

タンザニア連邦共和国
モロゴロ州保健行政強化プロジェクト
事前調査団報告書

2000年4月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

保健セクター改革に臨んでいるタンザニア連邦共和国では、保健セクター・ワイド・アプローチに則った“ Health Sector Reform (HSR) ” およびその行動計画である“ The Health Sector Reform Programme of Work (1999.7 ~ 2002.6) ” が1999年3月に策定されました。この3カ年計画は保健セクターの中央から州 / 郡レベルへの地方分権化をいかに進めていくかを示したセクター総合活動計画であります。州レベル、郡レベルの行政組織の事業実施、監督能力も共にいまだに脆弱なため、同国は、ダル・エス・サラーム市西部に位置するモロゴロ州の州および州内5郡の組織強化を通じた同州内の保健サービス・システム改善を目標とする本「モロゴロ州保健行政強化」プロジェクトの実施をわが国に要請越しました。

そこで、国際協力事業団は本プロジェクトの準備に向けて、1999年12月に事前調査団を派遣し、その調査結果を本報告書に取りまとめました。

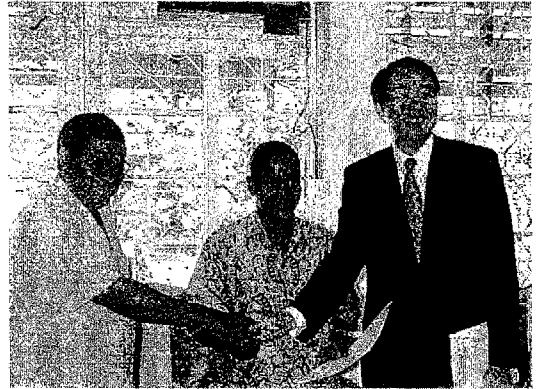
ここに本調査にご協力を賜りました関係各位に対して深甚なる謝意を表しますとともに、今後のプロジェクト実施、運営にあたり関係各位のさらなるご協力をお願いする次第であります。

2000年4月

国際協力事業団
理事 阿部 英樹



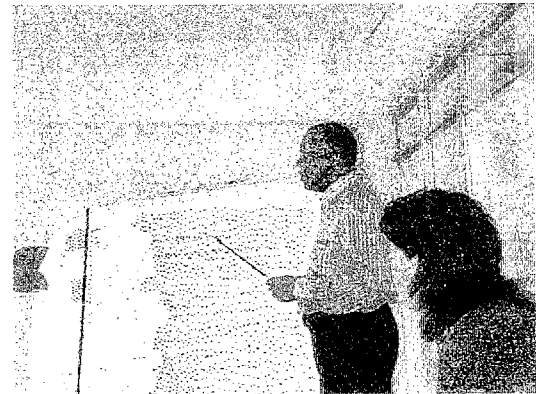
MRALG (地方自治省)
SIJAONA 次官との会見



M/M 署名
MOH (保健省) Dr. UPUNDA
モロゴロ州 Dr. FUPI

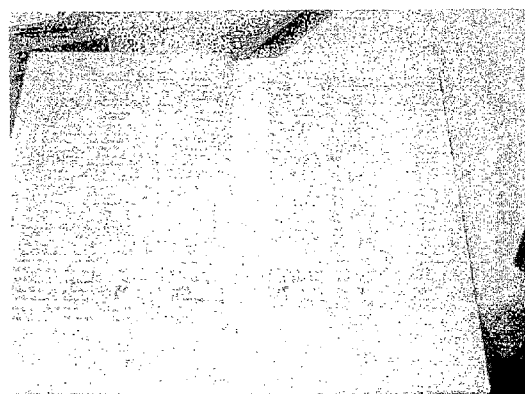
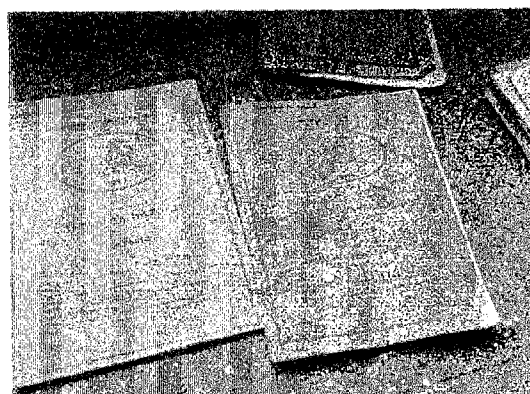
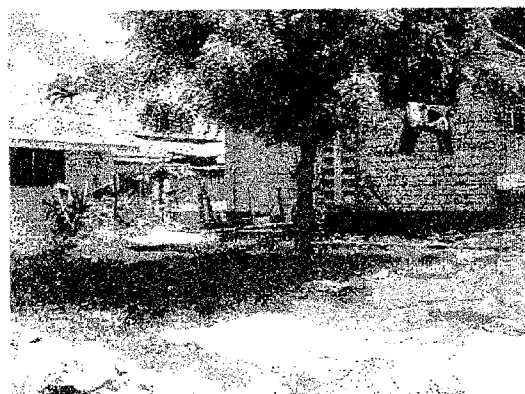
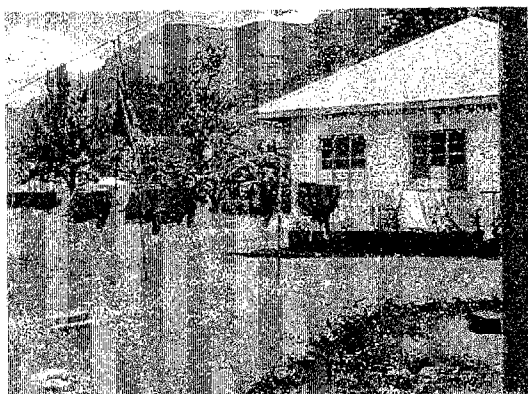


モロゴロ州ワークショップ
Dr. FUPI
Ms. SUMARI
(モロゴロ州行政長官)
遠藤 団長

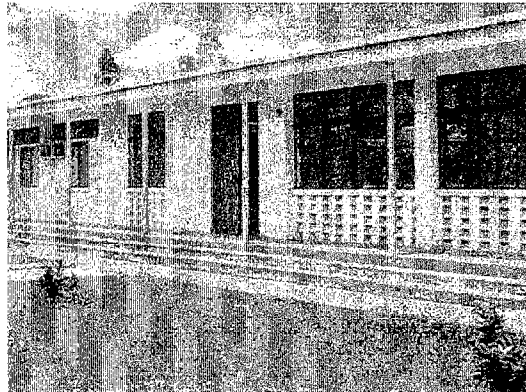
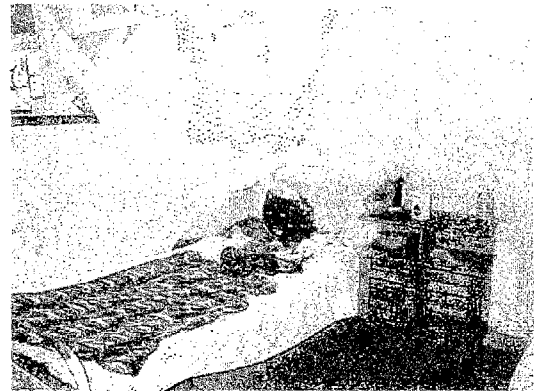
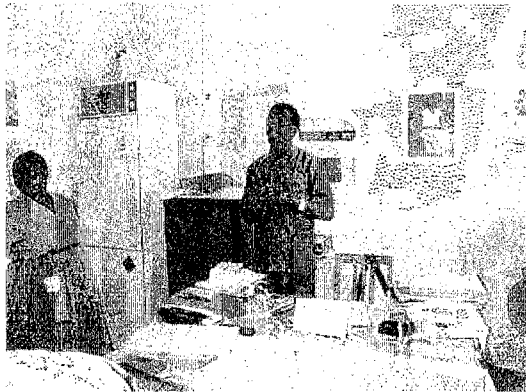
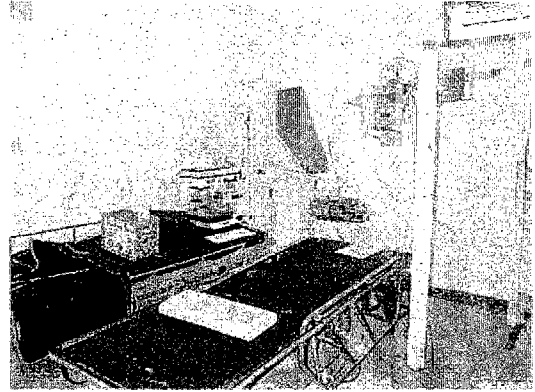
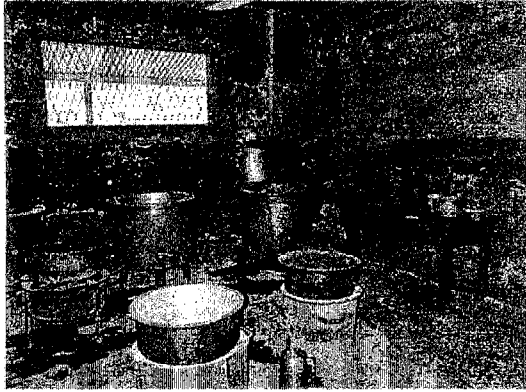


