

セネガル共和国
保健人材開発促進計画
基礎調査団報告書

2001年 5 月

国 際 協 力 事 業 団
医 療 協 力 部

序 文

セネガル共和国では「保健分野人材育成計画（PNF）」を策定し、貧困削減戦略文書（PRSP）の暫定版（2000年5月）においても保健分野の重要課題のひとつとして医療従事者の確保をあげています。セネガル共和国の主要保健指標は全般的に向上の方向にあるものの、依然として都市部と農村部には格差があり、その原因として保健医療従事者数の絶対的不足と都市部への偏在があります。

このような状況のもとで、国際協力事業団は国立国際医療センター国際医療協力局清水利恭氏を団長とする保健人材開発促進計画基礎調査団を2001年3月26日から4月15日まで21日間、同国へ派遣しました。

調査団は、セネガル共和国政府関係者および保健セクターで活動する他ドナー等と広範に意見交換を実施するとともに、ダカール、コンボール、カオラック、タンバクンダで現地調査を行いました。

本調査報告書は現地調査で得られた資料等を解析・検討した結果、ここに完成する運びとなったものです。本報告書が今後、同国に対する保健医療協力のさらなる推進と同国における優良プロジェクトの発掘の一助になれば幸いです。

終わりに、今回の基礎調査の実施にあたり多大なご協力をいただきましたセネガル共和国政府、日本大使館、国際機関はじめ内外の関係者各位に対し、深甚なる謝意を表する次第です。

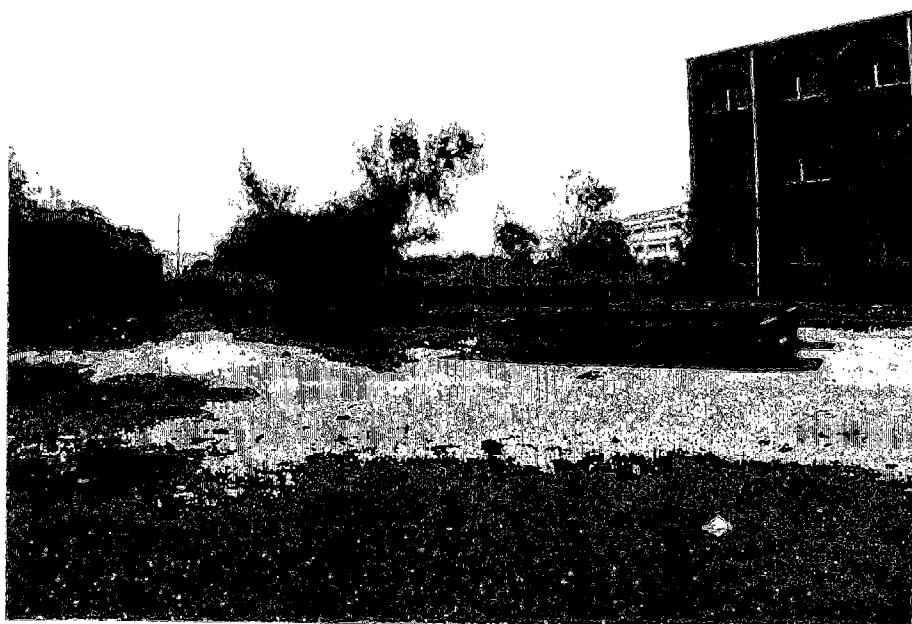
2001年5月

国際協力事業団

理事 阿部 英樹



ENDSS



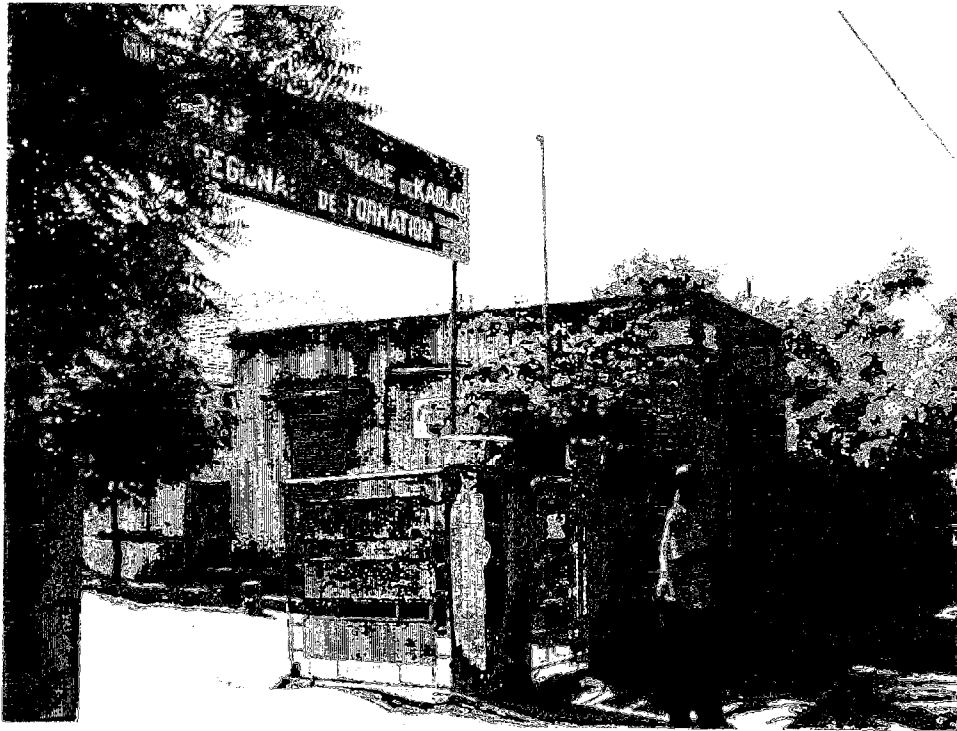
ENDSS施設増築予定地（無償資金協力）



ENDSS学外実習（麻醉看護師）



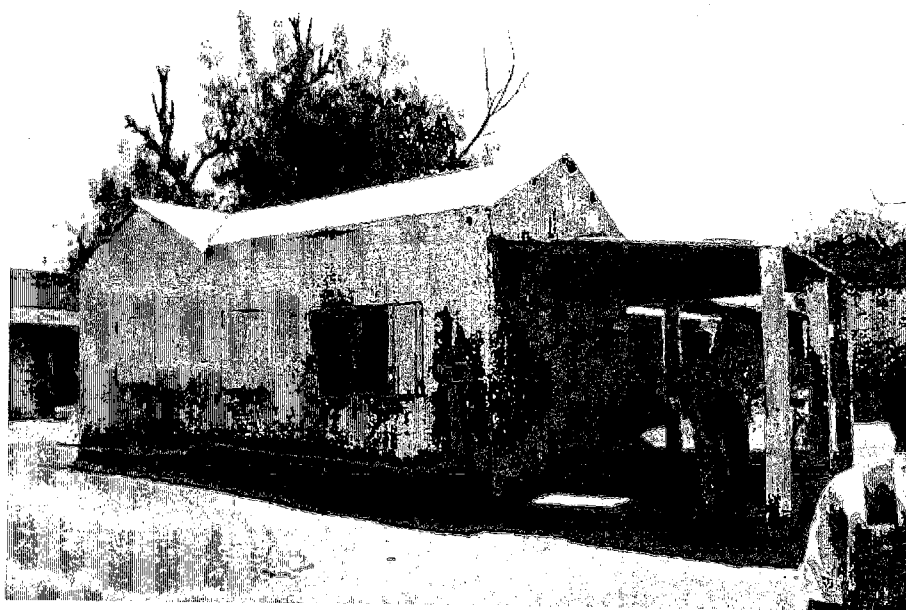
ENDSS学内実習（上級歯科技工士）



カオラック研修センター



保健センター



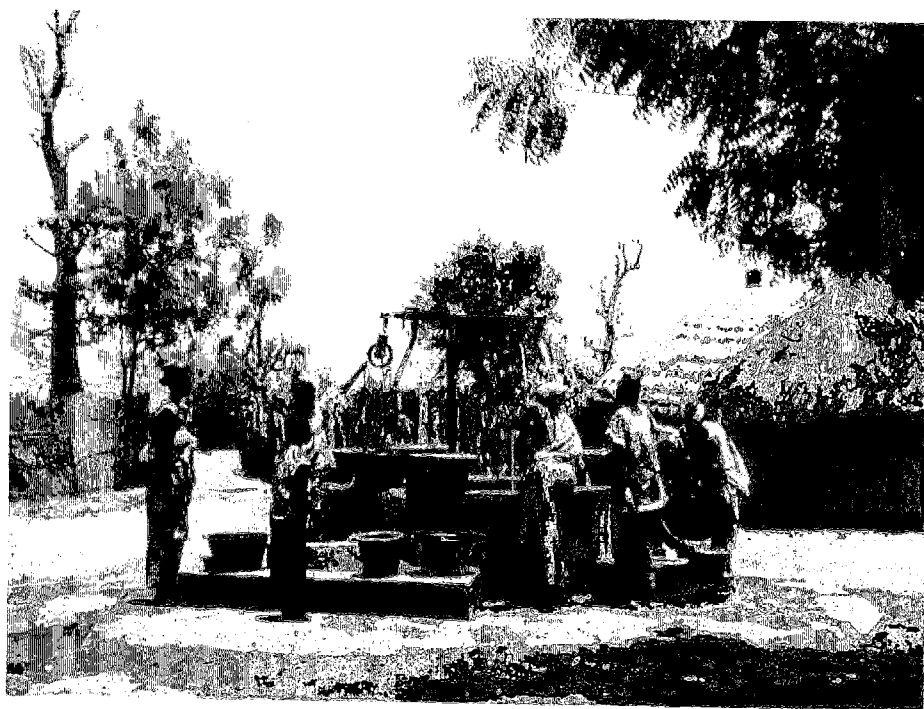
農村型保健ポスト



保健ポストの器材

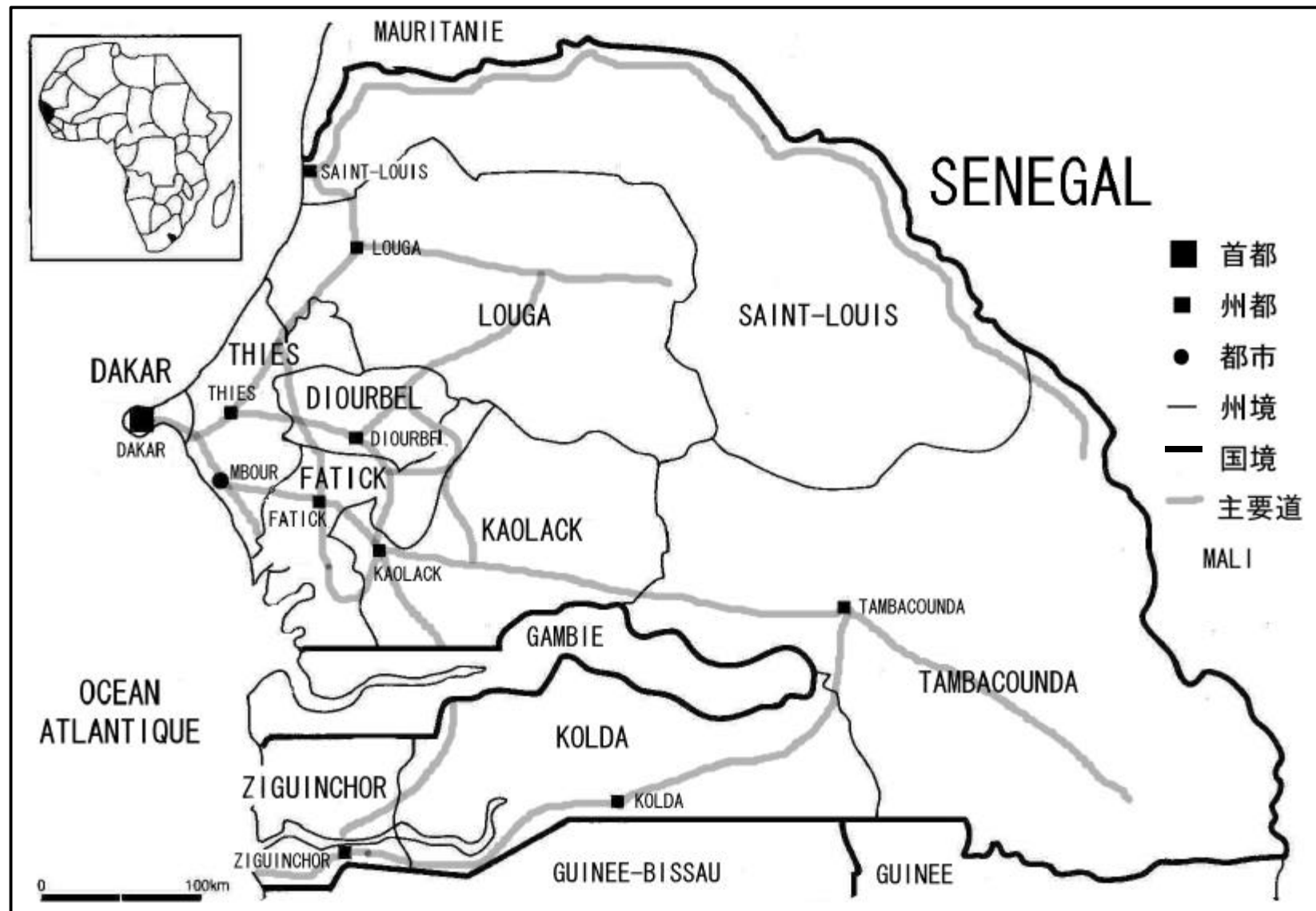


村の子供たち



村の井戸

セネガル共和国行政地図



略 語 表

ASC	Agent de Santé Communautaire	地域保健ボランティア
BAD	Banque Africaine de Développement	アフリカ開発銀行
BFEM	Brevet de Fin d'Etudes Moyen	中等教育修了証書
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS	PNDS支援・評価局
CES	Certificat d'Etude Supérieure	高等教育修了資格（ 博士号）
CFA	Communauté Financière Africaine	アフリカ金融共同体 （旧仏領アフリカ諸国で形成） 同共同体の通貨単位 （100FCFA = 1 仏フラン）
CFK	Centre de Formation de Kaolack	カオラック研修センター
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	大学病院センター
CNFTMH	Centre National de Formation des Techniciens en Maintenance Hospitalière	国立医療機器保守管理技術者養成校
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale	社会復帰促進センター
CS	Centre de Santé	保健センター
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipe- ment	（保健省）総務設備局
DERF	Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation	（保健省）調査・研究・教育局
DES	Direction des Etablissements de Santé	（保健省）保健施設局
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament	（保健省）薬局医薬品局
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social	国立保健社会開発学校
EPS	Education pour la Santé	保健衛生教育
ICP	Infirmier(ère) Chef de Poste	保健ポスト長（ 看護師（ 婦 ））
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat	国家資格をもつ正看護師（ 婦 ）
ISED	Institut de Santé et Développement	健康と開発研究所
MCD	Médecin Chef de District	地域（ 県 ）医務局長
MCR	Médecin Chef de Région	州医務局長
MS	Ministère de la Santé	保健省

OMS	Organisation Mondiale de la Santé	世界保健機関（WHO）
ORSEC	Organisation des Secours	災害救助組織
PDDS	Programme Départemental de Développement Sanitaire	県保健開発計画（PDISの県版）
PDIS	Programme de Développement Intégré (du secteur) de la Santé	保健総合開発計画 （保健セクター投資計画）
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et Sociale	国家保健社会開発構想
PNF	Plan National de Formation	国家（保健分野）人材育成計画
PO	Plan d'Opération	（年間）活動計画
PRDS	Programme Régional de Développement Sanitaire	州保健開発計画（PDISの州版）
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
PS	Poste de Santé	保健ポスト
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence	救急医療援助サービス
SFE	Sage-Femme d'Etat	国家資格をもつ助産婦
SIG	Système d'Information à des fins de Gestion	管理用情報システム
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence	産科救急処置

目 次

序 文

写 真

地 図

保健省組織図

略語表

1 . 基礎調査団派遣	1
1 - 1 調査の背景	1
1 - 2 調査の目的	2
1 - 3 調査団の構成	2
1 - 4 調査日程	2
1 - 5 主要面談者	3
2 . 要 約	4
2 - 1 調査結果	4
2 - 2 プロ技の可能性	6
3 . 保健医療事情	9
3 - 1 一般 / 保健医療事情	9
3 - 1 - 1 地理的条件	9
3 - 1 - 2 歴史的條件	9
3 - 1 - 3 政治	9
3 - 1 - 4 経済	9
3 - 1 - 5 経済協力	10
3 - 1 - 6 人口	10
3 - 1 - 7 民族の構成	11
3 - 1 - 8 宗教	11
3 - 1 - 9 教育	11
3 - 1 - 10 保健行政	12
3 - 1 - 11 国家計画	12
3 - 2 新政権下の保健政策	14

3 - 2 - 1	保健政策の新方針	15
3 - 2 - 2	国家地域保健プログラム	22
3 - 3	保健人材育成計画（PNF）の中間評価	26
3 - 3 - 1	PNFの総括	26
3 - 3 - 2	PNF中間評価に基づく新たな人材育成の必要性	28
3 - 3 - 3	今後の目標	30
4	保健分野人材育成関連の組織・機関	33
4 - 1	保健省調査・研究・教育局（DERF）	33
4 - 1 - 1	教育課	33
4 - 1 - 2	プロ技についての意見交換	36
4 - 2	保健省総務設備局（DAGE）	37
4 - 3	国立保健社会開発学校（ENDSS）	38
4 - 3 - 1	ENDSS本校	40
4 - 3 - 2	コンボール分校	42
4 - 3 - 3	プロ技についての意見交換	43
4 - 4	カオラック研修センター	44
4 - 5	Diourbel国立医療機器保守管理技術者養成校（CNFTMH）	46
4 - 6	民間の保健従事者養成校	47
4 - 7	ダカール大学医・歯・薬学部	48
5	地域保健関連の組織・施設	49
5 - 1	州・地域（県）医務局	49
5 - 1 - 1	タンバクンダ州医務局	49
5 - 1 - 2	カオラック州医務局	50
5 - 2	州病院、県病院	50
5 - 3	保健センター	50
5 - 3 - 1	タンバクンダ保健センター	51
5 - 3 - 2	カオラック県医務局、Kasnak保健センター	51
5 - 4	保健ポスト	51
5 - 4 - 1	Dépot都市型保健ポスト（タンバクンダ州）	52
5 - 4 - 2	Sinthiou Malèm農村型保健ポスト（タンバクンダ州）	52
5 - 4 - 3	Keur Soce農村型保健ポスト（カオラック州）	53

5 - 5	保健小屋	53
5 - 5 - 1	Sare Gayo保健小屋（タンバクンダ州）	54
5 - 5 - 2	Keur Kouthieye保健小屋（カオラック州）	54
6	他ドナーの動向	55
6 - 1	E U	55
6 - 2	フランス協力局	55
6 - 3	OMS	57
6 - 4	UNICEF	58
6 - 5	USAID	59
6 - 6	AFRICARE(NGO)	59
7	まとめと提言—プロジェクトの可能性—	61
7 - 1	ENDSSを拠点とする人材育成プロジェクト（素案1）	61
7 - 2	地域保健プロジェクト（素案2）	62
7 - 3	地域保健を柱とする人材育成プロジェクト（素案3）	62
7 - 4	その他の案	62
7 - 5	今後の予定	63
附属資料		
	面談者リスト	67
	収集資料リスト	71

1．基礎調査団派遣

1 - 1 調査の背景

西アフリカの西端に位置するセネガル共和国（以下、「セネガル」と記す）は、952万人（2000年、保健省推計）の人口を擁し、日本の約半分の面積（19万6722km²）をもつ。1960年のセネガルの主要保健指標はサハラ以南の平均を下回っていたが、1998年までに大きな改善がみられた。しかし、UNDPの人間開発報告書（2000年）によれば、乳児死亡率70（1998年、出生1000当たり）、5歳未満児死亡率121（1998年、出生1000当たり）は、開発途上国全体の平均（それぞれ、64、93）には達していない。

セネガルの保健指標は他の途上国同様、大きな地域格差がある。乳児死亡率は都市部で55（1999年、出生1000当たり、保健省推計）であるのに対し、農村部では77と5割弱も高い。農村部の5歳未満児死亡率に至っては、都市部の2倍近く高くなっている。また、州別では、ダカール、ティエス、ルーガといった大西洋沿岸部の州では乳児死亡率が低く、逆にカオラック、タンバクンダ、コルダといった内陸部に位置する州で高くなっている。

セネガルでは、人口10万人当たり医師7人、看護婦35人であり、開発途上国全体の平均（それぞれ、78人、98人）に大きく及ばない（UNDP 1992～1995年の期間内で入手可能な最新のデータ）。児童基礎生活改善プロジェクト形成調査団（2000年10月31日～2000年11月29日）は、医療従事者に関する調査も行った。本調査団の報告によれば、医療従事者はダカール州に集中している。医師の73%、歯科医師の77%、薬剤師の約半分、助産婦の60%、看護師の43%がダカールで活動している。ファティックおよびコルダは医師数が10人にも達せず、歯科医師はいない。薬剤師、医療技術者（臨床検査技師、放射線技師等）、助産婦の数も他州に比べて少ない。このほか、医療従事者の少ない州としてはルーガおよびタンバクンダがあげられる。つまり、ダカール州以外の特に農村部において医療従事者が不足しており、無資格の医療スタッフが診療にあたらざるを得ないという状況がある。

