

ブルキナファソ
保健社会向上センター建設計画
準備調査報告書

平成 22 年 5 月
(2010 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
J R
10-135

ブルキナファソ
保健社会向上センター建設計画
準備調査報告書

平成 22 年 5 月
(2010 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

独立行政法人国際協力機構は、ブルキナファソの保健社会向上センター建設計画に係る準備調査を実施することを決定し、2010年1月31日から2010年3月6日まで調査団を現地に派遣しました。

本報告書は、同調査の経緯及び結果を取りまとめたものであり、この報告書が、本計画の推進に寄与するとともに、両国の友好親善の一層の発展に役立つことを願うものです。

終わりに、調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成 22 年 5 月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文
目 次
地 図
写 真
略語表

第1章 調査概要	1
1-1 要請内容	1
1-2 調査目的	1
1-3 調査団の構成	2
1-4 調査日程	2
1-5 主要面談者	4
1-6 調査結果概要	6
1-6-1 本件の必要性・妥当性の確認	6
1-6-2 実施体制	7
1-6-3 CSPS 建設サイトに係る要請の改訂	7
1-6-4 プロジェクト対象のコンポーネント	8
1-6-5 CSPS の保健人材	9
1-6-6 用地確保	9
1-6-7 予算措置	9
1-6-8 制度説明	9
1-6-9 準備調査（概要設計調査）方針への提言	10
第2章 要請の確認	13
2-1 要請の背景	13
2-1-1 背景と経緯	13
2-1-2 要請内容	14
2-2 CSPS の現状と課題	17
2-2-1 現状における CSPS の概要	17
2-2-2 今後の保健サービス改善における CSPS の課題	18
2-3 要請内容の妥当性の検討	20
2-3-1 PNDS における本計画の位置づけ	20
2-3-2 日本の無償資金協力としての妥当性	21
第3章 結論・提言	23
3-1 協力内容スクリーニング及び協力内容スコーピング	23
3-1-1 プロジェクトの概要	23
3-1-2 準備調査（その2）に含める範囲	23

3-1-3 対象地域	23
3-1-4 コンポーネント	24
3-2 準備調査（概略設計）に際し留意すべき事項等	24
3-3 コスト縮減案	26

別添資料

協議議事録（ミニッツ）	31
-------------	----

付属資料

1. 概況	71
1-1 一般状況	71
1-2 保健医療分野の状況	72
1-2-1 人口動態	72
1-2-2 死因・疾病	73
1-2-3 保健開発政策	74
1-2-4 保健行政	76
1-2-5 保健サービス体制	77
1-3 日本および他ドナーの援助状況	78
1-3-1 日本の援助状況・動向	78
1-3-2 他ドナー援助状況・動向等	78
2. プロジェクトを取り巻く状況	81
2-1 保健社会向上センター（CSPS）の状況	81
2-1-1 CSPSによる保健サービス	81
2-1-2 保健スタッフの配置状況	81
2-1-3 CSPSの運営状況	82
2-1-4 施設・機材の現状	83
2-2 施工・調達事情等	84
2-3 ブルキナファソ政府によるCSPS設置基準	86
3. 現地調査における視察結果	91
3-1 既存CSPSの視察結果	91
3-2 CSPS建設要請サイトの用地について	98

地 图



Department of Hydrographic Operations
Cartographic Section

写 真



既存 CSPA 周辺の集落風景



新設 CSPA 用に準備された建設用地



既存 CSPA 診療棟外観



既存 CSPA 産科棟分娩室



既存 CSPA 産前産後経過観察室
(CSPA 職員及び無事出産を終えた母子)



既存 CSPA 産科棟簡易基礎医療用器具



既存 CSPA 産科棟分娩室煮沸消毒用器材



既存 CSPA ワクチン保冷用冷蔵庫



既存 CSPA 簡易型ソーラーパネル



既存 CSPA に隣接する深井戸



CSPA で使用する水の運搬
(深井戸から一輪車を利用)



既存 CSPA 内に設置された水タンク



既存 CSPA 室内用水タンク



既存 CSPA 清掃時等に使用するバケツ



既存 CSPA 患者用待合室・ベンチ



出産を控えた妊婦が CSPA に運ばれる様子



既存 CSPA に置かれていた救急用バイク



既存 CSPA の井戸管理に関する住民集会の様子



既存 CSPA 敷地内に COGES の独自資金で設置されたハンガー（地域住民に対する家族計画推進活動等に利用）



既存 CSPA 薬剤庫と薬剤管理者
（薬剤類は、COGES の活動資金により、100% 回転資金で運用）

略 語 表

略 語	欧 文	和 文
AA	Accoucheuse Auxiliaire	助産助手
AIS	Agent itinérant de santé	公衆衛生士
COGES	Comités de Gestion	(村民の) 管理委員会
CHR	Centre Hospitalier de la Région	地方総合病院
CHU	Centre Hospitalier de Universitaire	国立大学病院
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale	外科付医療センター
CSLP(PRSP)	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (Poverty Reduction Strategy Papers)	貧困削減戦略文書
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale	保健社会向上センター
DEP	Direction des Etudes et de la Planification	(保健省) 調査計画局
DGIEM	Direction Générale des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance	(保健省) インフラ総局
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus	三種混合ワクチン (ジフテリア、百日咳、破傷風)
DS	District Sanitaire	保健行政区
DRS	Direction Régionale de la Santé	地方保健局
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique	国立公衆衛生学校
FCFA		セーファーフラン (現地通貨単位)
GAVI	The Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策グローバル基金
IDE	Infirmier diplômé d'Etat	国家看護師
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	国家保健開発計画
PNGT	Programme National de Gestion des Terroirs	村落開発プログラム
PSN	Politique Sanitaire Nationale	国家保健政策
RGPH	Recensements Généraux de la Population et de l'Habitation	人口世帯調査 (国勢調査)
RMAT	Rayon Moyen d'Action	診療圏の平均半径
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議

略 語	欧 文	和 文
UNFPA	United Nations Population Fund	国際人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国際連合児童基金

第1章 調査概要

1-1 要請内容

ブルキナファソ（以下、「ブ」国）は、基礎医療へのアクセスが十分確保されていない現状下、「ブ」国における保健指標は、5歳未満児死亡率（169/千出生）、妊産婦死亡率（700/10万出生）に示されるとおり、サブサハラ・アフリカ地域のなかでも極めて低い状況にある（2008年、UNICEF）。

「ブ」国政府は、貧困削減戦略文書（Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté : CSLP）の主要戦略のひとつに「貧困層の基本的社会サービスへのアクセス確保（教育・保健、水の供給）」を挙げ、保健分野では特に「保健医療（施設）の人口カバー率の向上」「保健サービスの質と利用率の向上」などを重点目標として集中的な取り組みを行っている。このなかで、一次医療施設「保健社会向上センター（Centre de Santé et de Promotion Sociale : CSPS）」のサービス提供カバー半径については、現在の平均約8kmから5kmまで削減することを目指しているが、特に地方部においては財政上、目標の達成が困難な状況にある。

こうした背景から、「ブ」国政府は、基礎保健インフラであるCSPS施設を建設し機材を整備することにより、対象地域における基礎的保健医療サービスへのアクセスの向上を図ることを目的として、わが国に対して無償資金協力の要請をした。JICAは本要請を受け、2010年3月に準備調査を実施した。

<要請内容>

(1) 施設建設、調達機材等の内容

【施設】

CSPS 39施設の建設（以下は1CSPSの標準仕様）、診療棟、産科棟、薬剤庫、ポンプ式深井戸、ゴミ焼却炉、保健医療従事者職員用宿舎、ソーラーパネルによる簡易電源供給システム

【機材】

CSPS内家具（分娩台、診療台、医薬品キャビネ、待合室ベンチ等）、簡易基礎医療用機材・機器一式（自動滅菌装置、ワクチン保冷用冷蔵庫、体重計、血圧計、可動式照明等）、救急用オートバイ、予防接種拡大プログラム用オートバイ、通信機器（無線機、電話）

(2) ソフトコンポーネントの内容

CSPSの日常施設運営管理に係る保健運営委員会（Comités de Gestion : COGES）への研修・COGES活動監督支援

1-2 調査目的

本調査は、要請内容を精査し、1) わが国が本案件を支援することの必要性、妥当性を検証すること、2) 無償資金協力案件として適切な次期準備調査（概略設計）を実施するため、調査対象、調査内容、調査規模などを明確にすることを目的とする。

1-3 調査団の構成

担当	氏名	所属先	現地調査期間
総括	石井 羊次郎	JICA 人間開発部 保健行政・母子保健グループ 次長	2/14～17, 2010
技術参与	松本 安代	国立国際医療センター派遣協力課 医師	2/8～17, 2010
計画管理 1	櫛田 眞美	JICA アフリカ部 中西部アフリカ第 2 課	2/8～17, 2010
計画管理 2	林 由紀	JICA 人間開発部 母子保健課	2/8～17, 2010
保健医療状況調査	阿部 千春	株式会社国際テクノ・センター シニアコンサルタント	1/31～2/26, 2010
施設・設備計画	小林 正明	株式会社福永設計 設計部 主任	2/8～3/6, 2010
通訳	與田 久美子	財団法人日本国際協力センター (JICE)	1/31～3/6, 2010

1-4 調査日程

2010 年 1 月 31 日～3 月 6 日

(うち、官団員 2010 年 2 月 8～17 日)

1/30	土	成田発【阿部、與田】
1/31	日	ワガドゥグ着
2/1	月	JICA ブルキナファソ事務所訪問 保健省調査計画局 (DEP) 保健省インフラ総局 (DGIEM)
2/2	火	農業省水資源総局 (DGRE) 保健省衛生・健康教育局 コモンバスケット (PADS)
2/3	水	サイト調査・協議 (ムフン DRS・DS・CHR、デドゥグ DS、カリ CSPS)
2/4	木	サイト調査・協議 (デドゥグ DS、トゥガン DS、バンガシ CSPS)
2/5	金	サイト調査 (ヌナ DS・CSPS、ソレンゾ DS・CSPS、新設 CSPS 候補地)
2/6	土	ムフン DRS 調査→ワガドゥグへ移動
2/7	日	資料整理
2/8	月	ワガドゥグ着【櫛田、林、小林】、ワガドゥグで調査【阿部、與田】、団内打合せ
2/9	火	保健省調査計画局 (DEP)、大使館、JICA ブルキナファソ事務所、 他ドナー 協議 アフリカ開発銀行 イスラム開発銀行
2/10	水	サイト調査・協議 バンフォラへ移動 ①DRS、②DS (バンフォラ) 表敬、CSPS サイト訪問、③CHR バンフォラ (5S-TQM サイト) 訪問

2/11	木	DS マンゴダラ、CSPS サイト見学 (2 サイト) バンフォラ発 ワガドゥグ着
2/12	金	保健省調査計画局 (DEP) 家族保健局 人材局、病院局、国立公衆衛生学校 (ENSP) とのワークショップ 保健省調査計画局 (DEP) 協議 PNDP 聞き取り調査【小林】
2/13	土	ワガドゥグ市校外 3CSPS サイト訪問
2/14	日	団内打合せ、ブルキナファソ着【石井団長】
2/15	月	保健省関係部局協議 イスラム開発銀行打合せ【小林】
2/16	火	保健省次官、調査計画局 (DEP)、M/M 協議 DGIEM DG 打合せ、建設会社 (ETOF) 聞き取り調査【小林】
2/17	水	M/M 協議・署名 大使館/JICA 報告【石井団長、松本、櫛田、林】ブルキナファソ発 23:25 (AF735)
2/18	木	マンゴダラへ移動 マンゴダラ DS、バンフォラ DS
2/19	金	マンゴダラ サイト調査 3 サイト
2/20	土	マンゴダラ サイト調査 4 サイト
2/21	日	団内打合せ、ボボデュラッソからガウアへ移動【阿部、與田】
2/22	月	マンゴダラ サイト調査 1 サイト【小林】 バティエで調査【阿部、與田】
2/23	火	ボボデュラッソ建設会社聞き取り調査、デドゥグ DS で調査【小林、阿部、與田】 ワガドゥグへ移動【阿部】
2/24	水	デドゥグサイト調査 5 サイト【小林、與田】 レオ DS で調査【阿部】
2/25	木	デドゥグサイト調査 4 サイト、ワガドゥグへ移動【小林】 サポイ DS で調査【阿部】
2/26	金	ワガドゥグ建設会社、井戸コンサルタント聞き取り調査【小林】 JICA ブルキナファソ事務所報告→ワガドゥグ発【阿部】
2/27	土	資料整理
2/28	日	資料整理
3/1	月	保健省インフラ総局 (DGIEM)、現地建設コンサルタント【小林、與田、以下同様】
3/2	火	トゥガンへ移動、1 サイト
3/3	水	トゥガン 6 サイト
3/4	木	トゥガン→ワガドゥグへ移動 4 サイト
3/5	金	建設会社 医療機材業者、井戸コンサル会社、JICA ブルキナファソ事務所報告
3/6	土	ワガドゥグ発

1-5 主要面談者

◆中央政府機関

<経済・財務省>

- ・国際協力総局（DG COOP）セブゴ・レン局長

M. Sebgo Lene

- ・アジア地域担当 ビラ・ラファエル・カブレ

Bila Raphaël KABRE

<保健省>

- ・アダマ・トラオレ次官

Prof. Adama TRAORE, Secrétaire général

- ・ロマニック・ソメ計画局（DEP）局長

Romanic T. SOME, , Directeur des études et de la planification

- ・計画課 ジャンマリー・ダビレ

M. Jean-Marie DABIRE, Direction des études et de la planification

- ・調査・計画課 ジャンヌ・ワレ・イルブド

Mme. Jeanne WARE/ILBOUDO, Service de coopération, Direction des études et de la planification

- ・インフラ総局（DGIEM） ブバカール・トゥレ局長

M. Boubakar TOURE, Directeur général des infrastructures, des équipements et de la maintenance

- ・機材維持管理課 バムニ・イノサン

M. Innocent BAMOUNI, Direction générale des infrastructures, des équipements et de la maintenance

- ・人材局（DRH）

- ・研修・採用ユニット長 ミロゴ・ジャン・ジャック・S

M. Millogo Jean Jacques S.

- ・人事課 登録・履歴管理 バジエ・バティア

M. Bazie Batia

- ・衛生保健教育局（DHPES） ヤヤ・I. ガヌ局長

M. Ganou I. YAYA, Directeur de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé

<農業・水利・漁業資源省>

- ・水資源総局（DGRE） タヌ・ウセニ局長

M. Thanou Ousseini, Directeur Général

民間セクター支援部 CASPEA

- ・スタニスラ・ボンクンゴ

M. Stanislas Bonkoungo

◆他援助機関

保健開発支援プログラム（PADS）

・バリマ・ザシャリ
M. Balima Zacharie

CSPS プロジェクト（台湾資金）
・ルイ・バジモ プロジェクト・リーダー

CSPS プロジェクト（イスラム開発銀行）
・イッサ・B・ウエドラゴ
M. Issa B. Ouedraogo, Coordinateur de Project

村落開発プロジェクト（PNGT）（世界銀行）
・J. P. サワドゴ ナショナル・コーディネータ
M. Jean Paul G. Sawadogo, Coordinateur National

アフリカ開発銀行
・アントワネット・ディンガゾンド代表
Antoinette Dinga-Dzondo, Resident Represent
・サラマタ 社会開発担当
Ilboudo Salamata, Specialiste de Deve'loppement Social

UNICEF
・リンブレ（水と衛生担当）
・バンカイン（保健）

◆地方保健局（DRS）、保健行政区（DS）
ブクル・ドゥ・ムフン地方保健局（DRS）
・ズー・ラグン地方保健局長
M. Lagoun ZOU, Directeur Régional de la santé

デドゥグ地方病院（CHR de De'dougou）
・ヨダ J. シャルルマーニュ院長
M. Charlemagne J. YODA, Directeur Général du CHR de Dédougou

デドゥグ保健行政区（DS de De'dougou）
・ガナマ・セイドゥ主任医務官
M. Seydou GANAMA, Médecin chef du district sanitaire de Dédougou

トゥガン保健行政区（DS de Tougan）
・ヤメオフオ S. ピエール主任医務官
M. Pierre S. YAMEOGO, Médecin chef du district sanitaire de Tougan

ヌナ保健行政区 (DS de Nouna)

・ビカバ・ブリス主任医務官

M. Brice BICABA, Médecin chef du district sanitaire de Nouna

ソレンゾ保健行政区 (DS de Solenzo)

・シエバ・イヌフ F 主任医務官

M. Inouf F. SIEBA, Médecin chef du district sanitaire de Solenzo

カスカード地方保健局 (DRS)

・ベルナール・イルブド主任医務官代理

M. Bernard ILBOUDO, Représentant du Directeur régional de la santé des Cascades

バンフォラ地方病院 (CHR de Banfora)

・マリック・ジブレ病院長

M. Malick DJEBRE, Directeur général du CHR de Banfora

バンフォラ保健行政区 (DS de Banfora)

・ジガニ・アウラ主任医務官

M. Aoula GIGANI, Médecin chef du district sanitaire de Banfora

マンゴダラ保健行政区 (DS de Mangodara)

・エマニュエル・コウマロ主任医務官

M. Emmanuel Koumalou BAKYONO, Médecin chef du district sanitaire de Mangodara

◆国立公衆衛生学校 (ENSP)

・ダマン・サノ学長

Pr. Daman SANO, Directeur Général de l'ENSP

◆在ブルキナファソ日本大使館

・ Mr. Naohiro NOZAKA, Attache de recherche, Ambassade du Japon

・ Mr. Shigeru SASAKI, M.D. Ph.D, Premier Secrétaire et Attache Medical

◆JICA ブルキナファソ事務所

・森谷裕司 所長

・田中香織 所員

・堀井聡子 企画調査員

1-6 調査結果概要

1-6-1 本件の必要性・妥当性の確認

CSPS は、一般疾病の診療、妊産婦ケア（正常分娩まで）、家族計画、予防接種等を行う、

一次医療施設である。「ブ」国保健省は、「国家保健開発計画（Plan National de Développement Sanitaire : PNDS）」のなかで、「サービスカバレッジの拡大」を重点目標のひとつとして掲げ、カバー人口 5,000 人（目安）に 1 CSPS を設置し、1 CSPS 当たりのカバー半径を 5 km まで削減させることを目標として、重点的な取り組みがなされている。さらに、PNDS のなかで、「保健分野の人材育成」を重点目標に掲げ、1CSPS 当たりの保健人材〔国家看護師（Infirmier diplômé d'Etat : IDE）、助産助手（Accoucheuse Auxiliaire : AA）、公衆衛生士（Agent itinérant de santé : AIS）〕の配置基準を満たす CSPS の割合を拡大すべく、保健人材の育成・確保・配置を着実に進めている。

本要請は、1) 上述のとおり、「ブ」国政府の上位計画との整合性が担保されていること、2) 保健省との協議及び既存 CSPS 施設の視察、調査を通じて、本計画は「ブ」国地域住民の基礎保健サービス拡充のための必要性が極めて高いこと、3) 「ブ」国の自助努力により保健医療施設整備を進めるなかで、PNDS に設定される目標達成に至っていない地域への支援要請であることが本調査を通じて確認された。また、4) わが国のアフリカ開発会議（Tokyo International Conference on African Development : TICAD）のフォローとして、「1,000 カ所の保健施設の改善」に貢献できること、5) 本件が対象地域の施設分娩の割合を高めるなど、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）で掲げる妊産婦や新生児死亡の低減にも貢献することが期待され、これらを総合的に勘案し、本件協力の妥当性は高いと判断された。

1-6-2 実施体制

保健省が責任機関、同省調査計画局（Direction des Etudes et de la Planification : DEP）が事業実施担当部署となり、保健省管轄関連部局（DGIEM、財政管理局、人材局、対象地方保健局等）との調整責任を負うことで、先方政府の確認を得た。同局は、日本の一般無償資金協力事業の仕組み及び「ブ」国と日本側の責任・負担事項について、一連の説明を行い理解を得た。

1-6-3 CSPS 建設サイトに係る要請の改訂

「ブ」国側から、2008 年 8 月 12 日付けの正式要請「39 カ所の保健社会向上センター（CSPS）建設・設備・電化」が日本政府に提出されて以来、一部 CSPS が既に新設されたことなどを踏まえ、本調査実施途中に要請サイトを変更したい旨、「ブ」国政府から申し入れがあった。改定後の要請は、11 保健行政区（District Sanitaire : DS）（Banfora, Batie, Dedougou, Diebouyou, Leo, Manga, Mangodara, Nouna, Sapouy, Solenzo, Tougan）の 59 カ所の CSPS の建設である。

なお、プロジェクト対象とする DS は、以下に記載する選定基準に基づくことで双方が合意した。

- ①ブ国「国家保健開発計画（2001～2010）」に掲げる目標達成に貢献するため、対象 CSPS のカバー人口が 5,000 人以上であること
- ②医局管理チームによるモニタリングが容易であり、かつ資機材運搬などアクセスに問題がないこと
- ③安全な水の確保が担保されること
- ④治安上支障がないこと

上記に加えて調査団からは、将来的な保健指標改善へつなげることを考慮し、「第2次医療施設へのリファラルルートが確保できること」を選定基準のひとつに加えることを提案した。しかしながら、「ブ」国側は、現地調査未実施の DS の調査実施に強く固執し、現段階で本提案を選定基準に含めることへの理解が得られなかった。なお、要請全対象 DS の現地調査の後、日本での国内解析の結果を踏まえて、今後の調査対象地域選定に係る日本側の検討が加えられることに関しては異論のないことを確認している。

1-6-4 プロジェクト対象のコンポーネント

「ブ」国側は、1 CSPS の標準仕様について、国の設備・機材設置基準を規定していることから、同基準に即した協力を強く要望した。調査団は、既存 CSPS の運用・維持管理状況に係る現地調査を踏まえ、右要請は地域での基本保健サービスを提供するにあたり必要性・妥当性ともに高いと判断する。しかしながら、以下の事項については特記の必要があると判断し、調査団の見解を「ブ」国側に示したうえで協議議事録 (M/M) に記載した。

(1) CSPS 保健スタッフ用住居

CSPS 機能・性質上、CSPS 内に設置することの必要性は高いと判断された。CSPS の建設予定地は主に村落部にあるが、ここに勤務する保健人材は該当村落外からの異動により配属されることがほとんどである。医療施設として 24 時間、緊急対応の必要性があることを考慮すると、CSPS 敷地内またはその近隣に保健人材が居住していることが必須であり、CSPS 内への居住施設設置は妥当と判断される。なお、調査・ヒアリング等を通じ、居住施設のない CSPS は、保健人材の適切な配置を阻害する要因にもなりかねない懸念があることを確認した。「ブ」国基準では、1 CSPS 当たり (3 人以上の人材配置が基準であるため) 3 戸が必要とされており、日本側の協力対象範囲については、次回調査におけるサイト選定と各地の状況確認を踏まえて検討を行う。

(2) 電源供給

本件要請には CSPS 施設の太陽光発電による電化 (簡易型ソーラーパネルの設置) が含まれており、「ブ」国政府側は同設備の設置を強く要望した。保健省が定める国の設備・機材設置基準でも標準設備となっている。それは、CSPS が設置されるほとんどの地方が公共の電力ケーブルが敷設されていない未電化地域であることによる。実際に、既存 CSPS の多くに簡易型ソーラーパネルが設置されている。ごく一部の既存 CSPS においては、電気がなくかつソーラーパネルの設置のないサイトもあったが、これらの CSPS では電気を必要としない機材による運営が必要とされるため、機材の選定と併せて検討が必要となる。

(3) 通信機器

調査団は、CSPS の性質及び機能上、通信システムの必要性は確認した。保健省では従前より既存の通信ネットワークによる運用を行っている。要請には「通信機器」として主に無線機などを想定した器材も含まれているが、本件実施の際は、既存通信システムへの加入及び通信機器の初期投資は、「ブ」国側の負担事項に含めることが適当であることを「ブ」国側へ説明し、合意を得た。

(4) 医療廃棄物処理設備

CSPS に付随する医療廃棄物処理設備は、協議の結果、「ブ」国側負担による対応を検討し、本プロジェクトの協力対象には含めない旨、「ブ」国側の了解を得た。なお、既存 CSPS においては、主に簡易型の焼却炉が活用されている。

(5) 水源の確保

CSPS の適切な運用を担保するため、水源の確保が必須条件であることを確認した。調査団から「ブ」国側に、水源確保は一般原則として先方負担事項であることを説明し、その可能性につき協議を行った。「ブ」国側は、給水施設（深井戸）は自国の CSPS 設置基準に定めるものであり、日本側には CSPS と併せて深井戸の設置を強く要望する旨改めて表明した。「ブ」国負担による給水施設整備が本プロジェクトの計画（サイト選定、工期、その他）に大きく影響すること、CSPS には水源確保が必要不可欠であることなどをかんがみ、帰国後、国内解析を踏まえ、日本政府に右旨を報告することとした。

1-6-5 CSPS の保健人材

「ブ」国保健省は、PNDS のなかで、「保健分野の人材育成」を重点目標のひとつに掲げ、1CSPS 当たりの保健人材（IDE、AA、AIS）の配置基準を満たす CSPS の割合を拡大すべく、保健人材の育成・確保・配置を着実に進めている。「ブ」国側は本件実現の際には CSPS 建設スケジュールにあわせた適切な人員の雇用、育成、配置の重要性を十分認識し、その着実な実施を約束した。

1-6-6 用地確保

本件実現の際には「ブ」国側が、CSPS 建設スケジュールに先駆け、確実に適切な土地確保・整地を行うことを約束した。基本的に要請対象として挙げられたサイトは、地域住民の要望によるもので既に敷地などの確保ができていた旨、「ブ」国側の説明があった。

1-6-7 予算措置

CSPS 運営・維持管理経費（燃料・機器スペアパーツ類・薬剤・ワクチン等、その他消耗品・改修・修繕・通信費等）、及び銀行手続きに関連して発生する手数料等について、「ブ」国側が責任をもって必要な予算措置を行うことを確認した。

1-6-8 制度説明

「ブ」国の保健セクターにおいて、初の施設建設に係る無償資金協力であることから、一般無償資金協力事業の主旨・制度を先方へ十分説明を行い、「ブ」国保健省（DEP 局長）の理解を得た。本説明にあたっては詳細にわたる質疑や確認がなされ、先方の意識の高さをうかがうことができ、実施段階での主体的関与が期待される。本案件が実施される場合、「ブ」国側で必要な手続き、先方負担事項について引き続き丁寧に説明・確認を行うことは必要であるが、「ブ」国側は自国の特性を踏まえつつ、必要な措置を行うことを約束した。

1-6-9 準備調査（概要設計調査）方針への提言

（1）水源確保

CSPS の適切な運用を担保するため、水源の確保が必須条件であることを確認したことを受け、日本政府の承認が得られる場合は、次期準備調査（概略設計調査）において、全調査対象サイトにおける水源確保の可否（井戸採掘に必要な地質データ、電気探査）を確認する必要がある。建設スケジュールに先駆けて、先方負担により井戸設置を行うことは、実質的に大きな困難を伴うことが想定される。井戸設置スケジュールの遅れは、日本側の建設工期の遅れに直結するので、一部日本側負担の可能性を含めて前向きに検討を行うことを提言したい。ただし、対象サイト付近に深井戸など CSPS で使用可能な既存水源が存在する場合は、日本側の井戸負担分の軽減を考慮し、その共同使用を含めて検証を行うことが望ましい。

（2）要請サイトの妥当性

「ブ」国側は、PNDS に掲げる目標達成に近づけるために可能な限り多くの建設を要望し、調査団の現地調査途中に、サイト数増に係る改訂要請があった。改訂後の要請サイトは広範囲に拡散しており、調査団は、これらを協力対象候補サイトとして想定することは、予算、工期、建設工事等、施工効率等さまざまな観点から、一般無償資金協力事業としての実施は困難である旨、「ブ」国側に説明を行うと同時に、同国側が要望するサイトの優先度について意向を引き出す努力を行った。しかしながら、同国保健省は、双方合意済みの4つの選定基準以外に判断基準となる優先度はないと強く主張し、残りの未踏査 DS の調査実施に強く固執したところ、調査団は調査工程を変更し、要請のあった 11DS すべてを訪問し、調査を継続した。同サイト調査結果は付属資料 2、3 に記載とおり。

（3）電源供給システム

「ブ」国では都市部のごく一部の地域以外では電化は進んでいないなど、地域によって公共電力ケーブルの敷設状況が異なる。また、既存の CSPS において、電気を一切必要としない器材（ガスの利用）による運営が行われていた地域もある。以上を踏まえ、各協力対象地域の公共電力ケーブルの敷設状況、ソーラーパネル普及・活用状況を踏まえ、次の調査で電源供給システムの確認を行う。また、CSPS に設置する器材に関して、まずは大容量の電気を必要としない器材の導入を基本とし、CSPS 全体の必要電力量を削減すること（具体的には夜間照明が確保できる程度）により、維持管理可能な簡易型ソーラーパネルの設置とすることが望ましく、これらを踏まえて、次回の準備調査を実施する。

（4）ソフトコンポーネント

CSPS の維持・運営は、実質的に COGES によるところが大きいことを改めて確認した。厳しい環境下かつさまざまな制約のある地方部において、一部器材のスペアパーツ交換不備、故障等が散見されることはあったものの、地域住民から選出される COGES 運営委員の活発な活動によって CSPS が適切に維持・運営されていた。CSPS が確実に組織され、適切な活動を展開できるよう、CSPS 組織化支援のための研修支援を本件協力に含めることは有効であると思料されるところ、これらを踏まえて次回の準備調査にて検討を行うこと

が望ましい。

(5) その他（対「ブ」国保健プログラム）

本件は、「ブ」国における保健分野協力分野では最初の施設型無償案件である。この機会を通じて、「ブ」国の長期的保健開発課題にわが国としてどのように貢献していくか、双方の対話が重要との認識を共有した。今次調査期間中、「ブ」国側保健省・本邦・第三国研修の帰国研修員を一同に集めてワークショップを開催し、「ブ」国側参加者からのさまざまな意見を聴取した。現在「ブ」国にて実施中の今期 PNDS のレビュー及び評価結果に基づき、近く次期 PNDS の策定が予定されていることから、同計画を見据え、今後も日・「ブ」国の継続的な対話を続けることの重要性を双方で確認した。

(6) 団長所感

1) TICAD IV コミットメント実現への意義

TICAD IV で日本政府がコミットした 1,000 カ所の保健施設の改善に本案件は直接貢献するものとしてその意義は大きい。特に、本事業は医療サービスが不十分な地域における一次医療施設の新設であり、予防接種用のコールドチェーン機材の提供などの一部機材の提供による施設改善と比べて、産科設備を設けることにより地域での施設分娩の割合を高めるなど、妊産婦や新生児の死亡低減にも貢献する協力として MDGs 達成との関連性も高い。

