

第2章 セネガルにおける「子ども」を取り巻く環境の現状と課題

1 地域社会における「子ども」の位置づけ

(1) 国家政策・開発計画における位置づけ

セネガルにおいては独立以来「子ども」のニーズに応えるべく、多大かつ持続的な努力が払われてきている。しかし、その努力も次代を担う世代のための投資というよりは、とにかく急速に拡大する若年人口に最低限の教育を付与することで精一杯の観があって、現在に至るまで保健衛生・栄養・公共サービス等、子どもに限らず国民一般に提供すべき基礎生活(BHN)分野が絶対的に不足している状況では、目標達成には更なる努力が必要とされている。

教育分野の開発にあたっての基本的な考え方は、持続的かつすべての対象人口に行き渡る開発をもたらすような教育制度の確立であるが、それはまたすべての分野における対貧困戦略のなかでの最重要事項としても把握されている。残念ながら現状では貧困であるがゆえに教育が十分に普及できず、それゆえに開発の進行が阻害され、したがって貧困問題の解決がなされず、教育に対する開発投資も進まないという悪循環に陥っている。つまりは、教育の分野に限らず、子どもを取り巻く社会的環境の改善向上は、貧困問題の解決と併せて考えていく必要がある。

セネガルにおける貧困の現状を述べると、絶対的貧困(貧困閾値下)の家庭が全体の30%を占め、それら絶対的貧困家庭の4分の3が農村部に存在している。農村部においては58%の家庭がまさに「食うや食わず」の生活を強いられているわけであり、貧困家庭の支出はほとんどが食費に充てられ、子どものための教育費は2%程度にすぎない。この2%という数値も平均であって、事実上0%の家庭が大半を占めていると考えられる。その日その日を食べていくのが精一杯の状況のなかで、社会的弱者である貧困家庭のなかでも最弱者である子どもが、発育し、成長し、開発されていくために必要な栄養・保健・教育といった、最低限の諸条件さえ整えられずにいる。

セネガル政府は少なくとも教育分野に対しては最大限の国家開発目標であるとの態度を鮮明に表明し、この分野での開発、とりわけ初等教育の充実を公約し、我が国を含め諸外国・機関の協力を求めてきた。諸ドナーもその重要性に同意し、教育の拡充には多大の努力が払われてきている。しかしながら急速に進行している爆発的な人口拡大の圧力はこうした努力を上回る規模であり、就学適齢児童(7～12歳)の年平均増加率は高い人口増加率(3%台)を更に大きく上回る4.1%に達し、その下の就学前教育適齢人口層(3～6歳)に至っては統計数値の算出にすら至っていない。このため、2000年時点での初等教育就学率は60%台にとどまっており、就学前教育カバー率はわずかに3%を超える程度にすぎない。最大の開発目標と

され、最大限の内外からの開発投資がつぎ込まれてきた教育分野ですらこの状況であり、しかも拡大し続ける需要に対応できないことから、「子ども」を取り巻く環境がどれだけ厳しいものであるかは想像に難くない。

政府教育省は教育開発 10 か年計画において 2010 年までに初等教育の名目就学率を 100% に、就学前教育カバー率を 30% にまで拡大することを目標に掲げているが、財政難から、その具体的手段としては諸ドナーの協力に依存しており、施設建設・教員の養成及び雇用・教育内容の見直し等が一貫した計画となり難いことから、目標達成には疑念が残る。

セネガル政府当局において認識している「子ども」あるいは「幼児」(就学前教育適齢児童)を取り巻く環境は以下のとおりである(調査団聞き取り)。

ア 就学前教育にカバーされない幼児たちのこうむる打撃は計り知れず、1 人の人間として生きていくスタートの時点で既につまずいてしまっている。

イ すべての子どもにとって幸先よい生への乗り出しは極めて重要な意義を有するものであり、知的・情緒的發展と肉体的な発育・成長にかかわってくるものである。

ウ この時点で失われた大事な機会を取り戻すことは可能であるかもしれないが、幼児期を通じての例えば栄養不良、保健・衛生の不備、良質な飲料水の不足・欠乏、社会的環境に起因する各種の危険・刺激の欠落や肉体的情緒的虐待といった諸因が相乗的にもたらす効果は長期にわたって尾を引くものであり、個人の実現、社会への適合能力を大きく阻害するものである。

エ したがって、「幼児」をケアするモデル施設作りの促進が急を要するものである。

オ 2000 年に成立した新政権は児童開発を優先課題として鮮明に掲げ、施政方針でも大きく取り上げており、いずれ策定される公共投資 3 か年計画(PTIP)、セクター計画、貧困削減戦略ペーパーなどによって漸次具体的な方策、スケジュール化、実施内容等が決定される。

上記の基本的な認識においては、教育分野に限らず「子ども」全体を取り巻く社会的環境に総合的に取り組んでいく姿勢が示されるとともに、「幼児」をケアするという方向性が打ち出されている。その第一歩として、本調査団がセネガルに到着した翌日に閣議で女性・国家連帯省内に幼児担当省を設置することが決められた。また、新大統領が「幼児」ケアのためのモデル施設の概念として、“Cases des Tous Petits”(すべての子どものための小舎)を全国 28,000 のコミュニティに最低各 1 か所設立するという構想を打ち出した。この「カーズ・デ・トゥ・プチ」は託児所、保育所、幼稚園のいずれの概念にも当てはまるものであり、幼児のケアのみならずカーズ(小舎)に乳幼児を預けることにより母親の家事労働軽減、所得向上、開

発への参加を促進しようとするものである。ただし、現在までのところ、政府側には特定の規模、施設内容、業務内容、運営方式あるいは専従の保母・教諭・職員等に関する何らかの概念イメージがあるわけではなく、ドナー国・機関による各種パイロット・プロジェクトで抽出されてきたものをモデルにして進めていく方向のようである。しかしながら、パイロット・プロジェクトといえども、「カーズ・デ・トゥ・プチ」計画の初期の段階において、ドナー国・機関が企画開発・立案、技術移転、プロジェクト運営に至るまで引き受けることになる、セネガル政府におけるプロジェクトの主体性が見失われてしまうという懸念が残る。本来ならばセネガル政府がそうした開発活動の一切を自力で実施し、個々の案件あるいはプロジェクトごとにドナーの協力を求めるべきであるが、そのためには、大部分の理由が財政難に帰されるにせよ援助に依存してきた政府の構造が改善される必要がある。さもなくば、当初の目的意識を喪失してどれだけの「援助を引っ張る」かだけが目的となり、政府当局は、貧困の現場、子どもの置かれている現状を全く知らず、首都の事務所の机の上だけでドナーからの援助の額だけを知っているという状況に陥る危険性がある。

また、国家政策・開発計画における「子ども」の位置づけ、改善向上の試みが、政治的な思惑で左右され、実質的にはあまり効果が上がらない事態に立ち至る可能性もある。こうした弊害を抑制していくためには政府内部での縄張り意識を捨て、教育は教育省、衛生・保健は保健省、飲料水供給は水資源省、女性の開発参加は女性・国家連帯省といった縦割り、分野別の各個バラバラの開発方針を調整あるいは統合していく方向で開発戦略が組み立てられていかなくてはならないであろう。今次の幼児担当省設置はそうした意味では非常に重要な一歩であり、調和の取れた開発戦略が期待される。

(2) 社会・文化・経済環境における位置づけ

セネガルにおける子ども、特に幼児の社会的な位置づけは、変化してきている。伝統的社会であれば家族あるいは血縁共同体や地縁共同体が子どもの面倒を見ていたが、セネガルにおいても核家族化が進んでいる。結果、父親は仕事に、母親も所得向上のための活動に励み、兄弟は学校へ、祖父母は同居しておらず、叔父叔母も自分の家庭にかかりきりとなる。乳児であれば母親もしくは姉妹に保護されるであろうが、その手を離れて自由に動けるようになった幼児は放任されている。特に、自然環境も社会環境も劣悪な都市部では子どもへの実質的・物理的な危険性も増すことになり、幼児の大部分は最低限の安全さえ守られない環境に放置されている。

結局のところ、植民地として250年、独立してから50年が経過して、家族を中心とした伝統的社会が消えかかっているにもかかわらず、その代わりに子どもをケアする近代的システムは普及しておらず、その状況下で爆発的な人口増加、すなわち子どもの数量的増加が各家

庭の所得向上を伴わないまま発生してしまったため、小さい子どもほど放置されることになったのである。これに加え、伝統的社会が崩壊したにもかかわらず「子ども」を「親」の私物とする旧弊な考え方が残っている地方、部族も存在していることが問題を深刻化させている。

また、文化的な伝統として就学前教育児童を預かって宗教的教育を行ってきた「コーラン学校(ダラア)」が近代貨幣経済の只中で変質し、差配するマラブー(イスラム導師)が元来の地域住民の子弟に生活習慣たるイスラムの教えを伝授する役割から、預かった子ども(この場合は男児のみであるが)を都市部へ連れてきて物乞いをさせる(こうした幼い男児は「タリベ」と呼ばれ、全国に30万人が存在するものと考えられている)「タリベ問題」が深刻である。マラブーのなかには就学適齢期になれば初等教育に通わせるよう手配し、その準備段階として教育を行う者もいるが、上記のとおりタリベの子どもたちを搾取しているマラブーが少なくない。イスラム教における貧者同士の相互扶助の文化伝統と見せながら、タリベの子どもたちに教育はおろか十分な衣食住も提供せず、稼ぎ高によってはその日の食事や寝場所すら与えないという場合、タリベの子どもは最低限の人権さえ守られていないといえよう。

宗教上の制限もあり、女兒はこのタリベになることはない。しかし、家内労働のみならず、都市部においては地方出身の女兒が家事手伝いとして劣悪な待遇で雇用されていることも多い。

タリベや貧困家庭、あるいは雇用主から逃れた子どもがストリート・チルドレンとなって衣食住のあてどなく都市部を徘徊することもある。見た目だけではタリベの子どもたちとストリート・チルドレンは区別がつかない(タリベの子どもたちは物乞いをする際に赤いトマト・ケチャップの空き缶を用いているが、ストリート・チルドレンも同種の缶を持ち歩いている)ので、彼らがどちらのグループであるのかを判断することは困難であるし、かなりの社会問題になっているにもかかわらずセネガル政府では基礎的な調査すら行っていない。一方、一部のNGOがストリート・チルドレンを収容・保護したり、衣食住を与えられていないタリベに被服の支給や入浴、傷病の治療等のサービスを行っている。

上記のような例はあるが、大部分の家庭やコミュニティは経済的貧困のうちにも次代を担うべき子どもを社会的に認知し、公式教育に始まって最低限のBHを受けさせたいという希望をもち、体系的ではないがとにかくその場、その時点で手をつけることのできる行動・活動を実施し始めている。その意味では子どもを前面に押し出した政府のキャンペーンはかなりの効果を上げているといえよう。キャンペーンに十分な財源が伴っているとはいえないが、そうした状況であるからこそ知恵を絞ろうという動きが地方から、民間から湧き上がってくる原動力になっている。

(3) 地域的・民族的背景の現状と課題

セネガルは他のアフリカの旧植民地であった国家と同様、多民族国家であり、6部族の言語が国語として認められているが公用語、教育用語としては旧宗主国フランスのフランス語が用いられている。つい最近まで学校の教科書を国内で製作することができず、初等教育では言葉も地理も歴史もフランスのものから学ぶといったものであり、就学前教育に民族語を用いようとするフランス語能力が低下するのを心配する親の反対が強いという状況すら存在していた(現在でもこの傾向は残っている)。

また、教育の項で詳しく述べられるが、国内10州を比較すると州によって就学率に大きな差異が見られる。おおまかにいってイスラム教徒の多い州ほど保守的で就学率(特に女子就学率)が低く、キリスト教徒の多い州ほど就学率が高いという現象が認められる。ただし、イスラム教徒の多い州では公式教育を補完する形でコーラン学校があるので、フランス語能力は別として教育体制が極端に不備とはいえない。

タリベの分布も正確な統計資料が存在しないため漠然としたものしか分かっていないが、一般に都市部を擁する州(ダカール、ティエス、カオラック、サン・ルイ等)に多いようである。これらの州は大都市を抱え、市場の規模も大きく、交通の要衝ともなっているため、物乞いに好都合であるためと思われる。

こういった地域差は若干あるものの、全体的には子どもに関する民族的な差違や文化的な差違はあまり感じられない。独立後50年を経て近代的な国家行政が定着したためと考えられる。

また、地方分権化政策も推進されており、今回調査で訪問した村落共同体開発委員会(CRD)では老若男女が隔たりのない様子で活発に討論を行っており、民族、宗教等で箍(たが)が嵌められているようには見えなかった。また、州政府との会合でも参加者は役人ばかりでなく、NGO活動家、現場の保母、ジャーナリスト等多彩なものであり、民主主義の観点からいえばかなり成熟した社会といえる。今後、子どもを主たる対象とした協力プロジェクトを行っていくうえで、中央政府よりはむしろ地方政府あるいは村落共同体開発委員会(CRD)の方が柔軟な対応を示す可能性が高い。

2 教育分野の現状と課題

(1) 教育行政

1) 教育制度・教育組織の現状

セネガルにおける学校教育、職業教育及びノン・フォーマル教育の大部分は、国民教育省の管轄下で行われている。教育制度ならびに国民教育省の機構についてはそれぞれ図2-1、図2-2を参照されたい。1995年に現在の組織に改変され基礎教育の拡充が始まった。教育

省は2つの局から成り、就学前・初等教育局はフォーマルな基礎教育を、識字・基礎教育局はノン・フォーマルな基礎教育を担当している。

地方組織としては各州に州視学官事務所(IA)を置き、その下に43の県視学官事務所(IDEN)がある。IAの組織は、州視学官1名を長に、その補佐官と平均20名のスタッフを配置している。主な業務としては以下のとおりである。

ア 大学を除くすべての公立の教育機関に対して、教育計画策定、財政・施設・人事管理と予算執行(高校は除く)、学校監督(学校管理、教育内容、教授法に関する指導)、教員の現職訓練実施、試験の実施。私立教育機関に対しては、教育計画策定、学校監督等を行う。

イ IDENの監督と活動調整

ウ 州の教育統計取りまとめ、及び教育活動をまとめた年間報告書の作成

上記アのうち就学前と初等教育機関についてはIDENがIAの監督の下に実際の活動を担当する。具体的な視学活動としては、IDENに所属する視学官グループが管轄区内の教育施設を巡回し、教員の視察及び勤務評定を行い、併せて授業やクラスの活性化、教員の職能向上について助言する。IDENには、県視学官の下約10名のスタッフがいて、上記の活動以外にも区内の教育統計取りまとめ等の業務を実施する。現在、全国のIA、IDENに配属されている視学官の数は153名となっている。

セネガル全般にいえることであるが、教育省においても行政機能が非効率的である。この原因としては、第一に省内の部局間、中央と地方組織のコミュニケーションの欠如があげられる。統一された教育セクター政策がないことも一因であるが、調整機能が存在しないため複数の局が重複した活動を行っている。統計資料の作成を2つの局が同時に相互関連性なく行っていた例もある。統計データも信憑性に欠けるという指摘が世銀からあったが、世銀では自前の専門家によるサンプル調査も検討している。行政官の能力向上については、現在実施されている人的資源開発計画IIにおいても重点項目とされている。また、計画立案やマネージメントの研修やセミナーも開催されてはいるが、いずれも一過性のものという印象がある。なお、人的資源開発計画IIでは、地方分権、IAの人材養成にも力点が置かれた。しかし、IDENへの技術協力は従来ほとんどなされておらず、初等教育におけるIDENの重要な役割を考慮するなら、この分野での人材研修等がもっと必要となつてこよう。