このような背景のもと、国立保健社会開発学校(ENDSS)¹の各コースのカリキュラムの整備、地方の保健事情に配慮した技術が研修に取り込まれること、地方へ配属される人材の質と量の向上、農村医療を実質的に支えている無資格医療従事者の研修を可能にすること等を目的とし、セネガルはわが国に人材育成計画に関するプロジェクト方式技術協力を要望している²。

セネガルの基礎保健の拡充に対する支援は、わが国の対セネガル援助重点分野にもなっていることから、本要望を受け、基礎調査を実施することになった。

¹ 詳細は4 - 3 参照のこと。

² セネガル政府は、ENDSSを拡充し機能を強化することを目的とした「ENDSS整備計画」を策定し、この計画に必要な施設建設および機材購入のための資金につき、わが国政府に無償資金協力を要請した。

1 - 2 調査の目的

- (1) 2001年度中に開始を予定している新規プロジェクト「医療従事者養成計画プロジェクト（仮称）」に関し、情報収集を行い、実施機関、カウンターパートの選定を行う。
- (2) プロジェクト開始までの必要準備事項について、先方関係者も交えて確認する。

1 - 3 調査団の構成

担当	氏名	所 属
総 括	清水利恭	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力第二課派遣協力専門官
看護教育	田村豊光	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力第二課厚生労働技官
協力計画	釜谷寛之	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課特別嘱託

1 - 4 調査日程

日 順	月 日	曜日	移動および業務
1	3月26日	月	移動 成田発(AF275)→パリ着
2	3月27日	火	移動 パリ発(AF718)→ダカール着
3	3月28日	水	JICAセネガル事務所協議 無償資金協力調査団との協議 * 清水基礎調査団長と合流 在セネガル日本国大使館表敬 公務労働雇用省技術協力局表敬 保健省官房長表敬
4	3月29日	木	OMSとの協議 保健省調査・研究・教育局教育課との協議 UNICEFとの協議
5	3月30日	金	ENDSSとの協議 職業訓練センター拡充計画専門家との協議 保健省地域保健局（新設予定）局長との協議
6	3月31日	土	資料整理
7	4月1日	日	資料整理
8	4月2日	月	フランス協力局との協議 保健分野ドナー会議参加 EUとの協議 保健省調査・研究・教育局教育課長との協議

9	4月3日	火	保健省PNDS支援・評価局との協議 Africare(NGO)との協議 USAIDとの協議 JOCV保健医療隊員との情報交換
10	4月4日	水	(独立記念日：祝日) JICAセネガル事務所への中間報告
11	4月5日	木	(イスラム暦正月：祝日) 移動 ダカール→カオラック州
12	4月6日	金	カオラック州医務局表敬 カオラック研修センター訪問 カオラック県医務局表敬 カオラック保健センター訪問 クールソス(Keur Soce)保健ポスト訪問 クールコウスイ(Keur Kouthieye)保健小屋訪問
13	4月7日	土	資料整理
14	4月8日	日	移動 カオラック州→タンバクンダ州
15	4月9日	月	タンバクンダ州医務局表敬 タンバクンダ保健センター訪問 シンチュウマレム(Sintiou Malèm)保健ポスト訪問 サルギャオ(Sare Gayo)保健小屋訪問 デポ(Dépot)保健ポスト訪問
16	4月10日	火	移動 タンバクンダ州→ティエス州 ENDSSコンボール分校訪問 移動 ティエス州→ダカール
17	4月11日	水	団内協議 保健省調査・研究・教育局教育課との協議
18	4月12日	木	保健省調査・研究・教育局教育課およびENDSSとの協議
19	4月13日	金	保健省への調査結果報告 財務省表敬 JICAセネガル事務所への調査結果報告 在セネガル日本国大使館への調査結果報告 移動 ダカール発(AF719)→
20	4月14日	土	→パリ着 移動 パリ発(AF276)→
21	4月15日	日	→成田着

1 - 5 主要面談者

附属資料 面談者リストを参照のこと。

2 . 要 約

2 - 1 調査結果

(1) 国家保健計画進捗について

セネガルの保健分野の総合的な計画は、国家保健社会開発構想(PNDS 1998～2007)として策定されている。これを実行するための投資計画として、保健セクター投資計画(PDIS 1998～2002)がある。PDISの中間評価報告書は現在作成中で、4月2日にオブザーバーとして調査団も参加したEU主催のドナー会議で、各ドナー代表に第1草稿に対するコメントを求めている。PNDSにも人的資源の開発について触れられているが、さらに詳しい保健分野人材育成計画(PNF 1997～2002)が策定されている。PNFの中間評価は2001年2月26日から3月2日にカオラック研修センターで行われ、現在報告書を作成中である。

以下はPNFの中間評価についてインタビューを行った結果である。PNFはPNDSと同じく2007年まで続く予定であり、今回の中間評価では2004年までの活動計画、2006年までの予算計画は策定済みとのことである。国家資格をもつ看護師(婦)は1996年に414名不足していたが、3年間で140名を養成した。しかし、現在は需要が増えたため、まだ329名不足しており、他職種を含めると1000名以上の不足となっている(ただし、民間部門の需要は含まない)。その他の職種ではENDSSコンボール分校(公衆衛生分野:計744名の養成が必要)での人材養成の需要が高い。また、2000年に保健省は民間看護学校への支援を決定した。卒後教育は、専門家養成を重視し、他ドナー(EU、OMS、アフリカ開発銀行、台湾)の援助により奨学金制度を有する。PNF2002年度の優先課題は以下のとおりである。

- ・ 地域保健
- ・ 薬剤監督官
- ・ 病院機構改革
- ・ 産科救急
- ・ 新病院開設(増築)(ファティック、コルダ、ジガンシヨール、ピキンヌ)
- ・ セネガル国内と海外での奨学金供与割合の見直し
- ・ 期待される成果に対する具体的指標の設定
- ・ 各州における継続教育の開始と評価
- ・ 各州ごとの人材育成計画
- ・ 各州の研修センターと事務所の活動
- ・ 諮問委員会の再活性化
- ・ 保健対策国家会議における勧告を考慮
- ・ 第三世代(老人病学)の考慮

(2) 地域保健重視政策

大統領の意向に沿い新政権後の新たな全保健分野の優先課題として、「地域保健」と「救急医療」を2つの柱として打ち出した。このうち、「救急医療」については、救急車のアクセスのためのインフラ整備、軍隊の人材育成を活動内容として想定していることから、わが国の援助にはふさわしくないと考えられる。また、特に先方から日本へのこの分野での協力の要望もない。保健省が「地域保健」を重視していることは、改訂したPNFの最優先分野となっているほか、保健省内に地域保健局を新設したことから明らかであり、また官房長との会見時にも日本が地域保健への援助も視野に入れるよう要望があった。さらに、ENDSS調査・研究・教育局の関係者たちも、同じように地域保健がこれからの重要な保健政策の柱であると異口同音に唱えていることから、保健省全体の一貫した政策であることがうかがえる。

(3) 保健省地域保健局長のプロジェクト方式技術協力（プロ技）案

新たに配置された保健省地域保健局長は、全国にプライマリー・ヘルスケアの拠所としての機能をもつ公民館のような施設、コミュニティーライフスペース (Espace de vie communautaire) を建設し、ここで活動する予防推進員 (Préventionniste) を育成し、配置するプログラムを提案しており、このプログラム実現のためにJICAプロ技がセネガルで最貧かつ保健事情が最悪の地域（タンバクンダ州、コルダ州など）に介入することを切望している。しかし、このプログラムは端的に言えば、まだ予算の裏づけもない夢語りであり、たとえば地域保健ボランティア (Agent de Santé Communautaire) の活動計画が暗礁に乗り上げた原因を十分に分析したうえでなければ、新しく予防推進員を育成しても同様に失敗する可能性が高く、保健小屋 (Case de Santé) が機能しない原因解明もせずに新たに大規模なコミュニティーライフスペースをつくるのも同じ理由で問題が多い。また、新設されたばかりのこの局にカウンターパートを見出す困難がある。そこで、ENDSSに入って間接的に地域保健にかかわり、このプログラムを見直すための提言をしていくのがより現実的であると考えられる。

(4) ENDSSコンボール分校について

この施設は、現在主に初期教育の公衆衛生分野の実習に使用されている。同校がダカールから約100km離れた農村部にあり地域保健の実習に適していること、また5.5haの敷地に余裕があることから、保健省は地域保健センターを敷地内に建設することと、地域保健分野の人材育成を強化するための援助を、わが国に要望している（これは主に新設された保健省地域保健局の局長の要望であるが、同時に調査・研究・教育局 (DERF) ENDSS校の要望でもある）。

(5) カオラック研修センターについて

当初、この研修センターでの活動強化を考えていたが、保健省のカオラック州保健局の管轄となっており、ENDSSの一施設でないことはもちろん、独立機能的な性格が強く、またUSAIDの援助が1989年に打ち切られた後、自助努力を重ねて自己財源を増加させ経営がうまく成り立っていることから、わが国プロジェクトが介入する意義が認められない。しかしながら、このセンターでの継続教育の地域保健に関する教育内容とプロジェクトで支援するENDSSコンボール分校での教育内容と足並みを揃えるため、定期的にカオラック研修センターの教官がコンボール分校でTraining of Trainers(TOT)を受けることを義務づけるなどの対応が必要となろう。また、同センターは自由な経済活動を阻害されたくないため独立性を保つ希望が強いものの、一方で研修活動でのENDSSとの協力を積極的に進めたい意向も示しており、両者の連携を促進するための側面的支援はプロ技活動の一部となり得る。

(6) 他ドナーの見解

< 訪問先 >

OMS、UNICEF、USAID、フランス協力局、EU、Africare (NGO)

< 代表的意見 >

PNFへの支援のなかでも、特にパラメディカルの初期教育・継続教育は重要である。保健省の地域保健の新政策に介入する場合は、計画案の実施可能性を十分に検討することが必要である。

2 - 2 プロ技の可能性

人材育成、地域保健の2テーマでのプロジェクト案、および折衷案の可能性が考えられる。

(1) ENDSSを拠点とする人材育成プロジェクト(素案1)

無償資金協力の予定されているENDSSのみを対象とするか、PNFの実行そのものにより深く関与するかで、かなり性格の異なったプロジェクトになると考えられる。ENDSSのみを対象とする場合、技術協力対象は学校教育のみとなり、教育手法、実習方法、カリキュラム作成、時間割作成、学校管理運営等の内容が主体となろう(素案1-A)。従来型の技術協力としては取り組みやすい反面、視野の狭い活動となり、国家保健政策への関与が不明確となるおそれがある。

ENDSS(上記1-A)を含め、PNFの推進を支援することを目的にすれば、全国的に必要とされる人材育成の課題への関与、たとえば州医務局、地域医務局レベルでの人材育成(継続教育)にも間接的関与が可能となり、また、行政上のアドバイスも行うことが可能となる

であろう（素案１－Ｂ）。このようなより広い見地から技術協力を実施することは、わが国がめざす技術協力の方向性と一致し、より望ましいと考えられる。

具体的には、ENDSS内およびDERF内にプロジェクト事務所を設置する。リーダーのカウンターパートはDERF局長（教育課長）、ENDSS校長とする。看護教育、助産教育、AV機器の各専門家はENDSSの各部門責任者をカウンターパートとしつつ、ENDSSの初期教育・継続教育を強化するために活動する。初期教育については現存のカリキュラム見直しや新たな教育手法の導入などが中心的活動となることが予想されるが、まだ体制が不十分な継続教育については、人材確保から始める必要がある。

いずれにせよ本案は、PNFが既存の政策としてすでに実施されており、今後の方向性も明確であることから、活動開始までの困難は少ないと考えられる。

（ENDSSには、世銀が中心となって奨学金制度に介入しているほか、UNFPAが家族計画に関する機材供与で介入しているのみであり、他ドナーとの重複はない。）

素案１－Ａ　ENDSSのみを対象とする学校型プロジェクト。

素案１－Ｂ　DERFを実施機関とし、PNFの支援を目的とするプロジェクト。ENDSSのみならず、全国的な人材育成にも関与する。

（２）地域保健プロジェクト（素案２）

上述のとおり、新大統領の意向に沿って地域保健が主要課題となったことで、保健省は地域保健局を創設するとしている。配下の各課は既存のセクションから地域保健に関係する課を集めたものであり、新設のものではない。ただし、この部署は４月２９日の総選挙後に正式に発足する予定である。

地域保健局長に就任予定の大臣官房の第三技術参与は、地域保健局の立ち上げそのものに日本の援助を得たいという希望をもっている。同時に、保健事情の劣悪なコルダ州、タンバクンダ州等への援助を切望している。しかし、この地域保健プログラムの内容は十分な関連機関の討議を経たものとは思えず、現実的ではない。したがって、地域保健プロジェクトを行う場合には、地域保健局に政策アドバイザー（個別専門家）を１～２年派遣し、地域保健政策をより実現可能なものとして具体化することが必要となろう。その後、たとえば、他ドナーの介入の少ないタンバクンダ州、あるいはファティック州をパイロット地域とし、地方分権化に伴う地域保健システム強化のために活動する可能性が考えられる。

（３）地域保健を柱とする人材育成プロジェクト（素案３）

保健省は、２つのテーマ「人材育成」と「地域保健」を共に重視し、これらを組み合わせ

たプロジェクトを熱望している。つまり地域保健が新政権の重要課題となっているが、地域保健を強化するうえで当然人材育成も必要になるので、地域保健を柱とした人材育成を考慮されたいというものである。

具体的にはDERFを主要な活動拠点として、ENDSSのコンボール分校に地域保健研修センターを建設し、ここでの学生実習、地域保健にかかわる人材に対する研修や継続教育を行うものである。この方針は、DERF、地域保健局、ENDSSの3者共通のものであり、保健省の重要政策に則ったものとなる。しかし、問題点は、地域保健研修センターの機能（位置づけ）や必要性、研修内容、利用可能性、その他が十分に検証されているとは言い難く、「地域保健」という概念のみが先行していることである。

(4) その他の案

2000年度に内務省から要望のあった「農村母子保健プロジェクト」の実現可能性はきわめて小さいといえる。この要望の背景には、セネガルの特殊な保健事情から、地域で活躍する青年海外協力隊（JOCV）隊員（看護婦）が保健センターや保健ポストの看護師（婦）を対象として活動することに困難があり、内務省農村開発局の生活改善普及員を主なカウンターパートとしていたことがある。基本的に内務省には保健分野に責任をもてる部署も人材もなく、保健プロジェクトの主体とはなり得ない。ただし、地域保健プロジェクトが選択された場合に協力関係を考慮する必要が生ずる。

3 . 保健医療事情

3 - 1 一般 / 保健医療事情

3 - 1 - 1 地理的条件

セネガルは、西アフリカの西端に位置する。北はセネガル川でモーリタニアに接し、南はギニア・ビサオ、東はマリ、西は大西洋に面する。南部を流れるガンビア川はガンビア国内を通過して大西洋に注ぎ、セネガルの国土はガンビアを取り囲むように位置している。

地形は単調で起伏が少なく、大部分は標高100m以下の低地である。

気候はサブサハラ型で、雨期と乾期に分かれるが、その降水量は北から南へと変化に富んでいる。北部は乾燥しており、サハラ砂漠がある。南には広大なサバンナ地帯が広がり、これが国土の大半を占めている。

3 - 1 - 2 歴史的条件

現在のセネガルにあたる地域は、10世紀ごろにガーナ王国、14世紀にはマリ帝国の勢力下にあったが、統一国家としては存在していなかった。13～14世紀に、セネガル中央部から沿岸部にウォルフ王国、その南縁にシヌ・サムール王国が成立した。その後16世紀にはフルベ族とマリンケ族連合軍がデニアンケ王国を建設し、1776年まで続いた。

一方、ヨーロッパとの接触・交渉はブラックアフリカで一番古く、15世紀に始まった。それ以後、ブラックアフリカの入り口といわれ、フランス・イギリス・オランダによる沿岸地帯の要衝地の争いが続いた。19世紀中ごろにフランスの覇権が確立し、以後、1960年の独立までフランスの西アフリカ植民地の拠点として繁栄した。

3 - 1 - 3 政治

共和制で大統領が最高権力者である。議会は直接選挙による一院制である。主要政党は、与党のセネガル民主党、野党のセネガル社会党などである。2000年3月に民主党から大統領が選出された。2001年4月の国会議員選挙でも民主党が多数派を占めている。

3 - 1 - 4 経済

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1) 主要産業 | 農業、漁業、鉱工業 |
| 2) GNP | 47億USドル (1998年) |
| 3) 1人当たりGNP | 520USドル (1998年) |
| 4) 経済成長率 | 5.7% (1998年) |
| 5) 物価上昇率 | 2.0% (1998年) |

- 6) 総貿易額 輸出 3 億9400万USドル
 輸入 12億600万USドル (1997年)
 出典：外務省ホームページより
- 7) 通貨 FCFA
- 8) 為替レート 100FCFA = 1 フランス・フラン (1994年 1 月12日より)
- 9) 経済概況 1994年 1 月の通貨切り下げ以降、物価が急進し、国民生活が圧迫された。
 しかし、通貨切り下げ効果の発現で、景気が徐々に回復した。その後、
 政府は緊縮財政をとり、自由化・民営化の努力の結果として、経済状況
 は大幅に改善した。今後は、貧困失業対策、民間セクター支援等が課題
 とされている。

3 - 1 - 5 経済協力

日本は1960年10月にセネガルを承認し、1962年に大使館を設置した。

- 1) 日本の援助実績 (1998年) 有償資金協力 : 158.56億円
 無償資金協力 : 704.80億円
 技術協力 : 149.70億円
- 2) 主要援助国 (1998年) フランス : 1 億4220万USドル
 ドイツ : 3420万USドル
 アメリカ : 3000万USドル
 日本 : 2540万USドル

3 - 1 - 6 人口

2001年現在の人口は977万4000人、人口増加率は2.7%である。小児の全人口に占める割合は表 3 - 1 となる。

表 3 - 1 小児の割合

年 齢	割 合	積 算
1 歳未満	4.8%	4.8%
1 ~ 4 歳	16.0%	20.8%
5 ~ 14歳	26.2%	47.0%
15 ~ 19歳	9.0%	56.0%

3 - 1 - 7 民族の構成

表 3 - 2

民 族	割 合
ウォロフ	43%
プラール	23%
セレル	15%
ディオラとマンディング	10%
その他	9%

3 - 1 - 8 宗教

表 3 - 3

宗 教	割 合
イスラム教	94%
キリスト教	4%
伝統宗教	2%

3 - 1 - 9 教育

公立学校は全課程が無料であり、義務教育就学率は60%前後である。

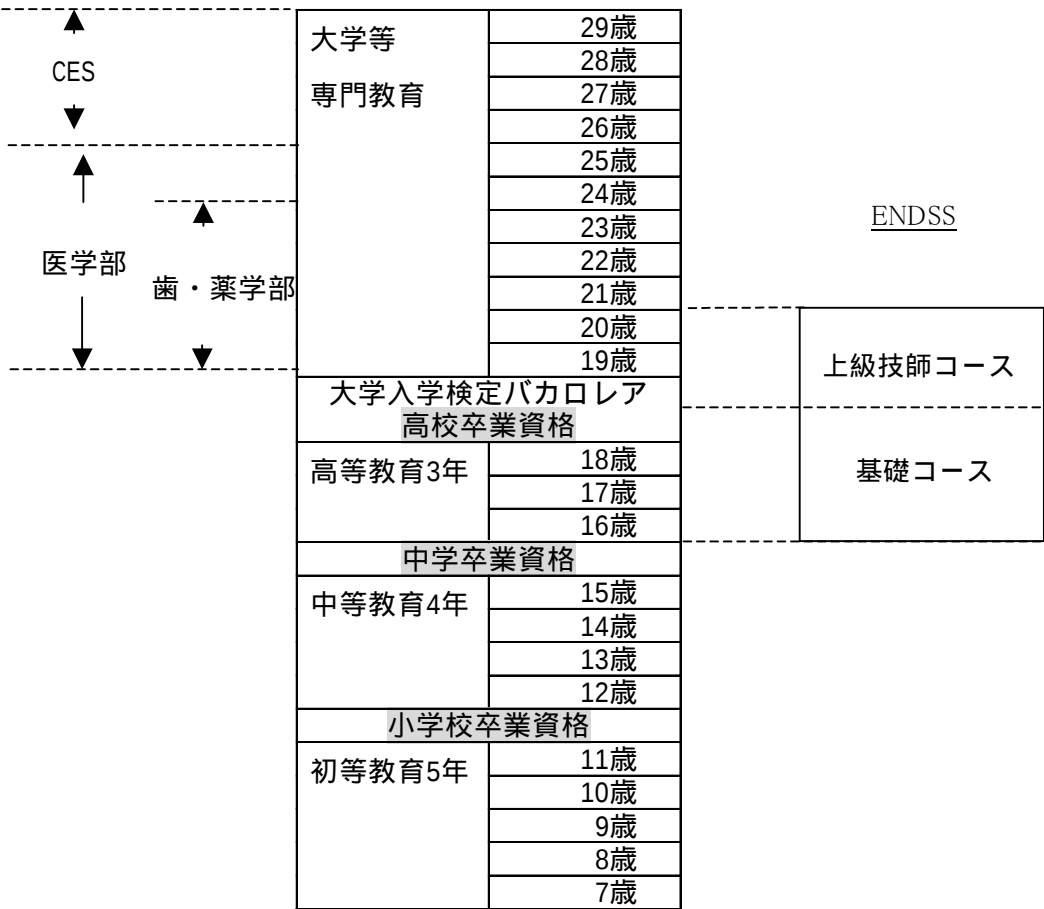


図 3 - 1

3 - 1 - 10 保健行政

(1) 中央組織

保健省は、官房および6局に分かれている。総務設備局、保健衛生局、保健施設局、調査・研究・教育局、薬局医薬品局、州医務局がそれにあたる（保健省組織図参照）。

(2) 地方組織

一般行政区分では、10州・48市・320農村共同体が置かれている。

保健行政上は、10州ごとに州保健局が存在し、州ごとの管理責任を負っている。州のもと、45保健管轄区に分けられ、それぞれに地域（県）医務局が置かれている。

州は、州病院の機材を含めた管理責任を担う。また、社会経済開発計画を行ううえで、市と農村共同体を結ぶ役割を担う。

市は、保健センター・都市型保健ポストおよび管轄地域内の活動促進における管理責任を担う。

農村共同体は、農村型保健ポスト、保健小屋および農村助産所の管理責任を担う。

表 3 - 4 保健医療施設数（1994年）

州	病院	保健センター	保健ポスト	保健小屋	クリニック	私立医院	CPRS	農村助産所
Dakar	7	10	96	11	17	278	13	0
Diourbel	1	4	65	48	1	8	3	42
Fatick	0	6	56	124	0	5	6	43
Kaolack	1	4	64	362	2	22	3	51
Kolda	0	3	54	180	0	6	1	56
Louga	1	5	54	98	0	10	2	24
St.Louis	3	4	122	65	3	11	2	53
Tamba	1	4	68	62	0	14	1	26
Thies	2	9	84	87	1	43	10	36
Ziguinchor	1	3	70	133	0	17	3	220
合 計	17	52	733	1170	24	414	44	551

