

4-2-2-4 アイルランド

1) 援助協力プログラム

アイルランドの保健・医療分野への援助のプログラムは、次の2つである。

- ルサカ周辺部における妊産婦クリニックの建設・運営
- カサマ農村地域における給水プロジェクト

妊産婦クリニック・プロジェクトは、都市化の進んでいるザンビアで「都市部におけるPHC」のモデルとして、その経験に学ぶことが多い。また、給水プロジェクトは、住民参加をその基本理念とした「持続可能な開発」プロジェクト実施を試みている興味深いものである。

2) 妊産婦クリニック・プロジェクト

都市周辺部における妊産婦クリニック・プロジェクトの目的は、次の三点である。

- ①都市部周辺の住民が自分の住むコミュニティー近くで、安心して利用できる効率のよい妊産婦クリニックを設立する。
- ②現在、UTHには、ハイ・リスクや重症以外の患者（通常分娩等）が押し寄せ、本来の業務能力を越えた状況である。そのため質・量共に十分なケアを行うことが不可能になっているUTHの負担を軽減する。
- ③一般の人々に、助産婦の役割や妊娠・出産後ケアの重要性を認識してもらうよう教育を行う。

1982年に始まったこのプロジェクトは、3つの妊産婦クリニックを建設・運営し、6つの既存の妊産婦クリニックを援助している。

活動内容は、助産婦の卒業後・就業中トレーニング、妊産婦検診、新生児破傷風予防接種、分娩、産後検診、ハイ・リスク妊婦のUTHへの照会、急患の無線付救急車によるUTHへの運搬などである。統計によると、1982年にUTHにおける分娩は約25,000件であった。1982年の本プロジェクト実施後、毎年確実に減少し、1991年には約12,000件までになり、これに反比例して、アイルランドが援助した3つの妊産婦クリニックでの分娩総数は、開設以来、毎年増え続け、1991年には約26,000件となった。

このプロジェクトが成功している理由は、まず、プロジェクト・コーディネーター（アイルランド人尼僧兼医師）やザンビア人看護婦長などによるスタッフの定期的な監督システムが確立されており、助産婦・看護スタッフの士気が非常に高いことである。また、コミュニティーの母親達に対しては、UTHのような大病院では医療スタッフとの関係が希薄であるのに比べて、妊産婦クリニックでは妊婦検診時から分娩、産後検診にいたるまで同じ助産婦が親身にケアすることで信頼関係が育つことも重要である。さらに、クリニックで働く助産婦・看護婦達に対する院内トレーニングが重要視されているため、技術・ケアの質が良いことである。

クリニックでは、ハイ・リスクの妊婦、急患のUTHへの照会が迅速に行われるので、

妊産婦死亡率、新生児死亡率がともに非常に低いのが特徴である。

またこのプロジェクトは、プロジェクト・コーディネーターであるアイルランド人医師（尼僧）を除いては、すべてザンビア人によって運営・管理されており、「持続的開発プログラム」の好例としても注目すべきものである。

3) 給水プロジェクト

給水プロジェクトは、コミュニティーの住民参加と健康教育、というソフト面を重要な柱としている。井戸を掘る前に、必ずコミュニティーの住人との話し合いを持ち、住民で構成される「コミュニティー井戸管理委員会」を設置する。この委員会を中心に、コミュニティーが井戸掘りの計画の策定、井戸の設置・維持に参加し、責任を分担することが、プロジェクトの成功には欠かせない要素であると考えられている。また、井戸を設置したものの安全な飲み水の重要性を認識せず、結局使用しない、と事態にならぬよう、健康教育にも力を入れている。

このアプローチが成功していることを示す指標として、1986～87年にかけて世界銀行が設置した107の井戸のうち、現在も使用可能なものがわずか4つであるのに対して、アイルランドは1981年以来、10年以上を費やして300の井戸を掘り、現在でも290が利用されていることが挙げられる。

1993年3月から、農村におけるPHCプロジェクトにも着手する予定である。これは、保健、教育、給水、トイレ設置などを組み合わせた包括的なプログラムであるが、ここでも「住民参加」が大切な要素となる。例えば教育プログラムのためのコミュニティー委員会が設置され、もしコミュニティーとして教職員宿舎を建設するならば、アイルランドが学校の建物を建築する、というような協力・責任分担の仕方を取る方針である。

1991年のアイルランドのザンビアに対する援助総額は、175万ポンドである。これに加え、約141千ポンドがNGOとの共同プロジェクトに支出された（この総額に占める医療・保健の割合は確認できず）。なお、アイルランドも、オランダ同様、ODA活動は外務省が管轄しており、現地では大使館職員が担当していた。

4-2-2-5 NORAD (Norwegian Agency for Development Cooperation)

NORADは、ザンビアに対して、農業、水道・トイレ設置、地域開発、道路建設、学校修理・維持、エイズ・プログラム、UNFPAを通じての家族計画などの分野で援助・協力を行っている。

特に、エイズは単に保健・医療にとどまらず、社会・経済的に大きな影響を与える問題である、という認識の下に、エイズ・プログラムに力を入れている。1992年度にNORADからエイズ・プログラムへの援助を受けたNGOは、10にのぼる。中でもCMAZ (Church Medical Association of Zambia)は一番多く援助を受けている。CMAZ傘下の

約10ヵ所の医療施設でエイズ・プログラムを行っており、このうち8ヵ所では、大規模な在宅ケアが実施されている。コミュニティ全体の参加がこのプログラムの要である。特にモンゼ地区病院のプログラムは、他の施設のモデルとして注目されている。NORADが援助しているその他のNGOの活動は、以下の通りである。

- ルサカ反エイズ・プロジェクト (ANTI AIDS PROJECT, LUSAKA)
学校児童に対するエイズ教育
- コッパーベルト保健・医療プロジェクト (COPPERBELT HEALTH EDUCATION PROJECT, CHEP)
コミュニティ住民に対する健康教育、カウンセリング、失業青年対策、メディア・プログラム、教育教材の作成、健康教育員への奨学金 (英国でのトレーニング参加)
- カラ・カウンセリング・トレーニング基金 (KARA COUNCELLING AND TRAINING TRUST)
巡回カウンセリング
- 家族健康基金 (FAMILY HEALTH TRUST, FHT)
中心は、在宅ケア・プロジェクト。ほかに、Anti AIDS Project, Children in Distress, CINDI, Mobile Caravan AIDS Education/Counselling Project (市場、飲食店、駐車場等のインフォーマル・セクターで働く人々が対象)、Teachers Education Project on AIDSなどのプロジェクトがある。
- 北部州エイズ・保健教育プロジェクト (NORTHERN PROVINCE HEALTH EDUCATION PROJECT ON AIDS, NPHEP)
これはライオンズ・クラブのプロジェクトであるが、地方自治体の保健・医療・教育関係各施設と密接な関係を保ちながら行われている。主な活動は健康教育であるが、徐々に在宅ケアの活動へ、その焦点を移しつつある。
- 教師へのエイズ教育プロジェクト (THEACHER'S ECUATION PROJECT ON AIDS)
南部州モンゼ地区にいたオランダ人ボランティアによって始められた。現在、「家族健康基金 (Family Health Trust, 現地のNGO)」下に入っている。
- チカンカタ救世軍病院 (SALVATION ARMY HOSPITAL, CHIKANKATA, ミッション・ホスピタル)
カウンセリングと在宅ケアのトレーニングが中心。詳細は「NGO—チカンカタ・ミッション・ホスピタル」の項で述べる。
- ザンビア赤十字リビングストーン支部 (ZAMBIA RED CROSS, LIVINGSTONE)
在宅ケア・プログラム

さらに、「全国NGOエイズ会議」の主催、地区レベルでの劇によるエイズ教育、「子供エイズ・プログラム」(家族健康基金を通じた国連からの食糧補給とエイズ孤児への里親制度) など、NGOの様々な活動を援助している。

この他、エイズが与える社会・経済的影響に関する調査も計画されている。

NORADのザンビアにおけるエイズ・プログラムの総予算額は、520万(NOK)である。

4-2-2-6 USAID (United States Agency for International Development)

1992年12月から、エイズ対策として、コンドームのソーシャル・マーケティングを開始した。エイズ教育を普及させ、需要を高め、医療施設だけではなく、市場や村の雑貨屋にいたるまで、どこでもコンドーム「マキシム（商品名）」を買えるよう供給面も充実させることを目指している。アメリカのコンサルタント会社の国際人口問題サービス (Population Services International) が、国内NGOのザンビア医薬品協会 (Pharmaceutical Society of Zambia) と協力して、プロジェクトの立案・実施を請け負い、USAIDが財政的援助を行なう、という内容である。このプロジェクトの実施期間は5年の予定である。

この他のエイズ対策プログラムとして、伝統医療との協力の可能性を探るため、伝統医療で使用される治療方法や薬の目録を作成している。また、性行為感染症への援助も行っている。

