

## (2) 国家開発計画の中における医療セクターの状況

### 医療セクターにおける開発計画

ケニア共和国政府はWHOの提唱する「2000年までに全ての人に健康を」提供するという長期目標に従って、保健分野の開発を行っている。

第6次開発計画における医療セクターの主な目標は、「国民の個々の健康に対する意識の向上」であり、このために、

- ① 人材育成
- ② プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）の推進
- ③ 予防・治療サービスの充足
- ④ 精神面、及び子供の健康強化
- ⑤ 環境衛生の整備
- ⑥ 伝統薬の整備
- ⑦ 安全水の供給と下水整備

等を計画している。

これらの目標・計画は継続的なものであり、ケニア国民の保健・医療水準の向上を目指したものである。

目標の基本的な課題としては、プライマリー・ヘルス・ケアの拡充であり、国民の基本的生活の向上に重点を置いている。これに関連して、同国の重要課題である人口増加率の問題、それに対する人口家族計画の推進を行っており、また拡大するエイズ（AIDS）問題に対応すべくWHO等の援助機関と共に計画を実施している。

さらに、保険制度の充実や公共部門による支出の軽減化などを計画しており、個人部門や非政府部門の資金の活用を押し進めている。

### 医療セクターに対する予算措置

以下、表3-12 に第5次開発計画の中の医療セクターにおける開発支出計画を示す。

表3-12 医療セクター開発支出計画

(単位：百万ケニアシリング)

部 門	金 額
行政・計画	142.0
予防・増進	4,256.6
地域医療サービス	30,073.8
治療サービス	28,405.9
人材育成	5,807.0
機材整備	3,052.7
合 計	71,738.0

\*金額は計画期間中の累計 (出所：DEVELOPMENT PLAN 1984-1988)

上述の表より、地域医療サービス及び治療サービスに重点をおいていることは明確であり、開発計画の目標に添い基礎的保健・医療の拡充に力を込めていることがわかる。

#### 開発計画における医療セクターの優先順位

前述の第6次開発計画における部門別開発投資計画(表3-11)において医療セクターは「政府サービス」及び「その他サービス」に含まれており、決して優先順位が高いとはいえない。

ケニア共和国においても他の低開発国と同様に財政赤字が切迫しており、まずは財政の均衡化が発展のためには緊急に要求されている。したがって、医療セクターへの予算は限られたものとなり、海外援助に頼らざるを得ない。一部の研究施設等では海外の援助によって、充分とはいえないまでも予算を確保しているようであるが、ケニア共和国全体においては、この部門への強化は当面不可能と思われ、今後も先進国は援助を行っていくべきである。

### 3-2 各国援助の動向

#### 3-2-1 一般動向

ケニア共和国に対する援助は 1985 年の時点において同国の GNP の 6.3% に匹敵するようになった。1986 年における同国への援助総額は 487.3 百万ドルで、二国間：416.9 百万ドル、多国間：70.4 百万ドルとなっており、そのうち贈与は 349.2 百万ドルを占めている。

主要援助国は、日本、イギリス、西ドイツ、アメリカ等である。

また、同国に対する援助対象分野は、各国・各援助機関ともに、1) 農業、2) 教育、3) 保健・医療、4) インフラストラクチャーに重点をおいている。

ケニア共和国は政治・経済的に東アフリカ中最も安定しているのも、今後同国への援助は増加する傾向にある。

表 3-13 に各国援助額の推移を示す。

表 3-13 ケニア共和国に対する援助額 (1981~1986年)

(単位：百万ドル)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986
日 本	27.1	21.3	54.8	32.2	33.4	54.9
イギリス	71.9	56.2	46.0	47.2	40.5	46.3
西ドイツ	42.3	31.3	44.2	39.0	36.4	46.2
アメリカ	78.0	54.0	78.0	43.0	76.0	31.0
そ の 他	90.0	192.8	137.3	180.8	186.4	238.5
二国間合計	380.3	355.6	360.3	342.2	372.7	416.9
E C	46.0	28.7	16.6	16.6	15.8	11.2
I D A	14.8	83.6	19.8	35.6	34.9	30.0
U N D P	8.1	8.4	5.9	5.2	5.6	6.3
そ の 他	16.4	26.5	17.4	30.7	33.3	22.9
多国間合計	85.3	147.2	59.7	88.1	89.6	70.4
合 計	465.5	502.7	420.0	430.3	462.4	487.3
(内贈与)	(298.6)	(260.2)	(277.0)	(282.1)	(311.5)	(349.2)

出所：EIU Country Profile KENYA 1988 - 89

### 3-2-2 主要援助国の援助の特徴

#### (1) アメリカ (USAID)

アメリカのケニア共和国に対する援助は贈与を中心に行っており、1976年～1987年の累計で768百万ドル（軍事援助を含む）である。このうち贈与が474百万ドルであり、主に開発援助にあてられている。

主要援助部門は、1) 農業、2) 食糧援助、3) 保健・医療の3部門である。

以下に1987年におけるUSAIDの部門別援助額を示す。

表3-14 部門別援助額（1987年）

（単位：千ドル）

援助部門	金額
開発援助	20,085
農業・地域開発	9,542
人口計画	2,039
保健・医療	2,844
特別開発援助	5,660
経済支援基金	15,000
食糧援助	11,200
合計	46,285

出所：USAID 資料

USAIDは医療セクターに対し、同国における保健・医療サービスの向上を目的とし、家族計画を中心に以下のような援助を行っている。

#### 1) 家族計画（期間：1985.9.12～1992.9.30・金額：46.2百万ドル）

ケニア共和国の人口増加問題に対して、家族計画を実施している。



## 2) 小児の死亡率の低下

予防接種の拡大計画 (KEPI)、下痢症の抑制計画 (CDD)を通して、小児の死亡率を低下させようとするもので、技術者派遣による指導を行っている。

## 3) 医療セクターへの資金援助

保健省との合意に基づき、技術協力、長期・短期トレーニング、機材購入等の援助を行っている。

## 4) エイズ (AIDS) 対策

ケニア共和国の国家エイズ・コントロール計画に対して、WHO、その他の援助機関と共同でエイズの研究、及び抑制のための援助を行っている。

## 5) マラリア及び昆虫媒介疾病対策

ケニア中央医学研究所 (KEMRI)を通してのマラリア及び昆虫媒介疾病に対する研究援助。

## (2) 西ドイツ

西ドイツのケニア共和国に対する援助は2ヶ年計画で行われており、贈与と借款がほぼ半々である。

援助対象分野は、1) 地域開発 (農業)、2) 上水道・都市給水、3) インフラストラクチャー、等が中心で、その他にも小規模の援助をエネルギー、工業、計画・行政等の部門に行っている。

農業部門への援助が、贈与の半分をしめている。

### (3) イギリス

イギリスは旧宗主国としてケニア共和国に対し、各国援助機関の中で主導的な立場にあった。イギリスの援助の形態としては、無償資金協力が主体でケニア共和国に対しては100%贈与の形をとっており、援助の内容はケニア政府の公共事業を支援するものが多い。

表3-15 にイギリスのケニア共和国に対する援助額(1986~1988年)を示す。

表3-15 イギリスのケニア共和国に対する援助額(1986~1988)

(単位:千ポンド)

	1986	1987	1988
政府開発援助	12,479	4,788	13,084
貿易援助	2,049	2,972	4,383
計画援助	78	47	6,719
その他(ハンガ外)	4,553	4,088	3,782
一般開発計画	3,034	3,494	1,058
無償援助合計	22,193	15,390	29,026
人材派遣	4,254	3,797	3,678
研修生	4,010	4,732	6,840
その他技術協力	3,296	4,594	9,889
技術協力合計	11,561	13,123	20,407
援助総額	33,754	28,513	49,433

出所:イギリス大使館

イギリスの援助対象分野は、1) 農業・天然資源、2) 教育、3) エネルギー  
4) 保健・医療、5) 公共事業、6) 人材育成、7) 運輸・通信、等である。

イギリスの医療セクターへの援助は、

- ① 家族計画 : 1988年、ケニア政府との合意に基づき、世銀、ノルウェー政府と共同で実施されている。  
(4百万ポンド)
- ② エイズ (AIDS) 抑制 : 輸血によるエイズ感染を防ぐため、血液検査計画 (Kenya's Blood Screening Programme) に対し、WHOを通して援助を行っている。  
(1987年: 20万ポンド・1988年: 百万ポンド)
- ③ Isiolo Hospital 建設: 地域病院の建設 (1988年: 3百万ポンド)

等を行っている。

#### (4) オランダ

オランダの援助は贈与が中心で、総援助額の約 94%を占めている (1986年)。1986年のケニア共和国に対する援助は 100% 贈与であり、44.4百万ドルで、これは我が国に次ぐ援助額であった。

援助の対象分野は、農業が中心で (約4割)、水供給、保健・人口、インフラストラクチャーなどの分野に援助を行っている。

## (5) 日本

ケニア共和国は我が国のアフリカ地域における最大の援助対象国である。

我が国の同国に対する援助は 1989 年までの累計で、総額 1,935.58 億円、うち無償資金協力：381.01 億円、技術協力：259.84 億円、有償資金協力：1,294.73 億円、に達している。贈与・借款の割合は各々 33%・67% であり、今後借款が増える傾向にある。(表 3-16 参照のこと)

現在、ケニア共和国にとって我が国は援助総額で第 1 位を占めており、今後も我が国に対して大きな期待を向けてくることは必須であろう。

### 1) 無償資金協力

我が国のケニア共和国に対する無償資金協力は、食糧増産援助(農業部門)、債務救済、インフラストラクチャー(施設建設)等が目立つ。

しかし、食糧援助や食糧増産援助は金額が少なく、年度ごとの主要計画は施設建設等の計画が占めている。これは、我が国の無償資金協力による援助があくまでも施設建設等のインフラストラクチャーに主体を置いていることを示す。施設建設の中でも大学や研究所等の設立は人材開発、上水道・灌がい開発は基礎生活分野に直接結び付くものである。

医療セクターに対しては、1980年度の医療機材整備計画(2.00億円)、1982・1983年度の中央医療研究所設立計画(合計27.46 億円)の3援助のみで、諸外国の多くがプライマリー・ヘルス・ケア等の一次医療に対する援助を行っているのに比べ、我が国は施設建設の援助額が目立っている。

施設建設援助は規模も供与額も大きく、被援助国にとっての象徴的施設になりがちであり、被援助国国民や諸外国に与える影響も大きい。この意味においては被援助国の要請を受けたことの妥当性を見い出せるものの、はたして本当に被援助国のニーズにあったものであるのかは、疑問の生じるケースが多々ある。

---

外務省(外)食糧増産援助についてはアフリカ地域で最大規模であるとともに、シェアとしても1/3～1/5(8～9億円)である。

## 2) 技術協力

ケニア共和国の開発目標の1つである「社会のケニア化」に対し、我が国は人材開発（教育・人遣り・技術移転等）の協力を行っている。

同国で行われているプロジェクト方式技術協力は無償資金協力と連携をとっている例が多く、現在「ジョモ・ケニアック農工大学」、「NYS上級技術訓練センター」、保健・医療セクターの「中央医学研究所感染症対策プロジェクト」農業セクターの「園芸開発」、「社会林業訓練」、等の協力を実施している。

