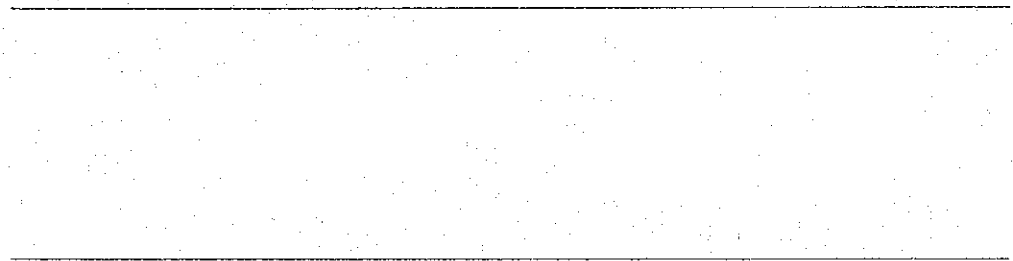
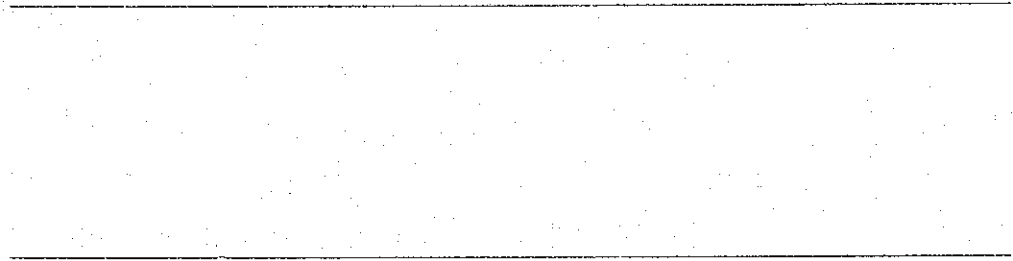


K

フ-10  
A4S

国別医療協力ファイル  
ザンビア



JICA  
R533  
90.7  
MCA  
LIBRARY



# 国別医療協力ファイル ザンビア

ID: 11154200の代替書

JICA LIBRARY



1116444(9)

国際協力事業団  
医療協力部

国際協力事業団

~~26692~~  
26692

26692

# 目 次

	頁
目 次 .....	i
図目次 .....	v
表目次 .....	vii
略語表 .....	viii
 第1編 国別概況 .....	 1
第2編 衛生行政	
2-1 一般行政と国家開発計画 .....	9
2-1-1 中央及び地方一般行政組織 .....	9
2-1-1-1 中央行政組織とその機能 .....	9
2-1-1-2 地方行政組織及び機能 .....	11
2-1-2 国家開発計画の概要 .....	15
2-1-2-1 「第4次国家開発計画 1989～93年」 .....	16
2-1-2-2 「公共投資計画 1992～95年」 .....	17
2-1-2-3 「経済安定化、構造調整政策 1992～94年」 .....	17
2-1-2-4 「社会行動計画 1992～95年」 .....	18
2-2 中央衛生行政と保健医療計画 .....	19
2-2-1 中央衛生行政機構 .....	19
2-2-2 中央保健医療計画・予算 .....	21
2-2-2-1 「プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)」 .....	21
2-2-2-2 第4次国家開発計画 1989～93年 .....	22
2-2-2-3 ヘルス・リフォーム .....	22
2-2-2-4 予算・投資 .....	28
2-3 地方衛生行政と保健医療計画 .....	30
2-3-1 地方衛生行政機構 .....	30
2-3-1-1 州 (Province) レベル .....	30
2-3-1-2 県 (District) レベル .....	31
2-3-1-3 ローカル・レベル (市町村・レベル) .....	31
2-3-2 地方保健医療計画・予算 .....	33
第2編参考資料 .....	34
 第3編 保健医療事情	
3-0 統計・資料取扱上の注意点 .....	35
3-1 保健指標 .....	36
3-2 人口問題 .....	40
3-3 疾病・死亡 .....	42
3-3-1 マラリア .....	43
3-3-2 急性呼吸器感染症 (ARI) .....	47
3-3-3 下痢性疾患 .....	49
3-3-4 コレラ .....	50
3-3-5 結核 .....	52
3-3-6 エイズ .....	54
3-3-7 ハンセン病 .....	57
3-3-8 住血吸虫症 .....	59
3-3-9 髄膜炎菌感染症と髄膜炎 .....	60

3-3-10	性行為感染症 .....	61
3-3-11	子供の感染症 .....	62
3-3-12	その他の伝染病 .....	64
3-3-13	周産期疾病・死亡 .....	67
3-3-14	栄養失調 .....	68
3-3-14-1	現状 .....	68
3-3-14-2	栄養失調の原因 .....	73
3-3-14-3	課題 .....	74
3-3-15	事故・傷害 .....	75
3-4	保健対策・活動 .....	76
3-4-1	予防接種プログラム (EPI) .....	76
3-4-1-1	予防接種プログラムの変遷 .....	76
3-4-1-2	現行予防接種プログラムの方策 .....	77
3-4-1-3	1991年予防接種の状況 .....	77
3-4-1-4	予防接種プログラム (EPI) 成功の要因 .....	82
3-4-1-5	問題点と今後の課題 .....	83
3-4-2	下痢感染症対策プログラム (CDD) .....	84
3-4-2-1	現状 .....	84
3-4-2-2	問題点 .....	84
3-4-3	栄養サーベイランス・プログラム .....	85
3-4-3-1	栄養サーベイランス・プログラムの種 .....	85
3-4-3-2	発育観察プログラム .....	85
3-4-3-3	その他の栄養傷害対策	
3-4-3-4	栄養サーベイランス・プログラムの問題点 .....	86
3-4-4	妊産婦ケア .....	87
3-4-4-1	妊娠検診 .....	87
3-4-4-2	産後検診 .....	87
3-4-4-3	出産 .....	87
3-4-5	エイズ対策 .....	89
3-4-6	家族計画—母子保健を基礎として .....	90
3-4-6-1	歴史的変遷 .....	90
3-4-6-2	国家人口政策 .....	90
3-4-6-3	現状 .....	91
3-4-6-4	低普及率の原因 .....	92
3-4-6-5	現在のプログラム戦略 .....	92
3-5	保健・医療サービスの利用 .....	94
3-5-1	CMAZ .....	94
3-5-2	ZCCM .....	94
3-5-3	伝統医療師 .....	95
3-5-3-1	伝統医療の利用状況 .....	95
3-5-3-2	保健省との協調 .....	96
3-5-3-3	現在の問題点 .....	96
3-6	医療保険制度 .....	98
3-7	労働衛生 .....	99
3-8	衛生環境 .....	100
3-9	医療従事者 .....	101

3-9-1	医療従事者の概況 .....	101
3-9-1-1	医療従事者の構成 .....	101
3-9-1-2	処遇と海外流出 .....	102
3-9-1-3	医療従事者の数 .....	102
3-9-1-4	医療従事者の地域遍在 .....	104
3-9-1-5	問題点 .....	105
3-9-2	医療従事者各論 .....	106
3-9-2-1	医師・歯科医師 .....	106
3-9-2-2	看護婦 .....	106
3-9-2-3	クリニカル・オフィサー .....	107
3-9-2-4	薬剤師 .....	107
3-9-2-5	技師 .....	108
3-9-2-6	民間医療師 .....	108
3-9-2-7	その他 .....	109
3-9-3	医療従事者の養成 .....	109
3-9-3-1	普通教育 .....	109
3-9-3-2	職業教育 .....	111
3-9-3-3	医学教育 .....	111
3-9-3-4	医療訓練 .....	112
3-10	医療施設 .....	114
3-10-1	医療施設の構成の数と配置 .....	114
3-10-2	政府系保健医療機関 .....	115
3-10-3	産業系病院およびクリニック .....	116
3-10-4	ミッション系保健医療機関 .....	117
3-10-5	救急医療システム .....	117
3-10-6	主な施設 .....	117
3-10-6-1	大学教育病院 .....	117
3-10-6-2	地方施設 .....	120
3-11	医薬品・医療用具・衛生材料 .....	123
3-11-1	医薬品 .....	123
3-11-1-1	医療品の管理と供給 .....	123
3-11-1-2	生産・輸出入 .....	126
3-11-1-3	流通 .....	127
3-11-1-4	民間医薬 .....	128
3-11-2	医療用具 .....	128
3-11-2-1	医療用具の利用状況 .....	128
3-11-2-2	調査報告 .....	129
3-11-3	衛生材料 .....	134
3-12	試験研究機関 .....	135
3-12-1	主要試験研究機関 .....	135
3-12-2	試験研究報告 .....	135
3-13	医療情報システム .....	136
3-13-1	S I D Aによるレポート .....	136
3-13-1-1	1988年最終レポート .....	136
3-13-1-2	1991年年報 .....	137
3-13-1-3	地域格差に関する報告 .....	137

3-13-2	保健省の政策 .....	138
3-13-3	UNICEFによるレポート .....	139
3-13-4	問題点 .....	139
	第3編参考資料 .....	140
第4編 保健医療協力		
4-1	協力要請の仕組み .....	145
4-2	国際期間、わが国を除く諸外国、NGOの協力動向 .....	147
4-2-1	国際機関 .....	149
4-2-1-1	UNICEF .....	149
4-2-1-2	UNFPA .....	152
4-2-1-3	UNDP .....	153
4-2-1-4	WHO .....	153
4-2-1-5	世界銀行 .....	153
4-2-2	わが国を除く諸外国の援助協力 .....	155
4-2-2-1	SIDA .....	155
4-2-2-2	オランダ .....	156
4-2-2-3	ODA .....	158
4-2-2-4	アイルランド .....	159
4-2-2-5	NORAD .....	160
4-2-2-6	USAID .....	162
4-2-2-7	EEC .....	162
4-2-2-8	その他の援助国 .....	163
4-2-3	NGO .....	164
4-2-3-1	ザンビア家族計画協会 .....	164
4-2-3-2	チカンカタ・ミッション・ホスピタル .....	165
4-2-3-3	ザンビア赤十字社 .....	167
4-2-3-4	MSF .....	169
4-2-3-5	その他のNGO .....	169
4-3	わが国の協力状況 .....	170
4-3-1	有償資金協力 .....	170
4-3-2	無償資金協力 .....	171
4-3-3	技術協力 .....	172
4-3-3-1	形態別実績 .....	173
4-3-3-2	プロジェクト方式技術協力 .....	174
4-3-3-3	国際ボランティア貯金 .....	174
4-3-4	プロジェクト概要 .....	174
4-3-4-1	ザンビア大学医学部プロジェクト .....	174
4-3-4-2	ザンビア・感染症プロジェクト .....	175
4-3-4-3	プロジェクト視察所感 .....	175
	第4編参考資料 .....	177
第5編 保健・医療分野における課題		
5-1	問題点 .....	180
5-2	提言 .....	182
	付 図 .....	184



## 目 次

図1-1	GNPの推移(1970~90年)	7
1-2	ドル換算レートの推移(1982~91年)	7
図2-1	ザンビア国家行政組織 .....	10
2-2	地方行政略図 .....	13
2-3	ザンビア全図 .....	14
2-4	保健省の本省組織図 .....	20
2-5	州の保健医療組織 .....	30
2-6	県の保健組織 .....	32
図3-1	出生率および各種死亡率の年次推移 .....	37
3-2	平均寿命の年次推移 .....	37
3-3	州別幼児(1~4歳)死亡率 .....	38
3-4	人口年次推移 .....	40
3-5	全年齢層における病院入院理由 .....	42
3-6	病院入院理由(早期新生児を除く1歳未満の乳児) .....	184
3-7	病院における死因(早期新生児を除く1歳未満の乳児) .....	184
3-8	病院入院理由(1~14歳、1988年) .....	185
3-9	病院における死因(1~14歳、1988年) .....	185
3-10	病院入院理由(15歳以上、1988年) .....	186
3-11	病院における死因(15歳以上、1988年) .....	186
3-12	ヘルス・センター入院理由(0~14歳、1988年) .....	187
3-13	ヘルス・センター入院理由(15歳以上、1988年) .....	187
3-14	ヘルス・センターにおける死因(全年齢層、1988年) .....	188
3-15	マラリア全患者数および新規登録患者数 .....	44
3-16	全年齢におけるマラリア病院入院患者致命率 .....	45
3-17	マラリアの州別患者数 .....	46
3-18	肺炎患者数 .....	48
3-19	下痢症患者数(0~14歳) .....	49
3-20	コレラ患者数・死亡数 .....	50
3-21	結核新規登録患者数(1980~1988年) .....	52
3-22	結核新規登録数とHIV感染・エイズ患者数 .....	53
3-23	エイズ患者年齢分布図 .....	54
3-24	ハンセン病全登録患者数 .....	58
3-25	ハンセン病患者数州別割合(1988年) .....	58
3-26	住血吸虫症州別患者数 .....	59
3-27	麻疹と百日咳入院患者数と各疾病予防接種率 .....	63
	(1)麻疹入院患者数と予防接種率	
	(2)百日咳入院患者数と予防接種率	
3-28	5歳未満児における低体重の割合の推移 .....	69
3-29	0~14歳児の栄養失調患者率 .....	70
3-30	州別の農村部1人当たり1日のカロリー摂取量 .....	71
3-31	予防接種率の推移 .....	78
3-32	予防接種ドロップ・アウト率統計 .....	78
3-33	予防接種率統計および1歳未満児の接種終了率 .....	79

3-34	ドロップ・アウト率 (1991年) .....	79
3-35	都市・農村別予防接種率 (1991年) .....	80
3-36	新生児破傷風予防接種率の推移 .....	81
3-37	教育システムの概略図 .....	110
3-38	保健医療機関の構成 .....	116
3-39	University Teaching Hospital(UTH) の組織図 .....	119
3-40	ンバラ総合病院組織図 .....	120
3-41	地方自治体の医療品管掌 .....	124
図4-1	案件要請の流れ .....	145
4-2	研修員派遣機構 .....	146

## 表 目 次

表2-1	ザンビア閣僚名簿 .....	11
2-2	既往の開発計画 .....	15
2-3	部門別投資額 .....	16
2-4	保健医療関係の投資額 .....	28
3-1	保健指標の年次推移 .....	36
3-2	州別幼児（1～4歳）死亡率 .....	38
3-3	人口年次推移 .....	40
3-4	マラリアの入院率と致命率 .....	43
3-5	マラリア新規登録患者数 .....	44
3-6	マラリア：病院とヘルスセンターにおける外来患者・入院・死亡数 .....	45
3-7	マラリアの州別患者数 .....	46
3-8	急性呼吸器感染症の患者数および致命率（1988年） .....	47
3-9	肺炎および急性上気道炎患者数 .....	48
3-10	近年コレラ大発生地区別状況 .....	51
3-11	結核患者推移（1980～1988年） .....	52
3-12	年齢別エイズ患者と死亡数 .....	54
3-13	エイズおよびエイズ関連症候群患者数 .....	55
3-14	ハンセン病登録患者数（有症者数推移） .....	57
3-15	ハンセン病新規登録患者数 .....	57
3-16	住血吸虫症州別患者数 .....	59
3-17	髄膜炎菌感染症と骨髄炎症の入院数・死亡率・致命率 .....	60
3-18	性行為感染症患者数 .....	61
3-19	性行為感染症 性別および地域別患者数（1988年） .....	61
3-20	麻疹と百日咳の入院患者数、病院における死亡数および致命率 .....	62
3-21	地域別麻疹患者数と致命率 .....	62
3-22(1)	疾病登録患者数 .....	65
(2)	疾病登録患者数 .....	66
3-23	病院およびヘルス・センターにおける栄養失調外来患者数 .....	68
3-24	5歳未満児の子供クリニックにおける発育観察参加状況 .....	69
3-25	子供クリニックにおける5歳児未満の年齢別低体重の割合（1990年） .....	70
3-26	栄養失調と貧血の罹患率・致命率（1988年） .....	71
3-27	子供の貧血による病院への入院と死亡の推移 .....	72
3-28	性別・年齢層別事故の発生率（1988年） .....	75
3-29	幼児の全国予防接種率 .....	78
3-30	地域別ドロップ・アウト率（1991年） .....	80
3-31	新生児破傷風予防接種（TTおよびTT2） .....	81
3-32	ザンビアの医療従事者 .....	103
3-33	人口10万人当たりの医療従事者 .....	104
3-34	患者・入院者数 .....	104
3-35	患者当たりの医療従事者数 .....	104
3-36	医療施設の構成と数 .....	114
3-37	各施設の州毎の分布 .....	115
3-38	ミッション系保健医療機関 .....	117
4-1	対ザンビア政府開発援助額の推移 .....	147
4-2	セクター別援助流入内訳 .....	148
4-3	1989年の保健・医療・衛生分野の内訳 .....	148

## 略 語 表

CDD	: Control of Diarrhoeal Diseases 下痢症対策
CHW	: Community Health Worker コミュニティー・ヘルス・ワーカー
CIDA	: Canadian International Development Agency
CMAZ	: Church Medical Association of Zambia ザンビアキリスト教医療協会
DANIDA	: Danish International Development Agency
EDP	: Essential Drug Plan 必須医薬品計画
EEC	: European Economic Community
HIU	: Health Information Unit ヘルス・インフォメーション・ユニット
Health Reforms	: National Health Policies and Strategy ヘルス・リフォーム
NCHS	: National Council on Health Strategy 保健政策評議会
NHC	: National Health Council 国家保健評議会
NORAD	: Norwegian Agency for Development Cooperation
MSF	: Médecins sans Frontières, 国境なき医師団
ODA	: Overseas Development Administration, U.K.
ORS	: Oral Rehydration Salt 経口補水塩
PPAZ	: Planned Parenthood Association of Zambia ザンビア家族計画協会
SIDA	: Swedish International Development Authority
SSS	: Sugar-Salt-Solution 自家製経口補水塩
TBA	: Traditional Birth Attendants 産婆
UNDP	: United Nations Development Programme 国連開発計画
UNFPA	: United Nations Fund for Population Activities 国連人口活動基金

UNICEF : United Nations Children's Fund  
国連児童基金  
USAID : United States Agency for International Development  
UTH : University Teaching Hospital,  
大学教育病院  
WHO : World Health Organization  
世界保健機構  
ZCCM : Zambia Consolidated Copper Mines  
ザンビア銅山公社

## 第1編 国別概況

## ザンビア概況

①正式国名	ザンビア共和国 (注1) Republic of Zambia
②独立年月日 旧宗主国名	1964年10月24日 英国
③政体	共和制
④元首の名称	大統領：フレリック・チバ (1991年11月2日就任)
⑤位置 面積	南緯9度～18度 東経23度～34度 753 千平方キロメートル (注2)
⑥首都	ルサカ (注1)
⑦総人口	8.1 百万人 (1990年央) (注2) 世界第69位 (1987年)
⑧公用語	英語
⑨民族等	トンガ系、ニヤンジャ系、ベンバ系、ルンダ系等の73 部族
⑩宗教	大部分がアニミズム、その他都市部でキリスト教
⑪教育	義務教育 7歳～14歳の7年間 (初等教育) (注3) 就学率 (標準就学年齢人口に対する総就学者の比率) 初等教育 : 95% (注2) 中等教育 : 20% 高等教育 : 2% (注2) 識字率 : 73% (1990年) (注2)
⑫暦	時差 : (日本との時差) -7.0時間

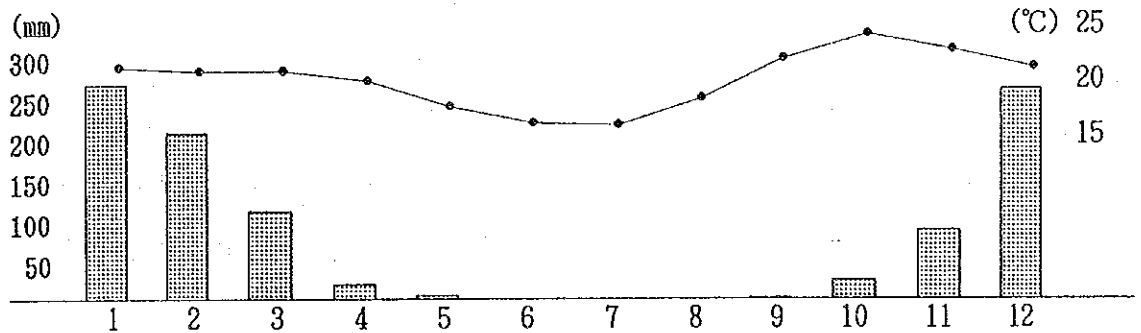
出典 (注1) 『世界の国一覧表』1991年版 世界の動き社

(注2) World Development Report 1992 The World Bank

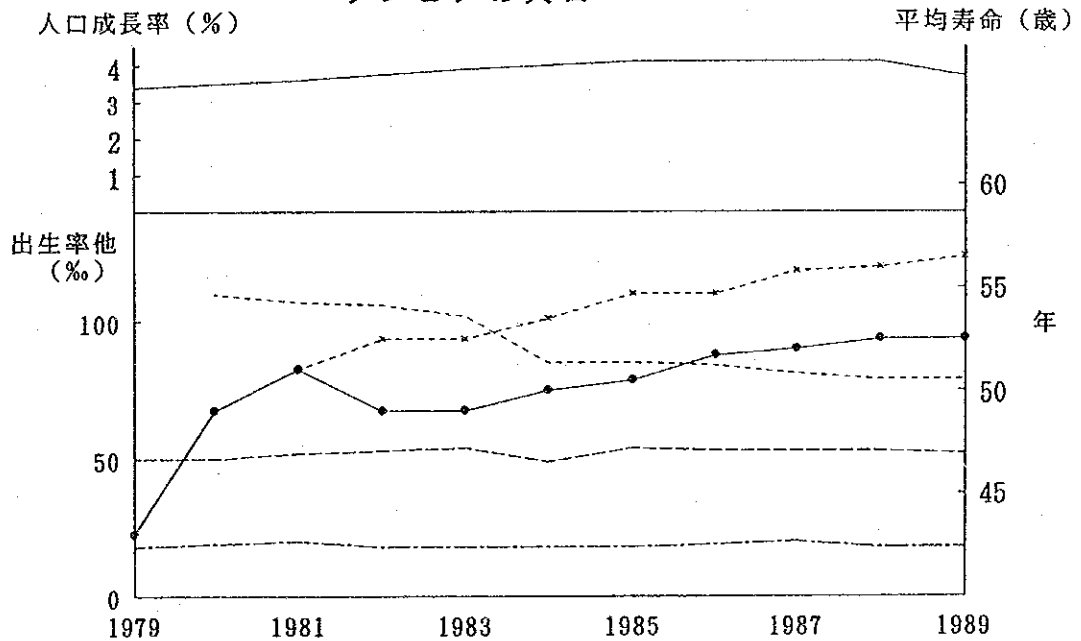
(注3) 『ユネスコ文化統計年鑑』1989 原書房

カブウェにおける平均気温、降水量

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平均気温 (°C)	21.0	20.7	20.7	19.8	17.5	16.0	15.8	18.2	21.8	24.0	22.6	21.0
降水量 (mm)	263.9	204.9	108.3	18.4	4.3	0.0	0.0	0.1	1.0	22.6	84.7	259.1



ザンビアの人口



— 人口成長率 (%)      - - - 出生率      - - - 乳児死亡率  
 - - - 死亡率      ● 平均寿命 (男)      - - \* 平均寿命 (女)

出典 World Development Report 1981 ~ 1991  
 World Tables 1991

(注) 人口・出生・死亡等統計については、資料により数値が少しずつ異なるので、詳細は、pp36~37「3-1 保健指標」を参照のこと。

## 経済指標

1) 主要経済指標の推移	年	(1988)	(1989)	(1990)
	G D P (百万ドル) (注1)		4,000 a)	4,700 a)
一人当りGNP (ドル) (注1)		290	390	420
GDP実質成長率 (%) (注2)		6.3	-1.0	1.7 b)
消費者物価上昇率 (%) (注2)		55.5	96.4	100.0 c)
失業率 (%) (注3)		N.A.	N.A.	N.A.
貿易 (百万米ドル) (1990年)	貿易収支 : 輸出額 FOB : 主要相手国 : 日本 (29.2%) 輸入額 CIF : 主要相手国 : 英国 (23.9%)	N.A. N.A. (注2) N.A. (注2)	(注1) (注1) (注2) (注1) (注2)	
経常収支 (百万ドル) (注1)		-234	-67	-490
対外債務残高 (百万ドル) (注1)		6,498	6,874	7,223
対外債務返済比率 (%) (注2)		13.1	12.4	12.8
外貨準備高 (百万ドル) (注1)		139	139	201
2) 通貨 (1992年3月末) (注4)	通貨単位 クワチャ (ZK) 1米ドル = 133.332 ZK			
3) 会計年度	1月1日~12月31日			

a) 購入者価格

b) 暫定値

c) 推定

出所 (注1) World Development Report 1990-92 The World Bank(注2) Country Report Zambia No.2 1992 EIU(注3) Year Book of Labour Statistics 1991 ILO

