

保健セクター情報収集・確認調査

タンザニア連合共和国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構（JICA）

株式会社コーエイ総合研究所
株式会社タック・インターナショナル

人間
JR
12-045

保健セクター情報収集・確認調査

タンザニア連合共和国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構（JICA）

株式会社コーエイ総合研究所
株式会社タック・インターナショナル

外国為替交換レート

1 米ドル=79.45 円

1 タンザニア・シリング=0.051 円

(2012 年 7 月 JICA 精算レート)

本報告書の内容は、対象各国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を各国個別および総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の可能性に対する提言を行い、同セクターにおける JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的にまとめられたものです。各国保健セクター全般についての調査を行ったことや、原則現地調査を行わずに文献調査によりまとめられたものであることから、本報告書の実際の活用にあたっては各国特有の事情も勘案することが必要である点ご注意ください。

はじめに

<本調査の背景>

途上国における保健セクターを取り巻く環境は、2000 年に入って大きく変化してきている。各途上国のミレニアム開発目標（MDGs）達成に向かって、「マクロ経済と健康¹」等の提言により、援助各国からの保健セクターへの投入が大きく増え、2001 年に 109 億米ドルだった政府開発援助が、2007 年には 218 億米ドルと 2 倍に増えている²。また、ローマ（2003 年）、パリ（2005 年）、アクラ（2008 年）において行われた援助調和化のためのハイレベルフォーラムにより、援助の調和化に関する各国共通の枠組みを作って支援していく体制が整えられた。

こうした途上国の保健セクターにとっては、好ましい環境の変化が起こっているのにもかかわらず、特にサハラ以南のアフリカにおいては、2015 年までのミレニアム開発目標 4（子どもの死亡削減）、5（妊産婦の健康状態の改善）および 6（HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）の達成見通しが立たないなど、期待された成果が見えていない国や地域が多く存在する。これらのことから、途上国の保健セクターの新たな課題として、資金投入を増やして全ての人が医療サービスを受けることが出来るユニバーサルカバレッジ³を達成させると同時に、経済的に困窮しない資金投入の仕組み（More Money for Health⁴）への継続的な取り組みのみならず、保健セクターへの投入レベルで、いかに保健サービスのカバレッジや質や成果のレベルを向上させるか（More Health for Money⁵）についても重視されてきている。

以上のような途上国の保健セクターの環境の変化の中、JICA において国全体のマクロ分析とセクター分析を行う国別分析ペーパー（Analytical Work）の作成を進めており、JICA の協力のより明確な方向性を示して行こうとしている。本調査は、このセクター分析に貢献するものとの位置づけである。これまでも、JICA は、特定の国の特定の課題を中心に分析し協力内容を進めてきたが、これまでの同セクター情報は既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があるため、改めてより一層の幅広い情報を収集する機会が必要であると認識された。

<本調査の目的>

保健セクター分析は、国ごとの保健状況やその決定因子の理解、および保健セクターの実施能力についても理解するのに役立ち、また、問題の分析に基づいた優先度の高い介入プログラムやプロジェクトの形成、また実施に必要な政策策定や計画策定に貢献することが出来る。逆説的には、ニーズに即し、インパクトや優先度の高いプログラムやプロジェクトを形成し、それらの実施により高い効果を得るためには、質の高いセクター分析が一度のみならず、定期的に行われる必要があるということである。こうした状況や理解を踏まえ、対象 23 か国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を国別および総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の方向性に対する提言を行い、JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的として、この保健セクター調査が行われた。

<報告書の構成>

この報告書は、第 1 章で、各国の社会経済的な概況を分析し要約した。第 2 章では、国の保健セクター強化の取り組みを示した国家開発政策や計画の中身を精査した。第 3 章では、国民の健康状況を経年的に分析し、“Where are we now?”を明らかにした。第 4 章と第 5 章では、保健セクターのサービスおよびシステムを、セクターの機能ごとに効率性、質、平等性の観点から分析を試みた。第 4 章では、医療サービス供給機能、第 5 章では、保健人材開発、保健情報、保健医療施設・機材・医薬品供給、保健財政、および管理・監督などの機能における現状把握と分析を行った。第 6 章では、ドナーの協力状況を把握し、上記分析の結果を踏まえ、第 7 章で JICA に対し保健セクターへの支援・協力の可能性を示した。

¹ 2000 年 12 月に WHO が発表した“Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”において提唱された保健・医療問題の改善を貧困削減と社会経済開発の中心的介入ととらえ、マクロ経済的分析を通じて開発における保健セクターの役割の重要性を提唱したもの。（<http://www.who.int/macrohealth/en/>）

² Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J. R. et al.; June 2009, Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, the Lancet 373: 2113-2132.

³ WHO によると「全ての人々が、十分な質の保健サービス（増進、予防、治療、リハビリテーション）に、必要に応じて、かつ経済的に大きな負担となることなくアクセスできるようにすること」と定義されている。（http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html）

⁴ World Health Report 2010 (WHO) において、国家政策における優先順位を上げる、税収や保険制度、その他財源の創出など、保健セクターへの財源を増加させる手段を講じる必要性が提唱されている。

⁵ 同レポートにおいて、保健システムを効率化することによって保健セクターへの投入効果を効率的に発現させ、サービスを拡大させることの必要性が提言されている。

用語集

略語	英語	日本語
AfDB	African Development Bank	アフリカ開発銀行
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
AMO	Assistant Medical Officer	医師補助
ART	Anti-retroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
ARV	Anti-retroviral Drug	抗レトロウイルス薬
BCG	Bacille Calmette Guerin	カルメット-ゲラン菌
BFC	Basket Fund Committee	バスケットファンドコミッティ
BMI	Body Mass Index	体格指数
CBN	Cost of Basic Needs Approach	最少費用法
CCHP	Comprehensive Council Health Plan	包括的県保健計画
CHMT	Council Health Management Team	県保健行政チーム
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CPD	Continuous Professional Development	継続的な専門能力開発
CPE	Continuous Professional Education	保健人材のための現任教育
CSO	Civil Society Organization	市民社会組織
D-by-D	Decentralization by Devolution	地方自治体への分権化
DACC	District AIDS Control Coordinator	県エイズ調整官
DALY	Disability-Adjusted Life Year	障害調整生命年
DEA	Data Envelopment Analysis	データ包絡分析
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus	ジフテリア・百日せき・破傷風（混合ワクチン）
DSM	Dar es Salaam	Dar es Salaam（地名）
DSS	Demographic Surveillance Site	人口調査地域
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
EU	European Union	欧州連合
FBO	Faith based organization	宗教系組織（信仰に基づく団体）
GBS	General Budget Support	一般財政支援
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GNI	Gross National Income	国民総所得
HB	Hepatitis B	B型肝炎
HDI	Human Development Index	人間開発指標
HIPC	Heavily Indebted Poor Country	重債務貧困国
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HMT	Hospital Management Team	病院管理チーム

略語	英語	日本語
HRH	Human Resource for Health	保健人材
HRHSP	Human Resource for Health Strategic Plan	保健人材戦略計画
HSBF	Health Sector Basket Fund	保健セクターバスケットファンド
HSHP	Health Sector HIV and AIDS Strategic Plan	保健セクターHIV/エイズ 戦略計画
HSSP	Health Sector Strategic Plan	保健セクター戦略計画
Hib	Haemophilus influenza type B	インフルエンザ B 型
IPT	Intermittent Preventive Treatment	間欠予防治療
IRS	Indoor Residual Spray	殺虫剤屋内残留噴霧
ITN	Insecticide-Treated Mosquito Net	殺虫剤処理済蚊帳
JAST	Joint Assistance Strategy for Tanzania	タンザニア共同支援戦略
JBIC	Japan Bank for International Cooperation	国際協力銀行
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
KfW	Kreditanstalt für Wiederauf	ドイツ復興金融金庫
LGRP	Local Government Reform Programme	地方行政改革プログラム
LLIN	Long Lasting Insecticide-Treated Net	長期残効型殺虫剤処理済蚊帳
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング評価
MDA	Mass Drug Administration	集団薬物投与
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
MKUKUTA	Mkakati wa Kukuza Uchumi na Kupunguza Umaskini Tanzania	「成長と貧困削減のための国家戦略」のスワヒリ語の略語
MMAM	Mpango sa Maendeleo wa Afya ya Mishingi	「プライマリヘルスサービス開発プログラム」のスワヒリ語の略語
MNCH	Maternal, Newborn and Child Health	母性・新生児・小児保健
MOHSW	Ministry of Health and Social Welfare	保健福祉省
MSD	Medical Stores Department	医薬品調達機関
MTEF	Mid-Term Expenditure Framework	中期支出枠組み
NACP	National AIDS Control Program	国家エイズ対策プログラム
NCD	Non-Communicable Disease	非感染性疾患
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHA	National Health Account	国家保健会計
NMCP	National Malaria Control Program	国家マラリア対策プログラム
NMSF	National Multi-sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS	HIV/エイズに係る国家マルチセクター戦略枠組み
NSGRP	National Strategy for Growth and Reduction of Poverty	成長と貧困削減のための国家戦略
P4P	Pay for Performance	能力給

略語	英語	日本語
PEPFAR	The President's Emergency Plan for AIDS Relief	米国大統領緊急エイズ救済計画
PER	Public Expenditure Review	公共支出レビュー
PFM	Public Financial Management	公共財政管理
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PHS	Primary Health Service	プライマリヘルスサービス
PHSDP	Primary Health Service Development Programme	プライマリヘルスサービス開発プログラム
PMO-RALG	Prime Minister's Office – Regional Administration and Local Government	首相府地方自治庁
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission	母子感染予防
PO-PSM	President Office Public Service Management	大統領府公務員サービスマネジメント室
PPP	Public Private Partnership	官民連携
PRBS	Puberty Reduction Budget Support	貧困削減財政支援
PRS	Poverty Reduction Strategy	貧困削減戦略
PRSC	Poverty Reduction Support Credit	貧困削減支援借款
RACC	Regional AIDS Control Coordinator	州エイズ調整官
RHMT	Regional Health Management Team	州保健行政チーム
RMO	Regional Medical Officer	州医務官
SADC	Southern African Development Community	南部アフリカ開発共同体
SAM	Service Availability Mapping	サービス提供マッピング
SBA	Skilled Birth Attendant	助産専門技能者
SBAS	Strategic Budget Allocation System	戦略予算配分システム
SD	Standard Deviation	標準偏差
SP	Sector Programme	セクタープログラム
STI	Sexually Transmitted Infection	性感染症
SWAps	Sector Wide Approaches	セクターワイドアプローチ
TACAIDS	Tanzania Commission for AIDS	タンザニアエイズ委員会
TAS	Tanzania Assistance Strategy	タンザニア支援戦略
TB	Tuberculosis	結核
TDHS	Tanzania Demographic and Health Survey	タンザニア人口保健調査
TFR	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
TQIF	Tanzanian Quality Improvement Framework	タンザニア質向上フレームワーク
TRCHS	Tanzania Reproductive and Child Health Facility Survey	タンザニア国リプロダクティブヘルスと子どもの健康・施設調査
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金

略語	英語	日本語
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
URT	United Republic of Tanzania	タンザニア連合共和国
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VCT	Voluntary Counseling and Testing	自発的カウンセリング・検査
WHO	World Health Organization	世界保健機関
ZHRC	Zonal Health Resource Centre	ゾーン研修センター



出典： http://www.freemap.jp/download.php?a=africa&c=africa_tanzania (accessed 04/2012)

タンザニア連合共和国

要約

1. タンザニア連合共和国（タンザニア）は、1961年の独立以来、徐々に内政的にまた経済的に安定してきており、2000年に入って国内総生産（GDP）成長率も年平均7%近くを維持し、安定した成長を続けている。しかしながら、未だ貧困ライン以下の人口は33%（2007）と高く、人口の半数が貧困ライン以下という地域もある。
2. 1999年にタンザニア政府と開発パートナーは、第一次保健セクター戦略計画を策定し、援助協調のツールとしてのセクターワイドアプローチ（SWAps）を導入した。また、2000年にはヘルスバスケットファンドの運用を始めた。これら一連の動きは、地方行政改革と相互にリンクしながら行われ、地方自治体主導型の保健行政への移行を推進している。現在は、第三次保健セクター戦略計画（2009-2015）を実施し、2015年のミレニアム開発目標（MDGs）達成に向け様々な努力がなされている。

保健セクターへの政治的コミットメントも高まっており、1999年から2006年の保健セクターへの公的資金は、143.6百万ドルから427.5百万ドルへと3倍に増加している。

3. 国民の健康の現状は、様々な保健行政レベルでの努力が功を奏し、HIVやマラリアと言った感染症状況は改善の傾向にある。15-49歳におけるHIV感染率は、2003-2004年には7%であったのが、2007-2008年の調査では、5.7%と減少している。ただし、この数字は、東部・南部アフリカの平均7.2%より低い数字ではあるが、アフリカの平均3.9%や世界の平均0.8%より遥かに高い。マラリアは人口全体（5歳未満を除く）の罹患率は減少の傾向であり、子どものマラリアによる死亡は、5歳未満、および乳児のどちらも減少の傾向である。しかしながら、5歳未満の子どもの罹患率は依然高い数値を示している。

一方、妊産婦死亡と新生児死亡に関しては、状況はあまり改善していない。妊産婦死亡率（出生10万対）は、1990年に529、2008年は578、2010年は454と若干下がってきているが、未だ高い数字である。2008年調整値で比較すると、タンザニアの妊産婦死亡率は770、東・南部アフリカは550、世界平均は260であった。新生児死亡も、5歳未満児死亡に占める割合が34%と高く、死亡率（出生千対）が33（1999-2000）から26（2006-2010）と、5歳未満児の死亡改善に比して緩やかな減少で留まっている。発育阻害も大きな問題であり、18-23ヶ月の幼児の55%が発育阻害（stunted）であり、生後から長期にわたる栄養不足が指摘される。幼児期の発育不全は、その後の発達にも影響があり個人のみならず、社会全体の問題ともなりうる。

4. 保健サービス供給体制についての問題は、母子の健康や感染症対策に重要なプライマリヘルスケア（PHC）サービス供給が量・質ともに十分でないことである。特にヘルスセンターの施設数、保健人材の量・質ともに十分なサービスの供給体制が整備されていない。妊産婦健診の内容や量が不十分であり、施設分娩の推進、産科救急システムの構築が未整備のため、妊産婦死亡の低減にはつながって行かない状況である。HIV/エイズ対策やマラリア対策は、外部からの資金の投入もあり、サービス量やカバレッジが確実に増えている。しかしながら、資金のコミットメントの継続性が懸念材料である。栄養問題の解決のために重要な、関係各省庁や機関の間の調整・協調が欠けていることが大きな問題である。

5. 保健人材の数的な不足に加え、都市部への偏在や海外への流出等の問題もあり、遠隔地へのインセンティブ・パッケージの策定など、政策的に解決されなければならない課題も数多く残されている。また、保健医療施設は、特に一次レベルにおいて施設・設備の老朽化および安全な水や電気の確保が問題となっている。保健情報管理システムは、各感染症対策が構築している縦割りの情報と各施設から中央へと集約される報告ベースの情報との統合および情報の有効活用が課題である。保健財政に関して、国民一人あたりの保健支出は WHO の提言を満たしつつあると言える。また、Abuja 宣言から 10 年後の 2011 年の WHO の報告では、タンザニアだけが、国家支出全体における公的保健支出の割合を 15%以上とする同宣言の目標を達成できたとしている。さらに患者個人負担の割合は 2005 年以降大きく改善しているが、外部資金の割合が高くなっている。財源は、ドナーからの援助が全体の 40%を占めており、代替性や継続性が懸念される。管理監督機能について、中央レベルでは保健福祉省が首相府地方自治庁との連携を取りながら地方分権化推進の努力が続けられている。州保健局の人材・財政・情報管理能力の不足を改善すべく JICA の技術プロジェクトなども展開しており、徐々に州レベルの能力が強化されてきている。県レベルへの能力強化支援も数多く展開しているが、これらの取り組みが、健康状態の向上に結び付くレベルまでには、更なる時間や投資が必要な状況である。
6. タンザニアでは、2001 年より一般財政支援（GBS）が導入されており、ドナーは開発パートナーグループによって援助協調を図っている。こうした流れにおいて、保健セクターでも、GBS、ヘルスバスケットファンド、プロジェクトなどを併用して支援している国が大半である。援助する側の共通の認識として、タンザニア共同支援戦略（JAST）に掲げてある援助の指針を十分に配慮しつつ案件検討を進めることが、オーナーシップの醸成、パートナーシップの強化には重要である。
7. 上記の流れを踏まえ、タンザニアの保健セクターに対する支援においては、現行の保健行政システム強化プログラム（2011-2014）をさらに推進し、将来的には、PHC サービス能力強化のための効果的な戦略策定と実施のサポート、保健人材開発政策策定および実施支援、保健医療施設配置計画策定支援、地方レベル特に県レベル行政能力強化および施設レベルの管理能力強化支援、また施設への予算を伴った分権化の後押しなど更なる分野への支援が望まれる。

保健セクター情報収集・確認調査
保健セクター分析報告書
タンザニア連合共和国

目次

はじめに
用語集
地図
要約

第1章	一般概況	1-1
第2章	開発政策	2-1
2.1	国家開発政策	2-1
2.1.1	国家最上位計画	2-1
2.1.2	一般財政支援（GBS）と政府の歳入・歳出モニタリングプロセスの実態	2-2
2.1.3	MKUKUTA と支出面のモニタリングシステムの連動	2-2
2.1.4	地方分権化政策とその影響	2-2
2.2	保健医療セクター開発計画	2-2
2.2.1	保健セクター政策	2-2
2.2.2	保健セクター戦略計画 III（HSSP III）	2-3
2.2.3	プライマリヘルスケアサービス開発計画：Primary Health Care Development Programme: MMAM 2007-2017	2-5
2.2.4	保健医療人材開発戦略計画：Human Resource for Health Strategic Plan 2008-2013	2-5
2.2.5	保健セクター改革	2-5
第3章	国民の健康状態	3-1
3.1	概況	3-1
3.2	母子の健康	3-1
3.2.1	母親の健康	3-1
3.2.2	子どもの健康	3-2
3.3	感染症の状況	3-4
3.3.1	HIV/エイズ	3-4
3.3.2	結核	3-5
3.3.3	マラリア	3-6
3.3.4	その他の「顧みられない熱帯病」	3-7
3.4	栄養と健康	3-8
3.4.1	子どもの成長阻害	3-8
3.4.2	子どもの貧血	3-9
3.4.3	女性の貧血	3-9
3.5	非感染性疾患（NCD）の状況	3-9
3.6	国民の健康のまとめ	3-10
第4章	保健医療サービス提供・事業実施の状況	4-1
4.1	プライマリヘルスケア（PHC）サービス	4-1
4.1.1	PHC サービスの供給体制	4-1
4.1.2	PHC サービス開発計画と現状	4-1

4.2	MNCH サービスの状況	4-2
4.2.1	MNCH サービスの戦略	4-2
4.2.2	妊産婦ケア・サービス提供と利用の状況.....	4-2
4.2.3	予防接種拡大計画（EPI）サービスの状況.....	4-3
4.2.4	家族計画サービスの状況	4-3
4.3	感染症対策の現状	4-3
4.3.1	HIV/エイズ対策	4-3
4.3.2	マラリア対策	4-5
4.4	栄養問題対策	4-6
4.4.1	栄養問題対策の戦略的目標	4-6
4.4.2	栄養問題対策の実施体制	4-6
第5章	保健システムの状況	5-1
5.1	保健人材	5-1
5.1.1	保健人材供給の概況	5-1
5.1.2	保健人材の現状	5-1
5.1.3	保健人材の供給体制	5-2
5.1.4	保健人材戦略計画	5-3
5.1.5	雇用と定着	5-3
5.1.6	保健人材の質の問題	5-3
5.2	保健情報供給機能	5-4
5.2.1	保健管理情報システム（HMIS）	5-4
5.2.2	保健医療情報の利用	5-4
5.3	施設・機材・医薬品供給機能	5-5
5.3.1	保健医療施設	5-5
5.3.2	保健医療施設の質	5-5
5.3.3	保健医療機材	5-6
5.3.4	医薬品供給システム	5-6
5.4	保健財政	5-7
5.4.1	保健財政の概況	5-7
5.4.2	保健医療費総支出の内訳	5-8
5.5	管理・監督機能	5-10
5.5.1	政策、ガイドライン、および技術的サポート.....	5-10
5.5.2	認証・認定	5-11
5.5.3	研究開発	5-11
5.5.4	保健福祉省と首相府地方自治庁との関係.....	5-11
5.5.5	州保健行政チーム（RHMT）と州医務官（RMO）の問題.....	5-11
5.5.6	県レベルでの保健サービスの問題.....	5-12
5.6	保健システムの問題点	5-12
第6章	ドナーの協力状況	6-1
6.1	援助協調の枠組みと協力へ向けての姿勢	6-1
6.2	ドナー協力実績	6-1
6.2.1	援助実績	6-1
6.2.2	タンザニアにおける一般財政支援（GBS）の実態.....	6-1
6.2.3	保健セクターの開発パートナーの動向.....	6-3
6.3	日本の協力実績と現状把握	6-4
6.3.1	タンザニア国に対する協力実績.....	6-4
第7章	保健セクターにおける優先課題と提言	7-1

