

K

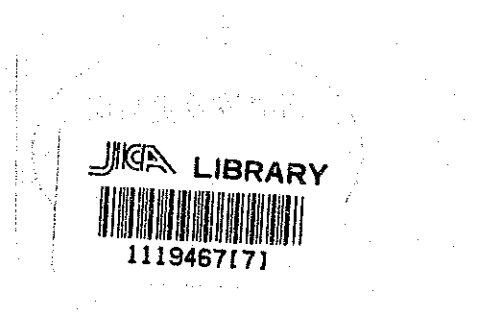
7-10
A4S

国別医療協力ファイル
エテイオピア

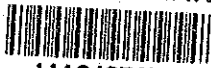
R406
90.7
MCA

LIBRARY

K



JICA LIBRARY



1119467(7)

国際協力事業団

27837

国別医療協力ファイル

エティオピア

国際協力事業団

医療協力部

目 次

目 次	i
表目次	iv
図目次	vi
略語表	vii
本書のデータ取り扱いについて	x i
エチオピア全図	x iii
旧エチオピア行政区分図	x iv
第1編 国別概況	1
1-1 エチオピア概況	1
1-1-1 国土の概要	4
1-1-2 民族・宗教	4
1-1-3 政治	4
1-1-4 経済・社会	5
1-1-5 教育	5
1-1-6 開発と女性	9
1-1-7 環境	9
1-1-8 その他、エチオピアの特筆すべき問題	10
1-2 一般行政と国家開発計画	12
1-2-1 中央および地方一般行政組織	12
1-2-2 国家開発計画の概要	16
第1編参考資料	19
第2編 衛生行政	20
2-1 中央衛生行政と保健医療計画	20
2-1-1 保健省の機構	20
2-1-2 保健医療システム	22
2-1-3 保健医療システムの障害	24
2-1-4 政府の基本政策	24
2-1-5 緊急復興再建計画（ERRP）における保健政策	25
2-1-6 保健医療予算	26
第2編参考資料	28
第3編 保健・医療事情	29
3-1 保健指標	29
3-2 人口問題	30

3-2-1	全国総人口	30
3-2-2	年齢別人口	30
3-2-3	性比	31
3-2-4	地域別人口／都市化率	32
3-2-5	結婚／出生／住宅	34
3-2-6	死亡	35
3-3	疾病・死亡	36
3-3-1	疾病・死亡の一般概況	36
3-3-2	疾病・各論	38
3-3-3	栄養失調	44
3-3-4	難民キャンプにおける保健医療	49
3-4	対策	52
3-4-1	予防接種拡充プログラム（EPI）	52
3-4-2	下痢症対策（CDD）	54
3-4-3	急性呼吸器感染症（ARI）対策	55
3-4-4	その他の母子保健対策	56
3-4-5	母子保健対策実施上の問題点	57
3-4-6	結核対策	57
3-4-7	エイズ対策	59
3-4-8	その他の感染症対策	60
3-4-9	人口対策	60
3-5	保健医療サービスの利用	64
3-5-1	保健医療サービスの利用状況	64
3-5-2	伝統的医療	66
3-6	医療保険制度	66
3-7	労働衛生	66
3-8	環境衛生	67
3-8-1	安全な水へのアクセス	67
3-8-2	衛生施設の普及	69
3-8-3	水／衛生部門の開発	69
3-9	医療従事者	70
3-9-1	医療従事者の種類と数	70
3-9-2	医療従事者の分布	74
3-9-3	医療従事者の養成	74
3-9-4	医療従事者の問題点	76
3-10	医療施設	77
3-10-1	医療施設の種類と数	77
3-10-2	医療施設の分布	78
3-10-3	病床	79
3-10-4	医療施設の質	80

3-11	救急医療システム	80
3-12	医薬品・医療器具・衛生材料	81
3-12-1	現況	81
3-12-2	医薬品の供給と配給	81
3-12-3	医薬品の安全・品質管理	82
3-12-4	医薬品行政と関連プログラム	83
3-13	主要試験研究機関	86
3-13-1	国立保健研究所(National Research Institute for Health:NR I H)	86
3-13-2	国立栄養研究所(Ethiopian Nutritional Institute)	88
3-14	医療情報システム	90
3-14-1	保健管理情報システム	90
	第3編参考資料	91
第4編	保健医療協力	94
4-1	協力要請機構	94
4-1-1	援助要請手続き	94
4-2	わが国を除く諸外国、国際機関、NGOの協力動向	95
4-2-1	国際機関	99
4-2-2	主要先進国の動向	106
4-2-3	NGOs	109
4-3	わが国の協力状況	111
4-3-1	わが国の援助動向	111
4-3-2	有償資金協力	113
4-3-3	無償資金協力	113
4-3-4	技術協力	114
	第4編参考資料	115
付属資料	1. エチオピア女性の保健指標	116
	2. 保健省新旧組織図(英文)	117
	3. 子供の死亡をもたらす社会構造	118
	4. 医療従事者の養成機関	119
	5. 州別病院リスト	120
	6. UNP Aが支援するプロジェクト一覧	122
	7. 1989/90 年度特別プログラムによる年齢別主要疾病の分布	123

表 目 次

表1-1	エティオピア国概況	1
1-2	エティオピア国経済指標	2
1-3	エティオピア略史	3
1-4	教育概況	6
1-5	エティオピアの森林資源（1980年代後半）	10
1-6	地方T G Eの組織	14
2-1	ヘルスセンターとその監督機関の距離	24
2-2	保健省予算の用途別内訳の比率	27
3-1	エティオピア保健基本指標	29
3-2	性比の経年変化	32
3-3	年齢群別女性の既婚率	34
3-4	年齢群別女性の子供の数	34
3-5	年齢別死亡率	35
3-6	病院およびヘルスセンターにおける外来患者の内訳(1989/90年)	36
3-7	病院入院の原因となる主要疾病	37
3-8	病院における主要死因(1986/87年)	38
3-9	1989/90年度 特別プログラムによる年齢別主要10疾病の分布	38
3-10	結核の形態別患者数	39
3-11	1993年における伝染病報告数	44
3-12	州別難民人口と帰還難民数(1993年)	49
3-13	1993年難民キャンプにおける主要死亡原因	51
3-14	1993年難民キャンプにおける主要疾患	51
3-15	1993年難民キャンプにおける予防接種をうけた子供の数 (1993年1～9月間)	51
3-16	エティオピアにおける予防接種率	52
3-17	E P I への各機関の付託(1993年)	53
3-18	E P I プロジェクト予算(1994～99年)	54
3-19	下痢症対策を行う医療従事者数	55
3-20	エイズ予防プロモーションプロジェクト予算	60
3-21	避妊具の供給	62
3-22	病院－ヘルスセンター別に見た外来患者の数(1990年)	64
3-23	病院における入院日数別入院患者の数(1990年)	65
3-24	地方部における水の利用状況	68
3-25	2 国間/多国間援助機関およびNGOによって供給された 水/衛生部門施設数(地方部:1986～90年)	69
3-26	水/衛生部門に対する2 国間、多国間/援助額の内訳(1986～90年)	70

表3-27	医療従事者の種類と数	71
3-28	医療従事者数対人口比	72
3-29	医療従事者の都市部配置の割合(1986/87年)	74
3-30	医学校別、医師および薬剤師の養成将来計画	75
3-31	タイプ別医療施設の数	77
3-32	医療施設の州別分布(1988/89年)	79
3-33	病床の規模別にみた病院数(1986/87年)	80
3-34	医薬品販売店数の推移	82
3-35	保健予算に占める医薬品予算	86
3-36	国立保健研究所予算の内訳	87
3-37	国立栄養研究所医学/栄養学局、コミュニティ栄養学局で進行中の プロジェクト一覧(1993年)	89
3-38	国立栄養研究所の予算収支(1993年)	89
4-1	対エチオピア政府開発援助額の推移	96
4-2	保健分野における主要援助国/国際機関の活動一覧(1/2)	97
	保健分野における主要援助国/国際機関の活動一覧(1/2)	98
4-3	1983~1987年におけるUNICEFの資金援助内訳	99
4-4	分野別UNICEF活動(1993年)	100
4-5	"MASTER PLAN OF OPERATIONS 1994 ~1999" のプロジェクトリスト	101
4-6	UNHCRによる保健医療分野の支援	103
4-7	UNFPAの分野別予算配分カントリー・プログラム(1987~92年)	103
4-8	WHOの対エチオピア技術協力予算	105
4-9	1993年時点においてSIDAが支援する保健医療分野プログラム	108
4-10	保健医療分野で活動するNGOの数	110
4-11	CRDAの予算	111
4-12	保健医療分野で活動を行う主要NGO	112
4-13	わが国の対エチオピアODA実績	113
4-14	保健分野におけるわが国の対エチオピア援助実績(無償資金協力)	113
4-15	わが国の技術協力援助累計	114
4-16	保健分野におけるわが国の対エチオピア援助実績 (プロジェクト方式技術協力)	114

目 次

図1-1	アジス・アベバにおける降水量・平均気温	7
1-2	エチオピアの降水分布	7
1-3	GDPの推移	8
1-4	輸出入の変化	8
1-5	アジス・アベバにおける卸売物価指数	8
1-6	エチオピア国内における人の移動	11
1-7	新エチオピア州行政区分図（上）と民族分布（下）	13
1-8	エチオピア政府組織図 1993年	15
2-1	エチオピア保健省組織図（新：1994年）	21
2-2	エチオピア保健省組織図（旧）	21
2-3	保健サービス供給システム	23
2-4	保健医療予算の推移と国家予算全体に占める割合	26
2-5	政府分野別予算配分比	27
2-6	政府保健医療予算の目的別分配比(1991/1992年度)	27
3-1	エチオピア人口の将来像	30
3-2	エチオピア国の人口ピラミッド（1994年）	31
3-3	標高別人口分布	33
3-4	年齢別出生率の推移	35
3-5	マラリア汚染地域図	40
3-6	エイズ患者数の年次推移	42
3-7	食料生産量の推移	45
3-8	低体重児出現率のアフリカ国別比較	48
3-9	低体重児の分布	48
3-10	結核対策プログラム行政組織図（旧保健省組織）	58
3-11	避妊法の内訳	61
3-12	病院およびヘルスセンターにおける外来患者数の推移	65
3-13	医療サービスに対する人口の州別比較	73
3-14	エチオピアにおける医師養成課程	76
3-15	医療施設数の推移	77
3-16	医薬品輸入の推移	82
3-17	医薬品予算の施設別分配比	85
3-18	医薬品予算の将来計画	85
4-1	援助形態別ODA実質	95
4-2	対エチオピア政府開発援助の目的分野別構成（1992年）	96
4-3	UNFPAが支援するプロジェクトの実行機関	104

略語表

AIDS	エイズ（後天性免疫不全症候群） Acquired Immuno-Deficiency Syndrome
ARI	急性呼吸器感染症 Acute Respiratory Infection
BHN	Basic Human Needs
CDD	下痢症対策 Control of Diarrhoeal Diseases
CEC	Commission of the European Communities
CHAs	Community Health Agents
CHPs	Community Health Posts
CRDA	Christian Relief and Development Association (NGO)
CSA	エチオピア中央統計局 Central Statistical Authority
DGIS	Development Agency of the Netherland Government
DPT	3種混合ワクチン（ジフテリア、百日咳、破傷風） Diphtheria/Pertussis/Tetanus
EEC	European Economic Community
ENDP	Ethiopian National Drugs Programme
ENI	Ethiopian Nutrition Institute
EPHARM	Ethiopian Pharmaceutical Manufacturing
EPHARMECOR	Ethiopian Pharmaceutical and Medical Supplies Cooperation

EPI	予防接種拡充プログラム Expanded Programme on Immunization
EPRD	エチオピア人民革命民主戦線 Ethiopian People's Revolutionary Democratic Front
FGAE	Family Guidance Association of Ethiopia (NGO)
HC	Health Center
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immuno-Deficiency Virus
HS	Health Station
IEC	情報、教育、コミュニケーション Information, Education and Communication
IUD	Intra-Uterine Device
MCH	母子保健 Maternal and Child Care
MOH	エチオピア保健省 Ministry of Health
NGO	非政府機関 Non-Governmental Organization
NOP	National Office of Population
NPA	National Program of Action for Children and Women
ODA	政府開発援助 Official Development Assistance

OECD	経済協力開発機構 Organization for Economic Cooperation and Development
ORT/OR S	経口補水療法／経口補水塩 Oral Rehydration Therapy / Oral Rehydration Salts
PHC	プライマリーヘルスケア Primary Health Care
RRC	難民救済復興委員会 Relief and Rehabilitation Commission
SIDA	Swedish International Development Agency
SSA	サハラ以南のアフリカ諸国 Sub-Saharan Africa
STDs	性行為感染症 Sexually Transmitted Disease(s)
TBA s	Traditional Birth Attendants
TGE	エチオピア暫定政府 Transitional Government of Ethiopia
TT1	第一回破傷風ワクチン One Dose of Tetanus Toxoid Vaccine
TT2	第二回破傷風ワクチン Two Doses of Tetanus Toxoid Vaccine
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Program

UNESCO	ユネスコ（国連教育科学文化機関） United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	国連人口基金 United Nations Fund for Population Activities
UNHCR	国連難民高等弁務官事務所 United Nations High Commission for Refugees
UNICEF	ユニセフ（国連児童基金） United Nations Children's Fund
USAID	米国国際開発事業団 United States Agency for International Development
WFP	世界食糧計画 World Food Programme
WHO	世界保健機関 World Health Organization

本書のデータ取扱について

【エリトリアの扱いについて】

・1993年5月、エリトリアはエチオピアから独立した。ただし本ファイルで使用した統計資料は、その調査の殆どが独立前に実施されたものであるため文中特記してない限りエリトリアを含む数字である。

・1987年における主要なエリトリア州の保健指標は下記のとおりである。比較して医療水準の高い同州の独立の結果、エチオピアの保健指標はベッド数あたりの人口をはじめ若干の悪化を示している。

エリトリア独立にともなうエチオピア保健指標の変化

	エリトリア州を含むエチオピア	エリトリア州	エリトリア州を除いたエチオピア
面積 ¹⁾	122万 1,879km ²	9万 3,679km ²	112万 8,200km ²
人口 ¹⁾	5,861万人	350万人	5,511万人
医療従事者 ²⁾			
医師	920人	78人	842人
看護師	2,825人	221人	2,584人
ヘルプスタッフ	9,195人	735人	8,460人
医療施設 ²⁾			
病院	87施設	15施設	72施設
ヘルプセンター			
ベッド数	11,545ベッド	2,449ベッド	9,096ベッド
人口/ベッド	4,015人/ベッド	1,165人/ベッド	4,7893人/ベッド

¹⁾ 『最新世界現勢』 1994 平凡社

²⁾ Comprehensive Health Service Directory 1986/87, MOH, 1988

【頻繁な組織の変更】

・エチオピアでは過去20年間にわたり組織および行政地区の変更が多数行われている（州区分ではこの間14、16、30、14、10とその数を変えている）。この結果データ収集の母集団が頻繁に変わり、経年的なデータの比較がむずかしくなった。たとえば、州別人口や医療従事者の数は州の変更により以前のデータの比較はできない。本文書で扱うデータは調査時の行政区に従い原典のまま使用している。

・また民族主義に基づいた最新行政区分では1994年現在、いまだ州名が決まっていない州が現状では番号で呼ばれており、本書もこれにしたがった（新旧の州構成は第1編P13および付属資料に示した）。

・1991年以後、市場経済制導入にむけた構造調整が進められている。各省の統廃合、民営化は日毎進められており、組織はその移行期の中にあり現体制の形態がどのようになっているのか混乱状態にある。組織改革が計画段階にあるのか実施されたのか役人でも意見が異なるケースが多く、本書においては援助機関の聞き取りや提供資料を利用している。

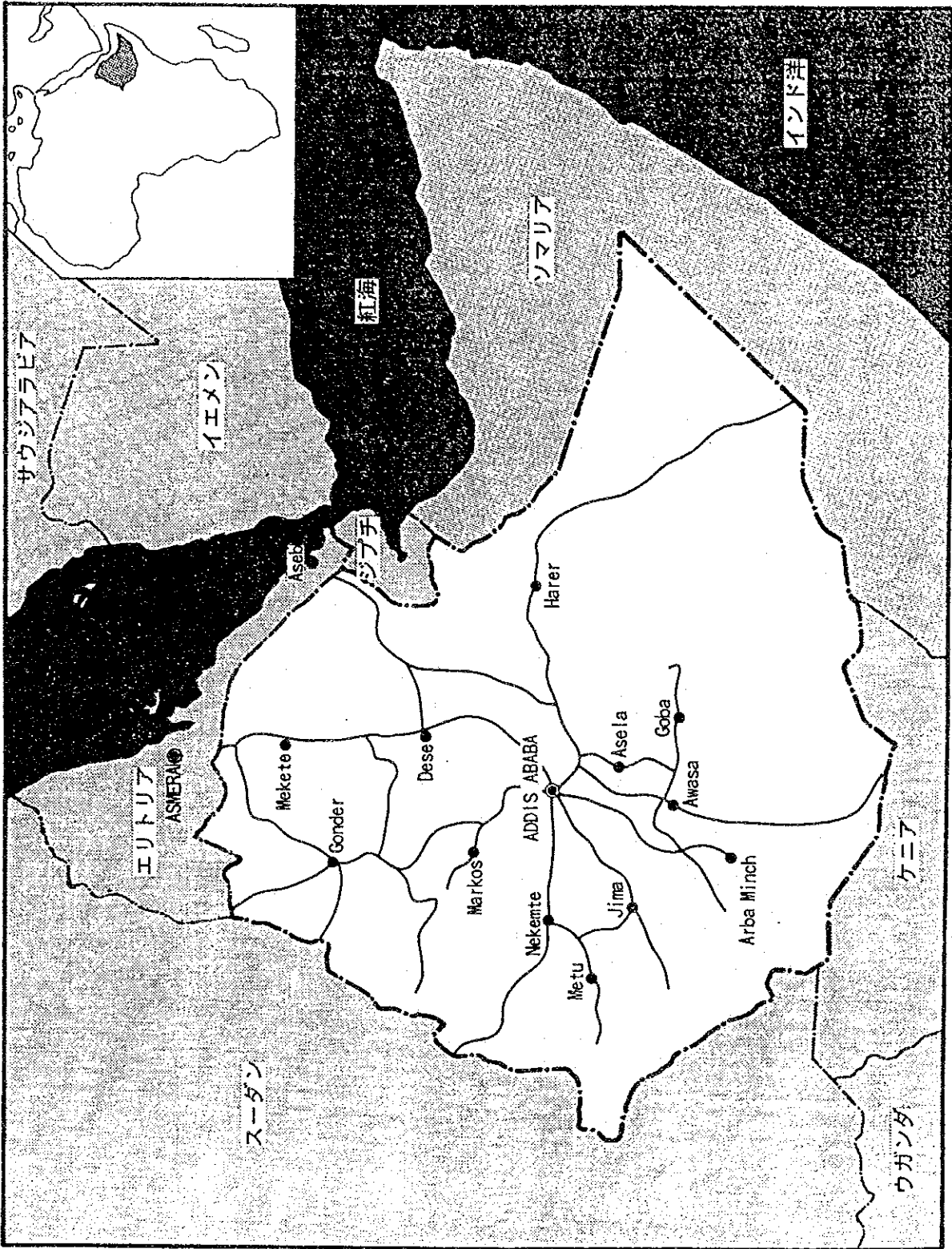
【全国レベルの調査の難しさ】

・エチオピアは1991年5月に停戦が合意されるまで、30年にもおよぶ内戦やソマリアとの対外戦争を続けてきた。このような状況のなか危険な戦闘地域での調査は不可能であり、全国レベルの調査はこれまで極めて困難な状況にあった。1984年に行われたエチオピア初の人口センサスについても一部地域では行われずこの地区を推定値で扱っている。

【少ない統計資料／整合性を欠く統計値】

・医療サービス（施設や従事者）に関する統計で保健省から勤められた統計“COMPREHENSIVE HEALTH SERVICE DIRECTORY”などは1986/87年度のもので、政治経済の大きな変革期にある同国では統計値と現状に大きな差があると考えられる。

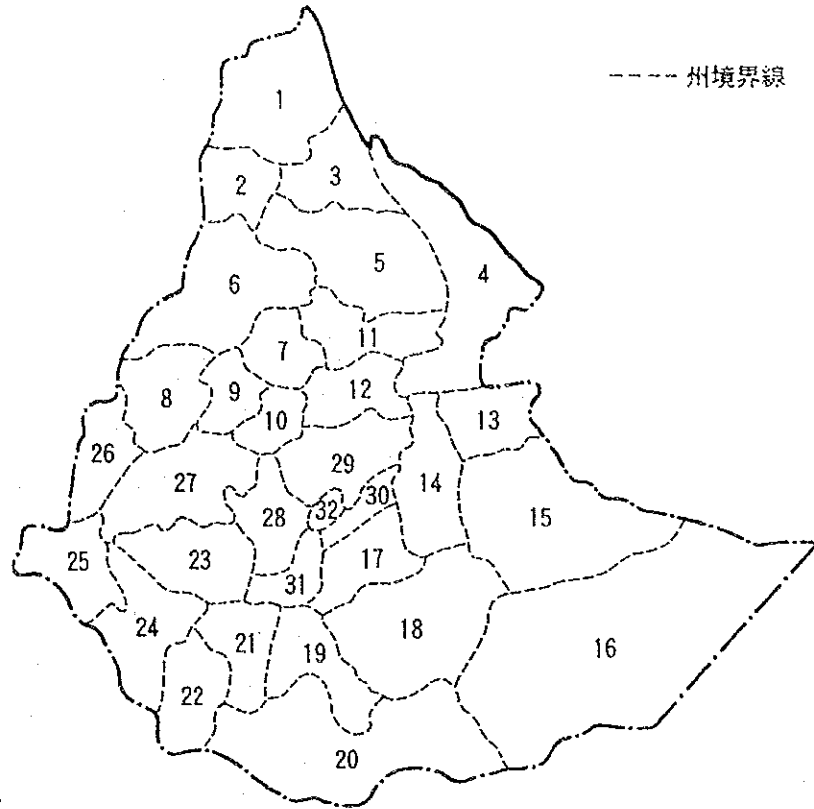
・統計数値は調査機関、発行機関で異なり、特にエチオピア国では多い。このため本報告書においても同一事項について述べながら統計値が異なる部分がある。



