

第5編 保健対策活動

5-1 総論

保健省の最も主な役割の一つとして、保健医療対策のための活動がある。保健省は外来診療施設を結ぶ中間的役割を果たしており、2,000強の外来診療施設を結ぶネットワーク運営の母体となっている。保健サービスとして特に近年地方のヘルス・センターの強化に力を入れ、保健区画を整理し6州・36区画を整備している。保健省の健康と教育に関するアクセスの自由化政策は、2,500カ所のヘルス・センター、11,000校の公立小学校の設置というめざましい成果をもたらした。しかし、ヘルスセクターの資本不足が、薬品の不足、サービス費用の上昇を招き、そのため患者達は時には自分で医薬品を病院へ持参しなければならないなど、管理システムの欠落、および優秀な人材の不足などをもたらしている。

1992年のENDS調査では、都市居住者の約半数(46%)が保健医療施設から1km以内のところに住んでいた。しかし農村部では施設から1km以内に住んでいる人の割合は6%程度である。母子保健サービスに限定すると、都市に住む女性の75%以上はサービス施設から5km以内に住んでいるが、農村部の女性ではその割合は30%である。PHCサービスでも、農村部で施設から1km以内に住んでいる人の割合は14%で、都市以外の住民はヘルス・センターを利用しやすい状況ではないことがわかった。そのため、ヘルス・センターや健康に関する活動を人々が利用しやすいようにすることが、地方分権政策の目的の一つに挙げられている。

5-2 プライマリー・ヘルス・ケア

プライマリー・ヘルス・ケアは、PHCセンター(CSSP)、都市型診療所(DU)、母子保健施設(SMI)などのさまざまな保健医療関係施設を中心に展開されている。これらの施設にはあまり十分な設備はないが、ワクチン接種や周産期の相談に関しては重要な役割を担っている。現在、保健省は明確な指針を打ち出していないものの、一般的に認知されている優先度の高い分野には乳児死亡率抑制、妊産婦死亡、マラリア、結核、といった特定の疾病が含まれている。家族計画は依然PHCの最優先分野ではないものの海外援助とNGOによって推進され続けている。必要な医薬品は原則として無料だが、保健省の予算だけでは2~3カ月分しか賄えない。PHCセンターに相談に訪れる人々の半数以上が、初回のみ無料で対応してもらい、2回目以降はかなり高い値段で必要なものを購入させられている。それでも、PHCセンターが発行する処方箋は、支払い能力が低い人々のために、民間の施設での処方より安く済むように配慮されている。

5-3 予防接種対策(EPI)

1976年、子供へのBCGとDPT接種および妊婦への破傷風トキソイド接種に着手した政府の動きに合わせて、マダガスカルのエピプログラムは進められた。この後を追って

ポリオワクチン接種が82年、麻疹のワクチン接種が85年に、そして国家ワクチン接種開発計画が87年にそれぞれ実施された。

西部の三つの州（トリアリー、マジヤンガ、アンツイラナナ）には総人口の31%が居住しているが、予防接種率は非常に低い。トリアリーが17.5%、マジヤンガが19.5%、アンツイラナナが25.2%である。東部の人口は69%だが、予防接種率はトアマシナで40.5%、アンタナナリボで54.5%、フィナランツォアで30.3%である。コールドチェーン普及率は西部で27%、東部で28%である。最近の方針は、東部は現状レベルを確保すること、西部は改めて予防接種の普及に取り組むこととなっている。そのためには、ヘルスポストを活用することが効果的であると保健省が判断し、計画的にワクチンを支給するなどのプログラムが組まれている。全国にヘルスポストは2,105あるが、1994/95年には1,281（61%）がEPI活動に参加した。

EPI活動は医師が担当しているワクチン課の管轄の下に実施されている。総務と財務担当と技術担当の二つの係に分かれ、技術係はさらに、疫学調査、ワクチン、コールドチェーンなどの担当に分かれている。1994年と95年の活動経費は、政府予算に加えて外部からかなり補助されている。特にユニセフが中心的な援助者となり、ワクチン供給はJICA（BCG、風疹）、ロータリー・インターナショナル（ポリオ）、ユニセフ（DTP）が支援している。地域またはルートによって、使用期限切れや盗難による在庫数の契約違反など多くの問題が存在するが、各地区の中心には冷蔵保管設備がある。すべての郡に冷蔵保管庫があるが、冷凍庫を持っているヘルスポストは30%以下である。したがって、遠隔地の保管条件はよくない。

5-3-1 ワクチン接種状況

ユニセフと保健省が1993年に実施したワクチン接種実態調査によると、小児の約37%が予防接種を完全に受けている。これはかなり楽観的な推測にすぎず、他の調査ではこれより低い数値が多く、25%程度というものもある。保健省の調査による州別のEPIワクチン実施率を表5-1に示した。

表5-1 州別EPIワクチン実施率（生後12～23カ月）
（単位：%）

	すべてのワクチン	未実施
トリアリー	17.5	22
トアマシナ	40.5	15
マジヤンガ	19.8	38
フィナランツォア	30	18.5
アンツイラナナ	25	18
アンタナナリボ（都市部）	59.8	8
アンタナナリボ（州）	54	8.5
全国	37	18.5

出所：Ministère de la Santé, Services des Vaccinations, Rapport Annuel, 1994

WHOの調査では36%の小児がすべてのワクチンの接種を受けているとのことで、保健省の調査結果(表5-1)と近い数字だが、生後1年以内に必要な予防接種すべてを受けることができるのは7.5%のみとのことである。

表5-2に州別種類別、表5-3に年次別のワクチン接種率を示した。

表5-2 州別種類別ワクチン接種率

(単位：%)

	1991					1993				
	BCG	DPT 1	DPT 3	麻疹	接種完了率	BCG	DPT 1	DPT 3	麻疹	接種完了率
アンタナナリボ	86.7	84.4	72.5	64.9	53.6	79.1	79.5	77.4	71.8	59.9
アンツィラナ	70.9	83.1	54.9	57.3	38.5	76.0	66.4	49.5	40.7	25.2
フィナランツォア	84.3	79.5	59.1	56.2	40.5	65.9	65.4	57.3	47.4	30.3
マジャンガ	74.0	69.3	47.6	45.7	27.4	47.8	38.0	28.9	26.5	19.5
トアマシナ	85.3	81.0	62.6	59.2	41.2	70.5	72.4	55.2	57.6	40.5
トリアリー	58.0	57.1	30.2	36.8	16.5	65.7	54.3	39.2	42.4	17.6
全国	76.7	77.5	58.6	55.9	32.3	79.1	65.2	55.2	51.1	36.2

出所：UNICEF, Fiche de Projet PEV (1990-1994), UNICEF, 1994

表5-3 生後1年未満のワクチン接種人数および接種率(1990~94年)

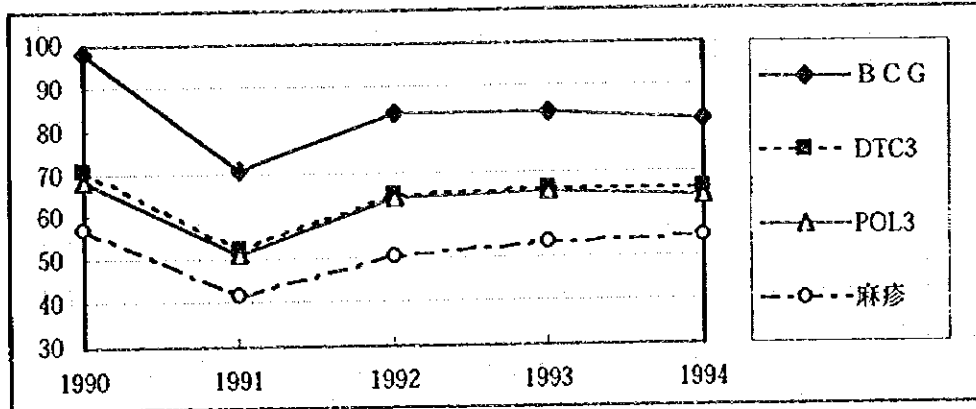
(単位：人, %)

年	BCG	%	DPT3	%	POL3	%	麻疹	%
90	414,442	98.5	299,289	71.1	289,071	68.7	241,931	57.5
91	300,562	71.1	222,798	52.7	217,163	51.4	176,315	41.7
92	363,429	83.8	280,999	64.8	279,605	64.4	219,219	50.5
93	367,218	84.1	289,427	66.3	286,909	65.7	234,276	53.6
94	382,771	82.1	308,680	66.2	301,484	64.7	254,925	54.7

出所：Ministère de la Santé, Services des Vaccinations, Rapport Annuel, Ministère de la Santé, 1994

図5-1 生後1年未満のワクチン接種率 (1990~94年)

(単位：%)

出所：Ministère de la Santé, Services des Vaccinations, Rapport Annuel, 1994

ワクチン接種率向上への方策として、IEC活動と国家ワクチン接種デー（通常6、7、8月）が取り入れられており、子供の免疫率の上昇は1981年来、EPI関連疫病の発生を減少させ続けている。例えば、麻疹の免疫率は52%にしかすぎないが、もはや幼児の発病率および死亡率の主要因とはなっていない。同様に90年には40件あったポリオの疑似例も94年には19件と減少している。この一方で、破傷風に対する免疫を持った妊婦数では90年の60%から94年には16%へと減少が見られる。

全体としてEPIプログラムはまだ十分な成果をもたらしてはいないが、1995年に保健省がいくつかの目標を定めた。

- 1) 3歳未満の小児のDPTP（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ）の接種率を80%とする。
- 2) 1歳未満の小児の結核予防接種率を90%以上にする。
- 3) 1歳未満の小児の麻疹の予防接種率を80%とする。
- 4) 出産可能年齢の女性の破傷風予防接種（TT2）率を30%とする。
- 5) 新生児破傷風の発症例を90%減少させる（1994年に47例存在）。
- 6) ポリオの発症率を50%減少させる。

1996年2月に全国的なワクチン接種率調査が行われることになっていた。

表5-4, 5は1996～2000年のワクチンの需要および費用の予測だが、破傷風以外は数値が変化していない。その理由はデータ入手時には確認できなかったが、薬剤の供給単位の関係で余裕をもった数値になっているのではないかと思われる。

表5-4 ワクチン需要予測 (1996～2000年)

(単位：100万投与単位)

年	BCG	DPT	破傷風	麻疹	ポリオ
1996	1,181	2,362	4,724	1,181	3,543
1997	1,181	2,362	5,905	1,181	3,543
1998	1,181	2,362	8,267	1,181	3,543
1999	1,181	2,362	8,267	1,181	3,543
2000	1,181	2,362	8,267	1,181	3,543

出所：Ministère de la Santé, Service des Vaccinations, Fiche de Projet PEV(1990-1994), 1994

表5-5 ワクチンの費用予測 (1996～2000年)

(単位：USドル)

年	BCG	DPT	破傷風	麻疹	ポリオ
1996	171,245	212,580	283,440	194,865	354,300
1997	171,245	212,580	354,300	194,865	354,300
1998	171,245	212,580	496,020	194,865	354,300
1999	171,245	212,580	496,020	194,865	354,300
2000	171,245	212,580	496,020	194,865	354,300

出所：Ministère de la Santé, Service des Vaccinations, Fiche de Projet PEV(1990-1994), 1994

5-3-2 ポリオ対策

ポリオに関するプログラムに協力しているのは、パスツール研究所、WHO、ユニセフ、保健省ワクチン課、小児病院とそのほかいくつかの病院、そして、ワクチンを供給しているロータリークラブのポリオ・プラス・プログラムである。

1994年のEPIプログラムに対する外部評価によると、いまだにポリオの患者報告をするシステムは確立していない。患者報告システムの早急な確立と、ポリオに関係する疾病やその徴候を識別するシステムの開発が緊急課題である。

5-4 栄養問題対策

栄養問題対策として、マダガスカル政府は、多数の都市型診療所と母子保健施設を通じた予防的プログラムを展開している。このプログラムはFAO、WFP、農業・地方開発・農地改革省、NGO団体のサポートと同様に保健省およびユニセフの援助を受けている。プログラムの種類は多岐にわたっており、たんぱく-カロリー-栄養不良、ビタミンAやヨウ素欠乏対策、ヘルス・センターでの栄養士の育成、公的IECプログラムも含まれている。プログラムは、初産婦を対象に食物を供給し、ORSや母乳に関する指導をしている。食糧不足と乳幼児の極度の下痢や高度の脱水は頻繁に見られるが、このプログラムは、資金不足や運営の不備により、まだそれほどの成果を収めていない。マダガスカルではたんぱく-カロリー-栄養不良が大きな問題で、多くの地域で、有病率および死亡率の上位15位に含まれている。この問題を解決するために、多数のNGOが食糧配給などの適切なプログラムを提供している。

保健省、農業省、ユニセフ、NGOによる栄養改善活動に加えて、1994~97年には世界銀行が資金提供をする「食糧・栄養救済プロジェクト (SECALINE)」が展開されている。これらのプログラムは94年に開始された「社会改革のための国家行動計画」の中に統合され、集団の栄養とヨウ素欠乏に重点を置いた内容となっている。調査、IEC、母子の栄養改善、微量栄養素欠乏症対策などがサブテーマとして含まれる。現地調査時には国産塩にヨウ素を添加することが義務づけられたところであった。

保健省とユニセフが共同して定めた1996~2000年の栄養関係の目標は次のとおりである。

- 1) 低出生体重の比率を12% (1992年) から9%に下げる。
- 2) 妊娠6カ月時の鉄欠乏性貧血を40% (1991年) から25%に下げる。
- 3) ヨウ素欠乏に関連する問題を5%未満に減らす。
- 4) ビタミンAに関連する問題 (盲目を含む) をなくす。
- 5) 生後4~6カ月時の母乳哺育率を42% (1992年) から80%に上げ、2年間は母乳中心 (95%以上) でいられるように補助食品を配給する。
- 6) PHCセンターなどの施設で栄養に関する知識・情報を提供する。

5-5 母子保健対策

母子保健 (MCH) サービスは予防医学局の母子保健・家族計画課が担当している。課には 1) 総務・財務、2) 健康教育、3) 母子保健、4) 家族計画、の四つの係がある。どの課も医師が運営し、全体で8人の医師と、USAIDが人件費を負担している2人の専門家が働いている。

母子保健・家族計画課は「母子保健部分プログラム」という、5歳未満の小児に関する調査を実施し、周産期の活動に関わるプログラムを担当している。しかし、物的にも人的にも不十分で、医師が一人、コメディカルが2人いるだけで、基本的な事務用品などは不足し、自動車などもない。

近年のヘルス・センターの改善は母子のケアに対してよい結果をもたらしている。1992

年には、78%の母親が専門家による出産前のケアを最低一回受け、訓練を受けた医療従事者の介助があった出産は57%にのぼった。ただし、一部の大規模な病院を除いて設備内容が充実していないためにサービスのレベルは低い。トアマシナ病院などの大規模な病院は日本から援助された設備が充実しているのでケアの内容は高くなってきている。しかし、小児の予防接種の実施率は低く、ENDS調査では生後12~23カ月の小児の予防接種率は43%である。また、この年齢の小児に最も多く見られる疾病は下痢症である。ENDS調査によると調査日の直前2週間の健康状態を調査した結果、5歳未満児の12%が下痢症を経験しており、彼らのうちの3分の2は何らかの経口補水液を与えられた。

栄養不良は乳幼児にとって大きな問題である。半分以上の小児が慢性的な栄養不足による発育不全で、5分の2が低体重である。この対策については5-4 栄養問題対策と同様である。

5-6 家族計画

近代的な家族計画法に関する知識やサービスへのアクセスが十分でないために、マダガスカルの人口増加抑制策はあまり効果をあげていない。1990年の全国人口政策の目標の一つに、2000年までに女性一人当たりの出生数を6（合計特殊出生率6.1）から4に下げることが掲げられている。しかし、92年のENDS調査の結果では、目標達成のためにはかなりの努力と資源が必要となることが示唆されている。

家族計画の知識が乏しい理由はいくつも考えられるが、1992年のENDS調査のデータでは、家族計画を推奨するメッセージが頻繁には発信されていないので、限られた人にしか届いていないことが指摘されていた。過去1カ月間にラジオかテレビで家族計画に関するメッセージを聞いたかどうかの調査に対し、聞いたと答えたのは回答者の6%しかいなかった。近代的避妊法に関する知識のレベルを上げ、家族計画の実践率を高めるために、積極的に広範囲にわたる、情報・教育・コミュニケーション（IEC）のプログラムが必要になる。

1992年には、既婚女性の40%がもう子供は欲しくないと答え、30%が次の出産まで間隔をあけたいと答えた。しかし、近代的避妊法を利用しているのは既婚女性の5%のみで、12%は伝統的方法を用いていた。なかでも定期的な禁欲（リズム法）が中心で、8%が利用している。このように、マダガスカルの避妊に対するニーズはまだ満たされていない。

マダガスカルでは避妊手術やノルプラント（持続型ホルモン注入）など長期にわたる家族計画手法が増加してきている。1994年には男女合わせて1,150件の自主的な避妊手術が行われた。避妊手術を提供する場はさらに増えてきている。ノルプラントも普及しつつあり、この処置を受けられる六つの施設では予約患者の長いリストができています。94年には786件のノルプラント埋込術が行われ、95年末までにはさらに10の施設で処置が可能になる予定である。家族計画の多くは女性を中心としているが、男性の避妊法も急激に普及してきている。1994年の家族計画としてのコンドームの普及率は7%である。また、精管結紮術も受け入れられるようになってきている。非外科的精管結紮術も医師が技術を向上させるにつれて広まってきている。

マダガスカルの既婚女性の避妊法に関する知識レベルは、サハラ以南アフリカのなかでもかなり低い方である。1992年には、近代的避妊法を知っていたのは既婚女性の62%にす

ぎず、どこで避妊具を入手できるかを知っていたのは45%だった。注射、ピル、女性不妊術が最も多い方法である。近代的避妊法の知識は農村の女性と教育を受けていない女性で特に低く、それぞれ56%、38%である。

1987年には、772の公立施設と約500の民間およびNGOの施設のうち、家族計画サービスを提供していたのは72施設のみだった。これでは、まもなく1,200万を超えるとみられる人口のニーズには応えられない。しかし94年は家族計画サービスを拡大する基盤となる年で、公共施設だけでも92施設が新たにサービス提供を開始し、民間およびNGOを合わせると297施設がサービス提供可能となった。最終目標は99年末までに750施設で家族計画サービスを受けられるようにすることである。

表5-6に避妊法の種類別実施率を示す。

表5-6 既婚女性の避妊法種類別実施率

(単位：%)

