

ウガンダ共和国

クト形成調査(保健医療分野) 結果資料

JKIA
418
907
PL
LIBRARY


No. 9

内部検討資料

ウガンダ共和国

プロジェクト形成調査 (保健医療分野)

結果資料

JICA LIBRARY

J 1126344 (9)

平成5年10月

国際協力事業団

199311601 - 2770

SC

略語表

AfDB	Africa Developing Bank	= アフリカ開発銀行
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	= 後天性免疫不全症候群
ARI	Acute Respiratory Infection	= 急性呼吸器感染症
CDD	Control of Diarrhea Disease	= 下痢疾患症抑制
CHW	Community Health Worker	= 地域保健ワーカー
CT	Computed Tomograph	= コンピュータ断層診断装置
DANIDA	Danish International Development Agency	= デンマーク国際開発庁
DES	District Executive Secretary	= 県執行官
DMO	District Medical Officer	= 県医務官
DRCs	District Resistance Councils	= 県抵抗評議会
EEC	European Economic Community	= 欧州経済機構
EPI	Expanded Program on Immunization	= 拡大予防接種計画
GDP	Gross Domestic Product	= 国内総生産
HFA/2000	Health for All by the Year 2000	= 西暦2千年までにすべての人に健康を
HIV	Human Immunodeficiency Virus	= エイズウイルス
IEC	Information, Education and Communication	= 情報、教育、通信
MCH	Mother and Child Health	= 母子保健
MOES	Ministry of Education and Science	= 教育科学省
MOFA	Ministry of Foreign Affairs	= 外務省
MOFEP	Ministry of Finance and Economic Planning	= 大蔵経済企画省
MOH	Ministry of Health	= 保健省
MOLG	Ministry of Local Government	= 地方政府省
NGO	Non-Governmental Organization	= 非政府機関
NRM	National Resistance Movement	= 国民抵抗運動
NRC	National Resistance Council	= 国民抵抗戦線評議会
ORS	Oral Rehydration Solution	= 経口補水液
ORT	Oral Rehydration Therapy	= 経口補水療法
PHC	Primary Health Care	= プライマリーヘルスケア
RC	Resistance Council	= 抵抗評議会
STD	Sexually Transmitted Disease	= 性病
TASO	The AIDS Support Organization	= タソ (エイズ支援団体)
TBA	Traditional Birth Attendant	= 伝統的助産婦、産婆
TYP	Third Year Plan	保健医療3年計画
UNDP	United Nations Development Program	= 国連開発計画
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities	= 国連人口活動基金
UNICEF	United Nations International Children Education Fund	= 国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	= 米国国際開発庁
WFP	World Food Program	= 世界食糧計画
WHO	World Health Organization	= 世界保健機構



1126344(9)

ウガンダ共和国プロジェクト形成調査（保健医療分野）報告書

目次

第1章 調査団の派遣概要	
1-1 調査団派遣の経緯・目的	01
1-2 調査団構成	01
1-3 調査日程	02
第2章 調査結果概要	04
2-1 一般概況	04
2-2 問題点	06
2-3 提言	07
第3章 国別概況	10
3-1 略史	10
3-2 一般自然概況（地理・気候）	10
3-3 社会・人口動態	10
3-4 政治	11
3-5 経済	12
3-6 教育	12
第4章 衛生行政	14
4-1 保健医療行政に関わる機関と施設	14
4-1-1 ウガンダの行政	14
4-1-2 医療行政にかかわる機構	18
4-1-3 民間医療機関	21
4-1-4 保健医療施設	22
4-1-5 リファレルシステムと支援体制	24
4-1-6 地域医療システムの課題と問題点	24
4-2 保健医療に関わる人員と人材養成	25
4-2-1 保健医療にかかわる人員	25
4-2-2 保健医療にかかわる人材養成	27

4-3	保健医療財政の現状	28
4-3-1	政府保健予算と支出	29
4-3-2	保健予算の財源	30
4-4	政府の開発計画の中での保健医療計画	33
第5章	保健医療事情	38
5-1	国民保健の現状と人口、保健統計指標	38
5-1-1	人口構成と分布	38
5-1-2	基本人口統計指標	39
5-1-3	死亡率と死因	39
5-1-4	疾病構造	42
5-1-5	基本保健統計指標	43
5-2	栄養	44
5-3	飲料水と衛生環境	44
5-4	人口家族計画・避妊方法、普及率	45
5-5	母子保健	47
5-6	予防接種 (EPI)	48
5-7	疾病対策	49
5-7-1	下痢症	49
5-7-2	ARI	49
5-7-3	マラリア	50
5-7-4	結核	51
5-7-5	寄生虫対策	52
5-7-6	AIDS	53
5-8	医薬品供給	56
5-9	医療技術、機材管理	57
5-10	保健情報システム	58
5-11	試験研究機関	59
5-12	医療施設までのアクセス	60
第6章	保健医療分野における国際協力	62
6-1	開発援助に対する政府の政策	62
6-2	協力要請機構	62
6-3	我が国を除くマルチ、バイ、NGO等のドナーの協力動向	63
6-3-1	概要	63
6-3-2	マルチのドナー	64

6-3-3	バイのドナー	68
6-3-4	NGO	68
6-4	開発援助の課題と問題点	69
第7章	保健医療分野における我が国の援助方針策定への提言	71
7-1	保健医療分野における我が国の協力状況	71
7-2	保健医療分野のニーズ評価	71
7-3	プロジェクト形成に関わる制約	74
7-4	保健医療分野における我が国の協力の方向性および可能性	77

添付資料

添付資料目次

別表リスト	
別図リスト	
主な面会者リスト	
収集資料リスト	
現場写真	
要請書コピー	

第1章 調査団の派遣概要

1-1 調査団派遣の経緯・目的

ウガンダは1970・80年代に続いた内戦による混乱の後、87年以來の構造調整政策の推進により着実に安定と経済的回復への道を歩んでいる。医療体制はかつては東アフリカの中で進んだものであったが、1970・80年代に続いた内戦により医療施設の整備が遅れ、十分な医療サービスが提供できない状況にある。医療サービスは低下する一方、人口は増加しマラリア・エイズ等の病気は増えているため、医療事情は悪化したままである。かかる状況を踏まえ、同国はようやく国家開発計画等の体制整備に乗り出したところである。

我が国が1993年3月にプロジェクト確認調査を実施した際に、同国は援助の重点分野として保健医療分野を挙げたが、これについては我が国も基本的に認識は一致していることを確認しあっている。

しかし、保健医療分野に関する情報は少なく、また保健医療分野の全体計画およびその中における協力案件の位置付けも必ずしも明確ではないため案件の選定がスムーズに行えない状況にある。そして、今回1993年9月に3週間の保健医療分野でのプロジェクト形成調査を行うことになった。

目的は、同国の開発計画の中での保健医療分野の位置付けおよび保健医療全般についての現状調査を行い、同国の当該分野における医療事情、政策および開発ニーズ等を把握し、また問題点および協力のニーズを明らかにし、無償資金協力をも含めて我が国の協力可能な案件の発掘を行うことによって、今後の対ウガンダ国協力事業を効果的・効率的に推進する協力の可能性および方向性を探り、またWHO、世銀等の国際機関および他国援助機関との対話を通じその動向を把握し、これらの機関との協力調整を行うとともに、我が国の今後の協力の可能性および方向性を探ることである。

また、我が国援助スキームの説明を行い、同国の政府関係機関に我が国の開発援助の仕組みを理解させ、今後の協力を円滑に行えるようにする。

1-2 調査団構成

団長：【総括】	国際協力事業団 企画部企画課	本田恵理
団員：【保健医療政策評価】	厚生省国立病院医療センター 国際医療協力部	建野正毅
【保健医療全体計画】	厚生省国立病院医療センター 国際医療協力部	放生雅章
【保健医療制度】	株式会社国際テクノ・センター 海外調査部	東條重孝
【病院機材整備計画】	株式会社国際テクノ・センター 海外調査部	藤田文彦

1-3 調査日程

日順	月日 (曜日)	時間	行程
1	9月7日 (火)	13:55	成田発 (BA-008) ロンドン着 (18:25) WHITEHOUSE ホテル宿泊
2	9月8日 (水)	16:55	ロンドン発 (BA-069) ナイロビ経由直行便 ケニアJICA柴田着
3	9月9日 (木)	5:45	エンテベ着
4	9月10日 (金)	10:00 11:00 14:00	外務省表敬訪問 地方政府省表敬訪問 保健省表敬訪問
5	9月11日 (土)	9:00	ムラゴ病院訪問
6	9月12日 (日)		団内打ち合わせ
7	9月13日 (月)	9:00 14:30	ムラゴ病院打ち合わせ マケレレ大学医学校訪問
8	9月14日 (火)	10:15 11:20 14:40 16:30	大蔵経済企画省表敬訪問 WHO 世界銀行 UNICEF
9	9月15日 (水)	10:00 11:00 13:30 14:30	(本田、建野、藤田チーム) (放生、東條チーム) エイズコミッション 9:00 CENTRAL MEDICAL STORE TASO 11:00 VIRUS RESERCH INSTITUTE DANIDA 14:30 私立MENGO病院視察 ROTARY INTERNATIONAL 朝ケニアJICA 柴田発
10	9月16日 (木)	8:40 9:30 10:40 14:30 17:00 17:30 18:30	NAKIFUMAヘルスセンター視察 NAZIGO ミッション病院視察 JINJA 州病院視察 (本田、建野、藤田チーム) (放生、東條チーム) IGANGA 県病院視察 ムラゴ病院、マケレレ大学調査 BUTIRUヘルスセンター視察 BUGOBEROヘルスセンター視察 BUDUDA 県病院視察

日順	月日 (曜日)	時間	行 程
11	9月17日 (金)	9:30 10:20 11:30 12:00 16:40	(本田、建野、藤田チーム) (放生、東條チーム) SIPPI ヘルスセンター マケレレ大学調査 KAPCHORWA 県病院視察 KAPCHORWA DISTRICT MEDICAL OFFICE KAPCHORWA DISTRICT EXECUTIVE SECRETARY'S OFFICE ATUTUR 県病院視察 夜ケニア大使館高原着
12	9月18日 (土)	11:00	(本田、建野、藤田チーム) (放生、東條チーム) JINJA ワークショップ視察 ムラゴ病院調査
13	9月19日 (日)		団内打ち合わせ
14	9月20日 (月)	10:00	MASAKA 県病院視察
15	9月21日 (火)	10:30 11:45 13:40 11:00 12:30 14:30	(放生、藤田、高原チーム) KASESE DISTRICT ADMINISTRATION 訪問 KASESE 県病院視察 FORT PORTAL 県病院視察 (本田、建野、東條チーム) MBARARA DISTRICT ADMINISTRATION 訪問 MBARARA 大学視察 MBARARA 病院視察
16	9月22日 (水)	10:00 14:30	団内打ち合わせ 保健省で全体最終会議
17	9月23日 (木)	9:40 13:45	大蔵経済企画省 エンテベ発 (QU-342) ナイロビ着 (15:30)
18	9月24日 (金)	9:30 10:40	ケニアJICA事務所表敬訪問 ケニア中央医学研究所視察
19	9月25日 (土)	10:25	ナイロビ発 (BA-068) ロンドン着 (17:10) MONTICARMホテル宿泊 本田バリ発 (帰国9月29日)
20	9月26日 (日)	19:45	ロンドン発 (JL-402)
21	9月27日 (月)	15:30	成田着

第2章 調査結果概要

ウガンダ国プロジェクト形成調査団は、1993年9月10日に首都カンバラ到着後、9月23日までの間同国に滞在し、ケニア国ナイロビ市にある大使館とJICA事務所の支援を受け、同国関係官庁および他主要援助国、国際機関との協議、資料情報の収集、さらに現地踏査（2回）を行い、保健医療分野を対象としたセクター調査を実施した。

また、各担当省庁には我が国の開発援助の仕組みをパンフレットを用いて説明し、9月22日には保健省を初めとする政府関係省庁の援助受入担当者を一同に集めて、今後の援助について協議した。

2-1 一般概況

1) 政治概況

中・東部アフリカに位置する内陸国であり、1962年の英国からの独立以来、度重なるクーデターにより内政、経済とも不安定な時期が続いたが、1986年1月に政権を奪取した現ムセベニ大統領は、部族間対立の緩和、人権尊重を唱え、ほぼ全土の治安回復に成功している。ムセベニ大統領は、1994年までに、新憲法を制定し、民政に移行することを約束している。また、軍事支出を抑えるため1992年から3年間で国軍を大幅に削減するとの方針を打ち出している。

外交は、善隣友好、非同盟、アフリカ統一機構（OAU）および英連邦諸国との連帯を打ち出す一方、先進諸国との関係強化にも積極的である。ムセベニ大統領は、1990年7月から1年間OAU議長を務めた。一方、1990年10月にウガンダ政府軍を離脱したルワンダ人がルワンダに侵攻したことで、ルワンダとの関係が悪化している。また、1987年以降ケニアとの関係が冷却状態にあったが、1991年10月の東アフリカ3国首脳会談を契機に対ケニア関係は好転している。

2) 社会概況

同国は、1962年に英国から独立して以来、現在までの26年間に7回政府が交代した。うち4回は軍事力によって行われ、民間人弾圧の度合も他のアフリカ諸国と比較できぬほど、過酷であった。このような混乱は、同国社会における民族・宗教の対立や、植民地時代に英国より行われた社会的分断政策のためである。

同国には28の部族があるが、大別して北部で牧畜に従事するナイロティック系（アチョリ族、ランゴ族）と、南部の農耕のバンツー系（バガンダ族を含む）に分けられる。南部のバンツー系は北部のナイロティック系より文化が発達しているが、北部の人間は攻撃的である。英国はこの違いを利用して、軍人を主に北方部族から採用し、北方部族による南方部族の支配を始めたが、このやり方はヨウェリ・ムセベニ率いるバンツー系部族が多数を占める国民抵抗軍（NRA: National Resistance Army）により、1986年に政権が奪取されるまで続いた。

3) 経済概況

LLDCであり、その経済の中核は農業で、GDPの約60%、輸出のほとんどを占めている。国土の73%が可耕地で、降雨量も多く、土地も概して肥沃であり、水資源も豊富であることから、経済開発の余地は大きい。独立後相次いで起きた政変により経済は混乱した。しかし、ムセベニ政権成立後、経済も回復基調にある。

経済困難を克服するため、世銀・IMFの支援を得て、1987年5月に「復興開発計画」を策定以来、農業、鉱工業の生産拡大、輸出部門の拡大等を目標に構造調整を推進し、年6~7%の成長を達成した。成功裡に終了した「復興開発計画」に引続き、「第二次復興開発計画」を開始しており、1990/1991年度は4.8%のGDP成長率を維持したほか、インフレ率、財政赤字の対GNP比も低下する等成果が上がったが、輸出の95%を占めるコーヒーの価格低迷が続いており、国際収支の悪化、GDP成長への悪影響が懸念されている。我が国は、同国からコーヒー等を輸入し（1991年輸出額280万ドル）、同国に自動車等を輸出している（同輸出額3,910万ドル）。

経済開発計画では、国内資源の調達はまったく期待できず、ほとんど、海外からの援助に依存する形となっている。さらに、計画を実施する人材についても、長期化した内乱から多くの人材が海外に流出しており、現在、世銀等が中心となり、これら流出した人材の帰国奨励策を検討しているものの、当面の開発実施には間に合わない状況である。経済開発に不可欠の治安についても、同国の南部は、政府軍が秩序を回復しているが、スーダン寄りの北部ではいまだゲリラの活動および難民が伝えられ、海外の援助機関の援助拡大に支障をきたしている。世銀、アフリカ開発銀行等の融資により、道路網、配電網等の整備が着々と進んでいる。

4) 国民の保健・衛生状況

同国の北部・東部で基本的な保健サービスや水・衛生の普及が遅れている。疾患は依然としてマラリアが多く、AIDS、小児保健、特に下痢症・ARI等の感染症が重要な課題である。マラリアの脅威は、まだまだ持続すると思われる。特に農村部の蚊の駆除が急務の課題である。小児の栄養改善のために、成長プログラムのカバー率を高める必要がある。母体保護に関しては、無計画出産が多く、妊婦管理の体制づくりと安全な出産の普及および家族計画プログラムの推進が必要である。首都カンバラに関しては、交通事故等の外傷に対する救急医療の充実も今後の課題である。保健医療サービスでは、全般的なバランスのとれた質の向上が求められる。

疾患の特徴を考えれば重要性が高いのはやはりPHCで、住民参加と受診率の向上のためには、ヘルスポスト、ヘルスセンターの対応能力を向上させることが必要である。

5) 医療政策 (TYP) の概要

同国のほとんどの地域における平和、治安の回復に伴い経済活動の状況も改善され同国市民による新たな経済環境創設の気運が高まってきているが、顕在する貧困は同国にとって引き続き深刻な問題であ

る。貧困に起因する問題には保健医療に関するものも多く存在する。国民の健康なくしては国の経済復興はありえず、貧困追放の経済政策とともに高い疾病率、AIDS感染の増加等ウガンダの現状を踏まえた国民の健康をめざす保健医療計画が策定されている。同国での保健医療計画は、「公衆衛生計画」

(Public Health Programs) と「診療サービス」(Clinical Services) が主な二本柱であり、これらを補助するものとして研究活動がある。

2-2 問題点

1) 財政

国家財政が逼迫しているため各病院は運転資金の不足に苦しんでいる。このため診療費の徴収を行っている病院も多いが、やり方については統一はされていない。さらに保健省は診療費の徴収を含む各病院の収支の実情を把握していない。

2) 施設

同国の医療施設はほとんどが20年以上に建てられたもので極めて老朽化しており、またインフラも未整備である。特に地方病院に行くほど状況は厳しい。

3) 機材

各病院および医療施設の機材は全体的にみて、老朽化し故障頻度が高くなって来ているのが実情である。また、消耗品部材やスペアパーツの補給の問題も絡み医療機材の保守管理が一層難しくなっている。

4) 人材

医師、看護婦、技師等医療従事者を養成する教育が十分でないため医療従事者の絶対数が不足している。また、医療の技術研修および病院運営の研修が慢性的に不足しているため、医療従事者の能力が不十分である。同国の医療関係者は都市部に片寄りすぎていて、郡部や村落部の多くの医療機関では医師が不在で、医師補および看護婦が診療している状況であり、有効な人材活用がなされているとはいえない。

5) 行政機構（中央行政と地方行政）

関係機関が多く複雑である。保健省は同国全体の医療政策の策定と基準作り、地方政府省は地方自治体の全体の開発計画の支援と関連省庁との連携作りを行っている。また地方自治体は県病院(District Hospital)、ヘルスセンターの運営を担当しているが、県病院とヘルスセンター、ヘルスポストとの連携がうまくいっていない。

ムラゴ病院は予算は大蔵経済企画省(MOFEP)より直接得ているが、人事面等ではMOHにコントロールされている。地方分権政策が今年より3年計画で開始される。これが終了すれば保健省は政策機能の

みに集約され実施面での権限はかなりの部分が地方自治体に移管されることになるので、今後の動きに十分留意する必要がある。医療従事者の配置および医療機器の配備が、各医療機関に対して適切ではなく不平等である。

6) 医療政策

同国の保険医療サービスの現状分析と問題点の指摘、問題点の解決のための行動計画の立案、計画の中での優先度づけを行い同国の医療政策を策定する能力が保健省には不足している。また政策を実施に移すための資金や人材の確保等の取組が確立されてない。同国の援助受入窓口機関の機能がまだまだ不十分なため、援助国間の調整が出来ていない。

2-3 提言

我が国の援助をするプロジェクトは、同国のシステムの整合性を失わずに長期的な視点（最低3年）から考え持続性を持たなければならない。

また、将来援助したプロジェクトにおいて財政的・技術的な問題が起こり我が国に対して無理な注文が来ないようにあらかじめ詳細に調査をして援助できる範囲を限定することが大事である。

保健医療分野のプロジェクトの専門家はできるだけ長期に現地に滞在し、同国ばかりでなく近隣諸国、大きくは東アフリカの保健医療についての保健事情に精通することが大事である。そのためにも、支援体制を早急に整備する必要がある。

現在各国の援助が急速に入りつつあり、援助に対するニーズは流動的である。援助案件の発掘と審査に当たっては、その時点でのニーズとフィージビリティおよび各国援助の状況を的確に把握する必要がある。

このような状況を改善するため、1. 地方医療の充実（地域格差の是正）のための、無料診療所および医療センターの診療強化、2. 都市部病院および医療センターの診療機能の拡充と強化、3. 機材の整備による保健・医療サービスの拡充と強化が必要と思われる。

大使館も在外事務所もなく技術協力をバックアップする体制が不十分な現状では維持管理が容易な無償資金協力による機材供与から協力を開始することが現実的であろう。しかしながら、機材のみを供与する援助では医療レベルの向上には結び付かないし、メンテナンスの技術がないと数年で機材が故障するため、長期的には専門家を派遣する等の技術協力が必要になる。特に、大蔵経済企画省等同国への援助調整を行う機関に我が国から専門家を派遣して、今までの医療案件の評価調査と今後の案件計画の立案を助ける必要がある。

我が国の対応可能な援助スキームを配慮し、協力分野と具体的プロジェクトを次に記述する。

(ムラゴ病院医療機材整備計画)

上記のような理由から我が国の最初の保健医療案件を行うにあたっては首都のカンバラにあるリファレルのムラゴ病院より行うことが、現実的である。保健省の提示案件であるが、ムラゴ病院は予算を、直接大蔵経済企画省から得ていることに留意する必要がある。

現在、世界銀行、AIDB、他の援助機関が全面的に旧ムラゴ病院と新ムラゴ病院に援助を行っている。AIDBがムラゴ病院全体のリハビリ計画を作成中であるが、この実施には複数の援助機関が関与すると考えられ、AIDBの全体計画の中での対日要請の位置付けの問題と他の援助機関との調整の問題もあり難しい案件でもある。今後建設する建物と供与する医療機材の調整の問題と実施管理体制及び事業計画をはっきりとさせるべきである。

同病院は全体で約1,200床あり、あまりにも組織が肥大しているため、無償資金協力を実施する場合は、特定の部門あるいはプロジェクトを限定して行うことが必要である。そうしないと我が国の援助が埋没してしまう恐れがある。

同国の保健医療サービスのトップリファレル病院の基本的機材・設備の整備は、人口の集中するカンバラ市およびその周辺地域の国民に広く裨益し、かつ同国全国民に対する裨益効果も期待でき、保健医療サービスの向上に多大な効果・改善が予想されることから本案件は無償資金協力として実施することは妥当であり、意義が大きいと思われる。

(マケレレ大学医学部の医学研究所新設計画)

マケレレ大学とムラゴ病院は道路一つはさんだ隣接した場所にある。マケレレ大学医学部はムラゴ病院の敷地内にあり旧ムラゴ病院と新ムラゴ病院にはさまれた場所にあり、ムラゴ病院を教育病院としている。

医学研究所新設計画はマケレレ大学医学部から提示された案件で、ケニアに我が国の援助で建設したKEMRI(ケニア中央医学研究所)をイメージしたものと思われる。施設を新設することの妥当性、教育用機材と研究用機材との優先順位が不明瞭であり、既存の施設のリハビリを行いそこに機材を設置する可能性を考える必要がある。我が国が援助を行うならば運営に関する財政計画、機材管理、試薬供給体制の確立が必要条件であり、無償資金協力のみではなく技術協力も大事である。大学医学部の機材整備は、医療関係者を育成する上では重要なことであり、不足している医師、看護婦等の解消につながり、地域医療にも貢献する。同国の保健医療全般の将来を考えると援助案件としては有望であり、ムラゴ病院のリハビリとの連携を考えて協力する事が望ましい。

基礎医学研究棟、講堂、図書館などを視察したが、建物も古く、基礎的な教材にも事欠いている。視察時に新しい研究所(Center for Medical Research Makerere University)の建設ならびにその研究用機材の要請を受けたが、現時点の同国の保健状況からは、マケレレ大学医学部の役割として研究よりも、教育、臨床の面での貢献がより強く望まれるものと考えられるため、研究所の建設は時期尚早と思われる。しかし現在ある建物への教材を中心とした機材の供与はその医学教育への効果などを勘案するに、高いプライオリティを有するものと考えられる。

(保健省へのアドバイザー派遣)

保健省へアドバイザーを派遣することは、同国の保健医療全体計画の立案から行い、同国のニーズや援助効果を把握でき、各国の援助機関との案件の調整を行い、援助の効率性を高めることになる。同国にとっても我が国の援助の仕組みが理解できる。

(地方医療改善計画)

本計画を行う場合は、長期的な協力計画としての展望に立った無償資金協力と技術協力とを組み合わせた総合的な協力である必要がある。

地方医療では家族計画を含んだ母子保健の強化が大きな課題である。協力の可能性としては、一カ所の県 (District) を選定して、ヘルスセンター (Health Center)、県病院 (District Hospital)、州病院 (Regional Hospital)、ムラゴ病院 (Mulago Hospital) というリファレルシステム確立のためのモデルケースとなるようなプロジェクトの実施が考えられる。地域を限定しない専門家派遣は同国にとって効果が少ない。

県病院の自助努力の支援が最も大事な点である。ただ、県のレベルはかなり未整備の状態であり、問題点は施設および機材の老朽化、医療従事者の不足、給料の遅配等である。医療行政と地方分権政策の問題も大きな課題である。

第3章 国別概況

3-1 略史

豊かな国土と自然に恵まれていたため、10世紀頃になると各方面から種々の部族が入り込み、南部と西部にはいくつかの王国が生まれ、17～18世紀にはバンツー族系のブンヨロ王国、次いで19世紀にはブガンダ王国が強力となり、独自の文化と優れた治安能力を持って周辺を圧していた。ナイル川の水源を求めて初めて欧州人がウガンダに入ったのは1862年で、以来ウガンダの存在が広く欧州に知れわたった。1889年、この地をめぐるイギリスとドイツの間に争いが起こり、翌年、協定によりウガンダはイギリスの勢力下におかれ、各王国を保護国として1896年頃までに現在のウガンダの地域を固めた。第二次世界大戦後、各種の抗争はあったが、1961年ウガンダは内政上の自治を獲得、1962年に独立した。ウガンダは最初、英国女王を元首とする立憲君主国として独立したが、1963年大統領制となり、初代大統領にはブガンダ王ムサテ2世が選ばれた。その後1966年に、オボテ首相がクーデターを起こし自ら大統領となったが、1971年に軍事クーデターによってアミンが大統領となった。アミン大統領はアジア人の追放、反対派に対する大量虐殺などを重ねて悪名高い軍事独裁を行ったが、タンザニアの支援を受けた反アミン派によって1979年4月国外に追われた。その後、たびたび大統領が変わって、1980年末の総選挙の結果オボテが大統領に復帰した。しかし、オケロ准将によるクーデター、国民抵抗運動（NRM）と内戦が続き、86年1月NRMのムセベニ議長が政権を掌握し、現在に至る。

3-2 一般自然概況（地理・気候）

北をスーダン、東をケニア、南をタンザニア、ルワンダ、西をザイールに接している東アフリカにある赤道直下の内陸国である。面積は約239,000Km²あり日本の本州とほぼ同じ広さである。その内、約197,000Km²が陸地で、あとは湖沼、河川が占める。国内には湖沼、河川が多く、世界第二の湖ヴィクトリア湖をはじめ、多くの湖が隣国との国境沿いや国内にあり、ヴィクトリア湖やキョガ湖を水源とするヴィクトリア・ナイルとモプツ・セセ湖を水源とするアルバート・ナイルは合流して白ナイル川をつくっている。国土の大部分は、平均して1,200m程度のほとんど平地に近い広大な高原地帯で、南から北に向かって低くなっている。ただし、西部国境には世界最大といわれる東アフリカの大地溝帯が走り、変化に富んだ地勢となっている。

赤道直下にあるものの、高原地帯にあるために気候は温暖である。特にヴィクトリア湖周辺は湖沼性気候のため温度差が少なく、首都カンバラの平均温度は22℃程度で快適である。降雨量は全般的に多く、年平均1,000mmと東アフリカでは最も雨量に恵まれるなど、ウガンダは、世界でも有数の気候に恵まれた国の一つである。

3-3 社会・人口動態

同国の総人口は、1990年末で1,880万人で、人口増加率は、1965～1980年で2.9%、1980～1990年で3.6

%である。年間出生数は1990年で985千人、出生時の平均余命は1990年で52歳、5歳未満児死亡率は1960年で223人/1,000人、1990年で164/1,000人、乳児死亡率は1960年で133/1,000人、1990年で99/1,000人である。16歳未満と5歳未満の人口は1990年で、それぞれ9.7百万人、3.9百万人となっている。都市人口の年間増加率は1980～1990年で5.4%になり、1965～1980年の4.1%からみて明らかに増加している。人口密度は1990年末で、Km²当たり70人である。1990年で総人口の10%が都市に居住している。また、1990年総人口の52%が労働年齢人口（14～64歳）で、このうち86%が農業、4%が工業、10%がサービス業に従事している。

国民は大別してバンツー系とナイロティック系に分かれるが、主な部族だけでも31を数える多部族国家である。宗教は1870年以来急速にキリスト教の伝道が行われたため、国民の半分はキリスト教で、残りの大部分は伝統的宗教である。

1980年代の男女比率は98.2対100で、1960年代のそれは101.9対100であった。この違いは1970年代の内戦による男子の減少によるものといわれている。

主要都市：カンバラ、ジンジャ、マサカ、ムバレ、ムバララ

主要民族：バンツー族、ナイロティック族、ナイロハミスティック族

主要言語：スワヒリ語、英語、（いずれも公用語）、各部族語

主要宗教：キリスト教、伝統的アニミズム、イスラム教

3-4 政治

政治体制：共和制

議会：一院制、国民議会（85年7月クーデター以来解散中。現在国民抵抗戦線評議会（NRC）がある。）

ウガンダは1962年に独立した。英国女王を元首とする立憲君主制連邦国家の形態をとった中央政府は憲法をアンコレ（ANKOLE）、ブガンダ（BUGANDA）、ブンヨロ（BUNYORO）、トロ（TORO）の4つの王国と14の地域に発布し、最も力のあったブガンダ王国に首都がおかれた。独立したウガンダは裕福な南部と貧困な北部の経済的不均衡を抱えたまま、国土を主な17部族とその他の小部族の混在する他部族国家の形態をそのまま引き継いだ。また政治に影響を及ぼす宗教でも国土は分割されていた。ブガンダ国王であり大統領であったムテサを担ぐ最初の政府は、1966年に首相ミルトン・オボテ（Milton Obote）のクーデターにより転覆した。オボテ政権は1971年にイディ・アミン（Idi Amin）より倒され軍事政権が誕生した。アミン政権の暴政時代に殺害されまたは行方不明とされる住民は数万にのぼるといわれる。1972年には国籍のないアジア人が追放され、同時にほとんどのアジア系市民も国外脱出し、アジア人のウガンダにおける経済支配は終焉することになった。アジア人の国外脱出による市場経済システム崩壊の影響が今日でも残っている。同年には全ての外資系ビジネスが国営化されるか没収された。この結果バイの援助は撤回され、マルチの援助は縮小することとなった。1980年にオボテが選挙により再度政権の座につくまでの1972年から1980年にかけて何度となく政権の交代があった。しかしこの選挙結果により、著名な政治的リーダーが反政府活動を起こし各地で抗争が続き、政権交代への圧力をかけた。

1980年初頭にはカンバラの北部のルウエロ三角地帯で政情不安が甚だしくなり、政府軍が反乱の鎮圧に乗り出さねばならなくなった。1985年になるとチイト・オケロによる軍事クーデターが起こりオボテ政権は転覆した。1986年にはオケロ政権がクーデターにより転覆し、1981年よりゲリラ戦を戦ってきたヨウエリ・ムセベニが政権を握った。1986年以来ムセベニと彼の国家抵抗運動のメンバーが共同してようやくウガンダに平和と治安を取り戻すことができた。反乱軍との和平交渉がグル (Gulu)、キトガム (Kitgum)、ソロティ (Soroti)、クミ (Kumi) といった北部の地域で締結されたため、現在では通行の自由・ソーシャルサービスの享受も復活してきた。現在では政治思想によらない武装強盗団がグルやキョガ湖といった限定した場所でみられるのみである。

外交は、善隣友好、非同盟、アフリカ統一機構 (OAU) および英連邦諸国との連帯を打ち出す一方、先進諸国との関係強化にも積極的である。ムセベニ大統領は、1990年7月から1年間OAU議長を務めた。一方、1990年10月にウガンダ政府軍を離脱したルワンダ人がルワンダに侵攻したことで、ルワンダとの関係が悪化している。また、1987年以降ケニアとの関係が冷却状態にあったが、1991年10月の東アフリカ3国首脳会談を契機に対ケニア関係は好転している。

3-5 経済

LLDCであるが、かつては豊かな農業国で、コーヒー、綿花、茶、たばこ、砂糖などを産し、農産物が輸出の90%を占めていたが、アミン時代の暴政で生産は落ち、アミン追放のための内戦で国土は荒廃し、一部では飢餓状態に陥った。現在でも経済の中核は農業で、GDPの約60%、輸出のほとんどを占めている。国土の73%が可耕地で、降雨量も多く、土地も概して肥沃であり、水資源も豊富であることから、経済開発の余地は大きい。独立後相次いで起きた政変により経済は混乱した。しかし、ムセベニ政権成立後、経済も回復基調にある。

経済困難を克服するため、世銀・IMFの支援を得て、1987年5月に「復興開発計画」を策定以来、農業、鉱工業の生産拡大、輸出部門の拡大等を目標に構造調整を推進し、年6~7%の成長を達成した。成功裡に終了した「復興開発計画」に引続き、「第二次復興開発計画」を開始しており、1990/1991年度は4.8%のGDP成長率を維持したほか、インフレ率、財政赤字の対GNP比も低下する等成果が上がったが、輸出の95%を占めるコーヒーの価格低迷が続いており、国際収支の悪化、GDP成長への悪影響が懸念されている。我が国は、同国からコーヒー等を輸入し (1991年輸出額280万ドル)、同国に自動車等を輸出している (同輸出額3,910万ドル)。

3-6 教育

同国の教育制度は、7年の初等教育、4年の中等教育 (前期)、2年の中等教育 (後期) の4段階に分けられる。それぞれの段階で進学のための資格試験があり、初等レベル以上にはそれぞれの段階で文学、工学、職業訓練の教育を選択できる途がはかられている。

初等教育卒業試験	: Primary Leaving Examination
ウガンダ教育修了証明書試験	: Uganda Certificate of Education
一般レベル試験	: Ordinary Level Examination
ウガンダ高等教育修了証明書試験	: Uganda Advanced Certificate of Education Examination

初等教育は、義務教育ではないが、7年終了時に卒業試験 (PLE: Primary Leaving Examination) が行われる。1983年の合格率は9.7%で、7年間の教育過程終了に平均して13年を要している。教員と生徒の比率は1:35で他の東アフリカ諸国に比べ、劣っているわけではないが、教員の30%は無資格者であり、問題を残している。就学率は1981年~1983年間で年平均7.5%上昇し、1983年で73%である。

初等教育は7年で就学率は義務教育制をとっていないこともあって低い。中等教育は(前期)は初等教育終了者の約4分の1が、4年間の"Oレベル"か3年間の職業訓練校に進学する。中等教育(後期)は、"Oレベル"卒業者の40%が2年間の"Aレベル"に進級するか、教員訓練学校(グレードIII)に進学する。高等教育は"Aレベル"の卒業者が、大学に進学するか、海外の大学に留学するかである。

中等教育は、現在、英語、科学、数学の教員不足が著しい。政府は文部省予算の約40%を投じ、教員の給与等を負担しているが、教育機材の不足が著しく、この分、父兄の負担増を招いている。中等やそれ以後の高等教育を受けるには高い受験競争を突破せねばならない。1986年の初等教育卒業試験の合格者の内、43%の生徒が中等学校に入学できたにすぎない。これは公立の学校数が絶対的に少ないことによる。言い替えば、私立の学校に行ける裕福な家庭の生徒を除き試験にパスした生徒全員を受け入れる施設が少ないということである。

Total Education Enrollment by Level, 1987

Level	Students	%of Total
University	6,318	0.25%
Other Post-secondary	29,153	1.14%
Secondary	226,875	8.90%
Primary	2,286,580	89.70%

マケレレ大学は、1922年創立の総合大学であるが、現在中等教育での科学、数学教育レベルの低下から、入学後、これらを補う必要が生じている。工学部入学者の20%が1年目に落第し、さらに13%が2年目で留年している。現在、図書不足、教材不足や教授ポストの欠員等の問題で、満足な大学教育が出来ない状況にある。

第4章 衛生行政

4-1 保健医療行政に関わる機関と施設

4-1-1 ウガンダの行政

同国の行政のなかで特徴のある地方分権政策と抵抗戦線委員会システムについて以下に記述する。

1) 地方分権政策

同国は行政組織のために10の州 (region) と34の県 (District) に分かれている。さらに県は、カウンティー (Counties), サブカウンティー (Sub-counties), パリッシュ (Parishes), ビレッジ (Villages) に細分割されている。

1989年の調査では県ごとの分割は主に人口密度により分けられるが、それぞれの県人口は85,000人から百万人以上に分類されていてばらつきがある。県は政府の日常業務に関連した分類にそっている。

アミンの時代に行政区域の見直しがなされたが、アミン後の政府により大きく修正が行われた。これらの新しい区分けは単に大きく部族分けしただけで、適当な区分けでなかったため、大多数の人はまだ古い県の区分けを用いている。また、現在のサブカウンティー、パリッシュの境界が不明確であり、地方の行政官でさえ区域境界図をはっきり理解していない。

1966年のクーデター後、アミン政権は中央集権化を行った。これまで地方が主たる行政責任を負ってきた教育および保健医療分野はアミンの中央集権化に特に大きな影響を受けた。同国は高度な中央集権の国家となったが、中央集権制度の弊害が国の発展を阻害しているとの批判が多く、アミン以後の政権は昔ながらの伝統的王政を継承する地方分権や、草の根レベルの民主化を強化するという政策を策定し、地方責任体制政策への移行がなされつつある。

保健医療分野においては現在予算は大蔵経済企画省→保健省→県病院、または大蔵経済企画省→保健省→県病院→ヘルスポストのように配分されているが地方分権後は保健省を通さず大蔵経済企画省→県政府→県病院→ヘルスポストの流れで配分されることになる。これにより、県の行政官は県の会計官としてまた、県の抵抗戦線評議会は県での財務担当組織として機能する。また、県医務官 (District Medical Office) は現在保健省から県政府に派遣されそれぞれの県のプライマリーヘルスケア活動に責任を持つが、県内の病院の活動に対しては責任は持たない。また給料手当の支払は県政府となっているが、実際には保健省が支払っている。

地方分権後は県政府が直接DMOを雇用し、県執行官 (District Executive Secretary: DES) の監督の下、病院の活動も含む州内のすべての医療活動を調整する機能を果たすことになる。

県政府の財源は、地方税、Shop Licence、中央政府よりの補助金等により確保されるが、徴税機構が

組織化されていないか、あるいは存在しないため、また補助金が十分に得られないため、県政府は財源難にみまわれている。

中央省庁は県レベルで活動するための出先のポストを持つが、それらの多くは空いたままである。サブカウンティまでポストがある省もあればカウンティまでしかポストがない省もある。パリッシュやビレッジレベルになるとほとんど稀にしか中央政府からのポストはない。

カウンティからパリッシュまで、それぞれの行政機関にチーフ (Chiefs) がいる。以前はそれらは世襲制であったが、1966年に廃止され、地方政府省より新しいチーフが選任され公務員としてそれぞれの業務を遂行している。

地方分権政策は1993/94年の会計年度 (93年7月) より開始され、初年度は13の州が対象となっている。

2) 抵抗戦線委員会システム (Resistance Committee System)

国家抵抗戦線政府 (National Resistance Movement Government) は、抵抗戦線委員会の組織を用いて、地方のコミュニティーを再強化するという新たなダイナミックな手法を導入した。憲法上では議会が国家組織の頂点を占めるが、その位置には国家抵抗戦線評議会 (National Resistance Council) が置かれている。

国家抵抗戦線評議会のなかには、さらに政治組織である国家実行評議会 (National Executive Council) がある。この国家実行評議会の人員構成は、国家抵抗戦線評議会の歴史的なメンバー (抵抗戦争時からのメンバー)、各県より1名の代表者及び大統領がNRCのメンバーの中から選び任命する10名によって構成されている。

国家抵抗戦線評議会は立法機関であり、国家政策の最終決定機関である。各大臣は国家抵抗戦線評議会の中から大統領により任命されるが、国家実行評議会のメンバーである必要はない。

独立憲法では県レベル、カンバラ市、その他の地方自治体で選挙により選出された評議会をつくるよう規定している。第一次オボテ政権の崩壊後は、選挙での評議会ではなくなり、抵抗戦線委員会システムをとおして選挙による選出が復活した。

