

母性保健

婦人科疾患や更年期疾患の治療。
産科・新生児救急治療とともに最小リスクの妊娠の推進。
出産後・中絶後の避妊。

子供の健康

新生児学、健康な子供の指導。
幼児期の病気の総合治療など。

若い人達の健康

家族生活と両親の責任についての教育。
危険性の高い行動の予防を含む、青少年・若い人達のための RH についてのフォロー。
結婚前の診察と結婚カウンセリング、望まない妊娠に対する闘い、早い妊娠と妊娠中絶。

男性の健康

性的機能不全の治療、生殖器の癌のスクリーニングと治療。

主な課題と質問

DEPOLIPO 目的に続いて、ベナンの国民の生活状況を改善するために貢献すること。この目標を達成するために、公衆衛生省がしようと務めるのは、以下のことである。

- 1996 年の生児出生 100,000 当たりの母親の死亡率 498 を、2016 年には生児出生 100,000 当たりの母親の死亡率 200 に減らす。（母親死亡率MMR）。
- 幼児死亡率を（IMR）を 1,000 当たり 50 に、少年死亡率（JMR）を 1,000 当たり 42 に減らすために、1996 年の幼児・少年死亡率を 1,000 当たり 166.5 から 2016 年に 1,000 当たり 90 に減らす。
- 青少年と若い人達の 50% に、性的に責任のある方法で行動するよう奨励する。
- 特に、RH において男性の協力を得る。
- 現在から 2016 年へ。
- 結婚前の診察受診率を 67% から 90% に増やす。
- 医師の助けを借りた分娩率を 50% から 80% に増やす。
- 80% の複雑な妊娠と分娩の効果的な治療を保証する。
- 出生後の診察受診率を 32.3% から 60% に増やす。
- ワクチン接種が指定されている六つのおもな子供の病気に対する、12 カ月から 23 カ月の子供の予防接種完了率を 50% から 80% に増やす。
- 四つのおもな幼児期キラー（マラリア、急性呼吸器感染、下痢、栄養失調）による幼児・少年の死亡率を 50% 減らす。
- 50% の母親に、特に 4 カ月まで母乳で育てさせる。
- 早い妊娠率を 26% から 15% に減らす。
- 青少年や若い人達に RH/FP サービスの利用させる。
- 2000 年までに近代的な避妊具の利用を 3% から 40% に増やす。

- 生後 1 カ月以内の新生児の破傷風と麻疹を無くす。
- 小児麻痺を撲滅する。
- ビタミン A とヨウ素の不足に関連する疾患を無くす。
- 保健と生殖に関する若い人達や青少年のニーズについての、オペレーションズ・リサーチを実施する。この性的に活発な対象群は、全般的な保健、性と生殖に関する健康の面で危険にさらされている。このリサーチは、若い人達のための性と生殖に関する健康についての、具体的な計画を作り上げる我々の優先事項の一つである。
- 幼児期の病気の効果的で、総合的な治療を保証する。
- すべての保健施設で、最低限の一括 RH 活動をするための運営上の状況を保証する。

治療用初期保健サービス：

これらのサービスは、どのレベルにも適用できる基準や標準に応じて、保健ピラミッドの全レベルに提供される。レベルは以下のようにになっている。

- コミュニティの保健複合施設。
- 小県または市区の保健センター。
- 保健地帯。
- CHD 段階（病院保健センター）。
- CNHU 段階（国立病院や大学センター：中央レベル）。

健康管理の範囲

幼児医療

- 新生児集中治療
- 新生児検診
- 新生児治療
- 健康な子供のための診察（1～3 歳）
- 栄養面での指導
- 精神面、体重／身長／成長の監視
- PCIME（15 歳までの子供—幼児期の病気の総合的な治療）。これらには、急性呼吸器感染、栄養失調による下痢疾患、麻疹を含む。
- drepanocytosis の治療
- 予防接種

家族計画

- I.E.C/FP
- コミュニティを基にしたサービス
- 臨床サービス。これらは、センター活動に統合され、STD や不妊症のスクリーニングと治療を含む、（不妊症のスクリーニングと治療は、設備と資格を持っている職員が不足しているために、すべての基準センターで利用できないだろう。）
- NB：第一レベルの基準センター研究所に、設備を備える必要がある。

産科治療

- 妊娠の監視とリスクのある妊娠の治療
- 分娩の監視
- 産科の救急、スクリーニング、診察後患者を専門医などに差し向けるといった治療
- 出産後の監視
- 中絶の防止と中絶後の合併症の治療

出生前医療

- 妊娠診断と監視
- リスクのある妊娠のスクリーニングと治療
- 未来の母親が分娩に備えるための診察
- 出産後の期間に対する母親の準備
- 家族計画の重要性
- 全面的な母親の母乳育児と出産後の指導
- 破傷風に対する予防接種