方法	知っている	使用したことがある	使用している
なんらかの方法	61.7	23.9	13.3
なんらかの近代的な方法	56.9	8.3	3.5
ピル	36.7	4.0	1.0
IUD	14.2	0.7	0.3
注射	42.1	3.3	1.0
ゼリー	7.0	0.5	0.1
コンドーム	28.0	3.0	0.5
女性の不妊手術	37.2	0.6	0.6
男性の不妊手術	6.1	—	—
なんらかの伝統的な方法	45.0	21.1	9.9
周期法	41.2	17.8	8.0
膣外射精	22.1	8.3	1.5
その他の方法	8.4	2.1	0.3

出所：Centre National de Recherche sur l'Environnement, *Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992(Madagascar), 1994*

5-7 マラリア対策

マラリア対策は、保健省のマラリア対策局(DMC)とパスツール研究所(IPM)が中心となっている。DMCはマラリアの専門家が運営し、7人の医師が五つの課に分かれて働いている。基本的には権力のない部局だが、1986年の大流行以来財政力を与えられている。特に世界銀行とフランス協力隊の援助が大きい。外国からの援助は重要で、95年のマラリアに関する国家予算が94年と同額(2,752万8,000FMG)なのに対し、外国からの援助は約60%増加して44億9,900万FMG(約1億4,513万円)となった。これらの資金はおもに重症のマラリアの適切な治療と、媒介昆虫の駆除対策に使われている。具体的には、DDT

の集中散布や次の世代が不妊になるようにした蚊を分布させるといった個別の予防策の促進が行われている。しかし、ガンビア種の蚊への対策として最も効果が高いとされている「蚊帳の配給と利用促進」対策を実施していないのは、遅れているといえる。

5-8 エイズ対策

エイズに関する活動は、保健省のエイズ対策課、疫学調査課、情報・教育・コミュニケーション・サービスが管轄する全国エイズおよび性行為感染症対策プログラム（PNLS）を通じて行われている。PNLSは1985年に始まり、血清陽性患者の調査などが行われた。PNLSは多国間および二国間援助による資金援助を受け、88年6月に開始した。マダガスカルでは、保健医療に関係する各種セクターの活動をコーディネートするための中期計画が立てられた。この計画の中で、エイズ対策プログラムは技術調整委員会が運営し、保健大臣を責任者とする事となっている。国家予算で運営費の一部をカバーし、残りの部分はWHO、ユニセフ、GTZ、フランス協力隊などの国際機関が援助している。その内容は、ユニセフの援助によりエイズ感染予防のための教育用ポスターやシール、ビデオなどの作成をしたり、予防教育のための講習会の開催などである。フランス協力隊も同様に薬物および性行為の危険性を若者に教えるための漫画を作成した。GTZはアンタナナリボとマジャンガでIEC活動を行っている。

性行為感染症は増加し続けており、エイズの患者数は現在は比較的少ないが、大流行に至る前に十分な対策を立てる必要があることは関係者に十分認識されている。しかし政府はこの問題の緊急性を認識せず、適切な対応をしていない。一方、エイズ対策に対する外国からの援助は、1994～95年の間に倍増し、約100万ドルになった。

1990年以来、PNLSは三つの内部構造を発展させてきている。1) 保健省が中心となったエイズおよび性行為感染症のコントロールに関する全国会議の設定、2) 技術調整会議の設定、3) 三つの専門技術委員会の創設、が実施された。このプログラムの事務局は保健省のエイズおよび性行為感染症課で、この課の責任者がプログラム・コーディネーターを兼務している。

5-9 下痢症対策

下痢症対策プログラムは下痢症対策課の管轄で、1984年に始まった。5歳未満の小児の問題に対処するために、以下の四つの計画が提案された。

- 1) 下痢症の処置には、その担当者のトレーニングや母親たちの啓蒙を通じて経口補水塩（ORS）を用いた経口補水療法（ORT）を普及する。
- 2) ORSパックの生産を増加する。
- 3) 基本的な衛生、便所の設置、適切な水の使用といった予防方法を開発する。
- 4) 下痢症疾患、特に東海岸での赤痢の疫学的調査を実施する。

しかし、ヘルスポストで疫学調査を実施することや、財政的制限によりORSパックの供給が制限されていることをはじめとして、いくつかの問題がある。それでも、赤痢が流行し、子供を中心とした多くの人の命を奪った東部と南東部の海岸地帯では、14のヘルスポストで疫学調査を実施することとなった。

5-10 その他の感染症対策

5-10-1 結核

結核対策プログラムが必要な財政支援を得られるようになったのはつい最近のことである。いつからどのような予算で運営されてきたのかは明らかではないが、十分な予算を得て安定した活動が開始されたのは1991年である。この年にフランス協力隊が3年間で600万FMGを拠出することを決めたと同時に、世界銀行が5年間で100万ドルの拠出を決定した。これらの拠出金は結核対策の発展に使用され、その他の援助として、NGOのSALFAが92年から93年にかけて結核の治療薬を提供した。

このプロジェクトの目標は、10年以内に結核の徴候が見られる患者を全国で少なくとも60%把握し、短期療法を要する患者の85%と長期療法を要する患者の60%に必要な治療を受けさせることである。さらに、結核による病院での死亡を5%未満にする努力もなされている。

公的機関で適切な結核治療を提供するには、限界があることが明らかである。PNLATが状況改善のために活動しているが、まだ障害が残っている。公的機関における最大の問題は財政である。フランスが1991年から94年にかけて600万FMGを拠出し、95年から98年には500万FMGを拠出する予定であったが、実際には91年に薬剤供給のための資金提供をしたのみである。世界銀行からの援助は92年から97年の5年間で550万FMGである。スイス協力隊はマダガスカルを負債を削減して薬剤購入を可能にしたが、その後はこのような援助は行われていない。政府からの支援は人件費または労働力のみなので、今後、外国からの援助が全く得られなくなった場合は、このプログラムは中止しなければならない。

もう一つの問題は、PNLATの支出計画の調整である。調整が不十分だったので、短期間で資金を完全に支出してしまった。1993年には一部のセンターにはかなりの剰余金があったが、他のセンターには何も無いという状況になったので、プログラムの一環として資金の調整とコントロールが必要になった。最後の大きな問題は国立リファール研究所の業務負担が増加し、優秀な人材が数多く必要になったがそれを補うだけの人材が不足していることである。他の研究所に業務を分配することも試みられたが、結核治療を担当する医師が検査部門に指示する権限を持たないことが多く、この試みは失敗に終わった。

5-10-2 ビルハルツ住血吸虫症

ビルハルツ住血吸虫症のコントロールは保健省の感染症対策局の技術課の一つであるビルハルツ住血吸虫症・ペスト・囊虫症対策課（SPBC）が担当している。この課は、財

務係、ビルハルツ住血吸虫症・囊虫症係、ベスト係、の三つの係に分かれており、保健省衛生研究所から派生した形だが、ビルハルツ住血吸虫症・囊虫症係とベスト係は、実質的にはパスツール研究所から必要な技術的サポートと実験に関する指導を受けている。SPBCは1992年に設立され、現在のところは保健省とパスツール研究所だけが資金を援助しているが、さらに多くの外部の有力な援助を求めている。

活動の支援が不足し労働条件が悪いが、SPBCはその限られた状況の下で最大限に活動するための計画を立てている。1995年には労働条件がいくらか改善したが、SPBCがその能力を最大限に発揮するためには、ハード（コンピュータや事務所設備）と人材養成の両面が大きく改善されなければならない。しかし、具体的な対策についての情報は調査時には入手できなかった。

5-11 その他の対策活動

5-11-1 障害者対策

マダガスカルには視聴覚障害者を含む推計130万人の障害者がいる。マダガスカルには32,811人の知覚障害者、6,483人の精神障害者、5,514人のハンセン病患者、4,675人の身体障害者がいるとみられる（Handicap International, Synthèse des Rapports Annuel d'Activité Madagascar 1994, 1995 より）。

障害者のための施設は、公共と民間の病院や診療所が全国に存在している。これらの施設はマダガスカル補装具センター（Centre d'Appareillage de Madagascar : CAM）を中心とする「補装具とりハビリ・サービス（Service d'Appareillage et de Reeducation : SAR）」というシステムに統合されている。1963年以来、フランス系のNGOであるハンディキャップ・インターナショナル（HIM）がこのシステムの発展に貢献し、今では技術協力と支援を求めて保健省がこの機関と多数の合意書を交わしている（9-2-3-2 ハンディキャップ・インターナショナル 参照）。

数値的には1994年に922人の新患がCAMを除くSARの施設を訪れた。13,123人の運動療法または理学療法の対象者のうち、23%がポリオ、14%が外傷、同じく14%が片麻痺、12%が湾曲足だった。881の新しい補装具が作られたが、45%が整形外科用の靴、21%が義肢・義足、17%が松葉杖、7%が副木だった。

44のNGOが障害者が社会的保護を受けながら地域社会に受け入れられるように援助している。例えば、障害者連盟は障害者と健常者の両方の教育を改善するよう活動している。

5-11-2 喫煙

前述したように、タバコによる健康障害は認められるが対策は講じられていない。

第5編 参考資料一覧

- ・ UNICEF 『国々の前進』 UNICEF 1995
- ・ UNICEF 『世界子供白書』 UNICEF 1995
- ・ Centre National de Recherche sur l'Environnement Ministère de la Recherche Appliquée au Développement, Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992 Madagascar, 1994
- ・ Coopération Française, Fiche Santé Madagascar, Coopération Française, 1994
- ・ Dr.Eckhard Kleinau, Etude de l'Information du Système Statistique Sanitaire du Ministère de la Santé de Madagascar, World Bank, 1994
- ・ European Union, Etude du Secteur Santé, European Union, 1995
- ・ Handicap International, Synthèse des Rapports Annuel d'Activité à Madagascar 1994, Handicap International de Madagascar, 1995
- ・ Ministère de la Santé, Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles, Service de Epidimiologie, Données et Indicateurs Démographiques et Socio-Sanitaires à Madagascar (1995), Ministère de la Santé, 1995
- ・ Ministère de la Santé/Service des Vaccinations, Fiche de Projet PEV(1990-1994), Ministère de la Santé, 1994
- ・ Ministère de la Santé, Services des Vaccinations, Rapport Annuel, Ministère de la Santé, 1994
- ・ Ministère de la Santé/UNICEF/WHO, Revue Externe du Programme Elargi de Vaccination, Ministère de la Santé, 1994
- ・ Organisation Mondiale de la Santé à Madagascar, Madagascar OMS-Rapport 1994, WHO, 1994
- ・ UNICEF, Fiche de Projet PEV(1990-1994), UNICEF, 1994
- ・ UNICEF, UNICEF Annual Report 1994, UNICEF, 1994

第6編 保健医療サービス供給システム

保健省は2,000以上の外来診療施設を結ぶネットワークを運営して、ヘルスサービスを提供している。病院システムは、14の外科病院と八つの総合病院、八つの専門病院からなっている。国民の約65%は保健省の施設から徒歩1時間（半径5 km）以内に住んでいて、PHC施設は八つの村に一つの割合で設置されている。公衆衛生サービスは六つの州と36の医療区画ごとに整備されている（世界銀行での聞き取り）。施設の改修プログラムは1993年10月に制定されたものだが、最近では地方のヘルス・センターを強化することと管理システムを開発することにより、保健区画を段階的に整理して、最終的には廃止することを目的としている。1993～95年の保健省の公共支出計画では、ヘルスケアシステムの再構築が最優先課題となっている。

NGOもヘルスサービスを提供しているが、320のクリニックのほとんどが都市部に集中している。基本的には利用者の費用負担が必要だが、実際にサービス提供に要した経費を賄えるほどの金額ではない。

民間の医療サービスは限られた数ではあるが、近年非常に成長している。また、近代医療を受ける機会が少なく、治療や薬剤の費用が高いため、伝統的祈禱師は今後もその役割を失うことはないと推測される。

6-1 保健医療施設

6-1-1 公共医療部門

地方の保健医療およびPHC関連のサービスは、次のような機関で提供されている。都市では、各地域ごとに医療センター、都市型診療所、母子保健施設があり、農村地域では、助産所、ヘルスポスト、看護ポスト、PHCセンターがヘルスサービスを提供している。1990年以降、施設に関する調査は行われていないが、いくつかの情報によると、約1,700から1,900のヘルスケア施設が全国に散在し、死亡率や有病率の上位である、マラリア、小児の感染症、急性呼吸器感染症、下痢症、リスクの高い妊娠、問題の多い出産などに対処しているとのことである。このほか、研究機関である保健省衛生研究所は30年以上の歴史を持ち、国家公務員とその家族の診察や薬剤の処方も担当している（6-5 医療保険制度 参照）。

ヘルスケア施設は、医療区画または保健区画に管轄され、病院は、一般病院、地域病院、内科外科病院、中級基礎病院に分類されている。一つ下のレベルとして、医療センター、都市型診療所、ヘルスポスト、看護ポスト、助産所、PHCセンターが位置づけられている。高次医療と全国からのリファールは大学病院、2次医療は内科外科病院と地域病院、初期医療は基礎病院とPHCセンターなどの末端のヘルス・センター、ヘルスポスト、助産所、看護ポスト、都市型診療所などが担当しているとのことである。

表6-1に1993年時点のこれらの施設の数を示すが、機能や役割の詳細については情報を入手できなかった。また、この表には、「ヘルス・センター」という名称の施設は含まれていないが、保健省職員やNGO関係者の話では「PHCセンター」といわれる末端レベル

のヘルス・センターは異なるものとされていた。

保健医療施設に対する保健省からの適切な資金投入はなく、提供されるサービスの質は低い。施設が破損状態のまま放置され、運営が滞っていることもしばしばある。

表6-1 レベル別保健医療施設の種類と施設数

医療レベル	保健医療施設	名称 (フランス語)	略称	施設数	
高次医療	大学病院	Centres Hospitaliers Universitaires	CHU	2	
2次医療	(アンタナナリボに2つあるのみ)	地域病院	Centres Hospitaliers Régionaux	CHR	5
		一般病院	Hôpitaux Générale	HG	2
		内科外科病院	Hôpitaux Médico Chirurgicaux	HMC	17
		中級基礎病院	Hôpitaux Secondaires Simples	HSS	54
初期医療	医療センター	Centre médicaux	Cm	121	
	都市型診療所	Dispensaires Urbains	DU	40	
	ヘルスポスト	Postes Sanitaires	PS	453	
	看護ポスト	Postes d'Infirmiers	PI	119	
	助産所	Postes d'Accouchement	PA	57	
	PHCセンター	Centres de Soins de Santé Primaires	CSSP	1,098	

出所：現地調査から作成

初期医療レベルの施設は外来患者のみを対象としており、そのサービス内容は基本的なケアから出産、中絶、注射、薬の処方などである。ただし、表6-1に示した6種の施設の定義は明確ではなく、同じような施設でも地域により名称が異なっていた。入院設備は出産や短期の入院が可能な程度でしかない。

保健医療施設数に対する人口の割合は一施設当たり5,699人となる(表6-2)。数が多いが設備が不十分で全くサービスを提供していないことがあるといわれるPHCセンター(CSSP)を除いて計算すると、一施設当たり11,188人となる(表6-2)。また、人口が密集している首都アンタナナリボを除くと4,609人となる。

なお、表6-2の「看護ポスト」は民間のもので、保健省が運営するPIとは別のものだという事である。SMIは母子保健施設とのことだが、SMIEがどのような施設であるかということは確認できなかった。

表6-2 ヘルスケア施設の分布 (1995年)

(単位：施設数)

	Cm	DU	SMI	PS/PA PI	CSSP	公的施設 合計 [CSSPを除く]	民間 準公的	SMIE	看護 ポスト	合計	施設当たりの 人口(1995年) [CSSPを除く]
アンタナリボ	32	17	4	144	169	366 [197]	38	28	16	448	8,201 [13,168]
アンツイラタ	5	5	3	51	103	167 [64]	5	8	N/A	180	5,522 [12,909]
フィランツワ	26	7	7	167	197	404 [207]	29	11	5	449	4,546 [8,100]
マジンガ	16	3	5	99	202	325 [123]	11	13	5	354	3,965 [9,233]
トアマシ	13	6	8	112	244	383 [139]	35	34	4	456	6,178 [13,289]
トリアー	21	7	8	98	183	317 [134]	25	8	1	351	5,197 [10,858]
総計	113	45	35	671	1,098	1,962 [864]	143	102	31	2,238	5,699 [11,188]

出所：現地調査から作成

6-1-2 民間医療部門およびミッション系/NGO関連医療部門

NGO (9-2-3 参照) のSALFAが八つの病院を運営し、そのうちの六つが外科診療を行い、合計300の病床を備える。ADRA (キリスト再臨派開発と救済組織) は三つの診療所と44床の内科外科病院を持つ。赤十字はアンタナリボに小児病院を持ち、全国に100以上の小規模センターを置いている。そのほかに、世界の医療、ケア・インターナショナル、マリー・ストーブスなど多数のNGOが保健医療サービスを提供している。

末端レベルでは民間あるいは準公的施設はヘルスケア施設の10%未満(143カ所)である(表6-2)。二次医療レベルでは四つの民間の営利目的のクリニックがある。表6-3はこれらの施設の平均的な経費の内訳である。

表6-3 サービス内容別の医療費

(単位：FMG)

サービス内容	経費
一般診療	7,500 - 10,000
特殊診療	9,000 - 12,500
入院	50,000 (薬剤費) 70,000 (処置料) マダガスカル人: 1日16,500 外国人: 1日25,000

出所：European Union, Etude du Secteur Santé, 1995

保健医療サービスに関して注意すべき点は、70%以上の患者が医療機関と契約している企業の紹介を受けてくると、国家責任によるサービスの監督や調整は実質的には行われていないということである。

6-1-3 主な医療施設

マダガスカルには大学病院はアンタナナリボとマジャンガの二つあり、アンタナナリボ大学病院はベフェラタナナ病院（産科340床、内科146床、小児科162床、循環器や病理学などの専門病床235床の計883床）、アンベフィロア病院（外科7病棟、産科1病棟、形成外科3病棟、放射線科など1病棟の計900床）、アンタナナリボ小児病院、補装具センター、アンジャンマシナ精神病院、フェノアリボ・サナトリウム、マナカバリ・リハビリセンター、熱帯センターからなる。

アンベフィロア病院は1985年に開院（建設は72年にフランスの援助で開始）したが、それまでは内科外科病院はすべてベフェラタナナにあった。アンベフィロア病院との業務協力は87年に始まった。外部からの資金投入や改修などの援助はほとんどなく、国家予算のみで運営されているが、93年の予算は必要経費の20%程度でしかなかった。

アンタナナリボにある三つの主要な病院のうち二つは保健省管轄の公的病院で、もう一つは国防省が運営する準民間の軍隊病院である。軍隊病院が最も質の高い医療を提供し、フランス人医師も数名勤務している。

二つの大学病院の医師数は増加しており、医師一人当たりの病床数はベフェラタナナ病院で9床、アンベフィロア病院で7床となっている。この二つの病院は研修も担当しているので、約200人の短期研修医が働いている。

