

K

フ-10
A4S

国別医療協力ファイル
ケニア

JICA
R407
90.7
MCA
BRARY

国別医療協力ファイル

ケ ニ ア

2675 /

JICA LIBRARY



1117133[7]

国際協力事業団

医療協力部



目次

	ページ
目次	i
表目次	iii
図目次	V
略語表	VI
第1編 国別概況	1
1-1 一般概況	1
1-2 一般行政と国家開発計画	10
1-2-1 中央及び地方一般行政組織	10
1-2-2 国家開発の概要	14
第1編参考資料一覧	19
第2編 衛生行政	20
2-1 中央衛生行政機構と保健医療計画	20
2-1-1 中央衛生行政機構	20
2-1-2 中央保健医療計画と予算	23
2-2 地方衛生行政と保健医療計画	33
2-2-1 地方衛生行政機構	33
第2編参考資料一覧	36
第3編 保健・医療事情	38
3-1 指標	38
3-2 人口問題	41
3-3 疾病・死亡	42
3-3-1 マラリア	44
3-3-2 エイズ	45
3-3-3 性行為感染症	48
3-3-4 結核	48
3-3-5 ハンセン病	48
3-3-6 急性呼吸器感染症	49
3-3-7 下痢性疾患	49
3-3-8 予防接種で防ぐことが可能な子供の疾病	50
3-3-9 妊産婦の疾患・死亡	51
3-3-10 その他の女性の疾病・死亡	52
3-3-11 貧血症	53
3-3-12 メジナ虫感染症	53
3-3-13 コレラ	54
3-3-14 栄養失調	54
3-4 保健対策活動	60
3-4-1 予防接種プログラム	60
3-4-2 下痢症対策	65
3-4-3 急性呼吸器感染症対策	66
3-4-4 母子保健・家族計画	67
3-4-5 マラリア対策	72
3-4-6 エイズ対策	75
3-4-7 性行為感染症対策	78
3-4-8 栄養問題対策	80
3-4-9 結核・ハンセン病対策	83
3-4-10 住血吸虫対策	84
3-4-11 必須医薬品プログラム	85
3-4-12 バマコ・イニシアチブ	86

3-5	保健医療サービスの利用	88
3-5-1	保健医療サービスへのアクセス	88
3-5-2	政府保健医療施設の利用状況	89
3-5-3	NGOセクター	90
3-5-4	伝統医療	91
3-6	医療保険制度	93
3-7	労働衛生	93
3-8	衛生環境	94
3-8-1	背景	94
3-8-2	安全な飲み水の供給	94
3-8-3	衛生（トイレ）施設	95
3-8-4	大気汚染	96
3-8-5	水質汚染	96
3-9	医療従事者	97
3-9-1	医療従事者の構成	97
3-9-2	医療従事者の偏在	97
3-9-3	医療従事者の養成	99
3-10	医療施設	101
3-10-1	医療施設数	101
3-10-2	医療施設の分布	101
3-11	救急医療システム	103
3-11-1	空路救急医療	103
3-11-2	陸上救急医療	103
3-12	医薬品・医療器具・衛生材料	103
3-13	試験研究機関	104
3-13-1	KEMRI	104
3-14	保健・医療情報システム	107
3-14-1	郡レベルでの情報システム	107
3-14-2	コミュニティー・ベースの情報システム	107
3-14-3	国家にとって必須な保健・医療調査研究	108
	第3編参考資料一覧	110
	第4編 保健医療協力	113
4-1	協力要請機構	113
4-2	我が国を除く諸外国、国際機関、NGOの協力動向	114
4-2-1	ケニア政府の開発援助受取額の推移	114
4-2-2	保健医療分野への援助	116
4-2-3	多国間（国際機関援助）	117
4-2-4	二国間援助	122
4-2-5	NGO	128
4-3	我が国の協力状況	132
4-3-1	有償資金協力	132
4-3-2	無償資金協力	132
4-3-3	技術協力	133
	第4編参考資料一覧	141
	第5編 課題と提言	144
5-1	ケニアの保健医療分野における課題	144
5-2	提言	145
	[関連法令]	147
	[資料編]	149

表 目 次

	ページ
第1編	
表1-1 ケニア一般概況	1
表1-2 ケニアにおける投資と貯蓄	4
表1-3 義務教育の概要	8
表1-4 ケニアにおける構造調整計画	16
表1-5 ケニアにおける開発計画の推移	17
第2編	
表2-1 保健省項目別歳出	29
表2-2 保健医療セクター経常費用の財源 (1983/84)	30
表2-3 保健医療セクター歳出	30
表2-4 開発予算推計	32
第3編	
表3-1 保健指標	38
表3-2 保健指標 サハラ以南アフリカ諸国比較 (1991年)	39
表3-3 人口指標	42
表3-4 5歳未満児死亡原因	43
表3-5 結核患者報告数 (1992年)	48
表3-6 麻疹患者数、死亡数、致死率	50
表3-7 原因別、施設別、妊産婦死亡	52
表3-8 コレラの大流行 (1992年)	54
表3-9 州別5歳未満児発育阻害有症率	56
表3-10 郡レベルでの5歳未満児発育阻害有症率	56
表3-11 郡レベルでの5歳未満児消耗症有症率	57
表3-12 乳児食習慣	58
表3-13 全国予防接種率 (生後12~23ヶ月の子供) 1990年	61
表3-14 予防接種サービス実施施設	61
表3-15 子供の下痢性疾患ケース処置の方法	66
表3-16 家族計画 (避妊法) 実施者数 1984~88年	70
表3-17 農村及び都市部における安全な飲料水普及率	94
表3-18 乾期の水源	95
表3-19 水質汚染	96
表3-20 医療従事者の数	98
表3-21 医療従事数の分布	99
表3-22 母子保健・家族計画サービス分野における医療従事者数	99
表3-23 保健医療施設数の年次推移	101
表3-24 州別保健医療施設数 1990年	101
第4編	
表4-1 対ケニア政府開発援助額の推移	115
表4-2 セクター別援助流入内訳	116
表4-3 主な無償資金協力	133
表4-4 プロジェクト方式技術援助協力	134
表4-5 分野別実績一覧表1 [研修員]	135
表4-6 分野別実績一覧表2 [専門家]	137
表4-7 分野別実績一覧表3 [協力隊]	139
資料編	
表1 政府系保健医療施設における利用料金表	149
表2 政府系保健医療施設利用における無料項目 (料金免除)	150
表3 人口増加推定 1990-2020年	156
表4 指標別人口推定	156

表5	州別の疾病別外来患者報告数（再診察、照会ケースを含む）1984年	158
表6	州別の疾病別外来患者報告数（再診察、照会ケースを含む）1985年	159
表7	州別の疾病別外来患者報告数（再診察、照会ケースを含む）1986年	160
表8	州別の疾病別外来患者報告数（再診察、照会ケースを含む）1987年	161
表9	州別の疾病別外来患者報告数（再診察、照会ケースを含む）1988年	162
表10	H I V感染率と子供の死亡率推移	163
表11	妊婦のエイズ陽性率	164
表12	出身郡別エイズ患者報告数（1986～92年）	164
表13	国民食物摂取表 1977～81年と1987～88年比較	168
表14	州別食料バランス 1991～92年	168
表15	主な食糧生産 1977～78年及び1987～88年	169
表16	中・高生産性農業地域における安全な飲料水源	170
資料	バマコ・イニシアティブ	175

目 次

		ページ
第1編		
図1-1	セクター別成長率	4
図1-2	民族分布図	6
図1-3	宗教分布図	7
図1-4	ケニア国家行政組織図	11
図1-5	ケニア行政区分図	12
図1-6	ケニアの構造調整と開発計画	17
第2編		
図2-1	保健省機構図	21
図2-2	ケニアにおける保健医療システム	22
図2-3	郡レベルの保健局機構図	34
第3編		
図3-1	5歳未満児死亡率1948～89年	40
図3-2	5歳未満児死亡率と乳児死亡率の減少	40
図3-3	州別5歳未満児死亡率	41
図3-4	州別マラリア患者の全患者（疾病）に対する割合 1989年	45
図3-5	1984年以降のエイズ流行状況	46
図3-6	年齢層別エイズ患者分布	46
図3-7	性別及び年齢別エイズ患者比率の分布(1991～92年)	47
図3-8	州別下痢症発生率	49
図3-9	甲状腺機能障害の有症率	59
図3-10	州別予防接種サービス実施施設へのアクセス度	62
図3-11	15歳～49歳の既婚女性の避妊実施状況	71
図3-12	州別人口10万対ベッド数	102
第4編		
図4-1	援助要請のための国内手続き	113
図4-2	年度別・分野別実績（ケニア）〔研修員〕	136
図4-3	年度別・分野別実績（ケニア）〔専門家〕	138
図4-4	年度別・分野別実績（ケニア）〔協力隊〕	140
資料編		
図1	州立総合病院における歳入別内訳	151
図2	外来患者数と入院数の変動	152
図3	モンバサ郡における有料化の外来患者数への影響	153
図4	施設別歳入の変動	154
図5	F I F（施設改善費）歳出の内訳	155
図6	人口ピラミッド 1990年と2000年	157
図7	エイズの5歳未満児死亡率に与える影響	163
図8	エイズ新規患者数年次推移	165
図9	全国主な地域の感染状況（エイズ監視所）	165
図10	エイズ孤児	166
図11	エイズ患者の病院ベッド利用率	166
図12	エイズ流行の人口に与える影響	167
図13	5歳未満児死亡数	167
図14	ナイロビのスラム地区における水源	171
図15	三大都市スラム地区における水源	171
図16	洪水多発地域における安全な飲料水源	172
図17	乾燥・半乾燥地域における安全な飲料水源	172
図18	高地におけるし尿処理法	173
図19	都市未整備地区（スラム）におけるし尿処理方法	173
図20	洪水多発地域におけるし尿処理方法	174
図21	乾燥・半乾燥地域におけるし尿処理方法	174

略語表

A I D S	エイズ（後天性免疫不全症候群） Acquired Immunodeficiency Syndrome
A D B	アフリカ開発銀行 African Development Bank
A M R E F	アフリカ医学研究財団（NGO） African Medical and Research Foundation
A R I	急性呼吸器感染症 Acute Respiratory Infection
B C G	結核予防ワクチン bacille de Calmette-Guerin
C B H C	地域活動に重点を置いた保健活動 Community Based Health Care
C D D	下痢症対策 Control of Diarrheal Diseases
C G	援助国会議 Consultative Group for Kenya
C H W	コミュニティー・ヘルス・ワーカー Community Health Worker
D A N I D A	デンマーク開発局 Danish Development Agency
D D C	郡開発委員会 District Development Committee
D H M T	郡保健医療運営チーム District Health Management Team
D M O H	郡保健医療専門官 District Medical Officer of Health
D P T	三種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風） Diphtheria, Pertussis, and Tetanus
F P A K	ケニア家族計画協会 Family Planning Association of Kenya
H I V	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus

I E C	情報、教育、コミュニケーション（情報普及・教育活動） Information, Education, and Communication
I M F	国際通貨基金 International Monetary Fund
I U D	子宮内避妊装置 Intrauterine Device
J I C A	国際協力事業団 Japan International Cooperation Agency
K A P	知識、態度、行動（に関する調査） Knowledge, Attitude, and Practice
(K) E P I	(ケニア) 予防接種拡充プログラム (Kenya) Expanded Programme on Immunization
M D P	複合薬品治療法（結核及びハンセン病に対する最新の治療法） Multi-drug Therapy
M I S	情報管理システム Management Information System
N A C	全国エイズ委員会 National AIDS Committee
N A C P	全国エイズ対策プログラム National AIDS Control Programme
N C P D	人口開発全国審議会 National Council for Population and Development
N G O	非政府機関（ここでは民間援助団体） Non-governmental Organization
N H I F	国民病院保険基金 National Hospital Insurance Fund
N L T P	全国ハンセン病及び結核プログラム National Leprosy and Tuberculosis Programme
N S C	全国性行為感染症委員会 National STD (Sexually Transmitted Diseases) Committee
N S C P	全国性行為感染症対策委員会 National STD (Sexually Transmitted Diseases) Control Programme
O P V	経口ポリオワクチン Oral Polio Vaccine

ORT/OR S	経口補水療法／経口補水塩 Oral Rehydration Therapy/Oral Rehydration Salts
S S S	砂糖・塩補液 Sugar and Salt Solution
P E M	タンパク質・エネルギー栄養失調 Protein Energy Malnutrition
P H C	プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care
P H M T	州保健医療運営チーム Provincial Health Management Team
P M O	州医療専門官 Provincial Medical Officer
S T D	性行為感染症 Sexually Transmitted Diseases
T B A	伝統的産婆（出産介助者） Traditional Birth Attendant
U N I C E F	ユニセフ（国連児童基金） United Nations Children's Fund
U S A I D	米国国際開発局 United States Agency for International Development
W H O	世界保健機構 World Health Organization

第1編 国別概況

1-1 一般概況

表1-1 ケニア一般概況

①正式国名	(和文) ケニア共和国 (英文) Republic of Kenya
②独立年月日 旧宗主国	1963年12月12日 英国
③政体	立憲共和制
④元首の名称	大統領 ダニエル・アラップ・モイ (1978年10月就任、任期4年)
⑤位置・面積	北緯4°～南緯4° 東経34°～42° 58万2,644平方キロメートル
⑥首都	ナイロビ
⑦総人口	2,420万人
⑧民族等	バンツー系(キクユ、バルヤ族)、ナイロティック系(ルオ、カレンジン族)、クシ系(ソマリ族)
⑨公用語	スワヒリ語、英語
⑩宗教	キリスト教(66%)、原始宗教(26%)、イスラム教(6%)他
⑪暦	<日本との時差> -6時間 <祝祭日> (1992年ナイロビ) 1月1日 新年 3月29日 聖金曜日 4月1日 復活祭 5月1日 メーデー 6月1日 自治権記念日 10月10日 モイ記念日 10月20日 ケニヤッタ・記念日 12月12日 独立記念日 12月25日 クリスマス 12月26日 ボクシング・デー

出典：国別協力情報ファイルケニア

ケニアの保健・医療分野を総合的に考察するにあたり、その背景となる自然環境、政治、経済、民族・宗教に加えて、国民の保健・衛生状況に大きな影響を与えていると思われる人口増加、教育、女性の状況、難民、エイズという諸要因に関して、以下に考察を行う。

1) 自然環境

ケニアは、アフリカ大陸東部（北緯4度から南緯4度、東経34度から42度の間）に位置する。東南にはインド洋を臨み、北東はソマリア、北はエチオピアとスーダン、西はウガンダ、南はタンザニアと国境を接している。面積は日本の約1.6倍である。西部にリフトバレーが縦走し、南部にはアフリカ第2の標高をもつケニア山がある。地勢は、0～2,000メートルの小灌木のサバンナ地帯である。北部辺境地域を中心とした国土の約83%は、ほとんど降雨のない砂漠（乾燥・半乾燥）地域であり、農業には適していない。当地域は遊牧民を中心として総人口の25%、家畜数の50%強を有する。農業地域は、標高1,000～2,000メートルの南部高原地域（ハイランド）に集中し、国土全体の約17%にあたる。この農業地域で収穫される農産物が、総人口の80%に食糧として供給されている。

気候は南部高原地域と海岸地域で大きな違いがあり、海岸地域は熱帯気候で高温多湿、7月～9月が乾期である。一方、高原地帯では年間を通じて平均気温は17℃～18℃と低く空気は乾燥して快適な気候である。同地帯の雨期と乾期は明瞭であり、3月～5月の大雨期、11月～12月の小雨期があり、年間降雨量の約48%、23%がそれぞれの雨期に集中する。乾燥・半乾燥（北部辺境）地帯は年間降雨量が400ミリメートル以下の高温乾燥気候の不毛地帯となっている。

熱帯気候地域においてはマラリアをはじめとする熱帯病が蔓延し、高原地帯では、特に子供を中心として呼吸系感染症が多く、乾燥・半乾燥地域は、交通・情報網も未整備で、保健医療施設、給水、衛生施設などのインフラストラクチャーを欠き、栄養失調をはじめとする公衆衛生上の多くの問題を抱えている、などの地域特性がみられる。

また、このような自然環境や農作生産パターンの影響にもまして、社会・文化環境要因が保健・衛生及び栄養状況に影響を与えている事実を見逃してはならないが、これについては、「6）教育、女性の状況」（P. 8）の項で考察する。

（参考 国別協力情報ファイルケニア）

2) 政治

ケニアは、独立以来一貫して、自由主義体制の下、親西欧路線を柱としてきた。隣国のエチオピア、タンザニア、ウガンダ等が、社会主義国家体制下、それまで経済を支配してきたインド人やパキスタン人などを強制追放し経済を混乱させたのに対し、ケニアは、混乱するアフリカ諸国の中でも比較的安定した経済成長を遂げてきた。少数部族カレンジン族出身のモイ大統領が部族主義を排した国家統一強化の必要性を国民に訴え、主要部族のキクユ族出身のケニヤッタ初代大統領と同様に、部族間のバランスを配慮した人事政策を採り、部族間の融和を図ってきたものの、最近の一党独裁の終焉が、一気に部族間の対立

を表面化させる結果となった。部族間抗争の発端は、西部を中心とする土地所有権争いであり、カレンジン系住民の武力による土地不法占拠に対抗しキクユ、ルオ、ルイヤ等の他部族が一斉蜂起したことに端を発している。

一党独裁の終結は、内には旧ソ連、東欧の崩壊に連なる民主化要求の高まりがあり、外には欧米諸国からの一党独裁制の放棄への圧力、モイ大統領が政治改革派を弾圧したことに対する、ノルウェー、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、アイルランドの諸国からの、8,000～10,000万ケニアシリングの援助中止の警告、という背景があった。ノルウェーは、反政府政治家のワムウエレ氏（ノルウェーに亡命）が、ケニアに帰国後、逮捕されたことにより、国交断絶にまで至っている。

このような北欧諸国の動きに、他の欧米諸国が呼応する形で、保健・医療分野においても、ドナー諸国が、ケニア政府に対しセクター内部の構造調整というコンディショナリティー（援助条件）を要求している。このような動きに対し内政干渉として反発を強める政府が、今後どのような妥協点をみいだすか、援助が重要な役割を果たす当分野の今後の動向を左右するものとみられる。

（参考 国別協力情報ファイルケニア）

3) 経済

1964～72年の平均成長率が6.6%、1972～79年が平均5.1%と、独立以来70年代末までケニア経済はきわめて順調な発展を遂げてきた。それは、コーヒー、紅茶を中心とする農業生産と輸出の好調、優れたインフラストラクチャー、積極的な外資導入政策と旺盛な設備投資、西側先進国からの援助などによるもので、その良好な経済パフォーマンスにより、「東アフリカの優等生」などと称賛された。特に77年は「コーヒーブーム」の年で、農業大豊作、交易条件の大幅改善、経常収支の黒字をもたらした。

高成長は、1980年から一転して経済不振に向かった。80年以降87年までの実質成長率は、年平均4%という水準にとどまった。人口増加率が3.8%とも4.2%ともいわれる高い水準にあることを考えると、一人当たりGDPでは、ほぼ横ばいないし若干の減少をみせていることになる。不振の原因は、①2度の石油ショックによる原油輸入代金の支払い増加、②先進国の景気後退、③80年の旱魃による農業生産の急落、④タンザニアとの国境閉鎖の影響、⑤外貨事情の逼迫などであるが、82年8月に発生したクーデター未遂事件は、ケニアの「安定の神話」を覆し、外国人投資家の減退を招くなど、特に深刻な影響を与えた。主要な指標を見ても、財政逼迫、設備・建築投資の停滞、工業操業率の低下、失業増大、実質所得の低下などの現象が顕著となった。

しかし、85年に入ってケニア経済は、84年の旱魃の影響から年初は低調であったが、年央には順調な気象条件に恵まれ農業生産は大幅な回復をみせ、工業生産も国内需要の回復を背景に拡大基調を維持し、実質経済成長率は84年の0.8%（独立以来最低）から一転して4.9%を達成し、86年5.5%、87年4.9%、88年5.0%と高めの成長率を維持している。89年はコーヒーの輸出価格の下落により実質成長率は5.0%と前年をわずかに下回ったが、

全般的には好調を維持した。また、1986年からIMF・世界銀行支援の構造調整を受け入れていた。

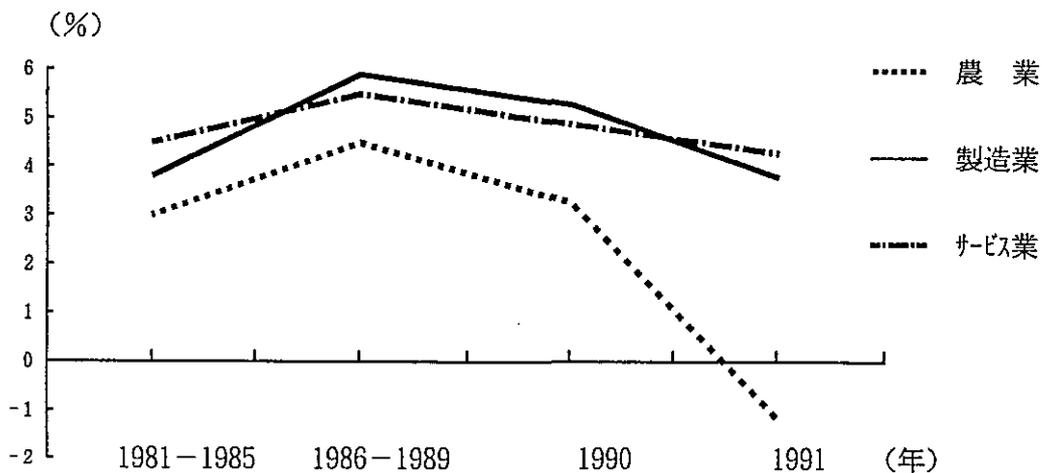
1990年代に入ると、再びケニア経済は停滞期を迎える。GDP成長率は、1990年4.3%、1991年には2.2%、1992年2.0%（推定）と下降の一途を辿る。輸出品の国際市場での不振、インフレーションの拡大、失業率の増加、国際収支の不均衡、財政悪化などが複合的に国内経済を悪化させている。

表1-2 ケニアにおける投資と貯蓄（GDPに占める割合、%）

粗投資	1965-69	1970-74	1975-79	1980-84	1985-89	1990	1991
投資源							
国家貯蓄	16.5	17.9	16.1	16.1	19.9	18.4	15.0
海外貯蓄	3.2	7.5	7.8	9.5	4.0	5.3	5.7
合計	19.7	25.4	23.9	25.6	23.9	23.7	20.7
国家貯蓄分析							
政府	(0.2)	2.0	2.4	(0.8)	(1.5)	(1.6)	(1.4)
民間	16.7	15.9	13.7	16.9	21.4	20.0	16.4
合計	16.5	17.9	16.1	16.1	19.9	18.4	15.0

出典：UNICEF 1992, P. 18

図1-1 セクター別成長率（%）



出典：UNICEF 1992, P. 19

ケニアにおける絶対的貧困は、特に農村貧困層の問題として顕在化している。貧困層の多くは、小規模自作農民及び遊牧民、土地なし農村労働者である。農村貧困層の中でも、ケニアの人口の70%を占める小規模自作農民の貧困は深刻な問題となっている。これらの小規模自作農民は、小規模な農地や農業投入財、技術の不足などのため農業収入が少なく、農外所得に大きく依存せざるをえないのであるが、農外就業機会が少ない上、彼らの教育・技術水準が低いことともあいまって、農外所得は家計を支えるにも不十分で、まして農業生産を向上させるために振り向ける余裕がないという悪循環の中にある。また、農村部での雇用機会は換金作物を生産する地域やアグロインダストリーがある地域に集中しており、季節雇用の機会が得られるのもそれらの地域に限られている。そのため、より貧しい農村地域からそのような地域、あるいは都市部へ労働力が移動し、それらの労働者の多くは通常男性であることから、農村部では女性が世帯主となる貧しい小規模農業所帯が増加して新たな問題となっている。遊牧民については、近年の定住化政策の結果、定住農耕生活に移行する傾向がみられるものの、先祖代々からの習慣や自然環境に合わせてその大部分は従来通りの生活を送っている。

近隣諸国同様、都市への人口集中はケニアにおいても大きな問題となっている。都市人口の年平均増加率は約8%と全国の増加率の倍以上である。一方、急激な人口の流入を吸収するにたる雇用が確保できないことから、無職者による都市貧困層が形成されている。一般的に都市への人口集中は、農村からの押し出し要因と、都市の引っ張り要因によって説明されるが、ケニアの場合、土地不足による農村からの押し出し要因が存在する一方、それ以上に都市と農村の所得格差、あるいはそれ以前に就業機会の大小による都市の引っ張り要因が強い。更に、もう一つの要因として教育の普及が考えられる。農村社会が教育を受けた青年達に、それに相応しい雇用機会を提供できず、また教育内容自体が都市的価値を重視し、青少年の都市指向を強めているという指摘である。ケニアを初めとするアフリカ地域の大都市への人口流入は、いわゆる産業なき都市化であり、インフォーマルセクターを拡大させ、都市の失業・半失業、貧困問題をますます深刻なものにしている。

都市貧困層の状況は、単に収入や栄養摂取の不足のみにとどまらず、必要な社会サービスが得られないことから生じる環境問題が大きな問題となっている。都市貧困層の少なくとも3割近くがスラム地区に居住し、その大半が基本的な社会サービスへのアクセスを欠いているともいわれている。都市のスラム地区では感染症や呼吸器系疾患も多く、劣悪な環境により乳児死亡率が農村部より高いことが報告されている。

(参考 国別協力情報ファイルケニア及び国別援助研究会報告書)

4) 民族・宗教

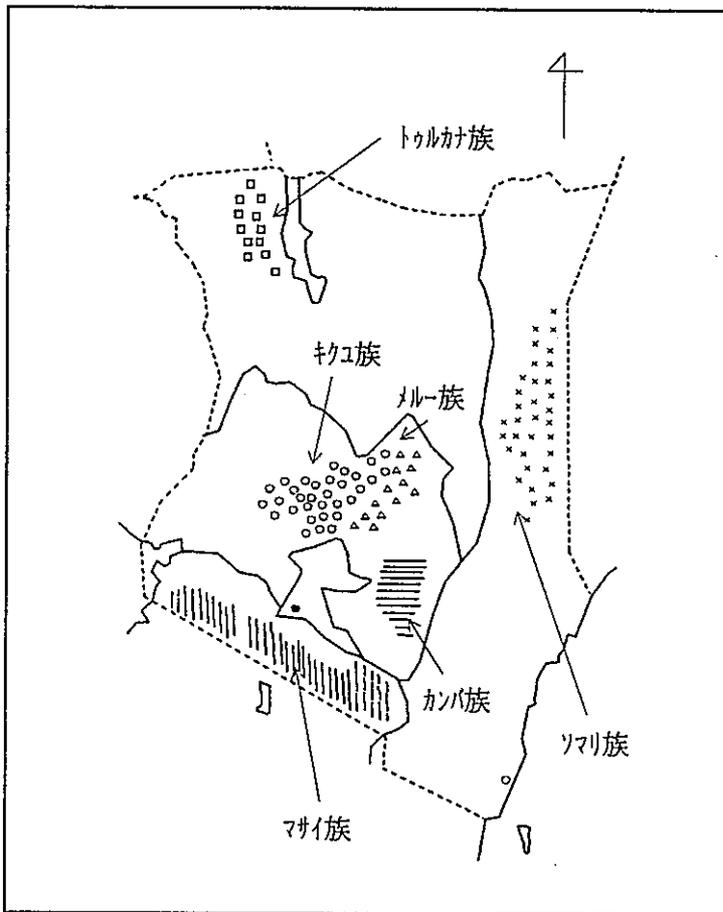
全国に50の部族が存在するといわれているが、人口で他を圧倒する大部族が存在しないため、顕著な部族間の抗争が見られ、最近では頻発している。これらの中で100万を越える人口を有する部族は、バンツー系(西アフリカから東進してきた部族で主に中央高原地帯

に居住)のキクユ族、カンバ族、ナイロティック系(ナイル川沿いに南進してきた部族)のルオ族、カレンジン族及びクシ系のソマリ族の5部族である。その他には、マサイ族やヨーロッパ系(主にイギリス)、アラブ人、そして鉄道建設のために徴用されケニアに来たインド・パキスタン系がいるが少数派である。

英国植民地時代、宣教師によるキリスト教の布教が活発に行われ、中央高原地域ではキリスト教がかなり定着している。東西リフトバレー地域、ビクトリア湖周辺の盆地にもキリスト教が広まっているが、その他の東海岸地域のモンバサ、マリンディ、ラムではイスラム教、そして北東部を中心に伝統的原始宗教が全土にわたって根強く残っている。宗教人口の構成は、キリスト教(プロテスタント38%、カトリック28%)、イスラム教(6%)、原始宗教(26%)、その他シーク教、ヒンズー教となっている。

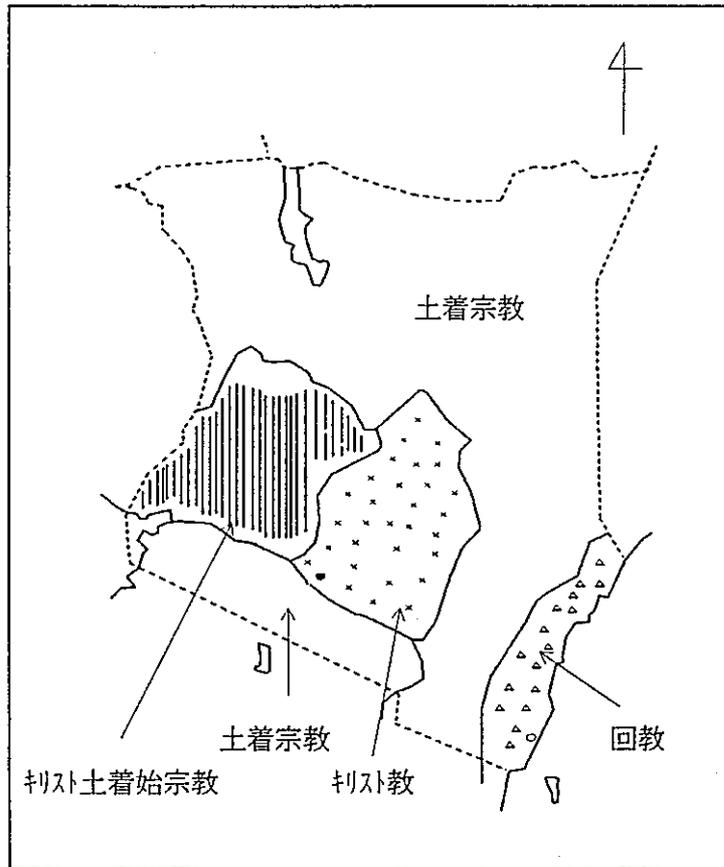
(参考 国別協力情報ファイルケニア)

図1-2 民族分布図



出典：国別協力情報ケニア

図1-3 宗教分布図



出典：国別協力情報ケニア

部族ごとにその種類や治療方法などに違いはあるものの、都市、農村、地域、部族の違いを問わず、宗教と密接な関係をもつ伝統医療が住民の日々の生活と密着している。

5) 人口増加

ケニアの人口は第2次世界対戦後急増した。1948年には540万人だった人口が、1969年には約2倍の1,090万人となり、さらに1969年から1989年に1,090万人から2,330万人に再び約2倍となった(人口に関する詳細な情報は「3-2 人口問題」を参照)。

このような人口圧力は、不平等な所得分配による貧困層の増大、基本的な生活サービス(教育、医療、福祉など)供給の悪化、生産的投資の抑制、食糧問題、雇用問題、環境破壊、経済成長の低下、治安の悪化など、様々な悪影響をもたらす。なかでも、保健・医療サービス及び給水・衛生施設の供給や食糧生産が人口増加に追いつかず、疾病・死亡や栄養失調の問題が深刻化している。

6) 教育、女性の状況

ケニアの就学率（小学校）は、94%と高い。識字率は15歳以上を対象とする1990年のユネスコの推定によると平均69.0%であるが、男性79.8%、女性58.5%と男女格差が大きい。

表1-3 義務教育の概況

義務教育	6歳から14歳の8年間（初等教育、小学校）
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（8年）：94%（1989年）（女兒92%） 中等教育（4年）：23%（1988-89年）（女兒19%） 高等教育（4年）：2%（1988-89年）（女兒1%）
成人の非識字率	31%（1990年）（女性42%）

出典： 国別協力情報ファイルケニア

このように教育程度はかなり高いものの、経済の停滞、失業率の増加等のために、教育を受けた人材を吸収する雇用の受け皿が整備されていない。そのため、特に女性は、学校修了後も家庭の手伝いをするぐらいの選択肢しか残されておらず、これが早婚や未婚の母を増加させる一つの要因ともいえる。また、未婚での出産は社会的に受容されているともいえ、10代で妊娠し、学校を中途退学する女兒も少なくない。

ケニアの伝統的な家族は家父長制であり、家庭内の重要な意思決定権は男性にゆだねられている。女性は水汲み、薪収集などの重労働を含む家事のみならず、農作業を初めとし、現金収入活動など生活一般において、長時間・重労働に携わっているが、意思決定・選択権をほとんど持たないことは、開発プログラム推進上、多くの問題を抱えこむこととなっている。女性の地位の低さが状況改善の阻害要因となっていることは、保健・栄養・衛生面でも例外ではない。女性に関する社会的諸慣習が、保健・衛生上悪影響を与える例として、例えば妊婦の食事制限、一夫多妻制、夫の死後（夫側の）男兄弟との結婚、女兒の幼児婚、割礼などが挙げられる。これらは近年エイズの蔓延という観点からも問題となっている。また、観光地域を中心に売春に携わる女性が多いこともエイズ流行の観点から問題であると指摘されている。

7) 難民

UNHCRの推定によると、ソマリア、スーダン、エチオピア、などの近隣諸国から流入する難民は、総計約38万6千人である（1993年8月現在）。

国連機関、アメリカ、カナダ、EC等による難民救済オペレーションが実施されているが、難民数は難民キャンプの収容能力をはるかに越えており、食糧、医薬品の不足は危機

に瀕し、劣悪な衛生環境、食糧不足などによる栄養失調、疾病、死亡が多発している。また、通常、国内では流行していない熱帯病が、国境を越えて持ち込まれる危険性も懸念される。

8) エイズ

1984年に初めてエイズ患者が発見されてから、87年半ばに爆発的な増加を記録し、その患者数は6ヶ月毎に倍増している(国別協力情報ファイルケニア)。

このようなエイズの蔓延がこの国の保健・医療上に与える影響については、「3-3-2 エイズ」で詳細に考察する。

9) 環境

環境問題は、急速な人口増加に伴う土地への圧力と食糧不足に起因する森林の農地への転用、あるいは農業限界地への移動、特に乾燥・半乾燥地域での不適當な農地管理、生活燃料としての薪の使用による森林破壊が挙げられる。

その他、近年の工業開発に伴う公害問題が各地で表面化しつつあり、同国の開発計画でも、各種工場からの排水による水質汚染、自動車からの排気ガス、モンバサ製油所の硫黄酸化物排出による大気汚染などについて述べられている。また、農村から都市への急速な人口移動に都市機能の整備が追いつかず、都市交通、上下水道といった公共サービスの遅れから都市環境の悪化も指摘されている。

(参考 国別協力情報ファイルケニア)

1-2 一般行政と国家開発計画

1-2-1 中央及び地方一般行政組織

1-2-1-1 中央行政

ケニアは、1963年イギリスから独立し、翌64年12月に発行した憲法により共和国となった。独立時には、憲法上、中央政府の力は弱く連邦制に近かったが、一連の憲法改正で行政府の権限が強化され、国家元首、行政府の長、軍の最高司令官として強力な権力を持つ大統領が、中央政府の官僚を通じて統治する中央集権的な行政国家となった。

国家の基本組織は、行政・立法・司法の三権分立制をとってはいるが、大統領がその強大な権力を基盤に行政官僚を通じて統治する、というスタイルが確立するにつれて、法律を作るという本来の意味での国会の機能は衰退した。

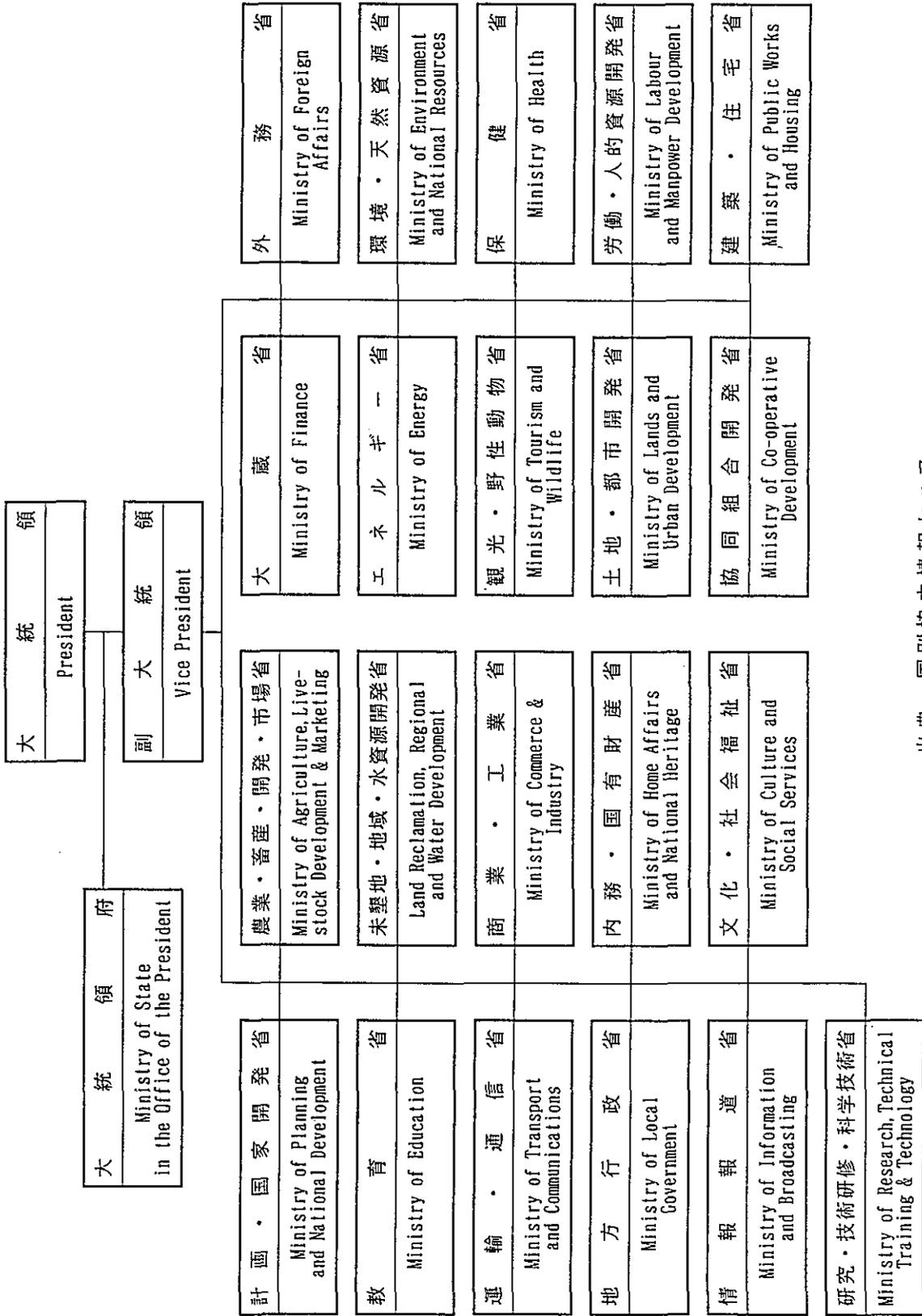
司法は、地方レベルの問題を扱うDistrict Magistrates、全国にまたがる係争を処理するResident Magistrates、日本の高等裁判所に当たるHigh Court、最高裁判所に当たるKenya Court of Appeal がある。

政府には、現在22の省がある(参考 図1-4 国家行政組織図)。

1-2-1-2 地方行政

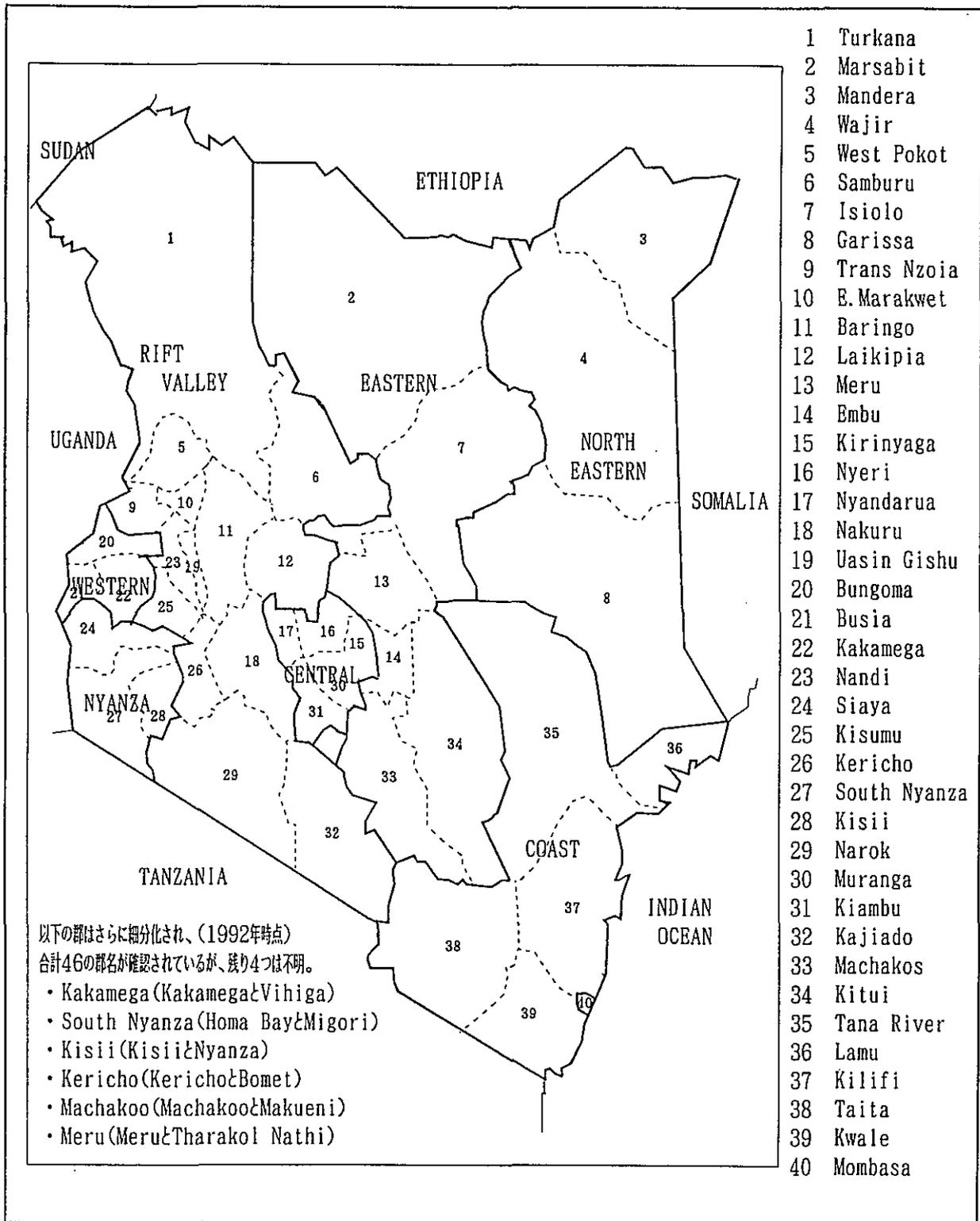
ケニアは8つの州(農村部7州、都市部ナイロビ州)により構成されており、各州の行政の長は、大統領により任命される州知事(Provincial Commissioner)である。州の次のレベルの行政単位は郡(District)で、全国に50存在し(1993年現在)、郡知事(District Commissioner)も大統領に任命される。郡は、さらに、地区(Division)、ロケーション(Location)、サブ・ロケーション(Sub-location)へと細分化される。地区に対しては郡長(District Officer)、ロケーションには首長(Chief)、サブ・ロケーションには副首長(Assistant Chief)が、公務員評議会(Public Service Commission)を通じて選定される。最小の行政単位は村であり、村長(Headman)に率いられるが、彼は政府の役人として報酬を受けるわけではなく、村人達によって選出される。

圖 1-4 ケニアの国家行政組織図 — 1993年1月現在 —



出典：国別協力情報ケニア

図1-5 ケニア行政区分図 (州と郡)



出典：Children and Women in Kenya A Situation Analysis 1992, UNICEF

ケニア行政区分図（州と郡）

州	
英文名	和訳
Nairobi	ナイロビ州
Central	中部州
Rift Valley	リフト・バレイ州
Western	西部州
Nyanza	ニャンザ州
Eastern	東部州
North Eastern	北東部州
Coast	沿岸部州

郡					
1	Turkana	ツウルカナ	21	Busia	ブシア
2	Marsabit	マルサビット	22	Kakamega	カカメガ
3	Mandera	マンデラ	23	Nandi	ナンディ
4	Wajir	ウァジル	24	Siaya	シアヤ
5	West Pokot	西ボコット	25	Kisumu	キスム
6	Samburu	サンプル	26	Kericho	クリコ
7	Isiolo	イシオロ	27	South Nyanza	南ニャンザ
8	Garissa	ガリサ	28	Kisii	キシイ
9	Trans Nzoia	トランス・ニューゾイア	29	Narok	ナロック
10	E. Marakwet	東マラクエット	30	Muranga	ムルガンガ
11	Baringo	バリngo	31	Kiambu	キアンプ
12	Laikipia	ライキピア	32	Kajiado	カジアド
13	Meru	メル	33	Machakos	マチャコス
14	Embu	エンブ	34	Kitui	キツゥイ
15	Kirinyaga	キリンヤガ	35	Tana River	タナリバー
16	Nyeri	ニェリ	36	Lamu	ラム
17	Nyandarua	ニャンダルア	37	Kilifi	キリフィ
18	Nakuru	ナクル	38	Taita	タイタ
19	Uasin Gishu	ウァシン ギシュ	39	Kwale	クウェール
20	Bungoma	ブンゴマ	40	Mombasa	モンバサ

1-2-1-3 農村開発のための地方組織

1983年、政府は「郡を中心とした農村開発戦略(District Focus for Rural Development)」を打ち出した。それまでの中央主導型の農村開発プログラムを、直接地方の住民を開発プロセスに巻き込むことにより活性化し、地域格差を解消していくことが狙いである。この開発戦略の活動の核となる郡の知事を委員長、郡開発委員(District Development Officer)を書記とした郡開発委員会(District Development Committee)が結成された。この委員会の構成メンバーは、(郡レベルの役所の)各課長、郡議会議員、各郡長(地区レベルの行政の長)、開発関連の公社の代表、家族計画や女性開発プログラムを実施しているNGOの代表、地域指導者などである。

郡開発委員会は、中央政府関連諸省庁の技術的支援と政策的指導を受けながら、政府及び海外援助機関支援双方の開発プロジェクトの立案、調整を担当・実施することになっている。また、当委員会は、郡における公社、NGO、自助努力グループ(Self-help group)などがスポンサーとなるプロジェクトの審査・認可を通して、これらのプロジェクト活動内容が政府の郡レベルの開発計画に沿ったものとなるよう調整を行っている。

この郡開発委員会の下には、地区開発委員会(Divisional Development Committee)がある。この委員会は、コミュニティーレベルにおける開発関連の様々な意見を収集し取りまとめ、郡開発委員会へ提出するよう働きかけるという重要な役割を持つ。(地区レベルの役所の)各課長、地区議会議員、首長、女性組織や他の開発関連組織の代表等がそのメンバーである。

しかし、このような地方分権化による開発プロセスへの住民参画の試みも、今のところ実際には中央の意向を下部レベルまで伝達するという上からの発想の枠を越えるものではなく、成果をあげているとは言いがたい。

1-2-2 国家開発の概要

既に述べたように、1970年の頃までは順調な成長を続けたケニア経済も、それ以降財政収支、国際収支の赤字幅の拡大やインフレーションの昂進などマクロ不均衡が顕著となり、健全な経済運営が極めて困難な状況となった。こうした状況の中で、政府は今後国の安定した発展には構造調整が不可欠と認識して、世界銀行等による構造調整プログラムを受け入れた。

同国の国家開発プログラムを論じる上で、この構造調整計画は重要な意義を持つことから、ここではまずその概要を述べ、続いて国家開発計画の推移と、その中での保健医療計画の位置づけに焦点をあてる。

1-2-2-1 構造調整

1980年から第一次構造調整計画が実施され、これは翌年第二次構造調整に引き継がれた。また、1980年代後半からは部門ごとの構造調整へとターゲットを絞り、1986年からは農業部門、1989年からは、工業部門及び金融部門、1989年からは保健医療部門を対象とする構造調整計画が実施された。その要約を表1-4に示す。

マクロ経済政策等に関する構造調整は世界銀行及びIMFが主に担当し、各セクターでの構造調整は世界銀行に加えUSAID、EECが担当するなど、援助の役割分担が行われてきた。ケニア政府も、世界銀行等によるコンディショナリティー（融資条件付与）には内政干渉に当たるものもあるとしてこれに対する反発を表明しながらも、構造調整全体の枠組みについてはこれを基本的に受け入れている。

保健部門に対する実質的な援助は、マクロ経済の構造調整を担当する世界銀行を補完する形でUSAIDが実施しており、その中心となっているのは健康保険（国民病院保険基金）の改善強化と医療費有料化である。しかし、UNICEF、ケニア大学経済学部、アフリカ経済研究コンソリテウム（African Economic Research Consortium）は、「保健部門内の構造調整」の悪影響を懸念しており、有料化に反対している。

表1-4 ケニアにおける構造調整計画

計 画 名	対象分野	期間	目的及び主な政策
第1次構造調整	経済全体	1980	輸入自由化、輸出促進のための輸出保証スキームの導入、製造業製品価格の統制緩和、投資促進政策の実施、国営企業の民営化及び合理化、利子率政策の改革、為替レートの見直し、公共投資計画に関する多年度予算方式の採用
第2次構造調整	経済全体	1982	輸入数量規制の緩和、関税合理化、農産物の生産者価格の引き上げ、穀物市場の自由化、NCPBの抜本的改革、家族改革運動の促進、製造業に対するインセンティブの手直し
農業部門構造調整	農業	1986-89	農業投入財の供給増大及び供給システムの改善、生産者価格体系及びマーケティング・システムの改善による農家の生産意欲の向上、農業部門に対する投資増大など予算の合理化、農業関係政府機関及び国営企業の財政再建及び業務の整理・統合、農業金融制度の改善と強化
工業部門構造調整	製造業	1989-91	製造業部門の効率上昇、輸入ライセンス供与制度の合理化等を中心とする輸入自由化の促進、輸出促進の為に輸出保証制度の拡充、製造業製品の価格統制の撤廃、投資の促進
金融部門構造調整	金融	1989-91	変動相場制の導入、金利の自由化、中央銀行の権限及び機能の強化、金融及び資本市場の拡充・強化
保健部門構造調整 (USAID による プログラム援助)	保健	1989-	医療サービスに関する受益者負担（医療サービスの有料化）の導入、国民病院保険基金の改善及び強化