救急医薬品の供給

追加の質問

- 予防的および治療的医療のニーズを満たすインフラ（枠内）が利用できるのか？
- 上質の健康管理サービスの利用を保証するために、現在必要なものは何か？

予防接種

1. アンケートを改良するための所見

特に一般・予防接種サービスにおける予防的治療は、以下のようにアンケートの6、7節および「初期保健治療」の8章に含まれるだろう。

- このような予防接種サービスは、どのように組織されるのか？
- さきに述べられた分野の最近のおもな開発は何か？

課題と質問の原則の説明

質問は、以下のように尋ねられるだろう。

- ベナンの予防接種サービスの組織、戦略、成果、問題、展望は何か？

どんな手段がとられたのか、そして我々の困難に対する認識を持つ協力者の支援を必要とする問題を明らかにすることによって、こうした質問は、拡大予防接種計画についての完全な情報を提供するだろう。

この質問に対する回答

家庭保健部の予防接種サービスは、1987年4月7日に開始された初期保健治療に統合された拡大予防接種計画（PEV/SSP）によって、六つの病気（結核、麻疹、ジフテリア、新生児破傷風、小児麻痺）に対する予防策、すなわち、これらの疾病に対する0～11カ月の子供への予防接種による予防策をまとめ上げた。

2.1 組織

中央レベル：予防接種サービスは、拡大予防接種計画の計画と調整を保証する。

中間レベル：公衆衛生部の指導による家庭保健サービスが、部レベルの活動の調整を行なう。

周辺レベル：小県、市区の保健センター、コミュニティ保健複合施設が、このレベルの健康管理を提供する。

2.2 目的

全体的な目的

- 幼児、幼児／少年罹患率・死亡率の減少に貢献すること。
- 母親の死亡率の減少に貢献すること。

具体的な目的

- 以下の予防接種率の獲得および維持
 - DTCP3—80%
 - 妊婦の麻疹と VAT—90%
- 2000 年中に小児麻痺を撲滅する
- 2000 年中に新生児破傷風を無くす
- 麻疹を抑制する

2.3 戦略

- 日々の接触コストに基づき一定の場所から予防接種をすること
- 事前戦略としての予防接種
- 積極的な調査とスクリーニング
- 戸別
- 検索

2.4 結果

	1990	1995	1998
BCG	94%	96%	92%
DTCP3	78%	89%	81%
麻疹	72%	82%	82%
VAT+妊婦	-	81%	74%

これらの満足すべき結果は改善される可能性がある。これを達成するためには、現行のロジスティックスの問題が解決されなければならない。

2.5 問題

- 風邪の連鎖の悪化
- 不十分な車両の利用
 - 保健施設の管理者用のオートバイがあれば、先進の戦略が可能になる。
 - 保健センターの医長用の監視車両

2.6 展望

- 拡大予防接種計画（PEV）における黄熱病ワクチンの導入
- 通常の予防接種への自動閉鎖式注射器の導入

これらの二つの措置は、利用者の料金負担が継続的な財源を提供するだろう。

III. 薬屋と医薬工場

全体的な目的

1. 状況を説明し、政策を評価する
2. 問題を識別し、原因を究明する
3. より掘り下げた分析をするために具体的な研究を提案する
4. 政策設計に貢献する
5. 解決戦略を提案する
6. 戦略的保健中核プランの準備のためのモデルを開発する

医薬品と薬物の取り締まり部の部長との会談（医薬品と研究室部）

質問	回答
1°) 医薬品行政レベルと重大な傾向	ベナンの医薬品の市場は 1999 年に輸入額で 80 億以上と推定される。この傾向は拡大している。
2°) より安価な薬物使用を奨励するための国の政策	<ul style="list-style-type: none"> - 1991 年に国家薬物政策の起草と採択 - 1993 年 3 月に国家薬物戦略計画（NPSP）と 3 か年優先実行計画（TPAP）の起草と採択。国家薬物政策の修正と NPSP、TYPAP は進行中である。 - 1990 年に必須医薬品の国家計画の実施。 - 1990 年に必須一般医薬品リストの採択と 2 年ごとの修正。
3°) 必須医薬品リストはあるのか？	1989 年に必須一般医薬品リストが採択され、2 年ごとに改訂された。最新のものは、1997 年 11 月 18 日付けの付則 N°2327/MSP/SGM/DPHL/SPM によって採択された。
4°) 必須一般医薬品の利用の推進政策はあるのか？	国家薬物政策、すなわち、必須一般医薬品の合理的な利用の推進を含む国家薬物戦略計画と 1994 年～1996 年の 4 か年優先実行計画が、1991 年に作成された。
5°) 良い医薬品とか悪い医薬品（政府の承認済みのものと非承認のもの）のリストはあるのか？	無い！ 非承認医薬品については、技術・薬物委員会の成り行きを問い合わせさせてくれ。
6°) 公式・非公式分野の処方箋に影響を与える努力は行なわれているのか？	<ul style="list-style-type: none"> - セミナー、会議、医薬品に関する反省の日々、あらゆるレベルでの健康管理のための医薬品処方の組織化。 - 健康管理用紙の発行。 - 保健施設レベルでの必須一般医薬品の国のリストの普及。 - ベナンにおける医療処方箋の研究と評価。
7°) 調達のレベルと状況	中央、周辺どちらのレベルにおいても調達と流通の監督、規制は無い。保健センターでの医薬品の貯蔵、取り扱い／包装状態は、基準と勧告の準拠からは程遠い。
8°) 医薬品分野の組織的構造と国民への医薬品の流通方法。	<p>薬物・研究室部は中央組織である。とりわけ、薬物・研究室部は以下の業務を保証している。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 適用可能な薬物法令の実施、精神に影響を及ぼす物質や麻薬に関する国際会議。 - あらゆる保健施設での医薬品、設備、試薬の調達と流通、医療の提供。 - 薬物検査。 <p>薬物の下位分野には以下のものを含む。</p> <ul style="list-style-type: none"> - ほぼ独占的に輸入された調剤要指示薬を供給されている、113 の薬局と 249 の薬物問屋（1997 年 1 月時点）を持つ民間部門。 - 公的部門には、国中の非営利民間・公共保健センターに供給するコトヌーの CAME（必須医薬品と医療消耗品のための購入庁）を含む。 - NGO と準独立診療組織。 - やみ市：撲滅が難しい。

