

II 資料編

目 次

第1章 タンザニア保健医療の概要	39
1-1 主な感染症の現状	39
1-2 HIV/AIDS	42
1-3 その他の性感染症（STI）	43
1-4 結 核	43
1-5 マラリア	44
1-6 母子保健の現状及び人口動態	45
EU支援によるSTI症候診断・治療プログラム	46
尿道分泌物症候群	47
骨盤内炎症性疾患（PID）	48
病的帯下（VDS）	49
第2章 タンザニア政府の政策概要	50
2-1 ウジャマー社会主義の実験と保健医療における成果	50
2-2 社会主義経済路線から市場経済路線へ	50
2-3 行政制度（公務員制度・地方自治制度）の変遷	52
第3章 タンザニアの保健行政	55
3-1 保健省の機構	55
3-2 保健サービス供給体制	56
3-3 保健財政	58
3-4 保健セクター改革	60
3-4-1 ザンビアにおける保健セクター改革の進捗状況	61
3-4-2 タンザニア「保健セクター改革作業計画」の概要	63
3-4-3 セクター・ワイド・アプローチとコモン・バスケット	66
第4章 HIV/AIDSに対するタンザニア政府の取り組み	77
4-1 第3次エイズ・性感染症対策中期計画	77
4-2 国家的取り組みータンザニア・エイズ委員会の設立	78

第5章 各ドナーのH I V／A I D Sへの取り組み	80
5－1 概 観	80
5－2 U S A I D（米国国際開発庁）の取り組み	80
5－2－1 対タンザニア援助の目標	80
5－2－2 保健セクターに対する援助内容	81
5－3 その他のドナーの取り組み	83
第6章 重債務貧困国支援の動きとタンザニアでの各種改革	86
6－1 H I P C s イニシアティブとタンザニア側の対応	87
6－1－1 「タンザニア開発ヴィジョン2025」	87
6－1－2 「公共支出レビュー」と「中期支出枠組み」	88
6－1－3 世銀作成「国別援助戦略」	91
6－1－4 「タンザニア支援戦略書」	91
6－2 拡大H I P C s イニシアティブとタンザニア側の対応	92
6－2－1 「貧困削減戦略書（P R S P）」	93
6－2－2 債務救済の実施スケジュール	95
囲 み	
なぜ保健セクター改革が他の改革より先行しやすいのか？	62
保健セクターの地方分権化は本当に有益か？	76
債務救済は財政破綻国の国際管理下移行を意味するのか？	98

第1章 タンザニア保健医療の概要

1-1 主な感染症の現状

ここでは感染症による被害の大きさを実感するため、タンザニアで**毎日4,000人以上生まれて**
いる赤ちゃんからランダムに選んだ1,000人を追跡すると仮定しよう。疫学ではこのような観察
対象集団を「**同日出生コホート**」と呼んでいる。なお、彼らがかかる重要疾患や病前状態には下
線を付し、その多くを1-2以降で解説する。

妊婦の5人に1人はヒト免疫不全ウイルス（H I V）に感染しており、感染者の母親から産ま
れた新生児（200人）の約25～30%は子宮内若しくは産道で感染を受けるため、1,000人の赤ちゃ
んのうち50人以上は生まれながらにしてH I V感染者で、その一部は1歳を待たずに乳児期に後
天性免疫不全症候群（A I D S）死する。妊婦には梅毒感染者も少なくないが、治療されずに放
置されれば、赤ちゃんが先天梅毒にかかって生まれることもある。一方、マラリアにかかった妊
婦からは早産児・低出生体重児が生まれやすく（1990～1997年平均で全新生児の14%が出生体
重2,500 g未満、日本では同7%¹）、生後の生存は極めて不利となる。分娩介助時の不潔な操作
が元で破傷風にかかる赤ちゃんは相当少なくなっているが、患者実数は届け出数の10倍にのぼる
ものと推定され²、いったん発症すればほとんどが死亡する。

粉ミルクを継続的に購入できるほど裕福な家庭はひと握りしかなく、ほとんどの赤ちゃんは母
乳哺育で育てられる。母乳以外のものを一切与えなければ下痢症を防ぐ効果は大きいが、たいて
い早くから何らかの飲食物が与えられる（生後3か月間の完全母乳栄養実施率41%）。そうなれ
ば乳児は下痢症にかかり始め、その時期が若年であればあるほど、また頻繁であればあるほど栄
養障害を併発しやすくなる。経口補液療法がある程度（1990～1997年の使用率は50%にとどま
るが）普及して、急性下痢症で死亡するような例は以前より減少しているはずであるが、3週間
以上長引いたり、栄養失調を併発すれば今でも死に直結する。H I Vウイルスは母乳中に分泌さ
れるリンパ球の中にも存在するため、授乳期間中に乳児への経母乳感染が進んでいき、母児感染
率は生下時よりも5～10%ほど押し上げられて、最終的には35%前後に達する。結局、コホート
の赤ちゃん1,000人中約70人がH I V感染者となる。このように、母乳栄養はH I V感染を増や
してしまうが、かといってアフリカで母乳以外で哺育すれば乳児の死亡率が20倍に跳ね上がって
しまう、というジレンマがある。

一方、蚊は生後間もない赤ちゃんでも容赦なく刺咬する。生後数か月のうちに母親から移行し

¹ UNICEF, “The State of the World's Children 1999”

² MoH, “National Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response”, 2000

た抗マラリア抗体は消失していき、いよいよ乳児はマラリアを発症し始める。

こうして**来年の今日までには同日出生コホート1,000人中約100人が死亡**している（1995年の乳児死亡率92、1999年の推定値99）。

最初の1年間を何とか生き延びても幼児たちの試練は続く。この年齢層ではマラリアが最大の死因となっており、その死亡者は全国で5歳未満人口10万人当たり年間平均300～1,600人とされる³。換言すると、同日出生コホートの生き残り組900人のうち、**年間3～20人近くがマラリアで死亡**していく。また、タンザニアの子どもたちの栄養状態は概して悪く、体重が月齢相当に達しない低体重の5歳未満児は重度の者が8%、中等度を含めると27%で、慢性的な栄養不良のために身長が月齢相当に達しない発育阻害児は実に41%に及ぶ。栄養不良児は感染症にかかりやすく、感染症は栄養状態を更に悪化させて、感染症死の誘因となる。例えば、風邪をこじらせて肺炎を併発し、急性呼吸器感染症で亡くなるような子どもでは、栄養障害が基礎にある場合が少なくない。1歳までに麻疹の予防接種を済ませている子どもは70%前後にとどまっており、栄養不良児が麻疹にかかればひとたまりもない。

この子どもたちを出産した時点で既にH I Vに感染していた母親たち（200人）は年を追ってA I D Sを発症して亡くなり、**母児感染した子ども（70人）も5歳までにはほとんどがA I D S死**していく。一方、母児感染を免れた130人の子どもが全員生存できるとすれば、全国では同日生まれ4,000人中約520人、同年生まれの19万人がA I D S孤児として残される計算になる。実際には、母親と死別後は十分な栄養が与えられなかったり、マラリアにかかった際に手当を受ける時期を逸したりして、皆が長く生き延びられるわけではないが、現在までの累積でA I D S孤児の総数は100万人を超えたとされる。

追跡中のコホートに話を戻すと、**1歳まで生き残った約900人の中から更に50人以上が、マラリアや急性呼吸器感染症やA I D Sのために5歳になる前に死亡**していく。これが5歳未満死亡率143（1995年）、同158（1999年推定）と表現されることの実態である（全国では、例えば1997年の1年間で18万人以上の5歳未満児が死亡した）。

5歳過ぎからは下痢症、マラリア、急性呼吸器感染症等で死亡することは少なくなり、医療機関でも、それまでの「生後4歳11か月」といった扱いから単に「満何歳」という年齢表示に変わる。1年に何度もマラリアにかかり、しかもそれを数年繰り返した子どもは、ついにマラリアに対する部分免疫を獲得して、かかっても2～3日熱発する程度で済むようになってくる。命を落

³ MoH and WHO, “Plan of Action for Implementing Roll Back Malaria in Tanzania 2000/2001”

とすほどの病気が減っていくのと入れ替わりに、年齢とともに鉤虫・回虫等の腸管寄生虫や住血吸虫の寄生虫感染を受ける子どもが増えていく。重度の栄養失調は乳幼児期よりは減っていくが、寄生虫感染と相まって貧血や鉄欠乏症を来す子どもは非常に多い。就学期にある児童における貧血・鉄欠乏は、脳への酸素運搬能や脳内代謝の低下を介して、学習能力の低下を招きやすい。

タンザニアでは齢10年ともなれば早くも性的活動期に入り、H I Vや他の性感染症に罹患し始める。現にH I V新規感染者の6割以上が15～24歳の青少年層である。もちろん妊娠・出産する少女もあり、母親となった時点で初等教育からドロップ・アウトしてしまう可能性が高い。望まない妊娠をした場合、法律で禁じられている中絶を図るため民間療法等に頼って生命を危険にさらす者もある。また、栄養状態が悪いタンザニアでは発育阻害児が41%に及ぶ、と先述したが、低身長の子若年女性では骨盤も狭いことが多く、分娩進行停止等のトラブルに見舞われる危険が高くなる。

一種の免疫不全状態にある妊婦、とりわけ初妊婦がマラリアにかかると一般成人に比べはるかに重症化しやすく、中には死亡する者も現れるし、胎児側にも発育不全、流産が起りやすくなる。このほか、妊娠に栄養不良やマラリアが重なった重症貧血、短い間隔での出産、多産、高年齢出産、女性の家事負担の重さ、家庭内での低い地位、識字率の低さ、良質な妊産婦保健サービスへのアクセスの悪さなどが原因となって、妊産婦死亡は出生10万件当たり530人（1980～1997年平均）と極めて高率である。1,000人の赤ちゃん誕生の陰で既に5人以上の妊産婦が亡くなっており、無事出産を終えた母親たちの中から次子の妊娠・分娩に関連してまた5人が亡くなる、といった計算になる。しかし乳幼児死亡率が高いこともあって、子どもは多めに産んでおかねばならず（1997年の合計特殊出生率5.5）、女性たちは自分の身を危険にさらしながら妊娠・出産を繰り返していく。

多くの子どもたちにきちんと食べさせ、度重なる下痢症・マラリア感染等の手当をし、有料化された初等教育を修了させるのは容易なことではなく、特に貧困世帯では、栄養状態が悪く、病気がちで、学校での成績も振るわず中途退学する子どもばかり、という結果を招きかねない。このように熱帯アフリカに位置するタンザニアでは、貧困の故に熱帯病を含む感染症に罹患しやすく、感染症のために生産性が低下したり人命が失われたりして貧困に拍車がかかる、という悪循環にはまりこんでいる。

以下、本件調査で特に課題となった感染症の現状を疾患別に、また母子保健の全般的状況を簡潔に記す。

1-2 HIV/AIDS

- ・推定感染率は成人人口全体の10～12%（15歳以上人口が全人口の半数を占める）。
- ・病院に入院する患者の60%はHIV陽性。
- ・年間死亡者は約14万人で、成人の死亡原因としては男女とも最大。
- ・ここ数年間の乳児死亡率、5歳未満死亡率の悪化の一因でもある。
- ・全国の総分娩件数のうち7%でHIVの母子間感染が成立していると推計される。
- ・AIDS孤児は累積数100万人を超えた。
- ・HIV新規感染者の6割以上が15～24歳の青少年、この層では女性の感染率が高い。
- ・HIV既感染者の8割以上が20～44歳の層。
- ・このまま流行が進めば、2010年時点では蔓延がない場合に比べて国内総生産（GDP）は20%低下し、平均寿命は61歳から46歳に短縮する。
- ・いまだにHIV/AIDSの現実から目をそらすタンザニア人も多い。

（調査時点：2001年2月、脚注1～3参照）

HIVにはHIV-2（ほぼ西アフリカに限定される弱毒株）とHIV-1（10以上の亜型がある）の2種類がある。欧米に多いHIV-1亜型Bは、肛門性交で伝播しやすいが、膣性交での伝播効率は低い。実際にも欧米では感染の約半数が男性同性愛行為によって起こっており、麻薬患者からの感染がそれに次ぐ。アフリカにはすべてのHIV-1亜型が存在しているが、亜型A、C、Eは膣性交でも伝播しやすい⁴。その反映として、アフリカでは欧米と異なって患者数が男女ほぼ同じで、伝播経路として**男女間の性行為と医療行為**が重要である。また、女性の感染者が非常に多いことから、**母子間感染**の比重も高い。かつて医療機関で当たり前に行われていた注射針の再使用は、ある程度までは回避されるようになっている。

HIVのウイルスはB、T2種類のうちTリンパ球（ヘルパーTリンパ球だけ）に侵入して増殖し、ついには破壊する。潜伏期の間はリンパ球が再生して代償されているが、5～10年経過してヘルパーTリンパ球が減ってくると、患者の細胞性免疫能力が低下していく。細胞性免疫は、体内で結核菌やウイルスやカビの類（真菌）が我が物顔で増え広がらないよう抑え込んでいる。そのためHIV感染者に現れる合併感染症としては、肺結核をはじめとする**結核症**、口唇ヘルペスや帯状疱疹など長年月にわたって潜伏するウイルスの再燃、口腔カンジダ症、カリニ肺炎、アスペルギルス肺臓炎、クリプトコッカス髄膜炎、クリプトスポリジウム下痢症等の真菌症が多い。このように、健康人では病気を起こさずに潜伏している微生物が、宿主の免疫力低下に乗じて増殖し病気を起こす場合を、**日和見感染症**（^{ひよりみ}opportunistic infection）と呼ぶ。

⁴ 井上栄『感染症の時代』P176～182、講談社現代新書、2000

1-3 その他の性感染症（STI）

- ・報告があっただけで1999年に11万5,000件のSTI新規罹患者。
- ・妊婦の梅毒スクリーニングによるデータは観測定点による差が大きく0.4～33%。
- ・欧州連合（EU）の支援により11州でSTIの症候診断・治療プログラムが実施されている。
- ・梅毒には依然ペニシリンが有効であるが、当地の淋菌はカナマイシン、ST合剤等への耐性を獲得している。

（調査時点：2001年2月、脚注1～3参照）

アフリカ人の伝統的性規範はおおらかで、もともと古典的なSTIが蔓延していたと考えられている。独立前後の急激な社会変化により、特に都市には急激な人口の流出入が生じてSTIが更に増加し、そこに新興のHIV感染が入り込んできたために短期間に大流行を来したと推定される。タンザニアでは、炎症が存在すると感染効率が高まる**HIV-1亜型C**が40%以上を占めるとの報告もあり、STIのコントロールは喫緊の課題である。

病院だけでなく検査設備をもたない末端保健医療施設でも、症候診断を頼りに多くのSTI患者に治療を施してSTI罹患率を抑制し、更にHIV陽性率の減少にも成功した国内事例がいくつもあるが、全国展開にはほど遠い実状にある。制約要因となっているのは抗生物質やSTIスクリーニング検査キットの不足、訓練された保健要員の不足、STI啓発活動の効果が一般大衆には限定的であること等である。EUの支援により実施中のSTI症候診断・治療プログラムで使用されているプロトコールを章末に付す。

1-4 結核

- ・タンザニアの結核患者の4割以上がHIVとの重複感染。
- ・結核はAIDS患者の直接死因として最も多い。
- ・HIV流行前と比べて5倍の結核患者。
- ・1999年の結核新規罹患者は5万3,000件であったが、報告漏れが多い。
- ・1998年における推定患者数9万9,000人は、世界で第14位。
- ・推定患者発生率人口10万人当たり308.6人は、アフリカで4位、世界でも6位。
- ・結核患者として登録されれば、ほぼ全員がDOTS法に従って治療される。

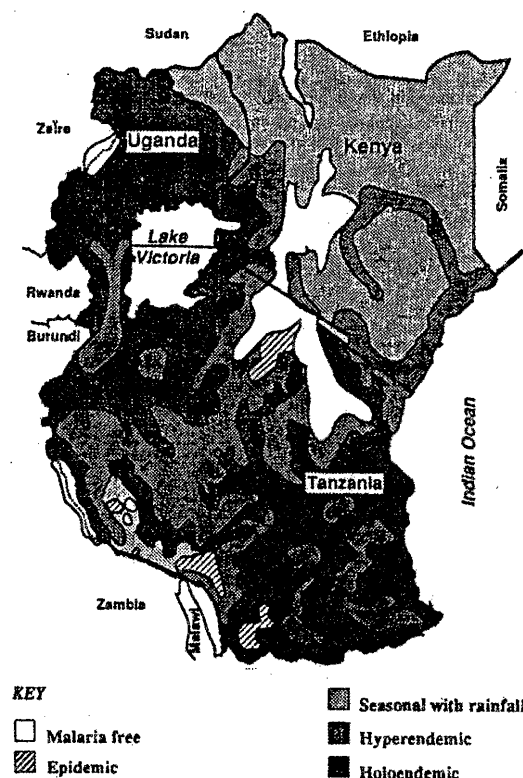
（調査時点：2001年2月、脚注1～3参照）

登録患者への直接監視下短期内服療法（DOTS法）の徹底等から、国家結核・ハンセン病プログラムはタンザニアで最もよく機能している縦断的プログラムとの評判を得ている。本プログラムにはオランダと英国が技術支援・財政支援を行っており、資金はバスケット・ファンド方式で管理されている。

1-5 マラリア

- ・年間死亡者約10～12万人（平均5分に1人が亡くなる）で、AIDSに次ぐ。
- ・死亡するのはほとんどが5歳未満児（7～8万人、この年齢層の最大の死亡原因）か妊婦。
- ・妊婦本人（特に初妊婦やHIV感染者）は助かっても早産、低出生体重児の原因となる。
- ・病院内死亡の18%を占める。
- ・年間患者総数1,400万～1,800万人で、外来患者の40%を占める。
- ・年間でのマラリア罹患率は人口1,000人当たり400～600件、5歳未満児ではこの2倍
- ・年間のマラリアでの入院件数は110万件で、入院患者の35%を占める。
- ・熱帯熱マラリア原虫のクロロキンに対する耐性化が進んでおり、公式には第一選択薬はSP（ファンシダール）に切り替えられたが、現場での対応はまだこれからの段階。
- ・毎年1億米ドル（国内総生産の3.4%）もの経済的損失をもたらしている。
- ・外来治療1件当たり約2米ドル、入院治療に同25米ドル必要で、治療コストだけで年間5,900万米ドルかかっている（年間総保健支出1億4,000万米ドル強の4割近い）。

以上の記述には脚注1～3のほか、PSI Tanzaniaからの説明を参考にした。



出所：Wood et al, “Community Health (second edition)”, AMREF, 1996

図1-1 マラリアの地域分布

（調査時点：2001年2月、脚注1～3参照）

タンザニアの国土の80%以上は「安定性マラリア地域」にある（左図の Hyperendemic area と Holoendemic area）。そこで1年に何度もマラリアにかかりながら数年生き延びた子どもは、マラリアに対する部分免疫を獲得していく。しかし、標高2,000 m以上の高地に住む人々はせいぜい雨期に1～2度マラリアにかかるだけにとどまり、成人しても免疫が成立しない。そのためいったん流行すれば成人からも子どもからも死亡者が現れる（高地マラリア）。流行期ごとに患者数・死亡者数が大きく変動する地域を「不安定性マラリア地域」と呼ぶ（左図 Epidemic area と Seasonal with rainfall area）。