2) 保健分野協力包括アプローチの端緒としての本事業

本調査対象案件は、2009 年 3 月に実施した保健分野プログラム形成調査の際に既に「ブ」国側から要請されていた内容であり、同調査の際に検討された対「ブ」国保健分野支援の重点課題となる「母子保健サービスの質とアクセスの向上支援」に向けた協力事業の柱のひとつとして、住民への直接サービスの提供を拡大させるものである。本事業の具体化の過程での保健省各部局との信頼関係の醸成が今後の保健分野事業の進展に大いに貢献するものと期待される。

3) 保健分野新規プログラムとの関連性

上述のプロジェクト形成調査の際に協議された保健協力プログラムについては、現在 JICA ブルキナファソ事務所を中心に「母子保健人材の強化」を重点とするプログラム案が議論されている。CSPS が有効に機能するには質の高い医療従事者が的確に配置されなければならない。本事業の申請に際して「ブ」国保健省は、要請 CSPS への医療人員の配置を確約しており、また人材育成と人員配置を連動させた医療従事者の採用制度を整備している。

4) 保健分野以外の JICA 事業との連携の可能性

医療サービスへのアクセスは医療施設の充実だけでなく、周辺道路の整備、教育事業による住民啓発、生活安定化の活動、さらには地方行政強化等により向上するものである。

5) ほかの援助機関との連携の強化

当国も 2009 年に IHP+¹に署名、保健ドナー連携がいつそう進んでいくことが予想される。こうしたなかで JICA 保健事業が孤立しないよう、バスケットファンドへの参画にかかわらずドナー強調の流れに積極的に参画していくことが重要である。

¹ 国際保健パートナーシップ・プラス (International Health Partnership plus) のこと。2007 年に設立され、各国の保健システムの強化を促進させている。

第2章 要請の確認

今回の調査で確認された要請の背景と内容、妥当性についての検討は以下のとおりである。なお、本章での記載に関し、保健医療分野の状況、プロジェクトを取り巻く環境、フィールド調査の結果等についての詳細は付属資料に記載する。

2-1 要請の背景

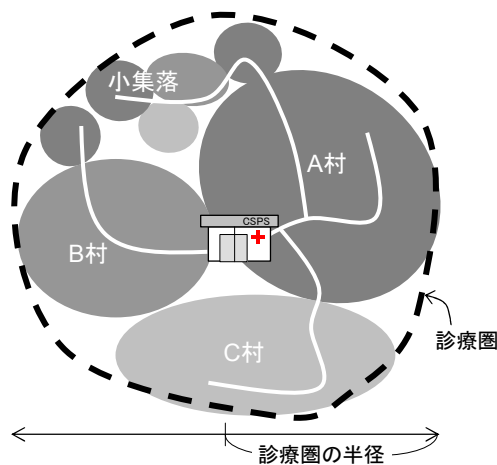
2-1-1 背景と経緯

「ブ」国では約14百万人の総人口のほぼ半分を若年人口（15歳未満）が占め、年間人口増加率は約3%で、今後も人口増加の傾向が続くと考えられる。都市人口の割合は2割程度で、国民の多くは地方農村部に暮らす。所得水準はサブサハラ平均の半分に満たない。国民の主な死因・疾病は感染症で、特にマラリアは死因の5割以上を占める。このほか妊産婦や子どもの死亡率も近隣諸国に比べて相対的に高く、基礎保健サービスの強化と活用が強く望まれる。

「ブ」国はサブサハラで2番目にCSLPを策定した国で、貧困層の基礎社会サービスへのアクセス向上はCSLPでの優先課題のひとつとなっている。CSLPを踏まえて策定された国家保健政策（Politique Sanitaire Nationale : PSN）の実施計画書にあたるPNDSでは、保健サービスのカバレッジの拡大を目標の第1項としている。

本計画が対象とするCSPSは住民のファーストコンタクトとなる保健施設で、PNDSが目標とするサービスカバレッジの拡大は全国に充分かつ適切にCSPSを設置することにほかならない。

PNDSの目標の第1項は、CSPSの数を増やしてそれぞれのCSPSの診療圏をより小さくする、すなわち、より多くの住民が身近にCSPSの保健サービスを受けることができる環境を実現しようとするもので、CSPSの診療圏の半径と対象人口の全国平均を2010年には7.2km、7,500人とするのが目標とされてきた。なお、7kmという診療圏半径、つまり住民から最寄りの保健施設まで7kmあることは決して「身近」といえるものではなく、また、CSPSにとっても保健スタッフの標準配置（3名）で7,500人を対象とすることにはかなり大きな負担がある。この意味において、PNDSの2010年目標値は、最終的な到達目標ではなく、長期的な取り組みのマイルストーンと位置づけられる。



通常、ひとつのCSPSが複数の村や小集落を対象としている。住民の交通手段は主に、徒歩または自転車で、同じ診療圏であっても一部にCSPSまでのアクセスが困難な帯が含まれることもある。また、雨季には、水がたまってアクセスが悪化する地帯もある。

図2-1 CSPSの診療圏

PNDS の計画期間をとおして、CSPS は 835 施設（2001 年）から 1,172 施設（2005 年）、1,352 施設（2008 年）と増加した。その結果、2001 年以前は 9 km を超えていた CSPS の診療圏半径の平均も 8.18 km（2005 年）、7.51 km（2008 年）と短縮されてきており、PNDS の 2010 年目標が達成されることはほぼ間違いない。一方、全国に 63 ある DS ごとにみると、首都ワガドゥグやボボデュラツソなどの都市部を除けば、4 割程度の DS では当該区内の平均が現在も 8 km 以上あり、一部 15 km を超える DS さえある。診療圏の半径の縮減にもなって、1 施設あたりの対象人口も 14,117 人（2001 年）から 9,692 人（2008 年）となっているが、DS 別にみるとやはり 5,100～18,459 人という開きがある。

現状において、当面は CSPS の施設数をまだ増加させていかねばならないことは否定しがたく、政府は、5,000 人以上の対象人口があり、5 km 以内に既存の CSPS が存在しないことを目安として建設サイトを選定し、ドナー支援を求めている。

表 2-1 CSPS 数とサービスカバレッジ改善の進捗

	2001	2005	2006	2007	2008	備考
CSPS 数	835	1,172	1,211	1,268	1,352	当面継続して増加の必要
診療圏の半径 (km)	9.18	8.16	7.83	7.69	7.51	2.85*～16.41 km の格差あり
〃 人口 (人)	14,117	10,079	9,946		9,692	5,100*～18,459 人の格差あり

* ワガドゥグ首都圏を除く

出典： Annuaire Statistique 2008, Juin 2009, Ministère de la Santé, Burkina Faso
Annuaire Statistique 2006, Mai 2007, Ministère de la Santé, Burkina Faso

一般に、サービスカバレッジを拡大するには、施設の建設に加えて、新しい施設に勤務する保健スタッフの育成と雇用、開設後の安定的な運営も担保されなければならない。これに関し、「ブ」国政府は、CSPS の建設は国際社会の支援に頼らざるを得ないものの、人材育成は政府の自助努力とすることを明言して必要な保健スタッフの育成に取り組んでおり、その結果、最低限必要な保健スタッフが確保された CSPS の割合は全体の 77%（2005 年）から 85%（2009 年）まで上昇している。なお、これら CSPS 保健スタッフの給与も、ほとんど遅配なく保健省から支払われている。

後述するように、CSPS は DS とコミュニティが運営する保健施設であることが、「ブ」国の保健システムの特徴のひとつといえる。サブサハラ諸国の地方村落部において、コミュニティベースの持続的な保健施設運営を実現することは決して容易ではないが、「ブ」国においては、実際にコミュニティから選出された村人代表が回転資金による薬品の供給や非保健スタッフの雇用を行っている。当然ながら CSPS 開設時には村人代表に対するトレーニングが必要であるが、全体として各地の CSPS はコミュニティの代表によってうまく管理されている。

2-1-2 要請内容

かかる状況下、本計画の先方要請は、「ブ」国における保健サービスのカバレッジ拡大を目的として、CSPS 59 施設の建設及び機材整備を内容とする。CSPS 建設要請サイトは、政府方針に沿って、次表のように、人口 5,000 人以上、既存 CSPS までが遠いことを条件として、11 の DS から選定された建設候補地である。建設用地の確保と樹木撤去、保健スタッフの配置、運

営に係る住民組織化は先方負担となる。

表 2-2 CSPS 建設要請サイト（準備調査で署名した M/M 添付の先方要請サイト）

保健行政区（DS）		CSPS 建設要請サイト（村）	新 CSPS 診療圏 の人口 ¹⁾	既存 CSPS への 距離 ²⁾	
1. バンフォラ	1	Boko	ボコ	5,100	15 km
	2	Boulo	ブロ	6,321	15 km
	3	Djontoro	ジョントロ	6,989	20 km
	4	Diamon	ジャモン	5,384	21 km
2. マンゴダラ	5	Dandougou de Kouéré	ダンドゥグ・ド・クエレ	6,206	10 km
	6	Guandougou	ダンドゥグ	5,111	15 km
	7	Dandougou de Mangodara	ダンドゥグ・ド・マンゴダラ	5,535	45 km
	8	Doutié	ドゥチエ	5,246	49 km
	9	Kassandé	カサンデ	6,443	25 km
	10	Madiasso	マディアソ	6,379	16 km
	11	Poikoro	ポイコロ	8,498	73 km
	12	Sampobien	サンポビアン	6,976	31 km
	13	Touroukoro	トゥルコロ	5,418	20 km
3. デドゥグ	14	Bissandérou	ビスアンデロ	5,551	20 km
	15	Toroba (Kari)	トロバ（カリ）	5,418	21 km
	16	Toraba (douroula)	トロバ（ドルラ）	5,074	18 km
	17	Kari deTikan	カリ・ド・ティカン	7,409	15 km
	18	Fakouna	ファクナ	8,186	18 km
	19	Tiokuy	ティオキュイ	7,079	17 km
	20	Yangasso	ヤンガソ	6,058	15 km
	21	Syn	サン	5,048	16 km
	22	Pié	ピエ	6,278	11 km
4. トゥガン	23	Gorom	ゴロン	7,537	23 km
	24	Soro	ソロ	5,154	15 km
	25	Bombara	バンバラ	5,046	15 km
	26	Doukou (Donon)	ドンコウ（ドノン）	8,525	15 km
	27	Pini	ピニ	5,157	10 km
	28	Douban	ドバン	5,021	17 km
	29	Poura	プラ	5,333	11 km
	30	Yéguéré	イエゲレ	5,083	13 km
	31	Doussoula/Diéle	ドゥストラ（ディエレ）	5,521	12 km
	32	Gourbassa	グルバサ	5,680	10 km
	33	Gani	ガニ	6,450	14 km
5. ヌナ	34	Komberi	カンベリ	5,533	39 km
	35	Kiemè	キエメ	8,108	16 km
6. ソレンゾ	36	Toma	トマ	5,791	15 km
	37	Orowé	オロウエ	6,355	10 km
	38	Kosso	コソ	6,699	15 km
	39	Denkéné	デンケネ	5,600	10 km
7. サプイ	40	Bazilakoa	バジラコア	5,167	70 km
	41	Tiaben kasso	ティアベン・カソ	5,505	25 km
	42	Poun	プン	5,714	45 km
	43	Koundi	クンディ	5,196	25 km
8. レオ	44	Kabaro	カバロ	5,444	21 km
	45	Vara	バラ	5,103	20 km
	46	Nabon	ナバン	5,826	18 km
	47	Kélié	ケイエ	5,148	32 km
9. バティエ	48	Banaba	バナバ	5,073	11 km
	49	Boupiel	ブピエ	3,469	20 km
10. ディエブグ	50	Orkounou	オルクヌ	5,421	11.43 km
	51	Tlinguera	トゥインゲラ	5,065	13 km

保健行政区 (DS)	CSPS 建設要請サイト (村)		新 CSPS 診療圏の人口 ¹⁾	既存 CSPS への距離 ²⁾	
	52	Pokro	ポクロ	6,179	18.17 km
	53	Wapassi	ワパシ	5,024	11 km
11. マンガ	54	Basbedo	バスベド	2,098	12 km
	55	Yambasé	ヤンバ	2,055	22 km
	56	Sakuilga	サクイルガ	2,751	12 km
	57	Luilinobéré	ルイラノベレ	2,000	18 km
	58	Dissomey	ディソメ	1,692	15 km
	59	Tigré	ティグレ	1,820	17 km

¹⁾ CSPS が設置された場合に見込まれる診療圏の人口（当該村＋周辺の村と集落）。ただし、マンガ DS 分は、診療圏全体ではなく建設する村のみの人口

²⁾ 当該人口が現在利用している CSPS までの道のり



図 2-2 先方要請における 11 の保健行政区(DS)の位置

先方要請は、CSPS 設置基準に基づく建設・機材整備が想定されたものである。本報告書の付属資料に記載するように、政府基準はあくまで標準であり、既にその内容が実際と異なる部分も一部散見されたが、PNDS 開始以降の CSPS 整備は、ドナープログラムも含めて政府基準を踏まえて設計、建築されてきている。「ブ」国政府の CSPS 設置基準の内容には、日本の無償資金協力での対応は慎重な検討を要する部分も含まれるが、政府基準から大きく逸脱する内容の CSPS が出現することは、「ブ」国の保健サービスの制度面、医療技術面、運営能力面において非現実的である。したがって、本計画における基本設計策定までの段階においても、政府基準に照らして、日本の無償資金協力として対応可能な範囲、規模、グレード、仕様を勘案していく必要がある。政府基準については、付属資料「2-3 ブルキナファソ政府による CSPS 設置基準」を参照。

2-2 CSPS の現状と課題

2-2-1 現状における CSPS の概要

「ブ」国の保健行政は保健省が管轄している。地方分権化の流れにおいて、一般行政区分であるところの13の地方（région）ごとに保健局（Direction Régionale de la Santé : DRS）があり、地方の州（province）には1~2のDSが設けられている。保健サービスはこの3つの行政レベルを基盤としており、CSPSはこのうちDSの管理下にある。既述のとおり、全国に1,300以上のCSPSが存在し、このうち、2001年のPNDS開始以降に新設された施設が200~250（2001~2005年で129施設）と推測される。これ以外は2000年以前から存在した施設で、部分的な機能しかもたない旧来の保健施設（例：産科ケアがなく軽便な診療のみ）に必要な機能を付加（標準化）してCSPSとしたものも多く含まれる。

CSPSの概要は次表のとおりで、疾病や負傷の外来診療を行う一般診療棟（dispensaire）、産前／産後健診や正常分娩などの妊産婦ケアをおこなう産科棟（maternité）、受診者に医薬品を販売する薬局などの複数の建物で構成されている。端的には、一般外来、妊産婦ケア、予防接種ができることがCSPSの必要条件であり、看護職（IDE）、助産職（AA）、保健職（AIS）それぞれ1名ずつ計3名の保健スタッフを配置することが標準とされている。これら保健スタッフの給与は保健省から直接支払われる。

表 2-3 CSPS の概要

保健サービス	一般傷病の治療（外来診療、数日間の経過観察） 母子保健（産前／産後健診、正常分娩、子どもの健診、栄養指導等） 家族計画サービス 予防接種（施設内、アウトリーチ）
スタッフ構成	保健スタッフ：国家看護師（IDE）、助産助手（AA）、公衆衛生士（AIS） ※各1人計3人が政府基準 非保健スタッフ：清掃員、薬局販売員等
建物等	一般診療棟：補強ブロック造、延床面積約 150m ² 産科棟：〃 延床面積約 165m ² 薬局：〃 延床面積約 26m ² 職員宿舎：〃 延床面積約 65m ² その他：トイレ、患者家族用の調理場（一部の施設）、焼却炉等
設備	給水：深井戸 ※1日当たり 300~400 リットル使用 一般診療棟、産科棟それぞれ1日当たり 50~60 リットル程度 出産ごとに 50~60 リットル程度 電力：ソーラー ※主に産科棟、一般診療棟の夜間照明の簡便なシステム 廃棄物：施設内で焼却
主な機材	診察卓、診察台、処置台、分娩台、ベッド、体重計、身長計、血圧計、聴診器、トラウベ、鉗子類（処置、分娩）、ガスコンロ用圧力滅菌鍋、ガス式ワクチン冷蔵庫、アウトリーチ用バイク、救急バイク等
運営の仕組み	保健スタッフ：給与は保健省が支払（遅配なし） 非保健スタッフ：COGESが雇用、給与支払

	医薬品の調達 : COGES が管理 (回転資金方式) 国が配布 (ワクチン、妊産婦・子どものケアでの国庫負担分) 備品の購入 : COGES 資金で購入、DS が購入または資金援助
営繕・修理	COGES または主に診療圏の村人による修理 : COGES 資金で対応 都市部の業者へ委託せねばならない修理等 : DS の資金援助

CSPS は、開設時に組織された COGES が運営している。COGES は 5～6 人の村人と CSPS の責任者 (通常、IDE) で構成される。診療で用いる医薬品は COGES が販売管理し、売上金を回転資金として新しい薬を購入する。価格は国が定めた価格に 15% までの収益を乗せることができ、非保健スタッフ (清掃員、薬品販売係り等) の雇用や営繕にあてることができる。COGES の資金力には限界があり、修理などの経費がこれを超えるものは DS が支援する。

CSPS の建物は補強ブロック造で、すべて「ブ」国内の中堅建設会社の工事による。150m² 程度の一般診療棟、産科棟は、サブサハラ諸国での一般的なヘルスセンターと同じように、患者の待合、診療室、処置室、分娩室等がある。「ブ」国の地方村落部では公共電力や上水道は未設の村が多いところ、CSPS では、夜間の診療のための簡易なソーラー式照明以外は電気を使う医療機材は使用しておらず、ワクチンの保冷や鉗子類の滅菌にはガスが使用されている。ほぼすべての CSPS が深井戸を水源として、1 日 300～400 リットルの水を使用している。ただし、CSPS 専用の深井戸がなく、村の共同井戸や小学校の井戸を共用している施設もある。CSPS の通信手段は携帯電話または保健施設専用無線で、上述の照明と同じく、簡易なソーラーパネルによる電力を使用している。交通手段は主にバイクで、予防接種のアウトリーチはバイクで赴く。患者を上位施設へ送る際は DS が保有する救急車が使用される。何らかの事情で DS の救急車を使えない場合は、CSPS の救急バイクを使用する。CSPS の建物と機材などの物理的な環境は必要最低限が整えられているにすぎず、さまざまな制約が多いなかでおおむねよく活用されている。

2-2-2 今後の保健サービス改善における CSPS の課題

PNDS の目標には、サービスカバレッジの拡大のほか、保健サービスの質の向上と利用の増大、感染症・非感染症の対策強化なども含まれる。具体的な内容は、下表のように CSPS で提供される保健サービスに関するものも多く、これらについても 2010 年の目標はおおむね達成するものと見込まれる。

表 2-4 PNDS の目標と達成度 (抜粋)

	ベースライン 2001 年	中間の達成度		達成目標 2010 年
		2005 年	2008 年	
CSPS 診療圏の平均半径	9.18 km	8.16 km	7.51 km	7.2 km
〃 人口	14,117 人	10,079 人	9,692 人	7,500 人
新規受診率 (初診数/住民 1 人/年)	0.21 回	0.33 回	0.49 回	0.50 回
産前検診 (2 回目) の受診率 (%)	--	63.31%	75.25%	90%
有資格者による出産介助率 (%)	36.09%	37.67%	65.19%* 62.74%**	60%
避妊普及率 (%)	12.64%	22.46%	27.92%	27%
予防接種率 (%) 結核	84.46%	111.72%	112.44%	100%
DPT+HepB+Hib (1 回目)	--	(85%)		90%

DPT+HepB+Hib (3回目)	(86.27%)	(85%)	108.25%	95%
麻疹	--	84%	100.74%	90%
黄熱病	(64.26%)	84.09%	100.79%	90%
破傷風 (2回)	65.44%	70.87%	86.31%	90%

*: 保健スタッフが介助したすべての出産 **: そのうち CSPS での出産

出典: 2001, 2005, 2010 年の値 Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010, Mars 2007, Ministère de la Santé, Burkina Faso
2008 年の値 Annuaire Statistique 2008, Juin 2009, Ministère de la Santé, Burkina Faso

しかしながら、避妊普及率、新規受診率、保健スタッフによる出産介助率等は、サービスカバレッジの場合と同じく、2010 年の到達目標は最終目標といえる値ではなく、2011 年以降の更なる取り組みが重要と考えられる。例えば、「ブ」国の保健分野における重要課題のひとつであるところの妊産婦死亡の低減については、安全な出産やリプロダクティブ・ヘルスにおける取り組みの強化が必須であることはいうまでもない。2010 年の達成目標のうち、特に避妊普及率 (27%) は、到達目標の設定が低かったとの印象が残る。今回の調査で視察した CSPS は、総数 63 のうちの 11 DS においてそれぞれ 1 施設にすぎないが、訪問した施設全体について、出産ケアに比べて家族計画サービスの利用度が低いとの印象を受けた。これらも含め、2011 年以降もサービスカバレッジの改善及び保健スタッフの育成と雇用に取り組みつつ、住民の意識も高めて、基礎的な保健サービスのより良い活用に努めてゆくことが重要である。

既述のとおり、全国平均としては大きく改善されてきたサービスカバレッジには地域ごとの相違があり、依然として保健サービスへのアクセスに多大な困難を抱える村もある。ちなみに、本計画での CSPS 建設要請サイト (表 2-7) のように、既存の CSPS までの距離が 10~70 km もあっては、出産間近の妊産婦や高熱の患者が徒歩や自転車で到達できる距離とはいえない。せめて住民が実際に到達できる範囲までに距離を縮める (施設を増やす) ことは、サービス利用増大の必須条件であるといえる。

当然ながら、達成された成果の持続、すなわち、施設数が増加した後も安定的にサービスが運営されてゆくためには、予算面での現実性も忘れることはできない。「ブ」国においては、CSPS がコミュニティベースで運営されていることから、施設数規模の増大による保健予算の直接的な負担は相対的に小さい。ただし、CSPS によるヘルスケアを担う保健スタッフの育成と雇用については、保健省予算によって現在のように遅配なく給与を支払える範囲での人員の増加と、その後の人的体制の維持に注意を払う必要がある。

ところで、政府は、5,000 人、5km を CSPS 設置の目安としている。半径 5 km の一帯に人口 5,000 人という目安は、理論上、その一帯の人口密度が平均して 60~65 人/km² 程度であることを前提とする。「ブ」国の人口密度は国全体で 60 人/km² 程度であることから、今後の人口増加も含めて、5,000 人、5 km は適切な目安であるように見える。しかしながら、全国 63 の DS のうち、首都ワガドゥグ (6,800 人/km²) が所在する中部地方 (820 人/km²) の 5 DS 及びオバサン地方のボボデュラソ市 (770 人/km²) を除き、全国 57 の DS のうち半分以上 (34 DS) は 1km 当たりの人口が 60 人未満であり、このうち 15 DS では 40 人に満たない。例えば、ニジェール国境近くの人口がまばらな地方では、5,000 人、5 km 目安の CSPS 設置によってのみアクセスを高めることは困難であり、特にこのような地方においては、将来的には、予防接種だけでなく産前健診や家族計画のカウンセリングなども含めたアウトリーチの強化、CSPS を拠点とした巡回サービスの強化なども検討する必要があると予測される。

表 2-5 保健行政区別の人口密度

人口密度 (人/km ²)	保健行政区数
200 以上	1
100～200	6
90～99	4
80～89	4
70～79	4
60～69	4
50～59	7
40～49	12
39 以下	15

ワガドゥグ含む中部地方の 5 区、ボボデュラソのあるオバサン地方の 1 区を除く。人口は 2010 年の推計人口を使用。

出典：Annuaire Statistique 2008, Juin 2009, Ministère de la Santé, Burkina Faso
Projections Démographiques de 2007 à 2020, Août 2009, Ministère de l'Economie et des Finances, Burkina Faso

保健サービスへのアクセスを改善しつつ、住民によるサービスの利用を増大してゆくには、プライマリヘルスケアの基本であるところの住民への働きかけもより積極的に行う必要がある。この意味では、村落の住民の意識啓発などにも熱心な COGES の存在は重要であり、CSPS がコミュニティベースで運営されていることに大きな利点がある。しかし、診療圏の人口規模に対して、保健スタッフ 3 名の体制では負担が大きいことも事実であり、将来的には、CSPS の支所などの CSPS の活動を補完する機能を勘案してゆくことも求められるであろう。

2-3 要請内容の妥当性の検討

2-3-1 PNDS における本計画の位置づけ

CSPS の設置によるサービスカバレッジの拡大は、「ブ」国の現在の PNDS の主題であるといつてよく、本計画の重要性は大きい。

本計画において先方保健省が CSPS の建設を要請している 11 DS について、調査を実施した 2010 年 2 月現在の CSPS 数と 2010 年の推計人口から、DS 別の 1 CSPS 当たりの人口を求めると、下表のように、11 DS 中、バティエ (7,200 人)、トゥガン (7,500 人)、ディエブグ (7,700 人)、マンガ (7,800 人) が 1 CSPS 当たり 7,500 人前後である以外、他の 7 DS では PNDS での 2010 年目標に達しておらず、CSPS 建設についての一定のニーズが認められる。

表 2-6 CSPS 建設要請サイトが所在する DS の CSPS 当たりの人口 (2010 年)

	バンフォラ	マンゴダラ	デドゥグ	トゥガン	ヌナ	ソレンゾ	サブイ	レオ	バティエ	ディエブグ	マンガ
既存 CSPS ¹⁾	34	23	30	32	34	29	17	28	10	14	33
人口/CSPS ²⁾	8,700	14,400	11,400	7,500	9,200	10,600	11,000	8,500	7,200	7,700	7,800

1) 調査を実施した 2010 年 2 月現在の既存 CSPS 数。各 DS での聞き取りによる

2) 2010 年の推計人口。政府統計から算出

先方要請における 59 の CSPS 建設要請サイトは、新しい CSPS が開設された場合、5,000～8,500 人を診療の対象とすることが見込まれるものであるが、これら新 CSPS の対象人口となるべき

住人が現在利用している CSPS までの距離は 10 km 以上ある。なかには、30 km を超えるような地域も 8 サイトあり、このようなサイトで対象人口として見込まれている 5,000 人以上の住人は、現在は CSPS へのアクセスが劣悪で、事実上、いわば保健サービスカバレッジの空白に居住しているに近い状況にあるといえる。

表 2-7 既存 CSPS までの距離別にみた CSPS 建設要請サイト数

距離	バンフォラ	マンゴダラ	デドゥグ	トゥガン	ヌナ	ソレンゾ	サブイ	レオ	バティエ	ディエブグ	マンガ	総計
10～19 km	3	4	8	10	1	4		2	2	4	5	43
20～29 km	1	1	1	1			2	1			1	8
30～39 km		1			1			1				3
40～49 km		2					1					3
50 km 以上		1					1					2
計	4	9	9	11	2	4	4	4	2	4	6	59

以上から、本計画は、「ブ」国における保健開発政策上、最も優先度の高い CSPS によるサービスカバレッジの拡大に直接関連するものとして、極めて重要な案件と位置づけられる。

なお、CSPS 建設について、「ブ」国政府は日本以外の他ドナーにも支援を要請している（付属資料「1-3-2 他ドナーの援助状況・動向」参照）。しかしながら、複数のドナーに重複する要請は出しておらず、本計画における 59 の CSPS 建設要請サイトについては、日本以外のドナーへの要請は行っていないことも確認されている。

2-3-2 日本の無償資金協力としての妥当性

(1) 案件内容

「ブ」国の保健セクターの現状において、基礎保健サービスの改善、特に母子保健サービスの質の向上への取り組みは、その基盤となる CSPS の量的拡大を必要条件とすることはいうまでもない。換言すれば、CSPS 建設は、母子保健サービス等の質的改善へ向かうための量的改善と位置づけられ、日本の無償資金協力事業として極めて妥当な主題といえる。

他方、「ブ」国において CSPS 開設の条件ともいえる水源（深井戸）の確保等、無償資金協力の事業スキーム上、対応が容易ではない部分もあり、これらについては、次の段階の準備調査（概略設計）開始までに、対処方針を充分検討しておくことが求められる。

(2) 案件規模

本計画では CSPS 59 カ所の建設が要請されている。今回の調査で 11 DS すべてを踏査したが、基本設計の段階以降は、DS 事務局だけでなく、直接サイトへ赴く必要が生じる。これに関し、一般的な無償資金協力事業の工程上、11 DS にまたがる 59 カ所を踏査することは極めて難しい。また、雨季には一部の道路が使えなくなるといった事情も含め、実施段階での全体工程を考えるうえでも、59 カ所での建設をひとつの案件として計画することは非現実的といえる。以上から、適切な案件規模の目安を定め調査の対象とするサイトを絞り込むことが、次の段階の準備調査（概略設計）へ進むことへの条件であると考えられる。

(3) CSPS コンポーネントの妥当性について

1) 施設

①一般サービス棟

要請コンポーネントには、薬局、ワクチン庫、倉庫などが一体となった一般サービス棟が含まれている。これは保健省インフラ総局の基準書に基づくものと考えられるが、現地では実際にこのような部屋構成による建物は建設されていない。保健省標準図面でも薬局は独立した建物として設計され、その他の用途の部屋は一般診療棟などに分散されているのが現状である。保健省標準図に従い薬局のみとすることが妥当と考えられる。

②付添い人用待合

保健省標準図面がなく、既存 CSPS に必ずしも附属していない。柱と屋根だけの簡単な構造の建物であることからコミュニティによる建設が可能であり、本件協力の対象としない。

③電源供給システム

蓄電池の故障や劣化などにより電源システムが稼働していない既存 CSPS が見受けられた。すべてを電気に依存してしまうと、そのような場合に CSPS の機能が麻痺してしまう危険性がある。太陽光パネルによる電源供給システムは、夜間診療用の照明など必用最小限のものに限定することが妥当と判断される。

④廃棄物処理設備

プロジェクト対象に含める事が困難であり、相手国負担とすることが妥当と判断される。

⑤通信機器

携帯電話の通信網が整備され、ほとんどの新設サイトでも使用が可能と判断され、相手国負担とすることが妥当と判断される。

⑥施設の囲い

通常の本邦無償援助では相手国負担工事。また既存 CSPS でも囲いが設置されている例は少なく、緊急性が低いと判断される。

2) 機材

①待合ベンチ

建設工事で建物に造りつけることが可能であり、多くの事例で同様の設計になっていた。

②バイク救急車

故障した後、メンテナンスを受けずに放置されているケースが多い。病人を乗せて集落の小道をこのようなバイクで走行することの安全性にも問題があり、緊急性は低いものと判断する。

