

ターゲットを絞り、人々のニーズに適切であるべき ODA には、保健分野の検討を行なうための系統立ったアプローチ開発をすることが、明らかに必要だった。このシステムには、検討されるべき保健分野の領域を含み、これらの分野に順次対応するチェックリストを含むだろう。そのような検討を行なうチェックリストの準備、またチェックリストの利用を準備するためのガイドラインが開発され、ガイドラインには、代表する分野による検討チームの構成、参考条件、系統立った検討を行なうための最小期限、報告書と勧告の基礎となる報告書テンプレートを含まれるだろう。これが開発調査のための TOR の開発と、マスタープランの練り上げのための基礎を形成するだろう。

全体的な目的

ベナン調査団は上記の試案にただちに呼応して設けられた。主な目的はチェックリストや、開発調査と保健マスタープラン形成用 TOR を開発するための準備として、保健分野の詳細な検討を行なうための報告書テンプレート・ガイドラインを開発することだった。これが企画されたのは、保健分野の発展と変化、MOH の業務や政府の優先順位へのさまざまな国際供与機関や国内外の NGO の影響について、最近の検討が十分な情報を提供していないように見えることが、明らかになってきたからである。この情報は、詳細な開発研究の段階設定に非常に重要であり、さらに保健分野に提供されるべき技術のタイプや他の ODA 支援の決定に利用される。また、この情報は、部分的な重複、反復、それから起きる誤解を避けるのにも役立つ。

それゆえ、調査団の全体的な目的は、保健分野の検討を行なうための草案テンプレート／チェックリスト（補遺 2 参照）をテストすることだった。この草案テンプレート／チェックリストは、適切さ、順序、関連分野、自身の検討過程用にこのテンプレートを利用する MOH 職員にとっての有用性の観点から、JICWELS（補遺参照）によって MOHW に提出された試案の事後処理として開発されたものである。調査団の目的

具体的な調査団の目的

以下の通りである。

1. 適切さ、順序、扱われる議題、自身の省やその保健分野の評価をするホスト国 MOH 職員にとっての有用性の観点から、保健分野検討チェックリスト草案を実地テストする。
2. チェックリストのテストの一部として、保健分野についての情報を収集する。
3. 保健における政府の優先順位と MOH の保健計画についての適切な資料を収集する。
4. 各部長や省の長官がチェックリストを検討し、JICWELS に見解を送ることを、計画部長、MOH、ベナン政府を通じて要請する。
5. 修正されたチェックリストの作成、範囲に含まれる保健分野の領域を順序だて、このような保健分野の検討を行なうための報告書テンプレートとガイドラインを含む調査団の報告書草稿を書く。
6. 開発調査と保健マスタープランの準備のために、実施テスト済みの体系的アプローチを提案し、MOH と JICA に推薦する。

活動のスケジュール

人名	役職	会談日時	備考
Mr. ATINDEHOU Christian	保健衛生・社会保障・女性の条件省計画・未来学部長	20, April, 99 10:00	
Dr. Kossou HORTAENSE (Ms)	全国保健衛生サービス保護	20, April, 99 16:30	
Mr. John Florentin ZOSSOU	公衆衛生省計画・未来学・プロジェクト指導・計画分析	20, April, 99 16:30	
Mr. Jean-Marie EHOZOU	計画・経済再編・雇用促進省外部資源調整・指導部長	21, April, 99 11:45	
DRHamidou SANOUSSI, MPH (Mr)	WHO ベナン代表、MPN チーム賃金顧問	21, April, 99 14:30	
Dr. S. B. Kouo Epa (Ms)	WHO ベナン代表、	21, April, 99 14:30	
Ms Laura	USAID 技術アドバイザー	21, April, 99 16:30	
Mr.	USAID 実績・資源専門家	21, April, 99 16:30	
Dr. Emmanuel Carlos A. Gbaguidi	ベナン・ドイツ初期健康管理プロジェクト (GTZ) 医薬品調整係	22, April, 99 09:35	
Mr. Pierre Codjo-Seijgnm	コトヌーUNDP	22, April, 99 10:45	
Mr. Agbodge T. HOUENSOU	コトヌーUNDP 部長	22, April, 99 10:45	
Mr. Jocelyn K. DEGBEY	公衆衛生省行政部長	22, April, 99 12:30	
Dr. ABDOULAYE Idrissou (Mr)	軍保健衛生病院サービス薬剤師司令官 生物学者	22, April, 99 12:30	
Mr. Sidi M. BOUBACAR	駐在世界銀行代表	22, April, 99 16:20	
Mr. Slaheddine Ben-Halima	世界銀行アフリカ地域人材開発上級業務役員	22, April, 99 16:20	From Washington DC
Dr. Moussa Yaro	環境・保健省部長	22, April, 99 Afternoon	
Mr. Paulin Fassinou	保健検査官、公衆衛生部門長官	22, April, 99 Afternoon	
Dr. Malick SENE	ユニセフ代表	22, April, 99	
Dr. Fatou	ユニセフ保健長官	22, April, 99	
Dr. Togola	ユニセフ水と下水設備役員	22, April, 99	
Dr. MOUSSOU Kuassi Marcel	公衆衛生省 OUTDAH 病院部長	23, April, 99 10:00	
Marina d'ALMEIDA MASSOUGBODJI (Ms)	ベナン共和国公衆衛生大臣	23, April, 99 12:30	
Dr. Ayite P. Leon MEDJI	国立教育大学病院保健衛生科学学部 (C.H.U) 教授耳鼻咽喉科専門医	23, April, 99 14:00	

調査団の準備

調査団の準備は、ロジスティックスと技術という二つの重要な点から構成されていた。

ロジスティックス面では、調査団の団長の JICA の身分証明書や、アビジャンの大使館と必要な渡航許可を得るなど、MOHW も加わって JICWELS に調整をして頂いた。大使館を通じて JICA の職員はコトヌーに駐留した。アビジャンの住友商事駐在員にも直接接触して頂き、平田氏が調査団の担当になった。渡航とロジスティックス面の調整も、JICWELS の職員の支援ならびに野崎氏や Y・オワキ氏の努力により、JICWELS によって行なわれた。

