

国別医療協力ファイル

ジンバブエ共和国

JICA LIBRARY



J 1141765(6)

平成10年3月

国際協力事業団

医療協力部

平成十年

三月

国

別

号

124

MCA

LIBRARY

医 計

J R

98-03



1141765 (6)

国別医療協力ファイル

ジンバブエ共和国

平成10年3月

国際協力事業団

医療協力部

目次

1	国の概要	1
1.1	一般概況	1
1.1.1	国土の概要	3
1.1.2	気候	3
1.1.3	略史	5
1.1.4	民族・言語・宗教及び文化	5
1.1.5	社会	6
1.2	一般行政	10
1.2.1	中央行政	10
1.2.2	地方行政	13
1.3	国家開発計画の概要	14
2	衛生行政機構	16
2.1	中央衛生行政と保健医療計画	16
2.1.1	中央衛生行政機構	16
2.1.2	中央保健医療計画	21
2.1.3	中央保健医療セクターの財政	24
2.2	地方衛生行政と保健医療計画	30
2.2.1	地方衛生行政機構	30
2.2.2	地方保健医療計画・予算	33
3	人口構造	35
3.1	総論	35
3.1.1	概要	35
3.1.2	人口の地域分布・労働人口	36
3.2	出生・死亡	39
3.3	人口移動	41

3.3.1	国外移住	41
3.3.2	国内の人口移動	41
3.4	エイズの影響	41
3.5	乳児・幼児死亡率	42
3.6	人口データベース	43
3.6.1	国勢調査	44
3.6.2	人口動態市民登録	44
3.6.3	DHS (Demographic and Health Survey)	44
4	疾病構造	46
4.1	総論	46
4.2	性・年齢別疾病構造	49
4.2.1	乳幼児・子供の主な疾病	49
4.2.2	女性の疾病	52
4.2.3	成人・高齢者の疾患	54
4.3	疾患別疾病構造	55
4.3.1	感染症	55
4.3.2	非感染症	70
4.3.3	傷害・事故	77
4.3.4	歯科疾患	78
4.4	疫学データベース	78
4.4.1	保健省の定期的な疫学データベース	78
4.4.2	その他のデータベース	79
5	保健医療プログラム	82
5.1	総論	82
5.2	プライマリー・ヘルス・ケア	83
5.3	予防接種対策	84
5.4	栄養問題対策	86
5.5	母子保健対策	87

5.5.1 産前検診.....	87
5.5.2 出産.....	88
5.5.3 伝統的助産婦.....	88
5.5.4 破傷風トキソイド.....	89
5.5.5 産後検診.....	89
5.5.6 今後の対策.....	89
5.6 家族計画.....	89
5.6.1 避妊具の使用.....	90
5.6.2 ジンバブエ国家家族計画委員会.....	91
5.7 マラリア対策.....	92
5.7.1 媒介蚊への対策.....	93
5.7.2 マラリア診断.....	93
5.7.3 薬物治療.....	93
5.7.4 薬剤耐性.....	93
5.7.5 疫学調査.....	94
5.7.6 県レベル・郡レベルでの対策.....	94
5.8 エイズ対策.....	94
5.8.1 概要.....	94
5.8.2 第2次エイズ予防・対策計画.....	95
5.8.3 検査室での診断と安全な輸血.....	96
5.8.4 センティネル・サーベイランス・システム.....	96
5.9 下痢症対策.....	96
5.10 結核対策.....	97
5.10.1 概要.....	97
5.10.2 結核施設.....	97
5.10.3 結核患者の発見.....	97
5.10.4 診断.....	98
5.10.5 治療.....	98
5.10.6 BCG の接種.....	98
5.11 その他の感染症対策.....	98

5.11.1	急性呼吸器感染症 (ARI).....	98
5.11.2	ハンセン病.....	99
5.11.3	住血吸虫症.....	99
5.12	その他の対策.....	99
5.12.1	悪性新生物（癌）.....	99
5.12.2	心臓・血管疾患.....	100
5.12.3	精神障害.....	100
5.12.4	身体障害・事故への対策.....	100
5.12.5	健康教育.....	101
5.12.6	難民医療.....	102
6	保健医療サービス供給システム.....	104
6.1	保健医療施設.....	105
6.1.1	公共医療部門.....	105
6.1.2	ミッション系及びその他の民間医療部門.....	108
6.1.3	主な医療施設.....	109
6.2	医薬品・医療器具・衛生材料.....	110
6.2.1	公共部門における医薬品供給と課題.....	110
6.2.2	民間部門.....	112
6.2.3	病院内の薬局.....	113
6.3	保健医療サービスの利用.....	113
6.3.1	住民側からみた利用の状況.....	114
6.3.2	公共及び民間医療施設の利用.....	115
6.3.3	伝統的医療.....	116
6.4	医療保険制度.....	116
6.5	救急医療システム.....	117
6.6	試験研究機関.....	117
7	保健医療人材.....	120
7.1	各種保健医療従事者の分布.....	120

7.1.1 概要.....	120
7.1.2 医師.....	121
7.1.3 看護婦.....	122
7.1.4 その他の登録保健医療従事者.....	122
7.1.5 外国人医師の採用.....	123
7.1.6 ミッション系病院.....	123
7.2 保健医療従事者養成制度と養成機関.....	124
7.2.1 保健医療従事者養成制度.....	124
7.2.2 保健医療従事者養成機関.....	124
8 環境衛生・労働衛生.....	128
8.1 環境衛生.....	128
8.1.1 飲料水.....	128
8.1.2 衛生施設（トイレ）.....	129
8.1.3 住居環境.....	129
8.1.4 公害.....	130
8.2 労働衛生.....	130
9 保健医療分野の国際協力.....	134
9.1 協力要請の仕組み.....	134
9.2 国際機関、我が国を除く諸外国、NGO の協力動向.....	135
9.2.1 国際機関.....	135
9.2.2 我が国を除く二国間援助.....	141
9.2.3 NGO.....	149
9.3 我が国の協力状況.....	150
9.3.1 有償資金協力.....	151
9.3.2 無償資金協力.....	151
9.3.3 技術協力.....	152

目次

図 1-1：ハラレ市の平均気温、降水量、平均湿度.....	4
図 1-2：国家行政組織図.....	12
図 2-1：保健医療行政.....	17
図 2-2：保健省組織図.....	19
図 2-3：国外援助機関からの財源の割合の推移.....	28
図 2-4：一人当たりの保健省実質支出の推移 (90/91 年度 - 94/95 年度).....	28
図 2-5：対 GNP 保健医療支出割合 (%).....	29
図 3-1：人口ピラミッド.....	36
図 3-2：ジンバブエの人口構造 (92 年).....	38
図 3-3：平均寿命の推移.....	41
図 9-1：技術協力・無償資金協力の要請の仕組み.....	134
図 9-2：青年海外協力隊の要請の仕組み.....	134

表目次

表 1-1: ジンバブエ概況	1
表 1-2: ジンバブエの主な人口・保健指標	2
表 1-3: 主要経済指標の推移	3
表 1-4: 略年表	5
表 1-5: 就学率の推移	7
表 1-6: 小学校生徒就学数、学校数、教師数の推移	7
表 1-7: 非識字率の比較 (95年)	7
表 1-8: 女性指数	8
表 1-9: 家庭所得の所得階層別分布	10
表 1-10: 行政単位	13
表 2-1: 今後の疾病対策優先項目	24
表 2-2: 財源別保健医療支出 (86/87年度、94/95年度)	25
表 2-3: 保健省予算と政府予算の推移	26
表 2-4: 予算項目別経常支出 (95/96年度 - 97/98年度)	27
表 2-5: 予算項目別経常支出の割合	27
表 2-6: サービス別一人当たりの支出額 (95/96年度)	29
表 2-7: 保健医療分野の資金源	30
表 2-8: 患者の居住地区と病院との距離	32
表 2-9: 一次医療受療、二次医療受療の割合	33
表 3-1: 年齢別の人口割合	35
表 3-2: 人口の地域分布(92年)	37
表 3-3: ジンバブエの主な出生・死亡指標	39
表 3-4: 粗出生率、粗死亡率、合計特殊出生率の推移	39
表 3-5: 都市部・農村部および教育レベルごとの合計特殊出生率	40
表 3-6: 88年、94年の年齢別出生率	40
表 3-7: 乳児死亡率及び5歳未満児死亡率の推移	42
表 3-8: 地域別の乳児死亡率 (90年)	43
表 3-9: 都市部・農村部、母親の教育レベルごとの乳児・5歳未満児死亡率 (94年)	43
表 4-1: 入院患者数、死亡数および致命率の推移	47
表 4-2: 重大死因 (95年)	47

表 4-3 : 重大死因の推移	47
表 4-4 : 外来患者数による重大疾病とその割合 (95 年)	48
表 4-5 : 重大疾病ランキングの推移	48
表 4-6 : 乳児・幼児の重大死因の推移	49
表 4-7 : 乳児の重大死因の割合の推移と死亡数	50
表 4-8 : 幼児 (1 歳から 5 歳未満) の重大死因の推移と死亡数	50
表 4-9 : 5 歳未満児の重大疾病外来患者数の割合の推移と症例数	51
表 4-10 : 保健医療施設における妊産婦死亡率の推移	52
表 4-11 : 地域別妊産婦死亡率 (92 年)	54
表 4-12 : 低体重児の出生割合の推移	54
表 4-13 : 15 歳以上の重大疾病	55
表 4-14 : ポリオ症例数の推移	56
表 4-15 : 麻疹の症例数と死亡数の推移	56
表 4-16 : 新生児破傷風症例数の推移	57
表 4-17 : 下痢症、赤痢の推移	57
表 4-18 : 下痢症患者の数と罹患率 (95 年)	58
表 4-19 : 急性呼吸器感染症の外来患者数と罹患率の推移	59
表 4-20 : 結核の症例数、罹患率、死亡数、致命率の推移	59
表 4-21 : 結核患者の内訳と検査結果	60
表 4-22 : 年齢別結核罹患率の推移	60
表 4-23 : ハンセン病の症例数の推移	61
表 4-24 : マラリア発生状況、降雨量の推移	62
表 4-25 : 地域別マラリア症例数と罹患率 (96 年)	63
表 4-26 : 地域別住血吸虫症の有病率	64
表 4-27 : 地域別、年齢別の住血吸虫症の症例数と罹患率 (95 年)	64
表 4-28 : ビルハルツ住血吸虫症の症例数と罹患率の推移	65
表 4-29 : エイズ患者症例数の推移	65
表 4-30 : 年齢別・男女別エイズ患者 (96 年までの累計)	66
表 4-31 : エイズ患者症例数と罹患率 (95 年)	67
表 4-32 : 88 年・94 年の DHS に基づく子供の低栄養状態の出現率 (%)	71
表 4-33 : 都市部・農村部、男女別及び子供の年齢別の低栄養状態の出現率 (%)	72
表 4-34 : 全国およびハラレ市の癌患者症例数	74
表 4-35 : 男女別の癌内訳 (95 年)	74

表 4-36 : 慢性病の外来患者数と割合 (95 年).....	75
表 4-37 : 精神障害患者数の推移.....	75
表 4-38 : 精神障害の内訳 (95 年).....	76
表 4-39 : 身体障害者の内訳と推移.....	76
表 4-40 : 傷害・事故患者数、全患者数に対する割合、発生率の推移.....	77
表 4-41 : 年齢別、障害別の傷害・事故入院患者数・死亡数.....	77
表 5-1 : 予防接種普及率の推移.....	84
表 5-2 : 地域別の予防接種普及率.....	85
表 5-3 : 方法別の避妊普及率 (%).....	90
表 5-4 : 避妊普及率の推移.....	91
表 5-5 : 近代的避妊具の入手先 (94 年).....	91
表 6-1 : 保健医療施設の種類と数 (95 年).....	105
表 6-2 : 各施設の必須医薬品の保有状況の推移.....	112
表 6-3 : 県・都市別の施設当たり人口、施設への平均距離、ベッド当たり人口.....	114
表 6-4 : 子供の下痢症治療利用施設.....	115
表 6-5 : 主な医療施設の医療費 (95 年).....	115
表 7-1 : 保健医療従事者委員会に登録されている主な保健医療従事者.....	121
表 8-1 : 都市部、農村別の安全な水へのアクセスの割合.....	128
表 8-2 : 都市部・農村部別の安全な水への距離によるアクセスの状況.....	129
表 8-3 : ハラレ市の大気汚染の状況.....	130
表 8-4 : 産業別の労働災害の推移.....	131
表 8-5 : 傷害および死亡事故数と発生率 (95 年).....	132
表 9-1 : 援助主体別 ODA 実績の推移.....	135
表 9-2 : 援助形態別 ODA 実績.....	135
表 9-3 : 一般予算によるプログラム.....	137
表 9-4 : 93 年-96 年の保健医療分野での SIDA のプログラム.....	141
表 9-5 : 97 年-99 年プログラムの予算.....	142
表 9-6 : 96 年 - 99 年の DANIDA のプログラムと予算.....	143
表 9-7 : DFID プログラムと予算.....	145
表 9-8 : USAID 97 年度、98 年度予算.....	146
表 9-9 : オランダ政府が援助しているプロジェクト.....	148
表 9-10 : 我が国の ODA 実績.....	151

略語表

略語	
AFP	急性弛緩性麻痺 Acute Flaccid Paralysis
AIDS	エイズ（後天性免疫不全症候群） Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARI	急性呼吸器感染症 Acute Respiratory Infection
BCG	結核予防ワクチン Bacille de Calmette-Guerin
CDD	下痢症対策 Control of Diarrhoeal Diseases
CEC	欧州共同体委員会 Commission of the European Communities
CHIZ	ジンバブエ現代保健情報 Current Health Information Zimbabwe
CIDA	カナダ国際開発庁 Canadian International Development Agency
CSO	中央統計局 Central Statistical Office
DAC	開発援助委員会（OECD） Development Assistance Committee
DANIDA	デンマーク国際開発事業団 Danish International Development Agency
DFID-UK	英国国際開発局 Department for International Development UK
DHS	人口統計・保健医療調査 Demographic and Health Survey
DPT	三種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風）ワクチン Diphtheria, Pertussis and Tetanus
EDC	疫学・疾病対策部 Department of Epidemiology and Disease Control
EDLIZ	ジンバブエ必須医薬品リスト Essential Drugs List for Zimbabwe
EIU	エコノミスト・インテリジェンス・ユニット Economist Intelligence Unit
EPI	予防接種拡大プログラム Expanded Programme on Immunization
ESAP	5ヶ年経済構造調整プログラム Five Year Economic Structural Adjustment Programme
FHW	ファーム・ヘルス・ワーカー Farm Health Worker
FP	家族計画 Family Planning
GDA	ドイツ開発事業団 German Development Agency
GDI	女性開発指標 Gender-related Development Index
GEM	女性啓蒙指標 Gender Empowerment Measure

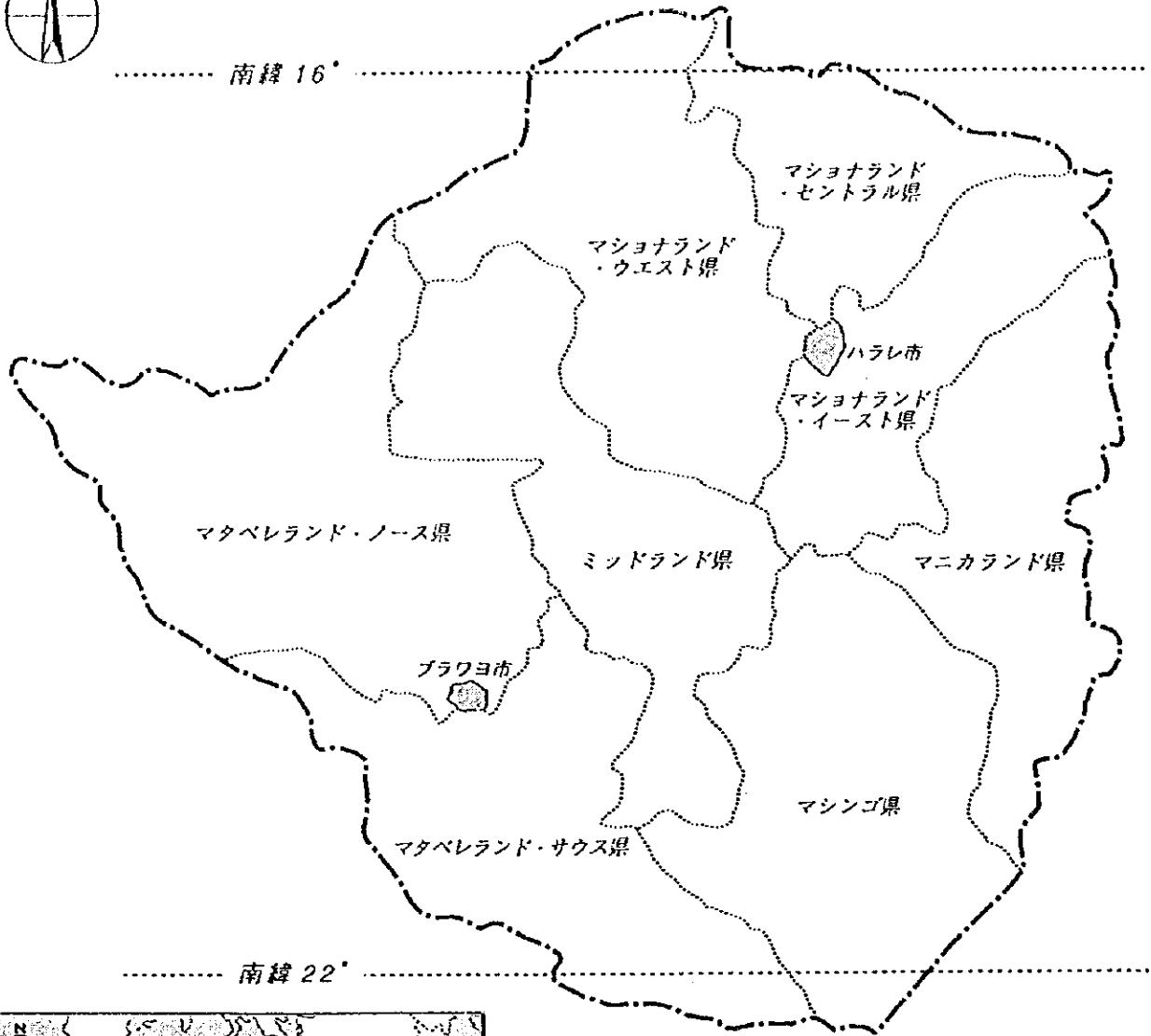
GIS	地理的情報システム Geographical Information System
GMS	政府医薬品倉庫 Government Medical Store
GOZ	ジンバブエ政府 Government of Zimbabwe
GTZ	ドイツ技術協力庁 German Agency for Technical Cooperation
HDI	人間開発指数 Human Development Index
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
ICU	集中治療室 Intensive Care Unit
IEC	情報、教育、コミュニケーション活動 Information, Education and Communication
IMF	国際通貨基金 International Monetary Fund
IRWSSP	統合地方水供給・衛生プログラム Integrated Rural Water Supply and Sanitation Programme
JETRO	日本貿易振興会 Japan External Trade Organization
JICA	国際協力事業団 Japan International Cooperation Agency
JSI	ジェイ・エス・アイ John Snow Incorporated
KAP	知識、態度、行動 (調査) Knowledge, Attitude and Practice
MCH	母子保健 Maternal and Child Health
MOF	大蔵省 Ministry of Finance
MOHCW	保健省 Ministry of Health and Child Welfare
MSH	エム・エス・エイチ Management Science for Health
MTP1	第1次エイズ予防・対策計画 Medium Term Plan for the Prevention, Control and Care of HIV/AIDS
MTP2	第2次エイズ予防・対策計画 Second Medium Term Plan for the Prevention, Control and Care of HIV/AIDS
N/A	資料なし Not Available
NAC	国家アクション委員会 National Action Committee
NACP	国家エイズ調整プログラム National AIDS Coordination Programme

