

K
F-10
A4S

国別医療協力ファイル
象牙海岸共和国

JICA
R515
90.7
MCA
LIBRARY

国別医療協力ファイル

象牙海岸共和国

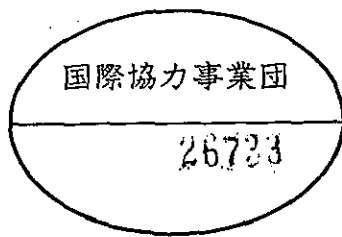
JICA LIBRARY



1115633181

国際協力事業団

医療協力部



目次

目次	i
図表目次	iii
略語表	vi
象牙海岸共和国主要県名リスト	vii
第1編 国別概況	
1-1 象牙海岸共和国概況	1
1-2 一般行政と国家開発計画	11
一般行政	11
国家開発計画	13
第1編参考文献	15
第2編 中央衛生行政と保健医療計画	
2-1 中央衛生行政と保健医療計画	16
中央衛生行政機構	16
中央保健医療計画・予算	23
2-2 地方衛生行政と保健医療計画	28
地方衛生行政機構	28
地方保健医療計画・予算	30
第2編参考文献	31
第3編 保健医療事情	
3-1 保健指標	32
3-2 人口動態	34
3-3 疾病・死亡	36
妊娠・出産に関する疾病・死亡	49
子供の疾病・死亡	52
3-4 保健対策・活動	63
予防接種プログラム	63
妊産婦ケア	68
家族計画	72
マラリア対策プログラム	79
ハンセン病対策プログラム	80
オンコセルカ症対策プログラム	81
下痢性疾患対策プログラム	85
結核対策プログラム	86
その他の対策	88

3-5	医療施設	92
	緊急医療システム	99
3-6	保健医療サービスの利用	100
3-7	医療従事者	106
3-8	医療保険制度	111
3-9	労働衛生	112
3-10	衛生環境	113
3-11	医薬品・医療用具・衛生材料	116
3-12	試験研究機関	120
3-13	医療情報システム	121
	第3編参考文献	125

第4編 保健医療協力

4-1	協力要請の仕組み	127
4-2	国際機関、我が国を除く諸外国、NGOの協力動向	128
	国際機関	130
	我が国を除く諸外国の援助協力	142
	NGO(Non-Governmental Organization : 民間団体)	148
4-3	我が国の協力状況	150
	有償資金協力	150
	無償資金協力	150
	技術協力	152
	第4編参考文献	154

図表目次

表目次

表1-1	象牙海岸共和国概況	1
表1-2	アビジャンにおける平均気温・降水量	3
表1-3	経済指標	4
表1-4	各職種別平均年収	8
表1-5	各地域における全体及び貧困層の平均所得	8
表1-6	国家開発計画一覧	13
表2-1	保健社会保護省予算(1992年)	22
表2-2	人的資源活用計画予算(1990-1995年)	25
表2-3	プライマリー・ヘルス・ケア国家計画予算(1992-2000年)	27
表3-1-1	近年の保健指標の推移(1985-1992年)	33
表3-1-2	保健衛生状況の都市・農村格差	33
表3-1-3	乳児死亡率の都市・農村格差	33
表3-3-1	成人の主な死亡原因	36
表3-3-2	結核患者におけるH I V陽性者の比率の推移	42
表3-3-3	マラリア年間症例数	43
表3-3-4	5才未満児の月間平均(6月～8月ピーク時)マラリア症例数	44
表3-3-5	マラリアの種類	44
表3-3-6	ハンセン病の年間患者総数と有病率・罹患率	45
表3-3-7	ココディ大学病院における妊産婦の疾病症例数	49
表3-3-8	ココディ大学病院における分娩・出産の状況	50
表3-3-9	年令別妊産婦死亡数(1万人当たり)	50
表3-3-10	5才未満児の死亡率の推移	52
表3-3-11	1才未満児の死亡率の推移	52
表3-3-12	乳児・幼児死亡率の地域格差(1987年)	52
表3-3-13	トレッシュヴィル大学病院小児科における症例数(1989年)	53
表3-3-14	農村部における呼吸器感染症の症例数	54
表3-3-15	医療機関で下痢性疾患と診断された5才未満の子供数	56
表3-3-16	年令別下痢症患者の割合	56
表3-3-17	年令別フランベジア感染者数と有病率(1992年)	61
表3-4-1	子供の予防接種率(1987/1990年)	65
表3-4-2	各回の破傷風予防接種率	67
表3-4-3	破傷風予防接種放棄率	67
表3-4-4	各家族計画センターの利用者数(1992年)	73
表3-4-5	家族計画センター利用者の教育レベル	75
表3-4-6	避妊具・薬の価格	76
表3-5-1	保健医療行政の機構と公共医療施設	92
表3-5-2	地域別の医療施設数	96

表3-5-3	民間医療施設の数	97
表3-7-1	公共医療施設における医療従事者の数の推移	106
表3-7-2	医療従事者一人当たりの国民数	107
表3-7-3	3大学病院(CHU)を除く医療従事者数(1990年)	107
表3-7-4	民間病院における医療従事者数(1992年)	107
表3-7-5	象牙海岸共和国大学医学部学生数(1993年)	108
表3-10-1	各地方における飲料水源(世帯数による比率)	114
表3-10-2	農村部における給水施設利用状況	114
表3-10-3	地域別ゴミ処理方法(世帯数による比率)	115
表3-13-1	月間報告の疾病項目	123

表4-1	対象象牙海岸共和国政府開発援助額の推移	128
表4-2	セクター別援助流入内訳	129
表4-3	保健・衛生分野援助内訳	129
表4-4	ユニセフ保健プログラム予算	132
表4-5	ユニセフ環境衛生プログラム予算	133
表4-6	対象象牙海岸共和国無償資金協力	149
表4-7	1989年から1992年における小規模無償実施案件	151
表4-8	象牙海岸共和国からの内視鏡研修参加者の割合	151
表4-9	保健医療分野における技術協力および機材供与(1991年までの累計)	152

図目次

図1-1	象牙海岸共和国全図	2
図1-2	アビジャンにおける降水量・平均気温	3
図1-3	輸出入の変化(1971-1991年)	5
図1-4	G N P の推移(1971-1991年)	6
図1-5	ドル換算レートの推移	6
図1-6	国家行政組織図	12
図2-1	保健社会保護省機構図	21
図2-2	地方衛生行政機構	28
図3-1-1	粗出生率と粗死亡率の推移(1950-1995年)	32
図3-1-2	乳児・幼児出生率の推移(1950-1995年)	32
図3-2-1	人口の推移(1950-2000年)	34
図3-2-2	人口構成比(1990/2020年)	35
図3-3-1	エイズ新規登録患者数	38
図3-3-2	エイズ総患者数(推定)	39
図3-3-3	年齢別エイズ新規登録患者数(1990年)	39
図3-3-4	主要都市における妊産婦のH I V感染率(1990年)	40
図3-3-5	マラリア症例数に占める子供の割合	44

図3-3-6	地方別ハンセン病の有病率	46
図3-3-7	医療機関で特定されたメジナ虫症患者数の推移	48
図3-3-8	トレッシュヴィル大学病院における妊産婦の死亡原因(1984年)	51
図3-3-9	呼吸器感染症の疾病内訳(1990-1992年)	55
図3-3-10	呼吸器感染症と降雨量の関係(1991年)	55
図3-3-11	経口補水塩(ORS)アクセス率と経口補水療法(ORT)利用率(1989年)	57
図3-3-12	トレッシュヴィル大学病院における下痢症疾患の治療法(1989年)	57
図3-3-13	5才未満児における発育阻害の割合	59
図3-3-14	5才未満児における消耗症の割合	59
図3-3-15	15才未満の子供の麻疹症例数の推移	62
図3-3-16	麻疹の予防接種率の推移(1才児対象)	62
図3-4-1	子供の予防接種率の推移(1980-1991年)	65
図3-4-2	新生児破傷風予防接種率	66
図3-4-3	家族計画センター利用数の推移(1988-1992年)	74
図3-4-4	家族計画センター利用者の年齢別割合と産児数	75
図3-4-5	A I B E Fによる避妊具・避妊薬供給量の推移	76
図3-4-6	オンコセルカ対策プログラム実施地域	84
図3-6-1	公共・民間医療機関の利用者の居住区域による内訳	100
図3-6-2	医療施設別人口1000人当たりの受診回数(1991年)	101
図3-6-3	医療施設別人口1000人当たりのベッド数(1991年)	101
図3-6-4	医療施設別人口1000人当たり入院日数(1991年)	102
図3-6-5	各医療施設における入院患者1人当たりの平均入院日数(1991年)	102
図3-6-6	行政区域別診療所1カ所当たり人口(1991年)	103
図3-6-7	各地方における診療所のカバーする範囲	104
図3-7-1	象牙海岸共和国の医師教育課程	108
図3-11-1	公衆保健薬局から公共医療機関への必須医薬品供給の流れ	117
図3-11-2	1991年における医薬品・医療用品の在庫状況	118
図3-11-3	P S P年間売上高の推移	116
図3-11-4	医薬品消費に関する地方格差	119
図3-13-1	情報管理システム(S I G)の流れ	124
図4-1	案件要請手続(象牙海岸共和国)	127
図4-2	ユニセフの対象象牙海岸共和国援助の予算内訳	130
図4-3	WHOの対象象牙海岸共和国援助額の推移	133
図4-4	E Cの対象象牙海岸共和国援助額の推移	139
図4-5	E C保健セクター支援プロジェクト予算内訳	141
図4-6	フランス産業分野別援助内訳	142
図4-7	フランス保健医療分野における援助内訳	142

略語表

AFDB	African Development Bank	アフリカ開発銀行
AIBEF	Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial	イボアール家族計画協会
BSR	Base de Santé Rurale	農村保健基地
CHR	Centre Hospitalier Régional	地方病院医療センター
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	大学病院医療センター
CTIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CIPS	Centre d'Information pour la Prévention du SIDA	エイズ予防情報センター
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale	社会保険基金
CSV	Case de Santé Villageois	農村診療所
EC	European Community [Communauté Européenne]	ヨーロッパ共同体
ECU	European Currency Unit	欧州通貨単位
EPI[PEV]	Expanded Programme on Immunization [Programme Elargi de Vaccination]	予防接種プログラム
FAC	Fonds d'Aide et de Coopération	フランス協力基金
FCFA	Franc CFA	フランセーファー
HG	Hôpital Général	一般総合病院
IEC	Information, Education, Communication	情報・教育・コミュニケーション (これらを基軸とした啓蒙活動)
INHP	Institut National d'Hygiène Publique	国立公衆衛生院
INSP	Institut National de Santé Publique	国立保健院
INPP	International Planned Parenthood Federation	国際家族計画連盟
IRA	Infection(s) Respiratoire(s) Aiguë(s)	急性呼吸器感染症
NGO[ONG]	Non-Governmental Organization	民間団体
ORS[SRO]	Oral Rehydration Salts [Sel de Réhydratation par voie orale]	経口補水塩
ORT[TRO]	Oral Rehydration Therapy [Thérapie de Réhydratation par voie orale]	経口補水療法
PHC[SSP]	Primary Health Care [Soins de Santé Primaires]	プライマリー・ヘルス・ケア (基礎医療)
PMI	Protection Maternelle et Infantile	母子保健センター
PSP	Pharmacie de Santé Publique	公衆保健薬局
UNFPA[FNUAP]	United Nations Population Fund	国連人口基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO[OMS]	World Health Organization [Organisation Mondiale de la Santé]	世界保健機構

註) 原則的にフランス語を掲載したが、主に英語を使用した言葉については[]にフランス語も併記した。

象牙海岸共和国主要県名リスト

註)各地方行政区の中央県に下線を引いて示した。

地方行政区	県名	
中東部	<u>アベングル</u>	ABENGOUROU
南西部	<u>サン・ペドロ</u>	SAN-PEDRO
	サッサンドラ	SASSANDRA
	スゥブレ	SOUBRE
中西部	ブアフレ	BOUAFLE
	<u>ダロア</u>	DALOA
	ガニョア	GAGNOA
	イシア	ISSIA
北部	ブウンディアリ	BOUNDIALI
	フェルケ	FERKE
	コロゴ	KORHOGO
	テングレラ	TENGRELA
北西部	<u>オディエネ</u>	ODIENNE
	セゲラ	SEGUELA
	トゥバ	TOUBA
南部	<u>アビジャン</u>	ABIDJAN
	アボワッソー	ABOISSO
	アゾペ	ADZOPE
	ダブー	DABOU
	ディヴォ	DIVO
	グラン・バッサン	GRAND-BASSAM
	グラン・ラホウ	GRAND-LAHOUE
	ラコタ	LAKOTA
	ポール・ブエ	PORT-BOUET
	ティアサレ	TIASSALE
中北部	<u>ブアケ</u>	BOUAKE
	ダバカラ	DABAKALA
中央部	ディンボクロ	DIMBOKRO
	<u>ヤムスクロ</u>	YAMOUSOUKRO
北東部	<u>ボンドゥクウ</u>	BONDOUKOU
	ブナ	BOUNA
西部	ダナネ	DANANE
	<u>マン</u>	MAN

第1編 国別概況

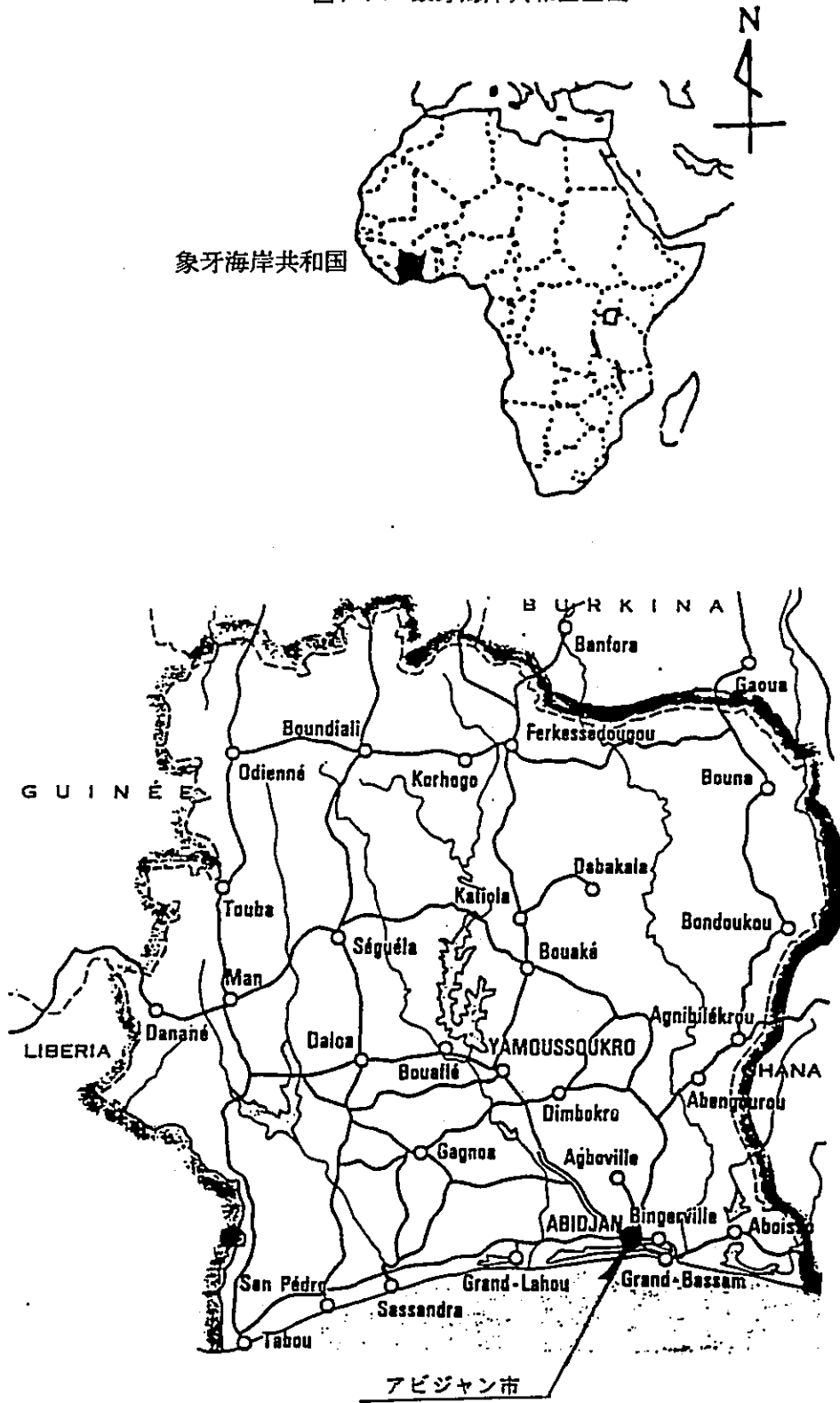
1-1 象牙海岸共和国概況

表 1-1: 象牙海岸共和国概況

①正式国名	(和文) 象牙海岸共和国 (仏文) REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
②独立年月日 旧宗主国	1960年8月7日 フランス
③政体	共和制
④元首の氏名	ベディエ・アンリ・コナン (1993年12月就任、任期は1995年の故ウフェ・ボワニ大統領の任期末まで)
⑤位置・面積	北緯5度から10度、西経3度から8度 322千平方キロメートル
⑥首都	ヤムスクロ (実質的な首都機能は旧主都アビジャンが果たしている)
⑦総人口	1240万人(1991)
⑧民族等	セヌフォ族、パウレ族、グロ族、グン族、アチェ族、ベラ族、ゲレ族
⑨公用語	フランス語
⑩宗教	イスラム教 23% キリスト教 12% 伝統的土着宗教 65%
⑪暦	日本との時差 - 9時間 祝祭日 1月1日 新年 5月1日 メーデー 8月15日 聖母昇天祭 11月15日 象牙海岸共和国平和の日 12月25日 クリスマス *4月未定 エイドファトル *4月11日 復活祭 *4月12日 復活祭翌日の月曜日 *5月20日 キリスト昇天祭(復活祭後40日目) *6月31日 聖霊降臨祭の翌日の月曜日 *6月未定 タバスキ(犠牲祭) *11月1日 万聖節 (*は毎年日が変わる祝祭日)

World Development Report 1993 The World Bank、世界年鑑 1993 共同通信社、
国別協力情報ファイル コートジボアール 1992 国際協力事業団 より作成

図1-1：象牙海岸共和国全図



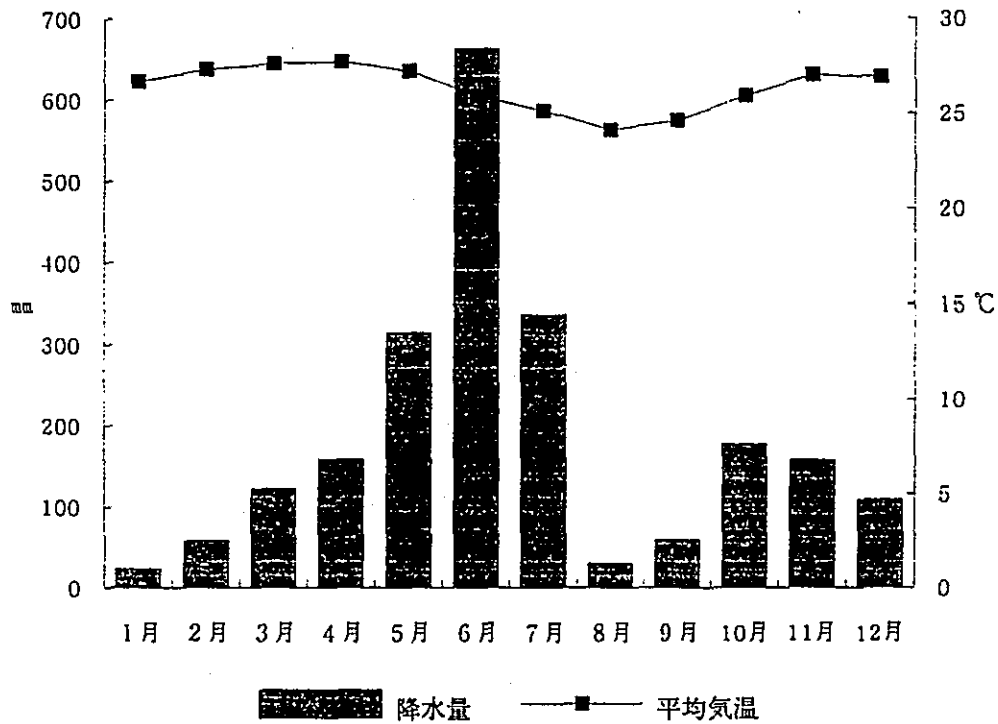
出典：ココディ大学病院センター拡充計画事前調査報告書 1993 国際協力事業団

表 1-2: アビジャンにおける平均気温・降水量

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平均気温(°C)	26.7	27.3	27.6	27.7	27.2	25.9	25.1	24.1	24.6	25.9	27.0	26.9
降水量(mm)	23.6	58.4	122.7	159.0	314.3	662.3	336.5	30.9	59.9	177.6	158.0	109.5

理科年表 1993 丸善 より作成

図 1-2: アビジャンにおける降水量・平均気温



理科年表 1993 丸善 より作成

表 1-3: 経済指標 [象牙海岸共和国]

1) 主要経済指標の推移	年	(1989)	(1990)	(1991)	(1992)
GDP (百万ドル) (*1)		7,170	7,610	7,283	N.A.
一人当たりGDP (ドル) (*1)		790	750	690	N.A.
GDP実質成長率 (%) (各年第2四半期比) (*1)		-0.6	-2.6	-4.6	N.A.
消費者物価上昇率 (%) (各年第2四半期比) (*2)		1.4	-3.4	1.2	6.2
失業人口 (千人) (*3)		128.52	140.25	136.92	114.88
貿易 (百万ドル) (1991年)	貿易収支 : 1,366 輸出額 : 3,051(*4) 主要輸出国 : フランス(15%)(*2) 輸入額 : 1,685(*4) 主要輸入国 : フランス(34.2%)(*2)				
経常収支(百万ドル) (*1)		-1,044	-1,210	-1,614	N.A.
対外債務残高(百万ドル) (*1)		15,412	17,956	15,167	N.A.
債務返済比率(%) (*1)		40.8	38.6	43.4	N.A.
外貨準備高(百万ドル) (*1)		33	21	29	N.A.
2)通貨 (1993年10月末) (*5)	通貨単位 : C F Aフラン(FCFA) 1ドル=293.475FCFA				
3)会計年度 (*6)	10月1日～9月30日				

以下の文献より作成

*1 World Development Report 1992, 1993 The World Bank

*2 Country Report : Côte d'Ivoire 1993 EIU

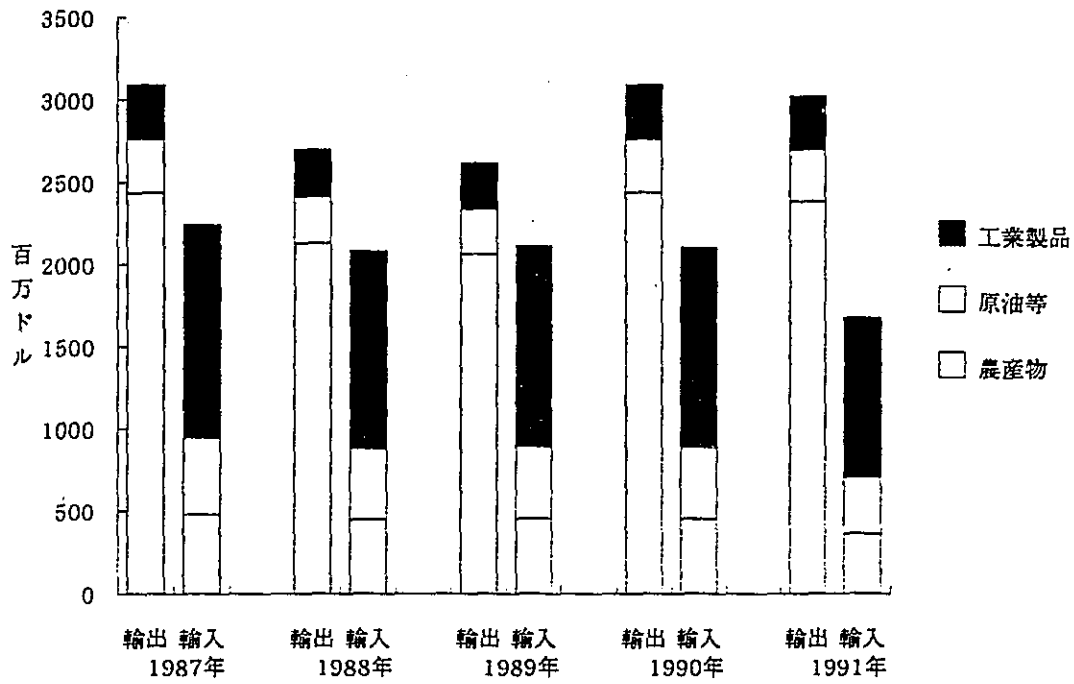
*3 Year Book of Labour Statistics 1993 ILO

*4 Trends in Developing Economies 1993 The World Bank

*5 東京銀行月報 1993年12月号。なお、CFAフランはフランスフランと固定レートでリンクしており、調査当時は1フランスフラン=50FCFAであったが、1994年1月に通貨切り下げが実施され、以降は1フランスフランが100FCFAとなっている。

*6 Coopération au Développement Côte d'Ivoire Rapport 1991, 1992 UNDP
国別協力情報ファイル コートジボアール 1993 国際協力事業団

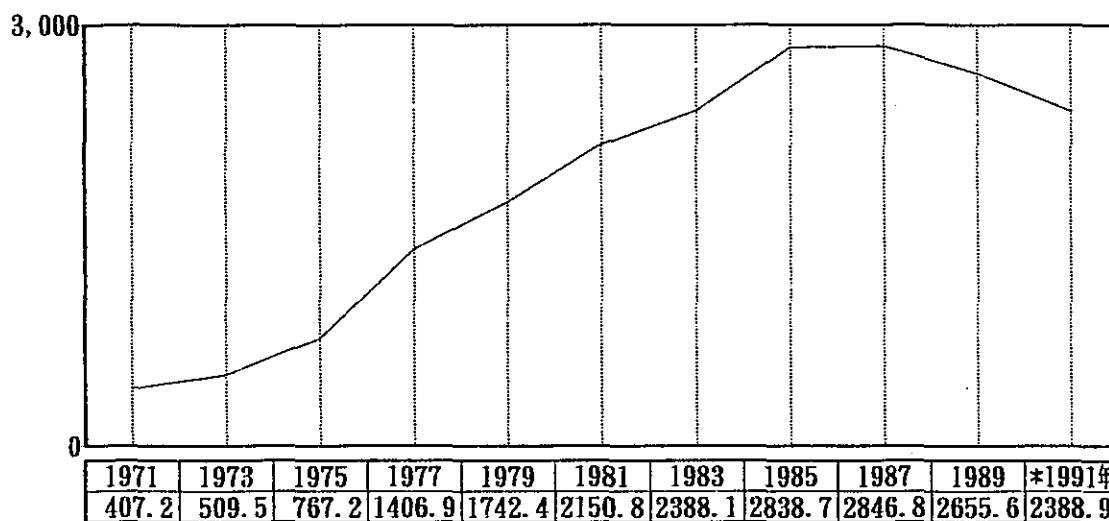
図 1-3 輸出入の変化



World Tables 1993 The World Bank より作成

図 1-4： GNPの推移(1971-1991年)

(単位：10億CFAフラン)

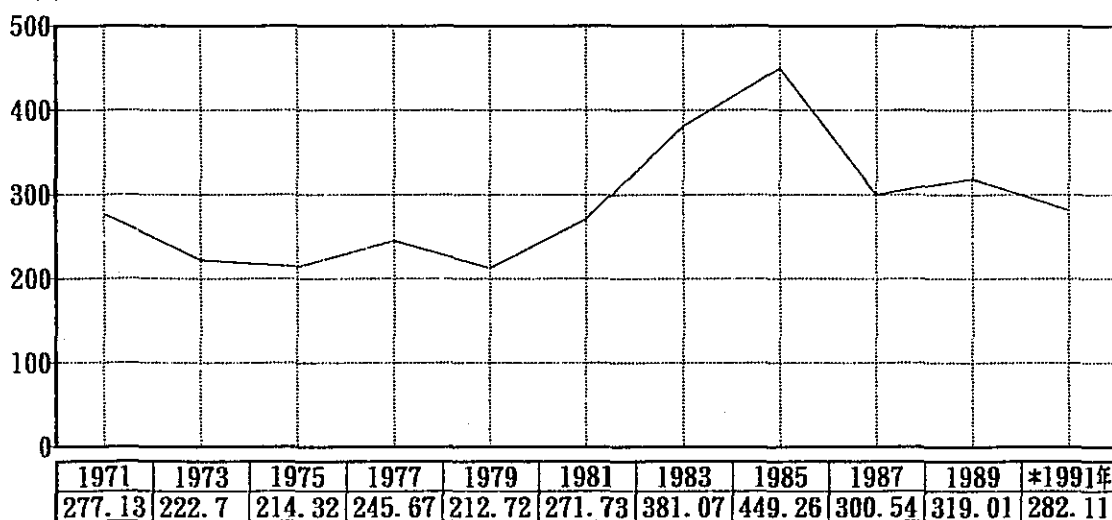


*推定

World Tables 1993 The World Bankより作成

図 1-5： ドル換算レートの推移(1971-1991年)

(単位：CFAフラン)



*推定

World Tables 1993 The World Bankより作成

[政治]

象牙海岸共和国は1960年の独立以来、ウフェ・ボワニ大統領が長期安定政権を維持してきた。しかし、アフリカ全土的に広がった政治民主化・複数政党制導入の流れには逆らえず、政府は1990年5月に26野党を公認。同年10月の大統領選挙では、反大統領勢力に対する軍・警察等の嫌がらせがあったにもかかわらず対立候補であった最大野党イボール人民戦線（FPI）の党首であるバボ教授が得票率約18%、12選挙区で過半数を超える支持者を集めるといふ健闘ぶりを示した。ちなみにウフェ・ボワニ大統領は8割の得票率であったが、棄権率の高さ（投票率61.46%）から見ても民主化への流れは不可避的となってきたことがうかがえる。

この政治的变化に伴い、1990年から警察官、学生、公務員らのデモが頻発し始め、1991年5月には奨学金支払い遅延に抗議する学生デモが激化した。政府は新たに14政党を公認したが野党はさらなる民主化を要求し、7月末には参謀総長人事を不満とする軍の一部のクーデター計画が摘発されるなど政局は緊迫化している。

この中で、長期にわたり健康状態を危惧されていたウフェ・ボワニ大統領が1993年12月7日に死去したが、政権交代は比較的穏やかに行われた。

[マクロ経済]

象牙海岸共和国は1991年にGNP国民一人当たりが690ドル、中所得国中下位にランクづけられ（UNDPの統計による）、他のアフリカ諸国同様非常に厳しい経済危機に直面している。

1960年代から1970年代にかけて、象牙海岸共和国は「象牙の奇跡」と言われる記録的な高度成長を経験し、アフリカの優等生と呼ばれた。しかし1970年代後半から高度成長下で累積した対外債務問題が深刻化し、さらにはコーヒー、カカオ等の主要製品の国際価格が下落したことにより経済が悪化した。また、1983年の干ばつにより、国家財政状態が急激に悪化し、1983年末には、ついに対外債務の支払い不能に陥った。1984年以降は連続して債務繰り延べを行ったものの、1986年以降もココア価格は更に下落し、財政収支は悪化の一途をたどった。1987年5月に対外債務支払い停止を宣言、1988年以降は新規資金の流入がストップし、IMFのスタนด์バイ・クレジットの供与も停止された。そのため象牙海岸共和国は経済的苦境に陥ったまま今日に至っている。

政府は現状を打破し、1960年代から70年代の飛躍的経済発展を再現すべく、1991年12月の国会で承認された中期経済計画（1991～1995年）の中で、持続的な経済成長、投資促進、生産分野における競争力強化と近代化による国際収支の赤字改善、財政均衡を特に強調している。

〔所得〕

1985年のアンケートによって判明した各職種別平均年収は以下のとおりである。職業間の所得格差が著しいことがよく分かる。

表 1-4： 各職種別平均年収

	年収（単位：CFAフラン）
自営農民	146,951
農業労働者	46,804
農業従事者以外の自営業者	461,100
官公庁・私企業勤務者	1,104,449

出典：Santé et Protection Sociale en Côte d'Ivoire 1993 保健社会保護省

一人当たりの平均所得における地域間格差は厳然と存在している。世界銀行の統計では5つの地域に分けて貧困関係の統計を算出している。この地域とはアビジャン、その他の都市、西部森林地方、東部森林地方、及びサバンナ地方である。

それによると、アビジャンが最も裕福であり、その他の都市、西部森林地方、東部森林地方、サバンナ地方と続く。この中でサバンナ地方の貧困状況は顕著である。また、同地方における一人当たり平均所得、貧困層の平均所得は全国最下位で、最も高いアビジャンとの格差はさらに拡がりつつある。

表 1-5： 各地域における全体及び貧困層の平均所得

	（単位：CFAフラン）	
	一人当たり所得平均 （年間一人当たり）	貧困層に属する人の所得平均 （年間一人当たり）
アビジャン	377.6	78.4
その他の都市	237.0	74.8
西部森林地方	170.1	69.5
東部森林地方	136.5	64.5
サバンナ地方	100.8	57.0
全 体	202.8	63.6

出典：Santé et Protection Sociale en Côte d'Ivoire 1993 保健社会保護省

〔民族〕

民族的には約60の部族が存在すると言われているが、大別すると以下の4グループに分けられる。なお、これらの部族の中で最大のものはバウレ族で、人口は70万人を超えると推定されている。

- ①アグニ族、アブロン族、バウレ族などアカン語を話すグループであり、17世紀末以降東のガーナ地方から移住してきたもので、中央部、南部及び東部に居住している。
- ②ディダ族、ベテ族、ゲレ族などクル語を話すグループで、同国の西部から隣のリベリア東部にかけての森林地帯に居住している。
- ③グロ族、ダン族などマンデ語を話すグループで、マリ南部を中心に同国北西部にかけて分布する。
- ④セヌフォ族、クラング族、ロビ族などのボルタイック・グループで、ブルキナ・ファソから南下してきたもの。

〔言語〕

公用語はフランス語であるが各部族はそれぞれ独自の言語を持っている。主な部族語はセヌフォ、バウレ、グロ、ダンである。いずれも文字を持たず、話言葉だけで、専ら同一部族内のコミュニケーションに使用されている。

教育、マスコミの分野ではすべてフランス語が使用されており、住民の会話も都市部ではほとんどがフランス語である。

〔教育〕

象牙海岸共和国では従来、一部の上層階級がフランス式教育を受け、高い教育水準を誇っていた。独立後は初等教育、中等教育の就学率も年々向上してきたが、近年は長期の不況による国民の窮乏化と人口増加に伴い、就学率はむしろ下降傾向にある。政府は就学率向上のために奨学金制度を広く実施してきたが、国家財政の悪化のため、近年は奨学金削減を余儀なくされている。また、人口の増加に伴う学校の増設も計画されているが、これも財政が逼迫しているためほとんど進捗していない。象牙海岸共和国の義務教育は初等教育の7才から12才までである。1960年に男児68%、女児24%であった小学校の就学率は、1986～1990年の調査ではそれぞれ82%、52%に向上している。しかし中学校の就学率は男子27%、女子12%にとどまっている。就学率そのものには改善が見られるが、男児と女児の就学率には顕著な開きが見られる。また、1990年における成人の識字率は男性67%、女性40%（同1970年26%、10%）である。

〔一極集中化現象〕

象牙海岸共和国の都市居住者は全人口の42%にあたる約520万人で、うち約200万人がアビジャンに居住している。すなわち全人口の約16%、都市人口の34%がアビジャン在住である。第2番目の人口を擁するブアケの人口が約33万人であることからアビジャンへの一極集中化がうかがえる。

医療に関しても、アビジャンは質・量ともに最も充実している。たとえば全国に3つある大学病院医療センター（CHU）の全てがアビジャンにあるのをはじめ、私立の病院・クリニックなどの多くもアビジャンにある。また、高度医療機関がアビジャンに集中しているため、医師などの医療専門家もアビジャンに集中する傾向がある。

各地域毎の施設数、医療従事者数の詳細については第3編で述べるが、象牙海岸共和国の保健・医療状況を把握するためには、資源、人材、財政のアビジャンへの一極集中を考慮に入れる必要がある。

1-2 一般行政と国家開発計画

1-2-1 一般行政

1-2-1-1 中央行政

象牙海岸共和国は、任期5年、直接選挙で選出される大統領を元首とする共和制をとっており、大統領は国家及び政府の長であり、軍の最高責任者でもある。1990年11月6日の憲法改正以来、内閣は首相により統率されると定められた。国民議会は一院制で、175議席を有し、議員の任期は5年、国民投票によって選出される。1990年5月に野党が合法化されて以来、複数政党制であり、現在40政党が野党として公認されている。

また、司法機関は、最高裁判所、控訴院、初級裁判所、労働裁判所、弾劾裁判所、公安裁判所からなる。

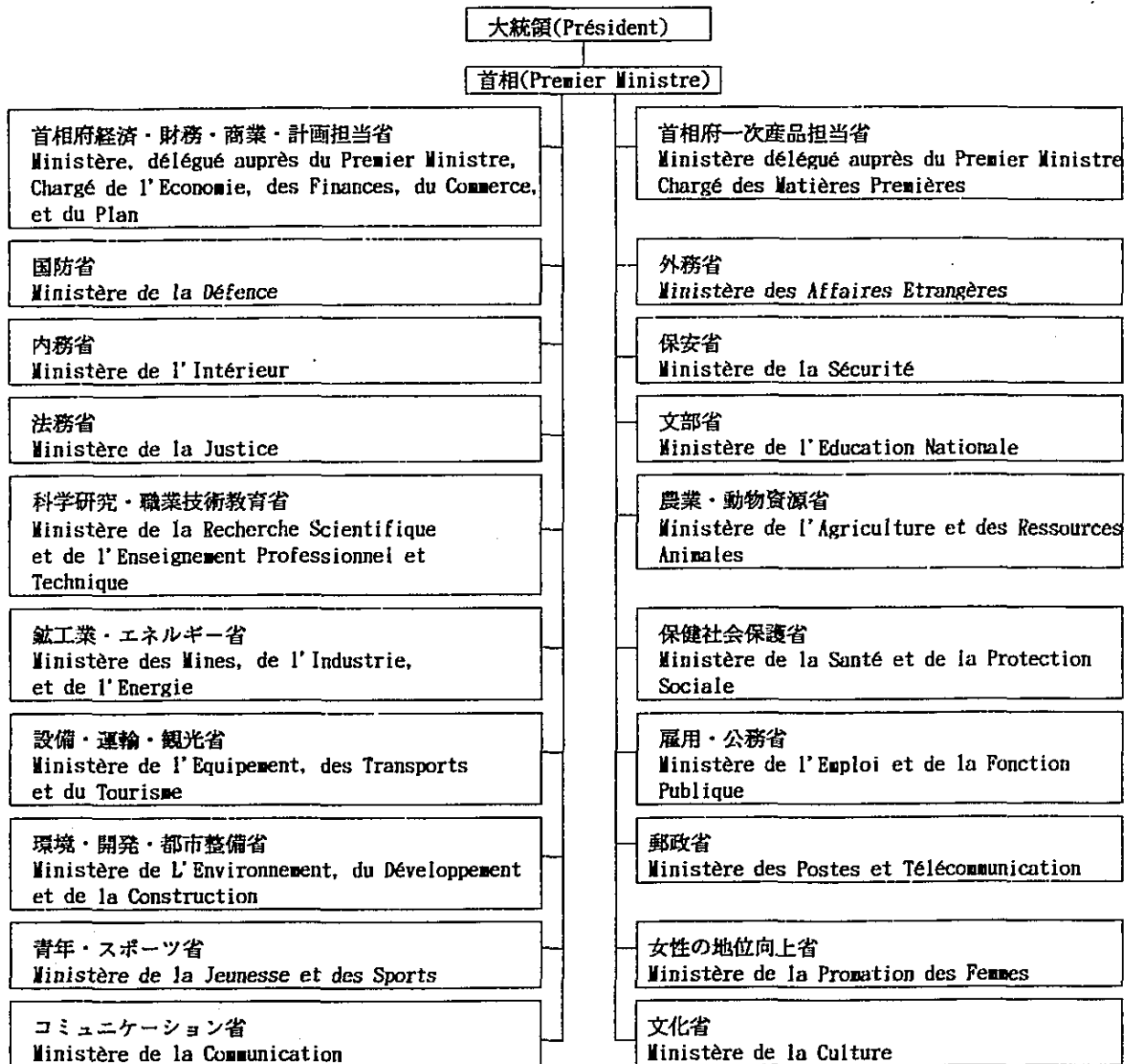
1-2-1-2 地方行政

1991年1月からの新制度で、行政区画は全国で大きく10に分割された。さらにそれが50の県(Département)に分割され、それぞれに県知事がおかれている。県の下には185の市(Sous-Préfecture)と135の町(Commune)があり、それぞれ長を有している。また、経済首都の機能を果たしているアビジャンは特殊な行政上の地位を有している。

なお、上記の10の行政区分は以下のとおりである。

中東部 : アベングル	南部 : アビジャン
南西部 : サン・ペドロ	中北部 : フアケ
中西部 : ダロア	中央部 : ヤムスクロ
北部 : コロゴ	北東部 : ボンドゥクゥ
北西部 : オディエネ	西部 : マン

図 1-6： 国家行政組織図



保健社会保護省提供資料および国別協力情報ファイル コートジボアール 1992 国際協力事業団より作成

1-2-2 国家開発計画

1960年8月独立後、直ちに「経済社会文化開発計画(Projet de Plan de Développement Economique, Social et Culturel)」と銘打った開発計画の策定に着手し、以来1985年まで5年毎に同計画を作成していた。しかし、1981年の構造調整計画導入により、1985年度までの計画については中断、さらに1985年から1990年の開発計画についても作成はされたものの財政の悪化から実施には至らないで終わった。1991年以降はこの経済社会文化開発計画に代わり、中期経済計画が導入されている。

1-2-2-1 経済社会文化計画

表 1-6： 国家開発計画一覧

計画次数	期 間	概 要
第1次	1960-1965	独立後直ちに計画の立案に着手したが、素案が完成したのは1962年の12月であった。
第2次	1966-1970	①農業生産物の多様化 ②農産物の加工化の促進 ③輸入代替産業の育成
第3次	1971-1975	①高度経済成長持続 ②経済のイボリゼーション(現地化) ③農村の生活改善
第4次	1976-1980	①農業近代化 ②輸出産業育成 ③後進地域開発促進
第5次	1981-1985	①農業近代化 ②手工業・伝統産業の近代化 ③人材のイボアール人化(現地人化)

出典：国別協力情報ファイル コートジボアール 1992 国際協力事業団

1-2-2-2 現行の国家計画

・ 中期経済計画 1991年～1995年

象牙海岸共和国が直面している経済困難は主要輸出製品の国際価格の大幅な下落に起因しているが、内部構造の脆弱性もこの経済低迷に拍車をかけている。政府は、象牙海岸共和国経済の弱点を克服し、1970年代の高度成長を再現するために、以下の目標を掲げている。

1) 持続的な経済成長

1995年までに最低GDP 5%の成長を達成することであり、1992～1995年における平均成長率は3.2%が見込まれている。これは推定人口増加率3.8%に見合う成長を想定したものである。

2) 投資促進

期待される経済成長を達成するためには、投資の対GDP比を1991年度の9.5%から1995年度には18%に倍増する必要がある。公共投資は90年度GDPの3%から95年度には5～6%に達すると見込まれている。

3) 生産分野における競争力の強化と近代化

生産分野における国の介入を徐々に制限し、競争力の強化、民間の役割を拡大することにより、生産の拡大、品質の改善、多様化を目指す。

4) 国際収支の赤字改善

経常収支の赤字を1991年度のGDPの11.5%から1995年度には5%前後まで改善する。特に競争力の強化によって貿易収支の改善を図ることとする。

こうした目的の達成により、政府は財政の均衡を図り、1960年代から1970年代の飛躍的経済発展の再現を目指している。

なお、この中期経済計画の一部として、世界銀行をはじめとする国際機関や海外援助機関などが支援している「人的資源有効活用計画 (Programme de Valorisation des Ressources Humaines)」が1991年から実施されている。人的資源開発計画は、構造調整による国民生活の窮乏化を人材の有効な育成・活用によって緩和する趣旨のものである。

第1編参考文献

World Development Report	1992, 1993	The World Bank
Trends in Developing Country	1993	The World Bank
World Tables	1993	The World Bank
Human Development Report	1993	UNDP
Coopération au Développement Côte d'Ivoire Rapport 1991	1992	UNDP
Year Book of Labour Statistics	1993	ILO
世界子供白書	1994	UNICEF
Activité de l'OMS dans la Région Africaine	1989-1990	WHO
保健社会保護省提供資料		保健社会保護省
Programme de Valorisation des Ressources Humaines Planification-Programmation-Budgetarisation dans le secteur de Santé	1991	保健社会保護省
国別協力情報ファイル・コートジボアール	1992	国際協力事業団
ココディ大学病院センター拡充計画事前調査報告書	1993	国際協力事業団
Country Report Côte d'Ivoire	1993	EIU
世界年鑑	1993	共同通信社
理科年表	1993	丸善
東京銀行月報	1993 12月号	東京銀行
データベース JETRO ACE	1993	日本貿易振興会