技術面での準備は、既に提出され、MOH（補遺 1 参照）により承認された試案と、ナルーラ博士により準備されたチェックリスト草案に準拠した。チェックリストは、調査団用に拡大され、採用された。また、以下に述べられたような調査団の目的が策定された。このチェックリストは、翻訳との省の長官に回すために MOH の計画部長に転送された。活動や会談・インタビュー相手のリストも作成され、住友商事を通して MOH に転送された。調査団はアビジャンに到着し、ベナンのビザの取得に要する期間に住友商事の職員と会い、調査団の目的、会談すべき相手、拡大されたチェックリストを再協議した。そして、この調査団の基礎をなす前提を検討した。

調査団の目的には若干の論争があった。それで、このことが再協議され、はっきりした。この調査団のそもそもの目的は、保健分野のマスタープラン開発実習用の参考条件設定のための先行モデルとして、保健分野の検討用に提案されたチェックリストの有用性と妥当性を吟味することであると、説明された。これは、保健分野の詳細な検討が当初、二次データや政府および供与機関スタッフ、NGO を含む現地支持団体の職員を利用して行なわれるということの意味していた。この検討に基づき、保健開発計画のための TOR が作成され、この TOR で一次データを収集するすべての必要性も区別された。TOR は、結果的にギャップを識別し、政府の枠組みとか、改革や保健分野の優先順位で扱われるべき必要性を識別するマスター保健計画（一種の国家戦略文書）の作成、さらには ODA 支援用のプロジェクトや計画が提案される分野の提案につながるだろう。

調査期間中の活動

調査の期間中、計画部長である C. アテンデュエ氏は調査団と会い、調査団の目的を再協議した。チェックリストや訪問への期待にかんがみて、詳細なプレゼンテーションが行なわれた。これが、結果的に滞在期間中の活動計画の立案につながった。チェックリストはフランス語に翻訳され、それらが省のさまざまな部長や長官に参考用に配布された。彼らはチェックリストの構成、質問の順序、含まれるべき分野に意見を述べ、彼らが含まれるべきだと思ふ分野をあげた。また、有用性や完全性、保健分野の全般的な開発において、自分達の省／部の役割の評価や、ODA 投入で恩恵をこうむる保健ニーズの識別に際し、彼らがチェックリストをどのように利用するのかについて意見を述べた。

会談とインタビューからなる活動計画が作成された。これには、MOH 内の上級職員およびコトヌー市役所の計画・保健衛生部といった他の部門の部長との会談が含まれた。

チェックリストは翻訳され、保健大臣へのコピーも含めて MOH を通じて広く配布された。またチェックリストのコピーもユニセフ、UBDP、WB、WHO、USAID、DFID、NGO といったさまざまな支援者にも配布された。インタビューの過程で、チェックリストがインタビューのどこで使用されたかのフィードバックが得られた。しかし、いくつかの他の状況では、MOH を通じてなのか、直接渡されたのか、どこでチェックリストが渡されたのか、いまだにフィードバックは得られていない。これについては、東京で行なわれる JICA 後援の 2 カ月の保健システム管理訓練に参加するため、部長が留守なので待たなければならない。

調査団の成果

目的 1：実施テストチェックリスト

自身の省や保健分野の評価における妥当性、順序、含まれる事項、ホスト国 MOH 職員にとっての有用性、といった点での保健分野の検討チェックリスト草案の実施テストをする。

チェックリスト草案は補遺 1. に含まれる。このチェックリストは、さまざまな会談中に、成功の度合いは違うが、用いられた。チェックリストの使用に際しての成功を左右した要因は、チェックリストが使用されるインタビューに割り当てられた時間、インタビューされている現職者の経験、彼／彼女の職務説明に対する回答者の認識、MOH 内での省の役割への理解、MOH の全体的な目標と将来の計画に対する知識であった。チェックリストに固有の他の要因は、省の役割に対する質問の妥当性、質問の順序、保健分野の外側に存在するいくつかの問題であった。

チェックリストの金融と管理面では、期待されたように行政部門に理解されたが、技術部門は行政と管理業務にもかかわらず、一つか二つの状況を除いて、これらの質問に適切に取り組んでいなかった。

インタビューされた多くの職員が、MOH の全体的な仕事の中での省の方向づけ、指導、業績の検討にとって、このチェックリストがいかに有益であるかを表明したことから、全体的にチェックリストは、有用であると思われた。また彼らは自分達が、自身の省で何が起きているのか、業績を向上させるためには、さらにどのような連携が培われる必要があるのか、をチェックするのにチェックリストは有効であろうとも述べた。

チェックリストをより効果的なものにするために、多数の提言が寄せられた。尋ねるべき質問の深さについての懸念が述べられた。質問があまりに深く尋ねすぎだという意見もあったが（行政と金融）、他方もっと深く突っ込むべきだという意見もあった。回答者の検討過程への理解や分野改革問題への認識が、これらの回答を調整しているように思えた。しかしチェックリストが回答者に、迅速に取り組むように、また中長期的に見るように促す、十分な深みを持つ必要があるように思われた。また検討中の国の保健分野論理に、チェックリストが適応すべきだという提言も出された。これは政府の保健計画の検討や、MOH の優先順位を通じて行なわれるだろう。計画、監視、評価部門についての話し合いによって、当該国内の保健分野の論理を反映したチェックリストの再編を支援できるだろう。分野として、運輸はチェックリスト草案に十分に含まれていなかった。ユニセフは、整理され、組織化されたやり方で、JICA のやる気が政府と他の供与機関をかみ合わせていくのを見て満足感を表明した。他の供与者とも会談が行なわれ、彼らはそのアプローチに興味を示し、直接あるいは MOH 計画部長を通じて、フィードバックを提供することに同意した。クリスチャン・アテンデュー氏が、このフィードバックを調整した。Y・オオワキ氏を通じて JICWELS がフォローする。

チェックリストは検討され、もう一度並べ替えられ、修正された。チェックリストの修正と付加拡張に加え、保健分野検討のための準備ガイドラインが作成された。これらには日本で実施される段階と、調査団が当該国に到着時に仕上げなければならない段階を含む。ガイドラインには報告用紙と、その国の訪問後の検討報告書を完成させる段階も含まれる。