エチオピア全図

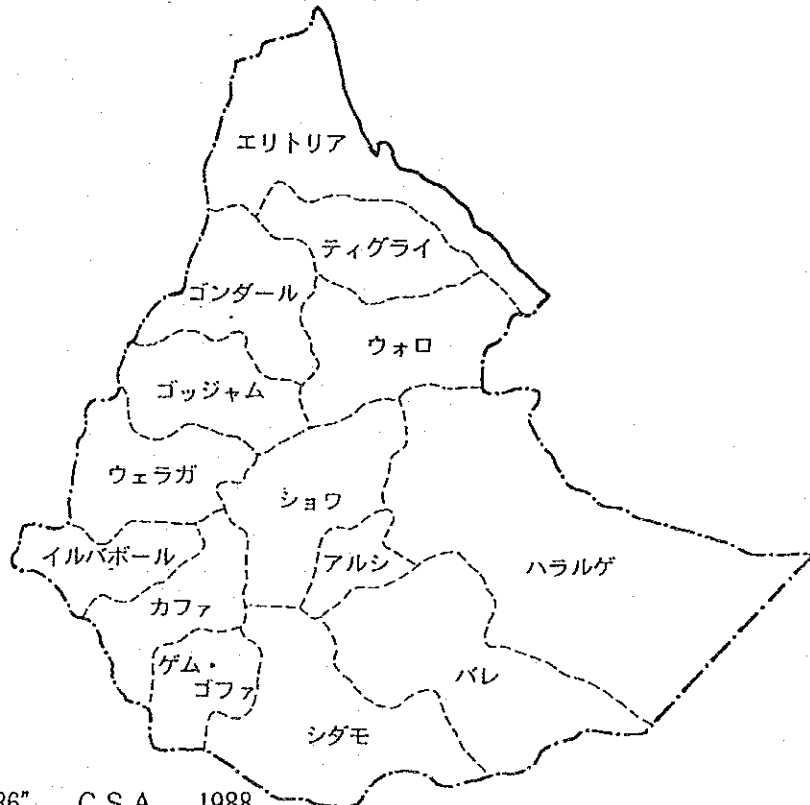
- 1 North Eritrea 北エリトリア
- 2 West Eritrea 西エリトリア
- 3 South Eritrea 南エリトリア
- 4 Asab アッサブ
- 5 Tigray ティグライ
- 6 North Gonder 北ゴンダール
- 7 South Gonder 南ゴンダール
- 8 Meterel メタカアル
- 9 West Gojam 西ゴッジャム
- 10 East Gojam 東ゴッジャム
- 11 North Wollo 北ウォロ
- 12 South Wollo 南ウォロ
- 13 Dire Dawa ディレダワ
- 14 West Hararghe 西ハラルゲ
- 15 East Hararghe 東ハラルゲ
- 16 Ogaden オガデン
- 17 Ars アルシ
- 18 Bale バレ
- 19 Sidamo シダモ
- 20 Borena ボロナ
- 21 North Omo 北オモ
- 22 South Omo 南オモ
- 23 Ilubabor イルバボール
- 24 Keffa カファ
- 25 Gambela ガンベラ
- 26 Asossa アソサ
- 27 Wellega ウェラガ
- 28 West Shewa 西ショワ
- 29 North Shewa 北ショワ
- 30 East Shewa 東ショワ
- 31 South Shewa 南ショワ
- 32 Addis Ababa アディスアベバ

旧エチオピア行政区分図 1



出所：援助地図 エチオピア
国際協力事業団 1989：4 ページ

旧エチオピア行政区分図 2



出所：“Statistical Abstract 1986”, C S A, 1988

第 1 編 国別概況

1-1 エチオピア概況

表1-1 エチオピア国概況

①正式国名	(和文) エチオピア (英文) Ethiopia
②独立年月日 旧宗主国	1935～41年イタリアによる占領を受ける。
③政体	暫定政権 (1991年7月～)
④元首の名称	メレス・ゼナウィ 暫定大統領 (1991年7月5日指名、任期2年)
⑤位置・面積 ⁽¹⁾	北緯3度～18度 統計33度～48度 122万3,000平方キロメートル
⑥首都	アジス・アベバ Addis Ababa
⑦総人口	5,280万人 (1991年)
⑧民族等	ハム・セム混血系、ハム系、バンテウー系
⑨公用語	アムハラ語、英語
⑩宗教	イスラム教 (45%)、コプト教 (40%)、その他
⑪教育	義務教育 7～13歳までの6年間 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 (6年) : 28% (1989～90年) (女児24%) 中等教育 (2年) : 15% (1989～90年) (女児12%) 高等教育 (4年) : 1% (1989～90年) (女児N.A.) 小学校の教師1人当たりに対する生徒の割合 : 48人 (1970年) ⇔ 36人 (1990年) 成人の非識字率 : 34% (1990年) (女性N.A.)
⑫暦	日本との時差 - 6時間

⁽¹⁾ : エリトリアを除く数値

出所 : 「国別協力情報ファイル エチオピア」 国際協力事業団 1993 1ページ

表1-2 エチオピア国経済指標

1) 主要経済指標 の推移	年	(1989)	(1990)	(1991)
	G D P (百万ブル)		12.421	12.533
一人当たりGNP (ドル)		120	120	120
GNP実質成長率 (%)		1.6	-0.4	-6.0
消費者物価上昇率 (%)		7.8	5.2	35.7
失 業 率 (%)		N. A.	N. A.	N. A.
貿 易 (百万ドル)		貿易収支 : -610.4 (1990) 輸出額 : 301.7 (1990) 輸出相手国 : F17(15.3%)(1991) 輸入額 : -912.1 輸入相手国 : 緬(20.6%)(1991)		
経 常 収 支 (百万ドル)		-137.1	-284.1	N. A.
対外債務残高 (百万ドル)		3,013	3,250	3,475
債 務 返 済 比 率 (%)		38.7	33.0	18.6
外貨準備高 (百万ドル)		123	55	106
2) 通 貨 (1995年2月28日)	通貨単位 : ブル (Birr) = 100セント (Cent) 1ドル = 2.07ブル ⁽¹⁾			
3) 会計年度	7月8日～7月7日			

(1) : 東銀経済四季報 1995 冬

出所 : 「国別情報ファイル」 国際協力事業団 1993 12ページ

表 1-3 エチオピア略史

	1960年	1970年	1980年	1990年
社 会 ・ 政 治 動 向	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1961年 エリトリア州の武装放棄 (アフリカでは最も長い内戦となる) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1971 協力隊派遣取決め 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1974年 帝政の崩壊と社会主義宣言 ・ 1975年 チグレ州分離独立運動 ・ 1975年 主要企業公営化および農地の国有化 ・ 1977-78年 オガデン戦争 (88年停戦) ・ 1979年 文盲解消キャンペーン 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1991年 メンギスツ社会主義政権の崩壊とTCEの発足 ・ 1992年 経済再建復興計画合意 ・ 1992年 構造調整計画合意 ・ 1993年5月 エリトリア独立
保 健 ・ 医 療 動 向	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1966 FGAEが最初の家族計画開始 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1973年 UNFPA活動開始 ・ 1974年 干ばつで20万人死亡 ・ 1977-80年 北部を中心に大規模な干ばつ ・ 1978年 アルマアタ宣言 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1980年 EPI開始 ・ 1984-87年 干ばつで200万人死亡 ・ 1984年 第1回人口センサス 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1993年 国家保健政策 ・ 1993年 国家医薬品政策 ・ 1993年 国家人口政策 ・ 1993年 USAID、アジス・アベバに事務所開設 ・ 1994年 第2回人口センサス

1-1-1 国土の概要

アフリカの角 (Horn of Africa) に位置する国で、スーダン、ケニア、ジブチ、ソマリア、そして新生エリトリアに国境を接する。エリトリアの独立 (1993年) で海岸線を失い内陸国となった。国土面積は 112万 8,200平方キロメートル (エリトリアを除く) で日本の約3倍。自然環境的に国土は、コラ (Kolla) と呼ばれる標高 1,500メートル以下の低地帯、ヴィナ・デガと呼ばれる1,500~2,000メートル地帯およびデガと呼ばれる 2,000メートル以上の高地帯の3つに分けられる。低地帯は面積で国土の60パーセントを占めるが、高温・乾燥の過酷な環境のため人口では4パーセントを占めるにすぎない。国土の大半は熱帯域に属し、10月から翌5月までの乾期と6月から9月の雨期に大別されるが、降水量は南部低地帯の200ミリから西部高原地帯の2,000ミリまで大きな差がある (図1-1、2)。

1-1-2 民族・宗教

民族を言語の違いから区別した場合、エチオピア国内の民族は 100以上にのぼる。セム系のアムハラ人 (Ethio-Semitic) は人口の30パーセントを占めると同時に、同国の政治経済的に優勢な部族で国土の中央高原を中心に居住している。アムハラ人はメネリク II世の時代にエチオピア南部地域に進出して行政官や地主となり、革命で地主制が廃止されるまで長い歴史のなか支配民族となってきた。アムハラ人の言語であるアムハラ語はエチオピア帝国時代の公用語で、現在でも役所で広く使われている。

アムハラ人が支配民族であったのに対し、クシ系のオロモ語族は人口比が一番高い (40パーセント) にもかかわらず、歴史のなかではその多くが被支配階級である小作農家であった。第3位は北部高原地帯に居住するティグレ語族 (Ethio-Semitic) で人口の12~15パーセントを占める (エチオピアの民族分布についてはP13の図1-7を参照)。

国民の約50パーセントはコプト・キリスト教のエチオピア正教会に属しており、特にアムハラ族とティグレ族の間に信仰がみられる。一方、イスラム教はオロモ語族を中心に約40パーセントの国民から信仰を集めている。エチオピア正教会 (コプト教) は、これまで農村社会に生きてきたエチオピア人の生活を規定してきた規範として重要な役割をもってきた。その教義はキリスト単性論と土着の信仰が融合したもので、社会階層を固定する要素が強い点ではインドのカースト制に通じるものがある。この伝統的なコプトの教義は、現在もエチオピア女性の社会進出や家族計画などの大きな障害となっており、保健衛生部門の近代化を困難にしている。

1-1-3 政治

エチオピアの政情は近年大きな変化の中にある。1974年皇帝ハイレ・セラシェの退位、皇帝制の廃止の後メンギスツ大統領は、マルクス・レーニン社会主義を進め農地公有化や協同組合の設立、企業の国有化政策などを行うが、エリトリアをはじめとする内戦に多大

な投資を行い、経済の弱体化を招いた。1990年同大統領は社会主義の失敗を認め、一党独裁制の放棄、市場経済導入など大きな転換を決めたが、1991年反政府ゲリラの攻勢により、18年におよぶ独裁政治に終止符が打たれた。

メンギスツ政権崩壊後は、新憲法の制定、国民選挙までの移行期間としてメレス・ゼナウィを暫定大統領とする暫定政府(Transitional Government of Ethiopia, TGE)が発足している。暫定政府は、新憲法の草案準備を進めるとともに諸部族の融和のもとに、数々の民主化政策を発表している。しかし、1992年6月に行われた地方選挙では、オモロ開放戦線(OLF)やその他野党のボイコットが行われた他、暫定政府の重要課題であり1993年に予定されていた新憲法制定が大幅に遅れているなど政治的課題は多い。

なお、1993年5月25日にはエリトリアがエチオピアから独立、同9月には友好協定が締結されている。

1-1-4 経済・社会

エチオピアは、世銀の推計で1人あたりのGNPが110ドル(1992年値)。1981~91年のGDP成長率は1.7パーセントであり、これは人口増加(3.1パーセント)を大きく下回っている。貧困人口は2,400万人とされ、その大半が地方に居住する。

国民の85パーセントが農業に従事する農業国で、GDPの45パーセント、輸出の約90パーセントを同部門が占めるが、その成長率は1981~91年で年0.9パーセントと低い。輸出は約64パーセントをコーヒーが占め、次いで皮革、豆、砂糖類、石油製品等の割合が大きい。資本財、燃料、食糧等の輸入の増加により貿易収支・経常収支とも赤字基調が続いている。また度重なる干ばつの発生により食糧不足は深刻化している。また峻険な国土は交通、通信の発達を妨げ、開発の障害になっている。

暫定政府の経済政策は、社会主義時代に中央政府に集中した生産、流通、小売機能の脱中央化と民間部門の拡大を目標にしており、公共部門の見直し、投資法の制定等経済自由化の措置が講じられている。この間、経済改革のための世銀・IMFとの協議も順調に進展し、1992年9月構造調整計画を受入れ、公共料金の改定、金利の是正等改革を進展させている。

1-1-5 教育

エチオピアの学制は6年間の初等教育、2年間の前期中等教育、4年間の後期中等教育および高等教育に分かれている。前期および後期中等教育は日本の中学、高校にあたり専門学校等は後期中等教育に含まれる。教育施設は、小学校5,213校、中学校と高校を合わせた中等教育施設が833校あり、高等教育ではアジス・アベバ大学、アスマラ大学およびアラマヤ農業大学の他、数校のカレッジがある。

就学率は、1989~90年において初等教育で28パーセント、中等教育15パーセント、高等教育1パーセントとなっている。これは特に教育の普及が遅れているサハラ以南のアフリ

カ諸国の平均（同46パーセント、17パーセント、2パーセント）と比較しても極めて遅れた状態といえる。さらに中途退学率は非常に高く、初等教育では50～60パーセントの児童が6年間の課程を終了していない。教員数は不足しているものの、小学校で80年の33,322人から、88年の65,993人に増加し、この結果教師1人当たりに対する生徒の割合も70年の48人から90年の36人へと改善されつつある。

エチオピアの教育政策は、前政権がマルクス社会主義に基づいた教育政策をとったことから現在、自由主義に基づいた教育指導方針への転換という課題を抱える。しかし、貧困に加え長期化した内戦の結果、小学校就学率の伸びは、高まる人口増加率を下回っており1991年には成長率-17.8パーセントを記録するなど教育改革は容易ではない。また戦災による教育施設の破壊は683施設にもおよんでいることから教育施設の再建は急務となっている。都市と地方の格差も大きく、地方では学校数が少ないだけでなく、小学生の20パーセントが片道5キロメートル以上の通学を強いられている。また家族保健の改善に必要な女性への教育普及が遅れているなど課題は多い。

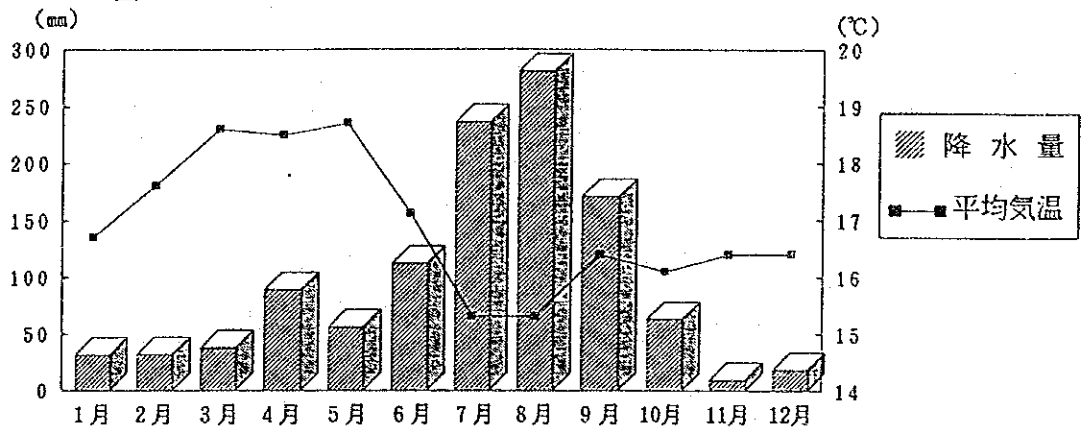
同国では、前政権時代1979年から大々的な文盲解消キャンペーンを展開、10歳以上の男女でアムハラ語が読めない国民を対象に、新たに設置された教育センター（アジス・アベバでは3,934ヵ所）での授業が行われた。この結果、1981年には非識字率は30パーセントまで下がったといわれる。しかし同キャンペーンは資金の不足から長くは続かず、現在エチオピアの識字率は男性33パーセント、女性では16パーセントと世界でも最低の水準にある。特に地方部における女性の非識字率は90～95パーセントともいわれる。女性の識字率は家族保健の水準に大きな関連があることが知られている。同国の子供の死亡の改善の遅れには、この様な女性の死亡の非識字率の高さが背景にあり、保健プロジェクトの大きな障害になっている。

表1-4 教育概況

義務教育	7～13歳までの6年間
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 (6年) : 28% (1989～90年) (女子 24%) 中等(前) (2年) : 15% (1989～90年) (女子 12%) 中等(後) (4年) : 1% (1989～90年) (女子 N.A.)
小学校の教師 /生徒の比	(小学校の教師1人当たりに対する生徒の割合) 48人 (1970年) 36人 (1990年)

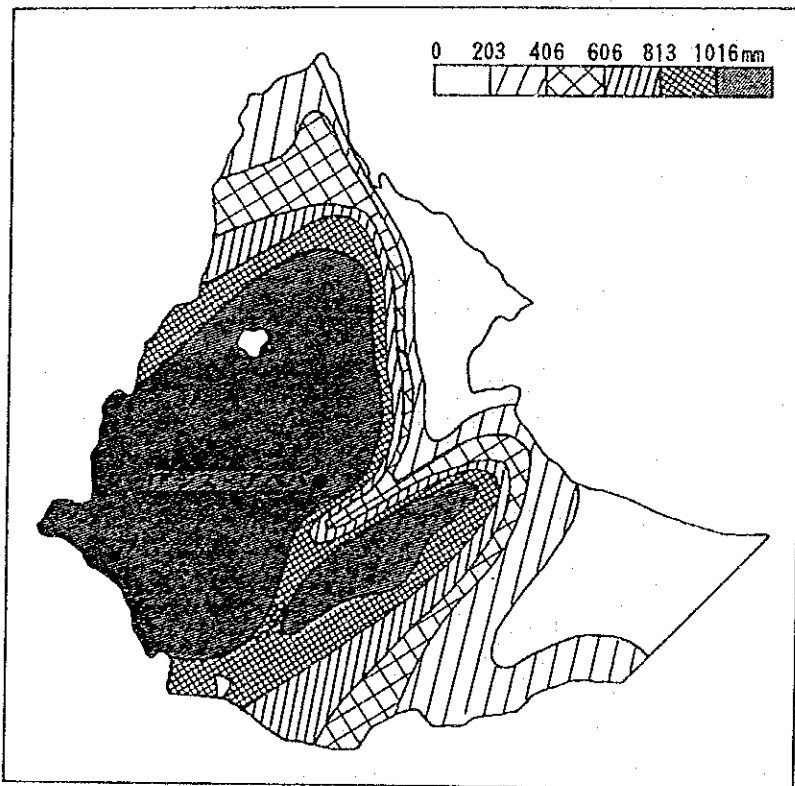
出所：「国別情報ファイル エチオピア」 国際協力事業団 1993 2032ページ

図1-1 アジス・アベバにおける降水量・平均気温

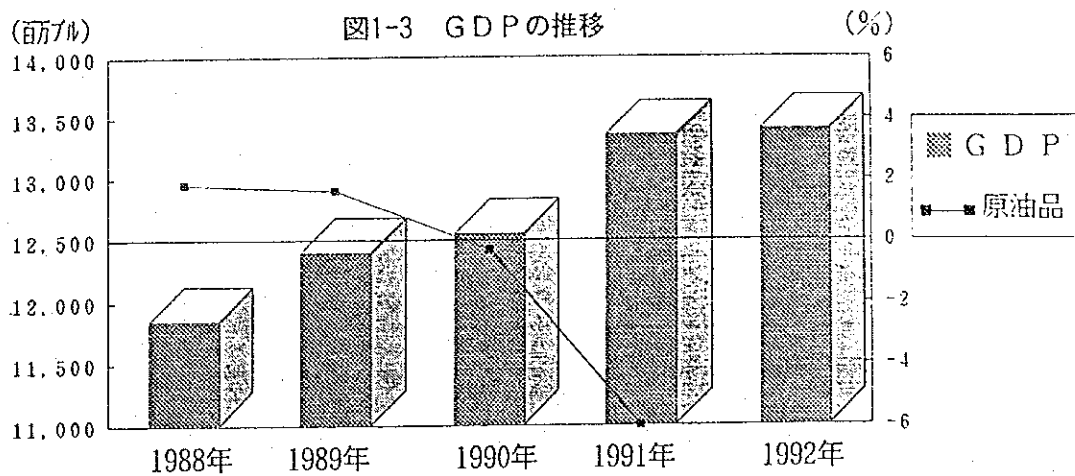


出所：理科年表より作図

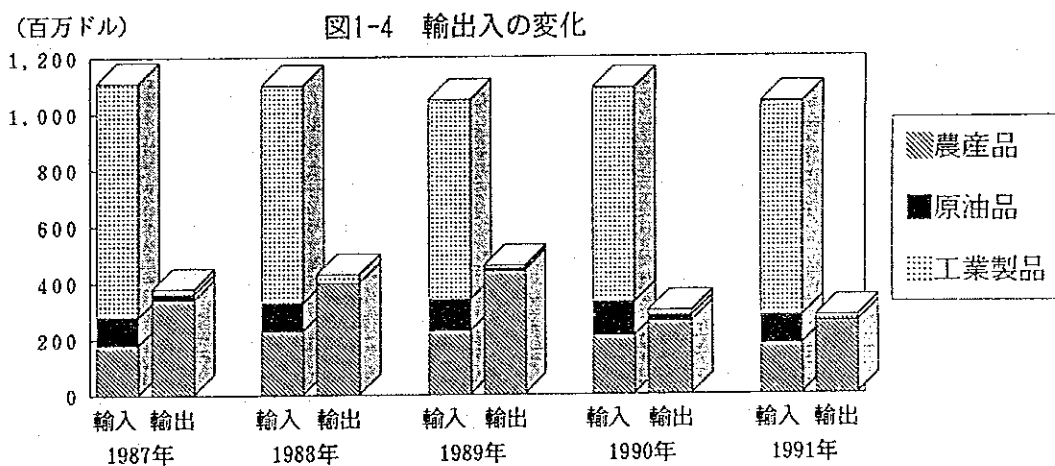
図1-2 エチオピアの降水分布



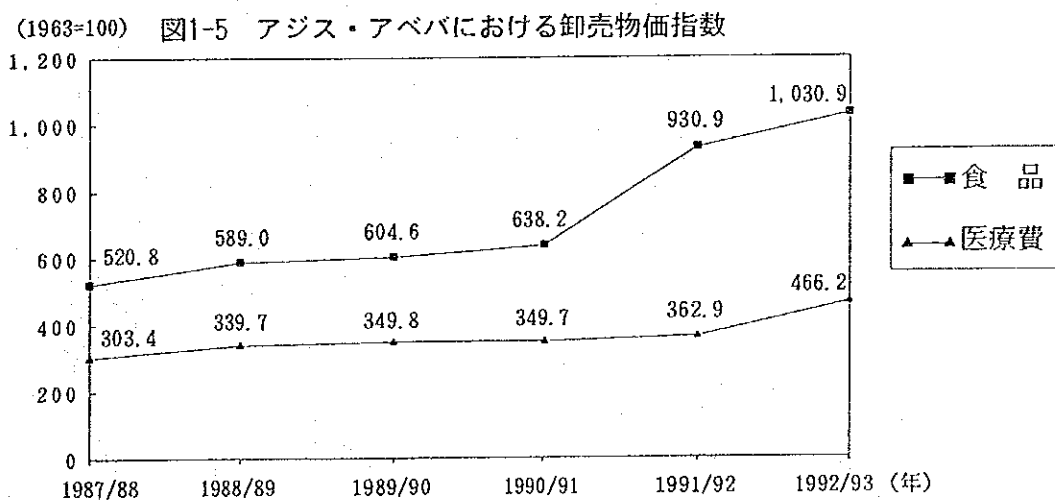
出所：「開発途上国国別経済協力シリーズ エチオピア」 APIC 1994 3ページ