質問	回答
<p>9°) 適切な政府の規制という状況の中で、医薬品流通に関わる公共・民間民間機関</p>	<p><u>医薬品の流通</u></p> <p>公共機関：CAME 民間機関：GAPOB、SOPHABE、PROMAPHARMA、UBPHAR</p> <p><u>医薬品製造</u></p> <p>PHRMAQUICK、SOPAB、BIOBENIN</p> <p>これらの活動は、以下によって規制されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 医療・医療補助職のための民間慣行の管理条件を規定する 1997年6月17日付けの法令N°97-020 - ダーメイにおける薬物製品・外傷用医薬材料のための輸入規制を規定する 1973年9月27日付の条例N°73-68 - 民間慣行に対する認可の審査を担当する技術委員会のメンバーの任命と創設、および医療・医療補助職のための保健施設の創設を規定する 1999年5月7日付けの付則N°2723/MSP/DC/SGM/DNPS/ - 薬局の開店条件を規定する 1999年1月5日付けの付則N°0088/MSP/DC/SGM/DPHL/SPM - 1999年～2001年のベナン共和国のための薬物カードと、薬局創設地域の計画を創設する 1999年1月5日付けの付則N°1187/MSP/DC/SGM/DPHL/SPM - ベナン共和国への薬物および外傷用医薬材料製品の輸入の申告に関する 1985年12月16日付の部の指示N°631/MSP/LFE/MCAT/DGM/DPH/SSSP - 化学製品と研究室の試薬の輸入、流通、販売を管理する規制に関する 1989年10月10日付けの行政命令N°89-370
<p>10°) 医療用処方箋に関する問題。</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 医療用処方箋の提示、書き方のまずい医療用処方箋 - 処方する仲介人と患者間の訓練／情報の不足 - 患者の購買力に比べてコストが高すぎる処方箋 - 国家薬物政策に民間部門を含めていないこと - 保健施設内での処方された薬の利用と入手の問題 - 罪を犯した仲介人に対する法律や罰の欠如

質問	回答
11) 医薬品の将来の販売促進に関する現在の改革または期待	<ul style="list-style-type: none"> - 薬物政策のある面を、それらの共通の薬物政策に統合するために、下位地域経済実体への介入を通して地域の統合メカニズムの強化 - 必須医薬品政策における地域金融機関のより大きなかわりあい - 過程の支援を続けるために医薬品政策に関係する開発協力者の奨励 - モデル入札仕様書の登録手続きと体系的な利用の調整 - 必須医薬品と医療用消耗品のための購入庁（CAME）の間の協力の形成 - 国の好みだけでなく、地域の適用 - やみ市や自己治療との闘いの強化 - 医療用処方箋における保健職員の訓練 - 医薬品政策におけるオピニオン・リーダー、コミュニティ、開発組合、NGO のかわりあい - 医療用処方箋の規制 - 医薬品品質管理 - 研究室技術者、建設エンジニア、医師、薬剤師の訓練

IV. 必須医薬品と医療用・消耗品購入庁

医薬品

2年ごとに改訂される必須医薬品のリストがある。

政府は、必須医薬品促進計画（一般大衆への情報キャンペーン、職業訓練、消費者の自覚）を実施した。

国内に販売が認可された医薬品のリストがある。

公式部門には、処方箋を書く人たちのための情報、認識セッションがある。

公共部門の流通は、CAME と保健施設によって保証されている。

民間部門では医薬品卸売会社、薬局、民間問屋がある。

処方箋に伴う問題

- 不合理な処方
- 有名メーカー製の製品の処方（特に民間部門では）

期待される改革

- 一般薬の使用を奨励し、利用のしやすさを増大させるための代用権の規制
- 公式民間部門に一般医薬品の導入

V. 民間健康管理システムの構造

民間部門の内科医のための専門家組織、医師会、民間部門の薬剤師のための専門家組織、薬剤師会、助産婦会、看護婦会

目的 5：実施計画の手順

修正されたチェックリストの作成のための実施計画、範囲に含まれるべき保健分野の領域の並べ替え、報告書テンプレート、保健分野の検討を行なうためのガイドラインを含む調査団の報告書草案を書く。

チェックリスト草案実施テスト用の検討実習では、修正されたチェックリスト作成用実施計画をアンケート形式に草案する必要性を強調された。このアンケート形式は、保健分野の比較的迅速なアセスメントを行なうことが求められたり、MOH のチームと共同でアンケートを採用し、その後調査する必要のある各分野の詳細な書類を作成するための指針として、チェックリストを利用して詳細な保健分野の検討とアセスメントを行なったりするときに、コンサルタントのチームによって直接利用された。