ワークショップ概要

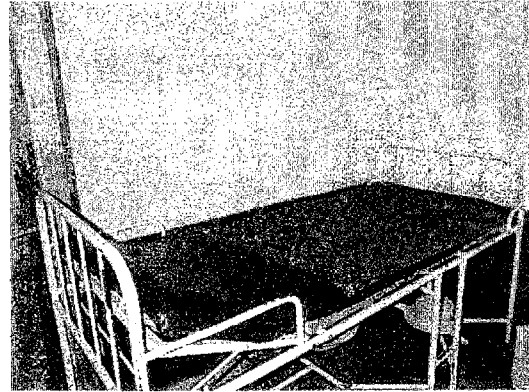
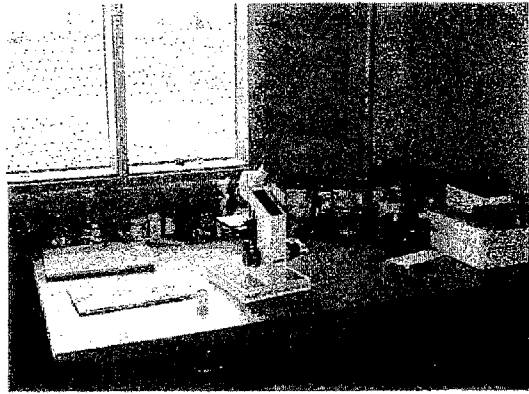
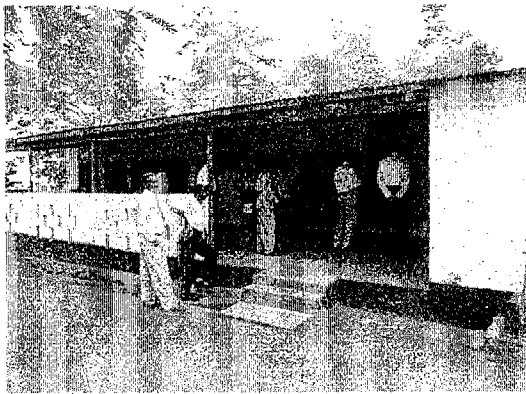
モロゴロ州病院 (1)



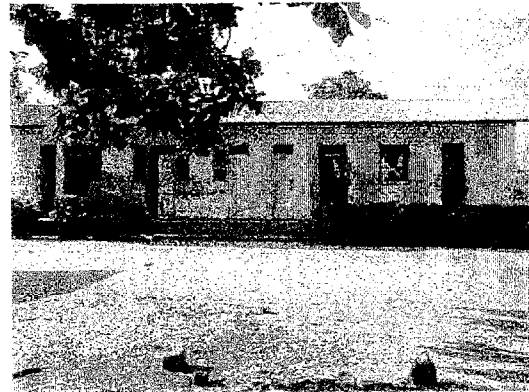
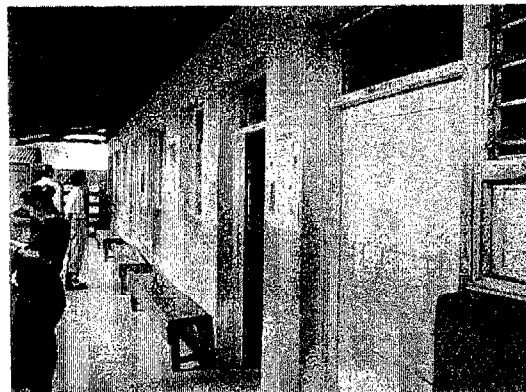
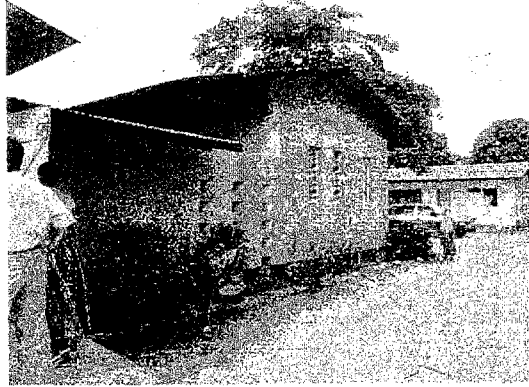
モロゴロ州病院（2）



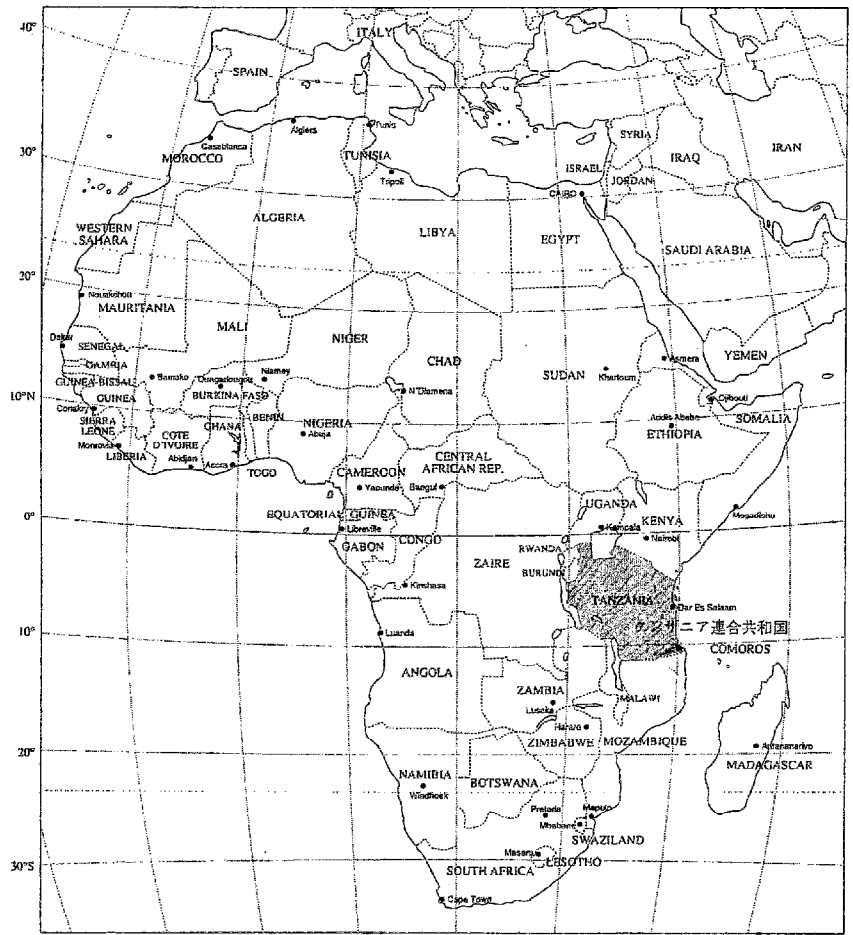
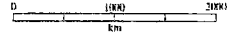
ムラリ・ディスペンサリー



