附　属　資　料

① 協議議事録（M ／ M）

② 現地調査行程

③ 主要面談者および訪問先一覧

④ 会見記録（佐藤団長記録）

⑤ モロゴロ州の基礎保健情報

⑥ 医療施設における医療従事者配置状況

⑦ 保健医療施設の主な機器・機材リスト

⑧ モロゴロ州内 5 県におけるドナー支援

⑨ 各県における保健施設とレファラル・システム

⑩ 保健省、モロゴロ州における保健行政組織図（2000 年 12 月）

⑪ PCM ワークショップ参加者リストおよび参加者分析、問題分析、目的分析

① 協議議事録（M／M）

MINUTES OF MEETING
BETWEEN
THE JAPANESE PREPARATORY STUDY TEAM
AND
THE CONCERNED AUTHORITIES OF GOVERNMENT OF
THE UNITED REPUBLIC OF TANZANIA ON
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION PROJECT
FOR
STRENGTHENING DISTRICT HEALTH SERVICES IN MOROGORO REGION

The Japanese Preparatory Study Team organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Ms.Yoshiko SATO (hereinafter referred to as " the Team") visited the United Republic of Tanzania from November 2 to December 15, 2000 for the purpose of conducting a study regarding the request for Japanese technical cooperation for Project of Strengthening District Health Services in Morogoro Region (hereinafter referred to as " the Project").

During the study in the United Republic of Tanzania, the Team exchanged views and had a series of discussion, studied the detailed components of the Project with the authorities concerned of the United Republic of Tanzania.

The overall framework of the project will be finalized when JICA dispatches another team to discuss implementation of the Project.

As a result of the discussions, both sides confirmed the matters in the attached document hereto.

Dar es Salaam, December 15, 2000

Ms. Yoshiko SATO
Leader
Japanese Preparatory Study Team
Japan International Cooperation Agency

Ms. Mariam J. MWAFFISI
Permanent Secretary
Ministry of Health
United Republic of Tanzania

Dr. Ferdinand FUPI
Morogoro Regional Medical Officer
Ministry of Health
United Republic of Tanzania

THE ATTACHED DOCUMENT

The meeting between JICA and Tanzania authorities concerned were held on December 15, 2000 at Dar es Salaam in Tanzania with participants listed below:

Tanzania Side

Ms. Mariam J. MWAFFISI	Permanent Secretary Ministry of Health, United Republic of Tanzania
Dr. Gilbert R. MLIGA	Acting Chief Medical Officer Ministry of Health, United Republic of Tanzania
Dr. Ferdinand FUPI	Morogoro Regional Medical Officer Ministry of Health, United Republic of Tanzania

Japanese Side

Ms. Yoshiko SATO	Team Leader Expert of International Health and Nutrition TAC International Co. led.
Mr. Tetsuo YAMAGATA	Health Administration Adviser Senior Manager, Medical and Pharmaceutical Affairs division Health and Welfare Department, Shiga Prefecture
Mr. Naonobu MINATO	Participatory Planning Deputy Director, Department of Planning and Program Foundation for Advanced Studies on International Development
Ms. Junko NOGUCHI	Project Administration Program Officer, Department of Planning and Program Foundation for advanced Studies on International Development
Mr. Hiroyuki TAKADA	Assistant Resident Representative JICA TANZANIA OFFICE

1. The result of the study team

The Team held workshop on the Project by Project Cycle Management (PCM) method with authorities concerned in Morogoro from December 11 to 13, 2000. The report of the workshop is attached. The report of the workshop will be analyzed in Japan. A draft of the Project Design Matrices (PDM) will be developed before next mission team will be dispatched to Tanzania. The next mission team will finalize PDM of the Project through discussion with authorities concerned.

2. INPUT TO THE PROJECT BY THE JAPANESE SIDE.

(1) Dispatch of Long-term Experts

Project Team Leader

Health Administration Adviser

Health Education and Health Statistic Adviser

Project Coordinator

Other necessary experts based upon agreement of both sides

FF

(2) Dispatch of Short-term Experts

Short-term experts will be dispatched according to the needs for the smooth implementation of the Project activities.

(3) Personnel training in Japan of Counterparts

Counterpart personnel will be trained in Japan according to the annual work plan of the Project as long as the budget allocated for the technical cooperation allows.

(4) Provision of the equipment

The necessary equipment will be provided for the effective implementation of the Project within the budget allocated for the technical cooperation.

3. INPUTS TO THE PROJECT BY THE TANZANIA SIDE

(1) Assignment of counterpart personnel

The Tanzania side will assign all members of Regional Health Management Team and District Health Management Team including respective Hospital Management Team of Government facilities in Morogoro Region as counterpart personnel of the Project. The Tanzania side will also assign staffs of the Eastern Zonal Training Center as counterpart personnel of the Project as will be required.

(2) Assignment of administrative personnel

The Tanzania side will assign four administrative personnel necessary for implementation of the Project.

Administrative officer
Secretary
Drivers (One is permanent and another is temporary)

(3) Providing office space, furniture and utilities (water and electricity)

4. REMARKS

The Team studied present condition of potential target health facilities of the Project, and discussed with authorities concerned including community level people in every four districts and one municipality of Morogoro region during the study.

The study team explained to authorities concerned on basic component of Project type technical cooperation scheme of JICA, and presented preparative conditions of the Japanese side.

The Tanzania side understood the explanation, and contributed to the team for exchanging views and ideas of the Project during the study.

The Team will bring back the result of the study for preparation of next mission team for Record of Discussion.

Participation Analysis

Beneficiary:

People, Community, Father, Mother, School, Pregnant mother, Baby, Health Center, Health Facility Users, Tourists, RHMT, DHMT, Patients, School child, Youth, The aged, The orphans, District council

Negatively affected group:

Tanzania Traditional Healers Association, Traditional healer, TBAs, Private health services,

Funding agencies:

DANIDA, NORAD, SDC, Irish Aid, UNICEF, KEPA(Finish NGO), World Bank, Embassy of Japan, Plan International, CDTF, IDRC, JOICEP, AMMP(DFID), WHO, Foreign investors, JICA,

Implementing agencies:

Therapeutic Hospital Committee, JICA, P.H.C. Committee, Medical officers, Regional coordination committees, District Management Team, UNICEF, Regional Health Management Team, Regional Medical Officer, Regional secretariat, JICA project team, District health boards, District Planning Officer, Regional Planning Officer, Health workers, Health personals, Community people, RHMT, Dispensary, Health center, Private Heath Facilities, Public Health Facilities

Community leader:

The council, VEO, WEO, Community representative, Ward Development Committees, The CORPs, Village Health Committee

Potential opponents:

Tourists, Traditional Healers, The R.C. Church

Supporting group:

AFREDA, Luth Church, NGO, TANAPA, Institute of Management Mzumbe, World Vision, TEHIP, World Vision's development project, Anglican church, Drug supplier, Mtibwa sugar estate, Faraja trust fund, Easter Zonal Training Center, Private investors,

1 of 2

OKOA, TAZARA, APOC, Research Institution, MUAJAKI, Nursing training center, TEHIP, TBA's, Traditional Healers, Religious organization, Religious institution, FDC, UMATI, The R.C. Church, Assistant Medical Officer Training Center

Decision-makers:

The Community Leaders, District Health Management Team, MOH Regional office, District council, Full council (All districts councils), Regional Administration Secretary

Policy makers:

PMO/PRSP TEAM, PO/RALG, Ministry of Health, Ministry of Finance, Civil Service Department

(Note: PCM workshop was held at Hotel OASIS from 11th to 13th December, 2000. The number of participants was 20 persons including representatives from Regional Secretariat, Morogoro Urban, Morogoro Rural, Kilosa, Kilombero, Ulanga and JICA.)

FF

2 of 2

Detailed Participation Analysis: A FAMILY

Characteristics	Problems	Interests, motives, attitudes	Potential	Strengths
Extended/big family	No access to good health services	Need more economic investment	Community labor based on initiatives	Family cohesion
Average no. 8 people (in the household)	Financial constraints	Sympathy from health workers	Community based health care	Interested in development
Many children	Poor environment/ sanitation	Different motives for children	Community activities ware good	Good land for economic activities
Traditional norm/ beliefs	Inadequate supplied with clean and safe water	More values for rural children	Corps	Well organized based organizational structures
Controlled by taboo and culture	Poor housing	Male children most favored	availability of professionals	Participate in community based health activities
Low health education	Poor referral system	Good health services	Availability of different partners	
Low school education level	Poor infrastructure	Need more health education		
Most of them poor/ low income	Low literacy rate	Respect from health workers		
Female takes care of the sick	Diseases	Beliefs in superstitions		
Women have no say	Lack of food security	Local beliefs		
Most male headed	Unavailability of firewood	Concentrates on petty trading business		
Father is the head	Poverty			
Male control of financial resources	No transportation			
Subsistence farming	Misuse of good during ceremony			

1 of 2

Weakness	Constraints	Implications
Poor working tools	Lack of enough capital for equipment	Death of hunger and disease
Less communication with health service provider	Limited resources especially funds	Ignorance
No security	High prevalence of STD/HIV/AIDS	Ill health
Have no enough building factors		Poverty
Poor health seeking behavior		Under-development
Mother looses everything after her husband's death		

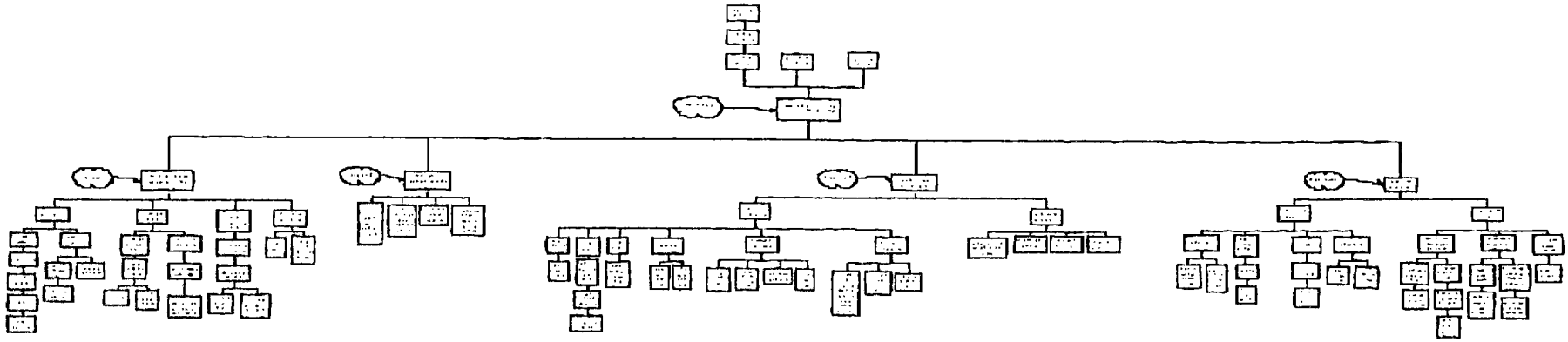
2 of 2

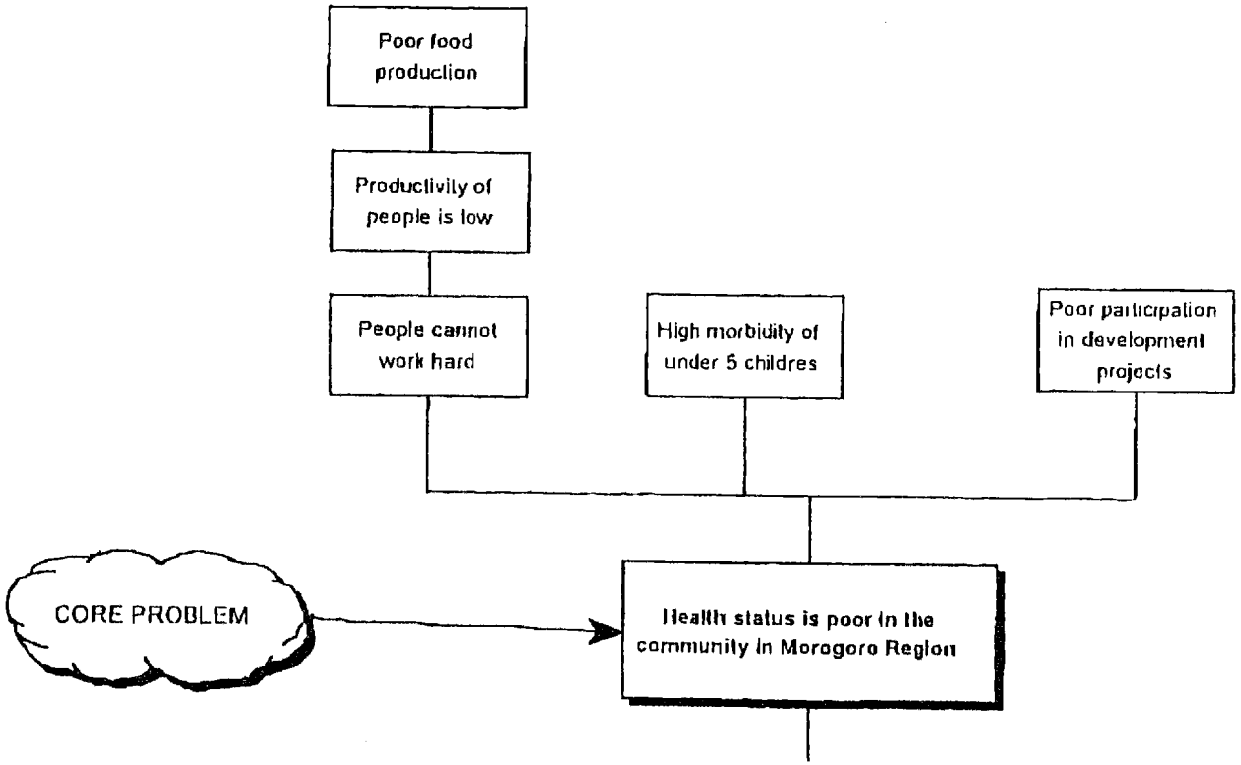
Detailed Participantion Analysis: HEALTH SERVICES

Characteristics	Problems		Needs	Potential
Equipment size is small	Lack of safe water	Poor working ethics	Reconstruction/ rehabilitation	Structures exist
Capacity is small	Debilitated facilities	Nepotism	functioning equipment's	existency of the community
Debilitated buildings	Poorly maintained facilities	Inadequate funding	improve availability of equipment's	Mobilization of community to act
Not strategically located	Unskilled health staffs		Eatables equipment's preventive maintenance	Donors financial and technical support
Some of equipment's cannot be handled by staff	Poor communication		Better communication	Government assistance
Administrative structure is inadequate	Inadequate transport		Improve referral system	Reformed for better service
Receiving a lot of complaints/ dissatisfactions from customers	Poor referral system		Improved working conditions	Community approval and support
Many broken instruments	Lack of modern medical equipment's		Career building program	Community contribution
Under drastic structure HSR	Inadequate operations and maintenance		Beneficiaries participation	Self-sustained
Villagers by passing dispensary to straight to Health Center	Limited career opportunities		Application of participatory health planning	Room to improve skills and human resources
Parent ministry oriented	Restlessness of staff		Public Posting of budget and expenditure	Current HSR
Donors dependent	Lack of common understanding for HSR		Improved accountability	
Poor sharing of skills and know-how	Lack of accountability		Gain more positive publicity	
	Lack of transparency/ attitude		Motivated skilled service providers	
			Recruitment of more health staffs	

Problem Analysis—Problem Tree

Target Group: A Family




Poor food production
Productivity of people is low
People cannot work hard
High morbidity of under 5 childres
Poor participation in development projects
CORE PROBLEM
Health status is poor in the community in Morogoro Region

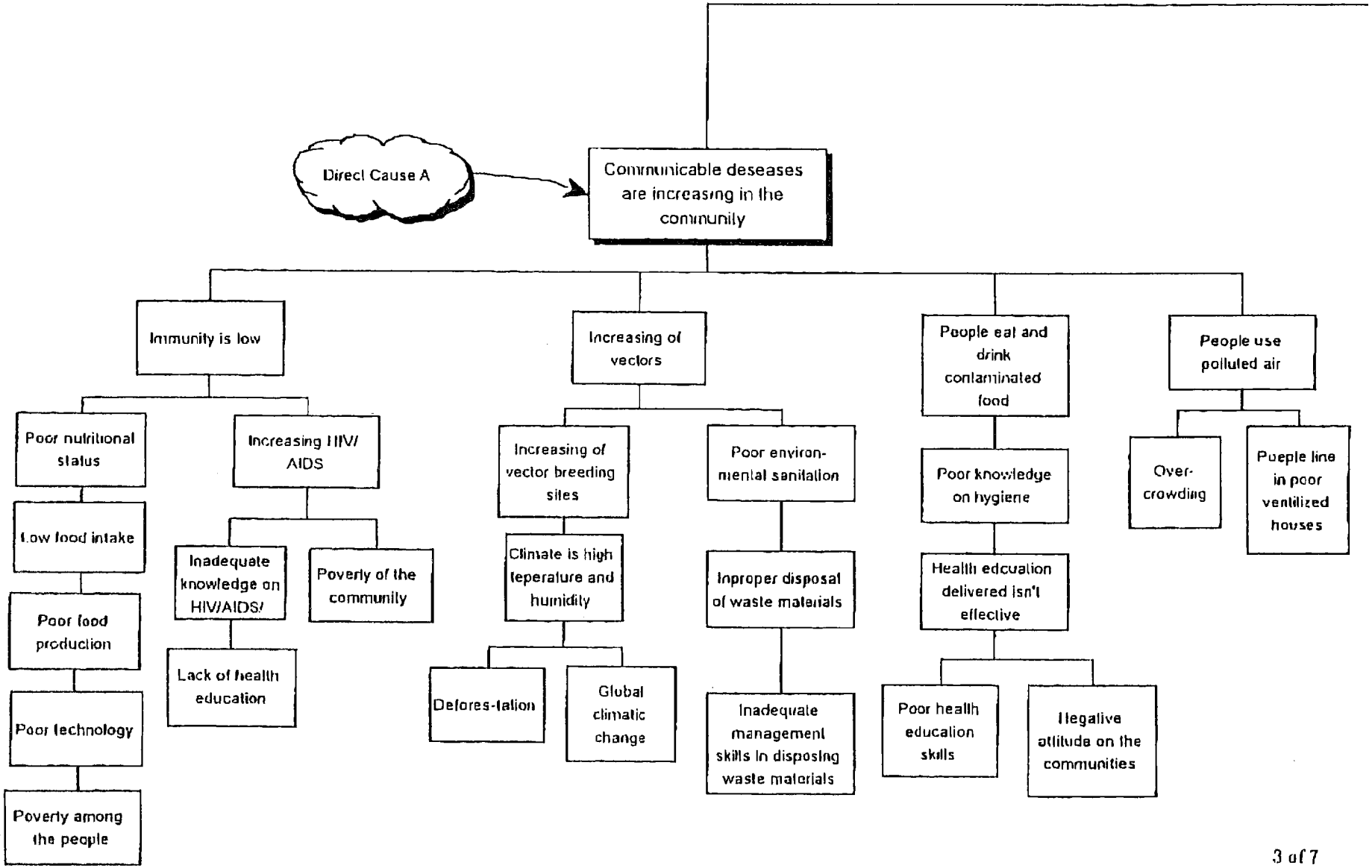
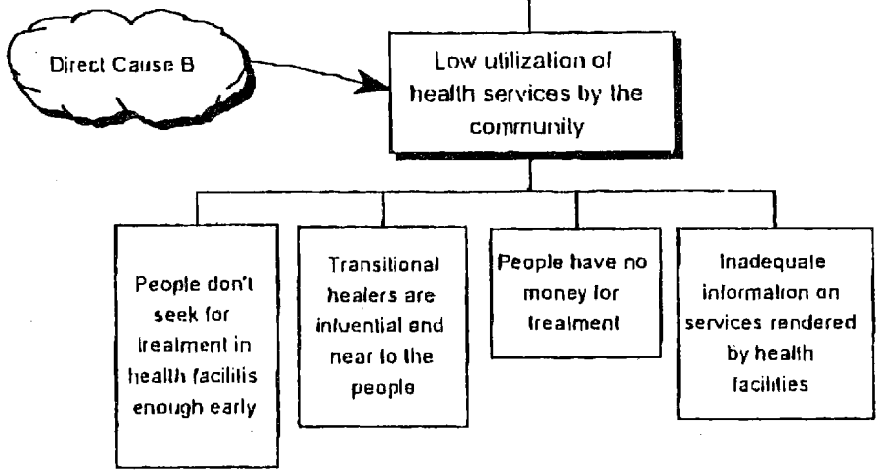

Direct Cause A
Communicable deseases are increasing in the community
Immunity is low
Increasing of vectors
People eat and drink contaminated food
People use polluted air
Poor nutritional status
Increasing HIV/ AIDS
Increasing of vector breeding sites
Poor environ-mental sanitation
Poor knowledge on hygiene
Over-crowding
Puople line in poor ventilized houses
Low food intake
Inadequate knowledge on HIV/AIDS/
Poverty of the community
Climate is high teperature and humidity
Inproper disposal of waste materials
Health edcuation delivered isn't effective
Poor food production
Lack of health education
Defores-tation
Global climatic change
Inadequate management skills in disposing waste materials
Poor health education skills
Negative attitude on the communities
Poor technology
Poverty among the people

Fig.


Direct Cause B
Low utilization of health services by the community
People don't seek for treatment in health facilitis enough early
Transitional healers are influential and near to the people
People have no money for treatment
Inadequate information on services rendered by health facilities

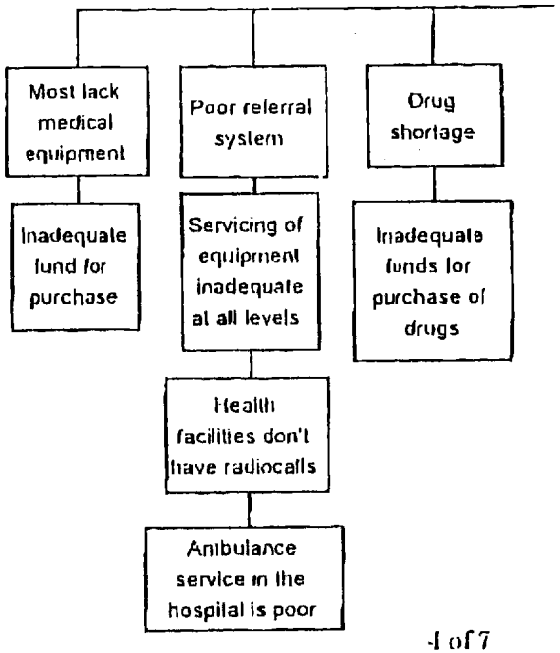
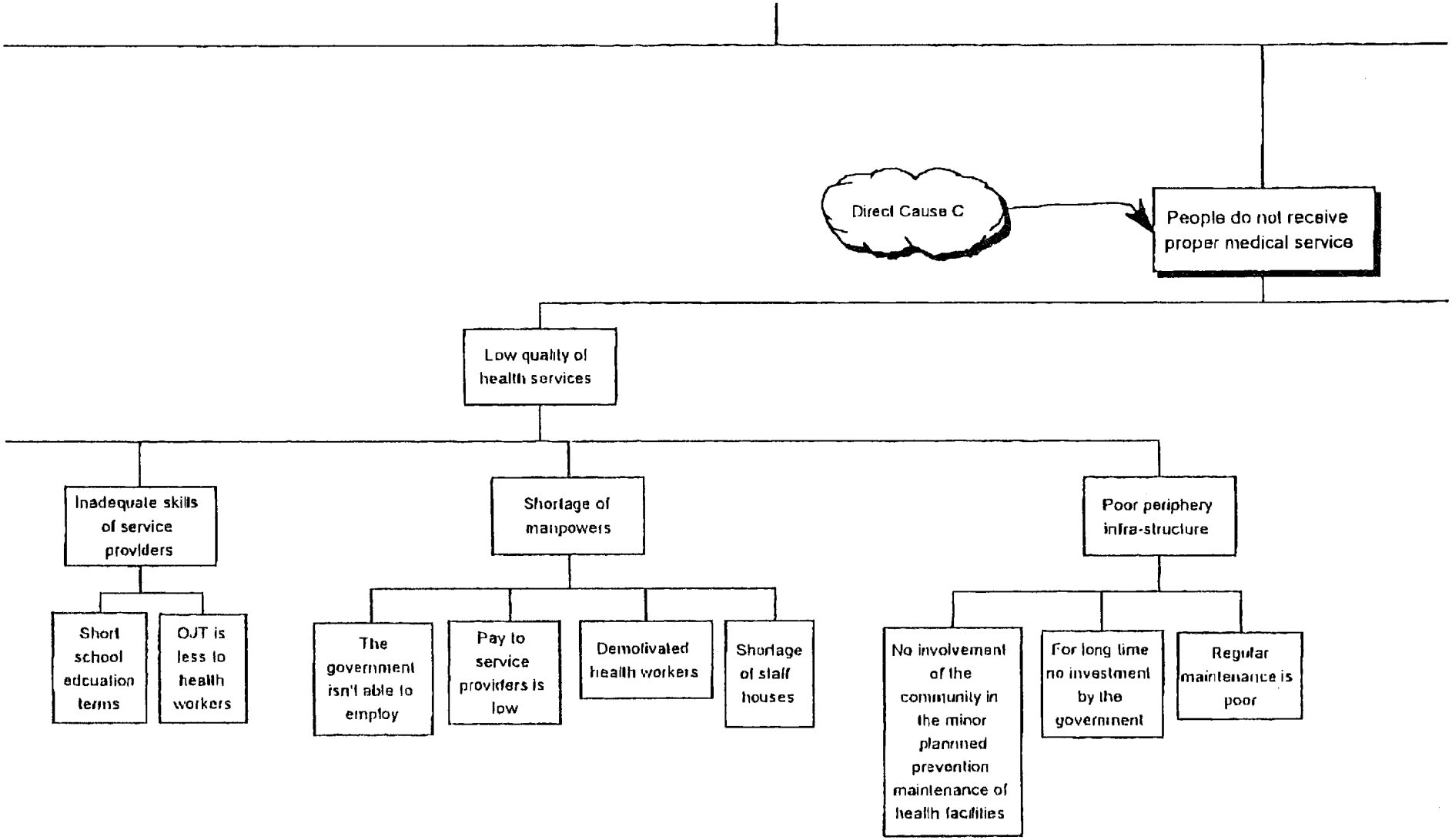
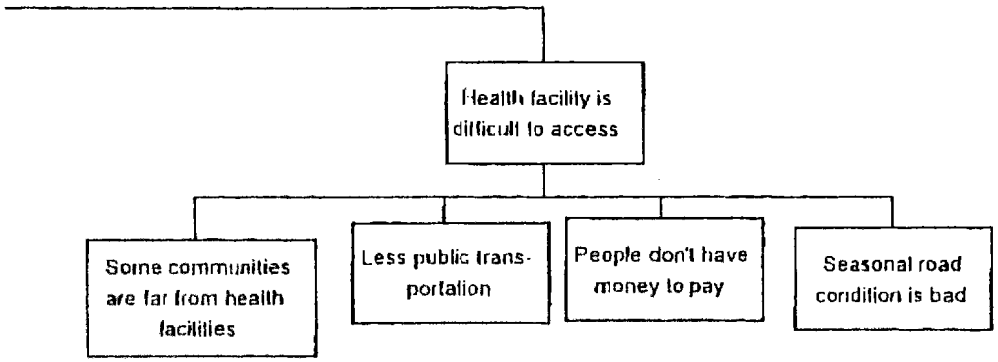
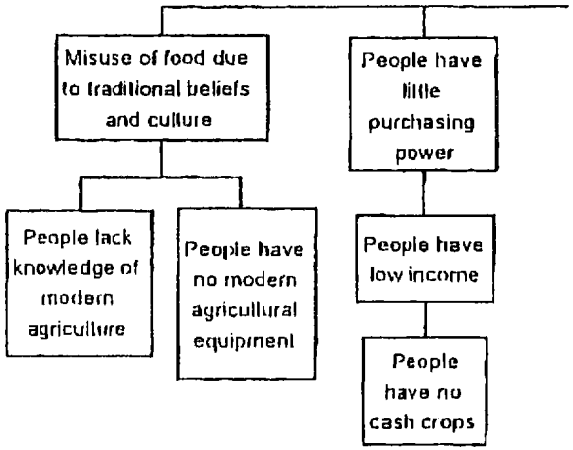
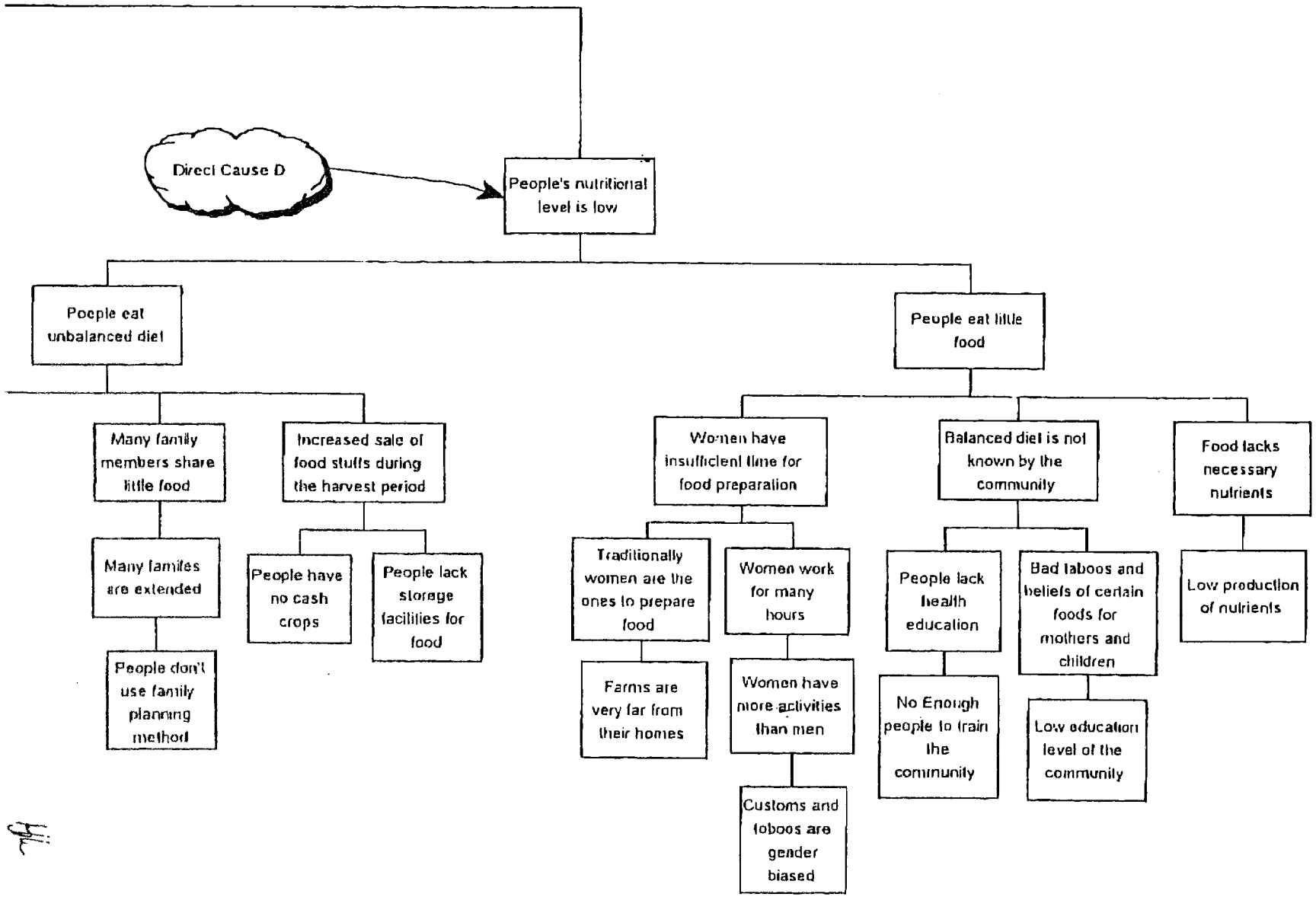

Most lack medical equipment
Poor referral system
Drug shortage
Inadequate fund for purchase
Servicing of equipment inadequate at all levels
Inadequate funds for purchase of drugs
Health facilities don't have radiocalls
Anibulance service in the hospital is poor

Fig 2

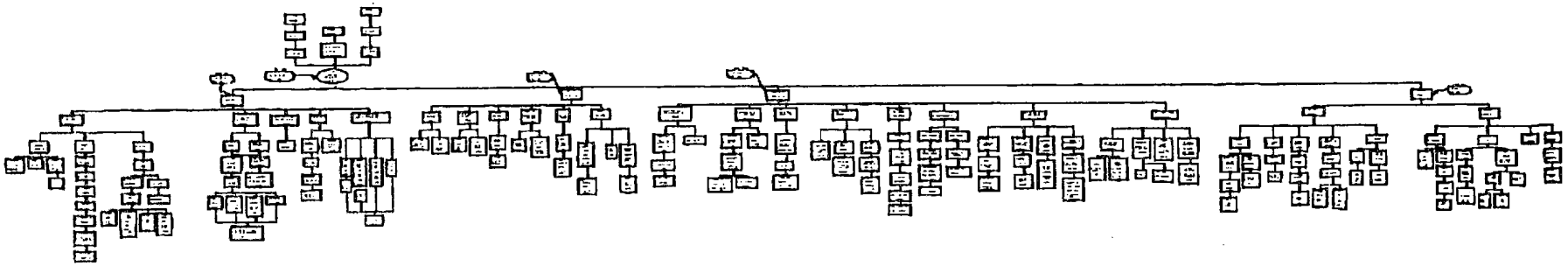

Direct Cause C
People do not receive proper medical service
Low quality of health services
Inadequate skills of service providers
Shortage of manpowers
Poor periphery infra-structure
Short school edcuation terms
OJT is less to health workers
The government isn't able to employ
Pay to service providers is low
Demotivated health workers
Shortage of staff houses
No involvement of the community in the minor planned prevention maintenance of health facilities
For long time no investment by the government
Regular maintenance is poor

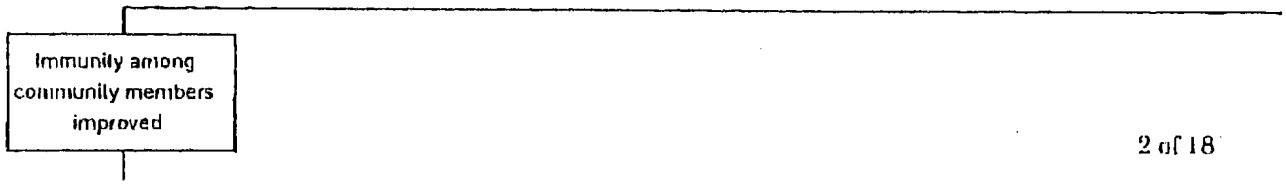

Health facility is difficult to access
Some communities are far from health facilities
Less public trans-portation
People don't have money to pay
Seasonal road condition is bad

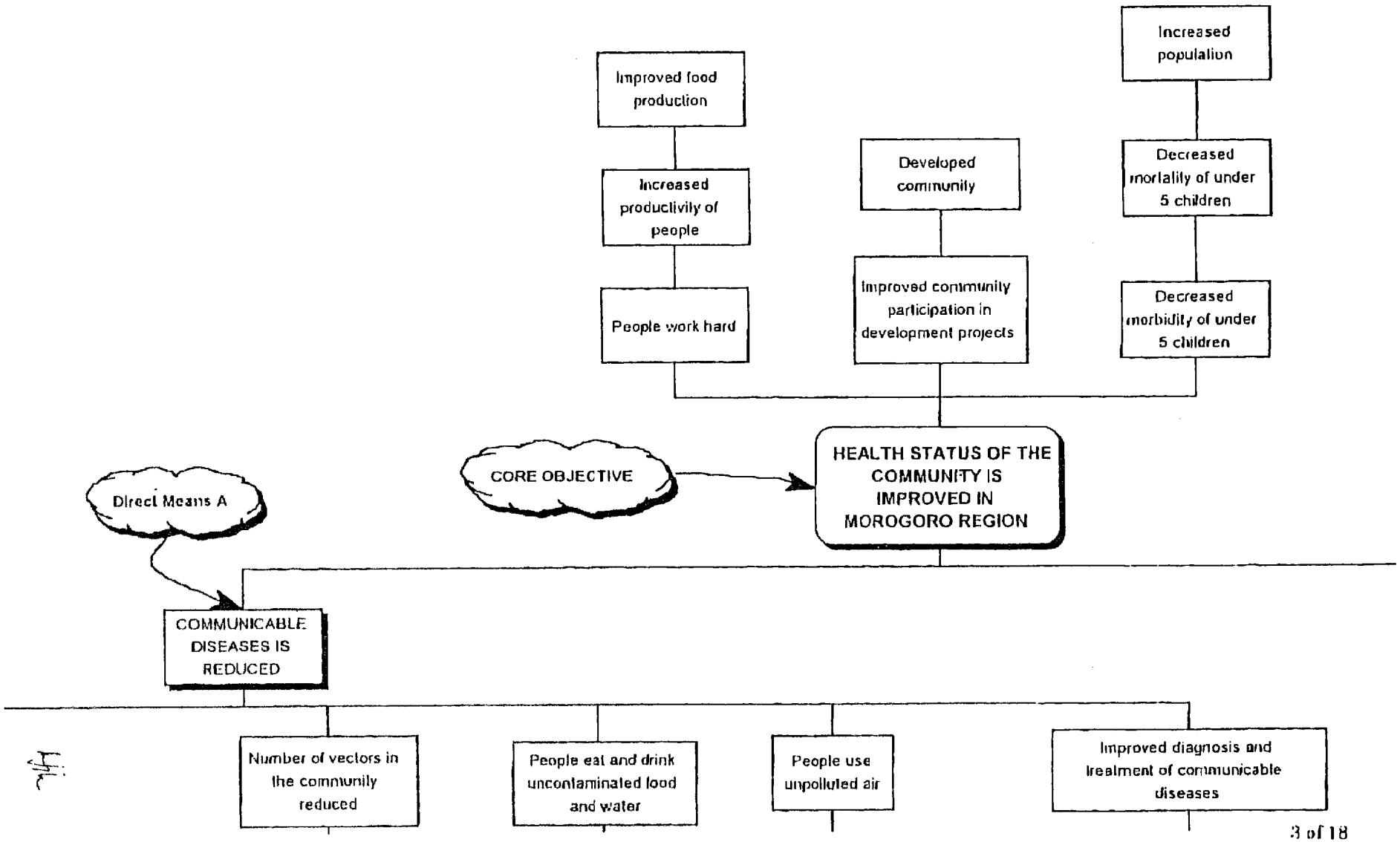

Misuse of food due to traditional beliefs and culture
People have little purchasing power
People lack knowledge of modern agriculture
People have no modern agricultural equipment
People have low income
People have no cash crops


Direct Cause D
People's nutritional level is low
People eat unbalanced diet
People eat little food
Many family members share little food
Increased sale of food stuffs during the harvest period
Many families are extended
People don't use family planning method
People have no cash crops
People lack storage facilities for food
Women have insufficient time for food preparation
Balanced diet is not known by the community
Food lacks necessary nutrients
Traditionally women are the ones to prepare food
Women work for many hours
People lack health education
Bad taboos and beliefs of certain foods for mothers and children
Low production of nutrients
Farms are very far from their homes
Women have more activities than men
No Enough people to train the community
Low education level of the community
Customs and taboos are gender biased