チェックリスト/アンケートは、それらが分野と課題に関係するような発見を報告するためのテンプレートとしても役目を果たすだろう。また、選択肢の調査や、最終的に特定の国のマスター保健計画開発の実習に権限を与えるための、TOR の草案作成の基礎の役割も果たすだろう。

補遺 1.には、修正されたチェックリストを含む。修正されたチェックリストは、体系的なものから具体的なものへ並べ替えられていて、社会、政治、経済レベルのマクロ状況から始まり、その後 MOH、公衆衛生インフラ、民間部門、民間部門の管理、部門の金融の点で保健の組織と構造を見る。最終的には、活動に関連するサービスと保健を見る。

以下は、国の保健分野の検討を行なうための実施計画のおもな段階と、マスター保健計画開発実習用 TOR 開発につながる検討に基づいた報告書草案の要約である。

実行計画のおもな手順

1. 保健分野の検討を行なうために、国を選択する尺度を作成する。
2. その尺度を使って、国と優先順位を選択する。
3. 適切な管轄庁や庁にこの選択を確認し、作業に取りかかる許可を得る。
4. 保健分野の検討実習を準備するチームを選び、以下に基づいた予算をつけた実施計画の草案を作成する。
 - 選択された国の保健分野に関する資料や他の文献についての机上検討を行なう。
 - チェックリストを利用して結果を要約し、情報にギャップのある分野や情報の更新が必要な分野をリストアップする。
 - 選択された国の保健当局と接触する。彼らと机上検討による発見や情報のギャップについての概略を共有し、提案された検討実習の目的を共有する。
 - チェックリストとアンケートを検討し、必要であれば、その準備や翻訳のために、選択された国にそのコピーを送る。

- 選択された国を訪問するための実施計画を準備する。その中には、行なわれるべき活動リスト、会談すべき人、必要な情報項目、必要な時間、出張の日時と予算が含まれる。
 - 出張のために必要なロジスティックスの調整と、訪問のための完ぺきな準備をする。
 - ガイドラインや書類に変換するための後日の検討用に、検討実習のさまざまな段階や手順の文書や資料を作成する。
5. アンケートやインタビューから得た情報を照合し、訪問中に得た文献や報告書を検討する。
 6. これらを、机上検討および識別された情報におけるギャップに関連づける。
 7. 収集されたデータを分析し、発見と結論を分類する。
 8. チェックリストと報告書テンプレートを使って、報告書草案を書く。
 9. 重要な発見や結論を要約し、支援と援助が必要な分野を強調する。
 10. 保健分野検討報告書に基づいて、マスター保健計画開発実習のための TOR の草案を書く。
 11. 検討と承認のために報告書と TOR を、フィードバックや検討用に専門家グループに提出する。
 12. 修正し、最終報告書を提出する。

これらの各手順は、詳細なガイドラインやツールが開発されるようにさらに入念に仕上げられ、その後で適切な訓練実習や材料の開発に利用される必要がある。

これを行なうために、ベナンへの2回目の訪問が必要である。なぜなら、この報告書と手順を検討し、その後、保健分野検討チェックリストとアンケートの最終版を含む適切なガイドラインとツールを入念に仕上げるために、ワークショップ様式を用いて、供与者を含む MOH チームと相談するためである。ワークショップの結論は、ガイドブックと、訓練行事に使用されるマニュアル両方に変換されるだろう。その後、このマニュアルは、関心を持つ主要なコンサルタント・グループに共有され、その後実施テストされるだろう。次の会合が開催され、そこでは、マニュアルの使用についてのフィードバックが求められ、チェックリストとマニュアルが再検討され、修正されるだろう。その後、保健マスタープラン開発実習のための一般利用用に MOHW と JICA に採用されるだろう。

発見の要約

この発見は二つの部門に要約できる。1) ベナンの保健分野の現在の状況と、そのニーズに関係する発見、2) 保健分野の状況分析を行なうための手順、チェックリスト草案の利用、マスタープラン開発のための TOR の開発に関係する発見。

ベナンの保健分野の状況

ベナン政府 (GoB) は現在、1996 年～2001 年の期間を対象とする 5 か年計画を実施している。また、公衆衛生省は、五つのおもな目的を受け持っている。これらは、以下の通りである。

- 全国の健康保険計画の範囲を改善する。
- 伝統的な医薬品や薬物の奨励。

- 全国社会保障システムの確立。
- 違法な薬物や医薬品の取引きと闘う。
- ライフスタイルの向上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規定され、特にインフラの開発、医療および技術設備の向上と調達、保険職員の訓練、追加職員の採用、二国間および多国間協力の強化と目標化、民間部門との協力の改善、に関する措置がとられた。

MOPH も、供与者が貢献する共通バスケット方式の資金の概念を探っている。そして MOPH は、広い範囲の部門アプローチである保健分野の開発を利用する活動を実施するだろう。