出典：ケニア国別援助研究会報告書 p.63

構造調整計画とケニア政府の開発計画との関連は、下の図1-6 に示す通りである。

図1-6 ケニアの構造調整と開発計画

	1979	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
世界銀行による構造調整融資（百万ドル）	*		*										
	55.0		130.9										
世界銀行による部門別構造調整融資（百万ドル）							*	*	*				
							77.0	112.0	53.7				
							(農業)	(工業)	(工業)				
												(保健)	
ケニアの開発計画	第四次五ヶ年計画				第五次五ヶ年計画				第六次五ヶ年計画				

出典：ケニア国別援助研究会報告書 p.64

1-2-2-2 国家開発計画

独立以来六次にわたる五ヶ年開発計画が実施されてきた。その要約を表1-5 で示す。

表1-5 ケニアにおける開発計画の推移

計画名	対象期間	GDP成長率(%)		基本戦略
		目標	実績	
第一次	1966-70	6.3	6.3	高い成長率の達成
第二次	1970-75	6.7	6.5	高い成長率の達成
第三次	1975-79	7.4	4.7	所得分配の公平
第四次	1979-83	6.3	5.0	貧困の軽減
第五次	1983-88	4.9		国内資源の活用による成長
第六次	1988-93	5.4		発展への参加

出典：ケニア国別援助研究会報告書 p.65

現在実施中の第六次開発計画の基本理念は、「発展への参加」であり、ケニアの今後の経済危機を乗り越え安定した発展を遂げるには、国民各層の協力と幅広い参加が必要であるとの基本認識に立脚したものである。同開発計画は、また、西暦2000年を見通した長期開発計画「新しい成長の為の経済運営」を、1986年4月にケニア政府が発表してからはじめての中期経済計画でもあり、長期開発計画の目標達成の第一歩として位置づけられている。

同五ヶ年計画においては、長期計画で設定している実質経済成長率年率 5.6%を達成するため、同計画中の平均成長率を 5.4%としている。また、併せて同五ヶ年計画においては各セクター別の平均成長率も設定されている。それによれば、農業部門 4.5%、工業部門 6.4%、貿易関連部門 7.0%、運輸・通信部門 5.7%、建設・土木部門 4.5%、住宅部門 3.4%、公的部門 5.6%となっており、農業部門依存の経済構造から工業部門等を中心とした経済発展を目指していることがわかる。

具体的な政策課題は以下の通りである。

- ・年 5.4%の経済成長（農業生産の拡大、工業振興）
- ・雇用の創出
- ・国民の食料の確保
- ・農村と都市の均衡のとれた発展
- ・稀少資源の効率的配分
- ・政府予算の合理化
- ・民間部門の重視
- ・人口抑制
- ・外貨獲得

第1編 参考資料一覧

- 「国別協力情報ファイル ケニア」国際協力事業団 1994年
- 「ケニア 国別援助研究会報告書」 国際協力事業団 1992年
- 「ケニア任国情報」 国際協力事業団 国際協力総合研究所 1993年
- Children and Women in Kenya A Situation Analysis 1992, UNICEF Kenya Country Office, 1992
- Kenya 93 Fact Book・UHURU30, Kul Bhushan Newsread International Nairobi, 1993
- The Kenya Primary Atlas, Jomo Kenyatta Foundation, 1991
- Population and Development in Kenya, S H Ominde, Heinemann, 1987

第2編 衛生行政

2-1 中央衛生行政機構と保健医療計画

2-1-1 中央衛生行政機構

2-1-1-1 保健省の機能と役割

保健省は、行政部門(Administrative wing)と技術部門(Technical wing)から成り、前者は主に予算作成、計画(企画、開発)、プログラム運営を担当し、後者は病院管理、農村保健医療サービス、トレーニング、医療研究分野等を管轄している。

保健省の組織図を図2-1に示す。

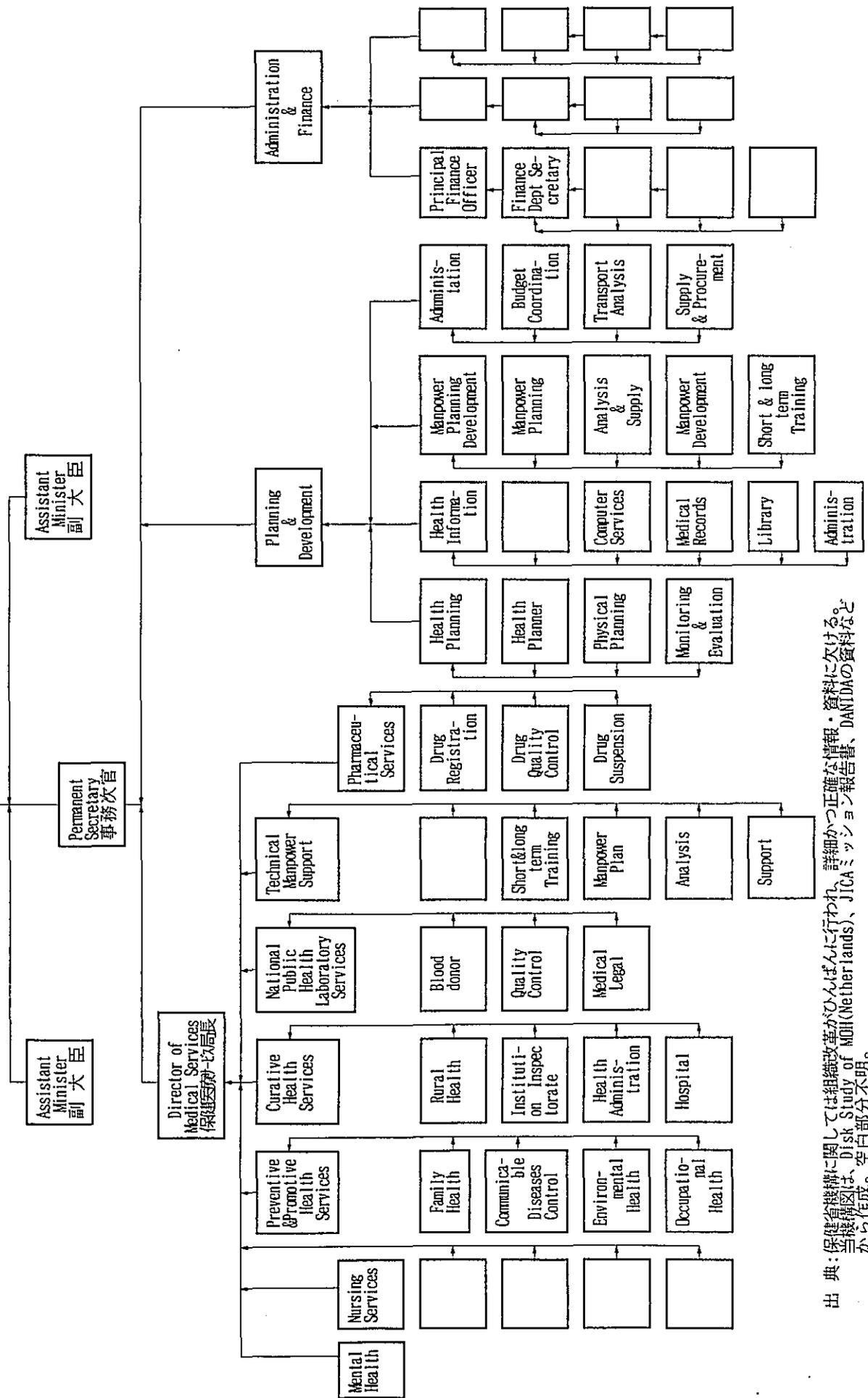
保健省の活動は、7つの主な局(計画・開発局、予防・推進医療局、臨床医療局、全国公衆衛生試験サービス局、医薬品局、看護局、精神衛生局)が、以下の項目に沿って活動計画を立案し、予算割当を実施する。

- ・臨床/治療サービス
- ・農村保健サービス
- ・予防/推進医療サービス
- ・人材養成/開発
- ・業務及び計画
- ・医薬品供給サービス
- ・国民健康保健(国民病院保険基金)

ドナー援助を含む開発関連のプログラム、プロジェクト、活動は、計画・開発局が調整を行う。また、同局は、郡レベルのプロジェクトの発掘や実施の監督に責任を持つ。

五大都市-ナイロビ、モンバサ、ナクル、キスム、エルドレットにおける保健医療サービスは、地方議会(Local Council)の管轄で、地方自治省(Ministry of Local Government)によって任命される医療専門官(メディカル・オフィサー)がプログラム実施・運営責任者である。

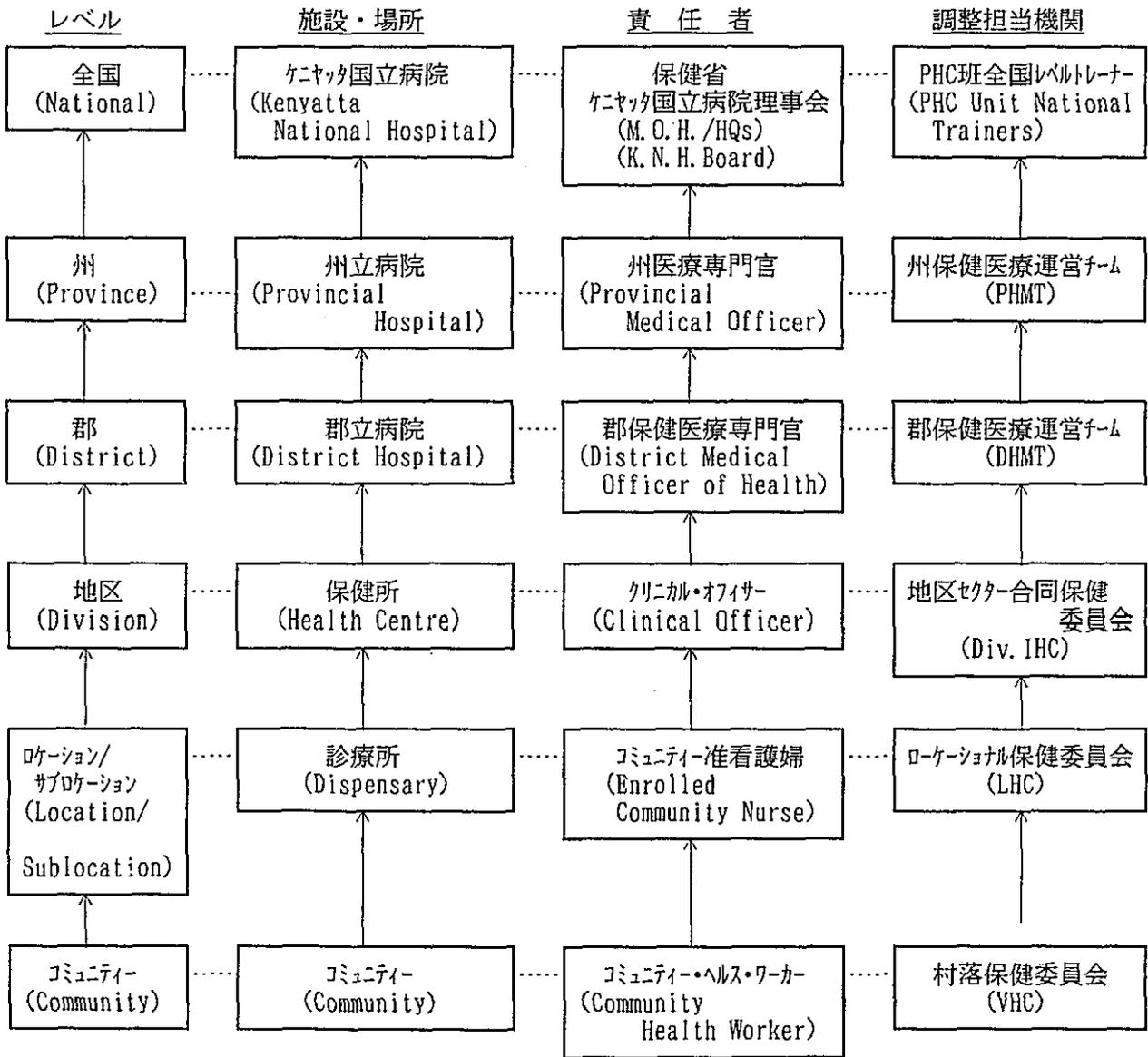
図 2-1 保健省機構図



出典：保健省機構に関する組織改革がひんぱんに行われ、詳細かつ正確な情報・資料に欠ける。当該機構図は、Disk Study of MOH(Netherlands)、JICAミッション報告書、DANIDAの資料などから作成。空白部分不明。

2-1-1-2 ケニアにおける保健・医療システム

図2-2 ケニアにおける保健医療システム



- 注. PHC — Primary Health Care
 PHMT — Provincial Health Management Team
 DHMT — District Health Management Team
 Div. IHC — Divisional Intersectoral Health Committee
 LHC — Locational Health Committee
 VHC — Village Health Committee

出典: DANIDA, KEPI Report, Annex 2

2-1-2 中央保健医療計画と予算

2-1-2-1 国家開発計画における保健医療政策

1)第四次国家開発計画（1979-83年度）における保健医療政策

既にこの計画が作成された時期は、急速な人口増加とより質の高い近代的医療に対する欲求の増大のため、医者不足、薬不足といった問題が社会問題化しており、その原因としては、第三次国家開発計画期間（1974-78年）中に主要課題を解決しえなかったためとしている。具体的には、主要課題として人材不足、財源不足、非効率的な組織運営、地域間（特に都市農村間）格差の拡大、情報の未整備を挙げており、主要政策課題としては、予防医学の推進、健康増進のプログラム、農村医療の充実、人材養成、病院の再活性化、薬品・機材供給体制の改善等に優先的に取り組むとしている。

2)第五次国家開発計画（1984-88年度）における保健医療政策

独立以来20年間の経験の蓄積により、今や予防医学、農村医療の推進こそが決定的に重要であると明言した上、主要政策課題として、農村医療の拡充、予防医学、健康増進プログラム、母子保健、家族計画の推進、保健省の農村部における政策運営能力の向上、新たな財源確保の措置（ハランベ* 運動による医療機関の維持、共同体を核とした健康管理運動）、慰問室（Amenity ward）の設立・改善、一部外来・入院患者の医療費有料化）を挙げている。

*ハランベ：共同体における相互扶助システム。物質的、金銭的あるいは労働力の提供などを含む。

3)第六次国家開発計画（1988-93年度）における保健医療政策

第四次計画における関心の中心は、病院を中心とした医療機関の整備、拡充、人材の養成確保といったハード面にあったのに対し、第五次では、より予防医学を重視するなどの技術面に中心が移るとともに、財源確保にも言及する等、マクロ政策へも関心を示した。

そして、第六次では、もっぱら財政等のマクロ政策が関心の中心であり、ついでPHC等の技術面に関心を示し、医療機関の整備、人材養成といった第四次での主要関心事項は民間資金導入、PHC推進といった最優先課題との関連でのみ触れられるにすぎなくなっている。

ここでは、第六次国家開発計画の中の保健医療政策の内容について、優先課題事項をさらに詳細に見ていく。

（1）問題認識と政策課題

独立以来の保健医療分野における成果、特に医師数、病院数の増加を挙げつつも、次のような問題が発生していると指摘している。

①医療の量的、質的向上欲求への対応に起因する財源不足

- ②地域間格差の存在
- ③人材不足と管理運営能力の不足
- ④多数の患者を抱え、常時混雑する非効率的な病院経営（第三次ケア施設）
- ⑤住民レベルでの基本的保健医療知識の不足

これらを解決するために、費用効果改善に関する住民、地域社会レベルでの意識の向上、公共部門のみならず、民間、住民グループ、NGOをまきこんでの運動の展開、保健省を含む関係機関の協力による政策の実施が必要とされている。

優先的政策課題として、以下のものが挙げられている。

- ①財政支出の見直し
- ②受益者負担（医療費の有料化）
- ③健康保険制度（National Hospital Insurance Fund= 国民病院保険基金）
- ④民間活力の導入
- ⑤保健医療行政機関の見直し
- ⑥人材養成
- ⑦PHCの推進
- ⑧予防医学の推進
- ⑨母子保健の推進
- ⑩環境衛生の推進
- ⑪伝統医療の見直し

（2）保健医療予算の逼迫

第六次開発計画によれば、保健医療部門における最大の問題は財源不足にある。急速な人口増加、特に保健医療サービスが主な対象とする乳幼児、高齢者が急速に増加していること、保健医療サービスの質の向上の要求が強いことから、保健医療部門における支出は年率7%の割合で急速に増大している。一方、政府予算は構造調整計画のため極めて制限されているが、政府予算全体の中で保健・医療セクターの占める割合は、若干の起伏はあるものの、基本的には横這いである。このことは、政府内における保健・医療の優先順位自体はさほど変わっていないが、全公共部門の厳しい財政事情を反映して、保健・医療セクター内の財政状況が緊迫していることに加えて、同セクター内における適切な分配が滞っていること、具体的には、費用効果が高い予防的活動重視が政策的には表明されているにもかかわらず、現実には高次の治療活動で莫大な予算を非効率的に消費してしまっていることが原因である。（この保健・医療セクターにおける予算・支出の内訳は後述する。）

このため、逼迫する保健医療部門の財政建て直しに向けて、開発計画においては、①財源確保、②民間活力活用、③効率的政策運営の3つの戦略を打ち出している。

①財源確保

従来無料だった医療の有料化、健康保健(国民病院保険基金)の財政再建を謳っている。

(ア) 受益者負担システムの導入(医療の有料化)

1989年に、政府は、公立の保健医療機関における外来、入院患者の医療費有料化を打ち出した。しかし、これに対して、有料化したにもかかわらずサービスの質が改善されないことなどから世論の反対が強く、モイ大統領は、1990年に外来の有料化一時差し止めの命令を出した。1992年に入り、有料化制度を再導入している。

「料金徴収(User charge)」というネガティブな言葉の響きを払拭するため、現在では「(保健医療)施設改善費(FIF--Facility Improvement Fee)」と名称を変更している。病院における料金の方が保健所のそれより高額で、診療所は無料となっている。(将来的には)これは、末端の一次レベルの保健・医療施設を通りこして不必要に高次レベルの病院へ行く患者を減らし、一次レベル施設(診療所、保健所)の利用を活性化することが目的である。歳入の75%は、サービスの質を上げる努力の一環として、施設維持・改善費として使用され、残りの25%は予防保健・医療プログラム運営費にあてられる。弱者及びニーズの高い特定のグループを保護する手段も講じられている。貧困層は、村長の(貧困)証明書があれば料金免除となり、また、母子保健(妊産婦及び15歳以下の子供)、結核、性病・エイズ関連サービス等に関しては無料である(この項目に関する詳細なデータは資料編を参照)。

(イ) 健康保険 —— 「国民病院保険基金(NHIF:National Hospital Insurance Fund)」

詳細は「3-6 医療保険制度」を参照。

②民間活力活用

保健・医療分野での全経常支出のうち政府支出が50%を占めていることから、民間資本の積極的活用による保健・医療サービスの量的・質的改善を目指した政策である。また政府支出の大半(70%以上)が人件費等の経常支出に費やされ、プログラム運営や新規の施設建設費等に要する開発予算が極めて制限されていることから、民間資本導入に頼らざるをえなくなったという現実もある。具体的には、地方における病院、診療所等の施設建設及び用地取得に対する優遇税制の導入、私立の保健医療施設に対する医薬品の優先的割当の実施が盛り込まれている。

③効率的政策運営

保健・医療セクターにおける全般的な財源不足と同時に、元来全予算のわずか30%分ではないプログラム運営費の約70%は治療(Curative)ケア部門で消化されているという、不適切な資源配分の是正が重要な課題である。これについては、以下に「中央と地方の役割の見直し」、「地域に根ざした行動によるPHCの推進」、「予防保健医療重視」においてその戦略上の詳細を述べる。

(3) 中央と地方の役割の見直し

独立以来、ケニアにおいては中央主導型の保健・医療政策が押し進められた結果、地域間、特に都市と農村部との格差が顕著となりつつある。具体的には、中央政府と地方自治体間の予算配分、保健・医療機関の数に大きな格差が存在している。

また、中央の二次、三次ケア病院中心、治療中心の医療体制は、保健・医療サービスの受益者数を限定してしまうのみならず、入院患者に対する経常支出が外来患者に対するそれを恒常的に上回る構造を作り上げてしまい、保健・医療予算を圧迫する主要な原因となっている。

このため、現在中央政府に集中している権限を地方に分散し、より効率的・効果的な保健・医療サービスの提供を目指しているが、地方における人材不足、財源不足が大きな制約要因となっているため、これらの人的、財政的不足の解消を必要としている。

具体的には行政、技術両面での人材確保、養成、保健・医療情報管理システム(Health Management Information System)の確立、財源強化のための増税、地方自治体に対する融資機関(Local Government Loans Authority)の改組等を挙げている。

(4) 地域に根ざした行動によるPHCの推進

地域に根ざした行動によるPHCの推進とは、人的、財源的に強化された地方自治体を中心に、民間資金の導入、NGO、宗教団体の参加と地域住民の参加を呼びかけたものである。具体的には、予防医学的サービスの推進、母性保護、子供の生存のための活動、家族計画の推進、感染症の防止をその内容としている。

(5) 予防保健・医療サービスの推進

独立以来五次にわたる開発計画において、費用効果の観点から、予防保健・医療アプローチは常に治療医学的アプローチより優先順位度が高く置かれてきたが、現実には、保健省により治療医学的活動が優先されてきたとし、今後は、各関係省庁の協力による予防保健・医療アプローチが採られなければならないとしている。

特に、前述のPHC推進の立場から、PHCと予防保健・医療サービスとに区別を設けること自体が意味のないことになりつつあり、効果的かつ効率的な保健・医療サービスの提供、医薬品の供給システムを実現することが重要である。

(6) 母性保護、子供の生存のための活動、家族計画の推進

妊娠中の母親及び乳幼児に対する適切な保健・医療サービスの提供は、国民の健康維持に資するものであるのみならず、経済的には、将来的に必要とされる治療医学的サービスのコスト削減につながるものであるとしている。

具体的には、産前、産後の母性保護、伝統的産婆に対する再教育及び最低限の治療器具、医薬品の提供、乳幼児に対する予防接種(EPIプログラム)、下痢症対策としての経口

補水塩の普及、栄養改善教育、家族計画等の推進を行うとしている。具体的達成目標として、93年までの開発計画期間中に、予防接種については対象乳幼児の80%をカバーし、栄養改善の普及によって発育不良児を20%から5%に減少させるとしている。

(7) 栄養改善

ヨウ素不足（による甲状腺機能障害）、鉄分不足及びマラリアに起因する貧血、ビタミンA不足による失明、栄養のアンバランスによる乳幼児の発育不良に対する活動の重要性を強調している。しかし、政策形成に必要な情報が不足しているため、まずは国民の栄養状態に関する調査企画機能の強化、「国民食品成分表」の作成が必要であるとしている。

(8) 環境保健・衛生の推進

ケニアにおいては、環境保健・衛生（Environmental Health）とは、「給水と衛生」、「伝染病対策」、「性病対策」を含む概念としているが、給水と衛生については(10)において後述し、ここでは「伝染病対策」と「性行為感染症（エイズを含む）」を扱う。

ケニアの3大伝染病として、マラリア、住血吸虫、ねむり病を取り上げている。特にマラリアは、政府系保健医療施設を訪れる外来患者の病院の20%以上を占めており、ニャンザ州、西部州、沿岸部州において蔓延している。マラリアに対する具体策としては、地域住民参加によるハマダラ蚊撲滅運動、村落レベルでの保健医療施設整備による早期発見をあげているが、キニーネに対する薬剤耐性が急速に広がっており、これの監視とキニーネに代わる薬剤の開発が最大の課題となっている。

また、十二指腸虫、さなだ虫、住血吸虫等の寄生虫病については、特に農村部において主要な病因となっている。具体的対策としては、治療の他、清潔な水の確保、寄生虫に関する知識の普及、地域毎の寄生虫追跡調査等を実施するとしている。

性病もケニアにおける主要疾病の一つである。性病のうち、淋病と梅毒が最も多く、次いで軟性下疳、クラジミア、ヘルペスがあげられる。近年ではエイズの重要性が増しており、国家エイズ対策委員会（National AIDS Control Committee）を保健省内に設置し、内外機関との協力のもと、エイズ対策に当たらせている。

(9) 伝統医療の見直し

ケニアの国民の多くが伝統医療に依存しており、PHC推進の観点からも伝統医療従事者の組織化、伝統医療の利用、開発、応用に関する情報の収集が必要である。

(10) 給水と衛生

前述の「PHC」、「予防保健・医療アプローチ」、「環境保健衛生」の全ての基盤として安全な飲み水の供給が必要であることは論を待たない。しかし、農村部では未だ多く

の住民が表流水（川、池）及び雨水に頼っており、安全な水の確保が困難な状況である。また、水源までの距離が遠いため、特に水汲みの労働を主に担当する女性と子供にとっては大きな負担となっている。都市部においては、急速な人口増加に給水設備の整備が間に合わず、水質の低下を招いている。

独立以来、政府は「2000年までに全てのケニア人に安全な飲み水を」をスローガンに給水改善に努めてきたが、人材不足、財源不足等の制約により、この目標の達成は困難なことが既に判明している。

具体的な対策としては、給水改善事業は地方自治体が実施しているので、都市部については今次計画において改組予定の「市町村開発銀行（Municipal Development Bank）」を通じ、農村部については、「郡開発基金（District Development Fund）」を通じ、必要な資金を供給するとしている。

また、都市部においては下水道の未整備及び人口急増により、工業排水や生活排水による水質汚染が進んでいるため、地方自治体の参加を得て、下水道、浄化槽等の建設を進める一方、水質汚染の監視、環境衛生教育キャンペーンを進めるとしている。

（11）他セクターとの調整強化

ベーシック・ニーズとしての保健・医療は他の政府開発戦略と無関係に取り扱うことはできない。農業、水資源、教育、福祉、情報・放送などの他の部門との調整の強化が重要である。

2-1-2-2 保健医療部門の予算・支出

1) 保健・医療セクターに対する資金拠出

保健省の歳出状況をあらわしたのが表2-1である。

ケニアの保健・医療セクターに対しては、政府が保健省を通じて経常費用と開発予算の約50%に及ぶ資金を拠出しており、その金額は年7%の割合で増え続けている。保健省による支出が全政府支出に占める割合も1985年の6.1%から1990年の5.3%（推定）まで、少しずつ減少傾向を示してはいるが、大きな変化は見られない。このことは、保健医療セクターの財政難が、政府の保健医療セクターへの優先順位が落ちたためというより、政府（公共部門）予算全体の財政的危機を反映しているとみるほうが妥当であると思われる。

拠出元別にみると、経常費用の大部分は中央政府が負担しており、そのうち保健省が42%（1983年度）、その他からの支出が41%となっている。国民病院保険基金からはわずか4%が拠出されているだけで、主に民間保健医療施設や教会等の運営による保健医療施設に使用されている。外国からも経常費用補填として政府やボランティア活動に対して援助が行われているが、全保健関係予算に占める割合は微々たるもので、わずか2%にすぎない。

表2-1 保健省項目別歳出 (単位:100ケニアポンド*)

	85年度	86年度	87年度	88年度	89年度	90年度
経常費用(額)	73.0	79.6	96.5	101.00	113.7	122.6
治療	48.6	57.2	69.6	79.0	82.1	81.0
ケニヤタ国立病院	8.1	9.4	12.4	11.7	12.9	15.3
N G O 支援	2.0	2.1	1.7	1.5	0.7	1.8
予防・推進	2.9	3.5	4.0	4.1	6.2	12.9
農村保健	4.2	6.7	6.5	6.5	12.5	15.4
その他 ¹	17.3	12.2	16.4	11.4	12.9	13.3
開発費用(額)	11.1	14.8	14.7	12.7	20.9	46.7
治療	4.7	5.9	5.9	8.0	8.6	12.7
N G O 支援	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.4
予防・推進	0.1	0.4	0.3	0.4	1.4	6.4
農村保健	4.3	6.0	5.5	3.6	10.2	19.8
その他 ¹	2.0	2.5	3.0	0.7	0.7	7.8
合計歳出(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
治療	63.4	66.8	67.9	76.5	67.4	55.3
ケニヤタ国立病院	9.6	10.0	11.1	10.3	9.6	9.0
N G O 支援	2.6	2.4	1.8	1.6	0.7	1.3
予防・推進	3.6	4.1	3.9	4.0	5.6	11.4
農村保健	10.1	13.4	10.8	8.9	16.9	20.8
備考:						
政府全歳出に占める保健省の割合	6.1	6.3	5.8	5.8	5.8	5.3
全経常費用に占める人件費以外の歳出	44.5	38.7	37.3	42.2	45.0	—
¹ 事務、トレーニング機器材供給調整、調査NHIF等を含む						

出典: Kenya Human Resources: Improving Quality and Access, World Bank

* 1ケニアポンド=20シリング

表2-2 保健医療セクター経常費用の財源 (1983/84)

財源	額	割合 (%)
1. 政府		
保健省	1,206.8	42
保健科学大学 (College of Health Sciences)	25.4	1
制限つき保健省補助金	3.7	1
地方自治体	152.6	5
NHIF (国民病院保険基金)	109.0	4
2. ミッション (キリスト教系団体)		
外国からの支援 (寄付)	13.1	1
地元からの支援 (寄付)	9.4	
料金システム外からの収入	6.8	
3. その他のNGO		
外国からの支援 (寄付)	11.3	1
地元からの支援 (寄付)	2.1	
4. 私企業	53.6	2
5. 民間保険	35.3	1
6. 持ち出し分	1175.6	41
7. (国際) ドナー	71.0	2

出典：経済協力計画のための基礎調査 — 国別経済協力計画. ケ-7 P. 127

表2-3 保健医療セクター歳出

年度	外 来		入 院	
	経 常	開 発	経 常	開 発
1974	6.842	1.877	12.813	3.121
1975	6.269	2.895	14.723	2.472
1976	5.905	3.850	15.355	4.243
1977	7.960	2.545	17.882	4.378
1978	9.160	1.990	20.079	4.198
1979	10.291	2.063	20.603	5.587
1980	10.863	2.069	23.468	5.852

出典：同上

2) 保健・医療セクターの支出

保健医療サービス供給者別の支出を見てみると、全体の42%が政府関連の保健医療サービス費用である。教会等のNGO、民間保健医療施設が、病院ベッド数においては、ケニア全体の約30%、保健所や診療所の約14%、全体のサービスの約40%を提供している現状を考えると、これら非政府系サービス費用がわずか8%ほどしか占めないのは、政府系施設・プログラム運営の非効率性を示すものともいえる。

保健省内での支出構造の特徴は以下のような点である。

- ①政府の経常費用のための支出が開発支出を上回っている(表2-3 参照)。
- ②入院患者の費用(支出)が外来患者のそれを上回っている。
- ③経常費用を人件費とそれを除く運営費に区別した場合、人件費の全経常費用に占める割合が運営費よりも大きい(表2-1 参照)。このことは、従業員の賃金に支払われる資金の増加は政治的に受け入れられるが、社会・経済的には非生産的であり、保健・医療サービスに従事する人間は多くても、彼らが質の高いサービスを提供することは難しいことを示唆している。特に農村部の保健・医療施設を中心にして、購買力低下による慢性的な医薬品の不足、機器材・施設・車両(燃料欠乏を含む)の保管や維持の困難さによるサービスの量及び質の低下という深刻な問題を抱えている。1981年に保健省によって実施された調査によると、全国で適切な給水設備が整っている保健医療施設は半数以下、65~70%は管理・維持が不適切であった。また1983年の調査によると、全国 1,100の施設中、500 が緊急に補修が必要であることが判明した。また、医療従事者リクルートに関しては、中級、下級のスタッフは問題ないが、上級スタッフは民間セクターに比べて報酬面で劣ることから、十分にリクルートできないでいるという現実がある。
- ④治療サービス部門偏重型の予算・支出構造が存在する。予防・推進的保健医療サービス、及び農村保健の充実・強化は、政策上強調されているものの、予算・支出の実績をみると、その大部分がコスト高で且つ低いコスト回収率に特色づけられる都市部の病院に振り向けられている。その結果、保健・医療サービスの拡充の必要が叫ばれている農村部は、費用効果面からもより有効な疾病予防等の保健医療計画が大きく制約されることになる。

3) 開発予算 ——1992/93 支出と1993/94 予算内訳
表2-4 を参照。

表2-4 開発予算推計

歳出の種類	1992/93年確定	1993/94年確定
エイズ	3.07 %	1.82 %
施設建設	24.66 %	17.68 %
診断サービス	2.33 %	2.81 %
下痢症対策	0.05 %	0.06 %
医薬品	9.84 %	5.54 %
機器材・工場	4.03 %	25.65 %
家族計画	12.75 %	14.88 %
	5.27 %	4.87 %
保健医療情報システム	0.02 %	0.00 %
予防接種拡大プログラム	2.02 %	0.45 %
	1.71 %	2.12 %
ケニヤッタ国立病院	5.04 %	0.00 %
管理・維持	3.04 %	2.18 %
雑務	2.65 %	4.22 %
NGO	2.96 %	2.20 %
計画/調査	1.31 %	0.44 %
プライマリーヘルスケア	9.44 %	9.14 %
リハビリテーション	2.17 %	1.75 %
トレーニング	7.37 %	3.99 %
車輛	0.25 %	0.20 %
合計	100.00 %	100.00 %

出典：“Health Strategy Note for Republic of Kenya” P.31

2-2 地方衛生行政と保健医療計画

2-2-1 地方衛生行政機構

2-2-1-1 地方衛生行政の概要

各州には州医療専門官(PMO)を責任者とする州保健医療運営チーム(PHMT-Provincial Health Management Team)があり、州レベルでの保健・医療プログラムの監視・評価を実施する。

州保健医療運営チームの構成メンバーは以下の通りである。

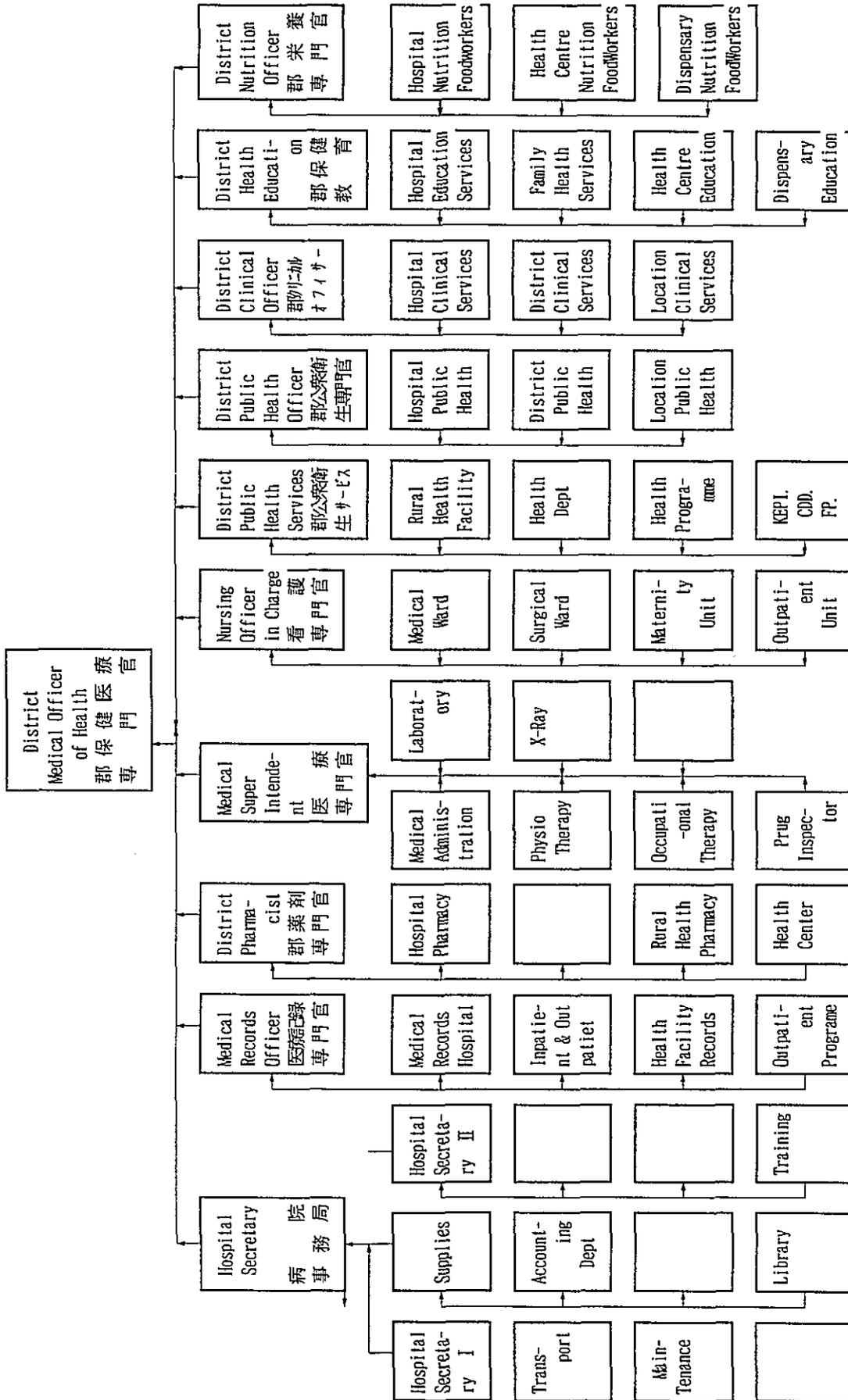
- ①州医療専門官(Provincial Medical Officer)
- ②病院事務長(Hospital Secretary)
- ③州看護専門官(Provincial Nursing Officer)
- ④州健康教育専門官(Provincial Health Education Officer)
- ⑤州公衆衛生専門官(Provincial Public Health Officer)

1983年に打ち出された「郡を中心とした農村開発戦略」に沿って、保健・医療プログラム実施の核となるべきレベルは郡である。郡保健医療専門官(DMOH)を長とする郡保健医療運営チーム(DHMT-District Health Management Team)が、保健・医療サービスプログラムの立案・実施を担当する。また、郡保健医療運営チームは、郡立病院やその下部レベル(保健所及び診療所)における医療サービスの業務・調整に責任を持つ。さらに、政府と民間(NGO)の保健・医療サービスの調整もこのチームの管轄である。郡保健医療専門官は、州医療専門官を通じて保健省本庁へ報告の義務を持つ。計画レベルでは、郡が保健・医療プログラム策定・実施に対して権限を持っていることになっているが、予算配分や人事等において実際の権限はほとんど与えられておらず、地方分権化の試みがどこまで実効性のあるものかは定かではない。また、保健・医療計画策定に際してはできるだけコミュニティの意向を反映させるため、計画の段階から住民を参加させることをうたっているが、殆ど実行されていないのが現状である。

2-2-1-2 郡レベルの保健局機構

図2-3 を参照。

図 2-3 郡レベルの保健局機構図



出典：KEPI, DANIDA
空白箇所は不明

2-2-1-3 保健・医療計画と予算

郡レベルで、郡保健医療運営チームによって策定された保健・医療プログラム計画は郡開発委員会 (The District Development Committee-DDC) に提出され、保健省の五ヶ年計画の枠組みの中で検討され、認可される。計画は、毎年、大蔵委員会 (The Treasury) の準備する年次予算計画の中で予算折衝が行われ検討される。

財政危機の現状の中、不足する予算を補うために「住民参加 (有料化等の受益者負担制度、バマコ・イニシアティブ等)」によって、保健・医療サービスの運営を維持することも打ち出されてきた。

第2編 参考資料一覧

-
- 「国別協力情報ファイル ケニア」国際協力事業団 1994年

 - Children and women in Kenya A Situation Analysis 1992, UNICEF Kenya Country Office, 1992

 - Kenya Human Resources: Improving Quality and Access, World Bank, 1991

 - 「ケニア国別援助研究会報告書」国際協力事業団 1992年

 - 「国別協力計画策定のための基礎調査ーケニア」国際開発センター 1991年

 - Draft Project Document of Third Phase of Kenya Expanded Programme on Immunization (KEPI) 1993/94-1997/98, Ministry of Foreign Affairs DANIDA 1993

 - 保健省機構図 保健省より入手 (1993年 聞き取り調査時)

 - Teresa M. Obwaya, A Desk Study of the Ministry of Health (Kenya), The Royal Netherlands Embassy, 1993

 - “Long-term Health Policy”, Ministry of Health, 1989

 - “Health Strategy Note for Republic Kenya”, A document prepared at the Health Strategy Workshop for Eastern Africa held in Washington, D. C., 1993

 - “Development Plan 1989-1993” (Draft), Ministry of Health, 発行年不明

 - “Report of Workshop Proceedings on the World Development Report 1993 and Health Policy in Kenya”, Ministry of Health, Republic of Kenya, 1993

- "Implementation Plan for Financing Health Care in Kenya", Ministry of Health
Republic of Kenya, 1993

- "Facility Improvement Fund Status Report", Health Care Financing Secretariat
Ministry of Health, Republic of Kenya, 1992

- "Financing Health Care in Kenya: Achievements of the User Fee Program", Copy of
the poster presentation for the ASCI-CCCD Conference, "Africa's Progress in
Child Survival" by Dr. J.N. Mwanzia (Ministry of Health, Kenya) and Dr. J.D.
Quick (Management of Sciences for Health), 1993

第3編 保健・医療事情

3-1 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。乳幼児は、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、乳児死亡率及び5歳未満児死亡率は重要な保健指標である。妊産婦死亡も同様の理由で重要であるが、信憑性のあるデータの収集は難しい。

表3-1 保健指標

	1948	1962	1969	1979	1987	1991
総人口（百万人）	5.4	8.6	10.9	16.9	21.8	25
出生時平均余命	35	44	49	54	56	59
粗出生率（人口 1,000対）	50	50	50	52	50	45
粗死亡率（人口 1,000対）	25	20	17	14	13	11
乳児死亡率（出生 1,000対）	184	—	118	104	80	67
5歳未満児死亡率（出生 1,000対）					—	75
妊産婦死亡率（出生10万対）					—	170*

出典：5歳未満児死亡率と妊産婦死亡率は、State of the World Children。その他のデータについては、1948~1987年は Kenya at the Demographic Turning Point? (World Bank Discussion Paper 107)、1991年は、World Development Report 1993。

*1989-90 年平均

UNICEFは『世界子供白書』において、子供や女性の保健・衛生状態を示す複数の指標の中から、「5歳未満児死亡率」を取り上げ以下の4レベルに区分している。①「非常に高い国（出生 1,000対 141人以上）」、②「高い国（同71~140人）」、③「中程度の国（同21~70人）」、④「低い国（同20人以下）」。ケニアは、②の「高い国」に属している。①から④全ての国を合わせた総数 129ヶ国中、5歳未満児死亡率の高い方から数えて62番目である。ケニアにおける5歳未満児死亡率と乳児死亡率はともに、サハラ以南のアフリカ諸国の中では比較的良いほうである。

表3-2 保健指標 サハラ以南アフリカ諸国比較 (1991年)

	GNP (USドル)	平均 余命 (年)	粗死亡率 人口1,000対	乳 児 死亡 率 出生1,000対	5歳未満児 死亡 率 出生1,000対	妊 産 婦 死亡率 ¹⁾ 出生10万対
ケニア	340	59	11	67	75	170
エチオピア	120	48	21	130	212	—
マラウイ	230	45	21	143	228	170
ザンビア	175	49	15	106	200	150
	(1990)					
ジンバブエ	650	60	8	48	88	—
モーリシャス	2,410	70	6	19	28	99
ガーナ	400	55	13	83	137	1,000
低所得経済国 ²⁾	350	55	13	91	286	590
サハラ以南のアフリカ	350	51	16	104	261	600
低位中所得経済国	1,590	67	8	42	—	—

¹⁾ 1980~90年の平均

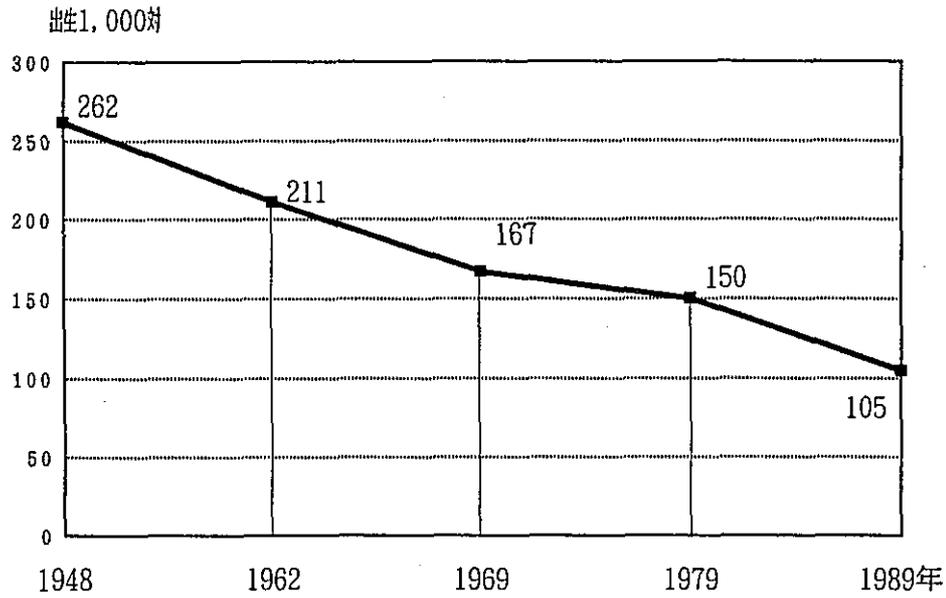
²⁾ 中国、インドを除く

出典: 5歳未満児死亡率と妊産婦死亡率は、State of the World Children 1993、その他は全て、The World Development Report 1993

ケニア（低所得経済国）では、乳児死亡率は1979年から1989年の10年間に18%減少した。1991年の出生1,000人当たり67人という数値は、低所得経済国の平均（同91人）と低位中所得経済国の平均（同42人）の中間に位置している。5歳未満児死亡率も同時期に60%減少している（図3-1 参照）。

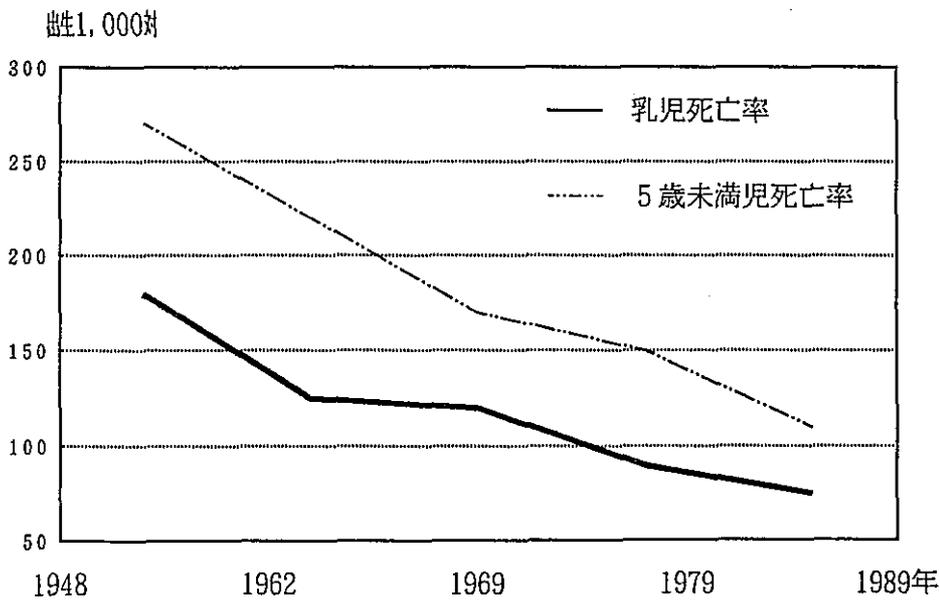
5歳未満児死亡率や乳児死亡率をみる限りでは、ケニア国民の健康状態は着実に改善されているようである。しかし依然として地域間の格差が問題として残されており、また近年のエイズ蔓延は、保健上深刻な影響を与えている。

図3-1 5歳未満児死亡率1948～89年



出典：Children and Women in Kenya(UNICEF Situation Analysis 1992), P. 57
 (以下 UNICEF 1992と略す)

図3-2 5歳未満児死亡率と乳児死亡率の減少

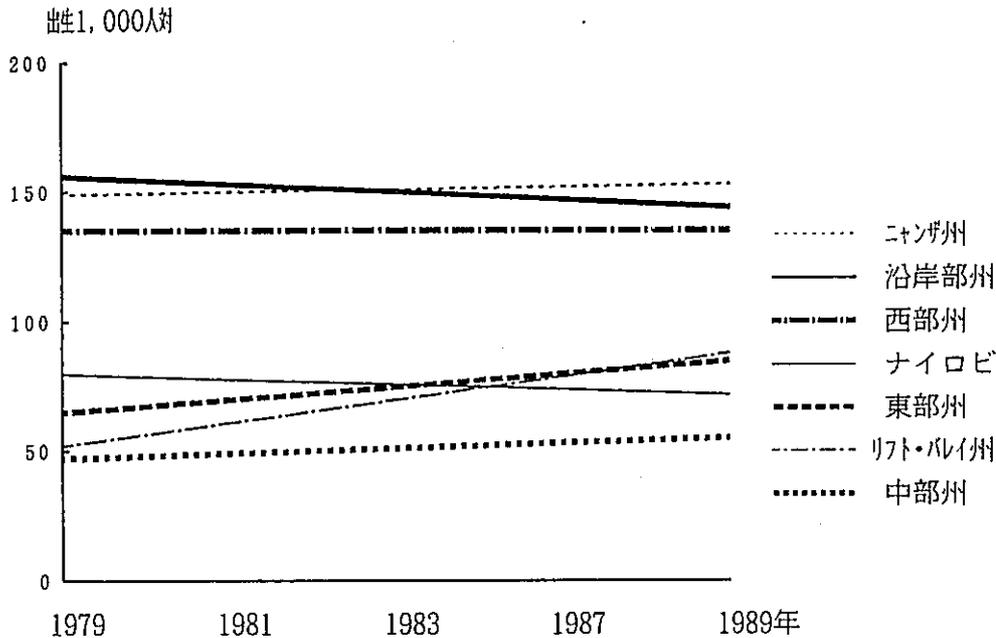


出典：UNICEF 1992, P. 16

図3-3 が示すように、5歳未満児死亡率は、最も高いニャンザ州の(出生 1,000対)150人近くから中部州の約50人まで、3倍の開きがある。

また、沿岸部州、西部州、ナイロビ州以外の5つの州において、5歳未満児死亡率が過去10年(1979~1989年)の間に上昇傾向にあることも示している。これは、エイズによる死亡の増加の影響とみられている(エイズの蔓延状況については後述)。