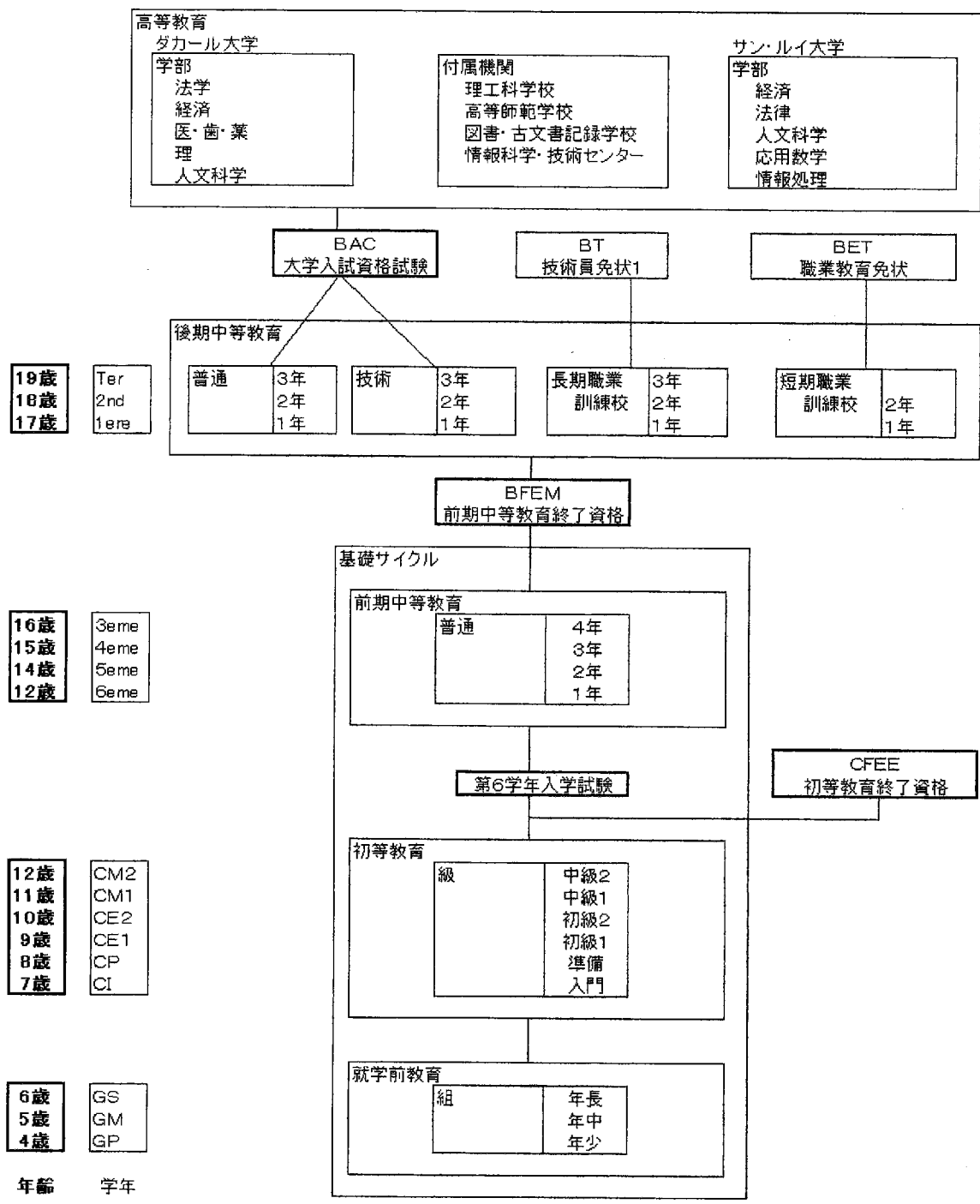


図2-1 セネガルの教育制度

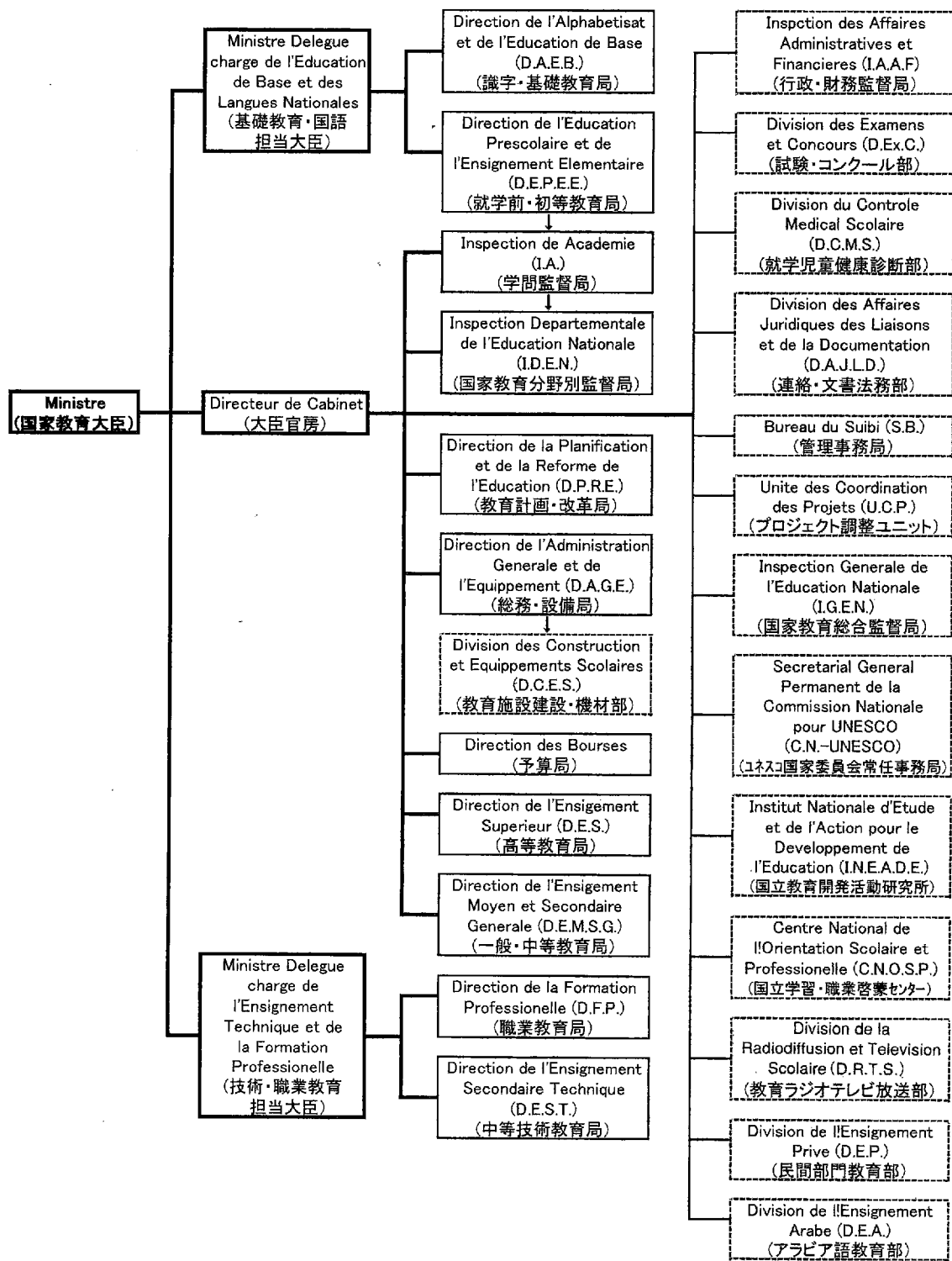


図 2 - 2 国家教育省機構図

中央政府の教育行政は地方においても調整地方委員会が地方のニーズをまとめ、調整する役目をもっている。構成メンバーは視学官、市民の代表、機関の代表、NGOのメンバーから構成されている。地方委員会の下に地区教育委員会があり、地域にある学校施設、教育開発プロジェクトに関して協議・方針決定・運営にあたっている。また、学校・施設管理委員会は学校管理の最小単位として位置づけられ、施設計画の策定・実施・評価を行っている。

教育制度について見ると図2-1のようになるが、就学前教育、初等教育、前期中等教育、後期中等教育、職業技術教育、教員養成、大学となっていて、後期中等教育までの年限でいうとそれぞれ3年、6年、4年、3年となっている。ちなみに1999年の統計では初等教育での生徒数1,107,712人(うち女子は46%)、前期中等教育での生徒数186,138人(うち女子は40%)、後期中等教育での生徒数58,983人(うち女子は38%)となっている。

それぞれの段階での問題点を概括してみると、前期・後期中等教育では就学率が少しずつでも上昇していくなかで教室の建設が進められたが生徒の増加に追いつかず、1クラスの平均が50人から55人に増えたこと(1996年)があげられよう。特にダカールでは人口の集中が激しく、1クラスの平均が65人までになった。そのため教室の有効利用のため固定教室からローテーションしていくシステムをとったりしてきたものの、結果として教育環境の悪化を招くものとなっている。また後期中等教育では、普通教育と職業技術教育に分かれるが1990年に入ってから技術教育を受ける生徒が減少している。設備等の老朽化のため労働市場のニーズにあった教育を受けられないことがその理由である。設備の改善や、技術教育の見直しが早急に進められる必要がある。高等教育の大学では学生数が少なく、財政を圧迫する要因ともなっている。留年率も1995年には54%となっていて効率のよい運営が求められている。

職業教育では、現在教育省の管轄する職業訓練所が約70施設ある。これらは概して設備・機材が古く十分な訓練ができないような状態となっている。政府では公的訓練の効率化を図るため技術教育・職業訓練国家計画を策定した。

- ア 他省庁の訓練センターを教育省の管轄下に置くことをねらった組織再編、地方自治体の役割強化、各施設の自治権の強化
- イ 新しいカリキュラムとテキストの作成、指導員の質の向上
- ウ インフォーマルセクター従事者を対象とした第一次産業や手工業分野での訓練強化
- エ 技術高校・訓練校卒業者を対象とした実践的な職業訓練
- オ 各州に高等専門学校の設置、技術高校の機能強化、設備の改修と拡張
- カ 民間セクターとの連携強化

これらの計画に関して政府は支援を広くドナーに呼びかけており、スイスは八項に協力を開始しており、フランスは二項への援助を計画している。

初等教育教員養成は 1993 年より 4 つの養成校で行われている。養成期間は 1 年で、受験資格は、正教員をめざす人はバカロレア(大学入学資格者)以上、補助教員の場合は前期中等教育修了資格以上が要求される。補助教員も含め、年間 600 名の新教員の供給をめざしている。また 1995 年からはボランティア教員を 1,200 名採用することを決めた。ボランティア教員は県視学局で 3 か月間、理論と実践の教育を受け、その後試験を受けたうえで、主に教育環境の乏しい地域に配属されていく。養成学校でのカリキュラムは教授法の理論と教育実習等が中心で、1997 年まではフランス方式による研修が行われてきた。

教員の現職教育については

- ア 視学官の巡回指導及びセミナー開催
- イ 州視学事務所に設置された研修拠点における研修
- ウ 校長を中心とした校内研修
- エ 養成学校での臨時再教育

等の形態で行われているが経費的問題、管理者の技量の問題、ドナーの協力打ち切り等で必ずしも順調に行われているわけではない。

2) 教育行政計画

セネガル政府は 1987 年より大規模な教育改革を進めてきた。主な改革項目は以下のとおりであった。

- ア 全国共通の民主的な教育プログラムの遂行
- イ 3 歳から 16 歳までの児童の無償義務教育
- ウ カリキュラムへの国民語の段階的な導入
- エ 実践的な技能を習得させるための生産活動の導入
- オ 教育の時間と空間の再構築
- カ 進級制度の改善と、試験志向の教育実践の改変

これらの改革には訓練、施設の整備、運営管理の整備、財源の確保等多くの課題が伴っていた。改革の実現に向けて日本、ドイツ、カナダの二国間協力、世銀、アフリカ開発銀行、石油輸出国機構、日・仏による国連・世銀経由の資金等による多国間協力によって進められてきた。

教育改革に向けてセネガル政府はこれまでも、一応、積極的な政策をとってきた。1981 年には「教育と訓練に関する三部会」によって新しい教育についての国民のコンセンサスの形成がなされた。すなわち、

- ア 初等教育の完全普及

イ 実習を盛り込んだ総合教育の実施
ウ 公的教育への国語の導入
エ コミュニティと学校のかかわりの強化
オ 公的教育への宗教教育・アラビア語の授業の導入
等であった。

さらに、1990 年の「万人のための教育会議」、2000 年 4 月にはセネガルにおいて「世界教育フォーラム」が開催され、以下の 6 つの項目が討議された。

- ア 就学前教育の拡充と改善
- イ 無償の初等教育へのアクセスの確保を 2015 年までに達成
- ウ 青年層の学習ニーズの達成
- エ 成人識字率を 2015 年までに 50%改善
- オ 2005 年までに初中等教育におけるジェンダー格差を是正し、2015 年までに教育におけるジェンダー平等の達成
- カ 教育の質の向上

等で、これらには共通しているキーワードとしては初等教育の向上が、国民の最優先課題となっている。これらの目標達成のため、既に多くのドナーの支援を得てきたが、今後も同じような体制になると予想される。

ちなみに、2001 年 2 月にはセネガルにおいて西アフリカ諸国の教育会議が開催される予定になっている。ここでも「子どもの開発」に向けての方策が協議されることになっている。

3) 教育財政

教育省の予算は構造調整政策の下に支出の抑制がなされているが、国家予算に教育費の占める割合は 1997 年では 34%に達している。そのうち教員給与は教育費予算の 69%(1997 年)と高い比率になっている。さらに、初等教育予算に占める教員給与の割合は 90%(1994 年)を超えていると報告されている。このように人件費が高い割合となっていると施設や備品・教材等他の予算としてはわずかしか割り当てられないことになる。予算構造の抜本的な改革をしていかないと、結果として教育の質を悪くしていくことになる。特に懸念されるのは地方分権化政策のなかで教育施設をはじめ教育環境の維持・整備については地方の自治体に任されている点である。このことは自治体にとっては更に負担が増えることになり、税収があまり望めない地域ではますます教育の維持・管理・運営が困難となっていくことになる。ひいては教育の格差を生み、貧富の構造を強化していくことになる。

表 2 - 1 国家教育省予算内訳の推移(1991/1992 ~ 1997/1998 年度)

年 度		1991/'92	1992/'93	1993/'94	1994/'95	1995/'96	1996/'97	1997/'98
総 額	金額(百万 CFA)	92,529	63,310	74,777	76,852	84,437	87,421	88,866
	(対国家予算シェア: %)	(36.0)	(27.0)	(27.0)	(28.0)	(33.0)	(34.0)	(n.a.)
人件費	金額(百万 CFA)	53,586	44,833	49,977	52,009	58,124	60,241	61,815
	(教育省予算シェア: %)	(57.9)	(70.8)	(66.8)	(67.7)	(68.8)	(68.9)	(69.6)
物件費	金額(百万 CFA)	14,665	2,291	1,958	2,001	4,426	5,422	4,971
	(教育省予算シェア: %)	(15.8)	(3.6)	(2.6)	(2.5)	(5.2)	(6.2)	(5.6)
維持費	金額(百万 CFA)	600	400	350	350	400	400	800
	(教育省予算シェア: %)	(0.6)	(0.6)	(0.5)	(0.4)	(0.5)	(0.5)	(0.9)
移転費	金額(百万 CFA)	23,678	15,786	22,492	22,492	21,487	21,357	21,280
	(教育省予算シェア: %)	(25.6)	(24.9)	(30.1)	(28.2)	(25.4)	(24.4)	(23.9)