4-2-2-7 EEC (European Economic Community)

EECは、過去10年近く、主に農業部門への援助を行ってきた。医療・保健、教育などの社会・福祉部門への援助・協力は比較的最近になってからである。

医療・保健分野において援助しているプログラムは次の通りである。

- ①ルーラル・ヘルス・センターの維持・管理（5カ所）
- ②UTHのボイラー室と殺菌室の修理
- ③エイズ・プログラム

主な活動は、医療施設へのエイズ検査用具セットの配布、ヘルス・ワーカーのトレーニングやセミナー開催、輸血システムの見直しと強化である。しかし、このエイズ・プログラムは、最初の契約団体であるオランダ赤十字社側に色々と問題があり、不適切な立案により、結局、失敗に終わった。現在、プログラムを建て直すため、ウガンダで輸血システム確立の実績がある別のコンサルタントと契約した。

- ④各地ヘルス・センターへ基本的な医療・保健道具一式をオランダと共同配布
- ⑤保健・医療施設への水および電力供給、医療器機材の修理・管理

現在ザンビア人コンサルタントが、各施設におけるこれらの設備の現状を調査中である（ルサカでの調査は終了。同様な調査を全国的に実施する予定）。これに基づいて必要な援助がなされる。

- ⑥MSFやCMAZなどのNGOと共同の地区病院への援助
- ⑦「家族健康基金」の実施するエイズ教育や在宅ケア・プログラムの援助
- ⑧ルサカ都市産院プロジェクトの財政的援助（既述）

1992年末現在、EECの保健・医療分野への援助は、主に器機材・物資などの調達であるが、将来的には、地域を選んだ包括的PHC・ケア・プログラム（特にマネージメントの強化）の実施や、スウェーデンのような中央レベルでの政策・マネージメント面での協力を行

なう意向である。

4-2-2-8 その他の援助国

上記以外に、DANIDA (Danish International Development Agency)、CIDA (Canadian International Development Agency, ルーラル・ヘルス・センター援助) などが保健・医療分野で援助を行っているが、詳細は明らかではない。

なお、1989年現在の関連分野への海外援助プロジェクト一覧を巻末に添付した。1991年の政権交代と外交姿勢の変化により、各国の援助動向も変化していること、本編は、1992年末の現地調査に基づいて述べていること等の理由により、参考資料として、利用するにとどまる。しかし、既述の援助動向概要と照らし合わせ、過去数年の援助動向の推移を把握する際には、役立つであろう。

4-2-3 NGO(Non-governmental Organization, 民間団体)

4-2-3-1 ザンビア家族計画協会(Planned Parenthood Association of Zambia, P P A Z)

1) 設立の経緯

ザンビア家族計画協会は、1972年に設立されたザンビアのNGOで、国際家族計画同盟(International Planned Parenthood Federation, IPPF)に加盟している。設立の目的は、母親や子供の健康を増進させ、家族計画を推進することである。これにより、女性達が不必要な人工妊娠中絶を行わずに済むようになること、また、子供の数の多い大家族の中で子供たちが栄養失調状態に陥ることがなくなることを目指す。

2) プログラム

プログラムの中心は、家族計画に関する情報・教育普及活動と避妊具・薬の配布である。ザンビア政府も、1980年代に入り、家族計画プログラムをはじめ、政府系病院・クリニックで必要とする避妊具・薬の供給を、本協会を通じて国際家族計画同盟に依頼するようになった。

ザンビア家族計画協会は5地域に5人ずつ計25人のフィールド・スタッフを抱えている。協会自体は交通手段(車両)を持っていないので、メディカル・ストアー社を通じて保健省管轄の保健・医療施設へ避妊具・薬の配布を行っている。この配布が定期的に行われなかったり遅れたりするので、家族計画を始めたカップルも途中で止めてしまうことが多く、これが現在の大きな問題である。

1989年以来、家族計画の中にエイズ予防プログラムが組み込まれるようになった。プログラムの対象となるのは、農村の貧困家庭の女性達である。彼女達は収入もなく、中絶率も高く、その多くが売春をして生活の糧を稼いでおり、エイズに罹るリスクが高いグループである。彼女達に対して啓蒙活動・エイズ教育を行うと同時に、技術トレーニング・収入向上プログラムを通じて、生活力をつけさせることを目指している。また、こうやってトレーニングを受けた女性達の話を通じて、コミュニティーの他の女性達に影響を与える等の波及効果も期待されている。

ルサカにおけるエイズ・プログラムは、長距離トラック運転手などを対象にエイズ教育を実施するもので、既に12の私営交通会社がトレーニング・セミナーなどに参加している。

従来、家族計画プログラムは医療施設ベースで行われてきたが、今後はコミュニティーをベースとして避妊具・薬の配布を行っていく戦略がとられる。

また、本協会は、1988年から日本の家族計画国際協力財団(JOICFP)と共同で、コッパーベルト州で寄生虫対策と家族計画を組み合わせたプログラムを実施している。このプログラムには、トレーニング、栄養、収入向上、健康教育などが含まれている。プログラム実施にあたっては、まず漁師組合(男性)や婦人クラブを組織化し、それらのグループを通じて健康・栄養教育、収入向上プログラム、井戸掘りプログラム、トイレ設置プログラムなどを押し進める。

家族計画プログラムがなかなか進展しない理由は前述したが、それらに加えて、人々は家

族・親戚や村の人達が行く同じ医療施設を、家族計画のために訪れることに心理的抵抗があり、これがネックになっているという。家族計画は非常にプライベートなことなので、プライバシーの保持できない状態では施設ベースのプログラムはなかなか利用しにくい。この傾向は、特に農村で顕著である。対照的に、プライバシーの保持という点を配慮したルサカのザンビア家族計画協会の家族計画クリニックは、人気があり利用者が多い。

4-2-3-2 チカンカタ・ミッション・ホスピタル(SALVATION ARMY HOSPITAL)

1) 背景

南部州マザブカ地区チカンカタにある救世軍運営の病院は、1946年に設立され、現在、サービスの対象人口として約10万人をカバーしている。この病院は、次の3つの活動を中心としている。

- ①一般治療（結核、ハンセン病を含む外来、入院病棟）
- ②保健・医療従事者養成（看護婦、助産婦、検査技師）
- ③エイズの在宅ケア・プログラム

このエイズ在宅ケア・プログラムは、アフリカのなかでも画期的なエイズ対策活動である。この他に、栄養センター（WFPからの援助食糧の配給センター）、工芸センター、中学校（男女計700人）、多目的トレーニング・センター、レコーディング・スタジオなどの設備や村落開発のプログラムなどもある。

2) 治療プログラム

まず、一般治療活動であるが、入院病棟は240床（1990年）で、現在増築中の病棟が完成すると新たに25床が加わる。スタッフは、医師4人、有資格看護婦と助産婦合計67人、パラ・メディカル・スタッフ29人、研修中看護婦・助産婦合計81人である（1990年）。

また、ランド・クルーザーを使ったクリニカル・オフィサーによる巡回診療が、週10カ所で行われる。コミュニティー自身が設置したルーラル・ヘルス・センターも100カ所ほどあり、ボランティアのコミュニティー・ヘルス・ワーカーがいる。しかし、これらセンターは十分に機能しているとはいえず、充実・強化が望まれている。

入院理由の半数以上は、結核、マラリア、幼児の栄養失調、ハンセン病などで占められる。HIV感染者はすべての病棟で見られ、特に結核病棟の患者の半数以上はHIV感染者である。

この病院が実施している、母親に対する栄養教育、ワーカーの自宅訪問指導・ケアを含む栄養プログラムは、非常によく機能しており、ザンビア政府が、国の栄養プログラムのモデル・ケースとして取り上げた。しかし、近年の旱魃による食糧事情の悪化、エイズの蔓延などで事態は変わってきている。

ハンセン病に関しては、この病院は南部州のすべての地区のリファレンス・センターである。10年程前には患者数750人であったのが、現在では22人に減少しており、健康教育の普及による早期発見などが功を奏しているものと思われる。

逆に結核は激増している。院長によれば、1992年初頭には結核検査を受けた者のうち、陽性率30%であったものが、同年中頃には同55%、同年11月には同98%となっている。これは明らかにHIV感染者・エイズ患者の増加によるものである。

この病院は質の高い治療・看護で有名で、政府系病院が患者を逆に照会してくるほどである。

3) 医療従事者養成プログラム

医療従事者養成学校は、UTHのような都市部の大病院に勤務するスタッフを養成するのではなく、絶対的に不足している農村部のヘルス・センターの医療従事者数を補うことを目的とする。現在2年制の検査技師養成コースに20人、同じく2年制の看護スタッフ・コースに80人、1年制の助産婦コースに20人が、それぞれ在籍している。

4) エイズ在宅ケア・プログラム

近年は、この病院が実施しているユニークなエイズ在宅ケア・プログラムが、国内のみならず、アフリカ全土から注目を浴びている。この自宅ケア・プログラムが実施されるようになったのは以下の二つの理由による。