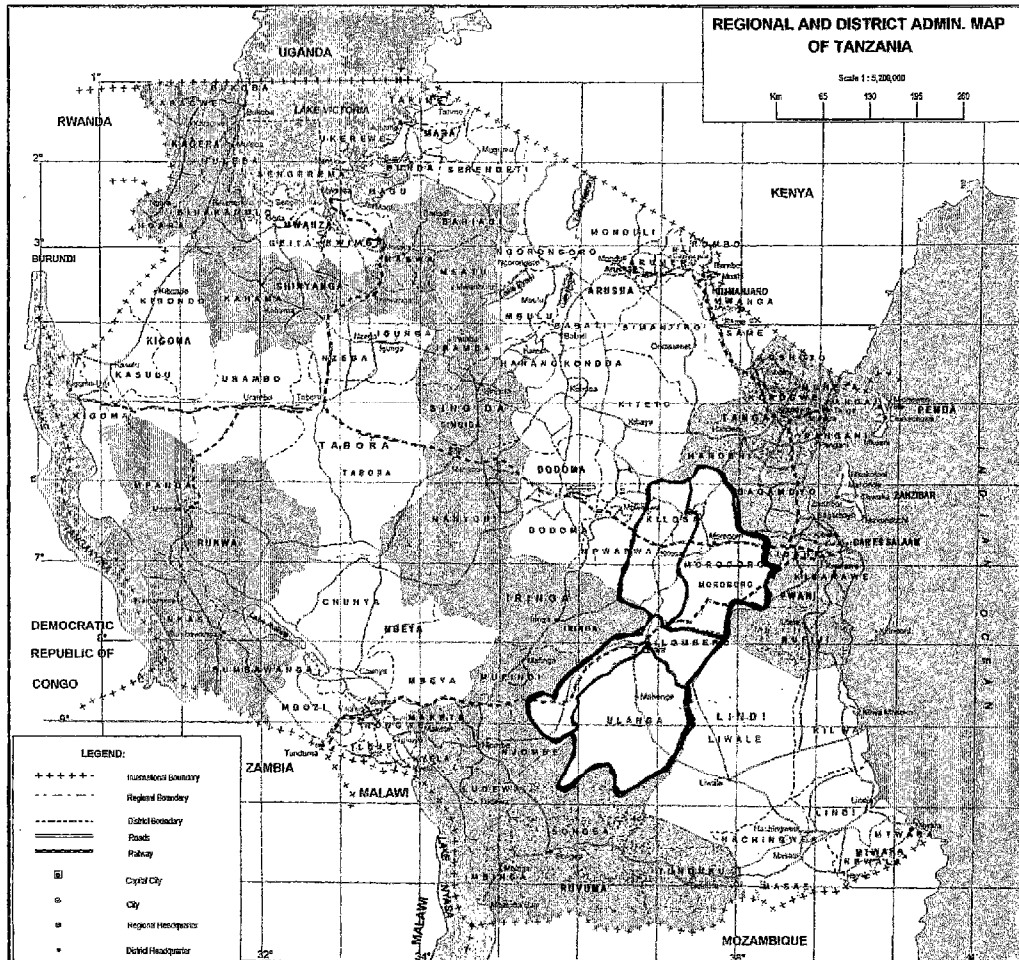
キマンバ・ヘルスセンター



地図：タンザニア連邦共和国



Lambert's Azimuthal equal-area projection



モロゴロ州

目 次

序 文
写 真
地 図

1 . 事前調査団派遣 -----	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的 -----	1
1 - 2 調査団の構成 -----	1
1 - 3 調査日程 -----	2
1 - 4 主要面談者 -----	2
2 . 要 約 -----	4
3 . 団長総括 / 提言 -----	5
4 . プロジェクトの協力計画 -----	7
5 . 相手国との協議概要 -----	8
5 - 1 保健省 (MOH) -----	8
5 - 2 地方自治省 (MRALG) -----	10
5 - 3 モロゴロ州 -----	10
6 . 協力分野の現状 -----	12
6 - 1 「タ」保健システムにおける地方分権 -----	12
6 - 2 モロゴロ州 州 (RHMT) / 郡 (DHMT) 保健行政の現状 -----	17
6 - 3 「タ」保健統計 “ Health Statistics Abstract 1998 ” -----	20
6 - 4 他国援助機関、NGOの実績 -----	22
7 . その他 -----	24
7 - 1 「タ」医師養成システム -----	24
7 - 2 モロゴロ市執務 / 生活環境 -----	25

附属資料

協議議事録 (Minutes of Meeting) -----	29
要請書 -----	35
JICA「タ」事務所調査結果 - 1999年度在外プロジェクト形成調査報告書 (Situational Analysis for Project Formulation Study in Strengthening of District Health Management in Morogoro Region/Final Report) -----	49
HSR-POW (The Health Sector Reform Programme of Work) -----	111
モロゴロでのワークショップ報告 -----	218
地方自治省による地方分権説明資料 (Status of the Implementation of the Local Government Reform Programme) -	230
他ドナー資料 -----	239
- 1 GTZ -----	239
- 2 TEHIP -----	260
- 3 SDC -----	267

1 . 事前調査団派遣

1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

保健セクター改革に臨んでいるタンザニア連邦共和国（以下「タ」）では、保健セクター・ワイド・アプローチに則った“ Health Sector Reform (HSR) ” およびその行動計画である“ The Health Sector Programme of Work (1999.7 ~ 2002.6) ” が1999年3月に策定された。この3カ年計画は保健セクターの地方分権化をいかに進めていくかを示したセクター総合活動計画であるが、この計画では、住民に近い行政単位であるDistrict（「郡」あるいは「県」。本プロジェクトでは「郡」で統一する）を、保健サービスの提供にとどまらず、保健サービスの評価・資金面監理と計画策定の責任と権限を有する行政単位とすることを規定している。

そして、この郡レベルへの業務委譲を進めるにあたり、同レベルの保健行政の能力強化が早急に必要とされることとなり、「タ」政府は従来中央レベルで計画・実施してきた郡レベル事業の監理および人材研修を郡の上部である州（Region）レベルの担当とした。これは保健セクターにとどまらず、国家的な地方分権の動きの一環であり、このため地方自治省が近年設立され、州以下の行政組織を総括している。しかし、州レベル、郡レベルの自治組織の事業実施、監督能力も共にいまだに脆弱なため、「タ」は、ダル・エス・サラーム市西部に位置するモロゴロ州の州および州内5郡の組織強化を通じた同州内の保健サービス・システム改善を目標とする本「モロゴロ州保健行政強化」プロジェクトの実施をわが国に要請越したものである。そこで、1999年春にはJICA「タ」事務所が在外事務所プロジェクト形成調査として本プロジェクトにかかる基礎情報を収集し（報告書は附属資料）、さらに12月に本プロジェクトの実現に向けて以下の項目の調査を目的に、事前調査団を派遣した。

- ・「タ」保健システムにおける地方分権状況
- ・モロゴロ州 / 郡保健行政の現状
- ・他国援助機関、NGO等の他ドナーの保健医療分野における援助実施状況

1 - 2 調査団の構成

担 当	氏 名	所 属
団 長	遠藤 明	JICA医療協力部長
公衆衛生 協力計画	土戸 啓史 不破 直子	千葉県 佐倉保健所 副主幹 JICA医療協力部 医療協力第二課

1 - 3 調査日程

日順	月 日	曜日	移 動 お よ び 業 務
1	11/30	火	ダル・エス・サラーム着 日本国大使館表敬、JICA 事務所打合せ、「タ」大蔵省（援助窓口） 表敬、「タ」保健省表敬
2	12/ 1	水	「タ」保健省打合せ 「タ」地方自治省打合せ TEHIP（カナダ IDRC）意見交換 モロゴロへ移動
3	12/ 2	木	モロゴロ州行政長官（RAS）表敬 モロゴロ州保健医務官（RMO）打合せ モロゴロ州病院、東部ゾーナル研修センター（EZTC）視察 モロゴロ州保健チーム + 5 郡保健チーム（RHMT + 5 DHMT _S ）代表者 によるワークショップ
4	12/ 3	金	RHMT + 5 DHMT _S ワークショップ（2 日目） Mlali Dispensary（モロゴロ・ルーラル郡）、Kimamba Health Center （キロサ郡）視察 モロゴロ州ソコイネ農業大学プロジェクト専門家と意見交換
5	12/ 4	土	ダル・エス・サラームへ移動 母子保健プロジェクト専門家と意見交換
7	12/ 6	月	「タ」保健省、RMO、JICA 事務所と協議議事録(M/M)（案）打合せ SDC（スイス）、GTZ（ドイツ）と意見交換 母子保健プロジェクト視察
8	12/ 7	火	M/M 署名 ダル・エス・サラーム発

1 - 4 主要面談者

(1) 「タ」側関係者

1) 保健省 (Ministry of Health: MOH)

Gabriel L.UPUNDA, Dr. Chief Medical Officer (CMO / 保健省主任医務官)
MANYUMBU Policy and Planning Division Director
Ahmed HINGORA, Dr. PHC Secretariat
橋本 佳珠子 JICA 専門家

2) 地方自治省 (Ministry of Regional Administration and Local Government: MRALG)

Salome T. SIJAONA Permanent Secretary (次官)
B. B. CLAUDIO Assistant Director (Urban Authorities)

3) 大蔵省 (Ministry of Finance) 援助調整窓口

M. N. NGINGITE Assistant Commissioner
R. A. BITUNGWA Japan Desk Officer

4) モロゴロ州

S. SUMARI Regional Administrative Secretary
(RAS / モロゴロ州行政長官)

Ferdinand FUPI, Dr. Regional Medical Officer (RMO)

5) TEHIP (カナダIDRCプロジェクト: Tanzania Essential Health Interventions)

Graham REID, Ph.D. Project Manager

6) GTZ

Helmut GOERGEN, Dr. Team Leader, District Health Support Project

7) SDC

Oliver BURKI Economist, Deputy-Head

Arnold BULUBA Senior Programme Officer - Health

8) ワークショップ・ファシリテーター (参加者リストは附属資料 参照)

Dr. Philip HIZA コンサルタント 前MOH Chief Medical Officer

(2) 日本側関係者

1) 在タンザニア日本国大使館

佐藤 啓太郎 大使

田港 朝彦 二等書記官

2) ソコイネ農業大学地域開発プロジェクト専門家

角田 学 チーフ・アドバイザー

伊谷 樹一 専門家

池野 旬 専門家

3) 母子保健プロジェクト専門家

松林 信幸 チーフ・アドバイザー

山本 珠江 専門家

早川 宗仁 調整員

4) JICAタンザニア事務所

中井 信也 所長

古川 光明 次長

洲崎 毅浩 所員

2 . 要 約

(1) ダル・エス・サラーム

保健省において本プロジェクトの責任者であるDr. UPUNDA (CMO)から要請内容の背景、保健セクター改革内容と進捗状況、セクター改革における本プロジェクトの位置づけ、「タ」保健行政概要等を聴取した。

また、地方自治省でSIJAONA次官と保健行政面での地方分権化計画について意見交換を行った。詳細は別記(5 - 2)のとおりである。

プロジェクト・サイトであるモロゴロ州からダル・エス・サラームに戻った後には、モロゴロ州およびダル・エス・サラームでの前半での協議、視察結果を踏まえての協議議事録(M/ M、別添)を作成し、保健省Dr. UPUNDA (CMO)、モロゴロ州Dr. FUPI (RMO)、遠藤調査団長の三者で署名を行った。