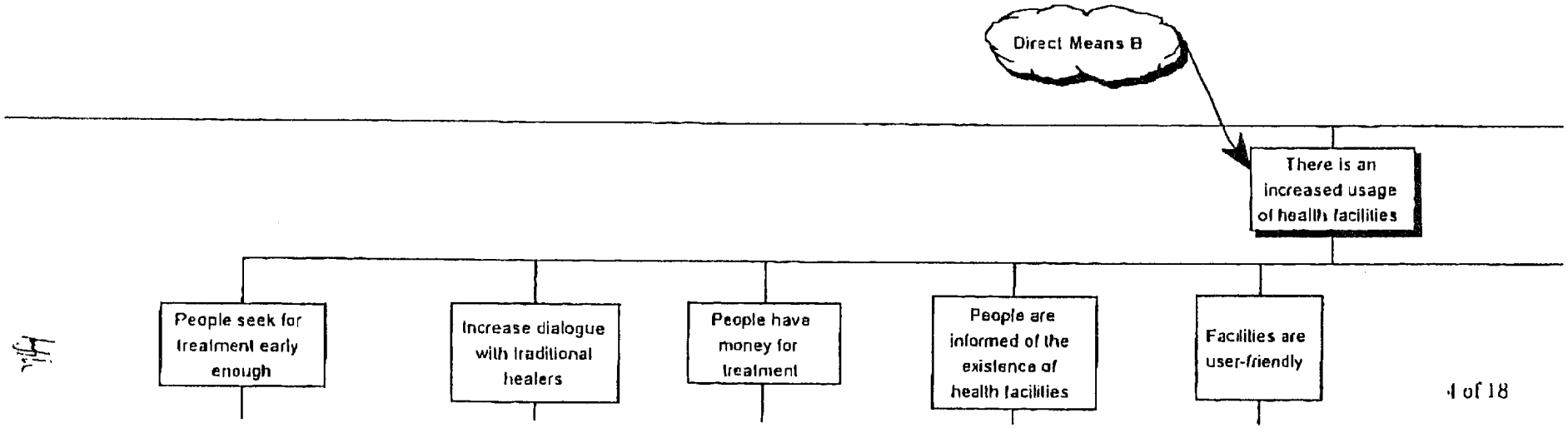
Objectives Analysis—Objectives Tree

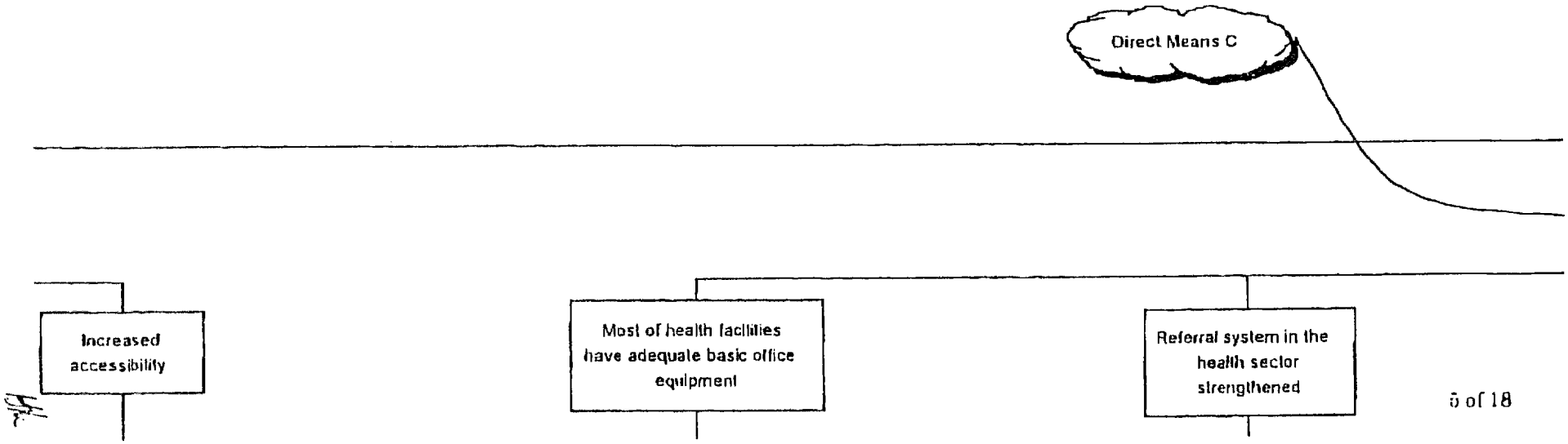


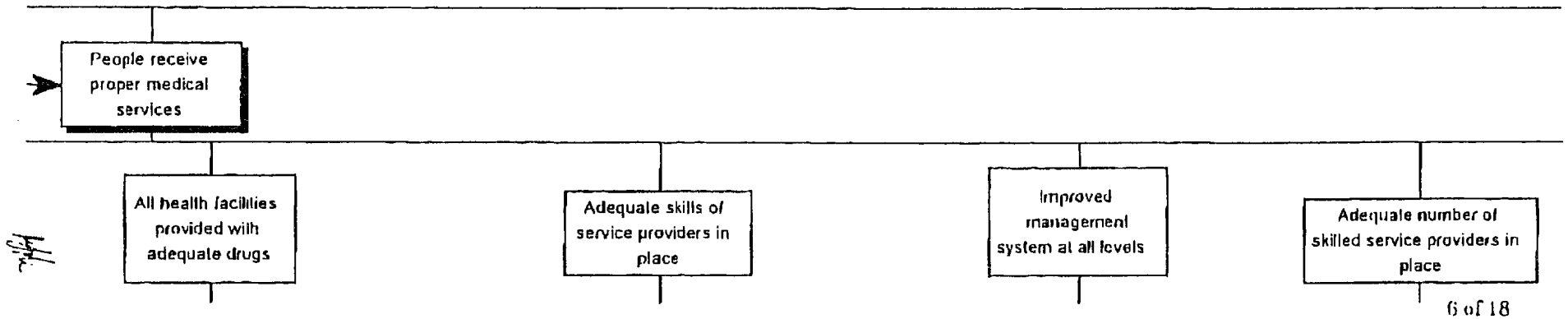

Immunity among community members improved

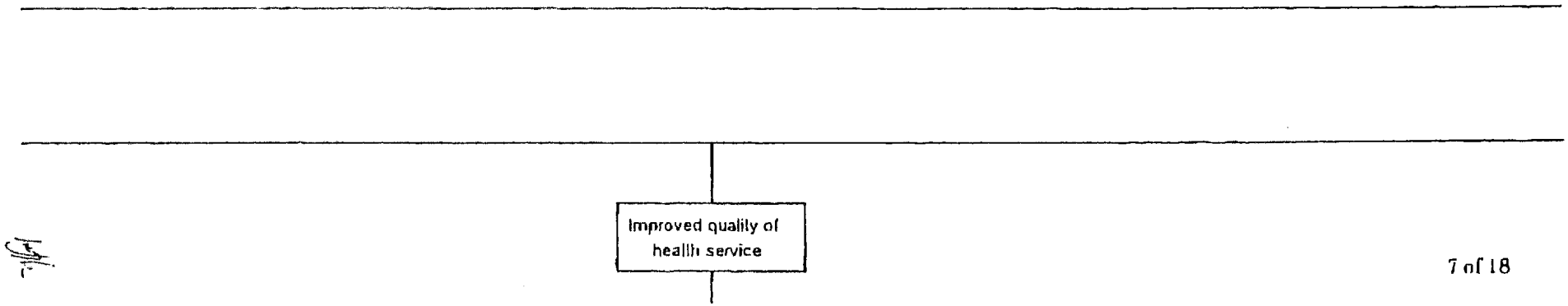

Increased population
Improved food production
Developed community
Decreased mortality of under 5 children
Increased productivity of people
Improved community participation in development projects
Decreased morbidity of under 5 children
People work hard
CORE OBJECTIVE
HEALTH STATUS OF THE COMMUNITY IS IMPROVED IN MOROGORO REGION
Direct Means A
COMMUNICABLE DISEASES IS REDUCED
Number of vectors in the community reduced
People eat and drink uncontaminated food and water
People use unpolluted air
Improved diagnosis and treatment of communicable diseases

3 of 18

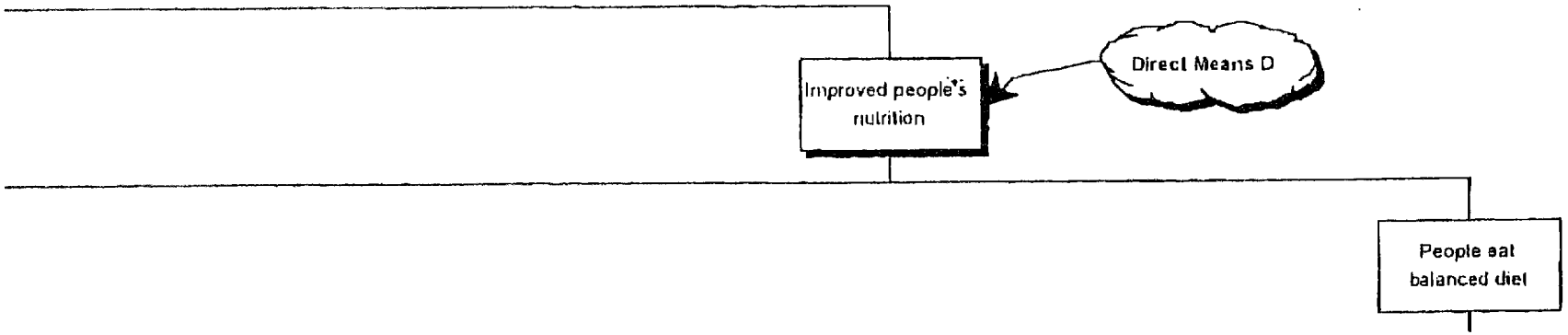

Direct Means B
There is an increased usage of health facilities
People seek for treatment early enough
Increase dialogue with traditional healers
People have money for treatment
People are informed of the existence of health facilities
Facilities are user-friendly

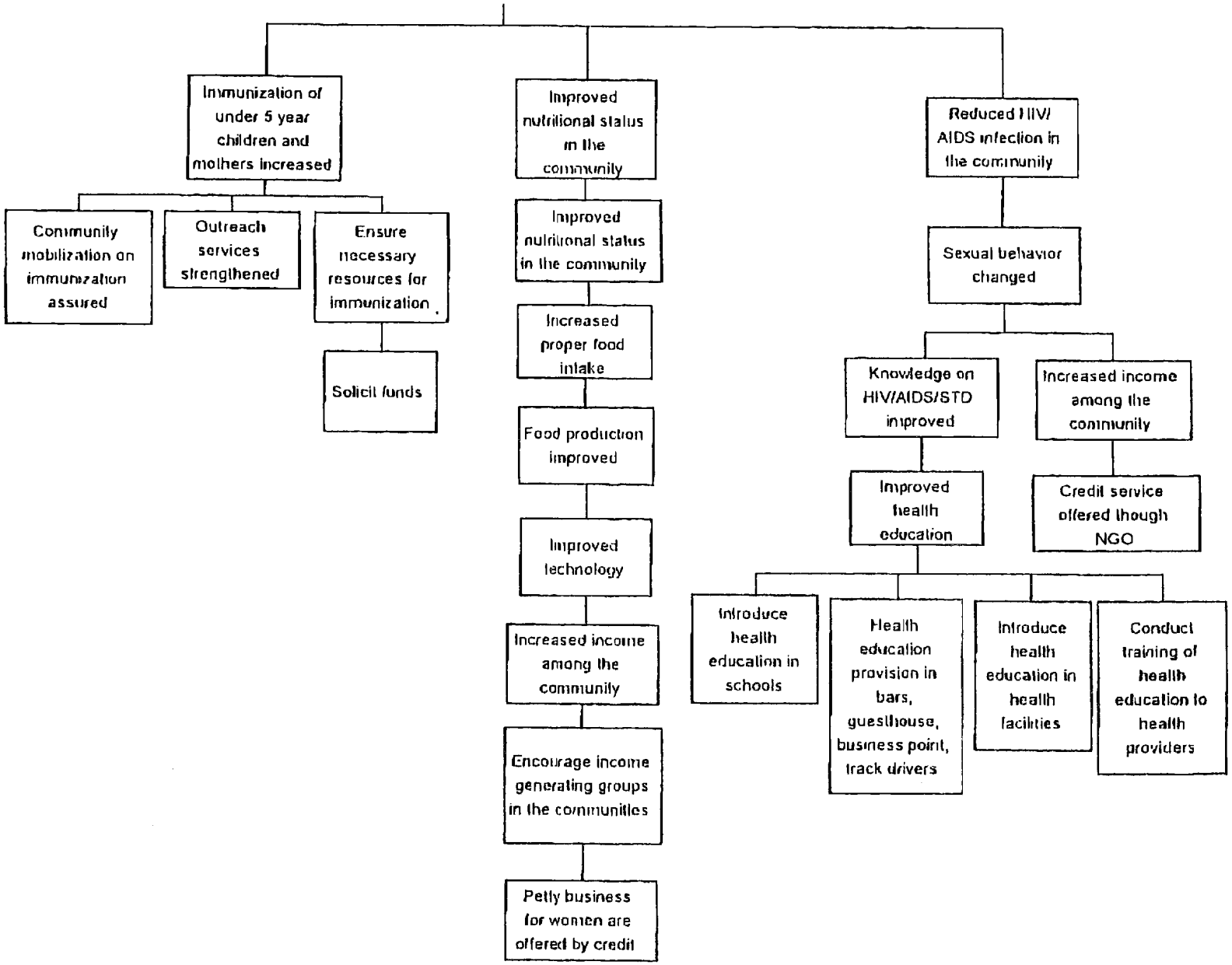

Direct Means C
Increased accessibility
Most of health facilities have adequate basic office equipment
Referral system in the health sector strengthened

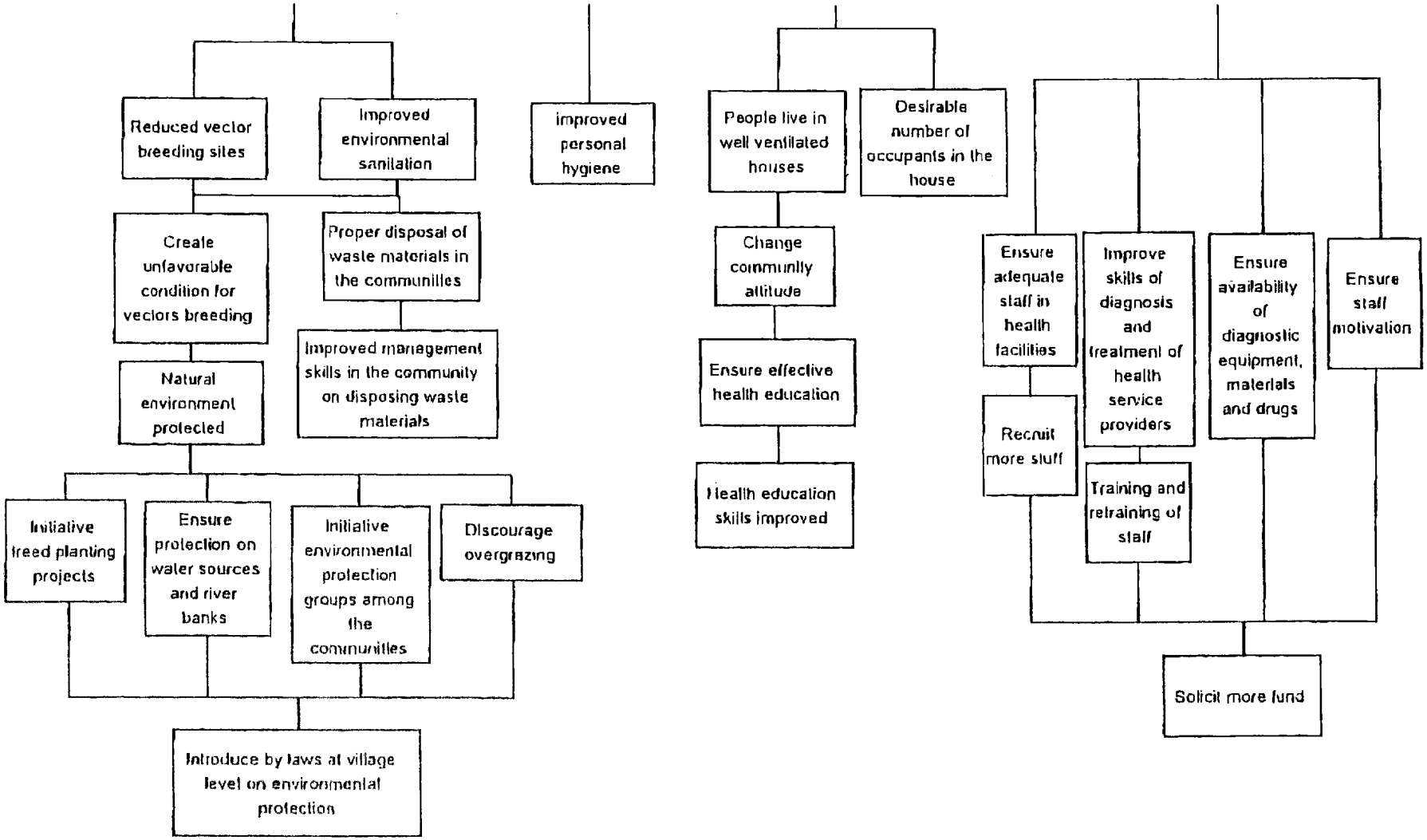

People receive proper medical services
All health facilities provided with adequate drugs
Adequate skills of service providers in place
Improved management system at all levels
Adequate number of skilled service providers in place

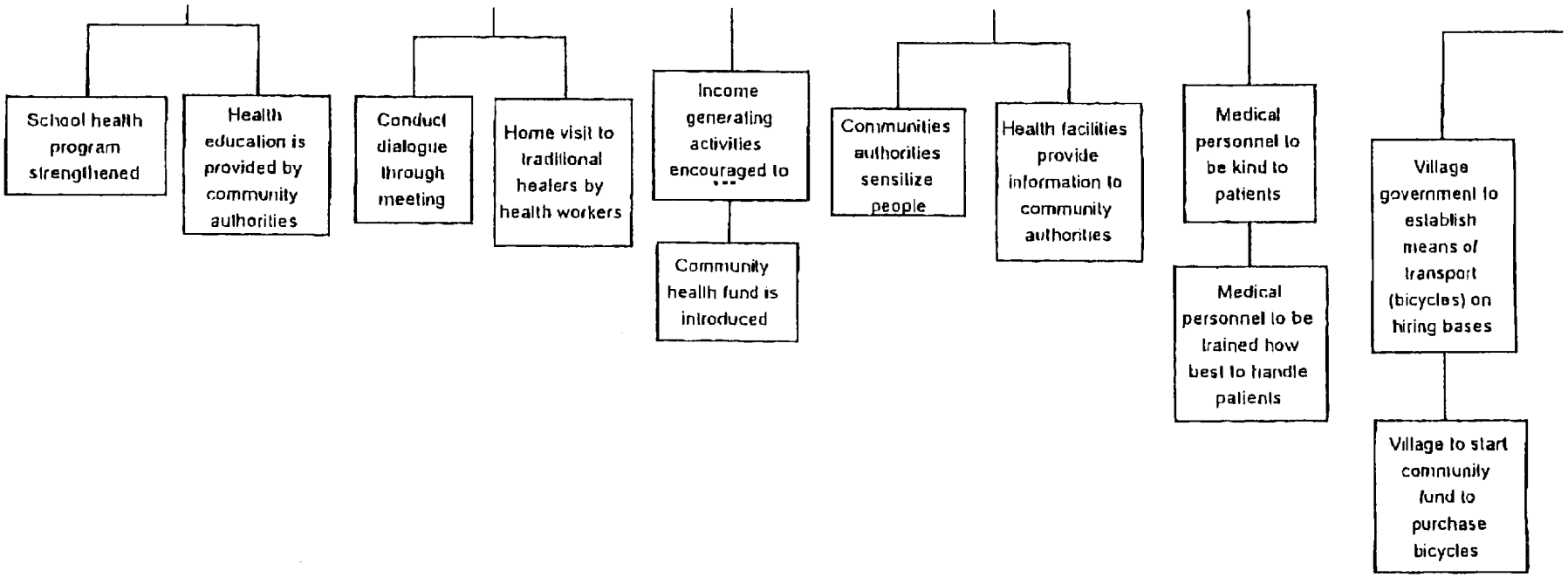

Improved quality of
health service

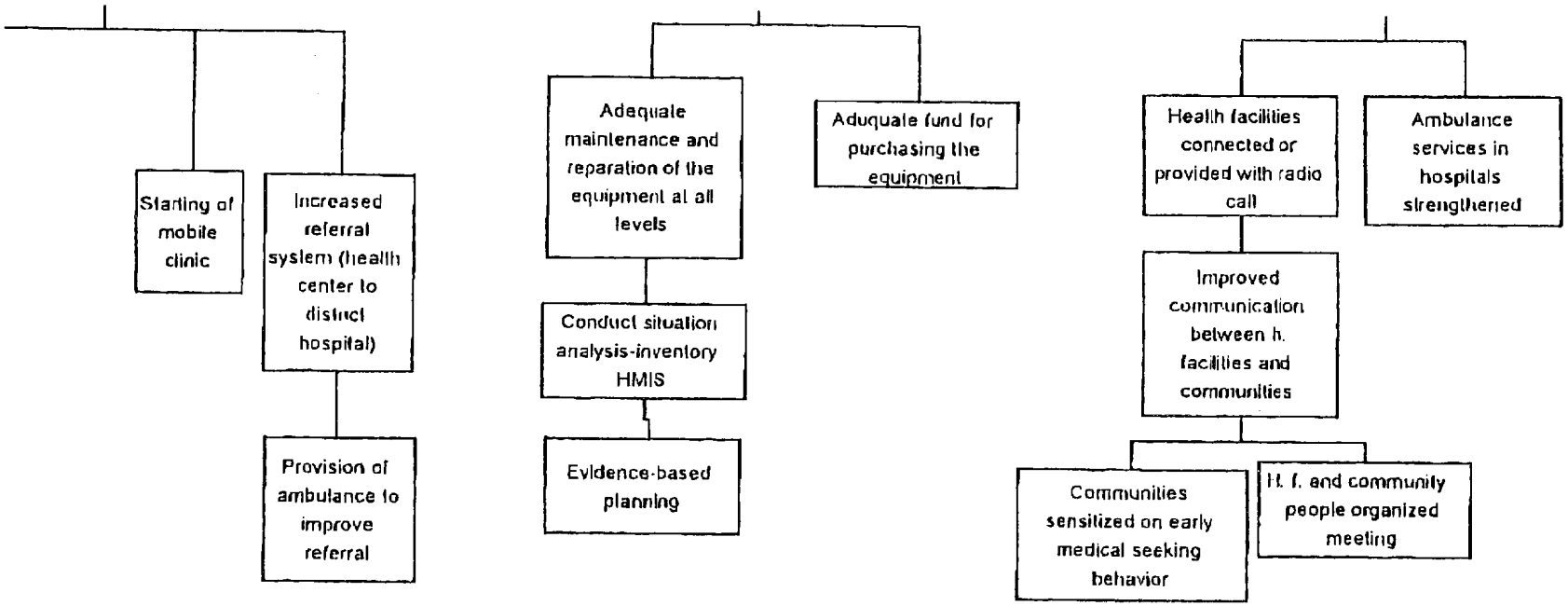
Accessibility to health facilities improved
Food Intake increased

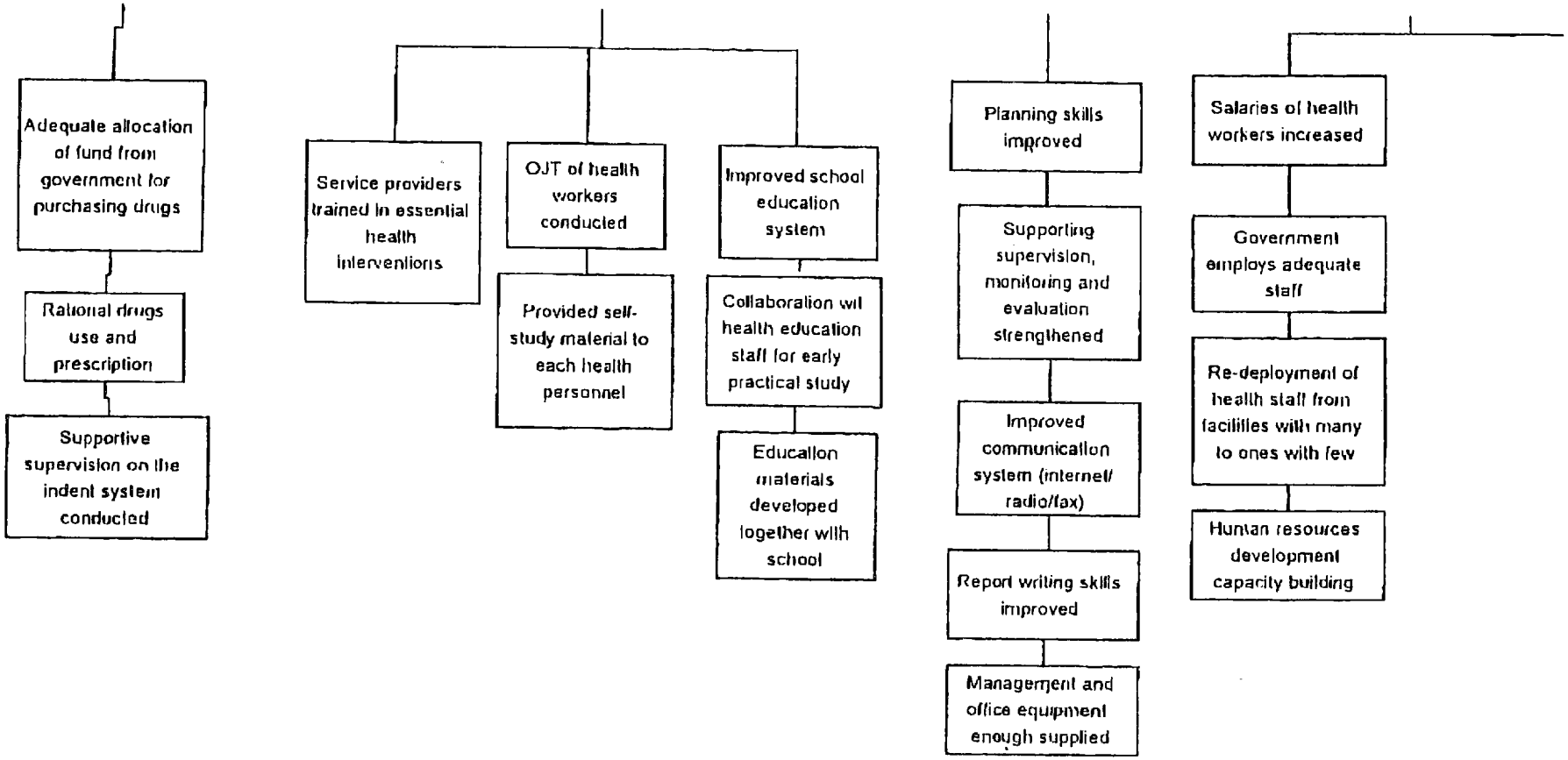

Direct Means D
Improved people's nutrition
People eat balanced diet

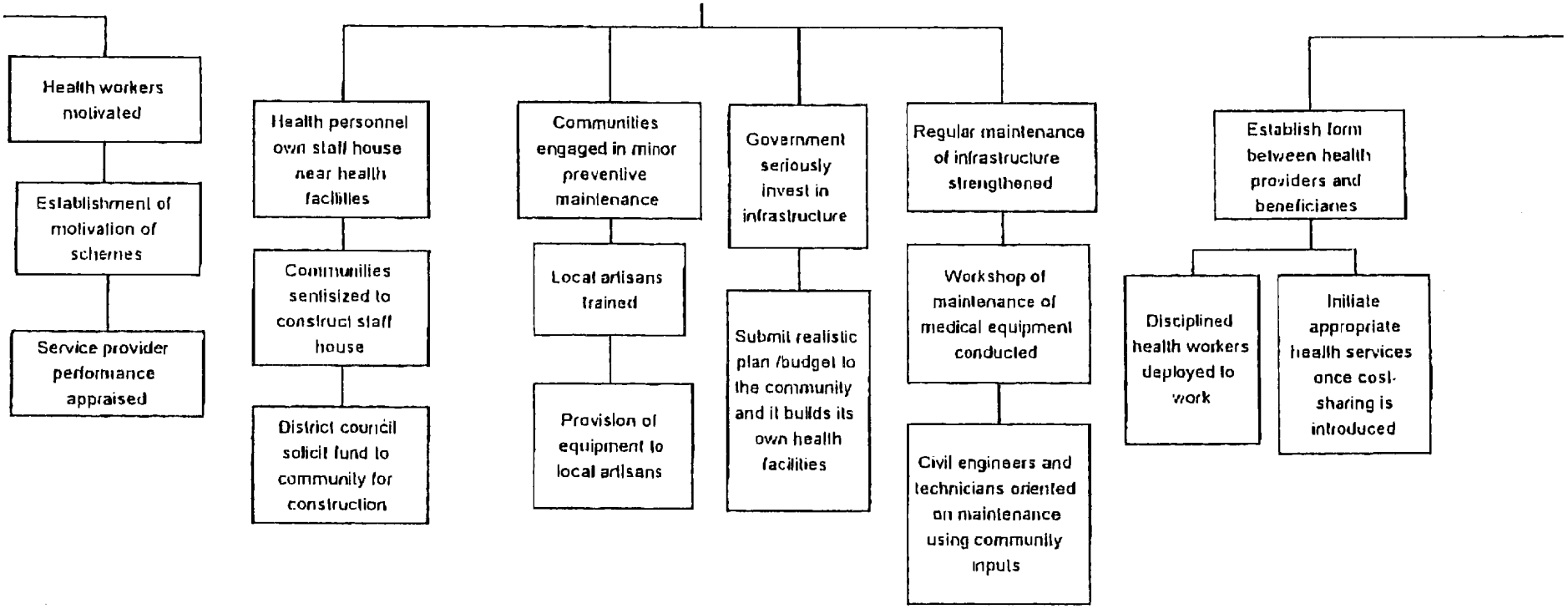

Immunization of under 5 year children and mothers increased
Community mobilization on immunization assured
Outreach services strengthened
Ensure necessary resources for immunization
Solicit funds
Improved nutritional status in the community
Improved nutritional status in the community
Increased proper food intake
Food production improved
Improved technology
Increased income among the community
Encourage income generating groups in the communities
Petty business for women are offered by credit
Reduced HIV/AIDS infection in the community
Sexual behavior changed
Knowledge on HIV/AIDS/STD improved
Increased income among the community
Improved health education
Credit service offered though NGO
Introduce health education in schools
Health education provision in bars, guesthouse, business point, track drivers
Introduce health education in health facilities
Conduct training of health education to health providers

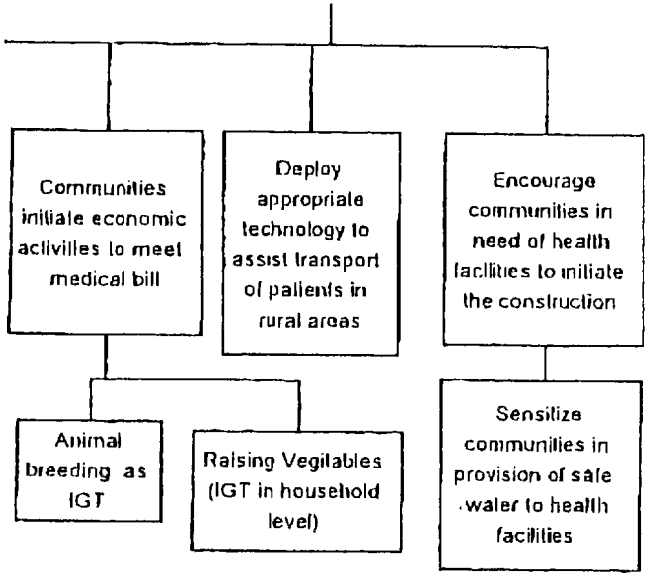

Reduced vector breeding sites
Improved environmental sanitation
Improved personal hygiene
People live in well ventilated houses
Desirable number of occupants in the house
Create unfavorable condition for vectors breeding
Proper disposal of waste materials in the communities
Change community attitude
Ensure adequate staff in health facilities
Improve skills of diagnosis and treatment of health service providers
Ensure availability of diagnostic equipment, materials and drugs
Ensure staff motivation
Natural environment protected
Improved management skills in the community on disposing waste materials
Ensure effective health education
Recruit more stuff
Training and retraining of staff
Health education skills improved
Initiative treed planting projects
Ensure protection on water sources and river banks
Initiative environmental protection groups among the communities
Discourage overgrazing
Solicit more fund
Introduce by laws at village level on environmental protection

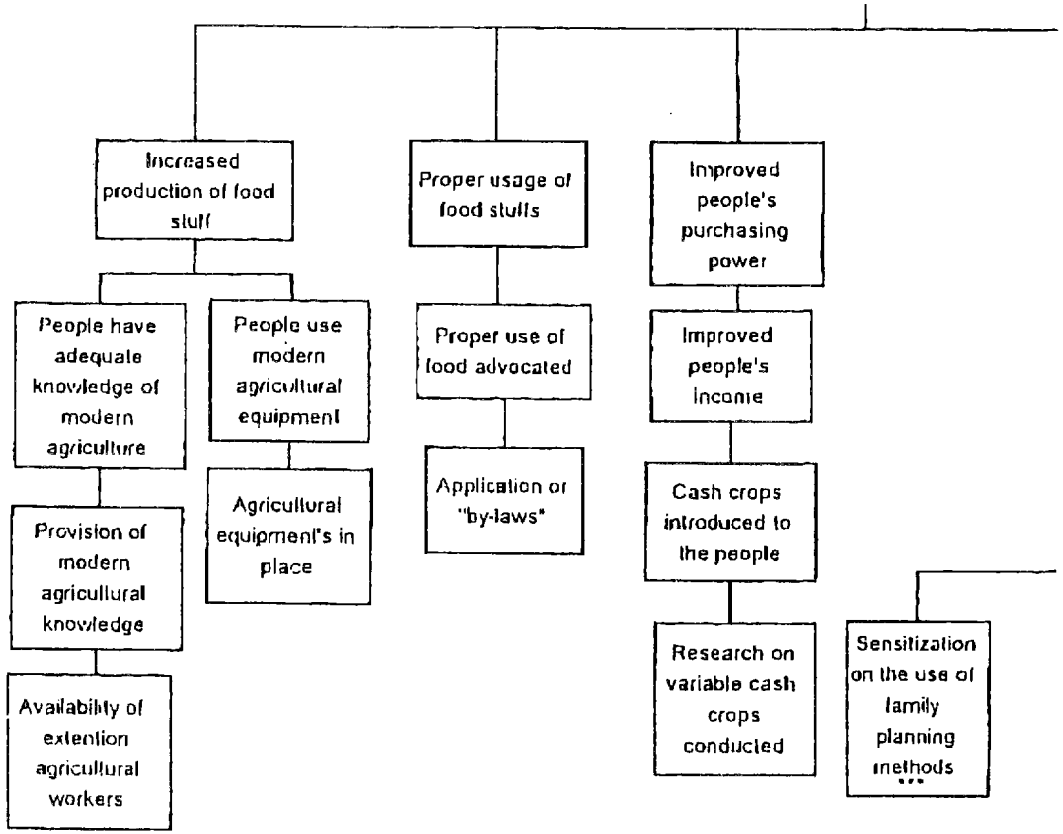

School health program strengthened
Health education is provided by community authorities
Conduct dialogue through meeting
Home visit to traditional healers by health workers
Income generating activities encouraged to
Community health fund is introduced
Communities authorities sensilize people
Health facilities provide information to community authorities
Medical personnel to be kind to patients
Medical personnel to be trained how best to handle patients
Village government to establish means of transport (bicycles) on hiring bases
Village to start community fund to purchase bicycles

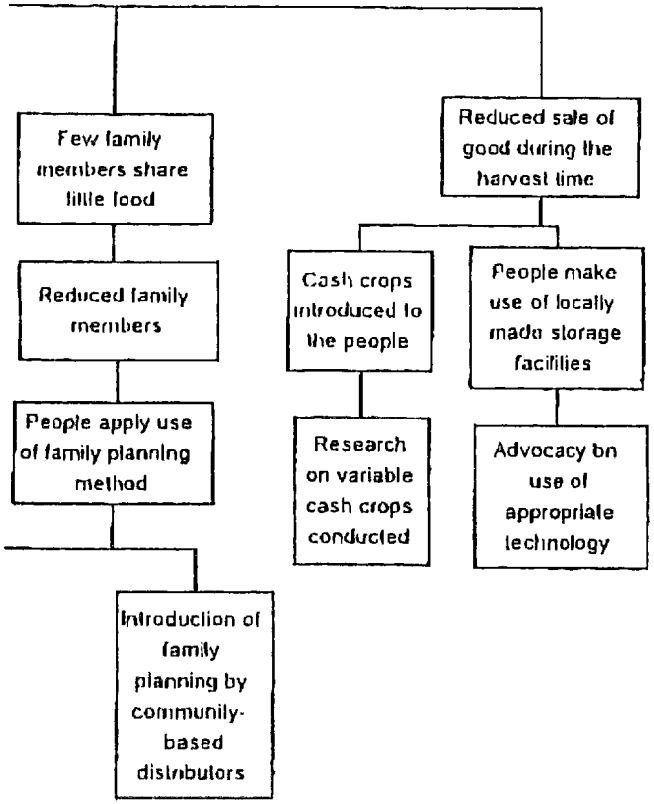

Starting of mobile clinic
Increased referral system (health center to distinct hospital)
Provision of ambulance to improve referral
Adequate maintenance and reparation of the equipment at all levels
Conduct situation analysis-inventory HMIS
Evidence-based planning
Aduquate fund for purchasing the equipment
Health facilities connected or provided with radio call
Ambulance services in hospitals strengthened
Improved communication between h. facilities and communities
Communities sensitized on early medical seeking behavior
H. f. and community people organized meeting

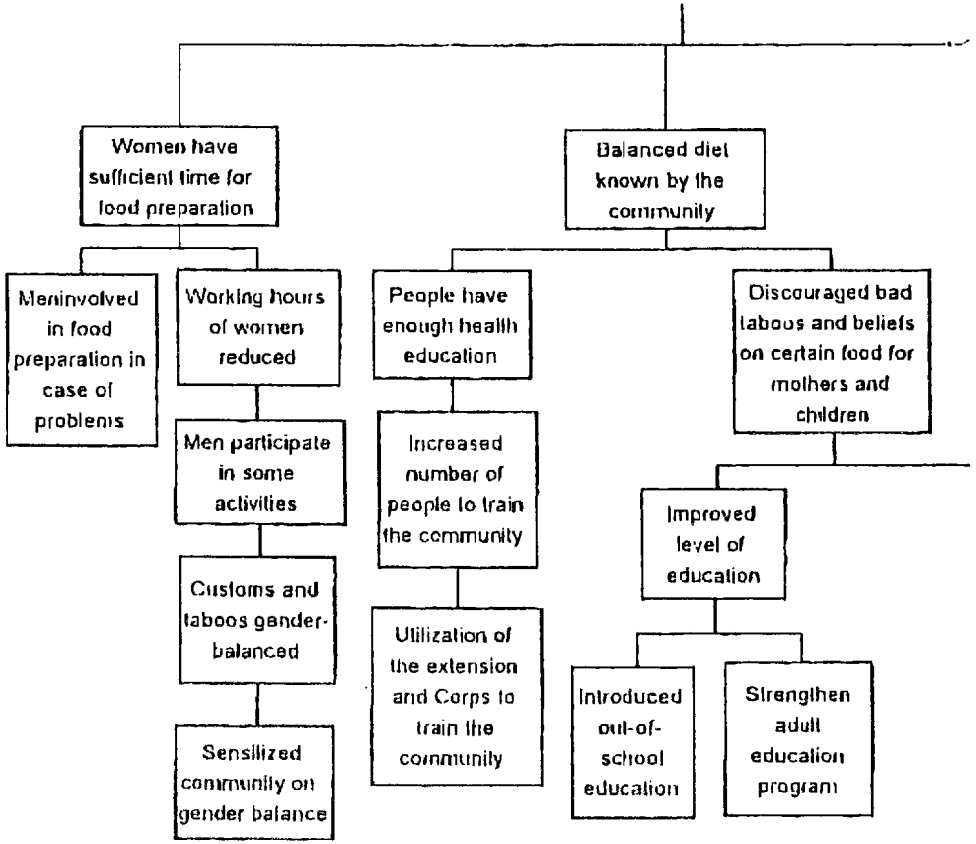

Adequate allocation of fund from government for purchasing drugs
Rational drugs use and prescription
Supportive supervision on the indent system conducted
Service providers trained in essential health interventions
OJT of health workers conducted
Provided self-study material to each health personnel
Improved school education system
Collaboration wit health education staff for early practical study
Education materials developed together with school
Planning skills improved
Supporting supervision, monitoring and evaluation strengthened
Improved communication system (internet/ radio/fax)
Report writing skills improved
Management and office equipment enough supplied
Salaries of health workers increased
Government employs adequate staff
Re-deployment of health staff from facilities with many to ones with few
Human resources development capacity building

