各省にわたる多部門の協力が必要である。宗教組織や各種のNGOも国の保健システムの強化に積極的な役割を果たすことができる。

#### (c) 地域/州レベル

28. 「中間レベル」には明確に定義された行政単位（州や地域、地方行政区など）内の保健事務所や保健センター、病院や、政府の他の省庁のそれに対応する関連の事務所や部門、機関、省庁間機関、非政府/ボランティア団体のそれらの組織が含まれる。

29. 中間レベルの役割は中央レベルの政策、戦略、行動計画を実施に移し、中央が現地に割り当てる資源を配付/調整し、地区のレベルに対して「双方向の照会制度」や「管理面」での支援を提供することにある。「バマコ・イニシアチブ」の実施を可能にする保健の基礎構造は、このレベルで形を整えることになる。

30. 保健部門やその他の部門の中間レベルの技術担当者は、利用できるすべての（伝統的、近代的）技術を活用し、管理の改善を通じて、利用可能な（人的、物的、資金的）資源が最もよく活用されるようにする責任を負う。

#### (d) 地区レベル

31. 地区レベルは、村落や場所、地区にコミュニティ保健活動の実施計画が存在し、実施の過程で指導的支援が提供され、最新の記録によって進展をモニターするのに必要な情報が提供されることを確保する上で、重要な役割を果たす。

32. これらの管理機能の責任は委員長が地区の行政担当官を勤める地区の開発委員会に付与されてよいかもしれない。委員長は地域レベルの最高の行政担当者として保健その他の部門の活動や、恐らくは非政府団体のイニシアチブをも調整することができる。

る。委員長は開発委員会の下部組織の地区保健管理委員会とも協力する。地区の保健チームはそれらの活動実施の任に当たる。

#### (e) 国の中間チームと地区チームの任務

33. プログラムの立案はユニセフやWHOとの協議のもとで国や地方/州、地区のチームが行う。次の順序で作業を行うことが勧告されている。

- すべてのコミュニティを含めて、地区の計画がとるべきアプローチについて中央レベルで合意する。
- 地区とコミュニティの計画の立案。これには中央/地域/州も一部参加する。
- 地域/州の計画の立案。
- 国の実施計画の立案。

34. 必需医薬品供給システムやコミュニティ薬局によって基礎保健を拡大した経験をもつ近隣の国でのプログラム/プロジェクトについて学ぶため、国のチームによる現地視察の準備を行う。視察によって、とくに次の事柄を知ることができる。

- コミュニティ出資の経験。
- それらの国での政策の決定。
- 状況分析によって明らかにされ、自国でも起こるかもしれない問題点。
- 問題解決のための戦略。
- 管理の過程とその手段。
- プログラム拡大の速度。
- 国の規模で設けられた支援システム。

#### (f) 地区の選定

35. 「バマコ・イニシアチブ」を全国的に拡大できるかどうかは、プログラムを開始した最初のいくつかの地区での実績に左右される。したがって選んだ最初の地区が全国的なプログラムや開発のための「学習地区」になる。最も望ましいのは、選ばれた地区が進んでプログラムを開始する気持ちや用意があることをはっきりと示すことであり、状況がさらに好ましい場合に最も成功が保証されることになる。

36. 初年度に選定する地区は通常20%以下とするが、これは慎重に計画を立案し、実施の早い段階で学習を行う必要があるためである。次年度には地区の40%、3年目に

は80%を加えることにする。ユニセフやWHOその他の機関が地域ベースの開発を支援している一部の地区では、プログラムの第一段階においてそれらの地区に優先順位を与えてもよい。プログラムでは診療所や施設に近いコミュニティだけではなく、すべてのコミュニティが含まれるようにするために、多数の地区に分散した同数の保健センターを対象にするよりも、全地区を対象にすることが提案されている。

37. 地区選定の基準は国のチームが決めるが、その際、次の点を考慮する。

(i) 地区や村落レベルの組織

—地区の開発委員会。

—地区の保健委員会。

—村落開発/保健委員会。

(ii) 訓練または再訓練される要員をもつ保健施設のネットワーク。

(iii) コミュニティの動員の程度または動員が可能な水準。

(iv) 特定の保健指標 (コミュニティの保健需要)。

(8) コミュニティの役割

38. 基礎保健の成否は保健活動の計画立案や実施、モニタリングへのコミュニティの全面的な参加のいかんにかかっている。したがって保健その他のプログラムでのコミュニティの経験について検討し、コミュニティのダイナミックスについて理解することが不可欠になる。地区の開発委員会や地区の行政、村落開発/保健委員会、その他の地方組織の間の結びつきが明確にされ、それらがどのように運用されているかが明らかにされなければならない。それには次の点がある。