抵抗戦線委員会システムの最小単位は村抵抗戦線評議会 (Village Resistance Councils : RC1) で、原則として18才以上の住民により構成される。村抵抗戦線評議会は、“地方での問題を確認し解決策を見つけ、… (略) … 開発計画を策定し見直す” 権限を与えられている。評議会の決定を執行するために、それぞれの村は実行委員 (Village Executive Committees) を選出する。日常の行政にかかる委員や議長は村のリーダーとされる。委員会のメンバーは、青年、婦人、情報、動員令、教育、治安、財政にかかる業務を行い責任を持つ。

村抵抗戦線評議会 (RC1) は次の業務を任命されている。

- 1) 警察、チーフを補佐し法律命令の遵守をはかる。
- 2) 治安維持の確保をはかる。
- 3) 自立独立のプロジェクトの振興、支援、実行を行い、人員・物資、技術補助の動員を行う。

- 4) 軍、警察、刑務所への人員採用活動を行う。
- 5) 政府と住民の間の情報伝達活動を行う。
- 6) 政府政策の普及監視活動を行う。
- 7) 委員会の活動を支援するためのサブコミッティーの利用および適宜な人員登用を行う。

高次の抵抗戦線委員、評議員はそれぞれの組織のレベルにおいて委員会のメンバーから選出され、任命される。

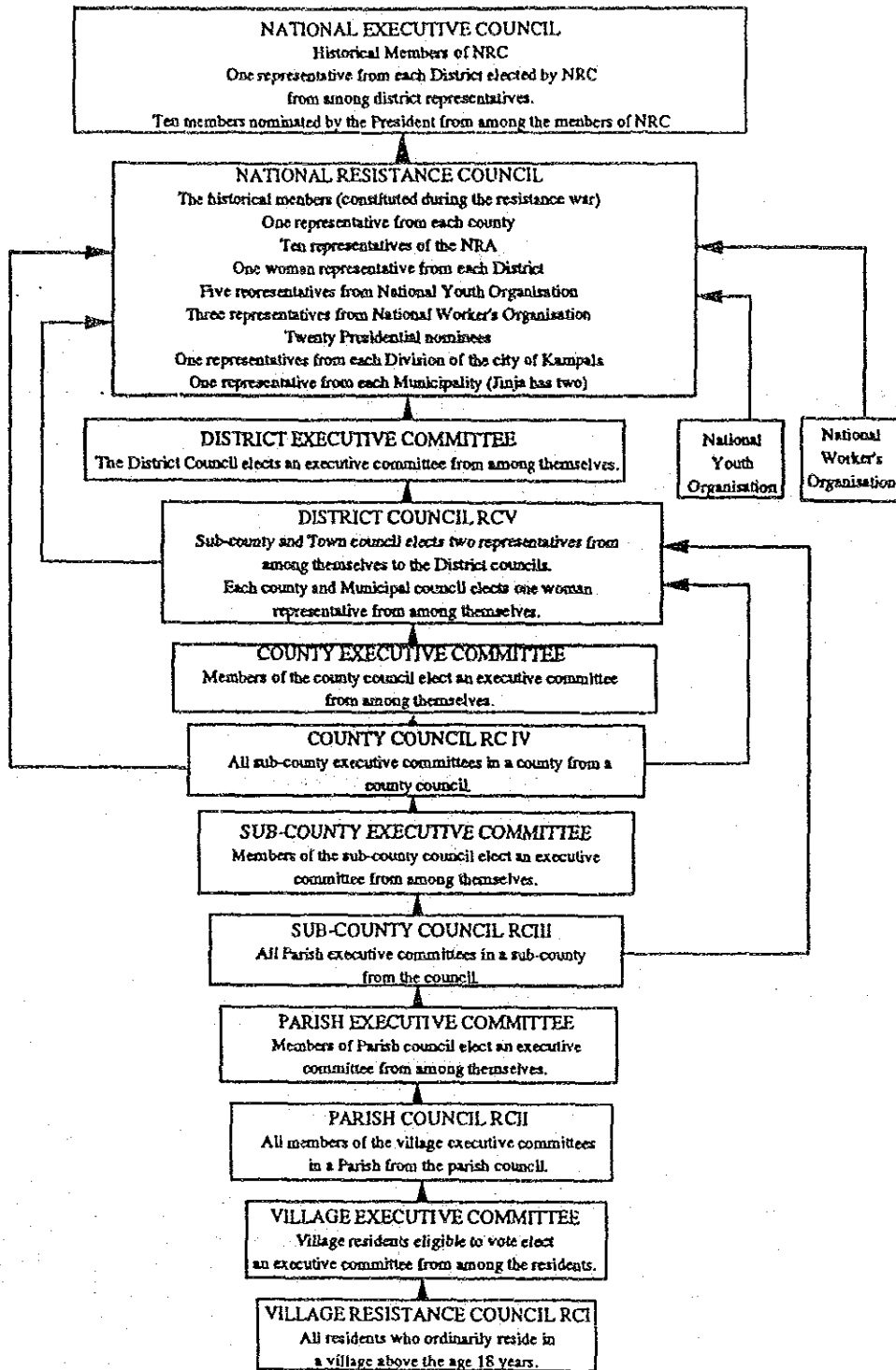
このピラミッド組織において、村レベルの委員は県内の高次レベルの抵抗戦線組織の代表者を選出する権限と国家抵抗戦線評議会の施策方針を普及遵守する責任がある。各々のレベルでの委員会は、女性問題を扱う女性代表を最低一名置くように規定されている。

ある委員会では複数の女性委員がおり、カンバラのある委員会は1988にはすべてが女性であった。これは男女同権の大きな第一歩であり国家行事に女性の持てる能力を発揮させるために支援する体制の現われである。現在、国家抵抗戦線評議会は278名のメンバーから成り、その大多数は抵抗戦線委員会システムを通して選出された。各県から一名の女性代表者があり、現在、女性代表者は40名となっている。

抵抗戦線評議会は、地域保健医療委員会へ抵抗戦線評議会の構成員である地域住民代表を任命する。この委員会は地域に密着した保健医療計画の策定、整備について指針を与える。

抵抗戦線委員会システムは、現在の国家政策の柱石であり、コミュニティベースの発展のためには良いシステムである。しかしながらこのシステムを十分に発揮させるにはさまざまな障害がある。

例えば中央政府の実施権限は、それぞれの省庁によりコントロールされ、各省庁間の調整、協調が難しく場合によっては重複する部署もあり、縦割行政の弊害がでている。また地方の行政官は地方政府省に所属し地方政府省に対して責任があり、中央政府の策定する政策実施の指導運営管理に重点がおかれるため、担当地域での政策実施の効果に対する責任がない。各地域の抵抗戦線委員会はそれぞれが担当する地域開発に対しての行政施策実施責任組織であり、各々の抵抗戦線委員会が中央政府の策定する政策を地域事情にあわせて具体的方針を策定実施する責任を負わされているが、抵抗戦線委員会に中央省庁からの行政官もメンバーとして参加しており、中央政府の指針と地域の現状のギャップ、抵抗戦線委員会の構成メンバーのモラル、限定された権限、財源不足などが障壁となり満足な地域サービスができないでいる。



Source: Directorate of Information & Mass Mobilisation, NRM Secretariat, Kampala

4-1-2 医療行政にかかわる機構

政府の受け持つ保健医療行政は保健省と地方自治体、並びに地方政府省の二者が担当している。国の医療サービスに直接的に責任を持つこれら二者の他に、防衛、内務、教育の各省や民間会社がそれぞれの職員、社員に対して医療サービスを供給している。

1) 保健省 (Ministry of Health)

保健省は保健医療政策策定、計画立案、計画の管理および評価を行い、保健医療分野における技術的、専門的観点からの助言を行う。政府系病院の運営、看護婦・助産婦・医療従事者の教育も同省の管轄である。

同省はまた、薬品、医療機械の供給や予防接種、下痢症感染抑制計画といった医療サービスへの薬品、医療機械の供給も行っている。同国の保健省の最高実施責任者である事務次官 (Permanent Secretary : PS) は、保健省の医療技術の責任実施体である医療サービス局の局長も兼任している。

保健省の役割は以下のとおりである。

- (1) 企画調整および政策方針とコミュニティーレベルでの医療技術指導
- (2) 各病院と医療訓練施設の運営管理
- (3) 給料と医療職員の業務手当の管理
- (4) 医療職員の訓練
- (5) 各病院に確実な品質管理で医薬品、医療器具の購入と供給

地方分権された後は、制作策定、計画立案、各種基準づくりの役割が強化されることになる。

図-2
Possible Senior Management Structure

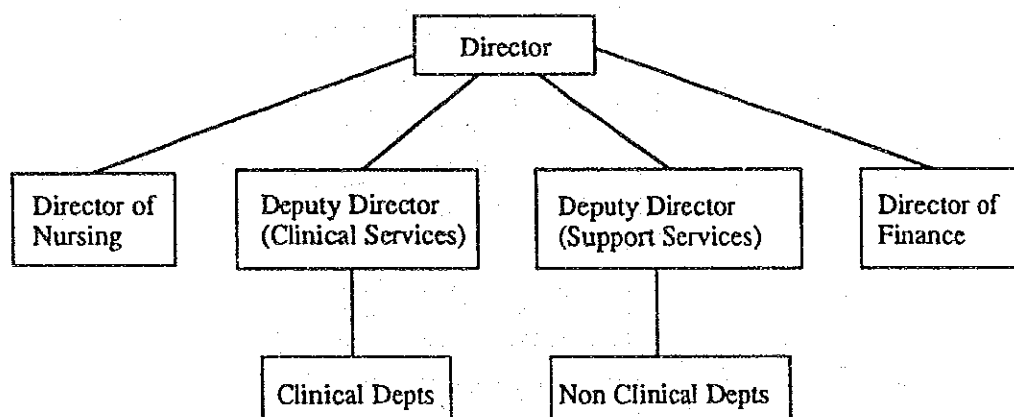
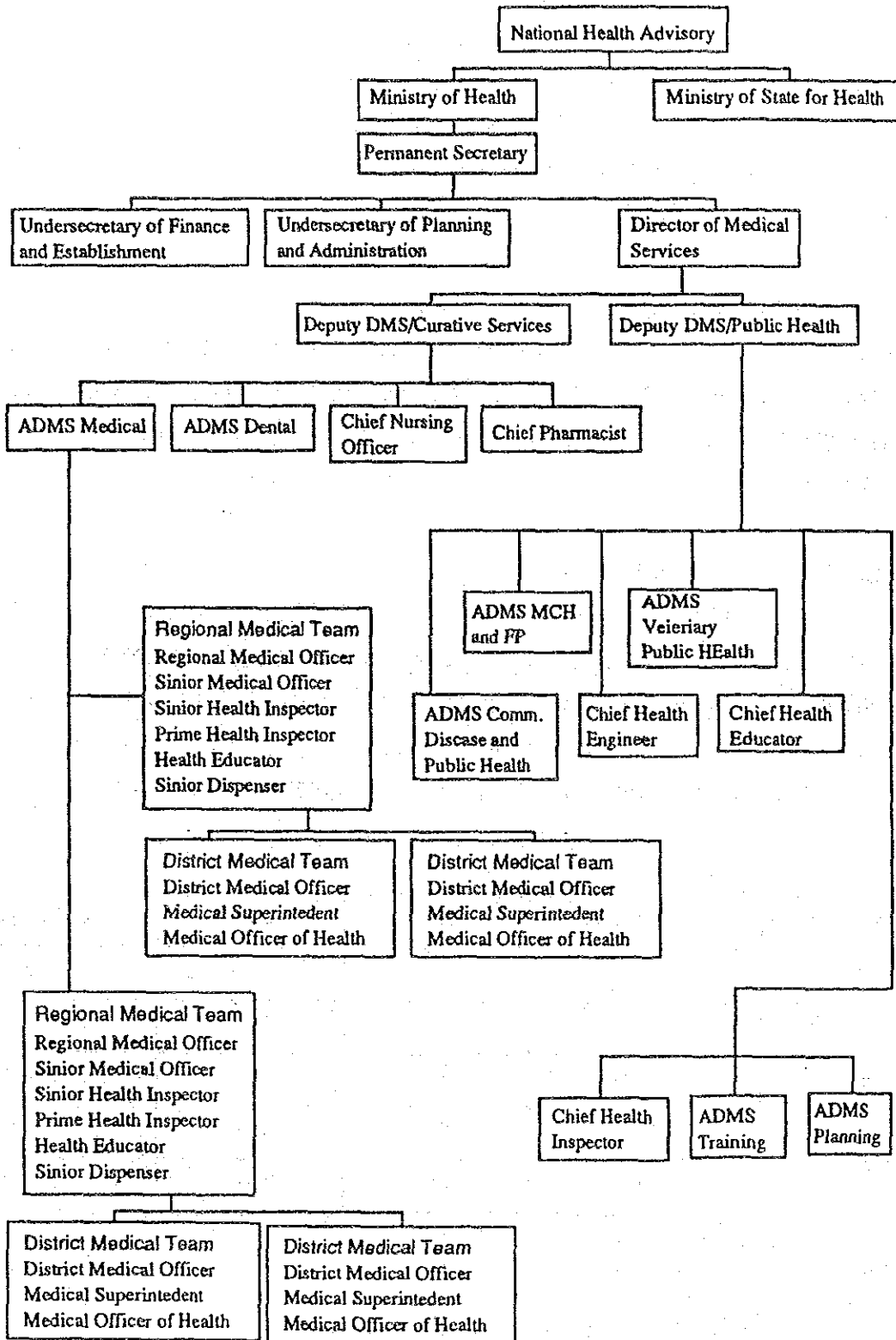


圖-3 保健省組織圖



2) 地方政府省 (Ministry of Local Government)

基本的には地方政府省は医療サービスの供給者ではないが、各地の自治体の進める保健医療政策が効率的に、また効果的に実行されるよう管理監督し行政支援を行う重要な役割を受け持っている。

地方政府省の役割は下記のとおりである。

- (1) ヘルスセンター、診療所、サブ診療所等の運営指導
- (2) District Administrations、District Authoritiesおよび保健省間の活動調整
- (3) ヘルスセンター、診療所等の医薬品、医療器具の購入、管理と供給
- (4) ヘルスセンターへの輸送管理と自動車のメンテナンス
- (5) 各NGOの医療活動の調整

3) 大蔵経済企画省 (Ministry of Finance and Economic Plannig)

国家予算の編成、執行を行う。また海外援助受け入れの窓口となっており国内の様々な機関が提案する開発プロジェクトの間の調整、資金の割り振りを行う。地方分権された後は保健医療分野を含め大蔵経済企画省が直接県に配分する予算が増えるため、各県の開発計画を今まで以上に詳細に検討する責任を負うことになる。

4) 地方自治体 (Local Administration)

都市および地方の自治体は、病院より下部の医療施設の運営責任体であり、併せて上下水道等の公衆衛生行政も実施している。地方自治体 (Local Administration) の監督官庁は地方政府省となっている。

保健省は、それぞれの県における県医務官 (District Medical Officer) を1名派遣する。県医務官は担当した県の行政組織に入り、中央政府の保健医療政策を指導・推進し地域の実情にあわせた医療サービスの拡充をはかる。県医務官の下には、通常2~3人の医療従事者が配属されている

表-1 Distribution of Hospitals

Region	Tertiary & Secondary	Primary	Clinics	Proportion per Unit
Central	25	88	359	10,265
Eastern	17	84	281	10,759
Northern	23	56	194	11,461
Western	21	68	229	14,201
Total	86	296	1,061	11,491

Tertiary: All Hospitals above district Level.

Primary: Health centers with in-patient, maternity homes

Clinics : Dispensaries, Sub- dispensaries, etc.

Source : 1. Health Planning Unit 1991 (Inventory of Health Care facilities)

2.National Health Personnel Study 1991, Ministry of Health , Uganda.

3.1991 Population Census (pre-release)

4-1-3 民間医療機関

同国の政府施設に勤務する医師のほとんどが自宅等で個人診療を行うようになり、公的セクターと個人セクターの二重構造ができつつあるが、まだまだ、民間セクターは同国において未開発の段階にある。民間医療機関としては、従来からあったミッション系の病院のほか、クリニック、検査センター、X線撮影センターなどがあり、増えつつある。

1) 非営利団体 (NGO/民間部門)

NGOの医療活動は同国においては活発なものがある。主なものとしては、Uganda Catholic Medical Bureau, Uganda Protestant Medical Bureau, Muslim Supreme Council等がある。

その他のNGOの活動も活発で住民レベルの活動を手がけている。同国のNGOは、保健医療の委員会に参加し、国家保健医療計画の拡充に寄与している。しかしながら、NGOと政府間の関係調整は良くなされていないとは言い難く、今後はより密接な協調関係を構築し、医療協力の重複を避ける方法を考えなければならない状況である。

政府系の医療施設は、医薬品、スタッフ等について医療内容が貧弱なために、患者の多くは自宅の近くにあるNGOの施設を利用する傾向にある。

最近の調査によると病気になった場合、人口の20~44%の人々がNGOの医療施設を利用し、人口の17~35%の人々が政府系の医療施設を利用している。

表-2 Utilisation of Health Services Selected Areas, 1985-88

	Mbarara	Northeast	Arua
Government Unit	17%	35%	25%
NGO Unit	44%	20%	32%
Private Clinic	3%	10%	21%
Traditional Healer	2%	6%	3%
Relative / Friend / Self	18%	29%	9%
More Than One Source	12%	NA	NA
Shop / Market	4%	NA	13%

Source : MOH et al., Baseline Survey for SWIP for Mbarara, 1989, GOU et al., Baseline Survey Northwest Uganda, 1985, CUAMM, Area Base Survey, 1987 Children and Women in UGANDA p 50

2) Mission系非営利団体

ミッション系病院としてはナジゴ (Nazigo) ヘルスセンターを視察した。分娩時のみ6,500ush/回を徴収し、入院時のベッド料金については患者負担はなく安心して分娩できる。月に14人程度の分娩がある。助産婦のみで医師がいないため、手術が必要な場合は県病院 (Kayunga または Nagarama) に移送す

る。清潔に管理されていて地域住民の信頼が厚いように思われた。

3) 営利団体

メンゴ病院 (Mengo Hospital) を視察したが、営利で行っている私立病院は機材内容からみると、ムラゴ病院とたいして変わらないが、運営面からみると患者への費用負担を求めていることもあり、病院のサービスも患者優先となって料金に応じた診療・入院施設体制となっている。中流以上の患者が主である。

4-1-4 保健医療施設

同国での医療施設の地理的カバー率は、サブサハラ諸国のなかでは良い方であるが、まだ効果的な予防対策を実施するには至っていない。保健省計画局の調査によれば1992年の全人口の49%が、ヘルスセンターから半径5kmの範囲に居住している。しかしながらカバー率は平均されていない状況であり、医療施設までのアクセスもさまざまである。北部に居住する住民は政治的不安定のために、医療サービスの恩恵に浴していない。

二次、三次病院の61%、外来部門の58%が公的医療機関で占められており、医療施設の大部分は政府の医療施設であるが、NGOの持つ医療施設も重要な役割を果たしている。

政府の医療機関は三段階にレベル分けされており、それらは中央、地方、コミュニティのレベルに分割されて三次、二次、一次の医療サービスを行っている。第三次レベルにはムラゴ (Mulago) 病院がある。第二次レベルは専門部門を持つ七つの病院 (Arua, Gulu, Mbale, Jinja, Fort Portal, Masaka) と地方並びに地域病院があり、第一次レベルはヘルスセンター以下の医療施設がある。

積年の予算不足により医療サービスの質的低下が見られる。建物の維持管理が見送られることは言うにおよばず、機材や車両も修理更新されずに放置され、ヘルスセンターも医薬品・機材の不足に悩まされている。予算不足のために車両の燃料費にもことかき、巡回診療もできず、さらに職員の給料の遅配も恒常的に発生している。

ムラゴ (Mulago) 病院：病床数：1438ベッド、総合病院 マケレレ大学に隣接している。

同国の唯一で最高リファレル病院であるムラゴ (Mulago) 病院は首都カンバラにある。1913年に設立された病院でマケレレ大学医学部の教育病院として機能し、1930年には看護婦の養成も行うようになった。1962年には独立を記念して新ムラゴ病院が英国より寄贈され、総合病院となった。1950年には医療技術者の学校も設立されている。国からの予算も保健省から独立して別に計上され、独立採算制度を取っており予算管理も独自で行っている。敷地内にマケレレ大学の医学校がある。

診療科目：内科、外科、産科、婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、神経科、整形外科、泌尿器科、
精神科 腫瘍学科

医療従事者数 (1993年度 マケレレ大学医学部関係およびインターンを除く)

医師：230名、看護婦：550名、臨床検査技師：54名、X線技師：34名

県レベルでは、保健省の代表として県医務官（DMO）が各県に駐在し、保健省の政策に基づき、それぞれの県の実情に合わせた医療行政の管理監督を実施している。また、それぞれの県には保健省の管轄する県病院（District Hospital）がある。

ジンジャ（Jinja）病院：病床数：50ベッド、総合病院、医療従事者数：約600名
首都カンバラより東90Kmのジンジャにあるウガンダ第二の病院である。ムコノ、カムリ、イガンガ、ジンジャの各県をサービスエリアに持ち、対象人口は約3百万人である。病院には、看護学校、臨床検査技師学校、眼科助手学校が併設されている。

各地方自治体は地方政府省の指導監督の下に、県病院（District Hospital）から下の医療施設（ヘルスセンター、ディスペンサリー、エイドポスト）（Health center, Dispensaries, Aid post）の運営にあたっている。これは地方分権政策の一環として、コミュニティーでの医療サービス拡充を各地方自治体が責任を持って行うことであり、現在、保健省の管轄である役割や職員を徐々に地方自治体へ移行しつつある。

将来的には県病院（District Hospital）も予算管理から実施運営にいたる総ての面で、県医務官（DMO）がその地方の県執政官（DES）に報告するようにし、県医務官（DMO）を含めた地域の医療行政を各地方自治体へ運営を移管する予定である。

PHCの活動を通じた「2000年までにすべての人々に健康を」のWHOの政策にのっとり、保健省はPHCの予防治療の強化とともに地域保健活動の強化を打ち出し、地域保健活動とPHCの再構築を指針とする計画を発表した。これは政府のすすめる地方分権政策に沿ったもので、この指針に従い各県は独自の3カ年計画を策定する。しかし、予算不足により医薬品・機材の供給が不安定ということから政府系の医療施設を利用する住民の数は激減する傾向にある。

表-3 Health units and bed capacity by provider, 1991

	Government Units	Beds	NGOs Units	Beds	Total Units	Beds
Hospitals	48	9,184	33	4,272	81	13,456
Health centres	133		32		165	
Dispensary/ Maternity	6		21		82	
Dispensary	88		110		198	
Maternity units	1		1		2	
Sub-dispensary	414		56		470	
Leprosy centres	8		2		10	
Aid posts	141		39		170	

Notes:(a) Government means Ministry of Health and Ministry of Local Government.

(b) The Government is the major provider in six out of the five levels of care, The “—” indicate the major provider at that levels of care.

(c) If the small health units below the HC are ground into one category the government will also be the leading provider of care at that level of care.

Source : MITYANA RENEWABLE ENERGY RESERCH report no1 ENGINEERING DEP., MOH

4-1-5 リファレルシステムと支援体制

国立の最高リファレル病院 (National Referral Hospitals) としては、ムラゴ病院とブタビカ病院の2ヶ所がある。しかしブタビカ病院は精神病施設であるため、総合病院としての最高リファレル病院 (National Referral Hospitals) はムラゴ病院のみである。

州病院 (Regional Hospitals) は6ヶ所あり、250～500床規模の総合病院である。都市部に多い。

県病院 (District Hospitals) は71ヶ所あり、100床規模の総合病院で、手術患者や長期間の入院患者が多い。

同国は首都カンバラにあるムラゴ病院を頂点として、その下に州病院、県病院を置き、さらにヘルスセンター、ヘルスユニットが構成されるリファレルシステムを持つ。

同国は約86の二次、三次の病院がありその病床数は13,800である。政府系の病院はそのうち58%で、病床数で見ると61%を占める。また、一次病院の64%、クリニックの58%が政府系となっている。

表-4 Health Units and Capacity by Provider, 1991

	Tertiary and Secondary Hospital		Primary Hospital	Outpatient Clinics
	Number	Beds		
Government	50	8,474	188	612
NGO	36	5,343	66	165
Private	0	0	42	284
Total	86	13,817	296	1,061

Note: Tertiary and secondary Hospitals include all Hospitals from the District Level and above.

Primary Hospitals are either health centers with inpatient facilities or dispensary/ maternities.

outpatient clinics include dispensaries, sub-dispensaries, and aid posts.

Source: Uganda Social Sector Strategy p53

4-1-6 地域医療システムの課題と問題点

白人系医師を追放して、アフリカ人自身による医療を展開したのが、ウガンダ、タンザニアおよびザンビアである。この政策が現在の保健衛生医療事情を反映している。なお、昔からの祈祷医師 (Witch

doctor) が現在でもいる。

過去に医療分野では高い水準を保っていた同国も、近隣諸国と比較してみると現在では極めて悪い状況にある。内戦を避けるためまたは経済的理由から、1970年初頭から700人以上の医師が国外に流出している。したがって、1965年には人口11,000人に一人の割合だった医師数が、1991年には人口28,000人に一人の割合になってきている。これは開発途上国の人口14,000人に一人の平均的医師数の割合よりも悪い数値である。

内戦とその後の経済不況により、医療施設は適切な運営維持管理がなされず放置されたままとなっている。このため、建物・機材を含めた医療施設の修復、更新が急務となっているが、同国の限られた財源では都市部の医療施設（病院）のほうに優先順位が高くなり、地方の医療施設、特に下位の医療施設へはなかなか修復、更新の手が回らない状況であり、保健省の復興計画にもわずかなヘルスセンター・サブヘルスセンターが含まれているだけである。

問題点として整理すると、医師の都市部への偏在、運営維持管理の自立化と効率化、供給体制の整備、リファレルシステムの強化、診療費徴収に関する財源調達方針形成、医療関係者の再教育等が挙げられる。また民間医療セクターの出現による賃金格差の問題もまた起こっている。

4-2 保健医療に関わる人員と人材養成

4-2-1 保健医療に関わる人員

1) 医師

内戦以来、過去15年の間に1,500人以上のウガンダ人医師が国外に流出している。National Health Personnel Study, 1991によると、保健省管轄下の医療施設で働いている医師は611名である。他に60名の医師がNGO関係の医療施設に勤務している。

保健省の611名のうち、284名は首都カンパラ市内、45名は第二の都市のジンジャ県 (Jinja)、42名はカンパラの隣にあるムピジ県 (Mpigi)、27名はケニア国境の税関があり交通網が発達しているムバレ県 (Mbale) の順になっている。

同国で医師のいない県はヴィクトリア湖の多くの島々を受け持つカランガラ県 (Kalangala)、ザイール国境に近い山間部のカセセ県 (Kasese)、交通不便なキバレ県 (Kibale) の3県であると資料に掲載されていたが、カセセに現地視察を行った際には医師が勤務していたのでデータが古いと思われる。

現状では、政府の熟練した医療関係者は都市部の病院に集中し、その他の施設では職員不足に悩んでいる。これは給料の低さと地方での治安の悪さ、生活の不便さが原因している。加えて、医療関係学校の卒業生も、不便な地方への赴任を拒否する傾向にあり、医療従事者不足は深刻な問題となっている。

以上の理由だけでなく、内戦後の混乱による治安の悪さから各地の医療施設もダメージを受け、医療機器および設備機器が満足に使える状況にないことも原因としてあげられる。

2) 看護婦

保健省が管轄している看護婦は1,118名であり、525名の看護婦と助産婦がNGO関係の医療施設に勤務

している。

保健省の1,118名のうち、329名はカンバラ市内、98名はジンジャ県 (Jinja)、57名はムピジ県 (Mpigi)、54名はムバレ県 (Mbale) の順になっている。看護婦のいない県は医師と同じ県である。

3) 助産婦

保健省が把握している助産婦は211名である。保健省の211名のうち、23名はムバレ県 (Mbale)、16名はアルア県 (Arua)、12名はムベンデ県 (Mubende) の順になっている。助産婦のいない県は28県もあるが、昔から家庭分娩を介助してきた産婆TBA (Traditional Birth Attendant) も各地に助産婦の代わりとして数多くいる。

4) その他

保健省には9,159名の高等職員がいて、そのうち1,797名 (20%) が、ムラゴ病院に勤務している。

保健省職員全体としては、約6,000名の職員が患者治療にあたり、約3,000名が事務部門で勤務している。それに9,000名程の補助職員 (門番、コック等) をいれて18,000名程が職員として勤務している。

内戦により保健医療関係者の流出があり保健医療関係者の数が減った為、保健医療要員の養成に努めている。

医療サービスの充分でなかった地方部のPHCの充実をはかるため、保健センターの建設とともに補助専門職員の増加、並びに住民参加の保健医療活動を推進するために医療従事者の育成や産婆教育に力を入れている。

知識階級の流出と内戦に伴う教育設備や教育教材の不足のために十分な教育が実施できず、また再教育のシステムが未整備のため全体としての医療レベルの質がまだまだ低い。

表-5 Government and NGO Health Sector Personnel, 1991

	MOH Count	NGO Estimate	Thousand People per Professional
Physicians	611	60	24.7
Registered Nurses or Midwives	1,329	525	8.9
Enrolled Nurses or Midwives	2,774	1,032	4.4
Medical Assistants	769	41	20.5
Health Inspector and Visitors	296	0	58.0
Other Professional	3,390	1,774	3.2
Professionals	9,159	3,432	1.3
Group Employees	8,770	?	
Total	17,929	3,432	

Source: Ministry of Health, 1991 National Health Personnel Study P35

Uganda Social Sector Strategy, 1993 P56

保健医療にかかわる職種について、1991年における医療従事者の配置を別表-6に示す。

4-2-2 保健医療に関わる人材養成

医療従事者の教育、養成は政府およびNGOの教育機関で行われる。

教育省管轄のマケレレ大学の内容について述べる。

マケレレ大学の前身は、1922年に技術学校として設立されたマケレレ技術学校である。その後、1938年東アフリカ一帯の教育レベル向上の必要性から、このマケレレ技術学校を国際的な教育機関にする機構の再編成が行われて、総合大学としてのマケレレ大学となった。1949年になると、高度な教育内容が英国のロンドン大学に認められ、学位授与大学に認定された為、マケレレ大学を卒業する学生にロンドン大学の学位が認定授与されることとなった。1952年には、マケレレ大学の維持管理運営費を隣国ケニア・タンザニアがウガンダ政府と分担することになり、周辺国の中心的大学として認められていた。ウガンダの独立以前は英国が植民地開発費および福祉費としてマケレレ大学に資金援助をしていた。1961年には、上記東アフリカ3カ国により、臨時評議会が設定され、1963年6月、これらの3大学、つまりケニアのケニアロイヤル大学、タンザニアのダルエスサラム大学およびウガンダのマケレレ大学を統合して、3国間の長期ビジョンにたった東アフリカ大学とする構想があった。しかし、独立後、マケレレ大学とロンドン大学との親交が薄れ、さらに、3国間の緊密な関係が薄れたことから、単独の総合大学になり、現在、ロンドン大学の学位授与の認定も存在していない。

医学部の学科

麻酔学科、解剖学科、生化学科、歯学科、保健学科、薬学科、メディカル・イラストレーション科、微生物学科、産科・婦人科、小児科、病理学科、薬理学科、生理学科、精神病学科、外科、放射線学科、整形外科、地方医療医師訓練所

医学部の教員数：教授28名、助教授17名、上級講師45名、講師79名 計169名

医学部の学部全学年学生数（1988年）407名 大学院生数63名

医学部の卒業生数（1987年）62名

同国には総合大学として伝統のあるマケレレ大学の他に、1988年1月に新設されたムバレ大学（イスラム大学）と、1989年10月開校したムバララ理工科大学がある。

ムバレ大学では教育学、イスラム学、医学、社会学の4学部である。

ムバララ理工科大学では、13学部以外に、付属医学校の設置が計画されて、教育学部、応用科学部が設けられ、1989年10月より医学部が他学部争先駆けて50名の学生でスタートした。医学部には、腫瘍解剖学、微小解剖学、心理学、生化学、獣医学の研究室が設置された。

地方部のPHCの充実、住民参加の保健活動の推進を図るため、保健センターの建設・医療従事者の増加、育成、産婆教育に力を入れ、また専門医の流出、教材の不足、医学書籍・雑誌等の文献の入手困難などによる教育レベルの低下が同国にとり深刻な問題であることを認識すべきである。

医療従事者の養成（看護婦、臨床検査技師等）

政府系やNGOの看護学校、臨床検査技師学校があり医療従事者の養成を実施している。

Medical Assistant：理科系の基礎知識のある者が3年間の教育を受ける。

Registered Nurse : 3年の教育を受けた後、さらに一年半のポストベーシックコース (基礎卒業課程) を受ける。

Registered Midwife : 3年の教育を受けた後、さらに一年半のポストベーシックコース (基礎卒業課程) を受ける。

Enrolled Nurse, Enrolled Midwife : 二年半の教育を受ける。

" Enrolled" が " Registered" より低い地位にある。

Registered NurseとMedical Assistantは外来を訪れる患者に対して初期の段階での処置を行い日常のルーチン業務に携わっている。

表-6 Training Institutions and Number

Category of Staff	No. of Training Institutions	Annual	
		No. in Training	Potential Output
Medical Doctor	1	75	NA
Medical Assistant	3	304	90
Registered Nurse	4	180	110
Registered Midwife	3	135	85
Enrolled Nurse	12	452	162
Enrolled Midwife	12	448	192
Health Inspector	1	30	30
Health Assistant	2	54	40
Dispenser	1	38	15
Health Visitor	1	4	4

Source : MOH, Annual Report 1987

4-3 保健医療財政の現状

同国経済は、1970年代、軍事政権による統制経済の下で停滞した。1980年代初め、IMFや世界銀行の資金援助、経済復興計画等により多少回復したものの、内乱の拡大、国内インフレにより、1984年にはマイナス成長に転落した。1981年～1986年の年平均成長率は0.9%で、1985年の一人当たりGDPは370ドルにとどまっている。

1989/90年度の保健医療に対する政府の財政面に占める保健医療関係は全予算の3.1%である (別表-9)。そのうちの主な支出は次のとおりである。(別表-10)

中央政府支出分 (13,843,000,000 US\$: 100%とする)

1) 保健省	11,682,000,000 US\$	84.4%
2) ムラゴ病院	1,649,000,000 US\$	11.9%
3) 地方政府省を通じた保健医療支出	512,000,000 US\$	3.7%

地方自治体 (816,000,000 USh)

1) 地方自治体の保健医療支出 816,000,000 USh

1983-87年における政府、援助機関の保健医療への資金および資金援助の占める割合の推移を表-7に示す。国際援助機関、外国援助による資金援助は大きな割合を占め、それらはほとんど外貨で賄われ、医療資器材の調達に運用される。最近では政府予算の外貨が占める割合が大きいため内貨が不足するのはと懸念されている。

表-7 Source of Fund for Government Health Services,

1983-87 (US \$ millions at Official Exchange Rate)

Source	1983	1984	1985	1986	1987
Ministry of Health	19.4	22.2	13.9	15.1	9.9
Mulago Hospital	-	-	-	4.8	3.9
Donors	5.2	13.8	22.0	17.8	21.6
Total	24.6	36.0	35.9	37.7	35.4
Donors as % of Total	21%	38%	61%	47%	61%

Source : MPED, Background of the Budget, 1988-89: UNDP,

Report on Development Cooperation in Uganda, Various years

厳しい経済事情のため薬品、医療資器材および病院運営経費に当てられる予算が緊迫しているが、財源の適正配分と財務管理の適正化にまだまだ改善の余地が残されている。また、海外援助や民間資金の導入、診療費徴収などの財源の開拓や動員も課題となっている。病院における診療費徴収や民営化も現在のように方向性を欠いたままだと、貧富間や地域間の格差が増幅される一方である。

4-3-1 政府保健予算と支出

同国における機材整備の現状は、保健省の予算にみることでわかるように機材整備費が省内予算額の1%程度であることから推測して、自助努力によって実施することはほとんど不可能であり、その多くは海外先進国の援助に頼らざるを得ないのが現状である。従って、現有機材の大部分は独立前に英国がのこしていったものか、独立後先進国の援助によって整備されたものがほとんどである。大多数の機材が耐用年数をはるかに越えており、ある機材は20年以上も使用されており、今日まで更新することが出来ず、だまじだま使用しているという現状である。使用頻度が高い機材ほど故障が多く起こるようになっている。

1990年/91年の保健医療関係の支出を表に示す。伝統医薬品まで含めた保健医療への全支出は約526億シリング（一人当たり3,200シリング）である。これは世銀が開発途上国に推奨する額（保健医療予算/国家予算）の1/4にすぎない。この要因として、政府の予算支出が少ないことと貧弱な医療サービス体制があげられる。

表-8 Estimate of Recurrent Expenditure on Medical Care for 1991 by type of Provider in Uganda '000,000 sh

	sh	%
1. Govt. services (total)	17,000	32.3
(a) government	9,400	17.9
(b) donors	7,600	14.4
(c) user charges	-	-
2. Mulago Complex (total)	2,660	5.1
(a) government	2,650	5.1
(b) donors	-	-
(c) user charges	10-	*
3. Private services (total)	33,000	62.7
(a) modern	27,000	51.3
(b) traditional	3,000-	5.7
(c) donors	3,000-	5.7
(c) government	-	-
Grand total	52,660	100.0

Source: The Three year Health Plan Frame 1993/94-1995/96 p6

地域別予算配分をみると、病院の集中している都市部で人口比率に対する予算配分比率が高くなっている。しかし過疎地では保健サービスをカバーするためのコストが高つくため、病院運営は苦しい状況である。

4-3-2 保健予算の財源

特定の政策的医療を除けば、現在は施設が患者から診療費を徴収して運営経費にあてることが許されているので、受診料、薬代、検査料、歯科医療など、各施設が独自に料金表を作成して患者から徴収している。これをコストシェアリング（ユーザーフィー）という。しかし、政府としての統一料金表や徴収の基準は作られておらず、支払い免除も患者と病院との交渉になっていて、不安定な収入なため計画的な施設運営ができない状況である。

国家予算の不足により、医療施設の改修、薬品、医療機材の購入に困難を生じている同国では、医療費の一部を患者に負担してもらうコストシェアリングの政策をとり、財源確保に努めている。ここではコストシェアリングを導入した地域の病院の状況を述べる。

参考：ウガンダの公務員の月給を示す。(1988年度)

等級	数	平均給料	階級
A	NA	7,963/-	Principal judges
U1	NA	4,208/-	Directors, Head of Department
U2	NA	4,000/-	Doctors, Deputy Heads, Engineers, Town Clerks
U3	1,000	3,763/-	Academic Staff, Senior Administrators
U4	3,500	3,035/-	Graduate Teachers, Senior Administrators
U5	9,100	2,551/-	High Executive Staff, County Chiefs
U6	15,500	2,172/-	Registered Nurses, Grade V Teachers
U7	49,000	1,917/-	Teachers, Chiefs Enrolled Nurses
U8	161,500	1,765/-	Group Employees, Casual Workers

出典：UNICEF Children and Women in Uganda p30

参考：ウガンダの対ドル換金率の推移

年度	月	市場	政府
1989	January	396	165
1990	January	763	374
1991	January	778	570
1992	January	1241	970

出典：世銀 Uganda Growing Out of Poverty p117

(調査した1993年度のレートは1ドル=1,175Ushであった。)

1) ムラゴ病院

1992年にコストシェアリングが承認された後、国の最高リファレルであり教育病院であるムラゴ病院もこのコストシェアリングを導入した。

この計画を運営するため、病院から選出された議長を頭に、看護婦、パラメディック、各職域の職員、RC5の代表からなる委員会が結成された。これにMedical Superintendent, Principal Nursing Officer, Accountant, Hospital Administrator等が参加している。患者から徴収した金は、厳重に管理され、週に2回の計画検討会で策定したガイドラインに則り配布される。会計官は毎日外部のAuditor-General事務所の会計監査をうける。

ガイドラインの原案はつぎのとおりである。

入金した金の5割は病院のサービス向上に使う。1割は組織運営に、4割は職員の教育訓練に使う。料金の概要は次のとおりである。

6階にあるプライベートフロアでは、4床室-ホテル並-が15,000ush/日、2床個室が25,000ush/日、プライベートスイートが50,000ush/日である。

軽い病気の診断：5,000から10,000ush、中程度の病気診断：10,000から20,000ush、重傷病気の診断：

60,000ush、簡単な手術：20,000ush、帝王切開術等の中程度の手術：40,000ush、大手術：100,000ush、X線診断：1,500ush

外科医はそのうち4割を、病院は残り6割を受け取るが、麻酔医は外科医の取り分のうちその3.5割を受け取る。プライベートの外来では4,000ushの4割が医師の取り分である。プライベートを利用する患者にとっても、病院側のサービスが向上して清潔になり、食事も良くなったと好評である。