1996 年以前のベナンの保健分野の状況は、地方特有の伝染性の病気が圧倒的な、さまざまな熱帯性の病気に特徴づけられる。飲用に適した水の利用は、広範にわたって不適切であった。公衆衛生サービス・施設は、特に人里離れた地域では非常に不適切であった。この飲用に適した水の利用の低さは、部分的には消費慣習に関連していた。すなわち、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。人材行政も、一方ではその地方分権化により、他方では職員に対する明確な職業政策の欠如により、困難を呈した。所見として述べることができるのは、以下の通りである。

- 周辺保健訓練における一般医の不足
- 行政職員、特に戦略管理職員の不足
- 都市部と人里離れた地域との不適切な職員配置
- 公共部門と民間部門の間の協力の欠如

保健インフラの配置と保健ピラミッド組織は、人口密度を必ずしも考慮しなかった政治的・行政的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。

しかし、1996 年以降の保健分野と公衆衛生省の状況により分かったのは、上述した不足や不適切さのいくつかへの取り組むことが、より良い保健分野行政を含む新しい政策と戦略の作成を余儀なくさせたということだ。そこで、以下の政策と戦略が立てられた。

- 保健分野の開発のための戦略（1997 年～2001 年）
- 基本的な健康管理サービスと必須医薬品の原価計算に基づく国家政策（1999 年～2001 年）
- 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
- 公衆衛生地帯の確立のための基準と標準
- 保健分野で働く NGO との協力の法的な枠組み
- 公衆衛生管理部門のためのマスタープラン
- 予算計画
- 開発 3 年計画

これらのすべての新しい政策と戦略は、これまでの得られたことを拡大するために、技術的、物的・資金的支援を必要とする地域を指摘している。

保健分野の状況分で気を行なうための手順

概してチェックリスト草案の利用は、供与に対して影響を及ぼすところが多いし、国際供与者である日本の ODA 投入の意欲と能力は、保健分野における全体的な努力に同調・統合されているので、ベナン政府と国際コミュニティの両方から歓迎された。チェックリストは、省内の上級職員や他の分野の省の職員とのインタビューの有益な基礎としての役割も果たした。しかし、チェックリスト草案の構造と並べ替えの不足のために、結果として繰り返しや不必要な質問に終わる時間があった。計画部長からの報告書は、たとえその形式が初歩的であったとしても、チェックリストの検討が、これらの上級職員にとって、彼らの部の迅速なアセスメントを行なったり、将来の選択肢を話し合ったり、検討したりするための便利なツールであることを、明らかに示した。またチェックリストは、部長がさまざまな分野に気づき、異なった分野や MOH が行なわなければならない業務間の連携を認識することにも役だった。チェックリストは、計画・監視部に、全体的にみて、特に共通バスケット方式アプローチや SWAp を視野に入れて、保健分野の開発を見るための枠組みを与えた。

チェックリストは論理的な順序に従い再び並べ替えられなければならない。また、質問は特定の分野に明確に割り当てられなければならない。すべての繰り返される質問や重複は除去され、運輸やインフラは特定の分野に含められるべきである。見込みのある情報源のリストは、関連文献を求めるインタビュアーのガイドをするようリストアップするべきである。

適切な事前通知やチェックリストの共有、アンケートや会うべき人物、調べられるべきデータや情報源は、それぞれの監督官庁や NGO に連絡されるべきである。

実習が既存の文献で照合されたデータの単なる表面的な再照合でなく、保健分野のさまざまな利害関係者との細目にわたる話や立ち入った議論になり、その結果、疫学的データや保健データの観点から、過程と傾向がより理解されるように、十分な時間が割り当てられるべきである。そのあとに、さまざまな供与者の協議事項のより明確な理解も可能になるだろう。なぜなら、公式の公共分野の外側にいる他の供与者や利害関係者とたくさん会うことは、一般的には単なる外交儀礼であるからである。

(野崎さん：私はこれらについて、あなたと話し合いたい。そして、私が持っている考えと同じような勧告を行動条件で要約したいのです。ある意味では、これまで私が書いたものの中で結論は明らかです。しかし、私は状況が変わったように感じています。それで、私たちはこの項目を、もしあなたが役に立つと思われるなら、小早川博士の意見を交えて話し合うのが一番良いでしょう。チェックリストも、勧告のタイプと性質に基づいて、さらに修正する必要がありますでしょう。)