図3-3 州別 5歳未満児死亡率



出典：UNICEF 1992, P. 15

3-2 人口問題

サハラ以南のアフリカ諸国の人口増加率は、世界で最も高い中東・北アフリカの 3.2% (1980~90年) に匹敵する 3.1% という高い値で、南アジアの 2.2%、ラテン・アメリカ及びカリブ海諸国の 2.0% をはるかに上回っている。ケニアの 3.8% という人口増加率は、そのサハラ以南アフリカ地域の中でもさらに高い。

しかし、ここ数年の人口動態データをみると、この状態も少しずつ改善の方向に向かっている兆しが窺える。合計特殊出生率は、1987年の 7.7人から2年後の1989年の 6.7人に減少し、人口増加率も1979年(3.8%)をピークとして徐々に減少傾向にある。サハラ以南のアフリカ諸国で合計特殊出生率が低下しているのは、小さな島国を除いてはケニア、ボツワナ、ジンバブエだけである。

しかし一方で、死亡率が低下していることや、合計特殊出生率は減少しても、今までの急激な人口増加の結果、再生産年齢期の女性は今暫く増加し続けることから、人口増加の波が急に退くわけではない。また、徐々に減少しているとはいえ、未だに世界的基準からいえば高い人口増加率であることに変わりはない。さらに、ここでも地域間格差が問題で、例えば合計特殊出生率は、ナイロビ州の4.2人から西部州の8.1人まで大きな開きがある。

ケニアにおける人口急増は、保健・衛生環境を悪化させるだけでなく、開発全般に深刻な影響を与えるものとして懸念される。

表3-3 人口指標

	1948	1962	1969	1979	1987	1989	1991
総人口(百万人)	5.4	8.6	10.9	16.9	21.8	—	25
合計特殊出生率(人)	6.0	6.8	7.6	7.9	7.7	6.7	6.5
人口増加率(%)	2.5	3.0	3.3	3.8	3.7	—	3.5*

出典:1948～1987年のデータはKenya at the Demographic Turning Point? (World Bank Discussion Paper)、1989、1991年はWorld Development Report 1993

*1991～2000年推定値

男性と女性の比率は半々(1990年)である。扶養人口(0～14歳)が全人口に占める割合は約48.8%と非常に高い。

ケニアの都市人口は全人口の24%で、ザンビアの51%、タンザニアの34%、中央アフリカの48%(以上全て1991年値)などに比べて低い。しかし、都市人口増加率をみると、1970～80年が8.5%、1980～90年が7.8%と、アフリカ諸国の中では、モザンビークやタンザニアに次いで高率である。農村から都市に、職を求めて流れてくる人口は急増する一方で、経済成長の鈍化と高い失業率を抱える都市環境は、劣悪化の一途を辿っているといえる。

3-3 疾病・死亡

ケニアにおいて正確な疾病及び死亡構造を把握することは困難である。病気の際、多くの者は、伝統医療師のもとを訪れたり、民間療法や市販の医薬品を使用しながら自宅治療を行うため、医療施設ベースで収集される疾病・死亡に関するデータによって、ケニア国民の平均的な健康状態を推測するには無理があるからである。また、この点を認識した上で、医療施設データを便宜上一つの目安として利用するとしても、疾病・死亡報告率が全

国平均で63%という事実を考慮する必要がある。

専門家は入手可能なデータや情報をもとに、この国における疾病・死亡のパターンを以下の5つのカテゴリーに区分している。

①呼吸器系疾患

肺炎、結核、気管支炎、百日咳など。特に高緯度の地域で多発

②寄生虫及び伝染性疾患

主なものは、ビクトリア湖や沿岸地域を中心とした温暖な地域に蔓延しているマラリア、灌漑地域に多い住血吸虫、眠り病、フィラリアなど

③非衛生な環境に由来する疾患

アメーバー症、腸炎、赤痢、他の腸内寄生虫疾患

④妊娠・分娩関連疾患

出血、破傷風、高血圧、子宮破裂

⑤性行為感染症

エイズ、淋病、梅毒

また、数ヶ所の地域で実施された口述解剖調査（Verbal Autopsy^注）とナイロビでの登録とをもとにした5歳未満児の死亡原因は、以下のように分析された。

表3-4 5歳未満児死亡原因

死 因	1986年農村地域で実施された口述解剖調査 ¹	キベラ地域で実施された口述解剖調査 ²	ナイロビ・コロニーにおける登録
肺 炎	40.2%	12.6%	47.1%
新生児期の死亡	16.3%	11.6%	不明
下痢症疾患	8.9%	20.9%	22.4%
麻 疹	8.8%	24.6%	7.1%
マラリア	6.0%	8.4%	5.9%
栄養失調	2.8%	4.7%	不明

¹ Milza et al., East African Medical Journal (EAMJ), 67:823 1986

² Report of NCB/CSD Study of causes of under-five deaths in Kibera, 1991

出典：UNICEF, 1992, P. 58

注)口述解剖(Verbal Autopsy)とは、患者の死後、死亡前の症状を家族等から聞き取り、それによって死因を同定する調査研究のことをいう。

また、データの出所や精密度に対する信憑性は低い、WHOは1980～90年代を通じたケニア国民の10大疾患として、以下のものを挙げている。

()内は、発生率を示す。

①マラリア	(23.40 %)
②急性呼吸器系感染症・肺炎	(22.47 %)
③皮膚疾患	(8.05 %)
④貧血性疾患	(5.17 %)
⑤腸内寄生虫	(3.84 %)
⑥下痢性疾患	(3.84 %)
⑦尿道炎・性行為感染症	(3.68 %)
⑧事故・(毒物)中毒	(2.45 %)
⑨眼科的感染症	(2.25 %)
⑩(整形)外科的疾患(傷害)	(1.80 %)

政府発表の州別疾病報告数を資料編(162-166ページ)に添付する。疾患の疾病・死亡状況の情報・データの多くは散発的で、質的にも問題を残すが、利用可能な範囲でのデータを基に、以下に個々の疾病の罹患・死亡状況を考察していく。

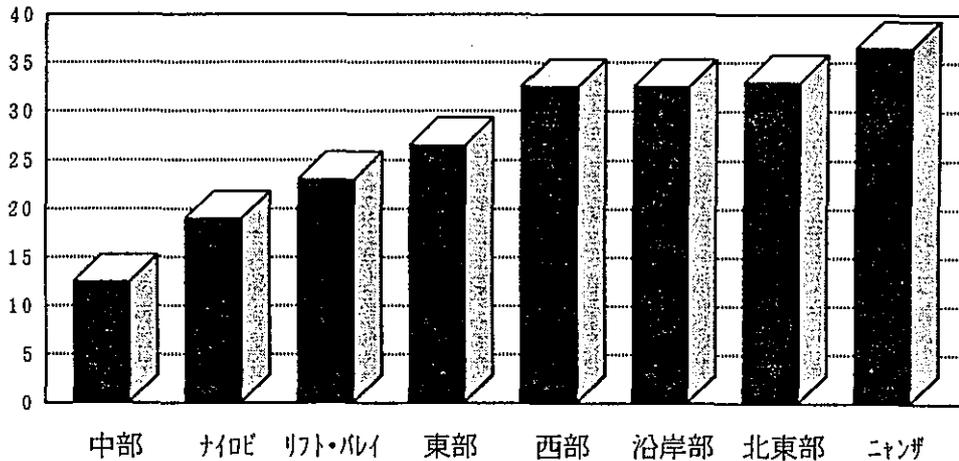
3-3-1 マラリア

この国の疾病・死亡の原因の代表的なものであるマラリアは、多くの地域、特にビクトリア湖や沿岸地域を中心とした高温多湿の地域で蔓延している。WHOケニア事務所は、1988年のマラリア患者報告数は約400万人で、感染のリスク人口は全国で約1,900万人としている。マラリアの場合、他の熱帯感染症との合併ケースが多いため、その死亡数を正確に把握することは困難であるが、バイスン湖地域では、乳児死亡の30%、成人の死亡の50%がマラリアによるものとみられている。

マラリアによって幼い子供は栄養失調になったり、妊婦は溶血性貧血のために合併症や他の感染症に罹りやすくなる。

マラリア患者の全疾患罹患率内に占める割合(州別)を図3-4に示す。沿岸部州、ニャンザ州、西部州、北東部州合わせて、全国の1989年の新規ケースの30%以上を占めている。

図3-4 州別マラリア患者の全患者（疾病）に対する割合 1989年
新規患者の割合（%）



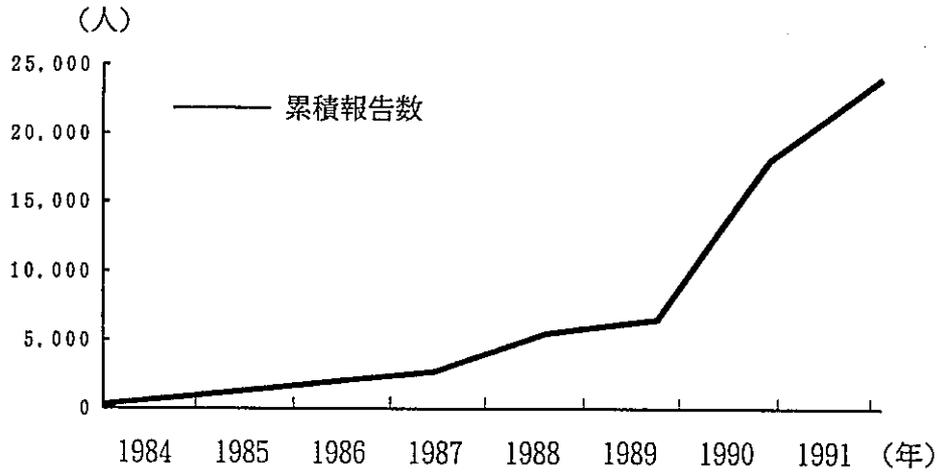
出典：UNICEF 1992, P. 58

重症のマラリアの場合、適切な治療を受けなければ致命率は24%である。近年大きな問題となっているのは、治療薬剤に対して耐性を持つマラリアの出現である。クロロキン耐性マラリアがケニアで最初に報告されたのは1982年で、現在ではキスム地区の全マラリアケースの15%、沿岸地域の45%が、クロロキン耐性であるといわれている。その他のマラリア治療薬剤に対しても耐性をもつケースが増加しており、沿岸地域のケースの3.7%がアモディアキンに対して、キスム地区のケースの6.9%がファンシダールに対してそれぞれ耐性があると報告されている。

3-3-2 エイズ

既に述べたように、この国におけるエイズの爆発的増加は保健医療上の最大の脅威となっている。最初のエイズ患者が正式に報告された1984年以降、報告数は年々飛躍的に伸び（1986年エイズを法定伝染病一届け出義務ありと認定）1992年3月現在までに2万4千人のケニア人がエイズに罹患し、既にその半数以上が死亡しているとみられる（UNICEFの1992年年次報告書より。WHOは、1992年WHO年次報告書において34,148人という数値を使用）。全国エイズ対策委員会（National AIDS Control Programme）は、現在全国に、75万から100万人のHIV（エイズウィルス）感染者がいると見積もっている。

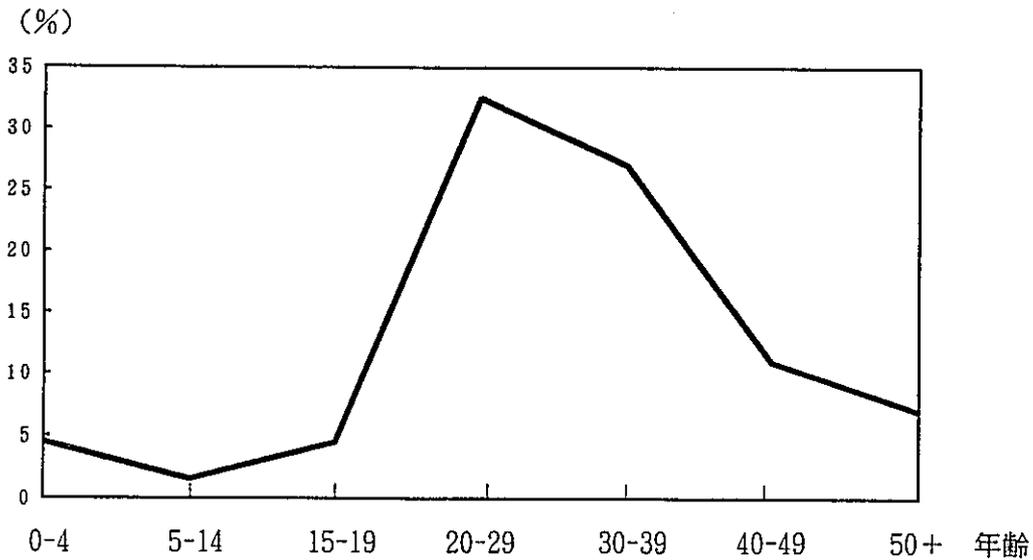
図3-5 1984年以降のエイズ流行状況



出典：UNICEF 1992, P. 41

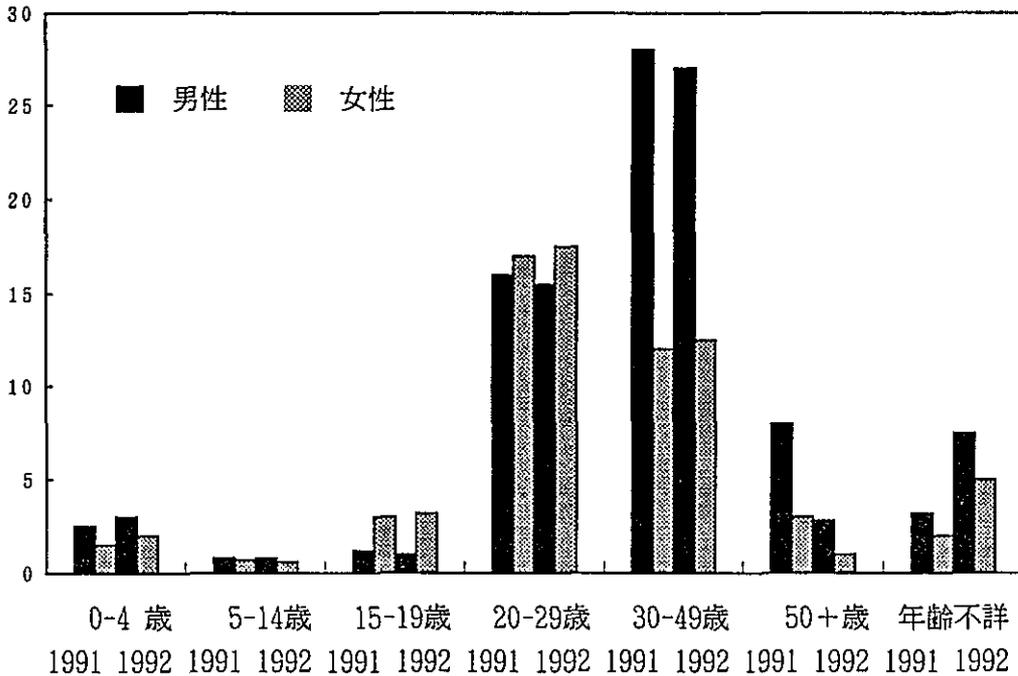
エイズ患者は全国全ての州に存在するが、H I V感染者が最も多い州は沿岸部州、ナイロビ州、ニャンザ州である。ケニアの場合、殆どのケースは異性間性交渉によるものである。また、都市部における罹患率の方が農村部より高い数値を示しており、増加率も高い。性的活動が活発な若者や、壮年層が高い感染率を示しているが、平均で全国民の約8～9%がH I V感染者ということになる。

図3-6 年齢層別エイズ患者分布 (%)



出典：UNICEF 1992, P. 41

図3-2 性及び年齢別エイズ患者比率の分布 (1991~92年)



出典：UNICEF 1992, P. 41

また、WHOによると特定のグループにおけるH I V感染状況は以下の通りである(1992年末現在)。

- ・献血者 6%
- ・全国13ヶ所のエイズ監視所 3~29.1%
- ・妊婦検診所を来訪する妊婦 10~11%

さらに、エイズ患者の増加は、患者である母親からの母子感染によって生まれてくる子供にも影響を与えているが、新生児 250人を対象にした無作為抽出調査によると罹患率は11%であった。母子感染率は、通常30~60%といわれているので、これは対象となった新生児の母親の15~20%がH I Vに感染していることを示している。エイズが乳幼児の死亡率に大きな影響を与えている状況については、UNICEFが調査を進めており、資料編に参考データを添付する。エイズがいかにケニアの保健医療状況を悪化させているかを示す端的な例は、1992年の5歳未満児死亡率が、エイズの影響によって、1991年値より80近くも高い189人(出生1,000対)と推定されていることである。これは、1960年のレベルまで引き戻されることを意味し、過去30年近くにわたって達成された子供の死亡率低下という保健医療上の進歩が、エイズという単一の疾病によって打ち消されるということである。

3-3-3 性行為感染症 (Sexual Transmitted Diseases - STD)

詳細なデータは存在しないものの、UNICEFは、性行為感染症が女性の疾病及び乳児死亡の重要な原因の一つであるとみなしている。エイズについては上述したが、それ以外で多い性行為感染症は、淋病と梅毒である。1985年、淋病の患者数は約9万人、梅毒の患者数は2千人以上と報告された。この他に、軟性下疳、ヘルペス、尖形コンジローム菌が頻繁に報告されている。売春に携わる女性が軟性下疳に感染している場合が多く、これは生殖器部潰瘍の最も典型的な原因であり、HIV感染の初期にも多く認められる症状である。ヘルペスは新生児に重篤な感染を引き起こす可能性があり、また、尖形コンジローム菌は子宮頸癌との関連を疑わなければならないという点で、女性や乳児の健康と密接に関係している。

また淋病などの感染がHIV感染の危険率を3～10倍上昇させると報告されており、STDの対策が重要となっている。

3-3-4 結核

1992年度の結核患者数は表3-5の通りである。結核患者数は前年度より20%増加しているが、これは結核がエイズの日和見感染であることから、HIV感染率の増加と関連しているものとみられている。

表3-5 結核患者報告数 (1992年)

種 類	患 者 数			
	男 性	女 性	合 計	
肺結核	喀痰検査 陽性	4,538	2,443	6,981
	再発	346	148	494
肺以外の部位の結核	喀痰検査 陰性	2,669	1,865	4,534
	不 明	825	615	1,440
合 計	8,378	5,071	14,714	

出典：WHO, Annual Report 1992, p. 95

データの出所は不明

3-3-5 ハンセン病

1992年度末現在では、報告患者数は970人である。全員がWHO勧告複合薬品治療法 (Multi-drug Therapy; MDP) を受けている。

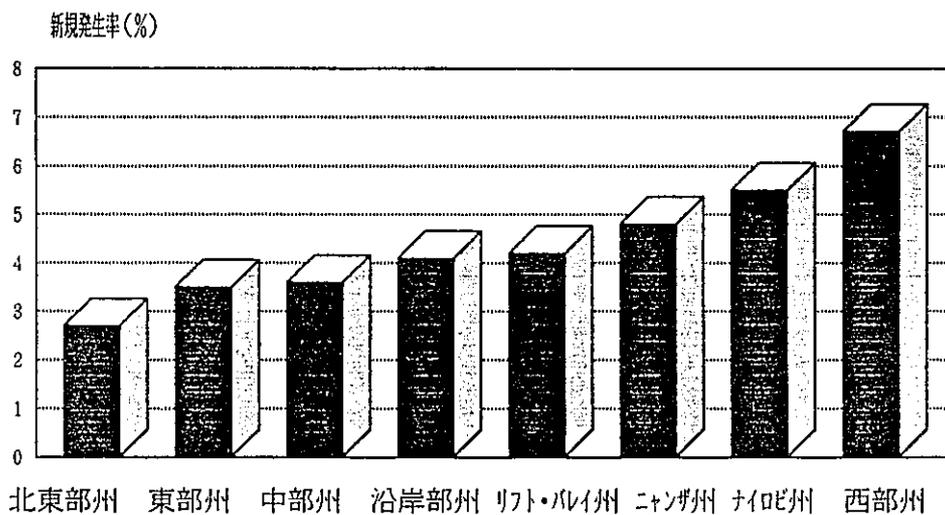
3-3-6 急性呼吸器感染症 (ARI)

この国の子供の死亡原因の主なものの一つは、急性呼吸器感染症である。医療施設における子供の入院理由の第一位でもある。当疾病は、二度の雨期（長期は3～5月、短期は10～11月）に入る前の寒冷・乾期に頻発する。また、年間を通して気温の低いハイランド（高原地）での発生が多い。

3-3-7 下痢性疾患

ケニアでは、子供の死亡の5人に1人は下痢性疾患によるものである。年間子供一人当たり4～5回下痢症に罹っていると推定されている。これは、1987年の年間5.5回から14.5%の減少である。下痢性疾患発生も図3-8に見られるように、地域格差がある。

図3-8 州別下痢症発生率



出典：UNICEF 1992, P. 59

西部州、ナイロビ、ニャンザ州で患者数が多い。ナイロビで下痢性疾患が多いのは、人口密度が高く、衛生状況も劣悪な低所得者居住地域の拡大が原因であると思われる。

1991年に数ヶ所の郡で実施された世帯モニター調査によると、子供一人当たり年間下痢性疾患発生回数は、同じモンバサの中でもバリング(Braingo)では2回、エンブ(Embu)では13回と大きな差がある。

ナイロビのケニヤッタ病院に入院する子供の約61%が下痢性疾患に罹っており、外来を訪れる子供の10%が下痢性疾患であると同時に、中程度か重症の栄養失調に冒されている。

3-3-8 予防接種で防ぐことが可能な子供の疾病

1980年代を通じて発生率、罹患率ともに減少傾向にあるというものの、未だ予防接種で防ぐことが可能な麻疹、ポリオ、結核、新生児破傷風で多くの子供達が死亡している。

3-3-8-1 麻疹

1990年に実施された口述解剖調査報告によると、ケニアにおける子供の死亡の7.9%が麻疹が直接の原因で死亡していた。キベラ (Kibera) で最近行われた調査によると、ナイロビの低所得者居住地において子供の死亡の約25%が、麻疹あるいは麻疹後の下痢性疾患や急性呼吸器感染症を含む合併症によるものであるという結果がでた。

また、1992年のケニア予防接種拡充プログラム (KEPI-Kenya Expanded Programme on Immunization) において実施された簡略評価調査 (Rapid Assessment) によると、麻疹による子供の死亡は、1989年の304件から1990年の539件と一時増加したが、1991年には再び277件に減少している。これは、おそらく3年周期で発生する麻疹の流行と関連があるものと思われる。また、麻疹の患者数も地域格差があり、これは地域によって予防接種サービスへのアクセス度が違うことに由来する予防接種率の相違と相関関係があるとみられる。

表3-6 麻疹患者数、死亡、致死率

	1989年	1990年	1991年
患者数	96,014	104,106	89,113
死亡数	304	539	277
平均致死率	4.9%	5.5%	4.7%

出典：UNICEF 1992, P. 60

さらに、同調査によると麻疹患者のうちかなりの部分を予防接種を受ける以前の生後6～9ヶ月の乳児が占めているという結果が得られた（予防接種プログラムでは、麻疹の予防接種は生後9ヶ月で実施）。このことは、従来、生後9ヶ月頃まで乳児が持っていると言われる胎内で身につけていた抗体が、おそらく母親と子供双方の栄養不良によって、それ以前に消滅してしまっているためと考えられる。また、麻疹に罹る子供は、発疹後、栄養補給が適切に行われないため栄養失調を引き起こすことが多い。このほか、併発する下痢による食欲不振、栄養吸収力の低下、摂取食物の損失などが起こることも栄養失調の原因である。麻疹患者が死亡する場合、通常、直接の死因は肺炎や下痢性疾患となることが多い。

3-3-8-2 ポリオ

ケニアでは、ポリオは子供の慢性身体障害の原因の大きなものである。患者数は、保健省発表では1983年の193件から1989年の1,159件となっているが、これは実際の患者数の激増というより、医療施設の報告率がよくなったことと、ポリオのリハビリ・プログラムによる意識の向上が理由であるとみられている。

3-3-8-3 結核

結核については、3-3-4 を参照。

3-3-8-4 新生児破傷風

新生児破傷風は、全国的にみると死亡の主な原因とはいえないが、地域によっては未だに重要な疾病である。特に沿岸部州、西部州などで多くみられる。モチャコス(Mochakos)郡で行われた調査では新生児破傷風による死亡はほとんどみられず、タナリバー郡では出生1,000人中16人の死因が新生児破傷風であった。これに関しては、タナリバー付近が温暖多湿であり、かつ遊牧民の居住地域であることから、彼らの生活様式との関連も指摘されている。

3-3-9 妊産婦の疾患・死亡

妊産婦の死因の主なものは、出血、敗血症、難産、子癇、貧血症などである。これらの疾患を直接的、間接的に引き起こす要因として、中絶による感染症、栄養素欠乏症、短い出産間隔、多出産、若年及び年配者の妊娠、妊娠中の栄養不足や疾病、妊娠・出産関連の有害な慣習（陣痛を促進する伝統的薬剤の使用など）、妊娠中・出産後の不適切あるいは未熟練なケアなどがある。子宮破裂や裂傷は、多くの場合、出産中及びその後の不適切なケアが原因であるが、妊娠中の高血圧、腎臓疾患の多くは、元々の高血圧症、子癇を含む腎臓疾患が悪化して合併症となる。また、貧血症は、マラリアや妊娠中の栄養不良が原因である。

表3-7 原因別、施設別、妊産婦死亡

原因	ケニヤッタ国立病院 1972-77年 (%)	プムワニ産科病院 1975-84年 (%)	クウェール郡立病院 1987年 (%)
出血	15.0	13.3	34.0
敗血症	43.0	19.3	11.0
子宮破裂	6.0	24.0	14.0
高血圧症及び腎疾患	7.0	20.7	3.0

出典：UNICEF 1992, P. 63

統計によると、妊産婦死亡は若年及び年配者、多産者に多い。妊産婦死亡全体の26%は思春期の少女、34%は35歳以上、28%が初産、23%が妊娠4回以上の女性である。プムワニ産院 (Pumwani Maternal Hospital) での調査によると、妊産婦死亡の66%が妊婦検診にまったく行かなかったか、妊娠後期 (29週以降) にしか行かなかった女性であった。

このような母親の死亡は、出産中あるいは出産直後の子供の生死にも大きく関係してくる。一般的に少女や女性は、少年や男性に比べて、重労働に従事し体力的消耗が激しい上に、栄養的にも欠乏症状が激しい。このことと、妊娠中及び出産時の不適切なケアが乳児死亡の原因の30~40%にあたと推定されている。

ある調査によると、妊産婦1人の死亡に対して、約100人の妊産婦が子宮脱、膀胱脱、直腸脱、瘻孔、その他の身体的・精神的障害の後遺症に悩んでいるといわれている。

3-3-10 その他の女性の疾病・死亡

ケニアの女性の多くは保健・衛生に対する意識や知識が低く、また適切なスタッフや器材を備えた保健・医療施設が近辺に存在しない環境に住んでいる。このため妊娠・出産関連の疾病はもとより、様々な疾患に悩まされている。

性行為感染症の場合、症状が進行するまで放置され、合併症を併発することが多い。

また、調理やその他の家事に従事する際に、煙を吸入することで起きる気管支炎や肺性心も問題である。

さらに、女性特有の状況を配慮した熱帯病研究によると、熱帯病に罹った女性 (特に少女や妊婦) は、生物学的あるいは社会・心理的に重大な影響を受け、労働生産、再生産 (妊娠・出産関連) 機能に障害をきたすことがあるという。

子宮頸癌や乳癌も、早期発見や治療が利用可能になっているにもかかわらず、増加傾向にある。ケニヤッタ病院のデータによると、1989年には1,124件の女性の癌患者のうち、

乳癌が8%、性器及び泌尿器関連の癌が38%であった。このうち25~30%は死亡したと見積もられている。

この他に、女性特有の疾病との関連で、幾つかの有害な伝統的慣習に対して注意を喚起する必要がある。これらの代表的なものは、割礼、幼児結婚、栄養上のタブーなどである。女性に対する割礼による出血過多、性的欲求の減少、性行為に対する恐怖、妊娠・出産時の合併症、不必要な身体障害などの危険性が、指摘されている。最近4つの郡（キシイ、ナロック、メル、サンプル）で実施された調査によると、14歳以上の女性1,365人中89.6%が割礼を受けていた。また、他の調査では、割礼を受けているのは50歳以上の女性の100%、10代の女性の78%と減少傾向にあること示唆しているが、これは女性の割礼の悪影響について、民間団体（NGO）が教育・情報普及活動に努力している結果と考えられる。

3-3-11 貧血症

貧血の原因としては、①遺伝性、②栄養不良、③マラリアなどの感染症、の3つが挙げられる。栄養性貧血の場合、鉄分の摂取が不十分なために起こるものであるが、鉄分摂取自体がタンパク質やビタミンC等の摂取に左右される。1990年からKEMRI（ケニア医学研究所）は、キリフィ郡立病院に入院する子供全員のヘモグロビン・レベルを調査し、貧血の原因を分析している。この調査研究以外は、貧血症に関する詳細なデータがなく、現状把握は難しい（1992年現在）。

マラリアと鉤虫症は、貧血の主な原因となる感染症である。また、住血吸虫症も、沿岸部州やビクトリア湖付近の蔓延地においては、貧血の原因の主たるものとなっている。貧血は、重症の場合死亡につながる。

鎌状赤血球貧血はケニアで最もよくみられる遺伝性の貧血性で、特に西ケニア及び沿岸部州で多い。このタイプの貧血症は、疾病としてだけではなく、子供の発育成長に遅延をきたすなどの障害を残し、有症者は寿命も短い。

「3-3-14-2 栄養素欠乏症 2) 栄養性貧血症」も参照のこと。

3-3-12 メジナ虫感染症

ケニアには、元来、メジナ虫病はほとんど存在していなかったが、近隣諸国からの難民の流入によって蔓延することが危惧されている。1989年に実施されたツウルカナ(Turkana)郡での村落レベルの調査では、わずかに5人（男性2人、女性3人）が発見されたのみで

あった。現在保健省によって監視モニターが継続されているが、詳細な調査はそれ以後実施されていない。

3-3-13 コレラ

ケニアでは、1992年の1月24日から同年12月初旬にかけて、5つの州の10ヶ所の郡でコレラが大流行した。

表3-8 コレラの大流行 (1992年)

州	郡	流行した時期
東 部 州	エ ン ブ (Embu)	1月
	マチャコス (Machakos)	4月
	キ ツ ウ イ (Kitui)	4月
ニャンザ州	ホマ・ベイ (Homa Bay)	4月、7月、9月
	ニ ゴ リ (Nigori)	4月、8月
	シ ア ヤ (Siaya)	7月～10月
	キ ス ム (Kisumu)	8月～12月
沿 岸 部 州	タイタ・タベタ (Taita Taveta)	4月
ナイロビ	ナイロビ (Nairobi)	6月
西 部 州	ブ シ ア (Busia)	10月

出典：WHO Annual Report 1992, PP. 24 ~25

患者数総計 3,388人、このうち80人が死亡したと報告されている。ほとんどのケースは4月から10月の間に発生し、11月以降は散発的なものであった。最も被害の激しかった地域は、ニャンザ州、西ケニアのビクトリア湖周辺、東部州のキツウイ郡であった。

3-3-14 栄養失調

栄養失調は、特に子供を中心として深刻な問題である。栄養失調の原因は複雑であるが概ね以下の3レベルにおける諸要因の複合的結果として捉えられる。

- ・国際（経済）的要因

一次産品価格などの変動による歳入、収入の減少が栄養（食糧）確保へ与える影響

- ・国内的要因

天候、貧困、脆弱なインフラなどが原因の穀物収穫高の減少や、穀物貯蔵システムの未整備による損失

- ・家庭内要因

男性の購買習慣(食糧などの必需品より嗜好品にお金を使う傾向)、換金作物栽培導入(女性から収入を奪う)、不適切な子供の食生活(離乳、補助食習慣など)の影響

なお、ケニアにおける食料供給事情に関するデータを資料編に記載する。

3-3-14-1 子供の栄養失調症 (PEM-Protein-energy Malnutrition)

1) 現状

妊娠中の母親や乳幼児のタンパク質及び炭水化物の摂取が欠乏する場合、胎児や乳幼児は栄養失調症に冒され、出生時に低体重(2,500グラム以下)であったり、発育成長が阻害されたり、死亡したりする。栄養失調に関する信憑性の高い包括的な調査研究はほとんどないが、臨床経験から、ケニア全土で子供の栄養失調症が蔓延していると推定される。

子供の栄養失調を現す指標には、以下の3つがある。

①発育阻害

年齢相応の身長を持つWHOの基準集団の中央値の90%以下を「発育阻害」と規定。慢性栄養失調を示す指標で、通常貧困、頻繁な感染症罹患、不適切な食習慣(離乳食・補助食導入などを含む)などの長期的要因と関連。

②消耗症

身長相応の体重を持つWHOの基準集団の中央値の80%以下を「消耗症」と規定。最近罹った感染症の影響や食物摂取量の一時的減少などを反映する急性の栄養失調を示す指標。

③低体重

年齢相応の体重を持つWHOの基準集団の中央値の80%以下を「低体重」と規定。これは、発育阻害と消耗症の双方を合わせた栄養失調全般を現す指標。

表3-9は、5歳未満児の発育阻害の有症率を州別にみたものである。1977~87年の10年間に、沿岸部州とニャンザ州では一貫して高いが、中部州、リフト・バレイ州、東部州は多少の改善がみられる。

表3-9 州別5歳未満児発育障害有症率(%)

州	1977	1979	1982	1987
ナイロビ	24	27	28	20
沿岸部	14	40	39	40
東部	34 *	24	27	23
中部	26	21	24	15
リフト・バレイ	25	24	22	17
ニャンザ	21	34	33	32
西部	16 *	24	30	12 **

* サンプルサイズが不適切でデータの信頼性に欠ける(原典のまま)

** 誤統計の可能性大(原典のまま)

出典: UNICEF 1992, P. 80

郡レベルでの5歳未満児の発育障害の有症率を1982年と1987年とで比較したものが表3-10である。郡により状況は異なり、傾向を掴むことは、これらのデータだけでは難しいが、ナロックにおける51.8%(1987年)、クウェルにおける42.8%(1987年)という高い数値は、これらの地域で食料不足や飢餓などが存在するのか、詳細を確認し対策を講ずる必要を示している。

表3-10 郡レベルでの5歳未満児発育障害有症率(%)

郡	1982年	1987年
Kilifi	42.1	39.3
Kwale	38.5	42.8
Siaya	36.6	25.9
Nakuru	34.5	24.2
Kisii	31.1	33.3
S. Nyanza	25.3	30.2
Machakos	23.1	29.4
Narok	19.8	51.8
Elgeyo Marakwet	18.6	1.2
全国平均	24.0	19.6

出典: UNICEF 1992, P. 81

発育障害が深刻な問題となっているのは、沿岸部州（キリフィ郡とクウェル郡）、ニャンザ州（シアヤ郡、キシイ郡、南ニャンザ郡）である。この2州は、幼児死亡率も全国で最も高いところである（沿岸部州では、出生1,000人に対して107人、ニャンザ州では94人。ナイロビ、東部州、中部州、リフト・バレイ州では46人以下）。

表3-11は、郡レベルでの5歳未満児の消耗症有症率の年次推移である。多くの郡で、有症率が増加していることがわかる。ただし、消耗症は、短期的な栄養失調を示す指標であるので、季節変動が大きく、解釈には注意が必要である（表3-11では、同時期のデータの比較かどうか不明）。

表3-11 郡レベルでの5歳未満児消耗症有症率（％）

郡	1982年	1987年	1991-92年
Kilifi	5.1	2.5	
Kwale	4.9	1.7	6.1
Siaya	6.3	6.1	
Kitui	1.8	3.9	6.1
S. Nyanza	1.5	5.4	4.2
Maranga	4.2	4.2	
Embu	2.0	3.6	7.2
Narok	2.5	6.1	
Kajiado		6.6	
Baringo	6.4	3.6	9.5

出典：UNICEF 1992, P. 82

この表には示されていない乾燥・半乾燥地域における発育障害及び消耗症の有症率はさらに高いものと思われる。

以上のデータは、農村部の子供達の栄養状況をみたものであるが、都市部に関するデータは少ない。最近、ナイロビのカワングワレ郡の2つの村で実施された調査によると、発育障害有症率は21.6%とほぼ全国平均並みであるが、消耗症は8.5%と他の地域に比較してかなり高率である。

2) 乳児の食事習慣—母乳育児と補助食

子供の栄養状態は、食習慣に大きく影響される。母乳育児期間が短すぎたり、不適切な補助食（離乳食）導入時期、量、質などが栄養失調を引き起こす原因となる。表3-12は乳児の母乳育児状況と補助食の導入時期を示している。母乳育児期間は平均約16ヶ月と、全体としては良好であるが、同時に8%近くが6ヶ月未満である。

表3-12 乳児食習慣

郡	母乳育児平均期間 (月)	補助食導入時期 (乳児の月齢)	母乳育児期間が6ヶ月 未満の子供の割合(%)
Mombasa	17.1	6.8	9.7
Kwale	19.2	—	5.9
Kitui	15.9	5.8	9.8
Embu	17.9	3.3	6.8
Baringo	16.8	3.5	9.0
S. Nyanza	17.4	5.4	7.9

出典：UNICEF 1992, P. 83

また、補助食の導入時期としては生後6ヶ月頃が最適であるが、それより早いと感染症にかかりやすく、遅すぎると栄養失調になる危険性が高い。モンバサを除く他の地域において生後6ヶ月以前に補助食を与え始めていることは問題である。

栄養失調を引き起こす背景は複雑で、地域により主な原因も多少異なっているが、収入を上昇させることにより栄養失調を減少させるという解決法が有効ではないことは、キシイ(kisii) やナクル(Nakuru) のように換金作物耕作地で収入も高い地域において、全国平均値よりかなり高い「発育阻害」有症率を示していることから明らかである。

3-3-14-2 栄養素欠乏症

1) ビタミンA欠乏症

ビタミンA欠乏症は、子供の盲目症の最大の原因である。また、免疫機能全般を低下させ発育成長を阻害する。中程度の欠乏レベルでも、発育阻害、感染症罹患及び死亡の可能性を高めることとなる。

1991年に実施された調査によると、ケニアにおいてビタミンA欠乏症が蔓延している地域というのは特にみとめられず、結局、大きな保健問題ではないという受け止め方もあった。しかし、ユニセフをはじめとする複数の専門機関は、ビタミンA欠乏症による盲目症状の子供を抱えながらも、見落とされている隔離された地域 — 例えば乾燥・半乾燥地域、北部 — が存在するものとみている。

2) 栄養性貧血症

栄養性貧血症とは、鉄分、葉酸(Folic Acid)、ビタミンB₁₂などの欠乏が原因の貧血症である(ビタミンB₁₂欠乏に関してはケニアではさほど大きな問題とはなっていない)。

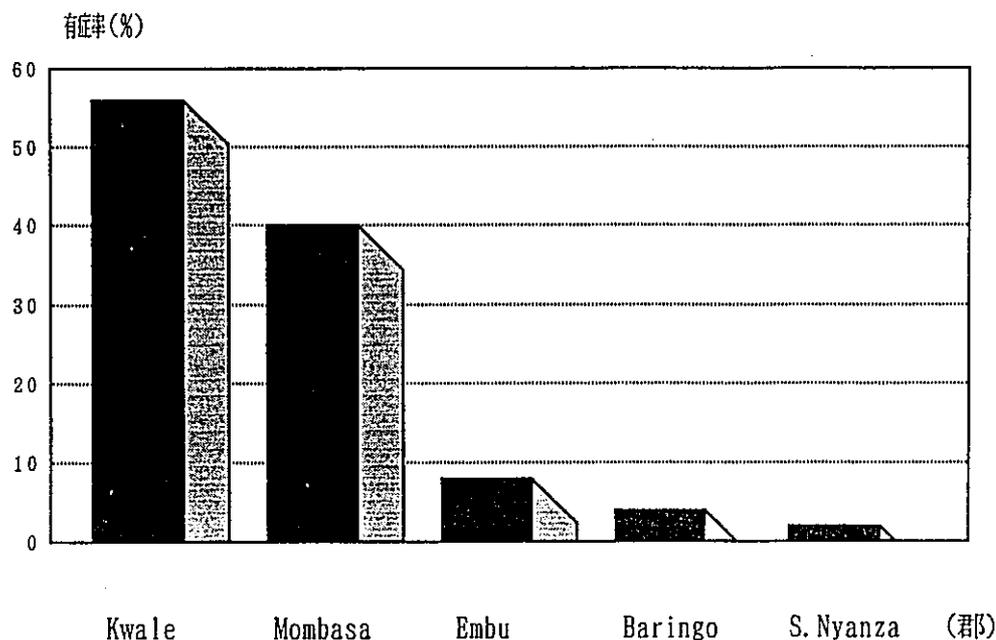
学習能力阻害、疾病に対する抵抗力の低下などをきたし、成人の場合は虚弱、労働力低下などを引き起こす。地域によって栄養性貧血性の罹患状況は異なるが、WHOの基準をもとにすると、特に沿岸部地域に蔓延しており、人口の90%近くが貧血症状をきたしている。また、ビクトリア湖周辺も人口の25～35%が貧血に罹っており、これらはおそらくこの地域に多いマラリアや腸管内寄生虫症に罹るためであるとみられる。

3) 甲状腺機能障害

体内の熱やエネルギーを調整し、また脳や神経の発達と機能をつかさどる甲状腺ホルモン濃度がヨウ素欠乏により減少すると、身体的、精神的機能活動の低下をもたらす。妊婦がヨウ素欠乏症にかかると、流産、死産、あるいは生まれてくる子供が永久的に知的障害をもつ（クレチン病）原因ともなる。

1979年に出された調査報告書によると、甲状腺機能障害を持つ人が多いのは、リフト・バレイ州、中部州、ニャンザ州の高地である。また、全国規模のものではないが最新の患者分布調査によると、図3-9のようになっている。データの取り方や基準も違い結果も整合性がないので、今後、甲状腺機能障害患者数や疾病の程度に関する全国調査を行う必要がある。

図3-9 甲状腺機能障害の有症率



出典：UNICEF 1992, P. 79

3-4 保健対策活動——PHCを中心として

3-4-1 予防接種プログラム (KEPI-Kenya Expanded Programme on Immunization)

3-4-1-1 背景

ケニアにおける予防接種プログラム (KEPI) は1980年に開始され、1986年までには全ての郡で実施されるようになった。結核、ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、麻疹の6つの感染症に対して予防接種を実施している。対象となるのは、5歳以下の子供（上記6種類の感染症）と妊婦（新生児破傷風）である。原則として、保健医療施設においては毎日予防接種サービスを実施し、これをアウト・リーチ（コミュニティーへの巡回）サービスで補足することになっているが、現実にはアウト・リーチ活動は限られたものでしかない。

プログラムは、保健省の家族保健部 (Division of Family Health) の中にあるKEPI運営課 (KEPI Management Unit) の管轄で、統合的PHCプログラムの一部として実施されている（家族保健課の予防接種以外の活動項目は、下痢症、栄養、母子保健、家族計画、急性呼吸器感染症である）。

予防接種サービス活動（実施、予算運営、事務的活動など）の直接の責任は郡保健医療運営チーム (DHMT) が負い、これに対しKEPI運営課と州保健医療運営チーム (PHMT) が監督、支援を行う。

コールド・チェーン・システムの確立も推進され、ナイロビに中央ワクチン貯蔵所、地域ワクチン貯蔵所4ヶ所、各郡にワクチン貯蔵所が設置されている。ナイロビ市とモンバサ市には予防接種プログラム専用の車両も整備されている。但し、このようにコールド・チェーン・システムが存在しても、多くの地域では車両不足などのため、適切なワクチン供給が滞りがちである。

3-4-1-2 予防接種率

現在（1992年）の子供の予防接種率は71.2%で、UCI (Universal Child Immunization - 1990年までに予防接種率80%を達成) の目標には達していないが、1987年の51%と比較すると上昇している。表3-13は、1990年の子供の予防接種率の全国平均である。

表3-13 全国予防接種率（生後12～23ヶ月の子供）1990年

予防接種の種類	接種率 (%)		
	カード記録	記憶(インタビュー)	合計
B C G	81.4	14.5	95.9
三種混合1 (DPT1)	81.3	14.1	95.4
三種混合2 (DPT2)	78.8	13.8	92.6
三種混合3 (DPT3)	76.3	13.2	89.5
経口ポリオ1 (OPV1)	80.1	13.8	93.9
経口ポリオ2 (OPV2)	77.6	12.6	90.0
経口ポリオ3 (OPV3)	74.4	12.2	86.6
麻疹	64.2	11.8	76.0
全ての接種を終えた	68.4	9.6	71.2

出典：UNICEF 1992, P. 62

この予防接種率の上昇は、予防接種サービスを実施する施設の増加とともに比例している。予防接種サービスを実施する施設は、1981年に約600ヶ所であったのが、1989年までにはほぼ倍増の1,600ヶ所近くにまで増えている(表3-14)。このうち、1,200ヶ所は政府の保健医療施設で、残り400ヶ所はNGOによって運営されている施設である。

表3-14 予防接種サービス実施施設

運営	病院		保健所		保健所サテライト 及び診療所		施設合計数	
	1979年	1989年	1979年	1989年	1979年	1989年	1979年	1989年
政府	65	75	182	322	12	808	259	1205
NGO	53	57	28	77	2	204	83	338
民間営利団体	2	3	—	2	19	35	21	40
合計	120	135	238	401	33	1047	363	1583

出典：DANIDA, KEPI Document, P. 11

表3-13からもわかるように、UCIを達成するためには、麻疹の接種率を引き上げる努力が必要である。

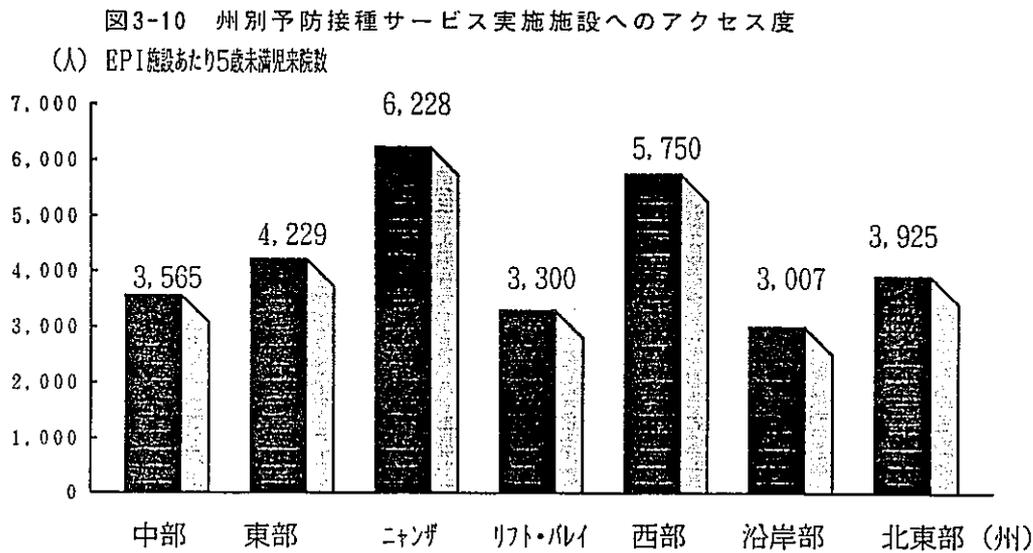
母親（妊婦）に対する新生児破傷風の予防接種率に関する詳細なデータは入手できなかったが、WHO推定では37%である。

3-4-1-3 UCI1990の目標を達成できなかった原因

UNICEFは、ケニアでUCI1990の目標を達成できなかった原因を以下のように分析している。

①予防接種施設のアクセス度の地域格差

予防接種施設が偏在していることや、施設利用度の地域格差が接種率の地域格差の原因となっていると考えられる。図3-10は、「州別予防接種サービス実施施設あたりの5歳未満児来院数」である。



出典：UNICEF 1992, P. 62

ニャンザ州と西部州では、「州別予防接種サービス実施施設あたりの5歳未満児来院数」も比較的高いが、リフト・バレイ州や沿岸部州では、その半分ほどでしかない。また、施設の配置状況は同じ州内においても、郡によってばらつきがある。

②予防接種施設の機能不備

たとえ施設は存在していても、予防接種を実施できる適切な訓練を受けているスタッフがいたり、コールド・チェーン器機材が良好に機能していなかったりする場合も、接種率を高めることができない原因となる。ニャンザ州、西部州、北東部州の複数の地域では接種率が50%を下回ることもある。

③予防接種の重要性に対する認識の低さと情報の欠如

人々、特に母親の予防接種の重要性に対する認識が低いため、予防接種を受けに来

ない、もしくはどの種類の予防接種を何回、どの時期に受ける必要があるかという情報が欠如しているために、必要な予防接種全てを終えずに途中で止めてしまう場合もある。また、正確な知識を持たないために、副作用を怖がって受けないということもある。特に、病気の子供に対して、保健員が予防接種を行わなかったり、子供の親が拒否したりすることが多い。

④保健員の態度

予防接種を実施する保健員の態度が悪かったり不親切であったりすることで、人々の予防接種を受けに来る気持ちを失わせる。

⑤予防接種を実施する保健医療施設までの距離の遠さ

⑥予防接種プログラム運営の非効率性のため器機材(カード、ワクチン、注射器等)の不足

⑦巡回サービスの不足

3-4-1-4 情報管理システム (Management Information System)

全国全ての郡において、予防接種活動に関するデータ・情報が収集、報告されることになっているが、正確に且つ遅延なく実施している郡は全体の約60%である。

現在(予防接種の対象となる)疾病サーベイランス・システムの確立が図られている。ガイドラインの作成、サーベイランス実施のためのワークショップの開催を準備中である。

3-4-1-5 プログラムの財政基盤

KEPIは、ケニア政府、DANIDA、USAID、UNICEF(JICAとロータリーからの援助を含む)の財政的援助で運営されている。ドナーが援助しているのは以下の分野である。