③水運搬用一輪車

CSPS では水源から施設内への水の運搬は人力によるのが一般的である。水源からの運搬用に現地で使用されている一輪車を追加する。

第3章 結論・提言

3-1 協力内容スクリーニング及び協力内容スコーピング

3-1-1 プロジェクトの概要

(1) プロジェクト目標

先方国の保健政策において保健サービスカバレッジの拡大は最重要課題であり、CSPSの診療圏の状況を地理的、人口的に示した指標を用いて、カバレッジ拡大の達成目標も明示されている。

本計画の先方要請もサービスカバレッジ拡大を目的とするCSPS建設であり、したがって、保健政策上の目標に即して、無償資金協力計画におけるプロジェクト目標を以下のように設定することが妥当と考えられる。

- ・上位目標：ブルキナファソ国においてCSPSによる保健サービスカバレッジが拡大する。
(PNDS達成目標の第1項)
- ・プロジェクト目標：対象地方 région においてCSPSによる保健サービスカバレッジが拡大する。
- ・プロジェクトの成果指標（数値）：対象地方（région）における診療圏の平均半径（RMAT）
- ・その他成果指標：次の調査にて検討する。
- ・期待される成果：新規CSPS施設がサービス活動を開始する（施設数を成果指標に）新規CSPSの村の運営委員会（COGES）が組織される。

(2) プロジェクト内容

日本への要請内容：CSPS 59施設の建設・機材整備

（※政府設置基準による建設）

相手国側投入計画：用地の確保と整地（樹木等の除去）

CSPSに勤務する保健スタッフの人員配置

CSPS運営のための住民組織化

3-1-2 準備調査（その2）に含める範囲

- | | |
|-----------------|----------------------------------|
| (1) 建設用地の見極め | 既存水源を使用できることの確認、試掘による水源調査、代替地の選定 |
| (2) 協力計画の範囲／内容等 | 建築計画策定、機材計画策定、ソフトコンポーネント立案、事業費概算 |
| (3) その他 | 成果指標の検討 |

3-1-3 対象地域

改訂された要請サイト（11DSの59サイト）は広範囲に拡散しており、これらすべてを協力対象範囲に含めることは一般無償資金協力事業としての実現可能性が低いことが懸念される。そのため、調査団は、「ブ」国側が目指す目標への達成・貢献度、付属資料2、3に示す対象地域・サイトの現状を勘案し、次期調査対象地域を絞り込む必要がある。

3-1-4 コンポーネント

(1) 施設のコンポーネント

番号	種類	数	規模の目安	附属建物
1	一般診療棟	1	156 m ²	便所/シャワー (6.5 m ²) 1 棟
2	産科棟	1	165 m ²	便所/シャワー (6.5 m ²) 2 棟 倉庫付き台所 (18 m ²) 1 棟
3	薬局	1	26 m ²	便所 (2.0 m ²) 1 棟
4	職員宿舎	3	65 m ² /棟	台所 (9.5 m ²) 各 1 棟 便所 (2.0 m ²) 各 1 棟
5	深井戸	1		ハンドポンプ

注 1) 規模の目安：「ブ」国保健省標準設計の数値とした。

注 2) 一般診療棟、産科棟工事には太陽光発電システムによる照明設備が含まれる。

施設のグレードは「ブ」国保健省の標準図などを参考に必要最低限のものとする。引き渡し後の COGES などによる補修、メンテナンス作業を効率的に実施するため、建材などは基本的に現地で調達可能なものを使用する。

(2) 機材のコンポーネント

要請リストから待合ベンチ及びバイク救急車を削除。リストにない、水タンク運搬用一輪車を追加。詳細は、M/M 添付のとおり。

3-2 準備調査（概略設計）に際し留意すべき事項等

(1) 協力範囲の設定について

先方要請は、「ブ」国政府による CSPS 設置基準による CSPS 建設を想定している。政府基準は、端的には、CSPS 整備についての政府方針として最低限満たされるべき条件であり、農村のコミュニティレベルのヘルスケアを提供する末端保健施設のコンセプトとして、おおむね妥当と考えられる。他方、右政府基準によるコンセプトには、産科ケアや一般診療を行う建物と併せて職員宿舎や深井戸も含まれる。特に本件においては、政府基準に含まれる職員宿舎や深井戸を日本の協力の範囲外とした場合、これらを先方負担工事とすることは予算能力上非現実的であり、これが原因となって、建築後の CSPS が活用されない（できない）といった問題が生じることが想定される。一般無償資金協力あるいはコミュニティ開発無償のいずれのスキームによる場合も、協力の対象とする範囲についてはこの点を考慮に入れ、慎重な判断が必要である。

水源については、例えば、深井戸を協力範囲に含めない場合は、適切な既存水源を利用できるような建設用地の選択あるいは代替なども含め、日本の協力によって新設される CSPS の水源を確保することが強く望まれる。また、職員宿舎については、地方農村の住民にとって、産婦の急変、乳幼児の突然の発熱などの日常的な救急に対応してくれる保健施設は CSPS のみであり、CSPS 側も患者があれば夜間も含めて常時対応している事実を踏まえ、保健スタッフが CSPS 敷地内に居住する、すなわち、宿舎があるということが、CSPS の実質的な機能が発揮されるためのひとつの条件であるとの認識の下、職員宿舎も協力対象範囲に含めることが望まれる。

(2) 深井戸について

CSPS の適切な運用を担保するため、水源の確保が必須条件であることを確認したことを受け、次期準備調査（概略設計）において、全調査対象サイトにおける水源確保の可否（井戸採掘に必要な地質データ、電気探査）を確認する必要がある。建設スケジュールに先駆けて、先方負担により井戸設置を行うことは、実質的に大きな困難を伴うことが想定される。井戸設置スケジュールの遅れは、日本側の建設工期の遅れに直結するところ、一部日本側負担の可能性を含めて前向きに検討を行うことを提言したい。ただし、対象サイト付近に深井戸等 CSPS で使用可能な既存水源が存在する場合は、日本側の井戸負担分の軽減を考慮し、その共同使用を含めて検証を行うことが望ましい。既存水源を本計画による CSPS が使用するためには、いうまでもなく既存水源の既得権者の了解が必要である。村の深井戸などの場合は、維持管理費を深井戸の水を販売することによって集めている場合もあり、事前の調整が必要となる場合も考えられる。

また、深井戸などの給水施設については、多くのドナーが建設プロジェクトを実施しており、今後、建設予定サイトの水源に関する状況が変わる可能性もあるということも念頭においておく必要がある。

(3) 建設案件におけるグレードと仕様

CSPS 建設については、PNDS においてこれまでに建設された施設と同等、すなわち現地の工法・資材による建設を基本的な方針とすることが適切である。このことは、日本の協力における事業費縮減だけでなく、建設後の新 CSPS の維持管理も左右する。日常の管理や営繕は、可能な限り住民や地方の職人に対応できることが望ましい。概略設計が的確であるだけでなく、実施段階での詳細設計や実際の建設においても、設計どおりの水準での建設が担保されねばならない。この意味では、本邦での入札によって日本の建設業者が選定される一般無償よりも、現地の建設業者を活用できるコミュニティ開発無償の方がより適していると予測される。ただし、コミュニティ開発無償で実施する場合、ブルキナファソ国内における CSPS の建設における契約形態等につき、調査の段階においてさらに詳細を確認しておくことが望ましい。今回の準備調査において、現地の建設会社及びその周辺事情は確認されている（付属資料「2-2 施工・調達事情等」）ところ、これに加えて、実際的な入札方式（BQ 方式、一括方式の別等）なども含めた詳細を次回の準備調査で確認することが望まれる。

(4) CSPS 運営に関する住民組織化

CSPS が主に COGES によって運営されていることは「ブ」国の保健システムの最大の特徴であり、コミュニティレベルにおいて持続的なヘルスケアを実践するうえでの強みでもある。COGES は、CSPS が建設された後に組織されるものであるが、CSPS 建設の段階から、住民を啓発し、側面的な支援を行いつつ、確実に COGES が組織、機能されていくための対処が必要と考えられる。他ドナーの支援でも CSPS の COGES に関する支援は CSPS 建設支援の一部に含まれている。このため、本件にはソフトコンポーネントを含めることにより、建設前の段階からコミュニティに対する働きかけや、一定の研修（施設の管理、薬剤の管理）を行い、完工までに COGES が組織されることを促進することが望ましい。なお、今回の準備調査での関連ドナーからの聞き取りから、調査の段階に的確な立案がなされれば、COGES への

研修については、現地マンパワーの活用（ワガドゥグなどで「ブ」国人のトレーナーを備上）が十分可能であると予測される。

3-3 コスト縮減案

(1) 工期設定

現地の CSPS 建設工事では、フルコンポーネントで建設する場合の 1 サイト当たりの工期を 4 ～ 5 カ月程度に設定している。ただし現地工事では、足場など仮設工事にかかわる安全対策が十分にされていない、コンクリートの圧縮試験などの検査を実施していないなどの実情がある。本プロジェクトを一般無償で実施する場合には、これらの対策が必要であり、そのため 1 サイト当たりの工期として 6 カ月程度を見込む必要があると考えられる。各サイトの工事は施工上、監理上の効率を考慮して、着工時期をずらす必要がある。いくつかのグループに分け、最初に着工するグループから最期に着工するグループまでの時間差を 2 カ月とし、工事に要する期間を全体で 8 カ月に想定する。

本計画において、ほとんどの CSPS 建設現場は雨季にはアクセス困難となる。コスト縮減のためには、工期に雨季による中断をはさまないことが必要である。そのため、工事期間は雨季の終わりの 10 月半ばから雨季が始まる 6 月半ばまでの 8 カ月間とする。

(2) 設計

保健省標準図では、一般診療棟と産科棟はほぼ同様の間取りでありながら寸法が微妙に異なり、全体として産科棟の方が面積で 1 割程度広くなっている。建物の幅方向、奥行き方向ともに少しずつ違って統一がとれていない。これは現場で施工者が間違いを起こす原因となりやすい。建物幅を合わせるなど、ある程度、規格の統一化、合理化が必要である。それにより建材の寸法を統一できるなど、コスト面で有利となるほか、施工の容易さから、工期の短縮にもつながる。

また、一般診療棟、産科棟に附属する便所／シャワー棟は標準図面では各 1 ブースとなっている。同じものを必要数だけ建設する方針であるが、実際上は適宜、必要数を統合し便所 2 ブース、シャワー 2 ブースで 1 棟などとする方が現実的でありコストもかからない。

(3) 品質管理

現地工事で実施していないコンクリートの圧縮試験などが必要である。国内で試験ができるのは首都ワガドゥグにある国立ラボと大学ラボでボボデュラッソにラボはない。ワガドゥグまで運搬するのでは時間も経費もかかりすぎるため、圧縮試験機を日本などから持ち込み、現場事務所に設置して使用するなどの対策が必要である。

(4) 概略事業費

1 サイト当たりの概略事業費を以下のように算定した。本来、事業費は積み上げにより算定されるべきであるが、次表の計算は事業規模を設定するための目安を得るためのものである。間接費や設計監理費の直接工事比率は、「ブ」国で直近の一般無償案件である第 3 次小学校建設計画によった。

	コンポーネント	およその 床面積 (㎡)	数	単位	単価 (FCFA)	㎡単価 (FCFA)	㎡単価 円換算	金額 (FCFA)	備考
直接 工事費	一般診療棟	156.1	1	棟	25,000,000	160,154	32,031	25,000,000	屋根、構造、改善 太陽光発電による照明
	産科棟	165.3	1	棟	28,000,000	169,389	33,878	28,000,000	屋根、構造、改善 太陽光発電による照明
	職員宿舎	64.5	3	棟	11,500,000	178,295	35,659	34,500,000	屋根、構造などの改善
	薬局	26	1	棟	4,500,000	173,077	34,615	4,500,000	屋根、構造などの改善
	台所 (CSPS)	18	1	棟	2,500,000	138,889	27,778	2,500,000	入院患者自炊用
	便所/シャワー	6.35	3	棟	1,500,000	236,220	47,244	4,500,000	
	台所 (宿舎)	9.52	3	棟	1,500,000	157,563	31,513	4,500,000	
	便所 (宿舎、薬局)	3.6	4	棟	1,000,000	277,778	55,556	4,000,000	1棟は薬局用
	付添い用待合		0	棟	0			0	プロジェクトに含めず
	焼却炉		0	台	0			0	プロジェクトに含めず
	深井戸		1	箇所	2,800,000			2,800,000	ポンプ設置 上部構造のみ
	機材		1	式	20,000,000			20,000,000	バイク救急車、太陽発電通信、待合椅子などの 削除
	ソフコン							1,500,000	1%
								131,800,000	
間接費	対直工費比率		約	50%				65,900,000	3次小学校を参考
設計 監理費	対直工費比率		約	20%				26,360,000	3次小学校を参考
							合計	224,060,000	FCFA/サイト
							円勘算	44,812,000	円/サイト

別添資料

協議議事録（ミニッツ）

PROCES-VERBAL DES DISCUSSIONS
RELATIF A L'ETUDE PRELIMINAIRE POUR
LE PROJET DE CONSTRUCTION DE
CENTRES DE SANTE ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS)
AU BURKINA FASO

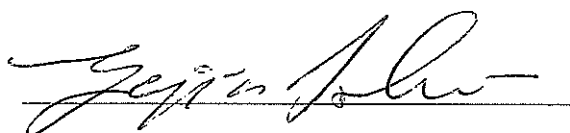
En réponse à la requête soumise par le Gouvernement du Burkina Faso, le Gouvernement du Japon a décidé d'exécuter une étude préliminaire pour le Projet de Construction de Centres de Santé et de Promotion Sociale (ci-après désigné « le Projet ») et a confié l'exécution de l'étude à l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (ci-après désignée « la JICA »).

La JICA a envoyé au Burkina Faso une mission d'étude préliminaire dirigée par M. Yojiro ISHII, Adjoint au Directeur Général et Directeur du Groupe de Système Sanitaire et Santé Reproductive, Département de Développement Humain, JICA, et l'exécution de cette étude est prévue du 31 janvier au 6 mars 2010.

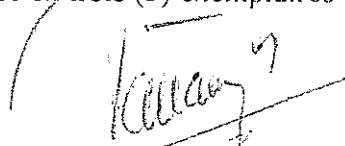
La mission a eu une série de discussions avec les responsables du Ministère de la santé au niveau central, régional et district (liste en annexe-1), et a effectué des visites de terrain dans les zones du Projet.

Au terme des discussions et de l'étude sur le terrain, les deux parties ont confirmé les principaux éléments indiqués dans le document annexé au présent procès-verbal.

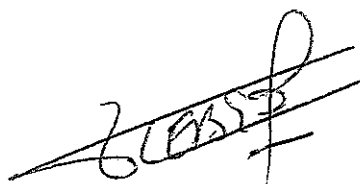
Fait à Ouagadougou, le 17 février 2010
Etabli en langue française en trois (3) exemplaires originaux



M. Yojiro ISHII
Chef de Mission,
Etude Préliminaire,
Agence Japonaise de Coopération Internationale
(JICA), Japon



Prof. Adama TRAORE
Secrétaire Général,
Ministère de la santé,
Burkina Faso



M. Léné SEBGO
Directeur Général de la Coopération,
Ministère de l'Economie et des Finances,
Burkina Faso

APPENDICE

1. Objectif du Projet

Ce projet provient de la requête faite par le Gouvernement du Burkina Faso qui l'a adressé au Gouvernement du Japon en vue de contribuer à « l'accroissement de la couverture sanitaire » qui est l'un des objectifs du Plan national de développement sanitaire 2001-2010.

L'objectif du projet est de réduire le rayon moyen d'action et d'améliorer les indicateurs de santé dans les districts sanitaires concernés par la construction, l'équipement et l'électrification de CSPS.

2. Organisme responsable et organisme de l'exécution du Projet

2-1. L'organisme responsable est le Ministère de la santé (organigramme en annexe-2). Il prend toutes les mesures nécessaires pour la bonne exécution du projet conformément à l'annexe-7 et selon les spécificités du Burkina Faso. Il assure la coordination des différentes parties prenantes impliquées dans la mise en oeuvre du projet.

2-2. Conformément aux modalités de l'aide financière non-remboursable du Japon, la Direction des études et de la planification du Ministère de la santé assure le suivi de l'exécution du projet en collaboration avec la Direction générale des infrastructures, des équipements et de la maintenance, la Direction de l'administration et des finances, la Direction des ressources humaines, les Directions régionales de la santé concernées, et autres organismes concernés.

3. Districts sanitaires concernés par le Projet

3-1. Rectification de la requête

La partie burkinabé a proposé à la partie japonaise, après la requête officielle pour la construction, l'équipement et l'électrification de 39 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) soumise au Gouvernement du Japon datée du 12 août 2008, la rectification des districts sanitaires concernés par le Projet suite à la réalisation des constructions, d'équipement et d'électrification de nouveaux CSPS. La requête modifiée consiste à la construction, l'équipement et l'électrification de 59 CSPS répartis dans 11 districts sanitaires : Banfora, Batié, Dédougou, Diébougou, Léo, Manga, Mangodara, Nouna, Sapouy, Solenzo et Tougan (liste modifiée des sites en annexe-3).

3-2. Présente étude préliminaire

Les deux parties ont convenu que cette mission mènera une étude sur les 11 districts sanitaires ciblés. Les sites de CSPS à construire pour ce projet seront

déterminés lors de la prochaine étude préliminaire suite à l'analyse au Japon par rapport au contenu de cette présente étude. Les deux parties ont convenu que la sélection des sites du projet s'effectue suivant les critères indiquées en annexe-4

4. Composantes concernées par le Projet

La spécification standard d'un CSPS est bien stipulée dans la norme nationale présentée en annexe-5 que possède le Gouvernement du Burkina Faso. La partie burkinabé a souhaité le respect des normes de construction d'équipement et d'électrification de CSPS. La mission a constaté la nécessité de la spécification standard de manière générale. Cependant, elle a exprimé son avis à la partie burkinabé sur les points suivants et a indiqué que la suite sera donnée lors de la prochaine étude préliminaire.

4-1. Logements pour les agents de santé de CSPA

La mission a confirmé la nécessité d'assurer les logements au sein du site pour les agents de santé en tenant compte du fonctionnement et de la particularité de CSPA. Cet élément sera rendu compte au Gouvernement du Japon.

4-2. Système de sources d'énergie

Concernant l'installation du système solaire comme source d'électricité simple, la situation étant variée selon les sites, la pertinence sera jugée au cours de l'analyse effectuée au Japon et rapportera le résultat au Gouvernement du Japon.

4-3. Appareil de communication

Concernant le système de communication, la mission a confirmé la nécessité en tenant compte du fonctionnement et de la particularité de CSPA. Cependant, puisque le réseau de communication y existe, les deux parties ont convenu que lors de la mise en oeuvre du projet, l'abonnement du système et l'investissement initial des appareils de communication seront pris en charge par la partie burkinabé.

4-4. Equipement pour le traitement des déchets biomédicaux

La mission a confirmé la nécessité de l'installation d'un équipement pour traiter les déchets biomédicaux relatifs au CSPA. Cependant, la mission a expliqué la difficulté d'inclure dans ce projet, ce volet. La partie burkinabé lui a donné son accord.

5. Système de l'aide financière non-remboursable du Japon

5-1. La partie burkinabé a compris le système de l'aide financière non-remboursable du Japon expliqué par la mission et présenté en annexe-6.

5-2. La partie burkinabé s'est engagée à prendre les mesures nécessaires indiquées

en annexe-7, pour l'exécution du projet dans de bonnes conditions au cas où l'aide financière non-remboursable serait accordée au projet selon les spécificités du pays.

6. Suite de la présente Etude

La présente mission continue l'étude jusqu'au 6 mars 2010.

7. Autres

7-1. Statut de la présente étude

Il s'agit d'une étude préliminaire qui n'engage pas la mise en oeuvre du projet. La mission a expliqué à la partie burkinabé que c'est sur la base des résultats de cette étude que sera prise la décision de l'exécution de la prochaine étude préliminaire.

7-2. Affectation du personnel

La mission d'étude a expliqué que les volets recrutement, formation et affectation du personnel respectant le calendrier de construction, d'équipement et d'électrification des CSPS est important pour la réalisation du Projet. La partie burkinabé s'est engagée à s'en occuper de manière sûre.

7-3. Acquisition et aménagement de terrains

La mission d'étude a confirmé que, lors de la réalisation du projet, la partie burkinabé sera chargée d'acquérir et d'aménager les terrains appropriés de manière sûre en devançant le calendrier de construction, d'équipement et d'électrification de CSPS.

7-4 Mesures financières

La mission d'étude a confirmé que la partie burkinabé assurerait leur fonctionnement et leur gestion des coûts (combustible, pièces de rechange, médicaments, vaccins, autres consommables, communication, ainsi que les volets de réhabilitation et d'entretien). En outre, elle supportera les commissions bancaires liées à l'exécution du projet.

7-5. Acquisition des points d'eau

Suivant les études sur le terrain, la mission d'étude a confirmé que l'acquisition des points d'eau fait partie des conditions indispensables pour la nouvelle construction, l'équipement et l'électrification de CSPS pour garantir un fonctionnement viable de CSPS. La mission a expliqué que le volet approvisionnement en eau potable était une rubrique prise en charge par le pays

bénéficiaire dans le cadre de l'aide financière non-remboursable du Japon, et a discuté la possibilité de l'adapter pour ce projet au Burkina Faso. La partie burkinabé a demandé vivement à la partie japonaise d'assurer la réalisation des points d'eau au cas où elle ne serait pas assurée par le pays bénéficiaire. Au retour au Japon, les résultats de l'analyse seront rapportés au Gouvernement du Japon.

- Annexe-1 Listes des personnes du Ministère de la santé rencontrées
- Annexe-2 Organigramme
- Annexe-3 Sites demandés pour le Projet par la partie burkinabé (modifiés)
- Annexe-4 Critères de sélection des sites ciblés
- Annexe-5 Composante demandée par la partie burkinabé
- Annexe-6 Système de l'aide financière non-remboursable du Japon
- Annexe-7 Mesures principales à prendre par les deux Gouvernements

4/

5

7

Annexe-1 Liste des personnes du Ministère de la santé rencontrées

Prof. Adama TRAORE, Secrétaire général

Romanic T. SOME, Directeur des études et de la planification

Jean-Marie DABIRE, Service de coopération, Direction des études et de la planification

Jeanne WARE/ILBOUDO, Service de coopération, Direction des études et de la planification

Boubakar TOURE, Directeur général des infrastructures, des équipements et de la maintenance

Innocent BAMOUNI, Direction générale des infrastructures, des équipements et de la maintenance

Ganou I. YAYA, Directeur de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé

DRS du Mouhoun

Lagoun ZOU, Directeur Régional de la santé

Charlemagne J. YODA, Directeur Général du CHR de Dédougou

Seydou GANAMA, Médecin chef du district sanitaire de Dédougou

Pierre S. YAMEOGO, Médecin chef du district sanitaire de Tougan

Brice BICABA, Médecin chef du district sanitaire de Nouna

Inouf F. SIEBA, Médecin chef du district sanitaire de Solenzo

DRS des Cascades

Malick DJEBRE, Directeur général du CHR de Banfora

Bernard ILBOUDO, Représentant du Directeur régional de la santé des Cascades

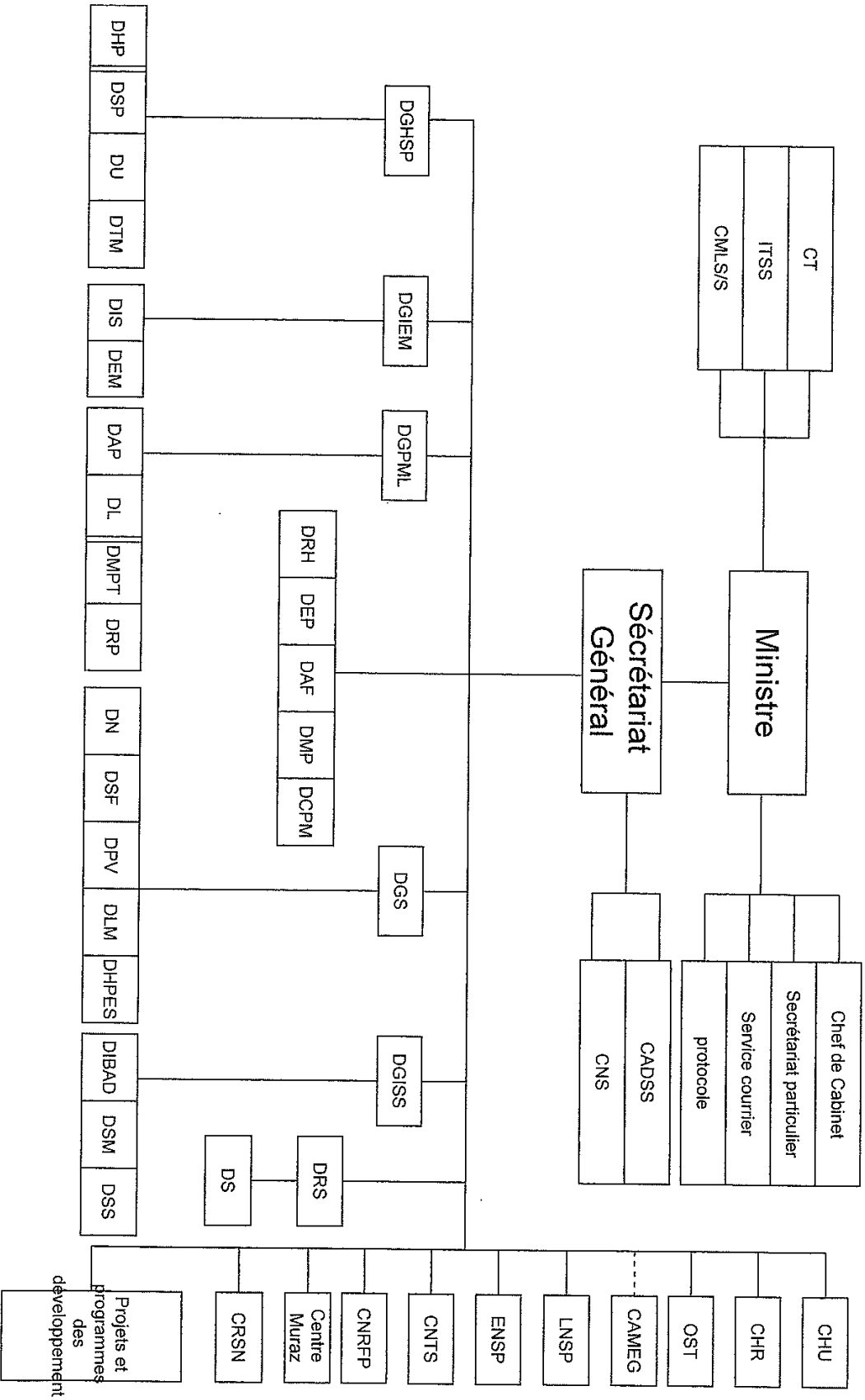
Aoula GIGANI, Médecin chef du district sanitaire de Banfora

Emmanuel Koumalou BAKYONO, Médecin chef du district sanitaire de Mangodara

ENSP

Pr Daman SANO, Directeur Général de l'ENSP

Annexe-2 Organigramme (Ver Mar.2009)



Annexe-3 Sites demandés pour le Projet par la partie burkinabé (modifiés)

Liste des villages des districts sanitaires concernés par le projet				
District sanitaire	N°	Villages (sites)	Estimation de la population à desservir	Distance du Site / au CSPS couvert
BANFORA	1	Boko	5100	15KM
	2	Boulo	6321	15KM
	3	Djontoro	6989	20KM
	4	Diamon	5384	21KM
MANGODARA	5	Dandougou de Kouèrè	6,206	10KM
	6	Guandougou	5,111	15KM
	7	Dandougou de Mangodara	5,535	45KM
	8	Doutié	5246	49KM
	9	Kassandé	6443	25KM
	10	Madiasso	6379	16KM
	11	Poikoro	8,498	73KM
	12	Sampobien	6,976	31KM
	13	Touroukoro	5418	20KM
DEDOUGOU	14	Bissandérou	5551	20KM
	15	Toroba (Kari)	5418	21KM
	16	Toroba (douroula)	5074	18KM
	17	Kari deTikan	7409	15KM
	18	Fakouna	8186	18KM
	19	Tiokuy	7079	17KM
	20	Yangasso	6058	15KM
	21	Syn	5048	16KM
	22	Pié	6278	11KM
TOUGAN	23	Gorom	7537	23KM
	24	Soro	5154	15KM
	25	Bombara	5046	15KM
	26	Doukou (Donon)	8525	15KM
	27	Pini	5157	10KM
	28	Douban	5021	17KM

	29	Poura	5333	11KM
	30	Yéguéré	5083	13KM
	31	Doussoula/Diéle	5521	12KM
	32	Gourbassa	5680	10KM
	33	Gani	6450	14KM
NOUNA	34	Komberi	5533	39KM
	35	Kiemè	8108	16KM
SOLENZO	36	Toma	5791	15KM
	37	Orowé	6355	10KM
	38	Kosso	6699	15KM
	39	Denkéné	5600	10KM
SAPOUY	40	Bazilakoa	5167	70KM
	41	Tiaben kasso	5505	25KM
	42	Poun	5714	45KM
	43	Koundi	5196	25KM
LEO	44	Kabaro	5444	21KM
	45	Vara	5103	20KM
	46	Nabon	5826	18KM
	47	Kélié	5148	32KM
BATIE	48	Banaba	5073	11KM
	49	Poubiel	3469	20KM
DIEBOUGOU	50	Orkounou	5421	11,43KM
	51	Tlinguera	5065	13KM
	52	Pokro	6179	18,17KM
	53	Wapassi	5024	11KM
MANGA	54	Basbedo	2,098	12KM
	55	Yambasé	2,055	22KM
	56	Sakuilga	2,751	12KM
	57	Luilinobéré	2,000	18KM
	58	Dissomey	1,692	15KM
	59	Tigré	1,820	17KM

Annexe-4. Critères de sélection des sites ciblés (indiquées ci-dessous par ordre de priorité)

1. Les sites dont le nombre de la population que couvre un CSPS ciblé est au moins 5000 habitants, en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs mentionnés dans le Plan national du développement sanitaire 2001-2010 du Burkina Faso.
2. Les sites accessibles sans problème pour la supervision menée par l'équipe cadre de district et pour le transport des matériels et matériaux de construction, d'équipement et d'électrification.
3. Les sites où la réalisation d'un forage positif est garantie.
4. Les sites ne présentant pas de problème de sécurité.

