

ジンバブエ共和国感染症基礎調査報告書

ジンバブエ共和国 感染症基礎調査報告書

平成6年1月

国際協力事業団

平成6年1月

534
93.8
MCN
LIBRARY
団

医 二
JR
94—16

JICA LIBRARY



1114593151

国際協力事業団

26512

ジンバブエ共和国
感染症基礎調査報告書

平成6年1月

国際協力事業団

序 文

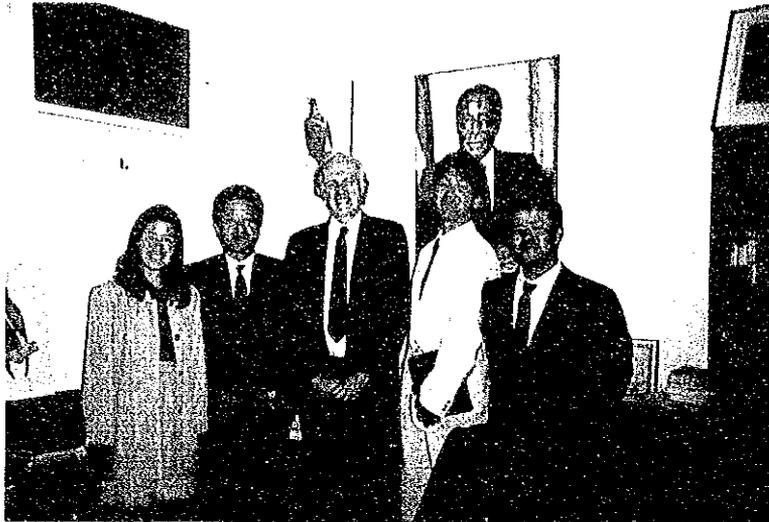
国際協力事業団は、開発途上国の保健医療分野において感染症対策が重要課題であることを鑑み、平成5年度においてジンバブエ共和国における感染症基礎調査を実施することとし、国立国際医療センターの建野正毅氏を団長とする調査団を平成5年8月21日から9月22日までの33日間、調査団を派遣した。

本報告書は、その調査結果を取りまとめたものである。

ここに調査団各位並びに同調査団派遣にご協力を賜った関係各機関の各位に対し深甚なる謝意を表する次第である。

平成6年2月

国際協力事業団
理事 小澤大二



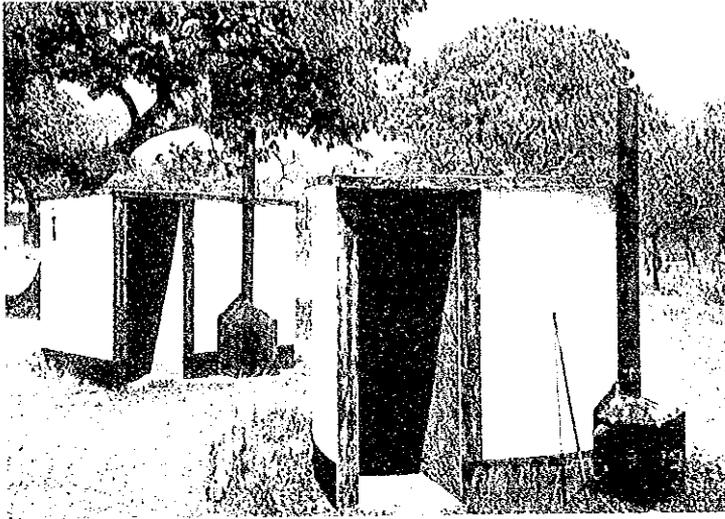
厚生大臣 Dr. Stamps との会談



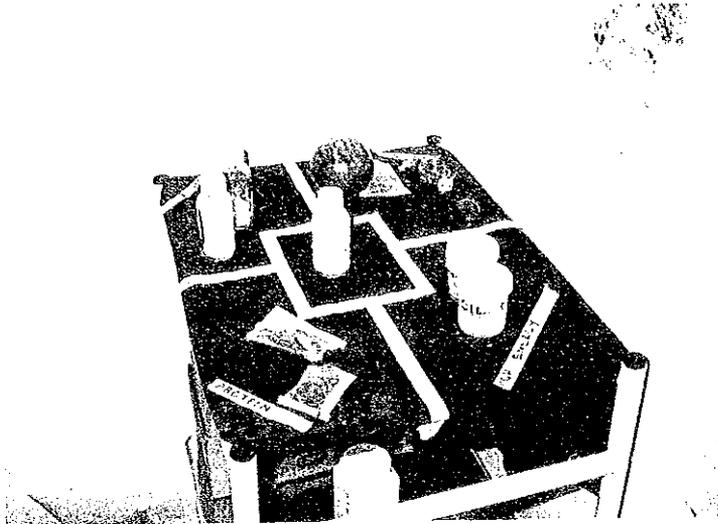
ブレイアー式井戸



典型的な農村風景



プレアー式トイレ



Rural Health Center の
Village Community Worker の
栄養指導活動



District Hospital での
看護婦の活動

ジンバブエ感染症基礎調査団報告書 目次

序 文

写 真

1. 感染症基礎調査団派遣	1
1-1 調査団派遣経緯と背景	1
1-2 対応方針	1
1-3 調査内容・項目	1
1-4 調査団員構成	2
1-5 日程	3
1-6 面談者	6
2. 調査要約	9
2-1 一般概況	9
2-2 保健医療の現状	9
2-3 協力の可能性	10
3. 国別概況	13
3-1 国別一般概況	13
3-2 略史	13
3-3 一般自然概況	14
3-3-1 地形	14
3-3-2 気候	15
3-4 社会	17
3-4-1 1980年、独立時の状況	17
3-4-2 1980年以降の社会政治変化	18
土地利用形態、人口・人口分布・その他の特徴	18
3-5 政治と行政機構	25
3-5-1 政治動向	25
3-5-2 国政	26
3-5-3 地方行政	27

県、群と都市

3-5-4	地方分権化と開発計画組織	32
	自治体と住民の開発への参加、開発計画組織	
3-6	経済一般概況	34
3-6-1	独立時に植民地時代から引き継いだ経済の特徴	34
3-6-2	独立後の経済	35
	第一次国家開発5カ年計画、80年代の経済	
3-6-3	経済構造調整プログラム (ESAP) と第2次国家開発計画	36
	ESAPの概要、ESAPの進捗状況	
3-6-4	経済と保健医療	38
	所得、公共部門の支出、グループ別に見た経済状況	
3-7	教育	46
3-7-1	独立後の改革と指標	46
3-7-2	教育制度	48
3-7-3	就学者数の変化	48
3-7-4	教育予算	49
3-7-5	その他	50
4.	保健医療行政	51
4-1	保健医療の歴史的背景	51
4-1-1	植民地時代	51
4-1-2	独立後	51
4-1-3	保健医療サービスの利用状況	53
4-2	保健医療行政組織	53
4-2-1	保健省	53
4-2-2	地方衛生行政組織	55
4-2-3	自治体の保健医療行政組織	56
4-2-4	地方保健医療活動運営の仕組み	56
4-3	現行の保健医療計画 (Corporate Plan と Action Plan)	57
4-3-1	保健医療状況	59
4-3-2	保健医療計画 (Corporate Plan) の概要	59
4-3-3	保健医療の優先課題	60
	母子保健、AIDS/HIV と性行為感染症のコントロール、環境衛生、 疫学と疾病対策、基盤整備	

4-4	保健医療施設	64
4-4-1	リファラル・システム (Referral System—紹介転送システム)	64
4-4-2	保健医療施設の種類の地理的分布	64
	中央病院、県病院、群病院、ルーラル・ホスピタル、教会系の医療施設、政府のクリニック、ルーラル・ヘルス・センター、農村部自治他のクリニック、専門病院／クリニック、都市部自治体のクリニック、その他の保健医療機関	
4-4-3	保健医療施設の問題点と整備計画	74
	保健医療計画におけるインフラ整備の位置づけ	
4-5	保健医療に関わる人員と人材養成	74
4-5-1	背景	74
4-5-2	保健医療従事者の種類と数	75
	保健医療従事者登録数、公共保健医療施設における保健医療従事者の数、ヴィレッジ・コミュニティー・ワーカー、医師、看護婦、その他の登録保健医療従事者	
4-5-3	保健医療従事者養成機関	81
	養成コース、ジンバブエ大学医学部、看護婦養成学校	
4-5-4	問題点と経済構造調整政策 (ESAP) 下の対策	83
4-6	保健医療財政の現状	84
4-6-1	保健医療部門の総支出 (公共民間両部門)	84
4-6-2	保健省の予算	84
4-6-3	医療費と医療保険制度	93
	医療費、医療保険制度	
4-7	研究機関	93
4-7-1	ブレアー研究所	94
4-8	伝統医療	95
4-9	医薬品	96
4-9-1	必須医薬品アクションプログラム	96
	必須医薬品調査 1991	
4-9-2	ジンバブエ地域医薬品品質管理研究所—ZRDCL	97
5.	主要な疾病とその対策	99
5-1	疾患像と死因統計	99

5-1-1	概況	99
5-1-2	主な保健指標	99
5-1-3	医療機関の疾患別受診状況に関する統計	99
5-1-4	死因統計	104
5-2	HIV/AIDS	105
5-2-1	現状	105
	HIV/AIDS 対策の歴史、感染原因、患者・感染者数、年齢・性別の患者割合、HIV に関する最近の調査報告、HIV 感染者数の将来予測とその影響	
5-2-2	HIV/AIDS の対策	115
	HIV/AIDS 対策の経緯、Medium Term Plan 1 における対策プログラム、Medium Term Plan 2 における目標	
5-3	結核	118
5-3-1	概況	118
	結核患者増加の原因、地域別にみた結核患者の発生状況、年齢・性別にみた結核患者の発生状況、結核による死亡数の推移、結核患者の HIV 感染率	
5-3-2	結核の対策	122
	結核対策の概況、感染者の発見、診断、治療、BCG の接種	
5-4	マラリア	127
5-4-1	概況	127
	地域別の感染状況、流行しているマラリア虫の種類、年齢層別の感染者の分布、マラリアの流行時期	
5-4-2	マラリア対策	130
	マラリア対策の歴史、マラリア対策の骨子(臨床での対策、媒介蚊のコントロール、健康教育、疫学調査)	
5-5	下痢症	136
5-5-1	現状	136
5-5-2	対策	136
5-6	急性呼吸器感染症	137
5-6-1	現状	137
5-6-2	対策	137

5-7	母子保健と拡大予防接種計画 (EPI) 対象疾患	138
5-7-1	母子保健の概況	138
5-7-2	小児の主な疾病	138
5-7-3	拡大予防接種計画 (EPI)	139
5-7-4	子供の栄養状態の改善	141
5-7-5	家族計画の働きかけ	141
5-7-6	微量元素欠乏症	141
5-8	ハンセン氏病	142
5-9	ビルハルツ住血吸虫症	142
5-9-1	概況	142
5-9-2	住民の感染率	142
5-9-3	対策	143
5-10	成人病	144
5-10-1	概況	144
5-10-2	悪性新生物	144
5-10-3	心疾患	144
5-11	環境衛生	144
5-11-1	安全な水の供給	144
5-11-2	トイレの普及	145
5-12	地域医療	145
5-12-1	概況	145
5-12-2	医療施設の配置	146
5-12-3	地域レベルの医療従事者の増強	147
6.	主な医療施設の現状と問題点	149
6-1	Harare Central Hospital	149
6-1-1	概況	149
6-1-2	病棟	149
6-1-3	検査部	149
6-1-4	手術部	150
6-1-5	薬剤部	150
6-2	Parirenyatwa Hospital	150
6-3	Mpillo Hospital	152

6-4	Murewa District Hospital	152
6-5	Musami Mission Hospital	153
6-6	Chitate Rural Health Center	153
7.	保健医療をとりまく社会的問題	155
7-1	構造調整政策 (Economic Structural Adjustment Program ; ESAP) の導入と1991-92年の干ばつ	155
7-1-1	構造調整政策の導入	155
7-1-2	1991-92年の干ばつ	156
7-2	保健医療に及ぼす影響	156
8.	国際協力	161
8-1	WHO	161
8-2	UNICEF	161
8-3	World Bank	163
8-4	UNFPA	164
8-5	2国間援助	164
8-6	わが国による協力の可能性	166
8-6-1	保健医療分野におけるわが国の協力可能性	166
8-6-2	保健医療分野におけるニーズ	167
8-6-3	Referral 病院並びに District 病院の整備と技術協力	168
	ハラレ中央病院に対する医療機材整備 (建物を含む)、ジンバブエ 大学医学部とパリレンヤトワ病院 (付属病院) に対する協力、Dis- trict 病院の整備並びに地域医療活動に対する技術協力	
8-6-4	研究機関に対する協力	170
	Blair Research Institute に対する協力、HIV/AIDS 対策	
8-6-5	保健省アドバイザー	171
8-6-6	その他	171
	母子保健 (人口家族計画を含む)、結核対策	
	収集資料一覧	173

1. 感染症基礎調査団派遣

1-1 派遣経緯および背景

ジンバブエ国は、全国民への均等な医療サービスの徹底を目標とした保健医療システムの拡大および地方分散化政策を保健セクターの重要施策として同国の開発計画の中に取り組んできたが国民の大多数は低所得者層であり、高度な医療サービスを受けることは困難な状況にある。

同国における主要死因は感染症（マラリア、破傷風、麻疹等）であり、わが国として今後、同国に対する保健医療分野における協力を推進する上で基本的な保健衛生データの把握は不可欠であることから、今後の協力計画立案に資するため「ジ」国において死亡原因の上位を占める各種感染症疾患を中心とする保健医療分野の基礎資料収集と各種疾病対策の実情を調査することとする。

1-2 対応方針

保健衛生基本統計、感染症の蔓延状況、予防接種実施状況、対策の方針、機構、要員、予算施設等の諸データを収集するとともに、同国における感染症対策分野を中心に各種保健医療施設、機関の視察を行うこととする。

また、上記調査を通じ、他の先進国およびユニセフ等国際機関による協力の動向について調査を実施する。本調査結果は、将来におけるわが国の協力計画策定に資するものとなるよう配慮する。

1-3 調査内容・項目

本格調査における調査内容は以下のとおりとする。

- ・既存データの収集と分析（保健医療統計、人口統計、医療施設・マンパワー等）
- ・感染症を中心とする各種疾病の蔓延状況・疾病構造
- ・感染症を中心とする各種疾病対策の現況（基本政策、医療体制、実際の活動等）
- ・医療機関等の視察
- ・国際機関等の視察（WHO, UNICEF 等）

1-4 調査団員構成

	氏 名	所 属 先	担 当
団 長	建 野 正 毅	厚生省	総 括
団 員	放 生 雅 章	厚生省	内 科
団 員	蠟 山 ハ ル ミ	システム科学コンサルタント	医療統計
団 員	井 上 肇	システム科学コンサルタント	公衆衛生
団 員	秋 山 純 一	JICA	協力計画

1-5 現地調査日程表

		官	コンサル
月日	曜		
8/21	土		8:50 井上団員、蛭山団員ハラレ着
8/22	日		午前 資料整理 午後 市内視察
8/23	月		8:00 JOCV事務所表敬打ち合わせ 9:00 大使館表敬打ち合わせ 午後 中央統計局、資料収集
8/24	火		12:00 UNFPA代表訪問 14:15 ヴィラアワエ大学医学部長訪問 訪問日程打ち合わせ
8/25	水		午前 WHO事務所訪問、面会依頼、 資料収集 医学部図書館、資料収集 14:30 Health Care Service局 Principal Medical Director訪問 訪問日程作成調整依頼
8/26	木		午前 大使館打ち合わせ 14:30 UNICEF訪問、面会依頼、資料収集
8/27	金		8:30 Health Care Service局 Principal Medical Director 日程最終調整 午後 資料整理
以下、9月9日まで同一日程			
8/28	土	11:10 建野団長、放生団員、 秋山団員ハラレ着 午後 市内視察	
8/29	日	打ち合わせ、資料整理	
8/30	月	9:00 日本大使館表敬 10:00 JOCV事務所表敬 11:00 UNICEF事務所訪問 (国際機関) 14:30 The Avenues Clinic訪問 (私立病院)	

8/31	火	8:30 Health Care Service局 (保健医療政策) Principal Medical Director 午後 UNICEFの水と衛生プロジェクト・サイト視察 (国際機関の協力現場) Consession District, Chiweshe Communland
9/01	水	9:00 東部マツァナング州視察 (地域医療体制) District Health Executive Office (郡保健医療事務所) Murehwa District Hospital (郡病院) Chitate Rural Health Center (ムラタ・ヘルス・センター) 15:30 Musami Mission Hospital (教会系病院)
9/02	木	7:30 航空機にてBulawayo市へ 9:00 Mpilo Central Hospital (中央病院、無償協力サイト一産婦人科病棟) 11:30 Traditional Medical Clinic (伝統医療と近代医学の協力体制) 14:00 Ingutsheni Psychiatry Hospital (拠点精神病院) 16:30 Mpilo Central Hospital Project Office 18:30 航空機にてHarare市へ
9/03	金	8:30 Blair Research Institute (保健省の研究所) Epworth (ハラレ市近郊 同研究所のフィールド) 14:00 保健省 (疾病対策) Department of Epidemiology & Disease Control 15:00 保健省 (エイズ対策) National Aids Coordinating Programme事務所
9/04	土	資料整理
9/05	日	資料整理
9/06	月	8:30 University of Zimbabwe Medical School (医学教育と研究) 10:30 Parirenyatwa Hospital (中央病院、主要教育病院) 14:45 Harare Central Hospital (中央病院) 15:30 保健省大臣表敬 22:15 秋山団員帰国
9/07	火	9:00 Public Health Laboratory (臨床検査機関) 10:00 Harare Central Hospital (中央病院) 14:00 同上 16:30 保健省 (母子保健対策) Department of Maternal and Child Health/Family Planning
9/08	水	8:30 保健省 (報告、協議) Health Care Service局、Principal Medical Director 15:00 WHO事務所 (国際機関) 17:30 調査団主催カンファレンス

		官	コンサル
9/09	木	9:20 建野団長、放生団員 ハラレ発	本隊帰国後は補足資料収集 追加視察、資料整理実施 10:00 Chitunguiza Town Council Zengeza Clinic
9/10	金		10:30 保健省計画管理部 資料収集 12:00 Blair Research Institute
9/11	土		資料整理
9/12	日		資料整理
9/13	月		Harare Central Hospital 保健省計画管理部
9/14	火		Harare Central Hospital 保健省感染症対策疫学部 ジンバブエ地域薬品品質管理研究所
9/15	水		ジンバブエ大学医学部 FV7-研究所所長室（研究政策）
9/16	木		FV7-研究所 （保健医療システム研究部）
9/17	金		保健省教会系病院担当科 保健省感染症対策疫学部
9/18	土		資料整理 資料整理
9/19	日		
9/20	月		保健省感染症対策疫学部、結核対策 JETRO事務所、UNFPA事務所
9/21	火		保健省ファミリー・ヘルス・プログラム外担当部 感染症対策疫学部（マラリア） 次官表敬
9/22	水		午前 大使館、報告並びに挨拶 JOCV、報告並びに挨拶 FV7-研究所 17:30 井上団員、蠟山団員ハラレ発

1 - 6 面会者名簿

MOHCW (Ministry of Health and Child Welfare)

Dr. Timothy Stamps	Minister of Health
Dr. R. Chatora	Permanent Secretary
Dr. P. L. N. Sikosana	Principal Medical Director
Ms. Naomi Zumbira	Planning and Management
Mrs. V. Matipano	Planning and Management
Ms. Pearl Hama	Planning and Management
Dr. P. ten Ham	Epidemiology and Disease Control
Ms. Serima	Family Health Project
Dr. Zawaira	MCH/FP
Mr. P. T. Nyimo	Mission and Council
Mrs. Mehlomakulu	National Aids Coordinating Programme Assistant Programme Coordinator

School of Medicine, University of Zimbabwe

Dr. Z. A. R. Gomo	Dean
Dr. Mufunda	Deputy Dean
Dr. Matenga	Department of Medicine
Mrs. Madzivire	Department of Rehabilitation
Dr. Matchiba-Hove	Department of Community Medicine
Mr. O. Munjeri	Department of Pharmacy