その他、保健分野で同種プロジェクトの協力実績のあるドイツ、スイス、カナダIDRC (TEHIPプロジェクト) の他ドナーと意見交換を行った。

(2) モロゴロ州

本プロジェクトの実施者となる州・5郡の保健チーム関係者(実施責任者のDr. FUPI (RMO)、RHMT) との協議、現状聴取ののち、保健チーム関係者、モロゴロ州病院関係者等を招集し、本プロジェクト準備および保健セクター改革に関するワークショップを開催した。

また、モロゴロ州病院(モロゴロ・アーバン郡)、ムラリ・ディスペンサリー(モロゴロ・ルーラル郡)、キマンバ・ヘルスセンター(キロサ郡) を視察した。

いずれも詳細は後述のとおりである。

3 . 団長総括 / 提言

(1) 本プロジェクトの背景としてのHSR/LGR

「タ」では現在、医療費支出に対する患者負担および税以外の形態での医療費の住民負担を求めコスト・シェアリングと、サービス提供を効率的に行い、住民に対するアカウントビリティを増すための管理体制強化を内容とするHealth Sector Reform (HSR)、および郡に独自税財源および使途を定めないブロック・グラントを与え、人事権も移行し、主体性をもって医療サービスを提供させようとするLocal Government Reform (LGR)が進行している。今回の「タ」要請プロジェクトは、このHSRを実行するために、全国の114の郡と、郡と中央政府の間に位置する20の州が、中央政府ではなし得ない具体的な指導を郡に対して行うことができるようにするため、ダル・エス・サラームの西200kmに位置し、内包する5つの郡がバラエティに富んだモロゴロ州を選んでモデル的に実行するものである。

HSRは保健省が、LGRは地方自治省が所管して実施するものであり、他のセクターの改革と合わせ、政府全体で構成するステアリング・コミッティによって進められている。「タ」の公務員人事は各省が推薦するものの、大統領府がその採用、昇進を一元的に決めており、また保健省次官は前地方自治省次官であるなど、この改革には政府全体が協調して当たっている。

LGRは3段階に分けて行われ、2000年1月には全国35郡で試行が始められることになっており、われわれの調査時、すでに現場では患者負担が始められ、またはその準備のため、薬剤、検査等のコスト計算が伝票によって行われていた。しかし、州や郡レベルのスタッフのHSRの理解度は低い。これは、現在の改革の計画が起草されてから実施に移されるまでに5年かかっており、今後の実現可能性に疑心暗鬼であること、改革内容の説明会などが開催されておらず、HSRの説明が普及していない可能性があることによるものと思われる。今回実施したワークショップは、プロジェクトの準備の一部とはいえ、実際には保健省側のHSRの説明と、それに対しての州・郡側の人・モノ・金の不足の訴えが主であった。ドナーに頼らない資金調達が可能になっていくのか、効率的な資源配分がどのように行われていくか、今後の改革の進行が注目される。

(2) プロジェクトへの提言

モロゴロ州で観察した印象では、医療施設側の態度は、基本的には患者が訪れてくるのを待って治療（もしくは予防接種など）を施すというものであり、住民のなかに入って住民参加による健康増進を図っていくという姿勢に乏しい。広範囲に散在する集落間のアクセスが悪いこと、旅費などの予算不足など、住民のなかに入っていくことが困難である事情は理解できるものの、情報の流れを改善しないことには好結果は期待できない。

今回面談した保健現場のスタッフに、得られた数字の意味を考える能力が欠落していることなどは果たして短期間に改善が可能か心許ないが、カルテが病院側に存在しないことにより医療従事者の行ったサービスの品質管理が行えないなどのシステムを改善していくことは、当面可能と思われる。

「タ」保健省側は、日本の専門家が何かを持ち込んで彼らがいなくなったらそれで終わり、というのだけはやめてほしいと願っている。また、プロジェクト準備の当面の作業としてはモロゴロ州内各郡担当者による実態把握が必要と思われる。日本から派遣される専門家としては、将来的にはサービスの内容を治療から予防にシフトさせたり、サービスの質を向上させていく先見性のある医療知識も求められるが、当面はカウンターパートにどのようにオーナーシップを育てていくかが課題であり、専門家自らが何かを行うというよりも、カウンターパートの資質を育成するという技術が求められている。

4 . プロジェクトの協力計画

保健省との協議 / ワークショップ討議内容から、プロジェクト活動の初年度はモロゴロ州内各郡の現状把握・分析能力強化およびHSR啓蒙普及が必要と思われる。

2年度以降の活動内容は、初年度結果を踏まえての州 / 5郡保健計画策定支援となり、具体的には以下の4点が考えられる。

- 1) 州の保健行政にかかる計画策定支援 / 郡事業監理能力の強化
- 2) 郡の地方保健行政にかかる計画策定および予算管理能力の強化
- 3) 郡の保健行政にかかる資源管理能力の強化 (人材・施設・資機材・消耗品等管理)
- 4) 郡の保健行政にかかる人材活用計画策定能力の強化 (EZTCとの連携)

専門家派遣の活動分野としては、

チーフ・アドバイザー (リーダー)

業務調整員 に加え、

地域保健計画---予算・資機材 (基礎医薬品含む) 管理と活用計画

地域保健行政---HSR啓蒙活動・組織化支援・人材開発

が想定され、カウンターパート研修の内容としては日本国内の僻地保健施設視察、地方自治体における保健行政活動の理解等が考えられる。

プロジェクト期間を通じて大規模な機材投入の必要性は認められず、事務資機材、通信・運送関連機材、あるいは基礎的医薬資機材が考えられる。

プロジェクト実施を通じて「タ」カウンターパートが養うことを目標とするべきなのは、たとえば以下の事項の判断 / 策定能力であろう。

- 1) 活動ターゲット人口 / 層の特定と地域的・社会的状況の把握
- 2) 活動ターゲット層の問題点把握、そのうち行政支援が必要な問題点の抽出
- 3) 問題点の重要 / 緊急度、優先順位づけ
- 4) 対策の策定
- 5) 対策実施に必要な資源およびそのうち既存資源の確認 等

5 . 相手国との協議概要

5 - 1 保健省 (MOH)

(1) HSR概要

「タ」では、1990年代前半からの保健サービス供給システムの効果性追求を背景に、1997年よりドナー資金の包括的・効率的利用などのSector Investment Program (SIP)概念を取り入れた「改革」ととまらないセクター全体の見直しを目的としたHSRが着手され、保健システム構成要素の機能見直し(「タ」保健システムは後述)を含む“The Health Sector Reform Programme of Work (POW) July 1999-June 2002”が1999年3月に策定されている(附属資料)。POWはさらに1年ごとのThe Health Sector Plan of Action (POA)により詳細にその活動計画および予算が組まれており、その目標/戦略は以下のとおりで、さらに各目標/戦略ごとに詳細なプロジェクト計画が示されている。

- 1) 郡レベルにおけるプライマリ・ヘルスケアのアクセスと質の向上
2000年から全国35モデル郡での保健サービス強化
(District Board編成、基礎疾患対応等)
- 2) 二次、三次保健医療サービスの一次保健医療への支援力強化
二次・三次保健医療施設(州・国立病院)強化(病院改編等)
- 3) 保健サービス・デリバリーや従事者に関する政策および管理能力の強化
保健省の強化(立案・評価能力強化、地方自治省等各省との連携等)
- 4) すべてのレベルでの保健医療従事者の能力強化のための適切な人材育成計画の実施
人材管理整備(特に郡レベルでの人的資源管理・育成等)
- 5) 人材、医薬品、機材、車両、連絡手段、施設等の管理能力強化
中央でのサポート・システム整備
(医薬品、機材維持管理、保健統計、輸送システム等整備)
- 6) 保健財政(コスト・シェアリング、保険制度導入等)
- 7) 官民ミックス(民間・ミッション振興、伝統的治療の再評価等)
- 8) ドナーとの協調(HSRへの支援取り付け)

(2) HSRの阻害点

- 1) 州/郡レベルでの財政・資金不足およびそれに起因する資機材不足
- 2) 同人材不足

特に郡での実質的な実施責任者であるDistrict Medical Officer (DMO)、District Executive Director (DED)の能力不足、RHMT/DHMTのチーム協働概念の欠如。これ

に対応すべく郡保健関係者向けに短期（村落ニーズ把握に向けてのチーム・トレーニング等）・長期（モシ、ムヒンビリ等での公衆衛生コース等）の各種研修を実施したが、所期の目的を達してはいない。

3) 官民ミックスの不備

「タ」では独立後から欧米ミッション運営の保健施設は存在したが、社会主義体制のもと通常の民間経営の保健活動はきわめて限られた程度でしか許されていなかった。1991年に民間保健活動は自由化されたが活性化しておらず、HSRで重要アクターのひとつと位置づけられている民間運営の保健活動の育成と、健全な官民ミックスが必要とされている。

4) また、現実的な問題として、保健省（大蔵省）会計年度が7～6月、地方自治省（地方財政一般）会計年度が1～12月となっていることも、今後スムーズな移行の障害となることが予想される。

さらに、POAに記されている活動の資金源として、プールドファンド（コモンバスケット）の資金が想定されているものも多いが、プールドファンドの進捗が遅れており、活動が実施できないなどの問題も発生している。