7.1	タンザニアの保健セクターにおける優先課題	7-1
7.1.1	プライマリヘルスケア（PHC）サービス提供の強化	7-1
7.1.2	保健人材開発の強化	7-1
7.1.3	保健医療施設配置に対する計画	7-2
7.1.4	地方レベル保健行政能力強化	7-2

添付資料

- 添付 1： 保健分野主要指標
- 添付 2： 参考文献リスト

図表目次

図 2-1	戦略コンポーネント別予算総額（FY9/10-FY14/15）	2-5
図 3-1	妊産婦死亡率（出生 10 万対）の他地域との比較	3-2
図 3-2	社会経済面による 5 歳未満児死亡と乳児死亡の違い（2010 年）	3-3
図 3-3	新生児死亡率と 5 歳未満児死亡率の比較	3-3
図 3-4	HIV-1 の男女別感染率	3-4
図 3-5	成人推定 HIV 感染率（15-49）の地域別比較	3-4
図 3-6	HIV 感染の社会経済的な特徴	3-5
図 3-7	1990-2010 年における結核罹患率と発生率の推移	3-6
図 3-8	2000 年から 2009 年における外来患者のうち、マラリアと確認された率	3-7
図 3-9	乳児と 5 歳未満児における全ての原因による死亡率の推移 （1999 年、2004/05 年、2009/10 年）	3-7
図 3-10	子ども（6-59 ヶ月）の身体的成長に見る栄養状態（n=7,491）	3-8
図 3-11	2010 年における原因別死亡の割合	3-9
図 4-1	出産の場所別割合	4-2
図 4-2	マラリア対策介入の成果	4-6
図 5-1	保健支出財源の推移	5-8
図 5-2	総保健医療費のサービス供給者タイプ別の分配	5-9
図 6-1	海外援助におけるモダリティ別援助額の割合（%）（2002-2008）	6-2
図 6-2	GBS における援助国別実績（2008/09）	6-2
表 1-1	タンザニアの主要指標	1-1
表 2-1	MKUKUTAI における保健セクターの優先分野と実施目標	2-1
表 2-2	HSSP III の戦略の概要	2-3
表 3-1	MDG 4、5、6 の達成予測状況	3-1
表 4-1	プライマリヘルスサービス（PHS）の供給体制	4-1
表 4-2	2009 年、2010 年における成果のまとめ	4-4
表 5-1	主な職種別、セクター別の人数	5-1
表 5-2	保健人材不足の内訳	5-2
表 5-3	保健人材教育機関の種類表	5-2
表 5-4	保健人材に関連する政府機関	5-3
表 5-5	13 州におけるオーナーシップ別保健医療機関の割合	5-5
表 5-6	医薬品配布システム	5-6
表 5-8	保健財政の状況（2002/03、2005/06）	5-7
表 5-9	保健医療費の財源別割合	5-8
表 5-10	機能別の保健医療費支出割合（%）	5-9
表 5-11	予算を執行している場所別の支出の総医療費における割合（%）	5-10
表 6-1	ファンディングの仕組み	6-1
表 6-2	主要開発パートナーの動向	6-3
表 6-3	保健技術協力分野における近年の支援内容	6-4

第1章 一般概況

タンザニア連合共和国（以下、「タンザニア」）は 1961 年の独立以来、内政的にまた経済的に安定しており、1990 年代中盤までは、国内総生産（GDP）の平均成長率 3%の穏やかな成長であったが、国営企業の民営化、金融セクターおよび貿易の自由化、財政金融政策によるインフレ抑制等の改革が強化され、その結果、2002 年以降は年平均 7%の成長率を維持し、安定した成長を遂げている。しかしながら、表 1-1 に示すように、貧困ライン以下の人口は 36%（2000/01）から 33%（2007）とわずかに減少したが依然として高い水準である。また人間開発指標（HDI）は、180 ヶ国中 152 番目と低く、依然として「低人間開発国」の一つである。

表 1-1 タンザニアの主要指標

指標	数値	最新年
人口	43,739 千人 ¹	2009
人口増加率	3.1% ¹	2000-2009
5 歳以下の人口（%）	7,792 千人 ² （17.8%）	2009
出生時平均余命	56 ¹	2009
粗出生率	41 ¹	2009
粗死亡率	11 ¹	2009
一人あたりの国民総所得（GNI）（米ドル）	500 ¹	2009
経済成長率	6.7% ²	2006
初等教育純出席率（%）	男 71：女 75 ¹	2005-2009
人間開発指標	152/180 ³	2011
食糧貧困ライン以下の人口（%）	19 ⁴	2000/01
最少費用法貧困 6ライン以下の人口（%）	33.3（35.7） ⁵	2007 （2000/01）

出典： 1. 世界子供白書 基本統計. UNICEF (2011) [1]
2. Country Cooperation Strategy 2010-2015. UNICEF (2011) [2]
3. International Human Development Indicators. UNDP (2011) [3]
4. Poverty and Human Development Report. The Research and Analysis working group (2005) [4]
5. Poverty Reduction Slow Despite Economic Growth, Sarah McGregor (2008) [5]

人口は依然高い増加率（3.1%）で推移しており、18 歳未満の人口は全体の 51.2%を占め、5 歳以下は全体の 17.8%を占める大変若い人口構造となっている。

タンザニアは植民地時代から続く一次産品へ集中した国で、GDP の約 50%を農業が占める農業国である。国際協力銀行（JBIC）の貧困プロファイルによると世帯主の職業別の貧困者比率は、農業・畜産・漁業に従事している世帯が 39.9%であり、農業・畜産・漁業に従事している世帯の貧困層に占める割合は 80%超となっていることから、貧困世帯の大多数が農業に従事しており、農業関連収入を主な収入源としている。この一次産品に依存した経済構造は、タンザニアを含めたアフリカ経済を脆弱化している。

また、マラリアなどの古くからの感染症に加え、HIV/エイズなど新興感染症の急速な蔓延により、平均寿命が低下に転じ、その結果、人間開発指標は低下している。

⁶ 人間が生存するために最低限必要なエネルギー量を摂取できる支出レベルを確保するための貧困ラインを「食糧貧困ライン」と言い、それに必要最低限の非食糧支出を加味した貧困ラインを、最少費用法（CBN）貧困ラインという

第2章 開発政策

2.1 国家開発政策

2.1.1 国家最上位計画

タンザニアの国家最上位計画として、MKUKUTA I⁷ (2005-2009) を継承する形で貧困削減戦略「成長と貧困削減のための国家戦略II」(2010-2014) (NSGRP II、あるいはMKUKUTA II⁸) が 2010 年に策定された。MKUKUTA IIは、第一次貧困削減戦略 (PRS) の 7 つの優先セクター (教育、保健、農業、水、道路、司法、HIV/エイズ) を対象に目標管理していた枠組みから、貧困削減を達成するための横断的な三つのクラスター (「成長と所得貧困の削減」、「生活の質の向上と社会福祉」、「グッドガバナンスとアカウンタビリティ」) を計画の目標とする枠組みへと変えている。MKUKUTA IIにおいても、同じクラスターを計画の枠組みとしている。

保健は、第二クラスターの「ゴール 3：子ども、女性、弱者のグループにおける生存、健康、栄養、福祉の向上」に含まれている。優先分野は、①保健人材育成システムの向上、②母親と新生児の健康の向上、③子どもの健康と栄養、④HIV/エイズと結核であり、以下の目標を設定している。

表 2-1 MKUKUTAII のにおける保健セクターの優先分野と実施目標

優先分野	実施目標(目標年は全て 2015 年)
1. 保健人材育成	教育され、配置され、保持される保健医療従事者の適切な数と職種の混合を達成する。
2. 出生力の最適化、妊産婦と新生児の健康	i. 妊産婦死亡率 (出生 10 万対) が 454 (2010 年) から 265 を達成する。
	ii. 新生児死亡率 (出生千対) が 26 (2010 年) から 19 を達成する。
	iii. 助産専門技能者 (SBA) による出産介助の割合が、50.6% (2010 年) から 80%に増加する。
	iv. 合計特殊出生率 (TFR) が、5.4 (2010 年) から 5.0 に減少する。
	v. 人口増加率が 2.9% (2002 年) から 2015 年には 2.7%に減少する。
3. 子どもの健康と栄養	i. 乳児死亡率 (出生千対) が 51 (2010 年) から 38 に改善される。
	ii. 5 歳未満児死亡率 (出生千対) が 81 (2010 年) から 54 に改善される。
	iii. 5 歳未満児の低体重児 ⁹ の割合が 21% (2010 年) から 14%に改善される。
	iv. 5 歳未満児の発育阻害 ¹⁰ の割合が 35% (2010 年) から 22%に改善される。
	v. 6 か月未満の子どもの完全母乳率が 50% (2010 年) から 60%に増加する。
4. HIV/エイズと結核	i. HIV の感染率が低下する
	ii. 15-24 歳における HIV の罹患率が 2.4% (2010 年) から 1.2%に低下する。
	iii. HIV/エイズと共に生きる人々の抗レトロウイルス薬 (ARV) と補助食品へのアクセスが向上される。
	iv. 基礎的な外部からのサポートを受ける 0-17 歳の孤児または弱者の子どもの数が 585,170 人 (2009 年) から 1,318,187 人に増加する。

出典： National Strategy for Growth and Reduction of Poverty II: NSGRP. Ministry of Finance and Economic Affairs, URT (2010) [6]

⁷ 第一次 PRS に続く第二次貧困削減に関する国家最上位計画であった。第一次 PRS の戦略実施機関が 3 年間 (2000-2003 年度) と短期計画であったため、貧困削減の効果を上げるのに短かったという反省から、MKUKUTA I から戦略実施期間は 5 年間となった。

⁸ スワヒリ語の略称

⁹ WHO の“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢 (生後 0-59 ヶ月) 相応の体重の中央値から標準偏差がマイナス 2 未満 (中度) / マイナス 3 未満 (重度) の状態

¹⁰ 上記基準による年齢 (生後 0-59 ヶ月) 相応の身長を持つ基準集団の身長の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満 (中度) / マイナス 3 未満 (重度) の状態。慢性栄養不良の状態

2.1.2 一般財政支援（GBS）と政府の歳入・歳出モニタリングプロセスの実態

GBSは、このような貧困削減のための国家計画の推進を歳入・歳出の両面から支援する手段（援助形態）として、2001年より導入された¹¹。タンザニアの一般財政は、3年間の中期支出枠組み（MTEF）のもとに、各省庁が毎年度の予算見積もり（Estimates）を策定、予算実施後には公共支出レビュー（PER）によって支出を管理・監視する一連のモニタリングプロセスが構築されている。

(1) 中期支出枠組み（MTEF）

MTEFは、予算年度とその後数年間の政府の行財政プロセスである。タンザニアの対象年は3年間で、単年度ごとに予算制約を踏まえて予算策定を行う。支出そのものも対象年の範囲で推計され、その額は資源制約内に収められる。タンザニアでは、PERがMTEFの策定サイクルの中に位置づけられており、その評価結果等は、MTEFに影響することになる。

(2) 公共支出レビュー（PER）

PERは、前年度および進行中の年度の計画と公共支出の状況を吟味し、翌年の予算策定情報としてフィードバックする過程である。PERは、予算策定過程の効率化と透明性の向上、政府支出と政策・プログラムとの整合性の確認、公共支出管理システムの機能性の確認などを目的としている。

2.1.3 MKUKUTAと支出面のモニタリングシステムの連動

MKUKUTA IとIIの実施に伴い、支出面のモニタリングプロセスをMKUKUTAが掲げている貧困削減目標（3つのクラスター目標）と適合させるために、クラスター別の予算配分のためのシステム（戦略予算配分システム: SBAS）が導入された。予算シーリング策定の際、MKUKUTAの優先施策を登録しておく、予算策定後、どれだけの割合の予算が優先施策に割り当てられたかを把握することが出来るシステムである。

2.1.4 地方分権化政策とその影響

タンザニアでは、1990年代後半の地方自治体への分権化（D-by-D）政策に伴い、地方自治改革が推進されている。2000年の地方行政改革プログラム（LGRP）以降、急速に地方分権化が進む中、保健セクターにおいても、県への保健行政上の権限移譲が進められている。この地方自治体への分権化の影響が保健セクターでも大きいため、保健セクター戦略計画III（後述）には「県保健サービスの強化」が戦略1として位置づけられている。

2.2 保健医療セクター開発計画

2.2.1 保健セクター政策

保健セクターの枠組みについては、2007年に改訂された国家保健政策（National Health Policy）がある。国家保健政策は、長期に保健医療セクターが目指すべきビジョンやミッションを定めている。

¹¹ GBSは、現金をタンザニア政府の一般会計（Consolidated Fund）に直接投入するものであり、財政支援と合わせて公共支出管理能力の強化を政策的にアドバイスする役割も果たしてきた。なお、GBSの詳細については、第6章：ドナーの協力状況に詳述する。

2.2.2 保健セクター戦略計画 III (HSSP III)

HSSP の制定見直しサイクルは 5 年が基本であるが、HSSP III については、2015 年のミレニアム開発目標 (MDGs) 最終年にあわせて期間を 2009 年-2015 年に設定し、MDGs 達成に向けた計画となっている。HSSP III は、保健サービス供給強化のための 11 の特定分野の戦略を定めている。また、セクター横断的な課題として、質、公平性、ジェンダーおよびガバナンスの 4 つのアプローチについても明確に言及している。11 の特定分野の戦略については、以下のとおりである。

表 2-2 HSSP III の戦略の概要

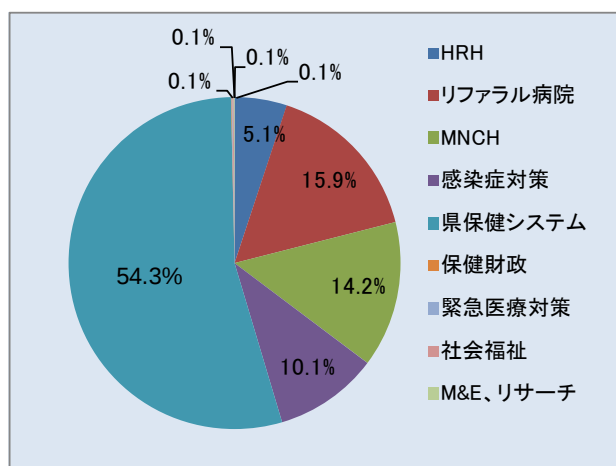
戦略	内容の概略	戦略別予算額 (6 年間総額) 米ドル
1. 県保健サービスへのアクセスが改善される	● プライマリヘルスサービス開発プログラム¹² (MMAM) の実施による強化 ● 全てのプライマリレベルの保健施設に、基礎的保健介入の完全なパッケージを導入 ● コミュニティ参加の強化 ● リファラルシステムの強化 ● タンザニア質向上フレームワーク (TQIF) による免許制などを含む質の向上システムの導入のためのガイダンス提供 ● 県保健行政チーム (CHMT) と県病院スタッフの管理監督強化による、質向上への貢献 ● 能力給 (P4P) のようなパフォーマンスに基づいたシステムを導入することによる保健人材のやる気と生産性の向上	4,872,773,058
2. リファラル病院への患者のリファラルシステムが整備され、真にサービスを必要としている患者のアクセスが改善される	● TQIF の実施によるケアの質向上 ● 病院ごとの品質向上ユニットを設置による質の向上 ● 病院改革プログラムによる経営管理と人材管理の強化 ● 病院毎の戦略計画や資機材の投入計画の策定、病院理事会による管理へのコミュニティ参加促進	1,430,484,339
3. 保健福祉省の課や関連機関が簡素化される	● 機能の大部分を実施レベルに移譲 ● 保健サービス供給において、更なるプログラムの統合の推進 ● 省による効果的な年次活動計画のためのシステム導入 ● 県保健行政チームの強化 ● ゾーンリソースセンターの研修や研修機関への技術支援能力の強化	---
4. 保健サービスの質およびアクセス向上のため、保健人材 (HRH) の質および量が改善される	● HRH 計画と情報システムの強化 ● 地方自治体との協調による人材のリクルートと保持の制度化 ● 人材養成機関の人材育成能力を向上、およびカリキュラムの改訂などによる研修の質向上。継続的な専門能力開発 (CPD) を通じて、保健人材の知識や情報のアップデート	457,057,846
5. 保健医療財源の確保と増加を促す	● 政府予算の 15% を保健福祉省予算として確保 ● ヘルスバスケットファンド以外に、補助的なファンディングのシステムの開発 (コミュニティヘルスファンドや国民健康保険) ● これらの補助的ファンディングシステムのための管理組織の創設と管理機能の強化 ● 民間セクターと積極的な協調による保健医療に対する投資の増加	5,601,090
6. 官民連携 (PPP) の強化を推進する	● PPP のための国、県、州レベルにおけるフォーラムの設置 ● 民間医療機関と医療サービスを供給するための契約関係の構築、地方自治体による同意の取りまとめ ● 民間の保健人材育成機関を巻き込んだ保健人材育成能力向上	---

¹² Primary Health Service Development Program (PHSDP) 2007-2017 は、一次保健サービス強化を目的として策定された長期計画。スワヒリ語訳、Mpango sa Maendeleo wa Afya ya Mishingi (MMAM) から、MMAM と呼ばれている。

戦略	内容の概略	戦略別予算額 (6年間総額) 米ドル
7. 妊産婦・新生児・子どもの健康 (MNCH) のための統一した一つの計画が実施される	● 若者、家族計画、栄養サービスにフォーカスした妊産婦と子どもの健康向上のための介入実施 ● 一次保健医療施設の質や量の向上、熟練した技術を持った保健人材の確保、医療資機材の確保などによる MNCH の向上 ● リファラルシステムの向上による救急産科へのアクセスの向上 ● MNCH、特にリプロダクティブヘルスの活動を向上させるためのコミュニティ参加の向上	1,277,704,166
8. 疾病対策を、医療施設全般の向上により強化する、また、臨床診断技術、資機材や医療コモディティを向上させることにより、強化する	● HIV/エイズ対策における母子感染予防のための抗レトロウイルス薬へのアクセスの持続的向上。予防と自発的カウンセリングおよび検査の拡大、性感染症の治療向上。全ての病院での安全な輸血の確保 ● マラリア対策におけるエビデンスが確立している介入（効果的な診断と治療、LLINs、IRS など）のユニバーサルカバレッジ実現。 ● 結核対策における Stop TB 戦略の継続。多剤耐性結核を作らない。ハンセン病根絶戦略、および身体的障害予防プログラムの全県実施 ● 顧みられない熱帯病への注意。保健人材への研修や治療薬の配布による不必要な苦痛や死の予防 ● 非感染性疾患 (NCD) 対策として、健康的なライフスタイルとより良い治療に対する啓発	マラリア対策 506,583,332 HIV/エイズ対策 310,734,950 TB/ハンセン病 41,400,002 NCD 対策 47,671,250 顧みられない熱帯病 1,915,584 合計 908,305,118
9. 緊急時への対応の戦略が強化される	● 全レベルにおける緊急事態の予防や対処のための保健医療人材の能力開発 ● 必要に応じた医療財源の緊急的使用の実現	6,548,464
10. 社会保障サービスが県レベルに浸透する	● 規制のためのフレームワーク開発 ● コミュニティベースの社会保障プログラムの開始または強化 ● チャリティベースから権利ベースのアプローチへの転換	11,920,916
11. 根拠に基づく政策決定および説明責任の向上に資するモニタリング評価 (M&E) が実施される	● M&E とリサーチのための政策と戦略の策定。保健福祉省のモニタリングシステムと、首相府地方自治庁 (PMO-RALG) または MKUKUTA のモニタリングシステムとの連動の実現 ● 保健管理情報システムの見直し。中央レベルでいくつかのデータソースからのデータの集積と分析。保健システムリサーチや、他のリサーチの活性化	7,177,755

出典： Health Sector Strategic Plan III 2009-2015. MOHSW (2009) [7]

HSSP III の戦略コンポーネント別の予算総額 (6 年間) の割合を図 2-1 に示す。一番大きな割合を占めているのが、全体の 54% を占める「県保健システムおよびインフラ整備」に係る予算である。次にリファラルシステム整備 (16%)、続いて MNCH (14%)、感染症対策 (10%) の順である。



出典：Health Sector Strategic Plan III. Ministry of Health and Social Welfare URT (2009) [7]

図 2-1 戦略コンポーネント別予算総額 (FY9/10-FY14/15)

2.2.3 プライマリヘルスケアサービス開発計画：Primary Health Care Development Programme: MMAM 2007-2017

同計画は、スワヒリ語訳の略称である MMAM と通称されている。同計画の詳細は、「4 章 4.1 プライマリヘルスケア (PHC) サービス」の中で述べる。

2.2.4 保健医療人材開発戦略計画：Human Resource for Health Strategic Plan 2008-2013

同計画は、保健医療人材開発のための中期計画である。同計画の詳細は、「5 章 5.1 保健医療人材」の中で述べる。

2.2.5 保健セクター改革

タンザニア政府は、国民に基礎的保健サービスを提供するという課題に対応するため、1994 年から保健セクター改革を実施している。同改革は、地方行政改革と相互にリンクしながら、地方自治体（県）主導型の保健行政への移行を推進することを主目的としている。1998 年には保健セクターの包括的開発計画を目指すセクターワイドアプローチ (SWAps) を導入し、バスケットファンドを 2000 年から運用し、地方自治体が、地域住民の保健医療ニーズの把握とその対処案の計画立案、予算の確保と実施、モニタリング・評価を主導するための財政基盤の整備に取り組んできている。この保健セクター改革においては、中央政府（保健福祉省、首相府地方自治庁）、国の出先機関である州政府、保健行政実施機関である地方自治体（県）、医療機関などの各レベルに応じた、機能・役割を明確化し、それに必要な制度整備および組織能力の強化を行うことが急務となっている [8]。