- 1986年に同病院に最初のエイズ患者が入院して以後、短期間にエイズ患者・HIV感染者が増加し、入院施設でのケアという方法ではこれ以上対処できなくなった。
- 家族およびコミュニティーのサポート・ネットワークという、ザンビア社会の伝統に根ざしたエイズ・プログラムの試みが模索され始めた。

ザンビア社会では、エイズは感染者個人の問題というより、家族の病気（夫婦間・母子間の感染、経済的・社会的影響）という側面が強い。また、今のところ、一度発病すれば、症状の悪化を抑える以外は治療手段がないエイズという病気に罹った場合、「死」は、病院ではなく愛する家族に見守られて家で迎えたい、というのが人々の気持ちでもある。

在宅ケア・プログラムの全容は以下の通りである。

①事前カウンセリング

同病院では、献血者、結核患者、ハイ・リスク妊婦の全員、性行為感染患者の合意した人達に対してエイズ検査を行う。その時、エイズ検査の意味するもの（どういう可能性が結果としてありうるか）などの説明がなされる。

②エイズ検査

③カウンセリング

これは陽性者にも陰性者に対しても行われる。感染者に対しては、エイズに関する適切な情報のみでなく、今後の生活のあり方、心理的なサポートなどが与えられる。この病院には訓練を受けた12人（1990年現在）のエイズ・カウンセラーがおり、感染者に対して、怒りや恐怖といった感情を出来るだけ吐露させるようにしている。感染者のプライバシーは保持される。

結果が陰性であっても、エイズ検査の受検者は、ハイ・リスクな行動をとっている可能性が大きいので、エイズの予防に対する知識を与える良いチャンスである。また、一

般の人達にエイズに対する理解と正しい情報を普及させるという意味でも重要である。

④希望者への「在宅（自宅訪問）ケア」

感染者に対して、今後、在宅（自宅訪問）ケアを希望するかどうか尋ね、希望者に対して自宅訪問が開始される（約80%は訪問プログラムを希望）。

⑤感染者と周辺へのサポート

プログラムの中心は、感染者本人が、今後、人生を肯定的かつ責任を持って生きていくよう、感染予防方法や健康状態を少しでも長く保つ生活様式などの保健上のアドバイスを与えたり、精神的支援をしていくことである。医療・看護ケアも行われ、必要な場合は毛布や衣料などの援助が行われることもある。加えて感染者の接触追跡（過去および現在の性交渉のパートナーに対して、できるだけエイズ検査を受けるよう、感染者本人から勧める等）も行う。

また、感染者の家族に、エイズ関連の情報を伝える、相談を受ける等の家族カウンセリングも行う。「コミュニティー・カウンセリング」として、コミュニティー指導者達のエイズに関する話し合いや、情報交換、教育活動を通して、この問題をコミュニティー全体として取り組むような働きかけも行われている。現在のエイズの蔓延状態から判断して、このような社会全体の理解無しにはエイズ対策の展望は暗い。

しかし、激増するエイズ感染者の数に対処していくには、これまでの病院スタッフを直接コミュニティーに派遣するやり方では対応できなくなっている。そのため、現在は、コミュニティーから選ばれたヘルス・ワーカーやボランティアなどに、各種トレーニングを行っている。実際のプログラムは彼らに任せ、病院スタッフは彼らのサポートを行う、という方法に転換を図っているところである。また、隣接地区の病院でもエイズ・プログラムの実施を開始したので、他の病院スタッフのトレーニングも行うようになった。チカンカタでエイズ検査を受け陽性であった患者は、患者の自宅近くのエイズ・プログラムを持つ病院へ紹介するなど、他医療施設と密接な連絡をとることも行われ始めた。

この病院の在宅ケア・プログラムのトレーニング・セミナーは、1989年6月～1991年2月の間に、計19回行われ延べ159人が参加した（ザンビア人117人、他のアフリカ7ヵ国から41人）。参加者は、看護婦、クリニカル・オフィサー、教師、ヘルス・エデュケーター、医療アシスタント、ソーシャル・ワーカー、医師などであった。

4-2-3-3 ザンビア赤十字社

1) 経緯

ザンビアにおける赤十字社の活動は、1950年、英国赤十字の支社として、当時の北ローデシアで始まった。独立後の1966年に、赤十字国際委員会(The International Committee of the Red Cross)の承認の下、ザンビア赤十字社が設立され、赤十字同盟(The League of the Red Cross and Red Crescent Society)のメンバーとなった。

2) プログラム

赤十字社の設立目的からして、主な活動は緊急援助であるが、近年、PHCの重要性が認識されるようになり、コミュニティーに根ざした予防・健康教育プログラムにも着手し始め、以下のようなプログラムが行われている。

①健康教育、予防接種などの予防医学のプログラム

②ファースト・エイド・プログラム

各種の公共イベント開催時に、ファースト・エイドのサービスを提供する。また、工場などの労働施設においてファースト・エイドのトレーニングを行う。

③エイズ・カウンセリング

ルサカの青年グループとエイズについて話し合う、反エイズ・クラブ(Anti-AIDS Club, 現地NGO)と共同でエイズ教育用パンフレットを作成し、赤十字社を通じて配付する等。

④リビングストーン・カウンセリング

エイズ感染者とその家族に対してカウンセリングを行う(NORADからの援助)。

⑤コレラ、赤痢流行時の緊急援助

伝染病流行時にジュネーブの赤十字本社から援助を受け、医療品配給活動をザンビア政府と協力して行う。

⑥西部州におけるトイレ設置活動。

⑦健康教育と栄養(補給食配給)プログラム

南部州チョマとカロマ地区において、25万人を対象として実施している。現在200人のボランティアが、この地域の健康・栄養状態の調査を行っているところである。「食糧のための労働(Work for Food)プログラム」実施のために、メイズ給付の財政的援助を受けるべく、EECに要請している。

⑧二年前からザンビア政府と協力して、PHCプログラムの核となるコミュニティー・ワーカー(ボランティア)の養成を行っている。

3) 問題点

赤十字社の活動は、基本的に政府と協力したものが多く、通常は政府の保健・医療施設を使用している。しかし、コレラや赤痢の発生などの緊急時は、赤十字社の臨時クリニックを設置する。スタッフは、ルサカには38名、地方には各地区一人ずつ計53名がいる。

現在、赤十字社が抱えている問題は、政府と協力して養成しているコミュニティー・ワーカーが、うまく活動していないことである。これは、彼らの行動の基本となる巡回用の自転車や医療キットが給付されていないこと、監督・指導などのフォロー・アップが行われていないことが大きな原因とみられる。また、財政困難による設備・器機材の不足など、ザンビア全土が直面している普遍的問題がある。

4) 今後の計画

今後の計画としては、ルサカのスラム地区におけるコレラ対策プログラムへの援助資金

拠出元を探すこと（1992年末現在、インド高等弁務官事務所がコレラ対策への新たな援助を約束）、献血者リストを作成し、必要時に医療施設への迅速なアレンジができるようにすること等である。

4-2-3-4 MSF (Médecins sans Frontières, 国境なき医師団)

MSFは、1986年にザンビア国内にいるアンゴラ、モザンビーク両難民に対して医療援助活動を始めた。しかし、この難民援助プログラムは、UNHCR (United Nations High-Commissioners for Refugees) に吸収された形で終焉した。

現在、ルサカのスラム地区で保健・医療活動に着手したが、ルサカ市内の住民には医療施設へのアクセスがあるので、MSF自身はクリニックを持っていない。

主な活動は、以下の通りである。

- ①安全な飲み水の供給とトイレの設置
- ②エイズ・プログラム

TASINTAという、赤十字社も援助している現地NGOと協力して、ハイ・リスク・グループ（売春をする女性、未婚の母親、浮浪児、家出した子供、孤児など8～24歳を対象）を選定し、彼らと話し合いを重ね、問題やニーズを把握する。母子家庭の母親、未亡人、夫が海外に出稼ぎに出ている女性の場合は、家計を助けるためにみずから売春をしている場合がほとんどなので、カウンセリングや医療・ケアと同時に、収入向上のプログラムを行う必要を認めている。

- ③政府病院プログラムを援助

中部州の政府病院において、医療スタッフのトレーニング、予防接種、妊産婦ケア、母子保健などのプログラムを援助

- ④コレラ流行対策

都市部の住民が罹っている疾患の60～70%は非衛生的な水が原因であり、安全な飲み水と衛生的なトイレの設置により予防することが可能である、という調査結果がある。

4-2-3-5 その他のNGO

上記以外には、LEPRA (ハンセン病対策プログラム)、OXFAM (環境保健を含むPHCプログラム) などがあるが、詳細はわからない。また、オランダ、NORAD、VSO (Voluntary Service for Overseas, イギリス)、海外青年協力隊 (日本) などがボランティアを派遣している。東欧、中国、キューバ、エジプト、バングラデシュなどからも、政府協定により医師などが派遣されている。