Bâtiments : Dispensaire, Maternité et Services communs*Le CSPS dispose au minimum des locaux ci dessous numérotés*

N° d'ordre	Appellation du local ou de la salle	Observations / Contraintes techniques	Surface minimale utile
D	Dispensaire		
1	Attente	Fonction de la configuration du bâtiment (15 m ² mini.)	pm
2	Bureau(Chef de poste)	Avec espace pour réunion, source d'énergie (solaire)	23
3	Consultation	Paillasse, point d'eau, source d'énergie (solaire)	15
4	Pansement	Paillasse, point d'eau, source d'énergie (solaire)	11
5	Soins et petite chirurgie	Paillasse, point d'eau, source d'énergie (solaire)	22
6	Mise en Observation	Salle de 4 lits	26
		97	
	<i>Sanitaires externes</i>	<i>1 latrine et 1 douche</i>	6
	<i>Office pour le personnel</i>	<i>Détente ou bureau supplémentaire</i>	11
	<i>Magasin</i>	<i>Local de rangement (6 m² mini.)</i>	6
	<i>Total surface utile</i>		120
M	Maternité		
1	Attente	Fonction de la configuration du bâtiment (15 m ² mini.)	pm
2	Consultation	Paillasse, point d'eau, source d'énergie (solaire)	15
3	Travail	2 lits, source d'énergie (solaire)	15
4	Accouchement	Paillasse, point d'eau, salle pour 2 tables, énergie solaire	29
5	Suites de couches	Salle de 5 lits	30
		89	
	<i>Sanitaires externes</i>	<i>2 latrines et 2 douches</i>	12
	<i>Office pour le personnel</i>	<i>Détente ou bureau supplémentaire</i>	11
	<i>Magasin</i>	<i>Local de rangement (6 m² mini.)</i>	6
	<i>Total surface utile</i>		118
C	Services Communs		
1	Vente des MEG	Comptoir de vente, énergie solaire	11
2	Magasin pour les MEG		15
3	PEV		12
4	Magasin du CSPS		10
5	Entrepôt	Matériel, Mobylette	12

	Sanitaires externes	1 latrine pour le personnel	60	4
		Total surface utile		64
A	Annexes			
1	Cuisine	Cuisine avec magasin (total minimum 18 m ²)		pm
2	Fosse à ordure (incinérateur)	Minimum 7 m ²		pm
3	Point d'eau (forage)			pm
4	Abris pour les séances IEC et accompagnants	Hangar ou paillote minimum 18 m ²		pm
5	Clôture du CSPS	(ml) fonction du site		pm
	3 LOGEMENTS pour le CSPS			
1	Salon avec séjour			20
2	Chambre 1			10
3	Chambre 2			10

DISPENSARE

DESIGNATION DE L'EQUIPEMENT	QUANTITE
<u>Hall d'attente</u>	
Banc d'attente	2
Tableau d'affichage	1
<u>Bureau chef de poste (salle de réunion)</u>	
Bureau à 1 caisson	1
Chaise de bureau	1
Chaise visiteur	3
Armoire à 2 battants	1
Banc en bois	4
Table simple	2
Armoire à dossiers suspendus	1
<u>Salle de consultation</u>	
Bureau à 1 caisson	1
Chaise de bureau	1
Chaise visiteur	3
Armoire à dossiers suspendus	1
Armoire à 2 battants	1
Horloge murale	1
Tonnelet avec robinet 50 litres	1

Escabeau à 2 marches	1
Table d'examen	1
Otoscope à piles	1
Pèse bébé	1
Pèse personne avec toise	1
Stéthoscope médical	2
Tensiomètre enfant	1
Tensiomètre adulte	1
Poubelle à pédale	1
Bocal porte instruments	1
Boîte à coton	1
Haricot 26 cm	1
Pince de Péan droite 14 cm	1
Plateau rectangulaire moyen	1

<u>Salle de pansement</u>	
Armoire à placard	1
Tonnelet avec robinet 50 litres	1
Table de pansement	1
Tabouret praticien	1
Lampe d'examen	1
Bac de décontamination	3
Poubelle à pédale	2
Escabeau à 2 marches	1
Bassin de soins	1
Boîte à coton	1
Boîte à pansement	1
Ciseaux tailleur	1
Haricot 30 cm	1
Pince à servir 16 cm	1
Plateau rectangulaire grand	1
Plateau rectangulaire petit	1
Tambour à compresses	1
<u>Salle de soins et de petite chirurgie</u>	
Armoire à placard	1
Chaise visiteur	3

Réchaud à gaz 3 feux	1
Paravent	1
Bouteille de gaz butane	1
Détendeur + raccord de gaz butane	1
Escabeau 2 marches	1
Tabouret praticien	1
Autoclave type cocotte *	1
Bac de décontamination	3
Poubelle à pédale	2
Bassin de soins	1
Boîte à coton	1
Boîte de petite chirurgie	2
Ciseaux tailleur	1
Haricot 26 cm	2
Pince à servir 16 cm	1
Plateau rectangulaire grand	2
Plateau rectangulaire petit	2
Tambour à compresses	1
Lampe d'examen	1
Table de pansement	1

<u>Salle de mise en observation</u>	
Chariot de soins	1
Lit à une place	4
Matelas à une place	4
Potence	4
Tabouret ordinaire	4
Bassin de lit	4
Urinal femme	2
Urinal homme	2
Table de chevet	4

MATERNITE

DESIGNATION DE L'EQUIPEMENT	QUANTITE
<u>Hall d'attente</u>	
Banc d'attente	2
Tableau d'affichage	1

<u>Salle de consultation</u>	
Bureau à 1 caisson	1
Chaise de bureau	1
Chaise visiteur	3
Armoire à 2 battants	1
Echéanciers	3
Seau à anse	1
Tonnelet avec robinet 50 litres	1
Escabeau à 2 marches	1
Table d'examen gynécologique	1
Pèse bébé	1
Pèse personne avec toise	1
Autoclave type cocotte	1
Stéthoscope médical	1
Stéthoscope obstétrical	2
Tensiomètre	1
Bac de décontamination	3
Bassin de lit	1
Poubelle à pédale	1
Boîte à coton	1
Boîte à gants	1

Ciseaux droits mousse 14 cm	1
Haricot 26 cm	1
Pince de Péan droite 14 cm	1
Plateau rectangulaire moyen	1
Spéculum vaginal petit	1
Spéculum vaginal moyen	1
Spéculum vaginal grand	1
Tambour à compresses	1
Réchaud à gaz 3 feux	1
Bouteille de gaz butane	1
Détendeur + raccord de gaz butane	1
<u>Salle de travail</u>	
Lit à une place	2
Matelas à une place	2

Potence	2
Bassin de lit	2
<u>Salle d'accouchement</u>	
Réchaud à gaz 3 feux	1
Horloge murale	1
Bouteille de gaz butane	1
Détendeur + raccord de gaz butane	1
Chariot de soins	1
Escabeau à 2 marches	2
Table de soins pour nouveau-né	1
Tabouret praticien	2
Aspirateur mécanique	1
Pèse bébé	1
Stéthoscope obstétrical	2
Bassin de lit	2
Bock à lavement 2 litres + accessoires	1
Bassin de toilette pour nouveau-né	2
Boîte à coton	1
Boîte à gants	1
Boîte d'accouchement	2
Boîte de suture complète	2
Haricot 17 cm	1
Haricot 20 cm	1
Haricot 26 cm	1
Haricot 30 cm	1
Pincès à servir 16 cm	1

Plateau rectangulaire grand	1
Plateau rectangulaire moyen	1
Plateau rectangulaire petit	1
Spéculum vaginal moyen	2
Spéculum vaginal grand	1
Tambour à compresses	1
Lampe d'examen	1
Paravent	1
Potence	1

Table d'accouchement	2
<u>Salle de suites de couches</u>	
Chariot de soins	1
Lit à une place	5
Matelas à une place	5
Tabouret ordinaire	5
Bassin de lit	5
Paravent	2
Potence	5
Table de chevet	5

SERVICES COMMUNS

DESIGNATION DE L'EQUIPEMENT	QUANTITE
<u>Salle de vente MEG</u>	
Bureau à 1 caisson	1
Chaise de bureau	1
Coffre fort encastrable	1
Calculatrice	1
Coffret à sous	1
Rayonnage	1
Ciseaux tailleur	1
Echéancier	1
Plateau de rectangulaire grand	1
Bac à sable	1
<u>Magasin MEG</u>	
Rayonnage	3
Palettes en bois	2

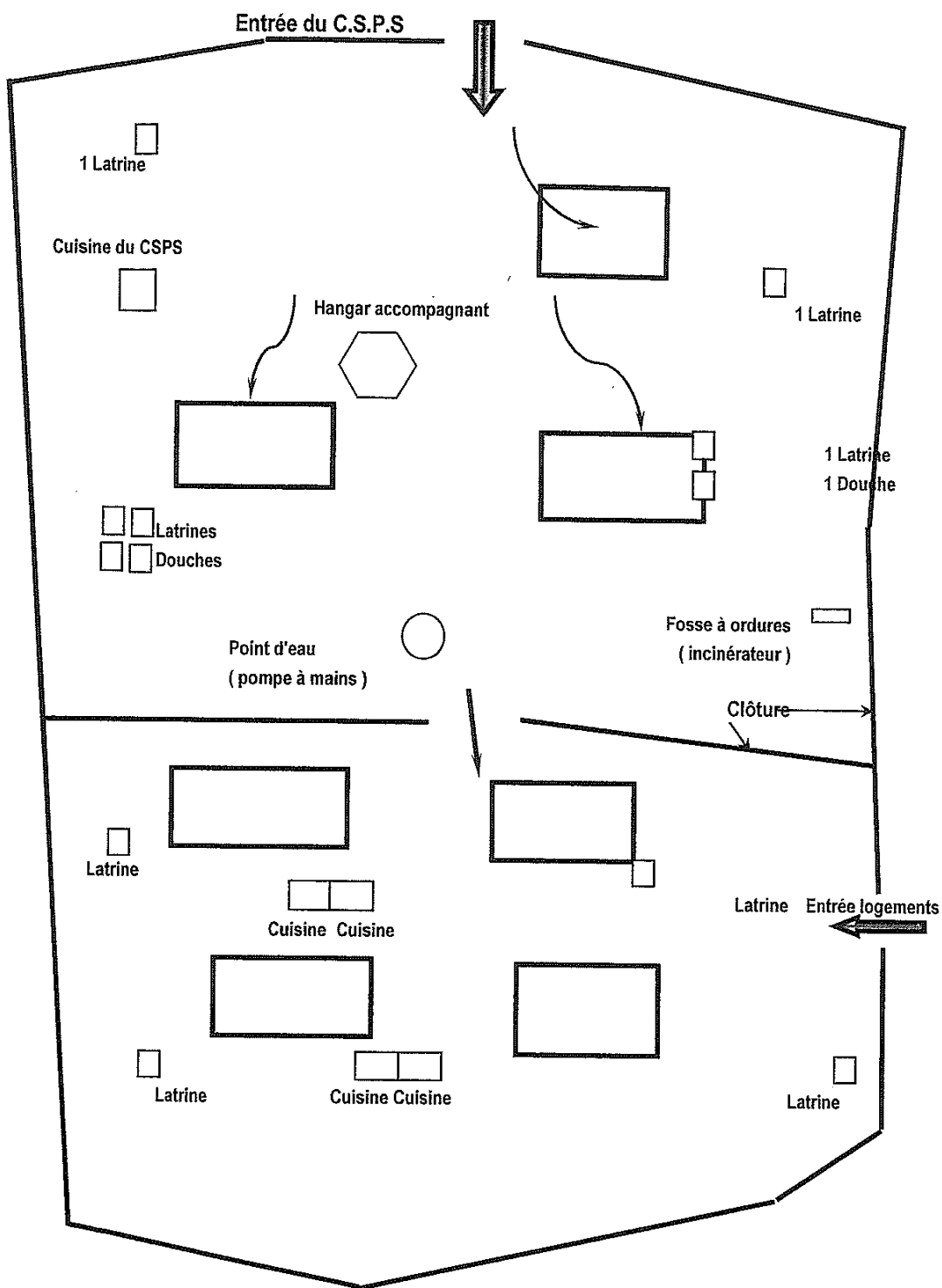
Bidons de ravitaillement	2
<u>Salle de PEV</u>	
Chaise visiteur	1
Table pliante	1
Glacière	1
Bouteille de gaz butane	2
Détendeur + raccord de gaz butane	2

Glacière porte vaccin	3
Réfrigérateur mixte (gaz / électricité)	1
Accumulateur de froid (Ice box)	25
<u>Magasin CSPS</u>	
Etagère murale	1
Lampe mobile	1
<u>Entrepôt</u>	
Brouette	1
Pelle	1
Pioche	1
Râteau	1
Seau à anse	3
<u>Logistique</u>	
Moto PEV	2
Moto ambulance	1
Appareil de communication (RAC, téléphone)	1

4/1

—

C.S.P.S rural : Exemple d'occupation spatiale



Légende:

circulation interne

Annexe-6 Système de l'aide financière non-remboursable du Japon

SYSTEME DE LA COOPERATION FINANCIERE NON-REMBOURSABLE DU JAPON

Le Gouvernement du Japon (ci-après dénommé "le GdJ") est au centre de l'exécution des réformes organisationnelles pour améliorer la qualité des opérations de l'Aide publique au développement (l'APD) et dans le cadre de ce réajustement, une nouvelle loi de la JICA est entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2008. En se basant sur la loi et la décision du GdJ, la JICA est devenue l'agence exécutive de la Coopération financière non-remboursable du Japon pour les Projets généraux, pour la Pêche et pour la Coopération Culturelle.

La coopération financière non-remboursable consiste en des fonds non-remboursables pour le pays bénéficiaire qui permettent de fournir les installations, les équipements et les services (services techniques ou transport des produits, etc.) pour le développement socio-économique du pays, selon les principes suivants et conformément aux lois et réglementations y afférentes du Japon. La coopération financière non-remboursable n'est pas effectuée sous forme de don de matériel en nature au pays bénéficiaire.

1. Procédures de la coopération financière non-remboursable du Japon

La coopération financière non-remboursable du Japon est menée comme suit :

Etude préliminaire (ci-après dénommée « l'Etude »)

- L'Etude menée par la JICA

Estimation et approbation

- Estimation par le GdJ et la JICA. Approbation par le Conseil des ministres du Japon

Détermination de l'exécution

- L'Echange de Notes entre le GdJ et un pays bénéficiaire

Accord de Don (ci-après dénommé « l'AD »)

- Accord conclu entre la JICA et un pays bénéficiaire

Exécution

- mise en œuvre du Projet sur la base de l'AD

2. Etude préliminaire

(1) Contenu de l'Etude

Le but de l'Etude est de fournir un document de base nécessaire pour l'estimation du Projet par la JICA et le GdJ.

Le contenu de l'Etude est le suivant :

- confirmer l'arrière-plan de la requête, les objectifs et les effets du Projet ainsi que les capacités de maintenance du pays bénéficiaire nécessaires à l'exécution du Projet
- évaluer la pertinence de la coopération financière non-remboursable d'un point de vue technologique et socio-économique
- confirmer le concept de base du plan convenu après l'concertation entre les deux parties
- préparer un concept de base du Projet et estimer les coûts du Projet

Le contenu de la requête par le pays bénéficiaire n'est pas obligatoirement approuvé en tant que contenu de la coopération financière non-remboursable. Le concept de base du projet doit être confirmé par rapport au cadre d'aide financière non-remboursable du Japon.

La JICA demande au gouvernement du pays bénéficiaire de prendre toutes les mesures qui pourraient s'avérer pour assurer son indépendance lors de l'exécution du Projet. Ces mesures doivent être garanties même si elles n'entrent pas dans la juridiction de l'organisme du pays bénéficiaire en charge de l'exécution du Projet. Par conséquent, l'exécution du Projet doit être confirmée par toutes les organisations concernées du pays bénéficiaire par la signature des minutes des Concertations.

2) Sélection des consultants

En vue de la bonne exécution de l'Etude, la JICA utilise un (des) consultant(s) enregistré(s). La JICA effectue une sélection basée sur des propositions soumises par ces derniers.

3) Résultat de l'Etude

Le rapport de l'Etude est relu par la JICA, et après confirmation de la justesse du Projet, la JICA recommande au Gôj d'effectuer une estimation sur l'exécution du Projet.

4. Plan de la coopération financière non-remboursable du Japon

1) L'EN et l'AD

Après l'approbation par le Conseil des ministres du Japon du Projet proposé par le gouvernement bénéficiaire l'Echange de Notes (ci-après dénommé "l'EN") sera signé entre le Gôj et le Gouvernement du pays bénéficiaire pour formuler une demande d'aide, qui sera suivie par la conclusion de l'AD entre la JICA et le Gouvernement du pays bénéficiaire afin de définir les clauses nécessaires pour l'exécution du Projet, telles que les conditions de paiement, les responsabilités du Gouvernement du pays bénéficiaire et les conditions d'obtention.

2) Sélection des Consultants

Le(s) consultant(s) employé(s) pour l'Etude sera (seront) recommandé(s) par la JICA au pays bénéficiaire pour également travailler sur l'exécution du Projet après l'EN et l'AD en vue de maintenir l'uniformité technique.

3) Pays d'origine éligible

La coopération financière non-remboursable du Japon doit être en principe réservée exclusivement à l'achat de produits provenant du Japon ou du pays bénéficiaire, et aux services des ressortissants japonais ou du pays bénéficiaire. Lorsque la JICA et le Gouvernement du pays bénéficiaire ou son autorité désignée le jugent nécessaire, la coopération financière non-remboursable peut être utilisée pour les produits ou les services tel que le transport d'un pays tiers (autre que le Japon ou le pays bénéficiaire). Toutefois, dans le cadre de la coopération financière non-remboursable, les principaux contractants, à savoir les sociétés de construction, la société de commerce nécessaires à l'exécution de la coopération, et le consultant principal doivent être exclusivement des ressortissants japonais. (Le terme "ressortissant japonais" signifie les personnes physiques japonaises ou les personnes morales japonaises dirigées par des personnes physiques japonaises.)

(4) Nécessité de la vérification

Le gouvernement du pays bénéficiaire ou son représentant autorisé conclura les contrats en Yen japonais avec les ressortissants japonais. Ces contrats seront vérifiés par la JICA. Cette vérification est nécessaire car les fonds de la coopération financière non-remboursable proviennent des taxes des citoyens japonais.

(5) Principales dispositions à prendre par le gouvernement du pays bénéficiaire

Lors de l'exécution de la coopération financière non-remboursable, le pays bénéficiaire devra prendre les dispositions suivantes.

(6) "Usage adéquat"

Le Gouvernement du pays bénéficiaire est requis d'entretenir et d'utiliser les installations construites et les équipements achetés dans le cadre de la coopération financière non-remboursable de manière adéquate et efficace et de désigner le personnel nécessaire pour le fonctionnement et la maintenance ainsi que de prendre en charge toutes les dépenses autres que celles couvertes par la coopération financière non-remboursable.

(7) "Exportation et Réexportation"

Les produits achetés dans le cadre de la coopération financière non-remboursable ne doivent pas être exportés ou réexportés à partir du pays bénéficiaire.

(8) Arrangement bancaire (A/B)

- a) Le gouvernement du pays bénéficiaire ou son "représentant autorisé" devra ouvrir un compte à son nom dans une banque au Japon (ci-après dénommée la "Banque"). La JICA exécutera la coopération financière non-remboursable en procédant aux paiements en Yen japonais pour couvrir les obligations du gouvernement du pays bénéficiaire ou de son représentant autorisé conformément aux contrats vérifiés.
- b) Les paiements seront effectués lorsque les demandes de paiement seront présentées par la Banque au gouvernement du Japon conformément à l'Autorisation de Paiement émise par le gouvernement du pays bénéficiaire ou de son représentant autorisé.

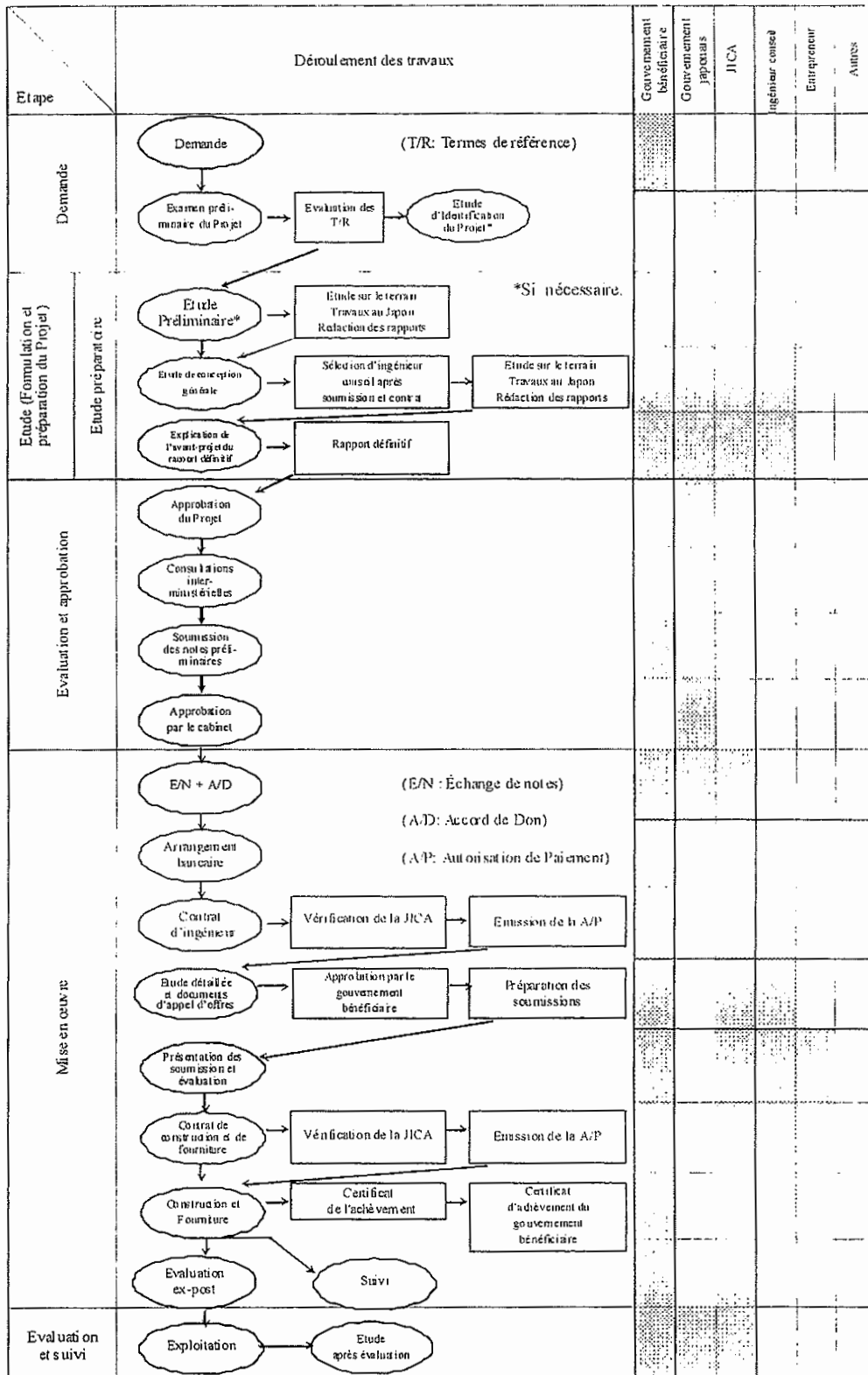
(9) Autorisation de Paiement (A/P)

Le Gouvernement du pays bénéficiaire devra régler à la banque la commission de notification de l'autorisation de paiement et la commission de paiement.

(10) Considérations sociales et environnementales

Le pays bénéficiaire doit assurer les considérations sociales et environnementales pour le Projet et doit suivre les règlements environnementaux du pays bénéficiaire et les directives socio-environnementales de la JICA.

La Procédure de l'aide financière non-remboursable



99

[Signature]

1

Annexe-7 Mesures principales à prendre par les deux Gouvernements

DISPOSITIONS A PRENDRE PAR CHAQUE GOUVERNEMENT

No	Items	prise en charge par la partie japonaise	prise en charge par la partie du pays bénéficiaire
1	Acquérir (un secteur) / (des secteurs) de terrain nécessaire[s] pour la mise en œuvre du Projet et (le/les) aménager le terrain		•
2	Construire un/une/des		
	1) Bâtiment	•	
	2) Portes et de murs aux sites et autour des sites		•
	3) Parking	•	
	4) Voie (routes) à l'intérieur du site	•	
	5) Voie (routes) à l'extérieur du site		•
3	Fournir les installations hors du terrain mentionnée[s] à (a) ci-dessus telles que les systèmes d'électricité, de distribution et d'écoulement d'eau ainsi que les autres systèmes auxiliaires nécessaires pour la mise en œuvre du Projet		
	1) Electricité		
	a. Branchement du réseau de distribution électrique jusqu'au site		•
	b. Installation de ligne électrique à l'intérieur du site	•	
	c. Installation de disjoncteur principal et de transformateur	•	
	2) Alimentation en eau		
	a. Aménagement de la conduite principale d'eau de la ville jusqu'au site		•
	b. Système de distribution d'eau à l'intérieur du site (réservoirs de réception et surélevés)	•	
	3) Drainage		
	a. Aménagement des égouts principaux de la ville (égout pluvial et d'autres)		•
	b. Installation du système de drainage et d'égout (égouts des eaux usées, égout pluvial et d'autres) à l'intérieur du site	•	
	4) Gaz		
	a. Aménagement du réseau de distribution de gaz jusqu'au site		•
	b. Installation du système de fourniture de gaz à l'intérieur du site	•	
	5) Système téléphonique		
	a. Extension de la ligne téléphonique jusqu'au tableau de distribution du bâtiment		•
	b. Fourniture du tableau de distribution et extension de la ligne après le tableau de distribution	•	
	6) Mobilier et Equipements		
	a. Meubles de bureau généraux (moquettes, rideaux, tables, chaises et autres)		•
	b. Equipement pour le projet	•	
4	Assurer le dédouanement rapide et assister le transport intérieur des produits aux pays bénéficiaire		
	1) Transport vers le pays bénéficiaire par mer (air) de produits originaires du Japon	•	
	2) Exonération d'impôts et dédouanement des produits au port de débarquement du pays bénéficiaire		•
	3) Transport interne du pays entre le port de débarquement et le site	(•)	(•)
5	Assurer que des droits de douane, des taxes intérieures et d'autres charges fiscales qui pourraient être imposés aux pays bénéficiaire à l'égard de l'achat des produits et des services seront exonérés;		•
6	Accorder aux nationaux japonais dont les services seront nécessaires pour la fourniture des produits et des services les facilités nécessaires pour leurs entrées et séjours aux pays bénéficiaire, afin qu'ils puissent effectuer leur travail		•
7	Assurer que [(l' / les) Etablissement(s) et les produits] / [(l' / les) Etablissement(s)] [(les produits) seront entretenus et utilisés d'une manière convenable et efficace pour la mise en œuvre du Projet		•
8	Supporter tous les frais nécessaires pour la mise en œuvre du Projet à part les frais qui sont couverts par le Don		•
9	Prise en charge des commissions suivantes de la banque de change japonaise pour les services bancaires basés sur les arrangements bancaires (A/B)		
	1) Commission de notification de l'autorisation de paiement (A/P)		•
	2) Commission de paiement		•
10	Assurer la prise en considération des questions environnementales et sociales dans la mise en œuvre du Projet		(•)

(A/B Arrangement Bancaire, A/P Authorization de Paiement)

ブルキナファソ国
保健社会向上センター建設計画
協力準備調査
協議議事録

ブルキナファソ国（以下「ブ国」と称する）政府より提出された要請に基づいて、日本国政府は保健社会向上センター建設計画（以下「プロジェクト」と称する）に関する協力準備調査を行うことを決定し、本調査の実施を独立行政法人国際協力機構（以下「JICA」と称する）に委託した。

JICAはブ国へJICA人間開発部保健行政・母子保健グループ石井 羊次郎次長を団長とする協力準備調査団を派遣し、調査を2010年1月31日より同年3月6日まで実施する予定である。

調査団は、ブ国保健省、地方保健局、保健行政区等の政府関係機関と協議し、調査対象地域において現地調査を行った。

協議及び現地調査の結果、双方は付属書に記述された主要な項目を確認した。

ワガドゥグ 2010年2月17日
仏語にてオリジナル3部を作成

石井 羊次郎
団長
協力準備調査団
独立行政法人国際協力機構
日本

Prof. TRAORE Adama
次官
保健省
ブルキナファソ

M. Lene SEBGO
協力局長
経済財務省
ブルキナファソ

付属書

1. プロジェクトの目的

本計画は、ブ国「国家保健開発計画（2001－2010）」によって掲げる、目標「保健医療サービスの普及率の拡大」に貢献するため、ブ国政府から日本国政府に協力要請された。

本プロジェクトは保健社会向上センター(CSPS)の建設・機材・電化を通じて、1CSPS 当たりのカバー半径を低減し、対象地域における保健指標の改善を図ることを目的とする。

2. 責任・実施機関

2-1. 責任機関は保健省（組織図は別紙 2）とする。保健省は、プロジェクトの円滑な実施のため、ブ国の特性を踏まえ、別添 7 に沿って必要とされるあらゆる措置を取り、最終的にブルキナファソ政府の関係する機関全ての調整責任を負う。

2-2. 日本の無償資金協力の制度に従って、実施機関は保健省調査計画局とする。実施機関は、保健省管轄の関連部局（インフラ機材局、財政管理局、人材局、対象地方保健局等）との調整責任を負う。

3. プロジェクト対象とする保健行政区

3-1. 要請の改定

ブ国側は、2008年8月12日付け正式要請「39箇所のCSPS保健社会向上センター（CSPS）建設・機材・電化」が日本政府に提出されて以来、CSPSが一部新設されたことを踏まえて、要請保健行政区を改定したい旨、日本側へ申し入れた。改定後の要請は、別添3のとおり、11保健行政区（Banfora, Batie, Dedougou, Diebouyou, Leo, Manga, Mangodara, Nouna, Sapouy, Solenzo, Tougan）の59箇所CSPSの建設・機材・電化である。

3-2. 本協力準備調査

本協力準備調査において、要請対象全11保健行政区を現地調査することで双方が合意した。協力対象とするCSPS建設サイトは、本調査内容の国内解析を踏まえ、次回の協力準備調査において確定させる。なお、プロジェクト対象とする保健行政区は、別添4に記載する選定基準に基づくことで双方が合意した。