地域病院はフィナランツォア、アンツイラナナ、トリアリー、トアマシナの4カ所があり、病院局が管轄している。診療科は、内科、外科、リハビリ科、産科、呼吸器科、小児科、ハンセン病科、感染症科などである。

表6-4に各病院の病床数、表6-5に予算を示す。

表6-4 地域病院の病床数

(単位：()内)

病院	人口(人)	病床数(台)	人口/病床数(人)
ベフェラタナナ(CHU)	3,483,236	700	5,876*
アンベフィロア(CHU)	N/A	900	N/A
マジャンガ(CHU)**	1,330,612	396	3,360
フィナランツォア(CHR)	2,671,150	645	4,141
トアマシナ(CHR)	1,935,330	500	3,871
トリアリー(CHR)	1,729,419	336	5,147
アンツィラナナ(CHR)	942,410	400	2,356

注) *二つの病院の収容数合計 **CHUとされているが、機能的にはCHR

CHU：大学病院 CHR：地域病院

出所：Organisation Mondiale de la Santé à Madagascar, Madagascar OMS-Rapport 1994, WHO, 1994

1994年の各地域病院の運営費は2千万FMG以上である。財政的に自立するために診察料を徴収しているトリアリーとトアマシナの病院の経費も含まれている。

表6-5 病院部門の実質予算(1994, 95年)

(単位：()内)

施設	1994 (1,000FMG)	1995 (1,000FMG)	省予算比 1994 (%)	省予算比 1995 (%)	予算/病床 1995 (1,000FMG)
ベフェラタナナ	705,252	745,252	3.74%	3.27%	1,064
アンベフィロア	727,268	767,266	3.34%	2.93%	852
国立病院小計	1,541,917	1,621,915	7.08%	6.20%	N/A
マジャンガ	348,021	368,021	1.59%	1.40%	929
フィナランツォア	356,752	376,752	1.63%	1.44%	584
トアマシナ	455,146	475,146	2.08%	1.80%	950
トリアリー	357,262	377,262	1.64%	1.44%	1,123
アンツィラナナ	337,330	357,330	1.54%	1.36%	1,063
地域病院小計	1,544,511	1,586,490	6.57%	6.00%	N/A
内科外科病院小計	1,520,765	1,605,768	6.45%	6.14%	N/A
保健省運営費予算	21,777,959	26,144,846			

出所：European Union, Etude du Secteur Santé, European Union, 1995

6-2 医薬品・医療器具・衛生材料

マダガスカルの医薬品部門は、1) 中央医薬品専売部を中心とする公共部門と、2) 国産の医薬品産業、卸売業、小売店を中心とする民間部門からなる。

患者が必要とする医薬品の入手機関と入手状況を表6-6に示す。「準公的施設」の定義は不明である。

表6-6 薬剤入手状況

(単位：%)

	すべての薬剤	一部の薬剤	処方薬以外	入手不可	合計
公的施設	30	39	1	30	100
準公的施設	90	8	0	2	100

出所：現地調査時に閲覧した資料より作成

6-2-1 公共部門における医薬品供給と課題

中央医薬品専売部（PCA）は保健省が管轄するすべての保健医療施設に医薬品を供給する責任を負っている。しかし、物流の不備、在庫管理の仕組みの欠如、品質管理上の問題および管理者不在など、システムに問題があり、この組織は十分に機能していない。この分野の援助を行っている各国は、与えた援助の活用度と効率の点から、適切で安全な一般医薬品供給を保証する新たな機構の設立を保健省に対して求めている。この要請に応えるため、フランス、世界銀行、欧州連合は新たに中央必須医薬品購入機構の設置を約束し、1995年に完成した。この機構は民間の営利組織だが、保健省と大蔵省のガイドラインや規制に従って機能することになっている。PCAとの関係はまだはっきりと定義されていないが保健省の監督のもとで人材を共有する方向にある。

1994年のマダガスカルフランの引き下げにより、医薬品の価格が高騰した。為替相場の変動がPCAの医薬品購入力に及ぼした影響として、次の例がある。94年のPCAの予算は70億6,153万6000FMGだったが、これは、為替相場の下落前には2,107万9,212フランスフランに相当したが、下落後では1,086万3,902フランスフランにしかならず、医薬品の供給量が大幅に減少した。また、政府の医薬品部門には外国通貨があまり流入しないので、公的機関の輸入品は非常に限られている。1カ月に必要となる輸入医薬品の平均的な金額は最低月収とほぼ同額の6万FMGなので購入するのは高収入のある裕福な人たちのみである。おもな輸入薬剤の輸入額の推移を表6-7に示す。

表6-7 薬剤輸入額

(単位：FMG)

製品番号	種類	1993年	1994年 予測値
30 321 000	動物血清等	48,697,851	208,157,492
30 022 000	ワクチン	814,169,521	218,010,634
30 023 100	ワクチン (アフタ用)		5,392,271
30 029 000	血液製剤	39,442,774	65,394,662
	小計	902,310,146	496,955,059
3 003	薬剤 (原材料)	603,139,446	2,193,931,911
3 004	薬剤 (製品)	19,943,269,132	37,735,940,271
3 005	包帯類	921,502,136	635,788,399
3 006	医療器材・溶媒・化学薬品等	219,872,342	1,430,344,168
	総計	22,590,093,202	42,492,959,808

出所：大蔵・予算省, Service des Statistiques Douanieres, p.83

医薬品部門に長い間かかわっている主要な外国援助機関はスイスと欧州連合で、どちらも医薬品の購入と医薬品関係のシステム開発を支援している。

世界銀行は1994年の医薬品需要は560万ドルとなると予測し、マダガスカルの貿易組織を通じてドイツの医薬品組織に発注するはずだった。しかし、世界銀行ワシントン支部（発注決定組織）が「誤った手続き」を理由にこの取引を断ったので、実際には発注は行われなかった。このことにより、購入システムの改善とチェックとバランスのプログラム開発の必要性が再認識され、95年後半にはPCAの活動を対象として実施された。

建て前としては公共部門の医薬品は無料だが、実際には極端な品不足のため、患者は自分で民間部門の高い医薬品を購入しなければならない。しかし、給料が安く、患者の多くは現金で支払う余裕がないので、何か他の方法で支払わなければならない。いくつかの地域では外国の援助組織などが医薬品の費用負担を軽減するための援助をしている。例えば、フィナンツォアではスイス協力隊がコミュニティーごとに薬局を設置するために活動し、すでに150を越えている。ここでは、コミュニティーが共同で医薬品を購入し、コミュニティーの構成員は手数料を払わずに入手できるようになっている。回転資金 (revolving fund) のようなものが形成され、医薬品を継続的に供給できるようになっている。マジャンガではGTZがバマコ・イニシアチブに基づき、保健医療のさまざまな分野で活動している。医薬品関係では、企画と管理を工夫して費用を回収する薬品処方システムを開発中である。ユニセフもトアマシナで同様の活動をしている。

現在の薬事法は1962年に制定され、その後ほとんど改正されていないので、現在の状況に当てはまらないことも多い。しかし、いくつかの変更がなされた。おもなものは下記の5点である。

- 1) 医薬品専門の通商規則の制定 (92年)
- 2) 国内の関係機関と外国からの援助機関をとりまとめ、国家薬品政策を考案するための委員会の設置 (93年)
- 3) 医薬品監視局の改組と監視者 (2名) の選定 (93年)
- 4) 医薬品市場に影響する権力を獲得するための委員会の設置 (93年)
- 5) 薬事法の監視のための委員会の設置 (93年)

最終的に、WHOの協力を得て、薬事法の改訂版が95年に承認された。

6-2-2 民間部門

民間医薬品部門では、過去数年間には目立った変化はない。現在は、1) 国内の生産者の大半をコントロールし、ほとんどの一般薬を製造するFARMAD、2) 中国の協力を得て1985年に結成され、92年に自立したOFABA、3) ヨーロッパ (おもにプリストル社) とのライセンス契約により、液体薬 (シロップ) を中心に製造しているRATHERA、の三つの団体がある。FARMADの研究所ではルセル社などの外国企業とのライセンス契約による製薬も多少行っている。ここでは20年以上も何の改革もなされていないので、生産量が多いが、質は非常に低いと言われている。OFABAは民間資本49%、公共資本51%となっている。この団体は、ヨーロッパと中国の原料を用いた一般薬の生産を行っている。ローン社などとライセンス契約があり、南アフリカからの注文を受注するという合意書を交わしている。RATHERAは3団体中、最小の規模である。

輸入薬は医薬品卸売業者を経由して販売されることになっている。政策自由化により保健省との合意書をとり交わしやすくなった1992年以来、業者数は増加し、95年末には約20の卸売業者がいた。この約20の業者のうち、公衆衛生分野に貢献するほどの経済力を持つのは、次の7業者である。

- 1) DROGEMAD : FARMADのもとで働き、FARMAD製の薬品や輸入薬を全国に供給している。輸入薬が65%を占めている。
- 2) COFARMA : 国産薬および輸入薬を扱い、50%以上の活動をアンタナリボで行っている。顧客は公共機関と民間機関があるが、おもに企業と医薬品取扱店である。
- 3) OPHAM : フランスと密接な関係にある業者で、全国で活動している。
- 4) SOMAPHAR : 1961年にSPECIAという名前で設立され、86年にローン・ポレン・ファルマ・マダガスカルとなった。93年にフランスのラボレー研究所に買収され、SOMAPHARとなった。マダガスカルでの独占権を持つ製品を供給するだけでなく、ラボレーに買収された後は、独占権を持たない製品も取り扱うようになった。
- 5) SOPHARMAD : 薬剤師グループが1989年に設立した。取り扱っているものの60~65%が輸入薬で、残りが国産薬である。輸入薬の75%はフランス製で、残りがオーストリアを中心としたヨーロッパからである。
- 6) PHARMAJET : 1991年に設立され、取り扱い製品の40%が輸入薬である。おもにドリソス研究所からホメオパシー (同種療法) の薬を輸入している。マダガスカルでホ

メオパシーを実践している医師が、ここの施設で研修を受けることもできる。

7) SOPHASU : 1990年に設立され、売り上げの90%以上が輸入薬である。

現在、国内には約183 (1988年には123) の薬局が、不均等に分布している。大都市以外にはほとんど存在せず、大多数は首都アンタナナリボに集中している。薬局によって、販売する医薬品の種類、在庫量、商品やサービスの質がかなり異なる。

国内には約2,000の取扱店が散在している。これらは特定の規制のもとで管理されている。その規制内容を以下に示す。

- 1) 販売のためには保健省の認可を受けなければならない。
- 2) 公式ルートを通じて供給されなければならない。
(実際に、在庫品はすべて卸売業者のものである。)
- 3) 査察をいつでも受けられるようにしておかなければならない。
(しかし、この規則はあまり重視されていない。)
- 4) 倉庫付き小売店の近くに薬局が開業した場合は、小売店を閉じなければならない。
(こうすることで都市以外に倉庫付き小売店が移るようにはしようとしたが、この点もあまり守られておらず、都市以外での医薬品供給量はあまり増加していない。また、小売店の規模や製品の種類はさまざま、あるところでは多量の商品を提供するが、他の小売店では二、三種類の錠剤を出すだけでよい、となっている。営業日や営業時間もさまざまである。時間帯によって、利益率が大きく変わる。)
- 5) 医薬品の価格は対象とする集団の手の届く範囲に設定されていなければならない。
(したがって、極端に高価な薬や医師の許可がある薬は扱えない。)

小売価格や途中のさまざまな段階で生じるマージンに関する法的規制は存在しない。このシステムは人々の支払い能力と、専門家間の暗黙の了解によって規制されている。一般に、卸売業者は輸出国の税金を除いた後、25%のマージンを得ている。薬局では、アンタナナリボで35%、その他の地域で38%のマージンを得ている。

すべての薬を扱えるように保健省に登録されている薬局や薬品小売店会社はないが、キャンペーンなどの特定の場場合には、保健省が一般の商店や小売店でクロロキンを販売することを臨時に許可している。このような方式が拡大し、現在では鎮痛剤や抗生物質の一部にも適用されている。

6-2-3 病院内の薬局

本来なら入院患者は無料で医薬品を支給されるはずだが、実際には極端な資金不足により、患者や家族が医師の指示にしたがって医薬品を調達しなければならない。院内薬局は予算不足で品数が少ないため、患者は民間施設で購入することになる。院内薬局には基本的な薬や、需要の高い薬すらないことが多い。現地調査の際に、家族が医薬品を調達してくるまで何も処置を受けずに入院して待っている患者に会った。このようなことは珍しくないとのことだった。

6-3 保健医療サービスの利用

保健医療施設で提供されるケアの質について簡単に調査したENDS調査の結果を表6-8に示した。公的施設および準公的施設におけるケアの質に対する印象を調べた結果、準公的施設のサービスが公的施設のサービスより質が高いとみなされていた。

表6-8 ヘルスケアサービスの質

	公的施設 (%)	準公的施設 (%)
非常に高い	6	28
高い	42	58
普通	30	9
低い	21	5
非常に低い	1	N/A

出所：Centre National de Recherche sur l'Environnement Ministère de la Recherche Appliquée au Développement, Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992(Madagascar), 1994

保健省、WHO、世界銀行などからの情報によると、マダガスカルヘルスサービス利用パターンは他の途上国と似たようなものである。すなわち、国民の約10%が最近数週間に何らかの不調を報告しているが、貧しい人々の方がその数は少ない。しかしこれは貧しい人の方が健康だということではなく、体調が悪くても報告をきちんとはしない（したがって治療もしない）というだけである。都市の女性の報告率は高いが、そのほかの点では大差ない。

病気にかかると、3分の2の人が公的ヘルスケア施設で治療を受け、3分の1は民間施設にかかっている。当然ながら、貧しい人々は公的機関を利用しようとする。公的機関を受診する際には、3分の1が病院（一般、専門、2次医療など）に行き、3分の2はヘルス・センター（PHCセンター、診療所、助産所ヘルスポストなど）を利用する。したがって、大きな病院も初診で利用され、高次のリファーマル病院としてのみ機能しているわけではない。これは、ヘルス・センターのサービスの質が低いとみなされているためである（表6-8）。確かに必須医薬品さえそろっていないヘルス・センターが多く、人々は病院を好む。民間部門では、貧しい人々は開業医やクリニックあるいは薬局などより伝統的折衝師を利用し、裕福な人々が民間のクリニックを利用する。

病院の利用者のほとんどが外来患者で、入院患者は全患者数の9%程度である。外来患者の40%以上、入院患者の約25%が裕福な人々である。すなわち、裕福な人々は外来診療の利用が多い。

6-3-1 医療費（診療費用）

原則的にマダガスカルヘルスケアシステムには、費用回収・システムは含まれていな

い。建て前としてはヘルスケア・サービスは無料だが、実際にはほとんどの利用者が費用を支払っている。ヘルスケアのあらゆるレベルで、利用者は医療従事者（基本的には医師と看護婦）に費用を支払う。そして、薬が必要な場合はその医師などが高い値段で民間の薬局から購入したものを譲ってもらう。

1992年後半に、保健省がフランス協力隊と共同してトアマシナの大きな病院で保健医療サービスの質を改善し、患者の費用負担を軽減することを目的としてパイロット・プロジェクトを開始した。この病院が選定された理由は、トアマシナが経済的には重要な地方でありながら、アンタナナリボほど政治的な動きがないからである。トリアリーでも少し小規模な費用回収・プログラムが同時期に始まった。95年時点では、どちらも期待どおりの成果を収め、保健省は他の病院にもこのプログラムを実施することを検討しはじめている。

トアマシナの費用回収・システムは次の二段階で行われている。第一段階として1992年12月に検査と超音波診断に対する料金が設定され、第二段階は外科（小外科、大外科）と放射線治療に対する料金が設定された。この改善は、日本の援助を受けて病院施設が改修され、新しい機器や必要な物品を購入したあとに実施された点である。

費用回収・プログラムの基本理念は、ヘルスケア・サービスは無料ではなく利用者が費用を負担すべき、ということである。しかし、利用者全員が全額を負担できるわけではないことを考慮しなければならない。結果として、マダガスカルプログラムは利用者の支払い能力に応じて払うべき費用が変わるスライド制となっている。全額を払えない場合でも最低20%は支払わなければならない。支払い能力の判定は病院の受付で事務職員が行う。その際に、客観的な基準は決まっていないので、患者が支払い能力がないことを主張すれば払わなくてよくなってしまう。多くの場合、事務職員は何とかごまかされずに患者の収入を把握しようと努力している。

上記の費用に加えて、入院費が1日1ベッド当たりで決められており、3,000FMG、2,500FMG、1,500FMG、無料の4段階となっている。1994年5月時点で、498のベッドのうち、138が有料で360が無料だった。正確なデータはないが、おそらく前年も同様の比率だったということである。

1日当たりの入院費は費用回収・プログラムの実施前から決められていた。プログラム開始後の変化は、サービスの質の向上である。支払いレベルと関係なく、すべての患者に基本薬が無料で与えられている。これはNGOや二国間援助によるものがほとんどである。以前は必要な物品はすべて患者自身がそろえなければならなかった。さらに、施設の改修後は、入院時の支払いレベルが異なっても設備やサービスの差はほとんどなくなった。

また、PHCセンターのサービスも無料ではないが（5-2 プライマリー・ヘルス・ケア）、このような問題のあるシステムを改善するために、いくつかの国際機関が資金回転や互助サービスのようなシステムの構築を支援している。実際には、いくつかのPHCセンターを指定し、ワクチン以外はある程度の費用を徴収するようにしている。平均的な金額は2,000FMG（95年10月時点で約65円）で、これは他の公的施設で薬を自分で購入する場合の約4分の1である。保健省はこのようなシステムの成否と普及の可能性を検討するために様子を見守っている。しかし現時点では、初期投資と基本的な維持費に対する国際機関の援助なしではシステムの運用は不可能である。

6-3-2 公共および民間医療施設の利用

国防省の軍隊病院の入院料は、1日20万FMG、4万FMG、2万4,000FMG、1万2,000FMGの4ランクに分けられている。病床占有率は平均70%程度である。各病院の入院日数と病床占有率を表6-9に示す。

約50ある中級基礎病院と17の内科外科病院の病床占有率のデータは入手できなかった。

表6-9 平均入院日数と病床占有率 (1994年)

(単位: () 内)

施設名	無料ベッド		有料ベッド	
	入院日数 (日)	占有率 (%)	入院日数 (日)	占有率 (%)
ベフェラタナナ	8	90	16	48
アンベフィロア	8	[69]	16	[69]
フィナランツォア	11	72	9	<50
アンツィラナナ	N/A	[<50]	N/A	[<50]
トアマシナ	N/A	[65]	N/A	[65]
トリアリー	N/A	[65]	N/A	[65]