目的 6：勧告

開発調査と保健マスタープランの準備のために、実施テストされた体系的なアプローチを提案する勧告を MOH と JICA に行なう。

勧告

文献リスト

フランス語

1. 「1999年～2003年ベナン国家計画」
2. 1999年1月「アタコラ公衆衛生指導部1999年予算計画」。ベナン共和国公衆衛生省、計画と未来についての行政指導と協力。
3. 1999年1月「アトランティック公衆衛生指導部1999年予算計画」。ベナン共和国公衆衛生省、計画と未来についての行政指導と協力。
4. 1999年1月「モノ公衆衛生指導部1999年予算計画」。ベナン共和国公衆衛生省、計画と未来についての行政指導と協力。
5. 1999年1月「ウェメ公衆衛生指導部1999年予算計画」。計画と未来についての行政指導と協力。
6. 公衆衛生省
7. ベナン共和国
8. 1999年1月「ズー公衆衛生指導部1999年予算計画」。ベナン共和国公衆衛生省、計画と未来についての行政指導と協力。
9. 1999年3月「1998年公衆衛生予算部門実施報告書」公衆衛生省行政指導。
10. 「ベナン共和国人口申告政策」
11. 1996年5月コトヌー。計画・経済再編・雇用促進省、国家計画指導と未来学委員会、全国人材と人口。
12. 1995年6月国家政策文書「部門開発正常化」。ベナン共和国公衆衛生省、雇用省、住環境と都市計画。
13. 1998年6月「幼児と女性、ベナンの将来」第2版。
14. ユニセフ、ベナン共和国。
15. 「1987年～1998年ベナンの予防接種率の進展」
16. 「公衆衛生省の組織構造体系」
17. 1998年12月「連続した組織計画の完成」。ベナン共和国公衆衛生省。
18. 「保健初期治療に関するベナン・ドイツ計画、実行計画段階1（1996年～1999年）」、公衆衛生省、社会保障と女性の条件（MSPSCF）、ドイツ開発部（DED）、技術協力ドイツ事務所（GTZ）。
19. 1997年3月「1997年～2001年公衆衛生開発国家政策と戦略」。ベナン共和国公衆衛生省、社会保障と女性の条件。
20. 1998年7月「一般基準に基づく治療と必須医薬品の料金の決定と給付についての国家政策」、ベナン共和国公衆衛生省。
21. 1997年5月コトヌー「政府行動計画」、ベナン共和国。

22. 1998年12月「1999年度保健衛生統計」。ベナン共和国公衆衛生省、内閣部、計画と未来学部、参考資料と研究作戦、統計部。

1996年12月 snigs 道具のための指示ガイド「公衆衛生の情報と管理についての国家体制」。ベナン共和国社会保障と女性の条件に関する保健衛生省、調整と評価計画省、参考資料と研究作戦に関する統計部。

英語

1. 1998年12月「1999年1月～2001年12月アトランティック部社会保健分野開発マスタープラン」ベナン共和国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、コトヌー、ベナン政府保健省（世界銀行より）。
3. 1998年7月「一般報告書：1998年～2002年オリエンテーション・プラン」ベナン共和国計画・経済再編・雇用促進省。
4. 1998年7月「主題報告書：1998年～2002年オリエンテーション・プラン」ベナン共和国計画・経済再編・雇用促進省。
5. 1999年2月ベナン USAID 「USAID／ベナンの家庭保健戦略目的に対する実績枠組み」

補遺 1

保健分野検討チェックリスト（採用され、修正されたもの）

以下は、1999年4月17日～27日のベナン出張の間に実施テストされた分野によって拡大されたチェックリストである。

経済、政治、社会文化面

保健システム／分野の構造や、地理、道路システム、識字レベル、公共支出、地方分権化・民営化・公共行政・行政事務改革のような政府の政策といった改革に重要な影響を与えると考えられる、より広範囲の要因についての簡単な強調と意見。

経済

GDPの最近の傾向、インフレ、輸入、輸出、貿易条件、国の赤字、国際債務、援助の流れ、農業と工業・財政政策・金融政策・国際貿易・為替政策・公共部門雇用・労働市場・投資戦略などといった他の分野の実績。

政治的要因

現在の政府の説明、政権の座にいる長さによる安定性、権力の根底をなす基礎と同意または異議の程度、民主主義と社会参加の程度、医療の既成の権力組織の勢力といった重要な利害関係者、適切な現在の行政改革または政治改革。

社会文化

家族と血縁関係にひときわ目立つ特質、男女の伝統的な役割、おもな民族群と結束性の程度、保健システムにかんする中心的な考え。

人口統計

人口規模と成長率、人口の年齢と性の構造、傾向と予測、人口の地理的分布、重要な移動傾向とパターン、傾向と予測。

検討される文献：国家保健計画、国家計画ガイドライン、国家開発計画、国連／世界銀行分野別検討、ユニセフ／国連人口基金、状況分析、ユニセフ業務マスタープラン、二国間供与者とNGOによる他の検討、国家政策文書。

保健状況

幼児死亡率、5歳以下の死亡率、母親の死亡率、慢性的な利用失調の蔓延、病気の10のおもな原因、病気の地理的なパターン、これらの原因の社会文化的なパターン、罹患の10のおもな原因、これらの指標の傾向とパターン、などの型どおりに計測された指標を使つての保健状況の概略。

検討される文献：国家統計報告書；過去5年にわたるMOH年次報告書；国家保健計画、罹患率と死亡率データ；OPDと入院患者データ。

保健システム構成要素、傾向と改革

目的：

既存の保健システム、その構造、関係者とその内部関係者についての全体像を得ること。

重要な問題を識別することと、重要な問題についての所見を述べること。

以下の目的、最近の進展と進歩、進行中および計画された変革を補足する。

- もし近年変革が起きたら、これらの変革は必然的に何を伴うのか？
- 現在起きている変革を説明する。
- もし将来の変革が計画されているなら、これらに何を期待しているのかを説明する。
- 健康管理システムと、計画された改革と実際に行なわれた改革との区別を強調した変革の実施に伴う主な問題の説明。

組織と管理

多くの保健システムは社会的多元性を持つ：保健システムは、「最終的に人々の健康を促進し、守るという一定の目的を達成するために、指定された責任、コミュニケーションの特別な経路、権力による体系的な調整やさまざまな手段」²として定義される。