—コミュニティの意志決定の過程。

—コミュニティの開発または保健委員会や、それに対応する委員会の会合の予定。

—機能の定義、実施する任務 (衛生、所得創出)。

—コミュニティの出資システム。

—管理、監督面でのコミュニティのメンバーの養成訓練。

—会計業務や物資管理 (医薬品の販売、特別賦課金、その他の創出資源)。

—婦人グループや子供、青年などの特定グループの参加。

—保健要員と伝統的治療者、個人開業医との間の前向きな関係の構築。

—医薬品供給、販売システムに対する監督、日常の補給の確保。

39. コミュニティの保健システムの管理は保健スタッフとコミュニティの合同委員会

が担当する。委員会には婦人を加える。保健システムと最もひんぱんに接触するのが婦人や幼い子供だからである。委員会は全体として婦人や子供とくに通常、十分のサービスを得られず、コミュニティのなかで不利な状態に置かれている人々の要求に敏感に応えるものでなければならない。委員会の任務には次のものが含まれる。

- 一資金その他の資源の管理と会計。
- 一物理的施設の管理。
- 一診療所の設置と保健サービスの統合。
- 一重要な出来事に関する記録の作成。
- 一専門医照会制度による高いレベルの適切な支援の確保。
- 一支援サービス。輸送やコミュニケーション、補給活動。
- 一情報教育とコミュニケーション（IEC）。
- 一訓練の必要性の明確化と訓練を受けるべきコミュニティのメンバーの指名。
- 一進展状況に対するモニタリング。

#### 計画立案の過程

40. 政府/ユニセフ/WHOグループは、次の諸点について検討する。

- 一国の保健の概略。
- 一地区の状況に関する報告（保健地区のWHO/AFROモニタリング・プログラムの通じて年次ベースで作成される報告）。これには基礎保健開発の傾向、利用可能または潜在的に利用可能な資源、資金状況と規制、保健（とくに婦人の健康と子供の生存）への地域や地区の行政、利益集団の参加を含む。
- 一自己出資またはコスト回収案に関する従来の努力であって、コミュニティの組織や行動に焦点を当てたもの。
- 一保健活動分散化の傾向。
- 一保健開発に対する（国連や政府・非政府の2国間・多国間）機関の支援。

#### 地区の行動計画

41. 計画立案の過程で収集された情報を使って地区の行動計画を策定する。これには次のものを含むものとする。

- (i) 基礎保健の管理問題。
- (ii) 保健、開発活動へのコミュニティ参加の程度。
- (iii) 利用可能な資源。

- (iv) コスト回収システム。
- (v) 貯蔵やコールドチェーン（冷蔵輸送網）を含む医薬品供給システム。
- (vi) 養成訓練の必要性。
- (vii) モニタリングと評価。

## 実施活動

### 基礎保健サービス

42. 「バマコ・イニシアチブ」のねらいは基礎保健の一環として、すべての婦人と子供が保健サービスを利用できるようにすることにある。

(a) 地区の計画立案チームは地区内のできるだけ多くのコミュニティとの間で幅広い協議を行って、コミュニティに計画立案の過程について知らせ、コミュニティを計画立案の過程に参加させる必要がある。プロジェクトは事前の話し合いなしにいかなるコミュニティに対しても適用されてはならない。協議は地区の計画立案のいろいろな段階で行われなければならない。婦人が基礎保健に最も関係が深いので、婦人の意見にとくに留意する必要がある。