Parirenyatwa Hospital

DR. Obatolu	Medical Superintendent
Mrs. Shamuyarira	Principal Matron
Matron T. Chidhakwa	Central Sterilized Supply Department

Harare Central Hospital

Dr. M. N. Chimedza	Medical Superintendent
Dr. Ali	Deputy Medical Superintendent
Mr. Chengeta	Principal Nursing Officer
Miss L. L. Ali	Maternity Matron
Miss P. Dube	School of Nursing

Blair Research Institute

Dr. Chandiwana	Director
Dr. Jerry Ndamba	Head of Shistosomiasis Section
Mr. Ron Masendu	Acting Head of Malaria Section
Mr. Alexander Dzutizei	Senior Tech. in Water and Sanitation
Mrs. Violet Chihota	Medical Research Officer in Water and Sanitation Section

UNFPA Mrs. Yoshiko Zenda Representative

WHO Dr. L. Arevshatian Representative
Ms. Althea Mashamba

UNICEF Mrs. Salley Fegan-Wyles Representative
Dr. Peggy Henderson
Dr. Boniface Manyame

The Avenue Clinics

Mrs. Pam Johnston Liason Officer

Concession District Health Executive

Mrs. Constance Ratisai District Nursing Officer
Ms. Rosemary Tahindikira

Murewa District Hospital

Dr. Oladapo Lasore District Medical Officer
Ms. Monika Mukanda District Nursing Officer

Chitate Rural Health Center

Mr. L. Mubaiwa Nurse in Charge

Matabelland North Provincial Medical Directorate

Dr. D. Hlabangana Provincial Medical Director

Zimbabwe Traditional and Medical Clinic

Dr. Babara Sibanda	Founder-Co-Ordinator
Dr. T. E. C. Harvey	
Dr. Dumezweni Sidambe	

Ingutsheni Hospital

Mrs. Mthethwa	Health Service Administrator
Mrs. Nare	Acting Principal Matron
Dr. Panova	Doctor
Mrs. Shangwa	Pharmacist
Mrs. Shithole	Responsible for the School

St. Pauls Musami Hospital

Dr. Anne Renfrew	
Dr. Vincent Appathurai	

Chtungwiza Town Council

Dr. Mike Simoyi	The Medical Officer For Health
Abby Dibi	Health Education Officer
H. H. Saruchera	Chief Health Visitor
Matron Choguya	Chief Nursing Officer
Mr. G. Chipurza	Chief Health Inspector
Ms. Hbigail Kurangwa	Zengeza Clinic

Zimbabwe Regional Drug Control Laboratory

Mr. Ian N. Matondo	Director
--------------------	----------

Ministry of Local Government Rural and Urban Development

Mr. A. D. Matongo	Under Secretary
Mr. Mapfumo	

Murewa District Hospital Advisory Committee

Dr. David Parirenyatwa	Chairman
------------------------	----------

2. 要約

2-1 一般概況

ジンバブエ国（以下ジ国）は南部アフリカの内陸国で、日本とほぼ同じ面積を有している。緯度的には熱帯に位置するが、国土の大半が高原地帯であるため、割合に過ごしやすい。平均雨量は700mm程度あり、農業に適している。人口は950万人で、その部族構成は70—80%のショナ族と15—20%のヌデベレ族からなりたっている。前者がハラレ市を中心とした北東部地域に、後者はブラワヨ市を中心とした南西部地域に居住し、それぞれの部族の言葉と共に英語が公用語として広く普及している。白人は約15万人居住している。

1980年独立以降、ムガベ大統領による政権は安定している。一党独裁社会主義国家を目指したが、1991年にはマルクスレーニン主義を放棄した。外交の基本方針は非同盟主義をとり、アパルトヘイト政策反対の指導的存在である。南アフリカからの経済依存から脱却を計るべく、南部アフリカ開発調整会議(SADCC)の有力加盟国でもある。ムガベ政権は黒人と白人の融和政策を進め、資本主義的なシステムを温存し、社会主義への急激な移行は実施せず、白人の権益を保護してきた。しかしながら、80年代後半に入り、このような白人優遇措置は廃止されつつある。

経済的には豊富な鉱物資源、農産物および水資源に恵まれ、製造業もサブサハラ諸国の中では南アに次いで発達している。主要道路、鉄道、電力施設などのインフラストラクチャーも比較的整備されており、発達した金融、流通制度、質の高い労働力、比較的高い行政能力も備えている。アフリカ諸国の中では最も恵まれた経済発展の条件を備えている国といえる。

2-2 保健医療の現状

独立以来、ジ国政府は公正な開発(Development with Equity)を目標に、農村部を中心とした地方の充実に力をいれてきた。このことは保健医療分野でも同様で、公平な保健医療(Equity in Health)を旗印に、プライマリ・ヘルスケアの充実に重点をおいた、保健医療システムづくりが実施され、保健医療水準は大きく向上した。特に、地方における医療はrural health centerを中心に比較的整備され、機能してきた。しかしながら、このような発展も1980年代後半に入り、急速に減速し、様々な問題が生じてきている。社会主義体制下における経済政策の失敗、HIV/AIDSの蔓延、91/92年に見舞われた今世紀最悪ともいえる干ばつなどで経済は破綻状態に陥り、保健医療分野に対する予算は急減している。このような経済状態を打開するために、政府は世界銀行による構造調整政策を導入したが、このことが益々保健医療分野における予算の減少とサービスの低下を招く結果となっている。1991年以降の2年間に一人当たりの実質の政府保健予算は30%も減少しており、今後もこうした状況の好

転は望めない。しかも、経済好況時に立案されたプランに基づき、1988年以降急激に病院建設等資本支出を増額させており、今後その維持のための負担が一層増加するものと予想されている。ジンバブエ政府保健省は、このような予算的大問題を抱えながら、保健医療問題の改善に取り組んでいるというのが現状である。

ジ国の基本統計は、一人当たり GNP650US\$、乳児死亡率61%、5才未満児死亡率87%、平均余命60才、ORSの使用率77%、成人識字率(男/女) 74/60%、小学校就学率(男/女) 130/126% (いずれも1990年) であり、周辺の国々に比べると優れ、中進国の指標に近い。

疾患像をみると、都市部を中心に疾患構造の転換が進みつつあり、循環器疾患、悪性新生物、糖尿病といった疾患も増加している。しかしながら、全体的には、結核、マラリア、住血吸虫症、急性呼吸器感染症、下痢症などの感染症が主であり、最近では HIV/AIDS 患者が急増し、その対策に追われている。

2-3 協力の可能性

わが国は、ジ国の南部アフリカにおける重要性と、周辺国でも比較的経済発展が進んでいること、わが国との緊密な関係等から、独立直後より無償資金協力を開始し、現在までに有償資金協力、無償資金協力および技術協力の各形態による援助を推進してきた。保健医療分野では研修員の受け入れと無償資金協力を中心に実施され、現在 Mpilo Central Hospital (ブラワヨ市) の母子・新生児ユニットに対する無償資金協力が進行中である。以下に優良と思われる協力案件を列記する。

2-3-1 referral 病院並びに district 病院の整備と技術協力

政府における地方の小規模の医療施設の整備および疾病の予防活動に比重をおく医療政策は、referral 病院や二次病院の相対的な機能低下を招いている。二次、三次の病院では、大半の診断、治療器具は老朽化しているか、不足しており、本来の機能を果たせる状況とは到底いえない状況である。

- 1) ハラレ中央病院に対する医療機材整備(建物を含む)と技術協力
- 2) ジンバブエ大学医学部とパリレンヤトワ病院(付属病院)に対する協力
- 3) district 病院の整備並びに地域医療活動に対する技術協力

2-3-2 研究機関に対する協力

ジ国の保健医療面における研究レベルは、周辺の国々と比べて優れており、リーダー的立場にある。途上国の保健医療を考えると、研究開発活動は、PHC 活動などの基本的医療活動等と並行して必須である。ジ国のようにある程度のレベルを持った人材がおり、実績をあげている国に対して、研究教育面における活動を協力支援する効果は大きいものがある。

- 1) Blair Research Institute に対する協力(マラリア、住血吸虫症、飲料水と衛生、保健

医療システム等の研究をフィールドと密接に結びつけた形で実施している)

2) HIV/AIDS 対策(ニーズは高いが、様々な援助機関が既に参加しており、援助調整が必要である)

3) ジンバブエ大学医学部とパリレンヤトワ病院(付属病院)に対する協力

2-3-3 保健省アドバイザー

ジ国の保健医療システムは、周辺国に比べると比較的整備されているとはいえ、政府予算削減の中での末端組織の維持、改編や、二次、三次網との連携、二次、三次施設の整備など問題は山積しており、国際援助機関のアドバイザーグループの一員として参加することは有意義である。

2-3-4 その他

1) 母子保健(人口家族計画対策を含む)

ジ国の人口増加率は依然として高く、UNFPAを中心に様々な活動が実施されているが、期待したほどの成果はみられていない。ジ国政府は母子保健対策に重点を置き、母子医療施設の強化を計るために、わが国に対し、既にこの分野における整備計画を要請している。このような無償資金協力計画の場を母子保健プロジェクトのセンターとして技術協力を進める方法は、他の援助機関が実施してきた援助形態とは異なっており、競合する点も少ないと考えられる。

2) 結核対策

HIV/AIDSの蔓延に伴い、一時減少していた結核患者は爆発的に増え、その対策の必要性に迫られている。HIV/AIDSと一体化した対策、協力が求められており、様々な援助機関との調整が必要である。

尚、今回の調査は感染症基礎調査の予算で実施されたが、今後の技術協力推進のためにはジンバブエの保健医療全般に関する情報が不可欠であるという事情に鑑み、感染症に限らず、政治経済状況、衛生行政の仕組みを含めた保健医療の現状分析、基礎情報の収集に努めた。

3. 国別概況

3-1 国別一般概況

ジンバブエは1980年に英国から独立したばかりの若い国である。ブラックアフリカ諸国の中では最も遅かった。多くのブラック・アフリカ諸国が60年代に独立し、急激な白人追放政策をとり経済が混乱したのを目の当たりにし、独立後もランカスター協定等で白人から徐々に各種の権益を譲り受ける政策をとった。ジンバブエの国土は比較的雨に恵まれ、農耕に適し、金、銅、クロム、ニッケル、石炭等の鉱物資源も埋蔵することから、内陸国という輸送上のハンディ・キャップがあるにも拘らず、経済開発には有利な条件を備えている。さらに独立前の国連による経済封鎖が、国内の製造業の育成に役立つ結果となった。

独立後、ジンバブエ政府は国家開発計画を策定し“Development with Equity”を旗印にサブ・サハラ諸国では最も大きかった社会格差の解消、ジンバブエ人の生活向上のため改革、開発に取り組んで来た。しかし、経済は当初の躍進の後、予想外の困難に直面している。1983年以来、特に生産部門への投資が継続的に減少してきた。開発計画の最優先事項であった、農村開発、農地改革、経済の拡大、雇用創出は目標に達せず、予算不足と貿易収支の不均衡が恒常化している。予算の不足は社会インフラ整備のための高い支出、公社(Parastatal)への補助金、南アフリカの不安定化政策に起因する防衛費等に要因があった。

経済は多くの問題に直面しているが、インフラ整備あるいは、社会開発の面で多くの進展が見られた。教育の充実、保健医療サービスの農村への普及等は目を見張るものがある。また、小農の生産力も向上し、順調な年は、とうもろこしや綿花の半分以上を生産している。ただし、投資不足による経済の不振から失業が増大し、特に若い人々の雇用難が大きな問題となっている。1991/92年、南部アフリカを襲った早魃が、経済と人々の生活に大きな被害をもたらした。

政府支出の増大と資金の借り入れ増加に伴う債務超過、ソ連の崩壊にともなう東側サポートの低下と西側からの市場経済強化の要求等から、経済構造調整政策(ジンバブエでは一般にEconomic Structural Adjustment Program-ESAPと呼ばれている。以下ESAPと表す)を実施するに至ったが、様々な困難に直面している。植民地時代に形成された社会の2重構造を引きずりながら、資本主義社会の中でいかに公正な発展を遂げるかが大きな課題である。

3-2 略史

石器時代、ジンバブエにあたる地域には、現在のブッシュマンに近い狩猟採集民族が居住していたが、2世紀ころ、北方からバンツ一系の民族が大移動して来た。9世紀ころ、ショナ族(バンツ一系)が北方あるいは南方からこの地に移住して農耕、牧畜を行う一方、金の

採掘によって富を蓄え、東アフリカ沿岸地域との貿易に従事した。また、ジンバブエ（石の家）と呼ばれる巨大石造建築を各地に建設、強大な王国が19世紀中ごろまで栄えた。その間内陸部に進出してきたポルトガルに対抗した。19世紀になると、南方からヌデベレ族（バンツ系）が侵入し、ショナ族の王国を滅ぼした。その後、南から、英国人あるいはアフリカーンが狩猟、商売、探鉱のために北上するようになった。

1989年英国人のセシル・ローズによる南アフリカ会社（British South Africa Company）設立以降様々な形で、少数白人支配を受けてきた。1923年に誕生した英国自治植民地南ローデシアは、人種差別法を導入し、アパルトヘイト方式経済発展を指向した。1960年代多くのアフリカ諸国が独立をとげるなか、この国は逆行し、1965年少数白人支配体制を維持すべく、宗主国英国に対し一方的独立を宣言した。英国、国連、諸外国はこれを認めず経済制裁を行ったが、十分な効果を生み出せなかった。そんな中72年以降ローデシア解放団体による独立闘争が激化した。一時的に白人政権は黒人穏健派と妥協、総選挙を実施し、79年6月ジンバブエ・ローデシアを設立した。しかし、これは実質的に白人優位体制を温存するものであり、世界的承認は得られなかった。武力解放闘争が激化した。1979年9月、ローデシア制憲会議で独立への道が開かれた。イギリス政府、ジンバブエ・ローデシア政府、急進派解放組織の代表が参集し新憲法、停戦協定、暫定期間に関する合意（ランカスター協定）に達した。

1980年下院議員選挙が行われ世界的に承認された黒人多数支配体制のジンバブエが新しく独立した。社会主義国として出発したが、社会主義への急速な移行は行わず私有財産を保障し、資本主義的なシステムを温存した。新政府は、白人の経済力・技術の存続と、ジンバブエ社会の段階的アフリカ化と均衡発展を方針とした。しかし、経済的危機に直面し社会主義路線は次第に薄れ、与党 ZANU は1991年にマルクス・レーニン主義を放棄した。

3-3 一般自然概況

3-3-1 地形

ジンバブエは、モザンビーク、ザンビア、ボツワナ、南アフリカに国境を接する南部アフリカの内陸国で、北側にはザンベジ側、南側にはリンポポ川、東側にはサビ川支流が流れている。南緯15.4度から22.2度、東経25.5度から33度の熱帯に位置する（図1-1）。国土は390,759km²で主に3つの地形に分類される。1）南西から北東に横断し分水嶺をなす標高1200m以上のハイ・ベルト（Highveld）部。2）その両側にある標高600—1200mのミドル・ベルト（Middleveld）部。3）北境部と南境部にある600m以下のロー・ベルト（Lowveld）に分かれる。それぞれの国土に占める割合は20%、60%、20%である。1）の東部モザンビークとの国境部には1800mを超える山地がある。（図1-2）。尚、Veldとは南アフリカ地域の草原を指す名称である。

3-3-2 気候

内陸に位置するため熱帯半乾燥の気候下にあるが、国土の大部分が高原のため、気候は亜熱帯性を示す。11月ら3月（東部の山地では10月から4月）が雨期である。気温は7月が最も涼しく、10月が最も暖かい。最も涼しいハイ・ベルトでの月平均気温は13-22度（最低6、最高29）、最も暑いザンベジ溪谷のロー・ベルトでは月平均気温20-30を示す。

降雨量は雨期に90%が集中する。年による変動が南西へいくほど大きくなるが、平均東部山地の1200mm以上を最多に、ハイ・ベルトの北東部で800-900mm、南西部で500mm-600mm、最小のリンポポ低地で300-400mmである。

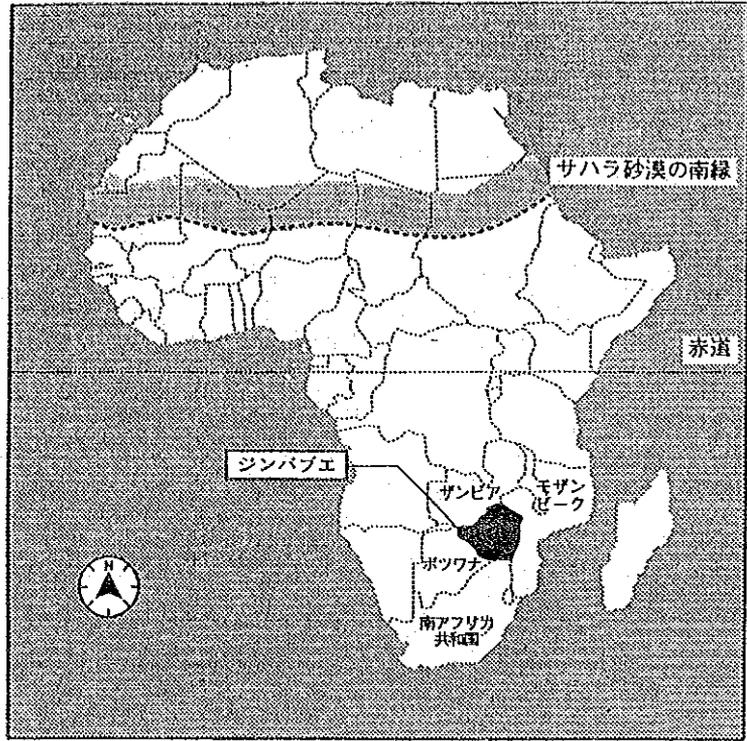


図1-1 アフリカ大陸とジンバブエ

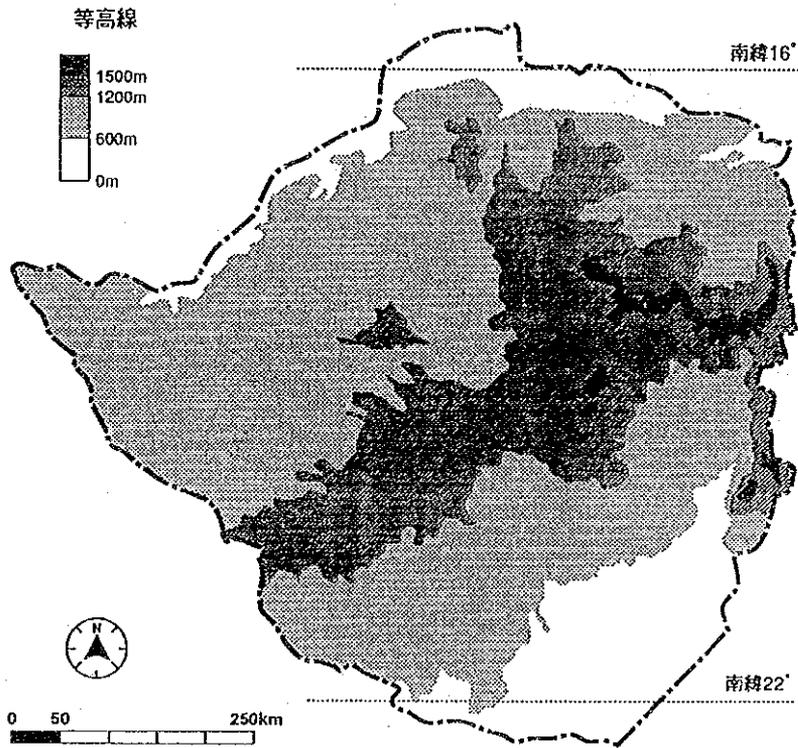


図1-2 ジンバブエ地形図

3-4 社会

ジンバブエは白人入植国家として発展してきた歴史的経緯を有する。独立後も当時の典型的な二重構造がその社会、経済に影響している。

ジンバブエの整備された国道沿いを行くと灌漑設備も整い乾期でも青々としている白人経営の大農場が続く。そうした地域と伝統的な円形の葺き屋根の集落が点在する共同所有の農地が対照的である。

