

象牙海岸共和国  
公衆衛生プロジェクト（仮称）  
短期専門家報告書

現 地 調 査 期 間  
1999（平成11）年10月2日～12月22日

清水 利恭 （保健衛生プロジェクト計画）  
田村 豊光 （地域看護）  
長堀 智香子（母子保健）  
釜谷 寛之 （協力計画）

2000（平成12）年1月

## 調 査 の 背 景

コートジボアール（象牙海岸）共和国（以下、「象国」）は、その面積32.2万km<sup>2</sup>、人口1470万人（1997年）で、1960年の独立以後、仏語圏西アフリカ諸国の中心的存在として、「象牙の奇跡」と呼ばれる経済成長を遂げていた。しかし多額な対外債務に世界不況や天候不順の影響等が重なり、1980年代に入ると経済困難が続き、保健状況も悪化した。現在GNP/Cは690米ドル（1997年）とサブサハラアフリカ諸国の平均500米ドルを上回っているが、妊娠婦死亡率810（対出生10万、1997年）、乳児死亡率83（対出生1000、1997年）、5歳未満児死亡率150（対出生1000、1997年）、出生時平均余命54歳（1997年）等は他のサブサハラ諸国とほぼ同じである。また全人口のHIV感染率（推定12%）は仏語圏西アフリカ諸国で最大であり、社会全体に大きな問題を生じている。

こうしたなか、「社会的弱者への配慮と平等化」という国家の中心的政策（貧困対策）に沿って一貫した保健政策を進めるため、象国保健省（MSP）は「保健開発国家計画（PNDS）1996-2005」を策定した。PNDSはきわめて包括的な内容で内外から高く評価されており、そのなかでは、①保健サービスへのアクセス改善、②最小活動パッケージ（PMA）導入によるプライマリー・ヘルスケアの推進、③マネジメント改善、④マルチセクトラル・アプローチの促進および他組織との連携強化、⑤人的資源開発と有効利用、⑥研究の促進、を主要課題として掲げている。PNDSを具体化する目的で、世界銀行による総合的保健サービス促進プロジェクト（PDSSI）が1996年から開始されているのをはじめ、多くの援助機関がPNDSに沿った協力を展開している。しかしPNDSの実行には、硬直・腐敗した官僚機構、医療行政の地方分権化の遅延、財政不足等、多くの困難を抱え、進捗状況は著しく遅れているのが実情である。

一方、わが国の象国への医療援助はこれまで高次医療機関への無償機材供与が中心であったため、PNDSに沿った、より広範な住民に裨益するプロジェクト方式技術協力（以下、プロ技）の可能性を探るため、1998年12月に「公衆衛生基礎調査」が行われた。その結果に基づく協議のなかで、その後象国保健省よりVallée du BandamaおよびLacs地方での地域保健プロジェクト案が提起されたが、具体的なプロジェクトの概要はまだほとんど白紙に等しい状況であった。これらを踏まえて今回、短期専門家4名の派遣によるプロジェクト形成が行われることになった。



村落で水汲みをする女性



村落の様子



村落住民を対象とした聞き取り調査の様子



農村保健センター看護師による巡回予防接種の様子



「オクラ」の調理



患者移送用リヤカー試作車



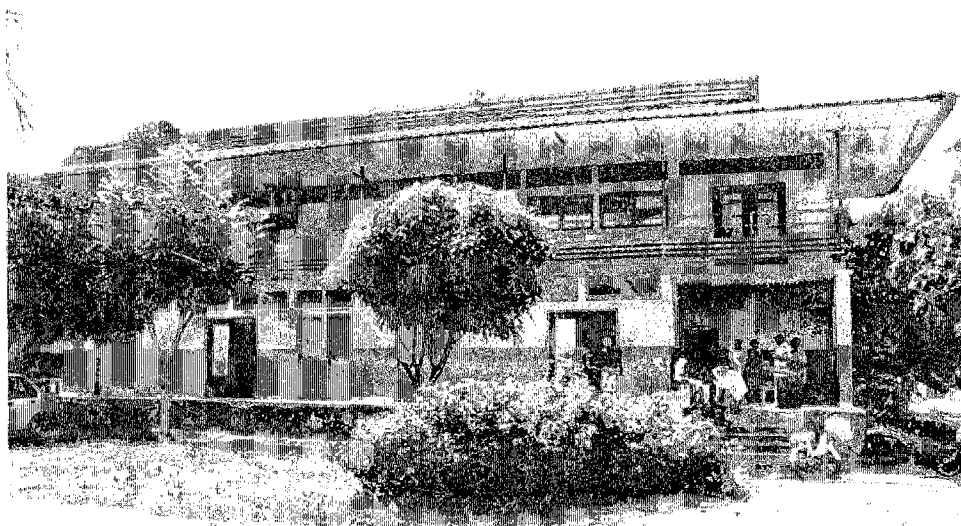
TAFIRE 都市保健センター受診患者



TORTIYA 都市保健センターの助産婦



NIKARAMANDOUYOU 都市保健センターの入院病室

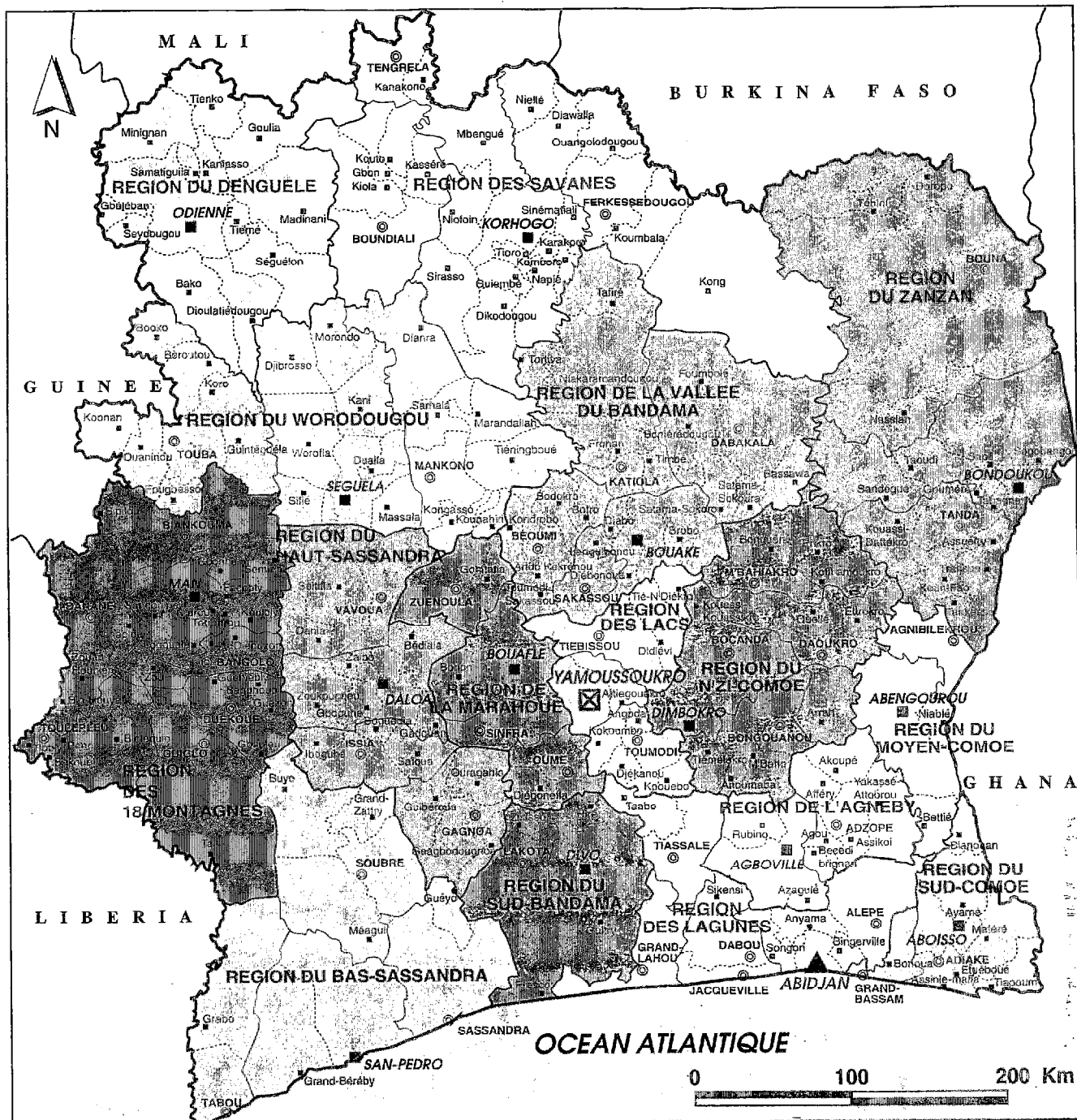


BOUAKE 学校保健センターの全景



# RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

## 象牙海岸共和国 行政地图



### LEGENDE

#### LOCALITES

- ☒ Capitale politique
- ▲ Capitale économique
- Chef-lieu de Région
- Chef-lieu de Département
- Chef-lieu de Sous-préfecture

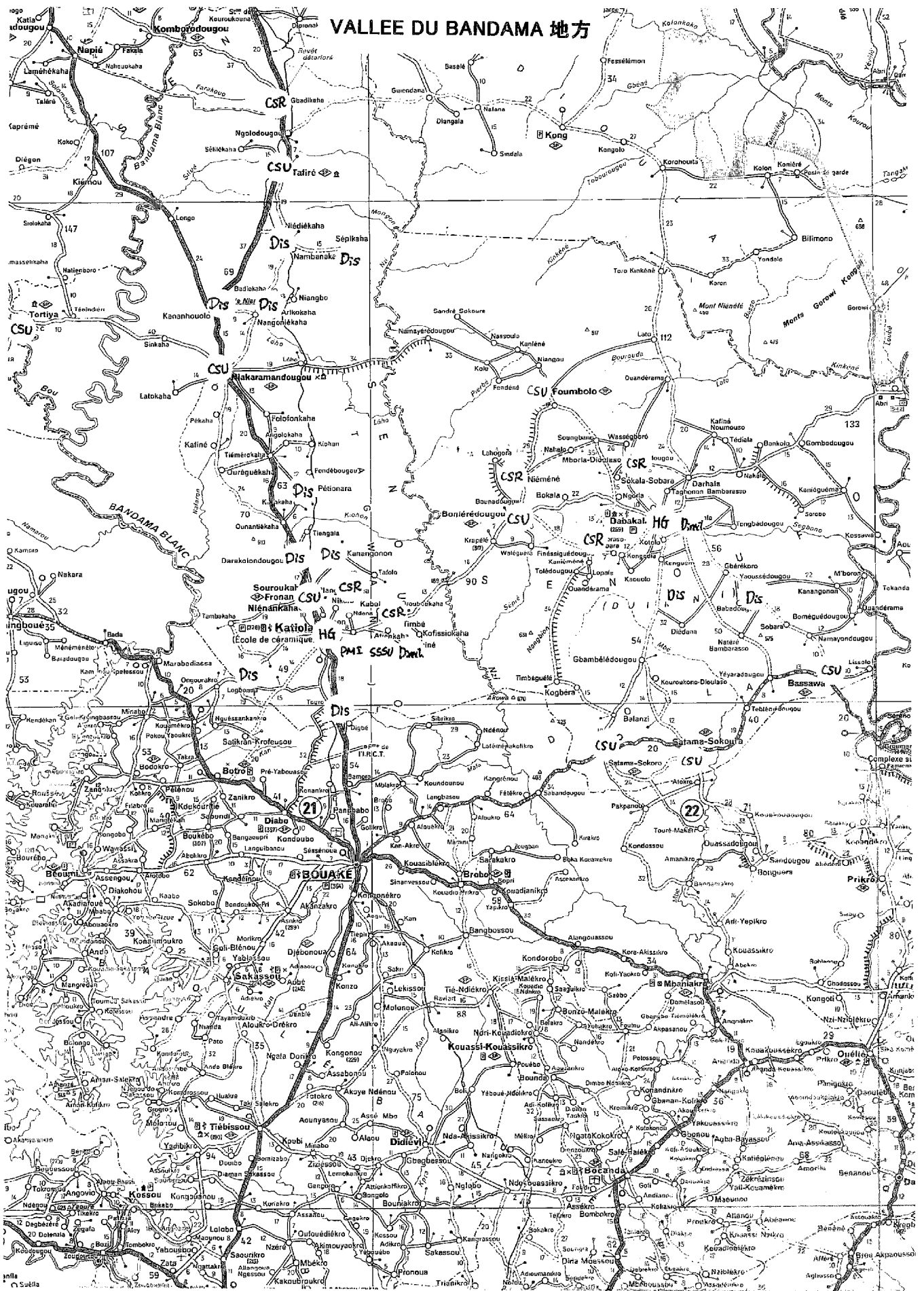
#### LIMITES ADMINISTRATIVES

- d'Etat
- de Région
- de Département
- de Sous-préfecture

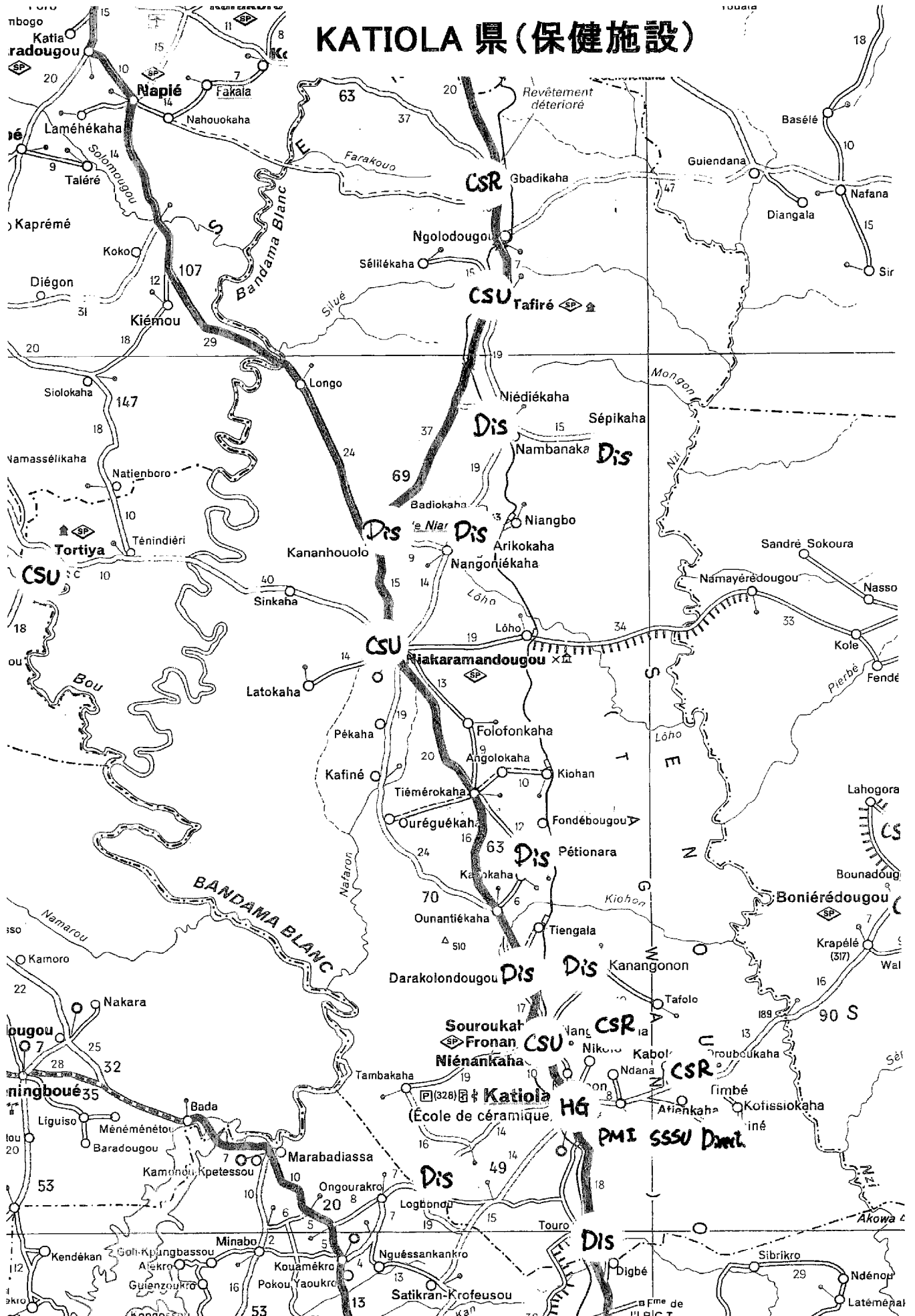
Echelle : 1/3 500 000



# VALLEE DU BANDAMA 地方



# KATIOLA 県(保健施設)

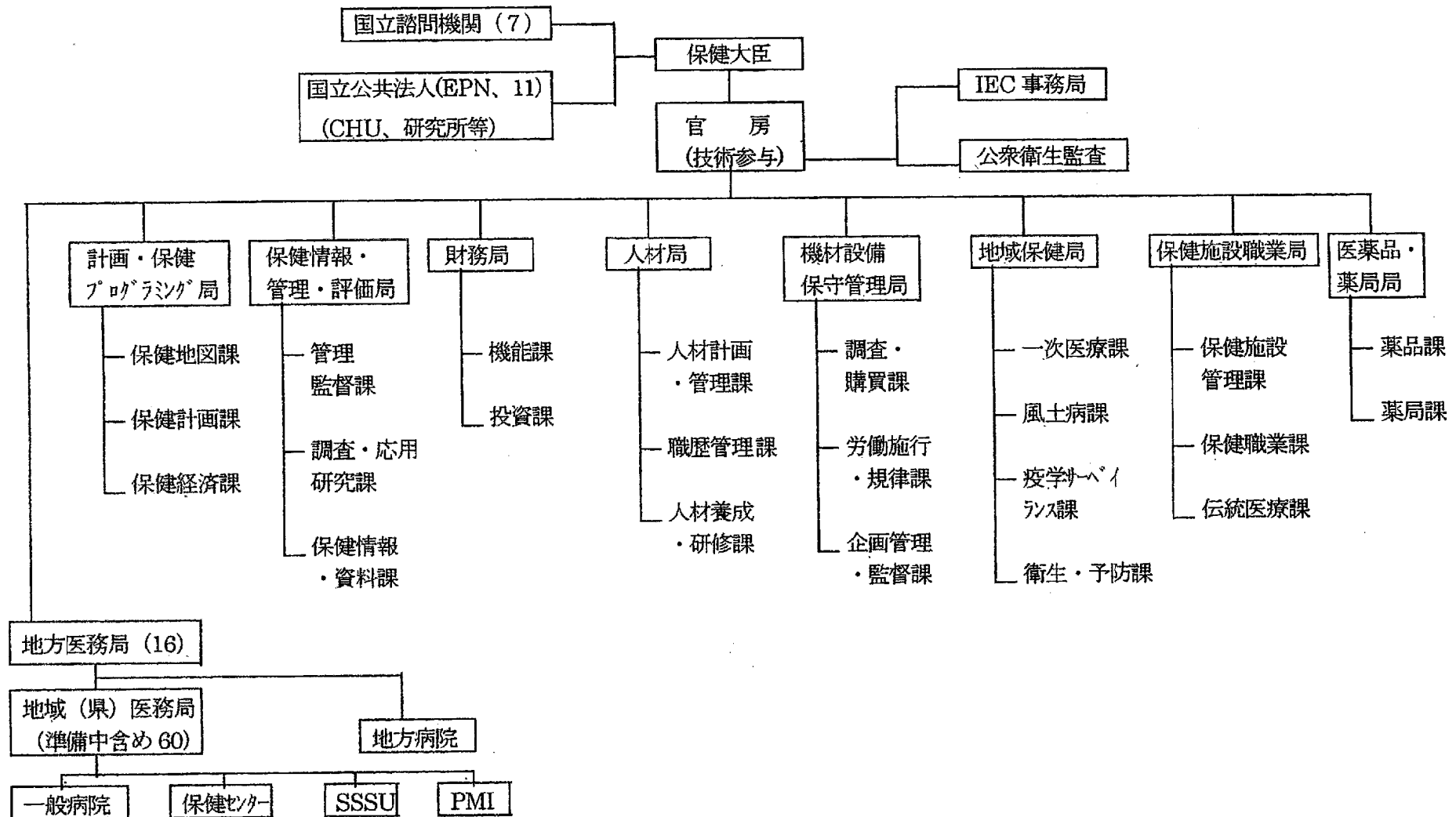


## 略 語 表

|           |                                                     |                                                                            |
|-----------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| AFD       | Agence Française de Développement                   | フランス援助庁                                                                    |
| ASC       | Agent de Santé Communautaire                        | 農村保健ボランティア                                                                 |
| AT        | Accoucheuse Traditionnelle                          | 伝統的産婆（TBA）                                                                 |
| BAfD      | Banque Africaine de Développement                   | アフリカ開発銀行                                                                   |
| CFA       | Communauté Financière Africaine                     | アフリカ金融共同体<br>（旧仏領アフリカ諸国で形成）。<br>同共同体の通貨単位。<br>（100CFAフラン=[100FCFA]=1 仏フラン） |
| CHR       | Centre Hospitalier Régional                         | 州（地方）病院センター                                                                |
| CHU       | Centre Hospitalier Universitaire                    | 大学病院センター                                                                   |
| COGES     | Comité de Gestion                                   | 管理運営委員会                                                                    |
| CPN       | Consultation Prénatale                              | 産前検診                                                                       |
| CS        | Centre de Santé                                     | 保健センター                                                                     |
| CSR       | Centre de Santé Rurale                              | 農村保健センター                                                                   |
| CSU       | Centre de Santé Urbaine                             | 都市保健センター                                                                   |
| DD        | Direction Départementale                            | 地域（県）医務局                                                                   |
|           | Directeur de District                               | 地域（県）医務局長                                                                  |
| DIS       | Dispensaire                                         | 診療所                                                                        |
| DR        | Direction Régionale                                 | 地方医務局                                                                      |
|           | Directeur Régional                                  | 地方医務局長                                                                     |
| DTC(DTCP) | Diphthérie, Tétanos, Coqueluche                     | 三種混合ワクチン（DPT）。ポリオワクチン（P: Polio）を同時投与する場合、DTCPと記されることが多い。                   |
| EPN       | Etablissement Public National                       | 国立公共法人                                                                     |
| FCFA      | Franc CFA                                           | CFAフラン                                                                     |
| FDS       | Fille de Salle                                      | 雑役婦                                                                        |
| FSUCom    | Formations Sanitaires Urbaines à base Communautaire | 地域に基礎を置く都市型医療施設。フランスの援助により多数建設された。                                         |
| GDS       | Garçon de Salle                                     | 雑役夫                                                                        |
| HG        | Hôpital Général                                     | 一般病院                                                                       |
| IDE       | Infirmier (ère) Diplômé (e) d'Etat                  | 国家資格をもつ看護師（婦）                                                              |

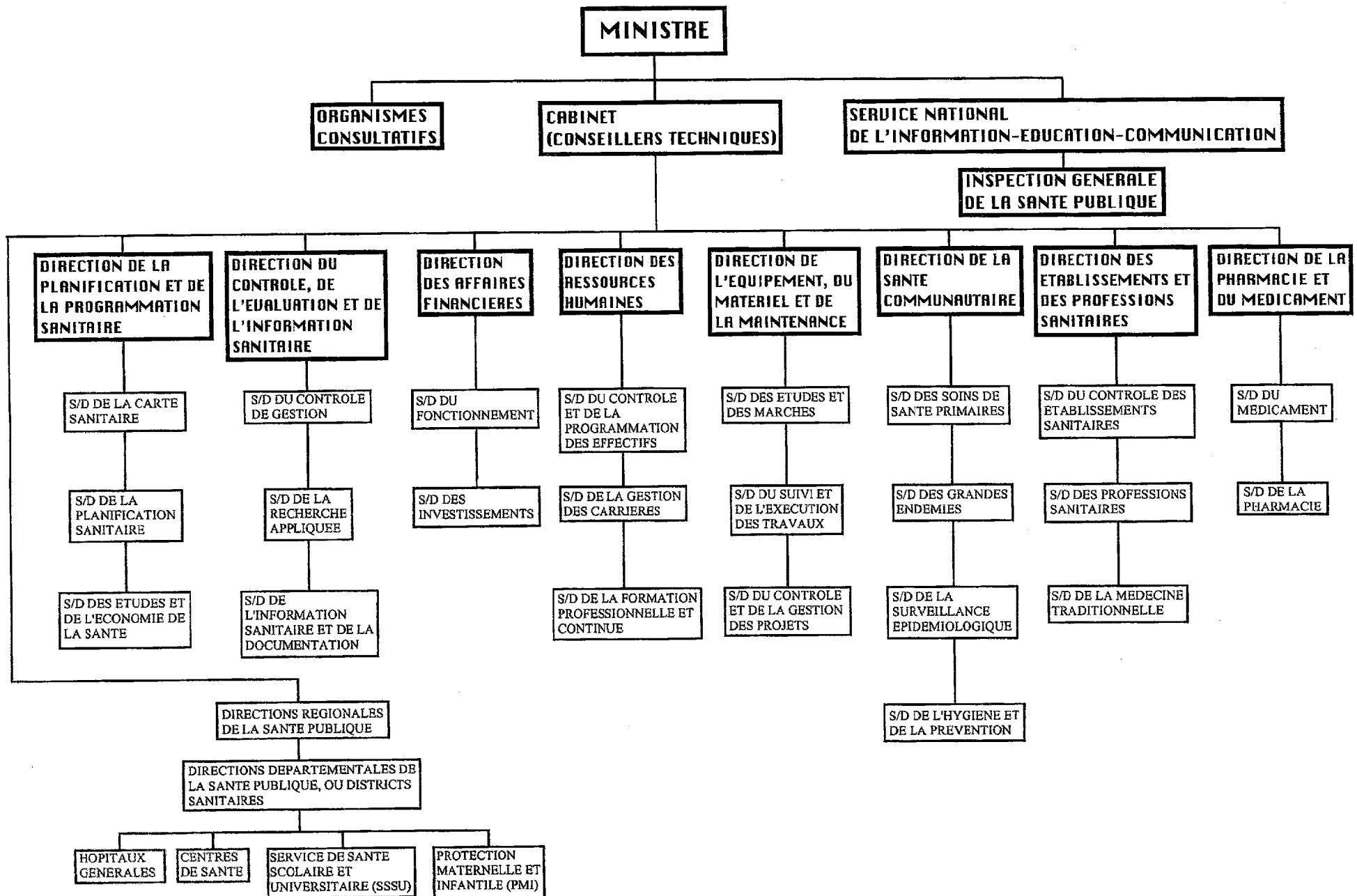
|            |                                                          |                                   |
|------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| INFAS      | Institut National de Formation<br>des Agent de Santé     | 国立医療従事者養成所                        |
| INHP       | Institut National d'Hygiène Publique                     | 国立公衆衛生院                           |
| IPR        | Institut Pierre RICHET                                   | Bouaké所在の熱帯研究所                    |
| IRA        | Infection Respiratoire Aiguë                             | 急性呼吸器感染症（ARI）                     |
| Matrone    |                                                          | 正式な訓練を受けていない伝統的産婆                 |
| MSP        | Ministère de la Santé Publique                           | 保健省                               |
| MST        | Maladie Sexuellement Transmissible                       | 性行為感染症（STD）                       |
| OMS        | Organisation Mondiale de la Santé                        | 世界保健機関（WHO）                       |
| PEV        | Programme Elargi de Vaccination                          | 拡大予防接種計画（EPI）                     |
| P/F(PF)    | Planification Familiale                                  | 家族計画（FP）                          |
| PMA        | Paquet Minimum d'Activités                               | 最小活動パッケージ                         |
| PMI        | Protection Maternelle et Infantile                       | 母子保護の意味。実際は、母子保健センターのこと。          |
| PNDS       | Plan National de Développement Sanitaire                 | 国家保健開発計画                          |
| PSP        | Pharmacie de la Santé Publique                           | 公衆衛生薬局                            |
| SF         | Sage-Femme                                               | 助産婦                               |
| SIDA       | Syndrome d'Immuno-Déficiencia Acquis                     | 後天性免疫不全症候群（AIDS）                  |
| SODECI     | Société de Développement<br>d'Eau Côte d'Ivoire          | 象国水道公社                            |
| SRO        | Sel à Réhydratation Orale                                | 経口補水塩（ORS）                        |
| SSP(SSPIB) | Soins de Santé Primaires<br>(sur l'Initiative de Bamako) | （バマコ・イニシアティブに基づく）<br>プライマリー・ヘルスケア |
| SSSU       | Service de Santé Scolaire et Universitaire               | 学校保健センター                          |
| VAA        | Vaccin Anti - Amarillose                                 | 黄熱病ワクチン                           |
| VAR        | Vaccin Anti - Rougeole                                   | 麻疹ワクチン                            |
| VAT        | Vaccin Anti - Tétanos                                    | 破傷風ワクチン                           |
| VIH        | Virus de l'Immuno - Déficiencia Humaine                  | ヒト免疫不全ウイルス（HIV）                   |

# 象国保健省組織図



出典 : DECRET No.98-649 du 25 Nov. 1998, portant Organisation  
du Ministère de la Santé Publique, MSP, 1998 (一部改編)

# ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



# 目 次

調査の背景

写 真

地 図

略語表

象国保健省組織図

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| 1. 要 約 -----                                            | 1  |
| 1－1 調査結果 -----                                          | 1  |
| 1－2 今後の課題 -----                                         | 2  |
| 2. 一般住民の保健意識 -----                                      | 4  |
| 2－1 住民の意識調査 -----                                       | 4  |
| 2－1－1 一般住民に対する意識調査 -----                                | 4  |
| 2－1－2 生殖可能年齢女性に対する意識調査 -----                            | 12 |
| 2－1－3 各村落の訪問記録 -----                                    | 26 |
| 2－2 農村保健ボランティア（ASC）の活動状況 -----                          | 30 |
| 2－3 伝統的産婆（AT）の活動状況 -----                                | 35 |
| 2－4 保健センター管理運営委員会（COGES）の活動状況 -----                     | 37 |
| 2－5 伝統医療 -----                                          | 39 |
| 3. 一次レベル医療施設について -----                                  | 42 |
| 3－1 農村保健センター（CSR） -----                                 | 44 |
| 3－1－1 農村診療所（Dispensaire）だけのCSR -----                    | 44 |
| 3－1－2 農村診療所（Dispensaire）と助産所（Maternité）を<br>もつCSR ----- | 49 |
| 3－2 都市保健センター（CSU） -----                                 | 52 |
| 3－3 学校保健センター（SSSU） -----                                | 55 |
| 3－4 母子保健センター（PMI） -----                                 | 66 |
| 3－5 保健医療施設受診患者への個別アンケート結果 -----                         | 67 |
| 3－6 看護師・助産婦への聞き取り調査 -----                               | 71 |
| 3－6－1 看護師への聞き取り調査 -----                                 | 71 |



|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| 3-6-2 助産婦への聞き取り調査 -----                  | 78  |
| 4. 二次、三次レベル医療施設 -----                    | 81  |
| 4-1 一般病院 (HG) -----                      | 81  |
| 4-2 大学病院センター (CHU) -----                 | 83  |
| 5. 地域医務局 (DD) -----                      | 85  |
| 5-1 Bouaké地域医務局 -----                    | 85  |
| 5-2 Dabakala地域医務局 -----                  | 87  |
| 5-3 Katiola地域医務局 -----                   | 92  |
| 5-4 2000年活動計画における主要課題のまとめ -----          | 103 |
| 5-4-1 予防接種 -----                         | 103 |
| 5-4-2 マラリア -----                         | 105 |
| 5-4-3 Buruli潰瘍 -----                     | 105 |
| 5-4-4 家族計画・母子保健 -----                    | 106 |
| 5-4-5 栄養 -----                           | 108 |
| 6. 地方医務局と関連施設 -----                      | 109 |
| 6-1 Vallée du Bandama地方医務局 -----         | 109 |
| 6-2 関連施設 -----                           | 111 |
| 6-2-1 INFAS/Bouaké -----                 | 111 |
| 6-2-2 INHP/Bouaké -----                  | 111 |
| 6-2-3 Institut Pierre RICHET (IPR) ----- | 112 |
| 6-3 Lacs地方医務局 -----                      | 113 |
| 7. 保健省その他中央の関連施設 -----                   | 114 |
| 7-1 技術顧問との面談 -----                       | 114 |
| 7-2 Buruli潰瘍対策プログラム -----                | 115 |
| 7-3 保健施設職業局伝統医療課 -----                   | 117 |
| 7-4 INFAS (本校) -----                     | 117 |
| 8. 他の援助機関の動向 -----                       | 119 |
| 8-1 GTZおよびKfW -----                      | 119 |

|      |                        |     |
|------|------------------------|-----|
| 8-2  | OMS (WHO)              | 119 |
| 8-3  | UNICEF                 | 120 |
| 8-4  | EU                     | 120 |
| 8-5  | フランス                   | 120 |
| 8-6  | カナダ                    | 121 |
| 8-7  | PSI (NGO)              | 121 |
| 9    | プロジェクト・サイトの居住環境        | 122 |
| 9-1  | Bouaké                 | 122 |
| 9-2  | Katiola                | 123 |
| 9-3  | Yamoussoukro           | 123 |
| 9-4  | Abidjan                | 123 |
| 附属資料 |                        |     |
| ①    | プロジェクトのPDM草案（仏語・一部日本語） | 127 |
| ②    | GTZとの住み分け案（仏語・日本語）     | 132 |
| ③    | 調査日程                   | 144 |
| ④    | 主な面談者                  | 147 |
| ⑤    | 収集資料                   | 153 |
| ⑥    | 暫定仏語版報告書（図表省略）         | 156 |

# 1. 要 約

## 1-1 調査結果

(1) 各専門家の掲げた調査目標はおおむね達成された。特に、Katiola県を中心とする保健衛生の状態、とりわけ一次医療と母子保健の現状と問題点についての調査を、各種アンケート、グループ・インタビュー、WANTS分析等により実施した。その結果、主要な問題点や課題が把握され、下記のごとく、プロジェクトの概略が明確となった。これらの調査結果とプロジェクト草案は仏文80ページの暫定報告書にまとめ、帰国直前に象国側へ提出した（附属資料⑥参照）。

(2) プロジェクト・サイトについては、1年目はVallée du Bandama (Bouaké) 地方<sup>1</sup>のみで活動を行い、2年目以降からLacs (Yamoussoukro) 地方にも活動を拡大することで象国側の了解を得た。また、Katiola地域（県）<sup>1</sup>をパイロット地域（県）とする点にも了解を得た。ただし、機材整備や人材育成・啓発活動は他地域を含む地方全体でも行う予定である。

(3) プロジェクト目標に関しては、住民レベルおよび第一次医療施設レベルへの技術協力を中心としながら地域医務局・地方医務局の活動改善を行い、全体としてVallée du Bandama地方とLacs地方の保健システム全体が住人の必要性によりよく応えるよう改善していくことが中心課題として明確になった。

(4) プロジェクト内容については、調査結果および3地域医務局の2000年活動計画作成会議参加を通して、日本のプロジェクトに期待される4つの成果と大まかな活動案が明確となってきた（附属資料①PDM草案を参照）。本案については、保健省技術顧問の基本的合意を得た。

(5) 象国のプロジェクト実施体制に関しては、中央・地方で責任者を特定することの合意を得た。中央レベルは現段階では誰がプロジェクト責任者となるかは明確ではないが、討議議事録（R/D）が締結されるまでに、保健省技術顧問あるいは地域保健局長のうちから保健大臣が責任者を任命することになるとのこと。地方レベルでは、地方医務局長と各地域医務局長がチームリーダーのカウンターパート（C/P）となって実施される。

(6) 調査初期にGTZがすでにVallée du Bandama地方とLacs地方で地域保健プロジェクトを

---

<sup>1</sup> 本報告書では、行政単位Régionの訳語として「地方」、Districtの訳語として「地域（県）」を用いる。象国は16の「地方」からなり、各「地方」はいくつかの「地域（県）」により構成される（地図参照）。

開始していることが判明した。GTZ本部担当者、象国総責任者、プロジェクト担当者、さらには象国側とも面談を繰り返し、活動内容の重複を避け、協調したプロジェクトを行うことに合意した（附属資料②GTZとの住み分け案参照）。また、KfWがプロジェクト・サイトで予定している医療機材整備は現時点では未確定で、今後（2000年1～2月予定）の調査により正式決定されるが、一般病院（二次レベル）のみを対象とした整備であり、一次レベルを対象とする日本プロジェクトとの矛盾は生じないと思われる。

（7）一次医療に関連する全国プロジェクトは多数あるが、そのなかから、象国保健省およびGTZとの話し合いの結果、日本は拡大予防接種、マラリア対策、Buruli潰瘍対策、母子保健、家族計画、伝統医療に関して、特にプロジェクト・サイトでの人材育成を中心としながら取り組むことになった。なお、GTZはIECとエイズ／性病対策を中心に活動を始めている。

（8）プロジェクト開始が予想される2000年活動計画に関しては、Vallée du Bandama地方に存在する3地域医務局について、各々の2000年活動計画作成会議に出席して、計画作成に協力した。特にこれらの会議がGTZにより準備されたこともあって、二次レベルの問題が多く討議されたわりには、一次・住民レベルの論議が不十分であったので、日本の活動可能性を示しながら、いくつかの提言を行った。なお、地方医務局の2000年活動計画作成会議は2000年1月に予定されている。

（9）保健省の1999年総括会議に参加して、日本のプレゼンスを示す予定であったが、新保健大臣の方針により、例年行われていたこの会議は中止となった。

## 1-2 今後の課題

（1）1999年12月23日のクーデターによる政権交代の影響把握と評価が早急に必要である。

（2）事前調査時に、プロジェクトサイクルマネジメント（PCM）に代わる（できれば住民も含む）参加型ワークショップの可能性を検討する。特に約1年前にGTZがZOPP手法によるワークショップを保健省と当該2地方医務局幹部とともにやり、以後、2000年活動計画作成会議もZOPP手法に基づいて行われていることから、問題分析はやり尽くされていると考えられる。一方、これまでお座なりになっていた成果の評価・分析を行い、プロジェクト活動の発展に教訓を生かすための作業が必要である。また、今後、住民レベル（ASC、AT、COGESを含む）のWANTS分析を行う必要がある。

(3) プロジェクトの2年目以降にLacs地方に活動を広げる予定であるが、その妥当性を慎重に検討する必要がある。活動地域が広がりすぎるという問題もあるが、さらにチームリーダーのC/Pとなる地方医務局長が2名となり、日本側の対応が困難となることが予想される。象国側が2地方の要請に固執するのであれば、Lacs地方の代わりに、Vallée du Bandama地方医務局長が兼任しているKorhogo地方に展開するという代案も考慮すべきである。在象国日本大使館の意見でも、日本の援助が旧与党の基盤であるバウレ族の勢力範囲に集中していると他援助機関からの指摘があるなかで、旧第一野党の勢力範囲であるKorhogo地方で援助を行うのは望ましい。

(4) プロジェクト事務所の確保は（中央と地方1カ所ずつ）一応象国側から了解を得ているが、Bouakéでの適当な事務所確保は困難が予想され、さらにKatiola県医務局での事務所は今のところ見通しが立っておらず、対策が必要である。

(5) 青年海外協力隊員に依頼した特注の「患者搬送用リヤカー」の試用結果を事前調査時に確認し、普及可能性を検討し、必要であればさらに改良を加える。

(6) 村落開発分野のプロジェクトの長期専門家（ジェンダー問題を考慮するうえで、女性が望ましい）の可能性を検討する。

## 2. 一般住民の保健意識

本章では、住民レベルでの保健問題の調査結果をもとに、一般住民の保健事情について述べる。

保健医療への住民参加の現状を把握するため、農村保健ボランティア（ASC）や保健センター管理運営委員会（COGES）の活動を調査した。これら保健関連スタッフはPNDSでその活動が推奨されているが、調査地区において、その活動の目的を果たしているものは少ない。保健医療分野へのよりいっそうの住民参加を促し、住民の健康を維持するために、何らかの介入が必要であろう。

また、一般住民および生殖可能年齢の女性を対象に意識調査を行った。調査の結果、住民に対する保健医療サービスの供給に関し、強化すべき点が浮き彫りになった。さらに、住民の保健医療サービスに対する需要が大きいことも判明した。住民に対する保健医療サービスの需要と供給のバランスは均衡を欠いていると考えられる。概して供給は不足がちであるが、需要過多である場合も見受けられた。さらに、象国保健省のPNDSに従い、保健医療サービスの質は改善されつつあるが、住民はこの恩恵を十分に受けられていない現状が明らかになった。

### 2-1 住民の意識調査

#### 2-1-1 一般住民に対する意識調査

調査期間：1999年10月21日～11月5日（16日間）

調査対象：Katiola県内の村落に住む住民

調査地区：Niangbo／Kafiné／Folofonkaha／Ngolodougou

調査総数：25（Niangbo 1／Kafiné 6／Folofonkaha 10／Ngolodougou 8）

有効回答数：25

調査方法：質問用紙を用いた聞き取り調査

#### （1）調査結果の要約

保健医療施設へ比較的アクセスのよい地域と悪い地域を無作為に選択し、4村、25名の住民を対象に調査を行った。各村落には農村保健センターと診療所の看護師による保健サービス（予防接種）のほかに、各国ドナーや村出身の学生による健康教育が行われていた。しかし、各村落によってその活動は違い、村落住民の健康に関する知識がまったく異なっていた。小児の下痢・成人慢性疾患・マラリア・HIV／エイズに関する知識の地域格差は大きい。安全な水の確保に関しては、村落住民は井戸から汲んだ水を飲用しており、沸騰させた水を飲む習慣はまったくない。

住民は病気になった際には、伝統治療師に相談したり、伝統治療師がいない村でも木の幹

や草などの伝統薬を使用したりする。その後、病状がよくならなければ農村保健センターと診療所を訪ねている。伝統医療と近代医療の間には特に問題は生じていない。近代医療（農村保健センターと診療所）の受診には受診料を支払わなければならないので、伝統医療で済ませるといふ住民の意見が多く聞かれた。

保健医療施設へのアクセスの悪い村落では、移動手段の不足を理由に保健医療施設を利用しない住民が多く見受けられた。村民は車両を所有せず、未舗装道路を10数km歩く必要がある。CSUやHGの救急車は、利用料金が高額なため利用できないとの意見も聞かれた。

## （２）患者移送用リヤカーの試作

住民に対する調査結果から、医療施設への移動手段の不足を改善するための協議を県医務局長と行った。その結果、リヤカーの試作について了解を得た。リヤカーはバイクで牽引可能なものを試作し、Tiassalé県で活動している青年海外協力隊員（助産婦）に試用を依頼した。今後、試用報告を提出してもらう予定である。

## 住民に対する質問票

- 2-A 2歳以下の子供が同居していますか？
- 2-B 同居する子供のなかで2週間以内に呼吸器疾患にかかった子はいいますか？
- 2-C 同居の子供が呼吸器疾患にかかったとき治療しましたか？
- 2-D 同居する子供が下痢になったことはありますか？
- 2-E あなたはORSを知っていますか？
- 2-F あなたは子供にORSを与えたことがありますか？
- 2-G 同居の子供は予防接種を受けたことがありますか？
- 2-H 同居の子供は体重を測ったことがありますか？
- 2-I 過去に同居家族のなかでケガをした人はいいますか？
- 2-J あなたは糖尿病を知っていますか？
- 2-K 同居家族のなかで糖尿病にかかった人はいいますか？
- 2-L その患者は糖尿病の治療を受けましたか？
- 2-M あなたは高血圧を知っていますか？
- 2-N 同居家族のなかで高血圧にかかった人はいいますか？
- 2-O その患者は高血圧の治療を受けましたか？
- 2-P あなたは貧血を知っていますか？
- 2-Q 同居家族のなかで貧血になった人はいいますか？
- 2-R 同居家族のなかで貧血の人はいいますか？
- 2-S あなたはマラリアを知っていますか？
- 2-T あなたの家には蚊帳がありますか？
- 2-U 同居家族のなかでマラリアにかかった人はいいますか？
- 2-V あなたは結核を知っていますか？
- 2-W 同居家族のなかで結核にかかった人はいいますか？
- 2-X その患者は結核の治療を受けましたか？
- 2-Y STD・エイズを知っていますか？
- 2-Z エイズから身を守る方法を知っていますか？

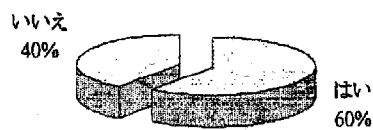
以上の質問に対する結果は、以下の図のようである。





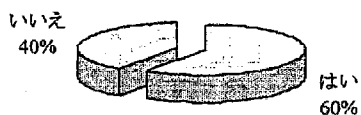
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 5/6  
 Folofonkaha = 7/10 Ngolodougou = 6/8  
 Total 18/25

図2-A 2歳以下の子供が同居していますか？



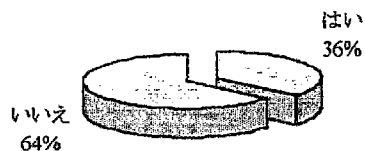
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 1/1 Kafiné = 2/6  
 Folofonkaha = 7/10 Ngolodougou = 5/8  
 Total 15/25

図2-B 同居する子供のなかで2週間以内に呼吸器疾患にかかった子はいますか？



はいの地域別詳細  
 Niangbo = 1/1 Kafiné = 2/6  
 Folofonkaha = 7/10 Ngolodougou = 5/8  
 Total 15/25

図2-C 同居の子供が呼吸器疾患にかかったとき治療しましたか？



はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 3/6  
 Folofonkaha = 3/10 Ngolodougou = 3/8  
 Total 9/25

図2-D 同居する子供が下痢になったことはありますか？



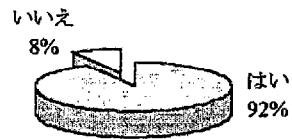
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 2/6  
 Folofonkaha = 2/10 Ngolodougou = 7/8  
 Total 11/25

図2-E あなたはORSを知っていますか？

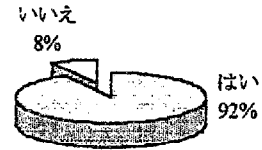


はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 2/6  
 Folofonkaha = 0/10 Ngolodougou = 2/8  
 Total 4/25

図2-F あなたは子供にORSを与えたことがありますか？



はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 6/6  
 Folofonkaha = 10/10 Ngolodougou = 7/8  
 Total 23/25



はいの地域別詳細  
 Niangbo = 1/1 Kafiné = 6/6  
 Folofonkaha = 8/10 Ngolodougou = 8/8  
 Total 23/25

図2-G 同居の子供は予防接種を受けたことがありますか？

図2-H 同居の子供は体重を測ったことがありますか？



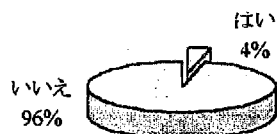
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 3/6  
 Folofonkaha = 6/10 Ngolodougou = 3/8  
 Total 12/25



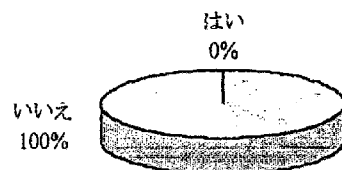
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 1/1 Kafiné = 3/6  
 Folofonkaha = 1/10 Ngolodougou = 5/8  
 Total 10/25

図2-I 過去に同居家族のなかでケガをした人はいいますか？

図2-J あなたは糖尿病を知っていますか？



はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 1/6  
 Folofonkaha = 0/10 Ngolodougou = 0/8  
 Total 1/25



はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 0/6  
 Folofonkaha = 0/10 Ngolodougou = 0/8  
 Total 0/25

図2-K 同居家族のなかで糖尿病にかかった人はいいますか？

図2-L その患者は糖尿病の治療を受けましたか？

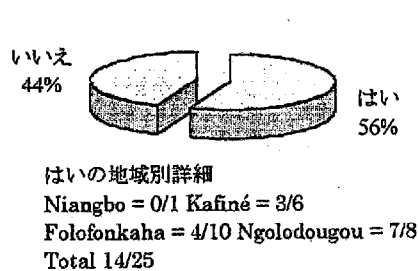


図2-M あなたは高血圧を  
知っていますか？

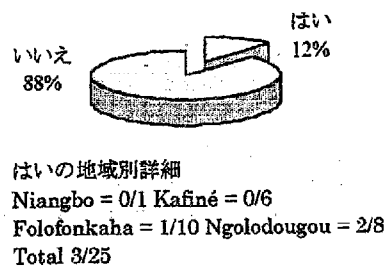


図2-N 同居家族のなかで  
高血圧にかかった人はいいますか？

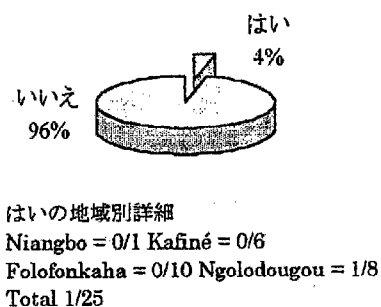


図2-O その患者は高血圧の  
治療を受けましたか？

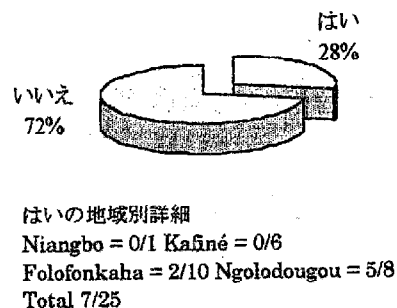


図2-P あなたは貧血を知っ  
ていますか？

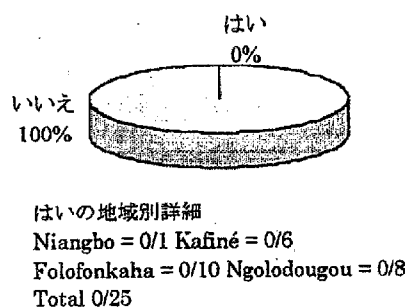


図2-Q 同居家族のなかで  
貧血になった人はいいますか？

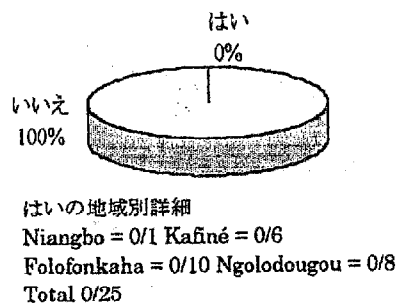


図2-R 同居家族のなかで  
貧血の人はいいますか？



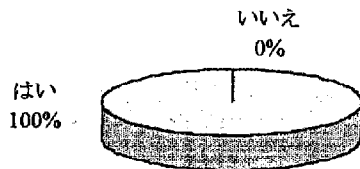
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 1/1 Kafiné = 6/6  
 Folofonkaha = 5/10 Ngolodougou = 2/8  
 Total 14/25