- ・ワクチン供給
- ・車両及び器機材の供給
- ・車両のガソリンと維持費
- ・コールド・チェーン維持のための運営費
- ・技術的援助

過去3～4年の予算は、年額およそ300～400万米ドルである。1990年の活動項目ごとの予算振り分けは以下の通りである。

- | | |
|---------|-----|
| ①ワクチン | 31% |
| ②車両・器機材 | 47% |

③管理・維持	4%
④トレーニング	7%
⑤社会動員のための活動	8%

1981～91年間の財政援助の出所別割合は次の通りである。

・DANIDA	30%
・UNICEF (JICA及びロータリーを含む)	55%
・USAID	7%
・ケニア政府	8%

3-4-1-6 B型肝炎

現在、KEPIプログラムでは、上記6つの疾病に対する予防接種に加え、複数の郡において子供に対するB型肝炎予防接種の実施を試みている。モデル郡として選定された郡は、ガツンドゥ(Gatundu)郡、ティカ(Thika)郡、ギスングリ(Githunguri)郡、キアンブ(Kiambu)郡である(1992年現在)。PATH(Programme for Appropriate Technologies in Health)とB型肝炎国際タスク・フォース(International Technologists in Health)が共同で資金及び技術援助を行っている。B型肝炎ワクチンは、Smith Klein& Beecham から寄付されている。

3-4-1-7 問題点

ドナーの報告書が指摘している、あるいはKEPIプログラム担当官達との面接から明らかになった問題点を以下に要約する。

①車両運搬面での不備

- ・1990年時点で、予防接種プログラム用として配置されている車両は全国に53あるが、多くの保健医療施設において、使用可能な車両はこのKEPIプログラムのものだけなので、他の保健活動にも使用されて、本来の活動に十分に利用できない状況となっている。
- ・沿岸部や湖沼地域においては、交通手段となるボートがなくて活動が滞っている。
- ・車両はあっても燃料(代)の予算が無く、使用できない。
- ・車両が利用できず、現場での活動の監督が十分に実施できない。

②サーベイランス・システムの未整備

- ・疾病、接種率の報告率が70～80%で、十分とは言えない。しかし、1993年には疾病

サーベイランスの実施のためのワークショップが開始され、今後改善されるものと期待されている。

③村落レベルでの予防接種に関する知識・情報の欠如

- ・中央では、マス・コミを利用したキャンペーンが行われているが、郡以下のレベルではIEC活動に対する予算も十分でなく有効なプログラムがない。

④ワクチン供給体制の不備

- ・ワクチンそのものの不足というより、車両、運搬計画、コールド・チェーンの不備等によりサービス施設への適切なワクチン供給が行われていない。

⑤サービス提供側の問題点

- ・保健省の規定によると、「予防接種を実施できる保健・医療従事者は看護婦のみ」となっているが、特に保健所や診療所では、限られた人数のスタッフしかおらず、看護婦は他に多くの仕事を抱えており、予防接種に十分な時間を割けないことがある。

3-4-2 下痢症対策

3-4-2-1 背景

下痢性疾患による疾病・死亡率を引き下げることが目的として、1987年に下痢症対策プログラム（CDD-The Control of Diarrhoea Diseases program）が開始された。プログラムの中心活動は、保健医療従事者に対するトレーニング（主な訓練内容はORT-経口補水療法）や既存の保健医療施設内に下痢症処置（通称ORS-Oral Rehydration Salt）センターを設置することを通して、保健医療施設及び家庭における下痢性疾患ケースの適切な処置を促進することである。また、母乳育児や乳児への適切な離乳食・補助食導入の促進による子供の栄養改善、安全な飲料水の供給や使用促進等を通じての個人、家庭内における衛生習慣の改善もこのプログラムの重要な活動で、そのために、健康教育やメディア・キャンペーンにも力をいれている。

子供の下痢性疾患は、マラリア等の感染症や栄養失調と関連して起きることが多いので、このような疾病対策も重要となってくる。

3-4-2-2 現状

下痢症対策プログラムの普及によって、下痢性疾患ケースの対処習慣がどう変化してきたかを示すのが、表3-15である。

表3-15子供の下痢性疾患ケース処置の方法 (%)

	1987年	1990年
ORT (経口補水療法-ORSとSSS*の使用)	43.0	49.0
与える液体(飲料物)の量の増加	36.4	81.0
医薬品(抗生物質等)の使用	36.6	26.6
食事の継続	46.4	59.0

出典: UNICEF 1992, P. 60

(原典: Report on the Diarrhoea Morbidity and Treatment Practices Survey, 1987& 1990)

* Sugar and Salt Solution

1987年から90年の間に、下痢症時の子供に通常より多めに飲料物を飲ませる人の割合が倍以上に増加したのは、下痢による脱水症を防ぐという観点から良い傾向である。また、食事(母乳、離乳食、補助食等を含む)の継続も栄養失調や脱水に陥らないために重要なことである。しかし、経口補水療法の利用がわずかにしか増えていないことは、さらに健康教育やマス・メディアを利用した下痢症対策キャンペーンを強化する必要性を示唆している。

3-4-3 急性呼吸器感染症対策

1990年にWHO・UNICEF共同支援を受け、保健省とナイロビ大学が複数のモデル地域を選定して、地域活動に重点を置いた子供の急性呼吸器感染症対策プログラムを試験的に開始した。キアンブ(Kiambu)、エンブ(Embu)、バリング(Baringo)、キスム(Kisumu)の4つの郡において、地域の保健医療従事者に対して急性呼吸器感染症の標準的処置管理に関するトレーニングを行う。保健省は、このプログラムと「バマコ・イニシアティブ」との連携を図っている。

1992年以降の具体的なプログラム活動は以下の通りである。

① CHW (コミュニティー・ヘルス・ワーカー) のトレーニング

キアンブ郡においてCHWのトレーニングを行う指導員として小児科医(3人)、教師(2人)が養成され、彼らによって14人のCHWがトレーニングを受けた。バリング郡においては、CHWがUNICEFのバマコ・イニシアティブ・プロジェクトの抗生物質使用許可を受け、プログラムの中で使用している。カバネット(Kabarnet)病院の5人の指導員によって、バリング郡のCHW20人がトレーニングを受けた。現在、CHWのトレーニング用教材の最終版を作成中である(1993年)。

②州・郡プログラムマネージャーのトレーニング

1992年には、州及び郡の医療専門官、郡の公衆衛生看護婦、郡のクリニカル・オフィサーを含む13人がトレーニングを受けた。彼らは、自分の管轄する郡においてトレーニングを中心とした活動計画を立案することになっている。

③プログラム実施報告書の作成

保健省、WHOケニア事務所、ナイロビ大学小児科の共同で1992年に作成されたプログラムの実施地域の拡大を計画している。

3-4-4 母子保健・家族計画

3-4-4-1 背景

ケニアは、政策的には、サハラ以南のアフリカ諸国の中では最も早く1967年に「家族計画プログラム」を打ち出した国である。しかし、「人口問題」は国家指導者や政治家達の間での実際の優先順位度は低く、ほとんど関心を向けられていなかった。また、サービス遂行面でも、保健省はPHCの多くの活動分野において、スタッフのトレーニングやプログラム管理・運営能力の強化を行ってきたにもかかわらず、母子保健・家族計画の分野だけは取り残された。そのため、政府のサービス施設においては、適切な知識や技術を備えるスタッフを欠き、また機器材等も不足しているという状況で、実際にはサービスのほとんどをケニア家族計画協会（FPAK-Family Planning Association of Kenya）に依存していた。こういう状況の中での家族計画プログラムの進展も限られたもので、1979年センサスによると人口増加率は推定の年間3.0%を大幅に上回る3.8%であった。

1980年に入り、より統合的なアプローチの必要性への認識が高まり、1982年には人口開発全国審議会（NCPD-National Council for Population and Development）が設立された。1984年に、ナイロビで開催された「第一回全国人口問題指導者会議（National Population Leaders Conference）」に続いて同年、政府は「人口政策ガイドライン」（Sessional Paper, Population Policy Guidelines）を公表し、政府の政策や国家計画に、人口問題が徐々に反映されるようになってきた。中でも1986年に出された「成長復興と第六期開発計画のための経済運営」（Sessional Paper Economic Management for Renewed Growth and the Sixth Development Plan 1989~93）において、人口問題の重要性が明確にされた。このような政治的コミットメントの強化及びその具体的な政策、プログラム活動への反映が、近年の出生率の低下の兆しとなって現れているものと思われる。

3-4-4-2 人口開発全国審議会 (NCPD-National Council for Population and Development)

1982年に、効果的な家族計画プログラム推進を目的として「人口開発全国審議会」（以下審議会と呼ぶ）が設立された。元来は、人口・家族計画プログラムに携わる政府関係省庁、NGO、ドナー間の調整とプログラムの実施（特にコンドームの配布とIEC-情報普及・教育活動）が審議会の主な活動であったが、長期的な財政の裏付けも弱く、実際のプログラム実施機能も脆弱であることから、プログラムの実施は、NGOを中心とした機関に委託し、審議会は調整の役割に徹するという方針に変更した。名称も審議会(Council)から委員会(Committee)に変更される予定である(JICAナイロビ事務所、1993年8月)。

家族計画プログラムの実施の中心となっているNGOは、ケニア家族計画協会(FPAK)やケニアキリスト教全国協議会(NCCK-National Council of Church of Kenya)などである。NGOの家族計画プログラム活動の内容については、NGOの項目で述べる。

3-4-4-3 プログラム目標

1990年代のケニア政府による人口・家族計画プログラム目標は以下の通りである。

〔人口動態〕

- ・人口増加率を現在の 3.8%から 3.3%へ減少
- ・子供の数を最大4人までにするよう奨励
- ・高い人口増加率の原因である出生率を低下させると同時に、子供を持ちたい夫婦及び個人の支援
- ・子供の数の減少に影響を与える因子である乳幼児死亡率の低下
- ・無計画な居住地（スラム地区など）の拡大につながる農村から都市、あるいは農村間の住民の移動を減らし、農村及び都市の基本的サービスの拡充の負担の緩和
- ・男性に対する家族計画の受容、さらには利用促進のための動機付け活動

〔教育〕

- ・女性に対して、高等教育、トレーニング、就業の同等の機会やアクセスを促進することを通じた女性の地位の向上
- ・男女双方に対する一般教育レベルを高め、若者に対する適切な技術指導が実施可能となるような教育機関の機能の強化
- ・若者に対する人口問題に関する情報・教育の提供

〔医学臨床サービス〕

- ・避妊手段利用を希望する男女に対する避妊具・薬の適切な供給サービスの実施
- ・避妊手段利用者に対する適切なカウンセリング、検診、フォロー・アップの実施
- ・避妊具・薬供給サービスの実施と適切に遂行できるよう家族計画ワーカーを含む保健医療従事者に対するトレーニング、再トレーニング、監督指導の実施
- ・家族計画サービス施設において供給される避妊具・薬の種類や質（安全性など）の確保

3-4-4-4 プログラム実施体制

家族計画プログラムは保健省家族保健部の管轄で、他のPHCと統合されている。この中の家族計画課（Family Planning Unit）が、サービス実施に責任を負う。活動は、①臨床サービス、②IEC、③（避妊具・薬等の）調達・供給運営、④トレーニング、⑤調査・評価の5つに分かれ、家族計画普及のための努力が行われている。

3-4-4-5 プログラム活動

プログラムの中心戦略は、教育・情報普及による人々の人口問題に対する意識や知識を高めるとともに、ニーズに見合った適切なサービスの供給を行うことである。具体的な活動は以下の通りである。

- ① I E C（Information Education and Communication-情報普及・教育）活動
- ② 家族計画サービス
 - 保健医療施設、アウト・リーチ（巡回）サービス、地域住民から選ばれた普及員を通じた避妊具の供給
- ③ 調査及び研究
- ④ 避妊具の調達及び供給
 - 保健省の物資調達管理・運営課（Logistics Management Unit）の管轄で、全国レベルではナイロビの医薬品供給調整課（MSCU-Medical Supplies and Coordinating Unit）、州レベルではモンバサとキスムの保管倉庫、郡レベルの保管倉庫、そしてサービス施設へと供給されるシステム
- ⑤ データ収集、記録、及び報告
 - 郡レベルで収集されるデータを保健省の調査・評価課（The Research and Evaluation Unit）が監督

3-4-4-6 プログラムの現状

1) 家族計画プログラム・システムの充実

①保健医療従事者のトレーニングの強化

母子保健・家族計画に関するトレーニングを受けた保健員の人数は、1981～82年の1,027人から、1987～88年には2,170人へと倍増した。これは、1980年前半には、トレーニングを受けた保健医療従事者の割合が26%だったのに対して、80年後半には40%へと増えたことを意味する。

②家族計画サービス実施施設の増加

上記と同時期、政府のサービス実施施設数は、100未満から465に増加した。

③サービス実施機関と内容の多様化

1980年中期から後期にかけて、NGOの活動も活発化した。USAIDが支援する家族計画民間部門プロジェクトが1985年に開始され、ケニア家族計画協会による大規模なコミュニティーベースの避妊具配布（Community-based Distribution）活動は、1986年に開始された。また、ケニア不妊手術協会（KAVS-Kenya Association of Voluntary Sterilization）が活動を開始したのは1982年である。

2) 家族計画受容率（避妊利用率）

表3-16は家族計画受容者数の変遷を示したものである。1984年から1988年の4年間に家族計画実施者数は3倍に増加している。

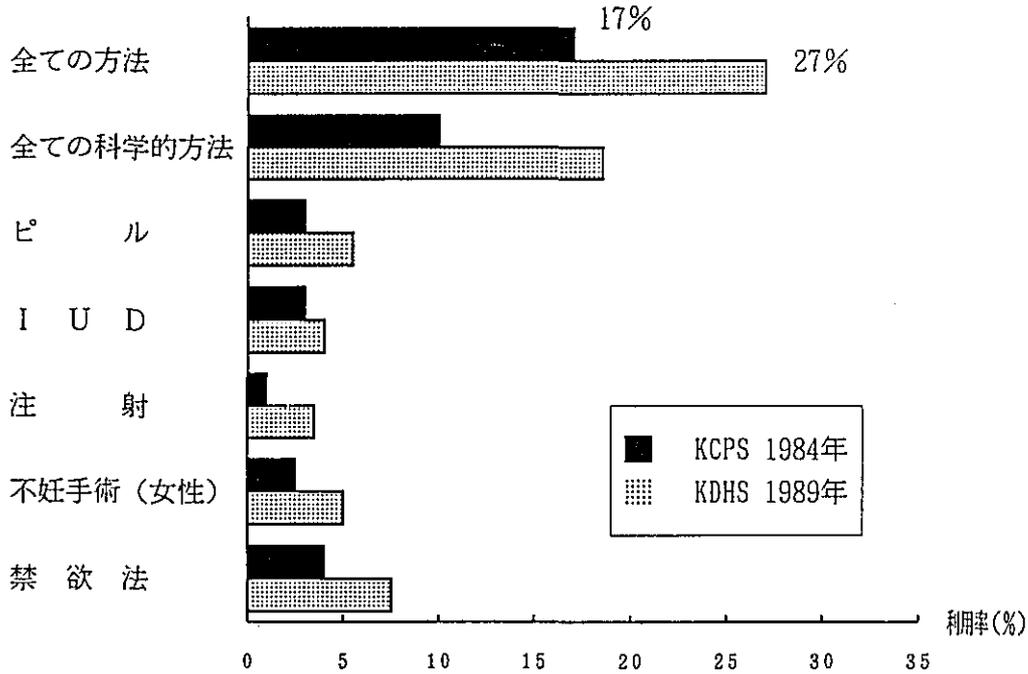
表3-16家族計画（避妊法）実施者数1984～88年（単位 1,000人）

年次	ピル	IUD	注射	不妊手術	合計
1984	60.2	29.1	21.9	1.5	112.7
1985	50.9	22.9	33.4	2.6	109.9
1986	116.3	31.6	47.4	5.4	200.6
1987	181.6	48.4	81.7	8.4	320.1
1988	174.0	42.8	106.7	9.1	332.6
年増加率 (%)	30.4	10.1	48.6	56.9	31.1

出典：Kenya Human Resources, P. 11

また、避妊法別利用率の1984年（KCPS-Kenya Contraceptive Prevalence Survey）と1989年（KDHS-Kenya Demographic and Health Survey）の比較を図3-11に見ることができる。

図3-11 15歳～49歳の既婚女性の避妊実施状況



出典：Kenya Demographic and Health Survey, P. 35

ここでも、家族計画受容者の増加が出生率の減少を促したことを裏付けている。

3-4-4-7 問題点

- ①保健医療従事者の家族計画サービスに関する技術的能力及び意識の低さ
特に、家族計画プログラム運営能力が十分ではなく、また住民に対してサービス利用推進のための動機付け活動を活発に行っていない。
- ②サービスの質の低さ及び施設上の不備
家族計画は母子保健プログラムの中に統合されたものの、家族計画以外の母子保健（治療や子供の保健）活動の方に高い優先順位が置かれ、家族計画活動は積極的に実施されているとは言い難い。また、利用希望女性がスタッフと家族計画についてプライベートに話し合いを行える場所がないため、サービス利用を敬遠する女性も多い。
- ③女性を主な対象としてきた従来のプログラムの欠陥
当初のプログラムはサービス（避妊具・薬供給）中心で情報普及や教育活動が不足していた。後に情報普及・教育活動を推進し始めてからも、もっぱら女性をその主

な対象にしてきたが、ケニアにおいては、女性は意思決定権をもたないので、男性を巻き込んでいかない限り、プログラムの進展はみられない。

④備品等の不足

(保健医療従事者用)手袋、ローション、コットン、手術用ガーゼ等の衛生材料が不足している。また、地区によっては適切な不妊手術用器機材も不足している所がある。

⑤避妊器具・薬の供給の遅延

主にプログラム管理運営能力不足のため、適切な調達・供給が実施されず末端施設で在庫不足が生じる。

3-4-5 マラリア対策

3-4-5-1 背景

1950年頃から実施されていたマラリア対策活動の中心は、媒介動物(マラリア蚊)コントロールと環境対策(マラリア蚊撲滅のための家屋への殺虫剤散布や、ボウフラが発生しそうな場所の環境改変・整備など)が主であった。しかし、薬剤耐性マラリアの出現などにより「マラリア撲滅プログラム」は進展をみせず、未だにマラリアはケニアにおける疾病・死亡の重要な原因であり続けている。

近年は、プログラムの目標を「撲滅」から「コントロール」へと移し、効力期間の長い殺虫剤の散布、殺虫効果のある蚊帳(殺虫剤を注入)の利用、ボウフラの生息地の駆除・整備、マラリア患者に対する迅速な治療などの活動を基本としたプログラムを推進している。最近KEMRI(ケニア中央医学研究所)がサイザル麻を利用した安価な網戸を開発し、これはプログラムの推進に弾みをつけるものと思われる。しかし、全国規模で対策活動を展開させていくには、今後プログラム活動をより強化していく必要がある。

3-4-5-2 プログラム目標

マラリア対策プログラムの目標は、マラリア感染予防対策及びクロロキン耐性マラリアの蔓延の監視活動を強化することにより、マラリア感染率と死亡率を減少させることである。このために、コミュニティと地方自治体のプログラム活動への参画の重要性が強調されている。

3-4-5-3 プログラム実施体制

マラリア対策プログラムは、保健医療予防・推進を司る医療サービス(Medical Services)の上級副局長(Senior Deputy Director)がその総括責任者である。実務においては、保健省内のマラリア対策課(Malaria Control Unit)が、全国レベルでの対策プログラム活動の調整を管轄している。関係諸機関(政府及びNGO)の参加を促し総合的なアプローチが採れるように「全国マラリア対策調整委員会(National Malarial Coordinating Committee -NMCC)」が設置された。

実際の活動は、保健医療の他の分野での活動と同じく地方分権化されており、プログラムの策定及び実施に関しては、中央ではなく郡の管轄となっている。また、マラリア対策を含むコミュニティー・ベース保健ケア(CBHC-Community Based Health Care)プログラムの推進に際しては、NGOや民間セクターが大きな役割を果たしている。AMREF、ワールド・ビジョン、アガ・カーン財団、CAREなどのNGOが保健教育、蚊帳使用促進・販売、保健スタッフの訓練、マラリア患者の処置という、予防と治療の両面において活発な活動を展開している。

3-4-5-4 プログラム活動

①化学療法

合併症を起こしている患者などの複雑なケースや、予防用にクロロキンを服薬している人以外に対しては、クロロキンを基本的な治療薬として使用する。

②予防的服薬の促進

基準は次のものである。

- ・マラリア蔓延地域を訪問する、抗体を持たない(マラリアに罹ったことがない)人
- ・マラリア蔓延地域に住む妊婦(特に初妊婦)、授乳期の母親
- ・マラリア蔓延地域の貧血患者
- ・マラリア流行時

③個人レベルでの防御対策

コミュニティーのレベルでの予防策として、各世帯、個人が殺虫剤注入蚊帳の使用を促進する。

④媒介動物(マラリア蚊)のコントロール

殺虫剤の散布による科学的コントロールは、マラリア流行時や蔓延地域における特別なケースのみに限り、日常的には実施しない。

⑤医薬品の調達・供給

郡レベルで供給される必須医薬品プログラムのキット(用具・薬一式)の中には、

抗マラリア薬も含まれている。訓練を受けたコミュニティー・ヘルスワーカー（CHW）によるクロロキンの配付が奨励されている。

3-4-5-5 プログラムの財政基盤

基本的に、コミュニティー・レベルでは、コミュニティー・ベース保健ケア（CBHC）プログラムの運営を目的として設置された村落保健委員会（VHC-Village Health Committee）が、活動実施の監督、調整及びコミュニティー基金の管理の責任を負う。コミュニティー基金は、蚊帳や殺虫剤の販売で賄われ、これらの売上げによって蚊帳やパーメトリン（Permethrin）の購入を維持している。

ドナーは以下の分野において支援を実施している。

- ・ UNICEF

殺虫剤注入蚊帳を使用するコミュニティー・プログラムの3つの郡における実施

- ・ UNICEF/WHO

トレーニング・プログラムの指導員の養成

- ・ WHO

マラリアに関する調査、研究、トレーニング

- ・ ODA/USAID

全国マラリア対策プログラムの戦略策定のためのコンサルタントの派遣やワークショップ

3-4-5-6 問題点

- ・ 財政難

マラリア・プログラムは資金難に直面している。これは、特に、予防サービス面で顕著である。

- ・ 検査施設・人材の不備

マラリアの診断技術に関しては地域格差が大きい。末端の医療施設では、（血液）検査施設が整備されておらず、また適切な訓練を受けたスタッフも欠き、診断・治療は臨床診断のみに基づいて行われているところが多い。

3-4-6 エイズ対策

3-4-6-1 背景

1984年にケニアにおいてはじめてのエイズ患者が発見されてから、HIV感染者及びエイズ患者数は急激な増加を示しており、エイズは、この国の保健医療分野だけではなく、社会・経済開発全般に対する脅威となっている。

エイズの問題に対処するため、1985年全国エイズ委員会(NAC-National AIDS Committee)が設立された。当委員会はエイズの流行状況を監視し、政府関係省庁に対してエイズ対策に関する提言を行うことをその活動目的としている。政府は、この委員会の提言に基づいて、輸血時血液スクリーニングの全国規模での実施を含む重要な政策決定を行った。また、1986年には全国エイズ対策プログラム(NACP-National AIDS Control Programme)が開始された。

3-4-6-2 政策と戦略

全国エイズ対策プログラム(NACP)は、「エイズに関する保健政策提言」を打ち出し、政府の承認を求めているが、その要約は以下の通りである。

①エイズに関連する情報及び知識

国民の情報・知識へ対するアクセスの権利の保障、予防及び蔓延阻止策として、生活様式の変容を促すための情報の普及を行う。現時点では、予防策としては健康教育を徹底させることが最も有効な手段であるので、政府は、健康教育に対する幅広い資源の活用を推進する。

②エイズ問題認識及び対策活動への幅広い層の参画と資源の活用

エイズは単なる健康上の問題にとどまらず、社会的、道徳的側面と密接に関係しているという認識から、適切な資源を広く動員して、個人、家族、コミュニティのレベルでの支援を実施する。保健省だけではなく、社会の各セクター(NGO、コミュニティ、ドナー、その他の政府省庁など)の協力・調整を呼びかける。

③保健医療分野におけるエイズの位置づけ

エイズ対策活動は、現行の保健医療プログラムの中に統合する。政府は、コンドームを無料配付、あるいは政府補助によって低価格で販売し、ハイ・リスク・グループを中心としてコンドームの利用を推進する。また、エイズは性行為感染症と密接に関連するため、性行為感染症の早期発見、診断を強化する。

④カウンセリングと血液検査普及の奨励

⑤輸血時の血液スクリーニングの徹底

⑥伝統医療師の訓練

伝統医療における治療時のリスク（汚染血液との接触等）を避けるために伝統医療師を訓練し、安全な治療行為に必要な物資を供給する。

⑦エイズ孤児の問題

今後、ますます増加するとみられるエイズ孤児の福祉を保障するために、法律や政策の見直しを図る。

⑧エイズ患者やその家族に対するあらゆる差別除去への努力

⑨「共有プライバシー（Shared Confidentiality）」という概念の導入

エイズは、患者個人だけではなく、家族、性的パートナーの問題でもあるので、患者が、病気について家族や（過去の）パートナーと話することができるような環境作りを行う。

⑩調査及び研究に関する取決め

ケニアにおいて、エイズに関する調査や研究を行う個人や団体は、ケニア保健省に対してまずその調査計画を提出し、全国エイズ委員会のアドバイスを受けなければならない。

3-4-6-3 プログラム実施体制

全国エイズ委員会（NAC）には、以下の作業部会がある。

- ①IEC（情報普及・教育）
- ②疫学
- ③臨床サービス
- ④検査及び輸血
- ⑤科学的研究

全国エイズ対策プログラム（NACP）の活動は、エイズ・プログラム事務局（APS-AIDS Programme Secretariat）が統括責任を負い、プログラム・マネージャーは医療サービス局長（Director of Medical Services）へ報告の義務がある。事務局は、エイズ予防対策のための戦略・活動計画策定、調整、実施などを行う。

エイズ・プログラムも、地方分権化戦略にそって、郡及び州レベルで健康教育専門官（Health Education Officer）が活動の中心的役割を担う。沿岸部州、ニャンザ州、東部州の3州の11の郡において、計画策定及び活動実施のパイロット・プロジェクトが開始された。現在のところ、中央の健康教育部（Division of Health Education）の積極的支援活動はみられない。

3-4-6-4 プログラム活動

既存の保健省の機構を通じて、郡レベルをプログラムの核として以下の活動を行う。

① I E C

マス・メディア、出版物、歌、劇などを通じた、一般の人々へのエイズに関する意識の向上、予防知識の普及。

②臨床学的サービス

WHOのガイドラインに沿ったエイズ診断、看護サービスの実施、患者及びその家族に対するカウンセリング、（施設ケアには限界があるので）コミュニティーベースの在宅ケアの推進。

③疫学的活動

疫学的調査・研究を実施してエイズ蔓延状況を把握。

④献血及び血液検査サービス

輸血ガイドラインを含む安全な血液及び血液製品に関する方針、検査技師及び患者保護のための標準検査実施マニュアルの作成。

3-4-6-5 問題点

- ・今までのところ、ケニア政府としてのエイズ問題に対する正式な政治的コミットメントが表明されておらず、全国エイズ対策プログラム（NACP）の政府としての支援体制は整備されていない（エイズに関する政策提言は、ケニア政府としてではなく保健省・WHOからのものである）。
- ・政策提言としては、エイズ問題に対するプログラム活動の地方分権化、PHC活動への統合などが謳われているが、実際には、エイズ問題対策のための具体的ガイドラインが存在しないため、州及び郡レベルでの活動が具体化できていない。特に保健医療以外の関連分野を巻き込んでの活動が進んでいない。
- ・プログラムマネージャーのポストに5年間で4人の異動があるなど、スタッフの配置転換や移動が頻繁で、プログラム推進に支障をきたしている。
- ・情報伝達やフィードバックが、エイズ・プログラム事務局（APS）、州、郡の間で円滑に行われておらず、このこともプログラムの活動推進を妨げている。
- ・提言においては、他の関連分野との密接な協力及び調整の重要性を指摘しているにもかかわらず、実際には、全国エイズ対策プログラム（NACP）と他の保健医療プログラムとの協力体制が不十分である。性行為感染症などはエイズと大きく関わっているが、この2つのプログラムは協力関係をほとんど持っていない。
- ・エイズ・プログラムで必要な器機材・車両は、資金不足、あるいは元来高価でありすぎ

るために、適切な維持管理が行われていない。

- ・コンドーム利用の推進、エイズ孤児の社会・経済的影響に関する状況把握、エイズ問題に取り組むNGOの協力調整などの分野は特に立ち遅れている。

3-4-7 性行為感染症対策

3-4-7-1 背景

ケニアで頻繁にみられる性行為感染症のうち、エイズ対策に関しては「3-4-6 エイズ対策プログラム」で詳細を記述した。ここでは、その他一般の性行為感染症対策プログラムについて考察する。

1989年、「全国性行為感染症対策プログラム」が、ベルギー政府の援助により開始された。実施機関として保健省内に性行為感染症課が設置され、これをプログラム計画策定、活動調整の分野で支援し監督する目的で、全国性行為感染症委員会（NSC-National STD Committee）が設けられた。続いて、性行為感染症対策に関する政策提言と、プログラム運営のための全国ガイドラインが発表された。

3-4-7-2 政策提言

①保健省は、性行為感染症対策プログラムの実施及び評価の強化に取り組む。

②性行為感染症対策プログラムは次の活動項目を含む。

- ・主にIEC活動による一次的予防の推進
- ・疾病の早期発見と治療
- ・性行為感染症治療の標準化
- ・患者の（性的）パートナーへの通知と治療

上記の項目を支援する活動として以下のものがある。

- ・性行為感染症サーベイランスと情報システム
- ・検査施設の充実
- ・（スタッフの）専門的トレーニング
- ・リサーチ及びプログラム運営機構の強化

③全てのレベルの保健医療従事者の専門的トレーニングを実施する。

④性行為感染症対策プログラムは、「郡中心の（開発）戦略」と「PHCの原則」に沿って、地方分権化及び他の保健医療プログラムへの統合化を行い、単一のプログラムとはしない。

- ⑤性行為感染症とエイズは、ほとんどの場合同じ感染ルートなので、より効果的な予防・対策活動を実施するためには、双方のプログラムの相互協力・支援が重要となる。また、母子保健・家族計画プログラム、必須医薬品プログラム、生涯教育課などとも、密接に調整を行っていくことが必要である。
- ⑥性行為感染症患者及びハイ・リスク・グループに対してコンドームを利用をさせ、またカウンセリングも実施する。
- ⑦性行為感染症患者や売春従事者が積極的にプログラムに参加できるように、彼らに対する社会的偏見や差別をなくす努力を行う。
- ⑧母親や生まれてくる子供を梅毒母子感染から予防するために、妊婦検診時におけるスクリーニングを徹底強化する。
- ⑨新生児眼炎を予防する手段として、テトラサイクリン目薬（軟膏）を使用する。

3-4-7-3 プログラム実施体制

性行為感染症対策プログラム実施を専門的立場から助言する役割を担う「全国性行為感染症委員会（NSC-National STD Committee）」のメンバーは、高等教育・研究機関や政府関連機関や州の代表から構成される。

「全国性行為感染症対策プログラム（NSCP-National STD Control Program）」は、保健省の伝染性疾患部（Division of Communicable Diseases）の性行為感染症対策課（STD Control Unit）が事務局を担当している。当局は、性行為感染症予防・対策プログラムの活動実施、モニタリング、財政基盤の確保などの推進や調整を行う。全国エイズ・コントロール・プログラム（NACP）、家族保健部（Division of Family Health）、健康教育部（Division of Family Health）など関連諸機関やプログラムとの調整も重要な活動である。

3-4-7-4 プログラム活動

性行為感染症対策活動の主なものは、以下の通りである。

①治療サービス

現在のところ、政府系の保健医療施設よりプライベート・クリニックの方が、より多く性行為感染症の治療を行っている。保健省内の治療サービス課、検査支援課は、診断及び治療の改善のために、適当な医薬品、試薬品、器機材を供給する責任を持つ。

②健康教育

性行為感染症に関して、一般の人々の間では十分な意識と予防・治療の知識がある

ものと思われる。今後は、性行為感染症とエイズの関連（性行為感染症患者はエイズに対してもハイ・リスク・グループである）についての知識を高め、予防のために行動変容を促すような教育を行っていく必要がある。

③トレーニング

保健医療従事者の性行為感染症ケース処置に対する知識や技術を高める。

④疫学とサーベイランス

性行為感染症の蔓延状況（人口、地域分布など）を正確に把握し、プログラム活動の有効性を知るために疫学的データの集積を行う。

⑤プログラム運営

3-4-7-5 問題点

- ・コストその他の理由で、現在のところ、妊婦に対する梅毒スクリーニング活動がプログラムの中心である。他の性行為感染症に関する積極的対策は採られていない。
- ・州および郡レベルにおいて、プログラム専従のスタッフが配置されていない。
- ・患者は性行為感染症に罹っていることを隠したがるので、保健医療施設を訪れないことが多い。そのため、罹患状況の把握が困難となり、効果的なプログラムの立案も難しくなる。

3-4-8 栄養問題対策

3-4-8-1 背景

従来の栄養問題に対する取組みは、明らかな栄養失調ケースの発見と治療が中心であった。しかし、最近、政府は「予防活動」に焦点を移し、ユニセフと共同で子供の発育改善を目的とした「子供の発育観察」プログラムを全国的に実施している。

また、乳児への離乳・補助食の導入時期が不適切なために栄養失調を引き起こしたり、生後6ヶ月間の母乳のみでの育児が遵守されなかったりと、乳児の食習慣に関わる問題がある。このため、母親に対する栄養教育も重要な活動である。

このような活動はPHCの中に統合されて実施されるので、保健省の家族保健部がプログラムの管轄であるが、NGOの活動も活発である。

発育観察などの予防的プログラムの情報が少ないため、ここでは従来の治療的活動について扱う。

3-4-8-2 NGOによる給食プログラム

栄養対策プログラムとしては、CRS (Catholic Relief Services, NGO) の給食プログラムが規模的に最も大きい。乾燥・半乾燥地域の母子保健クリニック 100ヶ所において保健・栄養プログラムの一環として行われているものである。5歳未満の子供は、毎月クリニックを訪問し、身長と体重を測定し記録することになっている。身長に対して体重が標準の60%以下の場合、小麦3キロ、粉ミルク1.5キロ、植物油1キロの食糧が配給され、子供の親は月22ケニア・シリングをプログラム維持費として払うことになっている。

やはりNGOであるNSFCK (The National School Feeding Council of Kenya) は、小学校約6万校で、学校給食を実施している。NSFCKは、独自のプログラムのほかに政府・WFP共同の給食プログラムの実施機関ともなっている。独自のプログラムの場合、給食費を払えることができる児童のみを対象としているので、一定レベル以上の裕福な地区をカバーし、遠隔地や都市貧困層などの約30%の児童は対象から外されているという問題を抱えている。対象児童に関しては、食事の間隔が狭まったことで栄養状態の改善がみられる。また学校給食があるため、母親がそれまで食事準備に当てていた時間を他の活動に使えるようになった。

3-4-8-3 政府による栄養プログラム

文化社会福祉省は、矯正センター12ヶ所で「生涯トレーニング・プログラム」を実施している。ここでは、5歳未満の重度栄養失調児をその母親と一緒に3週間収容している。ほとんどの場合、子供はマラスマス（長期の摂取エネルギー不足が原因の栄養失調）に罹っており、プログラムは、子供の栄養改善と、母親に対する栄養指導を目的としている。退院後も、フォローアップとして3回の家庭訪問が行われ、子供の成長のモニターと母親に対する指導が続けられることになっている。しかし、全センターの約半数しか家庭訪問に必要なスタッフが揃っておらず、車両や燃料の不足もフォローアップ訪問の実現を難しくしている。

さらに、政府による大規模なプログラムとして、文部省が実施している「学校ミルク・プログラム」がある。1979年に開始されたこのプログラムでは、ケニア乳製品製造販売共同組合 (KCC-Kenya Cooperative Creameries) を通じて、全国すべての小学校に週2回、全ての児童に対して一人当たり0.2リットルのミルクを供給するというものである。しかし、供給不足により、計画通りには実施されていない。

学校ミルク・プログラムには多くの問題点がある。まず製造元から全国すべての小学校にミルクを輸送、調達するには労力がかかり、KCCの販売値の約2.8倍ものコストを要する。その上、ミルク・プログラムで供給されるカロリーは、小学生に必要な摂取カロリ

一の約15分の1、蛋白質では20分の1しか満たすことができず、栄養学的にもインパクトは小さい。さらに、このように栄養効率が悪いにもかかわらず、コストは学校給食の6倍を要する。これらに加えて、根本的な問題として、学校に通えない最貧困層の子供、就学前の子供など、最もニーズの高い子供達をカバーできないことがある。このような数々の問題が指摘されているにもかかわらず、政府は、最新の保健医療政策計画の柱の一つとして、「学校ミルク・プログラム」の存続・強化を打ち出した。(1993年夏)

従来の、学校を通じた栄養対策プログラム(給食プログラムやミルク・プログラムなど)の恩恵を受けられるとしても、それまで子供達は放置され、既に手遅れの状態になっているか、あるいは、その後は再び栄養失調に陥るそれまでと同じ社会・経済的状況に舞い戻る、というのが実状である。このため、このような既に栄養失調に罹った子供への給食プログラムの経済効果をもう一度再検討する必要があると思われる。

3-4-8-4 WFP (World Food Program- 国連食糧計画) による学校給食プログラム

WFPは、乾燥・半乾燥地域で学校給食プログラムを実施している。このプログラムの一次的目的は、通学児童に対して給食を出すことで、親にインセンティブを与え、就学率を上昇させ、ドロップ・アウト率を低下させることである。しかし、このことが、長期的には就学児童の栄養状態を改善することにもつながっている。現在、約4,000校で42万人の児童もしくは就学前児童がこのプログラムのサービスを受けている(1989年現在)。給食の内容は、トウモロコシ、豆類、ナツメヤシ、料理用油などである。

当プログラムは、本来の就学率をあげるという目的は達成しているが、遠隔地への物資の調達、供給という経済面での問題を抱えている。

3-4-8-5 「赤ちゃんに優しい病院」イニシアチブ

保健省は1991年9月、「赤ちゃんに優しい病院」イニシアチブに、政府として正式に取り組むことを表明した。国連の提唱による、途上国における母乳育児の推進を目的とするこのイニシアチブは、病院や産院を中心として、保健医療従事者に母乳育児の重要性を再認識してもらい、母親に対してもこのイニシアチブに賛同している施設での出産を奨励するものである。1992年、ケニヤック国立病院とプムワニ産科病院が、このプロジェクトを実施する病院に公式に指定された。1992年末までには、産科設備を有する全国214すべての施設において、この母乳育児の重要性を強調した「乳児食習慣に関する国家政策」の実施が計画されている。

3-4-9 結核・ハンセン病対策

3-4-9-1 背景

ケニアにおけるハンセン病対策は、1940年代にハンセン病患者隔離居住地区を設けたのが始まりである。1950年代初頭には、ブシア(Busia)郡のアルペ(Alupe)に、国内のみならず、ウガンダ、タンザニアのハンセン病患者の照会医療施設として、大規模なハンセン病センターが設立された。

1980年、従来のハンセン病対策は、全国結核プログラム(1956年開始)とともに、「全国ハンセン病及び結核プログラム(NLTP-The National Leprosy and Tuberculosis Programme)」に統合、再編された。当プログラムの目的は、CHWなどの保健医療従事者によるハンセン病及び結核の早期発見を促し、患者が保健医療施設を訪れ適切な処置を受けられるようにすることである。

3-4-9-2 プログラム目標

プログラムの最終的な目標は、ハンセン病及び結核の発生を減少させ、公衆衛生上の問題ではなくなるようにすることである。具体的な短期目標を以下のように設定している。

〔結核〕

- ・年間の新規ケースのうち(喀痰)塗抹検査陽性判明(診断)率を少なくとも70%に改善する。
- ・陽性と診断され短期科学療法(複合薬品治療法)を受ける新規患者の完治率を少なくとも80%に上げる。

〔ハンセン病〕

- ・プロジェクト終了までに、ハンセン病障害度IIの患者が(全患者の)10%以下になるよう患者早期発見サービスのシステムを確立する。
- ・類結核型(+型)患者の90%、らい腫型(L型)患者の85%の治療不要を達成する。
- ・眼、手足の障害の度合いが進む患者を年間少なくとも5%減少させる。

3-4-9-3 プログラム実施体制

当プログラムの活動の大部分は、通常のPHCシステムの中で遂行されるが、全国ハンセン病及び結核対策プログラム(NLTP)には、計画策定、実施、調整、モニタリング、監督、評価のための独自の組織・機構が存在する。郡レベルにおいては、郡保健医療運営

チームの中の胸部及び皮膚疾患クリニカル・オフィサー (COLS-Clinical Officers Lung and Skin disease) が活動調整担当責任者である。州レベルにおいては、州医療専門官の監督の下ハンセン病及び結核医療専門官 (MOLT-Medical Officer Leprosy and Tuberculosis) が担当責任者である。全国レベルでは、保健省伝染性疾患対策部の下、全国ハンセン病及び結核対策プログラム中央局が全国規模で実施されている活動調整を行っている。他の保健医療プログラム同様、地方分権化政策に沿って、活動の中心は郡レベルである。

3-4-9-4 プログラム活動

①早期発見

一般住民に対する健康教育、(患者との)接触者の検査奨励、臨床及び顕微鏡診断サービスを通しての早期発見の促進

②適切な化学療法

患者教育、治療中途放棄者の追跡、短期化学療法の導入などを通して、患者の治療継続を推進

③ハンセン病患者の障害予防とコミュニティー・ベースのリハビリテーションの促進

患者教育の強化や、履物、ワセリン、石鹼の供給を実施

3-4-9-5 問題点

- ・近隣諸国からの難民流入増加によって、患者が増加している。
- ・H I V感染者増加により結核患者が増加傾向にある。
- ・H I V感染のために、結核患者の医薬品への(異常)反応、早期死亡が増加している。

3-4-10 住血吸虫症対策

1987年にWHOによる会議が開かれ、住血吸虫症対策にかかわる専門委員会が設けられたが、その委員会から出されるべきケニア住血吸虫症対策プログラムはまだ完成していない。1990年代になって沿岸部州において、DANIDA/WHO等の援助により試験的な対策として、小学校にプラジカニテル(住血吸虫症治療薬)投薬が行われているが、結果についての報告はない。

JICAは、ケニアA中央医学研究所(KEMRI)をカウンターパートとしたケニア感染症研究対策プロジェクトの中で、沿岸部州の2村において、実験的な対策(安全水供給、集団検尿・投薬、健康教育)を実施・支援している。

3-4-11 必須医薬品プログラム (Essential Drug Programme)

3-4-11-1 背景

医薬品は、薬剤開発の進歩に伴い、種類の多様化が進んでいる。しかし、途上国においては、このことが、必ずしも農村や貧困地域の住民の保健医療ニーズを満たす適切な医薬品供給に寄与しているわけではない。逆に最もサービスを必要としている住民にとっては、適切な値段での医薬品の入手は、ますます困難になってきている。1978年のアルマ・アタ宣言の中には、「必須医薬品」がPHCの重要な一項目として挙げられている。

1977～78年に実施された医薬品供給に関する調査によると、農村部の保健医療施設用に購入されるべき医薬品の30%が、都市部の病院で消費されている。近年、盗難の多発などにより、状況はさらに悪化している。

政府は、DANIDAとSIDAの支援を受けて、農村部保健医療施設への医薬品の確保の改善に着手し始めた。この「必須医薬品プログラム」の目的は、全ての人が、必要とする安全で効果的で良質の医薬品を、適切な価格で入手できるように体制を整えることである。途上国の農村部（及び貧困層）で最も一般的な疾病を対象としている。キットI（マラリアの薬を中心にした医薬品セット）とキットII（その他の疾病用の抗生物質を中心にした医薬品セット）が準備されており、地域の状況に合わせて、必要なキットが保健所や診療所に配付される。

最近、ケニア政府は、必須医薬品リストを改訂した(リストを資料編に添付)。

3-4-11-2 プログラムの実施体制

地方分権化政策の中で、郡の医薬品及び器機材保管倉庫が、農村部の保健医療施設（保健所や診療所）と地域保管倉庫を繋ぐ要の役割を果たしている。郡保管倉庫には、保健所や診療所などの末端医療施設から医薬品の需要、供給、保管状況に関する情報が集積され、毎月、適正量の必須医薬品キット要請が保健省の医薬品供給調整課（MSCU-Medical Supplies and Co-ordination Unit）に対して行われる。郡への供給は月毎となっている。

他の医療備品は、保健省から保健医療施設へ供給されることになっているが、有効に機能していない。そのため、必須医薬品プログラムにおいて「必須手術備品及びローションキット」を作成することが計画されている。

3-4-11-3 プログラム活動

1980年、キリフィ(Kilifi)とエンブ(Embu)郡で開始された「必須医薬品パイロット・

プロジェクト」は、1982～85年には、全国すべての郡の保健所、診療所において、必須医薬品供給の充実と保健ワーカーの必須医薬品使用に関するトレーニングを実施している。必須医薬品キットに含まれる医薬品の数は、保健所に対するものが40種類、診療所に対するものが31種類である。

1987年には、病院の外来病棟に対して同様の必須医薬品プログラムが実施され始めた。1988年までにプログラムは12の病院に拡大されたが、予算不足のため、病院に対するプログラムは中止された。

主な活動は以下の通りである。

- ①必須医薬品キットの保健所・診療所への供給
- ②保健所・診療所への基本的な文具品（記録帳、医薬品袋、ラベルなど）の供給
- ③保健所・診療所の医療スタッフに対する、臨床診断技術と医薬品の適正使用に関するトレーニングの実施
- ④地域保管倉庫やナイロビ倉庫による保健所・診療所において使用される必須医薬品のモニタリング実施と、保健省に対する必要予算の提言
- ⑤施設あるいは郡レベルでだぶついている医薬品の回収、再分配
- ⑥消費者であるコミュニティの住民に対する薬の使用、誤用に関する教育の実施
- ⑦郡地域レベルの医薬品保管倉庫の維持・管理

3-4-11-4 問題点

- ・増加する需要と医薬品の価格高騰で、プログラムは財政難に陥っている。1990年に実施された調査によると、医薬品の在庫率は保健所で85%、診療所で78%である。これは財政的には、年間全施設（保健所及び診療所）で必要と推定される34,600万ケニアシリングに対して、4,390万ケニアシリングの支出能力しかなかったということである。
- ・使用期限を過ぎた医薬品の使用が報告されている。定期的なキットに含まれる医薬品の種類や量の再評価をして、有効で適切な使用への努力が必要である。
- ・州立病院、郡立病院において、有料化（受益者負担）制度が導入され、保健所においても実施される見込みである。保健所のような下位の保健医療施設を住民が利用することを奨励し、この有料化制度を成功させるためにも、施設には十分な医薬品の在庫が必須である。

3-4-12 バマコ・イニシアチブ

ケニアでは、1989年に必須医薬品プログラムと密接に関係する「バマコ・イニシアチブ」

が導入された。このプログラムは、郡や州レベルの支援を受けながら、必須医薬品の初期投資（提供）をもとに、コミュニティによる医薬品の維持・管理と供給を通じて、PHC活動を支える回転基金の設立を図るものであり、コミュニティのPHC活動への参画、財政的自立を究極的な目的とする。コミュニティの住民の寄付による「ハランベ」や最近実施され始めた「受益者負担（保健医療施設の有料化）」とは異なり、バマコ・イニシアチブでは、村落保健委員会（Village Health Committee）が医薬品や蚊帳を購入して住民に安価な値段で売却し、そこで生じる資金をその他のPHC活動に利用する。一連の活動、資金の運営・管理はコミュニティによって実施される。郡の保健医療専門官がすべてのプロセスを監督する。現在、8つの郡でバマコ・イニシアチブを実施中である。

このプログラム導入の試みに関わっているUNICEF（コミュニティの初期投資のドナー）は、バマコ・イニシアチブの成功を強調しているが、費用回収率がおよそ30%で、「コスト・シェアリング（費用一部回収、受益者負担）」の観点からは、ある程度機能しているものの、本来の目的である「回転基金」設立という意味では問題がある、という見方もある（USAIDナイロビ事務所での聞き取り、1993年8月）。

*バマコ・イニシアチブに関しては、資料編を参照。

3-5 保健医療サービスの利用

3-5-1 保健医療サービスへのアクセス

ケニアの保健医療セクターは、サービス提供実施主体によって、次の4つのカテゴリーに区分することができる。

①政府系（詳細については、2-2-1の2）ケニアにおける保健・医療ネット・ワークを参照）

政府系（保健省）のサービスは、ケニア全病院ベッド数の70%（62%がナイロビのケニヤッタ国立病院、残り8%が保健省所轄の政府系病院）を提供している。保健所及び診療所の約71%は政府運営である。保健医療従事者別にみると、医師の約50%、クリニカル・オフィサーの大部分、正看護婦の約三分の二が、それぞれ公務員として雇用されている。また、ナイロビ、モンバサ、ナクル、キスムの大都市における保健医療サービスは、自治省（Ministry of Local Government）の監督の下、自治体（市）の管轄である。現在、診療所を除く全ての保健医療施設で有料制度の導入を図っている。

②非営利民間団体（NGO）系

ケニアでは、教会組織を中心としてNGOの活動も盛んである。世界銀行は、NGO運営の病院ベッドは、全ベッド数の約20%を占め、全保健所及び診療所の約14%は教会関係NGO運営のものである、としている。一方、UNICEFは、ケニアにおける保健医療サービスの40%はNGOによって提供されているとみている。当セクターでは、政府プログラム以前から有料化制度を実施している。

③プライベート（民間営利組織）系

個人病院など主に治療サービスの分野で、市場経済システムを通じて活動している。個人経営の薬局、私企業が従業員のために提供する医療サービスもこのカテゴリーに該当する。

④伝統医療

ケニア国民の何割が伝統医療を利用しているか、正確な統計は存在しないが、病気に罹った際には、多くの人々が伝統医療師のもとを訪れる、あるいは近代医学システムと併用しているものと考えられる。人々の「健康」や「病気」に対する概念は、土着的、伝統的なものであり、近代医学的アプローチでは対処しきれない部分があることや、一般的保健医療施設が遠隔地にあたり、サービスの質の低さ（スタッフ、医薬品の不足など）などが原因で、人々は身近な存在である伝統医療師の所へ行くこととなる。

統計上、保健医療施設あたり人口は、12,600人である。しかし、地域格差が大きく、リフト・バレイ州においては7,900人であるのに対し、西部州においては22,500人と、3倍