CPRS: 社会復帰促進センター（Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale）

3 - 1 - 11 国家計画

(1) 国家保健社会開発構想（Plan National de Développement Sanitaire et Sociale：PNDS）

この第9次国家保健分野開発計画1998～2007は、保健・社会分野の政府開発計画を表している。重要課題として、下記7項目をあげている。

乳幼児の高い死亡率

妊産婦の高い死亡率

高い妊娠率

青少年の性保健

性行為感染症(STD)、HIV/AIDS、風土病の蔓延と経済的打撃

病気の再発

貧困

これらを解決するための政策として、下記11項目をあげている。

法の健全化と保健行政の改革

保健医療サービスへのアクセス改善

治療の質の向上

人材開発

出産にかかわるプログラムの改善

伝染病対策と疫学の充実

個人衛生と体力強化による病気の予防

民間および伝統医療への支援

保健医療の運用における研究開発

社会的弱者および貧困層の生活改善

地方行政の支援

(2) 保健総合開発計画 (Programme de Développement Intégré de la Santé : PDIS)

このプログラムは、人材育成計画が立案されている。そのなかでは、特に認定看護師および認定助産婦の絶対的な不足を解消するための予算を含む計画がうたわれている。また、保健補助員の増員も重要課題として計画している。

医療施設の整備計画もこのPDISに含まれており、地方病院（州病院・県病院）・保健センター・保健ポストの新設および改修を行うとしている。

表 3 - 5 PDIS投資計画

(百万FCFA)

	中央政府	診療報酬	地方収入	ドナー援助	総 額
施設機材投資	10,677	0	1,832	47,505	60,014
運営管理費	49,131	22,655	6,410	19,327	97,509
人件費	63,672	2,210	4,697	1,000	71,579
総 額	123,480	24,865	12,939	67,832	229,102

(1 FCFA=0.17円

総額229,102百万FCFA=389億4千万円)

3 - 2 新政権下の保健政策

(1) 地域保健重視政策

大統領の意向に沿い、新政権後の新たな全保健分野の優先課題として、「地域保健」と「救急医療」を2つの柱として打ち出した。このうち、「救急医療」については、救急車のアクセスのためのインフラ整備、軍隊の人材育成を活動内容として想定していることから、わが国の援助にはふさわしくないと考えられる。また、特に先方から日本へのこの分野での協力の要望もない。保健省が「地域保健」を重視していることは、改訂した国家保健分野人材育成計画（PNF）の最優先分野となっているほか、保健省内に地域保健局を新設する予定であることから明らかであり、また官房長との会見時にも日本が地域保健への援助も視野に入れるよう要望があった。さらに、ENDSS、調査・研究・教育局の関係者たちも、同じように地域保健がこれからの重要な保健政策の柱であると異口同音に唱えていることから、保健省全体の一貫した政策であることがうかがえる。

(2) 保健省地域保健局長のプロ技案

新たに配置された保健省地域保健局長は、全国にプライマリー・ヘルスケアの拠所としての機能をもつ公民館のような施設コミュニティライフスペース(Espace de vie communautaire)を建設し、ここで活動する予防推進員(Préventionniste)を育成し、配置するプログラムを提案しており、このプログラム実現のためにJICAプロ技がセネガルで最貧かつ保健事情が最悪の地域(タンバクンダ州、コルダ州など)に介入することを切望している。しかし、このプログラムは端的に言えばまだ予算の裏づけもない夢語りであり、たとえば地域保健ボランティア(Agent de Santé Communautaire)の活動計画が暗礁に乗り上げた原因を十分に分析しないで新しく予防推進員を育成しても同様に失敗する可能性が高く、保健小屋(Case de Santé)が機能しない原因解明もせずに新たに大規模なコミュニティライフスペースをつくるのも同じ理由で問題が多い¹。また、新設されたばかりのこの局にカウンターパートを見出す困難がある。そこで、ENDSSに入って間接的に地域保健にかかわり、このプログラムを見直すための提言をしていくのがより現実的であると考え。

本節は、調査団が保健省を訪問した際に、大臣官房長と第三技術顧問かつ地域保健局長からのブリーフィングのために配布されたいくつかの資料を翻訳する。資料は、保健政策の

ちなみに地域保健ボランティアの活動がうまくいかないのは、彼らに報酬を与えないためと考え、予防推進員には保健省から報酬を与えるようにする予定とのことだが、地域保健ボランティアの活動が軌道に乗らない理由は無報酬の問題だけではない可能性が高いし、仮にそうなら地域保健ボランティアに報酬を与えて状況が改善されるかどうかを調べるのが先決だと思われる。実際には、保健小屋の建設や運営にはいくつかのドナーやNGOが積極的に関与しており、成功しているものもある。今回調査した限り、保健小屋で働く地域保健ボランティアは無報酬であっても、自らの仕事に生きがいと誇りをもっているものがほとんどであった。

新方針（Ministère de la Santé, 2001, *Les Nouvelles Orientations de la Politique de Santé*）、国家地域保健プログラム（Ministère de la Santé, *Programme National de Santé Communautaire*）の2つからなる。

3 - 2 - 1 保健政策の新方針

(1) イントロダクション

2000年7月4日、5日に開催された保健に関する国家大会の成果として、国家元首 Abdoulaye Wade 大統領の主導で新方針が打ち出された。優先的な新政策は、地域保健、予防の強化、救急部、薬剤検査研究所の設置である。この方針は、保健省により次のように引き継がれた。

- ・救急分野では、官房内に公共施設局との協調プログラムの実施を調整する（中心として）1人の技術顧問が任命された。
- ・予防分野では、官房内に地域保健に責任を持つ1人の技術顧問が任命された。

(2) 保健政策の新方針

< 救急医療 >

救急医療に関し、保健省は、一方では病院内の救急医療、他方では病院にかかる前の救急医療を再編成しつつ活動計画を準備した。

病院内の救急医療のため、政府は公共施設局に向け、合計5億FCFAの予算を計上した。この方針では2001年の目的として、以下をあげている。

- ・救急分野の公共施設の需要を明確にしながら国規模での現状証明書を作成する。
- ・病院内の救急部の機材と機能の仕方に関する緊急需要を満たす。

的確な委任事項に従ってすでに調査が行われている。さまざまな施設の最高責任者と保健施設局長との会議が予定されている。

病院にかかる前の救急医療については、予算を計上できなかった。

新病院改革に基づく非営利の私立施設として、救急医療援助サービス（SAMU Sénégal）プロジェクトを大臣官房の主導で準備している。

SAMUの主目的は病人、傷病者や妊産婦のため、彼らが発見された場所で、彼らの状態にふさわしい救急治療を提供することである。

SAMUの主要な任務は、

- ・24時間、常時医療相談ラインを確保する。
- ・電話の内容の性質に最も適した応答をできるだけ早く決定し発信する。
- ・事故の現場で緊急のプライマリーケアを供給する。

- ・入院施設への患者の安全な移送手段を整備する。
- ・患者が話せる状態の場合、その希望に応じて、公共あるいは私立の前述入院施設の利用可能性を確認する。
- ・大災害の場合、SAMUは、他の関連機関（消防、警察、憲兵隊、軍隊、赤十字など）と協力して災害救助組織、その他の緊急計画の実施に参加する。
- ・病院の業務として、SAMUは、教育、予防、研究の任務にも協力し、同様に医学とパラメディカルの緊急治療の人材育成、衛生スタッフ（救急車の運転手と救急隊員）の育成をも使命とする。

SAMUは、第1次移送手段（プレホスピタルケアの実施、事故現場での治療と保健機関への移送）と第2次移送手段（患者の病院間、あるいは国立病院から私立クリニックへ、または私立クリニックから国立病院への移送）を確保する。

SAMUは、行政的性格をもつ公的なサービスである（協定により監督される保健省直属組織であり、理事会により管理運営され、役員会により監査されて、国・地方公共団体・ドナー・SAMU独自の財源により資金が供給される）。

SAMUの機能は、適切な下部構造（電話受けと調整のための事務所）、高性能な手段（無線通信、医療設備を備えた移送手段、救急・蘇生の移動部隊）、有資格スタッフ（救急医、パラメディカル、救急車の運転手、無線電話技術者、医療事務担当者）を必要とする。

SAMUは、一般に中毒対策センターを備えている。これはSAMU経由の電話による相談を中心とする情報センターのことである。臨床医の顧問チームが急性中毒に対する具体的な対応、プライマリーケア、万一の場合は病院への安全な移送についての手際よい迅速な対応の情報を提供する。

短期活動計画

短期的には、救急医療のため病院にかかる前と病院内との常時の連携を確保する。短期活動計画は以下のとおりである。

A. コミュニケーション、調整、警報

- ・（緊急）呼び出しを受信する手段として消防隊の司令センターを使用する。
- ・基本的な主要組織（病院、消防署、私立施設）の内部に、活動の実行を決定する中央技術管理室を設置する。

B. 実施者

- ・消防隊の医療設備を拡張・整備する。
- ・実施者の私立施設を管理システムのなかに組み込む。
- ・公的および非営利施設（場合によっては設備を整える）を管理システムのなかに組み

込む。

C. 受入施設

- ・ 受入施設を確認し、さらにこれらを地理的なレファラルシステムを考慮に入れ再編成する。
- ・ 受入施設を（公立の・私立の・軍隊の・組合の）医療的制御に組み込む。
- ・ レファラルシステムにおける位置づけを考慮に入れ、既存の組織（職員、設備、インフラストラクチャー）を再装備、改修する。
- ・ 施設内でのサービスの利用と治療の連携を確実なものにする。
- ・ 地方レベルでの維持管理組織とパートナーシップの契約を結ぶか、資力を付与する。
- ・ 設備と消費材の供給の持続性を確保する。
- ・ 受入施設用の救急車を装備し、移送システムに組み込む。

D. 人的資源

- ・ 赤十字、軍隊、公務員、民間人材の活用。
- ・ 国レベルでのパラメディカル・医師の再教育。
- ・ 人材育成に救急医療を組み込むことを目的として高等教育省と連絡をとる。
- ・ 救急医療人材に特有のモチベーションを確保する。

E. 法律

- ・ 救急隊員の活動・責任と制限、および救急サービスの料金の設定に関する法律成文の作成と適用。
- ・ 複数のパートナーと正式な契約を結ぶ。
- ・ 医療規制に関する法律成文とORSEC計画を作成する。
- ・ スタッフ育成の有効性に関する法律成文を作成する。

F. 財政面

- ・ 国（保健省、観光省、社会活動省、労働省）、救急局の予算に組み込む。
- ・ <自動車保険資金>を徴税に組み込む。
- ・ 保険会社、社会保障金庫、保健相互組合、ドナーとのパートナーシップを築く。
- ・ 民間会社の補助金について交渉する。
- ・ 保健省が利用可能な資金をより容易に動員する。

G. インフォメーション—教育

- ・ メディア（ラジオ、テレビ、新聞）という間接的な方法で緊急の場合にとるべき行動を知らせる。（司令センター18回線）
- ・ 公共の場（掲示）、学校、宗教・文化に関する会合、企業の各レベルで住民に情報を提供する。

- ・ 公共・民間レベルでの救急医療のためのSIGをつくる。

< 地域保健 >

保健分野はセネガルの開発のなかでも依然として優先課題となっている。保健システムの運営管理は一連の改革を行ってきたセネガル政府の懸案事項となっているが、この改革は徐々にアクター（当事者）の枠を民間部門や住民に広げた。

相次ぐプログラムの実施は、一定の期間、適切な代案となった。しかし、当局と開発パートナーの称賛すべき努力も虚しく、保健システムは、一方ではますます人口が増加し、かつより多くの自立性を求めている民衆に対面し、また一方で資源の不足、ひいては欠乏につきあっている。

行政と政策のより全体的な改革において、当局は帰属する権限を基礎団体へ委譲することにより、保健システムの運営管理を住民に任せることを推進するように求めている。

地域保健は、複数のアクターにさまざまな役割、責任を担わせる、複数の分野にまたがる領域である。それ（地域保健）は必然的に以下を含む。

- ・ 保健サービスの運営管理システムへの活発な女性と若者のグループのさらなる参加。
 - ・ より入手しやすい適切な情報伝達手段（ラジオ、テレビ等）によるさらなる普及活動。
- これは、次のことをもたらすことを目的とする。
- 一方では、コミュニティに保健システムの基礎と重要性および保健に関係のある分野をより深く理解させる。
 - 他方では、保健分野のスタッフ（民間セクター、看護スタッフ）が住民に好まれるよう、その態度を変えることを受け入れつつ、住民に責任をもたせることの優位性を主張するようになる。
- ・ 知的能力、実践的能力の向上と、未開拓なレファラルシステムの開発による住民とパラメディカルへのより高い資格付与。

地域保健局の役割と内容

A. 役割

セネガルにおける地域保健局は、主として以下のような役割を担うことができるであろう。すなわち、地元で調達可能な資源を利用し、保健セクターや他の開発セクターの技術により常に支援される、よく組織化されたコミュニティ自体により、健康増進と、日常的な疾患・傷害に対する治療・予防活動が行われるような戦略を作成し実行することである。本局のビジョンはコミュニティのなかでコミュニティにより、健康にとって有害な個人的あるいは共同体的行動と、態度と慣行を改善する、また禁止するに至

ることである。このような企ての成功は、意識的あるいは無意識的に、たいいていの場合、個人とコミュニティの行為に帰される汚染された環境に直接的効果があろう。直接あるいは間接的に環境と住民の健康に影響を及ぼす行動・態度・慣行は貧困により強いられることもあり得る。

このためわれわれの地域保健のビジョンには貧困撲滅を特に重要な柱のひとつとして組み込む必要があろう。

方法論の面からすれば、このビジョンの具体化は、コミュニティ自体・その構造・その機能のしかた・とりまく環境を、よりよく知ることを避けて通ることはできない。コミュニティのなかには機能的構造があり、それが彼らの「広い意味での健康」に関する自己責任と自立を保障するために、彼らに必要な知識や能力をコミュニティに伝えるうえでの適切な空間となり得るであろう。このような開発のコミュニティの組織のほか、地域保健局は特に地域保健組織：保健小屋、保健ポスト、農村や（都市のなかの）地区の産院、私立カトリック保健ポスト、その他近代的・伝統的な地域組織などに関心を持つべきであろう。

戦略

開発は、当該するコミュニティの任務（仕事）である。活動計画の目標決定や実施について、自らの必要性に応じて、優先事項を順序づけて決定して態度を明確にするのはコミュニティ自体である。住民が参加型のプロセスを習得し、その手続きそのものに参加しなければならないのは、まさにそのためである。これにより、参加型アプローチの実行を可能とするような、地方分権の社会構造を創造することが可能性をもつのである。

地域保健の開発戦略は、純粹に国家的な管理された医療行為にとどまらず、いたるところで健康推進することをめざし、継続的な保健プログラムを企てることに存する。

これは、教育的、予防的、治療的活動を包括する戦略であり、以下のような活動を介して行われる。

- ・保健に貢献するすべての活動、なかんずく経済、社会、環境に関する活動を含む多領域にわたる予防。これは、ロジスティックスの手段の存在と、交通手段を備えた定期的なスーパービジョンにより支援される質のよい確かな組織を必要としている。
- ・地方分権をよりはっきり唱えるため、また特に地方分権と地方分散との間の適当な均衡の実現のための、地方の自治体の周辺の基礎保健サービスの開発。

保健政策は、国家開発の全体の政策に深く結びついている。このため、セネガルの社会経済と社会文化の現状に適した新たな保健システムを探索し見出さなければならない。

B. 内容

セネガルの地域保健の開発を確たるものとするため、本局は複数の下部組織にさらに分けられるだろう。

IEC部門

- ・技術レベルを強化し、その組織をセネガル全土に展開する。
- ・これらの戦略を近接アプローチによりコミュニティに導く。
- ・すべての国での公共保健サービスのような、実施中の保健プログラムおよび活動を通して提供された、サービスのソーシャルマーケティングにより、住民が保健ファクターを自分たちのものとすることを奨励する。

パートナーシップ担当部門

今日、地域開発の主要なアクターは、NGOや非営利団体である。彼らは、パートナーシップに基礎を置くコミュニティのためにより適した活動内容の策定を可能にするため、調査・整理・調整を行うであろう。これらの組織は、以下のようにすべきであろう。

- ・保健のためのパートナーシップを強化する。
- ・優先的に携わるセクターを選択する。
- ・政府、セネガル国内および国際NGO間の業務(主導をとる活動)上の関係を確立する。
- ・国内NGOの強化を主張する。

良質の、効率のよい、責任能力の高い好評なサービスの供給者となることをめざして、国内NGOがその努力を倍増するよい時機が到来した。

地域基礎保健ケア部門

保健ピラミッドの最も底辺（つまり、保健ポスト、保健小屋、農村産院など）においてまで健康増進活動を行うための部門。

地域基礎保健ケアは、問題の認識から解決のための活動の開始、そして評価に至るまでの問題解決のプロセスの全段階において、受益者の参加を前提とする。この参加は自己責任、自己決定、完全な自立の精神のもとに行われるべきである。保健分野での自主性を高めるため、保健セクターの技術者の側から、個人、家庭、コミュニティに、必要な知識と能力を断固として可能な限り移転することを、この部門は要求している。

地域資金調達部門

世界の人口の半分近くが基礎保健ケアを受けることができない。主に農村部の住民や

都市部のインフォーマルセクターの人々、つまり最も病気の危険性にさらされている人々が取り残されている。

貧困、社会・保健予算の削減、資源の利用の非効率、ケア提供の量と質の不足、文化的問題は、しばしば保健治療へのアクセスの欠如の主原因になっている。この状況を改善するため多くの努力が払われた。ときどき、重要な成果が得られたとしても、すべきことは依然として多く残されている。

保健の相互組合は保険・連帯・参加の概念に結びつく。これらは、住民に保健教育促進の活動に参加させることを促す、連帯と民主的参加に基づいた、非営利目的の自主的な協同組織である。

この部門は、地域保健に包括されるべきである。

➤ 技術的、財政的に支援する。

相互組合への支援は、技術的であると同時に財政的なものである必要がある。

技術面においては、人材育成と支援／助言活動とによって、メンバーのとりわけ責任者の能力を強化することが必要である。このような活動は、なかんずく以下のことを含む必要がある。

- ・実施可能性の調査と分担金—給付金の決定。
- ・保険に関連した問題（モラルの危機、反対の選択、費用の上昇）に取り組むための道具と技術。
- ・（保険の）給付と（保険料の）支払い方法。
- ・会計、運営の技術とツール、内部監視、予算。
- ・組織、規約と規定。
- ・納税者との交渉、サービス供給者との契約の策定、プログラム作成、フォローアップと評価。

➤ 誕生時（初期）現場での緊密な支援を優先する。

相互組合の誕生にあたり、メンバー、特に責任者たちは、この組織の効率的で透明かつ民主的な運営のために必要な能力と技術を獲得することが必要である。彼らは、ケアの供給者たちの新たなネットワークを構築し、保健教育と将来に対する備えに関する活動を支援することを学ばなければならない。初期の段階では、緊密（親密）な支援を行うことが望ましい。しかしながら、これは、メンバーの責任感とイニシアティブを削ぐことにはならないはずである。