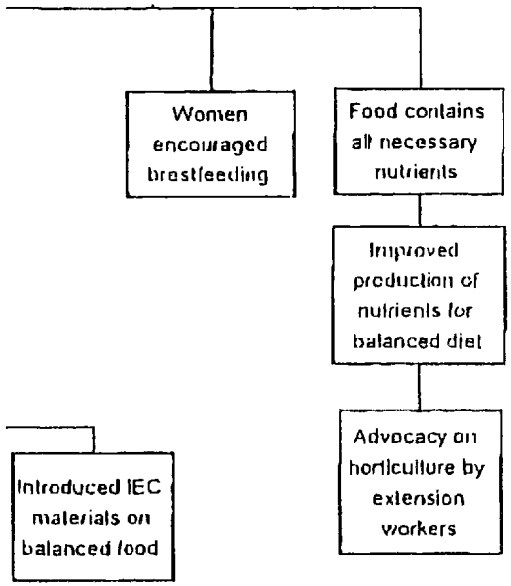

Health workers motivated
Establishment of motivation of schemes
Service provider performance appraised
Health personnel own staff house near health facilities
Communities sentisized to construct staff house
District council solicit fund to community for construction
Communities engaged in minor preventive maintenance
Local artisans trained
Provision of equipment to local artisans
Government seriously invest in infrastructure
Submit realistic plan /budget to the community and it builds its own health facilities
Regular maintenance of infrastructure strengthened
Workshop of maintenance of medical equipment conducted
Civil engineers and technicians oriented on maintenance using community inputs
Establish form between health providers and beneficiaries
Disciplined health workers deployed to work
Initiate appropriate health services once cost-sharing is introduced


Communities initiate economic activities to meet medical bill
Deploy appropriate technology to assist transport of patients in rural areas
Encourage communities in need of health facilities to initiate the construction
Animal breeding as IGT
Raising Vegitables (IGT in household level)
Sensitize communities in provision of safe water to health facilities


Increased production of food stuff
Proper usage of food stuffs
Improved people's purchasing power
People have adequate knowledge of modern agriculture
People use modern agricultural equipment
Proper use of food advocated
Improved people's income
Provision of modern agricultural knowledge
Agricultural equipment's in place
Application of "by-laws"
Cash crops introduced to the people
Availability of extention agricultural workers
Research on variable cash crops conducted
Sensitization on the use of family planning methods


Few family members share little food
Reduced family members
People apply use of family planning method
Introduction of family planning by community-based distributors
Reduced sale of good during the harvest time
Cash crops introduced to the people
Research on variable cash crops conducted
People make use of locally made storage facilities
Advocacy on use of appropriate technology


Women have sufficient time for food preparation
Meninvolved in food preparation in case of problems
Working hours of women reduced
Men participate in some activities
Customs and taboos gender-balanced
Sensilized community on gender balance
Balanced diet known by the community
People have enough health education
Increased number of people to train the community
Utilization of the extension and Corps to train the community
Discouraged bad taboos and beliefs on certain food for mothers and children
Improved level of education
Introduced out-of-school education
Strengthen adult education program


Women encouraged breastfeeding
Food contains all necessary nutrients
Improved production of nutrients for balanced diet
Advocacy on horticulture by extension workers
Introduced IEC materials on balanced food

② 現地調査行程

現地調査行程　2000年

	月日	曜	調　査　内　容	佐藤 団長	山形	港 野口	千歳
1	11/1	水	11:55　成田発 SR169→16:40 チューリッヒ着 20:40　チューリッヒ発 SR292→	○ ○			○ ○
2	11/2	木	08:15　ダルエスサラーム着 11:00　JICA 事務所打ち合わせ 14:30　日本大使館表敬および協議 16:00　JICA 表敬および協議	○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○
3	11/3	金	09:00　保健省表敬および協議 11:00　高津専門家（保健省）との意見交換 12:00　杉本専門家（地方自治省）との意見交換 14:00　松林専門家（母子保健プロジェクト）との意見交換	○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○
4	11/4	土	関係資料収集 団員打ち合わせ	○ ○			○ ○
5	11/5	日	資料収集およびダルエスサラーム市市場調査	○			○
6	11/6	月	09:00　GTZ と意見交換 14:00　力丸専門家（保健省）との意見交換 16:00　JICA 事務所にて打ち合わせ	○ ○ ○			○ ○ ○
7	11/7	火	09:00　WB と意見交換 市内市場視察	○ ○			○ ○
8	11/8	水	資料収集および資料整理 14:00 UNICEF と意見交換 16:00 JICA 事務所にて打ち合わせ	○ ○ ○			○ ○ ○
9	11/9	木	09:00 WHO と意見交換 14:00 SDC と意見交換 15:00 モロゴロへ移動 18:30 現地コンサルタントと打ち合わせ	○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○
10	11/10	金	10:00 RMO と面談および協議 11:00 RAS へ表敬 14:00 EZTC の視察 15:30 モロゴロ市市場視察	○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○
11	11/11	土	モロゴロ市視察	○			○
12	11/12	日	現地調査準備	○			○
13	11/13	月	10:00 RHMT と協議 11:00 モロゴロ州立病院視察 14:00 EZTC 所長と協議 15:30 角田専門家との意見交換およびプロジェクト施設視察	○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○
14	11/14	火	09:00 モロゴロアーバン医務官と面談および協議 10:00 Uhuru アーバンヘルスセンター視察 12:00 現地コーディネーターと打ち合わせ 16:00 住宅環境調査	○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○
15	11/15	水	09:00 Kingolwira 診療所にてＦＧＤ実施 13:00 DHMT と協議 17:00 住宅環境調査	○ ○ ○			○ ○ ○
16	11/16	木	09:00 モロゴロルーラル県医務官と面談および協議 10:00 TEHIP Coordinator と協議 11:00 モロゴロルーラル県行政官へ表敬 11:30 Mgeta ルーラルヘルスセンター視察	○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○
17	11/17	金	10:00 Mlali 診療所視察およびＦＧＤ実施	○			○
18	11/18	土	ディスカッション準備および資料整理 モロゴロ市内視察	○ ○			○ ○

19	11/19	日	キロサへ移動	○			○
			キロサ市内市場調査	○			○
20	11/20	月	08:00 キロサ県医務官と面談	○			○
			09:00 キロサ県行政官へ表敬	○			○
			09:30 キロサ県長官へ表敬	○			○
			10:00 キロサ MCH クリニック視察	○			○
			11:00 キロサ病院視察	○			○
			14:00 DHMT と協議	○			○
21	11/21	火	09:00 Magomeni 診療所視察およびＦＧＤ実施	○			○
			12:00 キロンベロ郡へ移動	○			○
22	11/22	水	08:30 ウランガ県へ移動	○			○
			11:00 ウランガ県医務官へ表敬	○			○
			13:00 ウランガ県病院視察	○			○
			15:00 ウランガ MCH クリニック視察	○			○
			17:00 ウランガ市内視察	○			○
23	11/23	木	10:00 Chilombora 診療所視察およびＦＧＤ実施	○			○
			11:00 Mwaya ルーラルヘルスセンター視察	○			○
			13:30 ウランガ県行政官へ表敬	○			○
			14:30 キロンベロ県へ移動	○			○
24	11/24	金	資料整理	○			○
			Ifakara 市内視察	○			○
25	11/25	土	資料整理	○			○
			報告書作成	○			○
26	11/26	日	Ifakara 市場視察	○			○
			フォーカスグループディスカッション準備	○			○
27	11/27	月	09:00 キロンベロ県医務官と面談および協議	○			○
			10:30 キロンベロ DHMT と面談および協議	○			○
			11:30 キロンベロ行政官へ表敬	○			○
28	11/28	火	8:00 Idete 診療所視察およびＦＧＤ実施	○			○
			14:00 セントフランシス（St. Francis）病院視察	○			○
29	11/29	水	09:00 モロゴロ市内へ移動	○			○
30	11/30	木	09:00 RMO と協議	○			○
			10:00 住宅環境視察	○			○
			13:00 RMO と協議	○			○
31	12/1	金	ダルエスサラームへ移動				○
			JICA 事務所へ事務連絡および資料整理				○
			資料整理	○			
32	12/2	土	モロゴロ州立病院視察および資料整理	○			
			山形団員： 関西空港発(SR163)→ チューリッヒ着		○		
			山形団員： チューリッヒ発(SR292)→		○		
			資料収集および資料整理				○
33	12/3	日	資料整理	○			
			山形団員：8:15 ダルエスサラーム着(SR292)		○		○
			モロゴロへ移動		○		○
			団員打ち合わせ	○	○		○
34	12/4	月	09:30 RHMT と協議	○	○		○
			13:00 RHMT と協議	○	○		○
35	12/5	火	09:00 Sabasaba UHC 視察	○	○		○
			11:00 Mazimbu 病院視察	○	○		○
			16:00 住宅環境調査	○	○		○
36	12/6	水	08:00 団員打ち合わせ	○	○		○
			10:00 モロゴロ市内視察およびモロゴロ州立病院視察	○	○		
			10:00 ダルエスサラームへ移動				○
			14:00 JICA 事務所報告				○
			16:00 資料収集				○
37	12/7	木	09:00 RMO と協議	○	○		
			千歳団員：10:05 ダルエスサラーム発(SR293)→18:15 チューリッヒ着				○

38	12/8	金	RMO と協議 千歳団員：14:00 ﾁｭｰﾘｯﾋ発 SR168→	○	○		○
39	12/9	土	資料整理および報告書作成 湊団員：12:40 成田発 SR169→チューリッヒ着 チューリッヒ発 SR292→ 千歳団員：9:50 成田着	○	○	○ ○	○
40	12/10	日	資料整理および報告書作成 湊団員：11:00 ダルエスサラーム着 11:30 モロゴロへ移動 16:00 団員打ち合わせ 16:45 会場設営	○ ○ ○	○ ○ ○	 ○ ○ ○ ○	
41	12/11	月	08:30 PCM ワークショップ 第 1 日目 15:15 終了	○ ○	○ ○	○ ○	
42	12/12	火	08:30 PCM ワークショップ 第 2 日目 15:15 終了	○ ○	○ ○	○ ○	
43	12/13	水	08:30 PCM ワークショップ 第 3 日目 12:30 終了 14:30 ダルエスサラームへ移動	○ ○ ○	○ ○ ○	○ ○ ○	
44	12/14	木	09:30 JICA 事務所と打ち合わせ ワークショップ結果まとめ	○	○	○ ○	
45	12/15	金	10:00 CMO と最終打ち合わせ 11:00 JICA 事務所と最終打ち合わせ 12:30 団長主催昼食会 14:00 M／M 署名 16:00 在日本大使館へ報告 16:30 JICA 事務所へ報告	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○	
46	12/16	土	00:30 ダルエスサラーム発 KL569→7:55 アムステルダム着 湊、野口団員 20:15 アムステルダム発 JL412→	○	○	○ ○	
47	12/17	日	14:10 佐藤団長アムステルダム発 KL861→ 山形団員アムステルダム発 KL867→ 17:00 湊、野口団員成田着	○	 ○	○	
48	12/18	月	09:20 佐藤団長成田着 山形団員関西空港着	○	 ○	○	

③ 主要面談者および訪問先一覧

タンザニア政府機関

1. 保健省 (Ministry of Health)

次官	Mrs. Mariam MWAFFISI Permanent Secretary
予防局長 (首席医務官代理)	Dr. Ali MZIGE Director of Preventable Sector (Acting Chief Medical Officer)
Acting Director of Sector Reform	Dr. Edward P. NGOWI Quality Service
Acting Director Policy and Planning	Mr. Peter MUNBUY

2. 州行政府および州保健医療事務所、医療施設
(Regional Administration, Regional Health Offices and Health Institution)

1) モロゴロ州行政府	(1)Mr. J. Mwakiluma Acting Regional Administrative Officer (2) Mr. Grayson W. Kikwesha Planning Officer (Regional Statistician)
2) Regional Health Management Team	(1) Dr. Ferdinand FUPI Regional Medical Officer (2) Mr. A. MALISA Regional Pharmacist (3) Mr. L. S. MASEKELLA Regional Health Secretary (4) Ms. E. W. MWANGA Regional Laboratory Technician (5) Dr. H. KITANGE Doctor in Charge (6) Mr. J. MINJA Regional Cold Chain Officer (7) Mr. N. MASAVE Regional Health Officer (8) Ms. M. WAPALILA Regional Reproductive and Child Health Coordinato
3)Regional Hospital Management Team	(1) Mrs. H. NGATOLUWA Regional Social Welfare Officer (2) Mr. Lilongwe A. K Accountant (3) Mr. P.A. TEMBA Supplies Officer (4) Dr. C. MGONDE Regional Obstetrician and Gynecologists (5) Dr. D.A. MUTTA Regional Continuing Education Coordinator (6) Ms. C. HEKUIE Senior Nursing Officer III (7) Ms. M. CHIDU (RHMT) Senior Nursing Officer III
4)East Zonal Traing Center	(1) Ms. Mary MAGOMI Head of EZTC (2) Ms. Hellen E. MDUMA Tutor (3) Ms. Alisona MASOY Tutor (4) Mrs. Margaret K. MTWALE Tutor (5) Mr. January SOKO Tutor
5) 医療施設	
Mazimbu 病院	(1) Dr. Mkya Medical Officer

Sabasaba ヘルスセンター	(1) Mr. Elias KIELA Nursing Officer

3. 県行政府および保健事務所、医療施設

3-1. モロゴロアーバン県 (Morogoro Urban District)

1)モロゴロ市行政事務所	(1) Mr. Paulo BARUTI Municipal Director (2) Ms. Anny A. LYIMO Municipal Economist
2)県保健行政チーム (Municipal Health Management Team)	(1) Mr. A.J. BAGUMA Municipal Health Officer (2) Mr.B.F. MOSHI Health Officer (District AIDS Control Coordinator (3) Mr. L.A. LUMIGA Health Office r (4) Mr. R.A. MBENA Clinical Officer
3)医療施設 Kingolwira 診療所	(1) Mr. Amandus KIMARYO Clinical Attendant (2) Ms. Hidaya OMARY Public Health Nurse (3) Mr. Hilda MWALUSEKE Maternal and Child Health Aid

3-2 モロゴロルーラル県(Morogoro Rural District)

1)県行政事務所	(1) Mr. GILE District Executive Director (2) Ms. A. K. MGILUNGWA District Planning Officer
2)県保健行政チーム(DHMT)	(1) Dr. Harun M. S. MACHIBYA District Medical Officer
3)医療施設 Mgeta ルーラルヘルスセンター	(1) Mr. Joseph LIFA Clinical Officer (2) Ms. Mariam S. GILL Public Health Nurse (3) Mr. Auripina APOUWAR Clinical Assistant (4) Ms. Yusuhu MWAKAMOJA Nurse Auxiliary (5) Mr. Barnabas MSIMBE Dental Assistant (6) Mr. Christpher N. MTAAKAJA Clinical Assistant (7) Mr. Regnarus N. SARAH Health Assistant (8) Ms. Ester NJOVU Nurse Assistant
Mlali 診療所	(1) Mr. Amadeus MWANAZICHE Clinical Officer (2) Ms. Jestina SHEIZA Public Healt Nurse
4)ドナー関連 TEHIP	(1) Mr. Chares MAYOMBANA TEHIP Coordinator

3-3 キロサ県(Kilosa District)

1)県行政事務所	(1) Ms. Hilda D. KASHAIGIRI District Commissioner (2) Mr. Robert A. SHANGALI District Executive Director
2)県保健行政チーム(DHMT)	(1) Dr. Nicholas CHIDUO District Medical Officer

(2) Mr. Justin BUNDU
District Health Officer(DMO)
(3) Mr. Mnungu MAKMLA
District Health Secretary (DHS)
(4) Mr. Wilbert CHUWA
Medical Officer Incharge
(5) Mr. Micahel KESSY
District Cold Chain Officer
(6) Mr. Hamza KAITABA
District Pharmacist
(7) Dr. Titui MUNGWA
Principal Clinical Training Centre
(8) Ms. Matilda S. YASINI
District TBA Coordinator
(9) Mr. Angelbert MKUNDA
District Nursing Officer
(10) Mr. Mathew PETRO
District Labolarty Technician
(11) Ms. Epiphania MSIGALA
District Reproductive and Child Health Coordinato

3)医療施設

Kilosa MCH クリニック

(1) Ms. Epiphania MSIGALA
District Reproductive and Child Health Coordinato
(2) Ms. Adelita MSEKE
MCH in Charge

Magomeni 診療所

(1) Ms. Stella KIHWELE
Clinical Offcer
(2) Ms. Mary MPALI
Nurse Midwife
(3) Ms. Veronika MKUNDA
Nurse Assistant

3-4 キロンベロ県(Kilombero District)

1)県行政事務所

(1) Mr. MUSIRA
District Treasurer (Acting District Executive Dir
(2) Mr. E. T. Mmbagga
District Administrative Secretary

2)県保健行政チーム (DHMT)

(1) Dr. Fred LWILLA
District Medical Officer
(2) Mr. C. K. KAKWAYA
District Health Secretary
(3) Mr. Mbonja KASEMBWA
District Health Officer
(4) Ms. Grace LUBOMBA
District Reproductive and Child Health Coordinalt
(5) Dr. R. Kalolo
Optometrist
(6) Mr. Mussa MANWELL
District Cold Chain Operator
(7) Dr. John MKONY
In Charge Kibaoni Health Center

3) St. Francis Hospital Management Team

(1) Dr. P. I. KIBATALA
Director
(2) Dr. Henly J. MOSHI
Medical Officer In Charge Outpatient Department
(3) Dr. Isse D. SOKA
Head of Community Health Department
(4) Mr. Heneniko KAFWENJI
Personnel Officer
(5) Fr. Achille NDEGE
Administration
(6) Dr. S. CHEMBO

Medical Department
(7) Dr. Bunini MANYILIZU
Paediatrics Department
(8) Mr. Ndnga MABELE
Laboratory Department
(9) Dr. S. MUJUNGU
Surgical Department
(10) Mr. Godfrey MKWICHE
Head of Work Shop

3)医療施設
Idete 診療所

(1) Mr. Charles LEUTEL
Senior Clinical Assistant
(2) Ms. C. MSEE
Nurse Assistant
(3) Ms. Joyce MHINA
Maternal and Child Health Aid
(4) Mr. Sospeter G. KISINDEI
Chairman of Idete Dispensary Committee
(5) Mr. Eriud K. NYAMGA
Member of Idete Dispensary Committee
(6) Mr. Cosmas P. KOMSA
Member of Idete Dispensary Committee
(7) Mr. Jasin KULAMBA
Member of Idete Dispensary Committee
(8) Ms. Betha MALENDA
Member of Idete Dispensary Committee
(9) Mr. Kasiana MAPUNDA
Member of Idete Dispensary Committee

3-5 ウランガ県(Ulanga District)
1)県行政事務所

(1) Mr. Magoti JANDMA
District Treasurer (Acting District Executive Di

2)県保健行政チーム (DHMT)

(1) Dr. Sidi LIRASI
Medical Officer in Charge
(2) Ms. Msowoya
Nursing Officer in Charge

3)医療施設
Ulanga MCH クリニック

(1) Ms. Carmelina KAUNDIRA
Public Health Nurse

Mwaya ルーラルヘルスセンター

(1) Ms. P. MSAFIRI
Assistant Medical Officer
(2) Ms. Apolphina NGAMBI
Maternal and Child Health Aid

国連および援助機関

1. UNICEF

(1) Dr. Rita POUTIAINEN
Project Officer, Health
(2) Ms. Zuhura CHANGALE
Survey and Mapping Division

2. 国際保健機関 (WHO)

(1) Dr. Wedson C. MWAMABAZI
Representative WHO
(2) Mr. Leslie D. MGALULA
WHO/ TEHIP Officer

3. 世界銀行(IDA)

(1) Mr. Philip R. GOWERS
Lead Health Specialist
(2) Dr. Emmanuel G. MAKANGALIRA
Senior Operation Officer, Population and Human Re

4. ドイツ技術協力庁 (GTZ)

(1) Mr. Helmet GOERGEN
Sector Coordinator, Health and Population
(2) Mr. Ahrens WOLFGANG
Economist
(3) Dr. Oberlin M. E. KISANGA
National Coordinator, District Health Support Pro

5. スイス開発局（SDC）

(1) Ms. Jacqueline T.F. MAHON
Health Advisor
(2) Mr. Arnold BULUBA
Senior Programme Officer

日本側関係者

1. 在タンザニア日本大使館

(1) 江川　明夫　公使
(2) 三矢　博司　一等書記官
(3) 安居　信之　専門調査員

2. JICA専門家

1) 保健省

(1) 橋本　佳珠子　保健協力計画アドバイザー
(2) 力丸　徹　栄養施策・計画アドバイザー
(3) 高津　宏幸　医療機器維持管理システム

2) 地方自治省　杉本　亜歴　村落開発キャパシティービルディング
3) タンザニア母子保健プロジェクト　松林　信幸　チーフアドバイザー
4) ソコイネ農業大学地域開発プロジェクト

(1)角田　学　チーフアドバイザー
(2)獄石　正典　業務調整
(3)安 洋己　環境保全

3. JICAタンザニア事務所（JICA Tanzania Office）

(1) 青木　澄夫　所長
(2) 古川　光明　次長
(3) 高田　浩幸　所員

④ 会見記録（佐藤団長記録）

1-1 在日本大使館およびJICA関係者との面談および協議 （別添面談者リスト）

在タンザニア日本大使館

高田所員より本プロジェクトの経緯および本調査団の調査目的、今年度中のRD署名、プロジェクト開始予定などの説明を行った。佐藤団長よりプロジェクトの日本国内支援体制と準備状況、本調査団の具体的調査内容について説明を行った。大使館側からは、タンザニア国内状況、政治経済、治安および気候に関する状況説明をうけた。調査終了後に結果に基づき具体的なプロジェクト計画を説明の上協議する旨を伝えた。大使館も十分な支援が確認できた。

JICAタンザニア事務所関係者

団長より、本短期調査の経緯と目的ならびに調査方法について説明をした。日本大使館での協議と同様に事前調査におけるプロジェクト要請内容は、活動範囲が広いためプロジェクト活動要請内容の再検討の必要性、そのための情報収集、現状把握が本短期調査の目的であることを強調した。また、事前調査では地域住民のニーズが調査されておらず、本調査ではプロジェクトの対象地とされている全5県を訪れて保健サービスに関する聞き取りおよび地域住民のニーズ把握のためのFGDなどの実施についての説明を行った。

所長からは保健分野の活動には社会学な視点が必要だとし、国内委員または専門家の社会学分野の取り組みについて示唆された。調査団からは、タ側要請内容と事前調査内容では多少のずれが見られ、州、県レベルの保健行政支援にプロジェクト活動が限定されていること。現在のタ側HSRの中では、家族保健を基本とした保健サービス・システムの向上と、より発展的な内容となっている。保健行政者の行政能力の向上だけではプロジェクトとしての評価が困難であり、保健計画立案、実践、モニタリング、評価を計る指標が極めて曖昧であることを説明した。調査の結果からタ側の本来の支援ニーズを確認し、プロジェクトが評価されやすく、日本の技術協力の特性が充分生かせるような活動計画を作成したいと述べた。社会学的視点はどの分野でも必要不可欠であり、本プロジェクトがタ側のHSRに沿った家族保健を基本とした本来の要請を重視するのであれば、その必要性は多大であり、今後検討して行く旨を伝えた。

調査団：事前調査から1年が経過しタンザニアのHSR、地方分権化が進行しており国内情勢の変化があると思う。第一に保健省の要請や受け入れ体制などに変化がないか。要請内容について、保健省の州、県の行政支援だけに全ドナーが動いているように見受けられる。JICAの技術協力の基本に立てば得意とする分野ではなく、このような状況下に住民の利益を考慮したプロジェクトの取り組みの方が評価されやすいと思う。

事務所：当初は住民参加型のプロジェクト案であったが、タンザニアの現状に合わせた経緯がある。調査団での住民参加を配慮したプロジェクト計画を作成して欲しい。保健省はじめ行政改革で人事異動も多くある。このような状況で変化がないのは住民だけである。

調査団：この調査の基本方針を要請ベースで3つに分けることができる。保健行政支援では州と県の保健行政スタッフとCPのRHMTとDHMTの研修業務である。これは多岐にわたり全行政部門、財務、会計、人事、病院、医療機材、研修所、などの管理や技術支援を行い、一方保健計画、実施、評価手法の強化は現場で実際の業務にどのくらいの効果があるかを計りながらOJTで学ぶ方法である。これに伴いプロジェクトでも実際の現場を持つことは不可欠である。第2に医療施設などの支援では同様の管理部門の研修や医療サービスの質的向上のための技術者研修も行なう。施設の支援、機材の支援なども含まれる。第3は住民レベルにおいて行政で計画した活動を直接住民と実践することによって、地域の医療施設のスタッフや計画者とモニタリングや評価を一緒に行なえる。具体的な実施案は今回の調査で発掘する。

事務所：基本的にはその線に同意する。事務所の方針に沿って動いて欲しい。例えば地域の住民教育を考えているのか。

調査団：まさに地域開発の視点から言えば住民教育はその手段で、独自の教材を作り研修なども行なう必要はあると思われる。ただし、5県全体での実施は困難なので、モデル県で小規模のトライアルを実施したいと思ってい

る。

事務所：何も全県を一律に捉える必要はなく、モデル県の選定も考慮してはどうか。また、今回の調査で PDM を作成しないのはなぜか？

調査団：PCM ワークショップに参加する調査団は3名で長期専門家候補は2名である。PCM のまとめに時間がかかることと日本での国内支援委員会、JICA を含め、全資料がそろった時点での作成が望ましい。プロジェクト計画についても同様で、タンザニア事務所とはメールで意見交換したい。また、3月予定の R/D 署名で2名程度早期に到着し、事務所および保健省と原案を協議する時間を頂いている。ここまでお聞きして事務所の方針と調査団方針が一致していることで安心した。これから現場での調査で住民のニーズ等よく聞いてきたい。

事務所：短期間であるが十分な調査をお願いする。

高津短期専門家（保健省医療機器維持管理システム）

高津専門家より、ムベヤ州とムトワラ州内のリファラル病院および県病院の医療機器の整備および使用状況調査出張時の結果と感想等を伺った。

調査団：現在の医療機器の状況についての感想はどうか。

高津専門家：ともかく汚い、故障が多い、ワークショップが使用できない状況であった。既に多くが故障し、修理や整備の形跡が見られないか、修理をしようとしてお手上げになり、元に戻さず放置してあるような、維持管理の基本が守られていない。

調査団：具体的に1次および2次医療機関の医療機器や臨床検査機器の状況はどうか。

高津専門家：高度な医療機器は国公立病院には入っていないし、施設の管理も良くない。まず、管理部門がない。例えば病院でも水の確保が困難でタンク設備が動いていない所、電気設備のジェネレターはあっても故障で電気の都合で手術が行われることもある。

調査団：整備や管理状況、スペアーパーツの補給はどうか。

高津専門家：技術者（エンジニア）はいないがテクニシャンレベルが配属されている。部品の交換や簡単な修理も難しいと思われる。自分の今回の業務はワークショップなどのシステムや毎月の整備記録報告書の提出を促することであるが、困難な状況である。スペアーパーツの在庫はほとんどなく、1995 年の日本の無償で 12 億円分の医療機材が投入されたが、その部品のほとんどムヒンビリ病院に納品されたらしく、パーツの請求をしても入手できない。毎月の報告書の提出をしパーツの要請をすることによって、保健省も多少の購入や支援は可能だと思われる。

調査団：現在までの無償などでの医療機器支援状況を教えて欲しい。

高津専門家：オランダのプロジェクトが 2005 年までレントゲン.機材と検査用機器、超音波診断機に絞った協力を実施する。OJT を行い段階的に長期支援を行なう。

橋本専門家：子供の健康無償でポリオワクチン、ヘモグロビノメーター、コールドチェーンの支援を行った。人口特別ではジョイセフ（JOICEF）と協調し、アスピリン、STD 用抗生剤、駆虫剤などの消耗医薬品を配布した。本年度予定として、母と子の健康医療特別機材供与でコースト州とモロゴロ州にラジオ無線システム、一県あたり 5 台を県レベルに配置する予定である。UNICEF との協調で日本が機材支援し、モニタリングと評価は UNICEF が担当する。

調査団：モロゴロ州へのリファラル機材の配置はプロジェクトの活動とも関係するし、資機材の配布に関しては、本調査団の現場視察後検討するつもりでいたが。

橋本専門家：これまでの支援は夕側の要請通りに行ってきた。地元コンサルに県病院や診療所の標準整備機器についての調査をさせた結果がある。

調査団：医療機器関連からプロジェクトに対する意見、または専門家としての意見を聞かせて頂きたい。

杉本専門家：医療機器の支援は際限がない。新規機材はいくらでも欲しがるが整備や管理がより大切だと考える。使う側の管理維持意識の向上も必要である。プロジェクトでの機材導入は慎重にし、プロジェクト負担を軽減したほうが良い。

調査団から以下について要望した。

1. 資料の入手：特別供与機材リスト（1999年度特別供与機材における機材、配布先リスト）、国公立病院の標準設置機材リスト
2. 病院視察による機材現状（高津専門家）： 11月14日実施

プロジェクト課題

資機材リストなどの入手後、モロゴロ州での機材支援リストを作成する。各県ごとの支援機材や県間の格差を考慮し、プロジェクトに反映させる。リファラル用ラジオ無線の配置については、プロジェクト活動計画にも深く関与するため配布先の確認をする。また、援助機材の使用、利用状況、効果についての評価方法など参考のために入手し、プロジェクトとの関連を考慮していく。

杉本短期専門家（地方自治省村落開発）

杉本専門家には調査団への事前アドバイスを頂いており、行政支援という立場から地方自治省とプロジェクトの関係、地方分権化の進行状態等を質問形式でうかがった。

調査団：本プロジェクトを地方自治省管轄にしたほうが良いのではというご意見ですが、保健省とのミニッツ取り交わしが昨年実施されており、移管は困難だと思う。特に地方自治省内で保健分野の技術支援に関わる部課があるのであれば説明願いたい。また、地方自治省の保健省や下部行政組織に対する権限についてご説明願いたい。

杉本専門家：特にないが、今後活動計画やタ側予算掌握が地方自治省管轄になるので、保健省でも県活動予算は活動計画共に州政府を経由して地方自治省に提出した後、国会で決定されることになる。影響や権限については他省への影響力はないが、システムについて把握しておいたほうが良い。

調査団：予算の流れや地方分権化の進行状況が非常に理解しにくいのでご説明願いたい。

杉本専門家：図1での説明。

調査団：地方分権化での進展や変化はあるか。

杉本専門家：やや遅れているがフェーズⅠの実施が開始され、現在対象38県中17県ほど展開が始まった。ブロックグラント（BG）の資金配分は来年から実施される。

調査団：タンザニアの場合、保健省の活動資金はBGからセクター別に交付されるのか。また、プロジェクト対象県の2県がフェーズⅠで残りの3県がフェーズⅡとⅢに実施開始で、プロジェクトのカウンターパート側予算はどのように位置付けられるのか。コモンバスケット（CB）に参加していないJICAのプロジェクトに対してCPBは適用されるか。図1．予算申請と予算交付システム

杉本専門家：非常に複雑でどうなるかわからない。現在でもBGへの資金送付が遅れているので予測できない。

調査団：現状だとCPBは各県ごとに活動計画を作り、交渉にあたらなくてはいけない上、認められない可能性がある。また、来年4月立ち上げ予定で、フェーズⅠの2県への交付は早くても2年後になるとすれば、全5県がCPBなしでプロジェクト期間中活動することになるのではないか。

高田職員：現状では回答困難である。タンザニアの財務については頻繁に方式の変更があるので明言できない。保健省や担当部局でも全部を掌握することは困難な状況だと思われる。

調査団：地方自治省の役割は何か。現状では新たなシステム実践のための研修事業ばかりが目に付くのだが、成果や進行状況はどうなのか。また、研修などに莫大な予算がつぎ込まれている。例えば、研修に一日あたり50＄もの日当宿泊経費がつぎ込まれているが。

高田職員：研修費などはDACの規定において全ドナーが一律の支払いをおこなっている。

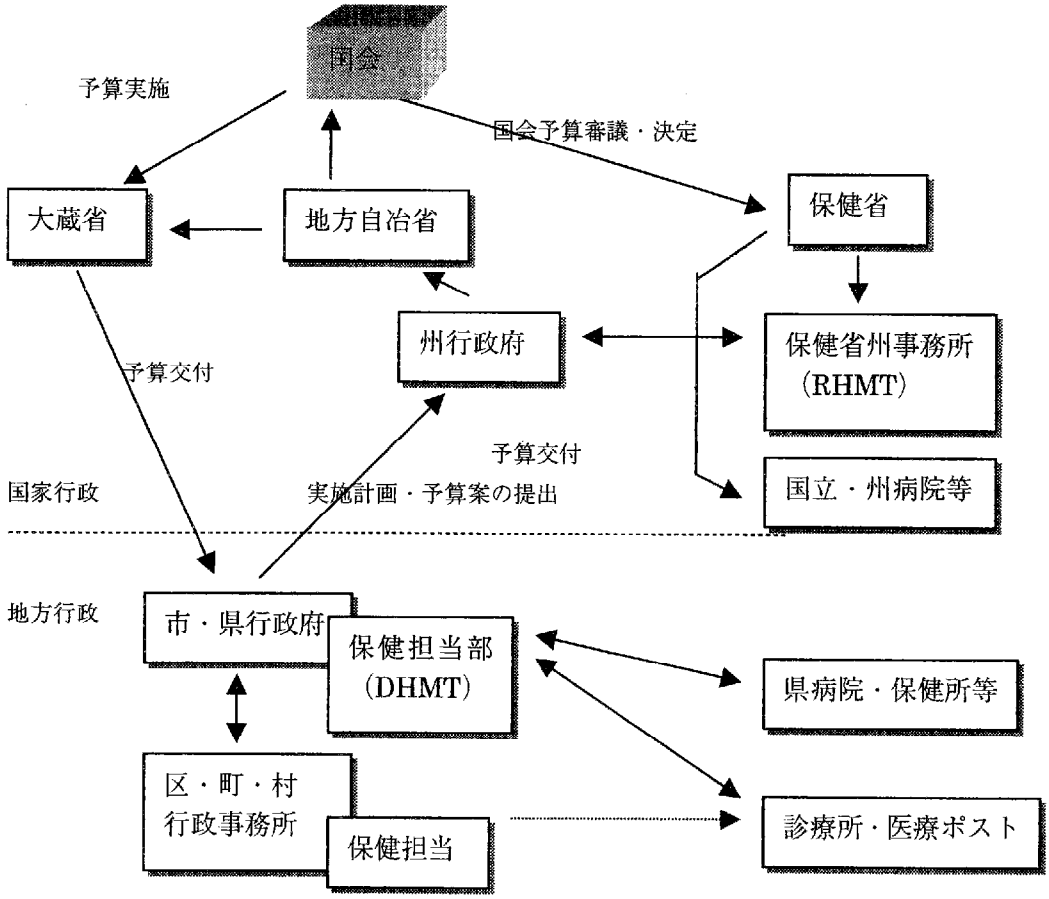
研修経費は非常に高いという感もあるが、実情ではJICAが特例を作ることはできない。

（公務員平均給与はTsh.80,000程度、一日の研修経費が半月分にあたる。参考にDACの取り決めた出張経費表を頂いた。また、後日GTZにて協議の際、DAC規定は支払い困難であり、改定前の規定のまま支払いを続けているとのことであった。因みにプラチナム会計システムの研修には1日＄500、全40日、計$20,000が支出されている。このため研修人数が限定され実施に障害が出ている。）

プロジェクト課題

本調査団は要請州、県レベル行政官の実務能力向上のために、研修事業は不可欠と考えていたが、プロジェクト

の活動費が研修事業の出張手当に大幅に費やされるのではないかという懸念が生じている。



松林専門家（母子保健プロジェクト：チーフアドバイザー）

松林リーダー：検査の質的管理能力は向上している。CP の OJT 育成は向上しており、CP 同士の相互教育が根付いている。検査結果の病棟での利用は活発で、特に検査結果が即日出るという、タンザニアでは画期的な向上があった。また、年間検体数が月平均 3,519 内外部委託分（主に有料検体）467 と増加、自立経営の目標の 80%に達している（タンザニアは 5 歳児までの治療はすべて無料である）。その他、病棟の改修やスタッフの研修など行っている。ウイルスラボの機能も本格的に動いており、WHO の認定も受ける予定である。タンガ地区での活動は 2 つの地域で異なった住民参加型アプローチを通じて周産期母子保健の改善を行っており、TBA キットの補充など成果をあげてきている。

調査団：パイロット地区とムヒンビリ病院とのリファラルはあるのか。また、パイロット地区選定の根拠は何か。

松林リーダー：パイロット地区での活動は地域限定で直接ムヒンビリ病院へのリファラルはない。

調査団：ムヒンビリ病院小児科検査室の自主財源の確保は大きな成果であると思うが、プロジェクト終了後の持続性 はあるか。また、プロジェクト期間どのくらいの機材支援や病棟の改修支援を行ったのか。

松林リーダー：初期の投資や消耗などは加えられていないが、自主経営の目標は 100%達成できる予定である。継続的支援の必要性などについては今後の検討課題となる。約 1 億、年間 2 千万円程度の支援であり、他のプロジェクトと同じである。

調査団：モロゴロでの新プロジェクトに対するアドバイスや意見を聞かせて欲しい。

松林リーダー：実感としてわかないが、病院との外部からの協調は困難かもしれない。タンザニアの病院管理は複雑である。やはり時間をかけてじっくり取り組むことが重要である。

プロジェクト課題

資金援助だけではない自主財源の確保やCP教育、CP内の自主的な相互教育という土壌育成も可能である。本プロジェクトでも行政支援という上位部からのアプローチばかりでなく、直接住民に還元できる活動も模索すべきではないか。

力丸専門家（保健省食糧栄養センター政策・計画）

保健省の独立機関である当センターでは行政、研究、研修等の業務をこなす。職員は180名、半数が事務職員である。栄養食品部にLab.があるが細菌検査や食品成分分析をできるほどの規模、機材は持っていない。20年間CIDAの支援を受けたが引き上げ後、UNICEFやWHOの栄養改善プログラム、ヨー素欠乏症やビタミンA欠乏症の対策を継続しているだけで、タンザニア政府独自のプログラムは実施されていない。

調査団：業務内容について説明とセンターの保健省内での位置付けはどうなっているか。

力丸専門家：業務は現状分析、政策の見直し、栄養教育の見直しの3点である。現状分析はイリンガ州などの3州でペラグラの調査をした。報告書を作成中である。他の業務はアドバイスなどである。希望としては国民栄養調査などの基礎調査を実施したいが、センターの能力に限界がある。

調査団：栄養改善プログラムは保健省の重要課題であったと思う。現在のHSRではあまり重要視されていないように思われるが、センターの地方分権化での位置付けはどうなるのか。

力丸専門家：センター内でもその話は出てこない。当面現状維持で、保健省でも最後に検討されるのではないか。農業省との関わりもあり、栄養改善普及員は農業省の配属であるので、現在の方針は明確ではない。

調査団：新プロジェクトにおいて、協調の可能性およびアドバイスはないか。

力丸専門家：プロジェクトの要請内容はよく判らないが、現状では業務実施のための調整に大変手間がかかる。責任者のはっきりした活動に絞り、要請内容の絞込みやCPの調整が必要である。協調という点では一緒に活動するのは困難であるが、意見交換などは必要だと考えている。

プロジェクト課題

組織改変の最中人事異動や方針の変更はよくある。本プロジェクトは要請内容が非常に広いため絞込みをし、プロジェクトのモニタリングと評価が可能な責任範囲と活動内容の見極めが必要ではないか。

角田専門家（ソコイネ農業大学地域開発センタープロジェクト：チーフアドバイザー）

当プロジェクトは昨年5月に開始されたが立ち上げまでに約4年が費やされ、綿密な準備を経て開始されたものである。個別専門家派遣は1992年から実施されており、プロジェクトの下地は十分構築されていた。実際の活動はモデル地域の実態調査とその結果から生まれた実践を同時に進行させており着々と成果をあげている。これらの実践理論構築のために参与型調査手法の確立を目標としており、研究型プロジェクトではあるが、実践面と住民参加を強調した活動を行っている。

調査団：2年目のプロジェクトにしては、理論構築に始まり施設の充実など確実な蓄積が見られるが、その基本は何か。

角田リーダー：地域住民に役立つものでなければ、研究協力の意味がない。そのためには地域の状況把握を十分にする。また、大学内の4学部全てから研究者を参集させ、全ての知識と研究を投入している。ここでは分野別ではなく、社会経済、資源管理、環境保全など、専門家も全分野を掌握できるように、活動プロセスや結果の共有をしている。特にOutreach stationには現在9名もの研究者が出向いており、多くの調査を手がけている。

調査団：プロジェクトとしての研究評価は非常に厳しいと思うが、外部にわかりやすい評価手法などはどのようにしているのか。

角田リーダー：外部の評価は非常に困難でJICA評価は適応しないと思われる。現在は自己評価をそのつど実施しており、形式的な評価は受けない方針で第3者の適切な評価方式を取り入れたいと思う。評価には活動プロセスも入れ、失敗や成功に関わらず公表する。

調査団：具体的な調査活動、地域社会での実践事業を説明して欲しい。現場でのトライアルも始まっていることだと思うが、調査結果は十分生きているか。

角田リーダー：例えば水資源開発など安易な水資源の供給ではなく、フィージビリティ調査でマイナス効果の測定や総合的な効果を考えて、住民へ還元している。

調査団：組織の中の Information Unit の役割は何か。

角田リーダー：情報の収集と発信基地である。研究者や学生、住民にも情報公開する。住民に対しては相談を受け付け、自由に出入りできるような場所も設ける。(施設見学時に活動写真や研究成果を常設しているスペースを見せて頂いた。セミナー等も常時行なっており、情報公開と共有を実践しておられた。)