近い開きをみせる。また、病院ベッドは950人に一床、医師は10,000人に一人、看護婦は950人に一人である。また、人口の約42%は保健医療施設から4キロ以内に、全体の75%以上は同じく8キロ以内に居住している。これは、サハラ以南のアフリカ諸国の基準に照らすと良いほうである。ただし、ここでも地域格差が大きく、施設から8キロ以上の居住人口は、中部州で全人口の8%であるのに対して、東部州では44%である。さらに、医師を中心に、保健医療従事者の多くが都市部に集中している。

しかし、このような統計はサービス提供者側からの視点であり、ケニアの保健医療事情の全貌を考察するには、住民が、実際に、これらのサービスをどのように利用しているか（あるいは、していないか）の観点も重要である。サービス利用の現状に関する信頼性のある統計は入手困難であるが、一般の人々は病気に罹った場合、伝統医療師のもとを訪れたり、医薬品を市場で購入し自宅療養をするケースが多いとみられる。また、既に述べたように、NGOセクターも保健医療サービス提供に大きく貢献しているが、統計上は情報が不足している。

ここでは、「政府」の保健医療施設の利用状況と、政府セクターを補完するかたちで、あるいはそれ独自で大きな役割を果たす「NGO」と「伝統医療」セクターについて、以下に考察を行う。

3-5-2 政府保健医療施設の利用状況

政府系の保健医療ネットワークは、「2-1-1-2 ケニアにおける保健・医療システム (P. 22)」で示されたように、一次から三次医療へと照会システムを通じてヒエラルキーを構成している。しかし、現実には、予防・推進プログラムを中心に、軽症患者の治療を実施すべき末端の一次保健医療施設である診療所や保健所は、スタッフや器機材不足などによるサービスの質の低さのために利用率は低い。人々は、サービスの質の良い、より高次の医療施設へ集中する傾向にある。このため、本来、重症患者の照会施設であるはずのケニヤッタ国立病院は、通常分娩や高度な医療を必要としないケースまでも含めて、常時、混雑し、本来の機能を果たせずにいる。

1990年に実施されたナイロビ大都市圏における調査において、政府系（公立）の施設の利用率の低さが明らかにされた。例えば、予防保健活動を実施するナイロビ市委員会（NCC-The Nairobi City Commission）運営のクリニックの活動は平日のみ、それもほとんど午前中に限られる。同様に、同委員会所轄の診療所と多目的保健所は、2ヶ所を除いて、全て平日の9時から5時までの運営で、これらの施設の多くが人口の密集する都市部にあるにもかかわらず、夜間と週末は閉鎖されている。ナイロビ州医療専門官が担当する外来施設は一般には利用できないことになっており、一日平均患者数は31人である。ナイロビ市委員会運営の保健所に属する産科の利用率も低く、ナイロビにある9つの産科病棟のべ

ッドの利用率は平均30%以下である。このような利用率の低さは、施設の老朽化や保健所への適切なスタッフ配置を行えない（特に保健所の医師不足）ことによる。

一方で、三次医療施設は通常業務の遂行に支障をきたすほどの混雑ぶりである。ケニヤット国立産科病棟とプムワニ産科病院病棟は、常に100%以上のベッド占有率である。また、ケニヤット国立病院の小児科病棟は165%のベッド占有率である。しかし、これらの患者の多くが、スタッフが適切に配置され24時間体制であれば、保健所や診療所で適切に処置を受けることが可能な軽症の傷害、下痢症、上気道感染症などである。

このように、適切なスタッフ、器機材及び医薬品の不足、サービスの質の悪さなどが原因で、下位（一次）から上位（二次、三次）施設への照会システムは機能していない。その結果、ケニヤット国立病院の利用率を不必要に高め、限られた資源（財源）を高価な大規模病院での治療活動へ集中させてしまうという不適正配分がおきている。

3-5-3 NGOセクター

UNICEFによると、この国の保健医療サービスの40%は、32のNGO（教会関係が中心）によって提供されている。NGO運営の保健医療施設は、ほとんどの場合が有料であるにもかかわらず、サービスの質が高いため、住民に人気があり、利用率も高い。1990年に実施された保健省の調査によると、患者は、政府系よりNGOの保健医療施設の方を好む傾向にあることが明らかになった。その理由は以下の通りである。

- ・清潔である。
- ・プライバシーが守られる。
- ・待ち時間が短い。
- ・薬が入手しやすい。
- ・高品質の診断設備を備えている。

NGOの中には、コミュニケーションや交通手段の不便な地域において、保健医療サービスの恩恵を受けられない住民に対する活動を実施しているところもある。

NGOの多くは柔軟な活動方針をとっており、政府が実施できないようなプログラムを行っている場合も少なくない。また、政府の保健医療プログラム計画策定や保健医療従事者トレーニングにも協力している。

従来、NGOは二次医療を中心とする治療活動の分野で活発であったが、現在では、PHCの分野でも積極的な活動を展開している。例えば、全国人口開発審議会を通じて多くのNGOが母子保健・家族計画プログラムを実施しており、情報普及・教育や避妊具・薬の配布に大きく貢献している。

しかし、近年、政府や教会本部組織などからの援助が削減され、活動の停滞が危惧されている。

3-5-4 伝統医療

伝統医療システムの中で、「健康」や「病気」に携わる人々は、「ウィッチ・ドクター (Witch Doctor)」、「シャーマン (Shaman)」、「治療師 (Healer)」、「土着的治療師 (Indigenous Practitioner)」などと呼ばれ、住民と彼らとの関わりはコミュニティー生活における日常の一部となっている。このように様々な名称で呼ばれる人々は、「病を癒す」ことに従事する者と、「超自然的力で (人を) 病に罹らせる」者とは大きく区別できるがここでは前者のみを扱う。

伝統医療師は、以下のようなタイプに分けることができる。

①薬草師 (Herbalist)

薬草を使用して治療する。近代医学での薬剤師と (臨床) 医師の両方の役割を果している。

②手術専門師 (Surgical specialist)

近代医学が普及する以前ほどの社会的地位は、もはや持ち合わせていない。同等レベルの技術を必要とする手術であれば、近代的設備 (麻酔や消毒された器機材) の整備された施設で行う方が効果的であることを、人々が知ることになったためである。

③整体師 (Physiotherapist)

接骨師、整体師、マッサージ師などで、住民の間では人気がある。

④伝統的産婆 (TBA - Traditional birth attendant)

農村部では、TBAの介助により出産を行うのが一般的である。TBAは、出産介助だけではなく、妊婦に栄養上のアドバイスを行ったり、時には薬草類を中心とした薬の処方を行ったりと、コミュニティーの住民、特に女性達にとっては身近な存在であり、信頼と尊敬を集めている。最近では、TBAに対する近代医学的な衛生、安全な出産に関するトレーニングが推進されている。

⑤社会・心理療法師 (Psychosocial specialist)

部族によってその習慣も異なるが、一般的に秘密性の高い儀礼行為を伴うものである。身体的疾病のみならず、社会的、精神的疾病を扱う。

近代医学の普及により、上記の伝統医療師の中にはその社会的地位を失いつつあるものもいる。とはいえ、伝統医療と人々の日常的な係わり合いを考えると、未だにケニア社会において、その果たしている役割は大きい。この点を理解することなしには、政府の疾病対策プログラムの効果的進展も望めない。

ケニア政府は、第六次国家開発計画の中において、伝統医療セクターを以下のように位置づけている。

「伝統医療の役割とその保健医療分野に対する潜在的貢献度に関しては、長いこと懐疑的にみられていたにもかかわらず、住民の多くが、病気の

治療において未だに伝統医療に大きく依存している。・・・今期国家計画においては、政府は「伝統医療師協会」の設立を奨励する。この協会は、公式な医学調査の一貫として、伝統医療の診断、治療、リハビリ技術などの適切な応用利用、開発に関する必要な情報の収集を押し進めることに協力する役割を果たすものとする。」

これは、従来の「伝統医療セクターの暗黙の認識」という立場から一步踏み込んだものではあるが、政府として、どのように現行のPHCシステムの中に伝統医療師などを組み込み、協力関係を確立していくかなどの具体的活動計画については触れていない。KEMRIなどで調査・研究が進められているが、それに関しては「3-13-11 KEMRI」を参照。

3-6 医療保険制度

「国民病院保険基金」(NHIF:National Hospital Insurance Fund)制度は1966年に導入されたが、効果をあげてこなかった。現在この保険制度を有効に機能させるため、建て直しを図られている。この保険制度の加入は、1,000ケニアシリング以上の月収があるフォーマル・セクター(公共・民間両部門)で働く全ての人に義務付けられている。給与の約2%が天引きされ、疾病・傷害による入院の場合、国民病院保険基金に加盟している公立・私立のどの病院でも保険が適用される。加入者の配偶者や子供に対しても同様に適用される。基金から加盟病院への費用支払い率は、病院によって違う。現在、受益人口は都市部を中心に約90万人(家族を入れると約700万人—1991年現在)で、これは全人口の約22%に該当する。1989年には、基金の収益は19,000万ケニアシリングで、支出は17,000万ケニアシリングであった。

問題は、ケニアでは、農村地域の農業従事者などの給与所得者、また都市部でもインフォーマル・セクターにおける労働者が多く、この制度ではカバーできない人口を多数抱えていることである。また、病院からの保険申請(経費回収)のシステムが確立しておらず、地方からもナイロビ(保険担当局)まで申請に出向いていくというような非効率性や、汚職などが制度のスムーズな普及を妨げている。これは、公立病院と私立病院を比べて経費回収率に顕著に現れており、例えばナイロビにあるアガ・カーン病院の回収率25に対して公立病院のそれはわずかに1と見積もられている。

3-7 労働衛生

情報は入手できなかった。ILOなどの国際機関も、この分野での協力は現在のところ実施していない。

3-8 環境衛生

3-8-1 背景

安全な飲み水、適切な衛生施設（トイレなどのし尿処理、塵処理など）へのアクセスは、人々の健康状態を決定する重要な要因の一つである。最近のある研究によると、コミュニティの飲料水やトイレ施設に大幅な改善がみられる場合、下痢症発生率を22%、回虫を28%、メジナ虫病を76%、住血吸虫を73%までそれぞれ減少させることが可能であるとされている。また、水資源利用度を高めることは、農業生産にも大きな影響を与える。ケニアのように国土の80%近くが乾燥、半乾燥地帯である地域においては、灌漑施設を拡充し農業生産率を上昇させることが、食料確保を保障し、人々の栄養状態の改善に寄与する一つの手段でもある。

また、この国では、水汲みは、女性や少女達にとって重要な家事労働である。時には水源まで長距離を歩いて重い水を運んで帰らねばならず、水汲みにかかる時間と労働は女性の一日の大きな部分を占める。このため、家族の食事や子供の世話の担い手である女性達が、安全な飲み水にもっと容易にアクセスできるようになれば、個人、家族の栄養状況、健康管理の面でも好ましい影響があるものと考えられる。

3-8-2 安全な飲み水の供給

安全な飲み水へのアクセス度を図る基準は、水資源の存在と分布状況によって異なってくる。中・高雨量地域では、一人当たり毎日20リットルが徒歩で1 km以内の所で手に入れば、アクセス度は高いといえる。低雨量地域では、この距離は4 kmまでとなる。表3-17は、全国の州別、地域別の安全な水へのアクセス度を示したものである。

表3-17 農村及び都市部における安全な飲料水普及率

地 域	人口 (1989年センサス)			都市人口		安全な飲料水へのアクセス		
	合 計 (百万人)	都 市 地 域 (%)	農 村 地 域 (%)	整 備 地 域 (%)	スラム (%)	整 備 地 域 (%)	スラム (%)	農 村 地 域 (%)
全 国	21.0	20	80	53	47	92	53	42
ナイロビ	1.3	100	—	40	60	100	56	—
ニャンザ	3.5	10	90	61	39	100	59	45
リフト・バレイ	4.9	18	82	56	44	88	56	30
北 東 部	0.3	25	75	51	49	75	62	37
東 部	3.8	13	87	70	30	100	55	30
中 部	3.1	8	92	79	21	92	54	68
沿 岸 部	2.1	33	67	43	57	100	42	25
西 部	2.7	8	92	76	24	76	60	55

出典：UNICEF 1990, P. 85

全国平均でみると、安全な飲み水へのアクセス度は、都市計画地域においては92%と高率であるものの、都市スラム地域では53%と急激に低下し、農村部では42%と、住民の半分以上が安全な飲み水を入手できない状況である。さらにここでも地域格差が顕著で、中部州の農村部では68%が入手できるのに対して、沿岸部州の農村部ではアクセス人口はわずかに25%である。現在、高雨量地域における安全な飲み水への高いアクセス度も、近年の人口増加と水資源（河川、泉、井戸）の枯渇化現象により、年々減少傾向にあるとみられている。さらに、土砂流出、除草剤や殺虫剤の使用増加による汚染の拡大も心配されている。

ケニアにおいては、雨季の水供給はさほど大きな問題ではない。重要なのは、水資源確保が困難な乾季の水源の確保である。表3-18の5つの郡において行われた乾季に利用される水源に関する調査をみると、河川、池、（安全性確保のための）保護手段の施されていない泉や井戸など、水質汚染の可能性が高い水源の利用が多いことがわかる。ケニアのように乾季が8～9ヶ月続く国におけるこのような状況は、人々の健康に悪影響をあたえているものと懸念される。

表3-18 乾期の水源

水 源	バリンゴ(%) (Baringo)	南ニヤンザ(%) (S. Nyanza)	エンブ(%) (Embu)	キツイ(%) (Kitui)	クワール(%) (Kwale)
川	52.0	37.0	30.0	70.0	21.0
湖・池・保護手段なしの 泉／井戸	25.0	51.0	29.0	20.0	32.0
さく井	3.0	6.6	8.0	2.0	24.0
雨水（屋根から）	0.2	0.4	1.0	2.0	1.0
保護手段施した泉／井戸	12.0	3.0	2.0	3.0	0.0
水道	7.8	2.0	30.0	3.0	22.0

出典：UNICEF 1992, P. 86

水資源汚染の可能性の高い4地域、①人口増加が進む中・高生産性農業地域、②都市スラム地域、③洪水多発地域、④乾燥・半乾燥地域に関する水供給状況は、資料編を参考。

3-8-3 衛生（トイレ）施設

ケニアでは、水質汚染の最も典型的なものは、し尿の未処理によるものである。1990年の調査では、公的下水施設、下水腐敗槽（septic tank）、水洗便所（pour or flush latrine）、換気装置付き改良穴空き式便所（ventilated improved pit latrine）、簡易穴空き式便所（simple pit latrine）などを利用できる人口は全体の35%で、残りの65%は適

切な衛生施設を持っていない。ここでも地域格差が顕著で、中部州の農村部では69%の人口はアクセスがある一方で、東部州の農村部では26%となっている。

安全な飲み水供給と同様に、トイレなどの衛生施設に対するアクセスに関しても、①中・高生産性農業地域（ハイ・ランド）、②都市スラム地域、③洪水多発地域、④乾燥・半乾燥地域の4種類の地域について考察する必要がある（資料篇参照）。

3-8-4 大気汚染

都市部や工業地帯では、大気汚染が問題となってきている。都市の人口増加に伴い自動車の数増加も原因となっている。都市部における大気汚染の定期的監視システムは存在しないが、モンバサは、石油精製工程におけるイオウ二酸化物の大気中への放出（一日平均2トン）、ナイロビでは自動車からの排気ガスによる汚染が主な原因であるとみられている。

また、UNFPAによると、酸性廃棄物の魚類資源、農作物、野性動物への影響も問題となってきている。ナイロビは、工業地帯からのイオウや窒素酸化物が原因で、酸性雨の検出量が高い。

3-8-5 水質汚染

安全な飲み水の水質汚染の問題については、「3-8-2 安全な飲み水の供給」で述べたが、ここではより幅広く、生活一般に関わる観点から、水質汚染源を以下のように区分する。

表3-19 水質汚染

水 質 汚 染 源	例
①家庭排水、産業排水 ②農林業活動に関わる汚染 ③農林業製造過程に関わる汚染	下水、ゴミ 殺虫剤、除草剤、沈殿性肥料 醸造、カン詰め、コーヒー、紅茶、 サイザル繊維、なめし革、製紙、 パルプなどの製造過程での排出
④工業製造過程に関わる汚染 ⑤沈殿物 ⑥ゴミ処理場からの溶出物	重金属、酸性物、染色、製油 土砂流出、鉱山残留物 固形廃棄物

上記のうち、ケニアでは、特に①～④が水質汚染の主な原因であると考えられる。工業製造過程に関わる汚染は、排出汚染物質の量の増加より、失業者の増加による汚染対策実施の非効率性や隣接工場との距離が近すぎるなど、技術的側面より運営・管理上の問題が原因であることが多い。

3-9 医療従事者

3-9-1 医療従事者の構成

独立時には700人不足であった医師も、1989年までに3,266人にまで増加し、その他の医療従事者も年々増加の傾向にある。表3-20は、各種医療従事者の数の推移を示している。

人口10万人当たりの医療従事者数では、70年代後半の停滞傾向からむしろ増加傾向に転じている。ケニアの急速な人口増加による保健・医療サービス需要の高まりから、80年代以降、政府も医療従事者の養成に力をいれたものと考えられる。サハラ以南の他のアフリカ諸国と比較すると、ケニアにおいては医師一人当たりの人口10,100人と、サハラ以南アフリカ域内の平均24,600人を大きく上回る好成績である。

一方で、保健医療予算圧迫の一要因として、人件費の予算に占める割合の高さが指摘されており、医療従事者の急速な養成、拡充が一因とされる。

医療従事者の養成には、保健医療分野の活動計画及び医療従事者の配置の現状分析に基づいて実施されているわけではない。このため、政府は1993年内に、全国医療従事者調査を行い、現状に則した養成計画を策定する予定である。

3-9-2 医療従事者の偏在

医療従事者の数は独立以来順調に伸びているが、配置の偏在が問題である。都市部と農村部における格差は年々悪化しており、特に医師、歯科医師は都市に集中している。都市と農村の生活様式の相違が大きく、元来エリート階級の出身で高度な専門的訓練を受けた人々は、開業の機会にも恵まれている都会に住み、農村へはなかなか赴任したがない。表3-21は都市と農村における医療従事者数を比較したものである。この表から1987年と1989年とを比べると、薬剤師とクリニカル・オフィサーに関しては地域格差の是正が進んだが、その他の医療従事者についてはほとんど改善がみられないことがわかる。

表 3-20 医 療 従 事 者 の 数

職 種	年 次											養 成 中	
	1964	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	人 口 10万対	89/90	90/91
医 師 (Doctor)	710	—	1,564	1,691	2,842	2,980	3,071	3,176	3,266	3,357	14	913	1,072
歯 科 医 師 (Dentist)	—	—	—	—	—	441	492	527	561	596	2	131	150
薬 剤 師 (Pharmacist)	—	—	—	—	—	—	362	388	413	443	2	194	234
薬 剤 技 師 (Pharma・Technologist)	—	—	—	—	—	493	494	525	559	604	3	147	145
正 看 護 婦 (Registered Nurse)	2,077	3,452	5,911	6,692	9,377	9,627	9,862	10,009	10,289	5,441	22	1,169	1,174
准 看 護 婦 (Enrolled Nurse)	—	—	—	—	—	12,452	13,202	14,078	15,200	17,734	72	7,604	7,639
ク リ ニ カ ル ・ オ フ ィ サ ー (Clinical Officer)	—	—	—	1,681	2,107	2,224	2,355	2,464	2,534	2,630	11	470	530
公 衆 衛 生 専 門 官 (Public Health Officer)	—	—	—	—	—	450	480	515	550	585	2	124	122
公 衆 衛 生 技 師 (Public Health Technician)	—	—	—	—	—	1,826	2,041	2,263	2,393	2,528	10	668	670

出典： Kenya Human Resources, P.56 and Statistical Abstract 1991, P.195

表3-21 医療従事者の分布 (%)

種 類	1987年		1989年	
	農 村	都 市	農 村	都 市
医 師	32.0	68.0	32.0	68.0
歯 科 医 師	2.1	97.0	2.3	97.7
薬 剤 師	33.8	66.2	51.5	48.5
正 看 護 婦	67.9	32.1	67.9	32.1
准 看 護 婦	75.2	24.8	75.0	25.0
クリニカル・オフィサー	46.9	53.1	55.3	44.7
公衆衛生担当者	83.9	16.1	84.0	16.0

出典：UNICEF 1992, P. 68

マン・パワーの強化が進んでいるのは母子保健・家族計画の分野である。表3-22は、子供の発育観察や、予防接種、妊婦・周産期検診及びケア、家族計画カウンセリングなどに関してトレーニングを受けた医療従事者の数が増加していることを示している。正確な内訳は不明であるが、彼らの多くは農村部での活動に従事していると考えられる。

表3-22 母子保健・家族計画サービス分野における医療従事者数 (人)

種 類	1986	1987	1988	1989
コミュニティー准看護婦	394	411	560	741
正看護婦及び助産婦	65	88	96	94
クリニカル・オフィサー	16	21	39	43
合 計	475	520	695	878

出典：UNICEF 1992, P. 69

3-9-3 医療従事者の養成

3-9-3-1 医学教育

医学教育は、ナイロビ大学医学部とモイ大学医学部で実施されている。ナイロビ大学では毎年約100人の医師が輩出され、1989年に設立されたモイ大学医学部は、毎年約60人の

医師養成規模を有する。ナイロビ大学医学部は、医師のための卒後研修コースも実施しているが、需要を満たすまでには至っていない。

3-9-3-2 その他の医療従事者の養成

医師以外の医療従事者の養成は、政府の病院及び養成機関と政府の承認を受けたNGO（AMREFなど）が担当している。政府が実施している分野は、以下の通りである。

- ・一般医学
- ・看護学
- ・助産婦学
- ・環境保健
- ・検査技術
- ・薬学
- ・作業療法
- ・物理療法
- ・放射線技術
- ・昆虫学

養成コースは、資格免許が与えられる上級レベルの「学位（ディプロマ）コース」と、修了書が与えられるその下の「修了（サーティフィケート）コース」の2つに大別される。クリニカル・オフィサー、作業療法士、放射線技師は、ディプロマ・コースのみである。看護婦と薬剤師養成に関しては、大学（学士）レベルでも行われている。保健省管轄の医学トレーニング・カレッジは、全国に27あり、そのうち14ヶ所がディプロマ・コースを有する。

さらに、保健省は病院器機材維持コースを設立、医療器機技術者を養成している。キリフィ（Kilifi）、ロイトキトク（Loitokitok）、メル（Meru）、エルドレット（Eldoret）はサーティフィケート・コースを持ち、モンバサ・ポーリーテック校はディプロマ・コースを提供している。これらの養成機関の卒業生は、病院において器機材の修理などに従事する。

医学トレーニング・センター（Medical Training Center ー保健省管轄）においては、クリニカル・オフィサーの養成を行っている。彼らは、医師の不足する農村部の保健医療活動の重要な担い手である。毎年約 2,000人のクリニカル・オフィサーが誕生する。

この他にNGOによる医療従事者の養成コースがある。

3-10 医療施設

3-10-1 医療施設数

1990年現在、全国に保健医療施設は2,131ヶ所ある。種類別施設数を表3-23に示す。NGO運営施設は全体の約40%を占める。

表3-23 保健医療施設数の年次推移

	1982年	1988年	1989年	1990年
病 院	254	260	264	268
保 健 所	282	294	294	299
保健所がセンター及び診療所	1,535	1,553	1,555	1,564
合 計	2,071	2,107	2,113	2,131
病院ベッド数	31,356	31,983	32,534	33,086
人口10万人対ベッド数	146	141	138	136

出典：Statistical Abstract 1991, P.196 と Kenya Human Resources, P.56

3-10-2 医療施設の分布

州別保健医療施設数（1990年）は表3-24の通りである。

表3-24 州別保健医療施設数 1990年

州	保 健 医 療 施 設 数				病 院 ベ ッ ド 数	
	病 院	保 健 所	保健所がセンター及び診療所	合 計	ベ ッ ド 数	人口10万人対ベッド数
ナイロビ	31	18	139	188	5,886	391
沿岸部	26	32	162	220	3,366	157
東 部	42	43	223	308	4,769	109
北 東 部	3	6	31	40	414	65
中 央 部	44	46	234	324	5,060	137
ワト・ルイ	61	65	457	583	6,474	121
ニャンザ	42	49	254	345	4,283	99
西 部	19	40	64	123	2,834	100
合 計	268	299	1,564	2,131	33,086	136

出典：Statistical Abstract 1991, P.196

図3-12 州別人口10万対ベッド数

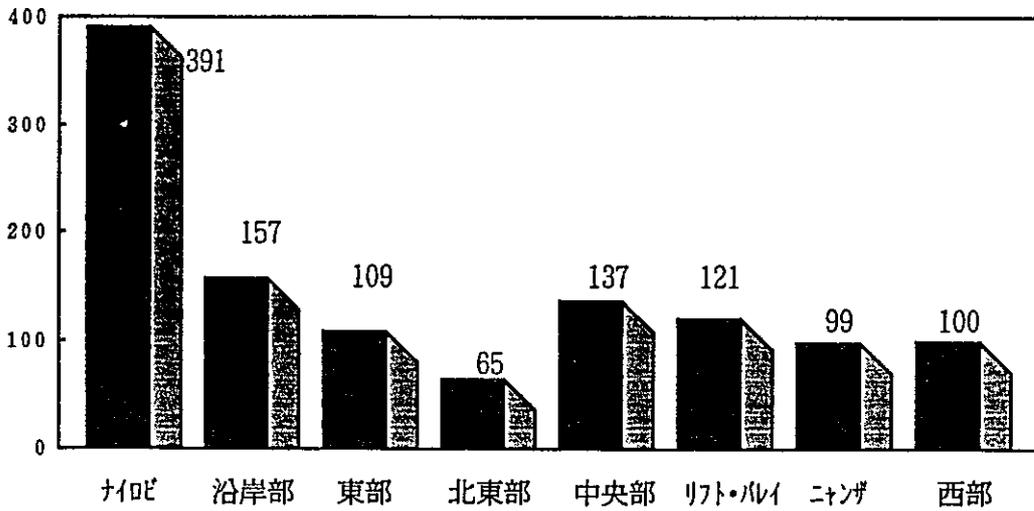


表3-24より作成

施設の集中しているナイロビを除くと、人口10万人対ベッド数の比率が最も高い州は、沿岸部州(157ベッド)、次いで中央部州(137ベッド)である。一方、最も整備が遅れているのは北東部州で、65ベッドである。

住民による保健医療施設の利用度は、利用可能な施設の数以外にも、次のような要因に影響される。

- ・保健医療施設までの距離
- ・保健医療施設のサービスの質
- ・伝統的、文化的要因（例えば施設が近くにあっても、農村部では、出産は施設分娩より、伝統的産婆や近親者の女性の介助を受けた自宅分娩が多い。）

3-11 救急医療システム

3-11-1 空路救急医療

民間団体であるAMREFがフライング・ドクター・サービスを行っている。これは緊急時や医療設備のない遠隔地において病人やケガ人を治療したり、必要があれば患者を医療施設まで飛行機で輸送したりする活動である。サービスを受けるためには会員にならないといけない（会費を払うと、年に一回の無料フライトサービスを楽しむことができる）。また、観光客なども臨時会員になることができる。会費は、ケニア人（成人）で年間750ケニア・シリング、外国人で50ドル（1993年現在）と、遠隔地の貧しい一般のケニア人を対象としたものではない。また、このほかにMEDIVAC株式会社なども同様のサービスを提供している。

3-11-2 陸上救急医療

ナイロビ大都市圏における救急医療サービスは、ナイロビ市の管轄となっているが、救急車やスタッフの不足及び連絡網の未整備のために、ほとんど機能していないのが現状である。MEDIVAC株式会社などの民間営利団体が、会員に対して救急サービスを提供しているが、当サービスの受益費も会費を払うことができる一定層に限られる。

3-12 医薬品・医療器具・衛生材料

ナイロビにあるいくつかの外国企業経営の生産、包装施設を除けば、ほとんどの医薬品、医療器機材、衛生材料は海外からの輸入である。政府セクターでは、保健省の中央医療保管局（CMS-Central Medical Stores）が、医薬品、医療器機材、衛生材料の購入を担当している。ここで調達され、倉庫に保管された物資は、政府系保健医療施設に配布されることになっている。

現在、全国の施設において、医薬品、医療器具、衛生材料の慢性的な不足が問題となっている。この原因として、1982年に実施された医薬品の不足状況に関する調査で、以下のことが明らかにされた。

- ・非経済的、非実地的な調達プロセスのために、予算が効果的に使用されていない。
- ・保管状態が悪く物資が使用不可能な状態になる、などの無駄がある。
- ・在庫品目録の管理が不良である。
- ・在庫管理が悪く盗品、横領などが起きる。
- ・輸送用の車両が不足している。

ケニアではWHOが提唱している「必須医薬品プログラム」に賛同し、すでに1981年、WHOの必須医薬品モデル・リストを参考に、独自のリストを作成した。1993年には改定

リスト（第二版）作成が行われた。途上国の住民の大部分が住む農村部において、基本的な保健ニーズに応えるために実施されている当プログラムについては、「3-4-11 必須医薬品プログラム (Essential Drug Programme)」の項を参照のこと。

3-13 試験研究機関

ここでは、KEMRI（ケニア中央医学研究所）の活動について記載する。その他の試験研究機関に関する情報は入手できなかった。

3-13-1 KEMRI (Kenya Medical Research Institute—ケニア中央医学研究所)

KEMRIは、研究・科学・技術省管轄下のケニアで最大規模を誇る医学研究所である。1979年、科学技術法令（改訂）の下、ケニアにおける生物医学研究（トリパノソーマを除く）を担う国立機関として設立された。トリパノソーマに関しては、それを専門的に研究するKETRI (Kenya Trypanosomiasis Research Institute—ケニア・トリパノソーマ研究所) が別に存在する。KEMRIは、研究・技術研修科学技術省の所轄であるが、保健省、国家科学・技術審議会(The National Council for Science and Technology)、医科学顧問研究委員会 (Medical Science Advisory Research Committee)などと、研究課題優先順位や方針の決定などに関して密接な協力関係を保っている。また、研究課題によって地域開発省、文部省、大統領府との協力も必要とされる。

3-13-1-1 研究課題

KEMRIは9つの専門研究センターを備えている。

- ・ Alupe ハンセン病及び皮膚疾患研究センター (Alupe Leprosy and Skin Diseases Research Centre)
- ・ 生物科学研究センター (The Biomedical Sciences Research Centre)
- ・ ミクロ生物研究センター (The Centre for Microbiology Research)
- ・ 臨床研究センター (The Clinical Research Centre)
- ・ 医学研究センター (The Medical Research Centre)
- ・ 呼吸器系疾患センター (The Respiratory Diseases Research Centre)
- ・ 伝統医学及び医薬センター (Traditional Medicines and Drugs Research Centre)
- ・ (病原体)媒介生物対策センター (The Vector Biology and Control Research Centre)
- ・ ウイルス研究センター (The Virus Research Centre)

疾病対策を実施し、国民の健康の推進に寄与するという国家政策の中で、KEMRIは、保健省の優先課題に対応するため、母子保健、人口増加、伝染病、媒介動物性疾患、コミュニティ保健、伝統医療、栄養、労働衛生、社会・心理的疾患などの分野で研究を行っている。農村部の住民の健康増進を図るために、基礎科学研究調査とともに応用科学研究調査にも力をいれている。主な研究プログラムは次の通りである。

- ①マラリア
- ②住血吸虫症
- ③リーシュマニア症
- ④下痢性疾患
- ⑤急性呼吸器系疾患
- ⑥ウイルス性肝炎
- ⑦結核
- ⑧栄養性疾患
- ⑨歯科保健
- ⑩性行為感染症
- ⑪伝統医療及び医薬
- ⑫ハンセン病
- ⑬再生産（人口・家族計画）
- ⑭包虫症
- ⑮環境・労働衛生
- ⑯エイズ
- ⑰フィラリア
- ⑱保健医療システム

3-13-1-2 業績

KEMRIの研究成果として、以下のものを挙げるができる。

- ・マラリア薬剤耐性に関する検査法の確立
- ・カラ・アザール（リーシュマニア症による皮膚疾患）に対する新治療法の確立
- ・1982年 Dengue 熱流行の発見（ケニア初）
- ・マールブルグ病や出血性発熱などの ビールス 性疾患の診断を行うシステムの開発
- ・結核治療を18ヶ月から6ヶ月に短縮した短期治療法の開発
- ・伝統医療師とのコンタクトを深めるなど、伝統医療の科学的調査開始
- ・腎臓移植プログラム支援のための組織型合わせ（組織タイピング）のシステムの確立
- ・リーシュマニア症における動物モデル・システムの確立
- ・世界初の、リーシュマニア症の媒体動物である砂バエの実験培養及び育成に成功
- ・B型肝炎サーベイランス・システムの確立

3-13-1-3 財政基盤

1988/89年度の歳出は、総計は約502万 (5,020,520) (経常費用4,212,674、開発費用807,84)ケニア・ポンドであった。

予算の約60%は政府からで、研究所の運営費及び人件費などがこれに充てられる。残りは海外ドナーからの支援で、内訳は以下の通りであり、日本が最大の援助を行っている。

- ・ J I C A 14%
- ・ ウェルカム・トラスト (英国) 社—エイズ関連研究 8%
- ・ CDC (アメリカ中央疾病局) 及びアメリカ軍隊 7%
- ・ WHO—エイズ関連研究 3%
- ・ C E C (ヨーロッパ) 2~3%
- ・ その他の民間団体

(ロック・フェラー財団、カーネギー財団など)

近年の政府財政の悪化により、人件費、施設維持費以外の研究費用が不足し、研究活動に支障をきたしている。また給与が安いための人材の流出やエイズ治療薬 (ケムロン) をめぐるWHOとの対立などで、KEMRI 自体の今後の運営再建が必要とされている。

3-14 保健・医療情報システム

3-14-1 郡レベルでの情報システム

保健省には、保健情報システム (Health Information System) 課が設置されている。ここでは、全国の保健・医療データの収集、分析、編纂、報告を行っている。

保健省が管理している保健情報システムの強化を目指して、1987年、「情報計画システム」プロジェクトが始まり、「郡保健情報管理システム (DHMIS-District Health Management Information System)」が開発された。このシステムは、郡保健運営チーム (DHMT) がより良いプログラム策定、運営を行えるように、以下を目的としたにデータを収集する。

- ・ 現行の様々なプログラム活動の監督、モニター、評価
- ・ 四半期及び年間報告の編纂
- ・ 郡保健運営チームのチームワークの促進

保健所、診療所、巡回診療所などで収集されたデータは集積され、保健省に3ヶ月ごとに報告される。現在、この情報計画システムは、6つの郡、3つの市において実施されている(1992年現在)。

3-14-2 コミュニティー・ベースの情報システム

バマコ・イニシアチブが複数の郡で開始されて以来、コミュニティーがプロジェクトを監視するためには基礎的な情報・データが必要である、ということが再認識されている。このため、現在、「チョーク・黒板」方式が行われている。この情報システムの実施開始にあたり、前もって各コミュニティーで「保健・人口動態調査」が行われ、データ・ベースが収集された。CHWは、自分が診察した全ての患者の診断と治療法を記録しておき、毎月末には、その月のデータの集計を薬局前に設置されている黒板に記入する。その結果について、コミュニティーの住民は、チーフ (あるいはアシスタント・チーフ) が毎月主催するバラザ (Baraza: 住民会議) において討論を行う。この「チョーク・黒板」方式で収集される主な情報は以下のものである。

- ・ 予防及び保健増進に関する情報
 - 予防接種、トイレ設置、家族計画、水資源の防御、マラリア対策、発育観察
- ・ トレーニングに関する情報
 - CHWや伝統的産婆
- ・ 疾病有症状況に関する情報
 - マラリア、麻疹、寄生虫、貧血、急性呼吸器系疾患

- ・人口学的情報
 - 出産、死亡
- ・コミュニティ財源プロジェクトの進捗状況と効果に関する情報
 - 公正さ、価格の適正さ、歳入（集金）と歳出

現在、このようなコミュニティ情報システムを使用しているのは、34ヶ所である（1992年現在）。郡レベルで実施されている郡保健情報管理システムを通じて、このようなコミュニティ・レベルでの情報システムを郡の保健所に連結させる努力が進められようとしている。

しかし、郡レベルでのデータの報告率は平均75%（1991年）で、なかには全く報告を行わない郡もある。また、たとえ報告は行われても、データの精密性が問われる場合もあるなど、現状では、多くの問題を抱えている。郡が報告を怠る原因として、収集・報告を行った情報について中央（保健省）からのフィード・バックがないこと、情報収集に必要な車両面での支援が不適切であることなどが指摘されている。

3-14-3 国家にとって必須な保健・医療調査研究（ENHR-Essential National Health Research）

国内外の格差解消を視野にいれた平等な健康増進・疾病予防と国家及び地域開発のためには、保健・医療調査研究が不可欠であるという認識のもとに、1990年、「国家にとって必須な保健・医療調査研究（ENHR-Essential National Health Research、以下ENHRと略す）」が、「開発のための保健・医療調査研究委員会」という学者、研究者、NGO、政府、国際機関の代表者などの集まりである国際組織によって提唱された（日本からは故大来三郎氏が参加）。ここで提言されている国内及び世界の健康問題と取り組む多元的かつ世界的規模でのヘルス・リサーチ・システム構想の目指すものは以下の点である。

- ①保健セクターが利用可能な資源が最高の成果を達成できるように、活発にENHRを実施する。研究は保健セクターに限定せず、他のセクターにおける開発による健康への影響や医療の改善と病気の予防に極めて重要な健康の社会経済的要因も検討する。
- ②世界の科学的能力を最も優先されるべき問題のために動員し、集中させる、という国際的パートナーシップを創ることにより、先進国と開発途上国の国家的努力を統合させる。
- ③開発途上国による投資を援助するために、より大きな、より持続的な研究への国際的財政的支援を動員する。外部機関はプロジェクトを支援するだけでなく、さらに多くの財政的な援助を提供することにより、また、研究組織の能力育成援助に着手するときには、少なくとも10年間という長期的な援助をすることによって開発途上国の研究組織により多くの自由を与える。

④開発途上国のヘルス・リサーチの財政的・技術的支援を促進し、その進展を見守るために、国際的なメカニズムを確立する。

(「途上国の保健医療と国際協力」より要旨のみ抜粋)

ケニアもこのENHR構想に賛同し、タスク・フォースが設立された。参加団体は、①保健省(現在、特別調査研究課を設置中)、②研究・技術研修・科学技術省(KEMRIと全国科学技術審議会[National Council of Science and Technology]が中心)、③大学(ナイロビ大学、モイ大学、ケニヤッタ大学、エゲルトン大学)、④AMREF、⑤ILRAD(International for Research in Animal Diseases)、⑥ICIPE(International Center for Insect Physiology)で、調整機関として全国保健・医療調査研究開発センター(National Health Research and Development Centre)が設置された。

UNICEF、IDRC、WHO、Global ENHR及びケニア政府の財政支援を受け、タスクフォースは今後、以下の活動を具体的に実施する計画である。

- ①既存の調査研究出版物の収集
- ②国内の各調査研究センターの人員、機材などの能力のアセスメント
- ③国内データ・センターの設置(将来的には国内のみならずアフリカ東部地域のセンター化を目指す)

上記に加え、研究者の育成などを含めた多様な活動を計画しているが、現在のところはスタッフ、財政的にも限られた能力でしかない。

第 3 編 参考資料一覧

- State of World Children 1993, UNICEF, 1993

- Allen C. Kelly & Charles E. Nobbe, Kenya at the Demographic Turning Point?,
(World Bank Discussion Paper 107), World Bank, 1990

- World Development Report 1993, World Bank, 1993

- Children and Women in Kenya A Situation Analysis 1992, UNICEF Kenya
Country Office, 1992

- Kenya Demographic and Health Survey 1989, National Council for Population and
Development, Ministry of Home Affairs and National Heritage, Republic of Kenya
1989

- Statistical Abstract 1991, Central Bureau of Statistics, Ministry of Planning
and National Development, Republic of Kenya, 1991

- Martha Jean Menya, "A Survey of the Actual Circumstance of AIDS in Kenya",
JICA, 1993

- "WHO Annual Report 1992", WHO, 1992

- WHOナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年

- Draft Project Document of Third Phase of Kenya Expanded Programme on
Immunization (KEPI) 1993/94-1997/98, Ministry of Foreign Affairs DANIDA
1993

- "National Immunization Coverage Survey" Ministry of Health, Kenya Expanded Programme on Immunization, 1992
- Teresa M. Obwaya, A Desk Study of the Ministry of Health (Kenya), The Royal Netherlands Embassy, 1993
- Kenya Human Resources: Improving Quality and Access, World Bank, 1991
- World Bank ナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年。
- ODA (イギリス海外開発庁) ナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年
- UNICEF ナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年
- DANIDA ナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年
- UNFPA ナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年
- USAID ナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年
- David Nyanwaya, African indigenous Medicine: An Anthropological Perspective for Policy Makers and Primary Health Care Managers, African Medical and Research Foundation (AMREF), 1992
- AMREF, "The Environmental Profile Survey on Kenya", JICA, 1992
- 「ケニア国別援助研究会報告書」国際協力事業団 1992年
- KEMRI Annual Report 1988-89 and Statement of Accounts, KEMRI, 1991

－「途上国の保健医療と国際協力」(Health Research Essential Link to Equity in Development) 大来佐武郎 監訳、(財)国際協力推進協会、1992年

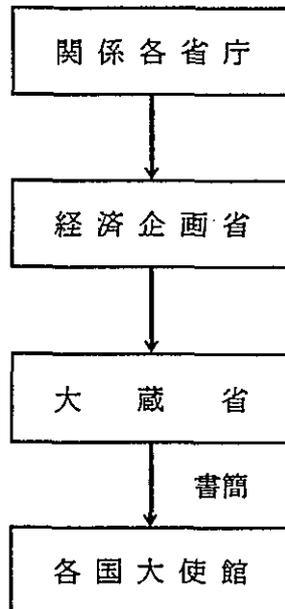
第4編 保健医療協力

4-1 協力要請機構

計画・国家開発省により提出された優先順位付きの開発計画プロジェクトリストに基づき、5ヶ年計画期間中の開発対象プロジェクトが決定される。ローカル・コストの資金手当てが確実なもの（毎会計年度の開発予算に計上されているもの）については、大蔵省書簡にて援助要請を行う。なお、個々の援助要請に際し、閣議決定は不要である。

図4-1 にケニアにおける援助要請のための国内手続きの流れを示す。

図4-1 援助要請のための国内手続き



出典：国別情報ファイル・ケニア

4-2 我が国を除く諸外国、国際機関、NGOの協力動向

ケニアにおける援助調整については、1980年代後半より積極的に推進されてきた。援助国会議（CG-Consultative Group for Kenya）や二国間協議会のほか、現地においてケニア政府やドナーによって援助機関会議が開催されている。特定分野別の会議も活発に行われており、保健医療分野では、「保健」と「人口」をテーマに定期的なドナー会議が開かれている。

援助動向で近年特筆すべき事態は、ノルウェーが、1990年11月に、亡命政治犯の取扱をめぐる国交を断絶するとともに援助の撤退を行い、次いで1991年9月にはデンマークも新規援助を凍結したことである。また、1992年12月の選挙後も、世界銀行、IMFは引き続き政治・経済改革を求めていたが、1993年、IMFによる構造調整実施状況視察、政府との協議後も、援助再開に関して進展はみられなかった。1993年3月、ロンドンで行われた非公式会議上援助国側が再びB/Pサポートの凍結続行を決定したことに対し、ケニア政府はIMF・世界銀行勧告による経済・政治的改革は厳しすぎるとし、これを拒否する旨を発表した。

保健医療に関わるドナー側も、従来の援助資金使用の効率性及び公正性に関して不満を抱いており、保健省に対して適切な措置をとるよう働きかけている。具体的には、セクター内での構造調整ともいべき行政改革、財政建て直し、援助資金運営・管理の強化、ケニア側の自助努力などの条件を提示している。また、欧米諸国ドナー側の自国経済状況の悪化が援助の見直し・縮小傾向を強めているという面もある。

このようにケニア政府に対して、保健医療部門での改革を強く要求しているドナーの中心として積極的に動いているのはデンマークである。1993年8月末から9月始めにかけて、ケニア政府の保健医療セクターにおける改革の進捗状況を把握するために視察団を派遣し、関係者との面接などを行い、他の関係ドナーを招いてその結果について討議を行った（1993年9月）。デンマーク視察団は、ケニア保健省の実務レベルにおける計画策定及びプログラム実施・運営能力の未熟さ、保健省以外の関係省庁（大蔵省や計画・国家開発省）の機能の脆弱さがもたらす悪影響や政治的イニシアチブの欠如など、根本的な問題点を指摘している。二国間及び多国間援助機関も含めたドナー・グループは、援助続行の条件として、政府に対し機構の民主的改革を求めていく方向で、大枠で同意している。保健省はこれに対して、公式には強い不快感を表明しているが、一方で、水面下では対話の姿勢を崩していないという見方もあり、今後の保健医療分野における援助の動向が注目される。

4-2-1 ケニア政府の開発援助受取額の推移

下表に、ケニア政府に対する二国間及び多国間の開発援助額を示す。

表4-1 対ケニア政府開発援助額の推移

単位：百万円

政府開発援助拠出国	1988年	1989年	1990年	1991年
二 国 間				
オーストラリア	1.1	2.0	2.7	2.0
オーストリア	0.4	0.4	2.1	3.9
ベルギー	3.0	3.2	7.6	16.7
カナダ	24.0	22.1	19.5	14.8
デンマーク	35.4	33.9	36.8	32.2
フィンランド	27.2	25.2	30.2	34.1
フランス	32.2	30.9	58.6	39.5
ドイツ	55.9	56.1	143.1	54.5
アイルランド	0.0	0.5	0.4	0.4
イタリア	37.6	56.0	53.5	18.4
日本	144.7	147.8	93.2	197.9
オランダ	56.7	49.0	67.0	26.4
ニュージーランド	0.2	0.4	0.5	0.3
ノルウェー	31.3	27.2	22.5	5.2
スペイン		0.1	0.0	0.0
スウェーデン	27.3	29.5	31.2	27.4
スイス	5.2	4.9	4.0	5.6
イギリス	75.1	72.6	67.3	66.3
アメリカ	52.0	59.0	95.0	63.0
小 計	609.9	620.7	735.2	608.4
多 国 間				
アフリカ開発基金	5.4	27.8	12.0	14.4
IDA (第2世銀)	95.0	223.0	230.0	177.0
国際農業開発基金	0.5	3.4	3.5	2.8
IMF	27.4	97.0	134.3	47.9
UNDP	5.6	4.6	12.6	15.0
UNTAEF	1.0	1.0	1.2	1.5
UNICEF	2.0	3.9	5.2	8.2
WFP	5.2	3.3	3.5	10.6
UNHCR	2.7	2.3	2.0	12.7
その他の	5.2	6.6	4.7	5.8
アラブ系機関	- 0.8	1.7	- 1.0	- 0.9
小 計	222.7	443.8	447.5	309.7
アラブ諸国	3.4	- 0.4	4.5	3.0
合 計	836.0	1,064.1	1,187.3	921.1

出典：Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries 1988/91, P. 164

4-2-2 保健医療分野への援助

表4-2 はセクター別援助資金流入内訳を示している。社会セクター（教育、保健医療、給水、衛生施設など）への援助は、1988年に全体の19%を占めていたものが、1991年には31%と急増しているが、保健・医療分野に限っては、5%前後と一定している。給水・衛生施設関連は、逆に減少傾向にある。

表4-2 セクター別援助流入内訳（%）

セクター	年度	1988年	1989年	1990年	1991年
教 育		2	1	1	25
保 健 ・ 医 療		7	4	4	5
その他の社会セクター・インフラ		2	3	1	5
給水・トイレ・下水施設		8	15	2	1
エ ネ ル ギ ー		2	5	2	0
テレ・コミュニケーション		9	10	1	—
交 通 ・ 運 輸		2	7	10	7
農 業		19	8	9	29
工 業		0	—	0	—
製 造 業		1	2	5	1
貿 易 ・ 金 融 ・ 観 光		11	26	7	7
技 術 協 力		22	13	14	15
マルチ・セクター援助		1	1	1	3
プ ロ グ ラ ム		10	5	4	3
債 務 再 建		2	1	39	0
食 糧 援 助		2	0	0	0
緊 急 援 助		—	0	—	0
そ の 他		0	—	0	0
合 計		100	100	100	100

出典：Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries 1988/91, P.165

4-2-3 多国間（国際機関援助）

4-2-3-1 世界銀行

世界銀行は、人口プロジェクトと保健・医療（施設）再建プロジェクトを実施している。

1) 第三次及び四次人口プロジェクト

第四次は第三次プロジェクトを補完するものとして位置づけられており、実施時期も重なっている。詳細は以下の通りである。

〔目的〕

- ①政府及びNGOによって提供される家族計画サービスの利便性、アクセス性、及び質の向上
- ②IEC活動の強化による家族計画サービスの需要の向上
- ③NCPDの全国人口プログラムの計画策定、調整及びモニター能力の向上

〔活動項目〕

- ①情報管理システム
 - コンピューター化も含めた郡レベルの家族計画サービス統計システムの設計と開発（USAIDが資金援助した保健省の情報管理システムの強化）
- ②調査・評価プログラム
 - 避妊注射や経口ピルの現地製造に関するフィージビリティ調査・研究や、郡レベルにおける人口プログラムの評価、及びKAP調査などの実施
- ③NCPDとFPAK（ケニア家族計画協会）の施設建設と機器材の供与
- ④郡人口オフィスの建設、機器材供与、技術支援（UNFPAプログラムと協力）
- ⑤NCPDスタッフの人材開発
- ⑥IEC活動
- ⑦大統領府スタッフのトレーニング
- ⑧農業普及員（農業省）への人口教育（UNFPAプログラムと協力）
- ⑨応用技術・技術訓練省(Ministry of Applied Technology & Technical Training 当省は現在存在せず) スタッフへの人口教育、車両・機器材供与
- ⑩成人教育課（文部省）の家族生活教育などへの支援（UNFPAと協力）
- ⑪民間セクターを通じた（男女）不妊手術の導入
- ⑫男性及び女性組織に対する収入創出、家族計画、IEC、避妊具・薬の配付などの活動
- ⑬家族計画サービス実施システムの拡張
- ⑭トレーニング
- ⑮女性用フォーム避妊薬、IUD、コンドーム、避妊注射の供給

- ⑩ノルプラント法の導入（トレーニング、技術援助）
- ⑪避妊具・薬供給のための保管、車両、技術援助、などのシステムの確立
- ⑫避妊の副作用のモニタリング／サーベイランス・システムの確立
- ⑬NGOへの支援