#### (b) 基礎保健に当たって優先すべき事項

- 妊産婦に対するケア— 出産前後と出産時のケア。これには貧血その他、妊娠に共通の不調やマラリアの予防（必要な場合のみ）、破傷風トキソイドの予防接種、栄養と保健教育、妊婦を地区の病院に適切に照会することを含む。
- 家族計画。
- 子供の保育— 母乳育児、優れた食事の習慣、微量栄養素（ビクミンAやヨウ素など）欠乏症の予防、発育観察、予防接種、急性呼吸器感染症（ARI）やマラリア、下痢性疾患などの一般的な病気の予防による栄養の改善。
- 保健専門家やコミュニティ保健員の養成や監督。
- 医薬品その他の医療資材。
- 保健教育や特別プログラムのためのコミュニティの動員。
- 環境衛生— 安全な水、便所の改善、ゴミ処理システムを含む。
- 伝染性の疾患の予防。

#### (c) 総合

基礎保健の各種の要素を総合して治療と予防とを一括し、母子が保健センターを一度訪れるだけで必要なすべてのサービスを受けられるようにする。要員が各種の「垂直」プログラムに従事することで、合同の作業部会や養成プログラムを通

じて地区の医療担当者とともに、統合の過程を実現することができる。家族や子供について個別の記録（個別の予防接種カードや発育観察、保育カードなど）を作っている場合は、それらを一括して子供の健康カードにまとめる必要がある。ここでもまたコミュニティがそれらの変更に関する決定に参加する。

## 医薬品と物資

### 地区の医薬品と物資

43. これには次の2つの側面がある。

- (i) 地区の病院のレベルで使用される医薬品や物資。これらは一般に「バマコ・イニシアチブ」の枠外にある。
- (ii) EPIワクチンを含む基礎必需医薬品と物資。これらの品目は「バマコ・イニシアチブ」実施の一環として、3年間にわたって供給される。

44. ユニセフは「バマコ・イニシアチブ」を実施する地区ごとに3年間にわたって年間1人当たり0.5米ドルから0.75米ドルの資金を提供する用意をする。イニシアチブのための医薬品や物資は国の「バマコ・イニシアチブ」委員会を通じて各地区に供給される。供給は国の医薬品供給システムを通じて行い、それに並行するようなシステムは設けない。目的は国の供給、流通システムの改善を促進することに置かれる。

45. イニシアチブを実施する地区は効果的な医薬品と物資供給システムを築いて、プログラムが3年を経過したあとで容易に自助状態に移行できるようにする。

46. 地区の保健チームはコミュニティ保健委員会と協力して開かれた信頼できる医薬品供給システムを発展させなければならない。

### 医薬品の管理

47. コミュニティの参加とシステムの透明度を最大にするために、各レベルで自己の医薬品のストックを管理し、資金の収支を明らかにするものとする。各レベルの委員会は高いレベルによって訓練と監督を受けなければならない。地域の医薬品や財政を管理し、医薬品の消費や予想される実収入、正当な支出について収支を明らかにし検査するために、監督システムを工夫する必要がある。これらの管理、監督機能におけ

るコミュニティ委員会や保健スタッフの任務をも明確にする。保健スタッフやコミュニティのメンバーの数や、訓練の必要性についても特定する。

48. 地区保健小委員会が地区レベルの「バマコ・イニシアチブ」の実施に当たる。この目的で地区薬剤師、地区保健会計士、主任看護担当者を選出する。

49. 小委員会の傘下で次の活動が実施される。

- 地区の基礎医薬品の選定。
- 地区の医薬品需要の決定。
- 地区の医薬品の調達。
- 医薬品キットの保管。
- 医薬品の流通。
- 地区の保健施設用の在庫ミックスや地域に適した軟膏などの地域生産。
- モニタリングと資金の管理。
- 会計業務。
- 医薬品の検査と価格の決定。

#### 保健システムのための資源

##### 利用者出資／コスト回収

50. 「バマコ・イニシアチブ」では最大限3年間にわたって各地区に対して医薬品が供給され、その後はコミュニティがそれまでの年に供給された医薬品を販売して得た収益によって医薬品の在庫を補給する。消費者はプログラム開始の当初から、入手する医薬品の代金を支払う。医薬品の販売価格はCIF（コスト、保険、運賃）価格に国のレベルで決定される地域的な輸送および／またはその他の料金を加え、それに一定の原価加算額を加えて決定される。医薬品の販売価格はそれでもなおコミュニティが現在、他の販売元から入手している価格よりも安いものになる。場合によっては原価加算額をさらに増やして、コミュニティの20～30%を占める全額を支払えない貧しい人々や特別のグループに属する人々をカバーする必要がある。