プロジェクト課題

本プロジェクトとは目的および対象等に大きな差異はあるが、住民裨益効果を最大の優先課題としていることは大きく評価されるべきだと思う。本プロジェクトでも住民の健康向上を目的にしており、小規模な地域環境、生活等を考慮した調査研究の強化と還元方法（協力活動）を模索すべきである。

1-2 当該国関係者との協議

保健省本省

本調査団の訪問目的および日程の説明後、タ側保健省より挨拶があった。現在のタンザニア状況は保健システムのリハビリテーションの最中である。適正な保健サービス実施のために日本の支援を歓迎する。協議内容は以下の通りである。

調査団：要請は昨年度に作成され 1 年以上を経過している。タ側は地方分権化の実施や保健計画の変更などがあると思うが、要請内容に変更がないかどうか伺いたい。

保健省：システムが大きく変更になっていることは間違いないが、プロジェクトの運営に支障はないと考えている。

調査団：要請内容詳細についてお伺いしたい。要請内容に直接的に関係するとは考えられない内容がある。例えば目標に結核、HIV、マラリアなどの疾病軽減というのがある。既に、WHO などの支援でこれらの対策は実施されており、疾病ごと大きな実施対策、施設、機材が必要になるが現状はどうか、また、現状でニーズがあるかどうか。

保健省 1：これらの疾病に関しては対策プログラムが EPI も含めて順調に進行している。問題点は人的要因で計画、評価が弱い。現在 5 万カ所の診療所があるが、県病院以下の施設で検査キット、試薬が不足している。住民の意識改革が低くリファラルがうまくいかないため住民の啓蒙が必要である。また、地域内での医療従事者の技術研修が不足している。

保健省 2：目的を絞り込むことが必要である。Lab.の整備や研修が必要である。地域での教育による Self-リファラルが重要である。

調査団：同じく要請にリファラル system の構築があるが、モロゴロ州の人口と面積を考えると、大きなプロジェクトになるのではないか。保健省の方針を聞かせて頂きたい。

保健省 1：保健省は長年アルタ・マタ宣言後から国民の健康向上に留意し、プログラムを実施し実績をあげてきた。しかし、地域での政策はあまり成功していない。リファラル system は重要な課題だ。

保健省 2：リファラルは UNFPA や他のドナーが他州にて実施している。方法は拠点方式で保健所を中心に 5 カ所程度の dispensary とラジオ無線を通じて連絡を取り合い、同時に供与された救急車が使用されている。モロゴロ州でも同様のシステムで行ないたい。ただし、車両などの不足が懸念される。

モロゴロ州保健医務官（RMO）

本調査団はプロジェクトの立ち上げ準備に関わる基本的な活動方針、来年度活動計画（研修、機材）と専門家派遣後の業務体制（事務所開設場所、設備など）の詳細な決定をする。

特に活動方針については、JICA 支援方針と保健省の要請に基づき再協議をする必要がある。これまでの調査は

あくまでも参考であり、調査の段階で地域支援が欠落した。これはタンザニア政府の HSRP と一致せず、行政支援に特化されているため地域支援を再構築する必要がある。また、来年度活動計画についてはここで概要を決定する。プロ技方式については詳細な説明を要した。RMO のコメントで事務所開設場所は RMO 事務所にして欲しいがスペースがない。改築または増築を行って欲しい。当面 EZTC 内に仮事務所を設置して欲しい。また、DSM での各ドナーとの協議報告の中でSDCがキロンベロ県へのJICAの参加を拒否するのは問題である。それによりJICAが当初の活動実施地域を他のドナーの支援を少ない県にしたいという意見も理解できる。後者については明確な回答は得られなかったが、非常に動揺していた。活動内容についてはコメントがなかった。この背景には、事前調査時のワークショップ報告やプロ形成調査での結論が全て、実施されるとの思い込みや JICA プロ技方式や流れが全く理解されていないことがあると思われる。さらに驚愕すべき事態は、本調査団のコーディネーターが本人作成のプロジェクト計画案および本調査団の日程表などのアレンジを独自にしており、日本から要請した日程による FGD および PCM の内容が全く加味されていなかった。また、これらの書類を関係各所に配布済みであり、協議にあたり大きな障害になっている。協議中も CEO に変わり、協議時間の半分を自説に固執する、自分を JICA の地域責任者として紹介するなど、調査団の認識とのずれおよび JICA 事務所からのこれらの状況報告が全くなされていないなど、非常に遺憾である。早速、所員に連絡を取り今後の対処をうかがったが、プロジェクト実施後の障害になるかも知れないため、継続して当人を活用するようコメントがあった。

調査団所見

当コーディネーターの活用は継続する。経歴から DMO などの行政歴は長いものの保健省地域幹部としての経験とコンサル業務の経験のみであるため、住民や通常の国際地域保健知識が欠如しており、FGD や PCM の役割の理解が困難である。日程表によれば役所への表敬ばかりで FGD 日程や末端医療施設の視察が全く配慮されておらず、調査団の指摘により本人も動揺している。しかしながら、自説を曲げず、地域での FGD の準備に 1 ヶ月はかかるなどと見当違いも多く、ひとつの日程変更に 1 時間も自説を振り回し、なかなか応じる姿勢がない。事務所との調整経過や本人の雇用条件について、DSM で詳細な説明を受けるつもりである。

RAS 事務所

RAS 不在のため RAS 代理と面談した。彼もコーディネーターの作成した原案に基づき、ワークショップ報告を参考にして協議に臨んでおり、調査団の説明が理解しにくいようであった。ここでは JICA プロ技が機材支援機関ではなく、技術移転を基にした人材の養成などが主目的であることなど、プロ技の説明および今後の方針についての説明に周知した。

RAS 代理からは JICA を歓迎するが、プロジェクト規模が小さすぎるとのコメントがあった。本プロジェクトが技術移転を基にした人材養成であることや専門家派遣や活動資金にも JICA 方針と制約があることを説明した。理解はできたものの従来の協議とは全く事情が異なるためコーディネーターに発言を求めた。

最後に 4 月のプロジェクト開始に際しては、全面的支援行い事務所開設後プレスリリースを行う。電話線などの早急な設置支援を電話局に申し入れるなどの約束を取り付けた。調査団も限られた人材と資金の中で、満足を頂けるような成果をあげたいと申し上げた。

EZTC 所長

事前調査報告より 1 年を経て、機材の整備が進んでおりコンピューター、コピーマシーン 2 台、ファクシミリ 1 台、冷房機 2 台、視聴覚機材としてテレビ、ビデオ、OHP などがアイルランドから供与されており、RMO 事務所との格差が非常に大きい。建物も非常に頑強に作られており、研修員の宿泊設備なども整っていた。JICA の仮事務所は図書館の一部を改築して使用して欲しいとの申し出もあり、仮事務所は当面 EZTC で落ち着くようである。RMO 事務所とも隣接しており不便はないが、改築費用および期間が問題になると思われる。

HMT

調査団：病院は保健省を通じ日本に本年度多額の機材供与を申請しているが、本プロジェクトとは別のプロジェクトであり、本プロジェクトではメンテナンスやスペアーパーツなどの支援を行う手段はない。他の州では HSR

沿い既に Maintenance Team (MT) が組織され活動を始めており、成果を出している。早急にチームを編成し活動を開始して欲しい。病院の視察では本当に機材管理の悪さに驚いた。本プロジェクトでも機材支援は行うが、小額で毎年プロポーザルを作成し全医療施設を対象にするので、特定の病院支援は行わない。もし、病院の管理状況が改善されなければ、今後の支援は全く行わないことを明言する。本プロジェクトの方針は地域に根ざした住民の健康と保健サービスと行政支援を同時に強化する。活動詳細は後日 RMO より報告されると思うが、病院の医療従事者の技術強化も行う予定である。

HMT：支援機材にパーツは含まれるのか。

調査団：通常総額の 10%程度はスペアーパーツに割かれているので、当面の消耗機材も含まれていると思う。しかし、多くは病院経費でまかなう様な体制を作らなければ、新しい機材も使えなくなるので今から準備して欲しい。支援機材の内訳も RMO が承知しているので聞いて欲しい。

HMT：技術研修の具体的内容を教えて欲しい。

調査団：コンピューターを使った財務や HMIS 関連の研修は HSRP の中で作成されたマニュアルに沿った国内研修になる。また、タンザニア側の要請に沿った研修計画を一緒に作り、長期専門家で対応できない分は日本から短期専門家を招聘することができるし、国内で講師を探しても良い。皆さんから何をしたいか要望をあげて貰い、順位付けや時期や期間を決めるのも CCM や WG と協議しながら進行する予定である。勿論医療技術研修もたくさん実施して行きたい。

HMT：日本での研修機会はあるのか。

調査団：勿論、プロジェクトで毎年 3-4 人を日本研修に送ることができるし、JICA にはたくさんの専門コースがあるので皆さんにも研修機会を与えられる。ただし、プロジェクトに貢献した人を選び、広い範囲から CC や WG と相談しながら決定して行きたい。他に、他のドナーの活動地域を訪問して意見交換や技術交換の機会を設けたい。すでにタンガ州の GTZ が同じ内容のプロジェクトを行っており、活動報告書の交換や視察のお誘いも受けている。

HMT：我々は JICA を迎えることによって一緒に新しい体制を作っていきたいし、満足してもらえるように至急、MT の件も考える。プロジェクトチームを歓迎するし、是非我々への支援をして欲しい。

EZTC

所長：JICA プロジェクトが来年開始されるが、センターでは CMO 事務所の改築が行われるまで図書館の一部を貸すことになる。図書館機能の拡張のために支援を要請することができるし、コンピューターなどの研修には私たちが優先的に参加できる。JICA を含めて、皆さんの意見を述べて欲しい。

調査団：HMIS や病院管理、財務等の研修にはコンピューターの設置場所やプロジェクト事務所の設置が不可欠である。コンピューターは少なくとも 10 台位ないと、現在のタンザニア側の要請に応えられないし、皆さんの関心も高いのでできるだけ対応するつもりでいる。コンピューターが導入されたら、皆さんが早急に講師になれるよう研修を実施し、TOT を実践して行きたい。ここで全てを決定することはできないが、もし研修用のコンピューターが導入されれば、タンザニアで始めてのケースになることは間違いなく、大きな進歩になる。RAS はプレスリリースを考えているので、研修所の利用率が高まる可能性は高い。

講師：図書館を別の場所に移転してもコンピュータ･研修を実施して欲しい。私たちにも研修は不可欠であるし、何よりも学生の関心とモチベーションが高まる。図書館が空の状態なのでインターネットで情報を得られるようになればすばらしいと思う。

所長：日本側の提案は全面的に支持するが、電気の容量やコンセント、内部の改装には MOW の許可が必要になるし、費用はどうするのか。

RMO：大掛かりな改装はしない。部屋を仕切るだけであるし労働省には交渉する。工事費用は JICA も負担してくれる。

調査団：費用負担については活動計画に基づき決定するが、センターでも費用の分担をして欲しい。プロジェクト終了後にはセンターに全ての責任を移管し、コンピューターが導入されれば、研修費用をプールしメンテナンスや消耗品も買える。これはひとつのアイデアであり、皆さんの意向でコンピューター研修は難しいとか、他にい

い意見があれば教えて欲しい。今決定する必要はないので時間をかけて検討して欲しい。

所長：プロジェクトは 5 年あるので、毎年たくさんのアイデアがもらえるし、講義も手伝ってもらえる。研修所のメリットは大きいので内部で調査団が現場視察から戻るまで、検討しょう。

RMO：皆さんの考えが非常に前向きで嬉しい。私たちも支援するので JICA にも真剣に検討して貰うようにお願いする。

調査団所見

タンザニアの HSRP に沿った研修にはコミュニケーション、HMIS の強化、プラチナムシステムの導入のためのコンピューターの導入や研修が主課題として挙げられている。行政能力強化の一環として、コンピューターの試験的導入は効果があると判断される。また、HSR の実施にはコンピューターの活用や研修が盛り込まれている。CP の要望が強いため本調査団としても導入に関しては積極的に進めて行きたい。

モロゴロ市庁

市庁：モロゴロ州でのプロジェクトを歓迎すると同時プロジェクトの内容についていろいろと聞いている。モロゴロ市の概要と要請を纏めてあるので読んで欲しい。モロゴロ市の状況は政府の方針で今、建て直しをしている。ここは地方分権化のフェーズ I に入り、研修や計画を立てている最中である。経済や資金、保健分野での人材不足や病院機材の不足などたくさんの問題を抱えている。最近では交通事故が増え、救急手当てが必要であるが対処できていない。病院の強化も不可欠である。日本が機材支援や研修支援をしてくれると聞いているがどうか。

調査団：研修業務は第一の課題で、人材養成の一環として始めに取り組むつもりでいるが、当市には既に財務関係でプラチナムソフトが導入されているはずであるが、使用状況はどうか。JICA は機材支援もするが多くはなく、車や大型機材などは支援できないと思う。コンピューターなどは必要だと思われるが、5 年の期間の中で期待に添いたいと思うので、あせらずに支援して欲しい。

市庁：プラチナムソフトは 2 台のコンピューターと共に導入されて、2 名が研修を行った。何とか動いている。しかし、コンピューターを使える職員がいないし、研修は不足している。私たちにも研修の機会はあるか。

調査団：勿論、国内、日本と研修の機会は設けるが、たくさんの人材を育てるには現地で研修に時間をかけたほうが効果がある。本プロジェクトでは専門家と資金に限りがあるので、当面研修業務は全県、地域活動支援はドナー支援の少ないモロゴロ市とウランガ県などに焦点を当て、地域社会の家族保健強化を推進して行きたいがどうか。

市庁：今までモロゴロ市は忘れられており援助の対象にならなかった。UNICEF が 12 年前に WARD 単位で支援を始めたが 12 年でたった今も 11 カ所であり、15%を占めるが他の地域は何もない。支援を受けた地域の保健は向上している。JICA がここを選んでくれて嬉しいのは州病院を含め 3 つの病院の支援もしてくれると思うからだ。医療従事者の研修も是非行って欲しい。実際の施設を見てもらってから、明日また詳しく協議したい。

モロゴロ市 MED

本プロジェクトの話は充分に伝わっており、モロゴロ市への支援を最大に歓迎する。プロジェクトの開始後は最大の支援をすることを述べられた。本調査団もプロジェクト開始当初はモロゴロ市での活動を重視する方向にもって行きたいこと、RH を 3 病院も抱える当市への支援は不可欠であることを伝えた。本プロジェクトの基本方針および市庁に関連する問題として、CPB の予算獲得については DHMT に経済の専門家を配置すること、できるだけの努力は惜しまないことなど、積極的に話された。プロジェクト活動期間の 5 年間できる限りの相互協力と相互支援をすることを約束し、大変論理的な話と理解力に CP として非常に有能であるとの印象を受けた。

モロゴロ地方県 DMO

DMO：本日は DHMT が全員会議に出席中で明日、チームとの面談を設けたいがどうか。JICA プロジェクトの開始を心待ちにしていた。いろいろと支援の機材を受けているが、非常に嬉しいと思っている。

調査団：歓迎してくれてありがたいと思う。既に説明の通り、本プロジェクトが機材の支援プロジェクトではない

ことを理解してくれたと思う。既に JICA の支援機材が入っているようであるが、フォローはどうなっているのか。また、当事務所は多くのドナーからたくさんの支援を受けている。例えばこの事務所も 2 台のコンピューターと冷房などを備えており、RMO 事務所より機能的である。事務所そのものも非常に立派であるが、支援機関の詳細と機材の明細を頂きたい。これらはプロジェクト計画には不可欠で、この県の支援について考える材料にしたい。

DMO：機材については不足しているが、JICA が考えている支援県を決めるという案には賛成する。同じ州で支援状況に大きな差があるのは気の毒だと思っている。特にモロゴロ市はレファラル病院が 3 つもあるのに、体制整備が最も遅れている。我々も事務所をモロゴロ市内に構えているので、格差があるのは好ましくない。ただし、研修等は一緒にしてもらいたい。機材管理はまだ不備であるが何とか人員の確保をし、2 名を中央の機材整備研修に送り込んだ。簡単な修理はできるようになっている。

調査団：TEHIP やカナダ NGO の支援で年間活動計画ができているが、進行状況はどうか。

DMO：年間活動計画は来年分を作成中である。次回コピーを差し上げられると思うが、全部をカバーしていない。いろいろなドナーが支援してくれるのは嬉しいが、今は充分である。

調査団：自力での構築は他県の模範になりスタッフの動機付けにもなる。その考えを維持して欲しいしできるだけの協力はする。来年直ぐにではないが、DHMT ばかりではなく医療従事者も研修していくので、人材養成には協力できる。

DMO：是非 DHMT と面談して欲しい。多くのスタッフに研修機会を与えるという考え方にも共感する。本日、明日と現場をご案内したい。

TEHIP プログラムコーディネーター

調査団：TEHIP プログラムの概要は把握しているが、調査報告や活動内容詳細が掴めない、簡単に説明して欲しい。

TEHIP：残念ながらそれらの報告書は差し上げられない。研究所や関係団体に許可をもらわなければ勝手に出せないが、JICA の専門家が持っているはずである。

調査団：JICA 内部では見当たらなかった。TEHIP の上層部に申し出てみるが、同じ地域で活動するのに情報公開がないと、同じ活動や調査を 2 重にすることになると思う。本プロジェクトはまだ検討段階で差し上げられる情報はないが、全てオープンにしていく方針である。将来、この県でも WG を作り DHMT は両方に所属することになるが、現状から協力体制を作るのが懸命だと思っている。

TEHIP：是非、本部を訪問して欲しい。TEHIP は Ifakara にセンターがあるので聞いて見て欲しい。また、活動は順調に展開しているし JICA との協調も可能である。

調査団：プロジェクト活動では当然協調して行くし、全ての調査に関し自分たちで CP と共に手がけていく。調査手法を習得することも CP にとって重要なことと思われる。JICA は技術移転が主題であるので、研究協力も可能だと思う。

TEHIP：良くわかった。来年 4 月のプロジェクト開始を待っている。詳細はそれから協議開始しよう。いつでも立ち寄り声をかけて欲しい。

モロゴロ地方県 DED

多忙のため、表敬およびプロジェクトの説明に周知した。特にプロジェクトに対し質問はなかったが、自分を日本に研修に出して欲しいとの要望をのべた。数多くのドナーが出入りしているようで、儀礼的訪問にとどまった。

調査団所見

再度、恐縮であるが本調査団コーディネーターはここでも、JICA の代表として振舞っており、再三の注意にも関わらず、JICA は機材の支援をするので要望を述べたほうが良いなどとスワヒリ語、英語と相手を憚らず豪語するので困惑している。事務所のプロジェクト活動の妨害をするかもしれないので引き続き雇用して欲しいとの JICA 事務所前回コメントにも、大いに疑問をもっている。本調査団で彼への説明と相手方への説明と連日同じことを繰り返しており、既に JICA 方針とは異なる次元での協議に相手方も困惑している。相手方への CPB の説明中に機材の

話を持ち出す、食事招待の催促をする、機材の検討は来年度からという説明にも機材、機材とプロジェクト内容を全く理解しようとしない。特にDEOにはJICAはコンピューター、コピーマシーンを持ってくるからと勝手に約束し、プロジェクトを持ってきてくれてありがとうとの内輪の話には、JICAがどのような基準で彼に決定権を与えたのか否か、調査団には一切の説明もない。事務所に連絡し再検討したい。

コーディネーターの処遇

11月17日、当人約束の時間に現れず、DMOよりDSMに行ったと聞く。前日キロサまでの日程打ち合わせをしたため、突然の出来事に驚く。調査団は日程に支障もなく無事業務を消化する。19日午前調査団出発前に何事もなかった様に現れたが、DSMへは調査団の許可を取っていったと述べる。調査団では特に業務上必要不可欠とは判断されず、前日JICA高田所員と相談したように橋本専門家との契約があるためDSMにて今後の活動を相談して欲しい、調査団は日程通り調査を継続する旨を伝えた。

キロサ県DMO

キロサでは1997年まで7年間JOCVのミニプロジェクトが実施されていたが、評価後活動が継続されていない。保健省管轄プロジェクトではないが、農業関連プロジェクト等多数実施された経過があり、JICAの知名度は高いものの成果については伝承されていない。

本プロジェクトについてはここでも機材導入が選考しているため、プロジェクトについての説明が難航した。DMOは着任2年になるが、病院やDHMTの役割についてよく把握しておらず、住民の病院離れは深刻なようである。病院の機材メンテナンスチームもなく、協議詳細は午後に持ち越しとなった。

キロサはCommunity Fund(CF)の実施10県の内のひとつであるが、1999年7月にシステムが導入された。当初のCommunity Health Insuranceのcoverageは世帯数の5%であったが、本年に入り減少している。加入料はTsh.5,000であり、非加入者には病院初診料をTsh.2,000に設定している。病院の利用者も減少しており、病院利用者の減少原因となっているが、DMOは加入料が他県より低く、患者負担が少ないと述べた。因みに、州病院の初診料はTshr.500であるが、地方の低設備の病院にしては高額設定であると思われる。その分、保健所などの無料診療医療施設の利用が増加している状況にある。

キロサ県DED

DEDは非常に多忙であったが、プロジェクト概要の説明およびJICAのプロ技システムの説明などを非常に良く理解してくれた。JICAとの仕事を何度か経験したそうで、機材の要請に偏らない広い視野でプロジェクトに対する希望を述べられた。JICAは大きな仕事やシステム作りより、キロサに事務所を構え地域活動を実践して欲しい。また、キロサの保健状況は他の県と比較し遅れているので、DHMTの強化は不可欠であり、JICAプロジェクトの開始と成果を期待していると述べられた。

因みに、DED事務所は数多くのコンピューターや事務機器などを備えており、日本の事務所並の機能を備えている。今後の連絡はe-mailで行えるなど機能性と活動力に満ち溢れていた。

キロサ県DSO

DSOは地方分権化に伴いDEOに権限を譲渡した形となり、比較的のんびりした雰囲気を漂わせていた。DSOは1994年にJICAにより日本で行政研修を受けており、親日派であるが実際の活動からは退いた形となっている。JICAプロジェクトの開始を歓迎するし、是非日本での技術研修を行って欲しいとのコメントで閉められた。

キロサ県DHMT

DHMT：HMISはコンピューターを使った保健データを基本とすべきで、技術研修などの機会はあるのか。

調査団：研修は5年にわたり、会計や保健計画、実施にいたるまで行う。医療従事者研修も行なうが、具体的にどのような研修が有効であり、皆さんがJICAに望むことなどを述べてもらいたい。

DHMT：疫学的な疾病のコントロール（マラリア,結核など）や水や生活環境など改善をし衛生状況の改善などが重

要だと思う。

調査団：既に、WHO とスイスの協力でマラリアの研究が始められており、病院内に立派な施設と外国人研究者が仕事を開始しているがどうか。ひとつの地域でドナーが競合するのは効率が悪いと思うが。また、疾病コントロールのプロジェクトは大規模になり、本プロジェクトでは 5 県を対象としているため、余り手がけたくない。例えばキロンベロには大規模なイファカラ研究センターが存在し、マラリア、ワクチンや効果的医薬品の効果測定や防止対策を実践している。

DHMT：調査だけで実践活動は少なく余り広がっていない。もっと疫学的な知識が欲しいと思っている。

DHMT：具体的な要望としてコンピューターを導入して欲しい。我々は情報が不足しており、良い計画が立てられない。また、活動に必要な交通手段もなく機材も不足しているので困難なのだが。

DHMT：コンピューターの導入は簡単だが、誰が研修し誰が管理をするのか決まっているか。また、電話使用料などの維持管理をどのようにするのか。例えば、病院視察で管理状況が非常に悪く担当者もいない。このような状況での機材の導入には躊躇してしまう。

DHMT：コンピューター研修の可能性はどうか。

調査団：勿論プロジェクトでもコンピューターの導入は必要だと思っている。基本的な研修はモロゴロの EZTC で行いたいと思っている。導入後に直ぐ全 DHMT が HMIS のデータ管理や報告書、保健計画書の作成にあたれるようにしなければならない。

DHMT：Clinical Officer 養成校内でのワークショップやセミナーの開催はどうか？

調査団：研修の内容と期間によっては可能性がある。例えば地域の保健ボランティアや TBA の研修などはキロサで実施したほうが効率がよいし、コンピューターなどの研修にはモロゴロ市内が良い。研修は 5 県全部で実施するので意見交換の機会もできる。

DHMT：ラジオ無線や病院機材、車両の支援は不可欠である。車両は保健所全部に配置すべきだしバイクも必要だ。

調査団：その件は DMO に確認してもらいたい。保健省が病院機材やラジオ無線を配備するように JICA に要請しているが、病院管理状態やラジオ無線がどのような効果があるのか現状では判らない。病院にも救急車がなく、どのように管理して行くのか。マラリアは道が悪く新しい車両も直ぐにだめになる。病院機材と同じく管理体制もなく資金もなければ、誰が責任を持って管理して行くのか。至急、受け入れ体制を整備して欲しいし、車両は活動計画ができ、必要不可欠と考える場合には高額なので JICA と協議しながら進めて行く必要がある。

DHMT：機材のための技術者研修はできるのか。Workshop は作ってもらえるのか。

調査団：Workshop が必要ならまず、その準備をして誰が管理をしどのように運営するのか決めなくてならない。研修はいくらでも可能であるが、実践に結びつかなければ支援はしない。また、Ownership や CPB の準備をしてもらいたい。プロジェクトは皆さんの支援をするのであって、皆さんの活動が主体である。Ownership や年次活動計画書もないこの県では、機材支援を考える前に何をしたら住民のために良いのかを基本とした計画書、それもきちんとした保健デターを基に作らなければならない。

DMO：現在、来年度計画書を作成している。UNICEF や DANIDA などと協力している。

調査団：では、機材支援計画も彼らとすべきであるし、プロジェクトが支援をする場合には正確なデータ･と計画書を求める。2002 年の計画書はプロジェクトも絡み、しっかりドナー間の調整をする必要がある。

DHMT：医薬品の配布で薬品管理庫がない場合、新しく作ってくれるのか。

調査団：Indent Drag System は DANIDA が責任を持ってやっている。DANIDA との調整のほうが重要ではないのか。また、医薬品が切れたときの sustainability は考えているのか。

DHMT：薬の話ではなく、管理場所の問題である。

調査団：在庫管理やどこに管理するかなどは、自分たちで考えられる問題だし、プロジェクトは sustainability のない支援はしない。

DHMT：TBA が 1,025 人いて研修はしたが、TBA キットが 200 人分不足している。研修とキットの支援は可能か。

調査団：1,025 人の研修は数が多すぎるし、未研修の TBA の研修のみであればキットの配布と同時に可能性はある。活動計画の中でどのようにするか考えて行きたい。

DHMT：日本に研修に行かせて欲しい。

調査団：日本に研修生を送るのは経費がかかる。まず、国内研修でたくさんの人を研修し、適任者がいれば日本に推薦する。年間 3-4 人は CP 研修で日本へ行く機会はあるが、プロジェクトの成功や貢献度を加味して、候補者を皆で決めて行く。ただし、5 県全体から決めて行くので約束はしない。国内でも他州のドナーや同じプロジェクトを持っている地方へ皆で出かけて勉強したほうが効果的ではないか。

DMO：ともかく計画書を作り配布して行く。キロンベロやモロゴロルーラル1県などドナーが多く進んでいる県と同じなのは不公平だと思う。

調査団：キロサ県もドナーの多さでは同じである。モロゴロアーバンやウランガ県などはほとんどドナーの支援がない。自分たちが何をしなければならないかを考えて欲しい。来年 4 月以降実質的な協議を繰り返したい。

調査団所見

DHMT や HMT が活動していないことは判っていたが、協議が支援内容に流れがちで実際の DHMT の強化と評価をどのように計るか全く考えていない。DHMT の役割を理解しておらず、DMO の指導力不足が痛感された。後日、DMO より DHMT の能力不足が深刻で他のドナーの要請が負担になっている。JICA の地域活動の導入を 1-2 年延ばして欲しいとの申し出があった。

ウランガ県 DMD 代理

豪雨のためキロサ県からのキロンベロ県への道路が不通となり、急遽予定を変更し豪雨被害が出たと言う、キロンベロ県を通過しウランガ県へ直行した。こちらの都合で移動したため、DMO が不在であり代理が状況を理解の上、急遽対応してくれた。

ウランガ県政府の予算は厳しく、保健状況も非常に悪い。政策通り保健分野の活動を進行させているものの、他県とは比較にならないで。当県は 75%が山岳地で多くが国立公園になっている。耕地が少なく、交通の便も悪い。住民の多くが農民で、経済状態も非常に悪い。病院の運営も非常に困難で医療スタッフが極端に少ない。DHMT も動いているが HMT はなく、DANIDA、Irish Aid、UNICEF などが保健計画の支援をしてくれるが、十分に対応できていない。JICA の援助は歓迎するが、まず病院の状況把握が要望された。

ウランガ県 DED 代理

DED が交通事故に会われたらしいとの連絡で急遽、DED 代理への表敬を行うことになった。プロジェクトの経緯と簡単な概要説明の後、DED 代理からは日本の支援を歓迎する。保健分野でも支援を必要としているので、可能な限りの支援をして欲しい。Council でも可能な限り支援を行うとのコメントがあった。

キロンベロ県 DMO

キロンベロは多くが山岳地帯であり、川が多い。タンザニアの電気供給の 50%はキロンベロの水力発電によるがキロンベロ自体は電気、水源とも大きな問題を抱えている。DSM からのアクセスも道路状況が良くなく、鉄道を使うことも多い。多くの HF へのアクセスは最も遠い HC へは 150km もあるが、道路事情が悪く、1 月から 6 月までは徒歩以外の通信手段がない。道路事業が悪い地域へは鉄道を使ってアクセスするが、非常に不便である。保健状況では多くの問題を抱えている。まず、県にある 2 つの病院であるが、直接自分の管轄下にはない。ひとつは砂糖工場の運営する南アフリカ資本の企業病院であるが、多くの地域住民を受け入れない。企業病院であるため従業員が優先であり、地域住民は多額の費用を支払わなくてはならない。また、DHO との協議でもタンザニア方針を受け入れなく、協調は困難である。もうひとつは Mission 病院であるが、73 年前に作られ独自の運営をしている。保健省中央と直接取り決めをした DDH であるが、その取り決めに多くの制約がある。例えば運営資金、医療従事者の給与は 100%政府支給であるが、DMO は運営委員のメンバーでしかなく、病院長は Mission の Bishop が勤めている。調整が困難であるとの DMO のコメントであった。また、病院と SDC、スイス NGO との間に問題が起こり 1998 年より全ての支援が途絶えたと言う。問題点について質問したが、DMO は自分の口からは言えないと理由を明らかにしなかった。調査団からの多くのドナーの活動状況についての説明には、4 つの保健所が全てドナーの支援によって建設されたため、SDC と Plan International が同じ地域で同じ支援を始めてしまい、DMO の調整によ

ってひとつを保健所、ひとつを診療所として定めた。この診療所はキロンベロにある Medical Assistant 養成校と看護婦養成校の学生研修にも使っているが 150km は非常に遠い。隣接する病院での研修が困難であるためである。この 2 校も保健省直接管轄であり、教育省との関連もある。現在保健所の支援はアイルランドに依頼中である。

問題点は人材不足が深刻である。1993 年より医療従事者の新規採用がなく、欠員が多数出ている。DHMT も 2 名の欠員がある。車両は Plan International が各保健所に救急車を 3 台配備したので、古いものと合わせると充分である。ただし、連絡をとることが非常に困難であるとのことで、ラジオ無線が有効ではないかと考えている。各保健所では電気設備がないためワクチン管理のためにソーラー発電機を設置したいなどの希望も述べた。

最後に SDC の調査団に対するコメントを伝えたところ、SDC の真意がわからない。SDC は県全体を把握しているわけでなく、一部の地域で活動しているのみである。また、Coordination Committee も SDC がリーダーシップを取っているわけではない。SDC が CC を共有しても良いとか（事前調査団報告書による）、JICA を歓迎しないと言う発言には賛同しかねるとのコメントであった。

キロンベロ県 DHMT

DHMT：研修の内容を教えて欲しい。

調査団：基本的に研修は皆さんの要望に対応したいが、他の県からは HMIT、コンピューターを使った保健統計、会計などの DHMT に対する研修要望が高いので、プロジェクトでも対応して行くつもりであるが、基本的には州レベルで DHMT の研修、医療従事者や地域リーダー、CHW（Community Health Worker）などの研修は県で実施したほうが効率が良いと思われる。

DHMT：IEC に関する研修について説明して欲しい。

調査団：IEC は保健分野にとって非常に重要である。HMIT との関わりでも不可欠と考える。まず、2 つの情報伝達の方法がある。ひとつは印刷教材を使うもので教育と関わり、研修教材、カレンダー、パンフレットなど必要なものは、各県ごとに対応しても良い。自分たちで地域の状況にあわせたものの開発を DHMT と開発したい。もうひとつは視聴覚教材で、非識字の人々にもテレビやビデオによる教育は有効である。できればビデオカメラで地域活動を写し、皆で地域活動の紹介や内容分析をすれば効果があがる。これらの開発教材は保健教育にも有効であるが、コミュニケーションでは地域へのアプローチやプレゼンテーションの方法の習得も重要である。理論構成、OHP などを使った研修などは国際保健での重要な技法となっている。

DHMT：HMIS では最新の保健データーなどが必要になるし、EPI のカバー率など余りにも低いので、これらの Capacity Building が不可欠だと思うが。

調査団：まさにその通りで保健計画には正確な保健データが必要である。そのために一緒に調査を行い、保健データ-の分析や地域への還元が必要である。また、保健所などの保健データ収集の研修も行って行くが、その指導には皆さんがあたって欲しい。

DHMT：Community Based のデータや監督システムの強化も必要ではないのか。

調査団：勿論賛成である。皆さんの必要と思われる活動支援をするのがプロジェクトの役割であり、地域においては皆さんしか活動できない。我々が充分な情報を把握するまで 1-2 年かかるが、情報交換を密にして、地域開発には総力であたる。地域での研修が必要であれば TOT で皆さんが講師になれるよう準備し、段階を踏んで地域に対処する。皆さんがモデル地域の選択をするようにし、拡大方向に持って行ってはどうか。

DHMT：地域に便所や水を供給したときなど、Community Evaluation はどうするのか？

調査団：評価も住民と行政側でしなければならない。行政側の評価は住民側と一致しない。基本は住民ニーズに合わせることだと思う。

DHMT：病院機材のマネージメントに対する対策はあるのか？

調査団：HMT の結成は不可欠である。たくさんの支援機材を受け入れても、メンテナンスや修理はどうするのか。経済効果を考えて HMT の中に workshop を設けたりするのは、HMT の役割だと考える。勿論、その基本研修も考えて行くつもりである。

DHMT：Community Approach が重要だと思うが。

調査団：皆さんが地域を非常に重要視しているのが嬉しい。私たちの仕事が誰のためにあるのかを分かっているよ

うだし、アプローチの方法も地域ごと開発してみたらどうか。地域のニーズや組織も異なるし、プロジェクトは皆さんの支援をするつもりだ。

DHMT：具体的な活動開始を期待している。私たちは充分に対処して行くので一緒に活動しよう。プロジェクトに対する支援や協力を惜しまない。

キロンベロ県 DAD

MED 不在のため DAD と面談する。プロジェクトの開始を歓迎するし、何らの支援も惜しまない。

プロジェクトの早期開始を望んでいる。また、事務所への出入りを頻繁に行い、情報交換に勤めて欲しいとのコメントを頂いた。

キロンベロ県 DSO への表敬

DSO 不在のため DAS と面談した。ここでも同様にプロジェクト開始を歓迎する。支援希望があれば何でも相談して欲しい。今後とも連絡を取り合って行きたいとコメントされた。

キロンベロ県セントフランシス 病院, HMT との協議

病院側が多忙にも関わらず、全 HMT メンバーを招集してくれたため、急遽協議を行うことになった。病院側の概要説明と各部署のチーフに問題点や概要を述べるようにと即したため、調査団はそれに対するコメントを行う形で協議を進行させた。

HMT：この病院は 371 床を持ち、モロゴロ州では一番古く大きな病院である。ウランガ、Kirosa 病院などからのリファラル病院となっており、外来数も年間 2 万人を超える。1998 年病院の運営を廻りドナーの支援は途絶えているが、病院の重要性は増すばかりである。リファラル病院であるのに保有する車は 4 台で救急車は一台もない。地域からのリファラルは地域からの一方通行で病院は受け入れるだけである。また、重傷者を DSM に移送するために TAZARA を利用するが、遅延や充分なスペースの確保が困難で付き添う医師たちも疲労困憊するし、手遅れになる場合も多い。この病院は RH へはリファラルしないし、RH よりも技術的には勝るため、逆にモロゴロから訪れる患者も多い。リファラルのために機材の装備された救急車が必要である。現在所有の車はトラックと小型バス、ランドクルーザーで全て 10 年以上使用し、長距離には使用できない。

調査団：状況は理解できるが、機材の支援についてはメンテナンスや修理の必要性があるため、プロジェクトでは大きなものは支援しない。しかし、この病院の重要性は充分理解できるので、プロジェクト活動との関連性を考えて、支援の検討をしたい。

HMT：Communication system が必要である。DSM との通信は可能だが下位の医療施設との通信が困難である。ラジオコールがあるとリファラルの便利であるし、キロンベロには一台も導入されていない。

HMT：現在の病院での死亡原因は HIV/AIDS である。月に 20 人は死亡しているのに検査キットの不足が著しく、感染の危険が伴う。検査キットの補給はもう待てない状況である。

HMT：小児科は Lab.が乏しく緊急時に間に合わない。病院に来るまでマラリアや Anemia で毎日 5 人くらいが死亡している。検査を急ぎ対処すれば何とかなる。大きな機材はいらないので小型の検査機器を至急欲しい。

HMT：外科は HIV 検査機が一台しかなく、他の感染症からの感染リスクも非常に高い。特に、National Park に隣接しているために、野生動物による噛傷が多く、ウィルス感染予防や血清補給も不可欠であるが何もない。Lab.のスタッフのために研修は不可欠である。

HMT：内科はマラリア、呼吸器系疾患、ウィルス性疾患などが多いが検査ができないで困っている。結核や心臓病も多く、抗生剤が不足がちである。

HMT：外科手術で機材が古くなって使用不可能なものが多くなっている。一日 13 ケース、多い日には 40 ケースの手術をこなすのに、手袋などの消耗品を洗って繰り返し使っている。防疫服もなく、いつも感染の危険を感じているし、技術の遅れも心配である。日本での研修やもっと高い技術研修を望んでいる。

調査団：Lab.の検査機器などは JICA の病院機材支援などで対応可能だと思うが、消耗品については検討の余地があると思う。今、ここで返答できないし、本病院は保健省の支援対象病院になっていたと思うので調査してみる。

皆さんの期待に添えるよう考えるが、大病院の支援はプロジェクトでは限界があって対応できない。技術研修などは日本から専門家を招聘しセミナー、ワークショップの開催はできる。DSM からも優秀な講師を招聘できると思うので徐々に医療関係の技術研修もできると思う。皆さんの要望や問題が非常に緊迫しているので、期待に添いたいがこちらも大きな組織の一部であり、まだ調査の段階なので来年 4 月以降のプロジェクト開始を待ってもらいたい。現在は何も約束できないので、情報提供に努めて欲しい。

HMT：病院には既に workshop があるが、車両や発電機、ポンプや医療機材とやるべき仕事が多い。テクニシャン 1 名と 26 名のスタッフがいるが、建物の修理や機材修理に忙しい。医療機材は 30 年前のものや 10 年前のものを工夫して使用しているが、全て耐用年数を過ぎたスイス製でスペアーパーツも手に入らない。どうしたらいいのか。

HMT：人材不足は深刻である。367 人のスタッフ中 14%が政府雇用、86%が補助要員である。人数ばかりでなく、質が悪く 126 人の看護婦中正規の看護婦と呼べるものは 75 名しかいない。Nurse Grade B が多く、技術研修は欠かせない。OJT、Local Training が極端に少ない。何とか研修したい。

HMT：付属の MAO 養成センターや看護婦養成センターの教育システム強化も不可欠で、良質の医療従事者の養成をしなければ問題解決にはならない。

調査団：問題点はよく理解できたが、今後は段階的に何をやるか、どうすれば良いか双方で考えて行く必要がある。人材養成は早急にできないがプロジェクトで支援できるように考えて行く。皆さんからも改善の方法を提案してもらいたい。

HMT：現場を見て、支援案を考えて欲しい。

3-3 ドナー関係機関との協議等（佐藤団長記録）

The purpose and exchange opinions with UN assistance organization and other donors

Explained our visiting purpose and content of Tanzanian proposal and JICA tentative project's activity plan.