対象団体：ケニア・カソリック事務局（KCS-Kenya Catholic Secretariat）、ケニアキリスト教全国協議会（NCCCK-National Council of Churches of Kenya）、ケニア家族計画協会（FPAK-Family Planning Association of Kenya）、ケニア・キリスト教保健協会（CHAK-Christian Health Association of Kenya）、ケニア全国教職員組合（KNUU-Kenya National Union of Teachers）、安息日再臨派（Seventh Day Adventists）、ケニア赤十字医療援助協会（Crescent Medical Aid Society of Kenya）

〔期間〕

第三次プロジェクト	1989～93年
第四次プロジェクト	1990～94年

〔予算〕

第三次プロジェクト	2,360万 US ドル
第四次プロジェクト	3,500万 US ドル

2) 保健・医療再建プロジェクト

〔目的〕

- ①ケニヤッタ国立病院（高度治療を行う第三次医療施設）の予算上の負担を軽減し、代わりに予防的・一次保健ケアへの歳出を増加
- ②ナイロビ地域の保健・医療サービスの改善
- ③保健・医療セクターの将来的政策、運営、投資に対する準備

〔活動項目〕

- ①ケニヤッタ国立病院の再建
 - 現存の建物・施設の手直し、HIV・エイズ用器機材を含む医療・非医療器機材の整備、プログラム・マネージャー及び技師のトレーニング、財政・人事・物資調達分野での運営能力の強化
- ②ナイロビ地域の保健・医療サービスの充実
 - ナイロビ地域の保健・医療サービスの戦略計画の策定、優先順位の高い保健・医療施設の修復建設、器機材の供与、トレーニング、運営支援
- ③保健・医療計画と分析
 - 保健省計画・開発課の能力強化、保健・医療セクターにおける改革推進のための分析的研究の実施、公共投資プログラムの準備、コンピューターを含む器機材の調達、保健省家族保健課の強化

④福祉モニター・システム確立

全国世帯福祉モニター・評価システムの開発、技術援助やトレーニングを通じた郡レベルの統計中央局ネットワークの強化、計画・国家開発省社会セクター課の分析作業能力の強化とそのための器機材の供与

〔期間〕

1992年～1996年12月

〔予算〕

2,500 万USドル特別引出し権

4-2-3-2 UNICEF (国連児童基金－ユニセフ)

UNICEFは、子供（特に5歳以下）と女性を対象に、その生存、成長、保護のために活動を行っている。

〔目的〕

保健・医療、栄養、人口分野における援助の目標は、1993年までに、5歳未満児死亡率を90人（出生1,000対）から80人に減少させることである。特に現在死亡率の高い地域における大幅な減少に力を入れ、持続的な改善を目指す。全国規模の具体的目標は以下の通りである。

①甲状腺障害の撲滅

②1993年までに乳児に対する（全6種類）予防接種率を60%（現在）から75%まで上昇
子供の麻疹による死亡率を1989年のレベルの半分に削減

③全国全てのコミュニティーにORSパッケージを配付

〔活動項目〕

①必須医薬品プログラム促進

227の保健所及び658の診療所を巻き込んで全国規模で展開中。ナイロビ中央医療保管局及びキスムとモンバサの保管倉庫から全国へ配付。現在、当プログラムでは総需要の約三分の一から二分の一しか賄えず、不足分は、コミュニティーでのバマコ・イニシアチブで補完する予定。

②保健情報システム確立・強化

③エイズ対策促進

全国エイズ対策委員会やNGOとの協力関係、調整を強化して、ターゲット・グループのニーズに則したプログラムを実施できるような情報整備。

④6種類（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、結核、麻疹）とB型肝炎に対する予防接種の促進

保健ワーカーがターゲット・グループを把握し、サービスの利用状況をモニターするためにも、予防接種施設の増設と各施設のターゲット人口の把握が重要。

⑤下痢症対策促進

⑥PHC/バマコ・イニシアチブプログラム促進

⑦急性呼吸器感染症対策促進

⑧母子保健・家族計画促進

母性保護の分野では、伝統的産婆(TBA)のトレーニングの強化が必須であるが、現行の活動実績は遅延済み。

⑨調査・研究

⑩マラリア対策促進

現在までのところ、適切な戦略が打ち出されておらず活動も停滞。

⑪栄養対策(発育観察を含む)促進

〔期間〕

1990～2000年

〔期間〕

保健・医療及び栄養プログラム総計	1992年	569万6,000 USドル
	1993年	468万9,000 USドル

4-2-3-3 WHO (World Health Organization - 世界保健機構)

UNICEF(PHCと下痢症対策プログラム)、UNFPA(エイズ対策プログラム)、世界銀行、UNEP、HABITAT(コミュニティ給水と衛生プログラム)と協力して活動している。特に、下痢症対策全国プログラム全国エイズ対策プログラムにおいては、調整及び提言機関として重要な機能を果たしており、その他の保健・衛生関連プログラムにおいても今後同様な役割を担うものと期待されている。

〔活動項目〕

①全国保健・医療開発のための運営プロセス強化

②PHCを基礎とした保健・医療システムの組織化

③保健・医療セクターのための人材開発

④保健・医療関連の情報普及と教育促進

⑤母子保健・家族計画促進

⑥精神・神経疾患の予防と治療促進

⑦コミュニティ給水と衛生施設建設

⑧PHCを基礎とした臨床、実験、及びレントゲン技術と保健・医療システムの強化

⑨必須医薬品・ワクチンプログラム促進

⑩医薬品・ワクチンの質、安全性、及び有効性の強化

⑪予防接種プログラム促進

⑫マラリア対策促進

⑬エイズ対策促進

〔期間〕

〔予算〕

1992年～93年 164万7,000 USドル

4-2-3-4 UNFPA (United Nations Population Fund—国連人口基金)

〔目的〕

現在、ケニア政府に対する第四次支援プログラム（1992～95年）が実施されている。これは、以下を目的とする政府人口プログラムを援助するものである。

- ①現在（1989年）3.3 %である人口増加率を、西暦2000年までに 2.5%に減少
- ②現在（1989年）6.7 人である合計特殊出生率を、西暦2000年までに 5.0人に減少
- ③母子保健・家族計画サービスや人口教育・情報普及によって、成人及び思春期の女性の社会・経済的地位の引き上げ

〔活動項目〕

①母子保健・家族計画〔1993年3月～1995年12月〕

NCPDの情報管理システムの改善、ハイ・リスク・グループである妊娠可能年齢期思春期男女への人口・家族計画に関するIEC、郡保健運営チームによるサービスの監督及びモニタリングの強化、UNICEF支援の予防接種プログラムと家族計画サービスの統合化、政府による避妊具・薬の恒常的供与の実現、保健省やNCPDによる国民の家族計画に関する知識と利用状況のギャップを埋めるための調査・研究の支援。

②IEC（人口情報普及・教育）〔1992年1月～1995年12月〕

男性、青年層、母親、マス・コミ関係者、NGO（女性グループなど）、師範学校、労働組合、共同組合、ケニア・フットボール連盟、警察、軍隊などの対象グループ別に、適切な方法でIEC活動を実施。また、政府セクターだけではなく、USAIDが行っていた援助プログラムである民間セクターの活用。

③人口データ収集・分析〔1992年1月～1995年12月〕

政府の1989年センサス作成及び人口プログラムのインパクトに関するモニタリング・システムの確立の支援、USAID支援の家族計画サービス物資調達及び世界銀行支援の情報管理システムの補完するものとして、郡保健運営チーム

による家族計画サービス施設における調査（毎年）の実施。

④人口政策・計画〔1992年6月～1995年12月〕

1995年までに国家人口政策の目標と対象人口設定の新規化、第六次国家開発計画（1994～98年）内の人口政策策定への支援

⑤人口動態〔1992年1月～1995年12月〕

中央及び地方レベルにおける人口動態分野での専門家の訓練

⑥人口と「女性と開発」〔1993年6月～1995年12月〕

人口・家族計画問題と女性の地位の向上との関係に関する情報普及・教育をUNDP、UNICEF、世界銀行と協力して実施。女子教育の奨励・強化。政府女性局（Women's Bureau）の能力・機構の強化。

〔予算〕

総計 1,360万 US ドル（1992～95年）

4-2-3-5 ADB（African Development Bank—アフリカ開発銀行）

アフリカ開発銀行は、銀行系グループ（世界銀行等）と共同歩調を取っており、世界銀行支援のケニヤッタ国立病院再建を補完するものとして、州、郡レベルでの保健・医療施設の再建に関する調査・研究を援助する予定である。

〔目的〕

州及び郡立病院の施設、器機材の整備状況評価

〔活動項目〕

上記目的のための調査・研究

〔時期〕

1993年1月から1995年1月

〔予算〕

未定

4-2-4 二国間援助

4-2-4-1 USAID（U.S. Agency for International Development—米国国際開発局）

USAIDは、人口と保健・医療分野で積極的に援助を行ってきた。従来、避妊具（コンドーム、ノルプラント、IUD）供与の大口ドナーであったのだが、経済的に非効率であるという理由で、突然、中止の方針を決定したり、他のプログラムに対しても長期的コ

ミットメントを避けるなど、将来の援助動向に関しては非常に流動的である。

〔目的〕

- ①ケニア政府の家族計画情報及びサービスの利便性と質の向上を支援するため、臨床サービス、コミュニティー・ベースの家族計画、避妊具・薬の販売、サービス提供者及び受容者双方の教育による家族計画に関する知識の向上などを促進
- ②ケニア保健省の保健・医療財政建て直し及びH I V／エイズ対策プログラムに最優先順位を置いた保健・医療分野への援助を実施

〔活動項目〕

- ①家族計画サービス支援〔1985～95年〕
臨床トレーニングと支援サービス、自主的不妊手術の促進、コミュニティーをベースとした避妊具・薬の配付、NCPDの行政能力の強化及び政策・計画立案・評価の支援、NCPDの情報普及・教育活動の支援、保健省の計画策定・報告能力の強化、子供の生存プロジェクトの支援
- ②民間セクターにおける家族計画Ⅱ〔1983～89年〕
私企業、大農園、工場、ミッション系病院、その他のNGOに対して、財政的及び技術的援助、トレーニング、物資の供与などの実施
- ③避妊具・薬のソーシャル・マーケティング〔1990～93年〕
プライベート商業セクターにおけるコンドーム及び経口ピルの販売の促進
- ④保健・医療財政建て直し〔1989～94年〕
財政建て直しのために、保健省、ケニヤッタ国立病院、NHIF（国民病院保険基金）、に対する財政的及び技術的援助の実施
- ⑤下痢症対策プログラム〔1989～92年〕
全国下痢症対策プログラムを支援するために保健省家族保健課に対する援助の実施、情報普及・教育活動、リサーチ、サーベイランス・システムの確立、プログラム計画策定
- ⑥予防接種拡大プログラム〔1989～92年〕
麻疹ワクチンの供与、プログラムのモニタリング及び疾病サーベイランス・システムの確立、新生児破傷風麻疹の調査の実施
- ⑦エイズ対策プログラム〔1988～89年〕
予防教育、カウンセリング、コンドーム使用の奨励活動を中心に、現行の母子保健活動、NGO活動の中へできるだけ統合
- ⑧マラリア対策プログラム
全国マラリア対策プログラムへの支援
- ⑨その他
上記のUSAID現地事務所管轄援助プログラム以外に、以下の分野において

アメリカ本部直轄でプログラムを実施している。

- ・人口動態
- ・避妊具／薬に関する調査
- ・情報普及とトレーニング
- ・家族計画サービス
- ・子供の生存

〔予算〕

9,000 万USドル (90,886,900) —— 現地事務所直轄プログラムのみ。情報の欠如しているエイズ対策プログラムとマラリア対策プログラムを除く

4-2-4-2 DANIDA (Danish Development Agency -デンマーク開発局)

前述通り、DANIDAは、ケニア政府に対して、援助プログラムへの政府の責務を明確にし、一時しのぎではない持続的な活動を行うためのコンディショナリティー（ケニア政府側の責任分担を明記した援助条件）の具体的実施を強く求めている。ケニア政府（保健省）がこれに応じない場合は、援助撤退も辞さない構えである。

〔活動項目〕

- ①必須医薬品供給 [1991～92年]
宗教組織運営のクリニックや病院への必須医薬品の供給と医療従事者のトレーニング
- ②必須医薬品プロジェクト第二期 [1980～93年]
必須医薬品の購入と分配、中央及び郡レベルにおける保管倉庫の設置による配布網の整備・拡張
- ③幼い子供を持つ母親に対する健康・栄養教育実施のための郡センター [1983～93年]
アウト・リーチ活動に重点
- ④予防接種拡大プログラム第二期 [1986～93年]
コールド・チェーンの冷蔵庫、ワクチン器機材、ワクチン、車両の購入
情報普及・教育及びトレーニング
- ⑤キリフィ (Kilifi) 郡、カロレニ (Kaloleni) の聖ロカ病院 (St. Lukes Hospital) 改築 [1992年]
- ⑥キリフィ郡、カロレニ村落ベース保健プロジェクト [1989～93年]
- ⑦サンプル (Samburu) 及びマルサビット (Marsabit) における遊牧民のための保健プロジェクト [1989年]
- ⑧農村部の保健所及びクリニックの管理・維持活動 [1988～89年]

⑨地方都市における下水整備 [1977～92年]

⑩上下水道整備に従事する民間セクターへの援助 [1992～95年]

〔予算〕

総額	保健関連プロジェクト(①～⑧)	2億 3,180万D. kr
	下水道関連プロジェクト(⑨、⑩)	2,560万D. kr

4-2-4-3 ODA (Overseas Development Administration - イギリス海外開発庁)

ODAは女性の意思決定プロセスへの参加促進を通じた女性の地位の向上を、その開発援助プログラムの重要な目的としている。

〔活動項目〕

①第三次人口プロジェクト [1988～93年]

世界銀行との共同援助プロジェクト。NCPDを通じて、ケニア家族計画協会(FPAK)、ケニア全国教職員組合(Kenya National Union of Teachers)、ケニア・カソリック事務局(Kenya Catholic Secretariat)、ケニア・キリスト教保健協会(Christian Health Association of Kenya)、ケニア全国キリスト教協議会(National Council Churches in Kenya)の家族計画サービス、情報普及・教育活動実施を支援。

②デポプロベラ(避妊注射)の調達 [1992～94年]

保健省に対する援助。

③イスイオロ(Isiolo)郡立病院の建設 [1989～93年]

④HIV・エイズ予防対策 [1987～92年 第一期]

[1992～95年 第二期]

全国エイズ対策プログラムへの援助

〔予算〕

総額 1,500万ポンド

4-2-4-4 オランダ(大使館及びSNV-オランダ開発組織)

オランダは、現地NGOや国際NGOを積極的に活用し、最も開発の遅れた地域である乾燥・半乾燥地域、沿岸部州、南ニャンザ郡などを中心に援助を実施している。

〔活動項目〕

①必須医薬品の調達 [1991～93年]

保健省に対する援助

- ②特別保健支援基金 [1987～92年、次期 1993～96年]
オランダ人医師が働いている農村部の病院や保健所に対して、必須医薬品、器
機材、教材、トレーニング・ワークショップなどの物資及び資金的援助。
- ③ホマ・ベイ(Homa Bay)郡の東カラチュオンヨ(East Karachuonyo)と西カラチュオ
ンヨ(West Karachuonyo)地区における子供の生存と成長のためのコミュニティー・
ベース・プロジェクト [1993～98年]
AMREF(NGO)に対する援助
- ④ホマ・ベイ郡のラングェ(Rangwe)地区における子供の生存と成長のためのコミュニ
ティー・ベース・プロジェクト [1991～95年]
AMREFに対する援助
- ⑤シアヤ給水・衛生施設プロジェクト [1992～93年]
CAREケニア(NGO)に対する援助。施設建設だけではなく、健康教育も
実施。
- ⑥ホラのタナリバー郡立病院の再建 [1991～94年]
- ⑦障害児リハビリテーション・コース(上級ディプロマ・コース)の設置
医療技術トレーニング・センターに対する援助
- ⑧エイズ-売春婦の更生プロジェクト [1992～94年]
- ⑨全国ハンセン病・結核プログラム [1992～96年]
- ⑩ケニア保健・医療セクターへの技術的援助
保健省、NGO及び協会運営保健医療施設に対してオランダ人医師、看護婦を
派遣。以前は、治療活動が中心であったが、最近はPHC活動を重視。

4-2-4-5 その他

その他の機関の保健・医療分野への援助の要約を記載する。

- (1) オーストリア
- ・保健施設への器機材維持・管理部門の設置
 - ・マリンディ(Malindi)でのPHC/家族計画活動
 - ・シアヤ(Siaya)、マセノ(Maseno)における給水・衛生プロジェクトでの健康教
育
- (2) ベルギー
- ・医学研究
 - ・医師の派遣
 - ・トレーニング/フェローシップ
 - ・医薬品の品質コントロール

- ・性行為感染症／エイズ予防対策
- ・医学トレーニングセンター建設
- (3) カナダ
 - ・エイズ／性行為感染症予防対策
 - ・PHC活動
- (4) 中国
 - ・郡立病院（エルドレット郡とウアシン郡）の建設
- (5) C E C (Commission of European Communities)
 - ・エイズ／性行為感染症予防対策
- (6) フィンランド
 - ・PHC活動
- (7) ドイツ (G T Z)
 - ・栄養トレーニングセンター（卒後研修）建設
 - ・栄養教育
 - ・家族計画
 - ・医薬品品質コントロール検査
 - ・トレーニング
 - ・保健医療施設管理／維持
- (8) 農業開発国際基金 (International Fund for Agricultural Development)
 - ・PHC
 - ・コミュニティー・ベース・保健プログラム
- (9) イタリア
 - ・ケニヤッタ国立病院への器機材供与（レントゲン機材）
 - ・ソマリア難民への栄養・衛生プロジェクト
 - ・メル、ヌクバ (Nkuba) 病院建設、衛生教育
 - ・タバカ (Tabaka) 病院再建、トレーニング
 - ・ニャンダルア (Nyandarua) 病院における予防保健活動
 - ・眼疾患予防／スクリーニング
- (10) スウェーデン (S I D A)
 - ・保健医療施設維持管理
 - ・必須医薬品プログラム
 - ・保健省教育課、郡レベル、農村部の保健施設の運営能力強化
 - ・家族計画（経口ピルの供与）
 - ・PHC
 - ・環境衛生
 - ・AMREFの保健医療計画、プログラム運営
 - ・UNFPAへの支援

4-2-5 NGO

4-2-5-1 AMREF (African Medical and Research Foundation - アフリカ医学
研究財団)

AMREFは、東部アフリカの人々の保健衛生状況の改善と健康促進のため、1975年に設立された非営利国際民間団体である。本部をケニアのナイロビに置き、タンザニアとウガンダにも地域事務所を持つ。現在、プログラムが活発に実施されている諸国は、ケニア、ウガンダ、タンザニア、ソマリア、ナミビア、南アフリカなどで、この他にシエラ・レオン、リベリア、ナイジェリア、スーダン、エチオピア、ザンビア、マラウイ、ジンバブエ、ボツワナ、スワジランド、レソトなどの国々が、AMREFのトレーニング、緊急援助等の恩恵を享受している。海外事務所はオーストリア、カナダ、デンマーク、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、スウェーデン、イギリス、アメリカに存在する。

活動は農村部におけるPHCプログラムが中心である。AMREFのスタッフの約80%はアフリカ人で、ケニア人、ウガンダ人、タンザニア人、イギリス人、ドイツ人、カナダ人、デンマーク人、オランダ人、フランス人、ガーナ人、アイルランド人、エリトリア人、アメリカ人、スーダン人、ソマリア人などから構成され、全部で約600人である。このうち医師20（外科医がこのうち3）人、フライング・ドクター・プログラム所属の看護婦（フライング・ナース）が6人である。また、飛行機8機を有する。

〔活動項目〕

①緊急援助

ソマリア、エチオピア、スーダンからの難民、飢餓地域への援助

②エイズ予防対策

③コミュニティー・ベースのPHC（家族計画を含む）活動

④マラリア、性行為感染症、包虫症に関する調査・研究

⑤給水・衛生（トイレ）

⑥治療活動

⑦トレーニング

コミュニティー保健（ディプロマ・コース）、遠距離教育（遠隔地のヘルス・ワーカーに対するラジオを利用した通信教育）、生涯教育、健康教育（学校保健コミュニティー教育など）

⑧教材の作成

⑨フライング・ドクター・サービス

4-2-5-2 ケニア家族計画協会 (FPAK-Family Planning Association of Kenya)

1961年に設立されたケニア家族計画協会は、この国の家族計画プログラムの中心的な担い手である。特に、1980年中頃まで、人口・家族計画問題への政府の取組みが消極的であったため、この国のサービス提供は、実質的に当協会に負うところが大きかった。国際家族計画連盟 (IPPF-International Planned Parenthood Federation) の傘下にある。

〔活動〕

- ①家族計画情報普及・教育
- ②家族計画カウンセリング
- ③避妊具・薬の供給
- ④結婚カウンセリング
- ⑤妊娠検査
- ⑥性行為感染症の診断と治療
- ⑦結核塗抹検査
- ⑧トレーニング

4-2-5-3 その他のNGO

ケニアには、保健・医療、人口分野で積極的に活動を展開している多くのNGOが存在する。その主なものとそれらの活動内容を列挙する。

- (1) アクション・エイド・ケニア(Action Aid-Kenya)
 - 予防接種、発育観察、学校保健、健康教育、コミュニティーの人々へのトレーニング、コミュニティーの組織化、政府サービス支援、障害者のコミュニティー・ベース・リハビリテーション
- (2) アガ・カーン財団 (Aga Khan Foundation)
 - 治療 (都市部高所得者層が中心)、農村部貧困層へのPHC活動
- (3) アフリカ住宅基金(African Housing Fund)
 - 家族計画、マラリア対策、母子保健、エイズ・性行為感染症予防対策、その他のPHC活動
- (4) 自主的外科的避妊協会(Association for Voluntary Surgical Contraception)
 - 不妊手術、ノルプラント
- (5) ケニア身体障害者協会(Association for the Physically Disabled of Kenya)
 - 巡回クリニック、予防接種

- (6) 母乳育児情報グループ(Breast Feeding Information Group)
情報普及・教育活動、コミュニティー・ベース保健プログラム、栄養失調クリニック
- (7) キリスト教子供基金 (Christian Children's Fund)
コミュニティー・ベースPHC活動
- (8) 危機妊娠奉仕 (Crisis Pregnancy Ministries)
性行動・妊娠・中絶に関する教育、カウンセリング、援助を必要とする妊婦への避難所の提供
- (9) アフリカ家族研究センター
人口・家族計画に関するトレーニング、調査、情報普及、出版活動
- (10) CAREインターナショナル (CARE International)
給水・衛生プロジェクト、性行為感染症・エイズ
- (11) 家族計画プライベート・セクター(Family Planning Private Sector)
プライベート・クリニックでの家族計画サービス実施、情報普及・教育活動、コミュニティー・ベース避妊具・薬の配布 (CBD)
- (12) 家族計画国際援助 (FPIA-Family Planning International Assistance 米国家族計画同盟国際部門)
家族計画サービス
- (13) FEMNETアフリカ女性開発コミュニケーション・ネットワーク (FEMNET African Women Development and Communication Network)
開発NGOに対して、開発プロセスへ女性の視点を取り入れるよう提言、情報提供
- (14) 国際赤十字同盟(International Federation of Red Cross/Red Crescent)
難民援助 (PHCと治療活動)、エイズ予防対策
- (15) INTRA
コミュニティー・ベース保健活動、保健省(ナクル州)家族計画課支援、FPAK支援、保健教材作成、モイ大学医学部とナイロビ大学看護学部支援
- (16) ケニア女性医療協会 (Kenya Medical Women's Association)
クリニック運営、女性医師への生涯教育、女性の割礼に関する研究、プムワニ産科病院での不妊手術、子宮癌検査
- (17) ケニア健康のための給水組織 (Kenya Water for Health Organization)
給水、トイレの設置、健康教育
- (18) ケニア・カソリック事務局 (Kenya Catholic Secretariat)
教会による保健・医療活動の調整、健康教育の促進、医薬品倉庫の運営
- (19) ケニア・エイズ教会 (Kenya AIDS Society)
「エイズを知る協会(KAS-Know AIDS Society)」という名称でエイズ患者が始めたNGOで6ヶ所のクリニックにおいて、カウンセリングを中心にしたエイズ予防対策プログラム、エイズ孤児の支援、売春婦へのプログラム、トレーニング

- (20)ルーテル派世界救援 (Lutheran World Relief)
都市部における保健活動、エイズ予防対策、家族計画
- (21)国際マリエ・ストップ(Marie Stops InternationalイギリスNGO)
家族計画(不妊手術、中絶、治療活動、母子保健、子宮癌スクリーニング)を実施する地元NGOへの支援
- (22)必須医薬品供給ミッション (Mission for Essential Drugs and supplies)
当組織は、ケニア・キリスト教保健協会(CHAK)とケニア・カソリック事務局の合同プログラム実施を目的として設立。必須医薬品の調達・配布活動
- (23)ナイロビ終末医療センター(ホスピス)
末期患者のケア
- (24)ケニア全国女性協議会(National Council of Women of Kenya)
TBAトレーニング
- (25)ケニア・キリスト教全国協議会(NCCCK-National Council of Churches of Kenya)
母子保健、健康教育
- (26)Nyumbani (Children of God Relief Institute 神の子救済所)
エイズに患って捨てられた子供のホスピスケア、母子家庭へのケア、正看護婦の活動監督、エイズ予防対策
- (27)OXFAM
治療、予防、推進保健プログラムを実施している団体を支援
- (28)プラン・インターナショナル (Plan International)
保健省スタッフ・トレーニング、保健省施設の改築/再建/器機材整備
- (29)人口協議会(Population Council)
家族計画・人口・エイズ・再生産関連の調査・研究、保健省、ナイロビ大学産婦人科に対するノルプラントの供与
- (30)救世軍(Salvation Army)
保健プログラム
- (31)ケニア・ウンデッグ協会(Undugu Society of Kenya)
保健カウンセリング・教育、エイズ予防対策
- (32)ボランティア女性更生所(VOWRI-Voluntary Women Rehabilitation Institute)
トレーニング、情報普及・教育、カウンセリングを通じたエイズ予防対策、売春婦に対して収入創出プロジェクトを実施することで更生手段を提供
- (33)ワールド・ビジョン ケニア (World Vision-kenya 国際NGO)
PHC活動、エイズ予防対策
- (34)YWCA
PHC、給水・衛生、栄養、家族計画

4-3 我が国の協力状況

我が国は、ケニアが①インド洋の東アフリカの中心的国家であること、②独立以来自由経済体制を採り、例外的な時期を除き、基本的に世界銀行・IMFの支援の下、構造調整など経済改革努力を積極的に行ってきたこと、③1992年に複数政党制の下で自由かつ公正と評価し得る大統領・国会議員選挙を実施し、民主化プロセスに進捗がみられていること、④アフリカで最多の在留邦人を数えるなど、我が国と緊密な友好関係を有していること等から、重点国として位置づけて援助を実施している（国別協力情報ファイルケニア）。日本のこのような方針は、ケニア政府に対して、民主化の促進、援助融資条件の付与の強化などを強く要求する欧米の近年の援助動向とは、一線を画しているように見受けられる。

我が国は、食料不足の解消と主要産業である農業の多角化による基盤強化を目的とした食料・農業分野とともに、各種伝染病に対処するための研究の促進などを目的とした保健・医療、給水などの生活の基本的ニーズに応える分野での援助にも力を入れている。

1992年までの我が国の援助累計実績についてみると、有償資金協力は、1,364億円で域内第一位、無償資金協力は502億円で域内第三位（以上交換公文ベース）、技術協力は393億円で域内第一位（JICA経費実績ベース）であり、支出純額は1億2,867万ドルで域内一位である。

1991年JICA国際協力総合研修所に「ケニア国別援助研究会」が設置され、我が国の今後の援助を効果的に実施していく上での政策・方針が検討され、1992年に「ケニア援助研究会報告書」としてその研究成果が発表された。その中で、「保健・医療の向上」と「人口対策」は、ケニアの人口増加と貧困問題及び環境破壊に対処し、均衡のとれた発展を実現するために、食料の安全確保、環境保全と並んで重要な項目として位置づけられている。

4-3-1 有償資金協力

なし

4-3-2 無償資金協力

無償資金協力としては、昭和56年度から平成4年度にかけて7つのプロジェクトが実施されている。規模的に大きいのは、KEMRI研究所建設計画、ケニヤッタ国立病院改善計画（医療機材供与）である。

表4-3 主な無償資金協力

案 件 名	協力期間	概 要	予 算
医療器具供給計画	昭和56年	農村部医療施設への医療機材の供与	200万円
KEMRI 研究所建設計画(1)	昭和57年	市内に分散する各研究センターを統合	15億円
KEMRI 研究所建設計画(2)	昭和58年	同 上	12億 4,500万円
保健衛生管理機材整備計画	平成元年		400万円
カジアド地方保健計画	平成2年		300万円
ケニヤッタ国立病院改善計画	平成4年	ケニヤッタ国立病院の医療機材供与計画について、計画の背景・内容の確認、計画の効果並びに妥当性について検討し必要資金の供与	14億 6,400万円 14億 6,400万円
ミチミンギ治療院建設計画	平成4年		200万円

4-3-3 技術協力

研修員受入れ、専門家派遣、青年海外協力隊派遣、開発調査、プロジェクト方式技術協力などの分野で協力している。研修員受入れ、専門家派遣、青年海外協力隊派遣に関して資料編P.134～140の図、表を参照。

表4-4 プロジェクト方式技術援助協力

案件名	協力期間	概要	予算
ナクール病院 医療専門家 派遣	昭和40-60年	医療協力実施調査団を派遣して今までの協力を追認するとともに、今後の協力内容の処理についてケニアの要望事項について協議し、プロジェクト協力について具体的にケニア政府と打ち合わせ。	2億2,618万円
エンブ病院 医療専門家 派遣	昭和42-61年	昭和42年に国立療養所の内科・外科及び産婦人科の3名の専門家を派遣したことに始まる当プロジェクトは、昭和43年に評価を実施し、昭和48年で協力を終了。昭和60年には事後調査実施。	7,630万円
ケニヤッタ国立病院	昭和45-61年	ケニヤッタ国立病院ICU創設	2億3,656万円
伝染病研究対策	昭和52-59年	国立公衆衛生研究所を中心に①ウィルス細菌、寄生虫等による疾病の基礎・予防研究②各種伝染病の血清学的研究、③各種ワクチンの検定強化。	9億4,960万円
中央医学研究所 (KEMRI)	昭和59- 平成2年	KEMRI を中心として同国における医学研究水準の向上を目指すため昭和59年まで協力してきた伝染病研究対策プロジェクトをさらに発展充実させた協力。	3億9,700万円
人口教育促進	昭和63-現在	「望ましい家族規模に関する価値観」に改革をもたらすことを目指し、宣伝教育活動の強化のため調査研究、教材開発などを実施。現在、第二フェイズ実施中。	3億3,760万円
感染症研究対策	平成2-7年	KEMRI の人材養成及び適正技術の開発を通じて、同国の感染症研究対策を発展させ、ケニア国民の健康、保健衛生を改善。	2億717万円

出典： 国別協力情報ファイル ケニア

表 4-5 分野別実績一覧表 1 [研修員]

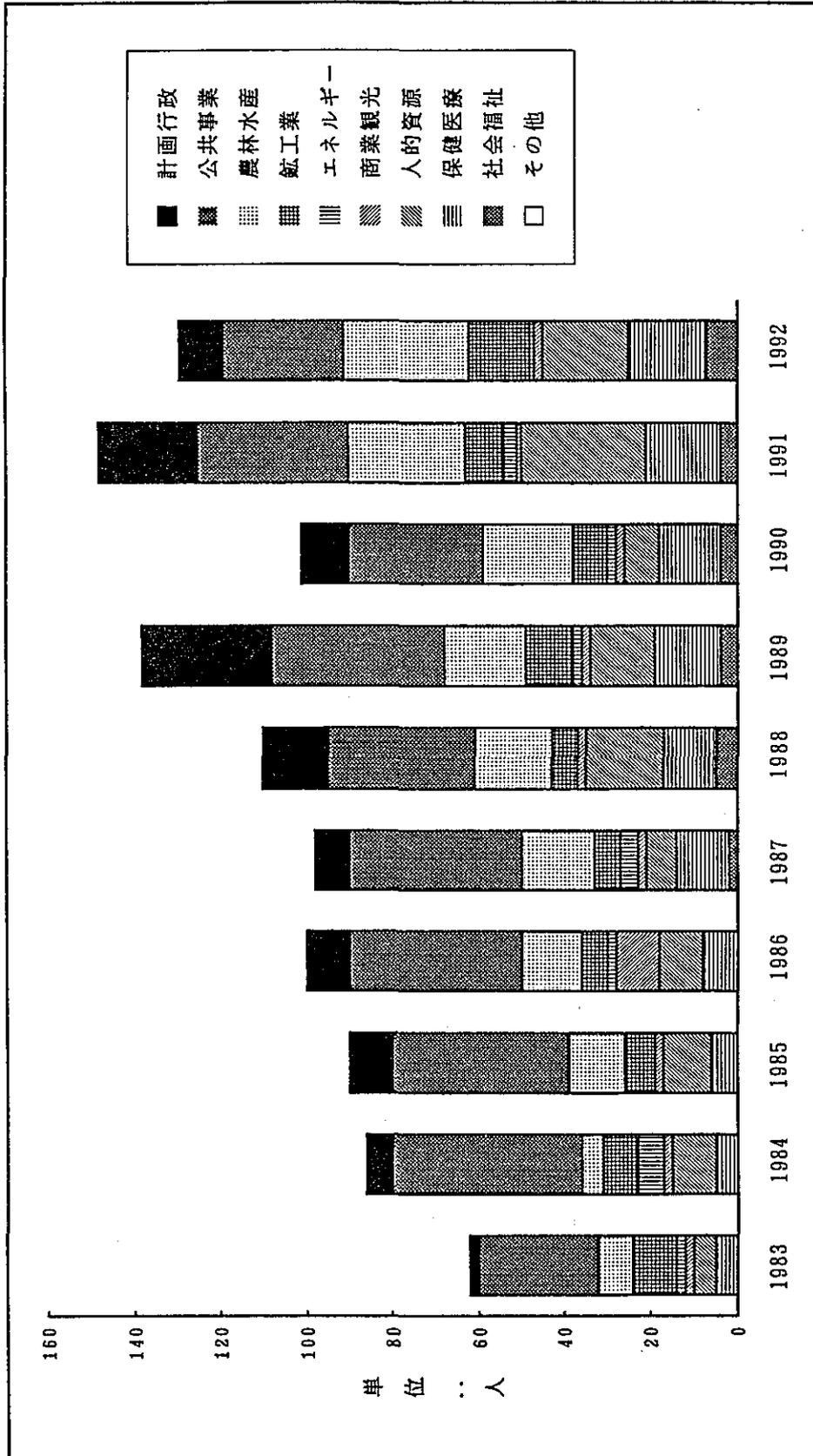
5. 分野別実績一覧表
国名：(ケニア)

分野 形態年度	合計人数	計画・行政		公共・公益事業			農林・水産				鉱工業		エネルギー	商業・観光		人的資源		保健医療	社会福祉	その他	
		開発計画	行政	公共事業	運輸交通	社会基盤	通信放送	農業	畜産	林業	水産	鉱業	工業	エネルギー	商業貿易	観光	観光				人的資源
1980以前	284	2	10	4	22	29	65	29	2	22	1	19	2	14			30		26		7
1981	37		2	1	3	6	11	4	1			3	1						1		4
1982	65		1	3	2	9	13	13	1	1		7	6			1	3		4		1
1983	63		2	2	3	9	14	8		1		11	2	1	1	4		4			1
1984	87		6	1	1	13	29	4	1		1	8	7	1	1	9		5			
1985	92	2	9	1	7	14	20	11	2		1	5	1	2	1	10		6			
1986	102	4	6	1	3	11	25	13	3		6	6	2	9	1	10		8			
1987	100	2	6	1	5	14	21	11	1	6	1	5	4	2		7		12		2	
1988	111	3	12	1	4	12	17	8	1	8	1	4	1	2	1	19		12		4	
1989	133		26	3	5	13	16	13	1	6		11	2	1	1	15		16		3	
1990	103		12	4	6	12	10	14	1	6	1	6	2	1	1	7		16		3	
1991	147	1	20	3	9	10	14	16	1	7	1	2	4	1	1	26		18		3	
1992	128		10	2	6	9	9	20	1	6	2	3	2	2		18		20		6	
累計	1,452	14	122	27	76	161	264	164	6	49	30	11	104	36	9	158		148		25	9
構成比率	%	0.9	8.4	1.9	5.2	11.1	18.1	11.3	0.4	3.4	2.1	0.8	7.2	2.5	0.6	10.9		10.2		1.7	0.6
全世界派遣数	107,755	1,809	11,588	1,333	8,840	5,651	9,755	11,654	2,148	1,948	3,812	2,119	11,421	2,684	680	15,223		10,063		1,777	880
全世界派遣数に占めるケニアの比率	%	1.4	0.8	2.0	0.9	2.9	2.7	1.4	0.3	2.5	0.8	0.5	0.9	1.3	1.0	1.0		1.5		1.4	1.0

注) 研修員：技術研修員受入事業、青年招へい事業、開発協力事業、海外移住事業による研修員

出典： 国別協力情報ファイル ケニア

図4-2 年度別・分野別実績（ケニア）
〔研修員〕



出典： 国別協力情報ファイル ケニア

表 4-6 分野別実績一覧表 2 [専門家]

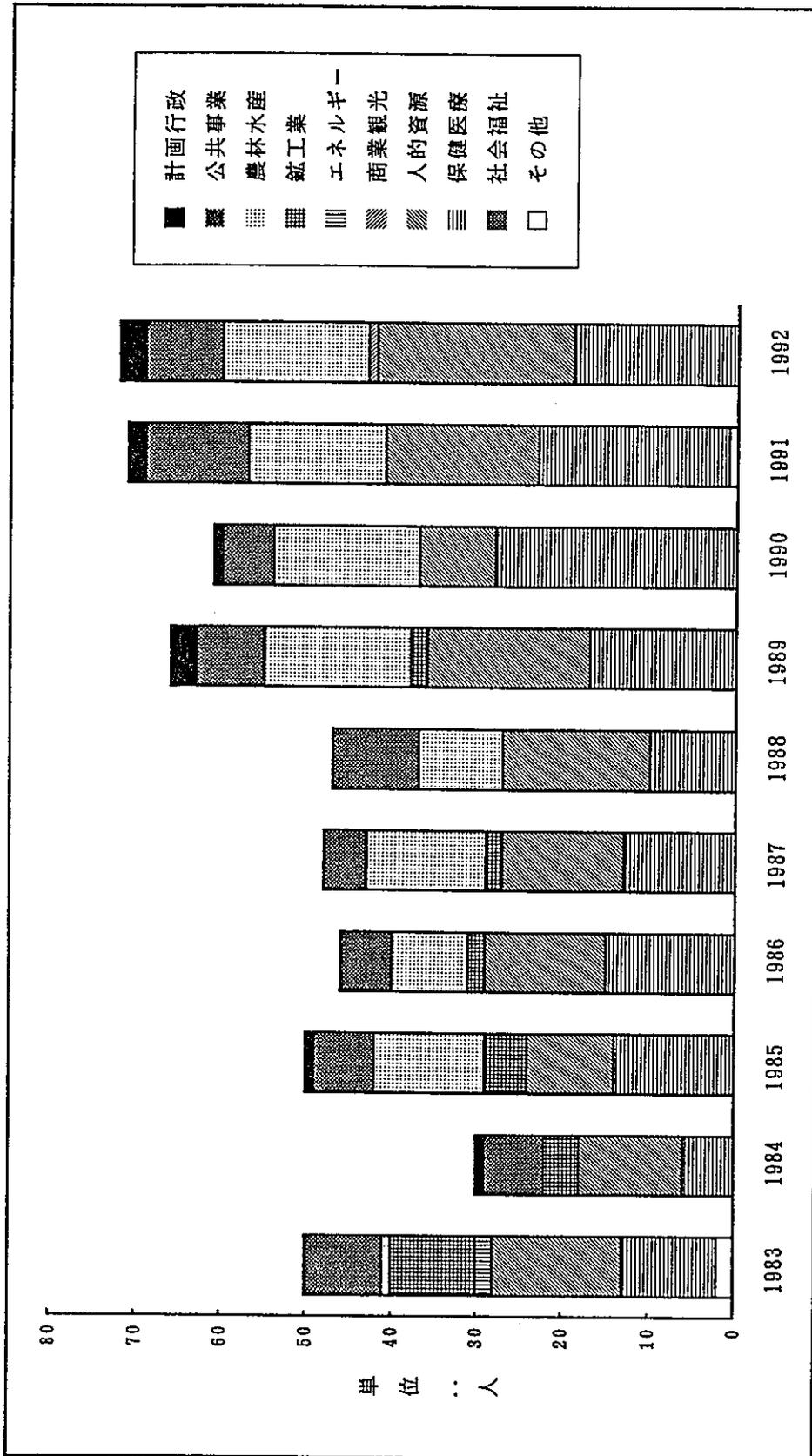
国名：(ケニア)

分野	合計人数	計画・行政		公共・公益事業			農林・水産			鉱工業		エネルギー	商業・観光			人的資源	保健医療	社会福祉	その他	
		開発計画	行政	公共事業	運輸交通	社会基盤	通信放送	農業	畜産	林業	水産		鉱業	工業	商業貿易					観光
1980以前	251	13		11	1	12	19	30			5	6	11	2	4		40	96		1
1981	33			3		3	6	4									2	15		
1982	26						4	8									4	7		3
1983	50			2		3	4	1				10	2			15	11		2	
1984	30	1		1		2	4					3				13	6			
1985	50		1			2	5	8		5		5				10	14			
1986	46			2		1	3	1		8		2				14	15			
1987	48					2	3	4		10		2				14	13			
1988	47			1		4	4	4		7						17	10			
1989	67	1	2	2	1	2	3	9		8		2				20	17			
1990	62	1		1		2	3	8		9						10	28			
1991	71	1	1		3	4	3	12		5						16	22		1	
1992	72	1	2	1	2	4	1	9		8				1		20	20			
累計	853	18	6	24	7	41	62	98		60	5	35	4	5	195	6	274		7	
構成比率	100	2.1	0.7	2.8	0.8	4.8	7.3	11.5		7.0	0.6	4.1	0.5	0.6	22.9	0.7	32.1		0.8	
全世界派遣計	34,557	555	950	536	3,030	2,116	2,002	4,924	946	1,239	1,582	2,423	477	288	68	3,100	7,168	534	475	
全世界派遣数に占めるケニアの比率	%	3.0	0.6	4.0	0.2	2.0	3.1	2.0	4.8	0.3	0.6	1.4	0.8	1.7		6.3	3.8		1.5	

注) 専門家：技術協力専門家派遣事業、プロジェクト方式技術協力、開発協力事業、海外移住事業による専門家

出典： 国別協力情報ファイル ケニア

図4-3 年度別・分野別実績（ケニア）
〔専門家〕



出典： 国別協力情報ファイル ケニア

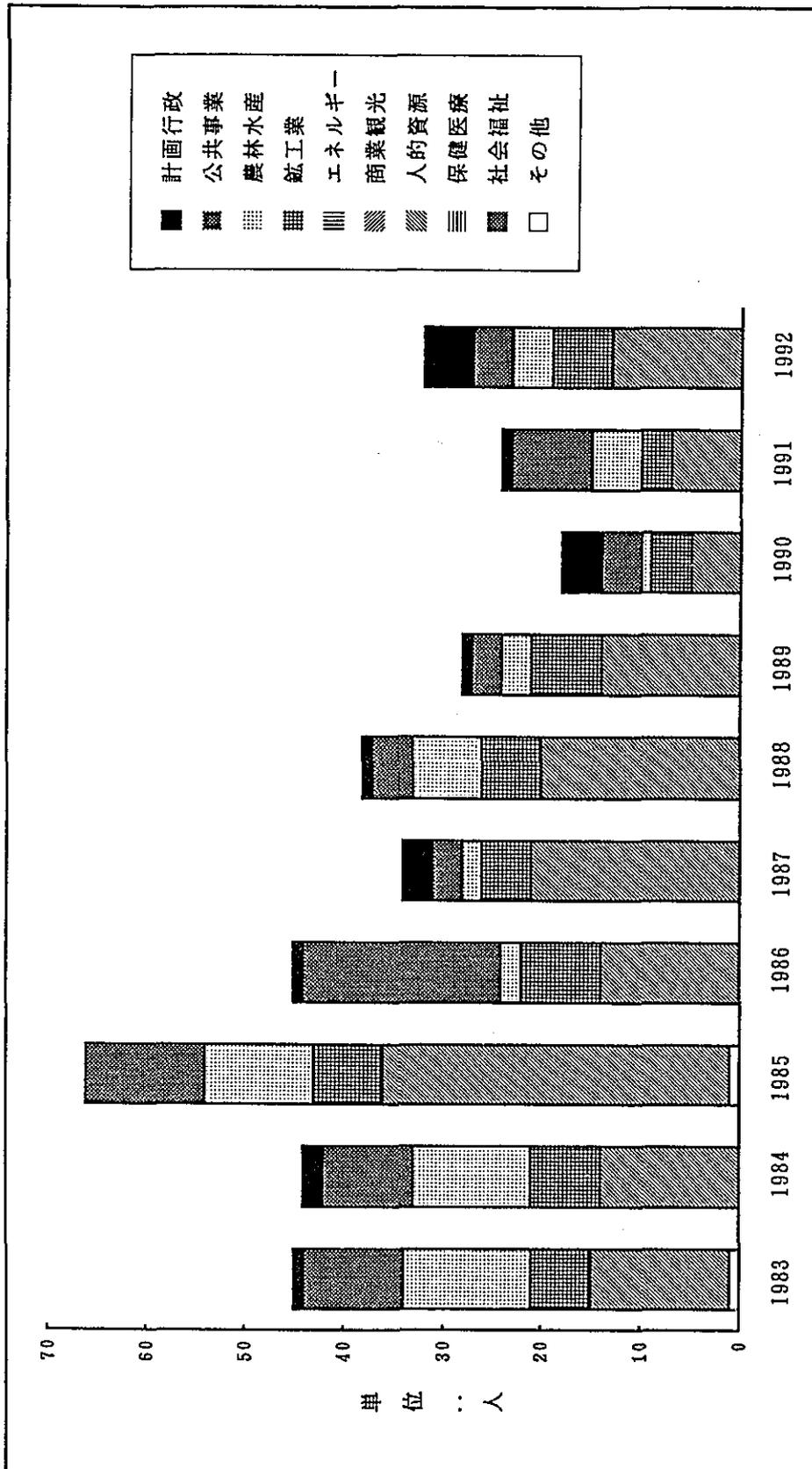
表4-7 分野別実績一覧表3 [協力隊]

国名：(ケニア)

分野 形態年度	合計人数	計画・行政		公共・公益事業			農林・水産			鉱工業		エネルギー	商業・観光		人的資源		保健医療	社会福祉	その他	
		開発計画	行政	公共事業	運輸交通	社会基盤	通信放送	農業	畜産	林業	水産		鉱業	工業	商業貿易	観光				人的資源
1980以前	361		4	2	52	62	21			25		36			2	80	1			15
1981	41	1				7	6					6				11	2			
1982	42	1				7	3			1		8				12	1			
1983	45	1				6	4			1		5				13	2			1
1984	44	2				6	3					6				14	1			
1985	67					8	4			2		5				35	1			1
1986	46	1				18	3			1		7				14	1			
1987	35		3			2	1					6				21				
1988	40		1			5	1			1		7				19	1			
1989	27		1			2	1					5				13	2			
1990	17		3			4						4				5				
1991	23		1	1		1	5			1		3				7				
1992	31		4			3	1			1		6				6	7			
累計	819	6	17	3	53	135	47	129	2	2	33	104		2	250	19				17
構成比率	100	0.7	2.1	0.4	6.5	16.5	5.7	15.8	0.2	0.2	4.0	12.7		0.2	30.6	2.3				2.1
全世界派遣計	12,377	91	630	90	170	1,116	591	2,023	588	180	404	19	1,739	36	1	2,254	747	1,362	3	313
全世界派遣数に占めるケニアの比率	% 6.6	6.6	2.8	3.3	31.2	12.1	8.0	6.4	0.3	1.1	8.2	6.0	6.0	5.6		11.1	2.5			5.4

出典： 国別協力情報ファイル ケニア

図4-4 年度別・分野別実績（ケニア）
〔協力隊〕



出典： 国別協力情報ファイル ケニア

第4編 参考資料一覧

-
- 「国別協力情報ファイル ケニア」国際協力事業団 1994 年

 - Socio-economic Monetary and Resource Tables (SMART) Profiles 1992,
UNDP, 1992

 - Geographic Distribution of Financial Flows to Developing Countries 1988/91
OECD, 1991

 - Marjan Wind, "Overview of Donor's Policy, Activities, Constraints and Possible
Solutions of the Health and Population Sector of Kenya", Royal Netherlands
Embassy, Part A 発行年不明

 - Marjan Wind, "Overview of Donor's Policy, Activities, Constraints and Possible
Solutions of the Health and Population Sector of Kenya", Royal Netherlands
Embassy, Part B 発行年不明

 - Programme Review and Strategy Development Report Kenya, UNFPA, 1991

 - "Kenya:Mid-Term Review of Population Projects", The World Bank, 1993

 - "Staff Appraisal Report Kenya Fourth Population Project", The World Bank, 1990

 - UNICEF ナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年

 - "Kenya Annual Report on Country Situation 1992" Unicef kenya, 1992

 - "WHO Annual Report 1992", WHO Kenya, 1992

 - WHOナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年。

- "Bank Group Operations in Kenya as at 25th March 1992", The African Development Bank, Kenya, 1992

- UNFPAナイロビ事務所での聞き取り調査、1993年

- Benson Obonyo, "Role of Private Sector in the Provision of Health Services: A Review of Experiences in Eastern and Southern African Countries", USAID 1993

- Benson Obonyo, "An Approach to Designing Health Insurance in Kenya", USAID 1993

- "Kenya: Health Rehabilitation Project Aide-Memoire" (Draft), USAID, 1993

- "Kenya: Second Health Project Aide-Memoire" (Draft), USAID, 1993

- USAID機構図及び戦略 USAIDナイロビ事務所、1993年

- USADIナイロビ事務所聞き取り調査、1993年

- "Summary of Findings, Discussion, and Recommendations DANIDA Planning Mission DANIDA, 1993

- Copy of the memo from Ministry of Health, Kenya to DANIDA regarding "Summary of Findings, Discussion, and Recommendations of the DANIDA Planning Mission" Ministry of Health, Republic of Kenya, 1993