この改革によって、県レベルでは、県保健行政チーム (CHMT) が中心となり、県保健計画に基づいて保健サービスの提供を担うとともに、一次レベルの保健医療施設の管理・監督を担うことが期待される。州保健行政チーム (RHMT) がこれを指導・支援を提供するとともに、州病院の管理・監督を担うことになっているが、実際には予算もなく権限も弱体化している。保健福祉省は、県レベルの保健サービスの管理能力向上と、それにかかる人材の確保を優先事項としつつも RHMT の機能強化を今後の課題として挙げている。

また、1999 年に創設された保健セクターバスケットファンド（HSBF）¹³は、バスケットファンドコミッティ（BFC）が管理し、年間実施計画のために活用される。バスケットドナーは、タンザニア中央銀行のドル口座にファンドを預金し、保健福祉省のチーフアカウンタントが月間、四半期および年間報告書を作成する。また、県評議会でも人件費を含む経常経費にファンドが使われている。

こうした改革の結果、従来、主に政府が提供してきた保健サービスを民間部門、宗教部門、非政府組織も提供するようになってきた。また、住民によるコストシェアリング、コミュニティ保険基金、医薬品回転資金、国民健康保険の段階的な導入を通して、ドナー以外の財源確保を強化しており、財政的な自立を目指している。

¹³ デンマーク、ドイツ、アイルランド、オランダ、ノルウェー、スイス、英国、および世銀の 8 ドナーが参加して始まり、2008 年には、11 カ国が参加している。

第3章 国民の健康状態

3.1 概況

タンザニアでは、死因の大部分を感染性疾患(65%, 2010 年) [9]が占めており、疾病構造転換前の状況と言える。主要死因とも大きく関連している母子保健および感染症について、保健セクターのミレニアム開発目標 (MDGs) (4, 5, 6) のうち、代表的な指標について表 3-1 にまとめる。

表 3-1 MDG 4、5、6 の達成予測状況

MDG	MDG の指標	1990 ¹	2000 ²	2008 ³	2010 ⁴	Targets in 2015	達成可能性
4	5 歳未満児死亡率 (出生千対)	191	153	112	81	64	高
	乳児死亡率 (出生千対)	115	99	68	51	38	高
	1 歳未満の麻疹の予防接種率 (%)	81.2	80	86	85	95	中
5	妊産婦死亡率 (出生 10 万対)	529	-	578	454	133	低
	熟練助産師による出産介助率 (%)	43.9	35.8	63	50.1	90	低
6	15-24 歳における HIV 感染率 (%)	6	9.4	5.7 ⁵	-	<6	高
	マラリア発生率 (人口 10 万対)	-	31,603 (2003)	27,030 (2006)	-	18,042	高
	結核発生率 (人口 10 万対) ⁶	226	236	190	177	107	高

出典：

1-3. Millennium Development Goals Report; Mid-Way Evaluation:2000-2008. URT (2008) [10]

4. Tanzania Demographic Health Survey (TDHS). National Bureau of Statistics and ICF Macro (2011) [11]

5. Tanzania Country Report on the Millennium Development Goals. URT (2011) [12]

6. Global Health Observatory Data Repository, Country Statistics Tanzania. WHO (2011) [13]

乳児死亡や 5 歳未満児死亡に関しては過去 10 年間減少傾向にあり、このまま減少が続くようであれば、2015 年の MDG の目標値の達成可能性が大きいと思われる。「2010 年タンザニア人口保健調査」(TDHS 2010) [11]によると、これら子どもの死亡の減少には、予防接種の普及とマラリアなどによる死亡が減少したことが大きく影響していると説明している。一方、妊産婦死亡に関しては、10 年間にわずかの改善しかみられず 2015 年の目標値達成は難しい状況である。HIV 感染率は年々低下の傾向にあり、2008 年時点で目標値の 6%以下を達成している。マラリアの発症率は、政府の長年の努力が功を奏して、年々減少しており、更なる努力により 2015 年の目標値も達成される可能性は高いと思われる。結核の発生率は、1990 年から 2000 年には若干増加したが、その後順調に減少している。

3.2 母子の健康

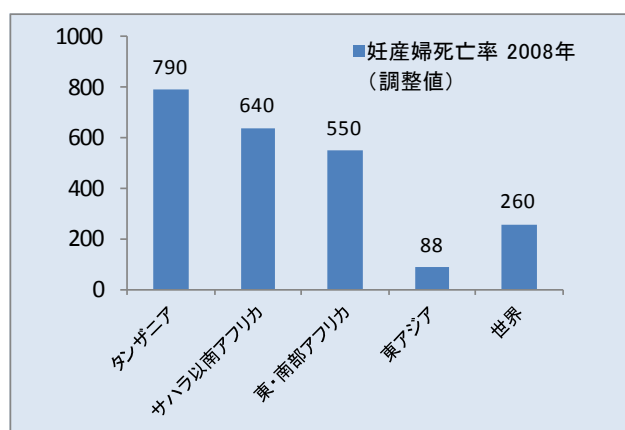
3.2.1 母親の健康

タンザニアでは妊産婦死亡率が高く、TDHS 2010 によると、4-5 (出生千対)となっている。また、同調査によれば、妊産婦死亡がタンザニアの 15-49 歳の女性の死亡の 17%を占めており、これは、TDHS 2004-05 の同死亡の割合 (18%) とあまり変化がない。

妊産婦死亡の内訳は、2011 年の国連児童基金 (UNICEF) のCountry Profile 2010 [14]によると、産褥出血 (34%)、高血圧 (19%)、他の直接原因 (11%)、敗血症 (9%)、先天性疾患 (1%)、間接的原因 (17%)、中絶 (9%) となっており、産褥出血、高血圧による妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症)、敗血症など、医

療施設での出産ならば死に至ることが予防可能な原因による死亡が全体の 60%を占める。しかしながら、妊産婦がどこで、どのタイミングで、どのように死亡したのかという詳細を知るための妊産婦死亡原因追跡調査¹⁴等を実施されていない。そのため、妊産婦死亡原因の詳細が把握できておらず、現場レベルで焦点を絞った対策が立てにくい状況である。

妊産婦死亡率の他の地域との比較を図 3-1 に示す。タンザニアの妊産婦死亡率は、他のどの地域より突出して高い。



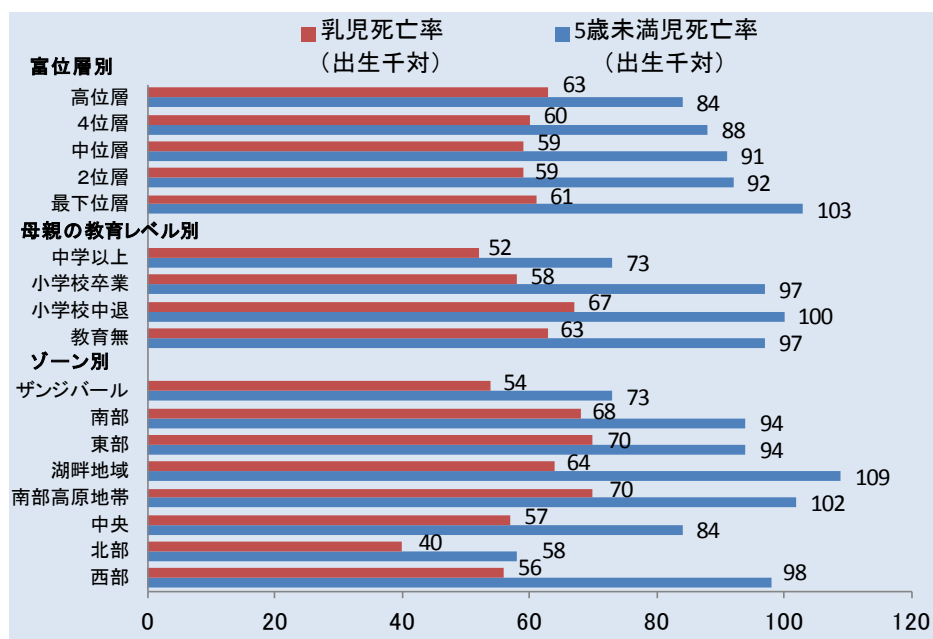
出典： 世界子供白書 2011. UNICEF (2011) [1]

図 3-1 妊産婦死亡率(出生 10 万対)の他地域との比較

3.2.2 子どもの健康

図 3-2 は、TDHS 2010 による地域別、母親の教育レベル、収入レベルごとの 5 歳未満児死亡率と乳児死亡率を示したものである。5 歳未満児死亡は、北部地域とザンジバルを除いては、どこも高い値を示している。母親の教育レベルと 5 歳未満児死亡率、乳児死亡率の関係では、母親の教育レベルが上がると死亡率は若干減少している。特に 5 歳未満児死亡においてこの傾向がより明確にみられる。収入レベルについては、5 歳未満児死亡率では関連していると考えられる。

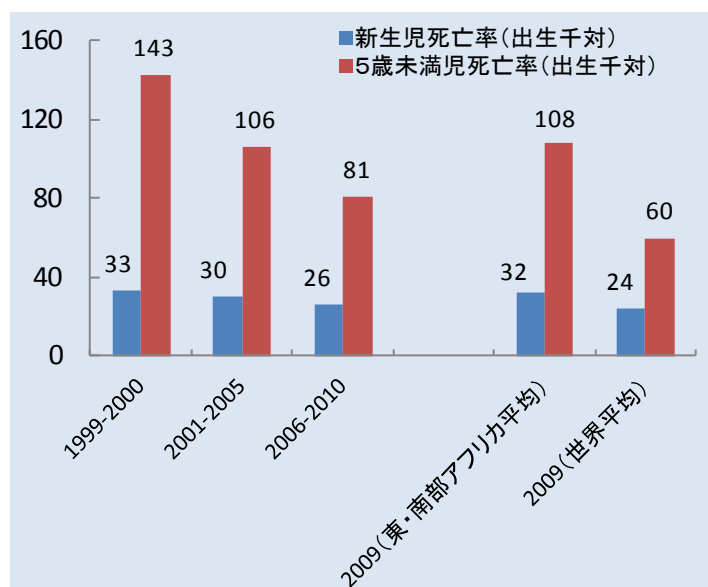
¹⁴ Maternal Death Auditing



出典： Tanzania Demographic and Health Survey 2010. National Bureau of Statistics and ICF Macro (2011) [11]

図 3-2 社会経済面による5歳未満児死亡と乳児死亡の違い(2010年)

UNICEF の Country Profile 2010 [14]によると、5歳未満児死因では新生児死亡が最大(34%)となっている。新生児死亡の内訳は、仮死での出産(29%)、早産(28%)、感染症(27%)、先天性疾患(18%)、その他の疾患(5%)、下痢症(2%)、破傷風(1%)などである。また、図3-3に示すように、過去10年における5歳未満児死亡率と新生児死亡率の傾向をみると、5歳未満児死亡率の減少に比して、新生児死亡率の減少は緩やかである。他の地域との比較では、2009年の東部・南部アフリカ地域の平均の値より両死亡率とも低い値であり、5年以内に世界平均に追いつくことも不可能ではない。



出典： Tanzania Demographic and Health Survey 2010. National Bureau of Statistics and ICF Macro (2011) [11]
世界子供白書 表1 基本統計. UNICEF (2011) [1]

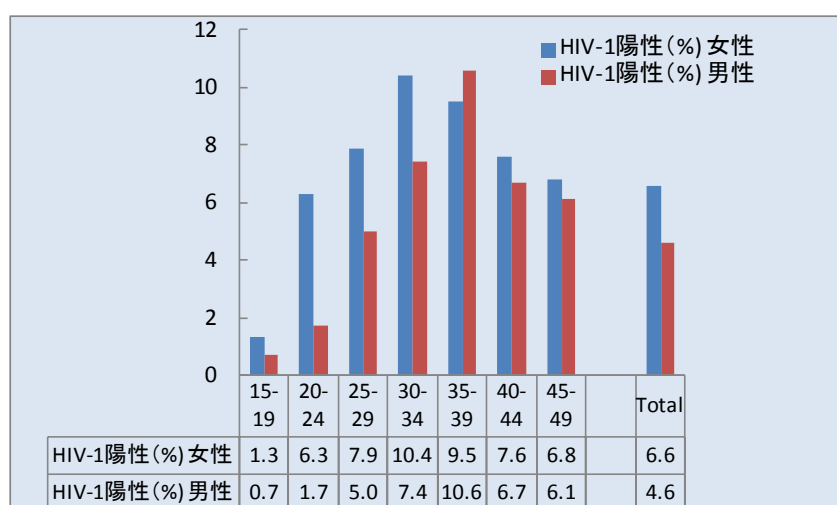
図 3-3 新生児死亡率と5歳未満児死亡率の比較

3.3 感染症の状況

3.3.1 HIV/エイズ

(1) 全体の傾向

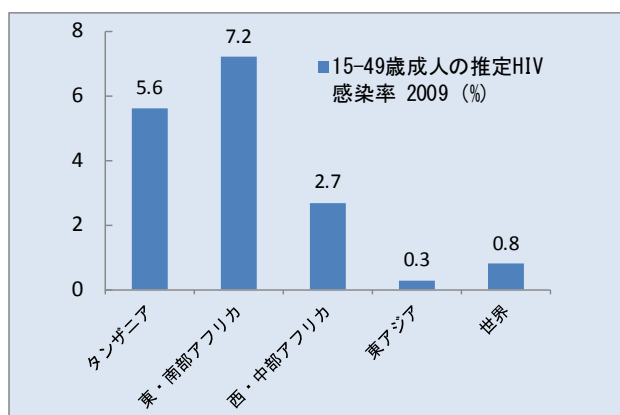
タンザニアの 15-49 歳の年齢層における HIV 感染率は徐々に低下しており、2003-2004 年の「HIV/エイズとマラリアの調査」[15]では全体の感染率が 7%であったが、2007-2008 の同調査 [16]では全体で 5.7%と、MDGs の目標値 6%を下回っている。年齢別、性別に感染率をみると、女性の方が男性より若干感染率が高い状態が続いており、女性のピークが 30-34 歳であるのに対し、男性は、35-39 歳とピークの時期がずれている。



出典： Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey 2007-2008, Macro International Inc (2008) [16]

図 3-4 HIV-1 の男女別感染率

図 3-5 は、他の地域との比較を示している。2009 年における 15-49 歳の HIV 感染率は、東・南部アフリカ地域の平均よりやや低いが、世界平均の 7 倍となっている。

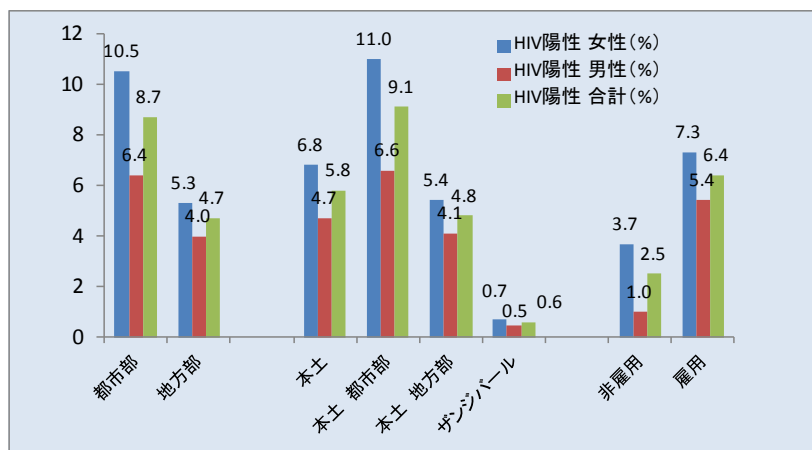


出典： 世界子供白書 表 1 基本統計, UNICEF (2011) [1]

図 3-5 成人推定 HIV 感染率(15-49)の地域別比較

(2) HIV 感染の社会経済的な特徴

HIV 感染の特徴を地理的、経済的な面からみると、図 3-6 のようになる。一番感染率が高いのが、本土の都市部に住む女性であり、ザンジバルの住民は男女ともに感染率が一番低い。職に就いている群は、職についていない群に比して、HIV の感染率が男女とも明らかに高い。就職している男性は、就職していない男性の 5 倍も高い感染率となっている。



出典： Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey 2007-2008, Macro International Inc (2008) [16]

図 3-6 HIV 感染の社会経済的な特徴

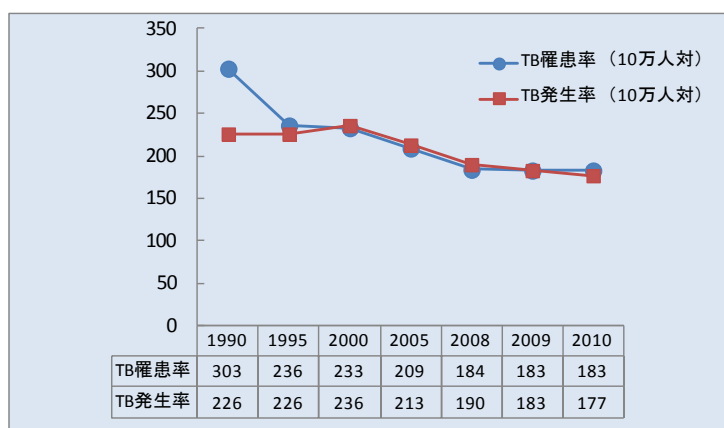
(3) HIV/エイズに対する知識と行動について

TDHS 2010 によると、任意抽出された 15-49 歳の男女のほぼ 100%が HIV/エイズの存在を知っており、7 割程度が予防法に関する正しい知識を持っていた。また、女性 48%、男性 46%がエイズについて正しい知識を持っていたが、HIV の母子感染に関する知識は、男女で差があり、女性 72%が正しい知識を持っていたのに対し、男性は 60%であった。

しかしながら、過去 12 か月に一人以上の相手と性交渉があったと答えた中で、コンドームを使用したのは、男性の 23.6%、女性の 27.2%という低い率で留まっている結果から、正しい知識はあっても、それを行動に移すことには未だギャップがあることがうかがえる。

3.3.2 結核

タンザニアは過去 25 年以上にわたり、結核対策を進めてきた。その結果、結核の罹患率も発生率も過去 20 年にわたり徐々に減少してきている。しかしながら、HIV/エイズ患者の 40-50%が結核を発症するため、近年の HIV の流行に伴い 2006 年頃より HIV 陽性の結核患者が急増しており、将来的にもこの傾向が続くことが予測される。



出典： World Report 2011:Global Tuberculosis Control. WHO (2011) [17]

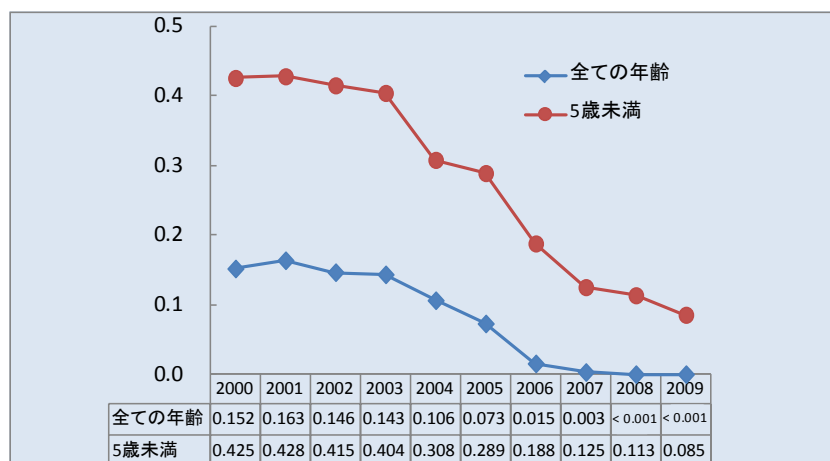
図 3-7 1990-2010 年における結核罹患率と発生率の推移

3.3.3 マラリア

タンザニアでは熱帯熱マラリアが一般的であり、過去長期にわたって公衆衛生上の大きな問題となっている。特に、抵抗力の弱い5歳未満児や免疫力の低下する妊婦に与える影響は大きい。マラリアは、流産、低体重の新生児、新生児死亡などの大きな原因になっており、全人口の疾病や死亡の上位を占めている [11]。2000 年初頭に「ロールバックマラリア・イニシアティブ」に係る提言が国家マラリア対策戦略に取り込まれたことによる対策の強化が功を奏し、マラリア罹患数、マラリアによる入院数、マラリアによる死亡数などは減少傾向にある。

図 3-8 は、2000 年から 2009 年における、外来患者の中でマラリアと確認された患者の率を示したもので、外来患者のマラリアケースが 2004 年から急速に減少しているのがわかる。5 歳未満児のマラリア患者の率も低下の傾向にあるが、全体的には、「全ての年齢」の患者の率に比べ、5 歳未満児罹患率が高い率を示している。