## 3) 有償資金協力

我が国のケニア共和国への援助の中では、有償資金協力（円借款）の占める割合が高く、今後も増加傾向にある。

主な援助分野は「運輸・通信」で、「モンバサ空港整備計画」、「ケニア放送公社近代化計画」などを実施した。

表 3 - 1 6 我が国の経済協力実績

(単位：億円)

年度	無償資金協力	技術協力	有償資金協力
83年 までの 累計	176.99 災害援助 (74年度：0.15) インクガ地区上水道建設計画 (77年度：40.00) ジョモ・ケニアック農工大学 建設計画 (78年度：18.00) 債務救済 (78年度：0.99) ジョモ・ケニアック農工大学 建設計画 (78年度：20.00) 食糧援助 (79年度：3.00) 債務救済 (79年度：1.01) ジョモ・ケニアック農工大学 建設計画 (80年度：10.00) 債務救済 (80年度：1.01) 食糧援助 (80年度：3.40) 食糧増産援助 (80年度：4.00) 高等教育省に対する理科実験 機材 (80年度：0.26) 医療機材整備計画 (80年度：2.00) 食糧援助 (81年度：5.83) 地下水研究計画 (81年度：12.00) 食糧増産援助 (81年度：4.00) 債務救済 (81年度：0.52) 食糧増産援助 (82年度：6.00) 中央医療研究所建設計画 (82年度：15.00) 食糧援助 (82年度：6.36) インクガ地区上水道延長計画 (82年度：0.35) 高等教育省に対する中等教育 機材 (82年度：0.36) 中央医療研究所建設計画 (83年度：12.45) ジョモ・ケニアック農工大学 実験農場整備計画 (83年度：7.80) 食糧増産援助 (83年度：7.00) 債務救済 (83年度：0.94) ナショナルリズム・ユース・ サービスに対するプラスバンド 楽器 (83年度：0.19)	137.73 研修員受入 449人 専門家派遣 360人 調査団派遣 595人 協力隊派遣 489人 機材協与 1,868.7 百万円 プロジェクト技協 7 件 開発調査 13件	538.12 経済開発借款 (66年度：20.16) モンバサ空港拡張 (72年度：40.86) 新ニヤリ橋 (77年度：49.00) 新ムトウバ橋 (77年度：7.60) 地方道路計画 (78年度：33.61) 通信近代化計画 (79年度：78.78) 北東地域道路建設計画 (81年度：61.00) 通信施設拡充計画 (82年度：84.50) 穀物貯蔵庫建設計画 (I) (82年度：39.40) 穀物貯蔵庫建設計画 (II) (83年度：46.89) 商品借款 (83年度：10.00) 米の延払い輸出 (83年度：7.92)
84	26.87 食糧援助 (3.50) 食糧増産援助 (5.00) 国立園芸試験場整備計画 (11.50) 農業道路補修計画 (6.00) 債務救済 (0.87)	20.03 研修員受入 87人 専門家派遣 30人 調査団派遣 94人 協力隊派遣 44人 機材協与 164.4 百万円 プロジェクト技協 1 件 開発調査 4 件	78.40 キリフィ橋建設計画 (78.40)
85	30.09 食糧増産援助 (8.00) 債務救済 (0.79) 林業育苗訓練センター建設計画 (7.08) 上級技術訓練センター建設計画 (12.76) ナイロビ大学に対する教育研究 機材、建築工学用機材 (0.47)	22.54 研修員受入 92人 専門家派遣 50人 調査団派遣 95人 協力隊派遣 67人 機材協与 323.5 百万円 プロジェクト技協 4 件 開発調査 6 件	なし



(単位:億円)

年度	無償資金協力	技術協力	有償資金協力
86	32.02 食糧増産援助 (2.00) 林業育苗訓練センター建設計画 (7.14) 上級技術訓練センター建設計画 (15.74) 文化・社会サービス省に対する 体育機材 (0.43) 債務救済 (0.71) 食糧増産援助 (8.00)	25.44 研修員受入 102人 専門家派遣 46人 調査団派遣 127人 協力隊派遣 46人 機材協与 339.3百万円 プロジェクト技協 4件 開発調査 5件	56.05 クナ・デルタ灌漑計画 (E/S) (5.68) 大ナクル水供給計画 (60.17)
87	51.20 ノンプロジェクト援助(35.00) 地下水開発計画 (7.10) 債務救済 (0.64) 食糧増産援助 (8.00) 学校用教育機材センターに 対する実験機器製作機材 (0.46)	25.70 研修員受入 100人 専門家派遣 48人 調査団派遣 112人 協力隊派遣 35人 機材協与 305.5百万円 プロジェクト技協 6件 開発調査 6件	なし
88	30.56 タバタ・ルミ地区水供給計画 (9.86) 農業道路補修計画 (5.96) 食糧増産援助 (9.00) 債務救済 (0.66) 測量機材整備計画 (5.18)	28.40 研修員受入 111人 専門家派遣 47人 調査団派遣 93人 協力隊派遣 34人 機材協与 571.17百万円 プロジェクト技協 6件 開発調査 4件	239.52 農業セクター調整計画 (95.00) ナイロビ給水事業計画 (53.42) 工業セクター調整計画 (91.10)
88	62.66 ムエア灌漑開発計画 (12.64) ジョモ・ケニアック農工大学 拡充計画 (9.89) 債務救済 (0.63) ノンプロジェクト援助(30.00) 国立劇場に対する音響・照明 機材 (0.50) 食糧増産援助 (9.00)		461.04 ケニア放送公社近代化計画 (161.98) ソドゥ・ミリウ水力発電計画 (E/S) (6.68) モンバサ空港整備計画(90.10) クナ河流域道路整備計画 (65.23) セメント工場改修計画(76.74) クナ・デルタ灌漑計画(I) (60.31)
89年 までの 累計	381.01	259.84 研修員受入 941人 専門家派遣 681人 調査団派遣 1,116人 協力隊派遣 715人 機材協与 3,572.4百万円 プロジェクト技協 13件 開発調査 20件	1,294.73

(注) 1. 「年度」の区分は、有償資金協力は交換文締結日に、無償資金協力及び技術協力は予算年度による  
2. 「金額」は、有償資金及び無償資金協力は交換文ベースに、技術協力はJICA経費実績による。

出所: 外務省資料

### 3-2-3 国際機関の特徴

#### (1) 国連開発計画 (UNDP)

1970 年以降、UNDP は、援助方針を 5 ヶ年方式に改め、被援助国別の開発計画に基づき援助を実施してきた。

資金配分は被援助国の優先順位に従って、Country Programme による援助の実施を行っている。

ケニア共和国に対する援助は、第 4 次計画 (1982~1988 年) においては 52 百万ドル (うち 10.4 百万ドルは予備費) が経常され、同国の第 5 次開発計画にあわせ、1) 既存施設の活用、2) 健康、教育等、社会サービスの向上、3) 農村の整備、4) 産業保護の撤廃と輸出産業の振興、等を援助の基本方針とし、地域開発、人材開発、政策強化、等に援助を実施した。

#### (2) 国連児童基金 (UNICEF)

UNICEF の目的は児童及び母子に対する福祉を充足することであるため、ケニア共和国に対しても児童及び母子の福祉向上の役割を担っている。

UNICEF による同国への主な援助は、母子保健・家族計画、プライマリー・ヘルス・ケア、予防接種拡大計画等で、これらは WHO、ケニア共和国政府らとの共同計画として実施されている。

#### (3) 世界保健機構 (WHO)

WHO の基本目標である「2000 年までに全ての人々に健康を」確保することはケニア共和国においてもその開発計画の中に掲げており、同国において WHO の役割は大きなものとなっている。

WHO の基本方針として、ケニア共和国政府との合意のもと、共同でプライマリーヘルス・ケアを主体に様々な計画を進めている。

WHOの主な計画は以下の通りである。

① プライマリー・ヘルス・ケアの拡充

コミュニティ・レベル、地域レベル、州レベル、国家レベルにおけるプライマリー・ヘルス・ケアの拡充を通して上述の基本目標を達成する。

② 予防接種拡大計画 (EPI)

小児の下痢症による死亡率を低下させるため、地域レベルにおいて母親の教育や衛生管理指導者の育成のための技術指導や、情報の提供を行い、UNICEF、DANIDA、イタリア政府、カナダ政府によるワクチンや医薬品の供与と共に予防接種の拡大を通して母子の保健・衛生を向上させる。

③ 家族計画

ケニア共和国にとって他の低開発国と同様に、人口増加は深刻な問題である。現在4%強の人口増加率を3.8%に下げることが目標に、ケニア共和国政府、NGOs、UNFPA、UNDP、USAID、等の援助機関と共に実施している。

④ 国家エイズ・コントロール計画

ケニア共和国保健省下の国家エイズ委員会とともに、エイズ研究、情報の提供等を通して、エイズ感染の縮小を行っている。

また、エイズをも含めた感染症対策等を実施している。

(4) アフリカ開発銀行・基金 (AfDB/AfDF)

AfDBは1967年以来、ケニア共和国に対し援助を行ってきた。現在までのAfDBの融資は、グループ全体で379.39百万ドル (AfDB: 173.26百万ドル、AfDF: 149.42百万ドル) にのぼる。

部門別には、1) 運輸 (115.84百万ドル、31%)、2) 工業 (106.29百万ドル、28.5%)、3) 公共施設 (給水・エネルギー) (105.25百万ドル、28.2%)、4) 教育・保健 (26.78百万ドル、7.2%)、5) 農業 (19.23百万ドル、5.1%) となっており、道路建設などの移動手段の整備、工業開発、資源開発に優先順位が置かれている。

次期融資では、農業部門に優先順位をおくことを計画している。

#### (5) 欧州共同体 (EC)

ECの援助は "Lomé" に基づいて実施されており、ケニア共和国への援助は1976～1986年間の累計総額で 450百万 ECU に達している。

援助の比率は贈与が多く、借款は少ない。

Lomé III (EDF IV) のもと、166 百万 ECU がケニア共和国に援助された。

分野別では、1) 穀物生産部門 (農業) の強化、2) 運輸、3) 紅茶生産、4) 農業研究、に対し援助が行われた。

また、EDF V では、合計 138 百万 ECU が援助されることになっている。

その他、食糧援助、欧州投資銀行 (EIB) からの融資も受けている。

#### (6) 世界銀行 (IBRD)

世界銀行グループの融資は、1987年 3月の時点で 1,930 百万ドルに達している。

IDA (International Development Association) の第 8 次追加融資 (1988～1990年) において、1988年半ばまでに、46 - IBRD ローン (1,200 百万ドル)、41 - IDA クレジット (960 百万ドル) の融資を受けている。

世界銀行の融資は、1986年以降、経済政策や産業構造改善の履行を条件とする産業調整融資が主体となっている。

### 3-3 調査結果及び評価

#### 3-3-1 協力の概要

ケニア共和国におけるプロ技協の当初の目的は、国立衛生研究所（NPHLS：保健省管轄）を受け入れ機関として、ウイルス・細菌・寄生虫の3分野における疾患の基礎研究を行い、さらにこれらの研究成果を一部に設定したモデルエリアにおいて保健活動として応用することであった。