2) カユンガ (KAYUNGA) 県病院 ムコノ県 (MUKONO DISTRICT)

ラボ検査、X線検査、産後ケア：500ush/回、院内出産：500ush/回 その付添い：500ush/人、緊急手術：5,000ush/回、Cold operation：10,000ushから20,000ush/回、自然分娩：3,000ush/回

収入の5割が人件費に使われ、2.5割が医薬品の購入と病院の維持管理費に、のこり2.5割が貯蓄に回され、施設の拡充等の計画にあてられる。

3) フォートポータル (FORT PORTAL) 県病院

コストシェアリングを1991年10月より導入した。外来患者：300ush/1回目、200ush/2回目以降、入院時：500ush/回

収入の5割は職員の福利厚生費に、3割は維持管理費に、1割は事務費に、残り1割は病院の貯蓄に回される。

AIDS、結核、70歳以上、学生、病院職員、産後治療の母親、予防接種等の患者は無料である。寄付金に頼っている病院の現状ではこのコストシェアリングは良い選択枝である。ここではドイツのGTZの協力がある。

4) カバレ (KABALE) 県病院

以前は毎月保健省より420,000ush配分されたが、今年から100,000ushに減額された。保健省の予算だけでは賄えなかったが、コストシェアリングの導入によりある程度の費用が捻出できるようになった。

5) アバック (APAC) 県病院

アバック病院では、HIV、結核、ライ病、重病人、職員とその家族、身体障害者、囚人、貧困者は無料としている。コストシェアリングの導入は政府や援助による資金が限定されている状況では、地方の自助努力を求めるには良い方策であり、地域住民の関心を喚起し自分達で病院を改善するという状況を作るには最適な方法である。しかしまだローカルの委員会からの反対の声がある。

初診料：病院-300ush/回、ヘルスセンター-150ush/回、Dispensaries Sub Dispensaries 100ush/回

6) カリシゾ (KALISIZO) 県病院、マサカ (MASAKA) 県病院

両病院では、患者の扱いが悪い、医薬品の盗難等の職員のモラル向上を目的としてコストシェアリン

グを導入したが費用対経費のレートや料金の回収が悪く、また職員にその利益が還元されない。

カリシノ病院では、コストシェアリングで1,489,400ush徴収したが、259,700ushがパラフィン、電球、修理に使用され、1,229,700ushが残ったが職員に分配するには少ない金額である。しかし地域住民が非常に貧しいので負担の率をあげることは困難である。また中央の政府より3カ月毎に薬品が配給されるが、1カ月に消費し残り2カ月は薬なしで病院を運営している状況である。

マサカ病院では、外来：500ush/回、入院：500ush/日、プライベート部屋：1,500ush/日を徴収している。しかし、職員よりコストシェアリングを行っても全くなにも病院からは還元されないと不満の声がある。

7) ソロティ (SOROTI) 県病院、ムバレ (MBALE) 県病院、トロロ (TORORO) 県病院

ここではコストシェアリングの方式が導入されたが、患者や職員の両方から全く利益にならないとして反対されている。

コストシェアリングの問題点としては、自助努力を求める点では政府の進める地方分権政策に合致するが、運営能力のない病院では徴収した金の所在が不明になり、結局病院の運営には使われないなどがある。

医療民営化の是非と方法については関係者の間でも意見が分かれているようである。保健省の判断は比較的消極的である。政府としての明確な方針はまだない。しかし、以前は禁じられていた公務員医師の開業・兼業が現在は黙認されており、給料が低いこともあってある程度の医師が自宅で開業したり、民間の施設でアルバイトするようになっている。

4-4 政府の開発計画の中での保健医療計画

アミン軍事独裁政権による暴政およびその後の永い内戦を経て、厳しい程の国際貿易収支の悪化、AIDS感染の増加にもかかわらず、同国政府は世界銀行・IMF・外国援助の支援をうけながら経済復興計画に継続的に取り組んできた。同国のほとんどの地域における平和、治安の回復に伴い経済活動の状況も改善され同国市民による新たな経済環境創設の気運が高まってきているが、所得水準の低さ、インフラの未整備等に見られるように、顕在する貧困は同国にとって引き続き深刻な問題であり、経済成長に基づく開発計画を策定している。

貧困に起因する問題には保健医療に関するものも多く存在する。国民の健康なくしては国の経済復興はありえず、貧困追放の経済政策とともに高い疾病率、AIDS感染の増加等ウガンダの現状を踏まえた国民の健康をめざす保健医療計画が策定されている。

同国での保健医療計画は、「公衆衛生計画」(Public Health Programs)と「診療サービス」(Clinical Services)が主な二本柱であり、これらを補助するものとして研究活動がある。

ウガンダでの保健医療計画を分野別に以下記述する。

1) 「公衆衛生計画」 (Public Health Programs)

(1) Programs for Disease Prevention and Control (疾病予防・抑制対策プログラム)

・ The Uganda National Expanded Program of Childhood Immunisation (UNEPI)

計画対象地域の母子に対して予防接種をおこなう。

1986年にウガンダの全児童に対する6種類の予防接種を実施するためにUNEPIが発足した。この活動では15-49才までの妊娠可能な女性に対してもその対象人口の85%を目標に予防接種を行う計画もなされた。この2大目標を持ってEPIプログラムを進めた結果、対象疾病による死亡率疾病率がコントロールできるレベルまで下がってきた。しかしながら100%の予防接種カバー率を目標に活動をおこなっているが、政府からの予算が十分でないことが問題となっている。

・ Control of Diarrhoeal Diseases (CCD) and Acute Respiratory Infections (ARI)

CCD (下痢感染症抑制プログラム) は1984年に発足した下痢感染症による死亡を減らすプログラムである。その活動内容は次の五つである。

1. 治療
2. 感染症の調査及びその抑制
3. 母子保健、予防接種
4. 環境対策 (啓蒙活動、母乳による授乳、安全水の供給、便所の造成など)
5. 栄養

・ Communicable Diseases Control (CDC) / Epidemiologic Unit

マラリアやその他の昆虫の介在する疾病・伝染病を抑制するためのプログラムである。アメリカのRiver Blindness Foundationの継続的援助を受けて続けられている活動である。

・ AIDS / STD Control

エイズ抑制のために1987年に設立されたプログラムである。エイズ抑制のために保健省を始めとする関係省庁の活動調整機関としてエイズコミッションが設けられた。保健省主導のもとエイズキャンペーンがなされている。主な活動はつぎの通りである。資金は政府、WHO、USAIDより得ている。

1. HIV/AIDSの疫学的調査、研究、評価
2. 性病抑制
3. 啓蒙活動
4. 安全な輸血
5. 治療及びカウンセリング

・ Tuberculosis (Tb) and Leprosy Control

結核はウガンダにおける最大の課題である。感染率は2.1%以上でありHIV/AIDSの流行により事態はさらに悪化してきている。このプログラムは1990年3月にGIRA、NSL、EDF、JMS、MEMISA、MISEREOR、イタリア政府の援助により開始された。

・ Veterinary Public Health (VPH)

このプログラムは眠り病、狂犬病、ブルセラ症の抑制を目的とする。

(2) Programs for the Promotion and Control of the Environment for Health

・ Community Water Supplies

UNICEF、DANIDA、OXFAM/ODA、AVSI、CUAAM等と保健省、地方政府省が共同して安全な飲料水確保のためのプロジェクトを実施している。

・ Environmental Sanitation

保健省、地方政府省、地方自治体と外国援助が共同して上下水道、衛生環境の整備のためのプロジェクトを実施する。

・ Financial Implementation of Water and Sanitation Projects

UNICEFが主体となって衛生環境整備プロジェクトの必要な資機材の調達や給料等の資金援助を行うプログラムである。

(3) Programs for the Protection and Promotion of the Health of Specific Population Groups

・ 15才から49才までの妊娠可能な年齢にある母親、子供、0から5才までの乳幼児等を対象とした保健医療サービスを実施するプログラムである。

(4) Programs for General Health Protection

・ Nutrition including Food Safety

UNICEF、UNDPの支援を受けて家族計画の一環として母子の栄養環境の改善を行うプログラムである。

・ Inter-Sectoral Health Advocacy

薬物乱用禁止、禁煙運動等を推進、提唱、法制化し、健康を守る活動を薦めるプログラムである。

(5) Program Support

・ Health Education and Public Information

マスメディア、地域リーダーの啓蒙等により国民の健康に関する知識を広め、覚醒させることを進めるプログラムである。

2) 「診療サービス」 (Clinical Services Programs)

(1) Out Patient Services

・ Reproductive Care

産前・産後のケア、家族計画を行う診療サービスである。

・ Child Health Care

下痢感染症プログラムに関連する経口補水等の小児向けの医療サービスを実施する。

・ STD Treatment

USAID、WHOの支援を受けて性病に対する医療サービスを実施する。

・ HIV / AIDS

限定した公立、NGOの医療施設を対象にHIV / AIDS感染患者の診療とカウンセリング等の医療サービスを実施する。

・ Tb / Leprosy

結核・ハンセン氏病患者に対する医療サービスを実施する。

・ General Clinical services (medical / surgical)

バイやマルチのドナーと協力して医療サービスを実施する。

(2) In-patient Care and delivery of Pregnant Women

・ General In-Patient Services

入院患者への医療サービスの向上を図る活動である。

・ Maternity Services

出産に際して施設分娩の普及または看護婦、助産婦等の介助を進める活動である。

(3) Community Based Care (TBAs and Outreach)

・ UNICEF, OXFAM, WORD, NEIGHBORS, AVSI, CUAMM, VISION, WHO, AMREF, CEBEMO, 等からの援助を受け、NGOとの密接な協力関係のもとに実施されている。活動対象は次のとおりである。

- ・ Traditional Birth Attendant (TBAS)への教育訓練実施による能力向上に伴う家庭内出産の改善
- ・ Community Health Worker (CHWS)への教育訓練実施によるコミュニティ内での基礎的保健医療問題の対処 (治療：マラリア治療等、予防医療：安全水の確保等、保健医療広報：栄養学等の広報)

(4) Special Clinical Program

- ・ Psychiatric Services

ウガンダには精神病院は一箇所しかない。ADBの支援を受け精神病治療分野の医療サービスの質的向上を目指す。

- ・ Blood Transfusion Services

EEC、SIDA、USAID、IDA/WBの支援を受け中央血液銀行を改修し輸血業務の安全確保と地方の職員の質の向上をすすめる活動である。

第5章 保健医療事情

5-1 国民保健の現状と人口、保健統計指標

5-1-1 人口構成と分布

同国の総人口は、1990年末で1,880万人であるが、人口の年間増加率は、1965～1980年で2.9%、1980～1990年で3.6%である。年間出生数は1990年で985千人、出生時の平均余命は1990年で52歳、5歳未満児死亡率は1960年で223人/1,000人、1990年で164/1,000人、乳児死亡率は1960年で133/1,000人、1990年で99/1,000人である。16歳未満と5歳未満の人口は1990年で、それぞれ9.7百万人、3.9百万人となっている。都市人口の年間増加率は1980～1990年で5.4%になり、1965～1980年の4.1%からみて明らかに増加している。人口密度は1990年末で、Km²当たり70人である。1990年で総人口の10%が都市に居住している。また、1990年総人口の52%が労働年齢人口（14～64歳）で、このうち86%が農業、4%が工業、10%がサービス業に従事している。

教育は最近急速に普及しており、小学校就学率は男76%女63%、中学校進学率は男16%、女9%である。成人識字率は1990年で男62%、女35%であり、周辺国と比較しても良く普及しているといえる。

(詳細なデータは別表-15, 16, 17, 18を参照)

国	小学校就学率	中学校進学率	成人識字率
ウガンダ	男65%、女49% (1982-84)	男11%、女5% (1982)	男70%、女45% (1985)
ケニア	104%	20%	男60%、女35% (1983)
ルワンダ	70%	2%	男51%、女27% (1983)
エチオピア	78%	54%	61% (1986)
ザイール	90%	23%	男74%、女37% (1983)

5-1-2 基本人口統計指標

表-10

Health Indicators	1980	1983-88
Crude Birth Rate (per 1,000 pop.)	45	—
Crude Death Rate (per 1,000 pop.)	15	—
Infant Mortality Rate (per 1,000 live birth)	120	101
Child Death Rate (per 1,000 1-4 pop.)	68	88
Life Expectancy at Birth (years)	53	—
Total Fertility Rate	7	7.3
Population per Physician	213,000	—
Population per Nurse	19,000	—
Population per Health Unit	16,500	—

Source : UGANDA COUNTRY INFORMATION UNICEF 1990 (vii)

5-1-3 死亡率と死因

1) 乳児死亡率 (IMR : Infant Mortality Rate)

1990年統計による乳児死亡率は99人/1,000人であった。1970年代には減少傾向であった乳児死亡率が増加傾向を示した。同国の乳児死亡率は近隣のケニア・ジンバブエと比較しても高い数値を示している。

1965年からの統計によれば大部分の開発途上国では、確実に減少傾向を示しているにもかかわらず同国は1965年からの減少傾向が小さい。これはアミン軍事独裁政権による暴政およびその後の永い内戦による政治的混乱及びその混乱に起因する貧弱な社会経済活動状態、さらにかかる状況下での医療サービス分野における不適切な予防治療活動の結果といえる。これらの主要原因としてはマラリア、下痢症、ARI、貧血症、敗血症があげられる。

表-11

国名	1965	1990	減少比率
ウガンダ	119	99	17%
ケニア	112	67	40%
ジンバブエ	103	49	52%
ガーナ	120	85	29%
南部アフリカ全諸国	157	107	30%
全低所得国	124	69	42%

Source : World Development Report 1992 p272

2) 小児死亡率 (5才未満児)

小児死亡率は、164/1,000 (1990) と非常に高く、ケニアと比較して約3倍程高い数値である。その原因としてはマラリア、下痢症、肺炎、貧血症、AIDS/HIVがあげられる。これらは本質的に予防できるものである。

3) 成人死亡率 (Crude Death Rate 22/1,000)

1990年代の成人死亡率は、AIDSの流行により上昇するであろうと予測されている。この感染症は、経済および生産活動を行う年齢層グループに多大の影響を与えており、それらのなかでも低所得層への影響が大きいと言われる。

4) 妊婦死亡率 (Maternal Mortality Rate MMR: about 22/100,000)

妊婦死亡率の高さは、不適切な妊婦看護、および避妊具の普及率の低さ (約6%) や女性の教育水準の低さからくる不十分な家族計画の普及の反映と考えられる。平均的にみて、妊婦のおよそ80%が何らかの形の産後ケアを受けているが、30%以上の女性はいまだ熟練した人の手助けなしに家庭で出産している。

表-12 Major Causes of outpatient Morbidity, Uganda ,1988-1990

Disease Name	1988		1989		1990	
	Rank	Percent	Rank	Percent	Rank	Percent
Malaria	1	20.2	1	21.7	1	22.6
Upper Respiratory Disease	2	13.8	2	16.1	2	15.6
Trauma / Injuries	3	9.7	3	9.6	3	9.1
Intestinal Worms	4	7.6	5	7.5	4	7.7
Diarrhoeal Diseases	5	9.1	4	8.7	5	7.0
Lower Respiratory Diseases	6	6.3	7	5.3	6	5.9
Skin Diseases	7	6.7	6	7.4	7	5.6
Other Eye Infections	8	5.1	8	4.7	8	4.5
Ear Infections			10	2.3	9	2.1
Anaemias	9	3.4	9	2.4	10	1.9
Sexually Transmitted Diseases	10	2.8			11	
All other diseases		15.3		14.4		18.0
Number of Recorded visits	2,840,448		4,208,705		6,952,681	

Source : Republic of Uganda, Ministry of Health, Health Planning Unit (1991)
Health Information Quarterly 8(3), September.

表-13 Major Causes of Inpatient Mortality, Uganda, 1988-1990

Disease Name	1988		1989		1990	
	Rank	Percent	Rank	Percent	Rank	Percent
Malaria	2	9.6	3	8.4	1	14.2
AIDS or HIV Infection	6	4.8	2	8.9	2	9.3
Diarrhoeal Diseases	1	10.4	1	11.1	3	8.7
ARI / Pneumonia	4	8.1	4	7.7	4	7.9
Anaemias	5	7.5	5	7.4	5	7.3
Nonmeningoccal Meningitis	8	4.2	7	5.2	6	5.6
Nutrition Deficiencies	3	8.8	6	6.0	7	5.4
Tuberculoses	9	3.9	8	4.6	8	4.5
Tetanus	10	3.5	10	3.3	9	3.3
Trauma / Injuries			9	3.5	10	3.1
Measles	7	4.4				
All other diseases		34.7		33.9		30.6
Number of Recorded visits	4,689		3,545		5,439	

Source : Republic of Uganda, Ministry of Health, Health Planning Unit (1991)
Health Information Quarterly 8(3), September.

5-1-4 疾病構造

1988、89、90、91年のウガンダにおける外来患者、入院患者の疾病毎の患者数を別表-19、20 にしめす。

・外来患者の疾病構造

これによるとマラリア、呼吸器系疾患が上位1位、2位を常にしめている。次いで年度によりその順位は異なるものの、寄生虫病、下痢感染症、外傷（事故、けが等によるもの）が3位、4位、5位をしめている。

さらに順位の変動はあるものの10位まで皮膚病、眼病、貧血、耳病、その他と続いている。マラリア、呼吸器系疾患、寄生虫病、下痢感染症が主な疾病であり、これは途上国特有の疾病パターンであるといえる。

・入院患者の疾病構造

これによるとマラリア、下痢感染症が上位1位、2位を常にしめている。次いで年度によりその順位は異なるものの、肺炎、栄養障害、髄膜炎、貧血、結核、麻疹、敗血症、その他となっている。

5-1-5 基本保健統計指標 (UNICEF子供白書1992より) 表-14

5歳未満児死亡率 (1960/1990)	223/164
乳児死亡率 (1960/1990)	133/99
総人口 (百万人) (1990)	18.8
年間出生数 (千人) (1990)	985
一人当たりのGNP (米ドル) (1989)	250
出生時の平均余命 (年) (1990)	52
母乳育児の比率 (%) (1980 - 1991) (3カ月、6カ月、9カ月)	92/88/85
栄養不良時の有症率 (%) (1980 - 1991) 0-4歳の低体重児 中等度/重度	23/5
中、重度の消耗症 (12-23カ月)	4
中、重度の発育阻害 (24-59カ月)	25
一人当たりの食糧生産の平均指数 (1979 - 1981=100) (1990)	90
一人当たりの必要カロリーの充足率 (1988)	86
安全な飲料水を手入手できる人々の比率 (%) (1988 - 1990) (全国/都市/農村)	21/43/18
保健サービスを手入手できる人々の比率 (%) (1985 - 1990) (全国/都市/農村)	61/90/57
予防接種を受けた比率 (1981/1990) 一歳児結核	18/99
	DPT
	9/77
	ポリオ
	8/77
	麻疹
	22/74
妊婦に対する破傷風	20/31
ORSの使用率 (%) (1987 - 1989)	15
成人識字率 (男1970/1990 - 女1970/1990)	52/62 - 30/35
小学校就学率 (男1960/1989 - 女1960/1989)	/76 - 32/63
中学校進学率 (1986-89) (男/女)	16/9
人口 (百万人) (1990) (16歳未満/5歳未満)	9.7/3.9
人口の年間増加率 (%) (1965 - 1980/1980 - 1990)	2.9/3.6
粗死亡率 (1960/1990)	21/15
粗出生率 (1960/1990)	50/52
平均余命 (1960/1990)	43/52
合計特殊出生率 (1990)	7.3
都市人口の比率 (%) (1990)	10
都市人口の年間増加率 (%) (1965 - 1980/1980 - 1990)	4.1/5.4
一人当たりのGNPの年間平均増加率 (%) (1965 - 1980/1980 - 1989)	-2.2/-1.0
インフレ率 (%) (1980 - 1989)	108
政府支出中の支出比率 (%) (1986 - 1990) (保健/教育/防衛)	2/15/26
ODAの受け入れ額 (100万米ドル) (1989)	397
ODAが受け入れ国のGNPに占める比率 (%) (1989)	9
債務支払いが商品やサービスの輸出額中に占める比率 (%) (1970/1989)	3/45
避妊法の普及率 (%) (1980-1990)	5
保健員の付き添いを得た出産の比率 (%) (1983-1990)	38
妊産婦死亡率 (1983-1990)	300

5-2 栄養

栄養状態や栄養摂取量は同国では大きな問題である。各病院で死亡する小児の多くは栄養障害が背景にある。5歳以下の子供の1/4が低体重児であり、また、5歳以下の子供の半数が何らかの発育不良児である。これは同国における慢性的栄養不良が高度に関係していると言える。例えば食糧、ミルク供与のほか、栄養障害に対する取り組みは乳児死亡率を減減させる上で重要である。

特に地方での低所得層に小児の発育不良の発生日合が高い。伝染症や低体重児出産を含めた栄養障害に対する改善要因は小児ケアの改善と幼児への母乳による授乳の実践である。重度の栄養障害も相当な数で発生している。微量元素欠乏症も同国の特定の地域では問題となっている。栄養障害にはビタミンA欠乏症やヨード欠乏症も含まれる。

5-3 飲料水と衛生環境

水質および上下水道の普及率は同国ではまだまだ他国と比較して大きく遅れている。随分前の植民地時代に整備された上下水道がそのままの形で残されていて、老朽化しており、水道管は各地で破損していたり、浄水設備が不完全で、良質な飲料水を供給できない。地方に行けば、上水道や下水道の施設は全くなく、原始的な方法によって河川や湖沼の水を利用せざるを得ない状況にある。これらの河川や湖沼の水は、各種の病原菌に汚染されている。

最も重要な疾患は、経口感染症であり、これの原因としては飲料水が最も重要視されている。すなわち、都市部においては、水道管の破損、陰圧による汚水の吸引、浄水設備の不備による飲料水の不完全処理、不完全な下水処理、そして衛生観念の欠如などにより、汚染された飲料水が赤痢、コレラ、腸チフス、流行性肝炎、ポリオ、寄生虫病などの経口感染症の発生を媒介しているためである。

地方における安全な水へのアクセスは限られており1960年代は人口の17.5%に達しただけであった。都市部はそれよりやや恵まれており、1970年代になって水道管による給水システムが、18県の主だった町で開始され、高圧水による給水も多くの地方病院、学校に設備された。衛生設備も1960年代から拡充し地方の家庭の90%までがなんらかの形の便所を備え付けるようになった。都市部の衛生設備はもっと良くなり、地下下水道やごみ収集組織が設けられた。安全な飲料水を入手できる人々の比率（1988～1990）は、全国21%、都市43%、農村18%である。

1991年の調査では、安全な飲料水を入手できる割合は全人口の20%に過ぎない。しかも都市部で高く地方部で低くなっている傾向にある。また、同じ調査によると、タイプはどうであれ便所を備えてある家は全体の65%でありそのうち水洗式の便所は15%にすぎない。この数値は国民の健康を考えるにはあまりにも低い数値であるといえる。

洗濯や飲料水を含めた家庭における給水率や便所使用の普及は、個々の家庭における下痢感染症の低減運動に与える影響は大である。

（詳細は別表-21を参照）

5-4 人口家族計画—避妊方法、普及率

同国の出生率は非常に高く7.3である。しかしながら乳児死亡率・小児死亡率の高さ、早婚、伝統的な大家族主義、女性の就学率の低さ、非効率的な家族計画の実施といった観点から判断すれば特別に驚く数値ではない。

同国のDHSのデータに基づく目標とする出生率（DTFR：Desired Total Fertility Rate）は、もし女性が効果的な家族計画のサービスが受けられるとした場合で6.5であった。

一体どのような家族計画サービスを充実させれば、1990～95の間に7.2であった出生率を、1995～2000の間に6.5まで下げることが可能であるかの検討をUNICEFがおこなった。それによれば、女性への教育が普及拡大し、家族計画に対する知識や利用が増加すれば、将来的にはケニアの4.5もしくは、一般的途上国の3.7までDTFRは減少するといわれ、同国のTFRは、2000-2005までには5.87に、また2005-2010には5.0に減少すると予想される。一定した出生率並びに出生率の減少予測傾向を表-11に示す。

表-15の数値から政府の求める「AIDS抑制」政策も予想され、早速実施するために検討すべきである。

一定した出生率のシナリオのもとでは、AIDS感染、乳児死亡率、小児死亡率の低下を反映し、人口増加率は加速される。このような場合、1990年に1,630万人であった人口は、132%の増加をみせ2015年には3,780万人になると予想される。

一方、減少出生率のシナリオのもとでは、人口増加は2015年に3,130万人になると予想される。このように同国の人口はどう予測しても急激に増加するが減少出生率のシナリオではその度合が小さくなる。

同国の環境において、以下のような点が家族計画のサービスを広く普及させるための根拠としてあげられる。

1) 母子保健

再妊娠可能な女性の中での高年齢出産、短期間での出産の繰り返しは、母子両方の健康を損なうことは良く知られたことである。この観点から保健医療3カ年計画には「ここでなされている家族計画はMCH活動の最も重要なものであり、人口計画にはたすその役割を無視できない」とのべられている。

出産に関連する母体への健康リスクとして妊娠中絶があるが、調査では若い同国女性の7%が妊娠中絶を行っていた。

表-15

	1990-95	1995-00	2000-05	2005-10	2010-15
Total Fertility Rate					
Constant Fertility	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3
Declining Fertility	7.2	6.5	5.8	5.0	4.6
Crude Burth Rate					
Constant Fertility	51.9	52.7	52.6	52.3	52.0
Declining Fertility	51.3	47.6	43.8	39.6	38.3
Crude Death Rate					
Constant Fertility	20.4	21.3	20.0	17.1	14.1
Declining Fertility	20.3	20.6	18.9	16.1	13.6
Population Growth Rate					
Constant Fertility	3.1	3.1	3.3	3.5	3.8
Declining Fertility	3.1	2.7	2.5	2.4	2.4
Population (in million,end of period)					
Constant Fertility	19.0	22.3	26.2	31.3	37.8
Declining Fertility	19.0	21.7	24.6	27.7	31.3
Dependency Ratio (%end of period)					
Constant Fertility	108	111	113	113	113
Declining Fertility	107	106	100	89	81

Source : Demographic Table

2) 再妊娠の選択

母体へのリスクにかかわらず、再妊娠の選択は「妊娠、出産、子育てといった一連の節目からの解放であり」、女性の福利の面からも重要なことである。

この点は保健医療3カ年計画でも指摘されており、家族計画を望む成人女性の52%まで再妊娠の選択に関するカウンセリングサービスが受けられるようにすべきであるとされている。地方に住む同国女性は一日12～18時間、平均しても15時間以上も働いている。労働時間の点からも子供は少なく持ちたいと思う同国女性が多くいる。

3) 個々の家庭レベルでの貧困の克服

多産は貧しい家庭の家計を圧迫し、食材の選択肢を減らし、子供の健康に対するケアを損なう心配がある。子供の多い家族は貯蓄も少なく、従ってますます貧困からの脱却も難しくなっていく状態である。

4) AIDS

同国における成人におけるHIV感染率は、10～12%のあたりにあると予測されている。子供が新生児AIDSとして生まれる可能性があることや、子供が孤児になるといった観点から、これらの人々が次の子供を持たないように説得、支援しなければならない。

5) 高い出生率による急激な人口増加

国家開発の観点からみれば、現在また将来の人口密度は過度であり、高い率での人口増加もまた国家にとって害であると考えられている。

同国における急激な人口増加も家族計画を普及させる理由の一つであるが、しかしここに述べた5つの家族計画のサービスを普及させるための根拠のうちの1) から4) までは、重要で価値のあるものである。

政府の家族計画は、保健省のMCH/FP部門が担当し、USAID、UNFPAの援助を受けて実施されている。計画は家族計画の必要性を強調し、ヘルスユニットにおけるサービスを拡充することにある。保健省はまた、適当な場所における民間部門を通じた避妊薬の販売も積極的に働きかけている。現在、保健省は限られた家族計画サービスを行い、わずかな病院が避妊薬をストックし、家族計画のアドバイスを口頭で普及しているだけである。ウガンダ家族計画協会は全国的に家族計画サービスを展開しており現在、90以上のクリニックを運営している。

家族計画については、政治体制の変革やキリスト教カトリック勢力の復権などから、政府としては人口抑制政策をとっていないため、家族計画実施に関しては難しい問題である。同国の国民は家族計画の重要性を理解しており、積極的に進めて行きたいと考えている。避妊方法に関しては、ピル、子宮内リング、コンドーム、避妊手術などを用いている。

5-5 母子保健

母子保健は基本的には、プライマリーヘルスケアの一つとして、地域に根付いて行われるものである。同国における母子保健では、乳幼児の下痢対策、水と衛生、急性呼吸器性疾患、予防接種、妊産婦ケア、母親への乳児の栄養教育・衛生教育が重要である。

妊産婦死亡率（1980～1990）は300、避妊法の普及率（1980～1990）は5%、出生時の平均余命（1990）は52年、5歳未満児死亡率（1960/1990）は223/164、乳児死亡率（1960/1990）は133/99はいずれも周辺国と較べて高い。

妊婦の産前ケアの不足や栄養障害が新生児死亡率を悪化させ、また母乳栄養率の低さや学童児の栄養

失調の率の高さにも関係してくる。一人当たりの必要カロリーの充足率（1988）は86%で、一人当たりの食糧生産の平均指数（1979～1981を100とする）が1990では90に低下している状況では栄養に関しては楽観視できない。

5-6 予防接種（EPI）

1970年代まで、予防接種は母子保健サービスの一環として受け入れられ指定されたヘルスユニットで定期的になされてきた。

UNEPI（Uganda National Expanded Programme of Immunisation）は1983年10月に正式に発足した。それ以前はポリオ（1963年）、コレラ（1967年）、SMALLPOX（1968年）のさまざまな予防接種のキャンペーンが行われていた。またUganda Essential Drugs Management Program にそってUNEPIは最も強い母子保健の担当部署となるべく、また今後の5年間における地方の医療ケアシステムの基盤となるよう構築されてきた。

予防接種を受けた比率（1981/1990）は、一歳児結核は18/99、DPTは9/77、ポリオは8/77、麻疹22/74で確実に上昇している。1984年以来予防接種のカバー率は確実に上昇している。新生児に対するカバー率は、北部のいくつかの地域ではいまだに低い状況にある。

また、残念ながら現在の医療情報システムでは病気罹患率や死亡率に関するデータを提供できないでいる。

1989年には750カ所にコールドチェーンが整備され、予防接種用器材が供給された。UNEPIから職員が派遣されて、1,500カ所の場所で予防接種が実施された。

UNEPIはUNICEF、Save The Children Fundの援助を受け、さらにイタリア、カナダ、ノルウエーの各政府、Rotary International、その他の援助機関からの支援を受けている。

ポリオや麻疹のように弱毒性ウイルスワクチンで、子供を感染発病から守ることは先進国ではごく普通のことになったが、途上国では生ウイルスワクチンの普及にはさまざまな困難な問題がある。農耕民はともかく遊牧民に対するワクチン投与は、はなはだ困難な実情にあるのが現実である。

一方、末端医療機関での生ワクチン保存に問題があって、ワクチン接種が行われているにもかかわらず、数年毎にポリオの流行が繰り返されているのが現状である。

5-7 疾病対策

5-7-1 下痢症

各医療機関の入院原因疾患や死亡原因として挙げられる疾患群の中で、急性胃腸炎および下痢症は常に上位を占めており、また現在増加傾向にある。1982年には疾病率の第6位、死亡率の第3位であったが、1991年には入院患者および外来患者の原因疾患の第2位となっている。その原因は細菌性赤痢や病原大腸菌などによるものが多いが、小児では先進国と同じようにロタウイルスや小型粒子ウイルスに起因するものも年間を通じて流行している。下痢症は国内全体に蔓延しているが、特に東部地方に多く、首都カンパラを含む開発の進んでいる中央部では比較的少ない。

ムラゴ病院を受診した健康小児173名のうち25%以上の糞便から、Cryptosporidiaが検出され、Cryptosporidiaの環境暴露と同国における慢性下痢症との関連が示唆されているとの報告がある。1991年のHealth Information Quarterlyでは、26の地方病院での赤痢患者が26名、サルモネラ感染症患者が722名と無視できない症例数が報告されている。(細菌検査システムが全く確立されていないため、実際にはかなりの症例が存在するものと思われる)

また最近下痢症が増加している原因としてAIDSとの強い関連が考えられる。元来同国におけるAIDS患者は欧米のAIDS患者と比べて、下痢の症状が強く全身衰弱が激しいことから“Slim Disease”と呼ばれていた。HIVの血清学的診断がルーティーンに行われていない現状ではその鑑別が困難で、AIDS患者も単なる下痢症と診断される可能性が極めて高い。

小児下痢症は、1～2才時の離乳期において最も罹病率が高く、また死亡率が高い。同時にPHC活動が地域ごとに差異があることから、Oral Rehydration Salts(ORS)の普及率が地方によって9～43%と異なり、伝統医学に依存する習慣とならんで初期治療が確立されていない事実、およびかなり多くの小児の間で依然として存在し続けている慢性的な栄養不良状態が、死亡率を下げえない原因として考えられる。

同国政府は慢性下痢症に対し、1983年よりControl of Diarrhoeal Disease(CDD) ProgramをUSAID、UNICEFの援助を得て展開している。その目的はORSを下痢症の初期治療に使用することを、ヘルスワーカーならびに母親の間に啓蒙・教育することであるが、1988年にORSの供給がある程度整備されるまでは全く機能していなかった。現在は同国内にもORS工場が作られ、供給面では徐々に改善しつつある。

5-7-2 ARI

急性呼吸器感染症(Acute Respiratory Infection;ARI)は、他の発展途上国と同様に罹病率および死亡率が非常に高く、いわゆる“かぜ症候群”を含めて年間75万件が発生しているものと推定されている。1991年の死亡率でも5才以下の小児では9.6%で2位、全体でも6.4%、4位であるが、正確な調査が行われていないこともあって実体の把握は全く出来ていない。

肺炎の件数が多いのは、特に地方における医療施設の不備、医薬品の不足、生活環境または栄養条件の悪さなどが関与しての結果とみられるが、いまだPHC活動が全国レベルで展開しえないため、ヘルスワーカーや母親への初期の対応などの教育が行き届いていないことも、単なる上気道感染症を肺炎まで増悪させている原因のひとつと考えられる。

残る呼吸器感染症として統計に現れたものは、百日咳、ジフテリア、肺結核、麻疹肺炎などである。

5-7-3 マラリア

マラリアは1980年代以来小児の、特に5才未満の小児において、常に罹病率および死亡率の最も高い疾患であったが、1991年には大人を含めた全年令においても罹病率、死亡率ともに第1位となり、更に広まりつつある。

同国国内においてはマラリアは海拔2000m以上となる西南部および東部の一部を除いて国土のほぼ全域で認められているが、特にヴィクトリア湖や他の湖、河川の付近は危険地帯と考えられている。季節的には1年のうち雨季の始まる10月から増え、その終わる4月ごろより減少する。

同国においてもマラリアは1950年代後半からのWHOのマラリア撲滅運動とあいまって激減し1960年代後半にはほとんど認められなくなったが、その後の政治的混乱によって薬剤供給などのマラリア対策が全くなされなかったことのみならず、栄養状態の悪化、大規模な人間の移動、更にはクロロキン耐性マラリアの出現などがあって1980年代初頭より急激に増加していった。

マラリアを媒介するハマダラカは同国においては、Anopheles GambiaeとAnopheles Funestusの2種類が知られている。特に熱帯熱マラリアが多く、その内の脳性マラリアは適切な治療を早期に施行しえない限り、死に至る重篤な疾患と考えられている。明らかなデータはないものの、AIDSの蔓延以来この重症型の脳性マラリアが増加傾向を示しており、マラリアの死亡率を高める一因になっている。

マラリアは小児の内でも特に母親から移行した免疫能が薄れてから自分自身の免疫能を獲得するまでの生後9か月から2才までの間で最も罹病率が高く、その後年齢が高まるに連れて減少する。1989年に行われたDemographic and Health Surveyの結果によると、そのサーベイランス中の4週間の間に、5才未満の小児の41%が高熱を有し、51%の小児が抗マラリア薬を服用していた地域もあった。1989年の統計においても外来受診理由の22%、実にその約1/4がマラリアであるが、ヘルスセンターはもちろん地方病院にても顕微鏡などの基本的な検査器材にも事欠いているため、高熱を認めた患児はすべてマラリアと診断されてしまうのが現状である（脾腫の確認もしていないが、誤診はあまりないとのことである）。マラリアはもちろん小児だけの問題ではない。妊婦がマラリアに罹ると、貧血となりその結果低体重児の出産が増え、新生児死亡率が上昇するなどの深刻な影響が発生しうるし、特にAIDS患者がマラリアに罹ると前述した通り脳性マラリアにまで重症化し悲劇的な結末をたどることが多くなる。

マラリアは同国においてはAIDSよりも罹病率、死亡率ともに高く、かつ適切な対応を行えば対処が可能な疾患であるにもかかわらず、対策の点でははるかにAIDSなどに比べて遅れを取っている。現在の対

策としては個人レベルでの予防と治療のみしか行われておらず、ベクターコントロール活動は全く機能していない。クロロキンの供給も財政的な理由から絶対量が不足しているだけでなく、供給システムの不備から配布されない地方と過度に配布されてしまう地方ができるなどの問題がある。クロロキン耐性マラリアも北部地方などで増加しているが、現在まで詳細な報告はなされていない。(ムラゴ病院に入院しているカンバラ近郊の患者の中にはクロロキン耐性マラリアはほとんどないとのことであった)

保健省の3カ年計画ではマラリアに対して次の対策をあげている。

- 1) マラリア抑制計画に関するDistrict Health Management Team (Medical Officer、Health Visitor、Health Educator、Health Inspector、Entomology Assistant等) への教育
- 2) ヘルスワーカー、学校、コミュニティーを対象とした保健教育機材の開発・製作
- 3) 水溜まりの排水等の環境整備を推進する地域コミュニティーへの啓蒙活動
- 4) 熱帯熱マラリアの治療に使用される Chloroquine, Pyremethamine, Sulfadoxine の治療効果の評価を4カ所の異なる地域で調査研究をおこない、その結果をもとに対マラリア薬剤政策を整備し、治療の為にガイドラインの策定
- 5) 学校教師や伝染病対策 (特にマラリア) の効果をモニターする組織のネットワークの拡充
- 6) すべてのヘルスセンターにおける顕微鏡検査の実施並びに予防治療薬使用法の標準化
- 7) 発熱当初時の投薬並びに対マラリア薬入手の簡易化
- 8) 同国における経済的かつ効果的マラリア抑制対策の確立とその全国的採用
- 9) 保健省の責任主導によるマラリア関連プロジェクトの調整および標準化

5-7-4 結核

1980年代初めのAIDSの蔓延以来結核は重大な社会問題となりつつある。AIDS蔓延以前は新たに届けられる結核患者は、平均毎年16,000人に過ぎなかった (それでも先進国レベルで比較するとかなり多い)。1980年代後半に入ると毎年40,000~50,000と3倍増となっているが、実際の数はそれをはるかに越えるものと思われる。中央病院であるムラゴ病院においても、1984年全入院患者のうち結核患者は10%を占めるに過ぎなかったが、1989年には全体の30%を占めるまでとなり、その60%以上がHIV陽性である。

元来同国では、健康成人に対して行ったツベルクリン反応で60~80%が強陽性を示すなど、結核は蔓延していたようであるが、AIDS患者の増加に伴い爆発的に広がったものと考えられる。一般にツベルクリン反応が強陽性を示す例で、HIV感染が合併すると飛沫感染の介在がなくとも、患者の7.9%が活動性結核を発症するといわれている。特に地方レベルでの医療施設の不備、医薬品の不足などから、多くの排菌患者が野放しになっていることは確かであり、抵抗力の強い結核菌が塵に混じって散布していることも十分考えられるため、今後も結核のコントロールは極めて困難と思われる。

同国保健省が中心となって展開されている、Uganda Tuberculosis Control Programは独立間もない1965

年より開始された。当初BCGの普及などにより結核菌感染のリスクは、1.9～2.4%と減少傾向を示していたが、アミン政権以後の政治的混乱によって1975年には一時中断、1990年にやっと再開されたばかりであり、その時点での結核感染リスクは3%まで悪化しているという。プログラム自体まだ始まったばかりであり、ツベルクリン反応などを行うヘルスワーカーの啓蒙、教育、抗結核薬の供給など多大な課題が今後も残されている。