マラリア罹患率の国際比較は見当たらなかったが、間接的な比較として、殺虫剤処理済蚊帳（ITN）を 1 帳以上もつ家庭の比率、ITN を使用する 5 歳未満児の比率、発熱した 5 歳未満児に抗マラリア剤を与えられた比率を比較すると、タンザニアはそれぞれの比率が 39%、26%、57%で、東・南部アフリカの 41%、29%、31%と比較したとき、5 歳未満児の抗マラリア薬を与えられた比率が高い。



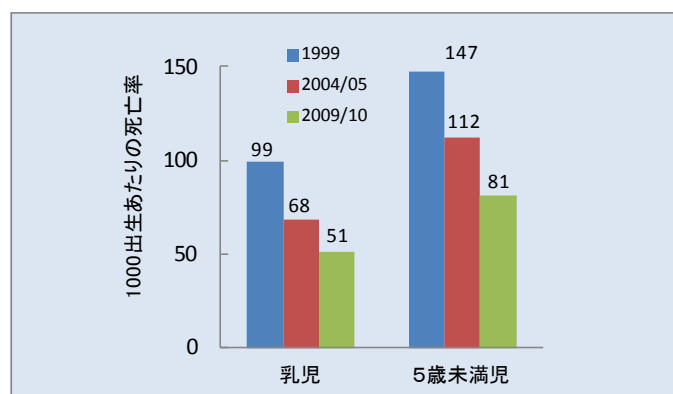
Note: Reporting completeness of outpatient health facilities in 2009: 97.2%

出典： World Malaria Report 2010. WHO (2010) [18]

図 3-8 2000 年から 2009 年における外来患者のうち、マラリアと確認された率

全体の人口におけるマラリア罹患率は減少の傾向だが、5 歳未満の子どものマラリアは依然高い数値を示している。2007-2008 年の「HIV/エイズとマラリアの調査」によると、6-59 ヶ月の子どものマラリア罹患率は、全国平均で全体の 17.7%であった。

図 3-9 は、乳児と 5 歳未満児の死亡率の推移を示している。1999 年から 10 年間に、両人口において死亡率は 50%近く減少しており、人口調査地域（DSS）における研究によると、5 歳未満児の全死亡 36%がマラリアによる死亡との報告もあることにより、マラリアによる死亡を低減させることは、5 歳未満児の死亡率の低減に大きく貢献することが推察される [19]。ただし、2010 年の報告によると 5 歳未満児の死亡の内、マラリアによる死亡は未だ 16%を占めている [14]。



出典： Recent Developments and Achievements in Malaria Control in Tanzania.
Mankide et al. (2010) [20]

図 3-9 乳児と 5 歳未満児における全ての原因による死亡率の推移
(1999 年、2004/05 年、2009/10 年)

3.3.4 その他の「顧みられない熱帯病」

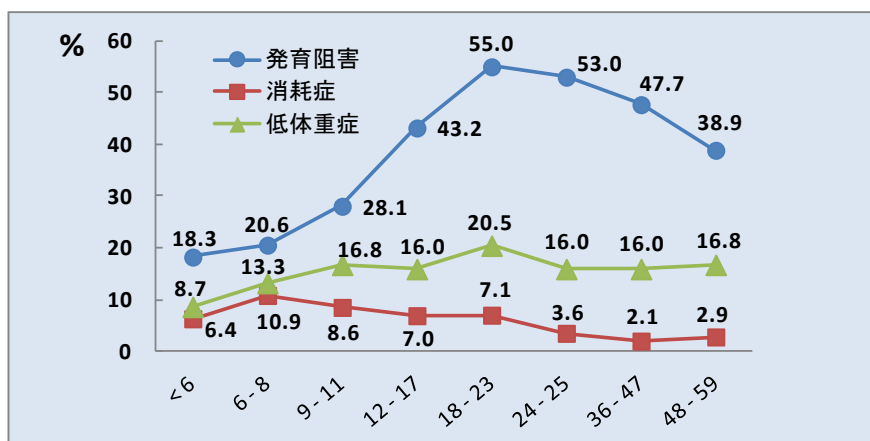
タンザニアでは、未だに住血吸虫症がビクトリア湖周辺を中心に全国的にみられる。罹患率は、ビクトリア湖周辺で 87.6%にも上る。他にも土を媒介として伝播される腸管寄生虫（蟬虫）の罹患率も高く、

Kagera、Mwanza、Taboraなどでは罹患率 100%を示している。また、フィラリアも全国的に蔓延している。2002 年の調査で、ザンジバルにおいてフィラリア症が蔓延¹⁵していることがあきらかになり、2002 年から 2006 年にかけて、徹底した集団薬物投与（MDA）が行われた。2004 年に再度精査¹⁶されたオンコセルカ症のマッピングの結果では、本土で 4 百万の人口がリスクにさらされているとの報告がなされた。一方、ハンセン病は、撲滅の目標値として世界保健機関（WHO）が掲げている 10 万人口あたり 1 ケース以下を国レベルでは達成している。今後の計画として、この目標値を州レベルで達成することを目指して、ハンセン病サービスの維持を強化しようとしている。

3.4 栄養と健康

3.4.1 子どもの成長障害

子どもの栄養の問題は、タンザニアにおいて特に大きな健康上の問題となっている。図 3-10 に示すように、特に発育障害の問題が大きく、これは、長期的な栄養摂取の不足が原因となっている。TDHS 2010 によると、全体で見たとき、軽度の発育障害は 42%を占め、重度の発育障害は、17%を占める。月齢別にみると 18-23 ヶ月の子どもに発育障害の率が最も高い（55%）。ただし、経年的にみると、5 歳未満児における 1996 年の発育障害が 43%であったのが、2010 年¹⁷には 35%に減少している、消耗症¹⁸も同期間 7%から 4%、低体重症は、31%から 21%と減少しており、緩い速度で改善していると言える。



出典： Tanzania Demographic and Health Survey 2010. National Bureau of Statistics and ICF Macro (2011) [11], Table 11.1 より作成

図 3-10 子ども(6-59 ヶ月)の身体的成長に見る栄養状態(n=7,491)

消耗症の率は比較的低く、6-8 ヶ月児が一番高く 10%程度である。近い過去に栄養状態が悪いと、消耗症が起こる。また低体重は、TDHS 2010 によると、5 歳以下の子どもの 16%にみられた。発育障害の程度は、UNICEF の子供白書 2011 によると、東部・南部アフリカの平均値と同じであったが、世界的にみると南アジアの平均について 2 番目に高い。

¹⁵ 罹患率は 5-30%であった。

¹⁶ 1999 年に実施されたものの再精査

¹⁷ 2010 年の計算に使われた数字は、比較のため 2010 年以前のフランス人口使用しているため、図 3-9 の数字と異なる。

¹⁸ WHO の “WHO Child Growth Standards”の基準による身長相応の体重を持つ基準集団（生後 0-59 ヶ月）の体重の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満（中度）／マイナス 3 未満（重度）の状態。急性栄養不良の状態

3.4.2 子どもの貧血

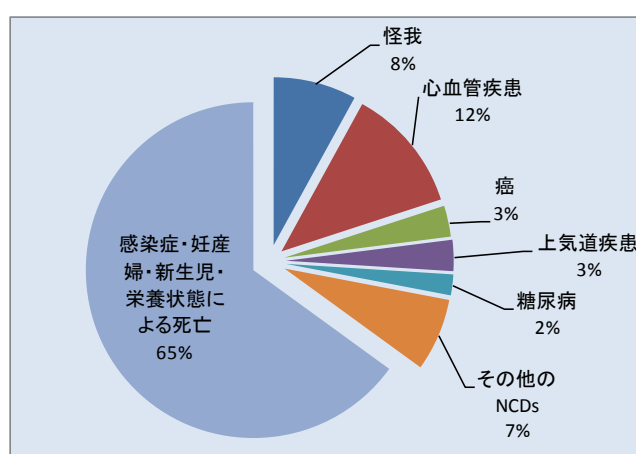
一般に貧血には、微量栄養素の摂取不足以外にも、マラリア、寄生虫症、鎌状赤血球貧血症などの既往症が大きく影響する。TDHS 2010 によれば、タンザニアの 6-59 ヶ月の子どものサンプルのうち、赤血球数が 11g/dl 以下の貧血は 59% を占めた。ただし、経年的にみると貧血症は減少傾向にある。TDHS 2010 によると、軽度の貧血は 27%、中度な貧血は 29%、重度の貧血¹⁹は 2% であった。

3.4.3 女性の貧血

TDHS 2010 によると、15-49 歳の女性における貧血症の罹患率は、40% であった。この値は、2004-05 年の TDHS に比べると 17% 程度減少している。妊産婦の貧血症は 53% と高い。都市と地方の女性の比較では、都市部の女性が 44% の罹患率であるのに比べ、地方の女性は 39% とやや低い値だった。タンザニア本土とザンジバルの比較では、タンザニア本土の女性の貧血症の罹患率は 40% であったのに比べ、ザンジバルでは 59% と非常に高い値であった。教育レベルでは、貧血症の罹患率に差はなく、喫煙との間にも関係はみられなかった。

3.5 非感染性疾病（NCD）の状況

図 3-11 は、2010 年の全死亡における原因別死亡の割合を示している。これによると、NCD は、全体の死亡の 27% を占めている。その中で一番大きな割合を占めるのが心臓血管系の疾患で、死亡全体の 12% を占めている。



出典： NCD Country Profiles – Tanzania, WHO (2011) [9]

図 3-11 2010 年における原因別死亡の割合

タンザニアにおいて、NCD が年々増加の傾向にあることは認識されているが、リスクファクターに関する全国規模の調査は実施されていない。2007 年に行われた小規模な NCD のリスクファクター調査を参考にすると、高血圧が全サンプル人口の 36% を占めていた。年齢が上がるにつれて喫煙が増え、高血圧、高脂血症の増加がみられる。教育レベルは高血圧とアルコール消費量に影響を与えており、中学校卒業以上に高血圧が増えている一方、小学校以下の教育しか受けていないグループのアルコール消費量は他のグループより多かった [21]。TDHS 2010 によると、体格指数（BMI）が 25.0 以上の都市部の肥満女性

¹⁹ 軽度の貧血（10.0-10.9g/dl）、中度な貧血（7.0-9.9g/dl）、重度の貧血（<7g/dl）

は 36.3%に増加している。また、15-49 歳の女性全体の BMI については、BMI 18.5 以下の栄養失調の女性は、2004-05 年には 10%だったのが、2010 年には 11%に増え、BMI が 25.0 以上の栄養過多の女性も、2004-05 年には 18%だったのが 2010 年には 22%に増えているという具合に、両極が増えている結果となっている。

3.6 国民の健康のまとめ

タンザニアでは、未だ、死亡全体の 65% [9]を感染症が占め、疫学転換以前の状況と判断される。ただし、NCD も循環器系疾患などが徐々に増加の傾向にあるため、対策も同時に強化されていかなければならない。NCD の対策策定に重要なリスクファクター調査の実施が望まれる。

感染症においては、HIV/エイズ、マラリア、結核に関しては減少の傾向にあるが、世界の平均から見ると遥かに高い罹患率、死亡率である。国内には、これらの感染症が重要な問題として残る地域があり、これらにいかに対処していくかが今後の課題と言える。世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）が毎年行うファンディングの適正を評価するリスト（Global Fund eligibility list for 2012 funding channels）は、国の経済および HIV/エイズ、結核、マラリアによる疾病負荷を加味し、3-12 でスコア付をしてある。この 3 種の疾病のスコアを全部足した数で、重要性の高い国と地域を特定すると、123 ヶ国中、タンザニア（HIV/エイズ: 10、TB: 10、マラリア: 12）は、スコア合計 34 のモザンビーク、ザンビアについて 3 番目に重要度が高い。上位 17 か国（3 つのスコアを足して 30 以上）は、全てサハラ以南アフリカの諸国である。

5 歳未満児死亡や乳児死亡に関しては、減少の傾向にあるが、妊産婦死亡率は依然として極めて高い数字を示している。タンザニアにおいて子どもの栄養の問題も、大きな健康上の問題である。年齢に比して身長が低い「発育阻害（stunt）」の問題は、子どものその後の発育や健康上大きな影響を及ぼすため、乳幼児期の栄養摂取が改善されなくてはならない。タンザニアの貧困問題に起因した子どもの栄養問題と発育阻害も国レベルの大きな問題である。その他の「顧みられない熱帯病」については、住血吸虫症など地域に根差した疾病やオンコセルカ症のように全国に広がった疾病がタンザニアには数多くある。死亡に至ることの重要性は勿論のこと、障害調整生活年²⁰に換算したときの負担の大きさも国民の健康上大きな問題である。

²⁰ 障害調整生命年（DALYs）とは、「死が早まることで失われた生命年数と健康でない状態で生活することにより失われている生命年数を合わせた時間換算の指標」である。具体的には病気等が寿命を早めている寿命ロス年数と病気等による健康損失を健康寿命換算した健康ロス年数の合計で算出されている（WHO の定義より）。

第4章 保健医療サービス提供・事業実施の状況

第2章および第3章の分析の結果、国の保健医療システムの中の一番重要な機能である「保健医療サービス供給」機能において、いくつかの問題点が浮かびあがってきた。最大の問題は、保健計画で指摘されているように「プライマリヘルスケア（PHC）サービスが必要な人々に行きわたっていない（カバレッジの問題）」である。また、提供されたサービスの質や高次医療機関へのリファラルにも問題が見られる。縦割りの感染症対策というものの弊害として、タスクの包括性が失われ、大きな予算がついた疾病対策への集中とその事による他のルーティン・サービスへのマイナスの影響である。子どもの栄養失調の問題は、保健医療セクターのみならず、セクター横断的に対処していかなければ解決できない問題であることより、関係機関の調整や協調の問題が大きい。

第4章では、以上のような様々な問題に焦点をあて、サービス供給機能のうち重要な「PHC サービス」、および、事業/対策に関しては、その重要性から、「母性・新生児・小児保健（MNCH）サービス」、「HIV 対策」、「マラリア対策」、「栄養対策」を取り上げて現状分析を行う。

4.1 プライマリヘルスケア（PHC）サービス

4.1.1 PHC サービスの供給体制

2007年に策定された「プライマリヘルスサービス開発プログラム（PHSDP）2007-2017」によると、一次レベルの保健医療施設と数は以下のとおりである。

表 4-1 プライマリヘルスサービス(PHS)の供給体制

地方自治のレベル	地方自治体の数(2007年)	施設の種類の	施設数(2007)
県/District	113	県病院	95 (80%の県に県病院が一つある)
区/Ward	一つの県に 12-20 の区、 区の総数は 2555 区	ヘルスセンター	481 (18.8%の区にヘルスセンターが一つある)
村/Village	一つの区に 5-7 の村、村の総 数は 10,342 村	ディスペンサリー	4,679 (45%の村にディスペンサリーが一つある。)

出典： Primary Health Service Development Programme (PHSDP) 2007-2017. MOHSW (2007) [22]より作成

PHC サービス供給の要の施設であるヘルスセンターの数が、他の施設に比べ圧倒的に少なく、一つの県に対し、ヘルスセンターが 4 施設程度しかない計算となる。タンザニアの総人口推計が 43,739,000 人（2011 年）であることから、1 つのヘルスセンターがカバーする人口が、単純計算では、96,700 人程度となる。タンザニアの PHC サービス供給施設の数が大きく不足していることがわかる。

4.1.2 PHC サービス開発計画と現状

タンザニアでは、PHC サービス強化の重要性が十分認識されており、2007 年に「プライマリヘルスサービス開発プログラム：PHSDP（2007-2017）」を策定した。同計画は、質の高い保健サービスへのアクセス向上を目的として PHC を強化するプログラムであり、以下の 6 つに焦点を当てている。①保健システム強化、②母性保護、③保健施設増設・改修、④保健人材開発、⑤リファラルシステム強化、⑥医薬品、医療機器の供給強化。また、保健施設を全ての村、地区に建設することを目指している。

同計画を精査すると、その問題分析自体に問題がみられる事が分かる。例を挙げると、問題点は、①施設の不足による「物理的なアクセスが困難」、②「保健人材の不足」、③「機材や医薬品の不足」、④「トランスポーテーション手段の欠如」、⑤「コミュニケーション手段の欠如」のようにインプットの切り口で整理されている。しかし、解決策としては、①施設の新設や修復により施設数の増加、②保健人材の養成数の増加、③医療機材や医薬品の供給量増加、といった問題を単純に裏返した項目が並んでおり、PHC サービスの効率性、質、公平性と言った視点からの問題分析が欠けている。

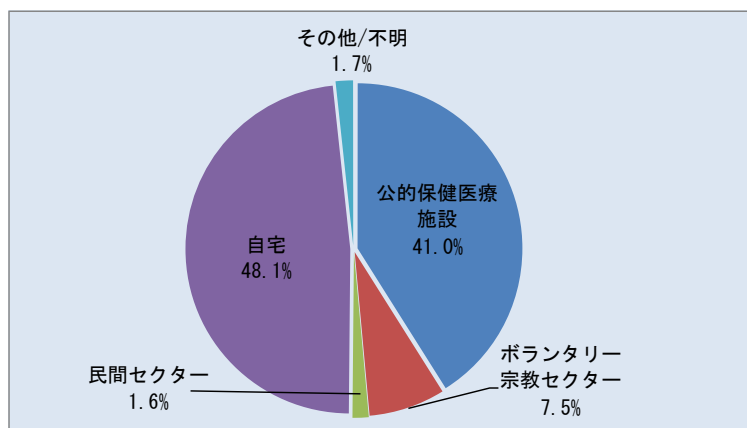
4.2 MNCH サービスの状況

4.2.1 MNCH サービスの戦略

保健セクター戦略計画 III (HSSP III) の中で、リプロダクティブヘルスと子どもの健康向上サービスについて、1) MNCH へのアクセスの向上、2) 質の高い MNCH と栄養のサービスを提供するためのヘルスシステムの強化、の 2 つの戦略を掲げている。

4.2.2 妊産婦ケア・サービス提供と利用の状況

3.2.1 に述べたようにタンザニアは妊産婦死亡率が高く、改善も遅々として進まない状況である。タンザニア人口保健調査 (TDHS 2010) によると、自宅での出産率が高いこと (48.1%)、また、分娩介助の技術を持たない介助者による出産 (49.4%) が減少していかないことが一番大きな要因として浮かび上がる。この背景には、医療施設へのアクセスの難しさと出産前後に行われる妊産婦ケアの質の低さが大きな部分として挙げられる。



出典： Tanzania Demographic and Health Survey 2010. National Bureau of Statistics and ICF Macro (2011) [11]

図 4-1 出産の場所別割合

TDHS 2010 によると、医療施設へのアクセスで一番の問題は、「治療費を捻出できない (24.1%)」、二番目に大きな問題は、「施設までの距離」 (19.2%) であった²¹。一方、「医療施設に行くのに許可をとること」という社会文化的な問題は、2.4%と低かった。

TDHS 2010 によると、妊娠期間中に 4 回以上の産前健診を受けたのは、全体の 43%に過ぎず、この数字は、1999 年の「タンザニア国リプロダクティブヘルスと子どもの健康・施設調査」 (TRCHS) では 76%、

²¹ 回答方式は多肢選択式であった。

2004-05 年の TDHS では 62%と年々減少傾向を示している。TDHS 2010 によると、産前健診の内容として、調査を受けた妊婦の 52%しか妊娠の危険な兆候について説明を受けておらず、また、尿検査は 51.8%、血圧測定した妊婦は全体の 68%、血液検査をした妊婦は 77%である。

4.2.3 予防接種拡大計画（EPI）サービスの状況

タンザニアではBCG(1 ドース)、DPT/DPT-HB/DPT-HB-Hib(3 ドース)、Polio(3-4 ドース)、風疹(1 ドース)の予防接種を行っており、生後 12 か月までに全ての予防接種を終える子どもは、全体の 66%であった(TDHS 2010)。この数は、2004-2005 年のTDHS調査の結果(62%)より若干増加している。生後 12 か月までに、いかなる予防接種も受けてない子どもは 3%に過ぎない。生後 12 か月までに、風疹(74.6%)以外の予防接種率は全て 80%を越しており、BCG、DPT/DPT-HB/DPT-HB-Hibの 1 回と 2 回、Polioの 1 回と 2 回はそれぞれ 90%を越すカバー率である。しかしながら、地域別の予防接種カバー率には大きな差がみられる²²。

4.2.4 家族計画サービスの状況

家族計画については、2010 年の避妊法の使用率は、2004/05 に比較して増加している。全ての方法については、2004/05 年の 26%が 2010 年には 34%、近代的方法については、2004/05 年の 20%から、2010 年には 27%に増加している。平均の子どもの数も、2004/05 年に 5.7 人であったものが、2010 年には 5.4 人に減少している。ただし、合計特殊出生率(TFR)は世界平均の 2.5 と比較すると、タンザニアはサハラ以南のアフリカ諸国(TFR: 5.0、2009 年)同様高止まりしている国の一つである [1]。

4.3 感染症対策の現状

4.3.1 HIV/エイズ対策

(1) HIV/エイズ対策の戦略的目標

HSSP III の中で、HIV/エイズ対策の戦略的目標として以下の 4 つが挙げられている。1) HIV 予防に対する保健セクターからの貢献を最大限にする、2) HIV/エイズケアと治療サービスへのアクセスと利用を促進する、3) 結核(TB) サービスと HIV サービスの統合されたサービスを拡大する、4) 性感染症(STI) 対策を拡大する。