加えて、これは「タ」のみでなく途上国一般にいえることであるが、物理的基盤の不足に加え、情報伝達制度の不備、さらには情報伝達の必要性の認識も低いことが懸念される。

(3) 本プロジェクトについて

モロゴロ州をサイトとして選定したのは、首都からのアクセスが比較的容易であること、かつ同様にアクセスしやすいコレスト州に比してプロジェクト実施の素地があるとの判断からであるとの説明があった。モロゴロ州には、1992年3月～1997年2月までキロサ郡イロンガ母子福祉センターに青年海外協力隊グループ派遣の実績があり、現在もカナダTEHIP（モロゴロルーラル郡）、スイス（キロンベロ郡）等の大規模なドナーが入っており、将来的にプロジェクト同士の相互補完の可能性も考えられる。実際に、既存のドナーのプロジェクトとの調整はすでに開始されており、随時連携、協調を図る準備は進められている。現行の保健システム構成要素の最大限活用が可能であり、新たな枠組みを構成する必要がないとの説明を得た。

また、プロジェクト活動内容は、機材 ドル、研修対象人数 名といった数字での実績よりも、教室型座学ではなく各郡の保健計画策定支援自体を研修活動と位置づけ、HSRに向けての各郡主体の実態把握 現状分析 課題抽出 対策検討・実施・評価の一連のプロセスを重視していききたいとの保健省の強い意向が示された。

カウンターパートについては、本プロジェクトは保健省が責任機関となり、保健省内部ではDr. UPUNDA (CMO)以下Policy & Planning Divisionとゾーナル研修センター（ZTC）を担

当するHealth Human Resource Development部が、将来的には、現在州・郡病院担当のRegional & District Hospitals部も関与することとなる。実施主体はモロゴロ州・郡レベルで、州の責任者はRMO (Dr. F. FUPI)、実施担当者はRHMTとDHMTを中心とする保健行政関係者となる。

5 - 2 地方自治省 (MRALG)

(1) LGRについて

地方レベルに資金・人事管理面を含めるAuthorityとResponsibilityを移行することを最終目標とし、以下の育成を目標として改革を施行中である(説明資料附属資料)

自律権限を有する州 / 郡制度

資源 (特に資金・人的面) を有する州 / 郡制度

民主的に選出された指導者による地方自治

開発計画・実施への住民参加を可能とする地方自治

地域ニーズを反映した制度構築

透明性 / アカウンタビリティを確保した自律制度構築

を柱とし、ドナーの支援を得つつジェンダー、市民教育にも留意し、3フェーズを内包する1999年7月～2004年12月までの4年半計画で進めていく意向。財政面では徴税、予算管理・策定のアカウンタビリティ構築が特に重要であり、HSRとの関連では、保健サービスが村落 / 共同体レベル、また家庭 / 個人レベルまで必要なサービスが到達するメカニズムの構築にLGRが貢献すると考えている。郡レベルのHSR / LGR実施主体はDEDとなり、行政面では地方自治省、保健技術面では保健省との連絡調整をDEDが担うことになる。

現在のところ行政区分の見直しは考えていない。

5 - 3 モロゴロ州

州側実施責任者となるDr. FUPI (RMO)によれば、本プロジェクトは教室型座学研修ではなく、日常的なOJT的実地研修を手段とした州 / 郡保健関係者の能力構築が目的とされるべきであり、プロジェクト初段階にはまず課題と問題点を把握するための現状分析が主要活動として必要と考えられる。

同ワークショップには、RAS等モロゴロ州行政幹部が出席するなど、サイトであるモロゴロ州の期待が伺われた。ワークショップでは保健省から改革計画の内容が説明されたのを受け、5郡代表者が各々の郡の現状、問題点等を発表。全体的には、保健省出席者からの上意下達的なHSR説明に対して、州 / 郡保健チーム参加者からの各種資源の不足の訴えが主で、HSRおよびプロジェクト活動そのものへの主体的参画の態度が明らかではなかった。

調査団からは、本プロジェクトはHSRの一環であること、プロジェクトの持続性を確実にするため州および郡の主体的活動を側面支援することが日本側の行動指針であることなどを説明し、参加者の理解と今後の主体的参加を求めた。

ワークショップ内容は附属資料 のとおりである。

6 . 協力分野の現状

6 - 1 「タ」保健システムにおける地方分権

(1) 日本の地方分権 - 比較のために

「タ」の地方分権の状況を知るために、まず日本の地方分権を復習する。日本との違いを知ることが、理解への早道だからである。

日本の地方自治体は、基本的には都道府県と市町村に分かれる。このほかに東京都の特別区と地方自治体の連合としての一部事務組合、また政令指定都市および中核市などに細かく分けることができる。

都道府県と市町村はどちらも普通地方公共団体として法律上の立場は同等になっている。地方自治体の行う事務は、法律で国の権限を地方自治体が行使する法定受託事務と地方自治体の固有事務に分かれている。ただし保健医療分野では、政令市保健所が置かれていて、政令指定都市、中核市、政令で定められた約30の市、特別区は保健所をもっており、都道府県の保健所とほぼ同様の事務を行う。都道府県の保健所では、県本庁の行うべき事務を保健所に委任している場合があり、市の保健所でも市が行うべき事務を行っている場合があるので、両者の保健所が実際に行っている業務には見かけ上違いがある。

都道府県は広域的なサービス業務（結核感染症、精神保健医療、医療監視、薬事監視、食品監視等）を行っている。市町村はその区域内の基本的なサービス業務（母子保健、老人保健等）を行っている。

人事はそれぞれの自治体内部で行われており、都道府県の多く、大都市の一部では中央省庁からの出向人事がみられるものの基本的には自己完結している。このことは、保健医療分野でいえば、特に小規模自治体で人材確保に苦労することを意味する。ただし、逆に予防接種などで地域の医師の協力を得るなど、地域に存在する資源が活用されるという意味合いもある。

財政的には、地方税収が平均的には総予算の3割（最近の不景気下で2割に近づいている）しかなく、残りは自治省の配分する用途を限定されない地方交付税、各省の厳しいチェックを受ける補助金、地方債などで賄われている。

また、水道、交通、病院などは地方公営企業として独立採算で運営することとされている。ただし、自治体の経営する病院、特に都道府県立病院は、中核的な病院として特殊な医療を担っていたり、設備投資や人員配置が過大であったりして、軒並み赤字を出して一般会計からの補填に頼っている場合が多い。

わが国も地方分権のかけ声が高く、用途を指定する補助金を減らして交付税に移行させているが、このような移行に際して、国の関与を残す意味で保健医療計画、老人保健福祉計画など計画をつくらせて国の指導を残しているものが多い。

(2) 「タ」の行政の現状と地方分権

次に「タ」の行政の仕組みの現状とそれをどのように変化させていくのかをみていこう。なお、タンザニア連邦共和国は、タンザニア本土とザンジバルに分かれており、これからの説明はタンザニア本土のみについて触れる。

「タ」の1982年地方自治法の改正法は、1999年2月国会を通過した。

「タ」の行政レベルは、基本的には下記の6レベルに分かれている。ただし、大都市特例があったり、Villageの下位にMitaa (Neighborhood)やVitongoji (Hamlet)があったりする。今回の調査ではDivision以下についてはほとんど情報が得られなかった。もっとも直接プロジェクトが対象とするのは、RegionおよびDistrictレベルである。ただ、住民レベルに入りこんでいくためには、さらに下位レベルの行政情報も必要になってくるだろう。

- ・ Central (中央)
- ・ Region (州) - タンザニア本土が20の州に分けられている。
- ・ District (郡 Wilaya) - 各州の下に全土で114の郡がある。モロゴロ州には、モロゴロ・アーバン、モロゴロ・ルーラル、キロサ、キロンベロ、ウランガの5つの郡がある。
- ・ Division (tarafa)
- ・ Ward (kafa)
- ・ Village (kijiji)

行政は、制度、財政、人事で動く。制度は基本的に国でつくられるので、地方分権の本質は財政、人事の地方化にある。

制度面では、M/M署名の日に薬事法改正案の事務次官以下の検討会にぶつかってしまったところを見ると、アメリカの議会主導型よりも日本の官庁主導型に近いように見える。さらに下記でわかるように、財政的にドナーに頼っている部分が大きく、ドナーが発言権をもっているため、一筋縄ではいかない。

今回の改革ではDistrictに行政実施の中心を移そうとしている。そのためDistrictのCouncil (議会)の権限を強化し、財政および人事の権限をDistrict Councilがもつようにする。

財政面では、中央政府が直接医薬品を供給したり、Regionを通じてDistrict公務員の給与を支払っていたりしたものを、Districtに徴税権の一部を移したり、用途を定めないブロック・グラントを渡したりする。ただし、税は徴税が難しく、これまで中央政府がとれていなかったものを地方に渡して、それを完全に徴収するにすれば財源が得られるというのが地方自治省次官の説明であった。地方独自財源は絵に描いた餅の気配が強く、実際にはブロック・グラントに頼ることになるだろう。予防接種、結核対策などの個別プログラムの予算も、ブロック・グラントに含めるようにするようだが、わが国では補助金を廃止して交付税に移す際に

は、その実行を担保するため地方に定着しているという条件が付される場合が多い。「タ」で一気にブロック・グラント化を実行した場合、個別プログラム実行の担保がどのようにして得られるか、今後の課題となるだろう。