図2-S あなたはマラリアを  
知っていますか？



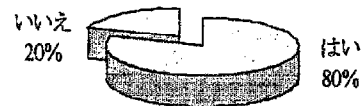
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 6/6  
 Folofonkaha = 8/10 Ngolodougou = 1/8  
 Total 15/25

図2-T あなたの家には  
蚊帳がありますか？



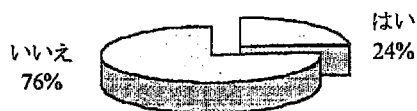
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 1/1 Kafiné = 6/6  
 Folofonkaha = 10/10 Ngolodougou = 8/8  
 Total 25/25

図2-U 同居家族のなかでマラ  
リアにかかった人はいますか？



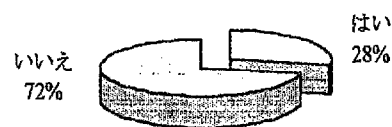
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 6/6  
 Folofonkaha = 7/10 Ngolodougou = 7/8  
 Total 20/25

図2-V あなたは結核を  
知っていますか？



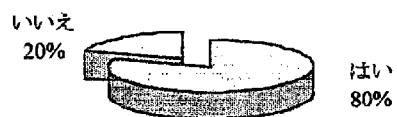
はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 5/6  
 Folofonkaha = 0/10 Ngolodougou = 1/8  
 Total 6/25

図2-W 同居家族のなかで結核に  
かかった人はいますか？



はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 5/6  
 Folofonkaha = 1/10 Ngolodougou = 1/8  
 Total 7/25

図2-X その患者は結核の  
治療を受けましたか？



はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 3/6  
 Folofonkaha = 10/10 Ngolodougou = 7/8  
 Total 20/25

図2-Y STD・エイズを  
 知っていますか？



はいの地域別詳細  
 Niangbo = 0/1 Kafiné = 3/6  
 Folofonkaha = 5/10 Ngolodougou = 5/8  
 Total 13/25

図2-Z エイズから身を守る  
 方法を知っていますか？

## 2-1-2 生殖可能年齢女性に対する意識調査

調査対象：5歳以下の子供をもつ生殖可能年齢女性（無作為抽出）

調査実施場所およびサンプル数：

- ① Katiola県の保健センター（3CSU：Fronan、Niakaramandougou、Tafiré）妊婦検診待合室にて、19名の女性に実施
  - ② 診療所へのアクセスが悪い村落内に住む27名の女性に実施（7村：Niangbo、Touro、Kanangonon、Atienkaha、Folofonkaha、Kafiné、Ngolodougou）
- ・サンプル数：46

調査方法：調査票を用いた個別インタビュー方式

集計結果

総サンプル数が46と少ないため、量的にはKatiola県の女性の総意とみなすことはできない。しかし、調査票（選択回答式）を用いた個別面接方式を採用したため、準備した質問の内容を一步掘り下げることが可能となった。これにより、Katiola県の女性の意識・行動を把握し、問題を分析するうえで有効な回答が得られた。ただし、村の習慣、言語の問題により厳密な意味で個別面接を行うことは不可能であった。つまり、通訳（医療機関スタッフ）を介し、周囲に多くの村民が立ち会う形式となってしまったため、回答の一部には信憑性が疑われるものもあると考えられる。

### （1）人口・社会的背景

宗教の地域的特徴に関しては、Katiola県の北部はイスラム教徒が多く、中部、南部はキリスト教徒が多い（図2-5参照）。なお、象国全体としては、イスラム教徒約50%、キリスト教徒約30%、伝統宗教約17%となっている。婚姻の状況は、キリスト教徒が一夫一妻、イスラム教徒が一夫多妻（通常2～3人）（図2-6参照）。

対象者の国籍は、Katiola県の北部には、マリやブルキナ・ファソ等隣国からの出稼ぎ労働者が多い（図2-7参照）。

農業に従事している夫は70%を占める。家庭の収入に関しては、女性が把握しているケースはきわめて少なかった（図2-10参照）。

### （2）周産期保健分野

初婚年齢は平均18歳。14～16歳で15.4%、14～19歳で計53.9%と、一般に早婚傾向にある（図2-13参照）。

死亡児の年齢は1カ月未満が最も多い（61.1%）が、年齢や原因についてははっきり認識している母親は少なかった（図2-14、15）。

アクセスの悪い村落内に住む女性は、自動車や自動二輪等を所有しないため、医療機関を利用するのが困難である。また、風習に従い、伝統的産婆による家庭内出産を好む者が多い（図2-16）。また、医療施設で分娩した女性も、助産婦が不足しているため、正式な助産婦教育を受けず、勤務先の助産婦の指導により技術を習得したFDSによる介助が多い（37%）（図2-17）。

調査集計結果によれば、対象者のほとんどが妊娠検診を受けている。しかし、片道約3時間かけて通っている女性もあり、医療機関へのアクセスの困難さを指摘する声が少なくなかった。検診を受ける理由は、「助産婦（看護師）が来るように言うから」であり、安全な出産のためという意識は弱い（特に村落）。なお、Katiola県医務局のレポートでは、妊婦へのワクチンカバー率（2回以上の接種）は53%、生殖可能年齢の女性へのカバー率は22%となっている。ほとんどの女性は性器切除（FGM）を実施している（村では100%）。これによる障害について、分娩をする側からはわからなかったようであるが、分娩を介助する側（助産婦やAT）からは児頭の娩出困難があげられた（図2-25～27参照）。

### （3）家族計画分野

夫の希望する子供の数と女性の希望する子供の数に関しては、「夫の希望する数は知らない」という回答が多かったため、その差異に関する結果は得られなかった。イスラム教徒からは、子供は神からの授かりものなので、「希望数」という概念そのものがない場合が多かった。希望児数は平均5～6人であった。

家族計画については、避妊法を知らない女性が69.6%（図2-30）、実施したことのない女性が89.1%であった（図2-31）。実施しない理由として、①希望していても（図2-32）第一次医療機関を利用しにくい状況にある、②診療所の看護師は、家族計画指導に関する教育を受けていないのでサービスの提供を行うことができない、③希望する子供の数に達していないので避妊しない、等があげられる。また、FPと避妊が混同して理解されていることが多かった（図2-33）。

### （4）乳幼児保健分野

母乳の授乳期間は平均して約2年であり、助産所でも2歳までは母乳栄養を奨励している。また、途中で母乳の出なくなった女性は、その代替物として小麦粉をお湯でといて砂糖を少し加えたものを与えていた（図2-34）。

離乳食開始時期は1歳前後が多く、与える目安は児が食べ物を欲しがったときである場合が多いようである。離乳食の内容は、ほとんどの場合、米やトウモロコシのおかゆである（図2-35）。

下痢や発熱時の対症療法について、村の女性の多くは伝統治療（薬草）を利用する。病院より伝統治療を選択する理由として、①医療機関まで遠い。移動が困難、②財政的に困難（治療費200FCFAと薬代が支払えない）、③伝統治療のほうがよく効く、等があげられる。伝統治療および病院の両方を利用する女性は、どちらかで病状が改善されない場合、もう一方を利用するとの回答が得られた。Ngolodougou村では調査対象者全員が両方を同時に併用すると回答した。理由は、どちらか一方を利用するより早く治るからだそうである（図2-36、37）。

子供への予防接種実施に関し、Folofonkaha（Niakaramandougouまで13km）の女性1名は、巡回予防接種が来ないので未実施と回答した。なお、同じ村に住む他の回答者はNiakaramandougouのCSUにて接種していた。ちなみに、Katiola県医務局のレポートでは、乳幼児へのワクチンカバー率はBCG88%、DPT50%、麻疹51%、黄熱病51%となっている（図2-38）。



## 5歳以下の子供をもつ女性の意識調査票

### (1) 人口・社会的背景

#### 1) 年齢

- ①14歳以下 ②15～19歳 ③20～24歳 ④25～29歳 ⑤30～34歳  
⑥35～39歳 ⑦40～44歳 ⑧45～49歳 ⑨50歳以上

#### 2) 身長

- ①150cm以下 ②150cm以上 ③わからない

#### 3) 婚姻状況

- ①独身 ②離婚・別居 ③死別  
④一夫一妻（戸籍上の婚姻、慣習上の婚姻）  
⑤一夫多妻（戸籍上の婚姻、慣習上の婚姻）  
⑥同棲

#### 4) 宗教

- ①カトリック ②プロテスタント ③イスラム教 ④伝統宗教 ⑤その他 ⑥なし

#### 5) 国籍

- ①象国 ②ブルキナ・ファソ ③ギニア ④ガーナ ⑤マリ ⑥セネガル  
⑦モーリタニア ⑧その他（ ）

#### 6) 民族

- ①セヌーフー ②タグバナ ③ジミニ ④バウレ ⑤ アグニ ⑥エブリエ  
⑦ベテ ⑧ゲレ ⑨その他（ ）

#### 7) 配偶者の職業

- ①公務員 ②従業員 ③家畜業 ④農業 ⑤商業 ⑥その他（ ） ⑦無職

#### 8) 家庭全体の収入

- ①500CFA未満 ②500～1000CFA未満 ③1000～2000CFA未満  
④2000～3000CFA未満 ⑤3000～4000CFA未満 ⑥わからない

#### 9) 学歴

- ①なし ②小学校 ③中学校 ④高校以上 ⑤その他（ ）

#### 10) フランス語

- ①話せる ②少し話せる ③読み書きもできる ④話せない

## (2) 周産期保健分野

### 1) 結婚年齢

- ①14歳以下 ②14～16歳 ③17～19歳 ④20～25歳 ⑤25歳以上 ⑥わからない

### 2) 妊娠回数 ( ) 回

### 3) 出産回数 ( ) 回

### 4) 生存児数 ( ) 人

### 5) 死亡児数 ( ) 人

＊以下の質問に関しては、一番新しいケースの情報での回答とする

### 6) 死亡時の児の年齢

- ①1カ月未満 ②1カ月以上～1歳未満 ③1～2歳未満

- ④2～3歳未満 ⑤3～4歳未満 ⑥4歳以上 ⑦わからない

### 7) 死亡原因

- ①流産 ②死産 ③新生児感染症 ④貧血 ⑤マラリア

- ⑥急性呼吸器感染症 ⑦脱水症 ⑧病気(詳細不明)

### 8) 出産場所

- ①自宅 ②農村診療所 ③助産所 ④診療所 ⑤農村保健センター ⑥私立診療所

- ⑦母子保健センター ⑧病院 ⑨その他

### 9) 出産介助者

- ①医者 ②助産婦 ③伝統的産婆 ④無資格の分娩介助者 ⑤その他 ( )

### 10) 妊婦健診受診の有無

- ①受けた ②受けない ③わからない

### 11) もし、①ならば初診妊娠月数

- ①3 ②4 ③5 ④6 ⑤7 ⑥8 ⑦9

### 12) 受診回数

- ①1 ②2 ③3 ④4 ⑤5 ⑥6 ⑦以上

### 13) 未受診理由

- ①特になし ②地理的に行きにくい ③費用がかかる ④健診は必要がない

- ⑤夫・家族の反対 ⑥その他

### 14) 母子保健手帳所持の有無

- ①持っている ②持っていない ③紛失

15) 治療中の慢性疾患

(現地においてC/Pと妥当と思われる疾患を検討・修正する)

- ①なし ②高血圧 ③慢性腎炎 ④糖尿病 ⑤肝炎 ⑥心臓病 ⑦甲状腺疾患 ⑧その他

16) 過去の妊娠・分娩時において該当した項目

- ①正常分娩 ②妊娠中毒(血圧140/90以上、浮腫、尿中タンパク++) ③糖尿病  
④流産 ⑤貧血 ⑥マラリア ⑦児の体重が2500 g以下、未熟児 ⑧難産(吸引分娩、  
鉗子分娩、その他) ⑨帝王切開 ⑩死産 ⑪その他 ⑫わからない

17) 妊娠時の破傷風予防接種経験の有無

- ①接種済み( 回) ②未接種 ③わからない

18) 女性性器切除について

- ①施行した ②施行しない ③わからない

19) もし①ならば、( ) 歳時

- ①いつしたかわからない ②1歳以下 ③1歳以上

20) 施行による後遺症の有無

- ①有 ②無 ③わからない

**(3) 家族計画分野**

1) 本人の希望する子供の数 ( ) 人

2) 夫の希望する子供の数 ( ) 人

3) 避妊法について知識を得た場所

- ①学校 ②農村診療所 ③助産所 ④診療所 ⑤農村保健センター ⑥私立診療所  
⑦母子保健センター ⑧病院 ⑨その他 ⑩わからない

4) 避妊法の実施

- ①ピル ②IUDリング ③黄体ホルモン注射 ④コンドーム ⑤卵管結紮術  
⑥リズム法 ⑦性行為中断法 ⑧母乳栄養 ⑨伝統的方法 ⑩その他  
⑪実施したことなし

5) 実施したことがある場合、継続意志の有無

- ①有 ②無 ③わからない

6) 実施したことがない場合、実施希望の有無

- ①有 ②無 ③わからない

7) 4) の⑪、5) の②の場合、実施しない理由

- ①なし ②地理的に利用しにくい ③費用がかかる ④副作用がある ⑤効果がない  
⑥家族の反対 ⑦使い方が難しい ⑧避妊の必要がない(もっと子供が欲しい等)

#### (4) 乳幼児保健分野

##### 1) 母乳の授乳期間

- ① 3 カ月未満 ② 3 ～ 6 カ月未満 ③ 6 ～ 12 カ月未満 ④ 12 ～ 18 カ月未満  
⑤ 18 ～ 24 カ月未満 ⑥ 2 年以上

##### 2) 離乳食開始時期

- ① 3 カ月未満 ② 3 ～ 6 カ月未満 ③ 6 ～ 12 カ月未満 ④ 12 ～ 18 カ月未満  
⑤ 18 ～ 24 カ月未満 ⑥ 2 年以上

##### 3) 離乳食の内容

##### 4) 下痢の対症療法

- ① 家庭で作ったORS（経口補水塩）を飲ませる ② おかゆを与える ③ 果汁を与える  
④ コーラを与える ⑤ 食べ物を与えない ⑥ 下痢止め薬を与える ⑦ 伝統的な薬  
⑧ 病院や母子保健センターに連れて行く ⑨ その他 ⑩ 伝統的な薬および病院や母子保健  
センターに連れて行く（同時） ⑪ 特に何もしない

##### 5) 発熱時の対症療法

- ① ニバキン ② アスピリン ③ その他の薬 ④ 伝統的な薬 ⑤ 病院や母子保健センターに  
連れて行く ⑥ 濡れたタオルで冷やす ⑦ 水を飲ませる ⑧ その他 ⑨ 伝統的な薬および  
病院や母子保健センターに連れて行く（同時） ⑩ 特に何もしない

##### 6) 過去 1 年間、子供への予防接種実施の有無

- ① ポリオ ② 三種混合（ジフテリア、破傷風、百日咳） ③ はしか ④ 結核（BCG）  
⑤ 上記全部 ⑥ 未接種 ⑦ わからない

##### 7) ⑥ の場合はその理由

- ① 特になし ② 地理的に接種に行くのが困難 ③ 費用がかかる ④ 予防接種は効果がない  
⑤ 副作用が心配 ⑥ 家族の反対 ⑦ その他

## 5歳以下の児をもつ女性へのアンケート集計結果

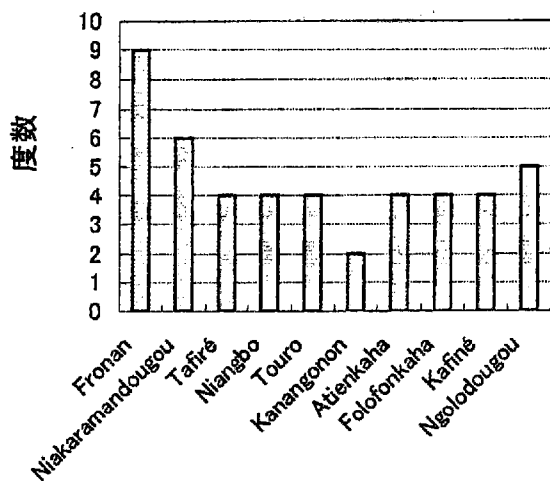


図2-1 データ採取地域名

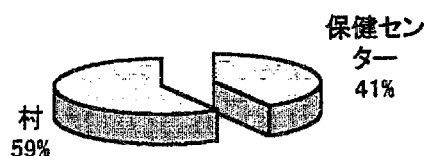


図2-2 データ採取場所

### (1) 人口・社会的背景

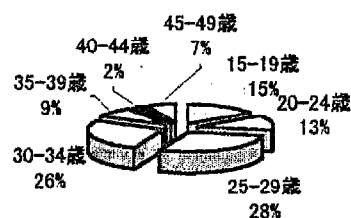


図2-3 対象者の年齢分布

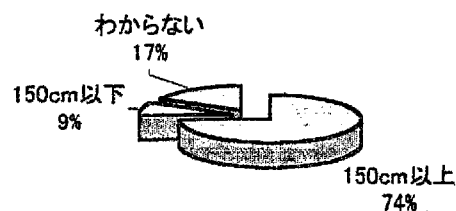


図2-4 対象者の身長

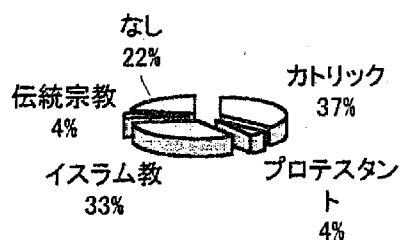


図2-5 宗教

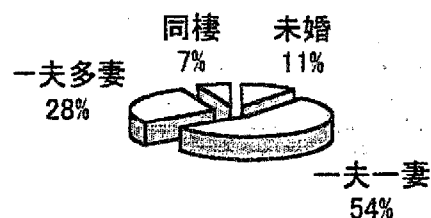


図2-6 婚姻の状況

### (1)-3) 婚姻状況

- ①イスラム教徒が多数を占める村では一夫多妻(通常2~3人)が多い。
- ②未婚の母、同棲がここ数年増えてきている。理由としては、法令で決められている年齢(男性20歳、女性18歳)に達する前に妊娠してしまう、親の反対、夫が若いため独立できない、結婚するための資金不足等の声があげられる。

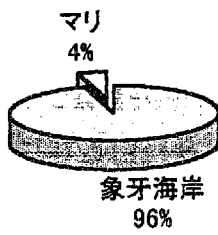


図2-7 国籍

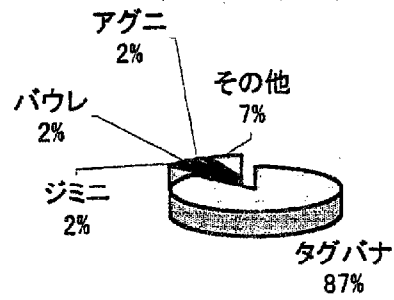


図2-8 民族

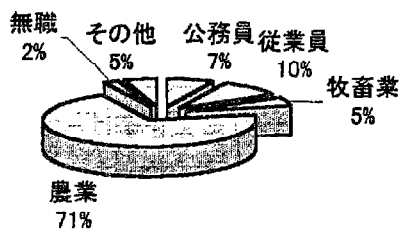


図2-9 夫の職業

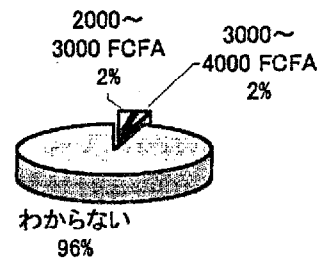


図2-10 家族の収入額／月

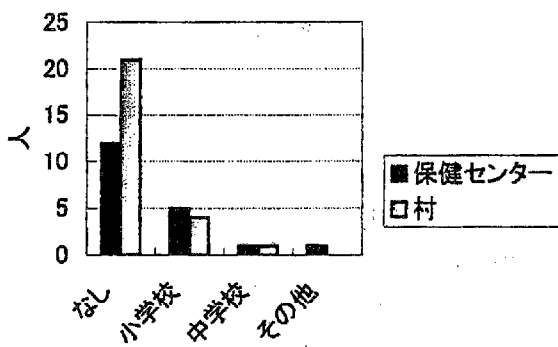


図2-11 対象者の学歴

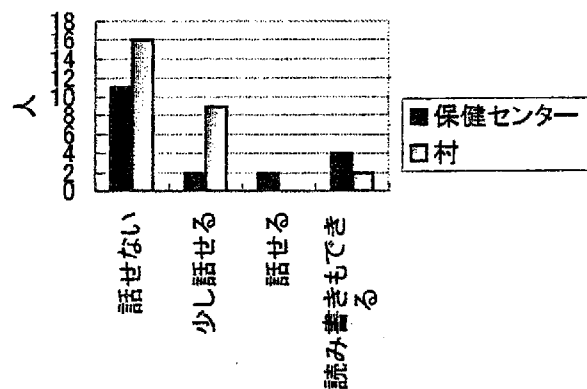


図2-12 フランス語運用能力

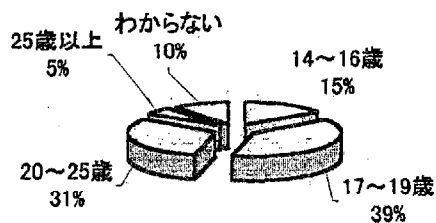


図2-13 初婚年齢（有効回答39）

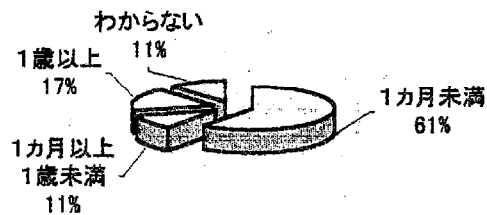


図2-14 死亡時の児の年齢（有効回答35）

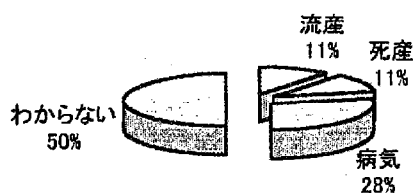


図2-15 児の死亡原因（有効回答36）

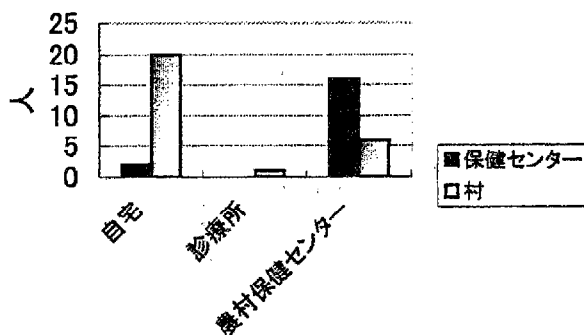


図2-16 出産場所

#### 2-16 出産場所

##### 1) 家庭分娩を選択した理由

①陣痛が来てから病院に行くには地理的に困難であり、かつ交通手段がない。特に夜間の陣痛では無理。(多数意見)  
②その村の風習 ③病院だと500CFAかかるから

##### 2) 施設分娩を選択した理由

①産後のケアが良いから  
②ずっと検診に通っていたので安心

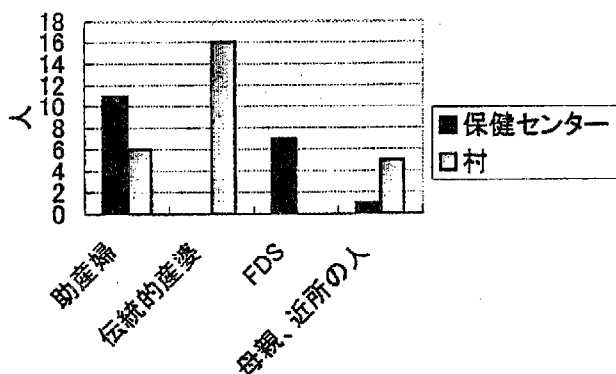


図2-17 出産介助者

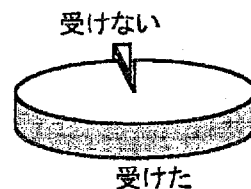


図2-18 妊婦検診受診の有無

2-18 受けない理由／近くに診療所がなかった  
(1997年に現在の診療所が開院した。)

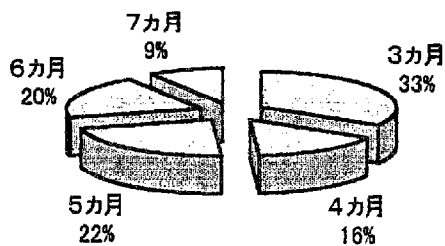


図2-19 初診の妊娠月数

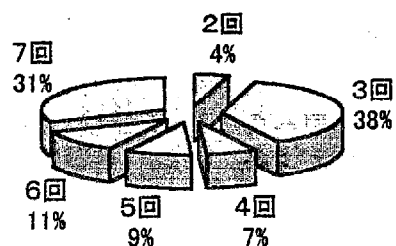


図2-20 出産までの妊婦検診数

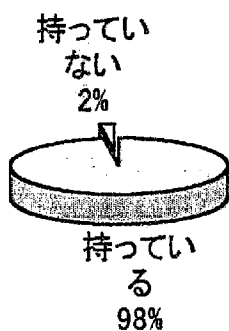


図2-21 母子手帳所持の有無

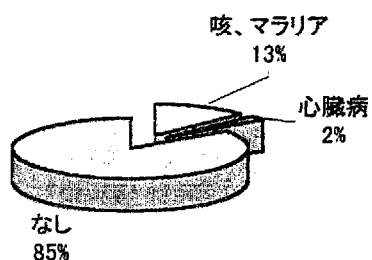


図2-22 治療中の慢性疾患

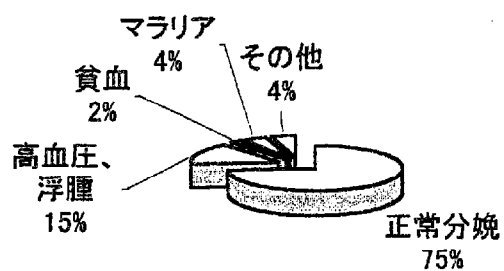


図2-23 過去の妊娠・分娩時の問題

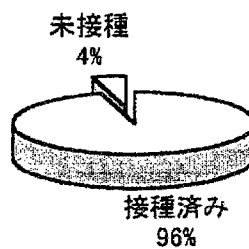


図2-24 妊娠時の破傷風予防接種の有無

Katiola県医務局統計によると妊婦の産前検診3回以上の率は1998年の57%から1999年は33%に低下している。



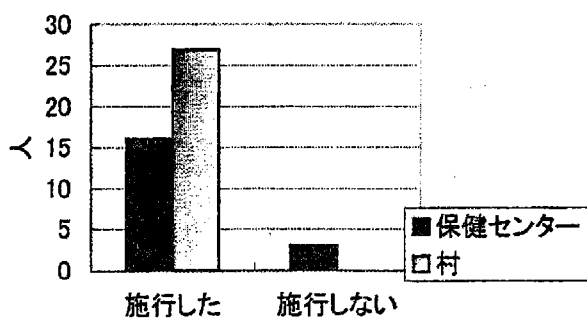


図2-25 女性性器切除術 (FGM)

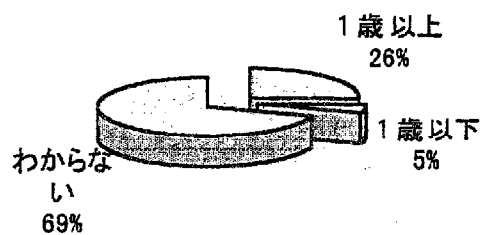


図2-26 女性性器切除施行時の年齢

わからない: 物心がついたころにはすでに施行されていた

#### 2-26 女性性器切除施行年齢

村によって施行年齢に差があり、多くは1歳以下の幼少時であるが、5歳前後、10歳前後に行っている女性もいた。

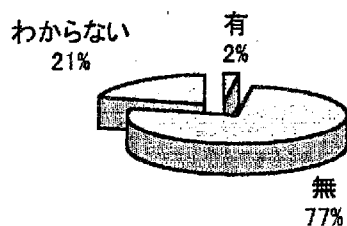


図2-27 女性性器切除施行による障害の有無

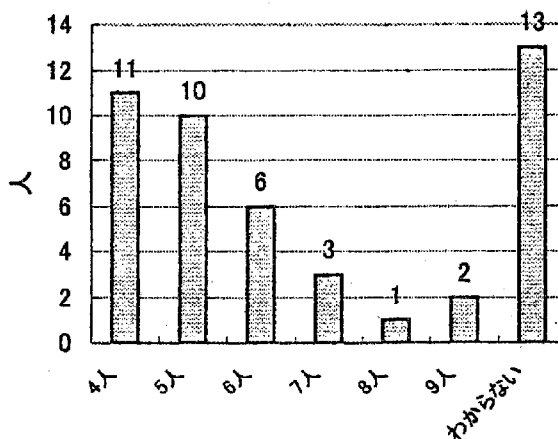


図2-28 女性が希望する子供の数

#### 2-28 女性の希望する子供の数

7人以上の希望者はすでに同数の児をもっており、もうこれ以上は欲しくない、という意味で同数をあげた。

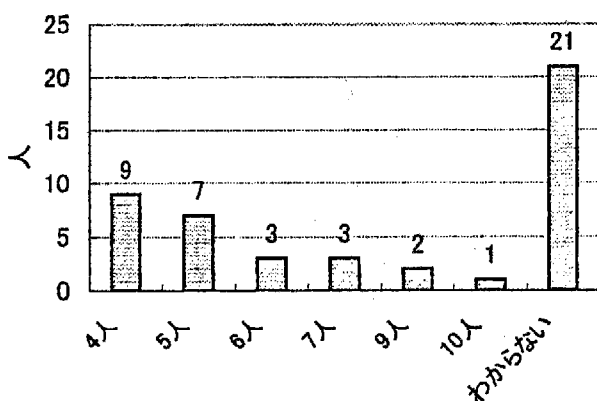


図2-29 夫が希望する子供の数

#### 2-29 夫が希望する子供の数

1) わからない=夫に聞かないとわからない

2) 夫の意見を実際に聞いた際、女性が「もうこれ以上欲しくない」と答えたにもかかわらず、夫が「まだ2、3人は欲しい」と答えたケースもいくつかあった。

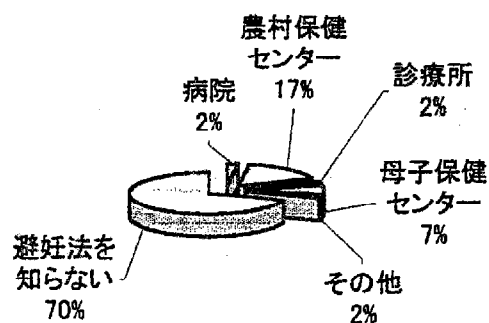


図2-30 避妊法について知識を得た場所

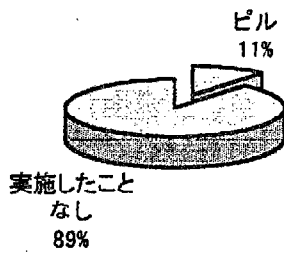


図2-31 避妊法実施の有無

#### 2-31 避妊の実施

- 1) 実施者の6人中、小学校卒業2名、中学校卒業2名
- 2) 村の調査での実施者は、村内の学校の先生の配偶者、未婚の若い女性であった。
- 3) 実施者はすべて継続の意思があった。

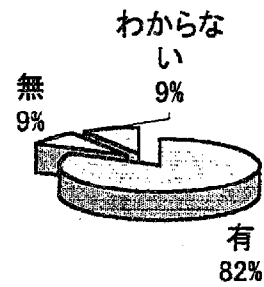


図2-32 家族計画指導希望の有無

- \* 夫に聞かなくてはわからない。
- \* 年齢的にもう必要ない。

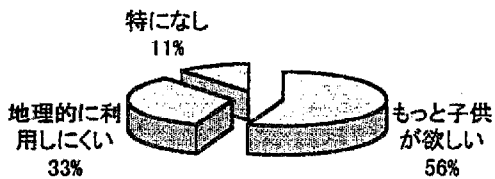


図2-33 家族計画未実施の理由

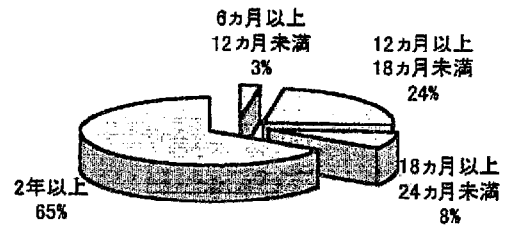


図2-34 母乳の授乳期間

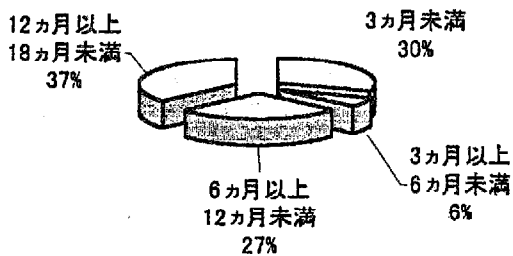


図2-35 離乳食開始時期

離乳食は米やトウモロコシのお粥を与える

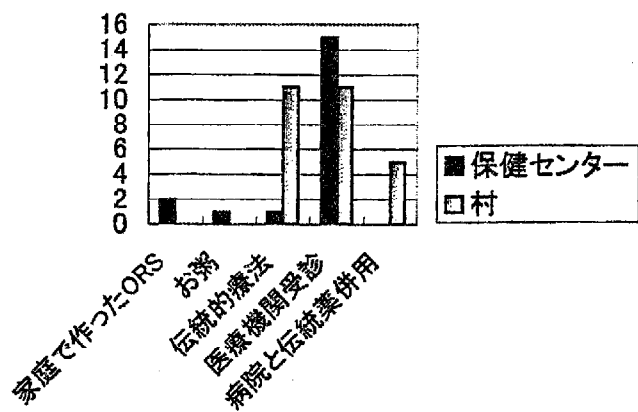


図2-36 下痢の対症療法

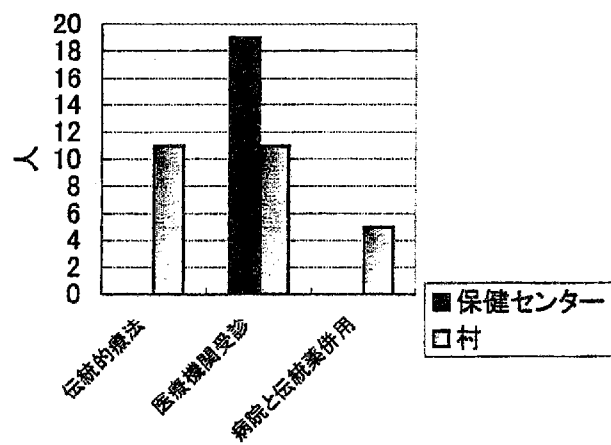


図2-37 発熱時の対症療法

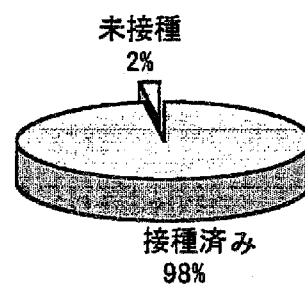


図2-38 子供の予防接種状況

未接種の理由／この村には巡回接種がないため

## 2-1-3 各村落の訪問記録

### (1) Niangbo村

Niakaramandougouから32km離れたArikokaha診療所が管轄している村のひとつ。診療所からは4km離れている。人口756人。電気はあるが、水は村の中程にあるポンプから給水している（大きなたらい一杯で10FCFA）。CSU Niakaramandougouの秘書であるMme FATOUMATAに通訳兼案内を依頼する。この村では月曜日（村の市場の日）と金曜日（祈りの日）以外はほとんどの住民が畑に出払ってしまうため、訪問日の木曜日は乳幼児をもつ母親と老人や子供たちにしか話を聞くことができなかった。

疾病時の対応として、まずは伝統治療を受ける。たとえば、下痢の時はグァバの葉やコラの実、木の幹を煎じて飲む。また、発熱時やマラリアによく効く薬草、温湿布のように四肢の痛みを軽減させるために使用する薬草もあった。

診療所を利用する前に伝統治療を受ける理由として、①財政的余裕がない、②伝統医療はよく効く、③診療所へのアクセスが悪い（Niakaramandougouまで21km未舗装路）があげられる。

この村では家庭分娩を行う者が多いため、伝統的産婆（年齢不詳／かなり高齢）からも話を聞いた。産婦は陣痛が始まると産婆の家に行き分娩を行う。臍帯切断は2カ所を紐で結び、間を産婦あるいは家族が用意した新品の剃刀の刃で切る。褥婦は出産後数時間休み、異常がなければ帰宅し、通常1週間程度休養する。その後、BCGワクチン接種のため診療所に行く。産婆へは謝礼金は一切支払われない。産婆によればこれまで分娩困難や産後問題が生じたことは一度もなかったとのことである。

### (2) Touro村

Touro村のCOGESのメンバー（女性）に通訳兼案内を依頼する。Katiolaから18km離れたTouro診療所が管轄している村のひとつ。診療所からは2 km。村の人口は約1500人。電気はない。水は、村の中程にあるポンプが壊れており、約2 km離れた水流から給水している。便所はない。

村民のほとんどは、傷病時、まず村の長老に相談し、その傷病に効く薬草をその老人に村外れの茂みから採取してもらう。薬草に呼称はないが、老人は葉を見ると、それが下痢に効くか、解熱作用があるか、マラリアに効くかわかるらしい。患者はお礼に鶏や飲物を渡す。この薬草を煎じて飲んで症状が改善されなければ、診療所に行く。「何故、先に診療所に行かないのか？」との問いには、「お金がかかるから」と村民は答えた。長老は、「診療所に行っても、治る病気もあれば治らない病気もある。薬草だって同じだ」と答えた。

### （３）Atienkaha村

Katiola県医務局スタッフM. LAMBERTを訪問し、住民調査を実施する。

Katiolaから18km離れたTimbé村のCSRが管轄する村のひとつ。Timbéまで未舗装路（状態はそれほど悪くない）5kmおよび舗装路8km、Katiolaまで未舗装路5kmおよび舗装路10km。

人口770人。電気なし。水は村より1～1.5km離れたところにあるポンプが故障しており、村中央の井戸から汲み上げている。しかし、井戸の水量が十分でないため飲用のみに使用し、その他に使用する水は2～5km先の水源から給水している。便所はない。

訪問した日がたまたま木曜日であったため、多くの村民は畑に出払っており、閑散としていた（金曜日・日曜日の安息日以外は皆畑に行く）。

この村には伝統治療師はいない。しかし、薬草に関しては詳しい人が多いので、村民はこれらの人に相談している。ATは5人いるらしいが、皆畑に行っており会うことはできなかった。ASCに関しては、村民は皆「いない」と答えたが、Timbé村のCSRの看護師に確認したところ、2名いるがまだASCとしてのトレーニングを受けていないので、1カ月に1度、村の広場を利用しての巡回予防接種の手伝いをしているのみであるとのことであった。

この村は今まで訪問した村と比較し、フランス語を理解する村民（特に女性）の割合が多いと感じられた。そのためか伝統治療師が村にいないためか定かではないが、傷病時はお金と交通手段が確保できれば、伝統治療に頼らず医療機関に行くとの回答が多かった。しかし、現実問題として、そのどちらかが確保できず、伝統医療を利用することが多く、伝統治療よりも先に医療機関に行った人は少数であった。すぐ近くで近代医療が受けられれば、診療費がかかっても行くか、多少遠くても診療費が無料であれば行くか、との質問には、両方とも肯定的な回答が得られた。

分娩について、陣痛が始まってから医療機関に運ぶ移送手段がないので家庭で産まざるを得ないし、500FCFAのお金が調達できなければ医療機関で出産したほうがいいとは思っても家庭出産にする。

女性の収入に関しては、米や野菜を売って月1000FCFA程度の収入がある。収入が小額であるときは夫に渡さずに、自分の衣類や子供に関することに使用する。収入の多いときは夫に渡し、彼が管理するそうである。家計全体の収入額は把握していなかった。

### （４）Kafiné村

Niakaramandougou村のCSU所長とともに訪問する。村の一般状況聴取、住民および5歳以下の子供をもつ女性への聞き取り調査ならびに引き続き村内を視察した。村の老若男女約50名が参集した。この村はNiakaramandougou村のCSUから未舗装道路を約18km進んだ

ところにある。村民は1918年にLatokahaより移住した人が多い。タグバナ、バウレ族が多い。マリ人、ブルキナ・ファソ人もいる。移住した当時、村の土地が白かったので、現地語で白い村（きれいな村）という意味の名前にした。人口は約1700人。伝統治療師、ASCはおらず、ATがいる。ATは以前3名いたが、現在は2名である。小学校は6クラスで約150名在籍しており、中学校はなくNiakaramandougouに下宿生活している。宗教はカトリック80%、イスラム教10%、伝統宗教5%である。水源はポンプを使用した井戸が2個あり、水が枯れることはない。タライ1杯で5FCFAである。電気はなく個人的な発電機が2個ある。簡易便所は10個ある。収入は農業によって得ており、山芋・トウモロコシ・マニオク・綿が多く、家畜として豚・羊を飼育している。米は1ha当たり年間30万FCFAの収入があり、2期作で年間60万FCFAの収入がある。しかし、米を多く作ると蚊が多く発生してしまい、蚊の対策をしなければならないことが問題となっている。

村長があげた村の3つの問題点は、①保健小屋（Case de Santé）を作るために村からお金を出し敷地も確保したが、保健省の財政状況が劣悪なため建設されないままである、②電気がない、③井戸にポンプがなく、給水塔による水道がないことである。

過去にマラリア対策に関する援助がこの村で行われていた。1998年から蚊帳の配布が2回行われ、各戸に蚊帳が2張ずつ配布された。ひとつは日本の無償資金協力で、もうひとつは1500FCFAで販売された。マラリアに関する住民教育が行われ、ほとんどの住民がマラリアの知識をもっていた。また、HIV／エイズについての住民教育が同村出身の学生のボランティア組織により、帰省時に行われている。学生は医学部・医療従事者養成学校在学中にかかわらず、他分野を専攻している学生によっても行われている。

#### （5）Folofonkaha村

Niakaramandougou村のCSU所長とともに訪問する。この村はNiakaramandougou村のCSUから約13km離れたところに位置し、未舗装道路が約3kmある。もとは、Fondebougou村（Folofonkahaから15～20km）に住んでいたフォロフォ氏が現在の土地に移動し、この村を興し、命名した。その後Fondebougou村の人々が移動し、この村に住み着くようになった。人口約770人。タグバナ、バウレ族が多く、ニジェール人も少しいる。

保健医療に携わる人材としては、伝統治療師1名、ASC2名、伝統的産婆1名がいる。ASCは1998年に活動を開始した。ASCは活動するにあたり、BouakéのPierre RICHET研究所でマラリア対策についてのみ2日間の研修を受けている。しかし、注射する技術すら身につけておらず、機会があればいろいろ学びたいと語っていた。患者数は月に30～40人である。ASCは、管理を任せられている薬で治らない患者には伝統治療よりも診療所をすすめている。活動上の問題点は、移動手段が自転車しかないので、病院へ移送することが困難であ

ることである。保健小屋設置も希望している。

小学校は6クラスで3教室あり、中学校はなくNiakaramandougouに下宿生活している。

キリスト教徒（カトリック）がほとんどであり、伝統宗教徒もいる。イスラム教徒はいない。

水源はポンプを使用した井戸が1個あり、水が枯れることはない。電気・発電機はなく、ランプを使用している。簡易トイレはあるが、学校の教師だけが使用している。

換金作物として、山芋・トウモロコシ・マニオク・綿・野菜・カシューアップル・ピーナッツが多い。カシューアップルまたは綿の収益性が高く、人によっては40万FCFA／年、平均15～20万FCFA／年の収益があり、ピーナッツ農家はそれより少ないとのこと。

村長があげる3つの問題点は以下のとおりである。

- ①マラリア・リウマチ・鼠径ヘルニアが多い。
- ②保健小屋がない。
- ③交通手段としてNiakaramandougouへのバスが週1回しか来ない。

この村にもマラリア対策の援助が行われた。各戸に蚊帳が無償で配布された。住民によれば蚊帳の配布以降、マラリアの罹患率が激減したとのことである。

#### （6）Ngolodougou村

GbadikahaのCSRの看護師とともに訪問する。村民約300名が参集した。この村はTafiréから約7 km、Gbadikahaから約10km離れたところにあり、舗装された幹線道路沿いにある。人口2800人。ほとんどがタグバナ族で、ブルキナ・ファソ人、マリ人もいる。伝統治療師5名および伝統的産婆1名が保健医療に携わっている。ASCはいない。

CSは建設中。村の担当分は3年前に完成しているが、保健省が負担する看護師・助産婦宿舎が未完成である。村民はGbadikahaかTafiréのCSを利用している。村長によれば、この村のCSが完成し、看護師・助産婦が駐在し、薬も常備されれば、健康に関する問題も減少するであろうとのことであった。

小学校は6クラスで6人の教師がいるが、中学校はない。

イスラム教徒のみで、キリスト教徒はいない。

水源はポンプ式井戸が2個あり、手汲みの井戸が多数ある。

電気は使用可能である。

便所は多数あり、溜まったら汲み上げて肥料として利用する。換金作物は粟・山芋・トウモロコシ・マニオク・綿・カシューアップル・ピーナッツが多く、米・綿は少ない。最も収益性の高いのはカシューアップルである。羊・山羊・牛・豚がいるが、牧畜はそれほど盛んではない。平均収入は15～20万FCFA／年である。

### (7) Kassiné村

Timbé村のCSRの看護師が行う予防接種の視察目的で村を訪問する。予防接種は7時開始の予定であったが、看護師の到着が遅れ7時50分から始まった。Timbé村のCSRの情報によれば人口約727人である。電気は使用不可能であり、井戸はポンプ式のものが1つあるのみ。

村民は「マラリアは蚊以外の昆虫からも感染する」と信じている。蚊帳1張の販売価格は3000FCFAである。多くの住民は蚊帳が買えないが、村長の自宅には蚊帳があった。ストックキングの生地を継ぎはぎしたような蚊帳で薬剤散布はなされていなく、数カ所に穴があいていた。この蚊帳の中で3人が就寝するとのことである。

予防接種のための機材は看護師がCSRから持参している。コールドチェーンは日本の供与機材が使用されており、医薬品の冷蔵保管は適正に行われている。シリンジは使い捨て用品を使用し、予防接種終了後に台帳とシリンジ使用本数を照合し、薬剤使用量を算出している。使用済みシリンジは回収しCSRで処理する。

予防接種終了後、住民の食生活を見学した。主にトウモロコシをくだき、餅状にして食する。脱穀機が1台あり、青年が機械を管理する。肉類を摂取する回数は、月や週によってまちまちであるが、場合によっては1カ月まったく摂らないこともある。その他、オクラ・山芋・マニオク・ピーナツを食する。村内には家畜がいるが、自給のためでなく商品として飼育している。

## 2-2 農村保健ボランティア（ASC）の活動状況

PNDSにより、各村ごとに住民から選出された数名のASCを配置することが義務づけられている。ASCは無給である。

現在、ASC育成に関する保健省の政策はない。1985年までUNICEFの援助でASC育成が行われていた。1997年にPierre RICHET研究所においてマラリア研究補助を目的とした研修が行われた。

ASCが運営する保健小屋（Case de Santé）では、薬の配布などを行っている。Katiola県（地域）には保健小屋はないが、隣県のDabakara県（地域）には設置されている。

### (1) Kafiné村のASCへの聞き取り調査結果

ASC①：36歳、男性

家族：妻、子供の7人暮らし

教育：Pierre RICHET研究所にてマラリアについて1日の研修を受けたのみ

任期：1998年から始め、特に決められていない

収入：なし（ASCとしては）



業務内容：村で簡単な創傷処置や頭痛、下痢の治療をする。薬を管理し、一律に25FCFAで販売している。収益は、薬の仕入れと輸送のために利用している（薬や衛生機材の種類：クロロキン、パラセタモール、アスピリン、創傷用軟膏、ORS、体温計、三角巾、はさみ、包帯、雑貨）。

