

K
フ-10
A4S

国別医療協力ファイル
タンザニア

JICA
RAK
90.7
HGA
IBRARY

国別医療協力ファイル

タ ン ザ ニ ア

JICA LIBRARY



1119788[6]

国際協力事業団

医療協力部

国際協力事業団

26732

目 次

	頁
目 次	i
表 目 次	iv
図 目 次	v
略 語 表	vii
タンザニア全図	ix
 第 1 編 国別概況	1
1-1 一般概況	1
1-2 一般行政と国家開発計画	6
1-2-1 中央及び地方一般行政組織	6
1-2-2 国家開発計画の概要	10
第 1 編参考資料	14
 第 2 編 衛生行政	15
2-1 中央衛生行政と保健医療計画	15
2-1-1 中央衛生行政機構	15
2-1-2 保健省機構改革の試み	19
2-1-3 中央保健医療計画・予算	19
2-2 地方衛生行政と保健医療計画	28
2-2-1 地方衛生行政機構	28
第 2 編参考資料	30
 第 3 編 保健医療事情	31
3-1 保健指標	31
3-2 人口問題	32
3-3 疾病・死亡	35
3-3-1 マラリア	36
3-3-2 急性呼吸器感染症 (ARI)	38
3-3-3 下痢性疾患	41
3-3-4 コレラ	43
3-3-5 結核	44
3-3-6 エイズ	45
3-3-7 ハンセン病	54
3-3-8 その他の感染症	55
3-3-9 栄養失調	56
3-4 保健対策・活動 PHCを中心として	59
3-4-1 予防接種	59

3-4-2	妊産婦ケア	68
3-4-3	家族計画 母子保健を中心として	70
3-4-4	国家エイズ抑制プログラム (NACP)	80
3-4-5	保健・栄養プロジェクト	81
3-4-6	共同栄養支援プログラム (JNSP)	82
3-4-7	マラリア対策プログラム	86
3-4-8	下痢感染症対策プログラム	87
3-4-9	必須医薬品プログラム (EDP)	87
3-5	保健・医療サービスの利用	88
3-5-1	保健・医療サービスの概要	88
3-5-2	産業部門の医療サービス	89
3-5-3	伝統医療	89
3-6	医療保険制度	90
3-7	衛生環境	90
3-8	医療従事者	90
3-8-1	医療従事者の概況	90
3-8-2	医学教育	95
3-9	医療施設	97
3-9-1	医療施設の構成と数と配置	97
3-9-2	保健ポスト	101
3-9-3	ディスペンサリー・サービス	101
3-9-4	ヘルスセンター・サービス	102
3-9-5	県病院	103
3-9-6	州病院	104
3-9-7	診療病院	104
3-9-8	準国営医療サービス	105
3-9-9	民間医療サービス	106
3-10	医薬品・医療器具・衛生機材	107
3-10-1	医薬品	107
3-10-2	医薬品の国内生産	110
3-11	試験研究機関	113
3-11-1	主要試験研究機関	113
3-12	医療情報システム	114
3-12-1	従来の医療情報システム	114
3-12-2	新しい医療情報システム	114
第3編	参考資料	116

第4編 保健医療協力	117
4－1 協力要請機構	117
4－2 国際機関、わが国を除く諸外国、NGOの協力動向	119
4－2－1 国際機関	122
4－2－2 諸外国	128
4－2－3 NGO	134
4－3 わが国の協力状況	137
4－3－1 タンザニアに対するわが国の援助の動き	137
4－3－2 近年および未来の援助の重点分野、重点地域	137
4－3－3 近年実施された特徴的な案件	138
4－3－4 医療保健部門のプロジェクト	138
4－3－5 プロジェクト視察所感	139
第4編参考資料	140
第5編 保健・医療分野における課題	141
5－1 問題点	141
5－2 提言	143

表 目 次

	頁
表1-1 タンザニア概況	1
1-2 経済指標タンザニア	3
1-3 タンザニア閣僚名簿	8
1-4 マクロ経済指標	11
1-5 既往の開発計画	13
2-1 保健省の予算	26
2-2 保健部門の予算	27
2-3 保健部門の省、州、地方政府それぞれの予算	27
2-4 保健省部門別予算	27
3-1 乳幼児死亡率	31
3-2 人口の年次推移	33
3-3 州別人口	33
3-4 年齢別人口構成	34
3-5 各疾病の全疾病に占める割合	36
3-6 発熱の割合	37
3-7 マラリア患者数・死亡者数	38
3-8 急性呼吸器感染症有病率	39
3-9 急性呼吸器感染症有病率：イリンガ州、モロゴロ州	40
3-10 下痢疾患の状況	41
3-11 下痢の処置	42
3-12 下痢期間中の食事	42
3-13 タンザニア本土でのコレラの患者数と死亡者数	43
3-14 喀痰陽性肺結核患者の各州別の人口10万人当たりの数	44
3-15 州別血液提供者の血液検査結果の累計（1990年）	47
3-16 感染の危険のあるグループごとの血清有症者数の推定	48
3-17 成人、乳幼児がHIV感染からエイズ発病までに要する期間の累積割合	51
3-18 エイズ患者の発病から死亡までの累積割合	52
3-19 タンザニアにおけるエイズ発病者と死者の累計数の予測	53
3-20 州別ハンセン病患者の登録者の割合	54
3-21 1日の都市最低賃金で購入できる必需食料	56
3-22 5歳未満の子供の栄養状態（1987年）	57
3-23 タンザニアにおける栄養失調の有病率の推定	58
3-24 地域別の予防接種を受けた子供（生後12ヵ月から23ヵ月）の割合	61
3-25 地域別の予防接種を受けた子供（生後12ヵ月から23ヵ月）の割合	62
3-26 地域別の予防接種を受けた子供（生後12ヵ月から23ヵ月）の割合	63
3-27 予防接種を受けた子供（生後12ヵ月から23ヵ月）の割合 性別・地域別・母親の教育水準分布の割合	64
3-28 ワクチン利用率	65

目 次

	頁
図1-1 ダルエスサラームにおける平均気温・降水量	2
1-2 タンザニアの人口	2
1-3 タンザニア国家行政組織	7
1-4 地方行政略図	9
2-1 保健省組織図	18
2-2 政府予算全体に占める保健省予算の割合	26
2-3 地方衛生凝視略図	29
3-1 乳児死亡率（1歳未満の死亡）	31
3-2 幼児死亡率（1歳から4歳）	32
3-3 タンザニア人口ピラミッド	35
3-4 タンザニア成人のH I V感染者の推計値	53
3-5 子供の予防接種率	60
3-6 妊産婦ケアの回数と最初の訪問の時期	69
3-7 最近結婚した男女の避妊方法	80
4-1 ノルウェー対タンザニア援助額	130

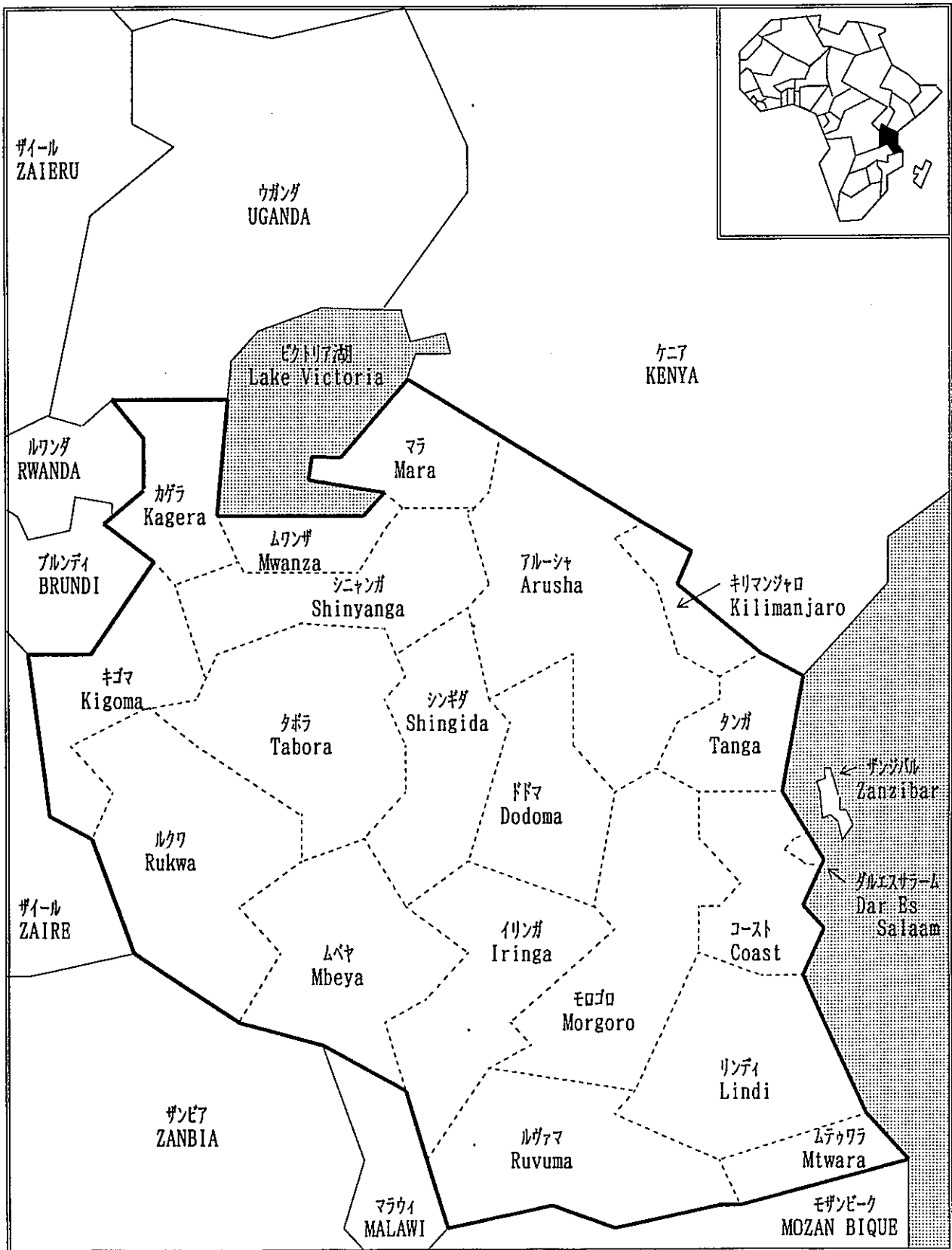
表3-29	予防接種率	66
3-30	予防接種の記録と接種率	67
3-31	避妊法の知識とその方法	73
3-32	近代式避妊具の供給源	77
3-33	避妊具を使わない理由	78
3-34	将来選択する避妊法	79
3-35	イリングと基礎データ	83
3-36	食糧問題と解決方法	84
3-37	低体重の割合	85
3-38	タンザニアのボランティア組織の医療サービス (1961～1971)	88
3-39	医療従事者有資格者数	92
3-40	医療従事者の教育期間、新卒者数など	93
3-41	将来の医療従事者の必要数予測	94
3-42	医療施設数	97
3-43	病院、ヘルスセンター、ディスペンサリーの数	97
3-44	州別病院数	98
3-45	州別ヘルスセンター数	99
3-46	州別病院のベッド数	100
4-1	対タンザニア政府開発援助額の推移	119
4-2	セクター別援助額の割合	120
4-3	1991年計画の保健・医療・衛生分野の内訳	121
4-4	D A N I D A 援助の内訳 (1990年)	131
4-5	S I D A 援助の内訳 (1990年)	132

略 語 表

AfDF	(African Development Fund)	: アフリカ開発基金
AMO	(Assistant Medical Officer)	: アシスタント・メディカル・オフィサー
AMREF	(African Medical and Research Foundation)	: アフリカ医療研究基金
ARI	(Acute Respiratory Infections)	: 急性呼吸器感染症
CBHC	(Community Based Health Care)	: 地域社会保健ケア
CCM	(Chama Cha Mapinduzi)	: タンザニア革命党
CDD	(Control of Diarrhoeal Diseases)	: 下痢症対策
DAC	(Development Assistance Committee)	: 開発援助委員会
DANIDA	(The Danish International Development Agency)	: デンマーク国際開発庁
DHMT	(District Health Management Team)	: 県保健管理チーム
DMO	(District Medical Officer)	: 県医務官
DPT	(Diphtheria, Poliomyelitis, Tetanus)	: 三種混合ワクチン
DTZ		: ドイツ技術協力局
EDP	(Essential Drug Programme)	: 必須医薬品プログラム
EPI	(Expanded Programme on Immunization)	: 拡大予防接種プログラム
ERP	(Economic Recovery Programme)	: 経済復興計画
FAO	(Food and Agriculture Organization)	: 世界食糧農業機関
HIV	(Human Immunodeficiency Virus)	: ヒト免疫不全ウィルス
IDA	(International Development Association)	: 国際開発協会
IEC	(Information, Education, Communication)	: 情報・教育・コミュニケーション
INP	(Iringa Nutritional Programme)	: イリンガ栄養計画
IPPF	(International Planned Parenthood Foundation)	: 国際里親基金
JNSP	(Joint Nutrition Support Programme)	: 共同栄養支援プログラム
MA	(Medical Assistant)	: メディカル・アシスタント
MCH	(Maternal and Child Health)	: 母子健康プログラム
MIS	(Management Information System)	: 医療情報管理システム
MOH	(Ministry of Health)	: 保健省
NACP	(National AIDS Control Programme)	: 国家エイズ抑制プログラム
ODA	(Overseas Development Administration)	: 英国経済開発局
ORS	(Oral Rehydration Salts)	: 経口補水塩
PEM	(Protein Energy Malnutrition)	: プロテイン・エネルギー・栄養失調
PFP	(Policy Frame Paper)	: 経済政策大綱
PHC	(Primary Health Care)	: プライマリー・ヘルス・ケア
RDD	(Regional Development Director)	: 州開発長官
RMA	(Rural Medical Aide)	: 地方メディカル・エイド
RMO	(Rural Medical Officer)	: 地方メディカル・オフィサー
SIDA	(Swedish International Development Authority)	: スウェーデン国際開発局
TBA	(Traditional Birth Attendant)	: 産婆
TFNC	(Tanzania Food and Nutrition Centre)	: タンザニア食糧・栄養センター

TH	(Traditional healer)	: 伝統医術師
TOH	(Tanzania Occupational Health)	: タンザニア職業保健
UCI	(Universal Child Immunization)	: 児童予防接種プログラム
UMATI	(The Family Planning Association of Tanzania)	: タンザニア家族計画協会
UNDP	(United Nations Development Programme)	: 国連開発計画
UNFPA	(United Nations Fund for Population Activities)	: 国連人口基金
UNICEF	(United Nations Children's Fund)	: 国連児童基金
USAID	(United States Agency for International Development)	: 米国国際開発局
VHW	(Village Health Worker)	: 村保健員
WHO	(World Health Organization)	: 世界保健機関

タンザニア全図



第 1 編 国別概況

1-1 一般概況

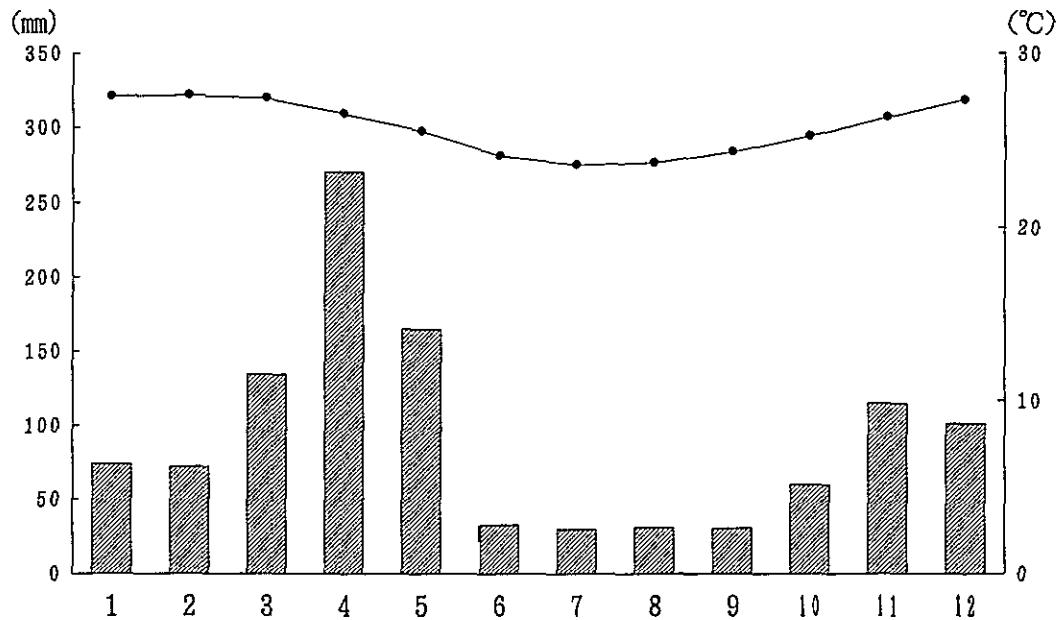
表1-1 タンザニア概況

① 正式国名	タンザニア連合共和国 United Republic of Tanzania
② 独立年月日 旧宗主国名	1961年12月 9日 英国
③ 政 体	立憲共和制 （一院制）
④ 元首の名前	ムウィニ大統領 （Ali Hassan Mwinyi）（1990～1995）任期
⑤ 位置・面積	南緯 1 度～11度45分 東経29度21分～40度25分 945千平方キロメートル
⑥ 首 都	ダルエスサラーム
⑦ 総 人 口	24.5百万人（1990年）
⑧ 民 族 等	バンツー系を主とするアフリカ人 98.6% （スクマ族、マコンデ族、チャガ族、ハ族など 130部族）
⑨ 公 用 語	スワヒリ語（国語）、英語（公用語）
⑩ 宗 教	イスラム教（31%）、キリスト教（25%）、伝統宗教（44%）
⑪ 教 育	7～14歳の7年間（初等教育） 就学率（標準就学年齢人口に対する総就学者の比率） 初等教育（7年）： 48%（1989） 中等教育（4年）： 4%（"） 高等教育（2年）： N.A.（"） 識字率： 91%（1990）
⑫ 暦	時差：（日本との時差）－6時間

出典：『国別協力情報ファイル タンザニア 1991』

図1-1 ダルエスサラームにおける平均気温・降水量（タンザニア）

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平均気温 (°C)	27.5	27.6	27.4	26.5	25.5	24.1	23.6	23.7	24.3	25.2	26.3	27.3
降水量 (mm)	74.0	72.1	134.3	270.4	164.8	32.9	29.6	30.9	30.3	59.6	114.8	100.8

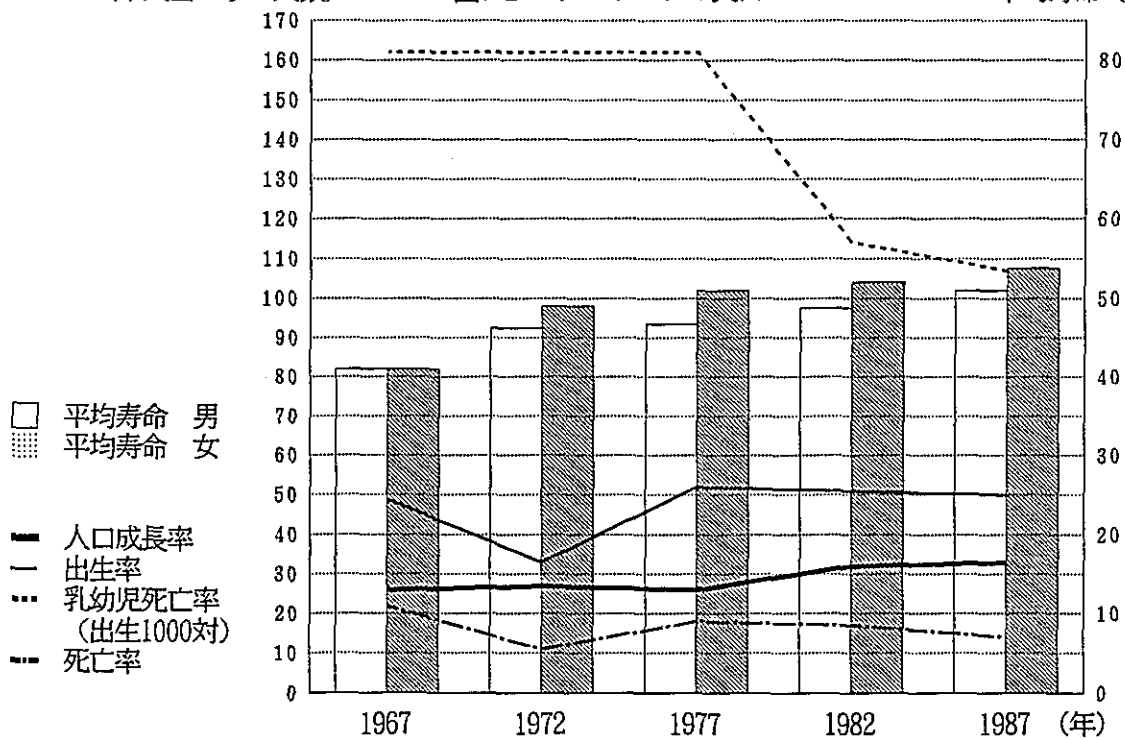


出典：『国別協力情報ファイル タンザニア 1991』

(千人当たりの人数)

図1-2 タンザニアの人口

平均寿命 (歳)



出典：『世界人口年鑑』1978, 1979, 1983, 1986, 1988 年

表1-2 経済指標 タンザニア

1) 主要経済指標の推移	年	(1988)	(1989)	(1990)
	G D P (百万ドル)	2,740	2,540	2,060
	一人当たり GNP (ドル)	160	130	110
	GDP 実質成長率 (%)	4.2	3.3	3.6
	消費者物価上昇率 (%)	31.2	25.8	19.7
	失 業 率 (%)	N. A.	N. A.	N. A.
	貿 易 (百万ドル) (1990年)	貿易収支 : 778.5 輸出額 : 407.8 主要相手国 : ドイツ (14.4%) 輸入額 : -1,186.3 主要相手国 : 英国 (15.6%)		
	経 常 収 支 (百万ドル)	-743	-628	-426
	対 外 債 務 残 高 (百万ドル)	4,729	4,918	5,866
	債 務 返 済 比 率 (%)	17.1	16.5	25.8
	外 貨 準 備 高 (百万ドル)	78	54	193
2) 通 貨	通貨単位: タンザニア・シリング 1 ドル=353 (1993年4月)			
3) 会計年度	7月1日～6月30日			

出典: 『国別協力情報ファイル タンザニア 1991』

〔政 治〕

タンザニア連合共和国は、1961年12月9日に英国信託統治領から独立したタンガニーカ共和国とスルタンを国王とする立憲君主国として独立したザンジバル（1964年1月クーデターによりザンジバル人民共和国となる）が、1964年4月26日に合併し、タンガニーカ・ザンジバル連合共和国を結成し、同年10月に現国名に名称変更したものである。

政治的には、本土（旧タンガニーカ）とザンジバル（島部）は、それぞれ独立の政府、一院制議会、裁判所を有しているが、党（タンガニーカ・アフリカ・ナショナル・ユニオン：TANUが1977年2月にザンジバルのアフロ・シラジ党と統合され、CCM党と改名したもの）と軍は全国的単一組織である。なお、本資料で使用されているデータについては、ザンジバルのものが除かれている場合が多い。

1965年にタンザニアは暫定憲法により民主的一党制の確立を図り、1967年2月TANU中央執行委員会はアルーシャ宣言を採択して社会主義化路線をとることを明確にした。同宣言による社会主義はウジャマーと呼ばれ、J・K・ニエレレ大統領の思想を色濃く反映したものであった。ニエレレの考える「アフリカ社会主義」とは、無階級、平等分配、保障の存在する社会であり、その基礎は拡大家族であった。

タンザニアではアルーシャ宣言に基づいて、国家経済の根幹を握る主要な外国企業を国有化した。この措置により銀行、保険会社、主要な外国貿易会社などが国有化された。この結果公共部門は拡大し公務員の数が増加した。また農村地域において集村化政策が進展するのに伴い、政府による水供給、初等教育、医療などの社会サービスが一段と拡充された。地方公務員のうち3分の2は小学校の教師で、約10%が医療関係者といわれている。

アルーシャ宣言では第1部TANU綱領の中で、貧困・無知・疾病の除去が政府の優先課題として明記された。これによりタンザニアの保健衛生部門は、他の社会部門と比較して、良好に整備されるに至った。1972年には農村を中心にした予防医療に力点を置いた国家保健計画を作成し、成果を収めた。一例を挙げると、1970年代末には地方人口の72%が居住地の5キロメートル以内で、保健衛生サービスを受けることが可能となった。母子保健、予防接種プログラム、必須医薬品プログラムなどでも一定の成果を上げている。また原則的に医療費無料、医学教育費免除の政策が取られてきている。

〔経 済〕

1967年のアルーシャ宣言以来、農業・農村の共同体化、資産の国有化を中心とする社会主義政策を推進してきたが、これは農村の混乱、農業生産の停滞、企業の生産性、利潤率の低迷化を招き、経済成長には寄与しなかった。

さらに1979年の石油価格の高騰と、それに続く世界景気の後退、交易条件の悪化という外部要因と共に、1978～79年の対ウガンダ戦争や80年代の旱魃により、経済は80年代初頭

以後危機的状況に陥った。これは、主として農業の不振に起因している。

タンザニア政府は世界銀行・国際通貨基金（IMF）の支援を得て、1982～84年を対象とする構造調整計画を策定し、インセンティブの創出と政府支出の見直し、稼働率の上昇と、人材の効率的利用のための産業構造の合理化、計画と統制メカニズムの改善を図り、輸入依存からの脱却と国内生産の増大を目指した。

1986年には3ヵ年にわたる経済復興計画（ERP）を策定し、先進諸国の承認を得た。ERPは経済成長、国際収支の改善、インフレ抑制を目標とし、政府はこれらの目標達成のために、為替レート調整、金利引き上げ、均衡財政、輸出農産品の生産者価格引き上げ、農業原材料の輸入・配給の自由化、価格統制品目の削減などの政策を実施した。その結果、経済は回復基調となった。

しかしながら貿易赤字、工業稼働率の低さ、累積対外債務などの経済困難は依然として解決されていない。そこで政府は1990年1月、ERPに続く構造改善プログラム「第2次経済復興計画（ERPⅡ／ESAP）」を発表した。

〔社 会〕

タンザニア社会は、約130の部族からなっている。最小部族は数千人程度といわれているが、他方、約200万人の最大部族スクマ族を含めた10大部族でも全人口の4割程度とされ、支配的部族はいない。

ほとんどがアフリカ人であり、農耕民族のバンツー系が主体である。マサイ族に代表されるナイル川沿いに南下してきた遊牧民族のナイロート系も若干いる。その他、商業分野を中心にインド系、ザンジバルを中心にアラブ系がいる。タンザニア人は、一般に温和で従順である。公の場や外国人の前では表情が固く口数も少ないので一見無愛想に見えることもあるが、私的な場では陽気で人なつっこく、話好きである。豊かな自然、国土に恵まれているため、一般に楽天的で人柄が良いとされる。

アフリカ系	98.6%
インド系	0.9%
アラブ系	0.5%

言 語： スワヒリ語が国語であるが、英語も公用語として使用されている。

1-2 一般行政と国家開発計画

1-2-1 中央及び地方一般行政組織

1-2-1-1 中央行政

政体はタンザニア本土とザンジバル島を連合した、立憲共和制をとる社会民主主義国であり、1992年には一党制を廃止し、複数政党への移行を発表している。本土に連合政府があるが、ザンジバルには独立した政府、議会、司法機関があり、外交、国防、警察以外の自治権を保持している。

立法府は、本土とザンジバルにそれぞれ独立に一院制の議会有し、連合及び本土に関する立法府は、国民議会 (National Assembly) と称される。ザンジバルには、衆議院 (House of Representatives) がある。司法機関には、最高裁判所、高等裁判所、州裁判所、郡裁判所、初等裁判所がある。

政党は事実上革命党 (CCM) による一党独裁体制が続いてきたが、1992年7月、複数政党制関連法案が発効したことに伴い、各野党グループが政党の仮登録を行なった結果、現在11政党が存在している。なお、1995年までに、複数政党制のもとで初の総選挙が実施される予定である。ザンジバルには根強い分離独立運動があり、国内政治の不安要因として、指摘されている。しかし、ムウニニ現大統領がザンジバル出身ということもあり、分離運動がそれほど深刻化することはないとする見方が有力である。

中央行政組織は、次頁の「図1-3 タンザニア国家行政組織」のとおりである。また、1993年6月現在の閣僚名簿を、「表1-3 タンザニア閣僚名簿」に示しておく。

1-2-1-2 地方行政組織および機能

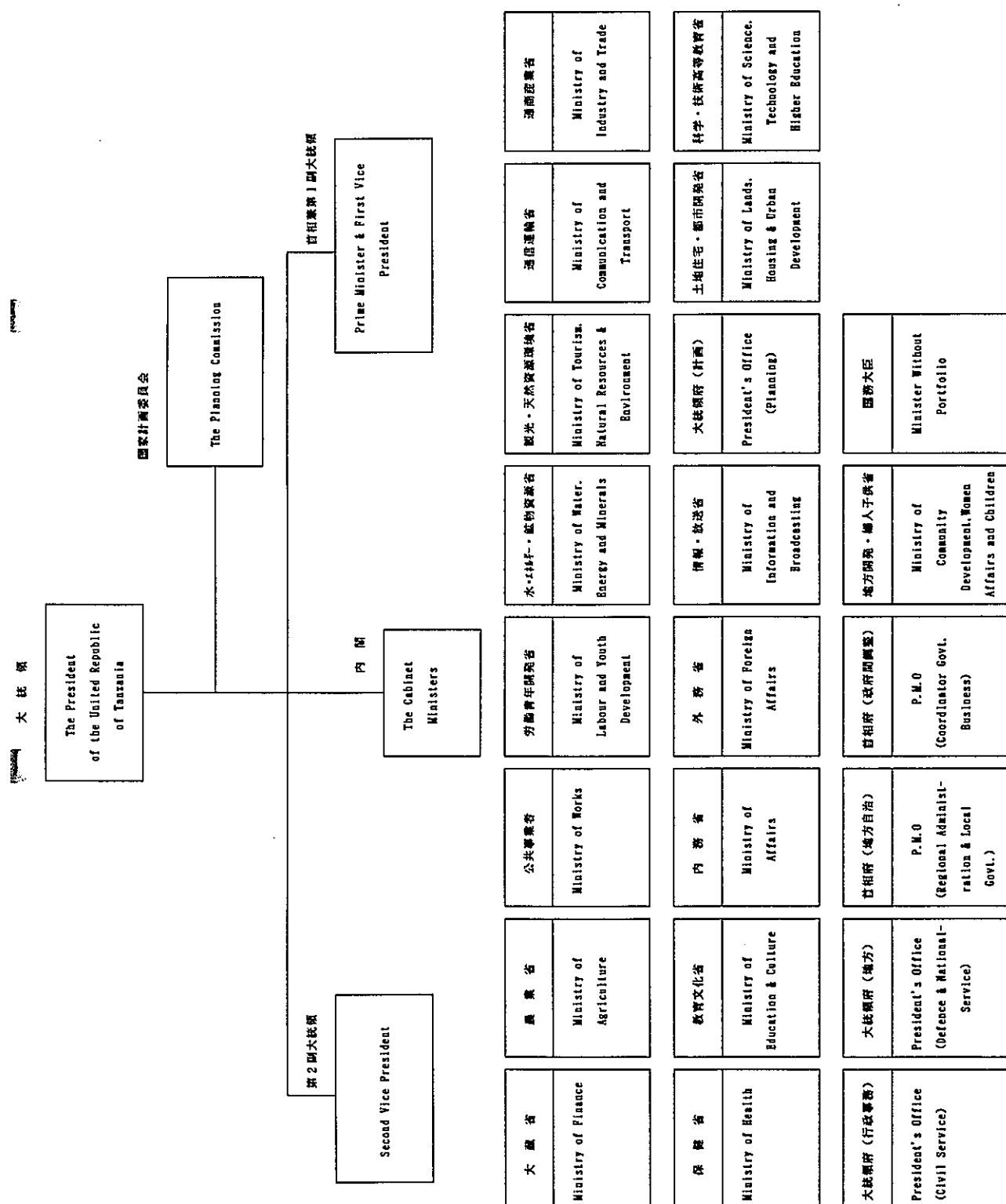
1) 行政区分

タンザニアでは、独立以来地方行政組織と政府与党とが一体となって、地方行政・政治活動を行なってきた。しかし、1992年に議会で複数政党制導入の議論がなされるにおよび地方制度から政党色を薄める措置が取られることになった。

改正された地方行政法によれば、従来CCM党の単位として存在した郡、支部、10戸組 (Nyumba Kumi-Kumi: 隣組組織) が行政単位としては廃止されることになった。タンザニアの新しい地方組織は次のとおりである。

州 (Region, Mkoa: 5~6の県よりなる)	
県 (District, Wilaya)	
区 (Ward, Kata)	(都市部)
町 (Street, Mtaa)	(都市部)
村 (Village, Kijiji)	(農村部)
字 (Hamlet, Kitongoli)	(農村部)

図1-3 タンザニア国家行政組織



出典：『国際協力情報ファイル タンザニア 1991』

表1-3 タンザニア閣僚名簿

1993年 6 月現在

大 統 領 (国防相兼務)	アリ・ハッサン・ムウィニ (Ali Hassam MWINYI)
第 1 副大統領 (首相兼務)	ジョン・サミュエル・マルチェラ (John Samuel MALECELA)
第 2 副大統領 (ザンザバル大統領兼務)	サリム・アムール (Salim AMOUR)
首 相 府	
国 務 相	エドワード・ンゴヤイ・ロワサ (Edward Ngoyai LQWASSA)
地方自治担当相	アンナ・アブドラ (Anna ABDALLAH)
大統領府	ジョゼフ・ワリオバ (Joseph WARIOBA)
計 画 担 当 相	ステファン・キボナ (Stephen KIBONA)
行政事務担当相	ファトマ・サイド・アリ (Fatuma Said ALI)
国 防 担 当 相	エイブラハマン・キナナ (Abdulrahman KINANA)
大 蔵 相	キゴマ・マリマ (Kighoma MALIMA)
通信運輸相	フィレモン・サルンギ (Philemon SARUNGI)
農 業 相	ジャクソン・マクウェタ (Jackson MAKWETA)
通商産業相	クレオパ・ムスヤ (Cleopa MSUYA)
水・エネルギー・鉱物資源相	ジャカヤ・ムリショ・キクウェテ (Jakaya Mrisho KIKWETE)
公共事業相	ナライナ・キウラ (Nalaila KIURA)
観光・天然資源環境相	アブバカル・ユースフ・ムグミヤ (Abubakar Yusuf MGUMIA)
教育文化相	チャールズ・カベホ (Charles KABEHO)
土地住宅・都市開発相	マルセリノ・コマンヤ (Marcelino KOMANYA)
保 健 相	アムラン・マヤギラ (Amran MAYAGILA)
情報・放送相	ウイリアム・シジャ (William SHIJA)
外 務 相	ジョセフ・ルウェガミラ (Joseph RWEGASIRA)
科学・技術高等教育相	ベンジャミン・ムカパ (Benjamin MKAPA)
内 務 相	オーグスティン・ムレマ (Augustin MREMA)
労働青年開発相	アメド・ハッサン・ディリア (Ahmed Hassan DIRIA)
地方開発・婦人子供相	アンナ・セマンバ・マキンダ (Anna Semamba MAKINDA)