3-4-1 1980年、独立時の状況

ローデシアの経済は、南アフリカを除く南部アフリカ諸国に比し発達していたが、アフリカ大陸の中では最も所得格差の大きい国の一つであった。植民地時代の経済は農鉱業一次産品の輸出を基礎にし、一部、都市の中高所得者のための工業を有していた。

土地と所得分配が不平等で、社会的貧困が大きな問題であった。植民地時代には土地配分法（1931年）により白人と黒人が利用できる土地が明確に区分されていた。1980年の土地利用状況を見ると、5000の白人植民者の農家が農地の半分に当たる4500万エーカー（182000km²）の農業に最も適した土地を所有していた。その中には多国籍農業企業（アグロ・ビジネス）も含まれていた。一方、75万の黒人農家が残りの半分の土地を利用した。気候が厳しく痩せた土地に密集させられ、生産のための投資も不十分でかつ、農産物の価格も低く抑えられ不利な状況におかれていた。また、黒人の住む農村は都市、鉱山、大農場への安い労働力供給源であると同時に、不要な労働者を送り帰す場所として機能した。都市もまた、白人の居住区とされ、黒人は離れた密集地に住んだ。

黒人労働者は鉱業、農業と都市の製造業、サービス業にフォーマルあるいはインフォーマルな形で従事していたが、労働環境は（特に第一次産業で）厳しく、大多数は貧困ライン以下の収入しか得られなかった。しかし小作農業を支えるために現金収入が不可欠で、賃金労働に従事せざるをえない仕組みになっていた。

独立までの10年間ジンバブエの経済、社会は独立戦争と経済制裁の影響を受け、人々は、戦争の直接被害に加え、食料不足に苦しんだ。経済は内向きになり輸入代替工業と、国内各地の統合が進んだ。交通、エネルギー、金融が発達し、白人が支配するフォーマルセクターの生産を支えた。

社会経済面の不平等な状況、政治的権利の剥奪状況はジンバブエ・アフリカ民族同盟（ZANU）、ジンバブエ・アフリカ人民同盟（ZAPU）が率いる解放闘争（Chimurenga）を激化させた。この闘争は黒人の住む農村地域を根拠としたが、闘争によって社会の流動性が高まり、社会全体特に農民と都市の貧困層の政治参加を準備するという面でジンバブエの新しい社会建設の潜在的基礎を作った。

3-4-2 1980年以降の社会状況

3-4-2-1 土地利用形態

農地改革と入植計画 政府は独立後、公正なる土地配分、農業構造の変革を意図した農業開発政策を実施している。植民地時代白人が農業に最も適した土地を占有したため、黒人は周辺の降雨量も少ない土地に追いやられたという経緯がある。

農地改革は容易には進んでいない。ランカスター協定、そしてそれに基づく憲法は暫定期間内の入植地購入に関する規定を定めている。1) 政府が入植政策のために白人の土地を購入する場合は、当事者の意志に基づいて買い上げること (Willing Seller-Willing Buyer)、2) 支払は外貨によるものとするという規定が設けられていた。この規定と、政府の財政難が農地改革の大きな障害になっていた。しかし、ランカスター協定/憲法の条項は1990年4月に効力を失い、農地改革は新たな局面を迎えている。

入植計画は地域格差が大きいばかりか、農業条件の劣る地域への入植が多く見られる。また、入植政策そのもののあり方、管理運営体制も改善されるべき点が多い。

農村部 農業部門は商業生産と自給生産があり農地は以下の4種類に分類される。

コマーシャル・ランド (Commercial land)

大規模商業農家地域 (Large Scale Commercial Farm Land) 主として白人農家が独立前から所有している大規模農地 (平均2200ha) で全土の40%にあたる。

土地利用の面からは、生産性の高い農業が営まれているが未利用の土地の割合が多いことが問題になっている。

小規模商業農家地域 (Small Scale Commercial Farm Land) 黒人が以前から商業生産用に購入し所有している小規模農地 (平均124ha) で現在では全土の4%を占める。土地配分法下では原住民購入地域と呼ばれていた。

コミュニナル・ランド (Communal Land)

共同体農業経営地域—黒人が半自給自足の農牧業を営む共有地で、全土の42%を占める。コミュニティーが土地を所有するアフリカの伝統的土地所有形態である。各世帯用の耕作地と共同で使う放牧地からなる。独立前は Tribal Trust Land と呼ばれた。独立後は綿花やとうもろこし等輸出向けの作物の栽培も増加している。

(図1-3)

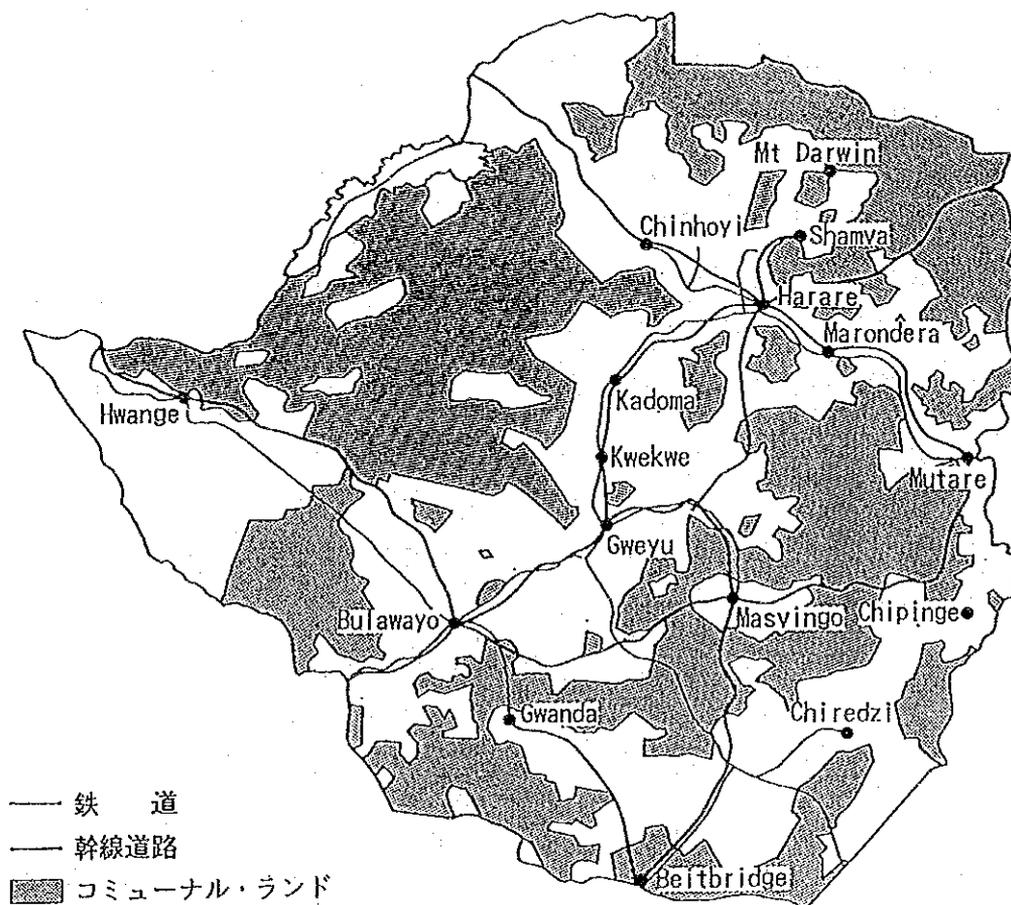


図1-3 コミュナル・ランドの分布

出典：Geography Today, ZBB, 1989

リセトルメント・エリア (Resettlement Area)

入植地—政府がコマーシャル・ランドを購入し、コミュニアル・ランドの住民の入植を進めている地域。独立後政府は330万ヘクタールをリセトルメント・エリアとしている。275万ヘクタールはコマーシャル・ランド購入分、残りは国有地であった。(第2次国家開発5カ年計画、1991)。1987年までに入植した家庭の割合は土地を必要としている所帯の14%、人口では自営農の8%でしかない。

都市部

アフリカの旧英国植民地では、都市部にも人種別居住区が設定されていた。白人は低密度地域 (Low Density Area)、カラード (混血)・アジア人・貧しい白人は中密度地域 (Medium Density Area) そして黒人は高密度地域 (High Density Area) と指定されていた。現在その差別は取り除かれ、変化も見られるが、経済状況を反映して未だ、この傾向は残っている。

その他 野性動物保護区、森林、国立公園その他が (Game Reserve, Forest and National Park Land etc.) が国土の14%を占める。

3-4-2-2 人口、人口分布、その他の特徴

1982年に750万人であった人口は、1992年に1040万に増加した。1985—1990の人口増加率は3.1%と高く、都市化率は28% (1991) である。

ハイ・ベルト地帯と呼ばれる高原 (3-3を参照) が国の経済の中心で、主要な都市、道路、鉄道、企業農家、鉱山が集中している。ハラレ、ブラワヨの2大都市もここに位置する。これより低いミドル・ベルト地帯にはコミュニアル・ランドが集中し人口がちゅう密である (図1-4)。年齢別、性別人口は図3-1の通りである。性別比は女性100に対し男性95.3と低い (1992調査)。15才未満の人口は47.7%に対し65才以上は2.9%にすぎない (Health Statistics 1991)。

部族構成を見ると、ショナ族がマショナランドを中心に居住し、総人口の75%から80%を占めている。さらにヌデベレ族は、ブラワヨ市を中心に居住し、人口の残り15から20%を占めている。それぞれの言語はショナ語、ヌデベレ語と呼ばれる。公用語として英語が広く用いられており、宗教は、部族宗教とキリスト教である。

表1-1は人種構成の移り変わりを示す。

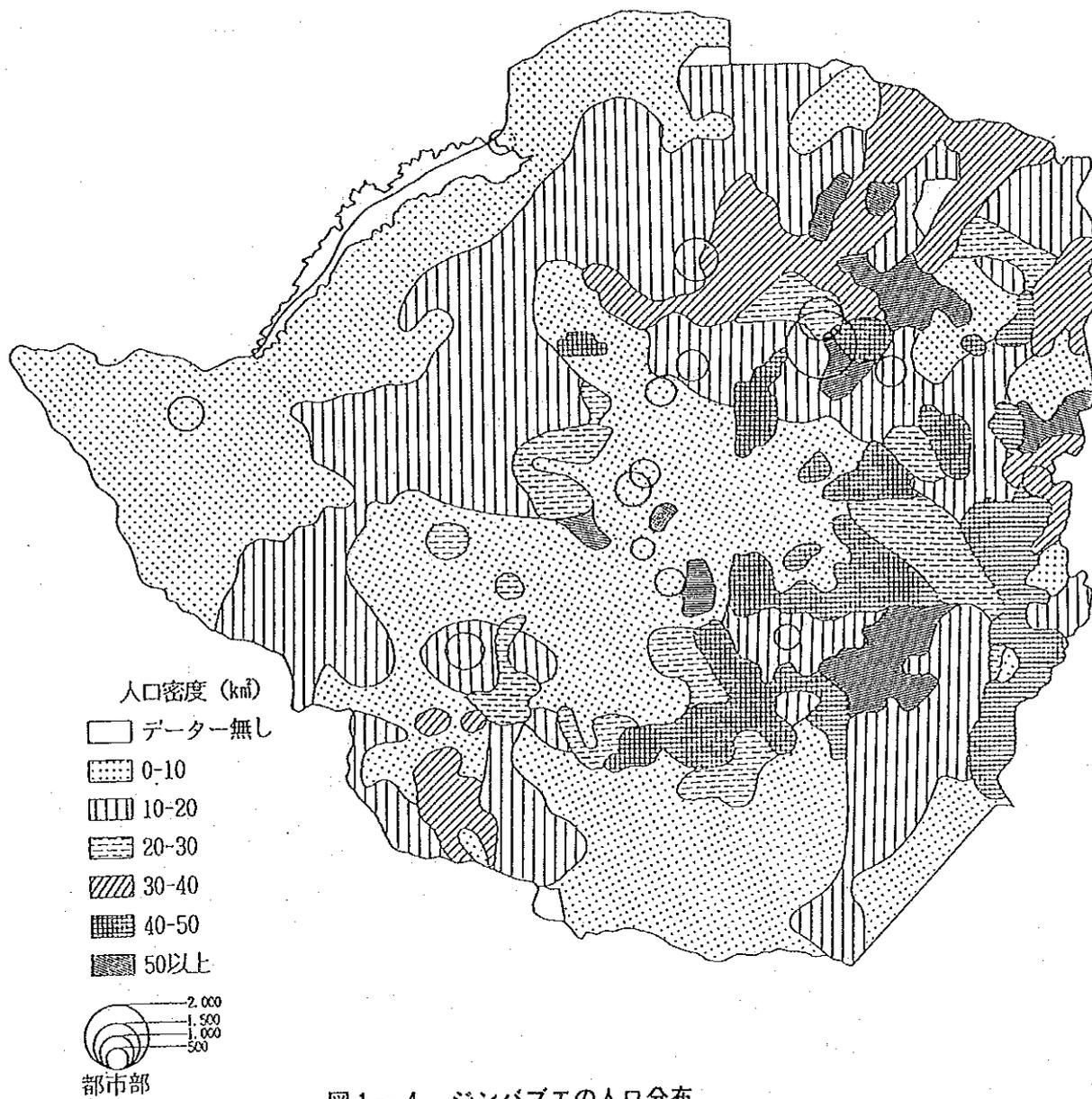


図1-4 ジンバブエの人口分布

出典: Geography Today, ZEB, 1989

表1-1 人種構成の推移

	1969		1982		1992
Africans	4,880,000	95.0%	7,293,000	97.6%	—
Europeans	230,000	4.5%	148,000	2.0%	—
Asians	9,000	0.2%	11,000	0.1%	—
Coloured	15,000	0.3%	22,000	0.3%	—
Total	5,134,000		7,474,000		1,040,000 *

出典：Statistical Yearbook 1989, Central Statistical Office

* 92年のデータは国勢調査の結果

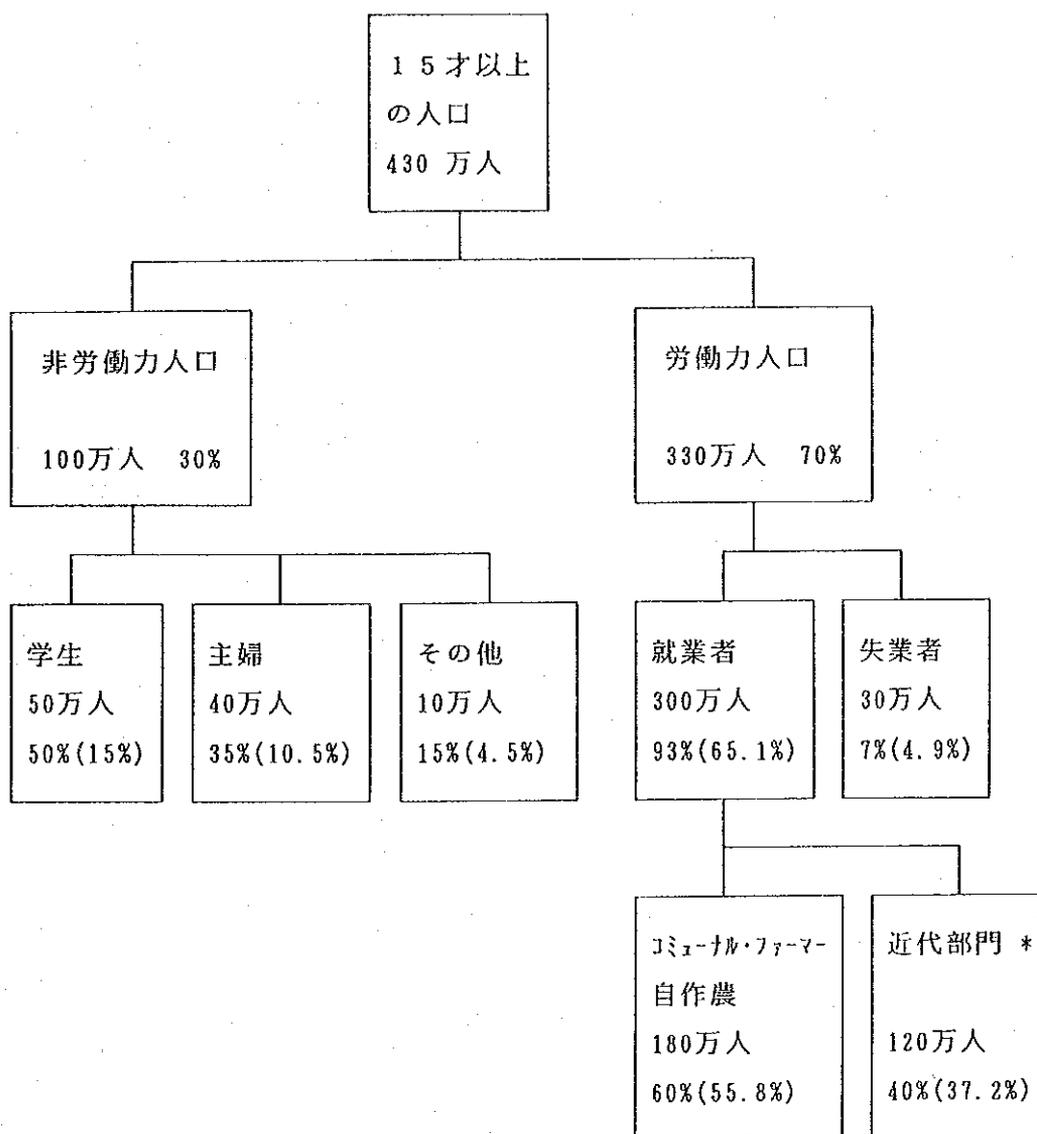
労働力人口の構成を図1-5に示す。労働力人口は15才以上人口の70%であり、そのうち60%はコミュニナル・ランドで半自給の農業に従事する農民である(1987年)。表1-2はフォーマルセクターの業種別賃金労働者の人数の推移を示す。ただし、1990年と1995年の値は国家開発局の推定値であり、90年代に停滞している経済の動向を考慮すると、実際の増加数は少ないものと推測される。

統計上労働人口は15才以上であるが、ジンバブエの場合他のアフリカ諸国と同様15才以下の児童も多く就労しており、多くはコミュニナル・ランドあるいはコマーシャル・ランドの農業に携っている。

失業者30万という数は少ない。インフォーマル・セクターの存在、季節労働的であるコミュニナル・ランドの農業を考慮する必要がある。1989年の資料では26%となっている。また、都市部の若年層の失業が問題である。

賃金労働者のうち23万1000人はインフォーマル・セクターで働いており、うち64%が女性である(1986/87 Labour Force Survey)。野菜の小売り、靴修理、ベルト職人他、未登録あるいは未許可の職場が中心である。

図1—5 労働力人口と非労働力人口 (1987)



(注) 括弧内は15才以上人口に占める割合

* 企業農家の農業労働者も含む

出典: Statistical Yearbook 1989, Central Statistical Office

表1-2 フォーマル・セクターの部門別年平均雇用者数 (単位：千人)

部門	年					平均年成長率 (%)		
	1970	1980	1985	1990*	1995*	81-85	86-90	91-95
1. 農業以外の雇用	555.5	682.9	778.6	891.9	985.8	2.7	2.7	2.0
鉱業	57.2	66.2	54.3	52.1	57.5	-3.9	-4.7	2.0
製造業	114.7	159.4	169.6	196.0	227.0	1.3	2.9	3.0
電気水道	5.6	6.7	7.7	8.5	9.9	2.8	2.0	3.1
建設業	42.4	42.2	44.8	74.4	84.8	1.2	10.7	2.7
金融保険	9.0	12.5	15.3	17.2	20.0	4.1	2.4	3.0
/不動産								
ホテル・レストラン	65.6	70.3	78.3	93.0	107.8	2.2	3.5	3.0
運輸通信	36.5	45.6	50.0	52.3	60.7	1.8	0.9	3.0
公共/	39.0	71.1	90.8	91.9	75.9	5.0	0.2	-3.6
管理部門								
教育	31.0	41.9	89.9	107.9	119.1	16.4	3.7	2.0
保健医療	10.7	15.2	19.7	24.0	26.5	5.5	4.0	2.0
家事	109.3	108.0	98.6	102.0	108.3	-1.9	0.6	1.5
その他	34.5	43.8	59.6	72.6	88.3	6.4	4.0	4.0
2. 企業農業								
林業、漁業	297.8	327.0	276.4	286.3	300.9	-3.6	0.6	1.0
総数 (1+2)	853.3	1009.9	1055.0	1178.2	1286.7	0.9	2.2	1.8