再教育について：再教育を受けたことはない。注射の仕方や薬についての教育を受けたいと思っている。交通費や宿泊費、食費が支給されるならば再教育を受けたい。

その他：この仕事には満足している。

ASC②：25歳、男性

家族：妻、子供の4人暮らし

教育、任期、収入、業務内容、再教育についてはASC①と同じ。

## （2）Kabolo村のASC、村長、伝統治療師との面談

Timbé村にあるCSRの看護師の案内にて、管轄内のKabolo村を訪問し、まず初めにASCに対しグループ・インタビューを実施した。

村の人口は1164名で、小学校（教師2名、生徒総数99名）がある。

この村には看護師の仕事を補助して働くASC2名がおり、ほかにBouakéのPierre RICHELIN研究所から訓練を受けたが、今は働いていない3名のASCがいる。

ASC①：48歳

1983年にKatiolaでUNICEF援助の1日の養成訓練を受けた。その後1985年まで3回の再教育（各2日）を受けたが、1985年以降の教育は受けていない。今後機会があり、宿泊費・交通費等が支給されるならもっと再教育を受けたい、特に予防接種についての知識を得たい。現在の仕事は看護師が予防接種に巡回する際の補助である。なお、村には保健小屋がないため、予防接種は村長宅の庭にある木陰を利用して行う。ASCの仕事には誇りをもっているが、いくらかの報酬があればなお結構。なお、ASCは普段は無給であるが、ポリオの全国一斉投与など特別なキャンペーンの際には1000FCFA／日が支払われる。

ASC②：44歳

1997年にPierre RICHELIN研究所の訓練を受けてASCとなった。その後の再教育は受けていない。現在、薬の管理を行っている。そのなかにはクロロキン・アスピリン・経口補水液用粉末・パラセタモール・アルコール・バンドエイド・包帯・三角巾・軟膏・駆虫剤・体温計などが入っており、たとえば公衆衛生薬局（PSP）で1錠10FCFAのクロロキンを15FCFAで

販売しているが、その収益はすべて回転資金や輸送費に活用され、ASCには一切報酬がない。しかし、ASCの仕事には満足しており、村人の健康を守るうえで自分たちの活動がとても有効だと考えている。また、薬を利用する村人は0～4人／日程度。ここでも大部分の村人はまず伝統治療師にかかるか自分で伝統薬を飲むことが多い。

#### ASC③：30歳

彼も1997年にPierre RICHET研究所の訓練を受けてASCとなったが、養成訓練前の約束が守られなかったため辞めた。つまりPierre RICHET研究所の訓練はハマダラ蚊の研究を手伝うことが目的（同研究所はマラリア研究で有名）で、同研究所のフランス人女性が当初の研修（理論1日＋実技2日）には3000FCFA／日払うと約束したのに1500FCFA／日となり、8カ月の研究期間中は週1回の調査日に1500FCFA／日といていたのが1000FCFAとなったので、これでは農業のほうがましだと考え、畜産の研修を受けて現在農業を営んでいる。

#### ASC④：33歳

彼は正式なASCではないが、ASC②から訓練を受けて、保健小屋に関してCSRへの報告と必要薬剤の運搬を行っている。彼も機会があれば訓練を受けたいと考えており、特に注射の方法や創処置の仕方を習いたいとのこと。なお、彼は後述する伝統治療師の息子であり、現在、伝統治療の訓練も受けているという。

村長：フランス語が十分に通じないため看護師やASC等に通訳してもらう。村の最も重大な健康問題は、①Pierre RICHET研究所の訓練を受けたASCは注射をできる者がいないので不便である、②患者の移送手段がなく、重症の場合、誰かがバイクか自転車でKatiolaまで行き、タクシーを呼んでこなければならないこと。この村には訓練されたATはおらず、また特に助産する女性もおらず、年配の女性は皆助産をすると看護師より説明があった。これに関し、村長は、ATの養成を行うならば受け入れるとのこと。

### （3）Tiassalé県Assinzé村にてASCの会議に参加

青年海外協力隊の原田恵美氏（助産婦）が企画したASCの総会に参加した。

ASCとの活動は原田さんの前任者から始まったもので、現在Tiassalé県の6村のASCと一緒に活動しており、この1年で6村での下痢、マラリア、予防接種、離乳食についての集団指導を実施してきたとのこと。隊員はあくまでアシスタントとして、ASCが自ら計画、実施、評価を実施できるよう支援している。その到達目標として以下があげられている。

- 1）各村で定期的に衛生教育、疾病予防教育の活動計画、実施、評価ができる。

2) ASC会議を企画して、他の地域との情報交換の場とし、それを有意義に活用できる。

3) 自分の行った活動をTiassalé医療事務所（県医務局）に報告できる。

ASC会議は3カ月ごとを目標に開催されており、今回が5回目で、参加者も増えている。Assinzé村は交通の便が悪く、Tiassalé市付近のN'Douciから15kmの道を四輪駆動車でも40分かけて到着する。こうした不便な所で開催する理由は、各村で順番に会議を開くこと自体が村人への啓発となるし、また会議の日にその村でのIEC活動（衛生教育）もあわせて行うことにしているためである。

象国の常識として、他所から人が来た場合、必ず食事を振舞うなどして「もてなし」をしなくてはならず、Assinzé村にはその費用がないとのことで、村長および同村のASCから会議を拒否されていた。これまでも同様の理由で会議が何回も延期されており、「もてなし」は必要ないと説得して何とか開催にこぎつけたのであるが、当日、村長とASCは行方をくらましており、急遽、小学校の責任者の協力を得て、ASC会議のみ開催された。しかし、残念ながら村人への衛生教育は中止となった。

今回の会議に参加したASCは16名で、さらにTiassalé地域（県）医務局のASC担当者（公衆衛生技術者）も出席し、活動上の問題点が話し合われた。大きな問題点を以下にあげる。

- ・予算や活動手段がまったくない。……これに対しASC責任者は1997年以後、地域（県）医務局にもまったく予算のない状況や各援助機関の出資も減少してきていることを説明し、自分たちで何とかやりくりするしかないと述べるにとどまった。
- ・薬剤箱（caisse de pharmacie：クロロキン・アスピリン・経口補水用粉末・駆虫剤・包帯・体温計などごく初歩的治療に必要な物が入っている）はCSから離れた村のASCには渡されているが、CSのある村のASCにはなく、十分な活動ができない。……これに対し、ASC責任者は、ASCの主な活動目的は衛生・予防教育にあり、薬剤箱の使用は補助的であることの理解を求めた。
- ・1992年にASC養成研修（1週間）が行われ、全国的にASCが育成されたが、その後の再研修がない。……これに対してはASC責任者より2000年にはいくつかの研修を予定していると回答あり。
- ・ASCのなかで亡くなった者もいるが、新たな養成が行われていないため空白のままである。……これに対しては明確な回答なし。

以上のように活動手段もなく、何の報酬もない困難な状況のなかで、ASCとして働くことに満足しているか、と日本側より質問した。それに対し数人のASCから、「ASCとして学んだことで、家族が病気になったときなど適切な対処ができるし、村民の役にも立てるので満足している」「以前はまったく報酬がないというわけではなかった。たとえば養成研修を受けたことはためになったし、患者をCSへ送る際の交通費は患者家族が出してくれた」などの意見が

出された。

(4) Folofonkaha村

2-1-3 (5) 参照のこと。

(5) Kassiné村

ASC兼COGESを務める男性が1名いる。ただし、予防接種時に看護師の補助をする以外は活動をしていない。予防接種は毎週金曜日の午前中に行われ、その後村民に対しての出張診療が行われている。看護師による保健指導は行われていない。訪問日の予防接種内容は、BCG・三種混合・ポリオ・黄熱・産後の褥婦への破傷風トキソイドであった。①住民の健康手帳提出、②看護師の健康手帳チェック、③CSR保管の台帳との照合、④患者への接種の順で行っている。このすべてが看護師中心で行われており、看護師はASCとの業務分担を強く希望していた。具体的には①～③をASCが行い、看護師は注射だけを行うなどである。しかし、ASCは文盲であり、その教育ができない。このままでは、ASCの存在意義がないというのが看護師の意見であった。

(6) Sokala-Sobara村

保健小屋の実際を見学するため、Dabakala医務局のASC担当者とともに訪問する。最初に舗装路に沿ったBokala村を訪ねたがASCは畑に出かけて不在のため、未舗装路が5kmほどあり、ややアクセスの悪いSokala-Sobaraを訪ねたが、残念ながら、この村のASCも畑に出かけており、小屋の中を見学することはできなかった。しかし、この村の長老と話しながらASC担当者の話を聞いた。

保健小屋にはASCだけのための1部屋のものと、ATが助産を行うために2部屋になったものがあり、その建設には村の承認と建設資金の一部負担が条件となっている。この村の保健小屋は1部屋のみで、建築費用は約20万FCFAで、2部屋だと25～30万FCFAかかるとのこと。機材は体重計、身長計などがあり、毎月1回小児の発達を評価し、栄養不良が疑われれば栄養指導を行うよう教育してきたとのこと。他の活動は予防接種、妊婦検診などである。ASCは金曜日と日曜日以外は朝8時までこの小屋で活動し、その後は他の村人も働きに出るので、畑に行くのが普通である。

この村には3年前に建築を開始したが途中で中止されている統合保健小屋（Centre de Santé Intégré）があり、それも見学した。背丈を越すほどの叢の中に壁が半分ほど積み上げられただけの建物が埋もれていた。この村での負担割合は30%であるが、建設中止の最大の理由は国の予算がなくなったためであると、地域医務局長が説明してくれた。統合（Intégré）という

のは従来のCSと違い、DISと助産所の建物が離れておらず1つの建物として建設されたもので、フランス政府がアビジャン保健プロジェクトのなかで多数建設したFSUComと同じ構造である。その建設には約3000万FCFA、必要な機材整備にはDIS 500～600万FCFA、助産所700～800万FCFA、さらに看護師・助産婦の2 宿舎で1500万FCFA程度必要とのことである。

### 2-3 伝統的産婆（AT）の活動状況

農村部においては、ATやMatoroneの介助による家庭分娩を好む者が多い。象国では一般にATとは「短期間の分娩介助技術研修を受け、技術を習得した伝統的産婆」を意味し、Matroneは「他のMatroneを見習い、分娩技術を習得しただけの伝統的産婆」を意味する。

Katiola県にはATはおらず、Matroneは各農村に1名以上存在する。Matroneは概して高齢であり、代々Matroneである家系出身者が多い。

Dabakara県には、県医務局がAT養成研修をUNICEFの援助を受け1989年から数年行ったため、ATは17村に計32名いる。しかし、最近ドナーの援助が減少し、さらに保健省予算が逼迫しているため研修は行われておらず、ATの活動は停滞気味である。

Matroneによる家庭分娩介助法の一例をあげると、産婦は陣痛が始まるとMatrone宅に行くか、またはMatroneが産婦の家に来る。分娩は産婦の望む体位で行うが、一般に碎石位（産院で分娩する際の体位）が多い。臍帯切断は2カ所を紐で結び、間を新品の剃刀で切断する。出産後、数時間休み、異常がなければ歩いて帰宅する。褥婦は自宅で通常1週間の休養をとり、その後、新生児のBCGワクチン接種のために、診療所に行く。

農村部では伝統治療が好んで使用されることが多いが、分娩の際も、胎位異常、切迫早産、遅延分娩等の分娩困難時に薬草を用いることがある。産婆へは通常謝礼金は支払われないが、謝礼（物）として鶏等を献上することが多い。

Matroneは分娩介助に関する適切な教育を受けていないため、リスク分娩の選別や対処ができず、また、近くの医療機関助産婦との交流がほとんどない。今回の聞き取り調査においても分娩技術（分娩困難時の対処法）の研修を望む声が聞かれた。また、他に分娩困難時の移送手段がないことを問題視している。しかし、熟練したMatroneのなかには、近代的教育を受けた助産婦の方法は機械的であり、自分のほうが技術が上だと自負しているものや、逆子を治したりほとんどの難産に対応できる能力があるという者もいた。

以下にMatroneへの聞き取り調査の結果を記述する。

#### （1）Niangbo村

2-1-3（1）参照のこと。

## (2) Touro村

Matrone（自称60歳／AT歴12年）によれば、この村では3年前まで近くに診療所がなかったせいか、家庭分娩を行う者が多い。産婦は陣痛が始まるとATが産婦の家に行き分娩を行う。体位は碎石位が多いが、産婦がしゃがんで産むこともある。出産後、異常がなければ、当日あるいは翌日に母親は診療所でBCGワクチンを新生児に接種する。これまで分娩困難や産後問題があったことはまれであるが、弛緩出血でKatiolaに移送したことがあるとのこと。胎位異常（横位や臀位）は外回転術施行で頭位に治すので、問題ないとのことである。胎盤を出す時は、児娩出後しばらく待ち、子宮底周囲に帯を巻き付け、回転させてから臍帯を引くと、剥離しやすいらしい。AT教育は故先代ATに習い、自分も後継者にすでに教えたということである。

## (3) Folofonkaha村

年齢45歳、Matrone歴5年。その技術は祖母から習った。後継者は血族に限らず、希望する女性には技術を伝授するつもりである。分娩件数は月に2～3回。異常分娩の対応としては、胎位異常は薬草を砕いて飲ませると治る。切迫早産や分娩が長引くときにも薬草を用いる。胎盤が剥離しにくいときは、自分で手で掻き出せるので特に薬草は使用しない。

日中は畑に出ているが、陣痛が始まると産婦の知人が呼びに来る。産婦の家に行き、分娩を行う。基本的に無料。碎石位が多く、臍帯切断は2カ所を紐で結び、間を新品の剃刀の刃で切断する。

産後1週間以内に児のBCG接種のために病院へ行くことを勧めている。分娩技術の研修には機会があればぜひ参加したいとのこと。分娩時、児頭が出にくいので、何かよい方法がないか知りたいとのこと。分娩困難時の移送手段がないことを問題視している。

## (4) Ngolodougou村

年齢不詳。Matrone歴30年。村長の姉。分娩の技術についてはすでに亡くなった双児の姉（Matrone）から学んだ。この姉が誰から技術を伝受したかは不明である。母親はMatroneではなかった。まだ後継者を育てていないが、希望者にはいつでも教える準備がある。

分娩件数は月に10回。分娩困難の際は、50km離れたFerkessédougouに何とか自動車を手配して移送する。もっと近いTafiréの助産所を利用しないのは、自分にできない分娩はTafiréの助産婦にもできないからとのこと。

胎位異常は自分で治せる。村の女性は皆性器切除術を受けており、これを受けていない女性に比べると児が出にくい、大きな問題ではない。

伝統治療を分娩時使用するか、との問いには、早く産ませたいときなどに使用する。詳しく

は秘密なので教えられないとのこと。

産婦の陣痛が始まると、産婦の家に行き、分娩介助を行う。お産の体位は碎石位が多く、臍帯切断は2カ所を紐で結び、その間を新品の剃刀の刃で切断する。胎盤は児が出た後、しばらく待ってから引き出す。Tafiré（5km）やBadikaha（5km）の助産婦との交流はないが、分娩技術の研修はどんなテーマであっても受けたい。村の出産の問題は、最近、未婚の母が増えており、これらの女性は胎位異常が多いとのことであった。

## 2-4 保健センター管理運営委員会（COGES）の活動状況

PNDSによって、各保健医療施設に5～7名の委員を配置することを義務づけている。COGESは、保健センターの財政・施設管理を委任されている。

### （1）Timbé村

COGESメンバーからの聞き取り調査

Katiola県医務局長Dr. ANOUAN JEAN. NとTimbé村のCSRを訪問。Timbé村のCOGESの代表者および経理担当者よりCOGESの活動の現状・問題点等について聞き取り調査を実施する。ほかにTimbé村のCSRの看護師、助産婦が出席。

この村でのCOGESは1994年（医療費が有料化になった年）に設立され、Timbé村のCSRの管轄している9村から各2名、計18名およびTimbé村のCSRの看護師、助産婦の20名で構成されている。

COGESの会議は四半期ごとにTimbéで行われている。メンバーの会議出席に際して、会議の後に食事が提供されるほか、1人1回当たり1000～2000FCFA程度の支給がCOGESで定められている（予算配分は各村のCOGESに委ねられている）。

COGESのメンバーは無報酬であるが、自分たちが診療所にかかる際、診察料は無料になる。また、各村にASCがあり、COGESとともに働いている。9村のうち、研修を受けたASCのいる村はTimbé、Kabolo、Kofissiokahaのみであり、他の村には村長から任命されたASCはいるが、研修は受けていない。

COGESの代表者より問題点として、患者移送手段がない、CSR施設改修費用がない、CSRの周りに囲いがいないため家畜が侵入してくる、各村への道路の状態が悪く看護師が予防接種の巡回にも苦勞しているなどがあげられた。また、活動するうえでの問題点としては、COGESとしての研修を年に1回くらいは受けたいが、行われていない。メンバーのなかでCOGESの活動についての研修を受けたのは代表と経理担当者のみで、他のメンバーはまったく何の研修も受けていないため、活動の動機づけも不十分である。そのため、本来、住民と診療所間の橋渡しを務めるはずのCOGESの活動が十分機能していない、などがあげられた。

1997年にYamoussoukroで保健省主催のCOGESの全国会議があり、活動を奨励するもの（一定の報酬など）の要求が強く出されたが、今回の調査時においても懸案事項となっていた。

COGESの経理担当者によれば、病人が相談に来て、お金がなくて治療が受けられなかったりする。村人の現金収入を増やすにはもっと換金作物（カシューアップル、ピーナッツ、綿、米、トウモロコシ、山芋）の栽培を促進し、家畜飼育（羊、山羊、鶏）を奨励する必要がある。

財政的余裕のない村人は伝統治療師のところで治療を受け、治らなければ診療所受診を勧められる。伝統治療師の役割についてどう思うか、と尋ねたところ、「特に祈祷師が原因の病気は病院に行っても原因がわからないが、伝統治療師ならすぐに原因を見つけて治せる」とのこと。看護師たちもそう信じている様子であった。また、伝統治療師に行ったほうがよい病気として、慢性の傷、てんかん、精神異常、腹痛（特に女性）、（女性の）不妊、があげられた。

マラリア対策に関しては、村人へ防虫薬剤を染み込ませた蚊帳の使用を奨励することは有効であると思われる。しかし、蚊帳の防虫剤はKatiolaにしかないため、CSRや診療所レベルにおいても利用可能にする必要がある。

最後に看護師からASC研修を考えているのなら、CSで医療助手の働きをしているFDSやGDSも一緒に教育してもらいたいとの希望が出された。

## （２）Touro村の農村診療所

Katiola県の保健医療施設のなかで、特にCOGESの活動が活発なところである。COGESは、保健センターの財政管理および施設管理を行っている。COGESの各委員の働きは委員会および看護師らによって評価され、交代が必要になった場合、県（地域）医務局長の指示を仰ぐことになる。これまで、十分な活動をしない委員が交代させられた例もあるとのこと。COGESの各委員は、保健センター収益金の15%を給料としてもらっている。

### 四半期会議

参加者：COGESメンバー9名（うち女性2名）、Katiola県（地域）医務局財政責任者、  
釜谷専門家

Touroの場合、3村8小村から12名のCOGESメンバーが選出されている。3人は3村から各1名ずつ、残り9人はTouroの町から選出されている。COGESメンバーはTouroに住む男女成人より選出される。12人メンバー内で代表者を1名選び、委員長とする。

本四半期について利用者状況と財政状況の2局面から報告があった。

まず、利用者状況の報告。病人410名（うち8名入院、2名Katiolaへ移送）、分娩15件



（うち家庭分娩2件）、26名の妊婦が産前検診を受ける。ほかにワクチン接種状況の報告もあった。

次に財政状況の報告。本四半期の収入は5万9550FCFA。支出は3万5110FCFA。うち5200FCFAは保健活動資金。収入の20%すなわち1万1910FCFAは、掃除婦の給料。冷蔵庫用ガスボンベ2本7200FCFA（1本45日）。庭の掃除費4500FCFA。庭の維持費1500FCFA。収入の15%、8933FCFAはCOGESメンバーに配分される。今後、驢馬1頭、手当用テーブル、自動二輪車購入予定。

最後に、小学校教師である委員長にCOGESメンバーになる利点を聞くと、診療費100FCFAを免除されるうえ、人々の役に立てて誇りに思うという答えが返ってきた。

## 2-5 伝統医療

### （1）伝統医療に関する国家政策

7-3を参照のこと。

### （2）Katiola県Kanangonon村の伝統治療師の様子

診療所の近くに住む伝統治療師（COULIBALY TIEMOKO）からKatiola地域医務局職員の通訳により話を聞いた。彼の父の代から伝統治療師で、治療の方法は父親から教わった。患者は多いときで月8名。謝礼として、鶏やコカ・コーラ等をもらっている。基本的に金銭は受け取っていない。診療所裏の茂みに生えている草のうち、薬として利用するものに関する説明を受けた。

- 1) TITIFIEN：どんな病気にも効く薬草で、特に重症なときに使用する。鍋で茹でて、その汁を身体に塗ったり、飲んだりする。
- 2) ANONGRE、GLA：マラリアに効く。この2種の薬草を茹でた汁を飲む。
- 3) KJENDJAN：黄熱病に効く薬で、鍋で茹でて、その汁を身体に塗ったり飲んだりする。
- 4) GLA（樹皮）：便に血が混じったときに煎じて飲む。
- 5) POUNGLU：風邪に効く。葉を火にあぶり、砕いて粉状にして、鼻につめたり、飲んだりする。
- 6) KADJEGBOLO：下痢に効く。煎じて飲む。
- 7) QUIQUELIBA、NIME、PAPAYA、CITORONELLE：この4種の薬草もそれぞれ煎じて飲むとマラリアに効く。

この村でも、住民はたいがい初めに伝統薬を試し、効果がなければ診療所に行く。しかし、その逆の場合もある。伝統治療師自身も伝統治療で治らなければ診療所に行くと言っており、一般住民は必要に応じて近代医療と伝統医療をうまく使い分けている様子が窺える。

### （３）Katiola県Kabolo村の伝統治療師の様子

この村で唯一の伝統治療師の家を訪ねインタビューを行う。フランス語は解さず、地域のIDEや伝統治療師の息子たちが通訳する。

象国の伝統治療師は基本的に父子で受け継ぐ習慣があり、この伝統治療師も幼少のころから父親から技術を伝受しており、67歳の現在まで50年以上の経験がある。意外にも、伝統治療師として保健省に登録されたのが1974年で、それ以後4回の再教育を受けており、最後に受けたのは1998年12月である。当時の書類には、Abidjanで行われた2日間のセミナーで「アフリカの薬草」等の講義が象国の教授たちによって行われた旨が記載されている。ASCの再教育と異なり、本セミナーは参加者負担があり、1998年は1万FCFA支払った。

患者は1日当たり約10名あり、最も多い相談は一種の発作で、身体が急に動かなくなったり、力が抜けたり、目が見えなくなったりするいくつかの行動異常の総称だと説明されたが、明確ではなく、1つの疾病なり症状では説明できないもののようである。ここで使われる伝統薬は1種類のみのもので、数種類の木の実を混ぜて煎じたもので、腹痛、下痢、赤痢、肋間神経痛、慢性の傷、痔疾、骨折、精神異常等々、ほとんど何にでも効果がある。患者によっては、治癒するまで1～3カ月、時には1年も伝統治療師の家に滞在して治療することがあり、食事等の世話も伝統治療師が行い、患者が死亡した際に葬式の面倒をみることもある。

伝統治療師の仕事には満足している。現在の希望は後継者を育てることで、6人の息子のうち2名に訓練中。悩みは、患者を宿泊させるための十分な施設がないことである。ASCなどと話していた際には伝統治療師の診療は無料で、治ったときにお礼としていくらか品物を渡すということであったが、実際には現金を支払う患者もいるようで、患者により500～1000FCFA程度の収入があるらしい。

### （４）Bouakéの伝統治療センター

Vallée du Bandama地方医務局長から伝統治療師の全国会議があり、200名程度参加の予定であると紹介され、休日にBouaké郊外まで出かけた。しかし、この会議はまったく始まる様子がみられず、参加者のなかからわれわれに話しかけてきた人たちの案内で、最近できたこの地方で唯一の伝統治療センター（Centre de Santé Traditionnel）を見学することになった。

センターは市の外れに位置し、入院施設（約10床）を備えている。ほかには薬剤庫と診察室、患者用台所、事務室があるのみで、当然ながら検査室等はない。薬剤庫には50種ほどの伝

統薬が並べられており、糖尿病用、高血圧用、等の効能別に分けられていた。多彩な効能が掲げられていたが、抗マラリア薬、抗潰瘍薬（Buruli潰瘍含む）、不妊治療、抗エイズ薬、さらにはバイアグラと類似機能の薬剤も数種並べられていた。「これはBuruli潰瘍に有効、これはエイズに有効」等と説明してくれたが、抗マラリア薬や抗Buruli潰瘍薬の種類が多いことは特記に値する。特にBuruli潰瘍は現在有効治療薬がないと言われているため、「本当に効くのなら、なぜ論文にして投稿したり学会発表したりしないのか？」と質問したところ、「医学教育を受けていないので、そういうことはできない。しかし、Sakassouに来てもらえば私が治した患者をたくさん紹介する。」とのこと。この後、もう1人の参加者が経営する市内の伝統薬局を訪問したが、ここでは伝統薬の製造と販売を行っていた。

なお、上述の全国会議は、予定されていたBouaké市長の出席がかなわず、市長代理の出席を待ち、4時間以上遅れて始まった。集まった伝統治療師は50名ほど（男女半々程度）で、会議の内容は、全国に5カ所の伝統治療センターをはじめ薬草に関する研究や伝統医療強化のために来年度から開始するプロジェクトに必要な15億FCFAの財政援助を行政に要求する決議文を読み上げ、確認するだけのものであった。

また、彼らと話していて感じたのは、伝統治療師と一口に言っても、教育程度はもちろん、行っている伝統医療の中身にもかなり大きな差があり、彼らに対する活動は容易ではない。

### 3. 一次レベル医療施設について

今回は、医療施設の物的・財政的・情報資源の現状と、医療施設に関係する人的資源の現状を調査した。調査地区には、三次レベルの医療施設はなく、二次レベル医療施設は1施設ある。住民に対し、保健医療サービスを提供する中心施設は、以下に述べる一次レベル医療施設である。一次医療施設は18施設あり、そのなかで都市保健センターは、実質的に二次レベルの医療活動を行っている。また、母子保健センターや学校保健センターは診療対象に制限があるため、実質的一次医療施設は12施設となる。詳細区分は下記（1）を参照のこと。

一般住民の状態（2章）で示されたような保健医療サービスの供給に不足が生じているのは、保健行政の管理能力の欠如、各保健医療施設間の連携不足、各保健医療施設の管轄人口過多、各保健医療施設における人的・物的・財政的・情報資源の活用不足、等の理由があげられる。

#### （1）一次レベル保健医療施設の区分

Katiola県の公的な保健医療施設には次のようなものがある。農村診療所9、農村保健センター3、都市保健センター4、学校保健センター1、母子保健センター1、一般病院1、県（地域）医務局1である。このなかで、一次レベル保健医療施設は、農村診療所・農村保健・都市保健センター・学校保健センター・母子保健センターである。

行政上の郡庁のある市に設置されている保健センターを都市保健センター（CSU）、それ以外で診療所と助産所の双方を有する施設を農村保健センター（CSR）と称している。CSU・CSRのどちらにも属さず、診療所のみ有する施設を通常、農村診療所と称している。しかし、保健行政区分上、農村診療所はCSRに入る。CSUは実質上、保健医療施設のなかで一次保健医療施設からリファー可能な二次医療施設の役割を担っている。

#### （2）業務内容

施設ごとの週間業務予定に沿って、診療業務と週1～2日のPHC活動が行われている。保健省が提案したPMAは、この週間業務を規定しているが、各施設へのPMAの交付はまだ行われておらず、そのためもあってか各施設によって週間業務が異なっている。診療所の診療時間は基本的に7時半～12時、14～18時である。しかし、患者の来院に合わせ診療時間は臨機応変に変えられている（休日・夜間を問わず患者が来院するため、診療時間はあくまで原則的なものに過ぎない）。週1～2日のPHC活動として予防接種と妊婦検診が行われている。助産所を有し、助産婦が配置されている施設では、看護師と助産婦の双方がこのPHC活動を行っているが、助産施設のない農村診療所では、助産婦の代わりに看護師・雑役婦・雑役夫等が妊婦検診等の助産業務を行っている。

### （３）人材

CSUは、原則として医師・看護師・助産婦が配置されているが、CSRには医師が配置されていない。農村診療所は看護師のみの配置である。施設によっては、GDS、FDSがおり、看護師や助産婦の業務の補助をしている。一次保健医療施設に配属されている看護師は30歳・5年前後の経験をもつ者がほとんどである。

### （４）疾病構造

死亡・罹患率の高い疾患は、特に施設間の相違はない。罹患率の高い小児疾患は、マラリア・急性呼吸器疾患・下痢・貧血・栄養不足・麻疹・黄熱病の順である。成人は、マラリア・高血圧・肺炎・黄熱病・下痢・性行為感染症・脳血管疾患・エイズ・結核・糖尿病の順である。

死亡率の高い小児疾患は、脳性マラリア・新生児感染症・髄膜炎・急性呼吸器感染症・下痢の順である。成人は高血圧・エイズ・重症貧血・腸閉塞・脳血管疾患の順である。

### （５）住民との関係

保健省の政策により、住民の代表である農村保健ボランティア（ASC）が各施設に2名配置され、看護師の補助をすることになっているが、機能している村は少なく、ASCがまだ存在しない村も多い。また、COGESが各施設に設置されており、選出された5～10名の委員が、財政・施設内物品管理を看護師とともにに行っているが、これも機能している例は少ない。

一次保健医療施設の看護師・助産婦と住民との接点は、施設における診療と予防接種および妊婦検診における巡回医療のときである。この巡回医療は各施設の週間業務の一部として行われている。予防接種はBCG・ポリオ・三種混合・麻疹・黄熱病について行われている。しかし予防接種のカバー率は30%前後であり、十分とはいえない。

地域住民と各施設における近代医療サービスの提供は、限られた一部の人が対象となっている。近代医療施設を受診可能な住民は来院するが、受診しない住民はまったく来院しない。この原因として、①受診の財政的問題、②地理的アクセスが悪い、③住民が伝統医療で済ませようとする、④住民が近代医療施設を受診することが必要だと理解していない、等があげられる。

看護師の一部には、受診患者の診療費未払い等の問題等を抱えているものもいるが、大きな問題に発展している施設はないようである。

### （６）情報管理

フランスのプロジェクトで全国的な情報システムの構築・人材育成が行われ、保健省統一規

格による毎月の報告書提出が義務づけられている。一次保健医療施設から提出された報告書は県（地域）医務局・地方医務局を通じて保健省へ報告されている。しかし、この保健統計情報を問題分析し、日常業務に反映する作業はほとんど行われていない。

#### （７）衛生資材

各施設に、不足時には県（地域）医務局から配布される。定期的な補充はなく、適宜行われている。

#### （８）財政

各施設の責任者に管理を一任されている。象国保健省の政策で、基本的にはCOGESが財政管理の補助をすることになっている。なお、正職員の給与は保健省中央から支払われている。

#### （９）各施設間の関係

二次医療施設である一般病院を中心に農村診療所・CSR・CSUが置かれている。CSUの多くは実質的な二次施設を兼ねており、診療不可能な症例を一般病院にリファーしている。しかし、リファーされる件数は少なく、農村診療所・CSR・CSU・一般病院とレベルが上がるごとに受診料が高くなる。

一次レベルにおける施設間の交流はまったく行われていない。各所長である看護師に業務内容等全面委任されているのが現状である。

#### （10）保健行政・中央行政とのかかわり

地方分権化の推進に伴い、地方医務局が県（地域）医務局を統括している。県（地域）医務局は、最小単位である農村診療所・CSR・CSUの人材管理・衛生資材の提供・情報処理等の統括を行っている。しかし、職員の人事任命権は保健省中央が掌握しており、地方医務局・地域医務局には配置換え等の権限がない。

### 3-1 農村保健センター（CSR）

#### 3-1-1 農村診療所（Dispensaire）だけのCSR

農村診療所（DIS）だけのCSRはKatiola県（地域）に9施設ある。これらの施設はKatiolaから数km離れた村にある。各診療所には看護師1名のみが配置され、うち1施設においてはGDSが診療所業務の補助を行っている。ASCは診察時にフランス語・現地語間の通訳を行っている程度である。COGESは存在するが、機能していない。ほとんどの施設には電気・水道がなく、わずかの衛生機材をもつのみである。1つの診療所は1～7村、約2500～6600人を管

轄する。

全疾患を対象とし、看護師が医学診断・治療を担当している。また、助産所がないため、助産業務もこなす。

以下に各施設の詳細を記述する。

#### (1) Pétionara村の農村診療所

NiakaramandougouのCSUの所長（医師）とともに訪問する。施設の視察、看護師の診察状況を視察し、看護師1名へのアンケート調査およびWANTS分析を行う。実質的な二次医療施設であるNiakaramandougou村のCSUまで約35km、モビレット（免許不要の原動機付自転車）で約60分のところにある。村には車がないため自動二輪・自転車・徒歩で二次医療施設へ移送される。DISには看護師1名が配属されているのみである。GDSやFDSはないが、ボランティア1名がいる。6村、3880人を管轄する。このDISには水道設備がない。敷地内に給水塔があるが故障中であり、近くの村の井戸から水を汲み上げて運ぶ必要がある。電気が利用できないためガス式冷蔵庫を使っているが、ガスボンベ交換のための費用が2週間で3500FCFAかかり、これを支払えない状況にある。

外来診療時間は基本的に7時半～12時、14～18時とされているが、患者はこれに従わずやって来る。受診患者数は1日4～5人である。診療活動以外に毎週金曜日、予防接種と産前検診を行っている。予防接種を行う一番遠い村までは約25kmの道のりを行かなければならない。

本DISには助産婦がいないため、分娩介助も行っている。年間約8件のお産がある。DISには年48人が産前検診に訪れたが、出産時には遠くの村から来なくなるため患者数は少なくなる。村にはATが5人いて、出産介助を行っている。遠くの村にもATはいるが、詳細は不明である。ATは高齢とのことである。また、村には出産証明書の取り扱いを県から委託されている青年が1名おり、看護師の記載した出生証明書をまとめて県医務局に届けている。看護師は患者統計をとり治療室に表示している。また毎月の報告書を記載しKatiola県医務局へ提出している。

#### (2) Kananhouolo村の農村診療所

NiakaramandougouのCSU所長（医師）とともに訪問する。施設ならびに看護師の診察状況を視察し、看護師1名へのアンケート調査およびWANTS分析を行った。実質的な二次医療施設であるNiakaramandougouのCSUまで約15km、乗合バスで約10分の位置にある。DISには看護師1名のみ配属されている。処置室・観察室3床を有する。敷地内に助産施設を建設予定であったが、予算不足のため建設が滞っている。管轄する人口は6600人である。

このDISには水道設備がない。敷地内に給水塔があるが、ポンプが故障中のためDIS近くの井戸から手で汲み上げている。電気がないためガス式冷蔵庫を使っている。受診患者数は1日3～4人である。外来診療時間は基本的に7時半～12時、14～18時であるが、患者はこれに従わずやって来る。毎週月曜日の午後は予防接種、毎週金曜日は妊婦検診を行っている。看護師は患者統計資料を治療室に掲示している。また毎月、報告書をKatiola県医務局へ提出している。

### (3) Arikokaha村の農村診療所

NiakaramandougouのCSU所長（医師）とともに訪問する。施設の視察、看護師の診察状況を視察し、看護師1名へのアンケート調査およびWANTS分析を行う。実質的な二次医療施設であるNiakaramandougouのCSUまで約27kmの位置にあり、モビレットで約45分かかる。

DISには看護師1名のみ配属されている。現在ボランティアはいない。これは普通、ボランティアへはDISの収入のなかからわずかな手当（5000FCFA／月程度）を支払うことになっているが、ここは患者が少なく1000FCFA／月を払うのがやっとなため、来てくれる人がいなくなったためである。管轄する人口は7村、3813人である。この地域には定期バスが週2回しか来ず、Niakaramandougouまで約1時間かかる。このDISには水道設備がない。敷地内に給水塔があるが故障中である。300～400mの所に井戸があり、手で汲み上げている。電気がない。受診患者数は1日1～2人である。外来診療時間は基本的に7時半～12時、15～17時半であるが、患者はこれに従わずやって来る。このDISには助産婦がいないので看護師が分娩介助も行っており、年約20件の出産がある。分娩介助以外に家族計画・産後の乳幼児の栄養指導・予防接種を行っている。看護師は患者統計資料を治療室に掲示している。また毎月、報告書を作成しKatiola県医務局へ提出している。看護師アンケートのなかで、水も電気もないなかですべての業務を自分1人でこなさなければならないのが苦痛であり、休日をとると村の住民から苦情が出る等で今すぐにでも転勤したいとのことであった。

### (4) Touro村の農村診療所

Katiola県医務局次長とともに訪問する。施設の視察と看護師に対するアンケート調査を行う。このDISには看護師1名のみが属している。KatiolaのHGまで約35km、車で約30分の位置にある。管轄する人口は3村、2627人である。受診患者数は1日3～5人。診療時間は基本的に7時半～12時、14～18時であるが、患者の多くは午前中に集中し、午前の診療が14時ごろまでになることが多い。DIS内での診療業務以外に毎週水曜日に、予防接種・妊婦検診を行っている。看護師は患者統計をとり治療室に表示している。また毎月の報告書を記載



しKatiola県医務局へ提出している。またDIS敷地内の宿舎で生活しており、夜間の診療に備えている。DIS内に水道はなく、村の井戸まで約1 km離れている。しかし、現在村の井戸のポンプが故障しており、使用できない。そのため雨水等を利用し、水を確保している。また電気もないため、夜間等は懐中電灯やランプを使用して診察している。

この施設は1991年に建設されたが、その後使用されておらず、1997年に看護師が配属されてから機材が入り、DISとして動き始めた。

#### (5) Sépikaha村の農村診療所

NiakaramandougouのCSU院長と訪問。施設の視察と看護師に対するアンケート調査を実施する。この診療所はかなり前に建設されたまま放置されていたが、現在の看護師が1997年11月に着任してから開院した。助産所も建設中であったが、予算がなく途中で放棄された。他にボランティア1名が勤務している。このボランティアには診療所の収益金の20%が支払われている（多いときで3000FCFA/月、少ないときで600FCFA/月程度）。Katiolaから95km。緊急移送先はTafiré（未舗装路25km、バイクで60分）。管轄する人口は3村、2458人である。受診患者数は多い日で10人/日。月曜日（村の市場の日）と金曜日（祈りの日）に在宅住民が多いため、これらの日に乳幼児予防接種や妊婦検診を組み込んでいる。この施設には経済的理由から電気は供給されておらず、夜間の治療に関しては、診療所の近所にある看護師の家で行っている。水は村の中にあるポンプより給水している。

ここはCOGESの活動がうまく機能している村のひとつである。COGESは各村から代表者2名を選出し（任期5年）、それに診療所の看護師1名を加えたメンバーで構成され、この委員会は診療所の運営・管理および住民間と診療所との調整的役割を担っている。COGESに手当は支払われない。診療所の収益金の55%を診療所の運営資金としてCOGESが管理し、診療所の維持費（安価な備品の購入、施設の軽微な補修等）に充てられている。

その他の収益金の内訳は20%がボランティアへの給料、10%が税金、15%が利益分配金として看護師とボランティアに分配される。

COGESのメンバーはみな農民であったため、月曜日と金曜日にしか日中は在宅しておらず、面談することはできなかった。

#### (6) Niédiékaha村の農村診療所

NiakaramandougouのCSU院長と訪問。施設の視察と看護師に対するアンケート調査を実施する。1954年に建設され、1999年の3月から現在の看護師（経験7カ月）が勤務している。ほかにはGDSが1名いる。緊急移送先はTafiré（未舗装路20km、バイクで60分）。患者移送の手段はなく、村に誰かの車が来ていればそれを使い、救急車が必要なときはモビレッ

トをもつ村人に伝言を依頼し、Niakaramandougou（約50km、うち未舗装路9km）に救急車を要請する。管轄する人口は4村、2734人である。受診患者数は1～3人／日。月曜日（村の市場の日）と金曜日（祈りの日）に在宅住民が多いため、これらの日に乳幼児予防接種や妊婦検診を組み込んでいる。この施設には電気があり、水は敷地内のポンプより給水している。

助産所も建設されているが、助産婦と機材が供給できず放置されたままであった。

#### （7）Logbonou村の農村診療所

Katiola県医務局スタッフM. LAZAREと訪問。施設の視察と看護師に対するアンケート調査を実施する。この診療所は1990年に建設されたもののスタッフがいないく4年間放置されていたためか、建築年数のわりには老朽化している。この施設には在勤5年目の看護師が1名（経験21年）いるだけで、ほかにスタッフはいない。緊急移送先はKatiolaであるが、かなり状態の悪い未舗装路23km（バイクで60分）であり、救急車が必要なときは、看護師あるいは他の人がモビレットでKatiolaまで要請に行く。管轄する人口は1村、3174人である。受診患者数は多いときで80～100人／月。火曜日（村の市場の日）と金曜日（祈りの日）に在宅住民が多いため、これらの日に乳幼児予防接種を組み込んでいる。火曜日と土曜日は遠方の村民への巡回接種を施行している。妊婦検診は胎児用聴診器がないので実施していない。本施設には電気がなく、水は敷地内のポンプより給水している。

村人はまずは伝統治療師のところに行き、伝統治療薬（薬草を煎じて飲む）を試し、効果がなければ診療所に来る。このことに対し看護師は、これはアフリカの特に、農村部に根づいている文化・習慣であり仕方がない、伝統治療師も伝統薬で効果がないときには診療所受診を勧めており、伝統医師と診療所間に対立はなく、お互い協力しあっているとのことであった。

#### （8）Darakokaha（旧名Darakolondougou）村の農村診療所

Katiola県医務局スタッフM. LAZAREと訪問。施設の視察と看護師に対するアンケート調査を実施する。

この診療所は1989年に建設され、1997年より現在の看護師が着任し開院した。ほかにスタッフはいない。

この施設には電気がなく、水は診療所から600m離れた村の中のポンプより給水している。

緊急移送先はFronan（12km）あるいはKatiola（20km、うち未舗装路7km、乾期は2kmの近道がある）。この施設は患者移送の手段がなく、移送時は2km先の舗装道路まで歩き、そ

こでヒッチハイクをして車を確保し、FronanあるいはKatiolaへ向かう。管轄する人口は3村、3873人である。受診患者数は多いときで18人／月。分娩件数1回／3カ月とほとんどが自宅分娩である。この村は市場の日がないので、週間スケジュールの組み方として、Fronanの妊婦検診の日に合わせて火曜日に妊婦検診を組み、助産婦のフォローが必要な妊婦は同日にFronan受診を勧めることができるようにしている。村への巡回予防接種は看護師の移動の手段がないので行っていない。

この村にはそれぞれの専門をもち、両者とも呪術を使うといわれている、60歳と46歳の伝統治療師がいる。村人はまず、伝統治療師に治療してもらい、よくならなければ診療所に来る。出身地がここからかなり離れており、新卒2年目の看護師は、先に診療所に来るように患者に指導するが、患者の伝統治療への信仰が厚くなかなか聞き入れてもらえないと話していた。しかし、伝統治療師と診療所間に対立等はなく、交流も頻繁にあるらしい。

#### (9) Kanangononの農村診療所

Katiola県医務局スタッフM. LAZAREと訪問。施設の視察と看護師に対するアンケート調査、住民調査を実施する。

本診療所は1996年より現在の看護師が着任し開院した。管轄する人口は3村、4118人である。ほかにスタッフはGDSが1名いる。電気はなく、水は診療所から500m離れた村の中のポンプより給水している。

緊急移送先はKatiola（23km、うち未舗装路13km）。患者移送の手段はイタリアの援助により供与された救急車を使用している。救急車の使用料についてはCOGESが管理しており、看護師は把握していなかった。

#### 3-1-2 農村診療所（Dispensaire）と助産所（Maternité）をもつCSR

Katiola県（地域）には3施設あり、一般病院近くに2施設ある。農村診療所同様、舗装された幹線道路から数km離れた村にある。診療所と助産所があり、看護師・助産婦各1名が配置されている。ただし、1施設は看護師交代および助産婦不在のため一時閉院となっている。管轄する人口は1施設、2村、約1300人、他の2施設は8村、約8600人であり、同じレベルの施設であるにもかかわらず管轄する人口が異なる。

県（地域）医務局は看護師2名・助産婦2名の増員を計画している。

助産所の週間スケジュールは次のとおりである。

表3-1

(例：Gbadikaha)

| 勤務時間 | 月曜日          | 火曜日          | 水曜日          | 木曜日          | 金曜日            | 土・日曜日      |
|------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|------------|
| 午前   | 妊婦検診         | 予防接種         | 乳幼児体重測定      | 産後検診         | 妊婦検診（破傷風予防接種含） | 適宜巡回ワクチン接種 |
| 午後   | FP<br>適宜分娩介助 | FP<br>適宜分娩介助 | FP<br>適宜分娩介助 | FP<br>適宜分娩介助 | FP<br>適宜分娩介助   |            |

助産所には、通常、助産婦・FDS各1名が配置されており、助産婦が不在の際はFDSあるいは看護師が、助産婦業務を代行している。FDSは特別な訓練を受けておらず、助産婦の仕事を見習うことで業務を習得したのみである。

FPに関し、IUD挿入は、機材が不足しているうえ、高度な技術を要するため、サービスを行っておらず、ピルとホルモン注射だけを提供するCSRが多い。コンドームは市内のキオスクや薬局で購入可能なため、CSRによっては常備していない場合もある。分娩キットはCSUでは1500FCFAで販売しているが、CSRレベル以下では無料で供給している。

#### (1) Gbadikahaの農村保健センター

NiakaramandougouのCSU所長（医師）とともに訪問する。施設の視察、助産婦1名へのアンケート調査を行う。訪問時看護師は休暇をとり不在であった。二次医療施設であるFerkessédougou（別地方）までは約48km離れており、自動車では約40分かかり、移送には7000FCFA必要となる。ヘビの咬傷の場合はTafiréのCSUへ移送し、2000FCFAかかる。GbadikahaのCSRには看護師・助産婦各1名が配属されている。管轄人口は9村、7071名である。水は足踏みポンプつき井戸により確保できる。電気はない。外来診療時間は基本的に7時半～12時、14～18時である。看護師は患者統計をとり治療室に表示している。また毎月の報告書を記載しKatiola県医務局へ提出している。

#### (2) Timbéの農村保健センター

Katiola県医務局次長とともに訪問する。訪問時、助産婦は不在であった。施設の視察と看護師に対するアンケート調査・WANTS分析を行う。看護師・助産婦各1名が配置されている。TimbéはKatiolaのHGまで約16km、車で約10分の位置にある。管轄する人口は9村、約8630人である。受診患者数は1日10人前後。診療時間は基本的に7時半～12時、14～18時であるが、患者の多くは午前中に集中し、午前の診療が14時ごろまでになることが多い。

受診患者の疾患別頻度はマラリア・IRA・下痢の順となっている。CSR内での業務以外に毎週水・金曜日の午前中は接種計画を作成し、管轄の村を順番に予防接種に廻っている。一番遠い地域は約16km離れている。看護師は患者統計をとり治療室に表示している。また毎月

の報告書を記載しKatiola県医務局へ提出している。

CSR内には水道がなく、約1 km先の村の井戸を使用している。しかし、井戸のポンプは故障中で水の確保が非常に難しい状況である。特に10～6月の乾期にはほとんど水がなくなる状況である。逆に雨期になると、医療廃棄物焼却用の穴が水に埋もれてしまい焼却できなくなる。

なお、1回目にこの施設を訪問したとき、助産婦が不在であったため、再度訪問し助産婦への聞き取り調査を行った。また、看護師の診療の実際を観察する。当日はマルシェ（市場）の日であり、比較的患者数が多いとのことであった。この診療所は看護師1名・GDS1名がおり、訪問時にはCOGESが現地語通訳を行っていた。待ち患者数約15人。

看護師の診療状況として、1患者約10分の診療をしている。問診後、バイタルサイン測定・診断・処方・服薬指導・会計・処置の順で行っていた。注射は看護師自身が行っている。簡単な創処置は基本的にGDSが行うが、対応不能と考えられた場合には看護師に上申している。看護師・GDS共に清潔操作での処置を行っているが、機材の消毒を患者ごとに行っていない。1日1回程度、ジャベル水での消毒を行っているのみである。服薬指導も患者に合わせて行っている。この診療所の環境として、施設自体は古いが床の掃除は十分にされている。観察室は3ベッドありクモの巣がはっているが、診察室・処置室にはクモの巣ははっていない。窓を開放し診察しており、風が心地よい（電気が使用できないため、冷房装置はない）。診察室・処置室内には悪臭は感じられない。診療所内の患者動線は1本であり、混乱を生じることはないように思われた。

### （3）Nikoloの農村保健センター

Katiola地域医務局長、看護師2名とともに訪問する。このCSRは、看護師の交代に伴い、現在閉院中である。われわれに同行した看護師は、在職者（任期は11／5まで）と新規配属予定者である。このCSRは、村出身で現Gagnoa県知事が自分の親族の住むこの村に個人的に建築しKatiola県に寄贈したため、他の保健医療施設と建築構造が違う。そのため看護師宿舎が敷地内にない。施設を視察し、看護師2名へのアンケート調査を行う。二次医療施設であるKatiola HGまで約7 km、自動車での所要時間約20分の位置にある。