出所: 要請資料

また、地方分権化政策によって州議会の審議で決まる地方教育予算の一部として、州政府の歳入、交付金と税収から IA、IDEN に予算がおりることになる。つまり、IA、IDEN が財政的には中央からは独立したことになる。このような状況のなかで比較的豊かなダカール市では一部施設の改修や机の購入を市の予算で行っている。また、カザマンス地方をはじめ多くの地区でコミュニティを中心に学校建設を進めてきた経験がある。全国で年間 800 以上の教室が住民によって建設されたこともある。

教育財源の多様化という意味で、民間の教育活動も無視はできない。私立の教育機関に在籍する園児・生徒は、1999 年の統計によると就学前では 69%、初等教育では 11%、前期中等教育では 29%、後期中等教育では 19% となっていて、施設数の増加に伴って、年々その割合は増える傾向にある。NGO も識字教育プログラム等のノン・フォーマル教育だけではなく、公立校への支援等も含めて教育分野で幅広く活躍している。都市化がますます進行し、人口が集中していく傾向のなかでよりよい教育を求めて学校の差別化も進み、私立学校も増加していくことは必須である。一方、公立の学校では従来のような教育環境ではますます質の低下を招いていくことになる。施設面での整備はドナーによる一定期間の援助によって可能ではあるが、教員の質の向上、訓練、生徒や親のモチベーションの向上や、生活改善に向けての総合的な開発は地域住民に委ねられることになる。教育施設が有効に使われ、維持管理が継続的に進められ、教育予算が適切に配分されるシステムづくりが早急に必要とされるゆえんである。

4) 教育施設・環境の整備状況

教育施設の面では学習環境を改良していくための施設・備品等が教室をはじめとして少しずつではあるが改善されてきている。しかし、依然として施設面での不足は絶対的ともいえる状況であり、就学率の低迷に大きな影響を与えている。基本的には予算の不足によるもので、予算の94%が人件費等に充当され、施設面の整備、すなわち、教室、机、椅子をはじめとして、教師用・生徒用の教科書、教材も十分にそろえられない状況となっている。例えば、今回調査で視察した都市部の公立の小学校でも2人用の椅子に3人掛けで学習しており、また、屋根に穴があいた教室も多く、雨期には授業に支障を来すということであった。教室は全般的に暗く電灯もない状況であった。また、水飲み場は設置されているが、水道料金を払えないため止められており、トイレもないため生徒が通学を嫌がるケースが生じていた。このように、最低限の施設・設備すら整備されておらず、それらの維持管理も行えていない状況のため、就学率に悪影響が現われている。特に農村部においては飲料水や保健、衛生面でのアクセスが悪く、地域によっては教室等の施設があっても利用されていないことすらある。このような状況にあって、ドナー、NGOや各地域の管理委員会等の努力で備品である教科書や教材が整えられたり、学校そのものが建設されたという例もあるが、その数は多くない。

地方分権化により教育環境を整備していくための予算化は各地方の自治体に任せられていくという構造になっているが、税収があまり見込めないところでは予算化できず、ますます学校教育上の管理運営ができないという結果になっている。特に農村部では遠距離からの通学のため食事をとるために家にも帰れなかったり、食事をとらずに通学してくる生徒もあるということで学習にも支障を来している。セネガルでは給食制度はないが、簡単で栄養価のある食料を支給していくことも将来的には検討すべきであろう。現在、一部ドナー、EU、WFP等が貧困層の多い地区に食料の供給を行っているが、対象は極めて限定されている。給食以外にも、教育施設、環境の整備に向けて様々なドナーやNGOの援助、協力が進められているが、対象となる地域が多く、追いつかないのが現状である。

こうした状況の打開策として、特に農村部においてNGOによる総合的な農村開発をめざしての生活改善を行っていくプロジェクトが進められている。活動の根本的な発想は、教育施設だけではなく生活環境も同時に改善していくよう、住民が主体となって進めていく参加型地域開発にある。中央政府が地方分権化政策を掲げながら、十分な予算を配分できずに地方に押し付けだした段階で、地方開発のために考え出されたボトム・アップの開発方式であり、農村部に限らず今後は都市部においても必要になってくる現実的な手法であると考えられる。

(2) 教育の現状

1) 歴史的背景

セネガルはアフリカにおけるフランスの最初の植民地であり、二国間の歴史は300年以上に及ぶ。サハラ以南フランス領植民地の基地としての役割を担い、フランスとの緊密な関係を維持したセネガルには、他の旧植民地諸国と比較しても、教育のみならずあらゆる分野にフランスの影響が色濃く残っている。独立時より一貫して問われ続けた教育分野での課題は植民地時代のフランス式のエリート教育からの脱却であった。教育改革はその必要性を最も強く認識した教師や生徒から生じたもので、彼らが組織するストライキやデモ等の実力行使、会議等が先行し、政府がそれを受け入れるという形で進められた。なかでも1981年に開かれた国民会議「教育と訓練に関する三部会」では国民のコンセンサスとして「初等教育の完全普及」等の提言がなされ、以後の政府の政策決定に大きな影響を及ぼすことになった。しかし、政府は民衆の提言を受け入れるジェスチャーは示したものの、改革の主体が政府に移ると、実施に際し内容が改変され、長期のテスト期間を設け実施が先送りされ、独立から40年がたった現在でも「セネガルの現実に即した教育」は遅々として進んでいない。また1997年から施行されている地方分権化でも教育財源の逼迫から十分な成果があげられていない。

しかし、2000年4月にはダカールで「世界教育フォーラム」が開催され、女子教育、識字率・就学率向上等についての討議がなされたり、幼児担当省が11月に設けられたりして、教育向上に向けての動きも見られている。

2) 就学前教育の現状

セネガルの教育制度については図2-1にあるように6-4-3制であり、基本的には植民地時代からのフランス式教育制度を踏襲している。3歳から5歳の子どもを対象とした3年間の就学前教育、6年間の初等教育、そして4年間の前期中等教育を基礎サイクルと定めている。このうち、初等教育のみが義務教育となっている。なお、就学前教育を除き、公立校では授業料を徴収していない。

就学前教育の各州の現状については表2-2及び2-3に示すとおりである。1999/2000年度の施設数は356校でそのうち私立が263校となっている。児童数は25,392人、うち私立が17,571人と69%が私立の施設に通っている。最近まで政府は財源の問題もあり就学前教育施設の建設を見合わせていて、主に政策決定、カリキュラム作成、教員養成、施設の監督・指導のみを行っていた。なお、就学前教育では公立校でも授業料を徴収している(初等教育、前期中等教育の公立校では授業料は徴収していない)。

表 2 - 2 州別 就学前教育児童数 (1999/2000)

州 (Region)	児童数 (人)		
	男児	女児	計
ダカール	5,627	5,761	11,388
ジガンシヨール	1,373	1,219	2,592
ジュルベル	327	342	669
サン・ルイ	898	1,009	1,907
タンバクンダ	469	458	927
カオラック	540	608	1,148
ティエス	1,794	1,975	3,769
ルーガ	621	686	1,307
ファティック	323	469	792
コルダ	486	407	893
セネガル計	12,458	12,934	25,392

出所:教育省教育改革局

表 2 - 3 就学前教育 区域別施設・児童数 (1999/2000)

区 域	設立主体別 施設数(件)		児童数 (人)		
			男児	女児	計
都 市 部	公立	75	3,135	3,320	6,473
	私立	244	8,121	8,473	16,594
	小計	319	11,256	11,793	23,067
農 村 部	公立	18	674	674	1,348
	私立	19	510	467	977
	小計	37	1,184	1,141	2,325
全 国 計	公立	93	3,827	3,994	7,821
	私立	263	8,631	8,940	17,571
	計	356	12,458	12,934	25,392

出所:同前

就学前教育対象の全児童の3%しか託児所や幼稚園に通えていないが、低い就学率の理由としては、これらの施設の9割が都市部に集中していること、この種施設に通わせることのできる家庭は比較的経済的に恵まれている層に限られていること等があげられる。したがって、都市部と農村部の就学前教育環境格差が極めて大きく、施設の72%はダカール、ティエス、ジガンシヨールの3州に集中している。

74%が私立であり、園児の男女比はほぼ1:1となっている。1988年から1997年の期間では園児数が落ち込んだことがあるが、政府が就学前教育を優先開発部門としていなかったため、公立施設の増設が停滞したことによるものである。

就学前教育に関しては、現在、幼児教育または託児活動の一環として各種のドナーが積極的に取り組んでいる。その活動内容は地域の社会開発を含めて保健、栄養、衛生面等の指導を含んで多様である。研修・訓練を受けた活動リーダーが母子への啓発を図り教育環境を地域住民とつくり上げていく参加型開発が中心であり、教育行政面からも参考になる手法といえる。

3) 初等教育及び中等教育の現状

独立当時、セネガルの初等教育就学率は27%とアフリカでは比較的高いレベルにあったが、近年の比較ではそれほど高い水準ではない。1999/2000年の統計での初等教育就学率の初級課程では68.3%(男子73.5%、女子63.3%)、高学年の中級課程になると全体で22.9%(男子28.6%、女子17.6%)となっている。中等教育への就学率は8.0%(男子10.7%、女子5.6%)にまで落ち込んでしまう(表2-4~2-9参照)。

初等教育就学率は年々上昇してきてはいる。これは我が国や世銀等のドナーによる教室の建設や教員の養成・雇用の増加、1994年から再開された2部制クラス、女子の就学促進プロジェクトのための広報活動や20の地区に限定した重点的なキャンペーン等の成果と考えられる。また、教育環境が年々整備されてきたことも見逃せない点である。すなわち、生活環境、水へのアクセスや保健衛生、更には親の意識が少しずつ改善され、児童が学校に通えるようになったことも大きい。

表2-4 州別 初等教育生徒数及び就学率 (1999/2000年度)

州 (Region)	生徒数(人)			就学率(%)		
	男児	女児	計	男児	女児	計
ダカール	156,194	147,140	303,334	88.9	83.6	86.3
ジガンショール	53,345	42,688	96,033	105.6	92.1	99.1
ジュルベル	32,203	27,067	59,270	44.9	36.1	40.6
サン・ルイ	55,829	54,735	110,564	76.2	74.2	75.2
タンバクンダ	35,104	25,901	61,005	88.2	64.6	76.3
カオラック	51,375	42,782	94,157	48.6	40.0	44.3
ティエス	82,809	72,705	155,514	74.1	65.2	69.6
ルーガ	29,528	23,710	53,238	63.5	48.7	55.9
ファティック	41,723	35,188	76,911	57.1	51.6	54.9
コルダ	60,121	37,605	97,726	91.5	61.1	76.6
セネガル計	598,231	509,521	1,107,752	73.5	63.0	68.3

出所:教育省教育改革局

表 2 - 5 初等教育 区域別・主体別生徒数 (人)

区 域	設立主体	生徒数(1999/2000)		
		男児	女児	計
都 市 部	公立校	259,658	242,415	502,703
	私立校	53,121	48,124	101,245
	小計	312,779	290,539	603,318
農 村 部	公立校	275,873	212,415	488,288
	私立校	9,539	6,532	16,071
	計	285,412	218,947	504,359
計	公立校	535,531	454,865	990,396
	私立校	62,660	54,656	117,316
	計	598,191	509,521	1,107,712

出所:同前

ここで示した各種の統計数値に現われているように就学率には男女の格差がある。また、各州(地域)間でもおよそ10%前後の格差がある。初等教育中級課程でも同様の傾向が見られる。少しずつ格差は減少していく傾向にはあるが、まだ様々な要因が介在しており、格差の是正には時間が必要となっている。

表 2 - 6 州別 前期中等教育生徒数及び就学率 (1999/2000 年度)

州 (Region)	生徒数(人)			就学率(%)		
	男児	女児	計	男児	女児	計
ダカール	42,516	36,094	78,610	43.4	32.0	37.3
ジガンシオール	11,903	5,462	17,365	47.0	25.2	36.9
ジュルベル	4,605	2,536	7,141	13.8	7.0	10.2
サン・ルイ	7,240	4,322	11,562	20.9	11.0	15.6
タンバクンダ	3,276	1,511	4,787	16.7	6.9	11.6
カオラック	8,806	4,728	13,534	20.3	9.7	14.7
ティエス	16,930	11,527	28,457	30.3	21.0	25.7
ルーガ	4,077	2,079	6,156	17.5	8.2	12.7
ファティック	6,235	3,512	9,747	23.8	13.1	18.4
コルダ	6,642	2,137	8,779	20.5	6.7	13.7
セネガル計	112,230	73,908	186,138	28.6	17.6	22.9

出所:教育省教育改革局

表 2 - 7 前期中等教育 区域別・主体別生徒数(人)

区 域	設立主体	学校数	クラス数	生徒数(1999/2000)		
				男児	女児	計
都 市 部	公立校	162	2,137	72,607	44,308	116,915
	私立校	224	1,275	27,506	24,532	52,036
	小計	386	3,412	100,113	68,840	168,953
農 村 部	公立校	58	387	11,213	4,447	15,660
	私立校	11	36	904	621	1,525
	計	69	423	12,117	5,068	17,185
計	公立校	220	2,524	83,820	48,755	132,575
	私立校	235	1,311	28,410	25,153	53,563
	計	455	3,835	112,230	73,908	186,138

出所:同前

州での格差の点で、最も就学率の高いのはダカール州とジガンショール州で、それぞれ 86.3%、99.1%であり、逆に低いのはジュールベル州で 40.4%となっている。しかし、1995 年当時と比較してみると、当時は 50%未満であった州は 6 州あったが、いまではカオラック州とジュールベル州の 2 州だけとなっている。こうした地域格差の原因として考えられることの 1 つは宗教的要因である。ジュールベル州、カオラック州は国内でも最もイスラム色の濃い地域で、イスラム教徒の人口に占める割合は 99%を超えており、しかも他の州に比較してムーリッド教団信徒が多くなっている。ジュールベル州にはムーリッド教団の本拠地があり、イスラム教団のなかでも最も保守的といわれるこの教団は、宗教色を排した「フランスの学校」に根強い不信感をもっている。そのため、子どもをイスラム学校(コーラン学校)に通わせる親も多くなっている。逆に地域的な紛争があるにもかかわらず最高の就学率となっているジガンショール州は、セネガルでもキリスト教の影響が強い州であり、植民地時代より宣教師と住民により学校建設が盛んに行われてきたという歴史をもっている。

表 2 - 8 州別 後期中等教育生徒数及び就学率 (1999/2000 年度)