その後は、一時的な支援、またより専門的な支援（たとえば財政上あるいは組織上の監査）で十分である。他方で、すべての組織のように、相互組合は定期的に、特に会計と実績管理の分野では外部の機関に委託する必要があるかもしれない。

3 - 2 - 2 国家地域保健プログラム

提案内容の要約

(1) イントロダクション

新保健政策の一環として、政府は基本的なコミュニティに権限を委譲しつつ、住民自身が保健システムの運営管理を実施することを促進するつもりである。それには、参加型予防アプローチ（APP）のなかで活発な若者のグループ、女性のより深いかかわりを必要としている。

(2) 期待される成果

- 1) 彼ら自身の健康に関する参加型予防アプローチを開発するコミュニティの能力が向上する。
- 2) 基本的なコミュニティに、健康促進のため必要な権限の委譲が保証される。
- 3) 保健推進の一環として、コミュニティ内での行動変容が確立される。

(3) 対象地域

共同体と農村コミュニティ

(4) 介入者

(5) 主要なアクター

- 1) コミュニティが必要としているものとコミュニティがもつ資源を確認するための、また、各々の村の優先活動計画を策定するため、政府との契約機構（NGO、非営利団体）を通したコミュニティ

このため、必要なことを短期間で調査する技術（TRIB）の教育が保障されるであろう。

- 2) このプログラムに専門性と支援をもたらす地域アプローチを開発する開発パートナー
- 3) コミュニティの若者、女性

(6) 介入

国家地域保健局の設立によりもたらされる主要な改革、新機軸は、地域保健アプローチを重視する保健省のいくつかの局との協調による包括的、協調的、徹底的な活動につながる唯一の組織を自由に設置することにある。また、予防が重視されるであろう。

本局は以下のことを目的とする。

- ・保健予防活動の奨励、賞賛を強化すること。
- ・コミュニティーレベルで、予防推進員（Préventionniste）と呼ばれる、予防のためのボランティアグループの創設を促進・形成・調整すること。
- ・地方共同団体、NGOと非営利団体の請負契約の範囲を広げること。
- ・ケアを受けやすくするため社会連帯を基礎にした討論の場を設置し、1人の管理職を配置すること。

(7) 戦略的アプローチ

これらの成果を達成するため、官房直属の国家地域保健局が設置され、以下のような保健省の戦略的組織を再編成する。

- ・健康教育（課）：地域保健にかかわるパートナーと協力して、IEC活動の計画、実施、フォローアップを任務とする。
- ・保健委員と保健相互組合支援室（la CAMICS）
- ・パートナーシップ（課）：保健省とそのパートナー間の協調の場をつくり、パートナーシップの開発を強化する。
- ・プライマリーヘルス課は、関連パートナーと連携して、基礎保健ケアの計画、フォローアップ、スーパービジョンの任務を帯びる。

これらの部署の支援により、国家地域保健局は、権限委譲、伝達システムの強化と開発、オピニオンリーダーとの戦略的関係の構築などの戦略を中心に据え、介入することになるだろう。

本局は、PDISに組み込まれ、地方分権化という国家的背景を考慮することになるだろう。そのひとつの結果が共同体への保健事業の委譲である。本局は、他地区の医療機関とのパートナーシップの推進のなかで、地方議員の資源動員の役割への価値づけによって、制約を最小限にしつつ、利益を引き出すことに専念するであろう。

本局は、保健委員会とともに、既存の業務方針を強化すべきであろう。また、保健相互組合の創設に結びつくような社会連帯活動の活性化を促すべきであろう。

1) 予防のためのボランティアグループの育成

35歳以下の若者・女性がコミュニティー内で選ばれ、地域保健サービス項目（地域保

健活動パッケージ)の研修を受けることになる。これらの予防推進員は、保健の推進に適した環境をつくり維持するための推進団体になり得る活動的な若者たちであろう。彼らは、以下のようなPDISの優先目標を中心に据えて活動すべきであろう。

- ・ 妊産婦死亡率の低下
- ・ 幼少時の死亡率の低下
- ・ マラリア、エイズ対策
- ・ 拡大予防接種プログラム (EPI)
- ・ 家族計画
- ・ 相互組合の創設
- ・ 衛生—浄化

コミュニティと予防推進員グループ間の交換・協調を容易にするため、地域組織は、各村ごとの情報交換の場の助成をめざして強化されるだろう。

予防推進を行う若いボランティアたちには、月々の手当が支給されることになるだろう。

2) 保健省と地方共同団体間のパートナーシップ

権限委譲によって、コミュニティそのものが保健に関する権利を取得してはじめて、保健の推進は効果的となるだろう。

国家地域保健局は、プログラムの実施中、オピニオンリーダー (芸術家、スポーツ選手、宗教家など) と戦略的関係を築き、発展させることに力を注ぐ。

これらの戦略的関係は、地域保健サービスに関する啓蒙活動を通して、保健相互組合や協調構造を生み出すであろう。(男性も巻き込んだ) 会議において、参加者は、彼らに固有の環境に関するさまざまな問題を議論し、それらに立ち向かうために適用する解法を確認することができるだろう。

3) コミュニティライフスペースの創設

定義

コミュニティライフスペースは、日常のケアの仕事や活動の一環として、全住民のニーズに対して複数のサービスを供給することが可能となるような場所を具現化したものである。

目的

コミュニティライフスペースでは、出会い、交換、集合、社会的動員、地域での基礎的なケアの場として、若者、少女・少年、老人、女性、子供が以下のものを見出す。

- ・ 疑問に対する解答
- ・ 基礎的なケアとサービス
- ・ 交換、研修、情報、開発の場

- ・緊急案内室（地域無線電信）

(8) プログラム

このような活動の場の空間的な構造は、各活動に適した場所を含むが仕切りのない、（目的に応じて）柔軟に変化させることのできる空間を基礎とすべきである。われわれは、以下のことを見出すだろう。

- ・受付：組織との最初の接点を象徴する。人の世話を引き受ける場所となる。
- ・活動ごとのモジュール：活動内容と使用者数に合わせて変化可能な基準構造を土台として具現する。これらのモジュールの配置は、たとえば回廊形式で中央軸の周りに各モジュールにふさわしい出入口をもったものとなるかもしれない。

各モジュールは、ある程度の自主性を与えられ、特別な方法で扱われる環境を目にするだろう。たとえば、

- ・託児スペースに遊びのエリア
- ・女性スペースのための研修エリア
- ・若者スペースのための音楽エリア
- ・会議スペース：講演開催、立食パーティー、観劇会、友好団体の発足（たとえば、移住者ネットワーク、保健相互組合など）のための多目的な場所
- ・文化活動スペース：屋外大舞台、屋外映画上映所
- ・保健／衛生スペース：基礎サービスとケアのため（予防接種、家族計画と相談、薬剤浸漬蚊帳の購入、避妊用具の購入など）コミュニティーベースへの配布
- ・養成研修スペースといくつかの講義室
- ・環境の整備：有効性と持続性の精神をもってこの組織（コミュニティーライフスペース）をしっかりと根づかせることは依然として重要である。—環境教育
 - 野菜畑、鶏小屋の経営とその生産物の販売は、収入創出活動の開発のため人々の関心を引き得る。
 - 植付けの実験は、（薬草園の）研究を奨励、支援することができる。

(9) 実現の方法について

このような組織の実現は、＜皆の関心事＞でなければならない。つまり、地方の権威者は、開始時から参加すべきである。

建設の方針には、環境の特殊性を考慮に入れる必要がある：たとえばタンバクンダ地域やコルダ地域で安定したラテライトを使用するなど。

3 - 3 保健人材育成計画（PNF）の中間評価

PNFの中間評価は2001年3月26日から4月2日にかけてカオラック研修センターにて行われた。会議費用はOMSの援助により、参加者は保健省関連のセネガル人のみ約50名で、全国各州の代表も含まれていた。

この開会式では、調査・研究・教育局局長がPNFの由来、意義、この3年間の総括の必要性などを述べ、さらに以下の点を考慮した中間評価が行われるように要望した。

- ・保健地図
- ・管理用情報システム（SIG）プログラムの枠内でのコンピューター人材育成
- ・リプロダクティブ・ヘルスの人材育成
- ・産科救急処置（SOU）の人材育成
- ・薬剤監察の人材育成
- ・健康と開発研究所（ISED）での公衆衛生学士号
- ・地域保健の人材育成（コンボール校と交替要員）
- ・病院機構改革に必要な新しい人材育成（看護修士、社会科学、病院サービス管理、ほか）

3 - 3 - 1 PNFの総括

初めに教育課長が1997年から2000年までの人材育成総数、PNF到達目標に対する達成率を詳細に報告した（附属資料 の資料56）。その後、グループ別の討議と全体での検討の結果、以下のような総括がなされた。

(1) PNFの量的総括

これまでの成果は全体的に満足すべきもので、初期教育では目標の60%が達成され、継続教育は85%の達成率である。

しかしながら、初期教育では、民間保健学校が正看護師（婦）の教育に参加してきたにもかかわらず、パラメディカル（正看護師（婦）、助産婦、教育/管理の上級技師）の不足が大きな問題である。その他には、公衆衛生分野（公衆衛生担当官吏、公衆衛生上級技師、公衆衛生の技師・技師補）の人材不足が特筆された。彼らは予防活動、IEC、浄化活動、疫病の管理に重要な役割を果たす者である。

継続教育では、短期や長期の研修による学生や教師への専門資格教育に対する、奨学金、補助金授与の努力がなされたことが認められた。

(2) PNFの質的総括

1) 初期教育の問題点

- ・現存の保健人材養成施設の受入人数が限定されているため、PNFで当初予定された

需要を満たせない

- ・ ENDSSでは現在、人材育成プログラムの修正が検討されているが、医・歯・薬学部と医療機器保守管理技術者養成校（CNFTMH）ではまだ行われていない
- ・ 保健省は、保健科学の教育に関して、モジュール・アプローチを採用しており、この方法はENDSS、民間保健学校、医・歯・薬学部で使用されている
- ・ しかし、モジュール・アプローチはすべての関係者に同じように理解されているわけではない

2) 継続教育の問題点

- ・ 本省の調査・研究・教育局（DERF）と州医務局の間に、継続教育での協調関係が不足している
- ・ 初期教育・継続教育共に標準の定義がない
- ・ 中央での継続教育責任部署（DERF、総務設備局（DAGE）、PNDS支援・評価局（CAS/PNDS））での協調不足
- ・ 州ごとの人材育成計画がない
- ・ 保健施設局（DES）とDERFの間で保健教育に関する人材育成の枠内での病院改革に対する協調が不足している。また、州ごとの年間活動計画作成には援助したものの、垂直的な保健プログラムでの両者の協調も不足
- ・ 州医務局レベルで行われた人材育成の評価の欠如（結果も報告もなし）
- ・ 州レベルでの研修トレーナーの不足
- ・ 継続教育の基準モデルの欠如
- ・ 州レベルの人材育成事務局の欠如
- ・ 州レベルの研修センター不足

3) 研修の実施過程について

国レベルでの人材育成は施行された。国内で育成された専門人材は、その評価が定期的に行われ、資格取得後からDAGEに登録された。しかし国外での研修に対する評価は不足しており、登録も個人の意思に任せられている。

4) 人材育成の機構

以下の勧告が行われた。

- ・ 研修のための奨学金を増加する
- ・ 民間校の生徒にも奨学金を与える
- ・ 民間保健学校の責任マニュアルを作成する
- ・ DERFの人材を強化する
- ・ ENDSSと民間校での常勤教員を強化する

- ・人材育成の学校に制度上の援助を行う

5) 人材育成の実施方式

以下の勧告がなされた。

- ・正看護師（婦）と助産婦の課程への入学資格を高卒以上に引き上げる
- ・第2レベル（准看護師レベル）の看護師（婦）集団を創設する
- ・学校の教育プログラムを評価する
- ・ENDSSと大学間の進路変更制度の可能性を研究する
- ・人材育成のガイドを作成する
- ・人材管理に責任を有する各部局間の定期的会合を制度化する

6) 財政についての勧告

PDISにすでに計画された経費以外に、病院機構改革では公的保健施設や地方自治体、NGO等からの資金を探すこと

7) 奨学金の金額についての勧告

現行金額の均一化と、基礎教育レベル（高卒、中卒）での一律化

8) 人材育成の評価について

PNFの5年計画に対する新たな需要を確認する。5年終了後には影響、効果、効率を判定するための最終評価を行う。

3 - 3 - 2 PNF中間評価に基づく新たな人材育成の必要性

3年間のPNF実施の結果、保健人材育成の当初の目標は、ほとんどすべての分野でおおむね達成されたと思われた。

しかしながら、PNFによる初期教育・継続教育共にいくつかの困難に直面しており、その解決のための勧告がなされた。また、新たな需要の決定のため、保健対策国民会議の結論以外に、本会議では以下の点が考慮された。

- ・4病院建設（Fatick、Ziguinchor、Touba、Kolda）を見越した人材育成
- ・薬局医薬品局（DPM）の改革に伴う薬剤監視官の育成
- ・老人医学の人材育成の必要性
- ・保健資金調達（互助組織）に関する人材育成の必要性
- ・病院機構改革のための病院職員への継続教育の必要性（看護部長職のための看護学修士、病院管理学、ほか）
- ・地域保健に関する人材育成の必要性（地域での人材育成、地域保健学修士）
- ・SOUの人材育成の必要性（SOU班の育成を続行）
- ・SIGを実行するためのコンピューター教育の必要性

・よりよい保健医療提供を目的とする国の保健地図に関連した人材育成の必要性

こうした討議のうえで決定された2002年までの新たな人材育成の必要数と2001年の目標数を
表3 - 6に示す。

表3 - 6 2002年までの新たな人材育成必要数

職 種	育成必要数	2001年の目標数
・ 初期教育		
1 - 1 . 上級保健技師		
・ 教育 / 管理	50	3
・ 画像診断	38	8
・ 麻酔 / 蘇生	32	8
・ 歯科	22	6
・ 臨床検査	33	8
・ 運動療法	18	8
・ 眼科	12	6
1 - 2 . 看護師 (婦) : IDE	248	35
助産婦 : SFE	81	25
1 - 3 . 歯科技工士	11	11
1 - 4 . 調剤士	31	5
1 - 5 . ソーシャルワーカー助手	—	5
1 - 6 . ソーシャルワーカー	—	5
1 - 7 . 医師職		
・ 一般医	8	—
・ 歯科医	4	—
・ 薬剤師	4	—
1 - 8 . メンテナンス部門		—
・ 医療機材保守管理技術者	—	11
・ 上級医療機材保守管理技術者	8	—
1 - 9 . 公衆衛生部門		
・ 公衆衛生下級官吏・技術者	209	13
・ 衛生官、浄化官・助手	535	20
・ 継続教育		
2 - 4 . 医師・薬剤師・歯科医		
・ 小児科	4	8
・ 産婦人科	8	5
・ 麻酔 / 蘇生科	4	6
・ 外科	4	5
・ 放射線科	12	3
・ 臨床検査 (血液学)	4	—
・ 疫学 / 感染症	4	—
・ 眼科	7	—
・ 寄生虫病学	4	2
・ 細菌学 / ウイルス学	4	—
・ 消化器病学	4	—
・ 公衆衛生	26	16
・ 薬剤監察官	6	—
・ 専門内科	8	4
2 - 5 . 上級技師・ソーシャルワーカー		
・ 看護学修士	10	—
・ 社会学修士	10	—
2 - 6 . 衛生官		
・ 官吏 / 保健エンジニア	27	7
・ 上級技師 / 衛生工学	30	5

3 - 3 - 3 今後の目標

以上の討議内容や勧告を考慮して、最終的に、今後の人材育成に関し、初期教育・継続教育に分けて、以下の8目標が提示された。

(1) 初期教育

目標1：資格取得者の人数と雇用市場との整合性を改善する

会議は、すべての保健施設に有資格職員が十分に配置されるべきであり、そのために既存の教育施設がPNFで必要とされる人材需要を満たすようにすべきであると判断した。

そのためには、

- ・教育施設の養成能力を増加させる
- ・民間保健学校への制度上の援助を行う
- ・地方に学校を創設し初期教育の地方分権化を行う
- ・ENDSSの準備課程（1年）の評価を行う
- ・ENDSSでの人材育成を再指導（軌道修正）する（保健省の優先課題を考慮して）
- ・優先度の低い分野の人材育成を縮小する（歯科技工士、調剤士、歯科上級技師）
- ・正看護師（婦）、助産婦、教育／管理上級技師、その他の人材育成を強化する

目標2：初期教育プログラムと保健に対する国民要求との整合性を改善する活動を今後も継続する

会議はENDSSの教育プログラムが検討・修正されたことを評価し、CNFTMHと医・歯・薬学部においても、以下のような保健問題国民会議の結果を考慮して、同様な検討が行われるよう勧告した。

- ・医学部の6年目に行われる公衆衛生の授業内容を強化する
- ・ENDSSと学部での教育内容を現場の需要に適応した内容とする
- ・人材育成の資源を合理化するために、現在国外で行われ費用のかかる専門教育（放射線診断、放射線治療、腎臓学、消化器学、老人医学、ほか）について、学部内に専門課程を設けるよう要請する

目標3：適正な教育方法を導入する

ENDSSで使用されている教育方法の評価を行うことと、人材育成機関での現行のモジュール・アプローチを完成させることが勧告された。

目標 4：教員の能力を高める

現在 7 名の教員がカナダの大学で教育学修士（3 年間）の研修中であることを、会議は高く評価した。さらに、ENDSS 教員および民間保健学校の教員たちの教育能力を強化するためのセミナー開催や、医学部教官の博士課程への奨学金、海外研修や国際学会に参加するための費用、教授資格候補の医師への助成金等の結果を自賛した。

しかしながら、かなりの数の ENDSS 教員がやがて定年退職となることから、後継教員（特に社会学・地域保健学の修士）の養成を継続することを勧告した。また同時に、教員たちの教育能力強化のため、保健関連の教育学のセミナー・講習会開催を継続することも重要であるとした。

(2) 継続教育

目標 5：よりよい保健サービスを提供し得る職員の技術能力と態度を向上させる

国家レベルの人材育成が継続していることを評価しつつ、以下の点についての遺憾を示した。

- ・保健省中央における継続教育の責任部署（DERF、CAS/PNDS、DAGE）間での協調不足
- ・継続教育の管理運営面での DERF と各州医務局との協調の欠如
- ・州レベルでの人材育成計画の欠如
- ・州の研修センターおよび研修事務局の機能欠如

これを受け、以下の勧告がなされた。

- ・本省の教育課に、PNF 実行に必要な機能を果たすため、十分な人材と機材を配備する
- ・本省の教育課が各州医務局の調整会議、計画会議、総括会議に参加する
- ・州医務局の研修報告書が、各々の研修後に DERF に送られる
- ・保健機構のすべてのレベルにおける人材育成活動がよりよく調整・管理されるために、DERF の任務の見直しを行う
- ・保健省中央および州医務局のすべての部署で行われた継続教育の評価を行う
- ・DERF、DAGE、CAS/PNDS 間の定期的な調整制度を組織化する
- ・職種ごとの研修期間の設定について PDIS の規定の見直しを行う

目標 6：改革を実行するための組織的能力を強化する

会議は、DERF と DES の間に病院機構改革に関する人材育成の協調関係が不足していることを指摘した。これは垂直的プログラムにもいえることである。

これに関し、以下の勧告を行った。

- ・病院機構改革のなかで予定されているさまざまな人材育成プログラムを調整するため

にDERFとDES間の協議体制を設置する：看護学、社会学、地域保健学の修士の必要性を正確に評価する

- ・新保健政策を考慮し、地域保健の人材育成の優先性を明確にする
- ・保健地図すべてをカバーするために薬剤監察官の人材育成を継続する
- ・国家保健政策のなかで優先される人材育成のその他の必要性を検討する

目標7：人材育成の計画・準備・実行を体系化する

会議は中央および各州において計画された人材育成の実行と、州実行計画に対する教育課の援助とに満足を表明した。しかし、州レベルの人材育成には評価が欠如（結果も報告もない）していることから、以下の勧告を行った。

- ・人材育成の必要性を確認して研修を組織し実行するための指標を示したガイドブックを作成する、また上部組織との調整を行うための機構を設置する
- ・初期教育と継続教育の統一的基準を決定する

目標8：現任教育に適合した人材教育を行えるよう、組織能力を強化する

会議は、保健機構には職員に適切な継続教育を行う能力があるものと見なし、そのためには州の研修センターが不足し、研修の州事務局が存在しないことを指摘した。

そこで以下の勧告を行った。

- ・職員の研修に十分な責任を負えるよう、州および地区の医務局の能力を強化する
- ・州の研修センターおよび研修事務局を設置し機能させるための政令を準備し施行する
- ・PNFの優先分野に対する継続教育のモジュールを作成する

最後に会議は、以上の勧告に対し、各々、必要性和妥当性、責任部署、実行期間、結果に対する指標を確認して、実施計画を作成した（資料56参照）。

4 . 保健分野人材育成関連の組織・機関

保健省内で人材育成に直接責任をもつのは調査・研究・教育局（DERF）であり、国立保健社会開発学校（ENDSS）や医療機器保守管理技術者養成校（CNFTMH）もその下に所属している。ほかには総務設備局（DAGE）と保健施設局（DES）も間接的に関与している。公的な保健医療の人材育成機関としては、ほかにダカール大学医・歯・薬学部があるが、ここは保健省の傘下ではなく、高等教育省に所属している。民間の医療従事者養成校もいくつかあるが、主な3校については保健省が指導・援助することになっている。