出所：「国別情報ファイル」 1993 国際協力事業団 2025ページ



出所：「国別情報ファイル」 1993 国際協力事業団 2025ページ



出所：「開発途上国別経済協力シリーズ エチオピア」 APIC 1994 より作図

1-1-6 開発と女性

エチオピア女性に関する社会指標を見ると、女性の識字率（対男性比48パーセント）、初等・中等就学率（対男性比65パーセント、71パーセント）は共に男性より低い水準である。また女性の社会・経済活動に参加する機会は男性の10分の1以下ともいわれる一方、水汲みや家事、農作業での労働時間は1日15～18時間におよぶ。

保健指標においても、1988年における妊産婦死亡率は出生10万あたり900と最貧国の平均740を大きく下回る。保健員の付き添う出産の割合は1983～92年の平均でわずか11パーセントにすぎず、また避妊法の普及も4パーセントと低い。

エチオピアの農村女性の生活・社会環境は特に悪く、健康に対する負荷が大きい生活環境に置かれている。出生時平均余命は41歳と先進国平均の80歳と比べれば約半分である。生活における水汲み、農作業や薪拾いなどの重労働は女性の仕事である上、社会における地位の不安定等は女性の状態に大きな影響を与えている。1974年の革命後も、農村女性の生活は改善されず識字率は7パーセントと低い。女性の結婚年齢は低く、10代の結婚は全体の55パーセントにおよぶことから、女性の就学、社会進出に大きな障害をもたらしている。また、1人あたりの平均出産数が7人と多いことに加え、58パーセントの女性が出産時になんらかの保健サービスを受けずに出産するため、農村部における妊産婦死亡は1,000人あたり20人と世界最低の水準にある。また妊娠した女性は牛乳・肉・卵などを食することが許されないなどの伝統的習慣により、女性の健康が阻害を受けるケースもある（女性の健康の障害となる伝統的習慣については付属資料参照）。女性の社会における地位は伝統的に低く、社会活動へのアクセスが皆無に近いことも女性の生活向上の大きな障害となっている。

1-1-7 環境

エチオピアでは近年20年間で人口が約2倍に増加している。この結果農業、牧畜、森林伐採の増加等をもたらし、環境破壊は急激に進行している。また長期化した内戦が、国の自然管理能力を目覚ましく減退させたことも大きな要因である。

エチオピアでは、現在年間3,900万立方メートル（88,000ヘクタール）の木材が伐採されており、このうちの95パーセントは薪や炭など燃料として消費されている。この伐採量は持続可能な生産量をはるかに超えており（年間の植林面積は13,000ヘクタール）、このため同国では年間75,000ヘクタールの割合で森林の減少がおきている。エチオピアは過去に全土の40パーセントが森林に覆われていたにもかかわらず、現在は10分の1までに減少している。特に国土の森林の87パーセントが集中する高原地帯では、環境破壊は深刻な状態にあり、標高1,500～3,400メートル地帯にあたるヴィナ・デガの森林は以前の1パーセントにまで減退している。森林破壊は表土の流出を増加させ、土地の草地化や亜砂漠化を引き起し、結果として農業生産の低下を引き起こしている。エチオピアの利用不能な土地の23パーセントは、環境破壊による人災と考えられている。

環境破壊による影響を最も強く受けるのは、社会的地位の低い女性や子供である。森林の後退は女性の薪集めや水汲みをさらに重い労働にしており、直接的・間接的に女性自身および子供の健康に影響を与えている。また入手可能な水量の減少は家庭内の衛生環境の低下を引き起こしている。エチオピアでは、これまで土地の耕作権が不安定で土地改良や植林による恩恵を誰が受けるのか不明確であった。このことは環境保全作業の遅れの大きな要因の1つである。

表1-5 エチオピアの森林資源（1980年代後半）

森林面積		
閉鎖林	4,350.0	(単位：1,000 ha)
開放林	22,800.0	
合計	27,150.0	
伐採面積		
閉鎖林	8.0	
開放林	80.0	
合計	88.0	
平均年間植林面積	13.0	
純森林喪失面積	75.0	

出所：“Ethiopia Population and Development”，NOP，1994

1-1-8 その他、エチオピアの特筆すべき問題

1-1-8-1 飢餓問題

エチオピアは過去20年間に慢性的ともいえる多数の干ばつに見舞われている。特にひどかったのは帝政時代の1972～74年、革命後では1977～80年、1982～85年の干ばつで、エリトリア、ウォロ、ティグレなどの北部州を中心に、数百万人の飢餓難民が発生している。飢餓発生はこれら干ばつを機会に表面化しているものの、同時に飢餓の拡大には以下の政治的問題が大きな原因となったことが指摘されている。

- (1) 大多数を占める小農の生活を無視した帝政時代の農業政策
- (2) 飢餓の初期段階における政府支援の遅れ
- (3) 革命政府の土地国有化政策による農民たちの生産意欲の減退
- (4) 20年以上も続いたエリトリアとオガデンの2つの戦争による農業生産の低下

特に戦争と飢餓の関係は強く、徴兵や避難により農業の労働生産性が低下しただけでなく、軍需用トラックの徴発により飢餓難民用の援助食糧が輸送されない事態が生じている。また国家予算の30～50パーセントにもおよんだ防衛費予算は他の社会福祉予算を大きく減退させている。エチオピアでは1991年に一応の内戦終結をみたものの、RRCでは93年

現在においても6～700万人が895.5千トンの食糧援助を必要としていると発表している。また近年では、森林伐採や表土流出など環境破壊による農業資源への影響が深刻化し、新たな問題となっている。

1-1-8-2 民族の移動/難民/孤児

エチオピアでは1984～87年にかけて発生した大干ばつにより北部ウォロを中心に、約200万人にもものぼる死者を出している。政府はこの対策として再定住計画を策定、雨の少ないエリトリア、ティグレ、ウォロの北部3州から雨の多い西部のウォロガ州、西南部のイルバボール、カファの各州に150万人規模の移住を図った。またメンギスツ前政権時代には多数の政治難民、戦災難民が隣国スーダンやソマリアに逃げ込んでいる。

1991年、政権交代とともにこれらエチオピア難民が帰還を始め、その数はソマリアから45万人、スーダンから35万人に達している。加えてソマリア難民のエチオピア流入などにより、現在エチオピア国内の難民は100万人に近いと考えられている。また内戦終了とともに40万人の軍人が退役、その多くが行き場を失った状態にある。

退役軍人や帰還難民の多くはアジス・アベバに集中、同市の衛生環境の悪化に拍車をかけている。

また、1984～87年の干ばつ、内戦は25万人の子供をホームレスにしている。現在も首都アジス・アベバを中心に約10万のストリートチルドレンがいると推測されている。このうち何らかの援助を受けている孤児は約半数の5万4千人にすぎない。また、保健省では2,000年までに15万人のエイズ孤児が発生すると予測している。

図1-6 エチオピア国内における人の移動

(単位：人)



出所：“Population and Housing Census of Ethiopia 1984”.

Office of the Population and Housing Census Commission, 1987 248ページ

1-2 一般行政と国家開発計画

1-2-1 中央および地方一般行政組織

1-2-1-1 中央行政

1991年5月に前政権を崩壊させたエチオピア人民革命民主戦線（EPRDF）は、88年にティグレ、アムハラ、オロモの3部族がそれぞれ組織した部族開放戦線の連合体である。EPRDFは、1991年7月にこれら各部族組織および政治組織から代表者を招集、代表議会を開きエチオピア暫定政府（TGE）の発足を決めた。TGEは87名からなる上記代表議会（Council of Representatives）と内閣（Council of Ministers）からなり、前者は立法機関として、後者は最高行政機関として機能する。行政府には大統領、首相以下、20の大臣で構成される。司法制度も暫定制度のもとに行われており、帝政時代から継承されている欧米式、4段階の司法組織が形成されている。

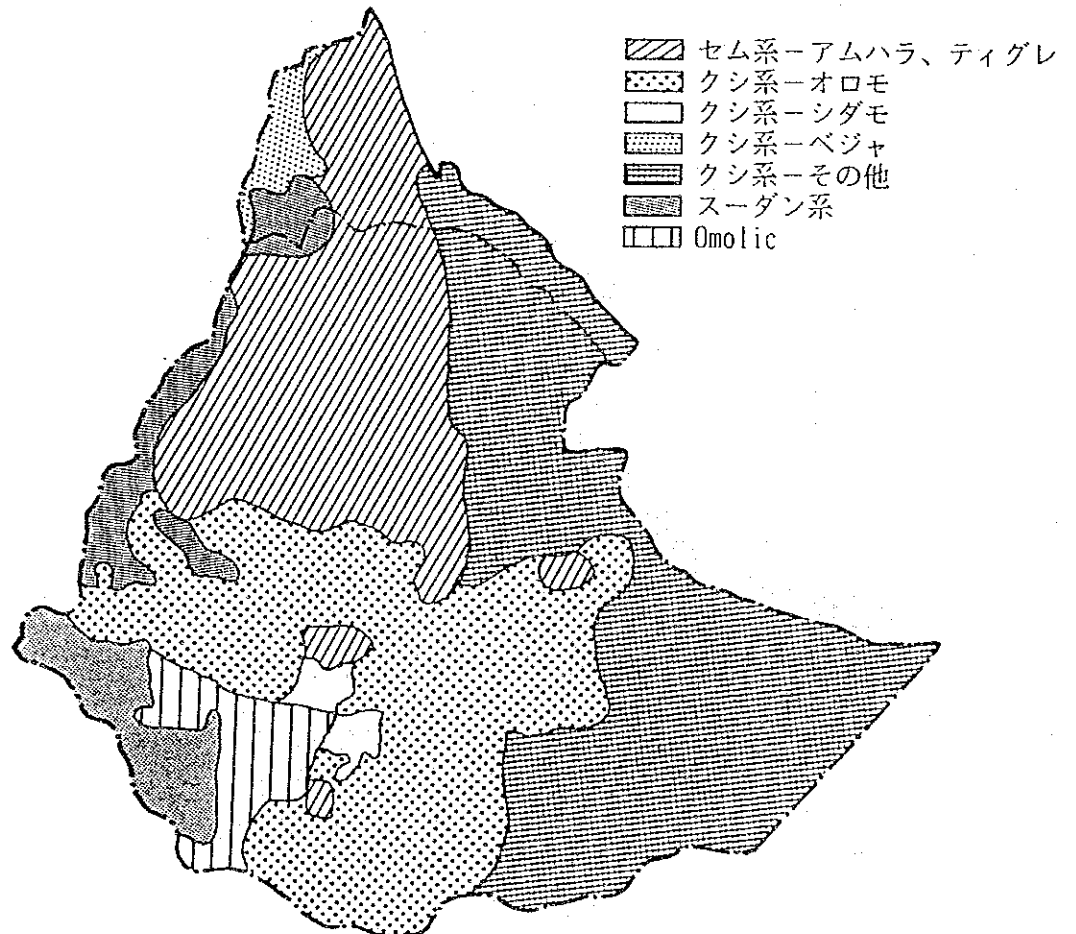
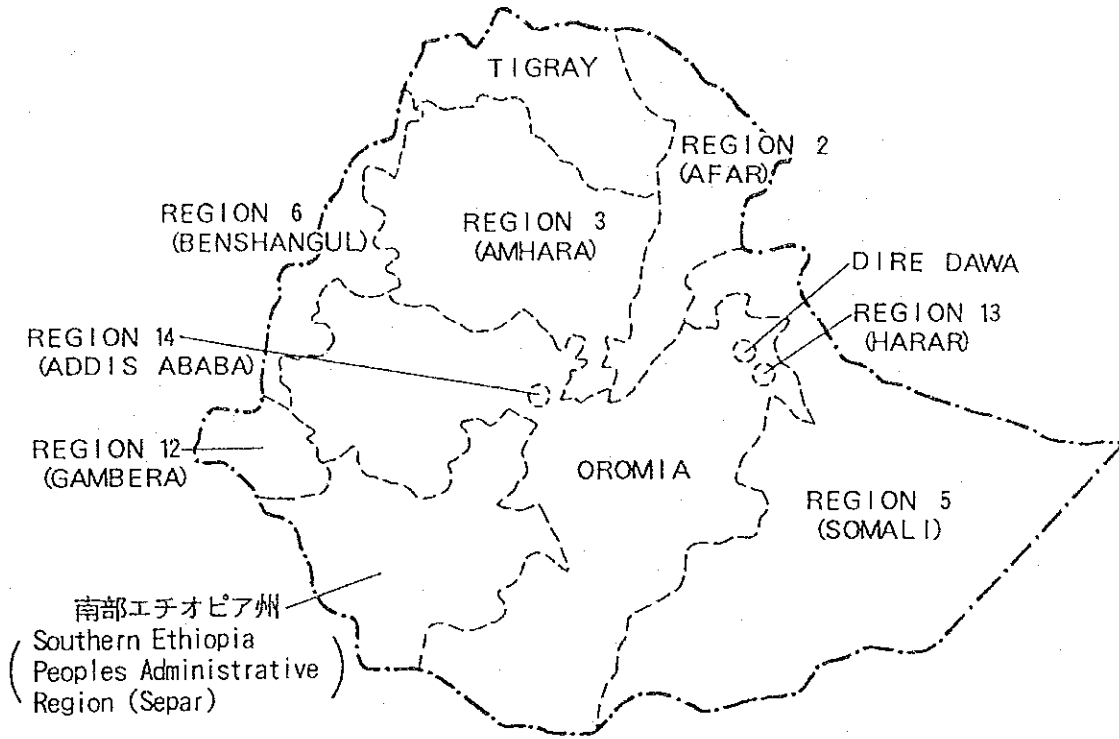
TGEは現在民族主義を導入すると共に地方政府に強い自治権を与える目的で、州の再編を進めており、民族分布に基づく14州（Region）、56県（Zone）および地方行政単位である647ウォレダ（Woreda、区に相当）を設置した（図1-7に新しい州構成行政区図と民族分布を示した）。また12の民族自治州と2つの特別区からなる14州は、今後10州に減らす予定である。現在、構造調整プログラムおよび市場経済体制に向けて、行政機構改革が進められており、各省の統廃合、国営企業の民主化が進められている。図1-8に1993年10月時における行政組織図を示した。

1-2-1-2 地方行政

地方行政は地方TGEおよび地方政府からなり、前者は立法機関として、後者は執行機関としての機能を持つ。中央政府であるTGEは各州に強い自治権を与え、連合国家の形態を模索している。しかし州政府はTGEの下部機関であり、現在のところ国防、外交政策、通貨発行、緊急宣言等の決定権はもたない。

地方行政区はウォレダを基本単位にゾーン、州の序列で構成される。行政区は現在、エリトリアを除く全国を12の民族自治区（州）と2つの特別区の計14に分け、選挙により地方政府の議長を選出済み（1992年6月）である。民族自治区はティグレ、アファール、アムハラ、オロモ、ソマリのほか、小数部族の自治区が7区ある。特別区はハラール、アジス・アベバである。中央政府は民主化政策の一環として、地方分権化を進めている。

図1-7 新エチオピア州行政区分図（上）と民族分布（下）



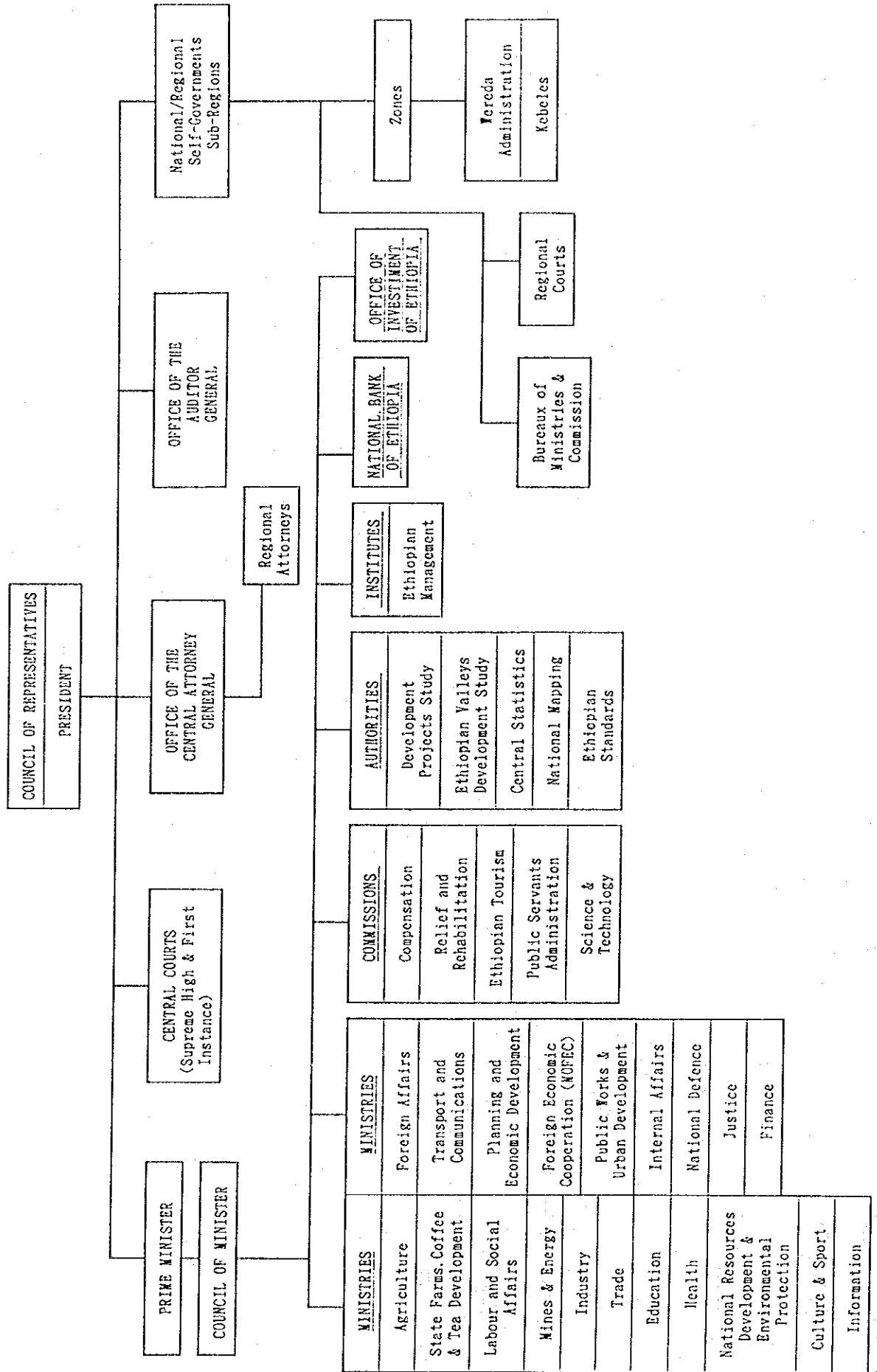
出所：「開発途上国国別経済協力シリーズ エチオピア」 APIC 1994 4ページ

表1-6 地方TGEの組織

National/Regional Council	(州議会)
National/Regional Executive Committee	(州執行委員会)
Judicial Organ	(司法委員会)
Public Prosecution Office	(公訴局)
Audit and Control Office	(会計監査局)
Service and Development Office	(サービス・開発局)

出所："A Situation Report 1993". UNICEF

図1-8 エチオピア政府組織図 1993年



出所：保健省提供資料

1-2-2 国家開発計画の概要

1-2-2-1 既往の開発計画

計 画 名	期 間	概 略
投資計画	1974年以降 各1年単位	不詳
経済開発 キャンペーン	1978年～ 1984年	緊急の経済社会問題の改善と基盤整備の再建を目指した。
10ヵ年計画展望 計画	1984～ 1993年	同上修正後策定される。 中心目標は、国家の統制、生活水準の改善、天然資源の開発、生産力の向上である。当初、年成長率7.5パーセントを目標にしたが、投資は26億ドルのうち半分以上の14億ドルを外国援助に頼るものであった。
経済改革計画 (混合経済政策)	1990年～	中央計画経済から市場経済に重点を置いた混合経済体制への転換を宣言。民間投資規制の緩和、政府の穀物買い付け価格の引き上げ等が行われるが1991年5月政権崩壊に伴い消滅。
新経済政策	1991年～	暫定政府による暫定期間中の経済政策。おおむね前政権の経済改革計画と同じ。農地は従来どおり国有だが農地の使用权、農産物の自由売買が認められる。