州 (Region)	生徒数(人)			就学率(%)		
	男児	女児	計	男児	女児	計
ダカール	15,122	12,529	27,651	16.6	12.0	14.1
ジガンシヨール	4,761	1,729	6,490	24.8	8.8	16.7
ジュルベル	1,258	545	1,803	4.3	1.6	2.8
サン・ルイ	2,175	1,174	3,349	7.0	3.1	4.9
タンバクンダ	785	284	1,069	4.0	1.2	2.5
カオラック	3,053	1,283	4,336	7.5	2.6	4.8
ティエス	5,665	3,385	9,050	13.1	7.1	10.0
ルーガ	1,010	523	1,533	4.9	2.0	3.3
ファティック	1,176	549	1,725	5.9	2.3	4.0
コルダ	1,581	396	1,977	6.0	1.3	3.5
セネガル計	36,586	22,397	58,983	10.7	5.6	8.0

出所:教育省教育改革局

都市部、農村部での就学率の格差は依然としてある。一般的に農村部では学校の密度が都市に比べて低く、ダカール等ではほとんどの生徒の通学距離が1km ぐらいと近距離であるのに、農村部では7km を超える生徒も珍しくない。このほかにも生活環境の要因もあり、農村部では子どもが農作業をするのが日常となっていたり、十分な飲料水や食料が確保できていないために通学できないケースもある。家庭が貧しいため学校に行くことをあきらめなければならないという子どももいる。また、親の考え方が保守的で教育を受けること自体をよく思っていないなどの理由が特に農村部では顕著な例としてあげられる。

表 2 - 9 後期中等教育 区域別・主体別生徒数 (人)

区 域	設立主体	学校数	クラス数	生徒数(1999/2000)		
				男児	女児	計
都 市 部	公立校	46	1,282	30,137	17,119	47,256
	私立校	63	386	6,191	5,136	11,327
	小計	109	1,668	36,328	22,255	58,583
農 村 部	公立校	2	13	258	142	400
	私立校	—	—	—	—	—
	計	2	13	258	142	400
計	公立校	48	386	30,395	17,261	47,656
	私立校	63	386	6,191	5,136	11,327
	計	111	772	36,586	22,397	58,983

出所:同前

4) ノン・フォーマル教育の現状

セネガルにおけるノン・フォーマル教育について大別すると、識字教育、コミュニティ・スクール、コーラン学校、それに幼児、就学前の児童を対象とした教育活動がある。識字教育は伝統的に NGO や青年組織、婦人団体によってなされ、1995 年には 94 の団体が約 10 万人を対象に識字教育を行っていた。都市部ではフランス語を、農村部では国民語を用いて、特に機能的識字（職業と関連づけた読み書き、計算）や成人基礎教育（保健衛生や栄養等の女性の関心を引く学習項目と識字を組み合わせたもの）が進められている。1995 年の成人非識字率は男性 57.0%、女性 76.8%となっていた。政府は「識字運動 10 年計画 1995-2005」を策定し、非識字率を毎年 5%減少させていき、2005 年には 30%のレベルにまで下げるとしている。この計画は特に女性に重点を置き、地域間格差も是正していく方向で進められている。1997 年、識字教育センターは 16,039 人が受講した。教室数は 5,300 になり、15 歳以上の非識字者 240 人の 6.7%にあたるものであった。ドナー等の参入も始まり、セネガルにおける識字教育は活発になりつつあるといえる。しかし、以下の課題もあり、対策が急がれている。

ア 女性のニーズを反映したプログラムの作成

イ 教授法等の技術面でのサポート

ウ 実施済みプログラムの評価とフィードバックシステムの確立

エ ポスト識字教育への対応

コミュニティ・スクールは地域住民や NGO によって運営されており、9 歳から 14 歳までの非就学児童や公立教育からドロップ・アウトした子どもを対象とした基礎教育の場となっている。1997 年には 4,001 人の生徒が受け入れられた。教育内容、時間割はかなりフレキシブルに組み、生活のリズムに合わせて行われている。主に実践的な職教育を国民語とフランス語で 4 年間行う。このコミュニティ・スクールの 95%が教育インフラの整備されていない農村部にあり、教育サービス提供の地域格差の是正に貢献しているといえる。

コーラン学校はセネガルにおいて極めて特色を有するものである。国民の 80%がイスラム教徒であるという背景のなかで、コーラン教育を受けることは自然な習慣でもある。一般通常のコーラン学校は住み込みではなく、子どもたちは地域のコーラン学校に通い、コーランを学習する。ここで子どもはイスラム教徒として知識を学び、公立教育機関ではなされない宗教教育を受ける機会ともなっている。このようなところでは女兒も通えるようになっている。一方、農村部で多く見られるコーラン学校は男子を対象としてイスラムの教え、伝統、行儀作法を共同生活を行いながら学んでいくものである。しかし、子どもたちを住み込ませて農作業や物乞いをさせたりするマラブー（イスラム教の導師）もあり、全国にこのような子ども（タリベと呼ばれる男児）が数十万人いるともいわれ、社会問題になっている。

幼児教育は、ドナー機関による地域開発プロジェクトや NGO が農村開発を進めていく過

程のなかで、保健、衛生・栄養改善の普及、水供給と併せて生活環境改善に向けたものとなっている。働く母親を助けていくための子どもの託児の場であったり、就学前の生活訓練の機会ともなっている。地域住民が共同で収入向上のためのマイクロ・クレジットを運営したり、教育を受ける機会を逸した10代の女性に職業技術をもたせるための組織をつくったりと、自立発展に向けての努力がなされている。

ノン・フォーマル教育が果たしている役割はフォーマル教育を補完するものである。例えば識字教育では、経済的な理由で公的教育の機会を失った人、男女の役割の違いから女性には教育は必要ないという保守的な意識や社会通念を打ち破って社会参加をする人、収入向上をめざし、仕事に熟達していく人のためのものである。コミュニティ・スクールはドロップ・アウトしてしまった生徒や職業につくための技術習得を望む人のためのものである。コーラン学校はまさにイスラム教の教義を学んでいくもので、フォーマル教育機関では学べないものである。農村地域での託児・幼児教育は様々な公的サービスへのアクセスが欠けている状況を打開していくため、住民が主体となった地域開発をサポートしていくものである。このように十分な教育環境を整えることができない教育行政の下ではノン・フォーマル教育の果たす役割は格段に大きくなっている。

今後、教育の問題を考えていくにあたっては、フォーマル教育とノン・フォーマル教育の連携を図っていくことが必要である。フォーマル教育を担う行政側の業務内容には州や県レベルで視学官を置いて教育の状況に関して把握しておくという項目があり、課題や情報がある程度集積されている。それらの課題、情報をフォーマル、ノン・フォーマル両セクター間で共有し、教育政策に反映させていくことは十分に可能であろう。また、ノン・フォーマル教育セクターの主たる担い手であるNGOもセネガルのNGO連合体組織であるCONGADを中心に教育分野への働きかけを積極的に進めており、ストリート・チルドレンの実情や貧困状況に関してもNGO間で調査・協議し、改善のための若干のプロジェクトが実施されてきている。2000年4月にダカールで開催された「世界教育会議」にはNGOの代表も出席し、青少年教育、成人教育について発言し、セネガル政府教育省にも積極的な働きかけを行った。現在、セネガルには300ほどのNGOが存在しており、NGO同士での定期的な集会ももたれ、情報の共有もなされている。これらの連合組織であるCONGADの支部も各州にあって行政機関との連携も難しいことではない。地方レベルには調整・地方委員会や県委員会組織があり、NGOも構成メンバーになっている。民間セクターの有効活用は、セネガルのように公共部門の財政基盤も行政能力も脆弱な国家では必須の課題でもあるので、今後ますますの連携強化が期待される。

表2-10 州別 初等教育・前期中等教育 落第者数(1999/2000)

州 (Region)	区 域	初等教育 落第者数(人)			前期中等教育 落第者数(人)		
		男児	女児	計	男児	女児	計
ダカール	都市部	21,537	19,329	40,866	5,411	4,663	10,074
	農村部	802	731	1,533	44	24	68
	計	22,339	20,060	42,399	5,455	4,687	10,142
ジガンシヨール	都市部	3,465	3,239	6,704	1,404	808	2,212
	農村部	4,651	3,443	8,094	331	187	518
	計	8,116	6,682	14,798	1,735	995	2,730
ジュルベル	都市部	17,849	14,842	32,691	564	360	924
	農村部	2,063	1,494	3,557	51	51	102
	計	19,912	16,336	36,248	615	411	1,026
サン・ルイ	都市部	3,804	3,473	7,277	883	581	1,464
	農村部	3,548	3,256	6,804	60	30	90
	計	7,352	6,729	14,081	943	611	1,554
タンバケンダ	都市部	1,650	1,321	2,971	331	170	501
	農村部	1,782	1,176	2,958	32	10	42
	計	3,432	2,497	5,929	363	180	543
カオラック	都市部	3,878	3,685	7,563	1,200	872	2,072
	農村部	3,238	2,177	5,415	108	32	140
	計	7,116	5,862	12,978	1,308	904	2,212
ティエス	都市部	7,166	6,583	13,749	2,124	1,653	3,777
	農村部	6,074	4,855	10,929	280	203	483
	計	13,240	11,438	24,678	2,404	1,856	4,260
ルーガ	都市部	1,758	1,633	3,391	592	322	914
	農村部	2,221	1,642	3,863	60	36	96
	計	3,979	3,275	7,254	652	358	1,010
ファティック	都市部	3,609	2,966	6,575	533	406	939
	農村部	3,910	3,167	7,077	290	166	456
	計	7,519	6,133	13,652	823	572	1,395
コルダ	都市部	2,240	1,985	4,225	595	258	853
	農村部	5,095	2,725	7,820	166	45	211
	計	7,335	4,710	12,045	761	303	1,064
セネガル国 合 計	都市部	66,956	59,056	126,012	13,637	10,093	23,730
	農村部	33,384	24,666	58,050	1,422	784	2,206
	合計	100,340	83,722	184,062	15,059	10,877	25,936

出所:教育省施設局

表2-11 州別 教員数

州 (Region)	設立 主体	教員数 (人)
ダカール	公立	3,812
	私立	2,278
	計	6,090
ジガンシヨール	公立	1,493
	私立	133
	計	1,626
ジュルベル	公立	1,189
	私立	131
	計	1,320
サン・ルイ	公立	2,206
	私立	65
	計	2,271
タンバケンダ	公立	1,359
	私立	59
	計	1,418
カオラック	公立	2,222
	私立	120
	計	2,342
ティエス	公立	2,646
	私立	293
	計	2,939
ルーガ	公立	1,459
	私立	86
	計	1,545
ファティック	公立	1,528
	私立	125
	計	1,653
コルダ	公立	1,962
	私立	32
	計	1,994
セネガル国 合 計	公立	19,876
	私立	3,322
	合計	23,198

出所:教育省施設局

表2-12 州別 2部制クラス受講生・複式クラス生徒数(初等教育)

州 (Region)	設立 主体	2部制クラス受講生数				複式学級生徒数			
		クラス数	男子	女子	計	学級数	男子	女子	計
ダカール	公立	798	41,638	38,260	79,898	—	—	—	—
	私立	—	—	—	—	10	76	121	197
	計	798	41,638	38,260	79,898	10	76	121	197
ジガンシヨール	公立	299	16,231	14,064	30,295	67	2,298	2,820	5,118
	私立	—	—	—	—	5	87	198	285
	計	299	16,231	14,064	30,295	72	2,385	3,018	5,403
ジュルベル	公立	126	6,253	6,114	12,367	42	634	982	1,616
	私立	—	—	—	—	2	19	20	39
	計	126	6,253	6,114	12,367	44	653	1,002	1,655
サン・ルイ	公立	202	10,435	10,016	20,451	59	1,395	1,307	2,702
	私立	1	74	43	117	—	—	—	—
	計	203	10,509	10,059	20,568	59	1,395	1,307	2,702
タンバクンダ	公立	159	7,811	6,415	14,226	25	465	690	1,155
	私立	—	—	—	—	5	102	242	344
	計	159	7,811	6,415	14,226	30	567	932	1,499
カオラック	公立	134	6,854	6,696	13,550	104	1,529	2,155	3,684
	私立	—	—	—	—	3	22	22	44
	計	134	6,854	6,696	13,550	107	1,551	2,177	3,728
ティエス	公立	408	21,593	20,506	42,099	43	952	1,183	2,135
	私立	—	—	—	—	8	116	154	270
	計	408	21,593	20,506	42,099	51	1,068	1,337	2,405
ルーガ	公立	59	2,849	2,487	5,336	38	592	811	1,403
	私立	—	—	—	—	—	—	—	—
	計	59	2,849	2,487	5,336	38	592	811	1,403
ファティック	公立	82	4,128	3,844	7,972	47	937	1,201	2,138
	私立	—	—	—	—	5	88	103	191
	計	82	4,128	3,844	7,972	52	1,025	1,304	2,329
コルダ	公立	142	7,803	5,485	13,288	74	1,487	2,553	4,040
	私立	—	—	—	—	—	—	—	—
	計	142	7,803	5,485	13,288	74	1,487	2,553	4,040
セネガル国 合 計	公立	2,409	125,595	113,887	239,482	499	10,289	13,702	23,991
	私立	1	74	43	117	38	510	860	1,370
	合計	2,410	125,669	113,930	239,599	537	10,799	14,562	25,361

出所:教育省教育改革局

3 保健分野の現状と課題

(1) 保健行政

1) 保健省

セネガルにおいて国レベルで保健行政をつかさどるのは、保健省 (Ministère de la Santé) である。1990～1998年は保健社会活動省という名称であったが、1998年12月2日付けの政令に基づき、社会活動局を分離し、組織改編を行い、現在の形となった。保健省の組織図を図2-3に示す。

保健省において、子どもの健康状態という点で特に関連性が高いと思われるのは、保健局 (Direction de la Santé, DS) の栄養部 (Service National de l'Alimentation et de la Nutrition, SNAN)、リプロダクティブヘルス部 (Service National de Santé de la Reproduction, SNSR)、プライマリヘルスケア部 (Division des Soins de Santé Primaires)