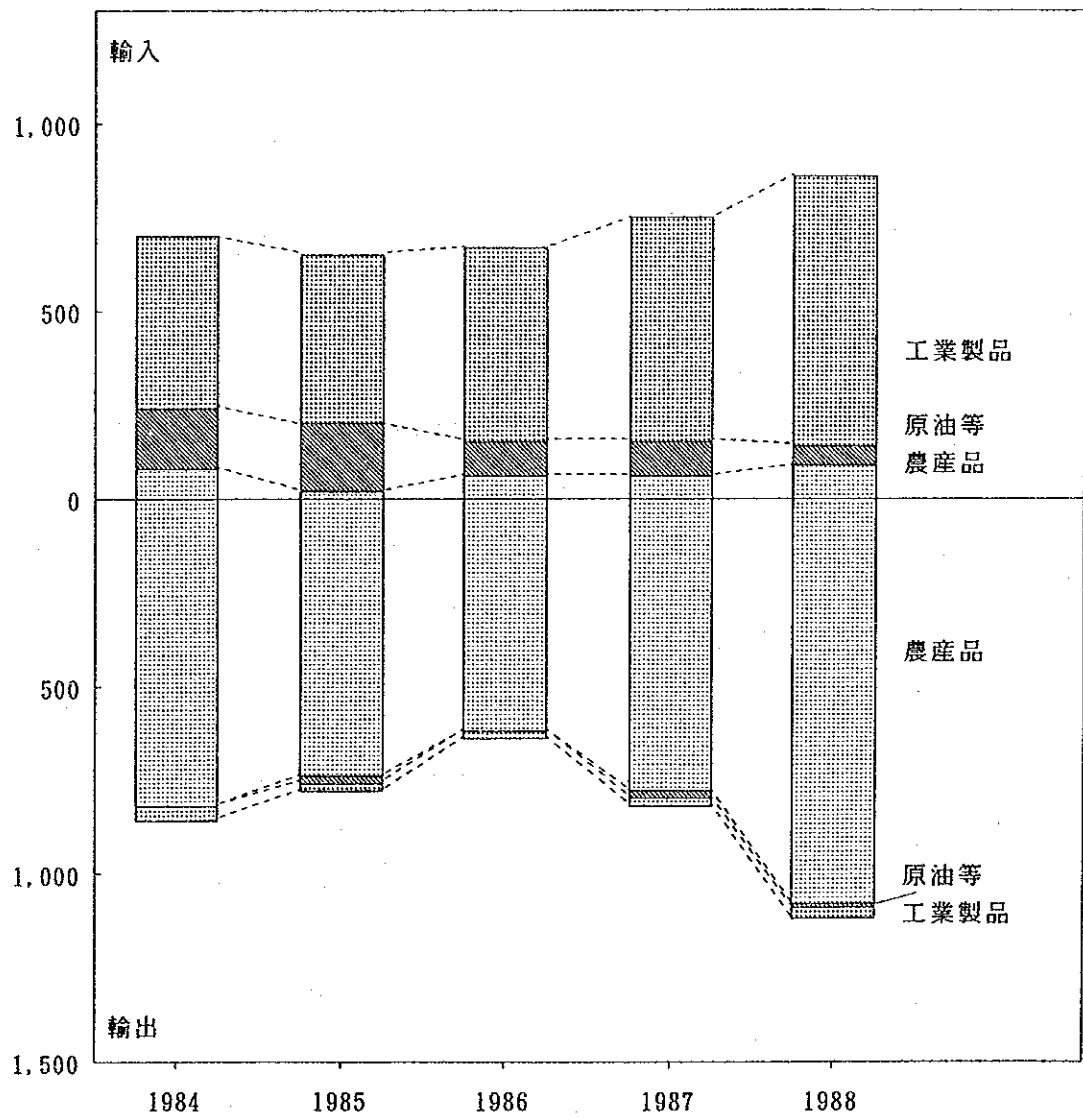
(注4) 東京銀行月報1992年7月

\* Zambia Health Sector Study 「世界銀行委託報告書」によると1990年実質GNPは国民1人当たり 175米ドルとしている。



輸出入の変化

(百万ドル)



出典 World Tables 1991, The World Bank

## 〔政治〕

1964年の独立以来、カウンダ前大統領及び統一国民独立党の単独政権が続いた。しかし1970年代からの経済不況を機に、一党制支配への反発が強まり、1991年11月、複数政党制下、フレデリック・チルバ新大統領が誕生した。

前政権は、社会主義経済を標榜しつつも、外国人の土地所有を認める等、厳密なものではなかったが、医療・教育等の分野は、比較的軽視されがちであった。新政権は、公社の民営化等、自由主義経済を採用している。「経済体制の移行にともなう急激な変化」的影響は、市民生活には見られない。新政権は保健・医療対策の重視を明言している。前政権とは対照的に、保健・医療を重要分野として認識し、具体的活動政治的コミットメントを表明した点では、援助関係者から高く評価されている。しかし、具体的活動開始とその効果が現れるまでには、十数年を要するであろう、とみられている。

## 〔経済〕

統計上、1人当たりGNPは、この数年、上昇しているが、1970年代からの急激な減少から判断すると、実質GNPは200米ドル以下と見積もられる。例えば、最新の世界銀行委託報告書 Zambia Health Sector Study は、1990年の実質GNPは一人当たり175米ドルとしている。200米ドルと175米ドル、どちらの数値を採用するにせよ、世界銀行の分類では「低所得国グループ」に属する。GNP175米ドルであるならば、ザンビアは世界の最貧国5カ国の一つということになる。

ザンビア経済は銅鉱輸出のモノカルチャー経済であるため、世界的に原材料価格が低迷している昨今、70年代半ばまでの繁栄に比べれば、その衰退は著しい。インフレーションも凄まじく、またクワチャ安も続いている（「図1-1 ザンビアのGNPの推移（1970～90年）」、「図1-2 ドル換金レートの推移（1982～91年）」参照）。この1970年代からの不況が、保健・医療分野にも悪影響を及ぼしてきたことは、他のアフリカ諸国の例にもれない。

## 〔社会〕

ザンビアは、旧北ローデシアとして、イギリスの植民地支配下にあった。イギリスは、北部のコッパーベルト(Cooper Belt) 地帯からの銅鉱に着目し、この輸送手段として南北縦断鉄道を敷設し、沿線には、ヨーロッパ系移民の大農場が開拓された。植民地政府は、このヨーロッパ系社会にのみ、近代的行政サービスを提供したにすぎず、周辺は労働力供給源として放置された。かくして、ヨーロッパ支配下の鉱山、大農場、工場のある近代的な地域とそれ以外の伝統的農村社会、という二重構造社会が形成された。各インフラストラクチャーを初めとして、その弊害は、地域格差の形で、今日にいたるまで残っている。

## 〔人口〕

人口増加率は、1970年代から90年代にかけ、20%を超えている。国民一人当たりの食糧生産量は1975～77年に比べ、1987年は33～41%減である。さらに数年来の旱魃、急速な人口の都市集中とが相まって、栄養摂取状態の悪化は進んでいる。

人口増加に関しては、社会的要因も軽視できない。家族計画は、すでに10年以上導入されているものの、子供は財産であり、多ければ多いほど良い、という風潮がある。さらに、一夫多妻制の多い地方では、子供の数で妻としての存在価値が決定される。未婚の母でも社会がこれを扶助する伝統が強いため、十代の妊娠・出産が多い。また、女性の早婚は、都市・地方を問わず、一般的である。これは、後述の教育問題も影響している。

#### 〔教育〕

女性教育は、子供の疾病、栄養状態、出生率と強い相関関係がある、といわれている。ザンビアでは、まず学校数が限られ、選択の余地が無い。また、男女合計就学率では、義務教育である初等教育（7～14歳）は95%、中等教育20%、高等教育2%である。しかし、女性では初等教育91%、中等教育14%、と性による違いは歴然としている。

女性の早婚を端緒に、女性の中等教育への就学機会が限られていることに由来する事態を考慮する必要がある。

#### 〔都市化〕

ザンビアにおける人口の都市集中は、アフリカ諸国のなかでも高い。1970年、約30%であった都市人口の割合は、1990年に50%に達した。この都市人口の増加に、生活環境の整備が追いつかず、コレラ、赤痢等の伝染病が、かつてない規模で大流行している。

#### 〔気候〕

サバンナ気候による雨季・乾季は、上記伝染病に加え、マラリアの季節的・局所的発生をもたらしている。

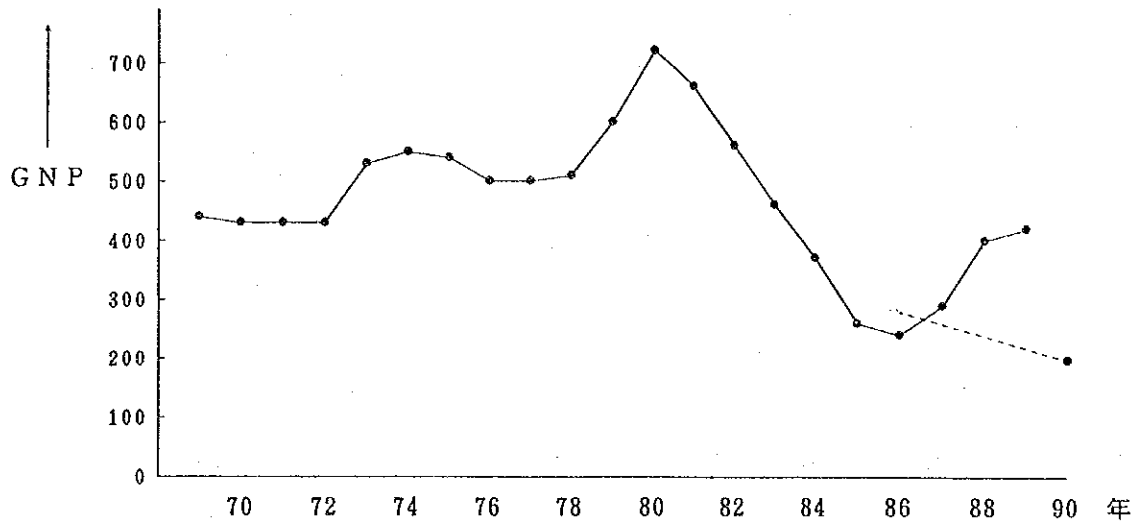
#### 〔エイズ〕

エイズ患者の急激な増加は、この国の保健・医療分野のみならず、社会・経済的にも大きな影響を与えるであろう点が、関係者の間では懸念されている。

エイズ問題への具体的取り組みとしては、チカンカタにある救世軍ミッション・ホスピタルの「エイズ在宅ケア・プログラム」が、内外から高い評価を受けている（「4-2-3-2 NGO」を参照）。

図1-1 GNPの推移 (1970~1990年)

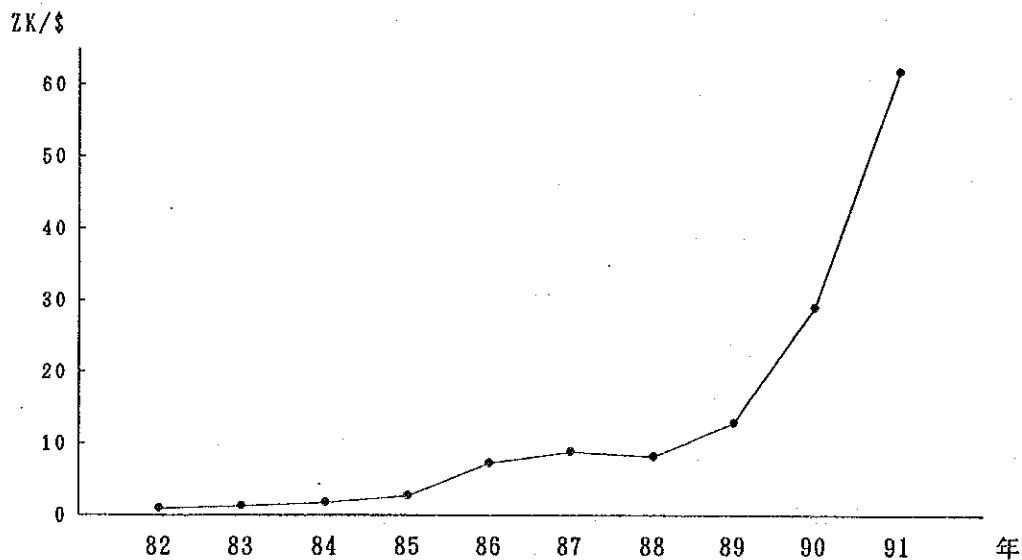
(単位：米ドル)



出典：World Tables 1992, The World Bank

(注) Zambia Health Sector Study (世界銀行委託報告書)によると 1990年  
実質GNPは国民1人あたり 175米ドル

図1-2 ドル換算レートの推移 (1982~1991年)



出典：Country Profile 1992-1993, Zambia The Economist Intelligence Unit

参 考 資 料

---

- 『アフリカ援助研究会報告書』  
国際協力事業団、1991年2月
- 『アフリカ地域食糧農業事情緊急実態調査報告書 -ザンビア、ジンバブエ編-』  
(株)国際農林業協会、1987年3月
- 『アフリカ地域食料増産開発計画調査報告書 -ザンビア編-』  
(株)国際農林業協会、1989年3月
- 『国別協力情報 ザンビア』  
国際協力事業団企画部、1992年2月
- 『深く、アフリカへ』  
パトリック・マーンハイム (柴田都志子訳)、心交社、1991年
- BIU Country Report Zambia,  
No.1, 1992
- World Development Report, 1992  
The World Bank, 1992

## 第2編 衛生行政

## 2-1 一般行政と国家開発計画

## 2-1-1 中央及び地方一般行政組織

## 2-1-1-1 中央行政組織とその機能

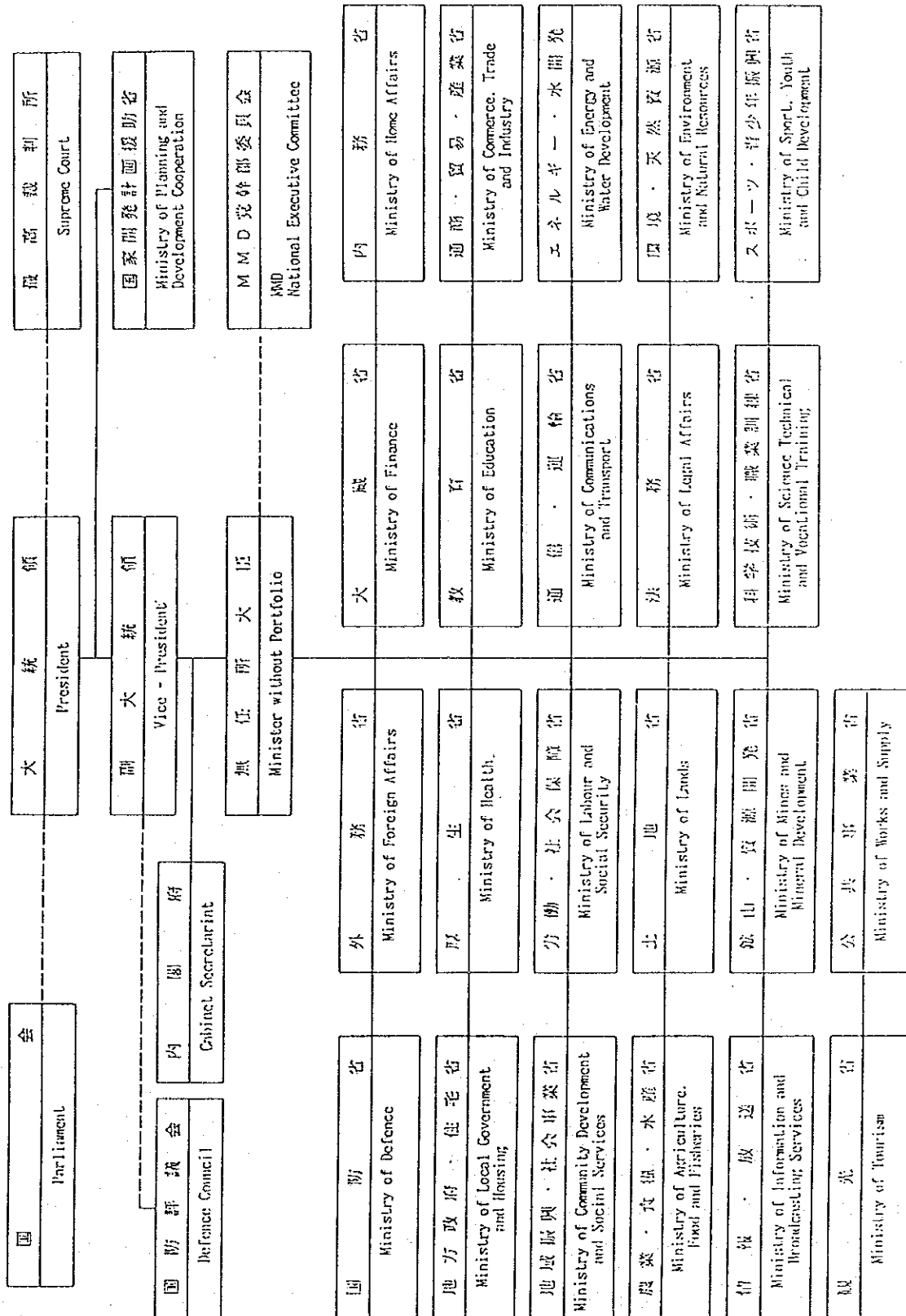
政体は共和制であり、立法・行政・司法の三権分立機構である。立法権は一院制国民会議に属する。行政権は大統領が有し、首相以下の閣僚を任命する。また、その機構は1府19省からなっている。司法分野は、最高裁判所、高等裁判所、州裁判所、地方裁判所で構成される。

政党は、1964年の独立以来、長らく統一国民独立党（UNIP）の単独政権を維持していた。しかし、1970年代に経済状況が悪化して以降、一党独裁体制への不満が高まり、独立以来、大統領の座にあった当時のカウンダ大統領が複数政党制への移行を決定し、1990年12月の憲法改正により、政治行動の自由がもたらされた。

翌91年10月、大統領および国会議員の総選挙が行われ、労働組合出身の野党複数政党制民主主義運動（MMD）が圧勝し、同党主のフレデリック・チルバ氏が新大統領に選出された。11月には、27年間続いていた戒厳令も非常事態宣言も解除された。

中央行政組織は、次頁の「図2-1 ザンビア国家行政組織」の通りである。また、1992年現在の閣僚名簿を「表2-1 ザンビア閣僚名簿」に示す。

図2-1 ザンビア国家行政組織



出典：『開発途上国の行政・省庁組織図』

表2-1 ザンビア閣僚名簿

1992年現在

大 統 領	フレデリック・チルバ (Frederick Chiluba)
副 大 統 領	レビ・ムワナワサ (Levy Mwanawasa)
蔵 相	エマニュエル・カソンデ (Emmanuel Kasonde)
外 相	バーノン・ムワンガ (Vernon Mwaanga)
農業食料水産相	ガイ・スコット (Guy Scott)
内 相	ニューステッド・ジンバ (Newstead Zimba)
国 防 相	ベン・ムウィラ (Ben Mwila)
鉱 業 相	ハンフリー・ムレンバ (Humphrey Mulemba)
運輸通信相	アンドリュー・カシタ (Andrew Kashita)
教 育 相	アーサー・ウィナ (Arthur Wina)
地方行政相	マイケル・サタ (Michael Sata)
労働社会保険相	ルドウィグ・ソングシ (Ludwig Sondashi)
情報成人教育相	スタン・クリストファー (Stan Krisutofor)
保 健 相	ボンフェイス・カウィンベ (Boniface Kawimbe)
環 境 相	ケリー・ワルービタ (Kelly Walu-Bita)
土 地 相	ドーソン・ルブンガ (Dawson Lupunga)
技術教育相	アカシャンプ・レワニカ (Akachamb Lewanika)
地域開発社会福祉相	ガブリエル・マカ (Gabriel Maka)
観 光 相	クリストン・テンボ (Chrisuton Tembo)
商 工 相	ロナルド・ペンザ (Ronald Penza)
動力水利相	アルフェヨ・ハンバイ (Alfeya Hambyi)
公共事業供給相	エフライム・チブウェ (Ephraim Chibwe)
動力担当国務相	エディス・ナワクウィ (Edith Nawakwi)
青少年スポーツ相	ボールドウィン・ヌクンブラ (Baldwin Nkumbula)

出所：『世界年鑑』

## 2-1-1-2 地方行政組織及び機能

## 1) 行政区分

まず、大統領管轄の特別市 (City) が3つ (ルサカ、キトウェ、ンドラ) ある。

一般的な地方行政区分は、9つの州 (Province) の下に57の県 (District) があり、5の市 (Municipal) と14の町が連なる。さらにその下に村がある。村落は伝統的な土着の部族社会から発展したもので、その長には、普通選挙で選出された者と大統領より任命された者 (多くは部族長) が就く。



## 2) 地方行政組織及び機能

各州の行政の長は州事務次官 (Provincial Permanent Secretary) である。各州には、党の中央委員が、1名、州政務次官 (Provincial Political Secretary) として派遣されており、地方政治を補佐している。この州政務次官は、地方行政における大統領の直接の代表者として位置づけられている。

県の首長は、県知事 (District Governor) である。しかし、各県には、中央政府より県行政書記官 (District Executive Secretary) が派遣されており、県の行政はその管轄下にある。県知事は、その県における中央政府の施策の実施、特に政策と経済発展に関して、県行政書記官に対して、執行の責任を負う。さらに、各地区の権力者・委員等と密接な連絡を保つ責任がある。

県の行政は、県知事を議長とする県評議会の議決によって行われる。各地方には、特別市、市、町、村別に各評議会 (City Council, Municipal Council, Town Council, Rural Council) があり、さらに地域毎に委員会が設けられている。

行政系統の概略は次図「図2-2 地方行政略図」のようになる。

図2-2 地方行政略図

…州 (Province) ……………

州政務次官  
Provincial  
Political Secretary

州事務次官  
Provincial  
Permanent Secretary

…県 (District) ……………

県行政書記官  
District  
Executive Secretary

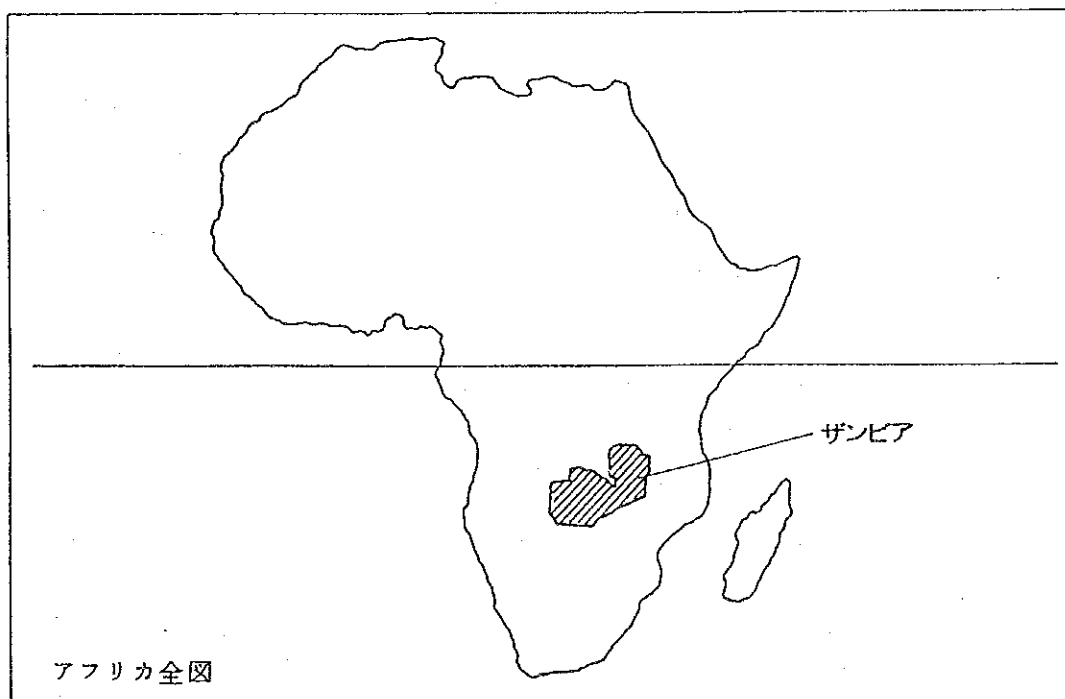
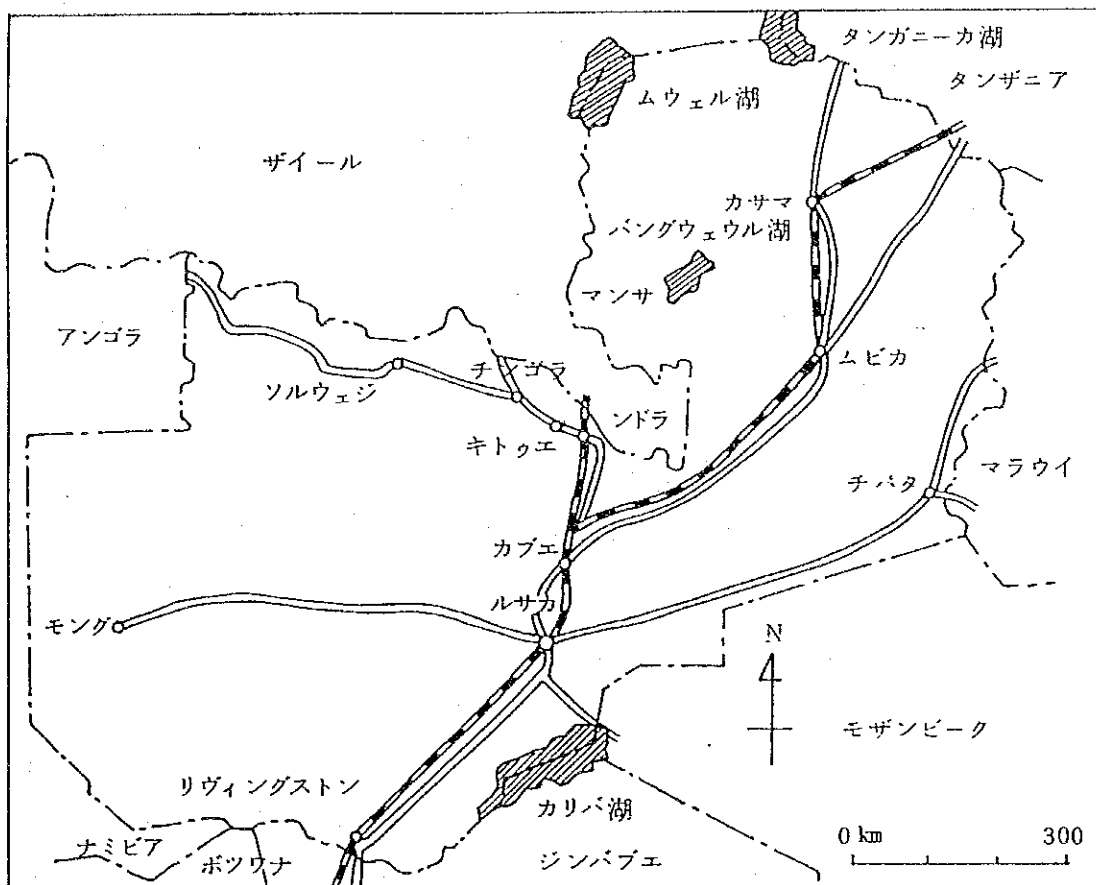
県知事  
District Governor