第2編 中央衛生行政と保健医療計画

2-1 中央衛生行政と保健医療計画

2-1-1 中央衛生行政計画

(1) 概要

保健医療行政の統括官庁は保健社会保護省(Ministère de la Santé et de la Protection Sociale)である。同省は、1990年11月に保健省(Ministère de la Santé Publique)と社会事業省(Ministère des Affaires Sociales)が統合されてきたが、さらに1991年3月に再編成されて現在の組織となった。現在の職員数は142人である。

2省庁が統合された結果、新組織は保健及び社会保障分野の双方を管轄している。その主な役割としては以下のようなものがある。

1) 保健

- ①保健諸政策の立案及び実施
- ②公衆衛生及び風土病対策
- ③母子保健
- ④保健衛生教育
- ⑤プログラム運営及び管理
- ⑥薬品供給の規制及び管理
- ⑦公立及び私立の保健医療機関全般の管理

2) 社会保護・社会福祉

- ①家族、児童、青少年、障害者、社会的不適応者、貧困者の社会保護
- ②社会福祉に関わる上・中・下級職員の訓練
- ③労働者及びその家族の社会保護（社会保障システム）
- ④個人、国民、家庭及び社会的グループの社会的地位の向上
- ⑤幼児に対する社会教育の普及
- ⑥貧困層への援助

(2) 組織と機能

保健社会保護省の現組織は1991年2月20日の閣僚会議にて決定されたものである。最高責任者は保健大臣で、その下に官房(Cabinet)が位置し、これに直属して保健医療関係の国家諮問委員会及び、社会保障部(Service de la Prévoyance Sociale)、国際協力部(Service de la Coopération Régionale et Internationale)、家族計画調整国家事務局(Bureau National de Coordination de la Planification Familiale)、保健社会保護総局(DGSPS—Direction Générale de la Santé et Protection Sociale)がある。また、これらと独立して、保健社会保護総合監査局(Inspection Générale de la Santé et de la Protection Sociale)が存在する。

保健政策及び社会保護政策を統括しているのはDGSPSであり、個々の政策はDGSPS下の9の中央部局及び10の地方局により実施されている。中央部局はDGSPSに直接報告義務を負い、関係各省庁・機関及び地方局と連携して任務を行うこととなっている。各中央部局の概要は以下のとおり。

1) コミュニティ保健局 (市町村保健局) (Direction de la Santé Communautaire)

1991年の組織改編で旧公衆衛生局(Direction de la Santé Publique)から改称、機能拡張された。主要な役割は、プライマリー・ヘルス・ケアに関する行動計画の実施、コミュニティ保健に関する活動の組織・監督、コミュニティ保健に関わる人材育成の必要性の把握となっている。各疾病ごとのプログラムが同局の下で実施されている。

同局には、①プライマリー・ヘルス・ケア及び風土病対策課(sous-direction des soins de santé primaires et des endémies)、②衛生及び伝染病監視課(sous-direction de l'hygiène et de la surveillance épidémiologique)、③看護課(sous-direction des soins infirmiers)、④団体医療課(sous-direction de la médecine des collectivités)の4つの下部局がある。

2) 社会開発局 (Direction du Développement Social)

保健省と統合される前は社会事業省内の一部局であった。ソーシャル・ワーカーの養成を中心とした社会福祉事業を所管する。2省の統合によって、それまで見落とされていた保健分野におけるソーシャル・ワーカーの活動が可能になった。

同局には、①コミュニティ指導課(sous-direction de l'animation communautaire)、②家族教育課(sous-direction de l'éducation familiale)、③児童保護課(sous-direction de la protection de l'enfance)の3つの下部局がある。これらの部局はコミュニティ、家族及び個人レベルにおける教育的任務を負っている。

3) 社会保護・改善局 (Direction de la Protection et de la Promotion Sociale)

①障害者課(sous-direction des personnes handicapées)、②青少年保護課(sous-direction des jeunes en difficulté)、③社会補助課(sous-direction des secours sociaux)の3つの下部局がある。

4)保健社会施設局 (Direction des Etablissements Sanitaires et Sociaux)

プライマリー・ヘルス・ケア以外の保健センターの活動を統括する(プライマリー・ヘルス・ケアに関わる保健センターの活動はコミュニティ保健局によって管理される)。同局は、①民間セクター課(sous-direction du secteur privé)、②公共セクター課(sous-direction du secteur public)の2つの下部局に分かれている。

5)薬剤局 (Direction des Services Pharmaceutique)

薬事業務の管理・規制を行う。①薬事規制及び訴訟課(sous-direction de la réglementation et du contentieux)、②薬事課(sous-direction de la pharmacopée)の2つの下部局を持つ。

6)財務局 (Direction des Affaires Financière)

①財務・会計課(sous-direction du budget et de la comptabilité)、②投資計画課(sous-direction des projets d'investissement)の2つの下部局を持つ。

7)医療機器管理局 (Direction de l'Équipement du Matériel et de la Maintenance)

医療設備の改修、新規設置における投資計画の実施及び、医療施設の維持管理を管轄する。①医療機器・物品課(sous-direction de l'équipement et du matériel)、②維持管理課(sous-direction de la maintenance)の2つの下部局がある。

8)人事局 (Direction des Ressources Humaines)

人事業務のほか保健関連訓練の受講者管理を含めた人材養成を行う。下部局としては、①人材養成・研修課(sous-direction de la formation et des stages)、②人事管理課(sous-direction de la gestion du personnel)を持つ。

9)情報・調査・計画局 (Direction de l'Informatique des Etudes et de la Planification)

D G S P Sの計画に関わる事項や動向の調査・分析・予測を行い、計画の実効性や修正の必要性について提言を行う。①保健社会情報調査課(sous-direction de l'informatique études informations sanitaires et sociales)、②計画立案課(sous-direction de la planification et de la programmation)、③資料・法規課(sous-direction de la documentation et de la réglementation)の3つの下部局から成っている。

前記以外の保健社会保護省所属の保健医療機関には、次のようなものがある。

- ・ココディ大学病院医療センター
- ・トレッシュヴィル大学病院医療センター
- ・ヨブコン大学病院医療センター
- ・緊急医療援助サービス(SAMU)
- ・国立公衆衛生院(INHP)
- ・国立保健衛生検査院(LNSP)
- ・国立保健院(INSP)
- ・アビジャン循環器センター(ICA)
- ・ラウル・フォルロー研究所
- ・国立輸血センター(CNTS)
- ・公衆保健薬局(PSP)
- ・社会保険基金(CNPS)

この他、看護婦(士)・助産婦・臨床検査技師などを養成する国立医療従事者養成学院(INFAS)、社会事業従事者を養成する国立社会福祉院(INFS)が、それぞれDGSPSの管轄下に設置されている。

(3) 政策と課題

1993年3月に、総合的な保健及び社会保護政策指針(Santé et Protection Sociale en Côte d'Ivoire; Instrument Politique)が保健社会保護省によって発表された。同政策指針は、最大多数の国民に最も適切な価格で保健医療及び社会保障分野における基本的ニーズの充足を与えることを目指し、①伝染病をはじめとする重大な疾病の罹患率と死亡率の低下、②社会的弱者を生む要素の減少、③社会保障制度の発展、という3つの分野別目標に沿って、2000年代までの個別の数値目標を定めている。

このうち保健医療分野に関しては、特に母子保健及び感染症・寄生虫症対策を重点課題として、各種の疾病プログラムのより大きなセクター別プログラムへの統合や、プライマリー・ヘルス・ケアの活性化といった戦略が示されている。また、プログラム間の相互関係及び第1次～第3次の各医療レベルにおける治療の関連を明確にし、保健セクターの活動の組織化を目指すとされている。

現在はこの方向に沿って個別のプログラムの立案過程にあるが、保健社会保護省について次のような問題点が指摘されている。

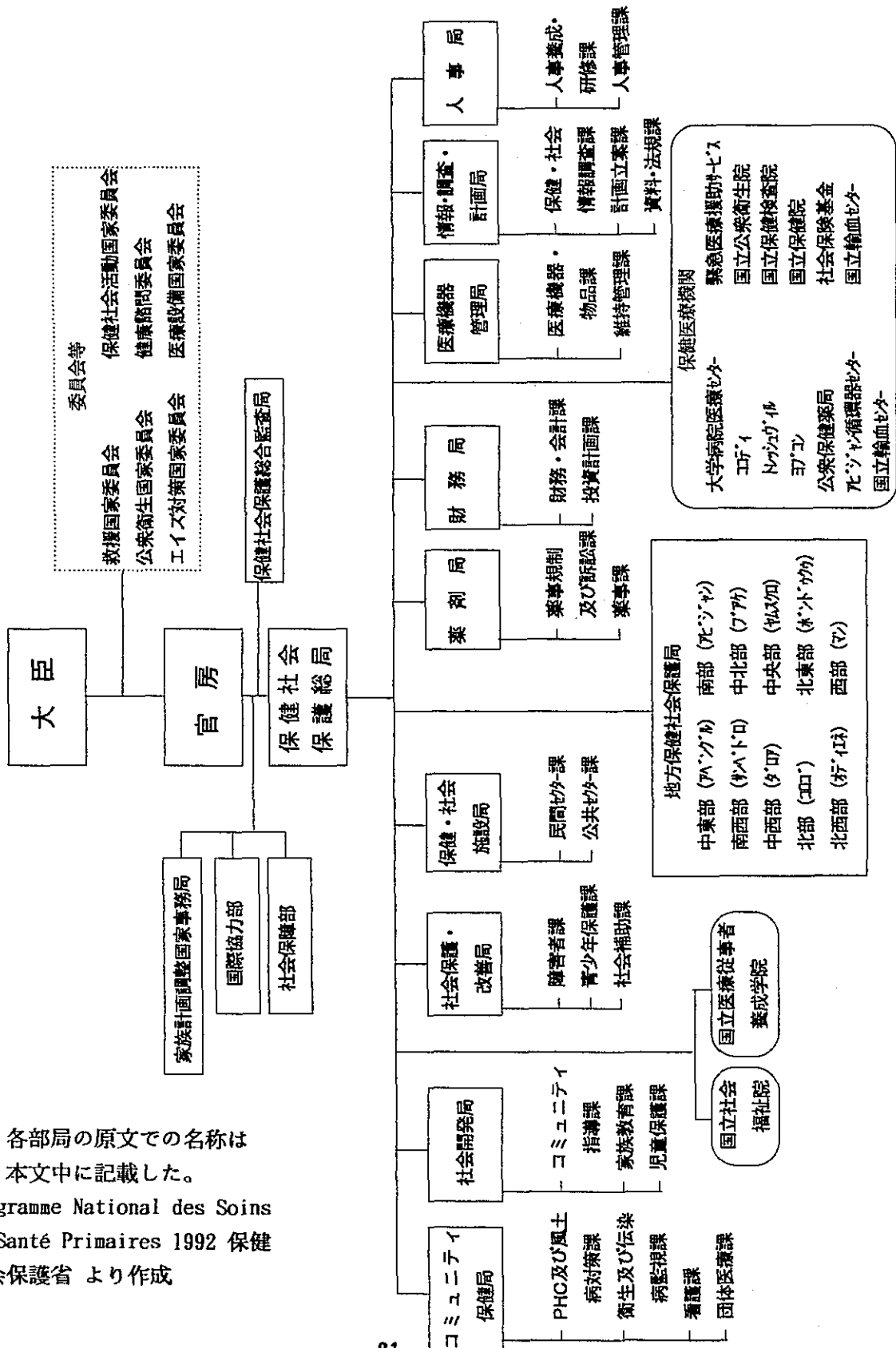
第一に、同省の部局長の大部分は医師である。したがって、彼等のノウハウは医療技術に偏っており、計画立案、管理、行政に関する訓練がほとんど行われていない。これらの訓練が早急に行われ、上級職員がプロジェクトの管理能力を身につける必要がある。

第二に、同省は構造的に、中央に権力が集中する傾向があり、地方局に十分な任務と責任が与えられていない。しかし、これに関しては現在分権化の動きが進んでいる。

第三に、セクション相互の横の関係がうまくいっていない。また、公衆衛生関連のポストの責任者が公衆衛生の専門家でないなど、人材配置にも多少問題がある。さらに、

同省の行政官が142名程度であることから考えて、全ての部局が機能しているのかも定かではない。もっとも、同省は同国の他省と比較してかなり良く機能しているという評価もある。

図 2-1: 保健社会省組織図



註) 各部署の原文での名称は本文中に記載した。

Programme National des Soins de Santé Primaires 1992 保健社会保護省 より作成

(4) 予算

1992年に保健社会保護省に割り当てられた予算は以下の通り。なお、保健関係の予算は全国家予算の約7%を占めている。

表 2-1: 保健社会保護省予算(1992年度)

(単位: 100万CFAフラン)

支出総額		42,917
人件費合計		28,199
俸給	24,687	
臨時職員給与	3,512	
定期的支出合計		3,088
電気代	1,969	
その他	1,119	
施設・備品代合計		977
事務用品	293	
医療機器	423	
車輛	86	
大規模な修理	175	
運営経費合計		10,653
食料費	1,937	
医薬品	3,830	
建造物修繕	545	
医療機器の設備	928	
その他	3,413	
収入総額		6,210
政府負担分保健社会保護セクター運営費(支出-収入)		36,707
投資		11,058
政府負担分保健社会保護予算総額		47,765

出典: Santé et Protection Sociale en Côte d'Ivoire; Instrument Politique 1993
保健社会保護省

2-1-2 中央保健医療計画・予算

象牙海岸共和国の保健医療国家計画は従来は国家開発計画の枠組み内で策定されていたが、1986～1990年の開発計画が実施を見ずに終わった後は、個別的な疾病対策プログラムが中心となっていた。しかし、1980年代の終わりから、保健システムの再編成を中心とした包括的な計画策定の動きが始まり、現在は従来の個別プログラムとともに、「人的資源有効活用計画 (Programme de Valorisation des Ressources Humaine)」および「プライマリー・ヘルス・ケア国家計画 (Programme National des Soins de Santé Primaires)」を執行中である。以下で、これらの計画について述べる。

2-1-2-1 人的資源有効活用計画 1991年～1995年

(1) 概説

構造調整政策の導入とともに教育、保健、雇用の分野における国民の生活が悪化し、経済の活性化と継続的な発展のためには人材の養成について再考する必要性があるとの認識が1980年後半より高まった。1989年には世界銀行の指導の下、象牙海岸共和国人的資源有効活用作業部会が開かれ、国民教育省、労働省、財務計画省等関連省庁が協議を行った。この会議の成果として、人的資源有効管理委員会が設置された。1990年になると同委員会は首相の監督下に入り再組織化され、首相府財務・企画担当省に常設事務局が、また、大規模工事監督局に技術調査室がそれぞれ設置されたほか、委員会の参加省庁も増加した。

1990年12月、世界銀行の融資を受けて、上記技術調査部が立案・計画・予算策定についての調査を開始し、1991年6月に計画書を提出した。同計画書では、保健医療制度の確立及び各医療分野の均衡化のための諸策が提案されている。

現在、同計画は中期経済計画(1991～1995年)の一部という位置づけとなっている。

(2) 目標及び戦略

同計画の目標は、保健医療、教育、雇用の分野において質的・量的なサービスの需要・供給の均衡をとることによって、生活レベル及び国民の福祉の向上を図ることである。この目標を達成するために、以下の3つの戦略が設定されている。

1)保健医療及び社会福祉における人材活用の現状把握ならびに政策監視の制度の確立

(i)実施組織の確立

人材資源有効活用委員会及びその付属機関を公的な機関とし、関連省庁での権限を強化する。

②実施システムの確立

人材活用のための立案・計画・予算策定のシステムを強化する。また、人材及び財政の管理に関する新たな規則を制定し、保健医療・社会保障サービスの需要供給についての情報を整理する。

2)保健医療・社会保障システムの外的な効率の上昇

国民の必要とする保健医療・社会保障サービスを確実に供給することを目指す。その第一段階として、保健医療・社会保障サービスへの需要と需要を左右する要因に関する調査を行い、基本的なニーズやプライオリティーの所在を確認する。現在は家族計画及び移民抑制による人口抑制に高いプライオリティーが置かれているので、国民の同意を得ながら、人口抑制のための政策を実施する。第二段階として、調査で明らかになった需要により適合したサービスを提供する。特に、プライマリー・ヘルス・ケアに関する政策を実効的に行い、保健分野におけるプライオリティーの高い諸プログラムを発展的に推進する。

3)保健医療・社会保障システムの内的な効率の上昇

①財政の合理化

末端レベルの保健医療・社会保障組織における財政能力を強化する。また、より合理的な組織を構築することによって、現状の地理的な不均衡を是正する。その際に、現存する保健医療・社会保障インフラを最大限に活用する。人材の再配置や人件費の削減、運営経費の削減、プライオリティーの高い各プログラムの統合等を行うと同時に、民間セクターの組織化や監督を実施する。

②新たな財源の確保

保健・社会サービスの受益者がコストを負担することにより運営資金を確保する（コスト・リカバリー）。また、地域のコミュニティ、非営利の民間団体及び外部援助団体からの出資を求める。

(3) 予算

本計画の1995年までの予算配分は以下のとおり。

表 2-2: 人的資源有効活用計画予算(1990-1995年)

(単位: 100万CFAフラン)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
運営費計	41,047	45,467	48,579	52,784	58,586	67,290
人件費	27,122	29,022	29,821	30,954	32,096	33,402
人件費以外の運営費計	5,986	6,956	7,996	9,561	11,721	14,718
施設維持費	840	1,324	1,985	2,566	3,421	4,700
電気代	1,591	1,428	1,464	1,588	1,724	1,873
その他の経費	3,555	4,204	4,547	5,407	6,576	8,145
医薬品等	500	3,492	4,309	5,503	7,541	11,296
保健プログラム	2,000	2,232	2,575	2,652	2,732	2,814
その他	5,439	3,765	3,878	4,114	4,496	5,060
投資	2,187	3,854	11,751	16,985	18,021	19,294
運営収益	2,770	7,271	10,212	12,320	15,539	19,389
政府負担の運営経費 (運営経費-運営収益)	38,277	38,196	38,367	40,464	43,047	47,901
政府負担の運営経費+投資	40,464	42,050	50,118	57,449	61,068	67,195

出典: Programme de Valorisation des Ressources Humaines

Planification-Programmation-Budgetisation dans le Secteur de Santé 1991

保健社会保護省

2-1-2-2 プライマリー・ヘルス・ケア国家計画 1992年~2000年

(1) 概説

1981年にアルマアタ憲章を採択して以来、プライマリー・ヘルス・ケアの重要性が象牙海岸共和国の保健医療政策において認識されるようになった。1986年にプライマリー・ヘルス・ケアに関する省庁間委員会が設立され、翌1987年にはバマコ・イニシアチブが採択されて本格的な政策導入の検討が始まった。1991年の援助国会議においてはこの分野の政策推進のための詳細な目標が検討され、また、同年の保健社会保護省の機構改革によりコミュニティ保健局が新設されてプライマリー・ヘルス・ケアの政策的・制度的枠組みが整い、1992年10月には本国家計画が発表された。

(2) 目標及び戦略

本計画は母子保健の向上を目指しており、以下の3つの政策に沿って、2000年までの行動計画が定められている。

政策目標

- 1) 母子保健活動の普及
- 2) 国民のニーズに沿った保健医療システムの確立
- 3) 住民参加にもとづく保健医療システムの確立

行動計画

- ① 妊産婦死亡率を50%減少させる。
- ② 乳児死亡率を現在の出生1,000対92から50へ、また、5才未満児の死亡率を136から90に減少させる。
- ③ 予防可能な疾病に因する死亡率（特に1才未満の乳児死亡率）を予防接種により減少させる。
- ④ 妊婦の80%が1992年から2000年の間に最低4回は妊婦検診を受ける。
- ⑤ 妊婦の80%が1993年から2000年の間に助産婦（正規の看護教育を受け、国家試験に合格して免状を持つ者）あるいは伝統的産婆（助産婦以外で出産補助を職業とする者）の介添えを受けて出産する。
- ⑥ 0～5才児の下痢症による死亡を50%減少させる。
- ⑦ 下痢症に対する効果的な治療方法を在宅治療及び入院治療いずれにおいても確立する。
- ⑧ 5才未満児の急性呼吸器感染症に関する死亡を33%減少させる。
- ⑨ 近代的避妊法の利用率を現在の3%から10%に上昇させる。
- ⑩ 0～5才児について中度栄養失調を60%、重度栄養失調を30%減少させる。
- ⑪ 1才未満児の予防接種率を少なくとも90%まで上昇させる。
- ⑫ ストリートチルドレンに対する保健、教育及び社会的保護の実施を15,000人にまで拡大する。また、心身障害児の50%に社会適応訓練を実施する。
- ⑬ 80%の保健センターで、必須医薬品と保健医療サービスコストを受益者が負担（コスト・リカバリー）することによって日常の運営資金を確保する。
- ⑭ メジナ虫症を撲滅する。
- ⑮ 1995年までに新生児破傷風を撲滅する。
- ⑯ 2000年までにポリオを撲滅する。

上記の目標及び行動計画を達成するためには、地方農村における末端保健医療機関が有効に機能する必要がある。政府は、プライマリー・ヘルス・ケア政策を推進するうえで高度医療機関に極度に偏った従来の医療政策を反省し、本計画の戦略としては地方医療の振興のための地方分権化及び医療サービスの質の向上に関わるものを中心に諸策を掲げている。

(3) 予算

1992年から2000年までの本計画の運営経費見積は以下のとおりである。

表 2-3: プライマリー・ヘルス・ケア国家計画予算(1992-2000年)

(単位: ドル)

項目	政府負担分	コミュニティ份	外部調達分
訓練者養成	-	-	52,000
行政費用	-	-	10,000
情報機器	-	-	10,000
運輸			
燃料	500,000	-	-
車輛	-	-	100,000
研修及び診察旅費	-	-	50,000
評価	-	-	150,000
合計	500,000	-	372,000
プロジェクト運営費総額			872,000

出典: Programme National des Soins de Santé Primaires 1992 保健社会保護省

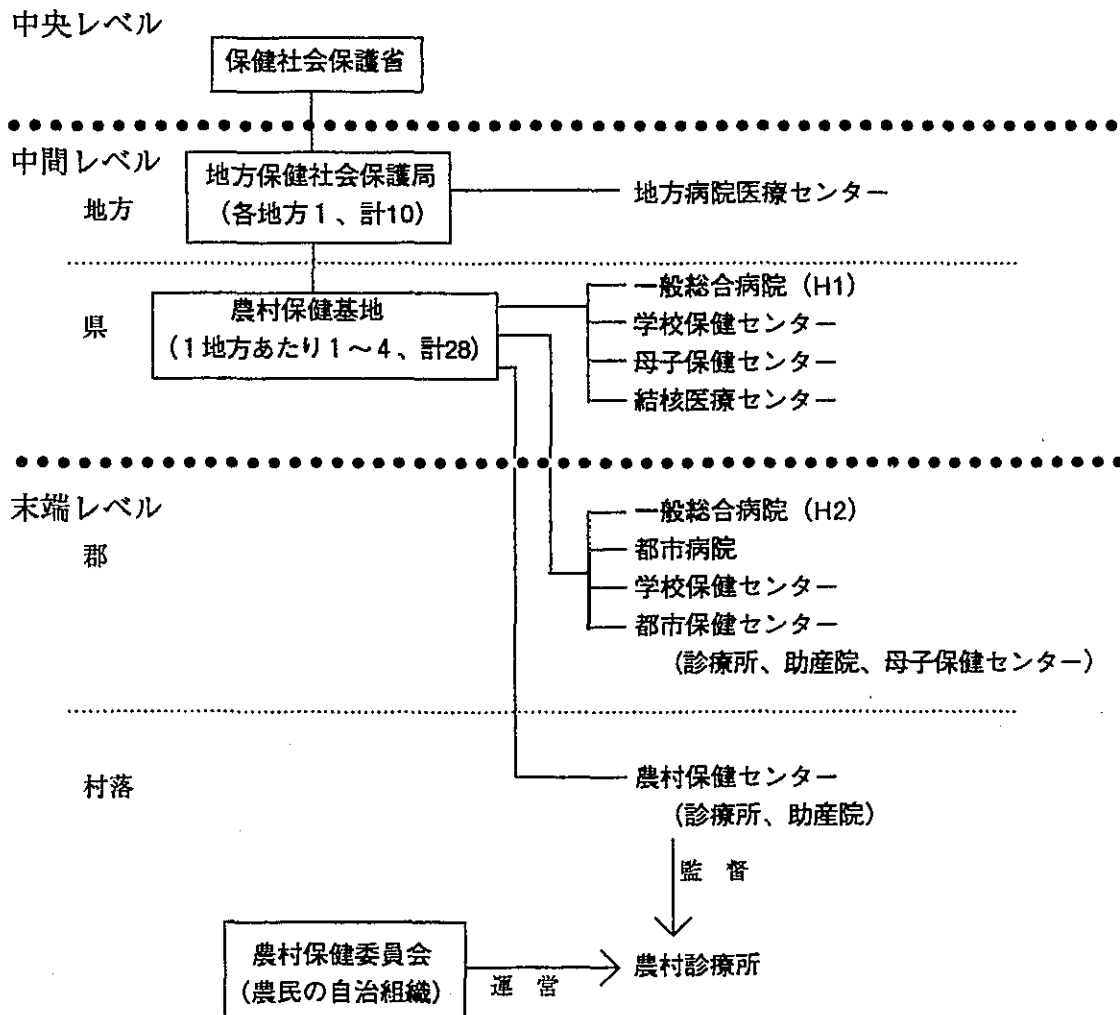
2-2 地方衛生行政と保健医療計画

2-2-1 地方衛生行政機構

2-2-1-1 概説

地方の衛生行政は、上から、10の地方 (Région)、50の県 (Département)、185の市 (Sous-Préfecture)、135の町 (Commune) 及び8,500の村 (Village) という行政区分に沿って編成されている。衛生行政機構は中央、中間、末端の3つのレベルから成っている。各レベルの行政機関及び公共医療機関は下図のとおり。

図 2-2： 地方衛生行政機構



註) 各機関の原文での名称は本文中に記載した。

Plan d'Opération du Programme Santé YH 201 1992 UNICEF より作成

2-2-1-2 組織と機能

(1) 中間レベル組織

中間レベルは地方及び県レベルに該当し、主に第2次医療サービスに関連した事業が行われる。地方レベルの衛生行政は、10県のそれぞれに置かれた地方保健社会保護局(DRSPS-Direction Régionale de la Santé et de la Protection Sociale)によって行われている。これらは、中央レベルの保健社会保護総局(DGSPS)の下部組織という位置付けがなされており、各地方局長はDRSPSに報告義務を負う。県レベルの保健医療行政は県保健社会保護局(DDSPS-Direction Départementale de la Santé et de la Protection Sociale)によって統括されることになっているが、実質的に機能しているのは各地方に1~4箇所設置されている農村保健基地(BSR-Base de Santé Rurale)であり、保健社会保護省のコミュニティ保健局の政策方針に沿って活動を行っている。

地方レベルの公共医療機関としては、合計7つの地方病院医療センター(CHR)がある。県レベルの公共医療機関としては、上に挙げた農村保健基地(合計28)の他に、地方病院医療センター(CHR)、H1レベルの一般総合病院(HG)がある(3-5 医療施設を参照)。

(2) 末端レベル組織

市町及び村落レベルが末端レベルとされている。市町レベルでは、農村保健基地の管理・監督の下でH2レベルの一般総合病院、都市病院(FSU)、都市保健センター(CSU-Centre de Santé Urbain)、母子保健センター(PMI)、診療所(Dispensaire)、助産院(Maternité)といった公共保健医療機関が機能している。

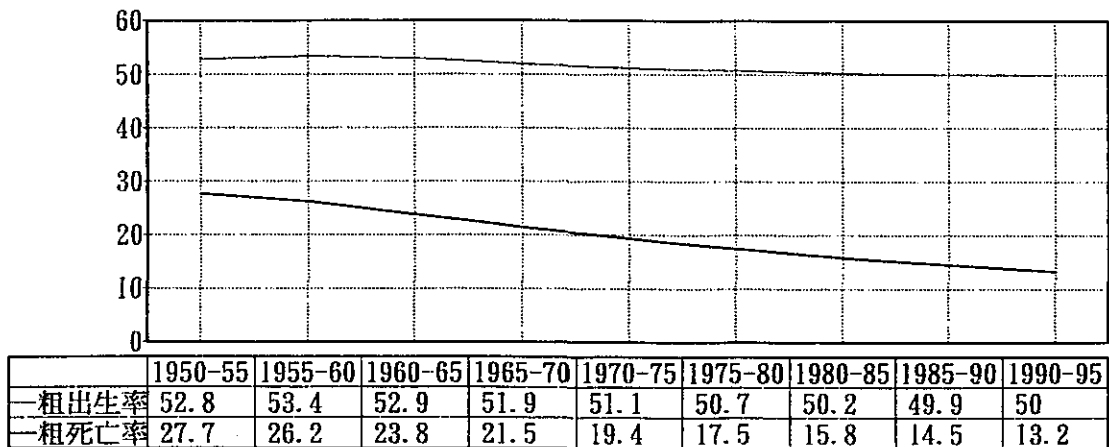
村落レベルでは、住民の自治組織である村落保健委員会(SSP-Comité villageois de Santé)がプライマリー・ヘルス・ケア事業を行っている。同委員会は農民より一定の任期で選ばれる保健委員(Agents de Santé Communautaire)より構成され、保健医療に関するデータ収集、農村診療所(CSV-Case de Santé Villageoise)の運営・管理・評価、予算要求の作成、予算実行、村落レベルの計画策定・実施等を行う権限を与えられている。このレベルでの保健医療機関としては農村保健センター(CSR-Centre de Santé Rurale)、診療所、助産院がある。農村保健センターは、上で挙げた農村診療所を監督する権限を持つ。

第3編 保健医療事情

3-1 保健指標

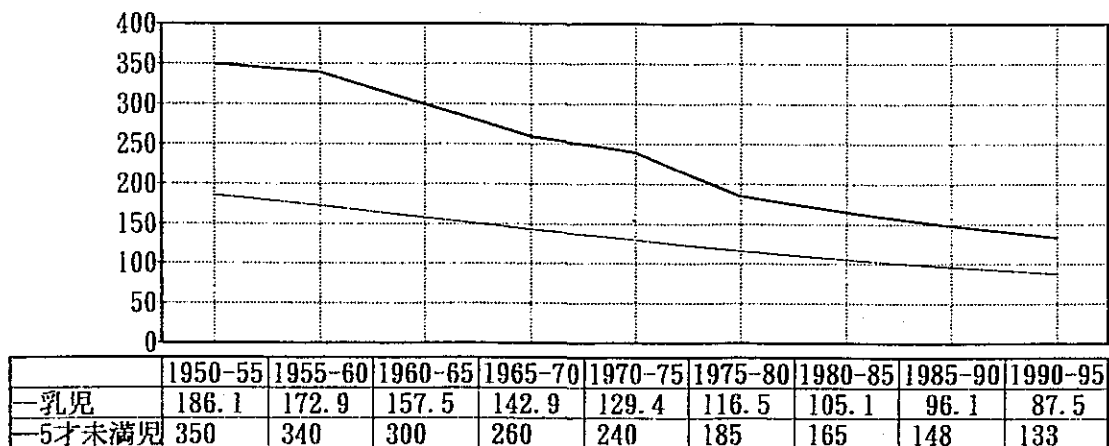
象牙海岸共和国では、図 3-1-1 に示すように1950年代より現在まで人口 1,000人当たりの年間粗出生率は約50人と横這いで、一方粗死亡率は近代医療サービスの普及とともに緩やかに低下している。また、出生時平均余命については1960年代の39才から1990年の55才まで大幅な改善を見せている。また、図 3-1-2 に示すように象牙海岸共和国の乳児死亡率は、1960年代の300から1980年代後半には148まで確実に低下した。しかし、ユニセフ(世界子供白書/1993)によると、象牙海岸共和国はバングラデシュなどと並んで依然として世界でも5才未満児の死亡率が高い国の一つである。この原因として、頻回出産、低栄養状態、衛生環境の不整備などが挙げられる。

図 3-1-1: 粗出生率と粗死亡率の推移 (1950-1995年) (1,000対)



出典: 国連統計局資料 UN/POP/1990

図 3-1-2: 乳児・幼児死亡率の推移 (1950-1995年) (出生1,000対)



出典: 国連統計局資料 UN/POP/1990

表 3-1-1 に示すように象牙海岸共和国の保健医療事情は、1980年代後半からあまり改善が見られなくなっている。その原因としては、1980年代に入り同国の主要輸出作物であるカカオなどの国際価格の下落による経済危機に伴い国家財政が悪化し、保健医療サービス機能が低下したことや重要疾病に対する対策プログラムの活動が縮小または停止されたこと、さらに既存の医療施設が人口増加に対応できず十分な医療を受けられない国民が増加していることなどが挙げられる。

表 3-1-1: 近年の保健指標の推移 (1985-1992年)

年	粗出生率 (1,000対)	粗死亡率 (1,000対)	乳児死亡率 (出生1,000対)	5歳未満死亡率 (出生1,000対)	出生時平均余命
1988	50	14	95	142	53
1989	50	14	93	139	53
1990	50	14	92	136	53
1991	50	15	93	127	52
1992	50	15	91	124	52

世界子供白書 1990, 91, 92, 93 ユニセフ より作成

また、象牙海岸共和国の都市部と農村部では保健衛生状況に大きな格差がある。経済首都であるアビジャンに開発が偏って集中し、農村部の衛生環境の整備や医療サービスの普及が遅れている。特に保健サービス面については同国に3つしかない最も医療設備が整っている大学病院がアビジャンに集中するなど、都市部では医療施設も多く、上下水道などの衛生施設の普及率も高いため、その保健状況は農村部に比べて遥かに良いものとなっている。表 3-1-2 に示すように都市部の保健サービスを受けられる人の比率が61%であるのに対して農村部では11%である。また、表 3-1-3 に見るように農村部における乳児死亡率は都市部に比べて高く、農村部での保健サービスへのアクセスが低いことがうかがえる。

表 3-1-2: 保健衛生状況の都市・農村格差

(単位:%)

	都市	農村
安全な飲料水を手入れできる人の比率(1988-90年)	100	75
適切な衛生施設を持つ人の比率(1988-90年)	69	20
保健サービスを受けられる人の比率(1987-90年)	61	11

Human Development Report 1992 UNDP より作成

表 3-1-3: 乳児死亡率の都市・農村格差

(出生1,000対)

アビジャン	都市部	農村部	全国
64	74	108	97

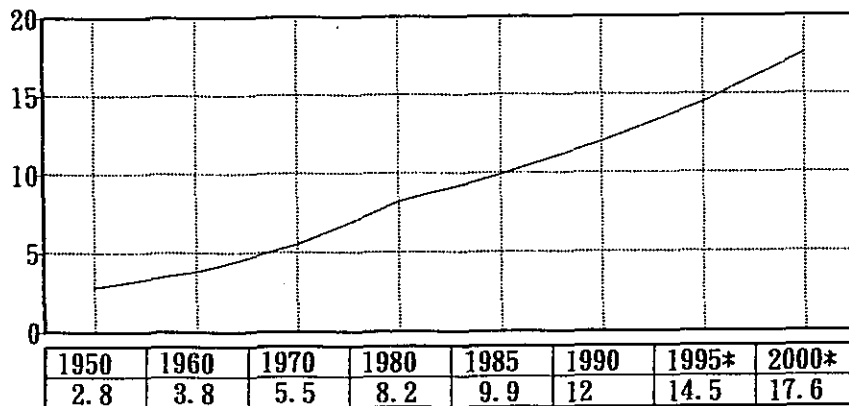
出典: La Protection Sanitaire et Sociale en Côte d'Ivoire 1992 保健社会保護省

3-2 人口動態

象牙海岸共和国の年間人口増加率は1980～1992年の平均で3.8%となっており、同国は世界的に最も増加率の高い国の一つである。世界銀行資料(1993年)によると、年率3.8%で人口増加した場合、1991年の人口1,240万人は、2000年には1,760万人に達すると予測されている。同国の人口増加に影響を与えている原因として高い出生率、死亡率の低下などのほかに、特殊な要因として移民の問題がある。外国からの流入移民数は、経済情勢の悪化から頭打ちとなっているが、国内に居住する移民の出生による人口増加が大きい。現在、総人口の28%を占める300万人以上の移民が居住しており、移民の人口増加率は5.7%と高率で、人口増加に拍車をかけている。

図 3-2-1: 人口の推移 (1950-2000年)

(単位: 100万人)



*推定

出典: 国連事務局統計資料 1990 (USAID Health Profile 1991 より引用)

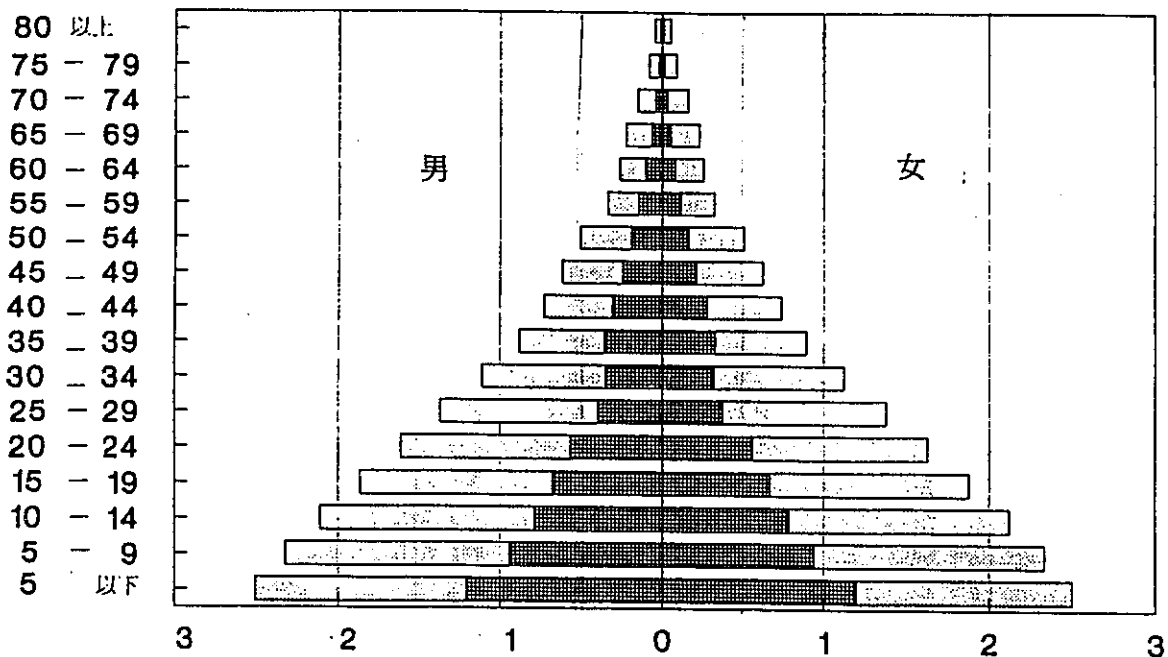
象牙海岸共和国では、図 3-2-1 に示すように14才未満の子供の人口が約 500万人と全人口の40%以上を占め、扶養人口が多い人口構成となっている。また全女性人口の46%が出産年齢(15才以上49才以下)にある。

同国の人口動態に影響を与えている主な要因には、高い出生率、死亡率の減少、人口の都市集中、移民流入、エイズの急増がある。年間合計特殊出生率は1950～1955年の6.9人から1965～1970年には7.4人に達し、それ以降は横這である。この数十年間変化が見られない高い出生率と確実に減少している死亡率が要因となり、高い人口増加率につながっていると推測される。しかし、近年のエイズの急増は人口構成を変化させると考えられている。1990年代に入りエイズが成人の死因の1位となり、特に20才から40才代の労働人口に感染の広がりが著しい。今後、この年代の人口が減少することにより、扶養人口比率がますます高くなり、また出生率が変化しなくともエイズによる死亡の増加如何によっては人口増加率が低下する可能性もある。

図 3-2-2 : 人口構成比 (1990/2020年)

総人口 1990年 - 12,478,024 : 推定人口 2020年 - 33,581,061

(単位: 100万人)



出典: Côte d'Ivoire USAID Health Profile 1991 USAID

また、象牙海岸共和国の都市への人口集中は、経済成長が始まった1965年から1991年まで年率 6.5%の速度で急速に進み、1960年の都市人口比率は全人口の19%でしかなかったものが 1992年には42%までに増加した。この急激な都市化は、急速な経済成長による人手不足のための移民の受け入れと、農村から職を求めて都市へと流入する国内移動などによるものである。特に人口の集中が顕著な都市はアビジャンであり、その人口比率は全国の都市人口の34%にも及ぶ。今後都市の人口増加率は年5.5%程度で推移し、2000年には47%に達するものと推測されている。また、都市化の影響が村落にも及んでおり、かなりの人口増加を招いている所もある。人口増加に伴う給水施設や衛生施設の不足による公衆衛生の劣化が大きな問題となっており、同国の保健医療事情に影響を与えている。

3-3 疾病・死亡

象牙海岸共和国では政府の統計システムが組織的に運営されていないため、全国的な疾病・死亡に関するデータがない。このため、同国の主な疾病を表すものとして、大学病院における死亡原因を以下に示す。この数値は1990年までのトレッシュビルとココディ大学病院のデータをもとに政府が作成したものである。

表 3-3-1: 成人の主な死亡原因

	男性	女性
エイズ	15%	13%
妊産婦死亡	—	15%
結核	11%	6%
感染症	9%	9%
消化器系疾患	7%	8%
癌	7%	10%
心臓系疾患	6%	2%
循環器系疾患	5%	6%
慢性肝疾患	5%	3%
脳膜炎	5%	4%
ウイルス性肝炎	2%	2%
マラリア	1%	0%
下痢性疾患	4%	3%
その他の疾病	10%	12%
事故・傷害による死亡	14%	7%

註) 上記の数値は四捨五入のため合計が100%とまらない。

出典：Santé et Protection Sociale en Côte d'Ivoire 1993 保健社会保護省

上表のようにエイズが男性の死亡原因の第1位、妊産婦死亡が女性の死亡原因の第1位である。妊産婦死亡率が高いのは、妊産婦が産前検診などで医療機関に受診することが少なく、妊娠合併症の予防や治療が遅れているためである。以下、男性は事故・傷害による死亡、結核、消化器系疾患と続いており、女性はエイズ、癌、感染症、消化器系疾患となっている。

また、政府資料によると、以下のような疾病が全体の5割から6割を占めているとされている。

- － エイズ
- － 呼吸器系疾患（結核、肺炎、肋膜炎など）
- － 消化器系疾患（潰瘍、肝炎など）
- － 皮膚疾患
- － 感染症および寄生虫症（マラリア、下痢症、メジナ虫症など）
- － 妊娠、分娩及び産褥の合併症（流産、妊娠合併症、感染症など）

象牙海岸共和国には感染症や寄生虫症が多く、周辺西アフリカ諸国と疾病構造が類似している。しかし、同国ではある程度伝染病対策に成功を見せており、痘瘡、黄熱病などはほとんど見られなくなっている。また、予防接種により小児麻痺、麻疹、ジフテリア等の疾病が激減している。

近年国民の健康へ最も深刻な影響を与えている疾病はエイズである。象牙海岸共和国では1990年代に入りH I V感染者が急増しており、全国で70万人以上の感染者がいるものと推定されている。トレッシュビル大学病院によると、感染症科の1990年の入院患者総数4,536人のうち約50%がH I V陽性であったと報告されている。アビジャン市内だけでも、推定で年間1万人前後のエイズ患者の発症並びに死亡があるとも言われている。また、エイズ患者における結核感染や肺炎などの増加が問題となりつつある。結核を直接的原因としてエイズ患者の約4割が死亡している。