注) [] は保健省職員が示した推計値。

出所: European Union, *Etude du Secteur Santé - Madagascar*, European Union 1995

6-3-3 伝統医療

伝統医療はかなり広範囲で利用されているはずだが、具体的なデータは得られなかった。いくつかの施設（アンタナナリボ大学総合薬学部および薬理学研究室、世界野生生物基金(WWF)、伝統医学研究所(IMRA)など)で薬草療法の研究と薬品市場での需要の検討が行われている。しかし、現在入手できる情報はすべて薬草の植物生態や西洋医学への適用などの臨床側のものである。

現在WWFが北西部のマノンガリボ特別保護区で、その地区の生物文化的多様性を保持するための適切な開発を試みる試験プロジェクトを実施している。学際的なチームが、生物文化的多様性を保持しようというコミュニティーの意向を尊重し、その地区に総合的なヘルスケアシステムを構築しようとしている。伝統医療も近代医療も一方だけですべての住民のニーズに応えることはできないし、近代医療の費用は多くのマダガスカル人には払えない額なので、国民の75~80%は薬草を用いた伝統医療をプライマリー・ヘルス・ケアとして利用していると推定される。

薬草の効果を十分には感じられなかったり、過小評価してしまうと、この重要な伝統的習慣から離れていくことになる。するとこのような植物の存在も忘れられ、健康には貢献しなくなってしまう。WWFの民族植物学プロジェクトは、人々が伝統医療（特に薬草療

法)に回帰することを意図して行われている。マダガスカルでは伝統医療に関して2種類の考え方がある。一つは、まず近代医学のところへ行き、あらゆる方法でも解決しなかったら伝統医療に頼る、というもので、もう一つは、その逆にまず伝統医療にかかり、治療しなければ近代医療を受けるというものである。

マノンガリボ特別保護区のプロジェクトに参加している村人たちの最大の関心事は健康である。最も近い診療所と80キロメートルも離れていて、薬剤が非常に高価なので伝統医療システムの整備を望む声が高い。ここでは、ほとんどの村人が伝統的祈禱師とつながりを持っている。この祈禱師が、どの植物がどの病気に効くかということと、近代医学に足りないものをいかにして補うかということを総合的に判断し、伝統医療と近代医学が補完しあって住民のニーズを満たすようになっている。また、環境保護を考える役割も担っている。このようにしてプロジェクトは成果を収めてはいるが、今後もさらなる研究とデータが必要である。

6-4 医療情報システム

保健医療情報システムは、組織的には総務局の下で、実際は旧制医学校の中にある保健および人口統計サービス係が運営している。この係は、管理、データ分析、人口学、母子保健統計、一般統計、の五つの分野に分かれ、医師を責任者として34名のスタッフが働いている。1983年にフランスの国立レーヌ公衆衛生学校の協力を得て、国連人口基金から財政支援を受け、システムが稼働した。

このシステムは、各保健医療施設から集めた情報を中央登録して管理するものである。基本的には、その情報は総務局または統計課のデータ分析担当者へ送られる。そこで報告書を作成し、保健および人口統計サービス係に提出する。中央組織では、隔年発行の年報を作成する。収集されるデータは、有病率、死亡率、サービス内容などである。

しかし、実際には、各施設からの報告率は20%程度で、3～12カ月遅れで届けられる。そのため、1990年以降は統計資料は作成されていない。現地調査の時点では、保健および人口統計サービス係にはコンピュータが1台あるだけで、地域のヘルスポストにもEPIプログラムの一環として1台ずつ供給されるはずだが、まだ持っていないところが多かった。また、民間や準公的施設はこのシステムに組み込まれないので、そこからのデータはほとんど得られない。

6-4-1 医療情報システムの現状と問題点

医療情報システムの運営に関する大きな問題は資金不足である。国連人口基金(UNFPA)からの資金援助は終了しており、国からの予算はこのシステムを運営するには不十分である。具体的には、1994年に得られた資金は4,750ドルだったが、91年に費やした印刷費用だけで80,000ドル以上だったことをみれば、いかに資金が不足しているかわかる。保健および人口統計サービス係はすべての地域に本や年報を配付しなければならないが、しかも、公的部門の義務として、あらゆるものを国立印刷所で印刷しなければならない。したがって、中央組織のサービスは非常に時間がかかる。また、データ不足も問題で、

特にへき地からのデータが不十分である。

国家の最優先課題である、EPI、MCH、マラリア、エイズおよび性行為感染症、結核、ハンセン病、などを扱っている部局と同様に、報告書は外国の援助者を満足させるようにまとめなければならないと考える担当者が多い。しかし、全体をとりまとめる担当者がいないので、複数の部局が似たような形でデータをまとめることになり、ますますシステムの質を低めてしまっている。

DLMT（感染症対策局）は、疫学的データとその傾向を観察するための組織である疫学調査室に付属している。DLMTの各課は、それぞれが担当しているプログラムに関するデータ収集システムを、独立して構築・管理している。全体の分析を担当する疫学調査室は、各課からデータを収集する。実際には各地区に一つずつある定点で、感染症の流行を観察している。しかし、ペストの場合を除いて、警告システムは確立していない。ペスト発生時には即座にペスト発生を宣言し、注意を呼びかけなければならない。この疫学プログラムはフランス協力隊の技術的・財政的援助を受けている。

EPIの調査はワクチン課が担当している。各保健医療施設は、EPIを実施するときには規定の用紙に必要事項を記入し、ワクチン課の統計担当が中央でとりまとめる。その結果は有病率年報として発表され、公的部門で実施されている治療と予防の活動がわかるようになっている。しかし、報告率が非常に低く、データが届くにしてもかなり遅れている。1993年の報告率は50%を下回っている。

6-5 医療保険制度

政府の職員と従業員500人以上の企業の労働者全員および従業員500人未満でも加入を希望する企業には医療保険が適用される。個人ごとに参加する民間の保険も存在するが、まだ市場は小さい。

6-5-1 公務員のための医療サービス

過去30年にわたり、アンタナナリボの保健省衛生研究所（IHS）で公務員とその家族のためのサービスが行われてきた。このサービスは30年間ずっと同じレートに基づく料金を徴収していたが、1994年からは無料になった。公共施設への入院の場合も同様である。薬はIHSの薬剤師が無料で処方していたが、入手できない薬は患者が民間の薬局で購入しなければならなかった。1カ月当たりの対応件数は、平均750である。

6-6 試験研究機関

マダガスカル・パスツール研究所（IPM）はアンタナナリボの南部にあり、世界中に25カ所ほどあるパスツール研究所と同様に整備され、独立した研究所であると同時に保健省の右腕ともなっている。実際に、保健省の組織図に含まれ、責任ある立場を与えられている。公衆衛生が危機的状況にあるにもかかわらず、適切な基盤整備がなされていないの

で、保健省はバスツール研究所が特定の機能を担うことを期待している。研究所の運営資金はほぼ全面的にパリの本部が賄っている。

この研究所が国内で唯一の生物学的分析のできる研究所なので、全国のニーズに応じている。分析の質は高く、マダガスカル全土のリファーラル（検査）研究所とされている。依頼される分析はかなりの量だが、病院や公的サービス機関からはごくわずかの費用しか徴収していない。しかし、わずかであっても費用がかかるために、貧しい患者は検査を受けることができず入院し続けているとのことである。

組織図（図6-1）にあるように、研究所は生物学および微生物学のさまざまな分野の応用研究に重点を置いている。DLMTが管轄する三つの研究所と協力し、保健省に貢献している。研究所の主要テーマは、1）マラリア、2）ビルハルツ住血吸虫症、3）ペスト、4）結核、5）ポリオの五つである。これらはマダガスカルの主要な健康問題で、保健省の保健政策でも強調されている。他の途上国と同様に、マダガスカルでも感染症と寄生虫症が中心的な課題である。発症地域の広さ、発症率、集中度は他国よりも悪いとも言われている。公衆衛生のインフラが整備されていない上に、当面は適切なコントロールプログラムが実施される可能性が低いと、この状況はさらに悪化する傾向にある。

研究所が地域に提供するサービスは以下の分野のものである。

- 1) 生物学部門が担当する医学および細胞病理学の分析
- 2) 食物および水の分析
- 3) 研究所本体と管轄する52のセンターで実施する狂犬病の診断と治療
- 4) 研究所が独占権を持つすべてのバスツール・メリュー血清とワクチンの接種

過去2年間に非常に有効な6種の血清とワクチンが精製された。検査サービスに加えて、肝炎、エイズ、性行為感染症、デング熱、マイコプラズマなどの研究も行い、国内外の学生および研究者を受け入れて指導している。

公衆衛生活動では、コンサルティング、研究、調査などの面で保健省に協力している。前述したように、研究所はペスト・ビルハルツ住血吸虫症・囊虫症対策課（SPBC）にアドバイスをし、診断、サーベイ、コントロールなどの各段階の援助をしている。

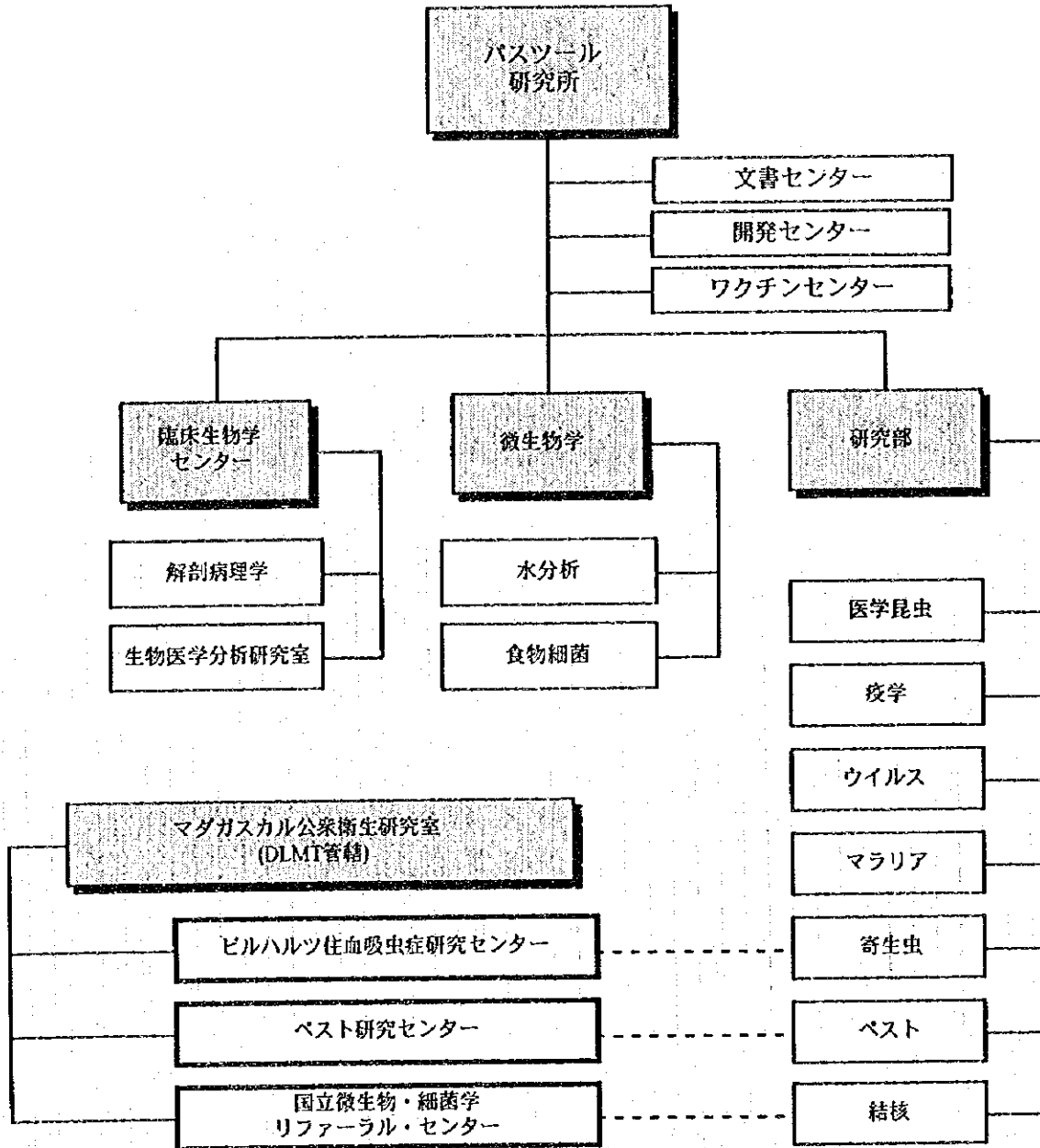
保健省の要請があれば、緊急事態にも対応する。過去数年間には、マジャンガでのペストの流行、東部海岸での細菌性赤痢の流行、マジャンガでのデング熱の大流行の徴候、マナカラでの鮫の肉の中毒などに対応した。

近隣諸国に対しても専門技術を提供している。1993年には、WHOの要請を受け、コモロでのI型デング熱の流行時に介入した。研究所は下記の分野で公式にリファーラル・センターとなっている。

- 狂犬病の国内リファーラル・センター
- ペストの国内WHOリファーラル・センター
- ポリオの国内WHOリファーラル・センター
- インフルエンザの国内WHOリファーラル・センター
- 熱帯病の国内WHOリファーラル・センター

注：WHOの熱帯病対策（TDC）は、マラリア、住血吸虫症、トリパノソーム/リーシュマニア、フィラリア、オンコセルカ症とハンセン病を対象とする。

図6-1 マダガスカル・パスツール研究所



出所：Institut Pasteur de Madagascar, Institut Pasteur de Madagascar Rapport Annuel 1994, 1995

6-7 救急医療システム

マダガスカルには救急医療システムは存在しない。救急車を所有している病院はほとんどなく、患者の移送にはトラックなどを利用している。日本が数年前に救急車を寄付したが、メンテナンスが不十分で、もうほとんど役に立っていないようである。

第 6 編 参考資料一覧

- Dr. Eckhard Kleinau of the World Bank, Etude de l'Information du Système Statistique Sanitaire du Ministère de la Santé de Madagascar, World Bank, 1994
- European Union, Etude du Secteur Santé - Madagascar 1995, European Union, 1995
- Institut Pasteur de Madagascar, Institut Pasteur de Madagascar Rapport Annuel 1994, 1995
- Ministère de la Santé, Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles, Service de Epidimiologie, Données et Indicateurs Démographiques et Socio-Sanitaires à Madagascar (1995), Ministère de la Santé, 1995
- Ministère de la Santé, Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles, Service de Epidimiologie, Les Formations Sanitaire, Ministère de la Santé 1993
- Ministère de la Santé, Direction Général de la Santé et WHO, Troisième Exercice de Suive des Progrès Réalisés(Mise en Oeuvre des Stratégies de la Santé pour Tous d'Ici l'An 2000), Ministère de la Santé, 1994
- Ministère de la Santé, Service Pharmacie et Médicaments, Liste National de Médicaments Essentiels par type de Formation Sanitaire, Direction des Pharmacies et Laboratoires, 1995
- UNICEF, UNICEF Annual Report 1995, UNICEF, 1995

第7編 医療従事者

7-1 各種医療従事者の状況

7-1-1 保健省職員

1995年時点の保健省職員は13,786人で、そのうち中央レベルの職員数は約2,625人（約19%）である。人件費の割合でも同じく約19%を占める。中間レベルの職員は人数、人件費ともに8.2%を占める。残る72.7%は末端レベルのの内科外科病院などの職員である。内訳は明らかではないが、地区レベルの職員も含まれているとのことである（表7-1）。

表7-1 職員数と予算（1995年）

（単位：100万FMG）

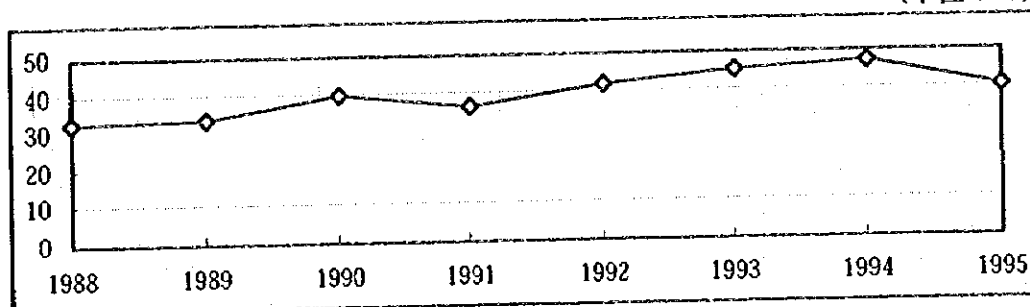
管理部門	人数	%	予算	%
保健議会	9	0.07	25	0.07
一般保健医療サービス	4	0.03	11	0.03
財務管理局	153	1.11	426	1.11
病院サービス	169	1.23	470	1.23
予防医学サービス	422	3.06	1,175	3.06
薬剤および検査サービス	110	0.80	306	0.80
一般病院	1,758	12.75	4,898	12.75
中央レベル小計	2,625	19.04	7,314	19.04
主要病院	1,134	8.22	3,159	8.22
中間レベル小計	1,134	8.22	3,159	8.22
内科外科病院	10,027	72.73	27,939	72.73
末端レベル小計	10,027	72.73	27,939	72.73
総計	13,786	100.0	38,412	100.0

出所：現地調査から作成（大蔵・予算省）

1995年の保健省の人件費は261億FNGである。金額は94年の235億FNGから11.3%増加しているが、総予算に占める割合は減少している（図7-1）。

図7-1 保健省予算総額に占める人件費の割合

(単位：%)



出所：European Union, *Etude du Secteur Santé*, 1995, p.75

医師・看護婦・助産婦の州別の人数と一人当たりの人口は表7-2のとおりである。サハラ以南アフリカの平均値（1988-91年）は医師一人当たり18,488人、看護婦一人当たり6,504人である（国連開発計画『経済成長と人間開発』国際協力出版会 1996）。

表7-2 州別・職種別保健省の職員数（1994年）

(単位：人)

地域	人口	医師		看護婦		助産婦	
		人数	一人当たり人口	人数	一人当たり人口	人数	一人当たり人口
アンタナナリボ	3,483,236	531	6,560	1,115	3,123	653	5,334
アンツイラナナ	942,410	72	13,089	273	3,452	156	6,041
トアマシナ	1,935,330	126	15,360	374	3,557	250	7,449
マジヤンガ	1,330,612	100	13,306	374	3,557	250	7,449
フィナランツォア	2,671,150	147	18,171	499	5,353	199	10,684
トリアリー	1,729,419	95	18,204	392	4,411	175	8,690
総計	12,092,157	1,071	11,290	3,027	3,995	1,683	7,185

出所：European Union, *Etude du Secteur Santé*, 1995

国家公務員の給与表は大蔵省の規定により下記のようになっている（表7-3）。就業契約は、公務員、契約職員、長期契約職員となっている。

表7-3 公的部門の保健医療従事者の月給（1994年）
（単位：FMG）

職種	月給		
	最低金額	平均金額	最高金額
看護助手	81,100	104,000	126,900
保健助手・助産助手	86,300	121,450	156,600
正助産婦	139,900	180,400	220,900
正看護婦	139,900	180,400	220,900
病院職員	142,900	235,550	328,900
医療助手	170,600	272,550	374,500
医師・薬剤師	228,500	345,750	463,000
医師（CES保有）	228,500	345,750	463,000
教授	N/A	N/A	N/A
高級職員	N/A	N/A	N/A