保健システムの組織

法令による健康管理システムの構造

- 法令による保健システムの行政構造を説明する組織チャートを得る。
- 金融、計画、行政、規制、法令による保健サービスの提供に責任を持つおもな組織を含む。
- MOH の組織図（組織チャート）のみであるべきではない。
- 国の保健システム、国民保険、病気の発見などのシステムによる地理的・行政的な階層を説明する。

金融、計画、規制、設備などの点で、その機能を示す以下の事柄を含む。

- MOH；金融および政府当局のような他の省。
- 社会保険庁
- 地域および地方政府
- MOH や世界銀行のような国際的な機関に支援され、監視されている他の公共機関により管理される別々の計画。
- 専門家グループ。

² ニュー・デリ、SEARO、保健分野改革に関する国の概要のための共通枠組み草案から採用。

民間健康管理システムの構造

公式・非公式の健康管理システムと、以下を含む構成要素の説明を行なう。

- 登録された民間営利開業医、病院、看護施設、薬局、他の供給者の場所と提供者名。
- 公共部門の医師や保健職員による「時間外」の公式、または非公式の民間診療。
- 民間・任意保険組織。
- 登録された宣教活動、NGO、ボランティアの保健サービス提供者の場所と提供者名。
- 登録された民間供給者の代表団体。
- 医薬品販売者のような非登録民間供給者と無資格の医師；その場所と提供者。
- 伝統的医師、非逆症療法医。
- 保健分野に的を絞った圧力団体のような非提供ボランティア組織。

公共・民間部門の連携と最近の組織改革

民間部門が規制、奨励金、税金税制上の優遇措置によって、いかに影響されたかといった、公共部門と民間部門の相互関係について簡単に示す。これには、規模、公共部門の医師の二職兼業のような非公式調整の理由と結果を含む。

以下の考察：

- 最近組織にいかなるおもな変化があったか？
- 新しい団体が設立されたか？または設立過程にあるか？新しい構造におけるそれらの役割や重要性は何か？
- 労働、社会福祉といった他の省のような団体は、段階的に廃止されたのか？または廃止過程にあるのか？
- 中央集権化、官僚制度、不十分な管理、行政などといった早期の保健システムに伴う主な問題は何か？
- どんな古い問題が生き残り続けているのか？さらに、貧弱な調整、権力の中心の不在、不十分な行政などの新しく発生し始めている問題。
- 利用可能なインフラは、予防的・治療的医療のニーズを満たしているのか？
- 質の良い健康管理サービスの利用を保証するために、現在のニーズは何か？

健康管理システムの組織構造における将来の開発に関して、どんな計画／期待が現在あるのか？

計画、管理、規制、立法措置

以下の面での計画に対する現在のアプローチを説明する。

- 保健または保健サービスのための国家保健計画庁はあるのか？そして、国家保健計画はあるのか？
- 施設やベッドの数・タイプなどの重要な計画に対するアプローチは何か？
- 医師や必要な看護婦の数、新しい役割の決定と協議、必要な機能と技術などを実行する人材計画はどのようなものか？
- 資源計画についての決定を左右するおもな関係者、機関、関係要因は何か？これは、他のタイプの計画とどのようにつながっているのか？
- 他のレベルでの保健計画はあるのか？これらは国の保健計画と関連しているのか？
- システム内の異なった層（地方政府、保健当局、保険基金など）による政策開発／計画／優先順位の設定過程を説明する。それらの相対的な影響についての意見は？

優先順位の設定や変革の実施における公式の計画システムは、どのように効果的か？望まれる資源の代わりに、利用可能な資源に基づいた計画過程は、どの程度効果的か？

「さまざまな標準とその実施条件」に関する規制

以下の分野の規制活動の説明と責任を負う主要団体：

薬物

- 高度な技術の設備
- 職員の登録と許可下付
- 公共・民間両部門に対する標準の確立
- 病気基金への規制
- 保険職員の供給と訓練に対する規制
- 病院予算、賃金率、収入レベルなどの金融メカニズムに対する規制

保険および健康管理の将来の計画開発についての支配的な考えは何か？ 総合システムか？ 契約ベースのシステムか？

あるとすればだが、計画や法令によるシステムの管理における市民の参加メカニズムは何か？

健康管理システムの地方分権化

「さまざまな組織構造／団体内あるいは間の関係の変革で、結果として計画権、意思決定または公共機能の管理を国家レベルから、他の組織または準国家レベルの監督官庁に移転する委譲」と定義する。

さまざまな形態を取る

地方分権化：何らかの行政権を中央政府のオフィスから地方の中央政府省庁のオフィスに移すこと。

権限委譲：責任と独立の程度を地域政府または地方政府に、財政上の責任を伴い、または伴わずに（歳入を調達したり、支出したり）移転すること。組織は、地方分権の場合とは異なり、その機能や責任に関して中央政府から一般的に独立している。