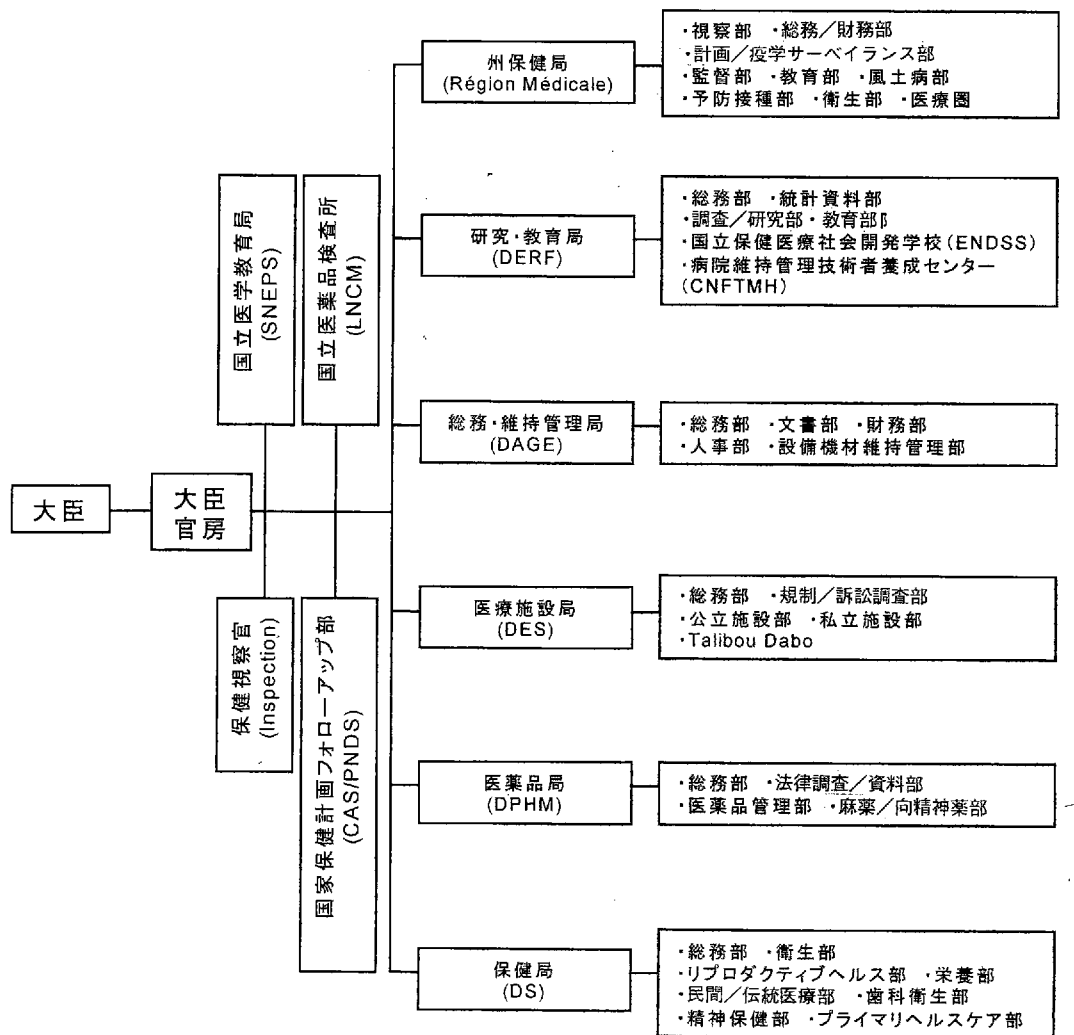


図 2 - 3 保健省 組織図
(資料) 保健省より入手

である。また、日本に無償資金協力を要請している国立保健医療社会開発学校 (ENDSS) は、研究・教育局の下に位置づけられている。

2) 地方保健行政

近年、セネガルの保健行政も地方分権化が進んでいる。州病院以下の医療施設については、各州の保健局 (Région Médicale) が管轄し、州レベルで保健計画の策定も行う。これは、各州の優先課題及び策定にあたって保健省本省より示される重点項目に基づいて行われる。州保健局には、本省より視察官 (Inspection) が派遣される。

各州は、複数の医療圏 (District Sanitaire) に分けられる (図 2 - 4)。セネガルの国土は 10 州 (Région) に分けられており、各州は 3 県 (Département) に分割されている。各県はいくつかの郡 (Arrondissement) 及び市 (Commune) をもち、さらに農村レベルでは、複数の村が集まり農村コミュニティ (Communauté Rurale) を形成している。医療圏は基本的に県

出される。委員会は施設運営に関して定期的に会合を行い、年間の運営計画や予算を策定している。

地域によっては、一医療圏一委員会というところもある。例えば、ダカールのある医療圏では、そこに含まれる保健センター（CS）と保健ポスト（PS）の運営委員会のメンバーは同一であった。そこで、例えば医薬品の購入に関して保健センターと保健ポスト両方の分を一括して行い、保健センターに保管しておき、保健ポストは定期的に保健センターに医薬品の購入に来るという方法をとっている。

（２）保健計画

１）第９次経済社会開発計画

セネガルでは現在第９次経済社会開発計画（Plan d’Orientation pour le Développement Économique et Social 1996-2001, IXe Plan）を実施している。これは1996～2001年の６年をカバーするものであり、競争力の強化と人材育成を中心に掲げている。主要な政策は以下の10項目である（表２－13）。

表２－13 第９次経済社会開発計画の主要政策

1.	健全な競争と良好な投資環境整備のための規制適正化
2.	西アフリカ地域内及び国際協力の強化
3.	民間部門及びNGO活動の推進
4.	多様なニーズに対応可能な金融環境の整備
5.	行政サービス及び基本インフラの質向上
6.	地域の発展と統合の強化
7.	教育システムの改善、特に技術教育及び基礎教育
8.	情報へのアクセス及びコミュニケーションの強化
9.	人材育成の強化と弱者への配慮
10.	持続可能な発展のための適切な環境改善

（資料）Ministère de l’Économie, des Finances et du Plan(1996)Plan d’Orientation pour le Développement Économique et Social 1996-2001(IXe Plan)

このなかで保健分野に関連する事項としては、「9. 人材育成の強化と弱者への配慮」において、予防医学、リプロダクティブヘルス、母子保健、家族計画、及び医療施設の独立採算の推進を優先課題としている。

２）国家保健計画

保健省は、セネガルの保健分野における様々な問題に対処すべく、1998～2007年の10年間をカバーする国家保健計画（Plan National de Développement Sanitaire PNDS）を策定し、その実施にあたっている。

PNDS では、最も優先的に対処すべき問題として、以下の 7 点をあげている。

1. 高い乳幼児死亡率
2. 高い妊産婦死亡率
3. 高い合計特殊出生率
4. 青少年の健康への脅威
5. STD/AIDS を含む感染症・熱帯病の蔓延とその経済的インパクト
6. 慢性疾患の増大
7. 特に社会的弱者を中心とする貧困の拡大

PNDS が目標とするものは、死亡率・罹患率の低下、社会問題の減少をもって、住民の健康及び生活の改善を達成することである。そのために、以下に述べる 11 の戦略を掲げている。

ア 保健分野の法的・制度的改革（いわゆる保健改革）

- ・保健省組織再編
- ・新病院法の制定、病院の独立採算強化
- ・国家医薬品供給センター（Pharmacie Nationale d'Approvisionnement）への独立採算性導入

イ サービスへのアクセス改善

- ・保健ポスト（PS）245 か所の新設、166 か所の改修
- ・保健センター（CS）2 か所の新設、45 か所の改修・機材整備
- ・ファティック州病院及びコルダ州病院新設、ジュルベル、ジガンショール、ルーガの各州病院改修及び拡張
- ・ダンテック、ファン、アルベール・ロワイエ、チャロイ各国立病院改修、拡張、機材整備

ウ 診断及び治療の質改善

- ・各医療施設レベルにおける最小活動パッケージの設定及び技術レベルの向上
- ・必須医薬品の利用可能性増大
- ・血液銀行の近代化
- ・国立整形外科センター（Centre National d'Appareillage Orthopédique , CNAO）及びタリブ・ダボ・センターの強化

保健ポスト及び保健センターの活動パッケージを以下に示す。

保健ポスト	保健センター
簡単な診断及び治療（往診を含む）	保健ポストの活動パッケージ
妊産婦検診	複雑な分娩
乳幼児検診	救急医療
予防接種	救急手術
給食	臨床検査
家族計画	画像診断
保健カーズの監督	

エ 人材育成

- ・ 5 年間で 216 名の専門医、414 名の看護婦・士もしくは助産婦、等の育成
- ・ 年に 250 名ずつの保健医療スタッフ雇用
- ・ 人材の再配置

人材育成については、「国家人材育成計画」の項で述べる。

オ リプロダクティブヘルスの強化

- ・ 国家リプロダクティブヘルスプログラム（Programme National de Santé de la Reproduction ,PNSR）の実施

PNSR は、0 ～ 4 歳の乳幼児、出産可能年齢の女性、青少年をターゲットとしており、その目標は以下の 12 項目である。

乳幼児の健康に関する目標値

- 生後 11 か月までの乳児に対する予防接種カバー率 80%を達成する
（三種混合、BCG、麻疹、黄熱病）
- 5 歳未満児の下痢による死亡を 40%、罹患を 20%減少させる
（経口補液療法の利用 80%を達成）
- 5 歳未満児の重度栄養失調児比率を 25%以下に、中程度栄養失調児比率を 30%以下に下げる
（母乳栄養の促進）
- 欠乏症の有病率を 50%低下させる
（食塩のヨード添加、ビタミン A 補給）

女性の健康に関する目標値

- 妊産婦検診の受診率を 80%まで上げる

専門のトレーニングを受けた介助者を伴う出産の比率を 80%まで上げる

産後検診の受診率を 50%まで上昇させる

避妊法の実施率を 20%まで引き上げる

不妊手術の比率を 50%低下させる

青少年の健康に関する目標値

妊娠中絶の比率を 50%下げる

女性の割礼の比率を 50%下げる

女性に対する暴力行為を減少させる

保健省はこれらの目標を達成するために、保健サービスの質向上、サービスの需要及びアクセス増大、ターゲットグループ(母子及び青少年)の社会経済環境の改善、リプロダクティブヘルスに関連する保健スタッフの教育、が必要としている。

カ 疾病コントロール及び疫学サーベイランスの強化

- ・総合的な疾病対策(マラリア、住血吸虫症、オンコセルカ症、等)の構築
- ・疾病情報システムの構築
- ・疾病対策のための組織強化

キ 衛生・下水・IEC 活動の推進

- ・環境改善、食料品の品質改善、水へのアクセス改善、排泄物処理システムのカバー率上昇
- ・これらを実施するための NGO・自治体の協力とそのコーディネーション
- ・国家 IEC 計画の実施：人材育成、組織強化、コミュニケーション促進、アドボカシー、社会的支援、ソーシャルマーケティング、調査・研究

ク 民間部門及び伝統医療への支援

- ・民間部門、及び伝統医療との協力関係の発展

ケ 研究・開発

- ・特にマラリアや AIDS 対策、家族計画、妊産婦検診の利用率上昇に向けて

コ 貧困家庭及び社会的弱者の生活改善

- ・ターゲットとなるのは、困難な状況に置かれている子ども(CEDC)、身体障害者、老人等
- ・ターゲットグループの状況調査、IEC 活動、必要となる施設建設及び人材育成等

サ 組織強化

- ・保健省本省の組織改編
- ・病院長、事務長の教育コース設置
- ・自治体以下の行政レベルに対する保健管理教育

3) 保健総合開発計画

保健総合開発計画 (Programme de Développement Intégré de la Santé, PDIS) は、PNDS をより具体化したもので、1998 ～ 2002 年の 5 年間をカバーする。PDIS においては、5 歳未満児死亡率の低下、妊産婦死亡率の低下、合計特殊出生率の低下、貧困家庭及び社会的弱者の生活改善、の 4 点を特に重点目標としている。

PNDS に掲げられた 11 の戦略のなかで、子どもの基礎生活改善という観点から特に重要なのは 5 番目「リプロダクティブヘルスの強化」であり、以下のとおり具体的な活動が述べられている。

「5 .リプロダクティブヘルスの強化」

妊産婦対策、乳児への予防接種及び下痢対策、青少年対策、家族計画推進、等様々な活動から成るリプロダクティブヘルスへの取り組みをコーディネートする

学際的チームを結成し、リプロダクティブヘルスのトレーナーの教育を行う

保健ポスト及び医療圏レベルでのリプロダクティブヘルス教育の充実

リプロダクティブヘルスに関する情報システムを構築する

保健ポストレベルでの子どもへの総合的疾患対策 (Prise en Charge Intégrée de Maladies de l'Enfant PECIME) : 成長モニタリングの際に、一気に下痢、急性呼吸器感染症、マラリア、栄養失調対策を併せて行うもの

...etc.

また、PDIS の 5 年間の投資計画は表 2 - 14 のとおりである。

表 2 - 14 PDIS の投資計画

(単位 : 百万 FCFA)

	国家	自治体	保健委員会	海外援助	合計
施設・機材	10,677	1,832	0	47,505	60,014
運営費	49,131	6,410	22,655	19,325	97,521
人件費	63,672	4,697	2,210	1,000	71,579
合計	123,480	12,939	24,865	67,830	229,114

(資料) Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (1997)
PDIS 1998 - 2002

4) 国家人材育成計画

国家人材育成計画 (Plan National de Formation, PNF) は、セネガルの保健分野におけるニーズに見合った人材を増やし、質の高い保健サービスの供給に資することを目的とする。これを達成するために、保健分野へ輩出される人材と現場のニーズとの調整 (どの専門分野

で何人不足しているのか）カリキュラムの調整、教員の能力向上等を図ることとしている。保健省の責任分担に関しては、人材を育成するのは研究・教育局（DERF）であり、育成された人材の雇用は（本省で雇う場合）総務・維持管理局（DAGE）である。したがって、両者の緊密な連携が不可欠となる。

PNF において特にプライオリティの高いのは、以下のとおりである。

新規の人材育成

ダカール大学医学部における医師、薬剤師、歯科医師の育成

ENDSS をはじめとする教育機関における、保健人材育成

医学部のカリキュラム改訂

教員の能力向上

継続研修

- 継続研修のカリキュラム開発
- 総合的な診断・治療を行うべきスタッフの能力向上

とりわけ、以下の分野

- * リプロダクティブヘルス
- * 疫学サーベイランス及び疾病対策
- * IEC 及び衛生活動
- * 保健医療管理

PNF はやや具体性に欠けるきらいがある。例えば、上記の継続研修の担い手について、どこが主たる役割を果たすか等具体的な記述がない。しかし、保健分野のスタッフ養成機関は医師（ダカール大学）、パラメディカル（ENDSS）とも極めて限られているため、これらの体制整備には高いプライオリティが置かれるべきである。

1998 ～ 2002 年における各分野の育成目標と、2000 年までの実績は表 2 - 15 のとおりである。これを見ると、ENDSS において教育を行うことになっている衛生関連の技師及び看護婦・士もしくは助産婦の育成が大きく遅れをとっていることが分かる。とりわけ看護婦・士及び助産婦は、保健省の基準によると保健ポスト（PS）の運営及び周辺の保健カーズにおける運営状況のチェックにおいて中心的な役割を果たすことになっている。さらに、保健省は PNDS において、末端部の保健サービスのカバー率を向上させるため、全国に新たに保健ポストを 245 か所建設することを計画している。このことを考えると、看護婦・士もしくは助産婦育成の遅れはより深刻な状況と理解することができる。

表2-15 PNFの目標及び実績

専門分野	PNF目標 2002年まで(A)	人材育成の実績(B)			不足分 (A)-(B)
		97/98年	98/99年	99/00年	
小児科医	30	10	10	4	6
産婦人科医	15	8	10	5	-8
麻酔科医	10	4	4	3	-1
外科医	20	10	8	4	-2
放射線医	10	2	2	2	4
臨床検査医	10	0	0	10	0
感染症専門医	10	1	1	8	0
眼科医	8	2	2	1	3
寄生虫学専門医	40	1	4	1	34
細菌学専門医	10	1	4	5	0
放射線療法医	2	1	0	1	0
消化器科医	2	1	1	0	0
公衆衛生医	40	0	15	15	10
循環器科	3	3	0	0	0
薬剤視察官	3	2	2	0	-1
一般医	60	46	55	40	-81
薬剤師	27	15	15	5	-8
歯科医	26	25	25	5	-29
衛生士	17	0	0	0	17
衛生工学士	10	0	0	12	-2
衛生工学上級技師	30	0	3	10	17
衛生係	17	0	7	3	7
排水設備技師	600	0	18	20	562
衛生技師	200	0	0	0	200
看護婦・士もしくは助産婦	414	47	38	55	274
歯科技工士	30	5	5	5	15
薬剤師補	50	4	7	5	34
医療事務	41	3	3	3	32
放射線技師	41	5	8	3	25
麻酔・蘇生技師	38	5	8	5	20
口腔科技師	28	3	8	3	14
臨床検査技師	39	0	8	6	25
運動療法士	20	5	8	6	1
眼科上級技師	30	5	8	6	11