The purpose: This team have finding cooperation opportunity with other donor which have similar program or support to strengthen district health service under Health Sector Reform. This team need exchange opinion and gets information from ongoing project.

GTZ

Their activities of District Health Support Project (DHSP) have been in Tanga region since 1999 to 2002 for 4 years. Before they had Family Health Project until 1994.

Team: GTZ has coordinating activities with other institute and NGOs like the joint meeting, financial assistance, and issuing newsletters. How are working about it? GTZ has own staff or Tanga Regional Health office dispatched several staffs and how many staffs working and specialists or administration staffs are working? What specialists are dispatching from your organization?

GTZ: Health sector team has 3 permanent staffs and 1 temporally staff mean covering H.Q works in German office almost half year and half year works in Tanzania. One expert of Public Health is dispatching in Tanga project office with own two local staffs. All of work's management is doing together with PHMT and DHMT, so that not needs too many own offices staff.

Team: GTZ supports Master course study. What kind of subject or degrees? GTZ will supports school fee and how many persons? Why did you choused that way, because you had organizing own empowerment training?

GTZ: We have the Project of one year Public Health Master course support like building facility and teaching equipment. Also Teaching material introduced from German University, We covered $4000 school fee and $ 6000 accommodations etc. total $10,000 per year per person. Every year send 2 persons from DMO, now 2

persons graduated, 2 persons are ongoing, 2 persons are candidate. We have support to two schools, Muhimbili and KCMT in Tanzania.

Team: GTZ has strengthened RHMT program like as health planning, monitoring, evaluation, communication and computer training are corroborate with DANIDA. How about computer supplies that difficult telecommunication situation? What kind of academic study would you supports?

GTZ: We just supplied 6 computer set at district level and equipment supply is not many. Management and running cost get from common basket fund thorough regional office. They have task force (Medical maintenance system) for equipment repair and maintenance including transportation. Workshop is not working complicated but now no problem in this matter.

Team: How about Project monitoring and evaluation system and how measured health indicator by poor HIMS? How about base-line survey and health data reliance?

GTZ: MOH and GTZ worked together and sometime joint with third sectors. Evaluation was under annual meeting by report and supervision. We have monitoring and evaluation guideline and those were presented JICA already. On base-line survey worked together Muhimbil College's public health expert and local consultant. Local consultant is very few, so should be corroborate institute or colleges. HIMS was very tough and data was not reliance, should be work together with academic groups.

Team: GTZ is supporting to health facility, equipment, infrastructure, how about maintenance and management, sustainability after project? Example we, donors pay $50 per daily travel and training allowance, do you have any objection?

GTZ: This point has problem also. Last year rapidly changed allowance about 2 times. Some cases had 80% of training budget spend by it. We try discussing it and pay following former standard and got complains from T-said.

Team: When we start our project, our project team, Morogoro RHMT and DMHT want to opportunity for exchange opinion and experiences with your project team. How about that possibility?

GTZ: Welcome and we will invite you to our project site and meeting. Any time could be has a chance exchange opinion and experience.

Result and Project's task

JICA will be sent Project plan and concerned material. GTZ gave several documents.

When our project started, we will exchange working document and report each other.

Our project should be considering equipment supply with a condition attached. When we are planning about training, we should be discussing about training allowance with our CP.

IDA

This office function has very wide approach to consultant work and programs. They have responsibility of US$22 million credit in 1999-2000 in only health sector.

Team: How IDA has role to health policy in Tanzania and coverage of credit in health sector? How about your resolution of contribution now?

IDA: We shared about 10% of health sector programs and maybe the most contributed DANIDA more than us. Support to child health plan was shared about 50% with UNICEF. Appraisal document of HSRP from Tanzanian Government received in 1994 and 1996. At least we accepted 1999-2002 POW and ongoing now. We do not have any evaluation report, because just started in one year. Health reform is better passage comp eared with other sectors.

Team: Many Asian countries proceeding Social Safety Net Plan under decentralization process. But your advisory document did not mention too much about social involvement plan like National Health Insurance

or Community Health Insurance system development in Tanzania. What is your opinion?

IDA: This point was too early in here. We mentioned about it in Tanzania Social Action Plan like as community support and 10% of budget came from us.

IDA: Once more explain about your project purpose and it will be felt such as too big project. You do it all components alone? How much are your project budget and other support?

Team: JICA project has special scheme for technical cooperation. It has three components, equipment support, dispatched experts of specific field and inside and Japan training. Project running cost is about US$ 400 thousand per year and our project term is for 5 years. We have some kind of grant skims like population, FP, MCH and SSGA etc. Those amounts were based on request based every year's. We did not know Tanzania actual cases very well. All projects have a chance concerned those equipment and consume medical goods contribution.

IDA: How about project management under WASP's. JICA did not joints and continue own policy as project system, we think common basket fund is more effective and could be catch coordination of all activities.

Team: We also know about WASP's and we replay one thing, our technical support was very manageable and easy process to implementing. Such as big question was very difficult for us. But other side, project management was very complicated and difficult, for example, we shared project running cost with Tanzania, we called it counter budget, and recently CPB covered by BG. We will discuss about it with our counter part in Morogoro region.

Result and Project's task

Team should be considering about CPB and need more explanation of skim of technical cooperation project to CP in field.

UNICEF

They thought Tanzanian economic, health and education improvement were going well until 1996. After then currently debt servicing is equivalent to roughly 25% and export earning and about 40% of Government recurrent expenditure making it difficult to finance essential import of drug, textbooks and to allocate additional resources to the social sectors. Exports typically finance only one third of imports while donors contribute about 30% of government recurrent and 70% of development expenditure. Also JICA concerned several medical equipment and drags based on their activities in last year.

Team: We are very much interesting several your programs. Could you explain about referral system at 10 districts? What kind of referral system you build up or you just support strengthen former system? If supplying any equipment or training, materials and we want to know how effectiveness for local peoples. How about your result and method of monitoring and evaluation?

UNICEF: We are working referral system at 10 districts, now we expanding 17 districts. Those activities are community development like anti-natal care, delivery, nutrition, clean water supply etc. based on Safe Motherhood. Including transportation, other health cost sharing and training.

Team: How about HMIS is, which corroborated with DANIDA. Where are program area, activity purpose and target? I read your country program which you developed HMIS manual and booklets, if concept will match with our program, possibly corroborate or following yours. How about your result and method of monitoring and evaluation?

UNUCEF: We are working HMIS with DANIDA. About training manual and other material developed mainly DANIDA. They are having it and you contact directly. We are discussing about corroboration with JICA after checked their pilot districts, if field is over raping we will work together for monitoring and evaluation or discuss new activities.

Team: About community board capacity building and communication, I would like to ask explain detail of works. How build up community board and working concepts?
And how about your resolution of it?

UNICEF: We have CCB unit here. It also working with DANIDA. We two are do not know detail. If JICA planed the project plan. We should be discussing again. Also we could give provide materials and contact with CCB unit.

Team: UNICEF is working world wide, could you mention about specific and characteristic program, also difficulty on work like as coordination and program budget etc. in Tanzania. If you have any advice to our new project tell us? And I'm interesting your developed education materials very much. Recommend to us some materials, which related our project.

UNICEF: First bring our documents and next time should be joint other staffs too.

Result and Project's task

Two members were introduced they were newcomer to Tanzania and they could not explain details very well. Team should be access and discuss again.

WHO

WHO did not concerned very much in health field, but have strong influences to make health policy and in health sector program. JICA contributed Polio vaccines and other drags by MCH grant and other scheme last few years.

Team: We are preparation new project in Morogoro region. If you have any concerned program there, introduce to us. And our project is considering about community approach there, how about your leadership to community level. Recently almost donor concentrate to focus local government support, we worry that community involvement not enough in Tanzania now.

WHO: You caught troth our condition. But now under going health reform plan, if not doing capacity building local government workers, Tanzania did not developing. About community approach, you try it with different approach, because Tanzanian community involvement was felt, we are thinking top-down investment is more effective. You select a model area where most active district and have active community leaders. Also you should be following government policy too.

WHO: Before 1994, a lot of community activities were not success, we are continuing forces TEHIP and EPI, and HIV/AIDS like based WHO routine work. I am also thinking about Tanzanian people not interesting own health control. I did not recommend implementing in all districts in Morogoro region. We (Tanzanian) need solving to other social sector problems first.

Team: I understand situation in here. But why stopped supporting community, they also need improve their life and health. Former community approaches did not matching or evaluation was not right way. We plan a trial from top-down and bottom up in small area and measuring community capacity building too. Before would not try such as simple approach, always choused government or community. It was very tough job, but we will get some result our three-step approach and will report to you.

WHO: Its very nice trial and you get to good point, any time to take with us freely exchange opinion and welcome.

Result and Project's task

Even WHO is thinking community trial felt in Tanzania, and they are strongly support to government policy? But all donors are thinking same direction too dangles and making more deep gap government and community.

SDC

They have a project in Kilombero district in Morogoro region. Their project component was very similar with our project proposal. Only different issue was gender assessment. We discussed based on last mission's report.

Team: We want to inform our new project plan and discuss how about build up cooperating way and exchange technical scheme with you.

SDC: I am not surprised your project we got it already. First JICA not welcome to Kilombero. We already are making good partner ship with other NGOs and donors. Do not come to our district. If you want to come our area, you just following our activities weakness like equipment supply, which we wanted.

Team: We do not want to such as negative discussion with you and SDC could not offer to us like that. We are working with Tanzanian government, this team just start preparation project plan. We are not equipment supply agency. We did not understand how you got those ideas.

SDC: Basically Ms.Hashimoto discussed with us and she agreed it.

Team: We could not think about it, she could not decide anything without our team. Every donor has weakness and strongest on technical cooperation, if you think that our agency was only working equipment supply, you should be changed your ideas. We are working based on technical transfer at any field and subject. You're not welcome mean also including not need to equipment supply too. It was not Tanzanian Government policy.

We are going to Morogoro and just start discussion and negotiation about project activities plan and all of additional conditions. We also visit your Morogoro office too and want to deep discussion with your gender specialist.

SDC: Which organization has Morogoro office, you got wrong information, we have rode construction work in Morogoro and we are on process required gender specialist, not dispatched yet. At list I am only one decision-maker in health sector in SDC.

Team: According our document of last mission mentioned that you would be sharing your staring committees with JICA new project, how about it?

SDC: You can come and join us and support activities, which we could not, covered any activities.

Team: We understand very well, and we should be discussed our CP in Morogoro including SDC opinion.

Result and Project's task

We really surprised such as important information did not received yet. Also they miss understood that JICA was equipment supply agency who gave such as wrong information SDC about this project process without discussion of inside JICA. We request right explanation to JICA.

In other side SDC opinion was very clear and we have to consider where first priority supporting district without Kilombero. We need to find out real needs of Kilombero district board too.

⑤ モロゴロ州の基礎保健情報

v プロジェクトエリアにおける保健基礎データ

1. モロゴロ州およびモロゴロ州内5県の保健状況

	Region [*1]	District				
		Urban [*2]	Rural [*3]	Kilosa [*4]	Kilombero [*5]	Ulanga [*6]
The gross area (km²)	73,039	260	19,250	14,245	14,918	24,560
Population	1,682,800	238,705	536,108	447,993	270,994	189,000
Crude birth rate (per 1000 population)	40	-	46	33		46
Crude death rate (per 1000 population)	16	-	22	15		12
Annual Population Growth	0.026	-	0.020	0.021	0.030	0.021
MMR (per 100000 birth)	520	482	977	-	440	400
IMR	121	89	145	-	128	114
U5MR (per 1000 birth)	203	115	245	-	216	190
Nutritional Status (Normal %)	87.4	93.4	86.8	79.7	90	60.8
Nutritional Status (moderate mulnutrition %)	7.3	6.3	10.8	15	6.5	37
Nutritional Status (severe mulnutrition %)	5.3	0.3	2.4	5.3	3.5	2.2
Immunization coverage (%)		-	81	81	83	83
Doctor population ration (MO)				0.00000093	0.00003	0.0000264
% of population to safe drinking water	40	-	28.7	48	73	67
Coverage village	457	275	215	132	81	61
No.of Hospital	12	3	3	2	2	2
Coverage Health Center	30	9	7	7	4	3
Coverage Dispensary	229	24	81	60	35	29
MCH clinic				53		31
Top 10 disease (Under 5 years children)						
1			Malaria	Malaria		Malaria
2			ARI	ARI		URTI
3			Diarrhoea	Pneumonia		Pneumonia
4			Pneumonia	Diarrhoea		Anaemia
5			Anaemia	Eye Infection		Intestinal Worms
6			Skin infection	Intestinal Worms		Nutrition Disorders
7			Eye infection	Anaemia		Diarrhoea
8			Intestinal Worms	Epilepsy		Skin infection
9			Minor surgical condition	TB		Minor surgical condition
10			Ear Infection	Minor Injuries		
Top 10 disease (Over 5 years)						
1	Malaria	Malaria	Malaria	Malaria	Malaria	Malaria
2	URTI	ARI	Diarrhoea	ARI	Diarrhoea	ARI
3	Diarrhoea	Diarrhoea	Pneumonia	Pneumonia	URTI	Diarrhoea
4	Anaemia	Intestinal Worms	Skin infection	Diarrhoea	Intestinal Worms	Pneumonia
5	Eye infection	Pneumonia	Anaemia	Minor Injuries	Anaemia	Intestinal worms
6	Accidents	Skin Infection	Intestinal Worms	Intestinal Worms	Skin infection	Eye infection
7	TB	URTI	ARI	Eye infection	Eye infection	Anaemia
8	STD	Eye infection	Minor surgical condition	Anaemia	Gonorrhea	Minor surgical condition
9	AIDS	Typhoid	defined condition	Epilepsy	Ear Infection	Epilepsy
10	Homa ya Matumbo	STD	UTI	TB	Accidents	Skin infection

Source:

1.Taarifa ya Mwaka 1999 Mkoa wa Morogoro, Morogoro region, 2000
2. Taarifa ya Kazi Idara ya Afya Mwaka 1999, Morogoro Municipal, 2000
3. Taarifa ya Mwaka 1999 Idara ya Afya Wilaya ya Morogoro Vijijini, Morogoro Rural District, 2000
4. Taarifa ya Mwaka 1999 Idara ya Afya Wilaya ya Kilosa, Kilosa District, 2000
5. Taarifa ya Mwaka 1999 Idara ya Afya Wilaya ya Kilombero, Kilombero District, 2000
6. Annual Report 1999: Ulanga, Ulanga District, 2000

2. 病院の概要

Name of Hospital	Morogoro Regional	Kilosa District	St.Francis	Mahenge
District	Morogoro Urban	Kilosa	Kilombero	Ulanga
Name of Officer- in-charge	Dr.Kitange	Dr. Kamuamo	Dr. Kibatala	Dr.Likasi
Name of DMO		Dr. Chiduo	Dr. Lwilla	Dr. Mbena
Name of RMO	Dr.Fupi	Dr. Fupi	Dr.Fupi	Dr.Fupi
Established in	1954	1922	1927	1905
Number of bed	330	150	371	120
Bed Occupancy Rate or Number of Administration for 1998	62% no of Admini	5days		58.1
Total Number of Outpatients in 1998	75,620	254,136	79,567	48,871
User fee collected in 1998(total amount)	39,931,348	8,119,566		6,155,450
User fee begun in which year?	1994	1996	before 1993	1994
Partner Assistance in the last 5 years		Irish Aid	SDC	
Building rehabilitation	Swiss	1998	Swiss	Irish Aid
Renovation of Equipment	Irish Aid	-	-	
Ad hoc or modest donation of equipment	Nil	1992	MOH	UNICEF, Irish Aid
Constant supply of electricity	irregular	fair	irregular	irregular
Generator	not function	not function	Old generators	not function
Sustainable quality and amount of water	Inadequate	fair	fair	irregular
Telephone (for referral purpose)	Inadequate	Inadequate	Inadequate	Inadequate
Radio Communication device	Nil	Nil	Nill	Nil
Ambulances	Nil	Nil	Nill	Nil
Other vehicle for patient transfer	Nil	Nil	Nil	Nil
Condition of the hospital buildings (good, fair,need minor renovation or need major renovation)	Various need some renovation	need minor renovation	Some renovation	need minor renovation

(Source: Application Form for Japan's Grant Aid General and Fsheries Revised Verdion of 1996 & 1997 Proposal on Hospital Equipment. Ministry of Health, Government of Taznania, 1999)

3 視察医療施設の活動状況

	Health Centre				MCH	Dispensary				
District	Urban	Urban	Rural	Ulanga	Ulanga	Urban	Rural	Kilosa	Kilombero	Ulanga
Name of facility	Uhuru	Saba saba	Mgeta	Mwaya	Mahenge	Kingolwira	Mlali	Magomeni	Idete	Chilombora
Coverage Population	75171	11758	8235	7519		27515	6298	10715	11316	7293
Pregnancy	15034	3613	1647	1504		5503	1260	2229	2376	1459
Under 5 years Children	15034	1623	1647	1504		5503	1260	2229	2376	1459
Under 1 year Children	3007	388	329	301		1101	252	354	520	292
Number of OPD 1999(per day)	8	(25-30)				9457		no data	727	
Average No. of Children attended Growth Monitoring (per month)	1074	490	511	476	906	167	470 *1	no data	630	267 *2
Average No. of Pregnant Women Coming for Anti Natal Care (per month)	2723	222	75	75	244	99	91 *1	no data	63	44 *2
Average conducted FP (per month)	3569	640	129	113	350	103	29 *1	no data	42	271 *2
Top three family planning										
1	Depo povera	Depo povera *3	Depo povera	Pill	Depo povera	Depo povera	Depo povera	Depo povera	Depo povera	Depo povera
2	Pill	Pill	Pill	Depo povera	Pill	Pill	Pill	Pill	Pill	Pill
3	Condom	IUCD	IUCD	Condom	Condom	Condom	Condom	Condom	Condom	Condom
Top ten disease										
1	Malaria	Eye infection		Malaria	-	Malaria	Malaria	Malaria	Malaria	Malaria
2	ARI	Malaria		ARI	-	Diarrhoea	ARI	ARI	ARI	Diarrhoea
3	Pneumonia	URTI		Diarrhoea	-	Intestinal worms	Intestinal worms	Diarrhoea	Intestinal worms	Pneumonia
4	Skin infection	Others		Intestinal worms	-	Pneumonia	Diarrhoea	Pneumonia	Diarrhoea	Eye infection
5	Diarrhoea	Bronchitis		Pneumonia	-	Skin infection	minor surgical	Skin infection	UTI	Kichocho
6	Intestinal worms	Ear infection		Eye infection	-	Eye infection	non infection disease	Minor surgical condition	Anaemia	Skin infection
7	Ear Infection	Wound		Minor surgical	-	ARI	Pneumonia	Anaemia	Schizophrenia	
8	Eye infection	Pneumonia		TB	-	Ear Infection	Eye infection	Intestinal worms	Pneumonia	
9	Urinary tract infection	Pregnancy conplicated		Skin infection	-	Anaemia	PIM(perdi infection matian)	Virginal disease	Minor Surgical condition	
10	Non skin fungas infection	Amebic dysentery		Anaemia	-	Non skin fungas infection	EAP	Eye infection	Eye infection	

Source:
1. Population: estimated from Senses 1988
2. MCH Data: Taarifa ya Mahudhurio ya Akina mama na Watoto kwa Mwaka 1999

*1 1999.11のみのデータ
*2 1999.1-1999.6までのデータ
*3 1999.8のみのデータ

⑥ 医療施設における医療従事者配置状況

1. Morogoro Regional Hospital

		Standard by MOH	Morogoro	Mazimbu
1	Administration	34	30	8
	DENTAL SERVICES			
1	Dental Officer	1	1	–
2	Assistant Dental Officer	1	3	1
3	Dental Technician	1	1	–
4	Dental Therapist	2	1	–
5	Medical Attendant(Dental)	1	2	–
	sub total	6	8	1
	MEDICAL OFFICER			
1	Specialists: Physician	1	1	–
2	Specialists: Paediatrician	1	–	–
3	Specialists: Obs./Gynaecologist	1	2	–
4	Specialists: Surgeon	1	2	1
5	Specialists:Ophthalmologist	1	1	–
6	Specialist:Psychiatrist	1	–	–
7	Medical Officer General	7	7	–
8	AMO Officer General	14	15	5
9	AMO Ophthalmic	1	1	–
10	AMO Anaesthesia	3	2	–
11	Opthopaedic Technician	1	2	–
12	Ophthalmic Optician	1	1	–
13	Clinical Officer	–	–	2
	sub total	33	34	8
	NURSING SERVICES			
1	Nursing Officer General*1	18	36	5
2	Nursing Officer Paediatrics	1	5	–
3	Nursing Officer Psychiatry	1	8	–
4	Nursing Officer Ophthalmic	1	5	–
5	Nursing Operating Theatre	1	2	–
6	Public Health A	1	6	1
7	Public Health B	5		1
8	Nurse/Nurse Midwife*	58	72	5
9	Medical Attendants(Nurse Assist.)*	44	185	7
10	MCH Aid		15	2
	sub total	130	334	21
	PHARMACY			
1	Pharmacist	1	2	2
2	Pharmaceutical Technician	2	3	–
3	Medical Attendant (Pharmacy)	2	4	–
	sub total	5	9	2
	LABORATORY SERVICES			
	Laboratory Technologist Specialist			
1	Microbiology/parasitology	1	–	–
2	Haematology/Bloods transfusion	1	–	–
3	Biochemistry/ clinical chemistry	1	–	–
4	Laboratory Technologist General	5	4	1
5	Medical Attendant (Laboratory)	3	4	1
	sub total	11	8	2
	ENVIRONMENTAL HEALTH			
1	Health Officer - School Health	1	1	–
2	Health Officer - Health Education/Food Control	1	1	–
3	Health Officer- Vector Borne	1	1	–
	Control/Epidemiology		1	–
4	Health Officer- Environmental / Occup.	1	1	–
	sub total	4	5	0
	RADIOGRAPHY			
1	Radiographer	1	2	–
2	Radiographic Assistant	2	2	–
3	Medical Attendant(Radiographic)	1	1	–
	sub total	4	5	0
	REHABILITATION			
1	Physiotherapist	1	1	–
2	Occupational Therapist	1	1	–
	sub total	2	2	
	Total	229	435	42

*1 depend on the capacity

2. District Hospital

		Standard by MOH	Kilosa	St. Francis	Ulanga
1	Administration	28	16	99	29
	DENTAL SERVICES				
1	Assistant Dental Officer	1	1	1	1
2	Dental Technician	1	0	0	0
3	Dental Therapist	1	0	1	1
4	Medical Attendant	1	1	2	1
	sub total	4	2	4	3
	MEDICAL OFFICER				
1	Medical Officer	2	1	7	1
2	AMO(General)	5	5	5	2
3	AMO Anaesthesia	2	0	0	0
4	AMO Ophthalmology	1	0	0	0
5	AMO Psychiatry	1	0	0	0
6	AMO Radiology	1	0	0	0
7	Clinical Officer	13	9	17	11
	sub total	25	15	29	14
	NURSING SERVICES				
1	Nursing Officer (General)	10	11	33	8
2	Public Health Nurse A	1	3	1	1
3	Public Health Nurse B	5	3	0	2
4	Nurse Midwife	33	16	49	8
5	MCH Aids		1	2	4
6	Medical Attendant (Nurse)	25	55	124	4
	sub total	74	89	209	27
	PHARMACY				
1	Pharmaceutical Technician	1	1	0	2
2	Pharmaceutical Assistant	1	0	4	1
3	Medical Attendant (Pharmacy)	1	2	2	1
	sub total	3	3	6	4
	LABORATORY				
1	Laboratory Technician (Diploma)	1	0	2	1
2	Laboratory Assistant	2	2	4	3
3	Medical Attendant (Laboratory)	2	3	9	2
	sub total	5	5	15	6
	ENVIRONMENTAL HEALTH				
1	Health Officer - School Health/ Health Education	1	1	0	2
2	Health Officer - Vector Borne/ Epidemiology	1	1	0	1
3	Health Officer - Environ/ Food quality control	1	1	0	1
	sub total	3	3	0	4
	RADIOGRAPHY				
1	Radiographer	1	0	2	1
2	Radiographer Assistant	1	0	1	1
3	Medical Attendant (Radiography)	1	1	0	0
	sub total	3	1	3	2
	REHABILITATION				
1	Physiotherapist	1	0	1	0
2	Occupational Therapist	1	0	0	0
	sub total	2	0	1	0
	Total	147	134	366	89

3. Health Centre

Urban Health Centre

		Standard by MOH	Uhuru	Saba saba
1	Medical Officer	–	0	1
2	Assistant Medical Officer	2	3	1
3	Clinical Officer	4	4	3
4	Nusing Officer	–	0	8
5	Nurse A	2	1	–
6	Nurse Midwife	4	2	1
7	Nurse PHN B	5	5	2
8	MCH Aid	–	0	4
9	Medical Attendant (Nurse)	2	8	14
10	Dental Officer	1	–	1
11	Assistant Dental Offcer	–	0	2
12	Dental Assistant	–	0	1
13	Dental Technician	–	0	1
14	Medical Recorder	–	–	3
15	Medical Recorder Assistant	2	0	–
16	Accounts Assistant	1	–	–
17	Laboratory Assistant	1	1	–
18	Medical Attendant (Laboratory)	1	–	1
19	Pharmaceutical Assistant	1	1	1
20	Medical Attendant (Pharmacy)	1	–	–
21	Ophthalmic Optician	2	2	2
22	Opthopaedic Technician	–	0	1
23	Watchman	–	0	1
	Total	29	27	48

Rural Health Centre

		Standard by MOH	Morogoro Rural Mgeta	Ulanga Mwaya
1	Assistant Medical Officer	1	0	1
2	Clinical Officer	3	1	1
3	Nurse A	1	0	0
4	Nurse Midwife	4	0	0
5	Nurse PHN B	4	1	0
6	MCHA	2	0	1
7	Medical Attendant (Nurse)	4	1	0
8	Laboratory Assistant	1	0	1
9	Pharmaceutical Assistant	1	0	0
10	Dental Therapist	1	1	0
11	Medical Recorder Assistant	1	0	1
12	Health Officer	1	0	0
13	Kitchen Attendant	1	0	0
14	Driver	1	0	1
15	Watchman	2	1	1
16	Accounts Assistant	1	0	0
17	Clinical Assistant	–	2	0
18	Health Assistant	–	1	1
19	Nurse Assistant	–	1	4
	Total	29	9	12

4. Dispensary

	District		Urban	Rural	Kilosa	Kilombero	Ulanga
	Name of Dispensary		Kingoluwira	Mlali	Magomeni	Idete	Chilonbora
1	Clinical Officer	2	1	1	1	1	1
2	Public Health Nurses B	2	1	1	0	0	0
3	Nurse Midwife	–	0	0	1	0	0
4	Maternal and Child Healt Aid	–	0	0	0	1	1
5	Health Assitant	–	0	0	0	0	1
6	Medical Attendant (Nurse)	1	1	3	1	2	1
7	Medical Attendant (Nurse)	1	1	3	1	2	1
	Total	6	4	8	4	6	5

Kingoluwira: 人員が足りないためボランティアで補っている
Magomei: 3名が長期研修中であった

5. Health Training School

	TECHNICAL STAFF		Morogoro Nursing School	Kilosa Clinical School	Kilombero Nursing School	Kilombero Clinical School
1	Advanced Diploma Paediatric Nursing	3				
2	Advanced Diploma Ophthalmic Nursing	3				
3	Advanced Diploma Public Health Nursing	2				
4	Advanced Diploma Psychiatric Nursing	4				
5	Advanced Diploma Theatre Management Nursing	3				
6	Assistant Dental Officer	4				
7	Assistant Medical Officer General	4				
8	Assistant Medical Officer Ophthalmology	3				
9	Assistant Medical Officer Radiology	3				
10	Assistant Medical Officer Anaesthesia	3				
11	Assistant Medical Officer Dermatology	3				
12	Dental Therapist					
	Dentral Officer	2				
	Assistant Dental Officer	1				
13	Clinical Officer					
	Medical Officer	2		1		
	S Assistant Medical Officer	2		3		2
	Clinical Officer					1
	Laboratory Technician					1
	Nursing Officer				4	
14	Diploma General Nursing	8				
15	Health Assistant	4				
16	Health Officer	7				
17	Health Officer Vector Control	5				
18	Medical Records	3				
19	Medical Laboratory Assistant	1				
20	Medical Laboratory Technician	4				
21	Nursing and Midwifery Certificate	6	7			
22	Pharmaceutical Assistants	3				
23	Pharmaceutical Technician	4				
24	Public Health Nursing B	2				
25	Physiotherapy	4				
26	Optometry	3				
27	Orthopaedic Technician	12				
28	Radiographer	3				
29	Radiographic Assistant	3				
	Total	114	7	4	4	4

⑦ 保健医療施設の主な機器・機材リスト

1.District Hospital

		Mazimbu		Kilosa district		St. Francis		Mahenge district	
		function	not function	function	not function	function	not function	function	not function
1. Theatre									
1	Ambu bag adult			1	-	1	-	-	-
2	Ambu bag neonatal			-	1	-	-	-	-
3	Amputation set			-	-	1	-	1	-
4	Autoclave Machine- electrical			2	-	3	-	1	-
5	Diathermy Machine			1	-	1	-	1	-
6	Dilatation and currentage set			-	-	1	-	1	-
7	Drip stand			2	-	2	-	-	-
8	Emo Machine			1	-	2	-	-	-
9	Ether anaesthetic machine			-	-	-	-	1	-
10	Herniorraphy set			-	-	-	-	1	-
11	Hyarocelectomy set			-	-	-	-	1	-
12	Laparatomy set			-	-	5	-	1	-
13	Lamp pause angle electric			1	-	-	-	-	-
14	Laryngoscope complete set with adult and infant blades			-	-	1	-	-	-
15	Omv Machine			1	-	1	1	-	-
16	Operating lamp electric portable			-	-	1	-	1(new)	-
17	Oxygen cylinder			3	-	3	-	-	-
18	Oxygen head cylinder			-	2	-	-	-	-
19	Oxygen Machine			-	-	2	-	1(new)	-
20	Steriliser electrical			-	1	1	-	1	-
21	Suction Machine			2	1	3	-	-	1
22	Sphygmomanometer			-	-	1	1	-	-
23	Stethoscope			-	-	2	-	-	-
24	Main operation lamp			-	-	1	-	-	-
2. X-ray Department									
1	Illuminator	-	-	-	-	1	-	1	-
2	Ultra sound	-	-	-	-	1	-	1	-
3	X- ray visualizing lamp board	-	-	-	-	2	-	-	-
4	X-ray machine	2	-	2	-	1	-	1(new)	-
3. Laboratory									
1	Autoclave	1	-	-	-	-	1	-	-
2	Binocular microscope (electric)	1	-	1	4	4	2	4	7
3	Calorimeter Variable wavelength	-	-	1	2	1	-	1	1
4	Centrifuge machine electrical	1	4	1	2	3 (old)	-	2	2
5	Differential counter	-	-	-	-	1	1	-	1
6	ELISA washer manual	-	-	-	-	-	1	-	-
7	ELISA reader	-	-	-	-	-	1	-	-
8	Electric stabiliser	-	-	-	-	1	-	-	-
9	Haemometer	-	-	-	-	-	-	2	-
10	Haematocrit centrifuge	-	1	1	-	1	1	-	-
11	Head centrifuge	-	-	-	-	-	-	2	1
12	Hot air oxygen	-	-	-	-	1	-	1	-
13	Incubeter	-	-	-	-	1	-	3	-
14	Microhaematocrit	-	-	-	-	-	-	2	1
15	Refrigerator freezer compartment for reagents	1	-	-	-	1	1	-	-
16	Refrigerator for blood bank	-	-	1	-	1	-	-	-
17	Spectrophotometer	-	1	-	-	-	-	-	-
18	Sterilizer	-	1	2	-	1	-	1	-
19	Maximum/ Minimum thermometer	-	-	-	-	1	-	-	-
20	Vibrator	-	-	-	-	1	-	1	-
21	Vibrator sterilizer	-	-	-	-	-	-	1	-
22	Water bath	-	-	1	2	1	-	-	-
23	Weighing scale- analytical balance	-	2	1	-	1	-	-	-
4. Physiotherapy									
1	Artery forceps			2	-	-	-		
2	Cheat forceps			1	-	-	-		
3	Dissecting forceps			6	-	2	-		
4	Scissors			3	-	3	-		
5	Sterilizer			-	1	-	-		
6	Wheelchair			-	3	1	1		
5. OPD									
1	Sphygmomanometer	-	-			1	3	1	-
2	Sterilizer	-	-			1	-	-	1
3	Stethoscope	-	-			-	1	1	-
4	Thermometer	-	-			3	-	2	-
6. Dental									
1	Amalgam carver	10	5	-	-	8	-	1	-
2	Dental forceps	-	1	-	-	4	-	18	-
3	Dental machine	-	-	-	-	2(new)	-	-	1
4	Dental syringe	-	1	-	-	18	-	7	-

		Mazimbu		Kilosa district		St. Francis		Mahenge district	
		function	not function	function	not function	function	not function	function	not function
5	Dental unit to operate either air motor or turbine hind piece with connection for air and water	–	–	–	1	2(new)	–	–	–
6	Mirror tops	–	–	–	–	36	–	6	–
7	Operating light	1	–	–	1	1	1	–	–
8	Spatula cement	–	–	–	–	6	–	2	–
9	Sterilizer	1	–	1	–	2	–	1	–
10	X-ray	–	–	–	–	1	–	–	–
11	Suction machine	–	–	–	–	2(new)	–	–	–
7. Eye Clinic									
	Ophthalmic instruments								
1	Cataracts set	1	–	–	–	–	–		
2	Ophthalmoscope	1	–	–	–	1	2		
8. Central Sterization Unit									
1	Autoclave	3	–						
2	Sterilizer	2	–						
9. Ward 1									
1	Artery forceps			17	–	5	–	–	–
2	Baby warmer			1	–	–	–	–	–
3	Cassette forceps			2	–	–	–	–	–
4	Cord cutting scissor			1	–	2	–	–	–
5	Dissecting forceps			10	–	17	–	1	1
6	Drip stand			4	–	2	–	1	1
7	Episiontomy scissor			6	–	–	–	–	–
8	Fatal scope			4	–	–	1	–	–
9	Larynx scope			1	–	3	1	–	–
10	Needle forceps			2	–	1	–	–	–
11	Scale			3	–	–	–	–	–
12	Sphygmomanometer			1	–	2	–	–	1
13	Sterilizer			1	–	1	–	–	1
14	Stethoscope			1	–	1	–	–	–
15	Suturing scissor			1	–	–	–	–	–
16	Thermometer			–	–	6	–	2	2
17	Vacuum machine			2	–	–	–	–	–
18	Vaginal speculum large			2	–	–	–	–	–
19	Weigh machine			–	–	–	1	1	1
10. Ward 2									
1	Artery forceps			–	1	4	–	2	–
2	Cheatle forceps			–	–	2	–	–	–
2	Dissecting forceps			–	–	9	–	2	–
3	Drip stand			2	–	3	–	1	–
4	Hurrigen lamp			–	–	–	–	1	–
5	Sphygmomanometer			1	–	–	1	1	–
6	Sterilizer			–	1	2	1	–	–
7	Stethoscope			1	–	2	–	–	–
8	Stitch remove scissor			–	–	1	–	–	–
9	Straight scissor			1	–	1	–	1	–
10	Thermometer			1	–	14	–	2	–
11	Weighing machine			1	–	2	–	–	–
11. Ward 3									
1	Cheatic forceps			–	–	3	–	1	–
2	Dissecting forceps			1	1	8	–	1	–
3	Drip stand			3	–	1	–	–	–
4	Hurriuan lamp			–	–	–	–	1	–
5	Scissor			1	–	2	–	–	–
6	Sphygmomanometer			–	–	1	1	1	–
7	Sterilizer			1	–	2	–	–	–
8	Stethoscope			–	–	2	–	1	–
9	Thermometer			–	–	12	–	2	–
10	Weigh Machine			1	–	2	–	1	–
12. Ward 4									
1	Diagnostic set			–	–	–	–	1	–
2	Dissecting forceps			2	–	8	1	–	–
3	Drip stand			3	–	3	–	–	–
4	Scissors			24	–	1	–	–	–
5	Sphygmomanometer			1	–	1	–	1	–
6	Sterilizer			1	–	–	–	–	–
7	Stethoscope			–	–	1	–	1	–
8	Thermometer			1	–	2	–	1	–
9	Weighing machine			1	–	1	–	–	–
13. Ward 6									
1	Artery forceps			–	–	12	–	–	–
2	Dissecting forceps			–	–	–	–	2	–
3	Drip stand			2	–	2	–	2	–
4	Hrricen lamp			–	–	2	–	2	1
5	Scissors			–	–	–	–	1	–
6	Sphygmomanometer			–	–	1	–	–	–
7	Sterilizer			–	–	1	–	1	–
8	Suction pump			–	–	1	–	1	–
9	Thermometer			–	–	8	–	2	–

		Mazimbu		Kilosa district		St. Francis		Mahenge district	
		function	not function	function	not function	function	not function	function	not function
10	Weighing machine			–	–	1	–	2	–
14. Ward 7									
1	Drip stand			1	1	–	–	–	–
2	Sterilizer			–	1	–	–	–	–
3	Weighing machine			1	–	–	–	–	–
15. MCH									
1	Sphygmomanometer			1	2	1	1	1	–
2	Thermometer			1	–	12	–	1	–
3	Refrigerator			4 (new)	3	–	–	–	–
4	Sterilizer			1	–	–	–	–	–
5	Family Planning Set			1	–	–	–	–	–
6	Weigh Scale for Child			2	–	–	–	–	–
7	Weigh Scale for Adult			3	1	–	–	–	–

2. Urban Health Center

		std.	UHURU		Saba saba	
			function	not function	function	not function
1	Sphygmomanometer	9	1	–	2	–
2	Stethoscope	9	2	–	2	–
3	Thermometers	28	3	–	2	–
4	Pulse meter	10	–	–	?	–
5	Microscope		1	–	1	–
6	Wighning Scale for Children		3	–	1	–
7	Wighning Scale for Adult		1	–	1	–
8	Family Planning Set		1	–	1	–
9	Sterilizer		–	1	5	1
10	Refrigerator		1	–	1	–
11	Autoclave		–	–	1	1
12	X-ray Machine		–	–	1	1
13	Dental suction machine		–	–	–	2
14	グラスセット		–	–	1(多くが破損)	–
15	Grinding machine		–	–	1(状態悪い)	–
16	Sentrifuge		–	–	–	1

3. Rural Health Center

	district		Morogoro Rural		Ulanga	
	neme of health facility		Mgeta		Mwaya	
		std.	function	not function	function	not function
1	Diagnositic set	4	–	–	1	–
2	Sphygmomanometer	9	2	–	1	1
3	Stethoscope	9	2	–	2	–
4	Thermometers clinical	36	4	–	2	–
6	Pulse meter	8	–	–	1	–
7	Forcept	5	1	–	3	–
8	Tape measure	5	1	–	2	–
9	Microscope		–	–	1	–
10	Weigh Scale for infant		2	–	1	–
11	Weigh Scale for children		2	–	1	–
12	Weigh Scale for adult		1	–	2	–

4. Dispensary

	District		Morogoro Urban		Morogoro Rural		Ulanga		Kilosa		Kilombero	
	Name of Health Facility		kingoluwira		Mlali		Chilonbora		Magomeni		Idete	
		std.	function	not function	function	not function	function	not function	function	not function	function	not function
1	Sphygmomanometer	4	–	–	1	1	4	–	1	–	2	–
2	Stethoscope	4	1	–	1	–	4	–	3	–	–	–
3	Stethosope infant	3	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–
4	Forcept	3	1	–	1	–	6	–	3	–	2	–
5	Thermometers	16	4	–	3	–	9	–	6	–	–	–
6	Pulse meter	3	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–
7	Tape measure	3	–	–	1	–	–	–	–	–	10	5
8	Weigh Scale for Adult		1	–	1	1	1	–	3	–	–	–
9	Weigh Scale for Children		1	–	2	–	1	–	2	–	1	–
10	Weigh Scale for infant		–	–	–	–	1	–	–	–	–	–
11	Sterilizer		1	–	1	–	4	–	1	–	4	–
12	Family Planning Kit		1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
13	Refrigerator		1	–	1	–	2	–	1	–	1	–