4. プロジェクト対象のコンポーネント

ブ国側は、1 CSPPS の標準仕様について、別添 5 のとおり国の基準を規定しており、同標準仕様に即した CSPPS 建設・機材・電化を要望した。調査団は、標準仕様についての必要性は概ね確認できたものの、以下の事項については、調査団の見解をブ国側に示した。次回の協力準備調査において、最終的なプロジェクト対象コンポーネントを確定させることで合意した。

4-1. CSPPS 保健スタッフ用住居

調査団は保健スタッフ用住居について、機能・性質上、CSPPS 内に設置することの必要性を確認し、結果を日本政府に報告する。

4-2. 電源供給システム

調査団は、簡易型電気ソーラーシステムの設置については、地域性を考慮した検討が必要であることから、本調査結果に基づく国内解析において妥当性を評価し、結果を日本国政府に報告する。

4-3. 通信機器

調査団は、CSPPS の性質及び機能上、通信システムの必要性は確認したものの、既存の通信ネットワークが存在していることから、本件実施の際は、右システムへの加入及び通信機器の初期投資は、ブ国側の負担事項に含めることで、双方の合意を得た。

4-4. 医療廃棄物処理設備

調査団は、CSPPS に付随する医療廃棄物処理設備の必要性を確認したが、プロジェクト対象に含めることは困難であることを説明し、ブ国側の理解を得た。

5. 日本の無償資金協力

5-1. ブ国側は、調査団が説明した別添 6 に記載された日本の一般無償資金協力制度について理解した。

5-2. ブ国側は、無償資金協力が実施される場合、プロジェクトの円滑な実施のために、ブ国の特性を踏まえ、別添 7 に記載されたとおりの必要な措置を行うことを約束した。

6. 今後の予定

本調査団は引き続き 2010 年 3 月 6 日まで調査を継続する。

7. その他関連事項

7-1. 本調査の位置づけ

本調査は協力準備調査であり、本件実施を約束するものではない。本調査の結果に基づき、次回の協力準備調査の実施可否を決定することを調査団は説明し、ブ国側はこれを理解した。

7-2. 人員配置

調査団は、本件実現の際には CSPS 建設スケジュールにあわせた確実かつ適切な人員の雇用、育成、配置が重要であることを説明し、ブ側はその着実な実施を約束した。

7-3. 土地確保・整地

調査団は、本件実現の際にはブ国側が、CSPS 建設スケジュールに先駆け、確実に適切な土地確保・整地を行うことを確認した。

7-4. 予算措置

調査団は、CSPS 運営・維持管理経費（燃料・機器スペアパーツ類・薬剤・ワクチン等その他消耗品・改修・修繕・通信費等）、及び銀行手続きに関連し発生する手数料等について、ブ側が責任をもって必要な予算措置を行うことを確認した。

7-5. 水源の確保

調査団は、CSPS の適切な運用を担保するため、水源の確保が必須条件であることを確認した。調査団は、本来、水源確保は先方負担事項であることを説明し、その可能性につき協議を行った。ブ国側は、既存の水源の確保が困難な場合、安全な水を確保できる水源の新設を日本側負担事項とすることを強く要望した。調査団は、帰国後、国内解析を踏まえ、結果を日本政府に右旨を報告する。

以上

別添 1 保健省管轄の主な協議機関リスト

別添 2 組織図（添付割愛）

別添 3 ブ国側プロジェクト要請サイト（改定後）

別添 4 対象サイト選定基準

別添 5 ブ国側要請コンポーネント（添付割愛）

別添 6 無償資金協力制度

別添 7 両国政府によってとられる主な措置

別添1 保健省管轄の主な協議機関リスト

Prof. Adama TRAORE, Secrétaire général

Romanic T. SOME, Directeur des études et de la planification

Jean-Marie DABIRE, Service de coopération, Direction des études et de la planification

Jeanne WARE/ILBOUDO, Service de coopération, Direction des études et de la planification

Boubakar TOURE, Directeur général des infrastructures, des équipements et de la maintenance

Innocent BAMOUNI, Direction générale des infrastructures, des équipements et de la maintenance

Ganou I. YAYA, Directeur de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé

DRS du Mouhoun

Lagoun ZOU, Directeur Régional de la santé

Charlemagne J. YODA, Directeur Général du CHR de Dédougou

Seydou GANAMA, Médecin chef du district sanitaire de Dédougou

Pierre S. YAMEOGO, Médecin chef du district sanitaire de Tougan

Brice BICABA, Médecin chef du district sanitaire de Nouna

Inouf F. SIEBA, Médecin chef du district sanitaire de Solenzo

DRS des Cascades

Malick DJEBRE, Directeur général du CHR de Banfora

Bernard ILBOUDO, Représentant du Directeur régional de la santé des Cascades

Aoula GIGANI, Médecin chef du district sanitaire de Banfora

Emmanuel Koumalou BAKYONO, Médecin chef du district sanitaire de Mangodara

ENSP

Pr. Daman SANO, Directeur Général de l'ENSP

別添3 ブ国側プロジェクト要請サイト（改定後）

Liste des villages des districts sanitaires concernés par le projet				
District sanitaire	N°	Villages (sites)	Estimation de la population à desservir	Distance du Site / au CSPS couvert
BANFORA	1	Boko	5100	15KM
	2	Boulo	6321	15KM
	3	Djontoro	6989	20KM
	4	Diamon	5384	21KM
MANGODARA	5	Dandougou de Kouèrè	6,206	10KM
	6	Guandougou	5,111	15KM
	7	Dandougou de Mangodara	5,535	45KM
	8	Doutié	5246	49KM
	9	Kassandé	6443	25KM
	10	Madiasso	6379	16KM
	11	Poïkoro	8,498	73KM
	12	Sampobien	6,976	31KM
	13	Touroukoro	5418	20KM
DEDOUGOU	14	Bissandérou	5551	20KM
	15	Toroba (Kari)	5418	21KM
	16	Toraba (douroula)	5074	18KM
	17	Kari deTikan	7409	15KM
	18	Fakouna	8186	18KM
	19	Tiokuy	7079	17KM
	20	Yangasso	6058	15KM
	21	Syn	5048	16KM
	22	Pié	6278	11KM
TOUGAN	23	Gorom	7537	23KM
	24	Soro	5154	15KM
	25	Bombara	5046	15KM

TOUGAN	26	Doukou (Donon)	8525	15KM
	27	Pini	5157	10KM
	28	Douban	5021	17KM
	29	Poura	5333	11KM
	30	Yéguéré	5083	13KM
	31	Doussoula/Diéle	5521	12KM
	32	Gourbassa	5680	10KM
	33	Gani	6450	14KM
NOUNA	34	Komberi	5533	39KM
	35	Kiemè	8108	16KM
SOLENZO	36	Toma	5791	15KM
	37	Orowé	6355	10KM
	38	Kosso	6699	15KM
	39	Denkénè	5600	10KM
SAPOUY	40	Bazilakoa	5167	70KM
	41	Tiaben kasso	5505	25KM
	42	Poun	5714	45KM
	43	Koundi	5196	25KM
LEO	44	Kabaro	5444	21KM
	45	Vara	5103	20KM
	46	Nabon	5826	18KM
	47	Kélié	5148	32KM
BATIE	48	Banaba	5073	11KM
	49	Poubiel	3469	20KM
DIEBOUGOU	50	Orkounou	5421	11,43KM
	51	Tlinguera	5065	13KM
	52	Pokro	6179	18,17KM
	53	Wapassi	5024	11KM
MANGA	54	Basbedo	2,098	12KM
	55	Yambasé	2,055	22KM
	56	Sakuilga	2,751	12KM
	57	Luilinobéré	2,000	18KM
	58	Dissomey	1,692	15KM
	59	Tigré	1,820	17KM

別添 4 対象サイト選定基準（上から優先順位順）

1. ブ国「国家保健開発計画（2001－2010）」に掲げる目標達成に貢献するため、対象 CSPPS のカバー人口が 5000 人以上であること
2. 医局管理チームによるモニタリングが容易であり、かつ資機材運搬などアクセスに問題がないこと
3. 安全な水の確保が担保されること
4. 治安上支障が無いこと

無償資金協力

日本国政府はODA業務に係る質の改善を図るため組織改革を行い、その一環として2008年10月1日に新JICA法が施行された。本法及び日本国政府の決定に基づき、JICAが無償資金協力の実施機関となった。

無償資金協力とは被援助国に返済義務を課さないで資金を供与する援助で、被援助国が自国の経済・社会の発展のために役立つ施設、資機材及び役務（技術あるいは輸送等）を調達するのに必要な資金を、我が国の関係法令に従って以下のような原則により贈与するものである。日本国政府が資材・機材、設備等を直接に調達して現物供与する形態はとっていない。

1. 無償資金協力実施の手順

我が国の無償資金協力は次のような手順により行われる。

・協力準備調査	JICAにより実施
・審査及び承認	日本国政府及びJICAによる審査、閣議による承認
・実施の決定	日本国政府と被援助国間の口上書交換
・贈与契約	JICAと被援助国間の契約締結
・実施	贈与契約に基づくプロジェクトの実施

2. 調査の位置づけ

(1) 調査の内容

JICAが実施する協力準備調査の目的は、JICA及び日本国政府が無償資金協力の審査を行う際に必要な基礎的資料（判断材料）を提供することであり、その内容は以下のとおりである。

- － プロジェクトの背景、目的、効果並びに実施に必要な被援助国側関係機関の能力の確認
- － 無償資金協力実施の妥当性について技術面、財政面、社会・経済面での検証
- － プロジェクトの基本構想について双方で確認
- － プロジェクトの概略設計策定
- － 概略事業費の積算

なお、要望された内容が全てそのまま協力の対象となるのではなく、我が国の無償資金協力のスキーム等を勘案し、基本構想が確認される。

また、無償資金協力として実施するに当たって、JICAは被援助国側の自助努力を求める立場から被援助国にも必要な措置を求めており、この措置が実施を担当する機関以外の所管事項である場合であってもその実施の担保を求めるものであり、最終的には被援助国政府の関係する機関全てとの確認

をミニッツにより行う。

(2) コンサルタントの選定

調査の実施に際してJICAは登録業者の中からプロポーザル方式によりコンサルタントを選定する。

(3) 調査結果

調査報告書はJICAによって検討され、無償資金協力の妥当性が確認された後、JICAは無償資金協力実施に係る審査を日本国政府に提言する。

無償資金協力のスキーム

(1) 交換公文 (E/N) 及び贈与契約 (G/A)

無償資金協力が閣議によって承認の後、交換公文 (E/N) が日本国政府と被援助国政府との間で署名され、引き続きJICAと被援助政府との間で贈与契約 (G/A) が締結される。G/Aは支払条件、被援助国の責務、調達条件といった、当該プロジェクトの実施に必要とされる条項を定めるものである。

(2) コンサルタントの選定

技術的一貫性を保つため、協力準備調査を実施したコンサルタントは、E/N及びG/Aの後の当該プロジェクトに引き続き従事するため、JICAによって被援助国へ推薦される。

(3) 調達適格国

無償資金協力の資金は、原則として、日本国又は被援助国の生産物ならびに日本国民又は被援助国民の役務を購入するために使用される。なお、無償資金協力の資金はJICA及び被援助国政府（又は政府が指定する当局）が必要と認める場合には第三国（日本国又は被援助国以外）の生産物の購入又は役務の購入にも使用することが可能である。但し、無償資金協力を実施するに当たって必要とするプライムコントラクター、即ち、コンサルタント、施工業者及び調達業者は「日本国民」に限定される（ここでいう「日本国民」という語は日本国の自然人又はその支配する日本国の法人を意味する）。

(4) 「認証」の必要性

被援助国政府（又は政府が指定する当局）が行う「日本国民」との契約は「円貨建」で締結され、かつ、JICAによる「認証」を必要とする。「認証」は贈与財源が日本国民の税金であることによる。

(5) 被援助国に求められる措置

無償資金協力が実施されるに際して被援助国政府は別紙のような措置等が求められる。

(6) 「適正使用」

無償資金協力により建設される施設及び購入される機材が、適正かつ効果的に維持され、使用されること、並びにそのために必要な要員等の確保を行うこと。また、無償資金協力によって負担される経費を除き必要な維持・管理費全ての経費を負担すること。

(7) 「輸出及び再輸出」

無償資金協力により購入される生産物は被援助国より輸出あるいは再輸出されてはならない。

(8) 銀行取極 (B/A)

- a) 被援助国政府（又は指定された当局）は日本国内の銀行に被援助国政府名義の口座を開設する必要がある。JICAは認証された契約に基づいて被援助国政府又は政府が指定する当局が負う債務の弁済に充てるための資金を右勘定に「日本円」で支払うことにより無償資金協力を実施する。
- b) JICAによる支払いは被援助国政府又は政府が指定する当局が発行する「支払授權書 (A/P)」に基づいて「銀行」が支払請求書をJICAに提出した時に行われる。

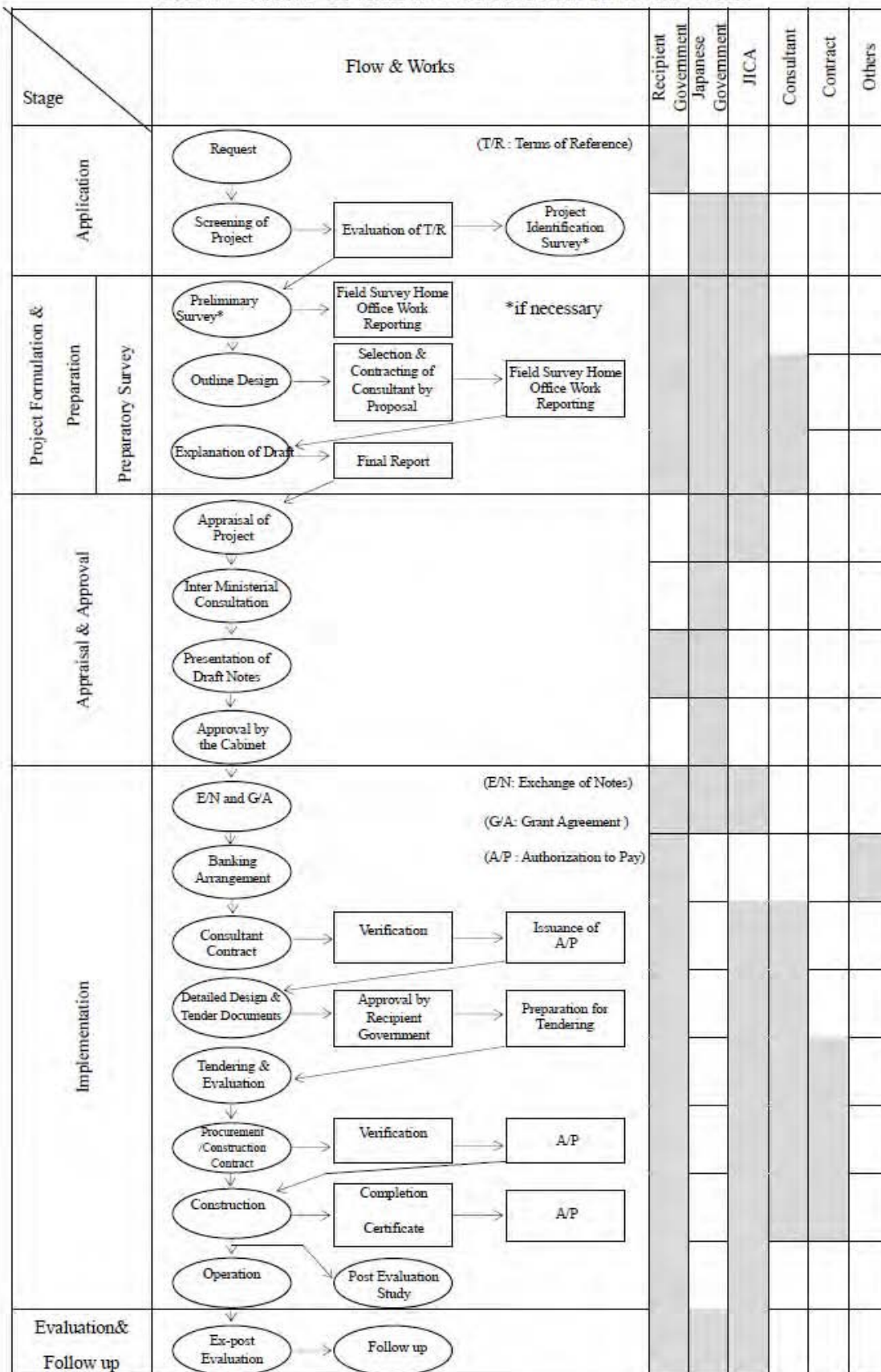
(9) 支払授權書 (A/P)

被援助国政府は、銀行取極を締結した銀行に対し、支払授權書の通知手数料及び支払い手数料を負担しなければならない。

(10) 社会環境配慮

被援助国政府は当該プロジェクトに対して社会環境配慮を確保しなければならない。また、被援助国の環境規制及び「JICA社会環境配慮ガイドライン」に従わなければならない。

FLOW CHART OF JAPAN'S GRANT AID PROCEDURES



別添 7 両国政府によってとられる主な措置

DISPOSITIONS A PRENDRE PAR CHAQUE GOUVERNEMENT

No.	Items	prise en charge par la partie Japonaise	prise en charge par la partie du pay b bénéficiaire
1	Acquérir [un secteur] / [des secteurs] de terrain nécessaire[s] pour la mise en œuvre du Projet et [le/les] aménager le terrain		●
2	Construire un/une/des		
	1) Bâtiment	●	
	2) Portes et de murs aux sites et autour des sites		●
	3) Parking	●	
	4) Voie (routes) à l'intérieur du site	●	
	5) Voie (routes) à l'extérieur du site		●
3	Fournir les installations hors du terrain mentionnée[s] à (a) ci-dessus telles que les systèmes d'électricité, de distribution et d'écoulement d'eau ainsi que les autres systèmes auxiliaires nécessaires pour la mise en œuvre du Projet		
	1) Electricité		
	a. Branchement du réseau de distribution électrique jusqu'au site		●
	b. Installation de ligne électrique à l'intérieur du site	●	
	c. Installation de disjoncteur principal et de transformateur	●	
	2) Alimentation en eau		
	a. Aménagement de la conduite principale d'eau de la ville jusqu'au site		●
	b. Système de distribution d'eau à l'intérieur du site (réservoirs de réception et surélevés)	●	
	3) Drainage		
	a. Aménagement des égouts principaux de la ville (égout pluvial et d'autres)		●
	b. Installation du système de drainage et d'égout (égouts des eaux usées, égout pluvial et d'autres) à l'intérieur du site	●	
	4) Gaz		
	a. Aménagement du réseau de distribution de gaz jusqu'au site		●
	b. Installation du système de fourniture de gaz à l'intérieur du site	●	
	5) Système téléphonique		
	a. Extension de la ligne téléphonique jusqu'au tableau de distribution du bâtiment		●
	b. Fourniture du tableau de distribution et extension de la ligne après le tableau de distribution	●	
	6) Mobilier et Equipements		
	a. Meubles de bureau généraux (moquettes, rideaux, tables, chaises et autres)		●
	b. Equipement pour le projet	●	
4	Assurer le dédouanement rapide et assister le transport intérieur des produits aux pays bénéficiaire.		
	1) Transport vers le pays bénéficiaire par mer (air) de produits originaires du Japon	●	
	2) Exonération d'impôts et dédouanement des produits au port de débarquement du pays bénéficiaire		●
	3) Transport interne du pays entre le port de débarquement et le site	(●)	(●)
5	Assurer que des droits de douane, des taxes intérieures et d'autres charges fiscales qui pourraient être imposés aux pays bénéficiaire à l'égard de l'achat des produits et des services seront exonérés;		●
6	Accorder aux nationaux japonais dont les services seront nécessaires pour la fourniture des produits et des services les facilités nécessaires pour leurs entrées et séjours aux pays bénéficiaire, afin qu'ils puissent effectuer leur travail		●
7	Assurer que [[l' / les] Etablissement[s] et les produits] / [[l' / les] Etablissement[s]] / [les produits] seront entretenus et utilisés d'une manière convenable et efficace pour la mise en œuvre du Projet		●
8	Supporter tous les frais nécessaires pour la mise en œuvre du Projet à part les frais qui sont couverts par le Don		●
9	Prise en charge des commissions suivantes de la banque de change japonaise pour les services bancaires basés sur les arrangements bancaires (A/B)		
	1) Commission de notification de l'autorisation de paiement (A/P)		●
	2) Commission de paiement		●
10	Assurer la prise en considération des questions environnementales et sociales dans la mise en œuvre du Projet		(●)

(A/B : Arrangement Bancaire, A/P : Authorization de Paiement)

付 属 資 料

1. 概況

- 1-1 一般状況
- 1-2 保健医療分野の状況
 - 1-2-1 人口動態
 - 1-2-2 死因・疾病
 - 1-2-3 保健開発政策
 - 1-2-4 保健行政
 - 1-2-5 保健サービス体制
- 1-3 日本および他ドナーの援助状況
 - 1-3-1 日本の援助状況・動向
 - 1-3-2 他ドナー援助状況・動向等

2. プロジェクトを取り巻く状況

- 2-1 保健社会向上センター（CSPS）の状況
 - 2-1-1 CSPS による保健サービス
 - 2-1-2 保健スタッフの配置状況
 - 2-1-3 CSPS の運営状況
 - 2-1-4 施設・機材の現状
- 2-2 施工・調達事情等
- 2-3 ブルキナファソ政府による CSPS 設置基準

3. 現地調査における視察結果

- 3-1 既存 CSPS の視察結果
- 3-2 CSPS 建設要請サイトの用地について

1. 概況

1-1 一般状況

ブルキナファソ国 (274,000km²) は、アフリカ西部、サハラ砂漠の南部に位置する内陸国で、マリ、ニジェール、コートジボワール、ガーナ、トーゴ、ベナンと国境を接する。サバナ気候に属し、5,6月～9月が雨季、10月～4月が乾季とされる。

国民のほぼ半分がモシ族で、このほか、グルマンチェ族、ヤルセ族、グルーシ族、ボボ族等が暮らす。公用語はフランス語で、モシ語、ディウラ語、グルマンチェ語も使用される。宗教は伝統的宗教が約6割を占め、次いで、イスラム教 (約3割) が多く、キリスト教も信仰されている。

現在のブルキナファソがある一帯は、11～13世紀にモシ族の王国が栄えた。20世紀初頭にフランス領西アフリカ連邦に組み込まれ、1960年8月にオート・ボルタ (「ボルタ川上流」の意) として独立を宣言し、1984年に国名をブルキナファソ (「清廉潔白な人」の意) に改めた。政体は共和制をとっており、国家元首は大統領で、一院制の議会 (任期5年) がある。首相は議会との協議に基づいて大統領が任命する。次回の大統領選が2010年11月に予定されている。

ブルキナファソ政府は、1991年に最初の構造調整計画を開始して以降、財政不均衡や国際収支の是正、民間部門の強化等各種政策を実施しており、1994年のCFAフランの切り下げ後もその衝撃の吸収に成功するなど、西アフリカ諸国の中で比較的良好な経済パフォーマンスを見せている。2000年にはサブサハラで2番目にあたる貧困削減戦略文書 (Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, CSLP) が策定され、その後の第2次CSLP (2004～2006年) では、経済成長の推進、貧困層の基礎社会サービスへのアクセス向上、貧困層の収入向上と雇用の拡大、ガバナンスの強化を優先課題としている。現在の社会経済指標は下表のとおり。

表1: 社会経済指標 (2008年)

国民総所得	72.8億米ドル
一人当たり国民総所得	480米ドル
経済成長率	4.5%
物価上昇率	5.1%

出典: World Development Indicators database, September 2009, World Bank

ブルキナファソでは、国内総生産の4割近く、労働人口の8割以上を農業・牧畜が占める。主な生産物は、綿花、雑穀 (ソルガム、ミレット等)、とうもろこし、落花生などで、綿花、金、シアバターを輸出し、資本財、石油製品、食料品を輸入している。輸出では中国、シンガポール、タイ、輸入ではコートジボワール、フランス、トーゴが主要な貿易相手国となっている。

1-2 保健医療分野の状況

1-2-1 人口動態

2006年の国勢調査（Recensements Généraux de la Population et de l'Habitation 2006, RGPH2006）によれば、ブルキナファソの総人口は14,017,262人（2006年）で、若年人口（15歳未満）が46.4%を占めた。

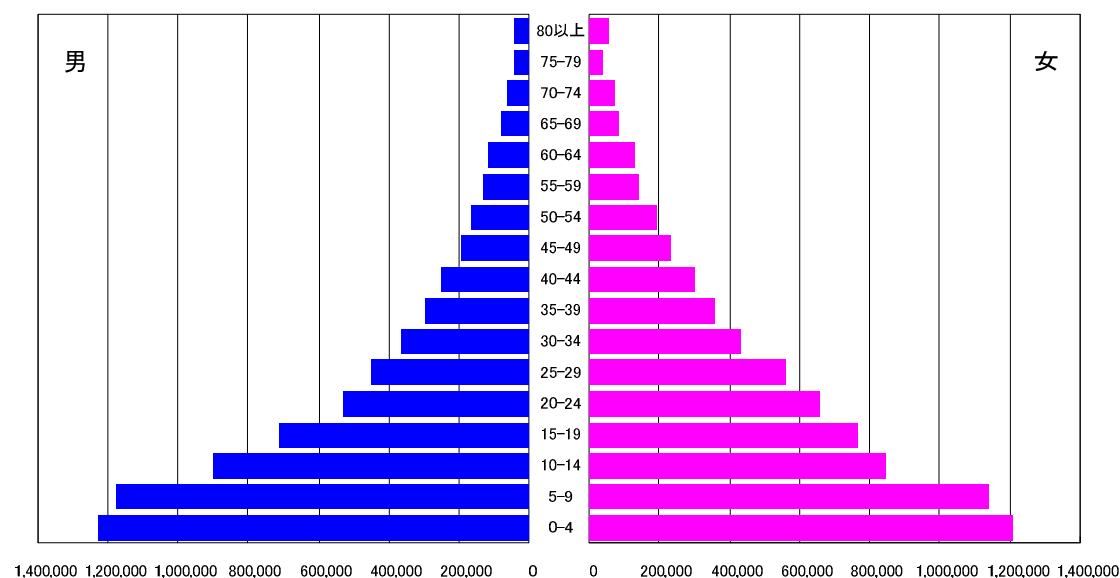


図1: 年齢別人口構成 (2006年)

出典: RGPH2006より作図

RGPH2006では、粗出生率人口千対46、粗死亡率同11.8、自然増加率は3.42%、合計特殊出生率が女性1人あたり6.2との結果が出ており、今後も人口増加の傾向が続くと考えられる。このほか、政府統計による人口動態および保健基礎指標は以下のとおり。

表2: 人口動態および保健基礎指標

総人口	14,017,262人	2006年
粗出生率	人口千対46	2006年
粗死亡率	人口千対11.8	2006年
自然増加率	3.42%	2006年
合計特殊出生率	女性1人あたり6.2	2006年
乳児死亡率	出生千対83	2003年
5歳未満児死亡率	出生千対184	2003年
出生時平均余命 全体(男、女)	56.7年 (55.8年、57.5年)	2006年
妊産婦死亡率	出生十万対484	2003年
都市人口比率	22.7%	2006年
平均初婚年齢 男、女	26.9歳、19.6歳	2006年
成人識字率(15歳以上) 男、女	36.7%、21.0%	2007年

出典: Annuaire Statistique Edition 2008, Institut national de la statistique et de la démographie, ministère de l'économie et de finances, Burkina Faso

なお、2007年以降の人口は以下のように推計されており、政府による保健統計もRGPH2006の結果に基づいて推計される現在の地域別および性別年齢別人口推計値によって算出されている。

表 3: ブルキナファソの総人口

	2006 (国勢調査)	2007 (推計)	2008 (推計)	2009 (推計)
総人口	14,017,262	14,252,012	14,731,167	15,224,780
年間人口増加率	3.42%			

出典：Projections Démographiques de 2007 à 2020, Institut national de la statistique et de la démographie, ministère de l'économie et de finances, Burkina Faso

1-2-2 死因・疾病

ブルキナファソ国民の主な死因・疾病は感染症で、特に、マラリアが死因の5割以上を占める。数年前に一旦減少の傾向をみせた髄膜炎が漸増し、2009年現在、一部の地域では髄膜炎予防接種のキャンペーンも展開されている。

表 4: 主な死因の推移

単位：%

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
重症マラリア	34.1	33.6	46.9	34.3	46.3	45.8	52.6
髄膜炎	18.4	22.0	11.9	14.7	7.4	13.3	7.2
気管支肺炎	6.5	7.4	3.7	7.3	8.0	6.5	13.2
下痢症	2.9	3.2	2.4	2.6	1.7	2.0	2.7
赤痢	0.8	2.1	2.0	2.0	0.4	--	--
貧血	5.4	2.1	5.8	7.6	8.7	7.8	4.3
咬傷 (蛇)	3.7	2.9	2.5	4.1	2.5	2.5	2.6
以上の疾病全体	71.8	73.3	75.2	72.6	75.0	77.9	82.7

出典：Direction des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé, Burkina Faso

表 5: 外来患者の主要疾病

単位：%

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
軽症のマラリア	13.3	32.0	33.0	35.0	30.9	35.3	36.7
皮膚の感染症	9.7	7.4	7.8	6.6	4.7	4.2	4.1
重症マラリア	6.8	5.3	6.5	6.5	5.0	4.9	4.1
腸管寄生虫症	5.6	4.0	4.0	5.0	11.3	4.2	3.9
下痢症	6.3	4.0	2.1	4.7	4.5	4.4	4.1
消化器疾患	2.7	2.6	3.3	2.9	3.1	2.9	2.5
肺炎	1.7	2.0	2.6	2.5	2.9	--	--
鼻咽頭炎	2.3	2.5	2.0	2.4	--	2.2	--
以上の疾病全体	57.6	72.6	75.8	86.7	72.6	71.2	69.5

出典：Direction des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé, Burkina Faso

表 6: 入院患者の主要疾病

単位：%

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
重症マラリア	38.7	40.5	54.5	57.4	52.5	53.4	52.6
肺炎・気管支炎	13.2	14.0	4.0	11.0	9.0	12.4	13.2
髄膜炎	5.0	9.4	3.8	3.0	1.9	5.6	7.2
下痢症	6.0	4.0	3.4	3.1	3.1	2.9	2.7
蛇の咬傷	2.7	2.0	3.2	3.1	2.9	2.8	2.6
赤痢	4.7	3.4	3.0	2.5	--	--	--
麻疹	2.5	<1	3.5	--	0.2	--	--
貧血	3.0	<1	3.2	3.3	8.7	4.2	4.3
消化器疾患	5.0	2.0	3.0	1.5	2.0	2.1	2.1
感染創	2.1	1.2	<1	<1	0.1	--	--