以前は看護師・助産婦が配置されていたが、現在は看護師1名のみである。管轄する人口は2村、1328人である。基本的には2村のみの管轄であるが、予防接種の際診療管轄以外の2村を管轄しているので、全部で4村管轄になる。施設内の水道が使用可能であるが、電気は使えない。受診患者数は1日1～2人である。外来診療時間は基本的に7時半～12時、14～18時とされているが、患者はこれに従わずやって来る。毎週月曜日は予防接種を行っている。予防接種等で村に行く際は月間活動計画に沿って、地域医務局がモビレットのガソリ

ン代を支給している。看護師は患者統計をとり治療室に表示している。また毎月の報告書を記載しKatiola県医務局へ提出している。アンケート聴取の際、居合わせた住民から伝統治療師に関する情報を得た。多くの住民はCSRを受診せず、お金がないから受診しないという意見であった。住民の多くは伝統治療師に対し厚い信頼をもっており、病院に行くほどの病気ではないと言われると、CSRに行かない。伝統治療師に診てもらった場合、2000～5000FCFA支払う場合もあるらしい。さらに1万FCFA支払ってもCSRより伝統治療師に診てもらったほうがよいという住民もいるらしい。ちなみにある住民の農業収入は、年間4万FCFAであった。

### 3-2 都市保健センター（CSU）

Katiola県（地域）には4施設あり、3施設は舗装された幹線道路沿いにある。1施設は幹線道路から舗装されていない道を約50km行ったところにある。医師各1名（Fronanを除く）看護師各1～3名、助産婦各1名、GDS・FDS・運転手・秘書・警備員が各数名配置されている。入院施設・薬局・救急車を有する。電気・水道が使用できる。一次保健医療施設に分類（区分）されているが、実質的には二次医療施設の役割を担っている。管轄する人口は約1万1000～3万6000人である。

県（地域）医務局は4 CSU全体で医師1名・看護師5名・助産婦7名・秘書1名・管理者1名の増員を計画している。

#### （1）Niakaramandougouの都市保健センター

院長のDr. N' DRIより説明を受ける。

このCSUは1979年に開院した。NiakaramandougouはBouakéから125km、Katiolaから70kmの位置にあり、人口は6000人、さらに近隣の32村を管轄しており、その総人口は約3万人である。この管轄地域内にはDISが5カ所存在し、7村には各2名ずつのASCがいる。

CSUは診療所（DIS）と助産所に分かれており、診療所には医師1名、看護師3名、FDS3名、秘書1名、財政管理1名が勤務しており、入院ベッドは28床である。助産所には助産婦2名、FDS3名、GDS1名、雑役夫1名が勤務し、20床である。各ベッドには保健省から支給された薬剤浸漬蚊帳が設置されている。

その後、院長に施設を案内してもらう。入院はエアコン・シャワー・トイレ付きの1人部屋。シャワー・トイレ付きの2人部屋、ベッドのみの4人部屋があり、各々入院費用は3500FCFA、2500FCFA、1500FCFAで、入院日数にかかわらず退院可能となるまで追加料金はない。ただし、薬剤費や食費は患者負担である。

患者には家族が付き添ってくるのがほとんどのため、家族用の宿舎があるが、これはまっ

たく何の設備もないコンクリート造りの建物で水・電気・トイレ・ベッド・台所もなく、家族は床に直接寝起きし、庭で薪により調理を行っていた。

後日、予防接種施行日にその活動を観察した。小児を対象として三種混合・経口ポリオ・麻疹・黄熱病の予防接種を、通常診療の終了した午後にDISの待合室を使って行っていた。受付後に助産婦が母子手帳をチェックして各小児ごとに必要な接種内容を記入した後、名前を呼んで母親に渡す。母親がその母子手帳を接種担当者（FDS）に渡すと、FDSはその記載内容を確認して必要な接種を行っていた。FDSは待合室の長椅子の上で接種を行っていたが、基本的な清潔操作は守られていた。

## （２）Tafiréの都市保健センター

所長の医師が長期休暇中で不在であったため、NiakaramandougouのCSU所長（医師）とともに訪問する。施設の視察、看護師の診察状況を視察し、看護師2名へのアンケート調査およびWANTS分析を行う。この施設は実質的な二次医療施設の役割を担っている。助産施設と診療施設があり、薬局・注射室・処置準備室・処置室・入院室・看護師宿直室を有する。入院室は13床（5床2部屋男女別：入院料300FCFA・2床1部屋入院料500FCFA・個室1部屋）である。助産施設は12床の入院室（5床2部屋・2床1部屋）を有する。患者用トイレは水が少ないので使用禁止にしている。象国では、葬式は非常に大切なものとされており、現在、霊安室（市の予算）を建設中である。

救急車がスペインから供与されているが、リファー距離が長く、3年間で8万 km走行しており、タイヤは擦り減っているが予算がなく交換できない。またオイル交換などの整備も十分にできない状況である。実質的な二次医療施設であるが、別の医療施設へのリファーも行っている。地方病院のあるKorhogoまで約113km、車で約2時間半、1万5000FCFA、一般病院のあるFerkessédougouまで55km、車で1時間半、7500FCFA、Bouakéまで175km、車で約3時間、1万5000FCFAかかる。ほとんどがKorhogoかFerkessédougouへ移送される。Bouakéは遠いので患者が希望した場合にしかリファーされない。

医師1名・看護師3名・助産婦1名・FDS3名・GDS1名・秘書1名・警備員1名・運転手1名が配属されている。医師は財政・経営管理業務を兼任している。国家公務員は医師・看護師・助産婦・秘書の6名で、運転手は市から派遣されている。看護師主任と助産婦が病院敷地内の宿舎に住み、他の職員は市内に住んでいる。管轄する人口は22村、2万8664人である。

Tafiré地区は高台にあり水道公社の給水が使用できない。したがって、井戸を使用しているが、ポンプが故障中なのでバケツで汲んでいる。

受診患者数は1日10人前後である。看護師が3人配属されているので7時半～翌朝7時半（24時間）～12時まで勤務した後、約40時間休憩をとっている。1人が有給休暇（年間30日）

等で休むと、2人で24時間（7時半～7時半）の交代勤務になる。診療以外の活動として村を回り、予防接種を行っている。看護師は患者統計をとり治療室に表示している。また毎月の報告書を作成しKatiola県医務局へ提出している。

### （３）Fronanの都市保健センター

このCSUには医師がおらず、施設の規模もCSRと大差ない。整備が遅れている理由の第一に、Katiolaからきわめて近いことがあげられる。

Katiola県医務局次長とともに訪問する。施設の視察、看護師の診察状況を視察し、患者6名に対し出口調査、および看護師へのアンケート調査・職員4名に対しWANTS分析を行う。KatiolaのHGまで約8km、車で約15分の位置にある。DISには看護師1名・掃除夫2名がおり、NGO（Comité de Développement Villageois）から2人手伝いに来ている。

助産施設には助産婦1名・FDS1名がおり、さらに運転手としてボランティアの男性が1名いるが、救急車はすでに老朽化し動かず、オートバイでDDとの連絡（薬剤・検体等の搬送）を行っている。現在助産婦は休暇中でFDSが助産業務を行っている。

管轄する人口は1万656人である。治療室・処置室・注射室・薬局・6床の入院室（2人部屋・4人部屋）を有する。敷地内の外科病棟は、予算不足のため7年前から滞っている。

CSU内に職員用・患者用トイレはない。受診患者数は1日10人前後。外来診療時間は基本的に7時半～12時、14～18時であるが、患者の多くは午前中に集中し、午前の診療が14時ごろまでになることが多い。入院室や外来患者への夜間対応ができるようにCSU敷地内の宿舎で生活している。CSU内の業務以外は行っていない。看護師は患者統計をとり治療室に表示している。また毎月の報告書をKatiola県医務局へ提出している。NGOが主体となって、毎週月曜日に予防接種を行っている。

### （４）Tortiyaの都市保健センター

Katiola県の中でも最もアクセスが困難な保健センターである。上記のNiakara市から47kmの距離にあるが、すべて未舗装の道路のため、四輪駆動車以外では大変時間がかかり、雨期にはアクセス不能となることもある。現在Tortiyaの1kmほど手前の小川にかかる橋が崩れており、アクセスをいっそう困難にしている。Tortiya市の人口は約2万5000人であるが、保健センターの管轄は公式には周囲7村（地図に載っていない村を入れると11村）が含まれ、それらを合わせた管轄人口は3万6600人となる。

医師1名、看護師1名、助産婦1名、GDS1名、FDS2名が勤務する。来年には看護師2名、助産婦1名が増員される予定である。なおGDS／FDSは実際には看護（助産）助手の役割も兼ねており、看護師や助産婦不在の場合には1人で診察・治療や分娩介助を行うとのこと



で、これは他の保健センターでも同様である。

Tortiyaは以前鉱業の町として栄えていたそうで、特にダイヤモンドの産出で有名とのこと。現在、鉱業はやや下火となっているものの、依然として中心産業であり、そのため鉱業労働に伴う創傷患者が比較的多いとのこと。その他の産業は農業で、ヤマノイモや綿花、さらに米、トウモロコシなどが栽培されている。ダイヤモンド採取等のために近隣諸国から移住してきた肉体労働者が多く、象国人は人口の20%に過ぎない。80%が移民で、最も多いのはマリ人、続いてブルキナ・ファソ人、ニジェール人、ギニア人等である。このため、人口の半分がイスラム教という宗教問題や、言語の違いなど複雑な問題が多い。さらに100km以上離れた複数の都市から労働者が流入するのみならず、これらの都市に保健センターがないためTortiyaに患者が訪れ、予防接種率が100%以上になってしまい追跡できないといった問題を生じている。

保健センターの建物は1949～50年にかけて建設されたものでかなり老朽化している。また象国でよくあることだが、建築後（人材や機材などの不足により）長い間使用されず、開院したのは1975年である。さらに機材はほとんど何もないうえに老朽化している。Katiola県医務局とのアクセスが悪いこともあって必須薬品が不足がちとなることも大きな問題である。

現在、1 kmほど離れた場所に保健省の独自予算で新たなセンターを建設中で完成間近であり、機材については市が提供することになっているがまだ見通しは立っていない。

### 3-3 学校保健センター（SSSU）

Katiola県（地域）には1施設ある。生徒・学生を対象とした保健医療施設であるが、一般住民も受診できる。ただし、生徒・学生の受診料は一般住民より低く設定してある。医師・歯科医師・看護師が配置されている。この施設の業務は、施設内での診療および学校での保健衛生教育とされている。しかし、学校での保健衛生教育は行われていない。

#### （1）Katiolaの学校保健センター

M. Koffi Yao Raphael（看護師、SSSUの責任者）と面談。

この施設は1980年に設立、同年に開院した。医師はいなく、看護師3名、GDS1名、ほかにLycée（高校）内およびCAFOP（Centre d'Animation de la Formation Pédagogique／バカロレア取得後入校し、卒業後は小学校教員になる）内に各1名ずつ看護師が配置されている。新学期開始時期や、問題が生じた際には、スタッフ間で適宜会議を開いており、また、疾病予防教育（4～5回／月）も共同して行っている。

Katiola県内の全学生を対象としている。カバーしている学校数は不明だが、小学校8699人、中学校4584人、計1万3283人（1998年度）。

診察室、処置室、注射室、薬局に分かれている。器械の滅菌は煮沸器を利用している。今年

診療費は学生の場合200FCFA（病院だと500FCFA）、学生以外については、1.5km先に病院があるため基本的に診察を行っていない。

受診者数は、7～10月の休暇の時期は40～80人／月、学期間中は140～180人／月である。主な疾病は、①マラリア、②下痢、③外傷である。

患者移送に関しては1.5km先の病院であるが、特定の移送手段がなく、患者が自分でタクシー等を手配し移送している。SSSUで診療費を支払った後、病院に移送されても差額を支払う必要はない。

施設の収益金はKatiola病院が管理している。

疾病予防教育は診察時および学校でも適宜行っているが、IEC機材がないため講義のみである。より効果的な教育のためにIEC機材を切望している。実施テーマはマラリア対策、エイズ予防が多い。

#### <Lycée Moderne Katiolaの保健室>

M. Kouame N'gwessan（同校在勤の看護師）と面談。

Katiolaで唯一の高校であり、市のやや外れに位置する。生徒数は1857人。受診者数は150人／月、診察料は200FCFAである。主な疾病は、①マラリア、②急性呼吸器感染症である。

患者移送に関しては3～4km先の病院であるが、移送手段はなく、患者が手配する。

診察のほかに簡単な外傷の処置も行うが、器械の消毒に関しては、2～3km離れたSSSUで行うか、アルコールをかけて燃やすか、どちらかで行っている。

疾病予防教育をSSSUスタッフと共同して2年前より行っており、昨年は1回、エイズの講義を行った。今後はマラリア対策の教育も行いたいとのことである。女子学生に対する避妊法の教育は行っておらず、必要な学生はPMIに行き、助産婦から教わるように指導している。適宜、PMIの助産婦が1年生女子を対象として、破傷風ワクチン（第1回目）を巡回接種している（2回目以降はPMIにて実施）。

#### （2）Bouakéの学校保健センター

BouakéにはSSSUは3カ所あり、そのうちのひとつを視察した。このSSSUは1964年に開院し、1972年に現在の場所に移転した。近年、保健省は、SSSUとDISを同じ敷地内に置くように推進しており、本施設はこれに従っている。SSSU本来の目的として、治療よりも予防活動を行うべきであるが、機材・人材とも不足しているため、ほとんど行えずにいる。いくつかの学校には医務室があり、保健委員会（Comité de Santé）が組織されていて、教師による啓発活動が行われている。SSSUからは各学校を毎年1回訪問することが義務となっており、その際に生徒・学生の健康チェックを行うべく努力している。学生健康手帳（Carnet de Santé

際に生徒・学生の健康チェックを行うべく努力している。学生健康手帳（Carnet de Santé Scolaire）が作製され、保健省から配給されているが、人員不足のため、まったく利用されずに放置されている。

診療代は学生の場合、100FCFAである（SSSU以外の医療機関で受診すると、この倍額となる）。学生以外は200FCFAである。この施設にはスペインの援助により、SSSUに付設された検査室用機材および歯科診療機材（電動診察台2台、治療器具1セット、歯科用X-P撮影装置）が供与されている。しかし、これらの機器はBouakéでは修理も点検も行えないものである。検査室に供与された機材のうち、免疫電気泳動装置は試薬がないため使われておらず、自動血球計算装置も試薬の問題と故障のためほとんど使われず、一般血液検査は手動で扱っている。故障した機器は、予算のめどがみついたらAbidjanのメーカー代理店へ送り、修理を依頼する予定である。しかし、今のところ予算を確保できる見通しはまったくない。

歯科受診に関しては、学生は1500FCFA、一般は3000FCFA。CHUの歯科診察料は不明だが、軍病院では3000FCFA。高額ではあるが、Bouakéで歯科があるのはこの施設とCHUおよび軍病院だけなので、受診者は多く、50人／週。最近、スペインから最新式の医療機材を供与されたが、これには治療に必要な材料（アマルガム、ポーセリンやレントゲンのフィルム等）が含まれていなかったため、結局、使われずに放置されているのみで、治療は虫歯を抜くだけである。また、前述のとおり診察台は2台あるものの、治療器具は1セットしかないため1台は稼動していない。

一般の診療に関して疾病傾向として、①マラリア（全体の90%）、②急性呼吸器感染症、③下痢症となっている。受診者数は多いときで5000人／月。

表3-2 設備について

| 施設                           | 診療所            | 助産所 | 水源                                     | 電気 | 器材の滅菌                  | 医療廃棄物の処理                                                            |
|------------------------------|----------------|-----|----------------------------------------|----|------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Katiola<br>一般病院              | ○              | ○   | 水道                                     | ○  | ?                      | ?                                                                   |
| Katiola<br>母子保健センター          | ○<br>(15歳以下対象) | ○   | 水道                                     | ○  | ?                      | ?                                                                   |
| Niakaramandougou<br>都市保健センター | ○              | ○   | 水道                                     | ○  | 熱での消毒器                 | たまったら、穴に入れて焼却                                                       |
| Fronan<br>都市保健センター           | ○              | ○   | 水道                                     | ○  | ジャベル水                  | 穴に入れて焼却                                                             |
| Tortiya<br>都市保健センター          | ○              | ○   | ?                                      | ?  | ?                      | ?                                                                   |
| Tafiré<br>都市保健センター           | ○              | ○   | 敷地内に井戸<br>(ポンプなし)                      | ○  | アルコールをかけて燃やす           | 以前は穴に入れて焼却していたが、<br>穴を埋めてしまった。現在はときどき<br>焼却しているが、周囲に捨てている<br>だけである。 |
| Gbadikaha<br>農村保健センター        | ○              | ○   | 敷地内に井戸<br>(ポンプあり)                      | ×  | アルコールをかけて燃やす           | 穴へ捨てるか、ときどき焼却                                                       |
| Nikoio<br>農村保健センター           | ○              | ○   | 水道                                     | ○  | ジャベル水とアルコールをか<br>けて燃やす | 穴に入れて焼却                                                             |
| Timbé<br>農村保健センター            | ○              | ○   | 1km 先に井戸<br>(ポンプなし)・<br>乾期には水が<br>なくなる | ○  | ジャベル水                  | 穴に入れて焼却 雨期には雨で穴<br>が埋もれてしまう                                         |
| Logbonou<br>農村診療所            | ○              | ×   | 敷地内に井戸<br>(ポンプあり)                      | ×  | ジャベル水                  | 穴に入れて焼却 ただし、針は危険<br>なので、ビンに入れてから焼却                                  |
| Touro<br>農村診療所               | ○              | ×   | 1km 先に井戸<br>(ポンプあり)                    | ?  | ジャベル水                  | 毎夕穴に入れ焼却                                                            |

表3-2 設備について (つづき)

|                      |   |   |                      |                        |              |           |
|----------------------|---|---|----------------------|------------------------|--------------|-----------|
| Kanangonon<br>農村診療所  | ○ | × | 500m 先に井戸<br>(ポンプあり) | ×                      | ジャベル水        | 穴に入れて焼却   |
| Darakokaha<br>農村診療所  | ○ | × | 600m 先に井戸<br>(ポンプあり) | ×                      | ジャベル水        | 穴に入れて焼却   |
| Pétionara<br>農村診療所   | ○ | × | 300m 先に井戸<br>(ポンプあり) | ×                      | アルコールをかけて燃やす | 毎朝穴に入れて焼却 |
| Arikokaha<br>農村診療所   | ○ | × | 400m 先に井戸<br>(ポンプあり) | ×                      | アルコールをかけて燃やす | 穴に入れて焼却   |
| Kananhouolo<br>農村診療所 | ○ | × | 300m 先に井戸<br>(ポンプなし) | ×                      | アルコールをかけて燃やす | 穴に入れて焼却   |
| Niédiékaha<br>農村診療所  | ○ | × | 300m 先に井戸<br>(ポンプあり) | ○                      | アルコールをかけて燃やす | 穴に入れて焼却   |
| Sépikahas<br>農村診療所   | ○ | × | 400m 先に井戸<br>(ポンプあり) | × 電気<br>代 支 払<br>い できず | アルコールをかけて燃やす | 穴に入れて焼却   |

表3-3 人材について

| 施設                           | 管轄人口        | 医師          | 看護師・婦         | 助産婦           | 雑役婦 | 雑役夫 | 運転手 | 学生 | その他          |
|------------------------------|-------------|-------------|---------------|---------------|-----|-----|-----|----|--------------|
| Katiola<br>一般病院              |             | 6/2<br>(歯科) | 18            | 5             | ?   | ?   | ?   |    | 衛生技術師 2      |
| Katiola<br>母子保健センター          |             | 0           | 1             | 2             | ?   | ?   | ?   | ?  |              |
| Niakaramandougou<br>都市保健センター | 30000(32 村) | 1           | 3             | 2             | 3/3 | 1   | 1   |    | 秘書1 財政管理1    |
| Fronan<br>都市保健センター           | 10656(7 村)  | 0           | 1             | 1             | 0/1 | 2/0 |     |    | NGO2 ボランティア1 |
| Tortiya<br>都市保健センター          | 36600(7 村)  | 1           | 1(2 増員<br>予定) | 1(1 増員<br>予定) | 2   | 1   | 0   |    |              |
| Tafiré<br>都市保健センター           | 28664(22 村) | 1           | 3             | 1             | 3   | 1   | 1   |    | 秘書1 警備員1     |
| Gbadikaha<br>農村保健センター        | 7071(9 村)   | 0           | 1             | 1             |     |     |     |    |              |
| Nikolo<br>農村保健センター           | 1328(2 村)   | 0           | 1             | 0             | -   | -   | -   | -  | 現在閉院中        |
| Timbé<br>農村保健センター            | 8630(9 村)   | 0           | 1             | 1             | 0   | 1   | 0   |    |              |
| Logbonou<br>農村診療所            | 3174(1 村)   | 0           | 1             | 0             | 0   | 0   | 0   |    |              |
| Touro<br>農村診療所               | 2627(3 村)   | 0           | 1             | 0             | 0   | 0   | 0   |    |              |
| Kanangonon<br>農村診療所          | 6600(? 村)   | 0           | 1             | 0             | 0   | 1   | 0   |    |              |
| Darakokaha<br>農村診療所          | 3873(3 村)   | 0           | 1             | 0             | 0   | 0   | 0   |    |              |

表3-3 人材について (つづき)

|                      |           |   |   |   |   |   |   |  |            |
|----------------------|-----------|---|---|---|---|---|---|--|------------|
| Pétionara<br>農村診療所   | 3880(6 村) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | ボランティア数名   |
| Arikokaha<br>農村診療所   | 3813(7 村) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |            |
| Kananhouolo<br>農村診療所 | 6600(? 村) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |            |
| Niédiékaha<br>農村診療所  | 2734(4 村) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |            |
| Sépikahas<br>農村診療所   | 2458(3 村) | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |  | ボランティア 1 名 |

表3-4 患者搬送について

| 施設                           | リファー先                                            | 距離           | 金額                   | 時間                 | 移動手段 |
|------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|----------------------|--------------------|------|
| Katiola<br>一般病院              | 二次機関                                             | -            | -                    | -                  | -    |
| Katiola<br>母子保健センター          | 一般病院                                             | 1.5km        | -                    | 5min               | 徒歩   |
| Niakaramandougou<br>都市保健センター | 一般病院<br>ここは実質的な二次機関                              | 70km         | ?                    | 40min              | 車    |
| Fronan<br>都市保健センター           | 一般病院<br>ここは実質的な二次機関                              | 8km          | 3500FCFA             | 15min              | 車    |
| Tortiya<br>都市保健センター          | ?                                                | ?            | ?                    | ?                  | ?    |
| Tafiré<br>都市保健センター           | KORHOGO/FERKESS<br>EDOUGOU/BOUAKE<br>ここは実質的な二次機関 | 113/55/175km | 15000/7500/15000FCFA | 2h30min/1h30min/3h | 車    |
| Gbadikaha<br>農村保健センター        | FERKESSEDOUGOU/<br>CSU de Tafiré                 | 48 / 27km    | 7000/2000 FCFA       | 40/20min           | 車    |
| Nikolo<br>農村保健センター           | Katiola 一般病院                                     | 7km          | 4000FCFA             | 10min              | 車    |
| Timbé<br>農村保健センター            | Katiola 一般病院                                     | 16km         | 500FCFA              | 10min              | 車    |
| Logbonou<br>農村診療所            | Katiola 一般病院                                     | 25km         | ?                    | 60min              | バイク  |
| Touro<br>農村診療所               | Katiola 一般病院                                     | 18km         | 5000FCFA             | 30min              | 車    |



表3-4 患者搬送について (つづき)

|                      |                                  |         |   |          |          |
|----------------------|----------------------------------|---------|---|----------|----------|
| Kanangonon<br>農村診療所  | Katiola 一般病院                     | 23km    | ? | 30min    | 車        |
| Darakokaha<br>農村診療所  | Fronan 都市保健センター<br>/Katiola 一般病院 | 12/20km | ? | 30/60min | 徒歩 / 車   |
| Pétionara<br>農村診療所   | Niakaramandougou<br>都市保健センター     | 35km    | ? | 60min    | バイク      |
| Arikokaha<br>農村診療所   | Niakaramandougou<br>都市保健センター     | 27km    | ? | 60/45min | バス / バイク |
| Kananhouolo<br>農村診療所 | Niakaramandougou<br>都市保健センター     | 15km    | ? | 10min    | バス       |
| Niédiékaha<br>農村診療所  | Tafiré 都市保健センター                  | 20km    | ? | 60min    | バイク      |
| Sépikahas<br>農村診療所   | Tafiré 都市保健センター                  | 25km    | ? | 60min    | バイク      |

表3-5

| WANTS 分析 ( 看護師 )                   |                             |                           |               |
|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------|
| Buruli潰瘍についての研修                    | 情報処理についての研修                 | 重症マラリア患者治療の研修<br>(N6, P3) | パルトグラムについての研修 |
| 医療機器の管理についての<br>研修(メンテナンス)(N2, P1) | 分娩技術についての研修<br>(P1)         | 産前検診についての研修<br>(P1)       | 外国での継続教育(日本)  |
| 栄養不良児のプライマリケアの<br>研修(P1)           | 保健センターの管理について<br>の研修(N3)    | 公衆衛生薬局の製品につ<br>いての研修(N2)  | 研修のマニュアル      |
| 新たな滅菌法についての<br>研修                  | 新しいワクチンについての研<br>修(N2)      | 家族計画についての研修               | IECについての研修    |
| エイズについての研修                         | IRAについての研修(N4)              | 下痢についてのプライマリケア<br>の研修     | 蘇生の専門技術(P1)   |
| SSP/IBについての研修                      | ハンセン氏病患者のプライマリ<br>ケアの研修(N2) | 新たなオンコセルカ治療につ<br>いての研修    | 麻酔の専門技術(P1)   |
| 検査についての研修(P1)                      | 耳鼻咽喉科についての研<br>修(P1)        | 公衆衛生についての再教<br>育          |               |
| ASCに責任をもつ                          | 別の保健センターへの異動                | 公務員互助組合のよりよい<br>運営        | 啓発活動を行う       |
| よりよい給料のための活動<br>を創り出す              | 国家が公務員の異動の際<br>の費用を適正に支給する  | 看護師労働組合のよりよい<br>組織化       | 掃除夫(婦)の教育     |
| 看護職員の強化                            | 医療従事者の配置に際し<br>その出身地を考慮すること |                           |               |
| 看護師宿舎                              | 助産婦の住居(N3,P1)               | 近代的レンジと伝統的かまど             | 車両の燃料         |
| 診療所の電化(N4,P2)                      | 看護師のよりよい給料<br>(N4,P1)       | 手術室                       | 医師            |
| 建物の改修(N3,P1)                       | 活動予算                        | 薬剤(N4,P1)                 | 水道(P1)        |
| 看護補助者(N2)                          | 職員数の増加(N3,P1)               | 助産婦(N3,P1)                | よりよい職場環境      |
| 助産所の建設(N3,P1)                      | 診療所の再建設                     | 歯科診察室                     |               |

N : 同じ内容をあげた人数

P : 優先度が高いとあげた人数

表3-5 (つづき)

| WANTS 分析 ( 看護師 )  |             |             |                           |
|-------------------|-------------|-------------|---------------------------|
| 井戸の穴              | 自動乳児体重計     | 救急車(N5,P2)  | CSの塀(N2)                  |
| 小外科用器具セット(N4)     | コンピューター     | 滅菌器(N3)     | オートバイ(予防接種のため)<br>(N8,P6) |
| 産前検診のための器材        | 食事療法に関する器材  | コンピューター     | 県医務局から薬を運ぶための手段           |
| 分娩台               | 電卓(P1)      | 最新機器(N2,P2) | 壁掛け時計                     |
| 分娩用器材(N2)         | 冷凍庫(製氷機)    | 資料整理家具(P1)  | 診察室(P1)                   |
| ベッド・マットレス・シーツ(N2) | 治療の手引き(治療編) | 人体模型(N2)    | 食事療法実演のための器材              |
| 冷蔵庫               | 貼紙          | 検査台         | 入院部屋の器材                   |
| エアコン              | 聴診器         | 血圧計         | 体重計                       |
| 酸素吸入用器材           | 治療器材(N2)    |             |                           |

N : 同じ内容をあげた人数

P : 優先度が高いとあげた人数

### 3-4 母子保健センター（PMI）

Katiola県内には1施設のみあり、Katiola県医務局と同じ敷地内に設置されている。分娩以外の産前・産後乳幼児ケア、栄養指導、等を実施している。職員は助産婦2名、看護師1名（分娩はHGで行う）。

表3-6 週間スケジュール

| 勤務時間                  | 月曜日                    | 火曜日         | 水曜日     | 木曜日         | 金曜日            | 土・日曜日      |
|-----------------------|------------------------|-------------|---------|-------------|----------------|------------|
| 午前<br>7:30～<br>12:00  | 予防接種<br>家族計画指導<br>(FP) | 予防接種        | 乳幼児体重測定 | 産後検診        | 妊婦検診（破傷風予防接種含） | 休み 緊急時はHGへ |
| 午後<br>14:30～<br>18:00 | 婦人科診察<br>FP            | 婦人科診察<br>FP |         | 婦人科診察<br>FP | 婦人科診察<br>FP    |            |

（1）予防接種は無料 約80人／日

（2）家族計画指導 診察料500FCFA。以下の避妊具を供給する。

利用者 約5人／日

- ・ピル 1カ月分 150FCFA 最も利用率が高い
- ・ホルモン注射 600FCFA 効果は2～3カ月 2番目に利用率が高い
- ・IUDリング 1000FCFA 家族計画指導室内の処置室で助産婦が挿入する
- ・殺精子剤 25FCFA／1錠
- ・コンドーム 25FCFA／1個 街のキオスクや薬局で簡単に購入できるため、PMIにコンドームを買いに来る人は少ない。

（3）婦人科診察 診察料500FCFA。利用者約5人／日。膣炎等の簡単な治療は行う（ただし、顕微鏡はない）。困難なケースはKatiolaのHGへ送る。

（4）家族計画をテーマとして絵を使用し、IECを行っている。栄養指導デモンストレーション等も行っていたこともあるが、現在、予算不足のため行っていない。

（5）妊娠検診・産後検診（分娩後6～8週に来院）は無料。通常、妊娠3カ月目に初診を受け、毎月検診を受ける。初診時と2回目（1カ月後）に破傷風ワクチン接種を行っている。初診時に250FCFAで母子保健手帳を購入する。検診者数約30～40人／日。

#### (6) 妊婦検診の一連の流れ

- ・来院登録後、体重を測定し、診察室に入る
- ・身長（初回のみ）、血圧、貧血の有無（眼結膜を検査）、浮腫、静脈瘤の有無、トラウベにて児心音聴取・胎位確認、必要時内診、4カ月以降子宮底および復囲測定。尿テープにて蛋白、糖のチェック
- ・初回到血液、RH、梅毒の血液検査をする（HGの検査室へ送る）

### 3-5 保健医療施設受診患者への個別アンケート結果

調査期間：1999年10月15日（1日間）

調査対象：保健医療施設受診患者

調査地区：FronanのCSU

調査総数：10

有効回答数：10

調査方法：質問用紙を用いた聞き取り調査

調査結果の要約：

保健医療施設利用後の患者10名を対象に、個別アンケートを行った。受診者は保健医療施設から半径約2kmの円内に住む人が多い。受診患者のほとんどが小学校教育を終えていない。

医療サービスの内容は診察・処方であり、必要に応じ、その場で投薬を受けている。この医療サービスに対して200～2万1500（入院料含む）FCFAを支払っている。

受診患者は医療サービスの質について、満足であると答えている。これは、医療従事者に診察してもらったことに対し満足感を得ているとも思われる。しかし、聞き取り調査が医療従事者の面前で行われ、大半が彼らの通訳により行われたため不満が述べられなかったとも考えられる。

## 患者への質問票

- 3-5-A アンケートの日付と場所
- 3-5-B インタビューに要した時間
- 3-5-C 回答者の名前                      患者（小児の場合）の名前
- 3-5-D 回答者の年齢                      患者（小児の場合）の年齢
- 3-5-E 回答者の教育レベル
- 3-5-F 回答者の職業
- 3-5-G どうして（どんな問題で）来たのか？
- 3-5-H 誰がここに（診察に）来るのを決めたのか？  
1) 夫 2) 父親 3) 兄弟／姉妹 4) 母親 5) 義母  
6) 自分自身 7) その他
- 3-5-I どこに住んでいますか？  
( ) 地区 ( ) 村
- 3-5-J ここからの距離はどのくらいですか？  
徒歩で ( ) 分、車で ( ) 分
- 3-5-K ここにはどんな方法（手段）で来ましたか？  
1) 徒歩 2) 車 3) 乗合自動車 4) オートバイ 5) 自転車  
6) その他
- 3-5-L ここに来るのにいくらかかりましたか？
- 3-5-M 誰かと一緒に来ましたか？
- 3-5-N ここへ診察に来る前に何か薬を飲みましたか？
- 3-5-O 今回の問題（病気）でここへ来る前にどこかで診てもらいましたか？
- 3-5-P そうであれば、結果はどうでしたか？  
1) 改善 2) 変化なし 3) 悪化 4) その他
- 3-5-Q どんな治療を受けましたか？
- 3-5-R 薬か処方箋をもらいましたか？
- 3-5-S 薬をどのように飲むか理解しましたか？
- 3-5-T あなたはその（処方箋の）薬を買いますか？
- 3-5-U もし買わない場合、どうしてですか？
- 3-5-V そのほかに、何か指導などを受けましたか？  
もし受けたなら、どんな内容ですか？
- 3-5-W 全部でいくら払いましたか？
- 3-5-X この施設のサービスをどう思いますか？  
1) 満足 2) 普通 3) 不満足 4) その他
- 3-5-Y あなたは、他の施設からリファーされて来ましたか？
- 3-5-Z その場合、どこからですか？  
1) CSR 2) CSU 3) PMI 4) HG 5) CHR 6) その他
- 3-5-AA リファーの理由は何ですか？
- 3-5-AB 伝統治療師を利用したり伝統薬を飲んだことがありますか？
- 3-5-AC もしあれば、それはどんな場合ですか？

## 結果

|    | 施設              | 3-5<br>-D | 3-5-E  | 3-5-F | 3-5-G  | 3-5<br>-H | 3-5-I    | 3-5-J | 3-5<br>-K | 3-5-L | 3-5<br>-M | 3-5<br>-N | 3-5<br>-O | 3-5<br>-P |
|----|-----------------|-----------|--------|-------|--------|-----------|----------|-------|-----------|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1  | Fronan都市保健センター  | 2         | -      | -     | 皮膚の発疹  | 2         | Fronan   | 1.5km | 1         | 0     | oui       | non       | oui       | 2         |
| 2  | Fronan都市保健センター  | 23        | 小学校中退  | 裁縫師   | 咳嗽     | 2         | Fronan   | 500m  | 1         | 0     | non       | oui       | non       | -         |
| 3  | Fronan都市保健センター  | 26        | 小学校中退  | 家事手伝い | 創傷     | 2         | Fronan   | 1km   | 1         | 0     | oui       | oui       | non       | -         |
| 4  | Fronan都市保健センター  | 47        | なし     | 主婦    | 体が弱い   | 1         | Fronan   | 1.5km | 1         | 0     | non       | non       | non       | -         |
| 5  | Fronan都市保健センター  | 12        | なし     | 家事手伝い | 嘔吐     | 4         | Fronan   | 2km   | 1         | 0     | oui       | oui       | non       | -         |
| 6  | Fronan都市保健センター  | 2.5       | -      | -     | 肛門付近の傷 | 2         | Fronan   | 500m  | 1         | 0     | oui       | non       | non       | -         |
| 7  | Niakara都市保健センター | 27        | 中学3年まで | 主婦    | 腹痛下痢   | 3         |          | 13km  | 2         | 5000  | oui       | oui       | non       | -         |
| 8  | Niakara都市保健センター | 50        | なし     | 主婦    | 咳嗽     | 6         | Kanagolo | 15km  | 2         | 300   | oui       | oui       | oui       | 2         |
| 9  | Niakara都市保健センター | 39        | なし     | なし    | 創傷     | 6         | Kafiné   | 20km  | 1         | -     | non       | non       | non       | -         |
| 10 | Timbé農村保健センター   | 31        | 中学校    | 農業    | マラリア   | 6         | Timbé    | 100m  | 4         | 0     | oui       | non       | non       | -         |

oui: はい  
non: いいえ

|    | 3-5-Q | 3-5-R | 3-5-S | 3-5-T | 3-5-U | 3-5-V | 3-5-W | 3-5-X | 3-5-Y | 3-5-Z | 3-5-AA  | 3-5-AB | 3-5-AC         |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|--------|----------------|
| 1  | 診察・投薬 | oui   | oui   | oui   | -     | oui   | 1900  |       | non   | -     | -       | oui    | 子供の背中が赤くなったら行く |
| 2  | 点滴    | oui   | oui   | oui   | -     | non   | 3605  | 1     | non   | -     | -       | non    | -              |
| 3  | 診察・処方 | oui   | oui   | oui   | -     | -     |       |       | non   | -     | -       | non    | -              |
| 4  | 診察・処方 | oui   | oui   | oui   | -     | non   | 400   | 1     | non   | -     | -       | non    | -              |
| 5  | 投薬・注射 | oui   | oui   | oui   | -     | non   | 1550  | 1     | non   | -     | -       | non    | -              |
| 6  | 診察・処方 | oui   | oui   | oui   | -     | non   | 200   | 1     | non   | -     | -       | non    | -              |
| 7  | -     | -     | -     | -     | -     | -     | 21500 | 1     | non   | -     | -       | oui    | 病気のときに行く       |
| 8  | 点滴    | oui   | 0     | oui   | -     | -     | 10625 | 1     | oui   | 6 Dis | 変化がないから | oui    | ほとんどの場合利用する    |
| 9  | 0     | oui   | oui   | oui   | -     | non   |       | 1     | non   | -     | -       | oui    | -              |
| 10 | 0     | oui   | oui   | oui   | -     | non   | 875   | 1     | non   | -     | -       | oui    | すべて病気のときに行く    |

oui: はい  
non: いいえ



### 3-6 看護師、助産婦への聞き取り調査

#### 3-6-1 看護師への聞き取り調査

調査期間：1999年10月14日～11月3日（21日間）

調査対象：Katiola県内のHG／PMI／CSU／CSR／DISの看護師

調査総数：20

有効回答数：20

調査方法：質問用紙を用いた聞き取り調査

調査結果要約：

##### （1）Katiola県の保健医療施設に勤務する看護師への個別アンケート

既存の保健医療施設を訪問・視察した際、個別アンケートを行った。17施設、20名の看護師を対象に、卒後教育に関して調査を行った。卒後教育への参加は、Katiola県医務局の指示で行われており、Katiola県医務局は医師の配置されていない施設の看護師を中心に人選している。医師の配置されていない施設では、看護師がすべての症例を診なければいけないからである。したがって、一般病院の看護師は受講機会がほとんどないため、この人選システムについて不満をもつ看護師もいる。

CSRとDISは、21ある保健医療施設中CSR 3・DIS 9と半数以上を占めているにもかかわらず、ほとんどの施設では看護師のみが配置されており、助産婦はいない。看護師は平均30歳で5年前後の経験をもつ場合が多い。患者動向について集計している者は多いが、施設の管理・運営の現状や内包する問題について分析している者は少ない。したがって、これらの問題に対する解決法の模索、各施設に来院しない地域住民に対する保健指導等についての対応が検討されていない。

今後の対策として、ほとんどの看護師が機材整備や看護師個人の知識向上が必要であると考えている。看護師の向上心・向学心の大きさは特筆に値する。受講希望テーマは多岐にわたるが、保健医療施設内での診療にかかわるテーマをあげるものが多い。

##### （2）Katiola県の保健医療施設の現状視察

既存の保健医療施設21施設（民間施設1つを含む）を訪問した。この地域には三次医療施設であるCHUとCHRはなく、実質的な二次医療施設であるCSUを含め5施設が医療分野での中核をなしている。保健分野では一次医療施設のCSRとDISが中核となり、予防接種を中心としたPHC活動を行っている。

一次から二次医療施設へのレファラルに関しては、地理的、経済的に困難が多い。施設的环境は、HGとCSUに比較しCSRとDISは劣悪である。電気が使用不可能・水の確保が困難

等、医療施設としての環境を保持しがたい状況である。人材・機材・財政面においても同様であり、機材不足は清潔の確保・感染予防という医療の質に影響を及ぼしている。看護師をはじめとする保健スタッフの移動手段の不足は、管轄人口に対し、均一なPHC活動を行ううえで大きな問題となっている。

看護師の業務は、週間業務予定に沿っているが、PMAは活用されていない。週1～2日のPHC活動は予防接種と妊婦検診に限られている。助産所を有し助産婦が配置されている地域では、看護師と助産婦の双方がこのPHC活動を行っている。

助産所のない地域では、助産婦の代わりにDISの看護師・FDS等が助産業務を行っている。地方医務局・県医務局および住民はこれを問題視しており、助産施設を建設中であるが、どれも予算不足を理由に中断しており、その後の対応策をもっていない。

村落住民の疾病予防教育や看護師の予防接種補助を目的としたASC、保健センターの運営管理を目的としたCOGESの活動は停滞している。ASCとCOGESの機能自体は評価すべきであるが、ASCの存在する村は少なく、機能しているCOGESはわずかであった。

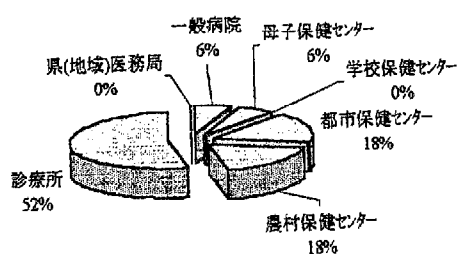


図3-A 調査施設

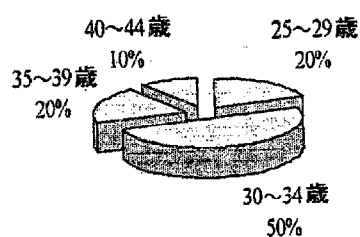


図3-B 看護師の年齢

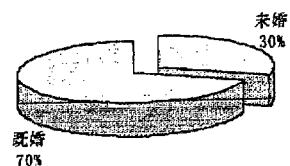


図3-C 結婚

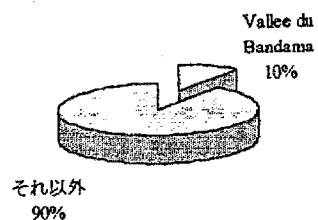


図3-D 出身地

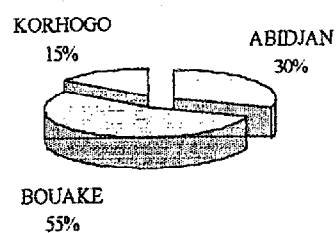


図3-E 出身校：INFAS

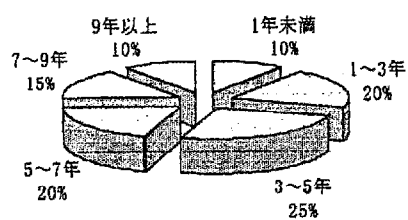


図3-F 経験年数

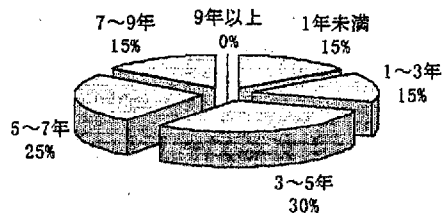


図3-G 現施設での経験年数

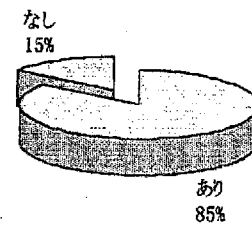


図3-H 卒後教育受講の有無

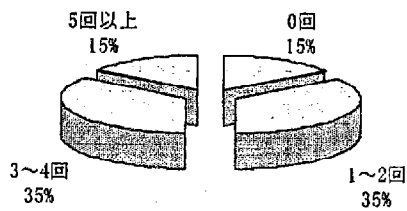


図3-I 卒後教育受講回数

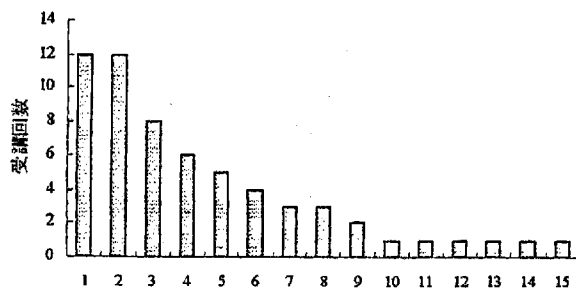


図3-J 受講テーマ

- 1 予防接種
- 2 SSPIB
- 3 IRA
- 4 情報統計処理
- 5 下痢
- 6 低栄養
- 7 マラリア
- 8 オンコセルカ
- 9 患者コミュニケーション
- 10 ビタミンA欠乏症
- 11 ハンセン病
- 12 HIV/エイズ
- 13 ギニアワーム
- 14 感染症
- 15 Institute Pierre RICHETにて

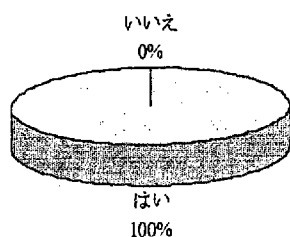


図3-K 卒後教育は必要か？

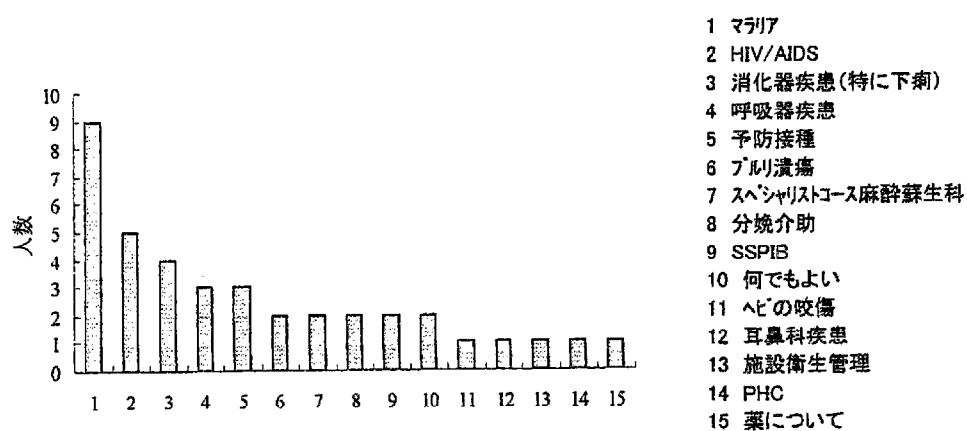


図3-L 受講したい内容

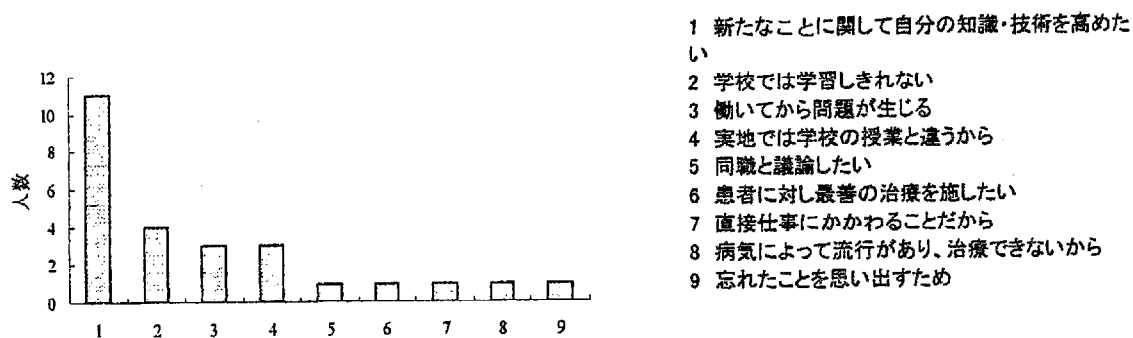


図3-M 受講したい理由

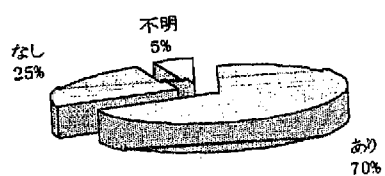


図3-N 受講に関する問題の有無

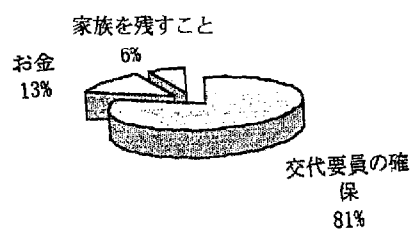


図3-O ありの理由

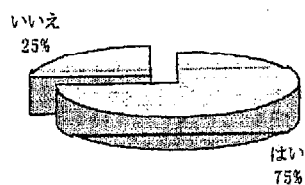


図3-P PMAを知っていますか？

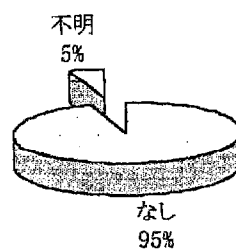


図3-Q PMAに関する活動

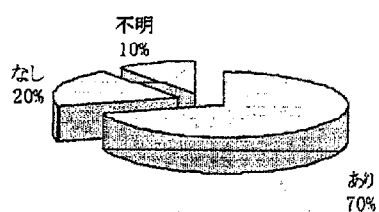


図3-R 転勤希望の有無

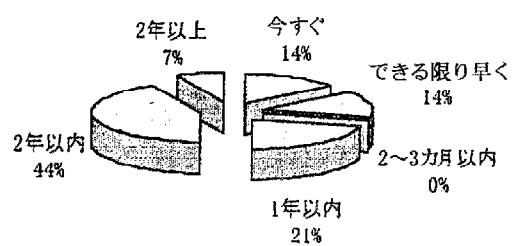


図3-S いつごろの転勤希望か？

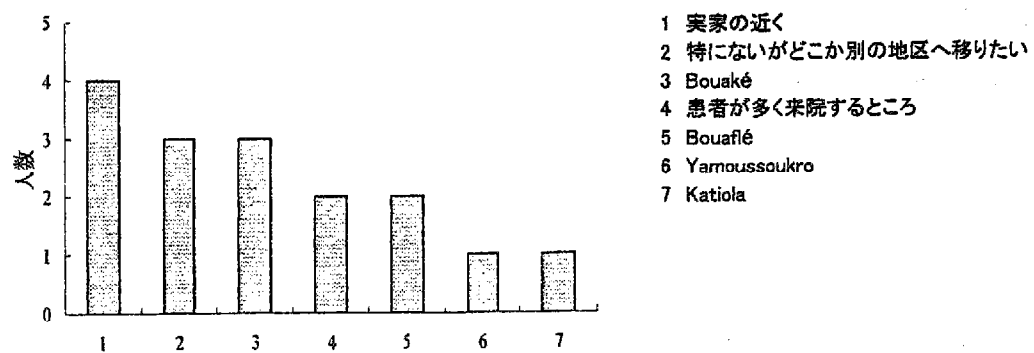


図3-T どこへ転勤したいか？

### 3-6-2 助産婦への聞き取り調査

医療施設勤務助産婦に対する聞き取り調査およびBouaké近郊（Sakassou、Béoumi）に勤務する助産婦5名へのグループ・インタビューを実施したところ、以下のような回答が得られた。