しかし、1982年～1983年（昭和57年～58年）に我が国の無償資金協力で建設された、中央医学研究所（KEMRI：研究科学技術省管轄）が完成後、研究・活動の主体がそちらへ移行してしまい、現在は実質上、NPHLSからはほとんど手を引いた状態となっている。

その受け入れ機関移行の経緯は、過去の報告書等や今回の調査でも明らかにできなかったが、今後の着眼点となるであろう。

#### 3-3-2 評価及び考察

##### (1) 協力経緯と考察

NPHLS と KEMRI は、数年前に完全に分離された。

前者は前述のとおり Ministry of Health の、後者は Ministry of Scientific Research and Technology の管理下にある。両者は公的には予算面その他を含めて全く無関係である（と彼らは強調している）。NPHLS とは、ケニアの公衆衛生関係の主として検査サービスを行う唯一の国立の機関である。建物は中庭を囲むベランダ風回廊があり、その外側が大小の検査室となっている。

1935年独立の30年ほど前にイギリスにより建てられたものである。

1970年以来、次の3つの機能に分けられ活動して来た。

- 1) Division of Public Health Laboratory
- 2) Division of Vector-Borne Diseases
- 3) Division of Communicable Diseases Control

すなわち NPHLSは、臨床検査施設として日常の検体検査業務を行っており、KEMRIは純粋な医学研究機能の向上を目指している。

1979年 3月 9日に、ケニア保健省Dr. Mngola, E.N. (Director of Med. Services, Permanent Secretary, Ministry of Health) と、JICA調査団の Prof. Dr. Hayashi, K. (Head of Japanese Implementation Survey Team) との間で署名合意された議事録の内容は次のようなものである。(P. 69~P. 75参照のこと)

#### I. 基本的には

- ① NPHLS の機能を強化することを目的とし、ケニア共和国における伝染病の研究と対策に対し日本が協力して伝染病に対する研究活動を高め、それにより疾病を予防する手段を改善していくこと。
- ② NPHLS は KEMRIの機構に関連しているが、全研究活動は KEMRIの指揮下におく。
- ③ プロジェクトのマスタープランは次のとおりとする。

(P. 75の Annex I. Masterplan 参照のこと)

- (i) ケニア共和国における伝染病に対するよりよい予防方法を見つけだすためにそれらの疾患の研究能力を改善向上させ、NPHLS の機能を発展させる。
- (ii) 疫学的サーベイランスを推進するためのモデル地区を確立し、伝染病の諸問題を解決する。
- (iii) サーベイランス、検査室のサービスを通して、現行の伝染病に対する対策方法をより効果的に行っていくため、モデル地区でプランを策定する。
- (iv) 伝染病の対策に必要なワクチンと診断試薬の現地における製造能力を改善し、現実化する。

II. 日本人専門家の派遣 (省略)

III. 材料供与 (省略)

IV. ケニア人の日本における研修



この議事録署名（R/D）に先立ち、林、橘爪・両専門家、熊谷書記官、江崎 JICA 所長らにより確認された事項は、現在の NPHLS と KEMRI を考えるうえで大変意味がある。

それは、「既存の NPHLS と KEMRI の拡充整備を中心とし、地域保健の医療対策に貢献することがケニア共和国における研究者の研究技術の向上にも資する」というものである。その翌日の R/D に関する日本側とケニア共和国側の根本的相違点が次のように指摘されている。

- ① 日本案は NPHLS の拡充、機能の向上を期待するが、ケニア共和国案は KEMRI の設立を主体としている。
- ② 日本案は、現機構の NPHLS の機能の拡充を基にして Rural Health Services の拡充を考える方針をとっているのに対して、ケニア共和国案では、本プロ技協の目的は NPHLS（Services 機関として）ではなく、Research を主体とする KEMRI の設立であるとし、これらの強い要望が基本的な態度として表現され、これに伴う KEMRI の建物供与が強い要求としてケニア共和国案の中に現れているのが特徴である。

現在の NPHLS の機能の中に残されているもので、以前日本の協力で行ったプロジェクトの中にあつたものは、① Parasitology（寄生虫学）と② Bacteriology（細菌学）である。昆虫媒介疾病（DVBD：Department of Vector Borne Diseases：Dr. J. H. OUMA）の目下の重要課題は、① 住血吸虫、② マラリアの2つである。寄生虫対策プロジェクトについては、長崎大学熱帯医学研究所青木教授の研究指導のもとに10年間にわたる技術協力が行われてきた。Coast 州の Kwale 地区等で Pilot 研究として予防と治療の両面での研究が行われてきている。

Coast 州の研究により、安全水（清潔な井水または市水）の供給による感染者の減少がみられたほか、診断法、治療法の改善により、Pilot Study は一応成功した。しかし、国全体の患者数を減らすことは全く行われていないし数自体はむしろふえる傾向にある。水供給プロジェクトも動いているが、環境、水資源、等の問題から、Water Tower の建設等は保留されているようである。

Dr. J. H. Ouma は DVBD の Director として NPHLS に残っているが、KEMRI に派遣されている日本人専門家による寄生虫研究グループとは、公的には全く切り離されており、青木教授の友人としての交流が残っているのみである。

Dr. J. H. Ouma の研究室では、水からの感染についての研究活動を目指し、一応住血吸虫の Vector の貝の飼育なども行っている。

その他の活動はマラリアの塗抹標本における診断が主である。

日本人専門家との交流としては、“彼らは時々 NPHLS にコンサルティングをしてくれる” という以外は NPHLS と KEMRI の日本人専門家は全く独立して同様の研究を行っているという極めておかしな関係にある。

KEMRI の建物を作ることにより、日本チームの機能をそちらに組み込まざるを得なかったことによるものであろう。

NPHLS の研究室には日本から供与された機材はほとんど残ってはいない。

#### [Protozoology & Entomology Labo.] (原虫学と衛生昆虫学 Labo.)

Malaria の診断を主として行っている。

Field から蚊をあつめ、Malaria vector の昆虫学的、疫学的評価をしている。

一方、最近は薬剤の resistant test も実施しているが顕微鏡は 2 台のみで、活動が経済面から制限されている。

#### [Helminthology Labo.] (腸内寄生虫学 Labo.)

腸内寄生虫の診断を中心としており、時々 field study も行っている。

研究室にはホルマリン入の寄生虫標本がかなり整理されて並べられている。

#### 細菌検査関係について (Dr. Kaviti)

細菌感染者の標本を検査室で診断する Routine Work の他、教育研修が主たる仕事となっているようである。

いわゆる研究は全く行われていない。日本から供与された機材は、ふ卵器、低速遠心器の計 2 種・3 点のみで、他は KEMRI に移管されていた。

## (2) プロジェクトの計画・設計に関する評価

1966年、ナクル市のリフトバレー州立病院に始まった我が国のプロジェクト方式技術協力が、ケニアツタ国立病院のICU診療協力等のプロジェクトを加え、さらに現在の伝染病研究対策プロジェクトへと発展し、ケニア共和国全体の公衆衛生上の種々の問題を視点にすえたことは極めて理にかなったことであつたと評価できる。

## (3) プロジェクト実施に関する評価

本評価対象計画について、ウイルス分野ではロタウイルス、細菌分野ではサルモネラ菌、赤痢菌、病原性大腸菌、ビブリオ菌等の下痢性細菌の研究、寄生虫分野では住血吸虫の研究がテーマとなった。

これらはいずれも特定のフィールドを選んでのパイロット研究として開始されたものである。

研究棟も NPHLS の敷地内に 1982 年にプロジェクト研究対策費により建設され、長崎大学を中心とした優れた専門家による共同研究が行われた。

この結果として、現在の KEMRI の大変立派な研究所が我が国の無償資金協力によって建設され、現行の技術協力が結び付いたことは NPHLS における技術協力の成果が上がったことによるものであろうと評価されて良い。

しかし、この技術協力からの成果が最初の目的通りに、「既存の NPHLS の拡大整備を中心として、地域保健の医療対策に貢献することがケニア共和国における研究者の研究技術の向上にも資する」ことにつながったかどうかは、かなり評価が分かれるところであろう。パイロット研究としての成果は「ケニア国伝染病研究対策プロジェクト報告書」(昭和58年(1988年)8月)にある通り、フィールド・ワークとしては質的にも高いものである。

同国においては行政上の変遷により、NPHLS は保健省の、また KEMRI は研究科学技術省の管轄となり、互いには全く無関係(と彼らが主張している)の状態となっている。

また、現在は供与器材の大半(95%以上)は KEMRI に移設されており、殆どが整然と維持・管理され、使用されている。一方、NPHLS の実験室には器材らしきものは殆ど見当たらなかった。

公的には KEMRIは国民の公衆衛生行政に関しては、何ら責任もないことになっているため、研究成果を保健医療行政に反映させることが従来十分には成し得なかった。

この最も基本的な点（日本から見た場合には、但し、ケニア側から見た場合当初の主張通り）では、相異ならした状態（同床異夢）は何ら克服されることなく進んでしまったことになる。

日本人専門家は、現在は KEMRIに常駐しており、NPHLS との連絡はほとんどなく、この点でも日本が直接・間接的にケニア共和国の公衆衛生研究に協力している状況にはないと言える。

さらに、NPHLS と KEMRIの研究内容が重複している部分もあり（住血吸虫症の研究）、お互いの関係はあまり円滑ではないようである。

最近の日本からの調査団は、カウンターパートとしての研究科学技術省のみと協議し、保健省には連絡が無かったとの苦情も聞かれた。

（本評価調査後に出席したWHOの生殖生理学特別研究事業の委員会においても同特別事業のケニアの研究所強化計画に関して、各省庁、各研究所、大学機関などの相互の連絡不備、共同運営の欠如等が指摘されており、途上国にありがちな運営上の問題が特徴的と認められた。・・・我妻）

---

#### 医療協力部（医）

90年 5月より新規に開始する「ケニア感染症研究対策プロジェクト」においては研究成果を行政面の計画策定に活用させるため、保健省との連携を目指している。

#### (4) 供与機材に対する評価

ほとんどの供与機材は KEMRI が完成した時点で、NPPLS より KEMRI へ移され少数の基礎機材のみが本評価調査対象である NPPLS 及びモデルエリアの中核病院に残っている状況であった。プロジェクト期間中に研究対策費で建てられた研究棟も、KEMRI の所有となり、保健省の管轄外となっていた。

NPPLS に残された機材は極く少数ではあるが、よく使用されていた。

KEMRI に移設された機材もすでに 7～10 年程経ているにもかかわらず、メンテナンス状態は以外と良く、使用されていない機材等も少なく、そのうちのほとんどはスペアパーツ等があれば使用可能となる物であった。KEMRI 作成の機材配布施設リストも今回の調査で入手できた。(資料・A-203頁)