NAMAS	国家医療補助会協会 National Association of Medical Aid Society
NEPC	国家経済計画委員会 National Economic Planning Commission
NGO	非政府機関 Non-Government Organization
NHIS	国家保健情報システム National Health Information System
NMCP	国家マラリア対策プログラム National Malaria Control Programme
NORAD	ノルウェイ開発協力庁 Norwegian Agency for Development Co-operation
NSSA	国家社会保険局 National Social Security Authority
NTP	国家結核プログラム National Tuberculosis Programme
ODA	英国政府開発援助 (現 DFID) Overseas Development Administration
OECD	経済協力開発機構 Organization for Economic Cooperation and Development
ORT	経口補水療法 Oral Rehydration Therapy
PHC	プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care
PRA	参加型地域評価 (手法) Participatory Rural Appraisal
R/D	討議議事録 Record of Discussions
RHC	ルーラル・ヘルス・センター Rural Health Centre
SADC	南部アフリカ開発共同体 Southern African Development Community
SD	標準偏差値 Standard Deviation
SDA	社会調整プログラム Social Dimensions of Adjustment Programme
SIDA	スウェーデン国際開発局 Swedish International Development Authority
SPM	浮遊粒子状物質 Suspended Particle Material
SSS	砂糖・塩補水液 Sugar and Salt Solution
STD	性感染症 Sexually Transmitted Diseases
STP	緊急短期対策計画 Emergency Short Term Plan
TB	結核 Tuberculosis

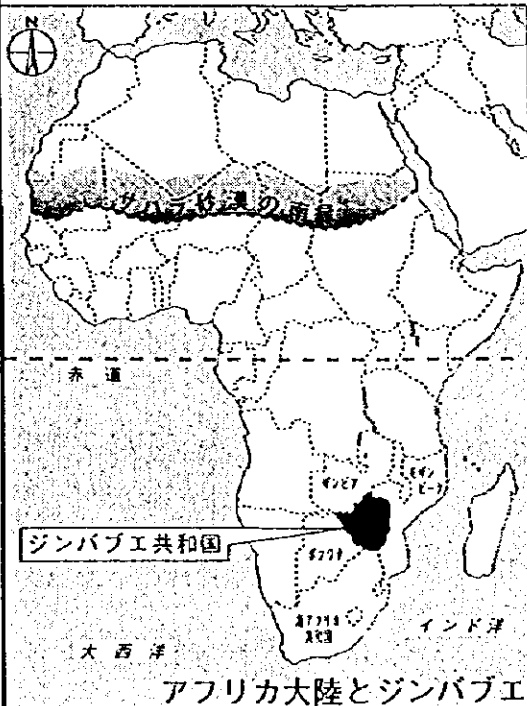
TBA	伝統的助産婦 Traditional Birth Attendant
TT	破傷風トキソイド Tetanus Toxioid
UNAIDS	国連エイズ対策委員会 Joint United Nations Programme on AIDS
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Programmes
UNESCO	国連教育科学文化機関 UN Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund
UNICEF	国連児童基金 United Nations Children's Fund
USAID	米国国際開発庁 United States Agency for International Development
VCW	ビレッジ・コミュニティー・ワーカー Village Community Worker
VHW	ビレッジ・ヘルス・ワーカー Village Health Worker
WHO	世界保健機構 World Health Organization
ZAN	ジンバブエ・エイズネットワーク Zimbabwe AIDS Network
ZANU-Ndonga	ZANUシントレ派 Zimbabwe African National Union - Ndonga
ZANU-PF	ジンバブエ・アフリカ民族同盟 Zimbabwe African National Union - Patriotic Front
ZEDAP	ジンバブエ必須医薬品アクションプログラム Zimbabwe Essential Drug Action Programme
ZEPI	ジンバブエ拡大予防接種プログラム Zimbabwe Expanded Programme on Immunization
ZINATHA	ジンバブエ伝統的治療師協会 Zimbabwe Traditional Healers Association
ZNDP	ジンバブエ国家医薬品政策 Zimbabwe National Drug Policy
ZNFPC	ジンバブエ国家家族計画委員会 Zimbabwe National Family Planning Council
ZRDCL	ジンバブエ地域医薬品品質管理研究所 Zimbabwe Regional Drug Control Laboratory



南緯 16°



南緯 22°



0 50 100 150 200Km

凡例

- 国 境
- 県 境
- 市 境

ジンバブエ共和国全国図

1 国の概要

1.1 一般概況

表 1-1: ジンバブエ概況

正式国名	(和文) ジンバブエ共和国 (英文) Republic of Zimbabwe
独立年月日	1980年4月18日
旧宗主国	英国
政体	共和制
元首の名称	ロバート・ムガベ大統領 (1987年12月就任、96年3月再選3期目、任期6年)
位置・面積	南緯 15.5 度～22.5 度 東経 22.5 度～33.0 度
首都	ハラレ市
民族等	ショナ族 マシヨナランド (ハラレ市を中心とした北東部地域) に主として居住し、人口 75～80% を占める。 スデベレ族 マタベレランド (ブラワヨ市を中心とした南西部地域) に居住し、人口の 15～20% を占める。
公用語	英語
宗教・ 暦	キリスト教と部族宗教の混合：50%、キリスト教：25%、部族宗教：24%、他：1% <日本との時差> -7時間 <祝祭日> (1997年) 1月1日 新年 3月28～31日 復活祭 4月18日 独立記念日 5月1日 メーデー 5月25日 OAU記念日 8月11～12日 独立戦士記念日 12月25～26日 クリスマス

出所：* : The World Factbook Page on Zimbabwe 1997 CIA Publications (Internet)
その他は「国別協力情報ファイル ジンバブエ」1997 国際協力事業団

表 1-2 : ジンバブエの主な人口・保健指標

分類	項目	指標	分類	項目	指標
人口	総人口	10.4 百万人	出生	粗出生率	34.5/人口千対
	男	5.1 百万人		合計特殊出生率	5.9
	女	5.3 百万人	死亡	粗死亡率	9.5/人口千対
性別比	男/女 100	95		乳児死亡率	66/出生千対
都市/農村人口	都市	3.2 百万人 (31%)	平均寿命	平均寿命 (1990 年)	61 歳
	農村	7.2 百万人 (69%)	母親死亡	妊産婦死亡率	395/出生 10 万対
面積、人口密度	面積	390.7 千 km ²	人口増加	人口自然増加率	2.5%
	人口密度	26.7/km ²		年人口増加率	3.1%
年齢別人口	15 才以下	45%	世帯	世帯人口	4.8/世帯
	15 - 64 才	52%			
	65 才以上	3%			
婚姻状況 (15 歳以上)	未婚	33%			
	既婚	57%			
	離婚	5%			
	寡婦/夫	5%			
人種	黒人	99%			
教育 (6 歳以上総人 口の割合)	未就学	17%			
	就学中	34%			
	就学終了	49%			

(注) : 92 年の国勢調査に基づく

出所 : Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO

表 1-3 : 主要経済指標の推移

年	1992	1993	1994	1995	1996 ^{a1}
GDP(百万 Z\$) ^a	23,536	31,091	39,775	49,032	62,370
一人当たり GNP(IJ\$) ^b	570	520	500	540	N/A
実質 GDP 成長率(%) ^a	-5.8	0.9	7.4	-3.2	6.0
消費者物価上昇率(%) ^c	42.1	27.6	22.3	22.6	21.4
失業率(%) ^d	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
貿易収支(百万 US\$) ^c	-254.5	122.1	157.6	N/A	N/A
輸出額(FOB) ^c	1,527.6	1,609.1	1,961.1	2,217 ^a	2,525 ^a
輸入額(FOB) ^c	1,782.1	1,487.0	1,803.5	2,128 ^a	2,232 ^a
経常収支(百万 US\$) ^c	-603.7	-155.7	-424.9	-425 ^b	N/A
対外債務残高(百万 US\$) ^a	4,006	4,210	4,411	4,885	4,988
債務返済比率(%) ^a	32.2	30.7	25.4	26.5	23.4
外貨準備高(百万 US\$) ^b	404	628	585	888	N/A

会計年度 ^{a2}	通貨(97年11月7日) ^a	主要輸出入相手国 ^a
1月1日～12月31日	通貨単位: ジンバブエ・ドル (Z\$) 1ドル= 13.45 ジンバブエ・ドル	輸出(1996年) ^{a3} 英国 (10.1%) 輸入(1996年) 南アフリカ (38.3%)

主要輸出入品 (百万 US\$) ^a	1位	2位	3位
輸出(96年)	タバコ (730)	金 (300)	合金鉄 (170)
輸入(CIF)(96年)	機械部品・輸送機械 (1126)	製造機械 (455)	化学薬品 (366)

(注) ^{a1}: EIU Estimate, ^{a2}: 98年より変更、^{a3}: 金を除く、

出所: ^a: Country Report Zimbabwe 4th Quarter 1997 EIU

^b: World Development Report 1994, 1995, 1996, 1997 The World Bank

^c: International Financial Statistics Yearbook November 1997 IMF

^d: Year Book of Labor Statistics 1996 ILO

1.1.1 国土の概要

ジンバブエはアフリカ南部、南緯 15.5 度～22.5 度、東経 22.5～33.0 度に位置し、北はザンビア、南は南アフリカ、西はボツワナ、東はモザンビークと国境を接する内陸国である。国土の総面積は、391 千平方キロメートルである。

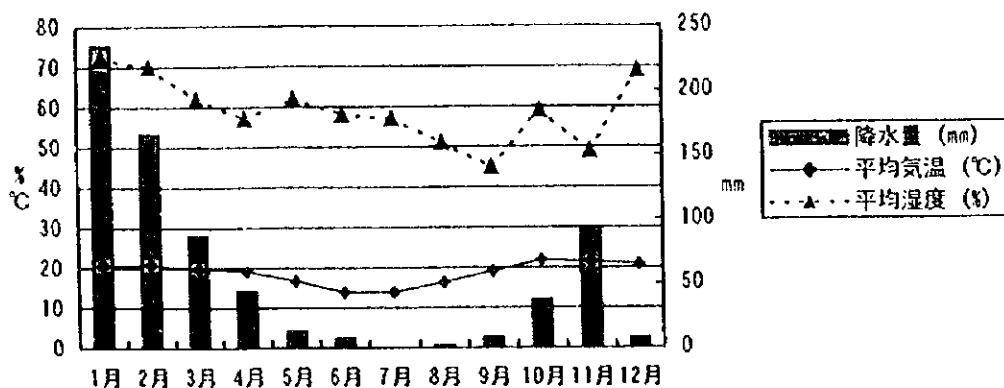
国土は南部アフリカ高原盆地に含まれ、南西から北東に横断する標高 1,200～1,500 メートルのいわゆるハイ・ベルト部が、北側のザンベジ川水系と南側のリンボポ川水系、サベ川水系の分水界となり、また国民経済の中核部となっている。ハイ・ベルトの両側には標高 900～1,200 メートルのミドル・ベルトが広がり、北境部と南境部は 900 メートル以下のロー・ベルトとなる。東部のモザンビークとの国境部には 1,800 メートルをこえる山地があり、イニャンガ山地のイニャンガニ山 (2,592 メートル) は国内の最高点となり、チマニマニ山地のピンガ山 (2,436 メートル) と対峙している。なお両山地とも国立公園に指定されている (数値は平凡社資料、1989)。

1.1.2 気候

南緯 16～22 度の内陸に国土が位置するため、熱帯半乾燥の気候下にあり、季節としては 11～3 月が雨期、5～8 月が乾期である。気温は 7 月が最も涼しく、10 月が最も暖かい。最も涼しいハイ・ベルトでの月平均気温は 13～22℃、最も暑いザンベジ河谷のロー・ベルトでは 20～30℃を示す。降水量は雨期に 90%以上が集中する。年による変動が南西へいくほど大きくなるが、平均は東部山地の 1,200 ミリメートル以上を最多に、ハイ・ベルトの北東部で 800～900 ミリメ

ートル、南西部で500～600ミリメートル、最少のリンボポ低地で300～400ミリメートルである（数値は平凡社資料、1989）。

図 1-1：ハラレ市の平均気温、降水量、平均湿度



出所 降水量、平均気温：『世界各国要覧 7訂版』1993 東京書籍
 平均湿度：“Humidity of Harare” 1994 Meteorological Department GOZ

1.1.3 略史

表 1-4：略年表

年	月	出来事
1851年		リビングストーン、ザンベジ川探検
1888年		セシル・ローズ、マタベレランドのヌデベレ族ロベンクラ王と交渉し鉱山採掘権を得、同王支配地域を英国の勢力下に置く
1889年		C. ローズ、イギリス南アフリカ会社を設立
1902年		C. ローズ死去。その後ローズにちなみ周辺地域はローデシアと名付けられる
1922年		英国南アフリカ会社、統治権放棄
1923年		英国の自治植民地南ローデシア誕生
1953年		ローデシア・ニアサランド連邦形成、南ローデシア同連邦に編入
1963年		ザンビア及びマラウイの独立に伴い同連邦解体、南ローデシアは従来の英国自治植民地となる
1965年	11月	スミス白人政権が宗主国である英国に対し一方的独立宣言
1966年	12月	国連安全保障理事会、南ローデシアに対し経済制裁の実施を要請
		国連安全保障理事会、対南ローデシア全面的経済制裁決議を採択
1978年	3月	スミス首相、ムソレワ等黒人穏健派と「内部解決」の合意
1979年	6月	「ジンバブエ・ローデシア」が発足（国際社会は承認せず）
	8月	英連邦首脳会議においてローデシア問題の平和的解決提案採択
	9月	ローデシア制憲会議開催、同会議においてローデシア問題の平和的解決の合意成立
1980年	2月	ジンバブエ下院黒人議員選挙実施
	4月	ジンバブエの名のもとに独立
1981年	3月	ジンバブエ援助国会議の開催
1982年	7月	ジンバブエ共和国と改称
	6月	第2回ジンバブエ総選挙実施
1987年	12月	ムガベ首相が新大統領に就任
1990年	3月	第3回総選挙実施、ムガベ大統領再選
	7月	非常事態宣言解除
1995年	4月	総選挙実施
1996年	3月	ムガベ大統領再選

出所： 『任国情報：ジンバブエ』1990 国際協力事業団

『ジンバブエ共和国概要』1993 外務省

Country Report: Zimbabwe 1st, 2nd, 3rd quarter 1995 EIU

『我が国の政府開発援助、ODA 白書』1997 (財) 国際協力推進協会

1.1.4 民族・言語・宗教及び文化

(1) 民族等

バントゥー系のショナ族が70%以上の多数を占め、ハラレ市を含む北東部地域に居住し、その他ヌデベレ族が約20%を占め、ブラワヨ市を含む南西部地域に分布している（数値は平凡社資料、1989）。独立後、白人の海外流出は顕著で、独立以前の20万人から85年時点で、12万人にまで減少した。また、アジア人も少数だが居住している（数値は EIU 資料、1994）。

(2) 言語

公用語は英語であるが、ショナ語、ヌデベレ語も広く使われている。

(3) 宗教

宗教はキリスト教と伝統的な部族宗教が混合した宗教が浸透し、国民の50%がこの混合教徒である。残りの25%がキリスト教で、部族宗教も24%と強く残存している。またアジア系住民の間では僅かだがイスラム教とヒンズー教も存在している(数値はThe World Factbook Page on Zimbabwe, 1997 CIA Publications, Internet)。

(4) 文化

ジンバブエ国内には大小さまざまな石造建築が広く分布しており、その中でもマシング近くにあるジンバブエ遺跡は有名である。ジンバブエとは現地語で「石の家」の意である。ジンバブエ遺跡はショナ族とロズウ族が11～18世紀に建設したといわれている。

ジンバブエ遺跡からは8個の「鳥神柱」¹のほか、多くの土器、陶磁器、金製品、ガラス製ビーズなどが出土している。土器は赤地に点と線を刻んだものと、無地の黒色土器がある。またイスラム陶器や中国の宋、元、明の青磁や染付の破片が大量に出土するが、これらはビーズとともに外国から輸入したものである。ジンバブエ遺跡に類する石造建築の遺跡は、同国各地やボツワナの東部に約300カ所あり、それらはジンバブエ文化と呼ばれ、国名の由来にもなっている(数値は平凡社資料、1989)。

1.1.5 社会

(1) 教育

ジンバブエの教育制度はイギリスをモデルとして下記のようになっている。

1. 初等教育

7歳からの入学で、1学年から7学年までの7年間である。86年に義務教育化された。

2. 中等教育

14歳で入学の4年課程と7年課程の2つのコースがある。4年課程は専門学校進学、7年課程は大学進学向けである。上級学校へ進むためにはそれぞれOレベル、Aレベルと呼ばれる資格試験を受け、一定の成績をおさめる必要がある。

3. 高等教育

高等教育は大学のほかに教師養成学校、職業・技術学校などがある。また、ジンバブエ大学には大学院コースもある。

初等教育と中等教育の一部は86年に無料化されたが、5ヶ年経済構造調整プログラム(ESAP)²による財政難のため、92年に都市部の初等教育と総ての中等教育を有料化した。

80年代に政府は教育と保健医療サービスの充実を重点項目とし、学校建設、教師の養成などを積極的に進めた。その成果があり、初等教育就学率は100%を超える高い数字である。中等教育

¹ 約1.5メートルの石柱の頭部に鳥を彫刻したもの

² The Five-year Economic Structural Adjustment Programme: 政府は教育、保健医療等の社会開発を重視してきたが、その支出の増大を支える経済の発展が予想を大きく下回り、これまで拡大してきた教育、保健医療等サービスにおいて量的質的に充実した活動が困難となってきた。90年10月、世界銀行、IMFの援助を得て、経済対策としてESAPを発表した。このプログラムの狙いは政府主導の経済を自由市場経済にして、輸出と投資を活性化し、経済発展を成し遂げようというものであった。具体的には、政府支出の削減、外為の規制、補助金の撤廃、インフレ抑制などであった。

については、80年には男性8%、女性7%に過ぎなかったのが、93年には男性が50%を超え、女性も40%と非常に高くなり、高等教育も1%から6%になった(表1-5参照)。

表 1-5 : 就学率の推移

分類	就学率 ^{*1}	
初等教育 ^{*2} (80年)	男児 65% ^{*4}	
	女児 57% ^{*4}	
	(93年)	男児 123%
		女児 114%
中等教育 ^{*2} (80年)	男児 8% ^{*4}	
	女児 7% ^{*4}	
	(93年)	男児 51%
		女児 40%
高等教育 ^{*3} (80年)	1%	
	(93年) 6% ^{*4}	

- (注) ^{*1}: 総就学率が100%を超える場合があるのは、標準学齢を上下する生徒がいるためである。
^{*2}: 標準就学年齢人口に対する就学者の比率(男女別)
^{*3}: 20歳から24歳の人口に対する総就学者の比率
^{*4}: 指定年以外の数値

出所: World Development Report 1997 The World Bank

表1-6は小学校の就学数、学校数及び教師数の推移である。就学数、学校数、教師数は増加しているが、教師一人当たり生徒数は変わっていない。

表 1-6 : 小学校生徒就学数、学校数、教師数の推移

年	学校数	男生徒数 (千人)	女生徒数 (千人)	合計 (千人)	教師数	教師一人当 たり生徒数
1985	4234	1143	1074	2217	56619	39
1987	4439	1146	1105	2251	57120	39
1989	4504	1127	1106	2233	58370	38
1991	4559	1168	1126	2294	58436	39
1993	4578	1258	1178	2436	60959	40
1995	4633	1260	1223	2483	63475	39

出所: "Zimbabwe Basic Facts on Education" 1996 UNICEF

95年現在、中等教育には、1535校の中学・高校があり、高等教育には、国立大学が2校、また私立大学が2校、そしてその他に15校の教師養成学校と10校の職業・技術学校がある(数値は"Zimbabwe Basic Facts on Education" 1996 UNICEF)。

96/97年度の初等、中等教育に対する予算の割合は国家歳出の13.4%である(数値は Budget Estimates 96/97 MOF)。

成人の非識字率は男性10%、女性が20%、全体で15%であり、サハラ以南のアフリカの平均、アフリカ全体の平均と比べてはるかに低い(表1-7参照)。

表 1-7 : 非識字率の比較 (95年)

分類	ジンバブエ	サハラ以南 のアフリカ	アフリカ全体
男	10%	33%	33%
女	20%	52%	54%
全体	15%	43%	44%

出所: African Development Indicators 1997 The World Bank

教育に於ける問題点は、ESAP以降の財政難により、教師数が生徒の増加に対して大きく増えていないことによる、教育の質の低下と高い中退率などである。96年3月に全国274校の小中学校を対象とした調査では、無資格の教師が全体の17%おり、特に農村部では高く、32%が無資格の教師である。そして12歳までの生徒の就学率は97%であるのに対し、12歳から17歳では就学率は78%に減少しており、高い中退率を示している（数値は“6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ）。