(注) 1970、1980、1985 はCentral Statistical Office のデータ、*1990と1995はNational Planning Agencyの推定値による。

出典：Second Five Year National Development Plan 1991-1995

・農村の人口（3-4-2を参照）

コミュニアル・ランドに人口の57%が居住している。一方、人口の5分の1はコマーシャル・ランドの大規模商業農家の農業労働者と家族であるが、彼らは土地を持たない。1940年代初頭、マラウイやモザンビークからつれて来られそのまま定着した人々が多く、妻や子供はジンバブエ生まれである。この二地域の人口密度を比べるとコミュニアル・ランド地域はコマーシャル・ランド地域の2.7倍である。

植民地時代以来の出稼ぎ労働パターン（Migrant Labour Pattern）の影響で、コミュニアル・ランドの家庭では女性と年少の子供の割合が都会よりも高い。また、大規模商業農家あるいは鉱山の家庭には出身がジンバブエ以外の男性人口の割合が都市あるいはコミュニアル・ランドよりも高い。

・都市の人口（3-4-2を参照）

人口の約28%が都市に居住するが、二大都市ハラレ（Harare）とブラワヨ（Bulawayo）で都市人口の60%以上を占める。1992年のそれぞれの人口は118万と62万であった。ハラレにおける人口増加率は顕著である。1969年から1987年の年増加率は4.6%であった。ハラレの近郊都市であるチトウギーザ（Chitungwiza）の人口は800,000と推定される。（1992年国勢調査では274,035人であったが、市当局者より聞き取りによれば遙かに多いということであった。）チトウギーザの住民はほとんどがハラレで働く低賃金労働者である。人口が多く、また、産業もないためインフラの整備が大幅に遅れている。

都市人口は急速に増加しており、都市の整備が緊急課題である。失業の増加等に伴い、今後、都市の貧困、保健の悪化が心配される。

3-5 政治と行政機構

3-5-1 政治動向

1979年、ロンドンに、イギリス政府、ジンバブエ・ローデシア政府そして急進派組織の代表が参集しローデシア制憲会議が開かれた。その時の取り決めランカスター協定に基づき、翌年独立を前提とした下院議員選挙が実施された。

解放組織を前身とするジンバブエ・アフリカ民族同盟・愛国戦線（ZANU-PF, Zimbabwean African National Union・Patriotic Front）とジンバブエ・アフリカ人民同盟・愛国戦線（ZAPU-PF, Zimbabwean African People's Union・Patriotic Front）が第一党、第二党となり、連立政権を樹立した。こうして、国際的に承認された黒人多数支配体制のジンバブエ共和国が独立した。

連立政権の首相には、ZANU 党党首のロベルト・ムガベ氏が就任し、以来今日まで、何度かの政治体制の変革を経ながらも、同士が常に、指導的立場を守っている。

独立当初、ジンバブエが当面した課題は、経済再建、部族対立の解消および白人との和解であった。

ムガベ政権は、ZANU-PFによる一党社会主義国家の建設を理想としたが、国家再建のためには知識と技能を有している白人の協力が必要であるとの考えから、黒人と白人の融和政策を進め、また、資本主義的なシステムを温存し社会主義への急激な移行は実施しなかった。

ジンバブエの国民の大部分は人口の75—80%を占めるショナ族と15—20%を占めるヌデベレ族の二つの部族からなる。前者がZANUの支持基盤、後者がZAPUの支持基盤である。独立後この二つの部族間の対立抗争が激化し、ZANUとZAPUの対立に反映された。

ZANUとZAPUの関係は、一党制の導入をめぐる対立し、次第にZANU派が内閣から排除されていった。ZAPUの拠点であるマタベレランドにおける反政府活動の激化に対し、1983年、政府軍は強行な取締を行い、多くの犠牲者を出した。尚、抗争により治安が悪化すると白人の国外脱出が続いた。

ZANUによる内閣からZAPUの排除、ZANUとZAPUの合併交渉をめぐる対立を経て、1987年には与党ZANUと野党ZAPUが合併された(新党の名称はZANU-PF)。こうして一党国家体制がほぼ確立された。また、同年末には政治体制が行政型大統領制に移行され、ムガベ首相が大統領に就任し、独立後7年を経てムガベ指導体制が確立した。

しかし、1991年にムガベ大統領は一党独裁の理念の放棄を発表、続いて、与党ZANUはマルクス・レーニン主義を放棄した。

尚、上述のランカスター協定は、独立過渡期の白人の権益保護と混乱回避のための優遇措置の一つとして、下院20、上院10の議席を白人に優先的に割当てたが、この白人議席は1987年廃止された。

外交面では非同盟主義を基本とし、積極的な中立路線を歩んでいる。社会主義国との友好関係を維持する一方で、経済開発を推進する観点から西側諸国との関係強化にも努めていた。周辺ブラックアフリカ諸国との連帯強化に指導力を発揮している。

3—5—2 国政

元首は大統領で任期は6年である。軍最高司令官も兼ねている。かつては国会議員の投票で選出されたが、1990年の憲法改正で国民による直接選挙制度になった。なお、再建の制限はない。

内閣に関しては、大統領が副大統領、閣僚、各次官を任命する。1987年の憲法改正で首相職を廃止、権限を大統領に統合した。省庁は図1—6の通りである。

議会に関しては1987年に白人特別議席を廃止、90年には上院を廃止し、1院制(150名)となった。議員の任期は6年で、120議席は直接選挙で選出され、12人は大統領が指名する。各部族長の議席が10、各州知事の議席が8ある。

1990年3月選挙の党派別選出議席は与党ジンバブエ・アフリカ民主同盟—ZANU (117)、野党ジンバブエ統一運動—ZUM (2)、ZANU シトレ派(1)。他に白人政党としてジンバブエ保守同盟がある。

司法は最高裁判所、高等裁判所、および簡易裁判所からなる。この他民事調停所(Community Court) がある。

3—5—3 地方行政

国の行政単位は県、郡、区に区分される。地方行政の仕組みを図1—7に示す。この図は農村部の郡を中心に現している。

3—5—3—1 県 (Province)

・ジンバブエは8つの行政県 (Administrative Province) からなる。(図1—8)。

Manicaland (マニカランド)

Mashonaland Central (マショナランド・セントラル)

Mashonaland East (マショナランド・イースト)

Mashonaland West (マショナランド・ウエスト)

Matabeleland North (マタベレランド・ノース)

Matabeleland South (マタベレランド・サウス)

Midlands (ミッドランド)

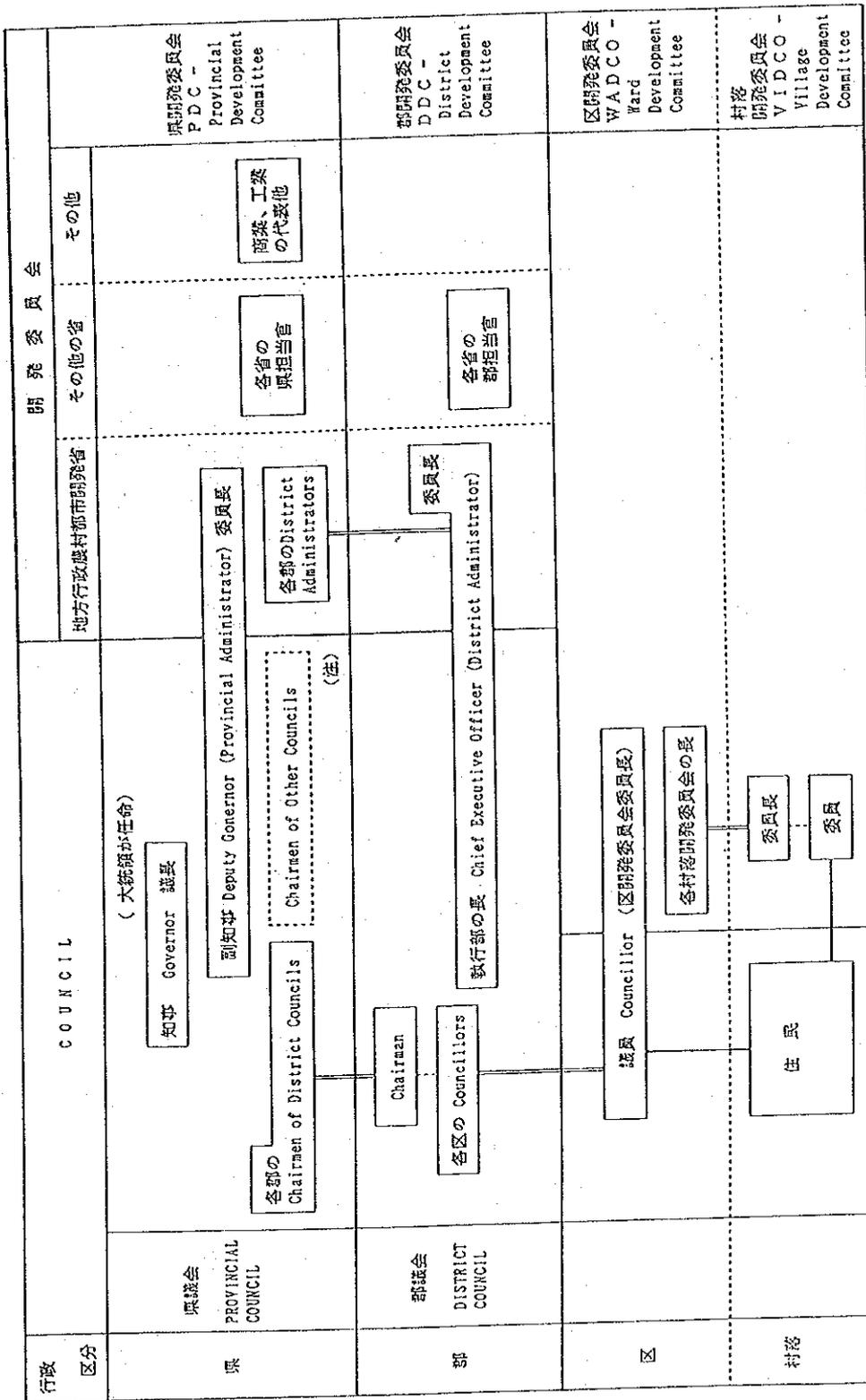
Masvingo (マシング)

2大都市、首都ハラレ (Harare) とブラワヨ (Bulawayo) も場合によっては行政的な観点から行政県と呼ばれることもある。

・県知事 (Governor) は大統領により任命され、県議会 (Provincial Council) の長も兼ねる。Provincial Administrator と呼ばれる地方行政農村都市開発省の担当官である Undersecretary が副知事を勤める。この Provincial Administrator は県開発委員会 (Provincial Development Committee-PDC) の長も勤める。

・県議会 (Provincial Council) は郡議会や都市部の議会の議長等からなる。

図1-7 地方行政の仕組み—COUNCIL（議会）と開発委員会



(注) Other Councilsとは都市部のCouncilとRural Councilを意味する。(1-5-3を参照)
 本図はジンバブエ政府とUNICEFによる"CHILDREN and WOMEN in ZIMBABWE 1980 - 1990", WHOの"EVALUATION OF THE STRATEGY FOR HEALTH FOR ALL BY YEAR 2000", 1987そして、地方行政、農村・都市開発における開き取りを元にして、地方行政の仕組みの説明のために調査団が作成したものである。開発委員会のメンバー等放れている情報もある可能性がある。また、地方行政の仕組みの改革が進行中である。1993年7月に、District CouncilはRural Councilと合併されRural District Councilとなったが、詳しい情報が入手できなかったため、郡部に関しては、これまでのDistrict Councilに関する記述を提示した。

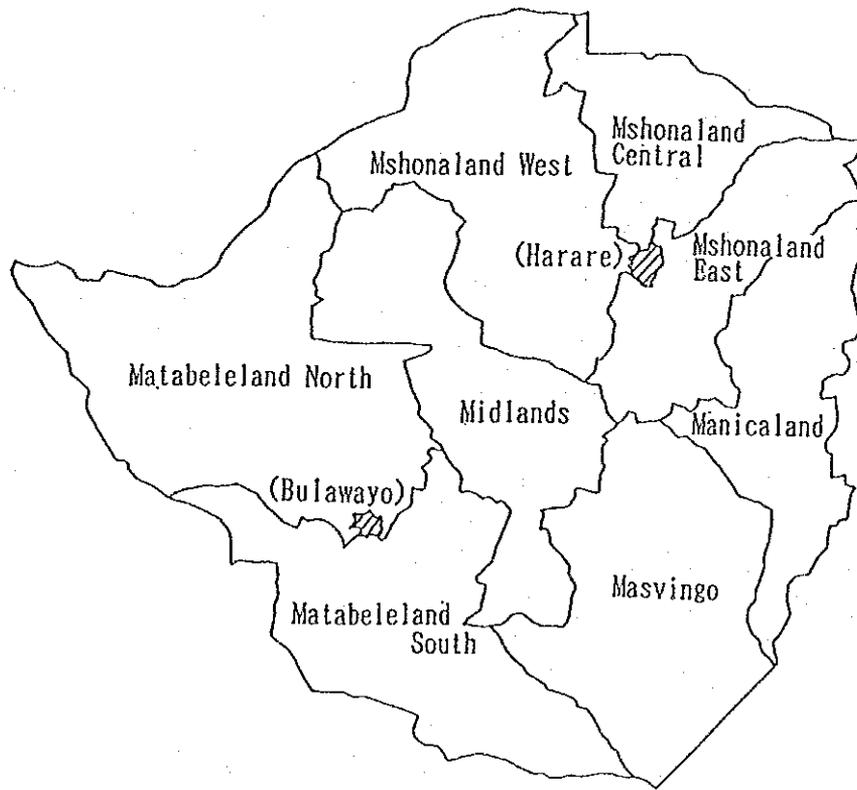


图 1—8 行政区分 (県)

3-5-3-2 郡 (District) と都市

農村部 (郡) と都市部の自治体がある。

農村部自治体

- ・ 県はさらに55の郡 (District) に細分されている。
- ・ 郡 (District) 内には2つの行政地域が存在し、それぞれ自治機構を有する。
 - 1) コミュニナル・ランド (Communal land) 地域には District Council と呼ばれる議会
共同体農業地域
 - 2) コマーシャル・ランド (Commercial land) 地域には Rural Council と呼ばれる議会
大規模商業農家地域
- ・ 1993年7月に Rural Council と District Council が合併されたが、組織改革に関する情報がないので、これまでの仕組みを説明する。
- ・ District Council の議員はコミュニナル・ランドに居住する成人男女により公選され、議長はその中から選ばれる。

郡はさらに区 (Ward) に細分されている。郡議員はこの区ごと一人選出される。
- ・ 地方行政・農村・都市部開発省の担当官が中央政府の代表として District Council に参加し、執行部の長 (District Administrator) も勤める。
- ・ 域内の初等教育、診療所を運営する。道路の保守、水供給事業、ピヤホールの経営を実施する場合もある。現在資金の大半は政府から支給されている。
- ・ 一方 Rural Council の議員はコマーシャル・ランド居住者が選ぶが、選挙権は土地所有者等一部住民に限られている。
- ・ 郡内の道路の保守が主要な仕事である。学校や診療所も経営する。
- ・ 財源は土地所有税・自動車税、中央政府の資金である。

都市部自治体——Urban Council

- ・ 都市部の自治機構は規模等により異なる。主要なものは：
 - City Council (City の場合)
 - Municipal Council (規模の大きい Town の場合)
- ・ これらの Council の議員 (Councillor) は都市の居住者により公選される。
- ・ 議会の長は Mayor と呼ばれる。
- ・ 主な事業は、道路の整備、水・電気の供給、下水の管理・PHC、救急車、消防活動の管理、ごみ取捨、安い住宅の供給等である。
- ・ 財源は財産税、車、オートバイ、犬、店舗等の認可料、水道電気料金、家賃等である。大規模な開発事業のためには公共あるいは民間の融資を受ける。
- ・ 2大都市、首都ハラレ (Harare) とブラワヨ (Bulawayo) は行政的には県と同等であ

り、県議会の管轄下にはない。

・他の都市は県議会の管轄下にある。

3-5-4 地方分権化と開発計画組織

1980年以降、住民の地域計画、開発への参加を促すため地方行政機構が分権化されると同時に、開発委員会という仕組みが作られた（同じく図1-7を参照）。

特に、開発から取り残されていた、コミュニナル・ランド地域で重要な改革が実施された。同じ農村部でも、コマーシャル・ランド地域では改革が遅れ、住民である農業労働者の保健、教育面等で格差が生じている。

3-5-4-1 自治体と住民の開発への参加

District Council (コミュニナル・ランド Communal 地域を管轄)

村落 (Village)、区 (Ward)、区開発委員会 (WADCO-Ward Development Committee) 村落開発委員会 (VIDCO-Village Development Committee)、からなる仕組みを通して公選された代表が、高次の意志決定に意見を反映できるようになった。District Council の主な役割は土地の割当と開発資金の分配である。しかし、実際の計画や資金の分配の決定により大きな影響力を持っているのは中央政府各省庁の専門職員からなる県、郡の開発委員会である。

伝統的な部族の支配構造が存在したが、独立後、様々な変革が起こっている。例えば部族の長 (Chief) が有していた土地資産の分配等の権限は公選された組織に委譲された。司法権に関しては、一度民事調停所 (Community Court) に委譲されたが、1989年部族の長に戻された。今回の調査では、村落の伝統的な支配構造と独立後の変化に関する情報は収集せずに終わったが、農村部の開発や保健医療の問題を考える場合、重要な側面と思われる。

Rural Council (コミュニナル・ランド地域を管轄)

・上述の District Council 管轄地域とは違い Rural Council の管轄地域では未だ選挙権は限られており大半の住民は地域開発に関与できない。(この地域の住民の大半は農場の労働者で占められるが土地所有者でもなくまた、家賃も払っていないため選挙することができない。)

独立後、District Council 管轄地域では中央政府の役割が急増し、District Council を通じて下部の地域住民の開発への参加の仕組みがつくられたが、一方 Rural Council では独立前の機構が保たれた。政府の補助金の一人当たりの金額も District Council 管轄地域では顕著に増した。

Urban Council (都市部管轄)

都市部でも議員 (Councillor) が住民により公選される。しかし、開発計画に直接参加することはまれで、計画は上部機構で決められる。

1997年7月1日、Rural CouncilとDistrict Councilが合併され農村地域の自治組織がRural District Councilに一元化されたが、組織改革に関する情報がないため本報告書では、それ以前の組織の説明にとどめた。なお、Rural CouncilとDistrict Councilの合併にあたっては、2つの地域とCouncilに見られる異なる状況への対応が課題であるとされてきた。1) 選挙権と選出(Representation)の基準、2) 財源と支出パターン、3) 社会インフラのパターンと今後の需要。

3-5-4-2 開発計画組織

独立後、中央の各省は一斉に農村地域の開発に乗り出した。多方面に渡り展開される活動を調整する必要性から行政の各レベルに開発委員会が設置された。県と郡の開発委員会には各省の担当官等が参加し、地方行政・農村・都市開発省の担当官が委員長として調整役を勤める。また、開発委員会は計画面、技術面で議会(Councils)を支援する。

区、村落レベルの開発委員会は、村落で必要とされる開発問題をDistrict Councilへ反映させるための機構である。

・県開発委員会(Provincial Development Committee-PDC)

委員会の構成

県配置の各担当官

各省庁(保健省の場合はProvincial Medical Officer)

Zimbabwe Republic Police

Zimbabwe National Army

Central Intelligence Organisations

Provincial Planning Officer

Town Clerks and Secretaries

Chief Executive Officers of Rural District Council

Head of commerce, industry and others

・郡開発委員会(District Development Committee-DDC)