県評議会 (District Council)

- 特別市 評議会 — City Council
- 市 評議会 — Municipal Council
- 町 評議会 — Town Council
- 地方 評議会 — Rural Council

ZAMBIA ; Japan Overseas Cooperation Volunteers in Zambia等より作成

図2-3 ザンビア全図



出典：「ザンビア国感染症プロジェクト実施協議報告書」

## 2-1-2 国家開発計画の概要

1964年の独立以来、暫定開発計画をはじめとした5つの国家開発計画（暫定、第1次～第3次、新経済復興）が終了している。

1983～1985年にはIMF・世銀の勧告を受け入れ、構造調整を実施した。しかし、これに伴う食料価格の急騰により経済政策への批判が高まったため、ザンビア政府は1987年5月にIMFの構造調整を離脱し、「新経済復興計画」を宣言した。その後1989年1月「第4次国家開発計画」を開始するとともに、世銀・IMFとの間で対話を重ね、6月には構造調整計画実施について再び世銀・IMFと同意し、現在に至っている。

表2-2 既往の開発計画

計画名	期間	概要
暫定開発計画	1964～1966年	不明
第1次国家開発計画	1966～1970年	主な目標は、①経済の多様化による銅産業以外の雇用機会の創出と国内自給率の増加、②10万人の雇用創出、③年間平均通貨供給を1人当たり61ポンドから100ドルに増加させる、④物価の安定、⑤都市と農村の経済不均衡の縮小、⑥教育水準と各種技能の向上、⑦居住環境の改善、⑧経済インフラ発展、等であった。経済成長率では目標値に達しなかったが、投資額では計画を16%上回り、大きな成果を見せた。
第2次国家開発計画	1972～1976年	第2次計画の目標は第1次計画の8項目を引き継ぐ形となったが、経済成長率目標は大幅に下げられた。また農業生産拡大が最優先とされたが、投資配分など実質上はインフラの整備に重点が置かれた。
第3次国家開発計画	1980～1984年	主な目標は、①社会主義の実現、②雇用拡大のための労働集約的な技術の採用、③経済の多様化による銅依存軽減（国産原材料を使用した農・工業と資本財生産の促進）、④農村開発の優先、⑤国内需要と輸出を可能とする産業化、⑥銅以外の鉱物資源の開発、⑦農村と都市の所得格差の縮小、⑧各地域の特徴を活かした地域開発、⑨人材のザンビア化、⑩教育・訓練設備の拡充、の10項目。 第3次計画の遂行は国内及び国外の投資資源が極めて減少したことにより制約を受け、実績も低くなった。
新経済復興計画	1987～1988年	ザンビア政府は1987年5月にIMFの構造調整計画を離脱し、新経済復興計画の採用を宣言した。この計画の主な目的は物価安定のための価格統制の復活と、財政赤字削減のための対外債務返済の停止である。現在実施中の第4次計画は、この計画に基づいて作成されたものである。

## 2-1-2-1 「第4次国家開発計画 1989～93年」

最新の開発計画は、「第4次国家開発計画 1989～93年(Forth National Development Plan, 1989～93 : FNDP)」であった。

「第4次国家開発計画」は、計画立案時のザンビア経済の状況を背景に、「新経済復興開発計画」に基づいて作成された。最大目標は、国内資源を最大限に活用する産業を育成し、従来の輸入代替政策から輸出促進型の経済構造へ移行し、自立経済を達成することにおかれ、具体的には、GDP成長率を3%とすることが目指された。

この計画の重点と目標の概略は、以下の通りである。

- ①国際収支の改善：輸入の制限と輸入品の代替生産、銅輸出依存からの脱却
- ②財政・金融：財政赤字はGDPの2%以下、インフレ率は20%以下
- ③人材育成・活用：雇用拡大（40万人）、国家人材委員会設置、女性・若年層登用
- ④民間部門の育成：民間部門生産額をGDPの45%まで拡大
- ⑤科学技術の振興：研究・開発部門への積極的な資金・人材投入
- ⑥地域開発：地域格差解消を図る資源優先割当、地域特性活用の経済的自立

1989～1993年の期間内における見込み投資額は次のようである。

総額 23,000.0 百万 クワチャ  
保健医療関係 861.8 百万 クワチャ (3.74%)

表2-3 部門別投資額

(単位：百万クワチャ)

	1989	1990	1991	1992	1993	1989～93
農業・水資源	592.0	616.7	630.4	656.1	657.5	3,152.7
土地・天然資源	167.2	174.1	177.2	183.8	182.5	884.8
鉱業	1,380.0	1,422.6	1,483.5	1,576.2	1,629.8	7,492.9
製造業・商業	882.9	936.3	982.4	1,048.3	1,096.7	4,946.6
観光	134.4	141.5	147.3	155.9	161.4	740.6
エネルギー	202.2	214.6	223.5	237.5	244.7	1,122.5
運輸・通信	398.4	420.2	434.2	457.7	465.2	2,175.7
建設	229.8	243.4	253.4	268.8	277.0	1,272.4
医療	97.4	130.4	166.1	210.2	257.7	861.8
マスコミ	43.6	59.6	77.1	98.5	121.8	400.4
雇用	83.6	114.0	146.8	187.8	231.8	764.0
教育	105.1	139.0	177.5	224.4	274.2	921.1
行政機関	174.5	211.4	247.9	301.7	400.6	1,336.1
計	3,877.0	4,227.0	4,540.0	4,979.0	5,377.0	23,000.0

## 2-1-2-2 「公共投資計画 1992～95年」

「第4次国家開発計画」は、その後の著しい政治経済情勢の変化により、実状にそぐわなくなったため、実質的に中止された。代わりに「公共投資計画 1990～93」が施行された後、次いで「公共投資計画 1992～95」が策定された。

この「公共投資計画 1992～95」はチルバ新政権の経済開発政策となる。ここにおいても、銅鉱輸出依存からの脱却をはかるため、鉱業以外でザンビアが比較的優位にある産業、特に農業に開発の重点を移すことが目標に挙げられ、新政権下においても、建前上は農業重視の方針に変化はない。

投資計画の要点は以下の通りである。

- 農業—小規模農業振興、メイズ倉庫の整備、商品作物生産の拡大
- 運輸—鉄道網・道路網の再建と拡充
- 医療—プライマリーおよび予防医療の拡充
- 教育—既存初等教育の拡充

前2つの要点には、方策の妥当性をめぐる論議があるが、教育、医療、衛生、WIDなどの分野については十分な配慮がなされ、新政権の社会セクター重視の姿勢がよく反映された形となっている。

## 2-1-2-3 「経済安定化、構造調整政策 1992～94年」

チルバ新政権は、発足以来、主食のメイズの消費者価格の値上げ断行、通貨切下げ、緊縮予算発表と積極的な経済改革を推進している。この「経済安定化、構造調整政策 1992～94年 (Economic and Financial Policy Framework 1992-94 : EFPF)」は、IMFの支援下、今後3年間の経済政策の枠組みをドナー各国に明確に示すために作成された。民間経済の発展を成長の原動力とし、政府はその環境作りに政策努力するという基調である。

内容は、経済安定化政策 (Stabilization)、構造調整政策 (Structural Adjustment)、各セクター毎の政策に分かれており、大略は以下の通りである。

## (1) 経済安定化政策

- 歳入 所得税減税、税制改革、間接税増税、諸サービス料金値上げ
- 歳出 機能の地方分散、経営管理の充実、補助金削減、ドナー資金の用途特定

## (2) 構造調整政策

民間セクターの成長促進、公営企業改革等

## (3) 各セクターの政策

保健・医療分野の含まれるこのセクターに対する政策は、「社会行動計画 1992～95年」に詳述されている。

## 2-1-2-4 「社会行動計画 1992～95年」

構造調整政策による緊縮政策などにより犠牲を被る社会階層に対し、その救済のための施策を用意することは、現在の構造調整の枠組みの中で不可欠であり、ザンビア政府もこの分野に大きな比重を置いている。この「社会行動計画 1992～95年」においては、先の犠牲を被る社会層に加えて、以前から貧困であった社会的弱者を対象範囲として定めている。これによって、貧困層への即効的対策を行うとともに、今後、構造調整の進展によって新たに生じてくる犠牲に対する中期的な対策をとっていくとしている。

この計画の対象階層は、女性が主な所得者である貧困家庭、小規模農家、環境破壊にさらされている農村家庭、都市周辺の低所得家庭、老人、障害者、慢性病患者、失業者、子どもである。

主要内容は以下の通りである。

- 教育面—初等学校の維持・改修、初等学校教師養成校の改修、成人の識字教育および能動的識字教育
- 医療面—現行プロジェクト（コレラ対策等）の資金補填、農村医療センターの改修と機材供与、薬剤・医療機材の補給、プライマリー・ヘルス・ケアの拡充
- 水道・衛生面—水道政策の普及宣伝、都市周辺の水道・衛生システムの改修、農村の水道・衛生システムの改修
- 食料安全保障・栄養面—家庭毎の食料安全保障・栄養対策、政策決定、農村での食料備蓄・流通、児童栄養不良対策
- 所得・雇用面—小規模企業の振興、労働集約的公共企業の振興、民営化および公共サービスの改革
- 女性と開発—慣習的・法的な女性の経済活動参加への障害除去、NGO活動の奨励

## 2-2 中央衛生行政と保健医療計画

## 2-2-1 中央衛生行政機構

## 1) 機構

国家レベルでは、国家保健評議会 (National Health Council, NHC) が保健政策策定の総合機関である。委員は当機関の責任者である副首相によって任命され、評議会は保健相、副保健相、保健省の高級スタッフおよび関係各省庁からのメンバーによって構成されている。評議会は政府に対して国家レベルの保健政策について審議・決定する。この評議会の設定は、これまで欠けていた保健政策・方針の策定に大いに貢献しており、また保健部門と他の部門との調整や、保健だけでなく、関連部門の政策決定の責任も負っている。

1991年に立案された「保健医療改革政策（以下、ヘルス・リフォームとする）によって、国家レベルにおける保健関連の政策立案を担当するために、保健政策評議会 (National Council on Health Strategy) が設立された。

## 2) 保健省の役割と組織

保健省は保健医療行政の頂点にある。保健大臣を長とし、最高ポストは次官 (Permanent Secretary) である。保健省は、国家保健評議会の中で指導的役割を果たし、保健評議会の決定を地方へ浸透させ、また、地方への技術的支援を行う。

保健省の組織は次図「図2-4 保健省の組織図」の通りで、その管轄と機能は下記の通りであるが、組織、機能とも改編されつつある。

## ①計画開発局 (Planning and Development Division)

計画、評価および保健サービスの新規立案

国際諸機関との連繋

保健情報、要員計画

なお、医療サービス副長官 (Deputy Director Medical Service, DDMS) を長とする。

## ②保健医療管理局 (Medical Care Administration Division)

病院活動、歯科医療、看護婦、医薬品の監督調整

医療サービス副長官の管轄下にある。

## ③保健医療計画局 (Planning Health Care Division, PHC)

伝染病、国際衛生、環境衛生、免疫、母子保健、栄養、衛生教育およびプライマリー・ヘルス・ケアを管轄

同じく医療サービス副長官の管轄下にある。略称が紛らわしいが、Primary Health Care, (PHC) とは異なる。

## ④総合管理局 (General Administration Division)

財務、監査、行政、人事、住宅、交通などを管轄

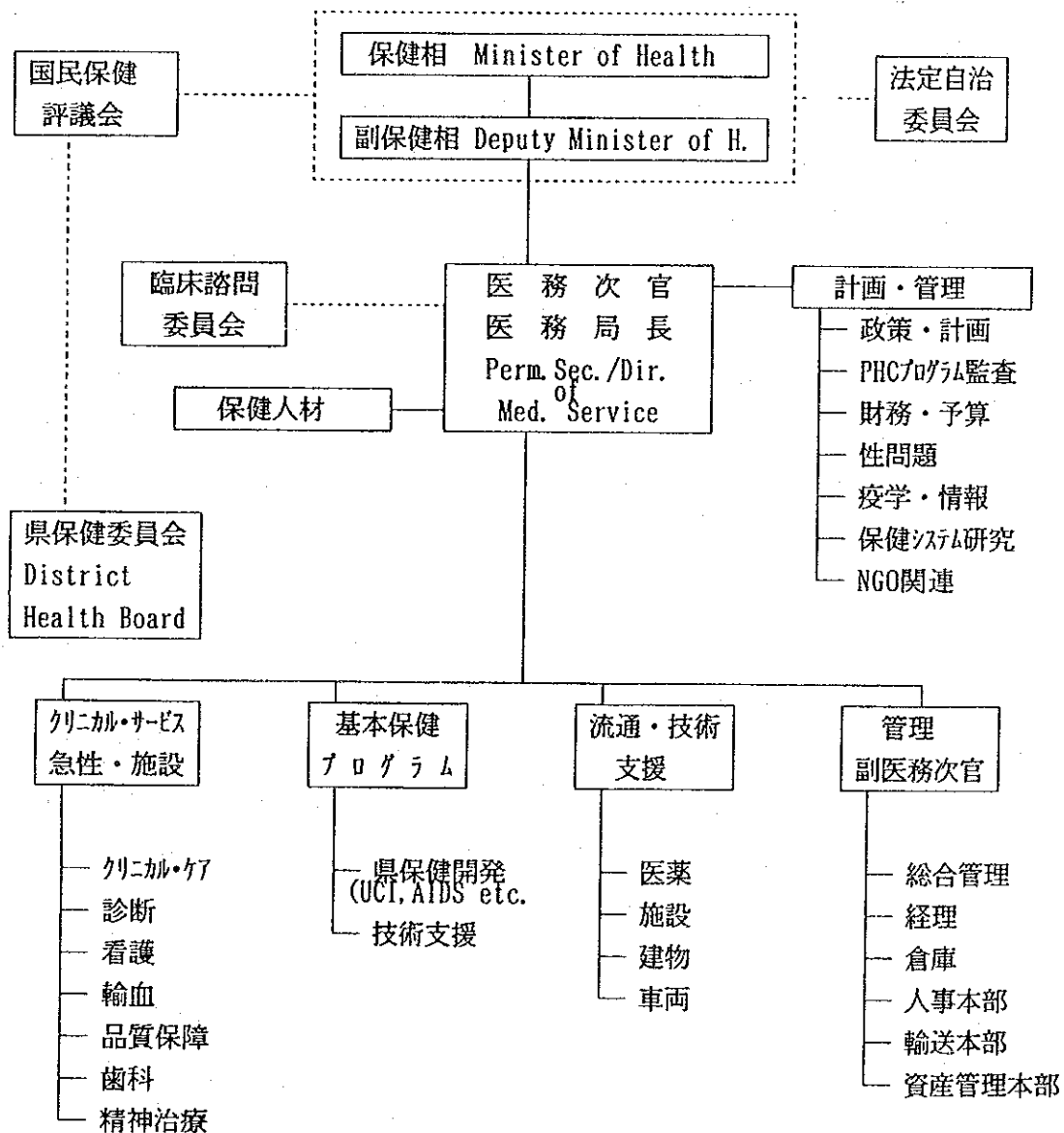
Deputy Secretaryの監督下にある。



このような陣容に対し、上記の「ヘルス・リフォーム」では、保健省は新たな機能を持たなければならないとされている(後述の「2-2-2-2 ヘルス・リフォーム」参照)。

保健省の組織は表に示す通りであるが、保健省と他の省庁、例えば農業、教育、内閣府、地方分権省などとの内部連携のメカニズムは明瞭になっていない。

図2-4 保健省の本省組織図



出典: Zambia Health Sector Study, Management Review of the MOH, Study A  
The World Bank 1992.

## 2-2-2 中央保健医療計画・予算

ザンビア政府は、1964年以来、数次にわたる国家開発計画を進めてきた。保健医療計画としては国民の保健医療向上のため、1981年にプライマリー・ヘルス・ケア（以下、PHCとする）政策を導入した。1989年に始まる「第4次国家開発計画」のなかの保健医療計画では、このPHCを中核として、保健医療政策を実施してきた。

しかし、ザンビアは依然として高い人口増加率を維持する一方、銅を含む世界的な1次産品の国際価格の低落による経済の悪化から、交通・運輸、通信、電力、上下水道などの社会基盤の整備が追いつかず、また、経済復興計画の不手際による国民生活一般へのマイナスのインパクト、食料事情からくる栄養問題等に加えて、人口増加による保健医療サービス対象者の絶対数の増大、保健医療サービスの運営管理の未熟、HIV感染者・エイズ患者の増加などにより、近年の保健衛生指標は大きく悪化してきた。このため、新たな保健医療の目標を設定し実行する必要性に迫られた。

そこで、保健省は、1991年1月、保健医療政策の再建を図るため、「ヘルス・リフォーム(National Health Policies and Strategy : Health Reforms)」と呼ばれる保健医療改革政策を打ち出した。この「ヘルス・リフォーム」は、今までの保健医療計画を全面的に見直すもので、当然これまでの諸計画を包括し、発展的に継承することとなる。

以下、これらの保健医療政策を年代を追って説明する。

## 2-2-2-1 「プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)」

上記のように、ザンビアでは1981年にPHC政策を導入したが、これは、PHCに関する「アルマ・アタ宣言(Alma Ata Declaration)」の3年後である。

PHCの実施は、「民衆による健康推進—ザンビアPHC実施(Health by The People—Implementing PHC in Zambia)」によってその基本理念が明らかにされ、実行に移された。このPHCの実施によって保健衛生指標は急速に向上し、一応の成功を収めることが出来たとみられる。

しかしながら、このPHCの遂行については、80年代の経験から、下記の点が反省された。

- ①PHCの理念、推進の方法、メカニズムが明らかでなかった。
- ②結果を急ぐあまり、包括的なPHC活動よりもEPI（予防接種）やCDD（下痢症対策）等、個別のPHCプログラムに走る傾向があった。
- ③PHCが、保健省内で重要視されず、かつ保健省の通常の活動と連動していなかった。
- ④PHCプログラムの財政的基盤が弱く、経済不況からの影響に対応できなかった。
- ⑤長期的プログラム計画がなされなかった。
- ⑥中央・地方および関連機関との連携が不十分であった。
- ④PHC遂行の最前線であるコミュニティー・ヘルス・ワーカーが30%不足し、かつ、充分機能しなかった。

以上の反省から、新たな政策が求められた。

#### 2-2-2-2 第4次国家開発計画 1989～93年

「第4次国家開発計画」における保健医療関連項目は、以下のものが含まれている。

- ①PHCの推進
- ②保健サービスの効率化と内容の充実
- ③保健サービスの地方分権化
- ④保健サービスの質および手段の増強
  - 病院新設 21ヶ所
  - 地方保健センターの建設 233ヶ所
  - 地方保健センターの改修 165ヶ所
  - 救急車等の購入 250台
  - 医療従事者の養成 6,971名（医師 229名、看護婦 3,404名）
  - 国立機関への援助
  - 薬局建設
  - チャイナマ短期大学等への援助
  - マンサ病院、レワニカ病院、セナガ地方病院等の拡張

しかし、経済環境の悪化などから、この計画も見直しをする必要に迫られた。

#### 2-2-2-3 ヘルス・リフォーム

経済環境の悪化をはじめとする保健衛生状況の変化に対応するため、保健省は1991年、「ヘルス・リフォーム」を策定し、これまでの保健医療政策を見直すとともに、将来展望、戦略および活動目標を定めた。

##### 1) ヘルス・リフォームの基本項目

「ヘルス・リフォーム」のなかで基本となる項目は、下記の通りである。

- ①保健医療サービスの地方分権化
  - 計画・予算・管理運営の権限を中央および州から県へ委譲
- ②組織の改革
  - ・保健省－規模を縮小
    - －政策・ガイドラインの策定
    - －「ヘルス・リフォーム」の運営管理、監視と、ドナーとの調整
  - ・州保健局－規模の縮小、県への技術支援

## ③運営管理の改善

各レベルにおける全ての資源、即ち財務・人材・社会基盤等の運営管理の改善

## ④各階層における地域住民の参画

- ・中央レベルでの国民保健評議会(National Health Council)の設置
- ・各県での県保健委員会(District Health Board)の設置
- ・各コミュニティでの地域保健委員会(Area Health Board)の設置
- ・病院自治運営管理委員会(Autonomous Hospital Management Boards)の設置

## ⑤ヘルス・ケアの基本計画

各県で優先項目を策定し、地域のニーズに対応

## ⑥ヘルス・ケアにおける財政の再建

- ・予算の立て直しと管理の改善
- ・保険、サービスの有料化、経費回収策の導入
- ・財政のドナー依存体質脱却の重要性認識とその対策

## ⑦ヘルス・サービスの品質の確保

## ⑧新規登録

本改革実施に必要な、登録に基づく調査のため、1930年の公衆衛生条例(Public Health Act)および関連医療法規の改正

## 2) 「ヘルス・リフォーム」の実施計画

保健省は、1992～95年にいたる「ヘルス・リフォーム」の実施のための計画として、「ヘルス・リフォーム総合実施計画(原案)、(Corporate Plan for Implementing National Health Policies and Strategies, Draft, CP)」を策定し、実施の細目と費用を明らかにした。

しかし、この「ヘルス・リフォーム総合実施計画(原案)」も後述のような問題点が指摘されている。そして、国民保健評議会の未発足、県評議会等の発足の遅れなどから、計画は既に大幅に遅れている。

## 3) 「ヘルス・リフォーム」の柱

記述の基本計画で、重要事項である地方分権化と各レベルのスタッフのプログラム運営能力の強化、組織改革、保健サービス有料化、ならびに「PHC」の見直しについて、詳述する。

## (1)地方分権化とプログラム運営・管理能力の強化

ザンビアの医療制度は高度に中央集権化しており、医療サービス、医薬品の購入、人事など、すべての運営管理は保健省で行われる。このため下位では意志決定できず、意欲と柔軟性に欠けて、また非効率でもある。これは、アフリカでは通常のこととなっているが、保健医療の公平と費用効果の点から、こうした問題を防ぐために保健医療の地方への分権化、各レベルのスタッフのプログラム運営・管理能力の強化、そのためのシステムの再構

築が必要となってきた。

現在のヘルスケア・システムは、計画からその運営管理まで高度に集中化されており、最良の施設、人員は都市に集中している。従って、人口の55%を占める地方の住民は、これらのサービスを利用しにくい状況となっている。

ザンビア政府には、ムピカ・モデル (Mpika Model) として知られる「地域開発計画」がある。これは、1980年に「地方運営管理法 (Local Administration Act)」として始められた。しかし、内部的事情から、保健医療関係は、プロジェクトの第1・第2段階では取り上げられなかった。第3段階では、3つの県において、保健医療の役割の強化が取り上げられ、北部州では33の地方ヘルス・センターと7つの病院（うち4つはミッション系）において、保健サービスの地方分権化が計画された。