(資料) Ministère de la Santé (2000), Rapport d'Exécution 1999 du PDIS

(3) 保健財源の確保

1) 保健予算及び財政

表2-16にセネガルの保健向け予算を示す。これは国家予算、各自治体の保健向け予算、保健委員会による収入(各医療施設の診療費、薬剤費等の収入)、海外からの援助をすべて加えたものである。それによると、1999年の保健向け総予算は534億FCFA(約80億円)である。項目別に見ると、投資予算は157億FCFA(約23億円)で全体の30%を占め、そのうち80%以上が海外からの援助となっている。また、人件費の90%は国家予算で賄われ、運営費は国家と海外援助がほぼ同じ割合となっている。

国家予算に占める保健向け予算の割合は、1980～1996年まで5%前後で推移していたが、1997～2000年は8%前後を確保している(図2-5)。また、保健向け予算のGDP比は1996～1998年において2.6%で、サブサハラ地域の平均とはほぼ同じである。

表2-16 セネガルの保健向け予算

(1999年、単位：百万FCFA)

項目	出所	国	自治体	保健委員会	海外援助	合計	%
土木・建築		1,010.00	284.00	0.00	9,333.69	10,627.69	19.91%
機材		670.03	622.70	80.00	3,731.03	5,103.76	9.56%
投資計		1,680.03	906.70	80.00	13,064.72	15,731.45	29.48%
維持管理		902.46	0.00	0.00	384.05	1,286.51	2.41%
トレーニング		89.94	0.00	31.00	1,630.33	1,751.27	3.28%
その他		10,681.26	941	2,623.40	8,683.89	22,929.89	42.96%
運営計		11,673.66	941.34	2,654.40	10,698.27	25,967.67	48.65%
人件費		10,699.74	673.06	130.20	169.89	11,672.89	21.87%
合計		24,053.43	2,521.10	2,864.60	23,932.88	53,372.01	100.00%
%		45.07%	4.72%	5.37%	44.84%	100.00%	

(資料)Ministère de la Santé (2000) Rapport Financier PDIS 1999

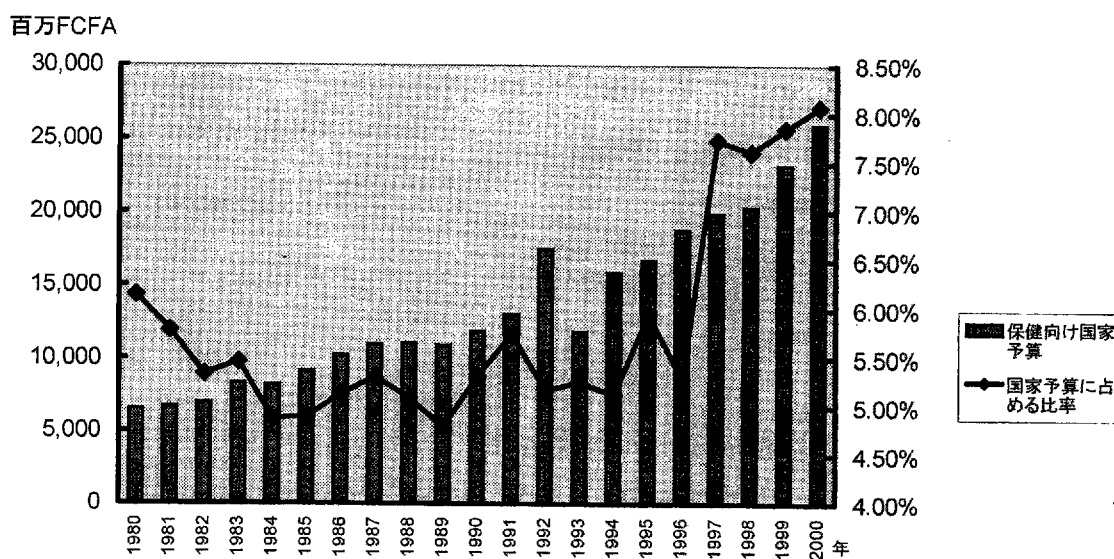


図2-5 セネガルの保健向け国家予算の推移

(資料)Ministère de la Santé (2000) Rapport Financier PDIS 1999

Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (1998) Statistiques Sanitaires et Démographiques, Année 1996

2) 利用者負担制度について

周辺の西アフリカ諸国と同様に、セネガルにおける保健サービスは有料となっている。表2-16にもあるとおり、外来診療費、検査費、薬剤費等、患者から集められた資金は、保健予算全体の5%程度であるが、特に保健センター以下の各医療施設にとっては主要な運営資金である。

患者はまず受付にてチケットを購入し、外来診療を受ける。その後必要に応じて、臨床検査や画像診断を利用し、薬を処方されるが、医療施設はそれぞれの検査の種類や処方される薬剤の料金を設定している。料金の水準は施設によって異なる。例えば、カオラック州のある保健ポスト(PS)における外来診療費は、子ども50FCFA、大人100FCFAとされており、保健センター(CS)では大人が200～300FCFAとなっている。検査費用については、訪問し

たある施設では、500 ～ 2,000FCFA の範囲で設定されてあった。

診療費の水準は、各医療施設において組織されている運営委員会 (Comité de Gestion) によって決定されている。委員会は 10 名弱で構成され、そのメンバーは施設を利用する周辺住民によって選出され、任期は 2 年である。委員会は定期的に会合を行い、患者より集められた資金の活用方法を含めた、施設の運営方針を策定する。

表 2 - 17 に、各医療施設運営委員会の収支状況を示す。この表には、保健センター以下の施設のみならず、過去の統計には含まれていなかった州病院や大学病院の運営委員会の収支も含まれているため、過去との比較は難しい。おおむねどの運営委員会も収支は黒字であるが、どの程度国家予算によって補填されているのかは明らかでない。訪問した医療施設における聞き取りで分かる範囲では、独立採算の度合いは 50 % ～ 90 % と、施設によってまちまちである。

収入の内訳を見ると、各州とも薬剤費の占める割合が高く、外来診療費がそれに続く。支出に関しても、薬剤購入費が最も多く、それに次ぐのが人件費、運営費である。ただ、ダカールに関しては大病院が多いため、外来診療費収入、及び人件費が最も多くなっており、他の州とは様相を異にしている。ダカールでは、医療機材を購入している施設もいくつか見られた。

表 2 - 17 セネガルの医療施設運営委員会の収支状況

(1999 年、単位 : FCFA)

州	収入	支出
ダカール	4,296,531,008	2,644,889,677
ジュルベル	631,535,268	542,331,860
ファティック	290,782,164	219,935,763
カオラック	508,499,590	426,265,495
コルダ	319,418,395	276,877,256
ルーガ	471,575,187	350,101,257
サン・ルイ	775,356,140	589,211,221
タンバクンダ	389,514,411	346,558,893
ティエス	520,892,994	438,617,567
ジガンシヨール	386,898,762	355,644,239
合計	8,591,003,919	6,190,433,228

(資料) Ministère de la Santé (2000) *Rapport Financier*
PDIS 1999

利用者負担制度を導入している国が抱える共通の問題は、必ずしもすべての人が診療費を支払えるわけではなく、このことが医療施設へのアクセスを困難にしていることである。本調査において、診療費を払えない人に対する救済措置の有無に関しては確認できなかったが、保健省における調査のなかで、同省出席者より「コミュニティベースでの保険制度」の確立を進めたい旨の発言があった。これは、運営委員会ベースで一定額の資金を積み立てておいて、診療費が払えない分の補填を行うという機能を併せ持つようなものであると推測できる。

近隣諸国のなかには、既にそのようなシステムをもっているところもある。

(4) 医療施設数とリファラル体制

セネガルの医療施設に関する統計を、表2 - 18 に示す。同国の医療施設は、病院 (Hôpital) 、保健センター (Centre de Santé, CS) 、保健ポスト (Poste de Santé, PS) 、保健カーズ (Case de Santé) に分類される。

表2 - 18 セネガルの医療施設数及び病床数 (1997 年)

州	病院	保健センター (CS)	保健ポスト (PS)	PSあたりの 人口	PSがカバーする 面積 (km ²)	病床数
ダカール	7	11	108	18,632	5.09	1,294
ジュルベル	1	4	64	14,000	68.11	394
ファティック	0	6	71	9,976	111.76	473
カオラック	1	4	72	13,844	222.36	354
コルダ	0	3	66	11,671	318.35	141
ルーガ	1	5	55	9,741	530.69	387
サン・ルイ	3	4	129	6,894	342.07	865
タンバクンダ	1	4	73	6,539	816.47	308
ティエス	2	8	110	12,518	60.01	759
ジガンシヨール	1	3	47	6,466	156.15	473
計	17	52	795	110,281	247.45	5,448

(資料) Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (1998) *Statistiques Sanitaires et Démographiques, Année 1996*

Ministère de la Santé (1999) *Evaluation de la Capacité Opérationnelle des Districts Année 1997*

病院は国立病院 (Hôpital National) 、州病院 (Hôpital Régional) 、横に広いサン・ルイ州のみにある県病院 (Hôpital District) 、私立病院 (Hôpital Privé) に分かれる。国立病院はすべてダカールにあり、州病院は各州のトップリファラル施設としての機能を期待されている。現在は国立病院のあるダカールと、ファティック、コルダを除く各州にある。現在、ファティック、コルダの両州、及びダカール州ピキン市に病院建設の計画がある。このうち、ファティック州病院の建築はすべて保健省の自己資金で進められているということであったが、まだ完工していない。

各州には、複数の市 (Commune) 及び郡 (Arrondissement) から成る医療圏 (District Sanitaire) が、3 ~ 8 ある。医療圏には、少なくとも1つの保健センターが設置され、全国に52か所ある。保健センターまでは医師が配置され、20 ~ 30床の有床診療所、及び更に下位の保健ポストのリファラル施設として機能する。保健ポストでは、看護婦・士、保健婦・士もしくは助産婦が中心となって診療活動を行っており、全国に795か所設置されている。保健ポストは病床があるものとなないものに分けられ、前者は411、後者は384と、ほぼ半々である。また保健カーズはコミュニティ・ヘルスワーカー (CHW) の活動拠点として利用され、近隣の保健ポストが定期的に指導・監督を行うことになっている。保健カーズは全国に1,694か所設置されている。

保健省は人口 10,000 人あたりに 1 つの保健ポストを設置したいとしているが、1996 年においてはダカール、ジュールベル、カオラック、コルダ、ティエスの 5 州においてこの基準を満たしていない。また、保健ポストがカバーすべき面積を州別に比較を行うと、大きな格差が見られる。カバー面積が最も小さいのはダカールで、その近隣に位置するティエス、ジュールベルがこれに続く。逆に大きいのはタンバクンダ及びルーガで、これら 2 州の保健ポストはそれぞれダカールの 160 倍、100 倍の面積をカバーしなくてはならない。

セネガルでは、ダカールにある国立病院を頂点としたリファラル体制を形成しており、それは図 2 - 6 のように表される。基本的には、患者はまず保健カーズもしくは保健ポストを訪れ、そこで対応が困難な場合に保健センター、州病院に送られる。

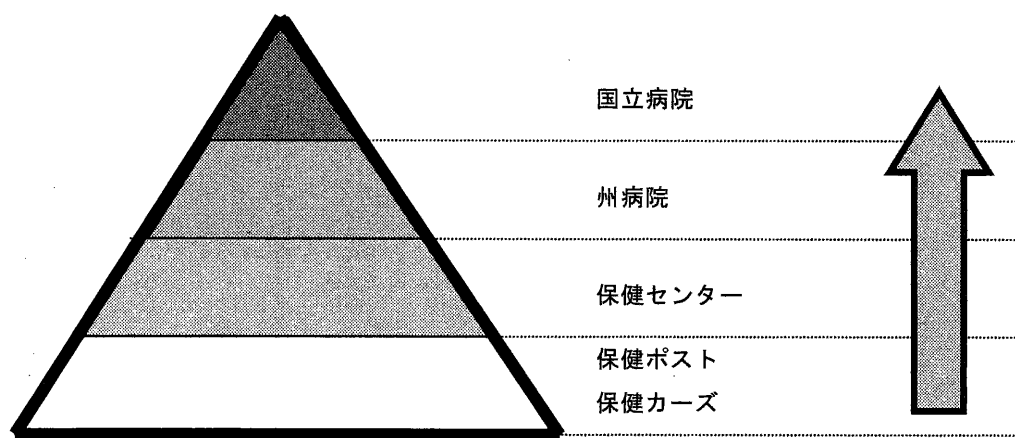


図 2 - 6 セネガルのリファラル体制

現実のリファラルの状況に関する統計はまとめられていないが、本調査において訪れたカオラック州病院の小児科では患者数がかなり多いという印象であった。これは、保健センター以下の医療施設が十分に機能しておらず、患者の信頼を得るに至っていないため、本来ならば保健センター以下で対応可能な患者も州病院に直接流れてきている状況があるものと思われる。

保健省はレベル別に医療施設の基準を定めている。例えば保健センターであれば、必ず入院棟を備えなくてはならないし、救急患者への対応や臨床検査及び放射線部門も必要となる。さらに現行の保健計画においては、保健省は保健センターを更にレベルアップさせ、救急手術への対応もできるようにしたいと考えている。

また、医療施設の人員体制に関する保健省の基準は、保健ポスト及び保健センターを例にとると表 2 - 19 のとおりである。保健省は、1997 年に医療圏レベルの施設の機能に関する調査を行ったが、その報告書のなかで保健センター 2 か所、保健ポスト 43 か所、カーズ 384 か所が機能していなかったとしている。この 2 か所の保健センターはいずれもダカール州内にあり、機能していない保健ポスト及びカーズの割合はそれぞれ 5.4%、32% である。機能していない保健ポストの多い州としては、コルダ及びサン・ルイがあげられる。

表 2 - 19 セネガルの医療施設 (保健ポスト及び保健センター) の
人員体制に関する保健省の基準

保健ポスト	人数
ポスト長(看護婦・士、保健婦・士、もしくは助産婦)	1
CHW(ポスト長の補佐)	1
事務員	1
雑用係	1
保健センター	人数
医師	2
上級技術者	1
看護婦・士もしくは保健婦・士	10
助産婦	4
看護助手	3
衛生士	1
口腔技術者	1
下水・排水技術者	1
事務・会計担当	1
TBA	3
麻酔技術者	1
薬剤担当看護婦・士	1
秘書	1
警備員	1
運転手	1

(資料) Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (1997)
Plan National de Développement Sanitaire et Social

(5) 医療従事者数

セネガルの医療従事者数は、表 2 - 20 のようにまとめられる。これを見ると、ダカール州に医療従事者が集中していることが分かる。医師の 73%、歯科医師の 77%、薬剤師の約半分、助産婦の 60%、看護婦・士の 43% がダカールで仕事をしている。ファティック及びコルダは医師数が 10 人に満たず、歯科医師はいない。薬剤師、医療技術者 (臨床検査技師、放射線技師、等)、助産婦の数も他州に比べて少ない。このほか、医療従事者の少ない州としてはルーガ及びタンバクンダがあげられる。