(2) HIV/エイズ対策の実施体制

1983 年に最初のエイズ患者が確認されたことをうけ、1985 年には国家エイズ対策プログラム(NACP)が政府によって立ち上げられた。NACP には、全ての県で対策の責任を負う県エイズ調整官(DACC)および州レベルの州エイズ調整官(RACC)がそれぞれ配置されている。NACP が、HIV/エイズ対策において対処すべき課題、戦略について最初に策定した計画が 1987-1991 の中期計画であり、5 年ごとに更新され、現在は、「保健セクターHIV/エイズ戦略計画」(2008-2012: HSHSP II)である。

²² TDHS 2010 によると、生後 12-23 か月で一番高いカバー率の州は Kilimanjaro (94.2%) で、一番低いカバー率の州は Tabora (42.1%) であり、その差が 50%もある。カバー率が低い州は、下から、Tabora (4.1%)、Shinyanga (62%)、Lindi (65.1%)、Kigoma (66.6%)、Rukwa (66.9%)の順である。

国レベルのセクター横断的なエイズ対策への取り組みとして、2002年に首相府直轄のタンザニアエイズ委員会（TACAIDS）が設立され、「HIV/エイズに係る国家マルチセクター戦略枠組み」（NMSF 2003-2007）が策定された。現在は、NMSF 2008-2012 が実施されており、セクター横断的な対策実施における指針となっている。

(3) HIV/エイズ対策にかかる財政

2005年に行われた国家保健会計（NHA）[23]、およびNACP[24]の報告によると、2003年33.8百万米ドルだったプログラムの支出が、2006年には、7倍の266.7百万米ドル、2008年には、10倍超の400百万米ドル（コミットメント）になっている。この資金の増加の大半は、ドナーからの資金の増加による。2003年と2006年におけるHIV/エイズ対策への支出の国内総生産（GDP）比は、2003年では0.24%、2006年には2%に増加している。

NACPの2011年の報告書によると、2007/08年における予算のうち、95%がドナーからの援助で、その内、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）と米国大統領緊急エイズ救済計画（PEPFAR）が3分の2ほどを占めている。また、HIV/エイズに対するドナーからの支援は、保健セクターに対するドナー支援全体の約3分の1を占めている。

(4) HIV/エイズ対策事業の現状

HIV検査と予防サービス供給の拠点として、自発的カウンセリング・検査（VCT）センターの設置が1989年より始まり、現在2134のVCTが設置され、それに加え、移動式コミュニティベースVCTがサービスの提供を始めたために、検査と予防サービスのカバー率が向上してきている[24]。母子感染予防（PMTCT）は、リプロダクティブヘルスと子どもの健康サービスに包括され提供されている。治療サービスは、「step-by-step Care and Treatment Plan（2003-2008）」の策定や、米国国際開発庁（USAID）、世界基金からの資金協力で2003年から無料の抗レトロウイルス薬（ARV）による治療が始まった。2009年には、治療が必要な人口の半分である20万人が治療を受けているとの報告[16]があるが、全体をカバーするには更なる努力が必要な状況である。

実施体制における課題は、HIV検査およびカウンセリング、母子感染予防、治療などの個別のサービスが、縦割りに行われるケースが多いため、モニタリングやフォローアップが難しいことである。

第11回合同年次セクターレビュー（2010年）で報告された、HIV/エイズ対策に関する成果は以下のとおりである。

表 4-2 2009年、2010年における成果のまとめ

指標	成果(2010年5月時点)
HIVに感染している妊婦の中で、PMTCTにより予防薬を受け取っている妊婦 ¹	68%
コンドームの使用率（2007/8） ¹ ■ 男性 ■ 女性	49%（2002/3では47%） 46%（2002/3では42%）
HIV感染者で、抗レトロウイルス療法（ART）を開始した人の数 ¹	341,668（440,000が目標数）
母親の感染でHIV感染のリスクが高い子どものうち、ARTを受けている子ども（2009） ²	50%

出典： 1. 11th Joint Annual Health Sector Review. MOHSW (2010) [25]

2. HIV and AIDS in Tanzania, National AIDS control Program. MOHSW (2011) [24]

4.3.2 マラリア対策

(1) マラリア対策の戦略目標

HSSP III におけるマラリア対策の戦略目標は、「効果的で持続的な協調された努力により、マラリア疾病介入策への国民全員のアクセスを確保する」である。

(2) マラリア対策の実施体制

マラリア対策の実施は、国家マラリア対策プログラムがその責任を担っており、予防および治療に必要な手段を国民に入手可能な価格で提供することによって、殺虫剤処理済蚊帳（ITN）の使用を増やす、効果的で迅速な治療薬の投与、またマラリアに罹患した妊婦への間欠予防治療（IPT）の実施などを行っている。

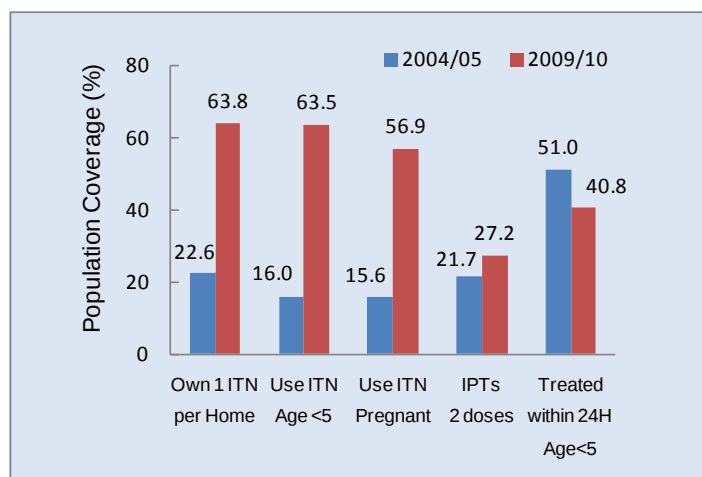
タンザニアは、こうした効果的なマラリア対策の介入方法を国家マラリア対策戦略に盛り込んでおり、また、同戦略には、殺虫剤屋内残留噴霧（IRS）や流行の予防とコントロールなども含んでいる。

(3) マラリア対策事業の現状

2004/05 年と 2009/10 年の TDHS より、「最低 1 張は ITN を保有する家庭の率」、「5 歳未満児で、調査の前日 ITN の中で就寝した率」、「妊婦で、調査の前日 ITN の中で就寝した率」、「IPT を妊娠中 2 回受けた妊婦の率」、また、「5 歳未満の子どもでマラリアに罹患して 24 時間以内に治療を受けた率」を図 4-2 に示す。この結果によると、特に、ITN の所有と使用が飛躍的に伸びている。本格的に ITN の導入が開始されたのが、2004 年ごろであるので、この増加は予測されたものであるが、特に ITN にバウチャー制度を導入したことが、所有率の向上に寄与している。

IPT の服用も若干増えているが、24 時間以内の治療は若干下がっている。地域別に ITN の保持率を見ると、一世帯における最低 1 つの ITN 保有率が低い順に、Singida (34.1%)、Morogoro (36.9%)、Kilimanjaro (48.6%)、Arusha (51.1%)、Iringa (52.5%) であった。保持率が高い州は、Unguja South (90.3%)、Pemba North (88%)、Unguja North (86.8 %)、Shinyanga (84.6%)、Mara (84.3%) である。ザンジバル全体の ITN の保持率は高く、マラリア罹患率も低い。北部の Kilimanjaro や Arusha が高地のため、蚊の密度が低く、ITN の保持率は低くとも罹患率は高くない。

タンザニアで一次保健医療サービスを担っている施設の殆ど（83%、2009 年）が、検査の施設を持たない。したがって、マラリアと診断されたケースの殆どについては、検査が伴わない症状に基づく診断である。結果、誤診によるマラリアケースもかなりの数あると考えられており、治療薬の無駄使い、耐性マラリアの出現にも寄与している。また、マラリア薬の自己流で服用することも多い。



出典： Tanzania Demographic Health Survey 2004/05, 2009/10. National Bureau of Statistics and ICF Macro (2011) [11]

図 4-2 マラリア対策介入の成果

4.4 栄養問題対策

4.4.1 栄養問題対策の戦略的目標

HSSP III には、栄養対策に関しての戦略的目標が立てられていないが、MKKUTA II には、栄養問題に子どもの成長阻害が将来的にもたらす、社会・経済的影響について言及がされている。目標として、①5歳未満児の低体重（underweight）の率（出生千対）を 81（2010 年）から 54（2015 年）まで低減する、②5歳未満児の発育阻害（stunt）の率を 35%（2010 年）から 22%（2015 年）、③6 か月未満の乳児における完全母乳育児の割合を 50%（2010）から 60%（2015）に増加する、④貧血の女子の率を 48.4%（2010）から 35%に低減し、子どもの貧血の割合を 71.8%（2010）から 55%（2015）に低減する、の 4 つをたてている。

4.4.2 栄養問題対策の実施体制

HSSPIII に、栄養問題の対策について、具体的な成果のレベルで「貧血など微量栄養素不足による障害を低減する努力をする」ことが述べられているが、具体的な栄養面の介入を誰がどうやって行うのかは明確に述べられていない。保健以外に、農業、水、教育、ジェンダー、経済、気候と言った各分野との連携、そのための調整メカニズムの構築が急務である。

MKUKUTA II においては、母乳育児や離乳食の最適化、食品へのビタミンやミネラル等の強化を制度化する、天候などによる食糧危機の影響、特に子どもへの影響を押さえるための国の対応を迅速に行う、また、天候不順の影響を押さえるための国レベル、または国際レベルの他機関との連携を結ぶといった活動があげられている。

第5章 保健システムの状況

5.1 保健人材

5.1.1 保健人材供給の概況

タンザニアの保健人材における最大の問題は、量的な問題－人材の不足－が全てのレベルにおいて深刻であり、危機的な状況であることである。そのために、保健サービスの供給量と質に多大な影響を与えている。保健福祉省による保健人材戦略計画（HRHSP 2008-2013）が策定されているが、肝心の「人材計画（Workforce planning）」については、技術、情報、資金の不足により策定が困難な状況である。

5.1.2 保健人材の現状

下表は、「タンザニアサービス提供マッピング（SAM）2005-2006」²³報告書による職種別保健人材数である。これによると、2006年時点の医師全体数 1,339 人の 3 分の 1 は、民間セクターで働いている。また、地域別の医師数をみると、ダルエスサラーム（DSM）に 693 人と半数（52%）が集中している。DSM の人口 1 万人あたりの医師数は 2.5 と、全体の平均 0.4 の 6 倍高い数字である。医師補助（AMO）は、医師と同規模の数で、その多くが（74%）公的セクターで働いている。医師と医師補助を足した数でみると、人口 10 万あたり 1 を越す県は、DSM、Arusha、Mwanza、Zanzibar の 5 県であった。逆に 0.5 以下の県は、Shinyanga、Tabora、Kagera、Mbeya であった。クリニカルオフィサー²⁴は、医師と医師補助を合わせた数の 2.5 倍ほどの配置となっている。

表 5-1 主な職種別、セクター別の人数

職種	公的セクター	民間セクター	合計	人口 1 万人あたりの数
医師	884	455	1,339	0.4
医師補助（AMO）	1,139	295	1,434	0.4
クリニカルオフィサー	5,644	1,264	6,908	1.8
看護師	4,255	586	4,841	1.3
助産師	8,542	1,448	9,990	2.6
看護師＋助産師	-	-	14,831	3.9

出典： Tanzania Service Availability Mapping 2005-2006. MOHSW Mainland and Zanzibar (2007) [26]

看護師は計 4,841 人で、うち 82% が公的セクターに所属している。助産師数は看護師数より多く 9,990 人で、85.6% が公的セクターに所属している。タンザニア全体の人口 1 万人あたりの看護師と助産師の数は、それぞれ 1.3 と 2.6 である。州別の調査では、ザンジバルがタンザニア本土より、人口 1 万人あたりの看護師（8.2）と助産師（3.8）の割合が多い。タンザニア本土では、DSM が看護師（4.0）、助産師（4.5）と割合が多い。

世界保健機関（WHO）の Indicator Code Book, World Health Statistics によると、選択的プライマリヘルスケア（PHC）の介入についての十分なカバレッジの達成には、一般的に医師、看護師、助産師の数が人口 1 万人あたり 23 程度必要されている [27]。タンザニアは、この数が、4.7（医師＋医師補助＋看護師＋助産師）と 4 分の 1 にも満たない。

²³ 保健社会福祉省が WHO の協力により、タンザニア本土とザンジバルの 13 州を対象に行った。

²⁴ 医師補助よりも短い研修期間で、簡単な外科的処置以上のことは出来ない職種。

保健福祉省の HRHSP 2008-2013 によると、全ての職種における人材の不足は、公的セクター内では 65%、民間セクター内では 86%にも上っている。

表 5-2 保健人材不足の内訳

セクター	必要総人材数(2006 年)	実際の人材数(2006)	ギャップ(2006)
公的セクター	82,277	26,063	56,214 (65%)
民間セクター	43,647	6,139	37,508 (86%)
合計	125,924	32,202	93,722 (74%)

出典： Human Resource for Health Strategic Plan 2008-2013. MOHSW (2008) [28]

人材不足は、増加率 2.9%による人口増加、HIV/エイズ、マラリア、結核などの感染症対策による保健サービスのカバレッジを上げるための需要の伸びなどを考え合わせるとますます増大することが予測される。また、プライマリヘルスサービス開発プログラム (PHSDP) (2007-2017) の計画にあるような施設の新設が行われるとすると、保健人材の需要はますます高くなり、需要と供給のギャップが拡大するものと予測される。

この人材不足の直接的な原因として、1993 年から 2005 年に行われた「経費削減政策」の施行による雇用の凍結がある。この期間に各保健人材養成学校から排出された卒業生 23,474 人のうち、16%しか公的セクターに雇用されなかった。その後、政府は、雇用の拡大に努めてはいるが、ギャップを埋めるような人数の雇用には至っていない。また、地方や生活が困難な地域ほど、この問題が深刻である。

5.1.3 保健人材の供給体制

保健人材供給能力の低さも、大きな問題となっている。このため、人材の需要の伸びに供給の量・質が伴っていないために、その差がますます広がっている状況である。

タンザニアには、公民合わせて 7 つの医療大学と 116 の医療人材養成機関がある。医療人材養成機関のうち 72 が公的機関である。内訳は以下のとおり。

表 5-3 保健人材教育機関の種類表

養成/教育機関の種類	公的セクター	民間セクター	
		営利組織	信仰に基づく団体・市民社会組織
大学	1	3	3
看護以外の医療保健関連養成機関	45	7	7
看護師養成機関	27	2	28

出典： Proposal for a Tanzania Health Workforce Initiative, Draft 3. CIDA (2009) [29]

これらの教育機関は、それぞれに施設や機材の整備が不十分であるのに加え、公的セクターの 74%、民間セクターの 62%の教育機関で講師が不足しているなど [29]の状況により、期待される数の学生を受け入れることができない。また、殆どの講師は、教師になるための教育を受けていない実務者がいきなり講師として教えているような状況で、教育の質にも課題が残る。

保健福祉省は、2008 年のレベルで年間 3,874 人の卒業生しか出していないにも関わらず、新しい教育機関の建設や、民間セクターとの連携によって、年間 17,955 人の生徒を排出する計画であり、人材育成が保健福祉省の最優先事項であることが表明されている。

5.1.4 保健人材戦略計画

タンザニアの保健人材の危機的な不足を解消することを目的に、HRHSP 2008-2013 が策定されている。しかしながら、需給と供給予測とそれに基づく人材開発計画策定の重要性は認識されているが、データベースの未整備、技術的および資金的理由により実現されていないと指摘されている [28]。

PHSDP 2007-2017 には、全ての村、区、県に医療施設の設置を計画しているが、実際にどのような方法で施設を整備していくのかという保健医療施設整備計画は策定されていない。保健人材計画は、こうした国レベルの保健医療施設がどのようなスピードで拡大していくのか、また、民間セクターの医療保健施設がどのようなスピードで増えるのかということで大きく内容が変わってくるため、保健人材計画と施設整備計画は平行して包括的に策定される必要がある。

5.1.5 雇用と定着

雇用制度の不備もまた、人材の配置や定着を阻害する要因となっている。卒業して職に就くまでに平均 9 か月、最初の給料を受けとるまでにさらに 3 か月程度かかり、卒業しても無収入の状態で 1 年間程過ぎなくてはならない状況であるため、他の仕事に就く若者が少なくない [29]。また、地方や、生活が困難な地域に赴任する報酬や、仕事効率の高い仕事環境、キャリア開発への支援体制などが用意されていないため、そうした困難な地域での定着率は極めて低い。

また、医師や看護師などの海外流出の問題も人材不足の原因の一つであるが、海外流出の詳細な情報はなく、また海外流出に歯止めをかけるための施策もない。

保健人材開発や管理の責任が、下表に示すように複数の行政機関に跨っていることもこうした雇用システムの不備の背景にあると考えられる。また、保健福祉省の内部においても、保健人材開発に関わる部署が、政策と計画部、人材開発部、管理部門や人材部に分かれているために、調整が複雑になっているうえ、国、州、県レベルにおける調整も同様に複雑である。

表 5-4 保健人材に関連する政府機関

行政機関	担当事項
保健福祉省	開発政策やガイドラインの策定、また、医療サービスの標準化など技術面の監督
大統領府公務員サービスマネジメント室 (PO-PSM)	医療保健人材の雇用手続き
財務省	給与、手当など
首相府地方自治庁 (PMO-RALG)	地方自治体の管理監督
教育および職業訓練省 (MOEVT)	地方における人材の雇用計画高等教育の機関での大学院レベルの教育

出典： Joint External Evaluation, The Health Sector in Tanzania, 1999-2006. Ministry of Foreign Affairs of Denmark (2006) [31]

5.1.6 保健人材の質の問題

保健人材の質は、量の問題に劣らないほど重要な問題となっている。しかしながら、質の問題は、その現状を捉えることが容易ではない。2001 年に Iringa 州で行われた小規模調査では、住民の受診行動は、保健医療施設までの距離やアクセスにかかる費用より、提供されるサービスの質を「技術面」から判断し決定されていることが明らかにされているため [30]、住民の受療行動を捉えることで、質の問題も捉えることの可能性はあると思われる。

保健人材の質の問題は、前述（5.1.3 保健人材の供給予測）の卒前教育の問題に加え、卒後の研修および継続的な専門性の開発への支援が体系的に整備されていないという問題に起因していると考えられる。技術的な質の向上の解決策として、保健福祉省は、8つのゾーン研修センター（ZHRC）を作って、保健人材の技術的なアップデートに努めているが、こうしたセンターでも人的資源や財源の不足から需要にこたえる活動は十分には出来ていない。

5.2 保健情報供給機能

タンザニアの保健の情報源には、施設からの報告ベースの「保健管理情報システム（HMIS）」と人口・疾病サーベイランス、および必要に応じて実施される世帯調査や各種リサーチがある。保健福祉省は、前者の責任を負っており、世帯調査やリサーチは、国家統計局等他の省庁が実施することが多い。

5.2.1 保健管理情報システム（HMIS）

タンザニアの HMIS は、政策および計画局の中の「医療情報リサーチセクション」が担当しており、様々な問題を抱えている。1999-2006 年のヘルスセクター合同外部評価に記載されている HMIS に関する課題と達成は以下のとおりである。

特定された課題（1999-2006）

- 保健医療施設から上がってくるデータが必ずしも完全で信憑性が高いとは限らない。
- データの提出がしばしば遅れる。そのため、保健福祉省の HMIS チームは、1996-2006 年の間に保健統計サマリーを 2 回しか出すことが出来なかった [31]。しかしながら、内容については、2 回目のサマリーにおいて分析や解析が加えられるなど質の向上も見られた。
- 保健医療施設から上がってくるデータについて、県から施設に対するフィードバックが無い。
- 保健福祉省が実施している様々な感染症対策プログラムなどの情報はプログラムごとに収集されているが、HMIS にリンクしておらず、HMIS 担当部署と各プログラム担当部署が並行してデータ収集を行っている。
- 出生や死亡の登録と報告のカバレッジが低い。

特定された達成（1999-2006）

- 末端での情報収集と利用の重要性の理解が向上し、情報収集や分析について少しずつ改善はしている。
- 保健医療情報は、公的医療保健施設のみならず、宗教系組織（FBO）、民間セクター、非政府組織（NGO）、準政府の保健医療施設などの全ての機関から情報が集められており、国の現状分析や計画作りに活用されている。

5.2.2 保健医療情報の利用

HMIS で集められた情報の利用については、医療情報の技術者の能力の問題があり、情報の分析と解析が部分的にしか行われなため、データの利用が限られている。特に県保健行政チーム（CHMT）などにおいて保健計画策定に必要なデータが提供されず、ニーズに則した計画の策定が必ずしも出来ない結果となっている。1999-2006 年の合同外部評価によれば、16 の県のうち、HMIS が計画策定に役立っていると答えたのは 5 県に過ぎなかった [31]。中央レベルでは分析や解説の出来る疫学の専門家、情報工学の

専門家などが定着せず、民間セクターに流出しており、県レベルでは経験、知識を備えた人材がいないために独自のデータ活用もできていない状況となっている。

施設レベルにおいても、データを使つての分析、計画への利用が推進されなければ、情報収集の意味や重要性も理解されないため、データの質も向上しない。最小限のデータで最大限の効果を実感するために、関係者の基本的なデータ処理、統計、IT などに関連した能力向上およびそうした情報を使って計画を策定する手法の習得が必要である。