目的 2 : 保健分野データ

チェックリストのテストの一部として保健分野についての情報を収集する。

チェックリストのテスト期間中、および上級 MOH 官僚、他の関係たちとの会談中に、多くの資料を得た。これらは付録に一覧表記した。以下は、さまざまなインタビューでの記録に控えられたこれらの資料の検討要約である。

ベナンの保健分野の状況に関する概要

地理、気候、水路

以前はダホメ共和国であったベナン共和国は、西アフリカにある国で、ベナン湾に位置する。ベナン共和国の面積は 114,763 平方 km で、人口は広い地域に不均等に分布している。北部の砂漠には比較的居住者が少なく、南部はどちらかといえば人口過密である。

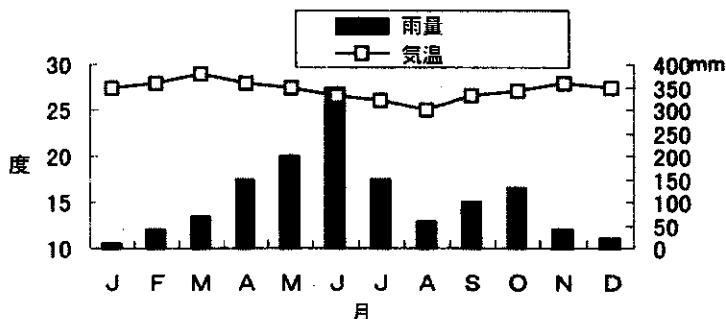
表 1 : 1997 年のベナンの人口密度

部門 (行政区)	アタコラ	アトランティック	ボルゴー	モノ	ウェメ	ズー	合計
平方 km 当たりの人口	23.2	366.6	18.3	194	219	48	48.8

ベナンは南北長さが 700km で、大西洋からニジェール川にまで伸びている。その横幅は 125km (沿岸部) から 325km (タンキータ町地域) にわたっている。

ベナン共和国は、主に三つの気候帯に分けられる。

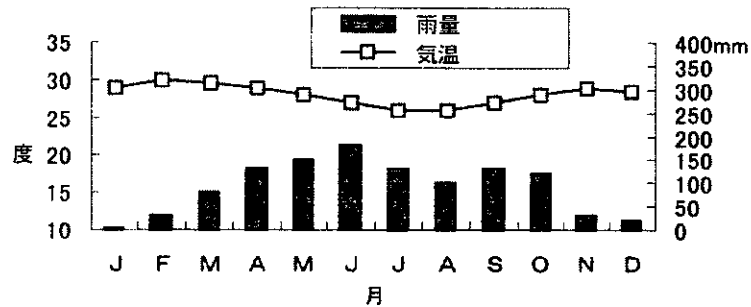
- 南部は湿気の多い熱帯性で、二つの雨期 (4 月から 6 月と、9 月と 10 月の間) と二つの乾期 (7 月から 8 月と、11 月と 3 月の間) がある。気温は比較的高いが、24℃と 32℃の間であまり変化しない。年平均雨量は 1200mm である。



出典 : 国立計測サービス

グラフ 2 : コトヌーの平均月間気温と平均雨量 (1961-1990 年) : 南部地域

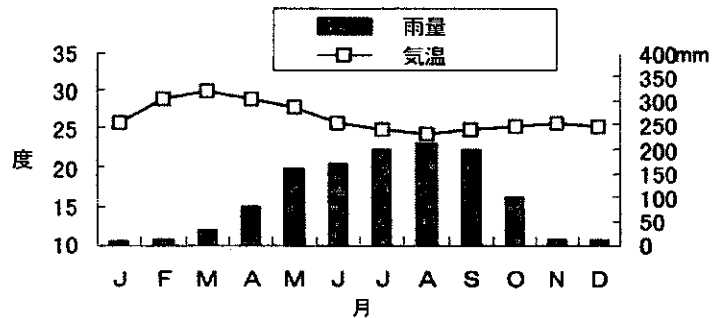
- ギニア・スーダンタイプの第二の気候帯を形成する地域は、やや湿気の多い、熱帯性気候であると特徴づけられる。



出典：国立計測サービス

グラフ 3. ボイコンの平均月間気温と雨量（1961-1990年）：中部地域

- 北部は、雨期と乾期のある湿気の多い熱帯性気候である。



出典：国立計測サービス

グラフ 4. パラコーの平均月間気温と雨量（1961-1990）：北部地域

多くの川は二つの大きな盆地、ニジェール盆地とベナン海盆に源を発している。

これらの川の多くはアタコラ（国の北西）にその源がある。ニジェール盆地にはメロウ川（410km）、アリボリ川（338km）、ソタ川（250km）を含む。ペンジャリ（380km）はアタコラにその源があり、ガーナのヴォルタに流れている。

海盆は、さらにウェメ川（510km）、カフェ川（190km）、モノ川（500km、そのうちの100kmがベナン共和国の領内にある）を水で潤している。海岸湖を通って流れる川は、海への流れと交替して湖や池に流れ込む。

上水道と下水

飲用に適した水の家庭への利用

行政区	飲料水の質			
	飲用に適している		疑わしい	
	数	%	数	%
アタコラ	208	38.3	335	61.7
アトランティック	732	77.1	217	22.9
ボルゴ	380	52.1	348	47.9
モノ	286	49.8	288	50.2
ウエメ	364	47.3	406	52.7
ズー	414	59.9	278	40.1
ベナン	2,384	56.0	1,872	44.0

1.2 行政組織

ベナン共和国は、以下の六つの行政地域で構成されている。ただし、その行政首都はポルトノボで、経済の中心地はコトヌーである。

- アタコラ (31,625 平方 km)
- アトランティック (3,312 平方 km)
- ボルゴ (52,098 平方 km)
- モノ (4,009 平方 km)
- ウエメ (4,545 平方 km)
- ズー (19,174 平方 km)

各行政区は都市区と小県に分けられる。これらの行政区は県と呼ばれ、県知事により統治されている。現時点では 10 の都市区と 67 の小県がある。各都市区は区長によって統治され、一方各小県は中尉知事により統治されている。各都市区または小県は、さらにコミューンに分けられている。ベナンには全部で 568 のコミューンがある。