出典：Direction des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé, Burkina Faso

1-2-3 保健開発政策

CSLP を踏まえ、2000 年に国家保健政策 (Politique Sanitaire Nationale, PSN) が定められ、翌 2001 年に国家保健開発計画 2001-2010 (Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2001-2010) が策定された。その後 2007 年に、計画期間前半の進捗状況を評価した国家保健開発計画書 2006-2010 (Plan National de Développement Sanitaire, PNDS2006-2010) が策定されている。PNDS は、PSN の実施計画書と位置づけられ、以下の 8 項目を目標に掲げた。

- ①サービスカバレッジの拡大
- ②保健医療サービスの質の向上と利用の増大
- ③感染症・非感染症の対策強化
- ④HIV 感染の低減
- ⑤保健分野の人材育成
- ⑥保健医療サービスを受ける国民の財政的負担の低減
- ⑦保健セクターの財源確保
- ⑧保健省の組織能力強化

これらのうち、①サービスカバレッジの拡大、⑤保健分野の人的資源の開発は、本計画の対象施設である保健社会向上センター (Centre de Santé et de Promotion Sociale, CSPS) と密接に関連する。また、サービスの質の向上や感染症・非感染症の対策強化についても、達成目標の内容であるところの多くは基礎的な保健サービスとして CSPS で提供されるものであり、CSPS の量的および質的な改善が PNDS の重要な部分を占めるということができる。

PNDS 2006-2010 によれば、2001～2005 年の間に、CSPS 129 施設、外科が設置されている診療所 (Centre Médical avec Antenne chirurgicale, CMA) 7 施設が新たに設置され、政府による CSPS の設置基準を満たしていない 920 施設が標準化されるなどした結果、CSPS 1 施設あたりの診療圏の広さと人口が相対的に小さくなった。つまり、住民から CSPS への距離の全国平均が短縮されて、より多くの住民がより身近に CSPS の保健サービスを有するようになった。PNDS の目標の第 1 項は、CSPS 診療圏の半径 (Rayon Moyen d'Action, RMAT) と人口を用いて、このようなサービスカバレッジの拡大を示したもので、2001 年には RMAT 9.18km、診療圏平均人口 14,117 人であったものが、2005 年には 8.2 km、10,079 人まで改善したと報告されており、2010 年で 7.2 km、7,500 人とすることが PNDS2006-2010 での達成目標とされた。

また、後述するように、CSPS には 3 名の保健スタッフが勤務することが原則であるが、この条件を満たした CSPS の割合が増えることも PNDS での重要な目標となっている。この点について、2001 年時点でのベースラインは不明であるものの、2005 年時点では 77%の CSPS に 3 名以上の保健スタッフが確保されていることが確認されており、この割合を 2010 年までに 80%とすることが目標に掲げられた。

PNDS 2006-2010 は、上述のような中間的な成果がみられるものの、地方ごとに改善状況が異なり、また、一つの地方の中でも地域差が存在することを指摘し、このような格差の是正が将来的な重要課題となることを示唆している。

表 7: PNDS の目標達成度と達成目標

	ベースライン 2001 年	中間の達成度 2005 年	達成目標 2010 年
①サービスカバレッジの拡大			
CSPS 診療圏の平均半径 (RMAT)	9.18 km	8.2 km	7.2 km
〃 人口	14,117 人	10,079 人	7,500 人
基準を満たした DS の割合	76.8%	85%	90%
②保健医療サービスの質の向上と利用の増大			
新規受診率 (初診数/住民 1 人/年)	0.21 回	0.23 回	0.50 回
帝王切開実施率	13.08%	16.58%	20%
薬局での基礎薬品 10 品目の保管率	--	91.28%	95%
DRD での基礎薬品 45 品目の保管率	--	97.09%	100%
③感染症・非感染症の対策強化			
産前検診(2 回目)の受診率(%)	--	63.31%	90%
有資格者による出産介助率(%)	36.09%	37.67%	60%
避妊普及率(%)	12.64%	22.46%	27%
予防接種率(%) 結核	84.46%	111.72%	100%
DPT+HepB+Hib (1 回目)	--	(85%)	90%
DPT+HepB+Hib (3 回目)	(86.27%)	(85%)	95%
麻疹	--	84%	90%
黄熱病	(64.26%)	84.09%	90%
破傷風(2 回)	65.44%	70.87%	90%
結核の治癒率(%)	51.95%	54.25%	85%
5 歳未満児の重症マラリアの死亡率	37.06%	8.76%	4.38%
蚊帳の下で就寝する 5 歳未満児の割合	12.4%	23.17%	80%
蚊帳の下で就寝する妊婦の割合	10%	27.50%	80%
体重の少ない 5 歳未満児の割合	--	34.9%	35%以下
④HIV 感染の低減			
HIV 陽性率	4.8%	2.3%	1.5%
ARV を使用しているエイズ患者の割合	--	33.9%	50%
母子感染防止の治療の実施率	4.8%	18.10%	35%
DRD での性感染症予防キットの不足度	--	36.41%	15%以下
国の基準によるケアを提供する施設の割合	--	64%	80%
⑤保健分野における人材育成			
国の基準どおりの保健スタッフがいる CSPS の割合	--	77.05%	80%
⑥保健サービスをうける国民の財政的負担の低減			
治療指針を実践する保健施設の割合	--	97.71%	100%
コミュニティでの互助システムの数	64	136	200
⑦保健セクターの財源確保			
国家予算に占める保健予算の割合	6.32%	7.09%	15%
保健予算の予算執行率	70.57%	78.37%	100%
⑧保健省の組織能力強化			
PNDS 評価委員会の技術部会が機能している割合	--	80%	90%
PNDS 評価委員会の会合の実施率	--	90%	95%
保健省部局のうち強化された部局の割合	--	43%	100%

出典 : Plan Nationale de Développement Sanitaire, Tranche 2006-2010, Ministère de la Santé, Burkina Faso

1-2-4 保健行政

保健行政は保健省が管轄している。本計画の要請は調査計画局（Direction des Etudes et de la Planification, DEP）が取りまとめている。なお、施設建設や機材整備はインフラ総局（Direction Générale des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance, DGIEM）の担当である。保健省の組織体制は下図のとおり。

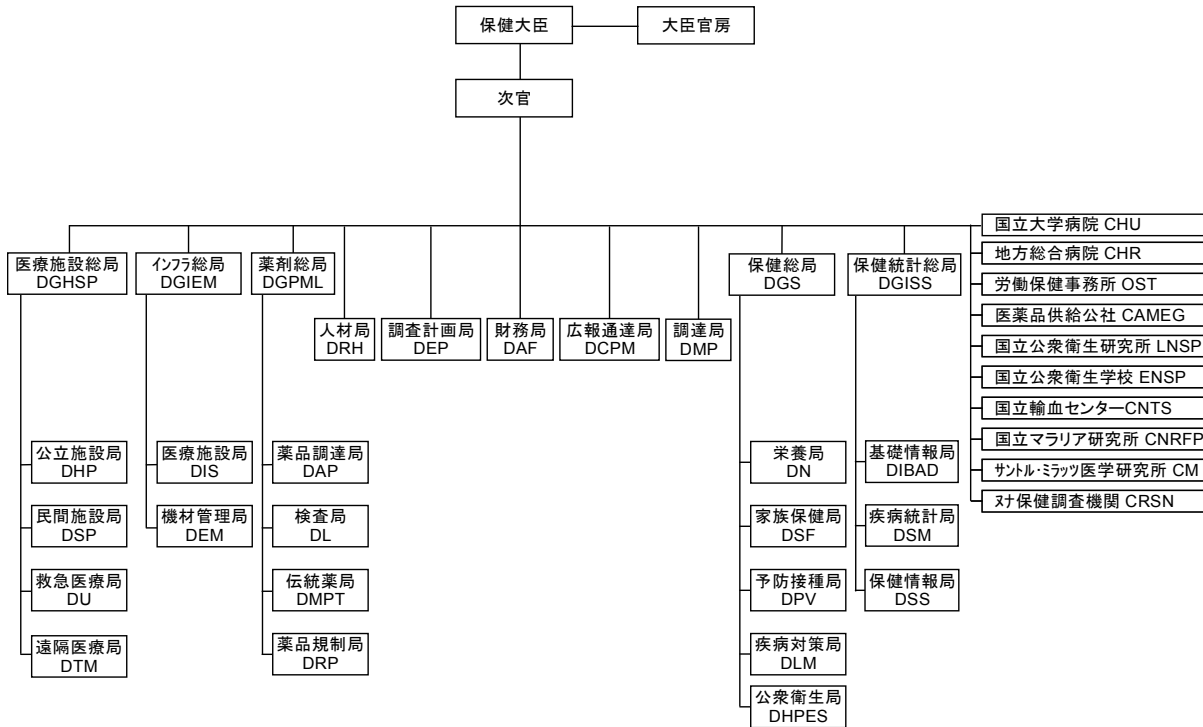


図 2: 保健省組織図

出典：ニジェール母子保健向上協力プログラム/ブルキナ・ファソ保健サービス強化協力プログラム協力準備調査報告書 平成 21 年 3 月 国際協力機構 アフリカ部/人間開発部
保健省ホームページ <http://www.sante.gov.bf/SiteSante/ministere/organigramme.pdf>
※各局の和文表記は、仏語からの直訳ではなく、簡潔に意識した

ブルキナファソの一般行政区分には、13 の地方（région）、45 の州（province）、約 300 の県（département）がある。地方レベルの保健行政は、その地方の保健局（Direction Régionale de la Santé, DRS）が当該地方の保健行政区（District Sanitaire, DS）を管轄している。なお、地方には一般行政区分の州がいくつかあるが、小さな州はその州がひとつの DS となっており、大きな州は州内に複数の DS が設置されている。

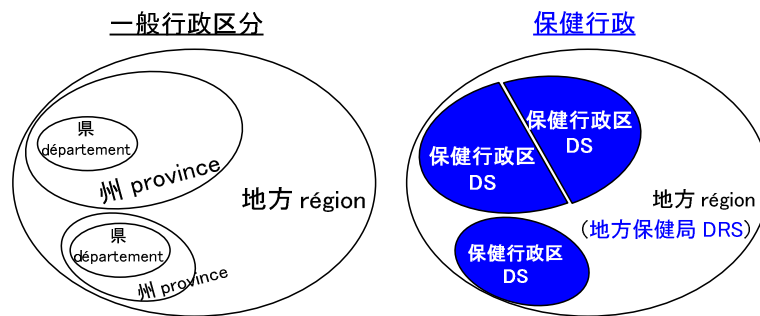


図 3: 一般行政区分と保健行政

1-2-5 保健サービス体制

保健サービス体制は、下図のように、保健省、DRS、DS の 3 つの行政レベルを基盤としている。サービス・システム上、住民にとってのファーストコンタクトが CSPS で、全国に 1,352 施設が設置されている。また、CSPS の次位の CMA は全国に 42 施設ある。CSPS および CMA は DS が管理している。これらの次のレベル、すなわち 2 次のヘルスケアを提供するのは地方総合病院（Centre Hospitalier Régional, CHR）で、13 の DRS のうち 9 DRS に設置されており、内科、小児科、産婦人科、外科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科などの基本的な病院機能を有している。国レベルの施設は、国立大学病院（Centre Hospitalier Universitaire, CHU）で全国に 3 つある（施設数は保健省の 2008 年統計による）。

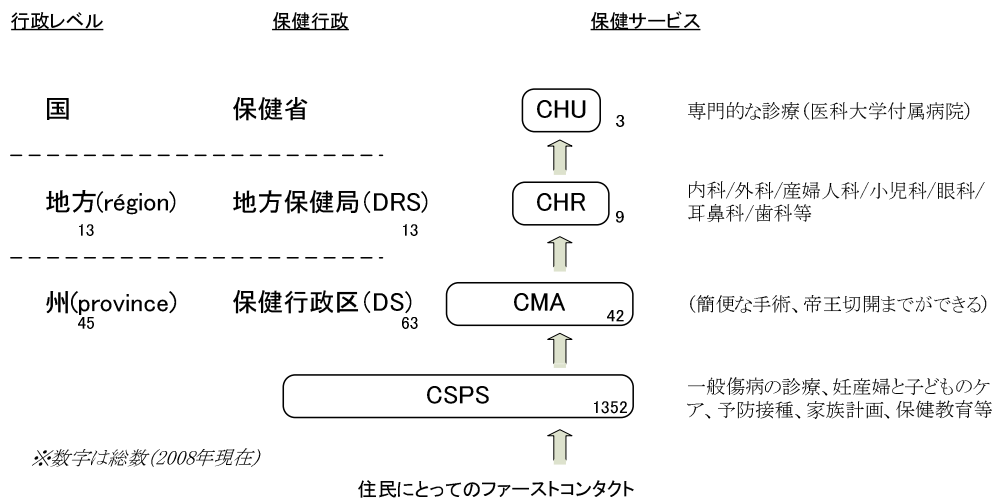


図 4: 行政レベルと保健サービス



図 5: CMA (CSPS からのリファー先) 配置状況 (2008 年)

出典 : Annuaire Statistique 2008, Juin 2009, Ministère de la Santé, Burkina Faso より作図

1-3 日本および他ドナーの援助状況

1-3-1 日本の援助状況・動向

不安定な国々が多い西アフリカにあって、民主化を進め、安定的な政権運営を維持しつつ、最重要課題であるところの貧困問題の解決に鋭意取り組んでいるブルキナファソに対する支援は、貧困削減や人間の安全保障の観点および日本政府が進める TICAD プロセスにおいて非常に重要と位置づけられている。このような考え方にたつて、日本政府は、ブルキナファソに対する開発支援において、教育、水、保健などの基礎生活分野での協力や食糧援助・貧困層支援、砂漠化防止支援を重視し、構造調整努力を支援するノン・プロジェクト無償資金協力、人的資源分野での研修員受入、農業、環境分野での専門家派遣を実施してきており、2000年から青年海外協力隊の派遣も開始している。特に保健医療については母子保健、マラリア対策について、母と子供のための健康対策特別供与機材供与(マラリア対策用蚊帳)(2004～2007年)、無償蚊帳配布計画(2008年)、蚊帳の配布と予防・啓発活動を行う青年海外協力隊のグループ派遣であるマラリア対策プログラム(2008年～)を進めてきている。

1-3-2 他ドナーの援助状況・動向等

ブルキナファソの保健セクターに対しては、コモンバスケット支援およびプログラムごとの支援が多く実施されている(「ニジェール母子保健向上協力プログラム/ブルキナ・ファソ保健サービス強化協力プログラム協力準備調査報告書」平成21年3月 国際協力機構 アフリカ部/人間開発部 参照)。今回の調査においては、特に、CSPSの建設に関するドナー支援について実際の面での聞き取りを行った。対象とした各ドナーからの聞き取りの結果は以下のとおり。

(1) 保健開発支援プロジェクト (Programme d'Appui au Développement Sanitaire, PADS)

PADSは、UNICEF、UNFPA、世銀、GAVI、他4団体が参加して、保健セクターのバスケット式支援を行うプロジェクトである。ワガドゥグのPADS事務局が参加ドナーの調整機関となっており、支援先について、国内での地域差が生じないような配慮もしている。バスケットには保健セクター全般に対するコモンバスケット、マラリア対策や結核対策などの課題別のバスケットの2種があり、PADSとしては前者をすすめていきたいとしている。PADSの資金でCSPSが設置されることもあり、この場合は、PADS事務局がCSPS設置を望むDS、DRSとドナー側の投入を調整し、また、保健省DEPとも連携している。最近では、予防接種についてのバスケットから、CSPS5件(サヘル地方1、南西部地方2、西部地方2)を建設することが決まっている。PADSのバスケットには安全な飲料水についてのバスケットはない(保健以外のセクターのバスケットにあると思われる)が、CSPS建設をおこなう場合は、政府によるCSPS設置基準に基づいて、一般診療棟、産科棟、薬局、職員住居等と同じく深井戸も含めて建設される。

(2) アフリカ開発銀行による社会開発支援

アフリカ開発銀行は、ブルキナファソにおいて、保健、基礎教育、農業、水と衛生、交通、電力供給などの分野で支援している。CSPS建設は2009年に終了し、2010年はCHR2施設の建設を支援している。2009年に終了したCSPS建設支援では、主にブルドムーン地方とオバサン地方でCSPS約20施設を建設し、このほかCMA2施設、CHR2施設も建設している。施設内容は、職員住居、トイレ、深井戸、焼却炉も含めて、政府の設置基準に基づいて建設している。建物の建設に先立って地質学的な調査を実施のうえ、深井戸を設置しており、建設したCSPSのすべてに深井戸がある。施工会社は入札によって選定し、工事監理は設計事務所に委託している。

(3) イスラム開発銀行による CSPS 建設プロジェクト

イスラム開発銀行の資金による CSPS 建設プロジェクトでは、2006～2010 年の間に 5 つの地方（ブルドムーン、北部、サヘル、中北部、東部）に 33 の CSPS を建設する。同プロジェクトでの工事費（医療機材含む）は、CSPS 1 施設あたり約 1 億 2 千万 FCFA（約 2,280 万円）程度とされる。

同プロジェクトは CSPS の建設とトレーニングのふたつをコンポーネントとしている。建設は政府の設置基準に基づくが、職員住居は 3 棟（設置基準は 2 棟）建設している。トレーニングは、回転資金による基礎薬品調達、施設の運営維持管理について、保健スタッフ、当該 CSPS を運営管理するコミュニティのそれぞれを対象として実施している。同プロジェクトでは、通常は政府から供与されるものの、CSPS 開設時の基礎薬品一式も支援している。CSPS 建設用地は、村人が決めた CSPS の場所（土地）で地下水等の調査をし、建設用地内に水源を確認できなかった土地では、村に説明して代替地を選定し、33 CSPS すべてに深井戸を設置している。入札によって選定された業者による建設工事が 2009 年 10 月より始まっている。同プロジェクトのオフィスによれば、建設業者のなかには、主に資金繰りなどがうまくゆかないために、工期を守らない業者もおり、厳格に工事を監理する必要があるため、このため、プロジェクトオフィスは設計事務所 3 社と監理契約を結んで工事監理を委託している。なお、同プロジェクトでの CSPS 建設 33 件はすべて新規建設であるが、イスラム開発銀行の資金で、同プロジェクトとは別に、約 300 カ所を対象として設置基準を満たさない施設の標準化も行われている。

(4) 台湾資金による CSPS プロジェクト

ブルキナファソと台湾の二国間協力によるプロジェクトで、つまり、台湾資金によるものであるが、プロジェクトとしてはブルキナファソ政府が運営している。責任機関は保健省 DEP であるが、独立したプロジェクトオフィス（専任のプロジェクト責任者は保健省職員）が実施面での運営管理にあっている。サイトは政府（大統領府）が決定し、建設業者を選定する入札は保健省調達局 DMP が行い、その後の監理をプロジェクトオフィスで行う。同プロジェクトでは、CSPS は政府の設置基準に基づいて建設しており、どの CSPS でも、入札で選定される施工業者は変わるが、材料、工法は原則として変わらない。プロジェクトでの建設はすべて新規の建設であり、コミューンが自力で一部を作った施設に作り足すというような支援はしていない。CSPS 建設地は、上述のように、対象村は大統領府が選定して通達してくるものであるが、村の中のどの場所に設置するかは、原則として、村人に決めさせている。プロジェクトオフィスから技術スタッフを村へ派遣し、村人が選定した場所が CSPS 建設に適しているかどうかを確認する。水や地質などの面で不適切と判断される場合は、プロジェクト責任者が村長に会ってその旨を伝え、技術的な助言もおこなって、代替地の選定を促す。

(5) 世銀による村落開発プロジェクト（Programme National de Gestion des Terroirs, PNGT2）

PNGT は、地方分権化の一環として、地方農村部のコミューンの活性化と能力向上を目的とするもので、①コミューンによる立案と実施、②地方農村部での能力向上、③コミューンの財政支援、④地方農村部の土地利用を主な柱として、コミューンによる開発活動を支援している。コミューンであっても都市部は対象としない。2002～2007 年を期間として第 1 期が実施され、現在は第 2 期が実施されている。コミューンが CSPS の建設や深井戸掘削などを活動内容に含むこともあるが、全体からみれば支援総額の 3%程度に過ぎない。なお、コミューンの活動内容に CSPS 建設が含まれる場合は、予め、他の計画で設置予定がないかどうかにつき PNGT 事務局から保健

省 DEP へ確認する。支援にあたっては、予め、その活動についての必要な要件を満たすかどうかを確認し、たとえば、CSPS 建設であってもコミューンに住民による COGES 組織の明確な意思がないなどの、その活動についての要件を満たさなければ支援はおこなわない。支援額はコミューンにつき 15～50 百万 CFA (約 290～950 万円相当) で当該コミューンの人頭割で決める。2010 年 2 月現在 302 コミューンが支援を受けている。プロジェクトでは、建設や工事内容の抜き取り調査によるモニタリングをおこなっている。コミューンの銀行口座はひとつで PNGT 支援資金もこの口座を通して行われるが、この口座への資金入出も含めて国による会計監査の制度があるため、プロジェクトでの監査は行わない。PNGT 支援資金の対象は主に建設、工事で、トレーニングの費用などは含まない。CSPS の運営と維持管理についてのトレーニングは実施しているが、その分の費用はコミューン支援には含まず、直接 PNGT からその都度リクルートしたトレーナーを派遣している。特に、国のガイドラインに沿って行われるべき業者選定の入札などについて、農村部のコミューンがその方法をよく知らないことが多く、そのための指導を行うことも多い。

2. プロジェクトを取り巻く状況

2-1 保健社会向上センター（CSPS）の状況

2-1-1 CSPS による保健サービス

CSPS は、ブルキナファソにおけるプライマリヘルスケアのミニマムパッケージを提供する施設と位置づけられ、一般傷病の診療と母子保健を軸とした保健サービスを提供し、予防接種については活発なアウトリーチサービスも行っている。

病気の治療で CSPS を受診する住民はマラリア、下痢症、他の感染症の患者が多い。これらの治療は主に看護師がおこなう。患者数は施設によって異なるが、今回の調査で訪問した施設については、村落部では月間 300～500 人、街区では月間 1,000 人前後が受診していることが確認された。通常、患者は午前中に集中するが、保健スタッフは CSPS 敷地内の職員宿舎に住んでおり、夜間や休日でも急患があれば診療する。

妊産婦ケアの内容は主に産前/産後健診と出産ケアで、健診数、出産数は、一般傷病以上に施設ごとのバラツキが大きく、出産数に対して健診数が多い施設もあれば、逆に、健診数に比して出産数が相対的に多い施設もある。このような利用状況の相違は、診療圏の村々のコミュニティの側の事情、CSPS までの物理的なアクセスと特に雨季の交通事情、その CSPS にいる保健スタッフの職種など、様々な背景要因による。なお、家族計画サービスの利用頻度が相対的に低いこともあり、産前健診を行う部屋で家族計画サービスも行っている施設が少なくない。

予防接種も CSPS による主要な保健サービスで、特に、村落部ではアウトリーチが重要な役割を果たしている。一般傷病の診療や妊産婦ケアと同じく予防接種も毎日実施する施設もあるが、他方、限られた人数の保健スタッフで効率の良いサービスを維持するうえで、施設内・アウトリーチそれぞれの曜日を指定している施設も多い。

CSPS の施設は複数の小さな建物からなり、臨床サービスは、主に一般診療棟（dispensaire）と産科棟（maternité）で実施されている。予防接種室は産科棟に設けられている施設が多い。上述のように、臨床サービスとしては極めて基本的な内容を範囲とするものであり、また、全国の CSPS の大多数が未電化の村落にあることから、CSPS で日常的に用いられる医療技術も基礎的なものに限られ、電気を使用する医療機材は使われていない。すなわち、聴診器、血圧計、トラウベなどが主な診断具であり、予防接種用ワクチンの保管は電気・ガス変換式の冷蔵庫、新生児の口腔内吸引はスポイト式の手動式吸引器（バルブシリンジ）、鉗子類の滅菌はガスコンロと滅菌用圧力鍋が使用されている。ただし、夜間の診療用の照明は簡便なソーラーシステムが使われている。

2-1-2 保健スタッフの配置状況

政府による保健施設の基準では、CSPS には看護、助産、公衆衛生それぞれ 1 名ずつの保健スタッフが配置されることになっている。具体的な保健医療の資格としては、それぞれ国家看護師（infirmier d'état, IDE）または准看護師（infirmier breveté, IB）、助産助手（accoucheuse auxiliaire, AA）、公衆衛生士（agent itinérant de santé, AIS）がこれにあたる（「ニジェール母子保健向上協力プログラム/ブルキナ・ファソ保健サービス強化協力プログラム協力準備調査報告書」平成 21 年 3 月 国際協力機構 アフリカ部/人間開発部、p2-7 表 2-2 医療従事者の種類 参照。）。

2008 年時点で全国 1,352 施設の CSPS でこの基準を満たしているものは 77% に過ぎなかった。CSPS への保健スタッフのニーズは DRS から提出されるどころ、DRS 別に基準を満たす CSPS の割合をみると、97%（南西地方）を達成している DRS もあれば、61%（北部地方）にとどま

る DRS もあった。しかし、2005 年以降、保健省が私費学生の地方特定雇用を実施していることもあり、保健人材配置にかかる全国平均の改善と、地方ごとの格差が是正されてきている。しかしながら、一部には状況がほとんど改善されていない DS もあり、そのような DS の CSPS では、AA がおらず AIS が出産介助をしている、保健スタッフが 2 人しかおらずアウトリーチの負担が著しく大きい、などの問題を抱えている。他方、すべての CSPS で規定の 3 人が確保されている DS では、実際には 3 人ではなく 4 人以上を配置している場合が少なくない。そのような DS には、毎年所定数のスタッフを雇用して既存の CSPS で実務につかせ、CSPS 新設時の即戦力として育成しているといった姿勢もみえる。背景として、地理的、社会的事情もさることながら、DS や DRS の保健行政官の計画策定能力、とりわけ保健人材マネジメント能力などが保健スタッフ確保の重要な要因となっていると考えられる。

2-1-3 CSPS の運営状況

CSPS の施設、設備、保健スタッフについては、原則として、政府の基準が存在する。しかし、政府基準はあくまで標準であって、規則というよりも、むしろ、最低限満たすべき水準という色合いが濃い。既存の施設の現状をみると、後述のように、ドナープログラムごとに設計の詳細は相違する。この点も含め、保健スタッフの給与支払い以外に、CSPS の運営上、中央政府の直接的な関与は少ない。保健スタッフの配置は DRS、他の運営面での諸事項は DS の監督下にある。DS は州都などの当該保健行政区の中心地に事務局がおかれ、主任医務官以下数名の専門スタッフがいる。

CSPS は DS の監督下にある保健施設であるが、直接的な運営は住民と保健スタッフの代表による委員会に委ねられている部分が多い。CSPS が実際的にコミュニティによって運営されているという事実は、ブルキナファソのプライマリヘルスケアの最大の特徴といって過言でない。

コミュニティでの CSPS の運営は、COGES が行う。COGES は診療圏の住民の委員と保健スタッフ責任者で構成される。住民の委員（5～6 人）は自薦・他薦で選出されるものと思料されるが、特に代表者と会計係は 2 年を任期として選挙をおこなっている場合が多い。保健スタッフは、通常、当該 CSPS の責任者 1 人が COGES のメンバーとなっている。

COGES の主な役割は、CSPS によるアウトリーチサービスや保健教育などの活動の補助、薬品の管理、非保健員の雇用、施設・機材の営繕などである。CSPS の保健スタッフは当該地の出身者ではなく、また、人数も限られることから、保健サービスの側から住民への働きかけを行ううえで COGES の存在は大きい。CSPS で使用する薬品は政府あるいはドナーが施設開設時に一式を供与する以外は、妊産婦や乳幼児ケアに用いられる国庫負担のものを除いて、薬品を販売した収益を回転資金として自立的な供給を行わねばならない。これも COGES の重要な役割で、CSPS 内の薬局は COGES が管理している。薬品の価格は、国が定めた標準価格に 15%まで上乘せし、その分の収益を CSPS の運営に当てることができる。実際には、清掃員などの非保健員の給与、簡便な修理のコストなどに使用されている。ただし、修理コストは地元で入手できる材料の購入、近隣の修理屋への工賃などまでが限度であって、都市の業者に委託せねばならない修理などは COGES の資金力を超え、DS による支援を必要とする。COGES はコミュニティに元から存在する組織ではなく、新しい CSPS が設置される際に初めてメンバーが選出されて COGES が組織される。上述のように COGES の役割は高度な技術を要する内容ではないものの、地方農村部の一般住民にとって、保健施設の設備・機材や回転資金による薬品供給は馴染みの薄い概念であり、必要な活動を開始するためには所定のトレーニングを必要とする。既存の CSPS の COGES が活発に活動している地域においても、新しく CSPS を開設する場合は、住民の意識啓発と

COGES 選出支援、選出された COGES メンバーに対するトレーニングなどが必須とされている。

2-1-4 施設・機材の現状

(1) 建物

CSPS の建物の形態は、いくつものパターンを経て 2000 年頃から現在保健省が推奨する形が使用されるようになった。実際に、既存 CSPS の建物平面プランのバリエーションは多く、過去に建設されたものには、一般診療棟と産科棟が棟続きであったり、診療棟内に薬局が設置されていたりするものもある。現在の保健省推奨の CSPS 標準図面は、統一的な規則としてすべてのドナーに採用を求める性質のものではない。イスラム開発銀行がブルドムーン地方などで実施しているプロジェクトでは、建設中の CSPS にこの図面は採用されておらず、2009 年にカスカード地方マンガダラ DS で完成したカソリック団体による CSPS も地元設計事務所による独自の図面が採用されている。保健省としても推奨図面を完成形としているものではなく、今後は地方別によるバリエーションも検討してゆく必要があるとしている。

(2) 深井戸

CSPS は保健施設であり水がなくては機能しない。CSPS 施設内の各建物内に水栓が設置されているのは都市部にあるごく一部に限られ、通常の CSPS では、施設内あるいは周辺の深井戸で水を汲んで、建物内のタンクまで人間が運んでいる。一日の使用量は、一般診療棟と産科棟でそれぞれバケツ 4 杯程度 (50~60 リットル)、これ以外に出産 1 件ごとに 4 杯程度 (50~60 リットル) を使う。水汲み・運搬は、主に CSPS の非保健スタッフである清掃員の仕事であるが、出産の場合は産婦の家族が水汲み・運搬する場合も多い。