(2) 開発と女性

女性に関する指標を見ると、UNDPによる女性開発指標（GDI）³はサハラ以南のアフリカの平均よりは上回っているが途上国全体では平均並みであり、世界順位は175カ国中109位である。また、女性の社会進出の指標となる女性啓蒙指標（GEM）⁴は途上国全体の平均よりもはるかに良く、世界平均並みで、世界順位も175カ国中45位と高い（数値はHuman Development Report 1997 UNDP）（表1-8参照）。

表 1-8：女性指数

項目		ジンバブエ	サハラ以南 のアフリカ	途上国平均	世界
平均寿命（94年）	女性	50.1歳	51.5歳	63.5歳	65.4歳
	男性	48.1歳	48.5歳	60.6歳	61.8歳
識字率（94年）	女性	79.0%	44.4%	60.3%	70.8%
	男性	90.2%	64.3%	78.4%	83.5%
就学率（94年）	女性	64.0%	38.4%	51.6%	57.1%
	男性	72.0%	46.6%	60.3%	63.9%
GDI指数（94年）		0.503	0.374	0.555	0.637
管理職に占める女性の割合 （90年）		15.4%	N/A	10.0%	14.1%
女性の労働力割合（90年）		44%	42%	39%	40%
GEM指数（94年）		0.429	N/A	0.367	0.418

出所：Human Development Report 1997 UNDP

独立後まもなく、女性解放のための制度や行政組織が設けられた。81年、まず「女性問題省」が発足したが、その主たる狙いは、女性の参加を拒む法的、文化的、および社会経済的障害のすべてを除去し、それによって国家開発への女性の参加を施すことであった。同省の初代大臣にはジンバブエ黒人で初めて女性が就任した。同大臣の下に同省は、女性の農地所有や効率的な農業手段からの疎外、技能と正規雇用機会の欠如、過重な労働負担、財産所有や相続権などの法的諸権利の欠如などの面の改善に着手した。

³ Gender-related Development Index：男女間の不平等を表すために人間開発指数（寿命、知識、能力開発のために各個人が必要とする基本財源にどの程度手が届くかを表す指数）を調整したもの。男女間の格差が大きいほどGDIは小さくなる。

⁴ Gender Empowerment Measure：女性が積極的に経済的、政治的生活に参加できるかどうかを表すもの。社会参加に焦点を絞り、政治経済への参加や政治経済面の意思決定の主な領域における男女間不平等を測定している。女性の社会進出が積極的なほどGEMは大きくなる。

成人年齢法が改正され、18歳以上の男女が法的に成人と認められ婚姻訴訟法が制定され、女性の離婚権、子供の保護権が認められた。また「性による資格差別除去法」が制定され、職場での男女差別が撤廃され、産休が認められた。

このように独立後の諸法規の改正により、女性、特に黒人女性の諸権利が大幅に伸長したことに加え、諸官庁や公共部門の職員の多くが、独立後白人から黒人にとって代わられたこともあって、その後、これらの部門を中心に、資格のある黒人女性が多数進出した。現在諸官庁で部課長ポストを占める女性も少なくない。独立前には議会には女性が一人もいなかったが現在、議員の14.7%は女性である(数値は Human Development Report 1997 UNDP)。

このように独立以降、法制上の女性差別は消滅しつつある。しかし女性を「未成年」と見做す農村の慣習は根強く存在し、女性の過重労働や就職等の社会生活での男女差が依然強く残っている。現在、女性問題を担当しているのは「国家問題・雇用創出・共同組合省」である。

(3) 貧困

所得階層別世帯所得を見ると、最高分位20%の高所得世帯が得る所得は62.3%、最低分位20%の低所得世帯が得る所得が4.0%を占めている(表1-9参照)。ジニ係数⁶は56.8である(数値は World Development Report 1997 The World Bank)。

97年10月17日の現地新聞「The Herald」のUNDP貧困根絶国際デーの特集記事によると、食糧貧困水準(FPL)⁸以下の人口比は46%、合計消費貧困水準(TCPL)⁹以下は61%で、都市部、農村部による分類では、農村部ではFPL以下が75%、都市部ではTCPL以下が39%であった(数値は公務員・労働・社会福祉省の貧困評価調査1997)。

独立後、アフリカ人が高所得者になる例もあるが、その数は未だ少なく、農村部では過半数以上が絶対的貧困水準以下で国民の健康状態も都市部と農村部での格差が生じている。

⁵ 独立前は21歳以上の白人女性のみが成人と認められ、黒人女性は生涯にわたり未成年者とされた。

⁶ Gini Index: 所得とその所得を得る人口の割合から所得分配の不平等を表したもの。ジニ係数0は所得が完全に平等に分配されている状態、ジニ係数100は完全な不平等を表す。

⁷ International Day for the Eradication of Poverty

⁸ Food Poverty Line: 平均世帯(4.6人)が一ヶ月に必要な食糧の額(金額では495Z\$)以下の収入の人口割合

⁹ Total Consumption Poverty Line: 平均世帯(4.6人)が一ヶ月生活するのに必要な所得額(817Z\$)以下の人口割合

表 1-9：家庭所得の所得階層別分布

総所得に占める各階層の比率(1990年) ^{#1}	(%)
(最高位 10%)	(46.9)
最高分位 20% ^{#2}	62.3
第4分位 20%	17.4
第3分位 20%	10.0
第2分位 20%	6.3
最低分位 20% ^{#3}	4.0
(最低位 10%)	(1.8)

(注) ^{#1}: データは個人分位による支出シェア、一人当たり支出により分類

^{#2}: 「最高分位20%」の値は、「最高位10%」の値を含む

^{#3}: 「最低分位20%」の値は、「最低位10%」の値を含む

出所：World Development Report 1997 The World Bank

(4) 民主化等

憲法は、80年4月18日に制定され、87～90年に一部改正が行われた。87年の憲法改正において首相職を廃止し、権限を大統領に統合した。90年の憲法改正では、大統領選挙が国会議員の投票から国民による直接投票へ、また議会編成が従来の二院制から一院制へと移行した。

立法機関は、国民の直接投票によって選出される議会である。行政は軍最高司令官を兼ねている大統領及び大統領によって任命される内閣（副大統領・閣僚・各次官）が担当する。また、司法権は、独立した司法機関に在する。

90年3月の選挙において、ジンバブエ・アフリカ民族同盟・愛国戦線（略称：ZANU-PF）が120議席中117議席（数値は共同通信社資料、1996）を獲得すると、同時期の選挙によって再選されたムガベ大統領は、「国民が一党制を支持している」として一党制移行に関する積極的な発言を行い始めたが、これに対し知識人、教会勢力、経済界からの非難が集まり、またZANU-PF内部の足並みも揃わず、結局、ZANU-PFは、同年9月に一党制への移行を事実上放棄した。翌年1月には、ムガベ大統領が訪問先のナイジェリアで一党支配理念の放棄及び、複数政党制を模索するアフリカ諸国の姿勢の支持を表明した。ジンバブエの憲法は政党・結社の自由を含む特別規定を保持しており、制度的には複数政党制を採用している。

1.2 一般行政

1.2.1 中央行政

政体は共和制である。元首は大統領で国民による直接選挙で選出され、任期は6年である（共同通信社資料、1996）。大統領は内閣の首長として閣僚を任命する。また立法権、最高裁・高等裁の裁判官の任命権を持ち、国防軍最高司令官をも兼ねており、絶大な権限を有している。なお、再選の制限はない。

議会は一院制であり、大統領と共に立法権を有する。議員定数は150人で、議員の任期は5年である。そのうち120議席は小選挙区制による直接選挙、8議席は各州知事、10議席は部族代表、12議席は大統領指名による（数値はEIU資料、1996）。

行政については大統領が行政権を有し、副大統領、閣僚、各次官を任命する。地方行政は8つの州からなる地方行政区に分かれており、州知事は大統領により任命される。

司法は最高裁判所、高等裁判所、及び簡易裁判所¹⁰から成る三審制である。簡易裁判所は郡を管轄するが、通常郡には常設裁判所がなく、州都より派遣される判事により必要に応じ開廷される。高等裁判所の管轄範囲は州単位。最高裁判所は、下級裁判所からの上訴事件のみ扱う。なお、この他民事調停所¹¹があるが、刑事事件は取り扱わない。

95年4月8日から9日にかけて行われた総選挙で議席を獲得した政党及び議席数は次の通り(数値は Europa Publications 資料、1996)。

ジンバブエ・アフリカ民族同盟 ¹²	118 議席
ZANUシトレ派 ¹³	2 議席
計	120 議席

¹⁰ Magistrates' Court

¹¹ Community Court

¹² Zimbabwe African National Union-Patriotic Front : ZANU-PF

¹³ Zimbabwe African National Union-Ndonga : ZANU-Ndonga

図 1-2 に国家行政組織を示す。

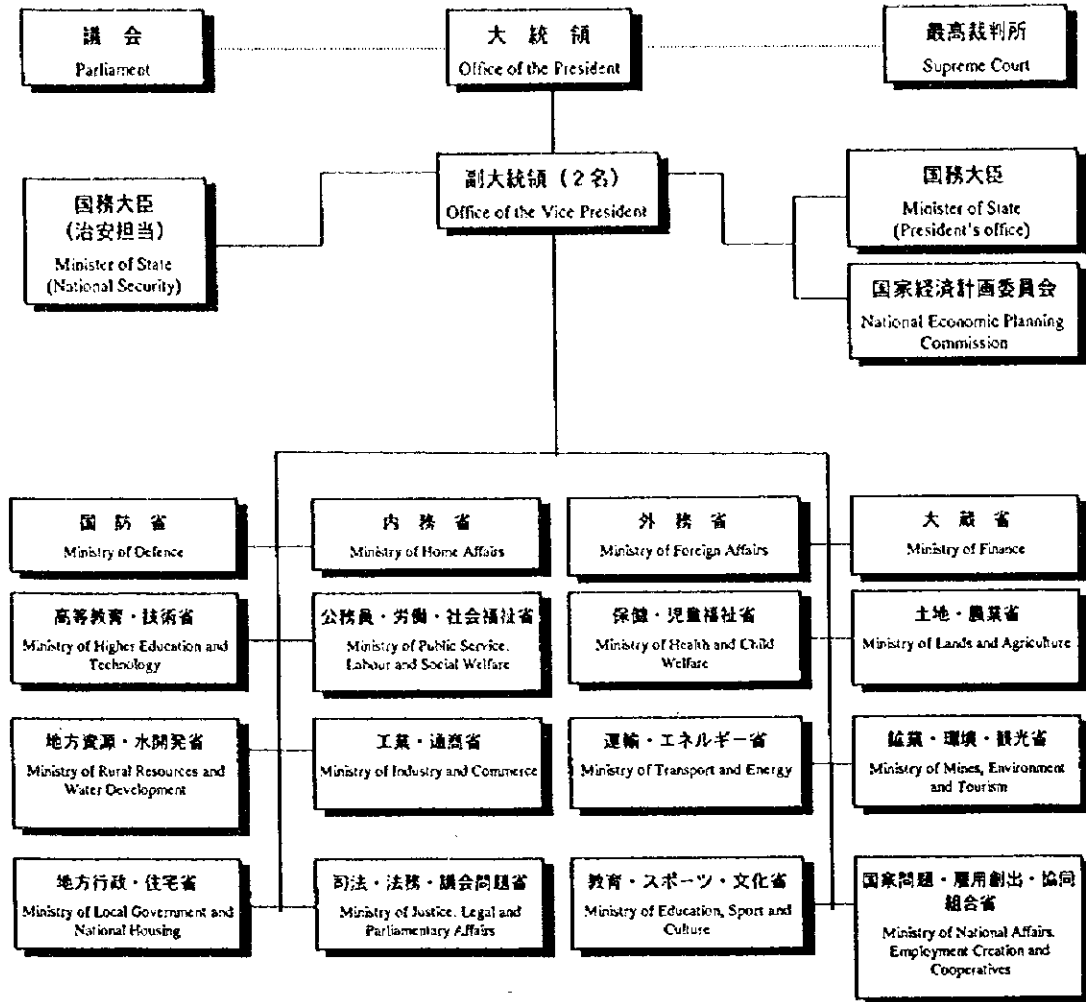


図 1-2 : 国家行政組織図

97年10月現在

出所: 大蔵省資料 1997

1.2.2 地方行政

ジンバブエの行政単位は県 (Province)、郡 (District)、都市 (City)、市 (Municipality)、区 (Ward) に区分される。

表 1-10 : 行政単位

行政単位 (英語)	(日本語)	数
Province	県	8
District	郡	57
City	都市	5
Municipality	市	12
Ward	区	1377

出所: 地方行政・住宅省資料 1997. *Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994* 1994 UNICEF

(1) 県

ジンバブエは下記8つの行政県からなる (ジンバブエ共和国全国図参照)。

Manicaland (マニカランド)

Mashonaland Central (マショナランド・セントラル)

Mashonaland East (マショナランド・イースト)

Mashonaland West (マショナランド・ウエスト)

Matabeleland North (マタベレランド・ノース)

Matabeleland South (マタベレランド・サウス)

Midlands (ミッドランド)

Masvingo (マシング)

また、2大都市、首都ハラレ市 (Harare) とブラワヨ市 (Bulawayo) も行政的な観点から行政県と呼ばれることもある。

県知事は大統領により任命され、県議会の長も兼ねる。県行政官と呼ばれる地方行政・住宅省の担当官である次官補が副知事を勤める。この県行政官は県開発委員会の長も勤める。県議会は郡議会や都市部の議会の議長からなる。

(2) 郡、区

県はさらに57の郡に細分される。郡内にはコミュニナル・ランド地域とコマーシャル・ランド地域の2つの地域が存在する。コミュニナル・ランド地域は共同体農業地域であり、コマーシャル・ランド地域は大規模商業農業地域である。94年に施行された郡議会法¹⁴以前は、コミュニナル・ランド地域には公選によって選ばれた議員からなる「District Council」があり、コマーシャル・ランド地域には土地所有者から選ばれた議員からなる「Rural Council」があった。94年の法改正で、2つが統合され郡議会となった。その議員は18歳以上の成人男女により公選され、議長はその中から選ばれる。

¹⁴ Rural District Council Act 1993

郡はさらに区に細分され、郡議員はこの区ごとに一人選出される。郡議会は域内の学校、診療所を運営する。道路の保守、水供給事業、ピヤホールの経営を実施する場合もある。財源は土地所有税、自動車税、中央政府からの補助金である。

(3) 都市・市

都市部の自治機構には都市議会と市議会がある。都市議会はハラレ市、ブラワヨ市、ムタレ市 (Mutale) を含む5つの都市にあり、市議会は12の市にある、これらの都市・市議会の議員は市の居住者により公選される。議会の長は市長と呼ばれる。

主な事業は、道路の整備、水・電気の供給、下水の管理・PHC、救急車、消防活動の管理、ごみ収拾、安い住宅の供給等である。財源は財産税、車・オートバイ・犬・店舗等の認可税、水道電気料金、家賃等である。大規模な開発事業を行う場合は公共あるいは民間の融資を受ける。

2大都市、首都ハラレ市とブラワヨ市は行政的には県と同等であり、県議会の管轄下にはない。

(4) 地方分権化と開発計画組織

独立後、中央の各省は一斉に農村地域の開発に乗り出した。多方面に渡り展開される活動を調整する必要性から行政の各レベルに開発委員会が設置された。県開発委員会と郡開発委員会には各省の担当官等が参加し、地方行政・住宅省の担当官が委員長として調整役を務める。保健省の場合は県には県保健事務所長、郡には郡保健事務所長が委員会の委員である。また、開発委員会は、計画面、技術面で議会を支援する。

村落で必要とされる開発問題を郡議会へ反映させるため、区開発委員会と村落開発委員会も設置された。委員は住民の公選で選出されたが、政治的になりすぎるため、93年の行政改革の際、村落の意見をより反映させるため、また、伝統的な部族の長も参加できるように機構の改革を実施するため、廃止された。現在も廃止されたままとなっている。開発委員会は農村部の開発や保健医療の問題を考える場合、重要な側面と思われる。(地方行政・住宅省、地方行政推進局副局長、チハンバクエ氏談)

1.3 国家開発計画の概要

第2次五ヵ年国家開発計画(91~95年)は構造調整計画を基調とする新経済政策を基本に、社会・地域開発を織り込んだものであった。その結果報告はまだ発表されていない。第3次五ヵ年国家開発計画はなく、代わりに2020年までの中期開発計画(Vision 2020)とマクロ経済を中心とした5ヵ年計画(ZIMPREST)を作成中である。(国家経済計画委員会ダイレクター チグドウ氏談)

「1 国の概要」参考資料

1. 「国別協力情報ファイル ジンバブエ」1997 国際協力事業団
2. 『我が国の政府開発援助、ODA 白書』1997 (財) 国際協力推進協会
3. 「ジンバブエ共和国感染症基礎調査報告書」1994 国際協力事業団
4. 『ジンバブエの風はどちら向き』1992 JETRO
5. The World Factbook Page on Zimbabwe 1997 CIA Publications (Internet)
6. World Development Report 1994 1995 1996 1997 The World Bank
7. Human Development Report 1997 UNDP
8. African Development Indicators 1997 The World Bank
9. Country Report Zimbabwe 4th Quarter 1997 EIU
10. International Financial Statistics Yearbook November 1997 IMF
11. Budget Estimates 96/97 MOF
12. Zimbabwe Basic Facts on Education” 1996 UNICEF
13. “6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ
14. Year Book of Labor Statistics 1996 ILO
15. Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994 1994 UNICEF

2 衛生行政機構

植民地時代の保健医療体制はそのサービスの不平等に特徴づけられた。人種差別による社会の二重構造の不平等と、都市部と農村部との不平等との2面があった。

独立後の保健医療サービスは、以前その恩恵を受けられなかった人々、特に農村部の人々を最優先し、プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）に基づいた政策を打ち出した。その内容は以下の通りである。

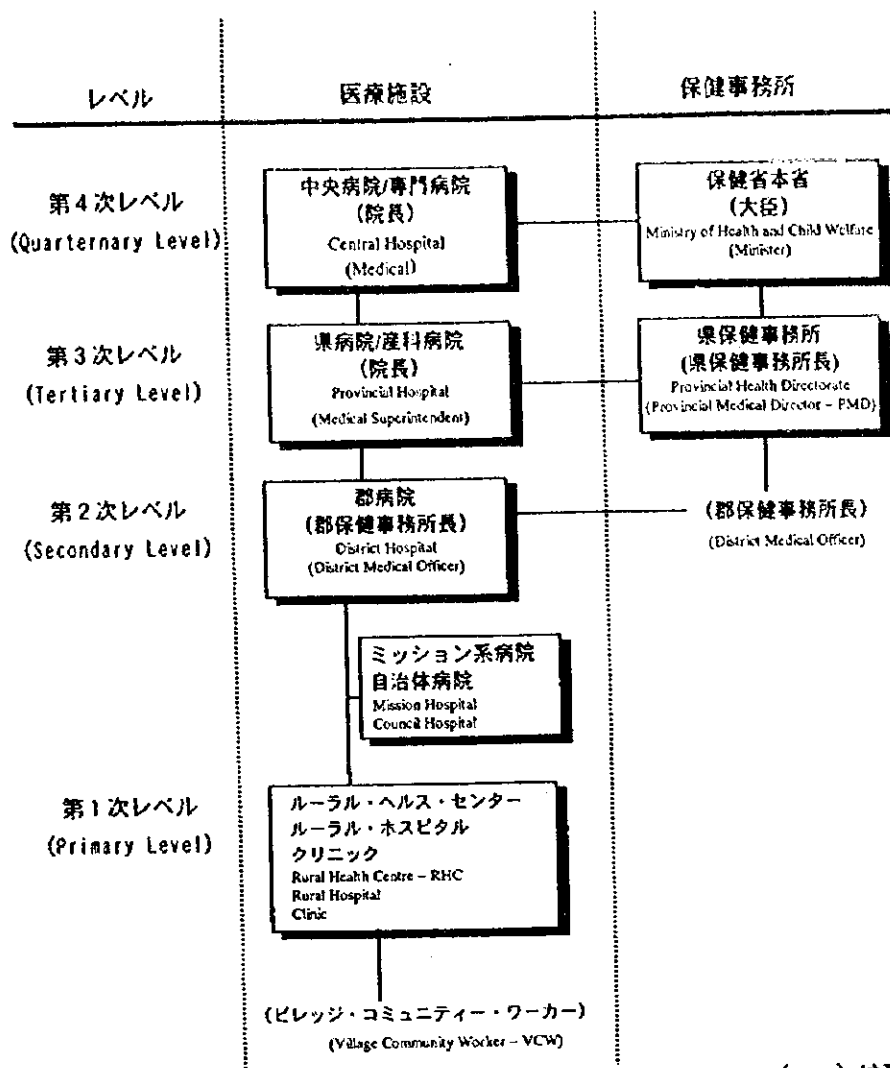
- (1) 保健医療システムを再編し、中央・県・郡・村落の4つのレベルから成るリファラルシステム（紹介・転送システム）を構築する。
- (2) 独立戦争中に破損した医療施設を再建しその活動を回復させる。
- (3) 農村部にルーラル・ヘルス・センター(RHC)を建設し、大半の国民に保健医療施設が利用できるようにする。
- (4) 包括的なPHCサービスを提供できるよう既存の診療所を改良する。
- (5) 保健医療従事者の教育課程にPHCの概念を導入し、医師を含むすべての保健医療従事者の訓練に農村での実習を含める。
- (6) 新しい保健医療対策プログラムを導入し、母子保健、栄養、水と衛生、健康教育、マラリア・住血吸虫・下痢症・呼吸器疾患対策、必須医薬品の普及などのプログラムを拡大する。