保健情報システムとプログラムベースの情報システムの統合に関しては、どのような形で統合するべきかについて検討がされることが、末端の保健医療従事者の医療情報収集にかかる活動量の低減と、情報システムの効率化につながる第一歩である。

5.3 施設・機材・医薬品供給機能

5.3.1 保健医療施設

タンザニアの保健医療施設ネットワークは、2006 年の合同外部評価によると、公的機関と民間機関を合わせて、1997 年に 4,844 であったのが、2006 年には 5,795 に増加している [31]。保健セクター戦略計画（HSSP III 2007-2014）の現状分析によれば、6,000 を超す保健医療施設がタンザニアの国内にあり、そのほとんどが、地方自治体が民間セクターによって運営されている。SAM 2005-2006 によると、施設のオーナーシップについて、以下のような結果が示されている。

表 5-5 13 州におけるオーナーシップ別保健医療機関の割合

13 州の 人口	施設の数					人口1万人あ たりの施設数	民間機関 の割合(%)
	公的機関	NGO	民間機関	その他	合計		
38,112,914	3,856 (66.5%)	941 (16.2%)	810 (14%)	188 (3.2%)	5,795	1.52	14

出典： Mainland and MOFSW Zanzibar. Tanzania Service Availability Mapping 2005-2006, MOHSW Mainland and Zanzibar (2007) [26]

同調査によると、民間保健医療機関の割合は、DSM 州と Ungja Town 州（Zanzibar）においては遥かに平均より高く、それぞれ 48%と 56%であった。11 の州では、同割合が 10%を下回っている。また、施設の種別でみると、ディスペンサリーまたは一次保健サービス施設が一番多く 85%を占めている。

一次保健サービスを提供しているヘルスセンターやディスペンサリーに老朽化している施設が多く、2004 年の年次保健セクターレビューでは、地方に存在する全体の 50%の保健医療施設において老朽化が進み、崩れそうな状況まで来ているとの報告がある。こうした状況を改善しようと、様々なイニシアティブが地方自治体単位で始められている。

HSSP III では、新規の施設建設の際には整備が遅れている地域を優先させる、維持管理を地方自治体の計画に組み込む、民間セクターからの貢献を促す方策を取り入れる、などの方針が掲げられている。

5.3.2 保健医療施設の質

老朽化に加え、水や電気の供給、通信機器が未整備な施設が未だ多いことが挙げられる。2006 年の合同外部評価によると、50%の施設に電気の供給が無かった。SAM 2005-2006 によると、52%の県において保

健医療施設の半分に安全な水供給の設備が無かった。この状況で、コールドチェーンの維持、保健医療施設の衛生面の保持は難しく、保健サービスの質の低下につながっている。一方、病院は予算が計上されているため、機材や施設の維持管理がなされ易く、特に、HIV/エイズ対策予算がついている臨床検査やX-線機械などは、例外的に良く維持管理がされている。

5.3.3 保健医療機材

SAM 2005-2006 によると、Zanzibar、Dar es Salaam、MwanzaおよびKibaha県において、7つの基本的な機材²⁵の全県平均 84%の機材が整備されていたが、79.5%から 84%まで地域間で格差がみられた。Kwimba 県、Magu県、MJini県（Zanzibar）などでは、機材の整備率が低かった。病院レベルの医療機器²⁶整備については、13 県の 42 の病院のうち、ほとんどの病院で、これらの機器が存在してサービスの供給が可能であった。

5.3.4 医薬品供給システム

医薬品供給システムにおいては、未だ末端の保健医療施設まで十分な量の医薬品や医療物品が確保出来ない問題を抱えている。問題の所在について大きくは、①医薬品供給の国レベルで担当している医薬品調達機関（MSD）の能力不足、および②施設レベルの医薬品管理能力の不足である。

(1) 医薬品調達機関（MSD）

MSD は、必須医薬品、医療用品、機器などの購入と県レベルへの配送の責任を負っている自治的政府機関で、保健福祉省、財務省、大統領府地方自治省、クリスチャン社会サービスコミッション（CSSC）、3 次病院、州医務官、司法長官などが理事会のメンバーとなっている。MSD には、8 つのゾーナルストアーがあり、本部と中央薬品庫はダルエスサラームに位置している。

医薬品は、以下の 3 つの方法で各県に配布されているが、MSD は 2010 年までに全て包括的ロジスティックシステムにしたいとしている。

表 5-6 医薬品配布システム

	医薬品配布のシステム	県の数
プッシュシステム	標準化された薬が入ったキットを毎月各保健医療施設に送る	5
インデントシステム	保健医療施設がニーズに応じて医薬品をオーダーする。ただし、感染症対策などにおいて、縦割りで配布される医薬品については除いてオーダーする。	10
包括的ロジスティックシステム	保健医療施設がニーズに応じて医薬品をオーダーする。縦割りで配布される医薬品も含む。	7

出典： Joint External Evaluation, The Health Sector in Tanzania, 1999-2006. Ministry of Foreign Affairs of Denmark [31]より作成

(2) 医薬品の装備状況

SAM 2005-2006 によると、各県ともおよそその 8 割の保健医療施設で毎月の医薬品は適切な量を保持している。合同外部評価調査（1999-2006）によると、病院の方がヘルスセンターやディスペンサリーより、医薬品のストックが無くなる割合が多いとの報告がある。理由として、病院の方がより特殊な医薬品を必要としているが、MSD には、そういった特殊な医薬品の大きな量のストックがなく、そうした医薬品の購入プロセスは時間がかかることが挙げられている。

²⁵ 血圧計、聴診器、温度計、体重計（5歳未満児用）、体重計（大人用）、ラテックスグローブ、および冷蔵庫

²⁶ 酸素供給機器、X線機器、オートクレーブ、点滴用機材、麻酔用機材、サイトフローメータ、ヘモサイトメーター、救急車、焼却炉

プッシュシステムで配布される医薬品パッケージは、内容および量が統一されており、地域によって異なる疾病パターンや流行に対応できないという問題があった。合同外部評価調査（1999-2006）によると、インデントシステムに移行しても、MSD において必須医薬品が長期にわたり在庫切れである等の理由で状況は改善していない。

(3) 医薬品供給の問題点

医薬品供給の問題点について、合同外部評価調査（1999-2006）報告書には、次のような問題点が挙げられている。

- 1) 特に病院での医薬品購入の予算が不十分である
- 2) 保健医療施設の職員が医薬品の注文の仕方を良く理解しておらず、量を間違えて注文している
- 3) MSD での購入と配布が遅延する
- 4) バッファーストックの欠如
- 5) 各施設の医薬品倉庫での医薬品管理が不備のために起こる、医薬品の消費期限切れ、誤使用などの様々な問題

5.4 保健財政

5.4.1 保健財政の概況

保健医療費の推移を 2002/03 年と 2005/06 年を比較すると、保健医療費の総額は、3 年間で 2 倍以上増加しているが、対 GDP 比は、50%程度の増加でしかない。世界銀行の統計によると、2010 年には保健支出の対 GDP 比は 6%、国民一人あたりの保健支出は 30.9 米ドル、国家全体支出における公的保健支出の割合は 13.8%となっている [32]。

表 5-7 保健財政の状況(2002/03、2005/06)

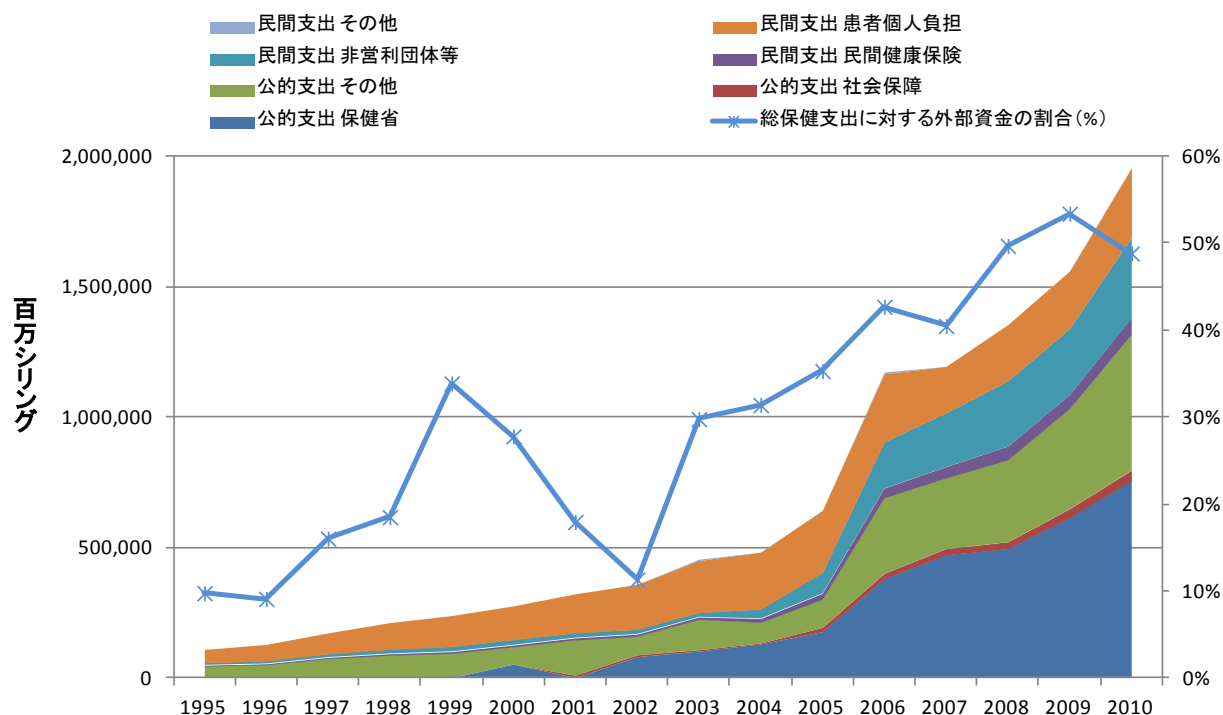
	2002/03	2005/06
保健医療費総額 (100 万タンザニアシリング)	493,056	1,133,765
保健医療費総額の国内総生産 (GDP) 比	5.0%	7.6%
一人あたりの保健医療費 (政府負担の一人あたりの保健医療費)	13.89 米ドル (3.41 米ドル)	24.5 米ドル (6.89 米ドル)
国家支出全体における保健支出の割合	6.1%	7.1%

出典： Tanzania National Health Accounts (NHA) Year 2002/3 and 2005/6. WHO (2006) [23]

国民一人あたりの保健支出はWHOの提言²⁷を満たしつつあると言える。また、Abuja宣言から 10 年後の 2011 年のWHOの報告では、タンザニアだけが、国家支出全体における公的保健支出の割合を 15%以上とする同宣言の目標を達成できたとしている [33]。

図 5-1 に保健支出の財源と総保健支出における外部資金の割合の推移を示す。患者個人負担の割合は 2005 年以降大きく改善しているが、外部資金の割合が高くなっている。

²⁷ Commission for Macroeconomics and Health により 2001 年に行われた、「ミニマムヘルスパッケージの供給のためには 30 米ドルから 40 米ドルが必要」という提言。



年	1995		2000		2005		2010	
公的支出	46,314	(42.8%)	119,389	(43.4%)	301,228	(47.0%)	1,314,959	(67.3%)
保健省	-		51,480		175,873		755,124	
社会保障	0	(0%)	0	(0%)	16,534	(2.6%)	39,782	(2.0%)
その他	46,314		67,909		108,821		520,053	
民間支出	61,858	(57.2%)	155,834	(56.6%)	340,317	(53.0%)	638,326	(32.7%)
民間健康保険	2,766		6,968		23,037		64,758	
非営利団体等	7,456		18,784		78,034		307,639	
患者個人負担	51,636	(47.7%)	130,081	(47.3%)	239,246	(37.3%)	265,929	(13.6%)
総保健支出	108,171		275,223		641,545		1,953,285	
外部資金*	10,583	(9.8%)	76,542	(27.8%)	226,546	(35.3%)	953,825	(48.8%)

注： 付表の括弧内は総保健支出に対する割合（主要なもののみ算出）
外部資金は OECD/DAC のデータに基づいており、総保健支出に含まれる。

出典： Global Health Expenditure Database, WHO [34] より調査団作成

図 5-1 保健支出財源の推移

5.4.2 保健医療費総支出の内訳

(1) 財源別

表 5-8 にタンザニア政府による保健医療費における財源の割合の、2002/03 年と 2005/06 年との比較を示す。

表 5-8 保健医療費の財源別割合(%)

財源	2002/03	2005/06
公的	25.4	28.1
世帯	42.0	24.8
ドナー	27.4	44.1
他の民間基金	5.1	3

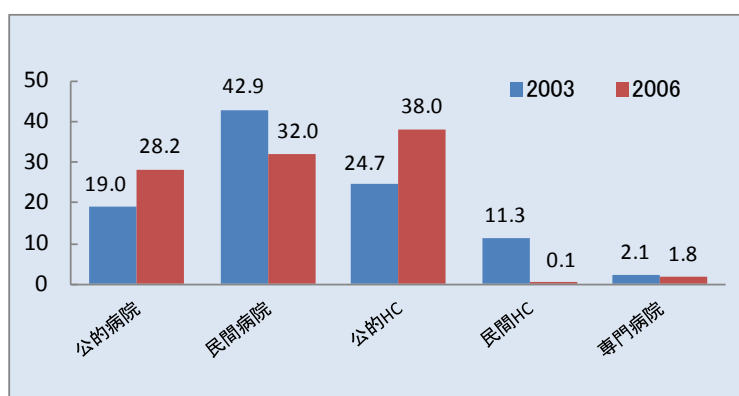
出典： Tanzania National Health Accounts (NHA) Year 2002/03 and 2005/06. WHO (2006) [23]

公的財源が3%ほど増加しているのに対し、世帯を含む民間を財源としているものが20%減少し、その分ドナーからの資金が増加して、全体の44%を占めている。これは、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）や米国大統領緊急エイズ救済計画（PEPFAR）などからHIV/エイズ対策に資金が増額された結果である。

2005/06年時点で、南部アフリカ開発共同体（SADC）のメンバー14か国の中で、一人あたりの保健医療費の額が、10位という低い値となっている。

(2) サービス供給者タイプ別

図5-2にサービス供給者別の支出の分配を示す。2003年には民間病院での支出が一番多かったが、2006年には2番目に減少し、その代わりに公的ヘルスセンターでの支出が増えている。ただし、病院対ヘルスセンターで比べると、病院60%、ヘルスセンター38%と、病院での支出がヘルスセンターの支出よりかなり高い。



出典： Tanzania National Health Accounts (NHA) Year 2002/3 and 2005/6. WHO (2006) [23]

図 5-2 総保健医療費のサービス供給者タイプ別の分配

(3) 機能別

表5-9は、保健サービスにおける機能別の保健医療費支出をまとめたものである。2005/6年には、3年前に比べ治療サービスに使われた支出が減少し、予防・公衆衛生サービスがかなり増加していることがわかる。治療サービスの減少には、エイズ患者の入院治療から在宅治療へのシフトの影響、疾患数そのものの減少、予防サービス、公衆衛生サービスの効果で重篤な疾患のケースの減少など様々な要因が考えられるが、詳しい理由は不明である。

表 5-9 機能別の保健医療費支出割合(%)

機能別の保健医療支出(%)	2003/4	2005/6
入院治療サービス	26.3	18.7
外来治療サービス	17.0	16.9
医療と診断の臨床検査	0.3	0.8
外来での医薬品配布	18.0	10.4
予防・公衆衛生サービス	16.5	30.5
管理および保険	11.7	4.3
施設・機材	2.4	5.7
使途不明	7.8	12.8

出典： Tanzania National Health Accounts (NHA) Year 2002/3 and 2005/6. WHO (2006) [23]

(4) 予算を執行している場所別

表 5-10 は、予算を執行している部門別の総医療支出に占める支出の割合を示している。これによると、一番大きな支出の割合を占めるのが保健福祉省であり、次に一般の世帯である。地方自治体の予算執行の割合が増加しているのは、地方自治体へ分権化が進み、中央から地方政府への予算配分自身が増えたことおよび、ヘルスバスケットからの予算の割合も増えたためである。民間保険やコミュニティのヘルスファン ドなどは額が小さく、保健セクター全体の効率性には影響を与えるに至っていない。

表 5-10 予算を執行している場所別の支出の総医療費における割合(%)

Financing Agent (%)	2003	2006
保健福祉省	34.0	33.4
TACAIDS	-	3.6
他の省庁	1.5	9.0
地方自治体	8.7	11.4
民間健康保険スキーム	1.1	2.0
コミュニティヘルスファンド	1.8	1.6
一般世帯	40.6	26.0
NGO	3.1	3.0
公社	2.5	2.0
民間の会社・企業	1.0	1.0
その他	5.8	1.5

出典： Tanzania National Health Accounts (NHA) Year 2002/3 and 2005/6. WHO (2006) [23]

5.5 管理・監督機能

中央レベルの保健福祉省の役割は、保健セクター改革以前に行われていた中央集権的な体制で実施する末端までの事業やサービス供給の責任者から、国全体の指針となる政策や計画の策定、それを地方で実行させるための各種指針やガイドラインの作成と普及および技術的サポートの責任者に転換している。また、モニタリング・評価機能、各サービスの標準化や認証・認定の機能、サービスの質管理制度策定などの機能も強化されつつある。

末端での事業やサービスの実施の責任は、地方自治体に移譲され、実施部隊としては県保健行政チーム（CHMT）と病院管理チーム（HMT）で、包括的県保健計画（CCHP）を策定し、事業実施やサービスの供給、およびモニタリングにあたっている。地方レベルの総括的な責任は首相府地方自治庁（PMO-RALG）にある。

5.5.1 政策、ガイドライン、および技術的サポート

合同外部評価調査（1999-2006）報告書によると、この評価期間中に保健福祉省から数多くの政策文書、戦略計画、および各種ガイドラインが出されている。そして報告書の中で、これらの政策開発や事業の促進のための文書の質は、概ね高いと評価されている。ガイドラインについては、「HIV/エイズ、コレラ、マラリアや他の感染症のための治療ガイドライン」を始め、「サポーターティブ・スーパービジョンのためのガイドライン」や「CCHP ガイドライン」など多岐にわたったガイドラインを 10 数種類策定しているが、あまりに大量のガイドラインが短期間に策定されたため、それを地方自治体に周知徹底させることが難しい状況である。

政策として未だ欠けているのが、地方や生活が困難な地域への人材の配置として重要な「能力に基づくインセンティブ・パッケージ」の策定である。この政策は、長期間の検討にも拘らず未だ完成していない。

5.5.2 認証・認定

民間保健医療施設への監督、施設の検査・視察についての法制化が遅れているため、民間保健セクターのサービスの質に対する管理や、医療情報などの収集のための拘束力が無い状況である。

5.5.3 研究開発

ヘルス・リサーチは、政策策定時、エビデンスを与える意味で非常に重要である。タンザニア国内のリサーチは、国内にある多数の研究機関によって機能している。保健セクターのリサーチの内容は、臨床分野のみならず、保健システムの課題についての研究も数多く行っている。研究機関には、国立医療研究所（The National Institute of Medical Research）、ヘルス・リサーチと開発のためのイファカラ・センター（Ifakara Centre for health Research and Development）、貧困緩和研究グループ（The Research on Poverty Alleviation group）、中央統計庁（Central Bureau of Statistics）などがある。

これらの機関で実施された研究結果は保健福祉省によって利用されているが、2006 年の外部合同評価報告書によれば、研究報告書や結果の目録をシステム化し整備することで、もっと政策決定や計画を行う際のエビデンスとしての利用が進むであろうと指摘されている。また、開発パートナーからも、研究成果の利用が進んでいないことが指摘されている。

5.5.4 保健福祉省と首相府地方自治庁との関係

保健福祉省は中央レベルの管理監督の機能として、また PMO-RALG は地方の管理監督の機能として両者が車の両輪のように連携しながらタンザニアの保健セクターを方向付けて動かしていくことが最も重要であるが、両者の組織としての違いが大きく、なかなか溝が埋まらない状況であった。2008-2011 年に実施された JICA の技術協力プロジェクト「州保健行政システム強化プロジェクト」において、保健福祉省、地方自治庁やゾーンリソースセンターなどの異なる組織からなる「中央から州に対するサポーティブ・スーパービジョン(CMSS)」のためのスーパーバイザーの採用など、関係機関の連携強化に貢献する活動が行われ、限定的ではあるが、一定の効果があった [35]。その他にも、一年に一度、保健福祉省と地方自治庁による CCHPs の合同評価なども行われており、関係強化につながっている。

5.5.5 州保健行政チーム（RHMT）と州医務官（RMO）の問題

RHMT と、その責任者である RMO は、保健セクター改革の中で、その実際の機能と役割が重要視されていなかったが、JICA がドラフト段階より支援を行い、2008 年 8 月に保健福祉省および地方自治省により正式に承認された、州保健システム主要組織と構成人員の職務を定義した文書「Functions of Regional Health Management System」が、2008-2011 年に実施された JICA の技術協力プロジェクト「州保健行政システム強化プロジェクト」により州保健局に加えて、州政府や県保健局等の関係組織に当文書が配布され説明されたことより、RHMT や RMO、その他州レベルにある主要組織の機能と役割への理解が深まった。また、改革の中で、過去には州保健局に対する予算がついておらず活動も制限されていたが、2008/09 年度から保健バスケットファンドの拠出を受けるようになり、県レベルのスーパービジョンなどの活動を実施出来るようになった。