結核に対する化学療法も大きな問題となっている。一般に先進国ではHIVとの重感染者に対する結核治療は標準法よりも強力かつ長期間行われているが、開発途上国ではその標準治療法自体が確立されていないことが多く、ましてや経済的な理由から満足な治療が行えないのが現状である。同国における結核標準治療法は、Uganda Tuberculosis Control Programが定めるSTH療法（2カ月のSTH/10カ月のTH;S-ストレプトマイシン、T-サイアセタゾン、H-イソニアジッド）であるが、このプロトコールは非常に安価であることから開発途上国ではよく使用されている。しかしサイアセタゾンはHIV感染患者に投与した場合、約1/3の症例で致死的な剥離性皮膚炎を含むSteven-Johnson Syndromeを合併することが報告されており、1992年にWHOは本剤をHIV感染を合併した結核患者には投与すべきではないとの勧告を行った。それにともなってムラゴ病院などではサイアセタゾンを除いたストレプトマイシン、イソニアジッド、リファンピシン、エタンブトール、パラアミノサリチル酸カルシウム(PAS)による5剤併用療法をHIV陽性の結核患者に対する標準治療法として使用しているが、STH療法と比較すると価格が非常に高いため、同国内全体へのこのプロトコールの推進は、経済的な理由から不可能である。

5-7-5 寄生虫対策

近年、WHOは熱帯地域に流行する悪質な疾患を特別に指定し、その撲滅を目指した総合的研究計画を進めている。取り上げられた6疾患の内、実に5疾患（マラリア、トリパノソーマ症、リーシュマニア症、住血吸虫症、糸状虫症）が寄生虫によるもので、熱帯地においては寄生虫疾患がいかに重要視されているかが窺える。

熱が出るとマラリア、血尿があればビルハルツ住血吸虫症と症状のみで医師は診断をつけるほど現地にはこれら悪質な寄生虫がはびこり、社会的・経済的にも大きな損失を与えている。

腸間寄生虫は、都市、地方を問わずどこでも高頻度にみられる。

マンソン住血吸虫は ヴィクトリア湖西岸を除く全域に分布している。ビルハルツ住血吸虫の分布は、キヨガ湖北岸地域とヴィクトリア湖北岸に限られている。

ギニアウォームも特に西部に多く、患者数では世界第2位となっている。特に生命には別条はないものの、収穫期の労働への影響が大きく経済効率を低下させる原因のひとつとなっている。

5-7-6 AIDS

AIDS/HIV感染症は同国において最も重要かつ深刻な問題となっている。1992年のWHO reportによると、これまでに報告されたAIDS患者数は34,611人で、アメリカ合衆国について世界第2位となっている。しかし実際の患者数はその約5-10倍（約15万人）と推定されており、さらにHIV感染者は総人口1700万人のうちすでに150万人に達しているものと考えられており、感染率は全体の10%弱にまで及んでいる（1989年の保健省の報告では地方部で7~12%、都市部で8~30%との説もある）。

元来同国では1980年頃より南西部のラカイ地方を中心に重度の下痢症と極端な痩せを主徴とする疾患（Slim Diseaseと呼ばれていた）が流行し、当初風土病の一種と考えられていたがその後のウイルス学的な検討を経て、既に米国などで流行し始めていたAIDSそのものであることが判明し、いわゆるAIDS発祥の地とする説もある。その後AIDSは政治的な混乱による対策の遅れ、栄養状態の悪化、大規模な人間の移動、慣習的な性風俗の問題および後述するウガンダ独特の要素などがあって急速な勢いで蔓延し続け、現在も感染者数は約8~12カ月のスピードで倍増していると考えられている。1989年には既にAIDS/HIV関連の疾患は全入院患者の死亡原因の8.9%で第2位となっており、5才未満の小児では死亡原因の1位となっている。

現在AIDS/HIV関連の疾患は全入院患者の30%、結核病棟患者では70%を占めるに至っていると言われ、もともと貧弱かつ過重を強いられている医療施設をさらに圧迫している。

年齢別にHIV感染者数を見てみると、15才から40才までの性的に活動性を有する群と、5才までの垂直感染による群との2つのピークが認められる。一般に母親がHIV陽性の場合、垂直感染する確率は約30%と言われているが、残りの約70%も何年か後には両親ともに死亡し孤児となる。（WHOのモデルによると、5才未満の小児死亡率がAIDSによるものを除いて100/1000の国で妊婦のHIV感染率が10%になった場合、5才未満の小児死亡率は20/1000と倍に、HIV感染率が20%になった時には40/1000にまでなる）特にHIV感染率が高く全住民の20%以上とも言われているラカイ地方では生産年齢層が死に絶え、いわゆるゴーストタウン化し滅亡した村が所々に散見されるといった悲劇的な状況が出現している。

同国におけるAIDS患者の男女比は他のアフリカ諸国と同じようにほぼ1:1で、感染経路が異性間の性交渉によることを強く示唆する。危険因子としては不特定多数のセックスパートナーとの性交渉、STD (Sexually Transmitted Disease) ないしは陰部潰瘍の既往歴を有すること、売春婦との性交渉歴を有すること（首都カンバラの売春婦は1986年で既に67%以上の感染率を有している）など他の国々と同様の因子も存在するが、この国独特の次のような因子もある。まずケニアのモンバサ港から内陸に向かい、ウガンダを横断するトランスアフリカンハイウェイを通過するトラックドライバーは、感染率32%と明らかなハイリスクグループとなっている。内陸国である同国においてはトラックドライバーは物資輸送の重要な担い手であるが、道路照明などがほとんどなく、未整備な道路が多いため、輸送の途中で宿泊し売春婦と性交渉を持つことが多く、その結果彼らがHIVウイルスの媒体となるものと考えられている。また1980年代の同国軍の内戦にともなう大移動も、HIV感染と密接に関係しているとの報告がある（同国内の各部族からの軍隊への動員割合とそれに対応する地域でのAIDS患者の発症頻度とは統計学的に有意

に相関する)。同国人の多くがキリスト教徒でありながら、一夫多妻制かつ不特定多数との性交渉を持つことに抵抗感がない性モラル（イスラム圏を除くアフリカでは多いことではあるが）なども現在のよ
うなAIDS/HIVが爆発的に蔓延したことの大きな原因と考えられる。

同国におけるAIDSは病態としても西欧諸国とはかなり異なっている。前述したように高率に重度の慢
性下痢症をとめない、そのため激しい全身衰弱を来し、死に至ることが多い。西欧諸国のAIDS患者に
多く認められる全身リンパ節腫大や、合併することの多いカポジ肉腫やカリニ肺炎、非定型抗酸菌症な
どはほとんど認められない。

同国はアフリカ諸国の中で初めてWHOと協力し、国家的なAIDS/HIV対策を打ち出した国であり、そ
の他の国々がAIDSに関してはなるべく隠そうとしているのに対し、非常にオープンな姿勢でAIDSと取
り組んでおり、他の国々および機関からの援助も受け入れている。同国政府のThe National AIDS
Prevention and Control Programは、WHOのGlobal Program for AIDSの財政的および技術的な援助を得て
1986年の10月、現在のムセベニ政権が発足すると同時に開始された。同時に発足したThe National
Committee for the prevention of AIDSは、ムセベニ大統領をトップに据え、保健省など関係機関、援助機
関の統合し、全体的なAIDS対策を次の7項目を中心に行っている。

- 1) 一般大衆に対する教育啓蒙活動
- 2) 輸血用血液製剤のスクリーニング
- 3) 患者およびヘルスワーカーの保護
- 4) 国家的なサーベイランスシステムの確立
- 5) AIDS患者の治療薬の供給
- 6) オペレーションリサーチ
- 7) ヘルスワーカーの訓練

このうち輸血用血液製剤のスクリーニングに関しては首都カンバラにある輸血センターがECの援助を
得て、ウイルスのスクリーニングシステムを確立しほぼ安全な血液製剤の供給が可能となった。しかし
現在の保健関連に使用される予算が年間1人当たり2.7 USドルという状況では、最低1USドルかかるHIVウ
イルスの血清学的検査を日常臨床の場で行うことは財政的にも、人材の面から見ても不可能なことであ
る。結核、真菌症などの日和見感染などの合併症に対する治療もやはり満足には行われてはいない。

診断、治療、予防と分けて考えると、非常に限られた資源しかなく、かつ現在HIVウイルスに対し有
効な治療薬がないことを併せて見ると、診断、治療がある程度おざなりにされ、予防に力点が置かれる
のは致し方のないことと思われる。予防の方法として最も重要なことは一般大衆ならびにヘルスワーカ
ーに対する教育啓蒙活動であるが、慣習的な性風俗の問題があること、マスコミュニケーションの未発
達のためその効果が遅いことなど、多くの問題が山積みされている。

研究としては疫学的なものが中心とはなっているが、マケレレ大学、ウイルス研究所などで行われて
いる。

同国のエイズに関するのコミッションは、エイズ・コミッション (AIDS COMMISSION) がある。内

容は大統領から任命された24名の人員から構成されるコミッションであり、そのメンバーは議長、AIDS抑制対策に係る6省庁の関係と選任されたAIDS専門家から成っている。コミッションの活動は大統領府において行うAIDS対策の運営監理業務である。コミッションの財源は政府及び国際援助、二国間援助により賄われている。

活動の内容は、次のとおりである。

- 1) AIDS抑制対策に関する政策、指針策定
- 2) AIDS抑制対策に関する政策、指針策定に基づいた計画の優先順位決定、調整
- 3) 計画実施の為の組織および施設の設立
- 4) AIDS抑制対策のプログラムの導入、運営、モニタリング

エイズ・コミッションにおける横断的AIDS抑制対策活動は次のとおりである。

- 1) HIV感染予防
 - ・性交渉によるHIV感染予防
 - ・血液製剤、輸血によるHIV感染予防
 - ・HIVの垂直感染の予防（母親から子供）
- 2) HIV/AIDSが及ぼす保健医療、社会経済への悪影響の緩和
 - ・HIV/AIDS感染に起因する国家への悪影響対策
 - ・HIV/AIDS感染のもたらす社会への衝撃の緩和
 - ・HIV/AIDS感染患者にたいするヘルスケアの策定
- 3) 感染症に対する国家対策の策定
 - ・国家、地域におけるAIDS関連の政策、プログラム策定能力強化
 - ・コミュニティーにおけるAIDS関連の政策、プログラム策定能力強化
 - ・国家並びに国際間における人的、物的、財的資源の活用及び把握
- 4) 国家としてのHIV/AIDSに関する情報基盤の確立
 - ・適切な情報収集活動及びネットワーク造りを通じた必要とされる情報の検索
- 5) 国家としてのHIV/AIDSに関する研究能力の強化
 - ・短期、長期の研究において国の求めるニーズの明確化
 - ・HIV/AIDSに関する研究、モニター、評価に対する質の向上
 - ・HIV/AIDSに関する治療、ワクチン開発における国際貢献

コミッションは大統領府事務局（The Secretariat）の支援を受けて活動しており、事務局は次の4ユニットから構成され、それぞれに局長を頂点とし、プログラムオフィサーを置いている。また事務局はコミッションの決定やプログラムを実行に移し、コミッションの活動に関する事項について政府に助言を与える。

- 1) 政策、戦略計画策定ユニット
- 2) 調整、支援プログラム策定ユニット
- 3) 計画モニター、評価ユニット
- 4) 事務、財務ユニット

事務局は次の3種類のコミッティーの支援を受けている。

1) ADVISORY COMMITTEE

このコミッティーは、エイズコミッションへの助言を主としたコミッティーで、AIDS抑制計画を管理運営するために作られた。Director-Generalを議長としDirector of Coordination and Programme SupportのDirectorの支援を受けている。ADVISORY COMMITTEEの代表者3名はコミッティーより選出され、そのうち最低1名は民間のプログラム関係者とし、コミッションの会議に参加する。

2) TECHNICAL COMMITTEES

テクニカルコミッティーはそれぞれのエイズ抑制計画対象地域において構成されている。これらのコミッティーは個々の地域におけるHIV/AIDS活動に関連した事項についての話し合いを行うフォーラムを開催する。

3) DISTRICT COMMITTEES

県レベルでの調整がDISTRICT COMMITTEESの仕事である。このコミッティーは幾つものセクターから自由に出選されてできるコミッティーであり、その機能はコミッションより規定されている。

5-8 医薬品供給

同国における医薬品供給システムは、その他の保健医療分野と同じように、1980年代後半まで続いた政治的混乱の影響で供給、配布など様々な問題を現在も抱えているが、UNICEF、DANIDAなどのドナーの援助により徐々に整備されつつある。

医薬品供給システムの近代化は、現在のNRM政権が成立する以前の、1984年のUganda Essential Drug Management Programme(UEDMP)によって始まった。1985年から87年まで行われたphase 1では県病院、ヘルスセンターなど医療レベルに応じた必須医薬品を制定し、UNICEF供与の必須医薬品キットを保健省の監督の下、DANIDAならびにウガンダ赤十字などの手で配布した。その結果600以上のヘルスセンター、ディスペンサリーに最低限度の必須医薬品が供給されるようになったが、供給システムの整備を目的として1988年から90年にかけてのUEDMPのphase 2がDANIDAの全面的な援助の下に始まり、その後1992年からのphase 3へと続き、現在に至っている。

医薬品の供給元としては保健省の管轄下にあるCentral Medical Stores(CMS)と、NGOの病院およびMulago病院（予算も独自に割り当てられ、保健省の管轄下にないため医薬品の購入も独自に行っている）

などに医薬品を販売する私営のJoint Medical Stores(JMS)に大別される。

保健省の管轄下にあるCentral Medical Storesは組織としてDirector Medical Serviceを頭にChief Pharmacist、4人のSupply Officerの下、通関、購入、倉庫、配布、輸送の5分野に分れている。医薬品の供給は保健省の責任下にあるロット供給（供給先は地方病院の入院患者の内服薬、点滴薬のみ）と完全にDANIDAの管轄下にある必須医薬品供給（配給先はヘルスセンター、ディスベンサリーおよび地方病院の外来部門）の2つに大きく分れている。しかし現在はphase2の時点でその管理、運営能力に大きな問題があるとしたDANIDAがProject Coordinatorを筆頭とする6名のアドバイザーを送り込み、必須医薬品供給のみならずロット供給の各分野までも監督指導している。Central Medical Storesは、同時にムバレ県のHealth Manpower Development Centerなどでのヘルスワーカーの医薬品に関する教育も行っている。なおCentral Medical Storesは、ウガンダ政府全体の地方分権化の方針にのっとり、来年にも保健省の管轄からはずれ、独立機関になる予定である。

実際の医薬品の供給は、3ヶ月ごとの地方病院およびDistrict Medical Officer (DMO) の側からの要請に基づいて配布されている。しかし各病院の予算不足、要請の不備および各病院の職員のmotivation の低下などから、実際の臨床の場では慢性的な医薬品の不足は続いており、特に職員のmotivationが低いヘルスセンター、ディスベンサリーなどでは最低限の必須医薬品にも事欠く状況である。

医薬品製造に関しては現在国内に4つの私営医薬品製造工場があるが、いずれも製造量が少なく、ほとんど全てを輸入品に依存している。またワクチンの供給に関しては全面的にUNICEFに依存している。

医薬品供給に関する今後の問題点としては、

- 1) 予算の絶対的な不足
- 2) Central Medical Storesからディスベンサリーまでの全てのレベルでの管理運営能力の欠如。

(DANIDAへの強すぎる依存と、今後進行していくものと思われる地方分権化によってより一層困難な問題となる可能性が高い)

- 3) 医薬品品質管理（アフリカ開発銀行の資金でカンバラに研究所を建設する予定であるが、その機材および維持費用には全くめどがたっていない）

また、ヘルスセンター、ヘルスポスト等に十分な基本的な医薬品がほとんどなく、患者は高価な民間の医薬品を購入しなければならないのが実情である。地域中核病院でも民間の医薬品を購入しているところもある。システムの再考と人材の育成が早急に必要である。

5-9 医療技術、機材管理

医療機材に関しては、英国の植民地時代からヨーロッパ製の機材が各病院に入っていたが、今では故障してほとんど使用されていない。援助で新しい機材を入れてくれるのを待っている状態である。トップレファレルのムラゴ病院、地方病院でも基本的な医療機材がないため、基本的な診療にも支障をきた

している。またいろんな国から多種多様な医療機材が供与されてため、効果的な機材修理・管理が困難であることと、現有機材の中で製造中止になりスペアパーツの供給が難しい機材もあることが挙げられる。

同国における医療機材の代理店は、Meditec Systems, Achilles, Salco, B.K.W., Hospital Engineering の5社があり、技術者は2~3名駐在し今までに納入した機材の修理を行っている。X線装置関係は、フィリップス (Salco)、シーメンス (Meditec Systems) の2社があり、その他の機材もヨーロッパ製が数多くある。

同国の代理店には消耗品および機器のスペアパーツの在庫がなく、ほとんどが東アフリカ第一の代理店であるケニアの倉庫より入手している状況である。消耗品および機器のスペアパーツの入手の必要性が生じた場合、容易に入手出来る経路を十分に確認しておく必要がある。

ムラゴ病院や地域中核病院では、機材修理部があり、機材修理のためのワークショップを持ち工具も揃っている。

医療機材の維持管理は専任の技術者により日常的に行われることが望ましく、維持管理してゆくためには、日常点検、機器取扱説明書等に従った機器点検、異常時における対応等が機器の精通した技術者により確実に行われることが重要である。各病院においては熟知した技術者の確保、養成が早急に必要である。

GTZのプロジェクト援助で機材修理技術者の研修も定期的に行われている。またGTZの援助には機材のための消耗品・スペアパーツも含まれている。

他の病院では機材修理用の予算はほとんどなく、効果的な機材保守が行われていない。また、外国援助に頼っている部分が多分にある。

保健省による機材保守管理の訓練・指導は不可欠であり、効果的なシステムの策定も必要であるが、保健省の保守管理は、他国援助に頼りがちで保守管理体制も明確ではない。また保健省による機材保守管理研修も定期的に行うべきである。

5-10 保健情報システム

同国における伝染病やその他の疾病構造に関する情報は、限られた地域におけるヘルスユニットからの報告に頼っているのが現状である。保健医療施設からの報告は手作業で行われている。不完全な調査範囲や調査項目からなる報告書の原因は、基本的調査設備が整っていないことと、それによる信頼性に乏しい診断方法が上げられる。従って以下に述べるような保健情報システムの整備拡充が望まれる。

- 1) 調査範囲、質ともに完全な報告書
- 2) 期日の確実な報告書
- 3) ヘルスユニットにおける情報収集能力の向上、定期的疾病抑制活動の意義ある活用

電話を使用できる病院は限られていて、ほとんどのヘルスセンター、ヘルスポストでは無線機で通信をしている。ただし、電気が満足に供給できない医療施設ではソーラーシステムを利用しているため、常時使用可能な状態にする必要がある。

情報を分析解析することが可能になるシステムを構築することが望まれているが、体制がまだ整っていないため、今後の残されている課題は多い。例えば、ヘルスセンター、ヘルスポストの無線機整備、コンピュータでの処理、専門の要員養成がある。

情報の質の管理と情報の範囲率の向上が保健省の当面の政策目標となる。

医学書籍・雑誌等の整備も大きな課題である。マケレレ大学の図書館でさえ満足に揃っていない状態であるため、地方中核病院等ではほとんど持っていない。

5-11 試験研究機関

1) マケレレ大学医学部

マケレレ大学は、1922年創立のウガンダ唯一の総合大学であり、その前身は1922年に設立されたマケレレ技術学校である。医学部は1923年に創立され、その後1938年東アフリカ一帯の教育レベル向上の必要性からそれにこたえる目的で、このマケレレ技術学校を国際的な教育機関にする機構の再編成が行われて、総合大学としてのマケレレ大学となった。

1949年になるとその高度な教育内容が、英国のロンドン大学に認められ、学位授与大学に認定され、この大学を卒業する学生にロンドン大学の学位が認定されることとなった。1952年には、隣接国ケニア・タンザニアが、大学の維持管理運営費をウガンダ政府と分担することになった。ウガンダの独立以前は英国が植民地開発費および福祉費としてマケレレ大学に資金援助をしていた。1961年には、上記東アフリカ3カ国により、臨時評議会が設定され、1963年6月、これらの3大学、つまりケニアのケニアロイヤル大学、タンザニアのダルエスサラーム大学および同国のマケレレ大学を統合して、3国間の長期ビジョンにたつて東アフリカ大学とし、マケレレ大学をその中心的な存在とした。しかし1970年、大学とロンドン大学との親交がうすれ、さらに3国間の緊密な関係が薄れたことから、単独の総合大学になり、現在はロンドン大学の学位授与の認定は存在していない。

現在医学部は、ムラゴ病院に隣接する敷地内に位置し、解剖学科、生化学科、保健学科、医学図解科、微生物学科、病理学科、薬理学科、生理学科、産科・婦人科、小児科、耳鼻咽喉科、内科、眼科、精神科、外科、麻酔科、放射線科、整形外科、地方医療医師訓練所、歯学科、薬学科、小児保健開発センターなどに分れている。

医学部は5年制で定員90名、マスターコースは基本的に2年のカリキュラムである。併設されている歯学科は1982年創立で定員10名、1988年に創立されたばかりの薬学科も定員10名でいずれも4年制である。医学教育カリキュラムの中で注目されるのはウガンダ政府のPHC重視の政策に則って、医学部第1学年よりPHC実践の場であるフィールドプラクティスを5年前から組み込んでいることである。

マケレレ大学医学部には教育、研究、日常的な臨床ならびにヘルスワーカーへの教育などPHCに関する指導など多岐にわたる役割が課されているが、175名のスタッフの定員に対し、現在82名の枠のみがうまっているにすぎず、人材不足の感は否めない。臨床部門の教授は全てムラゴ病院の診療科の長となり、医学教育のみならず、日常診療も行っている。研究部門もかつてはプロスタグランディンの発見、パーキットリンパ腫とEBウイルスとの関連など優れた成果を上げていたが、研究機材の老朽化などから基礎医学の研究成果はほとんどなく、主に外国の研究機関との共同で行うAIDSの疫学的調査など臨床研究のみとなっている。

マケレレ大学医学部では1993年7月より"Five Year Development Plan for the Medical School 1993-1998"を作成し、その再建にのりだしているが、予算不足、人材不足などから具体的なプランを現在模索している最中である。

2) ウイルス研究所 (Uganda Virus Research Institute)

ビクトリア湖のほとりエンテベに位置するUganda Virus Research Instituteは、1936年ロックフェラー財団によって設立された黄熱病研究所を前身として、1977年に保健省の管轄下の国立研究所となった。かつてはKasokero virusの発見などの研究成果をあげていたが、1986年のNRM政権の成立までの15年間に荒廃老朽化した。その後EPIの重要性が叫ばれ、AIDS研究の共同研究機関として選ばれたことなどからイギリスのODA、GIZなどの援助を得て徐々に研究所としての体裁を整えつつある。

研究所はウイルス学、免疫学、疫学/公衆衛生、生態学/動物学、樹木ウイルス学、昆虫学の6つの部門に分れている。研究所には動物舎ならびにEPI、AIDS血清検査を目的とする診療所も設けられている。研究対象はHIV、麻疹、ポリオ、B型肝炎、ヘルペスなどのウイルス疾患のみならず、黄熱病、マalaria、STD、寄生虫疾患と多岐に及んでいる。その中で中心的な存在はやはりHIV、AIDSで現在もイギリスのMedical Research Councilと共同でマサカ地方を中心に施行されているMRC/UVRI program、マケレレ大学ならびに合衆国のコロンビア大学と共同で行っているRakai/Columbia Project、さらにはHIVウイルスの開発研究など、豊富な援助を得ていることもあって活発な研究が行われている。

研究所内を視察したが、援助を受けているAIDSに関連する部門などは最新の研究機材、コンピューターを備えていたが、それ以外の部門は全ての機材が老朽化し、動いていない機械が多い。

5-12 医療施設までのアクセス

表-14でわかるように、国としては人口の27%が医療施設から5Km以内に居住し、57%が10 Km以上離れた場所に居住している。

病気とか予防治療を必要とした場合、地方での交通機関の未発達により、大多数の人々は近くの医療施設まで徒歩で通わねばならない。健康な成人でも10Km歩くのに約2時間かかる。病人や子供を運れた母親にとっては2倍の時間を要する距離である。

このことは、医療サービス、とりわけ予防医療サービスを受けようとする母親にとって、近くの医療施設に行くという決断に少なからず影響を与えている。

表-16

Region	% of Population Within	
	5 Km	10 Km
Eastern	28%	66%
Northern	18%	43%
South / Central	32%	60%
Western	27%	56%
National	27%	57%

Source : Children and Women in UGANDA p 50 UNICEF 1989

第6章 保健医療分野における国際協力

6-1 開発援助に対する政府の政策

相次ぐ内乱の結果、ウガンダの医療状況は著しく悪化した。1965年には11,080人であった医師1人当たりの人口は、1981年には21,270人となっている。政府は、社会セクター開発の中で基礎教育、水供給とともに基礎的健康水準（Primary Health Care）の回復に高い優先順位を与え、予防・治療を目的とした健康教育、母子健康、伝染病予防、環境衛生、公衆衛生訓練、統計整備等に努めている。同国ではマラリア、麻疹、十二指腸炎、結核、住血吸虫、栄養不良等に加え、最近ではAIDS対策が緊急の課題となっているが、同国は多額の対外債務も抱えており、自前の資金だけでこれらすべての課題に対応することは困難な状況にあるところ、開発援助への要請は極めて高いと言える。

1990/1991年度予算では、政府予算6,500億ウガンダ・シリングの5.9%に当たる592億ウガンダ・シリングが保健医療分野に計上されているが、保健医療分野の予算は、その25.2%を海外からの開発援助に頼っているのが現状である（第4章 表-18参照）。

6-2 協力要請機構

基本的には、各省庁から優先度を付して提出される事業計画を、大蔵経済企画省が総合的に検討し、右事業計画を基に政府予算を編成していく作業の中で、ドナーにどの案件を要請するかを決定するというプロセスを取る。従って保健医療分野の場合は、保健省が大蔵経済企画省に提出する計画が原案となって、実際に実施に移される事業が決まることになる。

しかし、第4章で述べたように、保健医療分野の予算は保健省が全部を統括しているわけではなく、ムラゴ病院については独自にムラゴ病院が、地方のヘルス・センターについては地方政府省が、直接大蔵経済企画省と交渉するという体制をとっている。保健省が策定した”保健医療3年計画”に基づきそれぞれが事業を計画することにはいるが、果たしてウガンダの国全体を視野に入れた事業計画が確保されるよう、保健省が調整しているか否かについては疑問が残るところである。特に地方分権政策が終了すれば、県病院以下のレベルの医療施設の担当はそれぞれの地方自治体に移るため、保健省の事業調整機能はさらに弱くなることが予想される。保健省・地方政府省・大蔵経済企画省に加え、協力の内容によって直接のコンタクトを行うカウンターパートは、地方自治体、ムラゴ病院等異なるところ、十分に注意を払う必要がある。

表-17 CENTRAL GOVERNMENT EXPENDITURE BY SECTOR (in US\$ millions)

	1989/90	-1990/91-		-1991/92-		1992/93
	Actual	Budget	Actual	Budget	Actual	Budget
<u>Local-controlled Expenditure</u>	<u>123.1</u>	<u>162.2</u>	<u>167.4</u>	<u>267.2</u>	<u>271.0</u>	<u>293.0</u>
Social Sectors	25.4	39.4	34.76	69.8	62.3	97.8
Education	19.2	27.0	25.0	48.3	49.0	64.1
Health	6.2	12.4	9.7	21.5	13.3	33.7
Defence	52.0	37.09	56.9	55.0	65.4	61.0
Other	45.7	85.8	75.8	142.44	143.3	134.2
<u>Donor Disbursements</u>	<u>42.8</u>	<u>80.1</u>	<u>82.0</u>	<u>167.6</u>	<u>213.0</u>	<u>357.0</u>
Social Sectors	14.9	10.0	35.8	48.8	48.8	58.7
Education	2.7	1.3	9.2	22.5	22.5	33.2
Health	12.2	8.7	26.6	26.3	26.3	25.5
Other	27.9	70.1	46.2	118.8	164.2	298.3
<u>Total Ministerial Expenditure</u>	<u>165.9</u>	<u>242.3</u>	<u>249.4</u>	<u>434.8</u>	<u>484.0</u>	<u>650.0</u>
Social Sectors	40.3	49.3	70.6	118.7	111.1	156.5
Education	21.9	28.3	34.2	70.8	71.5	97.3
Health	18.4	21.0	36.4	47.9	39.6	59.2
Defence	52.0	37.0	56.9	55.0	65.4	61.0
Other	73.6	156.0	121.9	261.1	307.5	432.5

Note: "Other" includes economic services and general public administration.

Consolidated Fund Service refers to expenditures arising from past Government commitments, which therefore are nondiscretionary and are not subject to appropriation by Parliament. Interest on Government debt accounts for the bulk of CFS; pensions are the second largest claim on CFS. Because CFS expenditure cannot be attributed to any particular ministry or other self-accounting agency, it is omitted from the sectoral distribution of expenditure.

Source: Uganda Social Sector Strategy Report No. 10765-UG World Bank April 6, 1993 p 131

また、保健医療分野においては国内外の数多くのNGOが活動を行っているが、個別の医療施設と直接協議の上協力を実施しているケースがほとんどであり、必ずしも保健省がそのすべてを把握しているとは限らないという現状がある。

6-3 我が国を除くマルチ、バイ、NGO等のドナーの協力動向

6-3-1 概要

同国は、旧宗主国の英国を始めとする先進工業諸国や世銀グループ (IDA、IMF)、EC、国連等の国際機関から、開発援助を受けている。援助の総額 (純額) は、1989年が496百万ドル、1990年が631百万ドル、1991年が604百万ドルとなっている。最大のドナーは世銀グループで、1991年実績で援助総額の

35.3%を占めている。パイのドナーでは、英国、米国、スウェーデン、ドイツの順になっており、援助総額に占める割合は、それぞれ8.4%、5.8%、5.7%、5.6%である。また、形態別にみると、贈与61.6%、借款38.6%となっているが、贈与では無償資金協力が多く71.2%を占め、技術協力は28.8%となっている。ODAにOOFを併せたODFの約束額を分野別にみると、ノン・プロジェクト方（34%）、技術協力（21%）、保健医療を含む社会セクター（21%）となっている（表-18、19、20）。

保健医療分野では、1990/1991年度実績で、保健省が193億ウガンダ・シリング、ムラゴ病院が8億ウガンダ・シリング、地方政府省が8億ウガンダ・シリング等、計266億ウガンダ・シリングの援助を受けた。最大のドナーはIDAで33.2%を占めている。次いでUNICEFの29.2%、デンマークの17.9%、AfDBの8.2%となっている（別表-23）。

6-3-2 マルチのドナー

世銀グループ（IDA）は、保健医療分野で同国に対する最大のドナーである。1990/1991年度の実績で見ると、約70億ウガンダ・シリングの援助を実施したことがわかる。このうち最大のものは、“First Health Project”である。“First Health Project”は、医療施設のリハビリ、保健教育の促進、予防医療の強化、長期的な視点に立った医療システムの見直しを目的としており、1988年に開始され、現在も継続している。多くのパイのドナーが、“First Health Project”の下に行われているプロジェクトに参加している。具体的には、病院やヘルス・センターの上下水道・電気等インフラのリハビリ、マス・メディアやヘルス・センターを活用した保健教育プログラム、研修・訓練による保健省、地方政府省及び各病院のマネジメント能力の向上といったもので、幅広い内容がカバーされている。

UNICEFも60億ウガンダ・シリングにのほる援助を供与している。主要なものは、「予防接種拡大計画（Expanded Programme of Immunisation）」及び「下痢症改善（Control of Diarrhoeal Diseases）」で、両方とも全国すべてのDistrictにおいて展開されている。直接的なカウンターパートはそれぞれのDistrict Administrationであるが、中央政府レベルでは保健省、地方政府省のほか、通信省（Ministry of Communication）、教育科学省（Ministry of Education and Science）とも協議を行っている。ムラゴ病院に対しては、規模は大きくないが、「Child Health Development Centre」、「Community-Based Research」、「Institute of Public Health」に対する協力を行っている。また、1990年ニュー・ヨークで開催された「世界子供サミット」を受けて、子供と女性の保護と自立のための“Uganda National Programme of Action for Children”をウガンダ政府と共同で策定した。さらに、UNICEFは期限つきではあるが、ウガンダ政府のための給与補填も行っている由であった。

表-18	1988	1989	1990	1991
	TOTAL ODA NET			
DAC COUNTRIES				
Australia	0.6	0.6	0.5	0.5
Austria	7.7	4.8	7.8	2.0
Belgium	0.5	0.4	10.6	0.6
Canada	11.6	6.6	7.1	5.3
Denmark	11.6	15.8	25.4	32.4
Finland	7.6	0.8	1.5	1.5
France	2.6	5.7	7.2	10.0
Germany	18.7	19.9	27.0	34.2
Ireland	0.2	0.1	0.1	0.1
Italy	21.8	14.0	44.6	17.3
Japan	9.5	1.1	8.0	14.7
Netherlands	6.3	5.4	3.8	22.9
New Zealand	-	-	-	-
Norway	3.5	4.5	7.4	5.2
Portugal	-	-	-	-
Spain	-	4.7	1.0	1.0
Sweden	11.2	16.3	14.5	34.3
Switzerland	9.0	3.1	12.5	7.2
United Kingdom	48.8	39.8	35.5	51.0
United States	17.0	20.0	30.0	35.0
TOTAL	188.0	153.6	244.4	275.1
MULTILATERAL				
AF.D.F.	19.1	21.4	23.2	24.2
AF.D.B.	-	-	-	-
AS.D.B.	-	-	-	-
CAR.D.B.	-	-	-	-
E.E.C.	39.3	35.7	35.2	29.3
IBRD	-	-	-	-
IDA	67.0	91.0	191.0	135.0
I.D.B.	-	-	-	-
IFAD	1.3	1.5	5.7	1.8
I.F.C.	-	-	-	-
IMF	34.1	48.5	77.9	78.1
U.N.AGENCIES				
UNDP	12.7	15.6	16.2	17.1
UNTA	1.2	1.8	1.3	1.9
UNICEF	9.4	12.5	11.8	14.9
UNRWA	-	-	-	-
WFP	15.4	15.0	16.5	18.1
UNHCR	5.8	6.2	2.5	4.0
Other Multilateral	6.6	8.1	8.0	5.5
Arab Agencies	-2.3	3.8	-5.4	-1.8
TOTAL	209.6	261.0	383.8	328.0
ARAB COUNTRIES				
E.E.C.+MEMBERS	149.8	136.8	189.4	197.8
TOTAL	397.4	495.7	630.8	604.1

Source: Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries (OECD, 1993)

表-19	1988	1989	1990	1991
	ODA LOANS NET			
DAC COUNTRIES				
Australia	-	-	-	-
Austria	7.5	4.3	6.6	0.1
Belgium	-	-	-	-
Canada	-10.0	-	-	-
Denmark	-	-	-	-
Finland	7.2	-	-	-
France	1.5	3.5	3.0	3.8
Germany	-	-	-	-
Ireland	-	-	-	-
Italy	3.7	3.4	28.9	5.2
Japan	-	-	-1.4	-0.2
Netherlands	2.8	2.3	-	-
New Zealand	-	-	-	-
Norway	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-
Spain	-	4.7	1.0	1.0
Sweden	-	-	-	-
Switzerland	-	-	-	-
United Kingdom	-0.9	-0.9	-0.6	-0.6
United States	3.0	5.0	-11.0	-16.0
TOTAL	14.7	22.4	26.4	-6.7
MULTILATERAL	120.1	164.6	290.6	238.6
ARAB COUNTRIES	-0.1	71.2	2.6	1.0
E.E.C.+MEMBERS	8.1	7.6	30.6	9.8
TOTAL	134.7	257.9	319.7	232.9
	GRANTS			
DAC COUNTRIES				
Australia	0.6	0.6	0.5	0.5
Austria	0.1	0.5	0.2	1.9
Belgium	0.5	0.4	10.6	0.6
Canada	21.6	6.6	7.1	5.3
Denmark	11.6	15.8	25.4	32.4
Finland	0.4	0.8	1.5	1.5
France	1.1	2.2	4.2	6.3
Germany	18.7	19.9	27.0	34.2
Ireland	0.2	0.1	0.1	0.1
Italy	18.1	10.6	15.8	12.1
Japan	9.5	1.1	9.5	14.9
Netherlands	3.5	3.1	3.8	22.9
New Zealand	-	-	-	-
Norway	3.5	4.5	7.4	5.2
Portugal	-	-	-	-
Spain	-	-	-	-
Sweden	11.2	16.3	14.5	34.3
Switzerland	9.0	3.1	12.5	7.2
United Kingdom	49.7	40.7	36.0	51.5
United States	14.0	15.0	41.0	51.0
TOTAL	173.3	141.2	218.0	281.7
MULTILATERAL	89.5	96.4	93.1	89.4
ARAB COUNTRIES	-	0.1	-	-
E.E.C.+MEMBERS	141.6	129.2	158.8	168.0
TOTAL	262.7	237.8	311.1	371.2

Source: Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries (OECD, 1993)

表-20	1988	1989	1990	1991
ODF COMMITMENTS: BY PURPOSE %				
Education	5	0	1	0
Health	10	3	4	10
Other Social Infrastr.	4	2	22	11
Water Sanitat. Sewage	1	1	16	0
Energy	-	2	0	4
Telecommunications	-	12	0	1
Transportation	9	7	1	1
Agriculture	16	3	20	3
Extractive Industries	-	3	0	-
Manufacturing	2	29	3	3
Trade Banking Tourism	8	0	3	8
Technical Cooperation	17	22	13	21
Multisector Aid	2	0	2	2
Programme	24	11	6	34
Debt Reorganisation	0	1	4	0
Food Aid	1	2	2	0
Emergency Aid	2	2	0	0
Unspecified	-	-	1	0
TOTAL	100	100	100	100

TECH. COOP. GRANTS

DAC COUNTRIES				
Australia	0.4	0.46	0.4	0.5
Austria	0.1	0.1	0.9	1.2
Belgium	0.3	0.2	0.0	0.0
Canada	0.2	0.5	1.4	2.1
Denmark	0.4	0.2	2.5	4.8
Finland	0.1	-	-	-
France	0.9	1.0	1.5	1.3
Germany	11.6	10.5	14.2	15.1
Ireland	0.2	0.1	0.1	0.1
Italy	3.2	1.3	1.4	3.8
Japan	0.4	0.4	0.6	1.1
Netherlands	2.6	2.5	3.3	4.0
New Zealand	-	-	-	-
Norway	0.2	0.6	0.4	0.4
Portugal	-	-	-	-
Spain	-	-	-	-
Sweden	-	0.3	1.5	1.0
Switzerland	0.0	-	-	-
United Kingdom	10.8	11.4	9.4	12.4
United States	7.0	14.0	16.0	16.0
TOTAL	38.5	43.4	53.7	63.6
MULTILATERAL	37.4	44.2	40.1	43.4
ARAB COUNTRIES	-	-	-	-
E.E.C.+MEMBERS	31.7	27.2	32.8	41.5
TOTAL	75.9	87.6	93.7	107.0

Source: Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries (OECD, 1993)

WHOの援助は、1億ウガンダ・シリング強と決して規模は大きくないが、幅広い協力を行っている。同国の保健医療分野における活動の運営・管理の強化、並びにPHCに基づく保健医療システムの強化を柱としており、ドナー間の調整の役割を果たすケースも多い。

AIDBは約17億ウガンダ・シリングの協力をを行った。内容はムラゴ病院のリハビリ計画の策定、及びムバレ県病院のリハビリのための機材供与である。AIDBはウガンダに事務所がなく、プロジェクト毎にコンサルタントのみを派遣している（別表-23）。

6-3-3 バイのドナー

保健医療分野では、デンマーク（DANIDA）がバイの中ではトップ・ドナーであり、1990/1991年度の実績で37億ウガンダ・シリングの援助を行った。中身はすべて「基礎的薬品・機材の供給（Essential Drug Programme）」である。DANIDAが購入した基礎的薬品・機材のキットを、保健省の管轄下にあるCentral Medical Storeを通じて各県のDistrict Medical Storeに配布、最終的には県病院以下のレベルの保健医療施設に配布するものである。本プログラムは1985年から行われているが、さらに今後10年間継続する計画になっている。実施に当たっては、DANIDAはデンマーク赤十字の協力を得て、Central Medical Storeにアドバイザーと監査人を派遣し、薬品等が公正に配布されるよう協力している。