医師、薬剤師、歯科医師は私立の医療施設で働いているケースが多く、また医療圏 (District Sanitaire) レベルで従事する医師数は全国でもわずか 76 人である。看護婦・士、保健婦・士及び助産婦に関しては、その 6 割前後が医療圏レベルで活動を行っている (看護婦・士及び保健婦・士 1,006 人、助産婦 369 人)。

表 2 - 20 の数値を基に医師 1 人あたりの人口を計算すると 13,210 人、看護婦・士 1 人あたりの人口は 4,570 人となる。WHO は人口 5,000 ~ 10,000 人に医師 1 人、人口 300 人に看護婦・士 1 人を基準としているが、セネガルの現状はこれらのいずれにも及んでいない。

このように、ダカール州以外の特に農村部においてスタッフが不足しており、無資格の医療スタッフが診療にあたらざるをえないという状況がある。

表2-20 セネガルの医療従事者数(1996年)

州	医師数			薬剤師数			歯科医師数			医療技術者数			助産婦数			看護婦・士数		
	公	私	計	公	私	計	公	私	計	公	私	計	公	私	計	公	私	計
ダカール	153	320	473	11	167	178	4	68	72	86	0	86	334	26	360	740	64	804
ジュルベル	10	3	13	0	13	13	1	1	2	10	0	10	30	1	31	140	18	158
ファティック	7	1	8	0	6	6	0	0	0	5	0	5	20	1	21	86	12	98
カオラック	11	13	24	0	20	20	1	1	2	17	0	17	23	1	24	139	22	161
コルダ	4	1	5	0	7	7	0	0	0	3	0	3	8	0	8	91	10	101
ルーガ	9	1	10	0	9	9	0	0	0	22	0	22	15	0	15	33	15	48
サン・ルイ	25	7	32	3	20	23	1	4	5	22	0	22	28	7	35	107	24	131
タンバクンダ	9	3	12	0	10	10	0	2	2	15	0	15	13	0	13	69	11	80
ティエス	26	26	52	2	42	44	2	6	8	13	0	13	52	4	56	110	42	152
ジガンシヨール	12	8	20	0	12	12	0	2	2	6	0	6	24	1	25	115	28	143
計	266	383	649	16	306	322	9	84	93	199	0	199	547	41	588	1,630	246	1,876

(資料)Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (1998) *Statistiques Sanitaires et Démographiques, Année 1996*

(6) 保健衛生の概況

1) 主要保健指標

セネガルの主要保健指標は表2-21のとおりである。死亡率及び平均余命を見ると、同国が独立した1960年にはサブサハラ地域の平均を下回っていたが、その後の改善のペースは地域の平均を上回っていたことが分かる。しかしまだ開発途上国全体の平均には至っていない。妊産婦死亡率も出生10万に対して560と、極めて高い水準である。

表2-21 セネガルの主要保健指標

	年	セネガル	サブサハラ平均	開発途上国平均
5歳未満児死亡率	60	300	261	216
(出生1000あたり)	98	121	173	95
乳児死亡率	60	173	156	138
(出生1000あたり)	98	70	107	64
出生時平均余命	70	41	44	53
(年)	98	53	48	62
妊産婦死亡率(出生10万あたり)	80-98mr	560	n.a.	n.a.
粗出生率	70	49	48	38
(人口1000あたり)	98	40	41	25
粗死亡率	70	25	21	14
(人口1000あたり)	98	13	16	9
合計特殊出生率	60	7.0	6.7	4.1
(人)	98	5.5	5.5	3.5
人口増加率	70-90	2.8	2.8	2.1
(%)	90-98	2.6	2.6	1.7

(資料)UNICEF (2000), *The State of the World's Children*

(注)mr…期間内で最も最近の数値であることを表す。

セネガルの保健指標は大きな地域格差によって特徴づけられる(表2-22)。まず、都市部・農村部別で見ると、都市部の乳児死亡率は出生1000あたり55であるのに対して、農村部では77と高い。また農村部の5歳未満児死亡率は、都市部の2倍近く高くなっている。

次に州別で見ると、ダカール、ティエス、ルーガといった大西洋沿岸部の州では死亡率が低く、逆にカオラック、タンバクンダ、コルダといった内陸部に位置する州で高くなっている。したがって、本調査において訪問したカオラック、タンバクンダ両州は子どもの健康状

表 2 - 22 セネガル主要保健指標の地域比較

(1999 年、出生 1000 あたり)

		乳児死亡率	5歳未満児死亡率
都市・農村別	都市	55.4	92.1
	農村	77.2	171.2
州別	ダカール	54.8	87.4
	ジガンシヨール	68.3	115.0
	ジュルベル	76.0	172.7
	サン・ルイ	68.8	129.8
	タンバクンダ	83.6	181.9
	カオラック	85.0	197.5
	ティエス	54.8	98.1
	ルーガ	50.9	105.1
	ファティック	72.5	153.4
	コルダ	86.7	205.1
全国		70.1	145.3

(資料)Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999*

態が特に劣悪な州としてとらえることができる。

2) 主要疾病

セネガルにおける主要疾病を表 2 - 23 に示す。いずれの州においてもマラリアが最も多く、皮膚病及び下痢がそれに続く。カオラックやタンバクンダでは呼吸器感染症も多い。疾病構造は基本的に感染症が多くを占めるという点では、他のサブサハラ諸国と同様のものといえる。

WHO セネガル事務所によると、このほかには結核、ポリオ、オンコセルカ症、ビルハルツ住血吸虫症、等が主要な疾病対策の対象とされている。また、特に都市部においては非感染症の対策も必要となる。

子どもの疾病に関する統計はないが、マラリア、下痢、呼吸器感染症が主な死因とされており、このほかにも微量栄養素欠乏による疾患も指摘されている。

HIV/AIDS については 1997 年において感染者が 75,000 人、15 ~ 49 歳人口に占める割合が 1.77% と、まだ低いレベルにあるといえる。ポリオについては、WHO は野生株の根絶には至っておらず、コントロール対策が引き続き必要であるとしている。また、ギニアウォーム症は 1997 年 8 月を最後に患者がゼロの状態が続いており、近いうちに根絶宣言がなされるのではないかとわれている。

表 2 - 23 セネガルにおける主要疾病

(1996 年、%)

州	マラリア	皮膚病	下痢	呼吸器感染症	貧血
ダカール	26.2	17.1	7.0	4.6	3.9
ジュルベル	42.7	9.5	16.3	2.5	3.5
ファティック	48.5	6.6	11.0	5.0	1.8
カオラック	37.7	9.5	6.0	11.1	2.3
コルダ	34.2	14.2	4.0	7.6	1.5
ルーガ	28.6	11.5	13.3	3.9	4.1
サン・ルイ	27.5	14.4	13.0	6.9	2.6
タンバクンダ	28.9	12.7	6.5	11.6	1.2
ティエス	39.3	10.6	9.2	4.6	4.0
ジガンシヨール	36.3	9.7	4.2	5.9	1.0
全国	33.2	13.0	8.1	6.0	2.9

(資料)Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (1998),
Statistiques Sanitaires et Démographiques, Année 1996, p53

3) 栄養の状況

栄養に関しては、身長及び体重を基にした指標ではサブサハラ地域の平均水準より良好であり(表 2 - 24)、最近 10 年では緩やかながら改善が見られる。しかし、ヨード添加塩を使用する家庭の比率は極端に低く、微量栄養素欠乏の可能性が示唆される。

表 2 - 24 セネガル栄養指標

	年	セネガル	サブサハラ平均	開発途上国平均
出生時に体重が2500g未満の子どもの比率(%)	90-97	4	15	18
中・重度の低体重児比率(%)	90-98	22	32	31
中・重度の消耗症比率(%)	90-98	7	9	11
中・重度の発育阻害比率(%)	90-98	23	41	39
ヨード添加塩を使用する家庭の比率(%)	92-98	9	62	68

(資料)UNICEF (2000), *The State of the World's Children*

セネガル保健省及び WHO は、母乳育児がたんぱく質の供給を行い、幼児期の栄養失調・消耗症に対する抵抗力を強めることから、特に生後 4 か月の子どもに対しては母乳のみによる育児を行うことを推奨している。また WHO は、出産後 30 分以内に母乳育児を開始することを勧めている。

表 2 - 25 を用いて実状を確認すると、5 歳未満児に対してはほとんどの母親が何らかの形で母乳を与えているが、出産後 1 時間もしくは 1 日以内に授乳を行う比率は 1997 年と比較すると改善されているものの、さほど高くない。また、生後 4 か月の乳児に対する母乳のみの栄養供給比率も全国で 19.4% と低く、州別に見るとジガンシヨールだけが群を抜いて高い。授乳期間は全国中央値で 21.2 か月であり、さほど州による差はない。

表2-25 セネガル各州の5歳未満児に対する母乳育児の比率(1999年)

州	5歳未満児全体に対する母乳育児の比率(%)	最近の出産後1時間以内に母乳を与えた母親の比率(%)	最近の出産後1日以内に母乳を与えた母親の比率(%)	生後4ヶ月児に対する母乳のみの育児の比率(%)	授乳期間(月、中央値)
ダカール	96.6	27.4	72.7	25.6	20.2
ジガンシオール	94.8	28.8	54.3	44.7	21.0
ジュルベル	96.1	16.8	54.1	14.7	21.4
サン・ルイ	94.4	24.0	67.8	16.0	20.6
タンバクンダ	94.9	25.0	48.1	11.8	22.6
カオラック	96.8	29.9	48.4	10.4	21.8
ティエス	96.9	16.7	70.7	21.5	19.7
ルーガ	97.1	19.4	73.0	29.4	21.1
ファティック	96.8	22.1	70.0	15.7	21.9
コルダ	94.8	25.9	50.6	16.3	22.6
全国	96.1	23.6	61.2	19.4	21.2
全国(1997年)	97.0	16.0	55.0	n.a.	n.a.

(資料)Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999*

母子に対する栄養指導や給食を行う際には、子どもの成長モニタリングが欠かせない。しかし、セネガルにおいて3歳未満児が体重測定を受ける比率は全国で11.2%と低く、タンバクンダ州が3.4%と特に低い(表2-26)。この状態を保健省は、母親が子どもの成長モニタリングの重要性を十分に認識していないためと考えている。

表2-26 セネガル各州の3歳未満児が体重測定を定期的に受ける比率(1999年)

州	%
ダカール	19.9
ジガンシオール	12.9
ジュルベル	7.6
サン・ルイ	10.5
タンバクンダ	3.4
カオラック	13.2
ティエス	9.7
ルーガ	13.5
ファティック	8.9
コルダ	7.3
全国	11.2

(資料)Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999*

4) 衛生(水・衛生施設へのアクセス)の状況

セネガルにおける衛生の状況を表2-27に示す。サブサハラ平均と比較すると良好であるが、いずれの指標も都市部と農村部の格差が見られる。

表2-27 安全な水・衛生へのアクセス (%)

	年	セネガル	サブサハラ平均	開発途上国平均
安全な水				
都市	90-98mr	96	77	89
農村	90-98mr	70	39	62
合計	90-98mr	81	50	72
衛生				
都市	90-98mr	92	70	79
農村	90-98mr	46	35	25
合計	90-98mr	65	45	44

(資料)UNICEF (2000), *The State of the World's Children*

(注)mr…期間内で最も最近の数値であることを表す。

5) 人口・家族計画

1988年に実施された最新のセンサスを基にすると、セネガルの2000年の人口は約952万人と推計されている(表2-28)。表2-21でも見たとおり1998年の合計特殊出生率は5.5、1990～1998年の人口増加率は年2.6%と、なおも増加傾向にあり、2002年には人口が1,000万人を超えると予測されている。また、ダカール州への人口集中がこの12年間で一段と進んでいることが分かる。これは、他州からの人口流入によるところが大きい。

表2-28 セネガルの人口

州	1988年			2000年(予測値)		
	人口	構成比(%)	人口密度	人口	構成比(%)	人口密度
ダカール	1,492,344	21.6	2,713	2,326,929	24.4	4,231
ジガンショール	399,248	5.8	54	543,886	5.7	74
ジュルベル	620,660	9.0	142	902,327	9.5	207
サン・ルイ	661,791	9.6	15	842,409	8.8	19
タンバウンダ	386,864	5.6	6	518,040	5.4	9
カオラック	813,112	11.8	51	1,100,938	11.6	69
ティエス	943,302	13.6	143	1,310,933	13.8	199
ルーガ	491,197	7.1	17	555,052	5.8	19
ファティック	510,867	7.4	64	628,969	6.6	79
コルダ	593,186	8.6	28	797,165	8.4	38
計	6,912,571	100.0	35	9,526,648	100.0	48

(資料)Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (1998), *Statistiques Sanitaires et Démographiques, Année 1996*

Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (1992), *Population du Sénégal: Structure par Sexe et par Age en 1988 et Projections de 1989 à 2015*

セネガルの出生率を詳しく見ると(図2-7)、まず都市・農村別では2人近い差があり、州別では首都ダカールが3.49と最も低く、唯一4未満となっている。また、コルダ、タンバウンダ、カオラックという内陸に位置する州ほど出生率が高い。

一般に、女性の教育レベルは出生率に大きく影響を与えることが知られているが、セネガルでも教育を受けた年数が増える層ほど出生率は低くなっている。

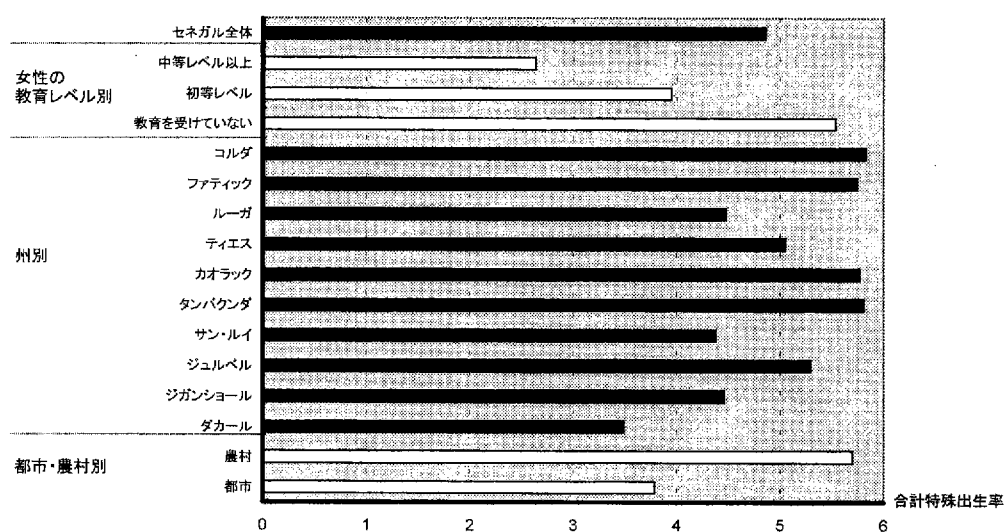


図2-7 セネガルの合計特殊出生率

(資料)Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999*

図2 - 8 が示すとおり出生率は低下してきている。セネガルでは1986 年以来4 度にわたって人口調査を行っているが、最初の調査が行われた1986 年において6.6 であったものが、1999 年に行われた調査では5 以下に下がっている。