出所：「国別情報ファイル エチオピア」 国際協力事業団 1993

「発展途上国国別協力シリーズ エチオピア」 APIC 1994 より作成

(1) 社会主義体制における開発計画

1974年から91年の間、前政権は社会主義戦略にもとづいて政治・経済・社会体制の発展を目指した。土地は国家保有とされ、1975年には工業生産や貿易・金融機関の主要72企業が国有化、中央計画政策の下で管理された。この間1978～84年には国家革命キャンペーン(National Revolutionary Development Campaign)、1984～94年には10ヵ年将来計画が策定され、社会主義生産戦略の拡大と国民の生活水準の向上が目指された。

後者ではGDP成長率 6.5パーセントと高い目標を設置したが、政府は計画を実行に移すだけの十分な外国援助を得ることができず（米国は1975年の米企業国営化に対しエチオピアに対する新たな開発援助を停止していた）、また民間活動を制限してきた政策の失敗が計画終了前に明らかとなった。

(2) 市場経済移行後の開発計画

旧メンギスツ社会主義政府は1990年、社会主義体制における経済開発の失敗を認め、新たに発表した経済改革計画（The 1990 Economic Reform Programme）により中央計画経済から市場経済への転換を図った。このなかで保健部門の目標はPHCに置かれ、医療サービスへのアクセス率50パーセントを目標に医療施設の建設および医療従事者の教育が計画された。同計画では保健分野に、5年間で3億7,200万ドルの投資が予定されたが、1991年5月に政権とともに崩壊している。1991年7月、政権を確立した暫定政府は経済改革に着手、同年11月、新経済政策を実施している。同政策の挙げる課題は以下のとおりとなっている。

- 1) 適切な財政政策と資源配分
- 2) 人的・物的インフラ整備
- 3) 資本集約型から労働集約型への転換、中小企業振興
- 4) 農業・農村開発とりわけ小農支援
- 5) 既存の生産能力、農村労働力の活用
- 6) 国際収支ボトルネックの解消
- 7) 輸出振興
- 8) 失業者救済（雇用創出、公共事業）

また、政府はIMF・世銀と政策骨格調書（Policy Framework Paper）を締結し、1992年からエチオピアはアフリカ援助特別計画のメンバーとなっている。

1-2-2-2 経済再建復興計画と構造調整計画

世銀は内戦により荒廃し、外貨も底をついたエチオピア経済建て直しのため、同国の国際収支支援として、総額6億7,000万ドルの経済再建復興計画（ERRP）を策定、1992年合意に達している。上記総額のうち、世銀は約2億3,000万ドル、ドナー諸国が約3億9,000万ドル、そしてエチオピア政府が約5,200万ドルを負担することになっており、保健を含めた12の分野で2年半にわたり支援が行われている。

また世銀・IMFは緊急援助的性格を有する上記ERRPと同時に同国の構造調整計画を策定、1992年暫定政府は同計画の受入れに合意している。同計画は市場経済の導入により、エチオピア経済の不均衡を矯正し、インフレなき持続可能な成長を目指している。同計画は次の3段階よりなる。

(1) 第1段階

経済の安定、緊縮的財政金融政策、為替レートの是正（1992年10月エチオピア通貨ブルはそれまでの1ドル2.07ブルから5ブルに切り下げられた。）

(2) 第2段階

構造改革（供給の創造、民間部門の参入のための法的および制度的枠組みの変更）

(3) 第3段階

国際競争力（第2段階の構造改革を強化し、財政部門、公共企業および公共サービスの改革に焦点をあてる。）

さらにエチオピア暫定政府は、約2,700万人といわれる貧困層の救済のためのセイフネット計画を検討している。具体的には公共部門の給与調整、解雇された公共企業の従業員に対する退職金の支払いおよび再雇用、都市部の貧困層を対象とした食糧・燃料・現金のクーポンの支給、労働集約的公共事業計画等が含まれる。

第 1 編 参考資料一覧

- ・ 国際協力事業団 「国別協力情報ファイル エチオピア」 国際協力事業団
- ・ 国際協力事業団 「任国情報 エチオピア」 国際協力事業団 1993
- ・ 国際協力推進協会 「開発途上国国別経済協力シリーズ エチオピア」 国際協力推進協会 1994
- ・ 山田一廣 「知っておきたいエチオピアの実情」 ほうぶ社 1992
- ・ E I U. Country Report 1993/94. E I U. 1994
- ・ G O E. "United Nations Conference on the least Development Countries 1990 Country Presentation". 1990
- ・ Prime Minister's Office, Women's Affairs Office. Profile of Ethiopian Women and Highlight of the National Policy on Ethiopian Women, 1993
- ・ U N I C E F. A SITUATION REPORT. U N I C E F. 1993

第2編 衛生行政

2-1 中央衛生行政と保健医療計画

2-1-1 保健省の機構

国レベルでの保健衛生行政は保健省 (Ministry of Health) が統括している。保健省は1994年現在機構改革中にある。これまで保健大臣および2人の副大臣の下10の担当局が設置されていた組織は、現在保健大臣の直接管轄下にある6局の他、6研究施設およびプログラム、1人に減った副大臣の下に7部局があり統合/新設が進められている。新機構における保健省の構成は以下のとおりである。

- | | |
|---|---------------------|
| (1) 保健大臣の直接管轄下にある部局 | |
| 1) Planning and Project Department | 計画/プロジェクト局 |
| 2) Women's Affairs Department | 女性関連局 |
| 3) Medico-Legal Service | 医療法律局 |
| 4) Public Relation Service | 社会関連局 |
| 5) Audit Service | 会計監査局 |
| 6) Management Training Service | 管理・訓練局 |
| (2) 保健大臣に報告義務を負う研究機関およびプログラム | |
| 1) National Research Institute of Health | 国立保健研究所 |
| 2) Ethiopian Nutrition Institute | エチオピア栄養研究所 |
| 3) Jima institute of Health Service | ジマ保健研究所 |
| 4) National Programme for Malaria Control and Other Vector Born Disease | マラリア/動物媒介感染症対策プログラム |
| 5) Health Learning Material Production & Distribution Center | 保健教材制作/供給センター |
| 6) Traditional Medicine Research Unit | 伝統医療研究室 |
| (3) 保健副大臣の管轄下にある部局 | |
| 1) Epidemiology and AIDS Control Department | 疫学/エイズ対策局 |
| 2) Family Health Department | 家族保健局 |
| 3) Environmental Health Department | 環境保健局 |
| 4) Health Institution Administration and Training Department | 医療施設管理/訓練局 |
| 5) Pharmacy and Traditional Medicine Department | 医薬品/伝統医療局 |
| 6) Administration and Finance Service | 管理/財務局 |
| 7) Office for TB/LEP | 結核/らい病室 |

図2-1 エチオピア保健省組織図 (新:1994年)

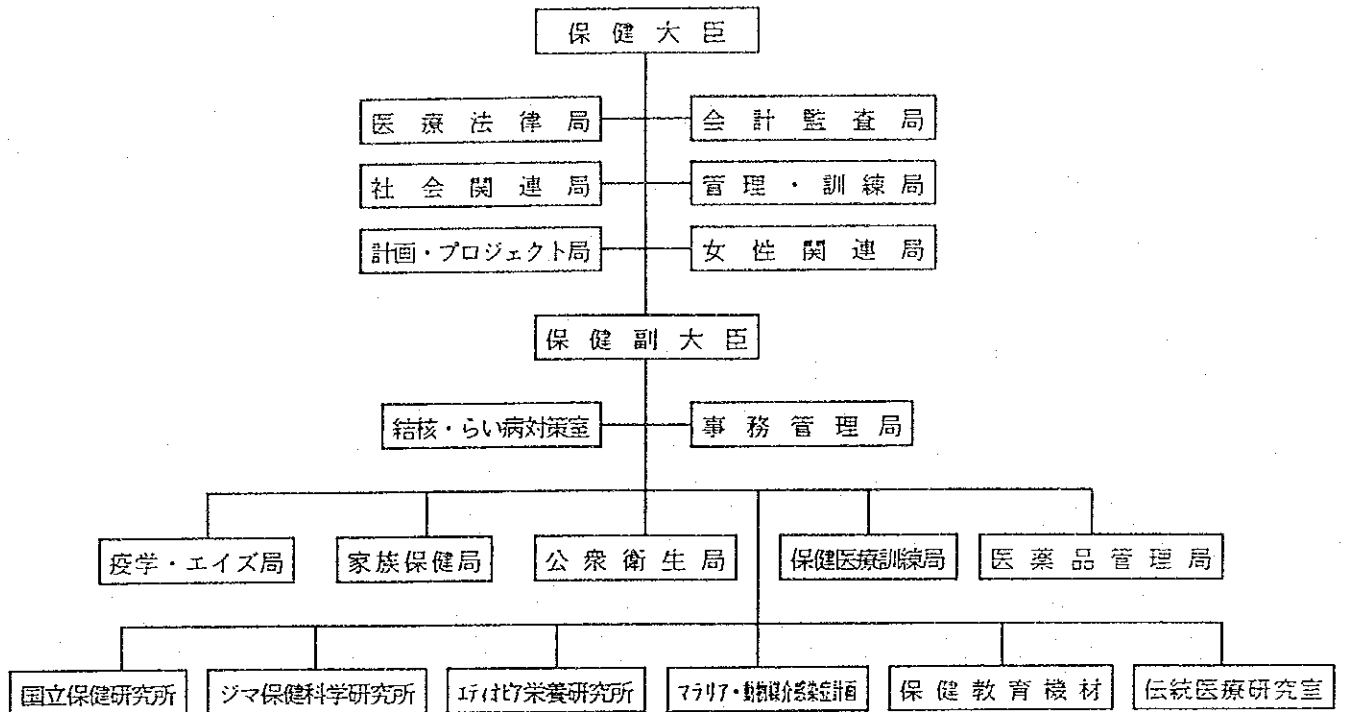
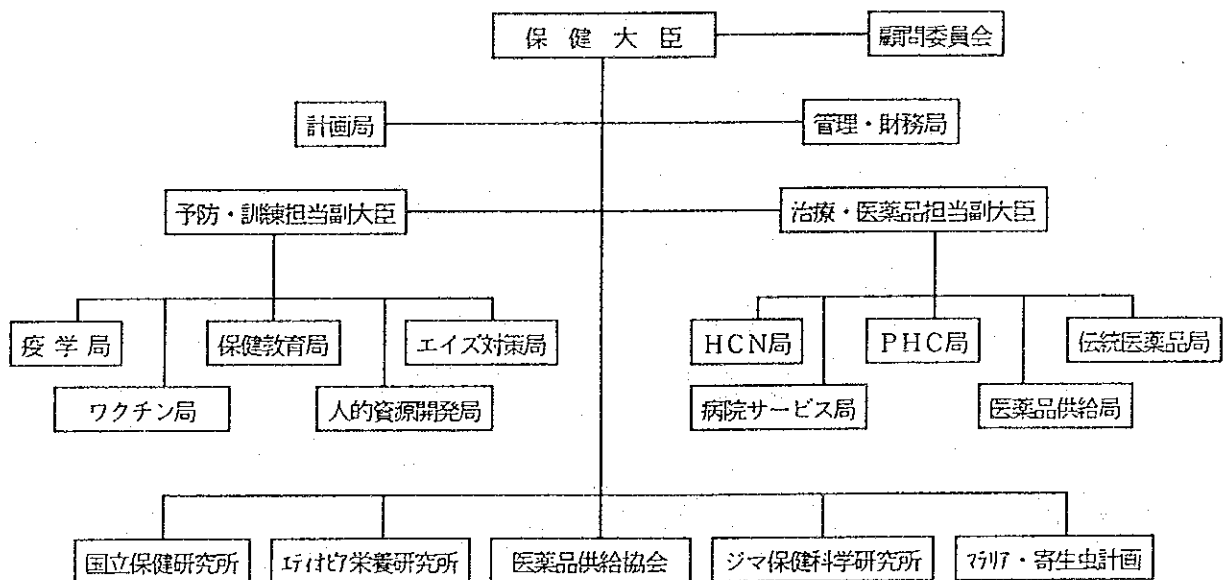


図2-2 エチオピア保健省組織図 (旧)



出所：保健省提供資料

2-1-2 保健医療システム

保健省は中央・州・地区のレベルから保健医療サービスを実施する各医療施設の監督・調整を行い、このため保健官 (Health Officer) が病院を中心に配置されている。エチオピアの保健医療サービスの供給システムは以下の 6 つのレベルからなる。

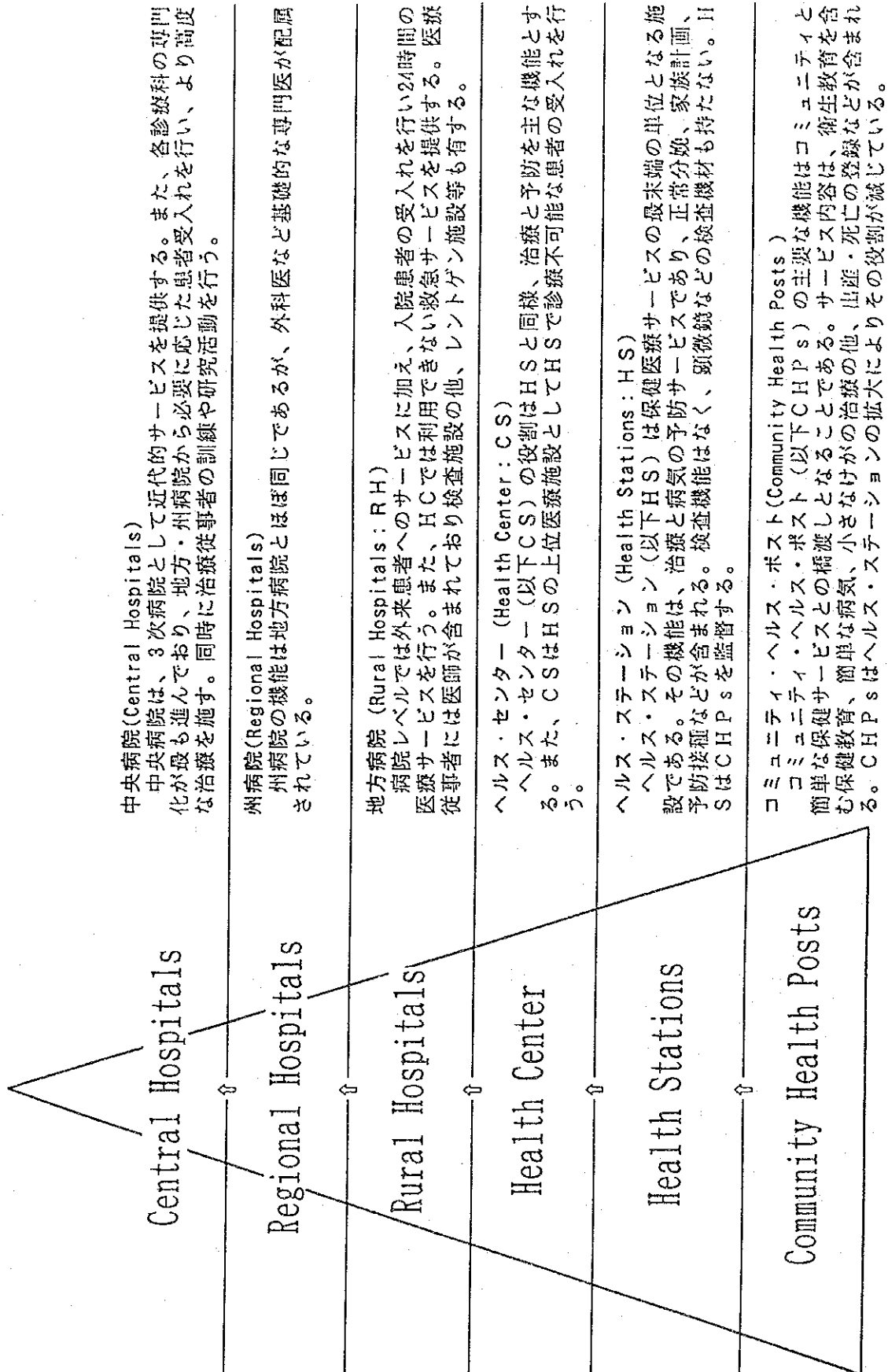
- (1) コミュニティー・ヘルス・ポスト (Community Health Posts, CHPs)
- (2) ヘルス・ステーション (Health Stations, HS)
- (3) ヘルス・センター (Health Center, HC)
- (4) 地方病院 (Rural Hospitals)
- (5) 州病院 (Regional Hospitals)
- (6) 中央病院 (Central Hospitals)

保健医療サービスの供給システムはコミュニティ・ヘルス・ポストから中央病院までピラミッド型の配置をとる (図2-3)。コミュニティ・ヘルス・ポストはヘルスワーカー (Community Health Workers) と伝統的産婆 (Traditional Birth Attendants) の両者を中心としたコミュニティにおける簡単な保健医療サービスである。保健サービスはこのコミュニティ・ヘルス・ポストを第一次医療に、より高度な治療を要する患者が下位施設から上位施設に紹介・転送する形で行われる。

具体的な活動としては、コミュニティ・ヘルス・ポストでは衛生教育を含む保健教育、簡単な病氣、小さなけがの治療の他、出産・死亡の登録などが含まれる。ヘルス・ステーション機能は治療と病気の予防サービスであり、正常分娩、家族計画、予防接種などが含まれる。ヘルス・ステーションのレベルでは検査機能はなく、顕微鏡などの検査機材も持たない。ヘルス・ステーションはコミュニティ・ヘルス・ポストの監督機関である。ヘルス・センターは、ヘルス・ステーションの上位医療施設としてヘルス・ステーションで診察不可能な患者の受入れを行う。

病院レベルでは外来患者へのサービスに加え、入院患者の受入れを行い24時間の医療サービスを行う。またヘルス・センターでは利用できない救急サービスを供給する。医療従事者には医師が含まれており、検査施設の他、レントゲン施設等を有する。州病院では、外科医など基礎的な専門医が配属されている。中央病院はさらに各診療科の専門化が最も進んでおり地方・州病院から必要に応じた患者受入れを行い、より高度な治療を施す。同時に医療従事者の訓練や研究活動を行う。

図2-3 保健サービス供給システム



2-1-3 保健医療システムの障害

保健医療サービスを実施する各医療施設の監督・調整の上で障害になるものとして交通手段の欠如が問題として指摘される。日本の3倍以上の広大な国土は急峻な山や谷に遮られ、地方の交通インフラは未整備の状態にある。医療施設の末端単位であるヘルス・ステーションの多くは主要道路から遠くはなれており、多くは雨期の間孤立した状態になる。地方医療施設の監督機関となる州保健局から50キロメートル離れたヘルス・ステーションは全体の3割にもおよぶ(表2-1)。一般にヘルス・ステーション、ヘルス・センターは車両を保有しておらず、また保健省の所有する車両の修理はアジス・アベバのみで行われるため、地方の保健局における車両のメンテナンスは容易ではない。このような監督機関と保健医療サービス供給の現場との距離は、施設の物資の不足や技術水準の低下を引き起こし、住民の利用度を下げている。

表2-1 ヘルスセンターとその監督機関の距離

距離	施設数	%
25km以内	853	42.2
25~49km	492	24.3
50~74km	308	15.2
75~99km	166	8.2
100~500km	192	9.5
不明	12	0.6

出所: "Comprehensive Health Service Directory 1988/89", MOH, 22ページ

2-1-4 政府の基本政策

1993年暫定政府は、同国の抱える保健医療問題の解決に向け、国家保健政策(National Health Policy of the Transitional Government)を発表した。民主化と脱中央化を基本理念にあげた同政策では、人口の85パーセントを占める地方人口をターゲットに、これまで中央に偏重していた医療行政機能と医療サービスの適切な再配分を目指している。また同様に人口分野に関しては、家族計画の強化や女性・乳幼児の死亡の抑制を内容とした国家人口政策(National Population Policy of Ethiopia 第3編 3-4-9の人口対策を参照)が、医薬品部門については国家医薬品政策(National Drug Policy of Ethiopia) (第3編 3-12の医薬品・医療器具・衛生材料を参照)が暫定政府により基本政策として発表されている。国家保健政策のあげる目標と優先課題を以下に示す。

(1) 目標

- 1) 医療サービスシステムの民主化と脱中央化
- 2) 予防およびヘルスケアの推進
- 3) 全ての国民に到達可能な保健サービスシステム基準の開発
- 4) 各部門間の活動の関係強化

- 5) 内外資源の最大利用による保健セクターの自立性の強化
- 6) 国民のヘルスケアへのアクセスの保障
- 7) 周辺諸国、国際機関との保健医療活動の協力強化
- 8) ニーズに対応した的確な能力の育成
- 9) 医療費支払いの困難な国民の支援を考慮した医療費支払制度の準備
- 10) 保健医療分野への民間部門およびN G Oの参加促進

(2) 優先項目

- 1) 保健医療に関する関心を高め、保健の自己責任性を高めるためのI E C（情報、教育、コミュニケーション）活動の促進
- 2) 以下の点についての強化を行う
 - －栄養不良および貧困生活環境から引き起こされる病気および伝染病のコントロール
 - －労働保健、安全性の促進
 - －環境衛生の向上
 - －ヘルスインフラの改修
 - －医療サービス管理システムの開発
- 3) 治療およびリハビリ活動に対する適切な支援
- 4) 伝統的医薬品：効果の見直し・研究・近代化
- 5) これまで行われてきた医療保健研究の強化
- 6) 基礎医薬品および医療品供給の強化
- 7) 人的資源の開発：地域に基づいた現場従事者および中級技術者の拡大およびトレーニング
- 8) 下記の保健医療分野に対するニーズへの配慮を促す
 - －家族とくに女性と子供
 - －生産現場にいる人々
 - －これまで軽視されてきた地域の人々：地方住民・都市生活貧困者・少数民族
 - －人災または天災による被害者