デンマーク以外のバイのドナーによる保健医療分野の開発援助は、マルチのドナーとの協調プロジェクトと、小規模な無償による機材等の供与とが中心になっている。「ムラゴ病院リハビリ」、「県病院リハビリ」、「プライマリ・ヘルス・ケア」、「人材の訓練・育成」、「エイズ対策」、「保健教育」等のプロジェクトが、IDAやUNICEF等マルチのドナーの調整の下にカナダ（CIDA及びIDRC）、英国（ODA）、米国（AID）、フランス、イタリア、ドイツ（GTZ）、スウェーデン（SIDA）、フィンランド（FINNIDA）、オーストリア等のバイのドナーが多くの場合複数参加して、協調プロジェクトを形成している。例外は「県病院リハビリ」で、保健省の計画に複数のドナーが参加しているが、保健省の調整が十分になされていないため、それぞれが独立したプロジェクトのような様相を呈する結果となっている。小規模な機材等の供与は、日本でいえば小規模無償タイプのもので、現地の大使館や援助機関の事務所限りで決定できる足の早い援助であると考えられる。イタリア、ドイツ、デンマーク、カナダ等が、特定の医療施設への医療機材の供与を行っている（別表-23）。

6-3-4 NGO

ウガンダの保健医療分野においては、国内、国外、並びに国際的なネットワークを持つ大小さまざまなNGOが活動を行っている。これらNGOは、個別の保健医療施設に直接接触し、協力を行っているケースが大部分を占めており、同国政府がその実体を完全に把握しているとは言い難い（“Rehabilitation and Development Plan”には含まれていない）。ムラゴ病院の中だけでも、Old Mulago Complexのユニットに

対しそれぞれ異なるNGOが個別に協力しており、ムラゴ病院による調整は行われていない状態であった。調査団は、キリスト教協会が運営するヘルス・センターを含むいくつかのNGOを訪問したところ、以下にその概要を述べる。

Rotary Internationalは、多くの国のロータリー・クラブをネットワークに持つ国際的なNGOである。同国では、「栄養改善プロジェクト」、「心臓病研究所設立」、「ポリオ撲滅プロジェクト」を中心に活動している。調査団は、ムラゴ病院における「栄養改善プロジェクト」と「心臓病研究所設立」とを視察した。「栄養改善プロジェクト」は1981年から実施されており、第3フェーズが終了したところであるが、今後の継続の見通しは立っていない。現在までに本プロジェクトにかかったコストは、全部で81万ドルであった。栄養失調の子供への治療と母親への食事指導を行うとともに、ヘルス・ワーカー、看護婦等への研修を行っており、ムラゴ病院内のMCHユニットを中心に、地方の病院、ヘルス・センターに展開している。「心臓病研究所設立」は、ムラゴ病院内の以前調理場と洗濯場だった施設を改造して造られたものである。保健省、心臓病協会（Uganda Heart Association）が運営の中心となっているが、Rotary Internationalは機材供与等の面で協力している。

TASO（The Aids Support Organisation）は、エイズ感染者に対する精神的な支援を行うことを目的として、1987年にウガンダ国内で設立された。カンバラに、本部とカウンセリング・センターがあるほか、5つの地方都市にもカウンセリング・センターが設置されている。TASOの主たる活動は、エイズ感染者やその家族を対象としたカウンセリングである。活動資金は、ACTION AID（国際的NGO）、英国ODA、米国AID等より得ている。

Nazigo Missionary Hospitalはカンバラの北東約50kmに位置する、ミッションによるヘルス・センターの典型的な例である。医師はおらず、ヘルス・ワーカー、看護婦、助産婦により運営されている。主要業務は、家族計画、出産（月14件程度）、予防接種（月140件程度）である。医薬品、医療機材、スタッフいずれも十分ではないが、清潔さも保たれており、限られた条件の中でよくやっているとの印象を受けた。

6-4 開発援助の課題と問題点

保健医療分野の事業については保健省が全体を把握し、そのうちの開発援助案件については同国全体の開発援助の一部という形で大蔵経済企画省が把握していることになっている。しかし現実には、政府がNGOによる援助を系統立てて把握し、調整するシステムは存在していない。また、バイヤマルチのドナーが小規模無償のような足の早い単発の援助を行うことも多いが、これらはその性格上政府の事業計画には含まれない。1990/1991年度の場合、保健医療分野における海外からの開発援助総額の20%以上に当たる約57億ウガンダ・シリング余が、予算計上されない小規模無償タイプの協力になっている（別表-23）。開発援助を効果的・効率的に活用するためには、同国の政府自身が当該分野における開発計画を策定し、計画の実行に必要な資金手当てを行い、事業の実施状況を監理する体制の整備と、責任の所

在の明確化が、最優先されるべきである。

行政機構の複雑さには、他のドナーたちも辟易としている様子であった。今年度から開始した地方分権政策も、本政策の展開プロセス及び完了時の全体像が今ひとつ不明瞭であり、行政機構の複雑さに輪をかける結果になっている。プロジェクト実施に際しては、本当に責任を取ることのできる、カウンターパートとして最適な機関を、しっかり見きわめる必要がある。

リカレント・コストについては、予算書に掲載されているプロジェクトについては、一応の手当てがなされているが、予算書に掲載されていないNGOによるものや小規模無償のようなタイプのものについては、予算化されておらず、手当てのメドはまったくないことになる。また、予算書には計上されていても、政府に十分な税収がなかった場合には、実際には資金が手当てされないケースも多々あるようである。

UNICEF、WHO、デンマーク等は、基礎的な医薬品や医療機材を、特に地方のヘルス・センター等の一次医療をターゲットにして、いわゆる「バラマキ型」の援助を行っている。また、IDA、AfDB等は三次医療であるムラゴ病院のリハビリに力を入れており、バイのドナーも協調融資等の形でこれに協力している。二次医療である県病院や州病院については、保健省がきちんとしたリハビリ計画を有していないため、建物のリハビリは済んだが医薬品や医療機材がまったくない、あるいは、機材はあるが水道・電気等のインフラが未整備であるため稼働しない、というようなちぐはぐな援助がしばしば見受けられた。ドイツのGTZがForportal県病院に協力している例は極めてまれで、二次医療のレベルは、ある意味で開発援助から抜け落ちてしまっている分野であるといえよう。

第7章 保健医療分野における我が国の援助方針策定への提言

7-1 保健医療分野における我が国の協力状況

同国に対する我が国の保健医療分野に対する協力の実績は研修員受入のみである。1993年度には総数25名を受け入れその内保健医療関係は3名である。

近年の我が国は食糧増産援助、教育、道路整備分野に対する無償資金協力および保健医療、通信・放送分野における研修員の受入、農業分野における開発調査を中心とする技術協力を行っている。

相次ぐ政変の影響を受け援助が停滞した時期もあったが、1986年以降国内情勢が安定したことから、協力は拡大の方向にあり、1988年度から一般プロジェクト無償援助を再開し、1987年度、1989年度および1991年度には、構造調整支援のための、ノン・プロジェクト無償援助を供与した。また、1991年度には、文化無償援助、小規模無償資金協力を実施している。

7-2 保健医療分野のニーズ評価

同国は援助の重点分野として保健医療分野を選定したが、我が国も基本的には重点分野としての認識は一致している。保健省の開発計画は、同国の保健医療分野のニーズの優先度に対応したものになっている。

1) 対象分野

基本的保健医療サービスが保障されていない母子家庭、身障者をはじめとして同国全体に保健医療分野のニーズがある。地域的には、同国の北部・東部で基本的な保健サービスや水・衛生の普及が遅れている。疾患およびプログラム別に見ると、依然としてマラリアが多く、AIDS、母子保健、特に下痢症・ARI等の感染症が重要な課題である。マラリアの脅威は、まだまだ持続すると思われ、特に農村部の蚊の駆除が急務の課題である。小児の栄養改善のために、成長プログラムのカバー率を高める必要がある。母体保護に関しては、無計画出産が多く、妊婦管理の体制づくりと安全な出産の普及および家族計画プログラムの推進が必要である。首都カンバラに関しては、交通事故等の外傷に対する救急医療の充実も今後の課題である。保健医療サービスでは、全般的なバランスのとれた質の向上が求められる。

同国に特に大い疾病であるマラリア、悪性下痢、肺炎、脳髄膜炎は、初期診断と処置が事後の治療処置の効果を左右することを考えれば、重要性が高いのはやはりPHCで、住民参加と受診率の向上のためには、ヘルスポスト、ヘルスセンターの対応能力を向上させることが必要である。

2) 行政機構（中央行政と地方行政）

医薬品・医療資機材の供給管理、機械の保守管理等のロジスティクスの体制および管理能力にかかる中央、地方それぞれの行政能力強化と両者の連携システム確立が急務の課題である。病院医療では病院運営管理システムの形成・強化が必要である。同国政府は地方分権の実施に着手したところであり、地方自治体における地域保健医療システム計画の立案、そのための現状評価調査と分析運営の能力の形成等が必要である。

3) 財政

国家財政事態が逼迫しているため、ムラゴ病院からヘルスセンターにいたるまですべての医療施設が人件費を含む運転資金の不足に苦しんでいる。診療費の徴収等による資金調達が必要である。

4) 施設

ムラゴ病院のリハビリテーション計画や地方自治体による県病院、ヘルスセンターの改修が若干なされてはいるが、外国援助機関の入っている医療施設を除き、長年に渡り維持管理が放置されたため、大部分の医療施設は荒廃しており、すべての医療施設がなんらかの改善が必要である。調査した病院は広い敷地の中に低層の建物が診療科目別に散在して建てられており英国の影響が見られる。

共通する問題として、

1. 外来、診療、検査、手術、病棟が散在して作業動線が悪いこと、
2. 各部門、各病棟の連絡に渡り廊下もなく雨天時の診療活動を疎外していること、
3. 停電が頻繁に起こるのにも関わらず非常電源設備がない、あっても容量が小さいこと、
4. 上下水道施設が老化していること

などが掲げられる。アフリカ開発銀行より新・旧ムラゴ病院のリハビリテーション計画がおこなわれ、新ムラゴ病院の改修工事（電気、蒸気、水、エレベーター）は完了し、旧ムラゴ病院の解体建築工事は計画準備中である。ウガンダの医療施設全てについて改善する必要があるので、地域の選定・対象施設の規模・レベルの検討、改善計画の内容検討（リハビリテーションとするのかスクラップアンドビルドとするのか、宿舎はどうするのか、周辺インフラはどうするのか等）プロジェクト実施後の運営管理の検討、人員の確保等を勘案して計画を策定する必要がある。

5) 機材

各病院および医療施設の機材は全体的にみて、老朽化し故障頻度が高くなって来ているのが実情である。また、消耗品部材やスペアパーツの補給の問題も絡み医療機材の保守管理が一層難しくなっているのも確かである。

地方医療を強化するための概要は、初期診断に必要な診る・聴く・計る器具（額帯鏡・聴診器・血圧計）類を充足させるためのものである。これらの器具は、同国の風土に由来する各種疾病の早期発見や初期診断を確実にするもので、医療環境に恵まれない地方村落の住民のためのより優れた医療の供給と住民の健康水準の向上に貢献し得る内容である。

地域医療の強化では大事な役割をはたしている診療所、ヘルスセンターの初歩的診療用機材（聴診器、血圧計等）と簡単な傷の手当てに必要な外科器具（ピンセット、鉗子類）の補充等を行い、地方医療強化対策の一環としてヘルスセンター的役割を果たしている病院ならびにヘルスセンターの初期救急医療の器具類の整備が計画されている。主な機材の内容は小外科用器具セット、煮沸消毒器、乾熱滅菌器等で簡単な外科処置を中心とした機材である。

現在、ムラゴ病院はマケレレ大学の教育病院として機能している国内最大の総合病院である。診療科目は全科が揃い、医師数も最も多い病院である。基本的な診療科目は整っている病院である。しかし、診断治療機器、臨床検査機器、放射線関係機材（大部分の機材は10年以上も前に整備された）等をもみても器材が少ないか、あっても年式の古いものが多くまだまだ不十分である。

医療技術が日進月歩であるように医療機材は年毎に高機能化され、その傾向は止むことを知らない。従って、無償資金協力においても高機能化された機材の供与は避けて通れない状況になりつつある。しかも、今日の医療分野、電子工学、機械工学、化学技術等の知識を背景に設計され、製作されているものが大部分である。このため、技術分野が専門化されていることもあり、一人の技術者の技術と知識の範囲で全ての機器が保守管理技術の移転は困難である。

潜在的にAIDS患者の多いとされているアフリカの場合、患者発見の手段として必要な精密血液分析機の導入が望まれている。しかも、国際世論としてその必要性が認識されている。これは現時点において不治の病とされ、かつ最も危険度の高い感染症を世界各国の発生源でくいとめ、全世界の人々の安全を確保するためには必要である。

同国では我が国で製造された機材はほとんど納入されていない。超音波診断装置でフクダ電子の機材が10台程度納入されていた位である。ムラゴ病院医療機材整備計画では放射線機材が主であるが、途上国では放射線サービスは都市の大病院に集中しておりそのサービスを受けられる住民は限られている。大病院では比較的機器にも放射線技師や医師等のスタッフにも恵まれているが、撮影内容は単純撮影が90%以上を占めており放射線科としてのリファレラ機能を果たすには至っていない。また放射線機器は高価であり、援助により供与されたものも多いが、途上国では常に30%の放射線機器は故障しているとされる。その最大の理由は途上国に適さない機器に設置、そしてスペアパーツの確保と費用を含む維持管理の問題である。定期点検やメンテナンスは十分でなく、フィルムや試薬が常時入手できないという問題もある。我が国の無償資金協力の医療案件のほとんどに放射線機器が含まれている。途上国の要請もあるが、機材に関して十分な知識がなく、偏った知識のまま要求をだし、最初から操作やメンテナンスに問題のある機器を設置したりしている。操作環境に適さない機材の設置の問題もある。機器自体は途上国向けの仕様にはなっていない。温度、湿度、埃等の環境条件は厳しく、大きな電圧変動、頻繁な停電になることもある。現地に技術レベルのしっかりした代理店のない場合は機器選定に十分な注意が必要である。また、先端技術を持ち込めば、厳しい保健医療予算の中で機材維持管理予算や、消耗品、試薬、スペアパーツの購入予算の確保が必要となる。しかし予算が確保できても実際に入手するまでには時間がかかることも問題である。ある程度のスペアパーツがあっても在庫管理の不備（紛失、盗難、品質劣化）も大きな問題である。我が国にとり重要なことは適正な機材を選択して、そのフォロー

アップ体制を充実させることである。

同国では電気の供給が困難な地域があるため、UNICEFの援助でソーラーシステムを導入している。エレクトロラテックス製で、薬品冷蔵庫や照明に使用して、病院側は随分と助かっている。我が国でも将来的には太陽電池の供与を考慮すべきである。また、ガス式の冷蔵庫も、地域病院やヘルスポスト等で使用している。電気を使用しなくて使える機材を我が国でも検討する時期に来ていると考える。

我が国の援助で供与すべき医療機材は、1.基本的性能に重点をおいた操作の簡便な機器、2.汎用性の高い機器、3.丈夫で劣悪な環境条件でも稼働可能な機器、4.ランニングコストの安い機器、5.メンテナンスが簡単で信頼性の高い機器が大事な点である。

6) 人材

現状としては、同国の医療関係者の絶対数が不足していること、都市部に片寄っていることがあげられる。こういった問題を解決するためには、医師、看護婦、技師などの養成システムを確立すること、人事ローテーション、地方手当などの配慮、地方の医療施設の設備改善などの地方勤務にかかるインセンティブを与える必要がある。

7) 医療政策

同国政府の提供する保健医療サービスは、同国国民の大多数が求めるものに合致しているとは言い難い。医療施設の全国配備網はいまだに貧弱であり、人材、財源も都市部の病院に片寄って集中している。輸送、供給、機材については需要量に比べほんのわずかしが賄えない。その結果、自身の健康は自分で管理するか、伝統的医療または近所の人の治療に頼るかしている。あるいは、政府系の医療施設ではなく高い金を払って民間の運営する医療施設に行き治療を受けるしかない。

従って、同国政府としては医療政策の策定に必要な問題分析、行動計画立案、優先度づけを行う能力の向上、並びに策定された政策を実施に移すための財源及び人材の確保を実施しなければならない。

7-3 プロジェクト形成に関わる制約

1) 我が国のスキーム（技術協力の可能性）

医療分野での我が国の無償資金協力は、病院施設建設および医療機材の供与が基本的であり、また原則としては相手国の自助努力による案件立案と実施および継続的な運営管理を期待する。しかし、無償だけでは複雑な機械や施設の供与は事後の運営維持管理が困難な場合があり、そのようなマネジメント能力の向上には技術協力が必要である。同国の保健セクターが当面必要としているのはまさにそのようなマネジメント能力の強化である。とりわけ同国は地方分権政策による保健サービスシステム再編の取組を開始したところであり、この枠の中で効果的な支援を行う必要がある。

案件発掘に当たっては同国の要請やニーズが高いというだけでは援助案件としては妥当といえず、むしろプロジェクトの計画立案に対する技術支援を行ったりその運営実施にかかわる能力形成を支援する

ことが重要である。理想的には医療機材供与や臨床医療技術協力などは、パーツ供給管理や機材修理などのロジスティクスの体制が整った後か、またはその支援を先行させた後に考慮すべきものと思われる。

2) 情報

同国の保健医療分野に関する情報は少なく、また保健医療分野の全体計画およびその中における協力案件の位置付けも必ずしも明確ではないため、案件の選定がスムーズに行えない状況にある。保健医療の情報、データ（特に地方）が少なく、また実際にあがっている統計数字の信頼性も定かではないこともあり、保健医療分野の実態は明らかではない。

案件形成にあたり、現状を評価してフィージビリティを判断するための情報が必要となるが、保健省にも地方政府省にも十分な情報は集積されていない。マネジメント情報も系統的に作られていない。大蔵経済企画省に専門家を派遣して十分な評価調査を実施する必要がある。

3) 他のドナー

現在各ドナーの援助が急速に入りつつあり、援助に対するニーズは流動的である。援助案件の発掘と審査に当たっては、その時点でのニーズとフィージビリティおよび各ドナーの援助の状況を的確に把握する必要がある。ほとんどのプロジェクトが世銀や国連機関のイニシアティブのもとにバイのドナーが協調融資等の形で連携協力をするといったやり方で行われており、我が国も共同または並行プロジェクトを組むことにより我が国の援助の特徴を生かすことを考える必要がある。土地勘と技術を持っているヨーロッパの国際的なコンサルタントが同国では積極的に活躍している。

4) 財政

同国は保健財源が乏しいため、援助依存の傾向を強める可能性が高い。各病院で行われている診療費の徴収を含む収入及び支出の詳細については不明な点が多く、保健省も必ずしも把握していない。またプライベート病院の拡大や発展する経済において、医師のシフトや貧富間格差が起こることは避けられない。

ムラゴ病院は、予算の面では保健省から独立して存在していることにも留意する必要がある。

同国の保健財政状態は厳しいため、リカレント・コストを増加させるような案件については、予めコスト分析を行って財政計画を検討したうえで同国の予算計画の中で対応が可能か、あるいは適正資源配分の観点からみて妥当であるか、を事前に十分協議すべきである。

5) 人材

保健省スタッフや地方政府省スタッフの計画立案能力や運営管理能力も開発途上にある。

教員が少数のため、その少数の教員が多くの学生の教育に専念せざるを得ず、そのため、教員自身の研究時間が少なく、また研究機材の不足問題があり、教員および大学院生の研究活動は満足できるものではない。

アミン軍事独裁政権時の暴政とその後の内戦による国内混乱を避けて多くの頭脳流出があった。またこの混乱によって国内の医療施設は放置され荒廃しており、国情が安定してきたといっても満足な医療施設がないため海外に流失した優秀な人材はなかなか戻ってこない状況にある。

地方での不便な生活環境や収入の途が狭いこと、医療施設が不備であること等から、国内で養成した人材でも優秀な人はなかなか地方へは行きたがらず都市に集中しがちであり、人材面での都市と地方の格差が大きい。

6) 行政機構（中央行政と地方行政）

行政に対しての関連機関が多く複雑である。保健省（MOH）は、同国全体の医療政策の策定と基準作りを行い、地方政府省（MOLG）は、地方自治体の全体の開発計画の支援と関連省庁との連携を作り、地方自治体は、県病院とヘルスセンターの運営を行っている。またムラゴ病院の予算はMOFEPより直接得ているが人事面ではMOHのコントロールを受けている。このように、援助を行う場合の関連機関が保健省以外にもそれぞれあり、機構改革が行われて間がないために対応が曖昧になりやすいこと、海外援助の増加で対応が困難になっていること、などのために援助案件の立案・準備や実施に当たって主体性を発揮できる体制とメカニズムがまだ十分に形成されていない。

7) 医療政策

地方の医療システム改善・強化のアプローチは地方分権後は保健省の直轄ではなくなることもあり、保健省はもう既に終了済みという見解で、あまり積極的ではない。

8) 地方分権政策

地方分権政策は今年7月に3年間の予定で開始したばかりで今後の動きが不透明であり、的を得たシステムかどうかの判断はまだ始まったばかりなので難しいが、特に保健省は管轄が減る方向に進んでおり、政策立案に専念する機関としては能力が不十分であるため将来の保健省の存続にもからむ大きな問題である。

9) 治安

首都カンバラは比較的安定しており大使館を再開した国も多く外国の専門家やコンサルタントも大勢活動している。同国のスーダン寄りの北部には、治安上まだ不安が残る地域があるため現時点では援助対象地域としては考えられない。

ケニアを通過し、首都カンバラまでの内陸輸送の間で盗難事故が多発しており、コンテナ輸送にて実施されているのが実態である。従ってモンバサ港からの貨物自動車輸送はコンテナが一番適している。

10) インフラ

最も整っている首都のカンバラ市内でのインフラ状況については下記の通りである。

1. 受電は、月2~3回、1回につき10分前後の停電がある。また、電圧変動は±15%程度あるため、機材を設置する部屋においては機器の故障を誘発する可能性があること、また測定されたデータの精度に問題が出ること等を考えると定電圧装置（AVR）の設置は必要不可欠である。コストおよび利用効率の面から判断して、できるだけ設置することが適当である。
2. 給水は水圧が弱いがブースターを設置して対応する。
3. 排水は、大きく分類して、汚水、雨水および特殊排水（有害）になるが、汚水は既設汚水桝に接続放流し、雨水は既設雨水桝に接続放流し、特殊排水はポリ容器にて回収して別途処理をする。

7-4 保健医療分野における我が国の協力の可能性および方向性

1) 協力の方向性

大使館も在外事務所もなく、技術協力をバックアップする体制が不十分な現状では維持管理が容易な無償資金協力による機材供与から協力を開始することが現実的であろう。しかしながら機材のみを供与する援助では医療レベルの向上には結び付かないし、メンテナンスの技術がないと数年で機材が故障するため、長期的には専門家を派遣する等の技術協力が必要になる。

我が国はこれまで保健行政やマネジメント領域への技術協力の経験が少ないため、まずは大蔵経済企画省等同国の援助の調整を行う機関に我が国から専門家を派遣して、今までの医療案件の評価調査と今後の案件計画の立案を助ける必要がある。これに基づき、保健医療のマネジメントに関する我が国の援助能力を強化して、同国でソフト面での技術協力を実施すべきである。

技術協力をバックアップする体制がある程度整った段階で、保健省または保健省と地方政府省の両方に専門家を派遣して、我が国の援助システムと同国の実施能力、ニーズ、フィージビリティを勘案した案件形成を行い、同時に援助間の協調体制を確立する。また、地方医療にも注目し現地視察を行い、ヘルスポストからムラゴ病院までのリファレル体制を構築するような案件を形成する。

しかし地域保健医療にかかわることは、同国の保健医療の全体計画の立案から行い、同国のニーズや援助の効果も考慮でき援助をする側から見るとやりやすいという面があるが、他の援助機関の案件との調整がとれなくなる危険性がある。各援助機関が独自に援助案件を実施すると保健省が監督できなくなり効率性・効果性に問題が起こる可能性がある。援助機関の間の協調のメカニズムを形成し、整合性を持たせることが大事になる。

また、我が国が援助する地域は一つの県の保健医療を限定して5年計画位で行うことが望ましい。しかし、援助するために選択する県は自立発展性のある地域でやる気のある要員（医師、看護婦等）がいないと援助は成功はしないし、却って援助に対する依存性が一層強まる危険性がある。我が国がモデル

ケースとなる地域医療援助を行うことにより、保健省や他の援助機関に及ばず波及効果は大きなものがあるだろう。

同国においては医療関係者の人材育成が大きな課題であることから、無償資金協力と連携して研修員受け入れをより積極的に活用することによって、大きな効果が得られる。

新規の病院建設案件よりは基礎的な医療機材整備から実施していくか、既存の病院の設備面での強化を実施した上での医療機材整備を行うほうが同国にとっては効果的である。

具体的な個別プロジェクトに関しては、全体計画のうち我が国の援助形態と支援能力に適合した部分に限定して行うとしても、ニーズ評価や地域医療計画の策定については全体的な視野で協力することが望ましい。

我が国の具体的な援助の全体像が見えてくれば、その援助案件に関係する技術トレーニング、情報処理、機材維持管理、メンテナンス等の技術指導の可能性が高まるし、是非とも行わなければならない。

PHCやAIDSのようなニーズが高く実現性のあるプロジェクトは各国の援助がすでに行われているかまたは準備中の案件が多いが、我が国と他の援助機関との協力も考慮しながら、短期的な援助案件としての可能性が考慮されるものは次の通りである。

2) 具体的プロジェクト

保健省が援助を求めている案件の優先度は現在保健省内で検討中ではあるが、ムラゴ病院の機材整備計画を第一案件とする話が最終会議で提示された。

保健医療分野での無償資金協力案件として日本側に正式要請が挙げられているのが、ムラゴ病院医療機材整備計画とムバララ大学医学部拡充計画の2案件である。

(ムラゴ病院医療機材整備計画)

大使館も在外事務所もなく技術協力を実施する体制が不十分な現状の下で、我が国の最初の保健医療案件を行うにあたっては首都のカンバラにあるリファレルのムラゴ病院より行うことが、現実的である。保健省の提示案件であるが、ムラゴ病院は予算を、直接大蔵経済企画省から得ていることに留意する必要がある。

現在、世界銀行、AfDB、他の援助機関が全面的に旧ムラゴ病院と新ムラゴ病院に援助を行っている。AfDBがムラゴ病院全体のリハビリ計画を策定中であるが、この実施に際しては複数の援助機関が資金供与すると考えられ、AfDBの全体計画の中での対日要請の位置付けの問題と他の援助機関との調整の問題もあり難しい案件でもある。今後建設する建物と供与する医療機材の調整の問題と実施管理体制及び事業計画をはっきりとさせるべきである。

同病院は全体で約1,200床あり、あまりにも組織が肥大しているため、無償資金協力を実施する場合は、

特定の部門あるいはプロジェクトを限定して行うことが必要である。そうしないと我が国の援助が埋没してしまう恐れがある。

また、我が国への援助要請機材の妥当性の問題がある。最新式の高度な医療機材を要請しているが、運営維持管理経費の問題と医療技術水準の問題を考えると基礎的な機材より整備を始めたほうが良いと思われる。昔の東アフリカ第一の栄光を引きずっているため、適正な医療機材レベルをしっかりと把握できないでいる。

また機材および設備の老朽化を防ぐためには病院側が適切な維持管理を実施することが不可欠である。したがって、病院側はスペアパーツの在庫状況を記録するとともに日報、週報、月報等の形で定期的に機材の管理記録を作成し、常に状況を把握できる体制の下で適切な維持管理を実施するよう望まれる。

現在、援助している各援助機関との密接な連携・協力体制をとることは、機材の維持管理を含む適切な病院運営を実施する上で不可欠であると考ええる。

同国の保健医療サービスのトップリファレル病院の機材・設備の整備は、人口の集中するカンバラ市およびその周辺地域の国民に広く裨益し、かつ同国国民に対する裨益効果も期待でき、保健医療サービスの向上に多大な効果・改善が予想されることから本案件は無償資金協力として実施することは妥当であり、意義が大きいと思われる。

(マケレレ大学医学部の医学研究所新設計画)

マケレレ大学とムラゴ病院は道路一つはさんだ隣接した場所にある。マケレレ大学医学部はムラゴ病院の敷地内にあり旧ムラゴ病院と新ムラゴ病院にはさまれた場所にあり、ムラゴ病院を教育病院としている。

医学研究所新設計画はマケレレ大学医学部から提示された案件で、ケニアに我が国の援助で建設したKEMRI（ケニア中央医学研究所）をイメージしたものと思われる。施設を新設することの妥当性、教育用機材と研究用機材との優先順位が不明瞭であり、既存の施設のリハビリを行いそこに機材を設置する可能性を考える必要がある。我が国が援助を行うならば運営に関する財政計画、機材管理、試薬供給体制の確立が必要条件であり、無償資金協力のみではなく技術協力も大事である。大学医学部の機材整備は、医療関係者を育成する上では重要なことであり、不足している医師、看護婦等の解消につながり、地域医療にも貢献する。同国の保健医療全般の将来を考えると援助案件としては有望であり、ムラゴ病院のリハビリとの連携を考えて協力する事が望ましい。

基礎医学研究棟、講堂、図書館などを視察したが、建物も古く、基礎的なティーチングマテリアルにも事欠いている。視察時に新しい研究所(Center for Medical Research Makerere University)の建設ならびにその研究用機材の要請を受けたが、現時点の同国の保健状況からは、マケレレ大学医学部の役割として研究よりも、教育、臨床の面での貢献がより強く望まれるものと考えられるため、研究所の建設は時期尚早と思われる。しかし現在ある建物へのティーチングマテリアルを中心とした機材の供与はその医学教育への効果などを勘案するに、高いプライオリティを有するものと考えられる。

内乱により、マケレレ大学の施設・機材は荒廃したため、マケレレ大学は以前の東アフリカ大学時代

のレベルから後退し、ナイロビ大学と比較しても大学の力量の相当な差があると感じられる。しかし、本案件は学生数が多い医学部の拡充等を狙ったものであり、この医学部の教育の質の回復は、やがてマケレレ大学全体の教育レベル回復への原動力になることが期待される。実施する意義は極めて高く、多大なる協力効果が期待されるものである。

(保健省へのアドバイザー派遣)

保健省へアドバイザーを派遣することは、同国の保健医療全体計画の立案から行い、同国のニーズや援助効果を把握でき、各国の援助機関との案件の調整を行い、援助の効率性を高めることになる。同国にとっても我が国の援助の仕組が理解できる。

(地方医療改善計画)

地方医療では家族計画を含む母子保健の強化が大きな課題である。協力の可能性としては、一カ所の県を選定して、ヘルスセンター (Health Center)、県病院 (District Hospital)、州病院 (Regional Hospital)、ムラゴ病院 (Mulago Hospital) というリファレルシステム確立のためのモデルケースとなるようなプロジェクトの実施が考えられる。本計画実施に際しては、長期的な展望に立ち、無償資金協力と技術協力による専門家派遣や研修員受入れとを組み合わせた総合的な協力を行うことが不可欠である。

県病院の自助努力の支援が最も大事な点である。ただ、県のレベルはかなり未整備の状態であり、問題点は施設および機材の老朽化、医療従事者の不足、給料の遅配等である。良い病院と言われているフォートポータル県病院では、GTZが援助で機材整備、運営、消耗品等のすべてを行っていて治療費も安く、そのため患者が多いが、もしGTZがいなくなった場合を考えると病院として運営できるがどうか疑問である。医療行政と地方分権政策の問題も大きな課題である。

3) 他の案件

(ムバララ大学医学部拡充計画)

(Virus Reserch Instituteの拡充計画)

(Central Medical Storeの冷蔵庫整備計画)

(Rotary IntemationalのMCH用機材と心臓研究所用機材)

(Bududa District Hospitalの機材および施設整備計画)

同国の保健医療分野を調査した上で、中長期的な協力量針の策定と効果的な案件の発掘・形成を図るため、詳細な調査を実施し、関係省庁、地方の自治体との協議およびサイト調査を通じて保健医療分野全体を網羅的に調査して、現状の把握および今後の協力の可能性の検討に努めた今回の調査団の考え方を最終会議で示したところ、ウガンダ側は次の対応を行うことになった。

(ムラゴ病院)

AIDBが作成している全体のリハビリ計画および必要機材リストの中における対日要請内容の位置付けの明確化を行う。

(マケレレ大学医学部)

Research Center新設より、既存の施設のリハビリを行ってはどうかとの調査団の助言を考慮して準備している対日要請内容を再検討する。

添付資料

添付資料目次

主な面会者リスト

収集資料リスト

現場写真

要請書コピー

付表

別表リスト

- 別表-01 Distribution of Facilities, Uganda, 1991
- 別表-02 Distribution of Hospital Beds, Uganda, 1991
- 別表-03 Distribution of Government Facilities, Uganda, 1991
- 別表-04 Distribution of Non-Government Organization Facilities, Uganda, 1991
- 別表-05 Distribution of Private Facilities, Uganda, 1991
- 別表-06 Distribution of Ministry of Health Personnel, Uganda, 1991
- 別表-07 MOH Recurrent and Development Budget Selected Years, 1970 - 88
- 別表-08 Distribution of Ministry of Health / Mulago Budget, 1987 / 88
- 別表-09 Total Government Expenditures
- 別表-10 Estimated Recurrent Expenditures for Health from All Source, Uganda, 1989 / 90
- 別表-11 Rough Estimates of Distribution of Spending by Health Problem, 1989 / 90
- 別表-12 Recurrent Expenditure in The Health Sector, By Program and Principal Sub-Programs
- 別表-13 Capital Expenditure in The Health Sector, By Program and Object of Expenditure
- 別表-14 Population by Age and Population Type by Sex
- 別表-15 Age Structure of Population
- 別表-16 The 1991 Population and Housing Census Final Results
- 別表-17 Population Density by Region and District
- 別表-18 Top Ten Causes of Out-patient Morbidity, 1988 - 1991
- 別表-19 Top Ten Causes of In-patient Morbidity, 1988 - 1991
- 別表-20 Household Drinking Water Source, 1988
- 別表-21 Alternative Fertility and Population Scenarios
- 別表-22 The Impact of AIDS on Demographic Measures
- 別表-23 Donor-Financed Section 2 Expenditure
in The Health Sector by Program and Economic Classification on Expenditure

別表-1 Distribution of Health Facilities, Uganda, 1991

District	Hospitals			Clinics	Population Per Unit
	Tertiary	Secondary	Primary		
Kalangala	0	0	1	3	4,100
Kampala	6	0	16	105	6,072
Kiboga	0	1	1	8	14,080
Luwero	0	2	9	29	11,136
Masaka	1	2	10	41	15,393
Mpigi	0	4	23	73	9,153
Mubende	0	2	9	30	12,035
Mukono	0	6	10	47	13,023
Rakai	0	1	9	20	12,733
Iganga	0	3	7	58	13,950
Jinja	1	1	14	19	8,139
Kamuli	0	1	16	13	15,846
Kapchorwa	0	1	2	11	8,307
Kumi	0	3	4	16	10,300
Mbale	1	1	19	59	8,795
Pallisa	0	1	4	20	14,240
Soroti	0	1	11	38	8,618
Tororo	0	3	7	47	9,775
Apac	0	2	8	12	21,263
Arua	1	3	11	42	10,893
Gulu	0	3	7	12	15,395
Kitgum	0	3	4	17	14,596
Kotido	0	2	4	18	7,946
Lira	0	1	9	31	12,055
Moroto	1	2	2	15	8,570
Moyo	0	2	2	19	7,761
Nebbi	0	3	9	28	7,963
Bundibugyo	0	1	3	16	5,800
Bushenyi	0	2	10	20	23,203
Hoima	0	2	8	27	5,346
Kabale	1	0	6	27	12,141
Kabarole	1	2	14	26	17,376
Kasese	0	2	7	24	10,392
Kibale	0	0	0	3	73,100
Kisoro	0	2	0	4	30,817
Masindi	0	2	3	17	11,522
Mbarara	1	2	9	40	17,874
Rukungiri	0	3	8	26	10,486
Total	14	72	296	1,061	11,491
Region	Tertiary	Secondary	Primary	Clinics	Population Per Unit
Central	7	18	88	357	10,265
Eastern	2	15	84	281	10,759
Northern	2	21	56	194	11,461
Western	3	18	68	229	14,201
Total	14	72	296	1,061	11,491

Source: Uganda Social Sector Strategy Report No. 10765-UG World Bank April 6, 1993 p 181

別表-2 Distribution of Hospital Beds, Uganda, 1991

District	Beds			Population Per Beds
	Government	NGO	Total	
Kalangala	0	0	0	ERR
Kampala	2,397	926	3,323	233
Kiboga	104	0	104	1,354
Luwero	104	85	189	2,377
Masaka	304	325	629	1,322
Mpigi	234	40	274	3,341
Mubende	170	0	170	2,926
Mukono	220	325	545	1,498
Rakai	0	0	0	ERR
Iganga	218	100	318	2,969
Jinja	356	138	494	577
Kamuli	0	130	130	3,698
Kapchorwa	56	0	56	2,077
Kumi	104	310	414	572
Mbale	447	0	447	1,581
Pallisa	104	0	104	3,423
Soroti	173	0	173	2,491
Tororo	320	109	429	1,291
Apac	100	210	310	1,486
Arua	267	200	467	1,337
Gulu	315	300	615	551
Kitgum	89	453	542	646
Kotido	208	0	208	917
Lira	222	0	222	2,245
Moroto	115	282	397	432
Moyo	215	0	215	830
Nebbi	104	300	404	782
Bundibugyo	104	0	104	1,115
Bushenyi	108	100	208	3,533
Hoima	197	0	197	1,004
Kabale	184	0	184	2,243
Kabarole	166	221	387	1,916
Kasese	0	270	270	1,270
Kibale	0	0	0	ERR
Kisoro	132	147	279	663
Masindi	181	0	181	1,401
Mbarara	350	80	430	2,162
Rukungiri	106	331	437	888
Total	8,474	5,382	13,856	1,197
Region	Government	NGO	Population Per Bed	
Central	3,533	1,701	921	
Eastern	1,778	787	1,602	
Northern	1,635	1,745	926	
Western	1,528	1,149	1,689	
Total	8,474	5,382	1,197	

Source: Uganda Social Sector Strategy Report No. 10765-UG World Bank April 6, 1993 p 186

別表-3 Distribution of Government Facilities, Uganda, 1991

District	Hospitals				Population Per Unit
	Tertiary	Secondary	Primary	Clinics	
Kalangala	0	0	1	3	4,100
Kampala	3	0	3	2	96,675
Kiboga	0	1	1	6	17,600
Luwero	0	1	5	18	18,717
Masaka	1	0	5	20	31,973
Mpigi	0	3	8	35	19,900
Mubende	0	2	6	14	22,614
Mukono	0	2	6	20	29,150
Rakai	0	1	7	14	17,364
Iganga	0	2	7	48	16,561
Jinja	1	0	10	8	14,995
Kamuli	0	0	13	9	21,850
Kapchorwa	0	1	1	9	10,573
Kumi	0	1	3	13	13,935
Mbale	1	1	9	36	15,034
Pallisa	0	1	1	15	20,941
Soroti	0	1	5	25	13,900
Tororo	0	2	6	22	18,467
Apac	0	1	4	9	32,907
Ana	1	1	7	27	17,350
Gulu	0	2	7	7	21,169
Kitgum	0	1	4	15	17,515
Kotido	0	2	2	18	8,668
Lira	0	1	5	20	19,165
Moroto	1	0	2	10	13,185
Moyo	0	2	2	17	8,500
Nebbi	0	1	4	20	12,636
Bundibugyo	0	1	2	12	7,733
Bushenyi	0	1	8	11	36,740
Hoima	0	2	7	22	6,381
Kabale	1	0	5	24	13,760
Kabarole	1	0	11	21	22,467
Kasese	0	0	5	13	19,056
Kibale	0	0	0	0	ERR
Kisoro	0	1	0	3	46,225
Masindi	0	2	3	9	18,107
Mbarara	1	1	8	22	29,050
Rukungiri	0	1	5	15	18,476
Total	11	39	188	612	19,509
Region	Tertiary	Secondary	Primary	Clinics	Population Per Unit
Central	4	10	42	132	25,650
Eastern	2	9	55	185	16,376
Northern	2	11	37	143	16,213
Western	3	9	54	152	20,739
Total	11	39	188	612	19,509

Source: Uganda Social Sector Strategy Report No. 10765-UG World Bank April 6, 1993 p 183