この政策の結果、保健医療インフラの整備、医療従事者の養成、PHCを中心としたさまざまな保健医療サービスの拡大を実行した。その結果、植民地時代と比べて国民の保健水準は大幅に向上した。

2.1 中央衛生行政と保健医療計画

2.1.1 中央衛生行政機構

保健省の保健医療行政は図2-1のような4つのレベルからなる。



() は責任者

図 2-1 : 保健医療行政

出所 : 保健省資料 1997

保健医療サービスは4つの段階があり、予防、治療、それとリハビリテーションサービスから成り立っている。第1次レベルのルーラル・ヘルス・センター(RHC)、ルーラル・クリニックから始まり、郡病院、県病院/県保健事務所そして第4次レベルの保健省本省、中央病院へとリファーされるリファラルシステムである。このリファラルシステムは84年に設立され、患者がより高度なサービスを必要とされた場合はより高いレベルの保健医療サービスが受けられるようになっている。

中央保健医療行政は第4次レベルの保健医療を担い、保健省本省、中央病院、それと専門病院から構成される。

中央病院は首都ハラレ市に2施設、第2の都市ブラワヨ市に3施設、それとチトウングザ市(Chitungwiza)に1施設ある。さらに、眼科専門病院、伝染病病院、精神病病院、などの専門病院が11施設ある(数値は“Health Facilities Report 94/95”発行年不明 MOHCW/CSO)。これら中央病院は国の最上部のリファラル病院として、県病院からリファーされた患者の治療ばかりでなく、都市に多い民間医療施設からも患者がリファーされてくる。また、教育病院として人材の育成に努めるだけでなく、広い範囲での専門性をもった医療を提供している。

このリファラルシステムは十分とはいえないまでも現在機能している。問題点は下記の通りである。

上位レベルから下位レベルへの十分な権限の移行、そして資金の移行がされていないため、下位からのリファラルの鎖が途中で切れてしまう。

下位レベルでの職員が不足しており、そのため下位レベルで十分なサービスが供給できない。

下位レベルでの機材・薬の不足によりバイパス現象が発生している。

保健省(92年にMinistry of HealthからMinistry of Health and Child Welfareに名称を改正)の中央行政機構は図2-2の通りである。

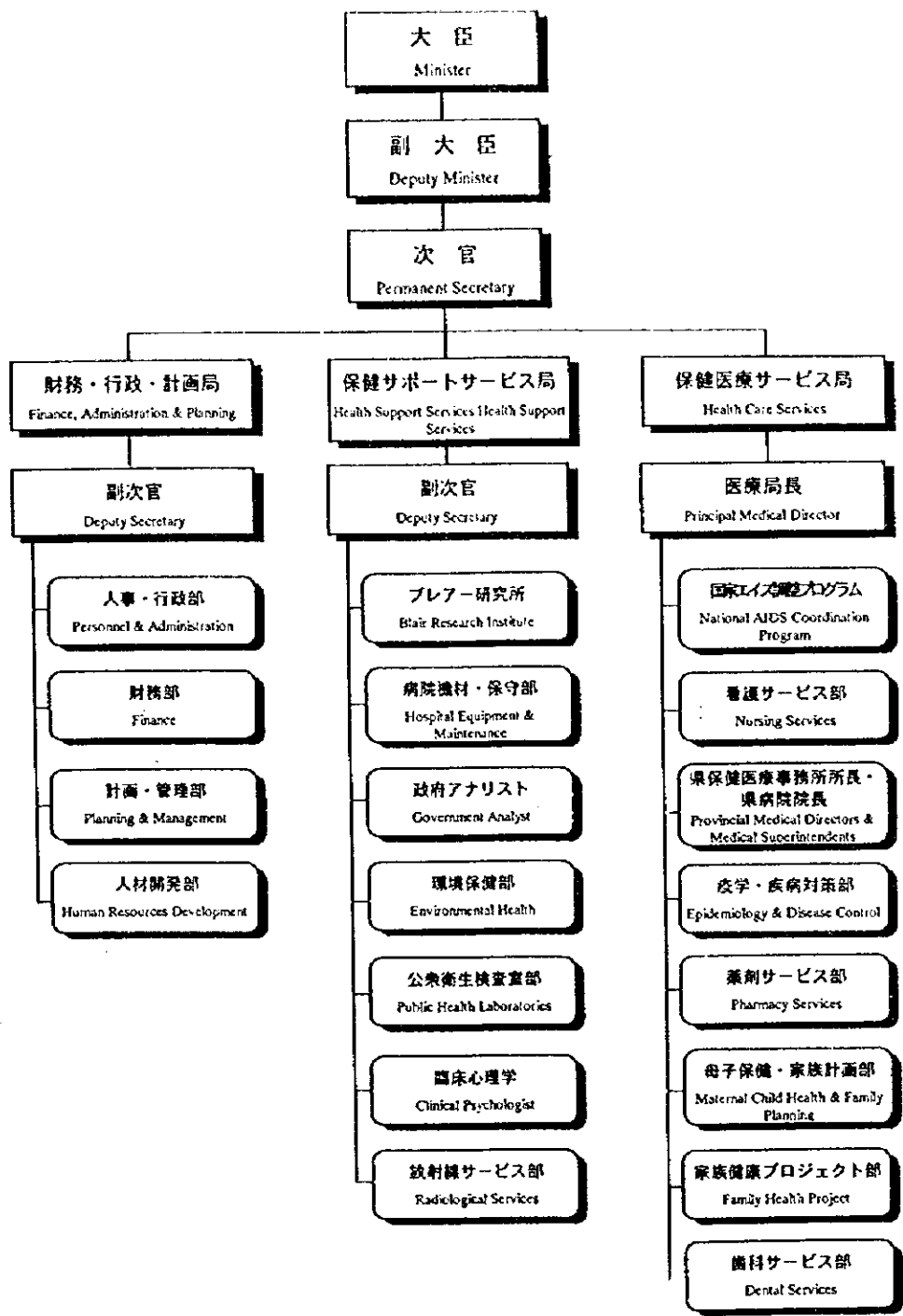


図 2-2 : 保健省組織図

97年10月現在

出所: 保健省資料 1997

大臣、副大臣の下の次官は法律上医師でなければならない(97年現在は白人の医師)。次官の下、財務・行政・計画局、保健サポートサービス局、保健医療サービス局の3つの局(Division)が存在し、副次官、医療局長がそれぞれの局の責任者である。

(1) 財務・行政・計画局

財務・行政・計画局は副次官の下、4つの部から構成されており、予算の編成、援助団体を含めた資金の管理、人事、人材育成、省内一般行政、また保健政策の策定を行っている。

(2) 保健サポートサービス局

保健サポートサービス局はプレーア研究所、公衆衛生検査室の運営と管理、病院の機材の管理、また環境衛生、放射線サービスなどを行なっている。

(3) 保健医療サービス局

保健医療サービス局の局長は医療局長と呼ばれ、母子保健、AIDS対策、疫学疾病対策、県保健医療事務所、中央病院、薬剤、歯科、看護、施設計画/インフラ整備等を行なっており下記の部(Department)から構成されている。

(1) 疫学・疾病対策部

死亡率、疾病率を改善するための医療プログラムの計画・実行・モニタリング、医療統計の改善と普及を実施

(2) 母子保健・家族計画部

母子の死亡率、疾病率、栄養状態を改善するために、母子保健プログラムの立案・実行・推進・モニタリングを実施

(3) 看護サービス部

看護婦・保健婦・助産婦教育の立案、教育、教官の養成

(4) 薬剤サービス部

全国的な医薬品政策の策定、医薬品の購入および全国的な医薬品の供給

(5) 歯科サービス部

歯科医療、学校歯科医療、および歯科予防保健の提供と人材の育成

(6) 家族健康プロジェクト部

世銀の融資、また他の援助を受けて郡病院、ルーラル・ヘルス・センター(RHC)を中心としたインフラの整備を実施

(7) 国家エイズ調整プログラム

HIVおよびSTDの予防および、社会的影響を減少させる目的で、各省庁、および援助団体との連携を強化するために設置された。

2.1.2 中央保健医療計画

(1) 政策

1980年の独立当時、全国民を対象とした保健医療政策は存在していなかった。独立後に、ジンバブエ政府は保健医療水準の向上を重要課題の一つとし、「健康は人権である」ということを強く認識して、国全体の保健医療の現状分析を行い、それに基づいて、84年に国家保健政策である「公平な保健医療のための計画」¹⁵を作成した。そのキーワードである「公平な保健医療」は人種、部族、貧富、農村や都市に関係なく適用することとした。

この保健医療政策は住民参加、行政の地方分権化、治療と予防の統合を3本柱として、住民が公平な保健医療を受けられることをねらいとした。大多数の貧しい国民への保健医療を緊急課題とし、プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）の概念を適用した。独立当時に打ち立てられた「公平な保健医療」の概念はそれ以後のジンバブエの保健政策の柱となっている。

しかし90年代に入り、ESAPが導入され、政府の保健医療分野に対する支出が減り、その分住民への経費負担が増大し、「公平な保健医療」の推進が困難になってしまった。そこで、保健省は政府からの予算の減少とその分の住民への経費負担増に対処するため、保健医療システムの再編成を実施した。また「社会調整プログラム（SDA）」¹⁶を打ち出し、最貧窮層をこのESAPから守るために「社会開発基金」¹⁷を設立し最貧窮層の医療を無料とした。

(2) 優先課題と戦略

90年から実行されたESAPにより、保健財政も大幅に縮小され、そのため、保健省は保健医療サービスの効果性、効率性を向上させる手段が必要となってきた。このような状況の中で「すべての国民に健康を」と「公平な保健医療」を達成するために保健省は下記を優先課題とし戦略を打ち立てている。

優先課題

- (1) 母子保健
- (2) 栄養
- (3) 家族計画
- (4) HIV/AIDSの予防対策、IEC強化
- (5) 水・衛生の環境保健
- (6) 疾病予防、特にマラリア、結核、癌、リウマチ性心疾患、事故・傷害、眼科疾患、老人医療

戦略

1. 保健医療の資金と資金管理運営

保健医療への政府からの資金が十分でないことを認識し、保健省は次の戦略を立てた。

- (1) 現在ある資金源をより有効的に管理・運営する
- (2) 地域住民からの資金調達

¹⁵ Planning for Equity in Health

¹⁶ The Social Dimensions of Adjustment Programme

¹⁷ The Social Development Fund

(3)資金回収 (コスト・リカバリー)

(4)保険

2. 計画管理システムの改善

現在の保健医療の弱点は保健省本省、県、郡、ヘルスセンターを含めたあらゆる施設の貧弱な計画管理システムにあることを強く認識して、保健省は管理者クラスの訓練に力を入れる。これは世界銀行と ODA が援助しており、また保健省本省では新たに管理計画局の新設が提案されており、この分野では WHO、DANIDA、ODA が技術協力をする予定である。

3. 保健医療の質の向上と的をしぼったサービスの提供

いままで保健省はすべての国民に保健医療サービスのすべてを一様に提供することを試みていたが、限られた資金ではその実行は不可能である。そこで的をしぼった保健医療サービスの提供をし、質の向上を図る必要がある。

4. 人材育成と人材の有効な活用

人件費が保健医療予算の3分の2を占めていることを強く認識し、質の高い人材を育てるための人材育成と、的をしぼった配置による人材の有効な活用が必要とされる。

5. 各部署間の協力

保健省内の各部署間の協力だけでなく、他省庁、民間との協力により、より有効かつ効率的な保健医療サービスが行なえるようにする。

(3) 保健医療セクター改革

95年、保健省はジンバブエ経済の現状を踏まえ、より効率的な保健医療を推進するために、政府のセクター改革計画に沿って「保健医療セクター改革イニシアティブ」を発表した。この保健医療改革の内容は下記の5つである。

- (1) 地方分権化の推進
- (2) 保健医療の財務の整備
- (3) 保健医療管理の強化
- (4) 公的保健医療施設の商業化
- (5) 私的医療機関の規制

このうち中核は郡病院以下の施設を地方自治体に移行するという地方分権化の推進である。地方分権化することにより、地域医療が効率的になり、さらにキメの細かい質の高い地域医療を期待している。

(4) 今後の政策

政府は UNDP の資金のもと、93年に大蔵省から独立した、国家経済計画委員会 (NEPC)¹⁸が主体となり、第2次国家開発計画終了後に作成を始めた中期国家経済計画である Vision 2020 を策定中である。

この計画では保健医療は国民すべてが公平かつ均等に与えられるべきであることを前提として、最も恵まれない住民への保健医療の提供を最優先としている。そして政府、ミッション、地

¹⁸ National Economic Planning Commission

方自治体医療機関との連携の改善し、今まで実施してきたPHCに関して、下記に重点を置くとしている。

- (1) 飲料水、衛生、環境保健プログラムの強化
- (2) RHCを強化し地域医療を改善する、また栄養等のプログラムを他省庁との連携で改善
- (3) エイズ患者に対する家庭看護をも含めた予防保健サービスの強化、また性教育、啓蒙活動の強化
- (4) 従来の予防接種、家族計画、伝染病予防は公的機関のサポートで継続して実施

(国家経済計画委員会 ディレクター チグドウ氏談)

また保健省では、97年からの戦略計画である「国家保健医療戦略計画 1997年 - 2007年」¹⁹を策定中である。この戦略計画では独立からいままでの保健医療事業の成果および現状分析を行ない、そして2000年をも超えた保健医療戦略計画を作成するというものである。

「国家保健医療戦略計画 1997 - 2007」では下記を戦略の柱として新しい保健医療セクターの改革を考案している。

1. PHCアプローチの更新
 - (1) 国民の社会経済の改善
 - (2) 個人の責任
 - (3) 第1次レベル保健医療の強化とサポート（地方分権化）
2. パートナーシップの発展
 - (1) 私的医療機関の規制
 - (2) 公的・私的医療機関の連携
 - (3) 住民参加
 - (4) 医療提供・医療享受の分割
3. 分かち合う発展
 - (1) コスト・シェアリング
 - (2) 資源の公平な分配
4. システム、組織の発展
 - (1) 地方分権化
 - (2) リストラ
 - (3) 頭脳流出、人的資源の損失に対応した業績管理
 - (4) 一般行政の発展
 - (5) 人的資源の計画
 - (6) 保健医療に関する法律の整備
5. 保健医療サービスの質と管理
 - (1) 受益者の満足
 - (2) 地域の必要性に合った保健医療サービスの提供

¹⁹ National Health Strategic Plan, 1997 - 2007

- (3) 保健省のイメージの改善のためのPRの改善
 - (4) 保健医療システムのリサーチと開発
6. 国家保健医療サービスの財務
- (1) 社会保険
 - (2) 医療費
 - (3) 医療提供者へのよりよい資金の流れ

また「国家保健医療戦略計画 1997-2007」では疫学的な分析による疾病上の問題点を明白にして、下記を今後の疾病対策の優先項目とする予定である。

表 2-1：今後の疾病対策優先項目

項目	内容	項目	内容
伝染病	HIV/AIDS/STD	生活様式	たばこ、酒、薬物の濫用
	結核、呼吸器感染症		強姦を含めた性暴力
	マラリア		ストレス
	下痢症	環境	住居
皮膚疾患	空気・水汚染		
妊産婦保健	周産期疾患	その他	食物汚染
	母親の死		物理的環境
	人工妊娠中絶		狂犬病
非伝染病	青少年保健	ベスト	
	栄養失調	炭疽病	
		心臓・血管疾患	ビルハルツ住血吸虫症
	事故・傷害		
	癌		
	代謝疾患		
	眼疾患		
	歯科疾患		
精神疾患			

出所：“National Health Strategy for Zimbabwe 1997 – 2007 Discussion Draft Document” 1997
MOHCW

この国家保健医療戦略計画の作成には国際機関、援助団体を含むあらゆる関係者の総意を得る必要があり、また現在進行中の地方分権化を含む保健医療セクター改革の進捗を考慮する必要がある。従って最終的に発表されるまでにはまだ時間がかかるようである（筆者意見）。

2.1.3 中央保健医療セクターの財政

独立後、保健医療サービスの拡大は目覚ましかった。しかし、経済が停滞したため、拡大したサービスをいかに財政的に維持していくかが問題となった。すでに82年には税収が伸びず、それ以降国際的な資金の借入れが増加している。さらに、保健医療サービスを拡大する必要があり、いかに対処するかが課題である。施設整備を中心とした事業で世界銀行の借入れを87年から実施している。90年に入り、ESAP、91年/92年の早魃、インフレ等から財政問題は深刻化しており、収入源の多様化、財務管理が検討されている。

(1) 公共、民間両部門の保健医療部門の総支出

ジンバブエの保健医療の総支出を財源別に見ると表2-2の通りである。

表 2-2 : 財源別保健医療支出 (86/87 年度、94/95 年度)

部門	財源	86/87 年度		94/95 年度	
		支出	全体支出の割合	支出	全体支出の割合
公共	保健省、他省庁	310	49%	1238	34%
	地方自治体	25	4%	194	5%
	国際援助機関	74	12%	450	12%
	(公共合計)	(409)	(65%)	(1882)	(51%)
民間	個人支出 ^{*1}	64	10%	1119	30%
	民間医療保険	105	16%	432	12%
	鉱工業、企業農家	51	8%	208	6%
	ミッション、NGO	7	1%	33	1%
	(民間合計)	(227)	(35%)	(1792)	(49%)
総合計		636	100%	3674	100%

支出単位：百万 Z\$

(注) ^{*1} : 医療補助会 (Medical Aid Society) への支払を含む

出所: "Improving the Implementation of Cost Recovery for Health: Lessons from Zimbabwe" 1992 The World Bank, "National Health Strategy for Zimbabwe, 1997 - 2007 Discussion Draft Document" 1997 MOHCW

保健省を含む政府の支出は86/87年度は全体支出の49%を占めていたが94/95年度には34%に減少した。その分民間医療保険料を含む個人の負担が大幅に増え、86/87年度はわずか10%であったのが94/95年度には30%に膨れ上がった。国際援助資金は12%で、他の途上国と比べてその割合は低いといえる(表2-2参照)。

(2) 保健省の予算と支出

保健省の予算と政府全体予算の推移は表2-3の通りである。この予算は機材や小規模な工事のための資本支出を若干含んでいるが、主として経常経費である。保健省予算は、管理部門費、医療サービス費、予防サービス費それに研究費の4項目に分類される。管理部門費は保健省本省の経費である。医療サービス費の約35%は中央病院の経費で、残りの約65%が県病院以下の経費に当てられる(数値は保健省財務部提供資料1997)。予防サービス費は県保健事務所以下の公衆衛生事業の経費である。最後の研究費はブレイク研究所の経費である。また、97/98年度は98年から会計年度が1月-12月となるため、97年7月から98年12月までの18ヶ月の予算である。

97/98年度の保健省予算は政府全体予算の5.4%で、過去と同等で推移している。分類4項目では管理部門費がESAP後大幅に少なくなったのが明らかである。またエイズ流行のために医療サービス費が増加した。