この計画では、次の問題点が取り上げられた。

- 中央集権化された保健省内の複雑な管理機構
- 村委員会間のコミュニケーションの問題
- 情報システムの不備
- 県評議会と、他のセクターや、ドナーとの協調の問題
- 管理能力のある人材の不足
- 医療従事者の意欲の低さ

既述のように、新たな保健医療の目標を設定・実行するために「ヘルス・リフォーム」が策定された。この中でヘルス・ケアの地方分権化とスタッフのプログラム運営・管理能力の強化は、重要事項とされている。その政策は、

- 自治権を持った県保健評議会 (District Health Councils) および地方保健委員会 (Area Boards of Health) の設立
- 県レベルにおける政府施設の改修、人材の投入、産婆 (TBA) およびコミュニティー・ヘルス・ワーカーの採用と訓練

等が含まれており、下記の3点がキー・ポイントとされている。

- 県を保健医療サービスの計画、運営・管理の中心とする。
- 県に財政上の自治権を分与する。
- ヘルス・サービスの計画運営に住民を可能な限り参加させる。

## (2)組織の改革

### ①保健省

- 規模縮小

保健医療サービスの地方分権化に伴い、保健省は、必然的にその規模を縮小する。

- 機能の充実

保健省は、少なくとも次のような機能を持たなければならない。

ア. 開発計画予算局 (Development, Planning and Budgeting Department, DPB)

この中には、次の課を設ける (以下同様)。

- 計画課 (Planning Units)
- 人材開発課 (Manpower Development Units)
- 保健医療情報課 (Health Information Units)
- 保健医療システム研究課 (Health Systems Research Units)
- イ. 公衆衛生局 (Public Health Department, PHD)
  - 保健医療計画調整課 (PHC Coordinateing Units)
  - 防疫課 (Epidemiology Units)
  - 母子保健・家族計画課 (Maternal and Child Health/Family Planning Units)
  - 環境衛生課 (Environmental Health Units)
- ウ. 衛生管理局 (Health Quality Assurance Department, HQA)
  - 臨床保健課 (Clinical Care Units)
  - 検査支援課 (Laboratory Services Units)
  - 看護課 (Nursing Units)
  - 医薬品課 (Pharmaceutical Units)
- エ. 管理局 (Administration Department, AD)

## ②州保健局

保健省同様に、規模を縮小し、県への技術支援を重要項目とする。

## (3)保健サービスの有料化

ザンビアでは、まだ医療保険制度は採用されておらず、公的機関での保健医療サービスは原則無料となっている。一方、経済発展の停滞から後述のように、保健医療予算は低下の傾向にある。サービスの質的向上を図るためには、財政上の問題を解決する必要がある。そのため、「ヘルス・リフォーム」では、直ちに財務に関する研究グループを設置し、財源の検討をすることとした。

検討案件のなかには、予算、保険、保健サービスの有料化、寄付、コストとサービスの質等の問題が含まれているが、保健サービスの有料化は直接利用者の負担となるので、影響するところが極めて大きい問題である。

ザンビアでは、現在原則無料である政府の保健医療サービスの有料化については、4～5年前から検討されてきた。

UTHではサービス有料化による病院の収益は、運営費のわずか3%に過ぎない。西部州のミッション系病院では、4～10%であり、コンピューターによるシュミレーションでは、将来6%程度と推定されている。保健省は、医薬品の患者負担等を提言しているが、病院にとっては、収支改善の効果は大きくない。むしろ、利用者の経済的負担から、病院の利用が減少することとなる。西部州の事例では、有料化導入後、来訪患者数は50%減少したといわれている。

世帯収入支出調査によれば、地方、都市部ともに医療・医薬への支出は1%以下といわれる。このように各世帯における保健医療費支出が少ないことは、有料化による医療費負担増加の比率がどの程度あるにせよ、保健医療サービスの利用を制約することとなる。

上記のように、有料化による保健医療サービス利用率が低下する可能性があるものの、保健医療サービスの有料化は、保健医療財政改善の上から重要な政策であることに変わりはない。無論、これは、費用（受益者の負担）とサービスの質とのバランスの問題であり、優れた保健医療サービスが受けられるのであれば、有料であっても、人々はこれを求めるであろう。

また、有料化は各レベルの病院において、コスト意識と合理的な管理・運営の必要性を認識させるという意味で有意義である。従って、これまでの経験や、問題点の把握から有効な方法を探索すべきであろう。

しかし、単に費用を利用者に転嫁する前に、優れた運営・管理により効率を上げ、コストを下げる努力も重要である。

以上、この制度の導入に関する問題点を要約すると下記のようなになる。

- 価格の設定と利用率
- 負担可能なコストの見極め
- 保健医療サービスの地方分権化における集金方法と徴収金の活用
- 有料化の必要性の十分な説明（労組などに）
- 病院での会計処理の方法
- 有料化に見合ったサービスの充実
- 予防接種等の有料化からの免除

#### (4) PHCの見直し

「ヘルス・リフォーム」においてPHCも見直しが行われ、新しいシナリオが描かれた。新しいシナリオの目的と戦略的コンセプトは、次の通りである。

##### ①目的

- 地方分権化の下における優れたPHCプログラムの運営管理により、単にヘルス・サービスへの利便性だけでなく、国民の生活の質の向上と、保健医療上の問題を克服する。
- コミュニティーにおける保健上の問題を優先的に取り上げる。特に危険が大きく、社会的弱者である農村および都市周辺での女性・子供を優先的に取り上げる。

##### ②新戦略コンセプト

- 個人・家庭・コミュニティの自助努力と参画
- 公平
- 協調
- 専門技術
- ヘルス・サービスにおける予防と質の向上

##### ③新たな実施目標

以上の目的、戦略コンセプトならびに「ヘルス・リフォーム」の基本項目を踏まえて、次のような実施目標を定めた。

- 目標管理計画の導入
- 県レベルでの年報システムの導入

- ・地域の保健医療サービスの充実と、病院の環境改善目標の設定

#### 4) 問題点と勧告

「ヘルス・リフォーム」は、保健医療制度の大きな変革であり、改善の可能性についてドナーを含む関係者から評価されているが、一方では、下記のような問題点が指摘されている。

- ①現在の政治的環境から判断して、計画が楽観的すぎる傾向がある。
- ②各セクション（衛生、教育、コミュニティ）での関係者の発想の転換が必要である。
- ③多部門に亘る内外セクションに、本プロジェクトの理解が浸透するには時間がかかる。
- ④財政的枠組みが不確定である。
  - SIDAは財政的にコミット済み
  - DANIDAは財政的援助未確定、但しコンサルタントによる事前調査で援助を決定する意向
  - 英国は関心があるものの財政的援助は未決定
- ⑤政策の浸透には長時間を要するため、10年以上の継続的实施と追跡が必要であるが、そのための人材計画が不備である。
- ⑥国家、州、県の各レベルにおいて保健医療プログラムの管理者および計画者の能力が不足している。
- ⑦地方では人材不足により、従来、行政的上位のレベル並の任務と責任に対する遂行能力が不足している。従って、人材獲得のための生活環境整備が必要である。
- ⑧中央の政策と、地方の意思決定との間に摩擦が生ずる可能性がある。
- ⑨保健省の内部で既存権益を守ろうとするグループが存在する。特に、州レベルのスタッフは、各種権限が県レベルへ移管され、既得権を失うことを恐れている。また、州から県へ、人事異動が行われることに対しても、待遇や生活環境の面から抵抗を感じている。

上記問題点を踏まえて、世界銀行は、さらに、次の勧告を行っている。

##### ①政策の進め方

- 慎重に、試験区域での試行から実施する必要がある。成功の目途がつくまで施設、特に病床の増設は見送るべきである。
- 実施のための強力な権限を持ったグループまたはチームを即時編成する。
- 保健省を改革し、また、そのための外部機関の意見聴取を実施する。
- 保健医療のための社会基盤の整備を行う。
- 医薬品政策の立案・実施をする。

##### ②財政的問題

- 収支を把握し、また、そのための地域毎、施設毎のコストの把握が必要である。
- 保険・医療の有料化等を推進する。
- フライング・ドクター・サービスなどの費用効果、人件費の見直しが必要がある。
- 総合的財政計画システムが必要である。

4) は  
ネ  
西  
女



## ③人材

- 総合的医療従事者人材計画を早急に立案する。そのために、医療従事者の数と分布を把握する必要がある。
- 医師不足対策として、経歴重視の評価法と報償システム制度を導入し、推進する。
- 県保健局長(District Health Director)制度を導入し、その職務基準を明確にする。

## ④地方分権化

- 財政の地方分権化は慎重に進めるべきである。提案された19の県で、直ちに実行に移すのはやや危険と思われる。
- 「ヘルス・リフォームの総合実施計画」中の地方分権化は、予算制度ならびに実現性の上から見直す必要がある。

## 2-2-2-4 予算・投資

「第4次国家開発計画」における保健医療関係の投資額を次表に示す。

表2-4 保健医療関係の投資額

(単位：100万クワチャ)

	部 門	1989	1990	1991	1992	1993	1989-93	%
全 投 資 額	政 府	977.8	1,137.9	1,297.8	1,511.5	1,763.6	6,688.6	29.1
	国営企業	1,803.4	1,923.9	2,021.9	2,165.4	2,260.1	10,174.7	44.2
	民 間	1,095.8	1,165.2	1,220.3	1,302.1	1,353.3	6,136.7	26.7
	合 計	3,877.0	4,227.0	4,540.0	4,979.0	5,377.0	23,000.0	
医 療 部	政 府	77.9	104.3	132.9	168.2	206.1	689.4	
	国営企業	14.6	19.6	24.9	31.5	38.7	129.3	
	合 計	97.4	130.4	166.1	210.2	257.7	861.8	
門	金額に占める割合%	2.5	3.1	3.6	4.2	4.8	3.7	

1993年では、ザンビア全投資額のうち保健医療部門における投資額は企業・民間を含めて4.8%である。政府の投資額だけでは、全投資額に対して保健医療費は11.6%(206.1/1763.6)となる。

保健医療支出は、名目では大幅に増大しているものの、1984年を基準とする実質価格では、1991年の保健医療支出は、774億クワチャで、1987年の876億クワチャに比し、11.6%の減少となっている。

これを1人当たりの支出で見れば、同じく1984年の価格を基準として、1983年から1989年の間に、18.7Kから8.3Kに低下している。このような保健医療支出の低下は、保健指標の低下をもたらすと考えられるが、保健省は予防医療と低所得者の保健に重点を置いたこと、過去の投下資本の効果、外部からの支援等により保健指標は下がっていないとしている。

ザンビアにおける実際の保健医療費は、上記の投資のほかにドナーからの資金があり、全体の約30%におよぶ。ドナーからの資金は提供者側の事情により変動するので、安定した保健医療政策を実施するためにはドナーへの財政的依存から脱する必要がある。

2-3 地方衛生行政と保健医療計画

2-3-1 地方衛生行政機構

地方医療組織は、行政区分にそって編成されている。すなわち、医療組織も9つの州 (Province) と、57の県 (Districts)に分かれている。

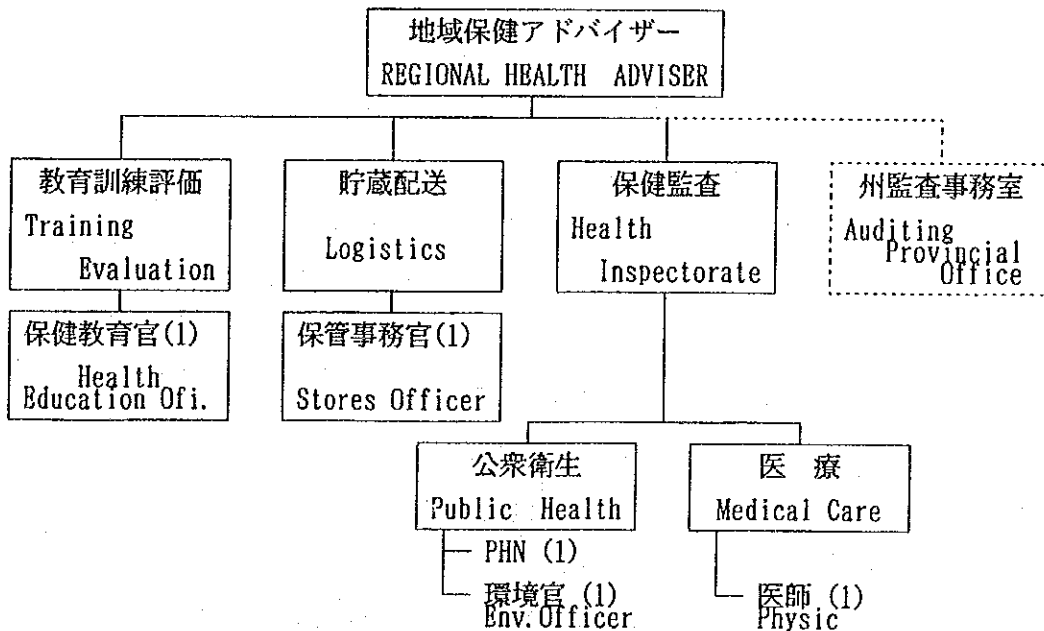
各州には総合病院があり、各県には県病院 (District Hospitals) があり、その下に農村部ヘルス・センター (Rural Health Center) がある。

2-3-1-1 州 (Province) レベル

中間組織としての州は、行政組織の中では機能が最小限にとどめてある。州における保健省の出先機関として、地域保健アドバイザー (Regional Health Adviser, RHA) がいる。その任務は県に対して技術的助言を与えることである。

各州都には州衛生局 (Provincial Medical Office) があり、ここには、中央政府から派遣された州衛生局長 (Provincial Medical Officers, PMO) が政府の代表者として州の保健医療に関する責任を持っている。さらに、県保健評議会 (District Health Councils, DHC) の取り扱う主要問題の決定についても発言力を持っている。これは、すなわち、中央政府は、州の保健医療政策に対して強い発言力を持っているということを意味する。

図2-5 州の保健医療組織



出典：Zambia Health Sector Study, Managemet Review of the MOH, STUDY A, The World Bank(Oct.1992)

### 2-3-1-2 県 (District) レベル

県には、県保健自治委員会 (Autonomous District Health Boards, DHB) があり、メンバーは市町村のなから選ばれる。県保健自治委員会は県レベルにおける保健行政政策の意志決定機関である。

以前の県保健運営管理チーム (District Health Management Teams, DHMT) は県保健自治委員会に統合され、県保健自治委員会の政策・プログラムの実施機関となっている。

「ヘルス・リフォーム」政策に基づき、1992年に県保健評議会 (District Health Committee, DHC) が設けられ、県保健運営管理者 (District Health Managers) が任命された。これには自治権が与えられ、その下に地域保健委員会 (Area Boards of Health) がある。地域保健委員会管轄する病院の運営は、自治権を持つ運営管理委員会 (Boards of Management) によって行われる。

しかし、地方には、保健省の代弁者である州衛生局長がおり、県保健評議会が取り組む主要議題の決定について発言力を持っており、どこまで地方への分権化が進められるか問題である。

県レベルの保健システムを次項「図2-6 県の保健組織」に示す。

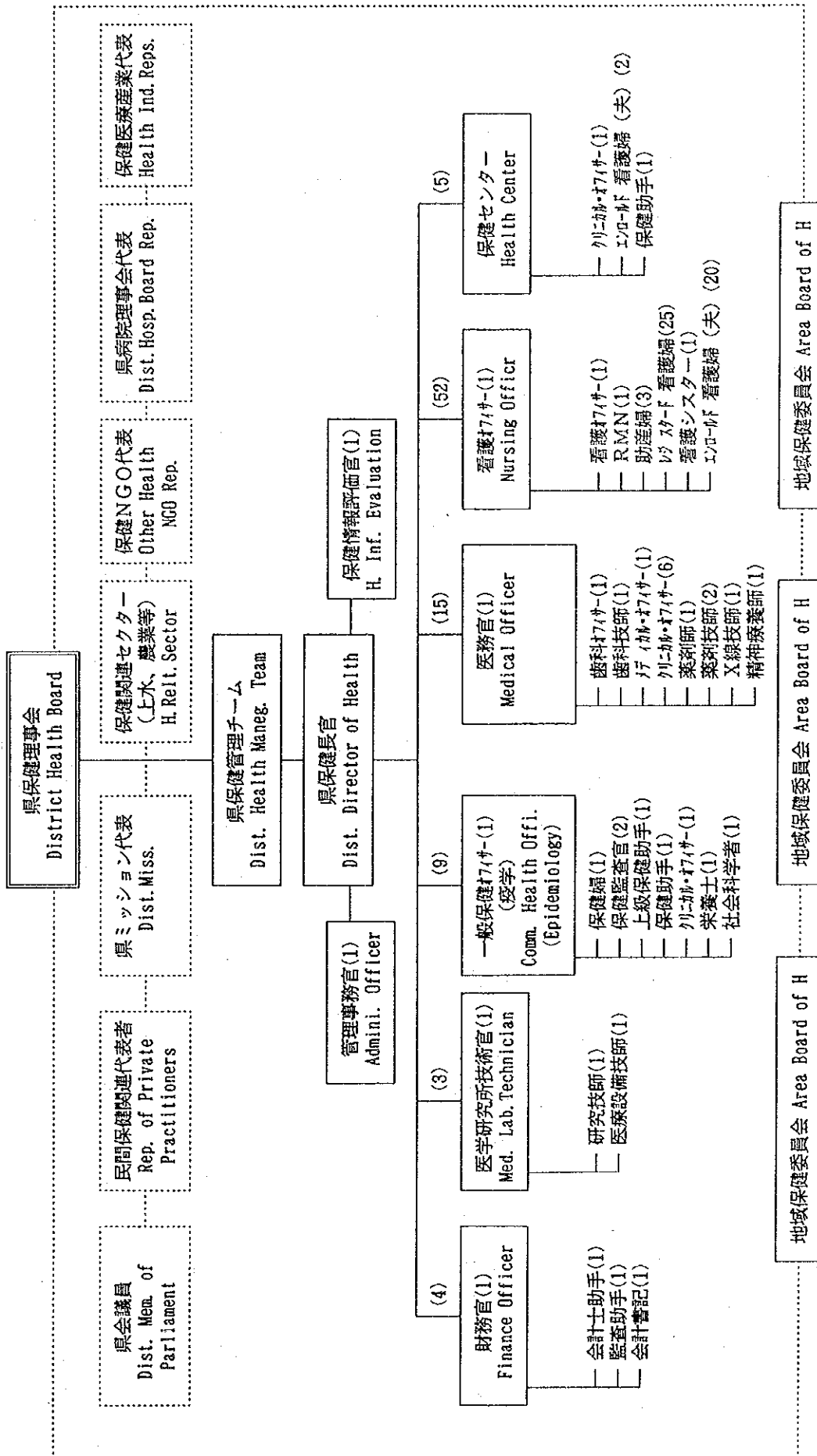
### 2-3-1-3 ローカル・レベル (市町村・レベル)

ローカル・レベル (市町村) の地域保健委員会 (Local Level Area Health Board, AHB) は、県保健委員会 (DHB) によって設立され、そのメンバーは、地域住民によって任命される。したがって、メンバーには保健医療に関する知識の乏しい者も選出されることもあり問題となっている。

政策要綱 (Policy Document) によれば、地域保健委員会の役割は、住民自身の立場からみた参画しやすい政策を立案・実施することである。従って、地域住民と強力な連携を取らなければならない。地域保健委員会は、地域にある住民保健委員会 (Community Health Committees) や、コミュニティー・ヘルス・ワーカーと協力して各組織間の重複や、不必要な官僚性を排除することも重要な課題である。

また、地域保健委員会は、村保健委員会 (Village Health Committees) や、コミュニティー・ヘルス・ワーカーにみられるような志気の低下を防ぐ責任がある。

図2-6 県の保健組織



出典：Zambia Health Sector Study, Management Review of the MOH. STUDY A. The World Bank (Oct. 1992)

### 2-3-2 地方保健医療計画・予算

現在、権限の地方分散化が図られ、各地方には、特別市、市、地方の各評議会 (City, Municipal and Rural Council) があり、さらに、地域毎に委員会が設けられている。

しかしながら、主としてマネジメントの出来る人材が不足していることから、依然として、地方において医療保健計画が組み立てられる状況にはなっていない。

## 参 考 資 料

- 『ザンビア国感染症プロジェクト実施協議報告書』  
国際協力事業団医療協力部、1990年1月
- 『ユニセフ・カントリープログラム調査報告書』  
国際協力事業団医療協力部、1991年2月
- British bilateral AID to Zambia,  
1991
- 『国別協力情報 ザンビア』  
国際協力事業団企画部、1991年2月
- Macroeconomic Environment And Health Conditions In Zambia,  
Consultant for WHO, SEP/1992
- 『開発途上国技術情報データシート ザンビア』  
国際協力事業団国際総合研修所、1991年
- ZAMBIA  
Japan Overseas Cooperation Volunteers in Zambia, MRH/1984
- National Health Policies and Strategies(Health Reforms), Confidential,  
MOH, DEC/1991
- Health Financing in Zambia: An Approach to Cost-sharing, 2nd Draft,  
Mission Report, MRH/1992
- 『青年海外協力隊報告』  
1992年
- Zambia Health Sector Study, Management Review of the MOH, STUDY A,  
The World Bank, OCT/1992
- 『アフリカ地域食料増産開発計画調査報告書ーザンビア編ー』  
(社)国際農林業協会、1989年3月

## 第3編 保健医療事情

## 3-0 統計・資料取扱上の注意点

本編では、政府系医療施設において集計され、政府（保健省、計画局、統計局等）がとりまとめたデータをもとにしながら、ザンビアの保健・医療事情を検討しているが、この統計資料を取り扱う際には、次の問題点を考慮する必要がある。

- ①ザンビア国民の多くは、病気の時、政府系医療施設ではなく伝統医療師を訪ねる、もしくはこの両者を併用する。ある資料によれば、9割の人が、病気になると、まず、伝統医療師に診てもらおうという。近年、財政状況の悪化から、政府系医療施設では医薬品が不足しており、患者が、政府系医療施設ではなく伝統医療師に流れる傾向に、拍車がかかっている、との報告もある。また、政府系医療施設ではなく、私立系病院を訪ねる患者も存在する。しかし、これらの患者は先の統計には含まれていない。
- ②患者が複数の病気を併発していることがあっても、分類上、主要な疾病あるいは死因を一つ記録するのみで、これ以外は切り捨てられる。ザンビアでは、単純に一疾患に罹るよりも、麻疹と栄養失調、結核とエイズ、下痢と栄養失調など、いくつかの病気（あるいは症状）を併発していることの方が多く、何が第一次的原因かを判断するのは非常に難しい。
- ③ザンビアは検査施設・器具が不十分であるため、正確に病気を診断することが難しい。特に末端のヘルス・センターなどでは、病気の「診断」ではなく「症状」を記録するなどのエラーが多い。臨床学的徴候のみで診断することが多く、誤診が多いと推定される。
- ④記録用紙の不足により、記録ができない、データが提出されない等の事態が生じる。しかし、これ以前に、実際にデータに携わる医療従事者が、データ収集・記録に対する正しい知識、あるいはその重要性に対する認識を持っておらず、正確に記録されていない。
- ⑤患者が、複数の異なる医療施設を訪れたり、より設備の整った施設に照会される場合、その都度、新規患者として重複して記録されることがある。
- ⑥疫学的分析上不可欠である正確な人口動態データが、地域レベル・全国レベルのいずれでも不十分である。
- ⑦ルサカのような大都市では、死亡の約75%が病院で発生するため、記録もなされる。また、埋葬許可を得るため、死亡届けが提出される場合が多い。一方、農村部では、大半が自宅で死亡し、届出も無く、死亡の実態が把握できていない。
- ⑧経済が低迷する以前、1980年代中頃までは、全国で200以上のヘルス・センターが増設されている。そのため、疾病発生件数、発生率の増加は、必ずしも患者数の増加を意味しない。医療施設増設による報告率の上昇が原因である場合が考えられる。

以上の問題点を踏まえた上で、ザンビア国民の健康状況の大まかな傾向をみていく、一手段として統計データを使い、可能であれば国際機関などの調査・研究の結果で補足していく。



## 3-1 保健指標

国あるいは地域集団の健康を表現する重要な指標を以下に示す。乳児は政治・経済の動向を背景にした医療、栄養、生活環境に、他の集団よりも強い影響を受けるため、その死亡率は重要な保健指標である。妊産婦死亡も同様な理由で重要であるが、この国では信頼できるデータがない。

表3-1 保健指標の年次推移

年次	粗出生率 <sup>1)</sup>	粗死亡率 <sup>1)</sup>	乳児死亡率 <sup>2)</sup>	5歳未満死亡率 <sup>2)</sup>	寿命(男/女)
1950	56.8	32.0	259		
1960				228	
1963	51.0	19.6			41.8/45.0 43.4(全体)
1965				203	
1970				172	
1974	48.6	20.3	141		44.3/47.5 45.9(全体)
1979	52.0	21.0	140		46.7/50.0 48.3(全体)
1980	49.2	14.8	100.5	146	50.4/52.5 51.4(全体)
1985	49.7	13.2	89.6	138	52.9/55.0 53.9(全体)
1990	49.5	11.7	79.0	120	55.4/57.5 56.4(全体)
1992			108		

1) 人口 1,000人対  
2) 出生 1,000人対

上記表、次項2図ともに次の資料より作成

- National Health Policies and Strategies (Health Reforms)
- Rural/Urban Differentials in Health in Zambia
- Zambia Demographic and Health Survey 1992.