村区または町区は、社会生活や生産活動が行なわれる基礎的な行政単位を構成している。村区や町区はコミューンの行政小区をなしている。

各村区または町区には住宅地の他に、ベナン国家遺産の一部である土地も含む。こういうわけで、ベナンには現在合計 2,367 の村区と 1,011 の町区がある。

表 2 : ベナンの行政組織

行政区 (県)	小県	都市区	コミューン
アタコラ	11	2	73
アトランティック	7	2	98
ボルゴ	12	2	86
モノ	11	1	85
ウエメ	13	1	91
ズー	13	2	135
ベナン	67	10	568

出典：INSAE

1.3 地方分権化

行政面の土地の再編は、内務省、安全・領土行政省によって現在検討されている。プロジェクトの目的は、行政地区数を増やし、地方分権化を促して、行政府を人々に近づけことである。この地方分権化は、行政戦略の基礎をなすものと理解されるはずであり、結果的に責任の境界の明確化に応じた、権力と権威の真の委譲をもたらすと期待されている。これには多数の部門が関わる。

地方分権化の改革は、六つの新しい行政地区を生む。その結果、国の合計行政地区数は12に増加する。

1.4 人口統計

1961年以前は、植民地行政府がベナンの総人口を推計するために、定期的に国勢調査を行っていた。1910年のベナンの人口は、878,000人と推定されている。最初の総合人口国勢調査（RGPH）は、1979年の3月に行なわれ、二回目は1992年2月に行なわれた。

ベナンの人口は発展途上国の特徴を示している。つまり、特に若い年代層に高い増加率が見られる。

表3：1929年から1997年のベナンの人口増加

年	1929	1950	1961	1979	1992	1996	1997
合計	1,079	1,538	2,082	3,331	4,915	5,593	5,780
母集団	200	000	511	210	555	237	591

出典：INSAE

性別と年齢による人口分布分析から、全国レベル、地方レベルとも、底の方が広く、年齢があがるにつれてピラミッドが狭まっていることがわかる。これには、若い年代の出産力が非常に高いという特徴がある。

補遺1. 年代別人口分布

グラフ5. ベナンの人口ピラミッド

(統計報告書から表とチャートを見る必要がある。)

表4：ベナンの行政地区別人口分布：1997年

行政地区	1992年の人口	年成長率	1997年の人口	合計人口 (%)
アタコラ	649,308	3.0	755,292	13%
アトランティック	1,066,373	3.2	1,253,943	22%
ボルゴー	827,925	3.6	990,262	17%
モノ	676,377	3.2	793,204	14%
ウェメ	876,574	3.2	1,027,829	18%
ズー	818,998	3.2	960,069	17%
ベナン	4,915,555	3.2	5,780,599	100%

出典：1994年INSAE第2RGPH

主な人口指標

表 5 : 1992 年—1997 年の期間の人口統計指標

行政地区	幼児死亡率	幼児～少年死亡率	総死亡率	総出生率	総合出産力指数	出生時の平均余命
アタコラ	101	149	15.3	45.4	6.4	53.3
アトランティック	98	152	12.8	45.3	5.4	55.5
ボルゴ	84	121	12.0	47.7	6.7	57.3
モノ	98	153	14.6	46.4	6.4	55.4
ウエメ	101	158	14.6	46.3	6.0	54.7
ズー	117	172	17.8	49.6	6.6	51.1
ベナン	99	143	14.3	46.7	6.1	54.3

出典：INSAC の人口予測（RGPH2 の最終データに基づく）

ズーとアタコラでは高い死亡率が見られた。したがって、これらの地域の計算された出生時の平均余命は、全国平均よりも低い。

表 6 : ベナンの幼児、少年死亡率の進展

調査前の期間	幼児死亡率	少年死亡率	幼児～少年死亡率
1972 - 1977	135.6	144.2	260.3
1977 - 1982	116.6	119.3	222.0
1982 - 1987	113.5	111.0	211.9
1987 - 1992	113.6	101.4	203.4
1992 - 1996	93.9	80.0	166.5

出典：EDBI、1996 年 INSAE

おおむね死亡率は、過去 25 年にわたり減少してきている。実際、幼児死亡率は、これは一歳に達するまでに新生児が死亡する確率だが、その期間に 136/1000 から 94/1000 に減少した。同様に、過去 5 年間に 1 歳児 1000 人のうち 5 歳に達しなかったのは 80 人だが、他方 25 年前に 5 歳に達しなかったのは 144 人であった。

表 7 : ベナンの男女比率

行政地区	男性の%	女性の%	女性/男性比率
アタコラ	49.11	50.59	103
アトランティック	48.96	51.04	104
ボルゴ	50.21	49.79	99
モノ	47.70	52.30	110
ウエメ	48.07	51.93	108
ズー	47.49	52.51	111
ベナン	48.67	51.33	105

出典：1996 年 5 月 DPP/SSDRO

ベナンの人口は、男性 49% に対して女性が 51% と女性優位（女性の数が男性の数を上回っている）である。言い換えれば、この全国の人口における男性に対する女性の比率は、男性 100 に対し女性 105 である。この傾向はボルゴ以外行政地区にも見られる、一方ボルゴでは表 7. で示すように逆の傾向がある（男性 100 に対して女性 99）。

目標人口

さまざまな保健データの計算と分析に、保健・社会保障と女性の条件省は、この結果に対して定義された年齢カテゴリーを正確に利用する。これらは、追加として疫学的調査または家庭保健調査に応じて、さまざまな計画や、保健センターまたは医療センターから提供される医療方面にも流用される。

表 8 : 疫学調査のための 1997 年目標人口

行政地区	0~11 カ月	1~4 歳	5~14 歳	15 歳以上	合計
アタコラ	31,722 4.2%	111,028 15%	237,162 31%	375,380 50%	755,292 100%
アトランティック	51,412 4.1%	179,314 14%	331,041 26%	692,176 55%	1,253,943 100%
ボルゴ	44,562 4.5%	153,490 15%	316,884 32%	475,326 48%	990,262 100%
モノ	35,694 4.5%	113,428 14%	262,551 33%	381,531 48%	793,204 100%
ウェメ	44,197 4.3%	151,091 15%	301,154 29%	531,387 52%	1,027,829 100%
ズー	44,163 4.6%	146,891 15%	282,260 29%	486,755 51%	960,069 100%
総人口内のベナンの%	251,750 4%	855,242 15%	1,731,052 30%	2,942,555 51%	5,780,599 100%