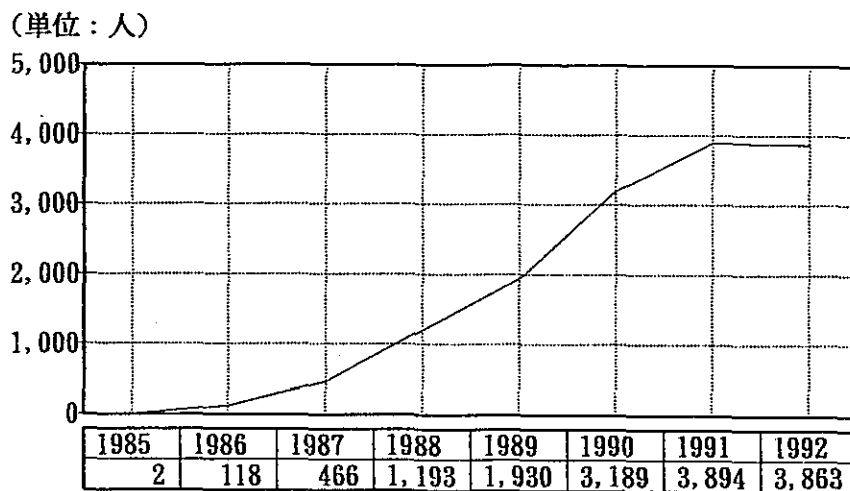
エイズとは対照的にマラリア感染は直接の死亡原因につながりにくい疾病ではあるが、依然として国民の健康を阻害する疾病の一つとなっている。特に5才以下の子供が度々マラリアに感染すると体力が衰え、栄養失調、下痢性疾患、貧血などの他の疾病を引き起こす原因となる。政府の推定ではマラリアの症例数は年間200万件以上で、以前にまして多発していることがうかがえる。これは、財政悪化のためマラリアの駆除活動に支障をきたしていることと、クロロキン耐性マラリアの出現などが原因と考えられる。

3-3-1 エイズ

(1) エイズの現状

象牙海岸共和国ではエイズの流行が深刻な問題となっている。エイズは男性の死亡原因の第1位、女性の死亡原因の第2位である。HIV陽性者は、WHOに報告された数字では1991年に人口1,000人当たり58.4人であり、これは感染者数72万人に相当する。この感染率は西アフリカで1番高いものである。また、エイズ患者数は、タンザニア、ウガンダ、ケニア、マラウィ、ザイールに次いでアフリカで6番目に多い。

図 3-3-1: エイズ新規登録患者数

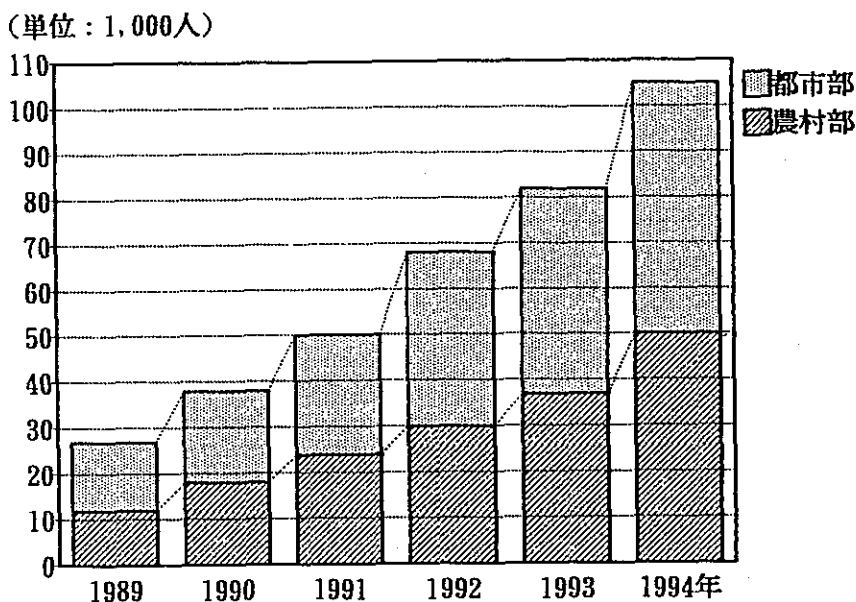


出典：BEI SPECIAL SIDA 1991 国立保健院

1992年末時点で、象牙海岸共和国政府によってWHOに報告されたエイズ患者数は14,655人に上る。この内 3,863人が1992年に新たに報告された患者である。報告症例数は急激に増加してきたが、これは実際の患者数が大幅に増加する一方で、統計収集能力やエイズ検査技術の向上により、より多くの患者が捕捉されるようになったことも反映されている。

この患者数はWHOに報告された数字であるが、実際の患者数はこれをはるかに上回るものと推定されている。これまでの調査結果からWHO等により開発されたモデルを用いて計算すると、1989年の実際の症例数はWHOに報告された1,930人に対し10,200人と推定され、1994年には19,900人に増加すると予測される。この場合1994年までの総患者数は113,200人に上る。1994年までの農村部、都市部別の推定総患者数は図3-3-2のとおりである。

図 3-3-2： エイズ総患者数(推定)

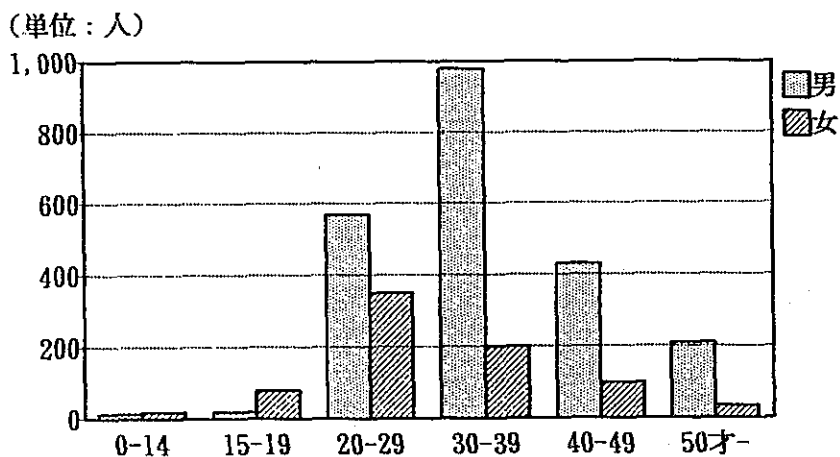


出典： BEI SPECIAL SIDA 1991 国立保健院

エイズ患者の急激な増加は、人口、保健・医療、経済・社会に大きな影響を与えることが予測されるため、エイズ対策が急務となっている。

エイズ患者数を男女別にみると、男女比率は1989年に 6.9 : 1、1990年には 4.2 : 1で男性患者の方が多い。年齢区別では、下図のとおり患者の80%以上が20才から49才の青壮年層である。男性については30代、女性については20代の比率が最も高くなっている。

図 3-3-3： 年齢別エイズ新規登録患者数 (1990年)



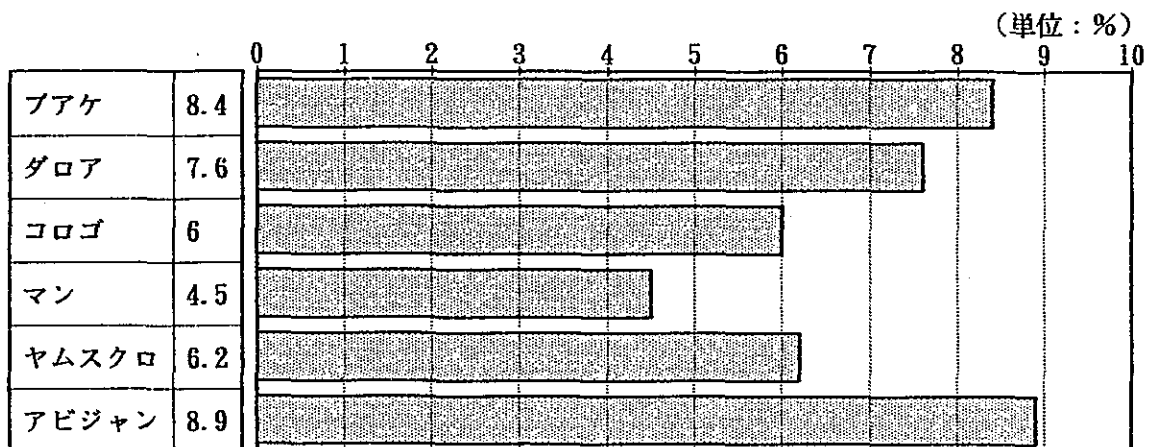
出典： BEI SPECIAL SIDA 1991 国立保健院

アビジャンではH I V感染率が特に高く、政府資料によれば人口の約10%近く、また他の政府資料によれば、12~13%と見られている。また、政府資料などによれば、アビジャンの大学病院の感染症科に入院している患者の60~70%がH I Vに感染していると言われている。

アビジャン以外では、港湾都市サン・ペドロを中心とする南西地域、及びリベリア、ガーナの国境付近の地域でも感染率は高くなり、一般住民の9%を超える。さらにU S A I D資料によれば、最も汚染度の低い北部地域でも住民の2~4%がH I V陽性であるとされている。また、アビジャンを除く都市部におけるH I V感染率は7.3%、農村部では5%である。

子供のH I V感染に関する全国的統計は象牙海岸共和国には存在しない。しかし、母子感染によるエイズ罹患率は増加していると推定される。図3-3-4に示すように、アビジャンでは妊産婦の約9%がH I V陽性であり、感染した母親から生まれる新生児の約3分の1が陽性であると言われているので、単純計算でもアビジャンの新生児の3%がH I Vに感染しているということになる。これらの感染児のほとんどは5才前後までに死亡する。しかし、母子感染の問題の重要性については、象牙海岸共和国ではほとんど認識されていない。

図 3-3-4： 主要都市における妊産婦のH I V感染率（1990年）



出典：BEI SPECIAL SIDA 1991 国立保健院

また、青少年についても性交渉をもつ年齢の低下傾向に伴い、H I V感染の危険にさらされるようになっている。現在13~14才で性体験があるのは普通であるが、性病などに関する知識もない上に複数の相手と交渉をもつことが多いため、感染の危険性が拡大している。

(2) HIV感染の要因

HIVの感染に対し、政府はポスターによる啓発活動などを行って、予防のための知識の普及に努めているが、患者は爆発的な勢いで増加し続けている。保健省のまとめた1991年のエイズ対策プログラムの報告書によれば、以下の諸点がHIV感染を助長する要因となっている。

- ①教育・広報活動不足のため、エイズに対する認識が低い。
- ②輸血用血液の安全性が確立されていないため、感染の危険性が高い。
- ③検査技師が量的・質的に不足しており、十分な検査ができず、また検査結果の信頼性が低い。
- ④感染者に対する告知がほとんどなされないため、二次感染予防が行われない。
- ⑤医療施設、医薬品等が不足している。
- ⑥サーベイランスシステムが確立されていないため、正確な現状把握ができない。

特に輸血については、治療に輸血が多用されること、エイズの蔓延にもかかわらず輸血用血液の一部しか検査されていないことが問題となっている。

象牙海岸共和国では、マラリア患者の治療、特に小児患者の投薬前の体力回復のために輸血が広く行われている。このほか貧血や、帝王切開・出産時の出血に対しても安易に輸血が行われる傾向がある。

血液銀行は国立血液センターの管理するアビジャン、ブアケ、コロゴの3採血センターの他に、地方の公共医療施設付属のものが11カ所、私立病院付属のものが数カ所ある。このうち採取した全ての血液についてHIV感染の検査を実施しているのは、アビジャン、ブアケ、コロゴの血液センターだけである。1991年12月から10カ月間にアビジャンで採決された血液のうち12.2%がHIV陽性であり、B型肝炎や梅毒などによる汚染を含め廃棄された血液が25.5%あった。従って未検査で輸血される血液の相当数が汚染されていると推定される。

3-3-2 結核

象牙海岸共和国では1960年から結核撲滅の努力が続けられ、1988年には結核に対する年間罹患率はアビジャンで2%、農村部で1.5%へと1960年当時の4%に比べて低下した。しかし、現在でも結核は男性の死因の11%、女性の死因の6%を占める依然として危険な疾病の一つである。

表 3-3-2 に示すように結核患者におけるH I V陽性者の比率が1988年の26%から4年間の間に48%にまで急増している。エイズの流行に伴いエイズ患者の日見感染が急激に増し、エイズ患者の40~50%が結核を直接原因として死亡しているという専門家による調査もある。H I V陽性者の結核日見感染を防止するために、治療や施設への収容に際し厳格な基準の下での管理が必要となってきている。政府調査によると、エイズ発生以前の1981年における象牙海岸共和国の結核患者発生数は4,442人であったが、1992年時点での結核患者数は7,500人に増えている。また、1990年にアビジャンで結核のために医療機関を訪れた者は前年度比10%増、1991年には7%の割合で増加しているという。

表 3-3-2： 結核患者におけるH I V陽性者の比率の推移

1988	1989	1990	1991	年
26%	33%	43%	48%	

出典： Programme National de Lutte Antituberculeuse en Côte d'Ivoire
1992 保健社会保護省

この近年のエイズの流行に伴う結核日見感染者の増加を懸念して、政府は1992年に結核対策プログラムを立案している。また、エイズと結核との二重感染により、結核対策には以下のような新たな問題が投げかけられている。

- ・ 結核患者数の増加
- ・ 死亡率の増加（H I V陽性者の半数が結核により死亡している）
- ・ 施設の不足
- ・ 医学的および社会的ケア
- ・ H I V陽性者に対するB C G接種

3-3-3 マラリア

象牙海岸共和国では、マラリアは各年令層において最も罹患率が高い疾病の一つで、医療機関の全受診者中にマラリア患者数の占める割合は14～17%である。同疾病を直接の原因とする成人の死亡率は低いが、感染により栄養失調、貧血など健康に害を与える諸症状が惹起されることは良く知られており、特に子供の健康に与える影響は深刻である。1985年の政府資料によると、5才未満の子供の死亡原因の10%がマラリアによるものである。

各地方の医療機関より国立保健院に報告のあったマラリア患者数は、年間延べ約60万人（表 3-3-3）であるが、政府とその他の海外援助機関によると実際の罹患患者数はこれらの患者数の3倍から5倍の200万から300万人に及ぶと推定されている。1992年6月に328人の成人を対象に政府がマラリアに関する意識調査を行った結果、感染経路、症状、予防対策、治療などに関して正しい知識をもっている者は50%に満たなかった。このことから、同疾病に感染していても医療施設へ来診しない自宅療養者が多いことが推定される。また、ユニセフによると1991年以前については全国の医療施設において抗マラリア薬が財政難から不足していたことも、来診者が減少した理由の一つとなっている。

表 3-3-3 は、1986年から1990年までに各地域の農村保健基地から報告のあったマラリア罹患患者数及び全受診者中に占める割合である。

表 3-3-3： マラリア年間症例数

年	1986	1987	1988	1989	1990	平均
マラリア罹患患者数	598,659	613,250	636,111	641,618	479,246	593,777
受診者中に占める割合	14%	17.5%	15.4%	16.3%	16.3%	15.8%

出典：国立保健院資料

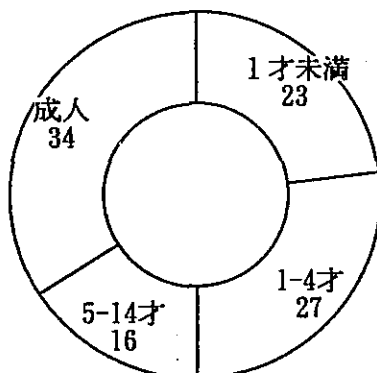
(Programme National de Lutte contre Paludisme 1992 保健社会保護省より引用)

マラリア患者に占める5才未満の子供の割合は以下の図 3-3-5 に示すように全体の約半数を占めている。USAIDやユニセフの資料によると、1988～1990年に医療機関で受診した5才未満の子供のマラリア症例数は年間25万件から30万件と報告されている。

表 3-3-4 に見るように、最もマラリアの発生が多い6月から8月にかけての5才未満の子供の月間平均症例数は、1988年から1990年にかけて減少傾向を見せているが、この症例数の減少は実際に患者数が減少したということではなく、前述のように医療施設における抗マラリア薬の不足などから、発熱しても医療施設に来院しない者が増えたことによるものと理解される。

図 3-3-5 : マラリア症例数に占める子供の割合

(単位 : %)



Programme National de Lutte contre Paludisme 1992 保健社会保護省 より作成

表 3-3-4: 5才未満児の月間平均(6月-8月ピーク時)マラリア症例数

	1988年	1989年	1990年
症例数	30,000	26,000	21,000

出典: Côte d'Ivoire Health and Family Planning Project Paper 1991 USAID

象牙海岸共和国において最も多いマラリアの種類は、表 3-3-5 に示すように熱帯熱マラリア、別名悪性マラリアとも呼ばれるものである。発熱はあるが悪寒があまりなく、症状がマラリアらしくないので治療開始が遅れやすい。通常、発病後5日以内に適切な抗マラリア剤で治療を始めれば予後はよいが、手当が遅れると腎不全、意識障害、黄疸、出血傾向などを起こし、キニーネの点滴によりマラリア原虫を速やかに駆除しないと予後不良となる。現在、抗マラリア薬に耐性を示すのはこの熱帯熱マラリア原虫だけで、象牙海岸共和国においてもクロロキン耐性マラリアが増加しており、マラリアの予防と治療上重大な問題となっている。1992年8月の政府資料によれば、このクロロキン耐性マラリアの発生率はアビジャンで10%~30%、アソベ、ブアケ、ダロアで1%~9%であった。現在、医療従事者に対し熱帯熱マラリアなどの診断、クロロキン投与量、発熱時の治療方法などについて再教育が行われている。

表 3-3-5: マラリアの種類

種類	割合
熱帯熱マラリア(Plasmodium falciparum)	97 %
卵型マラリア (Plasmodium ovalarie)	3 %

出典: Programme National de Lutte contre Paludisme 1992 保健社会保護省

3-3-4 ハンセン病

ハンセン病は、ライ菌によって起こる慢性炎症性疾患であり、皮膚と末梢神経が主に侵される。内臓、眼、上気道が侵されることもあるが、重症に陥ることはまれでハンセン病そのものが死因になることは少ない。感染は菌が皮膚の傷より侵入することにより引き起こされる。1992年にWHOに報告された全世界のハンセン病総患者数は3,087,788人で、このうちアフリカ地域の患者数は352,222人、全世界の11.4%であった。アフリカの患者数は1985年に比べ64.3%減少している。

30年前の象牙海岸共和国には約12万人のハンセン病患者がいたと推測されているが、表3-3-6の通りWHOに報告のあった総患者数は1990年に13,970人、1992年には6,483人と大きく減少している。有病率（人口1万人当たりの患者数）についても、1990年の11.21人から1992年の5.01人と確実な減少を示している。これはWHOの推進する複数薬品治療法（MDT-Multiple Drug Therapy）が導入されたことにより、治療期間が従来より短くなったこと、及びそのことも一因となって罹患率（人口1万人当たりの年間新規患者数）が低下したことによると思われる。複数薬品治療法は、1988年にはわずか15%の利用率であったものが1992年には72%となり、急速に普及した。

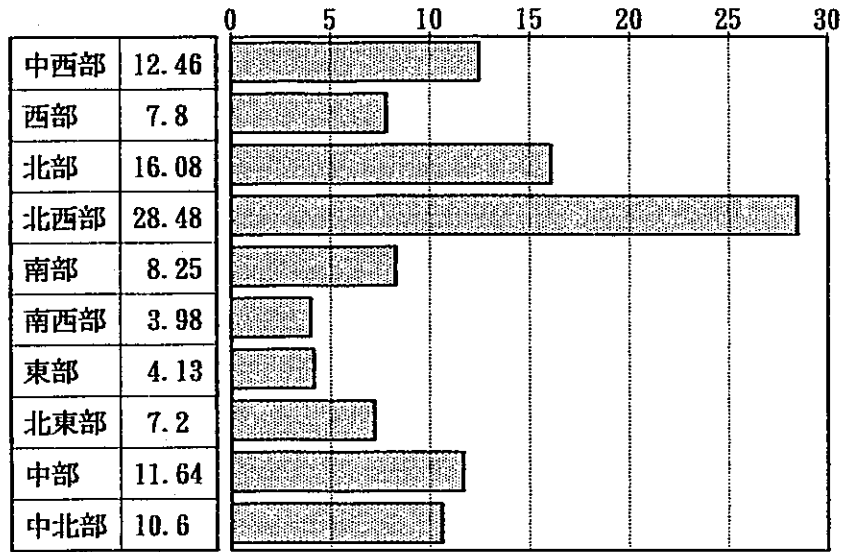
表 3-3-6 : ハンセン病の年間患者総数と有病率・罹患率

年	1988	1990	1991	1992
総患者数	NA	13,970	12,502	6,483
1万人あたり有病率（人）	NA	11.21	10.24	5.01
1万人あたり罹患率（人）	2.40	NA	1.68	NA
複数薬品治療法利用率（%）	15	25	62	72

出典：Weekly Epidemiological Record No. 21 & 25 1993 WHO

政府資料によると、1991年のハンセン病患者総数は12,502人（1万人あたり有病率10.24人）、同年の新規患者数は2,048人（1万人あたり罹患率1.68人）である。有病率、罹患率とも高い地域は北部と北西部で、特に1万人あたり28.48人と高い有病率が見られる北西部では、複数薬品治療法の利用率が37%と極めて低いと報告されている。また、15才未満の子供の患者数については1991年時点で380人と報告されている。

図 3-3-6 : 地方別ハンセン病の有病率 (1万人あたり)



Programme National de Lutte contre la Lèpre 1992 保健社会保護省より作成

1992年政府は新たなハンセン病対策プログラムを発表し、ハンセン病の撲滅運動に努力している。1993年1月には、アゾペにあるハンセン病専門のラウル・フォルロー研究所を中心に、患者の早期発見検診などに関する国民の意識向上キャンペーンを行った。複数薬品治療法の効果を高めるためには、早期に治療を開始することが特に重要となっている。

3-3-5 オンコセルカ症

オンコセルカ症は、フィラリアの一種である回旋糸状虫 (*Onchocerca volvulus*) の寄生によって起こる病気である。ブユによって伝搬され、吸血時に感染成虫が皮下に侵入し腫瘤を形成する。仔虫は主として皮膚の真皮層に生息するが、目に侵入すると眼疾患を起こし、最終的に失明をもたらす。ブユは水源から発生するため、同疾病は一般に川沿いの地域で多く発症する。

象牙海岸共和国において、オンコセルカ症はかなり広範な地域で見られる疾病であり、国土の80%近くがオンコセルカ症対策プログラムの対象地域となっている。その流行地域の広さと感染率の高さから、以前から大きな問題となっていた。政府が1975年の第1次オンコセルカ症対策プログラム導入時に流行地域を調査したところ、有病率が60%以上ののぼる地域が多数あった。この病気に起因する失明率も高く、ヴォルタ・ノワール (Volta Noire) 流域 (国土北東部・ガーナとの国境地域) の平均で4.8%、最も高い村では15%にのぼった。その後、多発地域の河川流域でブユの駆除対策を行った結果、状況は大幅に改善された。1991年の政府資料では、ブユ駆除を行ってきた98カ所において調査を実施した結果、これらの地域での有病率は5~6%と大幅に低下したと報告されている。特に、ヴォルタ・ノワール流域やバンドマ・ブラン (Bandama Blanc) 流域 (国土北部) などの対策プログラムの重点地域では、有病率が5%を下回っている。有病率が最も高いンツイ (N'zi) 河南部流域の野営地においても6.5%にとどまっている。オンコセルカ症を原因とする失明の危険性も著しく低下し、ほとんど症例が見られなくなっている。なお、オンコセルカ症に関する年間症例数については不明である。

3-3-6 睡眠病

睡眠病はトリパノソーマ科の原虫が、ツェツェ蝨 (*Glossina* spp.) の吸血により媒介される原虫性疾患である。髄膜脳炎により昏睡状態に至るために睡眠病の名があり、放置するとやがて死に至る。象牙海岸共和国では1970年代後半から同疾病が多発しており、それ以来保健省は危険度の高い地域へ巡回検診を行っている。しかし、感染初期には自覚症状が現れないため、患者の発見は困難となっている。最も睡眠病の罹患率が高い地域として、アボワッソー、プアフレ、ダロアが特定されており、その他ガニョア、イシア、シンフラが感染危険地域に追加されている。各農村保健基地とプアケにあるピエール・リシェ研究所 (Institut Pierre Richet) およびダロアの睡眠病研究治療センターからの報告によると、過去5年間で毎年300件以上の新たな症例が確認されている。

1993年の政府資料によると、睡眠病の症例数は地域および部族によって非常に大きな違いがあり、最も多いのは、コーヒーやココアのプランテーションで働く移民のブルキナファソ人であると報告されている。ブルキナファソ出身者の睡眠病罹患率は6%で、プアフレで同種の作業に従事する象牙海岸共和国人の罹患率の10倍にあたる。このため睡眠病は外国人のかかる病気であるという誤解を引き起こし、感染のリスクの高い地域に住んでいる人々にその危険性を認識させる妨げとなっている。

3-3-7 メジナ虫症

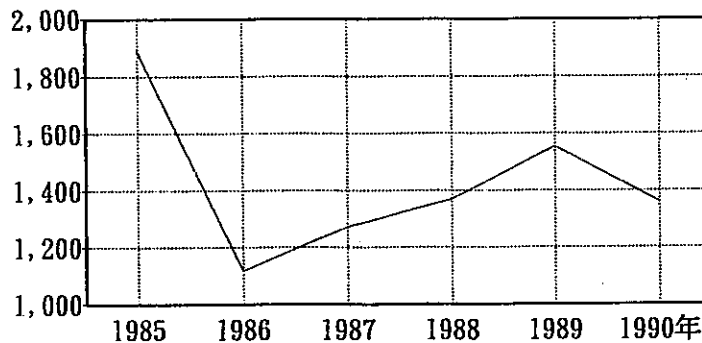
メジナ虫症は、皮膚を侵し、身体障害を惹起する寄生虫症で、*Dracunculus Medinensis*という虫の仔虫を媒介として感染する。この仔虫は *Cyclopes* というカニの体内に生息しており、人間が川の水を飲んだり、カニ類を食べたりすることにより体内に入り、胃の中で成長した後、皮下組織の中に入り込む。象牙海岸共和国には、この疾病の感染者が推定で15万人以上いると見られている。

近年象牙海岸共和国でメジナ虫症の感染が広がりを見せているため、政府は感染地域の特定を急いでいる。この感染症の撲滅のためには安全な飲料水の確保が必要であるが、特に農村部では井戸/ポンプなどの給水設備が不足している。また、農村部では健康を維持するための安全な飲料水の重要性が認識されていない傾向があり、メジナ虫症対策を困難なものとしている。

WHOに報告された患者数の推移は以下の通りであるが、これらの症例数はメジナ虫症に罹患して医療施設を訪れた患者の数に過ぎないため、実際には全患者数の10%程度を捕捉しているに過ぎないものと推定されている。

図 3-3-7: 医療機関で特定されたメジナ虫症患者数の推移

(単位: 人)



Weekly Epidemiological Record, No. 18, 30 April 1993 WHO より作成

1991年、メジナ虫症の患者を特定するための初の政府検診キャンペーンが、感染地域の503村落において実施された。この結果、12,690人のメジナ虫症患者が特定され、キャンペーン実施地域における罹患率は6%であった。地域的には、中北部と北西部に症例数が多く、200以上の村落でメジナ虫症の感染が確認されている。1992年末からこの503村落のうち97村落において、ユニセフの協力により養成された普及員がメジナ虫症の予防・治療に関する啓蒙活動を実施しているほか、83村落で安全な飲料水確保のための井戸やポンプが各村落に1基ないし2基設置された。

また、子供におけるメジナ虫症の影響も大きく、ユニセフもメジナ虫の駆除を援助プログラムに取り上げている。1990年、各保健基地より国立保健院に報告のあった症例数を見ると子供の占める割合は32%で、そのうち5才未満児は8%、5~14才児は24%である。

3-3-8 妊娠・出産に関する疾病・死亡

3-3-8-1 妊産婦の疾病

妊産婦の疾病に関する資料としては、ユニセフの1992年度現状分析報告書 (Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire) の中に国立保健院の統計 (1987年)がある。それによると、妊産婦の疾病で最も多いのは妊娠中毒症 (45.1%) で、続いて分娩前出血 (23.3%)、流産 (22.3%)、分娩後出血 (9.3%) となっている。象牙海岸共和国で、出産時に公的医療施設を利用する妊産婦は全体のわずか9.66%と少ないため、特に農村部において妊産婦の疾病・死亡に関する実態を正確に把握することは難しい。

都市部の病院における妊産婦疾病の例としては、ココディ大学病院の統計がある。表 3-3-7 は、1986年から1987年度に同病院の産婦人科に入院した4,401人中、疾病が指摘された930人の症例を示したものである。これによると、早産の危険性が22%と入院の主原因を占めており、また妊娠合併症として黄疸、貧血、高血圧、糖尿病などがある。

表 3-3-7 : ココディ大学病院における妊産婦の疾病症例数

症例	人数	%
早産の危険性	205	22
つわり	95	10
胎児死亡	80	9
黄疸	72	8
前置胎盤	61	6
妊娠中毒症	59	6
流産の危険性	54	6
貧血	54	6
マラリア	50	5
高血圧	32	3
糖尿病	28	3
ヘモグロビン障害	14	2
その他	126	14
合計	930	100

ココディ大学病院1986年から1987年度の活動報告書 JICA資料より作成

同大学病院において正常分娩の占める割合は全出産数の約80%であり、子宮破裂、胎盤早期剥離、妊娠中毒などの症状のため、帝王切開などの人工的処置を施すのは20%程度である。なお同大学病院は、産科分野でアビジャンの中核的な病院であるため、近隣地域のハイ・リスク妊娠のケースが転送されてくる場合も多く、出産時に問題がある症例の割合が他の医療施設よりも高い可能性がある。

表 3-3-8: ココディ大学病院における分娩・出産の状況

年	1987	1990	1991
経膈分娩 (正常分娩)	4,870	4,503	2,403
帝王切開	1,090	751	420

ココディ大学病院1986年から1987年度の活動報告書 JICA資料より作成

出産時の異常出血の要因の一つとして、女性に対する割礼の風習が挙げられる。この風習は首都近郊では減少傾向にあるが、農村部では根強く残っているものと思われる。また、中絶が違法とされている象牙海岸共和国で、概して非衛生的な状態で行われるヤミの中絶手術による諸障害が、妊産婦の疾病の中でかなり高い比率を占めていることも指摘されている。

3-3-8-2 妊産婦の死亡

象牙海岸共和国では死亡報告制度が整備されていないため妊産婦死亡率に関する正確な数値は存在しないが、1988年度の統計として、UNDPは1993年度の世界開発報告で10万人に対し680人、ユニセフは1992年度の現状分析報告書において10万人に対し840人という数値を報告している。また、年齢別妊産婦死亡率は以下のとおりである。

表 3-3-9: 年齢別妊産婦死亡数 (1万人当たり)

年齢	人数
12-14	57.47
15-19	27.81
20-24	25.21
25-29	19.94
30-34	27.25
35-39	45.66
40-44	36.97
45-49	144.93

出典 : Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF

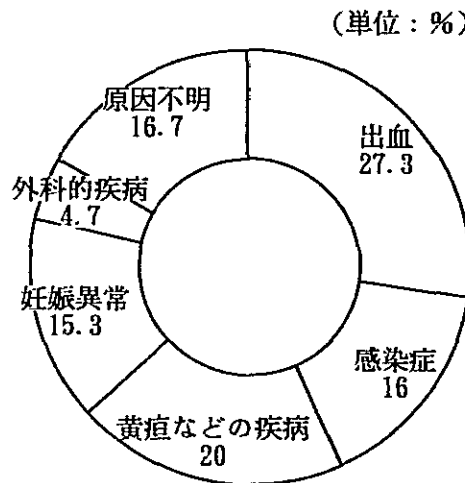
表 3-3-9 によると、15才未満と35才以上の妊産婦死亡率が他の年令層と比較して高くなっている。象牙海岸共和国における女性の平均結婚年令は17.8才であるが、農村部においてはさらに結婚年令が低く、このため15才以下のリスクの高い出産が多くなり、妊産婦死亡率を高める一因となっている。また、家族計画の普及の遅れから高齢に至っても出産を続ける女性が多く、このことも妊産婦死亡率を高める要因となっている。

都市部と農村部の死亡率を比較した数値は存在しないが、農村部の数値が都市部を上回っていることは以下の理由で容易に推測できる。

- 1)衛生状態が悪い
- 2)医療施設が少ない
- 3)妊産婦の定期検診受診率が低い
- 4)自宅での出産が多い
- 5)医療従事者の介助を受けない出産が多い

妊産婦の死亡原因として、妊娠・出産に伴う出血、感染症および黄疸などの合併症が挙げられる。全国的な原因の詳細を示した統計が存在しないため、図 3-3-8 に1984年度のトレッシュヴィル大学病院における妊産婦死亡の原因を例として提示する。これらの死因の大半は、適切な治療や妊産婦のケアによって回避し得るものである。

図 3-3-8 : トレッシュヴィル大学病院における妊産婦の死亡原因(1984年)



出典: Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF

註) なお、表の中の妊娠異常による死亡には、妊娠中毒、子癇、胎盤早期剥離などを原因とする死亡が含まれている。

3-3-9 子供の疾病・死亡

3-3-9-1 子供の死亡率の推移

表 3-3-10 は、象牙海岸共和国における5才未満児の死亡率の推移を表している。過去5年間の死亡率はわずかではあるが減少しており、1960年の出生1,000対300という数値と比較すると、過去30年間に5才未満児の死亡率は半減している。しかし、ユニセフの統計により他の国と比較すると出生1,000対124という数値は、145カ国中高い方から41番目で、1,000対127のバングラデシュに次ぐ高さである。

表 3-3-10: 5才未満児の死亡率の推移

(出生1,000対)

年	1960	1987	1989	1990	1991	1992
死亡率	300	145	139	140	127	124

出典: 世界子供白書 1991、92、93、94 ユニセフ

表 3-3-11: 乳児死亡率の推移

(出生1,000対)

年	1960	1987	1989	1990	1991	1992
死亡率	165	92	93	86	93	91

出典: 世界子供白書 1991、92、93、94 ユニセフ

この統計に関しては、1990年に僅かながらの減少があるものの、過去5年間では大きな変化は見られない。また1987年度における都市と農村部の乳幼児死亡率の差異は下表のとおりである。

表 3-3-12: 乳児・幼児死亡率の地域格差(1987年)

(出生1,000対)

	1才未満	1-4才
農村平均	112	77
都市平均	73	33
全国平均	92	53

出典: Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF

3-3-9-2 乳幼児の疾病と死因

象牙海岸共和国全体における5歳未満児の死因を示す資料は存在しないが、表 3-3-13 のトレッシュヴィル病院小児科の症例集(1989年)に見られるように、新生児感染、貧血、呼吸器障害、栄養障害などが乳幼児の主な病気として挙げられ、また、主な死因とも位置付けられる。

表 3-3-13: トレッシュヴィル病院小児科における症例数(1989年)

病名	患者数 (7,130人中の%)	死亡数(1,529人中の%)
貧血	1,935 (27.14)	355 (21.91)
新生児感染	1,575 (22.09)	508 (33.22)
呼吸器障害	1,344 (18.85)	136 (8.89)
胃腸障害	696 (9.76)	169 (11.05)
栄養障害	606 (8.50)	75 (4.91)
高热	266 (3.73)	48 (3.14)
化膿性髄膜炎	245 (3.44)	68 (4.45)
脱水症	228 (3.20)	86 (5.62)
その他	131 (1.83)	97 (6.35)

出典: Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF

新生児の主な死因は、早産、脳炎、新生児黄疸、新生児感染症、新生児出血性疾患、新生児破傷風及び先天性異常などである。この中で特記すべき原因は早産で、医療施設の整備・拡充が遅れているため、未熟児が生存する可能性はかなり低い。また、新生児破傷風も致死率が高い疾病である。新生児破傷風は、不衛生な医療施設・器具の使用および助産婦・保健婦の不適切な衛生習慣によって感染する場合が多く、医療施設の整っていない農村部における罹患率が高い。従って新生児破傷風は妊婦に対する予防接種で防げる疾病であるにもかかわらず、新生児の1割がこの病気のために命を落とす地域も存在している。

3-3-9-3 急性呼吸器感染症

象牙海岸共和国では、急性呼吸器感染症（IRA）は各年令層にわたり広く見られる疾病であるが、特に14才未満の子供に多く見られ、5才未満児の主な死亡原因の一つとなっている。急性呼吸器感染症に関する全国的な統計はないが、1989年のトレッシュヴィル大学病院の統計によれば、受診原因の第3位、死亡原因中の第4位を占めている。また、農村部では、1990～1992年に農村保健基地から報告があった全疾病症例のうち急性呼吸器感染症が11%を占め、5才未満では子供の全疾病症例の18%であった。農村部の急性呼吸器感染症の年間報告件数は、1989年の590,179症例から1990年に307,244症例と減少しているものの、それ以後はあまり減少していない(表 3-3-14)。

急性呼吸器感染症の主なものは風邪を起因とする肺炎や咳を伴う上気道疾患である(図 3-3-9)。肺炎は抗生物質で治療することができるが、肺炎の初期の兆候が見分けられず医療機関へ行くのが遅れたり、貧困のため単に抗生物質が入手できずに手遅れになる場合が多く、子供の死亡率を上げている。

象牙海岸共和国では急性呼吸器感染症は都市部の貧困層の子供に特に多く、都市部の子供は年5～8回の頻度で罹るという統計もある。一般に同国の乳幼児の急性呼吸器感染症の原因としては、栄養不良や低出生体重および予防接種率の低さのほか、人口過密、大気汚染などが指摘されており、都市部の生活環境の悪化が大きく影響している。

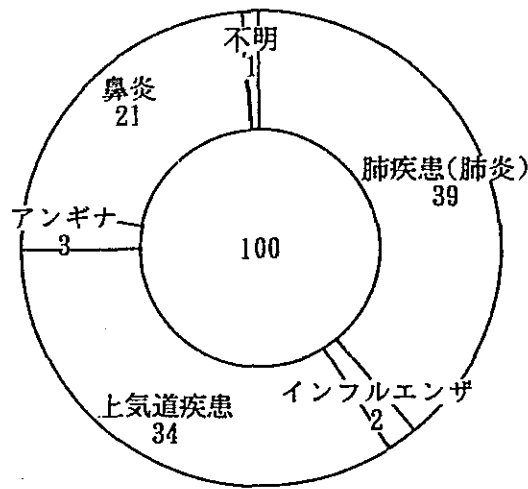
また、急性呼吸器感染症は一般に乾期に多いといわれる。国立保健院の1991年の調査によれば、象牙海岸共和国でも乾季に症例数が増加している(図 3-3-10)。しかしながら、乾季后期に一度減少を見せた症例数は、雨季に再び増加しており、急性呼吸器感染症と降雨量の関連性は握みにくい。

表 3-3-14: 農村部における急性呼吸器感染症の症例数

年令 \ 年	1990	1991	1992	1990-92 合計	比率 (%)
0才から4才	149,811	133,889	140,795	424,495	45.7
5才から15才	58,007	58,365	66,348	182,720	19.7
成人	99,426	100,596	120,912	320,934	34.6
合計	307,244	292,850	328,055	928,149	100

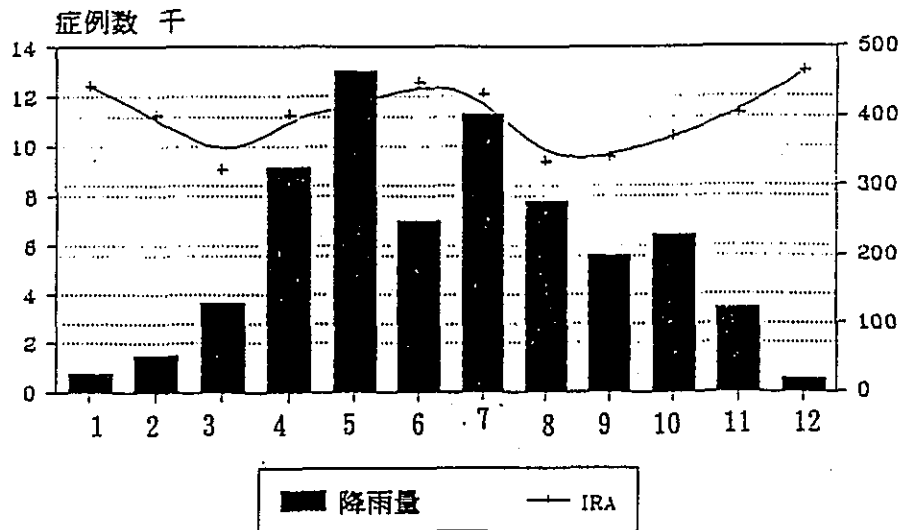
Les Infections Respiratoires Aiguës en Milieu Rural Ivoirien 3 Années de Surveillance Epidémiologique 1993 保健社会保護省 より作成

図 3-3-9: 呼吸器感染症の疾病内訳 (1990-1992年)



出典: Les Infections Respiratoires Aiguës en Milieu Rural Ivoirien 3 Années de Surveillance Epidémiologique 1993 保健社会保護省

図 3-3-10: 呼吸器感染症と降雨量の関係(1991年)



出典: Les Infections Respiratoires Aiguës en Milieu Rural Ivoirien 3 Années de Surveillance Epidémiologique 1993 保健社会保護省

3-3-9-4 下痢性疾患

医療機関で下痢性疾患の治療を受けた5才未満の子供の数は表 3-3-15 に示すように年間14～15万人程度であるが、下痢性の病気の子供数は実際には年間 50万人以上と推定されている。また、長期あるいは度重なる下痢性疾患のため栄養不良に陥る子供の数も多いと見られる。表 3-3-16 に示すように医療機関に来診した子供のうち下痢性の病気の子供の占める割合は5才未満では27～29%、5才以上では5～7%と、乳幼児で特に高くなっている。現在、政府は下痢性疾患対策プログラム案を作成中である。

1990年の政府資料によると、乳幼児の下痢性疾患の年間罹患率は1才未満で15.8%、1～4才で12%である。ココディ大学病院資料によれば下痢性疾患で病院に入院する子供は入院患者の10～15%程度であり、その致命率は年平均10%で、例年ピーク時となる雨季の4～5月には20%近くに上ると報告されている。下痢によって脱水症に陥り、死亡するケースが多い。

象牙海岸共和国における下痢性疾患は、麻疹など他の疾病を起因とするもの以外に、赤痢、コレラ、食中毒などのように不衛生な飲料水や食物などにより経口感染するものが多い。予防には麻疹の予防接種と、トイレなどの衛生施設や安全な飲料水の確保が必要であると指摘されている。

表 3-3-15: 医療機関で下痢性疾患と診断された5才未満の子供数

年	1986	1987	1988	1989
症例数	131,714	134,478	149,377	143,311

出典: Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF

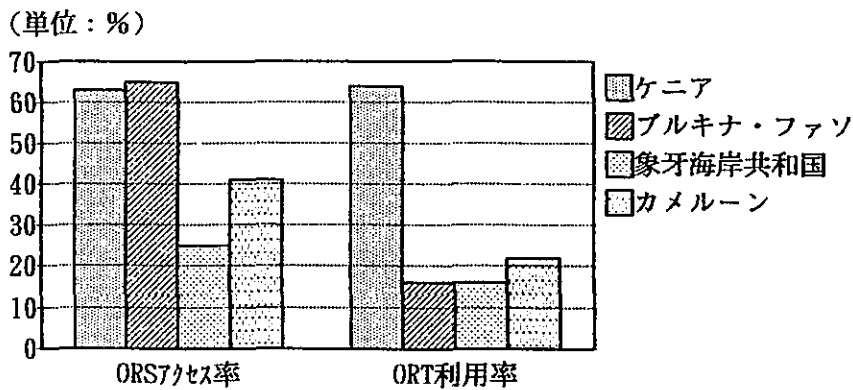
表 3-3-16: 年令別下痢症患者の割合

	5才未満	5才以上14才未満
1986年	29.3%	7.2%
1987年	28.8%	6.8%
1988年	27.4%	5.4%
1989年	27.1%	5.0%

出典: Rapport du Seminaire National sur l'Alimentation et la Nutrition
1992 保健社会保護省

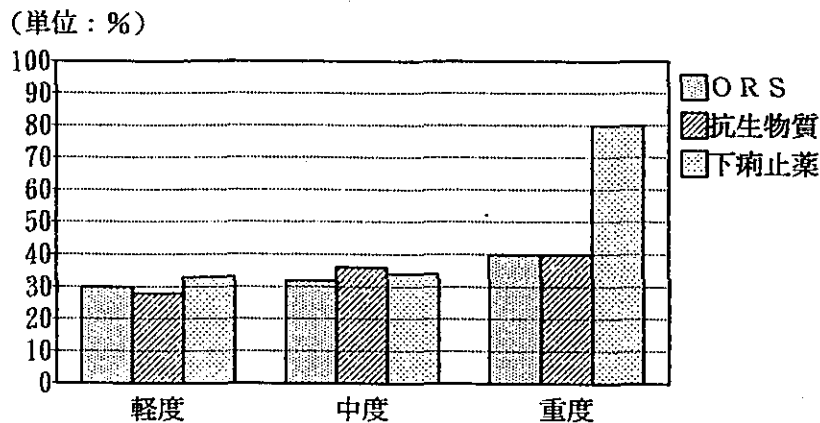
下痢症の治療には経口補水塩（ORS）が非常に有効であることが確認されているが、象牙海岸共和国では経口補水療法（ORT）についての知識の普及が非常に遅れている。1989年のWHOの調べによると、図 3-3-11 に示すように、5才未満の子供のうち自宅の近くでORSを入手できる者の割合は25%で、同じく実際にORTにより処置された者の比率は約16%と、他のアフリカ諸国と比べて低い。WHOやユニセフによれば、ほとんどの下痢症状の場合は簡単で安いORTで十分であるにもかかわらず、図 3-3-12 からわかるとおり、象牙海岸共和国では有効性がないか、むしろ有害である下痢止め薬や抗生物質などの利用が多い。このため政府は国家対策計画案を策定し、ORSの普及を図ろうとしている。その第一歩として1990年にトレッシュヴィル大学病院に設置された下痢症治療部では、患者の検査・治療を行う一方で、母親にORSの作り方を含む健康管理に関する講座を受講させている。