CSPS は、原則として、専用の深井戸、すなわち CSPS の必須設備としての水源を有することになっているが、隣接する小学校の深井戸や村の深井戸・共同水栓を使用している例もある。この場合、村や小学校の側が同意していて、かつ、その水源から CSPS までの距離が掃員や産婦の家族が運搬することができる程度の距離にあるならば、運用上の問題はない。保健省も CSPS が他の施設や村と水源を共同使用することを特に禁じてはいない。

(3) 電力

本件の要請には CSPS 施設の太陽光発電による電化が含まれており、保健省 DGIEM の基準書でも太陽光発電による電灯設備が標準となっている。CSPS が設置されるほとんどの地方は公共の電力ケーブルが敷設されていない未電化地域であることによる。実際に、既存 CSPS の多くに簡便な太陽光パネルが設置されているが、劣化した蓄電池を新たに買い換えるなどができず、そのまま放置されているものも少なくない。

(4) 機材

CSPS で使用されている機材 (医療機材・医療家具) はほぼすべてが国内で調達可能なものと考えられる。特に診療卓やキャビネットなどの家具類はブルキナファソ国内で製造されたものが使用されている。体重計、身長計などの測定器も含めて医療器具・機材はほとんどすべてが外国製品であるが、これらもブルキナファソ国内の販売店が扱っている。全体として、本当に必要最低限な機材しかないとの印象が強い。CSPS での診療の水準に照らして種類や仕様が不適切といったものはなく、どれもよく使われている。

2-2 施工・調達事情等

(1) 建設会社

国内に建設会社は多数存在し、都市計画・住宅省は建設会社を B1～B4 までの 4 つの категорияに分類している。categoryは保有建機の種類や数、一定の経験、資格などを所持している常雇いの数などにより決定され、B1 が最少で数字の順に規模が大きくなり B4 が最大規模である。これらcategoryは随時更新され、政令に発表される。現地の CSPS 建設工事では、医療機材は切り離して発注され、建設会社は工事のみを受注する。保健省インフラ総局の説明によれば、おおむね B2～B3 程度の中堅建設会社が多いとの事であった。このランク以上の建設会社であれば、CSPS 規模の工事では技術面で問題がないと思われる。統計によれば、建設会社の 84%は首都ワガドゥグと第二の都市ボボデュラッソに集中している。建機のレンタル/リース会社は稀有で、自己所有する建機を使用するか、建設会社同士の貸し借りで融通している。

(2) 建材調達

セメントに使用する骨材以外の建設材料はほとんどすべて輸入品である。セメントは国産品があるが、トーゴやコートジボワールなどからの輸入品も多く出回っている。骨材は基本的に、現地調達可能ではあるが、サイト付近で良質の碎石や砂の調達が困難である地方もあり注意を要する。鉄筋は鉄材を輸入し、国内で加工販売している。国内生産している建材はほとんどないものの、これらの材料は市中に多量に出回っており、恒常的に入手が可能である。以下に CSPS 建設で一般的な建設材料の生産地とでの参考価格を示す。

表 8: 建材価格 (2010 年 2 月現在の店頭渡し価格)

単位: FCFA

建材	仕様	単位	価格(FCFA)	生産地
セメント	CPA45	t	125,000	国産
		t	135,000	ガーナ、トーゴ
骨材	砂	m ³	11,000	国産
	砂利	m ³	15,500	国産
鉄筋	異型 12mm	t	550,000	鉄輸入 (南ア、トルコ)
	異型 10mm	t	550,000	国内加工
	異型 8mm	t	500,000	
型鋼	I 型鋼 80	本	95,000	南ア、トルコ
	I 型鋼 120	本	120,000	
コンクリート ブロック	穴空き 15cm 厚	m ²	7,500	現場制作
	充填 20cm 厚	m ²	9,000	
屋根材	溶融亜鉛メッキ鋼板 0.35mm 厚	m ²	7,500	シート輸入国内加工
	溶融亜鉛メッキ鋼板 0.45mm 厚	m ²	8,000	シート輸入国内加工
合板	5mm 厚	m ²	16,000	ガーナ、トーゴ、コートジボワール
	10mm 厚	m ²	20,000	
磁器質タイル	10cm × 10cm	m ²	12,000	中国
	30cm × 30cm	m ²	14,000	
塗料	VP	m ²	2,000	国産
	OP	m ²	3,000	

(3) 要員調達

大都市に建設会社が集中することから、技術者、技能工は大都市のみで調達が可能である。建設会社がある程度の数の技術者、技能工を常用している事が多いが、その他にタシュロン（仏語：tacheron）と呼ばれる専門職の親方を下請け契約して採用する事が多い。建設会社は幾人かの固定したタシュロンと工事ごとに契約関係を持ち、その関係を大事にしている。一般作業員は現場付近で採用が可能である。地域により、例えばカスカード地方はコートジボワール国境に近いことから、単価が高いなどの違いがある。

表 9: 労務単価

職種	経験年数	給与（各種手当含む）
建築技術者	経験 15 年	1,400,000 FCFA/月
建築技術者	経験 10 年	1,100,000 FCFA/月
測量士		750,000 FCFA/月
測量士補		450,000 FCFA/月
製図技術者		450,000 FCFA/月
会計		450,000 FCFA/月
事務員		400,000 FCFA/月
運転手		350,000 FCFA/月
警備員		200,000 FCFA/月
現場監督		450,000 FCFA/月
一般作業員		150,000 FCFA/月

(4) 免税措置

E/N の取り決めに従い、日本の無償援助の枠組みでブルキナファソ国政府と契約を結ぶ本邦企業（施工監理コンサルタント、施工会社）は付加価値税（TVA）や関税の免税措置を受ける事ができる。免税総局において課税識別番号（IFU）を取得し、その番号をもって E/N 文書やブルキナファソ国政府との契約書などを添付し免税証明書を申請する。免税証明書によりプロジェクトで使用する物品購入や下請け契約などが無税となる。また、本邦施工会社と契約した現地下請建設会社の購入する建材に関しても TVA 免税対象であるが、現地下請会社が購入する際は、一旦税込で購入し、後に同社が国に支払うべき税金との相殺により還付される仕組みとなっている。還付を受けるための建材購入には事前に契約の登録や建材リストなどを添付した申請が必要になる他、材料を購入する販売店も登録店でなければならないなどの一定の制限がある。

(5) 労働関係基準

他の旧フランス植民地の国々同様、フランスの法令に準じた政策を布いている。時間帯や曜日による残業手当等の比率が決めている他、現地の人間を 1 年以上雇用する場合には 1 カ月につき 2.5 日間の有給休暇（年間 30 日）を与え、かつ 1 年間につき月給の 25% 以上の退職金の支払が必要になる。また雇用者は被雇用者の社会保険 CNSS の加入や、所得税の源泉徴収などの義務があり、非雇用者本人やその家族の疾病の場合の手当の支給方法などについても細かく定められている。

2-3 ブルキナファソ政府による CSPS 設置基準

2004 年より現在の設置基準書が定められ、国、ドナーを問わず、新しく建設される CSPS はこの基準にしたがうことが原則となっている。

所要建物、付帯施設のコンポーネント毎にそれらの必要数とそれぞれの建物の所要室、それらの最小限の面積が記載されている。これはブルキナファソ CSPS 標準型を示すもので保健省が推奨する CSPS 建物の標準図面は、この基準書に一致している。しかし、基準書と保健省の標準図面を実際に比較すると必ずしもすべて整合している訳ではない。例えば、基準書中の建物のうち一般サービス棟は、薬局や予防接種室、倉庫、モビレット格納庫などにより構成される 60 m²の建物と記載されているが、保健省標準図面では薬局のみの 26 m²の建物となっており、視察した既存 CSPS でも保健省標準図面のように薬局が設置され、予防接種室は主に産科棟に設けられている。また、基準書と設計図面の部屋名や面積が必ずしも一致しない部分もあり、今回の調査で視察した CSPS には基準書と異なる諸室もみられた。

現実に、支援ドナーが保健省標準図面を必ずしも採用する必要はないが、他方、まったく異なる内容の施設を計画することも非現実的で、基準書を原則的に踏襲した設計をする必要がある。独自プランを採用する場合は当然、そうでない場合も保健省 DGIEM との事前協議が必要になる。

以下に施設基準書の概略を示す。部屋名に番号があるものは建物の主要諸室、番号がないものは付帯要素で建物外にあるもの、またはオプションを示す。

表 10: CSPS 施設設置基準

No	部屋名	最低面積	備考 付帯設備など
一般診療棟 (1 棟)			
1	待合ホール	15 m ²	
2	事務所 (施設長)	23 m ²	会議 (打合せ) ができるスペース、電源 (太陽光)
3	診察室	15 m ²	流し付き作業台、水栓、電源 (太陽光)
4	処置室	11 m ²	流し付き作業台、水栓、電源 (太陽光)
5	治療、小手術室	22 m ²	流し付き作業台、水栓、電源 (太陽光)
6	経過観察室	26 m ²	4 台のベッドを設置
	小計	97 m ²	
	外部衛生設備	6 m ²	1 便所、1 シャワー室
	職員事務室	11 m ²	休憩室または追加の事務所
	倉庫	6 m ²	
	合計床面積	120 m ²	
産科棟 (1 棟)			
1	待合ホール	15 m ²	
2	診察室	15 m ²	流し付き作業台、水栓、電源 (太陽光)
3	陣痛室	15 m ²	ベット 2 台 電源 (太陽光)
4	分娩室	29 m ²	流し付き作業台、水栓、電源 (太陽光) ベット 2 台設置
5	産後経過観察室	30 m ²	ベット 5 台設置
	小計	89 m ²	
	外部衛生設備	12 m ²	2 便所、2 シャワー室
	職員事務室	11 m ²	休憩室または追加の事務所
	倉庫	6 m ²	
	合計床面積	118 m ²	

No	部屋名	最低面積	備考 付帯設備など
一般サービス棟 (1棟)			
1	薬品販売所	11 m ²	販売カウンター、電源 (太陽光)
2	薬品倉庫	15 m ²	
3	予防接種室	12 m ²	
4	CSPS 倉庫	10 m ²	
5	格納庫	12 m ²	モビレット 備品
	小計	60 m ²	
	外部衛生設備	4 m ²	
	合計面積	64 m ²	
附属施設 (各1)			
1	キッチン	18 m ²	収納庫付きキッチン
2	ゴミ処理穴 (焼却炉)	7 m ²	
3	水源 (深井戸)		
4	付き添い等のための待合所	18 m ²	ハンガー (柱、屋根のみの建物) または藁葺きあずまや
5	CSPS の囲い		
CSPS 職員宿舎 (3棟)			
1	居間・応接間	20 m ²	
2	寝室 1	10 m ²	
3	寝室 2	10 m ²	
4	倉庫	8 m ²	
5	シャワー (外部または内部)	4 m ²	
6	外部衛生設備	4 m ²	
7	外部またはテラス上のキッチン	8 m ²	
	合計床面積	64 m ²	

現在の保健省推奨プランは一般診察棟、産科棟共に建物中央に中庭のあるプランである。採光や換気面で有利な形態であるが、実際の使用者からは、中庭の排水処理の不備や、中庭に面した回廊から雨や埃が室内に侵入する事への不満が述べられている。

表 11: 一般診療棟仕様

【外部】

部位	仕様
屋根	母屋 I 型鋼 (IPN80) 下地 亜鉛メッキ鋼板 (厚) 0.35mm
外壁	ブロック (厚) 15cm 下地 チロリアン仕上げ
建具	(外部) スチール製可動ルーバー窓 スチール製可動ルーバー付き開きドア (内部) 木製フラッシュドア
基礎	鉄筋コンクリート独立基礎と無筋の布基礎の組み合わせ
テラス	鉄筋コンクリート鍍仕上げ

【内部】

部屋名	床	壁	天井	その他
待合ホール	コンクリート鍍押さえ	モルタル下地	合板 5mm	コンクリート製
通路		EP 仕上げ	EP 仕上げ	ベンチ造作

診察室	同上	同上	同上	手洗器
病室	同上	同上	同上	
看護師長室	同上	同上	同上	手洗器
処置室	同上	作業台前 H=2m まで タイル貼り	同上	流し付き作業台造り付け
治療室	同上	同上	同上	同上
薬品庫	同上	モルタル下地 EP 仕上げ	同上	
中庭 (パティオ)	土 (植栽用)	腰：通風ブロック	吹き抜け (屋根なし)	処置室、治療室への給水タンク設置の場合あり

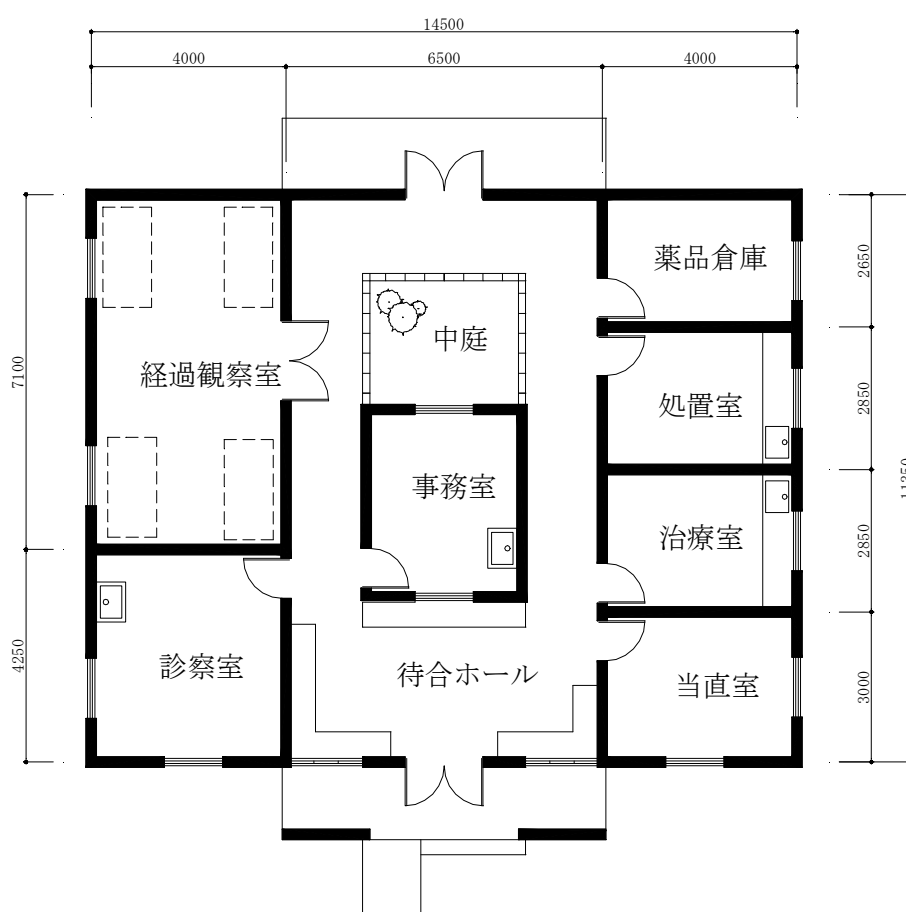


図 6: 一般診療棟平面図

構造：補強ブロック造

屋根下地：鉄骨

延床面積：156.09 m²

部屋名は CSPS により多少異なる。処置室、治療室への給水は中庭に設置されたタンクから、配管により給水栓へ導かれる。中庭のタンクは床上 2m 程度の高さに設置され、毎日梯子段を使用して人力により給水される。CSPS によっては、診察室、処置室、治療室の給水タンクを各部屋の外壁側に設置する場合もあり、また水栓と一体となったタンクを室内に持ち込んで使用している場合もある。

その他の建物も基本的な仕様は同じで、現地で一般的な補強ブロック造に、屋根下地として鉄骨を使用している。産科棟は、中庭を中心とした一般診療棟と同様の作りであるが、分娩室、陣痛室の床、壁にタイルを使用し、それらの部屋の前を閉鎖できるように建具がつくなど、多少仕様が高度になっていて、その分だけ建設費が割高になっている。薬局は販売所部分と事務所の2部屋で構成されている。職員宿舎は居間プラス2寝室の構成で屋内にシャワーがあるが、台所と便所は別棟となっている。一般診療棟および産科棟に附属する便所/シャワー棟は便所、シャワー各1ブースとなっているが、実際に建設する際には必用数を統合させる方が合理的と思われる。

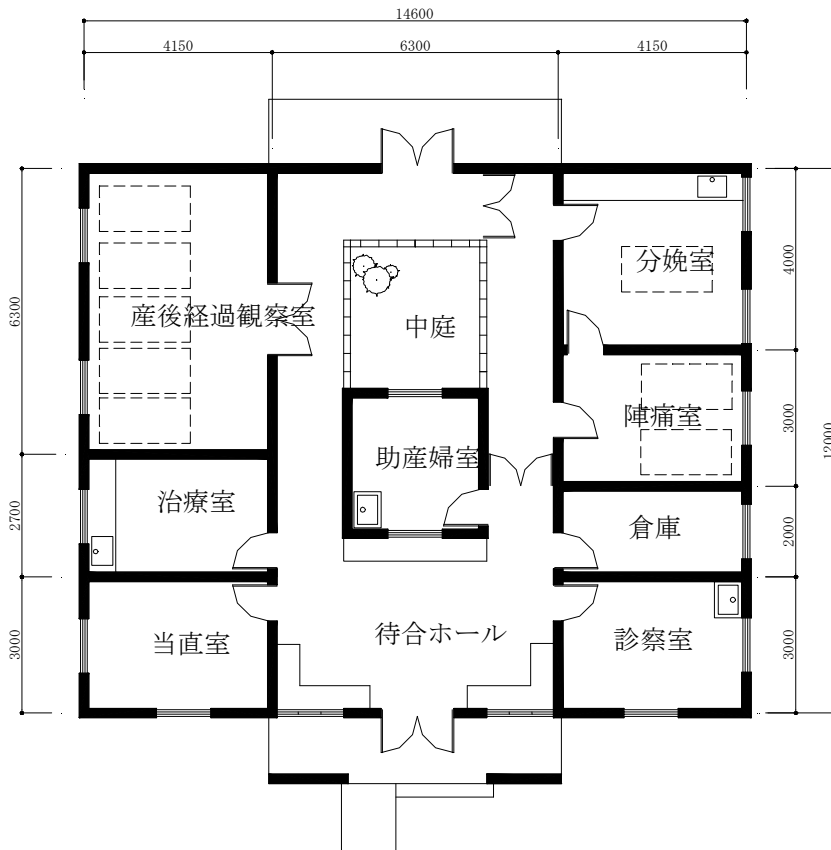


図 7: 産科棟平面図

延床面積:165.3m²

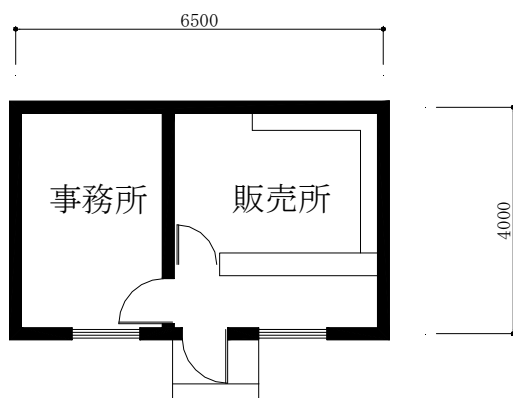


図 8: 薬局平面図 延床面積:26.0m²

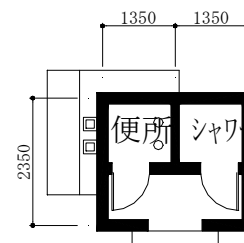


図 9:便所/シャワー棟
(一般診療棟、産科棟)
延床面積: 6.34m²

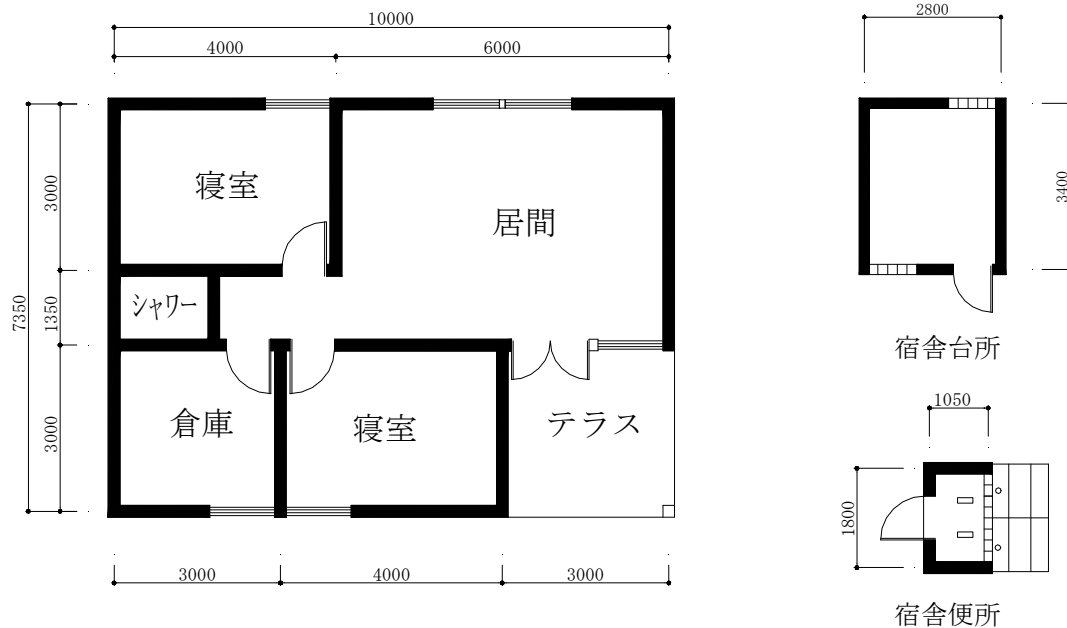


図 10: 職員宿舎平面図 延床面積: 64.5m²

CSPS 内の各建物に必要な医療機材の種類と数量が記載されている。保健省 DGIEN によれば、医療機材は大きく家具類と医療器具類に分類されるが、前者は全体のコストを考慮して最低限の仕様を満たした国産品が採用され、医療器具類には国産品がないため、後者は外国製品が採用される。医療器具の具体的な内容は CSPS の診療内容に則しており、おおむね妥当なものと考えられる。

ただし、医療機材として掲載されているもののうち、特に待合の椅子などは建築で造り付ける事が可能で、実際に既存 CSPS でも造り付けが多い。

また、要請リストの中にバイク救急車が含まれているが、患者を寝かせた姿勢で集落の小道を走行することの安全性が疑問におもわれる。また、今回の調査においても、故障して修理されず放置されたままのバイク救急車がよく見られたことから、基本設計の段階で慎重に検討する必要があると考えられる。

3. 現地調査における視察結果

3-1 既存 CSPS の視察結果

今回の調査におけるフィールド調査で、先方による CSPS 建設要請村が所在する 11 の DS すべてを訪問し、DS の責任者である主任医務官からの聞き取り、既存 CSPS を各 DS 1 施設ずつ視察した。主任医務官からの聞き取りの際、CSPS 建設を要請する村の代表を招集していた DS では、主任医務官の要望にしたがって村の代表とも面談した。

主任医務官に対しては、主に、既存 CSPS 施設数/スタッフ/水と電気の状況、CSPS 建設要請村とそれらを選定した理由を質問した。既存 CSPS の視察では、スタッフ数/患者数、営繕/修理、水/電気について保健スタッフに質問し、一般外来棟、産科棟、深井戸を中心に視察した。村代表に対する合同インタビューでは、建設用地決定の有無と当該地の水源について質問した。

11 の DS に対する調査は、下図のように、首都ワガドゥグ、第 2 の都市であるボボデュラッソ市、ブクルドムーン地方のデドゥグ市およびトゥガン市、南西地方のガウア市を拠点（泊地）とした。いずれの地方においても、まず DRS を訪問して訪問する DS と調査概略を伝え（先方不在の場合は電話等での連絡）、そのうえで各 DS を訪問した。各 DS において、主任医務官らを選定した CSPS 1 施設を視察の対象とした。ただし、先方の選定先が極めて遠隔であるなどの場合は、行程に問題のない施設への代替を依頼した。CSPS へは、原則として DS のスタッフの同行を求めた。DRS、DS、CSPS 保健スタッフへのインタビューはフランス語でおこなったが、COGES メンバー、村代表には現地の言語（主に、モシ語、ディウラ語。通訳は保健省 DEP または JICA ブルキナファソの保健担当ナショナルスタッフによる）を用いた。調査実施の時期は 2 月であり、行程上の問題がなかったことから、1 日に 1~2 の DS を対象とすることができた。しかし、雨季の場合は、今回と同じ訪問内容を同じ行程、期間で実施することは極めて困難と思料される。

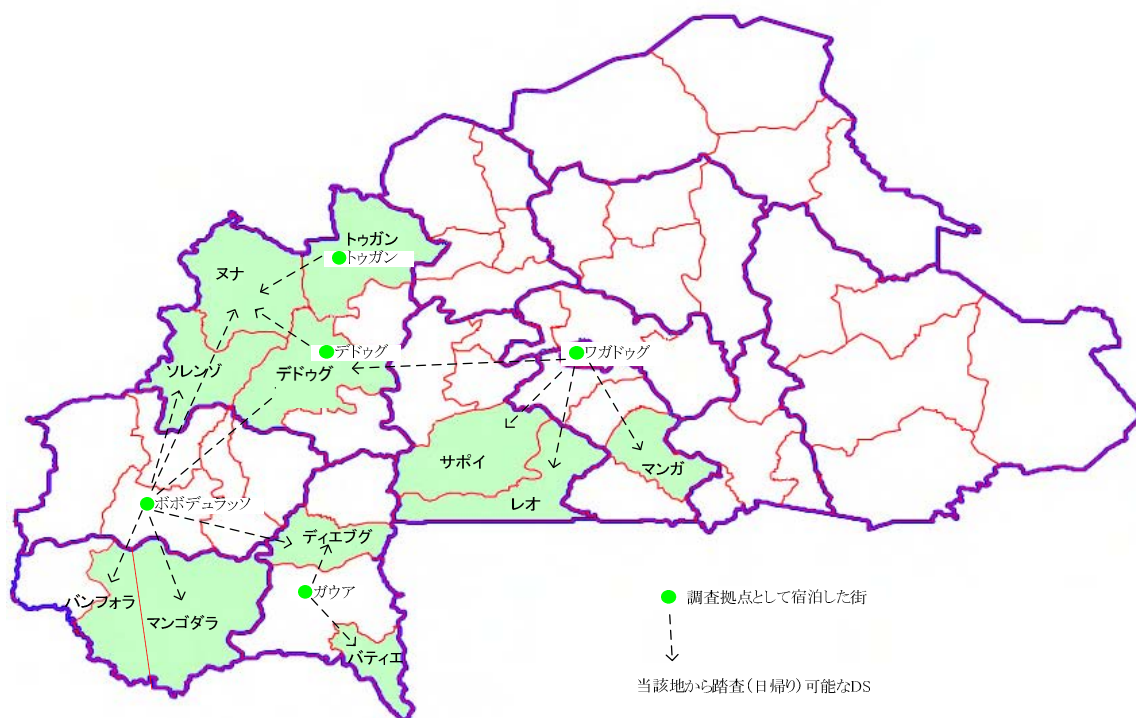


図 11: フィールド調査の行程と拠点とした街

(1) 既存施設についての主任医務官からの聞き取り

調査を実施した 11 DS すべてにおいて、DS 事務局で主任医務官に、現在の CSPS の施設数、保健スタッフ、水と電気の状況を聞いた。主任医務官の回答をまとめると以下のとおり。

入手済み資料による DS ごとの CSPS 数（2008 年）は、デドゥグ 29、トゥガン 25、ヌナ 32、ソレンゾ 25、バンフォラ 26、マンゴダラ 9、バティエ 10、ディエブグ 12、レオ 26、サプイ 16、マンガ 31 であったが、フィールド調査での聞き取りの結果、ほとんどの DS で現在までに施設数が増えていることが確認された。

表 12: 現在の CSPS 施設数

DS	施設名	CSPS 数	
		2008	現在
ブクルドムーン	デドゥグ	29	30
	トゥガン	25	32
	ヌナ	32	34
	ソレンゾ	25	29
マンゴダラ	バンフォラ	26	34
	マンゴダラ	9	12
南西部	バティエ	10	10
	ディエブグ	12	14
中西部	レオ	26	28
	サプイ	16	17
中南部	マンガ	31	33

各 DS 主任医務官の回答

既存の CSPS のうち、保健スタッフが 3 人（IDE または IB, AA, AIS）いる施設の割合、すなわち、CSPS における保健スタッフの充足度は、2008 年から 2009 年にかけて国全体として 76.85% から 85% まで上がったとされている。これを反映するかのよう、調査の対象とした 11 DS すべてで 2008 年から現在までに改善がみられる。

表 13: CSPS の保健スタッフの充足度

DS	施設名	施設数		3人以上いる%		回答内容
		2008	現在	2008	現在	
ブクルドムーン	デドゥグ	29	30	90%	100%	3人以上の施設もあり、新 CSPS への転属も可能 29 CSPS（都市型 2 施設）は充足。3 施設は 3 人未満 25~6 施設は 3 人いる 27 施設は 3 人、2 施設は 2 人（AIS がいない）
	トゥガン	25	32	80%	90%	
	ヌナ	32	34	75%	74%	
	ソレンゾ	25	29	72%	93%	
マンゴダラ	バンフォラ	26	34	85%	100%	毎年 20-30 雇用。新 CSPS 設置に向けた人員配置 11 施設で 3 人以上（8 人いる施設あり）、1 施設は 2 人
	マンゴダラ	9	12	56%	92%	
南西部	バティエ	10	10	100%	100%	4~5 人ずつ、都市型は 18 人
	ディエブグ	12	14	100%	100%	
中西部	レオ	26	28	50%	61%	11 施設で AA おらず、AIS が産科をみている すべて 3 人以上いる
	サプイ	16	17	94%	100%	
中南部	マンガ	31	33	58%	61%	20 施設は 3 人いる、他 13 施設では AA が不足