2-1-5 緊急復興再建計画（ERRP）における保健政策

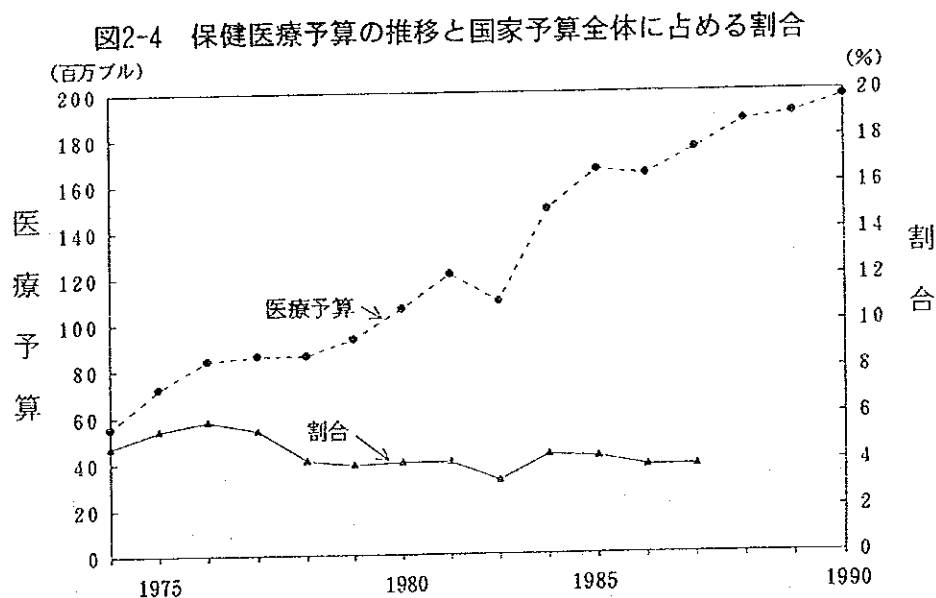
内戦終了後のエチオピアの復興緊急支援に位置づけられる同計画では、保健分野において、基礎保健サービスを供給する保健施設の再建と再生、基礎医薬品の輸入・配給が計画されている。また人口問題に対しては、1992/93年から国家人口政策を導入して家族サービスを拡充して人口教育と避妊具の配分を促進して人口を抑制する。

水／衛生部門では、長期的には低所得者と農村を目標とした安全な水の供給確保を目的とする。短期的には上水道および下水道の担当機関を再編成して経営と計画能力を改善するとともに、上水道利用料金を経費に見合った体系に改正する。農村における水の供給はコミュニティーレベルでの水供給源の保全と植林を関連づけて行うこと等を挙げている。計画総額は6億5,740万ドル。世銀グループのIDAの他、アフリカ開発銀行、EC、ドイツ、オランダ、スウェーデン、米国、UNDP等の資金援助が行われる。同計画に参加する日本の援助額は550万ドルである。

2-1-6 保健医療予算

予算の不足は保健医療サービスの遅れの最大の原因である。エチオピアではメンギスツ前政権時代、国家予算の約50パーセントを軍事予算に拠出し続けてきたことが財政を圧迫し、このため歳出に占める保健予算は3パーセント台と低水準で推移してきた。同様にGDPに占める割合は、1980年代の平均で1.3パーセント、1990/91年度には1.0パーセントにまで減退している。これはケニアやタンザニアなど周辺国が2.7～3.2パーセントに達しているのと比較しても非常に低い数字である。

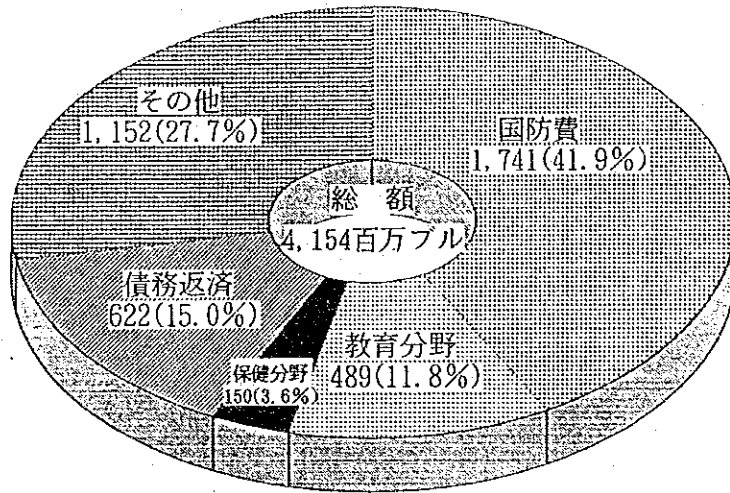
1991/92年度の保健予算は、2億2,000万ブルで、1人当たりに換算すると1.6米ドルとなる。経常支出の財源は84パーセントが政府によるもので、援助によるものが5パーセント、借款が10パーセントの割合になっている。一方、資本支出におけるエチオピア政府の割合は50パーセントと低く、援助は16パーセント、借款は31パーセントの割合が高くなっている。



出所：Comprehensive Health Service Directory (1986/87 G.C) 1991 MOH
Statistical Abstract 1990 CSA より作図

限られた予算であるにも拘らず、予算分配には不均衡がみられ、特に人件費が占める割合が施設、資機材の購入費に比べ高いことが指摘されている(表2-2)。また地域的には、アジス・アベバに集中しており、同市の保健医療施設は全予算の36パーセントを受けている。逆に地方のヘルスセンターの歳出に占める割合は非常に低く30パーセント以下である。また保健医療施設別にみた予算配分は図2-6に示したとおりである。経常支出の55パーセントは、施設数では3パーセントを占めるにすぎない病院に分配されている。

図2-5 政府分野別予算配分比

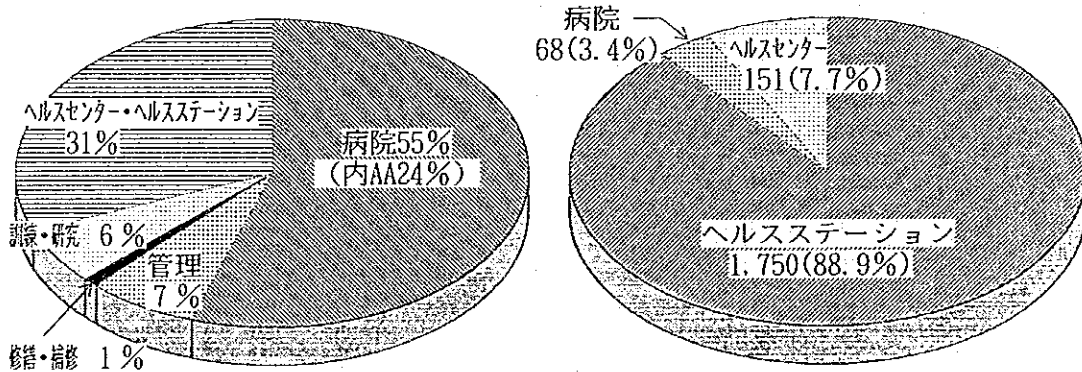


出所: "Statistical Abstract 1990", CSA より作図

図2-6 政府保健医療予算の目的別分配比 (1991/1992年度)

①予算配分

②保健医療施設の数



出所: "Health/Population/Nutrition Sector Assessment Population Technical Assistance Project", 1993 26, 27ページ

表2-2 保健省予算の用途別内訳の比率 (単位: %)

用途	1970年代	80年代後半
医薬品の購入	16.0	16
施設の運営	30.4	22
医療従事者の給料	54.0	66

出所: "A Situation Report 1993", UNICEF

第 2 編 參考資料一覽

- OECD, Geographical Distribution of Financial Flows 1989/1992, OECD, 1994
- Office of the Prime Minister, "Health Policy of the Transitional Government of Ethiopia", Office of the Prime Minister
- UNICEF, "A Situation Report 1993", UNICEF
- UNICEF, "Master Plan of Operations for Basic Services for Children & Women", UNICEF, 1994
- MOH, "Comprehensive Health Service Directory 1988/89", MOH, 1991

第3編 保健・医療事情

3-1 保健指標

世界銀行の“World Development Report 1994”によると、エチオピアは1人あたりGNPが110ドルで低収入国に分類される（順位ではモザンビークに次ぐ最貧国）。またUNICEFの“The State of the World Children 1994”による分類では、5歳以下の乳幼児死亡率で145カ国中下位から15番目に位置づけられている。その他の指標においても、EPI接種率、安全な水へのアクセス率、1日のカロリー摂取量、成人識字率等は、世界でも1、2位を争う最低の水準にある。エチオピアの保健指標の特徴としては、衛生施設へのアクセス率（都市部97パーセント、地方部7パーセント）にみられるように都市部と地方部における格差が非常に大きいことが挙げられる（表3-1）。そして総人口の9割が地方部に居住することが同国の保健指標を下げている。

表3-1 エチオピア保健基本指標

	WHO値 ¹⁾	UNICEF値 ²⁾	世銀値 ³⁾
保健指標			
総人口（百万人）		53	55
5歳未満児人口比（%）	18.7	-	-
14～45歳女性人口比（%）	20.0	-	-
人口増加率（%）		2.6	3.1
都市化率（%）		4.3	4.8
平均余命（歳）	53.4	47	49.0
粗出生率（対1,000人）	46.4	49	51.0
粗死亡率（対1,000人）	15.2	19	18.0
合計特殊出生率（人）	7.5	7	7.5
乳児死亡率（出生1,000対）	110.0	123	122.0
5歳未満児死亡率（出生1,000対）	161.0	208	M194, F216
妊産婦死亡率（対1,000人）	5.6-7.6	-	-
避妊法の普及率（%）		2	-
保健サービス			
保健サービスへのアクセス（%）	-	46	-
安全な水へのアクセス（%）	-	25	18
妊婦検診実行率（%）	16.0	-	-
医療関係者立ち合いの出産（%）	5.0	14	-

出所：¹⁾ “WHO Annual Report”, WHO, 1993

²⁾ The State of The World's Children, UNICEF, 1994

³⁾ World Development Report, World Bank, 1994

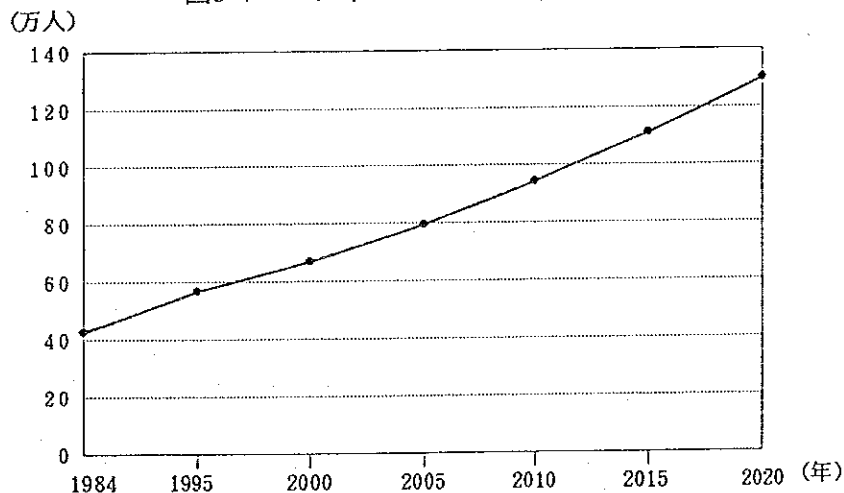
3-2 人口問題

3-2-1 全国総人口

政府の推定による1994年時点のエチオピアの総人口は5,490万人（男性：2,757万7,000人、女性：2,736万人）で、これはアフリカ大陸で3番目、サブサハラのアフリカではナイジェリアに次ぐ最大の人口である。過去における総人口は1970年に2,410万人、81年3,460万人と推定されているが、いずれも完全な調査に基づくものではない。同国の最初の国勢調査は1984年に行われており、この年の総人口は4,260万人。最近10年間に1,230万人の増加、年平均で2.9パーセントの伸びを示した。

人口増加率は1950年代には1.8パーセントと比較的低かったが、89年には2.9パーセントと上昇、93年現在の増加率は3.1パーセントと非常に高い。中央統計局（Central Statistical Authority : CSA）では、今世紀末まではこの高い人口増加率が続くと予想しており、今後同国の人口は2,000年には6,680万人、94年から21年後には現在の倍の人口に達すると推定している（図3-1 参照）。

図3-1 エチオピア人口の将来像



出所：“National Report on Population and Development”,
National Office of Prime Minister, 1993 より作図

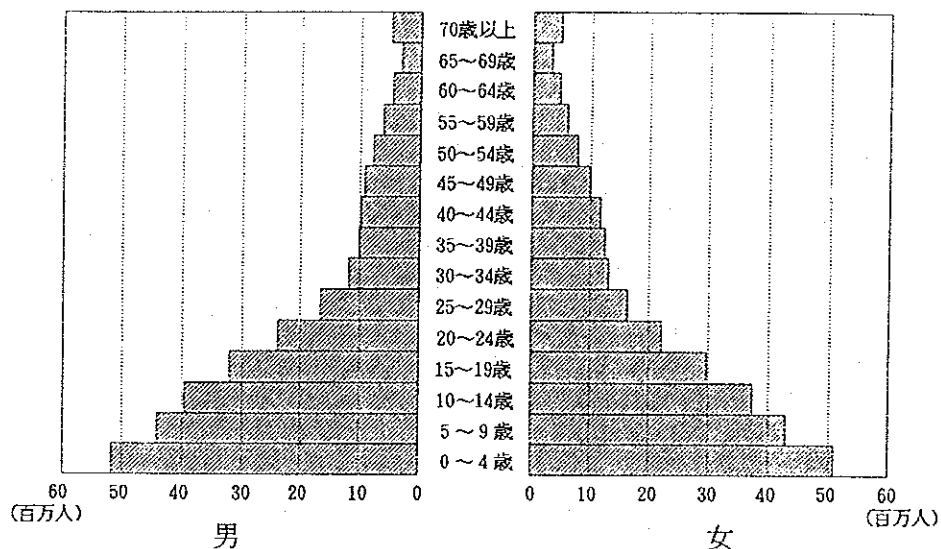
3-2-2 年齢別人口

CSAの推定による1994年の人口ピラミットは図3-2に示したとおりである。高い人口増加率および死亡率を反映して、すそが非常に広いピラミット型を示し、平均年齢は15.2歳と非常に若い。

年齢3区分別人口の構成割合は15歳以下の年少人口が48.6パーセント、15～59歳の生産年齢人口46.7パーセント、60歳以上の老年年齢人口の割合が4.7パーセントとなっている。

この構成は1984年以来変わっていない。年少人口の増加は今後も続くと言われており、1994年の2,670万人は2020年には5,900万人に達する。出産が最も多い20～34歳の女性の人口は1994年時点において520万人（女性人口の19パーセント）であるが2000年に720万人、2020年には1,460万人と恒常的な伸びが今後少なくとも40年は続くと言われている。

図3-2 エチオピア国の人口ピラミッド (1994年)



出所：“Population Situation in Ethiopia and it's Impact on Major Socio-Economic Sectors, 1994”, Office of the Prime Minister

3-2-3 性比

1994年の推定人口は男子：2,758万人、女子：2,736万人で男女比は女子100に対し、男子101と男性の超過である。性比を年齢別にみると、14歳以下の年少人口は100を越えて男子超過であるが、30歳以上から49歳までは女子超過に逆転する。エチオピアの人口構成における特徴の1つは、この30歳以上から49歳までの男子人口が戦争による消耗により、大きく落ち込んでいることが挙げられる。エチオピアでは70年、80年代を通じての内戦およびソマリアとのオガデン戦争を経験している。1984年の例では25～29歳の男子人口比（94年時には45～49歳にあたる）は75.5まで落ち込んでおり、これはいかに戦争による男子の減耗が激しかったかを示している（表3-2 参照）。同様な戦争による性比の不均衡は第2次世界大戦直後の日本でも記録されている。

表3-2 性比の経年変化

(女性100)

年	年 齢 別								全年齢
	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1970	102.0	98.0	98.0	101.0	103.0	103.0	105.0	109.0	103
1975	103.0	105.0	105.0	106.0	104.0	103.0	101.0	98.3	102
1980	104.0	105.0	89.6	86.7	92.2	98.0	101.0	103.2	102
1984	106.6	102.5	88.6	75.5	79.1	94.4	97.4	114.9	101
1985	108.0	103.0	90.8	79.3	80.6	90.3	100.0	104.6	101
1990	105.0	109.0	102.7	90.5	81.1	82.5	91.2	99.9	101
1995	103.0	108.0	108.7	103	90.7	81.2	82.3	90.3	100

出所：“National Report on Population and Development”，NOP，1993 11ページ

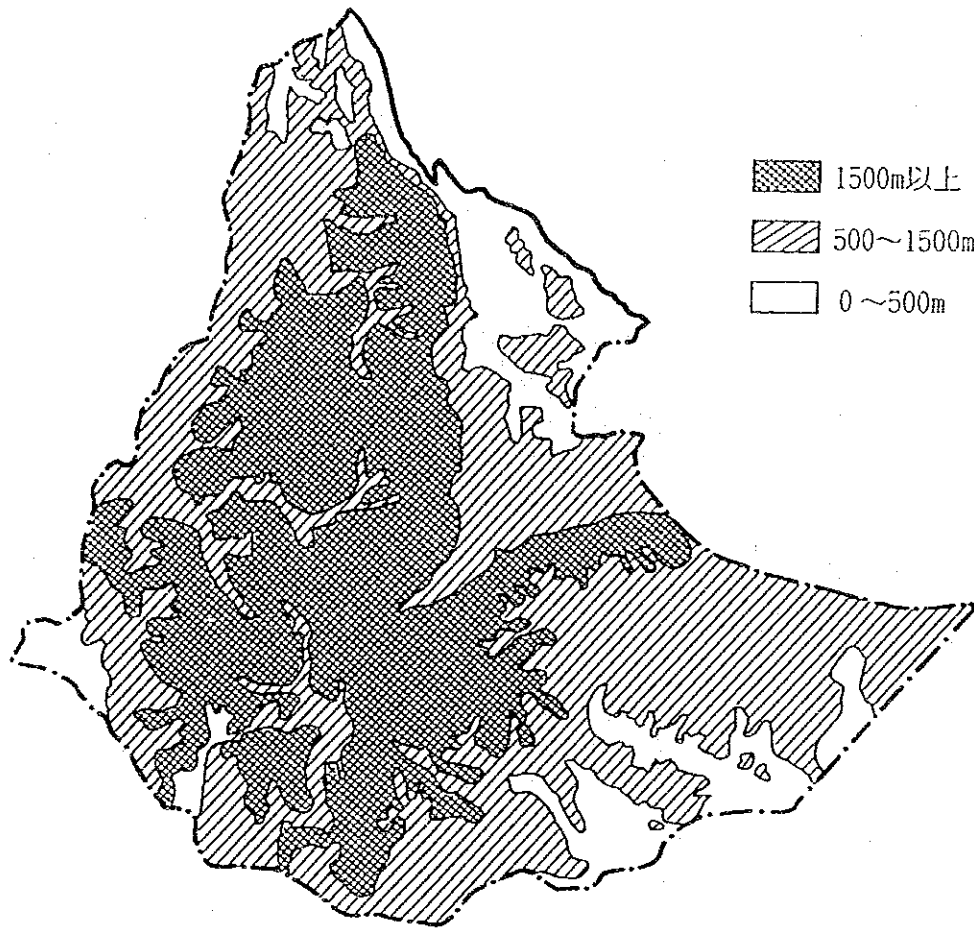
3-2-4 地域別人口／都市化率

エチオピアの人口密度は1984年の34人／平方キロメートルから、94年には49人／平方キロメートルまで増加したが、まだ他の国に比較すると低い。しかし、人口分布は地域により大きな差を見せている。93年の資料では人口密度が最も高いのは首都アジス・アベバが位置するショワ州で120人／平方キロメートル。一方最も少ない人口密度はバレ州の14.5人／平方キロメートルである。

エチオピアでは78パーセントの人口が標高1,800メートル以上の高原地帯に居住している。最も人口密度が高いのは標高2,200～2,600メートルの地帯で157.5人／平方キロメートルとなっている。逆に標高1,000メートル以下の低地帯は6.2人／平方キロメートルと非常に少ない(図3-3)。

現在エチオピアの都市化率はアフリカでは最も低い水準にある。1940年代には3.0パーセント以下と推定された都市化率は、その後67年に8.5パーセント、70年に9.7パーセント、84年に11.4パーセントと増加しているが、94年現在14.6パーセントとまだ人口の85パーセントは地方部の住民である。都市人口の増加は5.4パーセントと国全体の増加率3.2パーセントを上回っており、今後、都市人口の割合は2000年には17.6パーセント、2020年には29.1パーセントに上昇すると考えられている。

図3-3 標高別人口分布



標高 (m)	面積		人口		平均気温 (°C)	人口密度 (人/㎓)
	千㎓ ²	割合(%)	千人	割合(%)		
2,600以上	63.1	5.8	5,364	10.4	<	85.0
2,200~2,600	128.4	11.8	20,219	39.2	16~18	157.5
1,800~2,200	211.2	19.4	14,390	27.9	18~22	68.1
1,400~1,800	306.0	28.1	5,932	11.5	22~24	19.4
1,000~1,400	145.9	13.4	4,229	8.2	24~26	29.0
1,000以下	234.0	21.5	1,444	2.8	>26	6.2
合計	1,088.6	100.0	51,578	100.0		

出所：“Population and Development”, O.P.M. 1994 より作成

3-2-5 結婚／出生／住宅

エチオピアの平均初婚年齢は、1984年の国勢調査では男性は22.7歳、女性は17.6歳と非常に若い。一般に初婚年齢は高学歴、都市部の人口において高いことが知られる。エチオピアにおける初婚年齢も同様の傾向が認められ、84年の国勢調査では男性は27.8歳、女性は21.3歳である。また1990年における女性の平均初婚年齢は、地方部の18.4歳に対し都市部では23.0歳と約5歳の差が見られる。地方部では、子供がまだ小さい頃から親が結婚を決める伝統もまだ残っている。