図 3-3-11: 経口補水塩(ORS)アクセス率と経口補水療法(ORT)利用率(1989年)



出典: WHO 1990年 資料 (Côte d'Ivoire USAID Health Profile 1991 USAIDより引用)

図 3-3-12: トレッシュヴィル大学病院における下痢性疾患の治療法 (1989年)



出典: Côte d'Ivoire USAID Health Profile 1991 USAID

3-3-9-5 栄養失調

象牙海岸共和国では、全人口のうち20～30%が栄養失調に陥っていると推定されている。その中でも特に5才以下の子供に中度から重度の栄養失調が多く、同国の子供の健康を脅かす要因となっている。1989年のトレッシュヴィル大学病院資料によると、子供の入院患者の約10%が栄養失調で、栄養失調は子供の死因の約11%を占めている。国立保健院の統計では、栄養失調により治療を受けた子供は年間延べ14,000人（1988年）となっているが、栄養失調に陥っている子供の数ははるかに多い。

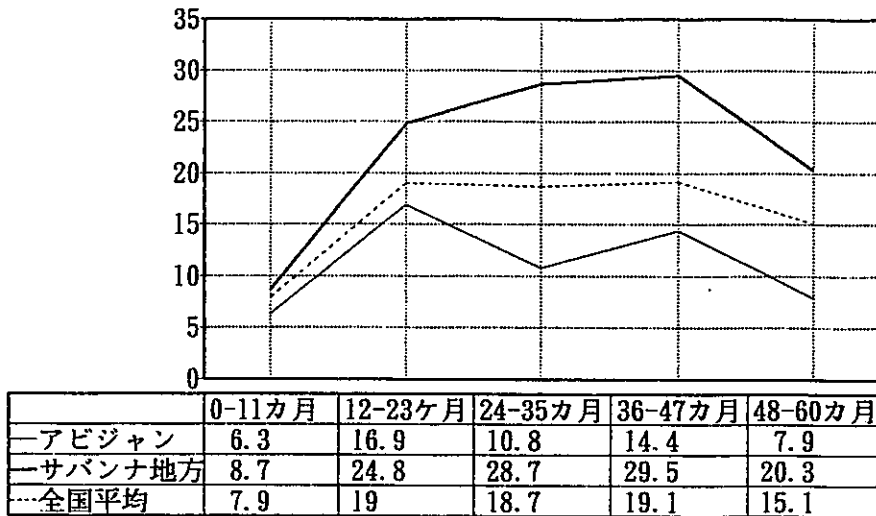
1990年の世界銀行の5才未満児の栄養失調に関する調査では、全国平均で7.1%が急性の栄養失調状態である消耗症（年齢別標準体重に対する低体重）であり、16.2%が慢性の栄養失調状態を表す発育阻害（年齢別標準身長に対する低身長）に陥っているという。地域的にみた場合、栄養失調が最も多いのは、象牙海岸共和国でも最も貧しいサバンナ地方である。住民の60%が貧困層といわれるサバンナ地方では、消耗症の乳児の栄養状態がより悪化して、そのまま発育阻害へとつながっていくものと思われる。図 3-3-13 に示すように発育阻害は1才から3才の幼児に多く見られる。サバンナ地方ではアビジャンの2倍の割合で発育阻害の子供がみられ、その比率は全国平均をはるかに上回る。一方、消耗症については1才児で14.6%であったものが、2才児では6.1%と割合が減少する（図 3-3-14）。これは離乳期に一時的に栄養失調状態に陥るという現象で、象牙海岸共和国以外の開発途上国でもよく見られる。

象牙海岸共和国では国民一人当たりのカロリー充足率は111%（世界子供白書/1994/ユニセフ）と高いにもかかわらず、栄養失調人口の比率が高い。これは、摂取栄養のバランスが悪いことによるものである。一般に食生活がキャッサバ、バナナなど炭水化物に偏り、ビタミンやタンパク質の摂取が低い。政府調査によると、5～15才の児童全体の50.38%（1992年）にタンパク質の不足が見られ、サバンナ地方では5才未満児の68.8%（1988年）がビタミンA不足であると報告されている。

その他、全国的に見られる5才未満児の栄養失調の原因としては、①マラリア感染、寄生虫病、貧血、呼吸器感染症、下痢性疾患などによって体力が消耗し、栄養吸収が阻害される、②女性一人当たり産児数が多いため出産間隔が短いことから低出生体重児が多い、③母親の栄養に関する知識が欠如しているため離乳時期及び手法が適切でない、④妊娠・授乳中の母親の栄養状態が悪い、⑤低所得世帯が多い、などが挙げられる。

図 3-3-13: 5才未満児における発育阻害の割合

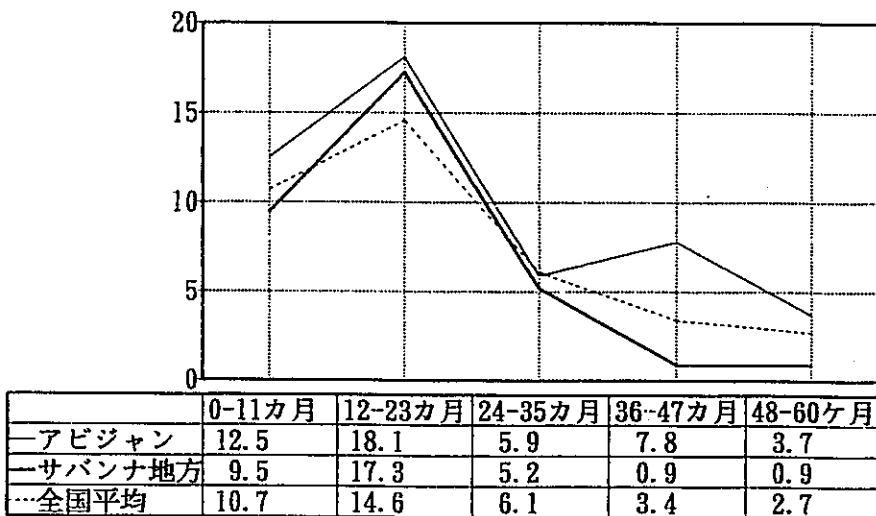
(単位: %)



Malnutrition in Côte d'Ivoire 1990 The World Bankより作成

図 3-3-14: 5才未満児における消耗症の割合

(単位: %)



Malnutrition in Côte d'Ivoire 1990 The World Bankより作成

3-3-9-6 貧血

象牙海岸共和国では子供の貧血が増加している。トレッシュヴィル大学病院小児科では、1983年時点で貧血は受診原因の第7位でしかなかったが、1989年には第1位となり、小児科で受診した子供の約22%を占めた。また、貧血は同病院で子供の死因の第2位となっている。同様にココディ大学病院小児科の1988年の統計でも、貧血が子供の患者に占める割合は20%前後となっている。1992年のユニセフの現状分析報告書によると、医療施設において貧血と診断された子供は0～4才について18,850症例、5～14才では7,638症例である。

貧血の原因としては栄養不良とマラリアが大半を占め、その他出生時の体重不足(2,500g以下)、腸内寄生虫などが原因として指摘されている。

他のアフリカ諸国と同様に、象牙海岸共和国では貧血やマラリアの治療に輸血が行われる。マラリアの場合は子供の体力を回復させないと薬剤投与などの治療ができないため、輸血が頻繁に行われている。しかし、輸血用血液のHIV、梅毒、B型肝炎などの汚染に関する安全性は確保されておらず、輸血によるエイズなどへの感染が懸念されているが、これといった有効な対策が採られていないのが現状である。

3-3-9-7 フランベジア(イチゴ腫)

フランベジアは、主に皮膚の接触やハエの媒介によって感染する、高湿の熱帯地方によく見られる風土病である。フランベジアに感染すると、神経衰弱による無力症を引き起こし、また皮膚や足の裏に腫瘍ができて日常生活に支障をきたす。象牙海岸共和国では1970年代に子供を中心に流行し、ユニセフの協力のもと対策活動が行われていたが、政府は財政難を理由に1980年以降の対策活動を打ち切った。しかし、1980年代後半から再び流行が始まったので、1993年現在政府はフランベジア対策国家計画を作成中であり、今後感染危険地域での定期検診や抗生物質による治療、衛生知識の普及などを中心に活動が行われる予定である。

政府資料によるとフランベジアの感染は確実に広がっており、アゾペで実施されたサンプル調査では1985年に1.28%であった有病率が、1991年には5.1%に増加している。中でも感染者の多い村落では、有病率は10~15%にのぼる。また、表 3-3-17 に示すように、感染者は特に10才未満の子供に多い。ティアサレとディヴォで 647,689人を対象に行われた1992年の検診キャンペーンでは 22,272人のフランベジア感染者が特定され、うち86.50%が14才以下の子供であった。14才以下の子供の人口を約500万人に対し有病率3~5%とすると、象牙海岸共和国の子供のフランベジア感染者は全国で約20万人前後存在すると推測される。

表 3-3-17 : 年令別フランベジア感染者数と有病率 (1992年)

	0-10才未満	10-15才未満	15才以上	感染者計	検診者数	有病率(%)
ティアサレ						
感染者数	3,205	1,337	2,171	6,713	202,489	3.32
年令別の比率	47.70	20.00	32.30	100.00	-	-
ディヴォ						
感染者数	8,601	6,112	836	15,549	445,200	3.49
年令別の比率	55.30	39.35	5.35	100.00	-	-
2地域の合計						
感染者数	11,806	7,449	3,007	22,262	647,689	3.44
年令別の比率	53.00	33.50	13.50	100.00	-	-

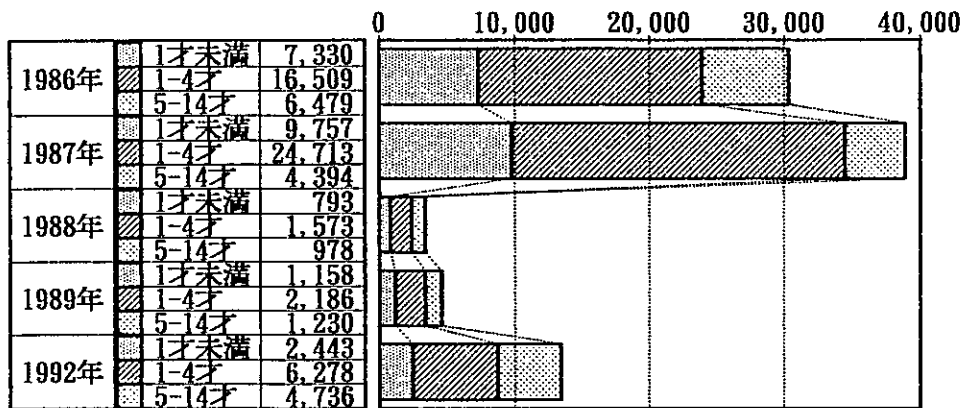
出典：Rotary Club Abidjan 資料 1992

(Plan D' Action de Lutte contre le Pian 1993より引用)

3-3-9-8 麻疹

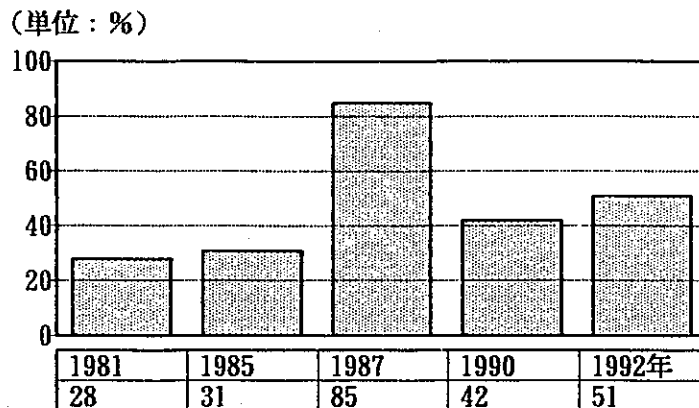
象牙海岸共和国において麻疹は1980年代前半まで子供の代表的な疾病であり、致命率も高かった。現在、麻疹による死亡は予防接種の普及により大幅に減少し、大学病院などでは0%に至るまでになっている。1987年に予防接種全国キャンペーンが政府とユニセフの協力により実施され、図 3-3-16 に示すように予防接種率は1981年の28%から85%までに伸びた。その結果、麻疹に罹患する子供の数は1987年の38,864人から1988年には3,344人と劇的に減少した。しかし、1992年の症例数は13,457症例と再び増加している。これは1987年のキャンペーン以後、慢性的な財政不足のため国際機関および他国の援助なしに予防接種活動の継続が困難になったため、予防接種率が低下したことによるとみられる。今後は政府の予防接種活動への努力が期待される。政府とユニセフが共同で作成した1991年の資料によれば、2才未満の子供に対する麻疹の予防接種率は57.1%であった。またアビジャン市内では麻疹の予防接種を受けた子供の比率は76%となっている。

図 3-3-15: 15才未満の子供の麻疹症例数の推移



出典: Rapport du Seminaire National sur l'Alimentation et la Nutrition
1992 栄養・発展委員会

図 3-3-16: 麻疹の予防接種率の推移 (1才児対象)



3-4 保健対策・活動

現在の象牙海岸共和国の保健医療対策・活動は、1981年に政府がプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）政策の導入を決定して以来、予防医学に重点を移し行われている。しかし、国民および医療従事者に近代医療技術による治療偏重と予防軽視の風潮が定着していたため意識の転換は進まなかった。また、制度的な整備がなされなかったこともあり、初期のプライマリー・ヘルス・ケア政策はほとんど進展しなかった。そこで、1991年の保健社会保護省機構改革で、プライマリー・ヘルス・ケア政策推進のためのコミュニティ保健局が新設され、1992年10月には「プライマリー・ヘルス・ケア国家計画」が始まった。同国家計画は、母子保健改善のためのプログラムと保健プログラムの2種類から構成されている。母子保健に関する政府の活動は、予防接種プログラム、妊産婦ケアの改善活動、母乳哺育の推進、家族計画の普及などである。保健プログラムの活動は、伝統的な疾病プログラムを「プライマリー・ヘルス・ケア国家計画」に統合して治療・予防対策を包括的に推進するものである。

本項では、上記の個々のプログラムの活動趣旨と状況を検証する。

3-4-1 予防接種プログラム（PEV—Programme Elargi de Vaccination）

象牙海岸共和国における予防接種計画は、政府とユニセフの協力が最も緊密に実施されている分野である。予防接種プログラムは3才以下の子供を対象として結核、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、麻疹そして黄熱病の予防接種を行っている他、妊婦に対して新生児破傷風の予防接種を実施している。このプログラムは国土全域にわたって600カ所以上で実施されているが、予防接種率は1992年時点で50%前後（世界子供白書/1994/ユニセフ）とUCI（Universal Child Immunization）の目標値の80%を大きく下回っている。特に、妊婦の新生児破傷風の接種率は35%と普及が低い。

予防接種プログラムの運営は、国立保健院が中心となり管理している。ワクチン、注射のための用具、消毒用器材についてはユニセフ、USAID、ECなどから援助を受けており、これらの薬品・用具などは農村保健基地を通じて末端医療機関に配布される。農村保健基地は週1回基地施設内での予防接種を行うほか、遠隔地に住む子供のためにモーターバイク等による巡回接種サービスを1カ月に2回程度実施している。

（1）予防接種プログラムの変遷

象牙海岸共和国において予防接種プログラムが始まったのは1978年のことである。プログラム導入当時の活動は、乳幼児の健康に対する最も大きな脅威であった麻疹を対象にしたキャンペーンであった。ポスターや人形劇による啓蒙活動に加えて、1981年からは他の疾病の診察や治療のため診療所を訪れた乳幼児に対しても麻疹の予防接種を行うことによって、接種率が大幅に上昇した。

子供に対する予防接種率はプログラムの進行に伴って向上し、世界子供白書によれば1980年から1981年には1才児に対する三種混合の接種率が42%、ポリオ接種率が34%と現在とほぼ同じレベルまで上昇した。ところが、1985年前後には同接種率が三種混合で11%、ポリオについても11%と1980年代初めの数値に比較して大きく低下した。USAIDの調査によると、①予防接種の訓練を受けた医療従事者の不足、②予防接種のための医療施設の不足がこの原因とされている。これらの不足は、人口が急増する一方で経済情勢が極度に悪化したため、医療従事者や医療施設を十分に増やすことができなかったことに起因する。

1987年に政府はユニセフの協力により、農村保健基地をベースとして予防接種普及のための全国キャンペーンを実施した。これにより、この年に予防接種を受けた国民の数は飛躍的に増加した。USAID資料によれば1987年は前年と比較して4倍の人数が予防接種を受け、そのうち80%は全国予防接種デーに接種を受けていた。結果も極めて良好で、例えば子供の麻疹の症例数はキャンペーン前の年間3～4万例から、キャンペーン後には約十分の一に激減した。

このキャンペーンの実施を通じ、予防接種プログラムの効果的推進には①国民に対する継続的な啓蒙活動の実施、②接種やコールドチェーン管理を実施する人材の養成、③ワクチンその他の備品の在庫管理の計画化が必要であることが確認された。

(2) 現行の予防接種プログラム計画

政府は1992年10月に発表したプライマリー・ヘルス・ケア国家計画の中で、予防接種に関し、2000年までに乳児の予防接種率を90%に引き上げることを目標としている。現在、政府が予防接種率の向上のために講じている対策は以下の通りである。

- ①全ての医療保健施設で子供の予防接種の実施を可能にする。
- ②既存の母子保健センターでの予防接種活動を強化する。
- ③母親が子供に予防接種を受けさせない理由を把握するための調査を定期的実施する。
- ④適切に予防接種を実施できるように訓練された医療従事者を増やす。
- ⑤ワクチンの不足が生じないように供給の円滑化を図る。
- ⑥コールド・チェーンの維持管理を強化する。
- ⑦医療保健施設に子供を連れて来る際には、予防接種カードを携行するよう促す。

(3) 近年の予防接種プログラムの状況

子供の予防接種の実施率は以下のとおりである。

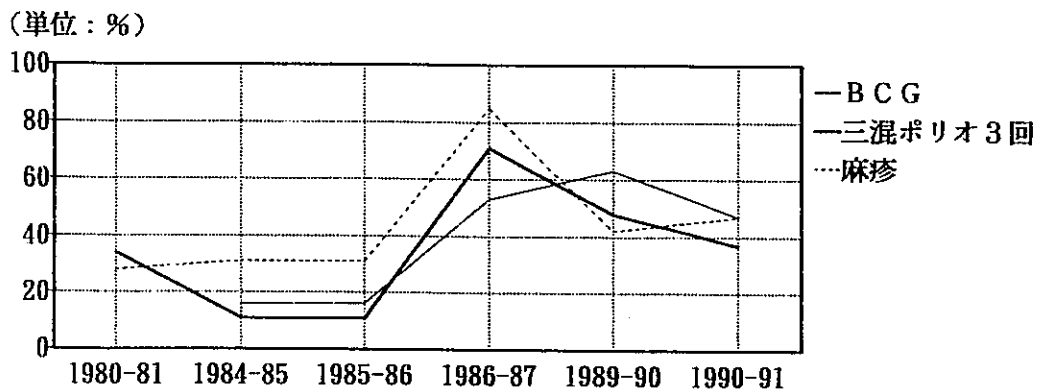
表 3-4-1: 子供の予防接種率 (1987/1990年)

	1987年	1990年	
	24カ月未満児	12カ月児	24カ月未満児
BCG	53%	63%	65%
三種混合1	95%	71%	77%
三種混合2	88%	60%	67%
三種混合3	71%	48%	54%
ポリオ 1	95%	71%	71%
ポリオ 2	88%	60%	67%
ポリオ 3	71%	48%	54%
麻疹	85%	42%	57%
黄熱病	80%	8%	44%
全ワクチンを 接種した子供	N. A.	5%	32%

出典：Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF

表 3-4-1 から三種混合の予防接種放棄率を算出すると、予防接種率の高かった1987年では、1回目の接種を受けた子供のうち3回目までの接種を完了しなかった者は25%であったが、1990年にはこの比率は30%に上昇した。また、1980年から1991年の予防接種率の推移は以下のとおりである。

図 3-4-1: 子供の予防接種率の推移 (1980-1991年)



世界子供白書 1989、90、91、92、93、94 ユニセフ より作成

1987年は前述の予防接種普及キャンペーンが功を奏し、接種率は大幅に上昇した。しかし政府の啓蒙活動にもかかわらず、翌1988年には予防接種率が低下している。この理由としては以下のようなことが考えられる。

- ①予算が削減されたため、プログラムの実施に支障をきたした。
- ②1987年のキャンペーンはユニセフの協力を頼ったものであったため、キャンペーン終了後、政府の人材・組織・運営能力の脆弱さが露呈した。
- ③予防接種デーを設けるというキャンペーン方式をとったため、国民の間に次の予防接種デーを待とうという受動性を助長してしまった。

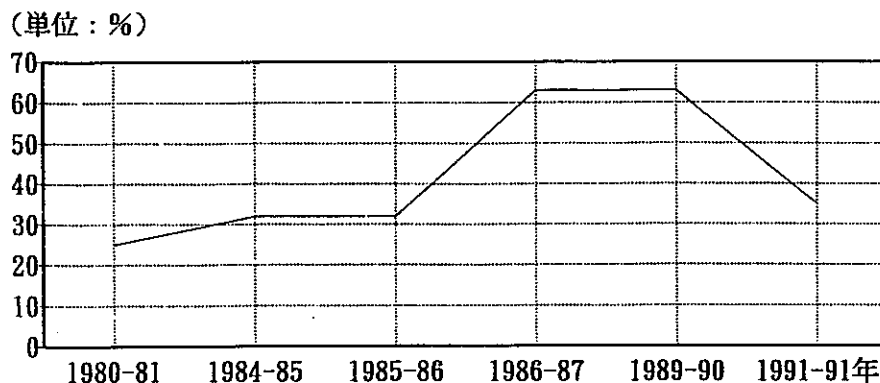
その後、各農村保健基地の活動の計画化が進み、接種の実施や評価をそれぞれの基地が独立して行えるようになり、予防接種実施の効率は以前と比較して改善された。しかし、予算の削減により活動の縮小を余儀なくされたために、子供の予防接種率は停滞傾向にある。

(4) 妊産婦に対する新生児破傷風予防接種率

象牙海岸共和国における新生児破傷風予防接種は、妊婦を対象に4回接種する方針で実施されている。このうち2回目までの接種率の推移(1980~1991年)は下図のとおりであるが、新生児破傷風予防接種率はあまり改善されていないことがわかる。

また、表3-4-2に1990年における各回の新生児破傷風予防接種率を、表3-4-3に各回毎の放棄率をそれぞれ示す。回を追う毎に放棄率が上昇することが顕著に現れており、1回目の予防接種を受けた妊産婦のうち、4回目の予防接種までを通して受けた妊産婦の割合は7%にしか過ぎなかった。ユニセフは、特に3回目以降の接種率が急激に低下しているのは、かつて2期に分けて予防接種を行っていたので、3回目以降の接種があることを知らない妊産婦も多いためと説明している。

図 3-4-2 : 新生児破傷風予防接種率



世界子供白書 1989、90、91、92、93、94 ユニセフ より作成

表 3-4-2: 各回の破傷風予防接種率

抗原 (アナゲン)	接種率
V A T 1	73%
V A T 2	63%
V A T 3	25%
V A T 4	5%

表 3-4-3: 破傷風予防接種放棄率

	放棄率
第1回から第2回	14%
第2回から第3回	60%
第3回から第4回	80%

出典 : Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF

註) この統計に計上されているのは予防接種カードを持っている女性のみで、このカードを紛失した女性は接種を受けていても統計には含まれていない。また、2回目以降の妊娠の場合、カードには1回目の妊娠の際に受けた接種についての記録は転載されていないので、上記の接種率は実際の接種率よりも低いと推定される。

(5) 問題点

予防接種実施上の問題点として以下の諸点が挙げられる。

- ① ワクチンをはじめとする物資が全保健センターに行き渡らない。従って、予防接種が実施できない保健センターもあり、予防接種率低下の一因となっている。
- ② 中途放棄率が高い。これは予防接種によっては複数回受けなければ十分な効果がないという知識が普及していないためである。
- ③ 家父長重視の文化的背景が、子供・妊産婦を優先する予防接種に対する理解を妨げている。
- ④ ワクチン等の保管設備（コールド・チェーン）が不足している。
- ⑤ 国家財政の悪化に伴い、政府にとって予防接種プログラムにかかる費用の負担が重くなっている。
- ⑥ 医療従事者の予防接種の機材に対する管理能力が低い。注射針を再度使用することが頻繁にあり、エイズなどへの感染が懸念されている。

3-4-2 妊産婦ケア

象牙海岸共和国では自宅で出産する女性が多く、出産に関する実態の正確な把握は困難である。政府は、妊婦検診と医療従事者の介助による出産を奨励しているものの義務づけはしていない。従って妊婦が医療機関で受診することが少なく、妊娠合併症の予防・治療が遅れているため、同国では妊娠・出産に起因する死亡率が高い。事実、1990年の政府資料では妊娠・出産・産褥の合併症(妊産婦死亡)が女性の死因の第1位となっている。

出産に際して近代医療の利用度が低い理由は、施設が遠い、経済的負担が重いなどに加えて、特に農村部の住民は伝統医療とより深くかかわって生活しているため、近代医療の施設や従事者に対して親近感・安心感を持ち得ないという社会的・文化的な理由がある。例えば産後検診について、USAID資料では、出産後の母親や子供が外部と接触することが禁忌となっている地域もあるとしている。従って近代医療による妊産婦ケアの普及には、施設の増設などの物理的問題を解決するにとどまらず、時間をかけた情報・教育活動が必要である。

(1) 妊婦検診

妊婦検診の必要性に対する認識は低い。ユニセフ現状分析報告書(1992年)によれば、都市部ではおよそ妊産婦の約4割が妊婦検診を受けているが、農村部では妊産婦の2割以下が受診するにすぎないとしている。また、妊婦検診を受ける時期や回数は人によってまちまちである。なお、初回の妊婦検診の際に母子手帳を交付し、その後の検診や予防接種などを記録している。

(2) 出産

ユニセフ現状分析報告書(1992年)では、近代医療施設を利用して出産する妊産婦が約10%、伝統的産婆の介助を受けて出産する者が32%と報告されている。しかし、伝統的産婆は経験により出産の介助を行う者で、教育も受けておらず、無資格で、衛生に関する知識もないことが多い。残りの60%近くは、自宅で伝統的産婆の介助すらもなく出産している。

(3) 産後検診

産後検診に至っては、妊婦検診よりさらに受診者の比率は低下し、USAID資料によれば出産後6週間の間に検診を受けた母親の比率はわずか10%と推定されている。ユニセフ現状分析報告書(1992年)によれば産後検診の受診率が低いのは、一般的に母親が自分についても新生児についても産後検診の重要性を認識していないためである。また、出産直後の避妊に関する知識も非常に低い。

3-4-2-1 「安全な出産 (Maternité sans Risque)」のための政策

乳児・妊産婦死亡率が高いのは妊産婦ケアの不徹底によるものであるとの認識を背景に、1990年2月、国立保健院に「安全な出産」協会 (Association de Maternité sans Risque) が結成された。この協会は、国民一般に向けたキャンペーン活動、特に農村部への活動の普及や、専門家による研究・会議、政府による調査・政策立案などを促す活動の実施を目標としている。このため、国内外の関係諸機関との協力にも積極的である。

目標

1992年の「プライマリー・ヘルス・ケア国家計画」では母子保健の推進の一部として、乳幼児及び妊産婦の死亡率の低下と並んで、2000年までに妊産婦の80%が妊婦検診を4回受診し、助産婦または伝統的産婆の介助を受けて出産することを目標として掲げている。

対策

妊産婦ケア対策は異常出産の予防対策と治療対策の2種類に大別される。

①予防対策

- ・産前ケア実施のための、医療施設の増設および検診に必要な備品の設置
- ・妊婦検診の普及および現行の方法の再検討
- ・子供と母親の健康手帳のコンピューター化
- ・産前ケアにあたる人材に対する再教育の定期的実施
- ・伝統的産婆に対する訓練実施
- ・産後検診のシステム化
- ・妊産婦ケアに関する情報普及・教育・コミュニケーション活動の推進
- ・家族計画の普及を通じた出産間隔の拡大による母親の健康維持、およびそれに伴う当初から危険の予想される出産の回避

②治療対策

- ・緊急処置のための手術、麻酔、輸血等の設備の設置、および緊急処置のできる人材の妊産婦ケアで中心となる施設への配置
- ・出産に必要な備品および基礎薬品の助産院への配布
- ・各医療施設への妊産婦疾病の治療に関する適切な情報提供および指導

「安全な出産」協会は特に地方での活動の普及に苦慮しており、地方での活動強化の第一歩として、近くアグボヴィル、ブアケ、コロゴ、ディンボクロの各地方に支部をおき、妊産婦死亡についての問題意識向上をはじめとした諸活動の拠点とする予定である。

これまでに、同協会はUSAIDの協力により、ヨブゴンとアボボ・ガール (Abobo-Gare) に助産婦のための再教育センターを建設し、また保健社会保護省の中に母子保健課を設置させる等の成果をあげている。

3-4-2-2 伝統的産婆訓練プログラム

特に農村部においては妊産婦は伝統医療と精神的に強く結び付いており、見知った環境や人々の中で出産するのが好むことが多いため、伝統的産婆の利用が多い。ユニセフの現状分析報告書によれば、出産した女性の32%が伝統的産婆の介助を受けたとされている。しかし伝統的産婆は基礎的な衛生概念もなく、妊産婦が出産時に新生児破傷風を始めとする感染症にかかったり、異常が発生しても対応できないなどの危険性が指摘されている。

目標

政府は伝統的産婆による妊産婦ケアの質の改善を図り、乳幼児・妊産婦の死亡率を低下させるために、伝統的産婆の訓練プログラムを実施している。政府は1989年から1995年の7カ年計画で1万人の伝統的産婆の訓練を図る予定であったが、財政難のため1993年10月までにおよそ3,400人位の訓練が行われたにとどまった。ただし、このプログラムに関する資料や正確な統計は政府担当局にもないため、詳細は不明である。

具体的な対策活動

本プログラムは、各村落から選ばれた伝統的産婆に対し、政府により派遣された正規の助産婦が訓練を行うものである。ただし、これは伝統的産婆に基礎的な知識を与えるための訓練で、終了しても資格は与えられない。

講習は、3日間の講習を2回、計6日間にわたって行われ、栄養、出産、予防接種に関する知識などを授ける。伝統的産婆はほぼ全員が非識字者であるため、講習はすべて実習形式で行われる。終了後レベルチェックを行い、期待されているレベルに到達していない場合には、指導にあたった助産婦が個人的にフォローアップを行う。

講習終了者は政府から基礎的備品のキットが支給され、各自の村落で出産介助を行う。また、出産介助の都度500~1,000 C F Aフランを受け取り、半額を必要な用具・材料の補充にあてる。現在このシステムは良好に機能している。講習終了後も訓練を担当した助産婦は、時々村を訪れて伝統的産婆のレベル維持に努める。

このプログラムの対象となるのは、人口500人以上で助産院のない村落の伝統的産婆である。また、政府の定めたトレーニングの対象となる伝統的産婆の条件は、①40才以上、②出産介助以外に生計を立てる手段がある、③その村に実際に居住している、④職業上知り得た秘密を守ることができるの4つである。訓練を受ける伝統的産婆は、基準を満たす者の中から各村落当たり2人が村民によって選ばれる。

このほかの伝統的産婆の訓練プロジェクトとしては、カナダ政府の2国間援助協力によりコロゴ県で実施されているものや、カトリックのミッシヨナリーによってダナネ（国土西部、リベリア国境近くの町）で行われているものがある。

3-4-2-3 母乳哺育および補助食

象牙海岸共和国では、母乳哺育の利点や補助食の与え方について知識のある人は少なく、また母親にこれらを指導出来る医療関係者も少ない。

発展途上国では、乳児用ミルクなどの人工栄養食品が平均的所得水準の人々にとっては高価なため、規定量よりかなり薄めて使われることが多い。そのうえ、哺乳ビンが不潔であったり、非衛生的な水を使用したりするため、人工栄養による哺育は乳児を栄養失調に陥れるばかりか、死に至らしめる一因とさえなっている。ユニセフ資料は、貧困世帯において、人口栄養哺育の乳児は、完全母乳哺育の乳児に比べて下痢症で15倍、急性呼吸器感染症で4倍の死亡率を示しているとしている。また、補助食に関する無知から一気に成人と同じ内容の食品を与えてしまったり、コーヒー用のパウダーミルクを溶いて与えたりして乳児が一時的に栄養不良に陥ることも多い。

同国では母乳哺育を奨励するため、1991年11月にユニセフの提唱する「赤ちゃんにやさしい病院」イニシアチブを導入することとなった。同イニシアチブが開始されて以来、公立及び私立の医療機関における人工栄養のサンプルの無料配布行為は政令により禁止された。

ユニセフの提唱する同イニシアチブによる「母乳育児成功のための10カ条」は以下のとおりである。

- ①母乳育児の方針を文書にして、すべての保健委員に定期的に伝達する。
- ②この方針を実施するうえで必要な知識と技術についてすべての保健委員を訓練する。
- ③妊婦に母乳育児の利点やその方法を知らせる。
- ④母親を助けて出産後30分以内に母乳育児を始めさせる。
- ⑤母親に母乳育児の指導をし、もし母子を別室に収容する必要がある場合でも母親に母乳の分泌を維持する方法を教える。
- ⑥医学的に必要でない限り、新生児に母乳以外の栄養や水分を与えない。
- ⑦1日中24時間、母子同室を実施する。
- ⑧乳児の要求に応じていつでも母乳を与える。
- ⑨母乳育児中の乳児にゴムの乳首やおしゃぶりを与えない。
- ⑩母乳育児支援グループを育成し、母親が病院や診療所を退院するときに、それらを紹介する。

出典：世界子供白書 1992 ユニセフ

3-4-3 家族計画

象牙海岸共和国は世界でも最も人口増加率の高い国の一つである。政府は、女性が出産回数や出産時期を決められれば人口の増加を緩和でき、貧困解消につながるという認識から、1991年に人口政策の一環として家族計画の推進を初めて打ち出した。

また、同国の女性は短い間隔で多くの子供を生むため、母体への負担が大きく、妊産婦死亡率が高い。政府資料によると同国の女性の死因の第1位は妊娠・出産に関連するものである。これは、合併症などの予防・治療対策の遅れや、不法な人工中絶による事故の増加などが原因であると推定されている。このため母子の健康改善の観点から、1992年、政府はプライマリー・ヘルス・ケア国家計画に家族計画を組み入れることを決定した。

政府の家族計画の普及活動は、1979年から母子保健を基礎に置いた家族計画の推進活動を進めてきた現地NGO、イボアール家族計画協会（A I B E F - Association Ivorienne Pour le Bien-être Familial）の協力により、1992年に導入が開始された。現在、同協会は政府の諮問機能的役割も果たすなど、実質的には政府の家族計画政策の実施機関となっており、それまで行ってきた情報普及・教育、避妊具・薬の配布などの活動を拡大しつつある。同協会は国際家族計画同盟（I P P F - International Planned Parenthood Federation）に加盟している。

3-4-3-1 人口政策

保健社会保護省では、人口政策を推進する目的で、1991年11月省令により家族計画に関する調整のための国家事務局（B N C F P - Bureau National de Coordination de la Planification Familiale）を設置した。この事務局は大臣官房に直属しており、家族計画に関する政策の国家レベルでの決定、推進、監督などを実施する。また、家族計画に関する法律を作成するのも同局である。

1991年4月に行われた人口計画に関する国家セミナーで、家族計画に関する国家計画を策定する必要が提言された。同年6月には人的資源開発政策に関する宣言が採択され、ここで持続的な開発に向けられた本当の人口政策を確立することの必要性が確認された。これを受けて1991年9月に発表された基礎方針および目標は下記のとおりである。この他、1992年10月に発表されたプライマリー・ヘルス・ケア国家計画にも母子保健の観点から家族計画の推進が組み入れられている。同政策でも人口政策と同様に、避妊率を現行の3%から年率10%の割合で増加させることがターゲットとされている。

政府方針

- ①人口問題に関し、政府の関係各部署で分析・予測を行う体制を整える。
- ②家族計画の実施を推進する。また、家族計画の実施に関して国民の協力を得るべく家族計画の目的や利点に関する理解を促す。
- ③移民の受け入れを制限する。

目標

- ①出生率を引き下げる。現在1,000対50であるものを、2000年までに43、さらに2015年には32にまで引き下げる。
- ②出産間隔を2000年までに25%、2015年までに40%拡大する。これにより母体の健康維持に寄与するばかりではなく、乳児死亡率の低下も期待できる。
- ③近代的避妊法を実施する女性の数を、現在の全出産適齢期女性の3%から2000年には15%、2015年には30%、つまり年間10%の増加率で増やす。
- ④移民の増加率を年間0.25%以下に抑制する。

3-4-3-2 家族計画の現状

(1) 家族計画センター数

家族計画センターは、1992年現在で17カ所設置されており、これらはAIBEFの事務所や、既設の地方保健センター、母子保健センター、助産院、社会福祉センターなどに併設されている。うち6カ所がアビジャンにあり、この6カ所のセンター利用者が全体の68.2%を占めている。現時点では、地方部での家族計画の普及が遅れていることがわかる。

表 3-4-4: 各家族計画センターの利用者数 (1992年)

	利用者数(人)	(%)
(アビジャン)		
CHU-トレッシュヴィル大学病院	22,617	14.0
PMI-ヨブゴン母子保健センター	29,670	18.3
MATERNITE-アジャメ助産院	17,128	10.6
AIBEF-本部	2,698	1.7
PMI-マルコリー母子保健センター	6,288	3.9
PMI-アボボ母子保健センター	31,911	19.7
(地方)		
FS-クマシ社会福祉センター	0	0
AIBEF-ブアケ支部	26,094	16.1
AIBEF-コロゴ支部	11,486	7.1
AIBEF-ブンディアリ支部	3,186	2.0
CHR-ダロア地方保健センター	7,271	4.5
CMA-軍事医療センター	330	0.2
CHR-ディヴォ地方保健センター	1,585	1.0
HG-ポール・ブエ一般病院	1,049	0.6
ディンボクロ社会センター	0	0
タブーセンター	312	0.2
ヤムスクロ社会センター	126	0.1
合計	161,751	100.0

出典: Système de Gestion Informatique 1993 AIBEF

(2) 家族計画センターの活動内容

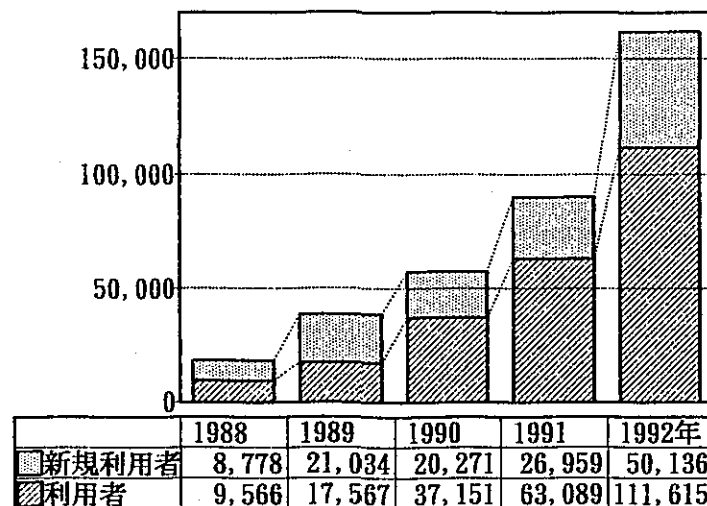
家族計画センターでは、広く一般に対する家族計画に関する知識の普及と、希望者に対する避妊方法の指導を行っている。一般に対しては家族計画や母子保健に関する正しい知識の普及を目的に、ポスターによるキャンペーン広報活動や小冊子等により情報の提供を行っている。また、非識字者の多い地方農村部においては、ボランティアの普及員による小集会を開催し、家族計画についての説明やビデオ上映等の普及活動をしている。

家族計画の実行希望者に対しては、まず避妊法選択のための事前教育を行い、事前教育を受けた者に対してカウンセリング方式で、避妊方法の選択の指導、避妊具・薬の使用法の指導および配布、モニタリングを兼ねた検診などを行っている。同センターでは相談者のプライバシー保護のために独立したカウンセリング室と診察室を設けている。

(3) 家族計画センター利用者

図 3-4-3： 家族計画センター利用数の推移（1988-1992年）

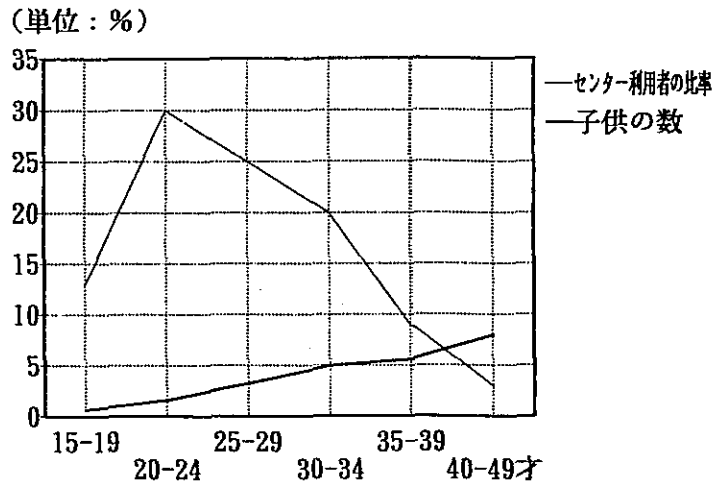
(単位：人)



Système de Gestion Informatique 1993 AIBEFより作成

1991年に政府が家族計画対策を導入して以来、家族計画サービスの利用者は確実に伸びている。1992年には新規利用者、継続利用者とも前年度の2倍弱に増加し、合計 161,751 人の利用者が全国のセンターへ来所している。これは、1988年に比べて9倍に及ぶ利用者数となっている。

図 3-4-4: 家族計画センター利用者の年齢別割合と産児数



出典 : Utilisation des Services de Planification Familiale en Côte d'Ivoire
1992 AIBEF

家族計画センター利用者の年齢は15才から47才で、平均年齢は26.6才である。利用者の割合が最も多い年齢層は 20~34才であり、平均子供数は 3.2人である。

また、利用者(959人)を対象にアンケート調査を行ったところ、1人も子供を欲しくないと答えた女性は13%で、その平均年齢は35才、平均子供数は 6.6人であった。この他、2年以内に子供が欲しいと答えた者が7%、2年以上4年未満が27%、4年後以降に出産したいと答えた者が49%であった。一般に、女性の年齢が高いほど、また子供の数が多いほど、より長い間隔をあげたいと答えている。

表 3-4-5 のとおり、家族計画センターの利用者の 63%は学校教育を受けていることが分かる。AIBEFによると、高等教育を受けた母親の一人当たり産児数はわずか2.5人とほぼ先進国に準じる数であるが、中等教育までを受けた母親では 3.7人、初等教育のみを受けた母親で 5.8人、非識字者の母親になると8人以上となっている。これからも分かるように、教育レベルの高い母親のほうが家族計画センターを積極的に利用し、産児数も少ない傾向にある。教育程度の高い女性のほうが家族計画の必要性和意味をより理解していると言える。

表 3-4-5: 家族計画センター利用者の教育レベル

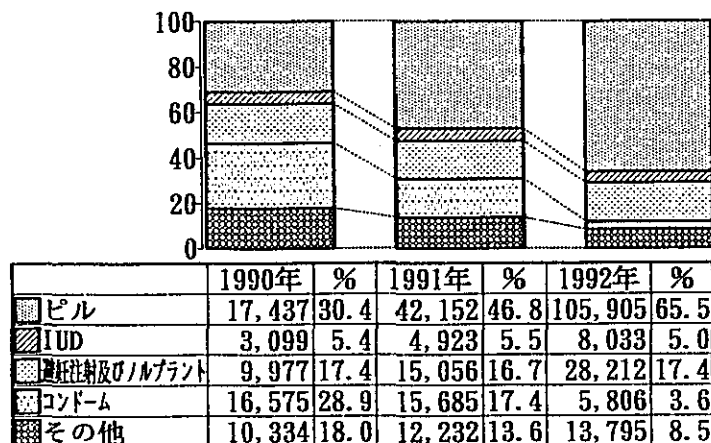
教育レベル	利用者の割合 (%)
初等教育	33.0
中等教育	28.0
高等教育	0.2
コーラン学校	2.0
非識字者	37.0

出典 : Utilisation des Services de Planification Familiale
en Côte d'Ivoire 1992 AIBEF