さらに、AFRICARE (CAREのアフリカ地域組織、診療所の建設、井戸掘り等) 難民を助ける会 (Association to Aid the Refugees, メヘバにあるアンゴラ難民キャンプにて援助活動、日本) などが関連分野で活動している。

4-3 わが国の協力状況

わが国は、従来、ザンビアがフロントライン諸国（アンゴラ、ザンビア、ジンバブエ、タンザニア、ボツワナ、モザンビークの6カ国）首脳会議議長国であること、銅の輸入等の経済関係を背景に緊密な友好関係を有していること等から、援助重点国として位置づけてきた。アフリカ域内においては、有償資金協力第2位、無償資金協力第3位、技術協力第4位の援助受取国である。

従来、農業生産の向上を目的とした総合的な食糧増産・農業開発、水需要の増大への対処等を目的とした水供給、中等・高等教育の基礎生活分野を中心に、道路整備等の経済インフラ分野も含めて、無償資金協力及び技術協力を中心とした援助を推進してきている。

近年、南アフリカ共和国をめぐる国際世論、1991年11月誕生したチルバ新政権の南部アフリカ問題より自国経済の再建重視という外交姿勢等、情勢の変化がみられる。しかし、これらの変化は、わが国がザンビアに対する最大の二国間ODAの供与国であり、その規模が拡大傾向にある現状に、大きく影響しないであろう。

ザンビア経済は、輸出収入の約90パーセントを銅に依存する典型的なモノカルチャ経済であり、70年代の銅価格の下落以降、経済困難に陥っている。チルバ新政権は、構造調整計画は経済再建に不可欠と認識し、積極的に取り組んでいる（詳細は第2編参照）。これに沿って、社会基盤の整備、経済の自立・安定成長という課題の達成を支援するため、わが国は援助の目標を以下のように定めた。

- ①経済の自立と安定的成長のための基盤強化
- ②社会の公正化のための地域間格差の是正
- ③銅代替産業の育成によるモノカルチャ経済からの脱皮
- ④食糧自給達成のための農業振興

1992年6月、対ザンビア経済協力のあり方について協議するため、経済協力調査団を派遣し、経済構造調整策の現状、南部アフリカの干ばつ被害状況等について意見交換を行った。また、環境問題への関心がザンビア国内で高まっており、環境分野におけるわが国の経済協力も検討されている。

4-3-1 有償資金協力

ザンビアに対する有償資金協力は、1972年度、国鉄拡張、ラジオ・テレビ放送網拡充等を内容とする「国家開発計画」に対する円借款にはじまり、1983年度までに通信・放送、科学工業分野におけるプロジェクト借款および商品借款を供与した。しかし、ザンビアの経済状態の悪化を受け、1983年5月、パリにおいて対ザンビア債権国会議（日本、アメリカ、イギリス、旧西独等13カ国）が開催され、債務繰り延べによる救済措置をとることに合意した。

円借款の対象セクターは、全世界的にも運輸、エネルギー等の経済インフラストラクチャが中心となってきている。教育、医療、衛生などの社会インフラストラクチャに対

する円借款は、近年、拡大する方向にはある。しかし、ザンビアに対しては、85年度、86年度、91年度と債務繰り延べを実施するにとどまり、新規円借款は実施されていない。

91年度までの有償資金協力累計額は666.32億円となっている。

4-3-2 無償資金協力

無償資金協力は、1980年度の食料援助以来、毎年実施している。近年は毎年50～70億円程度を供与し、89年度から91年度まで域内第1位の供与額となっている。

対象分野は、食糧援助・食糧増産援助、運輸・交通、水供給、人造り、医療のほか難民対策等におよび、基礎生活分野を中心に、基礎インフラ整備に対しても協力を行っている。

また87、89、90年度にノン・プロジェクト無償援助を供与した。公正かつ平穩に総選挙が実施され、その結果、政権交代もスムーズに行われる、というアフリカでは数少ない民主的プロセスに鑑み、チルバ政権の構造調整支援のため、91年度も35億円を供与した。これは食糧援助4億円とともに、南部アフリカの甚大な旱魃被害に対する支援の表明でもある。

1991年度までの累計額は487.82億円となっている。

食糧、給水、道路等、保健医療に直接的・間接的に関わる分野における協力は、下記のように行われてきている。これら案件の累計額は、無償資金協力累計額の37.76%を占めている。

主な無償資金協力

食糧援助	1980年度より数次 特に南部における旱魃救援策	41.86億円
食糧増産援助	1981年度より数次 食糧自給率向上をめざす肥料、農業機械、農薬	74.07億円
農村開発計画	87、91年度	11.24億円
穀物倉庫建設計画	84、85、88年度 穀物流通の中間損失防止のための穀物倉庫建設計画	24.17億円
ルサカ市給水設備 改善計画	86、87年度 ルサカ市上水道の給水量の向上を図るための資機材の 供与	17.53億円

地下水開発計画	85年度	6.26億円
		地方住民の生活用水施設を整備するための機材
南部州地下水開発計画	88年度	5.41億円
		南部州の農村地域に、地下水開発を行うことにより、衛生改善を行ない民生の安定化を図る
地方給水開発計画	91年度	8.35億円
マテロ給水計画	91年度	0.04億円

生活用水の整備は、衛生状態の改善に大きく影響するものの、巨額の資金を必要とし、また、即効性に乏しい点から軽視されがちである。日本の水環境に対する協力は、今後も求められている。

この国の保健・医療上の大きな問題点である栄養失調は、食糧の絶対的不足という側面に加えて、利用可能な食糧資源が、保管体制・輸送体制等の不備により、有効に分配されていない、という人為的側面がある。主食メイズの収穫量は、1989—90年 188kg、90—91年98kgから、91—92年は90kgと激減している。しかし、一方では、毎年、収穫量の約三分の一が周辺国へと密輸出されているのである。

スコット農業相は、多量の集荷メイズが杜撰な管理体制、及び害虫・ネズミによって被害を受けた、と述べた。また、出来る限り迅速かつ効果的な集荷のため、将来、鉄道を含めたあらゆる輸送手段を利用するであろう、とも言明している。緊急課題として、来年の収穫に備えた地方貯蔵倉庫の修復、緊急時用メイズの備蓄の開始が挙げられている。

栄養問題とも密接に関わる食糧分野・輸送分野は、既述のごとく、わが国の実績がある分野でもある。これらに対する協力も、引き続き求めらよう。

4-3-3 技術協力

技術協力については、農林・畜産、通信・放送、工業、保健・医療を中心に幅広い分野において、研修員受入れ、専門家派遣、青年海外協力隊派遣、開発調査等を実施している。1991年度までの累計額は、151.04億円、青年海外協力隊の累計派遣人数は 524名で、域内第4位、世界第7位となっている。

4-3-3-1 形態別実績

1) 青年海外協力隊

青年海外協力隊の派遣実績は、域内第4位、世界第7位となっている。薬剤師が一定規模の病院数カ所に派遣されている。北部キトウェ市役所衛生局に公衆衛生統計関係、二三の地方都市に栄養士の派遣実績がある。

1984年には、保健省医療品供給課薬品サービス部門のアシスタント・ダイレクター(Assistant Director of Pharmaceutical Service, Department of Medical Supplies)からの要請を受け、薬剤師隊員を政府系病院、県衛生局(Provincial Medical Office)に派遣しているほか、エブリホン科学技術短大の薬剤師養成コースの講師を薬剤師隊員が勤めている。

また、村落開発をテーマに、社会学等各職種の隊員からなるチームがマザブカに派遣されており、ザンビアの農村社会に関する情報が蓄積されている。

「人を癒す」ということが、異文化接触の中でも、特にセンシティブな事柄であることはいままでもない。このように、ザンビア社会に入り込み、彼我の違いを体感してこそ得られる情報は、保健・医療分野においても、大いに参考に資するであろう。

2) 第3国研修

エジプトにおいて、1985年から実施されている「看護教育第3国研修」は、アフリカ地域の看護婦不足の改善を図るため、特に公衆衛生分野の指導者育成—プライマリー・ヘルス・ケアに重点を置き、看護教育指導者の知識・技術をふかめることを目的としている。実施国出身者10人とアフリカ地域対象国20カ国参加者20人前後で、毎年実施されている。ザンビアからの参加状況は、次表の通りである。

	85	86	87	88	89	90	91
ザンビア参加者		2		2	4	2	1
全体に占める割合(%)		7.4		6.6	13.3	6.0	3.3

「国別協力情報」より作成

なお、次に1991年度までの形態別累計表を収めた。

91年度までの累計

	保健医療分野(全体)	ザ全体に占める割合
研修員受入	73(345)	21.1%
専門家派遣	68(199)	34.2%
協力隊派遣	72(505)	14.3%
医療特別機材供与	250百万円	—