図3-1 出生率および各種死亡率の年次推移

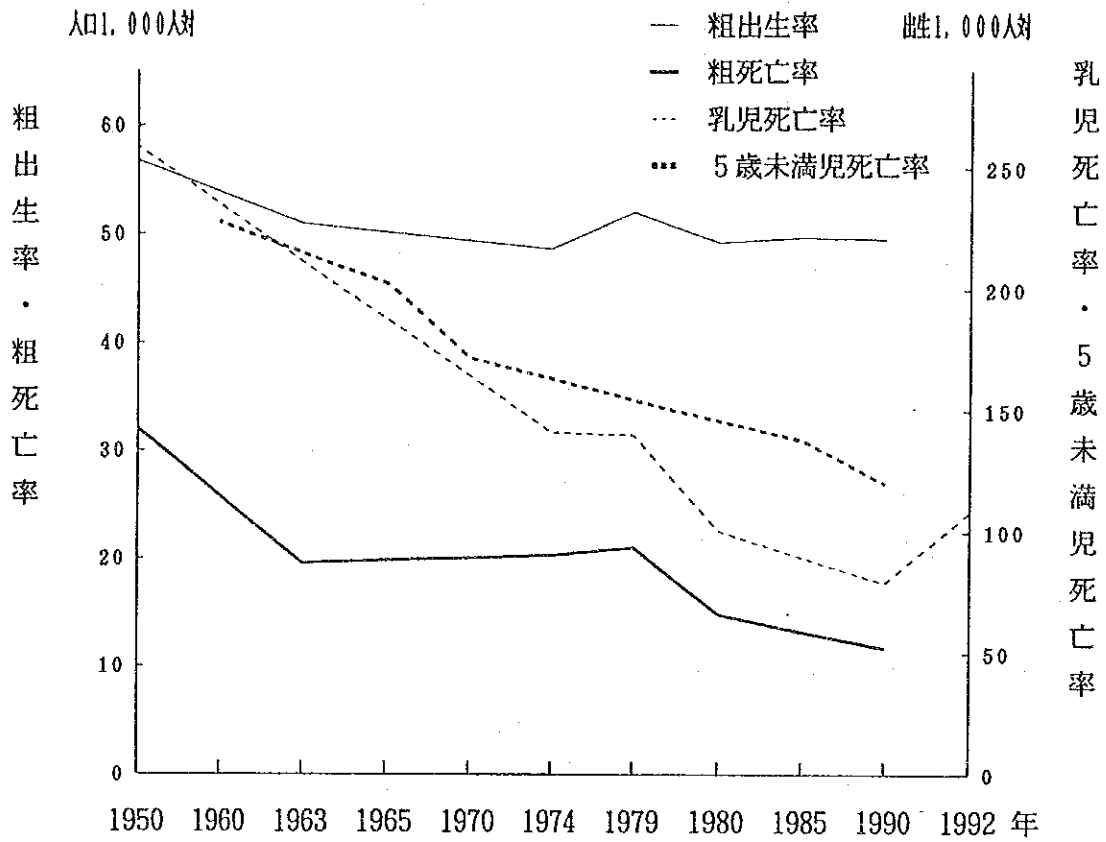
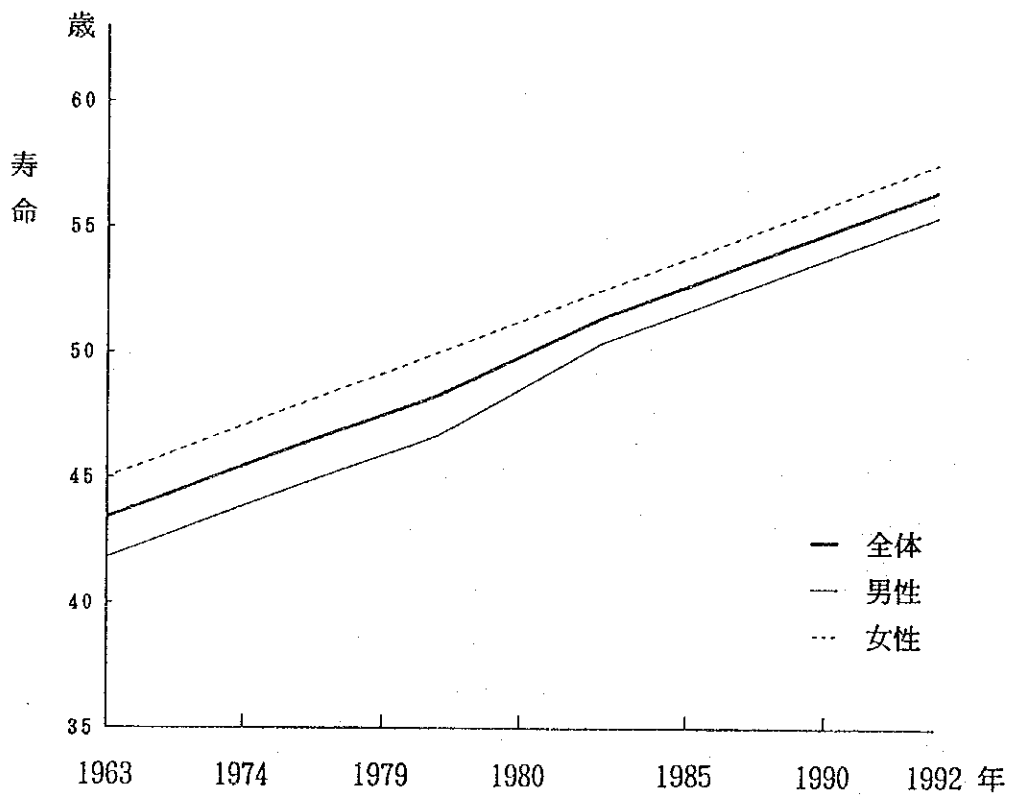


図3-2 平均寿命の年次推移



UNICEFは『世界子供白書』において、子供や女性の保健・衛生状態を示すいくつかの指標の中から「5歳未満児死亡率」を取り上げ、区分している。すなわち、①「非常に高い国(出生1,000人対141以上)」、②「高い国(同71~140)」、③「中程度の国(同21~70)」、④「低い国(同20以下)」の4区分である。ザンビアは②「高い国」に属しており、①から④を合わせた全129カ国中、高い方から数えて44番目である。

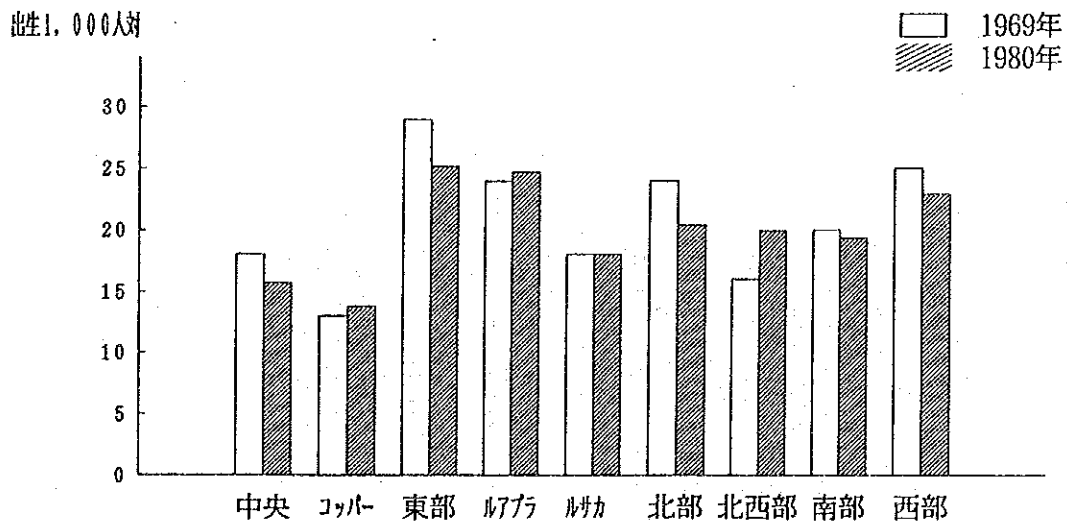
全体的な傾向としては、出生率、死亡率、乳児死亡率、幼児死亡率、平均寿命のいずれにおいても、この40年間、国民全体の健康状態は向上しているといえる。しかしながら、州別幼児(1~4歳)死亡率からわかるように、地域格差が大きいことが問題である。

表3-2 州別幼児(1~4歳)死亡率

州	1969	1980
中央	18	15.7
コッパベト	13	13.8
東部	29	25.2
ルアブラ	24	24.7
ルサカ	18	18.0
北部	24	20.4
北西部	16	19.9
南部	20	19.3
西部	25	22.9

(出生1,000人対)

図3-3 州別幼児(1~4歳)死亡率



出典: Rural/Urban Differentials in Health in Zambia (表・図とも)

1970～1980年代中頃までは、銅鉱輸出の最盛期で国家財政も豊かであった。保健・医療設備も拡充され、これによって保健指標も改善された。しかし1985年以降は、銅の国際価格下落による経済危機のため、国民の栄養摂取、保健医療サービスは量・質ともに低下してきている。さらに、エイズの爆発的増加が、疑いなく、この国の疾病・死亡構造に大きな影響を与えている。

これらの要因の複合的結果として、乳児死亡率の増加、寿命の低下などが発生しているのではないかと論議されている。1992年発行の『ザンビア人口動態・保健調査 (Zambia Demographic and Health Survey)』によると、この調査サンプルでの乳児死亡率は108(1992年)であり、1991年の79より29ポイント上昇している。

しかしながら、1992年末現在、この上昇を裏付けするような、全国的規模の信憑性の高い類似データは存在しない。乳児死亡率、寿命などの指標は、国民の健康状態を示すものであり、様々な問題の総合的な結果を具現する。そのため、経済状況悪化の影響が、保健・医療統計上に直ちに反映せず、時間的ズレが生じていることも考えられよう。

既述のように、統計システムが未整備のザンビアでは、乳児死亡率や寿命等の変化について言及するに足る、信頼性のある統計データを入手することは難しい。そこで、個々の疾病状況を手がかりとして、近年の保健・医療状況悪化の現状を考察する。

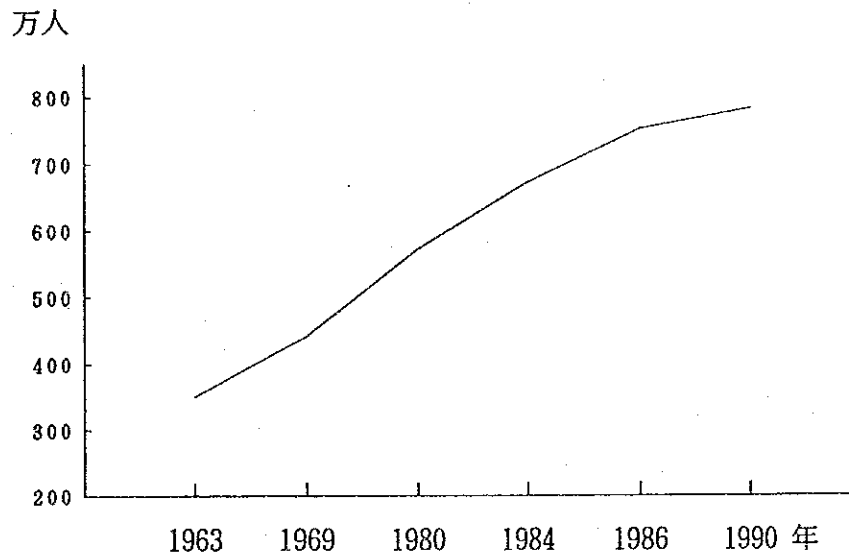
## 3-2 人口問題

ザンビアの人口は、以下のような推移を経て、1990年には約780万人となっている。このうち50.8%が女性、49.2%が男性である。

表3-3 人口年次推移

年次	人口	増加率
1963	350万人	
1969	440万人	2.6 % (対前回比)
1980	570万人	3.1 % (対前回比)
1984	670万人	3.6 % (1980~85年)
1986	750万人	
1990	780万人	3.7 % (1985~90年)

図3-4 人口年次推移



世界銀行の『世界開発報告 (World Development Report, 1992)』によると、ザンビアの1989～2000年までの推定平均人口増加率は、3.1%である。現在の3.7%より、低いとはいえ、依然として、世界で最も人口増加率の高い国の一つになっている。西暦2000年には、人口は約1千百万人になるであろうと推定されている。

1990年現在、5歳以下幼児の人口は全人口の約20%、15歳以下の子供は49.3%と扶養人口比率が非常に高い。

ザンビアの人口構造に影響を与えている主な要因は、次の4点である。

- ・高い出生率の持続
- ・死亡率の減少
- ・エイズの激増
- ・人口の都市集中

合計特殊出生率は、1965年は6.6人、1990年には6.7人と高いまま横這いの状態である(2000年には推定6.1人)。この数字は、一般的に出生率の高いアフリカ諸国のなかでもかなり高率であるといえる。ザンビアの場合、確実に減少している死亡率(「3-2 保健の指標-年次推移」参照)と、ほとんど変化のない高い出生率の差が、高い人口増加率につながっていると思われる。

しかし、近年、20歳代から40歳代までの、働き盛りの年齢層の多くがエイズに罹り、エイズが成人の死因の第1位となっていることは、二つの点でこの国の人口構造を変化させる要因になると考えられる。

一つは、出生率は現状を維持する一方で、死亡率が再び上がり(エイズは成人の死因の第一位)、皮肉なことに、結果として人口増加率が減少する可能性がある。二番目には、青年・壮年層の死亡の増加により、扶養人口比率がますます高くなることである。

ザンビアにおける人口の都市集中は、独立後から、緩やかに進行していた。しかし、近年、その速度が一気に早まり、今ではサハラ以南のアフリカ諸国の中で、最も都市化の進んだ国となった。都市(人口5千人以上、その大部分が非農業従事者)人口は、1963年に20.5%、1980年に39.9%、1990年には全人口の50%にまで進んだ。また都市人口増加率は、1965～68年には6.6%、1980～90年には6.2%である。

この急激な都市化は、都市人口の自然増加と農村から都市への人口移動の二つが主な原因である。1986年には、増加した都市人口の55%が自然増加によるもので、残りの45%は農村から都市への移住によるものであったと推定されている。農村生活の疲弊により、職を求めて、多くの人が都市へ流れ込んでくるが、増大する都市人口を吸収するだけの雇用も公共サービスの整備も追いつかないので、都市の失業率は上がり、生活環境は劣悪化する。

## 3-3 疾病・死亡

ザンビアの疾病構造を把握する手がかりとして、病院およびヘルス・クリニックへの入院の理由とそこにおける死因があげられよう。全年齢層における入院理由として、最も多いのはマラリアである。次いで正常出産、事故、下痢症、妊娠合併症、肺炎およびその他の呼吸器疾患と続く（下図参照）。

病院における死亡では、子ども（1～14歳）の栄養失調死が多いことが注目される。この傾向は、ヘルス・センターにおける入院理由・死因も同様である。

前述のように政府系医療施設において収集されたデータは限られていることなどから、エイズ関連の疾病・死亡の現状データに正確に反映されていない。

ザンビア国民の健康状態の傾向を探る一手段として、巻末に以下の図を収めた。

「図3-6 病院入院理由（早期新生児を除く1歳未満の乳児）」

「図3-7 病院における死因（早期新生児を除く1歳未満の乳児）」

「図3-8 病院入院理由（1～14歳）」

「図3-9 病院における死因（1～14歳）」

「図3-10 病院入院理由（15歳以上）」

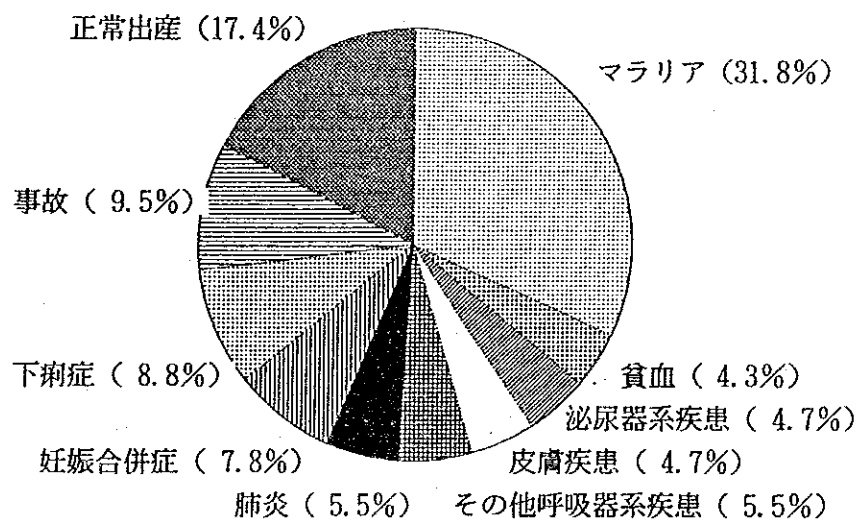
「図3-11 病院における死因（15歳以上）」

「図3-12 ヘルス・センター入院理由（0～14歳）」

「図3-13 ヘルス・センター入院理由（15歳以上）」

「図3-14 ヘルス・センターにおける死因（全年齢層）」

図3-5 全年齢層における病院入院理由



以下、個々の疾病状況を考察していく。

### 3-3-1 マラリア

マラリアはザンビア全土で見られる風土病で、全年齢層で、入院および医療施設における死亡の原因の第一位である。医療施設に報告される患者発生件数も、マラリアは急性呼吸器感染症に次いで二番目に多い。特に1978年から1988年の間に、医療施設に報告されたマラリア発生率は約二倍となり、致命率も二倍近くになっている（次頁以降の図表参照）。

この原因として、まず政府の財政難で、マラリア・コントロール・プログラム（薬剤の散布によるマラリア蚊退治）が事実上行われなくなったこと、治療薬の不足、クロロキン耐性マラリアの出現、より重症で致命率も高い脳性マラリアの増加などがあげられる。

また、マラリア、もしくはマラリア蚊の発生は気温、湿度とも密接な関係にあるので地域格差が大きく、特に緯度の低い南部や西部での発生率が高い。

表3-4 マラリアの入院率と致命率  
(郡レベルサンプル 1988年)

	患者 1,000人対入院率 (%)	致命率
都市部	14.4	7.6
農村部	8.1	14.4



表3-5 マラリア新規登録患者数

(人口 1,000人 対)

年	新規登録患者数	率	人口
1978	713,739	137.1	5,206,003
1979	761,636	141.4	5,388,213
1980	877,360	157.3	5,576,801
1981	972,285	166.6	5,837,317
1982	1,008,094	167.5	6,018,274
1983	1,287,621	207.5	6,204,840
1984	1,451,396	226.9	6,397,190
1985	1,557,267	231.6	6,725,300
1986	1,515,410	217.5	6,967,819
1987	1,530,733	211.8	7,228,058
1988	2,158,343	287.9	7,496,997

図3-15 マラリア全患者数および新規登録患者数

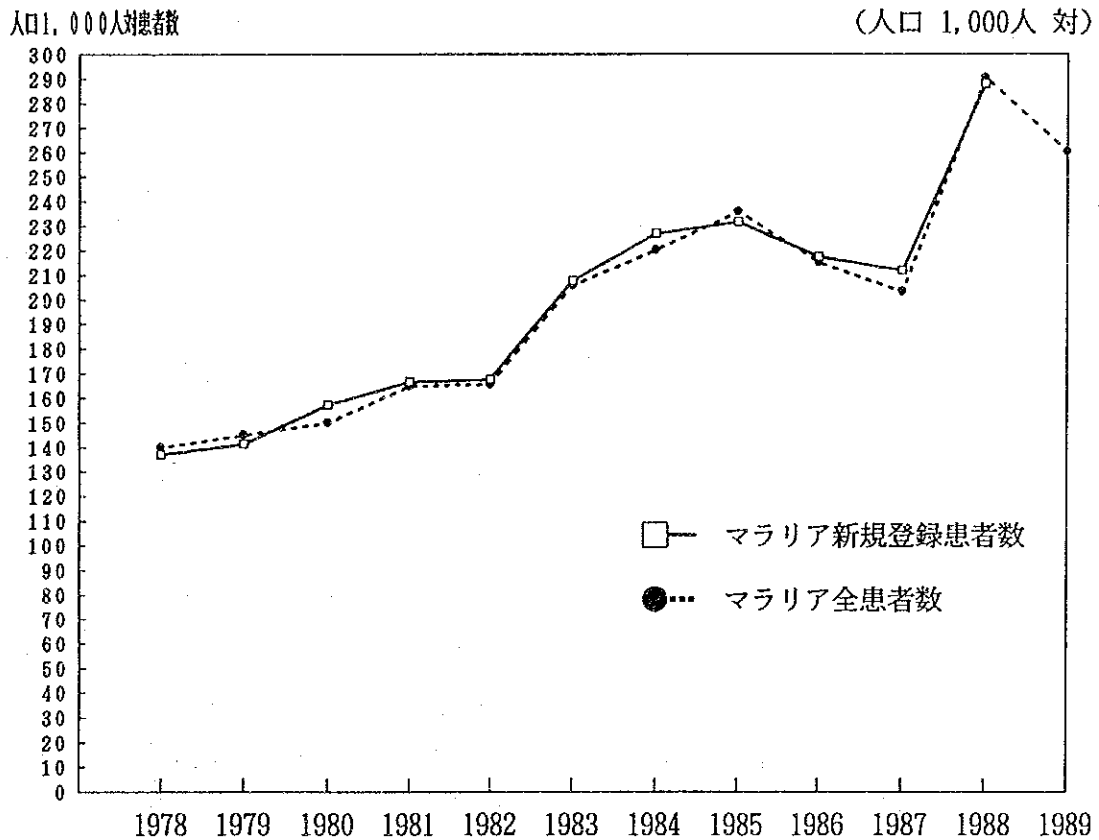


表3-6 マラリア：病院とヘルスセンターにおける外来患者・入院・死亡数

年	患者数			入院数			死亡数				致命率	
	全保健・医療施設			全保健・医療施設			病院	ヘルスセンター	全年齢	統計	(患者1,000人対)	
	0-14歳	15歳以上	計	0-14歳	15歳以上	計	0-14歳	15歳以上			外来患者致命率	入院患者致命率
1978	312,687	401,052	713,739	51,690	28,483	80,173	628	127	364	1,119	1.57	13.96
1979	454,597	307,039	761,636	47,898	30,054	77,952	679	146	302	1,127	1.48	14.46
1980	523,340	354,020	877,360	54,455	34,708	89,163	533	174	346	1,053	1.20	11.81
1981	578,542	393,743	972,285	52,080	35,693	87,773	590	157	320	1,067	1.10	12.16
1982	540,534	467,560	1,008,094	81,442	43,764	105,206	742	177	393	1,312	1.30	12.47
1983	741,244	546,377	1,287,621	71,741	55,705	127,446	940	265	420	1,625	1.26	12.75
1984	822,527	628,869	1,451,396	74,740	62,633	137,373	1,234	408	470	2,110	1.45	15.36
1985	847,994	709,273	1,557,267	74,704	65,767	140,471	1,605	556	562	2,723	1.75	19.38
1986	836,746	678,664	1,515,410	82,486	72,010	154,496	1,576	566	572	2,714	1.79	17.57
1987	828,530	702,203	1,530,733	89,621	77,080	166,701	2,075	896	647	3,618	2.36	21.70
1988	1,163,558	994,785	2,158,343	107,012	90,253	197,265	2,815	1,218	851	4,884	2.26	24.76

図3-16 全年齢におけるマラリア入院患者致命率

(人口1,000人対)