エチオピアの出生率は1970年には人口1,000人に対し42.8と高く、その後も84年は47.6、90年は46.4と高水準で推移している。また93年のC S Aの調査では合計特殊出生率は7.7人とサブサハラ各国と比較しても非常に高い。出生率は地方部でより高く、48.8/1,000人（対43.1/1,000人）、合計特殊出生率8.0（対5.8）となっている。

表3-4は女性の年齢別にみた合計特殊出生率を都市部と地方部で比較したものである。女性の初出産は平均年齢では地方部18.9歳、都市部19.9歳と非常に若く、女性の2/3が20歳以前に第1子を出生している。

エチオピアにおける住宅事情は一般に非常に低水準にあり、1984年の調査では住宅の基本単位は1部屋のみの家であり全体の7割を占める。エチオピアでは、1部屋あたりの住民が3人を超えた場合、健康に悪影響があると考えられているが、4人以上で生活するケースが全体の4割近くある。また、これに加え地方部では約半数で家畜との共同の部屋利用が認められている。

表3-3 年齢群別女性の既婚率 (単位：%)

年齢群	1970		1984		1990	
	地方	都市	地方	都市	地方	都市
15～19	63.8	47.1	57.8	19.4	40.6	9.8
20～24	94.5	92.2	93.0	64.1	87.8	50.4
25～29	99.0	97.7	97.8	87.9	96.8	84.7
30～34	99.2	98.8	98.7	94.8	99.8	99.8
35～39	99.6	99.4	99.1	97.6	99.8	99.2
40～44	99.8	99.6	99.0	98.0	99.6	99.6
45～49	99.9	99.7	99.1	98.3	99.6	99.6

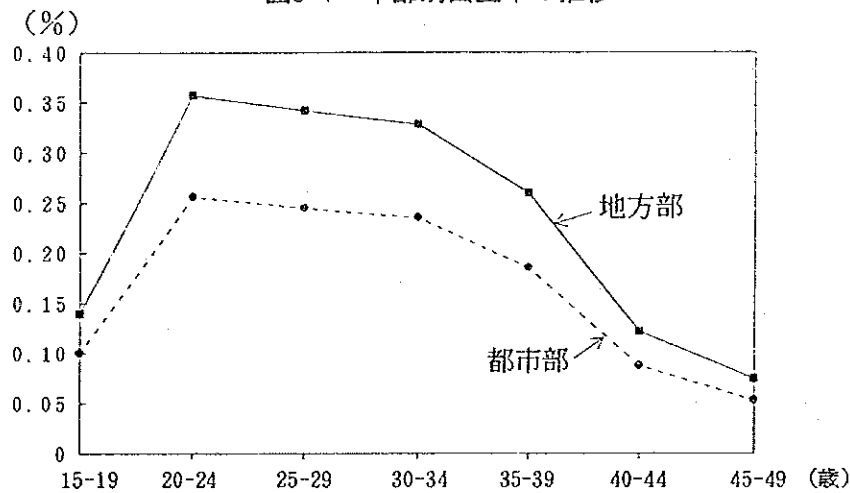
出所：“National Report on Population and Development”，NOP，1993 12ページ

表3-4 年齢群別女性の子供の数 (単位：人)

年齢群	地方				都市			
	1970	1981	1984	1990	1970	1978	1984	1990
15～19	0.45	0.62	0.50	0.30	0.25	0.32	0.15	0.07
20～24	1.65	1.79	1.86	1.80	1.28	1.74	1.06	0.93
25～29	2.92	3.20	2.94	3.40	2.33	3.02	2.31	2.54
30～34	3.80	4.34	3.99	5.00	3.08	4.09	3.37	4.08
35～39	4.72	5.27	4.71	6.01	3.74	4.85	4.24	4.97
40～44	4.98	5.62	5.09	6.70	3.71	4.97	4.56	6.07
45～49	5.28	5.74	5.26	7.09	3.71	4.69	4.61	5.90

出所：“National Report on Population and Development”，NOP，1993 15ページ

図3-4 年齢別出生率の推移



出所: "National Report on Population and Development"
NOP, 1993 より作図

3-2-6 死亡

エチオピアの死亡率は近年急速に改善されている。粗死亡率は1960年の人口1,000人あたり28から、1984年には17まで、地方部における乳児死亡率は1970年の155から84年には112まで低下している。しかし、他地域との比較では依然としてその値は高く、特に5歳以下の子供の死亡は他のアフリカ諸国と比較しても低水準にある。エチオピアでは全死亡の25.4パーセントが1歳以下の乳児が占めており、続く1～4歳の死亡の26パーセントと合わせると、同国では死亡の過半数が4歳までの子供であることがわかる。表3-5は年齢階級別死亡率を示したもので、乳児の死亡が特に高いこと、男子の死亡率が全年齢を通じて女子より高いことが示されている。過酷な生活環境にある15～49歳の女性においても男子の死亡率を下回ることは、エチオピアにおける男子の戦争による影響が指摘されている。

表3-5 年齢別死亡率

(人口1,000人対 1984年)

	性別	1歳未満	1～4歳	5～14歳	15～49歳	50歳以上	CDR
地方部	男子	76.1	17.1	4.5	4.3	12.6	10.1
	女子	53.9	14.5	4.1	3.8	10.7	8.2
都市部	男子	58.2	9.5	2.0	3.8	16.0	6.9
	女子	36.3	8.5	1.4	2.2	11.0	4.7
全体	男子	74.2	16.3	4.2	4.2	13.6	9.7
	女子	52.0	13.8	3.7	3.6	10.7	7.7
日本('86年値) ¹⁾		5.2	4.8	1.8	-	-	-

1) : 「国民衛生の動向」 厚生統計協会 1989

出所: "National Report on Population and Development", MOH, 1993

3-3 疾病・死亡

3-3-1 疾病・死亡の一般概況

3-3-1-1 疾病の一般概況

1989/90年のヘルスセンターおよび病院の外来患者は298万7,087人であった。主要な疾病では、マラリアや結核に代表される感染症・寄生虫疾患が26.9パーセントで最も多く、続く呼吸器系疾患（肺炎、気管支炎等）16.2パーセント、皮膚疾患10.2パーセントと合わせて全体の半数をこえる。感染症疾患では15歳から44歳の成年層が過半数を占め（51.4パーセント）、一方肺炎・気管支炎などの呼吸器系疾患では51パーセントが15歳以下の患者である。

年齢別にみると15歳以下の子供が患者として占める割合は全患者の38パーセントである。主要な疾病は急性呼吸器感染症が12パーセントと最も多く、続いて下痢性疾患（分類上は胃腸炎・大腸炎となっている）となっており多くの途上国と同様の構成を示している。

15歳から44歳の成年層、45歳以上の老年層ではともに胃炎・十二指腸炎が上位の疾病になっている。成年層の女性は出産適齢期にあるため妊娠・出産が入院の主要原因となっているほか、泌尿器系疾患が通院原因の1位に挙げられている。成人病では高血圧が45歳以上の主要疾病の上位5位内に入っている（3.7パーセント）。このほか、エチオピアの疾病・死亡の原因の特徴としては戦争による傷害、飢餓などによる栄養失調がある。

表3-6 病院およびヘルスセンターにおける外来患者の内訳（1989/91年）

病名	患者数（人）	割合（％）
感染症	802,860	26.9
新性腫瘍	10,307	0.4
アレルギー、代謝系、栄養、造血器官	165,857	5.6
精神障害	27,981	0.9
神経・感覚器障害	278,800	9.3
循環器系疾患	61,184	2.1
呼吸器系疾患	484,255	16.2
消化器系疾患	340,537	11.4
泌尿器系疾患	148,759	4.9
妊娠、出産	40,318	1.3
皮膚、細胞組織、骨、運動器官障害	303,479	10.2
先天的奇形	434	0.0
初期の病気	2,639	0.1
老化、診断不可	144,714	4.8
外傷	174,962	5.9
合計	2,987,086	100.0

出所：“Summary Report on Outpatient Visit 1989/90”, MOH, 1993 5 ページ

3-3-1-2 入院の原因となる主要疾病

感染症、出産、外傷、消化器系疾患、呼吸器系疾患の5種が入院の原因の75パーセントを占める。外来と異なる点は出産（11.3パーセント）と外傷（11.3パーセント）が大きな比重を占めることで、また1位の結核は死因と同様であるが外来患者の上位疾患ではない。また上位15位内には新生腫瘍や循環器系疾病などの成人病が含まれる。

表3-7 病院入院の原因となる主要10疾病

病名	患者数 (1989/90)	%	患者数 (1990/91)	%
1. 結核	24,219	17.7	6,706	5.9
2. 出産（合併症のない）	15,554	11.3	12,843	11.3
3. 戦争による負傷	8,089	5.9	5,005	4.4
4. 妊娠中絶・流産	7,048	5.1	6,650	5.9
5. マラリア（Falciparm）	5,727	4.2	5,642	5.0
6. 気管支肺炎	4,630	3.4	4,547	4.0
7. 自殺・傷害	3,022	2.2	2,897	2.5
8. 合併症を伴う妊娠・出産	3,000	2.2	4,293	3.8
9. 事故	2,635	1.9	2,694	2.4
10. 泌尿器系疾患	2,359	1.7	—	—
その他	60,796	44.4	4,372	3.8
合計	137,079	100.0	113,632	—

出所：Summary Report on Hospital Discharges 1989/90 & 1990/91,
MOH, 1992 より作表

3-3-1-3 主要死因

表3-8は、1986/87年の病院における死亡について死因の10位までを示したものである。これによると結核は死亡数の14.3パーセントを占め死亡順位の1位となっている。肺炎、赤痢、胃腸炎・大腸炎がこれに続き、呼吸器感染症と下痢症が上位を占めている。死因の上位10疾病が占める割合は約5割である。

1989/90年の入院患者の疾病別死亡率をみると循環器系疾患が71.1/1,000で最も高く、消化器系疾患の61.9/1,000、新生腫瘍の41.7/1,000等が高率な死亡原因となっている。

表3-8 病院における主要死因(1986/87年)

病名	死亡件数	%
1. 結核	1,179	14.3
2. 肺炎	671	8.1
3. 赤痢	431	5.2
4. 胃腸炎・大腸炎	379	4.6
5. 栄養失調	347	4.2
6. マラリア	272	3.3
7. 肝硬変・慢性肝炎	233	2.8
8. 感染性肝炎	230	2.8
9. 狂犬病	95	1.2
10. 妊娠・出産合併症	83	1.0
その他	4,314	52.4
合計	8,234	100.0

出所：“Comprehensive Health Service Directory 1986/87”，
MOH, 1991 より作表

3-3-2 疾病・各論

表3-9 1989/90年度 特別プログラムによる年齢別主要疾病の分布

	15歳以下		15~44歳		45歳以上		計	%
	男	女	男	女	男	女		
結核	9,317	9,430	27,098	17,215	8,900	5,674	77,634	7.0
マラリア	20,484	15,296	32,627	23,622	7,820	5,368	105,217	9.5
性行為感染症	2,656	2,169	49,970	31,673	8,910	5,180	100,558	9.0
らい病	174	102	1,057	490	704	78	2,605	0.2
眼科系疾患	26,793	21,653	51,061	35,170	27,182	22,563	184,422	16.6
栄養失調	14,270	11,337	1,534	1,184	568	311	29,204	2.6
下痢性疾患	70,162	52,986	33,997	26,181	10,145	9,623	203,094	18.3
急性呼吸器 感染症	124,611	103,651	73,811	63,169	24,546	20,238	410,026	36.8

出所：“Summary Report on Outpatient Visits 1989/90”， MOH, 1993 19,20ページ

3-3-2-1 結核

保健省の1986/87の調査によれば同国における結核は、

- (1) 外来患者における受診原因の12位であり全体の2.8パーセントを占め、
- (2) 入院患者における入院原因の3位であり全体の6.2パーセントを占め、
- (3) 病院における死亡の14.3パーセントを占め死因の第1位

に位置付けられている。その1993年、最新の調査に基づき、WHOでは同国の年間の感染リスク（発生率）を1.4パーセントと推定、エチオピアの結核患者の数を9.5万人と算出している。このうち約半数は伝染性である。また近年のHIV/AIDSの増加、戦災、

飢饉の発生および結核治療薬の不足は結核患者をさらに増加させると予測されている。結核はBCG予防接種により大幅に減じることが可能であるが、エチオピアのBCG接種率はEPI対象年齢児でも、1993年現在46パーセントと低く10歳以上にいたっては殆どが受けていない状態にある。

表3-10 結核の形態別患者数

感染性肺結核 (Smear positive pulm. TB cases)	42,734
非感染性肺結核・肺外結核 (Smear negative pulm./Extra pulm. TB cases)	51,280
合計	94,014

出所：“Annual Report 1993”，WHO，1994，13ページ

3-3-2-2 マラリア

マラリアはエチオピアにおける罹患および死亡の最も普遍的な原因の1つである。特にマラリアは直接の死因となるだけでなく子供、大人共に他の多くの疾病を引き起こす原因として重要な疾病といえる。年間罹患率は350 / 1,000人とされ、1989/90年の外来患者の統計では、全体の3.5パーセントにあたる10万5,217人がマラリアを原因とするものである。年齢別では35パーセントが15歳以下の子供、53.5パーセントが15～44歳、12.5パーセントが45歳以上の患者と全年齢にわたり多く見られている。

マラリアは蚊を媒体にマラリア原虫の感染により引き起こされる疾病である。同国では全域に広く分布し国土面積の3/4で感染の危険があり、これらの地帯には人口の2/3にあたる3,400万人が居住する。エチオピアでは海拔2,000メートル以上には、通常媒介蚊が生息しないため高原地帯では感染の危険は少ない(図3-5)。しかし、人の移動の激しいアジス・アベバでは標高2,400メートルであるにもかかわらずマラリア患者は少なくない。

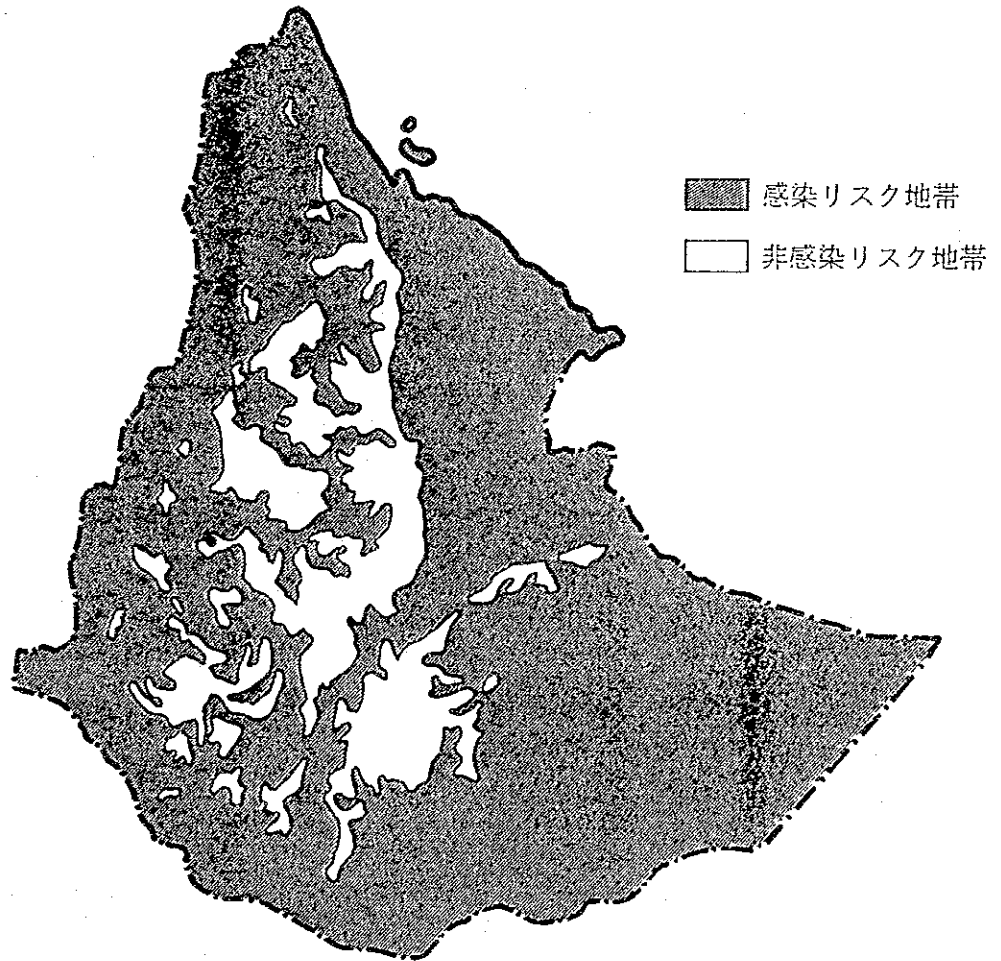
他のアフリカ地域と異なり、エチオピアではマラリアの発生に定期的な流行が見られている。近年では1992年に流行が見られたほか、1958、1972/73、1982/83、1987/88年などの流行が記録されている。

マラリアの感染には、4種類のマラリア原虫が知られている。このうちエチオピアでは他のアフリカ同様、最も悪性である熱帯熱マラリア原虫 *Plasmodium falciparum* による感染が症例の大半(60-70パーセント)を占める。しかし、同時に3日熱マラリアの感染も多く見られる。

3-3-2-3 性行為感染症 (STDs)

梅毒、淋病、クラミジア、軟性下疳等の性行為感染症 (STDs) は古くから流産・死産の大きな原因の1つであり、また不妊の原因ともなっている。1989/90年の外来患者の内3.4パーセントにあたる10万558人がSTDsを原因とするものである。年齢別では15～44歳の生産年齢層が大半の81.2パーセントを占め、15歳以下の子供では4.8パーセント、45歳以上の患者が残り14パーセントを占める。また患者の男女比では1.6:1.0と男

図3-5 マラリア汚染地域図



出所：The Ecology of Health and Diseases in Ethiopia

Edited by Zein Ahmed Zein and Helmut Kloos, MOH, 1988 137ページ

性の比率が高い。STDs の中では淋菌感染による泌尿器障害が最も多く全体の59.3パーセントを占め、軟性下疳が13.0パーセントで続いている。

1989/90年の特別プログラム調査では、B型肝炎は、検出されていない。

3-3-2-4 HIV/AIDS

(1) 現況

エチオピアにおけるエイズ患者は1986年の初報告以降、確認数は急激に増加、92年末には4,861件、93年末現在までに10,007件が報告されている。しかし、国民の大多数に検出の機会がないことなどから、UNICEFでは、実際の数字は92年末で、2万6,000人のAIDS患者と39万人のHIV感染者がいて考えている。また別の調査では図3-6のとおり患者数は毎年、倍以上の伸びが示されている。保健省のエイズ対策局 (Department Aids Control) では、今後2000年までに累積としてHIV感染者は116万人に達し、32万人の患者、29万5,000人のエイズを原因とする死亡者を出すと推定している。

(2) 地域差/男女差

エイズ感染者の40パーセントはアジス・アベバからの、残りの大半も地方都市からの報告である。しかし、これはこれまでの調査が都市部を対象に行われていたことが影響していると考えられ、1993年に行われた人口340～400人の村(5州)における調査では0～6.57パーセントのHIV感染率が検出されている。この結果は地方部においてもHIV感染が進んでいることを証明している。

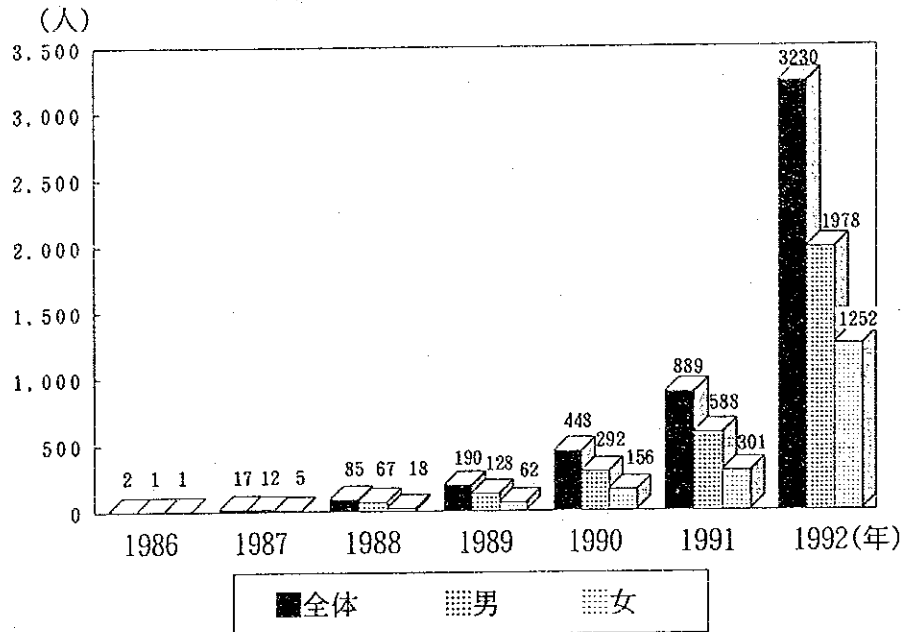
報告されたエイズ患者の性比では、男性が若干多く1992年の時点では1.4:1.0となっている。しかし、エチオピアでは男性が病院外来・入院とも多いことから検出機会に差があり、このため男女における差は数字より大きくないと考えられている。また患者の男女比は近年確実に縮んでいる。このことからエチオピアにおけるHIV感染は他のアフリカの国同様、異性間感染が中心と判断されている。

(3) ハイリスクグループ

15～39歳の年齢層はハイリスクグループと判断されている。また、これまで報告された0～4歳児の患者はこれまで64件、1.3パーセントを占めるにすぎないが、これは氷山の一角に過ぎず、今後母子感染による子供の感染者増加が危惧されている。

エイズ対策局は、1992年にアジス・アベバの2つの医療施設を対象に調査を行った結果、妊娠女性の11～13パーセントからHIV感染率を検出している。またアジス・アベバにある2つの性病クリニックでの調査ではこれよりはるかに高い32パーセントと43パーセントの感染率が認められている。また献血された血液からは7.4パーセントが、複数の性的パートナーをもつ女性からは70パーセントの高率でHIV感染が確認された。エチオピアにおける娼婦の数は20万と推定されている。