51. 医薬品の利用者料金は主として次の3つの方法で徴収される。

- (i) 直接払い 提供されたサービスに対して、その場で料金を支払う。
- (ii) 間接払い サービスの前後に第3者を通じて支払う。
- (iii) 上記の(i)(ii)の併用。



52. 上記の3つの手段のすべてによって資金が獲得されるが、これらの3つの方法にはそれぞれ一長一短がある。

53. 利用者出資/コスト回収案にしたがって地域的に得られた資金は、次の方法で活用される(付録3参照)。

- (i) 地域の運用費 コミュニティは3年間に供給された医薬品を販売する際に原価加算によって入手した収益をコミュニティの保健システムやサービスの枠内で使うために留保してコミュニティ保健員の給与、燃料その他の資材費、基本的な保守費などの各種の運用費や経常費、開発プロジェクトに充当する。資金の用途は各コミュニティが計画し、管理し、決定する。
- (ii) 地区貯蓄勘定(DSA) 「バマコ・イニシアチブ」を実施する地区ごとにDSAを設けて、医薬品調達のための回転資金とする。DSAは地域通貨による基礎必需医薬品の販売収益から採り込まれ、その額は基礎必需医薬品のコストに輸送その他の料金を加えたものになる。重要なのはプロジェクトの初年度にDSAを設けることで、イニシアチブを通じて初年度に提供される医薬品の総調達コストに対応する額がこの勘定に積み立てられる。プロジェクトの第2、3年度には提供される医薬品を販売して得られる額はDSAに採り込まれず、政府/ユニセフ/WHOの特別基金に移転される(次のパラグラフを参照)。プロジェクトの第4年度以降は、DSA資金は特別基礎保健基金(次のパラグラフ参照)に移転され、政府によってその後、この目的で基礎必需医薬品や物資を調達するのに使われることになる。
- (iii) 政府/ユニセフ/WHOの特別基礎保健基金 上のパラグラフで述べたようにプロジェクトの2、3年度に地区から移転される基礎必需医薬品の販売収益にもとづいて国に特別基金が設置される。基金は政府(保健省)とユニセフ、WHO(「バマコ・イニシアチブ」合同委員会)が管理して、基礎保健システムの枠内で「バマコ・イニシアチブ」を強化、拡大するのに使われる。基金の詳細な用途は委員会の合意にもとづいて決定される。第3年度には資金を移転して次に述べる国の保健回転資金をスタートさせる必要がある。
- (iv) 国の保健回転資金。国の保健回転資金(NHRF)はDSAから受領/移転される資金によって準備され、各地区でプロジェクト実施の第4年度からスタートする。NHRFは政府が「バマコ・イニシアチブ」の枠内で第4年度以降にコミュニティの保健活動への出資を続けるための手段になる。

54. この目的のために政府はDSAから集められた地域通貨を相当額の外貨に交換す

ることに同意しなければならぬ。政府はそれを使ってユニセフやWHOによる代行調達を通じ、あるいは価格に競争力がある場合には地域のメーカーから、基礎医薬品を調達することができる。

55. 以上のようにして十分な額の資金が生みだされ、コミュニティに対して基礎医薬品を調達するための回転資金を設ける資金やコミュニティ保健の運用コストをまかなうための資金を提供することができるようになり、母子保健に重点を置いた国の基礎保健を拡大できるようになることが期待される。

56. ユニセフとWHOでは引き続き補充基金や予算外の資金のほかに一般資金やそれぞれの正規の予算を通じて保健発展のための支援を継続することになる。

57. コミュニティはコミュニティベースの保健、開発プロジェクトを実施するために引き続き外部から支援を得る必要性があると感じている。「バマコ・イニシアチブ」は管理支援のための追加的資金をもたらすとともに、医薬品や物資の面でもコミュニティの貢献を高め、基礎保健のためのコスト分担を促進することになる。医薬品の販売収益は地区やコミュニティの保健システムのすべての活動を支援するのに十分ではなく、そのため引き続き次のような資金その他の面での支援が必要とされる。