2008-2011 年に実施された JICA の技術協力プロジェクト「州保健行政システム強化プロジェクト」、および 2011-2014 年を実施期間として実施されている「州保健行政システム強化プロジェクト・フェーズ 2」は、こうした州レベルの保健行政能力向上に貢献する協力であり、引いては県レベルの保健行政能力向上、および州政府と州保健局の関係強化にも裨益する協力として評価されている。

5.5.6 県レベルでの保健サービスの問題

県レベルでの保健サービス実施の責任を負う機関は、CHMT、基礎保健施設委員会 (Primary Health Facility Committees)、病院管理委員会 (Hospital Management Committees) などで、CHMT は特に県保健計画の下、保健サービスの提供を担うとともに、一次レベルの保健医療施設の管理・監督を担っている。1994 年に始まった「地方政府改革プログラム」により、地方自治体への分権化が進み、保健セクターにおいても県レベルでの計画立案、予算化、管理監督などの機能が強化された。県レベル保健サービスの財源は政府予算に加え、ヘルスバスケットファンド、国民健康保険基金、コミュニティヘルス基金などに拡大し、金額も増えてきている。しかしながら、末端の保健医療施設には銀行口座が無く、これらの財源を使う可能性が妨げられている。

県レベルは、国の政策として最も力を入れているレベルであり、CHMT の計画策定能力の不足やサービス機関への管理監督能力の不足等を改善する努力が続けられている。その一つに、毎年、保健福祉省と地方自治庁の合同による CCHP の評価がある。2011/12 年の CCHP 合同評価報告書によると、132 の CCHP のうち、財政支援を受ける条件を満たしていると評価された計画書が 126 (95.4%) であり、満たしていないとの評価を受けた計画書は 6 つのみであった [36]。こうした CCHP の質の向上のために「CCHP ガイドライン」や、国家政策やそのターゲットとのリンクを確保した計画ソフト「Plan Rep3」の活用などを奨励している。ただし県レベルにおいては、サービス供給側における人材の不足や施設の不足により平等なサービスが提供出来ない問題、サービスの質の問題、サービス供給者の低い生産性 (Productivity) なども向上されなければならない問題である。ただし改善された点として、合同外部評価調査によれば、末端のレベルでの保健セクターと他のセクター (水と衛生、教育、栄養など) との協調の機会が増えた [31] と報告されている。

5.6 保健システムの問題点

タンザニアの保健システムにおいて、一番大きな問題は、PHC サービスの量と質の不足の問題である。量の問題を考える時、養成する人材の量を増やすのと同時に、「保健従事者の一人一人の生産性が上がっているか」、「各職種の人材の配置が適切であるか」、「コミュニティのヘルスワーカー等の補完的医療人材との協調は出来ているか」などの効率性からの評価も重要である。

保健人材の数的不足は確かに大きな問題であるが、都市部への偏在、海外への流出、遠隔地へのインセンティブ・パッケージの欠如など、政策的に解決されなければならない問題も数多く残されている。また、保健人材計画を立てるための、需要予測や供給予測をするための基礎的データの整備が急務である。保健医療施設において、ヘルスセンターの数が不足しており、サービスのユニバーサルカバレッジを妨げている。施設の老朽化の問題に加え、安全な水や電気の確保といった設備部分に大きな問題が残されており、医療サービスの質の向上を妨げる要因の一つである。保健情報は、各感染症対策が構築している縦割りの情報とルーチンの HMIS をどう統合出来るのかという問題はあるが、まず、ルーチンの医療

情報システムを、より有効で効果的なシステムにする必要がある。そのために、各レベルにおける最低限必要な情報の確定、それらの情報収集の徹底、また、各レベルでそれらの情報を使った計画作り、モニタリングや評価に結び付けて行くことで情報の使用を向上し、情報システムを育成することが重要である。保健財政においては、開発パートナーからの援助の占める割合が全体の 40%と高いことによる代替性の問題や、予測可能性（Predictability）の問題も懸念される。管理監督機能について、中央の保健福祉省は、その役割をシフトしてきており、首相府地方自治庁との連携が期待されるところであるが、組織的文化の違いがなかなか埋まらない状況であった。また、保健福祉省は、地方分権の中で自分たちの役割をうまくシフトさせてきているが、州レベルの力が弱体化していた。そうした問題の解決に貢献すべく 2008-2011 年に実施された JICA の技術協力プロジェクト「州保健行政システム強化プロジェクト」などにより、州保健局の能力向上や関係機関間の協調の問題は徐々に解決の方向に向かっている。県レベルにおいては、CHMT が徐々に能力を上げては来ているが、未だ解決されてない問題も山積しており、地方分権化で得られた予算に見合った結果に結びついていない地域も未だ多い状況である。

第6章 ドナーの協力状況

6.1 援助協調の枠組みと協力へ向けての姿勢

タンザニアは、アフリカでも最も援助の調和化が進んでいる国の一つであり、援助協調の枠組みも 2002 年のタンザニア支援戦略（TAS）、2006 年には 19 のドナー国と署名を交わしたタンザニア共同支援戦略（JAST）など基盤作りに取り組んできた。同戦略では、一般財政支援を中心とする援助モダリティ、技術協力のアンタイド化、ドナー間役割分担の明確化、援助資金の予測可能性向上等、タンザニアの援助関係者間の援助協調体制の強化に向け、具体的な指針が示されている。JAST は法的拘束力を有する文書ではないが、こうした動きの底流となっているオーナーシップの醸成、パートナーシップの強化に関する考え方はタンザニア支援に関わるドナーの共通認識になっており、十分に配慮をしつつ案件検討を進める必要がある。

6.2 ドナー協力実績

6.2.1 援助実績

タンザニアの政府支出に占める海外援助額（無償および有償の合計額）の割合について、2005 年までの政府支出は援助額の増加に歩調を合わせる形で上昇してきたが [37]、世界銀行の Public Expenditure Review 2010 によると、2005 年以降は、政府支出は緩やかに伸び、海外援助額は横ばいの様相である [38]。しかしながら、2010 年の海外援助額が全体の政府支出に占める割合は未だ 34%程度もあり、国内総生産（GDP）全体の 1 割程度を占めていることより、援助依存性が高いことが窺える。

6.2.2 タンザニアにおける一般財政支援（GBS）の実態

下表に示すように、GBSは、海外からのオンバジェットの支援の一つである²⁸。

表 6-1 ファンディングの仕組み

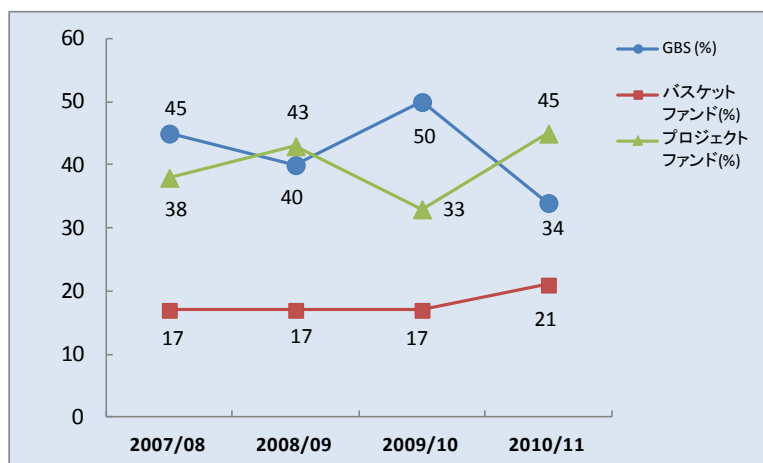
Source	On-budget	Off-budget
国内	中央政府のファンド 国家健康保険へ移すファンド	ヘルスサービスファンド（User fees） コミュニティヘルスファンド カウンセルの持つ予算
海外	一般財政支援 ヘルスセクターバスケットファンド 中央で予算化されたプロジェクト・プログラム予算	海外から予算化されたプロジェクト・プログラム

出典： Health Spending in Tanzania, EU Health ODA and AID Effectiveness. German Foundation for World Population (DSW) (2010) [39]

タンザニアでは、2001 年から GBS が始まり、14 ヶ国が支援をしている。図 6-1 に示すように、2010/11 年の GBS 型支援の援助全体に占める割合が、前年より下がり全体の 34%であった。日本も、2001 年よ

²⁸ GBS の導入の背景の一つは、特に対アフリカ支援において 1990 年代に頻繁に見られ、1995 年にヘレイナー[40]によって報告されたような規模の小さい、オフバジェットのプロジェクト型援助の乱立による弊害の問題があった。GBS は、援助国が被援助国に対し事前にコンディショナリティを提示し、資金援助を実施する調整融資と違い、被援助国の行財政改革や貧困削減状況の成果や進展状況を確認することによって資金援助を決定するという被援助国のオーナーシップを尊重する援助形態である。

りタンザニアにおいて GBS 支援を開始し、2001-2004 年における日本の対タンザニア援助額の約 2.9% が GBS である [37]。2010/11 には、プロジェクトファンド型の支援が多くなっている。

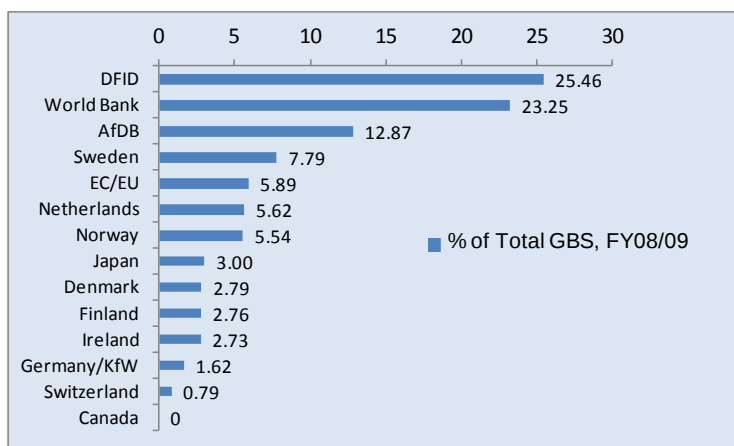


出典： Development Partner Group Tanzania (web-site) [40]より

*) Based on data entered in the Tanzania Aid Management Platform by Government and development partners

図 6-1 海外援助におけるモダリティ別援助額の割合 (%) (2002-2008)

図 6-2 は、2008-09 年における各国の GBS の額を示しており、日本は、GBS 全体の 3%、多い方の国から 8 番目となっている。突出して高い割合を示しているのが、英国国際開発省 (DFID) (25.46%)、世界銀行 (23.25%)、アフリカ開発銀行 (AfDB) (12.87%)となっている。



出典： Aid Effectiveness and General Budget Support in Tanzania. Darlene et al. (2009) [41]

図 6-2 GBS における援助国別実績 (2008/09)

GBS の効果について、国が各セクターの現状を主体的に評価し、財務省と政策対話を開始するという国家の行政機能として基本的な面での成果が見られ始めている。また、財政支援が契機となり、公会計や調達等の公共財政管理 (PFM) 制度の改革にも一定の進展がみられている [8]。

タンザニアはパリ指標 (2008 年) の結果においても、アフリカ諸国の中でも、援助協調がかなり進んでいるという印象をうける。その一方で、人間開発指標や貧困率は必ずしも一致して改善されてきたわけではない。これは、貧困削減にも寄与することが目的とされてきた GBS だが、改めて貧困削減の難しさを浮き彫りにしていると思われる。

その一つの理由として、GBS やバスケットファンドの資金は地方にも分配されるようになってはいるものの、総じて、県レベルで適切な開発計画を策定・遂行する人材は大幅に不足しており、予算措置が適時に執行されないなど資金が効率的に使われていない問題を県レベルで抱えている。また、案件の適切な優先順位付がなされていないと言う問題も存在する [8]。これら、地方行政能力の向上は、援助の効率を高めて行くうえで重要な課題となっている。

6.2.3 保健セクターの開発パートナーの動向

保健セクターには数多く開発パートナーが支援しており、保健セクターワイドアプローチ（SWAps）に参加している開発パートナーは、約 20 団体（世界銀行、スイスSDC、デンマーク、アイルランド、オランダ、ノルウェー、カナダ、ドイツ、日本、アメリカ、UNAIDS、UNEP、UNICEF、WHO等）であり、また、2008 年時点で、保健のコモン・バスケットに援助しているのは、カナダ、デンマーク、ドイツ、アイルランド、オランダ、スイス、世界銀行、UNFPA、ノルウェー、UNICEF、他の国連機関共同支援の 11 の開発パートナーである²⁹。保健セクターにおいては、バスケットファンドへの資金投入により、改革が急速に進められており、5 歳未満児死亡や、乳児死亡に改善がみられている。

(1) 各国の動向

前述のように、保健セクターにおける開発パートナーグループからの援助資金は、GBS、ヘルスバスケットファンド、およびプロジェクトの形で供給される。主要開発パートナーの援助動向（保健セクターのみ）について、下表にまとめる [40]。

表 6-2 主要開発パートナーの動向

国名	保健分野	HIV/AIDS 分野	栄養分野	水と衛生	モダリティ
ベルギー		○		○	プロジェクト
カナダ	○	○			GBS/ SBS
デンマーク	○	○			GBS/SBS
ドイツ	○			○	GBS/ SBS
アイルランド	○		○		SBS/CSO 支援
日本	○	○			GBS/プロジェクト
韓国	○				プロジェクト
オランダ	○	○			SBS/プロジェクト
ノルウェー	○				プロジェクト
スイス	○	○			SBS
UK	○	○			プロジェクト
USAID	○	○		○	プロジェクト
WB	生活の質の向上と社会厚生分野				GBS/SBS/lending
FAO		○			プロジェクト/TA
ILO		○			プロジェクト/TA
UNAIDS		○			プロジェクト/TA
UNDP		○			プロジェクト/TA
UNFPA		○			プロジェクト/TA
UNICEF	○	○	○		プロジェクト/TA
UN Woman		○			プロジェクト/TA
WFP	○	○	○		プロジェクト/TA
WHO	○	○	○		プロジェクト/TA

出典： Development Partners Group Tanzania [40]

²⁹ DGP Health JAST Action Plan and Monitoring Matrix- update 2008

6.3 日本の協力実績と現状把握

6.3.1 タンザニア国に対する協力実績

外務省の資料によると、タンザニアに対する 2009 年までの累積援助実績は、有償資金協力約 426 億円、無償資金協力約 1,503 億円（以上、交換公文ベース）、技術協力 673 億円（JICA 経費実績ベース）であった。タンザニアは、拡大重債務貧困国（HIPC）イニシアティブが適用され、2001 年に完了点に到達、我が国は、2004 年に約 122 億円の債務削減を行った。

保健セクターにおいて、我が国は 1970 年代より母子保健対策、ポリオ対策、中核病院への医療機材供与、マラリア対策、HIV/エイズ対策等の分野で支援を行ってきた。2010 年までは「保健システム強化プログラム」と「HIV/エイズ対策プログラム」の 2 本のプログラムに整理され、それぞれのプログラムの下プロジェクトが実施されたが、2010 年度無償資金協力「HIV/エイズ対策計画」の終了に伴い、2011 年度より保健（行政）システム強化プログラムとして一本化された。

表 6-3 保健技術協力分野における近年の支援内容

分野	内容
保健	● 県および州の保健行政能力強化を目的とした「モロゴロ州保健行政強化プロジェクト（2001-2007）」 ● 州保健行政制度や保健マネジメント能力の強化を目的とした「保健システム強化プログラム（2008-2011）」 - 州保健行政システム強化プロジェクト（技プロ） - 保健人材開発の強化（個別専門家） - 保健人材開発強化プロジェクト（技プロ） - HIV/エイズサービスのための保健システム強化プロジェクト（技プロ） - 青年海外協力隊：保健分野（JOCV） - 本邦研修：保健政策、保健行政等（課題別研修他） - 第三国研修：保健政策、保健行政など（課題別研修他） ● HIV 感染予防を目的とした「HIV/エイズ対策プログラム（2005-2010）」 - HIV 感染予防のための組織強化プロジェクト（技プロ） - HIV/エイズ対策計画（無償） - 本邦研修（課題別研修） - 青年海外協力隊（エイズ・感染症対策）（JOCV） ● 保健行政システム強化プログラム（2011-2014） - 州保健行政システム強化プロジェクト・フェーズ 2（2011-2014） - 保健人材開発強化プロジェクト（2010-2014） - HIV/エイズサービスのための保健システム強化プロジェクト（2010-2014）

出典： 国別援助実施方針 2009 年 国際協力機構 [42]および JICA HP より

第7章 保健セクターにおける優先課題と提言

7.1 タンザニアの保健セクターにおける優先課題

タンザニアの保健セクターにおいて重要度や緊急性の高い課題として、以下の4つを上げることができる。

1. プライマリヘルスケア（PHC）サービス供給の強化
2. 保健人材開発の強化
3. 保健医療施設配置の強化
4. 地方レベルの保健行政能力強化

日本の協力として現在「保健システム強化」と「エイズ対策プログラム」が一本化され、「保健行政システム強化プログラム」が、2011年より2014年の期間で実施されており、同プログラムの成果が大きく期待されている。一方、タンザニアの保健セクターの最も弱い部分が、サービス供給能力、特に1次レベル保健サービス供給能力が低いことである。人材および施設の量的な不足は大きな要素ではあるが、今ある人材の能力が十分に高くないというパフォーマンスの問題も大きい。2014年以降におけるプログラム化における視点に供するための優先課題について以下に記す。

7.1.1 プライマリヘルスケア（PHC）サービス提供の強化

PHC サービス供給の要の施設であるヘルスセンターは、19%の区に一つ設置されているのみで、その数は圧倒的に少なく、また、PHC サービスを供給するために必要な保健人材についても、サービスのユニバーサルなカバレッジを達成するために必要な人口比率（医師、看護師、助産師の数が人口1万人あたり23）に比べ、4分の1程度しかない。

こうした施設・人材の量的不足に加え、ヘルスセンターの技術的効率性（Technical Efficiency³⁰）は、調査されたことがなく実態は詳しくわからないが、産前健診などのサービス量等から見て、決して高いことが推察される。少ない投入がさらに非効率的に使われている可能性が高い。プライマリヘルスサービス開発プログラム（PHSDP）2007-2017などPHCサービス強化のための計画は策定されているものの、PHCサービス供給の現状分析の深度に欠け、問題の原因と重要度が明確でない。そのため、問題を解決するための効果の高いPHC強化のための計画とはなっていない現状である。このPHCのサービス供給を、効率の面、質の面、公平性の面から問題分析を行い、実行可能性の高い戦略を策定し、実施を支援していくことが望まれる。

7.1.2 保健人材開発の強化

PHC レベルを含め、保健サービス供給能力を強化するためには、保健人材開発能力が強化されなくてはならない。現在実施されている「保健人材開発強化プロジェクト」は有効な協力であり、以下のような保健人材開発政策策定支援にも取り組んでいる。政策策定支援に留まらず、政策実行に関しての支援およびモニタリング面の更なる支援が望まれる。

³⁰ ヘルスセンターなどの一次保健施設のインプットとアウトプットを Data Envelopment Analysis (DEA)を使って分析することで、technical efficiency が導き出せる。

(1) 保健人材開発政策策定支援

保健人材開発に重要な政策として、医療人材配置の偏りの是正、各職種の適正な配置、海外へ流出人材のコントロールなどが挙げられる。JICA は保健人材開発強化アドバイザーおよび保健人材開発強化プロジェクトにおいて、保健人材戦略計画（HRHSP）の策定、HRHSP の中間レビュー、保健人材情報システム（HRHIS）と保健人材養成校情報システム（THIS）のシステム導入による保健人材計画能力強化や、保健人材開発政策策定にかかる助言を行っている。ただし、政策策定のみならず、政策の実行に関して法規策定支援や、政策実施に関するモニタリング面への更なる支援など、より包括的な支援を行うことで、保健人材開発の抱える問題や課題の解決により効果的に貢献することが出来ると思料される。

(2) 保健人材のための現任教育（CPE）

保健人材の技術的な質を高めることは、PHC サービスの質の強化に大きなインパクトを与えることが出来る。PHC サービス施設で働く人材に対するサポーター・スーパービジョンとコーチングによるオン・ザ・スポットの能力強化が十分ではない。また、ニーズにあった地域レベルの現任教育がシステムとして機能していないため、質の向上も出来ない状況である。保健人材のための現任教育をシステム化するための協力は有効であると思料される。

卒前教育の問題は、教師の不足、教師の質の不足など解決に難しく、長期的な視野で問題解決に臨む必要がある。

7.1.3 保健医療施設配置に対する計画

現在、保健医療施設数の不足に加え、既存施設の老朽化という問題もある。PHSDP 2007-2017 においては、全ての村、地区に保健医療施設の建設が計画されているが、必要とされるサービスはディスペンサリー機能、ヘルスセンター機能、効率的な施設の地理的配置や、人材育成のスピードとの整合性、機材・医薬品等の配置・配布能力など総合的な視点と実行可能性の高い保健医療配置計画策定が必要である。