別表-4 Distribution of Non-Government Organization Facilities, Uganda, 1991

District	Hospitals				Population Per Unit
	Tertiary	Secondary	Primary	Clinics	
Kalangala	0	0	0	0	ERR
Kampala	3	0	1	6	77,340
Kiboga	0	0	0	2	70,400
Luwero	0	1	4	4	49,911
Masaka	0	2	4	11	48,900
Mpigi	0	1	7	12	45,770
Mubende	0	0	2	9	45,227
Mukono	0	4	1	8	62,785
Rakai	0	0	2	4	63,667
Iganga	0	1	0	3	236,000
Jinja	0	1	2	1	71,225
Kamuli	0	1	3	1	96,140
Kapchorwa	0	0	1	2	38,767
Kumi	0	2	1	3	39,483
Mbale	0	0	3	12	47,107
Pallisa	0	0	3	5	44,500
Soroti	0	0	6	13	22,679
Tororo	0	1	1	10	46,167
Apac	0	1	3	2	76,783
Arua	0	2	3	4	69,400
Gulu	0	1	0	5	56,450
Kitgum	0	2	0	2	87,575
Kotido	0	0	2	0	95,350
Lira	0	0	2	4	83,050
Moroto	0	2	0	5	24,486
Moyo	0	0	0	2	89,250
Nebbi	0	2	3	3	39,488
Bundibugyo	0	0	1	4	23,200
Bushenyi	0	1	2	4	104,971
Hoima	0	0	1	3	49,450
Kabale	0	0	1	3	103,200
Kabarole	0	2	3	2	105,914
Kasese	0	2	0	1	114,333
Kibale	0	0	0	3	73,100
Kisoro	0	1	0	1	92,450
Masindi	0	0	0	4	63,375
Mbarara	0	1	1	2	232,400
Rukungiri	0	2	3	5	38,800
Total	3	33	66	165	62,107
Region	Tertiary	Secondary	Primary	Clinics	Population Per Unit
Central	3	8	21	56	54,798
Eastern	0	6	20	50	54,083
Northern	0	10	13	27	62,582
Western	0	9	12	32	85,304
Total	3	39	66	165	62,107

Source: Uganda Social Sector Strategy Volume II World Bank April 6, 1993 p184

別表-5 Distribution of Private Facilities, Uganda, 1991

District	Hospitals				Population Per Unit
	Tertiary	Secondary	Primary	Clinics	
Kalangala	0	0	0	0	ERR
Kampala	3	0	12	97	7,071
Kiboga	0	0	0	0	ERR
Luwero	0	0	0	7	61,224
Masaka	0	0	1	10	75,538
Mpigi	0	0	8	26	26,913
Mubende	0	0	1	7	59,674
Mukono	0	0	3	19	37,655
Rakai	0	0	0	2	190,905
Iganga	0	0	0	7	141,529
Jinja	0	0	2	10	23,732
Kamuli	0	0	0	3	144,138
Kapchorwa	0	0	0	0	ERR
Kumi	0	0	0	0	ERR
Mbale	0	0	7	11	38,530
Pallisa	0	0	0	0	ERR
Soroti	0	0	0	0	ERR
Tororo	0	0	0	15	37,754
Apac	0	0	1	1	276,365
Arua	0	0	1	11	50,620
Gulu	0	0	0	0	ERR
Kitgum	0	0	0	0	ERR
Kotido	0	0	0	0	ERR
Lira	0	0	2	7	53,368
Moroto	0	0	0	0	ERR
Moyo	0	0	0	0	ERR
Nebbi	0	0	2	5	47,368
Bundibugyo	0	0	0	0	ERR
Bushenyi	0	0	0	5	157,378
Hoima	0	0	0	2	98,851
Kabale	0	0	0	0	ERR
Kabarole	0	0	0	3	277,886
Kasese	0	0	2	10	28,571
Kibale	0	0	0	0	ERR
Kisoro	0	0	0	0	ERR
Masindi	0	0	0	4	63,343
Mbarara	0	0	0	16	58,071
Rukungiri	0	0	0	6	64,634
Total	0	0	42	284	50,845
Region	Tertiary	Secondary	Primary	Clinics	Population Per Unit
Central	0	0	25	169	24,889
Eastern	0	0	9	46	74,701
Northern	0	0	6	24	104,262
Western	0	0	2	45	95,470
Total	0	0	42	284	50,845

Source : Uganda Social Sector Strategy Volume II Report No. 10765-UG World Bank April 6 1993 p 185

別表-6 Distribution of Ministry of Health Personnel, Uganda, 1991

District	Physicians	Registered Nurses	Registered Midwives	Other Professional	Group Employees	Total	Population perPhysicia	Population per Nurse Midwife
Kalangala	0	0	0	0	0	0		
Kampala	284	329	143	1,643	1,717	4,116	2,723	1,639
Kiboga	5	12	0	67	171	255	28,160	11,733
Luwero	8	11	0	141	0	160	56,150	40,836
Masaka	17	29	0	285	258	589	48,900	28,666
Mpigi	42	57	5	586	326	1,016	21,795	14,765
Mubende	12	29	12	134	333	520	41,458	12,134
Mukono	7	22	3	206	148	386	116,600	32,648
Rakai	4	3	0	69	86	162	95,500	127,333
Iganga	14	34	2	396	328	774	67,429	26,222
Jinja	45	98	0	456	364	963	6,331	2,907
Kamuli	1	6	0	111	0	118	480,700	80,117
Kapchorwa	4	8	0	49	224	285	29,075	14,538
Kumi	5	6	0	130	118	259	47,380	39,483
Mbale	27	54	23	406	454	964	26,170	9,177
Pallisa	4	10	0	87	200	301	89,000	35,600
Soroti	5	35	0	125	215	380	86,180	12,311
Tororo	12	41	0	306	377	736	46,167	13,512
Apac	3	15	0	125	211	354	153,567	30,713
Ana	12	51	16	207	154	440	52,050	9,322
Gulu	8	24	0	183	222	437	42,338	14,113
Kitgum	9	10	0	72	198	289	38,922	35,030
Kotido	6	3	0	51	0	60	31,783	63,567
Lira	3	29	0	126	207	365	166,100	17,183
Moroto	3	3	0	27	154	187	57,133	57,133
Moyo	2	11	0	72	371	456	89,250	16,227
Nebbi	8	9	0	104	170	291	39,488	35,100
Bundibugyo	3	6	0	42	193	244	38,667	19,333
Bushenyi	4	17	0	102	125	248	183,700	43,224
Hoima	7	19	2	142	327	497	28,257	9,419
Kabale	6	22	0	91	86	205	68,800	18,764
Kabarole	12	24	1	157	180	374	61,783	29,656
Kasese	0	0	0	0	0	0		
Kibale	0	0	0	0	159	159		
Kisoro	1	3	0	17	69	90	184,900	61,633
Masindi	7	38	0	195	178	418	36,214	6,671
Mbarara	16	39	4	229	306	594	58,100	21,619
Rukungiri	5	11	0	80	141	237	77,600	35,273
Total	611	1,118	211	7,219	8,770	17,929	27,140	12,478

Region	Physicians	Registered Nurses	Registered Midwives	Other Professional	Group Employees	Total	Population perPhysicia	Population per Nurse Midwife
Central	379	492	163	3,131	3,039	7,204	12,723	7,362
Eastern	117	292	25	2,066	2,280	4,780	35,131	12,966
Northern	54	155	16	967	1,687	2,879	57,946	18,299
Western	61	179	7	1,055	1,764	3,066	74,116	24,307
Total	611	1,118	211	7,219	8,770	17,929	27,140	12,478

Source ; Uganda Social Sector Strategy Volume II Report No. 10765 World Bank April 6 1993 p 187

別表-7 MOH Recurrent and Development Budget Selected Years, 1970 - 88 (U.Sh.millions)

Fiscal Year	70-71	82-83	84-85	86-87	88-89
Recurrent	1	21	66	180	2,629
Development	1	5	14	59	3,436
Total	2	26	80	239	6,065
% National Budget					
Recurrent	5.8%	4.0%	3.1%	2.1%	3.0%
Development	2.9%	0.9%	0.7%	0.7%	4.0%
Real Expenditure % 1970 Level					
Recurrent	100%	17.6%	22.0%	7.3%	16.9%
Development	100%	8.2%	9.4%	4.7%	44.3%
Total	100%	14.5%	17.8%	6.4%	26.0%

Source: MPED, Unpublished Date, 1989

Real financing of the Ministry of Health recurrent budget in 1988-89 is 16.9% of the 1970-71 level.

The development budget has increased substantially after dropping to 1.7% of the 1970-71 level in 1985-86.

Source: Children and Women in Uganda A Situation Analysis UNICEF 1989 p 28

別表-8 Distribution of Ministry of Health /Mulago Budget 1987/88 (U. Sh. millions)

Category	Budget	% of Total
Staff (Salaries/Transportation)	100.8	6.7%
Drugs and Supplies	689.4	46.0%
Other (of which Patients Abroad=23%)	111.4	7.4%
Hospital (All Expenditures)	597.1	39.8%
Total	1,498.7	100.0%

Source : GOU, Approved Estimates of Recurrent Expenditure, 1987-88

Source : Children and Women in Uganda A Situation Analysis UNICEF 1989 p 55

別表-9 Total Government Expenditures(% of Budget)

	1983/84	1987/88	1989/90
Health	5.0%	2.3%	3.1%
Education	13.0%	17.3%	13.7%
Water	0.0%	0.8%	0.5%
Defence	0.0%	0.8%	0.5%

Source: Uganda Country Information UNICEF 1990 (Uganda Basic Data vii)

別表-10

Estimated Recurrent Expenditures for Health from All Sources, Uganda, 1989/90

	Local Funds			Foreign Assistance		Total		
	Amount	Percent	Percent of GDP	Amount	Percent	Amount	Percent	Percent of GDP
Ministry of Health	4,097	14	0.3	7,585	89	11,682	30	0.9
Ministry of Local Government	171	1	0.0	341	4	512	1	0.0
Mulago Hospital	1,572	5	0.1	77	1	1,649	4	0.1
Local Governments	816	3	0.1	0	0	816	2	0.1
NGO Donations	822	3	0.1	500	6	1,322	3	0.1
Private Spending	22,644	75	1.8	0	0	22,644	59	1.8
Total	30,122	100	2.4	8,503	100	38,625	100	3.1
Central Government	5,840	19	0.5	8,003	94	13,843	36	1.1
Local Government	816	3	0.1	0	0	816	2	0.1
Charitable	822	3	0.1	500	6	1,322	3	0.1
Private	22,644	75	1.8	0	0	22,644	59	1.8
Total	30,122	100	2.4	8,503	100	38,625	100	3.1

Notes: Local spending is estimated on a per capita basis for a handful of districts with complete data and multiplied by the population of Uganda. The numbers were hand transcribed from documents at the MOLG. NGO donations are estimated from a sample of five NGO hospitals and is the shortage of fees relative to costs, divided by the number of beds. It is expanded to the whole sector by multiplying the resulting per-bed figure by the number of NGO beds in Uganda. This estimate will be minimal, as most NGOs receive some contributions of labor and drugs. Private spending is from the Household Budget Survey, 1989/90.

Source: FH tables and authors's estimates.

別表-11

Rough Estimates of Distribution of Spending by Health Problem, 1989/90

			Category 1	Category 2	Category 3	Percent
	Number	Bed-days	Community	Preventive	Curative	Curative
Malaria	12,257	75,923	324	1,624	3,214	62
ARI	4,260	31,634	324	565	1,339	60
Trauma	3,637	49,729	324	482	2,105	72
Tuberculosis	2,952	118,868	324	391	5,031	88
Anemias	2,246	17,857	324	298	756	55
AIDS	1,787	22,656	324	237	959	63
Malnutrition	1,600	29,676	324	212	1,256	70
Meningitis	1,009	10,069	324	134	426	48
Diarrhea	785	7,417	324	104	314	42
Tetanus	257	1,983	324	34	84	19
Subtotal	30,790	365,812				
Other	35,745	349,059	324	4,306	14,775	76
Total	66,535	714,871				
Expenditure by Category						
Central			2,922	4,885	10,615	
Local Government			231	264	827	
Charitable			408	272	136	
Private			0	3,397	18,681	
Total			3,561	8,818	30,259	

Source: Uganda Social sector Strategy Volume II Report No. 10765-UG World Bank April 6, 1993

別表-12

Recurrent Expenditure in The Health Sector, By Program and Principal Sub-Programs(in US\$ millions) 02/18/93

Programs (and subprograms under the Director of Health Services)	This Report's program Class.	1989/90 Actual	-1990/91- Budget	-1990/91- Actual	-1991/92- Budget	-1991/92- Actual	1992/93 Budget
<u>Ministry of Health</u>		3,953	8,057	6,159	12,937		15,551
<u>Headquarters</u>	6	644	2,848	3,696	5,211		5,228
<u>Director of Health Services</u>		1,289	2,784	1,084	4,505		7,989
Management	6	145	313	122	507		899
Health Education	3	9	19	8	31		56
Maternal and Child Health	1	4	9	3	14		25
Nutrition Units (4)	1	8	17	7	28		50
Health Planning unit	6	3	6	3	10		19
Medical Stores Management	6	29	63	24	101		180
Medical Store Supply	2S,2T	1,015	2,192	854	3,547		6,291
Medical Stores Inspectorate	6	5	11	4	17		31
Primary Health Care	2P	2	4	2	7		12
Immunization (UNEPI)	1	1	2	1	3		6
Laboratory Services	2S,2T	3	6	3	10		19
Chemotherapeutics	2S,2T	7	15	6	24		43
Blood Transfusion Services	2S,2T	4	9	3	14		25
Epidemic Disease	3	7	15	6	24		43
Cancer Reserch	5	16	35	13	56		99
TB Control	3	4	9	3	14		25
Vector Control	3	4	9	3	14		25
Veterinary Public Health	3	5	11	4	17		31
Public Health Sanitary	3	3	6	3	10		19
Dental Division	2P	2	4	2	7		12
Nursing Division	6	6	13	5	21		37
Uganda Nurses Councils	6	2	4	2	7		12
Health Education	3	1	2	1	3		6
Environmental Health	3	4	9	3	14		25
<u>Training (at 18 sites)</u>	4	418	772	427	957		632
<u>Regional & District Health Services</u>	6	175	26	22	31		24
<u>Hospitals (50 hospitals)</u>	2S	1,374	1,510	892	2,104		1,557
<u>Research Institutions (4)</u>	5	53	117	38	129		121
<u>Mulago Hospital</u>	2T	1,472	2,982	2,280	3,435		4,855
<u>Ministry of Local Govt. (Health Dept.)</u>	1	0	0	0	430		550
<u>Total</u>		5,425	11,039	8,439	16,802		20,956
Memorandum items:		3,892	6,751	4,051	9,625		13,445
Personal health services		13	28	11	475		631
1. Preventive		3,879	6,723	4,040	9,149		12,814
2. Curative - Total		4	9	3	14		25
Curative - Primary		1,889	2,621	1,325	3,902		4,746
Curative - Secondary		1,987	4,093	2,712	5,233		8,044
Curative - Tertiary (Mulago)		0	0	0	0		0
Curative - unallocated		37	80	31	129		229
3. Community health interventions		418	772	427	957		632
4. Training		69	152	51	185		220
5. Research		1,009	3,284	3,878	5,906		6,430
6. Administration							

Source : Uganda Social Sector Strategy Volume II Report No. 10765-UG World Bank April 6, 1993 p 147

別表-13

Capital Expenditure in The Health Sector, by Program and Object of Expenditure (in US\$ millions)

	This Report's program Class.	1989/90 Actual	-1990/91- Budget	-1990/91- Actual	-1991/92- Budget	-1991/92- Actual	1992/93 Budget
<u>Ministry of Health</u>		<u>124</u>	<u>110</u>	<u>501</u>	<u>700</u>		<u>114</u>
Headquarters	6	9	25	429	0		15
Construction		9	12	12			5
Equipment							
Office of the Director of Medical Services	6	0	13	417			10
Construction		3	0	0	224		0
Equipment		3			200		
Equipment		0			24		
Training Schools	4	1	24	30	22		47
Construction		1	24	30	0		27
Equipment		0	0	0	22		20
Hospitals	2S	100	61	42	454		52
Construction		81	61	42	454		10
Equipment		19	0	0			42
Research Institutions	5	11	0	0	0		0
Construction		11					
Equipment		0					
<u>Mulago Hospital</u>		<u>132</u>	<u>188</u>	<u>240</u>	<u>114</u>		<u>112</u>
Headquarters	2T	104	148	195	2		2
Construction		102	146	192	0		0
Equipment		1	2	3	2		2
Medical Services	2T	21	30	30	32		64
Construction		0	0	0	0		4
Equipment		21	30	30	32		60
Public Health Care Programme	2P	0	0	0	32		0
Equipment					32		
Common Services		0	0	0	0		36
Equipment							36
Training Schools	4	7	10	15	48		0
Construction		0	0	0	20		
Equipment		7	10	15	28		
<u>Ministry of Local Govt.</u>							
<u>(Health Dept.)</u>	1	0	0	0	287		50
Construction					212		0
Equipment					75		50
<u>Total</u>		<u>256</u>	<u>298</u>	<u>741</u>	<u>1,101</u>		<u>276</u>

Source : Uganda Social Sector Strategy Report No. 10765-UG World Bank April 6, 1993 p.148

POPULATION BY AGE AND POPULATION TYPE BY SEX

Age Group	HOUSEHOLD			INSTITUTIONAL & FLOATING			TOTAL POPULATION		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
0 - 4	1,556,096	1,577,815	3,133,911	9,783	9,428	19,211	1,565,879	1,587,243	3,153,122
5 - 9	1,239,759	1,254,397	2,494,156	6,806	6,029	12,835	1,246,565	1,260,426	2,506,991
10 - 14	1,122,631	1,082,973	2,205,604	7,605	7,159	14,764	1,130,236	1,090,132	2,220,368
15 - 19	853,633	924,955	1,778,588	12,147	11,525	23,672	865,780	936,480	1,802,260
20 - 24	685,664	802,034	1,487,698	24,549	13,593	38,142	710,213	815,627	1,525,840
25 - 29	589,498	664,549	1,254,047	20,725	8,535	29,260	610,223	673,084	1,283,307
30 - 44	453,478	475,085	928,563	12,194	4,830	17,024	465,672	479,915	945,587
35 - 39	332,199	350,167	682,366	7,234	2,912	10,146	339,433	353,079	692,512
40 - 44	256,403	278,091	534,494	4,422	2,132	6,554	260,825	280,223	541,048
45 - 49	221,631	231,388	453,019	3,044	1,700	4,744	224,675	233,088	457,763
50 - 54	205,447	218,939	424,386	2,264	1,522	3,786	207,711	220,461	428,172
55 - 59	136,763	128,438	265,201	1,235	799	2,034	137,998	129,237	267,235
60 - 64	133,315	148,592	281,907	1,006	781	1,787	134,321	149,373	283,694
65 - 69	88,101	86,254	174,355	696	391	1,087	88,797	86,645	175,442
70 - 74	78,774	83,546	162,320	492	341	833	79,266	83,887	163,153
75 - 79	45,005	39,941	84,946	253	150	403	45,258	40,091	85,349
80 +	69,126	62,639	131,765	328	227	555	69,454	62,866	132,320
Not Stated	3,241	3,989	7,230	200	112	312	3,441	4,101	7,542
Total	8,070,764	8,413,792	16,484,556	114,983	72,166	187,149	8,185,747	8,485,958	16,671,705

Source: Uganda Growing out of Poverty World Bank Country Study, p 158

別表-15

AGE STRUCTURE OF POPULATION

Age Group	RURAL '000			URBAN '000			TOTAL '000		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
0 - 4	1,364.5	1,382.5	2,747.0	163.6	167.2	330.8	1,528.1	1,549.7	3,077.8
5 - 9	1,102.5	1,103.2	2,205.7	111.9	125.5	237.4	1,214.4	1,228.7	2,443.1
10 - 14	1,001.9	939.4	1,941.3	96.1	121.5	217.6	1,098.0	1,060.9	2,158.9
15 - 19	747.9	781.8	1,529.7	92.7	130.0	222.7	840.6	911.8	1,752.4
20 - 24	576.5	666.6	1,243.1	114.2	127.2	241.4	690.7	793.8	1,484.5
25 - 29	488.4	552.8	1,041.2	103.6	99.1	202.7	592.0	651.9	1,243.9
30 - 44	374.5	398.0	772.5	72.4	61.0	133.4	446.9	459.0	905.9
35 - 39	274.7	298.9	573.6	46.0	37.1	83.1	320.7	336.0	656.7
40 - 44	211.5	240.9	452.4	29.5	23.4	52.9	241.0	264.3	505.3
45 - 49	185.9	204.6	390.5	20.4	16.2	36.6	206.3	220.8	427.1
50 - 54	172.9	192.1	365.0	15.3	14.3	29.6	188.2	206.4	394.6
55 - 59	118.0	115.5	233.5	8.0	6.9	14.9	126.0	122.4	248.4
60 - 64	115.2	131.0	246.2	6.5	8.4	14.9	121.7	139.4	261.1
65 - 69	77.3	77.4	154.7	3.7	4.4	8.1	81.0	81.8	162.8
70 - 74	67.7	73.1	140.8	2.8	4.4	7.2	70.5	77.5	148.0
75 - 79	38.8	35.6	74.4	1.6	2.0	3.6	40.4	37.6	78.0
80 +	58.0	54.5	112.5	2.1	3.6	5.7	60.1	58.1	118.2
Not Stated	2.0	2.6	4.6	0.6	0.6	1.2	2.6	3.2	5.8
Total	6,978.2	7,250.5	14,228.7	891.0	952.8	1,843.8	7,869.2	8,203.3	16,072.5

Source: Statistics Department, MFEP.

別表-16 THE 1991 POPULATION AND HOUSING CENSUS Final Results

Region	District	Total	Male	Female	Urban	Rural	Percentage Urban
CENTRAL	Kalangala	16,371	9,929	6,442	1,376	14,995	8.4
	Kampala	774,241	377,225	397,016	774,241	0	100.0
	Kiboga	141,607	72,538	69,069	5,277	136,330	3.7
	Luwero	449,691	224,399	225,292	36,531	413,160	8.1
	Masaka	838,736	415,552	423,184	77,196	761,540	9.2
	Mpigi	913,867	455,703	458,164	137,126	776,741	15.0
	Mubende	500,976	254,081	246,895	34,541	466,435	6.9
	Mukono	824,604	413,580	411,024	98,735	725,869	12.0
	Rakai	383,501	189,082	194,419	14,869	368,632	3.9
	Totals	4,843,594	2,412,089	2,431,505	1,179,892	3,663,702	24.4
EASTERN	Iganga	945,783	461,079	484,704	44,002	901,781	4.7
	Jinja	289,476	143,336	146,140	80,893	208,583	27.9
	Kamuli	485,214	237,513	247,701	8,262	476,952	1.7
	Kapchorwa	116,702	58,577	58,125	4,604	112,098	3.9
	Kumi	236,694	112,719	123,975	11,749	224,945	5.0
	Mbale	710,980	355,803	355,177	60,298	650,682	8.5
	Pallisa	357,656	173,836	183,820	2,927	354,729	0.8
	Soroti	430,390	209,530	220,860	46,274	384,116	10.8
	Tororo	555,574	273,220	282,354	63,657	491,917	11.5
	Totals	4,128,469	2,025,613	2,102,856	322,666	3,805,803	7.8
NORTHERN	Apac	454,504	222,854	231,650	5,783	448,721	1.3
	Arua	637,941	307,679	330,262	26,712	611,229	4.2
	Gulu	338,427	166,318	172,109	38,297	300,130	11.3
	Kigum	357,184	172,640	184,544	15,327	341,857	4.3
	Kotido	196,006	92,481	103,525	9,702	186,304	4.9
	Lira	500,965	247,607	253,358	27,568	473,397	5.5
	Moroto	174,417	80,061	94,356	12,981	161,436	7.4
	Moyo	175,645	85,054	90,591	8,787	166,858	5.0
	Nebbi	316,866	152,093	164,773	23,943	292,923	7.6
	Totals	3,151,955	1,526,787	1,625,168	169,100	2,982,855	5.4
WESTERN	Bundibugyo	116,566	57,816	58,750	9,215	107,351	7.9
	Bushenyi	736,361	354,470	381,891	14,195	722,166	1.9
	Hoima	197,851	99,547	98,304	4,616	193,235	2.3
	Kabale	417,218	197,695	219,523	29,246	387,972	7.0
	Kabarole	746,800	369,818	376,982	36,954	709,846	4.9
	Kasese	343,601	167,672	175,929	39,892	303,709	11.6
	Kibaale	220,261	109,756	110,505	2,408	217,853	1.1
	Kisoro	186,681	86,406	100,275	7,485	179,196	4.0
	Masindi	260,796	131,936	128,860	14,352	246,444	5.5
	Mbarara	930,772	458,257	472,515	46,616	884,156	5.0
	Rukungiri	390,780	187,885	202,895	12,985	377,795	3.3
Totals	4,547,687	2,221,258	2,326,429	217,964	4,329,723	4.8	
UGANDA	Totals	16,671,705	8,185,747	8,485,958	1,889,622	14,782,083	11.3

Source: Uganda Growing Out of Poverty World Bank Country Study p 156

別表-17 POPULATION DENSITY BY REGION AND DISTRICT

Region	District	POPULATION '000			AREA sq km		POPULATION DENSITY per sq km, land		
		1969	1980	1991	Total	Land	1969	1980	1991
CENTRAL	Kalangala	6.8	8.6	16.4	9,340	432	16	20	38
	Kampala	330.7	458.5	774.2	181	169	1,957	2,713	4,581
	Kiboga	75.7	138.7	141.6	4,004	3,872	20	36	37
	Luwero	315.2	412.5	449.7	9,198	8,539	37	48	53
	Masaka	451.2	622.6	838.7	6,986	5,531	82	113	152
	Mpigi	513.5	661.2	913.9	6,278	4,514	114	146	202
	Mubende	255.3	371.6	501.0	6,308	5,949	43	62	84
	Mukono	541.0	634.3	824.6	14,241	4,594	118	138	179
	Rakai	182.6	274.6	383.5	4,973	3,889	47	71	99
Totals		2,672.0	3,582.6	4,843.6	61,509	37,489	71	96	129
EASTERN	Iganga	470.2	643.9	945.8	13,114	4,823	97	134	196
	Jinja	196.3	228.5	289.5	734	677	290	338	428
	Kamuli	278.3	349.5	485.2	4,348	3,332	84	105	146
	Kapchorwa	64.5	74.0	116.7	1,738	1,738	37	43	67
	Kumi	190.7	239.5	236.7	2,861	2,457	78	97	96
	Mbale	421.4	556.9	711.0	2,546	2,504	168	222	284
	Pallisa	202.2	261.2	357.7	1,956	1,564	129	167	229
	Soroti	379.9	476.6	430.4	10,060	8,526	45	56	50
	Tororo	324.9	407.2	555.6	2,597	2,336	139	174	238
Totals		2,528.4	3,237.3	4,128.6	39,954	27,957	90	116	148
NORTHERN	Apac	225.4	313.3	454.5	6,488	5,887	38	53	77
	Arua	369.6	472.3	637.9	7,830	7,595	49	62	84
	Gulu	223.7	270.1	338.4	11,735	11,560	19	23	29
	Kitgum	240.1	308.7	357.2	16,136	16,136	15	19	22
	Kotido	105.6	161.4	196.0	13,208	13,208	8	12	15
	Lira	278.9	370.3	501.0	7,251	6,151	45	60	81
	Moroto	164.7	188.6	174.4	14,113	14,113	12	13	12
	Moyo	90.0	106.5	175.6	5,006	4,668	19	23	38
	Nebbi	204.1	233.0	316.9	2,891	2,781	73	84	114
Totals		1,902.1	2,424.2	3,151.9	84,658	82,099	23	30	38
WESTERN	Bundibugyo	79.4	112.2	116.6	2,338	2,097	38	54	56
	Bushenyi	410.7	524.7	736.4	5,396	4,906	84	107	150
	Hoiina	112.7	142.2	197.9	5,908	3,563	32	40	56
	Kabale	288.6	328.8	417.2	1,827	1,695	170	194	246
	Kabarole	328.0	519.8	746.8	8,361	8,109	40	64	92
	Kasese	164.1	277.7	343.6	3,205	2,724	60	102	126
	Kibaale	83.7	152.1	220.3	4,302	4,208	20	36	52
	Kisoro	114.8	126.7	186.7	662	620	185	204	301
	Masindi	155.5	223.2	260.8	9,326	8,458	18	26	31
	Mbarara	450.5	688.2	930.8	10,839	10,587	43	65	88
	Rukungiri	244.6	296.6	390.8	2,753	2,584	95	115	151
Totals		2,432.6	3,392.2	4,547.9	54,917	49,551	49	68	92
UGANDA	Totals	9,535.1	12,636.3	16,672.0	241,038	197,096	48	64	85

Source: Uganda Growing Out of Poverty World Bank Country Study p 157

別表-18 Top ten causes of Out-patient morbidity 1988, 1989, 1990, 1991

Disease (New Episodes)	1991		1990		1989		1988	
	Total	%	%	Rank	%	Rank	%	Rank
Malaria	2,708,118	25.4	22.6	1	21.7	1	20.2	1
Upper respiratory Diseases	1,571,471	14.7	15.6	2	16.7	2	13.7	2
Intestinal Worms	1,005,00	69.4	7.7	4	7.5	5	7.6	5
Diarrhoeal Diseases	896,066	8.4	7.0	5	8.7	4	9.1	4
Trauma (injuries, wounds...)	791,221	7.4	9.1	3	9.6	3	9.7	3
Lower respiratory Diseases	606,078	5.7	5.9	6	5.3	7	6.3	7
Skin Diseases	600,943	5.6	5.6	7	7.4	6	6.7	6
Other Eye diseases	434,834	4.1	4.5	8	4.7	8	5.1	8
Anaemia	245,640	2.3	1.9	10	2.4	9	3.4	9
Ear Diseases	207,795	1.9	2.1	9	2.3	10	-	-
Other Diseases	1,606,970	15.1	18.0		14.4		18.1	
Total	10,674,142	100	100					

Source: Health Information Quarterly Volume 0 No. 1&2 June 1992 (HPU/MOH EBB) p 20

別表-19 Top ten causes of In-patient morbidity 1988, 1989, 1990, 1991

Disease (New Episodes)	1991		1990		1989		1988	
	Total	%	%	Rank	%	Rank	%	Rank
Malaria	1,015	16.0	14.2	1	8.4	3	9.6	2
Diarrhoeal Discases	618	9.7	8.7	3	11.1	1	10.4	1
AIDS or HIV infection	612	9.6	9.3	2	8.9	2	4.8	6
ARI Pheumonis	405	6.4	7.9	4	7.7	4	8.1	4
Nutritional Defierencies	352	5.5	5.4	7	6.0	6	8.8	3
Non Meningococcal Meningins	332	5.2	5.6	6	5.2	7	4.2	8
Anaemia	326	5.1	7.3	5	7.4	5	7.5	5
Tuberculosis	313	4.9	4.5	8	4.6	8	3.9	9
Measles	250	3.9	-	-	-	-	4.4	7
Septicaemia	183	2.9	-	-	-	-	-	-
Other Diseaes	1,938	30.5	37.1		40.7		38.3	
Total	6,344	100	100		100		100	

Source: Health Information Quarterly Volume 9 No. 1 & 2 June 1992 (HPU/MOH EBB) p 20

別表-20 Household Drinking Water Sources, 1988

Region	Household Drinking Water Sources, 1988						
	% of Respondents						
	Piped in Residence or Yard	Public Tap	Borehole	Well	River/ Spring	Protected Spring	Tanker/ Rain
West Nile	0%	0%	26%	25%	44%	5%	1%
East	3%	3%	3%	52%	36%	3%	0%
Central	2%	5%	9%	42%	35%	5%	3%
West	0%	0%	6%	57%	29%	7%	1%
Southwest	1%	4%	0%	37%	38%	19%	1%
Kampala	27%	32%	2%	15%	7%	14%	3%
AVERAGE	3%	5%	5%	43%	34%	9%	1%

Source: MOH and DHS, Uganda Demographic and Health Survey, 1989

別表-21 Alternative Fertility and Population Scenarios

	1990-95	1995-00	2000-05	2005-10	2010-15
Total Fertility Rate					
Constant Fertility	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3
Declining Fertility	7.2	6.5	5.8	5.0	4.6
Crude Burth Rate					
Constant Fertility	51.9	52.7	52.6	52.3	52.0
Declining Fertility	51.3	47.6	43.8	39.6	38.3
Crude Death Rate					
Constant Fertility	20.4	21.3	20.0	17.1	14.1
Declining Fertility	20.3	20.6	18.9	16.1	13.6
Population Growth Rate					
Constant Fertility	3.1	3.1	3.3	3.5	3.8
Declining Fertility	3.1	2.7	2.5	2.4	2.4
Population (in million,end of period)					
Constant Fertility	19.0	22.3	26.2	31.3	37.8
Declining Fertility	19.0	21.7	24.6	27.7	31.3
Dependency Ratio (%end of period)					
Constant Fertility	108	111	113	113	113
Declining Fertility	107	106	100	89	81

Source : Uganda Social Sector Strategy Volume 1, April 6, 1993 Report No. 10765-UG, World Bank

別表-22 The Impact of AIDS on Demographic Measures

	1990-95	1995-00	2000-05	2005-10
<u>Death Rate (20-59 age bracket)</u>				
Without AIDS	8.9	8.4	7.8	7.3
Uncontrolled AIDS	15.8	19.1	20.3	20.4
AIDS Interventions	15.7	18.5	18.2	16.0
<u>Under-5 Death Rate</u>				
Without AIDS	182	164	143	131
Uncontrolled AIDS	203	203	196	181
AIDS Interventions	203	200	185	159
<u>Overall Death Rate</u>				
Without AIDS	16.9	15.5	13.7	12.4
Uncontrolled AIDS	20.5	21.7	21.4	20.1
AIDS Interventions	20.4	21.3	20.0	17.1
<u>Birth Rate (constant Fertility)</u>				
Without AIDS	51.9	52.2	51.3	50.3
Uncontrolled AIDS	52.0	52.7	52.7	52.6
AIDS Interventions	51.9	52.7	52.6	52.3
<u>Population Growth Rate</u>				
Without AIDS	3.5	3.7	3.8	3.8
Uncontrolled AIDS	3.1	3.1	3.1	3.2
AIDS Interventions	3.1	3.1	3.3	3.5

Note: It is not hypothesized here that AIDS has any impact on fertility. The crude birth rate is smaller in the "without AIDS" scenario simply because of a larger denominator.

Source: Uganda Social Sector Strategy Volume 1 Report No. 10765-UG World bank April 6 1993 p 10

別表-23

DONOR-FINANCED SECTION 2 EXPENDITURE
IN THE HEALTH SECTOR BY PROGRAM AND ECONOMIC CLASSIFICATION ON EXPENDITURE
(in US\$ millions)

Project 1992/93	code/Conor	1989/1990	1990/91		1991/1992		Budget
		Actual	Budget	Actual	Budget	Actual	
Ministry of Health		<u>8911</u>	<u>5451</u>	<u>19283</u>	<u>221861</u>		<u>197780</u>
Constr.of Rakai Hospital	SI-96(N)	0	0	0	160		2547
Construction	IDA				160		1651
Equipment & Vehicles					0		0
Foreign Salaries					0		0
Local Salaries & allow.					0		0
Other current expend.					0		896
Strength.Health Ed. -II.E.C.	SI-76(B)		0	0	329		60
Construction	IDA				0		0
Equipment & Vehicles					0		0
Foreign Salaries					0		0
Local Salaries & allow.					0		0
Other current expend.					329		60
Strength. Heal.Ed-HEN	SI-76()	419	315	0	749		918
Construction	UNICEF		0		0		0
Equipment & Vehicles			20		172		221
Foreign Salaries			0		151		149
Local Salaries & allow.			0		0		0
Other current expend.			295		426		548
Mgt. Support-Med.Workshop	SI-75(D)	0	0	0	960		1430
Construction	IDA				560		834
Equipment & Vehicles					400		596
Foreign Salaries					0		0
Local Salaries & allow.					0		0
Other current expend.					0		0
Mgt.Support-P-I-U(FNP)	SI-75(C)	0	0	0	369		0
Construction	IDA				0		
Equipment & Vehicles					0		
Foreign Salaries					0		
Local Salaries & allow.					0		
Other current expend.					369		
Mgt.Support-Health Inf.	SI-75(A)	0	61	0	80		79
Construction	UNICEF		0		0		0
Equipment & Vehicles			12		0		0
Foreign Salaries			24		0		0
Local Salaries & allow.			2		0		0
Other current expend.			23		80		77
Aids Cointrol Programme Total		<u>699</u>	<u>885</u>	<u>889</u>	<u>848</u>		<u>390</u>
Uganda AIDS Comm.Secr	SI-49(E)	0	0	773	738		0
Construction	USAID				3		0
Equipment & Vehicles	UNDP				241		0
Foreign Salaries	UNICEF				0		0
Local Salaries & allow.	WHO				182		0
Other current expend.					312		60
AIDS Control-Blood Trans.	SI-49(D)	0	0	13	12		95

Construction	WHO				0	0
Equipment & Vehicles					0	0
Foreign Salaries					0	95
Local Salaries & allow.					0	0
Other current expend.					12	0
AIDS Control-EPI/SURV/RES	SI-49(C)	0	0	19	18	95
Construction	WHO				0	0
Equipment & Vehicles					2	0
Foreign Salaries					0	95
Local Salaries & allow.					0	0
Other current expend.					126	0
AIDS Control Prog.-IEC	SI-49(B)	0	0	67	64	105
Construction	WHO				0	0
Equipment & Vehicles					0	0
Foreign Salaries					0	95
Local Salaries & allow.					0	0
Other current expend.					64	10
AIDS Control Prog.Mgt.	SI_49(A)	77	98	17	16	95
Construction	WHO		1		0	0
Equipment & Vehicles			29		0	0
Foreign Salaries			12		0	0
Local Salaries & allow.			13		0	95
Other current expend.			43		16	0
Health Education (ACP)	SI-NI	219	277	0	0	0
Construction	WHO		0			
Equipment & Vehicles	UNICEF		20			
Foreign Salaries			38			
Local Salaries & allow.			23			
Other current expend.			196			
Epidemiology Rserch (ACP)	SI-NI	36	46	0	0	0
Construction	WHO		0			
Equipment & Vehicles	UNICEF		12			
Foreign Salaries			12			
Local Salaries & allow.			0			
Other current expend.			22			
Laboratory Support (ACP)	SI-NI	153	194	0	0	0
Construction	WHO		10			
Equipment & Vehicles			12			
Foreign Salaries			8			
Local Salaries & allow.			22			
Other current expend.			142			
Population Prog.-MCH/FP SE	SI-46(C)	179	0	124	566	572
Construction	UNFPA				0	0
Equipment & Vehicles					57	110
Foreign Salaries					163	253
Local Salaries & allow.					0	0
Other current expend.					346	209
Project Code:SI-31(B)	SI-31(B)	0	0	0	3404	2622
Construction	UK				0	0
Equipment & Vehicles	AUSTRALIA				3404	2026
Foreign Salaries	SPAIN				0	0
Local Salaries & allow.					0	0

Other current expend.					0	596
Drugs & Equipment Mgt.	SI-31(A)	1903	579	3092	5746	4917
Construction	DENMARK		0		0	0
Equipment & Vehicles			27		0	0
Foreign Salaries			10		0	0
Local Salaries & allow.			0		0	0
Other current expend.			542		5746	4917
Control/ Prev. Disease-CDD	SI-30(B)	3	167	11	684	328
Construction	UNICEF		0		0	0
Equipment & Vehicles			0		0	0
Foreign Salaries			8		107	48
Local Salaries & allow.			0		0	0
Other current expend.			159		577	280
Control/Prev. Disease-EPI	SI-30(A)	1042	766	1879	2554	3412
Construction	UNFPA		100		0	0
Equipment & Vehicles			80		1043	1191
Foreign Salaries			46		320	262
Local Salaries & allow.			10		0	0
Other current expend.			530		1191	1959
Heal.Manpower Trasin-O.C.OT	SI-29(B)	0	124	0	71	
0						
Construction	RCSB		80		0	0
Equipment & Vehicles			3		16	110
Foreign Salaries			0		16	253
Local Salaries & allow.			5		0	0
Other current expend.			36		39	209
Health Training & Planning	SI-29(A)	65	93	602	215	91
Construction	CANADA		1		0	0
Equipment & Vehicles			12		84	0
Foreign Salaries			15		8	0
Local Salaries & allow.			4		0	0
Other current expend.			61		123	91
Strength. of PHC-Sanitation	SI-28(C)	177	0	1472	116	58
Construction	UNICEF				0	3
Equipment & Vehicles					61	55
Foreign Salaries					0	0
Local Salaries & allow.					0	0
Other current expend.					55	0
Strength. PHC Serv. -CBHCA	SI-28(B)	1461	0	2739	127	141
Construction	UNICEF				0	0
Equipment & Vehicles					0	27
Foreign Salaries					82	114
Local Salaries & allow.					0	0
Other current expend.					45	0
Strength. PHC-Family H/I	SI-28(A)	299	0	0	248	0
Construction	USAID				0	
Equipment & Vehicles					0	
Foreign Salaries					0	
Local Salaries & allow.					0	
Other current expend.					248	
Rehb. of Rural Hosp.-Mbale	SI-06(B)	110	255	1537	1120	0

Construction	ADB		0		397	
Equipment & Vehicles			212		723	
Foreign Salaries			34		0	
Local Salaries & allow.			0		0	
Other current expend.			9		0	
Rehb. of Rural Hosp.-FHP	SI-06()	0	0	0	3840	2213
Construction	IDA				3730	2026
Equipment & Vehicles					0	0
Foreign Salaries					0	0
Local Salaries & allow.					0	0
Other current expend.					110	187
Proj.Preparation Facility	SI-NI	0	0	0	0	0
Construction	IDA					
Equipment & Vehicles						
Foreign Salaries						
Local Salaries & allow.						
Other current expend.						
Sexually Trans. Disease	SI-NI	0	87	0	0	0
Construction	WHO		7			
Equipment & Vehicles			18			
Foreign Salaries			12			
Local Salaries & allow.			8			
Other current expend.			42			
Transfusion Service	SI-74	0	98	0	0	0
Construction	EBC		32			
Equipment & Vehicles			16			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			13			
Other current expend.			37			
1st Health Project	SI-782S	2554	816	6938	0	0
Construction	IDA		477			
Equipment & Vehicles	AUSTRIA		0			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			0			
Other current expend.			339			
Health Information System	SI-79	0	29	0	0	0
Construction	UNICEF		0			
Equipment & Vehicles			11			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			4			
Other current expend.			14			
Ophthalmic Clinical Offices	SI-29	0	124	0	0	0
Construction	RCSB		80			
Equipment & Vehicles			3			
Foreign Salaries			1			
Local Salaries & allow.			4			
Other current expend.			36			
Mental Child Health	SI-29	0	0	0	0	0
Construction	RCSB					
Equipment & Vehicles						
Foreign Salaries						
Local Salaries & allow.						