⑧ モロゴロ州内５県におけるドナー支援

1 モロゴロ市

No	Program/ Project	Method and Delivery method	Target	Covered Area	Financier/ Donors
1	EPI	Vaccinations EPI diseases Surveillance	Infant Mothers15-49y	Whole district	MOH/DANIDA WHO/UNICEF
2	EDP/Indent System	Delivery of Essential drags	All ages	Whole district	MOH/DANIDA
3	NTLP	Care finding & Treatment of TB/Leprosy. Health education	All ages	Whole district	MOH/Multilateral
4	CSPD	MCH care	Under fives Mothers15-49y	11wards.	UNICEF
5	NSHP	School health services	All ages	Whole district	MOH/Council
6	Mental health	Mental health activities	Regional Hospital	Whole district	MOH
7	Malaria control	Prevention and treatment	All ages	Whole district	MOH/JICA
8	Nutrients supplement	VA.Supply. Iodine	Under fives All ages	Whole district	TFNC/UNICEF MOH

2　モロゴロ・アーバン県

No	Program/ Project	Method and Delivery method	Target	Covered Area	Financier/ Donors
1	EPI	Vaccinations EPI diseases surveillance	Infant Mothers15-49y	Whole district	MOH/DANIDA
2	EDP/Independent System	Delivery of Essential drags	All ages	Whole district	MOH/DANIDA
3	R/CH	Mothers and children care(IMCI)	Children <5 Mothres15-59y Men	Whole district	MOH/Multilateral
4	NTLP	Care finding & Treatment of TB/Lep. Health education	All ages	Whole district	MOH/Multilateral
5	CSPD	MCH care	Under fives Mothers15-49y	Whole district	UNICEF
6	AMMP	Demographic surveillance	All age	Negerengere Malali, Mikese	MOH/DFID
7	TEHIP	Support of HSR in the district	All ages	Whole district	MOH/IDRC
8	NACP	IEC, provision of condoms	All ages	Whole district	MOH/Multilateral
9	NSHP	School health services	All ages	Whole district	MOH
10	Mental health	Mental health activities	All ages	Whole district	MOH
11	Malaria control	Prevention and treatment	All ages	Whole district	MOH/JICA
12	Oral health	Prevention and treatment	All ages	Whole district	MOH
13	Nutrients supplement	VA.Supput. Iodine	Under fives All ages	Whole district	TFNC/UNICEF
14	Eye service	Treatment, Provision of Spectacles	All ages	50% of district	MOH/Turiani Hospital
15	IP	FP, Deforming of school pupils, training of CBDAs.	Mothers 15-49, School years pupils	Langali, Mlali, Kisemu, Hembeti, Mvomero wards	UMATI/Multilateral
16	ADP	Rehab, Hfs Equipment Hfs	Mothers and Children	Mlali,Ngerengere devisions	WVT

		Training HSPs Staff houses construction			
17	THCHD	Outreach service Training of VHWs, TBAs, Supervision of VHWs,TBAs. ITNs promotion nutrition program And Rehab. HIV/AIDs acrivities. Eye service.	All ages	Turiani devision	Turiani Hospital/ Multilateral
18	Finnish NGOs	Rehab./construc-tion of Hfs. Equipping Hfs. Training of HSPs School health activities	All ages	Mlali dev. Mifulu in Tegetero ward Msolokelo in Kitati ward Kambala in Hembeti ward	Finida/Finish NGOs

3　キロサ県

No	Program/ Project	Method and Delivery method	Target	Covered Area	Financier/ Donors
1	EPI	Vaccinations EPI diseases Surveillance	Infant Mothers15-49y	Whole district	MOH/DANIDA
2	EDP/Indent System Capitulation C.H.F	Delivery of Essential drags Minor repairs at Health facility, buy medical supplies and regents.	All ages	Whole district	MOH/DANIDA MOH/WB
3	R/CH	Mothers and children care (IMCI)	Children <5 Mothres15-59y Men	Whole district	MOH/UNICEF
4	NTLP	Care finding & Treatment of TB/Lep. Health education	All ages	Whole district	MOH/ Multilateral
5	CSPD	MCH care	Under fives Mothers15-49y	Whole district	UNICEF
6	RETRO CAP Malaria Project	Early treatment of Malaria cases in the community	Under fives	4 wards	WHO
7	NSHP	School health services	All ages	Whole district	MOH
8	International trachoma Initiative (ITI)	Trachoma control And treatment	All ages	One division	WB
9	Malaria control	Prevention and treatment	All ages	Whole district	MOH/JICA
10	Oral health	Prevention and tereatment	All ages	Whole district	MOH
11	Nutrients supplement	VA.Supput. Iodine	Under fives All ages	Whole district	TFNC/UNICEF
12	N.A.C.P	Health education and counseling on HIV/AIDS and STD treatment	All ages	Whole district	MOH/ Multilateral
13	C.B.H.C	Training VHW& TBAS	Community (C.O.R.Ps)	Whole district	MOH/UNICEF /Ireland AID

4　キロンベロ県

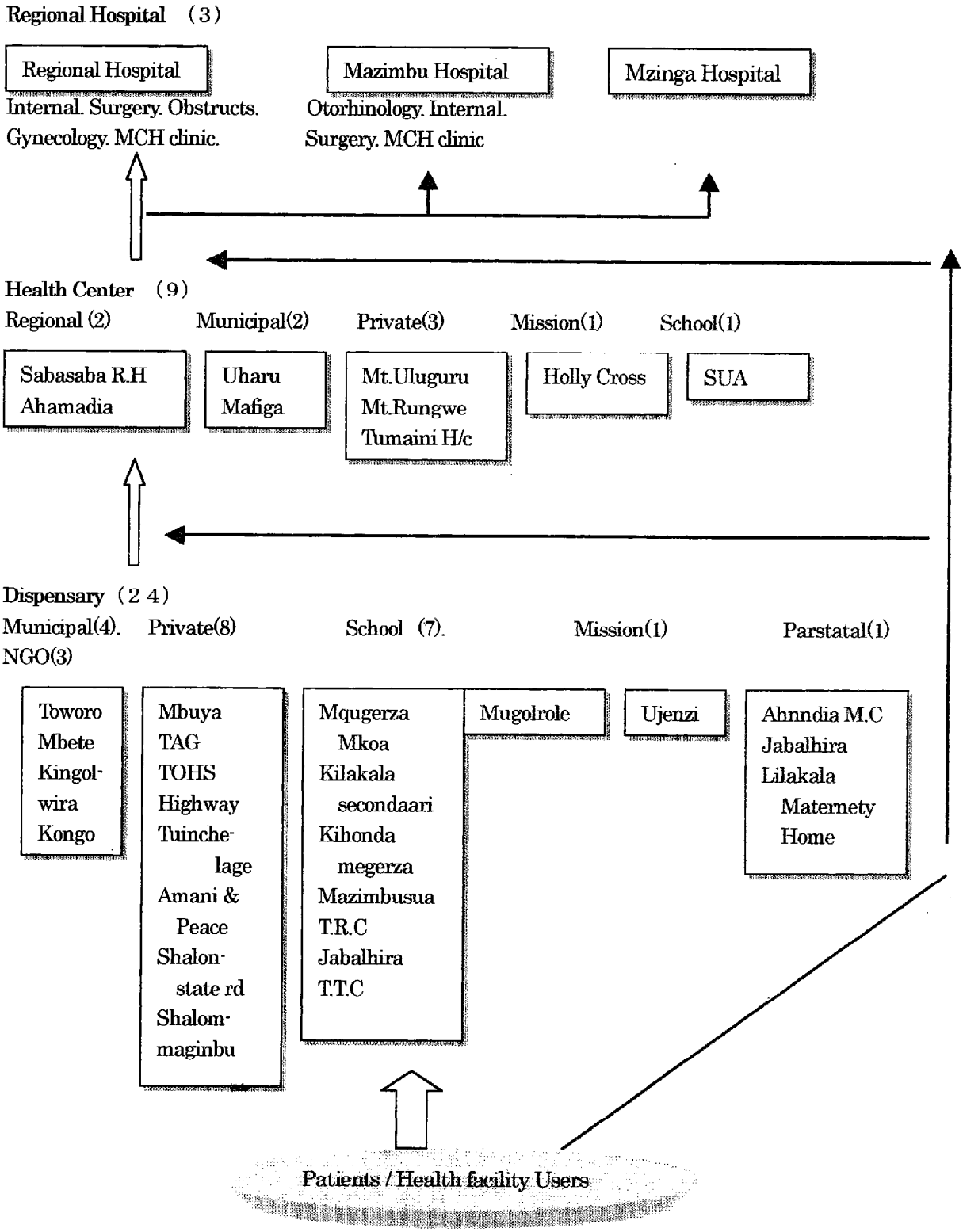
No	Program/ Project	Method and Delivery method	Target	Covered Area	Financier/ Donors
1	EPI	Vaccinations EPI diseases Surveillance	Infant Mothers15-49y	Whole district	MOH/DANIDA
2	EDP/Indent System	Delivery of Essential drags	All ages	Whole district	MOH/DANIDA
3	R/CH	Mothers and children care(IMCI)	Children <5 Mothres15-59y. Men	Whole district	MOH/Multilateral
4	NTLP	Care finding & Treatment of TB/Leprosy. Health education	All ages	Whole district	MOH/Multilateral
5	CSPD	MCH care	Under fives Mothers15-49y	Whole district	UNICEF
6	N.A.C.P	HIV/AID STD	All pregnant mothers	Whole district	MOH/GLARA
7	NSHP	School health services	All ages	Whole district	MOH
8	Mental health	Mental health activities	All ages	Whole district	MOH
9	CBMC	Intestine and Insecticides	All ages	Whole district	UNICEF
10	Oral health	Prevention and treatment	All ages	Whole district	MOH
11	Nutrients supplement	VA.Supply. Iodine	Under fives All ages	Whole district	TFNC/UNICEF
12	KHS	CBHCO & Health delivery	All villagers	40 villages	SDC
13	Fostering Children	HIV/AIDs. Improvement Immunization.	All villages	3 divisions	Plan International
14	Support to District	Inplmentive & Training	Under district		Ireland Aid.

5　ウランガ県

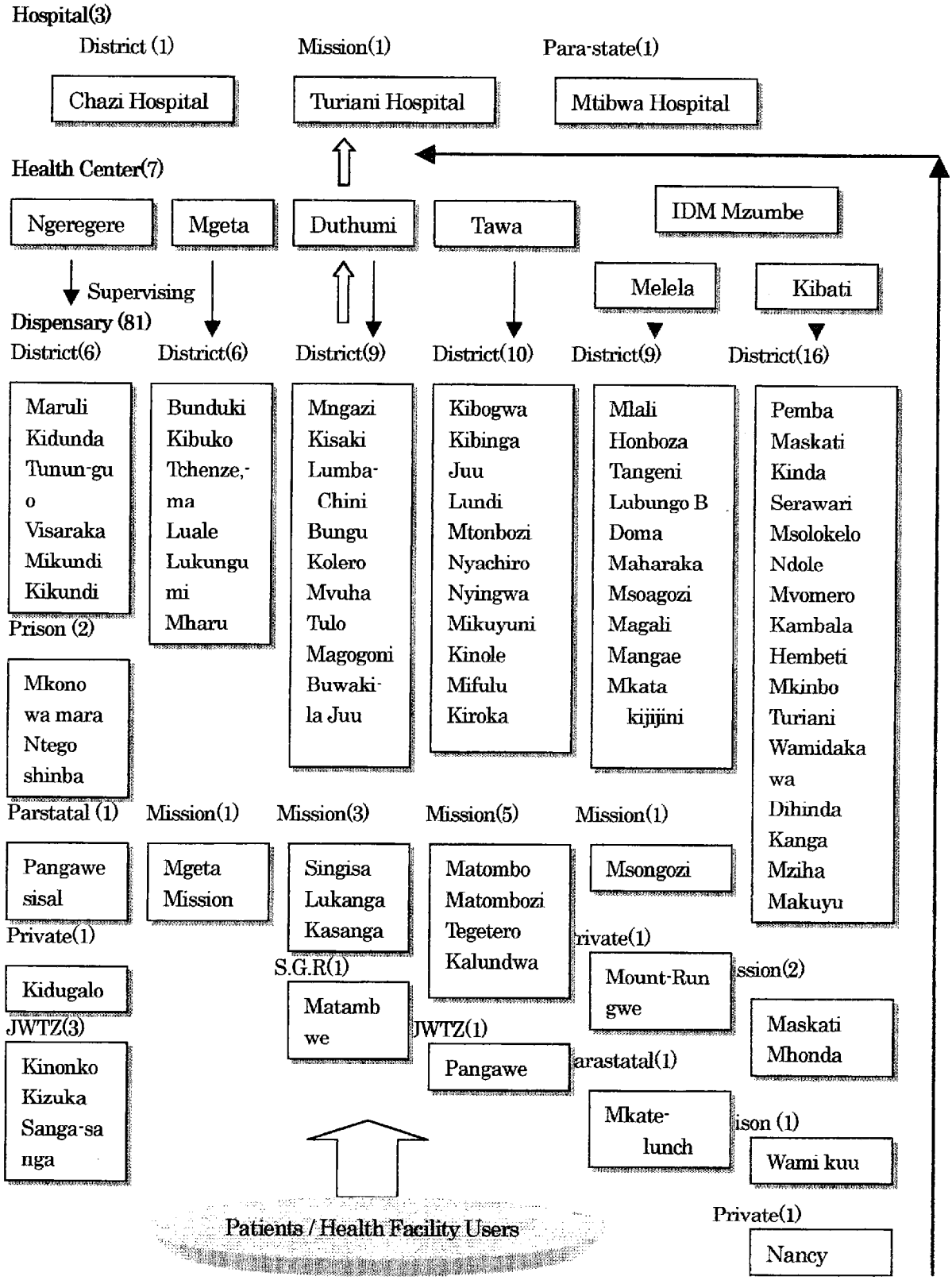
No	Program/ Project	Method and Delivery method	Target	Covered Area	Financier/ Donors
1	EPI	Vaccinations EPI diseases Surveillance	Infant Mothers15-49y	Whole district	MOH/DANIDA
2	EDP/Indent System	Delivery of Essential drags	All ages	Whole district	MOH/DANIDA
3	R/CH	Mothers and children care(IMCI)	Children <5 Mothres15-59y. Men	Whole district	MOH/Multilateral
4	NTLP	Care finding & Treatment of TB/Lep. Health education	All ages	Whole district	MOH/Multilateral
5	CSDP	MCH care	Under fives Mothers15-49y	Whole district	UNICEF
6	N.A.C.P	HIV/AID STD	All pregnant mothers	Whole district	MOH/GLARA
7	NSHP	School health services	All ages	Whole district	MOH
8	Mental health	Mental health activities	All ages	Whole district	MOH
9	CBMC	Intestine and Insecticides	All ages	Whole district	UNICEF
10	Oral health	Prevention and treatment	All ages	Whole district	MOH
11	Nutrients supplement	VA.Supput. Iodine	Under fives All ages	Whole district	TFNC/UNICEF

⑨ 各県における保健施設とレファラル・システム

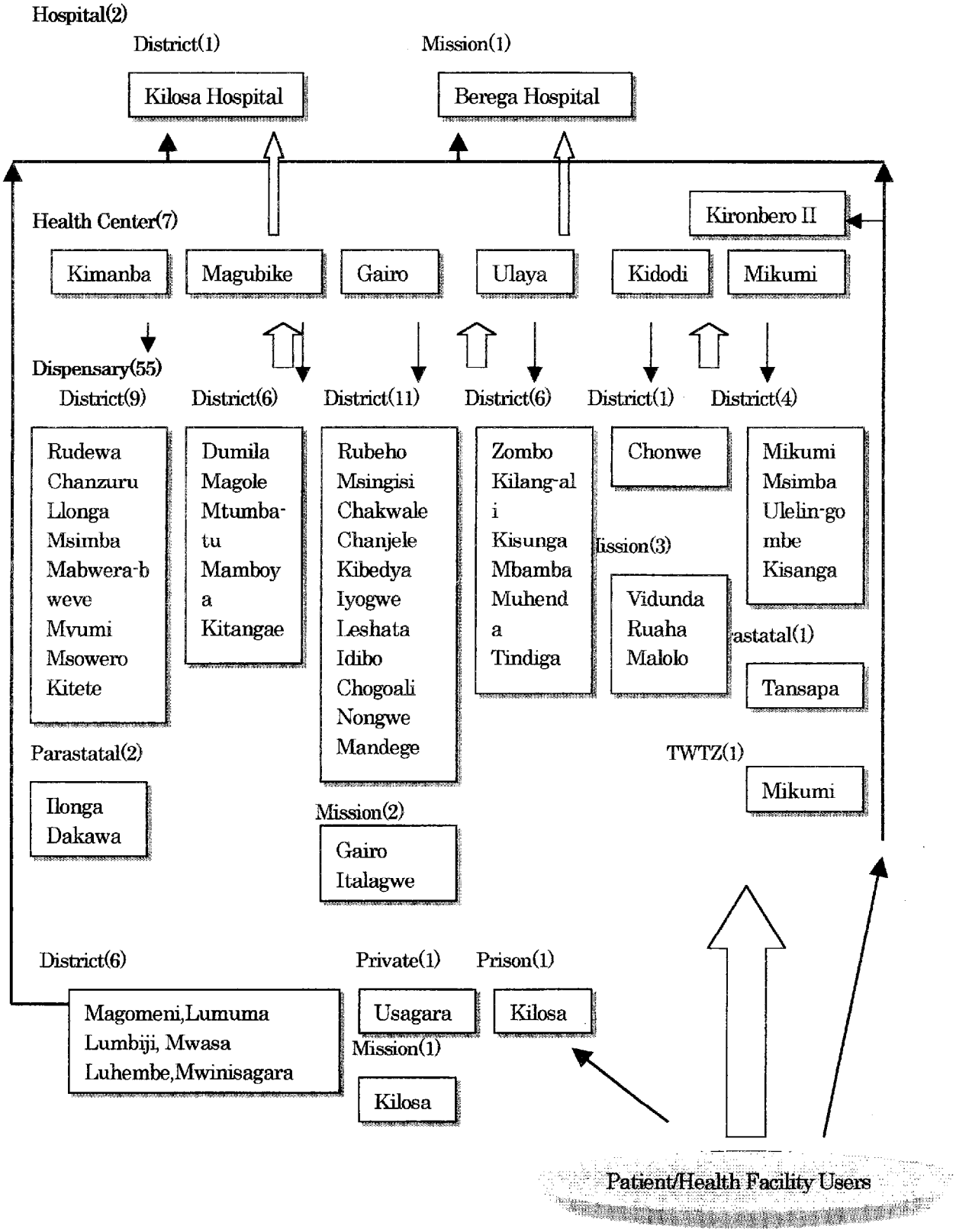
1．モロゴロ市



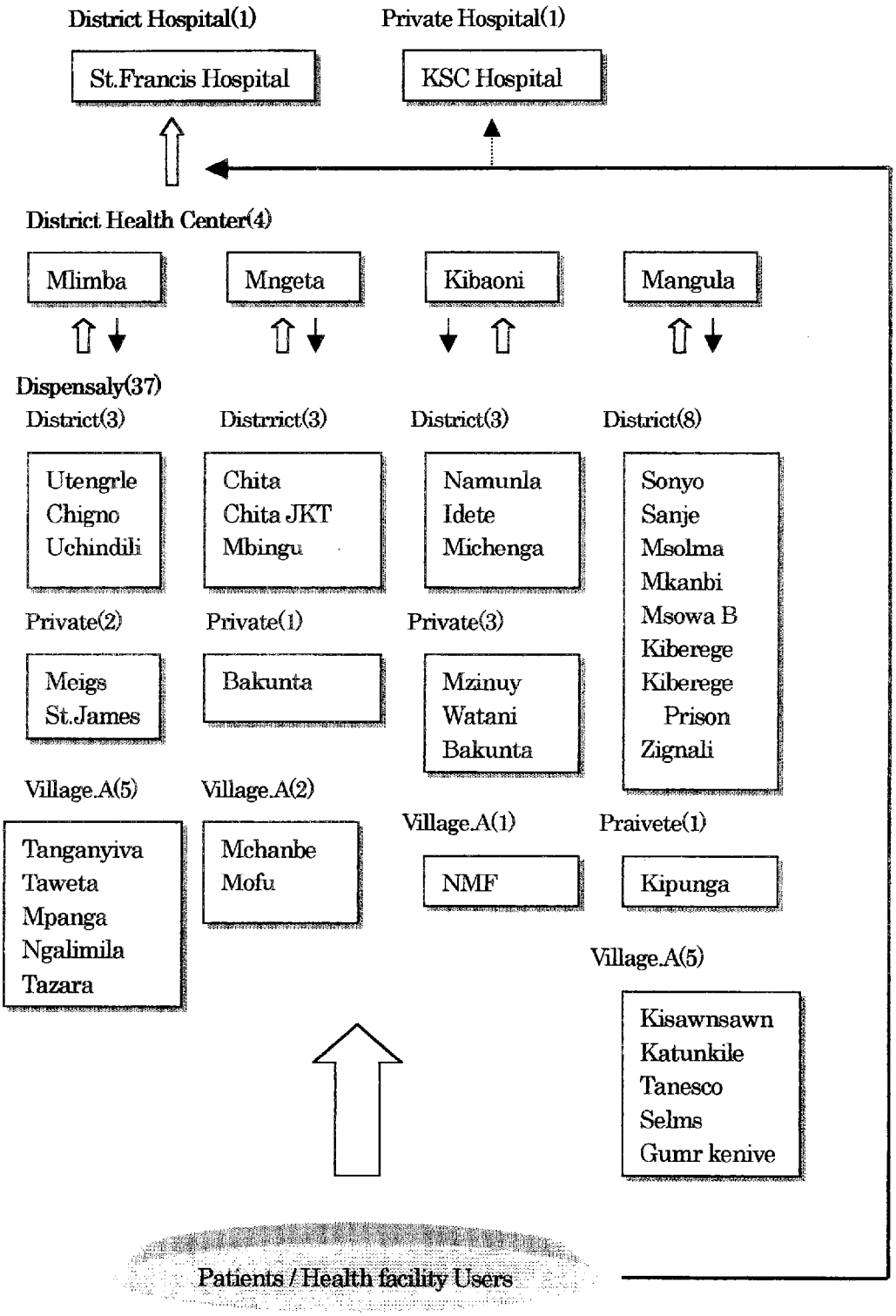
2. モロゴロ・ルーラル県


Hospital(3)
District (1)
Mission(1)
Para-state(1)
Chazi Hospital
Turiani Hospital
Mtibwa Hospital
Health Center(7)
Ngeregere
Mgeta
Duthumi
Tawa
IDM Mzumbe
Supervising
Melela
Kibati
Dispensary (81)
District(6)
District(6)
District(9)
District(10)
District(9)
District(16)
Maruli
Kidunda
Tunun-gu
o
Visaraka
Mikundi
Kikundi
Bunduki
Kibuko
Tchenze,-
ma
Luale
Lukungu
mi
Mharu
Mngazi
Kisaki
Lumba-
Chini
Bungu
Kolero
Mvuha
Tulo
Magogoni
Buwaki-
la Juu
Kibogwa
Kibinga
Juu
Lundi
Mtonbozi
Nyachiro
Nyingwa
Mikuyuni
Kinole
Mifulu
Kiroka
Mlali
Honboza
Tangeni
Lubungo B
Doma
Maharaka
Msoagozi
Magali
Mangae
Mkata
kijijini
Pemba
Maskati
Kinda
Serawari
Msolokelo
Ndole
Mvomero
Kambala
Hembeti
Mkinbo
Turiani
Wamidaka
wa
Dihinda
Kanga
Mziha
Makuyu
Prison (2)
Mkono
wa mara
Ntego
shinba
Parstatal (1)
Mission(1)
Mission(3)
Mission(5)
Mission(1)
Pangawe
sisal
Mgeta
Mission
Singisa
Lukanga
Kasanga
Matombo
Matombozi
Tegetero
Kalundwa
Msongozi
Private(1)
rivate(1)
Kidugalo
S.G.R(1)
Mount-Run
gwe
ssion(2)
Matamb
we
Maskati
Mhonda
JWTZ(3)
JWTZ(1)
Kinonko
Kizuka
Sanga-sa
nga
Pangawe
arastatal(1)
Mkate-
lunch
ison (1)
Wami kuu
Patients / Health Facility Users
Private(1)
Nancy

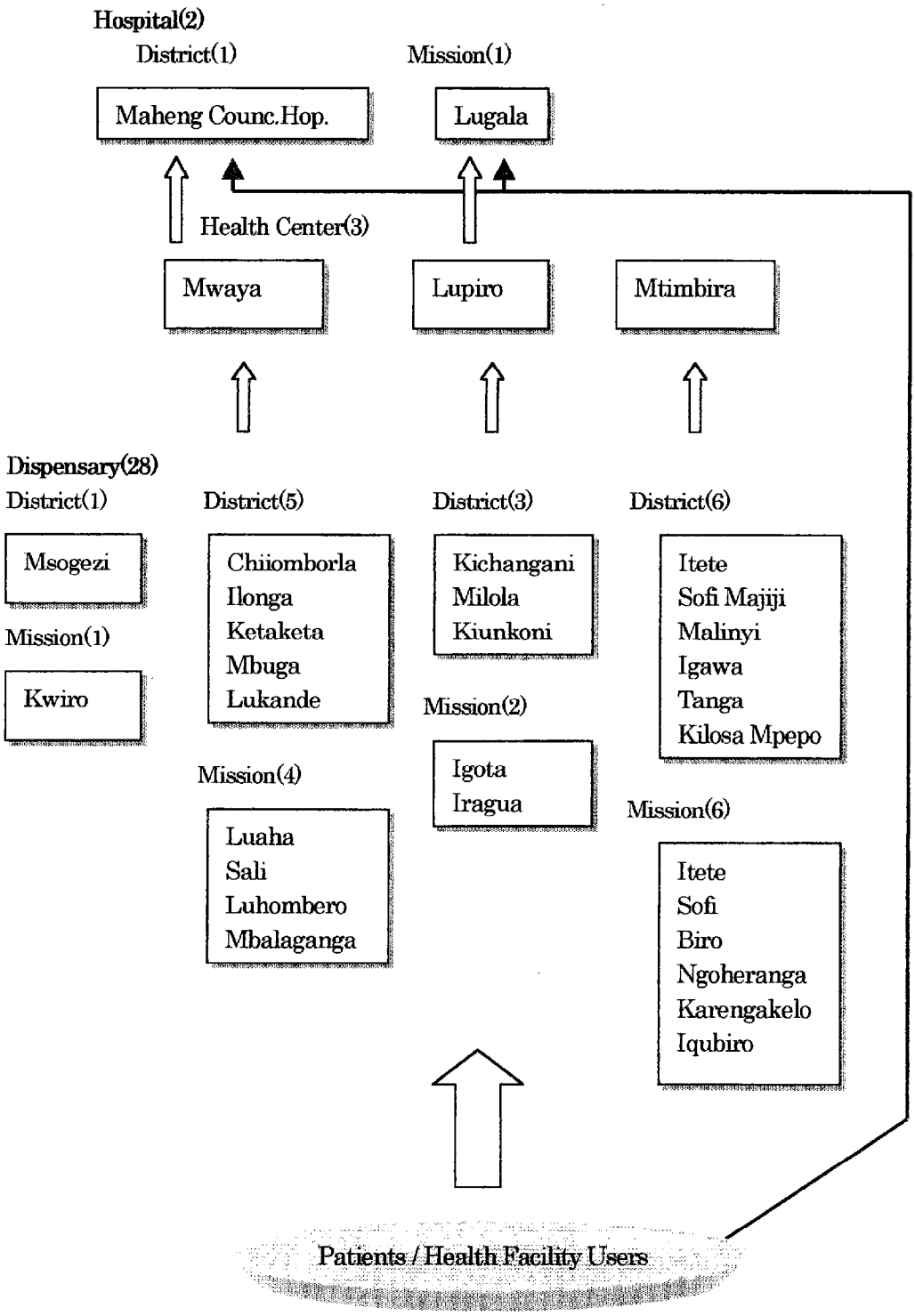
3．キロサ県


Hospital(2)
District(1)
Mission(1)
Kilosa Hospital
Berega Hospital
Health Center(7)
Kironbero II
Kimanba
Magubike
Gairo
Ulaya
Kidodi
Mikumi
Dispensary(55)
District(9)
District(6)
District(11)
District(6)
District(1)
District(4)
Rudewa
Chanzuru
Llonga
Msimba
Mabwera-b
weve
Mvumi
Msowero
Kitete
Dumila
Magole
Mtumba-
tu
Mamboy
a
Kitangae
Rubeho
Msingisi
Chakwale
Chanjele
Kibedya
Iyogwe
Leshata
Idibo
Chogoali
Nongwe
Mandege
Zombo
Kilang-al
i
Kisunga
Mbamba
Muhend
a
Tindiga
Chonwe
Mikumi
Msimba
Ulelin-go
mbe
Kisanga
Vidunda
Ruaha
Malolo
Tansapa
Parastatal(2)
Ilonga
Dakawa
Mission(2)
Gairo
Italagwe
TWTZ(1)
Mikumi
District(6)
Private(1)
Prison(1)
Magomeni,Lumuma
Lumbiji, Mwasa
Luhembe,Mwinisagara
Usagara
Kilosa
Mission(1)
Kilosa
Patient/Health Facility Users

4. キロンベロ県

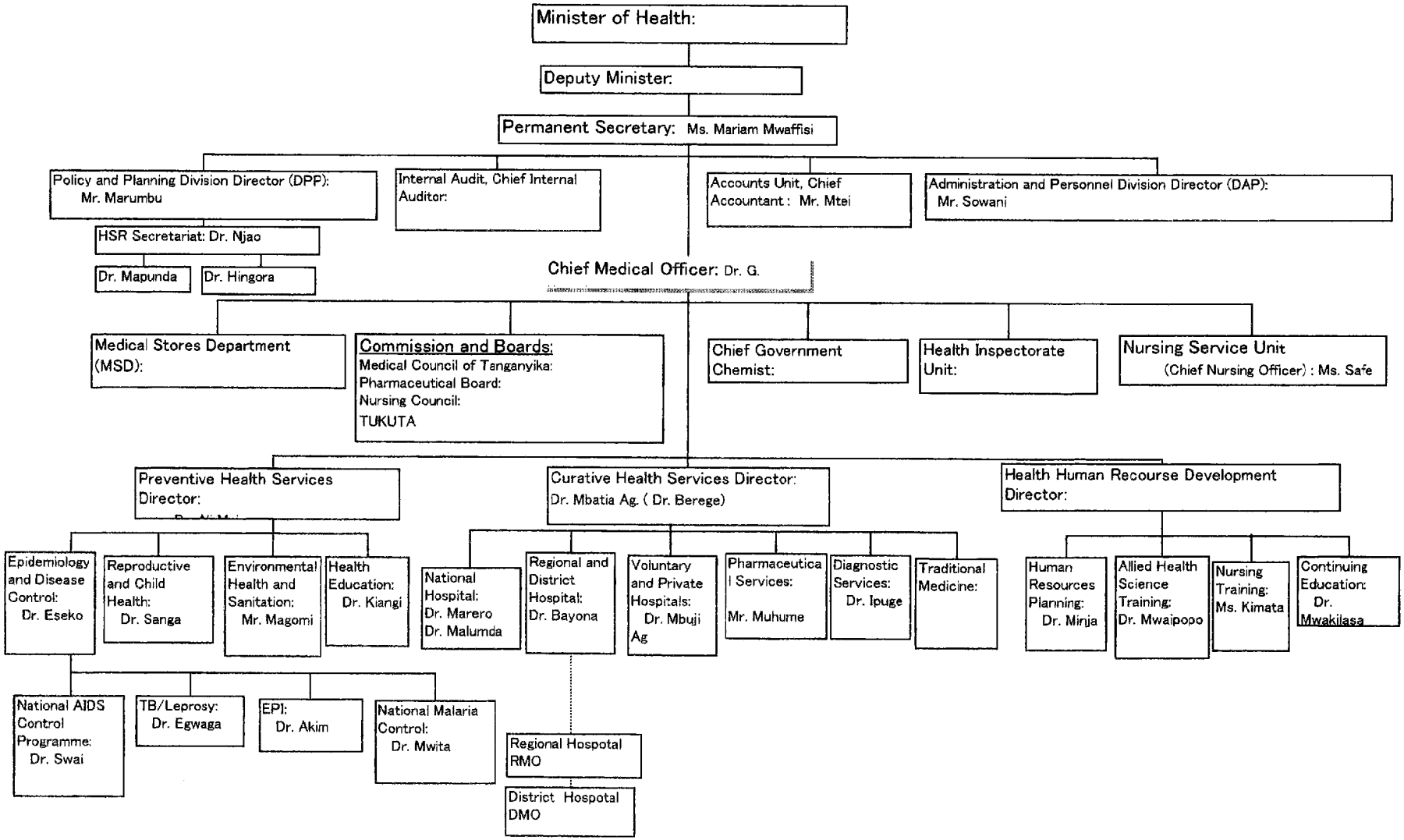

District Hospital(1)
St.Francis Hospital
Private Hospital(1)
KSC Hospital
District Health Center(4)
Mlimba
Mngeta
Kibaoni
Mangula
Dispensaly(37)
District(3)
Utengrle
Chigno
Uchindili
Distrrict(3)
Chita
Chita JKT
Mbingu
District(3)
Namunla
Idete
Michenga
District(8)
Sonyo
Sanje
Msolma
Mkanbi
Msowa B
Kiberege
Kiberege
Prison
Zignali
Private(2)
Meigs
St.James
Private(1)
Bakunta
Private(3)
Mzinuy
Watani
Bakunta
Village.A(5)
Tanganyiva
Taweta
Mpanga
Ngalimila
Tazara
Village.A(2)
Mchanbe
Mofu
Village.A(1)
NMF
Praivete(1)
Kipunga
Village.A(5)
Kisawnsawn
Katunkile
Tanesco
Selms
Gumr kenive
Patients / Health facility Users

5. ウランガ県

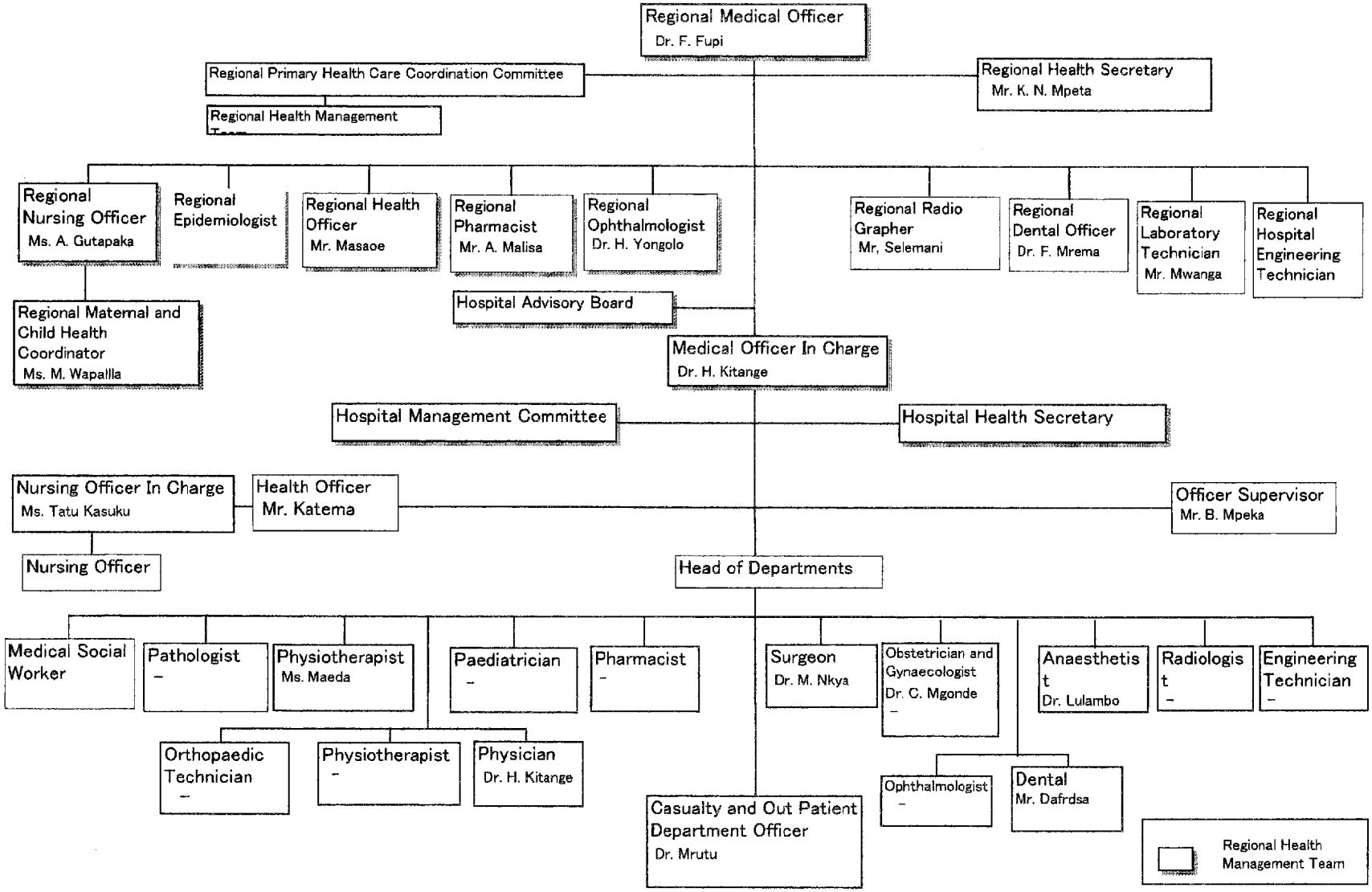

Hospital(2)
District(1)
Mission(1)
Maheng Counc.Hop.
Lugala
Health Center(3)
Mwaya
Lupiro
Mtimbira
Dispensary(28)
District(1)
District(5)
District(3)
District(6)
Msogezi
Chiiomborla
Ilonga
Ketaketa
Mbuga
Lukande
Kichangani
Milola
Kiunkoni
Itete
Sofi Majiji
Malinyi
Igawa
Tanga
Kilosa Mpepo
Mission(1)
Kwiro
Mission(2)
Igota
Iragua
Mission(4)
Luaha
Sali
Luhombero
Mbalaganga
Mission(6)
Itete
Sofi
Biro
Ngoheranga
Karengakelo
Iqubiro
Patients / Health Facility Users