#### （1）HGの助産所の責任者（38歳、経験年数10年）

- ・分娩の問題としては、弛緩出血の例が多い。会陰切開に関しては、この地域は女性性器切除を幼少時に行う習慣があり、そのために、会陰切開を施行しなければならないケースが多い。
- ・吸引器や冷蔵庫が壊れており、鉗子やはさみ等の基本的な機材も不足している。
- ・自分で選択した仕事であり満足している。
- ・卒後教育に参加したことはない。しかし、産科に関する講習があれば、どんなテーマでもぜひ参加したい。

#### （2）KatiolaのPMI

##### ① 40歳、経験年数16年

- ・以前は他の地域で働いていたが、結婚してKatiolaで働くようになった。
- ・現在の仕事には満足している。2人の助産婦で業務を遂行するのは困難なので、増員してほしい。
- ・妊婦検診や予防接種が無料で行われているにもかかわらず、利用者が少ないのは、アクセスが不便なことによる。
- ・本人は避妊のためIUDリングを挿入している。
- ・卒後教育は、家族計画に関するものに6週間参加したことがある。今後、ノルプラントに関して学びたい。現在、供給していないが、効果が10年と長く挿入も簡単であり、利用希望者も多い。

##### ② 29歳、経験年数8年

- ・現在、同棲中（調査地域には未婚の母や結婚しないカップルも多いようである）
- ・本人は避妊のためピルを利用している。
- ・本施設には腔鏡、血圧計、体重計が不足している。卒後教育は、家族計画に関するものに2週間参加したことがある。ノルプラントを学びたい。

給料は経験に関係なく11万FCFA／月



(3) NiakaramandougouのCSU (38歳、経験年数16年、AbidjanのINFAS卒)

- ・リファーマーのケースとして前置胎盤、胎位異常があげられる。
- ・お産で家庭に呼ばれることはない。伝統的なお産の方法は知らない。家庭分娩した人は、当日もしくは翌日に児を連れて診察に来る。感染症の問題は少ない。
- ・本施設ではFDSは分娩の直接介助を行うことはない。
- ・助産婦の増員を望む。体重計、分娩台が不足している。
- ・5年前に保健省が企画した分娩や助産婦記録に関する卒後教育に参加した。今後は、分娩や予防接種の最新情報が得られるようなものに参加したい。

(4) TafiréのCSU (35歳、経験年数9年、AbidjanのINFAS卒)

- ・リファーマーのケースとして胎位異常がある。KorhogoあるいはFerkessédougouへ移送する。
- ・分娩に関する機材が不足している。
- ・10年前に保健省が企画した家族計画に関する卒後教育コースに、去年は予防接種に関するセミナーに参加した。今後、自分の技術を向上させるようなテーマの研修に参加したい。

(5) GbadikahaのCSR (31歳、経験年数3年、KorhogoのINFAS卒)

- ・リファーマーのケースとしては胎位異常(横位)でFerkessédougouへ移送した一例のみ(この2年間で)。
- ・分娩件数: 10~15/月
- ・ケアを提供するうえで、本施設には電気と水がないことが問題である。
- ・昨年UNICEFが企画したSSPIBに3週間、WHO主催の下痢と栄養不良に関するセミナーに1週間参加した。今後は、マラリア対策や家族計画に関するテーマの研修に参加したい。

(6) TimbéのCSR (32歳、経験年数5年、AbidjanのINFAS卒)

- ・リファーマーのケースは少なく、これまでに弛緩出血が1件あったが、移送手段を探しているうちに亡くなった(分娩件数: 10/月)。
- ・今年の7月から家族計画指導を開始した。利用者は14人/月。ただし、ピルとホルモン注射だけ。IUD利用希望者は多いが、機材をそろえるのは財政的に困難である。コンドームはキオスクで購入できるのでここでは需要がない。
- ・仕事上の問題点は、薬の調達に時間がかかること。Katiolaに注文してから2週間かか

り、供給される数も少なく、すぐに底をついてしまう。

- ・妊婦検診は無料だが、妊婦手帳やマラリアの予防薬が有料なので、利用しない女性がいる。
- ・助産婦が研修を受ける機会が少ない。Katiolaの医務局長から伝統的産婆の養成を行うよう依頼があったが、機材も不足しており着手できない。ATやMatroneにも正式な研修の機会を与えてほしい。

## 4. 二次、三次レベル医療施設

行政上は、一般病院（HG）のみが二次レベル医療施設として位置づけられているが、CSUも実質的に二次レベルの機能を果たしている。一次医療に関して、HGとCSU・CSRの間に連携はない。これは、CSU・CSRの看護師・助産婦が地域医務局の管轄下であり、病院の管轄下でないことに起因する。一般病院の助産所では出産のみを扱い、妊婦検診、産後・乳幼児ケアはPMIで行っている。PMIと助産所間の連絡は特になく、母子手帳が引き継ぎ簿となる。

三次レベル医療施設としては、大学病院センター（CHU）が全国で4施設あり、そのうち3施設はAbidjanに、1施設はBouakéにある。Abidjanのココディ大学病院は最も専門的かつ高度な医療を提供する施設である。Abidjan、Bouaké以外の地方では、州病院（CHR）が三次施設として機能している。BouakéのCHUは、HG・CSU・CSRからのリファーを受けることが多く、重症例はさらにAbidjanまでリファーする場合もある。

### 4-1 一般病院（HG）

Katiola県（地域）には1施設ある。県（地域）の中心地に位置する。医師6名・歯科医師2名・看護師（婦）18名・衛生技術者2名・FDS／GDS、運転手、秘書、警備員が各数名配置されている。

#### （1）Katiolaの一般病院

この一般病院はKatiola県の二次医療施設にあたる。

診療科は一般内科・外科・口腔外科がある。職員は医師6名・歯科医師2名・看護師（婦）18名・助産婦5名・衛生技術者2名、その他数名である。手術室は2部屋あるが、1つは機能していない。手術件数は、外科は毎週約10件程度、産科手術（主に帝王切開）は月に約10件程度行われている。歯科はKatiola県唯一である。

病院内には、スペインから供与された機材が多く入っている。

手術室のほかに薬局・検査室・蘇生室を有する。検査室では、INFASスペシャリストコースを修了した衛生技術者が検査を行っている。検査項目には、血算・生化学検査などが含まれる。生化学検査に関して、78項目測定できる機器（スペインの無償援助）はあるが、試薬不足のため10項目前後しか測定できない。Katiola県内のCSU・CSRからの検体検査を毎日平均10件行っている。薬局には薬品保管室があり、ストックシートを用いて管理している。蘇生室には機材がまったくなく、使用できない状況である。フランスのNGOが蘇生室に機材供与を行ったことがあるが、供与された時点ですでに老朽化しており、使用できる状態ではなかったとのこと。

入院病床は一般内科病棟24床、外科病棟36床で、2人部屋（エアコン、トイレつき）1万FCFA・6人部屋3000FCFAで、入院日数にかかわらず、退院するまでの料金である。内科の入院室は8人部屋のみ3室あり、男女別と感染症に区別されている。入院料は一律2500FCFAである。

患者と職員のための食堂があるが、保健省の予算が逼迫しているため、今年7月から病院職員が自主的に経営担当している。病院敷地内には患者家族用の宿泊小屋があり、屋外で煮炊きをしている。

病院組織は、病院長を最高位に頂き、一般内科・外科・口腔外科の3部門に枝分かれした構造になっている。部門ごとに看護師（婦）・助産婦を含む職員が配置されている。看護部長が存在しない代わりに各科の看護主任がいる。

一次医療に関するHGとCSU・CSRの連携はない。これはCSU・CSRの看護師・助産婦は地域医務局が直轄することになっており、病院の管轄下にはないことに起因している。実習施設としても機能しており、INFASから2名の学生が研修を受けに来ている。

病院長は、現在の問題点としてX線がない・産科専門医がいない・発電機がない・病院の中に周囲の家畜が入ってくる・病院の設計が悪いので病室の掃除がうまくできない等をあげている。

#### <助産所（HG）>

- 1) 科は外科部門のなかに含まれ、外科医が全体の管理責任者である。基本的に、PMIで妊婦検診を受け、助産所では出産のみ扱い、産後・乳幼児ケアは再びPMIに戻る。しかし、ハイリスク妊娠や問題のあるケースは助産所側が担当している。PMIと助産所間の連絡は特になく、母子手帳が引き継ぎ簿となる。
- 2) 診察室、分娩室（分娩台3）、陣痛室（1床）、産褥室（6床）、入院室（6床）を有する。
- 3) 月の分娩件数は約120（帝王切開のケースはこのうち約8～10%、外科医が手術を行う）、分娩費用は500FCFA。しかし、産婦は3年前から保健省より義務づけられている分娩キット（滅菌手袋3枚、綿花、使い捨て注射器、子宮収縮剤、滅菌の臍帯クランプ）を1500FCFAで購入しなければならない。また、別途、抗生剤等を使用した場合は追加料金を支払う必要がある。しかし、会陰切開が必要な場合、会陰切開セット（滅菌手袋、ガーゼ、局所麻酔薬、使い捨て注射器、針付縫合糸）は無料である。
- 4) 褥婦は、分娩後3時間経過し異常がなければ帰宅する。問題がある場合は治るまで、たとえば貧血が強ければ貧血が治まるまで入院する。
- 5) 分娩の機材の消毒は次亜塩素ソーダ水に数時間浸して乾燥させた後、検査室にある滅菌器

で消毒する。

## 4-2 大学病院センター（CHU）

CHUはVallée du Bandama地方に1施設あるが、Katiola県（地域）には存在しない。CHUは全国で4施設あり、うち3カ所は首都Abidjanに集中している。Abidjan、Bouaké以外の地方では、州病院（CHR）が三次施設となっている。

### （1）Bouaké大学病院センター

第三次医療施設として、最も専門的かつ高度な医療を提供する施設である。この施設に対し、日本の無償資金協力によって医療機材が供与された。今回の調査中に機材の据え付けが始まった。施設内は、供与機材に備え改装中の箇所が多くみられた。

本病院の診療科は、外来・救急科（内科・外科・婦人科・小児科）・麻酔蘇生科・一般内科・呼吸器科・感染症科・神経科・皮膚科・消化器外科・小児科・整形外科・耳鼻咽喉科・口腔外科・産婦人科・病理科・形成外科・眼科を有する。ほかに、検査室・放射線室・運動療法リハビリテーション室・薬局・手術室・特殊検査室を有する。病院組織として総括管理1部門・研究1部門・副管理4部門・諮問機関・決定機関が組織されている。全職員数は313人である。看護部長は存在せず、各科の看護主任・看護婦長に相当するものがあるが、すべて医師の管理下にある。

受診料は教授診察5000FCFA、教授以外で耳鼻咽喉科や眼科などの専門科3000FCFA、外科と一般内科2000FCFAである。現在、受診料を含めすべての料金を見直し、保健省へ申請中である。

HG・CSU・CSRからのリファーを受けることが多く、重症例はAbidjanのCocody大学病院へのリファーも数例ある。この重症例の場合には、蘇生を可能にする医療機材を搭載し、麻酔蘇生科のスペシャリストが同乗した救急車がAbidjanから迎えに来るとのことである。移送費用は2万5000FCFAである。

卒後院内教育は各科ごとで異なる。産科を例にとると、毎週金曜日に助産婦を対象に最近の治療法や新しいテクニックなどの勉強会を開催している。

### （2）Cocody大学病院センター

第三次医療施設として、最も専門的かつ高度な医療を提供する施設である。1970年に開院後、日本の無償資金協力によって1994年から3年間改修工事が行われ、機材も同時に整備された。医療機材保守点検専門家の大河氏の案内にて、施設内視察をする。大河専門家は、改修工事が終了したにもかかわらず、給排水設備の不備のため時折水漏れがあること、高湿度のためカビが発生しやすいことを問題としてあげていた。

本施設は、Cocody大学に隣接しており、大学病院として機能している。施設は、入院診察棟・外来棟・薬局棟・検査棟・救命救急棟・管理棟に分かれている。入院棟は12階建て、病床数576床を有する。病院組織は、財務部門・機材部門・医療部門・看護部門により構成される。診療科は、呼吸器科・消化器内科・消化器外科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・小児科・整形外科・形成外科・泌尿器科・脳神経内科・脳神経外科・産婦人科・口腔外科・血液免疫科・理学診療科・放射線科をもつ。西アフリカ地域で脳神経外科を有するのは、この病院だけである。さらに救命救急棟では、三次救急として全科を担当しており、熱傷も扱っている。

受診料は外来5000FCFA（保険なし）・7500FCFA（保険あり）、救急外来は1万FCFAである。入院料は1日当たり個室6万FCFA、2人部屋3万FCFA、4人部屋1万FCFAである。

## 5. 地域医務局（DD）

地域（県）医務局（Direction Départementale de la Santé Publique）は地方医務局（DR）の下に位置し、象国全体では1999年6月時点で46局存在するが、数年中に約60局に増える予定である。Vallée du Bandama地方には現在3地域医務局（Bouaké、Katiola、Dabakala）が存在する。このうちKatiola、Dabakala地域医務局は各々同名の行政上の県（Département）に一致しているが、Bouaké地方医務局はBouaké市のほか、SakassouとBéoumi両県を管轄している。保健省は保健地域（District Sanitaire）を行政単位の県（Département）に一致させる方針を立てている。SakassouとBéoumiの2県も各々独立した地域医務局を開設するため、現在準備中でありGTZがこれに協力している。

今回の調査では、将来プロジェクトのパイロット地域と予定されているKatiola地域医務局を中心に調査を行った。同地域をパイロット地域に選定した理由として、州都のBouaké市と県都のKatiola市が比較的近く（54km）日帰りでの活動が可能なこと、住民の気質が穏やかで外部の援助に協力的であること、本医務局の歴史が浅く（1997年9月にDabakala地域医務局より独立）、多くの課題を抱えていること、等があげられる。

調査の終盤では各地域医務局の2000年活動計画作成会議に参加した。（会議の内容は重複する事項が多いが、各地域医務局ごとに記載した。特にKatiola地域の討議結果は、今後のプロジェクト活動への参考となることを考慮して詳細に記述した。）

保健省による1994年以降の地方分権化政策に伴い、各地域医務局が保健行政の実質的担い手として期待されているが、予算措置が伴わないために十分な成果をあげられないのが現状である。特に1999年は地域医務局への運営予算交付はまったく行われなかったため、今後これらの教訓を引き出し、他の課題解決のために応用する努力が望まれる。

各地域ごとに今後の優先課題に若干の違いはあるが、共通点のほうが多い。そのなかで、日本のプロジェクトに援助を要望されている分野は、予防接種、マラリア対策、Buruli潰瘍対策、家族計画・母子保健、栄養、等である。GTZの主導により行われたこれらの会議は、実り多い内容であったが改善を要する点もあり、今後、GTZと協調してプロジェクトを実施するうえで検討すべきである。

### 5-1 Bouaké地域医務局

Vallée du Bandama地方の中では最大の地域医務局であり、Bouaké市のほか、SakassouとBéoumi両県を管轄している。これら2県は各々独立した地域医務局を開設するため、現在準備中であり、GTZがこの目的のために援助している。

人口60万人のBouaké市を抱えるため、管轄する公的医療施設も一次・二次合わせて計204施設

(Bouaké 163、Sakassou 18、Béoumi 23) にものぼる。なお、三次施設となるBouaké大学病院は保健省直轄のため、DDの管轄外である。また、私立の施設に関する正確な資料も不足している。

今回の調査では、同じ敷地内にあるSSSU 1カ所を訪れたのみで、本地域医務局についてはほとんど調査を行っていない。しかし、Sakassou、Béoumi両県が湖に接しBuruli潰瘍多発地帯であることから、プロジェクトのなかでも重視すべき地域となることが予想される。

#### <Bouaké地域医務局の2000年活動計画作成会議（11月10日（水）～11月12日（金））>

Bouaké地域医務局の医務局長ほか、医務局の各部門の責任者15名、GTZのDr. Ulrike、日本からは清水専門家が参加した。Vallée du Bandama地方医務局長は初日の半日のみ参加した。

初日は地域医務局長の司会のもとに1999年の年間計画の評価が、GTZ作成のチェックリストに基づき全員で行われ、問題点のリストが作成された。2日目の午前も全員で問題点のリストを確認した後、地域医務局、一般病院、保健センターの各レベルを縦軸に、横軸に《保健状態・医療サービス》と《保健システム機能》の2項目をとり、各々の問題がどこにかかわるかの分析を行った。この段階で清水専門家より、この分析では住民レベルでの保健活動（ASCやCOGES、住民教育等）という観点が抜けるのではないかと問題提起し、考慮することになった。

続いて《保健状態・医療サービス》と《保健システム機能》の問題点の優先順位づけを行った。これは各人が各々につき最も重要と思われる問題を3つずつあげ、その合計で最も点数の高い3項目を来年度の優先課題として取り組むこととなった。さらに全員で、その計6つの問題点の各々に対応する2000年の達成目標を設定した。目標には過大と思われる数字も並べられたが、地域医務局の自主性を尊重するという立場からDr. Ulrike、清水専門家とも、この点には口をはさめこととした。

2日目の午後は地域医務局長、Dr. Ulrike、清水専門家を除く15名が2グループに分かれ、2000年目標達成のための活動計画の作成を行った。1グループは医療サービスの3目標、他のグループがシステム機能の3目標について討議し、地域医務局長、Dr. Ulrike、清水専門家の3名はコメンテーターとして適宜各グループの討議に加わった。討議は予定時間を過ぎても活発に行われ、冷房の効かない部屋で蚊に刺されながらも熱心に続けられ、1グループは20時半まで討議を行った。3日目は再び全体で、各グループの作成した活動計画について順次討議し、2000年の主要活動計画を作成した。週末のため遠方からの参加者に考慮して午前中のみで終了の予定であったが、討議時間が足りず、昼食もとらずに14時半まで熱心な討議が続いた。

会議は、活動のスケジュール表や予算表を作成する段階までは進まずに終了した。それらの



作業はDr. Ulrikeがさらに少数の幹部とともに後日行う予定とのことであった。

終了後、各参加者から簡単に感想が述べられたが、皆、このような系統立ったワークショップを行うのは初めてであり、口々に満足感と今後への期待が述べられた。

以下に6つの優先課題とそれに対する到達目標を記述する。なお活動計画は省略する。

#### 《保健状態・医療サービス》

問題1．予防接種のカバー率が低い

目標1．2000年末までに、現在58%の予防接種率を最低80%（これは国家目標でもある）までに引き上げる

問題2．マラリアの罹患率が多く、しかも少し増加している

目標2．2000年末までに、現在41%のマラリア罹患率を20%（同じく国家目標）に下げる

問題3．産前検診の受診率が低い

目標3．2000年末までに、現在30%の産前検診受診率を50%に引き上げる

#### 《保健システムの機能》

問題4．各部門での住民に対するIEC活動が弱い

目標4．2000年末には計画されたIEC活動（月2回）が80%以上実行される

問題5．各部門での監督活動（supervision）が弱い

目標5．現在66%の実行率である監督活動が、2000年には農村部で100%実行される

問題6．保健活動への住民参加が弱い

目標6－1．現在26%のCOGES活動率を2000年末には少なくとも50%に引き上げる

目標6－2．現在ほとんど活動していないASCについて、2000年2月末時点で登録されている者の60%が2000年末には活発に活動しているようにする

## 5－2 Dabakala地域医務局

Dabakala地域医務局は、以前はKatiola県も管轄していたが、1997年7月にKatiola地域医務局が独立したため、現在はDabakala県のみを管轄する。Dabakara県は6郡214村からなり、面積は9671km<sup>2</sup>でKatiola県とほぼ同じ、総人口は12万5139人、うち、1歳未満児4897人、妊娠可能年齢の女性2万6091人、人口増加率3.5%/年である。県内の保健施設は、HG1、CSU5（このうち

医師がいるのは1カ所のみ）、CSR 2、DIS 3と、Katiolaに比べかなり少ない。この理由は、住民参加を重視する政策のため、CS建設に地域自治体がある程度（30～40%：地域の経済事情により増減する）の自己負担を承諾しなければ建設しないためである。なお、現在CSR 6施設、DIS 1施設を建築中である。

医務局の職員は現在17名（欠員1名）で、KatiolaのDDに比べて充実している。ASC、ATの責任者によれば、県内にはASCが61村に2名ずつ122名おり、訓練を受けたATが17村に32名（2村は1名のみ、他は2名ずつ）いるとのこと。ASC、ATともに各村がこの制度の受け入れを承認した場合に、その村から選ばれた人材を簡易養成している。この制度はUNICEFが1989年から始めたもので、まず各村でASC、ATの必要性について啓発活動を行い、候補者を各村から自主的に選出してもらう。当初は1回に30名程度、7日間の養成を年2回行っていた。初期養成の2カ月後に評価を行い、きちんと仕事をしていればさらに2日の追加研修、また適宜2～3日の再教育も行っていた。この教育には宿泊・食事代として7000FCFA/日と交通費3000FCFAが支給されていた。最近のドナーの援助減少、さらに保健省財政の逼迫により、研修はあまり行われておらず、ASC、ATの活動も停滞気味である。しかし、2000年にはASC全員の再教育と新たに40村での養成を行う予定とのこと。

ASC、ATが活動するための施設としてCase de Santé（保健小屋）がある。Dabakala県には36施設あり、うち16村で保健小屋を運営管理するための研修が行われる等したが、現在機能しているのは6施設のみである。

地域医務局のASC担当者が地域内の保健小屋を案内してくれたが、彼はギニア虫対策の担当者も兼ねており、この問題と関連して、象国の衛生対策が他のアフリカ諸国に比べて遅れていることを嘆き、ギニア虫対策も含めて特に学校の教師を対象に衛生教育の訓練を行うことが大切だと強調していた。

#### <Dabakala地域医務局の2000年活動計画作成会議（11月24日（水）～11月26日（金））>

Bouaké地域医務局（DD）の会議と同様にGTZが企画した会議である。会議にはDabakala地域医務局の医務局長ほか、幹部9名（うち5名が医師）、GTZのDr. Ulrike、日本側は清水専門家、さらにDabakara市長（半日のみ）、地域医務局の薬局責任者とGID（Group pour l'Intérêt du Dabakala）の地域責任者、SODECI（水道公社）責任者が2日目より参加、またHGの院長が一部参加した。またVallée du Bandama地方医務局長と地域医務局の財政責任者が3日目のみ参加した。

なおHGの医師が手術等のため参加できないことが何回もあり、HGの問題分析を後に回すなど、一部日程変更が行われた。

会議はBouakéと同様の手順で進められたが、途中でのグループ分けはせず、終始全員で討

議を行った。

まず1999年の活動計画の評価が行われたが、そこで出された主要な問題点は、後述する2000年活動計画目標と表裏一体のものであるので、ここではいくつか取り上げられた前進面を記しておきたい。

それは以下のごとくである。

- ・ギニア虫患者の発見・隔離率が80%であった。
- ・破傷風の予防接種率が31%から34%にわずかだが上昇した。
- ・近代的避妊法の使用率が2%から6.6%に上昇した（主にGTZの援助による）。
- ・低栄養児の発見率が11%から15%へとわずかに上昇した。
- ・産後検診受診率が、全妊娠数（予測）11%から15%に少し上昇した。
- ・薬剤浸漬蚊帳の普及数が175から401に増加した。
- ・出産器具セットが地域全体で3個贈与された。
- ・地域医務局の幹部会議が5回開催された（以前は0回）。
- ・機能しているCOGESの率が21%から90%に上昇した。
- ・地域内にINHPの支所が開設された。

残念ながら、これらの成果を今後どう生かしていくかという議論は行われず、また、こうした前進面からあるいは後退面からも、どのような教訓を引き出すべきか、という作業もなかった。

ここでも、まずは多くの問題点が強調され、そのなかから特に来年の優先課題とすべきものが全体討議のなかで決められた。さらにその決定の仕方は、Bouaké地域医務局のような全員による一種の投票制ではなく、地域医務局長が参加者に賛同を求めながら決定していく方法であり、ある意味では彼の主観が強く反映されているともいえるものとなった。

なお、会議の最中に地域内からの参加者の多くが半ば自嘲気味に何回も指摘していたのは、PMAを行う以前の問題として、Paquet Minimum de Personnelが尊重されていない、つまり最低限必要な人材が確保されていないということであるが、ほとんどの職員は国家公務員であり地方に人事権がないため、この問題は保健省中央レベルでしか解決できないとのことで、深い論議は行われなかった。

日本側としては、2000年半ば以降からしか活動できないので、あまり詳細な助言や援助約束の言明などは避けたが、GTZのチェックリストからは村落レベルでの問題が欠落して活動目標に映されないため、その点を指摘をした結果、活動目標への追加が承認された。

Dabakala地域医務局の2000年保健計画として決定された17目標を以下に記載する。また後述のKatiola地域医務局が日本のプロジェクトのパイロット地区に予定されているが、人材教育ではDabakala地域医務局も同時に取り組まざるを得ない可能性が高いため、その参考とす

る必要性から、各々の目標を達成するための活動計画についても以下に記載しておく。

#### 《保健システムの機能》

##### ＊ 地域医務局レベル

- 1) IEC班が計画した活動の50%を実行する
  - ・ IECの年間活動計画を作成する
  - ・ 毎月2回のIEC活動を開催する
- 2) 保健施設の監督活動(年4回／施設)の実行率を50%から100%に高め、さらに年2回／施設のモニタリングを行う
  - ・ 監督活動のスケジュール表を作成する
  - ・ 各保健施設において年4回の監督活動を行う
  - ・ 各保健施設において年2回のモニタリングを行う
- 3) 地域医務局の指導部は年間活動計画の評価を年3回行う

##### ＊ 一般病院レベル

- 4) 薬剤・運営・衛生の各委員会は年2回の会議を行う
  - ・ 会議の計画を作成する
  - ・ 会議を開催する
- 5) 焼却炉が機能するようにする
  - ・ 医療廃棄物を選別する
  - ・ 週3回、医療廃棄物の焼却を行う
- 6) 2000年末までに卒後研修を少なくとも2回行う
  - ・ 卒後教育についての要求を確認する
  - ・ 卒後教育の教育者を選考する
  - ・ 卒後教育の計画を作成する
  - ・ 少なくとも2回の卒後教育を実行する
- 7) 病院の年間活動計画が50%実行される
  - ・ 病院の年間計画を作成する
  - ・ 活動計画を実行する
  - ・ 計画の達成状況を調査・監視する

##### ＊ 保健センターレベル

- 8) 月間活動報告の期限内(翌月の7日)提出率を35%から50%に引き上げる
  - ・ 各施設の月間活動報告提出責任者に提出期限を通知する

- ・ 報告書提出の監督者に責任感をもたせる
  - ・ 月間報告提出の速さを施設ごとに評価する
- 9) 保健センターがその活動計画の50%を実行する
- ・ 活動計画を作成する
  - ・ 活動計画を実行する
  - ・ 活動計画をフォローアップする
- 10) 保健センターに移動手段（オートバイ）を配置する
- ・ 申請書（要請文、見積書）を作成する

#### 《保健状態・医療サービス》

##### ＊ 地域医務局レベル

- 11) DTCP 3（三種混合とポリオ 3 回以上）の予防接種率が68%から80%に上昇する
- ・ 固定の予防接種センターから 5～15km範囲にある村で年 4 回の巡回予防接種を行う
  - ・ 固定の予防接種センターから15km以上離れた村に最低年 3 回の移動班による予防接種を行う
  - ・ 新たに 3 カ所の予防接種センターを設ける
  - ・ 状態不良な車両とオートバイの交換部品のリストを作成する
  - ・ 申請書（要請文、見積書）を作成する
- 12) 産前検診の受診率が34%から50%に上昇する（巡回の産前検診活動を組織する）
- ・ （保健省に対し）地域医務局への助産婦 1 名増員を要求する
  - ・ 救急車を 1 台配置して、各村ごとに 6 カ月に最低 3 回の巡回産前検診を実現する

##### ＊ 一般病院および保健センターレベル

- 13) 100%の保健施設（一次および二次）にレファラルと逆レファラルの用紙が準備される
- ・ 用紙を作成する
  - ・ 各保健施設に用紙を配布する
- 14) 少なくとも80%のパートグラム（分娩経過表）が正確に記載される
- ・ 助産婦 9 名と医師 4 名にパートグラムの使用法の教育を行う
  - ・ パートグラムの記載を行う
  - ・ 記載されたパートグラムの評価を行う
- 15) すべての保健施設（一次および二次）において発見された栄養不良児の100%に治療責任を果たす
- ・ 診察に訪れた 0～36カ月のすべての幼児は、必ず体重を測る

- ・計測した体重を報告し記録する
- ・治療方針を決定する

＊ 村落レベル

16) ASCの存在する村を62から100にし、AT数も増加させる

- ・ASCの必要な38村と、ATの必要な20村を検討する
- ・養成すべき76名のASCと40名のATを選考する
- ・76名のASCと40名のATを養成する

17) これまでに養成されているASCの少なくとも30%を再教育する

- ・少なくとも38名の再教育すべきASCを選考する
- ・再教育を実行する

### 5－3 Katiola地域医務局

1997年7月に前記のDabakala地域医務局から独立したばかりであるため、人材・施設ともきわめて不十分な状態にある。地域医務局長を含めた職員は5名のみで、象国では通常配置することの多い夜警は雇っていない。PSP（公衆衛生薬局）から配給される薬剤を管理するための倉庫もなく、整理する棚もないため、すべての薬剤が薬局担当者の部屋の床に置かれている。

Katiola県の全人口は18万4121人で、面積は9424km<sup>2</sup>、人口密度は20人／km<sup>2</sup>、人口増加率は年間3.69%、1歳未満人口7770人、1～5歳児人口3万1301人、妊娠可能年齢（15～49歳）の女性4万1243人、年間妊娠数9206と推計されている。

Katiola県はDabakala県に比べやや裕福であり都市化も進んでいるため、わずかだがプライベートセクターも存在しており、企業内保健センター1施設、開業医2名、6カ所の看護師による私設クリニック、薬局4軒がある。

地域内の医療従事者は、医師9（うち、私設3）、外科医2、薬剤師4（すべて私設）、管理職3、歯科医2、看護師51（うち、私設7）、助産婦16（うち、私設1）、検査技師2、財政管理者2、薬局管理者2、ソーシャルワーカー2、GDS 9、FDS 22、運転手9、守衛2、人夫7である。

#### <地域医務局職員のWANTS分析結果（表5-1参照）>

施設・機材の不備を反映して、ほとんどの職員が資機材や予算に関する要望をあげていた。その内容は各人の職務に関連した内容がほとんどであるため、機材に関する共通点は少ないが、監督活動に必要な自動車はほぼ全員が要求していた。その次に目立ったのは業務用のコンピューターとそれを使うための研修に対する要求であった。

表5-1

| WANTs分析 (Katiola 地域医務局.) |                      |                  |                 |
|--------------------------|----------------------|------------------|-----------------|
| 管理運営セミナー (P1)            | 管理の研修                | ハンセン病の研修 (P1)    | プライマリケアに関するセミナー |
| 技術向上のための研修(P1)           | 備品管理                 | 財政管理             | ASCとATの教育への参加   |
| 研修旅行                     |                      |                  |                 |
|                          |                      |                  |                 |
| コンピューター(ポータブル) (N2, P1)  | オートバイ・車両(N5, P1)     | 薬剤庫の棚(P1)        | 建物の建設(N2)       |
| 管理用機材                    | 掲示板                  | 薬剤の新しい管理方法に関する資料 | 薬局用検査室(N2)      |
| 事務用機材                    | カラープリンター             | 冷蔵庫(薬局用)         | 駐車場             |
| 事務机                      | ハンセン病の資料             | 大量安価な薬剤          | 薬剤用倉庫           |
| 顕微鏡                      | 医療処置用機材              | 白衣(仕事着)          | 事務室(N2, P1)     |
| コンピューター用整流器 (P1)         | 冷房装置(コンピューター室用) (P1) | マット(コンピューター用)    | ハンセン病治療のための建物   |
| コンピューターのカバー              | 事務用椅子(P1)            |                  |                 |
|                          |                      |                  |                 |
| 給与の改善 (N2, P1)           | 運営予算 (N4)            | 職員の増員            | 守衛(N2)          |
| 日本への旅行 (N2)              | 車両の燃料                | 薬局の補助員(P1)       | 医務局長補佐(医師)      |
| 象国－日本の関係強化               | 国際機関からの援助            |                  |                 |

N : 同じ内容をあげた人数

P : 優先度が高いとあげた人数

＜Katiola地域医務局の2000年活動計画作成会議（11月29日（月）～12月1日（水））＞

参加者は地域医務局長、GTZのDr. Urlike、ほかに地域医務局の幹部16名。さらに地方医務局長が初日と3日目、地方医務局の財政担当者が3日間参加した。日本側はKatiolaをパイロット地域として選択する予定で、今回の調査もここを重点に行った関係から、清水、田村の両専門家が参加した。

これまでの会議と同じく、GTZの作成したチェックリストに基づき問題点を列挙、他の地域医務局よりもさらに多数の100項目にも及ぶ細かい問題点があげられた。そのなかから、実行可能性・重要度（死亡、就労、障害）・影響（小児、妊婦、老人）・費用などの要素を全員で検討しながら優先課題が選択された。

23項目の優先課題が選択された後に、一般病院の院長から、これだけの課題を1年でこなすのは困難であり、このプランは1年でなく、2～3年の計画にしてはどうか、との提案があった。しかし、地域医務局長とDr. Urlikeから、今回はとにかくこの課題に沿って計画を立て、来年またチェックリストを使って評価を行うなかでやり残したことは新たな目標を立てることにすればよいという説明があり、一応全員納得した形となった。このとき同時に、清水専門家から、問題分析から計画を立てる際の問題として、これまでの成果や長所が忘れられる危険性を指摘、成果・長所のなかにもさらに強化し発展させるべき課題があるはず、と述べ、来年は日本側もこの会議の準備の段階から参加する意向を示した。

なお他の2地域と異なり、前述のごとく日本のパイロット地域ということを重視して、以下に順不同ながら、提示された問題点をすべて列挙する。なお下線のものが優先課題とされたものである。

《保健システムの機能》

＊ 地域医務局レベル

- ・ 監督活動（supervision）が不規則である
- ・ 地域医務局の指導部によって組織された人材教育がない
- ・ 機材の修理が一部しか行えない
- ・ 職員の評価が不完全である
- ・ 各保健施設との予算会議が行われていない
- ・ 年間活動計画の定期的フォローアップが実施されていない
- ・ ギニア虫対策での他セクターとの協力活動がない
- ・ オンコセルカ症対策での他セクターとの協力活動がない
- ・ Buruli潰瘍対策での他セクターとの協力活動がない
- ・ コンドームのDBC（自治体を基礎とする配布）がない



- ・エイズ対策での対象グループに対する活動がない
- ・家族計画活動の広がりが一部のみである
- ・エイズ対策に関し、他セクターとの協力活動がない
- ・IEC活動に関し、他セクターとの協力活動がない
- ・一般病院への監督活動（Supervision）がない
- ・地域の衛生浄化活動が一部で行われているのみである
- ・他セクターとの協力活動がほとんどない
- ・NGOとの協力活動がない（そもそも地域内にNGOがない）
- ・企業との協力活動がほとんどない（そもそも地域内に企業は1社のみ）
- ・私的医療施設との協力活動がほとんどない
- ・オペレーション・リサーチやアクション・リサーチがほとんどない
- ・地域での保健活動委員会の会議があまり行われていない
- ・地方医務局との会議があまり行われていない
- ・地域医務局の指導部の月例会議があまり行われていない
- ・医療情報管理システムの分析があまり行われていない

＊ 一般病院レベル

- ・機材の予防的維持管理があまり行われていない
- ・機材の修理があまり行われていない
- ・人材の生涯研修が行われていない
- ・患者用の炊事場がない
- ・院内薬剤委員会が機能していない
- ・院内衛生委員会が機能していない
- ・医療情報管理システムと保健指標の分析が行われていない
- ・機材の滅菌が一部しか行われていない
- ・年間活動計画がない
- ・年間活動計画の評価が行われていない

＊ 保健センターレベル

- ・年間活動計画がない
- ・モニタリングが行われていない
- ・予算計画の作成があまり行われていない
- ・医療情報管理システムの分析があまり行われていない
- ・薬剤の在庫管理があまり行われていない
- ・疫病監視活動への協力があまり行われていない

- ・ 機材の予防的維持管理が行われていない
- ・ 機材の修理があまり行われていない
- ・ COGESの活動があまり行われていない

## 《保健状態・医療サービス》

### ＊ 地方医務局／指導部レベル

- ・ マラリア有病率が増加している（診断患者 1 万 5665 例／1999 年：1 万 44 例／1998 年）
- ・ 2500 g 以下の低体重出生児が多い（15％）
- ・ 医療従事者の介助する出産の率が低下している（35％／1999 年：40％／1998 年）
- ・ 5 歳以下児の下痢症例が増加している（1769 例）
- ・ DTCP 3（三種混合とポリオ 3 回以上）の予防接種率が低下している（40％／1998 年→35％／1999 年）
- ・ 妊婦の 3 CPN（産前検診 3 回以上）の率が低下している（33％／1999 年：57％／1998 年）
- ・ 医療施設利用率がまだ低い（25％／1999 年：24％／1998 年）
- ・ 村落において Buruli 潰瘍患者が認識および発見されていない
- ・ 性病／エイズ患者が増加しつつある（1375 例／32 例）
- ・ 結核患者が増加している（新規発見患者、22 例／1999 年：2 例／1998 年）

### ＊ 一般病院レベル

- ・ 患者のレファラル活動が一部分しか行われていない
- ・ 患者の逆レファラルは行われていない
- ・ 平均病床利用率が低い（27％）
- ・ 産前検診についての IEC 活動が行われていない
- ・ 系統的予防接種活動が行われていない
- ・ パルトグラム（妊娠経過記録表）の記載があまり行われていない
- ・ 新生児の蘇生処置が十分に行われていない
- ・ 産前検診が行われていない
- ・ 産後検診が行われていない
- ・ HIV 陽性患者の精神科診察が行われていない
- ・ HIV／エイズの対象グループへの IEC 活動が行われていない
- ・ HIV／エイズの血清診断が行えない
- ・ 血液バンクの機能が不十分である
- ・ ハンセン病の治療が行われていない

- ・ X線検査施設がない
- ・ 超音波断層診断および心電図検査の機器がない

＊ 保健センターレベル

- ・ 産前検診が一部施設でしか行われていない
- ・ パルトグラム（妊娠経過記録表）の記載が一部施設でしか行われていない
- ・ 救急時の妊婦の搬送が十分に行えない
- ・ 産後検診があまり行われていない
- ・ 妊婦への系統的予防接種活動が行われていない
- ・ 産後経過の記録表記載と定期的検査が不十分である
- ・ 巡回による産前・産後検診活動が行われていない
- ・ 家族計画サービスが一部施設でしか行われていない
- ・ 巡回の予防接種活動が一部でしか行われていない
- ・ 日常的な予防接種活動が行われていない
- ・ CSUで治療用フローチャートが使用されていない
- ・ 小児の体重曲線記載があまり行われていない
- ・ 患者のレファラル活動が一部分しか行われていない
- ・ 患者の逆レファラルは行われていない
- ・ 小児へのビタミンAと駆虫剤投与が行われていない
- ・ HIV／エイズの対象グループへのIEC活動が行われていない
- ・ HIV／エイズへのカウンセリングが行われていない
- ・ HIV／エイズに関する大衆宣伝活動があまり行われていない
- ・ 薬剤浸漬蚊帳（マラリア対策）の推進・指導があまり行われていない
- ・ ハンセン病の発見とレファラルがあまり行われていない
- ・ 結核新規患者の発見と治療があまり行われていない
- ・ 家庭訪問が行われていない
- ・ 安全水の推進・指導が行われていない
- ・ 水源の維持管理が行われていない
- ・ 簡易トイレ使用の推進・指導があまり行われていない
- ・ ASCとATの育成が行われていない
- ・ ASCに対する監督活動が行われていない

次に、優先課題に基づいて2000年の地域保健目標と活動計画を作成する作業が、やはり全員で行われた。その議論のなかで特に問題とされた点を以下に記述する。

医療従事者の生涯（卒後）研修に関する論議のなかで、予算がないから目標が立てられないという声が大きかったが、地域医務局長から、とりあえず目標を決めなければ予算請求できないと強調された。清水専門家からは、必要な予算を提出してもらえれば、JICAの本部に要求することが可能だと説明し、GTZからも同様の発言があった。

産前検診の受診率を引き上げる件について、清水専門家より検診を受けることが魅力となるようなこと（ビタミン剤の無料投与など）を行えないかと提案したが、問題にされなかった。さらに巡回の産前検診を行ってはどうか、との提案については、保健小屋がないと行えないとのことで取り上げられなかった。

一般病院で産前・産後検診を行う件については長い議論が続いた。今の産科施設は検診を行うには不適切との病院側からの発言が続いたが、TouroのCOGESの代表から、現在のPMI（病院から1 kmほど離れている）が造られる前は病院で産前・産後検診を行っていた、との発言があり、施設を少し整備して行うことに決定した。

Katiola市の一般病院から離れた地区の予防接種活動に関しては可能性、必要性に関して議論が続いたが、結局6回／年の巡回接種活動を行うことになる。

病院衛生委員会の問題では、まず病院職員の教育が必要との意見がまとまり、GTZが行うとの言明があった。また単に石鹸を買うことも病院で行えないのはなぜかと、Dr. Urlikeが質問し、病院長が、病院分予算の使用費目が限られているため困難であるとの説明があった。

薬剤委員会に関する議論では、現在の委員会が本当に薬剤の使用状況の分析（使用された薬剤がその当時の疾病構造に対応しているか、管理不十分で盗まれたりしていないか、等）を行うことができるか、という議論の結果、来年はそこまでの活動を行うのは無理であろうとの予測に至った。

以下に、決定された2000年保健目標と活動計画を記述する。なお優先課題の数よりも目標数が少ないのは、議論のなかで統合された項目や削られた項目があるためである。

#### <Katiola地域医務局の2000年保健目標および活動計画>

##### \* 地域医務局レベル

- 1) Katiola地域における妊婦のCPN 3（産前検診3回以上）の率を30%から50%に改善する
  - ・女性と配偶者に対する啓発活動を各保健施設で年12回実施する
  - ・産前検診の行える施設を数カ所増加させる
  - ・産前検診の回数をCSUで3回／週、CSRで2回／週に増加させる
  - ・産前検診の移動班を創設し、新規の施設で3カ月に1回検診を行う
- 2) 各予防接種率を改善する；DPT 3（三種混合とポリオ3回）は33%から80%へ、VAA

(黄熱病)は32%から80%へ、VAR(麻疹)は31%から80%へ、BCGは78%から80%へ、VAT 2 plus(妊婦の破傷風2回以上)は17%から30%へ

- ・啓発活動を各保健施設でそれぞれ12回／年行う
- ・巡回予防接種活動を強化する；CSUでは48回／年、CSRでは24回／年
- ・予防接種の移動班を創設し、1回／3カ月の活動を行う
- ・Katiola市内での予防接種活動を増加させて、6回／年行う

3) 22名の医療従事者(1名／各保健施設)をエイズ／性病に責任がもてるよう、2000年末までに教育する

- ・教育すべき医療従事者を登録する(2000年1月)
- ・教育に必要な予算の申請書を作成する(2000年1月)
- ・教育を行う

4) 地域医務局指導部は一般病院と各保健センターへの監督活動を2回／年、モニタリングを2回／年行う

- ・計38回(2×19医療施設)／年の監督活動を行う
- ・2回／年のモニタリングを行う

5) 地域医務局指導部は3カ月ごとに年間計画の評価を行う

- ・評価表を作成する(2000年3月)
- ・評価のための会議を組織する
- ・評価結果のレポートを作成する

＊ 一般病院レベル

6) 病院内での予防接種サービスが機能するようにする

- ・住民への啓発活動を12回／年行う
- ・病院での予防接種を2回／週行う

7) 2000年末までに、病院にレファラルされてきた各患者は逆レファラルの用紙とともに退院するようにする

- ・レファラルー逆レファラル用紙作成委員会を設置する(2000年1月)
- ・レファラルー逆レファラル用紙を作成する(2000年3月末まで)
- ・作成されたレファラルー逆レファラル用紙を公的に認可する
- ・レファラルー逆レファラル用紙を発行し、各医療従事者への訓練を行い、配布する

8) 2000年末までに、病院の産科における産前・産後検診の率を0%から50%に改善させる

- ・産前・産後検診のサービスを創設する(2000年3月末まで)
- ・産前・産後検診活動開始について医療従事者を啓発し(2000年1月)、妊婦・母親・地

区指導者・宗教的指導者の会議を2000年4月までに6回行う

- ・2000年4月から2回／週の産前・産後検診を行う

9) 院内の衛生委員会と薬剤委員会が機能するようにする

A：衛生委員会

- ・病院衛生のテキストを入手する（2000年1月）
- ・6回／年の委員会を開催する
- ・2回／月の院内視察を行う
- ・焼却施設課を創設する（2000年3月末まで）

B：薬剤委員会

- ・委員会の責任者を任命する（2000年1月）
- ・薬剤管理のテキストを入手する（2000年1月）
- ・薬剤管理の評価を12回／年行う

10) 病院職員への生涯研修を最低3回／年行う

- ・必要な研修テーマを決定する（2000年1月）
- ・研修の必要な病院職員を選出する（2000年1月）
- ・研修の講師を決定する（2000年1月）
- ・研修に必要な予算の申請書を作成する（2000年1月）
- ・研修日程を作成する（2000年1月）
- ・研修を行う（2000年6月・9月・11月）

＊ 保健センターレベル

11) 各保健センターは1回／月の家庭訪問を行う

- ・必要な家庭訪問の目的を確認する
- ・家庭訪問を行う（毎年12回／各センター）

12) 2000年末までに100名のASCを養成する

- ・ASCの必要な50村を確認する（2000年3月）
- ・ASCとして養成される100名（各村2名）を確認する（2000年4月）
- ・ASC養成の講師を確認する（2000年3月）
- ・養成に必要な予算の申請書を作成する（2000年3月）
- ・ASCを養成する（2000年9月）

13) ハンセン病の発見と治療に責任をもつ医療従事者20名（各保健センター1名）を教育する

- ・教育される20名を確認する（2000年2月）
- ・教育する講師を確認する（2000年2月）

- ・養成に必要な予算の申請書を作成する（2000年2月）
  - ・20名の医療従事者を教育する（2000年9月）
- 14) 各保健センターはエイズ／性病の対象グループに対するIEC活動を少なくとも2回／年行う
- ・対象グループを確認する（2000年1月）
  - ・最低2回／年のIEC活動を行う
- 15) 各保健センターのCOGESは1回／3カ月の会議を行う
- ・COGESメンバーの全体会議を2回／年（6月と12月）行い、意識を高める
  - ・各COGESが4回／年の運営会議を行う

最後は目標1)の1つの活動についてのみ、必要な機材のリストと予算表を作成し、会議を終了した。残った活動の必要機材リストや予算計画は後日に少数の幹部とGTZとで行われる予定である。

なおドナーが2つもいるということからか、かなり膨大な機材要求があげられた。

#### <Katiola地域医務局（DD）の2000年活動計画作成会議参加者>

- ・ Dr. COURBALY Mamadou; Directeur Régional de la Santé Publique de la Vallée du Bandama
- ・ M. SAHOU Charles; Responsable du Service des Affaires Financières de la Direction Régional de la Santé de la Vallée du Bandama
- ・ Dr. ANOUAN Jean; Directeur de la Direction Départementale de Katiola
- ・ M. AKA Kouadio Remi; Responsable Financière de la D.D. de Katiola
- ・ Mme KOUAKOU Agathe; Responsable de CSE de la D.D. de Katiola (Infirmière)
- ・ M. ZRANDE Tiemoko; Responsable de la Pharmacie de la D.D. de Katiola
- ・ Mme ADJOURMONE Marianne; Responsable de PMI de Katiola (Sage-femme)
- ・ Mme BEHIBRO N'Guessan; Sage-femme
- ・ M. GBATO Jean; Directeur de l'Hôpital Général de Katiola
- ・ Dr. BAMBA B. Siriki; Médecin de l'Hôpital Général de Katiola
- ・ Dr. NGOYA Yves; Chirurgien de l'Hôpital Général de Katiola
- ・ Dr. KOGO Kouadio; Chirurgien-Dentiste de l'Hôpital Général de Katiola
- ・ Dr. N'DRI Roger; Directeur du CSU de Niakaramandougou
- ・ Dr. N'GUESSAN Faustin; Directeur du CSU de Tortiya
- ・ Dr. GALO Antiolee; Directeur du CSU de Tafiré