電子顕微鏡も研究棟より KEMRI へ移され、日本でトレーニングを受けたカウンターパートにより十分活用されていた。

ただし、電顕冷却用水道水圧が低いため 2 台の同時使用ができないとのことであった。これは冷却水用循環装置を増設すれば解決できる問題である。

メンテナンス組織らしいものは特になく、2 名の ENGINEER がそれに当たるとのことであるが、故障の際には外部の民間サービス機関へ修理依頼するケースが多いとのことであった。これは KEMRI が他援助機関の対象となっており、十分な予算が有るために可能なことで、これに比べ保健省下の NPPLS やモンバサ州立病院を見たかぎりでは、メンテナンス組織も予算もなく、建物設備や医療機材(我が国供与以外のもの)が故障のまま放置されている状況であった。

#### (5) 地域社会に対する裨益効果

ケニア共和国の開発計画や、当時の状況、ケニア共和国側の主張していた Research を主体とする KEMRI の設立を実現する以前に、地域医療への還元をも含めた、研究施設への援助であったことを考慮した場合、本評価対象計画は適確であったと判断できる。

しかし、ケニア共和国側の受け入れ体制をみた場合、技術協力の派遣専門家に対する計画への組入れ方は未だ確立していないようである。

計画そのものは、水供給プロジェクトを含め、一部地域ではあるが地域住民の感染率の低下や研究を促した（専門家よりの聞き取りにより具体的数値はない）ことにより評価すべきである。

ただし、同国国民に広く裨益効果をもたらしたかは計画の応用面における不確実性により判断できかねるが、少なくとも本計画の開始時にはケニア共和国の国情に合致していたものであり、開発計画上においても妥当な援助であったと判断する。

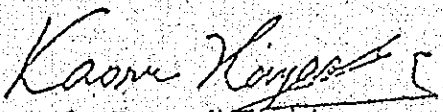


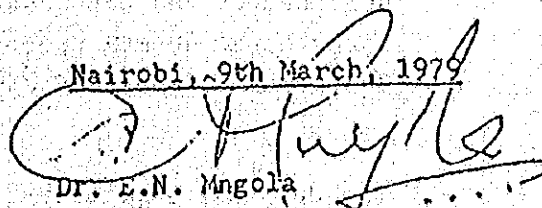
THE RECORD OF DISCUSSIONS BETWEEN THE JAPANESE  
IMPLEMENTATION SURVEY TEAM AND THE AUTHORITIES  
CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF  
KENYA ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION FOR  
THE COMMUNICABLE DISEASES RESEARCH AND CONTROL  
PROJECT

The Japanese Implementation Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as JICA) and headed by Dr. Kaoru Hayashi, Professor and Director of the Institute of Tropical Medicine, Nagasaki University, visited the Republic of Kenya from 25th February, 1979; to 15th March, 1979, for the purpose of working out the details of the technical cooperation programme concerning the Communicable Diseases Research and Control Project in the Republic of Kenya.

During its stay in the Republic of Kenya, the Team exchanged views and had a series of discussions with the Kenyan authorities concerned in respect of the desirable measures to be taken by both Governments for the successful implementation of the above-mentioned Project.

As a result of the discussions, the Team and the Kenyan authorities concerned agreed to recommend to their respective Governments for approval of the matters referred to in the document attached hereto.

  
Prof. Kaoru Hayashi  
Head of Japanese  
Implementation Survey Team

Nairobi, 9th March, 1979  
  
Dr. E.N. Mngola  
Director of Medical Services/  
Permanent Secretary,  
Ministry of Health

## I. COOPERATION BETWEEN BOTH GOVERNMENTS

1. The Government of Japan and the Government of the Republic of Kenya will cooperate with each other in implementing the Communicable Diseases Research and Control Project (hereinafter referred to as "the Project") for the purpose of the strengthening of the functions of the National Public Health Laboratory Services (hereinafter referred to as "the NP HLS") for the improvement of the preventive measures which are linked with research activities against communicable diseases. In this connection model area(s) will be set up in rural area(s) in the Republic of Kenya.
2. The NP HLS is a related organization of the Kenya Medical Research Institute (hereinafter referred to as "the KMRI") and, in this connection, all research activities should be executed under the superintendence of the KMRI.
3. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

## II. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

1. In accordance with the laws and regulations in force in Japan, the Government of Japan will take necessary measures through JICA to provide at its own expense services of the Japanese experts as listed in Annex II through the normal procedures under the Technical Cooperation Scheme of Japan.
2. The Japanese experts referred to in 1 above and their families will be granted in the Republic of Kenya the privileges, exemptions and benefits as listed in Annex III and will be granted privileges, exemptions and benefits no less favourable than those granted to

experts of third countries or international organizations performing similar missions.

### III. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. In accordance with the laws and regulations in force in Japan, the Government of Japan will take necessary measures through JICA to provide at its own expense such machinery, equipment, vehicles and materials necessary for the implementation of the Project as listed in Annex IV, through the normal procedures under the Technical Cooperation Scheme of Japan.
2. The articles referred to in 1 above will become the property of the Government of the Republic of Kenya upon being delivered c.i.f. to the Kenyan authorities concerned at the ports and/or airports of disembarkation, and will be utilized exclusively for the implementation of the Project in consultation with the Japanese experts referred to in Annex II.

### IV. TRAINING OF KENYAN PERSONNEL IN JAPAN

1. In accordance with the laws and regulations in force in Japan, the Government of Japan will take necessary measures through JICA to receive at its own expense the Kenyan personnel connected with the Project for technical training in Japan through the normal procedures under the Technical Cooperation Scheme of Japan.
2. The Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Kenyan personnel from technical training in Japan will be utilized effectively for the implementation of the Project.

V. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KENYA

1. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Kenya, the Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to provide at its own expense:
  - (1) Services of the Kenyan counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex V;
  - (2) Land, buildings and facilities as listed in Annex VI;
  - (3) Supply or replacement of machinery, equipment, instrument, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than those provided through JICA under III above;
  - (4) Transportation facilities and travel allowance for the Japanese experts for the official travel within the Republic of Kenya;
  - (5) Basic furnished accommodations for the Japanese experts and their families.
  
2. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Kenya, the Government of the Republic of Kenya will take necessary measures to meet:
  - (1) Expenses necessary for the transportation within the Republic of Kenya of the articles referred to in III above as well as for the installation, operation and maintenance thereof;
  - (2) Customs duties, internal taxes and any other charges, imposed in the Republic of Kenya on the articles referred to in III above;
  - (3) All running expenses necessary for the implementation of the Project.

## VI. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to the Kenyan staff associated with the Project, pertaining to the implementation of the Project, and the Kenyan authorities concerned will be responsible for the administrative and managerial matters pertaining to the Project.
2. For successful implementation of the Project, the Steering Committee will be established with the members as listed in Annex VII. The Committee will meet at least once a year. The functions of the Committee are as follows:
  - (1) To formulate plans for this Project;
  - (2) To review the implementation of the Project with particular reference to budget and requests for fellowships and equipment;
  - (3) To report to relevant authorities of two countries concerned about the implementation of the Project at all stages and at all levels.

## VII. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

The Government of the Republic of Kenya undertakes to bear claims, if any arise, against the Japanese experts engaged in the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the Republic of Kenya except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

### VIII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between the two Governments on any major issues arising from, or in connection with this Document.

### IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Document will be five years from the date of signing of this Record of Discussions.



## ANNEX I      MASTER PLAN

In view of the fact that communicable diseases cause great morbidity and mortality in the Republic of Kenya, one of the major responsibilities of the Government of the Republic of Kenya is to prevent and control communicable diseases by all the available methods as well as research for better tools for their control.

The outline of the Project is as follows:

- (1) To extend and substantiate for functional development of the NPJLS in order to improve research capabilities related to communicable diseases in Kenya with the aim of finding better preventive measures against these diseases.
- (2) To establish model areas to promote epidemiological survey, identify and solve communicable disease problems.
- (3) To make plans in the model area(s) in order to effectively improve existing control measures against communicable diseases in terms of surveillance and laboratory services.
- (4) To improve and modernize local production of vaccine and diagnostic reagents capabilities necessary for the control of communicable diseases.

### 3-4 提言と考察

#### 3-4-1 技術協力について

一般的に技術移転に関し、優秀な技術者、研究者をカウンターパートとして得られた場合、良い結果となる。しかし、そうでない場合には単に日本側の専門家（研究者）が受入れ国での材料を用い、研究を行なったという結果に終わってしまう。

本評価対象計画においても同様に、心ある人からは「外国の研究者は、当国の材料を用いて研究を行い、その立派な業績が発表されたが、それらの研究は当国の疾病撲滅には全く役立ってはいない・・・」という批判をあげることもなっている。

我が国におけるケニア共和国の派遣研修員をみても、実際の研修者があまりにも少ないことがわかる。

なぜこのような結果となったかは不明であるが、ケニア共和国側の研究者、技術者層が薄いこと等も1つの要因と思われる。

日本側においては、研修生を受入れるための条件（研究環境や施設）の強化と、受入れる研修生の幅を拡大してゆくための対策も必要となっている。

他の我が国の医療セクターにおける協力をみても、研究能力、経験等のふさわしい人は初めのみで、後は尻すぼみになるのが常である。

本評価調査対象計画については、派遣されたメンバーからみてもそのようなことはなかったようである。

#### 3-4-2 評価のあり方について

ケニア共和国における本評価調査対象計画は、すでに5年前に終了しており、移行された次期計画（KEMRI における伝染病研究対策プロジェクト）についてもあと2年後に終了し、さらに次の計画に移行予定とのことである。

## 第4章 ザンビア共和国

## 第4章 ザンビア共和国

### 4-1 調査対象国の実態

#### 4-1-1 医療事情

##### (1) 医療水準

前出の表3-1 保健医療関連指標に示される通り、ザンビア共和国の医療水準においても、人口増加率、乳幼児死亡率の高さや、医師、看護婦不足等より発展途上国の典型と言える。

ケニア共和国に比べ、医師、看護婦1人当たり人口規模は、より良い状態であるが、普通死亡率、平均余命、乳幼児死亡率ともにケニア共和国より悪く、全体的医療水準の低さがうかがえる。

しかし、特に看護婦数においては、大きな改善が見られる。

##### 主要疾患及び死亡原疾患

次頁、表4-1、表4-2 に10大主要疾患及び10大死亡原疾患を示す。

どちらも、マラリア、麻疹、肺炎、結核等の感染症が上位を占め、他の発展途上国と同様の状況を示している。

また、主要疾患の第3位に低栄養、第7位に貧血症が有り、栄養水準の低さもうかがえる。

表4-1 10大主要疾患(1987年)

1) マラリア	28,274 (人)	392.7 (10万人当り)
2) 麻疹	18,232	253.2
3) 低栄養	12,253	170.2
4) 肺炎	10,344	143.7
5) 急性上部呼吸器疾患 (含む無力症)	9,367	130.1
6) 胃腸炎と大腸炎	9,146	127.0
7) 貧血症	8,839	122.8
8) 腸炎とその他胃腸疾患	8,071	112.1
9) 皮膚疾患	7,044	97.8
10) 事故	5,914	82.1

表4-1 10大死亡原疾患(1987年)

1) 麻疹	1,746 (人)	24.3 (10万人当り)
2) 結核	458	6.4
3) マラリア	227	3.2
4) 貧血症	268	3.7
5) 肺炎	235	3.3
6) 急性上部呼吸器疾患	180	2.5
7) 胃腸炎	174	2.4
8) 不明	221	3.1
9) 事故	141	2.0
10) ガン	453	6.3