郡レベルでも各省の担当官(保健省はDistrict Medical Officer)が活動を展開している。

DDCはその調整機関で、District Councilの執行部の長(District Administrator)である地方行政・農村・都市部開発省の担当官が委員長を勤める。

・区開発委員会(Ward Development Committee)

区内のすべての村落開発委員会の代表と女性と青年組織の代表からなる。

・村落開発委員会(Village Development Committee)

6名からなり、4名は村の成人が選挙で選び、残り2名は女性と青年組織の代表からなる。

(区と村落の代表に関する情報は1987年のWHOの資料に基づく)

開発に関する計画は村落から、区、郡、県へとそれぞれの開発委員会に提案される仕組みになっている。県の開発委員会はそれをもとに農村地域、都市部を含めた全体計画を作成する。これが、各省に提出され、大統領と内閣の承認を待って国の開発計画に含められる。近年、Ministry of Finance、Economic Planning and Development に国家計画庁 (NPA - National Planning Agency) が設置され、国の開発計画の最高位の調整機能を果たしている。(Government of Zimbabwe, 1990)

3-6 経済一般概況

独立後、政府は2つの圧力に直面しつつ政策を運営してきた。

- 1) 社会格差の解消への要求
 - 2) 国際機関、援助国 (Donor Community) による市場原理に基づいた自由経済の要求
- 教育、保健等の分野における格差解消に意欲的につとめたが、一方でそれを支える経済の成長が見られず、現在では市場経済強化のため世界銀行主導の経済構造調整政策 (Economic Structural Adjustment Programme-ESAP) を実施中である。その政策は他のアフリカ諸国が導入した政策に類似している。本報告書ではジンバブエで一般に使われている ESAP と表す。

3-6-1 独立時に植民地時代から引き継いだ経済の特徴

ジンバブエ政府が独立時に引き継いだ経済の特徴を要約する。現在、ジンバブエが直面している経済危機を理解するために重要である。

歴史的経緯

- | | |
|---------|---|
| 1960年以前 | 海外からの投資、植民者が増加
白人支配層の富の蓄積を黒人が支える経済の二重構造の形成が始まる |
| 1960年頃 | 上述の構造明確化 |
| 1965年 | 一方的独立宣言に対する国連経済制裁
外貨の不足深刻化
輸入代替工業化政策推進 |

経済の特長

- 規制の多い経済 (サブサハラ・アフリカの中でも最も統制された経済)
- 輸入代替工業化 (うち向きの経済)
- 農業依存
- 一次産品輸出
- 経済の二重構造

3-6-2 独立後の経済

独立直後、政府は1) 難民救済と国土復興、2) 土地への定着と農村開発、3) 人材の教育、訓練、4) インフラおよび近代部門の開発、を目標に GDP 年平均成長率 8% という野心的な過渡期の国家開発計画 (Transitional National Development Plan-1982-1985) を発表した。しかし、1982年まで続いた好景気は、その後低迷し、経済成長は目標を大きく下回った。世界的な不況と相次ぐ早魃も大きく影響した。この反省に立って第1次国家開発5カ年計画を策定した。

3-6-2-1 第一次国家開発5カ年計画 (1986-1990)

目標

1. 統制による経済構造の転換と経済の拡大
2. 土地改革と土地の有効利用
3. 国民、特に、農民の生活向上
4. 雇用機械の拡大と人材養成
5. 科学技術の振興
6. 開発と環境保全のバランス維持

戦略

1. 輸出の拡大による必要原材料、部品の輸入
2. 農村の成長拠点に対する政府投資の拡大とこれによる新規参入労働力の吸収
3. 外資企業への資本参加等による政府の生産部門に対する参入増大
4. 農業、鉱業、製造業の3分野への重点的投資
5. 国産原材料および地場の金融の活用

3-6-2-2 80年代の経済

社会開発の成果

教育、保健医療、人口、小農の生産力向上に関しては一定の進歩が見られた。

経済開発の実状

- ・ GDP の伸び率 2.7%/year (人口増加に追いつかず)
増加分は教育、保健医療、公共管理部門に割当
- ・ 輸出 実質増加率 3.4%/year
輸出に占める対外債務返済 (Debt Service Payment) の割当増加
- ・ 輸入 実質増加率 マイナス0.4% (1981-1988)
- ・ 雇用 失業率の増加 26% (1989)
1980年代の主な新規雇用 (フォーマル・セクター) は、教育、保健医療、公共管理の部門での雇用であった。

- ・ 財政赤字 財政赤字の額は1980年代の大半は毎年 GDP の10%以上、1989年には累積で GDP の71%、うち36%は対外債務
1989/1990の赤字は GDP の8.6%(うち利払いは1.9%であったが、今後増加が見込まれている)
- ・ 投資 生産部門への低い投資——低い成長率の主な原因
資本材の維持さえ困難であった。
総資本形成 (Gross Capital Formation) 1980年代半ばには GDP の15%に低下
民間の投資急速に減少 1985GDP の12%——1987GDP の8%

3-6-3 経済構造調整政策 (Economic Structural Adjustment Programme-ESAP) と第2次国家開発計画 (1991-1995)

ジンバブエの独立の時期はアフリカに経済の構造調整政策 - E S A P が導入された時期であった。政府は植民地時代の政治経済状況の改革と経済自由化(市場原理)に取り組む必要があったが社会格差の改善を最優先し社会主義的政府造りを目指した。これはすでに1980年に加盟していた IMF や世銀の方針に反した。1982年にはやむなく IMF のスタンバイ・パッケージ (Standby package) を受け入れたが、これは社会主義路線放棄の始まりを意味した。早魃と一次産品の低迷のためプログラムは不調に終わり、1984年には IMF との協定を無効とした。

しかし、80年代末期になり1982年の構造調整よりも徹底的な改革が必要となった。外貨不足、低投資、財政赤字、資金の借入れ、インフレ圧力、失業の増加、インフラの老朽化等、植民地時代からの構造が経済の足かせになっているという認識による。

1991年に政府は、ESAP の枠組みに沿った第2次国家開発5カ年計画を作成した。

3-6-3-1 ESAP の概要

- 導入 1990年10月1日に導入
A Framework for Economic Reform (1991-95)
・これが ESAP の正式名称である。
- 目的 貧困層の生活向上 (経済成長による所得の向上、失業率の低下)
統制経済から市場経済への移行
移行期に生じるであろう貧困層への経済的圧迫に対処
- 目標 経済成長率 5.0%/year (1995)
工業の成長率 5.8%/year
農 業 3.2%/year
サービス業 5.0%/year

投資 GDPの25%

輸出入の増加

戦略

A. 主要部門

1) 適切な財政政策/金融政策

財政赤字の削減

赤字の原因となっている支出の見直し、削減

公共企業の赤字削減と、公共部門の雇用の合理化

金融政策

インフレの抑制

2) 貿易段階的自由化 (1995年までに)

外貨割当制から市場原理に基づいた制度へ

3) 国内の規制の解除 (貿易の自由化と相互関連)

投資の許可に関する規制

価格と分配に関する規制

労働と賃金に関する規制

その他、経済成長の障害となる規制の解除

B. 部門別サポートプログラム

人口と保健

教育

農業

環境

エネルギー

都市インフラ

インフォーマル・零細企業

女性と開発

C. 構造調整の社会的側面

財政赤字削減のため、公共支出の見直しや公共部門の雇用の合理化を実施するための移行期の、マイナスの効果を予想している。

マイナスの影響 失業の増加

インフレと価格の上昇

社会サービスの縮小と cost recovery (教育や保健の有料化) の導入

対策 ESAPの圧迫を受ける可能性のある以下のグループの状況を把握し、個別に対策

をこうじる。

(注) 1992年には社会福祉部のもとに社会開発基金 (Social Development Fund) が創設された。

貧困層 農村部 (大規模商業農家の農業労働者と家族、コミュニアル・ランドの半自給農民)

都市部 (失業者、未熟練労働者)

女性

D. 国際的な融資、グラント

ESAP の成功には、国際的な融資、グラントが必要である。

3-6-3-2 ESAP の進捗状況

ESAP の成果を分析するにはまだ、時期早尚であるが、社会的な側面では悪影響がでている。失業、インフレ、サービスの縮小等で貧困層は圧迫を受けている。構造調整政策との因果関係の証明は難しいが、保健水準も悪化している。

ESAP はもともと、社会的に弱い立場のグループに対し、移行期の短期的な悪影響を見込み、社会開発基金 (Social Development Fund) の設置等で対応するように計画されている。基金のために2000万ジンバブエ・ドルが確保されたが、的確な運用がなされていないのが現状である。

ESAP に関するいくつかの声を紹介する。

- ・ESAP 導入直後の大旱魃に対処する緊急食料輸入等で、プログラムの実施が遅れたため、まだ、成果が出るには時間がかかる。(実業家)
- ・社会開発基金から資金が支給されるはずが、保健省への支給は遅れがちである。
(保健省、教会系病院担当科長)
- ・国家問題・雇用創出・共同組合省の大臣は新聞紙上 (Herald) で、あるアメリカの経済学者の研究成果を紹介し、ESAP 理論との相違を指摘した上で、政府の政策に対する改善策を提案している。研究によれば近年成長した国々の経済政策は、教育とインフラ整備の重視、国内市場の強化、国が得意とする産業分野の育成、企業間の競争強化と独占排除、政府による適切な産業支援等により特徴づけられる。大臣は現行の ESAP 政策を改善するために、優先産業分野の同定と育成のための具体的な戦略作りを必要性を主張している。(国家問題・雇用創出・共同組合省大臣)

3-6-4 経済と保健医療

国民の保健水準の向上には、保健医療サービスのあり方と、所得、雇用、住環境等の社会経済状況が影響する。特に、所得は人々の生活に大きく影響する。

保健医療サービスの拡充は一定の成果を見たものの、経済の停滞、新規雇用の創出の困難

等から所得の向上は停滞し格差は大きなままである。一方では失業の問題も深刻である。

また、政府主導により拡大された社会サービスの財源確保が今後の大きな課題であり、保健医療サービスの質と量を左右することになる。保健医療制度のあり方自体が検討されている。また、保健医療の限られた財源の合理的な運用に加え、サービスをより必要としている人々のために割り当てることの必要性が指摘されている。

3-6-4-1 所得

表1-3を見ると1979年から1989年の実質一人当たりの所得はほとんど変化していないことが分かる。1980年から1988年のジンバブエにおけるGDPの年平均増加率は2.9%で、実質25%増加した。しかし、年平均人口増加率が3%前後で推移しているため、実質一人当たり所得は、1980年と1988年の値（1980年基準）を比べると454ジンバブエ・ドル、461ジンバブエ・ドルと差が余り無い。

所得格差の十分な資料はないが、中央統計局による1985年世帯調査はグループによる傾向をみるのに参考になる（表1-4）。大規模農家で雇われている農業労働者の収入が最も低く、コミュニナル・ランドの農民がそれに続く。尚、農村部の所得の違いは、フォーマルセクターで働く家族等からの送金の有無により大きく左右される。収入の30%は送金と推測される。都市部ではフォーマルセクターに関しては仕事のある人々が失業者を養うという場合が多い。

3-6-4-2 公共部門の支出

80年代初頭には政府予算は年間15%の高率で増加し、大きな部分が社会開発、特に教育と保健医療分野に割当られた。1980年から1988年に公務員の数が40%増加し人件費の支出割合が増えた。教育に続く支出第二位は、軍事費であった。社会開発支出の増額分の財源は当初の二年は税収でまかなわれたが、その後は追いつかず、社会開発支出削減圧力が高まった。政府はジンバブエ・ドルの切り下げ等で対応した。また、1982年にはIMFとの合意のもと食糧への補助金の削減、給与アップ率の抑制策等を講じたが、資金不足は解決しなかった。社会開発に必要な費用は、内外からの資金の借り入れで対応せざるおえず、その結果、利払いが公共支出の圧迫要因となった。

1990年に導入された経済構造調整政策-ESAPは公共部門の赤字削減を柱の一つとしており、保健医療分野にも大きな影響がでている（3-6-3参照）。

3-6-4-3 グループ別に見た経済状況

ジンバブエの経済の現状では、土地等生産のための手段を十分に所有しない自給農民、大規模農場の労働者(特に臨時雇用)、フォーマルセクター、インフォーマルセクターに関わらず貧困ライン以下の収入しか得られない労働者、それに増大する失業者が社会的経済的貧困にさらされている。中でも女性は弱い立場に置かれている。この状況は人々の健康に大きく

表1-3 一人当たり実質国内総生産の推移 (1979-1988)

年	国内総生産 (GDP)		人口 (千人)	一人当実質 国内総生産 (ジンバブエ・ドル)
	(100万ジンバブエ・ドル)	1980年恒常価格		
1979	2650	2913	6891	423
1980	3224	3224	7091	454
1981	4049	3537	7302	484
1982	4657	3589	7517	477
1983	5432	3461	7729	448
1984	5649	3540	7949	445
1985	6227	3798	8175	465
1986	7350	3882	8406	462
1987	7911	3838	8640	444
1988	9433	4089	8878	461
1989	11128	4290	9121	---

原典 : National Income and Expenditure Report 1989/CSOより作成
 出典 : REPUBLIC OF ZIMBABWE/UNICEF: CHILD and WOMEN in ZIMBABWE
 - A SITUATION ANALYSIS UPDATE, 1990

表1-4 地域別家計年間収支—1985 (単位:ジンバブエ・ドル)

	Communal Lands	LCSF	Resettle- ment area	SSCF	Harare	Bulawayo	Semi-Urban	Other Urban & Zimbabwe	Total
Number of households	800639	259809	29092	27483	226806	116864	215667	1676160	
INCOME	1073	1062	1831	2134	4968	3151	3056	2029	
Cash income	450	834	871	846	4712	3130	2987	1613	
Own production	388	31	749	916	2		26	222	
Other in kind	235	197	211	372	254	21	43	194	
TRANSFERS RECEIVED	622	289	335	942	800	399	549	570	
Cash gifts & transfers	444	166	184	704	414	177	262	355	
Gifts in kind received	178	121	151	238	300	209	285	202	
Employers contribution		2			86	13	2	13	
INCOME AVAILABLE FOR USE	1695	1351	2166	3076	5768	3550	3605	2599	
USES OF AVAILABLE INCOME:									
Consumption	1591	1295	2012	2891	4727	4204	4130	2507	
Purchased	1025	1143	1112	1737	4425	3995	3819	2083	
Own production	388	31	749	916	2		26	222	
Gifts received in kind	178	121	151	238	300	209	285	202	
Cash gift made	13	65	15	62	157	72	85	55	
Gifts in kind made	-10	-24	-18	-18	-66	-29	-72	-29	
Income Tax	8	4	2	13	788	321	356	180	
Assets changes	1	-21	92	356	215	1342	-4	127	
Implied non-financial savings	92	32	63	-228	-53	-2360	-890	-240	
TOTAL	1695	1351	2166	3076	5768	3550	3605	2599	

原典 : CSO, National Income and Expenditure Report 1988, Harare June, 1989
 出典 : REPUBLIC OF ZIMBABWE/UNICEF: CHILD and WOMEN in ZIMBABWE - A SITUATION ANALYSIS UPDATE, 1990
 (注) Communal Lands ミニ-カウ-ラット Resettlement Areas ヴンダト-ラット
 LCSF(Large Scale Commercial Farm) 大規模商業農家 SSCF(Small Scale Commercial Farm) 小規模商業農家

影響する。所得を中心に以下のグループの置かれている状況を概観する。尚、ここで扱う資料は主として、1990年以前のデータであり、構造調整政策 (ESAP) 実施後、状況はかなり変化しているものと推測される。政府は ESAP の社会適影響を定期的に調査している。

- a) 農村のフォーマル、インフォーマルセクター
- b) 鉱業と都市部のフォーマルセクター
- c) インフォーマルセクター
- d) 失業者
- e) 農村のインフォーマルセクター、フォーマルセクター

農業は主要な産業で、対 GDP 比率は、1981年15.9%、84年13.8%、87年11%、90年13%である。全労働力人口の約70%程度が農業部門に就業している。1987年の輸出に占める割合は33%であった。主な農作物には、葉タバコ、綿花、メイズ、砂糖、紅茶、コーヒー、牛肉、豚、酪農製品、大豆、小麦などがある。

農業部門は自給生産と商業生産の両形態があり、以下のように分類される。その地理的分布、特徴に関しては3-4-2で説明した。

コミュニナル・ランドにおける

- ・共同体農業経営 (Communal Peasant Farm)
- ・リセトルメント・エリアにおいては共同体農業経営その他が試みられている。

コマーシャル・ランドにおける

- ・小規模商業農家 (SSCF-Small Scale Commercial Farm)
- ・大規模商業農家 (LSCF-Large Scale Commercial Farm)
- a-1) 農村のインフォーマルセクター

独立後、コミュニナル・ランドにおける農業の振興のために様々な対策が講じられた。農地改革、共同組合の設置、融資の増大、灌漑・電気水道の敷設等が実施された。コミュニナル・ランドにおける肥料の使用量は1979/80年の2万7千トンから、1984/85年の12万8千トンに増え、1990年の調査によれば農家の90%はハイブリッドの種を使用している。その結果、生産量も商品の流通量も増大した。

しかし依然、大規模商業農家、小規模商業農家との格差が大きく、総合的な農村開発が必要である。問題点は：

- 人口密度の高さ
- 低い資源管理能力
- 高い域内人口移動
- 流通機構の不備と限られ融資機会
- 農業インフラの未整備

不適当な土地の所有制度

最も大きな問題は農地改革の遅れである(3-4-2を参照)。土地が比較的痩せているためコミュニアル・ランドの土地が養える人口は限られている。限度の家族数は325,000と推定されているが、1982年時点ですでに、農家の数は1,038,000であった。1987年までに、政府は300万ヘクタールを確保し、そのうち約270万ヘクタールが入植地に当てられ、その91%に当たる地域は小規模個人用とされた。1987年までに5万2千家族が入植したが、これは、政府目標の僅か32%、土地を必要としている家庭の14%で、自営農(Peasant Farmer)の8%でしかない。

土地不足に加えて、流通機構や農業インフラの未整備、融資機会の少なさ等が生産性向上の障害になっている。また、地理的条件から、コミュニアル・ランドにおける輸送費は商業農家地域の4-5倍も要する。

所得を正確に把握するのは困難であるが、農業を除くフォーマルセクターの労働者の収入との格差は3倍近い。

独立後、コミュニアル・ランドにおける農業は発展し、農業生産全体に占める割合は大幅に伸びた。しかし、この成長に貢献しているのは極く限られた農家であり、農家間の格差が生じている。ムトコ・コミュニアル・ランドにおける調査では20%の家庭が総所得の50%を得、一方で20%の家庭が総所得の3.2%しか得ていなかった(Coundere and Marijse 1988)。また、マシヨナランド・ウエスト県における1990年の調査によれば、コミュニアル・ランドの農家の57%は、農業生産が順調な年にも食糧不足の問題に直面していた(Amin and Chipika)。

a-2) 農村のフォーマルセクター

大規模商業農家(LSCF-Large Scale Commercial Farm)で生産に従事する労働者は国内の最貧層を占め、1980年以来その状況はあまり改善されていない。大規模商業農家においては、農業生産の利益が農業労働者に還元されていない。所得、栄養摂取量も他グループに比べ最も少なく(表1-5)、子供の栄養失調の割合も一番高い。

農業の資本集約化に伴い、農業労働者の数は1970年代半ばの7割に減少している。また、労働者の権利を保障する労働法の強化がかえって、臨時雇用を増加させており、臨時雇用者の生活条件は悪化している。

b) 鉱業と都市部のフォーマルセクター

鉱業はフォーマルな雇用の5.2%、GDPの7.7%を占める。金、アスベスト、ニッケル、クロム、鉄鋼石、錫等の輸出が、輸出総額の40%を占める。鉱業は主に多国籍企業の所有であるが、政府は1983年にジンバブエ鉱山開発会社(ZMDC)を設立した。しかし、鉱業部門への投資は限られ、特に小規模な鉱業は資金、機材、人材の養成の不足が障害となっ

