

# 第1章 プロジェクトの背景・経緯

## 1-1 当該セクターの現状と課題

### 1-1-1 現状と課題

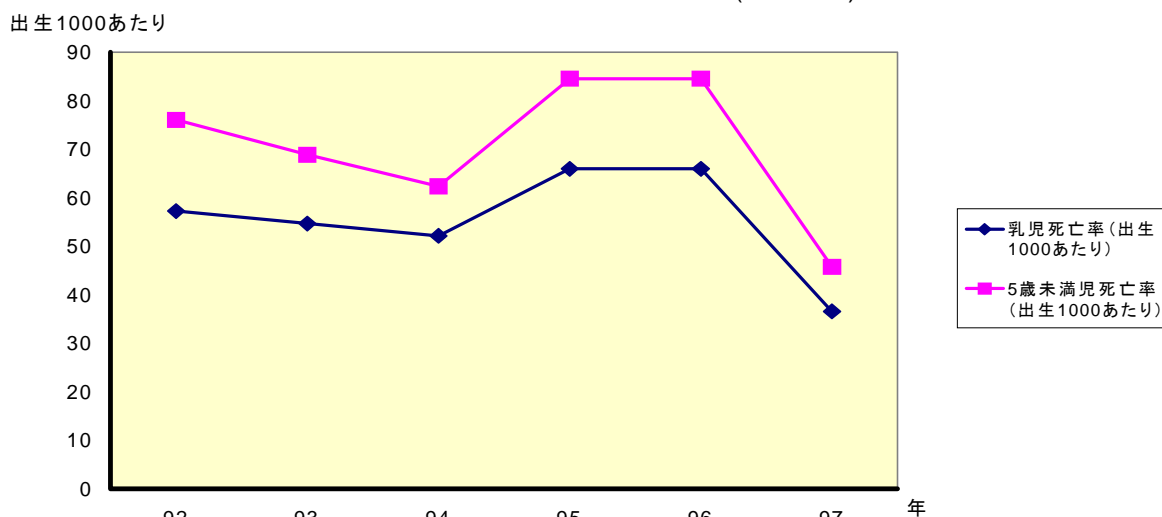
#### 1-1-1-1 保健・医療概況

##### (1) 基礎指標及び疾病構造

モロッコの主要な保健指標を見ると 1992～97 年でも改善がみとめられるが（図 1-1）、まだアルジェリアやチュニジアといった周辺のマグレブ諸国と比べると依然として遅れをとっている（表 1-1）。

また、同表を用いてモロッコ国内の状況を見ると、都市部と地方部の間に大きな格差が見受けられる。

図 1-1 モロッコにおける主要保健指標の推移(92-97 年)



(出典) Ministère de la Santé (2001) *Santé en Chiffres 2000*

表 1-1 モロッコ及びマグレブ諸国の主要保健指標(1999 年)

項目	モロッコ			アルジェリア	チュニジア
	全国	都市	地方		
出生時平均余命(年)	67	n.a.	n.a.	69	70
乳児死亡率(出生1000あたり)	36.6	23.8	46.1	36	24
5歳未満児死亡率(出生1000あたり)	45.8	29.9	61.1	41	30
妊産婦死亡率(出生10万あたり)	228	125	307	220	70
粗死亡率(1000人あたり)	6.1	4.9	7.5	5	7
粗出生率(1000人あたり)	22.4	20.1	25.2	29	20
合計特殊出生率(人)	3.1	2.3	4.1	3.6	2.5
人口増加率(%)	1.6	1.5	1.8	2.3	1.6

(出典) UNICEF (2001) *The State of the World Children 2001*  
Ministère de la Santé (2001) *Santé en Chiffres 2000*

次に、モロッコにおける疾病構造を見ると（表 1-2）、国全体及び妊娠可能年齢（15-44 歳）の女性ともに循環器疾患（心臓病等）や腫瘍といった慢性疾患が主となっている。逆に、感染症の数は結核以外のほとんどが大きく減少しており、疾病転換が進んでいることがわかる。

表 1-2 モロッコにおける主要死因(1999 年)

国全体	%	15-44歳の女性	%
循環器疾患	17.8	循環器疾患	18.8
周産期の疾患	10.6	腫瘍	12.5
呼吸器疾患	6.9	感染症・寄生虫病	9.3
腫瘍	6.4	外傷	8.7
内分泌・栄養・代謝系疾患	5.7	呼吸器疾患	6.5
感染症・寄生虫病	5.6	消化器疾患	5.5
外傷	5.2	生殖器・泌尿器疾患	4.5
消化器疾患	5.1	神経症	4.5
生殖器・泌尿器疾患	3.1	内分泌・栄養・代謝系疾患	3.6
神経症	2.1	妊娠・出産時の疾病	1.9

(出典) Ministère de la Santé (2001) *Santé en Chiffres 2000*

## (2) 医療施設・病床・従事者数

モロッコの医療施設数は、表 1-3 のとおりである。同国では、首都ラバト及び最大都市カサブランカにある大学病院（CHU: Centre Hospitalier Universitaire）及び国立病院（専門病院 HSN: Hôpital Spécialisé National、総合病院 HGN: Hôpital Général National）を頂点として、二次医療施設として州病院（専門病院 HSR: Hôpital Spécialisé Régional、総合病院 HGR: Hôpital Général Régional）、県病院（専門病院 HSP: Hôpital Spécialisé

表 1-3 モロッコの医療施設数(1999 年)

州及び県	三次施設			二次施設					一次施設					施設あたり		病床あたり	
	CHU	HSN	HGN	HSR	HGR	HSP	HGP	PSP	HL	CSU	CSCA	CSC	DR	施設数計	人口	病床数	人口
グルミン・エスマラ	0	0	0	0	0	0	3	1	2	17	9	15	35	82	5,085	317	1,315
アッサ・ザグ県	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	2	6	8,167	0	--
エスマラ県	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	3	8,333	67	373
グルミン県	0	0	0	0	0	0	1	1	0	5	2	4	22	35	4,457	130	1,200
タンタン県	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	1	2	1	10	6,200	120	517
タタ県	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	6	8	9	28	4,464	0	--
スース・マッサ	0	0	0	0	1	2	4	4	9	34	36	130	108	328	8,851	2,234	1,299
エル・ガルブ・シュラルダ	0	0	0	0	0	0	2	3	2	33	13	23	33	109	16,275	943	1,881
シャウイア	0	0	0	0	0	2	3	3	2	26	12	73	57	178	9,039	1,726	932
マラケシュ・テンシフト	0	0	0	4	1	0	2	2	6	45	26	143	47	276	10,547	2,651	1,098
オリエンタル	0	0	0	1	1	0	3	1	4	40	9	31	36	126	14,810	1,324	1,409
大カサブランカ	1	2	1	0	0	2	5	1	0	82	0	5	1	100	33,690	3,199	1,053
ラバト・サレ	1	8	1	0	0	0	3	2	0	56	12	22	11	116	19,198	3,609	617
ドゥカラ・アブダ	0	0	0	0	0	1	2	0	2	26	12	44	12	99	19,273	1,187	1,607
タドラ・アジラル	0	0	0	0	0	0	2	2	4	16	12	40	66	142	9,972	813	1,742
メクネス・タフィラレット	0	0	0	2	1	1	2	4	7	57	22	55	83	234	8,709	2,285	892
エラシディア県	0	0	0	0	0	1	1	2	4	10	8	22	25	73	7,603	568	977
イフラン県	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	2	4	14	26	5,269	113	1,212
ケニフラ県	0	0	0	0	0	0	1	1	0	9	9	15	23	58	8,638	368	1,361
エル・メンゼ県	0	0	0	1	1	0	0	0	1	9	1	7	16	36	8,667	1,016	307
エル・アジェブ県	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	5	4	14	14,071	0	--
イスマイリア県	0	0	0	1	0	0	0	0	0	21	2	2	1	27	12,444	220	1,527
フェズ・ブルマン	0	0	0	2	2	0	2	1	2	38	6	32	30	115	12,896	1,617	917
ブルマン県	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	3	9	15	33	5,182	164	1,043
フェズ・ジッド県	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	0	0	1	11	29,000	520	613
フェズ・メディナ県	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8	0	2	2	13	22,923	162	1,840
セフル県	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7	0	15	7	31	8,032	128	1,945
ズアガ県	0	0	0	1	1	0	0	0	0	11	3	6	5	27	16,519	643	694
タザ・アル・オセイマ	0	0	0	0	0	0	3	2	9	14	29	82	43	182	9,885	886	2,030
タンジェ・テトウアン	0	0	0	0	0	4	5	2	3	41	15	55	15	140	16,236	2,011	1,130
計	2	10	2	9	6	12	41	28	52	525	213	750	577	2,227	14,338	24,802	1,287

(出典) Ministère de la Santé (2001) *Santé en Chiffres 2000*

(注1) 西サハラに属する2州は記載していない。

(注2) 病床数は、二次医療施設以上のものである。

Provincial、総合病院 HGP: Hôpital Général Provincial ) 及びそれとほぼ同レベルのポリクリニック (PSP: Polyclinique de Santé Publique ) が配置されている。その下位には一次医療施設として地域病院 (HL: Hôpital Local) 保健センター (都市部の保健センターCSU: Centre de Santé Urbain、産科つきの村落保健センターCSCA: Centre de Santé Communal avec Lits d'Accouchement、村落保健センターCSC: Centre de Santé Communal ) があり、地方部には最も末端の施設として村落診療所 (DR: Dispensaire Rural ) が配置されている。(下図 1-2 参照)

図 1-2 モロッコの保健医療ネットワーク

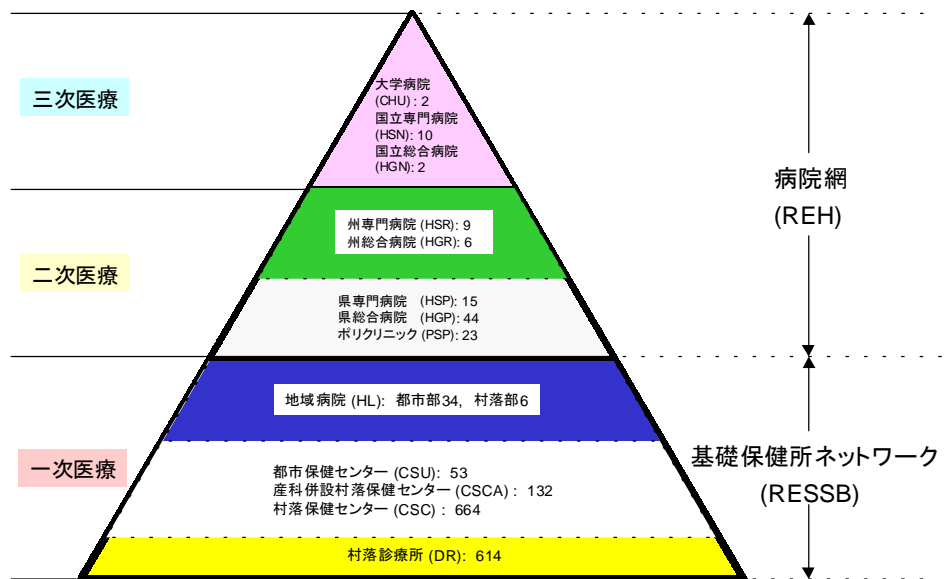


表 1-3 を見ると、カサブランカやラバトなど大都市を抱える州では一つの施設がカバーする人口が多いが、これらの州は病床数の多い病院を多く持つことでカバーしていることがわかる。今回のプロジェクトの対象となるグルミン・エスマラ (Guelmim-Essmara) メクネス・タフィラレット (Meknès-Tafilalet) フェズ・ブルマン (Fès-Boulemane) の 3 州を見ると、医療サービスのカバー状況は県によっても大きく異なることが明らかである。次に、モロッコの医療従事者数は、表 1-4 のとおりである。同国の保健統計 (Santé en Chiffres) において医師は 29 分野に分類されているが、半分以上の医師が一般医 (Médecin Générale) である。その他の専門医はカサブランカやラバトといった大都市に集中する傾向が見られるグルミン・エスマラ州において産婦人科医は 1 人のみであり (2001 年中にはグルミン県に 1 人派遣される予定) 他の専門医もきわめて少ない。看護婦・士は、その教育のレベルに応じて IDE (Infirmier Diplômé d'Etat もしくは Infirmière Diplômé d'Etat) ASDE (Adjoint de Santé Diplômé d'Etat) ASB (Adjoint de Santé Breveté) の 3 種類に分けられる。また、助産婦 (Sage-femme) もしくは助産看護婦 (Infirmière Accoucheuse) は IDE 及び ASDE の 1 分野として分類されている。グルミン・エスマラ州は、助産婦数も最も少ない。

本プロジェクトの対象 3 州について、これらの医療スタッフあたりの人口を見ると、その

状況は県によってもまちまちである。

表 1-4 モロッコの医療従事者数

州及び県	医師数				医師あたり 人口	看護婦・士 (IDE/ASDE)			看護婦・士 (ASB)	看護婦・士 計	看護婦・士 あたり人口
	一般	産婦人	その他	計		一般	助産	その他			
<b>グルミン・エスマラ</b>	<b>85</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>93</b>	<b>4,484</b>	<b>101</b>	<b>26</b>	<b>63</b>	<b>224</b>	<b>414</b>	<b>1,007</b>
<b>アッサ・ザグ県</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>3,769</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>1,633</b>
<b>エスマラ県</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>1,471</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>55</b>	<b>455</b>
<b>グルミン県</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>32</b>	<b>4,875</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>70</b>	<b>130</b>	<b>1,200</b>
<b>タンタン県</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>5,636</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>60</b>	<b>99</b>	<b>626</b>
<b>タタ県</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>6,250</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>1,250</b>
スース・マッサ	241	11	111	363	7,997	617	119	391	1,044	2,171	1,337
エル・ガルブ・シュラルダ	187	7	65	259	6,849	323	52	169	594	1,138	1,559
シャウイア	217	7	88	312	5,157	272	29	193	823	1,317	1,222
マラケシュ・テンシフト	256	8	116	380	7,661	762	99	388	1,260	2,509	1,160
オリエンタル	200	10	91	301	6,199	499	67	325	890	1,781	1,048
大カサブランカ	280	23	268	571	5,900	424	62	327	786	1,599	2,107
ラバト・サレ	321	11	126	458	4,862	426	74	210	655	1,365	1,632
ドゥカラ・アブダ	145	4	57	206	9,262	330	36	168	988	1,522	1,254
タドラ・アジラル	121	3	38	162	8,741	309	28	170	520	1,027	1,379
<b>メクネス・タフィラレット</b>	<b>273</b>	<b>12</b>	<b>113</b>	<b>398</b>	<b>5,121</b>	<b>947</b>	<b>112</b>	<b>437</b>	<b>1,197</b>	<b>2,693</b>	<b>757</b>
<b>エラシディア県</b>	<b>66</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>88</b>	<b>6,307</b>	<b>148</b>	<b>25</b>	<b>82</b>	<b>264</b>	<b>519</b>	<b>1,069</b>
<b>イフラン県</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>41</b>	<b>3,341</b>	<b>79</b>	<b>16</b>	<b>47</b>	<b>113</b>	<b>255</b>	<b>537</b>
<b>ケニフラ県</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>57</b>	<b>8,789</b>	<b>160</b>	<b>19</b>	<b>80</b>	<b>243</b>	<b>502</b>	<b>998</b>
<b>エル・メンゼ県</b>	<b>64</b>	<b>5</b>	<b>65</b>	<b>134</b>	<b>2,328</b>	<b>335</b>	<b>34</b>	<b>164</b>	<b>315</b>	<b>848</b>	<b>368</b>
<b>エル・アジェブ県</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>8,208</b>	<b>42</b>	<b>3</b>	<b>21</b>	<b>60</b>	<b>126</b>	<b>1,563</b>
<b>イスマイリア県</b>	<b>47</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>54</b>	<b>6,222</b>	<b>183</b>	<b>15</b>	<b>43</b>	<b>202</b>	<b>443</b>	<b>758</b>
<b>フェズ・ブルマン</b>	<b>179</b>	<b>11</b>	<b>73</b>	<b>263</b>	<b>5,639</b>	<b>505</b>	<b>68</b>	<b>225</b>	<b>707</b>	<b>1,505</b>	<b>985</b>
<b>ブルマン県</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>5,029</b>	<b>51</b>	<b>5</b>	<b>28</b>	<b>110</b>	<b>194</b>	<b>881</b>
<b>フェズ・ジッド県</b>	<b>46</b>	<b>6</b>	<b>33</b>	<b>85</b>	<b>3,753</b>	<b>183</b>	<b>19</b>	<b>85</b>	<b>226</b>	<b>513</b>	<b>622</b>
<b>フェズ・メディナ県</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>10,643</b>	<b>62</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>98</b>	<b>192</b>	<b>1,552</b>
<b>セフル県</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>36</b>	<b>6,917</b>	<b>71</b>	<b>10</b>	<b>35</b>	<b>107</b>	<b>223</b>	<b>1,117</b>
<b>ズアガ県</b>	<b>54</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>80</b>	<b>5,575</b>	<b>138</b>	<b>30</b>	<b>49</b>	<b>166</b>	<b>383</b>	<b>1,164</b>
タザ・アル・オセイマ	166	5	45	216	8,329	350	56	170	581	1,157	1,555
タンジェ・テトウアン	218	13	145	376	6,045	555	71	271	741	1,638	1,388
CHUカサブランカ	2	26	304	332	--	330	15	242	637	1,224	--
CHUラバト	3	81	471	555	--	794	46	338	786	1,964	--
中央政府	62	1	75	138	--	41	4	252	28	325	--
計	2,956	234	2,193	5,383	5,200	7,585	964	4,339	12,461	25,349	1,104

(出典) Ministère de la Santé (2001) *Santé en Chiffres 2000*

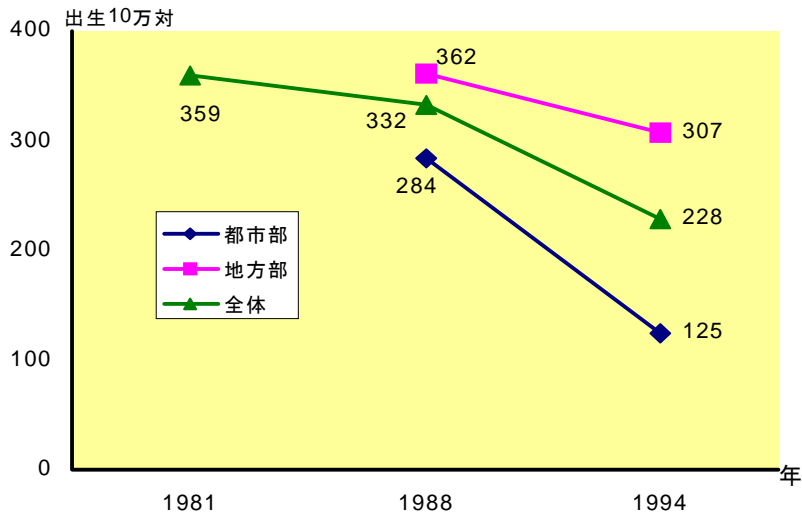
(注) 西サハラに属する2州は記載していない。

### 1-1-1-2 母性保健の現状

#### (1) 妊産婦死亡率の動向

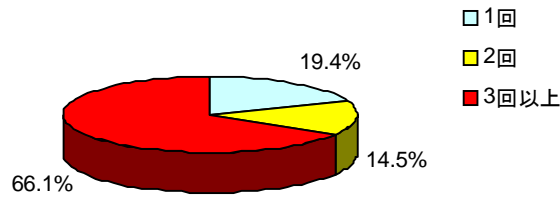
図 1-3 に見るとおり、モロッコの妊産婦死亡率は改善を続けているが、そのペースは都市部と地方部で異なり、その差は 1988 年と 94 年を比較しても大きくなっている。モロッコ保健省が 1997 年に行った母子保健に関する国勢調査 (Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant、通称 PAPCHILD) によると、妊娠の回数が多いほど妊産婦のリスクは大きくなっている (図 1-4)。

図 1-3 モロッコに於ける妊産婦死亡率の推移



(出典) Ministère de la Santé, et al. (1998) *Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997*

図 1-4 妊娠回数別の妊産婦死亡割合



(出典) Ministère de la Santé, et al. (1998) *Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997*

同調査はまた、妊娠時において見られる疾病として頭痛、浮腫、下腹部痛が多いことを述べており、この点に関して都市部と地方部の差はさほどない(表 1-5)。

表 1-5 妊娠時に多い疾病(1997年、単位%)

疾病	全体	都市部	地方部
頭痛	31.5	31.3	31.6
下腹部痛	26.6	28.4	25.3
浮腫	25.4	28.4	23.2
排尿時の痛み	23.5	24.6	22.8
異常興奮	15.2	13.6	16.3
高血圧	5.2	6.5	4.3
多量の出血	4.7	5.6	4.1
けいれん	3.6	4.3	3.1
黄疸	2.6	1.9	3.1

(出典) Ministère de la Santé, et al. (1998) *Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997*

## (2) 母性保健サービス供給状況

妊産婦の死亡を減らすためには、そのリスク要因をいち早く発見し、必要な場合は医療施設にてしかるべき処置をとることが不可欠である。妊産婦検診はリスク発見の第一歩であるが、表 1-6 に見るとおり検診の受診率は不定期に受けるグループを加えても 56%と、決して高いとはいえない。また、都市部と地方部の差が非常に大きく、定期的に検診を受ける妊産婦は都市部で 61.9%に対して、地方部では 21.1%にすぎない。

出産の場所に関しても都市部と地方部で大きな格差がある。都市部では 75%が出産の場所として医療施設を利用するが、地方部では 75%弱の妊産婦が自宅でお産する。

表 1-6 検診、出産、予防接種の状況(1997年、単位%)

項目	全体	都市部	地方部
妊産婦検診(産前)			
定期的に受診	34.7	61.9	21.1
不定期で受診	21.3	25.8	19.1
受診せず	44.0	12.4	59.8
出産場所			
医療施設	45.6	75.2	26.6
自宅	54.3	24.5	73.4
その他	0.1	0.1	0.0
破傷風予防接種	41.2	46.8	37.6

(出典) Ministère de la Santé, et al. (1998) *Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997*

家族計画に関しては、ほとんど全ての女性(PAPCHILDによると99.7%)が避妊に関する知識を持っている。これが実際にどの程度利用されているのかを示したものが表 1-7 である。これによると、利用率は60%弱となっており、都市部と地方部との比較では都市部の方が若干利用率が高い。

避妊法別に見ると、都市・地方、また州を問わずピルの使用が圧倒的に多く、IUD装着、不妊手術がこれに続いている。

表 1-7 避妊法の実際の利用状況(1997年、単位%)

都市・地方/州	ピル	IUD	ルプラント	注射	コンドーム	不妊手術	利用せず
都市部	40.4	7.3	0.0	0.9	2.2	3.4	34.2
地方部	36.5	3.6	0.1	0.6	0.3	2.6	48.3
<b>ゲルミン・エスマラ</b>	55.0	15.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0
スース・マッサ	36.1	4.7	0.0	0.4	0.9	1.7	47.0
エル・ガルブ・シュラルダ	37.0	6.9	0.0	0.0	0.5	3.7	42.1
シャウイア	40.7	4.2	0.4	1.1	1.5	7.2	37.6
マラケシュ・テンシフト	39.1	6.5	0.0	1.6	0.2	0.9	43.5
オリエンタル	44.0	1.3	0.0	0.6	0.9	1.9	45.3
大カサブランカ	41.2	9.3	0.0	0.7	1.8	6.8	29.3
ラバト・サレ	37.9	8.0	0.0	1.3	4.0	3.7	32.2
ドゥカラ・アブダ	35.4	2.9	0.0	1.2	0.6	2.9	48.1
タドラ・アジラル	49.0	3.2	0.0	0.4	0.4	3.6	37.8
<b>メクネス・タフィラレット</b>	49.7	2.4	0.0	0.3	1.6	1.6	37.8
<b>フェズ・ブルマン</b>	38.8	6.6	0.8	0.8	0.0	0.4	40.9
タザ・アル・オセイマ	29.9	4.6	0.0	0.6	0.9	1.4	51.7
タンジエ・テトウアン	20.7	6.2	0.0	0.3	1.1	3.0	52.2
全体	38.3	5.3	0.1	0.7	1.2	3.0	41.6

(出典) Ministère de la Santé, et al. (1998) *Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997*

また、母性保健に関連のある一次医療施設及びスタッフ（産婦人科医及び助産婦）の数を  
用いて、妊娠可能年齢女性（FAP: Femme en Age de Procréation）のサービスへのアクセス  
の状況を見ると（表 1-8） 県によってまちまちであるが、北部のメクネス・タフィラレット  
州及びフェズ・ブルマン州の方がより多くの人口に対処することを求められているように見  
える。しかし、グルミン・エスマラ州はもともと人口が少なく、人口密度も小さいため、妊  
産婦が施設へ行く際には北部より多くの距離を移動しなければならないことを考慮しなけれ  
ばならない。

表 1-8 モロッコの出産関連一次医療施設数、助産婦数と妊娠可能年齢女性数  
(1999 年、プロジェクト対象州のみ)

州及び県	HL	CSU	CSCA	施設数計	産婦人科医	助産婦or助産看護婦	FAP人口	施設あたりFAP数	産婦人科医あたりFAP数	助産婦あたりFAP数
<b>グルミン・エスマラ</b>	2	17	9	28	1	26	103,429	3,694	103,429	3,978
アッサ・ザグ県	1	2	0	3	0	4	5,521	1,840	--	1,380
エスマラ県	0	1	0	1	0	4	10,338	10,338	--	2,585
グルミン県	0	5	2	7	0	7	39,997	5,714	--	5,714
タンタン県	0	5	1	6	1	3	15,185	2,531	15,185	5,062
タタ県	1	4	6	11	0	8	32,388	2,944	--	4,049
<b>メクネス・タフィラレット</b>	7	57	22	86	12	112	553,181	6,432	46,098	4,939
エラシディア県	4	10	8	22	3	25	139,203	6,327	46,401	5,568
イフラン県	1	4	2	7	1	16	37,061	5,294	37,061	2,316
ケニフラ県	0	9	9	18	3	19	131,327	7,296	43,776	6,912
エル・メンゼ県	1	9	1	11	5	34	87,277	7,934	17,455	2,567
エル・アジェブ県	1	4	0	5	0	3	52,592	10,518	--	17,531
イスマイリア県	0	21	2	23	0	15	105,721	4,597	--	7,048
<b>フェズ・ブルマン</b>	2	38	6	46	11	68	413,478	8,989	37,589	6,081
ブルマン県	1	3	3	7	1	5	42,962	6,137	42,962	8,592
フェズ・ジッド県	0	9	0	9	6	19	98,889	10,988	16,482	5,205
フェズ・メディナ県	0	8	0	8	0	4	86,735	10,842	--	21,684
セフル県	1	7	0	8	1	10	69,041	8,630	69,041	6,904
ズアガ県	0	11	3	14	3	30	115,851	8,275	38,617	3,862
計	52	525	213	790	234	964	7,581,014	9,596	32,397	7,864

(出典) Ministère de la Santé (2001) *Santé en Chiffres 2000*

(注) FAP: Femme en Age de Procréation(出産可能年齢の女性)

### (3) モロッコ母性保健の課題：PCM ワークショップをとおして

前項で見たとおり、モロッコでは特に地方部において妊産婦検診率が低く、自宅分娩の頻  
度が高い。この背景には、妊産婦の意識や家庭の事情など医療施設の不足を補うだけでは説  
明できない部分があると思われる。また母性保健サービスを供給する側も、母性保健に対す  
る考え方はその立場（例えば、県の保健支局長、病院の医師、末端部の施設で従事する看護  
婦・士、など）によって様々であることが予想できる。

そこで、母性保健の利用者である妊産婦及び母親、及びサービス供給側の双方が一同に会  
する PCM ワークショップを開催した。ワークショップは、タタ県（6月 26～28 日）、グル  
ミン県（7月 2～4 日）、ケニフラ県（7月 10～12 日）でそれぞれ 3 日間開催し、いずれも多  
くの女性を含む 20 名強の出席を得た。3 カ所ともそれぞれ生活している環境も大きく異なる  
が、特徴的な点は以下のとおりである。

医療スタッフとサービス需要者（妊産婦）及び伝統的産婆（TBA）の間の大きな溝  
妊産婦が TBA に付き添われて医療施設に来ることがあるが、そのとき付き添いが TBA

であることがわかると、その TBA は医療スタッフから強く非難されるという。それを避けるため、TBA は医療施設で自分が TBA であることを明かさないとのことである。また、タタにおけるワークショップでは出席者の 1 人である看護婦が、TBA が妊産婦のリスクスクリーニングをやらないことを強い口調で批判していた。以上の点を勘案すると、医療スタッフと TBA の関係は良好とは言い難い。

その一方で、サービス需要者側である妊産婦は、TBA に大きな信頼を寄せている。村落部では TBA が唯一の出産介助手段となることが多く、「自宅での出産を可能にする」、「妊産婦の苦痛を和らげてくれる」、「妊産婦の心理的な支えとなる」、「女性の羞恥心を尊重してくれる」等の意見があがっていた。

妊産婦は自らの出産が近づくとつれ心のよりどころを求めるようになる。その最大のものが家族であり、妊産婦は出産時に家族の付き添いを求め、家族も付き添うことを希望している。しかし、協力隊員の報告書にもあるように、医療施設側ではこれを頑として拒否しているという。ワークショップの中でその理由を医療スタッフに尋ねたところ、「分娩室が狭い」、「付き添わせると家族がうるさくて仕事にならない」との回答であった。理由はどれであれ、医療施設は妊産婦が求める心の安寧に答えていない。前述の協力隊員の報告書によると、妊産婦が検診を受けない理由の 1 つに、「医療スタッフが嫌い」というのがある。このようなことから、医療サービス供給側と妊産婦が良好な関係にあるとはいえない。

利用者よりも、中央（ラバト）を見て従事する医療スタッフ

ワークショップの中で、何かというと「中央の行政が悪い」という話になることがよくあった。仮にそうだとすると、今の自分たちに何ができるのかという発想に乏しい印象を受けた。地方の医療スタッフはいつもラバトばかり見て仕事をしているように思えた。このことは、モロッコにおける医療行政の地方分権化が進んでいないことの 1 つの側面である。自分たちでできる余地がシステムの乏しいとなると、中央省庁に頼らざるを得ず、自らの手で現状を改善していこうという意欲は必然的に減退する。

ラバトに「見捨てられ続けている」南部

医療スタッフに限らず、タタ及びグルミンの人々はラバトから見捨てられ続けていると思っている。グルミン・エスマラ州には産婦人科医が 1 人しかおらず、タタには一度として派遣されてきたことがないとの発言もあった。

内向きな医療スタッフ

概して 3 県の医療スタッフは施設の外に積極的に出て行って、住民の健康増進を図ろうという動きに乏しいが、ケニフラの助産婦のように、施設外活動に意欲的で、可能であれば住民の側に入って活動したいというスタッフも少数ながらいた。



## 1-1-2 開発計画

### 1-1-2-1 経済・社会開発5カ年計画

モロッコにおける現在の国家開発計画は、第6次にあたる「経済・社会開発計画(Plan de Développement Economique et Social)」である。これは首相府及び経済予測・計画省により策定され、2000～2004年までをカバーする。

同計画では、民主主義の強化、統治国家の確立、国民生活の近代化、モロッコ経済の発展、生産組織及び人的資源の強化、社会的・地域的不平等の解消、の3つを柱に、年5%の経済成長率を目標の1つとして掲げている。

この中で保健分野に関する戦略としては、人材の育成(医師あたり人口を2,300人 2,000人に)、地方部における一次医療施設の整備(保健センターあたり人口を9,054人 6,500人に)、国民健康保険の導入、等があげられている。

### 1-1-2-2 保健開発計画

モロッコにおける現在の保健計画は「保健開発計画 2000/2004(Projet de Plan de Développement Sanitaire 2000/2004)」である。これは保健省計画・財務局が中心となって策定される。

同計画ではモロッコ保健分野の現状分析の中で、主要な保健指標に改善が見られるものの都市・地方間の格差が大きいこと、慢性疾患や事故による外傷の増加により疾病転換が起こっていること、施設・機材・人材の不足及びアクセスの状況に隔たりがあること、等を指摘し、以下の7つの戦略を掲げている(表1-9)。

表 1-9 保健開発計画の7戦略と目標値

戦略	目標値(抜粋)
1 ヘルスプロモーション及び疾病対策プログラムの強化	乳児死亡率:37→27、地方部の妊産婦死亡率:307→274
2 保健サービスのカバー率改善、地域格差の是正	地方部の施設あたり人口:9,100→6,500
3 疾病保険の拡充を通じた保健財源確保、及び弱者救済措置	保健による医療費のカバー:全体の6%→15%
4 病院運営の改善	病床占有率:55%→70%、診療費収入比率の増加:35%→90%
5 社会的効率の高い医薬品政策の策定	--
6 保健省の組織強化	投資予算の執行率:50%→65%、保健運営予算に占める一次医療施設分の比率:7%→17%
7 人材の再評価、再動員	2010年までに約7,400人の専門医を育成

(資料)Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, *Projet de Plan de Développement Sanitaire 2000/2004*

各戦略における具体的なプログラムは、表 1-10 のとおりである。

表 1-10 保健開発計画のプログラム

1	ヘルスプロモーション及び疾病対策プログラムの強化
1.1	ヘルスプロモーション
1.2	妊産婦・新生児の疾病・死亡の減少
1.2.1	リスクなき出産
1.2.2	家族計画
1.3	子どもの健康の総合的管理: 予防接種、下痢対策、欠乏症対策
1.4	学校保健
1.5	感染症対策: STD/AIDS、結核、ARI、ハンセン病、寄生虫病、疫病、人獣感染症、失明
1.6	環境保健: 下水、食品衛生、等
1.7	疫学サーベイランス
1.8	慢性疾患対策: 高血圧、リウマチ、ガン、精神病、糖尿病、等
1.9	その他: 理学療法
2	保健サービスのカバー率改善、地域格差の是正
2.1	基礎保健ネットワークの整備
2.2	病院ネットワークの整備
3	疾病保険の拡充を通じた保健財源確保、及び弱者救済措置
3.1	国民健康保険(AMO)の整備
3.2	弱者救済措置の整備
4	病院運営の改善
4.1	病院内
4.2	救急医療
4.3	維持管理
5	社会的効率の高い医薬品政策の策定
5.1	医薬品の認可・管理
5.2	医薬品の調達・配布
6	保健省の組織強化
6.1	保健情報の整備
6.2	ロジスティクス強化
6.3	研究機関の強化
6.4	保健省の運営体制の強化
7	人材の再評価、再動員
7.1	人事管理
7.2	医学教育
7.3	パラメディカル教育
7.4	継続研修
7.5	医療事務

(資料)Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, *Projet de Plan c Développement Sanitaire 2000/2004*

### 1-1-3 社会経済状況

現在のモロッコは多様化した経済をもつ中進国である。モロッコ経済にとって最も重要な部門は農業で、就業人口の約 44%が従事している。主な輸出品は燐鉱石、肥料、繊維、パルプ、電気・電子部品、手工業品、オレンジ、野菜、水産物等からなっている。

1980 年代には西サハラでのポリサリオ戦線との戦闘による軍事支出が急増し、第 2 次石油ショックにより原油価格が高騰した。さらに世界市場での燐鉱石の価格の低迷により、モロッコの対外債務は増大した。国家財政と国際収支の巨額の赤字に対処するため、83 年以降モロッコ政府は世銀と IMF の勧告に基づく包括的な構造調整政策を実行し、その結果マクロの経済状況は著しく改善され、80 年代後半より GDP の成長率は実質で年平均 4.3%となった。そ

の後 90 年代には 11%台を記録した年もある反面、旱魃によるマイナス成長の年もあるなど安定性を欠いており、気象条件による農業生産の不安定性、燐鉱石、石油の国際市場価格変動等の影響により経済変動が大きいという脆弱性はあるものの、総じて GDP の実質成長率は延びて比較的経済は順調に成長している。

しかしながら、経済予測・計画省統計局によると、モロッコ経済は 2000 年の実質成長率は 0.9%にとどまり、非農業部門の成長率が 3.6%を確保する一方で、農業部門が大幅なマイナス（-16.2%）を記録し、経済・社会開発 5 カ年計画の目標である 5%には及ばなかった。同計画では失業率の高さが問題視されていたが、2001 年第 1 四半期の失業率は 12.7%と、前年同期比（13.5%）で若干の改善となった。都市部・地方部のいずれも改善したが、都市部の失業率は 20.1%と依然として高い。また、地域格差もしくは都市・地方格差も指摘されているが、所得格差を表すジニ計数（これが大きいほど所得分配の不平等度が高い）を見ると、1999 年は 1990 年と比較してやや悪化している。

保健指標と高い相関を示す社会経済指標として、女性の教育水準があげられる。初等教育の女子就学率は都市部 47.7%、地方部 41.6%と依然として低いままである（数字は 2000 年）。UNICEF「世界子供白書 2001」は、モロッコの女性の識字率（1995-99 年）は 31%としており、男性の 58%を下回っている。また、PAPCHILD に回答した女性の属性を見ると、読み書きのできる人は 26.6%となっている。

## 1-2 無償資金協力要請の背景・経緯及び概要

本計画はモロッコ地方部の母子保健の改善を目指すものとして策定された。同国の母子保健指標はチュニジアやアルジェリアといった他のマグレブ諸国に遅れをとっている。また都市部と地方部の格差が大きく、地方部の乳児死亡率は都市部の約 2 倍、妊産婦死亡率は 2 倍以上となっている。その理由の 1 つとして、地方部住民の医療施設へのアクセスがよくないことがあげられている。

モロッコにおける現在の国家開発計画である第 6 次経済・社会開発計画(2000～2004 年)の中で、保健医療分野については地域格差が課題となっている。現状では地方住民の約 4 割が保健施設にアクセスできず、また人口当たりの医師数は都市平均では、4,136 人に 1 人であるのに対して、地方部では 59,356 人に 1 人であり、農村部においても全員が必要な医療を受けられるようにならなければならないとしている。保健分野に関する行動計画として、第 1 にリプロダクティブヘルス及び母子保健関連事業の強化と感染症の予防、第 2 に都市・農村部における公共保健施設の建設を強調している。

モロッコ保健省はこの経済・社会開発計画の方針を受け、現在進行中の「保健開発計画 2000-2004」の中で 7 戦略および目標指標を打ち出し、それぞれについての事業を進めている。その中でも多く予算配分しているのは、地方の各保健医療施設の新設・増改築、巡回診療車

両購入などが含まれる「保健サービスのカバー率の向上、地域格差の是正」と、妊産婦死亡の低減をねらったリスクなき出産プログラム（Programme de la Maternité sans Risque）（表1-11）が含まれる「ヘルスプロモーション及び疾病対策の強化」であり、地方保健医療及び母子保健医療分野に力を入れている。

これらにより、乳児死亡率を 37 から 27 に低下させること、妊産婦検診の受診率を 36%まで、施設分娩の比率を 30%まで上昇させ、妊産婦のリスクへの対応をより容易にし、ひいては地方部の妊産婦死亡率を 307(出生 10 万当たり) (97 年) から 274 (04 年) に下げること、地方部の医療施設あたり人口を 9,100 から 6,500 にするために、5 年以内に地方の保健医療施設 746 施設を新設・増改築することを目標としている。予算割り当てから見ても、保健省が地方保健医療及び母子保健医療分野に力をおいていることがわかる。しかしながら、国家総予算内の保健省予算の割合は減少しつつあり、また予算の 58%は人件費が占めていることから、保健開発計画で定めたこれら目標を達成するための必要経費を自国予算だけでまかなうことは困難となっており、各ドナーの支援を得て実施する予定である。

表1-11 リスクなき出産プログラムの概要

目標値	重点分野	戦略・活動	計画の貢献
・地方部の妊産婦死亡率： 307 (97年) 274 (04年)	・妊産婦ケアの改善 ・救急産科治療のカバー拡大	・妊娠・出産関連施設の増加 ・必要な機材の配置	■
・地方部の妊産婦検診率： 36% (04年) に改善	・妊産婦の予防接種率向上 ・妊産婦の栄養状態改善	・救急車の配置 ・必要な医薬品の配備	
・地方部の施設分娩率： 30% (04年) に改善	・人材の育成 ・住民の啓蒙活動	・リファラル体制の改善 ・自宅分娩の安全性の改善 ・IEC活動の強化	

(資料)Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, *Projet de Plan de Développement Sanitaire 2000/2004*をもとに作成

一方、地方医療に関しては世銀、USAID、EU といった他ドナーも協力を行っていたことから、保健省はこれらの支援が得られていない地域をピックアップし、保健センターや農村診療所の設置を目的とする無償資金協力を要請してきた。しかし、対象地域が北部の 4 県、南部の 2 県と点在していて地域的な関連が薄く、単に一次医療施設を計画的に増やすことで地方部の保健・医療サービスの向上が期待できるのかという疑問があった。このため、地方保健・医療に関するプロジェクト形成調査が国際協力事業団(JICA)により 2001 年 1 から 2 月にかけて実施された。その席で、地方部の保健センター及び農村診療所の増設は、特に遠隔地の人材確保の点から実現性に乏しいことを指摘し、日本側としては、UNFPA (国連人口計画) が行ってきたように州単位でのリファラル体制を考慮しながら、母子保健指標の改善を目指すことを提案した。モロッコ政府はこの提案を受けて、2001 年 3 月に改めて我が国に対し無償資金協力の要請書を提出した。

その後、現地調査における協議を受けて、プロジェクトの目的は母性保健の改善となった。また、要請された対象施設数は当初 41 カ所であったが、このうち 1 カ所が西サハラに位置していたため削除され、3 州の維持管理部に対する機材要請が追加された。施設の一部は機材のみの最終要請となっている。

要請の概要は表 1-12 のとおりである。

表1-12 最終要請された対象施設

要請された施設		要請内容		
		増改築	機材整備	
フェズ・ブルマン州(Région de Fes-Boulemane)				
セフル(Séfrou)県	1	モハメド5世県病院(Mohamed V HGP)		
	2	イムゼ保健センター(Immouzer CSUA)		
	3	リバト保健センター(Ribat El Kheir CSUA)		
	4	アドレジ保健センター(Adrej CSCA)		
	5	アユンスナン診療所(Ayoun Senane DR)		
ブルマン(Boulemane)県	6	ブルマン地域病院(Boulemane HL)		
	7	スクラ保健センター(Skoura CSCA)		
	8	ギグ保健センター(Guigou CSCA)		
	9	マルシュ・ベルト県病院(Marche Verte HGP)		
フェズ・メディナ (Fes-Médina)県	10	シディ・ブジダ保健センター(Sidi Boujida CSCA)		
ズアガ・ムーレイ・ヤクブ (Zouaga My Yacoub)県	11	イブン・アル・カティブ県病院(Ibn Al Khatib HGP)		
フェズ・ジッド (Fes-Jdid Dar Dbibegh)県	12	アル・ガッサニ州病院(Al Gassani HGR)		
メクネス・タフィラレット州(Région de Meknès-Tafilalet)				
ケニフラ(Khénifra)県	13	ケニフラ県病院(Khénifra HGP)		
	14	ミデルトポリクリニック(Midelt PSP)		
	15	ムリルト保健センター(Mrirt CSCA)		
	16	ウマナ診療所(Oumana DR)		
	17	ティサリン保健センター(Tighsaline CSCA)		
	18	トゥネフィット保健センター(Tounefite CSCA)		
	19	ブミア保健センター(Boumia CSCA)		
	エル・アジェブ(El Hajeb)県	20	エル・アジェブ地域病院(El Hajeb HL)	
	イフラン(Ifrane)県	21	8月20日ポリクリニック(20 Août PSP)	
22		イフラン保健センター(Ifrane CSC)		
Errachidia)県	23	ムーレイ・アリ・シェリフ県病院(My Ali Cherif HGP)		
El Ismailia)県	24	シディ・サイド州病院(Sidi Said HSR)		
El Menzeh)県	25	モハメド5世州病院(Mohamed V HGR)		
グルミン・エスマラ州(Région de Guelmim-Essmara)				
グルミン(Guelmim)県	26	グルミン県病院(Guelmim HGP)		
	27	タジット保健センター(Taghjijt CSCA)		
	28	ファスク保健センター(Fask CSCA)		
	29	イフラン・グルミン保健センター(Ifrane Guelmim CSCA)		
タンタン(Tan Tan)県	30	ハッサン2世県病院(Hassan II HGP)		
	31	エル・ウティア保健センター(El Outia CSU)		
	32	ティルムズン診療所 ( Tilmzoune DR )		
タタ(Ta Ta)県	33	フム・ズギッド地域病院(Foum Zguid HL)		
	34	フム・エル・イシン保健センター(Foum El Hisin CSUA)		
	35	アッカ保健センター(Akka CSUA)		
	36	ティッシント保健センター(Tissint CSCA)		
	37	タタ地域病院(TaTa HL)		
アッサ・ザグ(Asa-Zag)県	38	ザグ保健センター(Zag CSUA)		
	39	アッサ県病院(Asa HGP)		
	40	ラーナ診療所 ( Lahana DR )		
州維持管理部				
	フェズ・ブルマン州			
	メクネス・タフィラレット州			
	グルミン・エスマラ州			

主な要請機材は以下の通りである。

- ◆ 保健センター用産科機材：超音波診断装置（簡易モデル）、胎児心拍測定装置、インファントウォーマー、分娩台、婦人科用診察台、吸引娩出器、血圧計、新生児体重計、正常分娩器具セット、等
- ◆ 病院用産科機材：超音波診断装置、分娩監視装置、インファントウォーマー、分娩台、産婦人科用診察台、産婦人科用手術台、電気メス、麻酔用ベンチレーター、正常分娩器具セット、帝王切開術器具セット、両扉型高圧蒸気滅菌装置、等
- ◆ 臨床検査機材：生化学自動分析装置、自動血液分析装置、pHメーター、分光光度計、蛍光光度計、蒸留器、乾熱滅菌器、等
- ◆ メンテナンス工具セット
- ◆ その他：救急車、コンピュータ、テレビ、ビデオカセット・レコーダー

本協力対象事業における対象3州は他のドナーの支援も少なく、分娩施設の設備・環境及び基礎保健施設数も十分でない。北部のメクネス・タフィラレット州、フェズ・ブルマン州では、一部の施設は既にUSAIDやEU等の支援で施設・機材整備が行われているところもあるが、グルミン・エスマラ州は隔絶された土漠地帯で人口密度も低く、住民の生活環境も他の2州に比較して厳しい上に他のドナーの支援も全くなく医療施設数も少ない。

### 1-3 我が国の援助動向

日本とモロッコの関係は従来より良好であり、有償資金協力、無償資金協力、技術協力の各形態により積極的に援助を実施している。1999年7月には経済協力政策協議を実施し、農業及び水産業の開発・振興の支援、農業用水、飲料水確保のための水資源開発支援、持続的経済成長を支える基礎インフラ整備分野への支援、都市・地方間格差是正のための地方開発分野への支援、環境分野への支援、の5分野を重点とすることを確認した。

無償資金協力については、モロッコが1986年度に一般無償資金協力対象国に移行して以来、保健・医療、水供給分野等の基礎生活分野、農業分野、水産分野を中心に援助を実施している。このうち、保健・医療分野向けの一般無償は、1993年に実施された「医療機材整備計画」(9.03億円)がある。これは、モロッコ保健省の当時の開発目標である「基礎的医療サービスの全国民への拡大」を達成させるため、地方の医療施設に派遣する医師を養成する機関としての役割を果たす第三次医療機関(CHU)であるイブンシナ大学病院センター(無償実施時の名称は、イブンシナ医療センター)の7医療施設に対して、医療機材の調達を行ったものである。なお同案件に関しては、2000年5月～6月にフォローアップ調査が行われた。また、人口家族特別機材供与として、UNFPAとのマルチバイ協力にて1997年度から1999年度まで母性ヘルスケアに係る未熟児保育器、超音波診断装置等の機材の供与が行われている。

保健・医療分野の技術協力については、現在保健省住民局IEC課にシニアボランティアが1名配置されており、保健分野の啓蒙活動の一環として主にテレビ番組の制作に携わってい

る。JOCV については 2 名の助産婦隊員が派遣されている。

我が国政府はモロッコに対する援助として「モロッコ国の最重要課題の一つである社会格差是正努力を支援するため、各形態による積極的な援助実施を検討してゆく」としており、本案件による地方村落レベルの保健所改善および地方女性の母性ヘルスケア改善は、モロッコ国の社会格差の是正を支援するとして我が国政府の援助方針に合致すると思われる。

#### 1-4 他ドナーの援助動向

各ドナーとも 2004 年前後までの計画を行っており、それ以降の計画は未定となっているが、他ドナーの活動計画が現状では本計画と重複のないことを基本設計調査において確認を行った。保健・医療分野における主要ドナーの援助動向については以下の通りである。

##### (1) 世界銀行

###### 1) 社会開発プログラム(BAJ)

世銀が実施している保健分野のプロジェクトは、BAJ と呼ばれる社会開発プログラムの一部であるプライマリヘルスケアのプロジェクトである。BAJ は教育や社会活動といった分野のプロジェクトも含んでおり、期間は 1996～2001 年末である。保健分野の BAJ 予算は総額 118.8 億 US ドルで、世銀はこの 57%に相当する 68 百万 US ドルを貸しつける。保健分野では、14 の県をターゲットとし、ターゲット県の地方部住民の、基礎的医療サービスへのアクセスを改善すること、保健省の「リスクなき出産プログラム」の強化を目指し、妊産婦・新生児死亡率を下げること、国家レベルの優先保健プログラムを強化することを 3 つの柱として掲げている。

世銀の BAJ プロジェクトはモロッコ政府が定めた貧困 14 県を対象としており、実施予定の本計画と対象県が異なるため援助の重複はない。

ターゲットとなる県、及びプロジェクトの内容は表 1-13 のとおりである。

表 1-13 BAJ 保健分野のターゲット県及びプロジェクトの内容

ターゲット県
スース・マッサ・ドラー州: ワザザット、タルダント、ティズニット、ザゴラ
エル・ガルブ・シュラルダ州: シディ・カセム
マラケシュ・テンシフト州: アル・ハウス、シシャワ、エル・ケラー、エサウイラ
ドゥカラ・アブダ州: サフィ
タドラ・アジラル州: アジラル
タザ・アル・オセイマ州: タザ、アル・オセイマ
タンジェ・テトウアン州: シェフシャウアン
プロジェクトの内容(抄)
1. ターゲット県の地方部住民の、基礎的医療サービスへのアクセスを改善する 160カ所のCS、25カ所のDR、15カ所のHL、の増改築 CSC80カ所の建築(宿舍込み) バイク340台の調達 機材、医薬品、消耗品の調達
2. 保健省の「リスクなき出産プログラム」の強化を目指し、妊産婦・新生児死亡率を下げる 一次医療施設レベルでの妊産婦サービス整備 医師・パラメディカル人材の強化 55カ所のCSCA産室及び13カ所の病院産科部門の改修 機材、医薬品、消耗品の調達 患者搬送システムの整備、救急車126台の調達 避妊具の調達
3. 国家レベルの優先保健プログラムを強化する ワクチン、必須医薬品、機材の調達、及びこれらの搬送用の車輛7台、バイク32台の調達 IEC活動の整備

## 2) 保健財政・運営改善計画(Health Financing and Management Project1999-2003)

世銀は保健分野へのプロジェクトとして 1999 年より「保健財政・運営改善計画 1999-2003」を 66 百万 US ドルにて追加実施を行っている。このプロジェクトでは、公的病院の合理化に焦点を当て、財務・運営手法の導入により効率性を改善して確保された財源を PHC へ再配分している。プロジェクトの内容と 12 公立病院に於ける運営強化とサービスの質的改善、保健セクター財源の改善、政策策定及び決定・実施能力の強化を行っている。

世銀の保健財政・運営改善計画プロジェクトは保健省本省を対象としており、実施予定の本計画とは援助の重複はない。

## (2) 欧州連合(EU)

EU は過去において、アズル(メクネス・タフィラレット州)やサレ(ラバト近郊)の県病院レベルの産科に対する整備を支援した経験があるが、機材の供与に関しては特定の限られた種類の機材を広範囲の地域に対して供与する傾向がある。

援助計画の策定及び実施にあたっては、世銀や USAID といった機関と協調して行っている。現在進行中の計画は、以下の 2 つである。

### 1) 保健部門運営支援プロジェクト (Projet d'Appui à la Gestion du Secteur de la Santé)

モロッコ北東部オリエンタル州において、州内の予算・人材管理体制の強化、リファラル体制の整備、5 つの病院及び 19 の保健センターにおける診療体制への技術支援を行っている。プロジェクトの期間は 1999 年より 84 ヶ月(7 年間)で、計 20 百万ユーロが供



与される。

2) 医療サービス改革支援プログラム (Programme d'Appui à la Reforme de la Couverture Médicale)

これは、MEDA と呼ばれる援助プログラムの枠組みの中で実施されるもので、期間は 48 ヶ月と予定されており、50 百万ユーロが供与される。

このプログラムでは、AMO (Assurance Maladie Obligatoire) と呼ばれる国民健康保険及び RAMED (Régime d'Assistance Médicale、RAMEF と呼ばれる) と呼ばれる弱者救済措置の整備を目指しており、モロッコの保健開発計画のプログラムである「3. 疾病保険の拡充を通じた保健財源確保、及び弱者救済措置」に直接貢献するものと考えられる。

EU は県病院の産婦人科部門を独立させた産科病棟の建設を支援している。北部のケニフラ県病院とアズロウ県病院での産科病棟は、本計画範囲にあり上位レファラル施設となる。しかし、同一施設で重複することはない。また、機材整備でも県病院レベルの産婦人科に少数機材を幅広く供与している。しかし、同一機材で重複することはない。