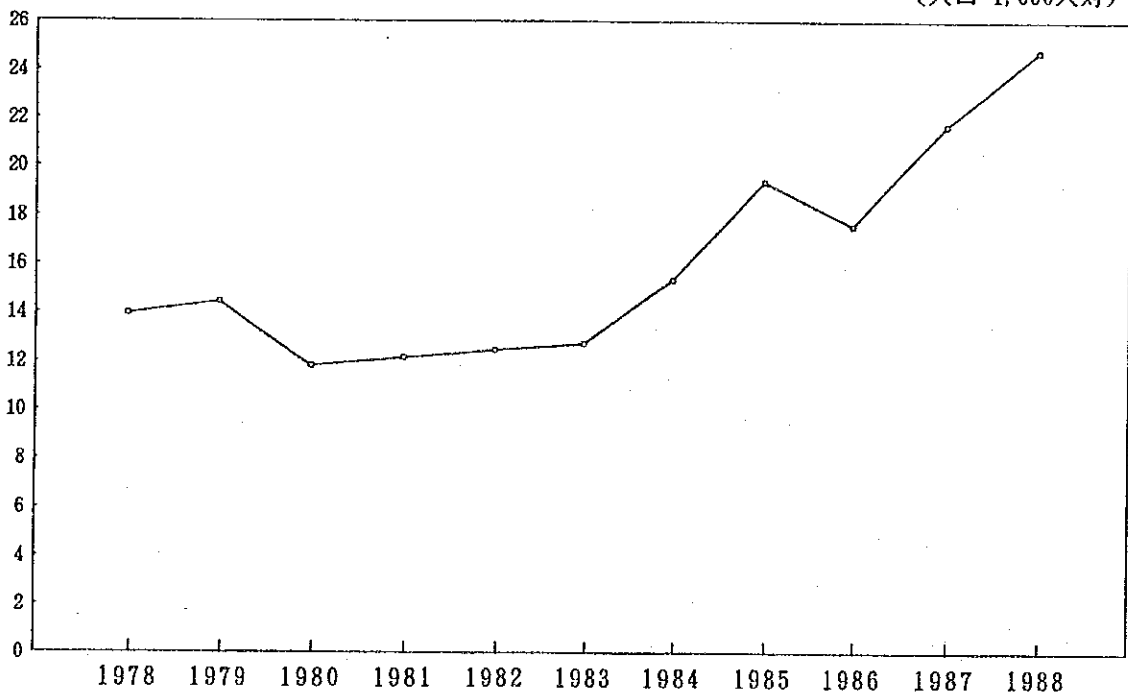


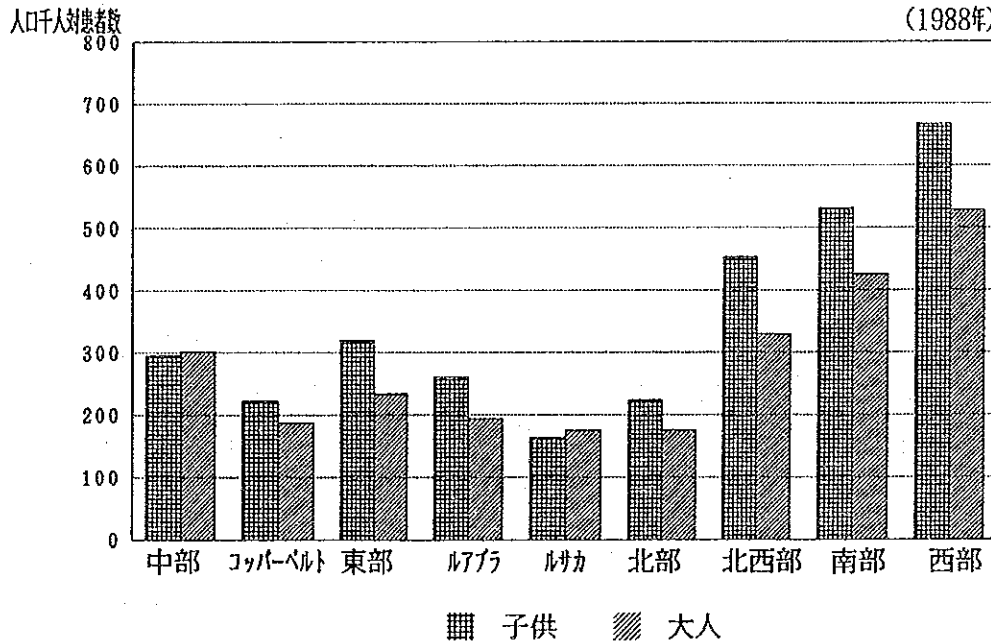
表3-7 マラリアの州別患者数

(1988年)

	外 来 患 者 数			人 口 1,000人 対 患 者 数		
	子 供 0~14歳	大 人 15歳 吐	計	子 供 0~14歳	大 人 15歳 吐	計
中 央	100,741	106,264	207,005	295.7	301.8	298.8
コ ン パル ト	195,572	169,553	365,125	223.4	187.9	205.3
東 部	126,326	95,576	221,902	319.9	234.2	276.3
ル ア プ ラ	65,895	50,419	116,314	261.4	193.5	226.9
ル サ カ	86,783	96,164	182,947	163.3	175.1	169.3
北 部	89,018	71,957	160,975	223.9	175.1	199.1
北 西 部	85,464	64,374	149,838	452.9	330.1	390.5
南 部	228,441	188,943	417,384	530.8	424.9	477.0
西 部	185,318	151,535	336,853	667.2	527.9	596.4
	1,163,558	994,785	2,158,343	315.6	261.1	287.9

図3-17 マラリアの州別患者数

(1988年)



## 3-3-2 急性呼吸器感染症 (ARI)

急性呼吸器感染症は、各年齢層にわたり広くみられる。医療施設に報告される全国患者発生件数では、マラリアを上回り、第一位である。しかし、入院数、医療施設における死亡数という点では、マラリアより少ないことから判断すると、呼吸器感染症（風邪や肺炎を含む）の場合、一応医療施設にかかるものの自宅療養が多いと考えられる。ただし、1歳以下の乳児においては、病院での死因の第一位（20.2%）である。

上気道感染症の発生率（人口1,000人対患者数）は都市部で高く、肺炎発生率は農村部に多い。1978～1988年間の発生率の変化をみると、上気道感染症はほぼ横這いであるが、肺炎は二倍以上の増加を示している。

感染状況は人口密集度にも大きく関わっており、この点で、都市部の方が発生率を高めやすいと思われる。しかし、患者が医療施設に行くかどうかは、医療施設へのアクセスの違い、薬の有無、医療施設でのケアの質の違い、重症患者の紹介の有無（都会の大きな病院へはより重症な患者が行く傾向がある）、家族の経済的・社会的地位の違いなどにより大きく左右されるので、統計分析の際にこの違いを考慮するのは難しい。

また、急性呼吸器感染症の発生は乾期に多いといわれているが、統計上の詳しい内訳は入手できなかった。

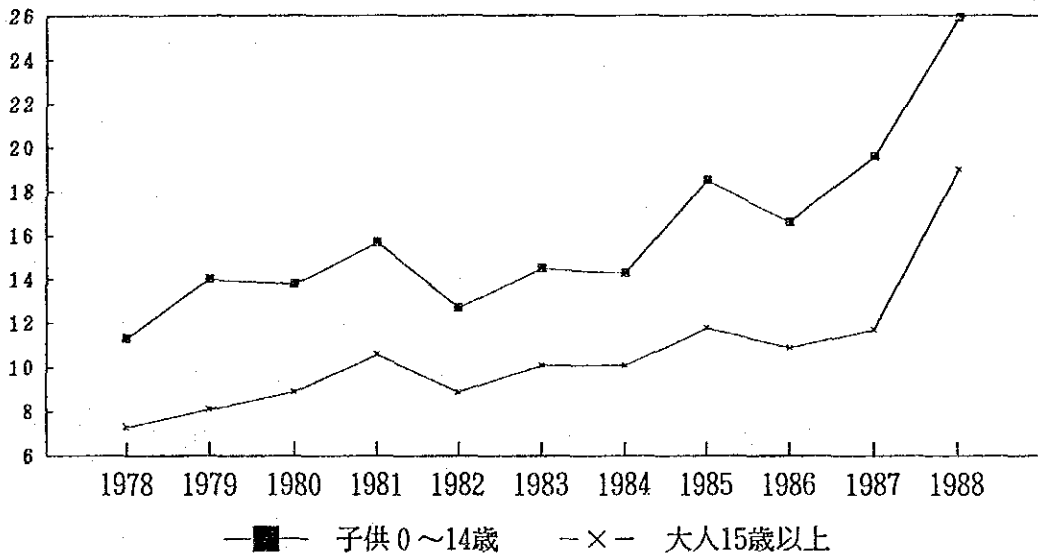
表3-8 急性呼吸器感染症の患者数および致命率（1988年）

		人口 1,000人対患者数	致命率
上気道感染	都市部	572.2	0.5
	農村部	230.8	0.4
肺炎	都市部	16.9	43.8
	農村部	24.9	22.4

表3-9 肺炎および急性上気道炎患者数  
(人口1,000人以上)

年	肺 炎		上 気 道 炎	
	0~14歳	15歳以上	0~14歳	15歳以上
1978	11.3	7.3	291.1	212.1
1979	14.0	8.1	294.3	213.9
1980	13.8	8.9	318.3	228.8
1981	15.7	10.6	346.0	250.7
1982	12.7	8.9	325.4	239.0
1983	14.5	10.1	317.6	238.8
1984	14.3	10.1	302.9	232.6
1985	18.5	11.8	300.6	231.0
1986	16.6	10.9	289.1	230.0
1987	19.6	11.7	232.2	195.6
1988	25.9	19.0	262.0	220.4

図3-18 肺炎患者数



## 3-3-3 下痢性疾患

下痢症の発生とこれによる死亡においては、特に報告漏れが多い。これが現状を把握する上で、大きな障害となっているが、既述のように、ザンビアにおける下痢感染症は、大きな死亡原因の一つである。下痢症は、全年齢層の病院入院原因の第4位、疾病原因としても第4位と、年齢を問わず頻繁にかかる病気であるが、特に乳幼児において高い死亡率を示す（巻末の付図「乳児の病院における死因」を参照）。

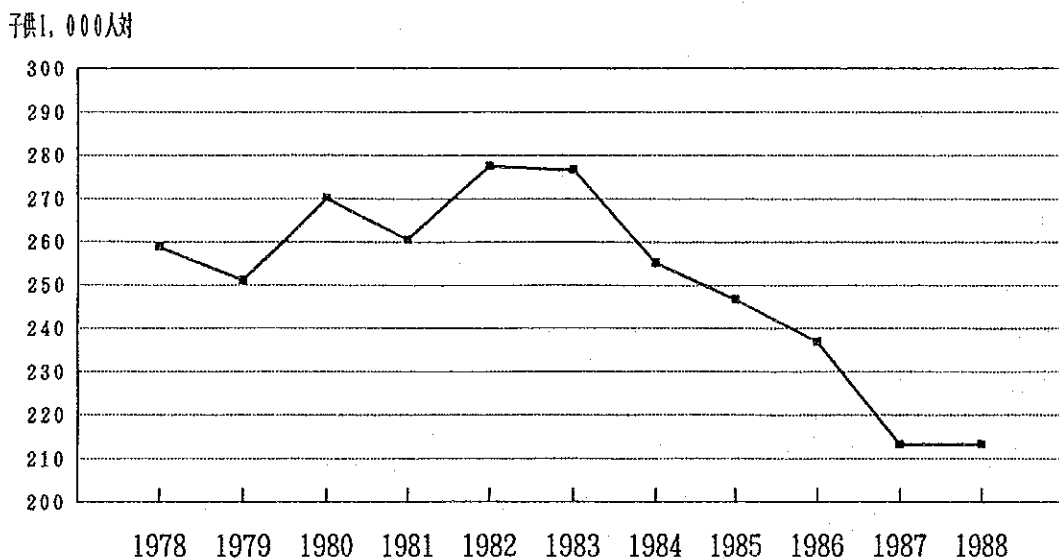
1987年、母親へのインタビューを通じて行われた「5歳未満乳幼児の過去二週間ににおける下痢の発生調査」(CDD・EPIベースライン・サーベイ)によると、調査以前の二週間に下痢に罹った5歳未満の子供は、都市部で27.2%、農村部で22.7%であった。5歳未満の子供が一年間に下痢に罹る平均回数(年間調整値)は、都市部で5.6回、農村部では4.6回となる。5歳以下幼児の死亡のうち、下痢症に関連した死亡は、都市部では55.5%、農村部では35.5%であった。

また、乳幼児の場合、麻疹や栄養失調等と合併したための下痢症も多い。

1978～1988年の間、特に1983年以降、0歳から14歳では下痢症発生件数は減少傾向にあった(下図参照)。これは、下痢症の発生そのものが減少したというよりも、家庭において経口補水療法が普及してきたことにより軽症ですむため、医療施設まで患者が運ばれてこないことによると思われる。

逆に、同時期、病院における下痢症の致命率は上がってきていて、これは、特に大人の間で顕著である。急激な都市化に伴う衛生環境の悪化、上・下水道・トイレ施設の不備、そしてこれらに起因するコレラの大流行等が関係していると思われる。コレラについては次項で述べる。

図3-19 下痢症患者数(0~14歳)



3-3-4 コレラ

下痢性疾患と関連するものの、これとは別に特筆されるべきものがコレラである。ザンビアの保健・衛生状況が、近年特に悪化していることの一つの具体的な現れが、コレラの大発生であるといわれる。

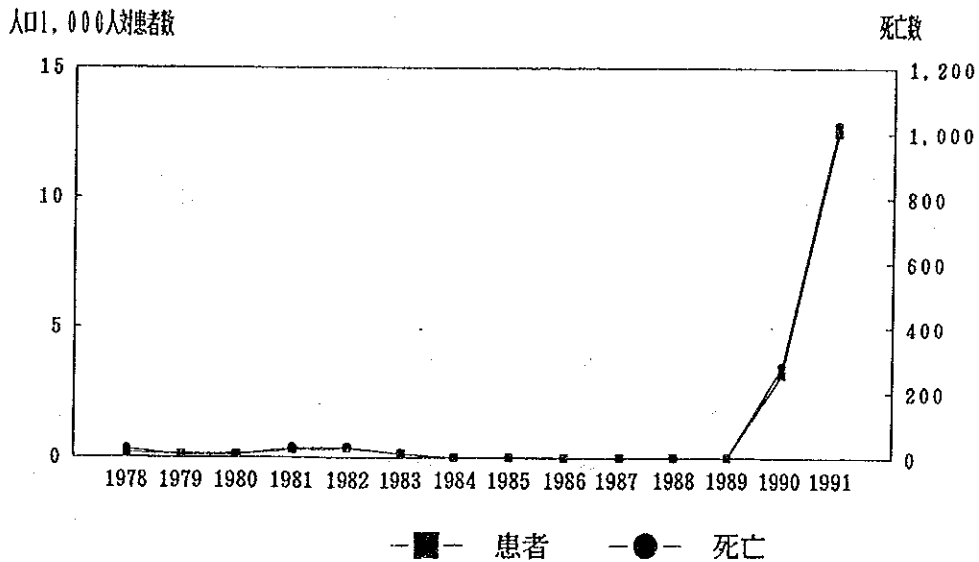
1989年以前は、コレラは北部州やルアブラ州において、局地的に、しかも限られた規模で発生しているだけであった。1979年、ザンビアにおいてはじめて、コレラが正式に報告されてから1983年まで、毎年、この二州でコレラの発生が確認されたが、1984年以降1989年末まで、正式な発生は記録されていない。

1989年の終わりに、北部州とルアブラ州からルサカ首都圏へ持ち込まれたコレラは、都市部で大流行し、続いてコッパーベルト州、中部州、ルアブラ州、北部州にかけた大発生へとつながった。翌90年のコレラ大流行は、前年の約三倍半の規模で、最終的には、全国9州のうち7州において、その流行をみた。1991～92年にかけてのコレラ大流行は、南部、中央州、東部州における旱魃の影響により、被害が大きくなった。

大流行期間	患者数	死亡数	致命率 (%)
89/12-90/4	3712	331	8.9
90/10-91/7	13154	1091	8.3
91/9 - 現在	5007	504	10.0

(1992年4月現在)

図3-20 コレラ患者数・死亡数



ザンビアにおけるコレラの発生は、農村・漁村において、あるいは国境近くで外国から持ち込まれることによって起きることが多い。都市部では、人口密集に伴う上・下水道の不備や衛生環境の悪化などがコレラを引き起こす原因となる。くわえて、人の移動（特に農村から都市部への移住が盛ん）、病人看護の方法（隔離しない）、葬式時の慣習（国民の多くがキリスト教徒であり、死体を土葬する。また葬式は職場の同僚全員が出席するなど、人々が集まる機会である）なども発生率を高めている要因であるといわれる。

致命率が都市部より農村部で高いのは、薬や点滴等の医療品へのアクセスや医療ケアという点で、農村部の方が不利であるからであろう。

前述の8～10%という致命率は、1991年のペルーにおけるコレラ禍ですら致命率が1%前後であったことと比べ、非常に高率である。この致命率の高さは、ザンビアの保健衛生状況および栄養状態の悪化などとも関連しているためであろう、とUNDPルサカ事務所代表はみなしている(1992年11月)。また、コレラは、下痢症対策(CDD-Control of Diarrhoeal Diseases)プログラムの中に組み込まれておらず、コレラ患者の処置がうまくいっていないことも大きな原因であるといえよう。

都市化が急速に進み、都市部の人口増加に住環境整備がまったく追いついておらず、ますます悪化する衛生状態の中では、コレラは今後も深刻な公衆衛生上の問題であり続けることが懸念される。

表3-10 近年コレラ大発生地区別状況

		患者数	死亡致	致命率
都市部地区	Muflira	57	3	5.3
	Ndola Urban	958	76	7.9
	Kitwe	836	43	5.1
	Chingola	77	2	2.6
	Luanshya	11	0	0.0
	Chililabombwe	2	0	0.0
	Kabwe Urban	231	33	14.3
	Lusaka Urban	465	25	5.4
都市部計		2,637	182	6.9
農村部地区	Ndola Rural	27	3	11.1
	Mwense	562	82	14.6
	Mansa	238	30	12.6
	Nchelenge	1,088	163	15.0
	Kabwe Rural	135	20	14.8
	Mazabuka	265	18	6.8
	Kaputa	55	6	10.9
	農村部計		2,370	322
都市・農村合計		5,007	504	10.1

(1991年3月9日～1992年12月3日現在)



## 3-3-5 結核

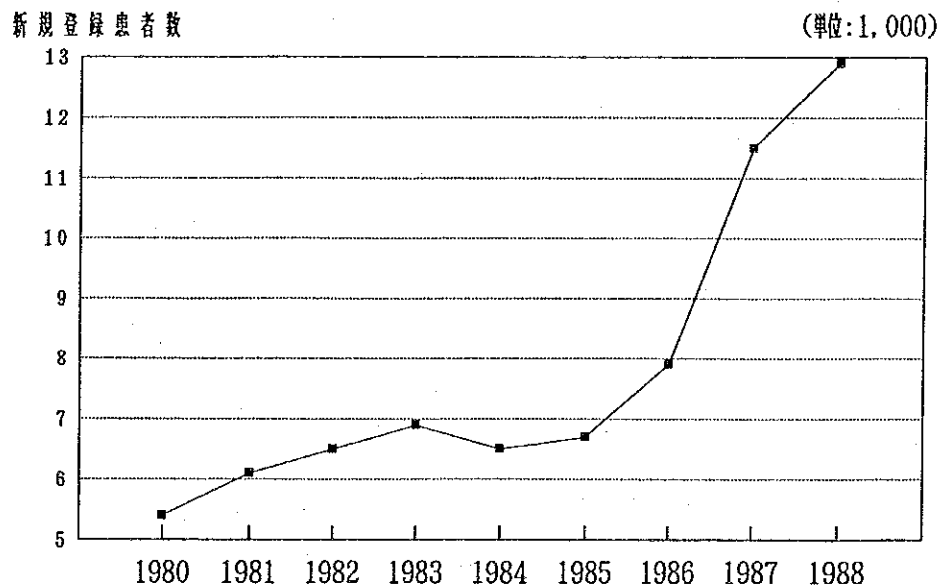
ザンビアでは、結核は古くからの風土病であった。1983～85年の間は、結核対策が功を奏し、患者発生件数もわずかながら減少傾向にあったが、1986年を境に急激な増加を示し、わずか5年の間に三倍近く増えている(下表参照)。

表3-11 結核患者推移 (1980～1988年)

年	新規登録患者数			全登録患者数		
	肺結核	非肺結核	合計	肺結核	非肺結核	合計
1980	4,730	612	5,342	15,478	1,987	17,465
1981	5,459	611	6,070	14,735	1,650	16,385
1982	5,838	681	6,519	12,981	1,372	14,353
1983	6,137	811	6,948	12,906	1,538	14,444
1984	5,842	658	6,500	10,884	1,289	12,173
1985	6,102	645	6,747	9,787	1,303	11,090
1986	7,025	884	7,909	11,170	1,442	12,612
1987	9,640	1,885	11,525	12,418	1,799	14,217
1988	10,300	2,576	12,876	12,612	2,528	15,140

\*1982年、喀痰陽性肺結核患者に対する治療法として、短期化学療法導入された。短期間での治療が可能となり、登録患者数(有病率)が減少した。

図3-21 結核新規登録患者数 (1980～1988年)



結核は主に青年層（20代-30代）に多く、大人（15歳以上）の医療施設における死亡原因の約18%をしめている。労働生産性の高い働き手である青年層に結核が多い、という事実は、保健・医療の分野のみならず社会・経済的にも、与える影響が大きいということでもある。結核は、入院率が高く、入院期間も長く、治療費も高価で、医療セクターにとっては大きな支出となる。また、結核の治療中途放棄率（一定期間必要な薬、注射などの治療を途中で中止する割合）が高く、そのため、患者本人が薬に対する抵抗力をつけてしまい完治が難しくなる、他人への感染機会が増えてしまうということも起きる。

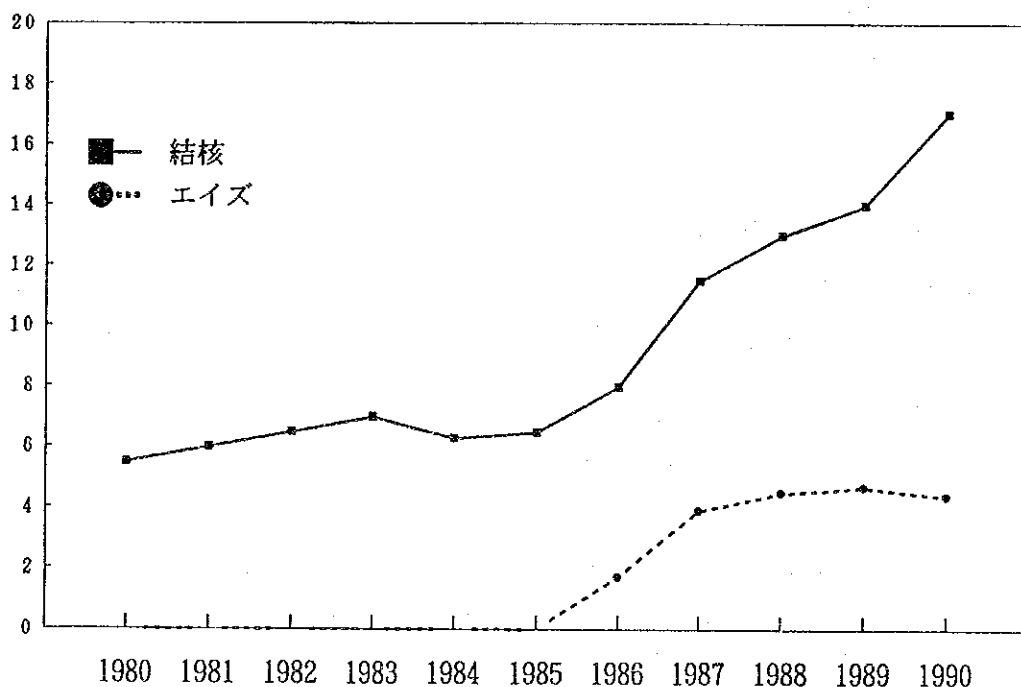
地域格差という点では、大差はないようで、1990年に行われた地区別サンプル調査によると、開放性（感染性）結核ケースは都市部で38%、農村部で35%であった。

結核は、H I V感染患者の最も典型的な日和見感染症状である。ザンビアにおける結核患者の増加は、1985年以降の爆発的なエイズ患者・H I V感染者数の増加と軌を一にしているが、この増加がエイズと大きく関連していることは、既にいくつかの研究により明らかにされている。

ルサカのUTH（ザンビア大学医学部附属教育病院）とロンドン衛生・熱帯医学大学院（London School of Hygiene and Tropical Medicine）共同の研究によると、結核の新規患者の72%がH I V感染者であった。ザンビアでは、青年層の約60%が潜在性結核感染者であると推定されているので、急激に増加するH I V感染により、潜在性結核菌が活性化して結核発生率を押し上げているものと思われる。

図3-22 結核新規登録数とH I V感染・エイズ患者数

（単位：1,000）



## 3-3-6 エイズ

サハラ以南のアフリカ諸国では、爆発的なエイズの増加が保健・医療分野のみならず、長期的には、社会・経済的にも甚大な影響を及ぼしており、国の開発自体への大きな脅威となっている。この中でもザンビアは世界でもHIV感染率の最も高い国のうちのひとつである。このように、感染率の高い国では、エイズの流行が人口増加の鈍化、乳幼児死亡率の増加(Global AIDS Fact Fileによると、5歳未満児死亡率が100の国で妊産婦のエイズ感染率が20%の場合、5歳未満児死亡率は36%上昇する)、ひいては政情不安へつながる恐れがあると指摘されている。