地方分権推進のために中央政府が1999/2000（政府予算は7～6月、地方予算は1～12月で組まれている）年度に用意する予算は500万円余（4,375万Tsh）でしかない。オランダ、フィンランド、ノルウェー、デンマーク、アイルランド、イギリス、UNICEF、EUが総額9億円（72億Tsh）をコモンバスケットファンドに拠出する約束をしているが、1999年12月現在まだ払い込まれていない。

地方分権は、2000年1月に第1フェーズの35の郡で行われ、2001年の第2フェーズ、2002年の第3フェーズで全郡が対象となる。国家予算が年度の関係からその前の年の7月に用意され、次の年の1月からの地方予算に間に合うようになっている。

モロゴロ州では、第1フェーズの対象として、モロゴロ・アーバン、ウランガの2郡が選ばれているが（選定の背景・基準は明確にされていない）、何をやるのかについての郡レベルの理解度は低く、特に次に述べる人事面での変革への不安が強いように感じられた。

地方政府に予算が移ることにより、地方自治省の権限が増えることになり、基本的には保健省の役割は技術面での指導に移っていくことになる。ただし、医薬品供給は保健省が直接行っているため、この民営化が進むまではそれほどの違いは生じないのかもしれない。

予算面の改革は所詮地方財源が少ないなかでは、手続き上の改革の面が強いようにも思えるが、先にも述べたように地方自治が浸透すると逆に地方の独自性が発揮されすぎて、必要なサービスが行われなくなる懸念がある。

人事面の改革は、これまで実質的に保健医療を担ってきた人たちの所属をDistrictに移してしまうというもので、財源との関係もあり、スムーズに移行するかどうか1月からの推移をみていく必要がある。

これまで人事は、保健省に所属する人についてはDistrictレベルまで保健省が責任をもってきた。ただし、採用、昇進については、それぞれ大統領府にあるCivil Service DepartmentおよびCivil Service Commissionが決定することになっており、日本に比べて人事権限の集約がなされている。このような人事制度のなかでは、昇進の可能性がきわめて多岐にわたり、上昇指向の人はしのぎを削るのに忙しいことだろう。実際にはHealth Facilitiesの人事はDistrict Executive Director (DED)、Districtの上のほうおよびRegionの下のほうの人事はRegional Administrative Secretary (RAS)、Regionの上位人事は保健省が掌握している。

これまでRegionがもっていたDistrictのポストをDistrictに移す作業が行われている。今後Districtレベルが人事権をもった場合の課題は、人材の確保がDistrictレベルでどこまで可能になるかであろう。ただし、現状では人事が中央で一本化されているために、優秀な人材は本省

に集中する傾向があるものと思われるが、地方分権化により優秀な人材が地方に残りやすい可能性はある。

地方分権は、サービス供給の中心となるDistrictに対して行われる。日本では、都道府県という中間的な地方自治体が存在するが、「タ」では、相当するRegionは国の出先のままで置かれ、その権限は微妙なものがある。日本では、地方における国の出先機関は中央の本省の統制のみを受けるが、「タ」のRegionレベルにある保健省の出先は、Regional Commissioner（知事、実際の行政権限はその下のRASが持っている）の支配も受けている。地方分権後は、Regionレベルは、Districtの指導という、どちらかといえば抽象的な権限を有することになり（これまで何をしてきたかは別として）、この指導的役割について、RASの地方自治省の代弁者としての積極的な姿勢（つまりDistrictにはまだまだ力が伴っておらず、Regionの積極的な関与が必要との立場）と比較して、Regional Medical Officer (RMO)の何をすればよいのかという態度が対照的であった。

このプロジェクトは、保健省の出先機関としてのRegionがDistrictに対して行う指導機能を高めることが第1の目的であり、第2の目的がDistrictレベルの計画、実行、評価機能を高めることにある。日本の地方分権の状況と照らし合わせて、実態にそれほどの変更が生じるとも思えないので、「タ」側の時宜にあったプロジェクトとの評価に比して、住民の健康度を上げるといった効果はあげにくいと考えられるものの、少なくとも地方分権の現場に立ち会い、それを見つめることにより、見つめられた人たちが元気を出して指導を行い、計画をつくり、実施し、それを評価するという効果は期待できる。いずれにせよ、RegionなりDistrictにいる人たちに問題を発見し、解いてもらう必要のあるプロジェクトなので、こちら側にとっては、彼らが何を問題と思い、それをどう解決しようとしているのかを知ることが第一である。その意味では今次の調査では、保健省にとってこの地方分権を進めていくことが重要であり、そのなかでRegionの役割を位置づけたいという意図を明白に感じとったことが収穫であって、保健省の要請のなかに位置づけられたRHMTやDHMTの考えていることには十分接近できていない。

また、モロゴロ州のRASの積極的な関与が得られたことで、RMOが安堵の色をみせたということは、RHMTの活動にRASが重要な影響力をもっていることを示しており、このことはおそらくDistrictレベルでも同様の関係がDHMTとDEDとの間にあるものと推測され、この関係は地方分権によって強くなることはあっても弱まることはないだろう。

（3）HSRとモロゴロ州

地方分権は、保健省からRegion、Districtへ下りる縦の関係よりも各行政レベルの横の関係を強化することを意味する。特にDistrictの主体性が強調されるなかで、Regionの新しい姿を

つくっていくことは、特に保健省にとって、地方分権後の縦の関係をどのようにつくっていくのかを考えるうえで重要な意味をもっている。RASが強調していたが、中央政府が直接一つのDistrictの状況を把握し、その特殊事情に合わせた実行を指導するには無理があり、Regionレベルで保健省の意図を理解しつつそれを地域に適応させることが必要である。

地方分権が政府横断的に行われようとしているなかで、各セクターはそれぞれのReformを行っており、保健医療分野では繰り返してきたようにHSRが進行している。その内容は、これまで無料で提供されてきた医療に患者負担を組み込もうとするUser Charge（州病院で導入されており、初診500Tsh（63円）、医薬品材料費500～2,000Tsh程度）、住民負担を組み込むというCommunity Health Fund（年間5,000Tsh（625円）を払うことにより、外来の負担を免れる）およびNational Health Insurance（実態不明）のコスト・シェアリングと、効率的な医療供給をめざし住民へのアカウントビリティを増すための各種情報システムからなっている。

今回の直接のターゲットとなっているRHMTおよびDHMTは、このようなHSRを配下のHealth Facilitiesに実行させる責任をもっている。Teamと名付けられているものの医師、看護婦、薬剤師、Maternal and Child Health Coordinator、Cold Chain Officerなどそれぞれが自分の責任範囲をもっており、RegionもしくはDistrictの保健医療を総合的にみていくような組織には見受けられない。そもそも日本語での保健という概念に乏しく、日本語では医療のみを行っていると考えたほうが正しい。そう考えれば、基本的な保健統計が整備されていないこと、健康教育や住民参加型の保健活動が少ないこと、出前型のサービスが行われていないことが理解しやすい。

わが国は、歴史的に保健と医療という概念が対立している珍しい国であり、保健は公的セクターが担い、医療は私的セクター優位で進められてきているという制度的な対立関係もある。1961年の国民皆保険、1973年の老人医療無料化と高額療養費償還制度によって、医療需要が喚起され、医療供給体制が拡大し、疾病構造が感染症から生活習慣病にシフトするにつれて、医療にも予防の概念が取り入れられていくが、いまだに予防は保健セクターの担当という固定観念も残っている。

このような日本の歴史のなかで保健セクターの果たしてきた最大の功績は、保健統計がきちんととられ続けてきたことにあるかもしれない。それによって、時代の移り変わりとともに保健医療従事者が何に優先順位を置くべきかが示されることとなっているからである。

「タ」では、歴史的に民営の医療は宗教団体にのみ認められてきており、国営の医療体制がとられてきた。特に1977年から1991年までは、宗教団体の病院もその財産を国が没収し、国営医療の体制に組み込んできた。1991年の改革で宗教団体はその財産を返還され、その他の民営医療も許可されるようになっているが、いまだに宗教団体側の不信感が残っている。「タ」で

は現在ではおよそ40%の医療が民営化されているというが、今回調査したモロゴロ州では、宗教団体の病院も国との契約を行っており、国営医療の体系のなかで一般的な医療が行われていると考えてよさそうである。

医療体系は階層化がなされており、モロゴロ州においては330床の州病院が1つ、各郡には公立の病院1つと宗教団体の運営する病院が1～2カ所、その下に3～10の有床診療所（ヘルスセンター）、その下に人口7,000人に1カ所程度の無床診療所がある。

形式的には階層化がなされているものの、道路事情が悪く、対応不可能な場合に上位レベルに紹介することは行政的には無理といつてよい。また上位レベルに適切なサービスが存在しているわけでもない。ドクターと呼ばれる人には2種類あるが、郡内には大学を出たRegistered (Medical) Doctorは通常1人しかおらず、Assistant Medical Officer (Licensed Doctor)も1人となると、医療水準には期待がもてなくなる（「タ」医師養成制度は後述）。ただし、この人数が信頼すべきものであるという保証はなく、またClinical Officer（旧称Medical Assistant）と呼ばれるパラメディカルも存在し、正確な医師の陣容についてはさらに調査が必要である。このほかRural Medical Aidesは、7年ののち3年の専門教育もしくは7+4年ののち2年の専門教育によってなるとの説明であった。Nurseも、7+4年ののち4年の専門教育を受けるAと7年ののち3年の専門教育を受けるBに分かれている。こうしてみると、Nurse Aの教育レベルはかなり高いことがわかる。