注）CES：資格の一種

出所：European Union, *Etude du Secteur Santé*, 1995, p.74

7-1-2 有資格者

保健医療従事者の資格は下記のように定められている。

- 1) 医師（DM）：
アンタナナリボ大学またはマジャンガ大学卒業の医師免許取得者。ヨーロッパ（旧東欧諸国を含む）で教育・訓練を受けた者。専門医はすべて外国で訓練を受ける。
- 2) 薬剤師および歯科医師：
薬剤師については不明。歯科医師はマジャンガ歯科口腔学研究所卒業生。外国で教育を受けた者も含まれる。
- 3) 看護婦および助産婦：
医学社会学訓練学校卒業の国家資格取得者。
- 4) 公衆衛生担当者および衛生担当者：
衛生学校の卒業生または公衆衛生従事者。
- 5) 医療助手（AM）：
旧制医科大学卒業の医師、看護婦、助産婦の資格保持者。
- 6) 保健助手：
保健助手養成センター卒業生。

医師、口腔外科医、薬剤師、助産婦が加入できる連盟が1962年に設立されたが、看護婦連盟はいまだに存在しない。その理由の一つは「看護婦」に相当する言葉が政府条例の62-072で保健医療関係の補助者を管理する人と定義されてしまい、看護婦連盟に加入すべき人の定義が混乱してしまったことである。

1993年に保健省で働いていた保健医療従事者は、高級官僚をのぞいて13,774人（総計14,357人）だった。住民への直接サービスを担う長期契約者は全体の32.7%で、一般職員が52.6%である。

7-1-2-1 医師

医師数は、どの資料でも推計値なので資料によって大きく異なっている。保健省の資料では約3,600人となっているが、医療従事者連盟は5,600人と発表している。医師として働くものは医療従事者連盟に登録する義務があるということだが、公的部門で働く医師に最近義務づけられたとも言われている。医療従事者連盟によると、1994年には2,852人が登録した。

国内の医師養成数と外国での資格取得者を合わせると、公的および民間の医療施設定員数を十分に上回る数の医師がいることになる。実際に、無職の医師および医学以外の分野で働いている医師免許所有者が1,200~1,800人いるという情報もあった。世界銀行の推奨にしたがい、1991年に保健省は大規模なリクルートを開始したということだが、1995年の欧州連合の調査では、88年にアンタナナリボ大学医学部を卒業したもののうち、55.4%が医学分野でフルタイムの職に就き、全く医学に携わっていないものは3名だった。すなわち、約42%が短時間勤務か、期間限定の勤務をしていることになる。

保健医療従事者連盟と保健省が共同して、医師一人当たりの対象人口やその他の指標を求めるために、保健医療従事者数をできるだけ正確に把握する方法を検討している。

7-1-2-2 公的機関の医師職員

医療従事者連盟によると、会員のうち1,071人の医師が公的な職場に勤務している。保健省以外の官庁に勤務する医師数の情報がないので正確な数値は不明だが、公共部門で働く医師はもう少し多いはずである。専門医はほぼ全員公務員である。医療保険部門に勤務する医師数は不明である。

7-1-2-3 民間の医師

正確な数値は不明だが、1995年時点で医療従事者連盟に登録している医師のうち、勤務地が判明しているのが2,614人いる。2,852人の登録者のうち、78名が住所不明で104名が外国にいる。公的機関に勤務する医師が全員連盟に登録しているとすれば、登録者数と公的機関勤務者数の差が民間勤務者となるが、前述したように、連盟への登録は不完全である。

7-1-2-4 薬剤師・歯科医師

マジャンガの歯科口腔学研究所によると、1994年には360人の口腔外科（歯科）医がおり、そのうちの101人は保健省管轄の医療機関に勤務し、17人が企業に所属し、65人が開業しているとのことである。口腔外科医の開業を妨げているのは、機器や材料に対する初期投資が高額になることだろう。また、利用者に対する資金援助サービスなどが不十分だということも影響している。利用者から徴収する金額は、簡単な相談で17,250FMG、金属を被せると273,125FMGとのことである。

薬剤師の総数は不明だが、歯科口腔学研究所によると、21人が保健省管轄の医療機関に勤務し、200人が民間で働いているとのことである。

7-1-2-5 コメディカル（パラメディカル）

保健省には1,635人の助産婦が所属しているが、国家資格所有者、医学社会学訓練学校の卒業生、旧制学校を卒業した医療助手それぞれの人数は不明である。看護婦は3,124人が保健省に勤務しているが、やはり内訳は不明である。

民間部門やNGOに勤務するコメディカルの人数は不明である。リクルートプログラムの実施以前に資格を取得したものは、無職か非常勤だと思われる。非公式な保健医療業務に就いているものがある程度いることは確かである。

1994年時点で1,282人の保健助手が保健省に勤務している。WHOの計算による医師とコメディカルの人数比を表7-4に示す。

表7-4 地域病院の医師一人当たりのコメディカル数

(単位：床、人)

病院	病床数	医師数/病床	医師数/コメディカル
ベフェラタナナ(CHU)	700	1/11	1/3.7*
アンベフィロア(CHU)	900	1/06	1/2.0
マジャンガ(CHU)	396	1/13	1/4.6*
フィナランツォア(CHR)	645	1/31	1/2.6
トアマシナ(CHR)	500	1/21	1/2.8
トリアリー(CHR)	336	N/A	1/4.1
アンツイラナナ(CHR)	400	1/23	N/A
アンツイラベ(HMC)	291	1/19	1/3.0
総計	4168		

注) *：有資格者および無資格者合計

出所：Organisation Mondiale de la Santé à Madagascar, Madagascar OMS-Rapport 1994, 1994

保健省に所属する医療従事者一人当たりの住民人口を州別に示したものが表7-5である。これらからわかるように医師は首都アンタナナリボに集中し、地方は医療助手が中心となってヘルスケア・サービスを提供している。

表7-5 医療従事者一人当たりの住民人口（1994年）

（単位：人）

州	医師			看護婦		助産婦		医療助手	
	公的医療機関	総数*	人/医	公的医療機関	人/看護	公的医療機関	出産数/助産	公的医療機関	人/助手
アンタナナリボ	531	1,873	1,860	1,115	3,124	653	251	174	20,019
アンツィラナナ	72	119	7,919	273	3,452	156	284	109	8,646
フィナランツォア	126	180	10,752	499	3,878	250	364	254	7,619
マジャンガ	100	100	13,306	374	3,558	175	357	231	5,760
トアマシナ	147	217	12,309	471	5,671	202	622	263	10,156
トリアリー	95	125	13,763	392	4,389	199	406	251	6,854
		1,000*							
総計	1,071	3,614	3,343	3,124	3,868	1,635	347	1,282	9,425

注) *業務内容不明または無所属の医師1,000人が勤務地の明らかな2,614人に加えられている。この数字は医師会から入手したもののだが、保健省職員も認めている。

出所：European Union, *Etude du Secteur Santé*, 1995

7-2 医療従事者養成制度と養成機関

医師養成機関（大学医学部）はアンタナナリボ大学とマジャンガ大学の二つしかない。歯科医師養成はマジャンガ歯科口腔学研究所のみである。そのため、医師・歯科医師には外国で教育を受けたものも多い。

看護婦および助産婦は医学社会学訓練学校で養成し、公衆衛生担当者および衛生担当者は衛生学校で養成している。保健助手は保健助手養成センターの卒業生で、医療助手は旧制の医科大学を卒業して医師、看護婦、助産婦の資格を持っているものとなっている（7-1-2 有資格者 参照）。

各学校の学生数などの詳細は不明だが、看護婦および助産婦については、2015年までに現在の3倍の人数になるように養成数を増やし、学位取得者の比率も高める計画が欧州連合から提示されている。

第 7 編 参考資料一覧

- Coopération Française, Fiche Santé Madagascar, Coopération Française, 1995
- European Union, Etude du Secteur Santé, European Union, 1995
- Ministère de la Santé, Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles, Service de Epidimiologie, Les Formations Sanitaire, Ministère de la Santé, 1993
- Ministère de la Santé, Direction Général de la Santé et WHO, Troisième Exercise de Suivi des Progrès Réalisés (Mise en Oeuvre des Strategies de la Santé pour Tous d'Ici l'An 2000), Ministère de la Santé, 1994
- Organisation Mondiale de la Santé à Madagascar, Madagascar OMS - Rapport 1994, WHO, 1994
- WHO Report, Human Resources, WHO

第8編 環境衛生・労働衛生

8-1 環境衛生

マダガスカルの自然環境は豊富な天然資源に恵まれ、生物学的に他に類を見ない多種多様なものである。しかし国内の森林資源は約80%をすでに失っており（その半分以上を過去40年間で失った）、それが原因で貧困、都市化、食糧不足、流行病などの健康に影響を及ぼす社会問題が引き起こされている。

マダガスカルは1989年の国際環境整備計画をアフリカで最初に批准した国にもかかわらず、都市部と農村部の環境の悪化は多くの開発途上国のなかでも特に深刻な問題を引き起こしている。ゴミ・廃棄物の放置や蓄積などによる環境破壊の結果、ネズミ、蚊、バツタなどの多種多様な捕食生物や寄生生物の侵入による病気の発生が問題となっている。

都市部のスラム地区に暮らす貧しい人々は、安全な飲料水、廃棄物処理、衛生設備などを十分に利用することができない。ゴミをあさって使えるものを得ることで生計を立てたり、寒い季節には暖をとるためにゴミ捨て場の近くで暮らす人も多く、健康への悪影響を避けられない。

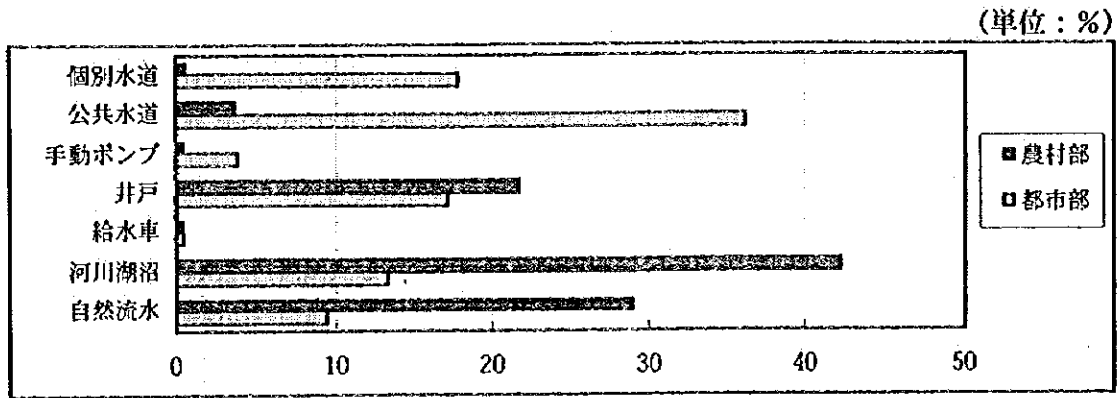
また、首都アンタナナリボを含むいくつかの都市では、雨季や台風・サイクロンによる洪水の被害も受けている。貧しい人々は水辺に住んでいるために被害を受けやすく、家を失ったり水辺で発生しやすい伝染病にかかったりしている。政府やNGOなどがネズミや昆虫の駆除キャンペーンをスラム地区で展開しているが、十分な効果は上がっていない。

南部の乾燥地帯では干ばつの被害が問題となっている。自然災害はくり返して発生するにも関わらず、被害を受けている地方の自治体も住民も干ばつ対策を検討している様子はなかった。干ばつを予測することができず、対処のための備えもないので、脱水や栄養失調などの健康問題の発生を防ぐことができない。

8-1-1 飲料水

多くの家庭が、容易に汚染されうる水源から飲料水を得ている。約60%が湖、池、川の水を飲料水にし、20%がポンプのない井戸、12.5%が公共水道の水を飲用している。最も貧しい人々では、河川の利用が74%、井戸が18%、公共水道が6%である。居住地域別の飲料水の入手経路を図8-1に示す。

図8-1 居住地別飲料水入手経路の分類

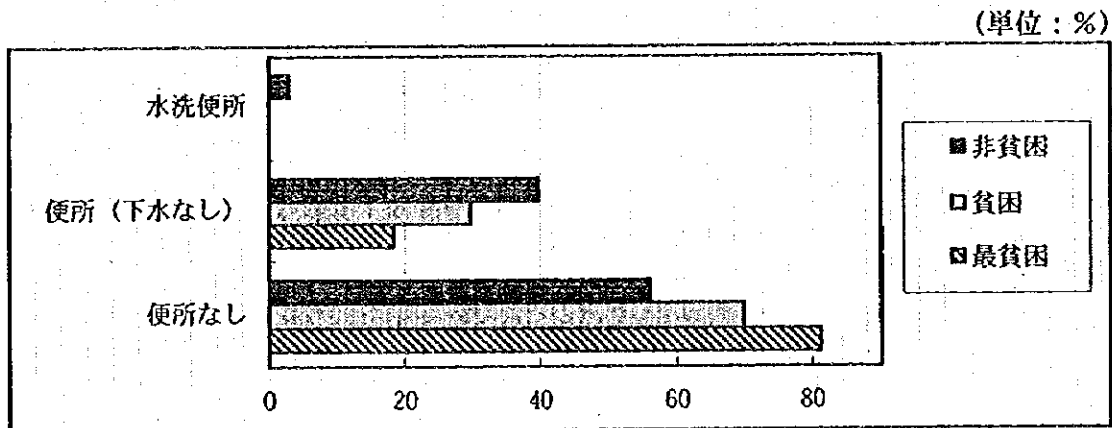


出所：Ministère de l'Économie et du Plan, *Résultats Provisoire Echantillon au 1/10e*, 1995

8-1-2 衛生施設

図8-2に示されたように、多くの家庭には衛生設備がない。共同トイレが設置され、コストの低い汚物処理方法も紹介されているが、あまり利用されていない地域が多い。したがって、衛生的な生活への関心を高めるための健康教育や啓蒙プログラムが必要である。

図8-2 貧困レベル別便所設備の分類



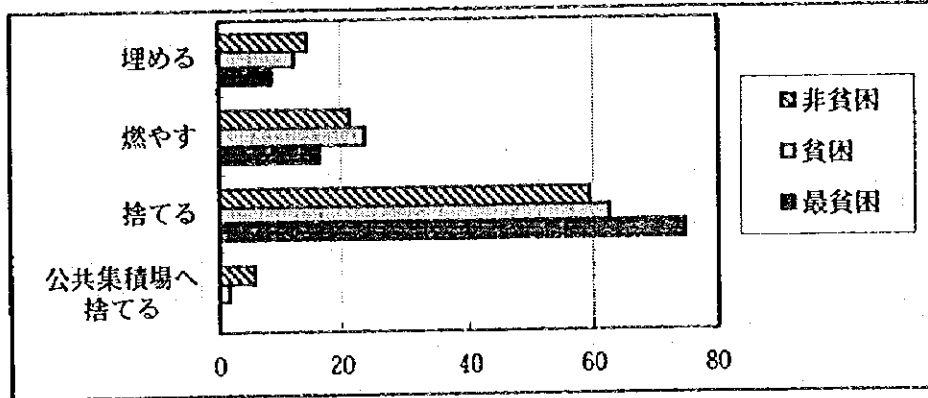
出所：Ministère de l'Économie et du Plan, *Résultats Provisoire Echantillon au 1/10e*, 1995

都市部ではゴミの処理方法が大きな問題となっている。スラム地区で住居の近くにゴミをためていることが健康を害することにつながるため、多くのNGOが健康に悪影響のある生活習慣を断ち切るためのさまざまな活動をしている。1995年のマジャンガでのペストの大流行も、衛生観念が不十分だったことが一因となっている。

図8-3に貧困レベル別のゴミ廃棄方法を示す。

図8-3 貧困レベル別ゴミ廃棄方法の分類

(単位：%)



出所：Ministère de l'Economie et du Plan, Résultats Provisoire Echantillon au 1/10e, 1995

8-1-3 住宅環境・交通環境

農村部の住居は泥や竹の床のものが多い（図8-4）。また、水道普及率は約5%、電気供給率は約2%である（Ministère de l'Economie et du Plan, Résultats Provisoire Echantillon au 1/10e, 1995）。

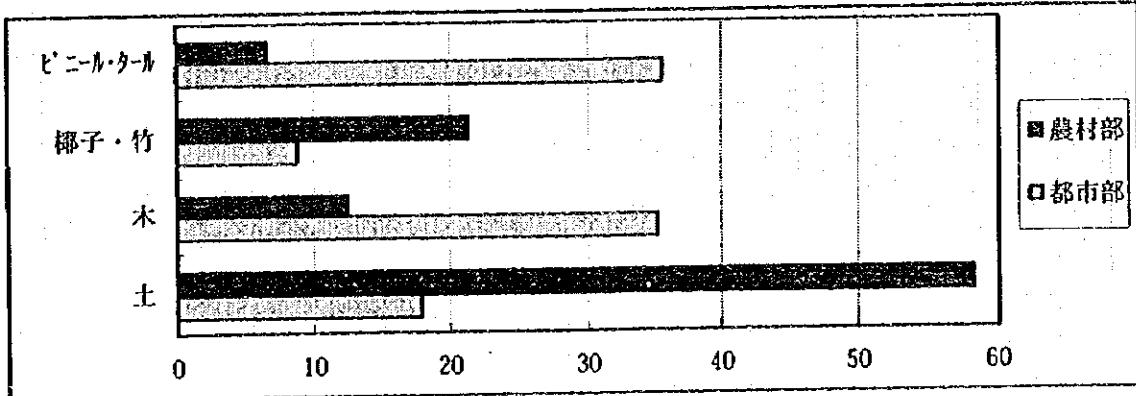
多くの都市で、狂犬病などの伝染性疾患を媒介する犬の群が問題となっているが、狂犬病のワクチンはパスツール研究所が精製して供給している。

道路網は12%しか舗装されていない。首都アンタナナリボと各州の州都を結ぶ路線は整備されているが、その他の地域との往来は非常に困難である。特に雨季やサイクロンの来襲後は被害を受けた地域との往来が不可能になり、緊急援助などに支障をきたしている。