1-6 母子保健の現状及び人口動態

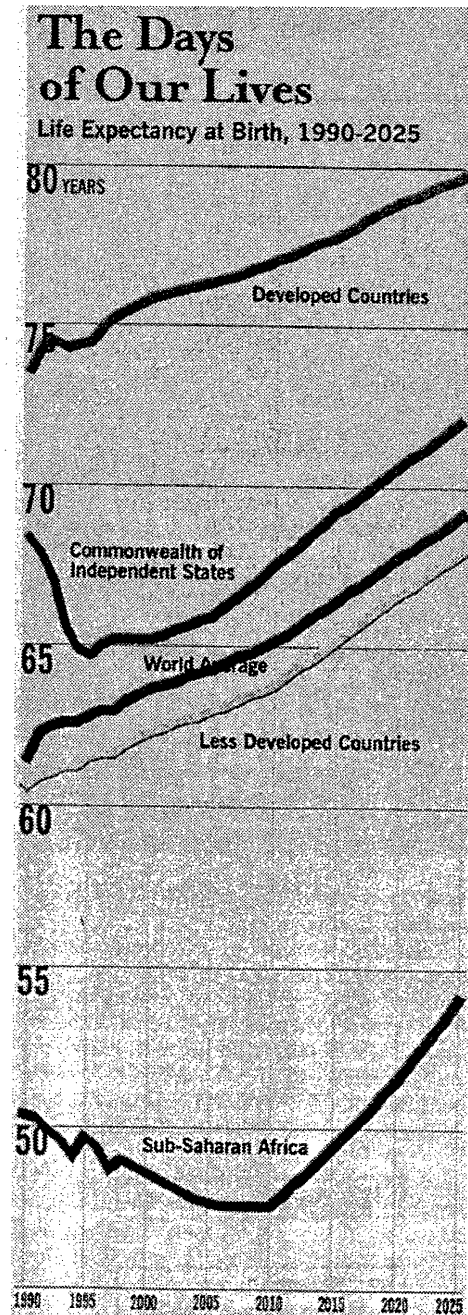
- ・人口 3,530 万人（2000 年推計）
- ・推定年間出生数 146.5 万人
- ・粗出生率（人口 1,000 人当たり）42
- ・粗死亡率（人口 1,000 人当たり）13
- ・自然人口増加率 2.9%
- ・避妊利用率 22%
- ・合計特殊出生率 5.5
- ・乳児死亡率（出生 1,000 当たり）99
- ・5 歳未満死亡率（出生 1,000 当たり）145
- ・出生時平均余命 53 歳（ただし、2000 年現在で 48 歳に短縮したという推計値もある）
- ・2025 年の推定総人口 6,000 万人
- ・妊産婦死亡率（出生 10 万当たり）530
- ・保健施設での分娩 44%
- ・保健要員が付き添う分娩 36%
- ・保健要員による妊婦検診受診 93%
- ・5 歳未満児の栄養不良 31%
- ・1 歳児の麻疹予防接種完了率 69%
- ・1 歳児の 3 種混合ワクチン接種完了率 74%
- ・安全な水へのアクセス 人口の 49%
- ・1 人当たり GNP 220 米ドル（1993～1998）
- ・公的保健支出 GDP の 1.3%
- ・政府開発援助（ODA）が GNP に占める比率 24%（1995）

（調査時点：2001 年 2 月、脚注 1～3 参照）

このまま HIV 流行が進めば、タンザニアの平均寿命は 2010 年に 46 歳まで短縮すると推定されている。

図 1-2 のグラフは世界各地域の平均寿命のすう勢を

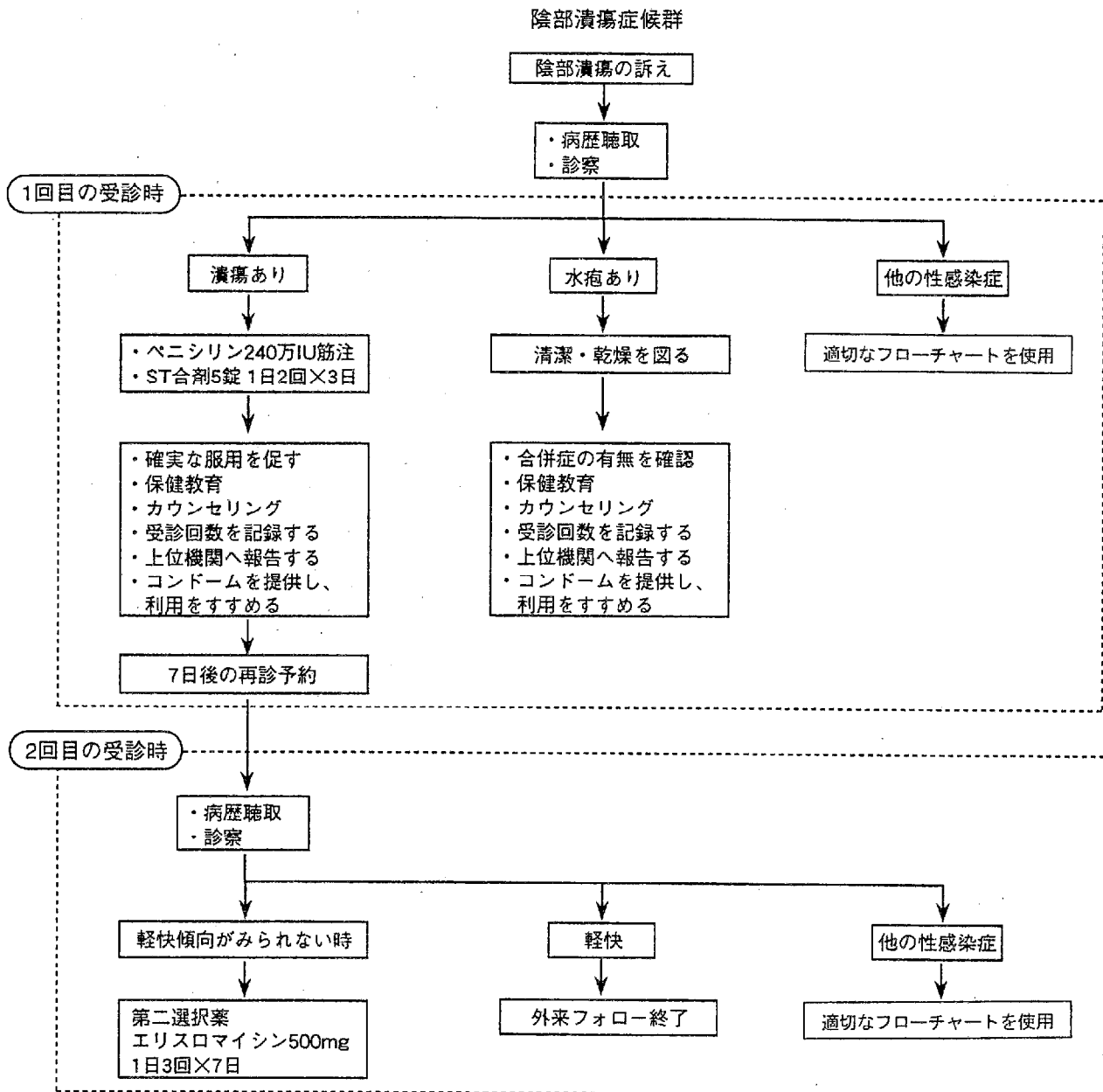
示している。サブサハラ・アフリカでは 2010 年ごろまで短縮傾向が続くと予測されるが、旺盛な出生力に相殺されて人口は減少するどころか増加するものと見込まれている。独立国家共同体（C I S）諸国では体制崩壊後に生じた寿命短縮は既に底を打っているにもかかわらず、出生率が低迷したままで中長期的に人口減少が不可避とみられているのは、全く対照的である。



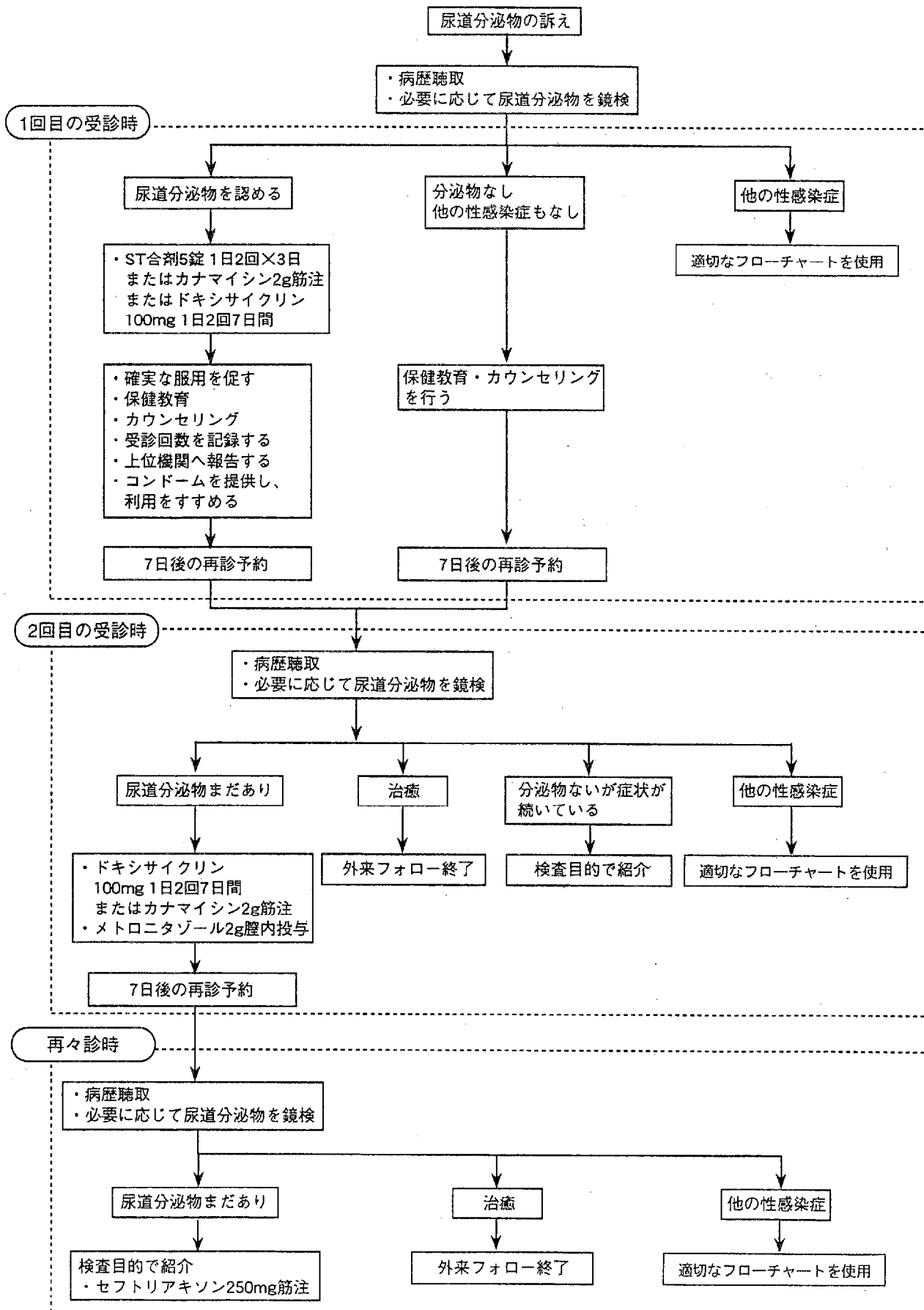
出所：Eberstadt, “The Population Implosion”, Foreign Policy, March/Adril, 2001

図 1-2 平均寿命のすう勢

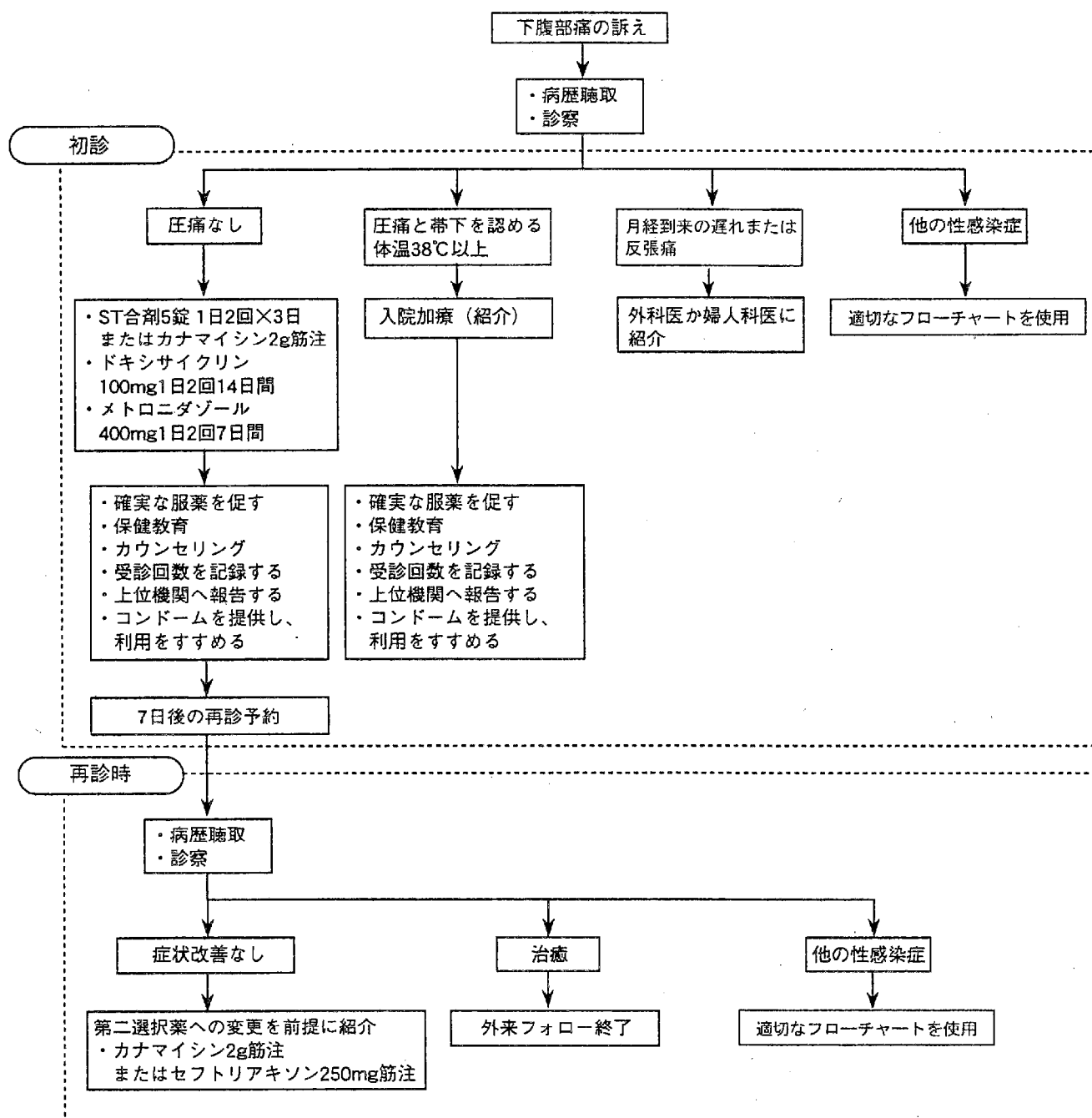
EU支援によるSTI症候診断・治療プログラム



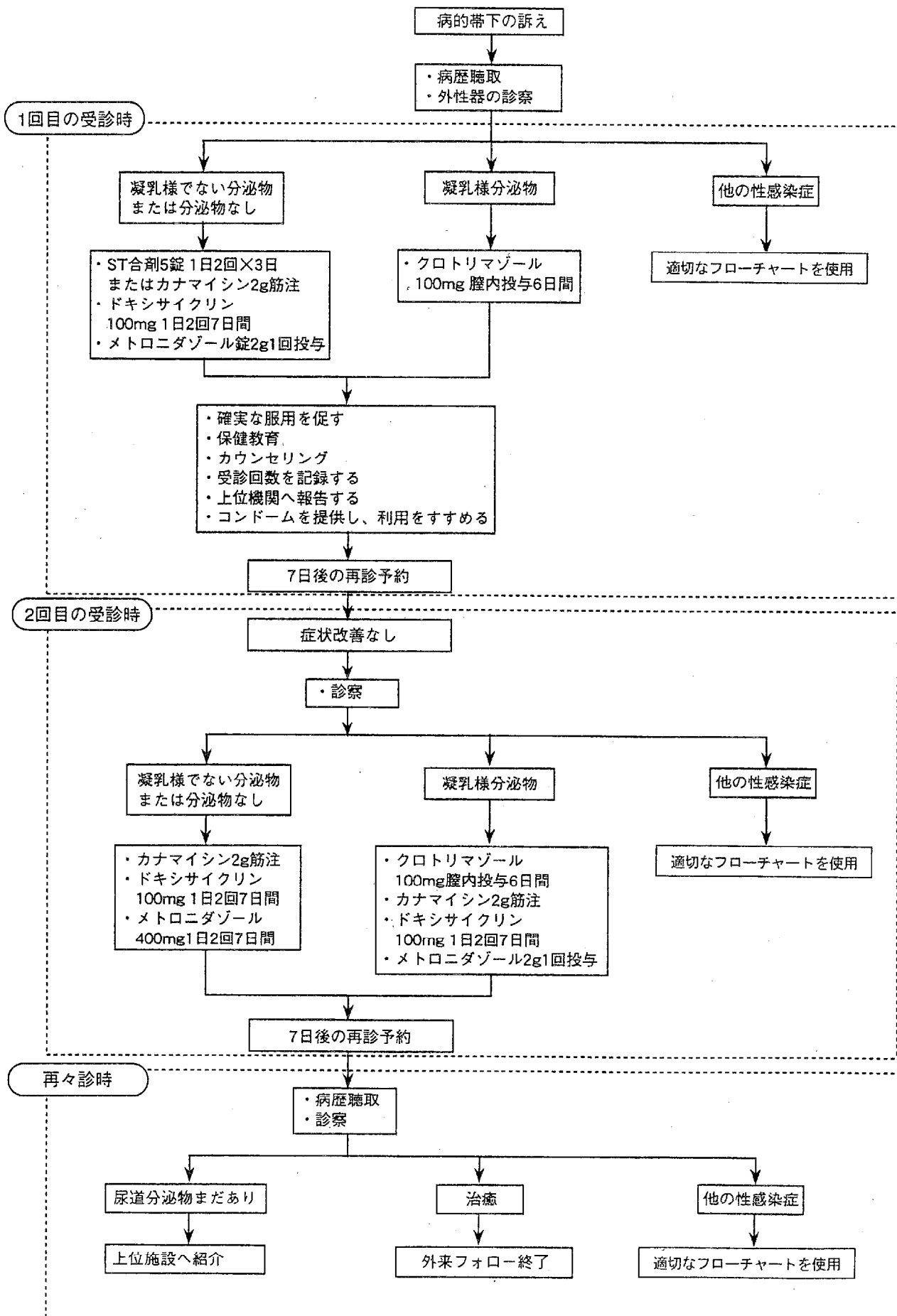
尿道分泌物症候群



骨盤内炎症性疾患（PID）



病的帯下（VDS）



第2章 タンザニア政府の政策概要

2-1 ウジャマー社会主義の実験と保健医療における成果

1961年に英国の信託統治領から独立したタンザニアでは、1967年のアルーシャ宣言を経てウジャマー社会主義の政策が本格化した。ウジャマー社会主義では、スワヒリ語圏の共同体を律していたとされる家族共同体的な愛に基づき、他者の尊重、基本的な財の共有、労働の社会的義務を基本原則とし、「アフリカの伝統社会に存在していた貧困」を打破するために必要な知識・手段を加味して農業共同化を推進しようとした。政策の中核は集村化によって人工的な農業生産村を新設するウジャマー村建設計画であったが、村は建設されても目標とした農業共同化はなかなか実現しなかった。結局、この政策は1983年に正式に放棄され、自立更正路線による社会主義建設は1980年代半ばまでには挫折状況に陥った。

しかしプラスの遺産も多く、1977年2月までに人口の87%に当たる1,306万人余の農民が7,684のウジャマー村に組織化され、ほとんどすべての子どもたちが少なくとも小学校に通うようになり、成人識字率は1967年当時の33%から1986年には90.4%に上昇した。また31%の村が安全な水の供給を受けられるようになった。独立時に人口10万人当たり0.1人にすぎなかった医師数は1985年に同3.8人まで増加し、病院・診療所も計画的に増設していった結果（第3章3-2で後述）、30%の村が保健センター（health center）ないし投薬所（dispensary）をもつようになった¹。これらを通して達成された保健衛生領域における成績は抜群で、乳児死亡率は1965年の138から1984年には111まで改善し、平均寿命も同期間に男性は41歳から50歳へ、女性は44歳から53歳へと大きく伸びた²。

2-2 社会主義経済路線から市場経済路線へ

ウジャマー社会主義の挫折には様々な要因が複雑にかかわっていた。農民の意識改革が進まず農業共同化に抵抗したことのほか、過大で非現実的な目標設定などの政策的な誤り、官僚主義的な非能率、腐敗・汚職もマイナスに作用した。また、独立以来毎年60万人ずつ増加した国民の生活水準を維持するため、衣食・教育・保健衛生などへの支出が増加した。旱魃、洪水などの自然条件の悪化に見舞われたうえに、1973年に始まった第1次オイルショック、1978年末に始まった第2次オイルショックによる原油価格の高騰、1978～1979年の対ウガンダ戦争に約40億シリングを要したこと等、外的条件の悪化も加わった³。

1980年、タンザニアは石油輸入代金を調達するため国際通貨基金（IMF）に融資を求めたが、

¹ 小田英郎『国際情勢ベーシックシリーズ・アフリカ』自由国民社、1996

² World Bank, “Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform”, 1987

³ 小田英郎『アフリカ現代政治』東京大学出版会、1989

通貨切り下げ、輸入の再自由化、国家セクターの大幅な削減等を含む調整プログラムの実施を融資条件として提示された。このため、IMFから市場金利でのスタンバイ・アレンジメントを受け取りながら長い交渉が続いた。タンザニア経済は当時も今もコーヒー、綿花、紅茶などの輸出産品に依存しているが、1984年の輸出収益は1980～1981年平均の30%減、1985年は同40%減となった。1986年は降水量に恵まれて主要綿花生産地域では前年比2倍の収穫を得たが、同年7月に世界市場での綿花価格が半落し、政府はついにIMFの条件を受け入れ、25億ドルの構造調整融資の約束を取り付けた。

これが社会主義経済路線から市場経済路線への大転換点となった。IMF・世界銀行（以下、世銀）から全面的な経済政策変更を迫られたタンザニア政府は、緊急的な安定化政策である3か年経済復興計画（Economic Recovery Programme）を1986会計年度から実施した。財政面では政府支出を削減すべく公務員賃金・補助金の削減が、金融面では引き締め政策が図られた。また公企業・公社の独占権の段階的縮小、信用割当性廃止など価格体系の歪みをなくし、自由市場を重視して、生産の効率化を促進しようとした。1989会計年度からは引き続き第2次経済復興計画（ESAP：Economic and Social Action Programme）が実施されたが、こちらは狭義の構造調整政策であった。特に、全雇用者数の8割までを占めていた公務員・準国営企業職員の人員削減と給与体系見直しによって、勤務に忠実な少数精鋭の公的セクター職員を作り出すことを目標とした。しかし、実際には生活のため「大学教授や公務員は昼には教室や役所から帰宅して牛の乳を搾り、鶏を育て、野菜畑の世話をする（中略）、また仕事でうまく外国に行くことができれば小さなワゴン車かトラックを持ち帰ろうと心掛ける。それは万能タクシーの役割を果たし、所得増大にはかり知れない働きをする」などといった事態をもたらした⁴。タンザニアがESAPを開始した1989年に世銀が発行したレポートは、公共部門の制度の弱いサブサハラ・アフリカ諸国では、規制緩和、自由化、民営化等の市場メカニズムを導入しても、マクロ経済回復や生活水準向上に思うようには結びつかないことを認めていた⁵。

タンザニア政府は、以後も短期間のうちに徹底的なマクロ経済政策を実施して、債券市場の開設、域内貿易障壁の撤廃、国営企業・銀行の民営化（約400あったものを半減）、財政政策の透明性の強化など包括的な構造改革を実行しつつある⁶。後述する『貧困削減戦略書』には2000～2002会計年度に年間GDP成長率5.2～6%との予測値が引用されている。うち約3%は人口増加分として説明できるとしても、後天性免疫不全症候群（AIDS）の影響が経済にも及び始めており、マラリア浸淫度の高いタンザニアのような国では、マラリアのない国々より1人当たり経済

⁴ スーザン・ジョージ『債務危機の真実—なぜ第三世界は貧しいのか』朝日新聞社、1989

⁵ World Bank, “Sub-Saharan Africa: From Crisis to Sustainable Growth”, 1989

⁶ 白井早由里『検証IMF経済政策—東アジア危機を超えて』東洋経済新報社、1999

成長率が1%以上下がると試算されるなかで⁷、良好なパフォーマンスといってよい（マラリアだけで毎年国内総生産（GDP）3.4%分の損失とも既述した）。その半面、社会福祉的な経費の支出が減っていたことと相まって、1980年代に80%前後を保っていた成人識字率は、1995年には68%、更に最新のデータでは60%以下にまで落ち込んだ。

2-3 行政制度（公務員制度・地方自治制度）の変遷

独立時に引き継いだ英領植民地型公務員制度では、上級公務員のうち特別職はほぼヨーロッパ人のみ、中級公務員まで含めてもほとんどがヨーロッパ人かアジア人であったが、以後10年間で急速にアフリカ人化を推進した。その間、アルーシャ宣言を経て基本的公共サービスに関する権限が中央に移され、1972年には自治制度が廃止された。地方公務員との2本立てであった組織も国家公務員に一本化され、ウジャマー村建設がピークを迎えた1973、1974の両年にその数は大きく伸びた。官選の州知事に地域開発に関する大きな権限が与えられて、地方配属の国家公務員の多くが州開発事務長官の指揮下に入った。また、首相職が新設されて、首相府が約20人の州知事を統括することとなった。

このシステムは、早くも1970年代後半には非効率的で住民のニーズに応えられないことを露呈し、1982年に地方自治制度が再導入された。県議会が再設置され、住民の直接選挙によって議員が選出されるようになり、県庁に配属されて農村部を活動範囲としていた公務員は再び地方公務員とされた⁸。しかし中央集権的制度の影響を受けた行政サービスは即座には改善されず、むしろ質・量ともに低下したにもかかわらず地方税の徴収が行われたため、地方政府はしだいに住民の信頼を失っていった⁹。

このような状況下に始められた構造調整計画では、他のアフリカ諸国と同様、肥大した政府・公的セクターこそ開発の阻害要因であると裁定されて、今日までその縮小・改善が図られてきた¹⁰。1986/87会計年度で公務員総数30万7,800人（中央省庁9万6,500、州政府3万2,300、地方公務員16万3,000等）を数え、このうち少なからぬ部分は資格があるかどうか疑わしい幽霊公務員等で¹¹、1986年末までに推定5万人が解雇された。さらに1991年以来、公務員制度改革（Civil Service Reform Programme）が進められ、その一環として公共サービス業務に係る権限を地方政府に大幅に委譲させてサービスの質とアクセスを向上させるための**地方政府改革**（LGRP: Local Government Reform Programme）が1994年に開始された。

⁷ Housmann, “Prisoners of Geography”, Foreignpolicy (January/February) 45-53, 2001

^{8,11} 吉田昌夫「タンザニアにおける国家セクター」（原口武彦編『転換期アフリカの政治経済』アジア経済研究所）、1993

⁹ 笹岡雄一企画調査員（2001.1.6～2002.1.5）より聴取。

¹⁰ 平野克己「対アフリカ援助の『効率』—新たなるパートナーシップ」（今岡日出紀編『援助の評価と効果の実施』アジア経研究所）、1998

L G R Pを支援するドナーと政府との協議により、1996年に「地方政府改革アジェンダ1996～2000」が策定され、これまでに以下の事案が実施された。

- ・バスケット・ファンド設立に関する合意成立（1997年3月）
- ・地方政府改革のポリシー・ペーパー作成（1998年）
- ・首相府内に地方政府改革チーム設置（1998年）
- ・地方自治省の創設（1998年）
- ・初版の『地方政府改革プログラムー活動計画と予算』作成（1998年）
- ・地方政府改革バスケット・ファンド（L G R B F：Local Government Reform Basket Fund）の設立（1998年10月）
- ・『財務管理マニュアル』（Financial Management Manual）の作成
- ・タンザニア政府とドナーによるL G R P合同評価ミッション（報告書発行1999年2月）
- ・地方自治法改正（1999年2月）
- ・一部国家公務員（保健指導員、農業普及員、村落開発員など）の県移管（2000年4月）
- ・地方自治省の大統領府への移管ー地方自治庁への転換（2000年11月の大統領選後）

以上の準備段階を経て、いよいよ管轄区域内のサービス供給の権限が県議会（農村部ではDistrict Council、都市部ではMunicipal Council）に移管され、県議会及び同議長に行政に係る決定・執行権が与えられた。これに伴い、官選の州知事や県知事の権限は縮小され、中央政府の州・県・地区レベル出先機関も国家政策の伝達と助言を行うだけになる。

このように大幅な変更には十分な移行期間を要することから、ドナー側はまず中央政府を支援して、政策・ガイドライン等の策定を急がせた。併せて、援助の透明性と説明責任の強化に資するべく、会計システムのコンピューター化（I F M S：Integrated Financial Management System）を財政支援の一環として推進した。このシステムは、後述する「貧困削減戦略書」（P R S P）でも会計、支出及び報告に関する共通の手続きの基礎として位置づけており、実際に供用され始めている（第3章3－4－3参照）。

現在は地方政府への支援に重点が移り、自治体職員的能力向上と自治体財政の確立が図られている。県には県改革チーム（Council Reform Team）が設置され、研修後に自治体再編計画を策定させる。また、自治体の会計システムをI F M Sに置換して、そのための会計研修も実施する。これらを全国同時に進めることは困難なため、フェーズIとして比較的財政状況の恵まれた35県（ダルエスサラームが3県に分割されて現在は37県）で先行して実施することとなり、各県には2年間で一律4億シリング（約50万米ドル）がL G R B Fから補助される予定である。

一方、自治体財政を確立するプロセスははるかに複雑である。もともと地方財源が乏しく、国税から地方に還元せざるを得ない財政構造があって、その見直しも改革の重要な目標となっているが、自主財源の確保にはまだ時間を要する。しかし既に、県の権限・責務が拡大されて事務費

が増大したうえに、国家公務員の配転等により人件費も増大して、県経常予算の不足には拍車がかかっている。これまでも中央政府からの補助金・交付金は県財政の大きな比重を占めていたが、当面更に増額する必要がある。補助金・交付金の一部は中央政府の各担当省庁経由で配分され、これらの出先機関が行う事業、例えば医療（保健指導員給与）、教育（教員給与）、農業（農業普及員給与）、上水などに支出を限定された条件付き補助金であった。これを改め、国庫財源に国際機関からの借款等も加えて、一括して地方自治庁からブロック・グラントとして財政補てんする計画があり、その総額は全114県に対し2,600億シリング（国家予算の4分の1に相当）にのぼると見込まれている¹²。しかし、当初2000年1月に振り込み開始であった予定は大幅に遅れている。

¹² 笹岡雄一企画調査員（2001.1.6～2002.1.5）より聴取。

第3章 タンザニアの保健行政

1972年の地方自治制度廃止に際し、国家レベルでの保健行政の権限は保健省に、州レベル以下の権限は州に分担されたが、1982年の自治制度再導入時に更に細分化され、保健センターや投薬所の運営は県庁が責任を負うように改められた。

3-1 保健省の機構

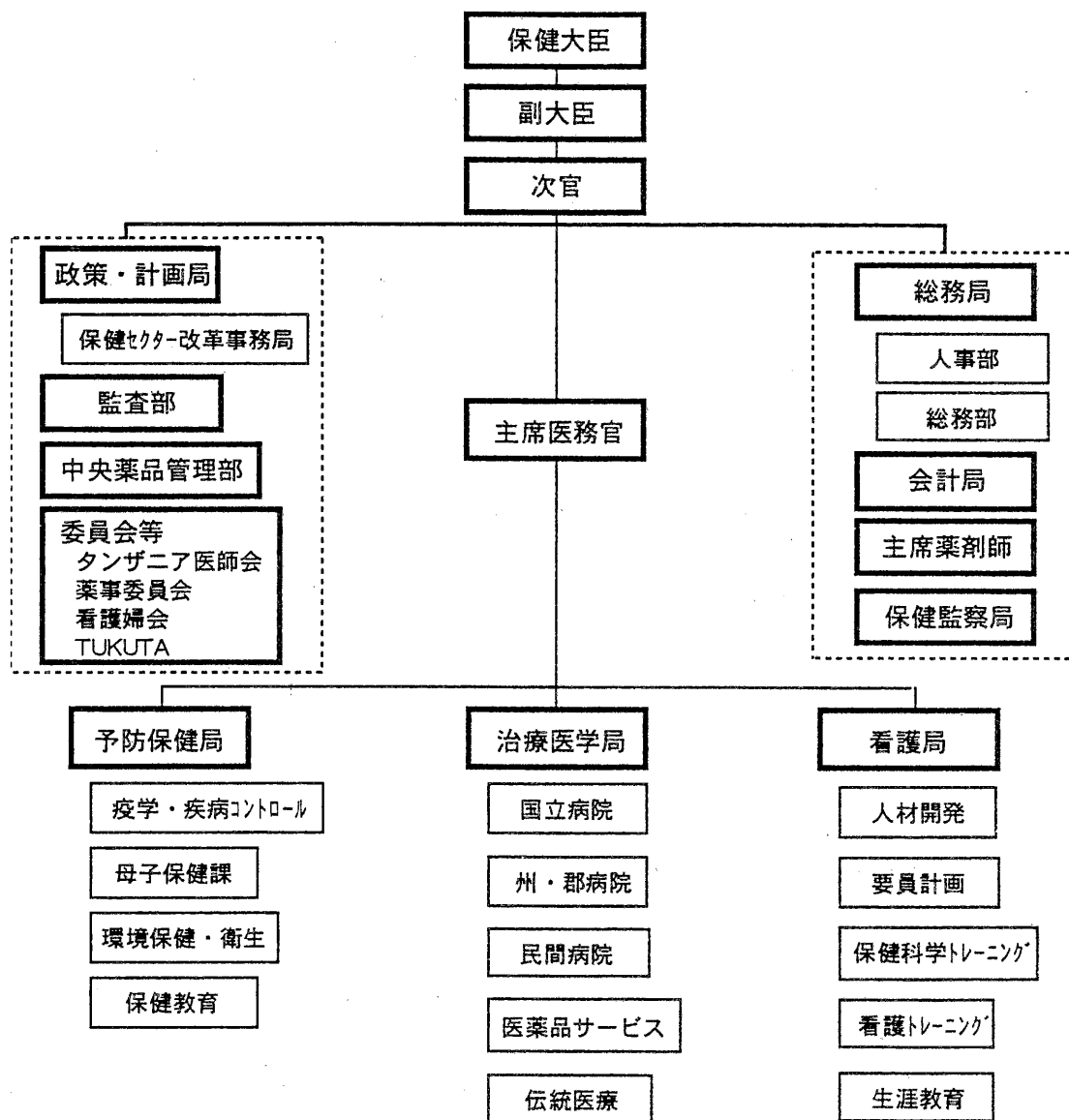


図3-1 タンザニア保健省の機構図

図3-1のように、保健省は治療医学局の傘下に多数の国立病院、保健センター、投薬所を擁して、これまで主要な保健サービス提供者としての役割を果たしてきた（次項も参照）。

3-2 保健サービス供給体制

独立時には全国で病院が98、保健センターが22、投薬所が975しかなかったが、政府は保健サービスの公平な供給をめざして保健医療施設の充実を図り、1978年時点で全住民の93%がいずれかの公的施設から10km以内に住み、同72%が5km以内に住むという状況にまで改善された。その後も施設の整備は続けられ、1985年には各施設数が149、239、2,644に、1996年には224、344、4,276に増加した（表3-1参照）。人口の70%が村落部に住んでいるため、これらの施設も村落部に偏重して建てられているのが特徴である。

表3-1 所有形態別の保健医療施設数（1996年）

施設の種類	国 立	公企業	非営利法人	民 間	計
病 院	81	17	81	45	224
保健センター	284	6	43	11	344
投薬所	2,512	260	724	780	4,276
計	2,877	283	848	836	4,844

出所：MoH, “Health Statistics Abstract”, 1997（MoH, “The Health Sector Reform Programme of Work: July 1999-June 2002”, 1999より再引用）

表3-2 人口当たり保健医療施設数（1995年の推定人口を使用）

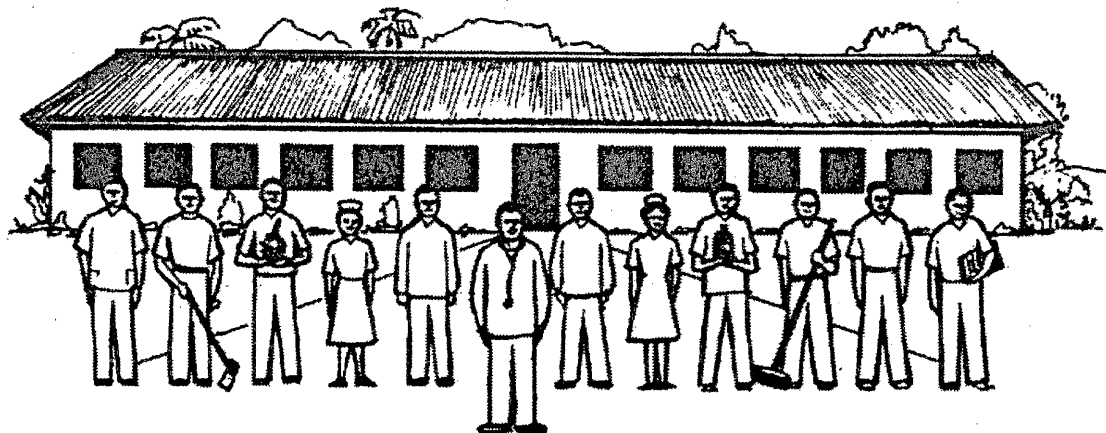
総人口	2,926.5万人
保健医療施設数	4,844
1施設当たりの人口	6,041人
人口1万人当たりの施設数	1.7

出所：表3-1に同じ

1995年における医師数は1,264名（人口10万人当たり4.3）、看護婦数2万6,023名、その他の保健要員1万5,482名である。医師はレベルIVに分類される病院にしか配置できず（しかも単純平均で1病院わずか5名）、したがって輸血や帝王切開術等は病院でしか行えない。

- (1) **保健センター**（レベルIII）には医師はおらず、準医師（assistant medical officer）、医療助手（仮訳、clinical officer 又は medical assistant）、診療助手（仮訳、clinical assistant 又は rural medical aides）、助産婦、看護助手、薬剤助手等によって運営されている。X線撮影はできないが、所によっては顕微鏡が設置されており、その場合には臨床検査技師が配置される。顕微鏡のない施設では、性（行為）感染症（STI）、マラリア、肺炎等も含めて病歴と簡単な診察所見だけを頼りに診断を下し（症候診断）、治療を行う。また家族計画、妊婦検診から分娩介助・産後検診にいたる包括的なリプロダクティブ・ヘルスのサービスも提供す

る。ただし、帝王切開術が必要となれば最寄りの病院へ患者を紹介・転送するほかない。なお、ムベヤ州の保健センター訪問時の写真を添付した（写真ページ参照）。



出所：Wood et al, “Community Health (Second edition)” AMREF,1996

図 3 - 2 保健センターの職員配置

(2) **投薬所**（レベルⅡ）には準医師や助産婦はおらず、医療助手ないし診療助手と訓練を受けた看護婦（母子保健エイドと呼ばれる）が診療の中心となり、補助的に看護助手若しくは薬剤助手、雑役夫が付く程度で、検査技師はほとんど配置されない。

このレベルでも成人の一般外来、5歳未満児外来、予防接種、妊産婦検診、家族計画等のサービスが提供される。当然ながら、診療は症候診断に基づいて行われる。隣国のケニアの例では、病院・保健センターと対照的に投薬所では利用者負担を求めず、このレベルの施設の利用を促進するよう図っている。



出所：図 3 - 2 に同じ

図 3 - 3 投薬所の職員配置

(3) **コミュニティー・レベル**（レベルⅠ）では、伝統的産婆や地域保健ワーカーが活動しているが、後者には活動拠点として事務所兼倉庫が与えられている場合があり、コミュニティーPHC（プライマリー・ヘルス・ケア）ポスト（略してヘルス・ポスト）と呼ばれる。また、保健セクター改革に伴って、地域保健評議会が設立されて活動していることになっている。

3-3 保健財政

全政府支出に占める政府保健支出の割合は1992年度（会計年度は7月から翌年6月まで）に4%に低下したが、1995年度に12%台にまで戻し、1999年度でも10%台を確保した。この政府保健支出は中央政府と県政府の両者から執行されている。

中央政府分の保健予算は保健省分と首相府分に分けて割り当てられている。

①**保健省**：直轄の国立病院、専門病院、医療関連学校。公企業に転換されたムヒンビリ保健情報センター、タンザニア食糧栄養センター、国立医学研究所。県への補助金。

②**首相府**：州病院と県病院の運営経費（職員給与を含む）。

このような分担は、首相府が設置されて官選州知事を介して地方行政を直轄するようになった1972年以來の慣行と考えられる（第2章2-3参照）。

県政府は村落部にある保健センターや投薬所の運営責任を負っている。乏しい自主財源を保健省からの補助金で補いながら、医薬品・医療材料の調達、職員の給与とトレーニング、施設・設備の維持管理等に充てている。こちらは地方自治制度が再導入された1982年以來踏襲されてきたものと考えられる（第2章2-3参照）。今後、保健セクター改革の実施に伴い、県病院の所管も県政府に移される計画である。

保健医療サービスを提供すれば費用が継続的に発生し、その費用はだれかが負担しなければならない。タンザニアを含む多くのサブサハラ・アフリカ諸国では、独立後に保健省が公的医療施設を直営して自らサービスを提供し、費用のすべてを政府予算で賄おうとしてきた。この方法はロシア革命直後のソ連邦保健大臣の名前にちなんで「**セマシュコ・モデル**」と呼ばれている。

タンザニアでは、政府保健支出のうち經常予算の3分の2までが職員給料に充てられ、保健サービスそのものに充てる予算は長年圧迫され続けてきた。開発予算にいたっては財政難のため自主財源からはほとんど捻出できず、海外からの援助頼みとなっているが、ドナーからの報告が不備なために予算に計上できない場合が多い。しかも、表3-4の1996年度の中央省庁・州向け開発予算には274億シリングと示されているのに対し、実際の執行額は1.56億シリングにすぎなかった。しかし1999年度を例にとると、事後的にみると主要17ドナーからの保健関連援助額は約1億米ドルに達し、政府保健支出4,250万米ドルの2倍以上である。それでも合計額1億4,250万米ドルは3,530万人の人口1人当たりでは年間約4米ドルにしかならず、タンザニアで国民に一定のヘルスケアを提供するために必要とされる1人当たり9～12米ドルの半分に満たない。

表 3－3 経常経費予算

(単位：100 万シリング、小数点以下切り捨て)

	1996 会計年度			1997 会計年度			1998 会計年度		
	人件費	運営費	計	人件費	運営費	計	人件費	運営費	計
保健省	12,197	5,542	17,739	11,373	10,661	22,034	11,750	17,126	28,876
州	6,029	2,609	8,639	6,678	570	7,249	7,676	756	8,433
県・市	11,696	6,483	18,179	12,134	833	12,967	13,512	850	14,718
合 計	29,922	14,635	44,558	30,186	12,065	42,252	32,938	18,733	52,029

表 3－4 開発予算

(単位：100 万シリング、小数点以下切り捨て)

	1996 会計年度			1997 会計年度			1998 会計年度		
	全セクター	保健セクター	(%)	全セクター	保健セクター	(%)	全セクター	保健セクター	(%)
中央・州	27,428	1,796	6.5	28,457	2,653	9.3			
県・市	2,382	451	18.9	2,381	712	29.9			
合 計	29,811	2,248	7.5	30,838	3,366	10.9			

出所：いずれも Ministry of Finance, September, 1998 (MoH, “ The Health Sector Reform Programme of Work: July 1999-June 2002 ”, 1999 より再引用)

現在の財政構造は、援助依存から脱却できる見込みのない「破綻型セマシュコ・モデル」の姿であるが、サブサハラ・アフリカ諸国は程度の差はあってもみな同じ問題に直面している。

東欧・旧ソ連邦では、1990年代に施設数・病床数の半減、医師養成の抑制、国営病院の地方自治体への移管に加え、病院予算を病床数比例で配分するのではなく住民数・診療実績をベースに行う方法への変更、並びに大陸ヨーロッパで広く採用されている強制加入制健康保険の創設が図られた。この動きは世銀融資によって支援されたが、政策面では世界保健機関（WHO）ヨーロッパ地域事務局（本部コペンハーゲン）の支援が大きかった。

アメリカは国民皆保険の整備に失敗した唯一の先進国で、医療費は私費で支払うことが原則で、リスク・ヘッジは各個人が自己責任で民間健康保険に加入することで確保しなければならない。また、保健サービス供給者も民間主体である¹。

英国は税収で公的保健供給体制を運営し、利用者負担を課さない国営医療制度（「ベバレッジ・モデル」）を長年維持してきたが、サッチャー時代に国立病院の独立法人化、監督権限の地方移管、管理された競争（managed competition）の導入等が図られた²。この改革がニュー・ジューラ

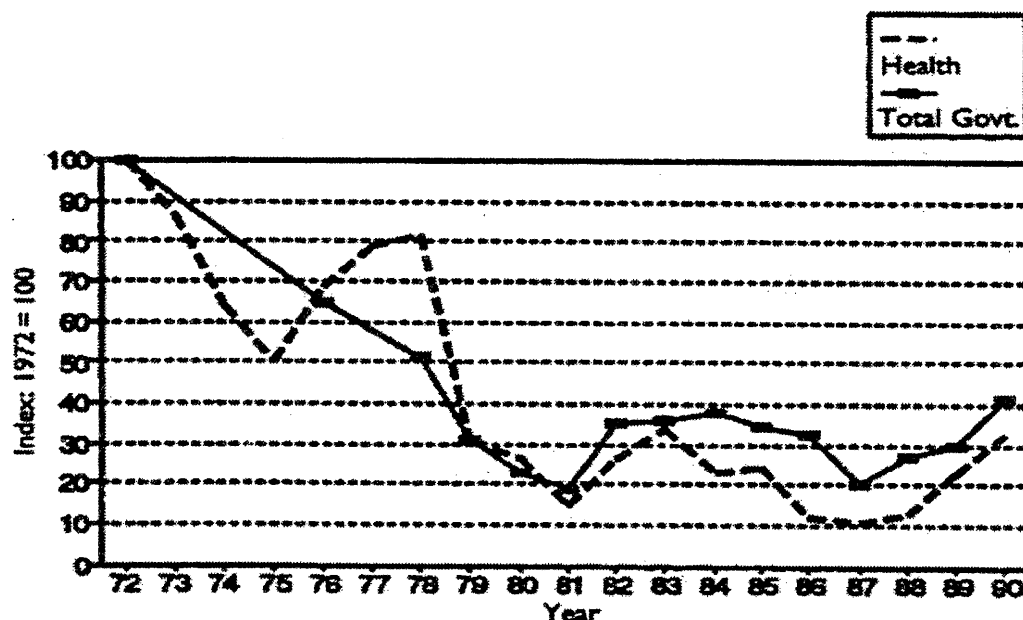
¹ 李啓充『市場原理に揺れるアメリカの医療』医学書院、1998

² 長谷川敏彦「ヘルスセクターリフォームの国際動向1：世界を飲み込む健康変革の人類史的潮流－総論」『公衆衛生』62(1)70-79, 1998

ンドやカナダに波及し、さらにはタンザニアを含む旧英領植民地での保健セクター改革を促したと考えられる。

3-4 保健セクター改革

1980年代に入って多くの途上国が債務問題に悩まされ、国際通貨基金（IMF）や世銀による構造調整政策を受け入れたが、財政支出の抑制が条件に含まれ、生産に直接貢献しない部門の予算は削減対象となりやすかった。保健予算の減額が構造調整の結果であると実証されたわけではないが、もとより医療資源が乏しかったサブサハラ・アフリカ諸国において、世銀貸付に伴って増加した利払いが国家財政を圧迫した面は否定できない。その後、あらゆるセクターで援助への依存度が高まり、援助国・国際機関の政策に左右されやすくなっているが、先進国の援助疲れから援助額の増加が望めないなかで、保健セクター改革が促されたと考えられる。参考として、1972年を100とする実質価値でみたウガンダの政府保健支出と全政府支出の推移を示す。



出所：LaFond, “Sustaining Primary Health Care”, The Save the Children Fund, 1995

図3-4 ウガンダにおける政府保健支出と全政府支出の推移（1972～1990年）

タンザニアでも、1977年に全政府支出の7.5%を占めた保健支出が1992年に4%まで減少し（当時のサブサハラ・アフリカ平均は5%³、経済協力開発機構（OECD）諸国平均8%）、1994年から『保健セクター改革プロポーザル』に基づく改革が開始された。1999年にその進捗状況が

³ Appleton and Mackinon (1996) “Enhancing Human Capacities in Africa” in Ndulu and Van de Walle (eds.) Agenda for Africa's Economic Renewal, ODC, Washington, D.C. Transaction Publishers

見直され、保健省政策・計画局に設置された保健セクター改革事務局が中心となって『**保健セクター改革作業計画**（H S R－P O W：Health Sector Reform-Programme of Work, July 1999-June 2002）』が作成された。その執筆者である元タンザニア首席医務官とザンビア人専門家が、英国国際開発省（D f I D）、スイス開発協力庁（S D C）、デンマーク国際開発庁（D A N I D A）、WHOの資金で雇用されたコンサルタントであった事実は、ザンビア型の保健セクター改革がモデルとなったことを示唆するものである。

3－4－1 ザンビアにおける保健セクター改革の進捗状況

隣国ザンビアでは1991年から保健セクター改革に向けた取り組みが始まり、その後『1998～2000年度国家保健戦略プラン』に従って、地方分権化を中心とする大胆な組織・制度改革が続けられている。そこでの現状は、タンザニア保健セクターの将来像を先取りしていると考えられることから、簡単に進捗状況をまとめておきたい。

従来保健省が担っていた役割の大半は、独立機関として1996年に新設された中央保健局（C B O H：Central Board of Health）に移された。保健省本省にはC B O Hの評価やドナーとの折衝等の機能が残るのみとなり、315名いた職員は66名へと大きく削減された⁴。

各州にはもともと保健省の出先機関である州保健局があって行政権を執行していたが、完全に廃止されて、県が医療政策の計画、サービス供給、マネージメント、資源配分のすべてを主導するように改められた。州保健局に代わって県の保健行政を監督指導するために、全国を4つのゾーンに区分したうえで各々にC B O Hの出先機関としてのゾーン保健局が新設されたが、1999年になってこれを改めて再度9州全部に置くこととなった。

行政権限が委譲された県では、保健省と独立して新設された県保健評議会（D H B：District Health Board）が、各県のニーズや優先順位に応じて県保健計画書を作成して、C B O Hに提出する。県保健計画書には予算計画も含まれ、D H Bは予算の執行と決算にも責任をもつ。またD H Bは保健センターやヘルスポスト等のP H C施設に加えて、県病院をも管轄するよう定められた。コミュニティー・レベルには地域保健評議会が組織され、やはりD H Bの管轄下に置かれている。

県が保健サービスを提供するための財源として、①政府からの交付金、②バスケット・ファンド、③利用者負担金（診療収入）の3つが用意された。しかし1998年を例にとると、財政難のために①の政府予算はほとんど県に回らなかった。②のバスケット・ファンドは、ザンビ

⁴ 竹直樹ら「ヘルスセクターリフォームの国際動向7：サハラ以南アフリカ」『公衆衛生』62(9)648-654, 1998

アでは保健省政策開発バスケット、CBOHバスケット、病院バスケット、県バスケットに細分化されており、ドナーからの拠出額が予定を下回っていたため県の必要を満たせなかった。

③の利用者負担については、憲法が国民からの医療費徴収を禁じていた時代には、ルサカの大学病院を公企業に転換して外国人患者だけに請求していたものを⁵、広く一般住民からも徴収できるようにしたが、住民が貧しいために回収できる金額には限りがあり、保健予算全体の7%にとどまった。結局、3つを合わせても県が編成した年間予算額の半分も確保できず、県病院やDHB事務所では電話料金すら払えない事態に追い込まれていった。

なぜ保健セクター改革が他の改革より先行しやすいのか？

1970年代から英国を中心に、Districtを単位とする保健システム改善の試みがあったが、1978年のアルマ・アタ会議以来のPrimary Health Care（PHC）の運動を取り込みながら発展していった（のち1984年に“District Health System”出版）。

1978年末に始まった第2次オイルショックを契機として、1980年代には世界的に経済が退潮し、開発途上国においては債務問題の深刻化、構造調整プログラム実施に伴う保健支出削減などの逆風のなかで、包括的PHCの実施は困難との見方が強くなっていった。その代案として選択的PHCの考え方が台頭し、拡大予防接種計画や母乳栄養促進に絞ったPHCプログラム、結核コントロール等、いわゆる縦断的保健プログラムが全盛となった。米英をはじめとする先進国においても新保守主義が台頭し、地方分権・民営化等、小さな政府を志向する流れが主潮となったが、これに影響されてガーナ、ジンバブエ等、サブサハラ・アフリカ諸国でもDistrictレベルへの地方分権化を中心とする保健セクター改革が試みられるようになった。（WHOは1990年に“Health System Decentralization : Concepts, Issues and Country Experience”を、次いで1991年に“Towards a healthy district : Organizing and managing district health systems based on primary health care”を発行。）

1990年代に入ると保健セクター改革はザンビア、ケニア等にも波及していった。後者では受益者負担制度だけを1989年に先行導入したが、拙速な導入が保健施設の利用者減少と社会的混乱を招いた、といわれている。以後、今日にいたるまでグローバリゼーションが全盛となっている。しかし、その発信地である米国の医療サービス供給体制は自己責任、民間主導、マネージドケアの一辺倒であるため、中南米、フィリピン等でしかモデルになっていない。

サブサハラ・アフリカ諸国は極めて低い経済成長と医療制度の未発達にもかかわらず、大

⁵ World Bank, “Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform”, 1987

胆な保健セクター改革を試みている。これは外部から世銀が融資条件として構造調整を義務づけ、それに応える形で各国が保健セクターの再編に乗り出しているからである。中央政府の改組と県（district）レベルへの地方分権、受益者負担や医療保険制度の導入による財源確保等、大筋では互いに共通点が多いが、そもそも district は英国に由来する行政単位であり、かつての宗主国、英国での保健セクター改革の影響を受けているためと考えられる⁶。改革が進んでいるとされているガーナ、ザンビア、そのあとを追っているケニアなども含めすべて英領であった。

3-4-2 タンザニア「保健セクター改革作業計画」の概要

タンザニアの「保健セクター改革作業計画」（以下、HSR-POW）は、8つの戦略を通じて保健セクター全体のマネジメントをカバーし、3年間で包括的な改革を行おうとする計画である。

地方政府改革・公務員制度改革とも軌を一にし、保健に係る権限の地方分権化と民営化・民間医療サービス奨励によりサービス供給のアクセスと質の向上をめざしている。その半面、保健サービスの医療技術的な側面にはほとんど言及がなく、県レベルでだれもが利用できるようにすべき保健サービスとして、“Essential Health Package（EHP）”という概念を紹介するだけにとどまっている。多岐にわたるEHPを包括的に提供することは技術的に極めて困難であるにもかかわらず、何ら解決方法を提示していないことは、保健財政の専門家だけで本計画を立案したことの限界を示すものである。また、原典では戦略①～⑧が脈路なく羅列されているように思われるため、ここでは各戦略の順序を入れ替え、以下のごとくグループ分けして要約を試みた。

(1) 地方分権化

戦略① 保健サービスの地方への移管

州レベルの保健サービスを州行政管轄下に移管：ザンビアの例を教訓として、保健省の出先機関である州保健局を廃止することは予定していない。

県保健評議会・県病院評議会を設置して、県保健行政・県病院の運営管理を移管：従来のPHC施設に加えて県病院も管轄するように改められた（ザンビアと同様）。

県保健サービス用資金を専用口座（Account No.6）で一括管理し流出を回避

⁶ 長谷川敏彦「ヘルスセクターリフォームの国際動向1：世界を飲み込む健康変革の人類史的潮流—総論」『公衆衛生』62(1)70-79, 1998

良質で効率的な保健サービス（＝EHP）を県内で提供し、だれでも利用できるようにする。

（2）保健省の権限縮小

保健省の規模縮小は今のところ計画されていないが、役割は以下のものになる。

戦略③ 保健省の役割をサービス提供者からファシリテーターへと変える

民間セクターの活動を奨励

全国的な保健政策の立案並びに縦断型プログラム間の調整・統合

ガイドライン・サービス基準・諸規定の策定

研修機関の運営等

戦略⑤ 中央による支援システム

要員配置

機材整備／施設建築・修理

輸送／通信

保健情報管理システム：包括的疾患サーベイランスを含む（提言編第2章2-2-1

（2）参照）

会計・監査：コンピューター化された政府会計システムを使用する。

資材供給：従来PHC施設向けには、実際の需要と無関係に医薬品・医療材料をパックしたものを中央から配給していた。現地調査で訪問したムベヤ州のフェーズⅠに指定された県では、保健センターが前月の患者実数を元に翌月分の資材請求を行い、県当局が各施設別に必要資材を梱包・配送し、代金と引き替えに引き渡す、いわゆる「プルシステム（Pull System）」の運用が開始されていた。

戦略② 2次・3次レベル病院の整備

病院評議会の設置

6つの国立病院は引き続き保健省自身で担当

なるべく既存保健施設を修復して使用（施設新設は地方が必要性を認めた場合のみ）

戦略④ 人材開発

十分訓練され、かつモチベーションも高いスタッフの確保

（3）民営化・民間医療サービスの拡大

戦略⑦ 公営・民間保健サービスの役割分担（best-mix）

民間保健サービスに係る法令改正（医師の個人開業は1991年に合法化）

サービスがいきとどいていない地域を優先して官民連携での保健施設の充実化

(4) 財源の確保

戦略⑥ 保健財政の自立性確保

公的及び民間保健支出、ドナーからの資金を糾合する。

健康保険：現在は公務員等公的セクターの被雇用者が主、今後も給与所得者の数は伸び悩むであろう。

コミュニティー保健基金：前払い式の相互扶助システム

利用者負担金：1993年から一部病院で開始していたものを充実させる。

戦略⑧ 保健省とドナーとの関係見直し

セクター・ワイド・アプローチ（SWAP）

ドナー間調整

ジョイント・ファンディング方式

保健省・ドナー間会合

表 3-5 タンザニアにおける必須保健サービス・パッケージ

母子保健	
・妊産婦ケア	・家族計画
・産前検診	・小児疾患の総合的診断・治療（IMCI）
・分娩介助	・周産期ケア
・産後ケア	・予防接種
・婦人科診療	・栄養ケア
・性感染症／ヒト免疫不全ウイルス（HIV）	
感染症コントロール	
・マラリア	・HIV／後天性免疫不全症候群（AIDS）及び性感染症
・結核／ハンセン病	・伝染病の流行（コレラ、髄膜炎）
非感染性疾患のコントロール	
・心血管系	・外傷
・糖尿病	・精神疾患
・悪性腫瘍	・貧血及び栄養不良
県に応じて特に優先される疾患の治療	
・例えば、眼疾患、口腔内疾患	
コミュニティーでの健康増進・疾病予防	
・啓発活動	
・安全な水と衛生	
・学校保健の推進	

3-4-3 セクター・ワイド・アプローチとコモン・バスケット

「HSR-POW」の**戦略⑥**の項で、「主要なドナーは保健省が国・州・県レベルで保健プロジェクトを実施できるよう資金供与を行っているが、一部のドナーがもっぱら自国の専門家を送り込んだり、医療機材・医薬品を供与したりといった支援方法をとっているために、政府・ドナー関係における透明性を損なっている」と指摘する。そこで政府・ドナー関係を正常化する手段として、セクター・ワイド・アプローチ（SWAP）、ドナー間調整、ジョイント・ファンディング方式、保健省・ドナー間会合の4つが**戦略⑧**に盛り込まれたのである。

しかしこれらが政策化されていった経緯を振り返ると、別の文脈が浮き彫りになる。

「HSR-POW」のドラフト作りは1997年から始まったが、1998年1月に開催された会合で、ドナーが計画策定にもっと幅広く関与すべく根回しが行われた。以後、「政府にしっかりリーダーシップをとらせ、保健セクターがこれ以上断片化されないようにするには、やり方を変える以外にない」との合意がドナー間で形成されていったという指摘がある⁷。その新しいやり方こそSWAPにほかならず、1998年3月に「SWAP会合」と銘打った会議を開催したのに続いて、同年6月には保健省とドナーが「保健セクターの改革にあたってSWAPを中心に据える」との合意文書“Joint Statement of Intent”に署名した（日本政府は署名していない）。1998年12月と1999年3月に保健省、財務省、地方自治省（現・地方自治庁）、ドナー、NGO等が「HSR-POW」ドラフトの合同評価を行った。翌4月には、DANIDA、DfID、Irish Aid、ノールウェー開発協力庁（NORAD）、SDC、世銀の6者（通称バスケット・ドナー）と保健省が保健セクター・バスケット・ファンドを創設する約束を交わし、“Joint Donor and GoT Side Agreement”に調印した。「HSR-POW」が完成したのはその後のことで、1999年6月にバスケット・ドナーと政府が承認した。これを1会計年度ごとの具体的政策に落とし込んで、予算計画を付したものが「**保健セクター改革行動計画**（The Health Sector Reform Plan of Action）」（以下、HSR-POA）と呼ばれるものである。「1999年度HSR-POA」は「HSR-POW」と並行作業で作成され、1999年7月に完成し、承認された。

保健省PHC事務局並びに保健財務官が全体構想を策定した形はとっていても、DfID、SDC、DANIDA等の支援の下、「保健セクター改革」にドナーの意向が色濃く反映されたことは否定できない。SWAPを「HSR-POW」全体を貫く基本概念とすることも、その財政的裏づけとしてバスケット・ファンドを利用することも、一部の主導的ドナーによる既定の方針ではなかったかと考えられる。

⁷ Hobbs, “The Health Sector-wide Approach and Health Sector Basket Fund”, UNDP, 2001

(1) セクター・ワイド・アプローチ

概して行政機構が脆弱なサブサハラ・アフリカ諸国では、保健セクター改革の実施にあっても民間部門やN G Oに期待される部分が多く、省庁間連携や保健医療以外のセクターとの連携も重要である。また、政策実施の原資として援助の果たす役割が非常に大きい半面、タンザニアだけで40以上のドナーが援助にかかわり、細分化された2,000以上のプロジェクトを実施している現状では、重複なく効率的な援助を実施することは難しい。

このようななかで、世銀を含む複数のドナー機関は、個別プロジェクトを支援する従来の方法から、保健医療システム全体のマネージメントを支援する方向へ重点を移しつつある。具体的には、保健省と諸ドナーが共同で中期作業計画を一本化し、それに沿って年次行動計画を策定、資金供与もその下に一本化する。財政管理・資材配給などはそれぞれ単一の管理部門を整備して、保健省が統一的に資金と活動実施を管理する⁸。このような仕組みは他の分野ではセクター・プログラム（S P）と呼ばれるが、保健セクターでは世界的にS W A Pと呼びならわされている。ちなみに、デンマーク政府は1997年にS W A Pに関する国際会議を主催したほどで、D A N I D AがS W A Pの熱心な唱道者であることももっともである⁹。

(2) 保健セクター・バスケット・ファンド

1999年4月にバスケット・ドナーとタンザニア政府が保健セクター・バスケット・ファンド（H S B F : Health Sector Basket Fund）の創設に合意し、7月には保健省が政府会計システムを導入して財務省のシステムと一本化された。同年10月、保健省、地方自治省、財務省及び参加ドナーの代表がバスケット・ファンド委員会（B F C : Basket Financing Committee）の初会合を開催した。翌11月に会計規定が準備され、12月にはH S B F専用の米ドル建て口座が中央銀行に開設されて、D f I D、Irish Aid、N O R A D、S D C、次いでD A N I D Aが資金を供託した。なお、世銀と年度末にH S B Fへの参加を決めたオランダは、年度内には資金を拠出しなかった。

ドナーがH S B Fに拠出した資金は、米ドル建て保有口座に置かれ、政府の会計手続きに従って政府予算の一部として管理されるので、いわば、アンタイトの財政支援を実施することになる。H S B Fには政府自身も現地貨で資金を拠出するが、ドナー資金の取り崩しに優先して支出される。B F Cの承認が得られると、資金は専用口座から、保健省本省の活動分は保健省口座へ、県レベルの活動分は地方自治庁の口座へ振り込まれる。いずれ

⁸ 竹直樹ら「ヘルスセクターリフォームの国際動向7：サハラ以南アフリカ」『公衆衛生』62(9)648-654, 1998

⁹ Cassels, “A Guide to Sector-wide Approaches for Health Development”, WHO, 1997

の場合も、会計操作は政府会計システム上で行われる。「1999年度 H S R－P O A」では、保健省分のみ 2000 年 5 月に振り込まれ、戦略①～⑧の各管理者に分配されたが、「2000 年度 H S R－P O A」では以下のような本来の**予算執行手順**に従って資金が流されることとなっている。

- ①戦略①～⑧の各管理者が、「H S R－P O W」に従って担当分野の 1 年間の活動計画と予算を策定し、1 本の H S R－P O A ドラフトにまとめる。
- ②ドラフトが B F C に提出され、承認を受ければ「翌年度分 H S R－P O A」が完成する。その中で優先すべき活動に対しては保健省が自らの予算を付ける。
- ③予算が国会承認されしだい、財務省会計局長（Accountant General）が保健省あてに政府財源分ファンド残高通知書を発行し、保健省予算の執行が開始される。
- ④政府財源が使い果たされると、保健省次官（地方自治庁長官と並ぶ B F C 共同委員長）が、H S B F の米ドル建て保有口座からシリング建て支払い専用口座への振り替えを財務省会計局長に依頼する。ただし、ドナー資金からの振り替えは 3 か月ごとに前の四半期の活動状況を確認したうえでないと行われない¹⁰。
- ⑤振り替え後、財務省会計局長が保健省にドナー資金分ファンド残高通知書を発行する。
- ⑥通知を受けた保健省次官は 8 名の戦略管理者に各自分の残高通知書を発行する。
- ⑦各戦略管理者は資金を口座から引き落とし、「H S R－P O A」に従って活動を実施する。

保健省向けに支出された資金の**決算**のために以下のような報告書が作成・提出される。

- ①保健省次官は会計ソフト上で取りまとめられる報告書を毎月関係者に配布する。
 - ・支出速報（Expenditure Flash Report）
 - ・契約債務速報（Commitment Control Flash Report）
 - ・分配済み国庫金（Exchequer Releases）
 - ・未分配国庫金（Undistributed Exchequers）
 - ・前払い金計算書（Statement of Outstanding Imprests）
 - ・送金通知書一覧（Remittance Advice Summary Withholding Tax on Goods）
 - ・総元帳報告（General Ledger Report）
- ②四半期ごとに保健省次官が表 3－6 のような報告書を作成・提出する。
- ③また保健省次官は、年に 1 度、年次支出報告書（Annual Expenditure Report）を作成して B F C 並びに各戦略管理者に提出し、監査を受ける。

¹⁰ MoH, “ Joint Disbursement System for the Health Sector Accounting Manual ”, 1999

表 3－6 四半期ごとに作成される報告書類

報告書類	作成者	提出先
キャッシュ・フロー予測	保健省次官	B F C
業績報告書*（Performance Report）	保健省次官	B F C、各戦略管理者
米ドル保有口座明細書*	保健省次官	B F C
財源及び使途明細書*	保健省次官	B F C、各戦略管理者
活動実績モニタリング報告*	保健省次官、各戦略管理者	B F C

* 会計システム・ソフト上で作成

「2000 年度 H S R－P O A」からは、保健省本省に加えて、地方政府改革フェーズ I の対象 37 県へも住民 1 人当たり 0.5 米ドル分の資金を流す計画であった。その**予算執行手順**を定めたマニュアルは 2000 年 2 月に B F C の承認を受け¹¹、同 5 月にはこのマニュアルにのっとって県公務員のトレーニングも実施された。

- ① 県議会が年間の活動計画と財務計画表を記した県保健計画書（C H P : Council Health Plan）を策定する。財務計画表には 1 年分の県の全予算と保健行政予算（経常支出及び開発支出）並びにその財源（H S B F を含む）を明示する。
- ② 州行政事務局は州内全県の C H P を集め、所感を添えて 1 本の州 C H P 報告書に取りまとめ、地方自治庁と保健省に提出する。
- ③ 両省庁で協議後、地方自治庁が全州分の州 C H P 報告書を B F C に提出して承認を求める。
- ④ B F C が C H P を承認すると、地方自治庁長官（B F C 共同委員長）が、H S B F のシリング建て支払い専用口座から地方自治庁口座への振り替えを財務省会計局長に依頼する。
- ⑤ 振り替え後、財務省会計局長が地方自治庁あてにファンド残高通知書を発行し、これを受け取った地方自治庁長官は第 1 四半期分資金を各県の保健専用口座に振り込む。
- ⑥ 各県では同口座から資金を引き出し、C H P に従って活動を実施する。
- ⑦ 第 1 四半期末までに、地方自治庁長官は第 2 四半期分資金を各県の口座に振り込む。

一方、県レベルに支出されたバスケット資金に関する**決算手順**は以下のとおり。

- ① 各県医務官が第 1 四半期報告書を県議会に提出する。それには C H P に沿って活動実績と財務報告を記載する。
- ② 各県議会は第 1 四半期報告書を州行政事務局に提出し、そこで州第 1 四半期報告書と

¹¹ MRALG, “Procedures Manual for the Joint Disbursement System for Council Health Basket Funds”, 2000

してまとめられ、地方自治庁・保健省の双方に提出される。

③地方自治庁と保健省が共同で州第1四半期報告書を評価・監査する。

④地方自治庁は全国第1四半期報告書を取りまとめてBFCに提出する。

⑤BFCが第1四半期報告書を承認した県には、第3四半期分の資金が振り込まれる。

以後も同様に2四半期前の報告が承認されてから、次四半期分の資金が振り込まれる。

⑥財務監査を経て、地方自治庁は財務省に年次決算報告書を提出するが、同時にBFC向けにも年次支出報告書を作成・提出しなければならない。

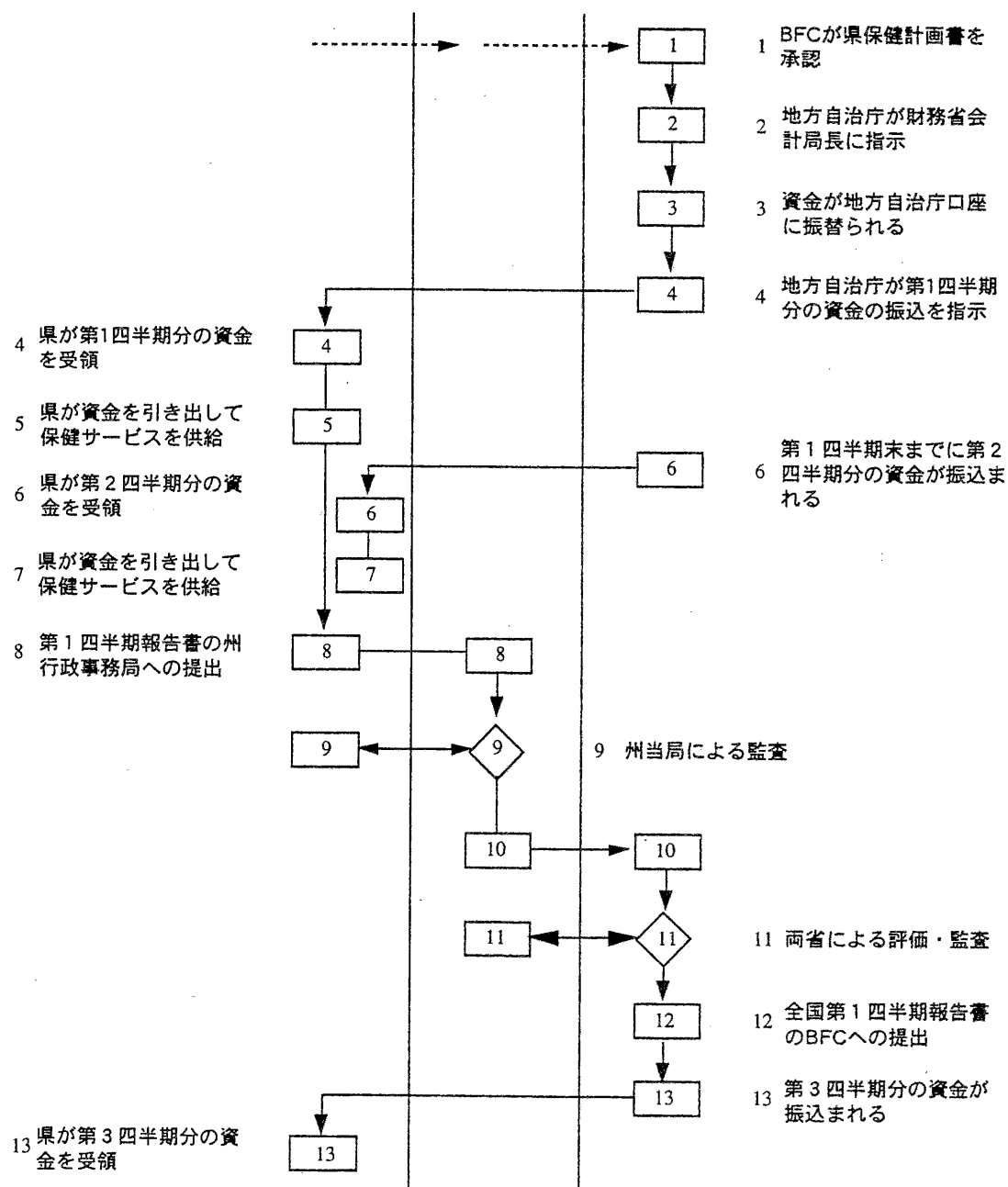


図3-5 HSBFから県レベルへの資金支出に伴う手続き

四半期ごとに報告を求め、それを承認後にドナー資金を追加投入という手続きは、モニタリングを確実にし、資金の使途に関する透明性を確保するためにバスケット・ドナーが重視しているところである。手順がやや煩雑であるため、フローチャート(図3-5)を付す。

「2000年度HSR-POA」の対象37県中33県については、BFCがCHPを承認し、2000年7月には第1四半期分の資金が実際に振り込まれた。その後3県も承認を受け、2001年2月現在で1県のみ未承認である¹²。1999年度については、HSBFからの資金の移転が大幅に遅れ、会計年度を2か月残すだけになってから1年分の「HSR-POA」を開始したに等しかったが、2000年度は図3-5のプロセスが比較的順調に滑り出したといえる。

歳入計画は表3-7のとおりであったが、1999年度政府保健支出額4,250万米ドル(3-3参照)では、その半分にも達せず、更に政府予算を増やす計画は現実味を欠く。

表3-7 保健セクター全体の歳入計画

(単位：100万米ドル)

	1999年度		2000年度		2001年度		3か年総計	
	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%
政府予算	93.6	47	98.3	49	103.2	55	295.2	50
ドナー資金	101.1	51	97.2	49	80.1	43	270.4	46
利用者負担金	3.6	2	3.6	2	3.6	2	10.9	2
予算総額	198.4		199.2		187.6		584.7	

出所：MoH, “The Health Sector Reform Programme of Work: July 1999-June 2002”, 1999

※総数と乖離があるが、出典資料そのまま

保健収入源を多様化するため重視される利用者負担金は、予算全体の2%水準(ザンビアでは7%、3-4-1参照)で横ばいとの見込みであったが、その後の見直しで表3-8に示されるように漸増すると見込まれている。

表3-8 民間保健支出の歳入計画見通し

(単位：100万米ドル)

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度
健康保険	3.4	5.2	7.7	11.6
コミュニティー保健基金	0.3	0.5	1.0	2.1
予算総額	3.7	5.7	8.8	13.7

出所：MoH, “Public Expenditure Review-Health Sector in Tanzania”

¹² Hobbs, “The Health Sector-wide Approach and Health Sector Basket Fund”, UNDP, 2001

表 3－9 保健セクター改革のための支出計画

(単位：100 万米ドル)

	1999 年度	2000 年度	2001 年度	3 か年総計
H S R 戦略①～⑧	17.1	16.5	13.8	47.4
医薬品	3.1	3.1	3.1	9.3
縦断的プログラム	31.3	14.5	12.0	57.8
地域保健支援	11.4	9.5	2.3	23.2
改革支援	19.2	26.7	29.7	75.6
施設・機材等	12.2	14.2	7.6	34.0
その他	5.7	12.1	11.6	29.4
総 計	100.0	96.6	80.1	276.7

出所：橋本専門家（保健省派遣）を通じて入手

2000 年度にバスケット・ドナーが H S B F に投入を約束している資金額は約 2,200 万米ドル（9,800 万米ドルと見込まれるドナー資金総額の 2 割強）にのぼり、支出計画（表 3－9）に示される「H S R－P O W」の戦略①～⑧向け支出 1,650 万米ドルを十分に賄うことが可能である（表 3－10）。また、2001 年度からはドイツ技術協力公社（G T Z）と復興金融公庫（K f W）（いずれもドイツ）が H S B F への拠出を開始してバスケット・ドナーは合計 8 つとなり、資金量も 3,560 万米ドルに増加する（表 3－11）。この資金的裏づけの下、「2001 年度 H S R－P O W」では保健省本省、フェーズ I の 37 県に加え、フェーズ II の 45 県へも 2001 年 3 月から資金の振り込みを開始する計画である。

もっとも、バスケット・ドナーとして援助の全額を H S B F に投入しているわけではなく、2000 年度は 2,200 万米ドルを H S B F に拠出する一方で、3,600 万米ドルを独自のプロジェクトに回している（表 3－10）。彼らの側からみると、事業費の 4 割弱を糾合することによって圧倒的な存在感を示しながら、残る資金で実施する従来型の援助においても、個別の非バスケット・ドナーと比べてさほど遜色のないプログラムを展開することができる。

表 3 - 10 1999 年時点での主要ドナーの拠出予定額

(単位：100 万米ドル)

	1999 年度	2000 年度	2001 年度	3 か年総計
デンマーク	16.6 (—)	16.6	16.6	49.8
イギリス	13.4 (4.0)	14.6	20.7	48.7
世 銀	5.0 (—)	7.0	8.0	20.0
スイス	5.4 (1.5)	6.0	7.0	18.4
オランダ	8.3 (—)	7.0	3.0	18.3
アイルランド	4.5 (2.5)	5.0	5.5	15.0
ドイツ			2.1	2.1
ノールウェー	3.3 (—)	1.8	1.6	6.7
バスケット・ドナー計	56.5 (8+α)	58.0 (22.0)	64.5	179.0
ドイツ	7.5	4.4		11.9
日 本	公表せず	公表せず	公表せず	公表せず
アメリカ	11.0	11.0	11.0	33.0
アフリカ開発銀行	8.2	10.7	6.3	25.2
カナダ	3.1	2.9		6.0
ベルギー	0.5	1.3		1.8
欧州連合 (EU)	公表せず	公表せず	公表せず	公表せず
国連児童基金 (UNICEF)	4.5	6.1	5.5	16.1
WHO	3.8	1.5	1.5	6.8
国連人口基金 (UNFPA)	3.2	2.6		5.8
国連開発計画 (UNDP)	1.1	1.1	1.1	3.3
国連エイズ合同計画 (UNAIDS)	0.5			0.5
他のドナー計	43.4	41.6	25.4	110.4
総 計	99.9	99.6	89.9	289.4

出所：橋本専門家を通じて入手した資料を改変

表 3 - 11 2000 年時点での保健セクターへの援助見直し

(単位：100 万米ドル)

	2000 年度	2001 年度	2002 年度	2003 年度
対政府財政援助				
HSBF 経由	23.4	35.6	35.7	35.7
非HSBF 経由	23.7	17.4	32.5	32.5
予算外政府援助	56.4	50.2	43.1	43.1
対NGO 援助	17.9	9.0	5.0	5.0
総 計	121.4	112.2	116.3	116.3

出所：MoH, “Public Expenditure Review-Health Sector in Tanzania”, 2001

8 ドナーのうち資金をH S B Fに融資しているのは世銀だけであり、資金を贈与している他の7 ドナーの間には、世銀は「資金の最後の出し手」の役割を務めてくれればよい、とする意見もあるが、世銀はH S B Fへの影響力を維持する意味から参加を続ける意向である。本調査期間中、連邦を構成するザンジバルの独立運動が激しさを増し、少なからぬ死傷者が出た。このような場合、ドナー側がタンザニア政府に制裁を与える気になれば、四半期ごとのB F Cで資金の使用を承認せずに保健行政を麻痺させることも理論的には可能である。世銀やその他のバスケット・ドナーが、そこまでの影響力行使の可能性を考慮してH S B Fの仕組みを作ったのかどうか、注意深く見守っていく必要がある。

(3) 地方政府改革バスケット・ファンドとの異同

地方政府改革バスケット・ファンド（L G R B F）はH S B Fとは全く別物である。L G R B Fは1998年10月に設置され、創設メンバーはD A N I D A、D f I D、Irish Aid、オランダ、N O R A D（以上はH S B Fにも参加）、E U、フィンランド国際開発庁（F I N N I D A）の7 ドナー及びタンザニア政府であった。現在ではU N D Pも加わって8 ドナー体制となっている。最初に策定された「地方政府改革プログラム—活動計画と予算 1998.7～12」の実施段階では、L G R B Fからの資金だけでは賄いきれなかったが、その後ドナーからの拠出が増えて、タンザニア政府からの追加出資はほとんど不要となり、L G R B Fだけで地方政府改革プログラムの全体を賄える状態になっている。L G R B Fについても、H S B Fと同じく政府会計システムで会計処理が行われる。

- ① 県改革チームは毎年3月末までに県政府改革プログラム年間活動計画・予算案を地方自治庁予算委員会に提出する。これは地方自治庁の開発予算の一部となる。
- ② 5月中には地方自治庁、財務省及び参加ドナーの代表で構成されるコモン・バスケット基金運営委員会（C B F S C：Common Basket Fund Steering Committee）に諮られ、協力プログラムの内容とその予算手当ての可否が討議・決定される。
- ③ L G R B Fに拠出された資金はいったん中央銀行のサテライト口座に積まれ、C B F S Cの承認に基づいて地方自治庁長官（C B F S C議長を兼任）が中央銀行に通知すると、コモン・バスケット口座に移される。この措置は3か月に1度から6か月に1度に改められた。
- ④ 地方政府改革プログラムは、ガバナンス、地方政府組織再編、財政、人材開発・人事管理、行政・法制度枠組み、プログラム運営管理の6分野から成り、L G R B Fは各分野の事業計画に対応する経費を賄うとともに、地方政府改革チーム、ゾーン改革チーム、県改革チームの活動をも支えている。

一方、L G R B Fから支出された資金に関する決算手順は以下のとおり。

- ① 地方政府改革チームは『財務管理マニュアル』に従って資金を支出し、財務報告書を作成して、C B F S Cに提出する。
- ② これは地方自治庁で内部監査を受けるとともに、6か月ごとに民間監査法人からも外部監査を受ける。ただし、タンザニアの民間監査法人は政府関係の仕事に依存する割合が大きく、政府から回ってきた決算書に対して異議を唱えにくいのではないかと、この意見もある。地方政府改革プログラムそのものも年1回外部評価を受ける。

地方政府改革プログラムは保健セクター改革プログラムと比べてより単純だと考えられており、政府・ドナー間の合意もより広範に得られている。L G R B Fには常にプログラム実施に必要な額を上回る拠出金が集まっている。C B F S Cと地方政府改革コンサルティティブ・フォーラムとの関係は、保健セクター改革におけるB F CとS W A P委員会の関係に似ているが、資金が不足がちな後者の方がドナーの意向がより尊重されやすい。

(4) タンザニアにおけるバスケット・ファンド

H S B FとL G R B F以外にも、以下の領域でバスケット・ファンド方式が実施されている。

- ・ 結核・ハンセン病プログラム
- ・ Primary School Books
- ・ 2000年の総選挙
- ・ 旧・多国間債務基金（Multilateral Debt Fund）

北欧諸国と英国が中央銀行に開設した政府一般予算用口座で、多国間援助機関への債務返済に利用されてきた。2000年4月にはタンザニアが「拡大H I P C s（重債務貧困国）イニシアティブ」の適用を受けたことから（第6章6－1で後述）、現在この基金は**貧困削減財政支援基金**（Poverty Reduction Budget Support Fund）への転換が図られている。今後は債務救済によって浮いた資金をこの基金を介して、中央政府が実施する様々なプログラムのうち『貧困削減戦略書』に合致するものに回すことになる¹³。

¹³ IMF and IDA, “Tracking of Poverty-Reducing Public Spending in Heavily Indebted Poor Countries”, 2001（世銀ホーム・ページ）

保健セクターの地方分権化は本当に有益か？

政治権力の分散化をめざす政治学者や、マーケットの脱中央化をめざす新古典派経済学者らの主導によって大きな方向性が決定づけられているため、どこの国でも地方分権化が保健セクター改革の中心目標になっている。しかし、意外にも保健医療専門家が改革案の立案作業にかかわることはほとんどない。先進国での改革努力を別にとすると、開発途上国での保健セクター改革は、社会学者（Social scientists）だけで行っている「ソーシャル・エンジニアリング（上からの社会工学的改良）」の実験なのではないか、という疑問さえ生じてくる。

このように行政上・マクロ経済上の目標ばかりが優先される結果、保健システム上必須の要件であっても無視されがちとなり、保健サービスの実施計画がなおざりにされる場合が多い。その結果、権限を地方に移管することによって保健サービス供給を効率化し、またアクセスと質を同時に向上させるという目標は達成が困難であるだけでなく、住民の健康にとってかえって有害な場合が極めて多いとの指摘がある。にもかかわらず、地方分権化が絶対視されているため、保健サービスの分権化が真に有益かどうかについても冷静に検証されることはほとんどない。

以下に地方分権化が住民の健康に不利益に働く例をいくつかあげる。保健よりも道路建設を政治的に優先する県が現れるかもしれない。保健を重視する県でも、PHCは後回しにされて県病院の維持・拡充ばかりを優先する可能性もある。また、権限委譲の受け皿が県レベル→コミュニティー・レベルと小規模な組織に断片化されると、末端に近づくほど医療スタッフの絶対数が不足することが避けられない。南アフリカではもともと経済格差の著しい県に自立的な保健政策運営を任せため、職員の給料を払えない県も発生した。ザンビアでは、病院レベルの職員は国家公務員のままで、それより下位の保健施設職員を地方公務員化したことで業務効率が下がったとの説がある。最近タンザニアでもこれと同じことが行われており、今後注意深いモニタリング・評価が必要である。

上述のとおり、地方分権化は保健サービス供給を改善するための魔法の薬ではない。したがって、分権化に要する財政負担・人的コストを確実に予測しながら、現実的な目標・目的を立て、十分な時間をかけて分権化を進める必要がある。また、分権化の影響についてもシステム全体をモニターし、公平な目で評価し、その都度改善する手間を惜しんではならない。バスケット・ドナーの財政専門家たちが保健省政策・計画局を受け皿として推進している観のあるタンザニア保健セクター改革に、保健医療の実務家の視点からチェックを加え、保健省首席医務官が着実に業務を履行できるよう支援していく意義は大である。

第4章 HIV／AIDSに対するタンザニア政府の取り組み

4-1 第3次エイズ・性感染症対策中期計画¹

1983年に第1例が発見されて以後急速に拡大するヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染に対し、保健省は第1次エイズ対策中期計画MT P-I（1987～1991）、第2次中期計画MT P-II（1992～1996）を策定して対応したが、感染率の増加を抑えることはできなかった。そのため1997年より改めて現状分析に取りかかり、1998年6月のワークショップを経て「第3次エイズ・性感染症対策中期計画（1998～2002）」（MT P-III：The Third Medium Term Plan for Prevention and Control of HIV / AIDS / STDs）を取りまとめた。

この計画は「保健セクター改革作業計画」、「ヴィジョン2025」、「貧困削減戦略書」（PRSP）のいずれにも先行して策定され、実施に移されたものである。策定当時、後天性免疫不全症候群（AIDS）対策に責任をもっていたのは保健省内に置かれた国家エイズ対策委員会（NAC：National AIDS Committee）であったが、計画実施に関しては保健省だけでなくすべての公的セクターや民間セクターにも対等な立場で参加してもらうことを企図していた。

MT P-IIIが定める11の優先領域は次のとおり。

性感染症の診断・治療＝①

高リスク・グループ住民への対応：トラック運転手等の移動人口＝②、性産業従事者＝③、
軍人＝④、性的パートナーを複数もつ男性＝⑤、等

若年者のHIV・性感染症からの保護＝⑥

輸血時の安全確保＝⑦

貧困削減＝⑧

HIV感染者の社会的受容＝⑨

教育機会の提供（特に女子に）＝⑩

女性の弱い立場を改善＝⑪

HIV／AIDS及び性感染症に関して、MT P-IIIの発効以降に懸案化したのは以下のとおり。

全国規模の取り組み：コンドームの安定供給、性感染症対策、梅毒スクリーニングと治療、
HIVワクチン

特定の県単位での取り組み：HIVカウンセリング・検査／在宅ケア

¹ MoH, “Strategic Framework for the Third Medium Term Plan for Prevention and Control of HIV/AIDS/STDs 1998-2002”, July, 1998.

病院をベースとする取り組み：輸血時の安全確保、医療従事者等の感染防護、結核等の重複感染症・日和見感染症の治療

4-2 国家的取り組みータンザニア・エイズ委員会の設立

H I V / A I D S 問題に対して、タンザニアが国をあげて取り組む姿勢を明らかにしたのは比較的最近のことである。確かに 1987 年の M T P - I 以来、保健省内に置かれた N A C が中心となって対 A I D S 政策が展開されてはきた。しかし、現ムカパ大統領がこの問題を「国家的危機」と認識し、国民に向けて宣言したのは 2000 年の年頭メッセージが最初であった。

一方、ドナー側は 2000 年 5 月の支援国会合において、H I V / A I D S がタンザニアの社会と経済の発展にとって一大脅威で、政府はその対策に最優先であたるべきであるとの声明を出した。次いで、2000 年 11 月開催の開発援助委員会（D A C）会合の席上、A I D S 対策にはセクター横断型の取り組みが必要であること、M T P - III は優先的に取り組むべき 11 の対象を明示しただけで具体的な政策ではないこと、国家エイズ対策プログラム（N A C P : National AIDS Control Program）の組織が期待されたほどには機能していないこと等を指摘すると同時に、D A C 加盟国が一体となってタンザニアの A I D S 対策に貢献する旨の合意がなされた。これらの動きに応える形で、大統領は 2000 年 12 月 1 日の世界エイズ・デーに演説を行い、A I D S に対するセクター横断型の取り組みを国家として強化すること、そのために**タンザニア・エイズ委員会（Tanzania Commission for AIDS**、当初 T A N A I D S と略称されたが、後に**T A C A I D S**に改められた）を新設することが宣言された。マラウイ、ボツワナ、ナイジェリア、ケニア、モザンビーク、エチオピア、ザンビア、ジンバブエ、ガーナ等、他のサブサハラ・アフリカ諸国に遅れをとったが、ようやくタンザニアにも A I D S に対する国家的取り組みの基盤となる組織が設立される運びとなった。

退役将軍であるルポゴ氏が議長に指名され、T A C A I D S の組織作りに取りかかっている。この T A C A I D S は独立性の高い組織として大統領府に置かれ、これまで保健省下の N A C が担っていた業務を引き継ぐことになる。一般の省庁よりも上位に置かれることによって、セクター横断的な調整役を強力に果たせるものと期待されている。また、ドナー機関・国際機関とも緊密に連携しながら、国内のあらゆる利害関係者を A I D S 対策に動員する役割を負うことになる。

M T P - III そのものは、保健省だけでなくすべての公的セクターや民間セクターにも対等な立場で参加してもらうことを企図して書かれており、保健省としては T A C A I D S の設立を時宜にかなった措置と認識しつつ、M T P - III の政策ペーパーへの落とし込みを急いでいるところである。

このように T A C A I D S は、技術面では今後とも保健省に負うところが大きい。しかし、

T A C A I D S の設立準備室は首都ドドマに、保健省はダルエスサラームにあって、物理的に隔たっていることが緊密な連携の妨げとなる可能性がある。

第5章 各ドナーのH I V／A I D Sへの取り組み

5-1 概 観

主要ドナーの1998年度における対タンザニア援助額は、世銀（1億8,000万米ドル）、オランダ（1億米ドル）、欧州連合（E U）（8,000万米ドル）、日本（6,000万米ドル）、デンマーク（5,400万米ドル）、ノールウェー（5,100万米ドル）、スウェーデン（4,900万米ドル）、ドイツ（4,300万米ドル）、英国（3,300万米ドル）、米国（3,000万米ドル）の順であった。保健セクターへの援助総額は、先述のとおり年間約1億米ドルに及ぶ（第3章3-3参照）。

米国は2000年度には対タンザニア援助を2,420万米ドル（推計）に削減したが、そのうち人口・保健・栄養分野への援助に1,340万米ドル（推計）を集中した。2001年度も総額2,611万米ドルから同分野への援助を1,530万米ドルに増額する計画である。そのため、保健セクターへの援助に限れば米国は15%のシェアを占め、デンマーク、英国、世銀、スイスとともに5大ドナーの1つとなっている。特に家族計画関連の援助に関しては、国連人口基金（U N F P A）と並んで主導的な地位にある。

5-2 U S A I D（米国国際開発庁）の取り組み

5-2-1 対タンザニア援助の目標

U S A I Dは、戦略的枠組みをアメリカの国益追求に置いている。具体的にはアメリカ経済の繁栄、人道を中心とする様々な危機管理、平和安定の促進、地球規模の危機からの保護である。開発援助はあくまでもそれに寄与する機能とみなされている¹。U S A I Dホーム・ページによれば、タンザニアにおける米国の国益とは、人口増加傾向に歯止めをかけること、ヒト免疫不全ウイルス（H I V）／後天性免疫不全症候群（A I D S）蔓延の予防、環境悪化の阻止、民主化・人権・経済成長の促進、としている。また、ヴィクトリア湖周辺地域での紛争の解決にタンザニアが積極的な役割を果たせるよう支援中である²。

現在、U S A I Dタンザニア事務所では、持続的な経済成長を目標とする「国別戦略プラン（1997～2003年）」に基づいて、以下の5つを戦略的目標として支援を行っている。

戦略的目標1：家族計画、母子保健サービス及びH I V／A I D S予防手段の利用促進

戦略的目標2：環境維持が可能な天然資源管理法を採用するための基金設立

戦略的目標3：市民社会と政府がより効果的なパートナーシップを結んだ統治

戦略的目標4：中小企業の経済活動への参加促進

¹ USAID, 1995. “The Agency’s Strategic Framework and Indicators 1995-1996”, Washington, D.C.

² www.usaid.gov/pubs/cp2000/afr/tanzania.html

戦略的目標 5：維持管理上より自立継続性が確保される方法での地方道路整備

5-2-2 保健セクターに対する援助内容

上記「国別戦略プラン」で第1の戦略的目標として掲げている「家族計画、母子保健サービス及びHIV/AIDS予防手段の利用促進」は、1995年から開始されていたもので、1999年に一部手直しされたのち2003年の完了をめざして実施中である。なお、USAIDの1998～2001年度における財源別対タンザニア援助額と保健分野予算額、また評価指標は表5-1のとおりである。

表5-1 USAIDの対タンザニア援助額

(事務所運営費を除く、単位：100万米ドル)

	1998年 全体	1999年 全体	2000年		2001年	
			保健	全体	保健	全体
開発支援	12,300	14,750	3,900	14,322		
アフリカ開発基金					5,000	15,816
子どもの生存と疾病対策	7,400	7,400	9,500	9,500	10,300	10,300
経済支援基金		9,231				
P.L.480 ³	10,623	31,819		385		
合 計	30,323	63,200	13,400	24,207	15,300	26,116

出所：USAIDホーム・ページ資料を改変

注：1998年と1999年は実績、2000年は推計、2001年はUSAID本部への要請額

表5-2 USAIDが採用するプログラム評価指標

	ベースライン値 (1996年)	中間値 (2000年)	目標値 (2003年)
生殖年齢女性の近代的避妊法使用率	11.7%	16.2%	20.0%
コンドームでAIDSが予防可能と知っている男性	55%	68%	75%
リプロダクティブ・ヘルスの訓練済み要員がいる施設	59%	69%	80%
6か月未満児の完全母乳栄養実施率	29%	35%	42%

出所：USAIDホーム・ページ

³ Public Law 480の略。正式名称は、農産物貿易促進援助法。米国の過剰農産物を援助などで輸出して解決しようとした法律（「グローバル化と人間の安全保障－行動する市民社会」勝田誠編著、NIRAチャレンジブックス）。

以下、所管別にタンザニアでの活動内容を記す。下線は提言編でも紹介したもの。

(1) U S A I D タンザニアが所管する家族計画／母子保健活動

- ・ドナー間調整とセクター全体の統率

質の保障ガイドライン、母子保健トレーニング・カリキュラム、コミュニティー・ベースの避妊薬配布カリキュラム、全国一斉予防接種デーのステアリング委員会、他

- ・家族計画／母子保健サービス支援

啓発活動、機材・避妊薬等の配布（ただし、有償販売用コンドームは英国国際開発省（D f I D）が提供）、診療の質を改善するためのトレーニング（1998年までに5,200人余の保健要員）、他

- ・H I V／A I D S 予防及び感染者支援

地元N G O や民間団体のネットワーク作り、メディア・キャンペーン、コンドーム有償販売、N G O を通じての性感染症の症候診断・治療、感染者・A I D S 孤児支援

(2) U S A I D 本部グローバル・ビューローとU S A I D タンザニアの合同プログラム

- ・エイズ・コントロール予防プロジェクト（略称A I D S C A P）

100以上のローカルN G O を通じてのA I D S 啓発活動、カウンセリング活動等

- ・Population Services International（P S I）

コンドーム有償販売（1998年約1,000万単位販売）、蚊帳・殺虫剤の有償販売

- ・Access to Voluntary and Safe Contraception International（A V S C International）

Family Planning Association of Tanzania（U M A T I）と共同で実施中の永久避妊法のサービス提供

- ・人口活動／女性支援開発センター

- ・家族計画ロジスティクス管理プロジェクト

- ・ジョンズ・ホプキンス大学

- ・M E A S U R E 2（Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results）プログラム⁴

人口保健調査（D H S）の企画・実施・解析、1999年には母子保健調査（T R C H S : Tanzania Reproductive and Child Health Survey）を実施済み

- ・Pathfinder International

家族計画、乳幼児保健、H I V／A I D S サービス

⁴ 日本語版の『MEASURE ニュースレター』が⁵ Population Reference Bureau, Inc（P R B）東京連絡事務所から発行されている

- ・ POLICY/RAPID IV Project
包括的リプロダクティブ・ヘルスの管理能力開発
- ・ Population Council
家族計画プログラムの支援に係る研究
- ・ Program for International Training in Health
- ・ Program for Appropriate Technology in Health

(3) U S A I D本部人道支援局が所管する Child Survival Grantees の活動

- ・ A F R I C A R E
ビタミンA等の微量栄養素に焦点を当てつつ小児保健の改善を図る。
- ・ C A R E
H I V／A I D Sの予防とコントロール、家族計画、妊産婦・新生児ケア（Kwimba 県）

5-3 その他のドナーの取り組み

保健セクターへの援助に限れば米国は15%のシェアを占め、デンマーク、英国、世銀、スイスとともに5大ドナーの1つとなっている。特に家族計画関連の援助に関しては、UNFPAと並んで主導的な地位にある。その一方、英国（避妊薬）、ドイツ、オランダ（有償販売用コンドーム）、欧州連合（EU）（性（行為）感染症（STI）治療用抗生物質）等は資材供給によって重きを成している。

ここで、日米以外の二国間ドナー及び国際機関の取り組みを一覧表としてまとめておく。この表の基礎データは、保健セクターのドナー会合において合意され、2001年2、3月にかけて実施された活動状況アンケートである。このなかで、ドイツ技術協力公社（GTZ）がムベヤ州で実施してきたHIVコントロール・プログラムは、多様な方策を包括的に実施している点で特筆すべきである。

表5-3 主な二国間ドナーのHIV/AIDSへの取り組み

	カナダ国際開発庁 (CIDA)			GTZ Mbeya			Italy			Irish Aid			デンマーク国際開発庁 (DANIDA)
	実績	実施中	将来	実績	実施中	将来	実績	実施中	将来	実績	実施中	将来	
業務管理	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			(a) HIV/AIDSネットワーク構築 (b) HIV/AIDSが保健医療施設のサービス供給に及ぼす影響測定 (c)未詳
政策立案・周知に係る活動	○			○	○	○		○	○		○		
行動変容をめざす啓発活動	○	○	○	○	○	○				○			
職域での活動（同僚間の保健教育、他）	○	○	○	○	○	○	○	○					
コンドーム使用促進	○	○		○	○	○				○	○		
性感染症治療		○		○	○	○				○			
感染者・患者ケア及び生活支援	○	○	○	○	○	○		○	○	○			
母児間感染阻止		○				○				○			
自発的カウンセリング・検査（VCT）	○	○	○	○	○	○							
学校保健プログラム	○	○	○	○	○	○				○	○		
輸血の安全確保				○	○	○							
医薬品調達・配布		○		○	○	○				*	*		
その他													
備 考	DAR ES SALAAM Dodoma Ruvuma Tanga Arusha			Mbeya 他に Tanga Lindi			DAR ES SALAAM Dodoma Iringa			*PSI向けコンドーム			(a) & (b) Kagera (c)保健省本省

表5-4 国際機関のHIV/AIDSへの取り組み

	国連開発計画（UNDP）＋UNFPA			UNAIDS/PMO/TACAIDS			WHO		
	実績	実施中	将来	実績	実施中	将来	実績	実施中	将来
業務管理	(指導) 影響度評価	(指導) 戦略策定*		SHDEPHA	他のSHDEPHA+ 15州の支所		○	○	
政策立案・周知に係る活動	リーダー層啓発、他	リーダー層動員、スティグマ(差別)軽減		リーダー層動員					
行動変容をめざす啓発活動	放送番組・教材開発、ニュースレター発行（NACP）			寸劇	ポスター、青年用プログラム		○	○	
職域での活動（同僚間の保健教育、他）	NGO連携: AMREF、WAMATA他			農業省					
コンドーム使用促進									
性感染症治療	要員研修（Kigomaのみ）			ルーテル教会			○	○	
感染者・患者ケアおよび生活支援	要員研修（Kigoma & Shinyanga）								
母児間感染阻止									
VCT	戦略策定	要員の啓発及び研修（全国）							
学校保健プログラム				危険度の高い性行動に関する図画コンテスト				○	
輸血の安全確保				検査技師トレーニング、検査キット、救急車、他					
医薬品調達・配布				Dodoma STDプロジェクト			○	○	
その他	HIV/AIDS/STIサーベイ・報告書発行			世界エイズデー・キャンペーン、多セクターによるエイズ会議（保健省）					
				HIV/AIDS研修（聴覚障害者協会）					
				Great Lakes HTA project、民間企業動員（AMREF）					
				District Response Initiative、他					

*国レベル、Kigoma、Shinyanga

AMREF: African Medical and Research Foundation

WAMATA: People in Struggle Against AIDS in Tanzania

PMO: 首相府

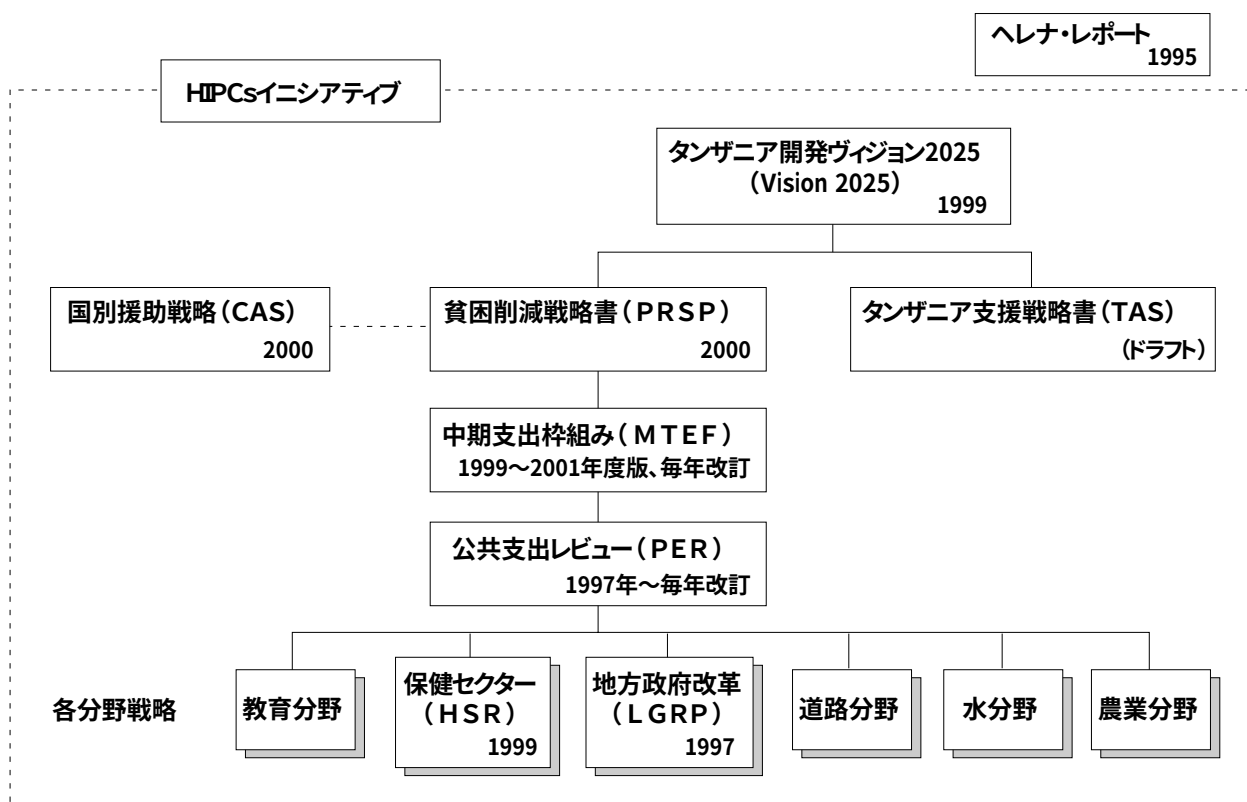
TACAIDS: タンザニア・エイズ委員会

WHO: 世界保健機構

第6章 重債務貧困国支援の動きとタンザニアでの各種改革

重債務貧困国（HIPC s）は、最も貧しく最も重い債務を負っている途上国として国際通貨基金（IMF）と世銀に認定された41か国である。これらの国々では開発のための資金はもちろん、国家財政の経常的な経費すら不足しているため、抜本的な債務救済を講じない限り、対外債務の返済に困難を来して国家経済が破綻してしまう可能性がある。この債務問題に対する認識が高まるなかで、二国間債務の削減を進めたり、国際機関に対する債務削減も含めた包括的な債務救済計画を準備する動きが活発化してきた。

一方、タンザニアでは、1995年に「ヘレナ・レポート」が作成されて以降、保健、教育及び公共サービス等の分野で相次いでセクター・プログラムを採用した改革が開始されてきた。ただし、これらのすべては、権限の地方移管によってサービス供給のアクセスと質の向上をめざすものであり、整合性をとりつつ進められるべきものであったが、相互の同期性は確保されていない。HIPC s 支援の動きに、ウォルフエンソン総裁率いる世銀による「包括的な開発フレームワーク」推進の動きが加わるなか、タンザニア国内でも各セクターでの改革を包含する枠組み作りが一斉に開始された（図6－1参照）。



原図：古川光明（JICAタンザニア事務所次長、2001年2月当時）

図6－1 タンザニアにおける開発計画イメージ図

6-1 HIPC s イニシアティブとタンザニア側の対応

1996年のリヨン・サミット後の世銀・IMF年次総会において、HIPC s の債務負担を持続可能な水準に引き下げるため、HIPC s 信託基金の創設が決定された（**HIPC s イニシアティブ**）。基金の原資には世銀（IBRD：国際復興開発銀行）の収益や他のドナー政府・機関からの拠出金を充て、世銀（IDA：国際開発協会）が管理・運営している。債務削減を希望する国には、条件として、第1段階と呼ばれる3年間に世銀やIMFの支援の下で価格・貿易・金融の自由化、民営化、労働政策、個別セクターの改革、貧困層・社会的弱者の保護等、経済社会改革プログラムを実施することが義務づけられた¹。タンザニア政府は、債務削減の適用を2001年に受けるべく努力を重ね、この条件に沿って以下のような政策ペーパーの策定を急いだ。

6-1-1 「タンザニア開発ビジョン2025」

経済面と社会面における長期的国家目標を述べた上位計画で、大統領府に置かれた計画委員会が1995年以来作業を進め、1999年に国会承認された。その目標は、2025年までに低開発国を卒業して人間開発の進んだ中所得国となることである。記述には最近の世銀好みのキー・ワードが繰り返されて、それがビジョン達成の前提条件なのか、原動力なのか、それとも開発の果実なのか、判然としないきらいがある。

第1章は2025年におけるタンザニア国家が備えるべき5つの特質を述べている。

- ・良質な生活：人間中心の開発、持続的で公平に分配される成長、極貧の撲滅
- ・平和・政治的安定・国家の統一
- ・グッド・ガバナンス：法による統治、政治リーダーや公務員の説明責任、汚職の抑制
- ・教育がいきとどき、学び続ける社会：発展意欲と競争心にあふれる国民の育成
- ・強く競争的な経済：変化を続ける市場やテクノロジーに適応できる経済構造

第2章では過去の国家目標を総括する。最初の目標であった独立を達成したのち、開発のために勤勉に働くことが尊ばれた。次の目標となったアルーシャ宣言は、中央集権的すぎて経済成長には結び付かなかったものの、時代の試練に耐える精神的・倫理的・社会的価値観を残した。教育や保健の分野で実績をあげながら、後退した理由は4つある。

- ・ドナー頼みの悪い癖（“Donor Dependency Syndrome”）、開発に関する敗北主義
- ・経済の舵取りをする能力の不足
- ・良き統治を実現できず、生産の組織化にも失敗したこと

¹ 大野泉『世界銀行－開発援助戦略の変革』NTT出版、2000

- ・非効率的な計画実施（“ Ineffective Implementation Syndrome ”）

第3章では、上記の現状認識に立ち、これからの長期的国家目標を掲げる。

- ・良質な生活：食糧自給／初等教育全員就学と識字率 100%の達成／高等教育の充実／男女同権社会／だれもが良質なプライマリー・ヘルス・ケア及びリプロダクティブ・ヘルス・サービスを受けられる／乳児死亡率と妊産婦死亡率を現状の4分の1に／だれもが安全な水にアクセス可能／典型的な中所得国並みの平均寿命／極貧層の消滅
- ・グッド・ガバナンス：道徳・文化の健全性／法による統治の尊重／汚職の抑制／他国や自国の開発経験に学び開発アジェンダを自ら決定できる社会
- ・強く競争的な経済：半ば工業化され多様化された経済構造／収支均衡がとれインフレ率の低い安定的なマクロ経済／年率8%以上の成長率／本ビジョン達成を支えられるインフラ／東アフリカ・世界市場での競争に耐え得る能動的プレーヤーとなること

第4章によると、ビジョンを実現にいたらしめる原動力は次の3つである。

- ・発展への意欲及び勤勉・儉約・投資・創造性を尊ぶ文化
- ・国家としての力量と競争力：そのためにマクロ経済を健全に保つこと、科学技術の振興、インフラ整備、情報通信技術（IT）化、国内資源の活用等が重要
- ・グッド・ガバナンスと法による統治

ビジョンが実現できるか否かは実行にかかっており、実行にはグッド・ガバナンスと経済競争力の2つが前提条件となる。しかしこれらは自然発生的に現れるものではなく、リーダー層が賢明に政策選択を行い、それによって国民の生活水準が向上してこそ得られるものである。本ビジョンを実現するためには、以下の特性を具現化する必要がある。

- ・発展への意欲と競争力
- ・民主化の進展と国民参加
- ・モニタリング、評価並びに定期的な見直し
- ・グッド・ガバナンスと法による統治

6-1-2 「公共支出レビュー」と「中期支出枠組み」

債務削減という援助様式は、政府の一般予算に資金援助を行うことにほかならない。援助した資金がドナー（この場合は世銀）の意図する目的のために活用されているか否かをモニタリングすることは、プロジェクト方式の援助ほど容易ではなく、受取国の公共支出の内訳を精査する必要がある。今日その方法の中核として位置づけられているのが、「公共支出レ

ビュー」と「中期支出枠組み」である。

「**公共支出レビュー（P E R : Public Expenditure Review）**」は、H I P C S イニシアティブ対象国に限らず、政府予算を補てんするため世銀に融資を求める国々に対して、世銀が与信審査に利用するために提出を求めてきたものである。例えば中央アジアのカザフスタン共和国も2000年から作成を開始したが、同政府はその際、作成自体を世銀に要請し、世銀と政府職員との共同作業で完成させた²。

現在アフリカ諸国を中心に毎年20～25か国で「P E R」が作成されており、3年ごとに公共支出全体を包括的にレビューするのが基本であるが、アフリカの何か国かでは、特定分野に絞って毎年作成するようになった（**セクター別年次P E R**）³。タンザニアもそのうちの1つで、世銀の「アフリカ特別援助プログラム（Special Program of Assistance for Africa on Public Finance Management）」の勧告に従って1997年から作成を開始し、予算編成作業と密接に同期させながら毎年改訂を重ねている。初期にはカザフスタンと同様に世銀職員からの指導に頼っていたと考えられるが、1999年度の「P E R」会合では、政府代表150名のほか、各ドナー機関、NGO、議会、市民社会からも代表者が出席し、活発な意見交換がなされたし、2001年に「保健セクターP E R」を改訂した際は、スイス開発協力庁（S D C）のコンサルタントからの助力を得ながら保健省政策・計画局付エコノミストが中心となって作成した。

「P E R」作成の本来の目的は「対象国の予算管理を外部から評価すること」であるが、このようなプロセスを踏むことによって、「政府を支援してその予算管理能力を改善させ」、「ドナーが協調を進めて、政府が目標とし優先的に予算づけを行っている分野に重点を置いて支援を行い、かつそれが徐々に政府予算と一体化していくよう方向づける」ための重要な手段となった⁴。また、公共支出の内容と規模に関する対政府勧告を「P E R」に盛り込むことによって、事実上の融資条件を随時追加することも可能である。

一方「**中期支出枠組み（M T E F : Medium Term Expenditure Framework）**」は、1998年6月の「P E R」会合に際して、中期的枠組みの下で計画、政策、予算の3者を関連づけることの重要性が強調されたことから、セクターごとの予算を計画的に集約化するために導入された⁵。

² World Bank, “Kazakhstan: Public Expenditure Review-Executive summary”, 世銀ホーム・ページ Country Office of Kazakhstan (www.worldbank.org/kz/content/esw8_eng.htm)

³ World Bank, “Public Expenditure Reviews (PERs)”, 世銀ホーム・ページ Public Expenditure On-line (www.worldbank.org/publicsector/pe/plpers.htm)

⁴ World Bank, “Best Practice in Public Expenditure Reviews: Tanzania”, 世銀ホーム・ページ Africa Region Infobrief (www.worldbank.org/afr/findings/infobrief/infob44.htm)

⁵ 古川光明氏（前掲）より聴取

これは向こう3か年分の経常的予算と開発予算を包括的に概観するもので、最初の作成となった「1999～2001年度MTEF」では、政府自主財源とドナーからの資金援助の歳入見通し、歳出主体別の予算配分、及び優先順位の高いセクターに関する中期支出枠組みが明示された。対象となったのは、省庁単位で初等教育、高等教育、保健、水、公共事業、農業の6つであったが、省庁によって作業の質の差が大きかったため、財務省と経済社会研究財団（ESRF）が主催して1999年9月にMTEFトレーニング・ワークショップを実施し、多くの省庁が初期トレーニングを終了した⁶。

「MTEF」を導入したことで、

- ・財務省主導の予算編成作業と各セクターの計画立案作業とのギャップが縮まり、かつ
- ・実際の予算配分がより政策目標に沿ったものとなって、

予算計画の改善に役立ったことをみたドナー側は、各セクター・プログラムを支援するための前提条件として、首尾一貫した**セクター別MTEF**の作成を政府に課すようになった。そのため、2000年5月の「PER」会合は再び「MTEF」ワークショップとの合同開催となり、基礎教育、基礎保健、水、地方道路、司法制度、農業研究・普及、土地サービス、後天性免疫不全症候群（AIDS）を対象として改めてセクター別MTEFが作成された（「2000～2002年度保健省MTEF」）。また、選挙、国勢調査の準備、ヴィジョン2025の実施、不正対策、監理・監査についても重点事項とされた。保健省政策・計画局は2001年3月の完成をめざして「2001～2003年度保健省MTEF」の作成に取りかかり、2001年1月にワークショップを開催した。

次節に述べるとおり、タンザニアを含む多数の国々が「貧困削減戦略書（PRSP）」を策定して、実際に債務削減を受けられるようになった今日では、援助の使途を追跡するだけでなく、公共支出が確かに貧困層に到達しているか、そしてどれだけの貧困削減効果をあげているかまで評価する必要性が生じてきた。そこで世銀は、政府による予算の編成から執行、決算、監査、効果の測定・評価にいたる一連の機能を「**公共支出管理システム**」（PEM system：Public Expenditure Management system）と呼んで重視する姿勢を示している。そして、これを強化することは受取国の責任であるとして、具体的には「PER」や「MTEF」の精度を更に向上させるよう求めている。その場合、文書記録を基本とする従来の会計システムのままで、迅速かつ正確に報告が行われ、関係者がいつでも閲覧できるようにすることには限界があるとの認識から、コンピューター化された政府会計管理情報システム（GFMISS：Government Financial Management Information System）の採用を強く推進している。

⁶ The President's Office and MoF, “Guidelines for the Preparation of the Medium Term Plan and Budget for 2000/01-2002/03”, February, 2000

6-1-3 世銀作成「国別援助戦略」

世銀は借入国ごとに開発の優先順位を検討し、世銀の融資プログラムやセクター調査の計画を提案する「国別援助戦略（C A S : Country Assistance Strategy）」をほぼ3年ごとに作成し、対象国政府の同意があれば要約版（CAS Public Information Notice）をホーム・ページ上に公開するようになっている。変革と開発の取り組みについてコンセンサスを得るためには、国民の参加が重要な役割を果たすという教訓から、「C A S」策定に際して市民社会やその他の関係者との協議ももつようにもなってきた。また、「C A S」においても貧困緩和をますます重要視してきており、このような協議を支援の優先順位決定の根拠としている。さらに、支援国でのフィードバック調査の結果を定期的に「C A S」に反映して、援助プログラムの目的やスケジュールを現実に即したものとするよう努めている⁷。

タンザニアに対する「C A S」は、上記の「P E R」と「M T E F」に係るワークショップでの議論を踏まえて策定され、2000年6月の世銀理事会にかけられた。以下の基本的な戦略は、「タンザニア支援戦略書」（次項参照）とも共通している⁸。

- ・マクロ経済の安定化
- ・村落開発の重視
- ・より良い統治の実現
- ・経済への民間セクターの参入
- ・政府・ドナー関係の矯正、プロジェクト志向からプログラム志向への転換
- ・より直接的に貧困削減に役立つプログラム
- ・伝統的なプロジェクト支援から政府予算そのものへの支援

6-1-4 「タンザニア支援戦略書」

世銀が作成する「国別援助戦略（C A S）」と名称が似ている「**タンザニア支援戦略書（T A S : Tanzania Assistance Strategy）**」は、趣旨が全く異なり、海外からのタンザニア向け援助を能動的に誘導するためタンザニア政府財務省が自ら作成した。その目的は、

- ・開発課題を選定するにあたって政府のオーナーシップを高めること
- ・ドナー等重要な利害関係者と政府との間のパートナーシップを深化させること
- ・援助の効率を高めること

等にあったが、その後タンザニア政府は確かに従来に増してオーナーシップを発揮しており、パートナーシップの深化のためにも真剣に努力している⁹。

⁷ 世界銀行『年次報告1999』、2000

⁸ World Bank, “CAS Public Information Notice: Tanzania”, 世銀ホーム・ページ (www.worldbank.org/html/pic/cas/cpin42.htm)

⁹ World Bank, “CAS Public Information Notice: Tanzania”, 世銀ホーム・ページ (www.worldbank.org/html/pic/cas/cpin42.htm)

内容的には、国家開発のための5か年分の政策と戦略の枠組みを示したものである。「T A S」(2001年12月現在ドラフト)作成の準備作業が開始されたのが1999年6月で、同じく政府が策定した「P E R」、「M T E F」、「P R S P」等の文書は当然のこと、世銀による「C A S」ともほとんど同時並行的に作成作業が進められたことになり、結果的に「T A S」と「C A S」の内容に重複する部分が多くなっている。例えば「T A S」の中で、政府は記録・データ・情報等が十分に管理できておらず、ますます迅速な処理が求められる時代に文書を基本とするシステムがうまく適応していない現状を認め、この問題の解決に向けた包括的な戦略を提示した¹⁰。政府会計システムのコンピューター化を急がせたい世銀は、「C A S」の中でこの問題を取り上げ、「より良い統治を実現する」ための戦略の項で論じている。

6-2 拡大H I P C s イニシアティブとタンザニア側の対応

H I P C s イニシアティブによる債務削減を希望する国は、第1段階3年、第2段階3年の計6年もの間厳しい構造調整を受ける必要があった。第1段階の終わりに、現行の債務救済措置をすべて適用しても債務負担が不可能と判断された国に対して、債務救済パッケージの内容が決定される(決定時点)。しかし、実際の債務救済は、第2段階の3年間に経済改革プログラムの成果があがってきていることが確認される場合に限り、この期間の終了時点で実施される(完了時点)。このH I P C s イニシアティブ導入後も途上国の貧困問題は一向に改善せず、最貧国支援のあり方を再検討すべきではないかとの国際世論が高まるなか、1999年のケルン・サミットでは、「より深く、より広く、より早く」債務救済を行えるよう、対象国が第1段階の終わりまでに貧困削減戦略への取り組みと一定の政策目標を設定し、経済成長を促進するための手段について債権者側が合意すれば第2段階を終了させることで合意をみた(拡大H I P C s イニシアティブ)。

これを受けて1999年9月の世銀・I M F 合同開発委員会は、H I P C s イニシアティブを適用する国には決定時点までに「貧困削減戦略書(P R S P : Poverty Reduction Strategy Paper)」を策定させ、世銀のプログラムだけでなくI M F の貧困削減・成長ファシリティ(P R G F : Poverty Reduction and Growth Facility)¹¹が支援するプログラムにも適用すると決定した。債務削減により浮くことになる資金を開発資金に転用し、教育・保健医療の拡充、上下水道の整備等、貧困削減に有効なセクターやプロジェクトに重点的に配分し、かつ実施できる体制かどうかを、この文書を通じて世銀・I M F が事前に見極めるためである。