出典：ソマリア、ケニア、タンザニア国  
感染症対策協力調査団報告書  
(昭和63年3月 JICA・医協)  
の中のザンビア共和国宛・質問書回答

次に、表4-3、表4-4 に小児（0～14才）の、病院における、外来・入院患者の10大主要疾患を示す。

外来患者の主要疾患は、呼吸器・消化器疾患、寄生虫を含む各種感染症、マラリア等が60%以上を占めている。

また、入院患者の主要疾患は、マラリアが24%を占め、次に呼吸器疾患、麻疹、腸チフス、赤痢等の感染症が約50%を占めている。

分娩時の新生児疾患は4.7%となっている。

表4-3 小児外来における10大主要疾患（病院） 1986年

1. 呼吸器疾患 (Respiratory diseases)	19.4%
2. 消化器・腹部疾患 (Digestive/Abdominal disorders)	17.5
3. 他の全感染症・寄生虫症 (All other infections/parasitic diseases)	13.3
4. マラリア (Malaria)	11.3
5. 外傷・事故 (Injuries and Accidents)	6.3
6. 眼疾患 (Eye disorders)	5.5
7. 皮膚疾患 (Diseases of Skin)	4.1
8. 耳疾患 (Ear Disorders)	2.5
9. 歯疾患 (Diseases of Teeth)	1.5
10. 低栄養 (Malnutrition)	1.4
	100.0 %

表4-4 小児入院患者の10大主要疾患（病院） 1986年

1. マラリア (Malaria)	24.4
2. 呼吸器疾患 (Respiratory diseases)	14.4
3. 外傷・事故 (Injuries and Accidents)	7.7
4. 麻疹 (Measles)	6.1
5. 非感染性消化器疾患 (Non-infective Gastro-Intestinal disorders)	6.6
6. 低栄養 (Malnutrition)	7.9
7. 腸チフス・赤痢・感染性消化器疾患 (Typhoid Dysentery/Infective Gastro-Enteritis)	4.2
8. 新生児疾患（周産期における） (Disorders of Newborn/perinatal period)	4.7
9. 貧血症 (Anaemias)	5.1
10. 皮膚及び皮下疾患 (Diseases of skin and subcutaneous)	4.0
	100.0 %

出典：NEW ECONOMIC RECOVERY PROGRAMME  
FOURTH NATIONAL DEVELOPMENT PLAN 1989-1993



## 医療従事者

ザンビア共和国における医療従事者数の正確な値は不明であるが、表4-5に一応の目やすを示す。

1988年度で、医師、クリニカルオフィサー、看護スタッフ数はそれぞれ493、1,605、6,696名となっている。

医師総数の内ザンビア人医師はごくわずかで、1988年度では総数358名の内ザンビア人医師数は140名であった。1982年度の医師数880名に比べ、1988年度ではかなりの減少となっており、経済状況の悪さによる医師の海外流出傾向の深刻さがうかがえる。

また、表中の医師数等は登録数であり、実際にザンビア共和国内にいる医師数は、その内の1/2~1/3程度との話もある。

表4-5 医療従事者数の推移(1977年~1988年)

医療従事者名	1977	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
1. Doctors	598	821	890	798	-(103)	-(134)	358(140)		493
2. Dentists	17	62	48	42					21
3. Pharmacists	40	-	-	-					28
小計	655	-	-	-					540
4. 看護スタッフ									
(a) Educators General(Reg. Nursing Tutors)	32	-	-						77
(b) Public Health Nurses	10	-	-						62
(c) Nursing Administrators	40	-	-						83
(d) Midwifery Tutors	10	-	-						41
(e) State Registered Nurses/Midwives	1,740	1,757	1,861	1,807					1,667
(f) Zambia Enrolled Nurses/Midwives	2,640	3,391	4,109	4,652					4,766
小計	4,372								6,696
5. Clinical Officers	1,030	1,222	1,300	1,338					1,605
6. Public Health Inspectors	115	62	69	144					84
7. Physiotherapists	23	-	-						80
8. Health Assistants	415	355	314	618					739
9. Laboratory Technicians	132	-	-						138
10. Laboratory Assistants	83	-	-						371
11. Radiographers	72	-	-						128
12. X-Ray Assistants	58	-	-						60
13. Dental Technicians	10	-	-						18
14. Dental Assistants	26	-	-						67
15. Pharmacy Technicians(Dispencers)	31	-	-						105
小計	1,895	-	-						3,373
合計	7,020	6,089	8,182	10,048					10,609

出典: NEW ECONOMIC RECOVERY PROGRAMME FOURTH NATIONAL DEVELOPMENT PLAN 1985-1989  
office of the President K.C.O.P., January, 1989.

## 医療施設

下表4-6 に示すようにザンビア共和国の1987年度の病院数は82、Health Center数は294で総病院数としては22,800床となっている。

ケニア共和国と同様、総病床数の増加にもかかわらず、高い人口増加率のため、単位人口当り病床数は1984年度と比べると減少傾向にある。

表4-6 医療施設数の推移(1980年~1987年)

	1980	1984	1985	1986	1987
1. Hospitals	81	82	82	82	82
2. Urban Health Centres	186	218	227	221	183
3. Rural Health Centres	535	629	629	684	700
4. 医療施設数合計	802	929	938	987	965
5. 病院の病床数合計	14,889	14,855	15,692	15,929	15,800
6. ヘルスセンターの病床数合計	5,630	6,953	6,222	6,514	7,000
7. 総病床数	20,519	21,808	21,914	22,443	22,800
8. 人口千人当りの病床数	3.6	3.4	3.1	3.2	3.2

出典: NEW ECONOMIC RECOVERY PROGRAMME  
FOURTH NATIONAL DEVELOPMENT PLAN 1989-1993, (NCOP)1989.

(2) 医療行政機構

ザンビア共和国の医療分野に関しては、保健省が国全体の医療政策策定の責任を負っている。

保健省の組織図を図4-1に示す。

1名の Director of Medical Services の下に、4名の Deputy Director of Medical Services (DDMS) と管理部門の Dep Permanent Secretary 及び Pharmacy 担当の Director Pharmaceutical Services の合計6名が配置されている。

この他に医師、看護婦等の登録を行う Medical Council や Nursing Council 等の付属機関がある。

また、公立病院は DDMS (Medical Care Administration) の管理下にある。

表4-7 に医療行政機関と医療施設を示す。

この内、MISSION 関係が30の District Hospital と 59 の Health Center を運営し、鉱山会社関係が11の病院を運営している。

保健省 組織図 図4-1

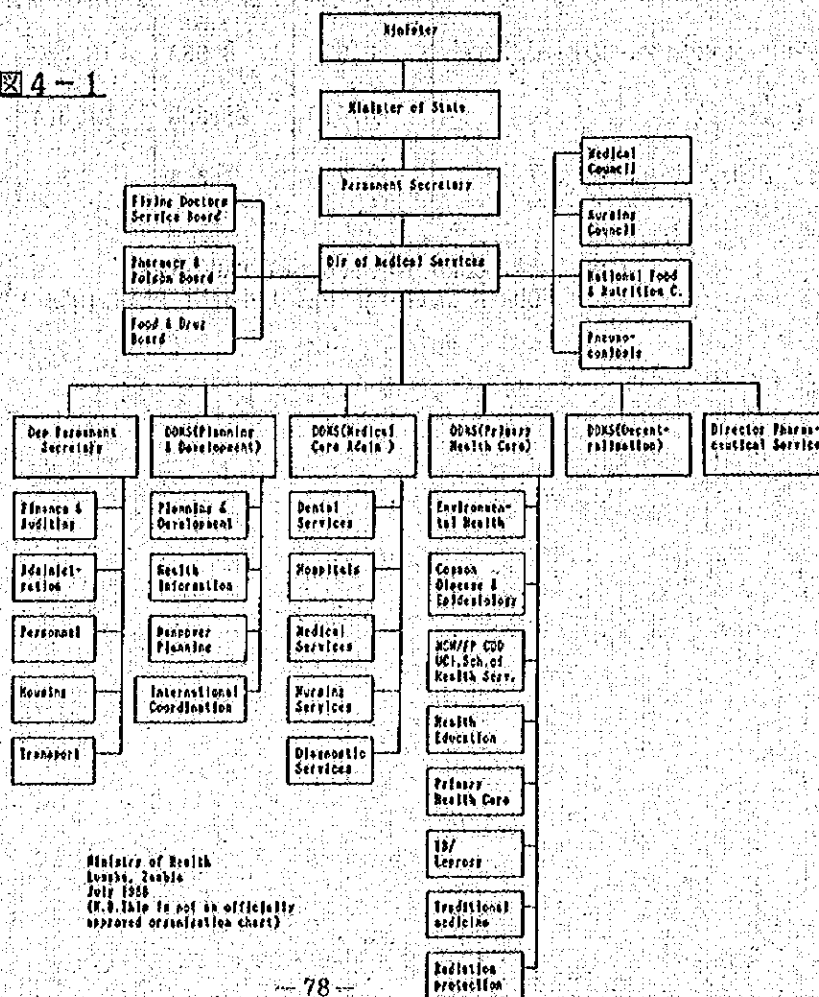


表4-7 医療施設総括表(1987年)

医療レベル	行政区	医療行政機関	医療施設名	施設数	病床規模
第3次医療	Provinces  (9)	Medical Care Administration	Special Hospital	3	1,500 床
			Central Hospital	3	600 ~ 800
			General Hospital	9	200 ~ 600
第2次医療	District	Medical Care Administration	District Hospital	67	5 ~ 25
第1次医療		Provincial Medical Office	Health Centers	883	-
			Community Health Centers		
合 計				965	(床) 22,800

出典: NEW ECONOMIC RECOVERY PROGRAMME  
FOURTH NATIONAL DEVELOPMENT PLAN 1989-1993, (NCDP)1989.