⑩ 保健省、モロゴロ州における保健行政組織図（2000 年 12 月）

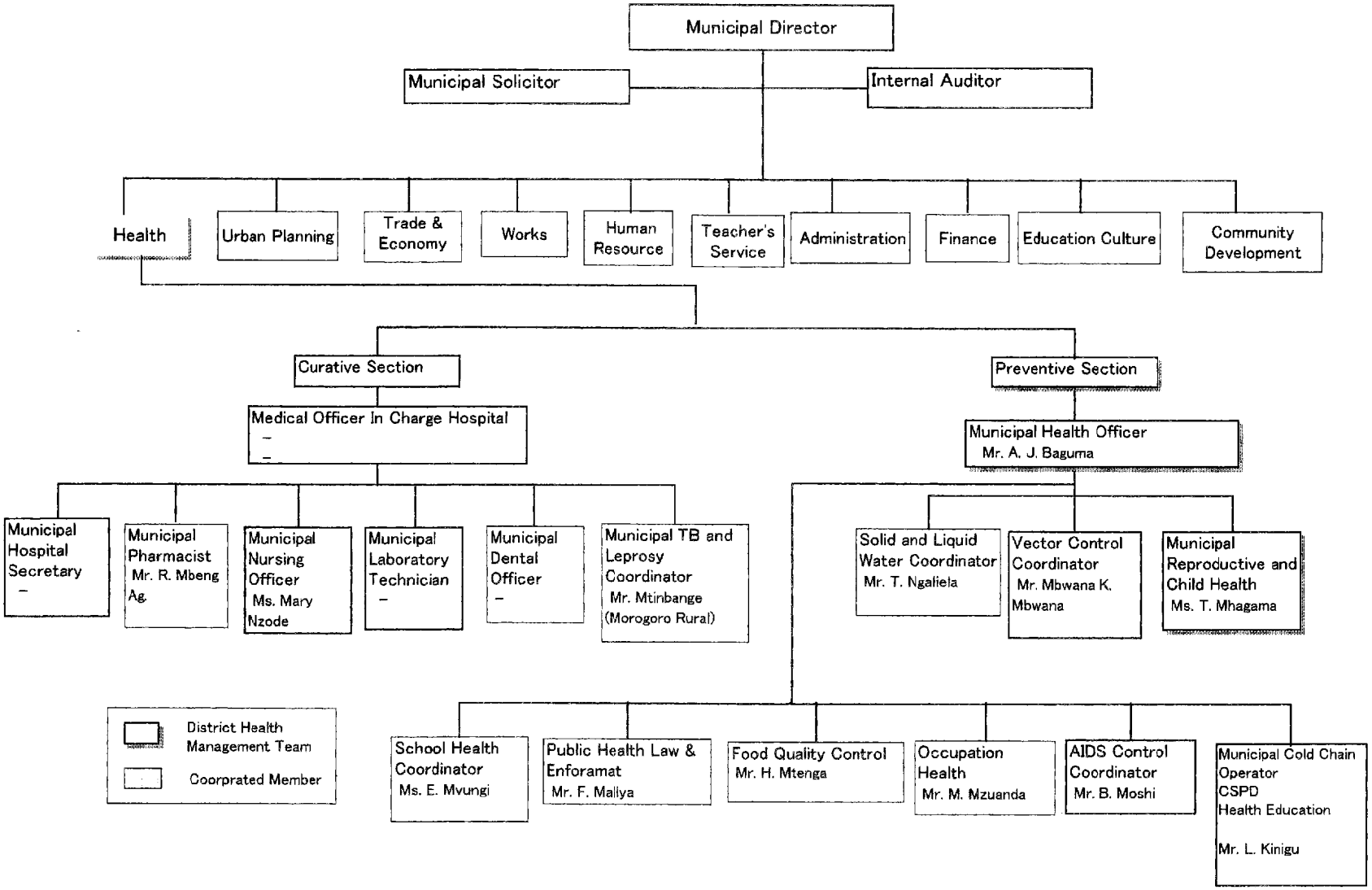
1. 保健省（主としてJICA関連のみ）



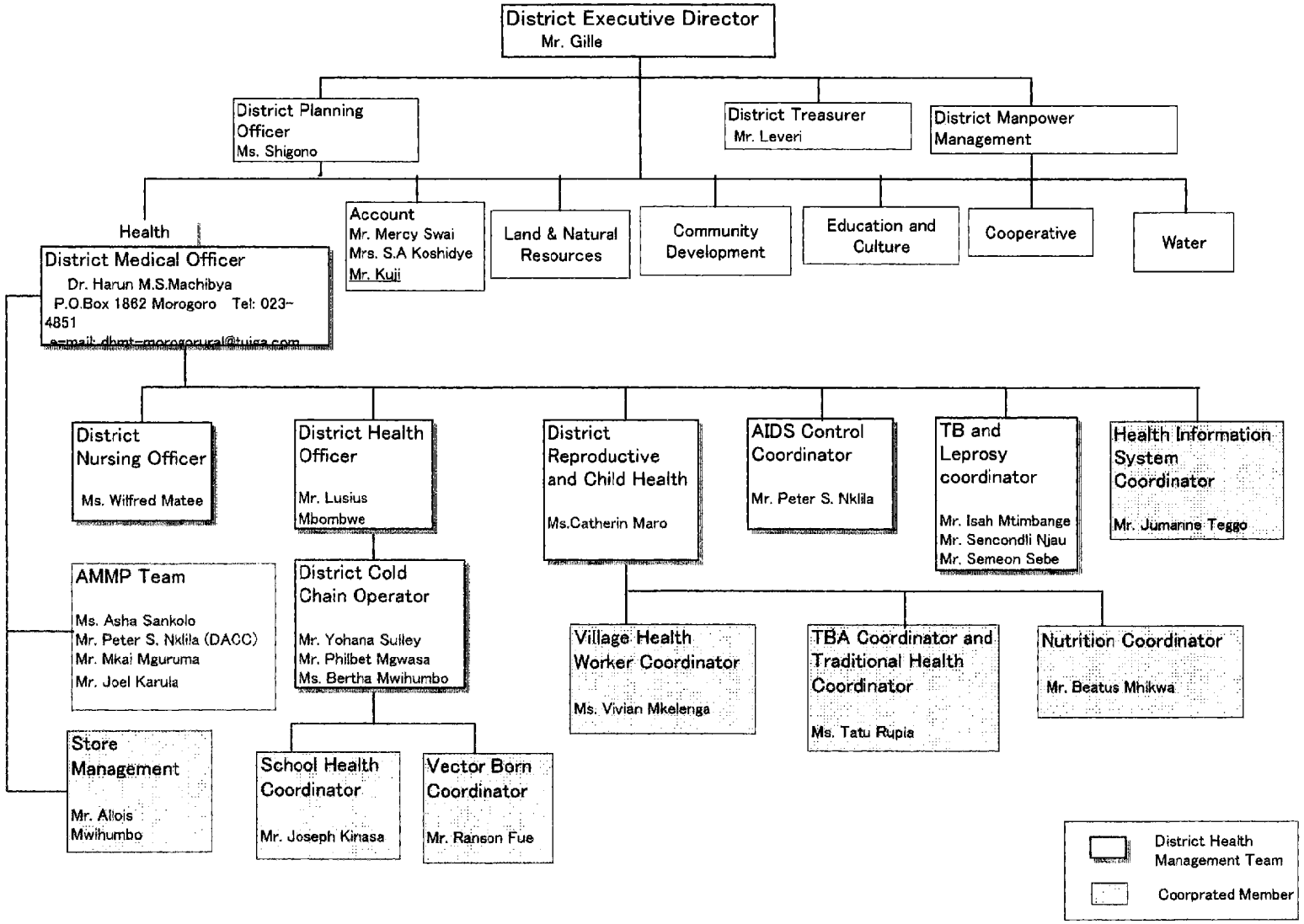
2. モロゴロ州保健部門および州立病院組織図



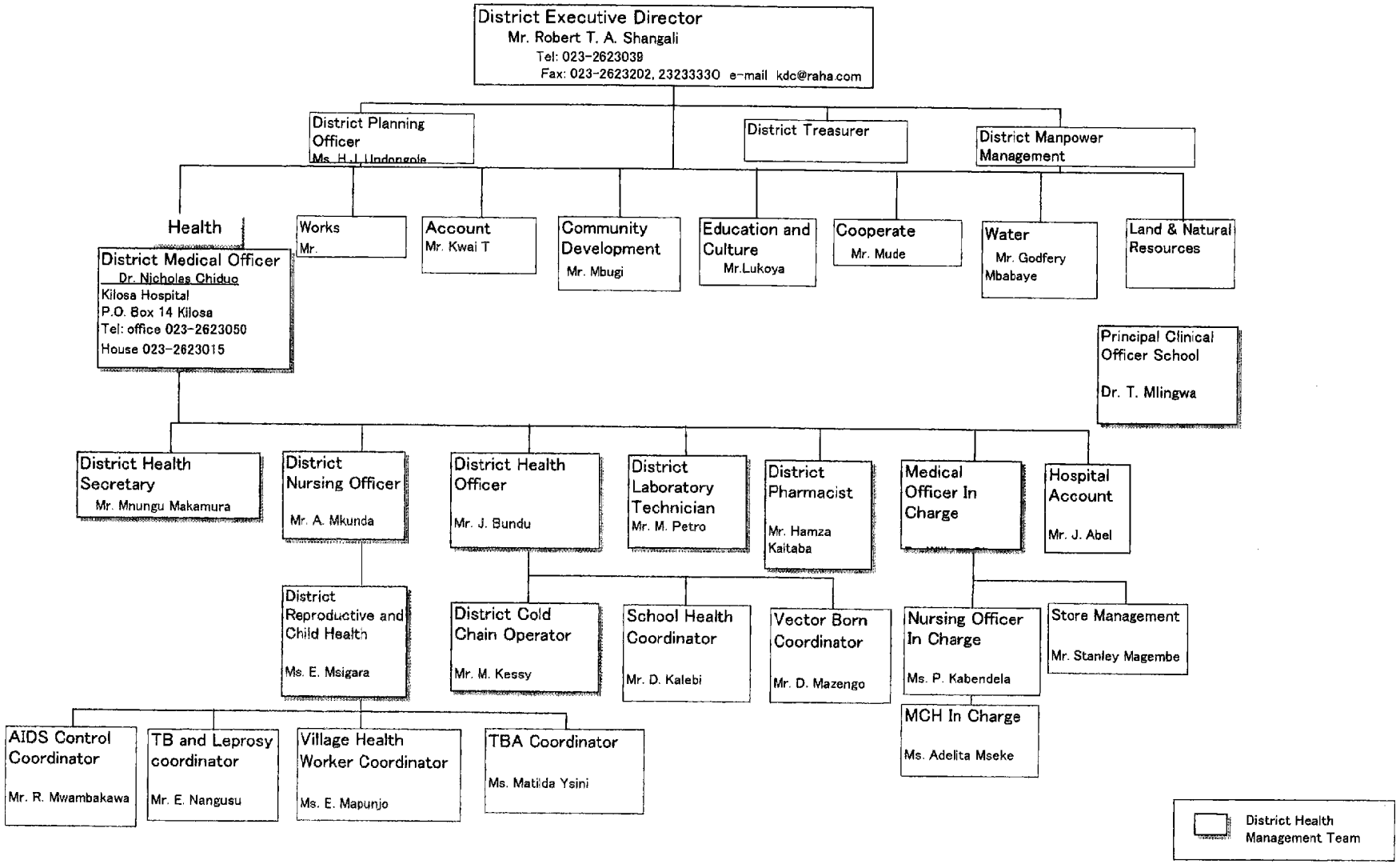
3 モロゴロ市保健部門組織図



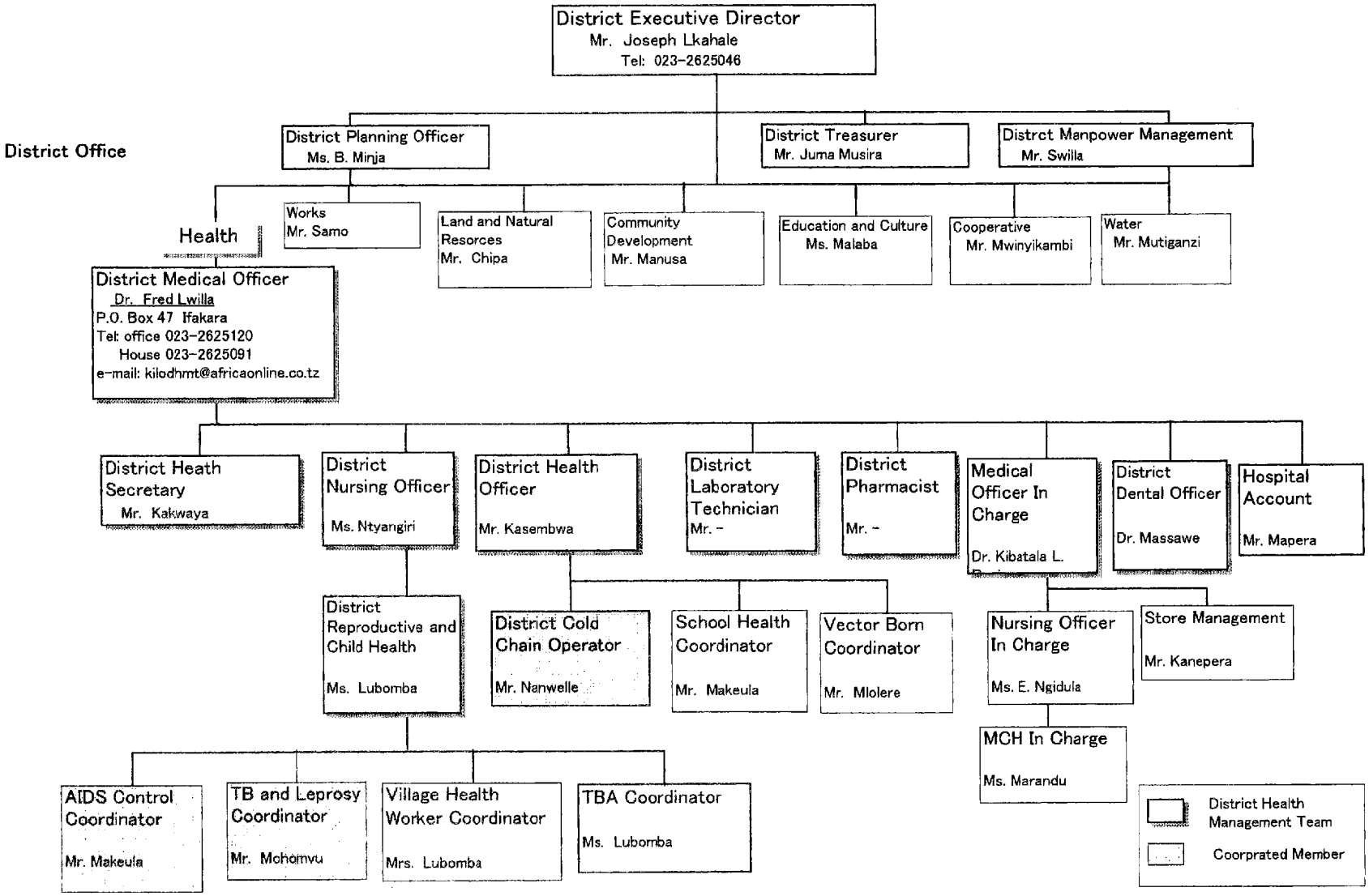
4 モロゴロ・ルーラル県保健部門組織図



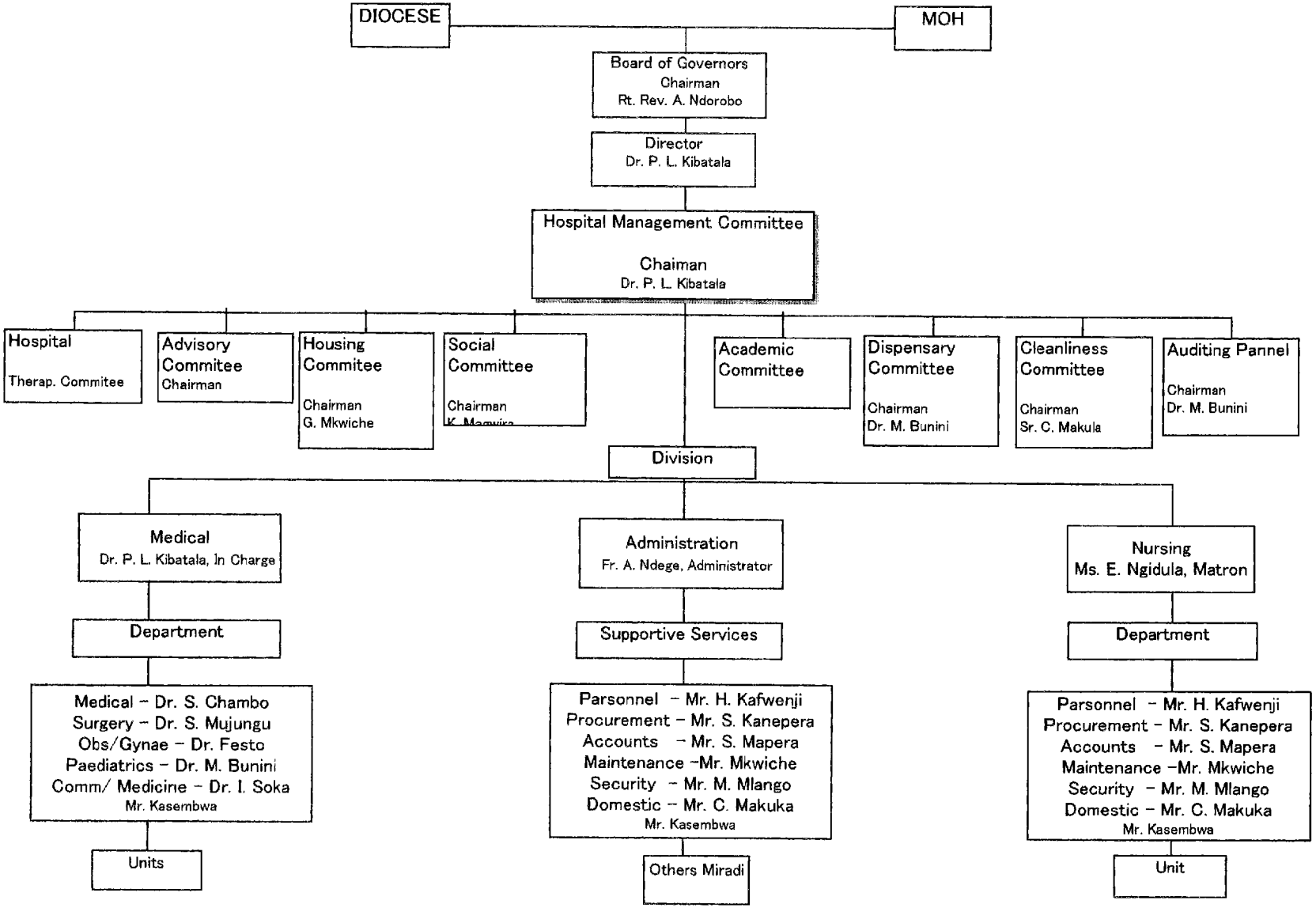
5 キロサ県保健部門組織図



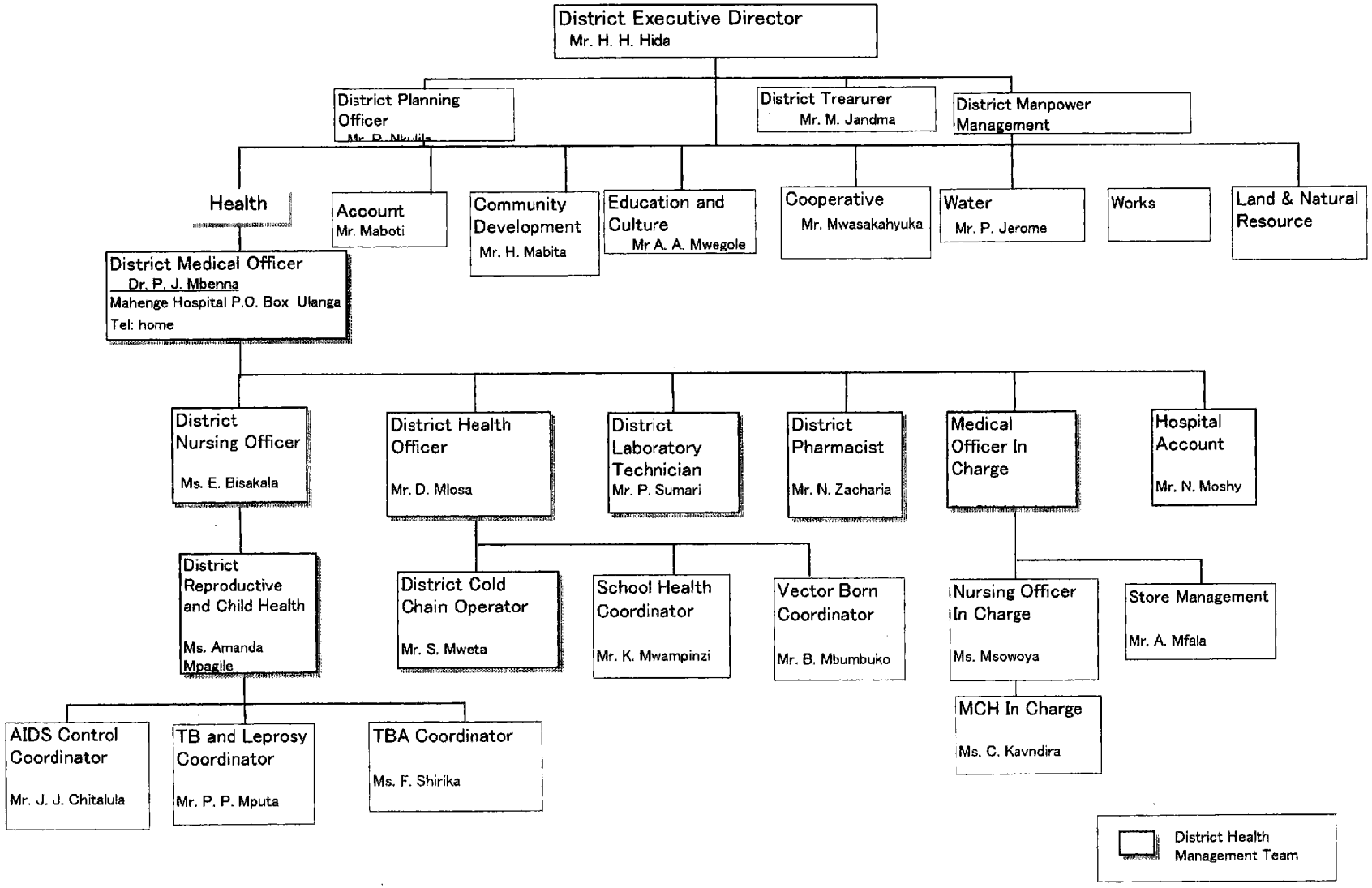
6. キロンベロ県保健部門組織図



7 キロンベロ県セント・フラシス病院組織図



8 ウランガ県保健部門組織図



⑪ PCM ワークショップ参加者リストおよび参加者分析、問題分析、目的分析

⑪－1. 参加者リスト

No.	Name	Position	District
1.	Ferdinand Fupi	RMO/RHMT	Morogoro Urban
2.	Nicholas Masaoe	RHO/RHMT	Morogoro Urban
3.	Mary Singano	DPLO	M. D. Planning
4.	Annu A. Lyimo	MEC	Morogoro Urban District Municipality
5.	M. Nzowa	MNO	Morogoro Urban
6.	Mbombwe L. N.	DHO	Morogoro Rural
7.	Harun Machibya	DMO	Morogoro Rural
8.	Peter Mbilizi	Planning Officer	Ulanga
9.	Pascal Mbena	DMO	Ulanga
10.	Samson Mweta	DHO	Ulanga
11.	H. J. Undongole	DPLO	Kilosa District Council
12.	Noco Chiduo	DMO	Kilosa
13.	Adelita Mseke	Ag. DMCHCO	Kilosa
14.	Mbonja Kajembwa	DHO	Kilombero
15.	Fred Lwilla	DMO	Kilombero
16.	Yoshiko Sato	Leader	JICA Mission
17.	Tetsuo Yamagata	Member	JICA Mission
18.	Hiroyuki Takada	Assistant Resident Representative	JICA Tanzania Office
19.	Jackson Biswaro	Chief Programme Officer	JICA Tanzania Office
20.	Akira Sugimoto	JICA Expert (Capacity building)	Ministry of Regional Administration and Local Government

⑪－2．参加者分析

受益者:

住民，コミュニティ，父親，母親，学校，妊婦，乳児，ヘルスセンター，保健施設利用者，観光客，州保健管理チーム，郡保健管理チーム，患者，児童，青年，高齢者，孤児，郡議会

被害者:

タンザニア伝統的治療者協会，伝統的治療者，伝統的産婆，民間保健従事者

財政負担者:

DANIDA，NORAD，SDC，Irish Aid，UNICEF，KEPA(フィンランドの NGO)，世界銀行，日本大使館，プラン・インターナショナル，CDTF，IDRC，JOYCEP，AMMP(DFID)，WHO，外国人投資家，JICA，

実施機関:

セラピスト病院委員会(Therapeutic Hospital Committee)，JICA，プライマリ・ヘルスケア委員会，医務官，州調整委員会(Regional Coordination Committees)，郡保健管理チーム，UNICEF，州保健管理チーム，州医務官，州行政事務局，JICA プロジェクトチーム，郡保健委員会評議会(District Health Boards)，郡医務官，州企画官，ヘルスワーカー，保健従事者，コミュニティ住民，ディスペンサリー，ヘルスセンター，民間保健施設，公的保健施設

地域代表者:

評議会，村の執行長(VEO)，町の執行長(WEO)，コミュニティ代表，町開発委員会(Ward Development Committees)，共同組合，村保健委員会(Village Health Committee)

潜在的反対者:

観光客，伝統的治療者，R.C.教会

協力者:

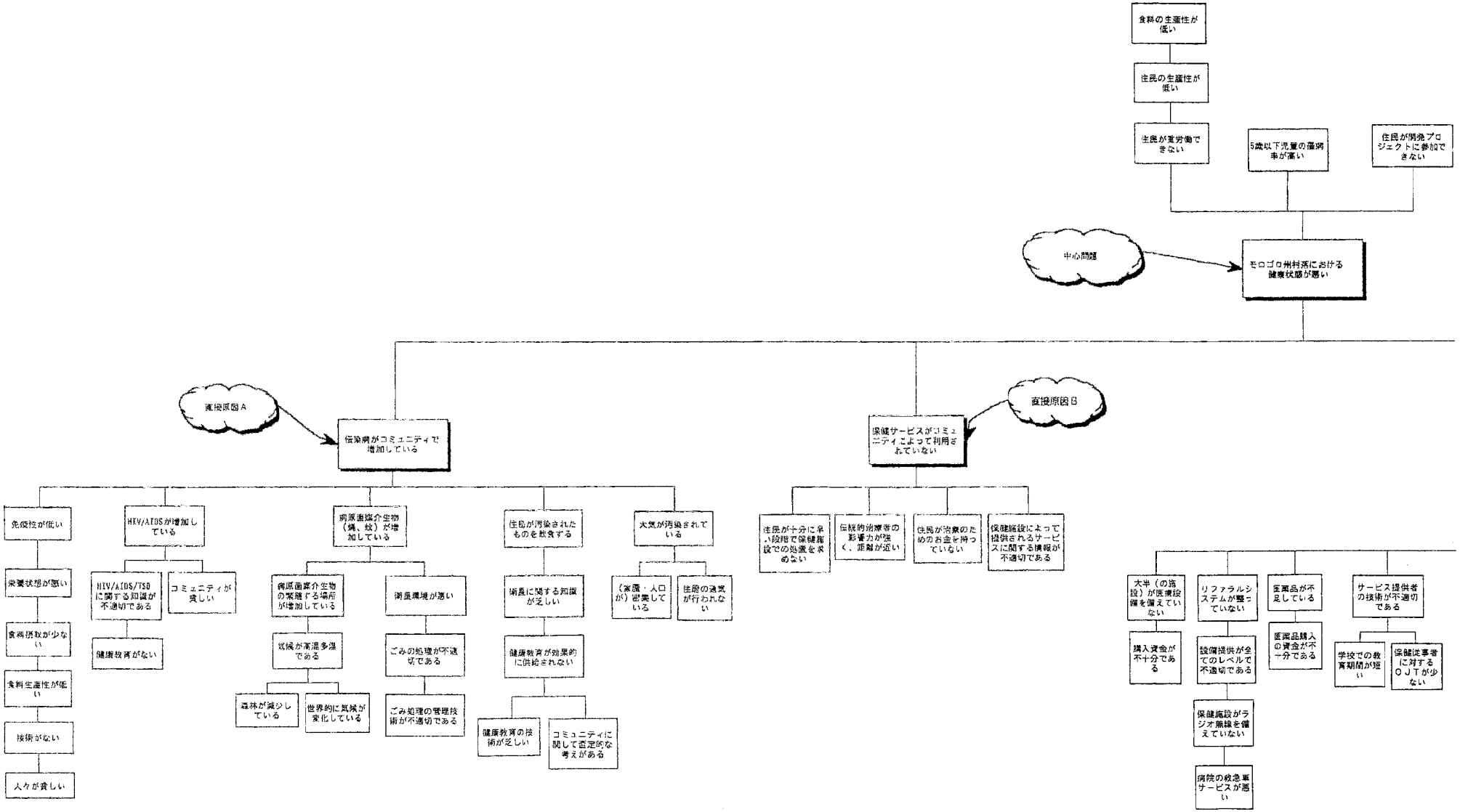
AFREDA，ルター派教会 Luth Church，NGO，TANAPA，Mzumbe マネジメント協会，ワールドビジョン，TEHIP，ワールドビジョン開発プロジェクト，アングリカン協会，医薬品供給者，Mtibwa Sugar Estate，ファラジャ(Faraja)信託基金，東部地域研修センター，民間投資家，OKOA，TAZARA，APOC，研究機関，MUAJAKI，看護士／婦研修センター，TEHIP，伝統的産婆，伝統的治療者，宗教団体，宗教機構(Religious institution)，FDC，UMATI，R.C.教会，副医務官研修所(Assistant Medical Officer Training Center)

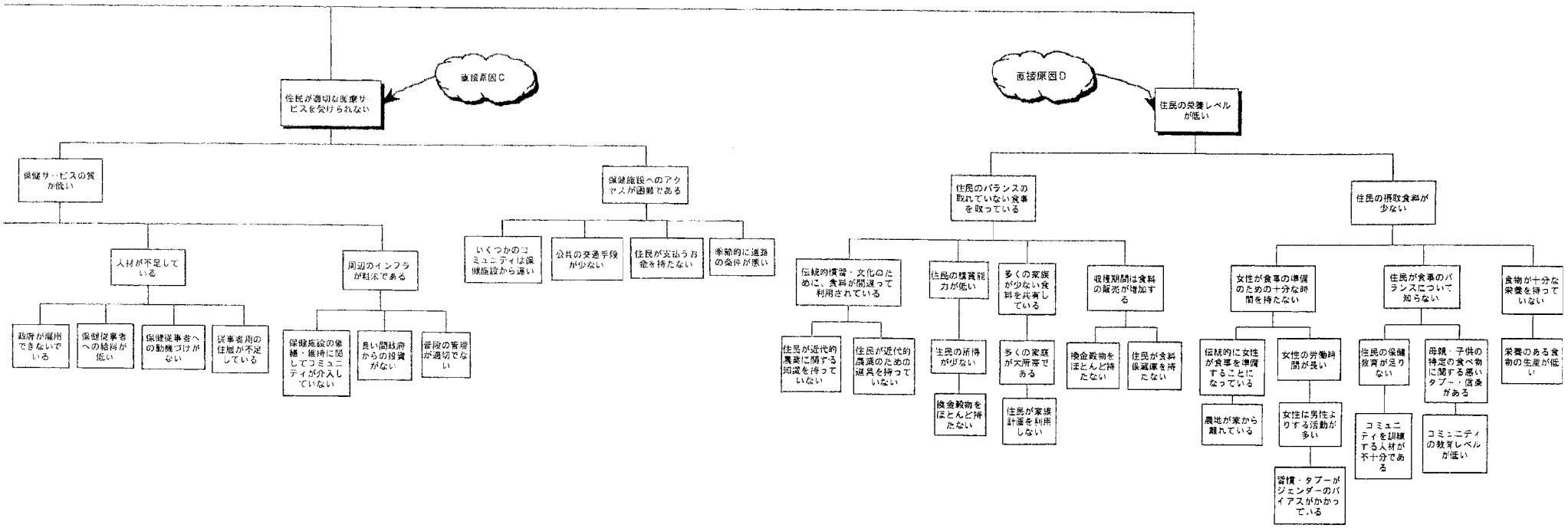
決定者:

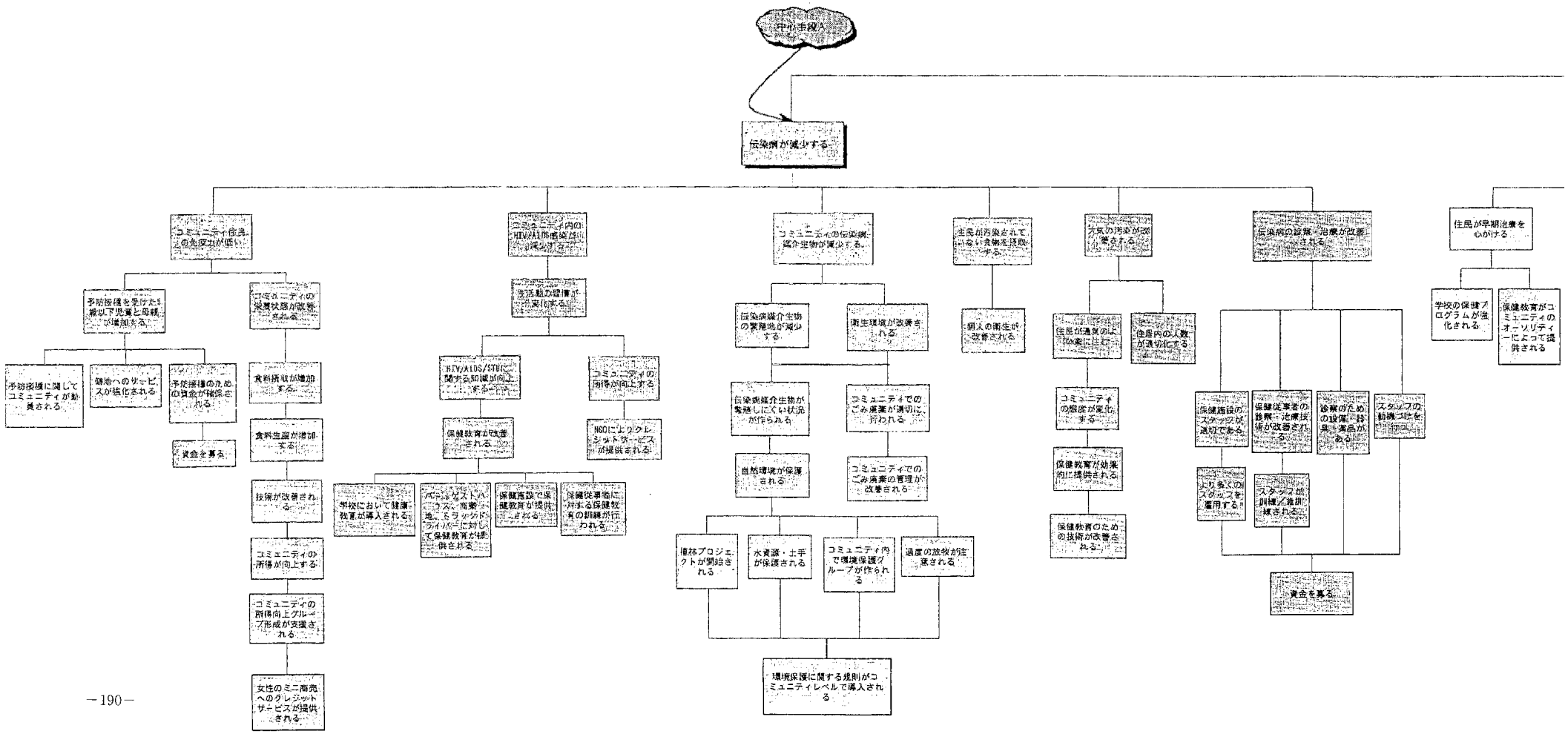
コミュニティリーダー，郡保健管理チーム，保健省州事務所，郡評議会，全郡議会，州行政事務局

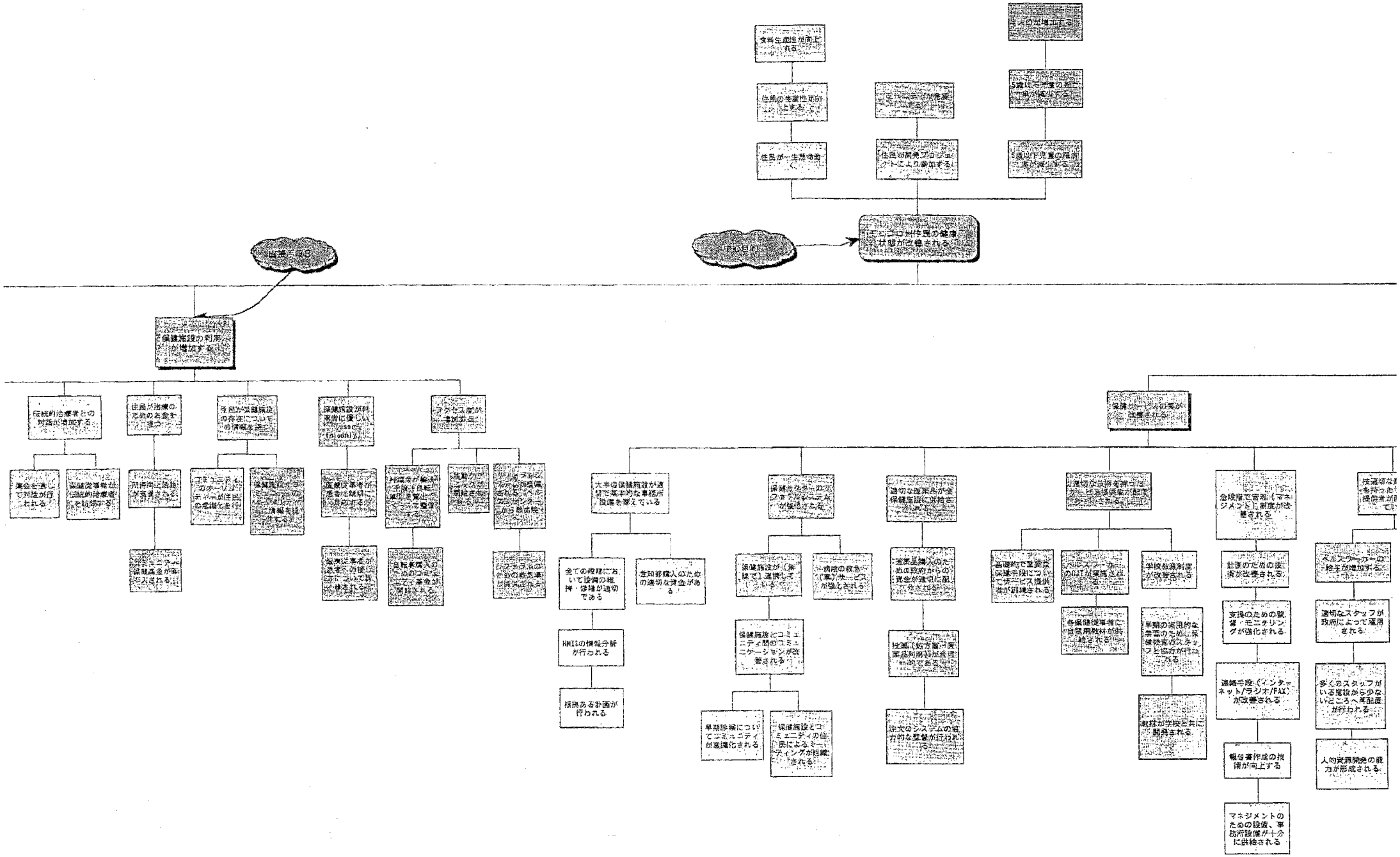
政策決定者:

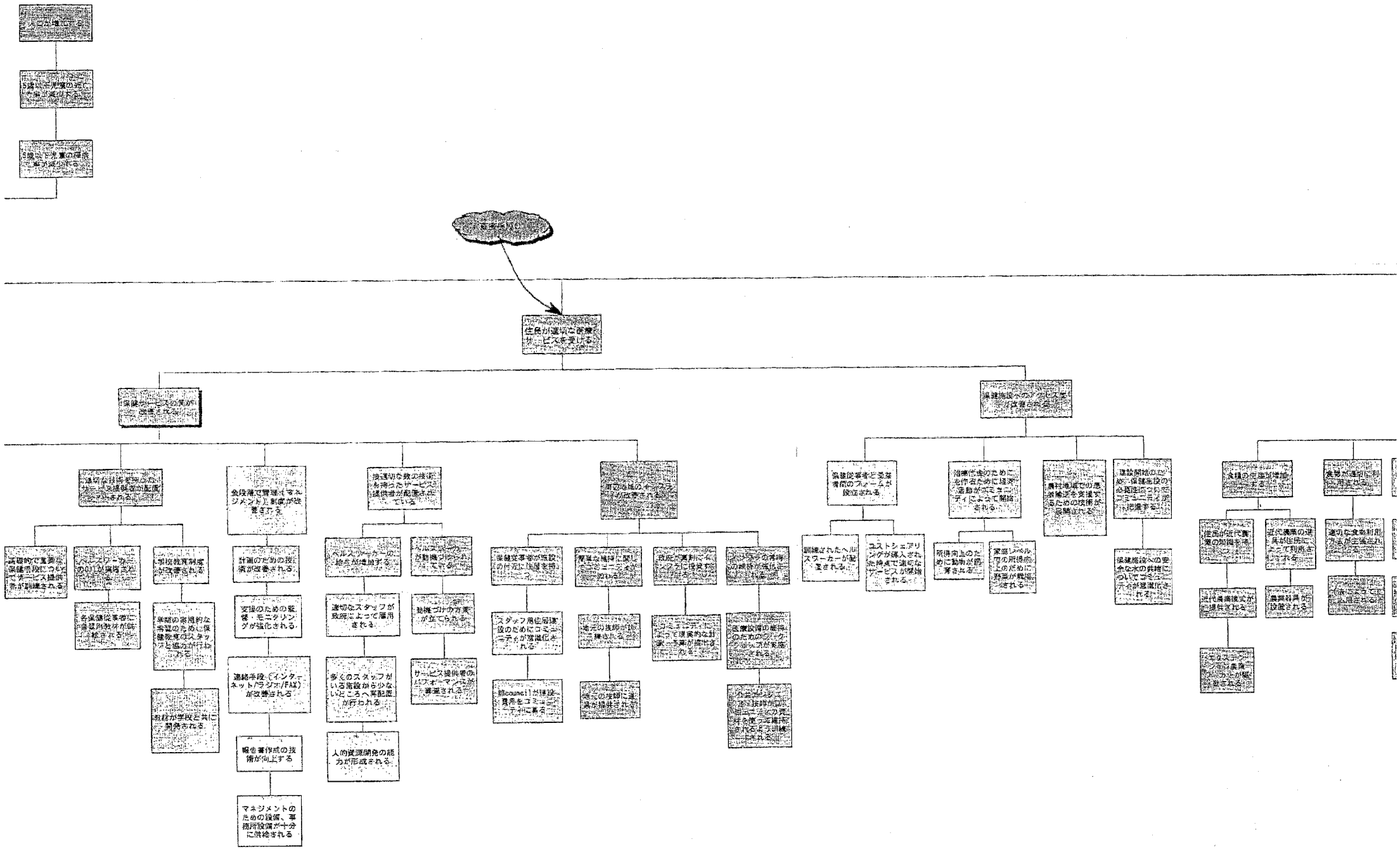
PMO/PRSP TEAM，PO/RALG，保健省，財務省，公務部(Civil Service Department)