Other current expend.						
Mental Child Health	SI-80	0	68	0	0	0
Construction	UNFPA		26			
Equipment & Vehicles			0			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			13			
Other current expend.			29			
National AIDS Train./Inf.	SI-81	0	34	0	0	0
Construction	UNDP		0			
Equipment & Vehicles			0			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			0			
Other current expend.			34			
Medical Equipment	NP	0	950	0	0	0
Construction	SPAIN		0			
Equipment & Vehicles			950			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			0			
Other current expend.			0			
<u>Mulago Hospital</u>		<u>680</u>	<u>1748</u>	<u>806</u>	<u>3564</u>	<u>5729</u>
Rehb. of Mulago Hospital	SI-05()	128	93	274	2101	592
Construction	FRANCE		0		0	0
Equipment & Vehicles	IDA		93		1425	354
Foreign Salaries	SCF		0		276	0
Local Salaries & allow.			0		0	0
Other current expend.			0		400	238
Institution/Staff Qarters	SI-08(N)	0	0	0	246	119
Construction	IDA				55	0
Equipment & Vehicles					55	0
Foreign Salaries					0	0
Local Salaries & allow.					0	0
Other current expend.					136	119
Health Service Rehab.	SI-75(N)	0	0	0	651	5018
Construction	NIGERIA				280	2117
Equipment & Vehicles	ADB				0	1265
Foreign Salaries	OPEC				0	0
Local Salaries & allow.					0	0
Other current expend.					371	3636
Mulago Complex Infrastruc.	SI-95(N)	0	0	0	566	0
Construction	IDA				215	
Equipment & Vehicles					0	
Foreign Salaries					0	
Local Salaries & allow.					0	
Other current expend.					351	
Steam Rehabilitation	SI-05	514	41	359	0	0
Construction	CCA		0			
Equipment & Vehicles			41			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			0			
Other current expend.			0			
Pre-investimewnt Study	SI-05	39	19	174	0	0

20/10/05
 20/10/05
 20/10/05
 20/10/05

Construction	ADB		0			
Equipment & Vehicles			0			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			0			
Other current expend.			19			
Global Rehab. of Mulago	SI-05	0	462	0	0	0
Construction	ADB					
Equipment & Vehicles						
Foreign Salaries						
Local Salaries & allow.						
Other current expend.						
Mgt. Strengthening-SCF	SI-05	0	136	0	0	0
Construction	CCA		0			
Equipment & Vehicles			0			
Foreign Salaries			36			
Local Salaries & allow.			0			
Other current expend.			100			
Medical Equipment	SI-05	0	712	0	0	0
Construction	SPAIN					
Equipment & Vehicles						
Foreign Salaries						
Local Salaries & allow.						
Other current expend.						
1st Health Project	SI-78	0	285	0	0	0
Construction	IDA					
Equipment & Vehicles						
Foreign Salaries						
Local Salaries & allow.						
Other current expend.						
<u>Ministry of Local Government</u>		<u>530</u>	<u>1480</u>	<u>820</u>	<u>606</u>	<u>0</u>
Drugs/Equipment Management	SI-31(C)	0	421	0	0	0
Construction	DENMARK		0			
Equipment & Vehicles			0			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			0			
Other current expend.			421			
Control/Prev. Disease-CDD	SI-30(D)	0	686	0	0	0
Construction	UNICEF		0			
Equipment & Vehicles			200			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			1			
Other current expend.			485			
Control/Prev. Disease-UNEPI	SI-30(C)	0	0	0	0	0
Construction	UNICEF					
Equipment & Vehicles						
Foreign Salaries						
Local Salaries & allow.						
Other current expend.						
Strength. of PHC-Sanitation	SI-28(D)	0	106	0	0	0
Construction	UNICEF		0			
Equipment & Vehicles			106			
Foreign Salaries			0			

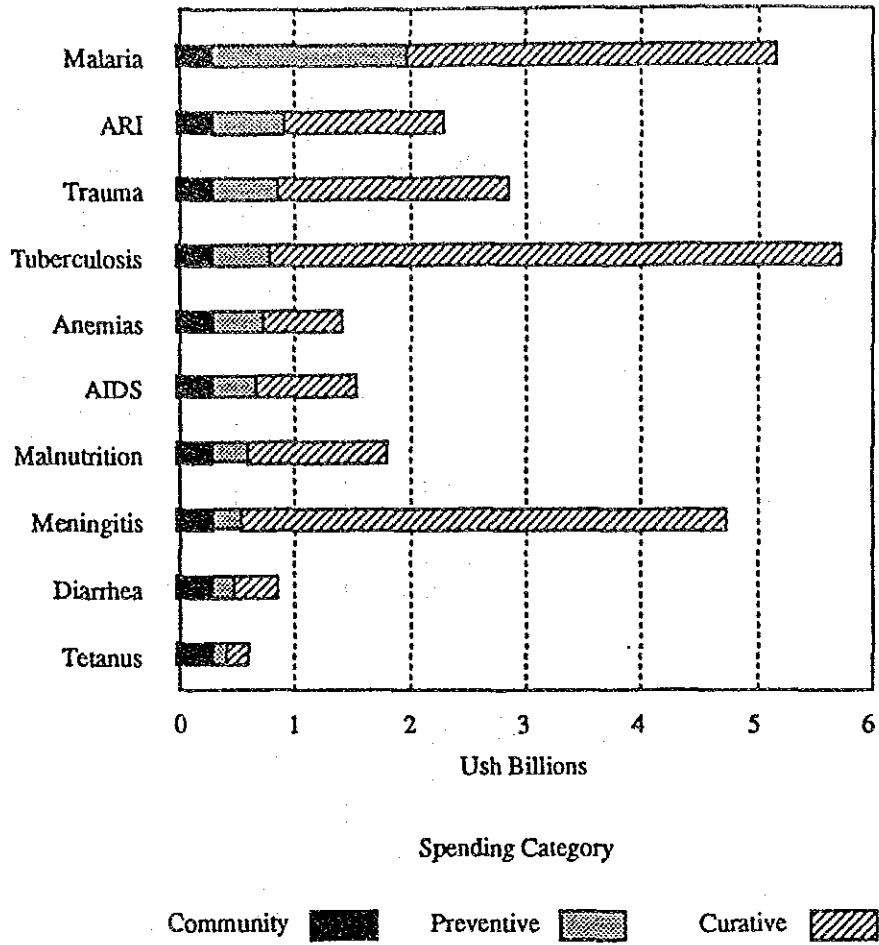
Local Salaries & allow.		0				
Other current expend.		0				
REH Centers for Disabled	SI-20()	0	0	0	606	0
Construction	UK				58	
Equipment & Vehicles	NORWAY				88	
Foreign Salaries					315	
Local Salaries & allow.					0	
Other current expend.					145	
Rehab.of Health Centers	SI-07	378	267	162	0	0
Construction	EDF		0			
Equipment & Vehicles			68			
Foreign Salaries			0			
Local Salaries & allow.			72			
Other current expend.			127			
Primary Health Care	SI-07	152	0	657	0	0
Construction	DANIDA					
Equipment & Vehicles						
Foreign Salaries						
Local Salaries & allow.						
Other current expend.						
<u>TOTAL-PROJECTS IN BUDGET DOCUMENT</u>		<u>10121</u>	<u>8679</u>	<u>20908</u>	<u>26356</u>	<u>25507</u>
<u>PROJECT OUTSIDE BUDGET DOCUMENT</u>		<u>2092</u>	<u>0</u>	<u>5711</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
<u>GRAND TOTAL</u>		<u>12213</u>	<u>8679</u>	<u>26620</u>	<u>26356</u>	<u>25507</u>
Memorandum items:		12213	8679	26620	26356	25507
Person health services		9879	6646	20320	23023	23736
1.Preventive		1329	1109	2091	3120	3984
2.Curative-Total		8550	5537	18229	19903	19752
Curative-Primary		5605	2179	11807	10247	7738
Curative-Secondary		1996	1329	5450	5606	5523
Curative-Tertiary		949	2029	972	4050	6492
Curative-Unallocated		0	0	0	0	0
3.Community health intervention		1811	1458	3878	1826	1411
4.Training		88	251	691	286	91
5.Reserch		38	46	27	18	95
6.Administration		398	278	1705	1203	174
Unclassified						

Source: UGANDA SOCIAL SECTOR STRATEG (世銀 1993年)

別図リスト

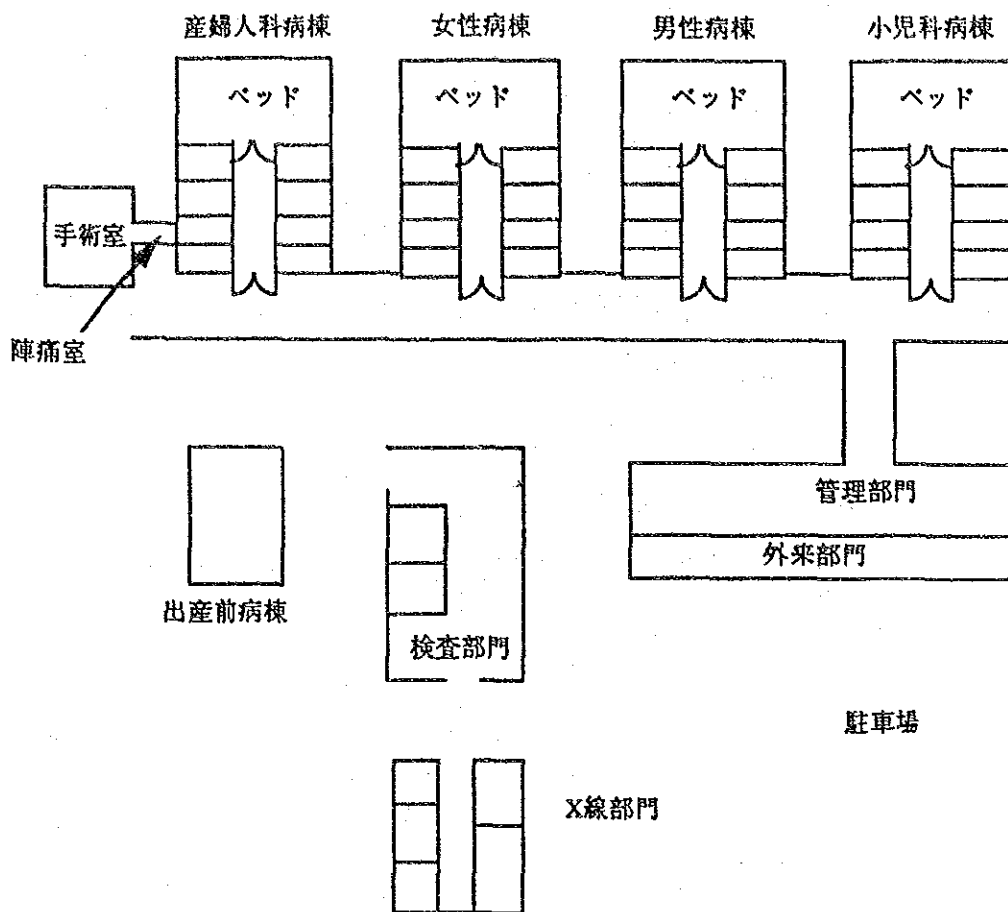
- 別図-01 Approximate Spending on Disease Problems by Government,NGOs and Households
According to Type of Services
- 別図-02 Plan of District Hospital in Uganda
- 別図-03 Plan of Dispensary in Uganda
- 別図-04 Referral System

BU-1



Approximate Spending on Disease Problems by Government, NGOs, and Households According to Type of Service, 1989/90

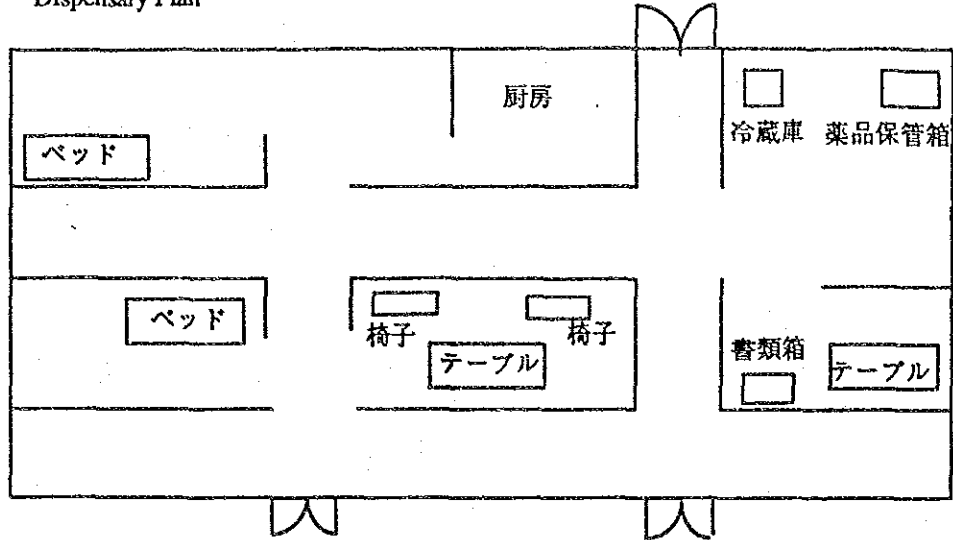
別図-2



District 病院の配置図
同じ型が22カ所ある。

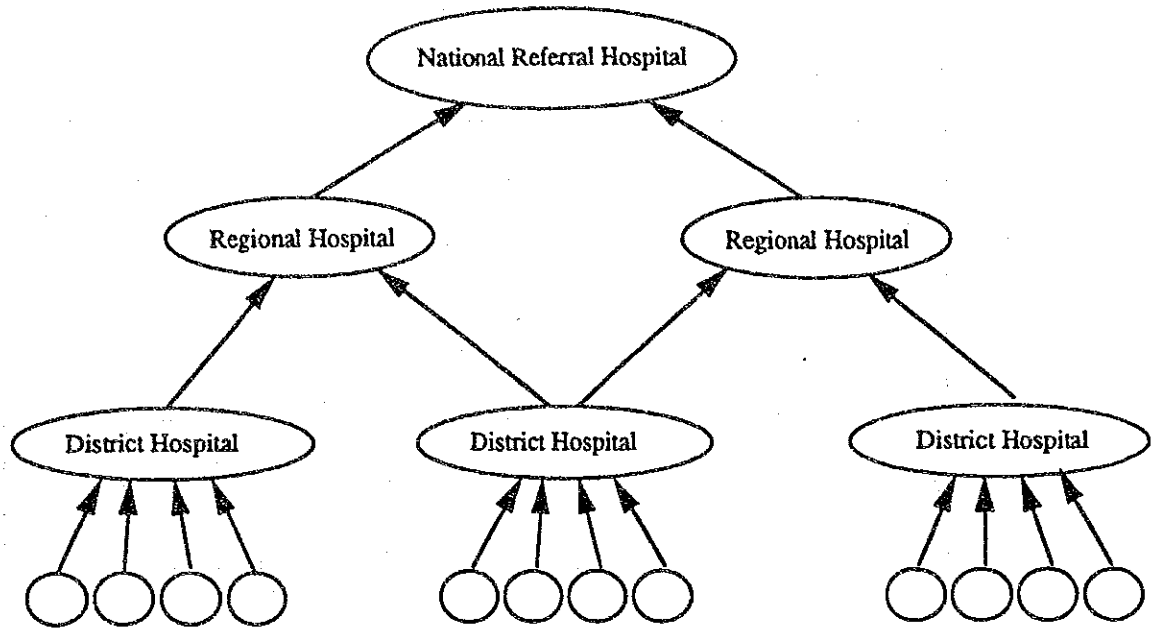
別図-3

Dispensary Plan



電気がなく、電気を引くにしても配電ケーブル設備は15Km先にある。
外来患者は、17人/日で助産婦のみいる。

图4



Aids Posts, Health Centres, Maternity Clinics, Dispensaries, Subdispensaries

主な面会者リスト

Ministry of Foreign Affairs

Mr.T. Musoke Nteyafas	Ag Director Department of Asia and pacific
Mr.J.S. Bakayana Kityo	Deputy Director & Head of Far East & Pacific Division Department of Asia and Pacific

Ministry of Local Government

Dr. S. Chebrot	Deputy Minister
Mr. J.L.Rucocoza	Ag. P/S
Dr. G.W.Imani	Director, RUHS
Mr. Wairama Aembe	Principal Economist

Ministry of Health

Dr. James G.S. Makumbi	Hon.Minister of Heacte
Mr. Nathan Obore	Permanent Secretary
Dr. David Kihvmslo Apuli	Director of Medical Services
Mr. Kwoba Abungu	Under secretary for Health
Dr. Patricm Kadama	Assistant Commissioner for Planning (Health of Health Planning Unit)
Mr. V.Z. Gashaija	Commissioner for Engineering

Mulago Hospital

Dr. Michael Kawooya	Ag Head Dept. of Radiology
Prof. Ignatius Kakande	Head Dept. of Surgery
Prof. Rodney Belcher	Head Dept. of Orthopedics Surgery
Mr. Kiguuya Mwebaze	Hospital Engineer
Dr. E. Nzaro	Senior Counselor
Prof. Roy Mngerwa	Head Dept. of Medicine
Prof. J.C. Ssali	Medical School
Prof. W.W. Anokbonggo	Ag. Dean
Ms. Lukwago Margaret	Ag.D.P.N.O.
Dr. Bukwirwa W. Henry	Head Dept. of Anaesthesia
Mr. Tamale J.A.K.	Chairman, Equipment and Supplies Committee
Dr.L.N. Uoggiwa	Ag. Director
Dr.G. Kwarpuah	Depty Director
Dr. W. Nganwa	Oral Surgery
Dr.E. Musiitwa	I/C Supplies Dept.

Makerere University Medical School

Prof.J.C. Saali	Professor of Surgery
-----------------	----------------------

Prof. W.W. Anokbonggo	Clinical Pharmacology
Dr.A.J. Lutalo Bosa	Deputy Vice Counselor
Dr.J.W. Mugeaun	Dean School of Medicine

Ministry of Finance and Economic Planning

Mr.Hon Mathew Rukikeive	Minister
Mr.Emmawer Katwe	Economist
Mr.Alfred G. Okema	Economist

WHO

Dr. Elimi A. Duale	WHO Representative a.i.
--------------------	-------------------------

World Bank

Mr.Brian H. Falconer	The Resident Representative in Uganda
----------------------	---------------------------------------

UNICEF

Dr.Lloyd Donaldson	Senior Project Officer - WES
Dr.Abel A. Nalcwagcle	Assistant External Relation Officer

Uganda Aids Commission

Dr.Hon Manuel Pinto	Director General
Dr. R.L. Adupe	Director Maintenance and Evaluation

Prof. John Rwomvshana Spec. Asst to Director General
Dr.J.B. Muceasa Manager Administration and Finance

TASO

Dr.Dan Wamanya Senior Project Officer
Dr.Erasmus Otolok Tanga Manager TASO Mulago

Royal Danish Embassy DANIDA

Dr.Carsten Laage Petersen Councillor Deputy Head of Mission

Rotary International

Dr. Mary Kwagala Kibalyecua Acting Director
Rth. John Kislekge Project Treasurer
Rth. Robeat Ssebunya President Health Fundation
Dr.George Kasede Mullasa District Officer Chairman, 3H Mwanamugimu Project
Mrs. J.K. Oceru Health Visitor in charge

Jinja District Hospital

Dr.Gashishiri Acting Medical Superintendent
Mr.Orach Anthony Deputy Med.Sup.

Fort Portal District Hospital

Dr. Kyamanyura Medical Supertendent

Kasese District Hospital

Dr.Bitabrho J.K. DES

Kasese District Administration

Dr.Kilihinko Xayee Medical Administer

Dr.Tibuhusa G. District Health Educator

Mrs Tibuhws Agnes Nursing Officer

Mr.Bamusede Barmbale Chairman RCV Kasese

Masaka District Hospital

Dr. Bukenua JM Medical Supervisor

Ms. Nallinens G.M. Ag. SNO

Atutur District Hospital

Dr. Nathan Eriamu Medical Superontende

Mr. John Deter Dtim Eletu N/O, I/C

District Executive Secretary's Office

Mr.Mpilla Bigairwe DES

Kapchowa District Hospital

Dr. Okui A.D. Medical Superendent

Sr. Sarah Abalo Senior Nursing Officer in Charge

District Medical Office

Dr. Boyo A.M. Ag. DMO

Sipi Health Center

Dr. Bosem Aggrey M/Assistant, I/C

Bududa Districe Hospital

Dr. Walyaula Abraham Medical Assistant

Dr. Wetaka Wamboga Acct Assi

Dr. J.O. Abola Medical Sup

Mr. Stephan Wasuteya W. Electrical technichan

Dr. Omoding E.A. NO Ag I/C

Bugobero Health Center

Mr. Alfred M. Nanablo RC3 Vice Chairman

Mr. Manae William I/C

Mr. Charlor Musyalu C/M

Mr. Patuch Wepnlelel

Butiru Dispensary

Mr. John BN Wasima Chairman Health Committee

Mr.E. Wayaler M/A, I/C

Mr.Mwgomu Muralye Chairman RC3

Mr.Chaues M.D. Walimbwa C'llor RC5

Nazigo Health Center

Miss Musake Rose Enrolled Midwife

Mrs. Sseremba Sanah Enrolled Midwife

Mrs. Juliet Kitaita Health Visitor

Nakifuma Health Center

Dr.Mawerere David Medical Assistant

Central Medical Centre

Mrs.Jacinta Rutimbrayd Ag CH Pharmacist

Mr.Yowasi Kyeyune Principal Supplies Officer

Mr.Sam Muziki in charge CMS

Mr.J.B. W. Asheim UEDMP Program Coordinator

National Virus Reserch Institute

Dr.Syluester Sempala Director NURI

Dr.Miph Musoke Deputy Director

Mengo Hospital

Dr.C.W.Z.Kyohre

MED Superintend ENT

Mr.Stephen Musoile

Ag.Hospital Administrator

Sr.Enawubiu

Principal Nursing Officer

Mrs Joy Muwonge

2nd Deputy P.N.O.

Dr.Danka Brownlie

Deputy Med.Supt.

収集資料リスト

NO	機関名	提供者名	資料名
1	World Bank		Uganda Towards Stabilization and Economic Recovery september 26,1988 Eastern Africa Department Africa Region
2	World Bank		Uganda Social Sector Strategy Volume I: The Main Report April 6,1993
3	World Bank		Uganda Social Sector Strategy Volume II: Annexes April 6,1993
4	World Bank		World Development Report 1993 Investing in Health
5	World Bank		Uganda Growing Out of Poverty
6	Mulago Hospital		New Mulago Hospital Computerised maintenance Information system (CMIS) July 1993 Asset register : Medical and Hospital equipment
7	Ministry of Finance and Economic Planning		Background to the Budget 1993 - 1994 June,1993
8	Ministry of Finance and Economic Planning		Final Results of The 1991 Population and Housing Census (Pre-Release) October 1992
9	Ministry of Finance and Economic Planning		Uganda National Programme of Action for Children september 1992
10	Ministry of Finance and Economic Planning		Rehabilitation and Development Plan 1991/92 - 1994/95 Volume I Macroeconomic and Sectoral Policy

- | | | |
|----|--|---|
| 11 | Ministry of Planning and
census | Provisional Results of The 1991 Population and Housing
Economic Development July,1991 |
| 12 | Ministry of Planning and
Economic Development | Rehabilitation and Development Plan 1988/89 - 1991/92
Volume I December 27,1989 |
| 13 | Ministry of Planning and
Economic Development | Rehabilitation and Development Plan 1990/91 - 1993/94
Project Profiles Volume II January, 1991 |
| 14 | Ministry of Planning and
Economic Development | Background to the Budget 1991 - 1992 June, 1991 |
| 15 | UNICEF | Uganda Country Information 1990 |
| 16 | UNICEF | Uganda Country Programme 1990 - 1995 1989 |
| 17 | UNICEF | Children and Women in Uganda 1989 |
| 18 | UNICEF | Country Programme Update 1990 - 1995 September 1993 |
| 19 | Ministry of Health
Health | The Three Year Health Plan Frame 1993 - 1995 Financing
for All Executive summary December 1992 |
| 20 | Ministry of Health | The Three Year Health Plan Frame 1993/94 - 1995/96
Financing Health for All December 1992 |
| 21 | Ministry of Health
on
1992 | Mityana Penewable Energy Research Unit Report No.1 Status
Energy at Ugandan Hospitals A Baseline Survey December |
| 22 | Ministry of Health | Medical Equipment Policy March 1991 |
| 23 | Ministry of Health | Essential Drug List for Uganda 1991 |
| 24 | Ministry of Health | Summary of Medical Equipment Requirement for New & Old |

Mulago Hospital September 1993

- | | | |
|----|--|---|
| 25 | Makerere University
1998
Faculty of Medicine | Five Year Development Plan for The Medical School 1993 -
June 1993 |
| 26 | Makerere University
Faculty of Medicine | Mbchb Curriculum |
| 27 | Virus Research Institute | Five - Year Research Plan |
| 28 | Jinja Hospital | Annual Report for The Year 1992 |
| 29 | Mulago Hospital | Completion of Pre Investment study Mulago Hospital Stage 2
Report June 1993 Draft Working Document |
| 30 | UNDP | Operational Activities in Uganda October 1992 |
| 31 | The Uganda Aids Commission
to | A Coordinating Body of the National Multi-Sectoral Approach
the Fight Against Aids Brochure No.1 February 1993 |
| 32 | The Uganda Aids Commission | The Condom Policy Brochure No.3 February 1993 |
| 33 | The Uganda Aids Commission
Aids | The Exective Summary of The Multi-Sectoral Approach to
Control in Uganda |
| 34 | The Uganda Aids Commission
and | Uganda National Operational Plan for Aids Prevention, Care
Support 1994 - 1998 Draft August 19,1993 |
| 35 | DANIDA | Primary Health Care Support : Uganda Essential Drugs
Management Programme Draft. Plan of Implementation for
Phase III April 92 - March 95 February 1992 |
| 36 | TASO | Living Positively With Aids |

37 Vamed Engineering
Mulago

First Health Project Uganda Survey of Hospital Equipemnt
Hospital

TELEGRAMS: "EXTERIOR, KAMPALA"
TELEPHONE: 257524 - 252517
TELEX: 81007, ADMINSTER
FAX: 25777
IN ANY CORRESPONDENCE ON
THIS SUBJECT PLEASE QUOTE NO.




MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS,
P.O. BOX 7048,
KAMPALA, UGANDA.

XC 1841 Vol.6

THE REPUBLIC OF UGANDA

NOTE VERBALE

The Ministry of Foreign Affairs of the Republic of Uganda presents its compliments to the Embassy of Japan and has the honour to forward herewith a modified list of Medical equipment to be procured under the Japanese Grant Aid.

The Ministry of Foreign Affairs of the Republic of Uganda avails itself of this opportunity to renew to the Embassy of Japan the assurances of its highest consideration. 

KAMPALA - 6TH AUGUST, 1993

The Embassy of Japan,
P.O. Box 60202,
NAIROBI

2/11

A. RADIOLOGY MAIN DEPARTMENT AND RADIOTHERAPY

1.	Heavy duty ultrasound- multi-purpose machine offering grey scale continuous wave and pulsed wave doppler, ECG, VCR interface and video printer facilities solid state probes curvi-linear, sector, endovaginal endo-rectal, endo-cardiac with intergral cable connector	02	
2.	Colour doppler ultrasound	1	
3.	Medium duty ultrasound	5	
4.	Heavy duty bucky system with linear tomography	2	
5.	Heavy duty fluoroscopy system-general with closed circuit TV	1	
6.	Angiography machine	1	
7.	Heavy Duty Automatic film processor	1	
8.	Light duty Automatic film processor	1	
9.	Light mobile X-ray Unit	4) Hospital all area. acute care post-op, NICU. ward (base)
10.	Portable X-ray Unit	2	
11.	Simulator system	1	
12.	Quantity Assurance kit for ultrasound	1) Radiotherapy Diagnostic Radiology Radiotherapy - cobalt 60 ultrasound?? + electrodialysis
13.	Radiation protection: Lead Shield	4	
	Lead Apron (0.5mm P Single Leaf)	20	
	Lead gloves (Pairs)	4	
	Gonadal Aprons/Ovarian shields (Adult)	6	
	(Children)	6	
	(Babies)	6	
14.	Vacuum suction Hysterosalpingogram machine (H.S.G. Instruments) (sets)	3	
15.	Lymphangiography set (1:1111, 152707)	1	

3/4

16	Accessory equipment (a) Dictaphones	10
	(b) Word processors	1
	(c) Electrical Typewriters	3
	(d) Viewing boxes medium	4
	" " Large	2
17.	X-ray Film cassettes: a) 24 x 30	30
	b) 30 x 40	30
	c) 35 X 43	30
	d) 35 x 35	30
	e) 13 x 18	10
	f) 18 x 24	24
	g) Mammography cassettes	8

B. DENTAL DEPARTMENT → *Renovated* ~~New~~ building (4 chairs & 5 tables)

1)	Five Dental full Units each comprising of:	5
	a) Sipobox	
	b) Spition	
	c) Compressor	
	d) Lighting Complex	
	e) Dental Chair	
	f) High and slow speed hand pieces	
2)	Orthopantomograph Dental X-ray	1
3)	Five Dental Laboratory Micro-Motors with straight Hand pieces. speed range of 5,000 - 35,000 R P M Voltage 240	5
4)	Polishing machine with dust extraction in built and light voltage 240	1

C. CARDIOLOGY/INTENSIVE CARE

1)	Pulmonary Fuction Testing System	1
2)	Electrocardiograph - 6 Channel with Analyser	1
3)	Electro Cardiograph Recorder - Long Term - 24 Hour with Analyser	2

4/11

4)	Stress Test System	1
5)	Electro Encephacograph 6 Channel	1
6)	Bed Side Monitors: E C G, B P, TEMP (→ ICU)	6
7)	Telemetry Central Monitor for 4 Patients with Recorder	2
8)	Portable Defibrillator with Rechargeable Battery (ICU, Casualty, Theater, OPD)	4 (Now 2)
9)	Temporary Cardiac Pacing Set	2
10)	Upper Gastro Intestinal Fibrescope with Teaching Piece & Light Source	2
11)	Endoscopic Tables	2
12)	Fibrescope Cleaning Machine	2
13)	Endoscopic Trolley	2
14)	Endoscopic Hanger	2
15)	Fibre Optic Bronchoscope	2

Endo-
copy
↓
Surgical
equipment
and floor
R.
- central

D CLINICAL LABORATORIES
HAEMATOLOGY & BLOOD TRANSFUSION

1)	Fibrometer and Accessories for Coagulation Studies	1
2)	Blood Bank Refrigerators - 50 Units Capacity with Recording Alarm and Locking Devices	2
3)	Portable Water Bath for Bed Side Tests	5
4)	Autoclave Medium Size	1
5)	Hot Air Oven	1
6)	Refrigerators	2
7)	Deep Freezer 200 l capacity chest model with lockable lid.	1
8)	Differential Counters	6

5/4

- 9) Stop Watch Timers 6
- 10) Timer Clocks 5

CLINICAL CHEMISTRY

- 1. PHOTOMETER MULTICHANNEL 1
 - Automatic Discrete Analyser Complete with computer, printer, sampler and stabilizer 220 - 240 V 50 Hz.
- 2. UV - VIS SPECTROPHOTOMETER 1
 - Wavelength 320 - 1000 nm
 - Digital Read out unit, Endpoint/Kinetic
 - Multiple standard curves, stabilizer unit and accessories, 220 - 14v, 50 Hz
- 5. PISTON PIPETTES - Lenpipette Digital 10
 - AUTOMATIC 5 - 50 pl 10
 - 50 - 200 pl 10
 - 200 - 1000 pl 10
- 8 CHANNEL DIGITAL 1000 - 5000 M 5
 - 50 - 200 pl M 5
 - 5 - 50 M 5

- 4. REFRIGERATOR - 100 LITRES 2
 - (temperatur 0 - 35° c)
 - (220 - 240V, 50 Hz)
- 5. INTERVAL TIMER 8
 - (Two hands indicating
 - 60 minutes and seconds, with
 - alarm winding type)

MICROBIOLOGY

- 1. CHEST FREEZER - 30oc, 227 L With complete accessories 220 - 240V, 50Hz
- 2. PH Meter with Galvonometer, easy to read analogae scale 0 - 14PH, with accessories, 220 -240V 50Hz

6/11

- | | | |
|----|--|-----|
| 3. | Loop holders for culture inoculants | 100 |
| 4. | Ovens, Hot air standard fan circulated 50 heating elements and accessories | 2 |
| 5. | Jars, anerobic cultivation, modified macintosh jar complete with gaspate, indicators | 2 |
| 6. | Dark ground condenser (cardioid or paraboloid type standard) | |

OPHTHALMOLOGY DEPARTMENT

— ^{is it?}
*most of Equip is
 in New Malaga.*

- | | | |
|-----|---|-----|
| 1. | Cataract Sets | 5 |
| 2. | Retinoscopes | 5 |
| 3. | Ophthalmoscopes | 5 |
| 4. | Electrical Ophthalmoscopes | 2 |
| 5. | Goldman Perimeter | 1 |
| 6. | Slit lamps | 2 |
| 7. | Topcon Fundus Camera | 1 |
| 8. | Cryo extractor (Intra ocula lens implantation set with IOLS | 1 |
| 9. | Keratometer | 1 |
| 10. | Argon Laser
(Indirect Ophthalmoscoper with side viewing Mirrors) | 1 |
| 11. | Trial set/Frames | 2 |
| 12. | Automatic Refractor | 1 |
| 13. | Cartella Eye shields | 200 |
| 14. | Epilation Forceps | 10 |
| 15. | Foreign body removers | 5 |
| 16. | Schiotz Tonameters | 3 |
| 17. | Operating Microscopes | 2 |
| 18. | Artery forceps (Mosquito) | 10 |
| 19. | Vitrectomy Unit (Machine) | 1 |
| 20. | Retrobular Needles | 20 |
| 21. | A-scan fitted with eye | 1 |
| 22. | Probes (Ultra sound) | |

7/11

Applicant The Government of UGANDA GOVERNMENT Project Title CONSTRUCTION OF MEDICAL SCH
MBARARA UNIVERSITY.

Economic Sector EDUCATION

Project Type:
1. Facilities Construction
2. Equipment Supply

Total Project Cost US \$ 13.m: 1992 estimate

Responsible Ministry
(Ministry requesting the aid)

MINISTRY OF EDUCATION

Implementing Agency
(Agency in charge of execution of
the project)

MBARARA UNIVERSITY

1. Project Description

1. Background (Please describe in detail)

(1) Current Situation of the Sector

MBARARA UNIVERSITY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY WAS FOUNDED IN 1989 WHEN THE GOVERNMENT OF UGANDA PASSED A STATUTE. UNDERGRADUATE STUDIES STARTED IN OCTOBER 1989 FOR COURSES LEADING TO THE DEGREE OF MBChB. THE FACILITIES OF MIDWIFERY SCHOOL IN MBARARA WERE REHABILITATED TO HOUSE THE MEDICAL SCHOOL. THE TOTAL STUDENT POPULATION IS 188. (ANNEX A TO THIS PROJECT GIVES MORE INFORMATION ABOUT THE UNIVERSITY).

(2) Problems to be solved in the Sector

PROVISION OF MEDICAL PERSONNEL FOR THE MEDICAL SECTOR AS WELL AS TRAINING LECTURERS, RESEARCH MANPOWER FOR THE MEDICAL SCHOOL ON A SUSTAINABLE BASIS.

(3) Necessity and Importance of Improvement in the Sector which lead to the formulation of the Project

UNTIL 1989, MAKERERE MEDICAL SCHOOL WAS THE ONLY INSTITUTION FOR TRAINING DOCTORS IN THE COUNTRY. RECORDS REVEAL THAT, FOR MANY YEARS, DUE TO LIMITED FACILITIES MAKERERE MEDICAL SCHOOL HAS NOT INCREASED THE OUTPUT OF QUALIFIED DOCTORS. THUS, THE NATIONAL STATISTICS SHOW THAT THERE IS ONLY ONE DOCTOR FOR EVERY 20,000 INHABITANTS. THEREFORE, MBARARA UNIVERSITY WILL CONTRIBUTE IN REDUCING THIS RATIO.

(4) Relations between the Sector and the Project

THE PROJECT WILL UNDERTAKE THE CONSTRUCTION EQUIPPING AND PROVISION OF TECHNICAL ASSISTANCE WHICH WILL PROVIDE THE TRAINING FACILITIES AND TECHNICAL CAPACITY TO PROVIDE THE SKILL MANPOWER TO MAN THE SECTOR.

(5) Reasons why Japan's Grant Aid is requested for this particular Project

UGANDA, AFTER HAVING GONE THROUGH A PERIOD OF TURMOIL MISHMANAGEMENT OF THE ECONOMY NEEDS ASSISTANCE FROM FRIENDLY COUNTRIES LIKE JAPAN TO IMPLEMENT PROJECTS OF THIS KIND I.E CONSTRUCTION, EQUIPPING AND TECHNICAL ASSISTANCE.

2. Objectives and Outline of the Project

(1) Objectives of the Project

(i) Short-term Objectives

CONSTRUCTION AND EQUIPPING OF THE MEDICAL SCHOOL.

(ii) Medium and Long-term Objectives

DEVELOPING THE LOCAL CAPACITY TO MAN THE MEDICAL SCHOOL AND TRAINING OF PERSONNEL LOCALLY TO MAN THE SECTOR AND PROVIDE MEDICAL PERSONNEL FOR THE WHOLE COUNTRY.

(iii) Please fully describe the relations between the project and objectives, and how the project will contribute to the accomplishment of the objectives.

THE PROJECT WILL CARRY OUT THE CONSTRUCTION AND EQUIPPING OF THE SCHOOL AND PROVISION OF PERSONNEL LOCALLY TO MAN THE SECTOR AND PROVIDE MEDICAL PERSONNEL FOR THE WHOLE COUNTRY.

(2) Outline of the Project (Please give a full description of each facility and equipment and their detailed specifications)

SEE ATTACHED PROJECT DOCUMENT

(3) Location Plan of each Facility and/or Equipment

SEE UGANDA MAP AND MBARARA UNIVERSITY CAMPUS PLAN ATTACHED.

(4) Cost Estimates (Please describe in detail all the premises on which the cost estimates are based such as basic unit prices, inflation rate, foreign exchange rate, and so on. Please attach detailed tables of estimated costs of each facility and item of equipment. If estimated in local currency, please mention the latest exchange rate of the currency to the U.S. dollar or the Japanese yen.)

SEE ATTACHED PROJECT DOCUMENT US \$13 MILLION (ESTIMATE 1992)

3. Benefit, Effect and Publicity of the Project

(1) Population that will benefit directly from the project

THE DIRECT BENEFICIARIES WILL BE THE MPEARA UNIVERSITY COMMUNITY.

(2) Population that will benefit indirectly from the project

THE INDIRECT BENEFICIARIES WILL BE THE ENTIRE POPULATION OF THE COUNTRY, DUE TO INCREASED PROFESSIONAL PERSONNEL IN HOSPITALS, WHO WILL IN TURN IMPROVE THE HEALTH OF THE UGANDAN POPULATION.

(3) Area that will benefit from the project

ALL PARTS OF THE COUNTRY.