- ・ M. PEHE Henri; Infirmier-Chef du CSR de Timbé
- ・ M. KOFFI Yao; Infirmier du SSSU de Katiola
- ・ M. LOUKOU Jerome; Infirmier DE
- ・ M. COURBALY Mamadou ;Infirmier DE
- ・ M. TOURE Benoit; President de COGES de Touro
- ・ Dr. Ulrike HOEKSTRA; Conseiller Technique Principale du Projet GTZ

#### ＜GTZ主催の3地域医務局会議についての感想（清水専門家所感）＞

3つの地域医務局の2000年活動計画作成会議に参加して、あらためてZOPPあるいはPCM手法の弱点といえるものを感じたのでまとめてみたい。

ZOPP、そしてZOPPを改良したとされるPCM手法の弱点とは何か？それは何よりもまず、もっぱら問題分析、すなわち弱点・欠点の指摘ばかりが中心となっていることではないだろうか？

この方法では、これまでやられていないことが問題点として強調されることがほとんどであり、したがって課題や活動計画として、これまでにやられていないことにばかり焦点が当たる傾向になる。そして、これまでにやられてきたこと、つまりある意味では達成可能な課題はむしろ軽視されることになりやすい。果たしてそれが本当に妥当性のある計画の立て方といえるのであろうか？

物事の発展・発達の原因とは何か？それは、教育学の世界で最もよく確かめられてきた事実と関連している。それは、まず誉めること、長所を評価してそれを伸ばすこと、次にそのなかで欠点を修正していくこと。しかられて欠点ばかりを指摘されても、そこから健全な成長・発達を遂げる子供はいない。なぜなら、長所を伸ばすというダイナミズムのなかでこそ、短所を克服するエネルギーが生み出されるからであり、短所を指摘されるばかりでは、成長する意欲がそがれ、それまでの長所さえ消え失せてしまうといわれている。

個人レベルでも、組織・団体・社会レベルでもこの原則は同じであり、広範に確かめられた事実であるとされている。すなわち、何よりもまず、成果や長所を評価し、それをさらに伸ばし発展させていくこと、そしてそのなかで、第二に、弱点を見つけそれを補正していくこと。この原則に沿ってこそより健全な発展が保証されるといわれている。

今後のプロジェクト準備のなかでは、もっと「古典的」な方法に立ち戻って、これまでの到達点・成果を正に評価し、その教訓を十分に汲み尽くす作業をする必要があろう。各地域医務局とも1999年は中央からの運営予算がまったく来ないなかで活動してきたため、多くの活動成果は後退を余儀なくされている。そのなかでも若干の前進面はみられており、それが何故、どのようにして達成されたのか分析することで、他の課題に適応し得る教訓が見つかるかも知



れない。これを「成果分析」としてマニュアル化し、今後の事前協議で試みる価値があると思われる。そのうえで、主な課題をあげ、総合的に今後の活動計画を立てるという方法が、よりよい発展につながるかと考えられる。よい成果が出れば、有用な手法として発展させ得る可能性もある。

また、GTZがチェックリストを使用していたが、そもそもそのリストが本当に正当な評価を行うにふさわしいものなのかという検討も必要であろう。さらに住民の視点から見直したチェックリストの作成が必要と思われる。

このチェックリストのひとつひとつの項目を見直す作業は実際にプロジェクトが始まってから、GTZおよび象国側を含めた会議のなかで提起し行っていくことになるが、現在の時点でいえる問題点は主に3つである。それは、第一に住民レベルからの視点に欠けること、第二に常に上から下への発想であること、第三は地域医務局・一般病院・保健センターの各レベルの活動を有機的に統合する視点が弱いことである。

## 5－4 2000年活動計画における主要課題のまとめ

### 5－4－1 予防接種

#### (1) 予防接種に関するPNDS上の課題

- ・拡大予防接種の強化
- ・ポリオの根絶
- ・新生児破傷風の撲滅
- ・予防接種のカバー率が80%を超える

#### (2) PNDSにかかわる、2000年活動計画会議であげられた地方ごとの目標

- ・Bouaké…2000年末までに、現在58%の予防接種カバー率を最低80%までに引き上げる。
- ・Katiola…（地方医務局／指導部レベル）
  - DTC 3 + P 3 の予防接種カバー率を33%から80%に引き上げる
  - 黄熱病の予防接種カバー率を32%から80%に引き上げる
  - 麻疹の予防接種カバー率を31%から80%に引き上げる
  - BCGの予防接種カバー率を78%から80%に引き上げる
  - 妊婦の破傷風（2回以上）の予防接種率を17%から30%に引き上げる
  - 病院内での予防接種サービスが機能するようになる（一般病院レベル）
- ・Dabakala…DTC 3 + P 3 の予防接種率を68%から80%に引き上げる

(3) 予防接種に関する現状（各県（地域）医務局による集計）

表5-2

|                                  | Katiola      | Dabakala     | 備 考                                          |
|----------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------|
| 5歳以下の麻疹患者の数                      | 91(39,081)   | 43(22,845)   | ( ) 内は5歳以下の人口                                |
| ポリオ患者の数                          | 1            | 0            |                                              |
| 新生児破傷風患者の数                       | 3            | 0            |                                              |
| DTC 3 + P 3を受けた<br>12 カ月以下の子供の数  | 2,568(7,770) | 2,771(4,518) | ( ) 内は1歳以下の人口<br>DTC 3（三種混合3回）<br>P 3（ポリオ3回） |
| DTC 3 + P 3を受けた<br>12 カ月以下の子供の割合 | 33%          | 68%          |                                              |
| 黄熱ワクチンを受けた<br>12 カ月以下の子供の数       | 2,495(7,770) | 2,404(4,518) |                                              |
| 黄熱ワクチンを受けた<br>12 カ月以下の子供の割合      | 32%          | 59%          |                                              |
| 麻疹ワクチンを受けた<br>12 カ月以下の子供の数       | 2,424        | 2,501        |                                              |
| 麻疹ワクチンを受けた<br>12 カ月以下の子供の割合      | 31%          | 23%          |                                              |

(4) 2000年活動計画会議において、象国保健医療従事者からあげられた問題と計画

1) Katiola

表5-3

|              | 問 題 点                                                                 | Activity                                                                                                                                                                                                |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地方医務局／指導部レベル | DTC 3 + P 3の予防接種率が低下している<br>40%（1998年）→35%（1999年）                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・啓発活動を各保健施設でそれぞれ年12回行う</li> <li>・巡回予防接種活動を強化する<br/>CSU 年 48 回、CSR 年 24 回</li> <li>・予防接種の移動班を創設し3カ月ごとに活動を行う</li> <li>・Katiola 市内での予防接種活動を増加させ年6回の活動を行う</li> </ul> |
| 一般病院レベル      | 系統的予防接種活動が行われていない                                                     | 病院内での予防接種サービスが機能するようにする<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・住民への啓発活動を年12回行う</li> <li>・病院での予防接種を週2回行う</li> </ul>                                                                                  |
| 保健センターレベル    | 妊婦への系統的予防接種活動が行われていない<br>巡回の予防接種活動が一部でしか行われていない<br>日常的な予防接種活動が行われていない |                                                                                                                                                                                                         |

## 2) Dabakala

破傷風の予防接種率が31%から34%にわずかだが上昇した

地方医務局／指導部レベルの計画

- ・ 固定の予防接種センターから5～15kmの範囲にある村で年4回の巡回予防接種を行う
- ・ 固定の予防接種センターから15km以上離れた村に最低年3回の移動班による予防接種を行う
- ・ 新たに3カ所の予防接種センターを設ける
- ・ 状態不良な車両とオートバイの交換部品のリストを作成する
- ・ 申請書（要請文、見積書）を作成する

## （5）予防接種に関する国内・国際機関

- ・ INHP
- ・ UNICEF

## 5－4－2 マラリア

### （1）マラリアに関するPNDS

- ・ 5歳以下の子供のマラリアによる死亡率を現在の50%に低下させる
- ・ 5歳以下の子供のマラリアによる致死率を現在の50%に低下させる
- ・ 5歳以下の子供のマラリア罹患率を現在の50%に低下させる
- ・ 女性のマラリア罹患率を現在の50%に低下させる

### （2）2000年活動計画会議において、象国保健医療従事者からあげられた問題と計画

#### 1) Katiola

##### ① 地方医務局／指導部レベル

マラリア有病率が増加している（診断患者1万5665例／1999年、1万44例／1998年）

##### ② 保健センターレベル

薬剤浸漬蚊帳（マラリア対策）の推進や指導があまり行われていない

## 5－4－3 Buruli潰瘍

### （1）Buruli潰瘍に関するPNDS

- ・ よりよい管理をするための手段を考案する

(2) 2000年活動計画会議において、象国保健医療従事者からあげられた問題と計画

1) Katiola

① 地方医務局／指導部レベル

Buruli潰瘍対策で他セクターとの協力活動がない

村落においてBuruli潰瘍患者が認識および発見されていない

5-4-4 家族計画・母子保健

(1) 家族計画・母子保健に関するPNDS

- ・妊産婦の死亡率と罹患率を現在から30%下げる
- ・保健医療施設の利用を改善する

(2) PNDSにかかわる、2000年活動計画会議であげられた地方ごとの目標

1) Katiola

① 地方医務局／指導部レベル

- ・コンドームのDBC（自治体を基礎とする配布）がない
- ・家族計画活動の広がりが一部のみである
- ・医療従事者の介助する出産の率が低下している（35%：1999年、40%：1998年）

② 一般病院レベル

- ・産前検診についてのIEC活動が行われていない
- ・パルトグラムの記載があまり行われていない
- ・新生児の蘇生処置が十分に行われていない
- ・産前検診が行われていない
- ・産後検診が行われていない

③ 保健センターレベル

- ・産前検診が一部施設でしか行われていない
- ・パルトグラムの記載が一部施設でしか行われていない
- ・救急時の妊婦の搬送が十分に行えない
- ・産後検診があまり行われていない
- ・妊婦への系統的予防接種活動が行われていない
- ・産後経過の記録表記載と定期的検査が不十分である
- ・巡回による産前産後検診活動が行われていない
- ・家族計画サービスが一部施設でしか行われていない
- ・小児の体重曲線記載があまり行われていない
- ・小児へのビタミンAと駆虫剤投与が行われていない

活動計画は以下のとおりである。

① 地方医務局／指導部レベル

- ・ Katiola地域における妊婦のCPN 3（産前検診 3 回以上）の率を30%から50%に改善する
  - －女性と配偶者に対する啓発活動を各保健施設で年12回行う
  - －産前検診が実施可能な施設を数カ所増加させる
  - －産前検診の回数をCSUで 3 回／週、CSRで 2 回／週に増加させる
  - －産前検診の移動班を創設し、新規の施設で 3 カ月に 1 回検診を行う
- ・ 各予防接種率を以下のように改善する；VAT 2 plus（妊婦の破傷風 2 回以上）は17%から30%へ
  - －啓発活動を各保健施設でそれぞれ12回／年行う
  - －巡回予防接種活動を強化する；CSUでは48回／年、CSRでは24回／年
  - －予防接種の移動班を創設し、1 回／3 カ月の活動を行う
  - －Katiola市内での予防接種活動を増加させて、6 回／年行う

② 一般病院レベル

- ・ 2000年末までに、病院の産科における産前・産後検診の率を0%から50%に改善させる
  - －産前産後検診のサービスを創設する（2000年 3 月末まで）
  - －産前産後検診活動開始について医療従事者を啓発し（2000年 1 月）、妊婦や母親、地区の指導者、宗教的指導者の会議を2000年 4 月までに 6 回行う
  - －2000年 4 月から 2 回／週の産前・産後検診を行う

2) Dabakala

① 地方医務局／指導部レベル

産前検診の受診率が34%から50%に上昇する（巡回の産前検診活動を組織する）

- ・（保健省に対し）地域医務局への助産婦 1 名増員を要求する
- ・ 救急車を 1 台配置して、各村ごとに 6 カ月に最低 3 回の巡回産前検診を実現する

② 一般病院および保健センターレベル

少なくとも80%のパートグラム（分娩経過表）が正確に記載される

- ・ 助産婦 9 名と医師 4 名にパートグラムの使用法の教育を行う
- ・ パートグラムの記載を行う
- ・ 記載されたパートグラムの評価を行う

#### 5－4－5 栄養

##### （１）栄養に関するPNDS

- ・ヨード欠乏症の根絶
- ・貧血症を50%減らす
- ・ビタミンA欠乏症の根絶
- ・栄養不足（蛋白－エネルギー不足）による有病率を半分に減らす
- ・2500 g以下の低出生体重児を10%減少させる
- ・小児保健における栄養に関する活動を展開する

##### （２）栄養に関する現状（各県（地域）医務局による集計）

表5-4

|                              | Katiola      | Dabakala     |
|------------------------------|--------------|--------------|
| 5歳以下の小児の栄養不足による診察患者数         | 256 (39,071) | 247 (22,845) |
| 5歳以下の小児人口に対する栄養不足による診察患者数の割合 | —            | 5.40%        |
| 2500 g以下の低出生体重児の出生数          | 472          | 203          |
| 全出生に対する 2500 g以下の低出生体重児の出生割合 | 14.69%       | 20.00%       |

住民の主な食事はトウモロコシ・山芋・マニオク・カシューアップル・ピーナッツ・ゴンボ等である。

Vallée du Bandama地方において、保健医療従事者の栄養に関する活動は皆無に等しい。CSUや農村診療所をはじめとする一次医療機関でのPHC活動としての住民教育はなく、ほとんどが予防接種と妊婦検診にさかれている。診療所においては、小児等の栄養指導が必要と診断された場合にしか行われていない。調理方法の工夫や蛋白摂取の教育をしていないの言うまでもない。

## 6. 地方医務局と関連施設

地方医務局（Direction Régionale de la Santé Publique）は保健省の直下に位置し、地方の医療行政に責任を負うが、独自予算はなく、人事権もない。ちなみに、すべての公的医療施設の正職員は中央の保健省が人事権を握っている。地方医務局の歴史は浅く、PNDSにより地方分権化が唱われた1996年以降、全国的に整備されてきた。したがってまだ人材不足のところが多く、さらに予算不足が重なって、必要とされる機能は十分発揮されていない。地方医務局の管轄地域は行政上の地方（Région）に一致しており、現在16局あるが、行政区分が1999年4月に11地方から16地方に改められたばかりということもあって、新設医務局は人材不足がさらに深刻である。

今回調査したVallée du Bandama地方は象国の中央部に位置し、その州都Bouakéは象国第二の都市ということもあって、大学病院センター（CHU、4-2参照）や後述のINFAS分校、INHP支所などが存在するが、これら施設は国立公共法人（EPN）として保健大臣直轄となっており、協力関係にはあるが、直接の指導関係はない。しかし、地域医療への貢献という観点から、これらの施設についても6-2で概略を報告する。

### 6-1 Vallée du Bandama地方医務局

上記の人材不足等の問題に関し、Vallée du Bandama地方医務局も例外ではなく、局長以外の職員はわずか7名で、ほかに秘書1名、事務員2名がいるのみである。事務所も普通の住宅を2軒合わせた建物のため、各人の事務室も狭く、さらにアクセスの悪い地区にあるため、職員の不満が高まっている。地方医務局長は職員の厳しい通勤事情などに対する配慮に欠けており、かつ2地方の医務局長を兼任しているため（かなりの地方が兼任）、不在のことが多い。しかし、権限がほとんど彼1人に集中し、不在時の代理がいないため、なおさら医務局の機能を下げる結果となっている。

#### <地方医務局職員のWANTs分析結果（表6-1参照）>

地方医務局のスタッフ全員を対象にWANTs分析（Analyse de Désir）を行った。直前に行ったプロ技の3要素についての説明が印象強かったのか、日本での研修と機材の希望ばかりが目立つ記載内容となった。またこの分析はわれわれにとっても初の試みで、しかもこの医務局で最初に行ったために、「何々したい、こうありたい」という能動的な要求が十分引き出されずに終わった。

内容で特徴的なのは、上述したアクセスの悪さ（通勤上の不便）を反映して、全員が事務所の市中心部への移転をあげたことである。事務所に到達するためにはかなり長い未舗装の悪路が続く、タクシーも嫌がり、雨期には泥土の道をかなり歩かなくてはならないなど、早急な対策が必要とされている。

表6-1

| Wants分析 (Vallee du Bandama地方医務局職員) |                             |                         |                      |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|
| 日本での研修(N4, P2)                     | コンピューターの研修 (N4, P3)         | 機材の使用とメンテナンスについての研修(N2) | IECの研修               |
| 海外での研修 (P1)                        | 家族計画の研修                     | 母子保健での特別な研修(P1)         | 研修                   |
| リプロダクティブ・ヘルスについての海外研修(P1)          | 母子保健に関する組織あるいはNGOへの特別出向(P1) |                         |                      |
|                                    |                             |                         |                      |
| 車両(スーパーバイス用) (N6, P3)              | 電話(各事務室用) (N5,P2)           | コンピューター (N4, P1)        | 訪問者用の椅子 (N3)         |
| オートバイ(スーパーバイス用)                    | もっと頑丈な事務机                   | 電卓(N2, P1)              | 壁時計(N2)              |
| 安価な日本車                             | 十分な事務室(窓にガラスの入った事務室)        | ラジオ                     | 椅子(P1)               |
| コピー機                               | クッションのある椅子 (P1)             | ビデオカメラ                  | 芝刈り機 (P1)            |
| 事務用機材                              | IEC用機材                      | カメラ(Canon)              | 熊手2個(P1)             |
| 啓発活動用コントーム                         | HIV検査キット(P1)                | カーペット                   | 雑誌の購入                |
|                                    |                             |                         |                      |
| 地方医務局の市中部への移転 (N5, P2)             | 燃料                          | 完全な照明(N2)               | 地方医務局内に診療所設置         |
| 給与の増額(N2, P1)                      |                             |                         | AIDS対策のNGOを創設する      |
| 役職手当 (P1)                          | 医務局内の医療従事者に責任をもつ            | 日本に関する資料 (N2)           | 日本の保健組織で働く           |
| 研修後の昇進あるいは手当増                      | 母子に責任をもつ                    | 日本での予防活動紹介のフィルム         | 象国への日本の保健関係・NGOからの派遣 |

N : 同じ内容をあげた人数

P : 優先度が高いとあげた人数



### ＜GTZとの協調に関する地方医務局長の意見＞

GTZがすでに日本の構想と同様のプロジェクトを開始している件について、医務局長からは、「日本と一緒に活動したい。GTZが同様の活動していても自分たちとしては問題ない。C/Pが重複しても構わないし、活動の住み分けも可能と思う」と強調された。

## 6-2 関連施設

### 6-2-1 INFAS/Bouaké

この施設は1987年に世界銀行の援助で設立され、1988年に開校した。初年度の学生数は看護課程125名、助産婦課程28名であったが、助産婦課程は翌年Abidjanの本校に合併され、以後、看護師（婦）のみを養成してきた。定員は一応80名となっているが、国の予算その他の状況により毎年変動しており、開校以来54～120名で推移し、平均110名となっている。そのうち女子はわずか約10%のみである。国家試験に相当する卒業試験合格率は73～100%である。

本年度（1999.11.10～）より助産婦課程を再び開講するが、総定員と校舎自体の学生収容量は変わらないため、看護課程学生数がその分減って90名程度となる。

カリキュラムは3年間で理論1178時間、実習312時間、臨床実習1920時間の予定であるが、十分に消化できず、特に実習時間は半分以上削減され大きな問題となっている。地域での実習は2年目と3年目に各1カ月間ずつあるが、みなCSRでの実習であり、直接地域に入って、ASC、AT、伝統治療師の活動を経験したり、村人の生活を観察したりすることはない。

教師数は15名（うちフルタイムは8名、全体の3名が助産婦である）と生徒数に比し非常に少ない。この問題は他の2校のINFASでも同じである。象国には看護学校の教師養成所がないため、教師は皆、カメルーン、セネガル、あるいはフランスで教育を受けて戻ってきている。

校長自身も、以前から看護師（婦）の卒後教育にINFASが携わる必要性を強く感じていたとのことで、ぜひ協力したいと意欲的であった。

なお、INFAS全体の様子については「7-4 INFAS（本校）」を参照のこと。

### 6-2-2 INHP/Bouaké

INHPのAbidjan本部（基礎調査報告書に詳述）と同様の機能を有するが、検査室はなく、SIDA/MSTのための診察室もない。したがって主な機能は予防接種と公衆衛生状態の監督にある。予防接種は国際的なもの（黄熱病、コレラ）と国内向け（拡大予防接種計画＋B型肝炎）を日常的に行っており、公衆衛生上の主な活動は、大衆的な健康上の啓発・教育活動、蚊帳の販売と殺虫剤浸漬、公的施設の衛生状態点検、ベクター対策、水質管理がある。このうち最後の2活動は施設や移動手段がなく、十分に行えないのが課題である。

INHP本部の所長の意向により学校保健を重視したいと考えているが、まだ十分に活動できずにいる。Bouaké地方全体で9万4182人の生徒（小・中学）がおり、最低限、破傷風の予防接種と駆虫剤投与を勧めているが、全体で25%程度の生徒にしか行えずにいる。ワクチン・注射器代などで350FCFA（ワクチンの種類により値段は異なる）であるが、地方ではこの金額も払えない生徒が多い。日本に対しては、ぜひ学校保健の強化に協力してほしいとの希望が述べられた。

### 6-2-3 Institut Pierre RICHET (IPR)

この研究所はマラリア、トリパノゾーマ症（眠り病）などの研究で有名であり、フランスのORSTOM（Office de la recherche scientifique et technique d'outre mer：海外科学技術研究局）に属している。

ASCの養成をKorhogo県とKatiola県の24村で行ったが、地域保健向上のためというよりは彼らの研究の助手として養成されただけであり、定期的に24村の全住民の採血検査を行う際の手助けが主な任務であった。養成内容も軽症マラリアの治療、マラリア薬主体の薬箱の管理に限られていた。さらに管轄する保健センターの看護師や地域（県）医務局との連携がなかったため、看護師の協力があまり得られず、ASCの活動が途切れてしまった村が多いとのことであった。今後ASC養成の計画はない。

なお上記24村での主な研究目的は、稲作に伴う水田での蚊の大量発生がマラリアの発病率も増加させるかどうかを調べることであった。この研究のため日本の住友ケミカルが提供してくれた蚊帳は、製造前の段階で繊維にピレスリノイドを化学的に含ませてあるため、6カ月ごとに再浸漬する必要がなく、3年経過した現在でも感受性のある蚊には85%有効とのこと、5年後まで有効性を調査する予定とのことであった。

#### <住友商事での殺虫剤（ペルメトリン）を含む繊維による蚊帳に関する情報>

この蚊帳は従来のように殺虫剤を蚊帳に浸漬処理する必要がなく、洗濯しても薬剤は流失せず、殺虫効果も減少しない。マラリア媒介蚊は蚊帳に接触すると、ノックダウンあるいは致死する。ピレスリノイドへの蚊の耐性はBouaké地方が世界で最初に発見されたところである。綿花栽培のために、以前、殺虫剤をたくさん使ったのが原因ではないかとみられており、他の地方ではそれほど多くないとのことであった。IPRに依頼したKafinéでの研究は2年間の予定であったが、3年間経っても殺虫効果が落ちておらず、さらに調査を続ける予定である。また他地域、他のアフリカ諸国での研究も予定されている。

蚊帳の価格は15米ドル（約9000FCFA）であるが、大量発注すれば値下げの可能性もある。

### 6－3 Lacs地方医務局

地方医務局長のDr. KANGAと面談し、今回の調査団の目的、これまでの経過、GTZとの協議内容、プロジェクト草案などを説明。その後、Lacs地方の保健状況概略の説明を受ける。

地方全体の総面積9387km<sup>2</sup>、人口49万8559人と、Vallée du Bandama地方に比べかなり小規模である。憲法上の首都Yamoussoukro市（人口34万人）と2県からなるが、現在地域医務局は2つのみで、1県の地域医務局を開設準備中である。

公的医療施設はCHR（州病院）1、HG 3、CS 42、Case de Santé 3である。医療従事者は医師32、薬剤師1、歯科医4、看護師（婦）139、助産婦54、検査技師8、衛生技師1、ASC 61名となっている。この地方には訓練されたATは1名もないとのこと。

学校保健について、SSSUは地方全体で1施設のみだが、大学・高校の計7校に1名ずつ看護師が配置されているとのこと。

医務局長が感じている現在の問題点として、エイズ患者が増加傾向にあること（1998年：242名）、オンコセルカ症が依然多いこと（1998年：9805名）などをあげていた。

この医務局の建物はVallée du Bandama地方と違って十分な広さがあり、アクセス面でも問題はなかった。

## 7. 保健省その他中央の関連施設

保健省の機構その他に関しては基礎調査時の報告書に詳しいので今回は省略する。

象国保健省には大臣の下に4～5名の技術顧問（Conseiller technique）がおり、彼らが日本で事務次官的役割を担っている。そのうちの第一技術顧問であるProfesseur OUATTARA氏が対外協力の窓口を一手に引き受けている。多くのドナーが彼の調整能力のなさや実務遂行の遅さを問題としてあげているが、彼を通さなければどんな援助も実施できないのが現状である。

日本のプロ技については基礎調査以来説明を繰り返してきたが、無償資金協力との違いについて十分な理解が得られておらず、本プロジェクトに対しても一次施設の建設・改修・機材整備のみの計画書が作成されていたため、再度詳しく説明を行った。さらに最初の面談でドイツの援助につき不正確な情報を与えられ、解決策を協議したところ、最終的に同一地方で日本とドイツの協調プロジェクトを行うことになった。また、日本が一次医療に取り組むなかで重視してほしい課題として、象国で最大の罹患率であるマラリア対策と同時に、近年急激に増加し「悲惨な病気」として注目を浴びているBuruli潰瘍対策にもぜひ取り組んでほしいとの希望が述べられた。

この希望に沿い、Buruli潰瘍対策プログラムの国家責任者に面談するとともに、一次医療に関係する中央組織の中で、特に不足している情報収集のため、伝統治療課とINFASを訪問した。

### 7-1 技術顧問との面談

今回の調査中には第一技術顧問のProfesseur OUATTARAと計5回の面談を行った。

(1) 当初2回の面談では調査中のC/Pの決定やプロジェクト骨子についての確認を行った。すなわち、プロジェクト事務所を保健省内と地方医務局の2カ所に設けること、パイロット地区をKatiola県とすること、最初はVallée du Bandama地方のみでプロジェクトを開始し、2年目以降Lacs地方に拡大すること、等の合意を得た。またプロジェクトの象国責任者は、プロジェクトが立ち上がってから大臣が責任者を任命するとのことであった。

(2) GTZが同一地方で日本のプロジェクトと同様なプロジェクトを開始していることが明確となった時点で、対応策協議のためJICA象国事務所の青木次長とともに面談した。

OUATTARA氏からは「自分も地方医務局長も日本にぜひVallée du Bandama地方でプロジェクトを行ってほしいと願っている。これが象国の希望であり、C/Pが重複する件に関しても、C/Pとなる地方医務局長が大丈夫だといっているので問題になるとは思わない。また、Vallée du BandamaもLacsもわが国の領土であって、ドイツのものでもないし日本のものでもない。基本的にわれわれがPNDSに沿って行うプロジェクトの一部をGTZとJICAが補ってくれると考えている。」との見解表明があり、さらに「GTZは4年も前から調査を繰り返して

やっと今年始まったばかりで、あまり成果も出ていない。KfWも調査は行っているが、本当に機材供与が行われるのか未定だ」と、ドイツ側への不満が表明され、「日本は昨年12月に調査に来て、来年には始めるという。またこれまでの協力の仕方を見ても日本の働きは他のドナーと異なり、一番よいと思っている。日本のプロジェクトには大いに期待している。」と社交辞令が述べられた。

(3) その後、Vallée du Bandama地方医務局長、GTZとの3者会談の議事録、さらに日本側の作成したプロジェクト草案を示し、内容の確認と意見交換を行った。

草案への大きな変更希望はなく、GTZ-KfWが一般病院や都市部を主な対象とし、JICAがより民衆に近い村落や保健センターを対象とすることに合意を得た。また、技術顧問より日本側が優先的に行う保健問題のなかにBuruli潰瘍対策をぜひ加えてほしいとの要望が示された。

FDSやGDSを医療助手のように教育することは法律上含め問題ないかとの質問には、「まったく問題ない。むしろ地域保健を向上させるうえできわめて重要だ」との答えであった。

(4) 最終日には仏文の報告書を大臣あてに提出した後、いくつかの問題点を話し合った。そのうち、主な点は以下のとおりである。

- ・ 2番目のRégion（地方）をKorhogoに変更するという日本側の提案について、「Lacs地方を2年目以降に行うというのは書類上のことであって、必ず実行すると考えずともよいのでは？しかし日本がKorhogoに変更したいというのであれば、それもよいと思う。私自身北部の出身なので歓迎する。」とのこと。
- ・ Ministère du Plan（計画省）との関係については、すべてのプロジェクトは計画省の承認が必要になるが、日本が直接手続きを行う必要はなく、保健省が行うので心配はないとのこと。
- ・ 地方でのプロジェクト事務所の確保に困難が予想される件に関しては、保健省が建てるのは困難であり、日本側で何とかできないかとの返事であった。

## 7-2 Buruli潰瘍対策プログラム

CHU de Treichevilleの皮膚科責任者、KANGA教授（Buruli潰瘍対策国家プログラムの責任者を兼任）を訪ね、現状の説明を受け、日本のプロジェクトにおける活動の可能性を協議した。

Buruli潰瘍は象国で近年急増しつつある特殊な皮膚の病気で、特にVallée du BandamaとLacs地方のBandama川に沿った地域に最も多い。その病原菌が結核菌に似た一種の抗酸菌であることまではわかっているが、その感染様式や、なぜ一部の地域に特に多いのか、あるいは発症の要因がほかにもあるのか、といったことはまだほとんど解明されていない。治療は現在まで有効な薬

剤が発見されておらず、抗生剤・抗結核剤などもほとんど効かないといわれている。有効な治療は手術のみで、ごく初期の小さな結節状のときに摘出すればほぼ100%治癒する。しかしかなり進行して皮膚に大きな潰瘍を生じてから治療に訪れる患者がほとんどで、複合感染で患部は汚く腫れ上がっている例が多い。この場合、手術してもきれいに治らず、重大な後遺症を残したり、手足を切断せざるを得ないこともしばしばである。したがって早期の患者発見がきわめて大切であるが、医療従事者にもまだよく理解されていないため、発見の遅れる例が大半である。Yamoussoukroでは最近、これまでフィリピンでハンセン病対策を行っていたスペインのONG（Fundation ANESVAD）が活動を始め、次第に多くの患者が発見されつつある。Bouakéでは予算がないため、まだASCや看護師、さらには医師の教育もほとんど行われておらず、患者発見が遅れている。したがって日本がこの教育を行ってくれるなら大歓迎とのことである。教育のためのモジュールは現在作成中であるが、教育プログラムはほぼ決定しているので、数日中に必要な予算の表を作成して届けるとのことであった。これは調査期間中に提出された。

つい最近（11月9日）にZoukougbeuのBuruli潰瘍対策センターに手術室（日本の援助）がオープンしたが、それ以外、現在のところBuruli潰瘍の手術ができる手術室は象国全体で2カ所（CHU de TreichevilleとBouakéのManikro）のみである。

#### <CENTRE DE SANTE MANIKRO/Institut Raoul Follereau DE CÔTE D'IVOIRE>

Vallée du Bandama地方医務局から車で約20分の郊外にある。この施設はBuruli潰瘍治療の中心的施設であり、象国全土から患者がリファーされてくる。Buruli潰瘍の三次医療施設の役割を担っている。現在この施設は、拡張工事を行っている。

この施設は保健省の管轄にあるが地方医務局等には属しておらず、いわゆるEPNのひとつである。また、所長はハンセン病国家プログラムの責任者でもある。この施設は1950年代に設置され、ハンセン病の治療を開始した。最初のBuruli潰瘍患者が入院したのは1991年である。現在は、入院ベッド157床を有し、その内訳は内科66床・外科34床・産科5床である。ほかに付属病棟52床がある。これは外来治療で済む患者や手術後のリハビリテーションに通う患者など、本来の入院患者よりも軽症である患者のための宿泊施設で、病気の特異性や施設が人里から離れていることから付属病棟が設置されている。

入院病床は、Buruli潰瘍の外科的処置を受けた患者とハンセン病の患者が多くを占めている。

Buruli潰瘍は象国全体で毎年2000例ほどの新患が発見されているが、専用の患者入院施設は7カ所しかなく、しかもCHU Treichevilleが20床・Adzopé 20床・Zoukougbeu 40床程度のみで、ここが最も多い患者を入院させている。

Vallée du Bandama内では、BéoumiとSakassouに患者が多く発見されており、起因菌が

水・泥の中にいると考えられている。

### 7-3 保健施設職業局伝統医療課

局長のProfesseur BAO YAPOおよび伝統医療課課長のDr. VANGAHと面談し、特に伝統治療師に関する保健省の政策について説明を受けた。

1961年の国家独立以後、1995年まで保健省としての伝統医療政策はなく、伝統治療師は非合法の状態であった。この間は大学の教官などにより個人的に伝統治療師の組織化や教育が試みられていた。2-5で述べた、われわれがKatiola県のKabolo村で面談した1975年に登録されたという伝統治療師はそのなかの一人とのこと。

1995年8月26日に大統領が近代医学と伝統医療との協調を呼びかけ、1996年10月7・8日にAboissoで象国の保健システムのなかに伝統医療を取り入れる政策に関する合意形成のためのワークショップが開かれた。その後、1996年10月25日の政令で伝統医療課が保健省内に設置され、これまで南部の5地方のみで約2700名の伝統治療師が登録された。さらに、象国内で550の薬用植物が同定されており、伝統治療師が治療している疾患は13の症候群にわたっていることが確認されている。

登録制度の主な目的は伝統治療の世界を「道徳化する（moraliser）」ためであり、申請のあった伝統治療師を登録する際には、地域住民の意見を広く確認して適当な伝統治療師のみを登録している。登録された伝統治療師のうち、105名のみがこれまで7日間の研修を受けている。研修内容は人体に関する簡単な知識や伝統治療を行ううえでの簡単な衛生知識と実習などであるが、ほとんどの伝統治療師がフランス語を解さないため、彼らの使用する言語での教育を行っている。研修に際しては、宿泊費・食費として7500FCFA／日と交通費が支給される。研修のための教材もロータリークラブの援助で作製されているが、予算がないため、多くの研修を行えないことや、遠方の地域に活動を広げられないことが悩みとなっている。これらの登録制度や教育に関して、妨害や反対意見は少なく、伝統治療師側からは、公に認知されるという利点から、むしろ歓迎されている。当初は近代医療の医師側に懐疑的な意見が少なからずあったが、今はそれも少ないとのことである。

日本のプロジェクトが予定されている2地方では、2000年1月から伝統治療師の登録活動を開始する予定であるが、教育についての計画は未定である。日本が教育に援助してくれるなら、もちろん大歓迎であるとのこと。

### 7-4 INFAS（本校）

INFASは500人の入学定員である。3年制で、看護師（婦）が200～250名、助産婦150名、その他が衛生技術師（テクニシャン）となる。この500人を保健省がAbidjan・Bouaké・Korhogoの各

校に分けている。Bouaké 80人・Korhogo 160人の定員で、分校2校は全寮制である。卒業後のその地区での就職の強制はない。

教育内容に関して、PHCについては2・3年目に各1カ月、病院やフィールドで実習している。

また2・3年目には午前中、大学病院で働いている。これは全員奨学生のため義務となっている。3年目にはさらに3カ月、PHC活動の目的で村に行っている。

定員500人に対し、昨年は1万1000人・今年は約1万人の応募者があった。また、テクニシャンになるには、数学のバカロレアが必要となる。これは、難しい試験である。看護師（婦）や助産婦は数学のバカロレアは必要ない。

看護師（婦）に対しての教師は、ほとんどが医者である。看護師（婦）や助産婦の教員を養成するため、今年11月からカナダがこのINFASでプロジェクトを開始することになっている。今までは、カナダへ留学していた。しかし、教師などの充実を目的としたプロジェクトが開始されることで、象国内での教育が可能となる。Bouaké／Korhogoを含めた、看護師（婦）の教官や看護博士課程をつくることになっている。

財政的には困難な状況であるが、外国からの留学生が有料であり、この収入で機材の整備等を行っている。ガボンや中央アフリカから留学生が来ており、スペシャリストコースにはアフリカの11カ国から学生が来ている。

今後の方針として、定員を500人から1000人に増やす予定で、日本へ無償資金協力を要請している。また、スペシャリストコースにリハビリテーション科と公衆衛生管理科を新たに設けることを考えている。さらに今年60人程度卒業するスペシャリストを2倍の卒業生を出すまでに拡張したい希望がある。たとえば、カメルーンでは麻酔士が15人卒業するが、INFASでは毎年7人しか卒業しない。とても国の需要には足りない状況である。



## 8. 他の援助機関の動向

### 8-1 GTZおよびKfW

GTZは1999年1月から地域医務局支援プロジェクト（Projet d'Appui aux Districts Sanitaires Bouaké et Yamoussoukro）を実施中であり、Vallée du Bandama地方とLacs地方に1名ずつ専門家を派遣している。現在の活動は地方病院の整備とDistrictレベルの監査に重点を置いているが、今後CSレベルの強化やPMAに基づいて、研修や、さらに住民へのIEC活動などを行っていくとのこと。

同GTZプロジェクト内容が日本側の予測していたものと近いと、役割分担の協議を行った（附属資料②参照）。その結果、インフラ整備に関しては、KfWがHGの整備と地方医務局・地域医務局の建設・設備を予定しており、日本側はCSU、CSR、DIS、保健小屋の機材整備、地方・地域医務局の機材整備を行うことに同意した。活動内容ではGTZが地方・地域医務局とHGの技術指導を行い、JICA側は地方・地域医務局と一次医療レベル（CSUほか）の技術指導に重点を置くことに同意した。また、人材育成のための訓練・再教育ではGTZがIECとSIDA／MSTを中心に行い、JICAは家族計画・母子保健、マラリア、拡大予防接種、Buruli潰瘍、等のテーマとASC・AT・伝統治療師への活動を行うこととした。

GTZ以外のドイツの医療分野援助は以下のとおりである。

- 1) 財政援助として、EPIプログラムとエイズ／家族計画
- 2) 技術援助として、①保健省内のアドバイザー、②Man地方での地域医療強化、③医療機器メンテナンス促進がある。このうち、②の活動がVallée du BandamaとLacsの2地方にも拡大され、③はMan地方で行われている。

### 8-2 OMS (WHO)

象国政府のPNDSに基づき活動している。現在行っているプログラムは主に5つあり、EPI（ポリオ）・IMCI（Integrated Management Child Illnesses）・結核・エボラ出血熱・IRM（International Resource Morbidity <ADB: African Development Bankとのマルチバイ協力>）である。その他、HIV／エイズ・CHILD CARE・Buruli潰瘍・人材育成・ハンセン病・オンコセルカ・住血吸虫症等の活動を行っている。

プロ技調査、プロ技への助言・アドバイスは以下のとおりである。

PHC活動を行うには、ひとつの側面のみ強化するのではなく、多面的・包括的な援助を行う必要がある。たとえば、人材育成だけでなく、必要な機材や薬剤等についても考慮しなくてはならない。調査対象であるVallée du Bandamaの中で、Katiolaをパイロット地区にするという点については、地方医務局の意見を聞いたほうがよいだろう。活動対象地区ごとの組織分析も必要。

### 8-3 UNICEF

UNICEFの保健栄養プロジェクト（1997～99年）の中間報告と今後の方針についてプレゼンテーションがあった。STDを含めたHIV／エイズを最優先課題とし、現在6地域でプログラムを行っており、GTZやフランスとの協力により26地域へ拡大予定である。本プログラムは、母子を対象としたPHC活動を行っているが、消耗品購入、原動機付自転車のメンテナンス等を中央政府が行わないという問題がある。1997年以降は、予防可能な病気による小児死亡が非常に多くなっている。病気は急性呼吸器感染症やポリオ等の感染症や栄養不足がほとんどである。母親は特に出産関連で死亡している。バマコ・イニシアティブ後、どのように住民参加を促すか、どのようなサービスを提供するか、誰が責任をもって確実にやっていくかを明らかにすることが重要になる。

### 8-4 EU

1999年8月にEUからの援助資金に関する象国保健省の汚職事件が発覚した後、援助活動に関してはほとんど機能停止状態である。同事件は、保健省の財政面だけでなく、あらゆる面での管理能力欠如を浮き彫りにした。今後の対応については、現在EU全体で議論されている。第8次ヨーロッパ開発基金（8<sup>ème</sup> FED）の融資についても現在検討中で、可能となった場合は、優先的な課題にのみ絞って行う予定である。すなわち、中央レベルでは管理能力強化への支援と資源の管理であり、地方レベルでは、医療サービスの向上と医療施設管理の改善である。

プロ技調査、プロ技への助言・アドバイスは、以下のとおりである。

パイロット地区を選定し、集中的に活動するのは賢明だと考える。医療行政は地域医務局が実質的担い手に移行しつつあり、地方分権化は進みつつある。しかし、組織的な課題と同時に財政的課題にも取り組む必要がある。地方・地域レベルで財源を確保できるような活動にぜひ重点を置くべきである。また、地方プロジェクトであっても、中央との連絡、協調関係を密にしておかなければならない。たとえば、保健省の中にプロジェクトへの顧問グループを設置するなどし、プロジェクトの継続性を確実にするべきである。

### 8-5 フランス

#### （1）AFD（フランス援助庁） 本部パリ

フランスは、象国保健省に対し、FAC（援助協力基金）による1800万FFの予算で、①保健省への機制的援助、②Abidjanでの地域保健開発、③主要疾病対策、④一次レベルの公衆衛生管理等を活動内容とした保健プロジェクトを準備中である。プロ技の予定されている2地域に関しては、Bouaké市の道路整備と管理のプロジェクトにAFDが財政援助する協約の署名が1999年1月に交わされたのみ。

プロ技調査、プロ技への助言・アドバイスは、以下のとおりである。

対象地域全体を考慮すべきである。PHCは他ドナーも重視している優先的課題で重要である。また、2000年10月に実施される予定の大統領選挙の影響を最小限にとどめるため、地域の自律性を高める必要がある。

## (2) Coopération Française アビジャン事務所

保健分野の総責任者であったDr. Jean-Paul LOUISが帰国したが、その後任者は未定。

プロ技調査、プロ技への助言・アドバイスは、以下のとおりである。

象国の保健分野では、保健省を中心とした組織機構の問題が最大であり、あらゆる面で管理能力が非常に弱い。管理運営への援助は熟慮して行う必要がある。

## 8-6 カナダ

国立医療従事者養成学校に対して、1999年11月からプロジェクトを開始した。目的は、医療従事者養成カリキュラムの改善である。同プロジェクトは規模の小さいものであり、2、3名の短期専門家派遣を予定している。

## 8-7 PSI (NGO)

米国に本部を置くPopulation Services International (PSI)は、保健医療分野を中心とした社会マーケティングを専門とする米国でも有数のNGOであり、45カ国以上で活動している。象国でも、これまでにORSやコンドームを有料で配布し、一定の成功を収めた。ORSは1年前から開始し、12カ月間に80万袋を配布した実績がある。象国では、人口の11～12%がHIV陽性であり、ピル（450FCFA）とコンドーム（1箱4個入：100FCFA）の配布を行ってきた。この実績を認められ、WHOからマラリア対策として蚊帳（薬剤浸漬済み）の導入を提案されている。現在、象国保健省と調整中であるが、蚊帳を3年で約100万個配布する予定である。保健省とも交渉中であるが、ぜひ、JICAプロ技に組み入れて財政的な援助をしてほしい。

## 9. プロジェクト・サイトの居住環境

### 9-1 Bouaké

Bouakéは象国第二の都市であり、人口は約51万人。プロジェクト・サイトとなる可能性が高いこの都市では、特に念入りに居住環境の調査を行った。長期専門家が住むに耐える住居の有無、住居が見つかるまで1～2カ月滞在できるホテルの有無、家具の市場調査に重点を置いた。当地在住の幾人かの邦人に無理を言って、お住まいを拝見したところ、専門家が長期間快適に住める住居は十分見つかりそうであるとの印象を受けた。かなり大きなスーパーマーケットがあり、生活必需品の不便はほとんどない。大きな本屋、外国人向けレストランもある。（ヴィエトナム〔中華〕、レバノン、フランス料理等）

#### （1）住居

一軒家の場合、どの家も部屋の構成は似通っていた。応接間、3寝室、台所、庭は、必ず含まれており、なかには、ゲストハウスのある家もあった。掃除婦、調理人、運転手、子守り等を雇う場合が多い。応接間は30人程度の立食パーティーが可能な程度の広さ。協力隊員が3人で借りているアパート（18 Logement）は、やはり3寝室あるが、応接間は10畳程度。

#### （2）長期専門家が住居を探す間の宿泊先候補

表9-1

単位（FCFA）

| 宿泊先名               | 宿泊料金<br>(スイート)                | 朝食        | 電話/FAX   | アクセス                                           | 特長・備考                                                                            |
|--------------------|-------------------------------|-----------|----------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| RANHOTEL<br>BOUAKE | 25,000<br>(45,000)            | 2,500     | 63-20-16 | 繁華街に近く便利。                                      | American Express のTCは使用できた（ただし、手数料9.5%）。2年間スイートルームで生活された渡辺専門家（WALDA）によれば「監獄」との評。 |
| Le Provençal       | 8,500～<br>15,000              |           |          | 繁華街に近く便利。                                      | 日本語を少し話すフランス人がオーナー。レストランの程度に比べ部屋の質は低い。                                           |
| Balkanza           | 15,000                        | 800～2,100 | 65-06-28 | 高級住宅街 Kennedy 地区の奥まったところにあり静かだが不便。送迎用の自車が2台ある。 | 新築。長期滞在する場合、自炊も可能。大きな会議室がある。インターネットはフロントにて、ダイヤルアップにより使用可能。                       |
| Christa Inn        | 10,000～<br>16,000<br>(25,000) | 1,500     | 65-03-29 | Kennedy 地区にあるが、それほど不便ではない。                     | 一軒家を貸し出している。以前は長期滞在者は台所も自由に使えたが、方針が変わるかもしれないとのこと。                                |
| Hôtel de l' Air    | 10,000～<br>12,000<br>(18,000) | 1,300     | 63-35-37 | Vallée du Bandama 地方医務局に近く通勤に便利。               | 連続する2部屋を借りれば大家族も滞在可能。                                                            |
| Motel du Golf      | 13,000                        | 1,250     | 63-90-27 | Bouaké の最南に位置し、やや不便。                           | 豊かな自然に恵まれている。電話はフロントから。ファックスは不調。長期滞在の場合、値下げあり。                                   |

### (3) 家具の市場調査

表9-2

単位 (FCFA)

|             | 小売店 (CASAMEUBLE) | 木 工 場         |
|-------------|------------------|---------------|
| 台所テーブルと椅子6つ | 300,000          | 60,000~70,000 |
| 事務机         | 250,000          | 60,000        |
| 事務用椅子       | 300,000          | 12,000        |
| 本 棚         | 450,000~500,000  | 75,000        |
| ダブルベッド      |                  | 90,000        |
| 二段ベッド       |                  | 50,000        |
| 鏡 台         |                  | 50,000        |

### (4) その他

サバンナ気候であり、1年を通じて乾燥している。外国人向けの学校は複数存在する。在住の邦人によれば、Abidjan、Yamoussoukroと比較し治安はよい。

## 9-2 Katiola

人口約5万人の中堅都市 (Bouakéから40km北)。外国人向けのホテルはあるが (Hôtel Parawelly)、外国人向けの学校・レストランは皆無。長期専門家が住むのは不可能ではないが、かなり厳しいと予想される。

青年海外協力隊員の住居1：3LDK程度のアパート (エアコンなし)

青年海外協力隊員の住居2：広い庭つき一戸建て。2部屋および応接間。

どちらも街の中心地に近く便利。家賃は配属省庁により支払われているため不明。

## 9-3 Yamoussoukro

象国第四の都市であり、人口約15万人。象牙海岸共和国の憲法上の首都であるが、経済活動の中心地であわただしいAbidjanとは対照的に、落ち着いた雰囲気をもつ都市である。スーパーマーケットはなく、食糧事情はBouakéにやや劣るが物資は豊富にある。また少数だがレストランの質はよい。Hôtel PrésidentはBouakéのRan Hôtelより格が上である。閑静な住宅街があり、住居に関してはBouakéと同程度かあるいはそれ以上である。しかし、最近JICAの専門家が強盗に遭い四輪駆動車が取られ、抵抗した運転手は脚を拳銃で撃たれた。安全対策が重要。

## 9-4 Abidjan

邦人のほとんどは、経済の中心である実質的な首都Abidjanに住んでいる。最近、四輪駆動車を狙った強盗事件が多発しており、十分な安全対策が必要である。軍事政権のもとで治安がさらに悪化していることが予想される。(詳細は、たとえば「象牙海岸共和国短期滞在者の手引き」を参照のこと)



## 附 属 資 料

- ① プロジェクトのPDM草案（仏語・一部日本語）
- ② GTZとの住み分け案（仏語・日本語）
- ③ 調査日程
- ④ 主な面談者
- ⑤ 収集資料
- ⑥ 暫定仏語版報告書（図表省略）





① プロジェクトの PDM 草案（仏語・一部日本語）

Canevas du Projet Sanitaire de la Coopération Ivoir-Japonaise  
象牙国 保健プロジェクト 草案  
(Coopération d'Assistance Technique en collaboration avec le GTZ)  
(GTZ との協調プロジェクト)

**Nom provisoire du Projet** : Projet de Soutien à l'Amélioration de la Santé  
Communautaire dans les Régions de la Vallée du Bandama et des Lacs (PSASC)  
プロジェクト名(仮): バレー・ドバンダマおよびラック地方 地域保健改善支援プロジェクト

**Objectif global** : La situation hygiénique et sanitaire de la population est améliorée  
dans les Régions de la Vallée du Bandama et des Lacs  
(meme que celui du GTZ)

上位目標 : バレー・ドバンダマとラック地方における民衆の保健衛生状態が改善される  
( GTZ のプロジェクトと同内容)

**Objectif Specifique du projet** : Le système sanitaire répond mieux aux nécessités de  
la population dans les Régions de la Vallée du Bandama et des Lacs ( idem )  
プロジェクト目標 : バレー・ドバンダマとラック地方における保健システムが住民の必要性により  
よく応える(同上)

**Résultas à atteindre** : 成果

1. Les connaissances et les conduites sanitaires de la population sont améliorées.  
住民の保健衛生に関する知識と行動が改善する
2. La participation communautaire à la structure sanitaire est activée en mettant  
l'accent sur le role social de la femme.  
女性の社会的役割を重視しつつ、保健衛生機構への住民参加が活発化される
3. Les prestations des services sanitaires, en priorité PEV, Lutte ccontre la paludisme,

ulcère de Buruli, PMI et P/F, sont améliorées.