航空路線は首都アンタナナリボと各州の主要都市を結ぶ定期便が整備されている。

図8-4 居住地別床材の種類

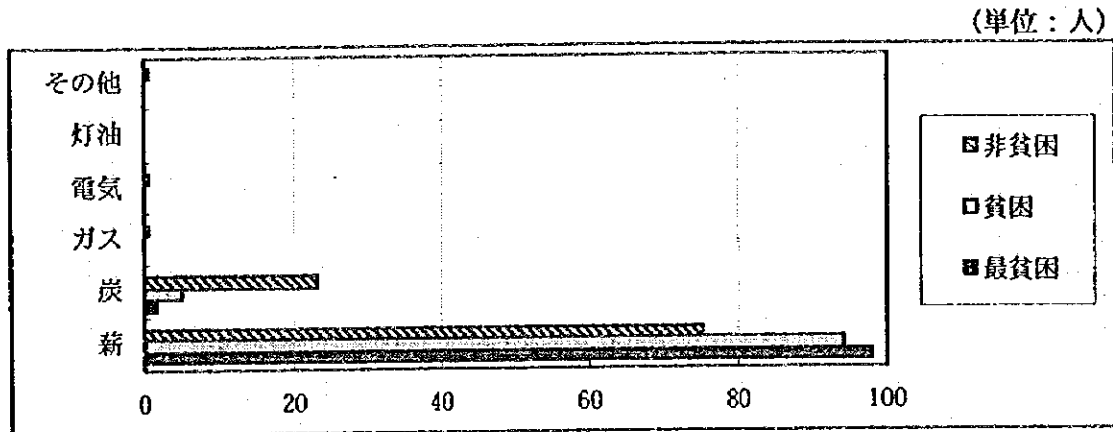
(単位：%)



出所：Centre National de Recherche sur l'Environnement Ministère de la Recherche Appliquée au Développement, Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992(Madagascar), 1994

環境破壊の一因として、多くの家庭で薪を使用していることが挙げられる（図8-5）。そのため、森林が伐採され自然環境の破壊につながっている。木炭の利用も多く、このことが呼吸器疾患の有病率が高いことの一因とみなされている。

図8-5 貧困レベル別燃料手段の種類



出所：Ministère de l'Economie et du Plan, Résultats Provisoire Echantillon au 1/10e, 1995

8-1-4 公害

公害はまだ問題としては認識されていない。公害に関する資料は入手できなかった。

8-2 労働衛生

1993年以降、従業員500人以上の企業は医師を雇用しなければならないことが法律で義務づけられた。医療サービスはその企業の専任の医師あるいは合意書を取り交わした他の企業の医師が担当する。従業員とその家族に対し、治療および母子保健、家族計画、ワクチン接種などの予防措置や歯科診療を行う。医薬品は特殊な薬剤も含んで原則としては無料で供給される。

多くの大企業はそれぞれの従業員のために独自の保健医療プログラムを開発している。例えば、マダガスカル航空、Solima（石油会社）、Jirama（電気会社）、PAPMAD（製紙会社）、国立商業銀行、国立農業信用金庫、HAVANA（保険会社）、リヨン信用金庫などが独自のプログラムを持っている。アンタナナリボ企業内医療保険機構（L'Organisation Sanitaire de Tananarive Inter Enterprise : OSTIE）は1955年に設立され、大小あわせて2,068の企業に従業員に対する保健医療サービスを提供するよう呼びかけた。94年の対象者数は給与所得者48,728人とその家族87,456人となっていた。OSTIEは五つの診療所と上記の企業のなかに七つの企業内出張所を持っている。従業員数が700人を超える場合は、従業員は事業所内にクリニックを設置することを要請できる。企業が建設費を負担し、OSTIEが人員と設備を配置する。OSTIEの職員300名のうち65%が保健医療従事者で、そのうち医師が40名、コメディカルが80名である。OSTIEの中央施設には放射線設備と検査室がある。

労働者の健康に関する組織はもう一つある。1963年に設立されたアンタナナリボ企業内医療（保健）組織（Association Medical Inter Enterprise d'Antananarivo : AMID）という374の企業が加盟している団体である。94年の対象者数は給与所得者9,981人とその家族27,078人である。この組織は二つの診療所を持っている。

第 8 編 参考資料一覧

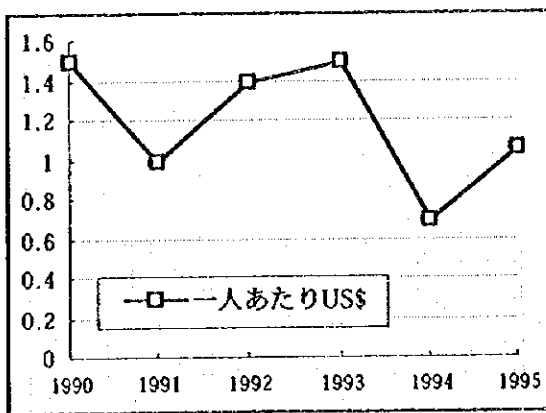
- 国連開発計画 『経済成長と人間開発』 国際協力出版会 1996
- Centre National de Recherche sur l'Environnement Ministère de la Recherche Appliquée au Développement, Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992 (Madagascar), Ministère de la Recherche Appliquée au Développement, 1994
- CARE International Madagascar, Les Projets de CARE International à Madagascar, CARE International Madagascar, 1995
- Ministère de l'Economie et du Plan, Résultats Provisoire Echantillon au 1/10e, Ministère de l'Economie et du Plan, 1995

第9編 保健医療協力

9-1 協力要請の仕組み

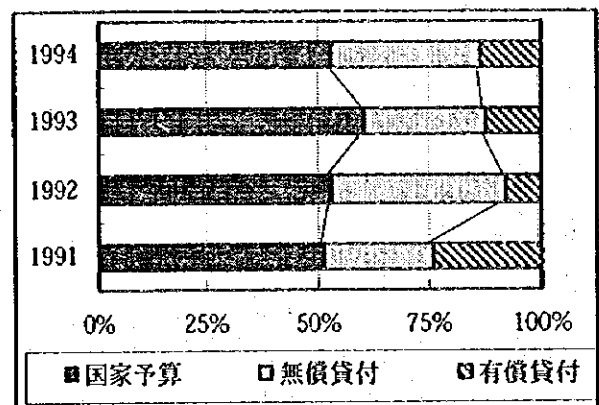
外国からの援助はすべて保健省の国立保健医療プロジェクト・プログラム担当委員会の調整を受ける。この委員会は政府と援助機関の橋渡しをするだけでなく、各種プログラムの重複と不足を調整している。さらに、国際援助機関の経験や方針に関する情報交換の場を定期的に提供する役割を担うことになっている。

図9-1 資金援助の変化 (1991~95年)



出所：European Union, *Etude du Secteur Santé*, 1995, p.79

図9-2 保健セクター財源の割合



出所：Organisation Mondiale de la Santé à Madagascar, *Madagascar OMS - Rapport*, WHO, 1994, p.16

9-2 国際機関、我が国を除く諸外国、NGOの協力動向

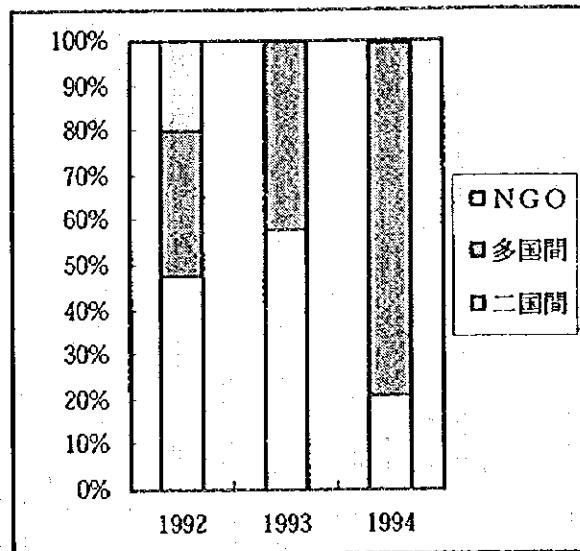
1995年2月27日に、マダガスカルがIMFと意向確認書を取り交わした。確認書は石油類の価格急騰（ディーゼルは68%増、ケロシンは102%増など）をおさえ、不透明な財務管理をやめ、インフレ対抗手段とその安定化をIMFが協力して展開することを明記している。マダガスカルで援助活動をしている機関のグループが合議して、94年の政府による構造調整のあとも、一致団結して政府がマクロ経済のマネージメントをより効果的に実施するように圧力をかけた。

継続的な記録がほとんどないので、援助要請については文字ではなく具体的活動を見る必要がある。特に公共支出と税収入の管理に関する記録はほとんどない。各機関はソフトとハードの両方の資源不足に直面しながら活動しているが、保健医療分野の活動の多くは積極的に実施されている。

1995年のマダガスカルへのODAは5,180万FMGで、前年の3,487万FMGから46.8%増加したことになる。マダガスカルで活動しているNGOは多いが、ほとんどが資金援助ではなく具体的な活動を提供している。94年は無償援助が69.2%を占めていたが、95年には44.5

%となった。94年は九つの団体が総額2,410万FMGを提供したが、95年は世界銀行からのローンが前年の1,070万FMGから2,840万FMGと急増し、重要な存在となっている。この増加分にはサイクロンの際の救急システムの強化のための費用が含まれている。人口一人当たりの援助額は90年に1.5USドルだったものが、95年には1.06USドルと減少している。

図9-3 援助組織の種類別援助割合



注) NGOデータ：1993年度は不明、1994年度は0.38%

出所：Organisation Mondiale de la Santé à Madagascar, Madagascar
OMS-Rapport 1994, 1994, p.16

全体としては世界銀行とフランスが外部資金源の中心だが、保健医療分野では、ユニセフが約30%、スイスが約20%を担っている（1995年実績）。この援助はおもに医薬品供給に使われている。

世界銀行の資料による1990～94年に援助を受けた分野とその比率を表9-1に、また、欧州連合の資料による94, 95年の対象分野別の援助額を表9-2に示す。

表9-1 年次別援助対象分野

(単位：%)

	1990	1991	1992	1993	1994
教育	9	2	16	10	3
保健医療	1	15	0	13	3
その他の社会インフラ	18	12	23	29	3
上・下水道	2	11	1	0	10
エネルギー	-	0	1	0	1
通信	0	-	1	3	4
交通	9	0	5	5	16
農業	8	17	21	9	35
採掘業	-	-	1	1	1
手工業	1	5	14	3	0
貿易・観光	11	1	4	11	0
多部門援助	1	11	10	2	3
プログラム援助	-	12	1	11	-
負債整理	39	11	-	1	9
食糧援助	-	2	1	1	2
緊急援助	0	0	1	0	10
合計	100	100	100	100	100
詳細不明	1.0	0.0	-	1.0	0.0

出所：World Bank, The World Bank Annual Report 1995, World Bank, 1995

表9-2 対象分野別資金援助

(単位：100万FMG、()内は%)

対象分野	1994年 (比率)	1995年 (比率)
医薬品供給	10,373 (29.75)	10,221 (19.97)
保健地域開発	997 (02.86)	1,795 (03.51)
薬品・検査関係	518 (01.49)	70 (00.14)
職員配置	1,121 (03.21)	1,680 (03.28)
健康情報システム	300 (00.86)	292 (00.57)
水と衛生	100 (00.29)	
院内輸血管理		1,781 (03.48)
栄養プログラム		410 (00.80)
浄水システム	(00.00)	(00.00)
保健地図の開発		690 (01.35)
医薬品の分配システム	2,845 (08.16)	690 (01.35)
PHC/EPI	(00.00)	3,000 (05.86)
PHC・MCH・家族計画	4,314 (12.37)	7,503 (14.66)
S SP/情報・教育など	819 (02.35)	1,691 (03.30)
エイズ・性行為感染症	2,515 (07.21)	4,056 (07.92)
情報・教育・コミュニケーション	827 (02.37)	1,323 (02.58)
ベスト・住血吸虫症など	827 (02.37)	506 (00.99)
結核・ハンセン病	1,871 (05.37)	714 (01.39)
マラリア・コントロール	2,764 (07.93)	4,499 (08.79)
疫学調査	(00.00)	196 (00.38)
その他	379 (01.09)	(00.00)
施設改修	1,968 (05.64)	2,465 (04.82)
サイクロン被害対策システム	2,335 (06.70)	(00.00)
トリアリー病院	(00.00)	200 (00.39)
サイクロン被害対策	(00.00)	7,405 (14.47)
合計金額	34,873 (100.00)	51,189 (100.00)

出所：European Union, Etude du Secteur Santé, European Union 1995, p80

9-2-1 国際機関

世界銀行のローンは1994年は40%、95年は60%となっているが、これを除くとユニセフと欧州連合が主要な援助機関である。この二つの機関からの95年の援助総額は150億FMGで、世界銀行以外の援助額の65%近くを占める。この資金はおもに医薬品供給、PHCシステムの強化、EPIプログラム（9%はユニセフの援助）に使われている。具体的な数値は得られなかったが、国際機関からの援助の一部は、対象となる活動を実施しているNGOにもわたっているようである。表9-3に対象分野別の外部からの援助の内訳を示す。

表9-3 保健医療分野における援助組織別援助額

(単位：100万FMG、%)

	1994年		1995年	
	金額	%	金額	%
ユニセフ	8,346	34.6	6,925	30.4
スイス	3,038	12.6	5,683	24.9
世界保健機関	1,999	8.3	4,119	18.1
欧州連合	5,741	23.8	2,732	12.0
ドイツ/GTZ	1,175	4.9	2,119	9.3
フランス/FAC	2,382	9.9	620	2.7
国連開発計画	409	1.7	391	1.7
日本			200	0.9
国連人口活動基金	900	3.7	0	0.0
フォレロー (NGO)	140	0.6	0	0.0
外部援助	24,130	100	22,789	100.0
国家ローン (国際開発協会)	10,743		28,401	
外部財務総計	34,873		51,189	

出所：European Union, Etude du Secteur Santé, 1995, p.79

9-2-1-1 世界保健機関 (WHO)

WHOはマダガスカル政府とNGOや外国の援助機関とを結びつけるために、さまざまな機関と協力して活動している。具体的には以下の機関と組んでいる。

- 1) ユニセフ：WHOがユニセフのEPIなどの計画やヘルスポストおよびヘルス・センターの改修活動を支援
- 2) UNDP：エイズに関する活動を支援しているほか、1994年には「人材および社会開発会議 (Human and Social Development Conference)」を開催
- 3) 世界銀行：世界銀行の資金援助を受け、マラリア対策プログラムなどを実施
- 4) 欧州連合 (EU)：EUが行っている薬剤部門の開発と正規の医薬品の使用促進を

支援し、研究や調査に協力

5) USAID: USAIDのAPPROPOP/FPプログラムで家族計画サービスを担当する人材開発に協力

WHOは保健省を通じてマダガスカル政府と協力し、定例会議を頻繁に開催し、援助を必要とするさまざまな分野でのプログラム開発を支援してきた。1994年には全国の保健医療関係の活動を把握することを目的とした「中央官庁国家委員会」のための資料をとりまとめた。

1992年からは保健医療分野で活動するすべての機関を集めた「医療関係機関委員会」を開催している。参加機関は世界銀行、欧州連合、ユニセフ、USAID、UNFPA、GTZ、フランス協力隊、UNDPである。

1994年のWHOの資金供与は下記の通りである。

表9-4 WHOの援助プログラム

プログラム	金額(US\$)	比率
保健医療開発管理	349,000	33.9%
PHCシステム構築	82,350	8.0%
公共情報提供	1,735	0.2%
保健医療従事者の育成	222,700	21.6%
保健医療の状況分析	75,000	7.3%
マラリアおよび熱帯病対策	88,924	8.6%
PHCのための臨床技術・放射線・検査	91,100	8.9%
WHOプログラムの開発と管理	118,500	11.5%

出所: Organisation Mondiale de la Santé à Madagascar, Madagascar OMS - Rapport, WHO, 1994, p.12

9-2-1-2 ユニセフ

ユニセフは各国の援助機関や国際機関と協力して、保健医療の向上と偏りのない発展や自立をめざすマダガスカル政府を支援している。ヘルス・センターの補修や地域のヘルスサービスに関する費用回収システムの開発においては、世界銀行とUNFPAおよびその他の機関と緊密に連携している。

ユニセフの活動は次のような種類に分けられる。

- 1) 保健医療
- 2) 栄養
- 3) 教育

- 4) 社会活動
- 5) プログラム開発
- 6) プロジェクト形成
- 7) 救急医療

1994年の活動費の内訳は表9-5のとおりである。

1994年から95年はじめの時期に、1996～2000年の協力サイクルと目標に合わせて、中央、地方、周辺地域のそれぞれに技術支援グループを配置した。さらに、ヘルスケアサービスの開発、組織化、評価を担当する人材を組織し能力を強化するための検討会が開催された。

政府の地方分権政策はそれほど強制的ではなかったので、保健医療プログラムの成果が十分には上がらず、EPIやORTプログラムの中間評価の際には、専任の実行委員会が創設され、計画の実行とすべての活動のフォローアップを実施した。

性行為感染症およびエイズ予防の分野では、ユニセフはディエゴ・スワレス地区の若い男性を対象とした活動を行った。そのほかに、母子保健プログラムの一部として、トリアリー、トアマシナ、マジャンガの3地域にある34のヘルスポストすべてを改修し、各地のヘルス・センターに26,000部以上の母子保健カードを配付し、呼吸器感染症の処置に関するトレーニングを80人以上の保健医療従事者に対して実施した。さらに、下痢症対策ではヘルスポストに常備するORSの量を増やし、約200名の保健医療従事者に対してマラリア対策のトレーニングを実施した。

表9-5 ユニセフの活動内容 (1994年)

(単位: USドル)

	プログラム	金額	総額
保健医療	母子保健/家族計画	156,195	
	EPI	1,429,941	
	下痢症対策	50,558	
	バマコ・イニシアチブ	885,862	
	マラリア	8,757	
	エイズ	41,658	2,572,971
	栄養	たんばく・エネルギー栄養不良	65,703
	貧血	10,511	
	ヨウ素欠乏症	433,511	
	微量栄養素欠乏症	12,797	
	ビタミンA	44,183	
	全国食糧栄養調査	228,655	
	その他	183,193	978,553
教育	就学前	298,959	
	小学校	328,267	
	教育政策	95,643	722,869
社会活動	社会活動	127,523	127,523
プログラム開発	プログラム開発	672,000	672,000
プロジェクト形成	社会活動	10,466	
	基礎教育	125,733	
	保健医療および栄養/母子保健	657,852	
	経済保障および食糧保障	439,811	
	都市型基本サービス	489,574	
	飲料水	1,642,916	
	プログラム開発	20,044	3,386,396
救急医療	救急医療	2,318,416	2,318,416
計			10,778,728

出所: UNICEF, UNICEF Annual Report 1995, UNICEF, 1995

9-2-1-3 国連人口基金 (UNFPA)

UNFPAは家族計画に重点を置き1985年から全国各地で活動している。UNFPAの援助はおもにヘルス・センターの改修に使用され、94年には6カ所、95年に9カ所が完成した。改修費用はさまざまだが、平均すると一施設当たり約10,000ドルかかっている。