出典：1997 年 DPP/SSDRO-SNIG

表 9 : 家庭保健のための目標人口

行政地区	妊娠可能年齢女性	新生児	期待妊娠	12~36 カ月
アタコラ	164,654	34,290	39,434	90,140
アトランティック	310,978	56,929	65,330	120,446
ボルゴ	209,936	47,235	54,326	127,031
モノ	168,952	36,805	42,325	97,879
ウェメ	240,512	46,663	53,663	111,599
ズー	220,816	44,547	51,229	101,764
ベナン	1,315,848	266,469	306,307	648,859

出典：1997 年 5 月 SSDRO-SNIG

FAP：妊娠可能年齢女性（15~49 歳）

生存新生児：TBN×部門人口

期待妊娠：生存新生児+生存新生児の 15%

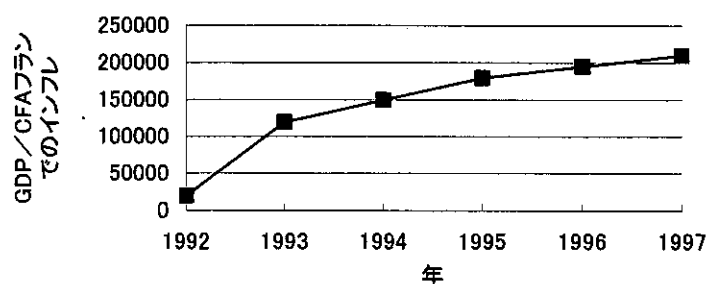
1.5 GDP の進展

国内総生産は、国の経済全体によって生み出された富を計る主な尺度である。その進展をより正確に評価するために、異なった年の現在の市場価格は、1985 年価格を基準として参考にされてきた。一人当たりの GDP は、1991 年から次第に目にするようになってきた。1997 年に GDP は、1996 年に比べて 6.6% 増加した。これは 1991 年のレベルに比べると、ほぼ 2 倍である。成長率は 1992～1993 年に低下した後、1994 年に再び伸びた。だが、フランス・フランにベッグしてきた CFA フランの切り下げによって、ギャロッピング・インフレーション（駆け足のインフレ）が生じた。これにより何らかの一人当たりの GDP の向上も食われてしまった。しかし、そうしたインフレと GDP の偏差も年々減少し、1994 年に 33.5% だったのが 1997 年には 4.7% になった。（表 10 参照）

表 10：1985 年の固定価格での GDP の進展（1981 年～1997 年）

年	GDP (10 億 CFA フラン)		経済成長率 (%)	一人当たりの現在の GDP	GDP の偏差 (%)
	現在の市場価格	1985 年固定価格			
1991	529.7	513.4	4.7	109,582	1.8
1992	569.5	533.9	4.0	115,860	3.4
1993	596.4	552.7	3.5	117,289	1.2
1994	831.1	576.9	4.4	158,244	33.5
1995	1,002.9	603.5	4.6	184,904	15.4
1996	1,129.5	636.9	5.5	201,592	6.7
1996	1,249.8	673.4	5.7	215,823	4.7

出典：INSAE



グラフ 6：1985 年現在の市場価格での一人当たりの GDP の進展

公衆衛生省は、公衆衛生に関する政府によって定められた政策の実施を担当する。同省は保健に関係する活動を率先し、必要な組織を実行する。また、適切な活動を調整し、規制する。

1996 年～2001 年の全国 5 か年計画で、公衆衛生省は 5 つの主な目的を定めた。それらは、以下の通りである。

- 全国的な健康保険計画の範囲を改善する。
- 伝統的な医薬品や薬種を奨励する。
- 全国的な社会保障システムを確立する。
- 違法な薬剤、医薬品の取引と闘う。
- 結果的にライフスタイルの改善につながる行動変化を促進する。

これらの目的を達成するための枠組みが定められ、特に、インフラの開発、医薬品・技術機材のグレードアップや調達、保健スタッフの訓練、追加職員の採用、二国間・多国間協力の強化と対象の絞り込み、民間部門との協力の改善、についての措置が取られた。

1996年以前の公衆衛生省の状況

保健状況は、地方病性・伝染性感染症が大勢を占めるさまざまな熱帯性の病気に特徴づけられる。飲用に適した水や公衆衛生サービスの利用度は、広範囲にわたって不適切であるが、特に人里離れた地域では、そうである。飲用に適した水の低利用率は、部分的には消費習慣と関連している。つまり、伝統的な水源利用を促進し続けることが、「近代的な」水源を損なっている。

人事行政も、一方では地方分権化を理由とした困難を、他方では職員のための明確な職業指導政策の欠落を提起した。気がつくのは、次のことである。

- 末梢的保健訓練における一般医の不足。
- 行政職員の不足、特に戦略管理にたずさわる行政職員の不足。
- 人里離れた地域と都市地域間の人員配置の不均衡。
- 公共部門と民間部門間の協力の不足。

保健インフラと保健ピラミッド組織の配置は、人口密度を必ずしも考慮しなかった政治・行政面での優先順位に追従した。1996年には799の公衆衛生施設と523の民間保健施設があった。

1996年以降の公衆衛生省の状況

前期間の検討の結果、何らかの不足や不適切さに対処するには、政策や戦略の協力を必要とすることがわかった。そこで、保健分野のより良い行政のために、以下の政策と戦略が策定された。

- 保健分野の開発のための戦略（1997～2001）。
- 基本的な医療サービスと必要な医薬品の原価計算に関する国家政策（1999～2001）。
- 輸血に関する政策。
- 保健ピラミッドの基礎の再編に関する政策。
- 公衆衛生区域の確立のための規範と基準。
- 保健分野でのNGOの活動との協力に関する法的な枠組み。
- 公衆衛生の部門管理のためのマスタープラン。
- 予算計画。
- 開発の3年計画（200～2002）。