基幹産業の中心地コッパーベルト州では、男性HIV感染者のうち68%が銅鉱山で働く技術専門職であった。(Aids in Africa : An Agenda for Behavioural Scientist, Green E. C) エイズの増加による熟練労働者の喪失で、生産的労働人口に対する被扶養人口の割合が増加し、経済的負担が増大する結果となる。また、HIV感染が5歳未満の子供の死亡に与える影響については、数学的モデルを使ったある研究では、ザンビアのように妊産婦のHIV感染率の高い国では、近年達成された子供の保健上の様々な改善も再び悪化していくであろう、と結論づけている。

図3-23 エイズ患者年齢分布図

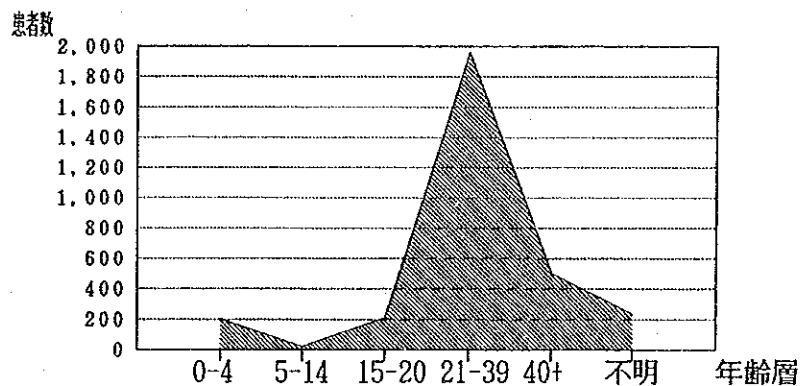


表3-12 年齢別エイズ患者と死亡数

年齢層	男性	女性	男性年齢層別割合(%)	女性年齢層別割合(%)	死亡数	対全年齢層の割合(%)
0~4	99	103	6.0	6.9	50	14.8
5~14	9	15	0.5	1.0	7	2.1
15~20	33	179	2.0	11.9	13	3.9
21~39	1,009	952	61.4	63.4	181	53.7
40+	379	129	23.1	8.6	51	15.1
不明	115	124	7.0	8.3	35	10.4
合計	1,644	1,502	100.0	100.0	337	100.0

(1985年~1990年6月現在)

全国エイズ予防対策プログラム（NAPCP）の発表によると、最初のエイズ患者が正式に報告された1985年から1990年6月までに、エイズ患者数は3,155人、エイズ関連症候群患者数は12,815人と爆発的に増えた。これは人口10万人に対して13.6人という発生率であるが、鉄道沿いの都市部ではこれよりかなり高い率を示す。

表3-13 エイズ及びエイズ関連症候群患者数

性別	患者数	割合(%)
男性	3,553	50.0
女性	3,544	49.9
不明	9	0.1
合計	7,106	100.0

(1987年～1989年7月31日現在)

ルサカのUTHでは、入院患者に占めるエイズ関連患者の割合は、1986～87年の10%から、1990年には少なくとも30%にまで上がっているという。UTHにいるJICAの専門家によると、内科の入院患者の約70%は、エイズ関連患者と推定されるという(1992年11月現在)。

UTHでの調査によると、職業と感染との間には相関関係はみられないが、感染者人口の中で専門職についている男女の割合が極端に高いことがわかった。また、ルサカにある病院ベースの調査(サンプル数1,079)によると、教育程度が高い程HIV感染率が高いという結果がでた。しかし、これはエイズ感染率の高い都市人口は、平均的に教育程度が高いことや、専門職の割合も高いことも関係していると考えられるので、さらに詳しい分析が必要であろう。

エイズ及びエイズ関連症候群患者の男女比はほぼ1:1で、これはザンビアでは男女間の性交渉による感染が多いことを示唆している。

年齢別にみると、前述したように青年層から壮年層(15歳～39歳)が圧倒的に多く、全体の60%を占めている(この社会・経済的影響については前述)。0歳から4歳の乳幼児が全体の6%を占めるが、これは母子感染とみられる。1987年に行われた109人のHIV感染の母親追跡調査によると、生まれてきた子供の母子感染率は39%で、感染した子供の44%が生後二年以内に死亡している。

地域格差という点では、感染率は一般には農村部より都市部で高いと思われているが、これは農村部のデータが少ないこと、存在しても信頼性の問題があるなどの理由で詳細はわからない。ただ、都市と農村では確かに交通の便の差異、交流等人の移動の頻度、経済状態の違い、疫学上の違い(性行為感染症は都市部で多い)、文化的違い(異性間交渉の頻度)などがあるので、都市部の方が農村部より感染率が高い可能性が大きい。

しかし、この国では、農村と都市部との間で人の移動が頻繁に行われ、特に農村から都市への移住者が多いことを考慮すると、この地域格差も縮んでいることが予想される。

感染率については、都市部を中心として色々なリスク・グループで感染率のテストが行

われている。

このサンプル調査によると、結核患者の約60%（都市部）、性行為感染症患者の50%（平均）、妊産婦の25~30%（都市部）、9~20%（農村部）近くがH I Vに感染している。

1986年からエイズ・サーベイランス・システムが開始され、医師はすべてのエイズおよびエイズ関連症候群のケースを保健省に通知しなければならないことになっている。しかし、1990年にこのシステムの見直しが行われた結果、都市部の政府の大規模病院を中心に、かなりの報告漏れがあることが明らかになった。

これによると、1990年に発生したエイズおよびエイズ症候群ケースのうち、地域別では、農村部の病院の91%、都市部の病院の40%しか報告を行っていない。また、セクター別の報告率は、政府の病院では55%、ミッション系病院では83%であった。エイズがこの国の国民一般の健康状態のみならず、広く社会・経済的に与える影響を考えると、医療従事者が正確な状況把握の重要性を認識し、それを適切な予防・対策に役立てていくことを自覚することが急務であると思われる。

## 3-3-7 ハンセン病

ハンセン病の有病率は、1980年の人口1万人につき31.3人から1988年の8.13人（全患者数では、同18,270人から6,095人）に確実に減少してきている。また、ハンセン病罹患率も州により多少のばらつきはあるものの、全体として1988年には1983年の約3分の1に減少した。

結核・ハンセン病専門病院によれば、これらの改善は、複数薬品治療法（MDP-Multiple Drug Therapy）が始まり、治療期間が従来よりかなり短くなったことが大きな要因と思われる。また、地区レベルでのコミュニティに対する保健・衛生教育の普及と患者早期発見の努力により、病気が進行しないうちに病院に連れてこられるようになり、治療が短期間で済み、感染の可能性も減ったことも関係している、ということであった。

表3-14 ハンセン病登録患者数(有症者数推移)

年	中央	コッパーベルト	東部	ルアブラ	ルサカ	北部	北西部	南部	西部	合計	人口10,000人
1981	1,203	1,311	1,204	2,514	1,074	2,906	1,703	2,044	4,311	18,270	31.30
1982	1,775	1,148	1,113	2,146	559	2,708	1,136	2,130	3,927	16,642	27.65
1983	1,343	1,511	1,135	1,453	704	2,101	1,220	1,989	3,727	15,183	24.47
1984	1,058	1,152	1,173	1,607	591	2,088	984	1,906	3,179	13,738	21.48
1985	1,162	1,517	1,045	1,405	496	1,928	944	1,706	2,406	12,609	18.75
1986	1,043	1,415	896	1,320	473	1,732	608	1,349	1,656	10,492	15.06
1987	1,043	1,517	895	994	429	1,732	585	1,349	995	9,539	13.20
1988	523	967	261	790	257	1,200	527	930	640	6,095	8.13

表3-15 ハンセン病新規登録患者数

年	中央	コッパーベルト	東部	ルアブラ	ルサカ	北部	北西部	南部	西部	合計
1981	55	71	43	130	6	76	109	143	305	938
1982	202	78	39	71	62	71	115	101	271	1,010
1983	301	113	67	155	59	96	94	160	395	1,440
1984	217	112	51	100	74	94	88	78	324	1,138
1985	125	87	69	136	71	58	81	82	324	1,033
1986	111	110	36	75	98	69	74	59	328	960
1987	41	73	40	104	37	60	103	55	52	565
1988	35	66	37	96	32	56	95	8	58	483
人口1,000人	0.51	0.37	0.46	1.87	0.30	0.69	2.48	0.09	1.03	0.64

図3-24 ハンセン病全登録患者数

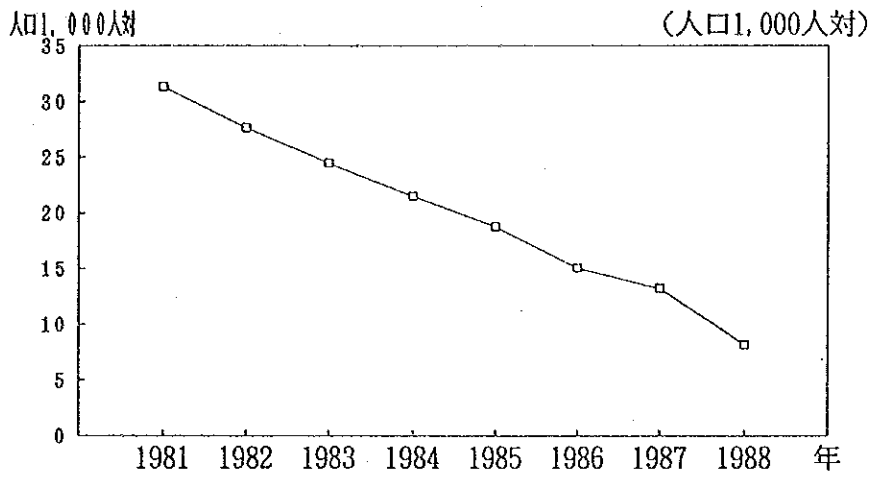
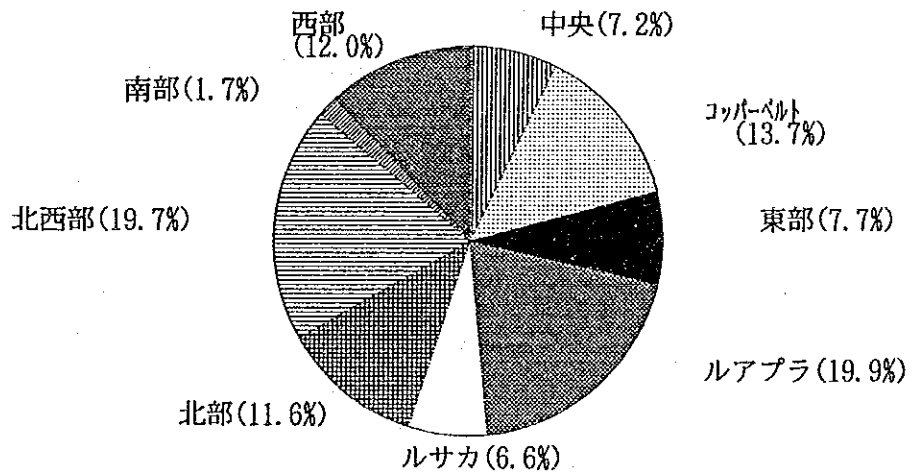


図3-25 ハンセン病患者数州別割合



## 3-3-8 住血吸虫症

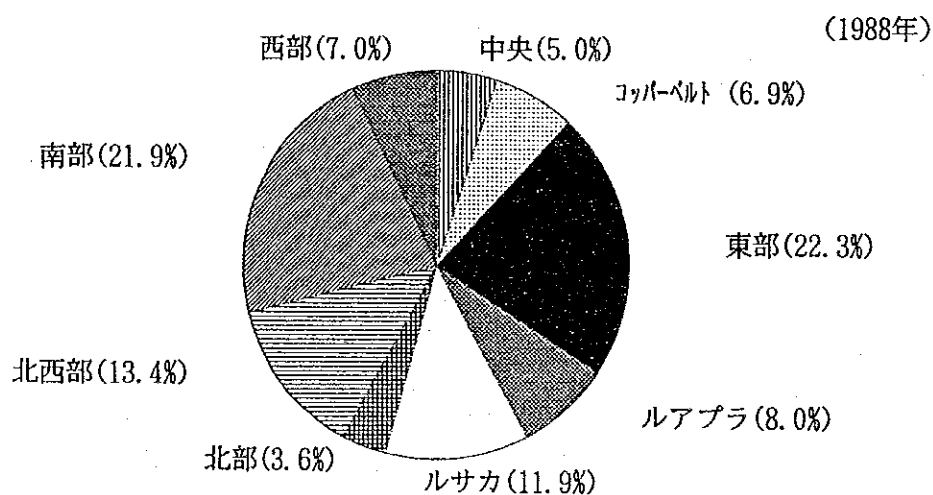
住血吸虫症は、ザンビア全国でみられる病気である。特に外来患者数が多いのは、東部州（全体の22.3%）、南部州（同21.9%）である。発生率では、北西部州が千人につき36.9人と一番高い。1988年の入院患者は、マンソン住血吸虫症（肝・腸官系）が664人、ビルハルツ住血吸虫症（膀胱系）が594人、その他284人となっている。

表3-16 住血吸虫症州別患者数

	1987年 患者数	1988年		
		患者数	人口	人口1,000人対
中央	8,087	5,307	692,796	7.7
コッパーベルト	4,820	7,271	1,775,936	4.1
東部	19,684	23,597	803,042	29.4
ルアブラ	5,409	8,492	512,638	16.6
ルサカ	10,578	12,525	1,080,425	11.6
北部	3,345	3,814	808,593	4.7
北西部	13,682	14,145	383,730	36.9
南部	20,483	23,149	875,037	26.5
西部	6,481	7,343	564,800	13.0
合計	92,569	105,643	7,496,997	14.1

(1987~1988年)

図3-26 住血吸虫症州別患者数





## 3-3-9 髄膜炎菌感染症と髄膜炎

髄膜炎菌髄膜炎は、急性バクテリア感染症である。致命率は高く、適切な治療を受けなければ、患者の50%以上が死亡するといわれている。ザンビアでは、1988年に、この病気による入院患者の28%が死亡している。

脳脊髄膜炎は、この国では報告義務のある疾病（法定伝染病）であるが、報告漏れが多いとみられている。1987年には213件の発生と65件の死亡（致命率31%）、1988年には73件の発生と21件の死亡（致命率28%）が報告されている。

ウイルス性の脳膜炎には、様々感染源（病因）があるが、ほとんどが他の病気に関連して起こるものである。一般的には死に至ることはないが、ザンビアでは致命率が28%（1988年）であった。

表3-17 髄膜炎菌感染症と骨髄炎症の入院数・死亡数・致命率

	髄膜炎菌感染症			髄膜炎症		
	患者数	死亡数	致命率 (千人対)	患者数	死亡数	致命率 (千人対)
1978年	79	13	164.6	1,277	356	278.8
1979	88	11	125.0	1,035	305	294.7
1980	98	23	234.7	1,073	332	309.4
1981	114	15	131.6	1,132	299	264.1
1982	168	29	172.6	1,410	387	274.5
1983	85	24	282.4	1,316	364	276.6
1984	84	23	273.8	1,245	371	298.0
1985	105	16	152.4	1,136	370	325.7
1986	99	25	252.5	1,370	433	316.1
1987	75	18	240.0	1,508	550	364.7
1988	39	11	282.1	1,480	427	288.5

(1978~1988年)

## 3-3-10 性行為感染症

性行為感染症の発生率（政府系医療施設データ）は、1980年代を通して横這いで、全国で15歳以上人口千人につき67人（1978～88年）となっている。地域格差が大きく、都市部と鉄道沿いの州で高い。都市部での性行為感染症発生率は、農村部の約2倍である。また、統計上は女性より男性感染者が多いが、これは性行為感染症のうちのいくつかの疾病は、女性は罹患しても症状があらわれにくいことや、自覚症状があっても体面を考慮し、なかなか医者にかからないことが関係していると思われる。

「全国性行為感染症対策プログラム」では、伝統治療（薬草利用など）の活用が考えられている。

近年、性行為感染症は、エイズとの関わりで特に重要な問題となってきている。全国5つの州のデータをもとにした調査では、1991年、性行為感染症患者のうちHIV感染者の割合は35%、高いところでは71%にもなる。

表3-18 性行為感染症患者数

(1988年)

州	新患者数	大人1,000人対患者数
中央	24,967	71
コッパーベルト	53,877	60
東部	22,404	55
ルアブラ	13,604	52
ルサカ	53,053	97
北部	13,204	32
北西部	10,969	56
南部	43,539	98
西部	21,420	75

表3-19 性行為感染症 性別および地域別患者数

(1988年)

	男性	女性	全体
都市部	54.9	39.6	47.3
農村部	28.5	22.5	25.5

(人口1,000人対)

## 3-3-11 子供の感染症

他の多くの途上国と同様に、ザンビアでも子供たちに対して麻疹、ポリオ、百日咳、ジフテリア、破傷風、結核の6つの伝染病に対する予防接種のプログラム(EPI)を行っている。このプログラムの詳細は後述するが、全体としては、今のところかなりの成功を収めているとみられる。すべての病気についての医療施設への入院数、死亡数の詳しいデータはないが、1978年から1988年の10年間にわたる14歳以下の麻疹と百日咳の入院数と死亡数は次の通りである。

表3-20 麻疹と百日咳の入院患者数、病院における死亡数および致命率

年	麻 疹			百 日 咳		
	入 院	死 亡	千人対致命率	入 院	死 亡	千人対致命率
1978	18,504	1,749	95	535	16	30
1979	15,329	1,291	84	664	9	14
1980	19,027	1,632	86	717	22	31
1981	22,460	1,612	72	394	9	23
1982	16,172	1,126	70	853	15	18
1983	19,851	1,448	73	566	8	14
1984	12,624	801	63	233	4	17
1985	14,762	1,286	87	354	7	20
1986	13,967	902	65	318	5	16
1987	14,793	1,124	76	172	9	52
1988	12,487	1,575	126	139	3	22

(対象:0~14歳)

予防接種プログラムの効果があきりと現れているか否かは、伝染病の種類により、異なるようである。

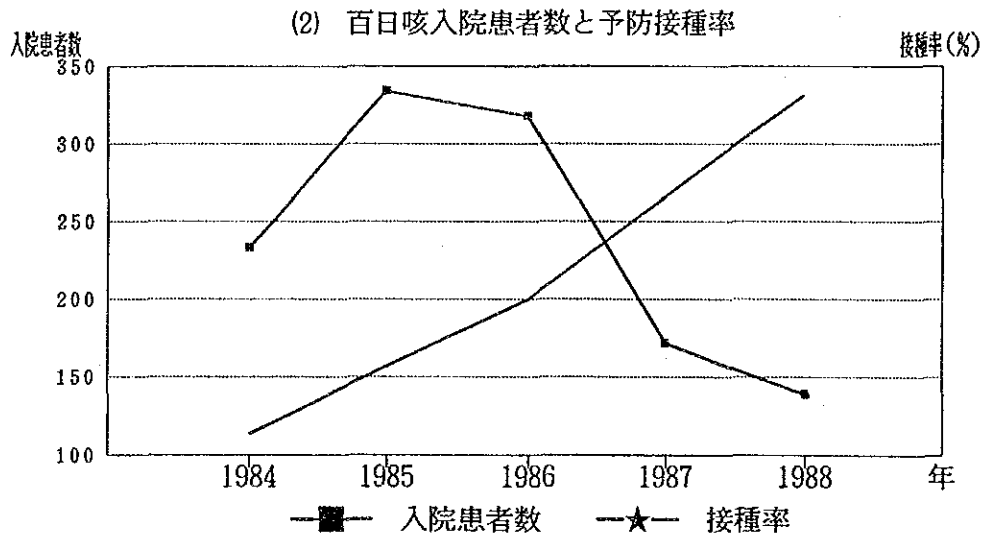
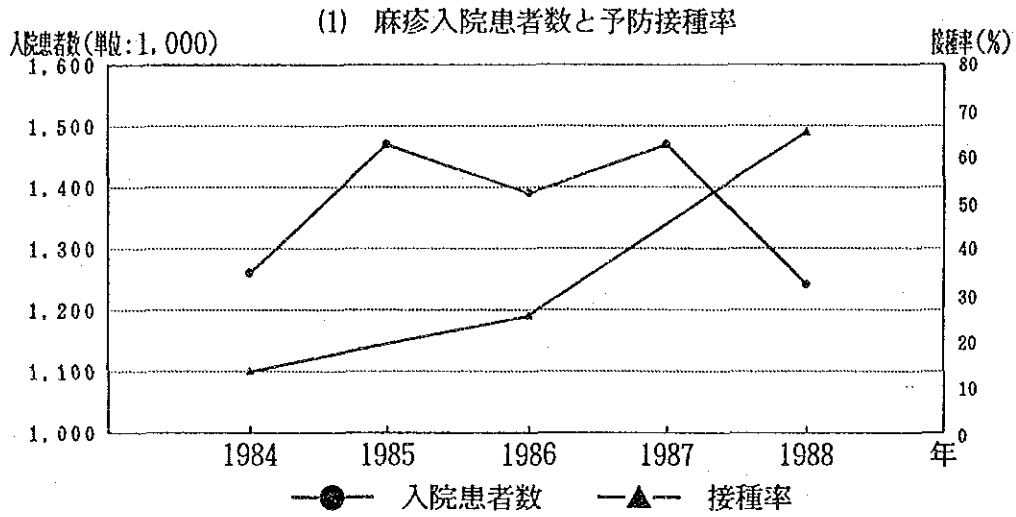
麻疹は、予防接種率は1984年から1988年の間に25%も上昇した一方で、入院数はほとんど変化がない。これは、麻疹が一歳以下の乳児に発生した場合、高い死亡率につながることに、頻繁におこるマラリア、下痢性疾患、栄養失調などにより、もともと栄養状態の悪い子供が麻疹に罹ると死亡する可能性が高いことと関係していると思われる。

逆に、百日咳は予防接種率の上昇に伴い入院数が低下している良い例である。

表3-21 地域別麻疹患者数と致命率

	子供千人対患者数	致 命 率
都 市 部	9.8	123.1
農 村 部	4.6	54.9

図3-27 麻疹と百日咳入院患者数の各疾病予防接種率



[参考]

(1歳未満、1984~1988年)

年	麻疹入院患者数	麻疹予防接種率	百日咳入院患者数	百日咳予防接種率
1984	12,624	55	233	47
1985	14,762		334	
1986	13,967	59	318	61
1987	14,793		172	
1988	12,487	80	139	82

### 3-3-12 その他の伝染病

全部で24に及ぶ法定伝染病の1987年、1988年の報告数は次表の通りである。  
報告漏れが多いこと、集計に手間取り、最新のデータが手に入らないことが大きな問題である。

表3-22 (1)

疾病登録患者数 (1987年)

	中央		コッパーベルト		東部		ルアブラ		ルサカ		北部		北西部		東部		西部		合計	
	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数
肺結核	613	44	1,252	48	733	64	424	12	1,202	11	242	4	625	12	796	29	1,223	35	7,160	259
非肺結核	37	1	65		35	2	49		75	4	17		172	3	76	2	300	11	826	23
ハンセン病	20	1	72				83		30		39	2	50	1	77	4	182	2	553	10
赤痢	8		471	2	4				15		6		28	1			22	2	554	5
脳性髄膜炎	8	3	62	30	55	10			28	4	14	2	6	3	7	4	33	9	213	65
食中毒			219	1					32		8						3		262	1
睡眠病					11				2		12	1	5	1			3		33	2
狂犬病		1	3	4	13	4	5	1	2			1							23	11
ジフテリア																				
脳炎											1	1							1	1
ポリオ			1														1		2	
産褥熱			8																8	
発疹熱			2	1															2	1
腸7A・7B・7X			61	3	4		17	6					5						87	9
回帰熱					2								1						3	
瘧																				
ブルセラ症																				
コレラ																				
レプトスピラ症																				
ペスト																				
黄熱病																				
合計	686	50	2,216	89	907	80	578	19	1,386	19	339	11	892	21	956	39	1,767	59	9,727	387

表3-22 (2)

疾病登録患者数 (1988年)

	中央		コッパーベルト		東部		ルアブラ		ルサカ		北部		北西部		東部		西部		合計	
	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数	患者数	死亡数
肺結核	515	28	1,374	33	546	30	452	12	1,785	20	269	14	654	21	870	40	1,142	31	7,587	229
非肺結核	20	1	114		78	3	16	1	104	2	6		174	2	101		232	2	845	11
ハンセン病	40		58		22		45		32		29		29		58	1	247		560	1
赤痢	1		241		3				6		1		14				23		289	
脳性髄膜炎	4		4	1	16				8	4	6	4			2	2	33	14	73	21
食中毒			4	1	1				1		1								6	1
腫瘍病					11				10		22	1	3				2		48	1
狂犬病			6	3	5		1	1	3			3			2		5		22	7
ジフテリア													1						1	
脳炎									2								7		9	
ポリオ																			1	
産褥熱	2				1														3	
発疹熱			4																4	
腸チフス・傷寒			178		10		16	5					1				3	2	208	7
回帰熱					2												29		31	
瘧																				
ブルセラ症																				
コレラ																				
レプトスピラ症	4	2																	4	2
ペスト																				
黄熱病																				
合計	586	31	1,984	38	694	33	530	19	1,931	22	334	22	876	23	1,033	43	1,723	49	9,691	280