6 - 2 モロゴロ州 州（RHMT）/郡（DHMT）保健行政の現状

州都モロゴロ・タウンは、首都ダル・エス・サラームから内陸へ180km（道路の整備状況はおおむね良好）の、地方の中核都市である。「タ」全土での交通の要所であり、トラックやバスをはじめとする車やバイク、また往来の人通りも多い。州の総面積は7万3,000km²（ほぼ北海道に相当）、人口は165万人である。

行政区は5 District、さらに30のDivision、140のWard、473のVillageからなる。

人口の14%は州中心のモロゴロ・アーバン郡（面積割合0.4%）にあり、この郡の人口密度は900人/km²と他の4郡（10～30人/km²）と大きく異なる。

保健医療の提供拠点は、病院が各郡に2～3カ所、州全体で12。ヘルスセンターが計30、診療所が246あり、6,000～7,000人当たり1診療所の割合である。

乳幼児死亡率や妊産婦死亡率が高く、マラリア、上気道感染症、下痢性疾患、寄生虫、HIV/STD、眼疾患や外傷などが主たる疾患である。

（1）モロゴロ州病院

モロゴロ州病院は6科330床。もともと軍の収容施設として建設された平屋建ての15棟ほど

の建物が雑然と並んでおり、各々屋外廊下で連絡されている。病院としての設立は1954年と半世紀近くを経過し、エントランスや外来診療棟はドナーの援助により改築されている。資料によれば、1998年の外来患者数3万1,980人、入院患者数1万4,229人とある。マラリア、寄生虫、STDなどの感染症のほか、外傷や眼疾、また高血圧や糖尿病が同病院での主な疾患で、外来診察室は6～7つのコンパートメントに区分され、Clinical Officer (CO)が診断から処置まで行っている。

受付ではまず500Tsh払って、初診患者は個人手帳を渡される。A 5版50ページほどの単なる手帳で、これがカルテの役割を果たすが、内容的にメディカルレコードとは言いがたい。病院側の記録としては、診察室、検査室、レントゲン室、包帯室、注射室、処置室などで患者1人1行もしくは見開き1行の台帳に簡単に氏名、処置内容を記載するだけで、病院側で1人の患者に対して行ったすべての記録を突き合わせることは不可能といってよい。品質管理の観点からは、どういう所見に基づいて診断に至ったかなどを追跡することができない。データ管理という観点でいえば、1人の患者の名前があちこちで重複して記載されるのは、時間の無駄、誤記載の可能性、突き合せの不便さなど好ましくない点が多い。

診療代金の払えない患者は、相談室に行って払えない証明を受ける。

外来は5つの診察室があってCO (Medical Assistant)が問診を行っていた。血圧計が共通で1個、聴診器も足りない。COの手に負えないものは、別に特殊外来があって、Medical Officer (MD)またはAssistant Medical Officerが診察する。こちらの患者台帳は、糖尿病、高血圧などいくつかの疾患別になっていた。

レントゲンは、ポータブルを据え付けにしたものが1台。ベッドがあってその上に線源がある。ここでも料金を徴収される。検査は電源付きの顕微鏡が1台。

薬局の薬の種類は20種類程度。外来で500Tsh、入院で1,500Tsh程度の負担をとられる。

病棟は13に分かれ、差額ベッド棟は15床、1人部屋から4人部屋、一般病棟は25床程度の大部屋である。女子病棟には30人以上入院しており、ベッドをシェアしている人がいる。

80%ほどの病床利用率。これが常態であれば、平均在院日数は7日程度。

産科病棟は、正常異常を含め、年間400程度の出産。産後6時間休んで帰宅する。避妊外来ももっており、4児までの母親にはノルプラント、5児出産以降の母親には卵管結紮を勧めているとのことであった。

手術室では、清潔区域はきちんと分かれており、術衣を着た4人が清潔にふるまっていた。RMOは腕のいい外科医だったそうだが、整形外科の病棟では、材料の不足のため、大した手術はできないとの説明であった。

医薬品倉庫は、整然として豊富な在庫を有していた。帳簿記録および在庫整理も秩序だっで行われている。1999年6月にドナーからの2,600万Tshを含め3,600万Tsh相当の医薬品を入れて

回転基金を始めたとのことだが、9月末で1,000万Tshの在庫。患者からの収入は50%で、免除されている人の分700万Tshは政府から支払われることになっているが、まだ来ないとのこと。それにしても、ドナーからの分が回収できるとは思えず、いずれ破綻することが予想される。

食事は基本的には自炊。近親者等の助けが得られない人には病院給食があり、5リットルほどのコーンの粉のお粥（ウガリ）を煮ていた。

洗濯も患者のものは患者の近親者が洗っていたが、病院のものは洗濯機が故障していて手洗い。

看護婦数が110人必要なのに対して47人しかいない。修道女が手伝っているのは外数と想像される。理学療法室もあって、簡単な理学療法が行われていた。

（2）ムラリ・ディスペンサリー

モロゴロ・ルーラル郡のMlali Dispensaryは、モロゴロ・タウンから25kmほどに位置し、がたがた道を30分弱で到着。10m×10mほどの建物で、7人の職員が出迎えてくれた。2人のMedical Assistantと5人の看護助手。所管人口は8,000人。診察室、検査室、分娩室、処置室、倉庫からなる。灯油のコールドチェーンが稼働していた。水道あり。電気はもうじき来るとのことだが、すでに蛍光灯が設置されていた。

1日の患者数は40人程度、近々に正式導入が予定されている下位施設でのUser Charge導入に備えるため、一人一人に渡した薬の金額を伝票に記載していた。薬も入荷している由であった。なお、モロゴロ州は医薬品のINDENTシステム（全国の診療所に同一内容の医薬品キットを配布するのではなく、必要な医薬品を個別注文制により「購入」させる制度）のパイロット地域となっている。

このディスペンサリーは、NGOタンザニア家族計画協会（UMATI）が技術支援を行っているところであり、規模も大きく清潔に保たれ、責任者の説明も上手で、視察慣れしている印象だった。避妊方法はピルとノルプラントが多いとの説明であった。

薬剤浸潤蚊帳を2,500Tshで売っており、殺虫剤の再浸は400Tshとのこと。

対象人口は約7,000人で、（正常）分娩の介助（年間100例）やマラリア治療、簡単な切開処置を主な業務とするほか、近隣住民を対象とした啓蒙的な活動も行っている模様。草の根的な住民に最も近い活動の拠点である。

（3）キマンバ・ヘルスセンター

キロサ郡のKimamba Health Centerは、4棟からなっている。職員は20人弱おり、施設も診療所の6～7倍ある。外来診療棟、実稼動9床の入院棟ほか、伝染病用に1棟（30人ほど収容可能）がある。外来棟には、診察室、検査室、注射室、包帯室、薬局がある。MCH棟が

あって、健康教育と妊婦検診、避妊相談が行われている。8人入院している病棟の中に分娩室があって水道があったが、管が壊れていて水は通じていないとのこと。庭先に水道があって、井戸端会議中だった。さらにもう1棟、村立の病棟を建設中だが、コレラ流行時には臨時病棟としてすでに使ったとのことであった。

管内人口は9万人。ただしこの数字は郡からもらってきたとのこと、その郡はおそらく1988年の国勢調査から推計しており、はなはだ心許ない。仕事は直接的な患者対応（現象処理）が主で、予防・保健活動や行政的な活動は行っていない。来るものは診るが、来ない・来れない者は診れないといった印象で、自発的に住民のほうへ出掛けていくような活動に乏しい。

また、ヘルスセンターは診療所のスーパーバイズ的な機能も担う形のようなのだが、実際にはほとんど行い得ないようだ（物理的・能力的の両面で不足がある）。

5月から前述のINDENTシステムが始まり、そのころから医薬品の供給は安定してきた。

6 - 3 「タ」保健統計 “ Health Statistics Abstract 1998 ”

保健行政を管理していくためには管理データが必要である、ということ「タ」保健省が知らないわけではない。

データは、ある一時点の断面で観察されるストックのデータとその後の一定期間の間に観察されるフローのデータを区別する必要がある。理論的にはある一時点のストックを把握し、その後はフローだけを追跡することによって、どの時点のストックも計算することが可能だが、現実にはストックにもフローにも観察漏れや分類誤りなどが生じるので、ストックデータも一定の間隔でおさえておく必要がある。

保健統計の基礎となる人口の分野でいえば、ストックデータを把握するのが国勢調査であり、フローを把握するのが人口動態調査となっている。「タ」では1968、1978、1988年の3回、国勢調査が行われてきたようだが、1998年は予算が確保できず実施されていない。人口動態は把握されていない。

保健省がデータを得るソースとして、Health Facilitiesから上がってくるHealth Management Information System（HMIS。スワヒリ語の頭文字MTUHA）のデータがあるが、これはあくまでもHealth Facilitiesの資源および利用状況に関するものであり、施設外で起こる出産、疾病、死亡を把握しようがないというそもそもの欠陥を有している。