出典：E I U Country Report

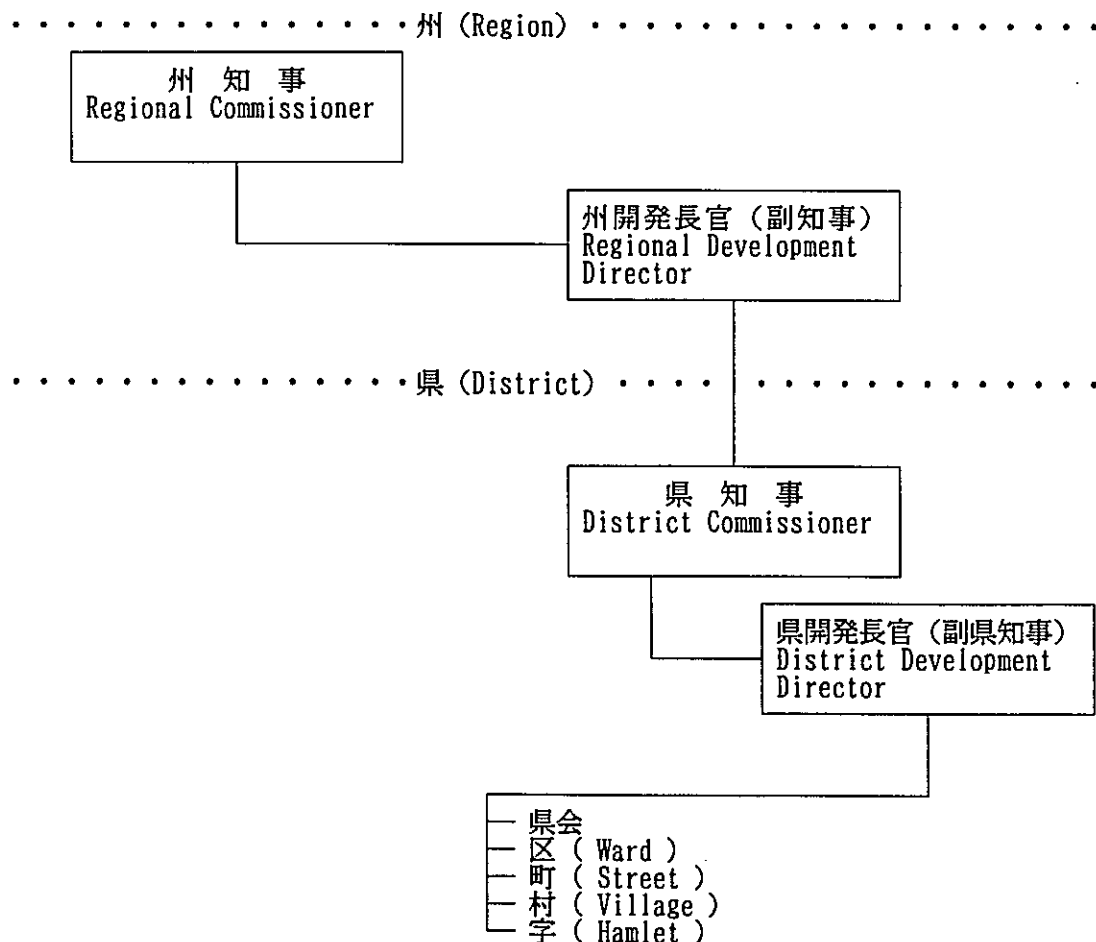
2) 地方行政組織及び機能

全国は25の州に分かれており、本土が20州、ザンジバルが5州である。各州には州知事 (Regional Commissioner)、その下に州開発長官 (Regional Development Director) が置かれている。県以下にも同様に、県知事 (District Commissioner)、県開発長官 (District Development Director)、区長 (Ward Secretary) が置かれている。

タンザニアの地方制度は、中央集権型であり、州から字までの各組織は、地方自治体ではなく、中央政府の一部である。州知事、州開発長官 (副知事)、県知事は大統領が直接任命し、各地方において中央政府の政策を実施する。地方関連の立法は中央議会が行なうことになっている。県以下は首相府地方行政局の管轄になる。これ以外にも、各分野の中央省庁が必要に応じて、州、県などに州教育長官、州警察長官などを置いている。

県には自治的な組織として、県会 (評議員は住民投票により選出される) が設置されており、独自の税を導入できるようになっているが、実際には歳入の多くを中央政府からの地方交付金に頼っている。複数政党制の新制度のもとでは県会、市会、村会の各議長は、それぞれの評議員の3分の2以上の票決により罷免することが可能である。

図1-4 地方行政略図



1-2-2 国家開発計画の概要

タンザニアにおける1980年代中期以降の計画は次のとおりである。

1) 第1次経済復興計画 (ERP I, 1986~88年)

タンザニアは、1967年のアルーシャ宣言以降、アフリカ型社会主義を国家目標に掲げ、基幹産業、銀行の順次国有化、農村地帯ではウジャマー村建設運動（農村の協同組合的生産組織への再編成）などからなる、社会主義経済政策を推進してきた。

この政策に基づく統制的経済運営は独立直後の熱気と、それまでの蓄積の利用が可能であった当初の期間はある程度の功を奏し、1968~72年までのGDP実質成長率は、年平均5.4%と順調に推移した。しかし一方では、この社会主義的な統制経済は農村の混乱、農業生産の停滞、企業の生産性・利潤率の低下などを引き起こし、タンザニア経済に構造的な停滞要因を、内在させることとなった。

上述の経済停滞要因に加え、1973年と79年の第1次および第2次石油危機と世界経済の景気後退、一次産品の交易条件の悪化により、タンザニア経済は失速した。さらに1978~79年にかけての対ウガンダ戦争による大幅な財政支出の増大、80年代の旱魃による農業の不振によって、当国経済は危機的状況に陥った。

こうした経済危機に直面し、政府は1984年から輸入の一部自由化、価格統制の順次廃止など、従来の社会主義的経済政策に修正を加え、部分的に市場経済的施策の導入を決め、自国通貨の切下げを実行した。そして1986年7月に、世界銀行と国際通貨基金 (IMF) の支援を得て、「第一次経済復興計画 (Economic Recovery Programme I : ERP I 1986~89年)」を発足させた。

ERP I は、経済構造の積極的調整を主目的に主な目標を、(a)生産のインセンティブ付与、流通機構の改善および農業生産資材の供給を通じての食料作物および輸出作物の増産 (b)インフラの復興推進 (c)優先度の高い部門への外資の割当てによる稼働率の向上 (d) 財政収支および国際収支の改善、の4点に置いた。その上で重点施策として、(a)生産者価格の引き上げ (b)為替レートの切り下げと貿易自由化 (c)公共部門の合理化、と財政支出抑制などを掲げた。

ERP I では、GDP成長率が目標の4.5%には達しなかったものの、1986年、87年、88年ともに人口増加率を上回る成長率を達成し、タンザニアとしては画期的な成果を収めた。この背景には、市場経済への移行を目指す新経済政策を評価した西側援助諸国の支援の増大によるところが、大きかったと考えられる。

タンザニア経済は、ERP I の実施により経済危機から徐々にではあるが、着実な回復過程に向かったと評価されている。しかしながら、ERP I の実施によって直ちにタンザニアの抱える問題が解消されたわけではなかった。ERP I の終了した1989年時点において、経済は依然として、(a)増大する貿易赤字（輸出額は輸入額の1/3であり、

年間約10億ドルの貿易赤字) (b)巨額の累積対外債務(累積対外債務は1990年末現在、約59億ドル) (c)劣悪な産業インフラ(道路、鉄道などの交通網、電話網などの産業インフラが荒廃を極め、経済活性化のネックとなる) (d)低い製造業稼働率(製造業稼働率は依然として30~40%の低い水準で推移) (e)インフレの進行(年率20~30%程度の激しいインフレが国民生活に悪影響を及ぼす) (f)社会サービス部門の立ち遅れ(保健、教育、水道などの社会サービス部門がERP Iの期間中に取り残され、サービス水準が低下)などの深刻な課題を抱えたままであった。

2) 第2次経済復興計画(ERP II, 1989~92年)

ERP Iの実施後も依然山積する深刻な課題に対処するため、政府は1990年1月、ERP Iに続く新経済計画として、「第2次経済復興計画(Economic Recovery Programme II)1989~92年」を発表した。

ERP IIは、計画期間を1989年7月~1992年6月までの3ヵ年とし、主要計画目標として(a)食料作物、輸出作物の生産増大 (b)国内資源の効率的活用 (c)生産活動の直接支援としての経済基盤、特に運輸・通信部門のリハビリテーションの推進 (d)適切な財政、金融、生産及び通商政策を通じての財政収支、国際収支の均衡の回復 (e)国内インフレの低減 (f)稼働率向上による工業部門の活性化 (g)国民の参加を通じた社会サービスの改善、などを挙げている。

ERP IIは具体的な達成目標として、(a)GDP成長率一年間5% (b)農業部門成長率一年5.5% (c)インフレ低減率-1988/89年度の28%程度から1991/92年度の10%程度以下の達成を目指している。ERP IIは基本的には、ERP Iに盛られている構造調整政策のさらなる推進を目指すものであり、1992年までに同計画に基づき経済各分野にわたる広範な改革が実施された。なおERP IIでは、経済改革と合せ前回のERP Iで取り残された社会サービス分野の整備にも力を注ぐこととしており、このため同計画には「社会経済行動計画(Economic & Social Action Programme)」という副題が付けられている。

表1-4 マクロ経済指標

部門別成長率(%)	1990	1991	1992	1993
GDP(国内総生産)	3.5	3.8	4.0	4.5
農業	6.6	4.6	4.5	5.0
工業(含鉱業・建設)	1.3	5.7	2.5	4.0
サービス	0.6	2.2	3.5	3.0
消費者物価上昇率(%)	19.7	22.3	21.8	20.0

※1992年、1993年は予測値

出典: E. I. U Country Report 1993

3) 経済政策大綱 (Policy Frame Paper : P F P, 1992~94年)

1992年6月にERP IIは終了したが、ERP IIIは作られていない。実質的にERP IIIの代わりとして、1992年7月の援助国会議 (CG会合) に諮られた、経済政策大綱 (Policy Frame Paper : P F P) がある。

P F Pは各援助国の意向を踏まえて、IMF・世界銀行とタンザニア政府の間で合意した今後3年間にわたる、経済政策の基本方針を示す文書である。これによると、1992年から3年間の経済目標は、次のとおりである。(a)年平均5%のGDP成長率の達成 (b) GDP 2%相当の財政黒字の実現 (c)インフレの抑制 (1992/93年: 平均12%、1993/94・94/95年: 同5%を目標) (d)3ヵ月分以上の外貨準備高、経常収支赤字の削減である。

以上の項目の中でも、経済政策としての重点分野は (a)既存の銀行の建て直しと新規金融機関の設立による金融部門改革の実施 (b)公社・公団の規模縮小と行政効率向上を目指した公共部門改革の実施 (c)輸入制限の撤廃及び為替制度の一元化を目指した貿易為替改革の実施 (d)協同組合の再構築及び農産物市場改革の実施 (e)社会開発、インフラ整備、環境保全のための公的支出の確保、などとしている。

P F Pで示された政策は、基本的にはこれまでのERPにより実施されてきた構造調整政策をふまえ、これをさらに発展させようとするものである。これは、タンザニア政府が構造調整政策を推進していくという、基本方針が一貫していることを明らかにしている。

なお、タンザニアは新たな計画・予算策定手法に基づく経済計画であるR P F B (Rolling Plan and Forward Budget)の検討を進めている。R P F Bは政府の開発戦略指針と中期財政計画の性格を持つもので、具体的には ①マクロ経済計画 ②分野別政策 ③3ヵ年の財政計画からなり、毎年の予算計画を補足する参考資料、あるいはCG会合の際の基礎資料となる。R P F Bの策定により、国家開発計画5ヵ年計画及び年次計画は同計画に統合され、ERPは事実上その内容はP F Pに、形式はR P F Bに発展的に解消されることになった。

表1-5 既往の開発計画

計 画 名		期間（年）	概 要
3 ヶ年計画		1961～63	1961年の独立直後本計画を策定し、1人当たりの国民所得の増大を目標に灌漑の整備、道路網の拡張、教育の普及のために総額2,4百万ポンド（うち借款1,5百万ポンド）の投資を行なった。
第1次5 ヶ年計画		1964～79	3次にわたる5 ヶ年計画により、 ①工業化の推進 ②農村のウジャマー（協同組合）化 ③社会的平等の達成 などを目標に掲げたが、ローデシア問題による一部西側諸国からの援助の中断や、一次産品輸出の不振による国際収支の悪化などから、期間中の実質GDP成長率は目標の6.7%を下回る5%に止まった。
第2次5 ヶ年計画			
第3次5 ヶ年計画			
長期 展 望 計 画 1981 ～ 2000 年	第4次 5 ヶ年計画	1981～85	1981年に長期展望計画を策定し、これを具体化するものとして同年第4次5 ヶ年計画を発表。期間中GDP実質成長率を目標6%（年平均）とし工業開発を優先したが、第2次石油ショックによる世界経済の急速な落ち込みから同年、国家経済再建計画を発表し、タンザニア経済の急速な悪化に対処すべく緊急措置として、①財政規模の縮小②部門別生産目標の設定等を行なった。しかし、生産目標の達成率は60～70%程度に止まり、新たに1982～84年の3 ヶ年計画を対象に構造調整計画を策定するに至った。
	国家経済 再建計画 (NESP)	1981	
	構造調整 計画 (SAP)	1982～84	人口増加率を上回る経済成長、国際収支の改善インフレ抑制を目標とした。その結果、87年以降約4%のGDP実質成長を達成した。
	経済社会 行動計画 (BRP I)	1986～88	
	第2次経済 社会行動計 画(BRP II)	1989～92	①GDP成長率一年間5%②農業部門成長率一年5.5%③インフレ低減率-1988/89年度の28%程度から1991/92年度の10%程度以下の達成を目指す。
	経済政策大 綱 PPP	1992～94	(現行)

参考資料

1. 『タンザニアの経済社会の現状（第4版）』財団法人 国際協力推進協会 1990
2. 『JICA 国別協力情報 タンザニア』国際協力事業団 1991
3. 『開発途上国技術情報 データシート タンザニア』
国際協力事業団 国際協力総合研修所 1992
4. 『世界開発報告 1992』世界銀行
5. 『タンザニア連合共和国 マラリア抑制計画（第4期）基本設計調査報告書』
国際協力事業団 医療協力部 1992
6. 『在タンザニア 日本大使館資料』1993
7. 『タンザニア連合共和国 感染症基礎調査報告書』国際協力事業団 1993
8. Development Co-operation Tanzania UNDP 1990
9. Women and Children in Tanzania UNICEF 1990
10. Planning and Management of Primary Health Care in Tanzania
Ministry of Health 1991
11. UNICEF Annual Report Tanzania 1992
12. Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank 1992
13. Coping with the AIDS Epidemic in Tanzania: Survivor Assistance
The World Bank 1992
14. Primary Health Care Strategy
Government of the United Republic of Tanzania 1992
15. E.I.U. Country Report Tanzania Comoros
The Economist Intelligence Unit 1993
16. Human Development Report 1993 UNDP
17. Rolling Plan and Forward Budget for Tanzania 1993/94-1995/96
The President's Office/Ministry of Finance 1993
18. Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992
Bureau of Statistics Planning Commission Tanzania 1993
19. Tanzania Health Statistics Abstract 1993 Ministry of Health 1993

第 2 編 衛生行政

2-1 中央衛生行政と保健医療計画

2-1-1 中央衛生行政機構

1) 機構

保健衛生行政は 3 つのレベルに分けられ、中央レベルは保健省、州レベルは州医務官 (Regional Medical Officer) が、県レベルは県医務官 (District Medical Officer) がそれぞれ所轄している。

保健省は、中央レベルでの保健部門についての最高責任機関である。保健省は、保健政策の立案および国内での実施について監督責任を有している。また保健省は、中央政府直轄の保健サービスについて直接の責任を負担している。この中には、全国 6 つの病院（診療病院 4 つと専門病院 2 つ）、エイズ抑制プログラム、EPI など、17 に及ぶプログラムが含まれている。

保健省は、次の 5 つの部署に分かれている。

- ① 病院局 (Hospital Services)
- ② 予防医療局 (Preventive Services)
- ③ 人材開発養成局 (Manpower Development and Training)
- ④ 保健計画局 (Health Planning)
- ⑤ 人材開発管理局 (Manpower Development and Administration)

1975 年の組織再編後、病院局、予防医療局、人材開発養成局の 3 局は保健省の技術部門の中核的な存在となっており、保健省内の主要メンバーであり、かつまた地方医療サービスの責任者でもある首席医務官 (Chief Medical Officer) に、業務を報告する義務を負っている。各局の責任分担は次のとおりである。

(a) 病院局は保健ケア制度全体の中で中枢的な役割を占めているが、その活動内容としては、次のとおりである。

- ・ 病院 6 ケ所（専門病院 2 ケ所を含む）の監督
- ・ 州、県病院、地方医療機関に対する技術的な助言の提供
- ・ 国内全病院に対する必要器材の確定
- ・ 地方医療機関に対する必須医薬品プログラム (EDP) を含んだ必要器材の供給計画とその管理
- ・ 医学部と協力して、精神衛生プログラムの運営を実施
- ・ ボランタリー組織 (Voluntary Agencies) の関係調整
- ・ 中央薬品管理部の運営

(b) 予防医療局は、地方の保健サービス、保健計画が政府の保健政策とガイドラインとに一致するように、技術的な助言、器材、薬品を提供する。具体的な活動内容としては、次のとおりである。

- ・ 疾病についての情報の収集と分析、疾患の治療のガイドラインの作成
- ・ 環境保健と、衛生プログラムの監督管理
- ・ 保健教育プログラムの作成と実施
- ・ 学校保健教育プログラムの作成と実施

予防医療局の役割分担として、以上の諸項目以上に重要な点は、保健省が実施している特別プログラムへの監督責任である。実施中の主だった特別プログラムとしては、次のようなものがある。

- ・ 1971年に開始された母子保健プログラム (Maternal and Child Health: MCH)。MCHは現在では、政府の予防接種プログラム (EPI/UCI)、栄養教育、家族計画サービスなどを合わせて実施。
- ・ 1975年にMCHの一部として作成された、予防接種拡充プログラム (Expanded Program of Immunization: EPI)。1986年には住民の大規模な地域住民の動員と、住民に対する動機付けにより、子供の予防接種率を高めるために、UCI (Universal Child Immunization: 1990年までに予防接種率80%を達成) が開始された。
- ・ 結核・ハンセン病プログラム (Tuberculosis and Leprosy Control Program)。1978年に発足したプログラムで、国内で統一した治療方針により、患者の早期発見と治療を進める。
- ・ 下痢症抑制プログラム (Control of Diarrheal Disease Program)。初歩的な訓練コースの実施と、経口補水 (ORS) パックの配付。
- ・ 村落保健員プログラム (Village Health Worker Program: VHW)。1983年に発足したプログラムで、プライマリー・ヘルス・ケア推進の一環として実施されている。同プログラムでは、村レベルでのプライマリー・ヘルス・ケアを行なう際のガイドラインを提供し、それを具体的なプログラムに折り込むための援助。
- ・ 国家エイズ抑制プログラム (National AIDS Control Program)。1987年7月に提出されたプログラムで、WHOのガイドラインに沿った内容である。1989年から実施。

(c) 人材開発養成局の責任分担として、

- ・ 保健システム全体の職員必要数を決定する
- ・ 教育省の管轄下にある医学部で訓練を受ける医師を除いた、全ての保健スタッフの教育・訓練を計画し実施すること
- ・ 新規の保健スタッフの教育機関を設置する。また必要な場合には、既存の訓練機関を拡張すること
- ・ 保健スタッフのキャリア開発

(d) 保健計画局の責任分担として、

- ・ 国家保健情報管理システムの確立
- ・ 保健省内部での長期・短期の保健計画立案の調整、保健省の開発予算執行のフォロー・アップ
- ・ 州、県レベルの年間開発予算の起案に関する、大蔵省、国家計画委員会、総理府、地方行政省との連絡調整
- ・ 建造物の設計、建設の事後評価
- ・ 保健分野での研究活動の調整
- ・ 保健部門の準国営機関の監督
- ・ 外国援助の調整

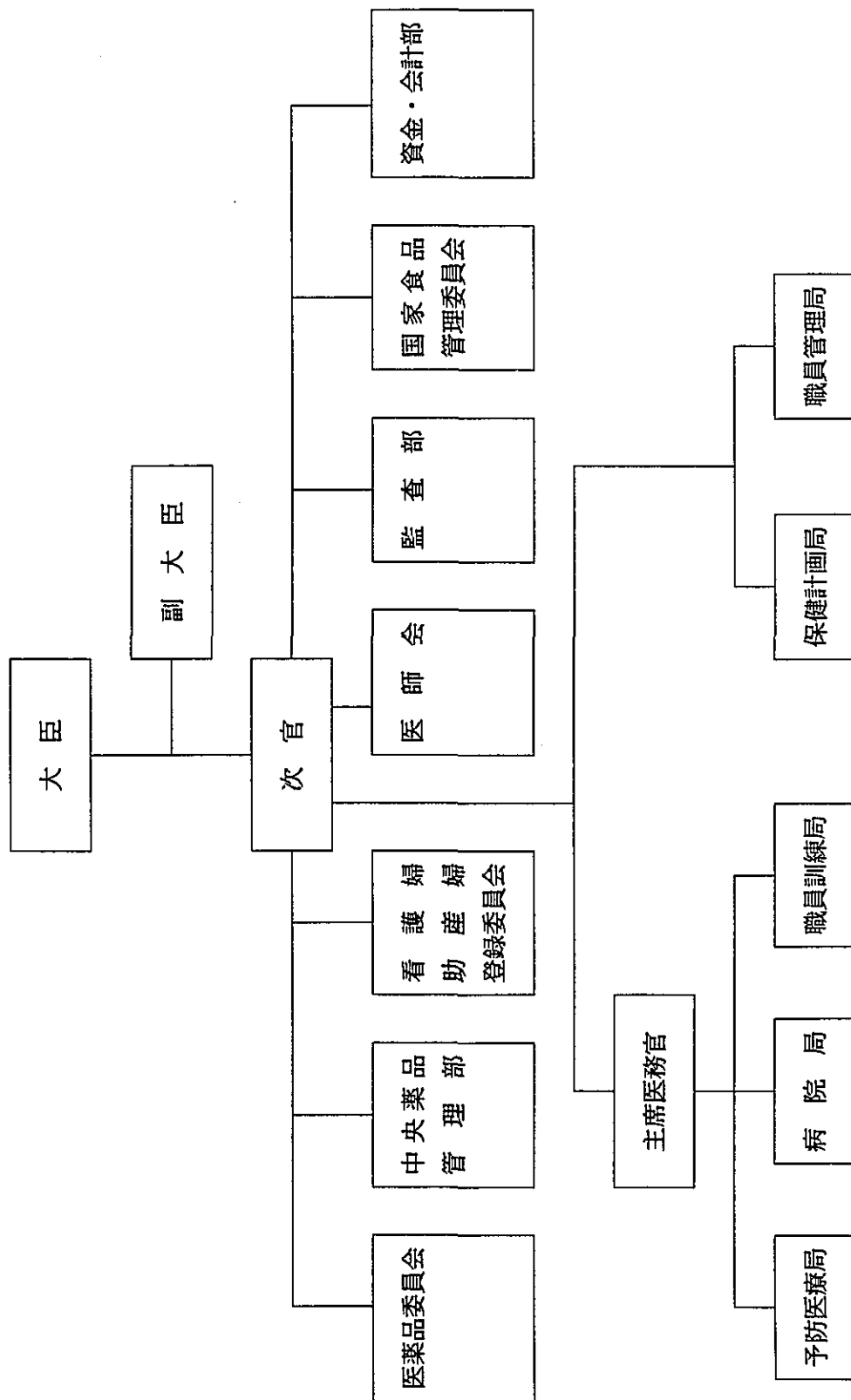
(e) 人材開発管理局の責任分担として、

- ・ 保健省本部で日常活動に必要な器材、物品の発注と維持管理
- ・ 本部職員の人事管理
- ・ 上級職員の地方への配置と教育訓練
- ・ 会計年度予算の作成、会計管理

2) 保健省の組織上の問題点

保健省の機構自体は、1975年から大きく変化していない。新規の計画や管理責任が生まれると、その度に既存の組織の枠の中で対応してきた。しかし一方では、新しく発足した計画が地方の保健機関に対して、独自に医薬品や医療器材を供給するようになると、従来の保健省の仕事と重複し、非効率が顕著になってきた。また官僚制度そのものの弊害も顕在化した。

図2-1 保健省組織図



2-1-2 保健省機構改革の試み

このような状況のもとで1988年末に保健省は、権限の地方分散化の推進と合わせて、プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）運営委員会と事務局を設置した。PHC運営委員会は、首席医務官が議長となり、各技術部門の責任者である次席医務官、計画局の長が参加している。

PHC運営委員会は、いかにして新規の計画事業を、保健省の従来の任務と両立させていくかについて、検討することになっている。例えばMCHプログラムの場合、保健サービスの既存の枠組みとは別個に活動する場合が多い。従ってMCHのスタッフは、彼らが現実に働いている保健機関のヘルス・ワーカーよりも、MCHプログラムの上司に報告を行ないがちである。

国家エイズ抑制プログラムについても、同様な問題点が指摘されている。同プログラムは保健省とムヒンビリ・メディカル・センターが共同して立案したものである。しかしながら、HIV流行対策に貢献できるCCM（政権政党）、UMATI（タンザニア家族計画協会）、宗教団体などとの横の連絡はほとんどなかった。州政府のエイズ抑制プログラムへの参加も重要であり、エイズ予防のための財政的な支出についての理解を得るためにも、プログラム立案の過程に州政府が参加する必要があるとされている。

PHC運営委員会は現在、以上のような諸問題に効果的に対処する方法を検討しているところであるが、それらが具体化するまでにはなお日数を要するとみられている。

2-1-3 中央保健医療計画・予算

タンザニア政府は1993～94年、1995～96年の2年間にわたる国家計画と政府予算について公表している（Rolling Plan and Forward Budget for Tanzania 1993/94-1995/96）。このなかで述べられている保健医療部門におけるこれまでの活動の評価、今後の事業の優先分野などは、政府の保健医療部門への取り組みを知る上で重要と思われるので、以下に要約する。

2-1-3-1 政府の基本政策

タンザニアの保健水準は独立以後、平均寿命、乳幼児死亡率の改善などにみられるように、著しく向上してきた。しかしながら、いまだ多くの課題が残されている。1970年代の経済不振期以後、ヘルス・ケア・システムは増大する人口の必要とする保健・医療サービスと、縮小する国家予算との間の格差を解決する必要に迫られた。

保健・医療部門の発展について監督する主たる政府機関は保健省である。しかし地方政府も保健関連の事業を実施する上で、重要な役割を担っている。非政府機関（NGO）も、この分野で長年に渡って重要な活動を行ってきた。保健省は、NGOあるいは伝統医療部門などとの、協力関係を模索している。

教育、農業、水資源などの各部門も、保健部門と密接な関係を持っている。

2-1-3-2 1990/91～1992/93の回顧

上記の期間中、保健省は栄養計画を終了し、薬剤の散布と蚊帳によって、マラリアの蔓延を防ぐことができた。感染症を防ぐために地域住民の保健活動への積極的な参加が促進された。中央薬品管理部の管理改善と医薬品輸入の規制緩和により、医薬品の供給量が若干増加した。

PHC運営委員会によって、プライマリー・ヘルス・ケアについての部門間の協力が改善された。

他の政府部門と同様に資金不足が大きな問題であり、このために医薬品の不足、病院の機能低下が起きている。業者との契約締結の遅れにより病院の改修工事が進んでいない。また保健省内部の問題、例えば各事業計画や局との連絡が不十分であることも、重要な障害となっている。保健教育政策が存在せず、ほとんどの部・局はそれぞれ別個の教育計画に責任を持つことになっている。

2-1-3-3 保健・医療部門の目標・政策

(1) 政府の保健・医療部門の目標は次のとおりである。

- ・ 全てのタンザニア人、特にハイリスクグループの人々に、ヘルス・サービスを提供する。
- ・ 住民の手に届く範囲にヘルス・サービスを提供する。
- ・ 住民の必要に合ったヘルス・サービスを提供する。
- ・ ヘルス・ケア・システムに伝統医療を取り込む。

(2) 以上の目標を達成するために、次のような政策が実施される。

- ・ プライマリー・ヘルス・ケアに重点を置きながら、ヘルス・サービスの質を向上させる。
- ・ ヘルス・サービスの重点を治療から予防に転換する。
- ・ 地域住民、NGO、民間部門の参加を推進する。
- ・ 保健・医療部門に対する地方の財源を増加させる措置を導入する。
- ・ 保健・医療部門の効率性を向上させる。
- ・ 伝統医療の研究と評価を行なう。

2-1-3-4 プライマリー・ヘルス・ケア改善策

- (1) プライマリー・ヘルス・ケアに重点を置きながら、ヘルス・サービスの質を向上させる。そのための具体策は次のとおりである。
 - ・ プライマリー・ヘルス・ケアは大多数の人口、特に健康上危険な状態にある人々に対して、効率的なサービスを提供する主要な戦略である。
 - ・ 既存の保健・医療設備の改修と維持、器材の交換に重点を置く。
 - ・ 職員の質の向上は、保健・医療訓練機関と訓練計画を強化しながら実現する。
 - ・ 適切な職員数を決定するための調査を行なう。
 - ・ 他の部門の機関を参加させながら研究活動を強化する。
- (2) ヘルス・サービスを治療から予防に転換するために以下のことを行う。
 - ・ 感染症の蔓延の抑制、家族計画の実施、栄養と衛生の改善がもたらす利益について、地域住民に教育を行ない理解を深める。
 - ・ 治療サービスから予防サービスに漸次予算を転換していく。
- (3) 地域社会、NGO、民間部門の参加促進は次の手段で進めていく。
 - ・ ヘルス・サービスの発展と管理についてより多くの地域社会の参加を促進するため努力する。
 - ・ 保健・医療部門への州、県、NGO、民間部門の参加に対するガイドライン、事後評価を提供する。
- (4) 保健・医療部門への地方財源の増大のために以下の措置を取る。
 - ・ 1993年の費用負担について、適当な方式を完成する。
 - ・ ヘルス・ポストの建設と管理について、地域住民の参加を継続する。
 - ・ 資金援助が一旦中止されても、プロジェクトが長期間にわたって持続することを確保するため、地方政府の支出を増加する。
- (5) 保健・医療部門の効率を向上させるためには、次のような措置を取る。
 - ・ ヘルス・サービスの利用、職員総数、既存の施設・設備などについての総合的な現状分析を実施する。
 - ・ 保健省の機構を再点検し、機能の重複を避け、サービスの統合を図る。
 - ・ 部・局間の協力を改善するための努力を継続する。
 - ・ 医薬品が全ての医療機関で利用できるように、必須医薬品プログラムを通して、医薬品の供給と配付に一層の改善を図る。
- (6) 伝統医療の研究と評価を行なうためには、次の諸項目を実施する。
 - ・ ダルエスサラーム大学やその他の関連機関による研究を通して、ヘルス・サービス部門に統合すべく、伝統医療の利点を確認する。
 - ・ 保健省にある伝統医療室を強化しながら、伝統医療の施術師についての評価能力を向上させ研究を促進する。

2-1-3-5 優先分野

政府の財源は限られているため、より効率的なサービスを行なうために次のような優先分野を指定している

- (a) 村落レベルのプライマリー・ヘルス・ケア
- (b) 母子保健、家族計画をとおした予防サービス
- (c) 必須医薬品プログラム
- (d) マラリア抑制プログラム
- (e) エイズ抑制プログラム
- (f) 保健状態を改善するために、感染症、伝統医療、住民の習慣などについての研究促進

2-1-3-6 P H C実施のガイドライン

1983年にP H C（プライマリー・ヘルス・ケア）実施のためのガイドラインが、タンザニア政府によって発表され、保健行政のなかで高い位置付けが与えられてきた。これは、1978年に世界保健機関（WHO）が発表したアルマ・アタ宣言の趣旨にもとづいて、2000年までに国民全員に十分な保健サービスを提供することを一つの国家目標にしたためである。

しかしながら、タンザニアにおいては1980年代後半の経済危機を経て、破綻した国家財政の中で、当初の目標を達成することが困難な状況になった。このため保健省は1992年1月、P H Cガイドラインの見直しを行ない、改訂版を作成・公表した。その際、特に次の諸点に留意して、P H Cを実施することが明記されている。

- ・ 地域のあらゆるレベルが保健増進活動に参加することを積極的に進める。
- ・ 保健情報の管理システムを改善する。
- ・ 予防保健部門に対し漸進的に予算を増加する。
- ・ 保健事業での計画作成、実施、モニタリング、評価での他部門間との協力を推進する。
- ・ 監督、機材提供、動機の提供、訓練計画を通して向上心を持つP H Cの最前線の人員の意欲を起こさせる。
- ・ 最大の生産と効果を上げるために、保健関係のさまざまな事業を統合し調整する。
- ・ これらの戦略を実施していく上での最前線となる県保健管理システムをより効率的なものにする。
- ・ 末端の保健従事者に対し教育器材を提供する。
- ・ 特定の疾病に対する特別な地域社会の保健キャンペーンを組織する。
- ・ 対象となった疾病やその問題点についてそれを改善し、矯正するための保健システムの研究を促進する。

- ・ 乳幼児死亡率、予防接種の接種率、保健施設へのアクセスなどのさまざまな指標がどのくらい達成されたかをモニターし、評価することを促進する。

このような点についてふまえた上で、タンザニア政府は『2000年までに全てのタンザニア国民に健康を(The Primary Health Care Strategy Towards Health for all by Year 2000 in Tanzania)』の中で、PHCの基本方針を「タンザニアの保健政策の総合的な目的は、全てのタンザニア人の健康と生活を改善すること、特にハイ・リスク人口に対し、彼らが真に必要としているものを、政府が責任を持ってサービスを提供していくことができる保健システムを確立・強化していくことである」と述べている。その上でより具体的な目標として、次の6点を掲げている。

1. 母子の罹患率と死亡率を下げる、適切かつ均一な母子保健サービスを提供することによって平均寿命を引き上げる。栄養を促進し、伝染病を抑制する。
2. 国内のいかなる場所においても、保健サービスが受けられるよう保障する。
3. 村落から中央までのあらゆるレベルにおいて、全ての必要な人員を訓練することによって、人材を自給することに努める。
4. 地域社会に対して頻繁に起こる予防可能な保健上の問題点を認識させ、その問題を社会のすべてのレベルが分析できるよう能力を強化し、自発的な地域社会の取り組みを促進する。
5. 政府と社会全体が保健問題の適切な解決は、教育、農業、水・衛生、地域開発、女性組織、政党、政府、非政府組織などの複数の部門が協力を通してのみ可能であることを認識する。
6. 家族の健康増進を通じて、一人一人が家族の不可欠の構成員として、健康な状態にあることが個人の責任であると認識させる。

2-1-3-7 PHCと地域社会

PHCの実施においては地域社会の自発的な取り組みが不可欠であり、成功の鍵を握っている。同時に、政府機関の献身的な取り組みと責任ある行動が求められている。地域社会が参画するのはPHCの全てのレベルであり、計画作成時において認識されている問題点の提起、計画の実施、評価までが含まれる。

地域社会の役割を強化するために、地域社会の意思決定への参加の重要性を保健部門従事者が確認した上で、次の諸点に優先順位がおかれると指摘している。

- ・ 地域社会の考えを、伝達するメカニズムを創設する。
- ・ 管理過程の新しい方向づけを行なう。
- ・ 保健部門関係者に対して、地域社会の参加についての認識を促す。
- ・ 基礎的でかつ継続する教育を通して、真の地域社会の参加の技術を発展させる。

『PHC』文書では、PHC実施の際には県レベルの対応が最も重要な作業単位であり、ここでは、県医務官（District Medical Officer : DMO）の役割が重要であるとしている。迅速かつ効率的な決定と実行が最も必要とされているのはこのレベルであり、地方政治の真価が問われていることが強調されている。

県レベルの保健計画は、県知事（District Commissioner）が議長を務める県PHC委員会によって作成されなければならないが、PHC委員会の構成委員は、次の人々である。