「国別協力情報」より作成

4-3-3-2 プロジェクト方式技術協力

ザンビアにおけるプロジェクト方式技術協力は全4件であるが、そのうち保健・医療協力案件および関連案件として以下の3件があげられる。

<u>ザンビア大学医学部</u>	1980.2~89.2 医学部教官に対する小児科教育技術の移転、 医療センター建設
<u>ザンビア感染症</u>	1989.4~94.3 人材養成を通じた、感染症対策の確立・強化
<u>ザンビア大学獣医学部</u>	1985.1~92.7 学部新設、獣医師養成のための施設建設・教官派遣 (下線部は4.3.4に概要を後述)

4-3-3-3 国際ボランティア貯金

1991年1月から導入された国際ボランティア貯金は、利子の20%から税金を控除した金額を日本赤十字社、日本ユニセフ協会などを通じて開発途上国に寄付するものである。92年度からは、難民対策、環境保全対策などを重点的な援助の対象事業とすることを発表している。

「平成3年度国際ボランティア貯金寄附金」配分対象団体であるICA文化事業協会は、約16百万円を受けた(この団体の1990年度収入は、21.2百万円であった)。同団体は、1991年から、「持続可能な農業の育成」をテーマに、カブウェ郡南部においてプログラムを実施している。

4-3-4 プロジェクト概要

4-3-4-1 ザンビア大学医学部プロジェクト

ザンビアでの代表的医療問題として、医療従事者の多くを外国人に依存していること、人口の過半を占める小児の死亡率が高いことが挙げられる。その解決のために、ザンビア政府は、医療教育施設の拡充、医療従事者の養成、医師の国外流出防止、小児医療を中心とした医療水準の向上を目指している。そして、同国最大の大学教育病院である、ザンビア大学医学部附属病院(University Teaching Hospital)をセンターとした、医療従事者の養成に関し、1977年、日本政府の協力を要請してきた。

この要請に対し、小児科分野の技術水準向上および専門医の養成を内容とするザンビア大学・プロジェクトが実施される。協力期間は、最終的には1980年2月21日～1989年2月20日、先方関係機関はザンビア保健省、高等教育省、我が方協力期間は順天堂大学、日本大学、三重大学である。

なお、ザンビア大学小児医療センターは計23億円の費用で、無償資金協力によって建設され、1983年10月、開所している。

4-3-4-2 ザンビア・感染症プロジェクト

ザンビア大学医学部プロジェクトの終了後、感染症分野に焦点を当てた新プロジェクトとして、1989年4月1日～1994年3月31日の協力期間を定め、実施されることとなった。先方関係機関はザンビア保健省、ザンビア大学医学部、我が方協力期間は東北大学、三重大学などである。

ザンビア大学医学部・大学病院の人材養成を通じて、感染症対策の確立・強化を図ることを目的とする。1991年8月、ウイルス検査室の完成、検体提供体制の整備により、収集データの分析が急務となっている。

なおプロジェクト・サイトのザンビア大学小児医療センターは、81、82年度の無償資金協力計23億円を以て建設され、83年10月開所した。

なお、各プロジェクトの概要表を巻末に添付した。

4-3-4-3 プロジェクト視察所感

専門家の執務室の天井に穴が開き、その修理を専門家自らが行わざるをえない建物、昼なお暗く、町中と見紛うばかりの人の行き来、付き添い人が持ち込む食糧と子供たちの排泄物から生じる不快な臭い、淀んだ空気、むしろ中にいたほうが病気になってしまいそうな小児病棟。一方で、クーラーが良く効き、蛍光灯が輝き、無機質な乾燥した空気が支配する、我が国からの3億円の援助で建設されたラボラトリー。ザンビア大学医学部付属教育病院、通称UTHの様子である。

専門家、コーディネーターが、それぞれの業務以前の雑事に関わらざるを得ないようである。関係者の「ここの人達は、働かそうと思わなければ、いい人達なんだが、…」という言葉に全てが言い表されているであろう。

同病院は、ザンビア最高位の総合病院である。しかし、産科を例にとると、産婆のアテンドがあれば十分、という程度の極めて正常な分娩ですら、患者が詰めかける。一方、看護婦等の仕事に対する消極的態度は、しばしば派遣専門家によって指摘されている。これが、量的オーバーワークと技術レベルの質的拡散と相まって、一見「非能率」と形容される状況に到る。フラストレーションが高まるばかりの環境で、倦まず活動されている関係

者の姿勢には感服する。

様々なレベルの患者が、処方薬により症状が緩和されると、すぐ帰宅し、しばらくするとまた入院する、というケースが、UTHでは顕著である。この現象に着目した派遣専門家が、患者への聞き取り調査を実施し、コミュニティにおける疾病構造を明らかにしつつある。ハード面が先行しがちであった日本の保健医療協力において、このようなコミュニティ・ベースの情報は、今後の協力を際し、利用価値が大変高いように思われる。

日本のアフリカに対する保健医療協力は、現地プロジェクト・サイトの建設と研究施設を拠点とする技術協力が中心である。このような援助の限界—すなわち援助対象施設のレベルアップは出来ても、この成果を享受できるのは国民の極一部にすぎない—は、すでに指摘されてきている。

現在の潮流である「プライマリー・ヘルス・ケアの展開」との合致は当然であるが、「日本の援助で出来た」、と他セクションから羨望される設備を活用し、援助効率を上げるためにも、一点豪華主義ではない医療協力が必要である、という印象を持った。

第4編参考資料一覧

資料名

- 4-1 - 『国別協力情報 ザンビア』
国際協力事業団企画部、1992年2月
- 4-2 COUNTRY PROGRAMME RECOMMENDATION ZAMBIA, UNICEF, 1987
- ZAMBIA COUNTRY PROGRAMME: PRIMARY HEALTH CARE 1991-1995 FINAL REPORT
UNICEF, 1990
- COMPREHENSION REVIEW OF THE UCI PROGRAMME: FOCUSING ON PROGRAMME IMPROVE-
MENT AND SUSTAINABILITY, UNICEF, 1991
- UNICEFルサカ事務所における聞き取り調査資料
(助)日本国際協力センター、1992
リビングトーン州立病院における聞き取り調査資料
(助)日本国際協力センター、1992
UNICEF ANNUAL REPORT ZAMBIA 1991, UNICEF, 1991
- UNFPA ルサカ事務所における聞き取り調査資料
(助)日本国際協力センター、1992
UNDPルサカ事務所における聞き取り調査資料
(助)日本国際協力センター、1992
UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP) PROJECT OF THE GOVERNMENT OF
ZAMBIA: PROJECT DOCUMENT, UNDP, 1992
- ヘルス・リフォーム・プロジェクトのWHO コンサルタントへの聞き取り調査資料
(助)日本国際協力センター、1992
NATIONAL HEALTH POLICIES AND STRATEGIES (HEALTH REFORMS), REPUBLIC OF
ZAMBIA, MINISTRY OF HEALTH, PLANNING UNIT, 1991
- 世界銀行ルサカ事務所における聞き取り調査資料
(助)日本国際協力センター、1992
SIDA ルサカ事務所における聞き取り調査資料
(助)日本国際協力センター、1992
ANNUAL REVIEW OF THE HEALTH SECTOR SUPPORT PROGRAMME, SIDA, 1991

オランダ大使館一等書記官への聞き取り調査資料

(財)日本国際協力センター、1992

ZAMBIA HEALTH AND POPULATION SECTOR REVIEW, ODA, 1989

アイルランド大使館一等書記官への聞き取り調査資料

(財)日本国際協力センター、1992

IRELAND'S OFFICIAL DEVELOPMENT ASSISTANCE 1991, MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS, IRELAND, 1992

"CHANGING FOR MOTHER & CHILD:THE LUSAKA URBAN MATERNITY CLINICE PROJECT"
(VIDEO), COMMUNICATION DEPARTMENT, CATHOLIC SECRETARIAT, LUSAKA, ZAMBIA,
発行年不明

NORAD ルサカ事務所における聞き取り調査資料

(財)日本国際協力センター、1992

NORAD AIDS COUNTRY PLAN ZAMBIA, NORAD, 1992

EEC ルサカ事務所における聞き取り調査資料

(財)日本国際協力センター、1992

ザンビア家族計画協会(PPAZ)における聞き取り調査資料

(財)日本国際協力センター、1992

チカンカタ救世軍ミッション病院における聞き取り調査資料

(財)日本国際協力センター、1992

FROM FEAR TO HOPE:AIDS CARE AND PREVENTION AT CHIKANKATA, STRATEGIES FOR HOPE SERIES, ACTIONAID, AMRDF, AND WORLD IN NEED, 1990