- DANIDAナイロビ事務所聞き取り調査、1993年。

- ODAのケニアにおけるプログラム活動の要約書、DANIDAナイロビ事務所。

- ODAナイロビ事務所聞き取り調査、1993年。
- AMREF Annual Report 1992, AMREF, 1992
- Matrix Development Consultants "A Survey of Health Sector NGO's in Kenya"
The Netherlands Embassy, 1993
- 「総合報告書 ケニア人口教育促進プロジェクト」 山森正己（JICA専門家）

第 5 編 課題及び提言

保健指標を見るかぎり、ケニアは、サハラ以南のアフリカ諸国の中では比較的良好な保健・衛生状態であるといえる。しかし、既に指摘したように、経済状況の悪化、人口の急増、エイズの蔓延などが、国民に対する保健医療サービスの適切な供給を妨げ、質的低下も招いている。

以下に、ケニアの保健医療・衛生の問題点を再確認し、さらに、これらの解決のために我が国によって実施可能であると考えられる幾つかのアプローチと視点に関して、考察を行う。

5-1 ケニアの保健医療分野における課題

人口問題

ケニアの人口増加率3.8 %（世界銀行、1991～2000年推定値）は、世界的に最も高い範疇に属する。その開発全般へ与える影響の大きさからも、人口増加抑制は、政治的に高い優先順位が付けられている。

人口増加率推移は、近年、緩慢ではあるが下降傾向を示している。しかし、農村部や僻地の遊牧民においては、未だに子供は重要な働き手であるとともに、親にとっては老後の保障という経済的側面があり、単なる「家族計画促進」が問題の根本的解決になるとは考え難い。生活向上、地域開発までを視点に入れた統合的社会開発アプローチによって人口問題に取り組む姿勢が望まれる。

エイズ

独立以来、徐々に改善されてきたケニア国民の保健衛生状況が、社会・経済的諸要因のため悪化してきている現状を、本編で詳細にみてきた。その中でもエイズの蔓延は、保健医療分野のみならず、国家開発そのものへの脅威となっている。複数の州における5歳未満児死亡率の上昇傾向は、エイズによる死亡の増加の影響によるものとみられている。エイズが成年男女のみならず、将来の国家開発を担う子供達にまで大きな影響を与えている現状は、憂慮すべき事態といえる。

エイズ対策に最優先順位をおいた活動が実施され、何らかの効果を挙げない限り、他の疾病対策プログラムをどれだけ積極的に押し進めようと、その努力は功を奏さないだけでなく、蓄積されてきた今までの実績も大幅の後退を余儀なくされる恐れがある。

妊産婦の保健（母性の保護）

ケニアに限らず途上国一般において、過去20年近くにわたる保健医療分野、特に母子保

健活動において重要な役割を担ってきたスローガンは、「チャイルド・サバイバル（子供の生存）」であった。この流れの中で、予防接種拡大プログラム（EPI）、下痢症対策（CDD）プログラム、急性呼吸器感染症（ARI）対策プログラム、などがそれなりの成果を収めてきた。

しかし、このような「子供」の部分に焦点を当てたプログラム推進する反面、「母子保健（MCH-Maternal and Child Health）」の中の「母親」に対する部分は比較的見落とされがちであったといえよう。妊産婦検診・ケアや家族計画促進などによる母性の保護は、妊娠・出産に関わる疾病及び妊婦死亡を予防し、母親自身の健康を促進するだけでなく、低体重児の減少や乳幼児の健康な育成のためにも重要な意味を持つ。この観点からも、今後は、母親（女性）をターゲットとしたプログラムをより積極的に実施していく必要があると考えられる。

保健医療情報管理システム（MIS-Management Information System）

効果的な保健医療プログラムを展開するためには、適切な現状分析に基づいた資源やサービスの分配が必要となる。特に、ケニアのように経済事情が逼迫しているところでは、限られた財源・資源を有効に活用するために、情報管理は重要な役割を果たす。

情報管理システム設立のためには、末端の保健所レベルから中央までの一連の情報の流れを確立するためのハード面の整備と、人材のトレーニングのみならず、情報収集・分析を実際の日常業務にどのように役立てることができるか、などに関するスタッフの認識を促すためのトレーニング、中央から末端へのフィード・バックなどが鍵となるであろう。

また、ケニアは、国際的イニシアチブによって押し進められている「国家にとって必須な保健・医療調査研究（ENHR-Essential National Health Research）」構想に賛同し、タスク・フォースを設立しており、これによって今後の情報ネットワークの整備が進められることが期待されている。

財政難

保健医療資源の創出と適正分配が、途上国の保健分野の最大課題の一つである。財政状況が悪化しているケニアにおいても、このことは例外ではない。保健医療サービスの有料化（受益者負担）、保険制度の確立、民間セクターの活性化、バマコ・イニシアチブなどによるコミュニティーの参画、など様々な試みが行われており、これらの一層の推進が必要である。

5-2 提言

従来日本の援助実績を活かしながら、ケニアの現状に合った協力を行うために、以下の4つの分野の可能性が考えられる。

(1) 人材養成

直面する諸問題に対処するために、特に農村で活躍することが可能なクリニカル・オフィサーや技師などの養成の充実が望まれる。また、人材養成の量的側面だけではなく、プログラム運営能力強化に関する卒後研修などの質的向上のために、人材養成の実績が評価されているAMREFなどのNGOを活用する可能性を探る必要があるのではないだろうか。国際NGOである当組織の経験は、ケニアに限らず広く東アフリカに及び、また、エイズなどその対策が急務である問題に対してのノウ・ハウと、地域社会への活動実績への信頼性は高いと思われる。

(2) エイズ

既に、日本政府はエイズ・人口問題に対する新規援助実施を表明したが、アフリカはその中でも最優先地域と思われる。ザンビアにおける、欧米NGO（救世軍運営によるチカンカタ・ミッション病院）による「エイズ在宅ケア」は、家族及び地域社会を巻き込んでのエイズ患者のケアと疾病の予防の有効性を示唆する上で、ケニアにとってもモデルとなるであろう。

(3) 郡立病院レベルでの援助

日本は、第三次医療施設、州立病院、及び研究所などへの援助実績がある。今後は、PHCの促進という観点から、郡のレベルへの協力が考えられるのではないだろうか。ODAという性質上、また、日本のODA援助経験から考えると、直接コミュニティに入ることが、どれだけプログラムの効果を創出するか不明である。その点、郡立病院は、末端の保健所、診療所などによるコミュニティへの疾病予防、健康推進のためのPHCプログラムを監督し、同時にこれら一次医療施設のリファラル施設として治療面でPHCをバック・アップする立場にある。その意味で、かつて日本における公衆衛生上の改善に大きな役割を果たした保健所活動の経験と、治療面での技術移転の双方を兼ね備えた援助を、郡立病院をベースに展開することが考えられる。

(4) 救急医療

山積する保健医療問題を抱えたケニア政府は、救急医療まで対処しきれないというのが現状であろう。しかし、アフリカなどの途上国の多くで、交通事故などのケースは、疾病（傷害）、死亡の原因の上位に位置している。交通、通信網の未整備など、根本的な課題を残しているものの、救急医療システムの確立への努力も必要である。

関連法令

保健・医療、衛生分野における全ての法令をここで収集・分析はできないが、情報が入手可能であった範囲での関連法令を以下に列記する。

- ①公衆衛生法 (The Public Health Act; Chapter 242) 1972年制定 (1986年改訂)
- ・第1部 序章
 - ・第2部 事務的手続き
 - ・第3部 伝染病の届け出
 - ・第4部 伝染病の予防と対策
 - A. 一般
 - B. 病院
 - ・第5部 性病
 - ・第6部 港湾及び内陸国境 (伝染病対策)
 - ・第7部 ハンセン病
 - ・第8部 天然痘の蔓延予防
 - ・第9部 衛生環境と住宅
 - ・第10部 食物衛生
 - ・第11部 公共給水、肉類、ミルク及びその他の食物関連
 - ・第12部 蚊の予防と撲滅
 - ・第13部 死亡・埋葬
 - ・第14部 一般
 - ・第15部 その他
- ②マラリア予防法 (The Malaria Prevention Act; Chapter 246) 1962年制定 (1983年改訂)
- ③食物、医薬品、及び化学物質法 (The Food, Drugs and Chemical Substances Act Chapter 254) 1980年制定 (1992改訂)
- ④薬剤及び毒物法 (The Pharmacy and Poisons Act; Chapter 244) 1983年制定 (1989年改訂)
- ⑤精神衛生法 (The Mental Health Act; Chapter 248) 1991年改訂
- ⑥出生及び死亡登録法 (The Births and Deaths Registration Act; Chapter 149) 1967年制定 (1972年改訂)
- ⑦国民社会保障基金法 (The National Security Fund Act; Chapter 258) 1978年制定 (1989年改訂)
- ⑧ケニア医学トレーニング大学 (The Kenya Medical Training College Act; Chapter 261) 1991年改訂
- ⑨クリニカル・オフィサー (養成、登録、免許) 法 (The Clinical Officers-Training, Registration, and Licensing- Act; Chapter 260) 1990年改訂
- ⑩看護婦法 (The Nurses Act; Chapter 257) 1985年改訂

- ①ケニア赤十字協会法(The Kenya Red Cross Society Act; Chapter 256) 1967年改訂
- ②ケニア視覚障害者協会法(The Kenya Society for the Blind Act; Chapter 251) 1983年制定 (1988年改訂)
- ③ケニア聖ジョン救急車法(The St. John Ambulance of Kenya Act; Chapter 259)1980年改訂

表1 政府系保健医療施設における利用料金表

サービスの種類	単 位	州立総合病院	郡立総合病院	保健所
一般及び産科病棟 (入院)	一日につき(最高14日まで) 産科への入院は出産日まで免除 (無料)	20/-	20/-	10/-
特別病棟				
個室	一日につき(日数上限無し)	300/-	300/-	
二人部屋	一日につき(日数上限無し)	200/-	200/-	
外来患者 治療	治療一項目につき(薬の種類、 注射一回、治療手当て用品など)	10/-	10/-	5/-
検査				
一般	一回につき	10/-	10/-	10/-
特別	一回につき	20/-	20/-	20/-
レントゲン				
簡易	検査一回につき	25/-	25/-	
特別	検査一回につき	100/-	100/-	
健康診断・診断書 発行	健康診断一回につき 診断書一通につき	100/- 100/-	100/- 100/-	100/- 100/-

(注)・有料化の導入は、保健所を除く(保健所は1993年7月から施行予定)上記の全ての保健医療施設において現在実施されている。ただし、ケニヤッタ国立病院では料金システムが異なる。

・上記の項目の他に、理学療法、歯科治療、割礼、埋葬費、作業員補償に関する料金が別に徴収される。

出典: Financing Health Care in Kenya; Achievement of the User Fee Program
Management Sciences for Health (MSH), P.7

表2 政府系保健医療施設利用における無料項目（料金免除）

<p>免除の対象となる患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 15歳以下の子供（現在これを5歳以下にするよう提言） ・ 失業者（郡のオフィサーによる証明が必要） ・ 公務員とその扶養家族（一定のランク以下） ・ 服役者、福祉施設入居者、精神薄弱施設入居者など
<p>免除の対象となる外来サービス（ある種の外来クリニックにおいては全て無料）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族計画 ・ 妊産婦検診 ・ 性行為感染症クリニック（性行為感染症の外来での治療のみ） ・ 乳幼児福祉クリニック（同様に年齢による免除）
<p>免除の対象となる疾病（治療無料）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 妊娠期の合併症 ・ 精神病 ・ 結核 ・ ハンセン病 ・ エイズ
<p>免除の対象となる入院サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院14日以降は、入院費は無料（ただし、レントゲンや検査費は有料） ・ 患者の下位あるいは上位の医療施設への照会

出典：Financing Health Care in Kenya, P.8～9

図1 州立総合病院における歳入別内訳

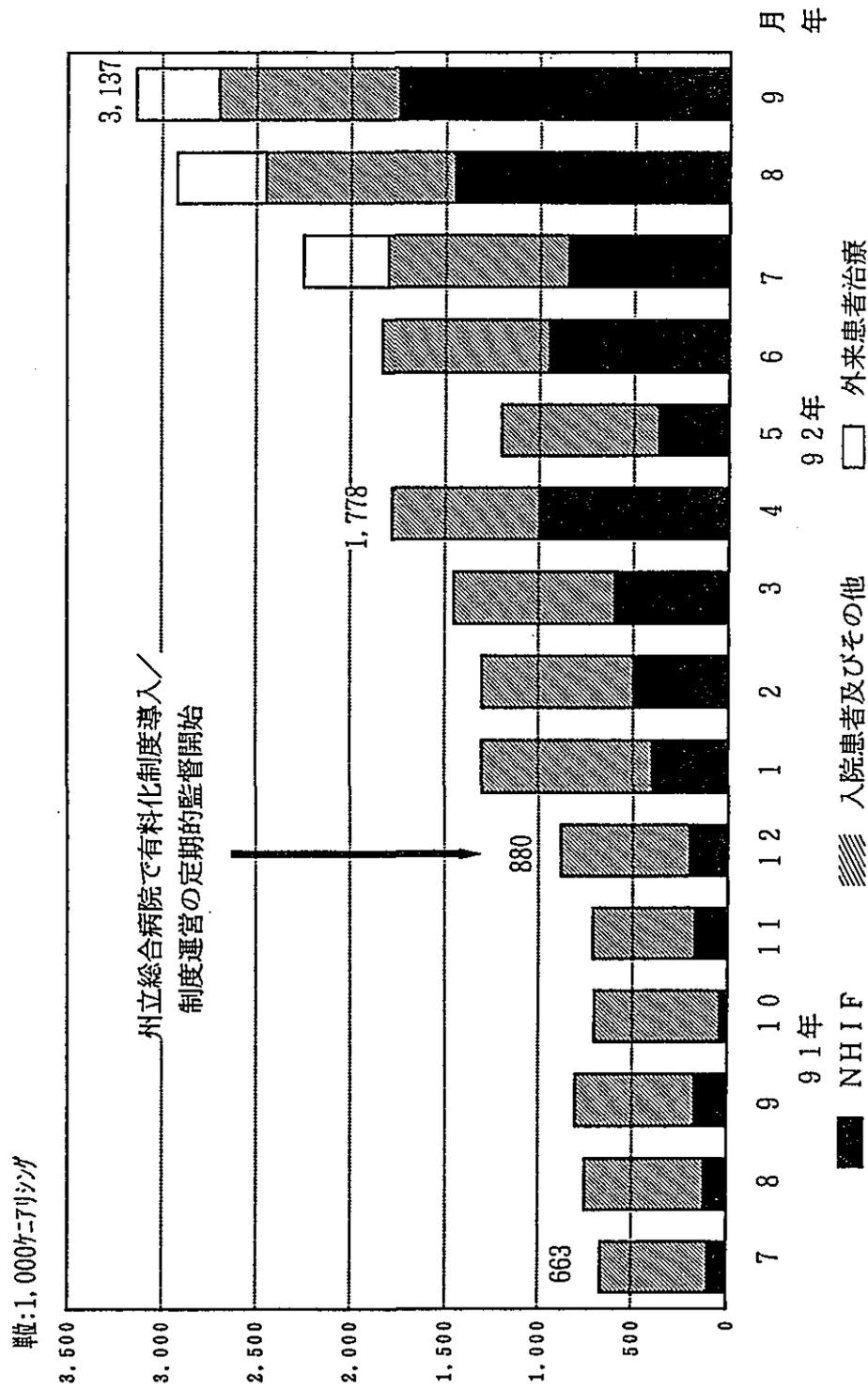
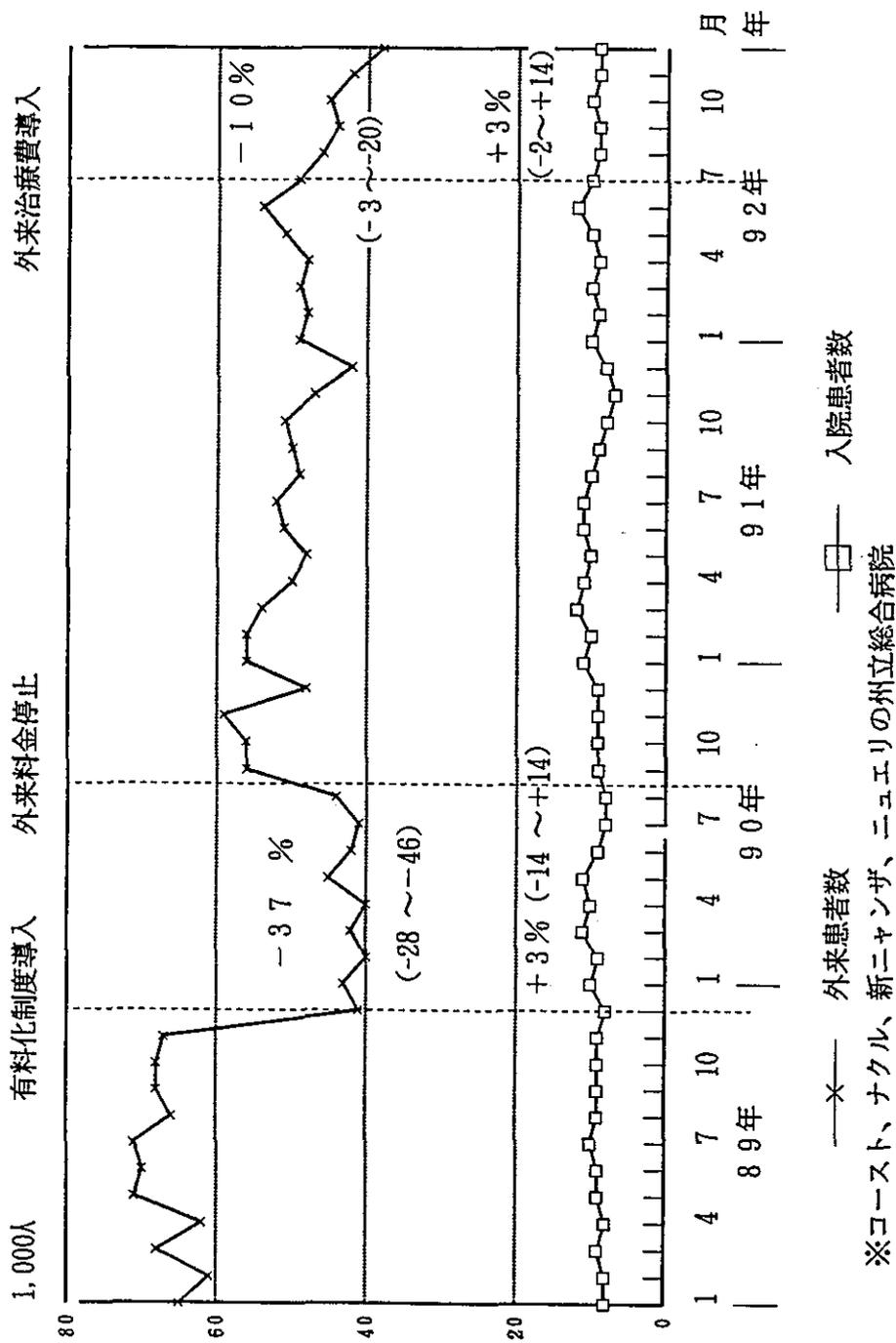
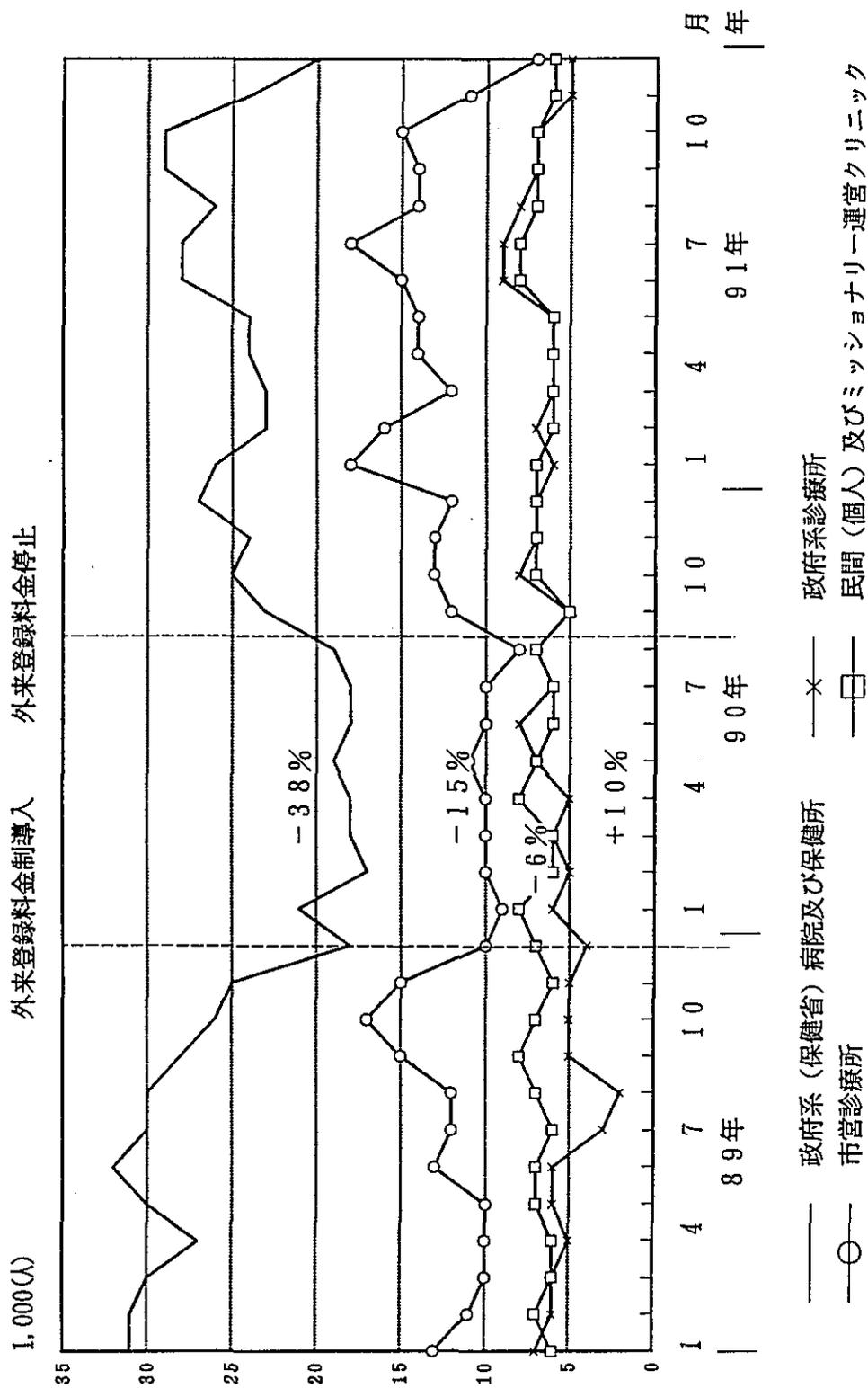


図2 外来患者数と入院数の変動 (州立総合病院4ヶ所)



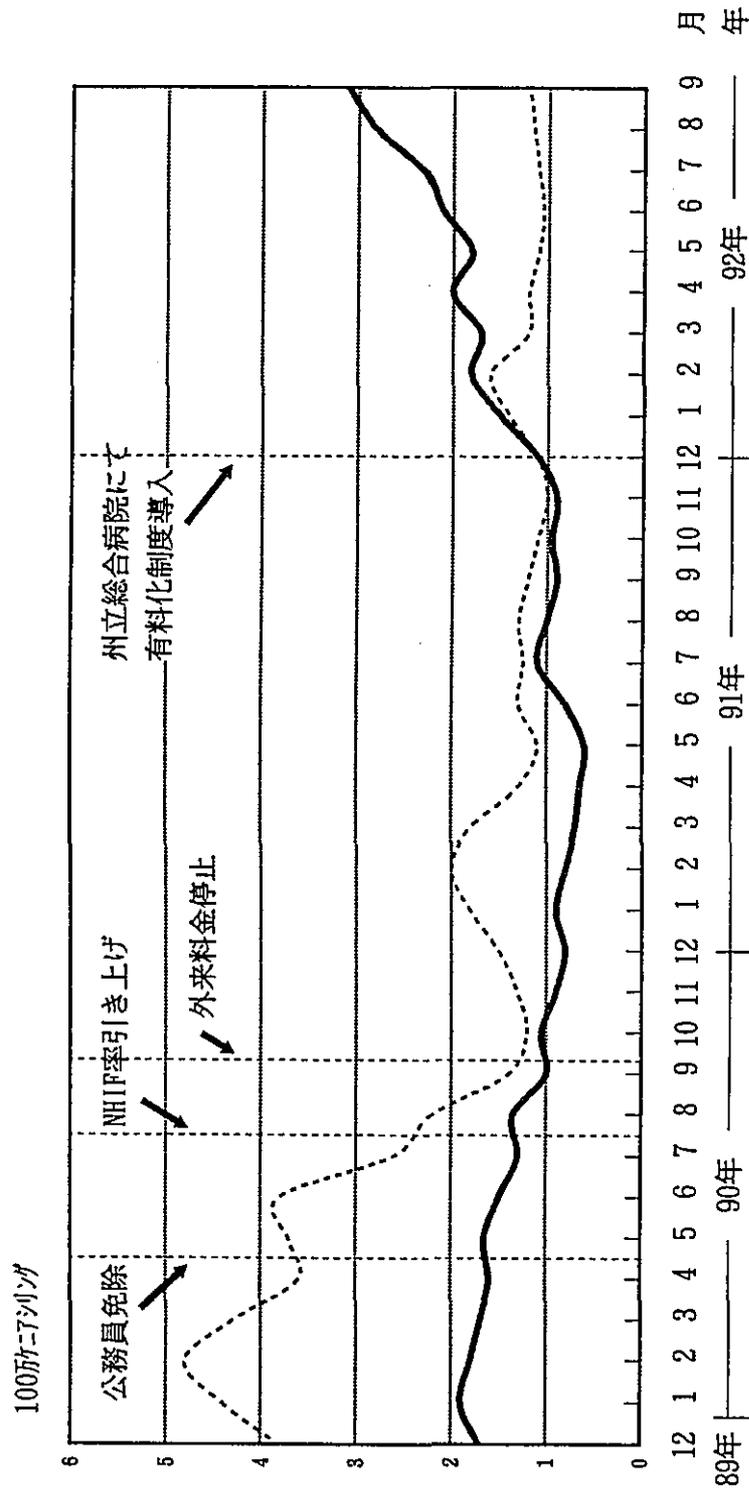
出典：Financing Health Care in Kenya, P.14

図3 モンバサ郡における有料化の外来患者数への影響
(1989-91年)



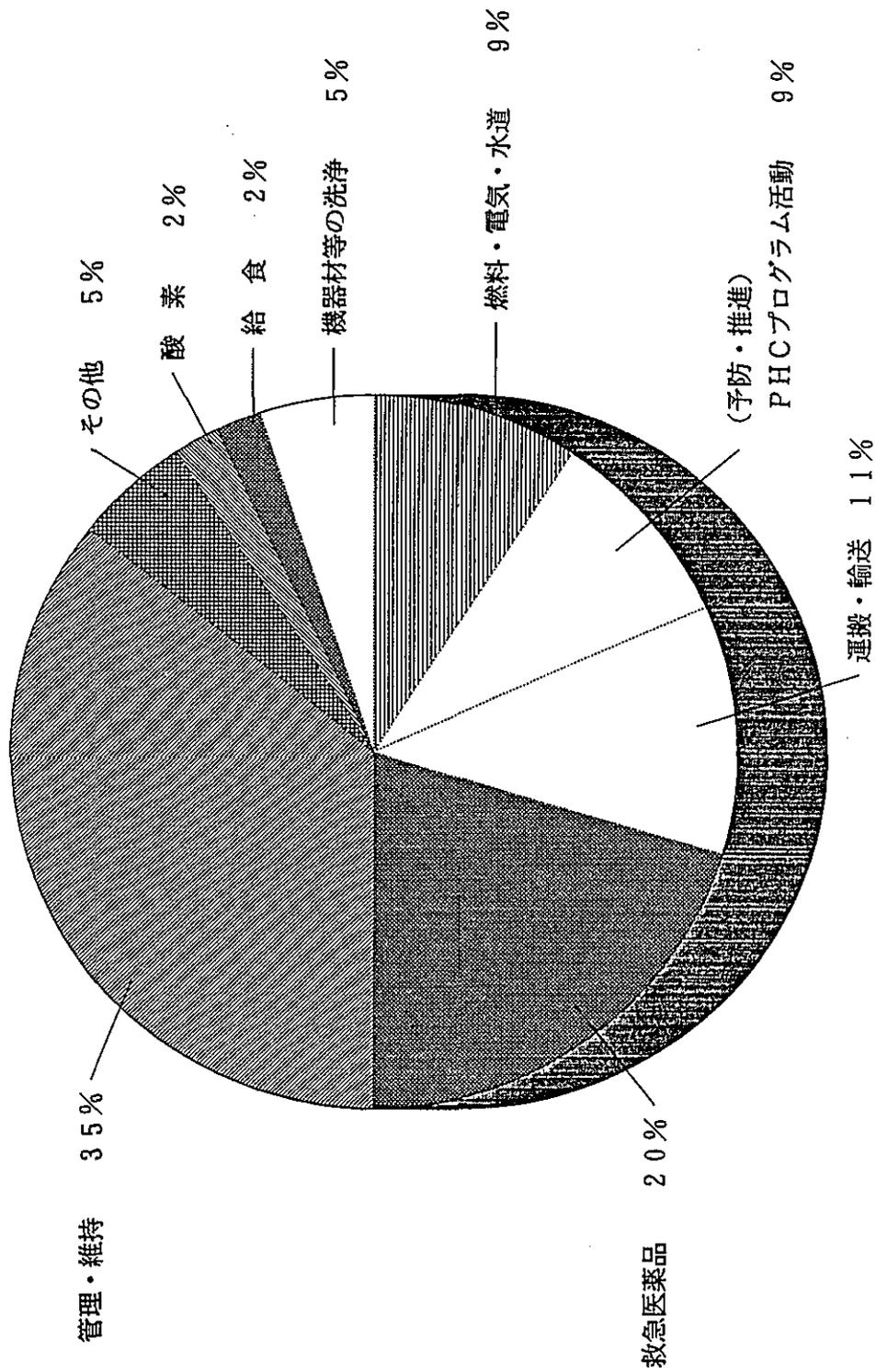
出典：Financing Health Care in Kenya, P. 15

図 4 施設別歳入の変動 1989—1992年



出典：Financing Health Care in Kenya, P.11

図5 F I F (施設改善費による) 歳出の内訳 (1989年12月1日～1992年6月30日)



出典：Financing Health Care in Kenya, P.17

表3 人口増加推定 1990-2020年(単位:100万人)

年次	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
合計特殊出生率		6.3	5.6	5.0	4.2	3.5	2.8
総人口	24.4	28.9	34.1	39.8	45.7	51.5	56.8
増加率(%)		3.4	3.3	3.1	2.8	2.4	2.0
労働年齢人口 (15~64才)	11.4	14.1	17.2	21.0	25.3	30.0	35.1
増加率(%)		4.3	4.2	4.1	3.7	3.5	3.2

1. 5年間の平均合計特殊出生率(人)

2. 5年間の平均年間人口増加率(%)

出典: Kenya Human Resources, P. 21

表4 指標別人口推定 (1990年-2020年)

年次	人口 ¹	扶養人口 ²	期間	増加率 ³	粗出生率 ⁴	粗死亡率 ⁵	合計特殊出生率	寿命	乳児死亡率 ⁶
1990	24,368	113.3	1990-94	3.42	43.7	9.4	6.32	60.2	62.2
1995	28,926	105.6	1995-99	3.27	40.8	8.1	5.64	62.0	52.4
2000	34,077	97.7	2000-04	3.09	37.8	6.9	4.95	64.0	43.3
2005	39,765	89.1	2005-09	2.78	34.0	6.2	4.24	65.6	38.9
2010	45,695	80.9	2010-14	2.41	29.6	5.5	3.53	67.2	34.5
2015	51,533	71.9	2015-19	1.97	24.6	5.0	2.82	68.8	30.1
2020	56,854	62.1	2020-24	1.85	23.1	4.6	2.58	70.5	25.7

1. 単位: 1,000人

2. 15~64歳の年齢層人口に対する0~14歳の年齢層人口の比率

3. 5年間の平均年間人口増加率(%)

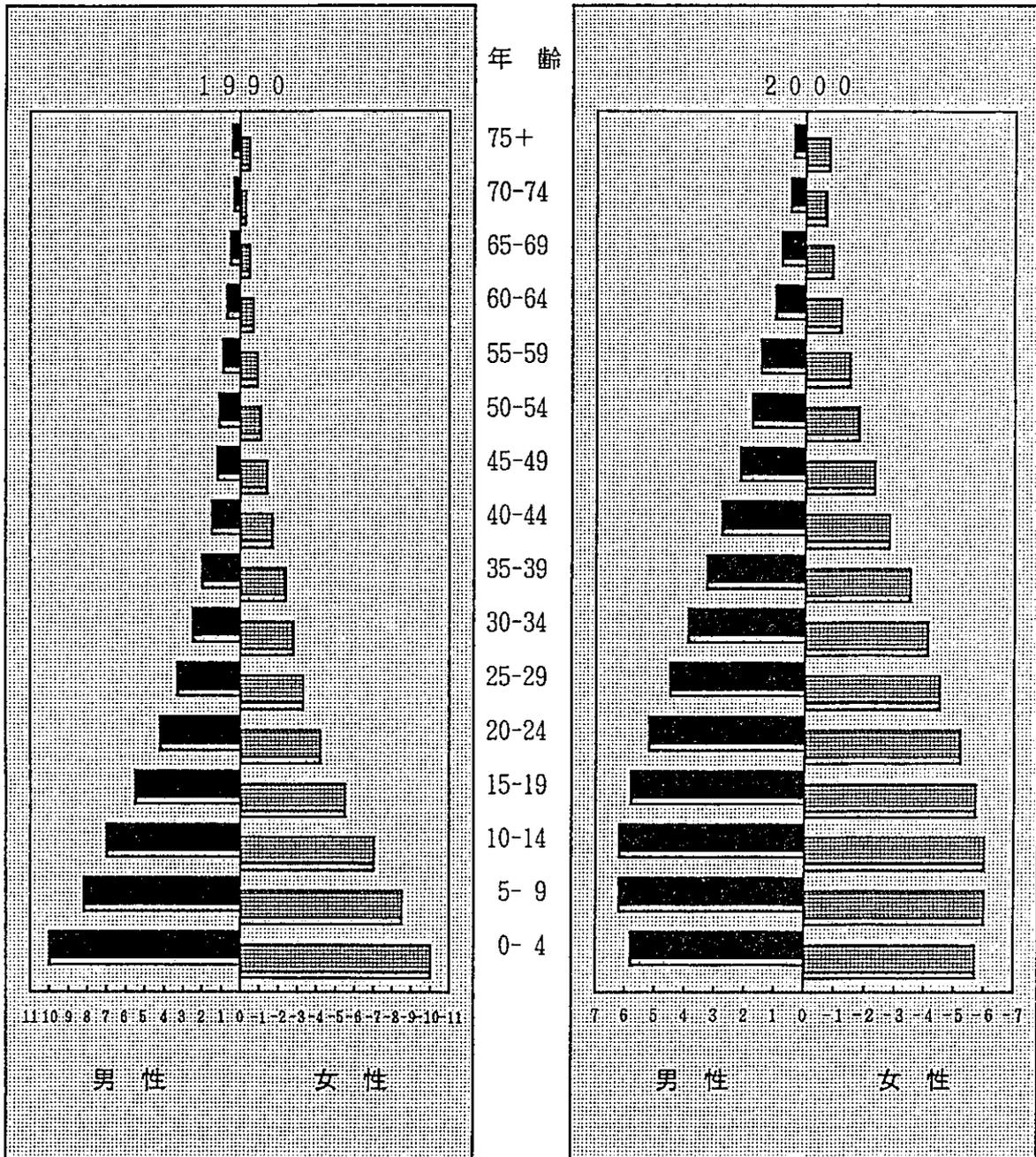
4. 人口1,000人対

5. 人口1,000人対

6. 出生1,000人対

出典: Kenya Human Resources, P. 22

図 人口ピラミッド 1990年と2000年 (%)



出典 : Kenya Human Resources, P. 23

表5 州別の疾病別外来患者報告数(再診察、照会ケースを含む) 1984年

疾 病	北 部	中 部	海 岸 部	東 部	北 東 部	ニ ン ゾ	リ ン 岐	西 部	合 計	%
施 設 数	110	290	210	296	32	241	241	544	1,964	
報 告 率	14.2%	74.5%	81.1%	73.4%	73.4%	48.8%	56.5%	53.5%	68.40%	
下 痢 症	5,259	225,543	199,907	377,864	10,627	487,187	487,197	255,299	349,821	6.65%
結 核	4	28	1,054	1,405	181	765	1,848	280	5,965	0.02%
ハ ン セ ン 病	20	285	254	158	12	1,598	956	252	3,535	0.01%
百 日 咳	371	1,624	1,624	2,507	29	12,536	10,366	6,783	46,178	0.16%
髄 膜 炎	0	307	166	221	14	560	1,206	265	2,759	0.01%
破 傷 風	0	291	272	365	7	478	775	775	2,963	0.01%
ポ リ オ	39	486	257	257	29	370	792	191	2,421	0.01%
水 痘	98	22,471	7,480	13,319	133	6,312	8,186	7,206	63,205	0.23%
麻 疹	371	17,876	6,782	23,917	17,177	91,487	20,793	37,220	200,143	0.70%
流 行 性 肝 炎	91	1,642	4,165	2,503	66	5,584	2,077	1,947	18,074	0.06%
流 行 性 耳 下 腺 炎	216	28,671	6,788	4,685	126	11,699	28,179	5,554	90,898	0.32%
マ ラ リ ア	6,266	542,973	11,296,687	1,239,328	51,362	2,141,753	625,740	1,566,317	7,303,431	25.41%
淋 病	1,804	48,099	70,623	98,802	3,311	144,216	102,216	80,490	550,065	1.91%
尿 道 炎	179	32,935	2,107	45,406	838	13,268	13,268	49,435	217,325	0.76%
ビルハルツ住血吸虫	465	7,231	51,001	10,638	1,873	20,838	10,216	11,445	113,707	0.40%
腸 内 寄 生 虫	2,891	300,925	157,047	263,904	2,246	461,881	193,133	184,610	156,627	5.45%
栄 養 失 調	594	8,491	19,342	29,182	1,474	57,574	22,209	32,222	170,088	0.59%
貧 血 症	773	19,533	80,218	28,903	6,078	94,404	16,283	38,092	283,283	0.99%
眼 部 感 染 症	1,766	152,173	91,575	171,188	5,423	216,566	117,214	112,081	867,986	3.02%
白 内 障	148	4,219	2,286	4,609	327	14,072	7,693	1,634	34,988	0.12%
耳 部 感 染 症	1,430	68,698	79,505	105,987	6,344	149,754	61,459	68,462	541,634	1.88%
循 環 器 系 疾 患	36	17,778	4,521	9,256	218	8,598	25,427	3,515	69,349	0.24%
呼 吸 器 系 疾 患	14,517	1,342,080	667,732	1,039,613	42,802	921,091	720,712	834,064	5,582,620	19.42%
肺 炎	642	97,688	18,623	90,304	1,925	102,784	90,307	42,027	444,300	1.55%
中 絶	81	4,479	3,719	6,565	229	11,819	16,686	7,406	50,984	0.81%
産 褥 及 び 出 産 関 連 の 疾 患	63	2,971	5,933	3,255	214	8,247	9,746	6,812	37,241	0.13%
新 生 物	2	477	22	311	3	1,021	820	178	2,834	0.01%
血 液 疾 患	0	3,118	185	1,250	5	1,678	552	509	7,299	0.03%
精 神 性 疾 患	1	5,294	753	3,904	27	3,415	418	558	14,370	0.05%
歯 科 疾 患	537	22,124	793	26,665	216	33,792	4,304	23,824	112,255	0.39%
皮 膚 疾 患	2,641	268,261	340,424	320,422	9,409	350,356	226,384	252,016	176,922	0.16%
リ ー ム 炎、関 節 炎 等	1,644	123,202	65,099	107,201	5,953	131,254	81,232	53,041	568,626	1.98%
先 天 性 疾 患	517	5,111	599	914	147	2,360	14,927	964	25,538	0.09%
発 熱	195	46,691	34,166	33,133	1,096	108,296	61,867	27,583	313,027	1.09%
中 毒	240	2,153	1,083	573	52	1,283	1,488	541	7,267	0.03%
事 故	1,514	514,497	53,686	119,879	2,597	97,337	90,289	59,289	576,307	2.00%
そ の 他	23,440	1,136,167	717,339	1,114,651	53,734	7,777,741	771,317	569,078	516,347	17.96%
新 患 者 合 計	68,845	4,712,969	3,826,136	5,308,043	210,849	6,563,749	3,618,116	4,436,478	28,745,182	100.00%
再 来 院 数	16,591	2,494,613	1,735,669	2,031,879	69,935	2,140,080	1,482,811	1,890,007	11,835,645	
照 会 数	955	166,094	33,855	148,897	523	120,328	74,343	37,220	582,215	

※以上の表の中で、数値合計など整合性のないものもあるが、原文のまま引用

出典：Statistical Abstract 1990, P. 198

表6 州別の疾病別外来患者報告数(再診察、照会ケースを含む) 1985年

疾 病	札幌	中部	海部	東 部	北東部	ニブ	リブ	西 部	合 計	%
施設数		118	202	103	39	78	633	127	1,300	
報告率		91.3%	73.5%	79.7%	55.6%	74.1%	57.9%	47.2%	59.9%	
下痢症	3,158	140,698	134,207	121,465	8,678	137,133	198,350	137,814	875,503	5.77%
結核	36	347	697	590	446	255	1,026	118	3,515	0.02%
ハンセン病	85	183	176	163	20	473	198	104	1,402	0.01%
百日咳	175	1,802	2,485	1,399	269	4,067	4,371	3,381	17,949	0.12%
髄膜炎	22	75	184	157	30	244	199	64	975	0.01%
破傷風	5	18	290	132	35	145	80	179	84	0.01%
ポリオ	15	69	325	178	17	135	469	66	1,274	0.01%
水痘	91	7,359	5,249	6,256	213	1,232	6,702	4,304	31,406	0.21%
麻疹	78	11,605	16,598	16,777	1,170	25,069	20,348	19,847	111,492	0.74%
流行性肝炎	82	809	1,734	1,334	65	1,746	1,746	653	8,164	0.05%
流行性耳下腺炎	209	8,917	6,748	5,628	380	2,059	6,011	3,130	33,082	0.22%
マラリア	5,037	330,078	711,863	670,874	48,420	731,985	606,339	585,043	3,689,636	24.33%
淋病	2,265	29,811	38,876	41,567	2,802	52,117	63,781	26,230	257,419	1.70%
尿道炎	57	33,016	36,821	39,909	5,135	38,803	52,861	27,675	234,277	1.54%
ビルハルツ住血吸虫	83	4,109	44,219	4,902	826	7,014	3,077	1,387	65,617	0.43%
腸内寄生虫	2,360	195,262	139,646	126,121	1,931	122,430	162,198	71,537	821,485	5.42%
栄養失調	278	6,319	11,608	22,834	1,822	19,371	17,507	10,630	90,369	0.50%
貧血症	429	7,668	61,583	13,744	3,401	42,284	18,109	17,833	165,051	1.09%
眼部感染症	1,302	97,689	49,825	62,561	4,451	58,277	90,499	40,499	405,292	2.67%
白内障	86	1,520	2,586	2,486	1,629	1,629	3,644	1,737	14,068	0.09%
耳部感染症	754	42,235	44,796	74,469	4,550	42,422	51,627	28,403	289,256	1.91%
循環器系疾患	2,562	8,230	8,659	7,790	134	2,108	10,942	4,233	44,658	0.29%
呼吸器系疾患	8,866	834,662	432,489	533,043	36,809	315,196	693,347	387,347	3,242,155	21.38%
肺炎	561	71,907	21,441	36,840	3,074	25,600	55,264	14,201	228,888	1.51%
中絶	58	3,033	2,854	20,607	160	3,296	7,888	2,960	40,957	0.27%
産褥及び出産関連の疾患	23	3,054	4,633	3,443	282	3,966	3,163	1,366	19,930	0.13%
新生物	0	423	2,360	473	25	507	711	78	4,576	0.03%
血液疾患	5	2,353	2,100	1,500	65	976	1,341	367	8,737	0.06%
精神性疾患	7	5,333	2,404	7,860	294	1,319	3,263	2,139	22,719	0.15%
歯科疾患	17	19,811	30,528	19,448	2,147	23,114	24,114	19,565	138,689	0.91%
皮膚疾患	2,843	18,495	214,710	136,812	7,250	134,119	195,797	117,502	989,526	6.52%
リウマチ炎、関節炎等	778	79,177	35,926	44,121	3,900	47,453	72,317	23,235	306,907	2.02%
先天性疾患	0	3,830	2,392	3,972	77	629	3,120	1,135	15,155	0.10%
発熱	210	27,635	14,641	12,710	794	31,745	794	31,745	136,329	0.90%
中毒	4	2,381	854	581	42	394	2,234	284	6,873	0.05%
事故	911	89,156	41,008	62,242	2,366	28,909	81,371	25,863	331,826	2.19%
その他	13,487	649,474	395,467	415,539	28,139	218,920	530,887	259,402	2,511,315	16.56%
新患者合計	46,958	2,900,511	2,523,081	2,520,557	170,598	2,121,238	3,028,570	1,855,843	1,516,356	100.00%
再来院数	9,694	1,270,544	1,021,190	872,159	66,747	763,862	997,885	765,610	5,677,691	
照会数	811	38,546	20,545	26,605	1,537	8,263	118,088	49,351	338,120	

※以上の表の中で、数値合計など整合性のないものもあるが、原文のまま引用

出典：Statistical Abstract 1990, P. 198

表7 州別の疾病別外来患者報告数(再診察、照会ケースを含む) 1986年

疾 病	北 海 道	中 部	海 岸 部	東 部	北 東 部	ニ ッ 泊	サ ッ ポ ロ	西 部	合 計	%
施 設 数		184	149	252	37	170	710	76	1,578	
報 告 率		70.6%	90.1%	70.2%	79.0%	58.8%	44.6%	57.6%	59.0%	
下 痢 症	12,014	158,789	127,016	161,989	11,823	181,773	269,639	109,379	1,032,422	5.41%
結 核	316	578	430	888	590	413	3,477	301	6,993	0.04%
ハ ン セ ン 病	32	79	184	101	4	939	146	73	1,558	0.01%
百 日 咳	66	1,132	2,189	3,412	325	6,985	6,764	1,317	22,190	0.12%
髄 膜 炎	4	109	250	254	11	272	309	94	1,303	0.01%
破 傷 風	1	297	282	49	2	161	1,295	405	12,492	0.07%
ポ リ オ	25	906	192	637	14	458	573	78	2,883	0.02%
水 痘	23	14,199	4,143	7,887	156	2,451	8,080	3,786	40,925	0.21%
麻 疹	657	11,225	11,049	7,911	267	27,825	36,503	9,029	104,466	0.55%
流 行 性 肝 炎	56	18,373	1,492	3,462	37	1,910	8,068	491	33,889	0.18%
流 行 性 耳 下 腺 炎	1,929	49,969	12,317	44,250	365	7,399	23,529	1,138	14,896	0.74%
マ ラ リ ア	14,909	418,124	812,870	775,725	99,442	100,841	939,623	506,480	4,574,015	23.95%
淋 病	2,646	43,820	29,450	51,405	4,401	74,019	91,299	19,569	316,609	1.66%
尿 道 炎	604	46,289	29,822	50,326	9,812	61,522	92,077	18,032	307,584	1.61%
ビルハルツ住血吸虫	736	21,679	42,147	18,574	2,511	12,554	5,891	1,347	105,439	0.55%
腸 内 寄 生 虫	5,887	219,285	128,888	146,718	4,489	158,188	229,021	51,440	943,896	4.96%
栄 養 失 調	1,773	14,021	11,169	12,530	2,001	17,806	24,177	5,376	98,853	0.53%
貧 血 症	923	13,365	54,580	21,758	6,565	60,329	29,494	13,468	200,503	1.05%
眼 部 感 染 症	5,993	86,428	74,277	91,676	7,817	76,826	133,735	31,163	507,915	2.66%
白 内 障	240	5,530	2,108	6,154	524	2,123	4,522	693	21,894	0.11%
耳 部 感 染 症	3,384	107,095	42,893	57,317	8,856	60,406	100,591	20,518	401,060	2.17%
循 環 器 系 疾 患	2,966	48,638	9,741	75,730	209	8,478	24,142	14,706	184,600	0.97%
呼 吸 器 系 疾 患	34,326	991,218	475,844	652,150	74,588	401,955	10,038,166	285,310	3,953,557	20.70%
肺 炎	1,744	105,201	23,461	82,106	4,645	42,441	73,347	12,928	345,873	1.81%
中 絶	360	6,766	2,648	15,695	366	5,134	8,874	2,137	41,980	0.22%
産 褥 及 び 出 産 関 連 の 疾 患	862	2,468	2,278	3,297	491	4,511	6,594	1,018	21,519	0.11%
新 生 物	104	983	10,316	423	27	664	681	233	13,431	0.07%
血 液 疾 患	68	1,366	640	1,226	187	1,916	2,562	146	8,111	0.04%
精 神 性 疾 患	5,020	18,647	1,475	6,940	515	2,476	4,541	908	40,522	0.21%
歯 科 疾 患	10,083	42,377	17,906	51,501	3,560	32,344	54,806	20,437	233,013	1.22%
皮 膚 疾 患	3,427	230,123	211,324	192,839	18,461	216,956	328,308	101,066	1,278,684	6.70%
リ ー マ チ 炎、関 節 炎 等	1,035	89,940	66,382	66,382	6,419	74,433	110,930	13,645	405,114	2.12%
先 天 性 疾 患	2,699	5,966	555	6,901	169	1,691	3,770	331	22,072	0.12%
発 熱	1,803	33,503	5,863	16,021	1,442	34,175	48,632	21,852	164,282	0.86%
中 毒	2,926	9,987	2,024	8,886	124	780	2,777	856	29,360	0.15%
事 故	0	113,480	43,686	101,789	4,770	41,693	132,402	20,681	458,501	2.40%
そ の 他	53,389	944,062	309,017	819,788	46,381	330,796	791,421	249,749	3,494,685	18.30%
新 患 者 合 計	172,209	3,351,331	2,646,784	3,564,788	315,518	2,921,623	4,652,933	1,469,478	1,909,664	100.00%
再 来 院 数	55,709	1,211,569	942,473	1,037,084	139,541	826,387	1,705,654	597,302	6,575,710	
照 会 数	4,545	129,073	24,513	130,110	1,303	28,378	85,226	51,892	455,040	