保健省のDIOP官房長によれば、人材育成は保健省の最優先課題であるが、職種により需要が違う。医・歯・薬学部卒業者についていえば、薬剤師やgénéralistは過剰になっているが、spécialistが不足している。ENDSSで養成している職種は全体的に不足しているとのことである。

4 - 1 保健省調査・研究・教育局（DERF）

現在、DERFは保健本省とは離れた、ENDSSや医・歯・薬学部に近い住宅地の中に位置し、一般民家風の建物内にある。組織は教育課、研究課、調査・統計課、資料室からなり、このうち、人材育成に直接責任を負うのは教育課である。

4 - 1 - 1 教育課

教育課では初期教育と継続教育に別々の責任者がおり、教育に関するすべての統計資料を管理している。ENDSS以外の保健人材養成の私立3校も管理している。保健省で必要なすべての教育研修の目録を有しており、その内容はPDISの中に記載されている。PDISは当初2002年までの予定であったが、2003年1月まで延長して行うこととなった。PDISの一部であるPNFには教育研修の必要な人数を職種ごとに記載している。PNFの遂行率は、当初計画に対しては現在まで約80%であり、よくやってきたといえる（たとえば初期教育では一般医150名/目標160名対、継続教育では339名の奨学生（うち29名が国外研修）など）。しかしPNFが作成された1996年初めには病院機構改革や新病院建設などは考慮されていなかったため、80%の達成率でも現実にはかえって人材不足は深刻となっている。つい最近（2001年2月26日～3月3日）PNFの中間評価を行い目標の見直しを行った。この報告書は2001年5月現在、保健省内の認可手続き中である。

PNFはPNDSと同じく2007年まで続く予定であり、今回の中間評価では少なくとも2004年までは必要という評価で、2004年までの活動計画、2006年までの予算計画は策定済みとのことである。国家資格をもつ看護師（婦）および助産婦は1996年に414名の不足であったが、3年間で140名養成した。しかし、現在は4病院の新・増築などで需要が増えたため、まだ329名不足してお

り、他職種を含めると1000名以上の不足になっている。しかも民間の需要不足は計算されていない。その他の職種ではコンボール分校（公衆衛生分野：計744名の養成が必要）での人材養成の需要が高い（表3 - 6 参照）。

民間の需要調査は1992年に行ったことはあるが、最近では調査されていない。

また、2000年には民間の看護学校も保健省の管轄として、公的に支援することが決定され、現在政令を作成中である。

卒後教育では、特にspécialistの育成を重視しており、BAD、OMS、台湾の援助による奨学金制度がある。

PNFの2002年における優先課題は以下のとおりである。

- ・新政権において重視される分野.....地域保健（Santé Communautaire）
- ・薬剤監督官
- ・病院機構改革
- ・産科救急（SOU）
- ・新病院開設（増築）（Fatick、Kolda、Ziguinchor、Pikine）
- ・セネガル国内と海外での奨学金供与割合の見直し
- ・各目標に対する到達すべき成果の決定（＝成果に対する具体的指標の設定）
- ・各州における継続教育の開始と評価
- ・各州ごとの人材育成計画
- ・各州の研修センターと事務所の活動
- ・諮問委員会の再活性化
- ・保健対策国家会議における勧告を考慮する
- ・第三世代（老人病学）の考慮

初期の人材育成も不足しているが、継続教育の問題がさらに大きい。初期教育を行う機関は一応ENDSSやCNFTMHがあるが、継続教育の組織は十分確立されていない。研修（継続教育）のための奨学金を運営するために国家研修委員会（Commission National de Stage）があつて、関連するすべての機関やドナーが参加して、きわめて公明正大に奨学金付与を決定している（奨学金額は一律で、大学以上は国内8万5000FCFA／月、国外900USドル／月、ENDSSとDiourbel校の上級技師課程は3万6000FCFA／月）。継続教育内容の優先テーマはリプロダクティブ・ヘルス、疫学、重大風土病対策、IEC、衛生学、小児疾病対策、SOUなどである。継続教育を充実させるためには地方分権化に伴い、州ごとの研修センターと州研修事務所を機能させるようにする、つまり州医務局の研修部を強化することが重要だと考えている。CFKと同じような研修センターを各州に1カ所つくりたい意向がある。しかし現在は2カ所（カオラック、タンバクンダ）しかなく、しかも機能しているのはカオラックのみである。CFKの所属は国、州保健

局、州政府などのどこに属するかまだ決定していない状態で、ENDSSとは独立した関係にある。

継続教育におけるこれまでの活動として、ENDSSの教官に対して、以下のテーマでの継続教育を何回か行った。

- ・ IEC / カウンセリング
- ・ リプロダクティブ・ヘルスの臨床能力
- ・ リプロダクティブ・ヘルスの教育カリキュラム作成
- ・ 大人への教育
- ・ 学校と大学での修業の組織と方法
- ・ 教育カリキュラムの開発
- ・ 修業の評価
- ・ パソコン (WINDOWS – WORD & EXCEL)
- ・ 6名の教官への海外研修 (南アフリカ、チュニジア、ベルギー、米国)

PRINCIPAL病院の監督官に対して

- ・ 看護ユニットの管理

FANN病院、DANTEC病院の監督官に対して

- ・ 彼らの能力強化のための教育プログラム作成を目的とした、彼らの教育要求を明確にし決定するための研究

今後の継続教育の計画としては以下のようなものがある。

< 現業専門職に対するもの >

- ・ 保健ポスト責任者の看護師 (婦) (ICP) に対する保健ポスト管理運営の教育プログラム
- ・ 病院での看護職員に対する病院衛生の教育プログラム
- ・ 他の協力者と協調しながら、病院機構改革の枠内での、公的病院保健施設の職員の継続教育への参加
- ・ 人材育成と就職との適正さを検証するために1994～1999年のENDSS卒業生 (Diplômés) のその後に関する調査を開始する。民衆の保健への必要性に対応したよりよい人材育成をめざすために、環境に関連した障害を確認する。これらの調査はPDISの予算によりまもなく開始される。

< 地域の人材に対するもの >

- ・ (保健) 地域の幹部団への援助
- ・ 教育担当者への教育 (TOT)
- ・ コンボール地域保健センターの創設 (初期・継続教育における実践研修)

PNFへの他ドナーの援助はさまざまであるが、PNF全体への援助をしているドナーがいるのではなく、PDISに計画された事業のなかから各々のドナーが選んで援助している。主なドナーは世銀、OMSなどである。

パラメディカルの保健人材育成についてまとめると、必要性はきわめて大だがセネガルの資材は限られている、民間分野の活用を拡充する必要がある、看護修士など、パラメディカルの専門職を増加させる必要がある、とのことである。

将来の構想として、初期教育も地方分権化させSt-LouisなどにENDSSのような保健人材学校を設立していきたい考えがある。手始めに、医学部は近く地方で開設される予定がある。

4 - 1 - 2 プロ技についての意見交換

教育課スタッフとの面談、教育課長との単独の面談、およびその後海外出張より帰国したDERF局長との面談など、計3回の会談を持った。

教育課長との面談では、日本の技術協力援助について「保健政策のなかで、保健人材に対する教育は最優先課題であり、ENDSSあるいはPNFへの援助は大変歓迎する。可能ならば明日にでも開始してほしい。ENDSSの監督責任は教育課にあるが、教育課長でありながら、コンピューターも持たず、インターネットにアクセスすることもできない現状であるため、まず、教育課に対する機材供与等の支援を要請したい」とのことであった。これに対し、プロ技は機材供与が主な協力ではないことを、重ねて説明し、了解を得た。

しかし、とにかくPNFはすでに作成され、活動すべき内容は決まっている。われわれが必要としている事項のリストをすぐに作成するので、調査団が帰国するまでには、ぜひもう一度検討の時間を設けてほしいことを強調された。

その後のDERF局長との面談でもほぼ同じ意向表明があり、「現在のPNFは2002年までであるが、その後も、新しい世代への教育も必要なので、日本への協力を要請する。具体的なプロ技のスキームのなかで、教育課を中心とした機材供与が不可欠である。また、日本への研修についても、多くの人材を専門研修に出したいと考えている。特に、1年以上にわたる長期間の研修で、看護学修士課程に派遣したいと考えている。また、セミナー等の開催により、いくつかの専門職のTOTを行ってほしい」とのことであった。

これに対しては、日本への研修員派遣は、短期間（2～3カ月）が一般的で、1年以上の長期研修はプロ技のスキームでは難しいが、大使館およびJICAと相談すれば別枠での長期研修の可能性もあるかもしれないと説明する。

日本のプロ技のスキーム説明後、局長から「PNFの5年目の最終評価およびその後の計画に対するアドバイザー、CNFTMHへの支援、各州への研修センター機能確立、ENDSSへの支援」を要請したいとの希望が示された。

これに対しては、すべてを含んだプロ技は現実的に不可能であり、いくつかの接点を見出し、内容を選択する必要があることを説明した。

地域保健に関して、コンボール校での地域保健研修センター建設の可能性を問うと、同センターの構想は新しいものではなく、かなり以前からあったが実施されなかったプログラムが、新政権下で再浮上したものと思う。地域保健を重視するにしても人材育成が根幹となるので、DERF（特に教育課）がかかわる必要がある、とのことであった。

4 - 2 保健省総務設備局（DAGE）

DAGEは以下の5部門からなり、このうち、人事課が人材育成に関与している。

- ・財務課：Division des finances
- ・インフラ・機材課：Division des infrastructures et des équipements
- ・人事課：Division du personnel
- ・プロジェクト支援室：Cellule d'appui aux projets
- ・局内財務管理室：Cellule de contrôle interne

人事課の仕事は、本省全体の人事の統括管理、各部署の人員配置（affectation）職歴管理、他部署との調整・連絡、公文書の取り扱い、給与管理、軍の医療要員との調整、アップ・デートした人事、人関連書籍類の管理、福利厚生、表彰（メダル作製）クリスマスツリーのレイアウトなどである。現在職員の実勢調査（recensement）により定員に対する実働人員の把握を行っている。PNFでの養成必要数はこうした調査に基づいて決定されている。

資格に関し、看護師・婦（IDE）、助産婦（SFE）は私立校卒業者も含めてENDSSにて国家試験を行う。試験内容は教授、教官に相談し、筆記、面接、臨床の3種で行う。臨床試験は8人程度でチームをつくり、各自の役割を決め臨床現場で実施して、それを3名の教官が審査する。

保健省（公的保健施設）の人員不足に関しては、2000年についての資料がある（附属資料の資料4参照）。これは定員に対する不足であり、実際に必要な人員への不足とは限らない。民間部門は資料なし。特にIDEが足りないがENDSSだけでは養成できないので、私立学校に養成の依頼を出している。学生の応募者はきわめて多く、ENDSSの入学希望者は毎年2,000～3,000名いる。

地方への人材配置のためのプログラム（たとえば僻地出身者を学生として優先入学させる措置等）は今のところ特にない。しかし、公務員になり辺地に配属されれば行かなければならない。地方手当はない（注；地方勤務のほうが給与が高いという者もある）が、新卒採用者はまず地方勤務となる。また、医療者の労働組合（syndicat du personnel médical）が僻地手当創設の要求を行っている。ENDSSの卒業生は（公務員となるものがほとんどのため）僻地以外に行くことは少ない。補助看護師は正式な資格としてはなく、1～2年程度の教育が大半だが、養成学校ごとに名称が異なっている。

1990～1995年の医療従事者減少は定年退職によるもののみであり、国外流出はない。今後も2000年108名、2001年135名、2002年123名、2003年161名の定年退職が予測されている。これに対し、定年後も働くような提案を保健省は出している。55歳が定年であるが、特例として58歳（助産婦は60歳）まで働ける。しかし、保健省では特例措置を利用して定年後も働いてくれる者は少ない。1993年まではIDEの必要数はENDSS卒業者のみで充足していたが、ENDSSが統合され、他職種のコースが看護師（婦）学校にすべて集まったため、養成数が不足する結果になった。

保健省として2007年までの雇用計画は立てているが、ENDSSの定員は保健省の必要により決められているのではなく、校舎・教師の受入可能数に基づいて決定されている。このために、新校舎建設の無償資金協力を要請している。

4 - 3 国立保健社会開発学校（ENDSS）

1992年、当時の保健社会活動省により、保健・福祉にかかわる人材育成の国立学校が統合され、ENDSSが誕生した。すなわち、国立看護学校、国立助産婦学校、国立調剤士学校、公衆衛生学校、国立歯科上級技師学校、看護高等教育センター、国立福祉行政専門教育者学校の7校である。うち、公衆衛生学校のみが4 - 3 - 2項で後述するコンボール分校として残されたが、他はすべて元の国立看護学校に機能が移され、ENDSS本校となった。図4 - 1にENDSSの組織図を示す。

初期の人材養成に関して、3部門14学科があるが、保健科学基礎部門の公衆衛生技師科はコンボール分校にあり、それ以外の13学科がダカール市内の本校に属している。保健科学基礎部門は公衆衛生技師、看護師（婦）、調剤士、助産婦、歯科技工士の5学科で、就業年限は3年間、入学には中等教育第1課程修了（日本の中卒と同等）ないしはそれに相当する資格以上が必要である。保健科学専門部門は、麻酔／蘇生学、生物学（臨床検査）、教育／管理学、画像（放射線）検査学、運動療法学、眼科学、歯科学の7学科であり、就業年限はすべて2年間である。この部門の入学資格は保健科学基礎部門の卒業生で4年以上の実務経験を経た者、あるいは、科学系のバカロレア（大学入学資格、日本の高卒と同等）有資格者で、1年間の準備課程（ENDSS内に併設、教育／管理学科選択者には必要ない）を終えた者となっている。この部門を修了すると上級保健技師の資格が与えられる。社会科学部門はソーシャルワーカー、ソーシャルワーカー助手の2学科で、修業年限は各々3年間。ソーシャルワーカー助手科の入学には中等教育第1課程修了（日本の中卒と同等）ないしはそれに相当する資格以上が必要であり、ソーシャルワーカー科入学にはバカロレアまたはソーシャルワーカー助手の資格が必要である。

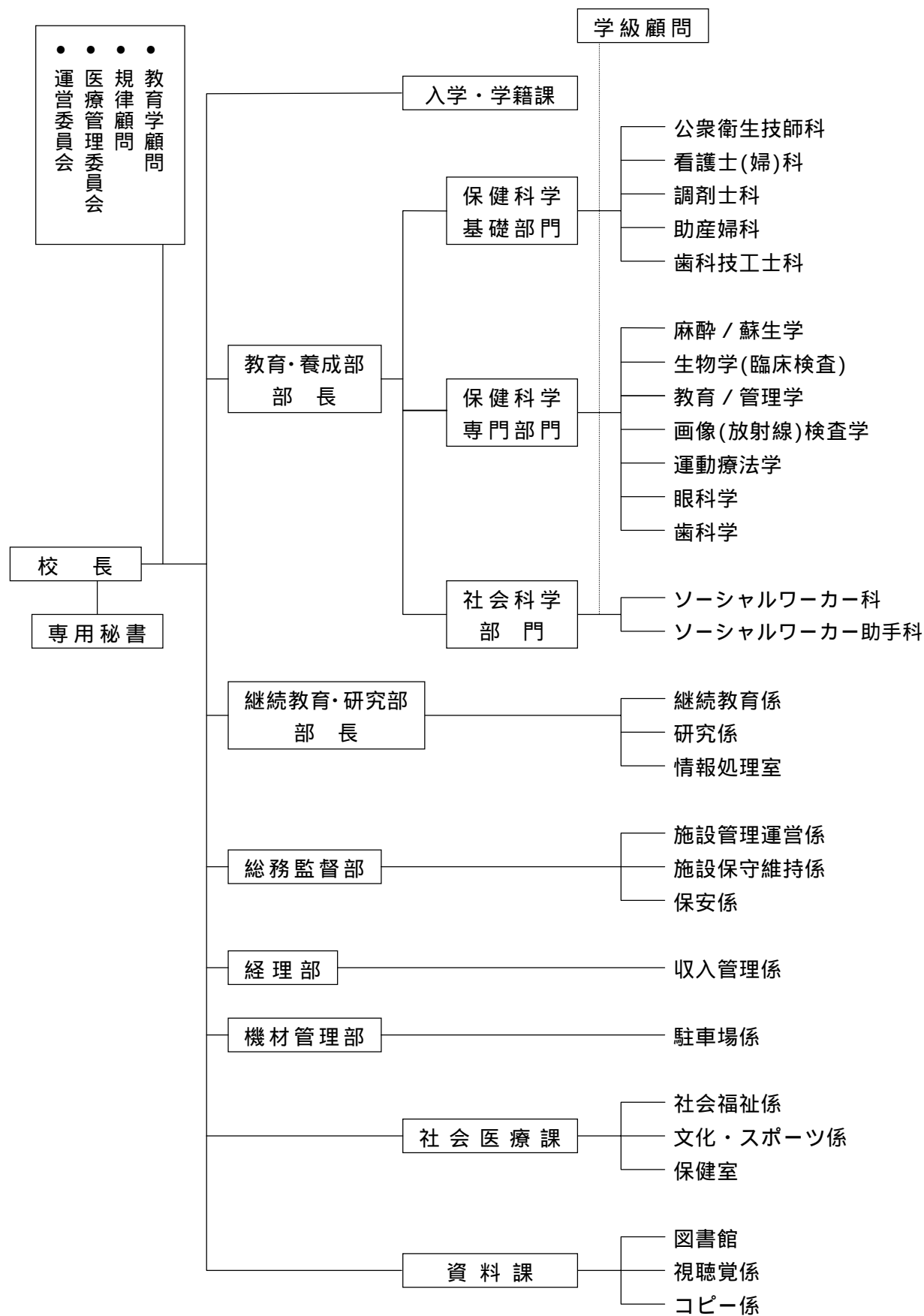


図 4 - 1 ENDSS組織図

4 - 3 - 1 ENDSS本校

現在の校舎は1982年にEUの援助により完成したもので、本来は国立看護学校としてのみ建設されたため、施設が狭小であり、敷地にも限界がある。敷地内には、3階建ての教育棟が1棟のみあり、1階は講義室のみ、2、3階に実習室、セミナー室があるが、実習室といえるものは歯科技工士、調剤士用の簡単なものと保健科学専門分野の歯科上級技師の臨床実習室以外にはなく、看護・助産の実習には講義室に模型を運んで教えているとのことである。その他には管理棟、図書館、大講堂が1棟ずつ、食堂、学生の休憩室、バスケットコートがある。本来、学生用宿舎として建てられた3階建ての2棟があるが、現在は、セミナー参加者等の宿泊と教員室、保健室として利用されている。学生用宿舎は経費がかかりすぎるとの理由から、政府決定で中止となったそうである。

こうした現状から、日本に対し、多目的実習棟の建設と教育機材の無償資金協力が要請され、2001年11月に交換公文(E/N)締結予定で進行中である。

< 初期教育 >

2000 / 2001年の在籍学生総数は保健科学基礎部門285名、保健科学専門部門166名、社会科学部門113名の合計564名である。うち73名は留学生で、その主な国籍をみると、ガボン、モロッコ、チャド、ベナン、ブルキナ・ファソ、カメルーン、マリ、コモロ、さらにフランス、スイス、コロンビア、チリなど世界中から集まっている。特に専門部門については西アフリカ全体のトップレベルにあるとされているため、留学生が多くなっている。上述のように学生宿舎が廃止されたため、現在ENDSSでは学生の地方での実習の移動（バス）以外の援助はしていない。ただし、地方での実習には宿舎提供（無料）と食費（1500FCFA / 日）支給をしている。なお、新政権の政策により、ENDSSの授業料は来年値下げ（セネガル人4万→2万FCFA / 年、外国人65万→60万FCFA / 年）予定である。

海外からの留学生の募集方法としては、これまでの卒業生による口コミ、OMSを通じた組織的入学（1992年のENDSS統合前の1校はOMS援助による外国人学生のための学校であった）、国際機関（OMS、UNICEF、UNFPAなど）の奨学生、インターネット情報、がある。

カリキュラムに関しては過去にOMS、USAID等の支援で改訂を行ってきたが、現在は独自の努力でモジュール方式によるカリキュラム開発を行っている。特に実際の医療現場で役に立つ技術・能力を養成するようなカリキュラム内容とすべく努力が続けられている。実習を十分に行えないことが現在の問題点であり、学内実習も不十分であるが臨床実習は現場任せの面が強く、監督や評価がほとんど行われていないことが課題とされている。