AIDS MANAGEMENT:AN INTEGRATED APPROACH, STRATEGIES FOR HOPE SERIES, ACTION AIDS, AMRDF, AND WORLD IN NEED, 1990

赤十字社ルサカ支部における聞き取り調査資料

(財)日本国際協力センター、1992

ANNUAL REPORT 1988, ZAMBIA RED CROSS SOCIETY

MSF(MEDICINE SAN FRONTIER)ルサカ事務所における聞き取り調査資料

(財)日本国際協力センター、1992

- 4-3 - 『国別協力情報 ザンビア』
国際協力事業団企画部、1992年2月
- 『経済技術協力国別資料(援助地区) ザンビア』
国際協力事業団企画部地域課、1988年9月
- 『わが国の政府開発援助』
外務省経済協力局、1992年
- 『国際協力事業団年報』
国際協力事業団、1992年
- 『外交青書』
外務省、1992年
- 『郵政省国際ボランティア貯金広報資料』
郵政省、1993年
- JICAザンビア・感染症プロジェクト関係者からの聞き取り
(財)日本国際協力センター、1992年
- 『青年海外協力隊報告書』
(財)日本国際協力センター、1992年
- ザンビア派遣青年海外協力隊員からの聞き取り
(財)日本国際協力センター、1993年

第5編 保健・医療分野における課題

ザンビアの保健・医療状況には、1980年代中期以降から始まる急速な経済危機が、大きく影を落としている。また、人口増加と急速な都市化も国民の保健指標に影響を与えている。既に考察してきたように、高い乳児死亡率(出生1,000人対108、1992年)、非常に高い出生率(3.2%、1991年)、栄養失調の蔓延化などに、悪化する国民の健康状態が端的に現れている。

反面、医療サービス基盤は、近年の経済破綻以前に全国的規模で拡充・強化されてきた結果、現在、国民の70%近くが、住居地から12km以内に何らかの保健・医療施設を持つ、という有利な側面も有する。また、保健・医療対策活動においても、UCIを達成した予防接種プログラムなどの成功例がある。さらに様々な問題を抱え、十分に整備されているとはいえない環境の下、献身的に働く医療従事者は、このセクターの貴重な人的資源である。

本編では、このような現状における問題点を再確認し、日本が、今後この分野での援助を拡充していく際に、参考となるであろう視点を提示する。

5-1 問題点

1) 財政悪化

財政危機は、保健・医療セクターに限った問題ではない。しかし、国家財政緊縮の影響を最も受けやすいのは社会セクターであるとともに、子供や女性という社会的弱者の栄養・健康状態も、経済的要因に大きく左右される。

病院やクリニックなどの保健・医療施設・基盤は、経済上昇期(1980年中頃まで)に全国規模で比較的整備されたにもかかわらず、財政困難期になってからは、管理・維持が行われず、打ち捨てられている感さえある。

必須医薬品も、以前は、農村末端まである程度届いていたものが、現在では都市部でもニーズを満たしきれず、農村部にいたっては、相当の不足状態である。

他の公共セクターと同様、保健セクターでも給与が低いことが、必要な人員をリクルートできずにいる大きな原因である。人材の海外流出も、この基本的問題が解決されない限り、今後も歯止めをかけることは難しいとみられる。

家庭内においては、経済危機の影響が、収入減による食料品購買力の低下を招き、特に女性・子供を中心に栄養摂取量が減少しているようである。

2) 保健・医療従事者

現在の給与・待遇・職場環境では、医師、看護婦、技師などの専門職の人材は、給与条件も良くキャリアの上でも将来性のあるプライベート・セクターへ流れるか、あるいは多くが南部アフリカ近隣諸国などへ海外流出する。給与問題は、保健セクターのみにとどまらない問題で、国家経済の全般的改善なしには解決が難しいが、キャリア開発プログラム(卒後教育など)を組み入れて、より魅力的な職場環境を造っていく必要があると思われる。

る。財政的に困難な状況にあるといいながらも、外国人医師を専門家として高級で契約雇用していることは、ザンビア人医師や医療従事者をリクルートし、キャリアを開発していく余力を持ちえていることを意味している。

また現在までは、医療従事者養成も医師という高度に専門化されたグループに偏っていた。しかし、結局医師は上記の理由で海外流出してしまい、国内需要に応えられないという事態に直面している。農村部、都市貧困層のニーズを考えると、プライマリー・ヘルス・ケアの実質上の担い手であるクリニカル・オフィサーや保健婦などの養成・強化が最優先されるべきであるし、且つ現実的であろう。

3) 都市保健・医療ネットワークの不整備

確かに農村部におけるプライマリー・ヘルス・ケアの重要性は論を待たないが、この国では都市化が急速に進み、全人口の約半分は都市部に住んでいることを忘れてはならない。しかも、その多くが劣悪な環境に住む貧困家庭である。農村に主眼を置いたプライマリー・ヘルス・ケア推進という世界的潮流下において、都市部の保健・医療プログラムは、この国においても（アイルランド支援の都市母子保健センター設立を除いては）、比較的軽視されてきた分野である。

ルサカでは、住民が通常分娩の場合でさえ、第3次ケア施設であるUTHを利用するなど一次、二次、三次各ケア・システムの連係がまったく機能しておらず、UTHは過剰負担、医療スタッフ不足、資金不足などで機能麻痺状態ともいえる。

また、下痢症、伝染疾患、栄養失調などの疾病に代表されるように、どれだけ治療をしてもコミュニティにおける衛生環境、栄養状態、生活習慣、健康・予防に対する意識と行動などの根本的問題に手をつけられない限り「いたちごっこ」の繰り返しであることは、UTHに勤務する医師自体が痛感していることであろう。こういう意味でもコミュニティに根ざした公衆衛生活動の重要性がもっと注目されるべきである。

さらに、多発する10代の妊娠（未婚）、エイズの蔓延（都市においては、経済的理由で売春する女性やストリート・チルドレンというハイ・リスク・グループを抱える）、コレラなどの伝染病の大発生という問題解決のためにも、コミュニティに根ざした健康教育や予防プログラムが最重要課題である。このように、プライマリー・ヘルス・ケア概念を都市事情に合わせ弾力的に適用することが望まれる。

4) エイズ

エイズが、この国の保健・医療及び社会・経済に与える影響については、既にその詳細を考察してきた。しかし、チカンカタにある救世軍経営のミッション病院におけるエイズ在宅ケアの経験を持ち合わせているなど、必ずしも悲観的な面ばかりではない。今後、この経験をさらに広域に適用していく努力と、これに対する支援が必要であると思われる。ただし、エイズ問題は、性行動や慣習という文化的側面と衝突するので、特に外国が援助を実施しようとする場合、「価値判断や文化の押しつけ」という態度にならない配慮が重要である。

5) 保健・医療情報

効果的な保健・医療プログラムの立案・実施に関しては、正確な情報が不可欠である。モニタリングと合わせて、データの収集・分析・フィード・バックをより迅速且つ精密に実施していくためのシステムの確立が必要である。SIDAをはじめとするドナーが、この重要性を認識し、この分野での改善に協力しているが、さらなる強化が望まれる。

5-2 提言

以上のような問題点を抱えながらも、「ヘルス・リフォーム」を政治的目標に掲げ、ドナーの協力も要請するなど、保健・医療機構改革に向けて取組む、新政権の姿勢は内外で評価されている。当然、この「ヘルス・リフォーム」が実質的な成果をあげるまでには、何十年という長い期間を必要とするであろうし、その過程で様々な問題に直面するであろう。しかし、このような政治的コミットメントの表明と機構改革の意志は、現状打破を具体的な活動へ結びつけていく上での重要な第一歩であることに間違いはない。日本にも、この「ヘルス・リフォーム」案の要旨に沿って、今後の援助活動を考慮していくことが求められていよう。

具体的に、日本がどのような形態で援助・協力をする可能性があるのか、二つの側面から見てみる。

1) 協力優先分野

まず、ザンビアにおける保健・医療の中の協力の優先分野としては、以下のような可能性が考えられる。

①栄養失調

国民の栄養状態が悪化しているという報告が多くあるが、有効な対策（栄養教育を含む）を立案するためには、その原因を把握することが重要である。特に生活環境、食生活、習慣を知るために、文化人類学的手法を取り入れた調査・研究を組み入れたプログラムを考える必要がある。

②エイズ

この国の将来の保健状況は、今後のエイズ・プログラムの進展に大きく左右されるといえる。USAIDのように莫大な資金をコンドームの普及・配布につぎ込むという方法より、チカンカタ・ミッション病院のように、コミュニティー・ベースのエイズ・ケア・プログラムの拡大（他の地域への適用）を支援することのほうが、プログラム効果は大きいと思われる。

③家族計画

母子保健をベースにした家族計画プログラム

④水資源供給・下水道・トイレ施設

農村及び都市貧困地区の衛生環境整備

2) アプローチの選択

ザンビアの保健・医療の分野で、援助協力の中核的役割を果たしているスウェーデンとオランダの経験を参考にすると、次の二つのアプローチ法が考えられる。

①中央レベルでの協力

スウェーデン方式は、中央レベルで政策改革に協力するという方法である。ザンビア保健省の政策立案、プログラム管理・運営能力を開発し、自立する力をつけることを目的とする。ただし、この方法は、スウェーデンのような長年の経験と実績に裏付けられてこそ、効力を発揮するものであろう。また、他のドナー諸国との密接な協力関係が必須条件である。