※以上の表の中で、数値合計など整合性のないものもあるが、原文のまま引用

出典：Statistical Abstract 1990, P.199

表8 州別の疾病別外来患者報告数（再診察、照会ケースを含む）1987年

疾 病	ナド	中 部	海 岸 部	東 部	北 東 部	ミ ヅ	ワ 州	西 部	合 計	%
施 設 数	110	216	232	243	35	207	506	81	1,629	
報 告 率	7.6%	82.0%	78.0%	72.0%	50.7%	59.0%	60.0%	35.0%	62.5%	
下 痢 症	5,520	149,822	144,896	170,349	10,143	150,728	171,354	20,783	823,595	4.74%
結 核	3	405	726	748	427	250	3,010	38	5,607	0.03%
ハ ン セ ン 病	0	448	189	226	4	280	100	32	1,279	0.01%
百 日 咳	25	999	2,870	2,748	72	3,843	4,117	460	15,134	0.09%
髄 膜 炎	7	641	157	117	9	191	307	56	1,485	0.01%
破 傷 風	0	18	298	102	3	208	338	2	969	0.01%
ポ リ オ	0	85	124	221	61	114	117	3	725	0.00%
水 痘	101	12,547	27,733	8,525	276	1,993	4,892	554	31,621	0.18%
麻 疹	269	16,378	11,358	26,104	549	22,390	27,084	3,162	107,294	0.62%
流 行 性 肝 炎	43	551	2,924	2,021	212	1,860	1,881	165	9,657	0.06%
流 行 性 耳 下 腺 炎	147	35,196	7,943	23,311	660	6,510	26,225	626	100,618	0.58%
マ ラ リ ア	4,716	445,661	940,070	857,435	81,612	881,884	716,403	139,791	4,067,572	23.41%
淋 病	1,110	27,374	41,120	45,722	2,638	58,162	55,059	4,027	235,212	1.35%
尿 道 炎	7	30,610	34,095	69,658	6,006	68,994	58,741	4,465	272,576	1.57%
ビルハルツ住血吸虫	8	4,733	38,531	5,799	1,772	7,083	1,478	47	59,451	0.34%
腸 内 寄 生 虫	3,034	223,492	122,162	166,409	5,158	124,204	166,832	12,398	823,689	4.74%
栄 養 失 調	451	27,064	10,876	11,641	1,352	24,134	8,590	864	60,672	0.35%
貧 血 症	248	7,047	53,468	19,202	4,714	47,097	15,943	3,756	151,475	0.87%
眼 部 感 染 症	2,074	104,003	66,193	103,459	6,477	64,456	109,194	7,353	463,209	2.67%
白 内 障	11	1,165	2,596	1,852	367	1,345	2,753	307	10,396	0.06%
耳 部 感 染 症	893	50,900	51,910	68,406	6,501	52,333	59,165	4,820	294,926	1.70%
循 環 器 系 疾 患	128	3,162	12,602	5,536	865	8,481	8,780	173	39,727	0.23%
呼 吸 器 系 疾 患	12,973	1,041,997	570,032	744,524	58,917	358,531	776,844	79,546	3,643,164	20.97%
肺 炎	475	86,095	24,967	49,913	3,307	34,443	50,064	1,957	251,225	1.45%
中 絶	69	3,816	3,376	3,938	280	3,847	5,161	590	21,107	0.12%
産 褥 及 び 出 産 関 連 の 疾 患	96	1,092	7,770	5,052	359	2,344	4,627	411	21,751	0.13%
新 生 物	48	151	1,256	193	33	438	391	78	2,588	0.01%
血 液 疾 患	11	363	825	752	23	565	660	55	3,254	0.02%
精 神 性 疾 患	80	7,347	1,560	3,496	549	2,702	3,036	174	18,944	0.11%
齒 科 疾 患	163	22,785	16,551	49,417	2,757	28,769	26,178	1,099	147,720	0.85%
皮 膚 疾 患	6,283	233,523	268,690	269,117	15,222	226,412	247,036	28,759	1,295,042	7.45%
リ ー ム ー マ チ 炎、関 節 炎 等	1,677	85,254	46,542	82,939	4,130	47,858	71,658	4,393	344,451	1.98%
先 天 性 疾 患	144	636	1,750	1,378	72	1,145	985	40	6,150	0.04%
発 熱	793	35,898	10,448	18,722	329	22,466	21,729	1,211	111,596	0.64%
中 毒	0	895	1,179	871	42	907	2,073	27	5,994	0.03%
事 故	2,746	117,871	52,253	86,989	3,080	32,872	92,988	4,675	393,472	2.26%
そ の 他	62,041	641,146	1,225,930	634,793	40,963	239,801	632,334	53,525	3,530,533	20.32%
新 患 者 合 計	106,394	3,396,701	3,780,970	3,541,685	259,941	2,529,640	3,378,129	380,422	17,373,882	100.00%
再 来 院 数	55,000	1,326,530	521,587	1,338,044	66,370	607,838	1,105,019	135,962	5,156,350	
照 会 数	12,000	159,782	17,191	81,431	435	58,615	28,760	4,906	363,120	
初 診 人 数	45,000	1,627,166	570,717	1,687,762	48,454	708,007	837,843	68,301	5,593,250	
患 者 来 院 合 計 数	100,000	2,953,696	1,092,304	3,025,806	114,824	1,315,845	1,942,862	204,263	10,749,600	
人 口	1,288,634	3,284,845	1,904,109	3,864,707	556,977	3,892,624	4,702,401	2,535,881	22,030,178	

※以上の表の中で、数値合計など整合性のないものもあるが、原文のまま引用

出典：Statistical Abstract 1990, P. 200

表9 州別の疾病別外来患者報告数(再診察、照会ケースを含む) 1988年

疾 病	札幌	中部	海部	東 部	北東部	ニギ	ワカ	西 部	合 計	%
施設数		297	251	364	39	261	653	117	1,982	
報告率		65.5%	67.4%	47.3%	61.5%	22.0%	32.5%	23.2%	43.2%	
下痢症	0	148,807	121,499	162,844	17,508	83,247	194,560	94,631	823,096	4.69%
結核	0	892	1,015	475	521	365	5,834	85	9,187	0.05%
ハンセン病	0	77	161	32	56	231	110	84	751	0.00%
百日咳	0	889	2,520	1,393	18	1,980	2,755	646	10,201	0.06%
髄膜炎	0	171	112	56	20	96	409	45	909	0.01%
破傷風	0	325	153	102	14	44	347	156	1,141	0.01%
ポリオ	0	662	139	153	13	89	557	55	1,668	0.01%
水痘	0	21,975	2,976	7,267	175	556	6,059	3,419	42,427	0.24%
麻疹	0	15,378	6,372	8,573	429	10,317	22,906	6,225	70,200	0.40%
流行性肝炎	0	14,077	1,533	2,709	91	195	3,270	439	23,034	0.13%
流行性耳下腺炎	0	68,232	17,856	8,280	495	2,138	62,260	2,364	161,625	0.92%
マラリア	0	493,967	877,230	892,653	135,105	531,265	812,157	356,761	4,099,138	23.33%
淋病	0	79,382	41,860	46,339	5,119	36,182	59,509	17,485	285,876	1.63%
尿道炎	0	39,120	44,580	78,072	9,663	37,875	71,352	5,098	285,760	1.63%
ビルハルツ住血吸虫	0	30,507	34,366	8,655	2,839	5,019	11,172	606	93,164	0.53%
腸内寄生虫	0	226,304	101,306	157,289	10,135	74,996	174,177	44,308	788,455	4.49%
栄養失調	0	26,349	9,154	10,190	2,139	14,040	17,008	6,538	85,418	0.49%
貧血症	0	32,270	49,715	17,748	8,187	24,852	31,401	13,067	177,240	1.01%
眼部感染症	0	109,684	58,109	88,022	88,022	42,974	115,483	24,287	449,123	2.54%
白内障	0	23,942	1,893	2,425	515	652	9,319	169	38,915	0.22%
耳部感染症	0	81,837	51,696	55,033	9,831	32,903	64,320	19,546	315,166	1.79%
循環器系疾患	0	223,618	18,612	11,672	55	3,800	48,531	1,111	301,399	1.72%
呼吸器系疾患	0	1,067,521	506,024	644,771	106,411	204,341	713,774	175,277	3,418,119	19.46%
肺炎	0	169,783	26,087	54,229	3,747	19,700	54,447	9,950	337,943	1.92%
中絶	0	11,852	2,965	3,715	231	2,576	7,073	1,083	29,495	0.17%
産褥及び出産関連の疾患	0	3,332	2,712	5,080	194	2,273	3,666	1,001	18,267	0.10%
新生物	0	992	148	595	2	209	888	169	3,003	0.02%
血液疾患	0	2,777	386	972	17	1,023	1,023	245	6,464	0.04%
精神性疾患	0	14,842	1,553	4,918	694	1,297	6,702	6,684	36,690	0.21%
歯科疾患	0	71,240	17,659	27,549	3,482	15,197	53,429	3,279	191,853	1.09%
皮膚疾患	0	336,798	226,516	252,201	20,690	109,025	267,032	76,918	1,289,180	7.34%
リウマチ炎、関節炎等	0	115,833	166,941	72,113	5,374	27,770	73,991	11,253	473,275	2.69%
先天性疾患	0	12,822	505	690	16	307	3,554	25	17,919	0.10%
発熱	0	30,683	11,564	17,058	337	11,125	21,616	15,274	107,657	0.61%
中毒	0	29,426	2,251	851	616	480	7,075	151	40,630	0.23%
事故	0	149,801	46,163	80,743	5,339	18,132	85,282	14,282	399,742	2.28%
その他	0	1,340,104	418,756	533,670	51,758	148,424	465,860	175,565	3,134,137	17.84%
新患者合計	0	4,996,271	2,868,096	3,258,937	412,400	1,465,395	3,478,869	1,088,281	17,568,249	100.00%
再来院数	0	1,412,796	669,508	1,175,086	244,109	350,456	755,250	244,722	4,851,925	
照会数	0	401,729	88,789	90,503	35,635	27,031	109,997	32,323	786,007	
初診人数	0	1,743,617	724,226	2,104,108	110,366	282,366	468,641	2,681	5,436,005	
人 口	1,357,045	3,414,741	1,756,620	4,025,065	583,507	4,030,543	4,910,486	2,632,084	22,710,091	

※以上の表の中で、数値合計など整合性のないものもあるが、原文のまま引用

出典: Statistical Abstract 1990, P. 201

図7 エイズの5才未満児死亡率に与える影響*

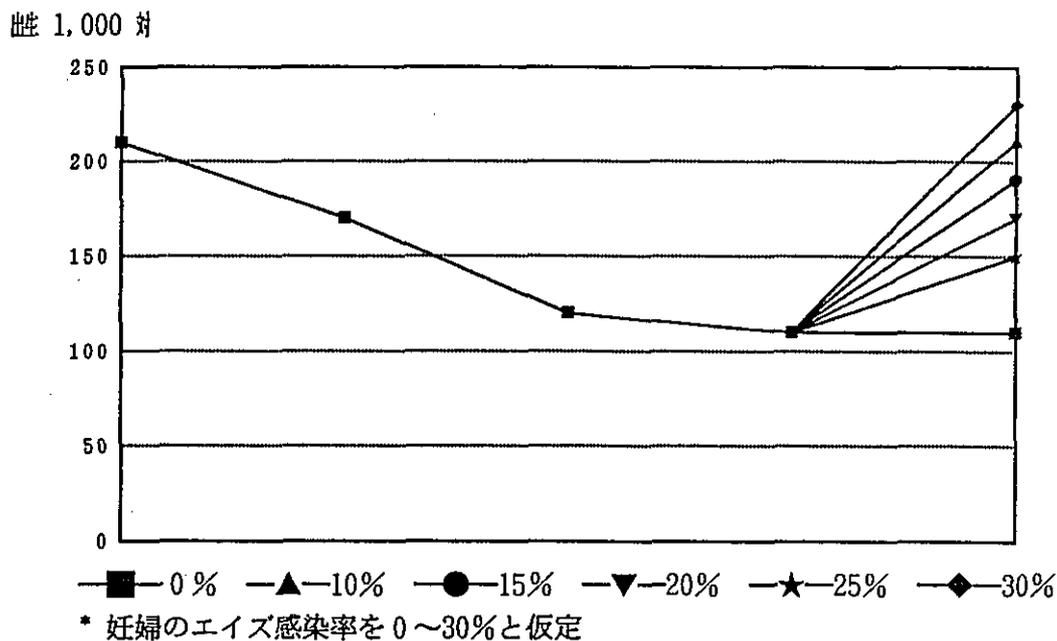


表10 HIV感染率と子供の死亡率推定

妊婦感染率 (%)	0	10	15	20	25	30
HIV陰性の母親に生まれてくる子供(出生1,000対)	1,000	900	850	800	750	700
5才未満児死亡(HIV陰性の母親1人に対して死亡率0.11)(A)	111	100	94	89	83	78
HIV陽性の母親に生まれてくる子供(出生1,000対)	0	100	150	200	250	300
5才未満児死亡(HIV陽性の母親1人に対して死亡率0.5)(B)	0	50	75	100	125	150
5才未満児死亡率(A+B)	111	150	169	189	208	228

仮定：(1) HIV感染の有無にかかわらず、1回の妊娠につき出生1人。

(2) HIV陰性の母親に生まれてくる子供の死亡率は1989年の死亡率推定値と同じ。

(3) HIV陰性の母親に生まれてくる子供の約半数(50%)は5才未満で死亡する。現地のデータによると、HIV陽性の母親の子供は、半数は子宮内で感染し、残りの半数は、出産時あるいは産後に感染する。この推定値は高すぎるかもしれないが、どちらにしてもHIV陽性の母親に生まれてくる子供の疾病率、死亡率は、そうでない子供たちより高く結局5才未満児死亡率50%のレベルが妥当と思われる。

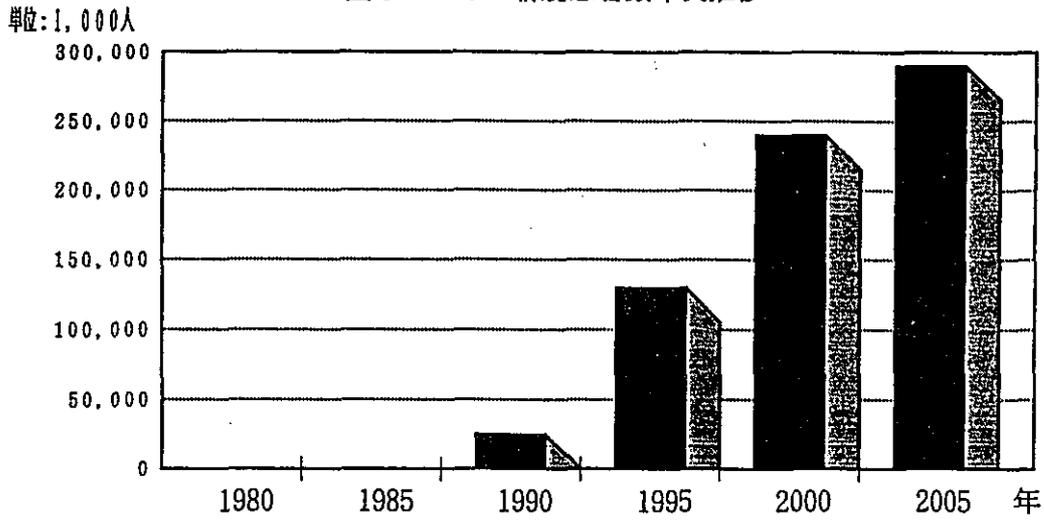
表11 妊婦のエイズ陽性率

(疾病) 監視所		1990年	1991年	1992年
		(%)	(%)	(%)
ブシア	Busia	17.0	10.0	30.0
ガリサ	Garissa	4.9	NA	5.3
カカメガ	Kakamega	5.3	12.0	15.0
ケニヤッタ	Kenyatta	5.8	7.6	14.0
キシイ	Kisii	1.6	4.4	3.5
キスム	Kisumu	19.0	20.0	20.0
キタレ	Kitale	3.5	5.6	21.3
キツウイ	Kitui	1.0	4.8	2.0
モンバサ	Mombasa	10.0	17.0	11.0
ナクル	Nakuru	9.9	13.0	12.0
ニイエリ	Nyeri	2.9	5.0	7.9
ツィカ	Thika	2.5	9.5	NA

表12 出身郡別エイズ患者報告数 (1986~92年)

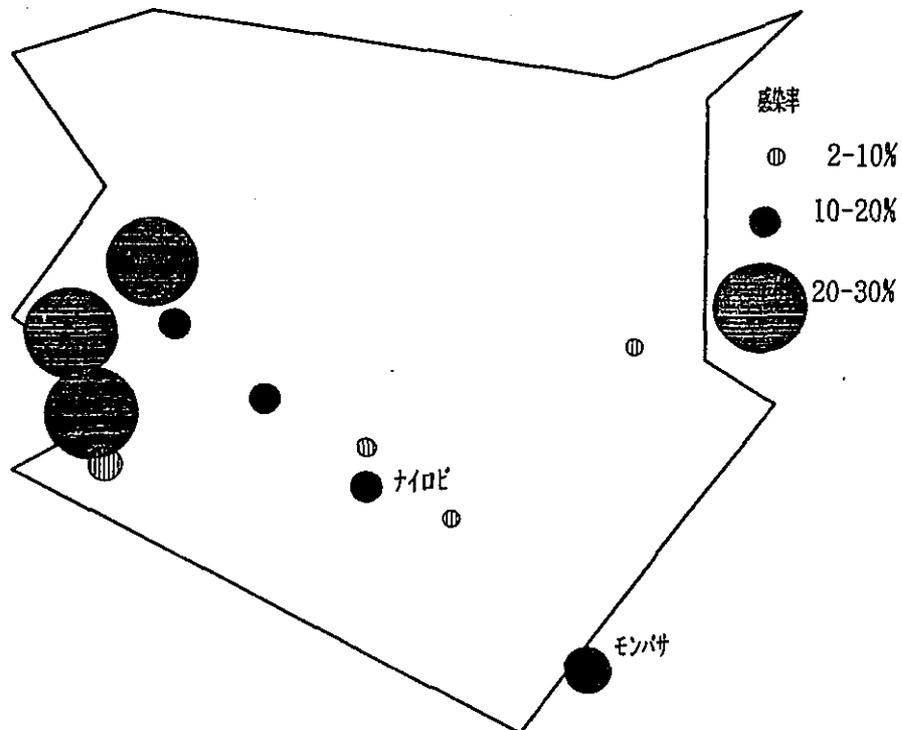
州 / 郡	エイズ報告数	州 / 郡	エイズ報告数
Nairobi	1,913	Elgeyo Marakwet	11
ナイロビ州 NAIROBI PROVINCE	1,913	Kajiado	90
Kiambu	872	Kericho	300
Kirinyaga	336	Laikipia	93
Muranga	576	Nakuru	621
Nyandarua	95	Nandi	113
Nyeri	673	Narok	60
中部州 CENTRAL PROVINCE	2,552	Samburu	148
Kilifi	960	Trans Nzoia	360
Kwale	797	Turkana	82
Lamu	93	Uasin Gishu	148
Mombasa	1,448	West Pokot	29
Taita Taveta	919	ウエストババ州 WEST VALLEY PROVINCE	2,107
Tana River	81	Bungoma	332
海岸部州 COAST PROVINCE	4,298	Busia	1,426
Embu	268	Kakamega	1,351
Isiolo	161	西部州 WESTERN PROVINCE	3,109
Kitui	954	その他/不明	3,337
Machakos	1,377		
Marsabit	74	総計全体	31,192
Meru	827		
東部州 EASTERN PROVINCE	3,661		
Garissa	28		
Mandera	25		
Wajir	47		
北東部州 NORTH EASTERN PROVINCE	100		
Kisii	860		
Kisumu	3,029		
Siaya	3,039		
South Nyanza	3,187		
ニヤンザ州 NYANZA PROVINCE	10,115		
Baringo	52		

図8 エイズ新規患者数年次推移



出典:A Survey of the Actual Circumstance of AIDS in Kenya
(以下 AIDS in Kenyaと略す), P.23

図9 全国主な地域の感染状況 (エイズ監視所)



出典:AIDS in Kenya, P.19

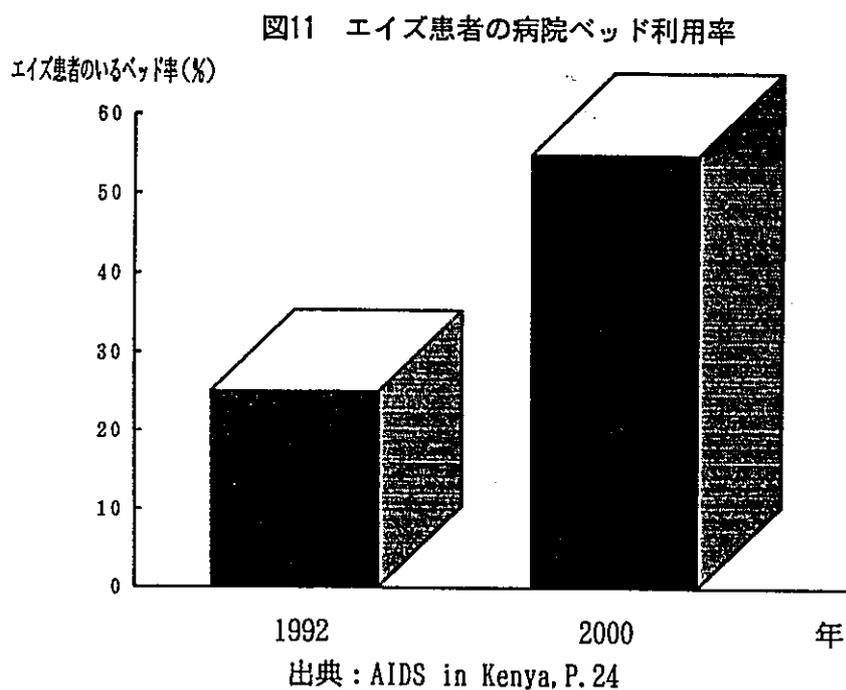
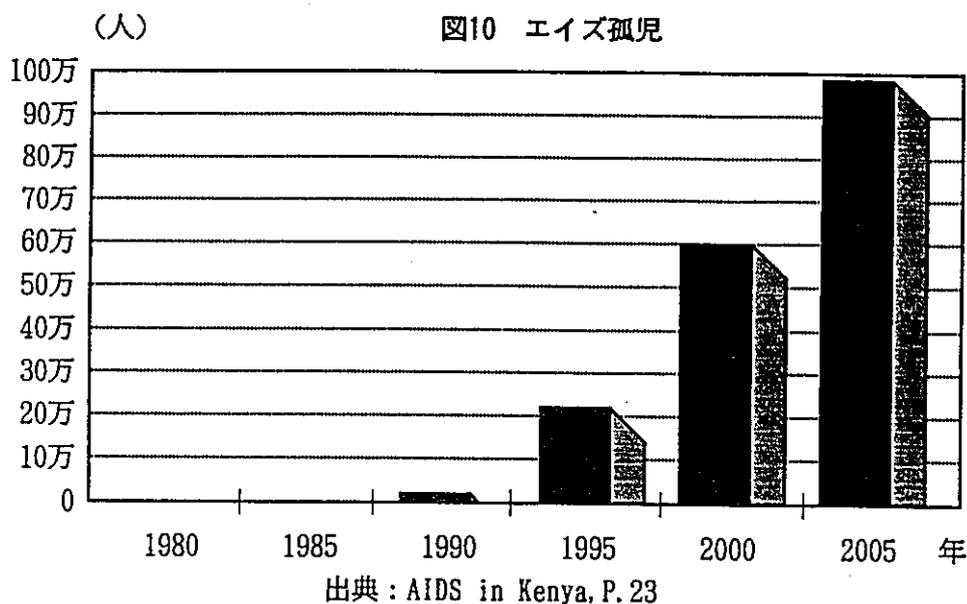
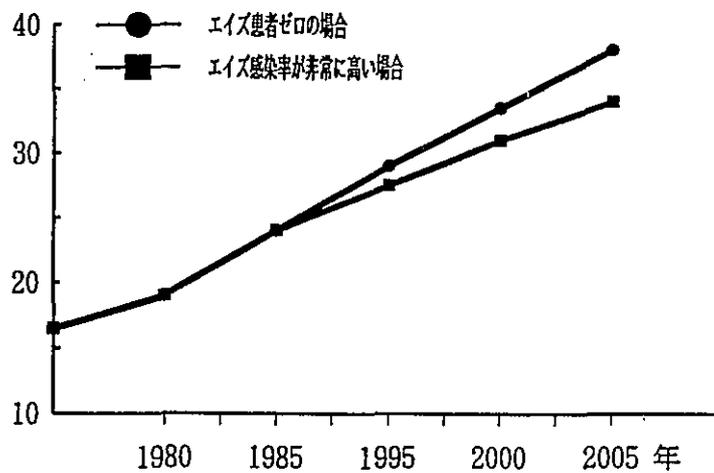


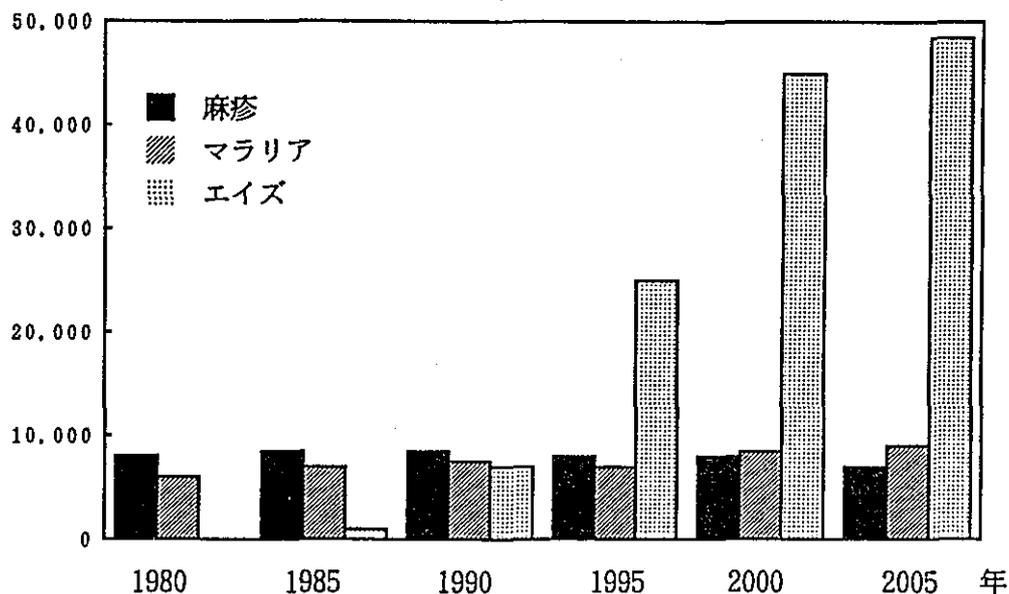
図12 エイズ流行の人口に与える影響
 エイズ患者ゼロの時とエイズ感染率が非常に高い時のシナリオ

単位:100万人



出典: AIDS in Kenya, P. 26

図13 5歳未満児死亡数



出典: AIDS in Kenya, P. 27

表13 国民食物摂取表 1977~81年と1987~88年比較

食料項目	1979~81年平均1日1人当たり (人口 1,647万 6,000人)					1987~88年平均1日1人当たり (人口 2,256万人)				
	量(グラム)	カロリー	%	たん白質	%	量(グラム)	カロリー	%	たん白質	%
トウモロコシ	286.1	808	40.2	21.3	39.0	259.9	734	40.8	19.3	37.2
ソルガム・ミレット	35.5	109	5.4	3.1	5.7	17.6	54	3.0	1.5	2.9
麦	43.9	120	6.0	3.6	6.6	49.7	136	7.6	4.1	7.9
米	5.4	19	0.9	0.4	0.7	6.8	24	1.3	0.4	0.7
ポテト	37.6	27	1.4	0.6	1.1	20.3	15	0.6	0.3	0.6
豆類	30.3	102	1.5	6.6	12.1	40.4	137	7.6	8.9	17.2
野菜(新鮮)	57.9	13	0.7	0.8	1.5	44.8	10	0.6	0.6	1.2
ミルク	161.8	103	5.1	5.2	9.5	180	114	6.3	5.7	11.0
肉類	55.6	95	4.7	8.3	15.5	41.3	71	3.9	6.2	12.0
魚類	8.7	6	0.3	0.9	1.6	14.2	10	0.6	1.5	2.9
卵	2.2	3	0.1	0.2	0.4	2.9	4	0.2	0.3	0.6

出典： UNICEF 1992年, P. 74

表14 州別食料バランス* 1991-92年 (単位: 1,000 トン)

州	トウモロコシ	麦	米	ミレット	ソルガム	豆類	根菜類
ナイロビ	-157	-26	-6	-2	-5	-25	-123
中部	-149	-56	-13	-5	-11	-19	+213
海岸部	-181	-36	+5	-3	-6	-24	+96
東部	-99	-59	+10	+28	+12	+109	-49
北東部	-41	-7	-2	-0.6	-1	-6	-34
ニャンザ	-144	-68	-9	+2	+37	-10	+100
リフト・バレイ	+395	+118	-19	-4	-12	+32	-114
西部	+2	-48	-9	+2	+2	+5	+60
合計	-375	-181	-43	+18	+16	+152	+149

* 需要から供給を差し引いたもの

出典： UNICEF 1992年, P. 75

表15 主な食糧生産 1977～78年及び1987～88年

(単位: 1,000トン)

食種項目	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	82-83	83-84	84-85	85-86	86-87	87-88
メイズ	2,079	1,737	1,602	1,773	2,502	2,340	2,187	1,422	2,430	2,898	2,450
ソルガム・ミレット	350	351	296	350	330	197	65	119	180	195	180
麦	166	158	155	189	226	244	251	144	201	254	207
米	43	42	37	40	40	43	23	21	23	24	22
キャッサバ	610	620	630	635	640	645	250	612	450	500	500
スイートポテト	258	330	340	330	345	350	265	280	330	350	380
ポテト	341	361	360	266	466	677	566	289	655	677	266
(インゲン)豆	—	—	153	117	198	288	270	81	180	324	171
豆類	284	274	234	230	240	225	200	188	432	518	460
野菜	394	409	421	431	427	440	418	426	439	454	467
砂糖	180	236	297	401	367	308	325	372	346	366	411
ブレンティン	205	215	225	235	240	245	250	255	260	265	268
バナナ	120	130	140	145	150	155	137	168	167	231	210
果物(合計)	514	532	566	589	606	622	630	670	680	754	735
ミルク	850	901	940	1,001	1,140	1,380	1,455	1,263	1,400	1,500	1,600
肉類(合計)	274	261	285	288	274	303	304	303	238	261	281
魚	—	—	50	48	57	81	98	91	106	122	124

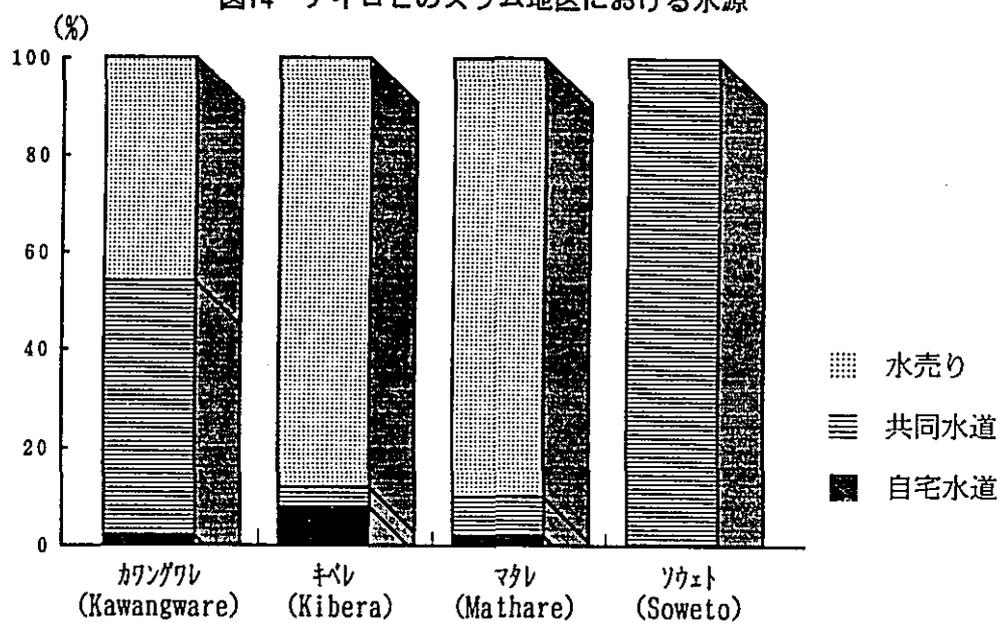
出典: UNICEF, 1992年, P. 74

表16 中・高生産性農業地域における安全な飲料水源 (%)

水 源	メ ル (Meru)	ニ エ リ (Nyeri)	ナンディ (Nandi)	カカメガ (Kakamega)
家屋内取りつけ	9	77	11	2
公 共 水 道	18	2	4	21
さく井・手押しポンプ	2	0	0	7
保護手段施した井戸/泉	2	0	0	18
雨水集積システム	2	1	6	0
な し	68	20	79	52

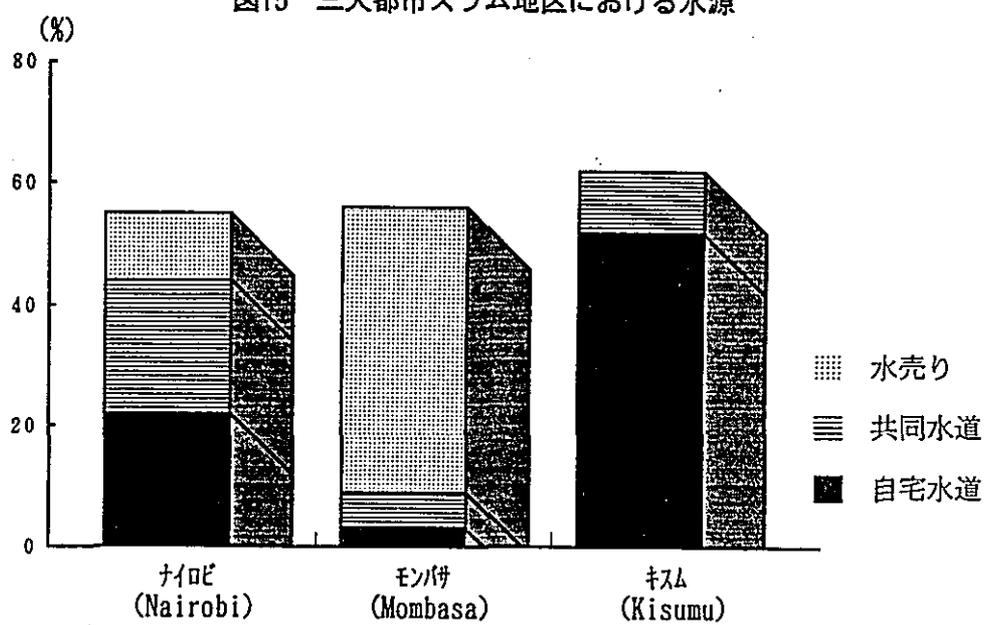
出典： UNICEF 1992年, P. 86

図14 ナイロビのスラム地区における水源



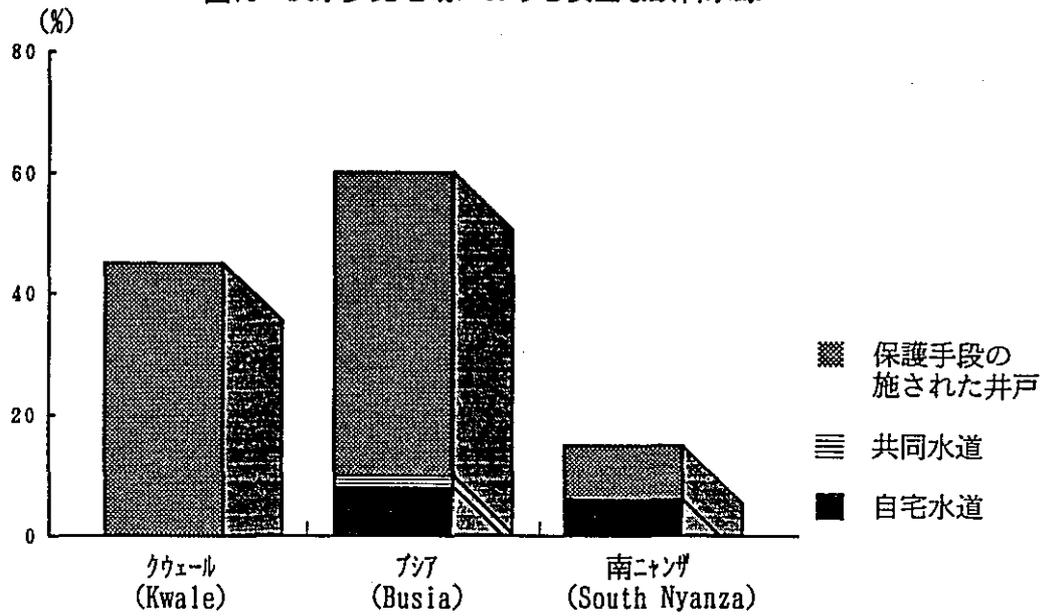
出典：UNICEF 1992年, P. 87

図15 三大都市スラム地区における水源



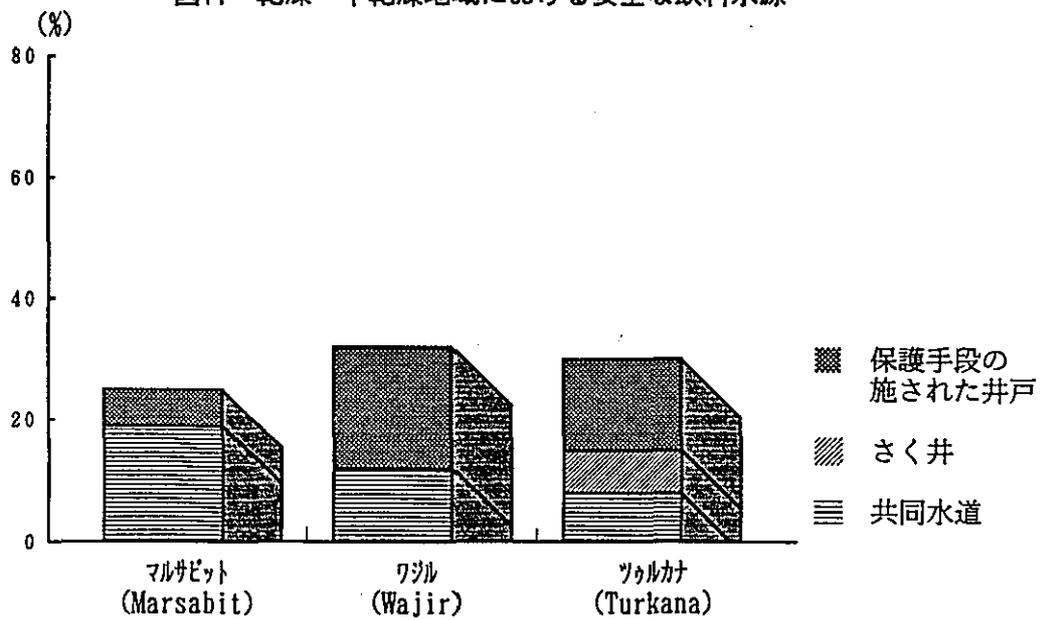
出典：UNICEF 1992年, P. 87

図16 洪水多発地域における安全な飲料水源



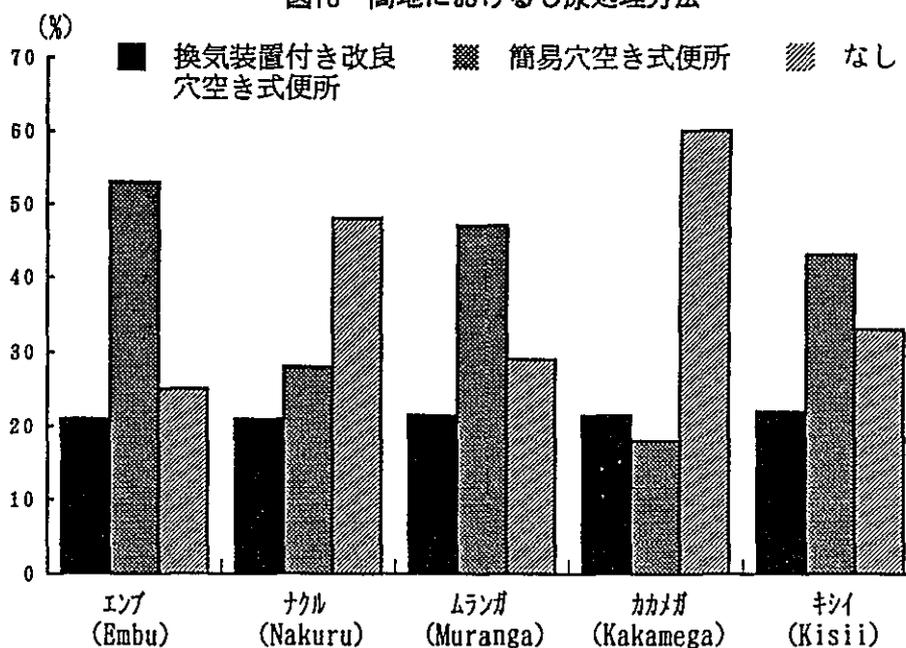
出典：UNICEF 1992年, P. 88

図17 乾燥・半乾燥地域における安全な飲料水源



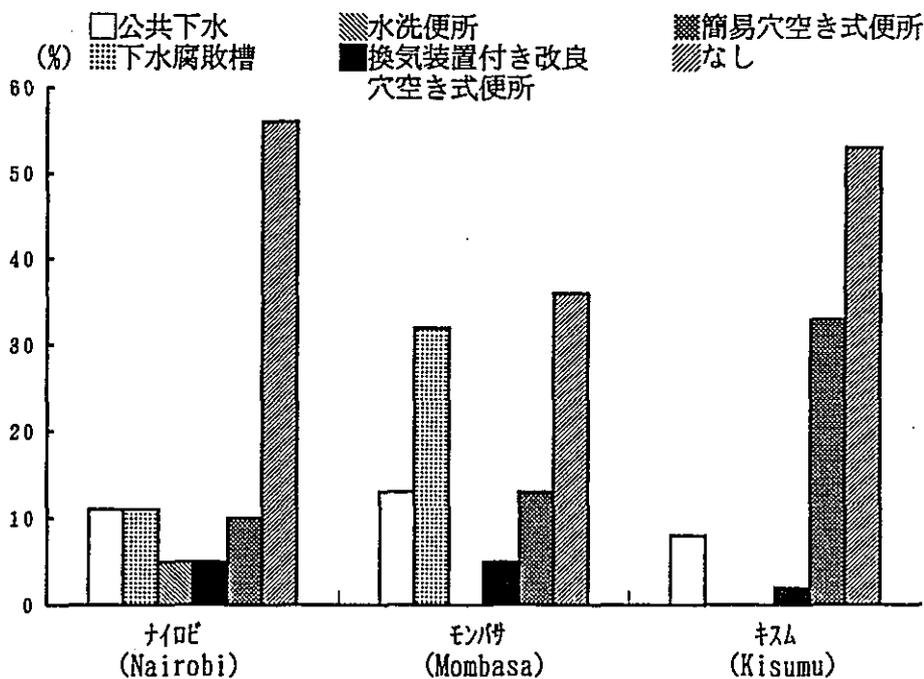
出典：UNICEF 1992年, P. 88

図18 高地におけるし尿処理方法



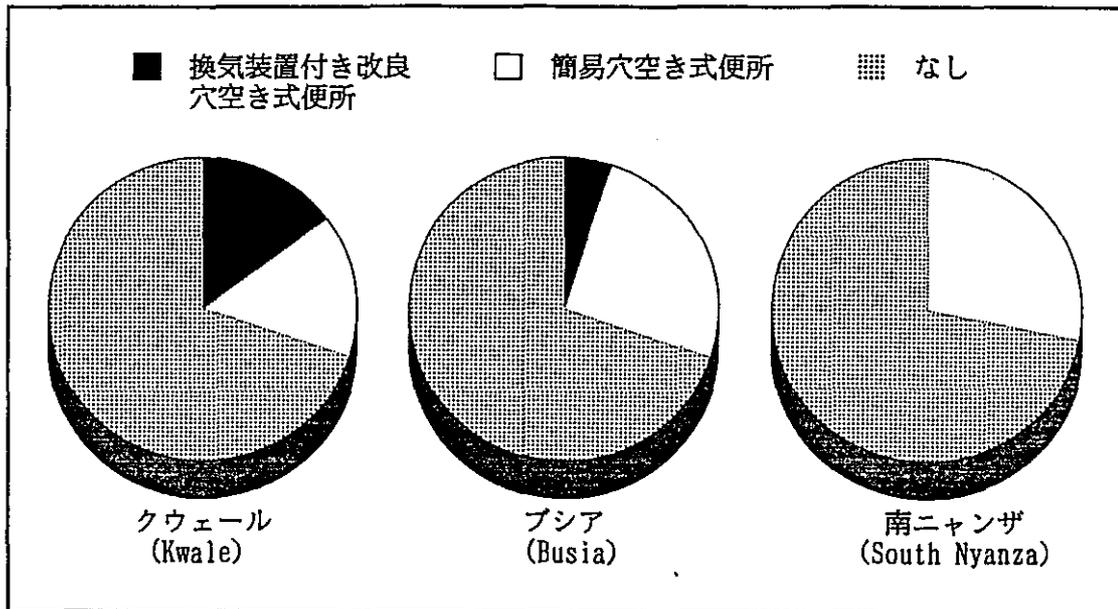
出典： UNICEF 1992年, P. 89

図19 都市未整備地区（スラム）におけるし尿処理方法



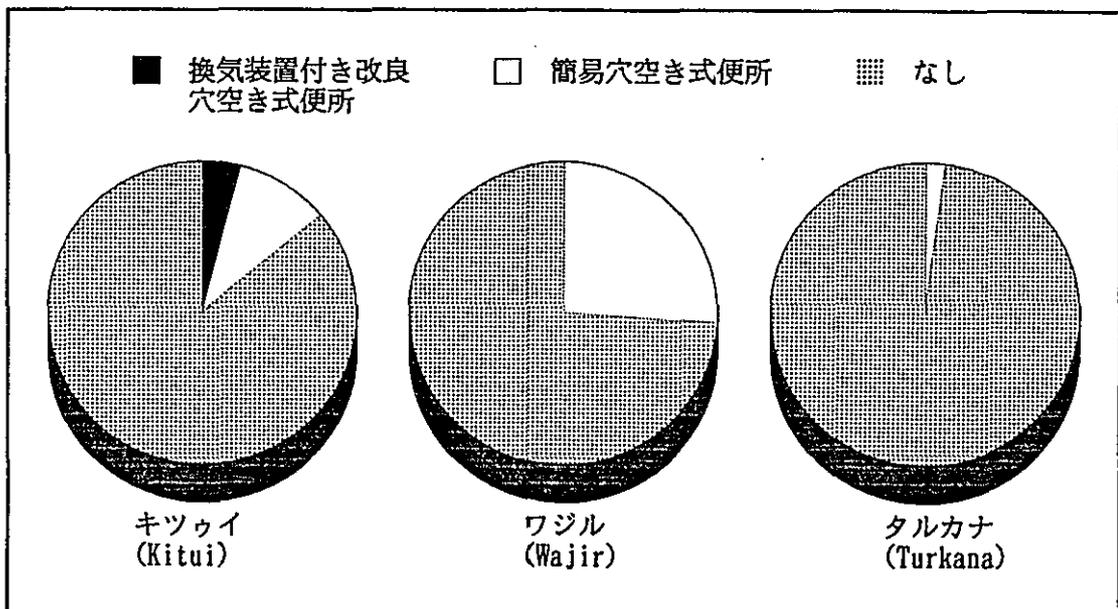
出典： UNICEF 1992年, P. 89

図20 洪水多発地域におけるし尿処理方法 (%)



出典：UNICEF 1992年, P. 90

図21 乾燥・半乾燥地域におけるし尿処理方法 (%)



出典：UNICEF 1992年, P. 90

資料

バマコ・イニシアティブ

1988年に開始されたバマコ・イニシアティブの目的は、「地域の（保健プログラム）運営能力の強化、及び地域住民が保健に支出している資金のいくらかを獲得することによって公共セクターの保健・医療提供システムを再活性化すること」である（UNICEF 1992年）。

途上国において、医薬品購入のための回転資金及びコミュニティ管理の保健センターも、ともに小規模ながら長年存在してきたが、バマコ・イニシアティブの特徴は、これらをアフリカ及びその他の低所得国で、大規模に展開する試みを実施している点である。このイニシアティブは、2つの前提に基づいている。一つは、公共機関の行政能力が脆弱な多くの低所得国では、トップダウンの保健改革を補うために、コミュニティによるボトムアップの行動の必要性が非常に高いということである。もう一つは、貧困家庭であっても、質の高い信頼できる保健サービスには進んで料金を支払うということである。

このイニシアティブのもとでは、保健センターまたは薬局を利用する地域住民は、医薬品を含め、外来診療の（低額）料金を支払うことになる。料金から得られる収入は、保健センターで保留され、地元で選出された委員会によって管理される。委員会は追加的な医薬品、保健ワーカーへの奨励金の支払い、及び他の諸改善のために、回転資金を通じて再投資する。政府及び供与国は保健センターが安価な一般薬の購入を支援し、このようにして保健センターでのサービスの費用当たり効果を高めている。

UNICEFなどは、バマコ・イニシアティブの成果を強調しているが、大規模な改革が維持できるかどうかはまだ不確実である。イニシアティブを実施している多くの保健センターでは、UNICEFやWHOの初期投資が行われ、今後これらの対外援助が終了してもプログラムを維持していけるかどうかは不明である。特に、利用料金によってもたらされた現地収入を、輸入医薬品の購入に必要な外国為替に替える際に問題が生じるであろう。また、回収率は、30～40%ほどに留まり、「コスト・シェアリング（費用の受益者一部負担）」という点では効果があるものの、本来の目的である「リボルディング・ファンド（回転資金）」創立という観点からは、成果をあげているとは言いがたい。さらに、都市及び農村の貧困家庭による負担という、民間からの保健医療の資金調達を奨励することは、政府が保健制度の抜本的改革、特に三次医療の大規模病院からより基礎的なサービスに対する公的資源の再分配への取り組みを政府が怠ることにつながる恐れも指摘されている。

（参考：World Development Report 1993, The World Bank）