今回の調査では歯科についてのみ、学内実習を視察する機会があった。

< 歯科クリニックでの実習 >

ENDSS本校内にある唯一の臨床実習施設であり、専門部門の歯科上級保健技士となる生徒が学んでいる。学生用の歯科診察台が6台、歯科医師が治療を行うユニットが2台ある。実習内容はすべて点数をつけて評価される。生徒1人ずつに成績表が備えてあり、処置内容ごとに必要な実習数（＝患者数）が決まっている。う歯（カリエス）の深いもの（歯髄にかかわる処置）は行わず、その場合は歯科医師が行う。患者が足りないことはないが（視察時も、待合室はかなり混んでいた）、しかし必要ならば近くの小学校に行き、CM2（5年目、最上級生）の生徒で歯科処置の必要な者をつれてきて無料で処置する。一般の患者は初診500FCFA、その他の処置はすべて2000FCFAのみで、患者は最高2500FCFAしか支払う必要がない。教育機関であり、しかも国立ということから採算は考えていないとのことである。

なお、新教育棟（無償案件）が完成すると、母子保健教育用のクリニックが新設される予定である。

< 継続教育 >

政令により、ENDSS内に研究・継続教育・調査部が1998年から存在しており、その目的は、永続教育により人材開発や、ENDSSにおける対象集団や労働市場、組織された集団の人材開発を促進すること、保健分野における研究・調査を指導し促進することにある。しかし、継続教育担当者はまだ1名しか配置されておらず、十分に機能しているとはいえない。

ENDSSの継続教育の任務は、直接PSレベルなどの人材教育を行うのではなく、継続教育のモジュールを作製し、TOTを行うことである。その後は州・県医務局がFormation en cascade（滝式教育：Région→CS→PS→Case de Santé）を行うことになっている。現在はアラカルトで需要に応じて州病院職員等への教育を行っている。こうした継続教育の費用は州病院が払っている。

これまでの継続教育はENDSS本校内で行った。また、新教育棟（無償案件）が完成したら、今の教員棟を改造して継続教育用の教室・宿舎とする予定である。

< 教員 >

現在、常勤教員は39名、非常勤教員は260名おり、常勤教員のいない学科は専門部門のみで、麻酔／蘇生学、生物学（臨床検査）、画像（放射線）検査学、運動療法学、眼科学の5科であるが、これらの教育責任者は、運動療法学は国立整形外科装具センター長、他の4科は医学部の担当教授が兼任している。ENDSSの臨時教員は公務員であり、給与支払いは行わない（科目によりフランスのcoopérantも含まれている）。臨時教員の数は1998年から増加した。その理由は、よりよい教育内容とするため、教育テーマごとに最適な者を能力別採用することに

なったためである。

常勤教員についても、その教育能力向上のため、積極的に研修を行っている。特に世銀の援助によるENDSS教員のカナダへの専門研修（３年間）が進行中で、これは５年で10名送る予定であるが、現在（３年目）７名が研修中で、今年最初の修了者が帰国する。各々の研修場所（大学）は研修の決定した者が自分で決めている。

< 予算・財政状況等 >

予算は国家予算と独自収入に分かれる。独自収入は運営委員会（Comité de gestion）が管理する。過去２年では国家から約６割、独自収入約４割、国家予算は正職員の給与と運営費がほとんどであり、独自予算は機材の購入、学校独自の使用人給与、その他国家予算で不足する運営費用にあてている。なお、電気料は本省が直接支払っているとのことである。これ以外に、ドナー提供の特別予算がある。（資料21）

独自予算分が毎年赤字になっている点を質問したところ、1998年が黒字で繰越金があり、昨年までは繰越金が生じているとの返事。その金額をみると、2001年度決算は確実に赤字となり繰越金は生じなくなると思われるが、そうした点への考慮は校長、経理担当者ともまったくなく、「この学校は公的なものだから、収益を上げるということは考えなくてよい」との返事のみであった。

無償実施後のメンテナンス費用等に関し、DIEM担当者は「ENDSSは公的機関であり、本省が必ず負担する。新しい機材の維持管理費、消耗品代の計算はまだ結果は出ていないが、保健省で支出するのは間違いがない」との返事であった。

ドナー提供予算は機材購入、セミナー開催にかかわるもので、世銀とUNFPAのみがあげられていた。台湾、OMS、アフリカ開発銀行の奨学金予算は保健省教育部に対するもので、ENDSSへの予算ではないとのこと。2000年予算でUNFPAより提供されたリプロダクティブ・ヘルス教育用機材等が近いうちに整備される予定である。

世銀提供の機材はCHUに置くものであるが、現在のところCHUに置いてある実習用機材はないとのこと。これらを含め、日本の無償供与機材もCHUに置く予定のものがあ、維持管理計画について聞いたところ、各実習の責任者あてにリストを作成しサインさせて、年１回の棚卸しで確認するとの返事。また大学医学部の機材もCHUに置かれこれまで維持管理されているので、それを参考にして行うし、CHUにはメンテナンス要員が配置されているのでむしろ心配ないとのこと。

4 - 3 - 2 コンボール分校

ダカールから約100kmはなれたコンボール市にある、ENDSSの分校で、公衆衛生の技師・技

術者を養成している。

生徒は地方出身者が多く、卒業生のほとんどは保健省の衛生部（Service d'Hygiène）に就職する。

校舎は1962年建設のため、常に補修工事を必要としている。

コンボール校がENDSS本校に統合されなかった理由は、主に この地方での現場実習で経験が蓄積されており、公衆衛生の実習にはダカールより地方のほうが適していること、生徒の寄宿舍もあり、インフラが整っていること、の2つである。

全体で100名の学生受け入れ能力があるが、在籍は49名のみ。入学試験の倍率は高く、しかもPNFのなかで公衆衛生技師の数がきわめて不足しているとされているのに、なぜ生徒数が少ないのかと質問したところ、入学定員はすべて上から決められてくるとのこと（彼はDERFの教育課が決定していると理解していたが、実際はENDSS校長が決定しているらしい）。なお、学生の授業料はENDSS本校と同じである。

先方の要望につき優先順位を確認する。

1 番は、無償資金協力調査団に要請した機材。

2 番目が専門家の派遣による技術協力。職種は水質検査、食品衛生検査等のできる検査技師とIEC専門家の2名。校長は以前ZiguinchorでJOCVと働いた経験があり、JOCVの活動を高く評価しており、上記2名は専門家でなくJOCV隊員を考えている模様。

3 番目が地域保健研修センターの新築と機材整備。その機能は、地域保健ボランティアの育成研修、ENDSSの学生への研修、公衆衛生担当者の再教育などである。

4 - 3 - 3 プロ技についての意見交換

この学校は、セネガルにおいて唯一の公的医療従事者養成施設であり、プロ技実施が最も有望な機関である。校長および管理部門責任者と面談しプロ技のスキーム等について説明後、意見交換を行う。

プロ技実施の可能性について、次のような意見が聞かれた。

- 1) プロ技実施は大歓迎である。特に、基礎部門の看護婦および助産婦養成コースでの実習教育に対する協力を希望する。
- 2) 教育内容において、政府の方針として救急全般と地域保健強化がうたわれており、この分野の教育に重点を置く方針である。コンボール分校に地域保健に関する実習施設を建設するという構想があるが、まだ具体化していない。ここでは、ENDSSの学生実習のみならず、地方の若いボランティアへの教育を行って、各村へ返すという考えをもっている。
- 3) 地域保健の人材育成については、保健省の2局がかかわる。調査・研究・教育局教育課と地域保健局がそれに当たる。

- 4) ENDSS内の継続教育部門には、現在1人しか配属されていない。
- 5) 技術協力（専門家）の必要性については、JICAに対し2000年暮、専門家派遣の要請済みである（看護実習、助産実習、AV機器、臨床検査実習、画像診断実習）。このほかに、必要とされる専門家は、学校運営（特に経営管理）、メンテナンス、歯科上級技師、歯科技工士がある。眼科と社会医学（ソーシャルワーカー）コースにおいては、必要ない。
- 6) ドナーは、UNFPAのみ介入している。

4 - 4 カオラック研修センター

PNFのなかで、継続教育に関して、ENDSSとの連携を強化し継続教育の拠点としていく記述があったため、プロ技で介入する可能性を考えて訪問した。

現在はカオラック州医務局の管轄下にある。

< 歴史 >

1978年のAlma Ata宣言に基づき、医療状況の変化に対応するため、プライマリー・ヘルスケアで働く保健医療従事者や伝統的治療師などに再教育、補完教育を行うことが必要になった。その目的のためにCFKを建設することとなり、USAIDの援助により1984年12月18日に開設された。ここでの教育を通して、全国的な有病率低下、死亡率低下に寄与することがCFK機能の主目的である。USAIDの援助（プロジェクト）が続いた1978～1988年の間は、栄養失調対策プログラムなどを実行していた。

< 目的 >

以前は衛生教育のサービスが主体であったが、1987年に2番目の建物（宿舎）を建設し、以下の5項目をセンターの目的としてきた。

- 1) 国全体の保健医療従事者の必要性を調査・特定し、それに応える。
- 2) 2州（カオラック、ファティック）での再教育を保証する。
- 3) 再教育に必要な機材・教材・資料を提供する。
- 4) 保健医療関連セミナーに場所を提供する。
- 5) プライマリー・ヘルスケアに関するオペレーショナル・リサーチを導入する。

< センターの試行期間 >

USAIDの援助が終わった後、1989年3月の政府決定で、1989年4月から1992年9月まで人件費が払われずに、CFKが自立できるかどうかの試行期間が置かれた。その結果、完全な自立は無理と判断され、半自立の施設となった。

< 現在の活動 >

上記目標の1)、2)が主となっている。4)は保健以外の分野にも広げている。

< 人材 >

保健省派遣：1名（センター長、資格は上級保健技師）

現地採用：6名（機材管理、施設管理、食堂、その他）

< 機材 >

OHP 4 台ほか簡単な物のみ、AV機器は老朽化のため使用不能。

< センターの管理運営 >

政令911355（1991年11月6日）により規定されている。

国家予算は運営費の一部、センター長の人件費のみである。収入は保健医療およびそれ以外の人間の教育（セミナー開催）による収入と、宿舎＋食堂もあり、セミナーの講師等が使用、これらの収入は地方医務局長とセンター長が管理し、CFKの運営費にあてている。USAIDや他ドナーの援助は現在まったくない。

< 今後の計画 >

これはPDISの地方版に記載されている。教育用機材、車両（巡回指導、生徒の移送）、コンピューターの導入、ENDSSとの連携強化があげられる。

現在あるAV機器は15～6年前に購入した物で、もう老朽化して使えない。

< その他：質疑応答 >

州レベルの研修センターがあるのは他州ではタンバクンダのみ、しかし建物だけで人員がおりず機能していない。Saint-Louisに研修センターがあるとは聞いていない。市役所、ホテル、その他の施設を使用して研修を実施しているはずである。各州には地方医務局幹部団があり、そのなかに研修担当者がいて研修を実施することになっている。

ENDSSとの関係では、ENDSSの分校になりたいとは思わない。現在うまく運営されており、このままでよい。現在のENDSSとの関係は主に看護・助産の2・3年生の地方研修を受け入れているが、その研修場所の調査（今はENDSSが実施）をむしろCFKが主体的に行いたい。またENDSS卒業生で当地方に配属された者がCSやPSに赴任する前に2週間の導入研修をここで行いたいと考えている。（地方医務局長）

また州医務局では、この地方で働く保健医療従事者の研修要求を解析し研修計画を作成し、

本省に予算請求している。(PDISのことらしい)

USAIDのプロジェクトでは地域の人材 (personnel communautaire) の研修を行っていた。試行期間後、半自立となってから (1992年～) ここで行う研修教育 (FC) の数も収入も増加している。昨年のFCは54組織 (structure) で、うち20 (37%) が保健分野であった。全体でのCFK使用日数は198日であった。1995年に現在の州医務局長が赴任してきたときはひどい状況であったが、徐々に改善してきている。たとえばセミナー室にエアコンがなく、セミナー開催者は他の市中の施設 (ホテル等) を使用していたが、独自予算でエアコンを設置したり、機材を整備している。

また、このセンターが作成したマニュアルが全国的に使用されているものもある (資料26、28)。

本省DERFの教育部長の考えは、ここに州教育班を置き、州レベルの研修活動をより強化したいとのこと。

< 施設視察 >

セミナー室 (50名収容) 小会議室 (コンピューターセミナーのため、業者が7台のコンピューター設置) 図書室 (現在、州医務局改修中のため州医務局長の診察室として使用中) AV室 (現在、待合室に暫定使用) 宿舎と食堂 (40名収容、冷房と冷蔵庫・トイレ・シャワー付き 8000FCFA / 日、天井付き扇風機と蚊帳つきの部屋 (2床) 5000FCFA) TELE-FAXセンター (FAXは故障中)。

4 - 5 Diourbel国立医療機器保守管理技術者養成校 (CNFTMH)

(資料29参照)。GTZの援助により1983年創設、1993年の大統領令により公的学校として認可された。現在行っている教育は3種に分けられる。第一は初期養成教育 (3年) 第二は補完教育 (1年コースと、4～6カ月のアラカルトコースがある) 第三は研修・再教育のためのセミナー (5～6日) である。現在の生徒数は、3年の初期養成コース計16名 (セネガル人のみ) 1年の補完コース2名 (他国人のみ) 6カ月補完コース23名 (他国人のみ) 研修修了者は昨年207名。近い将来、上級技師コースを開設予定である。

GTZの援助は1983年から3年ごとに5回行われたが、現在はフォローアップ期間 (2000～2004年) で2004年以降は全面的に撤退予定である。医療機器保守管理技術者に対する西アフリカ全体の需要が大きく、年間50名の生徒を養成するための増築・機材整備計画 (約8億円規模) ができているが、GTZにはもう頼れないため、ドイツ側の許可を得てから日本に援助申請を行った。これが実現すれば、裨益人口は西アフリカの総人口7000万人である。

4 - 6 民間の保健従事者養成校

ダカール市内の2校とティエス市の1校が保健省との協力関係にある。そのほかに実態のよくわからない学校もあるらしいが、保健省では情報が得られないとのことであった。今回の調査ではダカールの2校のみ訪問した。ティエスの1校は未訪問であるが、聞いたところではカトリック系であり、校長は元ENDSS教師とのこと。各校に共通した問題点は、学内実習用の機材が不足していることと、臨床実習を受け入れてくれる病院が少ない、あるいは受け入れてくれても(CHUなど)国立の生徒と違い、十分に面倒をみてもらえないことである。

<Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal : APSPCS>

1986年創設。保健省の依頼で多目的保健要員(Agent de Santé Polyvalante、実際上は補助看護師(婦): Infirmier auxiliaireとして働いている)を養成している。25~30名×2年の養成で、現在6回目の養成中である。毎年学生募集しているのではなく、2年ごとの募集である。当初はカトリック信者のみ受け入れていたが、国家の事情から今はそれ以外の学生も受け入れている。保健省の要請があり、今後事業を拡大してIDE、SFEも養成する計画があるが機材などはない。カトリック教会の方針として貧困地域や僻地を優先的に考えており、学生もそこからの者を優先させている。現在の学生29名中22名が僻地出身。職員も学生も女性が大半である。授業料も安く、当初1万5000FCFA/年であったが、今は3万FCFA/年、しかし厳しい経営状況である。昼食は無料提供だが宿舎はない。

校内を視察すると機材はあまりないが、全体にきわめてきれいに使用されており、掃除が行き届いている(公立と対照的)。イタリア人シスターによれば、「何も物がなくてもできる衛生は掃除だ。だから学生にはしっかり掃除を教え、自分たちでさせている」とのこと。

この組織はセネガル国内に11の保健ポストを有すとのことだが、学生の実習はダカール市内で行うことが多い。地方の保健ポストでの実習には移動費用がかかるため、それほど多くない。しかし、卒業生はそこで働く者が多い。

<INSTITUT SANTE SERVICES : ISS>

生徒数約300名(国籍12) 上記校と異なりここには地方からの生徒はほとんどいない。

また授業料も高く、科目により異なるがENDSSの6~12倍(資料25参照)で、6学科の養成を行っている。

1987年から養成を行っており、ダカール中の病院に必ずこの卒業生がいるとのこと。

IDEの試験はENDSSにて行う。IDEおよび、SFE(今年から開始)生物学(臨床検査)の上級保健技師の3学科が入学にBACが必要で、修業年限は3年、卒後に国家試験を受けることになる。ちなみにIDEの合格率は、1999年は15名中14名合格(93%) 2000年は23名中21名(91%) SFEの試

験は3年後からである。他の3学科は中学卒業で入学可能であるが、修業年限は臨床検査技師が3年、補助看護師（婦）と育児学看護師（婦）は2年である。

教師陣はCHUやENDSSからの臨時講師と専任講師（各数は不明）で、ENDSSからは毎週12時間講師が来る。OMSの規定では1教師/20生徒で、15名必要だが、現在12名のみ。

実習はDANTEC病院はじめCHUが多い。校内には機材は少ない。

カリキュラムは各科とも国の正式な基準に基づき公認され（validé）ている。上記国家試験以外に、学年末試験や卒業試験の判定もすべて保健省と国家教育省が共に監督している。

4 - 7 ダカール大学医・歯・薬学部

西アフリカでは歴史と伝統を誇る大学であり、コートジボアールの初代大統領で仏語圏アフリカ諸国の独立の英雄とされる Houphouët-Boigny が学んだことでも有名である。1916年に、Jules Carde 医・薬アフリカ学校として創設され、1962年に医・薬学部となった。さらに1970年からは歯学課程が加わり、現在に至っている。

医学課程は7年間、歯・薬学課程は5年間のコースであり、各々7年目、5年目に博士（卒業）論文を仕上げなければならない。さらにその上のコースとして4年間の専門的なCES（これが日本での博士課程に当たる）コースがある。

学生数は現在3292名（医学2016、薬学1076、歯学189）うち1年生は1124名（セネガル人839名、他国籍人285名）である。この数字からは落第や退学者の多いことがうかがえる。CESコースには細菌・ウイルス学、一般外科、精神科、口腔外科、小児科、循環器、眼科、麻酔・蘇生科、産科、ハンセン氏病科、耳鼻咽喉科、予防・社会歯科、寄生虫学などがあり、約350名が在籍している。

教員数は全体で253名、教授クラスが86名、助教授クラスが50名、講師・助手クラスが117名である。

財政状況は困難を極めており、解剖学の実習などはもう15年間も行われておらず、機材も完全に老朽化して動かない状況にある。特に1994年のFCFA切り下げ以後は困難が増強しており、施設の維持管理も難しくなっている。

ENDSS生徒への教育は主に保健衛生専門学科を対象としており、生物学（臨床検査）、麻酔・蘇生科、眼科、画像診断（放射線診断）、薬学、調剤、歯科、歯科技工士のコースの講義・実習の指導に学部の教員が責任をもっている。講義・実習を行う場所は学科により学部、ENDSSあるいはCHUと異なっている。

5. 地域保健関連の組織・施設

全国10州に分けられた地方組織を中心に、州を中核とする医療圏が形成されている。各州ごとに地方病院（州病院・県病院）を州内トップレファラルとした医療システムをもつ。各州は2～4県に分かれ、基本的に各県ごとに県病院をもつとされているが、未整備である。PDISでは、医療施設へのアクセス改善を目的に、以下のような活動計画を打ち出している。

- 1) 今後、保健ポスト（PS）を245カ所、保健センター（CS）を5カ所、地方病院を3カ所新設するとともに、既存施設の改修を行う。保健ポストにおいては人口1万1000人当たり1保健ポスト、保健センターは人口15万人当たり1保健センターの建設を予定している。
- 2) コルダ州に州病院を建設し、すべての州に州病院を確保する。
- 3) 社会保障のカバー率を改善する。
- 4) すべてのレベルにおいて保健にかかわるインフラを整備する。

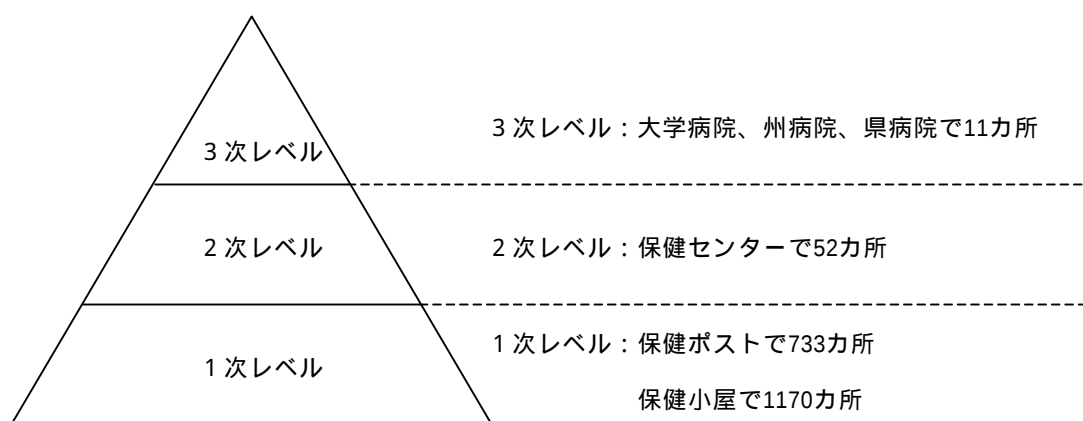


図5 - 1 医療システム

5 - 1 州・地域（県）医務局

各州ごとに保健分野に責任をもつ機関として、州医務局が設置されている。この管轄下に各地域（県）ごとの地域（県）医務局が設置されている。近年、地方分権化により、州レベルの保健計画策定も、州医務局が行っている。