(4) 避妊具・薬の提供・利用状況

図 3-4-5: AIBEFによる避妊具・避妊薬供給量の推移

(単位:人)



Système de Gestion Informatique 1993 AIBEFより作成

1992年の家族計画サービスの利用者161,751人が利用した避妊法は、コンドーム(3.6%)、ピル(65.5%)、避妊注射およびノルプラント(皮下埋蔵法)(17.4%)、IUD(5%)、殺精子剤(3.5%)などであった。図 3-4-5 のとおり、1988年以降、年々家族計画の実行者が増加し、AIBEFによる避妊具・避妊薬の供給量も増え、特に使用方法が簡単で避妊が確実であるピル、ゲスターゲン注射およびノルプラントによる長期避妊方法の実行者が増加している。家族計画センターでコンドームを購入する利用者が大幅に減少したのは、他のNGOや国際援助活動などでコンドームの配布をしている機関が増え、コンドームの入手が容易になったためである。表 3-4-6 は、現地UNFPA職員からの聞き取り調査により作成したものである。この表からもわかるように、家族計画センターでは各種避妊具・避妊薬を安価で提供している。また、提供の方法も、経済的に負担が大きい場合、例えば殺精子剤は1パック6本入っているものを1本ずつ供給している。これにより、利用者にとって入手がより簡単になるからである。

表 3-4-6: 避妊具・薬の価格

(単位:CFA75)

	家族計画センター価格	市価
ピル(1カ月分)	100	600
注射液	300	3,000
IUD	1,000	32,000
コンドーム(4個入り)	25	100
殺精子剤(6本入り)	1,200	2,000

聞き取り調査に基づき作成

(5) 人工妊娠中絶の現状

象牙海岸共和国では、経済的事情でこれ以上子供を欲しくない、一時的にしばらく出産したくないという女性が多いことが統計上にも表れており、1986年の政府調査によると、出産適齢期の女性の56%がこれ以上1人も子供は欲しくないと答えている。

同国では、母体に生命の危険がある場合に医師の判断に基づいて行われるのでない限り人工妊娠中絶は違法であるが、意に反して妊娠してしまった場合、非合法の中絶を行うことも珍しくなく、中絶に伴う事故も女性の健康に対する脅威の一つである。

A I B E Fの資料によると、中絶に関するアンケートに回答を寄せた女性(991人)のうち、45%の女性が過去に1回以上の人工妊娠中絶を行ったと答えている。中絶した女性の年齢分布は、20才未満が40%、20~34才が40%、35才以上が14%であった。中絶をした理由の主なもの、経済的事情、夫/相手が子供を欲しがらなかった、前回の出産より間がないため等である。中絶が原因で病院に移送された患者数は1カ月当たり412件(1984年)と、頻繁に危険な中絶手術がおこなわれていることがうかがわれる。このような人工妊娠中絶の実情からも、家族計画の普及による安全な産児制限が望まれている。

(6) 家族計画の普及を妨げる文化・社会的要因

伝統的価値観にしたがって生活しているコミュニティでは、家族計画は、道徳的・社会的・宗教的倫理に反する行為と認識される場合が多い。また、家族計画についての誤解や迷信も多く、これが家族計画の迅速な普及を妨げている。特に農村部で家族計画が社会的に受容されにくいのは、以下のような文化的・社会的背景があるからである。

- ①反人工的産児制限の立場を明らかにしているイスラム、カトリックなどの信者が比較的多い。人口に占めるイスラム教徒、カトリック教徒の割合はそれぞれ23%、12%である。また、北部のアニズム(原始宗教)を信仰するコミュニティや、森林部及びサバナ地域に居住するアカン(Akan)族も、受胎に介入する行為は自然に反するものであると考えている。
- ②伝統的倫理では、子供を欲しないということが相手への不貞・不義と同じ位不道德なことであると認識されており、子供を作らない結婚は親族・社会から認められない。そのため、仮に年配の再婚の夫婦で過去の結婚で生まれた子供達が大勢いても、最低一人は新しく形成された夫婦間で子供を持たなければならないと考えられている。
- ③伝統的な社会では、子供が多いことは父親にとっても母親にとっても名誉なこととされている。子供は富の象徴であり、子供が多ければ労働力が多いと考えられる。例えば、アカン族やクル(Krou)族の間では男の子が力を、女の子は富を象徴すると言われている。また、パウレ(Baoulé)族の間では、10人目及び11人目の子供を持ったときに非常に大きな祭事をする。これが8人目、9人目の子供を生んだ母親を次の妊娠へ駆り立てる原因となっている。

④近代的避妊法の実施に関して、様々な誤解や流言が広まっている。例えば、多くの人が家族計画の実行により、1人も子供を持てなくなると考えている。また、避妊具や薬品の使用について、かなり拡がっている噂の一つに、避妊リングを使用するとガンになる、ないしは内臓の位置が変わってしまうとか、ピルを使用すると不妊症になるという噂も相当程度流布している。また、迷信に基づく全く効力のない「伝統的な」避妊方法、例えば性交の前にレモン・ジュースや砂糖水を飲む、あるいはおまじないの指輪をする等がいまだに信じられている。

3-4-3-3 問題点・提言

- 1)現在、既存の15の家族計画センターのうち6つの施設がアビジャンに集中していることから、地方での家族計画サービス拠点となる施設の不足は明らかである。今後、施設と人材が整備されない限り、利用者の増加は望めない。そのために、まず専門知識・経験を持った家族計画の人材養成が急務となっている。
- 2)伝統的なコミュニティでは、女性は避妊に関する意思決定権がない。多くの女性はピルなどを購入する経済力も無く、事実上男性の決定権が守られている。従って家族計画を普及するには男性もターゲットにする必要がある。
- 3)家族計画の実施については、母親の教育レベルが深く関係している。統計上も、教育レベルの低い母親が多産であることが明確に現れている。家族計画の推進には教育の低い社会層へのアプローチのための戦略が特に必要である。
- 4)象牙海岸共和国では、性交渉開始年齢が低下傾向にあり、12~14才位で性交渉を持ち始めることが多く、未成年の妊娠や、青少年の性病への感染につながりやすいため、社会的に問題視されている。したがって、10代初期の子供達に対しても避妊や性病予防のための学校教育を実施することが必要である。

3-4-4 マラリア対策プログラム

象牙海岸共和国では1950年代から既にマラリア対策の必要性が認識されており、1960年からWHOの推奨するマラリア対策プログラムに沿って、重要風土病対策の一環にマラリア対策を組み込んできた。1987年には新たに第2次マラリア対策プログラムが開始され、マラリア原虫の駆除および化学的予防・治療法を中心とした対策を実施したが、状況の改善は見られなかった。また、治療薬に対して耐性をもつマラリアの発生により、政府は新たなマラリア対策の必要に迫られた。

1992年6月、政府は「マラリア対策計画に関する宣言」を発表した。宣言は、マラリア対策計画がプライマリー・ヘルス・ケア関連諸政策の中で優先事項に位置づけられることを明言している。この宣言におけるマラリア対策計画のターゲット・グループは、5才未満の子供と妊産婦である。また、マラリア対策推進に際しての住民参加の重要性が謳われている。この宣言により、保健省内に専門家グループで構成された技術諮問委員会が設置されたほか、各地方行政区域のディレクター、政府関係各省庁、国際機関、二国間援助機関、NGO等の代表からなるマラリア対策のための審査・調整委員会が発足した。

この「宣言」に基づき、1992年8月には「マラリア対策プログラム」が発表され、WHO、USAIDなどの協力により、1997年までに以下のような目標を実現することを目指すこととなった。

目標

- ① 5才未満の乳幼児のマラリアを直接的・間接的原因とする死亡率を50%低下させる。
- ② 妊婦検診を受けた女性のマラリア罹患率を80%低下させる。
- ③ マラリアを原因として生命に危険のある状態となり入院する5才未満の乳幼児数を80%減少させる。

対策

- ① マラリア患者の検査および的確な治療の実施のため、特に末端の医療施設における臨床検査の実施体制を整備する。病院及び農村保健基地のすべてにマラリア検査用の顕微鏡をはじめとする必需品を設置する。
- ② 予防体制を確立する。特に妊産婦の化学療法による予防、および予防知識の教育・普及を行う。すべての公共医療施設の薬局でクロロキンの在庫を確保し、最低50%の母親に対して予防薬の正しい服用の仕方、蚊帳の使用などマラリア予防に関する知識の普及を実施する。
- ③ マラリア対策活動をプライマリー・ヘルス・ケアへ統合する。あらゆるレベルの医療機関へマラリア予防・治療に関する適切な情報提供を図る。また、関係機関のマラリア対策への参加を促す。
- ④ 疫学的サーベイランスを実施する。マラリアへの罹患および死亡を減少させるため、特にクロロキン耐性マラリアの発生地域を特定する。
- ⑤ マラリア予防と治療に携わる医療従事者の再訓練を行う。医師や看護婦などを対象に、5才未満の子供と妊産婦のマラリア治療・予防方法の再訓練を実施する。

3-4-5 ハンセン病対策プログラム

ハンセン病対策プログラムは1992年8月発表された。WHOの決議に従って西暦2000年までにハンセン病を撲滅することを目標に、薬品に耐性をもつ病原菌の発生阻止や、感染源の縮小に努めることなどを提唱している。ハンセン病対策の戦略はプライマリー・ヘルス・ケア政策を主軸に、全保健医療機関に浸透させて行く方針である。

ハンセン病対策活動は、プライマリー・ヘルス・ケアを担っているコミュニティ保健局および社会保護総合局が管轄するハンセン病対策調整部によって実施されている。この部はハンセン病対策に関して保健社会保護大臣を補佐し、ハンセン病対策に関連する政府各局や援助機関などとの活動を調整し、ハンセン病対策プログラムの国土全域における実施について計画・監督・調整を行う。

ハンセン病体策を行っている保健医療施設は全国で320カ所あり、その所在地は28カ所の農村保健基地の管轄地域すべてにわたっている。この他、10カ所のハンセン病専門治療施設及びハンセン病専門病院であるマニクロハンセン病専門病院とラウル・フォルロー研究所が設置されている。

ハンセン病体策プログラムの目標及び対策は以下のとおりである。

目標

- ①ハンセン病対策戦略をプライマリー・ヘルス・ケア政策に依拠しつつ徐々に全保健医療機関に浸透させる。
- ②従来の単一薬品療法に耐性をもつ菌の増加に伴い、WHOの提唱する複数薬品療法（MDT）の普及を早急に拡大する。
- ③薬品に耐性をもつ病原体の発生を阻止し、感染源を縮小する。
- ④既存の患者の病状進行を抑制し、身体障害者の発生を阻止する。

対策

- ①ハンセン病対策に携わる全医療関係者を再養成するため、農村保健基地における年5回の地方セミナーおよび年1回の全国セミナーを開催する。
- ②ハンセン病対策優先地域を毎年5地域選び、追加予算を配分する。
- ③対策実施地域における新規患者の90%に対し、肢体損傷が発生する前に検査および治療を実施する。
- ④全てのハンセン病患者に、WHOの推奨する治療スキームによる治療を行う。
- ⑤ハンセン病患者の90%に対し、定期的な複数薬品療法（MDT）を実施する。

3-4-6 オンコセルカ症対策プログラム

1975年からオンコセルカ症対策プログラム（OCP）が開始され、オンコセルカ症撲滅のための努力がなされてきた。近年では同疾病に関しては改善が見られてきたため、メジナ虫症、睡眠病、ビルハルツ住血吸虫症など他の風土病対策も一括して取り扱われるようになった。1993年4月同プログラムの改定が行われ、衛生環境の総合的な整備を目指すプライマリー・ヘルス・ケア政策の中に、これらの疾病に対する予防及び治療対策活動を統合していくこととなった。対策計画の目標を達成するための活動としては、農村保健基地や各村落にある診療所などの基本医療施設の機能の強化、衛生環境に関する情報・教育活動の推進、各医療施設の医療従事者の再教育、治療活動の拡充、原因となる寄生虫の駆除などが中心となる。また、政府は保健社会保護省と教育省、農業省などの関係省庁の協力体制を強化する方針である。

3-4-6-1 オンコセルカ症対策

1975年、政府はオンコセルカ症対策プログラムを導入した。オンコセルカ症多発地域を対象に、原因となるサバンナブユの駆除や、井戸などの普及による安全な飲料水へのアクセス拡大などの撲滅運動に力を注いだ結果、症例数は森林地域を除いて激減した。1993年現在の対策計画改定プランでは、従来のオンコセルカ症対策計画の成果を維持し、さらなる改善の推進を目標としている。

目標

- ① オンコセルカ症の予防活動および予防知識の普及を強化する。
- ② 森林地域でのオンコセルカ症の罹患率及び失明率を低下させる。
- ③ オンコセルカ症多発地域への再流行防止に対する管理体制を確立する。

対策

- ① オンコセルカ症の予防知識の普及のための情報・教育・コミュニケーション（IEC）活動を実施する。
- ② 駆除作業が難しいためオンコセルカ症が多発している森林地域での治療を実施する。
- ③ 疫病学的見地からの調査研究を実施する。

3-4-6-2 メジナ虫症対策

政府はメジナ虫症に対し、長期にわたって重要風土病対策プログラムの中に組み込んで取り組んできた。1990年から1991年にかけて、同疾病に対する初めての検診キャンペーンが感染地域の503村落で実施され、患者の特定が行われた。また統計を充実させるため、政府は1992年に村落毎に罹患者数の月間報告をさせるシステムを導入した。さらに同年、ユニセフの協力で養成された普及員による同疾病の予防・治療に関する啓蒙活動が97村落で実施され、前記503村落のうち83村落に安全な飲料水を確保するための井戸などの施設

が設置された。これらの活動は1993年にさらに多くの村落で実施される予定である。その他、政府はWHOやその他の人道的援助機関（特にジミー・カーター財団）などとメジナ虫駆除のための大規模なプログラムを実施している。

目標

- ①1993年までに罹患者数を50%低下させる。
- ②1994年までに罹患者数を75%低下させる。
- ③1995年までに罹患者数をゼロにする。
- ④1998年までにメジナ虫の駆除活動を終了する。

対策

- ①飲料水供給施設がない又は破損している村落に対し井戸などを設置する。
- ②普及員を養成し、保健衛生教育により安全な飲料水の確保が必要であるという保健教育を行う。
- ③ポンプが設置されていない村では、清潔な布で水を漉して飲むことを奨励する。
- ④飲料水管理委員会を各村落に設置する。
- ⑤メジナ虫の仔虫のいる水源において仔虫の駆除作業を行う。
- ⑥メジナ虫症罹患者の傷の治療を実施し、二次感染を防止する。

3-4-6-3 睡眠病対策

ツェツェ蠅駆除対策活動は保健省以外に、農業牧畜省(Ministère de l'Agriculture et de la Production Animale)、ピエール・リシェ研究所、GTZ（ドイツ技術協力会社）が協力して実施している。

目標

- ①流行の危険性が高い地域および現在睡眠病患者を抱える世帯を特定する。
- ②患者に対する検査・治療を実施する。
- ③睡眠病を媒介するツェツェ蠅の撲滅運動を行う。
- ④睡眠病に感染する危険性の高い地域の住民に対して睡眠病に関する情報の提供、教育を行う。
- ⑤疫病的調査研究を実施する国家組織を設置する。

対策

- ①患者特定のための早期検査及び治療のシステムを確立する：ピエール・リシェ研究所が指導を行ったコミュニティー保健局の担当者が、睡眠病の検査を広範囲で実施する。また流行の抑制および予防を可能にするため、同疾病に関する状況把握および感染危険地域などに関する情報ネットワークを構築する。新規患者の早期発見のため、感染危険率の高い地域の全住民に対し、農村保健基地職員及び保健省職員が各村落を巡回して定期的な検診を実施する。

- ②ツェツェ蠅の駆除活動を拡大する：現在行われている殺虫剤を染み込ませたスクリーンによりツェツェ蠅を捕獲する方法を各感染村落に普及させる。また、効果的な罠の仕掛け方の指導を行う（最初に仕掛ける罠は政府から無償で提供されるが、以降は殺虫剤以外のものは各村落が維持管理や新規購入を行う）。

3-4-6-4 ビルハルツ住血吸虫症対策

目標

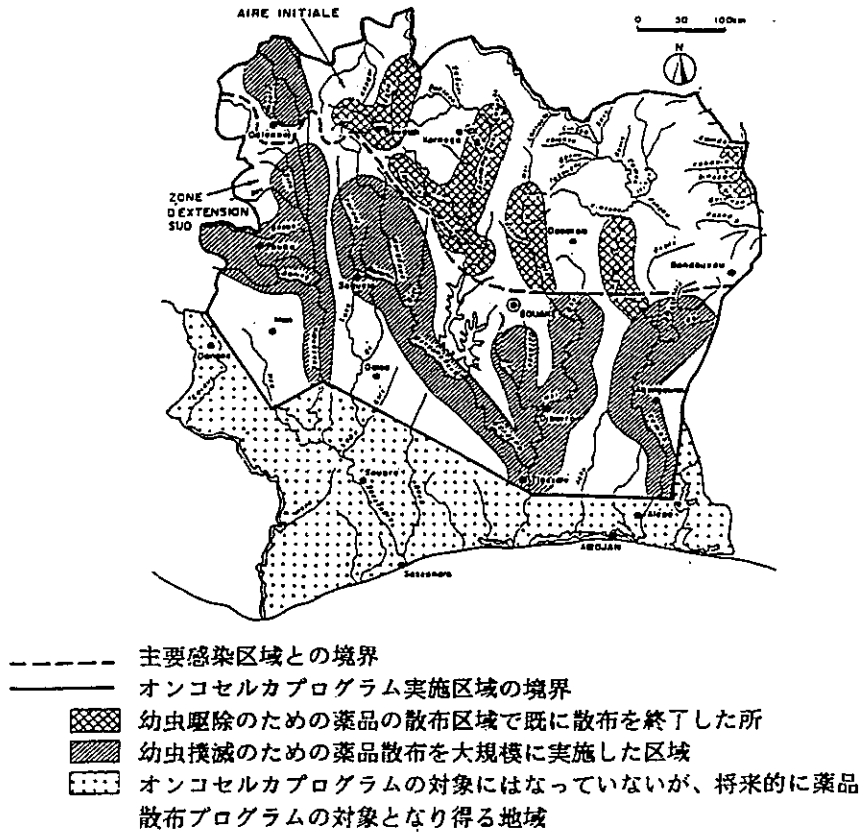
- ①住血吸虫症罹患率を低下させ、患者数を減少させる。
- ②特に1才から14才の子供の集団感染率を低下させる。

対策

- ①感染が年間を通じて多発している地域の乳幼児(6カ月、1才、2才)に対して定期的に化学療法を実施する。
- ②感染が時期的及び空間的に限定して見られる地域については、1才児に対して雨季に化学療法を行う。
- ③感染が限定的に発生している地域については、感染発生の都度化学療法を行う。
- ④上記の治療対象地域で、住居の衛生環境の改善(トイレの設置など)および予防知識普及のための衛生教育を実施する。

註) 感染の多発地域は、ブアケ、コロゴ、ヤムスクロ、アゾベ、アグボヴィル、アボワッソー、マン、ダナネなどである。

図 3-4-6: オンコセルカ対策プログラム実施地域



出典 : Actualisation du Plan de Dévoitment du Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Côte d'Ivoire 1993 保健社会保護省

3-4-7 下痢性疾患対策プログラム

下痢性疾患に関する国家計画は、保健社会保護省のコミュニティ保健局の管轄下に1984年開始された。政府は現行の国家計画に関してユニセフの協力により1996年までに下痢性疾患により死亡する者を50%減少させ、また5才未満児の罹患率を25%減少させることを目標としている。この目標を達成するための戦略として、プライマリー・ヘルス・ケア政策を重視し、衛生的な飲料水の確保、給水施設の設置、栄養状態の改良などの総合的な衛生環境の向上を図ることを明らかにしている。さらに、医療施設並びに自宅における治療方法の向上を図り、特に安価で効果的な治療方法である経口嘔水塩(ORS)の使用率を上げることを目指している。

また、政府は下痢症治療および予防知識の普及のために、1990年にトレッシュヴィル大学病院に下痢症治療部を設置している。この下痢症治療部では検査・治療を行うほか、経口嘔水塩の作り方や衛生・栄養に関する講座を設けている。

目標

- ① 5才未満児を100%治療できる体制を整える。
- ② 1992年から1996年までに村落薬局が設置されている村の50%で経口嘔水塩の利用を可能にし、2000年までに経口嘔水塩の普及率を100%に引き上げる。
- ③ 下痢性疾患で地方の医療施設から中央の病院に移送される患者数を50%減少させる。

対策

- ① 1992年から1993年にかけて、アビジャン、ブアケ、コロゴの諸地方の医療・社会事業従事者の50%に対し下痢予防・治療に関する訓練を実施する。さらに1994年から2000年まで、毎年2地方を対象地域として人材の訓練を順次実施していく。
- ② 衛生・栄養に関する知識の普及を行う。
- ③ 経口嘔水塩の供給システムを確立する。

3-4-8 結核対策プログラム

象牙海岸共和国は1960年当時、結核罹患率が4%と推定され、罹患率の非常に高い国とされていた。政府の結核に対する取り組みは重要風土病対策の一環として1964年より開始され、新生児から11カ月までの乳児へのBCG接種の実施、喀痰検査による肺結核検診の実施、アジャメ国立結核対策センター (Centre Antituberculeux d'Adjamé) による結核治療薬の管理および安定供給などを中心に推進されてきた。その結果、1988年には年間結核罹患率は半減し、BCG接種率は上昇し、結核の検診・治療を受けた患者数も着実に増加している。しかし、近年エイズの流行から結核日和見感染者が増加し、エイズ患者の死因の約50%が結核によるとの報告もあり、政府は1992年6月に結核対策プログラムを立案した。

目標

- ①結核の罹患率を低下させる。
- ②1997年までに肺結核患者の80%に喀痰検査を実施することにより検査効率を向上させる。
- ③結核患者全員を国家の定めた基準にしたがって治療する。
- ④検査・治療を受けた者の治療中断率を最低85%まで引き上げる。
- ⑤結核による致死率を3分の1低下させる。
- ⑥治療を施した患者の治療中断率を15%から少なくとも10%まで低下させる。
- ⑦結核治療諸機関の間の患者の移送方法を確立する。
- ⑧抗結核薬に対し耐性をもつ結核菌につき研究を行う。
- ⑨エイズと結核に二重感染している患者に対して治療的及び精神的社会的ケアの実施を保証する。

対策

- ①BCG接種による予防：BCGの接種は、全国で新生児から11カ月の全乳児を対象に実施する。
- ②検診・治療：感染性肺結核の大量発生を防止するため、恒常的な検診をできる限り多くの医療施設で実施する。また結核の検査・治療にあたる人材を養成する。加えて結核検査機器の整備、特に結核対策関係医療機関にはレントゲンを設置する。さらに結核対策をプライマリー・ヘルス・ケア政策の中に統合し、各種医療施設で結核治療薬が入手できるような供給メカニズムを構築する。このため、結核治療薬の需要に関する把握を正確に行い、公衆保健薬局 (PSP) を通じて安価に入手できるようにし、安定供給を図る。
- ③情報・教育・コミュニケーション：結核の予防、検診、治療などに関する情報提供および教育活動を推進する。結核治療を実施している各医療施設からの報告書を分析し、結核に関する総合的レポートをまとめる。また、国民の結核検査・治療についての意識の向上を促すため結核治療を実施している医療機関を図表にして国民に配布する。

結核対策の専門医療施設としては、中央にはアビジャンの大学医療センター（トレッシュヴィル、ココディ、ヨブゴン）に結核治療のためのセクションがあり、アビジャン、ブアケをはじめとする各地方病院（8カ所）に結核治療センター（CAT-Centre Antituberculeux）があり、各県レベルでは農村保健基地のうち19カ所に結核対策部が付設されている。また、農村保健センターのレベルでも20カ所には結核治療部が設置されている。これらの各センターの活動をアジャメにある結核対策センターが統制、治療法の規格化や薬品の配給の管理を行っている。このアジャメのセンターが、国立結核対策センター（Centre National Antituberculeux）と呼ばれている。アジャメの結核医療センターは、象牙海岸共和国にある専門医療センターの中では比較的よく機能している施設であるが、エイズによる結核患者の急増により、今後財政、施設の収容能力などの点で問題を生じることが懸念されている。その他、ダブープロテスト病院などの私立の医療施設が結核検診・治療センターを設置している。

3-4-9 その他の対策

3-4-9-1 エイズ対策プログラム

政府は、1985年に最初のエイズ患者が公式に認定されて以来、エイズ問題の広がり懸念し対策に取り組んでいる。1987年9月には、エイズ対策国家委員会(Comité National de Lutte contre le SIDA)を設置してエイズ対策の拠点とした。委員会の組織は徐々に整備され、1989年には中央調整局(BCC-Bureau de Coopération centrale)、1990年には科学委員会が設置された。現在の組織はBCCが地方の活動および各種の専門委員会を統括する構成になっており、局長を補佐する専任のアドバイザーが各分野ごとに配置されている。

国家による最初の対策計画は、1987年6月にWHOの技術指導により策定した、1988年3月から12月を対象とする短期緊急計画であった。この計画は、①エイズに関する統計の整備、②エイズに関する医療関係者の再教育、③エイズに関する知識の一般への普及の3点を目標とするものであった。1988年10月には、エイズ対策委員会によりエイズ対策中期計画(1989年～1993年)が策定された。その後も増加し続けるエイズ罹患者に対し、より有効かつ継続的な方策を講じるべく、政府は1993年初めに改めて活動計画を発表した。

象牙海岸共和国におけるエイズ対策は、その予算のほとんどがWHO及び二国間援助によってまかなわれてきた。1992年のエイズ対策総予算(約200万ドル)のうち、政府の予算はわずか2%(4万ドル弱)であった。

なお、エイズと性行為感染症の関連性が高いことから、エイズ対策にあたっては性行為感染症対策を平行して実施する必要性が強調されている。

エイズ対策中期計画および1993年の活動計画の詳細は、下記に示すとおりである。

(1) エイズ対策中期計画

エイズ対策委員会は、増え続けるエイズ感染に対応するため、1988年10月にエイズ対策中期計画(1989年～1993年)を策定した。その目標は以下のとおりである。

- ①疫学的サーベイランスを行う。
- ②国民の意識向上を図る。
- ③輸血による感染を防止する。
- ④母子感染を防止する。
- ⑤性行為による感染を防止する。

1990年11月にこの中期計画の第1フェーズの評価が行われた。この評価に基づき、以下のような対策が講じられることとなった。

- ①管理・行政・政府各局の調整：エイズ対策国家委員会の機能強化とともに、関係各組織間の調整を図る。また、活動の地方分権化を推進する。
- ②衛生教育：青少年、女性、売春婦、スラムの住民、移民などそれぞれのターゲットグループに対するエイズ予防教育を進める。そのため、衛生教育のできる医療従事者の養成を行う。
- ③疫学的サーベイランス：省令により、医師に対しエイズ奨励報告を義務づけ、関連する統計を整備する。また、調査対象指定地域を定めて疫学的サーベイランスを実施する。
- ④検査：各検査機関にエイズ及び性行為感染症の検査に必要な備品や薬品を設置することにより、検査の質的・量的能力の向上を図る。
- ⑤輸血：輸血センターの検査能力を向上させることにより、エイズを含む、血液を媒介として感染する病気の減少を図る。また、医療従事者のための教育セミナーを開催し、輸血にかわる医療手段に関する情報の普及を行う。

(2) 1993年の活動計画

この活動計画は、特にエイズに関する広報活動を社会各層に対して実施するため、政府の関係各局に協力を求めるとともに、地方分権化を推進し、地方レベルの活動計画を策定することを目標としている。この活動計画の対策活動目標としては、以下の項目が挙げられている。

- ①情報・教育・コミュニケーションの推進
- ②エイズ患者の医療機関における適切なケア
- ③エイズ検査の質の向上
- ④エイズ・性行為感染症に関する研究の実施
- ⑤エイズ・性行為感染症についての統計の整備
- ⑥輸血によるエイズや性行為感染症への感染の防止

3-4-9-2 急性呼吸器感染症対策プログラム(案)

1993年9月21日から23日にアビジャン近郊バンジュールヴィル(Bingerville)で急性呼吸器感染症に関する対策計画作成のための研究集会が開催され、計画案が策定された。対策計画が施行されるのは1994年からの5カ年と予定されている。対策活動に関しては、既に人材の育成・管理、抗生物質及びその他の必要物資の在庫の確保、保健情報システムの確立(急性呼吸器感染症に関する統計の作成など)、情報・教育・コミュニケーション(IEC)を利用した予防知識の普及、医学的および社会的・教育的等さまざまな見地からの協力研究などが提唱されている。現在それぞれの項目に関し、目標、責任者、実施方法、実施対象地域、経費の見積、実施計画の日程などが検討されている。行政レベルでの

今後の方針は以下の通りである。

国レベル

- ①国土全域において急性呼吸器感染症に関連する対策活動の統合を図る。
- ②急性呼吸器感染症プログラムと子供の生存に関連するその他のプログラムとの統合を図る。
- ③地方レベルにおけるプログラムの実施を監督する。
- ④対策活動実施に関して、ユニセフ、WHO、USAID及びその他の国際機関や非政府系機（NGO）との連携を強化する。
- ⑤細菌の抗生物質に対する感受性に関して国立基準検査室を主軸に監視システムを確立する。
- ⑥予防・治療活動実施のための財源を確保する。
- ⑦薬品管理・供給体制を整備する。

地方レベル

- ①地方レベルにおけるプログラムの調整は保健社会保護省の地方局長（Directeur Régional）に一任する。地方局長は担当地方の急性呼吸器感染症プログラムの実施に関する調整と監督をその任務とする。
- ②農村保健基地の医局長を中心に医療チームを組織し、治療活動および予防知識の普及に関して監督を行なう。

3-4-9-3 フランベジア対策プログラム(案)

1960年代にフランベジアは急速に減少したが、1970年代になると再び症例数は増加し、ユニセフが対策計画を組織するに至った。ところが1980年代に入ると、政府は国家財政の悪化のためこの国家計画を打ち切りとした。これに伴い大学の医学部でも講義がなくなるなど、フランベジアはある意味で忘れられた疾病の観を呈していた。

しかしながら、現実にはフランベジアは増加傾向を示しており、例えばロータリークラブが実施した調査によると、アゾペ県の農村保健基地での統計に基づく計算では、有病率は1985年に1.28%であったが、1989年から1991年には5.1%にまで上昇していた。患者の多い村落では15%という高い有病率を示したものもあった。疾病の増加に伴い、現在は主にロータリークラブインターナショナルがUSAIDの協力のもと、保健社会保護省と合同でフランベジア対策計画を施行するべく準備中である。ロータリークラブインターナショナルは1991年11月にUSAIDと協定を締結し、ディヴォとティアサレに薬品(extenciline)の贈与を行った。このキャンペーンでは28の農村保健基地が対象になっているが、うち6カ所については既に治療が実施されている。

政府は1989年にアゾペにある農村保健基地(BSR)、フランスのロータリークラブとともにフランベジアに関するキャンペーンを実施した。フランベジア対策プログラムは、ロータリークラブインターナショナルとUSAIDの協力により実現に向けて準備が行われている。計画案によれば、計画の目標は以下のとおりである。

目標

- ①フランベジアの感染を防止する。
- ②感染者に対して検診・治療を実施し、悪化および後遺症を予防する。
- ③健康のためのより良い生活環境と衛生教育を保障する。

対策

- ①コミュニティーレベルでの予防知識の普及および保健教育活動により衛生環境の改善を図り、感染率を低下させる。
- ②定期的な検診・治療活動を組織化し、早期に適切な治療を施し二次感染や症状の悪化を防止する。

3-5 医療施設

象牙海岸共和国の保健医療施設は9割以上が公共医療機関である。しかし、その数、設備などは人口に対して十分ではなく多くの問題を抱えている。民間医療施設はアビジャン周辺に集中しており、公共の医療システムには全く統合されていない。

3-5-1 公共医療施設

公共医療システムは、医療レベルに応じて3段階に分類されピラミッド状の構造を成しており、それぞれ概ね行政区分のレベルに対応している。すなわち最も専門的かつ高度な医療レベルを誇るアビジャンの大学医療センター（第3次医療レベル）、地域住民に基礎的な医療を提供する地方レベルの病院（第2次医療レベル）、及びプライマリー・ヘルス・ケア政策の主な担い手として予防医療及び簡単な疾病に対処する市町村レベルの農村保健基地や、都市及び農村の保健センター（第1次医療レベル）の3段階である。しかしながら、保健衛生システムが現在のような医療のレベル別に分類されるようになったのは比較的新しく、1988年からのことである。これらの異なる技術レベルの医療施設相互の連携は、現状では必ずしもうまくいっていない。政府は既存のシステムに立脚しつつ3段階ある医療の連携関係を強化するとともに、現在は技術的に高度な第3次医療サービス偏重である予算構成を再検討し、各段階のバランスをよりプライマリー・ヘルス・ケアに重点を置いた第1次医療サービスを重視に漸次移行して行く方針である。

表 3-5-1: 保健医療行政の機構と公共医療施設

	保健医療行政(管轄)	公共医療機関
第3次 医療サービス	保健社会保護省 (MSPS) 保健社会保護監査 (IGSPS) 保健社会保護総局 (DGSPS) コミュニティ保健局 (DSC) 10 地方	大学病院医療センター (CHU) 専門医療センター (CBS) 国立専門研究所 (INS)
第2次 医療サービス	地方保健社会保護局 (DRSPS) 50 県 県保健社会保護局 (DDSPS) 県保健社会保護局	地方病院医療センター (CHR) 一般総合病院 (HG-H1) 母子保健センター (PMI) 学校保健センター (SSSU) 農村保健基地 (BSK) 結核治療センター (CAT) 一般総合病院 (HG-H2)
第1次 医療サービス	市町村保健部 村落保健委員会	都市病院 (FSU) 学校保健センター (SSSU) 都市保健センター (CSU) 母子保健センター (PMI) 診療所 (Dispensaire, DU) 助産院 (Maternité, MU) 農村保健センター (CSR) 診療所 (Dispensaire, DR) 助産院 (Maternité, MR) 農村診療所 (CVS)

Programme National de Lutte contre la Lèpre 1992 社会保健保護省より作成

(1) 保健医療サービス別医療施設

1991年12月11日の政令(Décret No. 91-814)によれば、社会・医療施設の役割は以下のとおりである。なお、政令の2条で、保健センターは主に疾病の予防や健康状態の向上、さらに病気の初期治療を行うものであり、一方病院や医療センターは病人に対する検査、治療、入院加療など、疾病治療のための活動及び緊急医療を実施するものと各々の役割について区別がなされている。

①第3次医療サービス

大学病院医療センター (CHU - Centre Hospitalier Universitaire)

総合診療、救急医療ユニットを有し、大学の付属病院として医療従事者の教育及び研究機能も兼ね備えている。診療科目は、内科、外科、小児科、婦人科をはじめとして、神経科、耳鼻科、眼科、口腔科、皮膚科、呼吸器科などの専門科にわたる。

現在ある3つの大学医療センター、ココディ、トレッシュヴィル、ヨブゴンは、すべてアビジャンにある。この3つの病院はそれぞれ独立した総合病院としての機能を備えており、放射線科、中央臨床検査科、神経科など高度に専門化された分野を除きほぼ同様の診療科目が設置されている。入院設備も備えられ、象牙海岸共和国最大規模のレベルを誇る公立医療機関として、地方から移送されてくる重症患者の受け入れなども行っている。政府資料によれば、平均的医療従事者数は、医師数約140名、看護婦(士)・助産婦約350名、ベッド数約700床である。

国立専門研究所 (INS - Institut National Spécialisé)

未熟児センター(Centre des Prématués)、国立保健院(INS P)、国立公衆衛生院(INHP)、国立保健検査院(LNSP)、国立輸血センター(CNTS)、睡眠病研究センター(CRT)、国立医療従事者養成学院(INFAS)、国立社会福祉院(INFS)、公衆保健薬局(PSP)が現在INSとして活動をおこなっている。

専門医療センター (CHS - Centre Hospitalier Spécialisé)

専門的な医療機関としてラウル・フォルロー研究所(IRF)、アビジャン循環器センター(ICA)、精神科専門病院(Hôpital Psychiatrique)、マニクロ・ハンセン病専門病院(Hôpital Manikro)がある。

②第2次医療サービス

地方病院医療センター (CHR - Centre Hospitalier Régional)

内科、外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科などを有する他、救急治療ユニット(小手術室、治療室、観察ベッド)及び救急車サービス機能、蘇生ICU、手術室、産室、外科手術ブロック、X線診断室、超音波診断室、臨床検査室、血液銀行、

薬局、入院設備などを有する。地方病院医療センターは、大学病院医療センターに準ずる機関で、アビジョンを除く9の地方行政区域に1カ所ずつあり、来診患者の治療のほか、各区域下にある一般総合病院をはじめとする小規模な医療施設から移送されてくる患者の治療を実施しており、各地方において中心的医療機関となっている。平均従事者数は、医師26名、薬剤師2名、歯科医師2名、レントゲン技師2名、看護婦91名、助産婦19名、臨床検査技師など9名、事務職員19名、医療補助者74名である。最も規模の小さいサンペドロ地方病院医療センターでもベッド数74床、一番大きいブアケ地方病院医療センターでは476床と規模が大きい。

一般総合病院 (HG - Hôpital Général)

最低60床のベット数を有し、内科、小児科、外科、産婦人科などの基本診療機能及びところにより専門科（歯科、眼科、耳鼻咽喉科など）、救急医療設備、X線診断室、検査室、薬局などを有する。

一般総合病院は規模と行政区画によってH1、H2の2つのカテゴリーに分類される。H1は第2次医療サービスに属し、80床から150床のベッドを備え、比較的専門化された救急医療科、麻酔科や歯科が併設されている。H2は第1次医療サービスに属し、60床から100床のベッドを備え、基本診療機能を有する。

母子保健センター (PMI - Centre de Protection Maternelle et infantile)

厳密に言えば妊娠9カ月目までの女性の産前検診と生後3カ月から6才までの乳幼児の健康診断や母子保健の基礎知識の普及を目的に政府により設立された組織である。妊娠9カ月以後の妊産婦ケアと、出産後2カ月間の母親と乳児の健康管理は助産院が行っている。母子保健センターの数は全国で59カ所しかなく、全国民が利用可能な施設ではない。小さな村落の多くには母子保健センターは設置されておらず、母子保健センターの役割は助産院が果たしている。

象牙海岸共和国では、妊産婦及び乳幼児の産前・産後の検診に訪れる母親は少なく、母子保健に関する基礎的認識の浸透度は非常に低い。

学校保健センター (SSSU - Service de Santé Scolaire et Universitaire)

学校や病院などの付属機関ではなく、それ自体が独立した医療機関であり、学校や大学の生徒や学生を対象に病気の治療や検診、予防接種などを実施できるように設立された施設である。診察は無償で行われ、第1回目の診察には薬も無料で提供される。生徒・学生は、入学時に交付される手帳を持参することにより、診療を受けることができる。全国のほとんどの都市部でこのセンターが設置されている。このセンターでは検査はできないが、検査の必要があると判断された場合には、病院で検査を受けられるシステムが確立されている。

現在は政府の財政緊縮政策に伴って人員が削減されたため、検診などの予防医療サービスの機能が果たされなくなっている。例えば、ヤムスクロの学校保健センターでは14万人以上の生徒に対して、医師1名、看護婦12名、助産婦1名、歯科医1名のスタッフしかおらず、対応が困難となっている。

農村保健基地 (B S R - Base de Santé Rurale)

1993年の時点において28の農村保健基地があり、各基地の管轄区域において疾病予防及び治療、プライマリー・ヘルス・ケア活動推進の行政上の要として、各管轄区域の農村保健センター、学校保健センターなどをはじめとする医療施設の活動に対して監督・指導を行う機能を有する。また車両巡回により検診、予防接種、公衆衛生教育などの予防知識普及活動と一般的な治療を実施する。所によってはハンセン病、結核、睡眠病などセンターを監督している。平均従事者数は、医師2～3名、看護婦15～25名、助産婦15名程度である。

③第1次医療サービス

都市病院 (F S U - Formation Sanitaire Urbaine)

原則的に都市部における外来患者のための基本的医療機関で、内科、小児科、産婦人科などの診療機能を有する。所によっては専門科（歯科、眼科、耳鼻咽喉科など）を有する。検査室、薬局などの施設が付属しているが、入院設備はない。都市病院は全国で8カ所しかなく、うち7カ所がアビジャンに集中している。

都市保健センター (C R S - Centre de Santé Urbain)

下記の農村保健センターと同様の医療設備を備えた施設で、都市部にあるものを指す。このセンターは診療所 (D U - Dispensaire Urbain)、助産院 (M U - Maternité Urbaine) を併設しているほか、一般救急医療活動を行っている。所により母子保健センター (P M I) が併設されている。

農村保健センター (C S R - Centre de Santé Rural)

地方の住民がまず訪れる基本的医療機関である。最低限でも、診療所 (D R - Dispensaire Rural) 及び助産院 (M R - Maternité Rurale) の機能を有している。活動対象地域で、母子保健、学校保健、重要疾病対策、保健衛生教育活動など予防・治療の両面からの基礎的ケアを実施する。この農村保健センターは、プライマリー・ヘルス・ケアの推進において中心的役割を果たしており、また半径10～20kmの範囲内にある農村診療所 (C V S) を監督・指導する役割を有している。また、幾つかの農村保健センターには母子保健センター (P M I) が併設されている。診療所や助産院は看護婦ないしは助産婦によって管理・監督される。その他に数名の無資格の医療補助者がいる。農村保健センターレベルの医療施設にも、数台のベッドがあり患者の入院に備えている。

農村診療所 (C S V - Case de Santé Villageoise)

農村診療所は農村地域の最小ユニットであり、医師、看護婦等は不在で、村民によって任命されたコミュニティ保健委員によって運営される無料診療所である。活動領域は簡単な啓蒙運動、軽症患者への医薬品や予防薬の配布、伝統的産婆の手配、妊産婦の世話や出産の手伝いなどである。

(2) 地域別の医療施設数

それぞれの医療施設の地域ごとの分布は下表のとおりである。

表 3-5-2: 地域別の医療施設数

地域	CHU	CHR	HG	FSU	DU	MU	PMI	SSSU	CAT	BSR	DR	MR	合計
中東部		1	1		3	2	1	1	1	1	17	10	38
北東部		1	3		8	8	1	2		2	54	21	100
中央部		1	7		10	8	6	4		2	45	19	102
中西部		1	8		12	6	6	4	2	2	58	20	119
西部		1	6		12	11	7	4	1	2	53	6	103
南西部		1	4		7	3	4	2	2	3	22	11	59
中北部		1	5		16	15	6	5	1	2	40	11	102
北部		①	4	1	22	22	9	4	1	3	65	17	149
北西部		1	3		29	29	4	2		3	38	8	117
南部	3		18	7	39	28	15	21	3	5	130	67	336
合計	3	9	59	8	158	132	59	49	11	25	522	190	1,225

出典：Santé et Protection Sociale en Côte d'Ivoire 1993 保健社会保護省

CHU 大学病院医療センター CHR 地方病院医療センター HG 一般総合病院
 FSU 都市医療センター DU 都市診療所 MU 都市助産院
 PMI 母子保健センター SSSU 学校保健センター CAT 結核治療センター
 BSR 農村保健基地 DR 農村診療所 MR 農村助産院

(3) 公共医療施設に関する問題点

公共医療施設の抱えている主な問題点を列举すると、①レベルが異なる医療機関相互の連携が機能していないこと、②医療施設数の不足及び病院配置の不均衡（アビジャン周辺への集中）、③医療センターや病院数に対する人材不足、④病院内の機材が不十分であることや病院や機材の維持管理が悪いこと、などが挙げられる。

また、予算配分についても、現時点では医療施設運営予算の約半分が第3次医療サービに割り当てられ、さらに医療設備や医薬品などの予算をみても80%が第2次、第3次レベルの病院、残りの20%が第1次医療レベルの末端医療施設という非常に不均衡な割り当てになっている。

3-5-2 民間医療施設

民間の医療施設は、施設数は少ないものの、その中には欧米並みの施設を誇る病院であるポリクリニック・インターナショナル・サント・アンヌ・マリー病院をはじめ、十分な医療設備をもつ診療所などがある。民間の病院・診療所は、大部分がアビジャン及びその近郊にある。多くの民間医療機関が基本的に営利目的であり、事実上ある程度以上の所得者層にしか利用可能ではない以上、高額所得者の集中するアビジャンに集中するのはやむを得ないと思われる。さらに、企業の診療所についても同様にアビジャン周辺への集中が見られている。

中・低所得者層が利用できる民間医療施設は、宗教系など非営利の医療施設に限られる。病院レベルの施設は4カ所あるにすぎないが、これらの非営利の民間医療施設の医療の質は一般に公立の医療施設よりもかなり優れている。政府が薬品の有料化を実施している現在では、診療費に薬代等が含まれるこれらの非営利の病院に行くほうが、診察以外の経費はすべて自己負担である公共の医療施設よりも費用の負担が少なく済み、人気が高い。