表 2-3：保健省予算と政府予算の推移

年度	政府予算	保健省予算				合計	保健省予算 の割合
		管理部 門費	医療サー ビス費	予防サー ビス費	研究費		
85/86	3678.4	17.5 (8.8%)	153.6 (77.0%)	27.3 (13.7%)	1.2 (0.5%)	199.6 (100%)	5.4%
88/89	6148.0	41.0	260.8	54.0	2.3	358.1	5.8%
91/92	12693.7	98.5 (14.7%)	499.5 (74.5%)	69.1 (10.3%)	3.0 (0.5%)	670.1 (100%)	5.3%
94/95	25668.0	25.7	905.6	129.6	6.0	1066.9	4.1%
95/96	33440.3	32.3	1357.1	169.6	5.9	1564.9	4.7%
96/97	33152.0	43.2	1572.4	186.7	7.9	1810.2	5.5%
97/98 (18ヶ月)	70607.0	185.9	3186.7	427.2	18.2	3818.0	5.4%
97/98 ²¹ (12ヶ月)	47071.3	123.9 (4.9%)	2124.5 (83.5%)	284.8 (11.2%)	12.1 (0.4%)	2545.3 (100%)	5.4%

単位：百万 Z\$

(注) ²¹：18ヶ月を均等割して算出

出所：保健省財務部提供資料 1997、Budget Estimate 97/98 1997 MOF

経常経費を保健省の予算項目別にみると表2-4、表2-5の通りである。大部分が「賃金と手当て」、「補助金」、「資材、消耗品の購入」からなる。これら3つの合計が95/96年度では保健省経常支出の88.0%、97/98年度では86.8%を占めている。

補助金は下記に割り当てられる。

- 地方自治体保健医療施設
- ミッション系保健医療施設
- パリレンヤトワ病院
- 国家家族計画委員会
- 政府医薬品倉庫 (GMS)²⁰
- 保健医療従事者委員会²¹

このうちパリレンヤトワ病院が最大の補助金を受け取っており、補助金全体の29%を占めている。補助金は独立当初56.2%と半分以上の予算割当てを占めていたが、徐々に減り、97/98年度は22.2%である(数値はBudget Estimate 97/98 MOF、保健省財務部提供資料 1997)。その分利用者の負担が増えていることになる。

「賃金と手当て」の割合は独立当初26.8%と低かったが、80年代半ばから増え、97/98年度は41.3%を占めている(数値はBudget Estimate 97/98 MOF、保健省財務部提供資料 1997)。

PHC活動のための経費である「野外活動費」は増加しているが4.3%にすぎない(表2-5参照)。

²⁰ Government Medical Stores²¹ Health Professions Council

表 2-4：予算項目別経常支出（95/96年度 - 97/98年度）

予算項目	95/96年度	96/97年度	97/98年度 (18ヶ月)	97/98年度 (12ヶ月) #1
賃金、手当	569.1	632.5	1576.7	1051.1
交通費・生活補助費	66.0	56.1	100.4	66.9
臨時費（雑費）	16.8	31.9	60.7	40.5
消耗品費・サービス費	360.8	507.4	890.4	593.6
野外活動費	60.5	72.1	164.6	109.7
補助金	447.9	455.0	848.8	565.9
政府関連患者費	0.2	0.2	0.1	0.1
非営利団体費	10.0	8.0	14.3	9.5
資・機材費	31.6	39.0	157.0	104.7
資本機材費	2.0	8.0	5.0	3.3
合計	1564.9	1810.2	3818.0	2545.3

単位：百万Z\$

(注) #1：18ヶ月を均等割して算出

出所：Budget Estimate 96/97, 97/98 MOF

表 2-5：予算項目別経常支出の割合

予算項目	80/81年度	86/86年度	89/90年度	95/96年度	97/98年度
賃金、手当	26.8	41.9	42.2	36.3	41.3
交通費・生活補助費	2.2	2.6	3.0	4.2	2.6
臨時費（雑費）	0.5	0.8	0.7	1.1	1.6
消耗品費・サービス費	10.2	10.4	15.3	23.1	23.4
野外活動費	1.2	2.6	3.1	3.9	4.3
補助金	54.6	35.2	33.2	28.6	22.2
政府関連患者費	0.9	0.1	0.2	0.1	0.0
非営利団体費	2.1	1.8	1.4	0.6	0.4
資・機材費	1.7	4.8	0.9	2.0	4.1
資本機材費	0	0	0	0.1	0.1
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

単位：%

出所：Children and Women in Zimbabwe 1990 1990 UNICEF, Budget Estimate 96/97, 97/98 MOF

保健省予算の財源はジンバブエ政府からの割当てと国外援助機関からの援助で成り立っている。図 2-3 は保健省予算の財源で、国外援助機関からの援助の割合の推移を示している。93/94年度から大幅に増えて、94/95年度は20%を超えている（図 2-3 参照）。

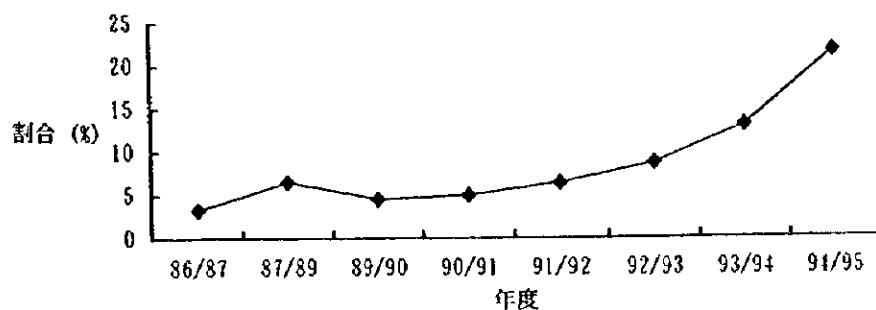


図 2-3 : 国外援助機関からの財源の割合の推移

出所 : "Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000, Version 2" 1997 MOHCW

80年の独立後80年代を通じて政府の保健医療支出の伸びはインフレ率を上回る率で推移した。79年から87年まででインフレ補正後の保健省の実質支出は94%増加した。一人当たりの実質支出も48%増加した。しかし90年代に入り財政の悪化に直面した政府は91年にESAPを導入、公共支出の削減とサービスの有料化により財政赤字を削減しようと努めており、保健医療をとりまく状況も急激な変化を余儀なくされた。保健医療分野に関してはESAP導入後も予算上、最優先の扱いを受けているが、高いインフレと人口増加率のため、インフレ補正をした一人当たりの保健省実質支出は90/91年度でピークとなり、それ以降2年間で30%減少している(図2-4参照)。なお、90/91年度は約55Z\$で97年現在の価値で200Z\$に相当する額である(数値は"Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000, Version 2" 1997 MOHCW)。

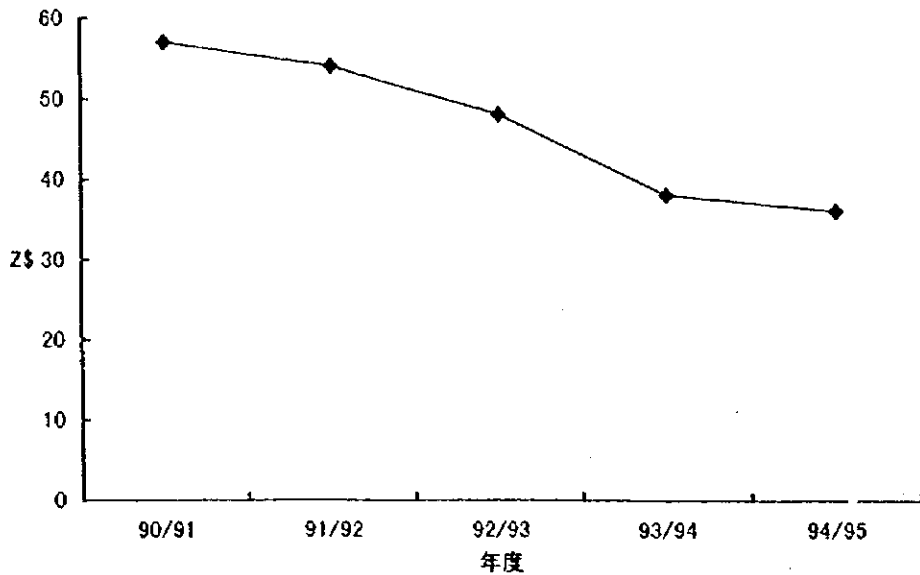


図 2-4 : 一人当たりの保健省実質支出の推移 (90/91年度 - 94/95年度)

出所 : "Economics of the Health Sector in Zimbabwe" USAID 1995

つぎの図2-5は対GNPの保健医療支出割合である

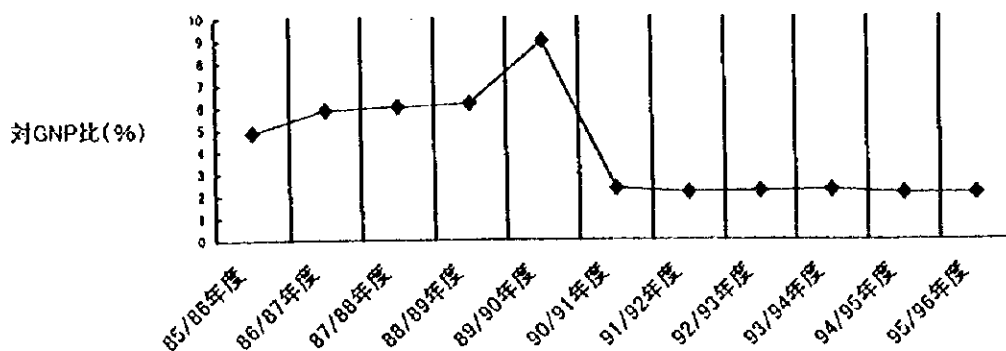


図 2-5 : 対 GNP 保健医療支出割合 (%)

出所: "Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000, Version 2" 1997 MOHCW, "Social Health Insurance Study Final Report" 1996 USAID

89/90 年度までは保健省の予算の伸びと同様に対GNP比も増加しているが、91年のESAP、年間20%を超える激しいインフレ、そして3.1%の人口増加率などにより、対GNP比は2%台に下降した。保健医療支出が実際どのようなサービスに使われたかを一人当たりの支出額で表すと下記表2-6となる。

表 2-6 : サービス別一人当たりの支出額 (95/96 年度)

サービス	一人当たりの支出額 (Z\$)	割合 (%)
バリレンヤトワ病院	10.7	9.4
ハラレ中央病院	27.6	24.2
県病院	12.8	11.2
郡病院	22.8	20.0
RHC、ルーラル・ホスピタル、クリニック	10.8	9.5
地方自治体医療施設	8.2	7.2
予防サービス	12.8	11.2
その他	8.3	7.3
合計	114.2	100

出所: "Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000, Version 2" 1997 MOHCW

一人当たり合計114.2Z\$の支出のうち約34%の38.3Z\$がハラレ中央病院とバリレンヤトワ病院の二つの中央病院の経費であり、予防サービスにはわずかに11%、12.8Z\$しか支出されなかった。都市にある高度な施設への資金の偏りが伺える。

(3) 保健医療関係の資本支出

保健医療関係の資本支出は以下の4つの異なる項目に含まれる。

- (1) 保健省の国内資金 (上記予算の一部) - 機材や小規模な工事
- (2) 保健省の国際援助資金 - 機材、建設、予防接種等の支出
- (3) 建設住宅省の国内資金 - 主要な建設工事
- (4) 建設住宅省の国際援助資金 - 主要な建設工事

上記のほかに地方資源・水開発省が管轄する上水道、衛生環境などの建設費用も保健医療関連に支出とみなされる。

(4) 保健医療の資金源

保健医療の資金源は次の表2-7の通りである。政府の割合が70%台と全体の3分の2を占めているが、徐々に減りつつある。国際援助の割合が90/91年度5.5%であったのが93/94年度には14.1%、94/95年度、13.5%と大幅に増加した。

表 2-7：保健医療分野の資金源

年度	政府		国際援助		地方自治体		ミッション		合計
	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%	
90/91年度	527.6	79.8	35.9	5.5	52.8	8.0	44.3	6.7	660.6
91/92年度	585.9	77.5	64.3	8.5	55.0	7.3	51.0	6.7	756.2
92/93年度	722.8	75.2	104.6	10.9	59.3	6.2	74.2	7.7	960.9
93/94年度	923.2	73.5	176.6	14.1	69.5	5.5	86.2	6.9	1255.6
94/95年度	1160.1	72.4	215.6	13.5	105.0	6.5	121.6	7.6	1602.2

金額単位：百万 Z\$

出所：保健省財務部資料 1997

2.2 地方衛生行政と保健医療計画

2.2.1 地方衛生行政機構

1980年の独立以前においてはジンバブエの保健医療は人種、社会階層、地域によって極端な格差が存在した。人的・物的医療資源は都市の民間病院に集中し、少数の富裕層を対象としていた。地方においてはミッションや企業の運営する施設に頼っていた。

独立後84年に政府は保健医療政策、「公平な保健医療のための計画」を発表し、その中で、上述のような健康上の格差を解消するために、地域医療システムの整備を医療政策の上で最大の課題とし、

- (1) 医療施設の地域での適正配置
- (2) レベルの異なる医療施設間のリファラルシステムの確立
- (3) 地域レベルの医療従事者の増強

に積極的に取り組んできた。この地域医療に対する取り組みが80年代の健康水準の向上に大きく寄与したと考えられる。しかし、まだ十分に充実した機能は果たしていない。

ジンバブエの地方衛生行政は保健省本省の医療局長の管轄下に上述したように、第3次レベル保健医療の県保健事務所、県病院、その下に第2次レベルの郡病院があり、郡保健事務所所長が郡の責任者である。その下に第1次レベルでの農村部の活動の第一線としてRHCが設置されている。またRHCと住民とを繋ぐ役割を担うビレッジ・コミュニティー・ワーカー (VCW)が配置されている。(VCWについては第5章「保健医療プログラム」5.2「プライマリー・ヘルス・ケア」参照)

(1) 第3次レベル保健医療

第3次レベル保健医療は県レベルであり、保健医療政策を立案する中央とそれを施行する郡との中間に存在する。主な活動は下記の通りである。

- (1) 県レベルでの保健医療の政策、プログラムの立案、調整
- (2) 県全体の保健医療の支援、監督および機能強化
- (3) 県内で実施されている保健医療プログラムのモニターと評価
- (4) 郡病院からリファーされる患者に対する医療を県病院にて実施

マタペランド・ノース県を除いて他の各7県に県病院がある。ほとんどの県病院は既存の一般病院を機能強化したものである。県病院は一般医療ばかりでなく、医学生に対する臨床研修、医師、看護婦に対する研修も実施している。

県病院の人員は、郡病院のように保健事務所長が病院長を勤めるのではなく、県保健事務所長とは別の県病院長がその病院の責任者である。院長のほかに通常は外科医、小児科医、産婦人科医が配置されている。

各県には県病院のほかに、県保健事務所があり、その管理機構は県保健医療執行部と呼ばれる。その構成員は、第3次レベルの責任者である県保健事務所長と県保健医療事務官、県看護行政官、県環境保健行政官、県薬剤師、県保健教育行政官、県栄養士から構成される。県保健医療執行部は定期的に県保健医療チームの会合を開催する。計画の実施状況の把握、保健対策、管理面での問題に関する意見交換等を実施する。

県開発委員会は各省の県担当官と公社の代表等からなるが、その保健医療部門を担当する保健医療社会福祉委員会の議長は県保健事務所長が務め、他の省庁との協力事業の調整などを行う。

(2) 第2次レベル保健医療

第2次レベル保健医療は郡レベルであり、郡は保健医療サービスを計画し、実施するための基本単位である。施設は郡病院、ミッション病院、それと都市にある一般病院があり、RHCからのリファラル施設である。第2次レベルでの活動は下記である。

- (1) 郡内のPHC活動の計画策定
- (2) 郡全体のPHC活動のサポート、監督
- (3) RHCからリファーされた患者への医療提供を郡病院で実施

郡保健医療サービスの管理機構あたる郡保健医療執行部が毎月会合によってこれら活動の立案、監督、モニタリング等の検討を行なう。郡保健医療執行部は第2レベルの責任者である郡保健事務所長と郡看護行政官、郡保健監視官、郡保健医療サービス事務官、郡薬剤師から構成される。

郡保健医療執行部は定期的に郡内のすべての保健医療サービス提供者が集まる会合を開催し、その活動を調整する。そのメンバーは「郡保健医療チーム」と呼ばれ、下記の構成員からなる。

- (1) 上記の郡保健医療執行部の構成員
- (2) 郡内すべての保健医療サービスの提供者の代表者（地方自治体医療機関、ミッション系医療機関、産業医療機関、私的医療機関を含む）
- (3) 郡議会の代表者
- (4) 郡行政官

各郡にはすべての省の郡担当官から構成される「郡開発委員会」がある。保健省の代表は郡保健事務所長であり、郡開発委員会の保健医療部門は保健医療社会福祉小委員会が担当し、郡保健事務所長が議長を勤める。

郡の保健医療施設として郡病院がある。一部の郡についてはその規模から隣接郡の郡病院が補っているため存在しない郡もある。またこれら群病院は既存の病院を機能強化したり、ミッション系病院がその役目を演じていることもある。郡病院は郡保健事務所長が病院長をつとめ、その他に医師、エックス線技師、検査室技師、薬剤師、看護婦他が配置されている。また外来、緊急外来、手術室、検査室、エックス線室、歯科外来および薬局がある。主な活動は下記の通りである。

- (1) 第2次レベルとしての医療の提供
- (2) 郡にある私的医療機関も含めたすべての医療機関の管理
- (3) 郡内の地域医療の計画、調整、モニタリング
郡内での母子保健、予防接種、衛生教育、家族計画等の計画・調整・モニタリング
- (4) その他第1次レベル保健医療のサポートと監督

(3) 第1次レベル保健医療

第1次レベル保健医療がこのリファラルシステムの最下位レベルであり、施設はルーラル・ヘルス・センター（RHC）または病床を持つルーラル・ホスピタルである。（RHC、ルーラル・ホスピタルについては第6章「保健医療サービス供給システム」6.1「保健医療施設」、6.1.1「公共医療部門」参照）

(4) リファラルシステムの問題点

保健省人材開発部長、マガヤ氏によると、レベルの異なる各医療施設間のリファラルシステムはまだ十分には機能していないという。

「ジンバブエ共和国感染症基礎調査報告書 1994 国際協力事業団」ではリファラルシステムが十分に機能していない理由を下記の表をあげて説明している。表2-8は91年に実施された調査で、今は多少改善はされてきてはいるが、4つの病院において受診した患者の居住地区と病院との距離を調査した結果である。この調査の結果は、より高次の病院であるほど近隣の地域からの受診率が高いことを示している。中央病院が都市部においては一次、二次医療の役割も果たしているとはいえ、リファラルシステムが十分に機能していないことを示唆している。

表 2-8：患者の居住地区と病院との距離

病院名	病院のレベル	10km 以内	31km 以上
Karoyi	郡病院	32.6%	35.0%
Chihoyi	県病院	36.7%	38.5%
ハラレ	中央病院	59.3%	30.5%
バリレンヤトワ	中央病院	54.6%	25.8%

出所：不明

また、同時期に実施された別の調査で、ハラレ中央病院とバリレンヤトワ病院の2つの中央病院が一次、二次医療受療のために利用されている割合を表2-9は示している。

表 2-9：一次医療受療、二次医療受療の割合

病院	一次医療受療の割合	二次医療受療の割合
ハラレ中央病院	11.0%	67.8%
バリレンヤトワ病院	50.9%	42.4%

出所：不明

このように基幹病院が、軽度・中程度の疾患の治療に忙殺され、そのため、本来の目的である重症患者の受け入れ余力が低下し、リファラルシステムが十分に機能しなくなっているのが最大の原因と考えられる。

2.2.2 地方保健医療計画・予算

ジンバブエ政府は地方住民の責任において、より多くの保健医療サービスを彼らが受けられるよう、「保健医療セクター改革」に基づいて保健医療サービスの地方分権化を決定した。郡レベルでの地方分権化では、地方自治体である郡がその地域での保健医療サービス提供の役割を演じる。

具体的には下記を実施する。

- (1) 郡議会が郡保健医療サービスの責任者となり、施設・人材を含めた資源の所有者となる。
- (2) 中央病院、県病院については病院の理事会がその病院の所有者となり、病院運営の責任者となる。
- (3) 郡保健評議会は郡保健医療サービスの運営管理を行い、病院理事会は中央病院、県病院の運営管理を行う。
- (4) 県保健事務所は保健省本省のサポートのもと、保健医療政策の立案、保健医療事業の運営管理、資金運営、保健医療事業のモニタリングを行う。
- (5) 郡議会および郡病院への運営管理に対しては保健省本省がサポートする。