(a) 国の政府の支援—主として保健省や地方政府の資金その他。

(b) 民間ボランティア団体の資金—宗教グループやNGOなど。

(c) ユニセフやWHO、その他の国連機関、世界銀行、2国間・多国間機関など。

#### 管理面での支援

58. 「バマコ・イニシアチブ」はコミュニティベースの基礎保健の強化を目的としているが、明らかに地区や州、国のレベルの持続的なかなりの支援を必要とし、実際にも多くの国が、外部の機関からの技術援助を必要としている。

59. 「バマコ・イニシアチブ」の実施に携わるほとんどすべての人々が訓練や再オリエンテーション、訓練員になるための訓練を必要としており、養成訓練がプログラムの鍵になる。訓練が必要なものとしては、次の活動があげられる。

(i) コミュニティの動員。

(ii) 情報、教育とコミュニケーション。

(iii) 財務管理と会計。

- (iv) 共通の母子保健問題の管理と、医薬品の合理的な使用法。
- (v) コミュニティが医薬品を使うのに必要な医薬品に関する情報。
- (vi) 保健情報や普及範囲の測定法。これにはコミュニティ内のすべての脆弱なグループが含まれているかどうかを確かめる方法も含まれる。
- (vii) 医薬品の調達、保管、流通。
- (viii) 監督やモニタリングの方法。

60. 行政、監督システムは、コミュニティがもつ文化や教育、人口動態、その他の特性を考慮に入れて、慎重に考案されなければならない。

61. 各グループがそれぞれ特定の機能をもっているので、保健員やコミュニティの指導者はモニタリングシステムについて十分に理解しなければならない。

#### 保健管理情報

62. 保健管理情報システムづくりには時間がかかり、忍耐がいる。設けられるシステムは次の情報をタイムリーに提供できるものでなければならない。

- (i) 予防接種や発育観察、簡単な病気の治療、経口補水療法（ORT）、出産前の介護などの保健手段。
- (ii) 医薬品の供給と活用。
- (iii) 付き添い。
- (iv) 意志決定や管理、会合、活動などへのコミュニティの関与。
- (v) 財政システム。システムの各種のレベルでの政府の保健に対する寄与についての情報も含む。
- (vi) 重要な統計。

#### モニタリングと評価

63. システムはコミュニティや地区、中間、中央のレベルなどの各種のレベルでの意志決定に役立つようにデザインされなければならない。客観的な判断を行うための指標を用いての明確な目標も設定されなければならない。

64. モニタリングは月単位で行い、年間を通じての進展についても検討する。

65. 効果についての評価は3年置きに行うことが勧告されていて、評価の結果を準備段階でモニタリングの結果とともにプロジェクトの立案に反映させる必要がある。

66. 国の保健開発ネットワークのもとでオペレーションズリサーチを実施することによって、費用対効果比や平等性、コミュニティの参加、普及範囲、プログラムが罹病率や死亡率におよぼす影響などの問題が解明されることが期待される。

### 機関相互間の協力

#### ユニセフとWHOの役割

67. 保健相はユニセフとWHOが「バマコ・イニシアチブ」に対する主要な外部支援源になるものと期待してよく、両機関はこの目的ですでに互いの努力を補完し、強化して、国に対する最適の支援を行うことに同意している。

68. 各国に駐在して「バマコ・イニシアチブ」を実施する両機関の代表は、幅広い協議を行い、各国や各地域において活用できるスタッフの専門知識を活用し、適切な場合にはコンサルタントを起用するものとする。

69. WHOとユニセフが国との間で共通のアプローチを発展させるべき問題分野としては、次のものがある。

(a) 「バマコ・イニシアチブ」を実施する上での地区の準備水準。

(b) 合同のプログラム作成。

(c) 訓練のための作業部会やセミナーの開催。

(d) コンサルタントの募集。

(e) 設置する特別基金の管理。

(f) モニタリングと評価。

(g) オペレーションズリサーチ。

70. 「バマコ・イニシアチブ」の実施に当たっては、ユニセフが当初必要な資金を確保する責任を負い、WHOは医薬品政策を含む基礎保健の技術的側面を担当する。政府の役割としては、次のものがあげられる。