そうではあっても、Health FacilitiesはHMISのデータを自ら解析し、それをもとに行動する習慣を身につけるべきだろう。

“ Health Statistics Abstract 1998 ” は、2分冊になっており、1巻が疾病死亡統計、2巻がHealth Facilitiesの設備や人員配置の統計になっている。1巻しか入手できなかった（2巻は保健

省に余部がなく、資料室にも置かれていなかった)。

前半はHMISのデータ、後半はAdult Morbidity and Mortality Project (AMMP、後述)の要約となっている。

表1.1にはデータの要約があり、外来、入院とも疾病で一番多いのはマラリア。ところが次に予防接種率が60%くらいで並ぶが、これは分子の接種数は一応把握できて、分母は何をもってきているか不明。

表1.2からは報告率が続く。1996年は5、6割の報告率でまだましたが、1997年は惨澹たる結果が多い。この辺はまさに州レベルで各郡を競わせ、郡で各Health Facilitiesを競わせるようにでもしないと、高い報告率は得られないのかもしれない。もっとも、いんちきな数字を並べて報告率だけ100%というのも大いにありそうな結末だけに難しいところである。

ただただ数表が並ぶだけなので、これを読んでいくのは忍耐がいる。とてもこれを役立てようという気にならない。計算をするセクションでは解析ができない、解析のできるセクションは数字を読む気がないのか。

いずれにしても、州別に分けられたものを見るだけで、千差万別、この数字を読んで、感想を述べさせるのもいい演習かもしれない。ということで、ここでは解説は省略する。

HMISはDANIDAがドナーとなっている。

後半のAMMP(英DFID支援によるパイロット地域におけるフローデータ調査)では、1992年から1995年までデータ収集が行われ、その後解析が行われている。ダル・エス・サラーム(人口6万5,000人の地域)、モロゴロ・ルーラル(9万9,000人)、Hai(14万2,000人)の3地区で行われた。プロジェクトは延長され、現在も続行中。

ダル・エス・サラームでは年に2度、その他の地域では年に1度、人口の一斉調査を行った(何のためにそんなに高い頻度で行ったか不明)。死亡調査は、調査員に対するインタビュー法(口頭剖検)によって行われた。どの程度の数の調査員をどの程度の頻度でインタビューしたかは不明。調査員が死亡者の性、年齢、場所などのほか、死亡時の症状、治療の方法などを報告し、それを2人の医師(全体で2人?)が独立にコーディングし、一致しない場合は第3の医師が分類した。

さて、その結果をみると、突如エイズが死因のトップに躍り出た。といっても、15~59歳の年齢階級だが。死因もさることながら、これだけ一生懸命調べたら、生命表でもつくりたくなるところだが、0歳の死亡がきちんと把握されていない可能性は高い。

せっかく人口を何度も調べたのなら、その人口の数字だけでも興味深いものがあるが、年齢は5歳階級で調べたのだろうか。街頭で会う人に年齢を聞いたら、何と答えるのだろうか。自分がそうありたいという年齢で答えてくれそうな感じがする。

モロゴロでは、死亡の場所の85%くらいが自宅、利用した治療施設の40%が伝統的治療師というのは興味深い。今回、伝統的治療師の話は一切出なかった。

6 - 4 他国援助機関、NGOの実績

(1) GTZ

モロゴロ州北部タンガ州で、本プロジェクトと同様のプロジェクト、District Health Support Project (DHSP)を実施。同プロジェクトの前身であるFamily Health Projectは1994年に開始されたが、本プロジェクトは1999～2002年のHSR-POW支援を目標として1999年1月～2002年12月実施（フェーズ内投入金額は875万DM 4億8,000万円）。活動計画は2000年末の中間評価時に見直しがあり得るが、現時点での活動内容は以下のとおりである。

- 中央（ダル・エス・サラーム）レベル調整ユニットでのHSR-SWAPの調整促進
- タンガ州レベルRHMTのDHMT指導・監理能力強化
- （研修実施、パソコン等機材整備、情報ユニット開設支援、アウトブレイク監視支援等）
- 各郡レベルでのDistrict Health Board設立支援
- タンガ州保健資金スキーム開発支援
- （研修実施、コスト・シェアリング指導、コミュニティ保険システムモデル開発等）
- DHMTマネージメント能力強化
- （研修実施、保健計画策定支援等）
- 郡病院パフォーマンス向上支援
- （研修実施、マラリア対策、ヘルスワーカー育成等）
- 保健施設リハビリテーション支援（施設改修、基礎資機材供与等）
- 民間保健施設の郡保健システムへの統合支援

中央 郡双方の情報 / 資源中継機能は州レベル以外にあり得ないと考えているため、同プロジェクトは特に州のオーナーシップを重視した郡支援が主眼となっている。州RMOに適格者さえ得られればそれが可能と考えているため、現在の優秀な在任者の流出防止を図っている。

(2) カナダIDRC (Tanzania Essential Health Interventions Project: TEHIP)

州レベルの機能が期待できないとして、GTZとは異なり、特定2郡（モロゴロ州モロゴロ・ルーラル郡、コースト州Rufiji郡）への直接介入を行っている。目標のひとつは郡レベルのEvidence-based Approachによる保健計画策定で、プロジェクト期間1996～2001年で総額1,600万米ドル。

(3) SDC（スイス）

キロンベロ郡でDHMT強化支援プロジェクトを実施。以前は同郡で病院支援を行っていたが、1999年7月～2002年6月（290万S. franc 1億9,000万円）にはHSRに沿った郡保健制度

強化支援を目的に、郡保健関係者研修、HSR普及研修、基礎医薬品供与、資機材管理能力強化支援、施設改修等を行っている。JICAの本プロジェクト開始の際には、SDCプロジェクトのステアリング・コミッティ（DED、保健省、郡行政関係者、他ドナー等がメンバー）を共有することが可能との提案があった。

7 . その他

7 - 1 「タ」医師養成システム

「タ」でいわゆるドクターと呼ばれている職種には、

Medical Officer (MD)

Assistant Medical Officer (AMO)

Clinical Officer (CO) 旧称Medical Assistant

Rural Medical Aid

の4種あり、看護婦や検査技師等パラメディカルを含め、法的な正式登録の制度（ライセンス）があるのは と に対してのみで（以下に養成課程を説明）、 や看護婦等の職種には法的なライセンス制度はない。

（1）MD

以前は、AMOから追加的教育・訓練を受けて、いわゆるフルMDに昇格させる制度があったが、現在は存在せず、専ら高校（Aレベル；以下参照）卒業後、大学の医学部に進学するルートをとった者のみがMDになる。大学医学部はムヒンビリ（ダル・エス・サラーム大学医学部）のみが歴史が古く、それ以外の3校（モシのKCMC付属のテュマイニ医学大学：宗教系NGOが主催、在ダル・エス・サラームのミコチェニ医学大学は1998年開校：宗教系NGO主催、在ダル・エス・サラームの私立の医科大学（通称IMTU）：完全な民間）は近年開校したばかりで、まだ卒業生も出ていない。なお、ムヒンビリの医学部は最近受入枠を広げ、年間80～100人の学生を受け入れている。

教育は13年間の教育（初等7年、中等：Oレベル4年、高等：Aレベル2年）を終了後、医学部にて5年間の学科＋1年間のインターンを経て、一般医（General Practitioner: GP）になるが、この時点で正式ライセンス登録が必要。GPとして最低3年間の現場を経た後、勤務評価いかんにより、ポストグラジュエート・コースに入学し、専門医となる道があり、現在でも、主として旧共産圏への医学留学生（GPになるための基礎教育）を多数送っている。

（2）AMO

13年間の教育を経てAレベル取得後、2年間の専門学校教育を経てCOとなり（この時点ではライセンス制度なし）、3～5年の現場業務（COとして）を経て、AMO育成学校に入学、2年間のフルタイム研修の後、AMOとなる方法と（この時点でライセンス登録）、11年間の教育（Oレベル）後、ハイスクールに進学せず3年制の専門学校にて学習し、CO経由でAMOとなる方法の2種類ある。

7 - 2 モロゴロ市執務 / 生活環境

(1) 執務スペース

要請書ではモロゴロ州病院内に専門家執務室を提供するとのことであったが、実際にはそのスペースは確保できていない。州病院に隣接するEZTCには適当な執務スペースがあるように見受けられ、保健省 / RMOもEZTC活用の方向で検討するとの回答。

(2) 生活環境

治安状況は(ダル・エス・サラームに比べれば)比較的良好と思われるが、十分な安全対策は常に必要。マラリア、腸チフスの危険があるが、信頼できる医療施設はないため、緊急時はダル・エス・サラームに搬送する。ソコイネ農業大学プロジェクト派遣専門家の情報では、電話事情は好転しつつあるが基本は無線通信(あるいは携帯電話)であり、電力・水供給は常に不足気味。基礎的日用品、生鮮食料品は(海産品以外は)市内の市場で購入可能だが、3カ月に1度程度ダル・エス・サラームで買い出しをしている由。専門家は大学構内(モロゴロ・アーバン市郊外約5 km)の大学提供宿舎に居住しているが、モロゴロ市内外の通常の外人向け住宅は払底している模様。幼稚園・小学校まではインターナショナル・スクールがある。