規制緩和：地方オフィスとか準公共組織（NGO）中央政府の構造の外側の組織への責任の委譲。しかし中央政府は間接的な統制を保持する。

地方分権化の実施は、上の定義に比べると、一体どのくらい進んだのか、尋ねる。

問題になっている地方分権政策の実施に関して、現在の状況を説明する。

以下の点で地方分権の過程で直面する主な問題を話し合う。

- 地方分権化の高度な水準の支援の不足
- 権力の中心の欠如
- 権力の中央内の調整の不足
- 行政／金融能力を欠くレベルへの地方分権化
- 地方分権化のための規制の枠組みの欠如
- 地方分権化のための必要な基金の欠如

押し進められるべき将来の地方分権化政策のために、目下存在する現在の計画を説明してもらえるか？何らかの提案があれば、早期の実施段階の立法措置を探るのか？

調査、促進、開発

保健分野または他の分野の改革調査促進と開発活動の統合。

開発のための調査と国家政策の検討、実践の改善の連結。

健康管理送達システム

施設、人材の提供とサービスの利用を含むサービスの各水準のために

初期健康管理

公的な保健処置（政府、民間、NGO）

- 最も重要な問題は何か？
- 安全な水の供給システム、衛生設備、適用範囲、金融および送達を説明する。
- おもな環境問題を概説してもらえるか？規制機能はどのように行なわれているのか？規制には誰がたずさわり、誰が実施するのか？
- 病気の管理はどのように行なわれているのか？規制には誰が携わり、誰が実施するのか？
- おもな KAP と、取り組むべきライフスタイル問題は何か？
- 保健推進活動、その範囲、金融、送達の提供システムを説明してもらえるか？
- 予防接種、ANC、FP、スクリーニング計画などのような予防措置は、どのように取りまとめられるのか？
- 上記に関して、最近行なわれたおもな開発は何か？
- おもな課題と争点を話し合えるか？
- 公衆衛生サービスの将来の開発に関して、もしあればだが、どんな改革計画があるのか？

初期治療サービス

PHC 治療サービスは、どのように取りまとめられているのか？提供者の設定、性質、以下を考慮した機能を含む初期健康管理治療サービスの提供モデルを説明する。

- 提供者の設定とモデル：独立開業医、グループ開業医、保健センター病院など。
- 公共・民間所有権の混合。
- 村の保健／開発委員会、補助保健職員、医療職員のような健康管理関係職員。
- 健康管理職員の各範疇の役割と機能を指示する。
- PHC 保健提供者は雇用されているのか？それとも契約なのか？
- 以下の範疇を考慮して、初期医療水準で提供されるサービス範囲の指標を提供する。：一般医療介護、子供の医療、小さな手術、リハビリ、産科医療、周産期医療、薬物の調剤、証明書下付、家庭訪問、予防サービス、保健促進。
- NGO により提供される PHC サービスのタイプと国際援助に支援されたプロジェクト。
- 非逆症療法保健職員のタイプ。
- 「非公式」健康管理提供者のタイプ。

PHC 施設と開業医の地理的分布についての意見を述べる。

異なった提供者との患者の仲介の頓挫を説明する。

人里離れた地域と都会との区別はどのように決定するのか？

もしあるとすればだが、異なったタイプの健康管理利用者との社会経済的な違いを説明する。

異なったタイプの提供者の間に認められた質の違いを説明する。

第 2 レベルの医療に対する直接的なアクセスはあるのか？診察後患者を専門医などに差し向けるシステムとは何か？それは、どのように上手く機能しているのか？それに伴うコストはどのくらいか？誰が処理の選択を行なうのか？

利用可能なインフラは、予防医療・治療医療のニーズを満たしているか？

質の良い健康管理サービスの利用を保証するための現在のニーズは何か？

患者の満足水準を含むサービスと施設の質についての所見を述べる。

最近生じたおもな変化と、現在の実践に伴う問題を説明する。

将来の開発に関しての期待とか改革計画は何か？

二次・三次医療

- 二次・三次医療サービスはどのように取りまとめられるのか？専門巡回サービスや病院サービスの公共・民間混合を説明してもらえるか？公共、準公共、民間営利、民間非営利とは？
- 専門巡回サービスはどのように提供されるのか？個人診療所、専門総合病院、OPDなどは？
- 法令によるシステムの下での専門医療を提供するための方法は何か？直接雇用？契約サービス？
- 教育、一般、専門、単一専攻などの、おもな病院、機能、配置の範疇を説明してもらえるか？
- 病院の所有権の公共・民間混合や二次医療サービスを提供する非登録施設を説明する。
- 二次・三次健康管理施設の地理的分布を話し合う。
- 設備と施設の経年数、修理の状況、標準を説明する。
- 利用可能なインフラは、予防・治療医療のニーズを満たしているか？
- 計画されたかもしれないもっと高価な病院施設の更新のための代替政策、初期・二次健康管理施設と提供者の間の協力の程度、初期医療と病院医療の間の予想される不均衡を考慮して、初期健康管理と二次健康管理の間の関係を説明する。
- 分布、役割、機能、発生した問題と課題を含む業績、何らかの経済的な相違、代替タイプの健康管理提供者の嗜好の出現の観点から、この分野に最近生じたかもしれない何らかのおもな変化を説明する。
- 二次・三次水準のサービス間の調整が、どこで行なわれたか？
- これらの分野の将来の開発に関する変化に対し、現在どんな改革計画または期待があるのか？
- 質の良い保険医療サービスの利用を保証する現在のニーズは、どのようなものか？