拡大予防接種、マラリア対策、Buruli 潰瘍対策、母子保健、家族計画を優先事項として、保健医療サービスが改善される

4. La fonctionnalité des Directions Départementales et des Directions Régionales est améliorée. (même que celui du GTZ )

地方医務局、地域医務局の機能性が改善される (GTZ のプロジェクトと同内容)

#### **Activités : 活動**

1. Les connaissances et les conduites sanitaires de la population sont améliorées.

- ・Renforcer les activités de sensibilisation de la population aux problèmes prioritaires de la santé ; PEV, paludisme, ulcère de Buruli, P/F, nutrition, etc..  
保健問題の重要問題 (拡大予防接種、マラリア、Buruli 潰瘍、家族計画、栄養、等) についての住民への啓発活動を強化する
- ・Collaborer avec des enseignant(e)s afin d'organiser l'éducation hygiénique dans l'école primaire  
小学校にて衛生教育が行われるように、教師と協力して活動する
- ・Renforcer des activités préventives des SSSU  
SSSU での予防活動を強化する
- ・Mobiliser des moyens de diffusion massive pour la sensibilisation populaire  
大衆への啓発活動のためにマス・メディアを動員する

2. La participation communautaire à la structure sanitaire est activée en mettant l'accent sur le rôle social de la femme.

- ・Former les membres des COGESs incluant des femmes et dynamiser leurs activités  
婦人を含めた COGES のメンバーを教育し、その活動を活性化させる
- ・Former suffisamment des ASCs et des ATs et renforcer des stages de formation continue d'eux  
十分な数の ASC と AT を育成し、彼らへの継続教育を強化する
- ・Donner des matériels essentiels aux ASCs et ATs afin de faciliter leur travail  
ASC と AT の仕事が十分行えるよう、必要な機材を供与する
- ・Equiper des Cases de Santé  
Cases de Santé (保健小屋) に機材を供与する
- ・Développer la collaboration avec la médecine traditionnelle  
伝統医学との協力関係を発展させる

3. Les prestations des services sanitaires, en priorité PEV, Lutte contre la paludisme, l'ulcère de Buruli, PMI et P/F, sont améliorées.

- Organiser périodiquement des stages de formation continue des IDEs et des Sages-Femmes  
看護師(婦)と助産婦への卒後教育を定期的に行う
- Fournir en matériels nécessaires CSUs, CSRs, Dispensaires, PMIs et SSSUs afin d'améliorer la qualité des soins curatifs et préventifs  
保健センター、母子保健センター、SSSU の治療と予防活動を改善するため、必要な機材を供与する

4. La fonctionnalité des Directions Départementales. et des Directions Régionales est améliorée.

- Organiser des réunions périodiques afin d'examiner et de reviser les plan d'action en colabolant avec le GTZ  
GTZ と協力しながら、保健活動計画の評価と検討のための会議を定期的に行う
- Fournir des équipement nécessaires  
必要機材を供与する
- Privilégier le district de Katiola comme le district pilote afin d'obtenir de bons résultats et de donner l'exemple à suivre  
Katiola 県をパイロット地区として重点的に活動を行い、そこで得られた成果を他の地区に広げる

## Investissement : 投入

### 1. Experts: 専門家

Experts de long terme ( l'équipe des experts): 長期専門家

- |                                                            |                                                          |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                            | = taches présumptives =                                  |
| • dirigeant de l'équipe /conseiller principal<br>(médecin) | : foctionalité des DR et des DD,<br>programmes nationaux |
| • conseiller (infirmier)                                   | : IDE, ASC, Dyspensaire, SSSU,                           |
| • conseillère (infirmière/sage-femme)                      | : SF, AT, Maternité, PMI,                                |
| • coordinateur / responsable financier                     | : equipements                                            |
| (• conseiller sur la participation communautaire?)         | : COGES? , ONG?                                          |

Experts (provisoires) de court term : 短期専門家

- conseiller sur l'administration sanitaire (1per./an?)
- conseiller sur la P/F (1per./an?)
- conseiller sur la maintenance d'équipement médical (1per./an?)
- conseiller sur la nutrition (1per./an?)
- conseiller sur le chariot d'évacuation (renorque pour moto ou pour vélo)  
(1per./an?)
- conseiller sur la formation des ASC et des AT ?
- conseiller sur la santé scolaire ?
- conseiller sur la paludisme ?
- conseiller sur l'ulcère de Buruli ?

## 2. Equipement: 機材

### Niveau communautaire

- pour ASC : vélo, (caisse de pharmacie)
- pour AT : kit d'accouchement
- pour COGES : guide de COGES, calculatrice
- chariot d'évacuation (renorque pour moto ou pour vélo) avec matelas

### Niveau CS (CSU, CSR, Dispensaire)

- moto pour la stratégie avancée
- chariot d'évacuation avec matelas
- matériels de petite chirurgie et de pansement
- matériels de CPN et d'accouchement
- incinérateur
- matériel simple de stérilisation

### Niveau D.D.

- matériels des bureaux
- matériels du magasin (rayons, réfrigérateur, etc.)
- matériels du centre de formation (TV, vidéo, projecteur, etc.)
- (véhicule de supervision?)

### Niveau D.R.

- matériels des bureaux
- matériels du centre de formation
- (véhicule de supervision?)

### Niveau central

- DSC : ( véhicule de supervision?)
- Programme lutte contre paludisme :(moustiquaire imprégné?, véhicule de supervision?)
- Programme ulcère de Buruli : ( véhicule de supervision?)
- Programme PEV :??
- Programme P/F :??

### 3. Construction: 建築

- Centre de formation continue à INFAS/Bouaké
- Magasin de médicaments et de vaccins à Katiola
- ( Centre de formation continue à Katiola ? )

② GTZ との住み分け案 (仏語)

## Procès verbal de la Réunion du 9.Novembre 1999 à la Direction Régionale de la Santé, Bouaké :

Objectif : élaborer un programme de répartition des domaines d'appui technique et financier de la Coopération Technique et Financière Allemande et la Coopération Japonaise aux Régions de la Vallée du Bandama et des Lacs.

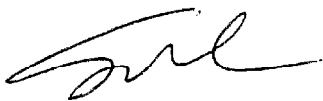
Présents : Dr. Mamadou Coulibaly, Directeur Régional de la Santé (DRS), Bouaké  
Dr. Ulrike Hoekstra, Conseiller Technique Principal, GTZ  
Dr. Toshiyasu Shimizu, Conseiller du Projet sanitaire, JICA  
M. Germain Titré, Section Gestion du Personnel, DRS Bouaké  
M. Paul Konan, Section SIG, DRS Bouaké

Durée de la Réunion : 8h30 – 9h30

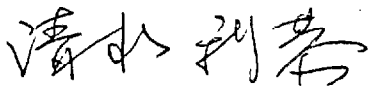
Dr. Hokestra informe le Dr. Coulibaly de la séance de travail préparatif qui a eu lieu le 8.11. entre le Dr. Shimizu (JICA) et le Dr. Hokestra (GTZ).

Les participants de la Réunion lisent le document résumant le programme de répartition des domaines des appuis techniques et financiers de la Coopération Allemande (GTZ, KfW) et de la Coopération Japonaise (JICA) à donner aux Districts Sanitaires des Régions de la Vallée du Bandama et des Lacs. Ils l'adoptent dans la version ci-jointe (voir Annexe) et conviennent de le soumettre aux autorités respectives en Côte d'Ivoire, au Japon et en Allemagne.

Bouaké, le 10.11.99



Dr. Mamadou Coulibaly  
Directeur Régional de la Santé, Bouaké



Dr. Toshiyasu Shimizu  
Conseiller du Projet sanitaire (JICA)



Dr. Ulrike Hoekstra  
Conseiller Technique Principal (GTZ), Bouaké

# **REPARTITION DES INTERVENTIONS DE LA KfW, GTZ ET JICA DANS LA REGION DE LA VALLEE DU BANDAMA ET DES LACS**

## **1. Région de la Vallée du Bandama**

| Structure de Santé                                                                                                                                                | KfW              | GTZ                              | JICA                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Infrastructure</b>                                                                                                                                             |                  |                                  |                                                                                               |
| Réhabilitation / Equipement Hôpital général                                                                                                                       | X<br>Financement |                                  |                                                                                               |
| Equipement des Centres de santé et des cases de santé                                                                                                             |                  |                                  | X                                                                                             |
| Réhabilitation des Directions Départementales (inclus deux nouvelles Directions)                                                                                  | X X              |                                  | (?)                                                                                           |
| Réhabilitation de Dir.Régionale de Bouaké                                                                                                                         | X                |                                  | (?)                                                                                           |
| Equipement Direction Régionale et Départementales (inclus les deux nouvelles Directions)                                                                          | X                |                                  | X                                                                                             |
| Construction de Centres de formation continue à INFAS / Bouaké et à Katiola                                                                                       |                  |                                  | (?)                                                                                           |
| Construction CREMM                                                                                                                                                |                  |                                  | ?                                                                                             |
| <b>Type d'assistance technique (AT)</b>                                                                                                                           |                  |                                  |                                                                                               |
| Conseiller au niveau de la Direction régionale                                                                                                                    |                  | X 1 conseillère (santé publique) | X1 équipe de 4-5 experts : ex. dirigeant du projet, coordinateur, infirmier, sage-femme, etc. |
| Conseillers au niveau des districts                                                                                                                               |                  |                                  |                                                                                               |
| <b>Direction Régionale</b>                                                                                                                                        |                  |                                  |                                                                                               |
| <b>1. Management de la DR</b>                                                                                                                                     |                  |                                  |                                                                                               |
| Assistance technique à la Direction et financement partiel d'activités:<br>Formation globale de la DR<br>Plan d'action et suivi du plan<br>Supervision<br>Gestion |                  | X                                |                                                                                               |
| <b>2. Conseil pour la stratégie de qualité des soins dans les centres de santé</b>                                                                                |                  |                                  | X                                                                                             |
| <b>3. Conseil pour la Stratégie de qualité des soins dans les hôpitaux</b>                                                                                        |                  | X                                |                                                                                               |
| <b>4. Programmes de santé</b>                                                                                                                                     |                  |                                  |                                                                                               |
| Assistance technique et financement de formation et activités:<br>Voir Direction Départementales                                                                  |                  |                                  |                                                                                               |

| Structure de Santé                                                            | KfW | GTZ     | JICA           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|----------------|
| <b>Direction Départementale</b>                                               |     |         |                |
| <b>1. Management de la Dir. Départem.</b>                                     |     |         |                |
| Assistance technique aux Equipes-cadre et financement partiel d'activités :   |     | X       |                |
| Formation globale des Equipes-cadre                                           |     | X       |                |
| Réunion d'équipe-cadre                                                        |     | X       | X              |
| Plan d'action et suivi du plan                                                |     | X       | X              |
| Supervision des centres de santé et des hôpitaux                              |     | X       |                |
| Gestion                                                                       |     | X       |                |
| Evaluation                                                                    |     | X       |                |
| Système d'information et gestion                                              |     | X       |                |
| Aide au Monitoring des activités dans les CS et hôpitaux                      |     | X       | X              |
| <b>2. Etablissement de système de référence (hôpital et Centres de santé)</b> |     | X       |                |
| <b>3. Maintenance préventive et curative</b>                                  |     | Concept | Mise en oeuvre |
| <b>4. Qualité des soins et management dans les Centres de santé :</b>         |     |         | X              |
| supervision du personnel                                                      |     |         | X              |
| gestion                                                                       |     |         | X              |
| évaluation Système d'information et de gestion                                |     |         | X              |
| <b>5. Qualité des soins dans les hôpitaux et assurance qualité</b>            |     | X       |                |
| <b>6. Programmes de santé</b>                                                 |     |         |                |
| Assistance technique et financement de formation et activités :               |     |         |                |
| IEC :                                                                         |     |         |                |
| Formation des cellules des districts                                          |     | X       |                |
| Création d'un pool de matériel IEC                                            |     | X       |                |
| SIDA/MST : prise en charge                                                    |     |         |                |
| IEC, counselling                                                              |     | X       |                |
| Travail avec ONG et groupes cibles                                            |     | X       |                |
| Labo VIH et tests rapides                                                     |     | X       |                |
| Centre information sida                                                       |     | X       |                |
| Vaccination                                                                   |     |         | XX             |
| Paludisme                                                                     |     |         | XX             |
| Ulcère de Buruli                                                              |     |         | XX             |
| Planning familial, santé maternelle et infantile                              |     |         | X              |
| Nutrition                                                                     |     |         |                |
| Santé scolaire                                                                |     |         | X              |
|                                                                               |     |         | X              |
| Agents de santé communautaire et accoucheuses traditionnelles                 |     |         | X              |
| Médecine Traditionnelle                                                       |     |         | X              |
| <b>7. Développement du système de santé urbaine (Bouaké ville)</b>            |     | X       |                |



| Structure de Santé                                                                              | KfZ | GTZ             | JICA           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|----------------|
| <b>Formation à l'étranger (1-12 mois)</b>                                                       |     |                 |                |
| 1 MPH en Europe                                                                                 |     | X               |                |
| Formation court terme en Europe ou sous-région (IEC, district, SIDA/PF)                         |     | X               |                |
| Voyage sous-région (district)                                                                   |     | X               |                |
| Formation au Japon (qualité soins, Protection maternelle et infantile, santé communautaire)     |     |                 | X X            |
| <b>Centres de santé</b>                                                                         |     |                 |                |
| Formation sur la qualité des soins dans les centres de santé                                    |     |                 | X              |
| Formation sur le PMA                                                                            |     |                 | X              |
| Référence-Contre-Référence                                                                      |     |                 | X              |
| Monitorage                                                                                      |     |                 | X              |
| Maintenance                                                                                     |     |                 | X              |
| Médicament                                                                                      |     |                 | X              |
| Comités de Gestion (COGES)                                                                      |     |                 | X              |
| <b>Hôpital</b>                                                                                  |     |                 |                |
| Organisation des urgences                                                                       |     | X               |                |
| Référence-contre-Référence                                                                      |     | X               |                |
| Gestion/planification                                                                           |     | X               |                |
| Assurance qualité                                                                               |     | X               |                |
| Médicament                                                                                      |     | X               |                |
| Maintenance                                                                                     |     | X               |                |
| <b>Alternative de l'offre :</b>                                                                 |     |                 |                |
| Assistance technique pour développement de centres de santé communautaire autogéré ou communaux |     | X               |                |
| Appui d'ONG                                                                                     |     | X milieu urbain | X milieu rural |
| <b>Financement de la Santé</b>                                                                  |     |                 |                |
| Développement de mutuelle                                                                       |     | X               | X milieu rural |

## 2. Région des Lacs

Même partage des tâches et de l'assistance technique, mais la JICA n'interviendrait qu'à partir de 2001 ou 2002

### 3. Autres appuis des intervenants GTZ et JICA comptant les actions dans les régions

| Structure de Santé                                                                                     | KfW | GTZ | JICA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| Réhabilitation CHU Bouaké (Ministère des AF du Japon)                                                  |     |     | (X)  |
| Assistance technique maintenance CHU Cocody                                                            |     |     | X    |
| Appui à la politique nationale de santé (district, santé reproductive) au niveau central (GTZ)         |     | X   |      |
| Maintenance (projet GTZ): appui à la politique nationale au niveau central et appui périphérique à Man |     | X   |      |
| Marketing social de condoms et pilule (PSI/ECODEV)                                                     | X   |     |      |
| Appui au Programme de Vaccination (PEV)                                                                | X   |     | X    |

### 4. Commentaires et propositions

Les tableaux ci-dessus montrent que les 3 organismes sont complémentaires :

- la JICA se concentre plutôt sur le niveau de l'appui direct aux centres de santé avec les aspects de qualité des soins, des programmes de santé et d'équipement, et au développement de la coopération avec la médecine traditionnelle et des agents de santé communautaires. Elle est prête aussi à équiper les DR et les DD ainsi que de réhabiliter éventuellement la DR Bouaké. La construction de deux centres de formation continue est aléatoire.
- La KfW se concentre sur la réhabilitation/équipement des hôpitaux généraux ; comme un dossier de réhabilitation et d'équipement des DR et DD leur a été soumis fin octobre 1999, il faudra y consacrer un module à part.
- La GTZ se concentre sur l'assistance technique à l'équipe de la DR et aux équipes-cadre de district dans le domaine du management et de l'organisation du système de santé de district et avec aussi un accent particulier aux hôpitaux dans le cadre de l'assurance qualité. Les activités dans le SIDA/MST et la maintenance sont aussi son domaine d'activités.

**Les mécanismes de collaboration** pour assurer le succès de ce partenariat doivent être :

- réunion hebdomadaire à la Direction Régionale de l'équipe DR avec JICA et GTZ
- plan d'action annuel unique de la DR et de chaque district incluant la contribution en terme d'assistance technique et financement de GTZ, JICA et KfW
- comité de pilotage trimestriel des projets JICA et GTZ

## Calendrier d'intervention

|                                                                           | Début            | Durée          | Nombre de phases prévues      | Financement de la phase                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GTZ : Appui aux régions Bouaké et Yamoussoukro                            | 2/99             | 3 ans/phase    | 2 ou 3                        | 4 millions DM                                                                                                                                                                             |
| JICA : appui dans la vallée du Bandama                                    | 7/2000           | 5 ans          | 1                             | Environ 120 millions Yen/an (variable),<br>Inclus frais des experts, équipement : 25 % et formation au Japon ;<br>Budget suppl. éventuel<br>Pour : Construction<br>Formation locale, etc. |
| Extension à la région des Lacs                                            | 2001 ou 2002     |                |                               |                                                                                                                                                                                           |
| Le Ministère des Affaires Etrangères du Japon : réhabilitation CHU Bouaké | 11/99            | 1 mois         |                               | 420 millions Yen                                                                                                                                                                          |
| JICA : Assistance Maintenance CHU Cocody                                  |                  | Jusqu'au 12-99 | ? 4-2000 : 4 CHU pour 2 ans ? |                                                                                                                                                                                           |
| KfW : appui aux districts sanitaires :<br>- étude<br>- projet éventuel    | 2/00<br>9/00( ?) |                |                               |                                                                                                                                                                                           |
| KfW/GTZ : assistance santé publique et PF : Niveau central et Man         | 9/95<br>2 phases | 8-2001         | 3 phases                      | KfW : 1,2 MioDM<br>GTZ : 4 MioDM                                                                                                                                                          |
| GTZ: Promotion de la Maintenance (Man et central)                         | 1 phase          |                | 3 phases                      | 4,3 MioDM                                                                                                                                                                                 |

## ② GTZ との住み分け案（日本語）

VALLEE DU BANDAMA 地方医務局における 1999/11/9 に実施された会議録

会議の目的：象牙海岸共和国 VALLEE DU BANDAMA州およびLACS州  
における日本とドイツ両国の技術協力担当分野および予算に関し協議する

出席者: Dr.Mamadou Coulibaly (VALLEE DU BANDAMA 州地方医務局長)

Dr. Ulrike Hoekstra (GTZ, VALLEE DU BANDAMA 州技術顧問)

清水利恭専門家 (JICA 保健衛生プロジェクト計画)

Mr. Germain Tire (VALLEE DU BANDAMA 地方医務局人事部門責任者)

Mr. Paul Konan (VALLEE DU BANDAMA 地方医務局情報管理部責任者)

開催時間: 8:30~9:30

GTZ 技術顧問より、本会議前日に清水専門家と本日の議事内容について検討した旨、地方医務局長に伝えられる。

会議の出席者は別添資料にあるとおり、VELLEE DU BANDAMA州およびLACS州に対するドイツ技術協力公社 (GTZ) ・ドイツ復興金融公庫 (KfW) および国際協力事業団 (JICA) の技術協力担当分野およびその予算について確認し、各々自国の実施機関 (実施責任者) の承認を得ることとした。

VELLEE DU BANDAMA州およびLACS州における  
KfW, GTZM JICAの協力担当分野

1. VALLEE DU BANDAMA 州

| 保健機構                                                                   | KfW      | GTZ            | JICA                        |
|------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-----------------------------|
| インフラストラクチャー                                                            |          |                |                             |
| 二次医療施設 (HG) 改修/機材整備                                                    | × (資金提供) |                |                             |
| 保健センターおよび農村診療所の機材整備                                                    |          |                | ×                           |
| 地域医務局の改修 (2つの新設地域医務局を含む)                                               | ×        |                | (?)                         |
| BOUAKE 地方医務局の改修                                                        | ×        |                | (?)                         |
| 地域医務局の機材整備 (2つの新設県医務局を含む)                                              | ×        |                | ×                           |
| 研修センターの建設 (BOUAKE の医療従事者養成学校敷地内およびKATIOLA)                             |          |                | (×)                         |
| 医療機材整備地方センター建設                                                         |          |                | ?                           |
| 技術協力                                                                   |          |                |                             |
| 地方医務局に対する技術顧問                                                          |          | × 1名<br>(公衆衛生) | 4～5名構成<br>リーダー、調整員、看護師、助産婦等 |
| 地域医務局に対する技術顧問                                                          |          |                |                             |
| 地方医務局                                                                  |          |                |                             |
| 1.地方医務局運営・管理                                                           |          |                |                             |
| 医務局に対する技術協力と活動の一部資金協力<br>医務局に対する全般的な研修<br>活動計画と計画 実施状況調査<br>監督活動<br>運営 |          | ×              |                             |
| 2.保健センターのケアの質の向上に関する助言                                                 |          |                | ×                           |
| 3.病院のケアの質の向上に関する助言                                                     |          | ×              |                             |
| 4.保健プログラム<br>人材育成と諸活動への技術援助および予算援助 (地方医務局の項目と同一、そちらを参照)                |          |                |                             |

| 保健機構                        | KfW | GTZ | JICA |
|-----------------------------|-----|-----|------|
| 地域医務局                       |     |     |      |
| 1.地域医務局運営・管理                |     |     |      |
| 幹部団に対する技術協力と活動の一部資金協力       |     | ×   |      |
| 幹部団へのグローバルな研修               |     |     |      |
| 幹部団会議                       |     | ×   |      |
| 活動計画策定と活動のフォロー              |     | ×   | ×    |
| 保健センターと病院の監督                |     | ×   | ×    |
| 運営・管理                       |     | ×   |      |
| 評価                          |     | ×   |      |
| 情報システムと管理                   |     | ×   |      |
| 保健センターと病院の活動モニタリングに関する協力    |     | ×   | ×    |
| 2.保健センターと病院間のレファラルシステムの確立   |     | ×   |      |
| 3.機材保守管理                    |     | 概念  | 実施   |
| 4.保健センターにおけるケアの質とマネジメントについて |     |     | ×    |
| 職員の監督                       |     |     | ×    |
| 管理                          |     |     | ×    |
| 情報システムと管理の評価                |     |     | ×    |
| 5.病院におけるケアの質の向上と質の保証        |     | ×   |      |
| 6.保健プログラム                   |     |     |      |
| 人材育成と諸活動に関する技術援助と予算：        |     |     |      |
| IEC                         |     |     |      |
| 医務局の担当班への教育・研修              |     | ×   |      |
| IEC 機材の整備                   |     | ×   |      |
| AIDS/STD.(管理・IEC・カウンセリング)   |     |     |      |
| NGOとともにターゲットグループに対し活動を行う    |     | ×   |      |
| HIV 検査室と迅速検査                |     | ×   |      |
| AIDS 情報センター                 |     | ×   |      |
| 予防接種                        |     |     | ×    |
| 栄養                          |     |     | ×    |
| マラリア                        |     |     | ×    |
| ブルリ潰瘍                       |     |     | ×    |
| 家族計画・母子保健                   |     |     | ×    |
| 学校保健                        |     |     | ×    |
| 農村ボランティアと TBA               |     |     | ×    |
| 伝統治療士                       |     |     | ×    |
| 7.都市型保健システムの開発 (BOUAKE)     |     | ×   |      |

| 保健機構                                                                                                                           | KfW | GTZ                        | JICA                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------|---------------------------------|
| 海外研修(1～12カ月)<br>ヨーロッパでの公衆衛生コース研修(1名)<br>短期間ヨーロッパの地方においてIEC、AIDS、<br>家族計画等の研修を行う<br>地方都市の視察<br><br>日本での研修<br>(諸医療活動、母子保健、地域保健)  |     | ×<br>×<br>×                | ××                              |
| 保健センター<br><br>保健センター内において、ケアの質の向上に関する研修実施<br>最少活動計画(PMA)に関する研修<br>レファラルシステム<br>モニタリング<br>機材保守管理<br>医薬品管理<br>保健センター管理委員会(COGES) |     |                            | ×<br>×<br>×<br>×<br>×<br>×<br>× |
| 病院<br><br>病院救急体制<br>レファラルシステム<br>管理・計画立案<br>ケアの質の管理<br>医薬品管理<br>機材保守管理                                                         |     | ×<br>×<br>×<br>×<br>×<br>× |                                 |
| 代替案<br><br>自主運営あるいは地域運営型の医療施設を発展するための技術協力活動                                                                                    |     | ×                          |                                 |
| NGO 支援                                                                                                                         |     | ×(都市部)                     | ×(農村部)                          |
| 保健財政<br>相互扶助組合活動の開発                                                                                                            |     | ×                          | ×(農村部)                          |

2. Lacs地方においても、同様の協力分担にて実施する  
 (ただし、日本側の協力開始は2001年あるいは2002年からとなるであろう)

### 3. その他の同地域においてGTZとJICAが関与した協力事業

| 保健機構                                  | KfW | GTZ | JICA          |
|---------------------------------------|-----|-----|---------------|
| ブアケ大学病院改修                             |     |     | (×)<br>(日本政府) |
| ココディ大学病院医療機器保守管理専門家派遣                 |     |     | ×             |
| 中央レベルへの保健国家政策に対する協力（地域開発、リプロダクティブヘルス） |     | ×   |               |
| マン地方周辺に対する保守管理にかかる協力                  |     | ×   |               |
| コンドームとピルの市場開発                         | ×   |     |               |
| 医療特別機材供与(EPI 支援)                      | ×   |     | ×             |

### 4. コメントと提言

前述の表にある3機関における活動の補足は、以下のとおりである。

#### 【JICA】

JICAは保健センターレベル（一次医療）において、ケアの質の向上、保健活動プログラムおよび機材整備を実施する。また、伝統治療師や農村保健ボランティア等と協力し、地域住民に対する活動を展開していく。必要があれば地方医務局と県医務局の資機材の整備も行う。

2つの卒後研修センターの建設も場合によっては考え得る。

#### 【KfW】

二次医療施設（病院）の改修・機材の供与を実施する。

1999年10月末に地方医務局および各県医務局の改修と機材に関する必要書類は提出されており、特別班により検討されるであろう。

#### 【GTZ】

地方医務局と地域医務局に対し、管理・運営能力向上に関する協力を実施する。また、二次医療施設の質の向上に対する活動も行い、AIDS、性行為感染症対策活動および機材の保守管理も協力活動を実施する。

#### 【両者の協力体制】

- 1) 毎週1回、3者会議を実施（地方医務局長と職員、GTZ技術顧問、JICA）する。
- 2) 地方医務局、各県医務局の年間計画に両者の協力活動を組み込むが、これらの年間計画は共通した唯一とつものものとする。
- 3) 3カ月ごとにJICAとGTZのプロジェクト運営会議を実施する。



協力計画（期間および予算）

|                                                         | 開始時期                             | 期間               | 予定されるプロジェクトフェーズの数                  | 1 フェーズの予算                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| GTZ :<br>BOUAKE と YAMO USSOUKRO に<br>おける協力              | 1999/2                           | 3 年間 /<br>1 フェーズ | 2 ある<br>いは 3                       | 400 万 DM<br>約 230,000 千円                                                                   |
| JICA<br>VALLEE DU BANDAMA における<br>協力<br><br>LACS 地方への拡大 | 2000/7<br><br>2001 ある<br>いは 2002 | 5 年間             |                                    | 約 120,000 千円 / 年<br>(専門家派遣にかかる費用<br>を含む)<br>機材: そのうち 25%<br>日本への研修<br>不確定な予算:<br>建築、現地での研修 |
| 日本国外務省<br>BOUUAKE 大学病院改修                                | 1999/11                          | 1 カ月             |                                    | 420,000 千円                                                                                 |
| JICA<br>COCODY 大学病院医療機器保守<br>管理専門家                      |                                  | 1999/12<br>まで    | 2000/4~<br>4 大学病<br>院 に対し<br>2 年間? |                                                                                            |
| KfW<br>県医務局への協力<br>調査<br>場合によってはプロジェクト実施                | 2000/2<br>2000/9(?)              |                  |                                    |                                                                                            |
| KfW/GTZ<br>中央と MAN 地方に対する公衆衛<br>生及び家族計画に関する協力           | 1995/9<br>第 2 フェーズ               | 2001/8           | 3<br>フェーズ                          | KfW: 120 万 DM<br>約 68,400 千円<br>GTZ: 400 万 DM<br>約 228,000 千円                              |
| GTZ<br>中央と MAN 地方に対する保守管<br>理の推進                        | 1 フェーズ                           |                  | 3<br>フェーズ                          | 430 万 DM                                                                                   |

### ③ 調査日程

|           |    |                                 |
|-----------|----|---------------------------------|
| 9月30日(木)  |    | 成田発(JL405)→PARIS着               |
| 10月1日(金)  | 午前 | アフリカ開発銀行(AFD)との協議               |
| 10月2日(土)  |    | PARIS発(AF702)→ABIDJAN着          |
| 10月3日(日)  |    | 資料整理・携行機材整理                     |
| 10月4日(月)  |    | JICA事務所打合せ                      |
| 10月5日(火)  | 午前 | 日本国大使館表敬                        |
|           | 午後 | 保健省保健大臣表敬                       |
| 10月6日(水)  | 午前 | WHOとの協議                         |
|           | 午後 | 保健省官房表敬・日程調整                    |
| 10月7日(木)  | 午前 | UNICEFとの協議                      |
|           |    | PSI(アメリカのNGO団体)との協議             |
|           | 午後 | EUとの協議                          |
| 10月8日(金)  | 午前 | 国立医療従事者養成所(INFAS) ABIDJAN校視察    |
|           |    | Coopération FRANÇAISE との協議      |
|           | 午後 | GTZとの協議                         |
|           |    | 成田発(JL405)→PARIS着(母子保健専門家)      |
| 10月9日(土)  |    | 資料整理                            |
|           |    | PARIS発(AF702)→ABIDJAN着(母子保健専門家) |
| 10月10日(日) |    | 南谷専門家との意見交換                     |
| 10月11日(月) |    | VALLEE DU BANDAMA地方医務局表敬・協議     |
| 10月12日(火) | 午前 | KATIOLA県(地域)知事表敬                |
|           |    | KATIOLA県(地域)医務局表敬               |
|           |    | NIKARAMANDOUGOU都市保健センター視察       |
|           | 午後 | TORIYA都市保健センター視察                |
|           |    | TORTIYA県(地域)知事表敬                |
| 10月13日(水) | 午前 | VALLEE DU BANDAMA地方医務局との協議      |
|           | 午後 | 事務所開設                           |
| 10月14日(木) | 午前 | 渡辺専門家との長期滞在施設に関する意見交換           |
|           |    | KATIOLA県(地域)医務局との協議             |
|           |    | KATIOLA母子保健センター(PMI)視察          |
|           | 午後 | JOCV隊員との意見交換                    |
|           |    | KATIOLA一般病院(HG)視察               |
| 10月15日(金) | 午前 | FRONAN都市保健センター視察                |
|           | 午後 | TIMBE農村保健センター視察                 |
|           |    | TOURO診療所視察                      |
| 10月16日(土) |    | 資料整理                            |
|           |    | 農林水産省派遣飛田氏との意見交換                |
| 10月17日(日) |    | 資料整理                            |
|           |    | JOCV隊員との意見交換                    |
| 10月18日(月) | 午前 | NIKARAMANDOUGOU都市保健センター視察       |
|           |    | PETIONARA診療所視察                  |
|           | 午後 | KANAWOLO診療所視察                   |
|           |    | ARIKOKAHA診療所視察                  |
| 10月19日(火) | 午前 | TAFIRE都市保健センター視察                |
|           | 午後 | GBADIKAHA農村保健センター視察             |
| 10月20日(水) | 午前 | GTZとの協議                         |
|           |    | SEPIKAHA診療所視察                   |
|           | 午後 | NIEDIEKAHA診療所視察                 |
|           |    | NIKARAMANDOUGOU都市保健センター視察       |
| 10月21日(木) | 午前 | NIANGBO村訪問                      |
|           | 午後 | NIKARAMANDOUGOU都市保健センター視察       |
| 10月22日(金) | 午前 | 助産婦セミナー視察                       |
|           | 午後 | VALLEE DU BANDAMA地方医務局との協議      |
| 10月23日(土) |    | 資料整理                            |
| 10月24日(日) |    | ASSINZE村農村保健委員会(ASC)会議視察        |

|           |      |                                                                              |
|-----------|------|------------------------------------------------------------------------------|
| 10月25日(月) | 午前   | GTZとの協議<br>TOURO診療所視察                                                        |
|           | 午後   | TOURO村訪問<br>LOUGBONOU診療所視察                                                   |
| 10月26日(火) | 午前   | 保健省・技術顧問との協議                                                                 |
|           | 午後   | DARAKOKAHA診療所視察<br>KANANGONON診療所視察                                           |
| 10月27日(水) | 午前   | BOUAKE学校保健センター(SSSU)視察                                                       |
| 10月28日(木) | 午前   | DABAKALA県(地域)知事表敬<br>DABAKALA県(地域)医務局表敬・協議<br>ATIENKAHA村訪問                   |
|           | 午後   | SOKALA-SOBARA保健ボランティア訪問<br>KATIOLA学校保健センター(SSSU)視察<br>KATIOLA高校視察<br>CAFOP訪問 |
| 10月29日(金) | 午前   | マリア対策キャンペーン視察                                                                |
|           | 午後   | 国立医療従事者養成所(INFAS)、BOUAKE校視察                                                  |
| 10月30日(土) | 午前   | GTZ本部西アフリカ諸国総責任者との協議<br>渡辺専門家との長期滞在施設に関する意見交換                                |
| 10月31日(日) | 午前   | KABOLO村訪問                                                                    |
| 11月1日(月)  | (休日) | 資料整理                                                                         |
| 11月2日(火)  | 午前   | TIMBE村訪問                                                                     |
| 11月3日(水)  | 午前   | NIKOLO農村保健センター視察                                                             |
| 11月4日(木)  | 午前   | KAFINE村訪問                                                                    |
|           | 午後   | FOLOFONKAHA村訪問                                                               |
| 11月5日(金)  | 午前   | NGOLODOUGOU村訪問                                                               |
| 11月6日(土)  |      | 資料整理                                                                         |
| 11月7日(日)  |      | 資料整理                                                                         |
| 11月8日(月)  | 午前   | GTZとの協議<br>RENE DESCARTES高校視察<br>TIMBE農村保健センター視察<br>FRONAN都市保健センター視察         |
|           | 午後   | AMITIE個人病院視察                                                                 |
| 11月9日(火)  | 午前   | GTZ・VALLEE DU BANDAMA地方医務局との3者協議<br>INSTITUT PIEPRE RICHET視察                 |
| 11月10日(水) | 午前   | BOUAKE大学病院視察                                                                 |
|           | 午後   | BOUAKE県(地域)2000年活動計画会議出席                                                     |
| 11月11日(木) | 午前   | BOUAKE県(地域)2000年活動計画会議出席                                                     |
|           | 午後   | COCODY大学病院視察                                                                 |
| 11月12日(金) | 午前   | BOUAKE県(地域)2000年活動計画会議出席                                                     |
|           | (移動) | ABIDJAN発(AF703)→PARIS着(母子保健専門家)                                              |
| 11月13日(土) | 午前   | 資料整理                                                                         |
| 11月14日(日) | 午後   | 資料整理                                                                         |
|           | (移動) | PARIS発(JL406)→成田着(母子保健専門家)                                                   |
| 11月15日(月) | 終日   | 資料整理                                                                         |
| 11月16日(火) | 終日   | 団内協議                                                                         |
| 11月17日(水) | 午前   | 住友商事との協議<br>保健省・技術顧問との協議                                                     |
|           | 午後   | 保健省・保健施設人材局(伝統医療課)との協議                                                       |
| 11月18日(木) | 午前   | CIDAとの協議                                                                     |
|           | 午後   | 保健省・BURULI潰瘍対策プログラム責任者との協議                                                   |
| 11月19日(金) | 午前   | 国立統計院(INS)訪問                                                                 |
| 11月20日(土) |      | 資料整理                                                                         |
| 11月21日(日) |      | 資料整理                                                                         |
| 11月22日(月) | 午前   | 国立医療従事者養成所(INFAS)、BOUAKE校との協議                                                |
| 11月23日(火) | 午前   | MANIKRO保健センター視察                                                              |
|           | 午後   | 国立衛生院(INHP)視察                                                                |

|            |      |                                                |
|------------|------|------------------------------------------------|
| 11月24日 (水) | 午前   | 資料整理                                           |
|            | 午後   | DABAKALA県(地域)2000年活動計画会議出席                     |
| 11月25日 (木) | 終日   | DABAKALA県(地域)2000年活動計画会議出席                     |
| 11月26日 (金) | 終日   | DABAKALA県(地域)2000年活動計画会議出席                     |
|            | 午前   | KASSEME村訪問                                     |
| 11月27日 (土) |      | 資料整理                                           |
| 11月28日 (日) | 終日   | 伝統医療師会議出席                                      |
| 11月29日 (月) | 終日   | KATIOLA県(地域)2000年活動計画会議出席                      |
| 11月30日 (火) | 終日   | KATIOLA県(地域)2001年活動計画会議出席                      |
| 12月1日 (水)  | 終日   | KATIOLA県(地域)2002年活動計画会議出席                      |
| 12月2日 (木)  | 午前   | LACS地方医務局表敬・協議                                 |
| 12月3日 (金)  | 終日   | 資料整理                                           |
| 12月4日 (土)  |      | 資料整理                                           |
| 12月5日 (日)  |      | 資料整理                                           |
| 12月6日 (月)  | 終日   | HIRE DIDA小学校・HIRE CENTER小学校訪問                  |
| 12月7日 (火)  | (休日) | 資料整理                                           |
| 12月8日 (水)  | 終日   | 資料整理                                           |
| 12月9日 (木)  | 終日   | 資料整理                                           |
| 12月10日 (金) |      | JICA事務所中間報告                                    |
|            |      | ABIDJAN発(AF703)-----PARIS着(地域看護専門家)            |
| 12月11日 (土) |      | 資料整理                                           |
| 12月12日 (日) |      | 資料整理                                           |
|            |      | PARIS発(JL406)-----成田着(地域看護専門家)                 |
| 12月13日 (月) |      | リヤカー受け取りおよびJOCV隊員への委託<br>INFASとの卒後研修センターに関する協議 |
| 12月14日 (火) |      |                                                |
| 12月15日 (水) |      | INFASとの卒後研修センターに関する協議                          |
| 12月16日 (木) |      | カトリック系小学校訪問                                    |
| 12月17日 (金) |      | 地方医務局敷地内旧精神科クリニックの建物視察                         |
| 12月18日 (土) |      | 資料整理                                           |
| 12月19日 (日) |      | 資料整理                                           |
| 12月20日 (月) |      | 資料整理                                           |
| 12月21日 (火) |      | 在象国日本大使館への報告                                   |
| 12月22日 (水) | 午前   | JICA事務所最終報告                                    |
|            |      | BNETDと面談                                       |
|            | 午後   | 保健省技術顧問への報告                                    |
|            |      | ABIDJAN発(AF703)-----PARIS着                     |
| 12月23日 (木) |      | 移動                                             |
| 12月24日 (金) |      | PARIS発(JL406)-----成田着                          |

象国国内移動は頻回であるため、遠近距離に関わらず省略し「資料整理」に含む

#### ④ 主な面談者

##### A) PARIS(パリ)

—AFD(Agence Francaise de Developpement);フランス開発局

・Mr. Robert CHAHINIAN ;社会プロジェクト部部長補佐、経済財政課長

・Mr. Cyrille BERTON ;西アフリカ部、コートジボアール地理学顧問

##### B)ABIDJAN(アビジャン)

—コートジボアール日本大使館

・手塚 義雅 ;公使参事官

・坪田 俊郎 ;一等書記官

・井上 隆一 ;医務官、一等書記官

—JICA コートジボアール事務所

・安部 憲子 ;所長

・青木 利道 ;次長

・三条 香織 ;所員

・平川 真弓 ;JOCV(看護婦)

・今安 洋子 ;JOCV(助産婦)

・石野 智美 ;JOCV(助産婦)

・原田 恵美 ;JOCV、Tiassalé 県 N'Douci(助産婦)

・濱中 リコ ;JOCV、Tiassalé 県 Hire(保健婦)

—保健省;MSP(Ministere de la Sante Publique)

・ Le Medecin-General Atin ORIA. ;保健大臣/軍医大将

・Professeur Lassino OUATTARA ;技術顧問

・Dr. Kone MAMADOU ;技術顧問

・Mme Marie-Thelese IDO ;技術顧問

・Dr. Diara NARA SHOLE J. ;INHP(国立公衆衛生院)院長

・Dr. David KOFFI ;DSC(地域保健局)局長

・Professeur BAO YAPO Félix ;Directeur de la D.E.P.S. (保健施設職業局長)

・Dr. VANGAH Madeleine ;Sous-Directeur de la Médecine Traditionnelle  
(保健施設職業局伝統医療課長)

—C.H.U. de Treichville/ Service de Dermatologie

・Professeur Jean Marie KANGA :Chef de service/Buruli 潰瘍対策責任者

—OMS(WHO)コートジボアール事務所

・Dr.Tony MUSINDE SANGWA ;所長、西アフリカ IMCI(小児疾病包括管理)医務顧問

・Dr.Tano-Bian AKA ;DPC(疾病予防管理)担当

—PSI(Population Services International)

・M. Moussa Mondibo ABOBO ;Conseiller Régional pour l'Afrique

・M. Lasare GOUSSOU KOUDOU ;Administrateur de ECODEV

—UNICEF

- M. Cyril DALAIS ; Representant—Resident
- M. Marius CASSY ; Assistant Officier, Programme Sante/Nutrition
- Mme agnero YOLANDE YAO ; Assistant de Programme Sante/Nutrition
- M. Abdul DIENG ; Charge d'Information

—EU

- M. Bernard LABORDERIE ; 保健分野顧問

—INFAS(国立医療従事者養成所)

- Dr. DELAFOSSE ROGERr Charles Joseph ; Directeur

—Coopération Française

- M. Jean-François DESMAZIERES ; Conseiller de Coopération et d'Action Culturelle

—GTZ(Coopération Technique Allemande)

- M. Thomas BEDENBECKER ; Directeur
- Dr. Philippe SWENNEN ; Conseiller au Minisrère de la Santé Publique,  
" Projet d'Assistance en Matière de Santé Publique et Planning Familial "

—住友商事株式会社アビジャン事務所

- 田村 徹 : 事務所長
- 平田 達也 : 所員
- M. U'dri Kouakou André : Attaché de Direction(薬剤浸漬蚊帳の担当)

—Coopération canadienne

- Mme Pierrette DEFOY DOLBEC ; Directrice

C) BOUAKE(ブアケ)

—Direction Régional de la Santé Publique (地方医務局) de la Vallée du Bandama

- Dr. COURBALY Mamadou ; Directeur Régional
- Mme MORIKO Karidia ; Responsable des Affaires Sanitaires (Sage—femme)
- M. DJE N'GORAN Ambroise ; Responsable du Service des Affaires Financières
- M. SAHOU Charles ; Responsable du Service des Affaires Financières
- M. TITRE Germain ; Responsable des Ressources Humaines
- M. BAGOU SAGOU Daniel ; Responsable de IEC
- M. KONAN KOUAKOU Paul ; Responsable du Centre Service Epidemiologie
- Dr. ZAHUI HOMODE Kittoram ; Directeur Départemental(県医務局長) de Bouaké
- Dr. DARRET SEHERI Benard ; Directeur de CHU(大学病院長) de Bouaké

—GTZ(Coopération Technique Allemande)

- Dr. Harald TSCHAKERT ; GTZ 本部の西アフリカ諸国責任者
- Dr. Ulrike HOEKSTRA ; Conseiller Technique Principale  
" Projet d'Appui aux District Sanitaires Bouaké et Yamoussoukro "

—Préfecture de la Vallée du Bandama

- M. GOUN GAIME François ; Secrétaire Général(事務総長)

—SSSU(Service de Santé Scolaire et Universitaire)1 de Bouaké

- M. KONAN Kouakou ; Directeur communal de Bouaké Centre

- Dr. ACKAH Kaku Emmanuel ; Médecin-chef
- Dr. NIAMKE François ; Chirurgien-dentiste
- Dr. N'GORAN Alan ; Chirurgien-dentiste
- M. TAFIN Noel ; Responsable de Laboratoire  
(Technicien supérieur de la Santé Publique)
- INFAS Antenne de Bouaké
  - Dr. KEI RENARD Désiré ; Chef d'Antenne
  - M. PALE Bomisso ; Chef du service administratif et financier
- WARDA/ADRAO(西アフリカ稲作開発協会) à Bouaké
  - 渡辺 英夫 ; JICA専門家
  - 飛田 哲 ; 農林省派遣専門家(JIRCAS)
  - 桜井 Takeshi ; 農林省派遣専門家(JIRCAS)
  - 二口 浩一 ; 研究生(外務省派遣)
- JOCV
  - 荒井 真理子 ; Bouaké(婦人子供服)
  - 村木 希友 ; Bouaké(稲作)
  - 玉熊 和俊 ; Bouaké(農業機械)
- Institut Pierre RICHET
  - M. DIARRASSOUBA ; Directeur-Adjoint, Entomologiste
  - M. CHANDRE Fabrice ; Entomologiste
  - Dr. HENRZ Marie-Claire ; Epidémiologiste
  - Dr. DOANNIO Julien M. C. ; Biologiste
- CHU de Bouaké
  - Dr. darrets bernard ; directeur général
  - M. KOUAH Koffi Alexandre ; Surveillant d'unité de service de Gyneco-Obstetrique
  - Mme KOUAKOU Béatrice ; Major de Sage-femme/Réanimation
  - Mme TOURE Petangui ; Sage-femme en Consultation Gyneco-Obstetrique
- Centre de Santé MANIKRO de l'Institut Raoul Follereau
  - Dr. DJAKEAUX Simplicie ; Directeur/Directeur de Programme National contre Lèpre
  - Dr. KADGOMOU ; Directeur-adjoint
  - Dr. SICA ; médecin
- INHP(Institut National d'Hygiène Publique) Antenne Régional de Bouaké
  - M. TRAYEBI Youa ; Chef de l'Antenne Régional
  - M. TRAORE Gnana ; Technicien supérieur de Santé
- UTCCI(L'Union des Tradi-praticiens - Chercheurs scientifiques de Côte d'Ivoire)
  - M. N'GORAN KOUAKOU Prosper ; Président
  - M. ZEO ALI ; Assistant de PVA(Production Végétale et Animale)
  - M. KOFFI Joserh ; Tradi-praticien

**D) KATIOLA (カティオラ) 県**

—District Sanitaire(地域《県》医務局) de Katiola

- Dr. ANOUAN Jean ; Directeur
- M. AKA Kouadio Remy ; Responsable Financière
- Mme KOUAKOU Agathe ; Responsable de CSE (Infirmière)
- M. ZRANDE Tiemoko ; Responsable de la Pharmacie
- M. KOUASSI Koffi Lambert ; Manoeuvre