表1-5 世帯別平均食糧消費量—1985 (単位：ジンバブエ・ドル)

	コミュニティ (Communal Land)	大規模商業農家 (L. S. C. F.)	小規模商業農家 (S. S. C. F.)	都市	合計
食糧消費					
世帯の合計	743	495	1028	1023	826
一人当たり	120	100	210	250	180

原典：CSO(1980)National Household Economy, Income and Expenditure Survey 1985

出典：REPUBLIC OF ZIMBABWE/UNICEF：CHILD and WOMEN in ZIMBABWE - A SITUATION ANALYSIS UPDATE, 1990

ている。

製造業は GDP の約30% (1989年) を占める。その内訳は、食品加工・包装 (寄与率24%)、金属・同製品 (同17%)、科学・石油製品 (同15%)、飲料・タバコ・繊維 (同12%) となっている。フォーマルセクター労働力の17%にあたる約18万人を雇用している (89年)。独立時に政府が引き継いだ製造部門はアフリカの基準で見ると、多様化された規模の大きいものであった。しかし、低い新規投資、外国資本による支配、独占的生産体制、ハラレとブラワヨへの集中、省力化技術等が発展の障害となっている。(日本貿易振興会、「ジンバブエ」1991)

実質所得

農業を除くフォーマルセクターの実質賃金は1979年の2213ジンバブエ・ドルから1982年の2758ジンバブエ・ドルに上昇したが、その後、1987年には2091ジンバブエ・ドルに減少している。

また、農業と家事就労者を除くフォーマルセクターの貧困ライン (Poverty Datum Line -PDL) 以下の割合は、1982年39%、1983年35%、1987年42%と推移している。農業と家事就労者の場合、その状況はより悪いものと推測される。最低賃金は PDL の40%程度であり、農業部門ではその約3分の1が臨時雇用状態で、さらに収入は低い。特に、女性が家長の家庭では収入の不安定さが大きな問題である。

c) インフォーマルセクター

インフォーマルセクターに関する労働者数あるいは所得に関する信頼性の高いデータはない。このグループは自分で極小規模な商売を営む人々とその使用人からなる。多くの場合は家族が仕事に従事している。1984年の調査によれば、インフォーマルセクターに働く人々の約半数は、学校卒業後、数年はフォーマルセクターで働いた経験がある。金融機関から資金を借りるのは難しく、少額を自分で投資して商売を始めている。

平均一日9時間週6日の労働で、多くの雇用を提供するが、収入は少なく、生産性も低い。

d) 失業者

失業者に関する資料も少ない。また、インフォーマルセクターの存在からその実数を捕らえるのは難しい。ただし、限られた雇用機会に起因するジンバブエの大きな問題であることは確かである。

毎年、10万人が学校を卒業し、フォーマルな職を求めるが、1980年以来新規の雇用機会は年、1万人しかない。

農業部門を見ると、雇用全体にフォーマル・セクターの雇用者数の割合は1980年32%から、1987年の25%に減少し、過去15年間に雇用者数が10万人減少している。

鉱業部門は、雇用全体に占める割合は1980年の7%から1987年の5%に減少し、1980年から1987年の間に雇用者数は1万1000人減少している。

工業部門は、1980年以降、GDPへの貢献は大きい雇用全体に占める割合は16%で停滞している。

運送、流通 (Distribution) 部門の需要は高いにも関わらず、雇用の伸びは限られている。1980年から1987年に流通で1万3千人 (伸び率2.1%)、運輸で5千人 (伸び率1.4%) に留まった。

建築部門は1980年から1982年に、雇用が9千人増え、5万1千人になった。しかし、住宅、社会施設の需要が高いにもかかわらず、その後、就業者数は減少している。

5. 女性のおかれている状況

所得が伸びないかもしくは、減少し、一方で物価が高騰する状況において女性は特に不利な立場に置かれている。また、交通手段の不備は家庭に必要な物資の入手あるいは、保健施設へのアクセスを困難にしている。生活環境が貧しく、水汲み、燃料の確保、家の衛生を守る仕事は大きな負担である。男性の失業が進むと、女性はインフォーマルな不安定な仕事をせざるをえない。

1983年のフォーマルセクターに占める女性の割合は16.3%であった。女性が多いのは農業や家事等未熟練労働分野である。また、繊維、食品加工、サービス部門に多い。産休に関する法律は整備されたが、これはフォーマルセクターのみを対象とするためその恩恵を受けている女性はまだ限られている。

農業分野では女性は食糧自給のための重要な労働力である。1983年の調査によれば、コミュニティ・ランドの家庭の半分は女性が家長であった。農村家庭で女性と子供による労働の割合は以下の通りである (1988年) :

農作業 73%、家畜の世話 62%、燃料の確保と薪割り 81%、

一般の家事 (料理、水確保、子供の世話) 96%

全体的にみると、女性と子供は農村で必要な仕事の80%を担っている。

3-7 教育

3-7-1 独立後の改革と指標

1990年の成人 (15才以上) 非識字率は、女性が40%、全体でも33%と高いが、近年就学者の割合は大幅に増えている。表1-5は1970年と1990年の就学率を比較する。初等教育は70年の74%が90年の117%に、中等教育は7%が50%に、高等教育は1%が5%にそれぞれ増加している (表1-6)。

表1-6 学校年齢層に占める就学者数の比率 (%)

	1970	1990
初等教育	74 (66)	117 (116)
中等教育	7 (6)	50 (46)
高等教育	1	5

() は女性の場合

割合は各学齢人口に占める総生徒数の割合である。

100より多いのは標準学齢を上下する生徒がいるためである。

世界開発報告 1993, 世界銀行

1980年の独立以降、政府は人種的差別に特徴づけられていた植民地時代の教育制度を改め、教育の平等化に取り組んでいる。すべての児童に無料で初等教育を提供することを優先課題とした。1979年から1989年に小学校の数は88%、生徒数は男子が161%増加し114万人に、女子が195%増加し112万人になった(表1-7)。

また、中等教育の拡充にも力を入れており、同期間に学校数は7倍強、生徒数は10倍になった。1989年の生徒数は70万であった。増加傾向が見られるのは4年課程の生徒数である。

表1-7 小学校数と性別生徒数1979-1989

年	学校数	男子	女子	計
1979	2401	437,689	38,190	819,586
1980	3161	647,761	588,233	1,235,994
1985	4232	1,142,480	1,074,389	2,216,878
1989	4504	1,142,521	1,124,788	2,267,269

原典: Ministry of Primary and Secondary Education Computer Statistics,
Dec. 1989

出典: REPUBLIC OF ZIMBABWE/UNICEF: CHILD and WOMEN in ZIMBABWE -
A SITUATION ANALYSIS UPDATE, 1990

小、中学校共、就学者の増加に伴い、校舎や教師の不足が大きな問題となっている。

また、経済の不振で、教育を受けても適した仕事につけなかったり、失業者が増大していることが問題になっている。

3-7-2 教育制度

ジンバブエの教育はイギリスをモデルとし、以下のような仕組みからなる。

初等教育 — 1 学年 — 7 学年 (Grade 1 — Grade 7)

7才で入学の7年課程

1987年以降は義務教育となった。

無料であったが、構造調整政策導入に伴い再び有料となった。

中等教育 — 1 学年 — 4 学年 (Form 1 — Form 4 — Form 7)

14才で入学の4年課程 (専門学校進学向け)

7年課程 (大学進学向け)

上級学校へ進ためにはそれぞれ“O level” (Ordinary level)、“A level” (Advanced level) と呼ばれる資格試験を受け、一定の成績をおさめる必要がある。

高等教育

農業専門学校

教育訓練学校

技術専門学校

ジンバブエ大学

3-7-3 就学者数の変化

初等教育の無料化により家計への負担が軽減され、就学者数は飛躍的に増大した。しかし、その後授業料以外の教育関連負担が高まっていった。例えば、農村部では、教科書、建設費、労働、交通手段、制服など親が負担しなければならず、低所得層にとって大きな問題である。このことに関しては後述する。

1989年に中等教育へ進んだ生徒数は、初等教育終了者の66%であった。中等教育が有料であることが生徒数が進学しない理由の一つであると考えられる。

初等レベルでも中等レベルでも中途退学者がかなり見られる。中等レベルへ進まない生徒の数と同じくらいの生徒が初等教育の途中で退学している(表1-8を参照)。中等教育の途中で退学する女性の割合が大きく、妊娠も理由の一つである。

表1-8 1978年から1988年の退学者、卒業者数の推移（単位：千人）

	初等 教育中	初等教育 修了時	中等 教育中	Form IV 修了時	Form IV 以降	合計
1978	141	67	6	8	2	224
1980	119	56	7	9	2	193
1982	117	34	0	10	3	164
1984	89	29	11	17	4	150
1986	105	45	28	85	6	269
1988	99	114	63	109	7	392

原典：CSO:Zimbabwe Quarterly Digest of Statistics, December 1984
September 1988

出典：REPUBLIC OF ZIMBABWE/UNICEF: CHILD and WOMEN in ZIMBABWE -
A SITUATION ANALYSIS UPDATE, 1990

3-7-4 教育予算

独立後、政府予算では教育関係が第一位を占めており、一年目には、一人当たり実質教育予算が60%増加し30.31ジンバブエ・ドルになった。その後も年平均5%増加し、1990/91には46.5ジンバブエ・ドルに達している。初等教育に限って見ると、1979/80年の10.61ジンバブエ・ドルから、1990/91年には28.70ジンバブエ・ドルへと増加している。

しかし、その間の予算増は需要に追いつかず、資金不足解決のため以下の政策が導入されてきた。

- ・私立学校の協力要請（有料なため低所得層には不利）
- ・農村部自治体による負担（税金）
- ・有料の中等教育
- ・都市部の多くの小学校における費用の徴収
- ・外国の無償、有償資金援助
- ・コミュニティーによる学校建設

こうした政策は、各家庭の負担を高め、低所得層の家庭では子供に初等教育さえ受けさせられない状況を生んでいると推測されている。

1990/91以降は実質一人当たり教育支出が減少しており、教員不足の深刻化、退学者の増加等サービスの悪化を招いている。この背景には：

- 1) 以前からの教育、保健医療サービス等社会開発拡大に伴う資金不足
- 2) 1990年の経済構造調整政策 (ESAP) の導入。この政策は公共支出の削減やサービスの有料化を柱の一つとする (3-6-3を参照)。これに伴い、初等教育も有料化された。
- 3) 予想外に高いインフレ率、と人口増加率
ESAP 導入後も政府は名目教育予算を増加させ (1991/92に高等教育22.2%増、教育文化15.4%増) たものの、インフレ率の方が高かった。

3-7-5 その他

83年の政府の文盲追放キャンペーンの結果、通信教育や成人教育も盛んに行われるようになった。幼児教育のもある程度拡大された。幼稚園あるいは保育園の数は1985年から1990年に80.4%増加し、7217あり、園児数は28万人である。しかし、依然、設備、人材面で問題が大きい。

4. 保健医療行政

4-1 保健医療の歴史的背景

4-1-1 植民地時代

植民地時代の保健医療体制はそのサービスの不平等に特徴づけられていた。人種差別による社会の二重構造による不平等と、都市と農村部の不平等との2面があった。近代的な医療は以下の5つのサブセクターによって提供されていた。

- 1) 保健省 都市部で病院を経営。医療施設を区別する等人種による差別待遇がある、主に恵まれた支配層のための医療サービスを行った。農村部の医療のための予算は限られ、郡病院 (District Hospital) とルーラル・ホスピタル (Rural Hospital) を通じ医療を行い、その配置は限られていた。予防対策は県の保健局を通して、垂直に実施されていた (結核対策、well baby clinics)。
- 2) 主要都市自治体一管轄の市、町で医療サービスを提供。酒税や、中央政府からの補助金によって経営
- 3) 農村部の自治体が少数の点在する診療所を運営し、一部政府からの補助金を得ていた。
- 4) キリスト教ミッションー独自の病院網を有し主に農村部での病気治療にあたった。農村部における黒人住民に対する主要な保健医療サービスの提供者であった。
- 5) 民間部門ー主に都市部に民間の病院や診療所が見られた。

独立時人口の97%を占める750万人のジンバブエ人に対しては僅かに16の病院があった。これに対して少数白人25万人に対しては22の病院があった。こうした保健医療システムの中で、ジンバブエ人は弱い立場にあった。それ故に独立当初は新生児死亡率はジンバブエ人出生1000人に対し120名、西欧人出生1000人に対し18名と大きな違いがあった。

4-1-2 独立後

独立後のジンバブエ政府は保健水準の向上を重要課題の一つとした。保健医療行政の目標として「2000年までに総ての国民に健康を」をスローガンに保健医療サービスの拡大および地方分散化を図っている。

独立後の保健医療サービスは以前その恩恵を受けられなかった人々が、特に農村部の人々を最優先し、プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) に基づいた政策を打ち出した。その内容は以下の通りである。

- 1) 保健医療システムの再編
中央、県、郡、村落の4つのレベルから成るレファレル・システム (紹介・転送) の形成
- 2) 独立戦争中に破損された医療施設の再建と活動回復

- 3) 農村部にルラール・ヘルス・センター (Rural Health Center) の建設により大半の国民が保健医療施設を利用できるようにする。
- 4) 包括的な PHC サービスを提供できるよう既存の診療所を改良する。
- 5) PHC の導入
- 6) 医療従事者の教育課程に PHC の概念を導入、すべてのレベルの訓練に農村コミュニティでの実習を含める
- 7) 新しい保健医療対策プログラムの導入と既存のプログラムの拡大
 栄養、予防接種、保健教育、リハビリ、薬品の供給、機材保守。

この政策の結果、保健医療インフラの整備、医療従事者の養成、PHC を中心としたさまざまな保健政策等の拡大には目を見張るものがある。国民の保健水準は大幅に向上した、ただし、その向上は一律ではなく、今後は、不利な立場にある人々や遅れている地域への対策の必要性が指摘されている。

また、90年代になって新たな問題につきあっている。政府は教育、保健医療等の社会開発を重視したが、その支出の増大を支える経済の発展が予想を大きく下回りこれまでに拡大してきた保健医療サービス等を維持しかつ量的質的に充実した活動を続けることが難しくなってきた。対策としての経済構造調整政策-ESAP の導入によるマナス効果、1991-1992の旱魃、AIDS の流行が状況を一層難しくしており、国民の保健状況が悪化している。この問題に関しては5章で扱うこととし、ここでは、包括的保健医療システム形成の課程とその仕組みについて述べる。

4-1-3 保健医療サービスの利用状況

国民の保健医療サービス利用状況を見ると、所得改装により2つに大別することができる。

より所得の少ない階層 (国民の大半)	公的保健医療システム内の保健医療施設利用 一定収入以下(現在は月収7\$400ドル以下)は無料と規定されている。 しかし、現場での運用には問題点が見られる。 民間療法 (Traditional Healer 等) の利用
より所得の多い階層	民間保健医療施設と公共病院の Private Ward と呼ばれる私的利用の病棟を利用 診療費自己負担 多くの場合、民間医療保健制度を利用 (保健加入者は人口の4.6%)

4-2 保健医療行政組織

保健医療行政は図2-1のような4つのレベルからなる。(図2-3も参照)。

図2-1 保健医療行政

(保健省の施設)

第4レベル 保健省本省

(Ministry of Health and Child Welfare) 中央病院

第3レベル 県保健医療事務所

(Provincial Health Office) 県病院

第2レベル 郡保健医療事務所

(District Health Office) 郡病院

第1レベル

ル-ラル・ヘルス・センター

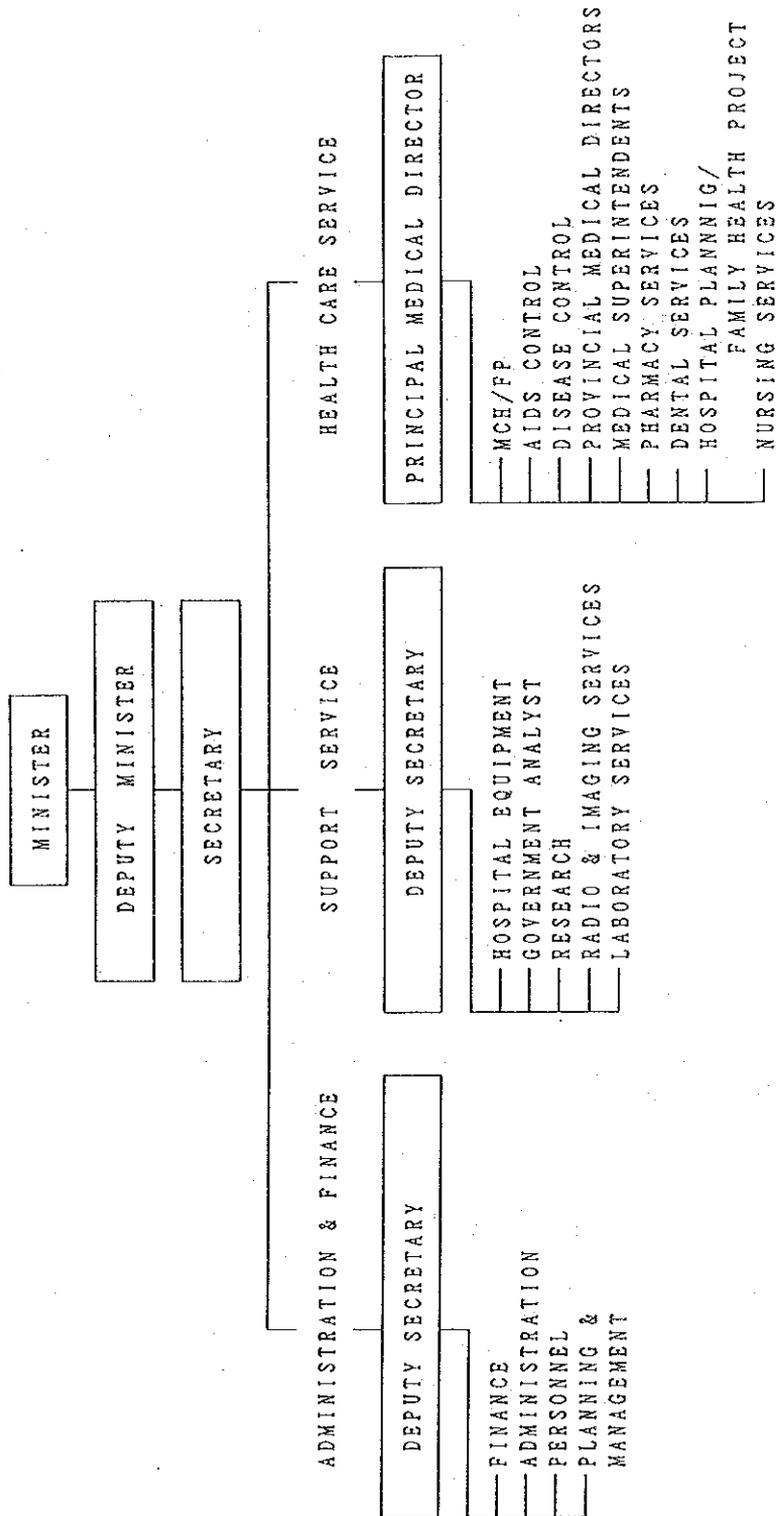
(グラッパ・コミュニティー・ワーカー)

4-2-1 保健児童福祉省 (第4レベル)

-Ministry of Health and Child Welfare

保健児童福祉省 (1992年この名称に改正、以下略して保健省) の機構は図2-2の通りであり、Administration and Finance, Health Care Service, Support Service の3局からなる。Health Care Service 局の局長は Principal Medical Director と呼ばれ、母子保健、AIDS 対策、疫学疾病対策、県保健医療事務所、中央病院、薬剤、歯科、看護、施設計画/ファミリー・ヘルス・プロジェクトの各部を管轄している。

図 2-2 保健児童福祉省 (Ministry of Health and Child Welfare) 組織図



(注) 保健児童福祉省というのが正式名称 (1992年以降) であるが、報告書内では略して保健省あるいは、英名の略 MOHCWを使用する。

4-2-2 地方衛生行政組織

保健省のプリンシパル・メディカル・ディレクター (Principal Medical Director) の管轄下に県保健医療事務所 (Provincial Health Office)、その下に、郡保健医療事務所 (District Health Office) と農村部の活動の第一線としてのルーラル・ヘルス・センター (Rural Health Center) が設置されている。