さまざまな政策と戦略の実施の結果は、以下ようになった。

1. 全国的な保健適用範囲の改善

- 保健センターが設立および／または復興された。
 - 1996年：53の公衆衛生施設に合計980,221,545CFAフランかかった。
 - 1997年：45の公衆衛生施設に合計3,138,929,449CFAフランかかった。
 - 1998年：60の公衆衛生施設に合計1,907,483,439CFAフランかかった。
- 保健センターの医療・技術設備にかかった額は、
 - 1996年には2,010,867,096CFAフラン
 - 1997年には309,803,625CFAフラン
 - 1998年には1,653,483,439CFAフラン
- 公衆衛生施設のベッド数は、ほぼ2倍になった。実際、ベナンの状況は、1995年の保健分野に関する円卓会議のときの調査、2282人に1ベッドから、1998年の1000人に1ベッドに改善した。
- ワクチンにおける独立性のイニシアチブという枠組みの中で、国家予算はユニセフの介入に加え、30,000,000CFAフランを負担した。予算は87,500,000CFAフランを提供した。
- 予防接種活動は結果として以下のような接種率を達成した。
 - 1996年：BCG（90％）、DTCP（80％）、VAR（74％）、VAT（75％）
 - 1997年：BCG（89％）、DTCP（78％）、VAR（82％）、VAT（75％）
 - 1998年：BCG（94％）、DTCP（82％）、VAR（74％）、VAT（74％）
- 我が国での小児麻痺を無くすために、予防接種日が設けられた。
- ビタミンAカプセルが1歳～5歳の幼児に与えられた。
- 1997年には、HIV/AIDSの匿名・無料情報センターがコトヌーに設立された。
- この措置は、軍隊のHIV/AIDSに対する全国認識大キャンペーンによって後援されたが、これはPNLSの中心であり、軍医との協力によるものである。
- 1998年には、「ストップ・エイズ」作戦と名づけられた政治・行政当局、NGO、国民を巻き込んだ全国エイズ認識大キャンペーンが、国中で行なわれた。
- 職員の技術能力の向上という構想を受けて、41人のエージェントが開発協力者の後援を受けて、やや小さな地域でさまざまな専門分野の訓練を受けた。
- 1986年の採用計画の確立後、1994年に始まった臨時採用努力が、現在では現実のものとなった。そこで、我々の部署は、国の公衆衛生施設にみられる不足を埋め合わせるために、常雇いエージェントと契約エージェントを採用した。
 - 1996年には123人の常雇いエージェント
 - 1997年には203人の常雇いエージェントと668人の契約エージェント
 - 1998年には170人の常雇いエージェントと578人の契約エージェント

- 国のすべての地域で、頻発する洪水などの天災の再発リスクで増大される飲料水媒介の病気・衛生状態が原因の病気が続くために、生活の質の継続的な低下がみられる。これらの病気の拡散は、衛生についての無知や基本的なルールを守らないことだけでなく、人々に衛生のきまりの順守を推進する衛生・公衆衛生組織の無いことによるものである。
- この状況を改善し、これらの病気を抑えるために、公衆衛生省は各部門に公衆衛生隊や公衆衛生エージェントを組織し、コミュニティ内で認証した。
- 公衆衛生省は、部門の公衆衛生施設内で働く 250,75 人の公衆衛生職員と 60 人の衛生エージェントを採用し、訓練した。
- この活動範囲内で、コレラにかかる可能性が高いために、危険にさらされている部門の国民に恩恵を与える、1000 以上の家庭便所が建設された。
- さらに、衛生活動の推進のための措置が取られ、コミュニティの形成が飲用に適した水の処理につながった。

2. 伝統的な医薬品と薬種の奨励

- 1998 年は伝統的な開業医の国勢調査に指定された。彼らとともに活動する枠組みが導入された。その効果を上げるために、「伝統的な医薬品と薬種の奨励」プロジェクトが PIP 内に合計金額 580,000,000CFA フランでたち上げられ、始まった。

3. 全国社会保障システムの確立

- 10 の実験的相互扶助保健協会が導入され、運営されている。そのうちの 3 協会は、都市地域にある。(パラコー、ポルトノボ、コトヌー)

4. 違法な薬剤や医薬品の取引と闘う

- CAME の成立のための新しい立法・金融の基礎の確立によって、取引高が増加して来た。これは、1995 年の 1,810,822,555CFA フランから、1998 年には 2,372,014,074CFA フランの増加であり、31%の成長を示した。
- 国民の認識に関わる猛烈な活動が、マスメディアやコンセンサス・ミーティング（同調集会）を通して行なわれた。
- 医薬品の違法な取引を妨げるために、「鉄拳」作戦が実行され、市場の品質の疑わしい医薬品を差し押さえた。
- 一般的な医薬品の品質管理や生産のための研究所が、現在建設中である。

5. 結果的にライフスタイルの改善につながる行動変化を促進する。

- 意思決定者、オピニオンリーダー、コミュニケーションのプロ、行政スタッフのためのセミナーやワークショップが組織された。

制約：

すべての組織が共有する全般的な困難は、

- 人材の不足。
- 定期的に管理したり、先進の戦略を実施するための十分な車両やデータ処理設備の不足。
- 不十分で、時代遅れの医薬・技術設備。
- 情報・コミュニケーション問題。

将来の見通し

- 180 億 CFA フラン以上が、公衆衛生の適用範囲の改善のために投資中である。
- 予防接種の効果的な実施に不可欠な材料源の獲得のための、資金調達計画が、入念に作成中である。
- 性と生殖に関する健康の認識と推進に関わる活動の強化。
- 風土病・流行病と闘う。
- CAME の地方分権化。
- 省内のイントラネット設備の設置による情報とコミュニケーション・システムの強化。
- CNHU へのスキャナーの設置。

全部合せると、随分な努力が国民の保健状況を改善するためになされた。国民の社会・公衆衛生状況の改善に、強い影響を与えることが期待される新しいプロジェクト／計画が、PIP 内で立てられ、実施された。

しかし、追加的な努力をすることが、特にコミュニティの保健と開発の分野においては、いまだに必要である。保健送達構造の変化に伴い、不公平な事例が増えている問題に取り組むために、貧しい人々の医療にも考慮されなければならない。