②地域選定協力

現在、オランダが実施しているように、特定の地域を選定し、プログラム活動レベルで介入していくという方法である。さらに、アイルランドの例にみるように、住民参加を基本とした包括的プライマリー・ヘルス・ケア・プログラムの展開が望ましい。このアプローチにおいて留意すべき点は、「プログラムの維持と自立」をプログラム策定初期の段階から射程に入れておくことである。ドナーが、財政・人材両面で主導権を握ってしまえば、ドナー撤退後のプログラム運営に問題を残すこととなる。

図3-6 病院入院理由 (早期新生児を除く1歳未満の乳児)
(1988年)

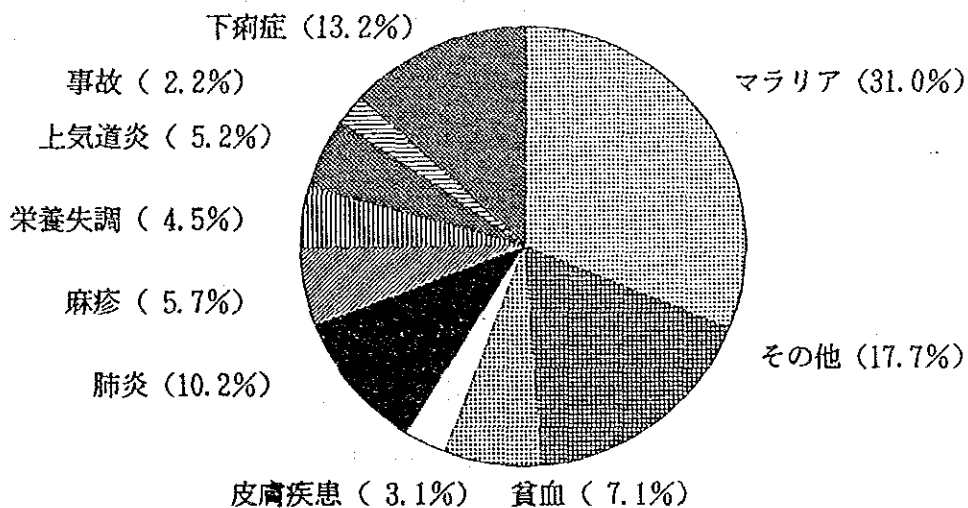


図3-7 病院における死因 (早期新生児を除く1歳未満の乳児)
(1988年)

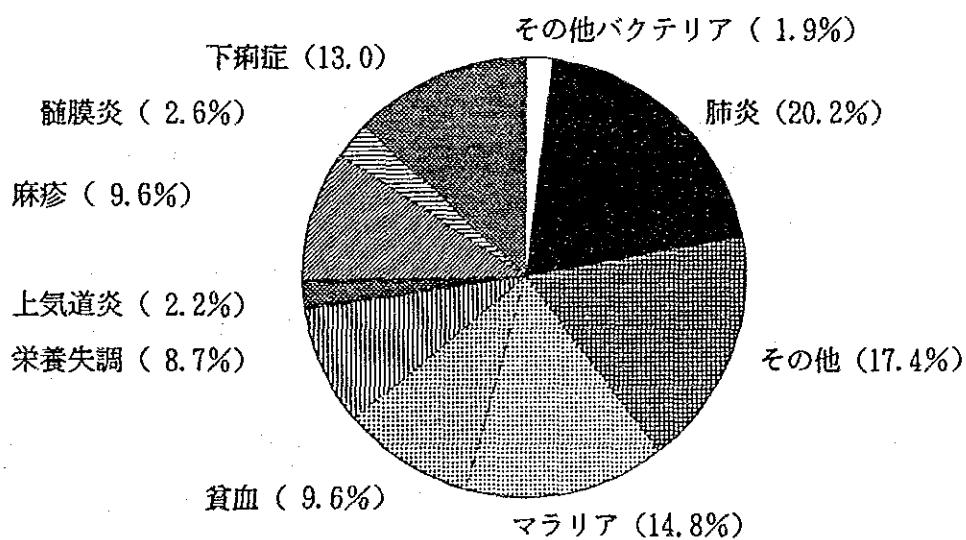


図3-8 病院入院理由 (1~14歳)
(1988年)

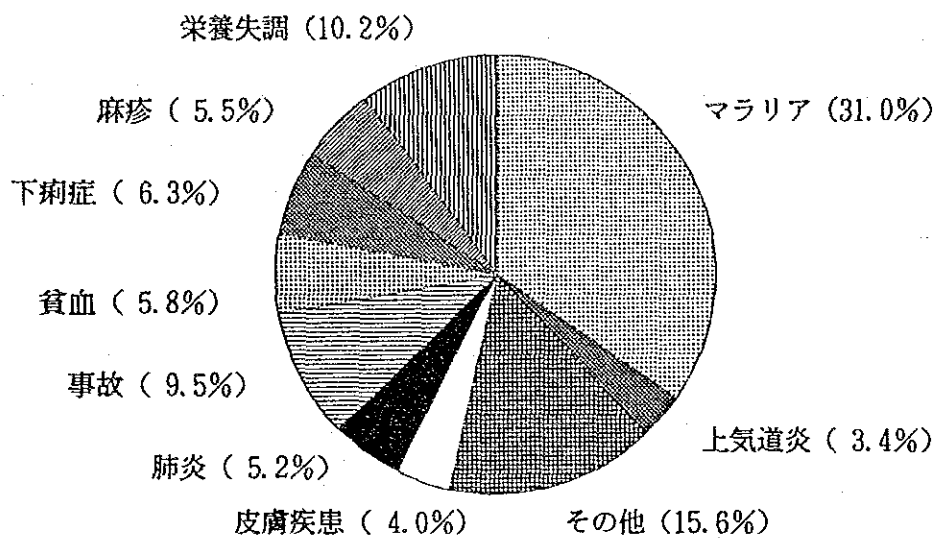


図3-9 病院における死因 (1~14歳)
(1988年)

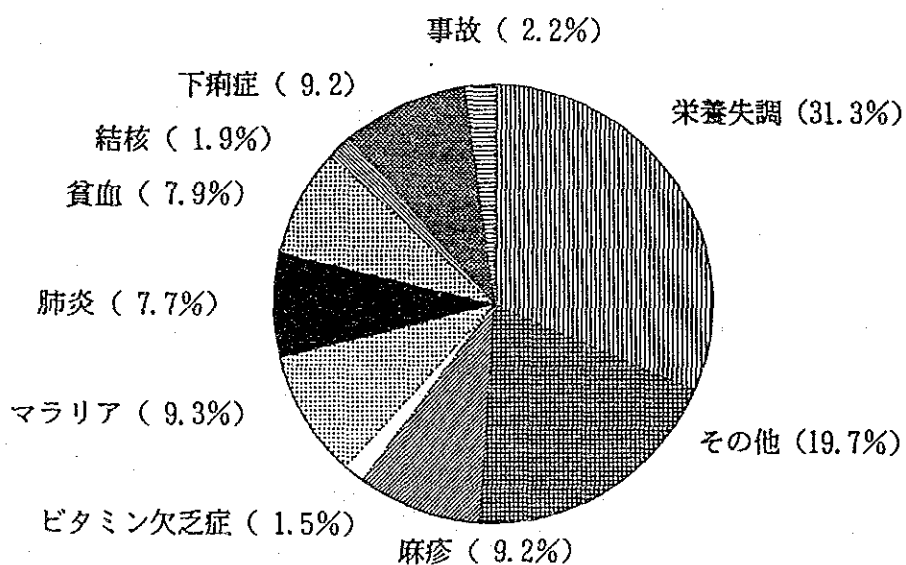


図3-10 病院入院理由 (15歳以上)
(1988年)