(a) 国の医薬品政策の策定。

(b) 保健関連立法と規制。

(c)基礎構造の準備と発展。

(d)被訓練者の選定。

(e)地域での医薬品生産。

(f)外貨の準備。

71. 「バマコ・イニシアチブ」は主としてユニセフとWHOの支援のもとで実施されるが、アフリカではほかにも多くの機関が保健の発展に携わっていて、このプログラムに対して関心を示している。それにはとくにUNFPA、UNDPなどの国連機関や世界銀行、アフリカ開発銀行などの2国間、多国間機関、その他の2国間、多国間の政府、非政府機関がある。関連当事者による協議機構を設置し、強化して、共通のアプローチを生み出すことが必要である。

72. WHO/AFROやユニセフ/WCARO/ESAROのスタッフからなるユニセフ/WHO技術委員会は、本部代表とともに会合を開いて、「バマコ・イニシアチブ」を実施するための機構を最終的に煮詰めるものとする。□

必需医薬品のためのコミュニティレベルの出資と管理に  
よる婦人と子供の健康—バマコ・イニシアチブ

地域委員会は

- (a) 3カ年のシナリオによるアフリカ地域諸国の地区レベルでの「みんなの健康」の実現促進に関する決議 AFR/RC35/R1、
  - (b) 基礎保健の基礎手段を実施するため加盟国に対して地区の保健システムを優先することを求めた決議 WHA39.7、
  - (c) 開発の基礎としての保健に関するOAUの第2回保健相会議（1987年4月）の決議 CAHH/ST.1(II)、
  - (d) 開発の基礎としての保健に関するOAUの国家元首および政府のサミット会議（1987年7月）の決議 AHG/ST.1(XXIII)、
  - (e) 1988年をアフリカの子供の保護と生存、発育の年にすることを宣言した開発の基礎としての保健に関するOAUの国家元首および政府のサミット会議（1987年7月）の決議 AGH/Res.163(XXIII)に照らし、
  - (f) 「2000年までのみんなの健康」を実現するために基礎保健を促進するに当たっての地区の重要性、
  - (g) 地域の加盟国内の地区における「2000年までのみんなの健康」の実現促進に関してなされた進展についての地域事務局長の第1回年次報告（現状分析）、
  - (h) 地区レベルでの婦人と子供に重点を置いた基礎保健の実施促進を求めるWHOのアフリカ地域事務局長およびユニセフ事務局長のアピール、
  - (i) 婦人と子供のための基礎保健の基礎手段の必要性と、基礎保健に固有の活動が他部門と保健部門との協力を容易にするとの事実を考慮し、
1. ユニセフ事務局長がバマコにおいて歓迎すべきイニシアチブを打ちだされたことに対して歓迎の意を表し、
  2. 地区レベルの基礎保健のための自己出資メカニズムの必要性を認め、

3. 必需医薬品のための回転資金を設置してコストを回収する上で、地域内の特定の国で得られた決定的な経験に満足をもって留意して、

4. 加盟各国が

(i) 社会動員のイニシアチブを奨励して、地区レベルの必需医薬品と母子保健政策へのコミュニティの参加を促進し、

(ii) 高品質の必需医薬品の低コストでの定期的供給を確保して、基礎保健の実施を支援し、

(iii) とくに必需医薬品のための回転資金を設けて、地区レベルの基礎保健のための自己出資メカニズムを規定し、実施することを要請し、

5. 地域事務局長に対して

(i) 婦人と子供を優先した基礎保健を促進する国の努力を支援し、

(ii) 加盟各国と協力して地区での基礎保健の実施を促進し、

(iii) 決議 ANG/ST.1 (XXIII) および O A U の第23回国家元首および政府のサミット会議 (1987年7月) の決議 ANG/Res.163 (XXIII) の精神にもとづいて「バマコ・イニシアチブ」のために必要な資源を動員するために、ユニセフその他の関係機関と協力し、地域委員会に報告することを要請する。

第8回会議、1987年9月14日

## 付録2—医薬品と物資

### 地区の医薬品供給

1. これには次の二つの側面がある。

- (i) 地区の病院のレベルで使用される医薬品と物資。これらは医薬品と物資は一般に「バマコ・イニシアチブ」の枠外にある。
- (ii) EPIワクチンを含む基礎必需医薬品と物資。これらは「バマコ・イニシアチブ」実施の一環として3年間にわたって供給される。