ルーラル・ヘルス・センターと住民を繋ぐ役割を担う、ヴィレッジ・コミュニティー・ワーカー (Village Community Worker-VCW) が配置されている。VCW は保健省の職員では無い。

また、国レベルには中央病院、県レベルには県病院、郡レベルには郡病院が設置されており、ルーラル・ヘルス・センターを起点に患者が紹介される仕組みとなっている。

第4レベル 中央病院

第3レベル 県病院

第2レベル 郡病院

第1レベル ルーラル・ヘルス・センター (Rural Health Center)

・県保健医療事務所 (第3レベル)

県、郡の保健医療事務所には Health Executive と呼ばれる管理機構がある (4-3-1 参照)。

県保健医療事務所の執行部 (Provincial Health Executive) の構成は以下の通りである。

県保健医療事務所長 (Provincial Medical Director)

県保健医療事務官 (Provincial Health Service Administrator)

県看護行政官 (Provincial Nursing Officer)

県環境保健行政官 (Provincial Environmental Health Officer)

県栄養師 (Provincial Nutritionist)

県保健教育行政官 (Provincial Health Education Officer)

県薬剤師 (Provincial Pharmacist)

県保健医療事務所の主な役割は

- 1) 県内の保健医療活動の調整、支援、監督、向上
- 2) 県病院の運営
- 3) 各郡におけるルーラル・ヘルス・センターの職場訓練等の監督
- 4) 各種保健医療従事者養成コースの農村、コミュニティー実習プログラムの調整

・郡保健医療事務所 (District Health Office) (第2レベル)

郡保健医療事務所の責任者は District Medical Officer と呼ばれ、以下のメンバーからなる執行部 (District Health Executive) の長である。

郡保健医療事務所長 District Medical Officer (郡病院長を兼任)

郡保健医療サービス事務官

District Health Service Administrator-Secretary

郡看護行政官 District Nursing Officer

郡保健監視官 District Health Inspector

薬剤師 Pharmacist

55の郡があるが、郡内のすべての保健医療活動は郡保健医療事務所の執行部 (District Health Executive) の監督下におかれている。

その主な役割は 1) ルーラル・ヘルス・センター (Rural Health Center) の指導を始め郡内のすべてのPHC活動を支援し向上させることと、2) 群病院の運営、である。郡保健医療事務所は、郡病院に併設されており、また、事務所長は郡病院の院長も兼任する。

郡は保健医療サービスを計画し実施するための基本単位である。

・ルーラル・ヘルス・センター (Rural Health Center-RHCs) (第1レベル)

職員は看護婦2名(少なくとも1人は助産婦の資格を有していることが望ましい)、環境衛生技師 (Environmental Technician)、看護助手に、用務員1人の計5人である。

ルーラル・ヘルス・センターは基本的総合的サービス(促進、予防、治療)を提供する。栄養改善プログラム、家族計画を含む母子保健、環境衛生と安全な水の確保、感染症のコントロール、保健教育が主な活動である。基礎的な治療も行い、必要に応じて、患者を郡病院に送る。郡病院で結核の治療を受けた患者のフォローなども大切な業務である。

・ヴィレッジ・コミュニティ・ワーカー (Village Community Worker-VCW)

ヴィレッジ・コミュニティ・ワーカーは組織された保健医療サービスとコミュニティとをつなぐ重要な役割を担う。コミュニティの人々に対し、個人の衛生、環境衛生、栄養、予防接種、母子保健の問題等に関して教育、促進、予防面で働きかけるのが主な仕事である。また、簡単な治療や、ORT(経口補水療法)の指導なども行う。

4-2-3 自治体の保健医療行政組織

中央政府の組織以外には、農村部あるいは都市部の自治体も保健医療行政に関わる。今回詳しい資料は収集できなかった。都市部でも大都市と地方都市あるいは、町では保健医療活動の運営の仕組みが異なるものと推測される。

4-2-4 地方保健医療活動運営の仕組み

保健医療活動の意志決定には、保健省の組織に加え、開発委員会、県と郡の Council、民間保健医療サービスの提供者そして住民が関わっている。以下、レベルごとにその仕組みを説明する(図2-3)。(開発委員会あるいは、議会に関しては1-5を参照)

第一レベル(コミュニティ)

村や区の開発問題を検討する開発委員会 (VIDCO、WADCO) には、それぞれ、保健医療の小委員会がある。保健医療施設の建設や保守、人々の保健医療活動への参加の奨励、ヴィレッジ・コミュニティー・ワーカー (Village Community Worker) の指名等、保健医療活動において重要な役割を果たしている。

ルーラル・ヘルス・センターの職員やヴィレッジ・コミュニティー・ワーカーは、村落開発委員会や区開発委員会と協力して活動する。

第二レベル (群)

・郡保健医療事務所の執行部は定期的に郡内のすべての保健医療サービス提供者が集まる会合を開催し、その活動を調整する。そのメンバーは郡保健医療チーム (District Health Team) と呼ばれ、以下の構成をもつ。

郡保健医療執行部 (DHE) のメンバー

全保健医療サービス提供者 (都市部自治体、農村部自治体、教会、工業病院、鉱山病院) の代表。

・郡議会 (District Council) の保健医療部会には、郡保健医療執行部 (DHE) のメンバーがアドバイザーとして参加する。この委員会は郡議会 (District Council) が運営する保健医療サービスや、その他保健の問題全般に関して本会議に報告する。

・郡開発委員会 (DDC-District Development Committee) はすべての省の郡担当官から構成される。郡保健医療事務所長が保健省の代表であり、保健医療社会福祉小委員会が議長を勤める。

第三レベル (県)

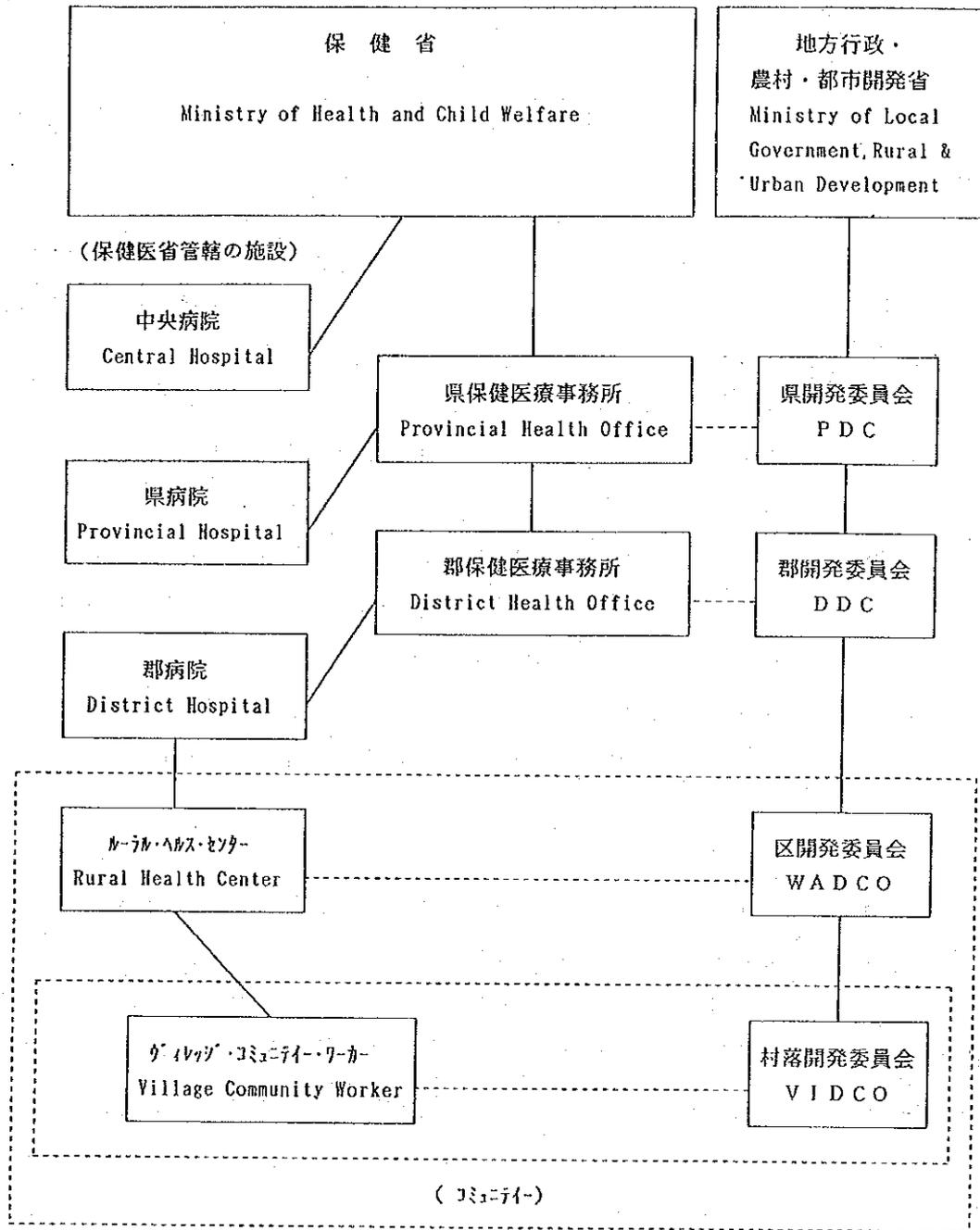
県保健医療事務所の執行部 (PHE) は定期的に県保健医療チームの会合 (Provincial Health Team Meeting) を開催する。管轄下のすべての郡保健医療執行部 (District Health Executive) のメンバーが集まり、1) 計画の実施状況の把握、2) 保健対策、管理面の問題に関する意見交換等を行う。また、対策プログラムに関わる研修も実施する。

県開発委員会 (Provincial Development Committee) は各省の県担当官と公社 (Parastatal) の代表等からなるが、その保健医療社会福祉小委員会は県保健医療事務所長 (Provincial Medical Director) が議長を勤める。

4-3 保健医療計画 (Corporate Plan と Action Plan)

保健省は保健財政に関する調査、省内各部署や県保健医療事務所との協議、英国への視察等を通して具体的な新しい保健医療計画を作成した。それが保健省の Corporate Plan と、Action Plan である。後者は特に、管理運営の改革ということに焦点を当てている。また、優先事項を絞った具体的対策、各部署の役割を明確にし連携を計った取り組みが特徴と言える。

図 2-3 地方保健医療活動運営の仕組み (農村部)



PDC Provincial Development Committee
 DDC District Development Committee
 WADCO Ward Development Committee
 VIDCO Village Development Committee

よう。(調査団訪問時には計画準備の最終段階であった)

保健医療計画の Action Plan の冒頭で、保健省はジンバブエの保健医療状況を以下のようにとらえている。尚、4-3-2の項で概要を紹介し、4-3-3の項に保健医療優先課題の要約を載せる。

4-3-1 保健医療状況

独立後、公正な開発 (Development with Equity)、公正な保健医療 (Equity in Health) 達成のため、ジンバブエの公的保健医療システムの大改革が実施された。保健省の中央レベルには、優先的な保健医療課題に対処する部署が設けられ、また、各県、各郡レベルには保健医療事務所 (Health Office) が設置された。それぞれの事務所には、保健医療執行部 (Health Executive) と呼ばれる管理の仕組みが設けられ、プログラムの管理運営、調整にあたることになった。保健医療予算は1981年の8370万ジンバブエ・ドルから1987年には2億7730万へ、80年代通して見ると年平均4.7%の割合で増加した。保健医療水準は大きく向上し、平均寿命は1980年の56才から1990年の63才に延びた。

しかし、こうした実績は資金確保が容易な状況下で達成されたものである。国内外の景気が後退した現在、これまでに形成された管理運営機構の欠点に目をむける必要性が生じている。組織全体の利益を犠牲にしたコンセンサスによる運営方式、計画と効率性が重視されず予算を多く使えば翌年はさらに増額される予算制度、職員の実績が昇進につながらない仕組み等問題が明らかになった。

予算の増額が望めない現状で、多くの公衆衛生の問題を抱えたジンバブエの保健水準を向上させるためには、効率性と有効性を高めることが、唯一の選択肢である。そのためには保健省の2度目の大変革が必要とされている。

現在、国の公共サービス全体の改革と、経済構造調整プログラムが実施されている。こうした全体的な変革の影響下でいかに保健部門の改革をすすめるかが課題である。

4-3-2 保健医療計画 (Corporate Plan) の概要

1) 保健省の使命、事業の目的

ジンバブエ国民の健康を促進し生活の質を高める。

・従うべき原則

公平さ

PHC

優先的保健医療課題

質

健康の促進

2) 組織改革

・方針

資金の価値を確保する・・・効率的かつ効果的なサービス
資源を有効に利用するための計画と運営

3) 計画における優先事項

・保健医療の課題（注－各項目に関してはそれぞれの項目で取り上げる）

母子保健

AIDS/HIV と性行為感染症

環境衛生

疫学と疾病対策

基盤整備

・組織と管理運営面の課題

保健医療財政と資金運営

一般運営と計画

資金の価値効果

質

患者管理（Patient Management）とリファレル・システム

人的資源の計画と開発

保健と管理

保健医療情報システム

機材および消耗品の管理運営

住民参加並びに部門間の協力

4-3-3 保健医療の優先課題（3章を参照）

4-3-3-1 母子保健

・母子保健サービス

女性と15才以下の子供の人口は全体の約70%に当たり、母子保健は保健医療行政の最優先課題である。これまでのプログラムは一定の成果を上げており今後はその質の向上が課題である。

サービスを利用している母親の割合は、それぞれ、産前90%、医療施設出産70%、産後検診45%である。ただし、周産期の新生児死亡は出生1000対30、妊婦の死亡は出生10万対90（実際はより高いと推測される）とまだ高く、対策が必要である。新生児の死亡原因は主に低体重出産、新生児仮死（birth asphyxia）、新生児分娩時損傷（birth trauma）と感染症である。妊産婦の死亡原因としては、子かん（eclampsia）、敗血症、出血多量、septic abortion、子宮破裂である。

乳児死亡率は順調に低下し、現在出生1000対57であるが、都市部と農村部の間には2倍程度の格差がある。

母子保健の対策は以下の通りである。1) ARI, CDD, EPI, 栄養等、乳幼児に対するプログラムを維持強化、2) 助産婦の養成、末端の産科施設の設備強化、電話の充実等を含めリファラル機能の強化、3) ルーラル・ヘルス・センターの設備強化。

・栄養

食糧の輸出国にも関わらず、栄養失調が大きな問題である。政府はさまざまなプログラムを実施してきたが、十分な効果はあげていない。調査に基づけば過去10年間に標準体重で計った栄養失調は減っている。急性の栄養失調の減少にともない全体としては栄養失調例は減ったものの、慢性栄養失調の割合は10年前と変わらない。4才以下児の死亡の4分の1は栄養失調が背景にあると推測されている。

対策としては、1) 総合的栄養プログラムの実施、2) 成長のモニタリング強化、3) 母乳保育と離乳食指導、4) ヨード欠乏対策プログラムの実施、5) 全国栄養調査の強化等が計画されている。

・家族計画

ジンバブエ政府は公式な人口政策を実施してはいないが、独立以降、家族計画に対する予算は増加してきている。現状の3.1%の人口増加率では23年で人口が倍増することになる。出生率を低下させることによって保健医療サービスの財源の節約が可能である。

1) 女性向けの近代的な家族計画法の普及 2) 長期的あるいは永久的な家族計画法の奨励
3) 家族計画法の普及者の技術向上 4) 若者への教育。

4-3-3-2 AIDS/HIV と性行為感染症 (STD) のコントロール

1989年以来、保健症は AIDS 予防対策を強化し、さらに、1990年から1991年にかけて政治的に対策を重視することが約束された。しかし、現場では他にも保健医療の問題が山積みみされており、十分にプログラムが実施されていないのが実状である。エイズ・コントロール・プログラム強化が緊急課題である。

・情報、教育、コミュニケーション (IEC) 活動

以下の4つに焦点をあてる。1) コミュニティー向け教育手法を採用、2) HIV の感染に関係する性行動についての情報を特定のグループに伝える、3) コミュニティー並びに家庭による感染者、患者の介護プログラム導入、4) 保健医療サービス組織と、3) の介護者の連携強化

・治療診断技術 (Clinical Management) とカウンセリング

AIDS/HIV/STD の患者に対する臨床管理 (Clinical Management) 能力を高めること、また、AIDS/HIV/STD の感染を減らすために、以下の実施が必要である。

- 1) すべてのレベルにおける保健医療従事者の訓練、2) 薬品と感染予防用具の支給、
- 3) 家庭介護と臨床管理の統合、4) 患者のリファレルとフィードバックの強化

現在、HIV テストの際のカウンセリングを主に行っており、今後はSTDの患者等への予防カウセリング等が必要である。そのための研修実施が望まれる。

・AIDS/HIV と STD のコントロール

中期計画に沿って疫学調査が実施された。1987年から1991年の累積患者数は7230人。患者数を年齢層別に見ると20-29才が全体の28.8%、30-39才、26.1%、0-4才、19.5%という順であった。

感染状況把握のため以下を実施する。1) 疫学関連の研修、2) 新しい HIV/AIDS 認定ガイドラインと用紙の配布、3) 県レベルへの HIV/AIDS コンピュータプログラムの導入、4) AIDS/HIV と STD に関する統計資料のフィードバックシステムの設立。

4-3-3-3 環境衛生

感染症予防のため、保健省はエネルギー水資源省 (Ministry of Energy, water Resources and Development) と協力して、安全な飲み水の確保と衛生設備 (Sanitation) の普及を重視してきた。

・飲料水とトイレ

飲料水・トイレ普及プログラムは広く援助国の協力を得てきたが、その基本方針は住民の自助努力である。以下の事業を継続実施する。1) 援助国の協力を得てセメントやポンプといった材料を支給する。2) コミュニティーの動員、研修、保健教育に関する支援。3) 井戸やトイレ建設へのコミュニティの参加に対する支援。4) 研修等により環境保健技師の水質検査等の能力を強化。

・住居と都市開発

植民地時代の都市開発は少数支配者のためのものであった。そのため、都市とその周辺の住環境は非衛生的状況であった。独立後10年間に健康的住環境を確保する規定にそった住宅地が開発された。今後もその政策を引き継ぐと同時に公害を最低限に抑える。

4-3-3-4 疫学と疾病対策

疾病対策に関しては、経済開発に伴う生活様式の変化から、ジンバブエでも新たな疾病対策を講じる必要性が生じている。保健医療計画の中では以下の疾病を重要課題とする。

・悪性新生物

ガンは感染症、栄養失調、出産に伴う合併症に次ぐ主要死亡原因である。中央病院の統計によると子宮けいガン、食道ガン、肺ガン、膀胱ガン、肝ガン、咽頭ガン、胃ガンの順に多いものと推察される。

以下の対策を実施する。1) 包括的なガン登録制度の開発、2) リスク・ファクター、早

期発見等に焦点を当てた適切な保健教育の開発、3) 機材、薬品供給による既存保健医療設備の強化、4) 都市開発、工鉱業関連の公害等、健康を害する要因の適切な管理、5) ガン研究プログラムの開発

・リウマチ性心疾患

病院等の統計によると心臓病による入院の3分の1はリウマチ性心疾患と推測される。10才から20才の年齢層の主要な死因である。対策としては小児の心臓の異常を発見し病院に紹介する現行の仕組みを強化する。

・交通外傷

交通事故による怪我および、死亡の増加が大きな問題である。事故防止が第一の課題で、保健省はそれを支援する。

・失明予防

主な眼科の疾患は老人性白内障、角膜の疾病、外傷、トラコーマを含む感染症などである。保健医療のシステムの各レベルにおいて、眼科の訓練を受けた保健医療従事者が不足している。対策として、疫学調査に基づいた総合的眼科サービスを現行の保健医療システムに導入する必要がある。