7.1.4 地方レベル保健行政能力強化

現在実施されている州レベルにおける保健行政システム強化は重要な課題である。加えて、以下に挙げる県レベルの能力強化に対する更なる支援や施設レベルの管理能力強化および予算配分に対する支援も望まれる。

(1) 県レベル保健行政をサポートする機能の強化

地方分権政策に伴う保健セクター改革の開始時期より、多くの開発パートナーにより県レベル地方自治体の保健行政能力強化への取り組みが行われており、徐々に県保健行政チームの能力も向上してきている。ただし、未だ保健医療サービス供給の質や量に問題が散見され、医療機関と保健行政との連携の問題、地域保健における優先順位の付け方の問題など現場で解決されていかななくてはならない問題が数多く残されている。こうした現状を鑑み、県レベル保健行政チームをサポートする機能である、カウンセラー・保健サービス理事会（Council Health Service Board）や、病院管理協議会（Hospital Governing Committees）などの機能を強化していく必要がある。また、区や村レベルのヘルス協議会（Ward/Village Health committees）などの機能も強化されていかななくてはならない。

(2) 施設レベルへの予算を伴った分権化（D by D）の推進

県レベルまで行われている D by D を県レベル以下の施設レベルまで推し進めて、それぞれの保健医療施設がビジネス体として機能できるようにすることが、医療サービス供給の量と質を高めていくためには重要と思料される。そのための政策策定支援および施設レベルでの財政管理能力や計画能力支援などが重要である。上記、県保健行政チームの能力強化の一環に含めた協力が望まれる。

添付資料

- 添付 1 保健分野主要指標
- 添付 2 参考文献リスト

添付1:保健分野主要指標(タンザニア連合共和国)

国名：タンザニア連合共和国 (United Republic of Tanzania)				MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region	
0 基礎情報	0.1 人口動態	0.1.01	人口	Population, total		WDI	25,478,979	34,038,161	44,841,226	2010	853,434,000	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.1.02	人口増加率 (直近10年間の平均)	Population growth (annual %)		WDI	3.2	2.5	3.0	2010	2.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.1.03	出生時平均余命	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	50.6	50.4	56.6	2009	54.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	43.9	41.6	41.5	2009	37.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	14.9	14.3	10.9	2009	12.8	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	18.9	22.3	26.4	2010	37.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
	0.2 経済・開発状況	0.2.01	一人あたり国民総所得	GNI per capita, Atlas method (current US\$)		WDI	200	300	530	2010	1,188.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI		5.1	7.3	2010	4.1	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.2.03	初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI	51.4	53.0	96.7	2009	76.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.2.04	初等教育就学率における男女比	Ratio of female to male primary enrollment (%)	3.1	WDI	98.7	98.7	101.6	2010	91.6	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.2.05	成人識字率	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)		WDI			72.9	2009	62.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.27	0.44	0.47	2011	0.46	(2011)	Sub-Saharan Africa
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	126 / 160	151 / 173	152 / 187	2011			
0.2.08	1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	Poverty gap at \$1.25 a day (PPP) (%)		WDI		41.6	28.1	2007	20.6	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)		
0.3 水と衛生	0.3.01	安全な水を使用する人口の割合	Improved water source (% of population with access)	7.8	HNP Stats	55	54	54	2008	61.1	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
	0.3.02	改善された衛生設備を使用する人口の割合	Improved sanitation facilities (% of population with access)	7.9	HNP Stats	24	24	24	2008	30.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
1 受益者の健康の状況	1.1 疾病構造	1.1.01	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable		GHO			782	2008	798	(2008)	Africa
		1.1.02	非感染性疾病で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Noncommunicable		GHO			745	2008	779	(2008)	Africa
		1.1.03	負傷で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries		GHO			120	2008	107	(2008)	Africa
		1.1.04	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する率	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)		HNP Stats			65.5	2008	64.6	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.1.05	非感染性疾病で死亡する率	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)		HNP Stats			26.6	2008	28.3	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.1.06	負傷で死亡する率	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			7.9	2008	7.1	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.1.07	感染症による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable		GHO			78	2008	78	(2008)	Africa
		1.1.08	非感染性疾病による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable		GHO			13	2008	15	(2008)	Africa
		1.1.09	負傷による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			8	2008	7	(2008)	Africa
	1.2 母子保健	1.2.01	妊産婦死亡率	Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	5.1	MDGs	880	920	790	2008	650	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.2.02	青年期 (15~19歳) 女子による出産率	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	5.4	MDGs		132.5	129.7	2009	110.2	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.2.03	5歳未満児死亡率	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	4.1	MDGs	154.8	130.2	75.8	2010	121.2	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.2.04	乳児死亡率	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	4.2	MDGs	95.2	80.5	50.0	2010	76.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.2.05	低体重児出生率	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats			9.5	2005	13.7	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.2.06	合計特殊出生率	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	6.2	5.7	5.6	2009	5.0	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
	1.3 感染症	1.3.01	15~24歳のHIV感染率 (男性)	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	6.1	MDGs			3.9	2009	3.8	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
			15~24歳のHIV感染率 (女性)	b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs			1.7	2009	1.6	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.3.02	マラリア有病率	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			24,088	2008			
		1.3.03	マラリアによる死亡率	a) Malaria death rate per 100,000 population, all ages	6.6	MDGs Database			84	2008	96	(2009)	Sub-Saharan Africa
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			68	2008	519	(2009)	Sub-Saharan Africa
		1.3.04	結核有病率	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	303	233	183	2010	479	(2009)	Sub-Saharan Africa
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	226	236	183	2009	342	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.3.06	結核による死亡率	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	6.9	MDGs	33	16	11	2009	51	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.3.07	15~49歳の推定HIV感染率	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)		HNP Stats	4.8	7.3	5.6	2009	5.5	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.3.08	AIDSによる推定死亡数	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)		HNP Stats	21,000	110,000	86,000	2009			
		1.3.09	HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database	1.34	0.66	0.45	2009	0.4	(2009)	Sub-Saharan Africa
		1.3.10	GFによる優先度スコア (HIV) GFによる優先度スコア (マラリア) GFによる優先度スコア (結核)	Parital Prioritization Score by the Global Fund (HIV)		GF			10	2012			
				Parital Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			10	2012			
				Parital Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			12	2012			
	1.4 栄養不良	1.4.01	5歳未満児における中・重度の低体重の比率	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats			3.5	2005	11.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database			50.6	2010	46.0	(2009)	Sub-Saharan Africa
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section(%)		GHO			3.2	2005	3.5	(2011)	Africa
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs			34.4	2010	21.0	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		2.1.04	産前健診 (1回以上)	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats			75.8	2008	71.0	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		2.1.05	産前健診 (4回以上)	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)	5.5	HNP Stats			61.5	2005	44.0	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		2.1.06	家族計画の必要性が満たされていない割合	Unmet need for family planning, total, percentage	5.6	MDGs Database			21.8	2005	24.8	(2008)	Sub-Sahara Africa
		2.1.07	麻疹の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Measles	4.3	Childinfo	80	78	92	2010	75	(2010)	Sub-Saharan Africa
		2.1.08	結核の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Tuberculosis		Childinfo	85	86	99	2010	84	(2010)	Sub-Saharan Africa
		2.1.09	ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の割合	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	92	92	98	2010	85	(2010)	Sub-Saharan Africa
				b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	78	79	91	2010	77	(2010)	Sub-Saharan Africa
		2.1.10	ポリオの予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Polio		Childinfo	78	64	94	2010	79	(2010)	Sub-Saharan Africa
		2.1.11	B型肝炎の予防接種を3回受けた乳児の割合	Percentage of infants who received three doses of hepatitis B vaccine		Childinfo			91	2010	74	(2010)	Sub-Saharan Africa

添付1: 保健分野主要指標(タンザニア連合共和国)

国名：タンザニア連合共和国 (United Republic of Tanzania)				MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region
	2.2 感染症対策	2.2.01	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率（男性）	6.2	MDGs			23.6	2010			
		2.2.02	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率（女性）	6.2	MDGs			27.2	2010			
		2.2.03	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15~24歳の割合（男性）	6.3	MDGs Database			41.5	2008	33	(2005-2010)	Sub-Saharan Africa
		2.2.04	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15~24歳の割合（女性）	6.3	MDGs Database			39.2	2008	26	(2005-2010)	Sub-Saharan Africa
		2.2.05	10~14歳のエイズ孤児でない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率	6.4	MDGs Database			0.97	2008	0.92	(2005-2010)	Sub-Saharan Africa
		2.2.06	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合	6.7	HNP Stats			63.8	2010	34.0	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		2.2.07	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合	6.8	MDGs Database			59.1	2010	36	(2008-2010)	Sub-Saharan Africa
		2.2.08	DOTSのもとで発見され治療された結核患者の割合	6.10	MDGs Database		78	88	2008	80	(2008)	Sub-Saharan Africa
		2.2.09	抗レトロウイルス薬による治療を受ける感染者の割合	6.5	MDGs			30.0	2009			
		2.2.10	HIV検査・カウンセリングを受けた15歳以上の割合		GHO			103.1	2010			
		2.2.11	人口10万人あたりのHIV検査・カウンセリング施設数		GHO			10.7	2010			
		2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合		GHO			86	2010			
		2.2.13	HIV陽性妊婦のうちARTを受ける割合	6.5	MDGs Database			70	2009			
		2.2.14	結核患者発見率		HNP Stats	39.0	68.0	77.0	2010	60	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		2.2.15	結核治療成功率	6.1	MDGs		78.0	88.0	2009	79	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
	2.3 栄養不良対策	2.3.01	5歳未満児に対するビタミンA補給率		HNP Stats			94.0	2010	85.8	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		2.3.02	ヨード添加塩使用世帯の割合		HNP Stats			43.0	2005	49.8	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
	2.4 質とカバレッジ	2.4.01	公的セクターによるサービスカバレッジ		ILO			14.5		11.6		Countries of Very high vulnerability
		2.4.02	財源不足のためにカバーされない割合		ILO			91.5		85.8		Countries of Very high vulnerability
		2.4.03	人材不足のためにカバーされない割合		ILO			91.1		74.6		Countries of Very high vulnerability
3 保健システムの状況	3.1 保健人材	3.1.01	人口10万人あたりの医師数		HNP Stats			0.01	2006	0.2	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.1.02	人口10万人あたりの母子保健看護師数		HNP Stats			0.07	2003			
		3.1.03	人口10万人あたりの看護師数		HNP Stats			0.30	2002			
		3.1.04	人口10,000人あたりの歯科医師数		GHO			0.06	2006	0	(2007)	Africa
		3.1.05	人口10,000人あたりの薬剤師数		GHO			0.02	2006	1.0	(2007)	Africa
	3.2 保健財政	3.2.01	国内総生産における保健支出の割合		HNP Stats		3.8	5.1	2009	6.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.02	保健支出全体における公的支出の割合		HNP Stats		43.4	73.6	2009	45.1	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.03	保健支出全体における民間支出の割合		HNP Stats		56.6	26.4	2009	54.9	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.04	民間支出のうち家計による直接負担の割合		HNP Stats		83.5	65.1	2009	64.7	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.05	公的保健支出の国家支出全体に占める割合		HNP Stats		9.1	18.1	2009	10.0	(2005)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.06	保健支出における外部資金の割合		HNP Stats		27.8	56.5	2009	10.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.07	公的保健支出における社会保障支出の割合		GHO			3.3	2009	7	(2009)	Africa
		3.2.08	一人あたりの保健支出		HNP Stats		10.1	25.3	2009	84.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
					GHO		28	68	2009	157	(2009)	Africa
		3.2.09	一人あたりの公的保健支出		GHO			19	2009	41	(2009)	Africa
	3.3 施設・機材・医薬品等	3.3.01	必須医薬品：ジェネリック医薬品の入手可能状況		GHO			23.4	2004			
					GHO			47.9	2004			
		3.3.02	必須医薬品：ジェネリック医薬品の平均価格		GHO			1.3	2004			
					GHO			2.7	2004			
		3.3.03	人口1,000人あたりの病床数		HNP Stats	1.0		0.7	2010	1.2	(1990)	Sub-Saharan Africa (developing only)

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 05/2012)
HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 05/2012)
HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 05/2012)
GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 05/2012)
GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 05/2012)
GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 05/2012)
MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 05/2012)
MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 05/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).
Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 05/2012)
ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Partial Prioritization Score is composed of the income level score for the country and the disease burden score for the particular disease in the country. The minimum score is 3 and the maximum score is 12.

2.4.01 Estimate of health formal coverage is indicated as percentage of population covered by state, social, private, company-based, trade union, mutual and other health insurance scheme.

2.4.02 Population not covered (%) due to financial resources deficit (based on median value in low-vulnerability group of countries) uses the relative difference between the national health expenditure in international \$ PPP (excluding out-of-pocket) and the median density observed in the country group with low levels of vulnerability as a benchmark for developing countries. The rate can be calculated using the following formula:
Per capita health expenditure not financed by private households' out-of-pocket payments (PPP in int. \$) [A]
Population (in thousands) total [B]
Total health expenditure not financed by out of pocket in int. \$ PPP (thousands) [C = A x B]
Population covered by total health expenditure not financed by out-of pocket if applying Benchmark* (thousands) [D = C ÷ Benchmark]**
Percentage of the population not covered due to financial resources deficit (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]
*Benchmark: Total health expenditure not financed by out-of-pocket per capita = 350 international \$ PPP.
**This formula was partially modified from the original in the source to suit an actual calculation.

2.4.03 Population not covered (%) due to professional health staff deficit uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given countries and its median value in countries with a low level of vulnerability. The rate can be calculated using the following formula:
Total of health professional staff [A = B + C]
Number of nursing and midwifery personnel [B]
Number of physicians [C]
Total population (in thousands) [D]
Number of health professional per 10,000 persons [F = A ÷ D x 10]
Total population covered if applying Benchmark* (thousands) [E = A ÷ Benchmark x 10]
Percentage of total population not covered due to health professional staff deficit [G = (D - E) ÷ D x100]
Benchmark: 40 professional health staff per 10,000 persons.

添付 2 : 参考文献リスト (タンザニア連合共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	世界子供白書 基本統計	UNICEF	http://www.unicef.or.jp/library/pdf/haku2012.pdf	2011
2	Country Cooperation Strategy 2010-2015	WHO	http://www.afro.who.int/en/tanzania/country-cooperation-strategy.html	2009
3	International Human Development Indicators-Tanzania	UNDP	http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/TZA.html	2011
4	Poverty and Human Development Report	The Research and Analysis working group	http://hdr.undp.org/en/reports/nationalreports/africa/tanzania/Tanzania_2005_en.pdf	2005
5	Poverty Reduction Slow Despite Economic Growth	McGregor et al., Inter Press Service News Agency		2008
6	National Strategy for Growth and Reduction of Poverty II (2011-2014)	Ministry of Finance and Economic Affairs	http://planipolis.iiep.unesco.org/format_liste1_en.php?Chp2=Tanzania+UR	2010
7	Health Sector Strategic Plan III 2009-2015	MOHSW	http://www.moh.go.tz/documents/Health_Sector_Strategic_Plan_III.pdf	2009
8	対タンザニア国別援助計画	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/enjyo/pdfs/tanza0806.pdf	2008
9	NCD Country Profiles-Tanzania	WHO	http://www.who.int/nmh/countries/tza_en.pdf	2011
10	Millennium Development Goals Report: Mid-Way Evaluation: 2000-2008	United Republic of Tanzania	http://www.tz.undp.org/docs/mdgprogressreport.pdf	2008
11	Tanzania Demographic and Health Survey 2010	National Bureau of Statistics and ICF Macro	http://www.measuredhs.com/data/available-datasets.cfm	2011
12	Tanzania County Report on the Millennium Development Goals 2010	United Republic of Tanzania	http://www.povertymonitoring.go.tz/WhatisNew/MDG%20Report%202010.pdf	2011
13	Global Health Observatory Data Repository, Country Statistics Tanzania	WHO	http://apps.who.int/ghodata/	2011
14	Country Profile, Maternal, Newborn, & Child Survival	UNICEF	http://www.childinfo.org/profiles_973.htm	2011
15	Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey 2003-2004	Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS), Zanzibar AIDS Commission (ZAC), National Bureau of Statistics (NBS), office of the Chief Government Statistician (OCGS) and Macro International, Inc.	http://www.nbs.go.tz/tnada/index.php/catalog/6	2004

添付 2 : 参考文献リスト (タンザニア連合共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
16	Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey 2007-2008	Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS), Zanzibar AIDS Commission (ZAC), National Bureau of Statistics (NBS), Office of the Chief Government Statistician (OCGS) and Macro International, Inc	http://www.tacaid.go.tz/dmdocuments/THMIS%202007-08.pdf	2008
17	World Report 2011: Global Tuberculosis Control	WHO	http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/wr2011.pdf	2011
18	World Malaria Report	WHO	http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalaria_report2010.pdf	2010
19	Tanzania Malaria Programme Review 2010	National Malaria Control Programme, MOHSW	http://www.rbm.who.int/countryaction/aideMemoire/Tanzania-The-malaria-program-performance-review-2010.pdf	2010
20	Recent Developments and Achievements in Malaria Control in Tanzania (Mainland), Presentation Material	Mandike et al., National Malaria Control Program, MOHSW	http://hdptz.esealtd.com/fileadmin/documents/DPGH_Meeting_Documents_2011/National_Malaria_Control_Program-Tanzania_Mainland.pdf	2010
21	Risk Factors for Non Communicable Diseases among Semi-Rural Adults and the Association of These Factors with Socio Demographic Variables: Findings from the WHO Steps Survey in Kilolo District, Iringa, Tanzania.	J Mghamba et al.	http://tb.mrc.ac.za/example.pdf	2007
22	Primary Health Service Development Programme (PHSDP) 2007-2017	Ministry of Health and Social Welfare, URT	http://www.moh.go.tz/documents/FINAL%20MMAM%2026.11.2007.pdf	2007
23	Tanzania National Health Accounts (NHA) Year 2002/3 and 2005/6	WHO	http://www.who.int/nha/country/tz/en/	2006
24	HIV and AIDS in Tanzania	National AIDS control Program, MOHSW	http://www.tanzania.go.tz/hiv_aids.html	2011
25	11th Joint Annual Health Sector Review	MOHSW		2010
26	Mainland and MOFSW Zanzibar. Tanzania Service Availability Mapping 2005-2006	Ministry of Health and Social Welfare, Tanzania Mainland and Ministry of Health and Social Welfare, Zanzibar	http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R221_MOHTanzania_2007_SAMapping.pdf	2007
27	World Health Statistics 2011, Indicator compendium	WHO	http://www.who.int/gho/indicator_registry/en/	2011

添付 2 : 参考文献リスト (タンザニア連合共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
28	Human Resource for Health Strategic Plan 2008-2013	MOHSW	http://hdptz.esealtd.com/fileadmin/documents/Key_Sector_Document/s/HRH_Documents/Human_Resources_for_Health_Strategic_Plan-2008-2013_.pdf	2008
29	Proposal for a Tanzania Health Workforce Initiative, Draft 3	CIDA	http://hdptz.esealtd.com/fileadmin/documents/Key_Sector_Document/s/HRH_Documents/THWI_-_HSS_P3-Health_Workforce_Initiative_Jan_9th_2009.pdf	2009
30	Bypassing Health Centers in Tanzania: Revealed Preferences for Observable and Unobservable Quality	Columbia University	http://academiccommons.columbia.edu/catalog/ac:113198	2002
31	Joint External Evaluation, The Health Sector in Tanzania, 1999-2006	Ministry of Foreign Affairs of Denmark	http://www.oecd.org/publicationsanddocumentsbycategory/0,3469,en_35038640_35039620_1_35170118_1_6_1,00.html	2006
32	Health Nutrition and Population Statistics	World Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do	
33	The Abuja Declaration: Ten Years On	WHO	http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf	
34	Global Health Expenditure Database	WHO	http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84039	
35	タンザニア連合共和国州保健行政システム強化プロジェクト終了時評価調査報告書 (案)	国際協力機構		2010
36	Summary of the analysis of annual comprehensive council health plans (CCHPs) 2011/12	MOHSWPMO-RALG	http://hdptz.esealtd.com/fileadmin/documents/JAHSR-2010/Field_Visit_2011/Summary_and_analysis_of_CCHP_2011-2012_Preliminary_Report.pdf	2011
37	平成 17 年度外務省第三者評価「一般財政支援 (タンザニア PRBS・ベトナム PRSC) のレビュー報告書	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/gai/ip_zaimu/sk05_01_index.html	2006
38	Public Expenditure Review 2010	World Bank	http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2011/10/26/000350881_20111026131532/Rendered/PDF/645850ESW0P0760Official0Use0Only090.pdf	2011
39	Health Spending in Tanzania, The impact of current AID structures and AID effectiveness	German Foundation for World Population (DSW)	http://www.euroresources.org/fileadmin/user_upload/AfGH_Policy_Briefs/PolicyBriefing2_Final1_LoRes.pdf	2010
40	Development Partners Group Tanzania	Development Partners Group Tanzania	http://www.tzdp.org.tz/	2012

添付 2 : 参考文献リスト (タンザニア連合共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
41	Aid Effectiveness and General Budget Support in Tanzania	Darlene, K. Mutalemwa et al.	http://www.policyforum-tz.org/files/GeneralBudgetSupport.01.pdf	2009
42	国別援助実施指針 タンザニア 連合共和国	国際協力機構	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/05-28.pdf	2009