2. ユニセフは「イニシアチブ」を実施する地区ごとに3年間にわたって年間1人当たり0.5米ドルから0.75米ドルの資金を準備する。「イニシアチブ」のための医薬品と物資は国の「バマコ・イニシアチブ」委員会を通じて各地区に供給される。供給は国の医薬品供給システムを通じて行い、それに並行するようなシステムは設けない。目的は国の供給、流通システムの改善を促進することに置かれる。

3. 「イニシアチブ」を実施する地区は同時に効果的な医薬品と物資供給システムを築いてプログラムが3年を経過したあとで容易に自助状態に移行できるようにする。

4. 地区の保健チームはコミュニティ保健委員会とともに開かれた信頼できる医薬品供給システムを発展させるものとする。

5. 地区の保健委員会はコミュニティと地区のレベルでの医薬品と物資の準備に参加する。その任務には次のものが含まれる。

- 基礎医薬品の選定。
- 医薬品需要の決定。
- 医薬品の調達。
- 医薬品キットの保管。
- 医薬品の流通。
- 地区の保健施設用の在庫ミックスや地域に適した軟膏などの地域生産。

### 基礎医薬品の選定

6. 地区の医療担当者は中間または中央レベルまたはNGOに対して要員を派遣して



選定に参加することを要請できる。リストが完成すれば、地区の一部に見出される特別の罹病率に対して特別の考慮を払うことは許されるが、そのリストが全地区に適用される。地区の医薬品処方者はすべてこの基礎医薬品リストを守るものとする。これには汎用の医薬品も含まれる。医薬品の品目数は、コミュニティレベルでは約5～10種、保健センターレベルでは20～30種、地区レベルでは約40種とする。

### 数量の決定

7. 地区の基礎医薬品の公式リストが承認されたあとで、数量を確定して地区内の各施設ごとの医薬品の所要量を決定する。全施設の医薬品需要を加えたものが、この地区の総医薬品需要になる。この需要を算定するためには医薬品消費法または罹病率／標準医療日程法のいずれかを使用する。

### 調達

8. 施設による医薬品の調達はすべて地区レベルの管理のもとで行われる。そうすることによって基礎医薬品のリストが守られる。医薬品は地域的に調達され、あるいは海外から輸入される。調達に先立っては地区の医療担当者による個別の承認が必要である。年1回すべての施設のために入札が行われ、競争力のある国際入札価格で医薬品が輸入される。数量が多い場合は、中央の医薬品貯蔵施設が調達の過程に参加してよい。全地区の医薬品をバルク調達することで資金を節減できることもある。託送される医薬品は託送元で別個に包装され、標識を貼付されて、各保健施設に向けて発送される。場合によっては中央の医薬品貯蔵施設がバルク発注した医薬品を「再包装」して各施設に向けて配付する。地域調達の発注書は施設で作成する。発注は地区の医療担当者の承認を得て、このレベルで各施設の銀行口座から支払われる。調達は州の貯蔵施設や中央医薬品貯蔵施設、または民間の卸売業者からも行うことができる。

### 医薬品の保管

9. 地区は保健施設向けの一部医薬品や医薬品キットを保管する。医薬品の貯蔵スペースが少なく、貯蔵条件が悪くて貯蔵できない場合は、州または中央の医薬品貯蔵施設に保管して、必要に応じて引き渡される。保健施設には小規模の保管施設を設けることになるが、施設は安全で確実なものでなければならない。適切な保管条件を維持して異常な高温や光線、湿気を避ける措置がとられなければならない。