## 教育機関

大学医学部は唯一ザンビア大学に有るのみで7年間の就学後、毎年50名程の卒業生を輩出している。

クリニカルオフィサー（準医師）は、チャイナマカレッジで3年間の養成後、卒業生を出している。地域医療は医師数が少ないため、このクリニカルオフィサーや看護婦が中心となって行なわれている。

1986年度の実績は下記の通りである。

• University of Zambia, 医師	31名
• Chainama College, 準医師	138名
• Zambia Enrolled Schools	210名
• Pathology Shcools	21名
• Dental School, dental attendants	17名
• Evelyn Hone College	29名

（出典：ECONOMIC REVIEW 1986.）

また、表4-8 に第3次5ヶ年計画での教育実績及び、第4次5ヶ年計画での輩出予定を示す。

この表から、第3次5ヶ年計画で101名の医師を輩出しているにもかかわらず、1988年の医師実数は1977年の596名から493名と減少しており、少なくとも200名近くの医師が海外流出していることが推測される。

表4-8 医療従事者の輩出実績 (第3次5ヶ年計画 1979年-1983年)

医療従事者名	1977年実績	第3次5ヶ年計画 (1979年-1983年) 予定輩出数	第3次5ヶ年計画 (1979年-1983年) 実績輩出数	Strength 1988	Additional FNDP Requirement	Estimated Output in FNDP
1. Doctors	696	170	101	493	250	225
2. Dentists	17	-	1	21	6	2
3. Pharmacists	40	-	10	26	20	2
小計	653	170	112	540	276	229
4. 看護スタッフ (a) Educators General (Reg. Nursing Tutors)	32	60	-	77	60	54
(b) Public Health Nurses	10	30	-	62	60	54
(c) Nursing Administrators	40	40	-	83	50	40
(d) Midwifery Tutors	10	20	-	41	25	20
(e) State Registered Nurses/Midwives	1,740	1,610	1,582	1,667	1,400	1,260
(f) Zambia Enrolled Nurses/Midwives	2,540	4,760	2,858	4,768	2,200	1,980
小計	4,372	6,600	-	6,698	3,735	3,404
5. Clinical Officers	1,030	375	368	1,605	540	486
6. Public Health Inspectors	115	60	38	84	60	54
7. Physiotherapists	23	30	-	89	60	61
8. Health Assistants	415	920	42	739	300	270
9. Laboratory Technicians	132	60	72	138	100	90
10. Laboratory Assistants	43	60	-	371	40	36
11. Radiographers	12	75	-	128	100	90
12. X-Ray Assistants	58	25	-	60	-	-
13. Dental Technicians	10	10	-	16	25	22
14. Dental Assistants	28	125	-	61	100	60
15. Pharmacy Technicians (Dispensers)	31	100	77	105	100	80
小計	1,995	1,240	-	3,373	1,655	1,303
合計	7,020	8,010	-	10,609	5,726	6,371

出典: KEY ECONOMIC RECOVERY PROGRAMME FOURTH NATIONAL DEVELOPMENT PLAN 1989-1993 Office of the President, KOP, Jan. 1989



### (3) 医療政策

下記に第3次国家開発計画（1980年～1984年）における、医療セクターの政策と主要目標を示す。

第1に、不足している医療マンパワーの増強、第2に地方をターゲットにした、プライマリー・ヘルス・ケアの拡大を重点としていることがわかる。

#### 主要医療政策

- 1) 全国規模でのよりシリアスな医療マンパワートレーニングプログラムと計画されたトレーニング設備の早期完成と稼働。
- 2) 地方における基礎医療施設や、全ての地方家庭から利用できる範囲でのヘルスセンターの設置。

#### 主要目標

- 1) 効果的で完全な国家医療ケアシステムの開発の継続。
- 2) 医療施設の無い地方を優先とした、基礎的医療サービスの開発。
- 3) トレーニングプログラムの増強を通してのハイレベルの *Zambianisation* の達成。
- 4) 予防的、治療的サービスの完全な完成と拡大への動き。
- 5) 増加している母親、新生児、学生と、確かに傷つきやすいカテゴリーの労働者医療プロテクション対策。
- 6) 基礎的医療サービスの地方分散化。
- 7) 国民の食物、栄養摂取の安泰（特に傷つきやすいグループに関して）

## 4-1-2 国家開発計画

### (1) 国家開発計画

#### 過去の開発計画

#### 1) 緊急開発計画(1964年 1月~12月)及び暫定開発計画(1965年 1月~1966年 6月)

緊急及び暫定開発計画は本格的な開発計画策定までの調整的開発計画であり、目標としては輸送部門及び教育・保健施設の拡充が主眼であった。

#### 2) 第1次国家開発計画(1966年 7月~1970年12月)

第一次国家開発計画における主な目標は、

- ① 経済の多様化
- ② 都市・農村地域間格差の是正
- ③ 人材養成

等におかれ、経済成長率目標 11.7%に対して実質年平均 10.6%を達成した。

製造部門における成長が著しく、投資率対GDP比は 24.9%に達し、またインフラストラクチャー、社会サービス網の拡充が進んだ。しかし、農業部門における生産は停滞し、地域所得格差は是正されなかった。

#### 3) 第2次国家開発計画(1972年 1月~1976年12月)

第2次国家開発計画は1970年代始めに起った世界的経済不況による銅国際価格の暴落によって計画の修正を余儀なくされたため、当初予定より1年遅れて開始された。

第2次計画における主な目標は、

- ① 経済の多様化
- ② 都市・農村地域間格差の是正
- ③ 雇用の拡大

等で、第1次計画と内容はほぼ同じものであった。また、経済成長率目標は 7.4%であったが実質は 3.4% と低迷し、各部門において停滞が目立った。

ザンビア共和国経済の柱である銅産業が、価格の低迷と国境問題に伴う輸送問題という二重の打撃を受け、経済成長は停滞した。

#### 4) 第3次国家開発計画 (1980年 1月～1984年末)

1979年末、ローデシアとの国境問題が解決し、銅価格が一時的に急騰したこともあって、第2次計画修了後、引続き開始される予定であった第3次国家開発計画が実施された。

第3次国家開発計画における目標は、

- ① 社会主義経済に基づく経済開発の推進
  - a. 工業・農業・他部門の平均的発展
  - b. 社会主義社会における消費-生産バランスの形態化による投資-生産の体系化
- ② 労働集約型技術の採用による、雇用機会の増大
- ③ 銅依存経済からの脱却、農業・工業の発展の回復のための経済構造の多様化
- ④ 地域経済発展のための地域開発
  - a. 農業部門の発展 (国内需要の充促、輸出産品の生産)
  - b. 学校、国営農場・牧場を中心に再建
  - c. 農村再編成、モデル農村の設置
  - d. 農村における小規模工業の導入
  - e. 地方電化、給水、道路整備、住宅建設、教育・医療施設の整備等の計画を通しての娯楽・サービスの提供
  - f. 農民に対する融資
- ⑤ 国内原材料を用いた工業の発展
- ⑥ 銅以外の鉱産物開発
- ⑦ 都市・農村地域所得格差の縮小
- ⑧ 地域開発の促進
- ⑨ Zambianisationの促進
- ⑩ 教育・訓練施設の拡充
- ⑪ 物価安定

実質数値目標は、

- ① GDP実質成長率 4.8% の達成、国民 1 人あたりの所得 1.5% 増収
- ② 対GDP比投資率 29%達成
- ③ GDPにおける個人消費割合を増加 (43% → 51%)

等であった。

銅産業に依存した経済構造の変革、ザンビア化の促進、地域格差の是正、等  
主要目標は今までと同じである。

しかし、これらの目標は、①銅価格の安定(1,200 ㌦/㌧)、②貿易動向の安定、  
③外国為替レートの安定、等の条件の基に設定されたものであって、現実  
は 1979/80 年におきた第 2 次オイルショックにより早々予算危機に陥り、結果、  
GDP の実質成長率も計画期間中わずか 1% (平均 0.2%/年) しか伸びなかった。

さらに 1983 年、IMF・世界銀行との合意に基づきザンビア共和国の経済回復  
を目的とした計画 (1983~1985年) が導入されたが、むしろ状況を悪化させる結果  
となった。

計画の内容は、外貨交換レートの切下げ、政府による価格統制の解除、金利の  
自由化、予算緊縮、国営企業の民営化促進、等で、今までの社会主義的経済路線  
とは討って代わる計画であった。そして、計画の導入を急ぎ過ぎたことから  
貿易収支の悪化と国内のインフレを招き、当国は 1987年、IMF の計画を  
打切った。

IMF との合意を破棄した当国は、1987年 7月、新経済回復計画の目的  
① 自国資産増加による経済回復、②消費形態の改善、③戦略資産としての外為利用  
の合理化、等を達成すべく、暫時国家開発計画 (18ヶ月間) を導入した。

暫時国家開発計画の主な目標は、

- ① 贅沢品の輸入制限・輸出品における銅からの脱却
- ② インフレの抑制
- ③ 国内原材料の利用による生産
- ④ 外為利用による生産-消費形態の変革
- ⑤ 政府の経済政策能力の強化

等であったが、この計画は IMF 計画によって一層悪化した当国経済を立直すため  
の次期国家開発計画策定までの暫定的なものに過ぎなかった。

## 現行開発計画

第3次国家開発計画は殆どその目標を達成できず、ザンビア共和国経済はさらに悪化する一方であった。1985年以降、いくつもの中間（暫定）開発計画が模索されてきたがやはり目標達成には至らなかった。

このような状況のもと同国政府は、「新経済復興計画」としての第4次国家開発計画を策定し、現在推進中である。

### 1) 第4次国家開発計画（1989年～1993年）

第4次国家開発計画における目標を以下に示す。

- ① 自助努力による経済の復興
- ② 経済成長率目標 3.0%
- ③ 人口抑制
- ④ 人口問題（都市化）の是正
- ⑤ 国内資源の利用
- ⑥ インフレ率を 20%以下に抑える
- ⑦ 財政赤字をGDPの 2% 以下に減少させる
- ⑧ 公的機関での雇用を 357,000（1987年）から 400,000（1993年）に増やす
- ⑨ 人材登用による経済のザンビア化促進
- ⑩ 民間雇用機会の拡大
- ⑪ 地域格差の是正と地方の生活環境の改善
- ⑫ 貧困層の救済
- ⑬ 輸出品目の転換（銅以外の輸出の促進）
- ⑭ 外貨保存及び国家債務収支の改善
- ⑮ 農業開発の優先
- ⑯ 食糧の自給の達成
- ⑰ 地域開発の促進
- ⑱ 国家開発における若年層の登用
- ⑲ 科学・技術の自国内強化
- ⑳ 社会・経済開発における女性の登用

- 21 運用効率・生産能力の向上による準国家機関・民間の強化
- 22 民間経済成長率をGDPの45%に増加させる。
- 23 公的サービスの活性化による開発計画の促進
- 24 外貨交換レート・金利の定期的監視

ザンビア共和国の国家開発計画は、第1次計画より一貫してほとんど同じ目標を掲げている。これは独立当初からの経済問題の深刻さを表し、なお且つ進展を遂げていない現実を示している。

さらに、同国の開発計画は他の低開発国と同様に、その目標が抽象的であり、具体的数値は示されているものの、それに対する具体的根拠や方策に欠けているため理想論的計画になりがちである。特に財政上の問題は深刻で、裏付けのない投資計画によって陥る資金難やそれから派生する開発の停滞・延期が相次ぎ、同国経済は一向に発展の兆しを見せない。

銅産業へ依存しきった経済構造は、独立後四半世紀を経た今日に至っても一向に多様化する様子もなく、IMF・世界銀行との協約による自由主義的経済導入の失敗と社会主義的経済導入の失敗とも言うべき地域間格差の拡大など、産業構造の創設段階から手直しする必要がある。

根本的な人材不足からくる計画の行詰まりに、毎次開発計画は立案倒れとなってしまい、少数の人材が確保できたとしても経済的理由によりジンバブエやケニヤなどの比較的経済発展を遂げている近隣諸国へと流出してしまう。

これらの悪循環を改善する方策をより明確に具体化するためにも、先進諸国は今後においても継続して援助を実施する必要があるし、ザンビア共和国においても外国援助・海外資金の有効活用、人材教育及び人材確保を中心に今後も努力する必要がある。