以下に、今回訪問した州医務局および県医務局で得た情報を記載する。

5 - 1 - 1 タンバクンダ州医務局

タンバクンダ州は、4つの県（Boakel/Gouding/Kedoufou/Tamba）からなり、人口は約50万人である。タンバ県のみ面積は2万328km²、人口26万人が住んでおり、人口密度は7.9人/km²と散在している。

管轄下には、保健センター 1 カ所・都市型保健ポスト 3 カ所・農村型保健ポスト 20 カ所・保健小屋 120 カ所がある。保健小屋においては、機能しているところは 20 カ所のみである。州医務局には、医師 2 名・総務管理 1 名・助産婦 1 名・予防接種担当 1 名・プライマリー・ヘルスケア担当 1 名・保健教育（IEC）1 名が配属されている。

州内におけるドナーの活動としては、Africare が来年度から活動を始める予定がある。また、カナダが、保健ポスト全体で HIV/AIDS 対策、18 の保健ポストで IEC の活動を行っている。

5 - 1 - 2 カオラック州医務局

カオラック州は、面積 1 万 6000km²、人口 120 万人、人口構成は若く、58% が 20 歳以下、人口密度は 55 人 / km²、気候は乾燥して暑く、雨期は 4 カ月（7 ～ 10 月）、年間降雨量 850 ～ 1000mm、大西洋からの入り江が 2 つある。

保健行政上は 4 地区に分かれる（Kaolack、Niole、Kafline、Kungo）。前 2 地区は行政上の県に対応しているが、後 2 地区は行政上の Kafline 県を 2 つに分けたものである。

各地区には 1 保健センターと数カ所の保健ポストがあり、さらにカオラックには州病院 1、私立病院 2、開業医 4、非営利の民間保健センター 1 がある。

保健センターには医師 2 名（Niole のみ 1 名だが、近く 2 人目配属予定）と数名の IDE、助産婦（SF）がいる。

保健ポストには最低 1 名の IDE がおり、ところにより SF もいる。

州医務局に属する組織は、地方風土病対策部、衛生作業班、地方検査室、母子レファラルセンター、教育センター、研修センターがある。

5 - 2 州病院、県病院

州・県病院共に管轄地域のトップレファラル病院としての機能をもつ。また、地方分権化に伴い、州・県の保健分野について責任をもつ機関となっている。

ダカールにおいては、ENDSS の学生が臨床実習を行っており、教育機関としての役割を果たしている。

5 - 3 保健センター

設置基準として各県ごとに最低 1 カ所あるが、そうでない地域もある。2 次医療施設である保健センターには、医師が最低 1 名配置されており、入院施設をもつ。診療はほとんど看護師および助産婦が行っている。県内にある保健ポストの監督を行う機能をもつ。

以下に、今回訪問した保健センターで得た情報を記載する。

5 - 3 - 1 タンバクンダ保健センター

この保健センターの人材は、医師 2 名・上級歯科技師 2 名・看護師 3 名・助産婦 1 名・検査技師 1 名・補助看護師 6 名・衛生技師 2 名・マトロン（産婆）4 名・保健ボランティア 7 名・用務員 2 名・雑役夫 2 名・運転手 2 名が配置されている。

ここで行われているサービスは、診察・家族計画・産前検診・予防接種・衛生教育・検査室・薬局・入院施設（24ベッド；うち感染症用に 7 ベッド）・分娩（100 件 / 月前後）・結核対策を行っている。患者数は、全科合わせて、約 115 人 / 日前後である。手術は行っておらず、近郊にある州病院が行っている。助産婦 1 名では、月 100 件前後のお産に対応できないのではないかと問うと、マトロンや保健ボランティアが手伝うので大丈夫であるとのことである。

概要説明を受けた後、視察する。施設内には、県管轄の研修センターが新設されており、新設後初めての研修（HIV/AIDS）が行われるところであった。州管轄の研修センターは機能していないが、県管轄の研修センターは機能している様子がうかがえた。

また、施設は全般に整理整頓されているが、医療機材の不足や老朽化が多くみられた。特に、地域のプライマリー・ヘルスケアを担当する部署は、機材とともに施設やスーパービジョンに必要な設備の不足が深刻であった。

5 - 3 - 2 カオラック県医務局、Kasnak 保健センター

Kasnak 保健センター内にカオラック県医務局が併設されている。

カオラック県には、保健センター 1 カ所、都市型保健ポスト 11 カ所、農村型保健ポスト 15 カ所がある。県下の保健医療従事者の人員は、以下のとおりである。

保健センター...医師 2 名・歯科医 1 名・看護師 7 名・助産婦 3 名・補助看護師 4 名・

上級検査技師 1 名、上級歯科技師 1 名

都市型保健ポスト...看護師 7 名、補助看護師 4 名

農村型保健ポスト...看護師 4 名、助産婦 2 名、補助看護師 11 名

この保健センターの機能は、診察・予防接種・超音波検査・助産（11 ベッド）・産前産後検診・HIV/AIDS・家族計画・総合検査室・歯科・入院病棟（13 ベッド）・小児・救急・結核対策・衛生サービス・薬局・事務部門がある。

この保健センターでは、新患 5 万 4550 人 / 年、総診察数は 7 万 1679 人 / 年である。主な疾病は、マラリアである。分娩は、約 120 件 / 月である。

5 - 4 保健ポスト

都市型と農村型保健ポストに分けられ、県都となる都市にあるものは都市型、それ以外の所にあるものは農村型とされている。地方保健委員会によって運営されている。医師はおらず、看護

士が管理責任をもっている。近郊に位置する数カ所の保健小屋の監督を行う。

以下に、今回訪問した保健ポストで得た情報を記載する。

5 - 4 - 1 Dépot都市型保健ポスト（タンバクンダ州）

この保健ポストに配置されている人材は、看護師長 1 名・看護師 1 名・保健ボランティア 3 名・薬剤管理 1 名・用務員 1 名である。このうち、保健ボランティアの 1 名と薬剤管理、用務員の計 3 名はタンバクンダ市役所から派遣されている。また、看護師 2 名は国家から給与が支給されているが、残り 5 名は管理運営委員会が給与を支給している。

ここで行われているサービスは、診察・予防接種・家族計画・衛生教育（IEC）・産前検診である。診察する患者数は、月によってばらつきがあり、2001年 3 月は744人であった。ちなみに、2000年10月は1231人、2000年 9 月は762人、2000年 8 月は1300人であった。管轄する保健小屋は 2 カ所で 4 カ月前から機能している。それは、デンマーク赤十字が援助に入り、可能性の調査から始め、保健小屋の建設、衛生担当や治療担当のボランティアへの教育を行った。ただし、ボランティアへの教育は、保健ポストの看護師長が担当した。

継続教育受講の有無を問うと、数多くのセミナーを受けているとのことであった。その内容は、予防接種・家族計画・HIV/AIDS・オンコセルカ・マラリア等とのことであった。

5 - 4 - 2 Sinthiou Malèm農村型保健ポスト（タンバクンダ州）

この保健ポストに配置されている人材は、看護師 1 名・会計係 1 名・マトロン（産婆）2 名・雑役婦 1 名である。ここで行われているサービスは、診察・予防接種・産前検診・家族計画・出産・衛生教育である。管轄する保健小屋は 4 カ所あるが、実質上 1 カ所しか機能していない。そこには、アメリカのPeace Corpsが入っているとのことである。

看護師はENDSSを卒業し、約17年間この仕事を続けている。継続教育の必要性について質問すると、以下のような回答があった。

継続教育受講の有無...あり

受講回数...約15回

受講内容...家族計画・HIV/AIDS・予防接種・母子保健等

主催者...保健省・県・UNICEF・UNFPA等

継続教育の必要性...絶対必要

必要な理由...勉強したことの多くを忘れていくことがある。また、新しい技術等を習得するため

必要な内容...家族計画・機材メンテナンス・病気の治療・情報処理等

研修受講に関する問題点の有無...あり。交通費がない。代わりに保健ポストを運営する

人材がいない。

5 - 4 - 3 Keur Soce農村型保健ポスト（カオラック州）

この保健ポストは、看護師 1 名、薬剤管理人 1 名、マトロン（産婆）2 名が配置されている。運営費は、患者診療費で賄っている。施設は1968年に建設され、老朽化が激しく、天井が剥げ落ちてきている。電気はあるが、水道はない。

スーパービジョンの対象となる保健小屋は12カ所あるが、近隣に保健ポストが新設される予定で、近い将来管轄する保健小屋が減る見込みである。保健小屋へのスーパーバイズは、各小屋に 1 回 / 月行っている。患者数は、現在15～20人 / 日であるが、雨期にはもっと多くなる。診察料は100FCFA（＝約16円）である。

看護師は50歳で、ENDSSの前身である国立看護学校を卒業し、約30年間この仕事を続けている。継続教育の必要性について質問すると、以下のような回答があった。

継続教育受講の有無...あり

受講回数...数日間のセミナーを含めると数え切れないほど受講

受講内容...HIV/AIDS、下痢症等数多く受講

主催者...保健省、USAID、MSF（国境なき医師団）、Africareその他NGO

継続教育の必要性...絶対必要

必要な理由...新しい技術等を習得するため

必要な内容...HIV/AIDS、マラリア、下痢症、ハンセン氏病、結核、EPI、栄養、リプロダクティブ・ヘルス、出産、疫学、感染症コントロール、保健ポスト運営管理等

研修受講に関する問題点の有無...特にない。セミナー受講中は、ASCやマトロンが看護師の代わりに保健ポストを運営してくれる。

研修参加時の日当額は、主催者により異なるが、少なくとも交通費は支給されている。もし何も支払われなくても、仕事のために参加するつもりである。ちなみに、彼の給料は、15万FCFA / 月で、これは登録看護師に対する給料規定の最高額で、これ以上増えることはない。今後、残った扶養家族の子供たちが成人すれば、逆に給料が漸減するであろう。

5 - 5 保健小屋

村落共同体によって運営されている。資格をもつ保健医療人材は配置されていないことが多く、ボランティアによる基礎医薬品の配布や予防活動が主な活動である。全国的には、約 8 割の施設が機能していないといわれている。

以下に、今回訪問した保健小屋で得た情報を記載する。

5 - 5 - 1 Sare Gayo保健小屋（タンバクンダ州）

村の人口は約600名である。保健小屋としての建物はなく、ASCの自宅に医薬品を置き、活動している。主な活動は、クロロキン・パラセタモール2種類の医薬品の配布である。また、管轄する保健ポストから看護師が巡回予防接種に来るときは、ASCの家が予防接種場所となる。

この村にはマトロン（産婆）も1人おり、共にPeace Corpsが行った研修を受講している。

ASCに対し、この仕事に満足しているか問うと、研修によりクロロキンの正しい服用法、年齢別の正しい用量もわかったし、他の知識も得た、村人の役に立てて、大変満足しているとのことであった。

5 - 5 - 2 Keur Kouthieye保健小屋（カオラック州）

Africareは、機材供与や施設の整備、ASCへの技術指導を行った。人員は、3名のASC（治療師：Secourist、産婆：Matron、生活改善普及員：Animatrice）が配置されており、Keur Soce保健ポストの看護師が定期的にスーパービジョンを行っている。また、看護師がASCに、年1回1週間の再研修をKeur Soceの保健ポストで行っている。今のところ収入が多くないため、3名とも無給で働いている。また、この3名のほか、運営委員会も村から選出されており、氏名が壁に表示されていた。

施設は2棟あり、うち主に利用されている1棟は比較的整理整頓され、保健小屋としての機能を果たしているように見うけられる。他1棟は、助産施設として準備されているが、機材はまったくなく、3畳程度の小屋が建っているだけで利用している様子はないが、4～5件/月の出産があるとのことであった。

ASCに仕事に対する満足感があるか問うと、地域住民の健康維持に携わることができ、非常に満足しているとのことであった。

6．他ドナーの動向

6 - 1 E U

セネガルにおけるドナー会議は、唯一、保健医療分野でのみ行われている。EUは、このドナー会議の取りまとめ役を担っている。

<活動概要>

(1) 介入地域

コルダ、サンルイ、ジガンショール州

(2) 活動内容

州医務局レベルの施設や機材整備、研修、スーパービジョン、管理運営、薬剤管理の援助等

(3) 活動上の問題

特にコルダ、ジガンショールでは人材不足がひどく、なかなか活動が進まない状況である。

(4) セネガルの保健政策や現状に対する意見

セネガルにおける人材育成（看護師・助産婦）については、問題がある。その問題は、養成人員不足であり、そのなかでも最も人材が不足しているのは、看護師である。そのため、ENDSSだけ考慮するのではなく、プライベート学校も考慮する必要がある。

新大統領の方針による、地域保健強化については共感する。しかし、地域保健局で打ち出している、予防推進員（préventionniste）やコミュニティーライフスペース（Espace de vie communautaire）は、まだ草案にすぎないし、あいまいな内容で、あまり現実的とは思えない。それよりも人材不足で閉鎖されている保健ポストや保健小屋の問題を優先させるべきだと思う。

6 - 2 フランス協力局

<活動概要>

(1) 活動内容

1) 機構改革...これは、PDIS枠内のもので、病院組織の再編成や管理運営の研修を行っている。病院における専門科への教育としては、CHUに麻酔科医1名、外科医1名等が入っている。

2) 保健省への援助（アドバイザー）

3) ダカール近郊での保健センター運営

4) エイズ対策...これは3つの戦略からなる。

安全輸血の確立（血液銀行への援助）

性病対策

エイズ患者への治療...これは日和見感染の治療が中心であるが、抗レトロウイルス薬の使用も行っている。また、匿名で無料の抗体検査を行っており、各州に2～3のHIV検査センターを設置予定である。

教育研修に関していえば、病院機構改革のほかに、健康と開発研究所（ISED）での公衆衛生の教育を行っているが、ENDSSには以前臨時講師等を派遣していたが、2年前に中止し、今はまったく行っていない。

(2) セネガルの保健政策や現状に対する意見

PDISについては、計画を進めることが保健省の具体的課題となっている。そのため、ドナーと保健省の会議は何回も行われているが、十分にPDISが進んでいるとはいえない状況である。この障害となっているのは2つあり、予算不足と人材不足である。IMFの構造調整政策により、セネガル全体として公務員を削られ、増員できない。保健省のみ例外であり、毎年250人新採用できるが、退職者を再雇用したり、臨時職員を正職員にするため、250人全員が新卒者とはなっていない。

セネガルの保健人材育成については、ENDSSだけでは供給不足という現状がある。そのため、プライベート学校（主に看護師）での育成も必要な状況である。

保健省地域保健局は新しいセクションで、旧来の部署から関係する課をいくつか集めて構成されている。その組織をどう構築していくのか、まだ困難があるだろう。政治的方針も、まだよくわからないところがある。地域保健という概念はよいと思うが、もっと現実的で合理的な計画を立案していく必要があるし、現在働いている保健医療従事者にも、地域保健や予防という考え方を浸透させる必要がある。また、地域保健に関する政策は、縦断的なものではなく、社会分野を含む横断的なものでなければならない。

(3) JICAプロ技へのアドバイス

セネガルの保健医療を担っているのは、看護師および助産婦であるので、彼らの教育支援はよいと思う。しかし、継続教育はあくまで初期教育に対する補完であるということを踏まえて行うべきである。

他ドナーとのよりよい協調のため、月1回EU主催のドナー会議に出られるとよい。

6 - 3 OMS

< 活動概要 >

(1) 活動内容

OMSとしてはセネガルでの人材育成への関心は高く、PNFの作成に協力した。もちろんPDISの実行にも協力している。人材の問題は根源的な課題であり、これが成功するように働きたい。教育技術面での支援が必要であり、OMSではカナダへの教員派遣（留学）に協力している。

(2) セネガルの保健政策や現状に対する意見

PNFについてはその評価・分析を行いながら、計画を進行させる必要がある。また人材を育成するだけでなく、人材の雇用が保証されるような対策も必要である。医療技術者の不足も問題だが、PNDS、PDISを推進させるためにはすべての分野での人材不足が障害となっている。公的な育成機関のみならず、民間組織も活用して人材育成能力を高めなくてはならない。ENDSSのみでは、教員数や生徒数共に需要に応えるには困難となっている。特にIDEが最も足りないので、ENDSSのできる限り養成するだけでなく、民間校での養成が必要になっているが、この面での政策はまだ不十分である。現在3私立校があるがまだ不十分であり、また私立校は実習能力や教育内容の確実性で問題が多い。ENDSSはもっとそのキャパシティを拡張する必要があるし、専門科目も拡充する必要がある。

(3) JICAプロ技へのアドバイス

OMSの予算も人材も限られているので、ぜひ日本に協力してほしい。

この分野では、継続教育の強化が大切であるが、ほとんど行われていない。ENDSSが行うべきであるが、人材が不足しており、行えずにいる。

民間校に関しては、一般的教育はずっと以前から行われているが、技術（職業）教育が行われるようになったのはこの10年くらいのことである。したがって非常に弱く、看護学校も常勤教師が少なく、ほとんど非常勤で賄っている状態である。また実習能力が低く時間数の少ないことも問題であり、臨床実習は特に問題が多い。CHUは医・歯・薬学部やENDSSを優先するので、民間の学生を十分に受け入れず面倒をみてくれない。民間の病院で学生実習を受け入れているのは、ティエスのカトリック病院のみである。

ENDSS入学資格については、現在BFEMを持っている者はほとんどバカロレアも持っている。したがって政府側はENDSSの入学資格をバカロレア所有者（高卒）とすることに賛成しているが、就職後の給与面でもめている。つまりこの国は労働者の権利が強く、高卒とするなら、公務員の給与体系上も高卒扱いにせよと労働組合が要求しており、それを認めると

ENDSS卒業者等の初任給を大幅に上げなければならず、この点で入学資格は現状のまま（中卒）となっている。しかし、実際上は受験者の大半は高卒あるいは大学中退者などである。

6 - 4 UNICEF

<活動概要>

(1) 活動内容

現在、5年間のプログラム（1997～2001年）の最終年であり、次の2002～2007年のプログラム準備中である。

子供の健康のため、特に乳児のケア、栄養と発達、ヨウ素塩、ビタミンA欠乏対策、ワクチン接種、マラリア対策の分野に特に力を注いでいる。

現在のプログラムの柱は、

保健と栄養

安全な水と衛生

基礎教育

ストリートチルドレン対策 である。

次期プログラムのなかでは従来からの拡大予防接種はもちろん、マラリア対策と小児の疾病対策を強化する予定である。また、栄養対策と重度の栄養障害児対策もいっそう強化したい。さらに単に小児対策一般ではなく、年齢により重点課題が異なるので、たとえば6歳以下であれば、健康と栄養、7～12歳では衛生教育や基礎教育、13歳以上では思春期の発達といった問題に焦点を当てる予定である。

(2) JICAプロ技へのアドバイス

保健分野での人材育成は非常に重要であるにもかかわらず、これまでセネガル側からもドナー側からも重視されていなかったと思う。地域保健従事者の不足の現状に対し、ENDSSなどのキャパシティを向上し看護師（婦）、助産婦などのパラメディカルを多く輩出させることは非常に重要である。UNICEFは直接ENDSSへの援助はしていないが、ワクチン接種のうえで、機材の保守管理、コールドチェーンの維持などの研修が必要であり、現在トレーニング（On the Job Training）を各地で行っている。ENDSSを卒業した看護師（婦）、助産婦などのパラメディカルがタンバクンダやコルダなどの保健事情が最も悪い地域で働きたがらないという問題に対しては、地域での給与を上げ、卒後は必ず地域で2～3年間働くことを義務づけるようにすべきであると保健省に提言している。新政権となり、地域保健などが優先課題として掲げられているが、基本的政策が変化したとは思っていない。PDISの実行が最も重要である。

6 - 5 USAID

< 活動概要 >

(1) 介入地域

全国 6 州の 29 保健地域 (District sanitaire) に及んでおり、これは全人口の 70 % をカバーするものである。地方分権化に伴う保健システムの再構築と地域レベルでの治療の質を保証することを目的としている。

(2) 活動内容

家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス

エイズ対策

小児の延命 (予防接種、栄養対策等)

地方分権化と保健の資金調達。各々今年からプロジェクトを行っており、2006 年まで続く予定である。

1 年目の今年は保健システムのインフラ (つまり、保健センター、保健ポスト、保健小屋) 建設や整備を行い、2 年目以降にその機能を強化し持続性のあるものとしていく考えである。このために研修教育も活動のひとつとなる。到達目標は、地域参加による管理運営の改善、医療サービスの質の改善であり、そのために技術アドバイザーを配置している。

予算の 70 % は保健地域や農村部の活動にあて、30 % を州レベルに割り当てている。

リプロダクティブ・ヘルスの分野では USAID が最大のドナーである。ほかには UNFPA が大きなドナーであろう。(資料には総額 6890 万 US ドルと記載されているが) 実際の予算はそんなに多くなく、しかも漸減していく予定である。具体的には 2001 年は 200 万 US ドルであるが、2006 年には 80 万 US ドルとなる予定である。この分野の教育としては医師 7 名への短期研修 (2 週間) を行った。ほかに現場での実地教育を行っているが、それは体系的な研修ではない。

USAID は ENDSS への協力は行っていない。

6 - 6 AFRICARE (NGO)