表 3-5-3: 民間医療施設の数

病院	24(うち16カ所がアビジャン)
診療所	24(うち20カ所がアビジャン)
歯科診療所	32(うち27カ所がアビジャン)
薬局	303(うち158カ所がアビジャン)
企業内診療所	97
非営利医院	4
民間看護婦・助産婦	260

出典：Santé et Protection Sociale en Côte d'Ivoire 1992 保健社会保護省

3-5-3 主な医療施設

(1) トレッシュヴィル大学病院医療センター

トレッシュヴィル大学病院医療センターは、1938年に生活困窮者の医療救済を目的として設立された。1960年独立以降は大学医学部に付属する3つの大学病院医療センター（CHUノココディ、ヨブゴン）の一つとして、象牙海岸共和国における保健医療活動の中心的役割を担っている。当センターの役割は、診療及び基礎医学の研究、臨床医学教育、医療従事者の養成、専門的な診断治療（第3次医療）である。当施設は、CHUの中で最大規模の施設で、ベッド810床を有し、約30棟の1～2階建ての低層階の施設が約40ヘクタールの敷地に建っている。

診療科目(14科目):

内科	産婦人科	小児科	口腔科	放射線科
外科	感染症科	皮膚科	菌科	中央臨床検査科
眼科	整形外科	耳鼻科	呼吸器科	

(2) ポリクリニック・インターナショナル・サント・アンヌ・マリー病院
(P I S A M - Polyclinique Internationale Sainte Anne Marie)

アビジャンにある象牙海岸共和国で最高医療施設とされる私立医療機関である。地上4階、地下2階からなる近代的施設で、内装、設備、管理システムは先進国に匹敵し、敷地面積は2万平方メートルである。現在約80名の医師及び職員が欧米の医療基準に従って医療に従事している。同クリニックの利用者は、政府高官、高額所得者、海外企業駐在員、外交官などである。

診療科目(16科目):

内科	心臓科	耳鼻咽喉科	整形外科	顕微外科	菌科
総合科	精神科	放射線科	形成外科	熱帯病科	
産婦人科	神経科	泌尿器科	皮膚科	眼科	

主な医療施設:

救急ユニット

X線部門(全身CTスキャナー/胸部診断装置/超音波診断装置など)

外科部門(産科専門と内視鏡の2室/外科手術室が11室)

小手術ユニット

2台の人工透析で1日6人の治療が可能

全ベッド数: 229 床

内訳	99 室 個室	50室(100床)	2 人部屋
	9 室 リビングルーム付き個室	1室(2床)	観察室
	3 室 付添人用部屋付き個室	(6床)	I C U
	6 室 付添人用部屋付き小児病室	(4床)	回復ユニット

その他の部門: 厨房および栄養管理部門

中央材料部門

ランドリー部門

ヘリポート施設

3-5-4 救急医療システム

象牙海岸共和国には組織化された救急医療システムは存在しない。政府の医療政策は疾病及び母子保健対策が中心となっており、現状では緊急医療対策は取り上げられておらず、今後も救急医療システムの急速な改善は望めない。救急医療システムに関する資料は存在しないため、救急医療に関する全国的な状況を把握することは困難である。

(1) 救急治療ユニット

1991年12月11日の省令で、一般総合病院以上のレベルの医療施設には救急治療ユニットを設置することが定められている。しかし、実際には一般総合病院レベルの病院は財政難のため緊急ユニットが機能しない病院もある。

地方病院医療センター及び大学病院医療センターには、救急医療ユニットが設置され機能している。救急医療ユニットは、地方病院医療センターで手術室1室、治療室2室のほかに観察ベッドが6床程度のものである。加えて蘇生ICUや救急車のサービス機能を備えている。

また、欧米並みの施設と治療内容を誇る私立のポリクリニック・インターナショナル・サント・アンヌ・マリーにも救急医療システムがある。しかし、私立病院であるため、患者に支払い能力がない場合には最低限必要な処置を行うのみで直ちに公立病院に移送する。

(2) 救急車

地方病院医療センター、大学病院医療センターおよび一部の一般総合病院には、救急車が備えられている。しかし、ほとんど整備が行われていない上に、財政難からガソリンの購入が困難なため、稼働率は低い。また、特に農村部では電話をはじめとする通信手段の普及率が低く、救急車の出動を要請する手段に欠けるため、救急車はその機能を十分果たしていない。

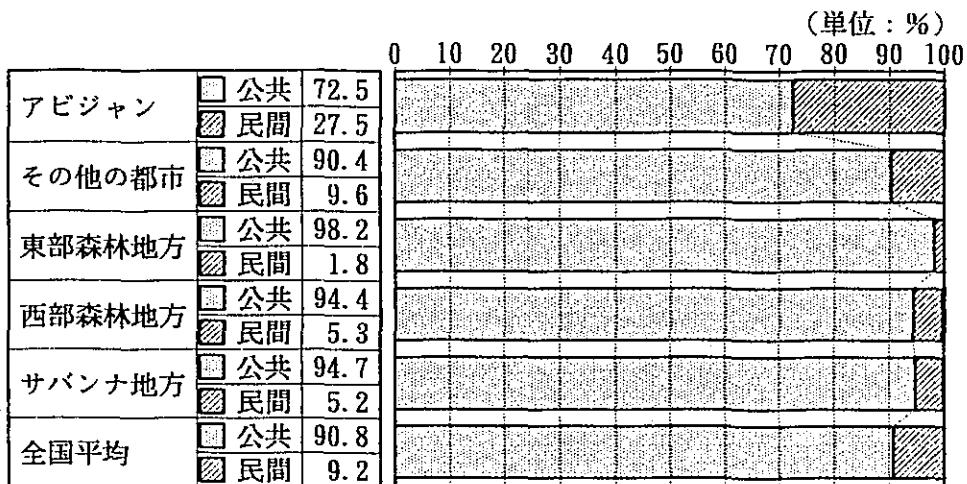
3-6 保健医療サービスの利用

3-6-1 公共および民間医療施設の利用

図 3-6-1 に示すように、象牙海岸共和国国民の90～98%が公共医療機関に依存しているが、アビジャンに限っては民間医療サービスの利用が 27.5%となっている。これは、アビジャンに政府機関の大半および私企業が集中しており、住民には公務員や大企業勤務者、欧米系をはじめとする恵まれた生活水準にある外国人などが多く、そのような富裕層は、公共医療サービスより秀れた医療水準を持つ私立の病院や診療所を好んで利用するからである。ちなみに、全国に80しかない民間病院、診療所、歯科医院のうち63がアビジャンにある。

民間でも非営利の医療施設は一般の人々に広く門戸を開いている。医療サービスの質は公共のものより良いものとなっているため、有料でありながら低所得者の人々の利用者も多い。非営利団体の医療施設は全国で4カ所となっている。

図 3-6-1：公共・民間医療機関の利用者の居住区域による内訳

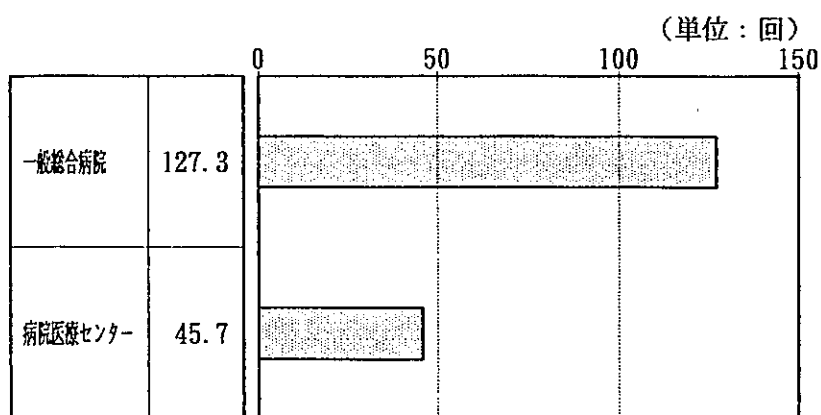


Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants 1992 より作成

農村・都市保健センター（CS）、一般総合病院（HG）、地方病院医療センター（CHR）、大学病院医療センター（CHU）の各施設の利用の目安となる人口1,000人当たりの受診数、ベッド数及び患者の平均入院日数を以下に示す。なお、地方病院医療センターと大学病院医療センターを合わせて以下では病院医療センターと称する。

一般総合病院の利用者は、図 3-6-2 に示すように大学病院医療センターや地方病院医療センターより多く、1991年の年間受診者数は約 155万人であった。病院医療センターは全国に合計で12施設しかなく、主に高度な治療が必要な患者に対するサービスを中心とするため年間受診者は約56万人と減る。

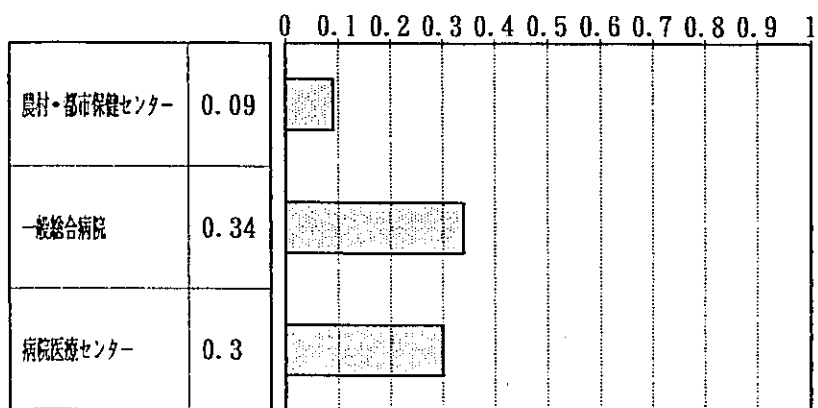
図 3-6-2: 医療施設別人口1,000人当たりの受診回数（1991年）



保健社会保護省提供資料より作成

医療施設別の収容ベッド数は、農村・都市保健センター（1,003カ所）で合計1,076床、一般総合病院（59カ所）で合計4,103床、病院医療センター（12カ所）合計3,777床となっている。農村・都市保健センターは診療中心であるため利用できるベッド数は少ない。病院医療センターでは各施設ごとのベッド数は多く、入院施設が充実している。

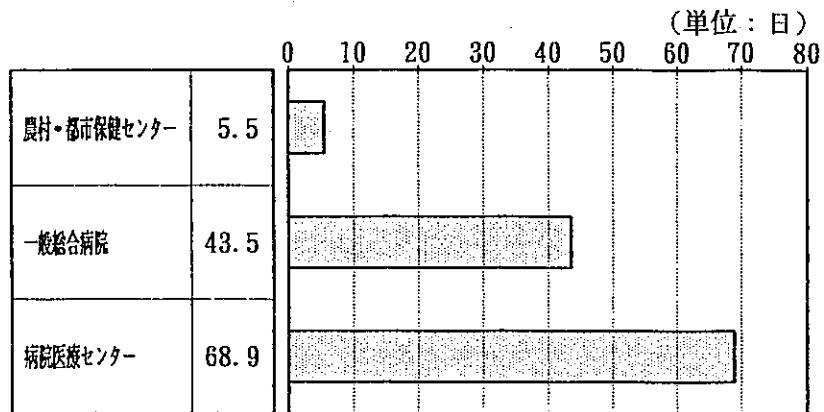
図 3-6-3: 医療施設別人口1,000人当たりのベッド数（1991年）



保健社会保護省提供資料より作成

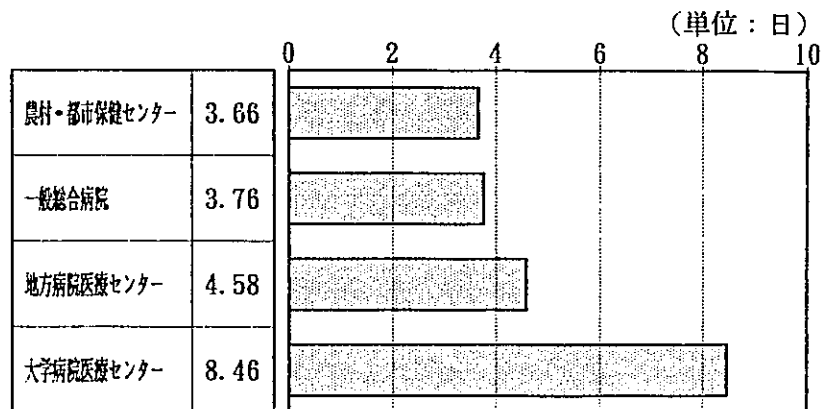
人口1,000人当たりの入院日数は長期治療を要する疾病患者が収容されている病院医療センターで68.9日と最も多く、年間延べ840,508日となっている。一般総合病院の入院日数は年間延べ530,236日である。

図 3-6-4: 医療施設別人口1,000人当たり入院日数 (1991年)



保健社会保護省提供資料より作成

図 3-6-5: 各医療施設における入院患者1人当たりの平均入院日数 (1991年)

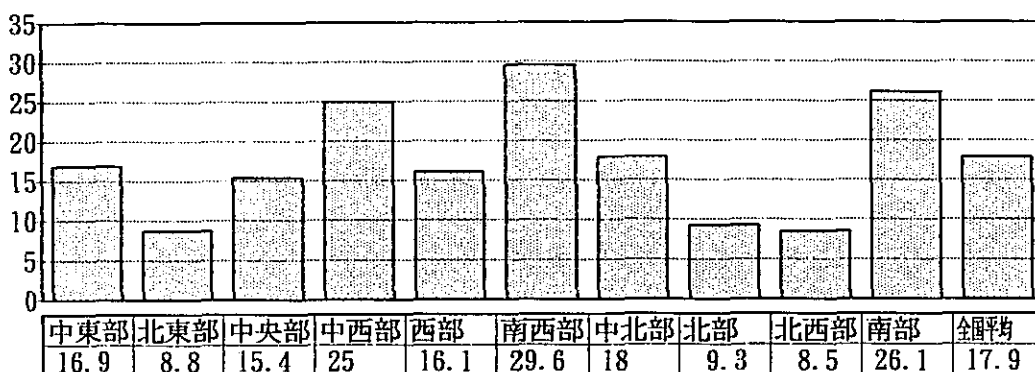


保健社会保護省提供資料より作成

国民の日常的な疾病予防・治療に対応している診療所（Dispensaire）は全国的に不足している。診療所1カ所当たりの人口は約17,900人である。象牙海岸共和国で診療所が最も不足している地域は、南部アビジャン地域、南西部サンペドロ、中西部ダロアである。アビジャン地域では169の診療所があるにもかかわらず、全人口の約30%がこの地域に集中しているため、診療所1カ所当たりの人口は約26,100人となっている。一方、サン・ペドロ地域では人口86万人に対して29の診療所しかないため、診療所1カ所当たりの人口は約29,600人となり、診療所の不足が深刻な問題となっている。

図 3-6-6： 行政区域別診療所1カ所当たり人口（1991年）

（単位：1,000人）



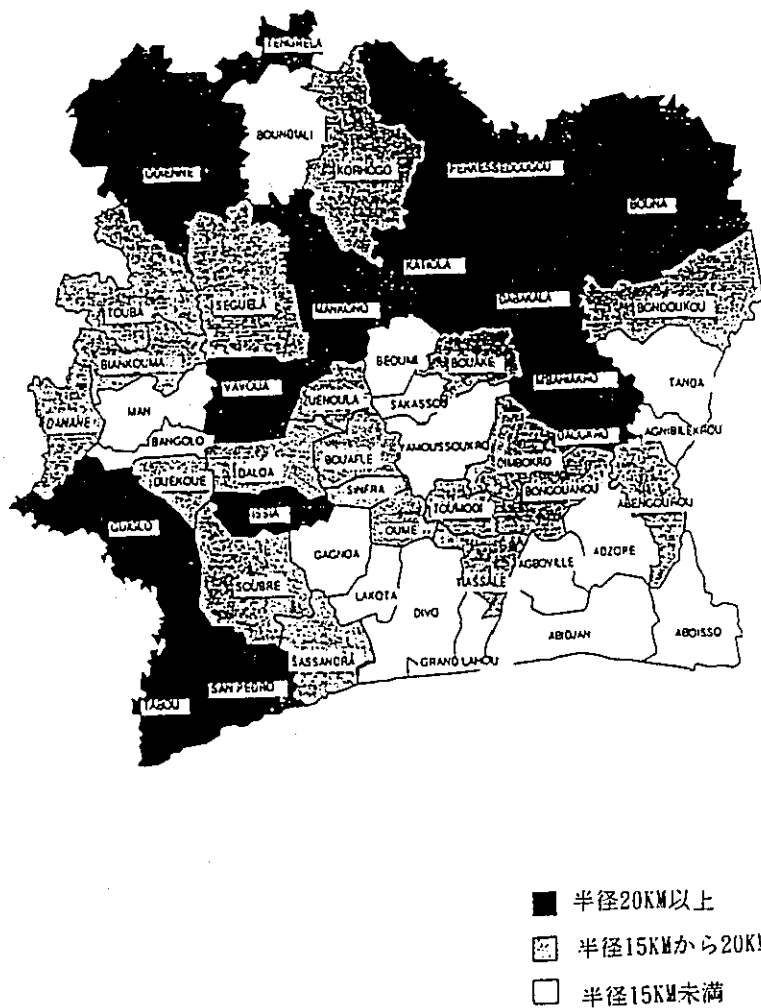
保健社会保護省提供資料より作成

中東部：アベングル
 中央部：ヤムスクロ
 西部：マン
 中北部：ブアケ
 北西部：オディエネ

北東部：ブンドウク
 中西部：ダロア
 南西部：サンペドロ
 北部：コロゴ
 南部：アビジャン

次に、患者の住居から診療所・助産院までの距離についてみる。診療所のカバーする範囲は、地域によって平均半径9kmから42kmとかなり差がある。全国平均でも17kmもあり、一般に患者にとってのアクセスは悪い。助産院のカバーする範囲は、全国平均で半径25kmで、妊産婦にとっては利用しにくいものとなっている。また、地方により平均半径12kmから50kmと地域差が見られる。

図 3-6-7: 各地方における診療所のカバーする範囲



出典 : Programme de Valorisation des Ressources Humaines 1991
 Comité de suivi sur la Valorisation des Ressources Humaines

3-6-2 伝統医療

象牙海岸共和国では、植民地化される1905年以前、医療はすべて今日我々が伝統医療と呼ぶ方式のものに限られていた。現在では政府は専ら近代医療の浸透に努力しているが、その一方で薬草・樹皮などの材料を用いた伝統的薬品は広く一般家庭に浸透しており、家庭常備薬のように利用されているものもある。例えば、マラリアの治療のため化学薬品だけを用いた者 28.65%、伝統的薬品だけを用いた者 26.82%、両方を併用した者 41.5%という政府資料もあり、伝統医療への衰えない信頼を端的に表している。また、特に過疎地の農村では近代医療施設がなく、伝統医療師に頼らざるを得ないという事情もある。伝統医療や医療師に対する信頼が衰えない理由として、以下の3点が考えられている。

- ①伝統医療師は、コミュニティ出身で現地語を母語とし、コミュニティの内部事情によく通じているため、コミュニティの人々と共通の精神・生活基盤をもっている。これに対して看護婦(士)・助産婦は政府派遣の公務員であり、部族・生活習慣が違い、赴任地の現地語を話さない。従って基本的によそ者であり、現地語しか話せない人々にとってはコミュニケーションが困難である。
- ②医療機関で用いられる近代医療の専門用語は多くの村落住民にとって難解で理解しにくいいため、利用者が不安に陥る。
- ③象牙海岸共和国では、看護婦や助産婦は大変なエリートであるため、特に教育のない人々に対する態度が尊大になりがちである。常に年長者を敬う事を是とする伝統的なコミュニティでは、若輩のものが年長者に尊大な口を利くなどということは許されないことであり、利用者に精神的不快感・ショックを与えることもある。

伝統的産婆についても状況はほぼ同じである。特に農村部では、家庭で伝統的産婆の介助によって出産することを望む女性のほうが近代医療施設を利用する女性よりも多い(ユニセフ資料によれば、全国平均でも出産に際して伝統的産婆を利用する女性が近代医療を利用する女性の3倍に上る)。伝統的産婆は母親が出産するのを見て介助方法を覚え、それを職業とするようになった者たちであるが、教育程度は低く(ほぼ全員が非識字者)、出産について何らかの教育を受けている訳でもない。従って衛生概念も希薄である上、一度出産の過程で何らかの異常が発生すると適切に対処することができない。伝統的産婆の不適切な処置のために新生児破傷風や感染症などに罹患し、妊産婦や新生児が死亡するケースもかなり多いと見られている。しかしながら、政府は医療従事者が不足しているため、伝統的産婆の訓練プログラムを実施している(詳細については3-4-2 母子保健の項参照)。また、政府は伝統的産婆に関しては訓練プログラム以外介入しておらず、伝統医療についての公的な価格規定などもない。

3-7 医療従事者

3-7-1 医療従事者数と概況

象牙海岸共和国の公共医療施設における医療従事者数は表 3-7-1 のとおりである。表 3-7-2 に示すように、同国における医師、看護婦（士）一人当たりの国民数はそれぞれ 8,859人、2,644人である。経済力（一人当たりの国民総生産）がほぼ同程度のジンバブエやナイジェリアと比較して、象牙海岸共和国の医師及び看護婦は不足している。国連開発計画の統計によると、1984～1989年平均のジンバブエの医師一人当たりの国民数は7,180人、看護婦（士）一人当たりの国民数は1,000人となっており、ナイジェリアではそれぞれ6,420人、900人となっている。ちなみに、1984～1989年平均の日本における医師一人当たりの国民数は663人、フランスにおいては320人であり、象牙海岸共和国の状況とは大きな開きがある。

加えて、医療従事者が都市に集中する傾向がある。農村部における医療従事者の不足はより一層深刻である。政府資料の中には、農村部における看護婦（士）一人当たりの住民数が15,290人という地域もあると報告しているものもある。都市部と農村部における医療従事者の不均衡の原因の一つは、医療機関自体が都市部に集中していることである。ユニセフ資料によると、公共医療施設で働く医師のうち30%以上にあたる約400人が全国に3つしかない大学病院医療センターで働いており、しかも大学病院医療センターはすべてアビジャンにある。もう一つの原因として、地方の診療所や助産（Dispensaries / Maternités）は、地域住民が医療施設を建物し、機材を揃えたうえで、政府が看護婦（士）や助産婦を派遣するシステムとなっているため、貧しい村落などでは医療従事者を受け入れることができないことが挙げられる。

今後、政府は医師の増員よりも優先して、医師を補佐する看護婦（士）や准看護婦（士）を増員する方針である。また、無資格である医療補助者を減らして、新たに准看護婦という資格を設け、その養成コースを創設することを計画している。

表 3-7-1: 公共医療施設における医療従事者数の推移

(単位: 人)

年	1981	1990	1991	1995*	2000*
医師(教授含む)	565	1,282	1,351	1,671	2,053
薬剤師	95	NA	NA	NA	NA
看護婦(士)	1,938	4,369	4,510	5,195	6,527
助産婦	781	1,593	1,561	1,461	2,039
准看護婦(士)	0	0	0	1,688	7,106
医療技術者	--	442	465	543	693
医療補助者など	--	3,000	2,073	473	548

* 1995年、2000年は目標値

出典: Programme de Valorisation des Ressources Humaines 1991 保健社会保護省

表 3-7-2： 医療従事者一人当たりの国民数

(単位：人)

年	1984	1990	1991	WHOの設定目標
医師	11,459	9,019	8,859	2,000
看護婦(士)	2,239	2,647	2,644	

出典：Programme de Valorisation des Ressources Humaines 1991 保健社会保護省

表 3-7-3： 3大学病院(CHU)を除く医療従事者数(1990年)

(単位：人)

医師	878
薬剤師	100
歯科医師	128
看護婦(士)	3,565
助産婦	1,471
医療技師	119

出典：Programme de Lutte contre L'Onchocercose en Côte d'ivoire
1993 保健社会保護省

私立病院における医療従事者数は、1993年3月の政府資料によれば以下の通りである。

表 3-7-4： 民間病院における医療従事者数(1992年)

医師	186(うち64人がフルタイム)
歯科医	38
薬剤師	303
看護婦(士)/助産婦	289(うち240人がフルタイム)

出典：La Protection Sanitaire et Sociale en Côte d'ivoire
Instrument de Politique 1993 保健社会保護省

3-7-2 医療従事者の養成

(1) 医師の養成

医師の養成は、象牙海岸共和国唯一の医学部を有するコートジボアール大学にて行われている。

一般医(Médecin Général)になるためには、高校卒業後7年間の医学教育の課程を受

け、卒業試験合格後に論文を提出し、この論文が認められる必要がある。また、心臓外科医や眼科医など特定の分野の専門医となるためには、医師資格取得後4年間の専門教育課程を経て試験を受ける。

医学部教授となるための過程は次のとおりである。まず、医学部第6年次からインターン試験受験資格があり、合格者は4年間の助教授コースでの教育を経て、資格試験合格後助教授となる。さらに教授コースでの4年間の教育を経て、卒業試験に合格し、論文を提出することにより教授として認定される。

歯科医・薬剤師になるためには、高等学校終了後5年間の専門教育課程を修了し、その後国家試験を受験しなければならない。

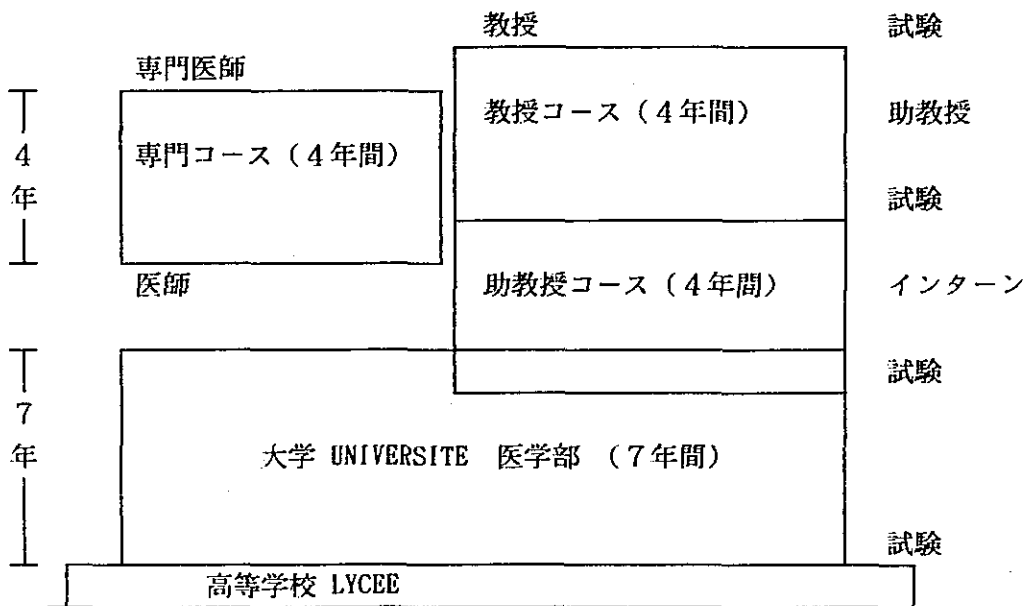
表 3-7-5: コートジボアール大学医学部学生数 (1993年)

学年	学生数(人)
1	2,000 (*)
2	787
3	518
4	417
5	292
6	260
7	198

1学年は共通課程として薬学部・歯学部を含む

出典: ココディ大学病院センター拡充計画事前調査報告書 1993 国際協力事業団

図 3-7-1: 象牙海岸共和国の医師教育課程



出典: ココディ大学病院センター拡充計画事前調査報告書 1993 国際協力事業団

(2) 看護婦(士)・助産婦の養成

トレッシュヴィル大学病院の敷地内にある国立医療従事者養成学校 (INFAS - Institut National de Formation des Agents de Santé) が、看護婦(士)及び助産婦養成を一手に管轄している。政府は看護婦(士)や助産婦の需要の拡大に対応して、新たにブアケに看護学校を設立し、さらに現在コロゴに看護学校の新設準備が進められている。ブアケやコロゴのような地方都市にわざわざ学校を建設するのは、学生に将来は地方勤務が前提となっていることを認識させるためである。

看護婦(士)及び助産婦になるためには、高校卒業後3年間の専門教育を受けることが必要である。3年間の養成コースの内訳は、一年目が看護婦(士)・助産婦共通の基礎課程、2年目がそれぞれの専門課程コースとなっている。コースには実習が組み込まれており、2年目は大病院から地方の無料診療所までを含む様々な医療施設での実地訓練が行われている。卒業に当たっては、実技と筆記からなる国家資格試験に合格することが要求されている。卒業後は、公務員として国立病院やその他の医療施設などへ政府によって派遣される。

近年看護学校への入学試験は倍率が高く、1990年の政府資料によると、看護婦(士)コースの募集定員220名に対して応募者は1,797名、助産婦コースの募集定員80名に対して応募者は2,478名と公表されている。

さらに専門職としての技能を向上させるために、看護学校卒業後3年から5年の実務経験を経た者を対象とした2年間の専門過程が設けられている。専門課程修了後はケア・ユニット監視員という資格が取得できる。この専門課程では、各人が内科、外科、耳鼻科など、専攻する診療科目を選択し、その分野に関して2年間の教育を受ける。ただし、助産婦養成科を卒業した学生に関しては専攻分野は婦人科、小児科などに限定される。専門課程に入学するための試験は難しく、合格率は0.5%から2%程度である。

またこの他の看護学校卒業後の進路として、セネガルのダカール(Dakar)及びカメルーンのヤウンデ(Yaoundé)にある、2年生制の看護学校教師養成学校へ進学することも出来る。今後、看護婦(士)及び助産婦学校の増設にあたり、看護学校教師の需要は高まる見込みであるが、現在のところ教師課程への希望者は減少傾向にある。

(3) 医療技術者の養成

臨床検査技師、レントゲン線技師、薬局管理者(薬剤師を含まない)などの医療技術者になるためには、高校卒業後、看護学校と同様の入学試験を経てINFASの2年制養成コースで教育を受け、コース終了後国家試験に合格しなければならない。また、医療技術者課程についても近い将来、専門課程を設置する計画である。

3-7-3 医療従事者の養成に関する政府の政策

(1) 医師養成に関する政策

医師養成に関する政府の政策は大きく変化している。近年、医師養成のためのプログラムは、治療から予防医学にカリキュラムの重点が移されたプライマリー・ヘルス・ケア推進の中心となる人材育成が進められている。

また、従来は医学部の卒業生は全員自動的に医師として国立病院に就職できたが、1993年度より政府の財源に応じた人員数だけが毎年競争試験で採用されることになった。試験の不合格者は、私立病院に勤務するか開業医となる。開業医希望者は政府の特別融資が受けられる。

(2) 看護婦(士)・助産婦などの養成に関する政策

経済危機下、政府は医療従事者の不足に対し、今後は人件費の高い医師を増やすよりも、看護婦(士)・助産婦を増やすという政策を打ち出している。看護婦(士)・助産婦は、政府が導入を図っているプライマリー・ヘルス・ケアを普及するための中心的存在であり、看護婦(士)・助産婦の雇用を拡大することにより、国民の保健医療面での需要に幅広く対応することができると考えられる。また、現在の看護婦(士)養成課程と助産婦養成課程を将来的に統合し、専門の分化は専門課程からとする方針である。ちなみに、医師一人当たりの所得の平均は看護婦(士)・助産婦の2倍、医療補助者の6倍に相当する。

(3) 医療技術者の養成に関する政策

医療機器の整備を進めると同時に医療技術者を増員する必要性が検討されているが、今のところ政府による具体的な計画はない。1993年現在、2000年までに新たに300名程度の医療技術者が必要になると推測されている。

(4) その他 - 准看護婦(士)の養成コース創設案

現在、象牙海岸共和国には医療補助職レベルの公的資格は存在しない。本文中に出てくる医療補助者(aide-soignant)は、助産院で単に清掃や洗濯、消毒といった雑用をこなす者たちで、医療についての基礎的な訓練は一切受けたことのない無資格者である。しかし、助産院や無料診療所などの末端医療施設では、人手不足を理由にこれらの医療補助者が医療行為を行うことが頻繁にある。そのため、政府は今後、看護婦(士)の補佐役として、資格を持つ准看護婦(士)の養成課程を創設することを検討している。

3-8 医療保険制度

象牙海岸共和国では原則として公的医療の治療費は無料のため、これまで医療保険は重要ではなかった。公的な医療保険制度が適用されているのは、社会保障制度に加入している民間企業の被雇用者と公務員のみである。

同国には2種類の公的な社会保障制度が存在する。一つは、民間企業の被雇用者に適用される社会保険国民基金（CNPSS-Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale）と呼ばれる制度で、健康保険、年金保険、労災保険に相当する機能がこれに含まれる。もう一つは、公務員を対象とした制度で、年金保険に相当する公務員定年退職総合基金（Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat）と、健康保険に相当する公務員総合共済組合（Mutuelle Générale des Fonctionnaires）から成る。1993年の政府資料によれば、加入者数は社会保険制度全体で約40万人、このうち社会保険国民基金の加入者が約26万7千人、公務員が約10万3千人である。公的な社会保障制度に加入している者の数は、象牙海岸共和国の成人人口の1割にも満たない。

公的社会保険のほかに民間の保険会社による保険もあるが、掛け金が高いため一部の高所得者層しか利用できない。政府の高官、弁護士、軍人などは職場を通して民間の保険会社の保険に団体加入している。この保険への団体加入システムは全ての職業について存在するわけではなく、例えば教職員組合などは現在このシステムへの加入を交渉中である。また、大企業の多くは独自の医療対策を行っており、企業が幹部の費用を負担して私立病院の治療費負担を保障する保険に加入したり、企業内に労働者のための診療室を設置したりしている。

今後、政府は医療を有料化することを検討しており、これに伴い、医療保険制度の拡充が必要となってきている。今後の目標として、政府は2000年までに個人の負担能力に見合い、かつ基本的な需要を満たす社会保険制度を確立することを目指している。そのため、まず国民全体を対象とし、基礎的な疾病・傷害に対して保障をする疾病保険の導入を検討している。ただし、現在の悪化した財政下では長期的・恒常的な治療を要する疾病まで保障範囲を広げることは事実上不可能であるため、現在考慮されている保障の範囲は一時的な治療を要する疾病に限定されている。

さらに、農業従事者及びインフォーマルセクターの労働者（家内工業、零細の商人などについては、別枠で労災補償、老齢年金、災害時の補償も含めた保険制度の導入を図るとしている。

しかし、高額所得者層と貧困層との所得格差は大きく、医療費をはじめとする支出の差も大きいと、すべての国民にとって適正な保険料の設定は困難であり、政府は対応に苦慮している。特に低所得層への保障を確保するため、所得に応じた保険料の累進負担などの対策を検討中である。

3-9 労働衛生

象牙海岸共和国では、労働衛生という概念は一般に普及していない。職を得ること自体が困難な現状では、労働環境を云々する余裕はない。

ある労働基準監督官 (Inspecteur du Travail)によると、労働衛生上の問題は雇用者の義務違反による労働条件の劣悪さのほかに労働者の安全に対する認識の欠如によっても生じている。例えば化学物質を取り扱う工場内で、安全対策のため支給された手袋や作業着を、邪魔になる、作業がしにくいという理由で着用しないまま作業をする労働者が少なくない。このような状況では労働を直接の原因とする疾病に罹患しても、支給された器具を使用しなかったという理由で労働者の方に過失があるとされる場合が多い。労働者側に過失があれば労働災害としては認定されず、雇用者による補償の対象にもならないが、安全規定を無視することによって自分が将来被り得る不利益について認識している労働者はほとんどいない。労働基準監督官は、雇用者の労働者保護規定違反を摘発するよりは、労働者に対して安全性についての注意や自覚を促したり、適切な服装で作業すべきことを労働者に指導して回ったりすることのほうに活動の多くの時間を割いている。

ILOの係官によれば、労働環境も決して良い訳ではない。工場の火事などもしばしば発生していることから、職場の安全管理は良好とは言いがたい。しかしながら、経済情勢の悪化の中で、労働環境改善はますます軽視される傾向にある。

3-10 衛生環境

衛生環境の主な問題として、以下に飲料水と衛生施設(トイレ、下水、ゴミ処理など)について述べる。

3-10-1 飲料水

象牙海岸共和国において衛生に関するプログラムの中で最も初期から優先的に実施されていたのは、飲料水の供給に関するプログラムであった。これは、衛生的な水が確保されていない為に発生する寄生虫症などの問題が早くから認識されていたためである。なお、給水関係プログラムを担当するのは、環境・建設・都市開発省下にある水資源局(Direction de l'Eau)である。

最初の給水プログラムは1974年に計画省により策定された全国給水計画である。この計画の概要は以下のとおりであった。

①すべての県庁所在地の上水道を整備する。

②給水量を確保する。

・都市部においては1人45ℓ/日

・農村部においては第一段階として1人10ℓ/日、その後20ℓから25ℓ/日

この計画に基づき、特に1970年代後半から1980年代初頭にかけて村落部で集中的に井戸やポンプなどの給水施設が建設され、村落部の給水に関する第一段階の目標は1980年までに達成された。しかし、この1974年の全国給水計画には給水施設の維持管理システムが組み込まれていないという大きな欠点があり、計画実施初期に建設した施設は、後に老朽化や故障などにより稼働率が著しく低下した。

1974年の給水計画の見直しは1985年に実施された。この時新たに掲げられた目標は以下のとおりである。

①都市給水計画対象地域を4,000人以上の村落にも適用する。

②農村部において井戸・ポンプの新設・修復により給水量を引き上げる。

(1人15~20ℓ/日を目標とする)

しかし、政府の財政の悪化などにより、1985年以降農村部における給水施設の建設数は急激に減少し、この計画の目標は達成されなかった。

これら一連の給水プログラムにより、1975年から1987年までに12,000以上の井戸・ポンプが建設された。なお、1987年以降は新規の建設は実施されていない。

ユニセフの1992年の資料によれば、象牙海岸共和国において安全な飲料水を確保できる世帯の割合は以下のとおりである。

表 3-10-1: 各地方における飲料水源 (世帯数による比率)

(単位: %)

	全国	アビジャン	都市	農村部
安全な飲料水源	82.5	97.0	96.9	72.7
上水道	29.2	86.2	62.0	6.8
ポンプ	20.8	2.8	1.8	33.8
井戸	32.5	8.0	33.1	32.1
その他(川・泉など)	17.5	3.0	3.1	27.3

出典: Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF

表 3-10-2: 農村部における給水施設利用状況

	1973年	1980年	1989年
農村人口(単位1000人)	4,250	4,900	5,880
井戸・ポンプ数	1,200	6,120	13,400
一村落当たりの井戸・ポンプ数	0.16	0.80	1.7
井戸・ポンプ一基当たりの人口(人)	3,250	800	439

註) この表の井戸・ポンプには稼働していないものも含まれている。正確な稼働率は不明であるが、1990年の政府資料には既存施設の2割から3割が稼働していない地域もあることが報告されている。

出典: Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF

人口の急増により、これら既存施設を単に維持していくだけでは当然施設当たりの人口は増加していく。政府は、2000年には井戸・ポンプ一基当たりの人口が657人に増加すると予測しており、飲料水へのアクセスが悪化することを懸念している。そのため政府は1989年のレベルを維持するには新たに6,600基の井戸・ポンプを建設しなければならないとしている。一基当たりの利用人口が増加すれば、過剰な施設の利用により故障や水資源の枯渇を招き、機能する施設数がさらに低下するという悪循環を招く。象牙海岸共和国において、ここ数年、水を原因とするメジナ虫症、下痢症などの疾病において状況の改善が見られない。その理由の一つは、この水源施設の実質的減少により、安全な飲料水の確保が困難な世帯が増加したためと考えられる。

3-10-2 衛生施設(トイレ、ゴミ・下水処理など)

衛生施設を管轄するのは保健省ではなく、公共事業省水管理局の下にある衛生施設部であるが、ここでは衛生環境に関するプログラムの中心は飲料水の供給であり、トイレやゴミ・下水処理対策はアビジャン以外ではほとんど行われていない。衛生施設に関するプログラムは、人口が密集し公衆衛生上の問題が特に大きな意味をもつアビジャン地域に限られ、この地域のみで1989年までに累計1,150億CFAフラン(約4億ドル)の大規

模な投資が行われた。

(1) トイレ・下水処理

政府資料によれば、1988年の時点でトイレのない世帯は、全世帯数の47%であった。衛生施設については地域格差が特に大きく、アビジャンではトイレのない世帯は11%にすぎないが、農村部では普及率が低く、71%の世帯にトイレがない。

農村部では、依然としてトイレの不備による病気が多く、農村部の2才から14才の子供の54%は寄生虫病にかかっている。農村では、トイレを使用する習慣のある人が少ないために住民にその必要性が理解されにくく、これがトイレの普及を困難なものとしている。また、利用可能なトイレを備えている学校は全体の41%にすぎない。下痢症が増加していることから、学童の衛生環境の悪化がうかがえる。

象牙海岸共和国において下水システムがあるのは、アビジャン、アヤメ、ボヌア、ダブー、ダオクロ、コロゴ、マンの7都市のみである。このうち、収集された家庭及び工場排水を海に流す前に簡易処理を行っているのはアビジャンのみで、その他の都市ではそのまま流されている。

(2) ゴミ処理

ゴミ回収は農村部ではほとんど行われていない。都市部においてもゴミが回収されている世帯の比率はアビジャンで80%、その他の都市で59%である(表 3-10-3)。回収システムのない地域では、ゴミを焼却処理せず、そのまま遺棄している。それも、一定の場所に捨てるのではなく無秩序に放棄しているため、高温多湿の気候下では容易に雑菌が繁殖し、伝染病の一因となっている。回収システムのある所でも、回収されたゴミは特別の処理を施すことなく、山林の中に捨てられている。

表 3-10-3 : 地域別ゴミ処理方法 (世帯数による比率)

(単位: %)

	アビジャン	その他の都市	農村部
収集車による回収	80.6	59.0	0.9
遺棄	19.4	40.7	97.3
焼却その他	-	0.3	1.8

Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire
1992 UNICEF より作成

経済状況の悪化により、既存のゴミ回収システムの維持も困難となってきている。政府は財政の逼迫に伴い、ゴミ収集事業を地方自治体に移管した。しかし地方自治体はその財政をすべて中央政府に依存(地方税は存在しない)しており、中央政府からゴミ回収のための予算を配分されない限り、ゴミの回収は財政的に不可能な状態である。このためアビジャンなどでゴミの回収頻度が低下しつつあり、たまったゴミによる都市部の環境悪化が懸念されている。

3-11 医薬品・医療用具・衛生材料

3-11-1 薬事行政

薬事行政をつかさどっているのは、保健社会保護省の薬剤局 (Direction des Services Pharmaceutiques) である。薬剤局には、薬事規制及び訴訟課と薬事課が設置されている。

また、医薬品の基準検査・品質管理は国立検査院によって行われている。

3-11-2 医薬品の購入・流通

(1) 歴史的沿革

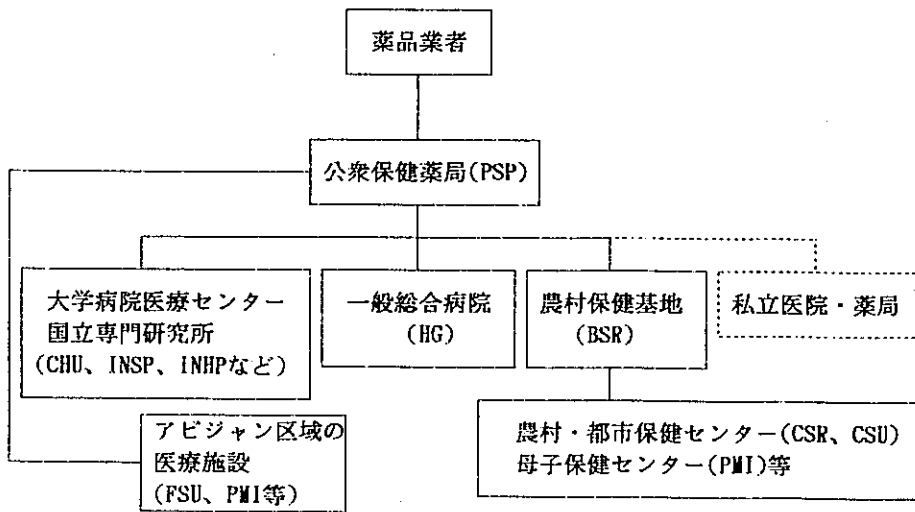
象牙海岸共和国では、1970年代必須医薬品は原則的に無料配布されていた。ところが、1980年代以降の不況と債務により政府の予算不足のため、プライマリー・ヘルス・ケアのサービスが国民に行き渡らなくなった。そこで、このような事態を改善するために、1988年に政府はバマコ・イニシアチブ(*)を採択し、本格的に医療品などの有料化をはじめ、各地方自治体で試験的にコスト回収を図るシステムを導入した。しかし、政府の慢性的な資金不足により、医薬品の在庫が確保できず、国民のニーズに応えることができなかった。ところが、1991年にECからの必須医薬品供給プログラムの活性化のための資金援助が供与された。これにより最も安い価格で医薬品を購入する国際入札システムが確立され、国内の公共医療機関への安定供給ができるようになり、以前よりも多くの国民が医薬品を容易に入手できるようになった。また、幾つかの公共医療機関においてコストの回収が見られるようになっている。