## 2) 予算措置

表4-9 に第4次国家開発計画における政府予算計画、及び表4-10に部門別投資計画を示す。

表4-9 第4次国家開発計画における政府予算計画（1989～1993年）

（単位：百万クワチャ）

	1989	1990	1991	1992	1993	計画合計
経常収入 (内、海外援助)	7,919 (1,332)	9,472.3 (1,315.8)	10,997.5 (1,250)	12,802.1 (900)	14,561.1 (950.8)	55,752.0 (5,748.4)
経常収支 (含、資本支出)	9,862	11,215.3	12,565.4	13,957.8	15,547.8	63,148.3
収入不足	-1,943	-1,743	-1,567.9	-1,155.7	-986.7	-7,396.3
資金調達						
国内*	1,441	1,323	1,247.9	865.5	666.7	5,544.1
海外*	502	420	320	290.2	320	1,852.2

\* 借入-返済

出典：National Commission for Development Planning

1988年における財政赤字は、2,772.4 百万クワチャであった。

ザンビア共和国政府による財政予算は、計画の段階より既に収入不足による赤字政策となっている。この財源不足を補うために、国内外において資金調達する必要が自ずと生じている。

経常収入における海外援助の割合は約 10%を占めている。

当国においても開発計画の目標を達成するためには、財源の確保がまず先決となっている。

表4-10 部門別投資計画(1989~1993)

(単位:百万クワチャ)

部 門	政府公共投資	公 共 部 門	民 間 部 門	合 計
<b>1. 経 済 部 門</b>				
農 業	504.4	1639.4	1008.9	3152.7
土地・天然資源	141.6	490.1	283.1	884.8
鉱 業	515.3	5061.0	1916.6	7492.9
製 造・流 通	791.5	2572.2	1582.9	1946.6
規 光	118.5	385.1	237.0	740.6
電 力	179.2	583.7	359.2	1122.5
運 輸・通 信	348.1	1131.4	696.2	2175.7
建 設・不 動 産	203.6	661.6	407.2	1272.4
<b>2. 社 会 部 門</b>				
保 健	689.4	129.3	43.1	861.8
放 送	320.1	60.1	20.2	400.4
雇 用・社 会 開 発	611.2	114.6	38.2	764.0
教 育	736.8	138.2	46.1	921.1
<b>3. 政 府 行 政 部 門</b>				
中 央 行 政	801.7	-	-	801.7
地 方 行 政	534.4	-	-	534.4
合 計	6,688.6	10,174.7	6,136.7	23,000.0

出所: National Commission for Development Planning (NCDP)

経済部門においては、公共部門、民間部門の投資が目立ち、社会部門においては政府が力を入れる形になっている。

政府の投資計画の優先順位は、1)中央行政、2)製造・流通、3)教育、4)保健(10.3%)、4)雇用・社会開発の順番になっている。

合計では、1)鉱業、2)農業、3)運輸・通信の順番である。

## (2) 国家開発計画の中における医療セクターの状況

### 医療セクターにおける開発計画

評価対象プロジェクトの開始は1980年であったが、これはザンビア共和国の第3次国家開発計画の開始年度でもある。以下に、第3次国家開発計画における医療分野の計画の概要を記す。

第3次国家開発計画における医療分野の目標は、

- ① 効果的国家医療組織の形成
- ② 地方における基礎医療の充実
- ③ 医療従事者のザンビア化
- ④ 予防・治療における医療サービスの拡大
- ⑤ 婦人・子供・弱者等の健康維持
- ⑥ 国民、特に弱者における栄養事情の改善

等である。

プライマリー・ヘルス・ケア等の基礎医療に重点を置き、既存の施設の活性化による国民への医療サービスの向上、地域間格差の是正、弱者救済、医師・看護婦等の医療従事者の育成とそれによるザンビア化の促進をめざしたものであった。

そのため、優先順位は地域医療サービスの拡充におかれ、第1次国家開発計画より進められてきたザンビア大学医学部附属教育病院(UTH: University Teaching Hospital)の整備計画は今次計画においては縮小され、地方病院の建設や第1次医療の拡大に重点をおいたものであった。

現在、第4次国家開発計画が実施されているが、以下にその目標について概要を述べる。

第4次（現行）国家開発計画における主要目標は、

- ① 既存の保健医療施設の整備
- ② プラマリー・ヘルス・ケアを通しての保健医療機構の充実
- ③ 国民の保健医療教育の拡大
- ④ 母子・家族保健計画の推進
- ⑤ 医療従事者の人材育成
- ⑥ 環境整備

等であり、第3次計画と同様に、第1次医療の拡充に主眼をおいたものである。

既存の医療施設の整備と地方医療センターの設立、放送を利用した国民の保健医療知識の拡大などを通して、国民全体の医療水準の向上を目指している。

上述のごとく、医療分野においてはザンビア共和国政府は一貫して第1次医療の充実に目的とし、同国々民の保健事情の向上を目指している。しかし、人口増加問題、エイズなどの感染症患者の増加、地方における医療水準の低迷、医療施設の絶対数不足、医療従事者の不足・海外流出、等の現実問題に対して、対応しきれていないのが現状である。

同国においてもWHOの提唱する「2000年までに全ての国民に健康を」確保するという目標を基本概念とし、計画目標達成を目指している。

#### 医療セクターにおける予算措置

第3次国家開発計画における部門別投資計画の総計は3,354百万クワチャであったが、そのうち医療部門への予算配分は43百万クワチャで全体のわずか1.3%にすぎなかった。また、支出総額は133.8百万クワチャが計画されていたが、実質費やされたのは29百万クワチャで、わずか21.7%にすぎなかった。

これは長引く経済悪化の影響にもよるが、計画作成当初の立案・分析が不十分であったためと考えられる。

表4-11 に第3次計画における医療部門の収支を示す。

表4-1.1 第3次国家開発計画における医療部門の収支  
(百万クワチャ)

年次	開発計画予算	支出計画	実質支出
1980	6,336.0	23,275.0	3,307.4
1981	7,694.0	27,265.0	3,721.2
1982	15,889.1	42,390.0	11,088.2
1983	13,750.0	33,200.0	8,073.1
1984	7,674.8	7,674.0	2,884.1
合計	51,843.9	133,804.0	19,074.0

出所：NEW ECONOMIC RECOVERY PROGRAMME  
Forth National Development Plan (FNDP)  
Office of President  
National Commission for Development Planning

今次計画が地域開発に最重点をおいているのに添って作成された医療開発計画ではあるが、やはり絶対的な資金不足、都市化による地方の人材不足、保健に関する知識の欠如等の相対的な問題によって、目標達成にはほど遠い結果となっている。

第4次国家開発計画における医療部門への予算配分は、部門別投資計画総額23,000百万クワチャであるのに対し、861.8百万クワチャが経常されており、総額の3.9%にあたる。また、支出総額は3,647.3百万クワチャが計画されている。

表4-1.2 に支出計画を示す。

表4-1.2 第4次国家開発計画における医療部門の支出計画  
(百万クワチャ)

計画	支出予定金額	計画	支出予定金額
継続計画	68.0	地域医療センター建設	1,346.5
既存医療施設の整備	278.1	医薬品計画	350.0
プライマリ・ヘルス・ケア	525.7	車輜購入	94.0
保健省事務所建設	50.0	公共事業機関への援助金	443.0
職員住宅建設	250.0	カイワ大学・カワ ZEN学校整備	12.0
地域医療センター整備	150.0	デモンストレーション地域整備	80.0

出所：NEW ECONOMIC RECOVERY PROGRAMME FNDP

支出計画は、①既存医療施設の整備、②新規医療施設の建設、プライマリー・ヘルス・ケアの充実、その他、の4項目に大別できる。

①既存施設の整備には、938.1百万クワチャ(25.7%)、②新規医療施設の建設には、1,346.5百万クワチャ(36.9%)、③プライマリー・ヘルス・ケアには、525.7百万クワチャ(14.4%)、④その他837百万クワチャ(22.9%)がそれぞれ経常されている。

#### 開発計画における医療セクターの優先順位

ザンビア共和国の国家開発計画における医療セクターへの予算措置をみてもわかるように、その優先順位は決して高いとはいえない。

事実、同国保健省は毎次計画において予算不足による計画の延期にままわれており、地域医療センターの建設計画や医療機材の整備等に費やす資金に困難をきたしている。

経済開発の中において国民の健康を守ることは重要であるが、同国においてはこの分野への優先性を高める余裕はない。

したがって、先進諸国によるザンビア共和国の医療セクターへの援助は、同国にとって非常に重要なものとなっており、今後も継続して援助を行っていくべきである。



## 4-2 各国援助の動向

### 4-2-1 一般動向

1986年におけるザンビア共和国へのODA援助総額は480百万ドルで、そのうち二国間援助は363.4百万ドル、多国間及び国際機関等による援助は総額115.4百万ドルであった。このうち、292.2百万ドルが贈与である。

主要援助国では我が国がトップドナーであり、次いでイギリス、スウェーデン、アメリカの順である。

各国・各援助機関の分野別優先順位は1) 農業、2) 教育、3) 保健(医療)が目立っている。

以下、表4-13にザンビア共和国に対する各国援助額の推移を示す。

表4-13 ザンビア共和国に対する援助額 (1981~1986年)

(単位:百万ドル)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986
日 本	14.8	25.0	19.3	5.0	42.1	55.9
アメリカ	31.0	22.0	23.0	40.0	36.0	41.0
スウェーデン	28.8	27.5	29.4	20.4	22.9	44.4
イギリス	38.7	22.5	21.1	20.1	23.9	47.3
そ の 他	71.0	170.8	91.6	97.6	93.1	174.8
二国間合計	184.3	267.8	184.4	183.1	218.0	363.4
E C	27.6	30.1	8.4	23.9	29.1	16.3
I D A	2.1	8.6	8.2	15.5	66.0	74.0
そ の 他	20.7	13.6	16.8	18.4	18.6	25.4
多国間合計	50.4	52.3	33.4	57.8	113.7	115.4
合 計	234.7	320.1	217.9	240.9	331.7	478.9
(内贈与)	(149.1)	(143.3)	(149.3)	(159.2)	(197.3)	(292.2)

出所: EIU Country Profile ZAMBIA 1988-89

#### 4-2-2 主要援助国の援助の特徴

##### (1) アメリカ (USAID)

USAIDによるザンビア共和国への援助額の推移は、表4-14に示す通りである。

表4-14 USAIDによるザンビア共和国への援助額の推移

(百万US\$)

年次	金額
1953 ~ 1976	41.300
1977 ~ 1981	186.105
1982	29.882
1983	34.148
1984	38.246
1985	57.363
1986	31.502
1987	51.159
1988	23.320
1989	17.305
1990	27.170
1991	27.235
合計	564.735

出所：USAID 資料

1987年までUSAIDの援助額は順調に伸びたが、ザンビア共和国がIMF／世界銀行との協約を破棄したことから以降は減額している。

USAIDは、第1に農業分野への援助を中心に1) 農業生産の増大、2) 農業(地方)収入の増加、3) 農業の集約化、4) 市場強化、等を目的として、技術協力等の援助に力を注いでいる。