(4) Economic and Social Effects of the Project (Please describe in detail)

(i) Current situation

CURRENT INTAKE IN MEDICAL SCHOOL IS 70 STUDENTS PER YEAR. THIS LEVEL OF INTAKE CANNOT SATISFY THE GROWING DEMAND FOR HEALTH SERVICES. THE DOCTOR/POPULATION RATIO IS ONE TO 20,000 WITH ONLY ONE MEDICAL SCHOOL.

(ii) Expected Effect of the Project

THE FUTURE INTAKE IN THE MEDICAL SCHOOL IS EXPECTED TO RISE. THE GOVERNMENT PLANS TO REDUCE THE DOCTOR/POPULATION RATION TO 1 TO 5000 BY THE YEAR 2000. YET EVERY YEAR, ELIGIBLE CANDIDATES ARE DENIED ADMISSION TO THE FACULTY DUE TO LACK OF FACILITIES. THE DELIVERY OF MEDICAL SERVICES WILL IMPROVE AS THE NUMBER OF QUALIFIED MEDICAL PERSONNEL

INCREASES. (How many people are expected to notice the benefit or positive effect of the project implemented with Japan's grant aid when it is completed?)

THE ENTIRE 17 MILLION PEOPLE OF UGANDA.

4. Request to Other Donors

(1) Is there any request made to other donors for assistance closely related to this project?

1. Yes

2. No

(2) If yes, please fill in below:

(a) Name of the donors:

NOT APPLICABLE

(b) Title and outline of the assistance:

NOT APPLICABLE.

(iii) Possibilities that the donor will extend the assistance requested;

NOT APPLICABLE

(iv) In the case where other donors do not extend assistance, please describe in detail appropriateness and effectiveness of this project;

NOT APPLICABLE

(v) In the case where other donors extend loans, please describe the reason why Japan's Grant Aid is requested for the project.

NOT APPLICABLE

5. Priority

(Please describe priority of this project among other projects for which requests are made to Japan)

PRIORITY NUMBER ONE AFTER THOSE WHICH ARE ON GOING.

(Please attach project list with priorities)

6. Ministry and Agency in charge of the Project

(1) Outline of Implementing Agency (Please describe in detail)
(the Agency in charge of the execution of the Project)

MINISTRY OF EDUCATION AND SPORTS IS RESPONSIBLE FOR POLICY FORMULATION
AND PROMOTION OF EDUCATION IN UGANDA.

NBARARA UNIVERSITY IS THE IMPLEMENTING AGENCY. RESPONSIBLE FOR THE PROJECT.

(i) Organization Chart of the Agency (in general)

(Please mark the responsible department and division in charge of the project)

SEE ATTACHED ORGANISATION CHART.

(Please attach detailed organization chart pointing out the responsible department, division and sections in charge of this project)

(ii) Authorities and Duties of the Agency

THE UNIVERSITY IS RESPONSIBLE FOR TRAINING GRADUATE STUDENTS AND CARRYING OUT RESEARCH, FURTHER MORE THE MEDICAL SCHOOL RUNS AN INSTITUTE OF TROPICAL FOREST CONSERVATION FOR THE PURPOSE OF EDUCATION AND RESEARCH (ie FOREST BIOLOGY AND CONSERVATION).

(iii) Personnel (Please mention the number of staff, workers, and employees of the agency and the responsible department, division and section in charge of the Project)

THE PROJECT WILL BE COORDINATED BY MINISTRY OF EDUCATION AND SPORTS AND IT WILL BE IMPLEMENTED BY MBARARA UNIVERSITY. FOR FURTHER INFORMATION SEE ORGANISATION CHART.

(iv) Budget (Revenue and Expenditure)

(If mentioned in local currency, please mention the latest foreign exchange rate of the currency to the U.S. dollar or the Japanese yen)

THE GOVERNMENT GIVES CAPITATION GRANT OF US \$ 950,000.

(2) Outline of Supervising Ministry. (Please describe in detail)

(i) Organization Chart of the Ministry (in general)

(Please mark the responsible department and division in charge of the project and implementing agency)

SEE THE ATTACHED ORGANISATIONAL CHART.

(Please attach detailed organization chart pointing out the responsible department, division, and sections in charge of the project and implementing agency)

(ii) Authorities and Duties of the Ministry

MINISTRY OF EDUCATION IS RESPONSIBLE FOR FORMULATION OF EDUCATIONAL POLICY.

MAIN FUNCTIONS ARE:

- COORDINATION OF PLANNING EDUCATION
- PROMOTION OF EDUCATION IN THE COUNTRY
- ADMINISTERING LEGAL AND ADMINISTRATIVE ACTIVITIES PERTAINING TO EDUCATION.

(iii) Personnel (Please mention the number of staff, workers and employees of the Ministry and the responsible department, division and section)

THEY WILL BE ABOUT 15 PEOPLE DIRECTLY ENGAGED IN THE PROJECT IMPLEMENTATION.

(iv) Budget (Revenue and Expenditure)

(If mentioned in local currency, please state the latest foreign exchange rate of the currency to the U.S. dollar or the Japanese yen)

GOVERNMENT PROVIDES CAPITATION GRANT TO THE UNIVERSITY OF US \$ 950,000 PER ANNUM, ALSO THE UNIVERSITY CAN SOLICIT FUNDING FROM FOREIGN AGENCIES.

7. Preparation

(1) Project Site (Please attach photographs and maps of the site with the various scales including that of 10,000:1)

(1) (a) Address of the Site

SEE ATTACHED PROJECT DOCUMENT.

(b) Total Area of the Site

SAME AS (a)

(1) Land Preparation

(a) To which extent has the land been expropriated for the project?

LAND ALREADY SECURED AND SOME FACILITIES ALREADY AVAILABLE.

(b) When will the expropriation of the land be completed?

NOT APPLICABLE.

(Please attach the laws and procedures concerning the expropriation of land)

(2) Electricity, Water Supply, Telephone, Drainage and Other Facilities

(Please describe the extent to which above mentioned incidental facilities have been prepared)

ALL THE ABOVE REQUIREMENTS ARE ALREADY PROVIDED FOR ON SITE.

(3) Is there any information, statistics and data regarding geographical, geological, meteorological, oceanographical situations, etc.?

(if any, please attach those information)

NOT APPLICABLE.

6. Capabilities of the Implementing Agency
(Please describe the capabilities of the agency to manage, sustain, and operate the project)

(1) Current Situation

PROJECT HAS WELL TRAINED LOCAL STAFF IN VARIOUS DISCIPLINES.

(2) Problems of the Agency

DESPITE GOOD EDUCATIONAL BACKGROUND, THE STAFF NEEDS FURTHER TRAINING AND INTERNATIONAL EXPOSURE.

(3) Improvement Plan (If any, please describe in detail the contents of such a plan that will enable the Agency to handle the project more effectively and efficiently)

STUDY TOURS COULD BE ARRANGED FOR THE STAFF TO VISIT JAPAN AND OTHER COUNTRIES TO SEE AND ACQUAINT THEMSELVES WITH MODERN FACILITIES IN INSTITUTIONS OF HIGHER LEARNING.

9. Operation and Management of the Project

(1) Personnel (Please fill in the number of personnel)

	Current	When the Project is completed
Supervising Ministry	15	30
Implementing Agency	MBARARA UNIVERSITY	
Directly Responsible Personnel	UNIVERSITY SENATE AND PROFESSIONAL STAFF OF THE UNIVERSITY	

(In the case of hospital, research institutes, training centers, please attach the functional personnel charts.)

(In the case where necessary personnel are not yet secured, when and how this is to be done)

SEE ORGANISATIONAL CHART OF MBARARA UNIVERSITY.

Budget (Please fill in the budget in the below table.)

(If mentioned in local currency, please refer to the latest foreign exchange rate of the currency to the US dollar or Japanese yen) US \$ 13 MILLION (1990 ESTIMATES).

2 years ago (19)	1 year ago (19)	Now (19)	When the Project will be completed (19)
----------------------	---------------------	--------------	---

Supervising Ministry MINISTRY OF EDUCATION AND SPORTS.

Implementing Agency MBARARA UNIVERSITY

Direct Budget of the Project US \$ 13 MILLION.

(In the case where additional budgetary allocation is needed for the implementation of the project, please answer the following question.)

(i) Has the additional budget been already allocated? NOT APPLICABLE.

1. Yes. 2. No.

(ii) If no, how and when will the additional budget be allocated?

NOT APPLICABLE.

(iii) Technical Abilities of Local Staff

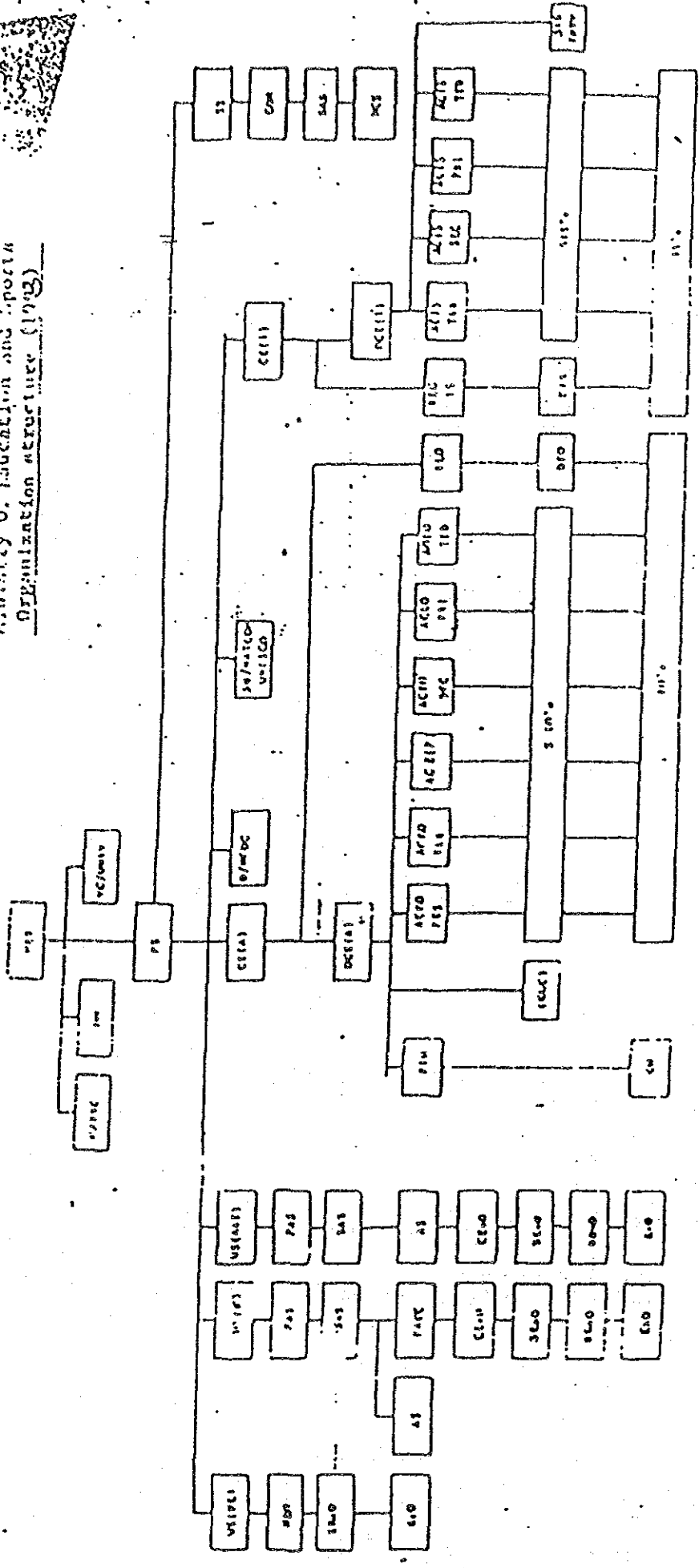
(a) Please describe technical abilities of local staff operating the project.

PROJECT COORDINATOR IS A WELL QUALIFIED MEDICAL STAFF AND IS SUPPORTED BY LOCAL PROFESSIONAL STAFF.

(b) Please describe in detail educational background of those who are in charge of the operation and management of the facilities and equipment.

- THE COORDINATOR IS THE VICE CHANCELLOR. (PROFESSOR IN MEDICINE).
- DEAN OF MEDICAL STAFF. (PROFESSOR IN MEDICINE).
- OTHER PROFESSIONAL STAFF ARE HOLDERS OF POST GRADUATE DEGREES.

Ministry of Education and Sports
Organization Structure (1973)



Legends:
 M: Minister of Education and Sports
 DM: Deputy Minister
 CITSC: Chairman Teaching Service Commission
 VC/UNIV: Vice-Chairman University Council
 P&S: Planning and Statistics
 S: Secretariat
 F&A: Finance and Accounts
 A&P: Administration, Radio and Television
 DNCDC: Director National Curriculum Development Council
 TE: Technical Education
 C/W: Clerk of Works
 SIS: Senior Inspector of Schools
 ACIS: Assistant Commissioners Inspector of Schools
 P&S: Planning and Statistics
 S: Secretariat
 F&A: Finance and Accounts
 A&P: Administration, Radio and Television
 PIU: Project Implementation Unit
 COE(A): Chief Executive Officer
 DOE(A): Deputy Commissioner of Education

A&P: Administration and Publications
 P&S: Planning and Statistics
 DNCDC: Director National Curriculum Development Council
 Chief Executive Officer
 Technical Education
 Clerk of Works
 Senior Inspector of Schools
 Assistant Commissioners Inspector of Schools
 PIU: Project Implementation Unit
 COE(A): Chief Executive Officer
 DOE(A): Deputy Commissioner of Education
 S: Secretariat
 F&A: Finance and Accounts
 A&P: Administration, Radio and Television
 PIU: Project Implementation Unit
 COE(A): Chief Executive Officer
 DOE(A): Deputy Commissioner of Education

3
5
2

Project of the Republic of Uganda

PROJECT DOCUMENT

Title: Expansion of Mbarara University
Construction and Equipment of Medical School.

IMPLEMENTING AGENCY- MBARARA UNIVERSITY

Project Site: Mbarara Municipality 270 kilometers South West of
Kampala, Capital of Uganda.

Estimated Total Phase I US 12.9 m Dollars

1. BACKGROUND TO THE PROJECT

- 1.1 Mbarara University of Science and Technology was founded in 1989 when the National Resistance Council, the Legislative body in Uganda, Passed a Statute establishing the University.
- 1.2 Undergraduate studies started in October, 1989 for courses leading to the Degree of Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery with a strongly community oriented bias at the former Midwifery School in Mbarara where the existing structure were rehabilitated and new ones constructed.
- 1.3 Presently there are 183 students enrolled in the University whom 44 are female students. There are postgraduate students of whom one is female.
- 1.4 Apart from the medical School the University has established an institute of Tropical Forest Conservation in Bwindi Impenetrable Forest National Park for the purpose of Education and Research in Forest Biology and Conservation.
- 1.5 It is planned, through phased programmes to start three more programmes namely:-
 1. Faculty of Applied Science and Technology;
 2. Faculty of Science Education;
 3. Faculty of Development Studies.

A more detailed document appended at annexure (A) to this project document, gives information on Mbarara University's future aspirations and plans.

2.0 PROJECT JUSTIFICATION

2.1 JUSTIFICATION OF ESTABLISHMENT OF MBARARA UNIVERSITY

1. Higher Education is of paramount importance for Uganda's future. Uganda requires both highly trained people and top quality research in order to formulate the policies, plan the programmes and implement the projects that are essential for economic growth and development. Preparing individuals for positions of responsibility in Government, in business, and in specialised professions is the central role of Uganda's institutions of higher learning. While supporting these individuals in their work with research advice and consultancy is another equally important role.

2. The Leadership of Uganda's institutions of Higher learning has spoken forcefully and eloquently about the urgent need for these institutions to produce graduates who can tackle the complex problems that confront the nation. University programmes of research and teaching that support the rehabilitation and further development of the agricultural sector are particularly important. These programmes include many aspects of Applied Science in areas such as soil and water conservation, drought and desertification control, and the natural Sciences and engineering disciplines.

Of equal importance to Uganda's future is the capacity of Uganda's institutions of Higher learning to produce trained manpower in the disciplines of Social Sciences and Management, conduct timely and relevant research, produce qualified

engineers, technicians and doctors and provide advisory services in such fields as economic planning, development, finance and public administration.

3. Although these tasks are essential for growth and development, they cannot be accomplished unless fundamental changes are made in higher education: such changes must include dramatic improvement in quality and the setting up of specialised institutions to provide graduates, research and other services that can respond adequately to the demands of the nation. In order to provide research Scientists and trained teachers able to interpret the latest technology and harness the same for the development of the Country, the institutions must have adequate resources for maximum productivity.
4. Since Uganda's Independence, attempts have been made to revise the education system in general and the curriculum in particular to address the nation's skilled man-power requirements. Despite these efforts, the system has not succeeded in turning out skilled manpower in sufficient quantities.
5. 90 percent of Uganda's population lives in rural areas where agriculture is the main stay of livelihood, It is inevitable, therefore, that any meaningful planning and development efforts for economic uplift and social welfare should be rural and community based.
6. As regards public health programmes, most training programmes are located in Urban areas turning out health workers who fail to appreciate the health problems and needs of the rural communities. A new training approach in favour of Primary Health Care is therefore urgently needed to correct this imbalance so as to make the health care delivery system more efficient and effective.

7. With a determination of meeting the nation's needs for trained and qualified manpower, as well as providing an answer to the sustained outcry for the establishment of the second National University to match the growing demand for higher education for over 16 million people, the Government of Uganda has found it necessary to set up a University in Mbarara focusing mainly on Medicine, Applied Science and Technology, Science Education, and Development Studies.
8. Until recently Makerere University was alone catering for the Country's needs for middle and higher level skilled manpower in the Country. Records reveal that, for some years, that University has not increased its intake in the Faculty of Medicine. The National Statistics also reveal that the current doctor-inhabitant ratio is very high i.e. 20,000 inhabitants per doctor.

This deficiency, revealing backwardness, must be fought and redressed if the Country is to enjoy a healthy Society of sustained development. During the seventies the Faculty of Medicine used to admit 110 students annually but during the last eight years the intake has come down to about 70 students.

This level of intake cannot satisfy the growing demand for health services. The government plans to reduce the Doctor/inhabitants ratio to 1:5000 by the year 2000, yet every year, eligible candidates are denied admission to the Faculty due to lack of facilities. This declining trend in enrolment must be arrested and attempts should be made to raise the current low intake of 70 students to 200 at least for the next few years.

3. PRESENT STATUS

- 3.1 The Government of Uganda has so far financed the renovation of Structures which were used by the school of Midwifery and has also funded construction of new structures.

- 3.2 The renovated/reconverted structures include Biochemistry/ Physiology Laboratory; a Laboratory for Gross Anatomy; Classrooms, Dormitories for students and office block for staff. The other buildings which have been rehabilitated away from the former Midwifery School include the University Inn and some work of renovations has been carried out at the teaching hospital.
- 3.3 Of the new buildings put up, there are three residential houses, ten flatlets and three semi-detached houses for staff, an administration Block, a Library and a Technician preparation laboratory.
- 3.4 The sum of money so far spent on the rehabilitation and construction of the new buildings as well as providing the necessary furniture and equipment so that the buildings can usefully serve the purpose for which they were built amount to shs. 1,670,000,000/- or \$4,175,000.00 at the exchange rate of \$1-shs. 400 in 1989/90. The projected buildings required for the Clinical Campus of the Medical School are contained in a document appended at annexure (B) to this Project.

4. PROBLEM TO BE ADDRESSED

- 4.1 Owing to the limited resources, the construction of the necessary buildings has not kept pace with the academic programmes. Assistance in getting the construction of the much needed structures will be of immense value.
Priority (a) Phase I (to be funded 1993/1994)

- 4.2 The construction of buildings urgently needed are listed below. The price estimates given include the required Anti-Termite proofing with Gladiator 4TC, insulation from heat and sound with the Poly-Eurothane system and other general construction costs.

Building	Approx Area	Approx Cost U shs	Approx In US \$ exchange \$1 = U shs. 1200 (1992)
1. Pathology Micro- biology, & Mortuary Block*	3,000m ²	2,340,000,000-	1,950,000
2. Pharmacology & Public Health Block	2,400m ²	1,872,000,000-	1,560,000
3. 2 No Lecture Theatres 150 seating capacity	800m ²	624,000,000-	520,000
4. Animal House	600m ²	216,000,000-	180,000
5. Operating Theatre & Wards	1,000m ²	660,000,000-	550,000
6. 24 flats	1,600m ²	864,000,000-	720,000
7. Hostel for 100 Nurses*	2,200m ²	1,188,000,000-	990,000
TOTAL		7,764,000,000-	6,470,000
Priority Structures			

- 4.3 The Architectural plans of the above buildings as well as the planned development for the Medical School are ready only lacking the necessary funding.
- 4.4 To complet the clinical campus of the Medical Faculty, the following physical facilities will also be required.

Building	Approx Area	Approx cost Uganda Shs.	Approx cost US Dollars

1. Departmental Offices Medicine, Surgery, Obst. & Gynaecology	192m ²	150,000,000-	125,000
2. Wards Emergency Care Unit Paediatrics etc.	515m ²	400,000,000-	333,333
3. Wards Obst. & Gynaecol. Surgery, Int. Med.	515m ²	400,000,000-	333,333
4. Flatllets for Interns. 50 Units	385m ²	300,000,000-	250,000
5. Housing for supporting Staff 100 Units	1,285m ²	1,000,000,000-	833,333
6. Flats for Teaching Staff 30 Units	1,285m ²	1,000,000,000	833,333

7.	3 Halls of residence 600 rooms	4487m ²	3,500,000,000-	2,916,667
8.	Kitchen-Dining Complex	1,285m ²	1,000,000,000-	833,333

	TOTAL	7,750,000,000-	6,458,333	6,470,000

	Grand Total for Phase I		12,928,333	

5. REASONS FOR ASSISTANCE

Mbarara University is the second of the two publically funded Universities in Uganda. Any assistance given will ensure that facilities are put in place to enhance the Education Research and healing functions that the Universtity carries out.

Apart from the students who will be taught to become doctors, other beneficiaries will be ordinary Ugandans who will seek treatment at Mbarara Medical Teaching Hospital.

Under the already established exchange of Student Scheme run by the Inter University Council for East Africa, Mbarara, as a participant in this programme, will admit students from the Republics of Tanzania and Kenya. The training provided at Mbarara will therefore benefit other East African countries as well as producing the badly required man-power that have followed a Medical training programme that is strongly Community based and for which Mbarara University is justly proud. In Uganda and indeed in the whole of East Africa, the majority of the population live and work in rural areas. While this is so, the Medical training hitherto has emphasized curative medicine rather than preventive strategies. The graduates of such training have preferred to

work in Urban Centres clearly benefiting only the minority of the population despite considerable resources spent on their training.

The new orientation and approach of Mbarara University to address itself to the problems of the majority of Ugandans needs active support to enable it to realise this objective.

6. COORDINATION ARRANGEMENTS.

The Vice Chancellor will coordinate the implementation of the project activities. The other government ministries that will advise on matters relating to national development will include those of Finance and Economic Planning, Education and Sports as well as the Ministry of Health.

7. EVALUATION

The evaluation of the project is fairly easy since it will involve in construction of buildings whose period of construction will be predetermined or extensions officially granted in accordance with the Contractor's terms of reference. A competent firm of Civil and Structural Engineers, as well as Architects will be detailed to supervise the construction work and to ensure that the buildings meet the specified requirements. These firms as well as the contractors will be mutually agreed between the Government of Uganda and the Donor.



ヘルスセンターを訪れる親子

Kapchorwa 地方



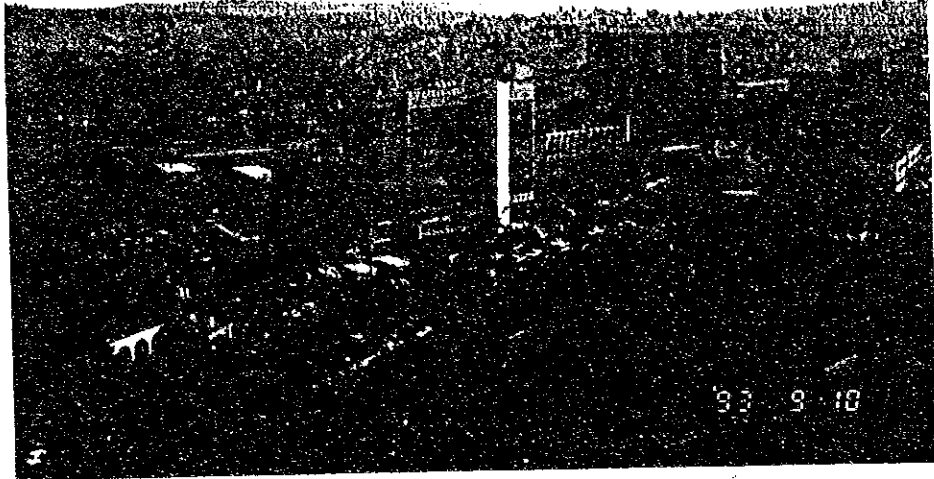
豊かな緑と水

Kapchorwa 地方

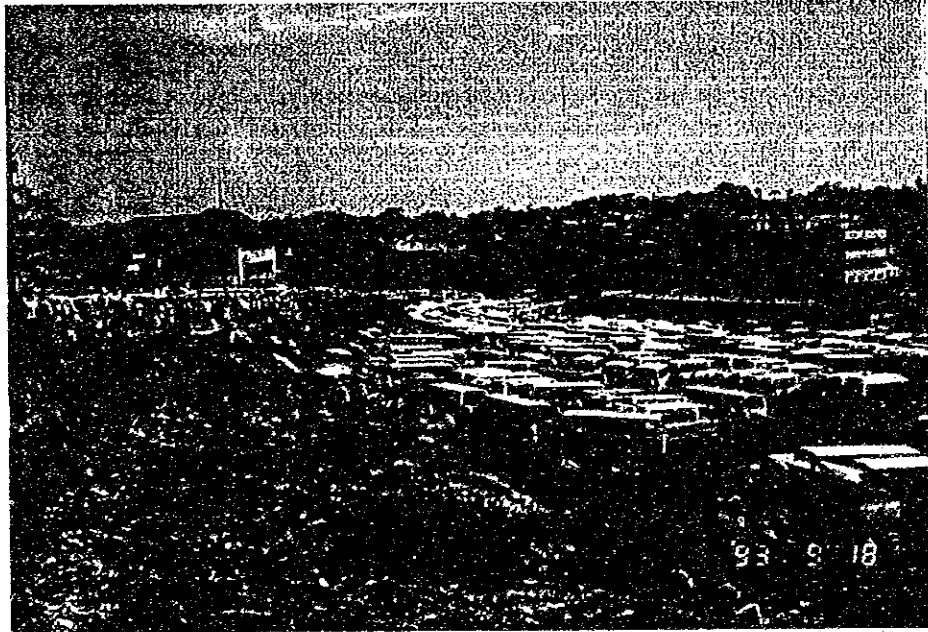


道路脇の青空市場

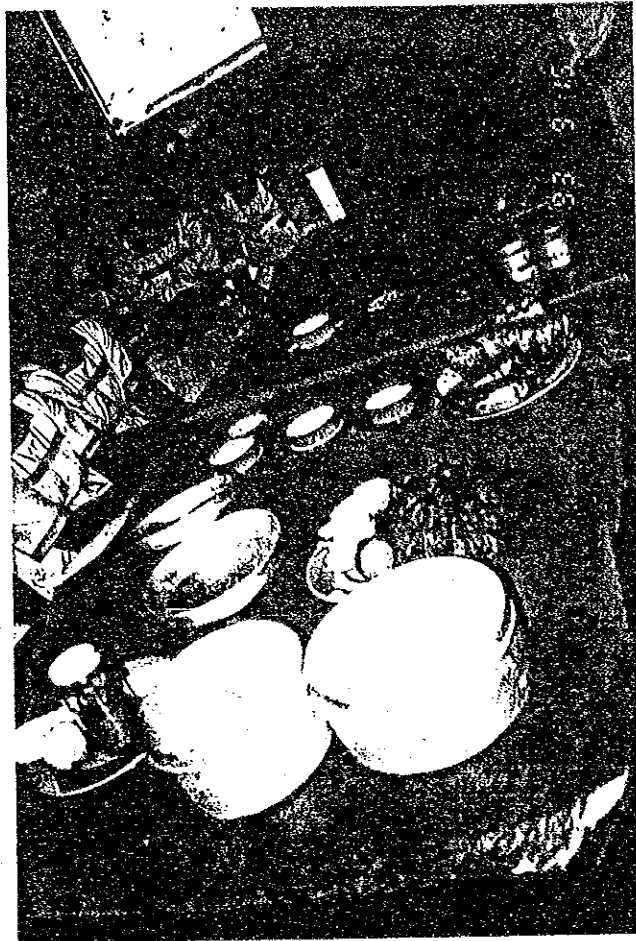
Mbarara 地方



Kampara 市街風景



Kampara 市街 バスターミナル風景

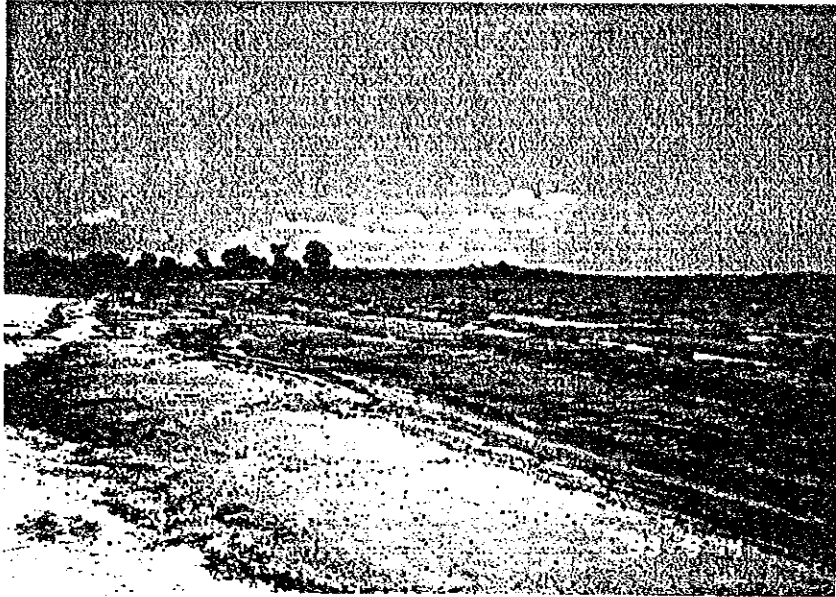


食事風景

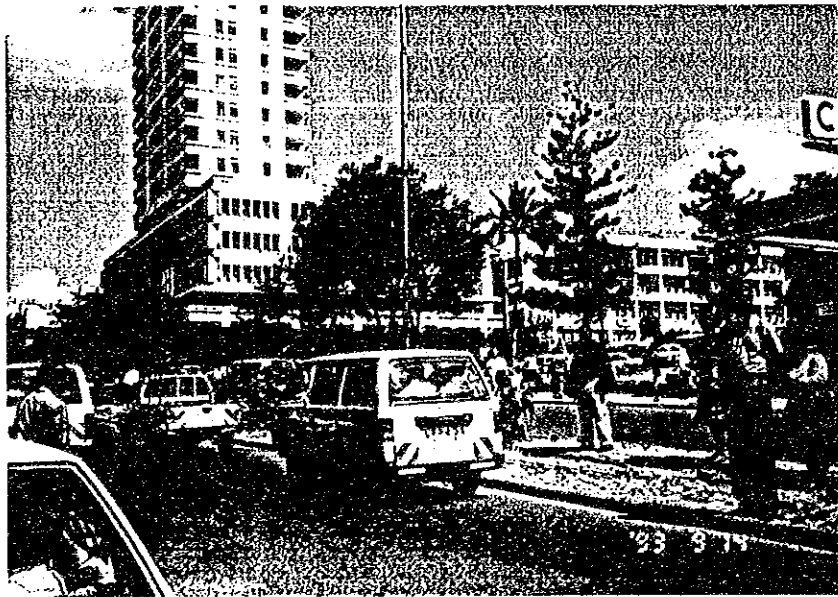


入院患者の世話の為に病院敷地で野宿する家族

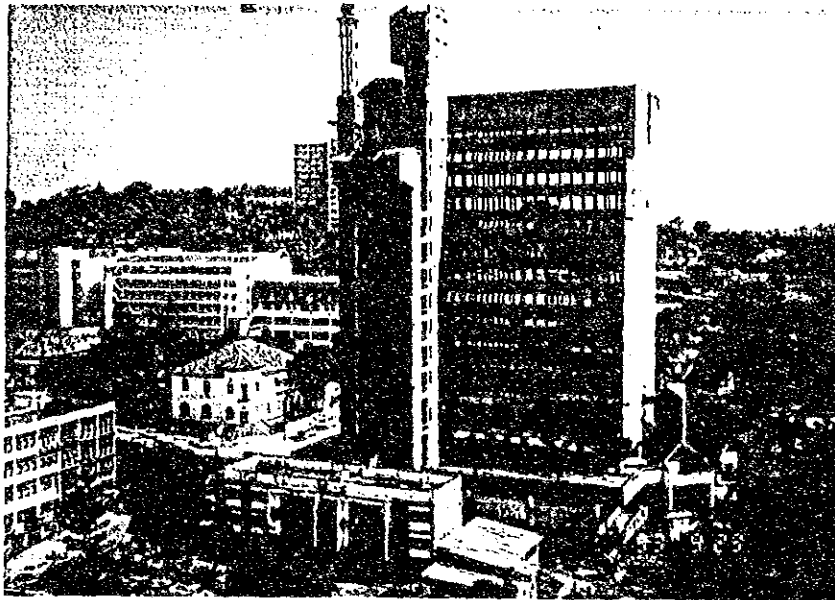
Masaka 病院



ビクトリア湖

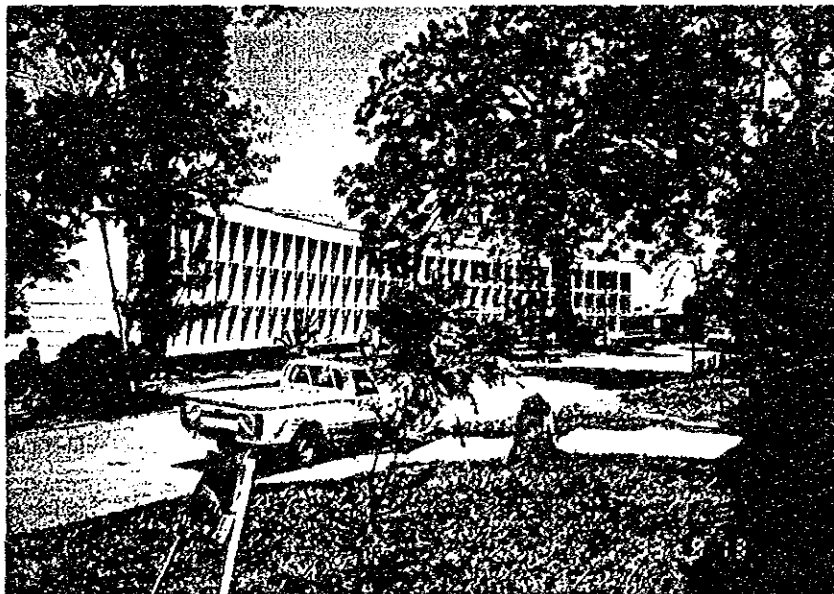


首都（カンバラ）市街風景

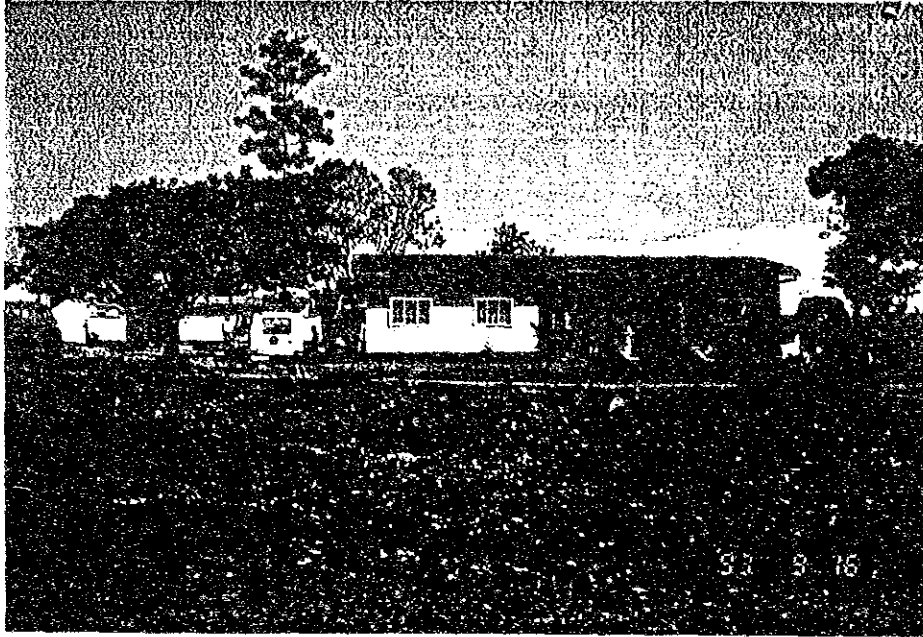


首都（カンバラ）風景

建設が中断されたままのビル

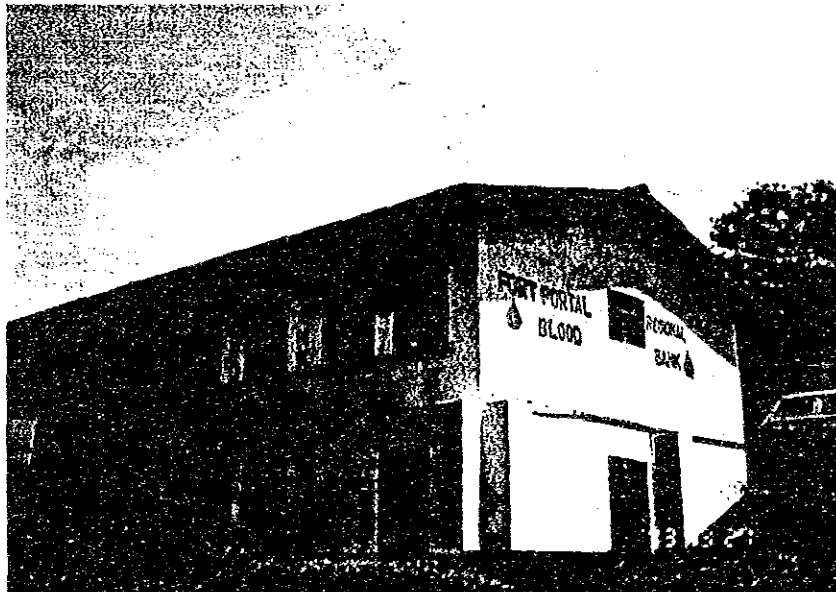


新Mulago病院外観



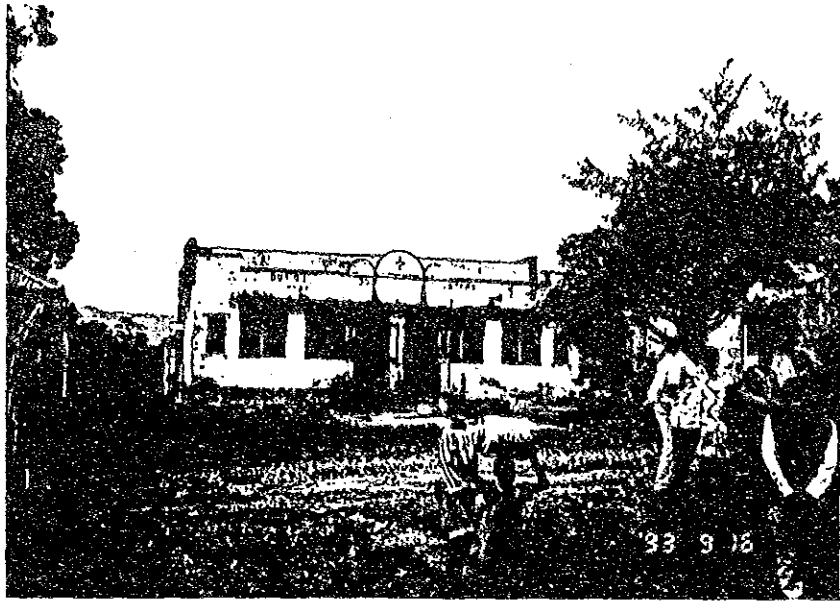
Nakifuma ヘルスセンター

Mukono 地方



血液銀行

Fort Portal 地方



Butiru ヘルスセンター

Mbale地方



Bududa 県病院

Mbale地方