(*) バマコ・イニシアチブは、WHOとユニセフの協力のもと、1987年9月にマリのバマコで開かれたアフリカ各国の保健相会議で提唱された母子のプライマリー・ヘルス・ケア (基礎保健) 活動を推進する新たな活動である。バマコ・イニシアチブとは、必須医薬品と医療サービス・コストの受益者負担、及びその住民自身による管理運営によって基礎保健活動を活性化するシステムである。安価で品質のよい必須医薬品を回転資金とすることによって、これを実現しようとしている。

(2) 公衆保健薬局

政府は、必須医薬品・衛生材料などの安定供給を全国的に可能にするため、1984年に公衆保健薬局 (P S P - Pharmacie de Santé Publique) を設立した。P S Pは、医薬品・医療用具・衛生材料などの購入及び各公立医療機関への供給を行っている。しかしながら、政府が財政難に陥り医薬品業者に対する未払い債務が累積したため、納品がほぼ全面的に停止し、以後は機能していなかった。1990年6月に体制が見直され首脳部のメンバーが一新した時には、未払債務が約16億C F Aフランあり、医薬品や衛生材料などの在庫は底をついていた。1991年にECから約36億C F AフランがP S Pに供与され、現在では必須医薬品や基礎的な治療に必要な衛生材料の安定供給がされるようになった。

図 3-11-1: 公衆保健薬局から公共医療機関への必須医薬品供給の流れ

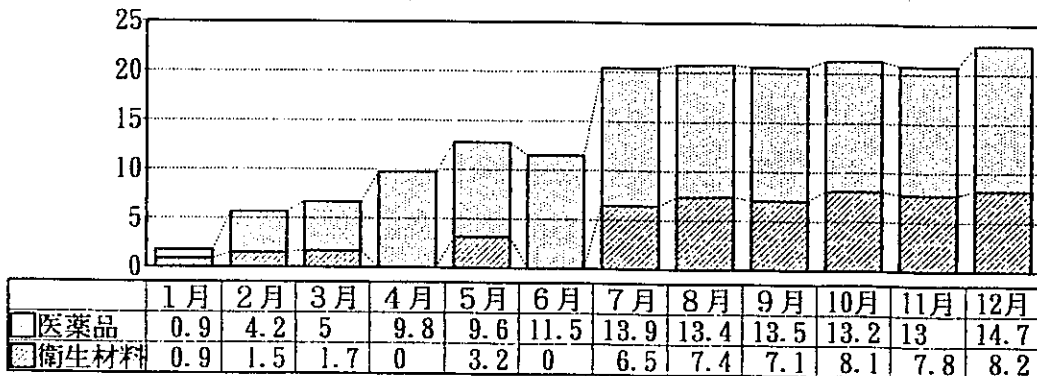


出典: Rapport d'Activité 1992 PSP

図 3-11-2 は、1991年における医薬品・医療用品の在庫状況である。ECの援助などによって、安定供給に必要な在庫が確保されるようになったことが分かる。新政策の導入により、必須医薬品の供給はかなり安定的かつ広範囲に行われるようになった。新政策では、購入薬品類をブランド名ではなく成分としての化学物質名で指定し、さらに国際入札により大量仕入れを行うことで仕入れ価格を下げ、医薬品価格を低く抑制する方策をとっている。なお、象牙海岸共和国では医薬品はほとんど製造されておらず、その多くを輸入に頼っている。

図 3-11-2: 1991年における医薬品・医療用品の在庫状況

(単位: 億CFAフラン)

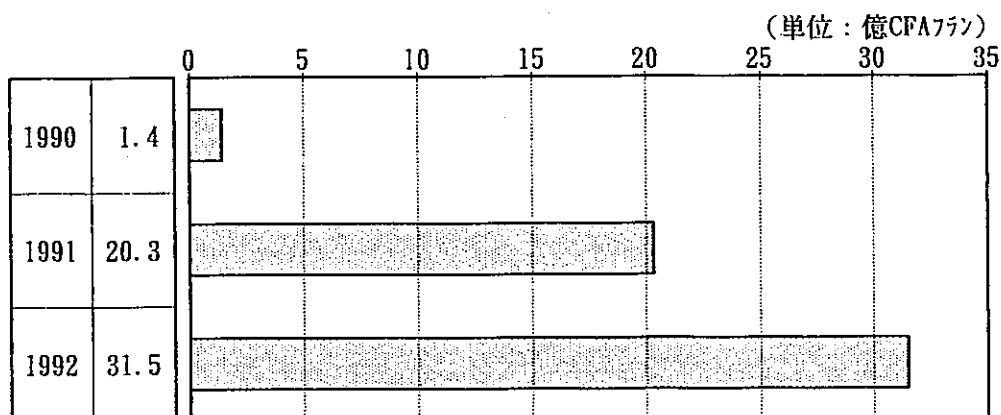


Rapport d'Activité 1992 PSP より作成

また、PSPは医薬品購入の合理化の一環として20/80と銘打ったリスト(必須医薬品の中で需要の高いほうから20%を占める薬品が売上高の80%を占めることからこの名が付

けられた)を作成し、薬品購入の合理化・計画化を図っている。この入札制度などの実施によって現在では医薬品価格は大幅に低下している。また、薬品価格の低下により、図 3-11-3 に示すようにP S Pの売上高も順調に伸びている。

図 3-11-3: P S P 年間売上高の推移



Rapport d'Activité 1992 PSP より作成

P S Pの1990～1992年の活動報告によると、売上額の上昇に伴い、収支バランスの改善が進んできている。1992年の民間薬局の売上高は約400億C F Aフランであるのに対し、P S Pの売上高は約31.5億C F Aフランにとどまっている。しかし、P S Pの売上高を市価に換算すると、総額90億～100億C F Aフランに相当する薬品を供給することになる。1992年にはP S Pの運営経費を除いて、この売上金により経営が成り立つようになった。将来的にはP S Pの経営が完全に自立したものとなることを目的としている。しかしながら、末端医療施設におけるコストを回収するのは現状から見てかなり困難である。

医薬品の価格は、P S Pから大学病院医療センター、国立専門研究所に販売する際はP S Pの仕入れ価格の20%増とする。末端の医療施設に対しては、P S Pから地方の薬品卸売センターの役割を果たす農村保健基地を通じて医薬品を供給する。農村保健基地はP S Pの仕入れ価格の12%増で購入し、農村保健センターなどへ仕入れ価格の20%増（P S Pが大学病院医療センター等に販売する価格と同額）で供給する。各施設はその価格を約10%増にして患者に販売する。この結果、患者はどの医療施設でも同価格でP S Pの供給する医薬品を入手することができる。

中央政府による地方分権化の推進に伴い、P S Pも分権化に努めている。例えば28カ所の農村保健基地に、地方末端の医療施設への医薬品供給業務を委託することにより、P S Pから直接医薬品を供給する医療施設を1,522から442まで減らしている。また、政府はP S Pの在庫が払底しないように、医薬品の注文から購入までの手続きを迅速化するための新しい規則を作成中である。

3-11-3 公共薬局と民間薬局

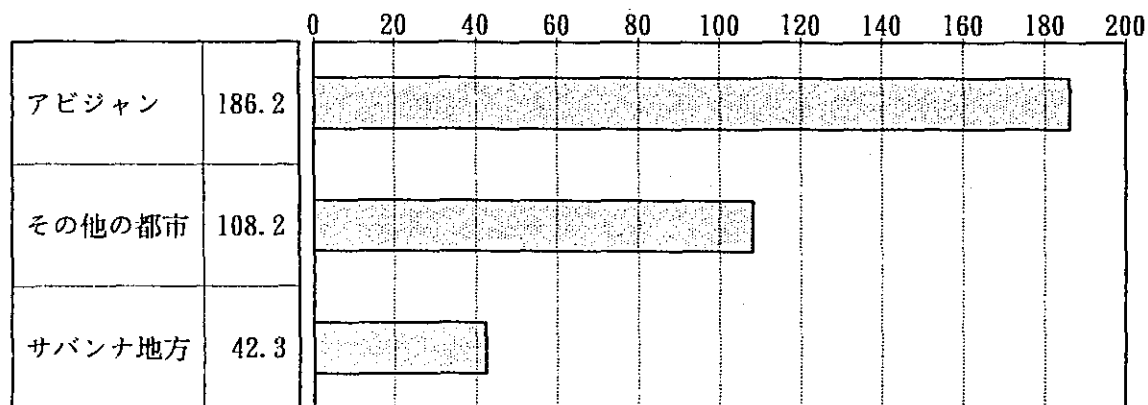
象牙海岸共和国では、医療機関で処方箋を受け取って、公共医療機関や民間の薬局などで薬を購入することが一般化されている。PSPが機能しはじめたことにより、国民は公共医療機関の薬局で民間薬局の価格よりも廉価で薬品が入手できる。例えば、同国で最も利用されている100種類の必須医薬品については市価の約3分の1の価格で販売されており、格差の最も顕著なアスピリンは市価よりも93%も安くなっている。

しかし多くの国民にとっては依然として、医療機関の発行する処方箋に記載された薬をすべて購入することは経済的に負担が大きい。ユニセフの現状分析報告書（1992）によると、農村部において発行された処方箋どおりに薬品を購入した患者の割合は、低いところでは40%程度にすぎず、また処方箋に記載された薬品の数が少ないほど患者が処方箋どおりに医薬品を買い求める比率が上がるとしている。医療機関の指示どおりに薬品を購入できないために、伝統的な医療師などから入手する薬草などから作られた安価な薬を、日本における家庭常備薬のように処方箋なしで使用することも多い。

民間の薬局は全国で303あるが、主に都市部に集中し、農村部の住民にとってはアクセスが悪い上に、民間薬局の薬品は大多数の国民には非常に高価である。民間薬局の扱う薬品は種類も豊富で、薬効性の高いものも多いため、一部の高所得者層や公務員（健康保険により薬品購入費の7割が払い戻される）は民間薬局を利用する傾向にある。しかし、一般の人々も公共医療機関の薬局で扱う必須薬品以外のものや、在庫のない医薬品が必要な際は、民間薬局を利用せざるをえない場合もある。

政府資料によれば、1990年の国民一人当たりの薬品消費額は3,915 C F Aフランであった。これは農業労働者農業平均年収である46,804 C F Aフラン（保健社会保護省/1993）と比較し、負担の大きいものとなっている。下記の図 3-11-4 に示すように、全国平均を100とした各地方の医薬品消費額の比率は、高額所得者の多いアビジャンでは高いが、貧困層の多いサバンナ地方では全国平均を大きく下回っている。このことから多くの国民にとって医薬品の入手が経済的に困難であることがわかる。政府は2000年までに薬品消費量を減少させる事なく、国民一人当たりの薬品購入のための支出を2,900 C F Aフランまで低下させなければならないとしている。

図 3-11-4: 医薬品消費額に関する地方格差 (全国平均=100)



Santé et Protection Sociale en Côte d'Ivoire Instrument Politique 1993 より作成

3-12 試験研究機関

(1) パスツール研究所 - Institut Pasteur

郵便宛て先 : 01 B P 490 Abidjan 01 Côte d'Ivoire

電話連絡先 : TEL 45-33-30(本部) / 44-33-46(ココディ大学)

1972年設立。黄熱病、ポリオ、狂犬病、インフルエンザ、肝炎、エイズのようなウイルス性疾患の研究所。同病院の臨床検査室はココディ大学病院医療センターも利用しており、研究者15人、技術者25人及びその他の使用人129人を擁している。また、資料室を建設中である。

(2) ピエール・リシェ研究所 - Institut Pierre Richet

郵便宛て先 : B P 1500 Bouaké Côte d'Ivoire

電話連絡先 : 63-37-46 63-27-38(Fax)

1973年設立。マラリア、オンコセルカ症、睡眠病など昆虫を媒介として感染する風土病を研究している。従来から政府の重要疾病対策実施に常に協力してきており、人材養成及びフィールドスタディなどを実施している。人材養成では、これらの疾病の研究者と疾病検査などのための技術者の養成を実施している。また、同研究所の図書館にはこれらの疾病についての貴重な資料やオンコセルカ症対策プログラムについての文献がそろっている。

(3) 国立保健院 - Institut Nationale Sante Publique

国立保健院は、政府の国立専門研究所の一つであり、公衆保健に関する調査や各医療機関に対する指導を行うとともに検査や治療なども実施している。また、保健衛生・栄養などに関する教育活動の推進も実施している。

(4) ラウル・フォルロー研究所 - Institut Raoul Follereau

母体はフランスに本部のあるハンセン病対策専門のNGO(非政府機関)であるが、象牙海岸共和国では政府の国立専門研究所の一つとして活動している。所在地はアソペである。活動内容は患者の治療、ハンセン病に関する研究、ハンセン病治療にかかわる人材の養成、ハンセン病の治療を実施する医療施設の監督・指導である。

(5) アビジャン循環器研究所 - Institut de Cardiologie d'Abidjan

アビジャンのトレッシュヴィル大学病院の敷地内にあるが、完全に独立した別組織で循環器疾患に関する研究を実施している。

3-13 医療情報システム

象牙海岸共和国における医療関係の統計は、現在までのところ、非常に断片的にしか存在していない。このため正確な現状把握ができず、各種の疾病対策、予防接種、家族計画など保健医療関係のプログラム作成・実施の妨げとなっている。

3-13-1 医療情報システムの現状と問題点

予防接種プログラム実施のためのデータ収集は、かなり以前から実施されており、1970年代後半には既に行われていた。しかし、1992年のUSAIDの資料によれば、26の農村保健基地（1993年現在は28カ所）のうちデータの提出があったのは僅かに7カ所で、予防接種に関するデータ収集はあまり機能していなかったことがわかる。

医療施設外来患者の疾病・死亡については、1983年から一定の報告用紙を用いた月間疾病報告（Rapport Mensuel de Morbidité）が実施されている。この報告書は主に128に分類された疾病について報告するためのものであるが、それ以外にも外来患者数、実施した予防接種の回数などを記入する欄が設けられている。用紙は看護婦（士）や助産婦によって記入された後、国立保健院に送付され、毎年分析される。ただし、この報告は外来患者のみを対象にしており、入院患者については、一部の病院の年間活動報告の中でその数が報告されている程度である。

しかし、この外来患者についての疾病報告制度も確立されたシステムではなく、問題点が多い。まず、報告のための用紙は全医療施設に配布されておらず、回収率も低い。例えば1990年11月の調査では、総合病院のH2クラスの病院で48%、母子保健センターの10%が報告用紙を提出したにすぎなかった。また、報告内容についても、データの収集方法が統一されておらず、施設間でデータの質の格差が大きい。この結果、回収された報告書のデータを分析しても統計的な意味がなく、保健政策の決定に寄与するものとはなっていない。さらに、基本的に報告用紙の項目自体が政策決定に必要な項目と必ずしも合致しないため、収集されたデータが十分生かされていない。

また、エイズ患者の急激な増加により、1988年にエイズ症例報告システムが始まった。これは医師に対してエイズへの感染が判明した人について年齢、性別などの報告を求めるものである。しかし、このシステムは医師に報告を義務づけるものではないため、象牙海岸共和国のエイズ統計は不正確なレベルにとどまっている。

保健社会保護省はカナダ政府の協力により、1991年から2年の計画で疾病サーベイランス支援プログラムを実施した。国内の8地方を対象として、疾病・死亡に関する統計のためのデータ収集や分析などを行うために、人材の養成と機材の供与を行った。特にコンピュータによるデータ処理ができる人材の養成に力が注がれた。プログラム実施以降、地方におけるデータの収集に改善が見られている。

3-13-2 情報システムの政府改善策

情報システムの効率を改善させるため、政府は1993年6月に「情報・管理システムの実施に関する行動計画」(Plan d'Action de Mise en oeuvre du Système d'Information et de Gestion — 以降情報・管理システムをSIGと略称する)を発表した。この計画では、情報管理のための技術委員会を保健社会保護省内に設置することをはじめとして、データの収集、処理などの方法をシステム化し、機能を向上させるための提言が行われている。政府が情報システム改善に関し掲げた目標は、次の3点である。

目標

- ①データ収集の対象医療施設を拡大し、収集システムを強化する。
- ②人材の養成、情報処理機器の導入を行い、データ処理体制を整備する。
- ③収集・処理したデータを活用し、保健政策にフィードバックする。

なお、プライマリー・ヘルス・ケア国家計画の中では今後の保健政策推進上、以下の項目に関する統計が必要であるとしている。

- ・ 疾病、死亡 ・ 医療従事者 ・ 医療用設備（特にベッド数）
- ・ 各医療機関の財政状態 ・ 母子保健に関する統計(予防接種、産前検診など)
- ・ 医薬品の在庫および収支状況

対策

上記の目標達成のために、下記の対策が講じられている。

- ①報告対象施設の拡大：病院及び農村保健基地の監督下にある医療施設の全てをデータ収集の対象とし、月間報告の提出を求める。また全病院で入院患者に関するデータを作成させる。
- ②報告疾病の統一：全国的なデータ収集の対象となる月間報告に記載すべき疾病は表 3-13-1 のとおりである。なお、エイズ、結核、コレラ、黄熱病、ジフテリア、精神障害・事故などの個別のサーベイランス・システムによって処理される疾病、及び検査によって罹患の有無を確認する必要のある睡眠病、腸チフス、マンソン住血吸虫症などについては、このリストから除外されている。

表 3-13-1: 月間報告の疾病項目

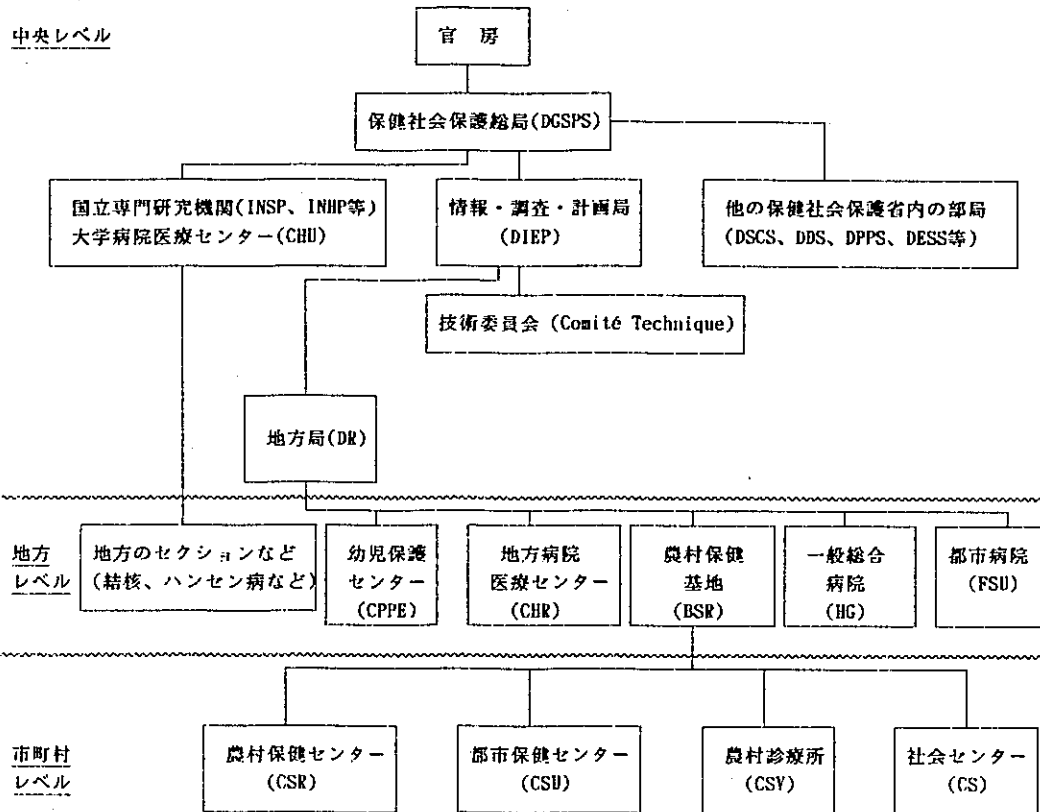
<u>予防接種プログラムの対象となっている疾病</u>
ポリオ、麻疹、破傷風、新生児破傷風、百日咳
<u>重要疾病</u>
マラリア、ハンセン病、フランベジア、ビルハルツ住血吸虫症、 メジナ虫症、オンコセルカ症、ビュリリ (Burili) 潰瘍
<u>一般の疾病</u>
下痢症、呼吸器感染症、性行為感染症、栄養失調、甲状腺腫、水痘、 流行性耳下腺炎、結膜炎、髄膜炎、肝炎
<u>妊娠・出産に関する疾病</u>
中絶、難産、産後出血、母体・胎児への危険が予測される出産

③報告用紙の統一：各医療施設で用いる報告用紙は以下の4種類とし、これに、報告のための注意事項を記したマニュアルを添えて配布する。

- ・全施設に配布する外来患者記録簿
- ・大学病院医療センター(CHU)、地方病院医療センター(CHR)、一般総合病院(HG)に配布する入院患者記録簿
- ・同じくCHR・CHU・HGに配布する月間活動報告用紙
- ・上記の月間活動報告用紙配布の対象外の医療施設である農村・都市の保健センターなどに配布する、第1次医療レベルの医療機関月間疾病報告用紙

④組織化及び組織相互の連携強化：医療情報の収集のためには組織化が不可欠である。政府はデータ収集の組織化を図るとともに責任の所在を明確化し、データの回収率を向上させようとしている。図 3-13-1 に情報管理システム(SIG)の流れを示す。

図 3-13-1: 情報管理システム(S I G)の流れ



出典: Plan d'Action de mise en oeuvre du Système d'Information et de Gestion 1993 より作成

中央レベル

S I Gについて全体的な責任を負うのは情報・調査・計画局である。情報・調査・計画局は、保健社会保護総局の監督の下に他の部局と協議のうえ、S I Gの行動計画を執行する。技術委員会及び地方局がこれを補佐する。技術委員会は1993年に保健社会保護省内に設置された機関で、16名の委員からなる。技術委員会はS I G実施のためのシステムの導入、普及を図り、このための組織作りや人材養成を行う。地方局は、技術委員会によって作成されたS I Gプロジェクトの地方での実施について管理・監督を行い、また管轄地域の医療施設から収集されたデータを処理する。

地方レベル

各医療施設はそれぞれデータを収集して報告する。農村保健基地は基地内の患者についてデータを収集するとともに、末端医療機関から提出のあったデータの処理を行う。末端の医療機関のデータの作成や提出について責任を負うのは各農村保健基地のチーフ・ドクターである。データ処理技術のある行政官1名がこれを補助する。地方レベル全体のS I Gの管理責任者は各地方の地方局長(Directeur Régional)である。

市町村レベル

各施設で配布された用紙の様式に従ってデータを収集、農村保健基地に提出する。

第3編参考文献

- | | |
|--|----------------|
| Analyse de la Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire | UNICEF |
| Plan d'Opération du Programme Santé YH 201 | UNICEF |
| Plan Cadre d'Opération Programme de Coopération 1992-96 | UNICEF |
| 世界子供白書 1992, 1993, 1994 | ユニセフ |
| World Epidemiological Record 1993 No. 18, 21, 25, 30 | WHO |
| OMS - Côte d'Ivoire 10ans de Partenariat 1993 | WHO |
| Les Infections Respiratoires Aiguës 1990 | WHO |
| Projet de Budget Programme 1994-1995 | WHO |
| World Development Report | The World Bank |
| Malnutrition in Côte d'Ivoire 1990 | The World Bank |
| Cost Recovery in the Health Care Sector 1988 | The World Bank |
| Human Development Report | UNDP |
| World Population Policies vol.1 1987 | United Nations |
| The State of World Population 1993 | UNFPA |
| La Protection Sociale et Sanitaire en Côte d'Ivoire 1993 | 保健社会保護省 |
| Santé et Protection Sociale en Côte d'Ivoire 1993 | 保健社会保護省 |
| Demande d'Accord de Projet au Fonds des Nations Unies pour la Population | 保健社会保護省 |
| Programme National de Lutte contre le Paludisme 1992 | 保健社会保護省 |
| Programme National de Lutte Antituberculeuse en Côte d'Ivoire | 保健社会保護省 |
| Programme National de Lutte contre la Lèpre | 保健社会保護省 |
| Rapport d'Evaluation des Activités de Lutte Anti-Lépreuse en Côte d'Ivoire
du 14 au 28 novembre 1992 | 保健社会保護省 |
| Actualisation du Plan de Dévolution du Programme de Lutte contre l'Onchocercose
en Côte d'Ivoire : Lutte contre l'Onchocercose, la Trypanosomiase Humaine,
les Bilharzioses et Eradication de la Dracunculose 1993 | 保健社会保護省 |
| Programme National des Soins de Santé Primaires | 保健社会保護省 |
| Déclaration de Politique Nationale sur l'Organisation des Soins de Santé Primaires | 保健社会保護省 |
| Les Infection Respiratoire Aiguës en Milieu Rural Ivoirien | |
| 3 Année de Surveillance Epidémiologique 1993 | 保健社会保護省 |
| Plan d'Action de Lutte contre le Pian | 保健社会保護省 |
| Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques et le Choléra
en Côte d'Ivoire 1992 | 保健社会保護省 |
| Programme de Valorisation des Ressources Humaines | |
| Planification-Programmation-Budgétisation
dans le secteur de Santé 1991 | 保健社会保護省 |
| Plan d'Action de mise en oeuvre du Système d'Information et de Gestion | 保健社会保護省 |
| 1991年12月11日の政令(Décret No. 91-814) | 保健社会保護省 |
| 保健社会保護省提供資料 | 保健社会保護省 |
| Proposition de Plan d'Action de l'Eradication de la Poliomyélite 1990 | 保健人口省 |
| Evaluation de la Première Phase du Plan à Moyen Terme de Lutte contre le SIDA | エイズ対策委員会 |

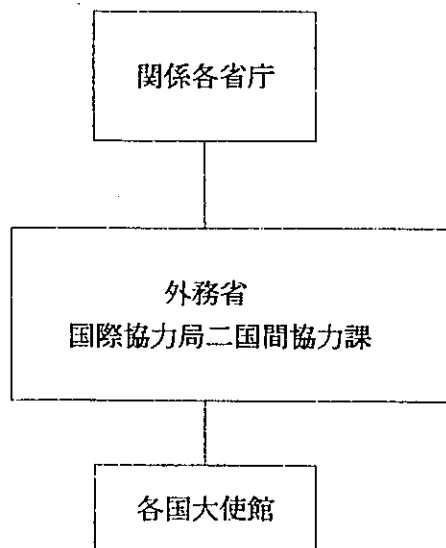
第4編 保健医療協力

4-1 協力要請の仕組み

(1) 協力要請機構

援助要請案件については各関連省庁で起案されるが、各案件についてどの援助国にどのようなプライオリティーで要請するかは、首相府、大蔵経済計画省及び外務省で協議のうえなされ、外務省を窓口として援助国に要請される。また、要請案件が実現し、援助国政府との間に協定を締結する権限は外務省が有する。保健医療分野は保健社会保護省の管轄である。

図 4-1: 案件要請手続(象牙海岸共和国)



出典：国別協力情報ファイル コートジボアール 1992 国際協力事業団

(2) 協力受け入れ機構

研修員派遣に関しては候補者が関連各省庁から推薦を受け、外務省を窓口として援助国に受け入れの要請を行う。毎年約20名ほどの研修生が来日しており、農業分野が比較的多い。

4-2 国際機関、我が国を除く諸外国、NGOの協力動向

(1) 象牙海岸共和国援助受取額の推移

表 4-1: 対象象牙海岸共和国政府開発援助額の推移

(単位:100万ドル)

	1988年	1989年	1990年	1991年
2国間				
ベルギー	4.8	3.7	3.4	3.6
カナダ	11.4	10.1	11.9	10.8
フランス	162.8	196.5	416.3	309.7
ドイツ	19.4	13.5	19.2	28.2
日本	18.4	25.8	55.1	48.0
アメリカ合衆国	3.0	6.0	17.0	19.0
その他	6.7	4.5	7.5	15.4
合計	226.3	260.1	530.3	434.6
多国間				
アフリカ開発銀行	-	-	-	-
EC	206.1	132.6	136.4	137.5
IDA	-	-	-	31.0
IFAD	0.6	1.0	0.5	0.5
UNDP	3.9	4.0	6.9	5.6
WFP	0.1	1.9	6.6	5.6
UNHCR	0.3	0.3	6.0	9.7
その他	-11.8	-4.2	2.3	8.2
合計	199.1	135.4	158.7	198.0

出典：Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Country
1988/1991 OECD

表 4-2: セクター別援助流入内訳

(%)

セクター	1988	1989	1990	1991
教育	1	0	0	1
保健・医療	0	1	2	1
その他の社会セクター・インフラ	0	10	1	20
給水・トイレ・下水施設	-	0	10	-
エネルギー	28	15	4	4
テレ・コミュニケーション	-	0	-	-
交通・運輸	27	1	2	-
農業	23	35	29	4
工業	-	-	-	-
製造業	2	1	0	0
貿易・金融・観光	0	0	-	28
技術協力	11	14	13	3
マルチ・セクター援助	0	0	0	16
プログラム	-	16	25	20
債務再建	7	7	11	1
食料援助	0	1	1	1
緊急援助	-	-	0	0
その他	-	-	-	-

出典 : Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Country
1988/1991 OECD

註) この統計の合計はいずれの年についても 100%にならないが、原典どおり引用した。

表 4-2に見るとおり、保健医療分野における援助の割合はここ数年援助全体の 0～2%と低くなっている。

1989年から1991年までの保健・衛生分野における援助内容の内訳を以下に示す。

表 4-3: 保健・衛生分野援助内訳

(単位: 1,000ドル)

	1988	1989	1990	1991
①保健分野				
政策・計画	7,040 (63.6)	6,051 (35.7)	3,532 (26.3)	13,410 (57.6)
P H C	277 (2.5)	1,138 (6.7)	1,122 (8.4)	219 (0.9)
疾病予防	130 (1.2)	4,693 (27.6)	3,695 (27.6)	3,181 (13.7)
家族計画		37 (0.2)	37 (0.3)	2,980 (12.8)
病院・クリニック	421 (3.8)	432 (2.5)	506 (3.8)	866 (3.7)
合計	7,868 (71.1)	12,351 (72.7)	8,892 (66.4)	20,656 (88.7)
②社会開発				
給水・衛生	3,205 (28.9)	4,645 (27.3)	4,494 (33.6)	2,623 (11.3)
①+②	11,073(100.0)	16,996(100.0)	13,386(100.0)	23,279(100.0)

註) カッコ内は各年の保健・衛生分野全体に占めるそれぞれの割合である。
Coopération au Développement Côte d'Ivoire 1992 UNDPより作成

4-2-1 国際機関

4-2-1-1 UNICEF (United Nations Children Fund : ユニセフ)

(1) 概況

ユニセフは、象牙海岸共和国において以下の5分野で活動している。

1) 保健

- ・バマコ・イニシアチブによるコミュニティ・ヘルスの推進
- ・予防接種と下痢症に関する国家プログラムの支援

2) 水・衛生施設と環境衛生 (メジナ虫症及び水因性疾病対策)

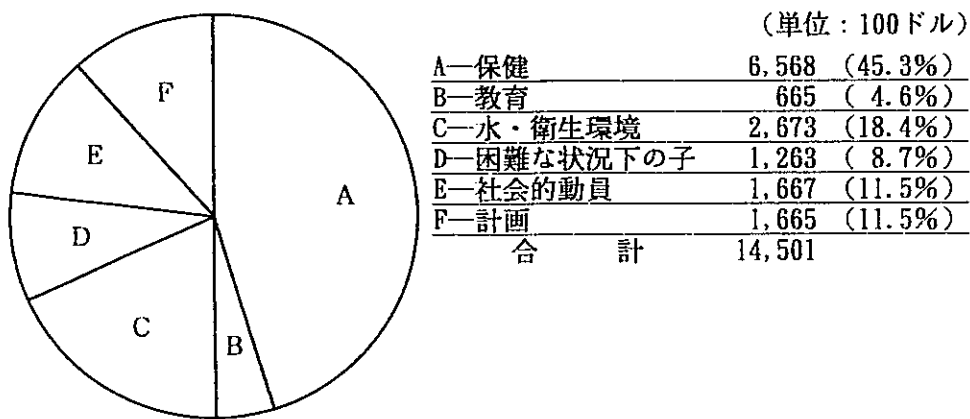
3) 教育

4) 困難な状況下にある子供 (ストリートチルドレンの社会化の支援)

5) 社会的動員のための活動 (各セクタープログラムの円滑な運営のための国民への情報普及活動の推進)

6) 計画化 (統計収集体制の強化)

図 4-2: ユニセフの対象牙海岸共和国援助の予算内訳



註) この予算額は1992年～1996年までの予算総額である。

Plan Cadre d'Opération Programme de Coopération 1992-1996 UNICEF より作成

(2) ユニセフプログラムの目標

子供と女性のおかれている状況を改善し、乳幼児死亡率や妊産婦死亡率及び栄養失調を改善するため、現在、ユニセフでは基礎的な保健・社会サービスを強化することを目的として5カ年計画（1992年～1996年）を実施しており、以下の3点を目標に掲げている。

- ①乳児死亡率（1才未満）を1996年までに出生1,000対80に、2000年までに同50に低下させる。
- ②5才未満児死亡率を1996年までに出生1,000対120に、2000年までに同80に低下させる。
- ③妊産婦死亡率を1996年までに出生10万対600に、2000年までに同450に低下させる。

ユニセフはこれらの目標を実現するために特にプライマリー・ヘルス・ケアを国民の大多数に保障することが不可欠であると考えており、そのための体制整備に尽力している。プライマリー・ヘルス・ケア普及に不可欠な保健医療サービスとして、予防接種、妊産婦検診、出産の際の医療従事者などによる立会いの確保、下痢症及び急性呼吸器感染症対策、結核、マラリア、ハンセン病、オンコセルカ症、性行為感染症等を含む疾病対策、エイズ予防の徹底、保健教育を挙げている。

また、ユニセフは象牙海岸共和国における活動推進上の問題点として国家財政の悪化による国民生活の窮乏化、医療・教育施設の不整備、女性と子供の健康維持のために必要な情報の不足、統計の不足による社会状況把握の困難さ（近年国民生活の質の低下が明らかに感じられているにもかかわらずそれを数値的に裏付ける統計が不足している）などを挙げている。

以下に、保健プログラム及び保健と深く関連する水・衛生施設と環境衛生プログラムについて述べる。

(3) 保健プログラム

ユニセフの保健プログラムは「バマコ・イニシアチブによるコミュニティ・ヘルスの推進」、「予防接種と下痢症に関する国家プログラムの支援」の2部から成り立っている。

「バマコ・イニシアチブによるコミュニティ・ヘルスの推進」の部ではプライマリー・ヘルス・ケアの推進のために必要な条件の整備、たとえばプライマリー・ヘルス・ケアに関する国家政策の立案、関連する政府機関や地方行政機構の機能強化、地域コミュニティに対する財政負担の呼びかけ、保健・衛生に関する活動へのコミュニティの参加の奨励などを内容としている。このプログラムは1996年までに国民の75%に予防的ケアを、50%に治療的ケアを保障するものとしている。なお、この部に含まれる特筆すべきプログラムとして、「赤ちゃんにやさしい病院」イニシアチブがある。これは、開発途上国で母乳育児の利点についての認識がまだ浅いため、人工栄養による哺育によって子供が栄養失調に陥ったり死亡したりするケースが多いことからユニセフがWHOと共同で出した宣言で、出産後の母親を自然に母乳哺育に導入するために必要な条件を提示したものである（このイニシアチブの実施によって採択された「母乳育児成功のための10カ条」及び人工栄養の

乳児の健康に及ぼす影響については 3-4-2-3 母乳哺育および離乳の項を参照)。

「予防接種と下痢症に関する国家プログラムの支援」の部では、1978年以来象牙海岸共和国で実績を上げている予防接種プログラムの新しい方針、即ちバマコ・イニシアチブによる受益者負担を導入しての継続的かつ拡大的实施を提言している。具体的な計画としては、コールド・チェーンの整備や農村保健基地などの予防接種実施機関の機能強化、予防接種についてのデータ収集の改善などが挙げられる。これにより、1才未満児の予防接種率(三種混合の第3回終了による)及び妊娠可能年齢の女性の予防接種率(新生児破傷風予防接種第2回終了による)を80%まで引き上げることを目指している。また、下痢症については、象牙海岸共和国で下痢症が依然として子供の健康を阻害する要因の一つになっていることに鑑み、経口補水塩の使用法や下痢症予防についての医療従事者及び国民に対する普及活動の実施、地方レベルでの経口補水塩センター設立などの施策を講じることによって、5才以下の下痢症に罹患した子供の50%が適切な治療を受けられる体制の整備を提言している。

表 4-4: ユニセフ保健プログラム予算

(単位: 100ドル)

プロジェクト	1992年	1993年	1994年	1995年	1996年	合計
コミュニティ・ヘルスの発展	598.0	595.0	678.0	801.0	600.0	3,272.0
予防接種・下痢症	520.2	708.0	727.0	664.0	677.0	3,296.0
合計	1,118.0	1303.0	1,405.0	1,465.0	1,277.0	6,568.0

出典: Plan Cadre d'Opération Programme de Coopération 1992-1996 UNICEF

(4) 水・衛生施設と環境衛生プログラム

このプログラムは、メジナ虫症罹患率の高い13郡を対象地域としてメジナ虫を駆除し、下痢症、寄生虫症などの子供の水因性疾病罹患率及び下痢症による死亡率を減少させることを目指している。プログラム実施に際しては、受益コミュニティの協力も得て、疾病統計の整備、環境衛生確保のためのトイレをはじめとする衛生施設の建設、衛生についての普及活動等を実施する。特にメジナ虫症などの疾病に罹患する理由や、生活環境を改善することの大切さを、各種の教育備品などを用いながら普及する。さらにこれらの活動についての事後評価も行う。

表 4-5: ユニセフ環境衛生プログラム予算

(単位: 100ドル)

1992年	1993年	1994年	1995年	1996年	合計
242.0	1,163	706.0	294.0	268.0	2,673.0

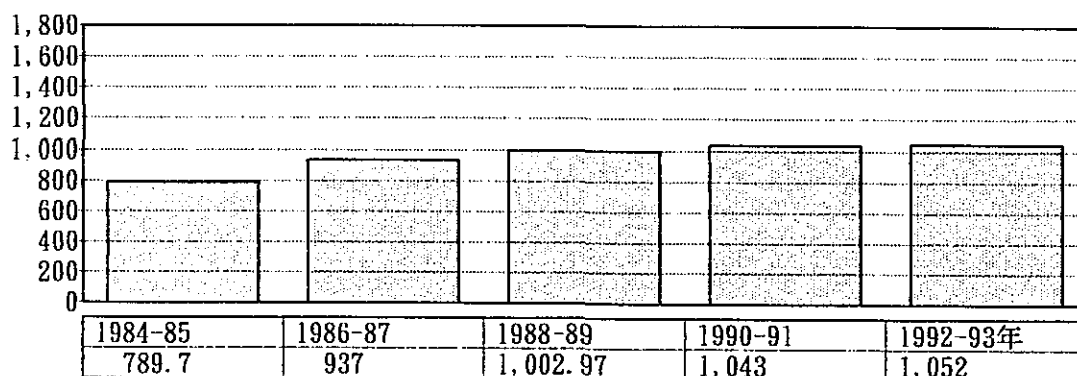
出典: Plan Cadre d'Opération Programme de Coopération 1992-1996 UNICEF

4-2-1-2 WHO (World Health Organization : 世界保健機構)

WHOは象牙海岸共和国においてプライマリー・ヘルス・ケアプログラムをはじめとするすべての保健医療活動に協力している。WHOの対象象牙海岸共和国援助額の近年の推移は以下のとおりである。

図 4-3: WHOの対象象牙海岸共和国援助額の推移

(単位: 1,000ドル)



OMS - Côte d'Ivoire 10ans de Partenariat 1983-1992 1993 WHOより作成

現在、WHOは、人材養成、エイズ対策、オンコセルカ対策、熱帯風土病の調査、他のギニア湾岸諸国への協力を実施している。このうちオンコセルカ対策については、同疾病が象牙海岸共和国で減少しているため、現状維持のための協力を実施する程度に活動を縮小している。以下に、象牙海岸共和国においてWHOが優先的に実施している人材養成、エイズ対策及び熱帯風土病の調査について述べる。

(1) 人材養成

医療従事者の養成は国の保健システムが機能するための重要な鍵であるとの認識から、政府は過去10年間人材の養成に尽力して来た。具体的には、医学生の方地方農村部における実地研修支援（このプログラムは1989年までで終了した）、使節団の派遣による医学情報

の提供、国内、外国でのコートジボアール人医療技術者（レントゲン技師など）や看護教諭の養成、医事行政管理職の養成、奨学金の支給などを実施している。

（2）エイズ及び性行為感染症対策

象牙海岸共和国におけるエイズの拡散防止に寄与するため、WHOは1986年に実態を正確に把握して対策に必要な費用を算出するための調査を実施した。その後、1987年6月に短期緊急計画の性格を持つプログラムが策定され、疾病データ収集システムの作成、エイズ及び性行為感染症分野における医療従事者の養成、国民に対する啓蒙活動の3点をこのプログラムの中核とした。なお、このプログラムに対してWHOが拠出した金額は29万4,500ドルであった。

その後WHOは1989年12月に政府の中期計画作成を援助した。この中期計画の中でWHOはエイズ対策プログラムの運営、プログラム実施についての地方分権化、及びエイズ対策に対する各方面からの参加の促進、IEC、データの収集、検査の実施について援助するとしている。このために1988年から1993年の間に266万6,403ドルが拠出（この金額は技術援助すなわち専門家派遣などの費用を含んでいない）された。

また、WHOは政府と協力して援助機関の間の調整にも尽力、毎年援助国会議の開催を支援している。

（3）熱帯風土病に関する調査の支援

WHOは熱帯風土病である睡眠病及びその他の寄生虫症対策のため、調査・研究及び人材養成のプログラムを行っている。

〔研究プログラム〕

1975年、睡眠病の調査・研究プログラムに関する協定がWHOと政府との間に締結された。このプログラムは疾病の現状に関する調査および治療法に関する調査の2つの目的を掲げるもので、ブアケ、ダロアの2地域において活動を実施していた。実態調査は1983年で終了し、その後は治療法に関する医学的調査だけが継続された。また、この時期から本プログラムを政府の所轄に移すための段階的措置が取られ、プログラムの責任者であるチーフ・ドクターにコートジボアール人医師が選出された。プログラムは1985年6月に象牙海岸共和国政府に公式に委託された。

WHOは、検査室1室の建設費用及び巡回指導用車両10台を提供、これに要した費用の総額は7,780万CFAフランであった。さらに1985年7月から1993年6月の間に治療法、疾病、検査施設などに関する調査及び人材養成について3億2,703万4,200CFAフランが拠出された。

〔人材養成プログラム〕

政府は1981年WHOアフリカ地域委員会の推奨により、WHOの支援を受けながらブアケに熱帯病研究の人材を養成するための大学センター（CEMV-Centre Universitaire

de Formation en Entomologie Médicale et Vétérinaire) を建設した。以降同センターはWHOからの財政的・技術的援助を受けており、アビジャン大学の一機関であるのみならず、フランス語圏アフリカ全体の研究センターの性格を持っている。

このセンターで1981年から1992年に研修を受けたアフリカ16カ国からの48名のうち45名がWHOの奨学金を利用した。このセンターは以下の3分野を主に研究している。

WHOの拠出金(ドル)

睡眠病及びツェツェ蠅	371,000
住血吸虫症	102,500
女性と熱帯病	10,000

なお、WHOは1994年から以下に掲げる新しい活動を推進しようとしている。

- ・環境が健康に及ぼす影響及び環境汚染に対する国家計画の実施
- ・糖尿病、循環器系疾患、麻薬の常習などについての現状分析の実施
- ・カナダ政府(CIDA)と協力し、疾病データ作成に関する地方独自の活動を奨励
- ・アビジャン市と協力して都市住民の健康状態の改善のための活動を実施
- ・麻薬対策

4-2-1-3 The World Bank(世界銀行)

1964年に世界銀行(以降世銀と略称する)が融資を開始して以来、象牙海岸共和国は70のプロジェクトを世銀の融資によって実施している。世銀による融資総額は約30億ドルに上っており、うち52%が1981年以降の構造調整に利用されている。それ以外では、農業、運輸などの分野への融資が多く、保健分野への融資は全体の2.4%となっている。

1993年6月現在、14プロジェクトが施行されているが、うち7プロジェクトが1993年中に終了する予定である。この中で融資額が高いものは財政部門調整融資(PASFI-2億ドル)、人的資源活用計画(1億5,000万ドル)、競争力調整プログラム(PASCO-1億5,000万ドル)の3件である。このうち、2億5,000万ドルがまだ融資されていない。人的資源活用計画は人的資源の再分配により教育、保健、雇用をはじめ、関連各セクター全体の効率の上昇を目指すもので、現行の保健政策は全てこの計画との整合性を持たせて進められている。