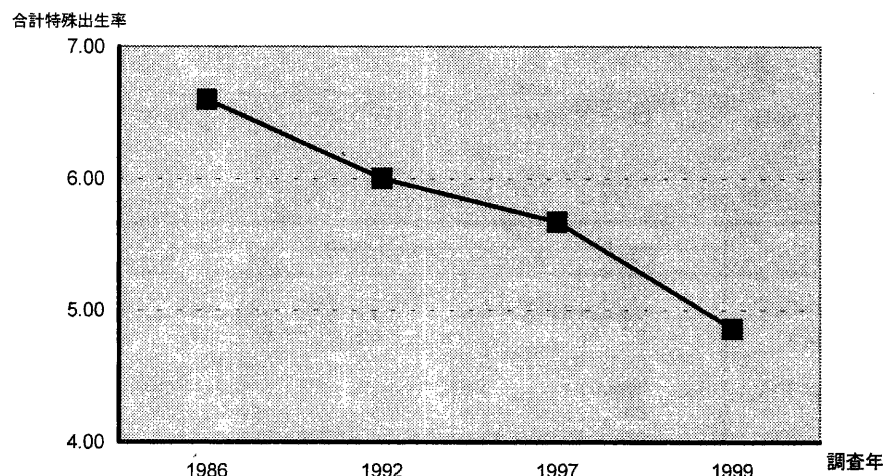


図2 - 8 セネガルの合計特殊出生率の推移

(資料)Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999*

1999 年に実施された保健に関する調査 (Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999, ESIS) によると、セネガルにおいてほとんどの女性は避妊に関する何らかの知識をもっていると推測される (図2 - 9)。コルダ及びタンバクンダの両州以外では、80%を超える女性が少なくとも1つの避妊法を知っていると答えている。都市・農村別では、都市95.5%、農村84.5%と10ポイント以上の差がある。

これに対して、実際に何らかの避妊法を使用した女性の比率は全国で10%強と、極端に低くなる。州別ではダカールが唯一20%を超えており、その他ではティエス、サン・ルイ、ジガンショールが10%以上となっている。一方ジュルベル、コルダ、タンバクンダにおいて特に避妊の実施率が低い。都市・農村別で見ると、都市21.8%に対して農村4.6%と、大きな差が見られる。実際使用された避妊法に関しては、ピルの服用が最も多く、ステロイド注射、伝統的避妊法がこれに続く (表2 - 29)。ピル服用の比率はダカール、サン・ルイ、ティエスにおいて高く、ジガンショールでは伝統的避妊法が最も多くなっている。IUD (子宮内避妊器具) についてはダカールのみが2%を超え、ノルプラントは特にジガンショールにおいて使用頻度が高くなっている。

ESIS において、避妊を行っていない女性が将来的に実行するかどうかという問いに対し、実行の意志を示した女性は23%にとどまっている (表2 - 30)。州別では、ダカールにおいて最も高く、ティエス、ジガンショール、ファティックがこれに続く。反対に低い州は、タンバクンダ、ルーガ、サン・ルイである。

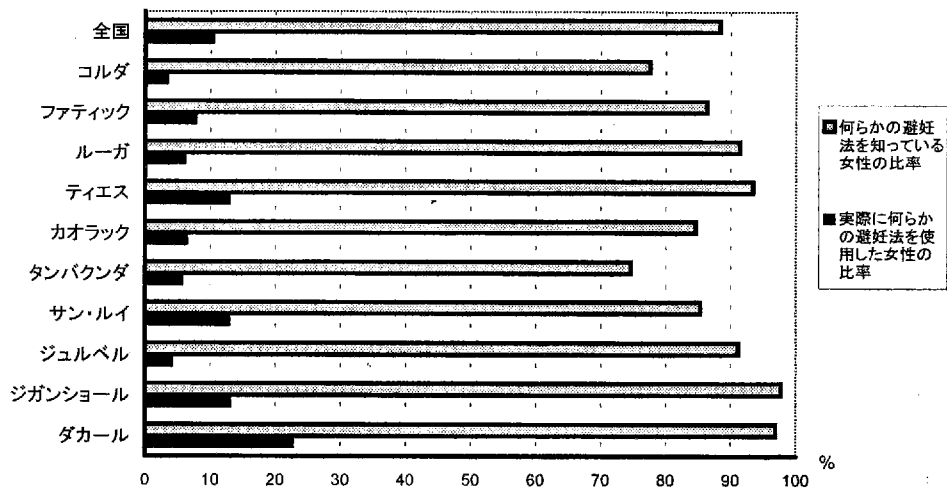


図 2 - 9 セネガル女性の避妊法に関する知識と実際の使用状態

(資料) Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999*

表 2 - 29 セネガル女性が実際に使用した避妊法 (1999 年)

州	実際に使用した比率(%)						
	合計	ピル	IUD	注射	ノルプラント	コンドーム	伝統的方法
ダカール	22.8	7.3	2.6	4.6	1.4	1.1	4.5
ジガンシヨール	13.1	2.6	0.4	2.4	2.2	1.1	3.3
ジュルベル	4.2	1.2	0.2	0.9	0.3	0.1	0.8
サン・ルイ	13.0	6.2	1.2	2.5	0.1	0.5	1.7
タンバクンダ	5.8	1.4	0.5	2.3	0.2	0.3	1.1
カオラック	6.5	1.2	0.7	1.6	0.3	0.9	1.4
ティエス	13.0	4.0	0.5	2.4	0.1	1.2	3.9
ルーガ	6.2	1.6	0.9	1.6	0.1	0	1.6
ファティック	7.9	1.4	0	3.0	0.2	0.1	2.7
コルダ	3.5	1.4	0.4	1.8	0	1.0	0.7
全国	10.5	3.2	0.9	2.3	0.4	0.7	2.3

(資料) Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé*

表 2 - 30 避妊を行っていない女性が将来行うと答えた比率

(1999 年、%)

州	行う	わからない	行わない	無回答
ダカール	32.5	17.6	49.8	0.0
ジガンシヨール	28.4	10.0	61.8	0.0
ジュルベル	24.0	16.7	59.3	0.1
サン・ルイ	15.9	13.5	70.5	0.1
タンバクンダ	13.3	15.5	70.7	0.5
カオラック	24.5	15.4	60.0	0.1
ティエス	28.5	14.8	56.6	0.1
ルーガ	13.3	13.8	72.7	0.2
ファティック	28.0	15.9	56.1	0.0
コルダ	19.4	16.4	64.1	0.1
全国	23.3	15.4	61.2	0.1

(資料) Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé*

6) 母子保健 (MCH)

妊産婦検診及び出産の状況を表 2 - 31 に示す。これらの統計は、各地域における医療施設もしくは医療従事者の利用可能性をそのまま反映しているように思われる。

表 2 - 31 妊産婦検診、出産の場所及び介助者

(1999 年、%)

	妊産婦検診を行う人			出産場所			出産介助者		
	医師	看護婦・士 or 助産婦	伝統的 産婆	医療 施設	自宅	その他	医師	看護婦・士 or 助産婦	伝統的 産婆
都市	6.9	88.7	0.4	82.5	16.4	0.8	5.2	80.9	7.3
農村	3.6	72.1	1.6	32.3	66.2	0.9	1.2	28.8	26.4
ダカール	8.3	88.8	0.0	89.5	9.9	0.4	6.6	85.6	3.6
ジガンシヨール	1.7	92.5	2.0	79.7	17.2	3.0	2.8	63.2	23.0
ジュルベル	4.2	74.8	1.3	47.2	50.3	1.3	1.3	45.4	20.0
サン・レイ	3.4	80.3	3.2	47.3	51.5	0.4	2.1	48.7	21.2
タンバクンダ	0.7	67.3	0.3	28.0	71.3	0.1	0.9	26.8	25.5
カオラック	4.5	70.2	0.5	33.2	66.3	0.4	2.1	33.3	21.9
ティエス	7.1	78.6	1.3	52.3	45.6	1.6	3.0	48.4	29.6
ルーガ	2.2	71.1	2.6	38.8	58.9	2.1	1.2	31.2	25.9
ファティック	8.7	74.7	1.6	38.6	60.6	0.6	1.2	36.5	20.2
コルダ	1.4	78.8	0.7	30.2	68.9	0.4	1.4	27.1	16.9
全国	4.7	77.5	1.2	48.6	50.0	0.9	2.5	45.8	20.2

(資料) Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé*

セネガルにおいては、妊産婦検診の 75% 以上は看護婦・士もしくは助産婦によってなされる。医師による検診は全体の 5% 弱程度であるが、都市と農村では倍近い開きがある。州別では、ダカール、ファティック、ティエスにおいて医師による妊産婦検診の比率が大きく、このほか医療従事者による受診率の高いジガンシヨールでは、ほとんどが看護婦・士によるものである。

出産場所に関しては、都市部では医療施設による分娩が 80% 以上を占めるのに対して、農村部では 32% にすぎず、3 分の 2 は自宅分娩である。この数値は州によっても大きく異なる。医療施設を利用する妊産婦が多いのはダカール及びジガンシヨールであり、逆にタンバクンダ、コルダ、カオラック等 5 州では 40% に満たず、半数以上が自宅分娩となっている。

出産介助者に関しても、都市・農村別及び州別で大きな差がある。都市部では看護婦・士もしくは助産婦が介助を行うケースが 80% を占め、医師による介助は農村部よりも 4 ポイントも高い。農村部においては看護婦・士もしくは助産婦による介助の割合も低く、伝統的産婆 (TBA) の利用率が高くなっている。州別で見ると、ダカールは医師及び看護婦・士もしくは助産婦による介助の割合はいずれも高く、ジガンシヨールがこれに次ぐかたちとなっている。ティエスは医師による介助はダカールに次いで多いが、看護婦・士もしくは助産婦による介助はジガンシヨールを下回る。ダカール以外の諸州においては、コルダ以外で TBA の利用が 20% を超える。

また、タンバクンダ、カオラック、ファティック、ルーガ、コルダの 5 州では、医師、看

護婦・士もしくは助産婦、TBA のいずれの介助も受けず、それ以外の人が介助を行うか、もしくは全く介助を受けずに分娩を行うケースが 40%を超えている。これらは、各州における産科部門従事者の利用可能性を反映していると思われる。

次に、子どもの健康に関して、各予防接種の普及率を表 2 - 32 に示す。WHO の推奨では、BCG、麻疹、ポリオ、三種混合（ジフテリア、破傷風、百日咳）の予防接種を受けた子どもについて、予防接種を完了したとしている。

表 2 - 32 生後 12 ～ 23 か月の子どもに対する予防接種の普及率

(1999 年、%)

	BCG	ポリオ			三種混合			麻疹	全部	受けていない
		1	2	3	1	2	3			
都市	96.5	95.5	89.5	77.2	84.7	77.0	66.9	78.8	59.2	3.0
農村	83.2	80.4	67.6	48.7	67.2	56.2	41.2	52.8	33.2	14.0
ダカール	98.6	97.2	92.0	78.1	85.7	79.1	65.8	76.8	58.8	1.4
ジガンシヨール	98.4	98.4	96.8	88.7	88.7	87.1	75.8	91.5	72.1	1.6
ジュルベル	83.6	84.9	75.7	52.2	73.7	62.9	46.0	52.9	33.8	12.8
サン・ルイ	87.7	84.6	73.1	54.7	73.1	63.2	47.9	64.8	40.8	10.9
タンバクンダ	71.0	69.7	52.3	31.0	57.1	41.7	27.2	44.8	25.4	24.3
カオラック	84.3	82.9	65.6	47.4	54.9	42.2	29.5	51.0	22.5	12.6
ティエス	94.4	92.3	82.7	69.2	84.3	75.6	63.5	66.1	52.6	4.2
ルーガ	87.4	84.5	72.4	58.2	74.5	62.3	53.6	61.4	48.7	12.6
ファティック	91.7	86.5	79.4	65.9	75.4	67.2	57.8	65.4	48.9	6.4
コルダ	74.3	67.8	57.6	39.8	64.6	53.0	38.4	51.9	29.6	21.7
全国	87.9	85.8	75.4	58.8	73.4	63.6	50.3	62.0	42.4	10.1

(資料)Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé*

セネガルの現状をまず都市・農村別で見ると、予防接種のカバー率に大きな格差が見られる。都市部においては 59%、農村部では 33%の子ども（生後 12 ～ 23 か月）が予防接種を完了している。また、農村部では 14%の子どもが予防接種を受けていない。次に州別では、最もカバー率の高いのはジガンシヨール（72%）で、ダカール（59%）、ティエス（53%）、ルーガ（49%）、ファティック（49%）がこれに続く。逆に低いのはタンバクンダ（25%）、カオラック（23%）である。

セネガルの予防接種普及状況については、昨今 UNICEF 及び WHO より普及率の伸び悩みが指摘されている。保健省、UNICEF、WHO が共同で行った予防接種に関する調査報告書のなかで、特に農村部におけるポリオ及び三種混合ワクチンの接種率が低下してきていることが明らかになっている（図 2 - 9）。報告書ではさらに、プログラム運営能力が弱いことをセネガルの予防接種普及における中心問題とし、コールドチェーン、ロジスティックの脆弱さ、コーディネーション、フォローアップ、評価体制の不備、人材、予算の不足等をあげている。また、予防接種を受けていない住民に関しては、その理由としてワクチンがない（特にダカール、ティエス、ジュルベルに多い）、ワクチンを接種する人がいない（特にコルダ、タンバクンダ）、接種場所があまりにも遠い（特にルーガ、タンバクンダ）等があげられている。

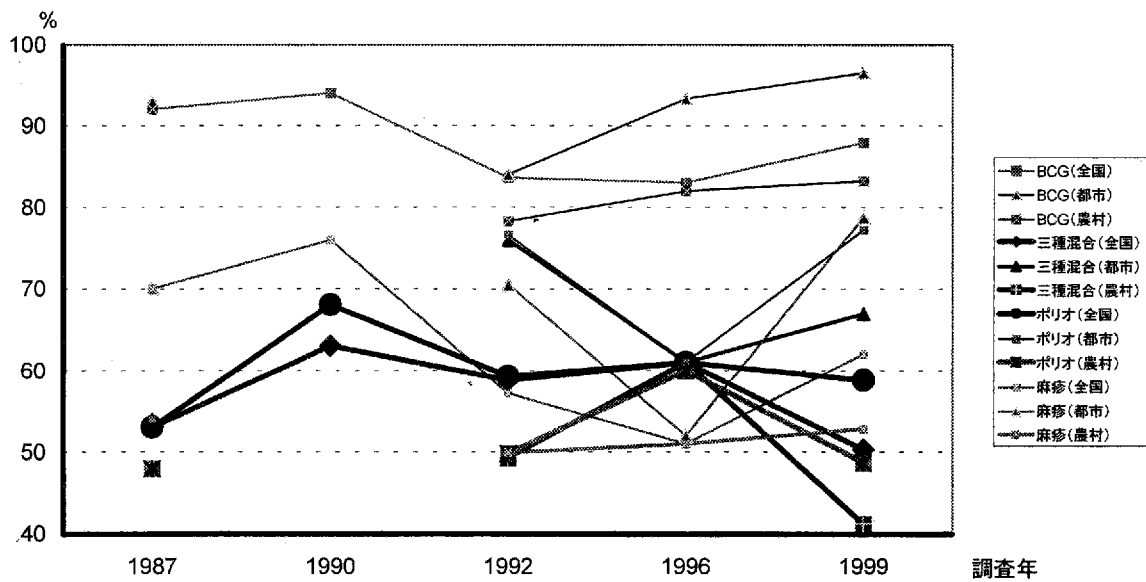


図 2 - 10 セネガルの予防接種状況の推移 (%)

(資料)Ministère de la Santé (2000) *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999*
Ministère de la Santé (2000) *Revue Externe PEV*