第2に、医療セクターに対して、特に増加傾向にあるエイズ(AIDS)に対して HAPA (HIV/AIDS Prevention in Africa Project)、報道を利用しての情報の提供等を行っている。また、ザンビア共和国の人口増加は深刻な問題となっており、これに対して人口家族計画を実施中である。

## (2) イギリス

イギリスは 1) 教育、2) 保健、3) 農業 を中心にザンビア共和国への援助を実施しており、援助形態では「技術協力」に重点を置き、人材の派遣 (Manpower Project) やザンビア人のイギリスにおける研修 (Training) が主体である。

### 1) 人材派遣 (Manpower Project)

Manpower Project は 178職種あり、配分は以下の通りである。

職 種	人 員 数
教 育	84
保 健	28
金融・事務	26
技 術	31
資 源 開 発	9

1989 年 12 月時点で、163 名が従事している。

また、長期派遣専門家 (Long Term Technical Cooperation Officers : 12 名 Long Term Consultants : 12 名) や短期派遣専門家、ボランティア (約 40 名) 等を派遣している。

### 2) イギリスにおける研修 (Training)

イギリスは毎年ザンビア共和国より約 300人の研修生を受け入れており、1988年には 174人に対し、教育、保健 (医療)、技術の研修を行った。

表4-15 に 1984 ~ 1988 年のイギリスのODA出資額を示す。

表4-15 イギリス (ODA) の援助額の推移 (1984~88年)

(百万英 磅)

援助形態	1984年	1985年	1986年	1987年	1988年
技術協力・研修 (含む機材供与)	11.137	9.703	10.697	11.828	12.951
資本援助	4.756	8.054	15.798	4.560	395
その他 (含む補助金)	33	638	5.780	8.611	3.337
合計	15.926	18.395	32.275	24.999	16.683

出所：英国 (ODA) 資料より

1989年におけるイギリスのザンビア共和国に対する二国間援助総額は 2.2百万ポンド、また、1987年の多国間援助ドナーとしての出資は、4.8百万ポンドであった。

SADCC への出資は 1980年までで 35百万ポンドにのぼる。

医療セクターへの援助としては医師・看護婦等の専門家を継続的に派遣するとともに、WHOを通して「エイズ対策」(AIDS Programme)の援助等を行っている。

### (3) スウェーデン (SIDA)

SIDAはスウェーデンのODAの中で、主に二国間援助の実施機関として指定被援助国への援助を実施している。

SIDAの援助活動は Country Programming 方式によるもので、これによって被援助国は長期的・安定的援助を受けられる。

ザンビア共和国に対してもこの援助方針の基、1985年より 1) 農業、2) 教育、3) 保健・医療、の3分野に対する援助を中心に行ってきた。

表4-16 は、現行のSIDAによる分野別援助額を表したものである。

表4-16 SIDAの分野別援助額

(単位：百万クローネ)

部 門	計 画 期 間	金 額
農 業	1988.1 ~ 90.12 3年間	270
教 育	1986.1 ~ 90.12 5年間	140
保健・医療	1989. ~ 91. 3年間	100
輸入援助	1981. 1年間	30
そ の 他	1988.1 ~ 89.12 2年間	18
合 計		558

出所：スウェーデン大使館

医療セクターにおける現行計画は以下のようなものである。

- 1) 地域医療センター
- 2) プライマリー・ヘルス・ケア
- 3) 健康計画
- 4) 移動（車輛供与）
- 5) 薬品供与
- 6) エイズ（AIDS）対策

#### (4) オランダ（DANIDA）

オランダの1987年における援助総額は2,094百万ドルであり、DAC諸国中6位であった。

オランダの援助は贈与が中心（93.7% 1986年）で、そのうち約7割が二国間援助にあてられている。

二国間援助におけるオランダの基本方針は、

- 1) 指定被援助国への援助
- 2) 農村(地域)開発、産業開発、教育等の分野への多年度にわたる継続援助の実施である。

ザンビア共和国との1975年の合意に基づき、毎年、S A P (South Africa Programme)を通して10百万ドルが贈与されている。また近年、ほぼ同額を地域開発計画と貿易収支(赤字)援助計画として援助している。1985年～1988年の総額は、約150百万ドルにのぼる。

1986年～87年の平均では、同国への援助比率はオランダの援助総額の1.9%である。

ザンビア共和国に対する援助は、地域開発と食糧生産が中心となっており、保健・医療はこの中に含まれる。

## (5) 日本

我が国のザンビア共和国に対する援助額は、現在主要援助国中第1位であり、1989年までの累計で944.87億円にのぼる。(表4-17 参照)

贈与・借款の割合は、各々48%・52%であるが、有償資金協力に関しては1984年以降、債務繰越援助のみの実施しかしておらず、同国の経済が低迷していることから、今後、無償資金協力が増加すると思われる。

### 1) 無償資金協力

我が国のザンビア共和国に対する無償資金協力は、主に農業部門に重点を置いており、これは同国のニーズに合致したものである。

また、本評価調査対象計画である「ザンビア大学付属教育病院」(合計23.00億円)、「道路網整備計画」(10.00億円)などのインフラ整備も行っており、同国々民の生活基盤の向上に協力している。



## 2) 技術協力

現在、同国に対する技術協力では「ザンビア大学医学部感染症プロジェクト」「職業訓練拡充計画」、「ザンビア大学獣医学部」のプロジェクト方式技術協力を行っており、人材育成の面で同国のザンビア化に寄与している。

しかし、同国の経済の低迷・悪化に伴って、優秀な人材の海外流出が続いており、各分野において技術移転が進まない状況にある。

\*1このような状況下において、技術協力を強行することは好ましくなく、今後同国政府を含めて関係者間の対策の協議・検討を行う必要がある。

## 3) 有償資金協力

ザンビア共和国に対しては、1985・1986年に「債務繰延」(合計 71.43億円)を実施した以外は、1984年以降、円借款は行われていない。

\*2同国の経済状況を考慮した場合、借款に対する返済は事実上不可能と思われる。当面「債務繰延」と無償資金協力の併用による援助を行うのが妥当と考えられる。

---

\*1 (外) 頭脳流出の問題はザンビア固有の問題ではない。ザンビアにおいても、頭脳流出の問題に留意しつつ、技術協力計画が検討されている。

\*2 (外) 債務繰延は国際的枠組みを通して行うものであり、日本が単独で計画的に行い得る性格のものではない。因にザンビアの場合、IMF、世銀に対する延滞債務の関係で債務繰延を行ない得ない状況にある。

表 4 - 1 7 我が国の経済協力実績

(単位：億円)

年 度	無 償 資 金 協 力	技 術 協 力	有 償 資 金 協 力
83年 までの 累 計	83.91 食糧援助 (80年度：2.50) 農業輸送力増強計画 (80年度：3.00) ザンビア大学附属教育病院 小児医療センター建設計画 (81年度：13.00) 食糧増産援助 (81年度：3.00) 農業輸送力増強計画 (81年度：3.00) 食糧増産 (81年度：2.87) ザンビア大学附属教育病院 小児医療センター建設計画 (82年度：10.00) 食糧援助 (82年度：4.73) 食糧増産援助 (82年度：3.00) 道路網整備計画 (82年度：10.00) ザンビア大学獣医学部設立計画 (83年度：24.00) 農業技術普及強化計画 (83年度：1.06) 食糧援助 (83年度：4.76) 食糧増産援助 (83年度：4.00)	23.44 研修員受入 82人 専門家派遣 26人 調査団派遣 95人 協力隊派遣 210人 機材協与 412.9百万円 プロジェクト技協 1件 開発調査 5件	423.29 国家開発計画 (道路輸送拡充、 国鉄拡充、ラジオ・テレビ網 拡充) (72年度：92.40) ラジオ・テレビ網拡充計画 (77年度：21.70) 商品借款 (77年度：45.00) (78年度：50.00) カフエ流酸工場建設計画 (80年度：54.50) マイクロウェーブ通信網計画 (82年度：70.49) 債務繰越 (83年度：67.78) 窒素肥料工場修復計画 (83年度：63.42)
84	33.38 ザンビア大学獣医学部設立計画 (14.83) 食糧援助 (4.00) 食糧増産援助 (4.00) 穀物倉庫建設計画 (10.01) 農業輸送力増強計画 (0.54)	8.51 研修員受入 10人 専門家派遣 6人 調査団派遣 68人 協力隊派遣 42人 機材協与 156.6百万円 プロジェクト技協 1件 開発調査 3件	なし
85	36.77 食糧援助 (5.00) 食糧増産援助 (8.00) 地下水開発計画 (6.26) 農業輸送力増強計画 (S J F関連) (6.00) 穀物倉庫建設計画 (6.56) メヘバ難民キャンプ中学校 建設計画 (I) (6.50) ザンビア大学理科学教育機材 (0.45)	12.62 研修員受入 29人 専門家派遣 22人 調査団派遣 60人 協力隊派遣 33人 機材協与 199.2百万円 プロジェクト技協 2件 開発調査 4件	債務繰越 18.36 (18.63)
86	39.68 メヘバ難民キャンプ中学校 建設計画 (II) (1.39) ルサカ市給水設備改善計画 (I) (9.28) 食糧援助 (5.00) 食糧増産援助 (8.00) ザンビア大学に対する L1システム機材 (0.28) ザンビア人漁り計画 (7.50) 農地開発計画 (6.23) 食糧増産援助 (2.00)	12.13 研修員受入 26人 専門家派遣 16人 調査団派遣 59人 協力隊派遣 50人 機材協与 153.4百万円 プロジェクト技協 2件 開発調査 4件	債務繰越 53.57 (53.57)

(単位：億円)

年度	無償資金協力	技術協力	有償資金協力
87	61.97 ルサカ市給水設備改善計画 (II) (8.26) カウシガ地区農村開発計画 (5.30) ノンプロジェクト援助(35.00) 食糧援助 (4.00) 食糧増産援助 (3.00) ザンビア大学に対する 地質調査機材 (0.42)	14.43 研修員受入 22人 専門家派遣 25人 調査団派遣 62人 協力隊派遣 46人 機材協与 322.0百万円 プロジェクト技協 1件 開発調査 3件	なし
88	33.25 穀物倉庫建設計画 (8.60) 南部州地下水開発計画(5.41) 道路整備計画 (7.17) 食糧増産援助 (12.07)	14.90 研修員受入 36人 専門家派遣 32人 調査団派遣 53人 協力隊派遣 22人 機材協与 130.97百万円 プロジェクト技協 3件 開発調査 3件	なし
89	74.38 中学校建設計画(I)(17.48) 食糧増産計画 (12.00) ノンプロジェクト援助(35.00) 地方農道補修計画 (9.90)		なし
89年 までの 累計	363.34	86.03 研修員受入 204人 専門家派遣 127人 調査団派遣 397人 協力隊派遣 403人 機材協与 1,375.1百万円 プロジェクト技協 4件 開発調査 13件	495.50

(注) 1. 「年度」の区分は、有償資金協力は交換交文締結日に、無償資金協力及び技術協力は予算年度による  
2. 「金額」は、有償資金及び無償資金協力は交換交文ベースに、技術協力はJICA経費実績による。

出所：外務省資料