次に、象牙海岸共和国における1993年現在の世銀の保健・衛生プロジェクトについて述べる。

(1) 健康及び人口プロジェクト

このプロジェクトは1986年から実施された総額2,970万ドル（うち2,220万ドルが世銀融資）のプロジェクトで、UNFPA及びFAC（フランス協力基金-Fonds d'Aide et de Coopération）との共同プロジェクトである。本来1992年6月に終了する予定であったが、象牙海岸共和国政府が融資に際しての貸付条件（コンディショナリティ）を満たせなかったために中断、1,880万ドルが融資されたままで現在に至っている。

本プロジェクトは、①看護師の増員と看護教育の改善、②保健社会保護省の機能強化、③国勢調査及び移民に関する調査の実施の3点から構成されており、それらの内容、現状及び成果は以下のとおりである。

- ①看護師の増員と看護教育の改善：i)トレッシュヴィル大学病院看護学校の改修及びブアケ、コロゴへの看護婦学校の新設、ii)医療従事者養成のための新規プログラムの開発及び教師の養成、iii)学校への備品の提供を内容としている。現在トレッシュヴィルとブアケの看護学校は機能している。また看護従事者養成教育の内容はより実習重視のものに変更された。
- ②保健社会保護省の機能強化：i)運営及び組織のための部署の設置、ii)情報管理システムの開発による統計分析能力の向上、iii)医薬品管理能力及び病院の管理の改善を内容としている。運営・組織のための部署は機能しており、情報管理システムの開発も行われている。医薬品管理についてはECの協力で大きく改善された。また、（大学・地方）病院医療センターの管理者に対し病院運営に関するトレーニングを実施した。
- ③国勢調査及び移民に関する調査の実施：1988年に国勢調査が実施され、その結果が公表された。移民に関する調査は実施中である。

これら一連の活動から、看護婦（士）が増員されたり、また地方病院などにおいて管理運営の改善が見られたりした。また、国勢調査の実施により、人口増加をはじめとする計画的アプローチの必要な国政上の問題について基礎的なデータを得ることができた。

(2) アビジャンの環境保護プロジェクト

本プロジェクトは1990年6月から施行され、1993年12月をもって終了する。融資総額は4,990万ドル、うち2,190万ドルが貸与である。なお、本プロジェクトはヨーロッパ投資銀行及び象牙海岸共和国政府との共同プロジェクトである。

本プロジェクトは①アビジャンの内湾への毒ガス物質や工場から出る産業廃棄物などの投棄による環境破壊の抑止、②海洋、内湾汚染の監視プログラムの確立、③排水処理、環境汚染についての適切な法規の作成、④継続的に稼働する廃棄物処理施設の整備の4点を目標に実施されている。

排水・汚物処理のための施設建設工事は進んでおり、80%程度は既に終了している。ま

た、パイロットプロジェクトとしてポール・ブエのスラムにおける衛生施設の実態調査を実施中である。これにより、簡易衛生システムをどのように設置すべきかについて決定する。排水処理や環境汚染についての法規範の策定は遅れており、1993年6月現在未だ法規の公布はされていない。

世銀は1994年の第1四半期に排水処理システム及び排水処理に関する法規範が完成すると見ている。

4-2-1-4 UNFPA (United Nations Population Fund : 国連人口基金)

[母子保健と家族計画プロジェクト]

UNFPAは現在、1992年から1993年の2か年間にわたり象牙海岸共和国において家族計画普及のための支援活動を行っている。このプロジェクトはUNFPAと政府の共同プロジェクトであり、UNFPAの援助額は48万2,700ドル、政府の負担金は3,560万CFAフラン(約12万ドル)であった。

目標

このプロジェクトはプライマリー・ヘルス・ケアを促進し、母子保健の改善を目指す政府の政策に鑑み、乳幼児の死亡率および疾病罹患率を減少させることを目標としている。

対策

この目標に到達するためのUNFPAの対策は以下のとおりである。なお、UNFPAは国家レベル、地方レベル、農村レベルの3レベルで活動している。現在、地方レベルではアビジャンを中心とする南部の地方局に対する援助を実施、農村レベルでも南部のアボワッソーを中心とする区域で活動している。アボワッソーの農村保健基地は24の農村保健センターを監督している。この農村保健基地の管轄区域には2つの一般総合病院があり、農村保健基地としては標準的規模である。プライマリー・ヘルス・ケア関連プログラムなどでも良好な成績を残しており、保健社会保護省の評価も高い。加えて、アビジャンからのアクセスも車で2時間程度と容易であるためにプロジェクト対象地域に選ばれた。なお、アボワッソー地域にはプロジェクト実施まで家族計画サービスのある医療機関はなかった。

- ①1993年末までに保健社会保護省家族計画調整局(BNCFP)の人材及び備品を強化し、国家政策を立案、その執行について監督する。アフリカ地域で長い経験のある家族計画・母子保健の専門家及び事務を担当する行政官を保健社会保護省家族計画調整局に各1名派遣、また人材の養成も研修などによって実施する。
- ②1993年末までにアビジャン地域地方局の人材を、組織運営、医療サービス・備品管理の計画化ならびにこれらの事後評価についてトレーニングすることにより、政府の地方分権化のプロセスを補助する。家族計画プログラムは、各地方で作成された地方プログラムにより実施されるため、10カ所にある地方局はプログラムを作成・実施・管理・評価しなければならない。このため、UNFPAでは毎年3日間の勉強会を2回にわたって

実施する費用を負担する。

- ③1992年12月までにアボワッソー農村保健基地傘下にある助産院に勤務する助産婦6人につき、家族計画サービス提供のためのトレーニングを行う。その後、同じアボワッソー地域の農村保健センター勤務の14人の助産婦、看護師をトレーニングする。
- ④これに付随して、1993年7月までにトレーニングを受けた医療従事者の勤務先に家族計画に必要な器具などを供与する。
- ⑤保健社会保護省、アビジャン地域、アボワッソーにおいて1993年7月までに家族計画に関する基礎的データを通常の月間疾病報告制度（月間疾病報告制度については3-13 疾病報告システムの項を参照）に統合する。また、家族計画の分野における進展を示す指標を常に提供できるようにする。
- ⑥1993年12月までに出産適齢期の女性の10%が近代的で効果的な避妊方法を採用するようにする。

UNFPAはプログラム対象地域で得られた成果をもとに全国的に活動を展開する予定であるが、そのためには車輛などの移手段の確保をはじめ、医療インフラを充実させる必要がある。

活動

- ①1992年には、アボワッソーとアヤメにある2つの病院を家族計画実施の基幹サービスセンターとして、これを含めた6カ所（他の4カ所は助産院）で家族計画サービスを開始する。対象となっている助産院や病院に、家族計画に必要な備品・機器を寄与する。このサービスは、自然法（基礎体温、リズム法等）、コンドーム、殺精子剤、IUD、経口ピル、インジェクション（避妊注射及び皮下埋蔵法）の6つの避妊法を適宜勧める。また、助産婦2名を海外研修に派遣する。
- ②1993年には農村保健センター14カ所に家族計画センターを設置する。人材養成はアボワッソーで行い、実習を助産院6カ所で実施する。コースは1週間の理論学習と1週間の実習の計2週間である。この14カ所のセンターではIUD以外の5つの避妊の方法についてのカウンセリングと物品の供給を行う。また、小規模の施設改修や、簡単な備品を供給する。
- ③サービスを始めた20カ所のセンターでは1993年までの2年間にわたり診察記録を作成し、得られた統計を農村保健基地が集計する。
- ④避妊具は、国民の利用できる価格で供給する。また、社会的貧困層に対しては無料で配布する。
- ⑤AIBEF（4-2-3-1 イボアール家族計画協会 参照）の協力を得て、家族計画についての意識向上のために情報デーを設ける。これにより、家庭生活の福利のための社会運動などを活性化する。
- ⑥家族計画と並行してエイズ対策についての情報を提供する。アボワッソーのコミュニティ保健の分野で働いている77名について、家族計画とエイズ対策について再教育を実施する。村落薬局（Pharmacies Villageoises）でコンドームの在庫を確保する。

4-2-1-5 AfDB (African Development Bank : アフリカ開発銀行)

AfDBの象牙海岸共和国における現在の活動は以下のとおりである。

(1) プライマリー・ヘルス・ケア推進のための医療施設改修プロジェクト

本プロジェクトの目的は、医療インフラの改修を通じて一般国民の健康状態を改善するとともにエイズ対策プログラムを支援することにある。このプロジェクトは1991年5月に開始された3カ年計画であり、融資総額は約15億CFAフランである。

(2) 人的資源活用プログラム

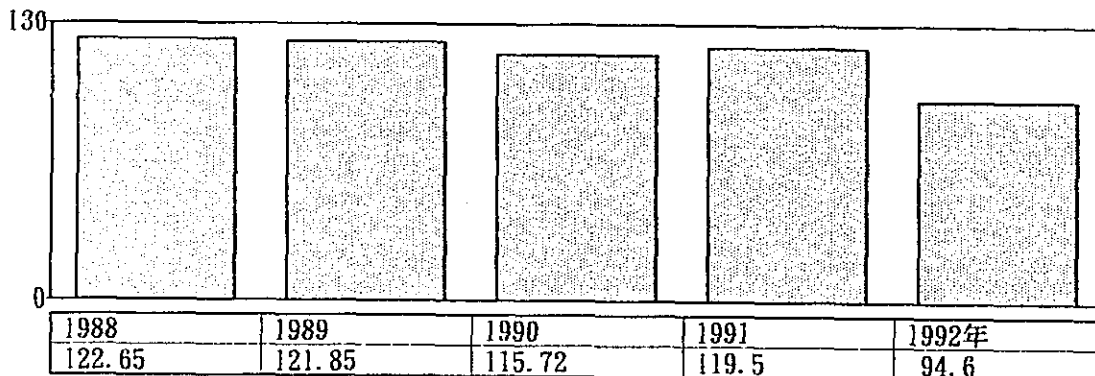
AfDBは世界銀行、政府などと協力し象牙海岸共和国における人材活用の調整を図ろうとしている。本プログラムの目的は、人材活用を強化し、初等教育を受けられる子供の数を増やすとともに教育の質を向上させることにある。また、労働市場の要求に応じた職業訓練を行い、保健医療サービスの質を向上させて、医療従事者の人材管理を改善することも目指している。本プログラムの実施期間は1992年5月からの1年6カ月間で融資総額は約184億CFAフランである。

4-2-1-6 EC (European Community - ヨーロッパ共同体)

ECは、象牙海岸共和国援助において重要な位置を占めており、ロメ(Lomé)協定に基づいて農業、構造調整のための援助など各分野にわたって援助活動を展開している。以下に近年のECによる象牙海岸共和国援助額を示す。

図 4-4: ECの象牙海岸共和国援助額の推移

(単位: 100万ECU)



Communauté Européenne Rapport Annuel 1992 より作成

註) 1993年5月現在で1欧州通貨単位(ECU)約326.942CFAフランである。

(東京銀行月報1993年6月号による。)

また、近年のECの保健・医療分野での援助活動は以下のとおりである。

(1) エイズ対策支援プロジェクト

(第5次ヨーロッパ開発基金：1989年～1992年の拠出額 262万2,000 ECU)

このプロジェクトではアビジャンの輸血センターを改修し、ブアケ、コロゴの輸血センターを建設した。また、施設建設以降も輸血の安全性向上及びこれらの輸血センターの機能強化のため技術的・財政的支援が継続された。1992年6月に作成された評価レポートではプロジェクトの目的はほとんど達成されたとなっている。しかし、上記の3つの輸血センターで扱っている血液は国内の輸血の約3分の2程度であるため、第7次ヨーロッパ開発基金プロジェクトは残りの地方における輸血の安全性確保を目指している。

(2) 公衆保健薬局支援プロジェクト

(第6次ヨーロッパ開発基金：1992年の拠出額 31万 ECU)

公衆保健薬局 (PSP-Pharmacie de la Santé Publique) に対し薬品購入などのための補助金を支給すると同時に1992年に薬剤師を一人派遣する技術協力を行った。

これに加えて基礎医薬品を全国的に供給するための制度・施設整備に対し、13万 ECU のプロジェクトが策定され、これは全額について施行された。

(3) アビジャンの衛生施設のための融資

(第6次ヨーロッパ開発基金：1992年の拠出額 337万 ECU)

アビジャンの衛生施設プロジェクトへのヨーロッパ投資銀行からの融資総額は 1,600万 ECU であるが、うち 337万 ECU をヨーロッパ開発基金が援助した。なお、既に 205万 4,985 ECU が弁済されている。

(4) 保健セクター支援プロジェクト

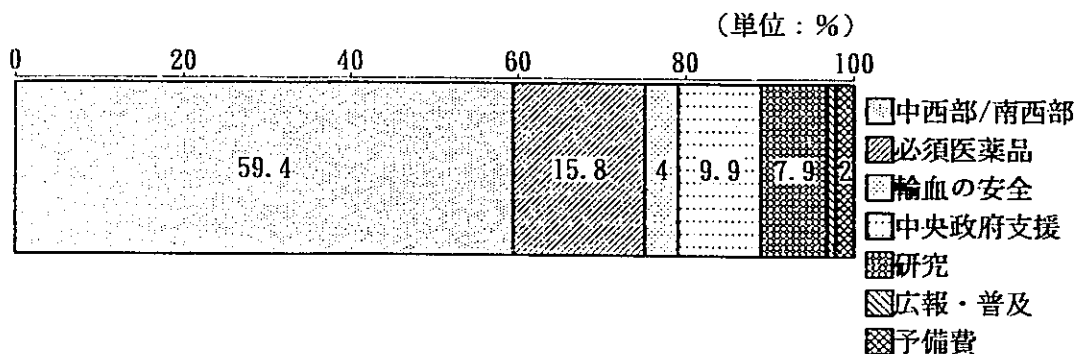
(第7次ヨーロッパ開発基金：1993年～1996年の拠出額 1,120万 ECU)

このプロジェクトは世界銀行なども協力している人的資源開発計画の一環であり、総額 1,330万 ECU のうち、ヨーロッパ開発基金負担分以外の 210万 ECU を政府が負担している。このプロジェクトの目的は保健社会保護省が基礎的な治療及び基礎医薬品を国民に広く保障するのを支援することである。

プロジェクト実施のためには保健社会保護省の政策立案・実施の機能を強化するとともに、第1次、第2次医療 (3-10 医療施設 参照) の医療インフラ及び医療従事者の技能をともに向上させる必要がある。また、地方分権化や、人材配置の再考、及び必須薬品の安定供給などが課題となっている。なお、本プロジェクトの活動の骨子は以下の6つである。

- ①中西部、南西部における基礎医療サービスの改善：計画の作成・実行全国平均から見て医療施設の不足している中西部、南西部において地方局の機能を強化した上で活動を計画化し、第1次、第2次医療サービスを強化する。そのため保健省地方局、一般総合病院、診療所、農村保健基地の薬局など100カ所以上の施設を建設・改修する。施設の新設には政府ならびに国民も参加するものとし、その上で機材供与、人材養成などを行う。この2地域における経験をもとに医療サービスの計画・管理の手法を確立し、その他の地方へ応用する。
- ②必須医薬品政策に対する支援：従来実施されていた必須医薬品政策（必須医薬品を安価にかつ最小単位で供給すること、及び薬品供給についてコスト・リカバリーを確保すること）を継続していくと同時に、一定の薬品については民間薬局でも廉価に購入できるようにする。
- ③輸血の安全確保：第5次ヨーロッパ開発基金によるアビジャン、ブアケ、コロゴの輸血センター整備プロジェクトを受け、さらに小規模な輸血センターにもシステムの整備を拡大する。その際従来のような輸血の濫用を避け、本当に必要な場合にのみ限定して輸血を行うこととする。
- ④中央官庁における技術協力：人的資源開発計画を実施するために保健社会保護省及び財務局を強化し、プロジェクト施行に必要な支援を行う。
- ⑤保健に関する分野別研究の実施：現存する問題について戦略的に解決を図る。たとえば公共医療施設で雇用しきれない医師などの雇用問題やコスト・リカバリーなどが研究の対象となる。
- ⑥国民への広報・普及活動：プロジェクトの実施に際しては医療従事者ばかりでなく国民の参加も必要になる。したがって本プロジェクトでは広報及び普及のための活動経費も含んでいる。

図 4-5： EC保健セクター支援プロジェクト予算内訳



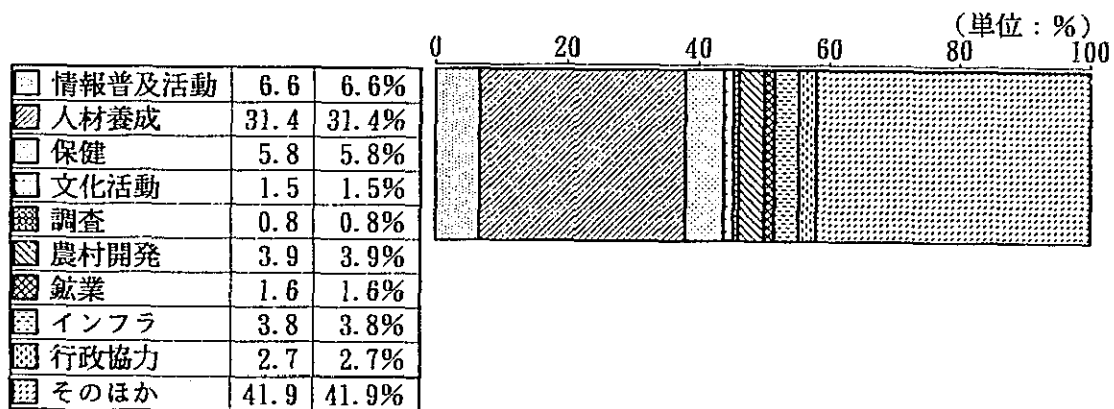
Convention de Financement entre la CEE et la République de Côte d'Ivoire
7ème FED 1993 より作成

4-2-2 我が国を除く諸外国の援助協力

4-2-2-1 フランス

フランス政府は1991年で対象牙海岸共和国2国間援助総額の約71%である3億970万ドルを拠出しており（前記表4-1）、対象牙海岸共和国援助を実施している国の中でも群を抜いている。これを見ても、フランスが旧宗主国として象牙海岸共和国に対し、依然として強い影響力をもっていることがうかがわれる。特に人材養成の分野への援助が多く、保健セクターへの援助額が援助総額に占める割合は約5.8%である。

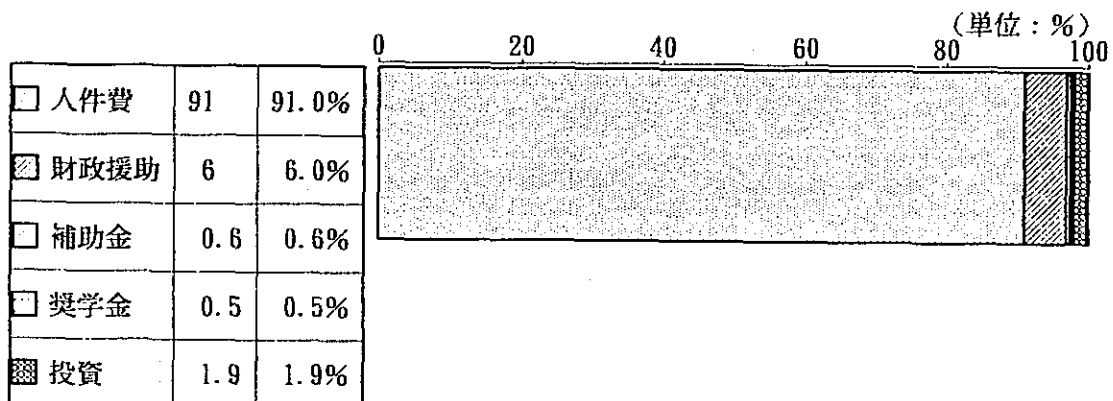
図 4-6： フランス産業分野別援助内訳



出典：フランス協力省提供資料

フランスの協力活動はアビジャン中心に展開されており、専門家派遣による技術協力が中心である。保健分野へのフランスの予算の約9割が専門家派遣などの人件費に充当されている。なお、コートジボアール人の医師、技術者などの増加のため、1982年当時約250名いた保健分野の専門家などが、現在は約40名まで削減されている。

図 4-7： フランス保健医療分野における援助内訳



出典：フランス協力省提供資料

現在は、1992年から1996年までの5カ年プログラムとして、「健康アビジャン」(Santé Abidjan)と銘打ったプロジェクトの実施に加え、エイズ対策についても支援している。

(1) 「健康アビジャン」(Santé Abidjan)プロジェクト

- ①政府の推進する地方分権化を補助する。象牙海岸共和国の医療サービスは地方に分権化されてはいるものの、決定権はいまだに中央機関に残っている。このプロジェクトは医療施設の地方分権化を本格的に推進することによって、住民の末端医療施設の運営への参加を促し、運営の効率化を図ることを目的としている。
- ②都市医療サービスを多様化する。特に政府の財政悪化に鑑み、私立で非営利の医療機関の活動を支援する。

(2) エイズ対策

- ①1992年から1994年までにエイズ問題の深刻化に伴い、トレッシュヴィル大学病院においてエイズのための検査・研究用設備を整備するのをはじめ、エイズ関係の施設を改修する。また、トレッシュヴィル大学病院内にエイズ患者に昼間だけ治療やカウンセリングを提供するデイ・ホスピタルを建設し、必要なカウンセラーなどの養成も実施することになっている。
- ②エイズ対策として、1994年から全国規模でIECを特に青少年層を対象に学校などで実施するための援助を行う。具体的には、エイズ予防教育のための教育機器を作成し、エイズに関する講義を導入、各個人が安全な性生活に対する認識を高めるよう働きかける。

なお、フランス協力部は今後も中央行政管理能力の強化、アビジャン地域の医療施設の改修、エイズ対策および社会保障システムの改善の各分野で協力を継続するとしている。

4-2-2-2 米国

(1) 歴史的沿革

米国開発援助庁(USAID)は1960年代初頭から象牙海岸共和国で活動を展開していたが、1980年代初めまでは活動の中心は住居と都市開発プログラムであった。1980年代半ばから子供の生存、エイズ、人口、エネルギー、国勢調査、民間企業の発展などの諸分野に活動を拡大した。これに加えて1987年には人材養成と保健・人口計画についての活動を実施するため、約50万ドルの融資のための基金を設立した。

なお、1990年の経済再建支援のための米国拠出額は2,500万ドルに上った。

保健プログラムに限定すると、米国政府は1974年から他の援助国と共同で総額1億8,500万ドルのオンコセルカ症対策プログラムに対する支援を行ったのを端緒として、そ

の後1977年から1989年の期間に計1,210万ドルを拠出している。疾病対策センター（CDC—Centers for Diseases Control）を通じた援助に限ると、拠出額は同時期に82万2,626ドルであった。この拠出金により、疾病対策センターでは国立衛生院及びアメリカ平和部隊（Peace Corps）と共に予防接種プログラム及び医療サービス分野で協力を行った。また1978年から1983年にかけて、政府の予防接種プログラム（ポリオ、ジフテリア、破傷風、百日咳、結核）に26万8千ドルを拠出している。

（2）近年の動向

現在、USAIDはアフリカ開発基金（DFA）によって対象国海岸共和国2カ国間援助を実施している。DFAは1990年に300万ドル、1991年に773万6,000ドル、1992年には767万6,000ドルを拠出し、1993年にも630万ドルを拠出することが見込まれている。特に1990年から1992年については象牙海岸共和国政府の構造調整の支援プログラムを実施し、1,550万ドルを拠出した。また、PL-480と銘打ったプログラムも構造調整実施支援のため、1990年から1991年に80億CFAフランを拠出した。

保健分野については、1985年から1990年の間に、USAIDは200万ドル以上の家族計画と人口調整のためのプログラムを実施した。このプログラムにより、毎年約10～12名の看護婦、助産婦、医師などがラバ（Rabat）及びチュニス（Tunis）に家族計画実施のためのトレーニングを受けるために派遣された。その他にも医師などの参加者を対象とした短期の訓練プログラム（研修、セミナー、会議など）を毎年数多く実施してきた。また、USAIDはAIBEF（イボアール家族計画協会、4-2-3 NGOの項参照）の活動を支援している。

保健及び家族計画プロジェクトでは予算総額2,000万ドルの5カ年計画で、家族計画の知識を普及し、コンドームの使用率を上昇させることによってエイズ感染防止や母子保健サービスの向上などを目指している。

家族計画プロジェクトの目標は、①公共医療施設でも私立の医療施設でも避妊具・避妊薬が入手できるようにする、②エイズや性行為感染症の予防・拡散の防止に焦点を合わせた活動を展開する、③妊産婦ケア実施のための活動と共に5才未満乳幼児の罹患する感染症の予防及び治療のための活動を支援する、という3点である。

このプロジェクトを補完するため、1991年からコンドーム配布プログラムが実施されており、1993年までに152万ドルが拠出されている。

また、CDCは1988年半ばからエイズ対策を実施、RETRO-CIプロジェクトと名付けた200万ドルの調査プログラムをアビジャンで行っている。さらにUSAIDはエイズ予防に関する知識普及活動、検査、罹患者のカウンセリングなどの活動を実施しているNGO（ESPOIR—エスポワール、4-2-3 NGO参照）に対して援助を行っている。

USAIDはさらに、小児感染症対策（CCCD—Combatting Childhood Communicable Diseases）プログラムのために、1985年から1992年にかけて203万1,000ドルを拠出、これは乳幼児死亡を減少させるためのプライマリー・ヘルス・ケア対策、特に予防接種プログラムや下痢症対策への支援に使われた。特に下痢症では、専門の治療ユニットを作り、医師などの医療従事者に経口補水療法の指導を行った。加えて、5才未満児のマラリア罹患

者を30%減少させ、また妊産婦がマラリアに罹患することによって発生する流産や低体重児の出産を予防するためのキャンペーンの推進に協力した。このCCCDによるプログラムは1993年9月に終了する。

4-2-2-3 ベルギー

ベルギーは、アベングレーを中心とする中東部で集中的に活動している。保健分野では、プライマリー・ヘルス・ケア及び母子保健、家族計画、エイズ及び性病対策について協力活動を行っている。ベルギー政府の援助総額は1991年で217.2万ドルでその約4.7%にあたる10.2万ドルを保健分野に拠出している。また、保健セクターとも関連する人的資源活用プログラムにも117万ドル以上拠出している。ベルギーの活動目標は以下のとおりである。

目標

- ①人材養成、施設の建設・備品の整備により地方行政能力を強化し、政府の地方分権化政策を補助する。
- ②家族計画とエイズ患者のケアについて医師、検査技師などの能力を強化する。
- ③他の援助機関などによって実施された活動を補完するために社会・保健関係施設の修繕、整備を実施し、医療施設の患者受け入れ環境を整える。

対策

・地方レベル

- ①公衆衛生専門家による技術協力を実施し、また行政担当官も一人派遣する。これにより、地方における公衆衛生関連分野、例えばコールド・チェーン、飲料水、薬品など多岐にわたる分野での管理が効果的に実施できるようにする。また、地方・県レベルで、地方の保健プログラムで特に重要な項目について、運営やデータ、人材、財政の管理などを実施する人材を10名養成する。
- ②老朽化したり、人口増によって手狭になった医療施設を再建し、これらの医療施設に必要な備品を供給する。また、アベングレーにある結核治療センターの施設を改築し、ここで治療を開始する。特にこの施設ではエイズや性病対策も実施する。また、アベングレーにある学校保健センターの備品、たとえば車両、モーターバイク、医療機材、検査機器などを整備する。特に避妊具、試験薬を含む医薬品の在庫を常に確保し、母子保健・家族計画サービスを改善する。

・末端レベル

- ①無料診療所及び助産院の建物及び備品を整備する。
- ②専門家による技術協力を行い、末端医療機関における医療サービスの質の向上を図る。
- ③地方末端医療機関において性行為感染症の検査体制を強化すると共に検査の質を向上させる。
- ④家族計画サービスを恒常的に提供する。サービス提供の際、利用者の社会文化的価値観

を尊重するよう留意するとともに、助産婦、カウンセラーなど家族計画サービス提供者の守秘義務の遵守を促す。

- ⑤性行為感染症及びエイズ対策としてカウンセリング、コンドーム使用の推奨、エイズに対する正しい知識の普及などの活動を出来る限り広範に実施する。特にHIV感染者が多いことが判明している売春婦や、青少年、医療従事者などがこの普及活動の主な対象である。このため、普及活動のための地域住民の意識調査や教育機器の製作を行う。また、エイズ・性行為感染症予防のためのカウンセリングに力を入れる。
- ⑥医薬品及び基礎保健サービスの有料化に伴う費用回収制度（コスト・リカバリー）を確立する。

4-2-2-4 カナダ

カナダ（国際開発庁－CIDA）は1966年以来象牙海岸共和国と協力関係にある。現行の協力（1987年～1993年）は、エネルギー、人材養成、農村開発の3点を支柱としている。保健関係で、カナダ政府は全国的な規模のものでは総額150万カナダドル（1カナダドルは1993年4月で約339.801CFAフラン）をエイズ対策2カ年プロジェクトに、また、地方レベルでは総額約363万カナダドルを国土北部のコロゴ郡の34村落を対象とする農村開発6カ年プロジェクトに拠出している。

なお、民間団体であるカナダ国際協力センター（CECI－Centre Canadien d'Etude et de Coopération Internationale）がエイズ対策およびンベング（M'Bengue）村保健－開発計画プロジェクトについての執行機関としてCIDAと緊密な協力関係にあり、プロジェクトの執行・調整・管理・監督を担っている。

（1）エイズ対策プロジェクト

CIDAは特に青少年層に対する啓蒙活動（IEC）の実施を支援するほか、象牙海岸共和国におけるエイズの罹患率などを正確に把握するため、データ処理のための機器を国内の8行政区（象牙海岸共和国は全国で10の行政区に分けられる）に供与している。また、これらの機器を使用できるようにするため、職員のトレーニングも行っている。このプロジェクトにより、地方部における統計収集能力はかなり上昇した。また、中央政府レベルではエイズ対策委員会の調整事務局（BCC）に対し、備品を供与したり専門家を派遣したりするとともに、地方では特にダブーでIECや患者のケア等の協力を行っている。

（2）ンベング（M'Bengue）村保健－開発プロジェクト

ンベング村開発計画は、村落住民が自分の居住区域の経済社会開発に関与できるシステムを構築するための支援に主眼を置いている。プロジェクトは第1フェーズ、第2フェーズの2段階、各3年間で、両フェーズとも保健・栄養、女性の経済的自立の推進、家庭及び村落における社会経済活動の組織化の3分野に分かれている。

保健・栄養の分野において、第1フェーズも第2フェーズも、村落住民が健康な生活を送ることが農村の社会・経済的發展に不可欠であり、そのためには、各村落における衛生的な生活環境の確保および基礎的な医療ケアの受けられる体制の整備が必要であるという前提に立って、基礎的な保健活動を各村落で独立して実施出来るよう、正規の医療従事者や村落保健委員会 (Comité de Santé Villageoise) に携わる委員、伝統的産婆などの人材の教育や村落保健委員会の設置・活性化等を実施している。

1) 第1フェーズ

第1フェーズにおいては、特に人材養成の分野で成果が上がった。伝統的産婆、母子保健センターの責任者がそれぞれ約50名、職業トレーニングを受けた。さらに感染症について、各村落の保健委員などに対し、医療従事者でなくてもできる基礎的な治療法の指導を行った。村落薬局 (Pharmacie Villageoise) をはじめとする基礎的医療サービスを提供する末端の村落の住民自治組織の運営方法も指導した。さらに保健組織作りの基本となる保健委員会が23村落で結成された。井戸・ポンプの修復を26カ村で実施するとともに、学校10カ所にトイレを建設し、6カ所に薬品の配給を行った。

このプログラムが良好な成果を上げたため、1987年9月にその第2フェーズを開始することが政府により承認された。

2) 第2フェーズ

第2フェーズは単に第1フェーズの諸活動を継続して実施するにとどまらない、各組織の自律的機能を図るための移行期間として位置づけられている。第2フェーズでは第1フェーズ開始時から協力活動を実施していた9カ村については監督を緩める。そして、第2フェーズの結果各村落の住民自治組織が良好に機能しなければプログラム第3フェーズは実施しないことが定められた。

第1フェーズの結果が良好であったことにより、第2フェーズでは人材養成などの活動をさらに大規模に実施した。例えば、250人の伝統的産婆や母子保健センターの責任者などがトレーニングを受け、35の村落で井戸・ポンプを修復、250カ所にわたってシャワーやトイレを建設した。また、村落自治では保健委員会を約30カ所、村落薬局を26カ所、村落保健部を20カ所設置した。

4-2-3 NGO (Non-Governmental Organization : 民間団体)

4-2-3-1 イボアール家族計画協会(A I B E F)

A I B E Fは1979年にコートジボアール人有識者によって創立され、1986年に象牙海岸共和国で最初の家族計画クリニックを開設した。A I B E Fは政府の公認NGOであり、保健・社会政策や女性政策、国家計画、医療従事者養成などの各分野の大臣をはじめ担当の政府高官とも緊密な協力関係にあり、現在、政府の諮問機関として機能している。また、国際的にも諸援助団体の信用を得ており、国際家族計画連盟(I P P F)のメンバーでもある。実際、A I B E Fは国際家族計画連盟の協力のもとで多くの活動を行っている。その他の主な協力機関にはジョンズ・ホプキンス大学コミュニケーションサービス、ポピュレーション・カウンシル、パスファインダー基金(The Pathfinder Fund)が挙げられる。現在A I B E Fは家族計画についてのカウンセリング、備品供給、情報・教育・コミュニケーション活動を行っている。(A I B E Fは政府と共同で活動している。活動内容については3-4-3 家族計画の項参照)。

スタッフ総数は49名、うち33名が専門家ないしはプログラム運営に携わる管理職スタッフである。A I B E Fは国内で著名な医療専門家と緊密な関係にあり、これらの人々の中からA I B E Fの代表者が選出されている。また、A I B E Fの中心的メンバー(財務担当などの運営スタッフも含む)は大学教育を受けた専門家で、専門領域も多岐に互っている(たとえば教育の専門家などもA I B E Fのスタッフに含まれている)。これらの正規スタッフに加えて約500名のボランティアが活動している。

上記の活動を円滑かつ効果的に実施するため、A I B E Fでは1990年に調査の効率及び質の改善のためのプロジェクトを実施しており、このプロジェクトはポピュレーション・カウンシル及びU S A I Dからの支援を受けている。

4-2-3-2 エスポワール(E S P O I R)

エスポワールは1989年に設立された、エイズ対策のためのNGOであるが、設立当初、その活動はエイズ感染者や家族に対するカウンセリングサービスに限られていた。これは、エスポワールの財政基盤が脆弱であったことによる。現在、エスポワールは医薬品、衣服の供与、ボランティアによる無料奉仕などの活動を展開している一方、トレッシュヴィル大学病院医療センターのエイズ患者のサポートを行っている。エスポワールは財政的理由により専属の職員を雇用することができないため、主に医療専門家からなるボランティア委員会によって運営されている。特にトレッシュヴィル大学病院にはエスポワールの活動に参加している医師が多い。スタッフはエイズ対策に関心の高いコートジボアール人と外国人で構成されている。このボランティアのスタッフの奉仕活動により、エスポワールは少ない財源でカウンセリングや、患者の家庭訪問、またエイズ感染者自身によるエイズ防止のための広報活動などを実施している。

エスポワールの活動が高い評価を受けていることに鑑みて、U S A I Dはエスポワールにエイズ情報・予防センター(C I P S-Centre d'Information et de Prévention pour

la Lutte contre le SIDA)を開設するための資金を融資し、1993年3月にアビジャンで最初のセンターが活動を開始した。このセンターは従来エスポワールが実施して来たカウンセリングや情報提供サービスに加えて、無料・匿名でエイズ検査を実施している。将来はセンターを地方都市にも開設するとともに、アビジャンの既存の医療施設の中にもカウンセリング・ユニットを設置、政府のエイズ対策プログラムに寄与して行く方針である。

4-2-3-3 I N A D E S -Formation

(Institut Africain pour le Développement Economique et Social)

母体の I N A D E S は1962年に設立され、アフリカの新興国家の発展を支援する目的で開発計画、経済、社会学などの研究をブルキナファソ、カメルーン、エチオピアなどアフリカ10カ国で実施してきた。現在の I N A D E S -Formation は1977年に I N A D E S から分離、主に農村地域の発展のために職業トレーニングコース、カウンセリング、通信講座などを実施してきたが、最近のエイズ禍の拡散に伴い、エイズ予防の知識普及のためエイズ・シアターも実施している。これは村の青少年を組織し、エイズ感染の経路や予防の方法を視覚的に訴えることによって特に青少年にエイズ予防のための知識を普及しようというものである。このシアターは実施村落で好評であり、他の村落の人々がこれを模倣して実施したこともある。

4-2-3-4 その他のNGO

その他のNGOで、保健医療の分野で活動している主な団体としてはカナダ国際協力研究センター (C E C I -Centre Canadien d'Etude et de Coopération Internationale) が国土北部で飲料水、母子保健、医薬品供給などのプログラム及びエイズ対策支援をカナダ政府と協力して実施している。カトリック系のNGOで、子供の問題について活動している B I C E (Bureau International Catholique de l'Enfance) は、主に中学生に対しエイズ予防教育活動を実施しているほか、身体障害児のための義足などの供与を実施している。また、ダブープロテスタント病院は、私立非営利の病院で、一般市民に広く門戸を開いており、廉価でかつ公共の医療施設よりも質の高い治療を提供している。

4-3 我が国の協力状況

象牙海岸共和国は自由主義経済、民主的制度の下で内政が安定している上、西アフリカ地域の重要国であり、かつ対日関係も良好であることから、日本は継続して援助を実施している。特に1980年代の象牙海岸共和国の経済状況の悪化に伴い、83年度以降は無償資金協力と技術協力を中心に援助を行っている。1992年現在で、日本は対象牙海岸共和国援助を実施しているDAC諸国中、フランスについて第2位の援助拠出国となっている。1989年12月22日に青年海外協力隊員派遣取り決めが日本政府と象牙海岸共和国政府の間で取り交わされた。

また、1992年12月には、無償資金援助、技術協力に関する経済協力調査団を象牙海岸共和国に派遣、日本の援助スキーム、援助手続き等についての理解を深めるとともに同国の構造調整、開発重点分野などについての意見交換を実施した。

4-3-1 有償資金協力

従来は運輸・交通分野について主に援助を実施してきたが、近年は、1989年に農業セクター調整計画（72億円の円借款）を、1990年と1992年に債務繰り延べを実施している。なお、1992年までの有償資金協力の累計額は139.65億円である。

4-3-2 無償資金協力

無償資金協力は比較的安定的に実施されており、近年では3億円から30億円程度の予算で毎年実施されている。主な分野は食糧増産をはじめとする農業分野、保健・衛生などを含む基礎生活分野及び教育分野である。保健衛生分野における近年の無償資金協力としては1991年の地方医療整備計画及び1992年の北部村落給水計画がある。また、1987年、1989年、1991年、1992年には構造調整のためのノン・プロジェクト無償援助協力を実施した。さらに、1989年から毎年小規模無償援助が2、3件程度実施されており、この中に毎年保健関係のプロジェクトが入っている。なお、対象牙海岸共和国無償資金協力（ノン・プロジェクト無償援助、小規模無償援助を含む）の1992年までの累計額は162.28億円にのぼっている。次ページに最近の日本の対象牙海岸共和国無償資金援助及び小規模無償援助に関する表を掲げる。

表 4-6： 対象牙海岸共和国無償資金援助

アビジョン海洋科学技術学校設立計画	1980年度から数次にわたって実施	24.28億円
アビジョン大学に対するバイオマス研究機材	1982年度	0.5億円
医療機材整備計画	1986年度	4.92億円
食糧増産援助	1986年度以降1992年まで毎年実施	19.5億円
ジャック・アカ文化センターに対する視聴覚機材	1987年度	0.39億円
農業機械訓練センター建設計画	1988年度、1989年度	9.54億円
柔道等武道連盟に対する柔道機材	1988年度	0.39億円
漁業振興計画	1989年度	2.56億円
国営テレビ局に対する教育・文化番組	1989年度	0.27億円
文化省に対する視聴覚機材	1990年度	0.50億円
地方医療整備計画	1991年度	7.94億円
国立大学に対する視聴覚機材	1991年度	0.50億円
北部村落給水計画	1992年度	3.12億円
国立芸術・文化活動高等学院に対する視聴覚機材	1992年度	0.49億円

我が国の政府開発援助 1992, 1993 APICより作成

表 4-7： 1989年から1992年における小規模無償実施案件

案件名	供与限度額(CFAフラン)
1989	
アジャメ・ヨブゴン孤児院補修計画	7,846,000
アメレキア産院医療機材整備計画	6,565,000
1990	
未就学児童訓練学校機材整備計画	4,180,000
ジャンゴボ簡易診療所機材整備計画	5,050,000
屋根付市場建設計画	7,411,000
1991	
トリアニコロ農村活性化センター建設整備計画	7,525,000
クアシクロ村屋根付市場建設計画	3,380,000
グラン・アクザン助産院機材整備計画	8,100,000
1992	
バウリフラ村屋根付市場建設計画	1,896,000
ゼブリ村小学校改修計画	3,223,000
モボエム村給水施設建設計画	6,000,000
安全教育のための視聴覚機器整備計画	6,783,000
アシュエフリ村小学校増設計画	8,000,000
ワラニエネ村伝統工芸研修工房建設計画	3,005,000

出典：在象牙海岸共和国日本大使館提供資料

4-3-3 技術協力

技術協力については農業、運輸、交通などの分野で研修員受入、専門家派遣、開発調査などを実施している。1992年までの累計総額は23.28億円で、内訳は研修員受入171人、専門家派遣56人、調査団派遣155人、青年海外協力隊員9人、機材供与4億4,720万円、プロジェクト方式技術協力1件、開発調査3件である。

4-3-3-1 形態別実績

国際協力事業団(JICA)の費用負担による第三国研修が実施されており、自治医科大学の協力のもと1984年以降内視鏡研修がトレッシュヴィル大学病院で実施されている。本プロジェクトは、象牙海岸共和国で近年消化器疾患の患者数が増加したことにより、消化器内視鏡診断の重要性が増大したことを受けて実施されている。近隣諸国でも同様に消化器系疾患の患者が増加傾向にあるため、トレッシュヴィル大学病院医療センターには近隣諸国からの利用者も多い。第三国研修には、カメルーン、ギニアなどアフリカ14カ国からの参加者があるが、象牙海岸共和国からの参加状況は以下のとおりである。

表 4-8： 象牙海岸共和国からの内視鏡研修参加者の割合

(単位：人)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	計
象牙海岸共和国参加者	2	3	-	3	1	4	1	1	15
全体に占める割合(%)	40	42.9	---	37.5	12.5	30.8	12.5	14.3	24.6

国別協力情報ファイル コートジボアール 1992 国際協力事業団より作成

なお、次に1991年度までの形態別累計表を収めた。

表 4-9： 保健医療分野における技術協力及び機材供与(1991年までの累計)

	保健医療分野(全体)	象牙海岸共和国全体に占める割合
研修員受入(人)	32(154)	20.7%
専門家派遣(人)	17(50)	34.0%
協力隊派遣(人)	3(9)	33.3%
単独機材供与(千円)	106.008	-

国別協力情報ファイル コートジボアール 1992 国際協力事業団 より作成

青年海外協力隊員の派遣が始まったのは1991年と比較的新しい。1993年9月現在、医療分野では3名の看護婦、助産婦などがティアサレを中心とする地域の村落で活動している。

4-3-3-2 プロジェクト方式技術協力案件

プロジェクト方式技術協力案件は以下の1件のみである。

灌漑稲作機械訓練

1992. 8月から1997. 7月まで

第4編参考文献

Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Country 1988/1991		O E C D
Coopération au Développement Côte d'Ivoire	1991	U N D P
Plan Cadre d'Opération Programme de Coopération	1992-1996	U N I C E F
OMS-Côte d'Ivoire 10ans de Partenariat	1993	W H O
Note d'Information sur le Programme de la Banque Mondiale	1993	The World Bank
ADB Operation in Côte d'Ivoire	1993	A f D B
フランス協力省提供資料	1992	フランス協力省
US Assistance to Côte d'Ivoire	1993	U S A I D
ベルギー協力部提供資料	1993	ベルギー協力部
カナダ(C I D A)提供資料	1993	カナダ(C I D A)
Coopération Côte d'Ivoire Communauté Européenne Rapport Annuel	1992	ヨーロッパ共同体委員会
Convention de Financement entre la Communauté Européenne et la République de la Côte d'Ivoire : Appui au Secteur de la Santé XIème FED(IVC/6011/001)	1993	ヨーロッパ開発基金
Côte d'Ivoire Health and Family Planning Project Paper (Project No. 681-0005)	1991	U S A I D
C I P S 提供資料	1993	C I P S
The World of Learning	1992	Europa Publications

K
フ-10
A4S

国別医療協力ファイル
象牙海岸共和国

690003
A4S-KU

JICA

RS15
90.7
MCA

IBRAR