・老人のケア

ジンバブエにおいても老人に対するケアを国の計画の中で考えるべき段階にきている。今必要なのは、利用可能な保健医療サービス、栄養改善に資金援助である。

以下の対策を実施する。1) 栄養に関する計画的な教育キャンペーン 2) 特定のサービスの受け易さ、眼鏡、補聴器、入れ歯の入手し易さを考慮する、3) 医療サービスは現行のシステムの中で充実させる。4) 老人に固有な問題に関し、保健医療従事者の研修を実施する。

・歯科衛生

歯の病気は増加している。保健省は1) 一般むけ歯科衛生の視聴覚教材の作成、2) PHC への統合、3) 歯科衛生の重要性を強調するための他部門との協力。

・マラリア

農村部の疾病、死亡の主要な原因である。場所によっては小児の死亡の20%がマラリアによると考えられる。500万人がマラリアの流行地に住んでいると推測される。近年、薬剤耐性株が出現しており、問題となっている。

今後の対策は1) マラリア流行地における住居への殺虫剤散布の強化、2) PHC のシステムを通じた、適切で効果的な治療の実施、3) マラリアに関する保健教育キャンペーンの実施、4) 総合的なマラリア研究、5) 人材養成

・結核

結核対策の地方レベル強化 (Decentralization) に伴い、結核と診断された数、報告数が増えた。結核撲滅のために不可欠なのは 1) 結核の診断治療 (Management) の訓練を受けた保健医療従事者の保健センター (Health Center) への配置。2) 治療薬の確保 3) 対策の定期的見直し 4) 土地の実状に最も適した治療法の導入である。

4-3-3-5 基盤整備 (4-4-3を参照)

4-4 保健医療施設

4-4-1 Referral System (リファラル・システム—紹介転送システム)

ジンバブエ国の公共の保健医療サービス・システムは4段階からなるリファラル・システム (Referral System) をモデルとしている。住民は、最初にルーラル・ヘルス・センター (Rural Health Center) を利用し、必要に応じてより高次の医療施設に紹介される仕組みである。しかし、現在のところは必ずしもこのようには機能していない。

第4レベル	中央病院 — Central Hospital	(第3次医療)
第3レベル	県病院 — Provincial Hospital	(第2次医療)
第2レベル	郡病院 — District Hospital	(第1次医療)
第1レベル	ルーラル・ヘルス・センター — Rural Health Center	(PHC 活動予防と基礎的な治療)

実際の保健医療施設の名称、種類は、この4種類よりも多い。まず、これらは中央政府の保健医療施設の名称であるが、自治体や教会・民間の施設も保健医療サービスの一端を担っている。中央政府の施設にも、これ以外の種類もある。またこの仕組みは基本的には農村部のものであり、ハラレやブラワヨ等の大都市では状況が異なる。ジンバブエの保健医療施設の状況を理解し易くするために、分類して説明することにする。

第4レベル	中央病院 (必ずしも Central Hospital という名称ではない)
第3レベル	県病院、
第2レベル	郡病院、指定郡病院 (政府の郡病院37と教会系病院10) その他の教会系病院*
第1レベル	ルーラル・ホスピタル (Rural Hospital) 政府のクリニック ルーラル・ヘルス・センター (Rural Health Center) と呼ばれる施設 定住地、難民キャンプ、軍、監獄のクリニック 農村部自治体のクリニック 教会系クリニック 都市部自治体クリニック

(注) *郡病院に指定されていない教会系病院の位置づけに関しては情報がないので便宜的にこのグループに分類する。これ以外に、民間の一般開業医病院、工鉱業関連の病院クリニックがあり、重要な役割を果たしている。

尚、詳しい情報は無いが、首都ハラレの主な公立保健医療施設はPHICを実施する市営の保健医療施設(第1レベル)と中央病院(第4レベル)の2レベルである。

それ以外に感染症病院がある。

4-4-2 保健医療施設の種類と地理的分布

表2-1はジンバブエの保健医療施設の数を表し、総数は1349である。ただし、教会系以外の私立医療機関の情報は限られており、この総数には一部しか含まれていない。図2-4のように分布している。

また、保健医療施設の経営母体には次のような種類がある。

- 1) 公立 中央政府、都市部自治体、農村部自治体
- 2) 私立 一般、教会、産業(工業、鉱業)

私立の中では、教会系病院のみには政府の補助金が支払われている。

表2-1 保健医療施設の種類と数

中央病院	6	(一般的に中央病院と呼ばれている4病院プラス2)
県病院	7	
産科病院	6	(特に産科病棟が独立している病院で、中央病院や県病院に付属している。他は皆併設)
郡病院	37	
Rural Hospitals	57	(小規模の病院で、医師の配置なし)
教会系病院/クリニック	120	(うち10は郡病院に指定。43はクリニック)
政府のクリニック	377	(Rural Health Centersとも呼ばれ、resettlement clinics、難民キャンプや軍、監獄のclinicsも含)
農村部自治体の クリニック	452	
専門病院/クリニック	10	
都市部自治体の クリニック	102	(主要な都市、町のクリニック、Harare-43, Chitungwiza-5, Bulawayo-18 他)
その他	175	(普通の私立医療機関、工業、鉱山医療機関を含む)
総 数	1349	

Zimbabwe Health Facilities Report 1992 / MOHCW

表2-2は県種類別の保健医療施設を現し、表2-3は県の間格差を分析している。これは施設当たり人口、施設当たり面積、ベッド当たり人口の側面から見た格差を示す。表の各項目の(1)(2)(3)は施設の不足している上位3県を現わしている。

ジンバブエの2大都市、ハラレとブラワヨが属するマシヨナランド・イースト県とマタベレランド・ノース県では施設当たり人口が多く、都市化による施設の不足が推測される。ただしマシヨナランドイースト県はベッド当たり人口が最も多いのに対し、マタベレランド・ノース県ではその5分の3である。ハラレの衛星都市チトウンギザの人口が多いのに対し、入院施設の整備が遅れていること、また、教会系病院が少ないこと等を反映していると考えられる。一方、マタベレランド・ノース県はマタベレランド・サウス県とともに、医療施設までの距離が長いのが問題である。

教会系病院はマニカランド県、マシゴ県、ミッドランド県に多く、施設の不足度合いは小さいのに対し、マシヨナランド・セントラル県・マシヨナランド・ウエスト県はベッド当たりの人口が多い。

4-4-2-1 中央病院

6つの病院が中央病院として分類されているが、通常4中央病院と呼ぶ時は*印の病院を指す。()内はそれぞれのベッド数。

ハラレ (Harare) 市

*Harare Central Hospital (1055) ---- 6-1を参照

*Parirenyatwa Hospital (673) ---- 6-2を参照

チトウンギザ (Chitungwiza) 市

Chitungwiza General Hospital (データ無し)

ブラワヨ (Bulawayo) 市

*Mpilo Central Hospital (719) ---- 6-3を参照

*United Bulawayo Hospital (347)

Ingutsheni Hospital (1016) 精神病院の拠点病院

これらの中央病院はシステムの上では、県病院等からの紹介により、高度の治療を必要とする患者の治療にあたることとなっているが、実際は多くの患者は紹介によらずに直接中央病院にて受診しており、高度医療に特化しているわけではない。

現実には一次・二次・三次医療施設の役割を兼ね備えた存在で非常に混雑している(5-12参照)。保健省の医療施設向けの全予算の36%が、4つの中央病院に向けられているとされているものの、設備の更新はすすんでいない。

植民地時代 Harare Central Hospital と Mpilo Central Hospital は黒人用病院、Parirenyatwa Hospital と United Bulawayo Hospital は白人用病院であった。現在ではそのような明確な区別はないが、依然性格を異にする。前者は、大半の黒人が利用する病院であり大変混み合っている。後者は Private Ward と呼ばれる私的利用のための病棟があり、民間の医師が患者を入院させている。これは、私立病院の数が限られているためである。また、もとの白人居住区に位置するため大半の人にとっては利用しにくい。Parirenyatwa Hospital は主要な教育病院である。

独立後このレベルの新規の建設はあまり行われていないが、次のような新しいサービスがつけ加えられた。

- 1) 3中央病院における人口透析
- 2) Parirenyatwa 病院におけるガン治療と放射線治療研修
- 3) Parirenyatwa 病院における Open Heart surgery
- 4) 高度な中央臨床検査サービス (必須の生化学、病理検査が可能)

・Chitungwiza General Hospital はハラレ市に隣接するチトウンギザ Chitungwiza 市の病院であるが、今後中央病院として機能を強化することが、計画されている。中国の援助を受

けている。

4-4-2-2 県病院 (Provincial Hospital)

北部マタベランド県以外の7つの県に病院がある(括弧内はベッド数)。

・ Mutare Provincial Hospital	(192)	
・ Bindura Provincial Hospital	(120)	
・ Marondera Provincial Hospital	(209)	
・ Chinhoy Provincial Hospital	(158)	
・ Masvingo Provincial Hospital	(260)	
・ Gwanda Provincial Hospital	(180)	
・ Gweru Provincial Hospital	(417)	最近改造された。

資料不足から県レベルの病院の充実は遅れている。本来は一般外科、内科、小児科、産婦人科、麻酔科を配置することになっているが、専門医の配置はほとんどなされていない。このため、予定されている県、郡レベルでの医師等の臨床訓練の実施も困難である。

郡病院の設備が強化されたのに対し、県病院は設備が不十分であり、リファレル・システムの中で十分な機能を果たせていないのが現状である。

中央部マシヨナランドのチノイ (Chinhoy) には現在、中国の融資で大規模な病院が建設されている。また、マニカランドの Mutare Hospital では現在、チノイの建設中の病院を例に県病院のモデルを検討中である。(保健省1991)。

4-4-2-3 郡病院 (District Hospital) ---6-4を参照

現在37の郡病院がある。中央政府の郡病院 (District Hospital) が無いところでは教会系病院がその指定を受けている。

独立以前からあった郡病院は設備は不十分であったが、まずは、基本的な保健医療サービスの利用を可能にすることが最優先課題とされ、ルーラル・ヘルス・センターの建設に焦点が当てられた。しかし、1986年以降はルーラル・ヘルス・センターの整備と共に郡病院の水準を向上させる計画が進められている。

世銀の融資を受けファミリー・ヘルス・プロジェクト (8章を参照) により各県1つ、合計8つの病院がベッド数140のモデル郡病院として整備された。現在ファミリー・ヘルス・プロジェクト2により16の新しいモデル郡病院の整備が計画されている。規模や設備に関してはより地域の実状に見合った病院をということで、検討が加えられている。

4-4-2-4 ルーラル・ホスピタル (Rural Hospital)

57のルーラル・ホスピタルがある。20ベッドから60ベッドの小規模な病院で医師はおらず、5-9人程度の看護婦が配置されている。ルーラル・ヘルス・センター (Rural Health Center) 的役割を果たしているものと思われる。今後はルーラル・ホスピタルの設備充実、またいく

表2-2 県別保健医療施設の種類の数

県 施設の種類の	Manicaland	Mashona- land Central	Mashona- land East	Mashona- land West	Masvingo	Matabele- land North	Matabele- land South	Midlands	計
中央病院			3			3			6
県病院	1	1	1	1	1		1	1	7
産科病院	1		1		1	1		1	6
郡病院	4	4	5	5	3	5	5	6	37
Rural Hospital	9	3	10	8	10	6	6	5	57
教会系病院 - クリニック*	(9) 29	5	(9) 17	(2) 8	(7) 20	(1) 7	(5) 12	(10) 22	(43) 120
政府のクリニック	81	36	43	37	55	33	38	54	377
農村部自治体 / クリニック	103	35	76	56	57	27	33	65	452
専門病院 / クリニック			4		1	5			10
都市部自治体クリニック	7	2	50	9	2	18	2	12	102
クリニック									
その他**	44	11	4	28	8	16	19	45	175
総数	279	97	214	153	158	121	116	211	1349

出典 : Zimbabwe Health Facilities Report 1992 / MOHCW

* () はクリニックの数 ** 普通の私立医療機関を含む。しかし、私立施設の情報が限られ、この数は実態を現していない。

表2-3 県別保健医療施設当たり人口と面積、ベッド当たり人口

県	人口 (1992)	病院	診療所	保健医療 施設数	施設 当人口	施設 当面積	ベッド 数	ベッド 当人口
Manicaland	1,537,576	37	242	279	5,512	130.68	4,391	350
Mashonaland	857,318	14	83	97	8,931(3)	295.28	1,985	432(2)
Central								
Mashonaland East	2,512,146	33	181	214	11,631(1)	153.25	5,021	499(1)
Mashonaland West	1,116,928	24	129	153	7,348	377.9(3)	2,611	428(3)
Masvingo	1,221,845	20	138	158	7,734	358.01	4,371	280
Matabelland North	1,261,893	27	94	121	10,604(2)	634.49(1)	4,858	289
Matabelland South	591,747	20	96	116	5,102	467	2,227	266
Midlands	1,302,214	29	182	211	6,143	231.92	3,659	356
Total	10,401,767	204	1,145	1,349	7,717	289.88	29,123	357

出典：Health Facilities Report 1992, MOHCWより作成

つかの病院は、郡病院の機能を持たせることが、必要とされている。

4-4-2-5 教会系の医療施設（病院とクリニック） ----6-5を参照

教会系の病院は77、クリニックは43ある。そのうち10の病院は郡病院の指定を受けている。100ベッド以上が23でそのうち4つは200以上である。

歴史的にジンバブエの農村地帯、農村部（現在のコミュニナル・ランドと呼ばれる地域）での医療活動を行ってきた。教会はキリスト教の布教とともに、教育と医療に力を入れたという背景がある。農村地域における総ベッド数の60-70%は教会系といわれその重要さが分かる。

私立の施設ではあるが、職員の給与は政府が全額負担するなど補助金を受け保健医療サービスの重要な一環を担っている。政府の保健医療プログラムを実施する一方で、伝統的な産婆の訓練等もおこなうなど運営には独自性が認められている。外国人医師が多い。

また、診療費は取ることになっているが、払えないものからは取らない。郡の保健医療事務所とは常に協力し、例えば、郡内の看護婦の会合の運営には教会系病院の医師が加わったり、郡病院との間で不足する薬を融通する等、協力している。

4-4-2-6 政府のクリニック（Rural Health Center 他）

政府のクリニックとして分類されるのは377であるがその大半は農村部のルーラル・ヘルス・センターである。農村部自治体運営のクリニック452と合わせて、PHC政策の重要な役割を果たしている。

それ以外には再定住地（resettlement area）クリニック、難民キャンプや軍、監獄のクリニックも含まれている。

・ルーラル・ヘルス・センター（Rural Health Center -RHCs） ----6-6を参照

独立前 農村における保健医療サービスの末端施設は地方自治体（Local Authority）の運営する診療所（clinic）であった。概してこれらは治療のための外来施設で、一人か二人のState Certified Nurse・SCNと呼ばれる有資格の看護婦あるいは資格のない看護助手が配置されていた。

PHCの方法の導入に伴い、ルーラル・ヘルス・センターが一次レベルで総合的なサービスを提供するための施設として位置づけられた。古い診療所（clinic）の改造、設備強化が行われ、また、新たにルーラル・ヘルス・センターの建設が進められている。すべての国民がルーラル・ヘルス・センターから10キロ以内の所に住めるということを目指している。保健省の新設の目標は316で、1991年までに239が建設された。

ルーラル・ヘルス・センターの機能は、疾病の子防、早期発見、健康の促進等である。簡単な治療や正常な出産も扱う。

職員は看護婦2名（少なくとも1人は助産婦の資格を有していることが望ましい）、環境衛

生技師 (Environmental Technician)、看護助手に、用務員1人である。

ルーラル・ヘルス・センターは基本的総合的サービス (促進、予防、治療) を提供する。栄養改善プログラム、家族計画を含む母子保健、環境衛生と安全な水の確保、感染症のコントロール、保健教育が主な活動である。基礎的な治療も行い、必要に応じて、患者を郡病院に送る。郡病院で結核の治療を受けた患者のフォロー、ヴィレッジ・コミュニティー・ワーカー (VCW) の指導も重要な任務である。

4-4-2-7 農村部自治体のクリニック

District Council と Rural Council 運営 (3-5-3-2を参照) のものがあり、その総数は450である。従来これら農村部の診療所 (clinic) は治療主体であったが、ルーラル・ヘルス・センター (Rural Health Center) として PHC を実施できるように改良されている。

4-4-2-8 専用病院/クリニック

公立の専用病院/クリニックの数は10と限られている。(私立に関しては資料なし)精神科 (Ingutsheni Hospital を除く)、結核 (180,120ベッド等)、ハンセン病、(332ベッド)、感染症等である。

4-4-2-9 都市部自治体のクリニック

都市部自治体は独自のクリニックを運営している。各市のクリニックの数は以下の通りで総数は107である。ポリ・クリニック (Poly clinic) などと呼ばれる。

Harare43, Marondera 2, Chitungwiza 5, Bulawayo18, Hwanga 2, Gweru 9, Kwekwe 6, Mutare 7, Chinhoyi 2, Chegutu 1, Kadoma 3, kariba 2, karozi 1, Bindura 2, Gwanda 2, Masvingo 2

農村部のルーラル・ヘルス・センターに相当する設備で、都市部のでの一次レベルの施設として、疾病の予防、簡単な治療、母子保健、出産などのサービスを行う。

ハラレ市の場合は市内に二次、三次レベルの病院がないため、患者の紹介先は中央病院となる。

4-4-2-10 その他の保健医療機関

この分類には1) 営利私立病院、診療所、2) 工鉱業の病院、診療所等が含まれる。保健省の一覧には175とある、これには個人の診療所は含まれていないか、一部しか含まれていないと思われる。

私立病院は補助金等を受けておらず有料である。民間の医療保険に加入できる限られた数の富裕層を対象としており、首都ハラレ市にある The Avenues Clinic が代表的なものである。医療スタッフ・設備ともよく整っており、公的病院のような混雑もなく効率的なマネジメントを行っている。

4-4-3 保健医療施設の問題点と整備計画

4-4-3-1 保健医療計画におけるインフラ整備の位置づけ

第一次国家開発五カ年計画では、ルーラル・ヘルス・センターの整備が最優先され目標316のうち1991年までに239が建設済みである。

1987年に開始された第一次ファミリー・ヘルス・プロジェクト（8-3を参照）では各県に一つづつ140床の郡病院が整備された。さらに、第二次ファミリー・ヘルス・プロジェクト（1992-1996）ではさらに各県ごとに2つの郡病院を整備する計画である。第一次では規模が一律であったが、第二次では人口を考慮し、また、一次の経験を生かし、より現地の実状にあった施設の規模、機材そして配置等が考えられている。

今後の保健医療インフラ整備にあたっては以下を原則とする。

- ・整備の規模は人口その他の経済社会要因を考慮する。
- ・これまで、農村部の整備が最優先されたため、県、中央の拠点病院の整備が大幅に遅れ、混雑の状況が深刻である。今後、拠点施設を緊急に改良する。
- ・都市部の成長に伴い、従来の都市部診療施設（Poly Clinics）は総合的な保健医療施設としては不十分で、中央病院に基礎的入院サービスを依存している。人口ちゅう密な近郊部に一般病院（General Hospital）を緊急に整備する。
- ・地方自治体の病院サービス維持に対する分担を増加させる。

機材：都市部病院に対する投資が限られていたため、機材が老朽化している。保健省はこれら病院の機材の改善、交換を計画的に実施する。

4-5 保健医療に関わる人員と人材養成

4-5-1 背景

独立後、「公平な保健医療」を目的に、サービス拡大のため保健医療従事者の養成が進められた。また、PHCの概念を取り入れた人材養成、そして教育カリキュラムが採用され、例えば医学部でも各学年次、農村部での研修が義務づけられている。公共の保健医療サービスとコミュニティをつなぐ人材としてヴィレッジ・コミュニティ・ワーカーが養成された。

しかし、看護婦や医師等の数は増えたが、公平な保健医療サービス提供という目標を達成するためには必ずしも満足な結果を得られていない。需要に養成が追いついていないのが現状である。また、医師等、よい高度な教育を受けた医療従事者の都市部、中央レベルそして民間部門への集中あるいは、国外への流出が起こっている。また、訓練施設も十分ではなく、専門の従事者養成の障害になっている。