図3-6 エイズ患者数の年次推移



出所：“A Situation Report 1993”，UNICEFより作図

3-3-2-5 らい病/ハンセン氏病

1989/90年の外来患者（病院・ヘルスセンター）の内、0.1パーセントにあたる2,605人が、らい病を原因とするものである。年齢別では10.6パーセントが15歳以下の子供、59.6パーセントが15～44歳、30.0パーセントが45歳以上。また男女比では2.9：1.0で男性比率が高い。

3-3-2-6 眼科系疾患

1989/90年の外来患者（病院・ヘルスセンター）の内、6.2パーセントにあたる18万4,422人が眼科系疾患を原因とするものである。年齢別では26.3パーセントが15歳以下の子供、46.8パーセントが15～44歳、27.0パーセントが45歳以上の患者となっている。主要な形態としては眼の炎症が最も多く36.7パーセントを占める他、同様に原因不明（34.9パーセント）、トラコーマ（13.6パーセント）などが挙げられる。

3-3-2-7 EPIの6種の感染症

EPIの6種の感染症はワクチンの接種により予防が可能な疾病であり、エチオピアでは、通常と同じく結核、麻疹、百日咳、ジフテリア、ポリオおよび破傷風の6種が対象である。1989/90年の外来患者（病院・ヘルスセンター）の内、2.8パーセントにあたる81,532人が上記6種の疾病を原因としている。年齢別では26.9パーセントが15歳以下の子供、55.0パーセントが15～44歳、18.1パーセントが45歳以上の患者であった。これは病院を訪れるEPIの6種の感染症患者の95パーセント以上が結核患者であることが影響している。一方、麻疹については子供の患者が殆どを占める。

麻疹は子供にとって最も発生が多い疾病の1つである。子供の感染症発生率の20～25パーセントを占め、死亡率は3～5パーセントにおよぶ。破傷風の感染源は創傷についた土、ほこりなどである。このためエチオピアでは自宅で出産する女性に多く発生する傾向がある。同国の女性の出産時の死亡リスクのうちの40パーセントは破傷風が原因となっている。エチオピアの妊産婦の破傷風予防接種率は、1993年時においても12パーセントと非常に低い水準にある。ポリオはエチオピアの肢体不自由の主要な原因となっている。アジス・アベバの学校を中心とした子供の調査では、感染率が2.7/1,000人、肢体不自由等の発症率は7.8/100,000人という結果が得られている。

3-3-2-8 下痢性疾患（DD）

1989/90年の外来患者（病院・ヘルスセンター）の内、6.8パーセントにあたる20万3,094人が下痢性疾患を原因とするものである。下痢性疾患は5歳以下の子供の主要な死因のひとつであり、外来患者統計の年齢別内訳においても60.6パーセントを15歳以下の子供が占める。また、WHOの報告では、下痢性疾患は5歳以下の子供の死亡の46パーセントを占め、死因の1位である。エチオピアの子供は年間平均して5回下痢性疾患に罹るとされる。また同国では栄養不良の状態における下痢性疾患の発症が死亡につながるケースが多い点が特徴となっている。主要な疾病としては、アメーバ症が36.9パーセントを占める。また生後4週間から2歳までの患者では大腸炎が最も多い。

エチオピアでは、ORSの利用度の向上などが盛り込まれた、下痢性疾患対策（CDD）が1983年から始められている。しかし同国は、世界でも最も上下水道設備の遅れた国の1つであり、豊富な水の供給や衛生施設の増加が見られないかぎり、今後とも下痢性疾患は危険度の高い疾病となると考えられる。

3-3-2-9 急性呼吸器感染症（ARI）

急性呼吸器感染疾患の大部分はウィルスに起因するが、そのウィルスは200種以上あるといわれる。一般に病変部位から上気道感染症と下気道感染症とに大別され、前者は感冒（鼻炎）や扁桃炎が、後者では気管支炎、肺炎が代表的な症例である。ARIにはウィル

スの他、栄養不良や住居の密集性などが大きく関与するとされている。

1989/90年の外来患者（病院・ヘルスセンター）の内13.7パーセントにあたる41万26人が急性呼吸器感染症を原因としている。年齢別では55.7パーセントが15歳以下の子供、33.4パーセントが15～44歳、10.9パーセントが45歳以上の患者であり、15歳以下の子供に多い疾患である（WHOの報告では5歳以下の子供の死因の20～25パーセントを占め、2位）。エチオピアのARIの内でも一般的、かつ危険な疾病は肺炎である。1990年から91年にかけて行われたパイロット調査（5地域）では、1年間に15万人の子供がARIと診断され、このうち4パーセントにあたる6,258人が肺炎であった。

3-3-2-10 流行性伝染病

保健省疫学局（現：疫学／エイズ対策局）では、1993年の流行性の強い伝染病について表3-11のように報告している。流行性脳脊髄膜炎は致命率の高い疾病で、アフリカでは最も病原性の強いA群菌による流行が多いことから警戒される疾患の1つとなっている。1993年第5州における流行では181人の患者が発生し、これに対応し4,000人の周辺住民にワクチン接種が行われている。この他、南部州においては細菌性赤痢が流行し、1,328人の患者と46人の死亡を出している。第2州では麻疹の流行（98患者／4人死亡）、第4、第5州では同定されていない急性下痢症の流行（997患者／46人死亡）がみられた。

表3-11 1993年における伝染病報告数

疾 病	患者数 (人)	死亡数 (人)	死亡率 (%)
流行性脳脊髄膜炎	181	14	7.7
回帰熱	4,339	110	2.5
発疹チフス	1,462	7	0.5
腸チフス	1,079	7	0.6
細菌性赤痢	5,660	248	4.4
麻疹	2,314	86	3.7
百日咳	1,054	14	1.3
その他の急性下痢症	1,298	102	7.9
合 計	17,387	588	3.4

出所：“Annual Report 1993”, WHO, 1994 10ページ

3-3-3 栄養失調

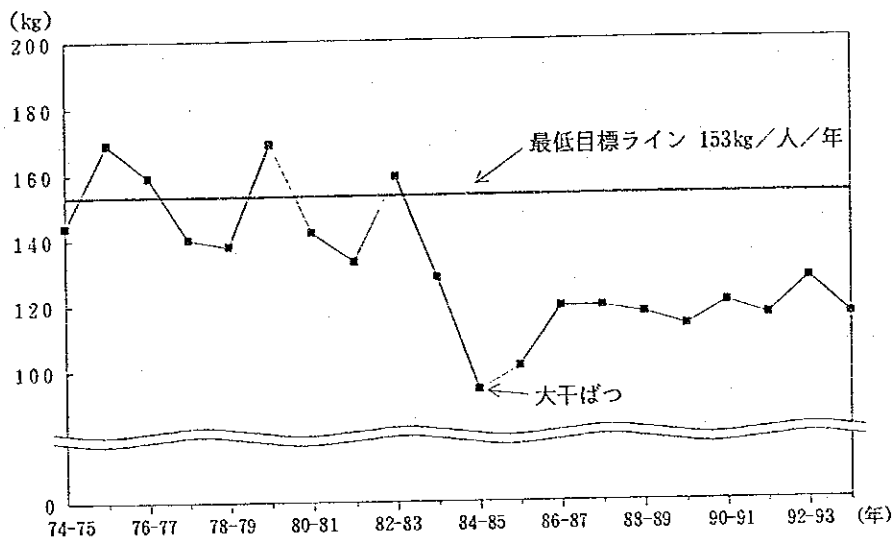
3-3-3-1 エチオピアにおける飢餓の発生

栄養状態は食事の量（カロリー）と質（特に蛋白質）のいずれかの欠乏および疾病により影響される。エチオピアでは1日の平均エネルギー摂取量が1,621カロリーである。これは、軽い運動であれば充分とされる2,200カロリー／人／日を大きく下回っており、

加えて妊産婦、授乳期の女性は一日 2,500カロリー程度を必要とするために、この平均カロリー摂取量では新生児の低体重をはじめ、色々な影響を母子の体に及ぼしていると想像される。同国の栄養状態はカロリー不足が先ず大きな問題であることを示している。

エチオピアでは1970～80年代を通じた慢性的な飢饉の発生に加え、長期にわたった内戦により食糧生産・配給が破綻し（図3-7）、この結果飢餓による死亡および飢えで罹りやすくなった感染症が原因で多数の人が死亡した。特に 1984/85年の飢饉は深刻で 200万人にもものぼる死者、飢餓難民を発生させた。難民キャンプでは緊急援助による食糧配給が行われたものの、バランスのとれた食事は期待できず、大量の壊血病（ビタミンCの欠乏）が発生した。ビタミンCの欠乏は飢餓状態でなければ問題にならない栄養失調である。

図3-7 食料生産量の推移



出所：USAID提供資料より作成

3-3-3-2 病院にみられる栄養失調患者

1989/90年の外来患者(病院・ヘルスセンター)のうち、1.0パーセントにあたる29,204人が栄養失調を原因とするものである。年齢別では87.7パーセントが15歳以下の子供、9.3パーセントが15～44歳、3.0パーセントが45歳以上の患者であり、栄養失調は子供が罹患の大半を占める。様々な栄養失調の段階の中で、マラスマス（エネルギー欠乏症；29.4パーセント）およびタンパク質欠乏症（28.0パーセント）が病院に見られる主要な状態である。エチオピアでは栄養失調は直接の死因として上位にランクされている他、栄養欠乏は概して免疫機能の低下をとまなうことから一般的な感染症の罹患に大きな影響をもっている。

3-3-3-3 タンパク質・エネルギー欠乏症

エチオピアでは500万人の子供が貧弱な食事により栄養不良の状態にあり、さらにこれらのうち3人に2人は何らかの発育阻害が起きている。年齢別の標準より低い身長、すなわち発育阻害はタンパク質・エネルギーの栄養不良の最も一般的な兆候である。発育阻害は同国の24～59ヵ月児の子供の63パーセントと報告されている。また5歳以下の子供を対象とした調査では47パーセントが低体重児と判断され、エチオピアはアフリカでも最も低い栄養水準にあることが示されている(図3-9 参照)。エチオピアは1970～80年代を通じての内戦、干ばつにより国土の荒廃を経験している。このため同国では1983年から92年の間に子供の栄養状態は後退しており、低体重児の出現は83年の37.3パーセントから92年には47パーセントに増加している。

またタンパク質・エネルギー欠乏症の出現には他のアフリカ同様、年齢および季節による格差があることが知られている。年齢では12～23ヵ月齢の幼児に多発しており、これは母乳から離乳食への切替え時に食事量の不足、感染症への感染がおきていることを意味している。季節的には農作物の収穫直前が最も栄養失調症が多発する時期となり、エチオピアでは一般に10、11月がこれにあたる。

3-3-3-4 ビタミンA欠乏症

ビタミンA欠乏症は主要な後天性視力障害の原因である。またビタミンA欠乏は、様々な感染症、とりわけ麻疹や下痢を重いものとし、子供の死亡率を増加させることが知られている。ビタミンA欠乏症はエチオピアにおける栄養失調の主要な1形態である。1992年の調査では0～6歳の子供の0.87パーセント(73,600人に相当)にビタミンA欠乏症の指標となる「ビト一班」¹⁾が観察されている。同様に血漿中に含まれるビタミンAの測定の結果からは16パーセントの子供で「欠乏状態」、44パーセントの子供で低い状態にあり、このことから約500万人の子供がビタミンAの不足状態にあると推定されている。同調査ではビタミンA欠乏症の出現が牧畜地帯、穀物生産地帯で全国平均より高く(各1.6パーセント、1.1パーセント)、現金作物(コーヒー等)の生産地帯では低い(0.4パーセント)ことが観察されている。またエンセーテと呼ばれるニセバナナの生産地帯では観察されていないなど、ビタミンAの摂取状態に地域差があることが示されている。ビタミンA欠乏症の対策として、現在エチオピアでは「EPIプラス」として予防接種と同時にビタミンAの投与を行っている。

1) ビト一班 (Bitot's Spot)

眼乾燥症の初期症状として角膜縁に現れる三角形・白色の斑点。眼乾燥症は小児ではビタミンAの欠乏により生じ、進行すれば失明にいたる。

3-3-3-5 ヨウ素欠乏症（IDD）

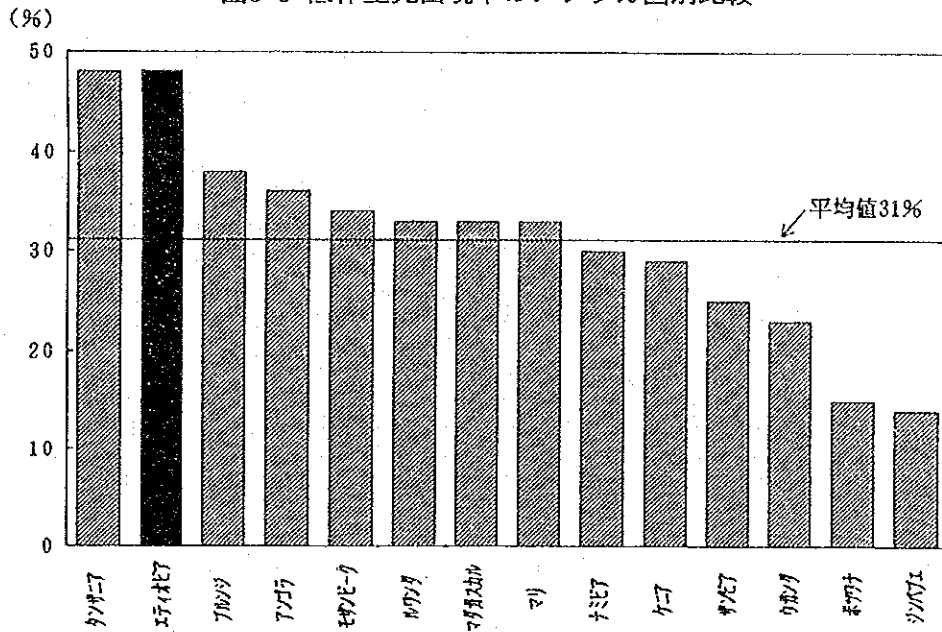
ヨウ素欠乏は甲状腺腫をはじめ精神・神経活動の低下、流産・死産など様々な障害を引き起こす原因となる。アフリカの内陸では土壌や食物にヨウ素が少ないことからIDDが多発することが知られている。エチオピアでも人口の26パーセント（女性：27.3パーセント、男性：10.1パーセント）に甲状腺腫が観察されており（うち1/5が甲状腺の肥大が肉視可能）、このことから同国では人口の5分の1弱にあたる1,000万人がヨウ素欠乏症のハイリスク人口と推定されている。またこれらの現況からUNICEFでは1990年に13,600人の新生児死亡、14,800人の死産、20,000人の流産がIDDのために起きたと推測している。

IDD対策の1つにヨウ素添加塩の供給がある。現在エチオピアから独立したエリトリアのアシサブには海塩工場があり、1991年には同地からエチオピアの需要の15パーセントにあたるヨウ素添加塩が供給されており、今後さらに供給の強化が図られる予定である。

3-3-3-6 貧血

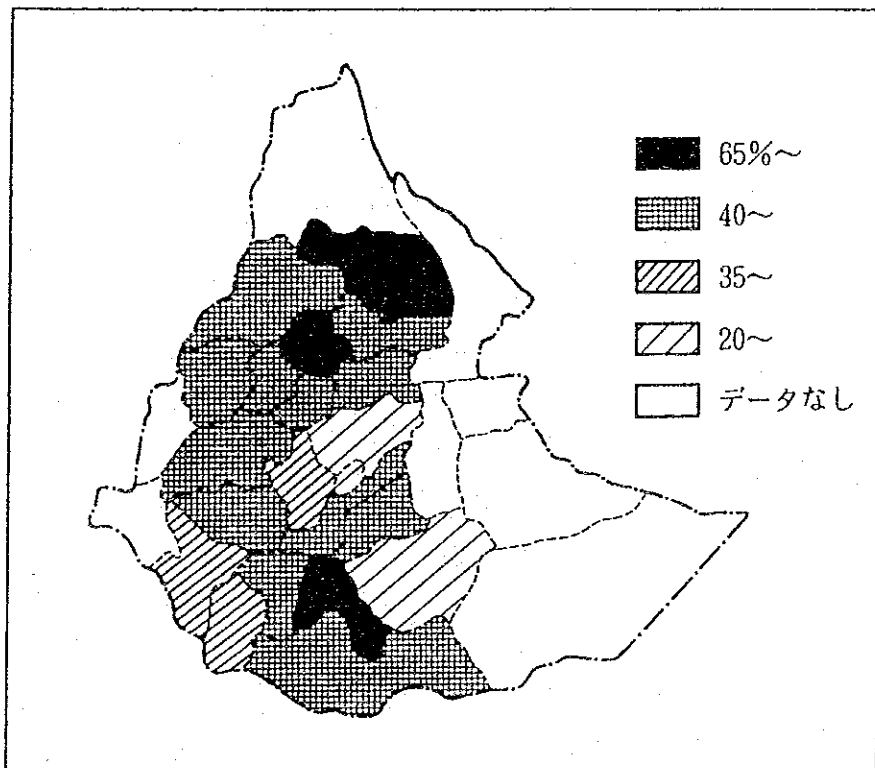
エチオピアでは鉄分欠乏による貧血は重大な疾患には位置づけられていない。これにはエチオピアの主食であるインジェラの原料となるテフに他の穀物に比べ多量の鉄分とカルシウムが含まれていることも影響している。最も高い割合で貧血が観察される妊娠中および授乳中の女性においても、その出現率は17.4パーセントとアフリカの中では最も低い水準にある。地域別では牧畜地帯およびソルガム、メイズの消費地帯で鉄分欠乏による貧血が観察されている。

図3-8 低体重児出現率のアフリカ国別比較



出所: "A Situation Report 1993", UNICEF 107ページ

図3-9 低体重児の分布



出所: "Report on the National Rural Nutrition Survey, Core Module 1992", Central Statistical Authority, 1993 39ページ

3-3-3-7 女性・母親の栄養失調 (Maternal Malnutrition)

他の途上国同様、エチオピアでも成人女性の栄養失調症は、一般に成人男性より多いことが知られている。低体重児(2.5キログラム以下)の出産を母親の栄養不足の指標としてとらえた場合、その出現率は15パーセントである(同国でも推進する「子供のための世界サミット」で採択された2000年までの目標には低体重児の出現率を10パーセント以下にするとある)。しかしこの値は病院からの報告によるもので、より貧困な、かつ大多数の女性が自宅で出産することから、低体重児を出産する女性は実際には2割を超えると考えられている。低体重児が多いことは、妊娠女性のカロリー摂取量と労働による消費のバランスが取れていないことを意味しており、同国女性の不十分な食事、多大な労働など社会的な状況を反映している。

3-3-3-8 栄養不良を引き起こす原因

栄養不良を引き起こす原因としては、母親の教育の欠如、遅れた農業技術、医療サービスの不足、食糧や医薬品の保管・流通の問題、干ばつ、環境破壊、男性優位の思想等が挙げられる。中でも子供の健康・栄養状態に最も重要かつ直接的な影響を与えるものとして母親の世話や健康管理がある。手洗いなど良好な衛生は下痢症を予防すること、ハエや安全でない水・非衛生的食物は下痢症の原因となること、卵や魚などを子供に食べさせることが栄養失調を防止するといった知識の欠如は、同国の慢性的な下痢症・栄養失調の蔓延の原因となっている。しかし、エチオピアの地方女性の非識字率は90~95パーセントと非常に高く、効果的な保健教育の普及を妨げる要因となっている。

3-3-4 難民キャンプにおける保健医療

3-3-4-1 難民人口

UNHCRの統計によれば、1993年時点のエチオピアにおける難民は24万9,452人、その82パーセントをソマリア人が占める。またスーダン、ケニアなどからのエチオピア人帰還難民は55万5,187人と推定されている。

表3-12 州別難民人口と帰還難民数 (1993年)

(単位:人)

州	地域	難民/人種	エチオピア人帰還難民
1. REGION 4 (South)	BALE/BORENA	-	142,933
2. REGION 5 (East)	HARARGE/OGADEN	205,000 ソマリ	412,254
3. REGION 8 (West)	MIZAN/DIMMA	10,850 スーダン	-
4. REGION 12 (West)	GAMBELLA	33,602 スーダン	-

出所: UNHCR提供資料

3-3-4-2 保健医療施設

1993年現在、国内の難民キャンプには9つのヘルスセンターと10のクリニックがUNHCRによって設立・運営されている。これらの施設はいずれも医師および看護師が配属されており無料で診療や医薬品の供給を行っている。またキャンプ内の難民のみならず、地域住民にも開放されている。UNHCRのキャンプにおける基本目標の1つは、難民自身による保健医療管理体制の確立であり、このための保健トレーニングも実施されている。そのほか地域に対しては救急車などの供与、キャンプ外の医療施設の建設・改修も行っている。これらの活動に対するUNHCRの保健医療予算は東部キャンプ58万1,000米ドル、西部キャンプ30万米ドルとなっている。

3-3-4-3 死亡・疾病

1993年、キャンプ内で誕生した子供は5,325人（東部:4,731人、西部:594人）、一方死亡者数は1,200人（東部:1,166人、西部:34人）である。全死亡件数のうち5歳以下の乳幼児の死亡が587件と約半数を占める。死因の一位は東部のキャンプでは下痢症疾患が全死亡の35パーセントと最も高く呼吸器感染症が20.2パーセントでこれに続く（表3-13）。一方の西部キャンプではマラリアが最も高い（56パーセント）。

5歳以下の乳幼児死亡率は、キャンプ内における医療体制や高いEPIを反映し、エチオピア全体と比較して低い値となっている（UNHCR資料では東部キャンプで0.4/1万人/年、西部キャンプで0.1/1万人/年とあるがあまりにも低すぎる）。キャンプにおける乳幼児の死亡を見た場合、下痢症疾患が52パーセントを占め全国同様（47パーセント）の傾向を示している。