各 DS 主任医務官の回答

保健スタッフの充足度に関し、特に、デドゥグ DS、トゥガン DS、バンフォラ DS では、主任医務官の回答からも、毎年新たに雇用した保健スタッフを既存施設に配置して、新たな CSPS の設置に備える姿勢がみてとれ、2008 年時点から充足度の高いバティエ DS、ディエブグ DS でも同様の傾向が窺えた。他方、マンガ、ヌナ、レオは 2008 年時点でも、現在でも、充足度は国の平均より低い。特に、レオ DS の主任医務官によれば、同 DS は街区が少なく若い世代にとっての面白味にかける不人気な地であるために、保健スタッフの不足がかねてからの問題となっているとのことであった。一方、マンガ DS は、対象とした 11 DS のなかでも特に僻地、遠隔地というわけではなく、DS スタッフの説明において（主任医務官不在）充足度が低いことの理由は確認できなかった。

既存の CSPS で水がまったくない施設はほとんどなく、水のない CSPS が若干あるかも知れない、と回答したとトゥガン DS を除き、他の DS ではすべての CSPS に水があると回答している。ただし、CSPS 専用の深井戸はなく CSPS が村の深井戸や共同水栓を共用しているケースもあれば、CSPS の敷地内の深井戸を村人が共有しているケースもあった。なお、主任医務官それぞれの回答を比較すると、11 DS 計 271 の既存 CSPS の水の状況について、ほとんどの DRS では、井戸が CSPS 専用ではない場合もあるものの、すべての CSPS が深井戸（閉鎖型、堆水層の水）を使用しているのに対して、ブルドムーン DRS（デドゥグ DS、トゥガン DS、ヌナ DS、ソレンゾ DS）では、一部に従来の井戸（開放型、自由水）を使用している CSPS が存在し、CSPS の水の状況が相対的にやや劣るとの印象をうけた。

表 14: 既存 CSPS の水と電気の状況

DS	現在の施設数	使用中の水源についての回答	電気についての回答
デドゥグ	30 施設	3~4 施設は専用の深井戸がなく、村の深井戸を使用	20 施設にソーラー（2 施設は産科のみ） 2 施設（街区）に公共電力あり
トゥガン	32 施設	12 施設は従来の井戸を使用 水の無い施設も若干ある	13 施設にソーラー 2 施設は公共電力（最近村が電化された）
ヌナ	34 施設	何かしらの水源（従来の井戸含む）がある	16 施設にソーラー 他はなし
ソレンゾ	29 施設	何かしらの水源（従来の井戸含む）がある	8 施設にソーラー 他はなし
バンフォラ	34 施設	3 施設は上水道、他はすべて深井戸	8 施設は公共電力（街区、電化された村）。他はソーラー（一部故障含む）
マンガダラ	12 施設		1 施設にソーラー、他は電気はない
バティエ	10 施設	すべてに深井戸がある	すべてにソーラーがあり稼働している
ディエブグ	12 施設	12 施設に深井戸あり、2 施設は村の深井戸使用	公共電力 1、ソーラー 4、他は電気なし
レオ	28 施設	すべてに深井戸、村人共有させているもの 有	26 にソーラーがあり稼働、2 は電気なし
サプイ	17 施設	すべてに深井戸	すべてにソーラー
マンガ	33 施設	すべてに深井戸（村の深井戸も含む）	ソーラー 2 程度、大半は電気なし

各 DS 主任医務官の回答

一方、電気はない CSPS がまだ多く、聞き取りを行った 11 DS の計 271 CSPS のうち、公共電力があるのは 13 施設のみで、133 CSPS にソーラーが設置されているとのことであった。ただし、CSPS に設置されているソーラーは必ずしもすべて稼働中ではなく、使用不能な状態になっているものが相当数あるものと推測され、多くはバッテリー劣化によるものであろうと考えられる。なお、DS ごとに 1 施設ずつ視察した CPSP のなかに、ソーラーパネルの盗難にあっている施設がひとつあった。

(2) 既存 CSPS の視察

フィールド調査で視察した既存施設は以下のとおり。なお、これら CSPS のほかに、デドゥグ、バンフォラでは地域病院（Centre Hospitalier de la Région, CHR）も視察した。

表 15: 視察した CSPS 等

デドゥグ DS	カリ CSPS
トゥガン DS	バンガシ CSPS
ヌナ DS	ヌナ CSPS
ソレンゾ DS	ベナ CSPS
バンフォラ DS	トムセニ CSPS
マンゴダラ DS	デレグエ CSPS
バティエ DS	レグモン CSPS
ディエブグ DS	チャンコラ CSPS
レオ DS	ネブン CSPS
サブイ DS	ダロ CSPS
マンガ DS	CSPS

CSPS は、主に妊産婦ケア、家族計画、予防接種、子どもの健診、一般診療などの保健サービスを提供している。特に予防接種はアウトリーチも実施している。DS ごとに 1 施設のみの短時間の視察から全体の傾向を推測するには限界があるが、視察した 11 施設でのサービス活動の概要は以下のとおり。

まず、5,000 人以上（施設によっては 2 万人を超える）の住民を対象とする保健サービスの提供を行う施設としては、規定の保健スタッフ 3 人がいる場合でも、必ずしも人手が足りているとはいえない。このため、サービスのすべてをルーチンとせず、子どもの健診は曜日を特定するなどして、サービス効率を上げようとしている施設もあった。妊産婦ケアは、主に、産前健診、出産、産後健診であるが、CSPS で産前健診を受けても出産は CSPS へ来ないケースも相当数あるものと思われる。保健スタッフからの聞き取りにおいて、最終月経や出産予定日がわからず陣痛が始まるまで出産時期がわからない、CSPS が遠いため陣痛が始まってからではとても行けない、特に雨季に CSPS へ行くことが事実上不可能となる、村の習慣として自宅での出産が好まれる、など複合的な要因が窺われた。家族計画サービスの利用度はかなり低いとみられ、産前健診と同室で家族計画のカウンセリングを行っている施設も多かった。避妊薬・具としては注射が最も一般的であるように思われる。

CSPS の患者の疾患で多いものは、マラリア、呼吸器疾患、下痢症、性感染症、皮膚病などで、

いずれの CSPS でも保健スタッフの回答の 1 番目がマラリアであった。患者のリファラルは、いずれの DS においても、当該 DS の CMA、CMA から CHR とほぼ規定どおり。救急車は DS レベルにあり、CSPS の患者搬送手段は救急バイク程度に限られる。DS から救急車を呼ぶ場合、母体搬送は無料であるが、一般診療の場合は燃料費相当を患者が負担する。CSPS の診療圏において、住民から CSPS までの距離はそれぞれ異なるが、住民の主な交通手段は自転車または徒歩が一般的である。

視察した CSPS ではすべて COGES があり、COGES 代表者が視察に立会い、保健スタッフとともに回答したサイトも多かった。通常、COGES は 6 名の村人と CSPS の保健スタッフ責任者の 7 名で構成される。村人からのメンバーは、村人によって選出される（自薦+他薦、挙手または投票と思われる）。このうち、特に代表、財務係は任期 2 年とのことであった。

COGES の主な役割は村での啓発活動、予防接種活動などの補助、薬の管理、施設の営繕など。COGES 代表者の説明の様子では、「啓発活動」が最も安定した回答との印象をうけた。薬の管理については、CSPS 設立時に基礎薬品一式が供与され、その後は薬の販売収益を回転資金として当該 CSPS の薬品を維持する方法がとられており、CSPS 内の薬局 (depo) は COGES が管理している。全額国庫負担の診療（妊産婦や乳幼児薬のケア、予防接種等）の薬はこの限りではなく、常に国から支給される。有償で配布される薬の価格は、国が定めた価格に 15%まで上乘せすることが認められており、その収益で、CSPS の非保健スタッフの雇用、建物・資材の修理、必要な物品の購入ができる。11 の CSPS のいずれも薬局は整っていて、著しい薬の不足はみられない。一方、建物・資材の営繕などは COGES によって積極性、実績も異なり、意識の相違があるように思われた。フィールド調査では、視察先は少数であったが新、旧、街区、村落部の CSPS を視察することができた。視察した 11 施設についていえば、COGES の実質的な活動は街区よりも村落においてより活発、熱心との印象をうけた。

CSPS 勤務の保健スタッフの人件費は国から支給されており、給料遅配はない。非保健スタッフ（清掃員、ガードマン等）の人件費は COGES 資金から支払われる。

視察した 6 施設の概況は以下のとおり。

表 16: 視察先 CSPS 概況

施設名称：	カリ CSPS (デドッグ DS) ~ 比較的街区に近い CSPS
設立年：	1985 年
COGES：	計 5 名。代表者、財務担当は 2 年任期。
保健スタッフ：	責任者は IDE (当日不在)、IB2, AIS2。 CSPS の職員宿舎は責任者、産科担当准看護師が使用。他のスタッフは村内の他の宿舎。
診療圏：	22,000 人 (14 村+8 集落)、住民からの距離 (最も遠い住民) 25km
受診数：	一般診療 40/日 産前健診 出産 55/月 予防接種 300~350/月
水源：	2000 年にできた井戸を使用。村人も使用する。
廃棄物：	1 日に、一般診療で、産科それぞれ 40L くらい使用している。出産があるとさらに多く使う。
現状の問題：	焼却炉あり 職員宿舎が 4 名分ない。電気がない。機材が不足している
施設名称：	バンガシ CSPS (トゥガン DS) ~ 遠隔地。カバレッジ小さく、あまり活発でない印象
設立年：	2005 年 (台湾支援で建設)。
COGES：	計 6 名。
保健スタッフ：	IDE、IB、AA 計 3 人。全員が CSPS 宿舎に居住。
診療圏：	3,100 人 (5 カ村+小村)。住民からの距離 (最も遠い住民) 10km
受診数：	一般診療 10/日。産前健診 40/月。(あまり利用されていないとの印象)
水源：	2007 年に設置した深井戸があるが稼動していない (2-6 参照)

廃棄物： 現状の問題：	村の共同水栓を使用。室内に「大型バケツ＋縦型配管＋蛇口」の給水具が設置。 水汲みは清掃員。回答者（DSおよびIDE）は、水汲みの頻度を知らなかった。 焼却炉あり
施設名称： 設立年： COGES： 保健スタッフ： 診療圏： 受診数： 水源： 廃棄物： 現状の問題：	ヌナ CSPS（ヌナ DS） ～典型的な都市型 CSPS とと思われる 2005年開設（建設は1998年から開始。すでに建物の傷みが目立つ） 計7名。代表は住人 IDE1（責任者）、IB1、AA7、AIS3。計13。 27,000人。住民からの距離（最も遠い住民）10km 一般診療 1,300/月 産前健診 300/月 出産 30/月 予防接種 15/日 上水道。水道料は毎月9,000～11,000CFA COGESの資金不足。薬を少しづつしか買えない。光熱費の支払いが負担。
施設名称： 設立年： COGES： 保健スタッフ： 診療圏： 受診数： 水源： 廃棄物： 現状の問題：	ベナ CSPS（ソレンゾ DS） ～典型的な農村の CSPS とと思われる 1987年 計7名。代表は住人。COGES 資金月額12万CFA程度。非保健スタッフの人件費、ランプの燃料（電気なし）、バイク修理、自転車の溶接、アウトリーチの燃料を支出。 IDE（責任者）、AIS、AAの計3名。非保健スタッフにTBA、コミュニティヘルスワーカーがいる模様。 13,000人。大きな村1つ＋12の小集落。住民からの距離（最も遠い住民）25km 一般診療 450～500/月 出産 50/月（650/年） 従来井戸（CSPS専用）。一般診療用は清掃員、産科用はTBAや産婦家族が汲む。バケツ（家庭で使うものよりかなり大きい）使用。1日に、一般診療は2～3回、産科は最低4回汲む。これと別に1回のお産で4バケツは使う。 穴で焼却。注射針などの焼却できないものはソレンゾへ送る。 薬：COGESが管理していて購入費はあるものの、ソレンゾに購入すべき薬がないことも多い。 水：経過観察で入院させる患者に飲ませる水まで含め、従来井戸からの汲み上げは負担が大きい。電気：夜間の静注などランプではとても厳しい。
施設名称： 設立年： COGES： 保健スタッフ： 診療圏： 受診数： 水源： 廃棄物： 現状の問題：	トムセニ CSPS（パンフォラ DS） 計6名 IB1（責任者）、AA1、AIS1。CSPS 宿舎2棟（IB, AAが居住）、AIS分はCOGESが建設予定だが、まだないので産科棟で寝起きしている。ボランティア（無給）のヘルスワーカーあり。 5,442人。12村 一般診療 300/月 産前健診 290/月 深井戸（CSPS専用） 職員住居足りない。人手が足りない。アウトリーチ用バイク足りない。
施設名称： 設立年： COGES： 保健スタッフ： 診療圏： 受診数： 水源： 廃棄物： 現状の問題：	デレグエ CSPS（マンゴダラ DS） 2007年（建物完成） 計6名。代表と財務はCSPSの近隣居住者から選出。 IDE1、IB1、AA1、AIS1。 12,700人。住民からの距離（最も遠い住民）20km（バイクで30分）。 一般診療 40/日 産前健診 300/月 出産 45～50/月 予防接種 400/月 村の深井戸。1日200L使用。住民（村の若者）が汲む。 CSPS自体に井戸がない。体重計、血圧計の故障。
施設名称： 設立年： COGES： 保健スタッフ： 診療圏： 受診数：	レグモン CSPS（バティエ DS） 1954年 村人6名＋当該CSPS責任者＝7名 IDE1、IB1、AA2、AIS1。 9,025人。住民からの距離（最も遠い住民）22km 一般診療 500/月 産前健診 30/月 出産 15/月 予防接種

水源：	深井戸。
廃棄物：	
現状の問題：	救急バイクが使えない（メンテナンスできていない）。患者用のベッドの状態が悪い。職員住居が足りない。
施設名称：	チャンブク CSPS（ディエブグ DS）
設立年：	1958年
COGES：	村人6名＋当該CSPS責任者＝7名
保健スタッフ：	IDE 1、IB 1、AA 1、AIS 1
診療圏：	9,548人 22村（28村11,745人であったが、新CSPSができて、負荷が減った）
受診数：	一般診療 500/月 産前健診 7/月 出産 5/月
水源：	深井戸（CSPSの井戸であるが、村人も使っている）
廃棄物：	
現状の問題：	産科棟スペース狭くプライバシーがない。職員宿舎にトイレがない。COGESが活発でない。
施設名称：	ネブン CSPS（レオ DS）
設立年：	
COGES：	村人6名＋保健スタッフ責任者＝7名
保健スタッフ：	IDE 1、AIS 1
診療圏：	5,623人。住民からの距離（最も遠い住民）17km
受診数：	一般診療 320/月 産前健診 90/月 出産 18/月
水源：	村の深井戸
廃棄物：	
現状の問題：	AAがない。村人は伝統薬を飲みがち、症状悪化後でないと受診しないことが多い、深井戸が遠い。
施設名称：	ダロ CSPS（サブイ DS）
設立年：	
COGES：	村人6名＋保健スタッフ責任者＝7名
保健スタッフ：	IB 1、AIS 2、AA 1
診療圏：	12,826人。住民からの距離（最も遠い住民）22km
受診数：	一般診療 350/月 産前健診 40/月 出産 25～30/月
水源：	深井戸
廃棄物：	
現状の問題：	電気（一般診療棟の電球、産科のバッテリー）、分娩台不具合、救急バイクがない。
施設名称：	（マンガ DS）
設立年：	
COGES：	村人6人＋保健スタッフ責任者＝7人
保健スタッフ：	IDE 1、IB 1、AA 1、AIS 1
診療圏：	8,734人。
受診数：	一般診療 15/日 産前健診 30～40/月 出産 34～5/つき
水源：	深井戸
廃棄物：	
現状の問題：	貧しくて薬が買えない村人多い。観察必要な患者受け入れるスペースとベッドがない、電気がない。

3-2 CSPS 建設要請サイトの用地について

(1) DS レベルにおける要請村の選定理由

DS 事務局での主任医務官へのインタビューの際に、保健省新要請 59CSPS のリストをもとに、当該 DS の要請サイトを確認した。一部、村の呼称の訂正などがあったものの、概ねリストどおりで、CSPS 建設の要請数は、デドゥグ DS 9、トゥガン DS 11、ヌナ DS 2、ソレンゾ DS 4、バンフォラ DS 4、マンゴダラ DS 9、バティエ DS 2、レオ DS 4、サブイ DS 4、マンガ 6、ディエブグ DS 4 であった。各 DS の主任医務官の回答によれば、選定の理由について保健省の選定基準と特に齟齬はなく、既存の CSPS への距離が遠く、かつ、新施設を設置した場合、当該村および周辺の村・小集落あわせて 5,000 人以上のカバレッジが存在するといった村が選定されている。なお、これら 11 DS における CSPS 整備について、国の予算（主にコモンバスケット）や他ドナー支援も一部にあるが、今回の調査で日本への要請として確認された 59 ヲ所については、他ドナーへの重複要請はない。

表 17: CSPS 建設要請サイト（村）

DS		CSPS 建設要請村		新 CSPS 診療圏 の人口 ¹⁾	既存 CSPS へ の距離 ²⁾	
1. バンフォラ	1	Boko	ボコ	5,100	15 km	
	2	Boulo	プロ	6,321	15 km	
	3	Djontoro	ジョントロ	6,989	20 km	
	4	Diamon	ジャモン	5,384	21 km	
2. マンゴダラ	5	Dandougou de Kouéré	ダンドゥグ ド クエレ	6,206	10 km	
	6	Guandougou	ダンドゥグ	5,111	15 km	
	7	Dandougou de Mangodara	ダンドゥグ ド マンゴダラ	5,535	45 km	
	8	Doutié	ドゥチエ	5,246	49 km	
	9	Kassandé	カサンデ	6,443	25 km	
	10	Madiasso	マディアソ	6,379	16 km	
	11	Poikoro	ポイコロ	8,498	73 km	
	12	Sampobien	サンポビアン	6,976	31 km	
	13	Touroukoro	トゥルコロ	5,418	20 km	
	3. デドゥグ	14	Bissandérou	ビスンデロ	5,551	20 km
15		Toroba (Kari)	トロバ(カリ)	5,418	21 km	
16		Toraba (douroula)	トロバ(ドルラ)	5,074	18 km	
17		Kari deTikan	カリ ド ティカン	7,409	15 km	
18		Fakouna	ファクナ	8,186	18 km	
19		Tiokuy	ティオキュイ	7,079	17 km	
20		Yangasso	ヤンガンソ	6,058	15 km	
21		Syn	サン	5,048	16 km	
22		Pié	ピエ	6,278	11 km	
4. トゥガン		23	Gorom	ゴロン	7,537	23 km
	24	Soro	ソロ	5,154	15 km	
	25	Bombara	バンバラ	5,046	15 km	
	26	Doukou (Donon)	ドンコウ(ドノン)	8,525	15 km	
	27	Pini	ピニ	5,157	10 km	
	28	Douban	ドバン	5,021	17 km	
	29	Poura	プーラ	5,333	11 km	
	30	Yéguéré	イエゲレ	5,083	13 km	
	31	Doussoula/Diélé	ドゥスラ(ディエレ)	5,521	12 km	
	32	Gourbassa	グルバサ	5,680	10 km	
	33	Gani	ガニ	6,450	14 km	
	5. ヌナ	34	Komberi	カンベリ	5,533	39 km
		35	Kiemè	キエメ	8,108	16 km
6. ソレンゾ	36	Toma	トマ	5,791	15 km	
	37	Orowé	オロウエ	6,355	10 km	
	38	Kosso	コソ	6,699	15 km	
	39	Denkéné	デンケネ	5,600	10 km	
7. サブイ	40	Bazilakoa	バジラコア	5,167	70 km	
	41	Tiaben kasso	ティアベン・カソ	5,505	25 km	
	42	Poun	プン	5,714	45 km	

	43	Koundi	クンディ	5,196	25 km
8. レオ	44	Kabaro	カバロ	5,444	21 km
	45	Vara	バラ	5,103	20 km
	46	Nabon	ナバン	5,826	18 km
	47	Kélié	ケイエ	5,148	32 km
9. パティエ	48	Banaba	バナバ	5,073	11 km
	49	Boupiel ³⁾	ブピエ	3,469	20 km
10. ディエブグ	50	Orkounou	オルクヌ	5,421	11.43 km
	51	Tlinguera	トゥインゲラ	5,065	13 km
	52	Pokro	ポクロ	6,179	18.17 km
	53	Wapassi	ワパシ	5,024	11 km
11. マンガ	54	Basbedo	バスベド	2,098 ⁴⁾	12 km
	55	Yambasé	ヤンバ	2,055 ⁴⁾	22 km
	56	Sakuilga	サクイルガ	2,751 ⁴⁾	12 km
	57	Luilinobéré	ルイラノベレ	2,000 ⁴⁾	18 km
	58	Dissomey	ディソメ	1,692 ⁴⁾	15 km
	59	Tigré	ティグレ	1,820 ⁴⁾	17 km

¹⁾ CSPS が設置された場合に見込まれる診療圏の人口（当該村+周辺の村と集落）

²⁾ 当該村の住民が現在利用している CSPS までの道のり

³⁾ 要請書添付版は「Poupiel」、DS 訪問時に「Boupiel」であることが判明

⁴⁾ 建設サイトの「村」の人口

(2) 村代表への合同インタビュー（ブクルドムーン DRS、カスカード DRS）

ブクルドムーンおよびカスカードでは、調査団来訪にあわせて、DS 事務局によって村の代表者が集められていたので、村代表へのインタビュー（全村合同）を行った。集まっていたのは、主に村の開発委員会および村議（各村数名ずつ）で、一部、村のヘルスワーカー、教師も来ていた。全体として男性が多く、女性は数名のみであった。

合同インタビューでは、まず、検討中の日本政府による支援ではいろいろな観点からの調査と検討が必要であり、今回の調査において具体的に決定するものではないことを説明のうえ、村での CSPS 建設用地決定の有無、水源、保健スタッフ用の住居等についてたずねた。参加した村すべてが用地は決定済みと回答した。保健スタッフの住居については、村にある家屋は村人が住むのにやっとなりて他人を住ませるような余裕はない、また、村の家屋は 3 日でできるような簡単すぎるものが多く、保健スタッフの住居として適さないとの声もきかれた。水源については、村人の回答から井戸の種類や立地を断定することは極めて難しいが、要請のあった村のなかでも、既存の深井戸の使用が見込めるサイト、堆水層/自由水の別は不明であるものの何かしらの水源があるサイト、水源確保の困難が推測されるサイトなどがあり、それぞれ事情は異なる。

その後、フィールド調査の期間中に、これらのうちの 4DS（バンフォラ、マンゴダラ、デドゥグ、トゥガン）の要請サイトを日本人調査団員が直接訪問して水源の状況を視察した。

視察先の村では、改めて、CSPS を建設する用地は水源（深井戸）を確保できることが必要条件であり、深井戸を設置できない土地（水が出ない）は建設用地として不適であることを説明し、また、仮に既存の水源が使用できるならばプロジェクトのコスト的にも望ましいことも伝えて、選定済みの用地および周辺の水の状況を村の代表とともに視察した。実際に 32 村を視察することができ、その結果、下表のように、32 サイト中 12 サイトでは、選定済みの用地に新規に CSPS を建設した場合は周辺の既存水源（深井戸）の利用が見込めると考えられ、他方、18 サイトでは現状の候補地では既存の水源利用は困難と考えられた。

表 18: ブクルドムーンとカスカードにおける要請サイトの水源の状態 (村人回答と日本人団員視察結果)

No	要請サイト (村)	合同インタビューでの村人の回答		日本人団員の視察結果 (○=既存水源利用可、×=既存水源は遠く利用不可、△=不確定であるが既存水源利用検討可)		備考
		村代表者の説明	用地の状況	用地から最も近い既存水源		
1	Boko	50m先に村の共同水栓	平坦	200m先に共同水栓	○	EUプロジェクトによる深井戸+給水塔+4 共同水栓がほぼ完成、引渡し間近
2	Boulo	村に深井戸はあるが、建設用地には水はない	平坦	村の深井戸 (遠い)	×	用地は村から外れたところにあり、村の深井戸までは1~2km ある。
3	Djontro	10m先に深井戸	平坦	約200m先に村の既存深井戸	○	既存井戸のさらに近くに用地変更も可
4	Diamon	10m先に深井戸	平坦	村の深井戸3カ所	×	用地から既存井戸まで1~2kmはある
5	Dandougou de Kouère	バラージまで1km (水源との関係不明)	傾斜地	隣接地に村の深井戸	○	住民自ら既存井戸の隣接地を用地として選定
6	Guandougou	学校 (1km以内) に深井戸がある	平坦	1~2km先に集落の深井戸	×	村は2集落で構成。小学校など公共施設は2集落の真ん中。CSPS 用地は小学校の前面の道路反対側
7	Dandougou de Mangodara	建設用地に給水塔がある	傾斜地	①約500m先に給水塔 (故障中) ②約1km先に村の深井戸	×	昨年より給水塔が故障、村の給水は村の中心の深井戸でまかなっている
8	Doutié	欠席	平坦	1.5~2km先の村の中心地の深井戸	×	用地は小学校に隣接、小学校に井戸なし
9	Kassandé	学校 (500m) に深井戸がある	平坦	約100m先に村の深井戸2カ所	○	用地は2つの候補地あり。より既存井戸に近い方を選択するよう助言
10	Madiasso	学校 (1km) に深井戸がある	平坦	①約500m先に村の深井戸 ②約300m先に共同水栓	○	EUプロジェクトによる深井戸+給水塔+4 共同水栓がほぼ完成、引渡し間近 (②)
11	Poikoro	欠席				最寄のCSPSまで73km。(時間的制約で踏査できず)
12	Sampobien	100m以内に深井戸がある	平坦	村の中心地の深井戸	×	小学校建設中 (井戸なし)、CSPS 用地は村をはさんで小学校と反対側。既存井戸は集落の中にあり、用地をその近くに確保するのは困難
13	Touroukoro	1km以内に村の給水塔がある	平坦	約2km先に村の給水塔	×	EUプロジェクトによる深井戸+給水塔+4 共同水栓がほぼ完成、引渡し間近
14	Bissandérou	村に井戸がある	平坦	約2km先に村の既存水源	×	2つの中心集落の真ん中にCSPS 建設の意向、同様の理由で隣接地に小学校 (井戸はない)
15	Toroba (Kari)	欠席	平坦	約1km先に小学校の井戸	×	井戸のある小学校まで1km。学校隣接地は雨季に水たまりとなるのでCSPS 建設に不適。村人で十分話し合っ決めて
16	Toroba (Douroula)	敷地内にはないが、水源は隣接。1本掘って調べた	平坦	300m先に村の深井戸	○	村の既存井戸 (2005年から使用、インド製手押しポンプ) が利用可能
17	Kari de Tikan	敷地内にはないが、水源は隣接	平坦	300m先に村の深井戸	○	ピストに面した広範な用地、村の既存水源利用可能
18	Fakouna	従来の井戸がある	平坦	500m先に村の深井戸 EUによる給水塔の共同水栓まで800m程度	○	既存深井戸利用可能 将来的に村で支出して共同水栓からCSPS まで給水管を引くことも検討している
19	Tiokuy	近くの学校 (300m) に井戸がある	平坦	500m先で深井戸試掘跡済み 300m先に小学校の浅井戸	△	用地は小学校隣接。小学校の浅井戸は水質悪く、水量も足りず、CSPS の井戸を共有したい意向 2008年にファクアラが学校近くで深井戸試掘、ケーシングが挿入されている
20	Yangasso	従来の井戸がある	平坦	300m先に村の深井戸 200m先に村の浅井戸	○	既存深井戸の利用につき、住民は了承

21	Syn	従来の井戸がある	平坦	2～3km 先に村の深井戸	×	用地は小学校隣接。小学校に水はなく、CSPS に期待。村全体で深井戸4本あったが、現在使用できるのは1本のみ
22	Pié	欠席	平坦	2km 先に村の深井戸	×	用地は小学校隣接。小学校に水はなく、CSPS に期待。
23	Goron	近くの学校 (200m) に深井戸がある	平坦	300m 先に小学校の深井戸	○	用地はユーカリ林はさんで小学校隣接。小学校の深井戸を共同使用可
24	Soro	サイトに従来の井戸、詳細不明	平坦	100m 先に深井戸 (故障中) 300m 先に浅井戸	△	2009.12 より故障している深井戸は修理依頼中、調査の数日後に修理工がくる予定だった
25	Bambara	使用中従来井戸あり。近くの学校 (500m) に深井戸	平坦	100m 先に浅井戸 (飲料不可) 300m 先に小学校の深井戸 (故障)	×	小学校深井戸は1年前から故障中。PTA に金がなく修理費出せない
26	Doukhou (Donon)	500m 先に深井戸。従来の井戸もある	平坦	1km 先に村の深井戸	×	用地は小学校 (井戸はない) 隣接
27	Pini	10m 先に共同水栓	平坦	50m 先に給水塔の共同水栓	○	BAD アドベントによる給水塔の共同水栓を利用可
28	Douban	15m 先に深井戸	平坦	800m 先に村の深井戸	×	用地と村の間は雨季に水が流れる部分あり、深井戸から用地まで水の搬送は困難
29	Poura	欠席	平坦	500m 先に浅井戸	×	村に深井戸は1カ所 (故障中)
30	Yéguère	欠席	平坦	100m 先に浅井戸	×	当初の用地は、「病気が伝染しないよう、村から隔離した場所を選んだ」との由。第2候補は村の中心。村で使える深井戸は1カ所のみ
31	Doussoula/Dié	サイトにはない。村全体が浅く掘っても水は出る	丘の上 (平坦)	1km 先の集落 A に浅井戸 3km 先の集落 B に浅井戸	×	用地は、2つの集落 (A, B) の間
32	Gourbassa	1km 先に深井戸。ただしその深井戸は雨季はアクセス困難	やや傾斜地	1km 先に村の深井戸	×	2年前に学校付近の深井戸予定地の検査終了、掘削を待つ状態。完成すれば学校、CSPS 共に使用できる (CSPS 用地から 4～500m)
33	Gani	50m 先に深井戸、従来の井戸。	平坦	隣接地 (50m 先) に深井戸	○	用地は、深井戸がそばにあることを理由に選定

トウカソ

注) 村の代表者の回答について、特に距離 (物理的な距離、時間距離) に関しての信頼性はかなり低い。道、畑、藪の境界も不明瞭な集落の日常において、2つの地点の距離を明確に示すような習慣は少ないと思われ、「近い」、「遠い」との感覚も、少なくとも一般的な日本人の感覚とはかなり異なり、さらに、距離や時間についての感覚の個人差も、日本人同士の個人差よりはるかに大きいものと窺えた。また、回答者に距離の認識はなく、ひとり前の回答者に模唱したに過ぎないと思われるものもあった。表中掲載の「村代表者の説明」欄の距離の数字は、あくまで住民の回答をそのまま掲載したものであり、実際を反映するものではない。