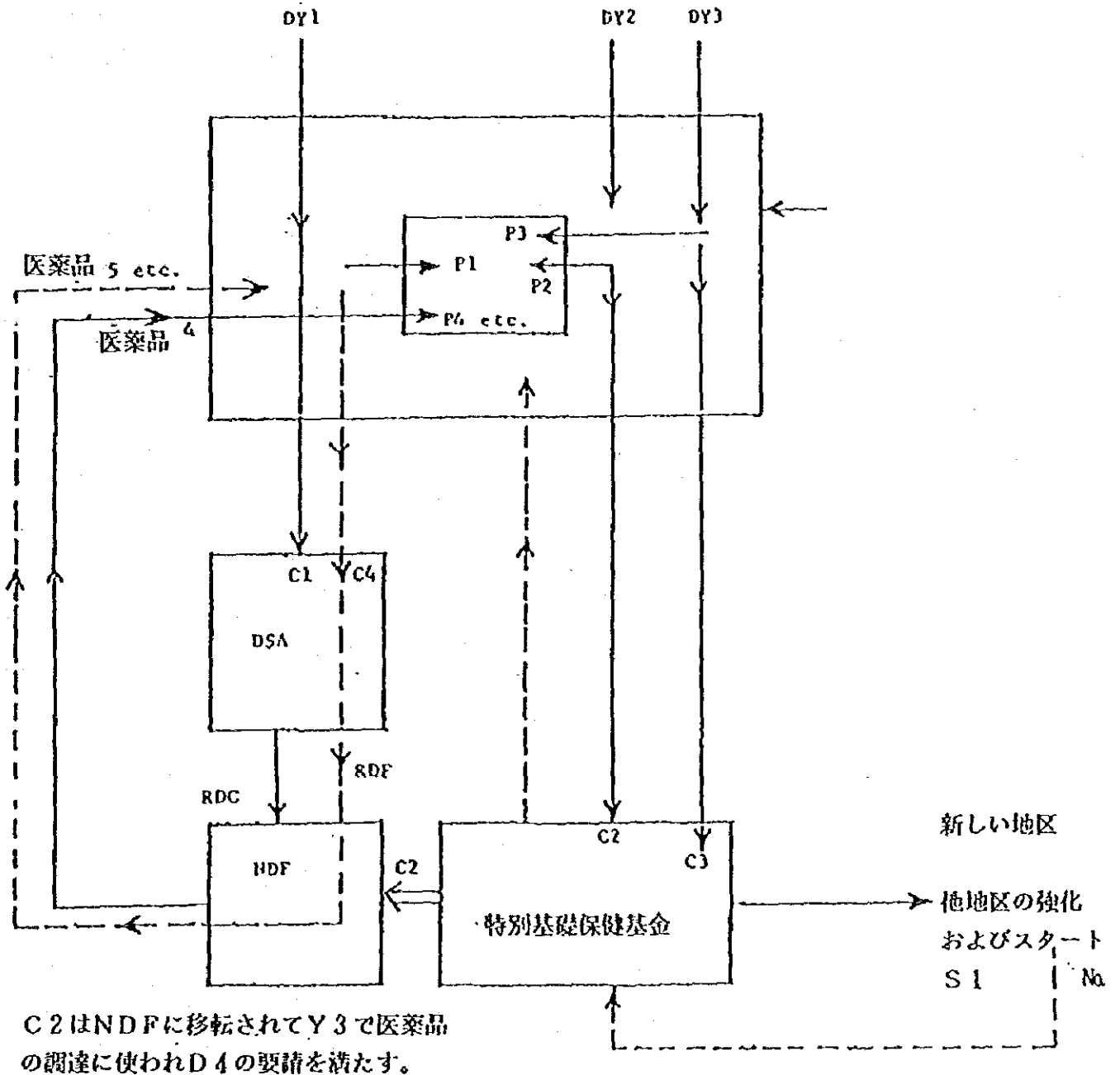
## 流通

10. 中央、中間、地区レベルからコミュニティへの医薬品配送システムでは流通が重要な役割を果たす。地区レベルでは、医薬品を異なる保健水準にあるコミュニティに引き渡すために、流通システムを改善する必要がある。納入に際しては受取人が受取書にサインして、医薬品が良好な条件で受領されたことを証明する。

## 養成訓練

11. コストを回収し回転資金を管理するためには訓練を受けた要員が必要である。養成訓練は「バマコ・イニシアチブ」の実施面での特徴の一つになる。調達や流通、品質管理、医薬品の合理的な使用など、この活動のすべての分野で、訓練を受けた人々が必要になる。訓練の一部は作業部会やセミナーを通じて行われるが、特別の訓練のためには人々を特別の訓練場へ送ることが必要である。訓練は中間（州）、中央のレベルの支援を得て、地区の保健開発委員会の責任で行う。機関の代表はそれぞれが属している組織からの支援を要請することができる。□

付録3—「バマコ・イニシアチブ」におけるコミュニティ出資システムの概要



D—医薬品と物資

Y—年次

C—医薬品の価格

P—医薬品販売の収益

RDC—医薬品の回転コスト





JICA