目的 3 : 資料

保健における政府の優先順位や、MOH の保健計画についての関連文書を収集する。

以下の文書のリストが手に入った。これらは以下に掲げる。

フランス語

1. 「ベナン：1999～2003 年国家計画」
2. ベナン共和国公衆衛生省行政指導と調査指導協力 1999 年 1 月「アタコラ公衆衛生省指導 1999 年予算計画」
3. ベナン共和国公衆衛生省行政指導と調査指導協力 1999 年 1 月「アトランティック公衆衛生省指導 1999 年予算計画」
4. ベナン共和国公衆衛生省行政指導と調査指導協力 1999 年 1 月「モノ公衆衛生省指導 1999 年予算計画」
5. 行政指導と調査指導協力 1999 年 1 月「ウエメ公衆衛生省指導 1999 年予算計画」
6. 公衆衛生省
7. ベナン共和国
8. ベナン共和国公衆衛生省行政指導と調査指導協力 1999 年 1 月「ズー公衆衛生省指導 1999 年予算計画」
9. 公衆衛生省行政指導 1999 年 3 月「公衆衛生分野予算 1998 年実施報告書」
10. ベナン共和国人口政策宣言」
11. 1996 年 5 月 2 日コトヌー、計画・経済再編・雇用促進省、計画と未来委員会に関する国の指導、全国の人材と人口
12. 1995 年 6 月国家政治文書「健全化による分野の発展」。ベナン共和国公衆衛生省、住環境と都市計画
13. 1998 年 6 月「子供と女性、ベナンの将来」第 2 版
14. ユニセフ：ベナン共和国
15. 「1987 年～1998 年ベナンのワクチン接種率の進展」
16. 「公衆衛生省の組織と組織体系」
17. 1998 年 12 月「1999 年組織の継続的な育成と完成計画」ベナン共和国公衆衛生省
18. 「作戦段階 1（1996 年～1999 年）ベナン・ドイツ初期健康管理計画」ベナン共和国公衆衛生省、社会保障と女性の条件（MSPSCF）省、ドイツ開発局（DED）、ドイツ技術協力事務所（GTZ）
19. 1997 年 3 月「1997 年～2001 年公衆衛生分野の開発に関する国の政策と戦略」。ベナン共和国公衆衛生省、社会保障と女性の条件省
20. 1998 年 7 月ベナン共和国公衆衛生省「総称 1999 年～2001 年医療給付と必須医薬品の料金決定国家政策
21. 1997 年 5 月ベナン共和国コトヌー「政府実施計画」

- 22 1998年12月「1997年度公衆衛生統計」ベナン共和国公衆衛生省統計サービス、資料収集・実用研究計画・未来部、内閣部
- 23 「公衆衛生管理に関する国家情報システム」snig 器にたいする使用法ガイド、1996年12月ベナン共和国社会保障と女性の条件省、調整と評価計画部、資料収集と実用研究統計サービス

英語

1. 1998年12月「1999年1月～2001年12月アトランティック部門社会保健分野開発マスタープラン」ベナン共和国公衆衛生省アトランティック公衆衛生指導部
2. 1994年3月「ベナン第2保健・人口分野計画」ベナン共和国コトヌー、ベナン政府保健省（世界銀行より）
3. 「1998年～2002年オリエンテーション・プラン総合報告書」1998年7月、ベナン共和国計画・経済再編・雇用促進省
4. 1998年7月「1998年～2002年オリエンテーション・プラン主題報告書」ベナン共和国計画・経済再編・雇用促進省
5. ベナン共和国 USAID 1999年2月25日「USAID／ベナン家庭保健戦略目標のための成果の枠組み」

目的4：チェックリストに対する MOH の再検討

各部長や部の長官がチェックリストを再検討し、JICWELS に意見を送付することをベナン政府、MOH、計画部長を通じて要請する。

以下は、1999年9月に利用できるようになったアンケートに対する計画部長の報告書の要約である。

I. 基本的な保健衛生と下水設備

飲用水供給システム、公衆衛生サービス、適用される地域、金融、送達についての説明。

ベナンの飲用水は、いくつかの異なるシステムによって供給されている。ベナンの電気と上水道は、流水を都市の人々に供給している。

- 水力部は、人里離れた地域に介入している。
- 公衆衛生省の基本的保健衛生・公衆衛生部は、インプルウィウム（雨水溜）の建設によって学校や保健センターに飲用水を供給している。

公衆衛生の下位部門には、以下のものを含む。排泄物の排出、下水と汚水、しっかりした家庭管理、雨水や洪水の制御に加え産業・有毒水。この下位部門は、三つの異なる組織によって管理される。

- 基本的保健衛生・公衆衛生部（DHAB）を介して公衆衛生省は、基本的な保健衛生や公衆衛生に関する行動変化を担当する。

- 環境・住宅・都市生活省は、都市道路（DAVU）を通して排水口や下水道を建設する。また、固形廃棄物官吏も継続する。
- 多くの国内および国際機関、NGO も、この下位部門に協力する。

この下位部門の戦略は、五つの基本原則に基づいている。

- サービス管理の長続きする、効果的な組織構造の具体化。
- コミュニティの要求に基づいて開発された公衆衛生計画の促進。
- 建設プロジェクトの金融、運営、維持へのコミュニティの参加。
- 地方の事業主や熟練工の技術開発。
- 政府、自治体、受益者の金融・経営能力に適した技術採用の促進。

排泄物の排出

ベナンで行なわれた多くの調査は、人里離れた地域の人々が利用できる適切な排泄物の排出システムの割合が、低いことを示している。最もよく見られる独立公衆衛生システムは、伝統的な掘り込み便所である。人里離れた地域の伝統的な掘り込み便所の利用は、かろうじて 5% であり、一方都市地域での普及率は 45% である。

雨水排水システム

このタイプの排水溝は、いくつかの開放下水溝のネットワークを持つコトヌー、ポルトノボ、パラコーなどの特定の町以外には、ほぼ完全に欠如している。しかし、にもかかわらず AGETUR（都市建設庁）は、主要都市で、いくつかの都市土木の実験プロジェクトを完了した。町の下水溝の大半は、家庭廃棄物や砂で定期的に詰まり、その結果、常時利用することができない。結果的に、コトヌーのような町では、しばしばあふれ出ている。