## 3-3-13 周産期疾病・死亡

出生・死亡届けに係わる登録体制が整備されていないザンビアでは、妊娠・出産にかかわる、すなわち周産期の疾病・死亡の詳細なデータを得ることは難しい。しかし、合計特殊出生率が7人と高率なこの国においては、妊産婦死亡率は国民の健康状態を知る上で、非常に重要な情報である。

妊産婦死亡率のベースも、政府系医療施設のデータである。これが網羅する範囲が限られていることは、既述のとおりである。ザンビアでは、出産の40～50%が自宅で行われ、医療施設を訪れるのはハイ・リスク（あるいは緊急ケース）の妊婦に偏っている。これを考慮すると、妊産婦死亡率は、政府発表の出生10万対 201人（1991年）という数字より、ユニセフ発表の同 150人が妥当であろう。

ただし、中絶による合併症や死亡がこの統計には含まれていないことに注意しなければならない。ザンビアでは、「中絶」は入院原因の上位10位に入るほどで、妊産婦死亡の大きな原因の一つでもある。中絶は、医療施設外で、闇で行われることの方が多いといわれており、実際の妊産婦死亡率はこれよりさらに高くなる可能性もある。

妊産婦死亡の最多原因は、産褥敗血症、出産後の出血多量、子癇、子宮破裂、マラリア・貧血などで、これらが死因の73%を占める、という分析結果がある。また、1989年のUTHにおける調査では、妊産婦死亡率は出生10万対 299人、主な死因は、非産科的原因、中絶後の合併症、子宮破裂、妊娠中毒症、出血多量などであった。しかし、UTHには、ハイ・リスクの患者が多く運ばれて来ることを考慮する必要がある。

性行為感染症に罹っている妊婦の割合は高く、1991年のある調査で、妊産婦検診のために医療施設を訪れた妊婦の約8%が梅毒検査陽性であることが判明した。

また、10代の女性の妊娠が非常に多い。第一子出産の14.3%は、就学中の少女によるものである。また、女性の43%が、第一子を15～19歳の間に産んでいる。医学的に、このような若年層の妊娠・出産のリスクは非常に高い。さらに、妊娠によって学校を中途退学せざるをえないこと、ほとんどの場合が未婚者で経済力もなく、家族の負担が増えること、母子ともに経済的に困難な状況に置かれ、保健・栄養上も悪影響があること等、様々な問題をはらんでいよう。

1980年のセンサスによると、全出産の35%以上が20歳以下及び35歳以上の女性のハイ・リスク・グループのものである。

また、都市部の24%、農村部の21%の母親が、妊娠間隔24か月未満である。上記以外のハイ・リスクの要因として、この短い妊娠間隔の問題もあげられよう。



## 3-3-14 栄養失調

## 3-3-14-1 現状

栄養失調は、ザンビアでは深刻な問題である。保健省栄養局担当官によれば、全人口の約26%が栄養失調と見積もられている（1992年11月現在）。入院、医療施設での死亡のデータを見ると、1988年には、一歳以下の乳児の病院への入院に理由の4.5%、病院での死亡の原因の8.7%が栄養失調による。1歳から14歳ではさらに深刻化し、それぞれ10.2%、31.3%と激増している。

表3-23 病院およびヘルス・センターにおける栄養失調外来患者数

年	病院での患者数	ヘルス・センターでの患者数	患者合計	0~14歳の子供千人増給(%)
1978	15,220	30,923	46,143	17.6
1979	14,684	31,486	46,170	17.0
1980	17,383	38,404	55,787	19.9
1981	17,675	40,870	58,545	19.9
1982	18,182	36,987	55,169	18.2
1983	22,593	40,187	62,780	20.1
1984	23,033	41,327	64,360	20.0
1985	25,234	48,086	73,320	21.3
1986	24,125	46,316	70,441	19.8
1987	25,756	41,958	67,714	18.4
1988	24,830	45,909	70,739	18.6

子供の栄養失調は、以下の二種類に大別できる。

- ①長期的な食糧摂取量不足が原因で起こるマラスマス
- ②急性感染症（下痢性疾患、麻疹など）等による蛋白質不足が原因で起こるクワシュコール

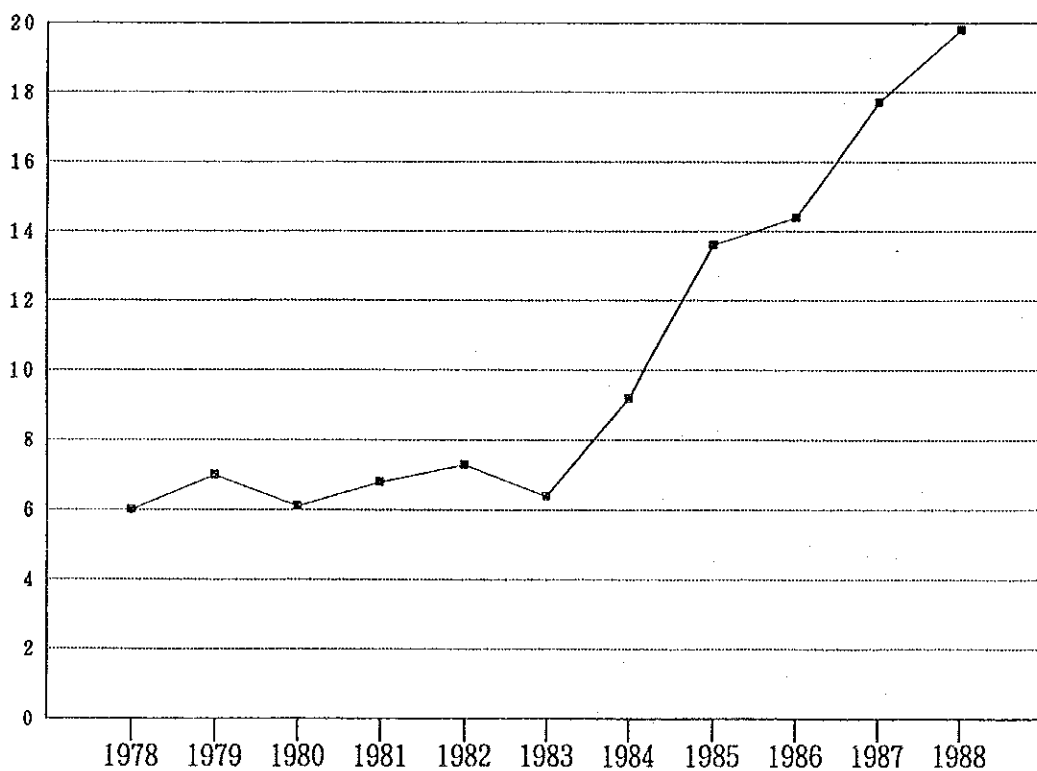
ザンビアの場合は、慢性的栄養摂取不足、特に低エネルギー量の食物を、一度に比較的多量に回数は少なく与えられ、摂取効率が悪いこと、および多発する感染症などの複合的結果によるとみられる。マラスマス、クワシュコールともに有症率は高いと思われるが、特に後述する農村データより、マラスマスがより大きな問題であると考えられる。

栄養失調の場合、感染症などの他の病気と関連しているので、報告漏れが多いと考えられる。1978年から1988年にかけては、医療施設の外来を訪れた栄養失調の子供の数はほぼ一定しているが（0~14歳人口千人対17~21人）、発育観察（体重測定）を行った5歳以下幼児の間では、低体重児（年齢に対する標準体重以下）の割合が、3倍近くに増えている（次頁の表3-24および図3-28参照）。

表3-24 5歳未満児の子供クリニックにおける発育観察参加状況

年	新規参加者数	従来の参加者数	参加者合計	発育が標準カーブ以下の子供の数	発育が標準カーブ以下の子供の割合(%)
1978	305,607	1,892,022	2,197,629	131,886	6.0
1979	151,170	1,641,640	1,792,810	126,272	7.0
1980	529,644	1,866,560	2,396,204	145,323	6.1
1981	408,982	1,663,440	2,072,422	141,492	6.8
1982	420,016	1,515,842	1,935,858	140,799	7.3
1983	359,415	1,698,604	2,058,019	131,146	6.4
1984	430,166	1,729,209	2,159,375	198,456	9.2
1985	337,547	1,486,420	1,823,967	247,553	13.6
1986	363,446	1,600,817	1,964,263	283,359	14.1
1987	298,987	1,670,532	1,969,519	349,334	17.7
1988	273,922	1,688,536	1,962,458	388,500	19.8

(%) 図3-28 5歳未満児における低体重の割合の推移



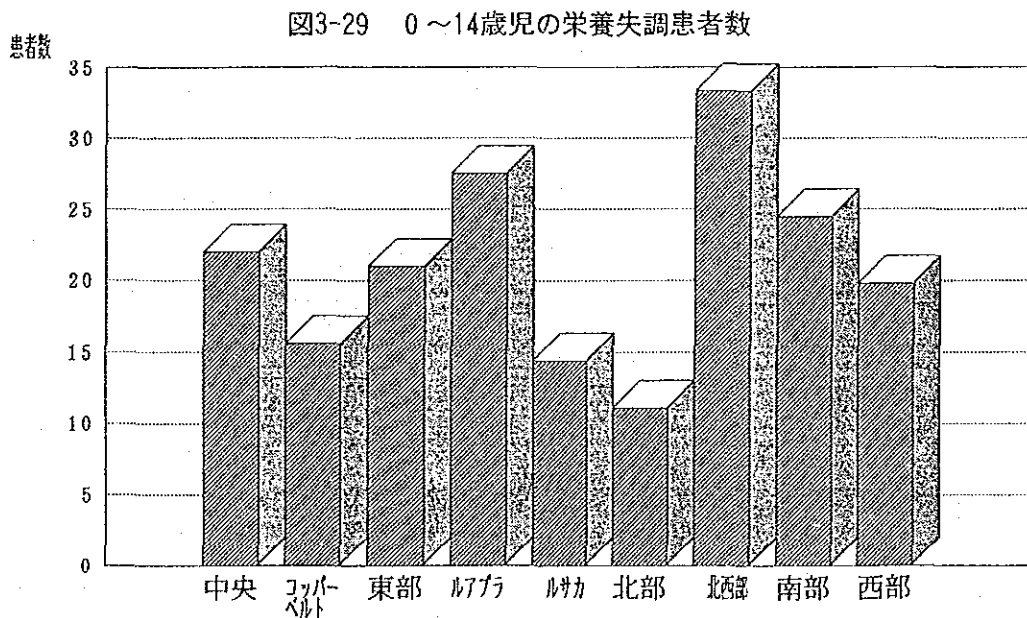
地域別にみると、低体重の割合は農村部が最も高く、その次に比較的開発の進んでいる鉄道沿いの州（中部州、南部州）、そしてルサカやコッパーベルトなどの都市部では最も低くなっている。これは、一人当たり栄養摂取量と高い相関関係があることを示している。

表3-25 子供クリニックにおける5歳児未満児の年齢別低体重の割合（%）

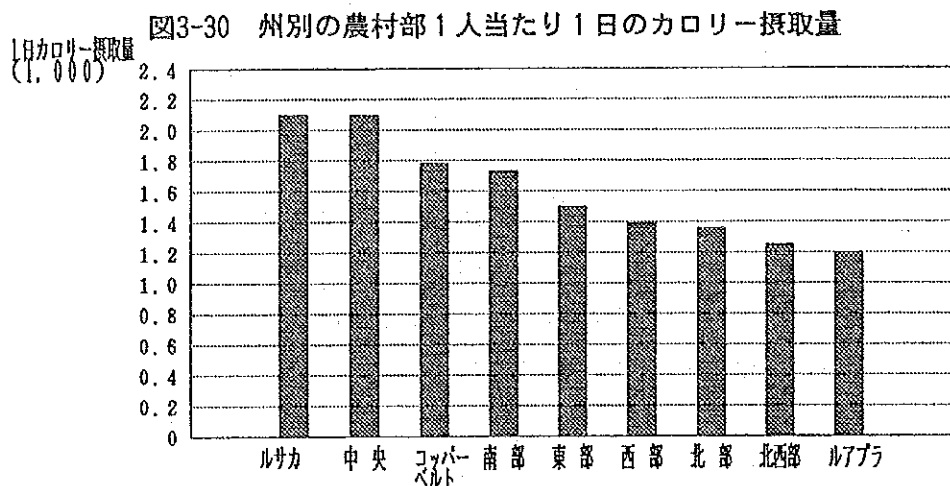
州	月 齢			
	0～11ヵ月	12～23ヵ月	24～59ヵ月	0～59ヵ月
中 央	14	27	27	18
コッパーベルト	14	20	18	16
東 部	27	41	36	32
ルアプラ	27	42	42	34
ルサカ	11	18	19	13
北 部	21	39	40	28
北西部	28	37	35	31
南 部	14	25	22	18
西 部	22	35	26	26

全国栄養サーベイランス・プログラム(1990年)

下の図3-29からも明らかなように、子供の栄養失調と各州における一人当たり栄養摂取量とは、高い相関関係にある。



注目すべきなのは、すべての州で、F A O 勧告の一日の摂取熱量2,300カロリーを下回っているという点である(下図参照)。なかでも農村部は食糧事情が悪く、その上、都市に比べると現金収入も少なく、購買力が低いことが原因で低体重児が多いものと思われる。



また、栄養失調の季節変動も、特に農村で顕著である。12～2月頃は「飢餓の季節」と呼ばれ、ちょうど食物の貯蔵がなくなる時期であり、食物の種類・量が増える収穫時期に比べると栄養失調は約二倍に増える。この時期はまた、雨季でもあり、マラリア、下痢性疾患などが増加する時期でもある。ルサカ都市部、ルアブラ、北部州における栄養失調を原因とする入院も、2月がピークとなる。

栄養失調と貧血の地域別、大人・子供別の罹患率と致命率をみると、圧倒的に農村部において栄養状態が悪く、女性と子供に貧血が多いことがわかる(下表)。

表3-26 栄養失調と貧血の罹患率・致命率 (1988年)

	性別		年齢層別		計	致命率
	男性	女性	子供	大人		
栄養失調						
都市	6.7	6.9	11.7	2.1	6.8	200.6
農村	13.0	13.6	23.7	3.3	13.3	33.7
貧血						
都市	6.8	10.7	9.2	8.2	8.7	60.2
農村	16.0	19.6	23.9	11.9	17.8	17.8

数値は、都市・農村別人口1000人に占めるそれぞれの患者の割合

農村の栄養状態の劣悪さは、農村の6～60ヵ月の子供を対象にした次のデータでも示されている。

- ・低栄養（年齢に対する体重が標準以下：栄養失調一般の指標）—— 25%
- ・消耗症（身長に対する体重が標準以下：急性栄養失調の指標）—— 4%
- ・発育障害（年齢に対する身長が標準以下：慢性栄養失調の指標）—— 54%

低栄養と消耗症は、他の南部アフリカ近隣諸国と類似の数値を示しているが、慢性栄養失調を現す指標である発育障害有症率は、突出している。これは、ザンビアにおける栄養摂取不足の慢性化が近隣諸国と比較して深刻であることを示唆しているが、詳細な原因はさらに研究の必要がある。

また、低栄養と消耗症は月齢12～24ヵ月の幼児に多いことから、離乳食導入にかかわる食物の与え方等、食生活習慣に何らかの問題があることが予想される。

個々の栄養素欠乏症で問題となっているのは、ヨウ素欠乏症による甲状腺腫（北西部州、南部州、東部州で蔓延）、ビタミンA欠乏症（全国）、鉄分欠乏症による貧血症（特に子供と妊産婦に多い）などである。

貧血は、栄養失調や他の病気と関係しているため、ここでも報告漏れが多いが、幼児の場合、特にマラリアによる貧血が多いとみられる。1～14歳の子供の貧血の1978年から1988年間の医療施設における入院と死亡の推移は以下の通りである。

表3-27 子供の貧血による病院への入院と死亡の推移

年	入 院				死 亡				致命率	
	1歳以下	対入院総数割合	1～14歳	対入院総数割合	1歳以下	対入院総数割合	1～14歳	対入院総数割合	1歳以下	1～14歳
1978	1,704	3.3	4,781	4.0	184	3.1	370	5.5	10.8	7.7
1979	1,426	2.8	3,891	3.5	143	2.5	278	4.7	10.0	7.1
1980	1,528	2.8	3,852	3.3	144	2.4	242	4.0	9.4	6.3
1981	1,755	2.8	3,878	3.3	169	2.8	233	4.2	9.6	6.0
1982	1,532	2.3	3,808	3.0	172	2.8	272	4.5	11.2	7.1
1983	2,761	3.6	5,490	3.6	232	3.6	350	4.7	8.4	6.4
1984	2,421	3.3	5,113	3.6	247	3.6	361	4.7	10.2	7.1
1985	2,882	3.8	5,048	3.7	311	4.0	311	3.7	10.8	6.2
1986	3,583	4.6	5,313	3.7	320	4.1	355	4.4	8.9	6.7
1987	3,867	4.8	6,729	4.7	401	4.3	592	6.1	10.4	8.8
1988	4,856	6.3	8,303	5.8	595	6.8	781	7.9	12.3	9.4

## 3-3-14-2 栄養失調の原因

国家的レベルでの不安定な食糧供給は、遑れれば、銅産業への大幅な依存、メイズ一辺倒で作物の多様化を図らずにきたことに代表される長年にわたる農業セクターの軽視、不適切な食糧政策、というこの国の開発問題の構造的な問題へ突き当たる。過去15年間の銅産業の衰退による経済危機や旱魃によって、現在その脆弱さを露呈しているわけである。

このほか、要因としては、食生活の習慣（離乳食でのタブー等）や育児習慣のありかたも間接的に関連しているようである。

ルアブラ州、北部州、北西部州、西部州という、常に高い栄養失調率を示している4州は、ともに一番開発が遅れているが、もう一つ、メイズの産地ではないという共通点がある。メイズ生産者に与えられる政府の補助金の恩恵も受けられず、流通の中心一市場から切り離され、各種公共サービスが及びにくくなっている状況が、恒常的栄養失調を生み出しているのであろう。

また、農業生産者は、比較的安定した食糧供給の維持が可能である、すなわち自給自足という仮定のもとに、メイズ配給クーポンの対象からはずされている。しかし、小規模生産農家は、もし余剰の食糧があっても、教育費、交通費、衣料費など生活物資の価格の上昇のためにそれを売らなければならないので、自分たちの口に入ることにはならない、というのが実状である。

イギリスのNGO、OXFAMの調査（1985年6月）によると、ナカンガ地区では、調査対象家庭の49%が調査以前5ヵ月間、全く食糧備蓄がなかった。この数字は、カゼンベで行われた類似の調査では67%にまで上がる。また、1986～1988年にかけて行われたカテテ地区ムツンヤでの調査によると、生産されたメイズの約50%は売りに出される。比較的裕福な農家で現金収入の多いところでさえ、必要な日常生活経費を賄うために、今まで以上の生産食糧が売りに出され、自家消費に回す分は一段と減ってきていることが、ルアンブングおよびカビンガ地区での調査でわかった。

国土総面積約900ヘクタール中、耕作されているのはわずか16%である。耕作されているのはほとんどがメイズで、市場で売買される農作物の70%を占め、残りはキャッサバ、ソルガム、ミレット等が栽培されている。農業部門の生産高はある程度増加しているが、急激に増加している人口に追いつかず、国内で自給自足が可能なのは、メイズのみである。そのため、ザンビア人のカロリー摂取の70%以上はメイズによってなされる。

このような農村部の現状にくわえ、都市の貧困層を対象にしている食料クーポン制度にも問題がある。発給対象者を年収20,500クワチャ以下としているが、この基準が低すぎて実際の貧困家庭の多くが対象から外されていること、店に行っても配給用のメイズがないことが多々あること、メイズの横流しがあることなどが指摘されている。また、この政府の食料配給制度も、政府自身の財政難で負担が増加し、実施が難しくなっている。

栄養失調、特に乳幼児の栄養失調の要因は以下のように集約される。

- ① 高い人口増加率に食糧生産が追いついていない。
- ② 不適切な食・離乳食習慣が乳幼児の発育・成長を阻害している。

- ③ 母親の長時間・重労働で子供のケアがおろそかになったり、母親が、家庭内での家計費や食料の管理・使用に対して、選択権・決定権をあまり持っていない。
- ④ 多発する感染症（マラリア、下痢性疾患症、呼吸器系感染症、寄生虫等）により栄養失調になり、栄養失調であるため感染症に罹りやすい、という悪循環が繰り返されている。
- ⑤ 劣悪な衛生環境下、安全な飲料水が入手しがたく、トイレの施設もないため、感染症を起こしやすい。
- ⑥ 都市部偏向の流通、農産物価格、市場政策などの社会・経済的問題が、農村部や都市貧困層の栄養問題を引き起こしている。
- ⑦ 近年の旱魃により作物生産量が減少している。1983年の旱魃で約50万人が被害を受け、1984年には約29万人、1987～88年には約19万人が食料不足に陥った。
- ⑧ エイズも栄養失調有症率を高めている要因の一つである。UTHで行なわれた調査によると、栄養失調で入院してきた子供の約25%がHIV感染者であった。

### 3-3-14-3 課題

全国規模の栄養状態を把握するためには、家族・親戚関係、伝統的な労働分業、換金作物栽培が女性の労働負担に与える影響など、文化人類学視点をとり入れた包括的な調査をして、これらの要因が国民の栄養状態に与える影響を知る必要がある。

## 3-3-15 事故・傷害

途上国の疾病・死亡の原因としては見落とされがちだが、実際にはかなりの割合をしめるのが「事故・傷害」である。

表3-28 性別・年齢層別事故の発生率

(人口千人対のサンプル調査、1988年)

地 域	性 別		年 齢 層 別	
	男 性	女 性	子 供	大 人
都市部	163.8	117.7	136.0	145.8
農村部	90.3	61.0	70.4	80.0

出典:Rural/Urban Differentials in Health in Zambia

事故発生率は、都市部は農村部の約二倍で、男性は女性より約30% 多い。都市において事故発生の危険が大きいのは、交通量が多いにもかかわらず、交通安全基準が無いに等しい状態であること、多発する暴力、環境汚染、子供への安全教育がなされず、監督も困難であることなどの様々な要素が絡んでいると考えられる。



### 3-4 保健対策・活動 —PHCを中心として

ザンビアでは、予防接種、下痢症対策、栄養失調対策（乳幼児の発育観察）、家族計画、妊産婦検診など、個々のPHC（プライマリー・ヘルス・ケア）活動を、包括的に一つのパッケージとして行っていく努力がなされている。本節では、その個々のプログラムの活動状況をみていくこととする。

#### 3-4-1 予防接種プログラム（EPI）

乳幼児の疾病・死亡の大きな原因として、伝染病が考えられるが、これらの伝染病の多くは、予防可能なものである。全国的な状況を把握するには統計が不整備ではあるが、政府系医療施設データの麻疹や結核などの入院・死亡数からも、この傾向はうかがえる。

新生児破傷風も多いと考えられるが、生後すぐに罹り、ほとんどの場合数日で死んでしまうので、出生・死亡届けも出されないことが多く、統計上は現れてこない。

子供に対する予防接種プログラムは、政府とUNICEFを中心としたいくつかの援助機関の協力の下、ポリオ、ジフテリア、麻疹、新生児破傷風、百日咳、結核に対して行われている。1979～1983年にかけて、プログラムの対象者は3歳以下の子供であったが、1983年以降は、1歳以下の乳児に絞られている。新生児破傷風に対する予防接種は、母体となる女性に対して行われるが、それまでの「妊婦に二回」という方針が、1998年に「15歳から49歳までの妊娠可能期の女性全員を対象に五回接種する」と改められた。

ザンビアにおける予防接種プログラムはある程度の成功をおさめており、新生児破傷風（接種対象者およびスケジュール変更後）を除いた全ての予防接種が、UCI（Universal Child Immunization）の目標である接種率80%に達している（予防接種の状況については後述）。

##### 3-4-1-1 予防接種プログラムの変遷

ザンビアにおける予防接種プログラムは、1975年に行われた全国予防接種キャンペーンに始まる。1982年の接種率評価調査によると、対象者（3歳以下の子供）の約49%が必要な全ての予防接種（6種類）を終えていた。しかし、その後1984年、1986年の調査では接種率が落ちていた。これは対象者が3歳以下から1歳以下の子供へ変わったためでもあるが、主な原因は、経済状況の悪化、プログラム運営能力の低さ、車両・機器材・ワクチンなどの不足、ヘルス・ワーカーのトレーニング不足、政治的支援の欠落などである。

1987年4月、当時のカウンダ大統領が、ザンビアにおけるUCIプログラムを開始すると表明し、子供の生存を支援するために、予防接種プログラムに高い政治的優先順位を置くことを約束した。そして同年から、医療施設およびコミュニティへ派遣する巡回チームによる予防接種プログラムの強化、「全国予防接種週間」を設置するキャンペーンの展開等を取り入れた「子供の生存と成長のための予防接種促進プログラム（Accelerated