機材は二国間援助によって供給されている。例えば、マジャンガでのGTZの病院支援活動やUSAID、日本の協力で家族計画関連活動中のNGOの財政支援などがある。

UNFPAは保健省が官僚的な組織体からサービス機関となるような変化を求める働きかけもしている。また、全国で家族計画関連活動をしているNGOの支援、施設改修プログラムを通じた地方分権の促進に貢献し、さらに、社会サービスや家族計画分野で活動し

ているNGOの名簿をとりまとめたり、1996年に出版される予定のPOP MADという人口分布や人口動態統計の情報を地図で示した情報システムの開発にも関わっている。そのほかには、トゥリエール、ディエゴ・スワレス、トアマシナ、マジヤガの各地区でコンドームや家族計画キットを配付したり、エイズキャンペーンを開催している。

9-2-1-4 世界食糧計画 (WFP)

経済危機（マダガスカルフランの20%もの下落）や自然災害（サイクロンや干ばつの反復）により、近年の国民の栄養状態は低下している。FAOは主食である米の損害は1993年には30万トンで、ほとんど回復不能と推計している。この状況を改善するために、WFPはFAO、世界銀行、ユニセフ、農業省、保健省ほかの機関と協力して活動している。具体的には、小規模農家に対する援助、備蓄のための「穀物銀行」の開設、銀行からの借入れを必要とする農民の保証、最も貧しい人々の栄養所要量を満たすための「共同食堂プログラム」の実施、学童に対する食糧援助などを行っている。

9-2-2 我が国を除く二国間援助

旧フランス植民地のため、フランスからの援助をかなり受けている。二国間援助ではフランスがまだ最大の相手国だが、近年では他国との差は小さくなってきている。

また、スイスが援助対象としている19カ国の一つである。

表9-6 援助国の年次別上位5カ国

(単位：100万ドル)

歴年	1位		2位		3位		4位		5位		うち日本	合計
91	フランス	138.1	日本	40.3	ドイツ	29.3	イタリア	21.6	米国	16.0	14.7%	273.5
92	フランス	132.0	ドイツ	26.8	スイス	18.7	日本	13.8	米国	11.0	6.4%	215.5
93	フランス	119.2	日本	45.9	米国	27.0	スイス	16.6	ドイツ	14.6	19.9%	230.8

出所：外務省 『我が国の政府開発援助』 1995年

表9-7 政府開発援助額

(単位：100万ドル)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
二国間援助	212.0	173.2	267.0	274.0	215.5	230.8
フランス	107.4	107.1	143.0	138.1	132.0	119.2
日本	40.8	15.6	14.0	41.0	13.8	45.9
アメリカ合衆国	12.0	5.0	22.0	16.0	11.0	27.0
スイス	25.8	13.0	32.2	15.3	18.7	16.6
多国間援助	92.2	176.1	132.3	181.9	146.3	139.4
欧州連合	29.6	45.9	36.2	14.8	49.0	42.3
国際開発協会	49.0	68.0	40.0	103.0	33.5	42.1
アジア開発銀行	8.2	18.8	20.5	16.7	29.7	25.9
総計	304.3	349.3	399.4	455.9	361.8	370.2
無償資金	191.2	207.4	432.4	342.1	290.7	300.3

*支出額から償還額をひいたもの。政府開発援助(ODA)とは無償資金とローンをあわせたもので、少なくとも25%の無償供与を含む。OECDやOPEC加盟国や多国籍機関が、供与先の開発と福祉を促進するために提供する。旧東欧地域からの援助は除く。

出所：OECD, Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients, 1995

9-2-2-1 アメリカ合衆国国際開発庁 (USAID)

マダガスカルでのUSAIDの活動は、その範囲も内容も非常に広い。環境保護とマネジメント、小規模ビジネス開発、市場環境開発といった、USAIDが展開するさまざまな戦略的目標の四つめとして出生数の削減がある。そのため、全国的に家族計画プログラムの開発と支援に重点を置いている。

家族計画支援の初期のプログラムは1988年から92年の間に行われた。USAIDから技術と財政支援を受けてENDS調査が実施され、あらゆる階層の女性が出産数をコントロールすることを強く望んでいることがわかった。

USAIDは他の機関と協力しながら、家族計画サービスを提供する地域を増やすための資金援助をしている。しかし、岩場が多かったり孤立していたりする地形的な問題、保健医療に関する保守的な官僚主義、保健医療施設の再建や新設の遅れ、そして官庁の地方分権化政策の不明瞭さを考慮すると、サービス提供地域の増大は容易ではない。それでも1994年には公的部門でも92施設(ヘルス・センター)が増えるなど、プログラムはほぼ成功を収めている。また、サービス提供部門でより正確で新しいデータを利用するための日常的な報告システムの開発も援助している。このシステムは、政府が家族計画サービスの活用度、利用量、サービスの質などを把握する際にも役に立つ。

1994年から95年にかけて、USAIDに協力して家族計画サービスを提供するNGOが非常に増えた。これらのグループが提供した方法で避妊する人が25%も増加した。長期的な方法へのシフトは、ノルプラントや男女それぞれの自主的な不妊手術を実施するNGO

が増えたことに起因する。88年には外科的不妊術は30件しか行われなかったが、95年になると10倍以上となり、さらに増加する傾向にある。USAIDは担当者の訓練と診療所の設備の充実に寄与し、希望すれば男女どちらも必要なサービスが受けられるようになった。

1995年からは小児の生存問題にも力をいれ、栄養状態と小児の生存の関連を重視している。特に5歳未満児の栄養状態を改善するプログラムが、いくつかの地域で展開されている。具体的には、母乳哺育の促進と離乳方法、小児の下痢症疾患と呼吸器疾患に対する母親や保健医療従事者による適切なケア、全国予防接種プログラムの支援などが進められている。

1992年のENDS調査でマダガスカルの下痢に関する問題が浮き彫りにされたので、USAIDはそれに対応する活動を増強した。特に、母親と保健医療従事者のORTに関する知識を補強し、下痢のコントロールが改善することを意図している。

9-2-2-2 スイス協力隊 (Coopération Suisse)

スイス協力隊は次の三つの分野で活動している。

- 1) 農村開発と資源保護およびその管理（このうち60%は「緑のプロジェクト」とよばれる樹木を中心としたもので、WWFと協力したものもある。）
- 2) 国民の福利の向上（活動の25%は基盤整備とマクロ経済に重点を置き、基本医薬品の輸入のための財源確保を目的とした中央銀行に対する支援も含まれている。）
- 3) 基盤整備の改善による国内NGOの強化（活動の15%は少額の財政援助をとまなう技術援助である。）

保健医療関係の活動は上記の2)と3)に含まれ、内容は、治療、予防、安全な食物、社会的コミュニケーションなどである。活動拠点はアンタナナリボ、フィナランツォア、モロンダバで、村の薬局を対象とした活動を積極的に行い、モロンダバでは民族薬学や伝統医学も取り入れている。

1994年までに実施したプロジェクトは10種類ある。そのうち健康関係は4種類で、残りは農業関係の活動だった。

健康関係のプロジェクトのうち三つは、マダガスカル・イエス・キリスト教会、CARITAS、FIKRIFAMA（国内NGO）と協力して、中西部と高地を含むいくつかの地域で安全な飲料水の供給のための活動をしている。これらのプロジェクトは1987年に始まり、水の入手が困難な農村に井戸を掘る技術を提供している。

四つめのプロジェクトは、末端の人々にまで必要な薬品が届くようにPHCのための施設を改善している。また、このプロジェクトは医薬品供給システムに最も適した薬品を選択し、在庫と配給のシステムを改良し、製品とその質の管理を現場で監督し、現行の処方システムを最良化することも意図している。最終目標は全国的なシステム展開だが、当初はフィナランツォアに重点を置いて開始する。

9-2-2-3 フランス協力隊(Coopération Française)

フランス協力隊は協力援助基金(FAC)を中心とした共同体である。

保健医療分野では、フランス協力隊はいくつかの病院で活動してきている。最近ではアンタナナリボ、トリアリー、トアマシナに重点を置き、特に技術支援を重視している。1991年に結ばれた大規模な協定に基づき、地方局と中央病院の協力を得て、トアマシナでの活動が確立された。

最初の公衆衛生プロジェクトとして、マラリア対策プロジェクトを1989年に開始した。感染症対策局(DLMT)の協力を得て、現在まで継続している。91年の協定により、トアマシナでの結核プロジェクトなど、さらに二つの公衆衛生プロジェクトを開始した。

フランス協力隊は、狂犬病、ペスト、マラリアなどのさまざまな研究活動に対してパスツール研究所を援助している。

トアマシナのプロジェクトをはじめとして、フランス協力隊のプロジェクトは非常に技術的なものである。医学を中心とした技術を限られた人々に移転することを目的とし、地域保健システムの構築を直接的な目標とはしていない。この点で、USAIDや世界銀行の活動とは対照的である。

9-2-2-4 ドイツ技術協力公社(GTZ)

GTZは1985年からマダガスカルでの活動を開始した。当初はマジャンガで保健医療以外のプロジェクトを実施していた関係で、そこでの住血吸虫症を対象としていた。以来、マジャンガでの活動を中心としているが、アンタナナリボでエイズプログラムを実施したこともある。90年には医療施設の利便性を高めることに取り組み始めた。また、家族計画にも着手し、現在では人的資源の供給と共に財政援助も行っている。ただし、財政援助はそれほど積極的ではない。

マジャンガの中の17の地区のうち4地区で性行為感染症とエイズのプログラムを含む家族計画と母子保健プログラムを展開している。GTZはおもに公的機関の医師と協力し疫学調査を実施し、NGOを活用したキャンペーンや15の薬局に対する医薬品などの供給を行っている。将来的には私的機関の医師とも協力することを望んでいる。GTZのプログラムは多くの援助機関から、有意義で成功を収めていると認められている。

9-2-3 NGO

マダガスカルで活動しているとされているNGOの数は多いが、具体的な活動内容やサービスに関する情報は非常に乏しい。前述したように、1994年には500以上の民間およびNGOの診療所が機能していた。WFPはスイス協力隊の援助を受けながら、94年時点でアンタナナリボに活動拠点を置いているNGOのリスト(Repertoire Geographique des Centres Sociaux et ONG de la Ville d'Antananarivo)を作成した。このリストには数百のNGOの名前、住所、活動分野が記載されている。活動分野のおもなものは、コミュニティー・ヘルス、栄養、女性の地位向上、教育、メンタルヘルス、障害者支援、治療、浮浪児の援助、衛生、家族計画、薬品供給、などである。現地調査でわかったことは、

NGOの入れ替わりが激しく、かなりの数が国際的な資金援助を受けるためだけにNGOであると名乗っているということである。

国際的に著名なNGOも数多く活動しているのに加えて、無名ではあるが、コミュニティーや社会全体の利益のために活動している団体も多い。保健医療分野で評価の高い団体の連盟として、ASSONG (Associations des Organisations Non-Gouvernementales) とよばれるものがある。

これは、家族計画に関する活動をしているすべての組織、NGO、宗教団体、医療施設の協力・調整のために設立された。1995年10月時点で27団体が加入しており、活動拠点は300カ所にのぼる。一会員団体当たり50,000FMGの会費のほか、USAIDやUNFPAなどから援助を受け、日本とは3億2,200万FMGの供与契約を結んだところである。

また、CITE (Centre d'Information Technique et Scientifique) とよばれる連盟に所属する28の団体のうち11が保健医療分野を中心とする活動をしている。これらの中には、サービス提供料が一般の人々には払えないほど高額で、NGOというより民間(営利)団体とすべきものも含まれる。これら二つの連盟に所属する団体のリストを表9-8, 9に示す。

また、特定のNGOには所属していないが、カトリック教会を中心とする多くの宗教団体が保健医療サービスとケアの提供に協力している。特に結核と障害者のプログラムに関して顕著である。

表9-8 ASSONG会員

1995年10月時点のASSONG会員	
1 ADMR	15 JIRAMA
2 AMCM	16 MED-TIA
3 AMIFI	17 MIHARISOA
4 AMIT	18 MKSA
5 APSED	19 MSIMSCAR
6 ARO	20 OMINO
7 ASOS	21 ORSANAM
8 BALSAM CLUB	22 OSTIE
9 BNI/CL	23 PAPMAD
10 EMTM	24 PROMU
11 FIANAKA/MIJORO	25 SALFA
12 FISA	26 SOLIMA
13 FIK	27 TEZA
14 ECODISM	

出所：ASSONG資料から作成

表9-9 CITE会員

保健医療分野で活動しているCITE会員	
1	AGR - Assoc. Girard et Robic
2	AJDM - Aide aux Jeunes Diabetiques de Madagascar
3	AMADIA - Assoc. Malgache Contre le Diabete
4	APM - Assoc. des Pharmaciens de Madagascar
5	HSF - Homeopathes sans Frontiers
6	MSF - Medecins sans Frontieres
7	SEDIAMMA - Societe d'Endocrinologie Metabologie de Mad.
8	SMO - Societe Malgache d'Ophtakmologie
9	SOSM - Societe Odonto-Stomatologie de Madagascar
10	UJCDM - Union des Jeunes Chirugiens Dentistes de Madagascar
11	UNSD - Union Nationale pour la Sante Bucco Dentaire

保健医療以外の分野は16団体

出所：CITE資料から作成

9-2-3-1 ケア・インターナショナル (CARE International)

ケア・インターナショナル・マダガスカルは1992年に設立され、次の三つの分野で活動している。

- 1) 天然資源の活用を重視した農村開発
- 2) 自然災害の救急対応
- 3) 基本的健康の改善に重点を置いた都市プログラム

最新の都市プログラムはTOUCH2000 (Antananarivo Opportunities for Urban Child Health) とよばれる小児のためのものである。1995年の11月から5年間の予定で、最初の2年間の予算は100万ドル以上となっている。内容は、1) アンタナナリボにある保健医療分野のNGOの形成、発展、活動戦略の強化、2) 地域住民参加型のプログラムにおける地域集団の生活水準の向上、3) 収入を生む活動の創造、である。ケア・マダガスカルは国内NGO、国際NGO (MSFやMDM) はもちろん、政府とも協力して活動している。

9-2-3-2 ハンディキャップ・インターナショナル(Handicap International of Madagascar)

ハンディキャップ・インターナショナル (H I M) は障害者問題に注目し、1986年から国内の六つの州すべてにリハビリ・補装具センターを設立することを支援してきている。このセンターは独立の機関で、主任医師、技術者および理学(運動)療法士がいる。H I Mはこのセンターのさらなる発展も支援している。

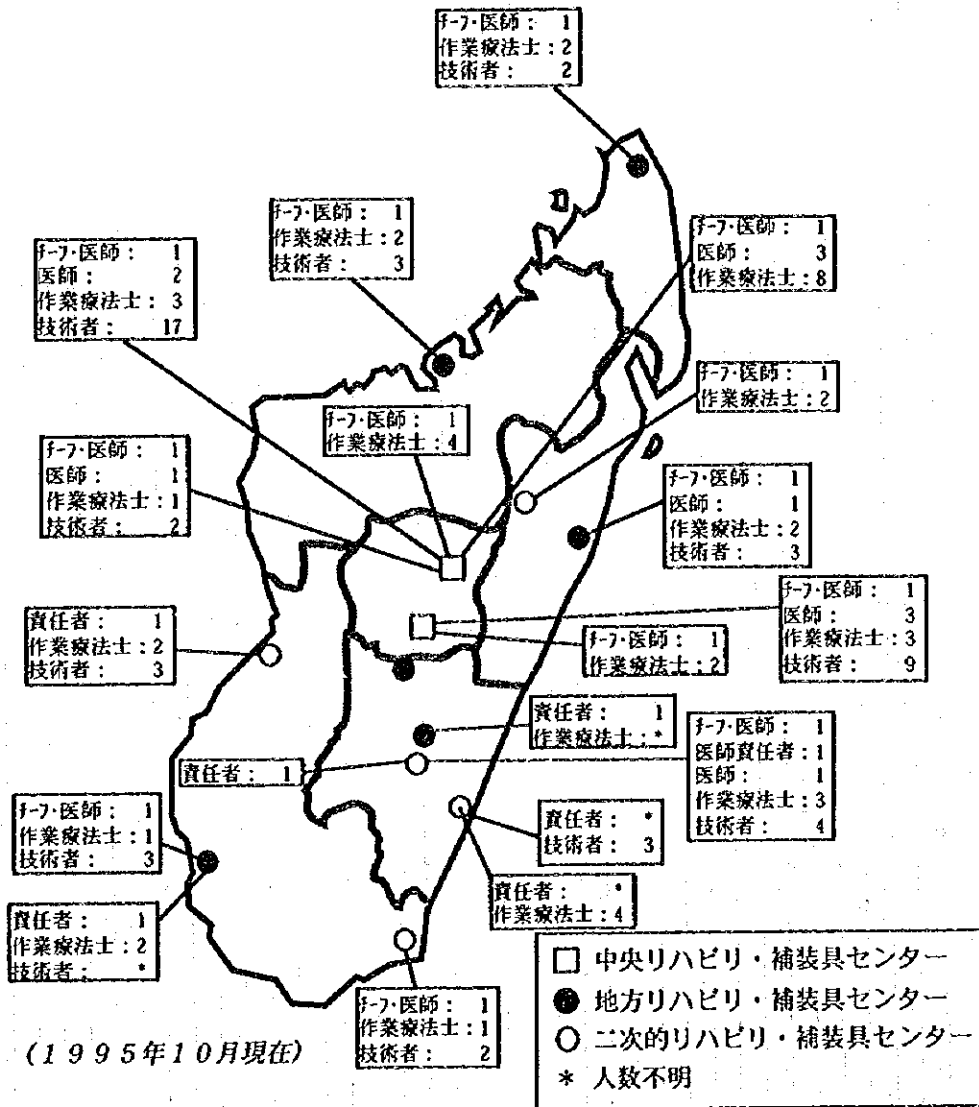
1993年に保健省がアンタナナリボの補装具センターの修復をH I Mに依頼した。ここは49年にインド洋地域の障害者、特に戦争犠牲者のために建てられた施設である。設備の修復、新しい機器の導入、マネジメントシステムの構築、障害者コミュニティーのニーズに応えるための適切な職員配置などを行った。このプロジェクトは3年間継続し、95年末に完了した。

このプロジェクトの成果は障害者のコミュニティーに大きく貢献し、今では1) 補装具の手入れのためのセンター、2) マダガスカル全土の技術リファーマルセンター、3) 技術開発センター、4) 技術研究センター、5) 補装具の材料および義肢・義足の部品などの物品センターができている。これらのセンターには障害者のみが勤務し、コミュニティーで最も求められている質の高いサービスを提供している。

H I Mは二カ国語のニュースレターや、マダガスカルの障害者の現状報告などを含むさまざまな情報を発信している。今後の活動として、現在の活動を継続することはもちろん、公立および民間の保健医療機関や社会組織と協力して、障害者のニーズに応じていく予定だということである。