また、保健医療セクター改革は下記の基本的な方針に基づいている。

- (1) 保健医療サービスの質の向上と効率の増加により、国民の健康状態の向上および満足度の向上をめざす。
- (2) 質の高い保健医療を恵まれない住民へ提供することにより、公平な保健医療を成し遂げる。
- (3) 優先度の高い活動へ資源を有効に配分することにより、対費用効果の高いサービスを提供する。

この地方分権化は DANIDA の援助により現在準備中であり、来年には郡議会の権限を改める法改正がなされ実行に移される予定である。(保健省人材開発部長、マガヤ氏談)

地方衛生行政への予算は「2.1.3 中央保健医療セクターの財政」で記載の通り、保健省予算の医療サービス費の65%と予防サービス費が県病院以下の保健医療施設に割り当てられている。96/97年度の予算では、保健省の経常経費全体予算1810.2百万Z\$のうち、1208.8百万Z\$、約67%が県病院以下の地方保健医療へ割り当てられている(表2-3参照)。

「2 衛生行政機構」参考資料

1. 「ジンバブエ共和国感染症基礎調査報告書」1994.国際協力事業団
2. “National Health Strategy for Zimbabwe 1997 – 2007 Discussion Draft Document” 1997 MOHCW
3. Budget Estimate 96/97 97/98 MOF
4. “Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000, Version 2” 1997 MOHCW
5. “Proposal for Health Sector Reform” 1996 MOHCW
6. “Health Sector Reform” 1995 MOHCW
7. Country Health Profile 1995 WHO/MOHCW
8. “Health Facilities Report 94/95” 発行年不明 MOHCW/CSO
9. “The Corporate Plan” 1992 MOHCW
10. Planning for Equity in Health Revision 1992 MOHCW
11. “Improving the Implementation of Cost Recovery for Health: Lessons from Zimbabwe” 1992 The World Bank

3 人口構造

3.1 総論

3.1.1 概要

独立後、82年と92年に国勢調査が実施された。82年に750万人であった人口は、92年に1040万人に増加した。年人口増加率は3.1%と高く、この増加率を続けると23年後には人口が倍となる。政府は2000年の人口を13.2百万人、2007年の人口を16.5百万人と予測している(数値は Population Projections 1992-2007 Census 1992 1995 CSO)。しかし、この予測にはエイズの流行による人口への影響が考慮されていない。

82年と92年の国勢調査に基づく性別・年齢別人口分布を比べると大きな変化は見られない(図3-1参照)。性比は女性100に対し男性が、82年が96、92年が95と低い。年齢別人口では表3-1の通り、比較的若い。しかし、82年と比べると、穏やかな加齢化傾向が見られる(表3-1参照)。従属人口指数²²は92年に93.7で、82年の104.2と比べて低くなっている(数値は 1982 Population Census Main Demographic Features of the Population of Zimbabwe 1985 CSO, Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO)。

表 3-1 : 年齢別の人口割合

年齢	人口割合	
	1992年	1982年
年少人口 (0 - 14 歳)	45.1%	47.9%
生産年齢人口 (15 - 64 歳)	51.3%	48.9%
老年人口 (65 歳以上)	3.3%	3.2%
不明	0.3%	0%
合計	100%	100%

出所: 1982 Population Census Main Demographic Features of the Population of Zimbabwe 1985 CSO, Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO

²² Dependency Ratio : 生産年齢 100 人に対する 15 歳未満および 65 歳以上の人口

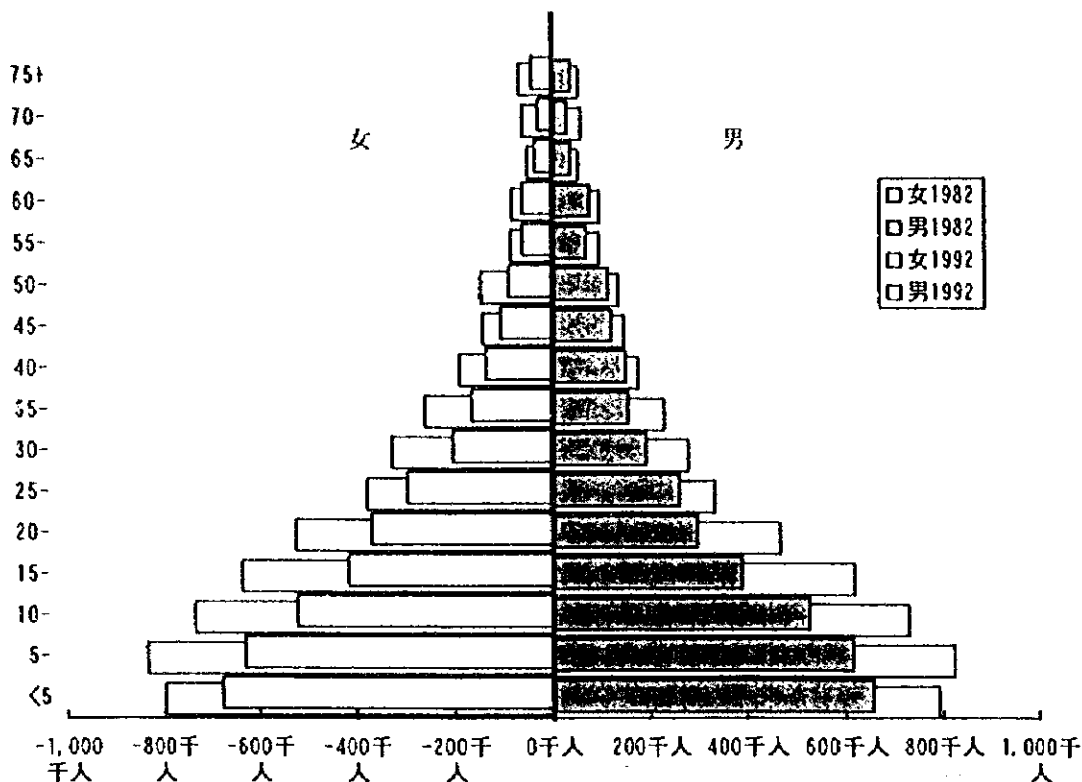


図 3-1：人口ピラミッド

出所：1982 Population Census Main Demographic Features of the Population of Zimbabwe 1985 CSO,
Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO

3.1.2 人口の地域分布・労働人口

ジンバブエの都市部の人口は92年の国勢調査によれば31%である。国の中央に位置するハイベルト地帯と呼ばれる標高の高い高原地帯が国の経済の中心で、主要な都市、道路、鉄道、企業農家、鉱山が集中している。ハラレ市、ブラワヨ市の2大都市もここに位置する。これより低いミドル・ベルト地帯にはコミュニナル・ランドが集中し人口が非常に密である。

2大都市、ハラレ市、ブラワヨ市で都市人口の65%を占めている。92年の人口はそれぞれ、119万人、62万人である。ハラレ市には衛星都市、チタウンギザ市があり、この住民のほとんどがハラレ市で働く労働者で、この市の人口も加えると首都ハラレ市の人口は149万人となる(表3-2参照)。

都市人口は急激に増加しており、都市部の人口増加率は年3.6%と高く、特に首都ハラレ市の増加は顕著である。ハラレ市の82年の人口は65万人で、10年間に1.8倍に膨れ上がった(数値は Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO)。

都市人口の急激な増加により、都市の整備が緊急課題となっている。失業の増加等に伴い今後、都市のスラム化、衛生状態の悪化により伝染病等の流行が心配される。

表3-2は人口の地域分布である。ハラレ市、ブラワヨ市を除いてマニカランド県が人口が多く、人口密度が一番高い。またこの県は死亡率も高く、平均寿命も一番短い。面積が広く、十分な保健医療が行き届いていないため、他県と比べて、保健医療が遅れていると思われる。

表 3-2 : 人口の地域分布(92年)

県・都市	人口 (千人)	割合 (%)	面積 (千km ²)	人口密度 (人/km ²)
マニカランド県	1537	14.8	36.5	42.2
マシヨナランド・セントラル県	857	8.2	28.3	30.2
マシヨナランド・イースト県	1034	9.9	32.2	32.1
マシヨナランド・ウエスト県	1113	10.7	57.4	19.4
マシゴ県	1223	11.7	56.6	21.6
マタベレランド・ノース県	641	6.2	75.0	8.6
マタベレランド・サウス県	592	5.7	54.2	10.9
ミッドランド県	1308	12.6	49.2	26.6
ハラレ市 (チトウンギザ市含む)	1486	14.3	0.9	1703.7
ブラワヨ市	622	6.0	0.5	1298.0
全体	10413	100.0	390.8	26.7

出所：Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO

農村部では、コミュニナル・ランドに人口の51%が居住している。一方、人口の13%がコマーシャル・ランドに居住しているが、かれらは大規模商業農家の農業労働者と家族で1940年代初頭にマラウイやモザンビークから連れてこられそのまま定着した人々が多く、土地を持っていない。植民地時代以来の出稼ぎ労働パターンの影響で、コミュニナル・ランドの家庭では女性と年少の子供の割合が都会よりも高い。ちなみに92年の国勢調査では、コミュニナル・ランドの男性人口は46%で、女性は54%である。また、女性が世帯主の割合は国全体では33.2%であるが農村部では高く41%である。外国人の割合は全体で1%にすぎないが、都会では3%と高く、逆に農村部では0%に近い。

92年の国勢調査による労働力人口をもとにしたジンバブエの人口構造を図3-2に示す。労働力人口は62%であり、そのうち就業者は78%である。またコミュニナル・ランドで半自給の農業に従事する農民は就業者の30%である。

統計上労働人口は15歳以上であるが、他のアフリカ諸国と同様15歳以下の児童も多く就労しており、その多くはコミュニナル・ランド、コマーシャル・ランドの農業に携わっている。92年の国勢調査によれば10才から14才の児童のうち、約3%の39千人が就労しており、そのうち15千人が賃金労働、残り24千人が無給の家庭労働である(数値はCensus 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO)。

失業率が22%の76万人は小規模商業や季節労働者が考慮されていないようで、実際はもっと多いようである(中央統計局統計専門家、カツルツァ氏談)。

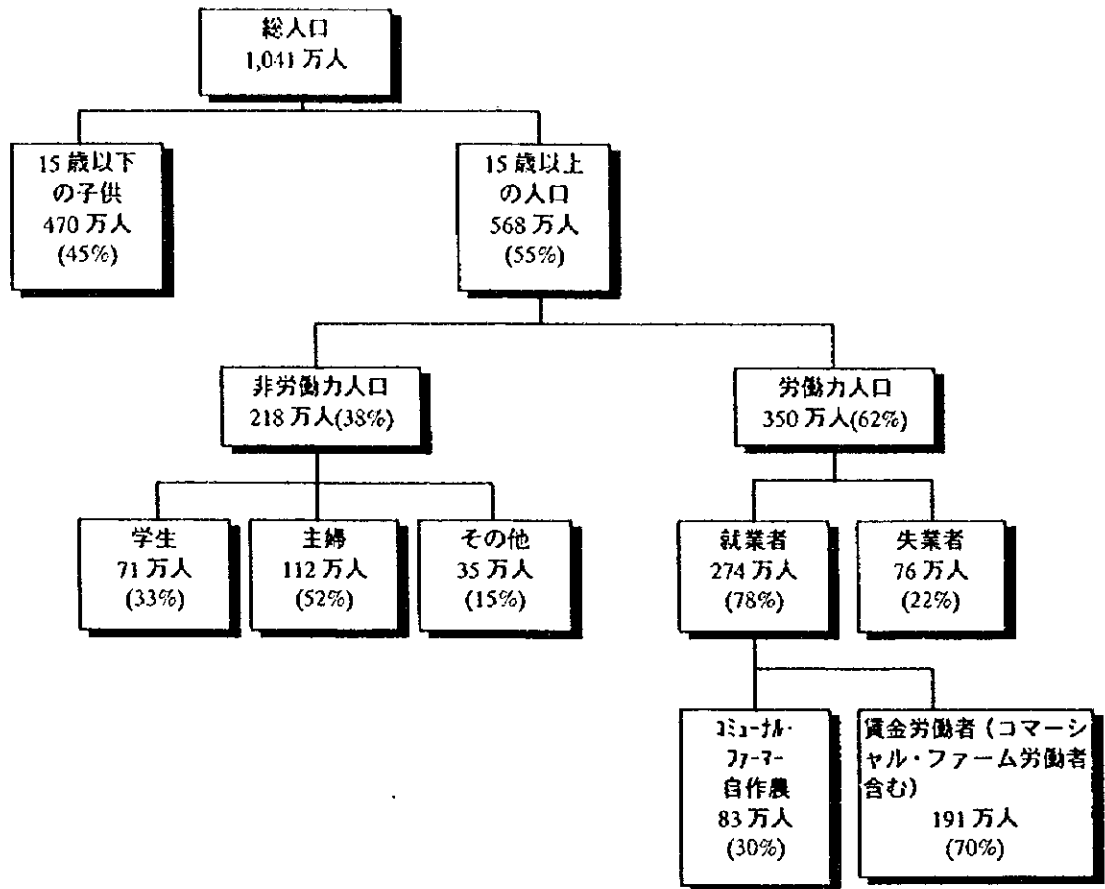


図 3-2 : ジンバブエの人口構造 (92年)

出所 : Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO

3.2 出生・死亡

ユニセフの「世界子供白書」に基づくジンバブエの主な出生・死亡に関する指標を表3-3に示す。ジンバブエは、近隣諸国を含むサハラ以南のアフリカの平均よりはるかに良好だが、途上国全体の平均と比較すると、乳児死亡率、5歳未満児死亡率を除いて高い。先進工業国の平均とはまだかなりの隔りがある。

全体的な傾向として、乳児死亡率、5歳未満児死亡率の大幅な低下から、子供の健康がかなり改善されたにも関わらず、妊産婦の健康状態があまり改善されていないようであり、また途上国平均よりも高い合計特殊出生率から高い人口増加率が判断できる。

表 3-3：ジンバブエの主な出生・死亡指標

	粗出生率 ^{#1}		粗死亡率 ^{#1}		乳児死亡率 ^{#2}		5歳未満児死亡率 ^{#2}		妊産婦死亡率 ^{#3}	合計特殊出生率 ^{#4}
	70年	96年	70年	96年	60年	96年	60年	96年	90年	96年
ジンバブエ	50	38	16	14	109	49	181	73	570	4.8
サハラ以南のアフリカ	48	43	21	15	154	105	257	170	980	5.9
開発途上国	38	26	14	9	137	66	216	97	470	3.2
先進工業国	17	12	10	9	31	6	37	7	13	1.7
日本	19	10	7	8	31	4	40	6	18	1.5

(注) ^{#1}：人口千対

^{#2}：出生千対

^{#3}：出生10万対

^{#4}：女性1人あたり

出所：『世界子供白書 1998』1997 UNICEF

ジンバブエでの出生・死亡に関する主な統計は国勢調査とDHSである。上記のユニセフの「世界子供白書」の指標数字と異なるが、2つともジンバブエでは信頼がおける調査なため、信頼性がある指標数字と考えられている（保健省、USAID、WHO 他保健医療関係者の談）。

表3-4はDHSデータに基づく粗出生率、粗死亡率、合計特殊出生率の推移である。

表 3-4：粗出生率、粗死亡率、合計特殊出生率の推移

年	粗出生率 ^{#1}	粗死亡率 ^{#2}	合計特殊出生率 ^{#3}
82年	39.5	10.8	6.2
88年	N/A	N/A	5.5
92年	34.5	9.5	5.9
94年	31.6	N/A	4.3

(注) ^{#1}：人口千対

^{#2}：人口千対

^{#3}：女性1人あたり

出所：1982 Population Census Main Demographic Features of the Population of Zimbabwe 1985 CSO, Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO, DHS 1988, 1994 CSO

粗出生率は表3-4の通り、82年の39.5から94年の31.6に20%下がり、合計特殊出生率も6.2から4.3へ31%下がった。また、粗死亡率も82年の10.8から92年の9.5へ12%下がった。

次の表3-5は都市部、農村部、および教育レベルごとの合計特殊出生率である。都市部と農村部を比べると、都市部の出生率が3.1と非常に低いのにに対し、農村部は都市部の1.6倍の4.9にも達している。また女性の教育水準が女性の出生率にはっきりと関係していることが表3-5でわかる。教育を受けていない女性の出生率は5.2で中等教育を受けた女性の1.6倍である。

表 3-5：都市部・農村部および教育レベルごとの合計特殊出生率

項目	分類	合計特殊出生率 ^{#1}
居住地区	都市部	3.1
	農村部	4.9
教育	無教育	5.2
	初等教育	4.7
	中等教育	3.3
全体		4.3

(注) #1：女性1人あたり
出所：DHS 1994 CSO

合計特殊出生率は中等教育を受けた女性の合計特殊出生率が3.3であり、中等教育の就学率が高いことから、今後合計特殊出生率はさらに減少して、2002年には3.69、2005年には3.4になるだろうと予測されている(数値はDHS 1994 CSO)。

表3-6は88年と94年の年齢別の出生率である。老年層の出生率が大幅に下がったのに対し、若年層、特に10代の出生率はほとんど減少していない。このことは今後の家族計画 エイズ対策のひとつの焦点を示唆している。

表 3-6：88年、94年の年齢別出生率

年齢	88年	94年	減少率
15-19	103	99	4%
20-24	247	210	15%
25-29	247	194	21%
30-34	219	172	21%
35-39	160	117	27%
40-44	86	52	40%
44-49	36	14	61%
合計特殊出生率	5.5	4.3	22%

(注) 年齢別出生率：女性千対、合計特殊出生率：女性1人あたり
出所：DHS 1994 CSO

図3-3に平均寿命の推移を示す。78年の57歳から88年の62歳までは乳児および小児の死亡率の減少により、大きく延びたが、90年には61歳に落ちた。

農村部と都市部の平均寿命を比較してみると、90年に都市部は63歳、農村部は60歳であった(数値はCensus 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO)。平均寿命が一番短いのはマニカランド県で57歳、一番長いのはブラワヨ市で67歳である。ちなみに粗死亡率をみてもマニカランド県が11.6と一番高く、一番低いのはブラワヨ市の6.7であった(数値はCensus 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO)。

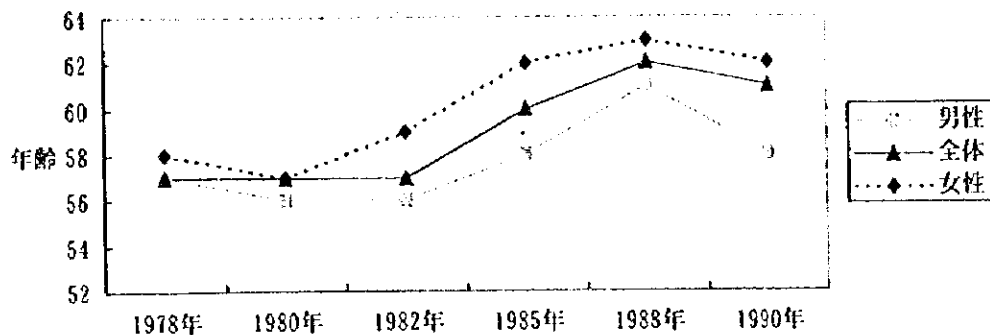


図 3-3：平均寿命の推移

出所：1982 Population Census Main Demographic Features of the Population of Zimbabwe 1985 CSO, Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO

人口密度は69年にはわずか13人/km²、82年には20人/km²であったのが、92年には27人/km²と大きくなった (数値は Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO)。

3.3 人口移動

3.3.1 国外移住

80年代はモザンビークからの移住が人口変動のなかで大きな要素を占めていたが、政情の安定によりほとんどの難民も帰国し、90年代にはジンバブエへの移住もほとんどない。ジンバブエから国外への移住は若年層の南アフリカおよびボツワナへ労働のための移住が近年増えてきている。

3.3.2 国内の人口移動

ジンバブエはまだ基本的には農村型の国である。都市の人口は82年26%、92年31%と他の南アフリカ諸国と異なり、都市への猛烈な人口集中はない (数値は Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO)。しかし10年間で5ポイントの都市人口の上昇は過小評価されているくらいがあるとも言われている。第一に都市でほとんど生活している季節労働者、一時雇者の一部しかこの都市人口に含まれていない。次に92年の国勢調査での都市の規定が82年と比べてより厳密になり狭まった。82年の都市の定義は人口2500人以上の地域であったが、92年に定義はこれに50%以上の人口が農業以外に従事していることが加わった。

92年の都市人口31%のうち46%がハラレ市、19%がブラワヨ市に集中している (数値は Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO)。保健省は都市の人口過密を減らすためにも地方分権化が適切な政策であると述べている。

3.4 エイズの影響

エイズの流行が今後の人口構造にどのように影響してくるかはいろいろな研究がなされているがまだ明白ではない。しかし、若者がエイズにかかることにより、経済労働力も減少し、より多

くの孤児が発生することは予期される。人口構造は25歳から45歳人口が減少することが予想される。エイズが死亡率を上昇させるにも関わらず、今後20年は人口が増加することは疑いの余地がない。

今後20年間は大きな移住がないことを前提にし、エイズの直接的、および間接的な影響が最悪の場合は、2005年に粗死亡率は23/人口千対となり、2005年の人口は92年の1.3倍となる。また、合計特殊出生率も2005年には3.4となり、粗出生率が30/人口千対とすると、年人口増加率は0.7%²³と予測される(数値は“HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections, Impact Intervention” 1997 NACP MOHCW)。

3.5 乳児・幼児死亡率

表3-7は乳児死亡率及び5歳未満児死亡率の推移である。78年から80年代は乳児死亡率が減少している。乳児死亡率のこの減少は予防接種プログラムの普及、下痢症プログラム、栄養プログラム、母子保健プログラムの成果と考えられる。しかし、90年代に入り、乳児死亡率はそのまま減少傾向をたどらなかった。88年から90年の上昇はエイズの流行が大きく一因していると考えられる。そして、5歳未満児死亡率も88年、94年と変化がない。これは一番はエイズの流行だが、単にエイズ流行だけでなく、80年代に実施した保健医療対策が単に全体の数字だけを追って実施し、国民各自の経済状態などの背景(例えば貧窮)に目を向けなかったため、減少傾向が停滞してしまっただと考えられる。実際に地域別の乳児死亡率には大きな地域差が生じている。

なお、1歳未満の乳児死亡率のうち、1ヶ月未満の新生児死亡率は25/出生千対で、1ヶ月から11ヶ月までの死亡率は26/出生千対である(数値はDHS 1994 CSO)。

表 3-7：乳児死亡率及び5歳未満児死亡率の推移

年	乳児死亡率 ^{#1}	5歳未満児死亡率 ^{#1}
1978年	83	N/A
1988年	61	75
1990年	66	N/A
1994年	51	76

(注) ^{#1}：出生千対

出所：Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO, DHS 1994 CSO

表3-8は90年の地域別の乳児死亡率である。地域差が歴然と現れており、マニカランド県が最も高い。保健省が公約している「公平な保健医療」はこの数字を見る限り実現されていないようである(筆者意見)。

²³ 人口増加は $30 - 23 = 7$ 、年7/人口千対

表 3-8 : 地域別の乳児死亡率 (90 年)

県・都市	乳児死亡率 ^{#1}
マニカランド県	85
マショナランド・セントラル県	78
マショナランド・イースト県	64
マショナランド・ウエスト県	72
マシング県	75
マタベレランド・ノース県	49
マタベレランド・サウス県	40
ミッドランド県	67
ハラレ市	54
ブラワヨ市	42

(注) ^{#1} : 出生千対

出所: "Third Evaluation of the Implementation of Strategy for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW

次の表 3-9 は都市部・農村部、母親の教育レベルごとの乳児死亡率と 5 歳未満児死亡率である。都市部・農村部では明らかに農村部の死亡率が高い。乳児死亡率は農村部は都市部の 1.2 倍、5 歳未満児死亡率は 1.3 倍高い。5 歳未満児死亡率は乳児死亡率より、より生活環境を要因に含んでいるため、都市と農村の生活環境の違いを表していると思われる。

母親の教育レベルが、強く子供の生存を左右しているのがこの表で判断できる。無教育と中等以上の教育を受けた母親では 1.6 倍以上の 5 歳未満児死亡率の差がある。これは教育を受けた女性が栄養、衛生に関する知識、そして保健医療サービスをより多く活用していることから考えられる。

表 3-9 : 都市部・農村部、母親の教育レベルごとの乳児・5 歳未満児死亡率 (94 年)

項目	分類	乳児死亡率 ^{#1}	5 歳未満児死亡率 ^{#1}
都市部・農村部	都市部	44.3	63.0
	農村部	53.6	80.3
母親の教育	無教育	61.6	93.1
	初等教育	53.9	78.7
	中等教育	38.6	56.6
全体		51.2	75.9

(注) ^{#1} : 出生千対

出所: DHS 1994 CSO

3.6 人口データベース

人口に関するデータの収集は中央統計局 (CSO)²⁴の管轄で、人口、死亡、出生ばかりでなく、教育、衛生、水施設などに関しても調査を実施している。定期的実施しているのは 10 年に一度、全住民を対象とした国勢調査、その間の 10% サンプリングによる中間人口調査。それと DHS である。またジンバブエでは出生、死亡、結婚の登録制度がある。

²⁴ Central Statistical Office

3.6.1 国勢調査

CSOは10年に一度国勢調査、および、その間の中間人口調査²⁵を実施している。82年の国勢調査は独立後始めてということであり、住民がどこに居住しているか関係なく、居合わせた住民を1日ですべて数え上げ、すべての住民に同じ質問表を使い実施した。²⁶ この国勢調査により、ジンバブエの人口構造だけでなく、教育、保健医療、労働状況などが始めて明らかになり、その後の開発計画の策定と遂行の基礎となった。

87年の中間人口調査は人口の10%のサンプリング調査であった。その後、92年、最初の国勢調査から10年後に2回目の国勢調査が実施された。この国勢調査も、1回目と同様に1日で数え上げる「事実ベース」²⁷で実施された。²⁸ この国勢調査のデータが現在の人口、保健医療関連の指標の基礎となっている。

97年8月に2回目の中間人口調査が前回と同様に10%のサンプリングで実施された。現在そのデータの整理中であり、98年には結果が発表される予定である(中央統計局統計専門家、カトウルザ氏談)。

3.6.2 人口動態市民登録

ジンバブエでは人口動態市民登録²⁹の制度が独立前からあった。各郡、県、そして都市には内務省管轄の登録官事務所³⁰があり、住民は出生、死亡、結婚、住所変更などを届けなければならない。また産科病院、他の病院でも出生、死亡を記録することになっている。

しかし、データを処理する人材の不足、住民の無知などのため、この人口動態市民登録で正確な人数は把握できていない。全人口の約15-20%しか網羅されていない(中央統計局統計専門家、カトウルザ氏談)。

3.6.3 DHS (Demographic and Health Survey)

中央統計局はUSAIDの資金援助、アメリカの民間会社「Macro International Inc」の技術協力のもと、保健省、ジンバブエ家族計画委員会と協力し、88年、94年にDHS (Demographic and Health Survey)を実施した。この調査は出生、婚姻、家族計画、母子保健、栄養、エイズ関連の知識と行動を中心とした調査で、KAP³¹調査も含まれている。88年は全国約4100世帯の女性を対象とし、94年は全国約6000人の女性の他に2200人の男性も対象とした聞き取り調査である。また、94年の調査では3歳以下の子供と91年1月以降に出産した母親の体重と身長測定も実施した。この調査により出生率、合計特殊出生率が分析され、家族計画、母子保健の政策策定、遂行が実施されている。このDHSは今後99年と2002年に実施の予定である(USAID保健・人口・栄養担当、セルバジオ女史談)。

²⁵ Inter Census Demographic Survey

²⁶ 82年8月18日実施

²⁷ De Facto Basis

²⁸ 92年8月17日実施

²⁹ Vital Civil Registration

³⁰ Registrar's Office

³¹ Knowledge, Attitude and Practice の略

「3 人口構造」 参考資料

1. 『世界子供白書 1998』 1997 UNICEF
2. "HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections, Impact Intervention" 1997 NACP MOHCW
3. "National Health Strategy for Zimbabwe 1997 – 2007 Discussion Draft Document" 1997 MOHCW
4. "Third Evaluation of the Implementation of Strategy for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW
5. Population Projections 1992 – 2007 Census 1992 1995 CSO
6. Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO
7. DHS 1988 1994 CSO
8. 1982 Population Census Main Demographic Features of the Population of Zimbabwe 1985 CSO

4 疾病構造

4.1 総論

(1) 概要

1980年の独立以来、政府は従来の人種差別的な医療体制を改革し、基礎教育と第一次・第二次の地域医療の充実に力を注ぎ、経済力に比して医療サービスを発展させた。農村部における診療所、予防接種、井戸・トイレなどの基本的な衛生設備、健康教育といった予防医学がかなり行き渡っている点で他のアフリカ諸国と異なっている。全人口がRHC、ルーラル・ホスピタルなどの第1次レベルを含む医療施設から平均9km以内の徒歩圏に居住し、81%が安全な飲料水にアクセスしている。統計上も80年代は、国民の教育・健康水準ともに順調に向上した(数値は“Health Facilities Report 94/95”発行年不明 CSO/MOHCW, “6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ)。

しかし、90年代に入ってからHIV/AIDSの流行とそれに伴う結核の流行、さらに91/92年の旱魃などのため逆に健康水準が低下した。

ハンセン病、ポリオ、新生児破傷風はほぼ撲滅の状態に達しているが、麻疹についてはまだ約5年周期で流行となっており、その対策が重要課題のひとつである。コレラ、赤痢、疫病、またマラリアが90年代も定期的に流行しており、さらに事故、心臓病、眼科疾患、癌などの新しい非伝染病が近年問題となってきた。同程度の経済的狀態にある他の途上国と異なる疾患上の特徴は以下の通りである(保健省計画・管理部長、チハンガ氏談)。

- (1) 予防接種がすでに8割以上の乳幼児に普及しており、結核以外に予防接種対象疾患³²は周辺諸国ほど深刻な問題ではない。
- (2) 肥満傾向の人が多く、塩分を多量に摂取する食習慣からか、糖尿病、高血圧、脳血管疾患といったいわゆる先進国型の疾患も主要な問題として認識され始めた。

(2) 死因統計

死因統計については四半期ごとに報告される、病院の入院患者の死亡数が一番信頼できる統計である。これはルーラル・ホスピタルを含む医療施設の入院患者の約76%を網羅している。また、新生児、小児などは病院以外での死亡もかなりあると思われるが、これらの死亡については調査されていないため、そのデータがない。もう一つの死亡統計のソースは人口動態市民登録システムの活用である。しかし、これも全死亡の15-20%の死亡しか網羅しきれておらず、しかもデータが整理されるまで2-3年はかかる。したがって病院での死亡の統計に頼るしかない(数値は Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW)。

表4-1は全病院での入院患者、死亡数と致命率の年毎の変化を表している。91年までは89年を除いて、致命率は2%台であったが、92年からは4%台である。これはエイズ患者の入院とその死亡によるものと思われる。

³² ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、麻疹

表 4-1：入院患者数、死亡数および致命率の推移

年	入院患者数	死亡数	致命率 (%)
1987年	451927	11194	2.5
1988年	469006	12008	2.6
1989年	352090	17103	4.9
1990年	344099	9617	2.8
1991年	405470	11577	2.9
1992年	400488	15844	4.0
1993年	411316	17128	4.2
1994年	419614	16604	4.0
1995年	504746	20906	4.1

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995-1997 MOHCW

また、下記表 4-2 は 95 年の全国の病院での重大死因であり、表 4-3 は重大死因の推移を表している。エイズの流行による結核、呼吸器感染症、赤痢・下痢症などの腸内感染症の死亡が増加し、マラリアを圧倒した。赤痢・下痢症の死亡は小児だけでなく大人も増加して重大死因のひとつとなっている。マラリアも、気候に強く影響され、疫学的調査を難しくしていること、そして薬物耐性のマラリア蚊の発生のため、効果ある対策が打てず、90年代には常に重大死因のひとつとなっている。

表 4-2：重大死因 (95年)

	疾患	死亡数	%
1	結核	2654	12.7
2	急性呼吸器感染症 (下気道)	2164	10.4
3	腸内感染症	2071	9.9
4	マラリア	1356	6.5
5	周産期異常	1226	5.9
6	栄養失調	1071	5.1
7	ウイルス感染症	1050	5.0
8	事故・傷害	1010	4.8
9	急性呼吸器感染症 (上気道)	645	3.1
10	その他	685	3.3
	合計	20906	100.0

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995-1997 MOHCW

表 4-3：重大死因の推移

	1983年	1993年	1995年
1	呼吸器疾患	結核	結核
2	周産期異常	腸内感染症	急性呼吸器感染症 (下気道)
3	麻疹	マラリア	腸内感染症
4	腸内感染症	急性呼吸器感染症	マラリア
5	栄養失調	ウイルス感染症	周産期異常
6	輸送事故	肺血管疾患	栄養失調
7	自殺・傷害	消化器系疾患	ウイルス感染症
8	心肺血管疾患	高血圧疾患	事故・傷害
9	脳脊髄血管疾患	内分泌系疾患	急性呼吸器感染症 (上気道)
10	肺結核	神経疾患	その他

出所：Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW

(3) 疾病統計

疾病に関する統計は病院の外来患者、および入院患者のデータに基づくしかない。しかし、HIV/AIDSのように別の監視システムを実施している疾病があるため、病院統計が疾病全体を包括的に網羅していない。また外来患者の統計も中央病院のデータが不完全なため、保健省疫学・疾病対策部での疾病統計では、中央病院の一部のデータしか含まれていない。従って下記の記す外来患者に基づくデータは、すべて中央病院の外来患者数が一部しか含まれていない。

表4-4は95年の全国の病院での外来患者数に基づいた重大疾病である。急性呼吸器感染症が非常に多い。それに続いて皮膚疾患、性病である。エイズを含めたSTDの流行がこれら疾患の大きな要因となっている。

表 4-4：外来患者数による重大疾病とその割合 (95年)

	疾患	外来患者数 (千人)	%
1	急性呼吸器感染症	3431	28.0
2	皮膚疾患	985	8.0
3	性病	873	7.1
4	事故・傷害	782	6.4
6	赤痢・下痢症	716	5.8
5	マラリア	715	5.8
7	眼科疾患	409	3.3
8	歯科疾患	265	2.2
9	住血吸虫症	240	2.0
10	その他	3829	31.3
	合計	12245	100.0

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

表4-5は91年から95年における全国の病院の外来患者数に基づいて保健省が作成した重大疾病ランキングの推移である。呼吸器疾患が常に上位にランクされており、95年には結核が始めて加わった。エイズの流行が原因である。93年からマラリアも常に上位にランクされている。

表 4-5：重大疾病ランキングの推移

	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年
1	その他疾病	急性呼吸器感染症	急性呼吸器感染症	急性呼吸器感染症	結核
2	呼吸器疾患	性病	性病	皮膚疾患	マラリア
3	性病	事故・傷害	マラリア	マラリア	性病
4	事故・傷害	下痢症	下痢症	性病	急性呼吸器感染症
5	皮膚疾患	皮膚疾患	事故・傷害	事故・傷害	ウイルス感染症

出所：保健省 疫学・疾病対策部資料 1997

4.2 性・年齢別疾病構造

4.2.1 乳幼児・子供の主な疾病

(1) 死因

独立後、乳幼児、子供の健康は改善され、乳児、小児の死亡率は下がった。表3-7で示したように、乳児死亡率は78年の83/出生千対から90年には66/出生千対となった。しかし、90年代に入り、91/92年の早魘、ESAP、エイズの流行により、死亡率の減少率は大幅にダウンした。94年の乳児死亡率は51/出生千対、5歳未満児死亡率は76/出生千対である(表3-7参照)。2000年までの政府の目標は乳児死亡率40/出生千対、5歳未満児死亡率は58/出生千対である。

表4-6は保健省が作成した乳児・幼児(1歳以上5歳未満)の重大死因の推移である。乳児では、83年には重大死因のひとつであった麻疹が93年には、重大死因でなくなり、エイズ流行による結核が重大死因に加わった。幼児でも、麻疹が83年の重大死因のトップであったが、93年には重大死因から姿を消した。これらはEPIの普及の成果である。社会経済発展と関わりがある栄養失調が83年、93年とも大きな死因のひとつである。91/92年の早魘、またESAPが貧民層に大きな打撃を与えたためと考えられる。

表 4-6 : 乳児・幼児の重大死因の推移

乳児の死亡 1983年		1993年		幼児(1歳以上5歳未満)の死亡 1983年		1993年	
1	周産期異常	周産期異常	1	麻疹	栄養失調		
2	腸内感染症	急性呼吸器感染症	2	栄養失調	腸内感染症		
3	呼吸器感染症	腸内感染症	3	腸内感染症	マラリア		
4	麻疹	栄養失調	4	急性呼吸器感染症 (下気道)	ウイルス感染症		
5	髄膜炎	ウイルス感染症	5	髄膜炎	内分泌、ホルモン、 免疫疾患		
6	先天異常	マラリア	6	急性呼吸器感染症 (上気道)	結核		
7	栄養失調	神経障害(髄膜炎、 脳炎、脳症、他)	7	マラリア	その他呼吸器疾患		
8		結核	8	肺結核	神経障害(髄膜炎、 脳炎、脳症、他)		
			9		消化器系疾患		
			10		貧血症		

出所: Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW

次の表4-7と表4-8は病院統計に基づく乳児・幼児(1歳から5歳未満)の重大死因の割合の推移と死亡数である。乳児死亡では周産期異常が92年から常に死因のトップであるが、徐々にその割合が減少しており、代わりにエイズ流行による呼吸器感染症、結核が増加している。呼吸器感染症は上気道、下気道、他を合わせると、94年から周産期異常を上回り、死因のトップとなる。95年の呼吸器感染症の合計は死亡数1453件、割合は34.8%である。幼児死亡では栄養失調が92年から常に死因のトップで、95年は死亡数758件、割合は27.4%である。また、赤痢・下痢症等の腸内感染症も毎年約15-20%の死因割合を占めている。これらは貧困層の生活環境が強く影響していると思われる。

表 4-7：乳児の重大死因の割合の推移と死亡数

疾病	1992年	1993年	1994年		1995年	
	%	%	%	死亡数	%	死亡数
1 周産期異常	35.2	32.3	30.3	1095	27.6	1151
2 呼吸器感染症（下気道、他）	22.3	22.4	28.2	1017	24.9	1041
3 呼吸器感染症（上気道）	7.4	6.4	6.2	223	9.9	412
4 腸内感染症	9.3	10.0	8.7	315	7.5	315
5 栄養失調	3.5	4.8	3.7	134	4.4	183
6 神経障害	2.1	2.2	1.7	62	2.4	99
7 結核	1.0	1.9	3.0	109	2.3	98
8 ウイルス感染症	2.6	3.1	3.2	114	2.1	88
9 マラリア	1.2	2.7	2.0	72	1.4	60
10 その他	15.4	12.0	13.0	471	17.5	716
全体	100.0	100.0	100.0	3612	100.0	4173

出所：1992 - 1994："Annual Report 1994" 発行年不明 MOHCW/CSO、1995: Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

表 4-8：幼児（1歳から5歳未満）の重大死因の推移と死亡数

疾病	1992年	1993年	1994年		1995年	
	%	%	%	死亡数	%	死亡数
1 栄養失調	28.3	29.0	23.7	524	27.4	758
2 腸内感染症	16.4	19.9	20.4	451	18.2	505
3 呼吸器感染症（下気道、他）	13.2	16.2	13.4	297	11.4	316
4 ウイルス感染症	5.5	4.8	8.2	181	4.0	112
5 マラリア	1.4	5.0	6.9	153	4.7	130
6 結核	3.8	4.3	6.3	138	4.3	120
7 呼吸器感染症（上気道）	2.4	6.5	3.8	83	4.7	130
8 血液・造血器疾患	2.0	2.0	2.0	44	1.1	31
9 神経障害	2.1	0.0	1.7	38	3.2	88
10 その他	24.9	12.3	13.6	299	21.0	578
全体	100.0	100.0	100.0	2208	100.0	2768

出所：1992 - 1994："Annual Report 1994" 発行年不明 MOHCW/CSO、1995: Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

(2) 疾病

下記の表4-9は5歳未満の小児の外来患者の数から判断して保健省が作成した重大疾病の推移である。急性呼吸器感染症が重大疾病で非常に大きな割合を占めて常にトップであり、年々上昇している。95年は134万7千例、46.6%であった。また皮膚疾患の割合も年々上昇している。