—PMI(母子保健センター) de Katiola

- Mme ADJOURMONE Marianne ; Responsable de PMI (Sage—femme)
- Mme BEHIBRO N'Guessan ; Sage—femme
- M. COULIBALY Soukalo Pierre ; Infirmier DE
- Mme YEMITIA Née Koné Amona ; Fille de Salle
- Mme OUATTARA Ponapeua ; Fille de Salle

—Hopital Général(一般病院) de Katiola

- M. GBATO Jean ; Directeur
- Mme LOUKOU Léotine ; Major de Maternité (Sage—femme)
- Mlle N'GORAN Loukou Thérèse ; Sage—femme
- Mme TOURE Nambeyo Antoinette ; Fille de Salle
- M. ORE Togba Jean Claude ; Infirmier

—Préfecture de Katiola

- M. ASSI ABAKA Moise ; Administrateur—Civil, Préfet du Département(知事)

—CSU(Centre de Santé Urbaine) de Niakaramandougou

- Dr. N'DRI Roger ; Directeur
- M. YAO Julian ; Financier
- Mme KOUASSI Bath Zoé ; Sage—Femme
- Mme ; Secrétaire

—CSU de Tortiya

- Dr. N'GUESSAN Faustin ; Directeur

—Sous —Préfecture de Tortiya

- M. TIA David ; Administrateur — Civil

—JOCV

- 高木 哲也 ; Katiola(家畜飼育)
- 川本 雅信 ; Katiola(食用作物)
- 今野 しのぶ ; Katiola (食用作物)

—CSU(Centre de Santé Urbaine) de Fronan

- M. ETTIEN Jacques ; Infirmier—Chef
- M. N'KONGON Kitiabian ; Garçon de Salle
- M. COULBALY Lonan ; Garçon de Salle
- Mme KAFOGNILI Traoré ; Fille de Salle
- M. CAMARA Kouodre Clement ; Chauffeur



- M. OUATTARA Brahim Alain ; Directeur de CDV  
(Comité du Développement Villageois ; ONG)
- Mlle HILY N'Dagjaha ; Assistente de CDV
- Mme KONE Marie ; Présidente de COGES
- CSR(Centre de Santé Rurale) de Timbé
  - M. PEHE Henri ; Infirmier—Chef
  - Mme ABOUA Mélanie ; Sage-Femme
  - TOURE Benoit ; Président de COGES
  - COULIBALY Kikounam Ernest ; Trésorier de COGES
- Kabolo 村
  - M. ; Chef de village
  - M. ; ASC
  - M. ; ASC
  - M. ; ASC
  - M. CAMARA Kodekpe ; Guérisseur traditionnel enregistré
- CSR(Centre de Santé Rurale) de Touro
  - M. GBAN Gbleu Bertin ; Infirmier—Chef
- Dispensaire de Pétionara
  - M. KOMENAN Kouakou Edouard ; Infirmier—Chef
- Dispensaire de Kananhouolo
  - M. KOFFI Django Antoine ; Infirmier—Chef
- Dispensaire de Arikokaha
  - M. SANOGO Lamine ; Infirmier—Chef
- CSU(Centre de Santé Urbaine) de Tafiré
  - M. AHOUGO Yao ; Infirmier, Major de Dispensaire
  - M. ASSALE Brou ; Infirmier
  - Mme NONIQUE Andrée Youa Diodan ; Major de Maternité (Sage—femme)
- CSR(Centre de Santé Rurale) de Gbadikaha
  - M. MAI SOKOURI Honoré ; Infirmier—Chef
  - Mlle AMON N'guessan Félicité ; Sage-femme
  - Mlle KONE Biba ; Fille de Salle
- CSR(Centre de Santé Rurale) de Nikolo
  - M. ASSIA Koffi-Alphonse ; Infirmier—Chef
  - M. KAKOU Kouamé-Alphonse ; Infirmier
- Village de Kafiné
  - M. ; Chef de Village
  - M. ; Président de Comité de Jeunes
  - Mme ; Présidente de Comité de Femmes
- Village de Folofonkaha
  - M. OUATTARA Katina ; Chef de Village

- M. OUATTARA Tiémoko ;Président de Comité de Jeunes
- Mme OUATTARA Klintcho ;Présidente de Comité de Femmes

—Village de Ngolodougou

- M. OUATTARA Kitifolo ;Chef de Village

#### E) DABAKALA(ダバカラ)県

—District Sanitaire(地域《県》医務局) de Dabakala

- Dr. KANGA Kouassi ;Directeur
- Dr. AKUI Okamon ;Directeur adjoint
- M. ADOU YAO Barthelmy ;Responsable (Ver de Guinée, ASC et Accoucheuse traditionnelle)

—Préfecture de Dabakara

- M. GASTON Hoba ;Administrateur-Civil, Préfet du Département(知事)
- M. GBDHOU Jean ;Secrétaire Général(事務総長)

#### F) YAMO USSOUKRO(ヤムスクロ)県

—Direction Régional de la santé publique (地方医務局) des Lacs

- Dr. KANGA Ahua ;Directeur Régional

⑤ 収集資料

- 1) DECOUPAGE ADMINISTRATIF ; Ministère d'Intérieur et de l'Intégration Nationale
- 2) FORMULAIRE DE REQUÊTE POUR LA COOPÉRATION FINANCIÈRE NON—  
REBOURSABLE DU JAPON "EQUIPEMENTS DE CENTRE DE SANTÉ DISTRICTS  
DE BOUAKÉ ET YAMOUSSOUKRO ; MSP, Mai 1999
- 3) PLAN D'OPÉRATIONS PROGRAMME SANTÉ/NUTRITION ;  
PROGRAMME DE COOPÉRATION GOUVERNEMENT DE CÔTE D'IVOIRE/UNICEF
- 4) DECOUPAGE TERRITORIALE DES 35 DIRECTIONS DÉPARTEMENTALES 1997 ;  
MSP/DEMM/FED 30/12/96
- 5) FICHE TECHNIQUE SANTÉ/NUTRITION ; UNICEF
- 6) FICHES DE RENSEIGNEMENTS DE RÉCAPITULATION DES DONNÉES ; UNICEF
- 7) PROGRAMME DE FORMATION, INFIRMIERS (IERES) 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> Année,  
PATHOLOGIE MÉDICALE ; MSP/INFAS
- 8) PROGRAMME DE FORMATION, INFIRMIERS (IERES) SAGES—FEMMES  
1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> Année, PÉDIATRIE ; MSP/INFAS
- 9) PROGRAMME DE FORMATION, INFIRMIERS (IERES) 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> Année,  
PATHOLOGIE CHIRURGICALE ; MSP/INFAS
- 10) PROGRAMME DE FORMATION, SAGES—FEMMES ; MSP/INFAS
- 11) RAPPORT DES ATELIERS DE PLANIFICATION DES PROJETS  
<ASSISTANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE ET PLANNING FAMILIAL>  
DANS LA RÉGION DES MONTAGNES et  
<ASSISTANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE ET PLANNING FAMILIAL>  
DANS LES RÉGIONS DES LACS ET DE LA VALLÉE DU BANDAMA  
; MSP/Coopération Technique Allemande
- 12) PROJETS DE LA COOPÉRATION FINANCIÈRE ET TECHNIQUE ALLEMANDE DANS  
LE SECTEUR DE LA SANTÉ Situation en Janvier 98 ; KFW – GTZ
- 13) Organigramme de l'Hôpital ; Hôpital Général de Katiola (手書き)
- 14) PROJET D'APPUI AUX DISTRICTS SANITAIRES DE BOUAKÉ ET DE YAMOUSSOUKRO ;  
GTZ, 1999
- 15) Le Projet de Coopération ivoiro-allemande : SANYB ; MSP/GTZ
- 16) Rapport de mission sur l'évaluation rapide du système de santé de la région du  
Centre Nord ; MSP/GTZ, Septembre 1997
- 17) Rapport du contrôle d'avancement du projet "Assistance en matière de santé  
publique et de la planification familiale" 13 octobre – 07 novembre 1997 ;  
MSP/GTZ, Janvier 1998
- 18) PRISE EN CHARGE ACTUELLES DES RÉHABILITATIONS DES FORMATIONS  
SANITAIRES DE NIVEAU PRIMAIRE ; MSP/DEMM/ 7/6/96
- 19) PRISE EN CHARGE DE LA REMISE À NIVEAU DES NIVEAUX DE SANTÉ SECONDAIRE  
ET TERTIAIRE ; MSP/DEMM/ 11/11/97

- 20) PROCES VERBAL DES DISCUSSIONS TECHNIQUES, WASHINGTON,  
15-25 SEPTEMBRE 1999 SUR LA RESTRUCTURATION DU PROJET DE  
DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE INTEGRES (PDSSI) ; REPUBLIQUE  
DE COTE D'IVOIRE/BANQUE MONDIALE
- 21) Liste de présence des membres du groupe de concertation santé,  
Réunion du 18 octobre 1999 à 15 h 00 ; MSP/EU
- 22) PROJETS DE LA COOPERATION JAPONAISE, Situation en octobre 1999 ; JICA
- 23) A.S.C.との活動について ; JOCV コートジボアール 8 年度3次隊 助産婦 原田 恵美
- 24) FICHE SOCIALE ; Service Social Scolaire et Universitaire/ Direction des Affaires Sociales/  
Ministère des Affaires Sociales
- 25) PRESENTATION DU DISTRICT SANITAIRE DE DABAKALA
- 26) Living Guide to Bouaké ; WARDA
- 27) Carte administrative REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE ; AOUT 1998
- 28) MEMORANDUM DE LA VISITE EFFECTUEE PAR MONSIEUR LE PROFESSEUR  
DELAFOSSÉ, DIRECTEUR DE L'INFAS A L'ANTENNE DE BOUAKE DU 12 AU 15 AOUT  
1998 ; KEI RENARD DESIRE / ANTENNE DE BOUAKE, AOUT 98
- 29) PRESENTATION DE LA DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE DE KATIOLA  
1999 ; DIRECTION DEPARTEMENTAL DE KATIOLA / MSP
- 30) ACTION PLAN-TB CONTROL, BANDAMA VALLEY REGION ;  
Docteur N'Kragbo Mobio Simon Pierre, Chief Doctor, Regional TB center of BOUAKE
- 31) 象牙海岸共和国 国家給食計画 概要報告 ; 平成 11 年 11 月 企画調査員 原 雅裕
- 32) オリセツトネットー防虫ネットー (Olyset Net : Moustiquaire avec de l'insecticide incorporé) ;  
住友化学工業株式会社 (仏文、英文、日本語の3冊)
- 33) AIDE-MEMOIRE SUR LA CHRONOLOGIE DES ACTIVITES D'INTEGRATION DE LA  
MEDECINE TRADITIONNELLE ; Professeur BOA YAPO Félix
- 34) RAPPORT ANNUEL SUR LA SITUATION SANITAIRE 1997 ; MSP
- 35) Termes de Référence du Comité de Suivi du PNDS et du Secrétariat Technique  
Permanent du Comité de Suivi du PNDS ; MSP
- 36) CARTOGRAPHIE DE L'ULCERE DE BURULI EN COTE D'IVOIRE PAR REGION  
SANITAIRE, 1997 (NOMBRE CUMULATIF DE CAS) ; MSP
- 37) FORMATION A LA PRISE EN CHARGE DES CAS D'ULCERE DE BURULI ; MSP
- 38) Cas cumulés par région/district sanitaire ; Programme National de Ulcère de Buruli
- 39) Nombre de cas, DIRECTION REGIONAL DU CENTRE-NORD ;  
Programme National de Ulcère de Buruli
- 40) Structures sanitaires de pris en charge ; Programme National de Ulcère de Buruli
- 41) RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT 1988  
RESULTATS PROVISOIRES, ENSEMBLE COTE D'IVOIRE ;  
COMITE NATIONAL DU RECENSEMENT/ MINISTERE DE L'INDUSTRIE ET DU PLAN
- 42) MEMENTO CHIFFRE DE LA COTE D'IVOIRE 1985-1995 ;  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

- 43) Enquête Démographique et de Santé 1994 ; Institut National de la Statistique
- 44) ENQUÊTE SUR LE NIVEAU DE VIE DES MENAGES COTE D'IVOIRE 1998  
PAUVRETE EDUCATION ET SANTE ; INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
- 45) RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITATION DE 1998 :  
RESULTATS PROVISOIRES AJUSTES PAR CIRCONSCRIPTION ADMINISTRATIVE ;  
COMITE NATIONAL DU RECENSEMENT/ INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
- 46) MEMENTO CHIFFRE DE LA COTE D'IVOIRE 1996 ;  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
- 47) PREVENTION ET DEVELOPPEMENT C'EST L'AFFAIRE DE TOUS ! ;  
INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE PUBLIQUE/ Antenne Régional de Bouaké
- 48) La liste des prix vaccinaux aux élèves ; INHP/ Antenne Régional de Bouaké
- 49) Bilan annuel de l'an 1999 ; MSP/ Direction District de Dabakala
- 50) MONOGRAPHIE 1999 ; DIRECTION REGIONAL DE LA SANTE DES LACS
- 51) PLAN D'ACTION ANNUEL 2000 DE LA DIRECTION DEPARTEMENTALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE DE KATIOLA ;  
L'EQUIPE CADRE DU DISTRICT / DIRECTION DEPARTEMENTALE DE KATIOLA
- 52) ATELIER D'ELABORATION DES MODULES ET DU PLAN DE FORMATION DE SANTE  
A LA LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI ;  
MSP/ PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES ULCERES A MYCOBACTERIES
- 53) Initiative mondiale de l'OMS contre l'Ulcer de Buruli ; OMS
- 54) Recognizing Buruli ulcer in your community ; Global Buruli Ulcer Initiative/WHO
- 55) A GUIDE TO ELIMINATING LEPROSY AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM  
Second Edition 1997 ; Action Programme for the Elimination of Leprosy, WHO
- 56) RECONNAÎTRE LA LEPRE ET LA DRACUNCULOSE ; OMS
- 57) PRESENTATION GENERAL du CHU de BOUAKE ; CHU de BOUAKE
- 58) PROJETS DE LA COOPERATION FINANCIERE ET TECHNIQUE ALLEMANDE DANS LE  
SECTEUR DE LA SANTE Situation en janvier 98 ; GTZ/KfW
- 59) La Lettre du MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
une priorité nationale ; MSP
- 60) SYSTEME D'INFORMATION DE GESTION/  
RAPPORT MENSUEL DE L'ETABLISSEMENT SANITAIRE PRIMAIRE ; MSP
- 61) SYSTEME D'INFORMATION DE GESTION/  
RAPPORT ANNUEL DE L'ETABLISSEMENT SANITAIRE PRIMAIRE ; MSP
- 62) SYSTEME D'INFORMATION DE GESTION/  
RAPPORT MENSUEL DE L'HOPITAL GENERAL ; MSP
- 63) FICHES DE RENSEIGNEMENTS DE RECAPITULATION DES DONNEES ; UNICEF
- 64) PLAN D'ACTION ANNUEL 2000, District de Bouaké ;  
Direction Départementale de la Santé de Bouaké
- 65) Projet de Développement des Services de Santé Intégrés (PDSSI)  
Transmission d'Aide-mémoire ; Banque Mondiale

**Rapport provisoire de l'étude approfondi sur le  
"Projet de Soutien à l'Amélioration de la Santé Communautaire  
dans les Régions de la Vallée du Bandama et des Lacs"  
(PSASC)**

**02 octobre - 22 decembre 1999**

**Mission japonaise d'étude approfondie du projet sanitaire**

|                        |                                                        |
|------------------------|--------------------------------------------------------|
| Dr. Toshiyasu SHIMIZU  | : Conseiller du projet sanitaire<br>Chef de la mission |
| M. Toyomitsu TAMURA    | : Infirmier Diplômé d'Etat                             |
| Mlle. Chikako NAGAHORI | : Infirmière DE / Sage-femme                           |
| M. Hiroyuki KAMATANI   | : Planificateur                                        |

## **TABLE DES MATIERES**

### **1. AVANT PROPOS**

- 1-1. L'ETUDE DE BASE ET SON OBJECTIF
- 1-2. LES OBJECTIFS DE LA MISSION
- 1-3. DUREE DE LA MISSION ET ACTIVITES DES MEMBRES
- 1-4. REMERCIEMENTS

### **2. OBSERVATIONS GLOBALES**

- 2-1. IMPORTANCE DES ACTIVITES COMMUNAUTAIRES
- 2-2. FONCTIONNEMENT DES DR ET DES DD
- 2-3. COLLABORATION AVEC LA COOPERATION ALLEMANDE

### **3. ANALYSE DES SOUHAITS**

- 3-1. L'OBJECTIF ET LE METHODE DE L'ANALYSE
- 3-2. SOUHAITS DES INFIRMIERS
- 3-3. SOUHAITS DU PERSONNELS DE LA DIRECTION DEPARTEMENTALE DE KATIOLA
- 3-4. SOUHAITS DU PERSONNELS DE LA DIRECTION REGIONALS DE LA VALLEE DU BANDAMA

### **4. RAPPORT SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE DANS LE DISTRICT DE KATIOLA**

- 4-1. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE
- 4-2. LES MOYENS DE L'ETUDE
- 4-3. RESUMES DES RESULTAS
- 4-4. LES PROBLEMES PRIORITAIRES
- 4-5. LES PROPOSITION DES ACTIVITES DU FUTURE PROJET

### **5. PAPPORT SUR LA SANTE MATERNELLE DANS LE DISTRICT DE KATIOLA**

- 5-1. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE
- 5-2. LES MOYENS DE L'ETUDE
- 5-3. RESUMES DES RESULTAS
- 5-4. CONCLUSION POUR LES VILLAGES ELOIGNES
- 5-5. LES PROPOSITION DES ACTIVITES DU FUTURE PROJET

### **6. PROPOSITION DU PROJET**

- 6-1. STRUCTURE DU PROJET
- 6-2. LE NOM PROVISOIRE DU PROJET
- 6-3. LES OBJECTIFS DU PROJET
- 6-4. LES ACTIVITES
- 6-5. L'INVESTISSEMENT

### **7. ANNEX**

- 7-1. QUESTIONNAIRES
- 7-2. LES PERSONNES RENCONTREES
- 7-3. LES DOCUMENTS DE REFERENCE

## 1. AVANT PROPOS

### 1-1. L'ETUDE DE BASE ET SON OBJECTIF

Depuis quelques années, le gouvernement japonais a eu la bonne volonté de faire un nouveau projet de Coopération Technique dans le domaine de la Santé Publique en Côte d'Ivoire.

Ainsi, on a effectué l'étude de base d'une durée de deux semaines en décembre 1998. Après cette étude, nous avons décidé d'intervenir pour améliorer les Soins de Santé Primaire. Le Docteur SHIMIZU a informé le Professeur OUATTARA, Conseiller Technique du Ministère de la Santé Publique de ses intentions lors de sa mission en mai 1999, celui-ci lui a proposé les Région de la Vallée du Bandama et des Lacs pour que elles soient les régions cibles de notre projet sanitaire.

C'est ainsi, que nous faisons des études approfondies de santé publique en Côte d'Ivoire depuis 02 octobre 1999 en axant nos efforts sur la situation sanitaire du district de Katiola, car ce district a été choisi comme le centre pilote de notre projet.

### 1-2. LES OBJECTIFS DE LA MISSION

Avant le commencement de l'étude, nous avons déterminé les objectifs principaux de la mission qui sont les suivant :

- a - Confirmer la faisabilité du projet nippo-ivoirien de la santé publique.
- b - Faire des études avec les homologues ivoiriens afin d'identifier les problèmes sanitaires dans la(les) région(s) cible(s).
  - Conduire des investigations avec les responsables de la région sanitaire de la Vallée du Bandama et du district sanitaire de Katiola.
  - Résumer les investigations avec la partie ivoirienne et faire un rapport au Ministre de la Santé Publique.
- c - Arrêter les grandes lignes du projet avec des responsables ivoiriens.
  - Déterminer la(les) région(s) cible(s) du projet.
  - Préciser l'objectif du projet.
  - Identifier les résultats à atteindre et les activités du projet.
  - Déterminer l'organisation de la partie ivoirienne qui s'occupent du projet.
    - Le Responsable Régional : Directeur du projet
    - Le Responsable Central : Administrateur du projet
    - Les homologues des experts japonais
  - Délimiter les activités des grands programmes nationaux.
  - Confirmer la fourniture deux bureaux central et régional et l'allocation d'un budget de fonctionnement par la Côte d'Ivoire.
  - Coordonner avec les projets des autres bailleurs de fonds en particulier ceux du Kfw et du GTZ.
  - S'assurer que les experts japonais soient confortablement logés.

Nous avons atteint la plupart de ces objectifs, et nous mentionnons nos observations principales ci-dessous.



### 1-3. DUREE DE LA MISSION ET ACTIVITES DES MEMBRES

Selon la disponibilité de chaque membre de la mission, et fonction de la durées du séjours de chacun, nous nous sommes répartis les sujets de l'étude comme suit.

| Thème principale d'étude                                                                                                            | Durée du séjour<br>en Côte d'Ivoire |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Dr. SHIMIZU : Programme National, DR, DD, Autres bailleurs de fonds,<br>Médecine Traditionnelle, Planification du Projet Sanitaire, | du 02/10/99<br>au 22/12/99          |
| M. TAMURA : Analyse du SSP, IDE, ASC, Dispensaire et SSS                                                                            | du 02/10/99 au 10/12/99             |
| Mlle. NAGAHORI : Analyse de la PMI, Maternité, SF et AT,                                                                            | du 09/10/99 au 12/11/99             |
| M. KAMATANI : Planification de la Coopération et Equipements                                                                        | du 02/10/99 au 22/12/99             |

#### 1-4. REMERCIEMENTS

Dans l'accomplissement de cette mission, de nombreux personnages ont accepté de nous aider de leur plein gré. Nous témoignons de notre reconnaissance à tous, en particulier au Professeur OUATTARA Lassino, Conseiller Technique du Ministère de la Santé Publique, le Docteur COULIBALY Mamadou, Directeur Régional de la Santé Publique de la Vallée du Bandama, Mme MORIKO Karidia, Responsable des affaires sanitaires de la Vallée du Bandama, le Docteur ANOUAN Jean, Directeur du District Sanitaire de Katiola, Monsieur AKA Kouadio Remi, Responsable Financière du District Sanitaire de Katiola, le Docteur N'DRI Roger, Directeur du CSU de Niakaramandougou, Madame ADJOUMONE Marianne, Sage-femme /Responsable de la PMI de Katiola et Monsieur PEHE Henri, Infirmier-Chef du Centre de Santé Rurale (CSR) de Timbé, et deux aimables Conseillers de la Coopération Technique Allemande (GTZ) avec lesquels nous collaborerons très prochainement et qui sont le Docteur Philippe SWENNEN, Conseiller au Ministère de la Santé Publique et le Docteur Ulrike HOEKSTRA, Conseiller Technique Principale du Projet d'Appui aux Districts Sanitaires Bouaké et Yamoussoukro. C'est grâce à leur collaboration et à leur appui que nous avons pu terminer notre étude et nous les remercions très sincèrement.

## 2. OBSERVATIONS GLOBALES

### 2-1. IMPORTANCE DES ACTIVITES COMMUNAUTAIRES

En analysant la situation sanitaire de la population, nous remarquons la précarité et l'inégalité des conditions hygiéniques de la population. Donc il est nécessaire de sensibiliser la population à la hygiène de la vie et de développer les activités inter-sectorielles afin d'améliorer la situation hygiénique des villages.

Une autre particularité, c'est que la médecine traditionnelle est bien enracinée dans la vie du peuple et la plupart des villageois y ont recours pour leurs premières soins. Mais elle n'est pas encore bien valorisée, alors nous pensons qu'il est très important de développer la collaboration entre des guérisseurs traditionnels et les agents de santé pour améliorer la santé populaire et que ce sera l'une des activités importantes du future projet ivoiro-japonaise.

En outre, il convient de souligner le manque criard de moyens d'évacuation en milieu rural. Nous imaginons que les moyens habituels d'évacuation que sont les ambulances, ne sont pas appropriés à l'évacuation des malades pauvres. Et, nous avons envisagé que l'on puisse utiliser le chariot spécial d'évacuation (remorqué par une moto ou un vélo). Afin de vérifier cette faisabilité, pendant que nous faisons l'étude, nous avons demandé à un mécanicien de fabriquer un échantillon et de le faire tester par une Sage-femme japonaise qui travaille dans le bureau de la Direction Départementale de la Santé de Tiassalé comme volontaire. Nous allons avoir les résultats de cette expérience en mars 2000.

### 2-2. FONCTIONNEMENT DES DR ET DES DD

Le manque de budget de fonctionnement est la cause de tous les problèmes. Ensuite, nous pouvons citer le manque de personnel surtout dans le district départemental de Katiola dans laquelle nous comptons concentrer nos activités.

En ce qui concerne les conditions de travail du personnel, la construction de nouveaux bâtiments serait nécessaire, en particulier pour la Direction Départementale de Katiola et pour la Direction Régionale de la Vallée de Bandama afin de stimuler l'ardeur du personnel au travail.

### 2-3. COLLABORATION AVEC LA COOPERATION ALLEMANDE

Dans les deux régions que nous a proposé le MSP d'intervenir, la Coopération Allemande s'est déjà installée et a commencé le projet sanitaire. Et, nous sommes étonnés que les objectifs et les activités du projet allemand soient tout à fait semblables à ceux que nous prévoyons. Donc nous sommes un peu coincés et obligés de réfléchir sur l'orientation de notre mission. Mais, après des entretiens avec les responsables du GTZ et avec les responsables ivoiriens, on a abouti à une collaboration avec la Coopération Allemande en partageant les activités des deux projets. En principe, nous allons intervenir dans le niveau primaire et le niveau plus bas de la structure sanitaire et la Coopération Allemande se consacrera plutôt au niveau secondaire.

### 3. ANALYSE DES SOUHAITS

#### 3-1. OBJECTIFS ET METHODE DE L'ANALYSE

Depuis longtemps on souligne l'importance de la participation communautaire afin de bien développer le projet de la coopération technique. Récemment, la JICA a utilisé une méthode de gestion du cycle du projet qui s'appelle PCM (Project Cycle Management) afin de faire la planification participative du projet et de faciliter le suivi et l'évaluation d'une manière plus logique. La méthode PCM est un procédé méthodique qui a son origine dans la méthode allemande ZOPP.

Les processus de PCM et de ZOPP sont similaires et assez compliqués de telle sorte que l'on a besoin de plusieurs jours de discussions afin d'analyser les problèmes et de formuler le plan du projet. Et, depuis quelque temps, on se rend compte que ces méthodes ne permettent pas de tenir compte de toutes les voix latentes du peuple et de mobiliser les pleines volontés des habitants pour développer le projet. Donc nous avons cherché d'autres méthodes afin de simplifier la procédure de la planification du projet et/ou de renforcer la participation communautaire.

Voilà pourquoi nous proposons d'essayer de faire l'analyse des souhaits (WANTS analysis en anglais) comme une des alternatives des méthodes précitées. Cette méthode analytique est d'abord mentionnée dans un ouvrage d'un socio-pédagogue japonais et se caractérise sur l'analyse basée sur les souhaits (wants en anglais) des habitants, et non sur des besoins (needs en anglais).

Selon la procédure de cette analyse, on commence en demandant aux participants de dresser une liste (au moins 18 articles) de souhaits de faire et d'être sur la fiche quadrillée (ANNEX 7-1-1). Après avoir rempli la formule, on leur demande de choisir six à huit souhaits prioritaires. Ensuite on demande encore de choisir deux ou trois articles les plus prioritaires.

En ce qui concerne le reste de la procédure, nous jugeons qu'elle n'est pas nécessaire pour l'étude, par conséquent veuillez-nous excuser pour l'avoir supprimée. Mais, après avoir fini l'analyse, il serait possible de programmer des activités du projet à partir des vrais souhaits des habitants, et non à partir des besoins administratifs.

En outre, c'est une façon encourageante d'apprécier les pleines volontés des participants, en revanche il est un peu décourageant de citer un grand nombre des problèmes détaillés comme on le fait dans la procédure de PCM et de ZOPP. Il est bien connu en particulier dans le domaine de la pédagogie qu'il est essentiel de notifier et d'apprécier, premièrement les points positifs afin d'encourager à se développer. Et c'est tout à fait secondaire de citer le minimum des problèmes dans le but de réussir à faire progresser. En plus, c'est un peu superficiel de citer seulement les problèmes pour trouver des solutions. Il est mieux d'analyser les raisons et de tirer les leçons profonds des résultats que l'on a obtenu. Ce type d'analyse est faible dans la procédure des méthodes sus-mentionnées. Ainsi c'est une autre raison pour laquelle nous avons essayé l'analyse des souhaits.

Mais nous nous excusons si l'analyse n'est pas très bien faite parce que c'était notre premier essai de cette méthode et que nous n'avons pas eu de temps à la faire avec les villageois, les ASCs, les membres du COGES, etc. En outre, sont très variées la compréhension des participants et leur manière de remplir. Alors nous sommes arrivés à écouter beaucoup de besoins en matériel et avons fini par recueillir une quantité insuffisante de souhaits de faire et d'être.

Tout de même, nous allons traiter les résultats comme ci-dessous.

### 3-2. DESIRS DES INFIRMIERS (Table 3-1(a) et 3-1 (b) )

Il est remarquable que tous les infirmiers désirent des formations continues, donc il est préférable d'organiser plusieurs séances de formation afin de répondre à leur attente. Parmi les sujets de formation, ce que de nombreux infirmiers souhaitent apprendre est: le traitement du paludisme grave (six), l'IRA (quatre) et les techniques des gestions (trois). Quant au matériel, ceux-ci désirent beaucoup de choses, ce qui reflète la pauvreté des équipements de formations sanitaires. A la tête de la liste, se trouve la moto pour la stratégie avancée.

### 3-3. DESIRS DU PERSONNEL DU DIRECTION DEPARTEMENTAL DE KATIOLA (Table 3-2)

La plupart des souhaits se classent dans les catégories de matériel et de budget de fonctionnement, entre autres, le véhicule de supervision est le plus cité.

### 3-4. DESIRS DU PERSONNEL DU DIRECTION REGIONAL DE LA VALLEE DU BANDAMA (Table 3-3)

La particularité du résultat de cette analyse est que tout le personnel demande le déplacement de la Direction Régional vers le centre ville puisque le bureau actuel de la Direction est un peu éloigné et exigu, et que l'accessibilité est difficile. Donc, il est souhaitable que l'on puisse trouver ou construire un nouveau bureau approprié au fonctionnement afin de stimuler l'ardeur de personnel au travail.

## 4. RAPPORT SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE DANS LE DISTRICT DE KATIOLA

### 4-1. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

Vérifier la situation actuelle du système sanitaire du district de Katiola dans la région de la Vallée du Bandama, préciser les problèmes prioritaires en matière des soins de santé primaire et proposer les activités du futur projet sanitaire ivoiro-japonaise.

### 4-2. LES MOYENS DE L'ETUDE

- A ; Enquête sur les habitants des quelques villages du district de Katiola ( Questionnaire, Annexe 7-1-2)
- B ; Enquête sur les patients qui ont consulté des centres de santé du district de Katiola ( Questionnaire, Annexe 7-1-3)
- C ; Enquête sur les infirmiers qui travaillent dans les formations sanitaires du district de Katiola ( Questionnaire, Annexe 7-1-4)
- D ; Visite des formations sanitaires du district de Katiola, en particulier, celles dans lesquelles on s'occupe des soins de santé primaire

### 4-3. RESUMES DES RESULTAS

- A ; Enquête sur les habitants des quelques villages éloignés du district de Katiola ( Questionnaire, Annexe 7-1-2)

Nous avons fait les enquêtes sur 25 habitant(e)s de 4 villages dont il n'y a pas d'établissement sanitaire et sont variables les accessibilités à celle-là.

Dans chaque village, il y a eu des occasions de sensibilisation par l'Institut Pierre Richet, des bailleurs de fonds et des ONGs en particulier celle des étudiants qui sont né(e)s dans le village. Mais les contenus des sensibilisations sont différents par village et, parmi des villageois nous avons observé le grand écart des connaissances sur la santé, particulièrement celles concernant la diarrhée des enfants, les maladies chroniques des adultes, le paludisme et VIH/SIDA. ( Fig.4-1 ~Fig. 4-26 )

Dans tous les villages on boit directement de l'eau des puits et il n'y a pas d'habitude de boire de l'eau bouillie.

En ce qui concerne la médecine traditionnelle, les villageois ont beaucoup de confiance en cette discipline. La plupart des habitant(e)s consultent d'abord des tradi-platiciens ou preparent eux-mêmes les médicaments traditionnels en ramassant des feuilles ou des écorces auprès de chez soi. Et c'est après n'avoir pas eu de guérison par la médecine traditionnelle que l'on va solliciter la médecine moderne. En outre, la majorité des villageois se plaint de la chèreté de la consultation de la médecine moderne et des médicaments modernes.

- B ; Enquête sur les patients qui ont consulté des centres de santé du district de Katiola ( Questionnaire : Annexe 7-1-3)

Nous avons questionné dix patient(e)s de trois dispensaires. La plupart des patients n'ont pas terminé le cycle primaire et habitent à environ deux kilomètres du CS dont ils sont reçus pour la consultation. (Table 4-1 ; Q4 et Q10)

Après avoir reçu la consultation, tous les patients ont reçu des traitements et/ou des prescriptions ou même des médicaments s'ils sont disponibles sur place. Les frais des prestations varient selon les patients de 200 FCFA à 21500 FCFA (Table 4-1 ; Q23 )et au cas

où ils manquaient d'argent, ils se débrouillent pour trouver le moyen.

Tous les patients ont répondu avoir été satisfaits des prestations reçues (Table 4-1 : Q24 ), mais en considérant la situation dans laquelle l'enquête est faite par l'intermédiaire de personnel de santé, l'interprétation de ces réponses serait délicate.

D'ailleurs, le taux de fréquentation chez les tradi-praticiens est très bas parmi les patients de Fronan (Table 4-1 : Q28 ), donc on peut estimer que le degré de confiance dans la médecine traditionnelle est assez varié selon les communes.

#### C ; Enquête sur les infirmiers qui travaillent dans les formations sanitaires du district de Katiola ( Questionnaire : Annexe 7-1-4)

Nous avons effectué l'enquête individuelle sur 20 infirmiers de 17 CS au cours de la visite des établissements sanitaires.(Fig. 4-27)

La majorité des infirmiers sont âgés de trentaine et ont environ 5 ans d'expérience professionnelle. (Fig. 4-28, 4-32 et 4-33 )

Tous les infirmiers font les statistiques des patients et des maladies fréquentes, mais sont rares ceux qui effectuent l'évaluation gestionnaire et financière.

En travaillant dans les conditions difficiles comme mentionnées ci-dessus, ils souhaitent avoir le matériel essentiel et approfondir leur connaissances. Ils désirent vivement acquérir l'occasion de participer à la formation continue. (Fig. 4-37, 4-38 et 4-39 )

Mais tous les participants aux formations continues sont nommés par la direction régionale ou par la direction départementale et on ne tient pas compte de la demande personnelle. Et, jusqu'à présent, les infirmiers qui travaillent dans les CSR sont privilégiés puisque ils s'obligent à soigner tous les malades et à diriger le dispensaire tout seul. En conséquence, les infirmiers des CSR et de l'HG n'ont pas beaucoup des chances de le faire et ils éprouvent quelques mécontentements à cette situation. Donc ils désirent avoir la possibilité d'être formés plus fréquemment. En tout cas, il est nécessaire d'augmenter le nombre et les places des formations continues afin de répondre à leur désirs de se perfectionner dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé primaire

En ce qui concerne le PMA qui est confectionné en avril 1999, il n'a pas été encore distribué et peu d'infirmier sait son existence. (Fig. 4-42 et 4-43 )

#### D ; Visite des formations sanitaires du district de Katiola, en particulier, celles dans lesquelles on s'occupe de la soin de santé primaire

Nous avons visité 21 formations sanitaires du district de Katiola incluant 1 clinique privée. Dans ce district, il n'y a pas d'établissement du niveau tertiaire comme CHU ou CHR. 1 HG et 3 CSU fonctionnent comme l'établissement de référence au niveau secondaire. 1 CSU, 3 CSR et 9 dispensaires s'occupent uniquement des soins de santé primaire et donc composent le niveau primaire. (Table 4-2, 4-3 et 4-4)

Presque tous les établissements de niveau primaire sont demunis d'électricité et d'eau courante. Il faut aussi ajouter le manque du personnel, des matériels médicaux et du budget de fonctionnement, ils sont donc hors d'état de rendre bonnes prestations aux patients. (Table 4-2)

Il faut souligner que le manque de moyen de déplacement rend difficile d'exercer la stratégie avancée, donc des villages éloignés ne sont pas bien couverts par des activités sanitaires surtout la vaccination.

Tous les infirmiers tiennent le calendrier hebdomadaire de leur travail dont ils programment une ou deux activités préventives c'est à dire la vaccination et la consultation prénatale. Dans les CSR qui ont la maternité la(les) sage(s)-femme(s) aussi s'occupent des activités préventives, en revanche, dans les CSR qui n'ont que le dispensaire, ce sont des

infirmiers et garçons des salles qui font accoucher des femmes. Quelques maternités sont en train d'être construites, mais la plupart sont stoppées depuis longtemps à cause du déficit budgétaire du ministère et on ne peut guère prévoir la solution.

Tous les CS tiennent un comité de gestion (COGES), mais trop peu de COGES fonctionnent afin de diriger bien le CS et de sensibiliser les habitants. Ainsi, dans peu des villages existent les agents de santé communautaire(ASC).

#### 4-4. LES PROBLEMES PRIORITAIRES

En analysant la situation sanitaire de la district de Katiola nous voulons citer les problèmes prioritaires des soins de santé primaire ce qui suit.

- peu de connaissances correctes des villageois sur la santé
- peu de revalorisation de la médecine traditionnelle
- absence d'activités de sensibilisation
- insuffisance des formations continues
- insuffisance des activités de la stratégie avancée
- insuffisance des ASCs et des ATs et manque de leur formation
- précarité des CSRs surtout le manque d'électricité
- insuffisance des matériels essentielles dans les CSRs
- insuffisance des personnel
- plupart des COGESs non actifs

#### 4-5. LES PROPOSITION DES ACTIVITES DU FUTURE PROJET

- organiser les séances de sensibilisation dans les villages
- organiser l'éducation sanitaire dans les écoles primaires afin d'améliorer les connaissances hygiéniques de la population
- apprécier la médecine traditionnelle à sa juste valeur et former des tradi-praticiens
- développer les activités préventives dans le milieu rural
- former suffisamment des ASCs et les activer
- augmenter l'occasion des formations continues aux infirmiers
- former des membres de COGESs et vitaliser leurs activités
- donner des matériels essentielles et des moyens de déplacement dans les formations sanitaires de premier niveau
- améliorer la qualité des prestations sanitaires dans les centres de santé
- développer le système de référence et de contre-référence



## **5. PAPPART SUR LA SANTE MATERNELLE DANS LE DISTRICT DE KATIOLA**

### **5-1. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Etudier la réalité des activités sanitaires du district de KATIOLA dans le domaine de la PMI, préciser les problèmes de celle-ci et planifier les activités du futur projet.

### **5-2. LES MOYENS DE L'ETUDE**

A.- Visite aux formations sanitaires du district de KATIOLA, en particulier, ceux dans lesquels on s'occupe de la santé maternelle.(Table 5-1 )

B- Enquête sur le personnel de santé

Les sages-femmes qui travaillent dans les formations sanitaires du district de Katiola (Questionnaire ; ANNEX 7-1-5 ) et discussion en groupe avec les sages-femmes qui travaillent à Sakassou et à Béoumi.

C- Enquête sur les mères

Un échantillon de quarante-six (46) femmes pris au hasard dans trois (3) Centre de Santé Urbain (Fronan, Niakara, Tafiré) et sept (7) villages (Niangbo, Touro, Kanangonon, Atienkaha, Kafiné, Folofonkaha, Ngolodougou) du district de Katiola (Questionnaire ; Annexe 7-1-6, Résultats ; Fig. 5-1 ~ Fig. 5-40 )

D- Entretien avec les matrones à Niangbo, Touro, Folofonkaha, Ngolodougou

### **5-3. RESUMES DES RESULTAS**

a) Le nombre de sage-femme est insuffisant, et parmi les 18 centres de santé de Katiola, seulement 8 ont une sage-femme. (Table 5-1) En conséquence, des infirmiers et des filles de salle s'occupent d'accouchement, mais ils ne sont pas bien formés pour ce domaine.

b) Beaucoup de sages-femmes désirent participer aux formations continues, en particulier, celles des soins périnatales et infantiles, mais n'ont pas beaucoup d'occasion que les infirmiers (ères). Depuis longtemps il n'y eu qu'un seul séminaire de planification familiale pour elles.

c) Dans la plupart des formations sanitaires, des équipements essentiels gyneco-obstetricaux sont insuffisants.

d) Des femmes qui habitent dans les villages éloignés ayant des accès difficiles ont des difficultés à venir dans le centres de formations sanitaires, car n'ayant pas de moyen de transport.

En plus, selon leur coutume, elles préfèrent accoucher à domicile avec l'assistance des matrones qui ne sont pas bien formées pour accomplir cette tâche.

Les soins du nouveau-né sont fait avec des médicaments traditionnels (tiges, feuilles d'arbre, ect...)

e) Une autre raison qui rend difficile la visite des formation sanitaires par les villageois est la cherté des consultations et des médicaments modernes pour la plupart.

f) La plupart des formations sanitaires sont démunies de système de moyen d'évacuation. Le coût d'utilisation des ambulances (qui sont fournies seulement à quelques centres) est très cher pour majorité des villageois. (Table 4-4)

g) Les agents de santé communautaire (ASC) qui s'occupent des SSP des villageois ne sont pas bien formés et n'ont pas assez de moyen pour leurs activités.

#### 5-4. CONCLUSION POUR LES VILLAGES ELOIGNES

**A)** Dans la plupart des formations sanitaires, les infirmières et les filles de salle qui ne sont pas bien formées dans le domaine de l'accouchement s'occupent de l'accouchement des femmes; à cela s'ajoutent l'insuffisance des équipements essentiels gyneco-obstétricaux et des moyens d'évacuation. Donc, il est nécessaire d'améliorer les soins prénatales et obstétricaux de base.

**B)** En raison des difficultés économique et d'accès aux route, la majorité des villageois ne fréquentent pas les formations sanitaires. Donc il est nécessaire de sensibiliser les villageois sur les soins préventifs et les premiers soins. Pour atteindre cet objectif, on doit bien former les ASC et les accoucheuses traditionnelles et améliorer les conditions de leurs travaux.

#### 5-5. LES PROPOSITION DES ACTIVITES DU FUTURE PROJET

- a) Formation et amélioration des capacités du personnel qui s'occupent des accouchements (sages-femmes, infirmiers(ères), filles de salle et accoucheuses traditionnelles.)
- b) Aménagement et fournitures d'équipements dans les maternités du district de KATIOLA.
- c) Développement des prestations de la planification familiale dans les centres de santé.
- d) Sensibilisation de la population aux soins de santé périnatales et infantiles.
- e) Sensibilisation des femmes en âge de procréer et leurs partenaires à la planification familiale.
- f) Amélioration des systèmes de moyens d'évacuation.
- g) Formation des agents de santé communautaires et soutenir leurs activités.

## 6. PROPOSITION DU PROJET

### 6-1. STRUCTURE DU PROJET

#### 6-1-1. Cadres dirigeants du projet

- Administrateur du projet ; responsable central (un personnage du MSP)
- Directeur(s) du projet ; responsable(s) régional(s) (Directeur(s) régional(s) de la Santé)
- Exécuteurs du projet ; responsables départementaux  
(Directeurs départementaux de la Santé)

#### 6-1-2. Bureaux du projet

- Un bureau central dans le bâtiment du MSP pour des experts japonais
- Un ou deux bureaux régionaux pour des experts japonais
- Un bureau départemental à Katiola (district pilote) pour des experts japonais

#### 6-1-3. Les mécanismes de la gestion et de l'exécution

- Réunion hebdomadaire à la Direction Régionale de l'équipe DR avec JICA et GTZ
- Réunion hebdomadaire à la Direction Départementale de Katiola de l'équipe DD avec JICA
- Comité de gestion bimensuel des cadres du projet
- Comité de suivi semestriel des cadres du projet

### 6-2. LE NOM PROVISOIRE DU PROJET

" Projet de Soutien à l'Amélioration de la Santé Communale  
dans les Régions de la Vallée du Bandama et des Lacs " (PSASC)

### 6-3. LES OBJECTIFS DU PROJET

**Objectif global :** La situation hygiénique et sanitaire de la population est améliorée  
dans les Régions de la Vallée du Bandama et des Lacs  
(même que celui du GTZ )

**Objectif Principal du projet :** Le système sanitaire répond mieux aux nécessités  
de la population dans les Régions de la Vallée du Bandama et des Lacs  
( idem )

#### Résultats à atteindre :

- A. Les connaissances et les conduites sanitaires de la population sont améliorées.
- B. La participation communautaire à la structure sanitaire est activée en mettant l'accent sur le rôle social de la femme.
- C. Les prestations des services sanitaires, en priorité PEV, Lutte contre la paludisme, ulcère de Buruli, PMI et P/F, sont améliorées.
- D. La fonctionnalité des Directions Départementales et des Directions Régionales est améliorée. (même que celui du GTZ )

### 6-4. LES ACTIVITES afin d'atteindre les résultats

- A. Les connaissances et les conduites sanitaires de la population sont améliorées.

- Renforcer les activités de sensibilisation de la population aux problèmes prioritaires de la santé ; PEV, paludisme, ulcère de Buruli, P/F, nutrition, etc..
- Former des enseignant(e)s afin d'organiser l'éducation hygiénique dans l'école primaire
- Renforcer des activités préventives des SSSU
- Mobiliser des moyens de diffusion massive pour la sensibilisation populaire

B. La participation communautaire à la structure sanitaire est activée en mettant l'accent sur le rôle social de la femme.

- Former les membres des COGESs incluant des femmes et dynamiser leurs activités
- Former suffisamment des ASCs et des ATs et renforcer des stages de formation continue d'eux
- Donner des matériels essentiels aux ASCs et ATs afin de faciliter leur travail
- Equiper des Cases de Santé
- Développer la collaboration avec la médecine traditionnelle

C. Les prestations des services sanitaires, en priorité PEV. Lutte contre la paludisme, ulcère de Buruli, PMI et P/F, sont améliorées.

- Organiser périodiquement des stages de formation continue des IDEs et des Sages-Femmes
- Fournir en matériels nécessaires CSUs, CSRs, Dispensaires, PMIs et SSSUs afin d'améliorer la qualité des soins curatifs et préventifs

D. La fonctionnalité des Directions Départementales. et des Directions Régionales est améliorée.

- Organiser des réunions périodiques afin d'examiner et de réviser les plans d'action en collaborant avec le GTZ
- Fournir des équipements nécessaires
- Privilégier le district de Katiola comme le district pilote afin d'obtenir de bons résultats et de donner l'exemple à suivre

## 6-5. L'INVESTISSEMENT

### 6-5-1. Experts

#### Experts de long terme (l'équipe des experts)

- |                                                         |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| • dirigeant de l'équipe /conseiller principal (médecin) | <b>= taches présumptives =</b><br>: fonctionnalité des DR et des DD, programmes nationaux |
| • conseiller (infirmier)                                | : IDE, ASC, Dispensaire, SSSU.                                                            |
| • conseillère (infirmière/sage-femme)                   | : SF, AT, Maternité, PMI,                                                                 |
| • coordinateur / responsable financier                  | : équipements                                                                             |
| ( • conseiller sur la participation communautaire?)     | : COGES? , ONG?                                                                           |

#### Experts de court terme

- conseiller sur l'administration sanitaire (1per./an?)
- conseiller sur la P/F (1per./an?)
- conseiller sur la maintenance d'équipement médical (1per./an?)
- conseiller sur la nutrition (1per./an?)

- conseiller sur le chariot spécial d'évacuation (remorque pour moto) (1per./an?)
- conseiller sur la formation des ASC et des AT ?
- conseiller sur la santé scolaire ?
- conseiller sur la paludisme ?
- conseiller sur l'ulcère de Buruli ?

#### 6-5-2. Equipement

##### Niveau communautaire

- pour ASC : vélo, (caisse de pharmacie)
- pour AT : kit d'accouchement
- pour COGES : guide de COGES, calculatrice
- chario d'évacuation (remorque pour moto) avec matelas

##### Niveau CS (CSU, CSR, Dispensaire)

- moto pour la stratégie avancée
- matériels de petite chirurgie et de pensement
- matériels de CPN et d'accouchement
- incinérateur
- matériel simple de stérilisation

##### Niveau D.D.

- matériels des bureaux
- matériels du magasin de PSP (rayons, réfrigérateur, etc.)
- matériels du centre de formation (TV, video, projecteur, etc.)
- (véhicule de supervision?)

##### Niveau D.R.

- matériels des bureaux
- matériels du centre de formation
- (véhicule de supervision?)

##### Niveau central

- DSC : (véhicule de supervision?)
- Programme lutte contre paludisme : (moustiquaires imprégnés?, véhicule de supervision?)
- Programme ulcère de Buruli : (véhicule de supervision?)
- Programme PEV : ??
- Programme P/F : ??

#### 6-5-3. Construction

- Centre de formation continue à INFAS/Bouaké
- Magasin de médicaments et de vaccins à Katiola
- (Centre de formation continue à Katiola ?)