(3) 国連人口計画(UNFPA)

1) 第 5 次協力プログラム

UNFPA は 1997 年より、第 5 次協力プログラムを実施している。これは 2001 年まで継続し、その枠の中で多くのプロジェクトを実施してきた。1998 年より、マラケシュ・テンシフト州を中心とした 13 県において、機材・研修・技術指導を含めたパッケージの提供を行っている。プロジェクトの期間は 4 年間で、予算は約 7.5 百万 US ドルである。プロジェクトのコーディネータはマラケシュの UNFPA 事務所で行われてきたが、現在は閉鎖されている。

人口分野の関連では、同じく 98 年より人口関連情報システムの整備を開始している。そのデータ収集のための原票は、医療施設の末端レベルにまで普及し、使用されている。この帳票は各県の移動診療部 (SIAAP) に送られ、SIAAP にてパソコンへのデータ入力が行われる。各 SIAAP はラバトの保健省とオンラインでつながっており、このデータを送信する。このプロジェクトの実施機関は保健省ではなく経済予測・計画省であり、4 年間の期間で、予算は約 78 万 US ドルである。

本計画と対象範囲が一致するのは南部のタタ県だけであるが、技術研修だけで施設・機材の整備はなかった。また、UNFPA は 2001 年から対象地域を更に北部へ展開しており、本計画と重複する対象県はない。

2) 救急産科診療のモニタリングと評価 (Monitorage et Evaluation des Soins Obstétricaux d'Urgence)

UNFPA は 2000 年より 2002 年までの予定で「救急産科診療のモニタリングと評価」を実施している。モロッコ全国 16 州を対象とした全国規模の救急産科医療のモニタリング、

及び分析、評価をビル・ゲイツにより米国コロンビア大学に託された基金約 50 万 US ドルにて行い、その他に約 1.5 百万 US ドルにてメクネス州を含む北部で、手術室を含む 5 産科施設の建設を行っている。

UNFPA の救急産科診療のモニタリングと評価プロジェクトはモロッコ全国を対象としているが、モニタリング・分析・評価のみで実施予定の本計画とは内容が異なる。また施設の建設は、メクネス州でも対象県が異なるため援助の重複はない。

#### (4) 米国開発庁 (USAID)

USAID のモロッコ向け援助総額は 14 百万 US ドルと日本より少ない。同国の保健・栄養・人口分野、特に母子保健・家族計画に対し長い間支援を行ってきたが、2004 年で同分野への援助を終了する予定である。

現在進行中の保健分野向け援助計画は、PROGRESS (Projet de Gestion Régionale des Services de Santé) と呼ばれる。これは、援助を終了した後も持続可能な母子保健・家族計画サービスを構築することを目指しており、そのために 地方におけるプライマリヘルスケアのマネジメント能力向上、民間部門の母子保健・家族計画サービス拡大、を支援する。プロジェクトの期間は 1999 ~ 2004 年である。

2001 年は、南部の主要都市アガディールのあるスース・マッサ・ドラー州及び北部のタンジェ・テトゥアン州の 2 州、及びラバトに限定して、母子保健、家族計画、STD/AIDS 対策等の支援を行う。同年の援助総額は、2.405 百万 US ドルである。

USAID はモロッコ国の保健医療分野に対して約 30 年間の支援を継続してきた実績があり、多くの保健所に USAID のラベルが貼られた診察台や身長・体重計があるが、何れも 10 年近く経過したものであった。また、1995 年~2000 年にパイロット案件として「産科救急体制 (SOINS OBSTETRIQUES D'URGENCE)」が実施され、フェズ・ブルメン州の一部の病院に産科機材が整備された。本計画の対象病院では、現有機材の活用状況を確認しており、USAID が供与した同一機材を重複して供与することはない。

他ドナーの援助活動計画を纏めると次表 1-14 のようになる。

表 1-14 他ドナーの活動計画

ドナー	案件名	年度	金額	対象地域	活動内容
EU	保健部門支援プロジェクト (Projet d'Appui à la Gestion du Secteur de la Santé)	MEDA1 1999 ~ 2001 MEDA2 2002 ~ 2005	20 百万 ユーロ (無償)	オリエンタル州 (モロコ北東部)	州内の予算・人材管理体制の強化、リファラル体制の整備、5 病院と 19 の保健センターにおける診療体制への技術支援。 注)MEDA:地中海地域相互利益のためのプロジェクト。
	医療サービス改革支援プロジェクト (Programme d'Appui à la Reforme de la Couverture Médicale)	2000 ~ 2004	50 百万 ユーロ (無償)	保健省本省	モロッコにおける「保健開発計画 3. 疾病保険の拡充を通じた保健財源確保、及び弱者救済措置」を目的として、国民健康保険(AMO: Assurance Maladie Obligatoire)の整備及び弱者救済措置(RAMED: Régime d'Assistance Médicale、RAMEFとも呼ばれる)への支援。
USAID	地方に於ける保健マネジメント (PROGRESS; Projet de Gestion Régionale des Services de Santé)	1999 ~ 2004	8 百万 US\$ (無償)	タジエール・ティン州 (モロコ北部)、 スマサラ州 (モロコ南部)	持続可能な地方におけるプライマリヘルスケアの品質とマネジメント能力向上、民間部門の母子保健・家族計画サービス拡大、保健情報システムの強化、地域での人材研修の制度化への支援。 保健分野ではこれが最後のプロジェクトとなる。
UNFPA	第 5 次協力プログラム	1997 ~ 2001	7.5 百万 US\$ (無償)	マラケシュ・テンジフト州 中心の 13 県。	機材整備・研修・技術指導を含むパッケージの提供。
	救急産科診療のモニタリングと評価 (Monitoring et Evaluation des Soins Obstétricaux d'Urgence)	2000 ~ 2002	2 百万 US\$ (無償)	16 州。 (北部ではメクス州を含む)	5 産科施設(ケルニア、エルワ、チネル、ダニエト、ハンゲリル)を建設(1.5 百万 US\$)。全国規模でモニタリングおよび分析・評価を行う(コロンビア大学と共同 0.5 百万 US\$)。
世銀	社会開発プログラム (BAJ)	1996 ~ 2001	68 百万 US\$ (有償)	スース・マッサドラ州、 エルガルフ・シュラガ州、 マラケシュ・テンジフト州、 ドゥカラ・アブダラ州、 タラ・アジラル州、 サ・アルヒヤ州、 タジエ・ティン州	・ 地方部住民の、基礎的医療サービスへのアクセス改善。 ・ 「リスクなき出産プログラム」強化を通じ、妊産婦・新生児死亡率の低減を目指す。(55ヶ所の CSCA 産室の増改修、13ヶ所の病院の改修、機材及び救急車 126 台の供与。) ・ 優先保健プログラム強化(ワチ、医薬品等の供与)。
	保険財政・運営改善計画 (Health Financing and Management Project)	1999 ~ 2003	66 百万 US\$ (有償)	保健省	・ 公的病院の運営強化とサービスの質的改善。 ・ 保健セクター財政の改善、 ・ 政策策定及び決定・実施能力の強化のための支援
サジアラビア	FES 大学病院(CHU)建設	2001 ~ 2005	有償	フェス州	アルガサニ病院とイソルカティブ病院が担っている CHU 機能を独立させ、2 病院を産科を含むモロッコ北部州のトップ・レファラルとする。
UNICEF	ヘルスマネジメントへの支援	Phase1 1997 ~ 2001 Phase2 2002 ~ 2006		シェフシャブ県、 エルハジ県、 イサウイラ県、 ワラガット県、 ザゴラ県	コミュニティレベルにおける母性保健(特に産後ケア)サービスの質的改善への支援。 保健センター・病院で働く人に向けたガイドブックの作成。
	健康保険への援助	1997 ~ 2001		シェフシャブ県内、 コミュニティ(人口 5 万人)を対象	パイロットプロジェクト。民間へ引き継ぐことが目的。