難民キャンプの医療施設における初診患者受付数は25万2,716人で、うち19万8,824人が東部のソマリア難民キャンプのものである。また入院患者数は全体で2,772人が記録されている。両キャンプにおいて急性下痢症疾患、呼吸器感染症は上位を占め、最も普通の疾病である。一方、マラリアは西部キャンプで患者の25パーセントを占め、第1位の疾病であるのに対し、東部では全体の4パーセントとその比率は低い。これはキャンプの位置する標高が西部ではマラリア汚染地区に位置することに起因している。難民キャンプにおける疾病の傾向は国全体と比べて急性下痢症疾患、呼吸器感染症が上位を占める点で同様であり、栄養失調が上位（第4位、7.2パーセント）にある点が特徴的である（表3-14）。

3-3-4-4 予防接種拡充プログラム（EPI）

難民キャンプにおけるEPIは他の医療サービス同様、UNHCRによって行われている。予防接種はポリオ、ジフテリア、破傷風、麻疹、百日咳およびBCGの6種類。対象はキャンプ内で生まれた子供および新規加入の難民の両者である。完全接種率は70パーセントに達すると推定されており、これは国全体の接種率（最も高いBCGでも46、パーセント）を大きく上回る。1993年の1月から9月の間の統計では4,330人が麻疹の、7,003人がBCGの予防接種を受けている（表3-15）。

表3-13 1993年 難民キャンプにおける主要死亡原因

病名	東部ソマリア人キャンプ		西部スーダン人キャンプ	
	全体 (%)	内5歳以下(%)	全体(%)	内5歳以下(%)
急性下痢症疾患	412 (35.3)	296 (52.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
呼吸器感染症	236 (20.2)	132 (23.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
結核	168 (14.4)	52 (9.2)	11 (32.4)	9 (39.1)
マラリア	112 (9.6)	44 (7.8)	19 (55.9)	14 (60.9)
栄養失調/貧血	80 (6.7)	28 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他	56 (4.8)	20 (3.5)	4 (11.8)	0 (0.0)
全体	1,166(100.0)	564 (100.0)	34(100.0)	23(100.0)

出所：UNHCR提供資料

表3-14 1993年 難民キャンプにおける主要疾患

病名	東部ソマリア人キャンプ(%)		西部スーダン人キャンプ(%)	
呼吸器感染症	78,732	(40.0)	10,056	(18.6)
急性下痢症疾患	29,400	(14.8)	8,128	(15.3)
消化器寄生虫	14,804	(7.5)	7,292	(13.5)
栄養失調/貧血	14,260	(7.2)	2,120	(4.0)
眼疾患	13,396	(7.0)	3,056	(6.0)
皮膚病	12,900	(6.5)	3,900	(7.2)
泌尿器疾患	9,908	(5.0)	2,756	(5.1)
結核	8,108	(4.1)	432	(0.8)
マラリア	8,052	(4.0)	13,168	(24.4)
トラウマ/事故	5,064	(2.5)	892	(1.6)
原因不明の熱	3,500	(2.0)	2,100	(3.9)
全体	198,124	(100.0)	53,892	(100.0)

出所：UNHCR提供資料

表3-15 1993年 難民キャンプにおける予防接種を受けた子供の数
(1993年1～9月間)

予防接種	東部キャンプ (ソマリア人)	西部キャンプ (スーダン人)
初回+追加		
初回+追加71	9,060	478
初回+追加72	5,727	739
初回+追加73	5,043	248
破傷風		
破傷風1	3,967	613
破傷風2	1,760	288
破傷風3	372	58
麻疹	3,152	1,168
BCG	4,627	2,376

出所：UNHCR提供資料

3-4 対策

3-4-1 予防接種拡充プログラム (EPI)

3-4-1-1 概況

エチオピアにおけるEPIの接種率は他のアフリカ諸国に比べても低く、世界最低の水準にある。近年上昇を見せているものの接種率は、1993年時のBCGで46パーセント、麻疹では24パーセントに止まっている。1993年現在EPIサービスは、国内の1,400カ所の固定施設、および4,592カ所の出張所で実施されている。またこれら施設にはEPIトレーニングを受けた98人の医師/保健官、2,052人の看護師/衛生士および2,133人の保健助手が配属されている。

同国のEPIは1980年に国家プログラムとして始まった。当時のEPI対象年齢にある子供の接種率は3パーセント以下にすぎない。その後、1988年に始まったAccelerated Child Health Development Programで接種率は16パーセントに上昇、90年には国内に1,389カ所の固定施設および4,606カ所の出張所でEPIサービスが行われている。しかし、1990～91年の内戦激化によりEPIサービス供給所数は以前の53パーセントにまで減少した。この結果、接種率は急激に低下し、1990年の53パーセントまでであったDPT3の接種率は92年時には、13パーセントにまで落ち込んでいる。

現在エチオピアにおけるEPIは、6種の指定病に加え「EPIプラス」としてビタミンAの補給を行っている。

表3-16 エチオピアにおける予防接種率 (単位：%)

ワクチン	1992年	1993年	1994年(1 st quarter)
BCG	22	46	50
DPT3	13	28	38
麻疹	12	24	29
ポリオ3	13	28	39
TT2	9	12	17

出所：“Maternal and Child Health in Ethiopia”, MOH, 1994 11ページ

3-4-1-2 1993年の活動内容

EPIは国家プログラムであり、保健省は実施・モニタリングの責任を負っている。UNICEFは最大のEPI援助機関として、全てのワクチンを供給する他、運営、流通資金等技術、資金の両面に渡った支援を行っている。1993年、EPI活動は予防接種の実施の他、関係者の技術訓練、EPIサービス供給施設のリハビリ・新設、IEC活動等がU

UNICEFの資金援助を中心に行われている。EPIはこのほかWHOから冷蔵庫を中心とした支援が、NGOであるRotary InternationalからはポリオワクチンがUNICEFを通じて供給されている(表3-17)。この年、予防接種率は目標としたDPT3の45パーセント、妊婦を対象としたTT2の35パーセントには達しなかったものの、何れも改善が見られている。また基礎レベルの医療従事者1,500人を中心に計1,804人が技術訓練を受けている。訓練には保健医療・EPIのほかソーラー冷蔵庫の保守管理、コンピュータ等のコースも含まれている。EPIサービス供給所の改善は1993年大幅に進み固定施設で前年比19.3パーセント、出張所で50.8パーセント増加した。

表3-17 EPIへの各機関の付託(1993年)

機 関	付 託
UNICEF	2,992,200.00 米ドル
WHO	20,000.00 米ドル
Rotary International	ポリオワクチン(UNICEFを通じて)
エチオピア政府	要員、施設、予算支出

出所：“Annual Report 1993”，WHO，1994 17ページ

3-4-1-3 1994年以降の計画

エチオピア政府とUNICEFは1994年に合意した1994～99年のカントリープログラムの中で、同期間におけるEPIの目標を以下のとおり挙げている。

- (1)1998年までにポリオを撲滅する
- (2)1998年までに新生児破傷風をなくす
- (3)1998年までに麻疹の罹患を90パーセント減少させ、死亡は95パーセントを減少させる
- (4)表面上に現れる症状をとまなうビタミンA欠乏症をなくす

この目標を達成するために同計画では既存のEPI供給施設、サービスの強化に加え、新たなEPI出張所設置により、1994年までに出張所数を9,467に増加する計画である(現在は5,212)。特に既存の保健医療施設は、資機材等の不足から、60パーセントの施設しかEPIサービスを供給しておらず、今後資機材支援によりこれらの施設の利用率を、80パーセントにまで高めることが計画されている。また各県を目安に全国50ヵ所にEPI/CDD監視所を設置することによりモニタリングの強化を狙っている。人的資源の強化には、医療従事者をはじめ冷蔵庫や車両の保守管理技術者を含めた6,505人に対してトレーニングが行われる予定である。

表3-18 EPIプロジェクト予算 (1994~99年)

	1994央	1995	1996	1997	1998	1999央	合計
一般予算	630.0	1,230.0	1,230.0	1,230.0	1,230.0	630.0	6,180.0
補足予算	205.0	660.0	735.0	785.0	810.0	355.0	3,550.0
合計	835.0	1,890.0	1,965.0	1,965.0	2,040.0	985.0	9,730.0

出所：“Master Plan of Operations for Basic Services for Children & Women”,
UNICEF, 1994 XXVIIIページ

3-4-1-4 エチオピアのEPIの問題点

エチオピアではいまだ予防接種率は低く、これには同国の地方部におけるサービス供給の難しさが大きく影響している。地方部ではいまだコールドチェーンが発達しておらず、車両の不足・保守管理の悪さは移動サービスの効率を下げている。さらにEPIサービスの供給できる医療施設は全体の60パーセントと既存のサービスシステムの有効利用が図れていない。EPIに関する知識の普及も市民、医療関係者共に遅れている。1993年のシダモ州における調査では、識字能力のある女性の90.6パーセントがEPIの知識がある一方で識字能力のない女性は58.6パーセントしかEPIを知らず、両者に大きな格差が認められている。地方における女性の非識字率が90~95パーセントといわれる同国では普及活動の困難さが予想されるので、今後、非識字者を対象とした適切なインフォメーションの供給手法の開発が大きな課題である。

3-4-2 下痢症対策 (CDD)

3-4-2-1 下痢症対策の概況

エチオピアの子供は年間約5回下痢症に罹患しており、死亡に下痢症が関連する比率は46パーセントと極めて高い。保健省の下痢症対策は、1983年National Control of Diarrhoeal Diseases Programme が保健省感染症局内に設置され、地域レベルでの予防対策や母乳保育、公衆衛生の知識の普及が図られてきた。また現在は、3次病院からヘルステーションにいたる施設でORSの分配、医療関係者のトレーニングが進められている。現在同国のORS使用率は50パーセントである。

表3-19 下痢症対策を行う医療従事者数 (人)

医療従事者	うち訓練を受けた者	今後訓練を要する者
医師	156	1,195
看護師	527	1,104
保健助手	1,077	6,479
CHA	945	5,000+
TBA	122	-

出所：“Maternal and Child Health in Ethiopia”, MOH, 1994 12ページ

3-4-2-2 National Control of Diarrhoeal Diseases Programme 93年の活動

1993年、同プログラムでは、各州から選ばれた323人の医療従事者（医師28人、看護師40人、保健助手255人）に対し臨床トレーニングを行った。各医療施設に対するORS（1リットル用小パック）の配付は109万5,000個におよぶ。また下痢症の感染は手洗いやトイレの改善等により多くが予防できることから、ラジオのスポット放送や家庭内における簡単な治療法を示したパンフレット（1万部）が作成され、これらを通じた啓発・教育活動が行われている。

3-4-2-3 下痢症対策の問題点

WHOにより指摘される同国の下痢症対策の問題点は以下のとおり。

- ・政府予算の不足
- ・ORSの不足
- ・州レベルにおけるCDD活動の核となる人材の不足
- ・援助国・機関からの資金不足および資金援助の不安定
- ・CDDの事務・管理施設の不足
- ・保健省感染症局からの管理支援の不足

3-4-3 急性呼吸器感染症（ARI）対策

3-4-3-1 概況

急性呼吸器感染症（ARI）はエチオピアにおける子供の死因の上位3位に入る重要疾病の一つであり、5才以下の子供の死亡では20～25パーセントがARIを原因としてい

る。一方、ARIの治療技術は、1990年から91年にかけてのパイロット調査で明らかになったように（15万人の子供がARIと診断された一方で、適切な治療を受けたものは9パーセントしかなかった）技術水準は低く、そのため正確な診断を下し、治療を施すための訓練の必要性が指摘されている。

保健省はこのような現状を重視、1989年にARIプログラムを作成、国内3州においてモデルプロジェクトを始めた。またARI対策を推進・監督する組織として省内の家族保健局（Family Health Department）を中心に国家ARI対策運営・技術委員会（National ARI Steering and Technical Committees）を設立、構成委員として小児科医専門医、UNICEF、WHOの専門家の協力を得ている。

ARIプログラムは、1990年にモデル地区（3州）において最初の医療関係者に対するトレーニングを実施、現在はこの拡充段階にあり8州において同様の活動が進められている。1993年現在までに74人の医師、92人の看護師、4人の保健官がトレーニングを受けており患者の治療にあたっている。保健省では今後、トレーニングをヘルスステーションのヘルスアシスタント等に拡大、プログラムを全国レベルに広げていく予定である。

3-4-4 その他の母子保健対策

(1) 栄養状態のモニタリング

栄養欠乏は子供の感染症に関連し、疾病・死亡を大きく左右する要素となっている。子供の栄養状態を把握し栄養問題に素早く対応するため、保健省のヘルスステーションやヘルスセンターでは定期的な成長測定や監視を実施している。しかし、看護師や保健助手への栄養に関するトレーニングにも拘らず、その実施率は、医療施設を訪れる子供の12パーセントと非常に低い水準にある。UNICEF、WHOの協力のもと行われた成長測定や監視の活動に関する調査では、保健医療施設に対するトレーニング、定期的な指導・フォローアップ、技術協力が不足していることが明らかとなっている。

(2) 母乳保育

幼児にとって、少なくとも生後4～6ヵ月の間に、もっぱら母乳保育によるかどうかは栄養状態の主な決定要因となる。母乳保育でない子供では、摂取量が足りないことや感染リスクが高くなることから下痢、呼吸器感染による死亡が母乳保育の子供に比べ格段に大きなことが知られている。エチオピアでは都市部エリート層の57パーセント、同貧民層の91パーセントそして地方部では100パーセントが1年間、母乳による育児を行っている。これは他の地域に比べ高い数字である。保健省家族保健局では、ポスターやリーフレットなどを各医療施設に配付、母乳保育に対する啓蒙活動を行っている。また National Breast Feeding Informationでは国内3州をモデル地域に母乳育児の促進運動を行っている。

3-4-5 母子保健対策実施上の問題点

保健省はエチオピアにおけるMCH／FPの実施上の問題点として以下の8点を挙げている。

- ①大半の女性が地方に住み妊娠合併症や緊急事態に対応できる医療サービスが利用できない。
- ②コミュニティでの基礎医療サービスの改善に必要な財政が不足している。
- ③基礎保健に対する地域住民の知識・認識の低さ。妊娠、家族計画など保健知識の伝播が広く行われない。
- ④家族計画の受入れが地域社会の無知識により邪魔されている。
- ⑤質の高い保健医療施設および従事者が限られている。
- ⑥医療施設における物資が病院レベルにおいてさえ不足している。
- ⑦資金、戦略支援を含め疾病予防を強化・推進できる人材の供給が成功していない。
- ⑧すべてのレベルにおける記録、監視、監督、評価等の情報システムが欠如している。

3-4-6 結核対策

3-4-6-1 結核対策の概況

エチオピアにおける結核対策は1959年に始まり、これまでWHOの政策的主導のもと進められてきた。現在結核対策は、WHOとイタリア政府の協力によって、それぞれパイロットプログラムとして行われている。WHOではアジス・アベバと南部ショワ州、イタリア政府はアルシ州とバレ州にそれぞれプロジェクトを進めるが、全国レベルの対策は行われていない状況にある。これらパイロットプログラムの活動は、患者の発見・登録および医療従事者のトレーニングが中心となっている。1992年保健省はWHOの協力を得て、「国家結核対策プログラムのためのガイドライン」(Guideline for the National Tuberculosis Control Programme in Ethiopia)を作成した。ガイドラインには結核の発見から、治療薬の種類、治療法までの情報が含まれており、今後同ガイドラインの配給により結核対策の普及を進める計画である。また、保健省は省内の構造改革の一環として結核対策局と、らい病対策部局の統合を決めている。

3-4-6-2 国家結核対策プログラム

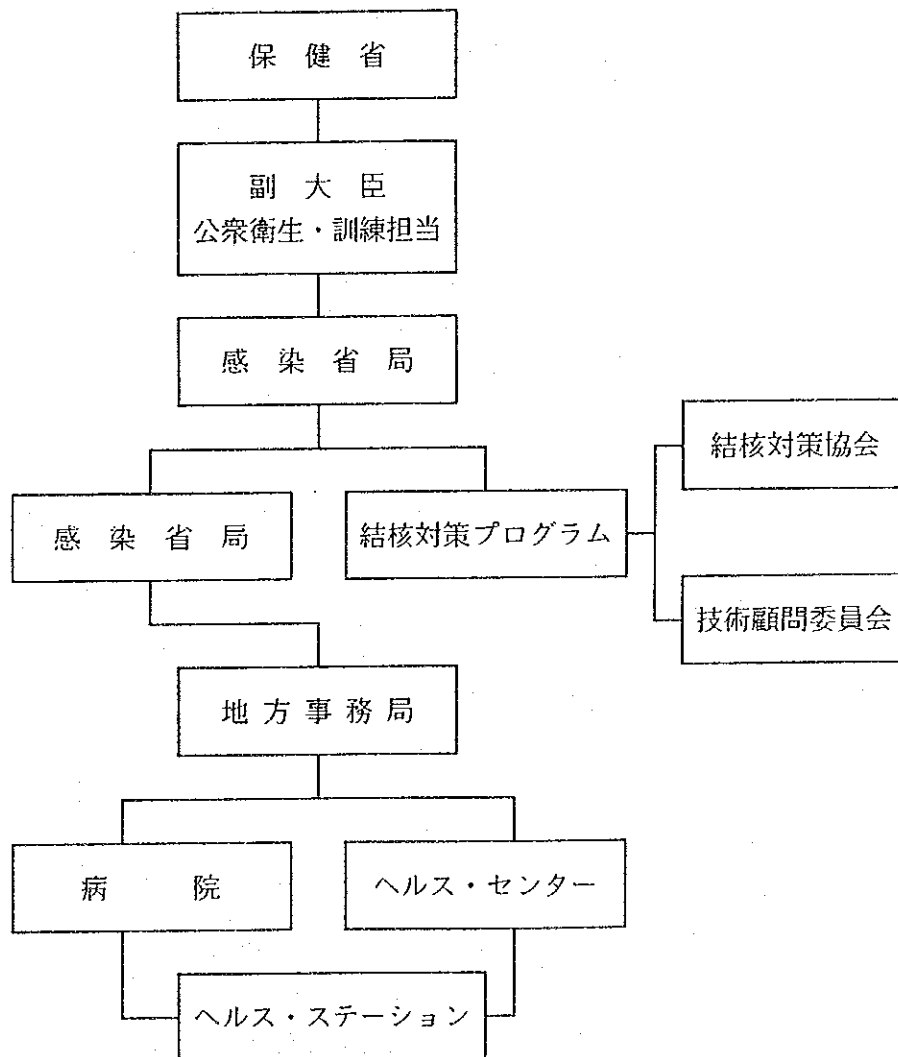
国家結核対策プログラムの基本概念は1960年初期にすでにWHOによって作られたもので、結核による死亡・罹患を減少させることを目標に下記の戦略を挙げている。

- ①最大限の患者の発見に努める。
- ②85パーセントの患者に短期コースの治療を施す。
- ③新たな感染症の患者に対し、初期段階で集中治療を施す。

- ④疾病発見のための教育を通し結核対策への住民の参加を促す。
- ⑤登録および報告システムを確立する。
- ⑥関係者に対して、さまざまなレベルにおいてトレーニングを行う。
- ⑦子供へのBCG予防接種を行う。

これら結核対策の実施は、既存の医療サービスの向上により行うことが考えられている。一方、結核対策プログラムの監視体制としては、図3-10に示した組織化が考えられている。当初、国家結核対策プログラムは保健省疫学局に設置され、（現在は、らい病対策室と統合され保健副大臣直轄の部局である。）中央レベルとして報告書の作成、医薬品の配給、トレーニング、プロジェクト間の調整などを行い、必要に応じて技術顧問委員会のアドバイスを受ける。

図3-10 結核対策プログラム行政組織図（旧保健省組織）



出所：“Guidline for the National Tuberculosis Control Programme in Ethiopia”,
NTPC, 1992 115 ページ

3-4-7 エイズ対策

3-4-7-1 エイズ対策プログラム

(1) 概況

エチオピアの累積エイズ患者は、1986年最初の患者が発見されて以来、今日まで急激な増加により1993年の終わりには1万人に達した。この間保健省にはエイズ対策局（現在は疫学局と統合）が設置され、これまで主に患者の発見、エイズに関する知識の普及、危険行為への警告、医療従事者のトレーニング、エイズのもたらす社会影響評価等が行われてきた。

1993年、120人の看護婦と407人の伝統的産婆がHIV/AIDSの職場感染を防止するため、血液の取り扱いについての訓練を受けている。また医療施設には4万8,600本の使い捨て注射器が供給された。医療施設の検査室ではHIV/AIDS検出のための技術訓練が検査技師に行われているほか、施設の改善も進められている。また性的交渉による感染を直接的に防ぐ手段としてコンドームの普及が図られている。1994年現在、エイズ対策プログラムにはWHO、UNICEFをはじめ、UNDP、世銀、スウェーデン、米国およびNGO等が支援を行っている。

(2) エイズ予防プロモーション (AIDS Prevention Promotion)

1994年エチオピア暫定政府はUNICEFと1994～99年のカントリープログラムに合意した。このなかにエイズ対策も含まれている。エイズ拡大防止の第一は国民に予防知識を普及することであり、性交渉が一般の感染ルートとなっているアフリカでは特に重要である。同計画ではリスクの高い10～19歳までの若年齢者を対象にHIV/AIDS知識の普及率を1999年までに80パーセントにまで高めることを1つの目標に上げている。具体的な活動内容には、下記の7項目が特に若年者をターゲットに行われる。

- 1) 各州500の学校においてHIV/AIDSのドラマ上演
- 2) 各州500の学校においてアンチHIV/AIDSクラブの形成
- 3) 5,000人の教師、および学校外の集団のリーダー10,000人および核となる人物21,000人にHIV/AIDSに関するトレーニングの実施
- 4) コンドームなど感染防止具の利用の促進
- 5) エイズ感染の防止となるエチオピアの伝統的習慣の推進
- 6) 習慣改革を測る指標の確立
- 7) HIV/AIDS新聞の発行

このほか、マスコミを利用したアドボカシーやこれまで行われてきたエイズキャンペーン (FAT: Fight AIDS Together Campaign) の継承などが行われる。計画は保健省エイズ対策局が実施機関となり、モニタリング、評価および報告を行う。また州保健局 (RHBS) は地方レベルにおける実施に責任を負っている。計画の支援にはUNICEFの他、WHOやUNDP、USAIDなどが期待されている。