Africare は米国ワシントンに本部をもつ NGO で、アフリカの 25 カ国で活動している。創設は 1971 年、セネガル事務所は 1976 年開設である。組織目標は「住民の生活レベルを改善し、人々がよりよく生きるための活動を現地に根づかせ、地域レベルでの人材育成を行い、地域の小企業 (microenterprise) と小金融業 (microfinance) を発展させること」にある。

(1) 活動内容

セネガルでは現在 4 分野（保健、金融・企業開発、成人識字・基礎教育、農業・自然資源管理）でのプログラムを実施している。事務所も 4 カ所（ダカール、カオラック、タンバクンダ、ジガンショール）があるが、ダカール事務所職員が他の事務所を支援している。この 4 州のほかティエスでは水のプロジェクトを行っている。

カオラック地域保健プロジェクト（ ）を PDIS の支援で実施している。本プロジェクトはコミュニティに農業で得た利益を保健サービスに流用するよう促すことによって農村企業開発を統合し、公的なヘルスケアを受けられなかった住民をサポートしている。保健省と 8 つの農業関連企業グループとの協力で、ヘルスケアを受ける手段が閉ざされている 5 村に 8 つの保健小屋を建設している（ 5 カ所建設済み）。保健小屋で活動する地域保健ボランティア（Agent de Santé Communautaire）に対する運営管理のためのトレーニング、必須医薬品の回転資金活動の確立、エイズ、性感染症対策、疾病予防に関する健康教育を実施している。また、各保健小屋で活動する産婆（Matron）、運営管理委員のトレーニングを行っている。現在、隣接する 40 村のスタッフがマラリア対策、下痢症対策、適切な衛生に関する健康教育を受けている。プロジェクト終了時にはほとんどが女性グループのメンバーである 200 人を超える人材が育成され、保健小屋の運営は村落の運営委員会に委譲される予定である。保健小屋で働くボランティアは次の 3 者である。

治療士（Secourist）：プライマリー・ヘルスケアの実施

産婆（Matron）：危険な妊娠の発見と出産介助

生活改善普及員（Animatrice）：予防と衛生に関する地域での住民教育を行う。

各々 3 カ月（伝統的産婆として経験のある Matron には 1.5 カ月）の養成教育を行っている。また、これらのボランティアや運営管理委員の再教育（Formation de Recyclage）も行っている。本プロジェクトは保健省、地域保健スーパーバイザー、コミュニティリーダー等と協調している。2000 年にカオラック同様の活動をティエスとタンバクンダでも開始した。また、タンバクンダ州マカ地域（保健指標、保健施設のアクセスがきわめて悪いところで、雨期には通行不能なところが多くなり介入が困難な地域）に 6 カ所の保健小屋建設を計画しており、JICA に資金協力を要請している。

7．まとめと提言 - プロジェクトの可能性 -

今回の調査からは、大きく分けて人材育成と、地域保健の2テーマでのプロジェクト案、および、その折衷案の可能性があげられる。

7 - 1 ENDSSを拠点とする人材育成プロジェクト（素案1）

無償資金協力の予定されているENDSSのみを対象とするか、PNFの実行そのものにより深く関与するかで、かなり性格の異なったプロジェクトになると考えられる。ENDSSのみを対象とする場合、技術協力対象は学校教育のみとなり、教育手法、実習方法、カリキュラム作成、時間割作成、学校管理運営等の内容が主体となろう（素案1 - A）。従来型の技術協力としては取り組みやすい反面、視野の狭い活動となり、国家保健政策への関与が不明確となるおそれがある。

ENDSS（上記1 - A）を含め、PNFの推進を支援することを目的にすれば、より高い見地からの活動や、全国的に必要とされる人材育成の課題への関与、たとえば州医務局、地域医務局レベルでの人材育成（継続教育）にも間接的関与が可能となり、また、行政上のアドバイスも行うことが可能となるであろう（素案1 - B）。このように大局的な見地に立って技術協力を実施することは、わが国がめざす技術協力の方向性と一致し、より望ましいであろう。

具体的には、ENDSS内およびDERF内にプロジェクト事務所を設置する。リーダーのカウンターパートはDERF局長（教育課長）、ENDSS校長とする。看護教育、助産教育、（AV機器）の各専門家はENDSSの各部門責任者をカウンターパートとしつつ、ENDSSの初期教育・継続教育を強化するために活動する。初期教育については現存のカリキュラム見直しや新たな教育手法の導入などが中心的活動となることが予想されるが、まだ体制が不十分な継続教育については、人材確保から始める必要がある。

いずれにせよ本案は、PNFが既存の政策としてすでに実施されており今後の方向性も明確であることから、活動開始までの困難は少ないと考えられる。

（ENDSSには、世銀が中心となって奨学金制度に介入しているほか、UNFPAが家族計画に関する機材供与で介入しているのみであり、他ドナーとの重複はない。）

素案1 - A ENDSSのみを対象とする学校型プロジェクト。

素案1 - B DERFを実施機関とし、PNFの支援を目的とするプロジェクト。ENDSSのみならず、全国的な人材育成にも関与する。

7 - 2 地域保健プロジェクト（素案 2）

新大統領の意向に沿って、地域保健が主要課題となったことで、保健省は地域保健局を創設した。配下の各課は既存のものから地域保健に関係する課を集めたものであり、新設のものではない。ただし、この部署は4月29日の総選挙後に正式に発足する予定である。

地域保健局長に就任が予定されている大臣官房の第三技術参与は、この新設される地域保健局の立ち上げそのものへ日本からの援助、ならびに保健事情の劣悪なコルダ州、タンバクンダ州等への援助を希望している。しかし、この地域保健プログラムの内容は十分な関連機関の討議を経たものとは思えず、現実的ではない。したがって、地域保健プロジェクトを行う場合には、地域保健局に政策アドバイザー（個別専門家）を1～2年派遣し、地域保健政策をより実現可能なものとして具体化することが必要となろう。その後、あるいは同時に、他ドナーの介入の少ないタンバクンダ州、あるいはファティック州をパイロット地域とし、地方分権化に伴う地域保健システム強化のために活動する可能性が考えられる。

7 - 3 地域保健を柱とする人材育成プロジェクト（素案 3）

セネガル保健省は、2つのテーマ「人材育成」と「地域保健」を共に重視し、これらを組み合わせたプロジェクトを熱望している。つまり地域保健が新政権の重要課題となっているが、地域保健を強化するうえで当然人材育成も必要になるので、地域保健を柱とした人材育成を行ってほしいというものである。

具体的にはDERFを主要な活動拠点として、ENDSSのコンボール分校に地域保健研修センターを建設し、ここでの学生実習、地域保健にかかわる人材に対する研修や継続教育を行うものである。この方針は、DERF、地域保健局、ENDSSの3者共通のものであり、保健省の重要政策に則ったものとなる。しかし、問題点は、地域保健研修センターの機能（位置づけ）や必要性、研修内容、利用可能性、その他が十分に検証されているとはいえず、「地域保健」という概念のみが先行していることである。

7 - 4 その他の案

以前、内務省から要望のあった「農村母子保健プロジェクト」の実現可能性はきわめて小さいといえる。この要望の背景には、セネガルの特殊な保健事情から、地域で活躍するJOCV隊員（看護婦）が保健センターや保健ポストの看護師（婦）を対象として活動することに困難があり、内務省農村開発局の生活改善普及員を主なカウンターパートとしていたことがある。基本的に内務省には保健分野に責任をもてる部署も人材もなく、保健プロジェクトの主体とはなり得ない。地域保健プロジェクトが選択された場合に協力関係を考慮する対象としかなり得ないであろう。

7 - 5 今後の予定

- ・短期調査：2001年6月下旬～7月中旬（2週間程度）

PCMワークショップ、補足調査、プロジェクトドキュメント作成

- ・実施協議：8月ないし9月

- ・プロジェクト開始：10月初め、

7 - 1 案の場合、新学年開始を考慮する。

附 属 資 料

面談者リスト

収集資料リスト

面談者リスト

1．在セネガル日本機関

在セネガル日本国大使館 (Ambassade du Japon)

反町 俊哉	二等書記官
-------	-------

JICAセネガル事務所 (Bureau de la JICA)

黒川 恒男	所長
天野 真由美	次長
内島 光孝	所員
Mme.Aminata Christine NIANE	在外専門調整員
椎名 千佳子	JOCV医療調整員
松尾 早苗	JOCV看護婦隊員
佐才 めぐみ	JOCV看護婦隊員
川村 真紀	JOCV看護婦隊員
竹内 理恵	JOCV診療放射線技師隊員

JICA職業訓練センター拡充計画プロジェクト

高原 敏竜	プロジェクト調整員
-------	-----------

2．セネガル国政府機関

公務労働雇用省 (Ministère de la Fonction publique, du Travail et de l'Emploi)

M.Moussa BA	Directeur de l'assistance technique
-------------	-------------------------------------

財務省 (Ministère de l'Economie des Finances et du Plan)

Mme.Dioh Aminata BA	Chef du Bureau
---------------------	----------------

保健省 (Ministère de la Santé)

M.Abdoul Aziz DIOP	Directeur de Cabinet
M.Ousmane SENGHOR	Chargé de la coopération

保健省調査・研究・教育局 (Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation ; DERF)

M.Babacar DRAME	Directeur des Etudes, de la Recherche et de la Formation
-----------------	--

M.Bilal COULIBALY	Chef de la Division de la Formation
M.Bocar Mamadou DAFF	Chef de la Division de la Recherche
M.Abdou Karim THIAM	Responsable Formation Permanent
M.Oumar SY	Responsable Formation Initiale
M.Goissiry SOW	Fichier Formation

保健省地域保健局 (Service National de Santé Communautaire)

Mme.Charlotte Faty NDIAYE	Chargé de la Santé Communautaire
---------------------------	----------------------------------

保健省PNDS支援・評価局 (Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS)

M.Birahime DIONGUE	Coordonnateur
M.Fodé DIOUF	Responsable Ressources Humaines

国立保健社会開発学校 (ダカール;ENDSS à Dakar)

(Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social ; ENDSS)

M.Mandiaye LOUME	Directeur
M.Crenevieûe SAGNA	Chef du Service Admission et Scolarité
M.Amadou Mansour NDAO	Service Général

国立保健社会開発学校 (コンボール;ENDSS à Khombole)

M.Kane OUMAR	Chef de l'ENDSS à Kbombole
--------------	----------------------------

カオラック州医務局 (Région Médicale de Kaolack)

et カオラック研修センター (Centre de Formation de Kaolack)

M.Ngor NDIAYE	Directeur du Centre
---------------	---------------------

カオラック県医務局 (District Médicale de Kaolack)

et カオラック保健センター (Centre de Santé de Kaolack)

Mme.Mame Coumba Codou FAYE/DIOUF	Docteur en Chef
M.Mouhamadm Lamine DIALLO	Gestionnaire

Keur Soce保健ポスト (Poste de Santé de Keur Soce)

M.Mohamed BADJI	Infirmire Chef du Poste
-----------------	-------------------------

Keur Kouthieye保健小屋 (Case de Santé de Keur Kouthieye)

M.Mamadou DIOUF	Agent de Santé Communautaire
-----------------	------------------------------

タンバクンダ州医務局 (Région Médicale de Tambacounda)

M.Cheikh SACK	Médecin Chef du Région et du District
---------------	---------------------------------------

Mme.Seynabou	Médecin Chef Adjoint
--------------	----------------------

タンバクンダ保健センター (Centre de Santé de Tambacounda)

M.Amath DEME	Infirmire
--------------	-----------

Dépot保健ポスト (Poste de Santé de Dépot)

M.Mamadou GAYE	Infirmire Chef du Poste
----------------	-------------------------

Sintiou Malèm保健ポスト (Poste de Santé de Sintiou Malèm)

M.Bra Seye NIANG	Infirmire Chef du Poste
------------------	-------------------------

Sare Gayo保健小屋 (Case de Santé de Keur Kouthieye)

M.Sô MORESSA	Agent de Santé Communautaire
--------------	------------------------------

Mme.Jaffe SA	Agent de Santé Communautaire(Matrone)
--------------	---------------------------------------

Mlle.Kenna JULIA	Peace Corps
------------------	-------------

3 . 国際機関およびドナー

WHO/OMS

M.Moustapha SAKHO	Conseiller Régional
-------------------	---------------------

M.Ahmadou Tidiane WONE	Administrateur
------------------------	----------------

UNICEF

M.Ian G. HOPWOOD	Représentant de l'UNICEF
------------------	--------------------------

M.Celestius COSTA	Chargé de Programme Santé
-------------------	---------------------------

Mme.Fatoumata DIAVVARA	Chargé du PEV
------------------------	---------------

Mme.Mieke LIEVENS	Assistante au Représentant
-------------------	----------------------------

EU/UE

M.Henri GOT	Coordinateur
-------------	--------------

USAID

M.Felix N. AWANTANG	Responsable de l'équipe Santé
---------------------	-------------------------------

M.Bissenty CORREA	Spécialiste de la Logistique
-------------------	------------------------------

フランス協力局（Coopération Française）

M.Michel BRUNET	Conseiller Développement Sanitaire et Social
-----------------	--

4 . NGO

Africare

M.Michael P. CARSON	Représentant
---------------------	--------------

M.Gorgui Sène DIALLO	Chargé de Programmes
----------------------	----------------------

収集資料リスト

- 1) PLAN NATIONAL DE FORMATION: Octobre 1999; MS/DERF
- 2) LA FORMATION CONTINUE A L'ENDSS, REALISATION/PERSPECTIVES:MARS 2001;
ENDSS, DEFPR
- 3) PRESENTATION DU PLAN NATIONAL DE FORMATION(PNF):Kaolack — Février 2001;
MS,DERF,DIVISION DE LA FORMATION
- 4) Identification Physique et Géographique du Personnel du Ministère de la Santé, RAPPORT
PROVISOIRE:Décembre 2000;MS/Direction du Personnel
- 5) EVOLUTION DES EFFECTIFS D'ELEVES ETRANGERS PAR PAYS A L'ENDSS
- 6) EVOLUTION DES EFFECTIFS D'ELEVES DE L'ENDSS
- 7) DIPLÔMES NON SENEGALAIS EN JUILLET/OCTOBRE 2000:ENDSS
- 8) DIPLÔMES NON SENEGALAIS DE L'ENDSS
- 9) DIPLÔMES SENEGALAIS DE L'ENDSS
- 10) EVOLUTION DES DIPLÔMES DE L'ENDSS
- 11) TABLEAU RECAPITULATIF DU BUDGET DE L'ETAT POUR L'ENDSS
- 12) EVOLUTION DES EFFECTIFS D'ELEVES ETRANGERS
- 13) TABLEAU RECAPITULATIF BILAN COMITE DE GESTION ENDSS
- 14) REPARTITION DES ENSEIGNANTS PERMANENTS ET VACATAIRES DE L'ENDSS
- 15) PROJET DE CONSTRUCTION ET D'EQUIPEMENT D'UN BLOC SCIENTIFIQUE
POLYVALANTE A L'ENDSS:JUIN 2000;ENDSS
- 16) Descriptions de tâches de quelques agents:MS
- 17) STATISTIQUES, Année universitaire 2000 - 2001:Université Cheikh Anta Diop de Dakar
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie
- 18) Faculté de médecine et de pharmacie, institut d'odonto—stomatologie 1990:Université Cheikh
Anta Diop de Dakar
- 19) RECETTE E.N.D.S.S. DES TROIS ANNEES(1999 - 2000 - 2001)
- 20) DEPENSES EFFECTIVES SUR LES TROIS ANNEES(1999 - 2000 - 2001)
- 21) PROJETS FINANCES PAR D'AUTRES BAILLEURS:ENDSS
- 22) COMPTE D'EXPLOITATION, BUDGET DE L'ETAT, ANNEE BUDGETAIRE 1999 et
2000:ENDSS
- 23) COMPTE D'EXPLOITATION, BILAN COMITE DE GESTION, ANNEE SCOLAIRE 1998/1999,
1999/2000 et 2000/2001:ENDSS
- 24) CENTRE DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE POLYVALENTS DU SENEGAL:

Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal

- 25) FICHE TECHNIQUE: INSTITUT SANTE SERVICES
- 26) MANUEL DE GESTION A L'USAGE DE L'INFIRMIER CHEF DE POSTE DE SANTE: Année 1994; Centre de Recherche de Documentation et de Formation de Kaolack(CRDF/KL)
- 27) Plans Opérationnels Tome 4, Région de Kaolack, An 2000 : Ministère de la Santé
- 28) AIDE – MEMOIRE A L'USAGE DES HYGIENISTES: MARS 1979;REGION DU SINE—SALOUM, SERVICE DE SANTE
- 29) CENTRE NATIONAL DE FORMATION DES TECHNICIENS EN MAINTENANCE HOSPITALIERE
- 30) LA SECTION HYGIENE DE L'ENDSS RAPPORT DE PRESENTATION:ENDSS SECTION HYGIENE KHOMBOLE
- 31) PROGRAMME D'APPUI AU SECTEUR SANTE, PROTOCOLE D'ACCORD SUR LES MODALITES D'UTILISATION DES FONDS D'APPUI AUX REGIONS DE SAINT —LOUIS, KOLDA et ZIGUINCHOR : Dakar, Mars 2000; REPUBLICUE DU SENEGAL MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN,COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES
- 32) CONVENTION DE FINANCEMENT entre la COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENES et LA REPUBLIQUE DU SENEGAL
- 33) COMPTE RENDU REUNION COMITE INTERNE DE SUIVI DU PDIS: - DAKAR - 05 au 06 janvier 2001, MINISTERE DE LA SANTE
- 34) LES NOUVELLES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTE:Janvier 2001, Ministère de la Santé
- 35) Rapport 4^{ème} Réunion Annuelle Conjointe du P.D.I.S.:—DAKAR - 10 et 11 Janvier 2001, MINISTERE DE LA SANTE
- 36) Economic and Social Council, Country note Senegal : UNICEF
- 37) SYNTHESES DES INDICATEURS DE RESULTATS AU PLAN NATIONAL ET REGIONAL: UNICEF—DAKAR
- 38) RAPPORT FINAL, EQUITE ET ACCES AUX SOINS DANS LES CENTRES DE SANTE URBAINS A DAKAR. LE CAS DU CENTRE DE SANTE «FABI»:Novembre 1999; UNICEF, COOPERATION FRANÇAISE
- 39) Synthèse Finale, EQUITE DANS L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE URBAINS A DAKAR: Novembre 1999; UNICEF, COOPERATION FRANÇAISE
- 40) Rapport final, EQUITE DANS L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE URBAINS A DAKAR: Novembre 1999; UNICEF, COOPERATION FRANÇAISE

- 41) Rapport final, EQUITE DANS L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE URBAINS A DAKAR, LE CAS D'UNE STRUCTURE SANITAIRE DE LA PERIPHERIE DE DAKAR: Novembre 1999; UNICEF, COOPERATION FRANÇAISE
- 42) ETUDE SUR“ EQUITE DANS L'ACCES ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE URBAINS" Volet n° 3: Evaluation de la qualité des services offerts dans les formations sanitaires des districts de Dakar: Novembre 1999;UNICEF, COOPERATION FRANÇAISE
- 43) Etude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et les déterminants socio—économiques des recours aux soins dans la Région de Dakar: Décembre 2000; MINISTERE DE LA SANTE, UNICEF, COOPÉRATION FRANÇAISE
- 44) Guide pratique pour l'Atteindre des Objectifs 2000: UNICEF — SENEGAL
- 45) THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2001: UNICEF
- 46) RAPPORT DE PRESENTATION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE:Service National de Santé Communautaire, Ministère de la Santé
- 47) PROGRAMME NATIONAL DE SANTE COMMUNAUTAIRE:Ministère de la Santé, REPUBLIQUE DU SENEGAL
- 48) ETUDES DES BESOINS DE FORMATION PEDAGOGIQUE DES ENCADREURS DE TERRAIN DE STADE EN SR, Résultats de recherche présentés au service National de Santé de la Reproduction:Dakar,Novembre 2000, ENDSS
- 49) MODULES D'ENSEIGNEMENT DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION(SR):Octobre 1999; ENDSS
- 50) Centre de Formation Professionnelle et Technique, SENEGAL/JAPON:MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
- 51) Revue à mi — terme du PDIS (Sénégal), discussion, conclusions et recommandations
- 52) 2000 Annual Rapport:Africare/Senegal
- 53) PROGRAMME DE SANTE DE LA REPRODUCTION 1998 - 2006:Février 2001;NSAID, Ministère de la Santé
- 54) PROJET DE CONSTRUCTION DE CASES DE SANTE ET DE REHABILITATION DE POSTE DE SANTE PAR LA CROIX ROUGE (SENEGAL/DENEMARK) REGION MEDICALE DE TAMBACOUNDA, DISTRICT SANITAIRE DE TAMBACOUNDA
- 55) GUIDE DE FORMATION POUR LES MEMBRES DE COMITE DE SANTE:CROIX — ROUGE SENEGALAISE, PROGRAMME DE SANTE COMMUNAUTAIRE
- 56) LE PLAN NATIONAL DE FORMATION (Version Corrigée): Mars 2001, DERF
- 57) PDIS,MANUEL DE PROCEDURES FINANCIERES & COMPTABLES:Mai 2000; MS (拔粹)

58) Requête de financement du Projet de Renforcement des Capacités du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de FANN: JUIN 2000; MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, DIRECTION DE LA COOPERATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE