

II 資料編

目 次

保健・医療分野

第1章 保健・医療分野の概況	39
1-1 難 民	39
1-2 キゴマ州の概況	41
1-3 キゴマ州の行政機構	42
1-4 キゴマ州の人口構成	43
1-5 疾病の現状と対策	49
1-5-1 予防接種拡大計画（E P I：Expanded Program on Immunization）	50
1-5-2 母子保健	52
1-5-3 人口家族計画	53
1-5-4 栄 養	54
1-6 医療施設	55
1-7 医療従事者	56
1-8 保健・医療分野における開発政策	57
1-8-1 保健・医療分野の改革 （ヘルス・セクター・リフォーム：Health Sector Reform）	58
1-9 診療報酬制度	60
1-10 地域医療システムの課題と問題点	60
1-11 地方分権化政策の現状	60
1-11-1 経 緯	60
1-11-2 現 状	61
1-11-3 新しい地方制度の概要	62
第2章 ドナーの支援状況及びプロジェクト形成案件（案）概要	63
2-1 NGO及びドナーの支援状況	63
2-1-1 キゴマ県	63
2-1-2 カスル県	63
2-2 形成案件（案）の概要	63
2-2-1 キゴマ県ビタレ及びグルカ地域におけるマラリア対策支援 （開発福祉支援：M S F）	63
2-2-2 キゴマ県地方医療改善支援（開発福祉支援：T A C A R E）	64

2-2-3	カスル県南部農村地域における医療システム改善支援 (開発福祉支援：CORD)	64
2-2-4	マウエニ (Mweni) 病院改善計画 (一般無償)	64
2-2-5	カスル県病院の改善支援	65
第3章	協力の必要性和方向性	66
3-1	協力の必要性和方向性	66
3-2	協力にあたっての留意点	67
3-3	制 約	67
3-3-1	必要な情報	67
3-3-2	案件対応・実施能力	67
3-3-3	予算上の制約	67
水供給分野		
第1章	水供給分野の概況	71
1-1	自然条件	71
1-1-1	地形と土地利用	71
1-1-2	水 文	71
1-1-3	気 象	71
1-1-4	地質と水理地質	71
1-2	対象地域の給水状況	72
1-2-1	都市部	72
1-2-2	村落部	73
1-2-3	難民キャンプの給水状況について	74
1-3	水行政の現状	74
1-3-1	国家水行政	74
1-3-2	対象地域キゴマ州の水行政組織	75
1-4	水セクターの政策・開発計画	76
1-4-1	国家水政策 (Water Policy)	76
1-4-2	村落給水政策 (Rural Water Policy)	76
1-5	対象地域における給水計画	77
1-5-1	キゴマ県	77
1-5-2	カスル県	78

第2章 他ドナーの支援状況及び形成案件	80
2-1 他ドナーの支援状況	80
2-2 形成案件（案）の概要及び留意点	80
2-2-1 カスル県村落部給水プロジェクト（開発福祉事業）	80
2-2-2 キゴマ県村落部給水プロジェクト（開発福祉事業）	81
2-2-3 カスル市の水道改修・拡張計画（草の根無償）	82
2-2-4 キゴマ・ウジジ都市水道の改修・拡張計画について	82

付属資料

1. 計画対象村落給水計画予想事業費明細	87
2. 計画対象村落における啓発活動内容（想定案）	95
3. 主要面談者リスト	96
4. 調査行程	98
5. 保健・医療分野要請書（開発福祉支援、無償資金協力）	99
6. 水供給分野開発福祉支援に係る要請書	168

保健・医療分野

第1章 保健・医療分野の概況

1-1 難 民

全世界における国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）の援助対象者は、1998年1月時点においておよそ2,230万人に及んでいる。そのうちアフリカ難民は約720万人で、内訳は難民350万人、国内避難民150万人、自国に戻った帰還民が220万人と報告されている。前年にあたる1997年1月の報告では2,270万人、うちアフリカは800万人を占め、世界の難民発生国上位10か国のうち6か国（アンゴラ、ブルンディ、エリトリア、シエラ・レオネ、ソマリア、スーダン）がアフリカ諸国であった。

このような状況下において、1998年5月にウガンダ共和国の首都カンパラで開催された「アフリカ大湖地域の難民問題に関する会議」において、1969年のアフリカ統一機構（OAU）難民条約に明記された難民保護原則の再確認が行われた。会議の議長を務めた国連難民高等弁務官とOAU事務局長は、最終声明においてタンザニアのブルンディ難民、国外にいるルワンダ難民、流入難民により影響を受けた地域の回復／再定着／安全保障等の問題について声明するに及んだ。さらに安全保障の面では、キャンプの武装化を防ぐために、非常事態においては難民問題への国際介入も必要であるとの基本合意がなされている。言い換えれば、従来の多国籍平和維持軍ではなく、地域諸国の介入のほうがふさわしいとの意見が強調されたのである。会議には、ブルンディ、エチオピア、ケニア、コンゴ共和国、ルワンダ、タンザニア、ウガンダ、ジンバブエの8か国が参加し、各国代表は難民のみに援助を与えるのではなく、受入先のニーズや地域感情にも考慮すべきとの必要性を訴えている。

ブルンディでは、マンデラ前南アフリカ大統領の仲介によりツチとフツ両部族の和解をめざす和平交渉が続き、19の紛争当事者が和平に合意したものの交渉に未参加の2つのフツ系武装勢力は依然、隣国コンゴ民主共和国の支援を受けてテロ攻撃を継続している。避難生活を送っている78万人の人々にとっては、故郷帰還の日はまだ遠い状況にある。

タンザニアでは、UNHCRの保護下にあるだけで約47万人の難民が存在するが、このうち約43万人はブルンディ及びコンゴ民主共和国からの難民であり、その大部分がカゲラ州のンガラ県とキゴマ州カスル及びキボンド両県周辺にある9つの主要難民キャンプにおいて収容されている。

表 1-1 タンザニアにおける受入難民の状況（2000 年 8 月における前月比較）

キャンプ名	国 籍	増 加					減 少				計 (2000年8月 末時点)
		総収容数	新来者		出生者	その他	自主的帰還	帰 還	死 亡	その他	
			隣 国	周辺地域住民							
KIGOMA											
Nyarugusu	C	51,860	0	16	531	0	0	82	26	96	52,203
Lugufu	C	53,007	1,002	0	353	93	0	0	0	0	54,455
Mtabila i	B	15,582	0	89	0	190	0	36	1	0	15,824
Mitabila ii	B	40,587	0	0	0	40	0	36	1	0	40,590
Muyovosi	B	34,857	0	257	0	0	0	40	1	0	35,073
Mtendeli	B	41,064	0	0	0	0	0	0	0	222	40,842
Kanembwa	B	17,545	0	0	135	17	0	0	0	3	17,694
Nduta	B	48,311	0	0	0	5	0	0	0	0	48,316
Karago	B	34,584	3,424	0	0	0	0	0	0	28	37,980
Mkugwa	M	1,425	14	26	10	4	0	13	0	0	1,466
Kigoma Town	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小 計		338,822	4,440	388	1,029	349	0	207	29	349	344,443
NGARA											
Lukcle (A)	B	53,384	0	0	327	0	0	0	18	0	53,693
Lukcle (B)	B	44,552	4,012	72	180	0	0	0	11	0	48,805
Lukcle (C)	R	20,699	0	0	64	0	15	0	7	0	20,741
Mbuba	R	2,753	946	60	11	0	43	0	6	144	3,577
Mwisa (1)	R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mwisa (2)	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mwisa (3)	B	16	0	0	0	0	0	0	0	0	16
小 計		121,404	4,958	132	582	0	58	0	42	144	126,832
Mkuyu	S	3,500	-	-	-	-	-	-	-	-	3,500
小 計		3,500	0	0	0		0	0	0	0	3,500
合 計		463,726	9,398	520	1,611	349	58	207	71	493	474,775

C：コンゴ（民）

B：ブルンディ

M：モザンビーク

R：ルワンダ

S：ソマリア

出所：UNHCR、2000 年 8 月

1-2 キゴマ州の概況

タンザニアの最西端に位置するキゴマ州は、同国の首都機能を有するダルエスサラームより西側約1,700kmに位置し、開発の最も遅れた地域の1つでありながら隣国のコンゴ民主共和国及びブルンディより約35万人ともいわれている難民の受入地域(RAA)となっている。アクセス難、劣悪な通信事情、遠隔地がもたらす医療従事者の定着難など、基本的なインフラ整備の遅れが粗悪な保健・医療サービス体制を招く要因となっており、インフラ整備／環境の改善を優先的に進めていくことが必要な地域となっている。

同地域の保健・医療サービス体制は、キゴマ州立病院(マウェニ病院)を最終後方支援施設(レファラル病院)として、傘下に2県立病院(カスルとキボンド)と3ミッション系病院(キゴマに1施設; Baptist Hospital、カスルに2施設; Heru Juu and Kabanga Hospitals)、更に患者の第1次アクセスとなるヘルス・センター、ディスペンサリーを配したレファラル体制を敷いている。地域住民の第1次アクセス施設となるヘルス・センターやディスペンサリーでは、毎月、政府より基本的な医薬品(Standard Drug Kit)の提供を受け、母子保健に関連する予防接種や定期検診を含めた一般外来診療の提供が行われている。ディスペンサリーは外来診療のみを扱う施設であるが、ヘルス・センターは外来診療に加え、入院加療(病棟)及び帝王切開を行うことができる施設となっている。県立病院はディスペンサリーやヘルス・センターで診療の困難となる患者を受け入れており、キゴマ州の最終後方支援施設としてマウェニ病院が位置づけられている。

難民キャンプにおいては、多くのドナーやNGOの手厚い支援の下、食料や医薬品の提供をはじめ、医療施設の整備が進められており、RAAに位置する施設よりもいきとどいた施設整備事情がうかがえた。今次調査において視察が可能となったルグフ難民キャンプ(キゴマ市街より車で約4時間、カスル県との境に位置し約5万5,000人のコンゴ難民を収容している)では、ルグフ・ディスペンサリーと呼ばれる施設を中心に、他にヘルス・ポストが3施設とコレラ専門診療所が整備されている。中心となるルグフ・ディスペンサリーは名前こそディスペンサリーと称されているが、280人を超える医療従事者の下に(医師2人、他にタンザニア人80人、コンゴ人200人が従事している)、一般診療に加え帝王切開や簡易手術が行え、更に160床に及ぶ病棟を備えた施設となっている。診療サービスの内容や施設規模から見れば県立病院に匹敵する施設であり、約3%とわずかではあるが地域住民も利用している。

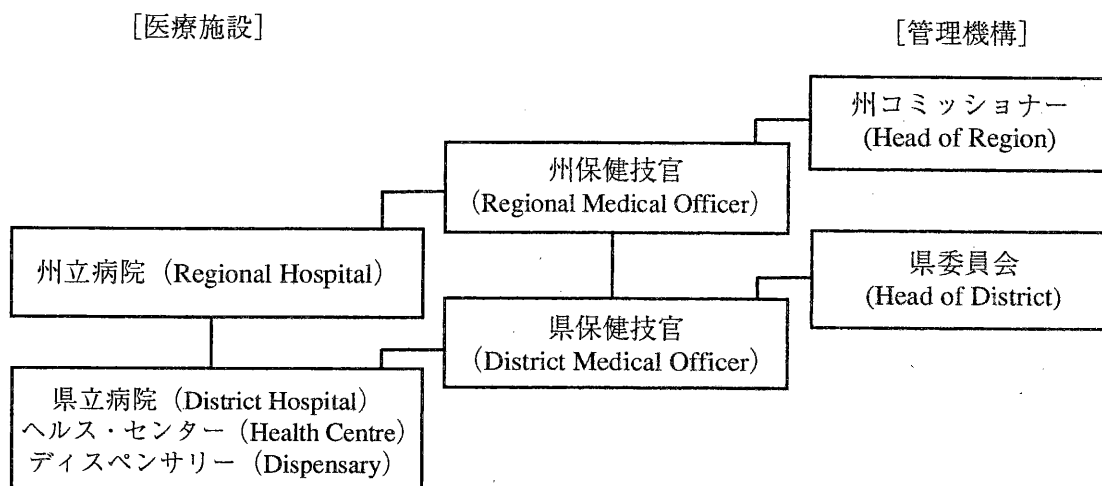
このように、キャンプ内の医療施設は各ドナーの支援に支えられ、基本的な医療サービスの享受が可能な状況にある。「RAAにおけるネガティブな影響」を緩和させる観点より言及すれば、キャンプ内で処置が困難となる重症・重体患者が県立病院やマウェニ病院へ紹介されており、ディスペンサリーやヘルス・センターよりは、むしろこれらの医療施設の整備支援が優先されるものといえる。しかしながら、上述にあるようにキゴマ州は政府による開発政策の推進が疎遠となっている地域の1つであり、ディスペンサリーやヘルス・センターをはじめとする医療施設の

荒廃、機材の老朽化・不足が顕著である、さらに医療従事者の適正配置及び育成が急務となっている等、適切な保健・医療サービスの提供に支障を来している施設が数多く存在し、開発支援の観点より R A A を考慮すれば、1 次医療サービスを優先し関連施設の整備を含めたプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）を根幹として、保健・医療分野の全体的な枠組みを見据えた政策の推進が重要となる。キゴマ州の概況は次のようにまとめられる。

- ・首都機能をもつダルエスサラームより距離的に最も離れたタンガニーカ湖沿いの最西端に位置する州であり、同国内において、交通・通信手段ともにアクセスが困難な地域の 1 つである。
- ・コンゴ民主共和国及びブルンディより多くの難民を受け入れているが、キゴマ県に位置するルグフ・キャンプ（コンゴ民主共和国難民）を除き、多くの難民キャンプはカスル県北部よりキボンド県にかけて州を縦断する幹線道路沿いに点在している。
- ・政府による開発政策の推進が疎遠となっている地域の 1 つで、医療施設の荒廃及び機材の老朽化・不足が顕著であり、適切な医療サービスの提供に支障を来している施設が多い。
- ・医療従事者の適正配置及び育成が急務となっている。
- ・森林の伐採や表流水の搾取・汚染など、難民の社会・経済活動が地域住民（州人口約 110 万人）に対し社会的、経済的圧迫を及ぼしている。
- ・「R A A の難民によるネガティブな影響」という観点より言及すれば、ディスペンサリーやヘルス・センターよりはむしろ県立病院やマウエニ病院がより顕著に現れている。

1-3 キゴマ州の行政機構

タンザニアの行政区分は、独立後の 1963 年に 17 州に分割され、その後、25 州（本土 20 州、ザンジバル 5 州）による分割統治の見直しが行われた。キゴマ州は、当時タボラ州の一部であったが、その後、キゴマ、カスル、キボンド 3 県が分割し現在の州を形成するにいたっている。州の行政機構は、州下に県、区（都市部）、町（地方部）、村が組織されており、保健・医療行政もほぼ同じような体制の下に地域住民に対するサービスの提供を推進している。



1-4 キゴマ州の人口構成

キゴマ州の人口は1999年統計で約115万人、年人口増加率は2.3～3.7%の範囲にある。地域別にみる人口増加の傾向はキゴマの都市部で最も高く、キゴマ地方部、カスル及びキボンドではおよそ2.3%となっている。年齢層は15～44歳の生産者年齢層が最も多いが、途上国に見られる若者層人口の多いピラミッド型に近い状況となっている。

タンザニアの人口は現在にいたる20年の間に約2倍の増加を呈し、さらに都市流入化も進み、都市人口は全人口の約20%を占めるようになった。表1-2は1999年におけるキゴマ州の推測人口を示したものである。

表 1-2 キゴマ州の年齢別人口構成 (1999 年推定)

県 名	性 別	年 齢 層				
		0-4 歳	5-14 歳	15-44 歳	45-64 歳	65 歳以上
キゴマ都市部	男性	23,000	34,000	34,000	8,000	6,000
	女性	23,000	34,000	45,000	12,000	7,000
	小計	46,000	68,000	79,000	20,000	13,000
キゴマ地方部	男性	38,000	61,000	65,000	17,000	10,000
	女性	40,000	63,000	84,000	23,000	9,000
	小計	78,000	124,000	149,000	40,000	19,000
カスル	男性	38,000	59,000	71,000	16,000	9,000
	女性	39,000	59,000	81,000	17,000	8,000
	小計	77,000	118,000	151,000	33,000	17,000
キボンド	男性	11,000	17,000	28,000	5,000	3,000
	女性	11,000	18,000	27,000	5,000	3,000
	小計	22,000	35,000	55,000	10,000	6,000
小 計	男性	109,000	171,000	195,000	45,000	28,000
	女性	112,000	172,000	237,000	56,000	27,000
	小計	221,000	343,000	432,000	101,000	55,000
合 計						1,152,000

(出所：REGIONAL MEDICAL OFFICER、KIGOMA REGION、Year of 1999)

表 1-3 キゴマ県都市部の行政区別人口及び医療施設の状況 (人口は 1997 年推測値)

地域 (Division)	区 (Ward)	村 (Village)	人口	医療施設 (2000 年 12 月現在)		
				Hospital	H. Centre	Dispensary
Kigoma Kusini	Kagera		6,138			
	Rubuga		2,758			
	Kasimbu		4,561		1	
	Majengo		4,600			
	Kitongoni		10,895			1(P)
	Kasingirima		3,356			
	Rusimbi		17,193			
	Buhandu / Businde		5,604			2(G)
	Machajioni		3,229			
	9		58,334	-	1(G)	3(2G, P)

地域 (Division)	区 (Ward)	村 (Village)	人口	医療施設 (2000 年 12 月現在)		
				Hospital	H. Centre	Dispensary
Kigoma Kaskazini	Mwanga Kaskazini		23,775	1		2(V, P)
	Mwanga Kusini		9,622			4(1G, P)
	Gungu		23,775			1
	Kigoma / Bangwe		15,408	1		6(5G, P)
	4		72,580	2(1G, 1V)	-	13(9G, 1V, 3P)
都市部：2	13		130,914	2(1G, 1V)	1(G)	16(11G, 1V, 4P)

H. Centre : Health Centre

表 1 - 4 キゴマ県地方部の行政区別人口及び医療施設の状況（人口は 1997 年推測値）

地域 (Division)	区 (Ward)	村 (Village)	人口	医療施設（2000 年 12 月現在）		
				Hospital	H. Centre	Dispensary
Nguruka	Nguruka	Nguruka Kat	3,889		1	
		Bweru	5,127			
		Nyangabo	5,978			
		Itebula	6,954			
	Mganza	Mganza	6,089			1
		Malagauasi	3,544			1
		Kasisi	1,491			
	Mtegowanoti	Mtegowanoti	6,147			1
		Ilalangwru	3,016			1
		Changu	2,085			1
	Uvinza	Uvinza	9,850			2(G, V)
		Chakulu	1,033			1
		Basanza	6,847			1
		Mmlamila	566			1
	4	14	62,616	-	1(G)	9(8G, 1V)
Ilagala	Ilagala	Ilagala	8,466			2
		Mwakizega	9,033			1
	Sunuka	Sunuka	7,509			1
		Karago	6,283			
		Kirando	5,010			
		Lyabusende	739			
	Simbo	Simbo	6,071			1
		Kamara	5,780			
		Kasuku	5,666			
		Nyamoli	3,903			
		Kaseke	8,904			
	Kidahwe	Kidahwe	11,453			1
		Matendo	6,222			1
		Pamila	3,927			1
	Kandaga	Kandaga	4,990			1
		Kalenge	9,790			1
		Mlela	6,659			1
		Kazwramimba	6,795			1
	Kandaga	Nyangawga	3,940			1
	6	19	103,641	-	-	15(G)

地域 (Division)	区 (Ward)	村 (Village)	人口	医療施設 (2000 年 12 月現在)		
				Hospital	H. Centre	Dispensary
Mgambo	Mgambo	Buhingu	4,668		1	
		Nkonkwa	5,421			
		Kalilani	6,559			
	Igalula	Igalula	4,858			1
		Rukoma	3,447			1
		Mgambazi	3,795			
		Lubalizi	304			
	Sigunga	Sigunga	3,354			1
		Herembe	2,559			1
		Kaparamsenga	3,668			1
	Kalya	Kalya	4,860			1
		Kashagulu	5,514			1
		Sibwesa	2,883			1
	4	13	51,890	-	1(G)	8(G)
Mahembe	Mahembe	Mahembe	6,475			1
		Chaukabuinba	5,257			
		Nkungwe	7,689			2
	Bitale	Bitale	10,146		1	1(P)
		Mkongoro	8,094			1
		Nyamhozo	3,529			
		Kizenga	6,499			1
		Chankele	4,046			
		Bubango	8,499			1
	2	9	60,234	-	1(G)	7(6G, 1P)
Mwandiga	Mwandiga	Mwandiga	7,067			1
		Kibingo	4,961			1(V)
		Kiganzo	6,103			
		Kalalaugabo	1,300			
	Mgonya	Msimba	6,178			
	Kagongo	Kagongo	5,072			
		Mgaraganza	8,098			
		Mtauga	3,495			1
		Kigalye	5,062			
	3	9	47,336	-	-	3(2G, 1V)
Kalinzi	Kalinzi	Kalinzi	8,100			1
		Matiazo	12,731		1(V)	
		Mkabogo	6,186			
	Mkigo	Mkigo	5,226			1
		Nyanbanda	7,293			1
	Kagunga	Kagunga	11,917			2(G, V)
		Zashe	7,285			
	Mwamgongo	Mwamgongo	6,932			2(G, V)
		Bugamba	11,377			
		Kiziba	13,808			
	4	10	90,855	-	1	7
地方部 : 6	23	74	416,572	-	4 (3G, 1V)	49 (45G, 3V, 1P)

(出所：キゴマ州保健局、プロジェクト形成調査 2000 年 12 月)

表 1 - 5 カスル県の行政区別人口及び医療施設の状況（人口は 1997 年推測値）

地域 (Division)	区 (Ward)	村 (Village)	人口	医療施設（2000 年 12 月現在）		
				Hospital	H. Centre	Dispensary
Buhoro	Buhoro	Buhoro	5,869			1
		Shunga	5,526			1(V)
	Kitagata	Kitagata	4,385			1
		Mwali	3,623			
		Nyachenda	3,303			
	Nyakitonto	Nyakitonto	5,731		1	
		Mugombe	4,852			
	Nyamnyusi	Kanazi	5,853			
		Kitema	5,552			
		Nyamnyusi	5,077			
	4	10	49,771	-	1(G)	3(2G, 1V)
Buyonga	Kwaga	Kalela	4,552			2(G, V)
		Kwaga	6,679			1
	Munzeze	Kigogwe	1,878			
		Munzeze	6,296			1
	Muzye	Bugaga	6,838			1
		Kasangezi	8,106			2(G, V)
		Kigembe	1,511			
		Muzye	4,729			1
		Mutala	3,987			
		Nkundutsi	3,434			
	Rusesa	Rusesa	7,464		1	
		Zeze	3,372			1
	4	12	58,846	-	1(G)	9(7G, 2V)
H/Chini	Kigondo	Kidyama	4,527			
		Kigondo	5,018			
	Murufiti	Murufiti	5,892			1
		Nyansha	4,654			
		Nyantare	3,459			
	Msambara	Kabanga	7,641	1(V)		
		Msambara	8,405			1(V)
	Ruhita	Migunga	2,000			
		Nyenge	5,741			
		Ruhita	7,457			1
	R/mpya	Kaguruka	465			
		Nyumbigwa	7,278			1
		R/mpya	6,231			1
	Titye	Lalambe	2,436			
		Titye	5,767			
	Kasulu Town		25,024	1		6(G4, V1, P1)
	7	16	101,995	2(1G, 1V)	-	11(8G, 2V, 1P)
H/Juu	Muhunga	Karunga	4,928			
		Marumba	5,828			1
		Muhunga	6,585			
		Tulieni/H. Juu	6,405			2(G, V)
	Munyegera	Muganza	7,423			1
		Munyegera	5,540			1
		Mwanga	4,307			1
		Songambele	3,457			
	2	8	44,473	-	-	6(5G, 1V)

地域 (Division)	区 (Ward)	村 (Village)	人口	医療施設 (2000 年 12 月現在)		
				Hospital	H. Centre	Dispensary
Manyovu	Buhigwe	Buhigwe	4,125			1
		Bweranka	3,237			
		Kibande	4,086			1
		Mulera	3,516		1(V)	
		Nyankoronko	3,257			
	Janda	Bukuba	7,145			1(V)
		Janda	6,796			1
		Kirungu	4,735			
	Muhinda	Mubanga	7,407			1
		Muhinda	6,202			1(V)
	Muaniila	Kibwigwa	7,596			1
		Kitambuka	7,120			1
		Mkatanga	6,777			1(V)
		Mnanila	8,929	1(V)		
		Mwayaya	8,462			1
		Nyakimwe	5,881			1
	Rusaba	Kinazi	6,698			1
		Rusaba	9,117			1(V)
	5	18	111,086	1(V)	1(V)	13(9G, 4V)
Makere	H/ushingo	H/ushingo	2,868			1
		Nyarugusu	1,900			
	Kagera	Kagera	3,083			1
		Katoto	603			
		Mvinza	1,878			1
	Kitanga	Kitanga	5,690			1
	Nyamidaho	Makere	4,097			1
		Mvugwe	4,407			1
		Nyamidaho	2,438			
	4	9	26,964	-	-	6(G)
Muyama	Kajana	Kajana	4,774			
		Katundu	3,909			1
	Kilelema	Kilelema	4,399			1
		Migongo	5,308			
		Mugera	5,278			
	Muyama	Kalege	3,502		1	
		Kasumo	5,153			1(V)
		Nyanga	4,753			
	Nyamugali	Biharu	6,048		1(V)	
		Bulimanyi	3,268			
		Nyamugali	4,960			
	4	11	51,352	-	2(1G, 1V)	3(2G, 1V)
7	30	84	445,391	3(1G, 2V)	5(3G, 2V)	51(39G, 11V, 1P)

(出所: DISTRICT MEDICAL OFFICER, KASULU DISTRICT, Year of 2000)

注) G: 政府/公立、V: ボランティア、P: プライベート

1-5 疾病の現状と対策

キゴマ州の疾病は依然としてマラリア、コレラ、狂犬病、下痢症、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）、呼吸器系疾患（気管支（肺）炎が多い）、さらに回虫病、貧血、出産時の合併症等、感染症を中心とした疾病が大半を占めており、典型的な途上国型の死因構成を呈している。1999年の統計では、マラリアが入院及び外来、さらに死因においてもトップであり、実に外来・入院の4～5割、死因においても3～4割を占めている。キゴマ州でのマラリア対策は、クロロキン耐性マラリアの顕在化により、ファンシダールの導入政策が国境なき医師団（M S F）などのN G Oの支援下に推進されている。さらに蚊帳導入の励行など、風土病と化した疾病として「Vertical Program」の対策が構築されつつある。下痢症、A R I（呼吸器感染症）は特別プログラムを組むまでにはいたっておらず、母子保健やP H Cプログラムの一環として統合され進められている。

表1-6 県別5大外来要因、1999年実績

（単位：件、％）

疾 病	キゴマ都市部		キゴマ地方部		カスル		キボンド	
	診療件数	割 合	診療件数	割 合	診療件数	割 合	診療件数	割 合
マラリア	45,742 (1)	43.06	138,277 (1)	46.04	178,334 (1)	47.34	117,328 (1)	47.60
急性呼吸器感染症	20,801 (2)	19.58	46,257 (2)	15.40	40,667 (3)	10.79	59,215 (2)	24.02
寄生虫症	4,395 (5)	4.13	23,888 (3)	7.95	41,666 (2)	11.06	19,033 (3)	7.72
下痢症	12,772 (3)	12.02	19,733 (5)	6.57	29,298 (4)	7.77	18,096 (4)	7.34
眼疾患	—	—	—	—	—	—	13,064 (5)	5.30
気管支肺炎	7,201 (4)	6.77	21,352 (4)	7.10	20,020 (5)	5.31	—	—
その他	15,299	14.44	50,829	16.94	66,681	17.73	19,706	8.02
計	106,210	100.00	300,336	100.00	376,666	100.00	246,442	100.00

（出所：キゴマ州保健局、プロジェクト形成調査 2000年12月）

表 1－7 県別 5 大入院要因、1999 年実績

(単位：人、％)

疾 病	キゴマ都市部		キゴマ地方部		カスル		キボンド	
	入院者数	割 合	入院者数	割 合	入院者数	割 合	入院者数	割 合
マラリア	45,742 (1)	43.06	3,493 (1)	43.02	8,259 (1)	53.15	1,217 (1)	47.09
貧血症	—	—	590 (5)	7.26	1,784 (3)	11.48	418 (2)	16.17
急性呼吸器感染症	20,801 (2)	19.58	1,122 (2)	13.81	—	—	288 (3)	11.14
気管支（肺）炎	7,201 (4)	6.77	1,052 (3)	12.95	1,807 (2)	11.63	285 (4)	11.02
下痢症	12,772 (3)	12.02	663 (4)	8.16	1,455 (4)	9.36	194 (5)	7.50
寄生虫症	4,395 (5)	4.13	—	—	804 (5)	5.17	—	—
その他	15,299	14.44	1,119	14.80	1,429	9.21	182	7.08
計	106,210	100.00	8,119	100.00	15,538	100.00	2,584	100.00

(出所：キゴマ州保健局、プロジェクト形成調査 2000 年 12 月)

表 1－8 県別 5 大死亡要因、1999 年実績

(単位：人、％)

疾 病	キゴマ都市部		キゴマ地方部		カスル		キボンド	
	死亡者数	割 合	死亡者数	割 合	死亡者数	割 合	死亡者数	割 合
マラリア	90 (1)	55	74 (1)	40	187 (1)	34	42 (1)	36
貧血症	34 (2)	21	15 (4)	8	169 (2)	31	23 (2)	20
骨盤内損傷	—	—	—	—	—	—	19 (3)	16
下痢症	13 (3)	8			16 (5)	3	13 (4)	11
気管支（肺）炎	—	—	14 (5)	7	104 (3)	19	11 (5)	9
髄膜炎	6 (5)	4	—	—	29 (4)	5	—	—
コレラ	12 (4)	7	29 (2)	16	—	—	—	—
非感染症疾患	—	—	21(3)	11	—	—	—	—
その他	9	5	34	18	49	8	9	8
計	164	100.00	187	100.00	554	100.00	117	100.00

(出所：キゴマ州保健局、プロジェクト形成調査 2000 年 12 月)

1－5－1 予防接種拡大計画（E P I：Expanded Program on Immunization）

予防接種は世界保健機構（WHO）の基準に基づき、結核、百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオと麻疹の 6 種を 1 歳未満の乳児（第 1 段階）と、1～5 歳未満の乳幼児（第 2 段階）を

対象に行われている。1歳未満児の接種率はほぼ90%にいたっているが、1～5歳未満児の接種率は70%前後にとどまっている（全対象人数からみた割合）。予防接種は州病院からディスペンサリー・レベルにいたる各施設で行われている。しかしながら、ディスペンサリーにおけるコールドチェーン（ケロシンによる冷蔵）の老朽化、加えて施設へのアクセスが困難な道路事情などを考慮すれば、今後はモバイル戦略（移動による接種）の導入の試みなど、コールドチェーンの整備とともにロジスティックスの強化を図り、更なる接種率の向上に努めることが必要である。

タンザニアのEPIは1975年に開始され、1986年には全国規模で実施されるにいたっている。1988年、サブサハラ・アフリカでは最初に包括的な予防接種プログラムを達成した国であり、1996年からはポリオの全国一斉投与を開始するなど、ワクチン接種に関する意識は非常に高いものとなっている。サーベイランスは1991年ごろから保健省が、国連児童基金（UNICEF）、デンマーク国際開発庁（DANIDA）、米国国際開発庁（USAID）などの協力により開始しているが、依然としてドナーの支援が不可欠な状況にある。UNICEFの報告によると、1990年代の接種率は約70%（6種平均）であったが、1999年統計ではBCG；83%、DPT3；74%、ポリオ；75%、麻疹；72%とわずかながら高まっている様子がうかがえる。

表1-9 キゴマ州における1歳未満児の予防接種実施状況、1997年実績

県 名	対象者数	B C G		D P T 3		ポリオ		麻 疹	
		人 数	%	人 数	%	人 数	%	人 数	%
キゴマ地方部	14,439	14,802	103	12,929	86	13,757	95	16,758	116
キゴマ都市部	4,696	9,011	192	9,002	192	8,494	181	8,229	175
カスル	14,913	11,889	80	13,532	91	13,798	93	11,171	75
キボンド	10,024	3,377	34	3,391	34	3,312	33	3,526	35
合 計	44,072	39,079	89	38,854	88	39,361	89	39,684	90

（出所：KIGOMA REGION SOCIO-ECONOMIC PROFILE、REGIONAL COMMISSIONER'S OFFICE、1998年）

表1-10 キゴマ州における1～5歳未満児の予防接種実施状況、1997年実績

県 名	対象者数	登録者数		接種者数	
		人 数	%	人 数	%
キゴマ地方部	85,802	67,116	78	56,795	84
キゴマ都市部	50,120	49,107	98	46,934	96
カスル	72,194	68,385	95	57,139	84
キボンド	23,479	NA	—	NA	—
合 計	231,595	184,608	80	160,868	87

（出所：KIGOMA REGION SOCIO-ECONOMIC PROFILE、REGIONAL COMMISSIONER'S OFFICE、1998年）

1-5-2 母子保健

タンザニアでは1971年に国家レベルで母子保健（MCH：Maternal and Child Health）委員会が組織されてのち、国全体にMCHプログラムの波及がみられた。しかしながら、キゴマ州にみるその実情はPHCの一環として扱われている。MCH政策は予防接種、栄養、教育、出産前後のケア、乳児検診、感染症対策などが対象とされ、母子保健の改善に大きな貢献をもたらした。表1-11及び1-12はキゴマ州をはじめとする主な州の乳幼児死亡率（IMR）（5歳未満（U5MR）も含む）及び妊産婦死亡率（MMR）を示したものであり、改善状況が一見にして理解できるものとなっている。しかしながら、施設分娩や助産婦等の介助分娩率は依然として低く（表1-13参照）、多産や低年齢の出産などを含め、女性をめぐる問題は依然顕在している。特に新生児（生後1か月未満）の死亡率は数年来漸減がみられず依然として横ばいにあるとキゴマ州保健技官（RMO：Regional Medical Officer）の説明があった。妊婦の産前ケアの不足や栄養障害が、新生児死亡率を悪化させ母乳栄養率の低さや学童児の栄養失調率の高さに関係していくといわれ、新生児死亡の改善策として妊婦の産前ケアの励行等が望まれる。なお、マウェニ病院での未熟児ケアは保育器に代わりカンガルー療法が取り入れられている。

参考までに、サブサハラ・アフリカ諸国におけるIMR及びMMRは、それぞれ105／1,000出生、979／100,000出生と報告されている（UNDP／人間開発報告、1999年）。

一方、キゴマ州保健技官より入手の統計（Summary of Annual Report, Regional Medical Officer, Year of 1999、表1-14）を見ると、医療施設又は医療従事者の介助による出産の割合が60～70%に及んでいる。全県の確認はできないがIMR及びU5MRがそれぞれおおむね約30及び約10（対1,000出生）と前述の統計とかけ離れた数値を示し信頼性に欠けるものとなっている。

統計情報のカバー率、保健情報と経営情報の統合化、情報管理能力の付与、情報の質的向上、通信体制の整備、プログラム別情報の管理などの改善が望まれる。

表1-11 州別乳幼児死亡率（対1,000出生）

州	IMR			U5MR		
	1975年	1985年	1995年	1975年	1985年	1995年
キゴマ	163	115	81	269	192	137
カゲラ	133	130	127	225	219	212
ダルエスサラーム	108	105	102	179	173	168
アルーシャ	108	75	52	179	129	78
ドドマ	133	132	130	225	222	220
タボラ	140	101	73	236	166	116
国平均	137	115	96	231	191	158

（出所：KIGOMA REGION SOCIO-ECONOMIC PROFILE、REGIONAL COMMISSIONER'S OFFICE、1998年）

表 1－12 州別妊産婦死亡率（対 100,000 出生）

州	MMR			
	1992 年	1993 年	1994 年	1995 年
キゴマ	144	155	105	87
カゲラ	304	343	190	242
ダルエスサラーム	220	398	237	328
アルーシャ	102	158	114	159
ドドマ	197	214	208	266
タボラ	151	185	130	216
国平均	199	211	197	208

（出所：KIGOMA REGION SOCIO-ECONOMIC PROFILE、REGIONAL COMMISSIONER'S OFFICE、1998 年）

表 1－13 州別出産場所

（単位：％）

州	場 所			
	医療施設	自 宅	不 明	計
キゴマ	35.5	61.7	2.8	100.00
カゲラ	29.6	67.7	2.7	100.00
ダルエスサラーム	85.9	12.3	8.3	100.00
アルーシャ	41.3	54.1	4.6	100.00
ドドマ	41.5	57.4	1.1	100.00
タボラ	63.3	28.7	8.0	100.00
国平均	31.7	58.7	9.6	100.00

（出所：KIGOMA REGION SOCIO-ECONOMIC PROFILE、REGIONAL COMMISSIONER'S OFFICE、1998 年）

1－5－3 人口家族計画

ディスペンサリーから病院にいたる医療施設において、家族計画指導が行われている。家族計画の実施率に関するデータの入手は困難であったが、各医療施設では看護婦（保健婦）や助産婦による家族計画の指導、避妊薬（ピル）を主体とし、さらに子宮リング（IUD）の挿入も行われている。避妊手術の有無については明確に把握できなかった。

また家族計画はシステム的には存在しているが、経済的に支えられないのが各施設の現状である。今までにMSF、TACARE（ローカルNGO）などによる避妊薬や装具の提供を中心とした家族計画支援が実施された経緯はある。いまだにMMRが約150を呈していること、中絶が起因となって引き起こる合併症による死亡などを予防するためにも家族計画は重要であり、今後も住民教育を含むプロジェクト／プログラムの推進が望まれる。

表 1 - 14 キゴマ州における母子保健の状況（1999 年実績）

指 標	キゴマ地方部	キゴマ都市部	カスル	キボンド	計
1) 県人口	385,934	126,243	407,648	245,128	1,164,953
2) 年間出産数	15,438	5,808	17,121	11,276	49,643
3) 15 ～ 49 歳女性数	17,187	22,724	73,377	44,123	157,411
4) I MR	—	15/1,000	21/1,000	32/1,000	
5) U 5 MR	—	10/1,000	7/1,000	—	
6) MMR	282/100,000	288/100,000	94/100,000	93/100,000	155/100,000
7) 出産前検診 ・新検診者数 ・梅毒検査受診者	19,330 901	5,726 3,577	20,534 828	9,170 1,160	54,760 6,466
8) 分 娩 ・医療施設 ・来院前出産 ・助産婦介助分娩（自宅）	6,718 286 783	4,532 117 —	9,282 1,413 2,734	5,702 930 2,360	26,234 2,746 5,877
9) 分娩の種類 ・来院前出産 ・普 通 ・吸 引 ・帝王切開 ・その他	276 6,644 19 46 9	117 3,958 56 241 —	1,413 9,282 41 512 94	930 5,503 17 182 —	2,736 25,387 133 981 103

（出所：SUMMARY OF ANNUAL REPORT, REGIONAL MEDICAL OFFICER, KIGOMA REGION、1999 年）

1 - 5 - 4 栄 養

国連開発計画（UNDP）の 1995 年統計によれば、タンザニアの 1 人当たりのカロリー摂取量は 2,021cal／日、5 歳未満の低体重児は 24%にいたっている。1986～1991 年の 5 年間に
おける統計分析では、出産の 52%は出生平均体重が推定約 3,000 g に達しており、2,500 g 未満
（未熟児）は 19%の割合であった。5 歳未満児の栄養状態については、慢性的栄養失調は 46.7%、
極度の慢性栄養失調は 20%、急性栄養失調が 5.6%であり、5 歳未満児の約 6 割が栄養失調状
態であることが判明している。このような状況から妊婦の栄養状態もかなりの割合で貧血が存
在するものと判断されている（一説には 8 割程度と推察されている）。栄養プログラムは栄養
監視、栄養欠乏症への対応（特にヨードとビタミン A）、母乳栄養の促進が 3 本柱となってい
る。特に、ディスペンサリー・レベルにおける妊婦への産前ケアや新・乳幼児の体重監視の実
施状況は今調査においても確認することができた。病院で死亡する小児の多くは栄養障害が
背景にあるため、栄養障害に対する取り組みは乳幼児死亡率を削減させるうえで重要な課題で
ある。主要政策は以下のように掲げられている。

- ・未熟児の割合を 14% から 10% に減少させる。
- ・妊産婦死亡率 200 ～ 400 / 対 100,000 出生を 100 ～ 200 / 対 100,000 出生に減少させる。
- ・女性の貧血を 3 分の 1 程度まで減少させる。
- ・ヨウ素欠乏症及びビタミン A 欠乏症を PHC 政策の一環として位置づける。
- ・母乳を奨励する。
- ・発育に関する啓発活動を行う。

表 1 - 15 から明らかなように、周辺州との比較でもキゴマ州における低体重児の出生率は高い状況がうかがえる（なお、国平均は約 9 %）。

表 1 - 15 新生児の栄養状態、1995 年実績

州	新生児数	出生時の栄養状態			割合 (%)
		< 60%	60 ～ 80%	計	
キゴマ	42,408	1,392	5,227	6,619	15.6
タボラ	45,006	701	2,060	2,761	6.1
カゲラ	60,417	1,002	4,606	5,608	9.2
シニャンガ	74,715	559	2,244	2,803	3.8
ルクワ	33,454	876	3,611	4,487	13.4

（出所：HEALTH STATISTICS ABSTRACT、Year of 1997）

1 - 6 医療施設

キゴマ州の公的医療施設には、3 つの県立病院（さらに宗教団体に属する 3 私立病院がある）、14 の保健センター、159 のディスペンサリーがある。公的な病院は各県に 1 か所配置されており、キゴマ県に位置するキゴマ州立病院（Maweni Hospital）が州の最終後方病院（レファラル施設）と位置づけられている。宗教団体に属する 3 病院は、Baptist（キゴマ市内）とカスル県の Heru Juu と Kabanga である。1 病院当たりの人口は州平均で 181,885 人、キゴマ県 425,088 人、カスル県 130,303 人、キボンド県が 219,990 人であり、医療施設へのアクセス難を裏づける数値を示している。参考までに UNHCR タンザニアの説明によれば、タンザニアの平均は 10,000 人／病院、50,000 人／ヘルス・センター及びディスペンサリーの割合であった。

表 1－16 キゴマ州の医療施設状況

地 域	病 院	ヘルス・センター	ディスペンサリー	病床数
キゴマ地方部	—	4	49	116
キゴマ都市部	2*	1	16	300
カスル	3*	5	51	403
キボンド**	1	4	43	226
州合計	6	14	159	1,045

* カスルでは 2 か所、キゴマ都市部では 1 か所が宗教団体に属するボランティア病院である。

** キボンドは 1997 年統計を採用。

(出所：REGIONAL MEDICAL OFFICER KIGOMA REGION)

1－7 医療従事者

保健・医療従事者の不足は、キゴマ州が首都機能を有するダルエスサラームより遠隔地にある地理的事情も災いし、医療従事者の増員及び育成は緊急課題と掲げられている。NGOやドナー機関も住民支援の一環として従事者育成を進めており、その根幹を成すものとして、施設の医療従事者及び住民代表者から成る保健員（住民の健康促進に貢献するPHCメンバー、助産婦（伝統的産婆）、村の保健活動員など）の育成強化があげられる。マウエニ病院やカスル県立病院、さらにミッション系病院はClinical Officer（又はMedical Assistantと呼称）及び看護婦の養成／教育機関と指定され、州レベルで育成を進めているが、新規の医師の配置は中央保健省の裁量によって決定されている。遠隔地勤務に対するインセンティブの付与、看護婦の再教育問題等を含め、関連従事者の適正配置及び育成は今後の課題である。

現在、ディスペンサリーを例にとれば、ほとんどの施設には医師が配置されておらず、Clinical Officer（又はMedical Assistantと呼称）とTrained Nurseが配置されているに過ぎない（表 1－17 参照）。

表 1 - 17 県別医療従事者状況

分 類	県 名				計
	キゴマ地方部	キゴマ都市部	カスル	キボンド	
Medical Doctor	1	9	7	1	18
Doctor, Specialist	—	3	2	—	5
Dental Surgeons	—	1	—	—	1
Dental Surgeons, Specialist	—	—	—	—	—
Pharmacist	—	2	1	—	3
Chemist	—	—	—	—	—
Assistant Medical Officer	3	13	7	3	26
Assistant Dental Officer	—	1	1	—	2
Medical Assistant	22	41	37	18	118
Dental Assistant	—	—	1	—	1
Rural Medical Aides	32	3	50	35	120
Nursing Officer	2	21	24	9	56
Nurse Tutor	—	—	1	—	1
Trained Nurse / Nurse Midwife / P. Health Nurse B	26	63	61	11	161
MCH Aides	19	20	25	35	99
Medical Laboratory Technician	—	5	2	2	9
Radiographer	—	2	—	—	2
Dental Technician	—	1	—	—	1
Physiotherapist	—	1	—	—	1
Chemical Laboratory Technician	—	—	—	—	—
Health Officer	5	14	11	6	36
Medical Record Officer	—	—	—	—	—
Pharmaceutical Technician	—	1	1	1	3
Launder	—	3	—	—	3
Catering Officer	—	—	—	—	—
Health Secretary	—	—	1	1	2
Mortuary Attendant	—	2	2	1	5
Medical Attendant	110	206	234	123	673
All Others	22	36	99	32	189
小 計	242	448	567	278	1,535

(出所：REGIONAL MEDICAL OFFICER、KIGOMA REGION、Year of 1999)

1 - 8 保健・医療分野における開発政策

現在、推し進められている地方行政改革に伴い、保健・医療行政についても中央主権から地方にその権限及び責任を移管していく制度の導入が進められている。具体的には州の下部行政機構である県 (District) に地方保健行政の多くを移管することであり、なかでも受益者負担制度が地

方レベルのヘルス・センター、ディスペンサリーまで拡大されることが特筆される。これらの地方医療施設については住民基金などの独立した基金などによって、さらに県立病院や地方の指定病院についても独立採算性に移行していくことが要求されているなど、これまで中央の保健省に依存していた保健機構・制度を大きく変更していく計画である。その過程で県医務官（District Medical Officer）などの地方レベルで所管する地方保健行政責任者の権限強化、加えて民間医療施設の役割も増大する傾向にある。

1－8－1 保健・医療分野の改革（ヘルス・セクター・リフォーム：Health Sector Reform）

保健省は保健医療サービスの改善を目的として1994年12月に作成したヘルス・リフォームの原案を基に、レビューを重ねながら政策の導入を推進している。要旨は以下のとおりである。

表 1－18 ヘルス・セクター・リフォームの要旨

ヘルス・リフォーム原案の要旨	現状（1999年12月段階）
2. 1 概 念 ・中央保健省は保健・医療政策の計画・立案機関として認識の高揚を図る。 ・プライベート・セクターの参入を推進する。	・推進中にある。 ・1991年に合法化された。
2. 2 組 織 (1) 中央レベル ・住民参加の医療サービス改善システムを構築する。 ・中央保健省の活動・運営予算の見直し及びその実施を行う。 ・医療政策や看護体制等、それぞれ専門委員会を設置し、改善を図る。 ・中央保健省による保健・医療政策の計画・立案機能を強化する。 (2) 地方（県）レベル ・県レベルで保健委員会及び病院委員会を設置する。 (3) レファラル・システム ・ディスペンサリー又は病院とするのか、ヘルス・センターの位置づけ（機能）を明確にする。 ・現在のレファラル・システムを強化する。	(中央レベル) ・住民保健基金がIgunga県で導入され、Nzega、Singida、Iramba、Hanang、Songea Rural 及び Songea Urban で導入の検討が行われている。 (地方レベル) ・Igunga、Kagera、Rufiji、Morogoro Rural 県で保健委員会が、Tanga 州の6県で病院委員会の導入が行われている。 (レファラル・システム) ・草案の検討段階にある。
2. 3 運営管理機構 ・県の保健・医療サービス体制及び病院管理機構を地方（県）政府へ移管する。 ・県保健技官（DMO：District Medical Officer）の地位を強化する。 ・州保健技官（RMO：Regional Medical Officer）の中央保健省による任命制は従来どおりとし、RMOは州の公衆衛生全般における責任者と位置づける。	・草案の検討段階にある。 ・1年間の公衆衛生教育特設コースをダルエスサラーム大学に設け、ハイデルバーグ大学の支援を受けて再教育の実施を検討中。現在は海外での研修を実施している。 ・現在検討段階にある。

ヘルス・リフォーム原案の要旨	現状（1999年12月段階）
(1) 予 算 ・ 県の保健医療サービスの運営・活動予算はDMOを責任者とする。 ・ すべての会計執行を公表し、さらに定期的な会計検査を行う。 ・ 現実的な予算執行を実施する。 ・ 会計従事者の地位を確立する。 (2) 人的資源の管理 ・ 従事者の労働環境相違におけるインセンティブの付与を考慮する。 ・ 地方管理体制を県へ委譲する。 ・ プライベート・セクターをかんがみた従事者報酬の見直しを行う。 ・ 中央保健省は、要員配置とともに保健・医療サービスの供給システムの見直しを行う。 ・ アルーシャをはじめ他の4つの医療従事者教育機関において、県・保健・医療管理チーム要員の能力強化を図る。	(予 算) ・ いまだ推進の段階にあるが、特別予算の執行権が県保健委員会とDMOに委譲されている。 ・ 現在検討段階にある。 (人的資源) ・ 現在検討又は導入の推進段階にある。
2. 4 保健・医療財政 (1) 財 源 ・ 多様な収入源を確保する。 ・ 医療保険の導入を推進する。 ・ 税金の一部流用性を考慮する。 (2) 公共分野への投資配分 ・ 住民への還元を考慮した投資配分を検討する。 ・ 地域経済や住民の生活事情を考慮に入れた財源投資を考慮する。	(財 源) ・ 1993年より受益者負担制度 (Cost Sharing) の導入を州立及び県立病院レベルにおいて実施している。ダルエスサラームではヘルス・センター及びディスペンサリーレベルの施設でも導入されている。Igunga県では1996年に住民保健基金の設立時に導入されている。 ・ 医療保健の導入、税金の流用性は検討段階にある。 ・ Essential Health Packageとして、小児疾患の総合的判断・治療 (IMCI) など特定テーマに対する投資試みが、Morogoro Rural と Rufiji 県で実施されている。
2. 5 民活導入 ・ 民間部門における登録制度の見直しを行う。 ・ 既存の公的医療施設の再建、並びに公私施設の合併を推進する。 ・ 新規施設の建設は、保健省、州及び県の保健技官の検討により行う。 ・ パブリック・セクターにおける報酬見直しを行う。 ・ 従事者育成経費は保健・医療サービス経費より切り離す。	・ 既に変更されている。 ・ 推進中である。 ・ 推進中ではあるが、住民の意向を取り入れることが困難。 ・ 検討段階にある。 ・ 別枠としての扱いが導入されている。
2. 6 研 究 ・ 既存の研究機関を強化する。 ・ 保健医療研究基金を確立する。	・ 協議段階にある。 ・ 独自の保健・医療研究信用基金を設立した。
2. 7 栄養及び人口政策（家族計画） ・ 現行の政府政策を強化する。 ・ 多様な家族計画の導入、県保健委員会と地域のPHC委員会による政策検討及び導入促進を図る。	・ 現在推進中にある。 ・ リプロダクティブ・ヘルスの改善も考慮し推進している。
2. 8 保健・医療政策の見直し ・ ヘルス・リフォームの指導に沿い、国民保健・医療政策の見直しを行う。	・ 既に国民保健・医療政策の見直しが行われ、無料診療の撤廃、住民保健医療基金、医療保険制度及び私的医療施設の開業制度等の導入検討が行われている。

（出所：THE HEALTH SECTOR REFORM PROGRAMME OF WORK, JUNE, 1999, MOH）

1-9 診療報酬制度

国立／公立系の医療施設ではディスペンサリーから病院にいたるまで、有料診療制度（診療費の徴収）を取り入れている。施設関係者と地区の住民代表により料金の設定が行われているが、バスケット・ファンド的な資金を運営経費の一部に流用している例や、全額患者に支払いを強いているケースなど、料金の徴収システムは統一化されていない。視察したディスペンサリーでは、外来診療、血液検査、医薬品が有料となっており、料金はそれぞれ100～200タンザニア・シリング（14～28円）が課せられている。しかしながら、5歳未満の乳幼児、妊産婦、結核等の特殊感染症患者は、施設レベルに関係なく料金が免除されている。マウェニ病院での聞き取りでは、支払い免除となる患者の割合が約4割、さらに有料患者の徴収率も6～7割程度にとどまっている。過去3か年における収入状況は1,300～1,500万タンザニア・シリング（182～210万円）／年であり、総運営経費の約20%に相当する金額を患者より徴収している計算になる。

有料診療制度は、施設運営の財源確保の一手段として導入を図っているが、目標とする運営経費の3割を確保するまでにはいたっていない。料金の徴収率を上げること、及び検討が進められている保険制度の導入可能性なども併せ、多様な財源を探っていく必要がある。

1-10 地域医療システムの課題と問題点

病院医療の問題は、第1に医師の不足、第2に運営管理の自立化と効率化（具体的には病院の裁量の範囲が小さい）、サプライの安定化（サプライ・システムの管理能力の強化）、保健（下位）施設との効率的な連携（レファラル体制と支援体制の強化）、診療費徴収に関する合理的な指針の形成（統一化されていない）、及び医師と看護婦の再教育の制度化、等である。また、民営医療サービスの出現によってプライベート・セクターが活発化されるものと予想され、パブリック・セクターの医師と看護婦の士気とインセンティブをどう確保するかが大きな課題になる。病院医療のレベル・アップは財政的に維持が困難で、結果的に基本的な保健サービスの財源を圧迫するケースが多いので、先に保健医療サービス・システム全体の財政計画を立案・検討することが望まれる。また、医師だけでなく、ヘルス・センターやディスペンサリー等で診療にあたっているプライマリー・ケア従事者の教育機会の充実も検討される必要がある。

1-11 地方分権化政策の現状

1-11-1 経緯

地方政府に公共サービスのデリバリーに係る権限を大幅に委譲することにより、公共サービスの質とアクセスを向上させることを目的として、1996年より地方政府改革（LGRP: Local government Reform Program）の環境整備が進められ、2000年に正式にキック・オフした。これは、公務員制度改革、主要セクターのセクター別改革と合わせて、タンザニアにおける3大

改革として位置づけられており、貧困対策や社会セクターの改善とともに重点分野として位置づけられている。

タンザニア政府は、地方政府改革を推進し、地方自治を強化するために、地方自治省を新たに設置し（1998年）、これまで地方自治を管轄していた首相府からその機能を移管した。1999年2月には修正地方自治省が国会で承認され、地方政府改革を推進するための法・制度面での整備が進められている。

LGRPは、地方分権化による公共サービスの質・アクセスの向上のために、①サービス供給／運営に係る権限の中央から地方（県：District／市：Municipality）への委譲、及び②県行政をより効率化するための調査・準備が行われ、これらを踏まえて、2000年1月1日からLGRPが本格的に実施され、まずは全国114県のうち38県を対象に、フェーズⅠが開始された。また、既に教員、保健従事者、農業普及員（2000年4月）等を含め、これまで中央省庁の所属であった政府職員の地方自治体への身分の移管が実施され始めている。

欧州を中心としたドナーは、LGRPの計画策定段階よりタンザニア政府に協力を行っており、コモン・バスケット・ファンド方式による支援も行われてきた。現在、各ドナーは、Local Government Reform Program, Action Plan and Budget, July 1999 - December 2004 に対して、Consultative Forum Committee を形成し、様々な協力を行っている。

1－11－2 現 状

LGRPの責任官庁はドドマに所在する大統領府地方自治庁（President's Office Regional Administration and Local Government）であるが、その内部にプログラムのモニタリングのために、地方政府改革チーム（LGR T：Local Government Reform Team）がダルエスサラームに設置されており、ドナーとの調整を含む改革プログラムの実質的な運営管理を行っている。また、LGR Tの下部組織として、全国で5つのゾーン（ドドマ、ムワンザ、アルーシャ、ムベヤ、ダルエスサラーム）にゾーン改革チーム（ZRT：Zonal Reform Team）が設置されており、これらのチームが各ゾーン内の改革の進行を支援する役割を担っている。実際の地方政府改革の実施主体は各自治体であり、各自治体レベルに設置された改革チームがそれぞれ管轄区域内でプログラムを進めることになっている。

LGRPは3つのフェーズに分けて実施される予定となっている。まず、第1フェーズとして2000年1月より2001年12月の予定で、財政状況が比較的良いとされている38のDistrictにおいてプログラムが開始されている。以後、第2フェーズが2001年1月より2002年12月、第3フェーズが2002年1月より2003年12月に実施される予定となっていたが、現在のところ実際の進捗がスケジュールより遅れており、2004年の終了が目処とされている。

2000年3月時点では、フェーズⅠが38のDistrictで開始されたところであったが、各自治

体が組織・人事改編、歳入向上手段の検討、財務管理能力向上のための改革を実施することとなっている。また、県レベルでの資金の会計管理のために、「プラチナシステム」と呼ばれる統一的な会計ソフトが導入され始めており、既に28のDistrictで同システムが導入されている。

L G R Pの具体的なプログラムについては、コモン・バスケット・ファンドへの拠出を行っている北欧ドナーを中心とした各ドナーの支援を得て、プログラムの枠組み、及び行動計画が既にまとめられている。行動計画が今後計画どおり実施に移されるかどうかはドナーからのファンドしだいであるが、その大枠は既に決まっている。

自治体の課題としては、財政に関するものと、職員の能力向上に関するものがあげられる。新しい地方自治制度におけるフォーカルポイントである県（District、都市部ではMunicipality / City / Town）のレベルを中心として、支援が必要であるといわれている。

地方行政の強化は、L G R Pのプロセスに沿った形で、かつタンザニア国政府が設定する標準化された手法・方法を尊重した形で協力を実施する必要があるため、できるだけ既に試行・実施されている手法を用い、調査・研究等を行うことが望まれる。

1－11－3 新しい地方制度の概要

中央政府の出先機関は、Regional Administration（州行政）、District Administration（県行政）、Divisional Secretaryである。一方、地方自治体はDistrict Council（県議会）／Municipal Council（市議会）、Ward Council（区議会）、Village Council（村議会）から成る。District（県）とMunicipality（市）は同レベルの自治体であり、農村部でDistrict、都市部ではMunicipalityと位置づけられる。地方自治体といった場合は県議会レベル以下を指す。地方制度の特徴として、県レベルは自治体としての県議会と中央政府の出先機関としての県行政が並列し、またDivisionにも中央政府の出先機関としてのDivisional Secretaryが配置されていることがあげられる。

L G R Tの下位レベルには、正式にはL G R Tの一部として5つのZ R Tが配置されており、各ゾーン内の改革の進行についてサポートを行っている。現在、アルーシャ、ムベヤ、ムワンザ、ドドマ、ダルエスサラームの5つのゾーンに、それぞれ3名（財務管理専門家、リストラクチャリング・人事専門家、地方行政専門家）のタンザニア人及び外国人コンサルタントから成る専門家チームが配置されている。

なお、Zoneという区分が様々な場面で出てくるが、Zoneは行政上の区分ではなく、それぞれの場合に応じて作られたものであり、ここでのZoneは地方行政改革プログラムのなかで便宜的に区切られたものである。

第2章 ドナーの支援状況及びプロジェクト形成案件（案）概要

2-1 NGO及びドナーの支援状況

2-1-1 キゴマ県

NGOであるTACARE（ローカルNGO、The Jane Goodall Institute）、国境なき医師団（MSF）が主な支援活動を展開している。TACARE本来の活動は環境整備支援が中心であるが、ディスペンサリーやヘルス・センターをベースに地域住民に対する家族計画指導を行っている。また、MSFはプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）支援（1997～1999年の3か年計画）をタンガニーカ湖沿岸地域で実施（フェーズⅠ）、2001年2月に評価調査を実施する予定にあるとの説明があった。PHC支援は、ディスペンサリーの整備、給水環境の整備、医療従事者の育成等、いくつかの要素を併せた支援を展開し、PHCの観点より地域医療サービスの改善を目的とした支援である。さらに、2001年よりマラリア対策支援（フェーズⅡ）を実施する予定がある（2001～2003年の3か年）。内容は、ビタレ及びグルカ地域を対象に、クロロキン耐性マラリア対策指導（ファンシダールの導入計画に基づく医療従事者の育成指導等）、蚊帳導入の推進、地域住民に対する啓発活動など、ヘルス・センター及びディスペンサリーを活動の拠点として住民参加型支援を繰り返す構想である。ビタレ地域におけるディスペンサリーの整備は、フェーズⅠにおいて終了していることから、同地域では医療従事者の育成及び地域住民への啓発活動が中心となる。グルカ地域では、ディスペンサリーの改修も含め、人材の育成や地域住民の啓発支援活動を予定している。

2-1-2 カスル県

Christion Outreach Relief and Development（CORD）、World Vision、Care International等がいずれも難民を中心とした支援活動を行っているが、難民受入地域（RAA）ではWorld Visionがカバンガ病院（ミッション系病院）をベースに小児医療の改善支援（栄養指導や定期検診の励行など）を、Care Internationalが環境整備支援、CORDがディスペンサリーの建設や改修をはじめ、関連従事者の育成、更に地域住民への啓発活動を行っている等、いずれのNGOも住民参加型支援を展開している状況にある。かつてはMSFもカスル県立病院をはじめ、いくつかの医療施設に対する施設改修整備等を行った実績もあるが、キゴマ州における同NGOの活動はキゴマ県に限られている。

2-2 形成案件（案）の概要

2-2-1 キゴマ県ビタレ及びグルカ地域におけるマラリア対策支援（開発福祉支援：MSF）

2001年より2003年まで、3か年にわたる支援活動を予定している。現在、最終的な活動プ

ランを策定中であり、この計画に基づき、我が国の開発福祉支援に参画すべく要請書の作成／提出を予定している。

支援の概要はグルカ及びビタレの2地域におけるヘルス・センター及びディスペンサリーをベースに、各施設の整備、関連医療従事者の育成（クロロキン耐性マラリア対策、ファンシダール導入に係る留意事項の指導等）、地域住民への啓発等である。

2-2-2 キゴマ県地方医療改善支援（開発福祉支援：TACARE）

医療分野におけるTACAREの活動実績は、地域住民に対する家族計画指導を行った程度に過ぎず、その実施能力や要員体制は困難が予想されるNGO団体である。TACARE及び県保健技官（DMO：District Medical Officer）、Kigoma Ruralとの三者協議の際に、開発福祉支援のスキーム及び要請書の手配につき説明を行った結果、DMOの意向もあり、開発福祉支援の要請書を手配したいとの話があった。要請は、キゴマ県地方部の医療従事者育成／教育、ビタレ及びグルカ両ヘルス・センターの改修整備、グルカ・ヘルス・センターへの救急車の調達、さらにタンガニーカ湖岸沿いに位置するブトゥング及びムワンゴンゴ両ディスペンサリーに対する救患搬送用ボートの調達である。

2-2-3 カスル県南部農村地域における医療システム改善支援（開発福祉支援：CORD）

カスルでは多くのNGOが支援活動を展開しているが、RAAでの活動内容や従事者の実施体制等から判断すればCORDが最も信頼の置けるNGOとうかがえる。今回は、開発福祉支援の参画に強い関心を示したCORDを中心に協議を進め、要請概要書を入手する運びとなった。活動は、ディスペンサリーの建設／改修及び従事者の育成、さらに地域住民の啓発支援である。

カスル市街を取り巻く農村地域のディスペンサリーはいずれも1970年代に建設されていることから、老朽化が進んでいる。さらに同施設は難民がキャンプに移動する際に利用され、施設の老朽化や機材の損耗が著しい状況にある。これらの状況の改善支援として施設のリハビリ、医療機材の更新・補充、医療従事者の育成並びに地域住民の啓発促進が必要な状況にある。

2-2-4 マウエニ（Mweni）病院改善計画（一般無償）

マウエニ病院の改善は、州政府関係者の最も関心の高い（優先度の高い）案件である。対象施設は、受入難民による地域住民への影響（ネガティブ・インパクト）が最も現れている施設であり、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）もマンデートを越えて施設運営に係る支援を行っている。要請概要は、施設／設備の整備（雨漏りが見られる屋根の改修、精神科、産科病棟及び外来診療部の増・改修、さらに非常用電源（発電機）及び焼却炉の整備）、医療機材

では、一般外来（眼科、歯科も含む）、病棟、手術、放射線、検査、産科診療等に係る基本的機材の整備要請である。

難民キャンプ内の医療施設において重症・重体と診断された患者は、同病院に搬送されることが多く、病棟の一部では難民専用として利用されている状況も見受けられた。さらにキゴマ州のレファラル体制強化の観点からも後方支援施設の整備は、その維持管理経費がかさみ、結果として保健・医療財政を圧迫するおそれもあるが、州保健技官（RMO）は、診療費徴収資金を充当し対応を図りたいとの考えがある。さらに、元来が県立病院として機能していたこともあり、州の最終後方支援として十分な機能を備えていない施設事情がある。主な要請内容は、医療施設としての環境整備を重視しており、施設が整備されていないがために維持管理経費がかさんでいるといった事情も見逃せない。

先方政府は、医療機材の整備よりも施設の改修整備を優先している。しかしながら、本件が一般無償による協力が困難となる場合には、先方優先には反するが、医療特別機材供与のスキームを用い機材の調達を行うことも一案である。要請機材は、そのほとんどが基本的な診療活動に用いられる内容であり、維持管理に支障を来すような機材は含まれていない。

2-2-5 カスル県病院の改善支援

カスルの中心部（町人口約2万5,000人）に位置する県立病院である。これまで、MSFによる小児病棟の改修、世界銀行（WB）による管理棟の補修及び敷地境フェンスの敷設、UNHCRによる非常用電源（1998年に導入、約40kVA）及び救急車の調達（1999年）、さらには北欧諸国のバスケット・ファンドによる施設の改修（壁の修復など）と、小規模ながらも継続的に支援の手が差し伸べられている。また、わずかな金額ではあるが、診療収入費を医薬品／消耗品などの調達に充当しており、優先度からみた支援の必要性は低いものとうかがえる。

先方（DMO）は、管理棟及び産科病棟の増築を要請したいとのことであったが、建設資材の現地調達を前提とすれば、双方の施設建設費は約1,500万円程度と見積られる。我が国の対応する援助スキームを考慮すれば、数年度にわたる開発福祉支援により対応可能と思われるが、住民参加型支援を展開している諸NGOの興味は薄いものであった（CORD、World Vision、Care International との協議）。

第3章 協力の必要性和方向性

3-1 協力の必要性和方向性

キゴマ州の保健開発政策は、N G Oやドナー機関の協力も含めニーズの優先度に対応した政策が図られている。具体的には、対象人口が多いことから特にニーズが高いと考えられる母子保健領域、さらに医療施設の整備や従事者の適正配置／育成が掲げられている。一方、疾患及びプログラム別にみると、依然としてマラリア、母子保健、特に下痢・急性呼吸器疾患（A R I）などの感染症、周産期における妊産婦の感染症などが重要な課題となっている。保健・医療サービスでは、全般的なバランスのとれた医療施設の質の向上が求められる。疾患の特徴を考えれば重要性が高いのはプライマリー・サービスであり、住民参加と受診率の向上のために第1次医療施設となるヘルス・センターやディスペンサリーの対応能力を向上させることが必要となる。サービス・システムとしては、地域レベルで運用できる財源の確保、医薬品、検査試薬、医療資材の供給管理、機材保守管理などの運営体制及び管理能力の強化（中央及び地方の双方）が急務の課題としてあげられる。また、病院医療では医師をはじめとする医療従事者の育成及び適正位置、さらに管理システムの形成も急務である。中央保健省並びに州や県の保健技官（RMO、DMO）は、先の保健開発政策において医療施設／機材の整備と管理者・従事者の育成のために、N G Oやドナー機関による人材育成や技術支援に期待している。

診療費の徴収を含め、何らかの運転資金調達メカニズムを考案し、逼迫している政府財源を補完していく等、個別の施設レベルだけでなく病院からヘルス・センター／ディスペンサリーにいたるまでの効率的なサービス・システムを全体的にとらえ、現制約の範囲内で可能な「質の向上」プログラムを考慮していく必要がある。

開発福祉支援並びに無償資金協力は、原則として相手国の自助による計画の立案、成果の維持を手助けするもので、基本的に保健開発計画の文脈のなかで効果的な支援を行う必要がある。キゴマ州の保健・医療分野の現状をかんがみれば、以下のようなアプローチが考えられる。

- ・保健・医療サービスの質的向上及びヘルス・マネジメント能力強化を対象とした研修プログラムの活用を図り、人材育成の一助とする。
- ・キゴマ州の開発政策は、同地域が首都機能を有するダルエスサラームより遠方に位置していること、政府の手の届きにくい地域であるといった諸事情もあり、保健・医療のサービス体制（レファラル体制）をかんがみれば、同州の政府関係者も後方支援医療施設（マウェニ病院）の整備は高位に置かざるを得ない状況がある。今後、協力の実施可能性を検討するうえでは、2～3次医療サービスを受け持つ州や県レベルの病院もかんがみた処方が重要と思われる。

3-2 協力にあたっての留意点

留意点は以下のとおり。

- ・保健財源が逼迫しているため、援助依存の傾向を強める可能性が高い。
- ・政府と保健省、NGO間の意見／立場の相違が政策の一貫性に及ぼす影響についてはまだ不明の点が多い。
- ・これまでの1次保健サービスでの成果は、保健・医療がパブリック・セクターに一元化されていることに負うところが大きいと考えられ、今後プライベート・セクターの拡大や市場経済（有料診療制度の導入推進、保険制度の導入等）への移行が進むにつれ、影響（医師のシフトやアクセスの貧富間格差など）を受けることが避けられない状況が出てくるものと思われる。

3-3 制 約

案件形成にあたって考慮すべき制約は次のとおりである。

3-3-1 必要な情報

現状を評価し、フィージビリティを判断するための情報が必要となるが、中央保健省、並びにRMO、DMOには十分な情報が集積されていなく、マネージメント情報も系統的に作成されてはいるのであろうが、十分に機能している状況にはない。このため、考慮案件に関して（関心領域及び対象地域での）十分な評価調査を事前に実施する必要がある。

3-3-2 案件対応・実施能力

医療施設／機材の整備は、その調達管理や保守／修理などのロジスティクスの体制が伴わないと支援の半減が危惧される。そのため、これらの支援の実施においては、体制の整ったあとか、その支援を先行させたあとか、又は双方を伴うことが必要と考えられる。

3-3-3 予算上の制約

タンザニア国、及びキゴマ州における保健財政の厳しい状況にかんがみ、リカレント・コストを増加させるような案件については、あらかじめコスト分析を行い財政計画を検討したうえで州・県又は対象施設の予算計画の中で対応可能か、あるいは適正資源配分の観点からみて妥当であるかを事前に協議の上、進めるべきものと考えられる。