- ・ 県知事（議長）
- ・ 県医務官（書記）
- ・ 県執行局長（District Executive Director）
- ・ 県農業・牧畜開発担当官（District Agricultural and Livestock Development Officer）
- ・ 県水道技師（District Water Engineer）
- ・ 県地域開発担当官（District Community Development Officer）
- ・ 県文化担当官（District Cultural Officer）
- ・ 県教育担当官（District Education Officer）
- ・ CCM書記社会サービス委員会（Secretary-Social Services Committee of CCM）
- ・ 県審議会社会サービス委員会議長（Chairman of the Social Service Committee of the District Council）
- ・ NGO代表

上記のPHC委員会が作成した県保健計画を実行に移すために、県保健管理チーム（District Health Management Team : DHMT）が組織されているが、その構成員は次の人々である。

- ・ 県医務官（DMO）
- ・ 県保健官（District Health Officer）
- ・ 県MCH調整官（District Maternal Child Health Coordinator）
- ・ 県看護担当官（District Nursing Officer）
- ・ 病院担当医務官（Medical Officer-in-charge of Hospital）
- ・ 保健訓練機関の長（Principals of Health Training Institution）

ここで重要視されているのは、計画を実施する際の縦割りの人的つながりではなく、関係者の協調の重要性である。またDMOがその県のPHCを含んだ保健関連の事項の責任者となっていて、責任の所在は極めて明確であり、官僚的な事務非能率を避ける意図を窺うことができる。権限の分散化を進めることで、それぞれの保健関係者の責任もそれだけ高くなるが、そのための教育・訓練の重要性も指摘されている。

県における保健サービスを強化するための保健省の活動の優先順位を、次のように明記している。

- (1) DHMT、PHCの両委員会、病院の職員、周辺の医療関係者に対する訓練を行なう。
- (2) 県の情報管理システムの実施と開発を行なう。
- (3) DMOに対して財政上の責任を委任する。
- (4) 効率的な監督を行なう。
- (5) 十分に適切な人的・物的・財政的な資源の配分を行う。
- (6) 保健分野における地域社会の十分な参加を促す。
- (7) 関係諸部門の協力を促進する。

以上のような行政面での取り組みと同時に、地域社会で実際に医療に従事する人々を中心に、地域社会保健ケア（Community Based Health Care：CBHC）が推し進められている。CBHCの主たる目的は地域社会での個人と家族の福祉の増進であり、特徴的な点は、活動の中に伝統医療などの民間セクターを取り込んでいる点である。これには、助産婦（Traditional Birth Attendants：TBA）、伝統医療師（Traditional Healer：TH）母親などが含まれている。政府はまたCBHCを進めるために、村保健員（Village Health Worker：VHW）を任命して、主として保健ケアの予防面で活動させている。

CBHCの活動内容は、それぞれの地域社会の必要性と問題とによって異なったものとなる。しかしながら、活動のパッケージの骨格を成すものは、TBA、TH、VHW、村保健委員会への教育、基本的なサービスと器材の提供、水道、所得創出などである。

CBHCを促進するために、次の活動に優先順位が与えられている。

- ・ 伝統医療従事者が、正式な保健サービス部門に参加することを促進する。
- ・ 党支部を通して、都市社会に根ざした保健ケアを発展させる。
- ・ 地域社会が保健促進の諸活動を計画、実施、評価することに参加する。
- ・ 地域社会は小規模の社会・経済プロジェクトに対するNGOの支援を要請する。

PHC文書では、保健分野における最優先課題は、出産可能年齢期の女性を対象としたケアであると指摘している。母親の保健上の改善を通して子供の健康状態も改善されるであろうと述べた上で、母子保健が保健ケアの根幹をなすとしている。その内容は、次のとおりである。

- (1) 子供と出産可能年齢期の女性の死亡、疾患、障害を減少させる。
- (2) 母親に対して一貫した保健教育を提供する。
- (3) 家庭訪問と保健教育を通して、家族に対する適切な保健ケアを促進する。
- (4) 成人男女に家族計画を知る機会を与える。
- (5) 女性に妊娠前、妊娠期間中、出産後のケアを提供する。

なお、家族計画については、保健省により総括的なガイドラインが作成されている。

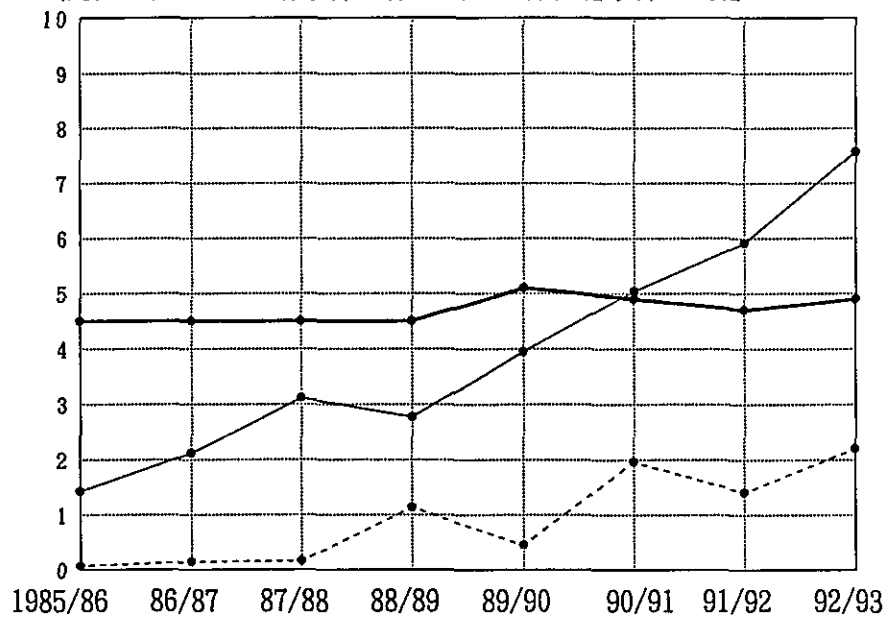
表2-1 保健省の予算

(百万タザニア・シリング)

	経 常 予 算	開 発 予 算	合 計	国家予算に 占める割合 (%)
1985/86	1,427.1	64.8	1,491.9	4.5
1986/87	2,114.9	142.4	2,257.3	4.5
1987/88	3,115.0	158.3	3,273.3	4.5
1988/89	2,774.1	1,134.9	3,909.0	4.5
1989/90	3,949.3	447.8	4,397.1	5.1
1990/91	5,039.8	1,958.7	6,998.4	4.9
1991/92	5,908.6	1,407.0	7,315.6	4.7
1992/93	7,564.8	2,198.9	9,763.7	4.9

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

(%) 図2-2 政府予算全体に占める保健省予算の割合



(注) — 経常予算額
 ... 開発予算額
 — 国家予算に占める合計額

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

表2-2 保健部門の予算 (百万タンザニア・シリング)

	経常予算	開発予算	国家予算全体に 占める割合 (%)
1992/93	22,359	4,969	7.7
1993/94	25,227	14,576	9.3
1994/95	27,790	13,672	9.3

出典: Rolling Plan and Budget for Tanzania 1993/94-1995/96

表2-3 保健部門の省、州、地方政府それぞれの予算 (百万タンザニア・シリング)

	省	州	地 方 政 府
1993/94	22,922.1	8,692.1	8,188.6
1994/95	23,464.9	9,311.5	9,746.0
1995/96	24,061.2	9,548.2	9,993.7

出典: Rolling Plan and Budget for Tanzania 1993/94-1995/96

表2-4 保健省 部門別予算 (百万タンザニア・シリング)

項 目	1991/92	1992/93(承認済推計)	1993/94 (推計)
管 理 費	126	146	168
資 金	0	34	43
計 画	7	11	21
病 院	6,099	7,742	8,900
予 防	294	546	871
医療器具	70	117	117
薬 品	63	141	175
食品研究	12	16	29
訓 練	744	653	1,600
	7,415	9,260	11,924

出典: Estimates of Public Expenditure consolidated Fund Services 1993

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

地方衛生行政の組織は、行政区分によって編成されている。本土に20ある州レベルでは、州医務官（Regional Medical Officer：RMO）、104の県（District）では県医務官（District Medical Officer：DMO）が、それぞれの行政区分の医療行政全般についての責任を持つことになっている。

2-2-1-1 州（Region）レベル

州レベルでの医療行政の責任者はRMOであるが、RMOは州開発長官（Regional Development Director：RDD）の指揮権のもとにある。RMOは保健省からの出向者である場合が多いが、その主たる任務はDMOの指揮監督や州内の医療施設の監督などである。

2-2-1-2 県（District）レベル

タンザニア政府はプライマリー・ヘルス・ケアを重視し、地方分権化政策を進めてきたが、最も重要な保健・医療活動の単位とされてきたのが県レベルである。県レベルでの保健・医療活動を円滑にそして適切に実施することが、国全体のヘルス・サービス向上に最も効率的に寄与するという点で行政当局の見解は一致している。

にもかかわらず今日、県レベルの保健・医療の責任者であるDMOに十分な行政上の権限が付与されていないとの指摘がある。保健省が実施しているさまざまな特別プロジェクト活動の調整、県内の保健・医療スタッフの監督責任について、DMOが十分に指揮権を発揮しえていない。

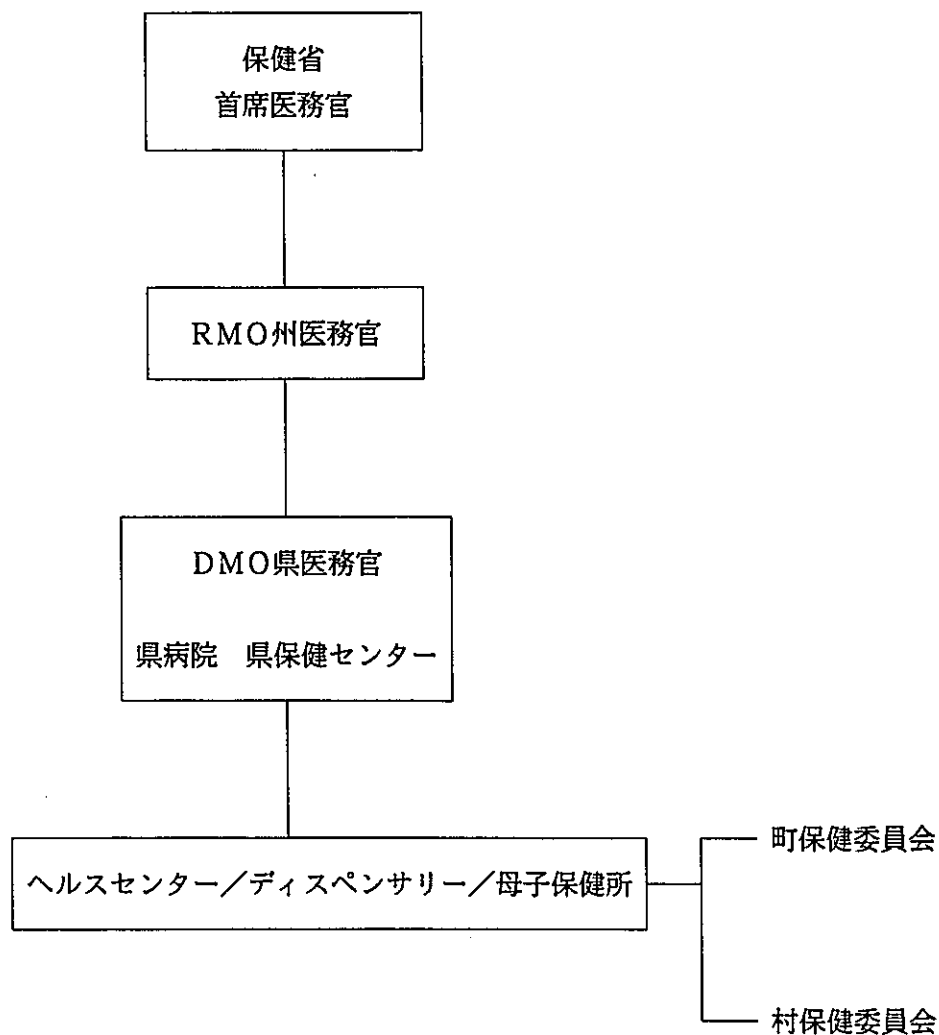
なお、プライマリー・ヘルス・ケアの実施については、県プライマリー・ヘルス・ケア委員会が存在し、各県での事業活動の計画・立案、実施に責任をもっている。同委員会は、委員長が県知事、副委員長が県副知事、DMOが書記で構成されている。

2-2-1-3 ローカル・レベル（町村レベル）

タンザニアにおける地域保健活動で地域住民に最も身近なものは、村落（Village）レベルの保健委員会である。村落委員長が村落保健委員会（Village Health Committee）の委員長を務め、地方医療助手（Rural Medical Aid）もしくは村落保健員（Village Health Worker）が書記となる。村民の中で多少とも保健・医療の知識のある人々、例えば学校の教師などが、保健委員会の委員となる。村落保健委員会の主たる任務は、村の中の保健・医療上の問題点を洗い出し、そのための対策をたてることである。

行政上、村落保健委員会の上位にある委員会として、町保健委員会（Ward Health Committee）がある。町書記長が委員長を務め、ヘルス・センターの医療助手が書記となる行政上の区分としては、町は4～5の村が集まって成立する。人口はおよそ1万人くらいの単位である。タンザニアには、8,369の村と2,139の町が存在する。

図2-3 地方衛生行政略図



参考資料

1. 『タンザニアの経済社会の現状（第4版）』財団法人 国際協力推進協会 1990
2. 『開発途上国技術情報 データシート タンザニア』
国際協力事業団 国際協力総合研修所 1992
3. 『世界開発報告 1992』世界銀行
4. 『タンザニア連合共和国 マラリア抑制計画（第4期）基本設計調査報告書』
国際協力事業団 医療協力部 1992
5. 『在タンザニア 日本大使館資料』1993
6. 『タンザニア連合共和国 感染症基礎調査報告書』国際協力事業団 1993
7. Development Co-operation Tanzania UNDP 1990
8. Women and Children in Tanzania UNICEF 1990
9. Planning and Management of Primary Health Care in Tanzania
Ministry of Health 1991
10. UNICEF Annual Report Tanzania 1992
11. Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank 1992
12. Coping with the AIDS Epidemic in Tanzania: Survivor Assistance
The World Bank 1992
13. Primary Health Care Strategy
Government of the United Republic of Tanzania 1992
14. E. I. U. Country Report Tanzania Comoros
The Economist Intelligence Unit 1993
15. Human Development Report 1993 UNDP
16. Rolling Plan and Forward Budget for Tanzania 1993/94-1995/96
The President's Office/Ministry of Finance 1993
17. Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992
Bureau of Statistics Plannig Commission Tanzania 1993
18. Tanzania Health Statistics Abstract 1993 Ministry of Health 1993

第3編 保健医療事情

3-1 保健指標

乳幼児死亡率は、重要な保健指標である。また、5歳未満乳幼児死亡率は、この国の将来の人口構成に大きな影響を与える。

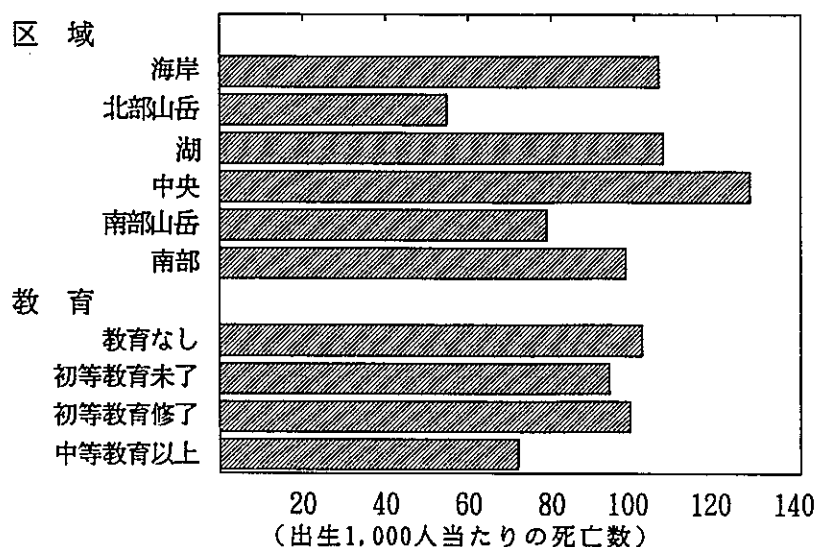
表3-1に、過去15年間の乳幼児死亡率を示した。これによると、最近の5年間のデータでは5歳未満死亡率は141.2人である。この数値はUNICEFの『世界こども白書』によると非常に高い国の部類に入る。しかし、徐々にではあるが乳幼児死亡率が減少していることが示されている。特に1歳から4歳の幼児死亡率は、76.0から54.6へと顕著な減少を示している。

表3-1 乳幼児死亡率 (出生1,000対)

	新生児	新生児以外の乳児	乳児	幼児	乳幼児
	生後4週未満	生後4週～1歳未満	生後1歳未満	1～5歳未満	(出生～)5歳未満
1975-80	41.2	52.4	93.7	76.0	162.6
1981-86	42.4	66.2	108.6	66.9	168.2
1987-92	37.9	53.7	91.6	54.6	141.2

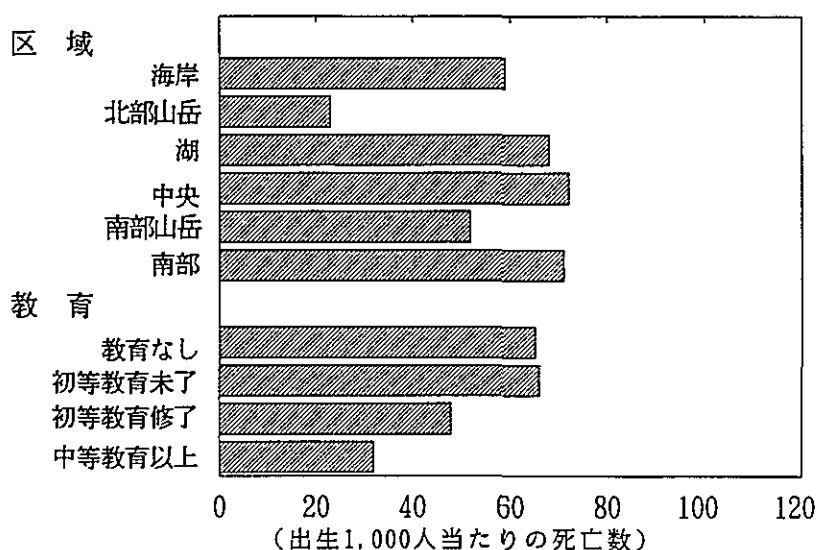
出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

図3-1 乳児死亡率（1歳未満）



出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/92

図3-2 幼児死亡率（1歳から4歳）



出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/92

図3-1、図3-2には、地域別乳幼児死亡率を示した。これによると、死亡率が比較的高いのは中央地域、湖、海岸の各地域である。いっぽう死亡率が低いのは、北部山岳地域、南部山岳地域である。特に、北部山岳地域の5歳未満児死亡率は、全国平均の約半分であり、地域間の格差がかなり激しいことを示している。

平均寿命について、国連開発計画（UNDP）の発行した『人的資源開発報告（Human Development Report 1993）』によると、平均寿命は1960年には40.5歳、1990年には54.0歳となっている。また、1992年には51歳（UNICEF報告）と報告されている。

3-2 人口問題

タンザニアの人口については表3-2に、1967年から1988年までの推移を示したが、この約20年間に人口は約2倍に増加し、人口の都市への流入も着実に増加し全人口に占める都市人口の割合は、1988年には18%を占めるまでになった。合計特殊出生率（一人の女性が一生の間に生む子供の数）が一貫して6以上を示しており、かつ乳幼児死亡率が低下したため、人口は大幅に増加した。死亡率が全体として低下したため、平均寿命も48歳まで延長した。

表3-2 人口の年次推移

	1967年	1978年	1988年
人 口 (100万)	12.3	17.5	23.1
人 口 密 度 (1 km ² 当たり/人)	14.0	20.0	26.0
都市人口比率	6.39	13.78	18.33
粗 出 生 率	47.0	49.0	46.0
粗 死 亡 率	24.4	19.0	15.0
合計特殊出生率	6.6	6.9	6.5
乳 児 死 亡 率 (出生1,000対)	155.0	137.0	115.0
平均寿命 (0歳平均寿命)	41.0	44.0	48.0

出典: Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

表3-3 州別人口

	人口 (万人)	年増加率 (%)
全 国	2,527.0	3.1
(州) ムワンザ州	187.8	2.7
ムベヤ州	147.6	3.2
アルーシャ州	135.2	3.9
タンガ州	128.4	2.1
ドドマ州	123.8	2.4
キリマンジャロ州	110.9	2.1
(都市) ダルエスサラーム市	136.1	4.8
ムワンザ市	22.3	2.8
ドドマ市	20.4	2.5
タンガ市	18.7	2.6
ムベヤ市	15.3	7.0
アルーシャ市	13.5	4.6
モシ市	9.7	6.4
人口密度 26人/km ²		

なお世界銀行の『世界開発報告 (World Development Report 1992)』によると、タンザニアの年平均人口増加率は、1965年から80年が2.9%、1980年から90年が3.1%、また1989年から2000年までは3.1%と予測している。またこの増加率に従うと、2000年の人口は3,300万人、2025年の人口は6,400万人になると推定している。

ほぼ10年ごとの年齢別の人口構成を表3-4に示した。これによると、15歳以下の若年層の全人口に占める割合が、1967年から1991/92年の間に約45%前後にほぼ一定しており、若い人口構成であることを裏付けている。また65歳以上の人口の割合については、1967年に5.6%、1978年に4.0%、1988年に4.2%、1991/92年には3.9%に、若干だが変化している。このように、人口そのものは3%台と相当に高いスピードで増加してきたが、人口の年齢別構成自体には、過去20年間大きな変化はなかったといえる。

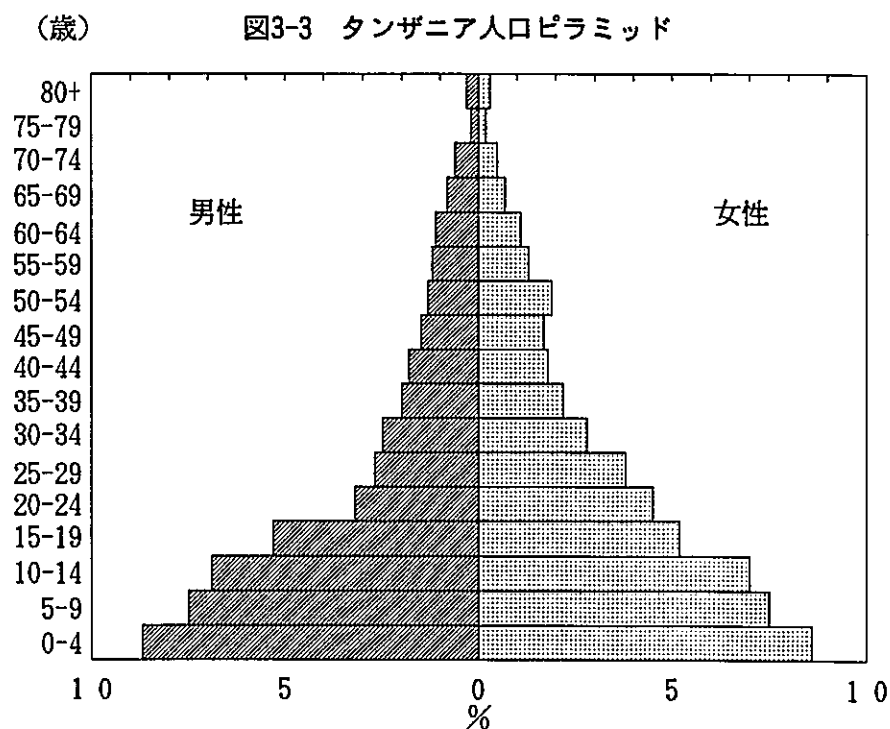
表3-4 年齢別人口構成

	1967年	1978年	1988年	1991/92年
15歳未満	43.9	46.1	45.8	46.8
15歳以上64歳以下	50.5	49.7	49.9	49.2
65歳以上	5.6	4.0	4.2	3.9
	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

また図3-3は男女別の人口ピラミッドであるが、0歳から4歳までの乳幼児人口が、全人口の20%弱を占めている。そして、年齢が上がるにつれて人口が減少し、若い発展途上国の標準的な人口ピラミッドの形状を成している。男女間の格差はそれほど大きくはないが、20歳代と50歳代は男性よりも女性の構成比率が若干高くなっている。

人口問題の政府の対応は後述のように家族計画を中心とするもので、1992年に国家人口政策を作成した。これにより、家族計画実施による出生数そのものの減少、自発的な産児制限の増加を目指している。なお、タンザニアにおいては民間団体であるタンザニア家族計画協会 (The Family Planning Association of Tanzania, UMATI) が、1959年以来活動している。



出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/92

3-3 疾病・死亡

現在、タンザニアの疾病と死亡要因の大きな比重を占めているのは、熱帯に頻発する一般的な感染症、妊娠合併症、栄養失調などである。最新のデータである1984年の調査によるとマラリアが最大の死因で、子供と大人の死因のそれぞれ14%と13%を占めている。これ以外には、急性呼吸器感染症、下痢症、麻疹、性行為感染症、結核、ハンセン病、住血吸虫病などがある。この他に、一部の地域で糸状虫症がみられる。

全国的な疾病発生率の調査はないが、表3-5は、1984年から1987年にかけて、必須医薬品プログラム (Essential Drug Programme : EDP) の監視システムにより報告された疾病の発生の状況を示している。

表3-5 各疾病の全疾病に占める割合

	最大時 (%)	最小時 (%)	平均 (%)
マラリア	30.9	21.4	26.1
呼吸器感染症	12.9	8.3	10.6
下痢症	11.5	3.9	7.7
眼の病気	9.4	3.3	6.3
回虫	7.8	1.6	4.7
淋病	7.2	1.7	4.4
皮膚疾患	6.7	3.5	5.1
肺炎	5.5	2.7	4.1
事故	4.3	1.7	3.0
貧血	3.3	1.5	2.4
栄養失調	2.4	0.4	1.4
初期妊娠合併症	2.1	0.8	1.5
耳の病気	2.1	1.0	1.5
住血吸虫症	1.8	0.4	1.1
精神障害	1.6	0.0	0.8
麻疹	1.3	0.2	0.7
後期妊娠合併症	1.0	0.3	0.6
百日咳	0.4	0.0	0.2
成人破傷風	0.2	0.0	0.1
急性脊髄炎	0.2	0.0	0.1
新生児破傷風	0.0	0.0	0.0
その他の症状	35.9	20.3	28.1

出典：Tanzania Population Health and Nutrition Sector Review

以下では個々の疾病の状況を考察することにしたい。

3-3-1 マラリア

マラリアは、タンザニアにおける外来患者と入院の理由としてもっとも多く、入院患者の死亡要因としても頻度が高い。マラリアだけで入院理由の10%、入院患者の死亡理由の5%を占めている。マラリアは媒介するアノフェレス蚊の生息しない標高1,500メートル以上の地帯を除いたほぼ全国で発生している。児童のマラリア病原虫感染調査によると、ルソトの山岳地帯では2%（1979年調査）、またタボラでは45%（1967年調査）と報告されている。

近年マラリア問題は深刻化しているが、その主な原因はクロロキンに対する耐性が増加していることにある。1960年代後半から1980年代の初期にかけて、半免疫患者の一回の有効クロロキン服用量は体重当たり10mg/kgであったが、3年間に25mg/kgに増加した。耐性のより強いザンジバルにおいては、もはや25mg/kgの服用でも効果がないとされている。

貧血はマラリアと併発するケースが多く、妊婦の死亡原因としても高い割合を占めている。ダルエスサラームの妊婦のほぼ全員が貧血症状を持ち、国内全域でも同じく妊婦のほとんどが貧血状態にあると報告されている。保健省は妊娠期間中は予防薬として依然としてクロロキンの服用を推薦しているが、同時に、代替策として年間のコストが1ドル50セントで済む防虫ネットの使用や家屋の清掃をするように勧めている。

マラリアは乳幼児の発熱の原因となるが、表3-6は、5歳未満の幼児の発熱について報告したものである。これによると、生後59ヵ月以下の乳幼児に全域にわたって発熱の報告がみられる。なかでも生後6ヵ月から11ヵ月の乳児の発熱率が、43.8%と際立って高い。

表3-6 発熱の割合＊

年齢（月）	（％）
<6	27.4
6-11	43.8
12-23	40.8
24-35	30.3
36-47	25.5
48-59	19.4

＊12ヵ月間に発熱した者の割合

出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

マラリア感染の様態を示す次のようなデータがある。ダルエスサラームにあるムヒンビリ病院には、1976～1977年の間に750～900人のマラリア患者が収容されたが、この数は1987～88年には2,800人に増加している。1991年にイリンガ州では外来患者総数8万5,016人のうち、マラリア患者は2万4,491人で、29.1%を占めていた。同じ年にイリンガ州の入院患者総数5万1,538人のうち、マラリア患者は2万165人で、39.1%を占めていた。またイリンガ州の病院での死亡原因の中ではマラリアは最も多く、全死亡者3,173人のうち1,222人で、38.5%を占めている。

モロゴロ州においても1991年の入院患者総数8万3,426人のうち、マラリア患者は1万4,838人で17.8%であった。同じ年の病院における死亡患者総数1,614人のうち、マラリアによるものが463人で38.5%を占めている。

表3-7 マラリア患者数・死亡者数 (括弧内%)

	イリンガ州	モロゴロ州
外来患者総数	85,016	
マラリア外来患者数	24,491 (29.1)	
入院患者総数	51,538	83,426
マラリア入院患者数	20,165 (39.1)	14,838 (17.8)
病院内の死亡者総数	3,173	1,614
マラリアによる死亡者数	1,222 (38.5)	463 (38.5)

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

3-3-2 急性呼吸器感染症 (ARI)

タンザニアにおいては上気道感染と肺炎を合わせると、外来患者の第2番目の疾病原因となる。1984～85年に保健省が5ヵ所の地域の診療所で実施した調査によると、5歳以下の外来患者のうち10.5%が急性呼吸器感染症と診断され、そのうちの37%が肺炎と診断された。また患者の半数に、麻疹がみられた。

タンザニアでは急性呼吸器感染症は、乳幼児死亡の主な原因の一つであるが、その症状としては発熱、咳、呼吸困難などがある。急性呼吸器感染症は通常上気道に発生し、次第に下部に広がり肺炎を引き起こす。肺炎による死亡を防ぐには初期段階での抗生物質の投与が有効であり、これによって相当数の死亡を防ぐことができる。

乳幼児を対象とした急性呼吸器感染症の調査では、無作為に抽出した全国の7,171人の対象児のうち8%が、調査時点前の2週間の期間に咳、呼吸困難、呼吸促進を経験したと回答した。このうちの65%が医療サービスを受け、そのうちの22%が抗生物質を処方され、また25%が注射を受け、50%が咳止めのシロップをのんでいる。

急性呼吸器感染症は、生後6ヵ月から23ヵ月の子供に、また農村部より都市部に多く発生している。

表3-8 急性呼吸器感染症有病率

年齢（ヵ月）	咳、呼吸器困難の 症状を有する子供（％）*	そのうち 診察を受けた子供（％）
<6	6.2	48.9
6 - 11	16.2	73.8
12 - 23	11.6	71.1
24 - 35	6.1	65.4
36 - 47	6.4	48.8
48 - 59	4.6	61.7
居住地		
本土	8.2	64.8
ダルエスサラーム	11.4	62.6
その他都市部	11.4	77.9
地方	7.4	60.9
ザンザバル	8.6	73.7

*調査前の2週間に症状を呈した子供の数

出典：Tanzania Demographic Health Survey 1991/1992

急性呼吸器感染症に関する全国規模の調査はないので、入手可能なイリング、モロゴロ両州のデータを見ておくことにする。表3-9によると、イリング州の外来患者の28.9％が肺炎または上気道感染症によるものである。これは、マラリアの次に多い疾患である。入院患者の原因でも、肺炎または上気道感染症をあわせると16.9％となり、マラリアに次ぐ比率である。病院での死因のうち、肺炎または上気道感染症によるものは12.6％で、同様にマラリアの次に多い。

モロゴロ州においては肺炎だけが疾病として登録されており、若干事情が異なる。肺炎は入院の原因として4.8％、病院での死亡原因としては10.7％を占めている。入院の割合に比較して死亡原因に肺炎の占める比率が高く、これは肺炎の致死率が高いからである。

表3-9 急性呼吸感染症有病率：イリンガ州、モロゴロ州

		イリンガ州 (%)	モロゴロ州 (%)
外 来 患 者	肺炎	8.8	
	上気道感染症	<u>20.1</u>	
		28.9	
入 院 の 原 因	肺炎	9.6	4.8
	上気道感染症	<u>7.3</u>	
		16.9	
病 院 で の 死 亡 原 因	肺炎	10.1	10.7
	上気道感染症	<u>2.5</u>	
		12.6	

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

3-3-3 下痢性疾患

タンザニアにおける外来患者の第3番目の病因は、下痢性疾患である。5歳未満の乳幼児は、年に3回～5回の下痢性疾患の症状があると推定されている。多くの場合は原因を特定することはできないが、大多数は多種類の細菌・ウィルスによるものと考えられる。腸チフス、コレラ、細菌性赤痢、アメーバなどが原因の場合は少ない。致死率は10%で、その主因は脱水症状である。なお、このため保健省は、年間800万セットの経口補水塩（ORS）を農村を中心に配付している。

政府統計局の人口・保健調査によると、調査時点前2週間に下痢症状のあった子供のうち60%が保健・医療機関で診察を受けている。そのうち、57%が経口補水塩による治療を、残りの19%は自家製ORS（砂糖・塩補液）で治療している。下痢症状を有する乳幼児の28%は何の治療も受けず、適当な水分補給を受けていなかった（表3-11参照）。

下痢症状の時期に適当な水分補給をされていたのは、全体の約3分の1であった。また教育程度の高い母親ほど子供の水分摂取量を増やす傾向にある。

下痢症状の際の注射の使用は極く稀で、4.5%のみである。経口補水塩の使用が下痢症状の一般的な処置方法と受け入れられているものの、下痢症状の子供の5分の1（20%）は、抗生物質の治療を受けている。これは、出血などを伴っている場合は適切な措置といえるが、抗生物質の使用率が注射よりもはるかに多く、不適切な抗生物質投与が多く行われているとみられる。このため、ヘルスワーカーに対する下痢疾患の正しい措置を指導する必要があると指摘されている。

表3-10 下痢性疾患の状況

過去2週間に下痢の症状のあった乳幼児数（%）		
年齢（ヵ月）	あらゆる種類の下痢	血の混ざった下痢
< 6	11.5	0.7
6 - 11	26.1	3.5
12 - 23	21.1	2.5
24 - 35	10.5	2.4
36 - 47	7.4	2.0
48 - 59	4.3	0.7
乳幼児全体	13.1	2.0

出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

表3-11 下痢の処置

年齢（ヵ月）	保健・医療 施設での受診率	経口補水塩 O R S キット	自家製 O R S	抗生物質	注射
< 6	44.5	47.3	20.2	14.5	0.8
6 - 11	64.7	65.0	18.2	30.5	7.7
12 - 23	63.2	57.3	20.4	14.0	5.0
24 - 35	59.9	54.3	18.2	24.3	1.6
36 - 47	51.1	54.7	18.8	15.8	3.1
48 - 59	54.4	56.7	13.6	29.9	4.9

出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

なお、下痢期間中の食事については通常は母乳が勧奨されており、5歳未満の乳幼児を対象とした調査では、96.2%の母親が母乳を与えている。7.5%の子供が母乳の回数を増加させている（表3-12参照）。

表3-12 下痢期間中の食事 （％）

母乳の回数	通常と同じ	79.3	96.2
	増加した	7.5	
	減少した	9.4	
	止めた	0.4	
	わからない	3.4	
	母乳はしていない	27.4	
母乳の量	通常と同じ	57.7	
	多い	27.2	
	少ない	13.3	
	わからない	1.9	

出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

3-3-4 コレラ

コレラについては、発生の状況についての報告を入手することができなかったが、患者数・死亡者数からわかるように1992年に大発生しており、今後とも公衆衛生上の大きな問題となるとみられる（表3-13参照）。特に、都市の衛生環境の悪化が最近の発生原因に影響していると推測されている。

表3-13 タンザニア本土でのコレラの患者数と死亡者数

	患者数（人）	死亡者数（人）	致死率（％）
1977	1,671	135	8.1
1978	13,300	1,067	8.0
1978	2,492	263	10.6
1980	5,859	594	10.1
1981	5,236	397	7.6
1982	7,986	933	11.7
1983	2,476	200	8.1
1984	2,762	347	12.6
1985	2,541	246	9.7
1986	2,569	220	8.6
1987	1,892	232	12.3
1988	5,267	580	11.0
1989	2,150	241	11.2
1990	1,441	193	13.4
1991	6,692	725	10.8
1992	18,526	2,173	11.7

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

3-3-5 結核

結核は、1977年にはタンザニア全土で入院理由の1.4%、病院における全死亡原因の5%を占めていた。1987年に実施された国民結核・ハンセン病調査の暫定結果によると、現在の年間罹患率は1.2%で、10万人当たりの標本検査で陽性と診断されたのは60例であった。HIV感染者の増加と拡散により、結核菌保菌者の発病が増加する可能性が高まると予想されている。1985年には発見された喀痰陽性肺結核患者のうち、72%が適切な治療を受けたがこれは極めて高い比率とされ、この数字は治療率が44%であった1980年以来着実に向上してきている。1988年には9,000例の肺結核患者が喀痰検査で発見された。

また、幼児のBCG予防接種率は全国平均で95.2%に達している（P65. 表3-27参照）。

表3-14 喀痰陽性肺結核患者の各州別の人口10万人当たりの数

アルーシャ	50
コースト	58
ダルエスサラーム	126
ドドマ	35
イリング	51
カゲラ	36
キゴマ	26
キリマンジャロ	27
リンディ	61
マラ	33
ムベヤ	30
モロゴロ	47
ムテウワラ	96
ムワンザ	62
ルクワ	18
ルヴァマ	34
シニャンガ	32
シンギダ	40
タボラ	37
タンガ	55

出典：Tanzania Health
Statistics Abstract 1993

3-3-6 エイズ

タンザニアで、最初のエイズが発見されたのは、カゲラ地域で1983年のことであった。しかし、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染が広範囲に拡散したのは、1970～80年代と推定されている。国家エイズ抑制プログラム（NACP）によると、現在のHIV感染者の推定数は約80万人で、総人口の3.2%に相当する。このうちおよそ16万人が発病している。発病者の94%は15歳から55歳の成人で、5歳以下の子供は4%と推定されている。なおタンザニアでは、まだエイズの血液検査をするだけの十分な医療設備はないので、医療従事者はしばしばバングイ基準に準拠して、臨床的症状によって判断している。

年間のエイズによる死者の数は、2万人から3万人と推定されている。エイズは、既に成人の死亡原因ではマラリアを抜いており、ここ数年のうちに子供の死亡原因においてもマラリアを抜くであろうと推定されている。2000年までの感染者の数は約120万人、死者は45万人、2015年にはそれぞれ230万人、170万人に達すると予測されている。

HIV-1の感染地域はほぼ全国一帯に広がっているが、その発生状況にはばらつきがある。HIV-2（西アフリカのHIVの変体で、より病原性が少ない）はほとんどみられない。WHOのデータによると、タンザニアはウガンダ、ザイール、ザンビア、コートジボアール、マラウイの次にHIV感染者の多い国である。これは北アフリカ、他のサブ・サハラ諸国よりもはるかに高い比率で、中央アフリカ、東アフリカがエイズによって、もっとも大きな被害を受けていることを示している。

人口に占めるHIV流行の推定は、数多くの異なったグループへのテスト結果にもとづいており、国内168ヵ所の輸血センターにおいて、定期的な血液のHIV抗体テストが行なわれている。いっぽう、サーベイランスの目的で行なわれる血液検査は約12の妊婦診療所で行なっている。これ以外に、HIVに感染している確率が高いと考えられるグループに対しても血液検査が実施されている。その結果を州別にまとめたのが表3-15である。

タンザニア国内で最も高い感染率を示しているのは、カゲラ州である。カゲラ州はタンザニアの北西部に位置し、ウガンダ、ルワンダ、ブルンディと国境を接している。そして、これらの諸国は共に世界で最もHIVウィルス感染者の比率の高い国である。カゲラ州の州都であるブコバでは、1987年の調査で25歳から34歳までの成人のHIV感染者の比率は実に31%と報告されている。カゲラ州の次に感染者が多いのは、その隣のムワンザ州、あるいは、ダルエスサラームからザンビアへの幹線ルートに当たるムベヤ州、ダルエスサラーム州などである。

タンザニアでは他のアフリカ諸国と同様に、HIV感染者は都市部の方により多い。都市部と地方の比較では地方の旅行者が頻繁に通過するルートを除くと、感染者数はほぼ10対1である。最近の研究が示唆するところでは、地方におけるHIVの感染は都市に比べて、単に時間的ズレが生じているだけで、やがて急速に広まるであろうとしている。近い将来は、地方でのエイズ対策の活動を相当強力に推し進める必要性が生じると考えられる。

世界銀行の報告では、エイズの罹患者は男女ほぼ同数である。しかし、年齢別罹患者の割合は性差が著しい。成人エイズ患者の年齢は、一般的には女性よりも男性が高い。罹患しやすい年齢は、25～34歳の性活動の活発な年代である。しかし1987年以後、15～19歳、20～24歳の血液提供者の間に保菌者が急激に増加している。現在のところタンザニアで報告されたエイズの症例のうち、87%が15歳から44歳の年代のグループである。一方、4歳以下の子供の占める割合は4%である。5歳から14歳のグループについては、ごくわずかに発見されている。

エイズ感染は、所得の低い層よりも高い層に多く、低所得層により多く発生する他の感染症とは異なる様相を示している。人里離れた地方に住む人より主要幹線道路の通過する都市に住む人、また若年層より中年層の人の方が社会・経済上の地位が高く、HIV感染の確率も高くなる。これは、衛生環境の悪さや上下水道施設の不備などにより助長される他の多くの感染症と異なり、社会的・性的行動がその大きな原因となるHIV感染は、経済的地位が高くとも防ぐことができないからである。他の国におけるデータでも同様なことが明らかになっており、例えばルワンダでは、初等教育以上の教育を受けた都市に住む人々は、初等もしくはそれ以下の教育レベルの人々より50%も高い感染率を示している。ザイルでは、ある都市の紡績工場の幹部社員は一般の工員よりも2倍の高い感染率を示している。またザンビアでは入院患者、職員、血液提供者のうち、5年から9年の教育を受けた人々は4年以下の教育の人々の2倍の感染率を示し、10年以上の教育を受けた層は3倍の感染率であったという報告がある。

タンザニアにおけるエイズ感染については、未だ社会・経済的な因果関係との十分な分析がなされていないものの、ほぼ他の諸国と同様な結果が出ると予測されている。高所得者層は、国外に旅行に頻繁に出かけ、感染率が高くなるとする研究者の発言もある。

HIV感染は性行為、輸血によるものが大多数であることから、人口のある特定の部分が感染の危険により晒されていると考えられる。このハイリスクグループには、性的に活発な成人、特に頻繁に交渉の相手を変える人々、あるいは、その他の性行為感染症に既に罹患している人々、その配偶者、胎児などが含まれる。また輸血を受ける人々、保健医療従事者などもこの中に入る。このような点を踏まえて、調査したのが表3-16である。

表3-15 州別血液提供者の血液検査結果の累計（1990年）

	成人人口	検査人数	陽 性	%	順 位	推定HIV感染者
アルーシヤ	716,388	177	0	0.00	20	0
コースト	338,148	1,063	44	4.14	14	13,997
ダルエスサラーム	656,044	28,533	2,031	7.12	8	46,698
ドドマ	721,251	128	2	1.56	18	11,270
イリンガ	640,724	90	18	20.00	1	128,145
カガラ	702,877	137	18	13.14	5	92,349
キゴマ	453,053	356	3	0.84	19	3,818
キリマンジャロ	587,610	273	7	2.56	16	15,067
リンディ	342,672	176	5	2.84	15	9,735
マラ	514,599	2,238	111	4.96	12	25,523
ムベヤ	782,385	3,593	221	6.15	10	48,123
モロゴロ	648,051	3,578	297	8.30	6	53,793
ムテウワラ	471,432	119	6	5.04	11	23,770
ルクワ	368,336	98	14	14.29	3	52,619
ルザマ	415,163	194	26	13.40	4	55,640
シニャンガ	939,451	60	9	15.00	2	140,918
シンギダ	419,661	115	5	4.35	13	18,246
タボラ	549,235	928	22	2.37	17	13,021
タンガ	680,327	4,668	341	7.31	7	49,698
タンザニア	11,942,891	48,144	3,294	6.84		872,481

出典：Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank, 1992

表3-16 感染の危険のあるグループごとの血清有症者数の推定

	推定HIV陽性者割合 (%)	場 所	調査年
性行為感染症患者	13	ムワンザ	1989
妊婦	10	ムベヤ（都市部）	1989
	16	ムベヤ（都市部）	1990
	3	ムベヤ（地方）	1989
	7	ムベヤ（地方）	1990
	11	モロゴロ市	1989
血液提供者	5	ムワンザ	1989
バーのメイド	29	ダルエスサラーム	1986
	0	アルーシャ	1986
	37	ブコバ	1986
医療機関のスタッフ	18	モロゴロ市	1989

出典：Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank, 1992

3-3-6-1 エイズ感染ルート

タンザニアにおいては他のアフリカ諸国同様、H I Vウィルスの感染ルートの主要なものとして4つの経路がある。それらは異性間性交渉、母子感染、輸血、汚染された医療器具である。この中で最も感染の比率が高いのは異性間によるもので、全体の75～80%を占めている。母子感染は全体の10%程度である。H I V感染の母親の大多数は異性間性交渉によって罹患したものである。輸血によるH I V感染は10%程度で、残りは医療器具をとおした感染だが、その比率は比較的に少ない。

1) 異性間性交渉

異性間の性交渉による感染の確率については、まだ詳細な研究は成されていない。しかし、現在までの調査結果から推定すると、男性感染者と女性非感染者が1回に性交を行なう際の感染確率は3%、女性感染者と男性非感染者の感染確率は1%と推定されている。なおいくつかの研究によると、従来の性行為感染症である梅毒、下疳がいずれかの交渉相手にある場合には、H I Vの感染確率は3～10倍に増加する。

タンザニアでは、時系列の感染確率と進行パターンにもとづく将来の流行予測よりも、行動変数の変化を考慮したモデル予測の方が、より正確な予想をすることができるだろう。より詳細な行動変数、たとえば成人の一夫一婦制の比率、非一夫一婦制の場合の交渉相手変更の頻度、コンドームの使用の頻度などの調査が重要となるであろう。

エイズ感染の将来予測には、成人の性行動が変数として組み入れられねばならない。

2) 母子感染

H I V感染は性活動の活発なグループ、あるいは出産適齢期の女性に多い。これらの女性が出産すると、彼女達から生まれる新生児は子宮内あるいは出産時にH I Vに感染する可能性がある。タンザニアにおけるH I Vの感染の10%が、この母子感染によると推定されている。これは、感染ルートとしては2番目に多く、輸血による感染とはほぼ同じである。母子感染の確率を推定するのは困難である。なぜなら、感染した母親から生まれた新生児は、H I Vに感染されていなくても生後6～12ヵ月の間は、H I Vウィルス抗体を持っているかもしれないからである。H I V感染の簡単な検査は抗体を発見することなので、感染した母親の乳児を検査すると感染していなくても一様に陽性の結果が出る。しかし、非感染の乳児は年を経るにつれて抗体を失い、H I Vの陽性反応は消滅するのである。ここで事態を複雑にするのは、多くの新生児がマラリアや麻疹などの症状で、現実にはH I Vに感染していたか否かが判明する前に死亡していることである。タンザニアの5歳未満児死亡率は、出生1,000に対して103から118人と推定されている。H I V発生が確認された1983年以前には、同死亡率はこれと同じであったか、あるいは若干高かった。

これらの諸点を考慮に入れると、分娩時の感染率は12～50%である。H I Vに感染して時間の経っている妊婦ほど感染確率が高いとみられる。平均的な感染確率は、30～40%と推定される。

3) 輸血による感染

輸血によるHIV感染はタンザニアのHIV感染の10%程度と推定されている。輸血によるHIV感染は乳幼児と出産期の女性で高い。ムベヤ州では輸血によるHIV感染の40%が子供であり、その多くは貧血、マラリア治療のための輸血によるものであった。ザイルでも同様の報告がなされている。女性では妊娠中のマラリア罹患によって悪化する貧血治療のための輸血によって感染する。HIVに汚染された血液の輸血によるHIV感染確率はほぼ100%である。ムベヤ州では総人口150万人で年間12,000回の輸血(1,000人あたり年8件)が報告されている。

1987年以降、輸血用血液のHIV抗体検査が実施されている。これにより、HIVに汚染した血液の90%が排除できると推定されている。

4) 医療器具による感染

タンザニアにおける医療器具の一般的な不足から、医療機関で使用する注射針などの医療器具が十分に殺菌されていない可能性が存在する。使い捨て器具が再度使用されたり、燃料の不足から煮沸消毒が行なわれない場合もある。また、割礼や伝統医療のセレモニーで殺菌消毒をしていない器具を利用している。こうした点を踏まえると、HIVウィルスに汚染された血液がこれらのルートを経て感染する可能性がある。

一方、刺し傷によるHIV感染の可能性はそれほど高いものではない。先進国の医療従事者を対象とした研究によると、注射針の事故による平均的な感染率は0.3~0.5%で、これは200~300回に一度の割合である。サブ・サハラ諸国での調査によると、近代医療・伝統医療双方とも未殺菌医療器具による、HIV感染の確率は少ないという結果が出ている。この報告を踏まえると、タンザニアにおいても同様の事情と推察できる。ただし、エイズの事例そのものが増加している点を考慮すると、医療器具を介するHIVの感染ルートについてのモニタリングは、今後より重要となっていくと考えられる。

熱による消毒はHIVの殺菌作用の面で大変効果的で、この方法をより広め促進していく必要がある。この他にも、使い捨て注射針の使用、注射針の事故による感染を防ぐためのガイドラインの作成などの必要性が指摘されている。なお、伝統医療で使用される一部の医療器具は十分な殺菌をすべきである。

5) その他の感染ルート

次に述べる二つのHIV感染ルートは、タンザニアにおいてはほとんど問題とはなっていないが、参考として紹介する。一つは母乳を介する感染で、これを証明するデータはほとんど無い。いま一つは、同性愛、麻薬患者間の注射器の共用、血友病などの特定ハイ・リスクグループである。タンザニアでは、これらのグループに該当する人数は極く少数で、保健省の政策担当者もそれほど強い関心を持っていない。

3-3-6-2 H I Vからエイズへの進行

表3-17はH I V感染からエイズへと進行する累積割合を示したものである。これによると、ウィルス感染後の長期の潜伏期間を示唆している。成人では、感染後5年の間に15～20%のH I V感染者しかエイズに進行していない。10年以内には、この数字は50%となるが、5～10%の人々は20年間エイズは発病しない。

しかし、子供の場合は進行が早い。分娩時にH I Vに感染した乳児のうち、25%が1歳の誕生日を迎える前にエイズが発病すると予測されている。そして80%が5歳までにエイズを発病している。これらを合わせて考えると、H I Vの感染からエイズの発病までには数ヵ月から20年以上の日数を要し、かなりの時間の差異がある。

表3-17 成人、乳幼児がH I V感染から
エイズ発病までに要する期間の累積割合 (%)

H I V感染からの経年	成 人	乳幼児
1	0.2	25
2	0.5	45
3	10	60
4	15	70
5	20	80
10	50	100
15	75	—
20	90—95	—

出典：Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank, 1992

タンザニアにおけるエイズ発病後の致死確率について示しているのが、表3-18である。成人の場合、80%が12ヵ月以内に死亡し、24ヵ月以内には、90%が死亡すると推定されている。

乳幼児の場合にはこのスピードはより早い。12ヵ月以内におよそ90%が、24ヵ月以内にはほぼ全員が死亡すると推定されている。

タンザニアの成人がエイズで死亡する場合、通常2回以上の周期的な下痢症状、10回以上の糸状菌症、3回程度の皮膚症に罹患する。さらに、成人エイズ患者の50%以上が、肺炎もしくは肺血症あるいはその両方、15～20%が結核、強度の頭痛あるいは神経性の疾患を併発している。成人エイズ患者が罹患する平均疾患数はおよそ17である。そして、このための必要看護日数は、自宅療養期間を含めて、280日である。

表3-18 エイズ患者の発病から死亡までの累積割合（%）

エイズ発病後の年数	成人	乳幼児
1	80	90
2	90	100

出典：Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank, 1992

最後に、将来のエイズの蔓延についての見通しについて述べる。これについては、最大の感染ルートである異性間の性交渉の前提として、一夫一婦制をどう算定するかによって、結論が大きく異なる。まず、一夫一婦制（一生に渡って一人の性的パートナーを保持するカップルの割合）を15%と算定した場合、2010年までに年間の新たな感染者の数は、100万人とされ、2010年の成人のあいだでのHIV有病率は30%に達するとされる。そして、エイズ発病の累積者数は640万人、これによる死者の累計数は560万人と見込んでいる。

もう一つのシナリオは、一夫一婦制を45%と算定し、2010年までに年間40万人の新たな患者が生まれ、成人の10%がHIVウィルスに感染するというものである。この場合のエイズ発病の累積者数は200万人で、死者の累計数は、170万人となっている。

両者の推定数を表3-19に示しておく。

表3-19 タンザニアにおけるエイズ発病者と死者の累計数の予測 (千人)

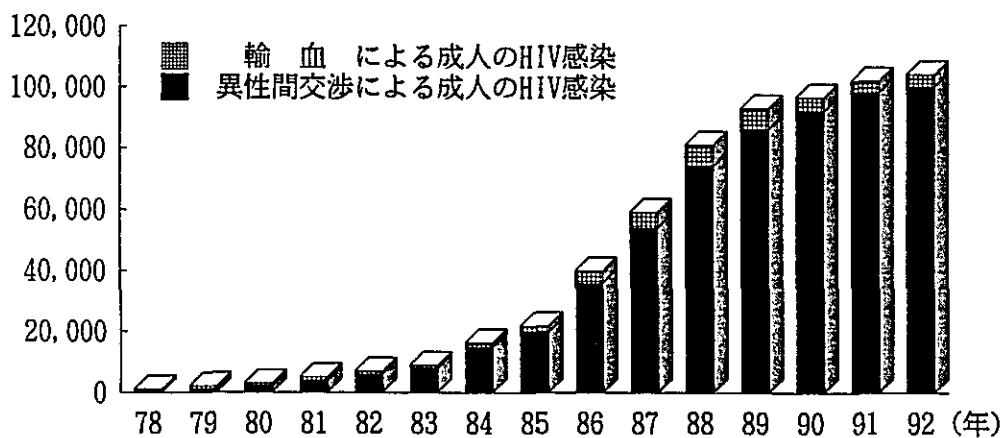
	一夫一婦制* 15%の場合		一夫一婦制 45%の場合	
	発病者数累計	死者数累計	発病者数累計	死者数累計
1988	109.15	76.07	19.76	13.75
1989	160.78	115.50	30.88	21.77
1990	224.22	165.41	46.31	33.21
1991	301.32	226.93	66.55	48.63
1992	394.82	301.91	91.93	68.45
1993	507.44	392.60	122.45	93.03
1994	641.75	501.31	159.80	122.82
1995	800.28	630.77	203.70	158.54
2000	1,987.70	1,630.21	548.77	446.63
2005	3,866.97	3,267.54	1,131.80	951.13
2010	6,424.61	5,554.05	1,986.52	1,707.22

*一生に渡って一人の性的パートナーを保持するカップルの割合

出典：Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank, 1992

図3-4 タンザニア成人のHIV感染者の推計値

HIV感染者数/年



出典：Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank, 1992

3-3-7 ハンセン病

1986年末の時点で、タンザニアでは20,996人のハンセン病患者が登録されていた。その中の3,183人が、1986年中に新たに発見された患者である。これは、人口10万人当たり15人に相当する。国内でのハンセン病患者の発見率は1982年以後ほぼ一定である。

1986年の時点で、ハンセン病の発見率が全国平均を上回っていたのは、ルヴァマ(10万人当たり44人)、モロゴロ(33人)、ムテウワラ(30人)、プワニ(22人)、キゴマ(21人)、タンガ(21人)であった。また患者の年齢の70%が、35歳から55歳の間であった。

1992年の保健省発表のハンセン病の登録者数は、表3-20のようになっている。これによると、人口10万人当たりの全国平均の患者数は12.6人と若干減少していることがわかる。また、地域間の有病率にかなりの地域間格差のあることが明瞭となっている。

表3-20 州別ハンセン病患者の登録者の割合(10万人当たり人)

アルーシャ	8.7
コースト	11.0
ダルエスサラーム	—
ドドマ	8.0
イリング	1.8
カゲラ	9.0
キゴマ	28.0
キリマンジャロ	1.9
リンディ	24.0
マラ	6.0
ムベヤ	5.0
モロゴロ	27.0
ムテウワラ	53.0
ムワンザ	12.0
ルクワ	10.0
ルヴァマ	10.0
シニャンガ	10.0
シンギダ	5.0
タボラ	17.0
タンガ	14.0
全 国 平 均	12.6

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

3-3-8 その他の感染症

1) 流行性髄膜炎：

1990年の報告ではアルーシャ、キリマンジャロ、タボラ地方で発生している。流行性髄膜炎の発生要因としては、仕事や旅行による人の移動が関係するとされている。乾期に発生し11月から6月には終息する。流行菌種が年々変化するため免疫ができにくく、致死率は減少していない。

2) 性行為感染症（STD）：

エイズ感染との関連から、軟性下疳、淋病、梅毒などのSTD感染について関心が寄せられている。1986年のルワカ地方の報告では淋病がマラリア、下痢症について外来患者の症状として多かった。また1986年の報告ではムベヤにおける妊婦の梅毒罹患率は16.4%（ダルエスサラームでは3.7%）、先天梅毒の有病率も依然として高いといわれている。

3) 睡眠病：

タンザニアには致死率の高い鞭毛虫（*T. b. rhodesiense*）が分布し、これがツェツェバエによって媒介される。ツェツェバエは水辺に生息し、夜間のみ活動する。ツェツェバエはキゴマとルクア地方を中心にカゲラ、ムワンザ、シニャンガ、タボラの西部とムベア北部地方に分布が知られている。この他にモロゴロとルヴァマ地方の境界領域にも分布地がある。患者数はアフリカの他の国々に比較するとあまり多くはない。

4) 住血吸虫症：

タンザニアには人寄生住血吸虫としてビルハルツ住血吸虫が広範囲に分布し、地域によってはこれにマンソン住血吸虫が混在していることが判明している。住血吸虫の撲滅には、これらの中間宿主となる貝類をなくするのが最良の方法であるが、タンザニア全土に分布しているため河川改修などを行うことは不可能に近い。住民に天然淡水の危険性を教育し、個人的な感染防止対策を徹底する必要性が指摘されている。

3-3-9 栄養失調

タンザニアにおける食糧摂取で問題を抱えているのは、次のグループである。

- (a) 地方農業家族 : このうちの10%(40万家族)が、その生計を維持するに十分な農地を所有していない。また、25~30%(100~120万家族)が極貧家庭とみられている。
- (b) 地方賃金労働者 : 国営農場や大農場の労働者で、15万人程度とみられる。
- (c) 都市インフォーマルセクター低賃金労働者 : 推定60万人いるとされる。

1981年の報告書でILO（国際労働機関）は、タンザニアの人口の約4分の1が貧困ライン以下の生活をしていると述べている。この推定数は、その後の経済危機を勘案するとより悪化していると考えられる。

表3-21 1日の都市最低賃金で購入できる基礎食糧（キログラム）

	1973年	1978年	1985年
トウモロコシ	10.0	7.2	2.0
米	4.8	3.6	1.9
小麦	4.8	3.4	1.6

出典 : Tanzania, Population, Health and Nutrition Sector Review

表3-21は、1973~1985年の間の都市の一日当たりの最低賃金で、それぞれの基礎食糧がどのくらい購入できるかを示したものである。これによると、例えばトウモロコシについては、1973年には10キロであった購入可能量が1985年には実に2キロにまで減少し、不可避免的に国民の栄養状態の悪化を招いていることを裏付けている。

タンザニアの国民平均のカロリー摂取量は、必要量の83%にとどまっているとする1984年の世界銀行、100%を越えているとする1984年のFAO（世界食料機関）の報告など資料によってさまざまである。

栄養失調の有病率については、国内にサーベイランスシステムがなく、また栄養サンプル調査も実施されてこなかったので詳細は不明である。しかし、1960年以降に50回のスポット栄養調査が実施された。この中で重要と考えられるのは、タンザニア食糧・栄養センター（TFNC）が、比較的最近の1986年11月から1987年5月の間に実施した大規模調査である。これは、各州の少なくとも3カ所の保健機関によって、貧困、富裕、中間の3種類の地区において実施されたものである。

表3-22 5歳未満の子供の栄養状態 1987年

	診療所の数	平均体重 (kg)	1) 低体重の比率 (%)	* 2) 軽度のPEM (%)	3) 重度のPEM (%)
アルーシャ	2	3.2	2.2	2.9	3.9
グルエスサラム	4	3.0	18.0	33.0	4.5
ドドマ	3	3.1	0.7	39.3	4.0
イリンガ	4	2.8	25.5	37.0	1.0
カダラ	3	3.0	6.7	68.0	8.7
キゴマ	3	3.1	4.8	23.1	11.3
キリマンジャロ	3	2.9	8.0	26.7	2.7
マラ	3	2.5	n. a.	24.5	7.2
ムベヤ	3	n. a.	n. a.	34.5	6.8
モロゴロ	5	2.8	15.4	44.6	3.4
ムテウワラ	7	2.9	6.9	49.2	6.6
ムワンザ	3	3.1	6.0	66.9	12.0
フワニ	3	2.7	11.4	76.7	15.3
ルクラ	3	n. a.	n. a.	47.1	14.3
ルヴァマ	5	2.7	17.9	46.9	5.2
シンギダ	3	2.9	0.0	42.7	4.0
シニヤンガ	4	2.9	13.7	41.8	6.4
タボラ	3	3.0	10.7	24.7	4.7
タンガ	3	2.8	9.9	21.4	2.1
全国平均	3.5	2.9	16.0	39.6	6.4

注) *PEM: プロテイン・エネルギー・栄養失調

1) 低体重: ハーバード大学基準の80%以下の体重

2) 軽度のPEM: WHO基準の80%以下の摂取量

3) 重度のPEM: WHO基準の60%以下の摂取量

出典: Tanzania, Population, Health, and Nutrition Sector Review

表3-22によれば、5歳未満の子供のうち、39.6%が軽度の栄養失調、6.4%が重度の栄養失調状態であることを示している。タンザニア食糧・栄養センターの推計によれば、180万人から260万人の子供が現在もしくは過去の栄養障害によってある程度の栄養失調状態におかれており、18～26万人の子供が深刻な栄養失調の状態にある。

タンザニアにおける軽度の栄養失調の有病率は、乳幼児死亡率の高い国々の平均値である31%を越えている。しかしながら、重度の栄養失調の割合はこれらの国々の平均の7%よりも低い。

ルクワ、ルヴァマのように、食糧生産の多い地域でも栄養失調の比率が高いこともあり、食料生産そのものとその土地の住民の栄養状態とは、必ずしも正比例の関係にはないことが指摘されている。

TNFC（タンザニア食糧・栄養センター）は、前述の調査結果に従い、異なった人口グループの栄養失調状態の推定を行なった（表3-23参照）。これによると、妊婦の80%が貧血で、52%がヨウ素欠乏症であり、13%がプロテイン・エネルギー・栄養失調（PEM）の状態にある。学童児童および成人に、高い比率（48%）のヨウ素欠乏の発生がみられる。これらのグループについては、貧血の有病率は23%、軽度の栄養失調は22%で、平均よりも高くなっている。しかしながら、ビタミンAの欠乏の度合いは、0.1%でほとんど問題とはなっていない。

表3-23 タンザニアにおける栄養失調の有病率の推定 1986～87年調査（千人）

栄養失調の種類	妊 婦		5歳未満児		学童及び成人		合 計	
	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)
(PEM) プロテイン・エネルギー・栄養失調	13	91	52	2,280	22	3,700	27	6,070
貧血	80	1,200	45	1,980	25	4,400	32	7,580
ヨウ素欠乏	52	760	13	570	48	7,900	41	9,320
ビタミンA欠乏	0.7	10	30	1,130	0.1	18	6.1	1,350

出典：Tanzania, Population, Health, and Nutrition Sector Review

3-4 保健対策・活動 PHCを中心として

3-4-1 予防接種

予防接種の実施体制は十分に確立されており、近年その実施は強化されてきている。これにより大多数の子供は、現在、麻疹、百日咳、小児麻痺、結核、ジフテリア、破傷風の予防を受けている。予防接種の目的は、全ての子供がその対象となること、高い接種率を維持することである。そのためには、以下の項目の必要性が強調されている。

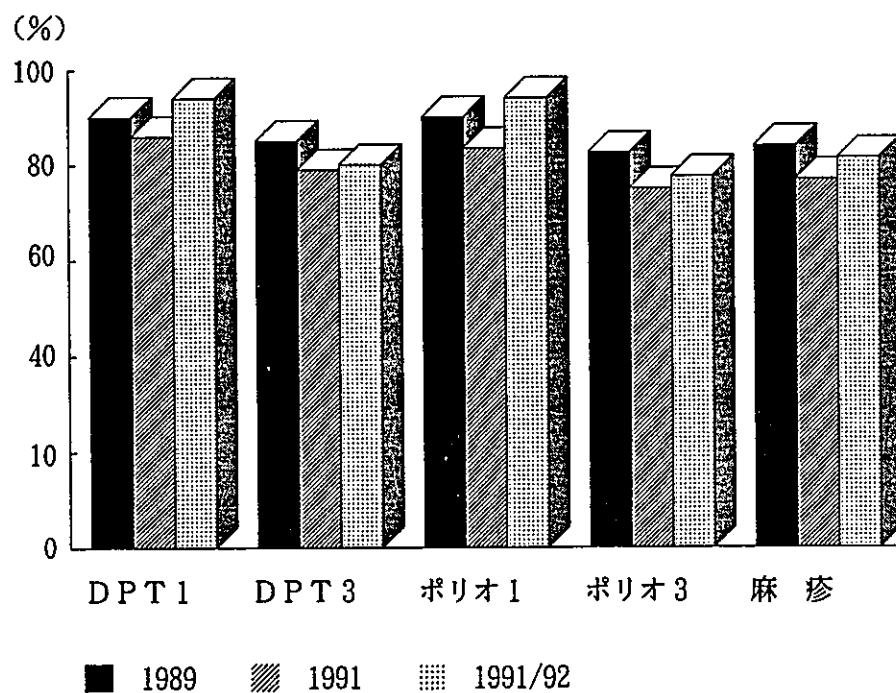
- ・ 国内全域にわたる、十分な効力のあるワクチンとワクチン接種器材の供給。
- ・ 接種率の低い県に特別な努力を払い、接種率を向上させる。
- ・ 予防接種の重要性を母親、地域社会、あらゆるレベルの指導者に認識させ、彼らの積極的な支援を要請する。
- ・ 貧困地区に対する特別な出張サービスを提供する。

タンザニアにおいて、予防接種拡充プログラム（EPI）が保健省によって実施されたのは1975年である。1986年までに同プログラムは国内いたるところで、実施されるようになった。政府は予防接種に高い優先順位をおき、あらゆる行政レベルでの優先課題とし、集中的な啓蒙運動、効率的な資源配分を行なった。なかでも、地方の村レベルの保健委員会で、対象となる全ての乳幼児の出生登録を整備し、予防接種の接種率の向上に貢献した。保健ユニットからの組織的なサービスの提供、十分な器材・医薬品の供給、関係者への教育訓練がさまざまなレベルで実施された。

タンザニアの予防接種はWHOの基準に沿ったもので、その内容はBCG、麻疹、三種混合（DPT）、ポリオの6種類である。タンザニアにおいては、三種混合とポリオは生後1、2、3ヵ月に、麻疹は生後9ヵ月に実施される。こうして、満1歳の誕生日を迎える前に全ての予防接種を受けることになっている。1988年には、タンザニアはサブ・サハラで最初に包括的な予防接種プログラムであるUCI（Universal Child Immunization）の目標を達成した国となった。これには、タンザニア政府の強いイニシアティブとUNICEF、デンマーク国際開発庁（DANIDA）の支援があった。最近の予防接種プログラムの費用削減についての研究によると、医療機関で要求ベースの予防接種を実施する代わりに、特定の予防接種日を設けることにより、年間100万ドルの費用が節約できると見積もられている。

図3-5 の子供の予防接種率は、1989～92年までの各予防接種率のグラフである。それぞれ高い比率で実施されていることが示してある。表3-24から表3-27は、国内各州別の生後2歳以下の乳幼児の接種率についてのデータである。

図3-5 子供の予防接種率



出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/92

予防接種率については、表3-24のとおりである。

表3-24 地域別の予防接種を受けた子供
(生後12ヵ月から23ヵ月) の割合 (%)

	B C G	D P T 1	D P T 2	D P T 3
アルーシャ	93.4	82.6	80.9	77.0
コースト	96.8	94.8	87.9	76.2
グルエスサラム	98.3	98.3	96.1	85.0
ドドマ	95.8	95.8	94.0	90.2
イリンガ	95.3	93.5	90.9	75.0
カゲラ	96.7	97.0	95.9	84.1
キゴマ	98.0	97.2	95.9	91.3
キリマンジャロ	100.0	100.0	98.8	93.2
リンディ	98.2	98.2	98.2	98.2
マラ	92.0	90.9	79.9	56.1
ムベヤ	100.0	100.0	95.0	92.4
ムテケラ	98.0	98.0	96.1	96.1
ムワザ	90.8	92.2	85.0	70.5
モロゴロ	91.9	91.9	89.5	84.8
ルクワ	98.7	98.7	93.3	80.7
ルガマ	98.2	97.5	97.5	90.3
シニャンガ	89.3	88.1	77.7	53.6
シンギダ	96.7	94.5	89.2	79.3
タボラ	100.0	98.3	97.2	86.6
タンガ	92.9	94.8	86.3	76.7
全国平均	95.2	94.1	90.1	79.7

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

表3-25 地域別の予防接種を受けた子供
(生後12ヵ月から23ヵ月)の割合(%)

	ポリオ 1	ポリオ 2	ポリオ 3
アルーシャ	81.9	80.1	67.4
コーストスト	94.8	87.9	73.0
ダルエスサラーム	98.3	96.1	82.6
ドドマ	95.8	94.9	90.2
イリンガ	93.5	90.3	66.0
カガラ	95.2	92.8	80.2
キゴマ	97.1	91.7	83.1
キリマンジャロ	100.0	98.8	93.2
リンディ	87.3	92.0	90.9
マラ	90.0	80.3	54.3
ムベヤ	100.0	95.0	89.0
ムテウワラ	98.0	96.1	93.9
ムワンザ	92.2	82.9	67.4
モロゴロ	91.9	87.9	81.1
ルクラ	97.6	87.1	76.2
ルガマ	95.7	93.2	88.9
シニャンガ	88.8	76.3	57.4
シンギダ	94.5	89.2	79.5
タボラ	93.9	92.8	83.8
タンガ	91.0	85.0	75.3
全国平均	93.5	88.7	76.7

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

表3-26 地域別の予防接種を受けた子供（生後12ヵ月から23ヵ月）の割合（％）

	麻疹	* 全種類	** 未接種	*** カード記録による確認
アルーシャ	70.9	59.3	6.6	73.8
コースト	77.3	67.2	3.2	78.7
ダルエスサラーム	87.0	77.4	1.7	59.1
ドドマ	89.7	86.6	4.2	90.7
イリンガ	83.8	61.5	4.7	66.3
カガラ	81.8	74.7	2.2	77.3
キゴマ	90.4	78.6	2.0	90.6
キリマンジャロ	93.0	88.6	0.0	71.2
リンディ	88.7	81.5	1.8	91.6
マラ	63.3	48.1	5.0	74.4
ムベヤ	91.6	87.2	0.0	76.1
ムテウワラ	88.1	86.2	2.0	84.2
ムワンザ	72.3	60.7	5.2	77.0
モロゴロ	85.1	77.8	8.1	79.3
ルクラ	76.8	68.7	1.3	81.3
ルガマ	91.9	86.8	1.8	87.6
シニヤンガ	65.7	47.0	9.2	72.3
シンギダ	81.5	73.6	3.3	90.8
タボラ	79.8	75.1	0.0	91.4
タンガ	78.6	65.5	3.8	72.4
ザンザバル	86.4	84.1	0.0	90.9
	80.9	70.9	4.0	77.9

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

* 6つの予防接種全てを受けた子供の割合

** 1つの予防接種も受けなかった子供の割合

*** カード記録により確認された全ての予防接種を受けた子供の割合

表3-27 予防接種を受けた子供（生後12ヵ月～23ヵ月）の割合（％）
性別・地域別・母親の教育水準別の割合（％）

		B C G	D P T 1	D P T 2	D P T 3	ポリオ 1	ポリオ 2	ポリオ 3
性別	男	95.4	95.0	90.3	79.5	94.6	88.5	75.8
	女	95.3	93.5	90.4	80.7	92.7	89.5	78.6
地域	地方	94.2	93.4	88.6	77.0	92.6	86.9	73.7
	都市	99.5	96.5	95.8	91.5	96.7	95.6	90.1
教育	未就学	90.9	88.8	82.9	71.0	88.4	81.0	67.1
	初等	97.6	96.9	93.9	84.2	96.2	92.8	81.8
	中等以上	100.0	100.0	98.0	100.0	100.0	98.0	92.7

		麻疹	全種類	未接種	カードによる確認
性別	男	81.1	69.7	3.7	80.1
	女	81.0	72.9	4.0	76.6
地域	地方	78.4	67.4	4.8	76.6
	都市	86.4	84.1	0.0	90.9
教育	未就学	70.7	60.1	7.9	74.1
	初等	86.1	76.3	1.9	80.3
	中等以上	92.7	92.7	0.0	84.5

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

1991年の予防接種プログラム（E P I）の年間活動報告によると、次のような点が指摘されている。

1) 物資調達・管理

プログラムではすでに在庫確認のコンピューター化を終了しており、全ての物資の動きは地域レベルまで確認できるようになっている。

2) 供給

1991年5月まで中央貯蔵庫ではBCGとDPTワクチンの不足がみられた。1991年7月まで麻疹ワクチンが不足していた。冷房設備が不十分のため、民間のバスを利用したワクチンの輸送が行なわれているが、これは非常に効率の良いことが判明した。1991年12月まではワクチンの搬送は十分かつ平穏であった。しかし、最近のUNICEFの報告では、経済不振により搬送事情は悪化しているとのことである。

下の表3-28で明らかなように、ワクチン利用率が低いことが問題として指摘されている。

表3-28 ワクチン利用率

	搬送サービス地点に送られた薬量	利用された薬量の合計	利用率(%)
BCG	3,858,380	794,824	20.6 (19.0)
DPT	4,313,120	2,189,512	50.8 (47.5)
ポリオ	2,736,400	2,330,374	85.2 (82.1)
麻疹	2,034,280	760,116	37.4 (34.1)
破傷風	4,196,880	1,354,946	32.3 (25.7)

※括弧内1990年

出典: Expanded Programme on Immunization TANZANIA

予防接種資機材は、要請に沿うように各接種地点に送付されたが、ワクチン保存用の石油冷蔵庫用のランプガラス8番は間に合わなかった。金属製のランプについて問題が発生したためにガラス製に戻そうとしたが、製造業者が改造キットにしていたので手間がかかった。現場では作業用の自転車故障していたために支障をきたした。いくつかの搬送サービス地点においては、冷蔵庫の作動用の石油の不足がみられ、問題点として指摘された。

3) コールド・チェーン

ランプガラス8番の不足以外では、コールド・チェーンの供給品はだいたい充足した。古くて効率の悪い冷蔵庫を交換する作業が1年中続けられた。これ以外には、太陽熱を利用した発電システムが28ヵ所にわたって設置された（ルヴァマ9ヵ所、リンディ10ヵ所、コースト9ヵ所）。

4) 車輛

1991年中、合計44台の地方の車両が更新された。これによって、医薬品の配付と監督に必要な交通手段は100%整備された。1989年に、東欧製の車両にしたために交換部品の消費は上昇した。この車両の経済的に有効な利用期間の寿命は僅かに2.5年である。将来の現場での車両について、ISUZUのピックアップの使用を検討している。

国際協力事業団（JICA）により、冷蔵庫を内蔵した7台のランドクルーザーが寄贈され、そのうちの6台がすでに地方で利用されている。これらのランドクルーザーは、主にPHC活動のために配置され、遠方、あるいは遊牧民への予防接種活動に使用されている。

5) 日常活動

搬送サービス地点におけるワクチン供給の不足と輸送の問題が、日常活動にも大きな影響を与えた。1991年1月から9月までの定例の報告による接種率は、表3-29のとおりである。

表3-29 予防接種率

BCG	92.6%
DPT 1	90.3%
DPT 3	75.0%
ポリオ 1（出生時）	37.5%
ポリオ 2	84.5%
ポリオ 3	69.1%
麻疹	74.9%
破傷風*	18.0%

* 出産可能年齢の女性を対象とする

出典：Expanded Program on Immunization, TANZANIA

破傷風の接種率は、出産可能年齢の女性のみを対象としている。また、ポリオワクチンの出生時の接種率は依然として37.5%と低いままである。

6) 接種率の調査

1989年7月から1991年7月までの予防接種の記録と予防接種率についての調査結果は次のようになっている。

表3-30 予防接種の記録と接種率

調査対象となった子供数	4327 人
カード記録保有	89.6 (95.3)
カード記録によるBCGワクチン	91.1 (93.7)
BCGの痕	89.3 (92.7)
DPT 1	85.5 (91.4)
DPT 2	78.8 (84.7)
ポリオ 1	84.3 (90.5)
ポリオ 3	74.1 (81.8)
麻疹	75.1 (82.9)
全ての予防接種を受けた子供	61.6 (72.0)
予防接種を全く受けていない子供	2.6 (1.3)

()内は1990年

出典：Expanded Program on Immunization, TANZANIA

7) 査察

1991年、国内14ヶ所地域において査察訪問が行われた。しかし8月から11月までの間、人員不足のために7地域しか訪問することができなかった。この査察の結果、次のような欠点が指摘された。

- ・ 資金不足から、予防接種実施とワクチン搬送に関する監督が欠如していた。
- ・ 灯油からワクチンにいたるまで、予防接種関連物資供給に問題があった。
- ・ 製造業者に問題があったり、悪路・事故により現場での配送が頻繁に中断された。

8) 資金

本プログラムは、UNICEF、DANIDAなどのドナーから資金援助を受けてきた。この他に国際ロータリークラブが、UNICEFを通じてポリオワクチンを援助している。また、JICAは車両の提供を行なっている。一方、タンザニア政府は灯油、人件費、配送費を支出した。1991年のEPIプログラムの各機関別の支出額は次のとおりである。

タンザニア政府	1億5960万8,000 タンザニア・シリング (1米ドル=235タンザニア・シリング)
DANIDA	416万2,000 米ドル
UNICEF	135万9,900 米ドル
WHO	5,000 米ドル
国際ロータリークラブ	53万5,300 米ドル
JICA	23万6,800 米ドル

3-4-2 妊産婦ケア

3-4-2-1 妊婦検診

出産前に妊産婦ケアを受けた婦人は96%に達しており、かなり高い比率となっている。このうち、92%が保健医療専門家からケアを受けている。妊産婦ケアを受けなかった母親は僅かに4%のみであった。子供の数、母親の年齢による妊産婦ケア受診率の違いは小さい。妊産婦ケアは、訓練を受けた看護婦、助産婦（全体の56%）、あるいはMCH補助員（同じく30%）により提供される。医師がケアを行なうのは7%で、TBAは4%である。

妊産婦ケアの受診率で格差があるのは都市と農村との間である。都市部の女性は医師や訓練を受けた看護婦、助産婦から、より高い比率で妊産婦ケアを受ける傾向がある。一方、農村の女性はMCH補助員、TBAからケアを受ける傾向がある。

この格差は、都市に医師が集中しているためと考えられる。医師によるケアはダルエスサラームに顕著で、妊産婦ケアの43%を医師が行なっている。その反対がザンジバルで、医師による妊産婦ケアを受けているのは、わずかに2%である。

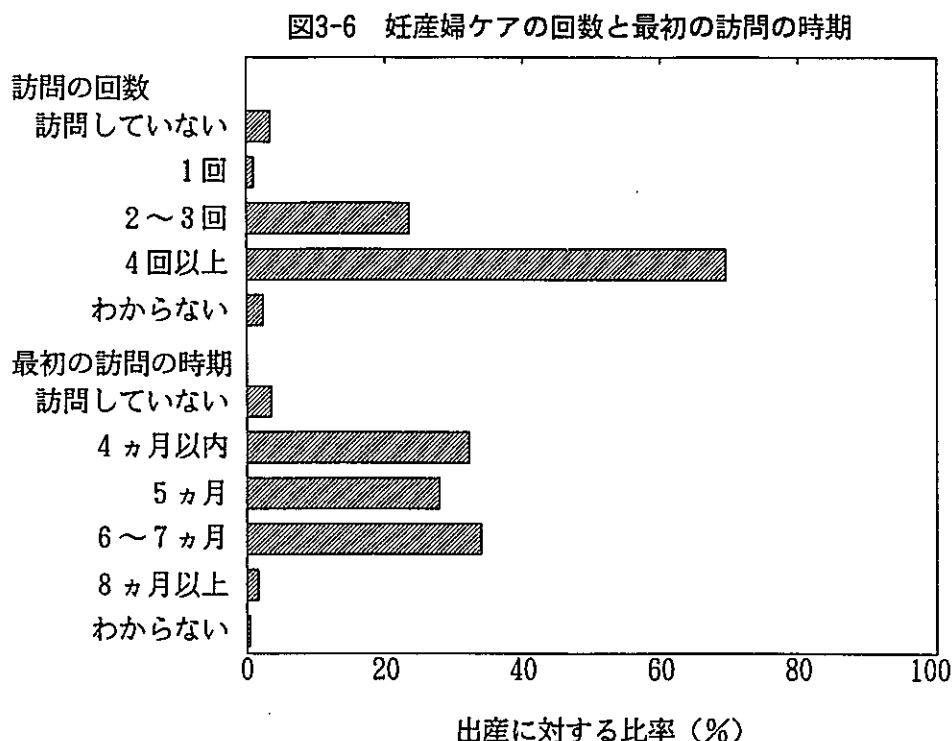
モロゴロ、アルーシャは妊産婦ケアを受けていない出産の比率が高く、それぞれ10%、11%である。一方、イリング、ルクワ、シニャンガ、ムベヤはTBAの利用率が高く、いずれも11~12%であった。ダルエスサラーム以外で医師による妊産婦ケアの比率の高いのは、海岸地域で26%であった。

教育を受けていない母親は、初等教育を受けた母親よりも妊産婦ケアを受けていない比率が高く、それぞれ7%、1%であった。母親の教育水準により、妊産婦ケアの内容も大きく異なっている。中等教育以上の教育を受けた母親は、妊産婦ケアを医師や訓練を受けた看護婦、助産婦から受ける傾向がある。しかし、教育を受けていない母親はMCH補助員やTBAからケアを受ける傾向が強い。

妊産婦ケアの主たる目的は、妊娠のモニタリングと合併症の発見である。妊娠3ヵ月以内から妊産婦ケアを実施する利点は、定期的にモニタリングができることである。産婦人科医は通常妊娠12週間で妊産婦ケアを開始し、妊娠28週間で月に1度の来診を行ない、36週間で2週間に1度の来診をし、40週間もしくは出産まで週ごとに来診することを勧めている。

もし、最初の妊産婦ケアの来診を妊娠3ヵ月で行なったならば、このスケジュールでは妊娠期間中、合計12回の来診をすることになる。起こりうる併発症を発見するために、妊娠中の最後の週に少なくとも1回来診することが要求されている。

図3-6によると、出産した女性の70%が4回から5回の妊産婦ケアを受けている。約3分の1（32%）の妊婦が、出産5ヵ月前に最初のケアを受け、28%の妊婦が妊娠5ヵ月の時点で最初のケアを受けている。



出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

3-4-2-2 出産

保健・医療機関での出産は、全国平均では52.6%、タンザニア本土では53.2%である。そのうちダルエスサラームでは、85.8%が保健・医療機関で出産している。また、その他の都市部では84.5%である。農村では44.7%で、都市と農村に相当な格差のあることがわかる。なお、島部であるザンジバルは32.6%で、本土とかなりの格差が存在する。一方、自宅出産は、全国平均で45.5%である。

出産介助者についての調査では、6%のケースが介助者が全くなかった。27%が親類やその他の人の介助のもとに出産している。約53%が医師もしくは訓練を受けた看護婦・助産婦あるいはMCH補助員の介助を受けて、子供を出産している。TBAが子供を取り上げているケースは全体の13%である。なおザンジバルにおいては、TBAが子供を取り上げる場合が圧倒的に多く全体の64%である。

いかなる介助者もなく、出産しているグループには、35歳以上の妊婦、ビクトリア湖に近い4地域、正規の教育を受けていない妊婦、妊産婦ケアを受けていない女性などが入っている。この他に経産婦で、4～5人の子供のいるグループも介助者なしで出産している率が高い。また、保健・医療施設における全出産のうち4.8%が、帝王切開である。

3-4-3 家族計画 母子保健を中心として

3-4-3-1 家族計画実施の経緯

タンザニアでは1959年にUMATI（タンザニア家族計画協会）によって、家族計画が開始されている。当初の活動は、都市部に集中していた。しかし、1970年代初頭に、UMATIの活動が拡大されると、サービスの対象地域は全国に拡大していった。政府も1974年に総合的な母子保健（MCH）プログラムを開始したことに伴い、家族計画に積極的に参加するようになった。家族計画は母子保健プログラムの一部として提供されたものの、子供が多いほうが好まれるという風潮もあり、国内における避妊利用率は低い状態が続いた。

タンザニア政府が、過去20年間に実施した人口問題、家族計画関連プロジェクトを以下に列挙する。

- ・ 1970年代のUMATIの創設と発展に対する支援を行なった。
- ・ 1974年、家族計画サービスを政府の保健機関におけるMCH活動の一環として行なう方針を出した。
- ・ 両親に対する人口教育の中心組織としてタンザニア保護者組織（WAZAZI）を指名した。
- ・ 総理府による家族生活教育イニシアティブを発展させた。

1984年に政府は国連人口基金（UNFPA）の協力を得て、National Childspacing Programme を開始した。しかし、1987年に実施された同計画の評価によると、避妊利用率の増加は認められたが、訓練された普及員の不足、物質調達面での支援体制の不備なども判明し、これらが家族計画の普及の主な制約要因となっていることが指摘された。

この評価結果と提言をふまえて、NFFP（家族計画5年計画）が作成された。1989年からNFFPが実施されたが、その主たる目標は、避妊利用率を7%から1993年には25%に引き上げることであった。その他の目標としては、次の諸点が掲げられた。

- ・ 物質調達面の向上、監督制度の改善、サービス普及員の訓練をととして、家族計画サービスの質の改善を図る。
- ・ 家族計画を行なう医療施設の数を増やすことによって、対象者に対するサービスへのアクセスを改善する。
- ・ 母子の一般的な保健を向上させる。
- ・ 家族計画サービスへの認識と需要を向上させる。

タンザニアにおける家族計画の実施の行政上の役割分担は次のようにいくつかの機関に分けられている。まず、家族計画サービスの実施については、保健省とUMATIが共同して責任を取ることになっている。その中でUMATIは、(1)保健省の家族計画サービスの担当者への訓練、(2)IPPFやUNFPAなどの援助拠出団体からの避妊具・薬を農村の保健省関連機関へ配付、また物資支援などに責任をもっている。

一方保健省は、(1)家族計画サービス担当者養成を実施、(2)家族計画サービスの提供、(3)UMATIによる訓練を終えた担当者の監督などを行なう。

需要の創設とIEC（情報・教育・コミュニケーション）活動分野では、より多くの機関が活動を行っている。一般的な役割分担は次のようになっている。

- ・ UMATIは、家族計画が母子保健の向上に寄与するという認識の普及など、家族計画に直接関係するIEC活動に責任を持つ。
- ・ 保健省は家族計画を、病院の外来、ヘルス・センター、ディスペンサリー（診療所）などで行なわれる教育プログラムに組み込むよう調整を行う。
- ・ 総理府と党のWAZAZI部門は、子供の多い家族の社会・経済的な不利益について、教育する。
- ・ 教育省は、学校教育のカリキュラムに人口教育を導入する責任をもつ。
- ・ 草の根の組織を通じた党の機関は、今後IEC活動において、積極的に参加し、指導的役割を果たすことが期待される。

3-4-3-2 現状

政府のこうした一連の家族計画への精力的な取り組みの結果、基本的な家族計画サービスへのアクセスは増大している。現在ではMCH診療所の85%で、また79%の医療機関でサービスを行なっている。数年前には、このサービスの実施率は約40%であった。およそ半数のMCH診療所では、比較的良く整備されたサービスを提供している。

1983年以後、UMATIと保健省は、地域MCH調整官、地域医務官、地域コールドチェーン操作官、地域保健官、などによって構成される、各MCH地域チームの少なくとも1～2人のメンバーに対して訓練を行なってきた。そして、彼らが教官となって、保健関係者への家族計画教育を実施し、IUDの挿入などについても技術指導をした。さらに、UMATIは、直接800人以上のMCH補助員、100人以上の公衆衛生の看護婦に対して、1コース4週間の集中的な家族計画の訓練を実施した。UMATIのこうした活動の資金は主にUNFPA、SIDA、DANIDAによって拠出された。

このような努力にもかかわらず現実には、家族計画のカバーする割合は依然として小さい。UMATIの推定によると、出産可能年齢の女性のおよそ5%が、近代的な避妊器具・薬を実際に利用し、11%が今までに利用したことがあると報告している（表3-31参照）。UNFPAの別の推定によると、避妊器具・薬の利用率は5～6%で、そのうちの85%は経口避妊薬を服用している。ドロップアウトの比率も高く、UMATIの推計では、農村では75～80%が避妊器具・薬の使用を1年以内に中断している。ただし、中断する割合は都市では少ないと述べている。

表3-31 避妊法の種類とそれに関する知識
特定の避妊法とそれについての情報とサービスを知っている男性の割合（％）

避妊法の方法	方法を知っている		情報・サービスを知っている	
	全男性	最近結婚した男性	全男性	最近結婚した男性
何らかの方法	78.3	85.8	71.5	79.7
何らかの近代的方法	76.8	84.2	71.2	79.3
近代的方法 ピル	65.0	76.0	56.8	67.7
IUD	25.8	34.9	21.7	29.1
注射	31.8	38.8	29.6	36.4
ペッサリー	30.0	37.1	25.7	32.2
コンドーム	64.8	71.2	57.6	63.8
女性の不妊手術	50.4	60.4	48.4	58.1
男性の不妊手術	21.4	27.7	19.1	24.9
何らかの伝統的方法	50.7	60.1	NA	NA
リズム法	36.3	44.8	30.4	38.9
粘液法	17.0	23.1	NA	NA
膣外射精法	39.3	46.3	NA	NA
その他	12.6	17.8	NA	NA

(NA=適用外)

出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

3-4-3-3 家族計画の問題点

中絶による合併症や初等・中等教育機関就学中女子の妊娠などの問題は、深刻であると報告され、避妊の必要性は国内ではかなり広範囲にわたって認識されている。にもかかわらず、次のような要因が避妊法普及の障害となっている。

(1) 避妊具・薬及び資機材の不足

特に農村での避妊具・薬の不規則かつ不十分な供給が、主要な問題点となっている。全てのMCH診療所では、ピル、コンドーム、IUDなどを備えることになっているものの、多くの診療所ではピルしか置いておらず、場合によっては、それすらも不十分である。IUDは、特に不足しており、全般的に入手が困難である。また、末端レベルでの医療機関では、IUD挿入のための機材が欠如している。ディスペンサリーにおけるIUD挿入の責任者であるMCH補助員は、このような理由で、年に4～5回位しか施術しない。このような供給面の問題点は、もっぱら運搬や在庫記録の不備などのシステムの非効率にある。また、しばしば適切な器具のないままに行なうので、炎症などを引き起こし、このため施術が中断する場合もある。

(2) 家族計画活動の保健サービスへの未統合

従来の保健サービスに家族計画活動が統合されていないことでさまざまな問題が生じている。例えば、医療機関と切り離されている家族計画サービス施設の来院は、プライバシーが守られないので、農村の女性は都市の診療所まで長距離の旅をしなくてはならないということが起きる。家族計画の実施が通常の治療や予防医療のサービスと連携して行なわれないと、出産したばかりの母親や中絶した患者等の家族計画を必要としている女性に関する情報が、サービス提供者に入りにくくなる。

保健医療従事者が、家族計画は単にMCHの関心事項であるという認識しか持ち合わせていないと、家族計画サービス利用者への協力が不十分になる。あるいは、医療機関の長が家族計画に無関心で知識もなく、一般的な病気の治療に焦点を合わせている場合、家族計画そのものが低い優先順位しか与えられずに終わってしまう。

保健省は政策上は、家族計画を重要な保健分野と位置づけているが、実際のサービス提供には民間団体であるUMATIが重要な役割を果たしている。その結果、明確な実施目的は欠如し、政府による家族計画プログラムの監督は良好に実施されておらず、サービス提供者への関心度も低い。

(3) 適切なIECと需要創出努力の不足

IEC活動は、現在のところ規模が小さく散発的である。UMATIはいくつかの革新的なプロジェクトを行なっているが、それらは全て試験段階であり、プロジェクトを拡張するための資金的余裕はまだない。従来のアプローチで無視されてきたのは、男性と青年層の二つのグループである。通常男性は、家族計画受容に対する障害と考えられてきた。また、十代の妊娠は、無条件に退学処分にされることとなっているが、これは教育を途中放棄することであり、個人、家族、国家にとって、健康上、社会・経済上の犠牲を強いるものといえる。

(4) 家族計画サービスへのアクセスの低さ

これまでに徐々にサービス利用者が増加したにもかかわらず、サービス提供は依然として保健医療施設中心である。その結果、遠隔地のコミュニティや過大な家事労働を抱える女性にはアクセスが困難である。

3-4-3-4 家族計画の将来

従来の家族計画サービス実施において、UNFPAおよびIPPFは避妊具・薬、IEC器材、スタッフ教育・訓練の提供で重要な役割を果たしてきた。表3-32は、近代的避妊具・薬の供給源であるが、その多くが公的部門である。

NORADやその他の援助機関などは、個別の人口プロジェクトについて協力してきた。家族計画に対する、より一層の援助の拡大が望まれている。1989年3月に開催された人口問題の援助国会議では、援助の拡大についての確認がなされている。

世界銀行の報告書ではタンザニアの家族計画の将来の課題として、次のような点を指摘し、解決策を提案している。

まず、政府の家族計画を達成していくためには、計画を企画し調整するための強力な中央レベルの行政組織を確立する必要がある。そのために、例えば、国家人口委員会を創設することが考えられる。人口問題プロジェクトの企画と実施上の複雑さを考慮すると、責任と任務の範囲は組織間の調整と効率性を考慮しながら、関係する諸機関に明確に配分されなければならない。こうした点をふまえると、タンザニアにおいてはCCM党のネットワークが家族計画の企画および実施に果たす役割は相当に重要であるといえる。コミュニティの動員や草の根の活動を行なう場合はとくに党の動員力が助けとなる。

いま一つの懸案事項は十代の妊娠である。母親と子供に対する健康上の危険、妊娠した女学生が退学することによって、本人、家族、国家が被る損失などにもかかわらず、この問題についてはこれまで明確かつ総合的な政策は取られてこなかった。従って、政府が少女の妊娠問題対策に高い優先順位を与え、そのための政策を立案し、対処することが必要とされる。このような活動には、現行法や妊娠した女学生の退学措置の見直しや、未婚や

子供のいない若年女性への家族計画サービスへのアクセスの改善などが含まれよう。学校教育での性教育の実施、未婚の十代の母親への援助サービスなどが重要な役割を果たすことになると思われる。

家族計画の実施については、依然として主要な問題が未解決のままである。家族計画のサービスの対象範囲が狭く、アクセスが限られていること、サービスそのものの質が低いこと、利用率が低いことなどが、今後解決されていかなければならない。UMATIや保健省の家族計画関連の予算は少ないので、全国津々浦々にまでサービスを拡充しようとすると、不可避免的にその質を落とさざるを得ないのが現状である。さらに、家族計画サービスは全体的に保健医療施設を基盤として実施されており、遠隔地や家事労働の負担の大きい女性にはアクセスに問題がある。

以上の問題を解決するために、タンザニアの文化・社会の実情に合わせた実施計画サービス実施の見直しが必要とされている。まずその一つは、優先度の高い国内の地域に焦点をあてて、家族計画の実施を行うことである。そののちに、周辺地域に徐々にサービスを拡大すべきである。中でも都市部は、優先度の高い地域として位置づけられる。

いま一つ取り組むべきことは、農村における家庭訪問システムの確立を通じた避妊具・薬の配達による、家族計画サービスの質とアクセスの改善である。VHW（ビレッジ・ヘルス・ワーカー）の利用が可能なところでは、彼らに避妊具・薬を携行させることはすぐれて効率的であろう。

なお表3-33は避妊具を使用しない理由を述べたものだが、依然として子供が欲しいという回答が過半数を越えている。したがって、一層の家族計画教育が必要であるといえる。

表3-32 近代式避妊具の供給源 (%)

供給源	ピル	コンドーム	全方法
公的部門合計	94.7	63.8	69.8
診療病院	1.5	6.8	6.4
州病院	10.8	6.5	7.7
県病院	4.9	11.0	11.1
ヘルスセンター	26.3	4.8	10.3
ディスペンサリー	51.2	27.2	30.1
準国営医療機関	0.0	3.8	2.2
村落保健ポスト	0.0	3.8	2.1
私的医療部門合計	5.3	14.0	17.3
宗教団体の機関	3.4	0.0	8.4
民間医師・病院	0.0	3.6	2.5
薬局・薬店	0.0	7.6	4.3
UMATIの係員	1.9	2.8	2.1
その他の民間部門合計	0.0	15.8	9.3
商店	0.0	8.6	4.9
友人、親類	0.0	7.2	4.4
その他	0.0	2.6	1.5
不明	0.0	3.8	2.1

出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

表3-33 避妊具を使わない理由：避妊具を使わない割合（％）

年齢別にみた、現在および将来に渡って避妊具を使う意思のない男女の割合（括弧内女性）

避妊具を使わない理由	30歳未満	30歳以上	計
子供が欲しい	82.9 (52.5)	45.1 (23.9)	52.1 (36.4)
知識がない	3.7 (10.8)	10.0 (7.6)	8.9 (9.0)
相手が拒否している	0.3 (4.1)	0.5 (2.4)	0.4 (3.1)
副作用	1.8 (3.6)	1.0 (3.1)	1.2 (3.4)
健康上の心配	0.0 (0.8)	0.1 (1.9)	0.1 (1.4)
避妊具を入手することが困難	0.0 (2.5)	0.3 (1.8)	0.3 (2.1)
宗教的理由	0.7 (0.5)	2.4 (0.6)	2.0 (0.5)
家族計画に反対	1.9 (7.7)	4.6 (7.6)	4.1 (7.7)
運命に任せる	1.8 (3.8)	1.5 (6.2)	1.6 (5.2)
他の人が反対	0.0 (0.1)	0.1 (0.2)	0.1 (0.1)
性行為の回数が少ない	2.6 (1.3)	3.7 (2.1)	3.5 (1.8)
妊娠することが困難	0.0 (4.7)	0.1 (17.8)	0.0 (12.0)
相手が月経停止	0.3 (0.0)	25.8 (0.0)	21.1 (0.0)
不都合	0.0 (1.1)	0.7 (1.3)	0.6 (1.2)
未婚	0.3 (0.4)	0.0 (0.4)	0.1 (0.4)
その他	0.0 (0.6)	2.4 (21.1)	1.9 (12.2)
分からない	3.7 (5.5)	1.7 (2.0)	2.0 (3.5)
計	100.0	100.0	100.0

出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

特に農村においては、避妊具・薬およびそれに関連する器材の不足が、現在深刻な状態にある。現実には家族計画は、各医療機関の中では低い優先順位しか与えられていないことが多い。保健省ではこのような点を認識し、家族計画を保健政策の中で最優先項目の一つとして、家族計画プログラム監督や明瞭な実施目標の設定、関係者への関心を高めるための措置などを積極的に実行しつつある。さらに避妊具・薬の供給と分配システムの改善も必要とされている。具体的にはUMATIの物資調達機能を強化すること、ディスペンサリーにおけるフォローアップが可能になるまで、IUDの挿入をヘルスセンターと病院に限定すること、EDP（基礎医薬品）キットのなかに避妊具・薬を含めることなどがある。

表3-34は最近結婚した男女が、将来避妊する際、圧倒的に近代的方法を選択していることを示している。

今後の家族計画の実施には、これまで十分に配慮されなかった若年女性と男性に、より一層留意すべきである。

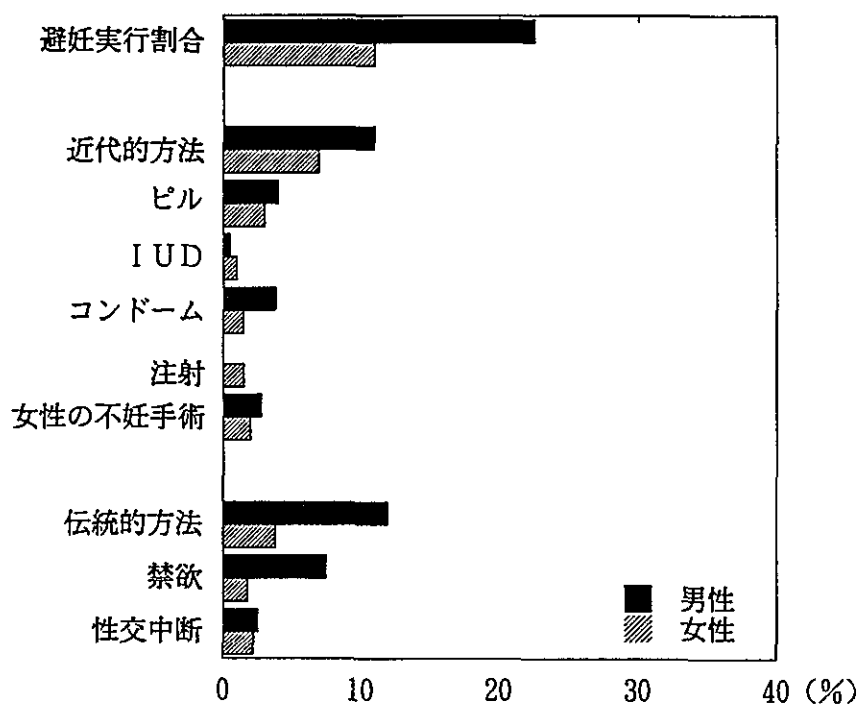
表3-34 将来選択する避妊法

最近結婚した男女で現在避妊はしていないが、将来避妊する場合は
どの方法を選択するのか、12ヵ月以内とそれ以後に分けた場合の割合（％）

選択する方法	利用を希望する					
	12ヵ月未満		12ヵ月後		合 計	
	男 性	女 性	男 性	女 性	男 性	女 性
ピル	44.7	53.1	34.5	54.3	40.2	53.4
IUD	2.4	5.6	0.5	3.3	1.8	4.7
注射	7.8	13.7	13.8	10.2	9.4	12.2
コンドーム	12.8	1.5	13.1	1.2	12.8	1.4
女性の不妊手術	8.4	8.9	10.7	7.0	9.9	8.5
男性の不妊手術	0.7	0.2	0.0	0.4	0.5	0.3
リズム法	16.3	3.5	22.8	4.0	18.5	3.8
ペッサリー	0.6	0.2	0.0	0.3	0.4	0.2
膣外射精	3.4	1.6	0.0	2.0	2.1	2.4
その他	0.0	3.4	1.2	5.6	0.4	4.1
分からない	2.9	7.3	3.5	9.4	3.9	8.0

出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992

図3-7 最近結婚した男女の避妊方法



出典：Tanzania Demographic and Health Survey 1991/92

3-4-4 国家エイズ抑制プログラム（NACP）

3-4-4-1 NACPの組織

NACPは、1988年4月に発足したタンザニアで最初の包括的なエイズ対策プログラムである。1988～93年までの総予算は1,100万ドルで、以下の10項目について対策活動することになっている。

調査・研究分野

- ・ エイズの現状を評価する。
- ・ エイズの蔓延状態を把握する。
- ・ 研究活動の改善を促進する。

予防分野

- ・ 性行為による感染を減少させる。
- ・ 輸血による感染を減少させる。

- ・ 注射などの医療行為による感染を減少させる。
- ・ 母子感染を減少させる。

対策分野

- ・ エイズ患者の生活の質を確保する。
- ・ 診断技術の向上を促進する。

NACPは、保健省の予防医療局の下に設置されている。NACPの中には、中期エイズ対策プログラム(MTP)を実施するためのIEC室、試験室、医療サービス室、疫学・研究調査室の4つのユニットがある。IECと試験室は、教育、血液検査などのエイズの予防対策に取り組んでいる。医療サービス室はエイズ患者の治療、医療従事者への教育、エイズ感染対策などを行っている。疫学・研究調査室では、エイズの感染状況の報告システム、モニタリングについて管轄している。なお、1990年に第5番目のユニットとして、診療・社会支援室が設置された。

3-4-4-2 NACPの活動状況

活動開始以来過去3年間に、NACPは顕著な活動実績を残している。HIVの有病率を調査するために、12ヵ所の調査所が設置された。現在では国内のほとんどの妊婦が、出産前にHIVの血液検査を受けることが可能になっている。国内には168ヵ所の血液検査所があり、簡単なHIV検査を実施している。保健省の推計では、輸血用血液の80%がHIV検査を受けていると報告している。

NACPが性行為によるHIVの感染を減少させるために、現在特に力を入れているのは次の3つの分野である。

- ① 性行為感染症の予防と抑制
- ② コンドーム使用の促進と配付
- ③ 効果的なIECを利用した安全な性行為の促進

3-4-5 保健・栄養プロジェクト

世界銀行が融資している国家プロジェクトで、世界銀行の融資総額は4,760万ドルである。活動の具体的な内容は、タンザニア政府が家族計画の質とその実施範囲を向上させ、栄養、基礎保健サービスを都市と農村において改善するための諸政策を、より効率的に実施するためのものである。そのためにプライマリー・ヘルス・ケアについて、以下の項目

に重点をおいている。

- ① 計画、政策、実施についての行政能力の向上
- ② 人材開発
- ③ 医薬品と医療資機材の持続的な供給とそのための資金提供
- ④ 微量栄養素欠乏症の研究
- ⑤ 国家人口問題政策の実施
- ⑥ 農村におけるモデル地区を中心としたプライマリー・ヘルス・ケア活動の改善
- ⑦ 都市におけるプライマリー・ヘルス・ケア活動の改善

3-4-6 共同栄養支援プログラム（JNSP）

タンザニアにおける栄養改善計画の中で国際的にも注目を集め、現在も継続しているプロジェクトに、タンザニア政府とWHO・UNICEFが共同で実施している共同栄養支援プログラム（Joint Nutrition Support Program）がある。JNSPは1983年3月に、国内20州の中からイリング州を活動拠点として選択し、イリング栄養計画（Iringa Nutritional Program: INP）として開始された。その主たる目的は住民の参加によって、プロテイン・エネルギー栄養失調（PEM）問題を解決することにあった。

INPは当初1988年に活動が終了する予定であったが、タンザニア政府の支出を増加し、UNICEFの拠出金を減少しながら現在も継続している。1988年からはINPの成功を踏まえて他の6地域でも、同じような栄養改善計画が実行されている。

JNSPおよびINPの具体的な目的は、次のとおりである。

- (1) 乳幼児の死亡率と罹患率の減少
- (2) より良い子供の成長と発育
- (3) 母親の栄養状態の改善

以上の他、INPの概念化のためにもう一つの目的が特に付け加えられた。

- (4) 社会の全ての構成員による栄養問題の分析、評価、対策計画策定能力の向上

この計画の実施地にイリングが選ばれた理由として、次の3点が指摘されている。

- (1) イリング州の栄養失調の有病率が、TFNCの調査で全国平均を上回って高かった。また5歳未満児死亡率が出生1,000に対して152で、全国平均の137を上回っていた。

- (2) イリンガ州が多様な農業・生態系を持っていたので、栄養改善のプロジェクトとして、他の地域に応用が容易と判断された。
- (3) 比較的行政組織がしっかりしていたので、プログラムが実施されやすいと判断された。

表3-35は、1988年のセンサスにもとづいた、イリンガ州とタンザニアの基礎データを比較したものである。

表3-35 イリンガ州の基礎データ

	イリンガ	国全体に対する割合
全人口	1,208,914	全国の5.2%
5歳未満の人口	245,164	全国の5.5%
5歳未満児死亡率	152	137 *
女性人口	643,673	全国の5.4%
男性人口	565,241	全国の5.0%
人口増加率	2.7	2.8 *
世帯数	248,479	n. a.
平均家族構成員数	4.8	5.2 *
人口密度 人/km ²	21.0	26.0 *
土地面積 km ²	56,864	全国の6.0%

*全国平均

なおイリンガ州の主要産業は農業で、総生産額の50%を占めている。農業用地は419万4,800ヘクタールであるが、実際に農地として利用されているのはその7%のみである。主要な食用作物は、トウモロコシ、米、小麦、ソルガム、ソラ豆、キャッサバなどである。換金作物としては、タバコ、茶、除虫菊、コーヒー、編枝、カシューナッツ、ヒマワリなどがある。

INPのプログラムは、以下の8つのプログラムから構成される。

- ① 制度の確立と支援
- ② 母子保健
- ③ 水・環境衛生
- ④ 家族の食糧保障

- ⑤ 子供のケアと健全な発育
- ⑥ 所得創出活動
- ⑦ 研究
- ⑧ 人材養成と管理

この中で、栄養について直接関係しているのは、2番目の母子保健、4番目の食糧保障のプロジェクトの2つである。

ここで具体的に4番目の食糧保障について、みておくことにしたい。このプロジェクトの目的としては、簡単な所帯必須食糧モデルの作成、干ばつに強い作物の生産、家庭菜園の奨励、労働力節約の推進、簡単な食糧貯蔵法、適切な離乳／補助食などの奨励によって、年間を通して食糧へのアクセスを改善することとされている。

イリンガ州は、国内で4番目に高い穀物生産量を有しているにもかかわらず、多くの家庭における年間の食糧アクセスは量・質とも貧弱なものであった。各世帯に対する食糧保障は、短期間で実現する問題ではなく、かなり綿密で継続的なアプローチを必要とするものである。そのためにもまず、村のレベルで、食糧の問題の原因を分析する取り組みが行われた。表3-36は分析の結果得られた結論を要約したものである。

表3-36 食糧問題と解決方法

問 題	原 因	解決のためのプログラム
不十分な食糧 (特に収穫の 直前数ヵ月深刻)	・家計の計画性の欠如 ・間違った作物の選択 ・干ばつ ・不適切な作物管理 ・貯蔵作物の損出 ・投入財の不足 ・資金不足	・家庭内消費食糧の生産技術指導 ・ソルガム、ひまわり、キャッサバなどの乾期に強い作物栽培の促進 ・貯蔵システムの改善
不十分な栄養摂取	・経済資源の貧困 ・栄養的に貧しい食事 ・薪燃料の不足 ・肉の不足 ・豆の不足 ・母親の過重労働	・所得創出の促進 ・ヘルシーカーを通じた栄養教育 ・村の植林、家庭菜園の促進 ・小家畜の飼育のための訓練 ・穀物製粉の適正技術開発

このような機能主義的なアプローチによって問題点を明確化しながら、住民レベルから栄養改善運動に取り組んだところにINPの斬新な性格が現われている。このプロジェクトの結果、栄養状態がどの程度改善されたかについては表3-37を参照されたい。

表3-37 低体重の割合

	体重測定した 子供の数(人)	低体重の比率 (%)	重度な低体重 (%)
1984/2	30,600	55.9	6.3
1984/3	26,922	46.2	4.7
1984/4	29,455	44.6	4.0
1985/1	34,941	46.0	4.5
1985/2	35,793	44.9	3.7
1985/3	39,333	41.9	2.6
1985/4	36,711	39.1	2.3
1986/1	33,124	40.5	2.6
1986/2	33,708	40.7	2.2
1986/3	36,320	39.7	2.1
1986/4	42,022	39.2	2.5
1987/1	41,583	39.8	2.2
1987/2	39,967	39.7	1.9
1987/3	37,054	37.9	1.7
1987/4	36,232	37.0	1.9
1988/1	32,564	37.8	1.7

出典：Improving Child Survival and Nutrition, The Joint WHO/UNICEF
Nutrition Support Programme in Iringa

(注) 低体重：ハーバード大学基準の80%以下の体重
重度の低体重：ハーバード大学基準の60%以下の体重

表3-37によると、低体重の割合は、1984年の第2四半期の55.9%を最高値として、プロジェクトが実施されるにつれて確実に減少していき、1987年には40%台を割った。一方、急激に減少したのは重度の低体重の子供で、調査開始時点の6.3%から、1988年代にはその3分の1以下の1.8%にまで減少した。イリンガ州の栄養プロジェクトは確実に効果を上げていることがここに示されている。

なお、ここで簡単にTNFCの活動について説明しておく。TNFCは1973年に設立された準国営機関で、保健省の管轄にある。活動内容は次のとおりである。

- (1) 国家食糧・栄養計画の作成・実施
- (2) 政府に対する栄養関連事項への助言
- (3) 保健関係者に対する栄養訓練の実施
- (4) 栄養教育
- (5) 市場で取引される食糧の栄養価についての適切な指導
- (6) 栄養についての調査研究の実施

TNFCの予算は、主にSIDA、UNICEFなどからの拠出金によって賄われている。タンザニア政府は、事業資金の一部を支出している。

発足以来、TNFCは目ざましい活動を続けており、数多くのセミナー・キャンペーンなどをおして、国民に対する栄養問題の啓発活動を行なっている。その中でも、“Chaku la ni Uhai”(Food is Life) 運動などで、国民に対してヨウ素、ビタミンAの摂取を呼びかけ、一定の成果を上げている。

TNFCは予算上の制約などから、特に地方におけるセミナー・データ収集活動などに不足があると指摘されている。

3-4-7 マラリア対策プログラム

マラリアはタンザニアにおいては、依然として最大の死因の一つと考えられており、保健省の報告では病院での死亡原因の40%を占めるとされている。ダルエスサラームのマラリア対策は古くはドイツ、イギリス統治時代から実施され、主として媒介蚊の発生源をコントロールする環境整備を中心に1970年代頃まで続けられた。1973～79年にかけてタンザニア保健省は、WHOの協力のもと、マラリア発生地域の農村部では屋内残留散布(IRHS)、都市部では幼虫発生源散布(LC)および一部の患者に対する薬剤投与という多重戦術をとってきたが、1980年財政上の理由で中止した。

一方USAID(米国国際開発庁)は、ザンバジル島で1958～68年にかけて、農村地域でのDDTによるIRHS、都市部でのLCによるマラリア撲滅キャンペーンを実施した。その後DDTの耐性が生じたが、USAIDは1989年までザンバジル・マラリア対策プログラムを実施した。

UNICEFは母子保健の立場から、妊婦、5歳未満児のいる家庭への防虫剤付き蚊帳の配布を実施している。1991年にイリンガ地方のパワガで5歳未満児のいる家庭に、1,398個の防虫剤付き蚊帳を無料で配布し、マラリア患者の劇的な減少に成功してい

る。UNICEFは1992年1月からムテウワラで12,000個、モロゴロで12,100個の防虫剤付き蚊帳を比較的廉価で販売し、マラリア患者の減少に寄与している。

政府は国家マラリア抑制プログラム（1990～95年）を策定し、推進しているが、これに先立ち、マラリア患者の多いダルエスサラーム、タンガ両市を対象に都市マラリア抑制プログラムが実施された。活動の内容は殺虫剤散布、発生源対策、衛生教育、評価の4部門からなる総合的なものである。タンザニア政府はこの計画の策定に際して日本政府の協力を要請し、1987年からわが国から専門家と青年海外協力隊を派遣し、技術協力を実施している。1988年からは4期にわたり無償資金協力による資機材調達も行っている（詳細については第4編 保健医療協力4-3 わが国の協力状況を参照）。

3-4-8 下痢感染症対策プログラム（Control of Diarrhoeal Diseases-CDD）

下痢感染症対策プログラムについては、乳幼児死亡の3分の2が下痢による脱水症状に起因することに鑑み、主として経口補水塩（ORS）の配布に重点がおかれている。ORSは年間800万個が、EDPの一環として地方の保健医療機関などを中心に配布されている。しかしながらORSの適切な使用の知識が不十分なために、保健省では下痢感染症対策プログラムの中で、適切な利用のための教育プログラムを準備しているところである。

3-4-9 必須医薬品プログラム（EDP：Essential Drug Program）

EDPは1983年にDANIDAの資金提供により、保健省とUNICEFの共同プロジェクトとして開始された。第1段階は1989年までとされ、必須医薬品の調達、配布、生産・加工、基礎医療機材の維持、社会的な動員、PHC活動との連携などを目標とした。EDPはこれまでのところ順調に実施され、PHC活動にも貢献している。しかしながら1990年に開始された第2段階では、EDPの実施を保健省の機関である中央薬品管理部（CMS）に移管することが計画されていたものの、まだ実施には至っていない。このため現在、保健省、DANIDA、UNICEFの三者間で調整が進められているところである。

3-5 保健・医療サービスの利用

3-5-1 保健・医療サービスの概要

タンザニアの保健・医療サービスは、公営部門と民営部門の二つに分けることができる。公営部門については、本章の後半で触れるので、ここでは民営部門についてのみ述べることにしたい。なお、タンザニアでは1967年に政府が医師の個人診療を禁じ、1990年に一定の条件の下で、個人診療を許可している。また、医療費は原則として、無料の政策を長年続けてきたが、近年徐々に薬品代などを実費徴収する方向に変わりつつある。

民間の病院・診療所についての最新データはなく、1961年と1971年に実施されたもののみが利用できる（表3-38参照）。タンザニアでは、約14のキリスト教の教会が任意の保健サービス機関として、医療サービスを実施している。教会は1989年の時点で、全病院の40%に相当する48の病院を経営していた。そのなかの17の病院は、保健省の医療システムの県病院としての機能を有していた。その他の病院は、いわゆる周辺地域のミッション病院と呼ばれている。教会はこの他に450の診療所を経営している。診療費は一般に低額である。なお、1971年の調査によると教会経営の医療機関の利用率は政府経営のものに比べて若干低いとのことである。任意団体は、主にダルエスサラームで活動を行なっている。

キリスト教教会による、医療サービスの全国的な調整を行なっているのは、1937年に創設されたタンザニア・キリスト教医療審議会（CMBT）で、ダルエスサラームに本部がある。CMBTの審議会委員には、監督教会派（TEC）やタンザニア・キリスト教協議会（CCT）の著名な聖職者、タンザニア・キリスト教医療教会の代表などが参加している。このような、教会関係者を中心とする任意団体と政府の医療機関の関係は、一般に良好である。両部門の連絡はCMBTと保健省の医療審議会が行なっている。

表3-38 タンザニアの民間医療サービス：1961～1971

	1961		1971	
	(数)	全国に占める割合(%)	(数)	全国に占める割合(%)
病院	46	47	59	49
病床	4,600	41	7,950	45
診療所	239	25	280	20
登録医師	81	20	110	23
入院患者	85,000	38	167,000	34
全外来患者（初診）	670,000	7	1,160,000	5

出典：Tanzania Population, Health and Nutrition Sector Review

3-5-2 産業部門の医療サービス

タンザニア国内の主要な都市では、複数の企業が従業員とその家族に、医療サービスを実施している。企業は1967年に設立された「タンザニア労働衛生(Tanzania Occupational Health: T O H)」と呼ばれる民間組織との間で医療ケアサービスの契約を結んでいる。1970年までにT O Hは81の企業と契約を結び、合計15,000人の従業員とその家族に医療サービスを行なった。1985年にはこの数字は228企業、15万人に増加した。T O Hの役割は設立時から大きく変化しており、当初は就労場所の安全確保、職業上の疾病予防であったものが、現在では治療上のサービスに業務の中心が置かれるようになった。T O Hの工場への立ち入り検査は、1980年には120ヵ所であったものが、1985年には僅かに6ヵ所に減少している。一方では、T O Hの本部の病院の入院患者の数は1981年の863人から1985年には2,457人へと増加している。

「労働衛生」という概念はタンザニアではまだ新しいものであり、必要性も限られているため、労働関連の疾病や環境問題の実態も把握されていない。

労働者の健康状態、特定の職業病との関連、産業が環境に与える影響（例えば鉱山と環境破壊など）について調査・研究を奨励し、先進国が歩んだ環境破壊の歴史を繰り返さないことが望まれる。

しかし、実際には大多数の国民は経済的に困難な状況にあり、食糧を確保することで精一杯で、加えてエイズ、栄養失調と生き延びるためにより切実な保健・医療問題が山積みしているという現状では、この分野へ高い優先順位を置くことは難しいであろう。

3-5-3 伝統医療

伝統医療部門は主として、伝統医療師(Traditional Healer)、伝統的助産婦(Traditional Midwife)、伝統的産婆(Traditional Birth Attendant)などによって構成される。助産婦は農村での出産の40%、都市の20%の出産に立ち会っている。伝統医療師についての調査データは僅少であるが、住民の多くが様々な病気の治療に彼らを利用しているとみられる。不能や精神障害などの場合にも利用されている。

人口当たりの伝統医療師の数は、地方では45人に1人、ダルエスサラームでは400人に1人と推計されている。また、伝統医療師は農村では月平均40人の患者に治療を行ない、日に最高5～6人の患者を診ている。なお、農村では通常治療費は現物もしくは現金で支払われ、一定の料金体系があるわけではない。支払いは、患者の支払い能力にも依存していて、裕福な人々はそれだけ余計に払うことが慣例となっている。農村においては、支払いは治療が成功したときのみである。都市部では、治療の前に多額の治療費を要求される場合がある。

3-6 医療保険制度

タンザニアにおける医療保険制度は、医療が従来から社会発展の不可欠の構成要素と考えられてきたこともあり、無料であった。にもかかわらず、近年の経済状態ではもはや政府による保健・医療への十分な支出をこれ以上許さない状況にある。国内には、保健部門への政府支出を、増加すべきであるという根強い意見がある。そこで政府は現在、フォーマル・セクターにおける労働者を対象とした国民健康保険の創設を準備している。

3-7 衛生環境

安全な飲み水の確保、トイレの有無、下水・ゴミ処理などは、人々の健康に影響を与える重要な要因である。保健省の報告によると、安全な飲み水を確保できる人口（1992年）は、全国平均で28.32%である。トイレなどの適切な衛生施設を利用できる人口は、都市部で14.62%、農村部で0.92%となっている。

3-8 医療従事者

3-8-1 医療従事者の概況

3-8-1-1 医療従事者の構成

タンザニアでは、保険医療従事者は、次のような構成となっている。

医師	医師	Doctor of Medicine
	歯科医師	Doctor of Dental Surgery
看護職	正看護婦	Nurse Grade A
	准看護婦	Nurse Grade B
	保健婦（A,B資格）	Public Health Nurse
	看護教育員	Nursing Educator
	伝統的産婆	Traditional Birth Attendant
薬剤師	薬剤師	Pharmacist
	薬剤助手	Pharmaceutical Assistant
	薬剤技士	Pharmaceutical Technician

技師	臨床検査技師	Laboratory Technician
	臨床検査助手	Laboratory Assistant
	X線検査技師補	X-ray Assistant
	整形外科技師	Orthopaedic Technician
	化学検査技師	Chemist
	化学検査助手	Chemical Laboratory Assistant
	放射線技師	Radiographer
	放射線技師補	Radiographic Assistant
	歯科技工士	Dental Technician
	その他	
	准医療士	Assitant Medical Officer
	医療助手	Medical Assistant
	地方医療補助員	Medical Aides
	麻酔師	Anaesthtic Officer
	クリニカル・オフィサー	Clinical Officer
	クリニカル・アシスタント	Clinical Assistant
	ヘルス・オフィサー	Health Officer
	ヘルス・アシスタント	Health Assistant
	作業療法士	Occupational Therapist
	保健記録管理者	Medical Record Officer

3-8-1-2 処遇

タンザニア経済が経験した1980年代の激しい経済危機は保健・医療部門の従事者の給与にも大きな影響を与えた。ある統計では1981～87年の間に政府職員の下級レベルで56.3%、上級レベルで75.2%の実質賃金の減少となっている。保健従事者の大多数が政府職員であることを考慮すると、保健部門の受けた士気、実績、生産性の低下は甚大であった。

既述のように、タンザニアでは原則として医療費が無料であったことから、一部の医療関係者はインフォーマルに診療費を徴収したり、農業やタクシー運転手などのサービス産業で生活費の補填をする状態が現在も続いている。

その上、現行の保健システムでは毎年新たに卒業する1,500人の医師や看護婦などの医療関係者を保健省が全員雇用する建前となっており、財政を逼迫する要因となっている。

この結果、比較的余裕のある旅費と日当のために、医師などの上級職員が必要以上に会議やセミナーに出席することが目立つようになっている。ただでさえ医師の数が不足している上にこうした出張によって、診療のみならず保健行政そのものにも支障をきたしている。

3-8-1-3 政府の保健従事者政策

タンザニアでは、1970年代の初頭に1967年のアルーシャ宣言と、保健省のヘルス・ケア政策の線に沿って、以下の点を考慮した保健部門の人材育成が開始された。

- ・ 保健サービスの拡大を考慮に入れた、将来の政府と民間組織の保健医療従事者の推定必要数を確保
- ・ 訓練とさまざまなカテゴリーの人的資源の活用による、費用対効果の向上
- ・ 保健医療従事者の海外流出を減少

この結果、1972～80年の人的資源の計画で、政府は歯科医と薬剤師を除く保健部門の21の職種を全て国内で訓練することにした。そして、この期間中に、合計1万3,000人の新規の保健医療従事者が教育を受けたが、中でも末端レベル(Auxiliary)の保健従事者の教育に主眼が置かれ、1万900人を占めている。正規保健医療従事者は、残りの2,100人であった。これは、政府の第一次医療の施設を充実させる方針に沿った結果である。

全保健医療予算に占める教育・訓練の割合は1970年代には約10%となり、その後大きく変化せずに推移している。末端レベルの保健従事者の養成に力点がおかれたため、地方医療補助員(Rural Medical Aides)、ヘルス・アシスタント、母子保健補助員(MCH aides)などの数は、過剰状態を示す地域も現われている。

3-8-1-4 医療従事者の数

表3-39 保健医療従事者有資格者数 (単位：人)

	1961年	1984年	1987年
医師	415	820	899
准医療士	181	436	517
メディカル・アシスタント	200	2,383	3,192
地方医療補助員	380	4,601	5,000
看護婦(A, B)	n. a.	2,642	4,093
母子保健補助員	400	2,268	3,054
ヘルス・オフィサー	n. a.	226	436
ヘルス・アシスタント	n. a.	921	1,240

出典：Tanzania Population Health and Nutrition Sector Review

表3-40 保健医療従事者の教育期間、新卒者数など

	教育期間 (年間)	1年当たりの 新卒者 (人)	保健医療従事者 1人当たり人口 (千人)
医師	6	50	24.5
准医療士	2	45	46.1
メディカル・オフィサー	2-3	312	8.4
地方医療補助員	2-3	290	4.4
看護婦(A, B)	3	1,250	7.6
母子保健補助員	2	390	8.8
ヘルス・オフィサー	3	85	88.9
ヘルス・アシスタント	2	158	21.8

出典：Tanzania Population Health and Nutrition Sector Review

世界銀行は、2004年にタンザニアが必要とする保健医療従事者数を2つのシナリオにわけて予測している（表3-41）。そのいずれのシナリオも、調査時点である1989年から15年間に保健医療施設の大幅な拡充はないことを前提としている。2つのシナリオの相違点は、ディスペンサリーやヘルスセンターなどの末端の保健・医療施設の人員構成をどう見積るかである。予測Aでは、将来も現在と同じ規模の人員でやっていくとする場合である。予測Bでは、末端保健・医療施設の人員規模を現在の約3倍として算出している。それ以外の病院や保健省の各種プロジェクトの人員規模は、2つのシナリオでは同一である。

これによると、予測A、予測Bのいずれにおいても、医師の不足が顕著である。また看護婦も大幅に不足する。一方、地方医療補助員については、過剰になると予測されている。現在の医療教育機関の能力では、これらの不足分を埋め合わせるだけの能力はない。また、政府の財政事情では医療教育への早急な支出拡大は期待できない。母子保健補助員については、2つの予測の間に109人の不足と9,609人の不足というように、大きな開きがある。また予測Aでは、医療補助員の人員過剰が目についている。

以上の点をふまえると、保健省のこれからの医療政策で、特に下級の保健・医療機関の医療従事者数をどのように策定し、配分していくべきか難しい選択を迫られると考えられる。なお医師と看護婦については、いずれのシナリオでも絶対数が不足しており、早急に解決が迫られている。このためには、准医療士や医療助手などの医療補助員に再教育し、その医師や看護婦へのグレードアップを図るといった対応策が必要となると指摘されている。

表3-41 将来の医療従事者の必要数予測

	既に存在する医療機関で必要とする従事者の予測数		現有の人材数 (1989)	余剰あるいは不足数	
	予測A*	予測B*		予測A	予測B
医師	1,407	1,407	909	-498	-498
准医療士	547	797	554	7	-243
医療助手	907	4,157	3,489	2,582	-668
地方医療補助員	3,592	3,592	4,826	1,234	1,234
看護婦	10,551	18,045	5,866	-4,685	-12,179
母子保健補助員	3,503	13,003	3,394	-109	-9,609
ヘルス・オフィサー	531	781	559	28	-222
ヘルス・アシスタント	388	3,638	1,427	1,039	-2,211

*予測Aは、現存の末端保健医療機関の人員構成をもとに算出したもの

*予測Bは、末端保健医療機関の新しい人員構成をもとに算出したもの

出典：Tanzania Population, Health & Nutrition Sector Review.

3-8-1-5 医療従事者の地域偏在

医療従事者の地域ごとの配置についての統計資料は不十分で、その実態を知ることは難しい。これまでの各地域から報告された保健関係の資料から類推すると、地域間に相当の格差のあることがわかる。人口あたりの保健医療従事者を地域別に比較すると、ダルエスサラーム、キリマンジャロが最も人口当たりの保健医療従事者が多く、1984年ではそれぞれ1人の保健医療従事者に対して285人、357人である。ルヴァマ、モロゴロがその次に多く425人である。逆に、人口当たりの保健医療従事者の数の少ない州は、マラ、シニャンガ、カゲラ、ムテウワラ、ムワンザで、いずれもだいたい1人の保健医療従事者に対して700人程度の人口となっている。

保健医療従事者は都市部と幹線道路の近くに集中しがちである。大多数の医師は、勤務条件が厳しく、また文化的格差のある地方勤務を避けたがっている。また、母子保健補助員や看護婦の多くが医師と結婚し夫と共に都市部に移動してしまうことも保健医療従事者の偏在に拍車をかけている。

3-8-2 医学教育

1) 医師

国内では唯一ダルエスサラーム大学医学部が6年間の医師養成課程を設置している。過去15年間の年間入学者数は46～54人であった。また、年間の卒業生の数は、29～53人であった。医師不足の解消のためもあり、入学定員を100人に増加する計画があったが、財政難で頓挫している。専門医の訓練もいくつかの分野で行なっており、小児科、内科、産婦人科、公衆衛生、外科、麻酔科、眼科、病理学などの268人の専門医が研修をうけた。全ての医師は、政府機関で勤務することを義務づけられている。

2) 歯科医師

歯科医師の養成は、1979/80年に開始されたばかりで、履修期間は5年間、年間入学者は9～21人で、1984/85年以後の卒業生の総数は32人である。

3) 看護婦

タンザニアにおける看護婦は次の3つのカテゴリーに分類される。

Aレベル看護婦： 11年間の学校教育と4年間の看護訓練期間を終了

Bレベル看護婦： 7年間の初等教育と3年間の看護教育および助産婦の経験

地方保健補助員： 7年間の初等教育と2年間の母子保健の訓練

一般に看護婦の教育は、特に重要な役割を担うBレベルでばらつきがある。その主たる原因は教育を行なうスタッフの不足と能力の問題である。またカリキュラムと定期的な訓練期間の履行なども改善する余地がある。

1986年に行なわれた保健省/UNICEF合同の保健医療従事者教育についての会議では、①Bレベル看護婦の医療上の手続きの知識の欠如、プライマリー・ケアを実施する上での準備が不足していること ②疾病のパターンやそれを管理する手続きの知識が不足していること、などが問題点として明らかにされた。会議ではこれを受けて、Bレベル看護婦の資格を11年の学校教育期間に延長すること、教員の能力を向上させること、カリキュラムの改善などを勧告した。しかし、これらの勧告の実施は遅れている。

4)医療補助員

タンザニアでは医師、看護婦などの医療専門家の他に、次の3つのカテゴリーの医療補助員がいる。

- ・ アシスタント・メディカル・オフィサー
准医療士 (AMO : Assistant Medical Officer)
通常は、医師と呼ばれている。当初は、医療助手 (MA : Medical Assistant) として勤務するが、最低4年間の経験の後に18ヵ月間の昇任訓練を受けて、資格を得る。
- ・ メディカル・アシスタント
医療助手 (MA : Medical Assistant)
11年間の学校教育と3年間の医学教育または、13年間の学校教育と2年間の医学教育を受けて資格を得る。
- ・ メディカル・エイド
地方医療補助員 (RMA : Rural Medical Aides)
7年間の学校教育と3年間の医学教育もしくは、11年間の学校教育と2年間の医学教育を受けて資格を得る。

3-9 医療施設

3-9-1 医療施設の構成と数と配置

医療施設の構成と、行政区画医療施設の数については、表3-42、表3-43のようになっている。

表3-42 医療施設数

1984年現在

行政単位	数	該当医療施設	数	担当者
地方	6	診療病院	4	Director/Dir-Gen
		専門病院	2	Med. Superinten
州	20	州病院	17	Reg'l Med. Off.
県	104	県病院	129	Dist. Med. Off.
区	300	ヘルスセンター	239	Medical Asst.
村	2,139	ディスペンサリー*	2,644	Rural Med. Aide
村	8,369	保健ポスト	1,800	VHW

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

* ディスペンサリー：診療所のこと

表3-43 病院、ヘルスセンター、ディスペンサリーの数

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
病院	152	152	152	152	155	173	174	174
ヘルスセンター	260	260	260	278	279	276	276	276
ディスペンサリー	2,831	2,831	2,831	2,840	2,851	3,014	3,014	3,014

出典：Tanzania Health Statistics Abstract 1993

表3-44 州別病院数

	経 営 の タ イ プ				計
	1	2	3	4	
アルーシャ	7	6	-	-	13
コースト	4	1	1	-	6
ダルエスサラーム	4	6	1	2	13
ドドマ	5	1	-	-	6
イリンガ	5	6	2	-	13
カゲラ	1	9	1	-	11
キゴマ	3	2	-	-	5
キリマンジャロ	5	7	1	-	13
リンディ	4	3	-	-	7
マラ	3	4	-	-	7
ムベヤ	5	6	-	-	11
モロゴロ	4	4	3	-	11
ムテウワラ	3	2	-	-	5
ムワンザ	4	7	-	-	11
ルクマ	2	1	-	-	3
ルヴァマ	2	5	-	-	7
シニヤンガ	5	2	-	-	7
シンギダ	2	4	-	-	6
タボラ	4	3	-	-	7
タンガ	5	5	-	2	12
	77	84	9	4	174

- 1 : 国営病院
 2 : 準国営病院
 3 : 任意団体病院
 4 : その他

出典 : Tanzania Health Statistics Abstract 1993

表3-45 州別ヘルスセンター数

	経 営 の タ イ プ				計
	1	2	3	4	
アルーシャ	11	-	-	-	11
コースト	10	-	-	-	10
ダルエスサラーム	4	-	-	2	6
ドドマ	16	1	-	-	17
イリンガ	16	-	-	-	16
カゲラ	12	-	-	-	12
キゴマ	10	-	-	-	10
キリマンジャロ	13	3	-	1	17
リンディ	12	-	-	-	12
マラ	11	-	-	-	11
ムベヤ	17	-	-	-	17
モロゴロ	16	1	-	-	17
ムテウワラ	13	-	-	-	13
ムワンザ	26	-	-	-	26
ルクマ	11	1	-	-	12
ルヴァム	13	-	-	-	13
シニヤンガ	18	-	-	-	18
シンギダ	11	1	-	-	12
タボラ	10	1	-	-	11
タンガ	15	-	-	-	15
	265	8	2	1	276

1 : 政府

2 : 準国営

3 : 任意団体

4 : その他

出典 : Tanzania Health Statistics Abstract 1993

表3-46 州別病院のベッド数

	経 営 の タ イ プ				計
	1	2	3	4	
アルーシャ	683	622	-	-	1,305
コースト	411	55	141	-	607
グルエスサラム	436	30	-	38	504
ドドマ	1,461	250	-	-	1,711
イリンガ	629	909	66	-	1,604
カガラ	250	1,409	50	-	1,709
キゴマ	387	200	-	-	587
キリマンジャロ	730	1,079	91	1	1,900
リンディ	515	294	-	-	809
マラ	406	386	-	-	792
ムベヤ	794	712	-	-	1,506
モロゴロ	621	678	220	-	1,519
ムテウワラ	743	500	-	-	1,243
ムワンザ	480	1,720	-	-	2,200
ルクマ	354	45	-	-	399
ルヴァム	347	933	-	-	1,280
シニャンガ	835	350	-	-	1,185
シンギダ	376	290	-	-	666
タボラ	612	421	-	-	1033
タンガ	945	554	-	72	1571
	12,015	11,437	568	110	24,130

1 : 政府

2 : 準国営

3 : 任意団体

4 : その他

出典 : Tanzania Health Statics Abstract 1993

タンザニアにおいては独立後、保健医療、福祉のサービス機関は都市に集中しており、農村ではいくつかの宗教団体が、分散して病院を経営していたのみであった。アルーシャ宣言は、全ての国民が等しく保健サービスを受ける機会とアクセスを持つことを目標とした。この結果、政府は人口8,000～10,000人に対して1つのディスペンサリーを設けること、人口50,000人に対してヘルスセンターを1ヵ所設置する目標を立てている（表3-45, 46参照）。

3-9-2 保健ポスト

政府の現在の目標は、2000年までにヘルスセンターのない全ての村に、第一次保健医療サービスを確立することである。第一次保健医療サービスは、特別の恒久的な建物を必要とするわけではなく、基本的には予防医療が中心で、薬品と器材を置いておける場所があればよい。

各村落保健ポストには2人の地方医療補助員が必要とされ、そのうちの1人は母子保健の専門家である。スタッフは自転車などによって、村の中を移動することになっている。活動内容は以下の通りである。

- ・ 疾病に関する保健教育
- ・ 清潔な水、衛生、公衆衛生についての教育
- ・ 食料と栄養についての助言
- ・ 簡単な疾病の治療
- ・ 疾病と予防接種の統計作成
- ・ 他機関への患者の紹介

3-9-3 ディスペンサリー・サービス（診療所）

ディスペンサリー・サービスは、2番目に基本的な保健サービスである。政府の目標では、各村に1つのディスペンサリーを設けることになっている。1つのディスペンサリーは6,000～10,000人の人口にサービスを提供することになっている。

ディスペンサリーには、外来患者用の施設、母子保健、最低2台のベッドをもつ分娩室、洗浄室がなければならない。ディスペンサリーには、次のようなスタッフが勤務していなければならない。

- ・ 医療助手あるいは地方医療補助員のうちどちらか1人

- ・ 母子保健補助員、看護婦、助産婦のうちどれか 1 人
- ・ ヘルス・アシスタント

ディスペンサリーの提供するサービスには次のようなものがある。

- ・ ディスペンサリーを利用する人々への保健教育
- ・ 医療サービス
- ・ 妊婦への出産までのサービス
- ・ 予防接種と子供への医療処置
- ・ 学校での保健サービスと保健教育の実施
- ・ ヘルスセンターと協力した、ハンセン病、結核、精神病などの手当て

3-9-4 ヘルスセンター・サービス

1つのヘルスセンターは、ほぼ行政上の区割りに相当する50,000人の人口にサービスを提供することになっている。ヘルスセンターの設置は定められた基準のもとに実施され、勤務する医療スタッフの数に相応しい設備を持つことが定められている。

ヘルス・センターに勤務するスタッフは、次の人々である。

- ・ 医療助手、准医療士
- ・ 地方医療補助員
- ・ 正看護婦
- ・ 助産婦、准看護婦
- ・ ヘルス・オフィサー
- ・ ヘルス・アシスタント
- ・ 技師助手
- ・ 薬剤助手

なおヘルス・センターが提供するサービスは、ディスペンサリーのそれとほぼ同じであるが、次の2つのサービスが異なっている。

- ① 入院患者部門
- ② 同一行政区の中のディスペンサリー、保健ポストなどの監督

各ヘルス・センターは、4輪駆動の救急車を持つことになっている。この他に、オートバイ、自転車を備えている。

3-9-5 県病院

保健行政の中で、県病院は重要な役割を担っている。それぞれの県は、県病院を持つことになっており、もし中央政府が県病院を持てない場合には、中央政府は宗教団体が経営する病院に、県病院としての役割を果たすように要請し、要請を受けた病院は、政府からそのための補助金を受けることになる。県病院は、政府の基準にもとづいて建設されるが、最低60～150のベッドを備えなければならない。この他に、設置されなければならない設備は、次のようなものである。

- ・ 外来患者部門と母子保健設備
- ・ 薬局
- ・ 検査室と血液銀行
- ・ X線部門
- ・ 多目的教室
- ・ 病棟
- ・ 食堂
- ・ 洗濯場

県病院はまた、次のような医療スタッフを雇用しなければならない。

- ・ 医師
- ・ 看護婦
- ・ 薬剤師
- ・ 臨床検査技師
- ・ 放射線技師
- ・ ヘルス・オフィサー
- ・ ヘルス・セクレタリー

県病院の提供するサービスは以下のとおりである。

- ・ (特殊なケースを除く) 全ての医療サービス
- ・ 県内の全ての保健・医療機関の計画、組織化、監督
- ・ 県内の全ての医療スタッフに対する、オン・ザ・ジョブ・トレーニングの実施
- ・ 県内のあらゆる保健衛生関係の主要な問題点を明らかにし、その対策の立案

県病院は、自動車などの交通手段を円滑に利用できる体制になければならないが、そのための責任は当該の地方政府にある。

3-9-6 州病院

州病院は県病院とほぼ同じサービスを提供しているが、前者はより広範囲にわたって専門家を擁しており、同時に県病院では提供されないサービスを提供することになっている。州病院のベッド数は、200～400である。

現状では、多くの州病院が老朽化しており、十分なサービスを提供できない状態にある。従って、保健省のガイドラインに沿った改善の必要性が指摘されている。

州病院は以下のような分野の専門家を擁している。

- ・ 外科、内科、産婦人科、小児科、コミュニティー・ヘルス
- ・ 薬剤
- ・ 臨床検査技師
- ・ ヘルス・セクレタリー
- ・ ヘルス・オフィサー
- ・ 看護官

州病院の提供するサービスは、

- ・ 県病院で提供される医療サービスをすべて含めて、それをより専門化したもの
- ・ 眼科、精神科の治療
- ・ 州内の全ての医療施設の監督と調整
- ・ 州内の保健サービスを改善するための運営上の研究

3-9-7 診療病院

診療病院は、国内の医療機関の最も上級の段階に位置する。現段階では、診療病院は国内に4つあるのみである。国内東部を管轄するムヒンビリ(Muhimbili)医療センター、北部を管轄するキリマンジャロ・クリスチャン(Kilimanjaro Christian)医療センター、西部地区を管轄するブガンド(Bugando)病院、南部を管轄するムベヤ(Mbeya)病院である。

政府は、現在のところ新たに2つの診療病院を建設する必要があるという計画を立てている。

これらの診療病院では最新鋭の医療機器を備えて、治療のために外国に行かなければならない難病の患者を国内で診察できる水準に達することを目指している。ムヒンビリ病院は1,423床、キリマンジャロ・クリスチャン医療センターは420床を有している。

診療病院では診察・治療だけではなく、教育・研究活動も行なっていて、提供するサービスは、次のようなものである。

- ・ 全ての医療サービス
- ・ 耳鼻咽喉科、癌治療
- ・ 医学部学生、大学院生、その他の関連する学生への教育
- ・ 医学部門での研究の実施
- ・ 管轄区域内での他の医療スタッフへの助言

3-9-8 準国営医療サービス

3-9-8-1 慈善・宗教団体の医療サービス

タンザニアにおいては、慈善・宗教団体が保健サービスに大きく貢献してきた。17の病院と前述の診療病院のうち、キリマンジャロ・クリスチャン医療センターとムベヤ病院は宗教団体の所有である。今のところ、これらの病院は政府と関係機関との間に特別契約を結んで経営されている。

保健省は、これらの慈善・宗教団体の所有する病院との協力関係を維持し、政府の契約した内容の履行を重視するという姿勢をとっている。政府はこうした病院にベッド、医療スタッフを供与している。

3-9-8-2 準国営機関の医療サービス

ほとんどの準国営機関は、従業員とその家族のためにその機関の敷地内に、診療所を設置している。ただし、砂糖産業（キリマンジャロ砂糖会社など）のように敷地内に、従業員だけではなく近所の住民に利用できるような病院を設置している例もある。保健省はその際のガイドラインとして、次のような点を明示している。

- ・ 病院の設置および経営の責任は、設置に当たった機関にある。保健省は単に助言を与えるにとどまる。
- ・ 各機関は、従業員に無料で医療サービスを提供しなければならないが、運営費用として若干の代金を請求することができる。従業員以外の利用者は、受益した医療サービス費用を支払う。
- ・ 雇用する医療スタッフの人数・構成は、保健省の規定に従う。診療所で医師を雇う場合は、保健省の事前許可が必要である。

3-9-9 民間医療サービス

タンザニアでは、1977年に国会の議決で民間病院・診療所の営業は禁じられた。この議決の趣旨は、民間の医療サービスが慈善・宗教団体の運営によるものでない限り、医療サービスが商業化することを防ぐことにある。しかし1987年に、政府は診察料金のガイドラインを設定し、1990年に政府は医師の個人診療を認可した。このように医療の自由化・民営化が進みつつある。

3-10 医薬品・医療器具・衛生機材

3-10-1 医薬品

3-10-1-1 医薬品の管理と供給

タンザニア保健省は、192品目からなる国家必須医薬品リストを作成しているが、これによって、医薬品購入の減少、医薬品の有効な利用、情報とモニタリングの面で十分な成功を収めている。

タンザニアにおける医薬品と医療資機材の選択、調達、流通については、以下の3つの機関もしくはグループが担当している。

- ① 中央薬品管理部 (Central Medical Store: CMS)
- ② 国家医薬品会社 (National Pharmaceutical Company: NAPCO)
- ③ 非政府病院、非政府機関

CMSは保健省の一機関であり、保健省の全ての医薬品と医療資機材の調達、流通、供給についての責任を持っている。また、UNICEF・DANIDAが援助している必須医薬品プログラムの全ての医薬品を取り扱っている。医薬品の入手方法は輸入、物々交換、国内製造業者からの購入、援助国からの贈与などである。

タンザニアの全医薬品、医療資機材の66%がCMSによって調達されたもので、CMSは政府への納入については5%の手数料を販売価格に上乗せしている。なお、CMSは、中央銀行から医薬品輸入のための外貨割当てを受けている。この他に、一般開放ライセンス・システム (Open General License: OGL) と呼ばれる外貨割当ての枠があるが、CMSの財政状態が悪化しているため十分に活用されていない。現地通貨タンザニア・シリングが引き下げられている状態で医薬品の販売価格は低く抑えられており、政府の関連予算も不十分なためCMSは資金的に苦しい状態にある。世界銀行は医薬品の安定的な供給の確保がタンザニアの保健医療セクターの緊急課題であると指摘している。

医薬品輸入の手続きとして外貨割当てが完了するとCMSは競争入札を行ない、医薬品・医療資機材委員会によって決定がなされる。業者の決定から実際に商品が船積みされるまでの期間は通常6～10ヵ月である。CMSの責任は倉庫での保管と商品の流通である。なお、CMSが民間の薬局に販売することはない。CMSはイリンガ、モシ、ムテウワラ、ムワンザ、タボラの国内5ヵ所に地区医薬品倉庫を所有している。

資金面の他にCMSが解決しなければならない問題として、次のような点が指摘されている。

- ・ CMSの調達部門の人員が極端に不足しているため、タンザニア国内にある外国製薬会社の代理店に過度に依存している。
- ・ CMSの在庫管理は非効率的である。
- ・ CMSは購入した医薬品についてほとんど品質検査をしていない。

- ・ CMSの保管施設が老朽化しており、医薬品の管理が十分ではない。特に冷房・空調設備に問題がある。
- ・ 保管の手順が不適切なために、薬品の取り出しに時間がかかったり、薬品の有効期限が過ぎても、放置されているケースが頻繁に見受けられる。
- ・ CMSの在庫管理用コンピューターは故障していて、適切な在庫管理が不可能な状態である。この結果、必須医薬品をのぞいた薬品の横流しの割合は30%と推定されている。

3-10-1-2 医薬品の供給と流通

CMSの供給・流通システムは、必須医薬品プログラムに含まれない薬品の供給については、周期的に不足する状態である。通常、注文した医薬品の25～50%しか入手できないので、地方行政機関は規定の年4回の注文回数を見捨て、頻繁に医薬品を発注している。CMSは発注のあるごとに、在庫薬品を手当たり次第に発送しているのが現状である。

この結果、クロロキンの代わりにキニーネ注射を行なうなどの薬品の無駄な使用が増加し、十分な供給量が確保できているのは国内で生産されている静脈注入薬だけである。

3-10-1-3 国家医薬品会社（NAPCO）

NAPCOは商工省の管轄下にあつて、公共部門一般、民間薬局、準国営医療機関や地方の取引会社などに、医薬品を販売する準国営会社である。NAPCOはタンザニアの医薬品輸入の約30%を取り扱っている。

NAPCOはタンザニアの医薬品製造業に巨額の投資を行なっている。NAPCOはブランド銘柄の医薬品・医療器具を買い上げ、需給関係にも左右されるが購入価格に30～40%を上乗せした価格で販売している。これは実勢価格と比較しても非常に高く設定されていて、それを支えているのはNAPCOが市場を統制しているからである。

輸入されたブランド銘柄のクロロキン・シロップを例にすると、現地の業者が生産した同じものの6倍の価格で販売されている。また、個人の輸入業者が輸入した2倍の価格となっている。NAPCOの販売額は順調に増加しており、1984/85年には1億4,100万タンザニア・シリングだったが、1986/87年には2億9,100万タンザニア・シリングに増加している。

NAPCOの医薬品調達、通常調達委員会をとおして行なわれる。しかし、現在この調達委員会には、技術面の専門家が参加しておらず、改善の必要性がある。

NAPCOは非政府医療機関、民間薬局への医薬品の供給・流通も取り扱っている。またNAPCOは、ダルエスサラーム、ドドマ、モシ、ムワンザ、ムベヤに流通基地をもっている。これらの流通基地は清潔で維持もよく、在庫も豊富であり組織も整備されている。温度調節の必要な医薬品には冷房設備も整っている。在庫はコンピューターで管理されている。

3-10-1-4 非政府機関

非政府機関が相当量の医薬品・医療器具を輸入していることは、広く知れ渡っていることだが、その詳細は不明である。非政府機関がしばしば外国の援助団体から多量の薬品を事前の協議なしに輸入しているが、品質検査、ラベルの文字表示などの点で問題を引き起こすことも多い。主要なキリスト教会系や回教寺院などは国際的な調達組織をとおして購入し、費用の節約をしている。また、医薬品の調達後のモニタリングも実施している。

最近政府は経済復興計画の一環として、個人輸入業者が自己の外貨で医薬品を輸入することを認可した。しかし、その薬品は国家の必須医薬品リストに含まれていなければならないとされている。こうした個人輸入業者は、輸入した医薬品を非政府医療機関や民間薬局に販売することができる。このような形で輸入される医薬品の品質や安全性についての政府の規制はなく、申請のあったものを全て承認しているのが現状である。

3-10-1-5 必須医薬品プログラム（EDP）

タンザニアでは1983年以降、DANIDAが資金供与し、UNICEFが実施しているEDPによって、地方の保健省の保健機関に対して必須の医薬品を供給している。供給される医薬品の量は、ディスペンサリーでの診療1,000回について1個の小型黄色キット（36種類の薬品）が支給される。また、ヘルス・センターでの2,000回の診療について大型青キット（52種類）1個が支給されている。

コペンハーゲンにあるUNICEFの梱包センターで、国際入札によって医薬品を購入し、2種類のパッケージに梱包している。これによって、30～40%のコストダウンが可能となっている。UNICEFは地方の医薬品貯蓄所に対する必須医薬品の供給も行っている。

EDPは、年間35,000キットをディスペンサリーに、月に約4,000キットをヘルス・センターに配付している。EDPは現在までのところ、非常に順調に運営されてきており、保健省の地方の末端組織に、定期的かつ十分な量の医薬品を供給することに成功した。このため、保健省とDANIDAは基本的に、EDPを都市のプライマリー・ヘルス・ケア機関に広げることで合意している。また、キット・システムを病院の外来患者部門に適用する方法を検討している。しかしながらDANIDA側に本国政府の財政上の問題や、冷戦後の援助政策の見直しなどネガティブな要素が出始め、今後の動向は必ずしも楽観的ではない。

3-10-2 医薬品の国内生産

タンザニア国内には、4つの主要な医薬品製造会社がある。これらの会社の生産量を合計すると、タンザニア国内で必要としている薬品量の10%を供給している。4社は次のとおりである。

- ・ Keko Pharmaceutical Company (KEKO) : 国営
- ・ Tanzania Pharmaceutical Industries (TPI) : 国営
- ・ Mansoor Daya (MD) : 民間
- ・ Shelly's Chemical Company Ltd. (SC) : 民間

3-10-2-1 KEKO社

KEKO社は、商工省の管轄下にある準国営医薬品会社である。ダルエスサラームに所在し、従業員は130人である。KEKO社は当初、製造機器と専門技術について中華人民共和国の援助を受け、1982年にはDANIDAから200万ドルの資金と、静脈注入剤製造設備の援助を受けている。

KEKO社の製造能力は単純な工程が中心であるが、12億個の錠剤、100万リッターの静脈注入剤の製造が可能である。錠剤については、アスピリン、パラクロロフェノール、クロロキン、テトラクロールエチレンを製造している。1987年の調査では、原材料・包装材料、交換部品の不足で、製造能力の50%しか稼働していない。品質管理も不十分で、品質にはばらつきが多い。

KEKO社で生産された医薬品は全てCMS（中央医薬品管理部）・NAPCO（国家医薬品会社）に納入されている。CMSの購入価格は25～30%割高になっており、KEKO社は本来は高利益の体質を有すが、為替の変動などで、最近では赤字経営となっている。

3-10-2-2 TPI社

TPI社もKEKO社と同じく商工省の管轄下にある準国営企業で、アルーシャに所在している。TPI社が設立されたのは1976年で、タンザニア投資銀行、フィンランドの援助機関であるFINNIDAの援助を受け、フィンランドのオリオン会社が全面的にバックアップした。

しかし1984年以降は、オリオンの技術協力を受けながらも、現地側が経営を行なっている。T P I 社の従業員は130人である。製造設備は適切に管理されていて、空調設備も整備されている。品質管理も行き届いていて、オリオン会社がサンプル検査を行なっている。T P I 社は24種類・15億個の錠剤、5,000万個のカプセル、1,050万本の注射薬、50万リットルの半溶剤を生産する能力を有している。しかし1984年以後、外貨割当ての減額により、製造能力の一部しか稼働していない。

現在のところ、T P I 社はフィンランドあるいはノルウェーから原材料の供給を受けている。T P I 社はNAPCOとの間で、支払い上の問題を抱えている。T P I 社はほとんど全ての製品を、CMSに売却している。

3-10-2-3 MANSOOR DAYA (MD) 社

MD社は民間企業で、1965年以降タンザニアで操業している。株式の50%がタンザニア人所有で、残りの44%は英国のTwyford Laboratories社が保有している。従業員は50人で、ダルエスサラームに所在している。空調設備はなく、消毒剤と医薬品を同じ部屋で製造しているという通常では考えられない事態が発生し、政府は改善を勧告している。品質管理部門には2人のスタッフしかおらず、検査設備も不十分である。

MD社は錠剤、カプセル、液剤、ローション、エロソールなどの製造が可能である。3億個の錠剤、600万個のカプセル、18万リッターの液剤の年間製造能力を有しているが、外貨割当てと交換部品の不足によって稼働率は低い。MD社の製品は全てNAPCOか民間の薬局に販売されている。CMSは、MD社からの購入を中止している。

3-10-2-4 SHELLY'S CHEMICAL (S C) 社

S C社は民間企業で、ダルエスサラームに所在し、従業員は39人である。製造設備は比較的整備されているが、若干の改善が必要である。品質管理は比較的行き届いているが、製品管理は十分ではない。

S C社の年間製造能力は、錠剤3,500万個、カプセル1,400万個、液剤25万リッター、パウダー20,000キロである。会社は新たな設備拡張計画を持っている。設備の稼働率は、原材料の不足、生産のための十分なスペースがないために低い。

S C社はNAPCO、地元の民間病院、民間薬局に製品を納入しているが、CMSには納入していない。経営は黒字を続けている。

3-10-2-5 医薬品国内製造 4 社共通の問題

4 社に共通しているのは、外貨不足による工場生産設備の稼働率の低下である。T P I 社を除いた各社は工場設備の改修と品質管理の改善を必要としている。タンザニア全体では、医薬品の製造について大蔵省、保健省、タンザニア中央銀行、商工省のあいだで連絡が不十分である。またガラスやプラスチック瓶、ダンボール箱などの関連産業との調整も、不適切である。

一方 4 社ともに、外貨不足によって医薬品の輸入が制限されている上に、国内では強い医薬品需要に支えられており、経営環境は良好である。薬価も高めに設定されている。加えて CMS 社と N A P C O が、事実上国内の医薬品マーケットを管理しているので、4 社はほとんどマーケティング、宣伝費用を支出する必要がない。

タンザニアの医薬品製造会社はこの他にも、研究開発費用の負担がないことなど、有利な条件を有している。政府は輸入原材料の関税を引き下げる措置をとっている。製薬業はもともと工程が単純で、原材料から製品までの製造コストは安い。この結果、生産設備の稼働率が低くても、経営上は黒字にできる恵まれた環境のもとにある。

3-11 試験研究機関

3-11-1 主要試験研究機関

① ダルエスサラーム大学医学部

- 行 動 科 学 科 (Behavioural Science Department):
ヘルス・ケアの実施、保健経済の研究
- 地 域 保 健 学 科 (Community Health Department):
疾病のパターン、プライマリー・ヘルス・ケア、栄養・家族計画
- 疫 学 ・ 生 物 学 科 (Epidemiology/Biostatistics):
結核・ライ病、下痢・感染症、
国家プライマリー・ヘルス・ケア計画
- 精 神 医 学 科 (Psychiatry):
アルコール・薬物依存症相談、てんかん、自殺の相談
- 薬 学 科 (Department of Pharmaceutics):
薬品の服用、保存、流通、管理についての研究
- 伝統医学研究室 (Traditional Medicine Research Unit):
薬草についての医学的な研究、天然材料の医学的利用価値の研究、医療面での伝統医療についての情報収集
- 小 児 医 学 科 (Department of Paediatrics and Child Health):
子供の疾病、問題、サービス組織

② 国立医学研究所 (National Institute of Medical Research : NIMR)

ダルエスサラームとムワンザの2ヵ所に研究所を持っている。保健省の中心的研究機関。マラリア、住血吸虫症、結核、下痢症、性行為感染症、エイズなどの研究を中心に行なっている。また、国内における医学研究の管理・監督・促進についての責任を持っている。WHO、UNICEF、DANIDA、SIDAなどの国際機関や、外国政府援助機関からの支援を受けている。

③ タンザニア食糧・栄養センター (Tanzania Food and Nutrition Centre : TNFC)

TNFCは1973年に設立された、保健省の管轄下にある準国営組織である。TNFCは設立以後、国内の食糧・栄養活動の主導的な役割を果たしてきた。その主な活動内容は、栄養計画の立案、栄養教育と訓練、栄養医学、食糧科学・技術、食糧検査である。TNFCは国内の栄養・食糧状態の調査と、これに関連するプロジェクトの作成・実施について責任を持っている。

3-12 医療情報システム

3-12-1 従来の医療情報システム

タンザニアでは保健情報については、保健省の保健計画局が担当しているが、スタッフの不足などで十分な活動ができていない。基本的には、各保健機関は週ごとに各県の県医務官(District Medical Officer DMO)に医療情報を提供し、DMOはそれを次に州医務官(Regional Medical Officer RMO)に持ち上げ、州ではその他のデータと合わせて、2週間以内に保健省に医療情報を送付するシステムになっている。

ところが実際には、各県から送られてくるデータが不完全な上に、情報の取りまとめに多大の時間を要しており、遅滞がはなはだしい。世界銀行の報告によると、例えば1987年10月の時点で最新のデータは同じ年の6月分で、しかも104の県のうちデータの集まっていたのは、僅かに15県であった。情報収集とその情報編集の事務量を軽減するためには、均一で整理されたデータ収集カードが必要だが、現実にはそういうものは存在していない。のみならず、保健省で実施しているさまざまなプロジェクトが独自にデータを収集しており、それらが別々のチャンネルで、保健省に送られているのが現状である。

現状では、最も信頼できる医療情報は、必須医薬品プログラムの一環として253の監視(sentinel)基地から送られてくるディスペンサリーとヘルスセンターのサンプル情報であるが、情報の送られてくる範囲は限られている。

従来の医療情報システムでは、中央政府にとって役立つような収集の仕組みとなっていて、県の医療機関に直接の便益はなかった。一旦集められた情報は上部機関に集中し、それを下位機関にフィードバックするルートはほとんどなかった。その結果、末端レベルの職員には、医療情報の収集と提供のモチベーションが希薄となった。

こうした事情を踏まえて、保健省では次に述べるような新しい保健情報システムの導入を進めている。

3-12-2 新しい医療情報システム

タンザニア政府・保健省は、医療情報のより正確な収集と、効率的な利用を促進するため、新たに医療情報管理システム(Management Information System: M I S)を導入した。M I Sの特徴は次のとおりである。

- ・ 指標を利用して管理と計画に関連する情報のみを収集する。
- ・ 日常的に利用するデータのみを収集し、研究結果などは含めない。
- ・ 保健医療サービス行政上のあらゆる段階で、データを収集・加工し利用する。
- ・ 保健医療サービス監督の手段とする。

MISは当初、ムベヤの一地方で実験的に施行され、有益であることが判明したので、ムベヤ地方全体に拡充されることになった。新しいMISは従来の医療情報管理システムと次の点で異なっている。

- ① 古い医療情報管理システムがトップダウンであるのに対して、新システムは分権化を目指している。その理由は、データの利用の中心は中央ではなく地方であるべきで、一旦収集した情報を中央にフィードバックすることに努力するのではなく、その地方の行政レベルで利用することを優先して考えるべきだからである。
- ② 断片的なデータから総合的なデータ収集へ転換を行う。新システムでは、8つの異なるプログラムについて、3つのチャンネルを通じて収集を行なうことになっている。MISではこれらの情報を総合しながら、その地域の包括的な保健医療サービスの全体像を提供する。またMISの特徴は、データ収集と意思決定に関連を持たせたことである。全てのデータに目標と価値を持たせている。加えて、収集されたデータについては、従来には無かった監督者によるチェックが行われることになっている。

参考資料

1. 『タンザニアの経済社会の現状（第4版）』財団法人 国際協力推進協会 1990
2. 『開発途上国技術情報 データシート タンザニア』
国際協力事業団 国際協力総合研修所 1992
3. 『世界開発報告 1992』世界銀行
4. 『タンザニア連合共和国 マラリア抑制計画（第4期）基本設計調査報告書』
国際協力事業団 医療協力部 1992
5. 『在タンザニア 日本大使館資料』1993
6. 『タンザニア連合共和国 感染症基礎調査報告書』国際協力事業団 1993
7. Development Co-operation Tanzania UNDP 1990
8. Women and Children in Tanzania UNICEF 1990
9. Planning and Management of Primary Health Care in Tanzania
Ministry of Health 1991
10. UNICEF Annual Report Tanzania 1992
11. Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank 1992
12. Coping with the AIDS Epidemic in Tanzania: Survivor Assistance
The World Bank 1992
13. Primary Health Care Strategy
Government of the United Republic of Tanzania 1992
14. E.I.U. Country Report Tanzania Comoros
The Economist Intelligence Unit 1993
15. Human Development Report 1993 UNDP
16. Rolling Plan and Forward Budget for Tanzania 1993/94-1995/96
The President's Office/Ministry of Finance 1993
17. Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992
Bureau of Statistics Plannig Commission Tanzania 1993
18. Tanzania Health Statistics Abstract 1993 Ministry of Health 1993

第4編 保健医療協力

4-1 協力要請機構

1) 協力要請機構

無償資金協力・借款：

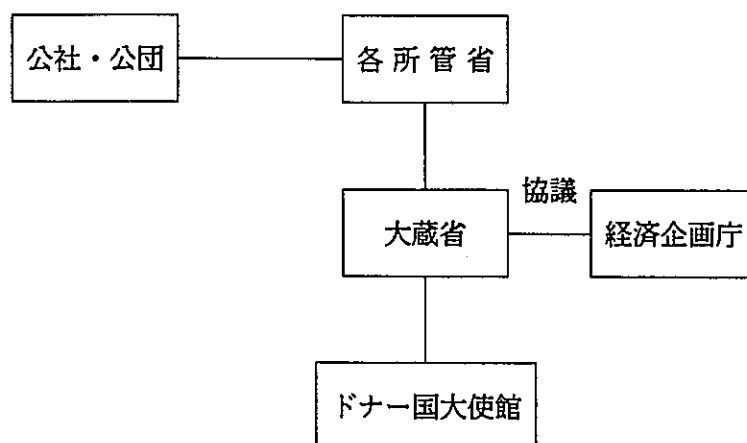
取りまとめ官庁は大蔵省である。まず事業実施機関である公社・公団等が援助要請の原案を作成して各所管省に説明し、所管省は優先順位の高いプロジェクトを選定の上、大蔵省に申請する。大蔵省は経済企画省と協議の上、最終的な意思決定をし、援助要請を行なう。要請に際し、閣議決定は不要である。

技術協力：

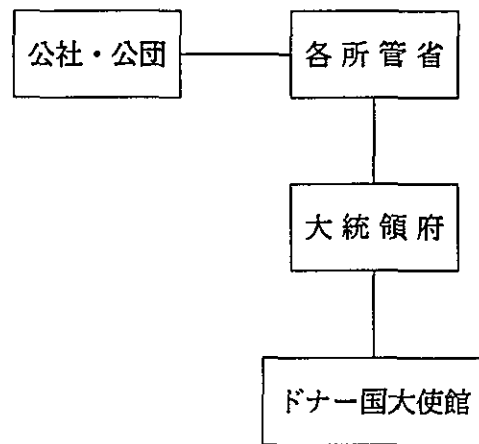
F/S (Feasibility Study)要請は、無償資金協力・借款と同じプロセス（大蔵省が取りまとめ）を経るが、専門家派遣（わが国からの青年海外協力隊派遣も含む）は大統領府が、また研修員受入れは外務省がそれぞれ要請の取りまとめを行なう。

援助要請のための国内手続き

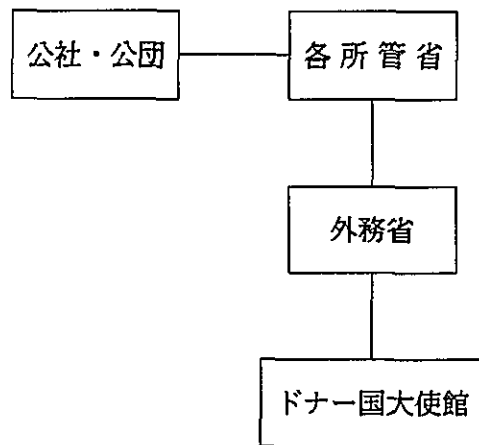
(1) 無償資金協力・借款・技術協力



(2) 専門家



(3) 研修員



4-2 国際機関、わが国を除く諸外国、NGOの協力動向

(1) タンザニア政府の開発援助受取額の推移

下表にタンザニア政府に対する二国間および多国間の開発援助額を示す。

表4-1 対タンザニア政府開発援助額の推移

単位：百万ドル

	1989年	1990年	1991年
D A C加盟国計	692.2	844.1	768.5
スウェーデン	90.4	105.7	37.7
イタリア	61.1	149.6	143.0
ノールウェー	57.5	102.9	85.6
オランダ	71.4	94.5	56.4
デンマーク	78.7	78.6	89.1
日本	62.6	40.7	56.9
米国	6.0	39.0	35.0
ドイツ	51.8	61.4	74.8
英国	60.8	26.7	65.0
カナダ	37.1	34.7	29.1
国際機関計	225.1	327.1	313.3
I D A	111.0	181.0	174.0
E E C	51.5	41.9	40.7
A f D F	18.3	24.9	46.4
アラブ諸国	1.0	3.2	0.2
ODA受取純額	918.3	1174.5	1081.9

出典：Geographical Distribution of Financial Flows 1988/1991, OECD

(2) 保健医療分野への援助

表4-2は、セクター別の援助額の援助全体に占める割合を示したものだが、1991年について、保健医療部門は3%である。表4-3は保健・医療・衛生分野の内訳を示したものだが、保健・医療では、プライマリー・ヘルス・ケアが65%と援助総額の過半を占めている。

表4-2 セクター別援助額の割合 (%)

	1989年	1990年	1991年
教育	2	4	3
保健	2	7	3
その他社会インフラストラクチャー	1	1	3
上水道衛生	2	4	2
エネルギー	4	1	12
通信	1	1	-
運輸	19	24	25
農業	12	20	5
採掘産業	0	0	-
製造業	4	1	4
技術援助	31	17	15
多部門間援助	0	1	1
プログラム	10	8	11
債務繰延べ	3	10	1
食糧援助	0	1	0
緊急援助	0	0	0
合 計	100	100	100

出典：Geographical Distribution of Financial Flows1988/1991, OECD

表4-3 1991年計画の保健・医療・衛生分野の内訳

金額(1,000円)			保健・医療・衛生 に占める割合(%)
保 健 ・ 医 療	政策・計画	1,442	2.4
	PHC	38,500	65.1
	予防接種等の疾病抑制 キャンペーン	11,884	20.1
	家族計画	2,193	3.7
	病院・クリニック	226	0.4
	計	54,245	91.7
社 会 開 発	給水・衛生	4,878	8.3
総 計		59,123	100.0

出典：Development Co-operation Tanzania, 1990 Report, UNDP

4-2-1 国際機関

4-2-1-1 UNICEF (United Nations Children's Fund, ユニセフ、国連児童基金)

1) 背景

UNICEFはタンザニアにおいて、地域社会の参加を中心とした①プライマリー・ヘルス・ケア ②基礎・初等教育 ③マラリアなどの感染症対策 ④給水・衛生 ⑤保健医療行政の分野で援助を実施している。

UNICEFのタンザニア政府の保健医療分野援助協力は、66%が中央政府の管理する計画、残りの34%が地域社会に根ざした統合計画の実施に振り向けられている。現在までのところ、政府・UNICEFの保健プログラムは全般的に順調な成果を上げている。

中でも、イリング共同栄養支援プログラム (Iringa Joint Nutrition Support Programme: JNSP) は、地域社会の参加による保健医療問題への取り組みとして開始され、タンザニア国内のみならず、国際的にも注目される成果を上げた。これは当初イリング地方で試験的に実施されたプロジェクトで、人口に占める重度の栄養失調者の割合は、実施後2年間の間に半分に減少した。5歳未満児死亡率も1978年の152から1990年には20~25へと激減した。

JNSP以外にも、EPI・CDD (予防接種・下痢症対策) における医療従事者のトレーニング、ヘルス・ワーカーのトレーニングなどは、この国の保健医療状況に大きく寄与している。また、UNICEFがDANIDAとの協力により推進してきた必須医薬品プログラムでは、目覚ましい成果をあげた。1988年タンザニアではサブ・サハラ地域の国で最初にほぼ国内全域で予防接種を実施することが可能となった。

2) 1992~95年援助プログラムの目標

- (1) 保健医療ケアの質と利用度、アクセスを高めることにより、乳児死亡率、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率を以下のレベルまで引き下げる。また給水及び衛生施設を整備し、就学率、識字率を引き上げる。

- ・乳児死亡率 : 現在の出生1000対115から2000年までに同50
- ・5歳未満児死亡率 : 現在の出生1000対191から2000年までに同70
- ・妊産婦死亡率 : 現在の出生10万対200~400を2000年までに同100~200

- (2) 保健・医療部門への地域社会参加を促進する。

- (3) 子供の教育については、全ての子供が基礎教育を受けられるように地域の管理システムの改善に協力する。
- (4) コミュニティーレベルのヘルス・ワーカー、TBA、給水管理員に対する教育・訓練を実施し、必要最低限の資機材を供給する。

3) 具体的な活動

(1) 地域社会の参加

国内12州に地域社会の保健医療活動に対する支援を行なう。支援の目標は、重度の栄養失調を減少すること、妊産婦の死亡率を半分に減らすこと、女性の栄養状態を改善することである。

全ての地域社会は、子供の健全な発育と初等教育の完全実施のための管理システムを確立する。また保健・衛生の改善、給水サービス、栄養不良の子供を抱える家庭への信用貸付、家計支援対策を地域社会のレベルで立案する。

(2) 栄養対策

女性の栄養失調比率を下げるために食糧の適切な摂取を指導する。食糧の入手困難、食事の回数が少ないこと、低カロリーが栄養失調の主たる要因である。基本的な問題としては、女性の労働量が過大でサービスへのアクセスが限られていることがある。まずこうした問題点を浮き彫りにし、それを分析する必要がある。

その上で、FAO（国連食糧農業機関）と協力しつつ、現在の食糧生産量と食糧需要量の格差を埋めるために、栄養と食糧確保のための教育、研究への援助を国レベルで行なう。

(3) プライマリー・ヘルス・ケア

中央政府の財源が逼迫していることから、地域での取り組みが一層重要になっている。また医療費の自己負担制も議論されている。従来の必須医薬品のキット・パッケージも、必要な医薬品を個々に揃える方式に変更していく。UNICEFは必須医薬品プログラムには直接の責任をもたないが、UNICEFの物資調達部を通して協力する。

(4) 女性の地位向上

政府の女性地位向上の基本政策策定に参加し、国内の女性に関する統計データの収集に協力する。社会習慣、伝統によって女性の社会参加が遅れていたもので、歌やダンスなどの伝達手段で、女性の地位向上のための運動を広めていく。女性の過剰労働、教育権の確保が緊急の課題である。政府の公務員に対して、女性問題に関する教育を実施していく。

(5) エイズ対策

国家エイズ対策プログラムに参加し、協力していく。情報収集、エイズ教育、コミ

ユニケーション活動に協力する。エイズ対策の地方分権化に伴い、コミュニティーでのプライマリー・ヘルス・ケアの中に、エイズ対策をもちこんでいく。カゲラ州ではNGOと協力して、エイズ孤児の救済にあたっている。イリンガ州では、AMREFのトラック運転手へのエイズ教育プログラムを補完する形で、特に若年女性に的を絞ったエイズ教育を行なっている。

(6) 援助諸機関の調整

子供の生存と成長のための協議委員会への援助を強化する。援助は、地域社会、地区、国家の全ての能力を向上することを目指す。他の援助機関が主として国レベルへの援助を行なっていることを考慮し、地域社会への援助がこれと円滑に連携するように調整を行なう。女性と子供に関する外国からの援助は全て、国家計画委員会、子供の生存と成長についての国家調整委員会をとおして管理することになっている。

地域社会に根ざした計画の手法は、他の援助機関からも高い評価を受けているところであり、1992～96年には12の州に集中的な援助を実施する。世界銀行、NORAD、SIDA、DTZ、IFAD（農業開発国際基金）、ECなどの協力を得て、今世紀中頃には全ての州で地域社会に根ざした計画が実施されるようになる。

UNICEFはUNFPAと協力して、社会経済統計の作成、国家レベルの母子保健に取り組む。WHOとは必須医薬品プログラム、予防接種、エイズ予防などの分野で協力している。保健医療部門ではDANIDAと協力関係にある。

4-2-1-2 UNFPA (United Nations Fund for Population Activities, 国連人口開発基金)

UNFPAは現在、1992～96年までの第3期国別計画を実施している。同計画の基本的な目的は、以下のとおりである。

- (1) 妊産婦、乳幼児死亡を減少させるために、母子保健、家族計画サービスの質を向上させる。
- (2) 総括的で十分に調整された、マルチ・メディアによる国家的な人口計画の情報・教育プロジェクトを開発し実施する。
- (3) 人口計画の円滑な実施を促進し、人口問題を開発計画の作成過程に統合する。
- (4) 人口研究、情報収集、資料の提供についての政府の能力を強化する。

- (5) 人口計画についての作成、管理、評価の政府の自己能力を高めるための人材開発を推進する。
- (6) 国家開発への女性の参加を促す。
- (7) 人口・開発・環境の連携を広く啓蒙する。

また上記の諸目的を達成するために、次のような活動内容を含む。

- ・ 家族計画の質、適用範囲、管理を予想されるサービスの需要に適合するように改善する。
- ・ 人口の情報・教育活動を強化し、更により良く調整する。また、社会文化・人類学的な見地から検討し、支持する。
- ・ 国内の教育・研究機関は技術的能力と人口計画の実施担当者の能力の向上に努力し、家族計画のサービス実施担当者は国内外で研修を受ける。
- ・ 開発の過程での女性の役割とその参加の重要性を認識し、一方で男性の行動の責任についての自覚を促す。
- ・ 計画の実施と資源の動員については、援助機関の調整を円滑にし、NGOの利用を積極的に進め、援助団体の技術的な蓄積と助言を利用しやすくする。