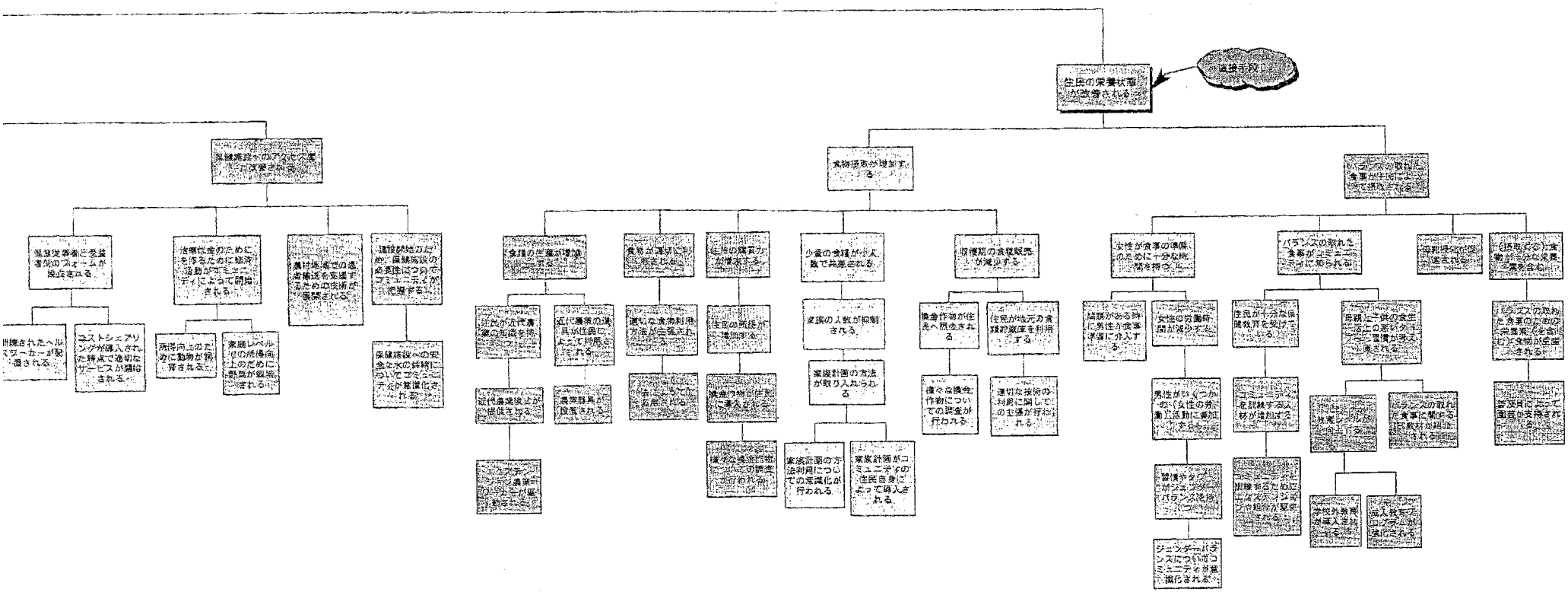

食料の生産性が低い
住民の生産性が低い
住民が重労働できない
5歳以下児童の罹病率が高い
住民が開発プロジェクトに参加できない
中心問題
モロゴロ州村落における健康状態が悪い
直接原因A
伝染病がコミュニティで増加している
直接原因B
保健サービスがコミュニティによって利用されていない
免疫性が低い
栄養状態が悪い
食料摂取が少ない
食料生産性が低い
技術がない
人々が貧しい
HIV/AIDSが増加している
HIV/AIDS/TSDに関する知識が不適切である
コミュニティが貧しい
健康教育がない
病原菌媒介生物（蝿、蚊）が増加している
病原菌媒介生物の繁殖する場所が増加している
衛生環境が悪い
気候が高温多湿である
森林が減少している
世界的に気候が変化している
ごみの処理が不適切である
ごみ処理の管理技術が不適切である
住民が汚染されたものを飲食する
衛生に関する知識が乏しい
健康教育が効果的に供給されない
健康教育の技術が乏しい
コミュニティに関して否定的な考えがある
大気が汚染されている
（家畜・人口が）密集している
住居の通気が行われない
住民が十分に早い段階で保健施設での処置を求めない
伝統的治療者の影響力が強く、距離が近い
住民が治療のためのお金を持っていない
保健施設によって提供されるサービスに関する情報が不適切である
大半（の施設）が医療設備を備えていない
購入資金が不十分である
リファラルシステムが整っていない
設備提供が全てのレベルで不適切である
保健施設がラジオ無線を備えていない
病院の救急車サービスが悪い
医薬品が不足している
医薬品購入の資金が不十分である
サービス提供者の技術が不適切である
学校での教育期間が短い
保健従事者に対するＯＪＴが少ない


直接原因C
住民が適切な医療サービスを受けられない
保健サービスの質が低い
人材が不足している
政府が雇用できないでいる
保健従事者への給与が低い
保健従事者への動機づけがない
従事者用の住居が不足している
周辺のインフラが貧弱である
保健施設の保守・維持に関してコミュニティが介入していない
長い間政府からの投資がない
普段の管理が適切でない
保健施設へのアクセスが困難である
いくつかのコミュニティは保健施設から遠い
公共の交通手段が少ない
住民が支払うお金を持たない
季節的に道路の条件が悪い
直接原因D
住民の栄養レベルが低い
住民のバランスの取れていない食事を取っている
伝統的慣習・文化のために、食料が間違って利用されている
住民が近代的農業に関する知識を持っていない
住民が近代的農業のための道具を持っていない
住民の購買能力が低い
生民の所得が少ない
換金穀物をほとんど持たない
多くの家族が少ない食料を共有している
多くの家庭が大所帯である
住民が家族計画を利用しない
収穫期間は食料の販売が増加する
換金穀物をほとんど持たない
住民が食料保蔵庫を持たない
住民の摂取食料が少ない
女性が食事の準備のための十分な時間を持たない
伝統的に女性が食事を準備することになっている
農地が家から離れている
女性の労働時間が長い
女性に男性よりする活動が多い
習慣・タブーがジェンダーのバイアスがかかっている
住民が食事のバランスについて知らない
住民の保健教育が足りない
コミュニティを訓練する人材が不十分である
母親・子供の特定の食べ物に関する悪いタブー・信条がある
コミュニティの教育レベルが低い
食物が十分な栄養を持っていない
栄養のある食物の生産が低い

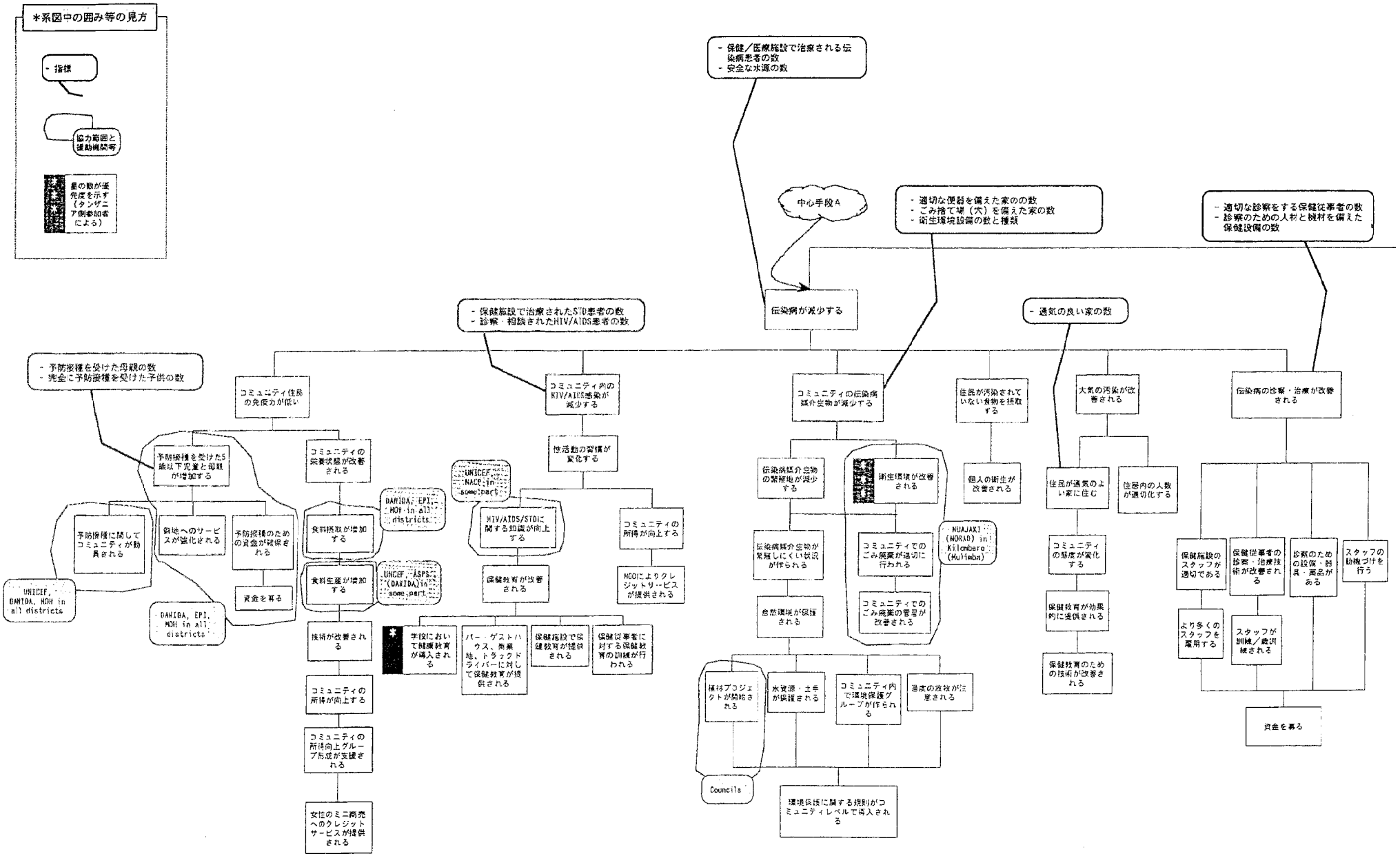

中心手段A
伝染病が減少する
コミュニティ住民の免疫力が低い
予防接種を受けた5歳以下児童と母親が増加する
予防接種に関してコミュニティが動員される
僻地へのサービスが強化される
予防接種のための資金が確保される
資金を募る
コミュニティの栄養状態が改善される
食料摂取が増加する
食料生産が増加する
技術が改善される
コミュニティの所得が向上する
コミュニティの所得向上グループ形成が支援される
女性のミニ商売へのクレジットサービスが提供される
コミュニティ内のHIV/AIDS感染率が減少する
生活態様が変化する
HIV/AIDS/STDに関する知識が向上する
コミュニティの所得が向上する
保健教育が改善される
NGOにより クレジットサービスが提供される
学校において健康教育が導入される
バー、ゲストハウス、商業地、トラックドライバーに対して保健教育が提供される
保健施設で保健教育が提供される
保健従事者に対する保健教育の訓練が行われる
コミュニティの伝染病媒介生物が減少する
伝染病媒介生物の繁殖地が減少する
衛生環境が改善される
伝染病媒介生物が繁殖しにくい状況が作られる
コミュニティでのごみ廃棄が適切に行われる
自然環境が保護される
コミュニティでのごみ廃棄の管理が改善される
植林プロジェクトが開始される
水資源・土手が保護される
コミュニティ内で環境保護グループが作られる
過度の放牧が制限される
環境保護に関する規則がコミュニティレベルで導入される
住民が汚染されていない食物を摂取する
個人の衛生が改善される
大気の汚染が改善される
住民が過度の人数が密に住む
住居内の人数が適切化する
コミュニティの根絶が実化する
保健教育が効果的に提供される
保健教育のための技術が改善される
伝染病の診断・治療が改善される
保健施設のスタッフが適切である
より多くのスタッフを雇用する
保健従事者の診断・治療技術が改善される
スタッフの訓練・再訓練される
診断のための設備・器具・薬品がある
スタッフの動機づけを行う
資金を募る
住民が早期治療を心がける
学校の保健プログラムが強化される
保健教育がコミュニティのオーソリティーによって提供される

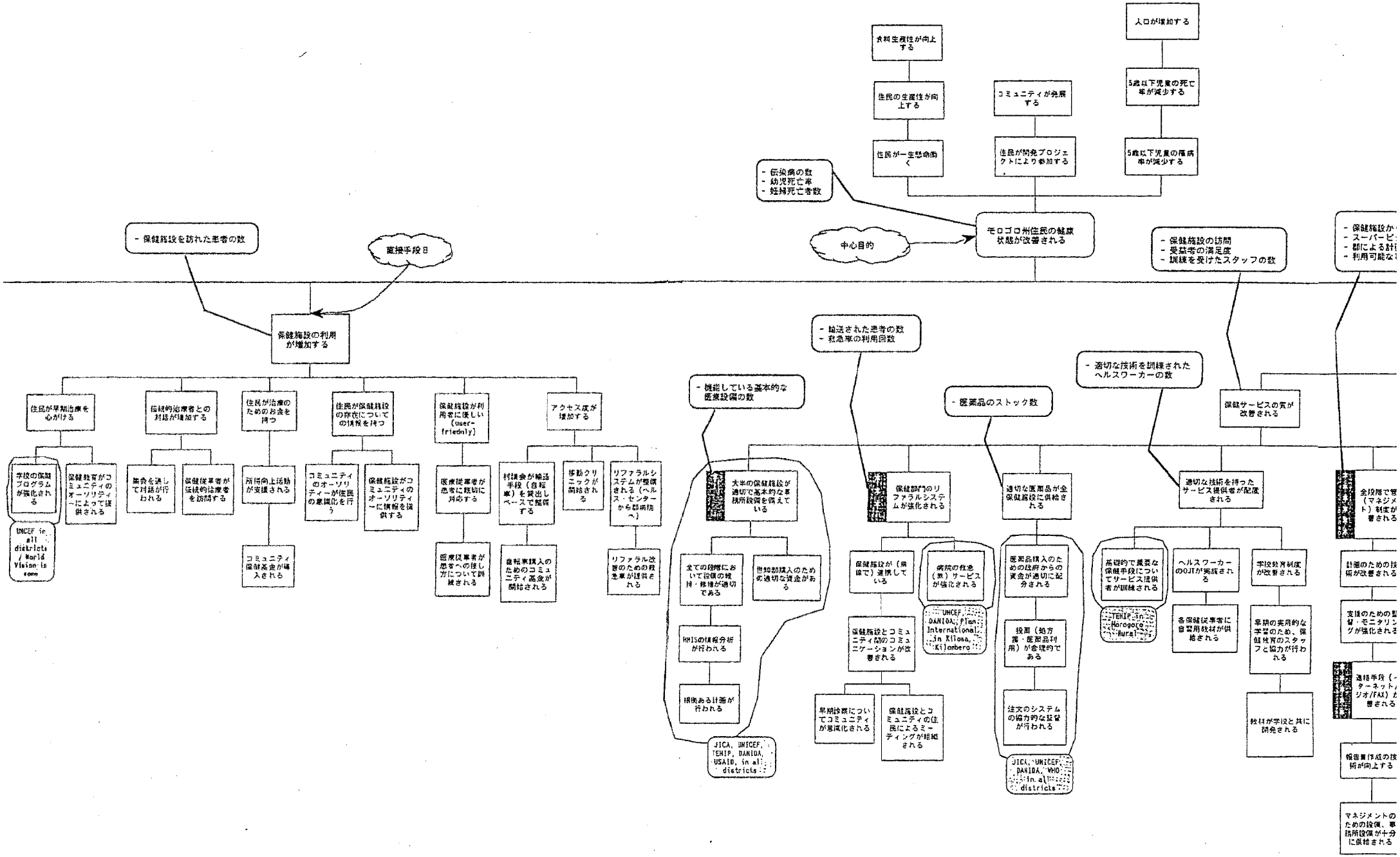

人口が増加する
5歳以下児童の死亡率が減少する
5歳以下児童の罹病率が減少する
食料生産性が向上する
住民の生産性が向上する
住民が一生懸命働く
コミュニティが発展する
住民が開発プロジェクトにより参加する
住民の健康状態が改善される
住民が健康で活動的な生活を送る
保健施設の利用が増加する
伝統的治療者との対話が増加する
住民が治療のために金を払う
住民が保健施設の存在についての情報を得る
保健施設が利用者に優しい(user friendly)
アクセスが容易になる
保健サービスの質が改善される
大半の保健施設が適切で基本的な事務所設備を備えている
保健施設とコミュニティのコミュニケーションが強化される
適切な医薬品が全保健施設に供給される
適切な技術者が全ての保健施設に配置される
全段階で管理(マネジメント)能力が改善される
技術者の供給が増加する
ヘルスワーカーの数が増加する
適切なスタッフが政府によって雇用される
多くのスタッフがいる施設から少ないところへ再配置が行われる
人的資源開発の能力が形成される
計画のための技術が改善される
支援のための監督・モニタリングが強化される
連絡手段(インターネット/ラジオ/FAX)が改善される
報告書作成の技術が向上する
マネジメントのための設備、事務所設備が十分に供給される
学校教育制度が改善される
早期の実用的な学習のために保健教育のスタッフと協力が行われる
教材が学校と共に開発される
各保健従事者に自習用教材が供給される
ヘルスワーカーのOJTが実施される
各適時に重要な保健手段についてサービス提供者が訓練される
適切な技術者が全ての保健施設に配置される
医薬品購入のための政府からの資金が適切に配分される
注文のシステムの能力的な監督が行われる
投薬(処方箋)医薬品使用が合理的である
適切な医薬品購入のための政府からの資金が適切に配分される
病院の救急(事)サービスが強化される
保健施設が(無線で)連携している
保健施設とコミュニティ間のコミュニケーションが改善される
早期診断についてコミュニティが意識化される
保健施設とコミュニティの住民によるミーティングが組織される
世界銀行購入のための適切な資金がある
全ての段階において設備の維持・修繕が適切である
HMISの情報分析が行われる
根拠ある計画が行われる
医療従事者が患者に誠実に対応する
医療従事者が患者のための適切な手続(自転車)を算出して整理する
医療従事者が患者のための適切な情報を提供する
移動クリニックが開始される
インフラストラクチャーの改善が開始される
インフラストラクチャーのための設備が備えられる(ベルトコンベアーなどの設備)
保健施設の利用が増加する
伝統的治療者との対話が行われる
保健従事者が伝統的治療者を妨害する
所得向上活動が奨励される
コミュニティのボランティアが住民の意識化を行う
保健施設のボランティアが住民に情報を提供する
コミュニティ保健基金が導入される
住民が保健施設の存在についての情報を得る
住民が治療のために金を払う
保健従事者が伝統的治療者との対話を妨害する
伝統的治療者との対話が増加する
保健サービスの質が改善される
住民の健康状態が改善される
住民が健康で活動的な生活を送る
住民の生産性が向上する
食料生産性が向上する
人口が増加する
5歳以下児童の死亡率が減少する
5歳以下児童の罹病率が減少する
コミュニティが発展する
住民が開発プロジェクトにより参加する
住民が一生懸命働く
住民の健康状態が改善される
住民が健康で活動的な生活を送る

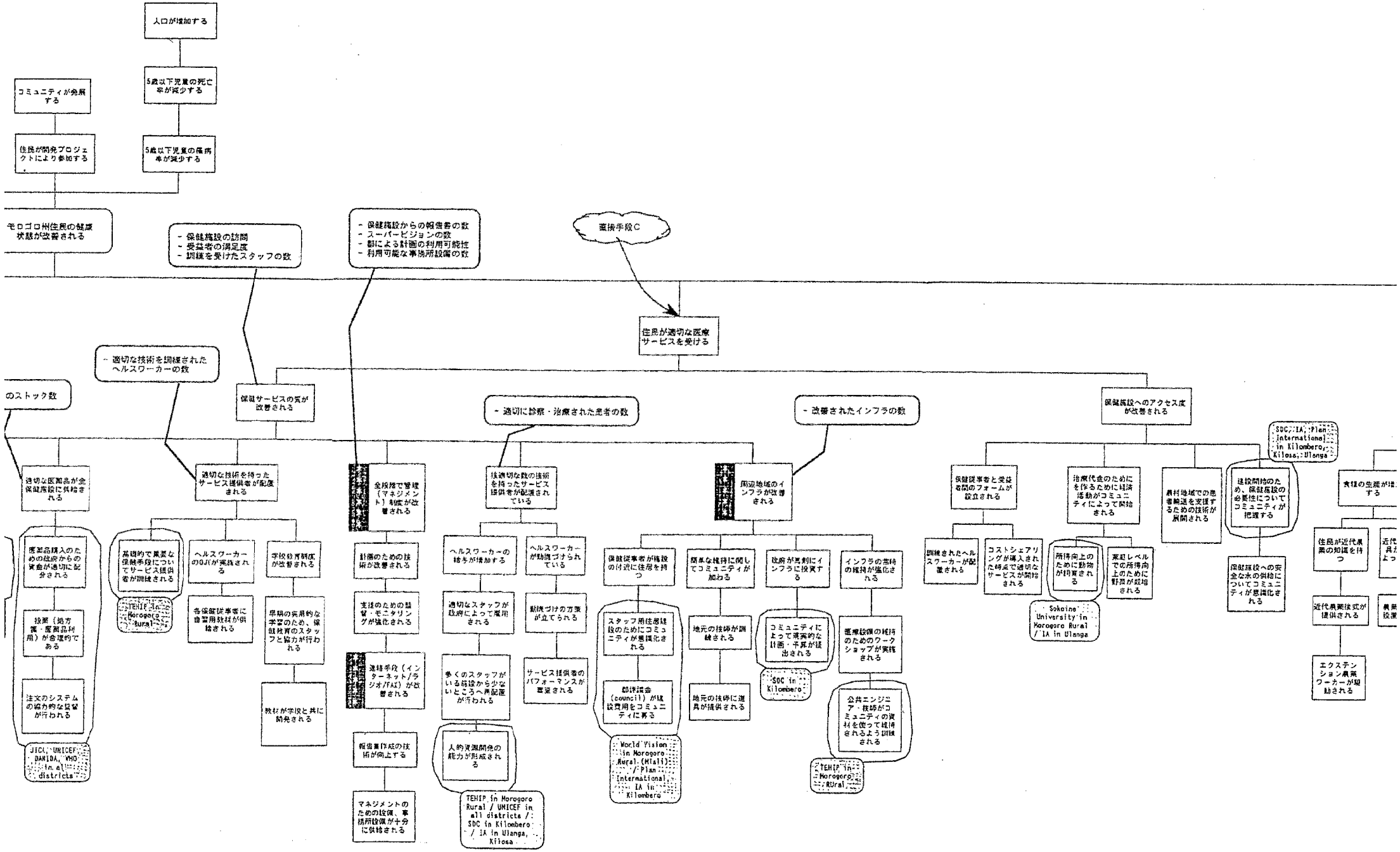

住民が適切な医療サービスを受ける
保健サービスの質が改善される
保健施設への アクセス が改善される
適切な技術を持ったヘルスワーカーの給与が増加する
ヘルスワーカーの訓練が実施される
高度専門で重要な保健手段についてサービス提供者が訓練される
各保健拠点毎に合理的地域が確保される
学校教育制度が改善される
学期の系統的な実習のために保健教育のスタッフと協力が行われる
教材が学校と共に開発される
会段階で管理(マネジメント)上制度が改善される
計画のための技術が改善される
支援のための監督・モニタリングが強化される
連絡手段(インターネット/ラジオ/FAX)が改善される
報告書作成の技術が向上する
マネジメントのための設備、事務所設備が十分に供給される
適切な数の技術を持ったサービス提供者が配置されている
ヘルスワーカーの給与が増加する
適切なスタッフが政府によって雇用される
多くのスタッフがいる施設から少ないところへ再配置が行われる
人的資源開発の能力が形成される
ヘルスワーカーが動機づけされている
動機づけの方策が立てられる
サービス提供者のパフォーマンスが評価される
農村地域のインフラが改善される
保健施設等が施設の付近に住居を持つ
スタッフ居住居住施設のためにコミュニティが強化される
部councilが建設費用をコミュニティに負担
適切な維持に関してコミュニティが加わる
地元の技師が訓練される
地元の技師に道具が提供される
政府が資料にインフラに投資する
コミュニティによって現実的な計画・予算が作成される
インフラの維持の維持が強化される
医療設備の維持のためのツールが実施される
インフラ維持のコミュニティの資材を使って維持されるよう訓練される
保健従事者と患者間のフォームが設定される
訓練されたヘルスワーカーが配置される
ユストシェアリングが導入され地域で適切なサービスが保障される
治療代金のために作者ために経済活動がコミュニティによって開始される
識字向上のために動物が飼育される
家庭レベル毎の所得向上のために野菜が栽培される
農村地域での患者輸送を支援するための技術が実現される
建設開始のために保健施設の必要性について コミュニティに説明する
保健施設への安全な水の供給について コミュニティが認識される
食糧の生産が増加する
住民が近代農業の知識を持つ
近代農業技式が提供される
エクステンション農業ユニットが設置される
近代農業の道具が住民によって利用される
農業資具が設置される
食糧が適切に利用される
適切な食物利用方法が実践される
住民によって理解される

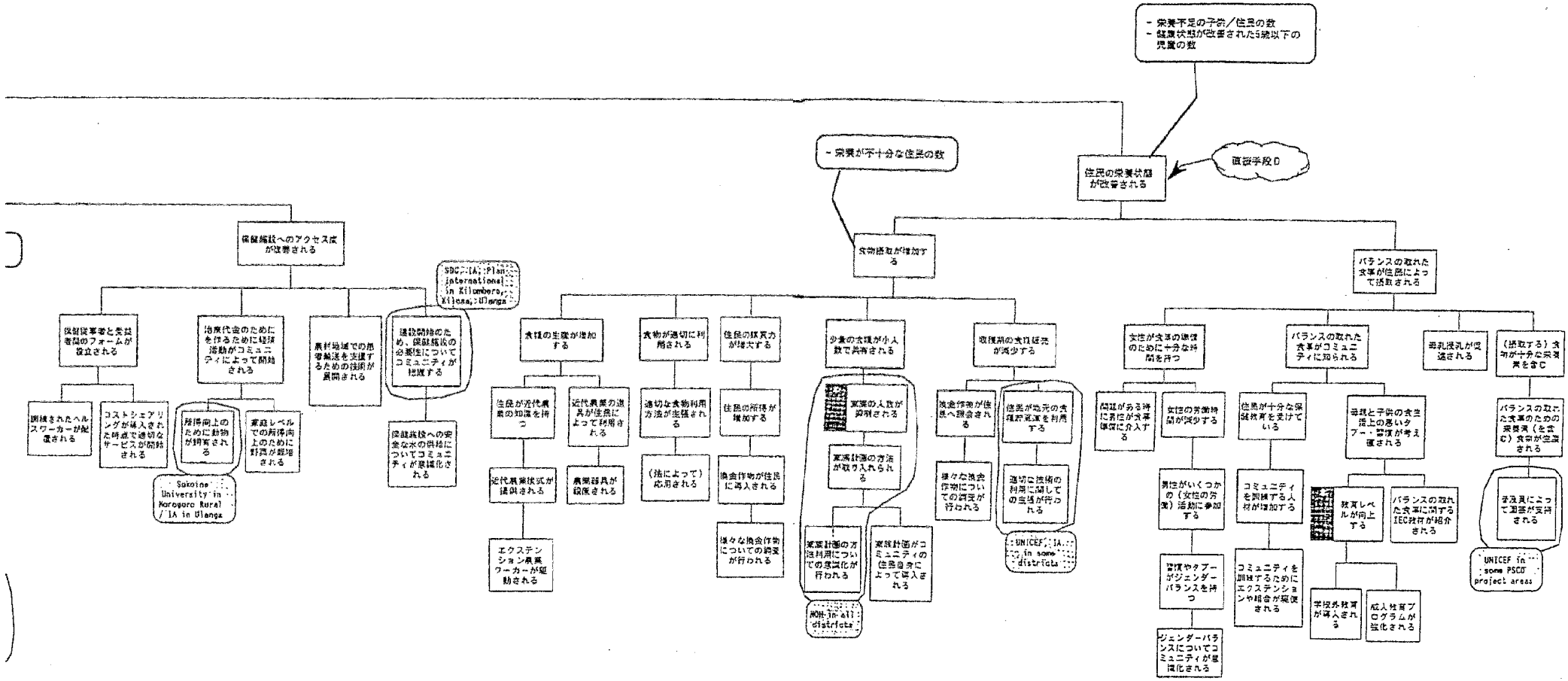

住民の栄養状態が改善される
食物摂取が増加する
バランスの取れた食事が住民によって摂取される
保健施設へのアクセスが改善される
妊娠期の食物摂取量が増加する
食料が確保される
生産の能力が増大する
食料の生産が増加する
少量の食糧が少人数で共有される
収穫期の食物摂取量が減少する
女性が食事の準備のために十分な時間を持つ
バランスの取れた食事が住民に広く知られる
母乳哺育が促進される
(摂取される)食物が十分な栄養素を含む
農業従事者に受益者側のフォームが提供される
治療任金のために生活をするために経済活動がコミュニティによって開始される
農村地域での農産物輸送を容易にするための技術が開発される
運営開始のために保健施設への必要性はうたってコミュニティが把握する
住民が近代農業の知識を持つ
近代農業の道具が住民によって利用される
食料が適切に利用される
住民の能力が増加する
家族の人数が抑制される
換金作物が住民へ照会される
住民が地元の食糧貯蔵庫を利用する
問題がある時に男性が食事準備に介入する
女性の労働時間が減少する
住民が十分な保健教育を受けている
母親と子供の衛生活上の系統的な管理が考慮される
バランスの取れた食事の為の栄養素(食物)と食物が生産される
訓練されたヘルスワーカーが配置される
ユストシェアリングが導入された結果で適切なサービスが開始される
所得向上のために動物が飼育される
家庭レベルの所得向上のために動物が繁殖される
保健施設への安全な水の供給についてコミュニティが意識化される
近代農業技術が伝播される
農業器具が改善される
法にのっとって適用される
適切な食物利用方法が実践される
住民の能力が増加する
換金作物が住民に導入される
様々な換金作物についての調査が行われる
家族計画の方法が取り入れられる
家族計画の方法利用についての意識化が行われる
家族計画がコミュニティの住民自身によって導入される
コミュニティ農業グループが運動する
男性がいくつかの(女性の労働)活動に参加する
管理やタイプがジェンダーバランスを保つ
ジェンダーバランスについてコミュニティが意識化される
コミュニティを訓練するための人材が増加する
コミュニティを訓練するためにエクステンション部門や組織が設置される
社会教育の向上
バランスの取れた食事に関する教材が提供される
学校外教育が導入される
成人教育プログラムが強化される
多数決によって国民が支持される

⑪－5. 既存プロジェクトと現地側参加者の優先度を付した目的分析




人口が増加する
食料生産性が向上する
5歳以下児童の死亡率が減少する
住民の生産性が向上する
コミュニティが発展する
住民が一生懸命働く
住民が開発プロジェクトにより参加する
5歳以下児童の罹病率が減少する
- 伝染病の数
- 幼児死亡率
- 妊婦死亡者数
中心目的
モロゴロ州住民の健康状態が改善される
- 保健施設を訪れた患者の数
直接手段B
保健施設の利用が増加する
住民が早期治療を心がける
伝統的治療者との対話が増加する
住民が治療のためのお金を持つ
住民が保健施設の存在についての情報を持つ
保健施設が利用者に優しい（user-friendly）
アクセス度が増加する
学校の保健プログラムが強化される
保健教育がコミュニティのオーソリティーによって提供される
UNICEF in all districts / World Vision is comm
集会を通して対話が行われる
保健従事者が伝統的治療者を訪問する
所得向上活動が支援される
コミュニティ保健基金が導入される
コミュニティのオーソリティーが住民の意識化を行う
保健施設がコミュニティのオーソリティーに情報を提供する
医療従事者が患者に親切に対応する
医療従事者が患者への接し方について訓練される
村議会が輸送手段（自転車）を貸出しベースで整備する
自転車購入のためのコミュニティ基金が開始される
移動クリニックが開始される
リファラルシステムが整備される（ヘルス・センターから郡病院へ）
リファラル改善のための救急車が提供される
- 輸送された患者の数
- 救急車の利用回数
- 機能している基本的な医療設備の数
- 医薬品のストック数
- 適切な技術を訓練されたヘルスワーカーの数
- 保健施設の訪問
- 受益者の満足度
- 訓練を受けたスタッフの数
保健サービスの質が改善される
大半の保健施設が適切で基本的な事務所設備を備えている
全ての段階において設備の維持・修繕が適切である
世帯部購入のための適切な資金がある
HMISの情報分析が行われる
根拠ある計画が行われる
JICA, UNICEF, TEHIP, DANIDA, USAID, in all districts
保健部門のリファラルシステムが強化される
保健施設が（病院で）連携している
病院の救急（救）サービスが強化される
UNICEF, DANIDA, Plan International, in Kilosa, Kilombero
保健施設とコミュニティ間のコミュニケーションが改善される
早期診療についてコミュニティが意識化される
保健施設とコミュニティの住民によるミーティングが組織される
適切な医薬品が全保健施設に供給される
医薬品購入のための政府からの資金が適切に配分される
投薬（処方箋・医薬品利用）が合理的である
注文のシステムの協力的な監督が行われる
JICA, UNICEF, DANIDA, WHO in all districts
適切な技術を持ったサービス提供者が配置される
基礎的で重要な保健手段についてサービス提供者が訓練される
TEHIP in Morogoro Rural
ヘルスワーカーのOJTが実施される
各保健従事者に自習用教材が供給される
学校教育制度が改革される
早期の実用的な学習のため、保健教育のスタッフと協力が行われる
教材が学校と共に開発される
全段階で管理（マネジメント）制度が改善される
計画のための技術が改善される
支援のための整備・モニタリングが強化される
連絡手段（インターネット/ラジオ/FAX）が改善される
報告書作成の技術が向上する
マネジメントのための設備、事務所設備が十分に供給される


人口が増加する
5歳以下児童の死亡率が減少する
コミュニティが発展する
5歳以下児童の罹病率が減少する
住民が開発プロジェクトにより参加する
モロゴロ州住民の健康状態が改善される
- 保健施設の訪問
- 受益者の満足度
- 訓練を受けたスタッフの数
- 保健施設からの報告書の数
- スーパービジョンの数
- 郡による計画の利用可能性
- 利用可能な事務所設備の数
直接手段C
住民が適切な医療サービスを受ける
- 適切な技術を訓練されたヘルスワーカーの数
のストック数
保健サービスの質が改善される
- 適切に診療・治療された患者の数
- 改善されたインフラの数
保健施設へのアクセス度が改善される
適切な医薬品が全保健施設に供給される
適切な技術を持ったサービス提供者が配置される
全段階で管理（マネジメント）制度が改善される
適切な技術を持ったサービス提供者が配置されている
周辺地域のインフラが改善される
保健従事者と受益者間のフォームが設立される
治療代金のためにを作るために経済活動がコミュニティによって開始される
農村地域での患者輸送を支援するための技術が展開される
建設開始のため、保健施設の必要性についてコミュニティが把握する
食糧の生産が増する
医薬品購入のための政府からの資金が適切に配分される
投薬（処方箋・医薬品利用）が合理的である
注文のシステムの協力的な監督が行われる
JICA, UNICEF, DANIDA, WHO in all districts
基礎的で重要な保健手段についてサービス提供者が訓練される
TEHIP in Morogoro Rural
ヘルスワーカーのOJTが実施される
各保健従事者に自習用教材が供給される
学校教育制度が改善される
早期の実用的な学習のため、保健教育のスタッフと協力が行われる
教材が学校と共に開発される
計画のための技術が改善される
支援のための監督・モニタリングが強化される
連絡手段（インターネット/ラジオ/FAX）が改善される
報告書作成の技術が向上する
マネジメントのための設備、事務所設備が十分に供給される
ヘルスワーカーの給与が増加する
ヘルスワーカーが動機づけられている
適切なスタッフが政府によって雇用される
動機づけの方策が立てられる
多くのスタッフがいる施設から少ないところへ再配置が行われる
サービス提供者のパフォーマンスが評価される
人的資源開発の能力が形成される
TEHIP in Morogoro Rural / UNICEF in all districts / SDC in Kilombero / IA in Ulanga, Kilosa
保健従事者が施設の付近に住居を持つ
頻繁な維持に関してコミュニティが加わる
政府が刺激にインフラに投資する
インフラの維持の維持が強化される
スタッフ用住居建設のためにコミュニティが意識化される
郡評議会（council）が建設費用をコミュニティに渡る
World Vision in Morogoro Rural (Mlali) / Plan International / IA in Kilombero
地元の技師が訓練される
地元の技師に道具が提供される
コミュニティによって現実的な計画・予算が提出される
SDC in Kilombero
医療設備の維持のためのワークショップが実施される
公共エンジニア・技師がコミュニティの資材を使って維持されるよう訓練される
TEHIP in Morogoro RUral
訓練されたヘルスワーカーが配置される
コストシェアリングが導入された時点で適切なサービスが開始される
所得向上のために動物が飼育される
実収レベルでの所得向上のために野菜が栽培される
Sokoine University in Morogoro Rural / IA in Ulanga
保健施設への安全な水の供給についてコミュニティが意識化される
SDC, IA, Plan International in Kilombero, Kilosa, Ulanga
住民が近代農業の知識を持つ
近代農業技式が提供される
エクステンション農業ワーカーが奨励される


- 栄養不足の子供／住民の数
- 健康状態が改善された5歳以下の児童の数
直接手段D
住民の栄養状態が改善される
- 栄養が不十分な住民の数
食物摂取が増加する
バランスの取れた食事が住民によって摂取される
保健施設へのアクセス度が改善される
SDC; IA; Plan international in Kilombero, Kilosa; Ulanga
保健従事者と受益者間のフォームが確立される
治療代金のために収入を作るために経済活動がコミュニティによって開始される
農村地域での患者輸送を支援するための技術が展開される
保健施設の維持のため、保健施設の必要性についてコミュニティが提案する
訓練されたヘルスワーカーが配置される
コストシェアリングが導入された時点で適切なサービスが開始される
所得向上のために動物が飼育される
家庭レベルでの所得向上のために野菜が栽培される
Sokoine University in Morogoro Rural / IA in Ulanga
保健施設への安全な水の供給についてコミュニティが意識化される
食糧の生産が増加する
食物が適切に利用される
住民の購買力が増大する
少量の食糧が少人数で共有される
収穫期の食糧経済が減少する
女性が食事の準備のために十分な時間を持つ
バランスの取れた食事がコミュニティに知られる
母乳授乳が促進される
（摂取する）食物が十分な栄養素を含む
住民が近代農業の知識を持つ
近代農業の道具が住民によって利用される
近代農業技術が提供される
農業器具が設置される
エクステンション農業ワーカーが奨励される
適切な食物利用方法が生産される
（地によって）応用される
住民の所得が増加する
換金作物が住民に導入される
様々な換金作物についての調査が行われる
家族の人数が抑制される
家族計画の方法が取り入れられる
家族計画の方法利用についての意識化が行われる
家族計画がコミュニティの住民自身によって導入される
NHK in all districts
換金作物が住民へ提供される
様々な換金作物についての調査が行われる
住民が地元の食糧資源を利用する
適切な技術の利用に関しての実践が行われる
UNICEF; IA; in some districts
問題がある時に男性が食事準備に介入する
女性の労働時間が減少する
男性がいくつかの（女性の労働）活動に参加する
習慣やタブーがジェンダーバランスを持つ
ジェンダーバランスについてコミュニティが意識化される
住民が十分な保健教育を受けている
母親と子供の食生活上の悪いタブー・習慣が考え直される
コミュニティを訓練する人材が増加する
コミュニティを訓練するためにエクステンションや組合が奨励される
教育レベルが向上する
バランスの取れた食事に関するIEC教材が紹介される
学校外教育が導入される
成人教育プログラムが強化される
バランスの取れた食事のための栄養素（を含む）食物が奨励される
普及員によって調査が実施される
UNICEF in some PSCD project areas