¹⁰ World Bank, “Tanzania-Accountability, Transparency & Integrity Project”, 承認日2001年1月31日、世銀ホーム・ページ(www.worldbank.org/pics/pid/tz70544.txt)

¹¹ 1987年発足の拡大構造調整融資(E S A F : Enhanced Structural Adjustment Facility)を、貧困削減への配慮を打ち出して1999年に改称したもの。タンザニアは1999年に最初のE S A Fを完了した。

6-2-1 「貧困削減戦略書（PRSP）」

2001年にHIPC s イニシアティブ適格国となることをめざしていたタンザニア政府は、早速1999年10月に省庁横断の実務委員会を設置して、2000年1月までに「暫定PRSP」を取りまとめさせ、3月14日の閣議承認を経てIMFと世銀に提出した。3月31日にはIMFがHIPC s イニシアティブの**決定時点**への到達を承認して、新規PRGFアレンジメントを承諾し、次いで、4月4日には世銀も決定時点到達を承認した。こうして、予定より2年早く拡大HIPC s イニシアティブの適用を受けることに成功した。

5月には、全県から804人の代表者を集めてゾーン別ワークショップを開催し、同月下旬の支援国会合で進捗状況を報告した。同月の「PER」・「MTEF」合同ワークショップでの議論も踏まえてドラフトが起草され、6月末のドナー会合と翌日の国会で報告された。このドラフトは8月初めに全国ワークショップで討議され、速やかに改訂後8月末の閣議で承認され、「正規PRSP」が完成した。

〈タンザニアPRSPの概要〉

第2章で、貧困を「所得面」と「所得以外の面」に大別して分析している。

「**所得面での貧困**」は1993～1998年の間に増加した。農村部（特に自耕自給農家）が主であるが、都市部でも増加しつつある。大家族世帯は少人数の世帯より貧しい傾向がある。

一方、「**所得以外の面での貧困**」については、以下の点を指摘している。

教 育：初等教育純就学率が57%に低下し、貧困層での非識字率が増加

生 存：乳児・5歳未満死亡率が高く（貧困層ほど劣悪）、妊産婦死亡率も高止まり。

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）／AIDSの流行により平均寿命が低下

栄 養：慢性的栄養不良の指標である低身長が多く、最近10年間その改善がみられない。

飲料水：貧しい人々ほど安全な水へのアクセスがなく、コレラ等にかかりやすい。

健全な社会：独立後住民参加の伝統が失われ、「法による統治」も不徹底

不測の事態への備え：洪水や旱魃による飢饉、AIDS孤児・障害者・高齢者・難民等が増加する一方、社会的弱者を支える伝統的システムは衰退

上述の分析に基づく貧困削減戦略を第4章で記述している。

2000～2002年度には年率5.2～6%の国内総生産（GDP）成長が見込まれるため、従来どおりに分配されれば、貧困層（基本的貧困線以下の人口）は2000年の48%から2003年に42%に、農村部での貧困層は57%から49.5%に、必要カロリー量を摂取できない貧困人口は27%から23.5%に、「**所得面での貧困削減**」が可能となる。それを確かなものにするため、政府は、

・マクロ経済的に健全な政策を続けながら、市場の効率性を高める改革

- ・緊縮型財政を続けるが、貧困削減に不可欠なプログラムへは惜しまず支出
- ・輸出志向型の経済拡大、貧困層に恩恵を与えるセクターの多様化を図る改革
- ・投資を対GDP比15%から約17%へ引き上げ

といった戦略をとる。

「**所得以外の面での貧困削減**」を図る戦略は、以下の3点を考慮して採用された。

- ・政府としての取り組みが国民各層が合意できる目的に沿うようにし、具体的なインプットとアウトプットに結びつける。
- ・マクロ経済改革と構造調整と矛盾しないこと。
- ・利害関係者の関心を外さず、「ヴィジョン2025」や National Poverty Eradication Strategy（2010年を目標とする貧困削減戦略）の枠組みからも逸脱しない。

本文中では、(a) 教育、(b) 保健、(c) 社会的健全性、(d) 弱者対策、(e) 環境の順に論じている。保健については第2章の「生存」、「栄養」、「飲料水」に対応しているが、そこに盛り込まれた具体的取り組みは、「PRSP」に先立って完成されていた「保健セクター改革作業計画(HSR-POW)」(第3章3-4-2で既述)をそっくり踏襲している。表6-1に抜粋・和訳した政策枠組み表を示す。

第5章は、上述の貧困削減プログラムの実施に要する財政的裏づけに関して記しており、以下の諸点を十分勘案して費用を算定する、としている。①未完了のプログラムを完遂するのに必要な費用を繰り返し正確に見積る、②主財源となる中央政府の歳入額を正確に見通すことは困難である、③従来財源の相当部分を海外からの援助に依存していたが、予定どおりに実施されない場合は、政府が銀行借り入れを行うことも含め柔軟に対応する¹²、④プログラムの実施は財源額によって制約を受けるが、従前のように財政収支を犠牲にしてまで実施するのではなく、費用対効果を重視して政策に優先順位を付ける、⑤受益者負担等を通して戦略的に住民参加を促す、⑥地方政府への権限委譲に伴い財政措置の方法にもしかるべき変更があり得る、⑦中央政府からの財政措置は、主として教育（特に小学校レベル）、保健（プライマリー・ヘルス・ケア：PHC）、農業（研究と普及）、道路（農村部）、水、司法制度、HIV/AIDSに限定する。

2000～2002年度は対GDP比17～18%を財政支出に充てるが、うち70%は税収から、残り30%は拡大HIPCシニアティブによる債務救済（**貧困削減財政支援基金**、第3章3-4-3

¹² コンディショナリティの重要な要素として、銀行部門の純国内資産に上限額が設定されているが、③のような事態が発生する場合、一定の数式（adjusters）を適用してその上限額を上方修正してよい、というIMFのルールを踏まえた言及と思われる。

参照) やその他の援助から充当する。

タンザニアで必要なヘルスケアを提供するためには、経常支出に国民1人当たり年間6米ドル(要員の給料に3.3米ドル、薬品・医用材料に1.7米ドル、その他の経費に1米ドル)、開発支出に3米ドルの計9米ドル必要であるが、現状ではその半分しか支出できていない。2000年度からは要員向けとその他の経費向けの支出割り当てを増やすことが決まっており、政府支出の中でメリハリをつけて重点分野への割当額を増やすことになる。

教育セクターに関しては、2001年度からの初等教育無料化をめざし、政府は100～120億シリング(政府経常予算総額の1%)の教育予算を組んで、教師の給与をはじめとする初等教育の費用負担を継続する。

なお、計画の実施状況や効果をモニタリング・評価する体制については、本文中ではなく、ANNEXの中で系統的に述べている。

6-2-2 債務救済の実施スケジュール

タンザニアが「暫定PRSP」を2000年3月にIMFと世銀に提出したのち、同月中にIMFが、4月には世銀がHIPC s イニシアティブの決定時点到達を承認したことは既に述べた。ただし、8月末に閣議承認を受けた「正規PRSP」が、世銀とIMFに提出されて理事会で承認されたのは11月下旬であったため、HIPC s イニシアティブの**完了時点**(completion point)への到達が決定されるのは、早くても2001年6月か7月の理事会まで待たなければならない¹³。現在のタンザニアは、決定時点から完了時点への途中(すなわち「暫定期間」)にあって、経済社会改革プログラムの実施・強化を求められており、特に「**公共支出管理システム**」に関しては、2001年2月末までに決定時点に到達した22か国中、他の15か国と並んで名指しで改善を求められている¹⁴。

タンザニア政府が世銀(IDA)やアフリカ開発銀行グループ等に対して負っている債務は、完了時点に到達後HIPC s 信託基金によって購入されるか、繰り上げ返済されるかされて、実際に棒引きされることになる。その規模は、債務総額の60%近く、すなわち純現在価値(NPV: net present value)にして合計20億2,600万米ドルに及び、名目的債務救済額(nominal debt service relief)としては30億米ドルに相当する見込みである。この額は先の22か国の中でも、ニカラグア、モザンビーク、ザンビアに次いで4番目に大きい¹⁵(図6-2参照)。

¹³ MoH, “Public Expenditure Review-Health Sector in Tanzania”, 2001

¹⁴ IMF and IDA, “Tracking of Poverty-Reducing Public Spending in Heavily Indebted Poor Countries”, 2001

¹⁵ World Bank, “Financial Impact of the HIPC Initiative: First 22 Country Cases”, 2001。2001年11月27日、IMF・世銀理事会により拡大HIPC s イニシアティブの完了時点到達が承認され、今後、30億米ドルの債務削減措置がとられることとなっている。

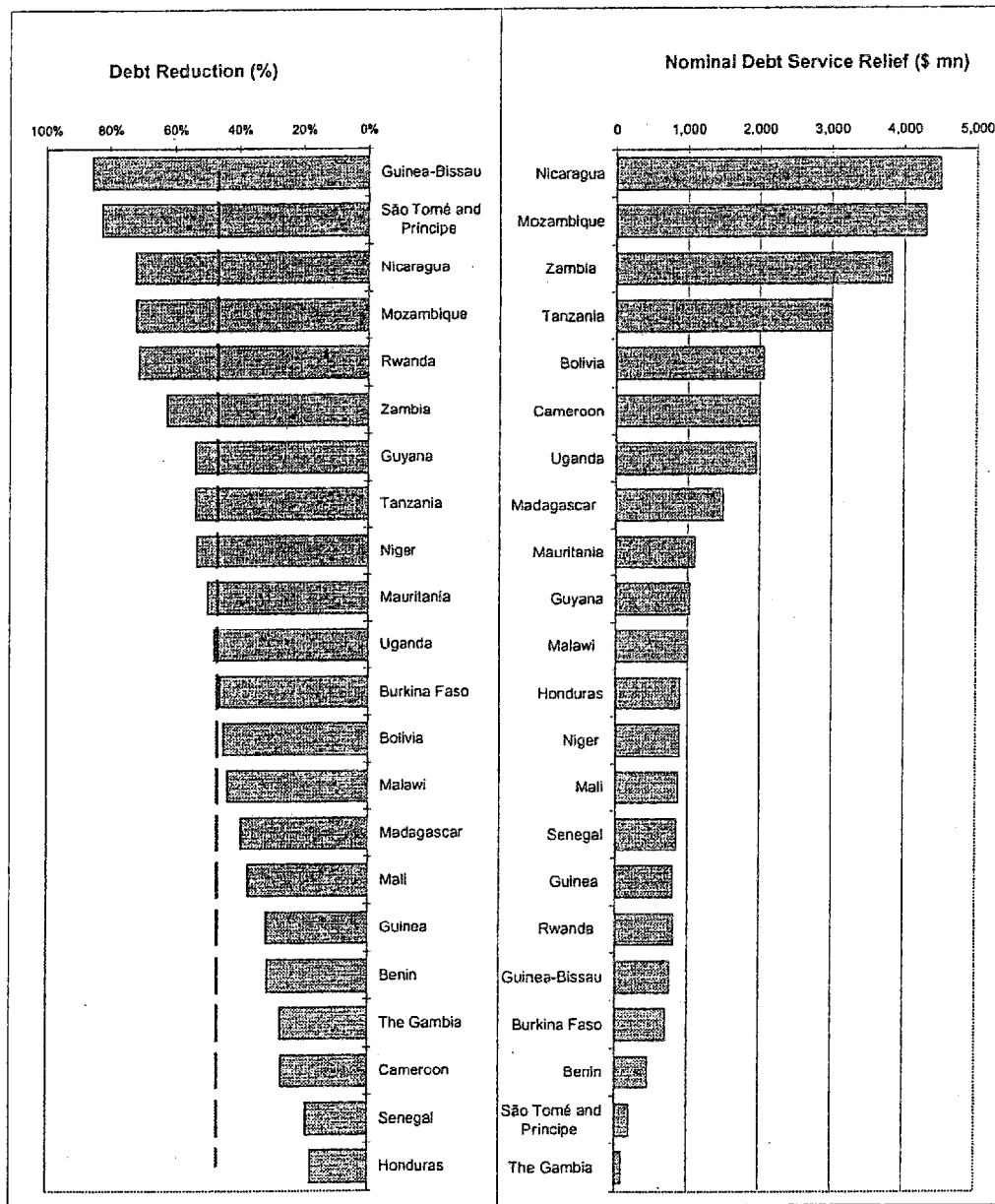
表 6－1 タンザニア P R S P の政策枠組み

目 的	長期目標 (2010 年)	中期目標 (2003 年)	(現 状)	中間指標	具体的取り組み
I．所得面の貧困削減					
貧困層人口	●貧困層人口 24%	42%	48% (2000 年)	●G D P 成長率 6 %	・マクロ経済の安定
	●農村部貧困層 29%	49.5%	57% (2000 年)	●投資の拡大 ●投資効率の改善	・地方インフラ整備 (水／電力／電話等) ・小規模金融制度の整備
	●飢餓人口 14%	23.5%	27% (2000 年)	●農業部門の 5 %以上の成長 ●民間セクター開発戦略の策定 ●地方道路網の改修	・コミュニティ主導の灌漑法の促進 ・中小企業／非公的セクター振興 ・徴税制度の整備、他
II．生活の質・社会的健全性の改善					
(i) 潜在能力 Human Capability	●識字率 100% ●疾病による負荷の削減 ●安全な水の供給 85%	●初中等教育での男女同 権達成 (2005 年) ●初等教育の到達度改善 ●疾病による負荷の削減 55%	48.5% (2000 年)	●総就学率を 85%に (2003 年) ●純就学率を 70%に (2003 年) ●修了試験合格者を 20%→50%に	・初等教育予算の増額 ・スクールマッピング ・教員の再研修 →次項の (ii) 生存とほぼ同じ内容 ・水供給システムのリハビリテーション ・農村部の水供給への支出増額、他
(ii) 生 存	●乳児死亡率 50 →20 (2025 年) ●5 歳未満死亡率 半減 ●妊産婦の H I V 陽性率 6～27% ●妊産婦死亡率 265 ●平均寿命の回復 52 歳 ●マラリア致死率 8 %	85 127 5.5～23% (1996 年) 450 10%	99 (1999 年) 158 (1999 年) 529 (1996 年) 12.8% (1997 年)	●2 歳までの予防接種完了率 (麻疹及び 3 種混合) 71% (現在) →85% (2003 年) ●A I D S 啓発活動 →75%の県を対象に ●訓練された要員による分娩介助 50% (現在) →80%に	・基本的ヘルスケアへの予算増額 ・学校での A I D S／衛生教育 ・小児疾患の統合的診断治療 (I M C I) の実施促進 ・適切で公平な母子保健サービス提供、適切な栄養 摂取の促進、伝染病予防、ありふれた病気の治療 ・都市でも村落でも質の高い保健サービスをアクセ ス可能な距離で利用できるようにする ・P H C 支援のため 2 次／3 次医療サービスを再編 強化 ・人事、医薬品、医療器材の全国的支援体制の強化 ・保健サービス提供への民間セクター／市民社会の 参加促進 ・新規国家マラリアコントロール計画の実施、他
(iii) 健全な社会 ・社会と個人の安寧 ・P R S P への国民参加		●P R S P の完全な履行		●2003 年までの地方政府改革完遂 ●司法改革の実施 ●多数のワークショップ開催	・村落部／都市部の全県で改革案の全コンポーネ ントを実施 ・1 審における審理迅速化 ・すべての利害関係者に効果的に参加してもらうこ と、他
(iv) 栄 養	●低成長児の割合 ●急性消耗児の割合	20% 2 %	43.4% (現在) 7.2% (現在)	●哺育様式の改善 ●マラリアコントロールの実施 ●I M C I の完全な実施	・栄養教育の推進 (特に母親向け) ・母子保健サービスの提供 ・学校給食の実施
(v) 社会的弱者	●セーフティ・ネット構築のための能力開発			●貧困層データベースの構築 ●早魃に強い品種の作付け促進 ●地域主導型灌漑の推進	・左記の 3 項目の実施 ・地域間格差是正基金の創設 ・社会的弱者の地域ベースでのケアを推進、他
III．持続的開発を保障する環境作りとその維持					
(i) マクロ経済の安定	●インフレ率を貿易相手国並みに抑える ●均衡財政の堅持			●消費者物価上昇率を 4 %以内に ●現在の財政収支維持 ●輸入 4 か月分の外貨準備	・緊縮的な財政／金融政策の維持 ・貿易不均衡の縮小努力
(ii) 統 治 ・公共サービスの効率の供給 ・Leakage の最小化及び透明性向上 ・公共部門のパフォーマンス改善	●全会計処理を I F M S で ●汚職の減少 ●公共サービスの専門性向上 ●能力と動機づけの向上 ●中央と地方の予算管理能力向上			●中央政府の会計を I F M S に集約 ●保健省を含む全省庁の汚職対策 ●会計の包括性／透明性向上 ●公共サービスに競争原理を導入 ●遅滞のない予算編成	・政府会計システム (I F M S) の拡大 ・全ドナーに I F M S への加入を促す ・汚職調査並びにセクター別汚職追放プランの遂行 ・入札結果の公表 ・公務員改革、地方政府改革の行動計画実施 ・P R S P に沿った予算配分が行われるか監視、他

出所：Tanzanian Poverty Reduction Strategic Paper

Chart 1. Enhanced HIPC Initiative
Comparative Debt Reduction and Debt Relief for 22 Decision Point Countries

Status as of end February 2001



Note: -- Debt reduction is measured by the common reduction factor. This refers to the percentage by which each creditor needs to reduce its debt stock at the decision point so as to enable the country to reach its debt sustainability target. The calculation is based in net present (NPV) information.
-- For Bolivia, Burkina Faso, Guyana, Mali, Mozambique and Uganda assistance under the original and enhanced frameworks is combined.

出所：Financial Impact of The HIPC Initiative, The World Bank, March 1, 2001

図6-2 拡大HIPCイニシアティブ適用国の債務救済状況

債務救済は財政破綻国の国際管理下移行を意味するのか？

民間企業が過大な債務によって経営状況が危うくなれば、経営健全化計画ないし再建計画の履行と引き替えに銀行団が債権放棄を行って倒産を回避する選択肢があるが、債務削減を受けた企業は銀行団の監視下に置かれる。一方、銀行自体が債務超過に陥った場合、大きすぎて倒産処理できないのであれば、一時的に国有化して不良債権処理を施したうえで、再び民営化するというスキームがとられる。これは日本に限ったことではなく、1980年代の米国でも、1990年代初めの北欧諸国でも盛んに行われた。

H I P C s は、「債務救済を講じない限り、対外債務の返済に困難を来して国家経済が破綻する可能性あり」として I M F ・世銀が認定した国々である。主権国家の倒産処理は容易ではないため、タンザニアを含む多数の H I P C s が、拡大 H I P C s イニシアティブの適用を受けて債務削減の恩恵にあずかることとなったが、「P R S P」の策定が条件とされた。この「P R S P」は単なる努力目標ではなく、「M T E F」の縛りによって国家の予算編成権に大きな制約を受け、「P E R」によって間接的に決算も監査されることとなった。貧困削減のために特に重視される保健、地方自治、教育等の分野では、バスケット・ファンド方式による援助が推進され、これに参加するドナーの発言力がとみに高まっている。彼らはバスケット・ファンド委員会を通じて3～6か月ごとに決算を監査し、次期の資金移動を許可する権限を握っている。しかも、中央・地方の政府がコンピューター化された会計管理情報システムの供与を受け入れたため、日々の資金移動の詳細までドナー側に筒抜けである。

2000年の総選挙さえバスケット・ファンドによる援助を受けて実施せざるを得なかったタンザニアは、主権国家の地位こそ保持しているが、かつて大英帝国がエジプト政府を通して保護国エジプトに対する施政を行った（**監督統治**）と同様に、世銀・I M F がタンザニア政府を通して施政を行うという意味で銀行管理下に入ったとの見方も成り立つ。一方、世銀といえどもバスケット・ドナーの1つでしかない点は、大英帝国がエジプトと共同でスーダンを統治した**連合統治**主義による国際管理によく似ている。西アフリカのリベリアが、1920年代末から1930年代初めまで財政破綻と内政混乱に揺れたとき、当時の英国外務省は、リベリアをヨーロッパの中小国の委任統治下に置く計画を検討していた¹⁶。それから70年近くを経て、英国は援助規模からみれば中小国の1つとして連合統治の受任国となって、かつての植民地アフリカ諸国で宗主国の地位を回復しつつある、といううがった見方も仮説としてできるのではないか。

¹⁶ 等松春夫「満州国際管理論の系譜ーリットン報告書の背後にあるもの」、『国際法外交雑誌』99(6)、2001