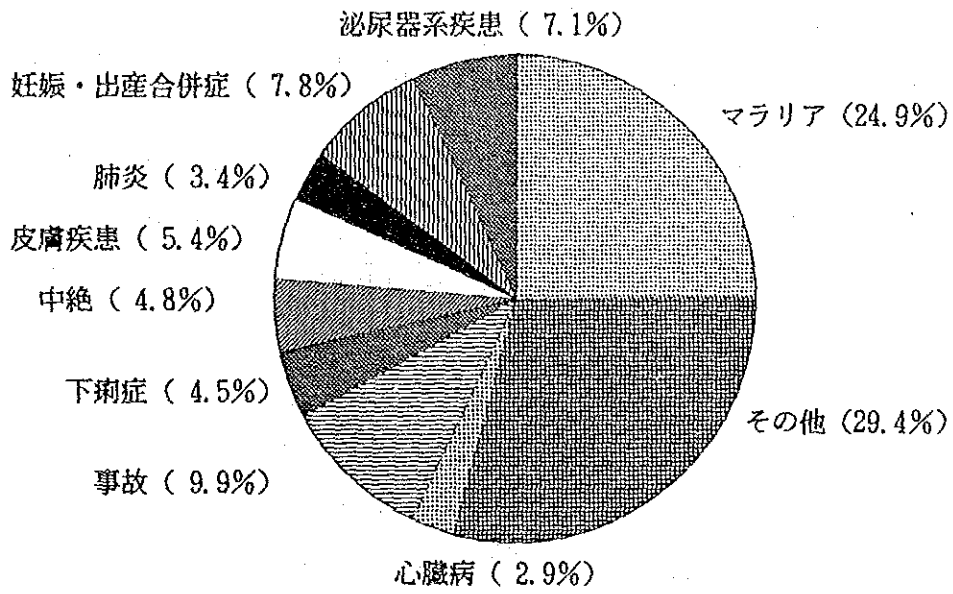


図3-11 病院における死因 (15歳以上)
(1988年)

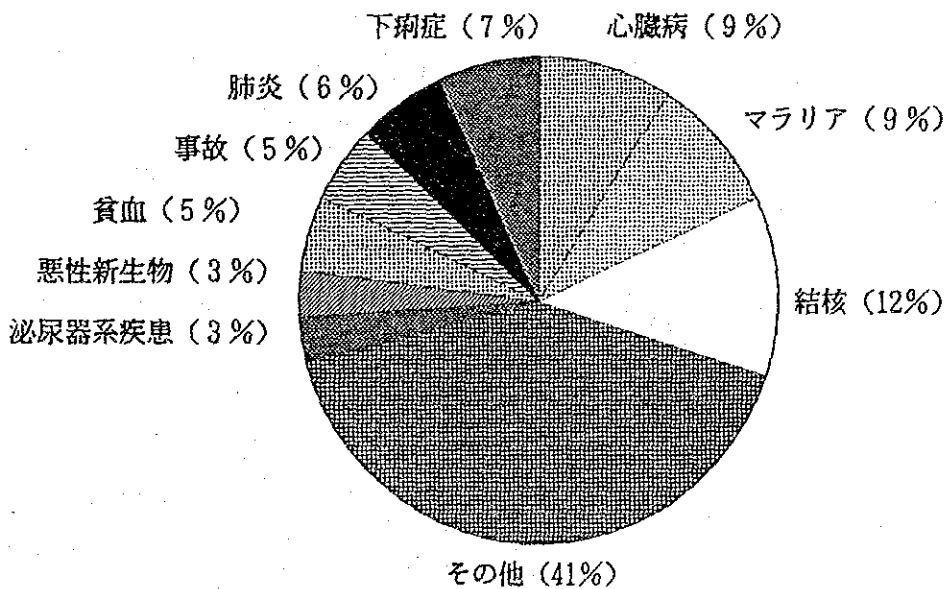


図3-12 ヘルス・センター入院理由 (0~14歳)

(1988年)

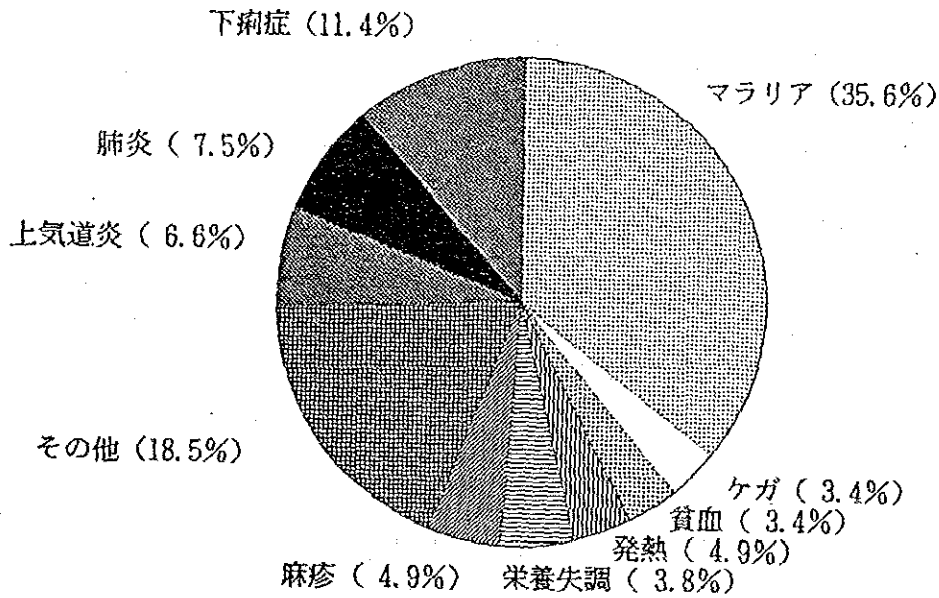


図3-13 ヘルス・センター入院理由 (15歳以上)

(1988年)

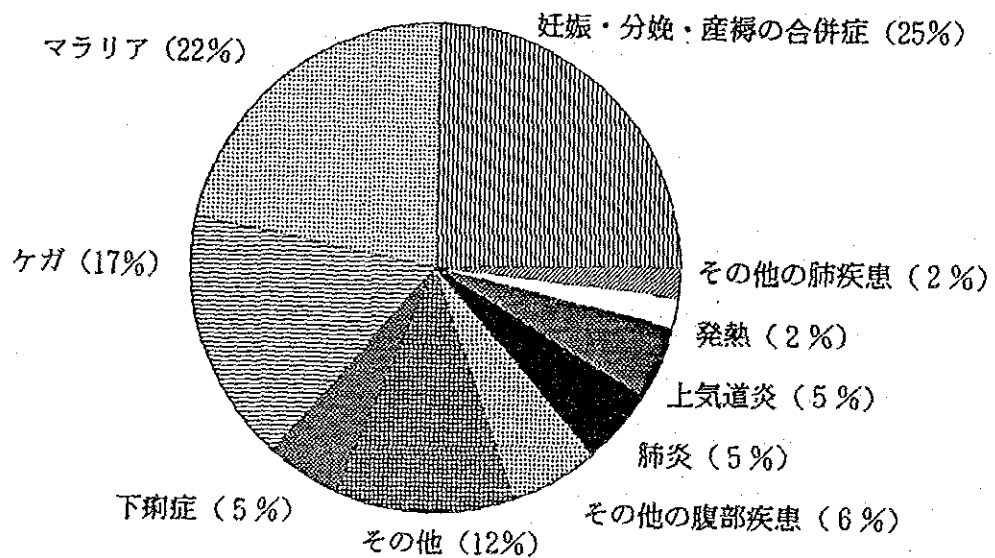
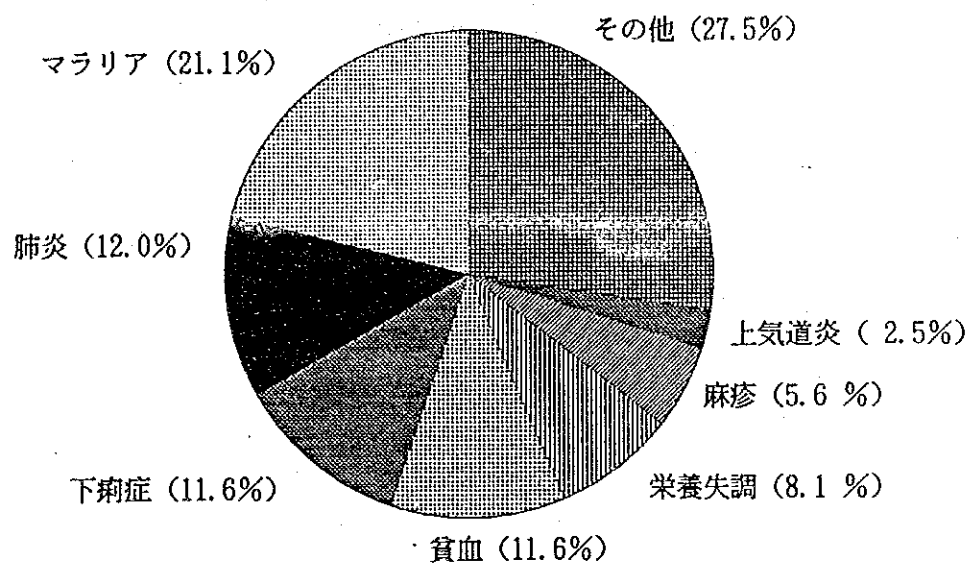


図3-14 ヘルス・センターにおける死因（全年齢層）

(1988年)



K

フ-10
A4S

国別医療協力ファイル
ザンビア

Ⓜ A4-S KJ
690003

JICA

R533
90.7
MCA

LIBRARY