図9-4にH I Mの活動拠点と担当者数を示す。

図9-4 ハンディキャップ・インターナショナル活動拠点



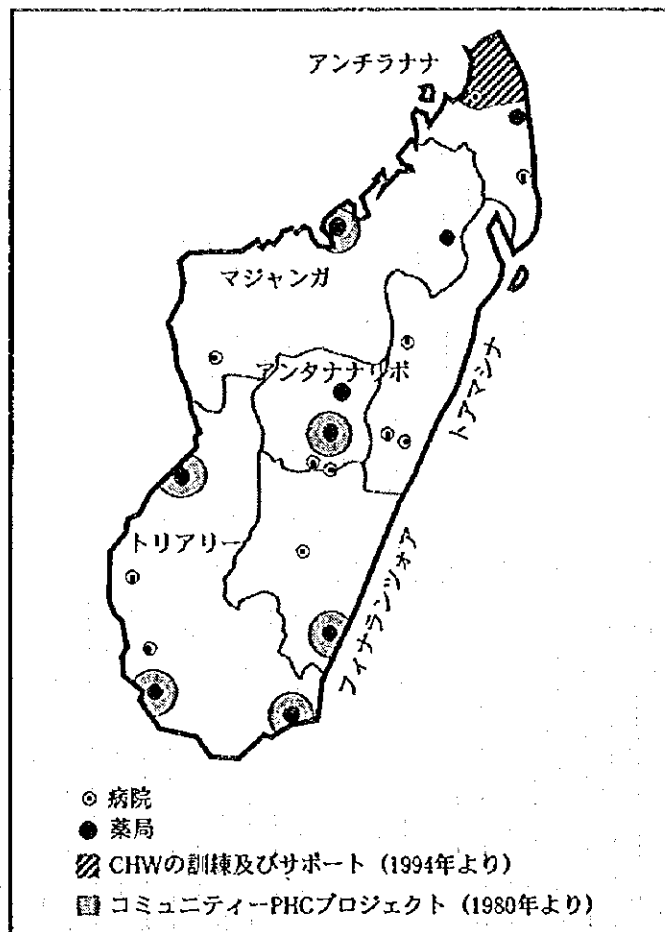
出所：Handicap International資料

9-2-3-3 SALFA

マダガスカル・ルーテル教会保健医療部 (SALFA) は1987年に設立された。マダガスカル・ルーテル教会には約100万人の会員が所属し、11の部局に分かれている。会員の健康に寄与するためにヘルスケア施設を創設し、現在は九つの病院、12の診療所兼PHCセンター、六つの歯科医院、19の結核・ハンセン病対策センター、二つの眼科 (一つは移動式)、六つのメンタルヘルス施設、一つの薬物依存症治療・リハビリセンター、一つの看護・検査学校、エイズ・カウンセリングのトレーニングも提供する18の家族計画センターを運営している。これらの施設は会員以外も利用できる。SALFAはデンマーク・ミッション連合、EU、アメリカ福音ルーテル教会、世界保健医療団、世界ルーテル連合、SALFA・USA、UNDP、USAIDなどの国際機関から援助を受けている。

図9-5にSALFAの活動拠点と活動内容を示す。

図9-5 SALFA活動拠点



出所：SALFA

9-2-3-4 マダガスカル赤十字

マダガスカル赤十字は「一滴のミルク」という名の下で1915年に設立され、母子保健活動と衛生に重点を置いている。全国に広がり、アンタナナリボでは小児病院を運営し、他の地域では100以上の小規模センターを運営している。さらに、新設されたセンターを紹介し、赤十字活動を促進するための二カ国語のニュースレターをはじめとして、各種教育素材を発行している。

9-2-3-5 国境なき医師団 (MSF)

国境なき医師団 (MSF) は1986年からマダガスカルで活動しているが、多数の支部のうち、この国で活動しているのはフランス支部のみである。当初は、おもに南部で実施されていたPHC、インフラの修復、EPI、洪水・干ばつ援助などのプロジェクトに重点を置いていたが、92年末からは首都アンタナナリボを中心として都市の貧困対策を開始した。93年半ばには、すべてのプロジェクトが縮小されたが、アンタナナリボの都市プログラムは強化された。

MSFの活動はボランティアの開業医や薬剤師によって支えられ、この分野のNGOをとりまとめたり指導したりしている。

MSFの活動の中心を以下に示す。

- 1) 浮浪児の医療へのアクセス支援：
具体的には、子供たちに医療サービスを提供すると同時に、地域の公的機関なども何らかの対応をするよう要請している。このサービスでは診療車も利用する。
- 2) 服役経験者の医療サポート：
法務省の承認を受け、MSFは直接刑務所内で活動し（史上初）、人権擁護のための医療サポートを提供している。
- 3) 栄養問題対策：
MSFは家庭訪問、補助食プログラム、MSFが技術支援や訓練をしている小児科医への紹介などを実施している。
- 4) 衛生問題対策：
安全な水の確保、ゴミ処理システムの確立、便所の設置などを首都の最も貧しい地区で実施している。ここでのサービスは利用者が維持管理するようになっている。

9-2-3-6 世界野生生物基金 (WWF)

世界野生生物基金 (WWF) は環境保護団体なので、マダガスカル豊富な動植物に関して重要な存在となっている。1963年から、政府および国民に環境保護の方法を普及・啓蒙している。最近は大きな成果を挙げていないので、単に教育・啓蒙だけではなく、他の方法を模索している。

そのため、WWF職員がアンタナナリボ大学の一般薬剤・薬理学研究所 (RENRECAD) と協力して、豊富な動植物資源を伝統的治療法に活用する試みを行っている。マダガスカルでは伝統的薬草療法の種類が豊富で、多数の人々が病気の際に薬草療法を利用している。WWFは、生物文化的多様性を統合して地域住民のヘルスケアを保障すると同時に、薬草療法を改良し、そこで用いる植物を保護するシステムを、ある村で試験的に実施している。

9-2-3-7 エキップ・メディカル

エキップ・メディカルは1982年に設立された国内NGOで、家族計画、保健医療、コミュニティー開発の分野で活動するASSONG（マダガスカル国内のNGO連盟）の一員である。エキップ・メディカルには医師、看護婦、助産婦、助手を含む約50人の会員がいるが、通常は活動を指揮する主任医師1名と、サービス利用料に関する相談を週1回受ける助産婦、ソーシャルワーカー、看護婦各1名が運営している。活動内容は、5歳未満児の栄養補助（低価格の食事を月間延べ約80人の幼児に1日3回240食配給）と、伝統的助産婦と協力した周産期の指導とサービスである。

1995年にJICAの援助を受け、コンピュータやコピーなどの事務機器を整備した。

現地調査時にエキップ・メディカルの代表を務めていたDr. Charlystは、「栄養不良の乳児の栄養改善のための教育連盟Association Pour L'Education et la Récupération Nutritionnel des Enfants Malnutries (ASSERN)」とよばれるNGOの代表でもあった。このNGOは18名ほどの会員を抱え、国境なき医師団と協力して活動している。

9-2-3-8 世界の医師 (Médecins du Monde)

フランス系のNGOである「世界の医師」はアンタナナリボで性行為感染症およびエイズ分野で活動している。資金は欧州連合やユニセフなどの機関からの国際援助と国内援助を同額ずつ受けている。活動は1日約30件の医学的処置に関する相談を受けることと、性行為感染症およびエイズ対策のためにポスター、コマーシャルなどを用いたIEC（情報・教育・コミュニケーション）プログラムを実施することが中心である。1995年時点のスタッフ構成は、医師2名、助産婦1名、教育の専門家1名を含む約25名で、うち6名がフランス人である。

9-2-3-9 マリー・ストープス (Marie Stopes Madagascar)

マリー・ストープスは非営利のNGOで、1991年6月に創設され、93年8月に法的に認められた。73年に創設され、おもに家族計画の分野で活動しているイギリス系の国際的なチャリティー基金のマリー・ストープス・インターナショナルの一員である。

アンタナナリボのバスツール研究所近くの家族計画クリニックで予防的医療を提供し、次のような活動をしている。

- 1) 質の高い家族計画サービスを低料金で実施し、マダガスカル人家庭の福利を改善するために必要な情報を提供する。
- 2) 母子関係の死亡率と有病率を低下させる。
- 3) 望まない妊娠に対して母子保健サービスを提供する。
- 4) 栄養と衛生状態の改善のための教育をする。

マダガスカル政府やNGO（アメリカのMSHなど）と協力して活動し、ASSONGの一員ともなっている。また、USAIDやJICAなどの国際機関と組んだ活動も行う。

ている。JICAからはアンタナナリボのイントリーというスラム地区での家族計画プロジェクトの開発のために1994年から96年まで援助を受けている。JICAの援助で建てた施設は最も貧しい人々が住む地区の中心にあり、96年から家族計画サービスを開始する。医師、看護婦、助産婦各1名と事務や補助を担当するスタッフが常駐する予定である。

9-3 我が国の協力状況

我が国のマダガスカルに対する開発援助は、1973年度のナモロナ河水力発電開発から始まり、94年度までに有償資金協力306.96億円、無償資金協力349.76億円、技術協力48.12億円の実績がある（外務省『我が国の政府開発援助』1995）。協力内容の内訳を表9-10に示す。90年以降の援助額の推移は表9-11のとおりだが、これはマダガスカルに対する援助国の年度ごとの総援助額の順位の中では常に上位を占めている。

表9-10 我が国の協力内容

(単位：()内)

		1994年度	1993年度までの累計
ODA実績	無償資金協力 (億円)	28.10	309.15
	技術協力 (億円)	6.32	41.98
	政府貸付金等 (億円)	0.53	306.96
JICA技術協力実績	技術協力経費 (億円)	6.14	41.98
	研修員受入 (人)	19 (新規)+3 (継続)	159
	専門家派遣 (人)	2 (新規)+7 (継続)	70
	調査団派遣 (人)	40 (新規)+0 (継続)	343
	協力隊派遣 (人)	0 (新規)+0 (継続)	0
	単独機材供与 (100万円)	32.43	147
	開発調査 (件)	2	8
	プロジェクト外方式技術協力 (件)	0	1

出所：外務省 『我が国の政府開発援助』 1995

表9-11 援助の種類別金額の推移

(単位：100万ドル)

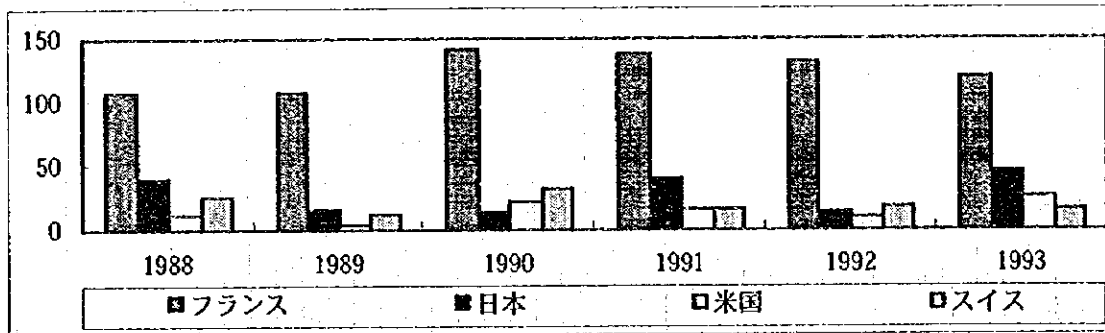
歴年	贈与			政府貸付		合計
	無償資金協力	技術協力	計	支出総額	支出純額	
90	9.78(-)	4.78(-)	14.52(-)	2.23	-0.55(-)	13.97(-)
91	32.21(80)	2.66(7)	34.87(87)	21.23	5.37(13)	40.25(100)
92	14.68(-)	1.78(-)	16.47(-)	-	-2.63(-)	13.84(-)
93	44.58(-)	4.32(-)	48.91(-)	-	-2.99(-)	45.92(-)
94	27.49(80)	6.32(18)	33.81(98)	3.18	0.52(2)	34.33(-)
累計	224.01(61)	33.70(9)	257.74(71)	163.06	107.16(29)	364.90(100)

注) ()内は、ODA合計に占める各形態の割合
 無償資金協力の実績には、貿易保険を付した商業債権に係わる金利減免分を含む
 (94年では3.18百万ドル)

出所：外務省 『我が国の政府開発援助』 1995年

図9-6 援助国の年次別援助額

(単位：100万ドル)



出所：OECD, Financial Aid Flows, 1995

保健医療分野の援助は無償資金協力として病院機材整備計画を実施し、それともなう技術研修員受入事業や技術協力専門家派遣事業を行ってきている(表9-12)。

表9-12 日本の保健医療分野プロジェクト

(単位：万円)

プロジェクト (プロジェクトID)	事業費名	合計	研修員 受入経費	専門家 派遣経費	調査団 派遣経費	協力隊 派遣経費	移住者 経費	機材供 与経費	その他 経費
マダガスカルトアマシナ 中央病院機材整備計画	技術研修員 受入事業	1,818	1,818						
技術研修員受入事業・研 修員受入	技術研修員 受入事業	3,855	3,855						
マダガスカルトリアリ地 域中央病院医療機材整備 計画	技術協力専門 家派遣事業	25人		25人					
マダガスカル向け感染症 対策機材	保健医療 協力事業	65,740						65,740	
マダガスカルトリアリ地 域中央病院医療機材整備 計画	無償資金 協力事業	31,707			31,707				
無償資金協力事業・調査 団派遣	無償資金 協力事業	1,686			1,686				

出所：国際協力事業団 『ODA白書』 1995 p. 492

9-3-1 有償資金協力

水力発電および通信施設プロジェクトなどに対し円借款を供与したが、1992年度以降は実績はない。

保健医療分野では実績はない。

9-3-2 無償資金協力

食糧援助をはじめとする基礎生活分野を中心に、水産分野、経済インフラ分野についても積極的に援助を実施している。

表9-13に保健医療分野で実施した二つの病院機材整備計画を示した。94年度のトリアリー地方病院センター・プロジェクトの詳細は表9-14のとおりである。

表9-13 我が国の無償資金協力

(単位：億円)

年度	プロジェクト名
1992	トアマシナ中央病院機材整備計画(3.77)
1994	トリアリ地方病院センター医療器材整備計画(3.42)

出所：外務省 『我が国の政府開発援助』 1995

表9-14 無償資金協力事業（1994年）

プロジェクト名	相手国 実施機関	調査業務 受注企業名	供与 年度	金額 (億円)	E/N 署名日	JICA実施業務	
						基本設計・ 資機材等調査	実施促進・ フォローアップ
トリニダード地方病院センター 医療機材整備計画	トリニダード地方病 院センター	(株)ア行ッ	94	3.42	95.4.18	94.12(本)	
経済活動の低迷に伴う財政難にあるトリニダードの、劣悪な状況にある保健医療事情を改善す るため、トリニダードの中核病院であるトリニダード地方病院センターの医療機材を購入する。							

出所：国際協力事業団 『国際協力事業団年報』 1995

1989年度以降は毎年5件程度の草の根無償資金協力も行われている。保健医療分野の案件もいくつかあり、94年度には表9-15の2件が実施された。

表9-15 草の根無償資金協力案件（1994年）

案件名
村民の家庭訪問による健康教育及び女子教育計画 家族計画NGOに対する家族計画・母子健康医療活動支援計画

出所：外務省 『我が国の政府開発援助』 1995

9-3-3 技術協力

技術協力については、研修員受け入れ、開発調査を中心に、運輸・交通、保健医療などの分野において実施している。協力形態別の実績を表9-16に示す。

表9-16 協力形態別人数・経費 (1994年)

(単位：人、千円)

形態		分野	合計人数	計画・行政			公共・公益事業		
				開発計画	行政	公益事業	運輸交通	社会基盤	通信放送
				236	18,487	10,583	164,426	151,238	
研修員		新規	19	1			3	1	
		継続	3						
		計	22	1			3	1	
専門家	長期	新規	2						
		継続	7		1		1		
		計	9		1		1		
	合計	新規	2						
		継続	7		1		1		
		計	9		1		1		
調査団		新規	40		5	4	18	5	
		継続							
		計	40		5	4	18	5	

形態		分野	農林・水産				鉱工業		合計
			農業	畜産	林業	水産	鉱業	工業	
			47,593		26,885	57,615	4,923		
研修員		新規	5			1	1		
		継続	2						
		計	7			1	1		
専門家	長期	新規	1		1				
		継続	1		1	3			
		計	2		2	3			
	合計	新規	1		1				
		継続	1		1	3			
		計	2		2	3			
調査団		新規							
		継続							
		計							

形態		分野	商業・観光		人的資源		保健医療	社会福祉	合計
			商業貿易	観光	人的資源	科学文化			
			4,256	2,751	2,773	17,107	104,831		613,704
研修員		新規	2	1	2	1	1		
		継続					1		
		計	2	1	2	1	2		59,803
専門家	長期	新規							
		継続							
		計							
合計		新規							
		継続							
		計							129,590
調査団		新規					8		
		継続							
		計					8		310,590

出所：国際協力事業団 「平成6年度国際協力事業団事業実績表 プロジェクト別経費実績」

1995

第9編 参考資料一覧

- ・ 外務省 『我が国の政府開発援助』 外務省 1995
- ・ 国際協力事業団 『ODA白書』 国際協力事業団 1995
- ・ 国際協力事業団 『国際協力事業団年報』 国際協力事業団 1995
- ・ 国際協力事業団 『平成6年度国際協力事業団事業実績表プロジェクト別経費実績』
- ・ CARE International Madagascar, Les Projets de CARE International à Madagascar, CARE, 1995
- ・ Coopération Française, Fiche Santé Madagascar, Coopération Française, 1995
- ・ Coopération Suisse, Coopération Suisse - Madagascar 1993, Coopération Suisse, 1994
- ・ Croix Rouge Malagasy, Croix Rouge et Croissant-Rouge, Croix Rouge Malagasy, 1993
- ・ Handicap International, Synthèse des Rapports Annuel d'Activité Madagascar 1994, Handicap International, 1995
- ・ La Direction Regionale de Santé Mahajanga et GTZ, Assistance aux Activités de Planification Familiale dans la Region de Mahajanga, GTZ, 1995
- ・ Marie Stopes Madagascar, Planification Familiale: Isotry, Marie Stopes Madagascar, 1994
- ・ Ministère de la Santé/PAM, Plan d'Action National pour la Nutrition, PAM, 1994
- ・ Ministère de la Santé et UNICEF, Plan Cadre d'Operation pour le Pprogramme de Coopération:1996-000(Volume I), UNICEF, 1995
- ・ OECD, Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients, 1995
- ・ SALFA Madagascar, SALFA Health Department brochure, SALFA, 1995
- ・ Union Européen, Lettre d'Information 5/95, Union Européen, 1995
- ・ USAID, Bulletin sur les IRA, BASICS, USAID, 1994
- ・ WWF, Le Programme du WWF à Madagascar, WWF, 1994