固形家庭廃棄物の排出

たいていの町には、ゴミ収集のシステムがない。そのようなシステムのある町の収集率は、一般的に不十分で、全廃棄物の約 30% である。廃棄物は、規制されていない場所や町の境界内の空き地に捨てられている。

産業廃棄物の管理

都市地域では、多くの異なった種類の産業廃棄物が、液体または泥状で出される。ほとんどの場合、この廃棄物は処理されず、周辺にそのまま捨てられる。コトヌーでは、綿産業が産業廃棄物の 50% 以上を出す。屠殺場、ホテル、病院、市場、レストラン、塗料・繊維工場のような他の施設も産業廃棄物を出す。前述の所見からして、公衆衛生下位部門でやり遂げなければならないことが、非常にたくさん残っていることは明らかだ。

主な環境問題の定義

ベナンでは、一般的に都市公害は、排泄物の排出サービスの貧弱な管理、排水溝の不足、固形物および産業廃棄物の不適切な排出によって引き起こされている。ベナン最大の都市であるコトヌーでは、道路脇の溝は、洪水、沼への廃棄物投棄、汚水だめや便所からの下水の処分、

絶えず汚染されている。公害と闘うための一連の勧告を含む環境面の措置が、開発された。しかし、これらの勧告はいまだに適用されていない。

概して、排泄物の貧弱な排出が、結果として、コレラ、赤痢、こう虫症、住血吸虫症、その他の寄生虫を含むさまざまな種類の下痢などの、糞便を介して移る病気を伝染させる可能性のある地下水の汚染や、増大につながっている。

規制過程の組織

基本的な保健衛生・公衆衛生部（DHAB）は、基本的な保健衛生・公衆衛生に対する基準や標準の定義を担当する。このような前後の事情があって、水規則に加えて公衆衛生規則ができ、1987年から適用されている。これらの二つの規則は十分に普及していない。したがって、これらの基準や規制は、しばしば国民にも尊重されていない。

保健衛生規則を普及させ、国民に基本的な保健・公衆衛生習慣を守らせるために、公衆衛生規則の実施には、公衆衛生警察の実施が必要である。公衆衛生警察は、保健衛生・公衆衛生についての多大の教育、情報、広報によって支援される必要がある。

病気と闘う組織

病気との闘いは、技術面および教育面の一連の計画を通して行なわれる。これらの対策は、市場に加えて学校や保健センターに、便所を建設するためのキャンペーンを通して実施される。それらは、主として学校や保健センターに的を絞った恒常的な教育、情報、広報キャンペーンによっても支援される。民間部門やNGOも、この計画の実施に加わる。

上で検討された地区の主な進行中の開発

公衆衛生分野では、低コストの家庭用フラットスラブ便所のような新しい便所の建設技術が、ベナンに紹介された。そこで、衛生設備建設プロジェクトをさらに押し進めるために、公衆衛生省は国中の貧しいコミュニティに1,000のフラットスラブ家庭用便所の建設を開始した。WHOやユニセフのような開発協力者も、この下位部門を推進するために活動している。注目に値するのは、部門の新しい戦略に続いて、アトランティックとズーの部門での上水道と衛生設備の利用を改善したPADEARプロジェクト（人里離れた地域の上水道と衛生設備の開発を支援するプロジェクト）の実施である。そこで、世界銀行から融資を受けたこのプロジェクトの枠組みの中で324のコミュニティ・プロジェクトが完了した。そのうち、204が人里離れた地域の水利で、120が人里離れた地域の衛生施設であった。

主な課題と質問の説明

- 水や糞便を介して伝染する病気（コレラ、赤痢、住血吸虫症など）を無くす。
- 供給システムの利便性の改善。
- 十分で、良質な飲料水へのアクセスの改善。部門を扱う教科書の普及。

これらの目標の達成には、ある一定数のプロジェクトの実施が必要である。

- ベナンの大都市での固形廃棄物の管理を支援する実験プロジェクト（400,000,000CFAフラン）

- 保健施設からの生物医学的廃棄物の管理を支援するための実験プロジェクト (360,000,000CFA フラン)
- 国立教育科学研究所によって開発された新しい教育計画に、総合保健教育計画を作成し、実施するためのプロジェクト
- 学校衛生設備 (1,450,000,000CFA フラン)
- 水と衛生設備の質を分析するための国立研究所建設プロジェクト (400,000,000CFA フラン)
- ベナンの衛生設備に関するデータベースを作るためのプロジェクト (120,000,000CFA フラン)
- 部門の人材の能力を向上させるためのプロジェクト (60,000,000CFA フラン)

現在進行中の改革計画と、公衆衛生サービスの将来の発展にとってのその重要性

公衆衛生改革計画は、まさに存在する。この計画では地域病院 (HZ)、小県保健センター (C/SSP)、市立保健センター (CSCU)、コミュニティ保健センター (CCS) が定義された。各段階が、広範な活動、設備、多くの職員を管理する。

計画が実施される間に、地方分権化された保健衛生と公衆衛生サービスも、実施された。

II. 家庭の保健

家庭の保健部の所見

初期健康管理 : 8 ページ

予防接種、スクリーニング、その他の活動のような予防サービスは、どのように系統立てられるか？

(家族計画 [FP]、これは母親の死亡率を改善するための戦略の一つで、主な原因には以下のものを含む。早い妊娠、繰り返される妊娠、遅い妊娠、多胎妊娠、妊娠中絶。)

手ごたえ：政策が、主な連携役を指揮する中央レベルで作成された。これらのサービスは、治療活動に統合されるなどの方法で、支出分野 (運営レベル) において実施された。実施の計画、フォロー、監督は、中間レベルで保証された。

主な開発

1994 年 CIPD での新しい性と生殖に関する健康 (RH) の採択。

1996 年 5 月 2 日の人口政策宣言の採択。

1996 年の状況を決定するための人口動態・保健調査の実施。

1997 年～2001 年の保健分野のための政策と戦略の開発定義。

以下のような、最低限の RH 一括活動、政策の変更、性と生殖に関する健康の四つの面を考慮した家族の健康における基準と標準の定義。