UNFPAのプロジェクト実施上の問題点については、次のような諸点が指摘されている。まず政府の財政事情悪化によって雇用能力と行政能力が低下した。これを打開する方法として、政府の幹部公務員、与党幹部に人口問題への関心をより一層喚起させる。政府は人口問題への理解と関心を強めている。また、人口計画についての援助機関間の協力調整関係が確立しつつある。

以上のように、環境が改善されつつある状況にもかかわらず、人口問題の活動と計画は十分な国民的合意を得るほどには成功していない。人口問題についてのIEC活動は依然として効率的な戦略と統一的な対応を欠いている。

家族計画サービスは依然として、特に州医務官、県医務官などの主要な医療管理者の間で、低い優先順位しか与えられていない。家族計画の受入れの割合について、顕著な増加は見られない。現在の家族計画のサービスの質が低いので、その結果、途中で中断してしまう率が非常に高い。情報の提供についても適切な運用に関する研究が十分には実施されていない。

人口問題の分野での援助機関間の協力・調整は重要な項目であるが、UNFPAの活動分野では十分な成果が得られた。政府レベルでは人口計画室がUNFPAの全ての援助要請を担当している。人口計画室が他の援助機関からの援助を含めてプロジェクト実施の責任を負担している。

一方、援助機関側では年に4回定期的に人口問題についての協議会を開催しているが、

人口問題の活動についての公式の調整機関は存在していない。1988年の人口統計調査のようにUNFPAがODA（英国経済開発局）、SIDA、ECA（アフリカ経済委員会）、UNDTCD（国連技術開発局）、USAID（米国国際開発局）と協力して、円滑に活動し、顕著な成果を上げた例もある。

保健医療部門では非公式な協議会が定期的に行われており、これにはDANIDA、GTZ、NORAD、SIDA、UNICEF、CIDA、USAID、WHO、JICAなどが参加して、共通の問題を討議し、情報を交換している。

UNFPAはUSAIDと人口問題の分野で密接に協力してきた。1989年に開始された国家家族計画の2,800万ドルの運用については相互に連携して活動した。UNFPAはUNICEFとも密接に協力している。両者の活動分野は重なる部分が多く、相互間で強調してプロジェクトを実施することで合意している。母子保健、妊産婦の健康、女性問題の分野では、計画の作成と実施で両機関は協力している。

UNFPAはまたNORAD、タンザニア国内のオランダ大使館の支援を受けた。UNFPA事務所は、さまざまな国際機関、国際協力機関、各国政府、NGOとの人口問題に関する政策、プロジェクトの接点となっている。

1987～91年までにUNFPAが支出した援助金額の合計は856万ドルで、その内容は以下のとおりである（括弧内全体に占める割合）。

- ・母子保健／家族計画 : 547万8,400ドル(64.0%)
- ・人口問題に関するIEC活動 : 146万3,760ドル(17.1%)
- ・政策立案 : 62万4,880ドル(7.3%)
- ・情報収集 : 41万9,440ドル(4.9%)
- ・人口計画運動 : 37万6,640ドル(4.4%)
- ・女性の地位向上 : 11万1,280ドル(1.3%)

4-2-1-3 世界銀行(World Bank)

タンザニアは1962年の独立時にIBRD（国際復興開発銀行＝世界銀行）、IDA（国際開発協会＝第二世界銀行）、IFC（国際金融公社＝世界銀行グループ）に加盟した。1963年にIDAから教育関係の融資を受けて以来、1989年6月までにIBRDから18件、IDAから64件、合計1,573.8百万ドルの融資を承認されている。1980年度のIBRDによる開発金融公社融資2.5百万ドルを最後に、タンザニア融資は全てIDA融資となった。その理由は、タンザニア経済が悪化し、より条件のソフトなIDAに移行したためである。その後政権の交代、ERP（経済復興計画）発表後は、融資額は増加している。

IDAは都市部門エンジニアリング・プロジェクト、金融部門調整融資、農業調整、電力エンジニアリング・技術援助プロジェクト、森林資源管理プロジェクトなどのインフラストラクチャー関連の部門に積極的な融資を実施している。1991年の世界銀行、IDA、IMF（国際通貨基金）の対タンザニア援助（部門別）内訳は次のとおりである。

(単位：百万ドル)		
1. 経済運営	130.0	56.1%
2. 開発管理	0.4	0.2%
3. 天然資源	2.9	1.3%
4. 人的資源開発	0.5	0.2%
5. 農林水産業	52.3	22.6%
6. 地域開発	-	-
7. 産業	12.9	5.6%
8. エネルギー	7.0	3.0%
9. 貿易	2.7	1.1%
10. 輸送	9.5	4.1%
11. 社会開発	-	-
12. 保健医療	13.5	5.8%
13. 人道的援助	-	-
計	231.5	100.0%

世界銀行・IMFなどの国際金融機関の対タンザニア援助で、保健医療部門の占める割合は全体の5.8%で必ずしも大きくはない。しかしながら、保健医療分野への関心は高い。世界銀行は「保健・栄養プロジェクト：Health and Nutrition Project」（以下保健プロジェクト）に融資している。

4-2-2 諸外国

4-2-2-1 USAID（米国国際開発局）

USAIDはタンザニア政府が1986年に発表した経済復興計画（ERP）を積極的に支持している。そして、1992～97年までの開発5年計画を作成し、さまざまな部門に援助している。1993～95年までの援助総額の予算計画は2,800万ドルで、これは1988～90年までの年間平均援助額を上回っている。援助の基本方針は、次の3点である。

- (a) より効率的なインフラストラクチャー・サービスの実施
- (b) 正規部門の雇用と賃金の上昇
- (c) 健康を重視した家族計画

保健医療部門ではエイズ対策と家族計画の2つのプログラムが中心となっている。この2部門を優先部門として取り上げている理由を、USAIDの事業報告書では、次のように説明している。

- (1) 調査結果によると、エイズは主として高等教育を受けたり、あるいは熟練技術を持つ男性、出産適齢期の女性により広く蔓延している。エイズによる孤児の数も増加している。エイズによる損失は将来、タンザニアの開発に大きな負担となると予想される。
- (2) 年間平均2.8%の人口増加率は、ある調査によると60%以上が、最低6人の子供を欲しがっているという事実から明瞭に説明できる。しかしながら、調査では人口の70%は近代的な家族計画の方法を知っており、65%以上がその利用を認めている。

次に、エイズ対策、家族計画のそれぞれのプロジェクトの内容を見ることにする。

1) タンザニア・エイズ・プロジェクト（TAP）

実施期間は1993～98年。予算は2,000万ドル。タンザニアはエイズによって、もっとも打撃を受けた国の一つであり、1992年に報告された患者数は、3万8,041人である。HIV感染者数は、再生産可能人口の10～20%に達していると推測される。TAPは、HIV感染を予防するための対策に重点をおき、また孤児に対する特別の配慮を行なう。

タンザニア国内の北西部のある地区では、エイズによる孤児が11万人に達している。プロジェクトでは、社会・経済活動の責任を民間部門へシフトすることが実行される。プロジェクトはコミュニティーに根ざしたNGO、経済市場などを利用しながら実施する。

2) 家族計画支援サービス (FPSS)

実施期間は1990～98年。予算は2,000万ドル。タンザニア政府の家族計画を拡大・促進するという政策に應えるため、FPSSでは国内全土の人口・保健調査(DHS)を作成し、国レベルのデータベースを完成した。FPSSはまた、ディスペンサリー・レベルのサービスの質を向上させる国内研修の方法を開発した。1991～94年の間に130万ドルを支出した国際保健訓練計画(INTRH)では、資機材・技術援助が実施され、合計30ヵ所のヘルスセンター、ディスペンサリーに257人の訓練士が派遣された。州・県レベルの訓練士を養成するための中核となる指導グループが養成されつつある。政府が進めている家族計画と国家エイズ抑制プログラムに使用する避妊具の購入に年間200万ドル支出する。

4-2-2-2 NORAD (Norwegian Agency for Development Cooperation)

NORADがタンザニアに経済援助を開始したのは、約30年前に逆上る。当初の協力分野は、行政機構・保健医療・教育部門であった。1968年にNORADが正式に発足し、ダルエスサラームの現地事務所を設置した。その後、2国間政府の交渉にもとづく包括的な国別計画援助方式の導入により援助の規模は拡大した。1973年以後タンザニアは、ノルウェーの対途上国経済援助の主要な受入れ国となった。1991年にはタンザニアに対する2国間援助全体でノルウェーは13%を占めた。またノルウェーの対途上国援助全体の9%をタンザニアが占めている。

1992年の約8,000万ドルの対タンザニア援助のうち、77%が国別計画を通じたものであった。8%はNGOとノルウェー・ボランティア・サービスを通じた技術・資金援助である。NORADの経済援助の基本方針は次の3点である。

- (a) 経済復興計画の支援
- (b) 基本的社会サービスの能力向上
- (c) 環境と天然資源の保護と管理

保健医療部門では、アルーシャ、キリマンジャロでのエイズ対策プログラムに地域の保健医療機関を通じて援助を行なった。また、ダルエスサラームのムヒンビリ・メディカル・センターの家族計画訓練センターへの援助を行なった。1993年の保健医療部門への援助額の合計は、176万ドルである。それぞれのプロジェクトの概要は次のとおりである。

1) エイズ抑制プログラム (TAN-0074 AIDS Control Programme)

ノルウェーのバーゲン大学とダルエスサラーム、タンザニア保健省が協力して、アルーシャとキリマンジャロで研究協力を実施する。予算総額は800万ドル。このうち1992年は180万ドル、1993年は156万ドルの支出を予定。

2) ムヒンビリ家族計画センター (TAN-0078 Family Planning Centre, Muhimbili)

ダルエスサラームのムヒンビリ病院の家族計画部門の組織改革に対し援助を行う。教科書、教材、職員の訓練も実施する。予算総額は88万ドルである。1992年には43万ドルを支出し、1993年には24万ドル支出予定である。

なお保健医療部門とは直接の関連はないが、地域開発プロジェクトが2つあるので、以下紹介する。

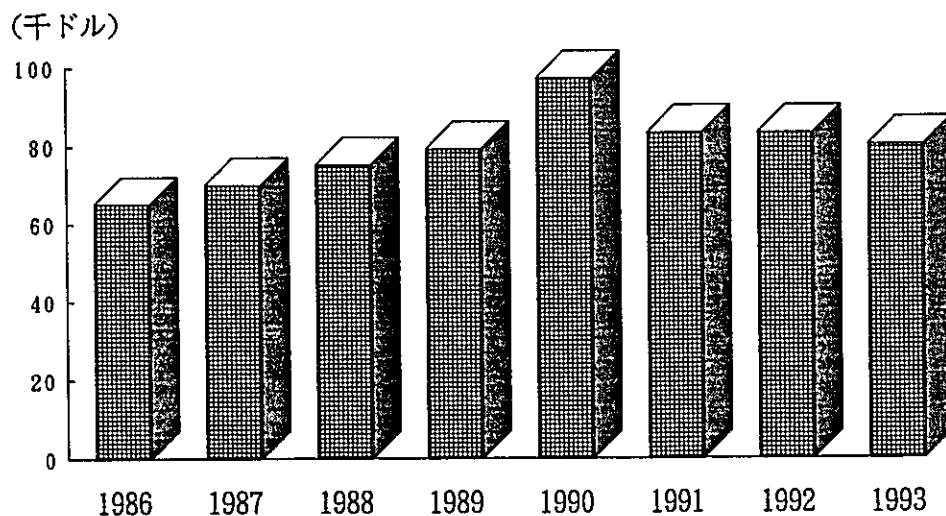
(1) キゴマ総合地域開発計画 (TAN-0054 Kigoma Integrated Rural Dev. Programme)

年間実施計画にもとづく、多部門間のプロジェクトで、主たる援助対象は、農業、林業、保健、中小企業、水道である。予算総額は1,289万ドル。1992年には152万ドル、1993年には208万ドル支出の予定である。

(2) ルクワ総合地域開発計画 (TAN-0060 Rukwa Rural Development Programme)

年間実施計画にもとづく、多部門間のプロジェクトで、主たる援助対象は、農業、林業、保健、中小企業、道路、水道である。

図4-1 ノルウェーの対タンザニア援助額



注) 1993年は計画額

出典: Tanzania & Norway Development Co-operation

4-2-2-3 DANIDA (The Danish International Development Agency)

デンマークとタンザニアの援助協力関係が開始されたのは1963年で、デンマークはこれまでに約6億ドル拠出し、主たる援助対象部門は、教育、保健、水道、農業、鉱業である。DANIDA援助は、その後1986年の経済復興計画を支援する形で実施されている。DANIDAの援助指針は次の5点である。

- (a) 社会部門の悪化防止対策
- (b) インフラストラクチャーの改善支援
- (c) 農業開発の強化
- (d) 環境保全の支援
- (e) DANIDA援助を通じて、女性のあらゆる分野での社会参加の促進

デンマークは従来よりタンザニアにとっての主要な2国間援助国であり、1989年には、総額7,337万8,000ドル、1990年には6,584万8,000ドルを援助している。このうち1990年については、保健関係は、912万5,000ドルの支出で全体の13.6%となっている（表4-4参照）。

表4-4 DANIDA援助の内訳（1990年） 単位：千ドル

開 発 管 理	961	(1.4)
天 然 資 源	1,441	(2.1)
人 的 資 源 開 発	4,610	(7.0)
農 業 ・ 森 林 ・ 漁 業	3,122	(4.7)
地 域 開 発	11,042	(16.8)
産 業	961	(1.4)
運 輸	25,229	(38.3)
社 会 開 発	9,125	(13.6)
保 健	9,125	(13.6)
人 道 的 支 援	233	(0.3)
	65,849	100.0

（注）括弧内全体に占める割合%

出典：Development Cooperation TANZANIA 1990 Report

DANIDAは女性の地位向上について強い関心を寄せている。保健医療部門との関連では、EPIがある。子供の疾患が減少すれば、看護をする母親の労働量は減少する。また子供の生存率が高まれば、母親に対する出産の圧力が低減する。具体的なプログラムとして次のようなものがある。

- (1) 女性の地位向上を政府の保健医療政策とプライマリー・ヘルス・ケア戦略のガイドラインに盛り込む。
- (2) 国内の20地区で女性を参加させるための特別のVHWのプログラムを実施する。
- (3) 女性の医薬品に関する知識調査を行なう。
- (4) プライマリー・ヘルス・ケア・プログラムの枠組みの中で、独立した保健教育のプログラムを作成する。

4-2-2-4 SIDA (Swedish International Development Authority)

SIDAが、タンザニア援助を開始したのは1963年で、タンザニアは現在、スウェーデンの最大の被援助国である。1960年代から1970年代の援助対象は、もっぱら学校、病院、水利施設などの建設と維持管理が中心であった。SIDAの対タンザニア援助総額は、1989年1億1,459万7,000ドル、1990年9,406万ドル、1991年の予定額は9,129万ドルであった。この中で、保健部門の占める割合は3.3%（表4-5参照）である。

表4-5 SIDA援助の内訳（1990年） 単位：千ドル

経 済 管 理	521	(0.5)
開 発 管 理	4,381	(4.7)
人 的 資 源 開 発	12,484	(13.3)
農 業 ・ 森 林 ・ 漁 業	6,252	(6.6)
地 域 開 発	13,580	(14.4)
工 業	49,119	(52.2)
エ ネ ル ギ ー	2,313	(2.5)
運 輸	252	(0.3)
通 信	1,990	(2.1)
社 会 開 発	62	(0.1)
保 健 医 療	3,106	(3.3)
	94,060	100.0

(注) 括弧内 全体に占める割合%

出典：Development Cooperation TANZANIA 1990 Report

スウェーデン政府は、援助の基本目的を次のように定めている。

- (a) 農業と工業の発展に寄与し、資源の増加を図る。
- (b) 富の配分を均整化し、学校、病院に全国民が行けるようにする。
- (c) 援助を受ける国の国民が自国の進路について決定できるような経済的、政治的独立を支援する。
- (d) 住民があらゆるレベルの活動に参加できるよう民主化を促進する。
- (e) 天然資源の持続的な利用を可能にするために環境保全を促進する。

スウェーデン政府は1991年に S I D A の援助対象の援助額の決定に際しては、次の項目が考慮される。

- ・ 民主的な開発を促進しているか。
- ・ 人権と自由に関してどのような立場を取っているか。
- ・ 市場経済の発展がどの程度進んでいるか。
- ・ スウェーデンからの開発援助がどのくらい有効に使われているか。

S I D A の保健関係のプロジェクトは、次の 2 つである。

1) H E S A W A (Health through Sanitation and Water)

S I D A の1991～92年の支出額は487万ドルで、1992～93年の支出予定額は689万ドルとなっている。H E S A W A は1985年に開始されたプロジェクトで、地方の水道施設の整備、衛生環境、保健教育などに援助の主眼を置いている。H E S A W A によって、これまでに81万人に上水道を供給することが可能になった。547ヵ所の水源地が改善され、1,417の井戸が掘削された。また40台のポンプが、設置されている。

2) 保健部門

S I D A の保健部門への援助は1972年に開始された。主たる活動は、次のとおりである。

- ・ 126ヵ所の、ヘルス・センターの建設と資機材設置
- ・ タンザニア食料・栄養センター (T F N C) への支援
- ・ 保健省の計画局への技術援助
- ・ 州、県病院への医師派遣

1986～87年に S I D A は従来の保健医療部門への援助を再検討し、ヘルス・センターの運営上の問題、エイズ問題の拡大を考慮した新しい援助指針を作成することにした。新し

い指針では、援助の基本目的を、次のように述べている。

- (1) UNICEFの子供の生存のためのプログラム（Child Survival Programme）をと
おして、プライマリー・ヘルス・ケアの制度を支援する。
- (2) エイズ抑制プログラムを支援する。この支援は、AMREF、WHOが国家エイズ
抑制プログラム（NACP）と協力して実施する。
- (3) UMATIをとおして家族計画を支援する。
- (4) タンザニア食料・栄養センターの組織整備とヨウ素欠乏症対策活動を中心として支
援する。

SIDAは、こうした活動を実施するために、保健医療部門の職員の教育と訓練、情報サービスの整備、医療資機材の供与、エイズ予防のための広報支援を行なっている。なお、エイズ支援は1991年から実施されている。

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

4-2-3-1 AMREF（African Medical and Research Foundation）

AMREFは1957年創立の民間の医療財団で、本部はケニアのナイロビにあり、タンザニアとウガンダには支部が置かれている。アフリカでは数少ない経験豊かなNGOで、WHO、UNICEF、UNDPと協力しながら、地域医療を中心とした活動を行なっている。スタッフの数は60人で、そのうちの95%がアフリカ出身者である。年間の活動資金は全体で1,200万ドル、資金調達のために、オーストラリア、カナダ、デンマーク、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スウェーデン、英国、米国に事務所を設けている。

AMREFはタンザニアについては、1991～92年に、予算総額の約25%に相当する30万ドルを支出している。AMREFの活動は次のとおりである。

- (a) プライマリー・ヘルス・ケアと地方医療従事者の訓練
- (b) 継続した教育、教員の訓練、遠隔地教育により地方の医療従事者の訓練
- (c) 教育のための教材、医学雑誌、保健衛生教育教材の開発、印刷、配付
- (d) 保健医療水準向上のための行動科学、社会科学の応用
- (e) 僻地への飛行機による外科チームの派遣
- (f) 遊牧民への医療サービス
- (g) 113ヵ所の医療ラジオネットワーク
- (h) マラリア・睡眠病対策のための医療研究

- (i) 保健医療プロジェクトの企画、立案、評価
- (j) 保健医療政策の運営、管理、評価
- (k) 保健医療部門でのコンサルタント・サービス

AMREF は近年タンザニアでエイズコントロールに熱心に取り組んでおり、具体的な活動内容は次のとおりである。

1) エイズヘルス・サービス・サポート

国家エイズ抑制プログラムを支援する目的で開始した。保健教育、医療従事者教育、疫学、性行為感染症・エイズ予防、技術情報、図書情報の支援を行う。

2) 性行為感染症・エイズ予防プロジェクト

ムワンザを活動拠点として、性行為感染症予防のための医薬品、治療のためのディスペンサリーを建設する。

3) HIV高感染地域での予防活動

1992年に開始され、AMREF が調整機関となって、NGO部門の保健関係者の教育、評価、教材の開発・配付を実施する。予防活動の対象となるのは、トラック運転手、売春婦、漁師などである。

4) 職場でのエイズ教育

性行為感染症・HIV・エイズ予防のための教育を職場で実施する。

5) トラック運転手プロジェクト

エイズの主要なリスクグループであるトラック運転手の感染防止のための教育、コンドーム配付を行う。USAIDの協力でダルエスサラームとムベヤ間で実施する。

4-2-3-2 タンザニア家族計画協会

(Family Planning Association of Tanzania: UMATI)

1) 設立の経緯

UMATI は、初めダルエスサラーム家族計画協会として1959年に発足した。当時の活動地域はダルエスサラーム市内に限定されていた。1967年に国内組織に拡大し、名称を現在のタンザニア家族計画協会、一般にはUMATI として知られるようになった。UMATI の活動は、単なる産児抑制から、母子保健の分野に拡大している。

2) 目的

- ① 健康な子供を生み、家族計画を実施することによって、平和で豊かな暮らしを送ることを奨励する。
- ② 科学的な避妊法の普及を促進する。
- ③ 家族計画サービス・センターの設置と母子保健を拡充させる。
- ④ 家族計画の教育活動を行なう。
- ⑤ 協会の信託財産を運営する。

3) 活動

1973年に、タンザニア政府は家族計画の重要性を公式に認め、保健省をその担当省とした。保健省は全ての州医務官に対して、ディスペンサリーで家族計画サービスを実施するように通達した。

その中でUMATIは、家族計画の大衆教育、近代的な避妊法を実施する医療従事者の教育、家族計画に必要な器具の調達を担当することになった。

4) 将来の活動計画

UMATIの将来の活動分野として、家族計画を国家開発計画に組み入れること、家族計画を学校教育の中でより積極的に実施すること、女性の地位を向上させ、社会の開発活動に参加させること、国家人口計画の促進、若年層への家族計画への参加を拡大すること、が挙げられている。

4-3 わが国の協力状況

4-3-1 タンザニアに対するわが国の援助の動き

わが国は、タンザニアが南部アフリカ諸国の指導的国家であること、わが国と緊密な関係を有していることなどから、援助の重点国として位置付けている。

特に農業生産性の向上、農作物の保管・流通の改善などを目的とした総合的な食糧増産・農業開発、保健・医療分野など基礎生活分野を重視しつつ、タンザニアの経済成長のボトルネックといわれる運輸・交通・通信などの経済インフラの改修、整備をも対象として、無償資金協力を中心とした援助を推進している。

1991年2月には、環境分野におけるわが国の経済協力のあり方について、全般的な政策対話を行ないつつ、具体的な案件の発掘に努めることを目的として環境ミッションを派遣し、現在、環境行政、野生動物保護、森林保全・造成の分野での協力を検討している。

1991年までのわが国の援助累計実績についてみると、有償資金協力は383億円で域内第6位、無償資金協力は564億円で域内第1位（以上交換公文ベース）、技術協力は218億円でケニアに次ぎ域内第2位（JICA経費実績ベース）と積極的に協力を行なっている。1991年のわが国支出純額は5,186万ドルである。

4-3-2 近年および未来の援助の重点分野、重点地域

JICAの対タンザニア援助協力は、「自立的発展」を目指した同国の第2次経済社会行動計画にもとづき、また同国で実施中の構造調整を側面から支援する観点から、以下の分野を重点分野と位置付けている。

- ① 経済インフラ整備：安定的経済成長のための経済基盤整備。
通信・輸送インフラ、電力供給など。
- ② 農業振興：食料自給達成。
さらに、基幹産業である農業振興により国際収支改善に資する。
- ③ B H N 充足：保健・医療水準向上、家族計画促進、安全水供給、教育など。
- ④ 環境保全：環境行政、野生生物保護、森林保全・造成、水資源開発。

またキリマンジャロ州においては、集中的かつ長期的な協力を実施してきており、その他の地域については今後の協力の方向性について、新たな検討を行なう必要性が生じている。

4-3-3 近年実施された特徴的な案件

- ① 有償資金協力については、1966年度に「経済開発借款」を供与して以来、通信、運輸・交通、エネルギー、農業開発分野に対するプロジェクト借款及び商品借款の供与などを実施しているが、同国の経済状況の悪化に伴い、債務繰延べを除き、1983年以降円借款の供与は行っていない。
- ② 無償資金協力については、1973年度以降毎年度実施しており、近年は各年度40～70億円程度を供与している。分野としては、累次の食糧援助・食糧増産援助、1987年度の「収穫後処理施設整備計画」、1988年度及び89年度の「農産物流通改善計画」などの収穫後部門を含んだ農業分野、1986年度に始まり91年度も続いている「マラリア対策プログラム」などの保健・医療部門などの基礎生活分野を中心に、1989年度及び90年度の「中波ラジオ放送網整備計画」、「ダルエスサラーム電話網整備計画」などの通信・放送分野、1990年度の「農業輸送力増強計画」、1991年度の「首都圏道路網整備計画」などの運輸・交通などのインフラ整備に対しても協力を行っている。また1987年度、89年度及び91年度には、構造調整支援などのためのノン・プロジェクト無償援助として合計80億円を供与した。
- ③ 技術協力については、農業、鉱業、保健・医療分野を始めとする各分野で各形態により実施しており、1991年度までの累計によると、青年海外協力隊派遣人数は656人でマラウィ、ケニアに次ぎ域内第3位、その他の形態はケニアに次ぎ域内第2位となっている。特にキリマンジャロ州において農林業開発、中小企業開発の分野で継続的にプロジェクト方式技術援助を実施している。また、1986年度から砂漠化防止（緑の回復）に対する協力として、「緑の平和部隊」構想にもとづき専門家及び青年海外協力隊員をチームとして派遣している。

4-3-4 医療保健部門のプロジェクト

(1) プロジェクト方式技術協力

ダルエスサラーム大学医学部 1971年1月～1974年2月	ダルエスサラーム大学医学部の解剖学及び組織学の 両分野に対する医療協力
結核対策 1974年1月～1978年	キボンゴト病院における結核対策医療従事者の訓練 に重点をおき、日本の専門家の指導を通じて結核の 治療予防、検査技術の向上

(2) 無償資金協力

医療施設整備計画	1979年	医療施設の機能強化に必要な医療器具の供与
医療機材整備計画Ⅰ	1981年	
医療機材整備計画Ⅱ	1982年	
マラリア対策 プログラム	1987年	蚊の駆除によるマラリア抑圧の計画 これに必要な殺虫剤などの供与
	1988年	
	1990年	都市マラリアに対し、蚊の駆除によるマラリア対策 を計画 これに必要な殺虫剤などの調達資金の供与
	1991年	

4-3-5 プロジェクト視察所感

モロゴロ州キロサ、イロンガ母子福祉センターでの青年海外協力隊員の活動を視察した。3人の隊員が派遣中で、増員を要請中とのことである。主として栄養、保健、衛生面での協力活動を実施中。現地側スタッフは政府公務員である所長を含めて12人で、そのうち3人が看護婦もしくは助産婦である。センター内には、栄養失調の乳児を母子とともに収容する施設があり、食堂では共同給食が行なわれている。若年出産による死亡が問題となっている。栄養改善マニュアルの作成などにより、地域の栄養問題の取り組みに貢献している。

タンガ州タンガ市にある、マラリア対策プロジェクトの青年海外協力隊員の活動を視察した。1988年に開始されたプロジェクトで、主としてタンガ市内のマラリア対策に取り組んでいる。日本政府より無償供与された薬剤の散布が主な活動である。市内で薬剤散布をするスプレーマンが50人で、保健分野でのマラリア対策は優先度が高く、行政側でも熱心に取り組んでいるとのことである。マラリアの発生は、都市の衛生問題を含んでいるので、薬剤散布だけではなく、衛生教育なども視野に入れる必要性にせまられている。

参考資料

1. 『タンザニアの経済社会の現状（第4版）』財団法人 国際協力推進協会 1990
2. 『開発途上国技術情報 データシート タンザニア』
国際協力事業団 国際協力総合研修所 1992
3. 『世界開発報告 1992』世界銀行
4. 『タンザニア連合共和国 マラリア抑制計画（第4期）基本設計調査報告書』
国際協力事業団 医療協力部 1992
5. 『在タンザニア 日本大使館資料』1993
6. 『タンザニア連合共和国 感染症基礎調査報告書』国際協力事業団 1993
7. Development Co-operation Tanzania UNDP 1990
8. Women and Children in Tanzania UNICEF 1990
9. Planning and Management of Primary Health Care in Tanzania
Ministry of Health 1991
10. UNICEF Annual Report Tanzania 1992
11. Tanzania AIDS Assessment and Planning Study The World Bank 1992
12. Coping with the AIDS Epidemic in Tanzania: Survivor Assistance
The World Bank 1992
13. Primary Health Care Strategy
Government of the United Republic of Tanzania 1992
14. E. I. U. Country Report Tanzania Comoros
The Economist Intelligence Unit 1993
15. Human Development Report 1993 UNDP
16. Rolling Plan and Forward Budget for Tanzania 1993/94-1995/96
The President's Office/Ministry of Finance 1993
17. Tanzania Demographic and Health Survey 1991/1992
Bureau of Statistics Plannig Commission Tanzania 1993
18. Tanzania Health Statistics Abstract 1993 Ministry of Health 1993

第 5 編 保健・医療分野における課題

タンザニアは世界の最貧国の 1 つである。1 人当たりの GNP（国民総生産）は、わずかに 110 ドルで、モザンビークの次に低い数字である。UNDP（国連開発計画）が算出した人的開発指数では、173 ヵ国の中で 138 番にランキングされている。しかしながら、保健・衛生分野での他国との比較では、むしろ良好なパフォーマンスを示している。例えば、全人口の 93% がヘルス・サービスへのアクセスを持っているが、これは先進国並の水準である。またカロリー摂取量は必要量の 95% を達成していて、世界水準と比較しても決して低くはない。

このような保健・衛生分野の良好な数値とは裏腹に、例えば乳幼児の死亡率において、1991 年の数字では出生 1,000 対 104 で、改善されつつあるとはいうものの、依然として高率である。因みに、乳幼児死亡率は先進国の約 10 倍である。これは、若年出産、妊婦の過重労働や、栄養失調、感染症、衛生状態の悪さが原因である。

社会主義政権のもとで、1970 年代から 1980 年代の初頭にかけて、保健・医療・衛生分野が、地方の党組織、隣組組織を通じて相当な整備をされたことは疑いを入れない。しかしながら、1985 年以後の経済危機の状況のなかで、従来の社会福祉型の国家政策が取りにくくなってきた。医療の有料化の動きもその一つである。そこで、現在のタンザニアの保健・医療・衛生分野の抱えている諸問題を整理した上で、日本が今後この分野で援助を拡充していく際に参考となるであろう視点を提示する。

5-1 問題点

1) 財政事情の悪化

過去の財政赤字による信用膨張により、インフレーションが加速化した。この経験により、タンザニアでは目下、極力支出を抑え、収入を増加させて財政の均衡を図るべく予算を編成している。外国援助を開発支出予算に組み込むことにより、保健省の予算自体は増加しているものの、現実には貨幣価値の下落により逼迫している。

例えば、地方のコールドチェーンなどで、石油冷蔵庫の燃料代金の購入費用が、保健省の予算から支出できないために、冷蔵庫が稼働していない例がある。タンザニアで最も規模の大きいムヒンビリ病院の調達部の責任者の話では、医薬品、医療器具の輸入のための外貨割当てが削減された結果、病院では恒常的な医薬品・器具の不足状態にあるとのことであった。実際に貯蔵室を見た範囲では、相当に厳しい状況にあることは窺えた。また、病院の建物そのものがかなり老朽化し、窓ガラスなども割れたまま、施設の維持管理も不十分な状態である。

2) 保健医療従事者

タンザニアは長い間医師の個人診療を認めず、公務員として病院などでの勤務を義務付けてきた。最近になって、医師の自由診療を一部認めるようになった。現在の待遇・職場環境では、医師、看護婦、医療技師などの医療専門家を引きつけておくことは不可能である。

待遇面の問題以外に、特に医師の不足の解消が迫られている。医師一人当たりの人口は2万4,990人で、世界平均の4,090人をはるかに上回っている。ダルエスサラーム大学医学部が唯一の医師養成機関であり、年間の入学者はわずか50人である。外国に留学しても、現在の勤務条件では帰国する者はごくわずかで、反対に相当数の医師が国外に流出しているのが現状である。医師以外でも、看護婦や保健婦の再教育の問題を今後優先して解決する必要がある。

3) エイズ

エイズがこの国の保健・医療および社会・経済に与える影響については、すでにその詳細を考察してきた。エイズが憂慮されるのは、タンザニアの現状ではエイズ予防のための費用と技術をはば全面的に外国政府もしくは国際機関の援助に頼らねばならないことである。

すでに指摘したように、これほどまでにエイズが加速度的に蔓延した背景には、文化的な習慣の特殊性がある。不特定多数の、男女間の性行為が実在している状態では、エイズの抑制を効果的に進めることは困難である。コンドームの使用はタンザニアで現在実施されているほとんど唯一のエイズ予防策である。従って、タンザニア国民の文化を極力尊重しながらも、ある程度生活様式にまで踏み込んだエイズ対策が必要である。

4) 援助国側の援助低下

タンザニアには従来北欧諸国を中心とする先進社会民主主義諸国が熱心に援助を続けてきた。しかしながら、カナダ政府の対タンザニア援助打ち切りに象徴されるように、近年援助国側に消極的な姿勢がみられ始めている。ダルエスサラームにあるヨーロッパの主要援助国の現地責任者は、タンザニア政府側の援助依存体質と行政の非能率を指摘した上で、従来の援助プログラムを再点検し、必要であれば援助の規模を縮小するとまで発言している。従って今後、援助国、国際援助機関同士の情報交換がより一層重要となってくるだろう。そして、より少ない援助資金をより効果的に支出する必要も出てくるだろう。

5-2 提言

以上のような問題点を抱えながらも、タンザニア政府は積極的に保健・医療問題に取り組んでいる。1967年のアルーシャ宣言では、できるかぎり多くの国民に基本的保健サービスを提供することが国家目標として掲げられた。しかしながら、1980年代の経済危機の中で、医療資機材、医薬品の極端な不足、また停電、断水、電話の不通などにより病院の機能は著しく低下した。

国際金融機関の主導する現在の経済自由化政策により、外国からの医薬品の輸入が増加したが、個人の薬局に横流ししたり、管理が不徹底のため多くの公立病院では医薬品の不足、医療器具の修繕が滞っている。

このような状況のなかで、日本がどのような分野を優先して、援助・協力をすることが望ましいのか。中心となるのは以下の3つの分野ではなかろうか。

1) エイズ

タンザニアの将来の保健状況を考えると、エイズをどれだけ抑制できるかがこの国の進路を大きく左右するといえる。現在のタンザニアの制約された国家財政のもとでは、独自の資金と人員で効果的なエイズ対策を実施することは困難である。国際社会の協力なくして、エイズの抑制は事実上不可能である。具体的な援助・協力の内容については、現行のエイズ抑制計画を補完・強化する方向で検討すべきであろう。日本独自の援助プログラムを新たに作成するよりも、他の援助機関との調整をうまく計りながら、エイズ対策に積極的に参加すべきである。

2) 家族計画

母子保健を基本とした家族計画は、単に人口増加の抑制という目的だけではなく、社会的な弱者になりがちな、婦女子の健康を守る意味でも重要な分野である。本来家族計画の実際の援助作業は政府レベルの機関には馴染まない面もあり、NGOの積極的な活用が必要である。

3) 医療従事者の再教育・訓練

医師、看護婦、医療技師、医療補助者などの医療関係者の再教育を行なうことによって、最新かつタンザニアの実情にあった医療情報、技術の習得を促進すべきである。日本はその際、現地でそれぞれの分野で将来指導者となる人々に的を絞って、日本での研修を行なうことが適当である。他の先進国との協力と調整のもとに、そうした日本での研修を終えた人達を中心となって、タンザニア国内で再教育機関を運営することが望ましい。