表 4-9 : 5 歳未満児の重大疾病外来患者数の割合の推移と症例数

疾病	1992年	1993年	1994年		1995年	
	%	%	%	症例数 (千例)	%	症例数 (千例)
1 急性呼吸器感染症	34.3	30.4	45.6	1182	46.6	1347
2 皮膚疾患	6.3	7.2	9.9	258	10.9	314
3 腸内感染症	8.1	9.9	7.9	203	8.3	239
4 マラリア	3.3	6.5	5.6	146	4.7	136
5 事故・傷害	4.2	4.6	3.0	77	4.1	119
6 眼科疾患	4.0	4.5	3.8	99	3.8	111
7 栄養失調	3.7	2.7	1.5	39	1.4	40
8 その他	36.1	34.2	22.7	589	20.2	582
全体	100.0	100.0	100.0	2593	100.0	2888

出所：1992 - 1994： "Annual Report 1994" 発行年不明 MOHCW/CSO、1995: Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

(3) ジンバブエの子供の死亡と疾病の要因

ジンバブエでの子供の死亡と疾病の要因は下記が挙げられる(ユニセフ資料³³による)。

(1) ESAPによる保健医療支出の減少

90年に発表されたESAPにより保健省の予算は大幅に削減され今まで進めてきた保健医療サービス向上のためのプログラムを縮小せざるをえなくなった。

(2) 保健医療サービスの質の低下

保健省財源の削減により、職員の賃金、手当の引き上げが滞り、そのため、医師看護婦などが大量に民間、国外へ流出した。その結果、保健医療施設での人材不足となり、保健医療サービスの質が低下した。

(3) 早魃・食糧不足

ジンバブエでは多くの家族が1年間生活できるだけの食糧を確保していない。食糧不足は雨季の始まる直前の9月・10月から収穫期の2月・3月に起こる。特にマタベレランド県、ミッドランド県、マシング県、マニカランド県の一部の乾燥地域では頻繁である。また、91/92年の早魃はジンバブエにとって歴史上最悪のもので、農村部では備蓄していた食糧のほとんどを使い切り、大きな食糧不足が生じた。

(4) HIV/AIDS

エイズの流行による結核、その他エイズ関連の疾病が増大した。またエイズの流行による母親を失う孤児が大幅に増えており96年には約6万人の孤児がいるだろうと推測している。

(5) 生活環境

都市部では住居費が高く、小人数での住居確保は出来ずそのため密集した住宅環境を作っている。また、農村部の住居は小さく、換気も悪い土の家が多く、そこに平均-6人が生活している。

(6) 環境衛生

³³ Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994

91年の調査では67%のコマーシャル・ランドで2家族以上が共通のトイレを使用しており、世帯間で異なる衛生状態のため、伝染病が他の家族にも広まる原因となっている。

(7) 妊産婦の労働条件

農村の女性は夜明けから日没まで非常に長い時間働き、子供の世話に費やす時間が限られてしまっている。そのため、子供には夜に不衛生な状態で残された冷たい食事が与えられ、これが感染症の原因のひとつにもなっている。また、労働などによる時間的束縛が乳児への適切な食糧の供給をできなくしている原因でもある。

また、子供を家に残さず、子供を背負って農作業する母親もあり、母親への肉体的な負担が非常に大きい。母親の健康状態、特に妊娠中の健康状態が子供の死亡率に大きく影響している。

4.2.2 女性の疾病

妊婦、母親の健康状態を知る手がかりとして出生に対する、妊娠中および、出生後42日以内の母親の死亡で表される妊産婦死亡率がある。保健省の保健医療施設での死亡に基づいた妊産婦死亡率は表4-10の通りである。

表 4-10：保健医療施設における妊産婦死亡率の推移

年	死亡数	妊産婦死亡率 (出生10万対)
1987年	117	73.6
1989年	164	68.7
1991年	242	94.6
1993年	335	134.4
1995年	353	144.5

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

92年の国勢調査と94年のDHSでの妊産婦死亡率はそれぞれ出生10万対395と283であり、上記保健省の数字とかなり異なる。一つの大きな要因はジンバブエではまだ約30%の女性が医療施設ではなく家庭、他で出産していたということである(数値はDHS 1994)。保健省の統計は保健医療施設での出産だけを扱っているため、かなり実際よりは少ない数字となっていると考えられる。

いずれにしても妊産婦死亡率はまったく改善されていないことが明らかであり、保健省の統計からは逆に90年代に入り増加している。この増加の原因は明らかではないが、ジンバブエでの妊産婦の死亡に強く関連している原因をUNFPA、WHOとUNICEFの資料に基づいてまとめると下記である。

(1) 人工妊娠中絶

ジンバブエでは人工妊娠中絶は強姦、または母親の生命が危ない場合等を除いて違法である。人工妊娠中絶に起因するその合併症による死亡がジンバブエでの妊産婦死亡の一番の原因と言われている。

93年の保健省の統計では人工妊娠中絶数20,248件、中絶による死亡数66例、死亡率が0.33%と非常に低い(数値は“Programme Review and Strategy Development, Report Draft” 1996 UNFPA)。しかしUNICEFの94年の報告では、毎年6万から8万件、正規の保健医療施設以外で人工妊娠中絶が行なわれており、死亡率も保健省の統計よりはるかに高いとのことである(数値はChildren and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994 1994 UNICEF)。

(2) 十代の妊娠

ジンバブエでは94年の調査では、15歳から19歳の女性の約20%が妊娠の経験がある。また、同じ年、初産の50%が十代の女性であり、十代での妊娠の割合が高い(数値は“Programme Review and Strategy Development Report Draft” 1996 UNFPA)。

(3) 農村部の高出生率

都市部の合計特殊出生率が94年は3.1に対して、農村部は4.9でしかも、妊娠可能女性の割合は67.8%が農村部に居住している。その上、農村部では38.5%の出産が訓練を受けた医療職員の付き添いなしで行われている。ちなみに都市部では91%の出産が訓練を受けた医療職員のもとで行なわれている(数値はDHS 1994 CSO)。

(4) 女性労働

農村部の女性は子育て、料理、他の通常の家事のほか燃料のための薪取り、水汲み、そして畑仕事と労働が多い。また都市部では勤めている女性の半数以上が仕事に子育ても行なっている。これら女性の重労働が母親の健康を害していると思われる。

(5) エイズ

女性および妊婦のエイズが年々増えている。エイズも妊産婦死亡の原因の一つと考えられる。

(6) 伝統的習慣

ジンバブエでは部族によって異なるが、「出産時につめ、ガラスなどで臍を広げる」、「出産のために保健医療施設へ行く途中に産気づかないように、背中に重い石を背負う」など出産に関連しての伝統的な習慣がまだ地方では存在している。これら伝統的習慣の中には薬草など科学的に効果が認められているものもあるが、妊産婦の健康阻害の原因にも関連してくると考えられるものもある。

ジンバブエではブラワヨ市近辺の一部の部族をのぞいて、割礼は実施されていない。したがって、妊産婦死亡の大きな原因とはなっていない。

妊産婦死亡の主な直接死因は、95年の病院統計では出血が21.5%、産褥敗血症17.7%、高血圧/子癇15.2%、マラリア10.1%、その他の敗血症10.1%である(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。93年のマタレランド・サウス県の保健医療チームによる調査によると子癇の原因は伝統的医療で使用する薬草³⁴による毒、敗血症、出血、胎盤残留である。

次の表4-11は妊産婦死亡率を地域別にみたものである。マニカランド県、マシヨナランド・イースト県、マシヨナランド・ウエスト県が高く地域差があることが歴然としている。また、ハラレ市が高いのは十代の妊娠、違法な人工妊娠中絶が多いためではないかと考えられている。

³⁴ Muthi

表 4-11：地域別妊産婦死亡率（92年）

県・都市	妊産婦死亡数	妊産婦死亡率
マニカランド県	241	447
マシヨナランド・セントラル県	126	399
マシヨナランド・イースト県	154	449
マシヨナランド・ウエスト県	197	516
マシング県	151	374
マタベレランド・ノース県	79	328
マタベレランド・サウス県	68	280
ミッドランド県	163	355
ハラレ市	200	404
ブラワヨ市	50	241
全国	1419	395

(注) 妊産婦死亡率：出生 10 万対

出所：Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO

妊産婦の栄養不良も問題のひとつである。出産時の子供の低体重（2.5kg 以下）は妊産婦の栄養失調の指標となる。出産時の低体重児の出生割合は92年、93年が 8.4%、8.6%と高い。これは 91/92 年の旱魃の影響と考えられる。

低体重児の出生割合の地域差については、94年の DHS によるとハラレ市では 1%、マタベレランド・ノース県では 11%と大きな地域差が生じている。妊産婦の栄養状態は、貧窮と特に関係があるので国内の貧富の差が女性の栄養状態に表れているものと思われる表 4-12 は低体重児の出生割合の推移である。

表 4-12：低体重児の出生割合の推移

年	低体重の割合 (%)
1987年	4.9
1989年	5.6
1991年	6.0
1993年	8.6

出所：“Programme Review and Strategy Development Report Draft” 1996 UNFPA

4.2.3 成人・高齢者の疾患

表 4-13 は外来患者数に基づいた 15 歳以上の重大疾病である。

15 歳以上の男女では子供と比較した場合、性病が多いのが特徴である。全患者数の 12.5%を占めている。

表 4-13：15 歳以上の重大疾病

疾患	外来患者数 (千人)	%
1 急性呼吸器感染症	1342	19.4
2 性病	860	12.5
3 事故・傷害	437	6.3
4 マラリア	419	6.1
5 皮膚疾患	404	5.8
6 下痢症	249	3.6
7 歯科疾患	227	3.3
8 眼科疾患	210	3.0
9 住血吸虫症	98	1.4
10 その他	2676	38.6
合計	6922	100.0

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

ジンバブエは都市人口が31%と比較的高い。この都市住人は農村部の住民とは食生活等の生活環境や衛生環境が大きく異なり、その疾病構造も感染症よりは先進国同様の成人病が中心となりつつある。特に急速に患者が増加しつつある疾患が高血圧と糖尿病で、食塩や糖分摂取過多の食生活と高価な薬剤を使用できないことが影響している。このような都市部を中心とした疾病構造の転換は独立後急速に表面化したこともあり、疾病別罹患率等の成人病に関する統計は整っていない。なお95年の病院統計によれば、心臓・血管疾患の死亡数が989で5歳以上の全死亡数の14%、癌による死亡数は367、5歳以上の全死亡数の2.6%、糖尿病が145人、1.0%である(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

4.3 疾患別疾病構造

4.3.1 感染症

(1) 予防接種で予防可能な感染症

80年代を通して、予防接種で予防できる疾病が大幅に減少した。ジフテリアの症例は86年から報告されていない。しかしポリオについては90年から確認例は報告されていなかったが、93年から再び確認例が報告されている。また、麻疹、百日咳、新生児破傷風はEPIの90年代の停滞のためか症例が報告されており、特に麻疹は増加傾向にある。

A) ポリオ

政府はWHOの政策に従い、2000年までにポリオを撲滅することを公約している。

表4-14はポリオの症例数の推移である。ポリオの症例数は90年までに大幅に減少し、90年から92年には1例も発生の報告がなかった。急性弛緩性麻痺(AFP)³⁵のサーベイランスを強化し結果、93年、94年、95年とポリオの症例が報告されるようになった(表4-14参照)(第5章「保健医療プログラム」5.3「予防接種対策」参照)。

³⁵ Acute Flaccid Paralysis

表 4-14：ポリオ症例数の推移

年	確定ポリオ件数	年	AFP 件数	確定ポリオ件数
1981	28	1989	0	1
1982	8	1990	0	0
1983	3	1991	0	0
1984	4	1992	0	0
1985	63	1993	11	1
1986	92	1994	14	2
1987	5	1995	35	12 ^{#1}
1988	4	1996 ^{#3}	N/A	3 ^{#2}

(注) ^{#1} : 2例は確定ポリオ、10例はフォローアップのロス

^{#2} : 2例は確定ポリオ、1例はフォローアップのロス

^{#3} : 1月から10月まで

出所：Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW, "Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW, 1996: 保健省疫学・疾病対策部資料 1997

95年の12例の確定ポリオ件数の内訳はマニカランド県3例、マシヨナランド・ウエスト県2例、マタベレランド・ノース県6例、マタベレランド・サウス県1例である(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

B) 麻疹

表4-15は麻疹の症例数と死亡数の推移である。政府は麻疹の症例数を96年以降8千以下にすることを目標にしているが、まだこの値に達していない。

麻疹はジンバブエでは約5年の周期で流行しており、表4-15の通り83年、88/89年そして、94年、96年に麻疹の流行が発生している。また、麻疹の罹患が5歳以上の子供に多くなっているのが近年の傾向である。

表 4-15：麻疹の症例数と死亡数の推移

年	5歳以下	5歳以上	合計	罹患率 (人口千対)	死亡数	致死率
1987	N/A	N/A	16707	1.9	19	0.1%
1988	N/A	N/A	50565	5.5	84	0.2%
1989	N/A	N/A	48279	5.1	73	0.2%
1990	6171	7487	13658	1.4	99	0.7%
1991	11470	13054	24524	2.4	113	0.5%
1992	7543	9803	17346	1.7	102	0.6%
1993	14763	17524	32287	3.0	156	0.5%
1994	17034	20751	37785	3.4	49	0.1%
1995	3885	4607	8492	0.7	33	0.4%
1996 ^{#1}	17095	19737	36832	3.1	81	0.2%

(注) ^{#1} : 1月から10月まで

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW, 1996: 保健省疫学・疾病対策部資料 1997

麻疹の致死率は低い。87年以来1%以下である(表4-15参照)。これは保健医療の質の向上だけでなく、感染者の年齢が上がったのも要因である。地理的にはモザンビーク、ザンビアに近い、東部、北部の県の罹患率が高い。

麻疹の流行がまだ多い原因として「ジンバブエ共和国感染症基礎調査報告書1994 国際協力事業団」では下記理由をあげている。

- (1) ジンバブエで使用されているシュワルツ・ワクチン³⁶が有効でない例がある。
- (2) 接種時期は生後9ヶ月かそれ以降だが、接種以前に感染するケースがある。

C) 新生児破傷風

表4-16は新生児破傷風の症例数の推移である。

表 4-16：新生児破傷風症例数の推移

年	症例数	年	症例数	年	症例数
1987	11	1991	28	1995	18
1988	21	1992	23	1996 ^{*1}	18
1989	58	1993	12		
1990	16	1994	19		

(注) *1：1月から10月まで

出所：Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW 1995, Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW, 1996: 保健省疫学・疾病対策部資料 1997

94年には23例³⁷が報告され、罹患率は0.05/出生千対であった(数値はCountry Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW)。

(2) 下痢症疾患

下痢症は5歳以下の子供の外来患者で3番目、また、死亡数の割合が2番目に多く、1歳から5歳未満の子供では死因の約18%にあたる大きな疾患である(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 MOHCW 1997)。また、94年のDHSによる有病率の調査では、3歳以下の子供が過去2週間以内に下痢症であった子供が23.5%、出血を伴った下痢症は3.3%いたと報告されている。

表4-17は全国医療施設の外来患者に基づく下痢症疾患、赤痢の推移である。この統計は医療施設へ来る患者の統計であるため、全体の実数よりは過小に報告されている。

下痢症疾患は90年から大きく減少することはなく、92年からは常に50万以上の件数である。

表 4-17：下痢症、赤痢の推移

年	下痢症症例数	赤痢症例数
1990	421912	下痢症を含む
1991	489846	下痢症を含む
1992	549567	下痢症を含む
1993	736850	下痢症を含む
1994	614682	154516
1995	562999	153161

(注) 90年から93年は赤痢患者統計なし

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

³⁶ Schwartze Vaccine (WHOが推奨したもの)

³⁷ 4例の未確定例を含む

図4-1は95年の月別の下痢症、赤痢の症例数である。一番暑く、雨期の始まる10月、11月が下痢症、赤痢が多く発生しており、逆に乾期で涼しい4月から8月が少ない。

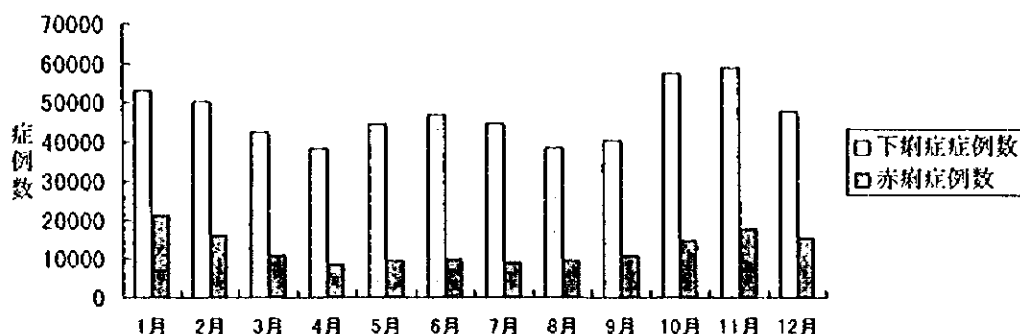


図 4-1：月別下痢症、赤痢症例数 (95年)

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

表4-18は地域別の下痢症、赤痢の症例数と罹患率である。地域によって顕著な差はなく、ハラレ市、ブラワヨ市も含む全国の県で下痢症、赤痢が発生している。

表 4-18：下痢症患者の数と罹患率 (95年)

県・都市	下痢症		赤痢	
	症例数	罹患率 (人口千対)	症例数	罹患率 (人口千対)
マニカランド県	80983	49.1	23472	14.2
マショナランド・セントラル県	51494	55.8	17747	19.2
マショナランド・イースト県	57157	51.7	17427	15.8
マショナランド・ウエスト県	72596	60.8	20991	17.6
マシング県	97142	74.0	27111	20.6
マタベレランド・ノース県	36648	53.5	6629	9.6
マタベレランド・サウス県	26879	42.5	4785	7.6
ミッドランド県	69906	49.8	22535	16.1
ブラワヨ市	11539	16.7	3691	5.4
チトウングザ市	11830	40.0	1524	5.2
ハラレ市	46825	36.0	7249	5.6
全国	562999	50.3	153161	13.7

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

(3) 急性呼吸器感染症 (ARI)

急性呼吸器感染症 (ARI)は医療施設の外来・入院患者ともに最も頻度の高い疾患である。とりわけ子供の罹患率は高く、95年では医療機関の外来を受診する5歳以下の子供の46.6%、同じく入院患者の25%が急性呼吸器感染症によるものである (数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

表4-19は医療施設におけるARIの外来患者数と罹患率(受診率)の推移である。93年までは罹患率が減少していたが94年からまた増加してきた。また、5歳以下の子供の罹患率が5歳以上の罹患率の3.3倍に達している。

表 4-19：急性呼吸器感染症の外来患者数と罹患率の推移

年	5歳以下		5歳以上		合計	
	患者数	罹患率	患者数	罹患率	患者数	罹患率
1990	1069	664	1295	159	2364	242
1991	1155	695	1404	167	2559	254
1992	975	569	1207	139	2182	210
1993	841	475	1196	133	2037	190
1994	1125	663	1745	185	2870	258
1995	1347	766	2084	213	3431	298

(注) 患者数：千人、罹患率：人口千対

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

95年のARIの入院患者数は45761人であり、そのうち5歳以下の子供は全体の51.5%の23575人である。また、死亡数は全年齢では2803件であり、5歳以下の子供の死亡数は1614件で全体の57.6%を占めている（数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW）。95年の病院統計によると5歳以下の子供のARIの致死率は6.8%である（数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW）。

また、89/90年のハラレ市における5歳以下の子供のARIの入院患者調査によると、致死率は15%であったが、そのうちHIV感染者の子供の致死率は25%と非常に高かった。HIV感染に加えて、栄養失調、下痢症などがARIの死亡率を高くする要因でもある（数値はChildren and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994 1994 UNICEF）。

(4) 結核

ジンバブエでの結核は表4-2で示した通り、死因別割合が一番の疾病であり、ジンバブエ国民の健康を害する一番の原因となっている。

表4-20は結核の症例数、罹患率、死亡数、致命率の推移である。80年代は症例数、罹患率とも低かったが、90年代に入り、症例数、罹患率ともに急激に上昇した。95年の罹患率は80年の4.7倍であり、死亡数は6倍以上である。また致命率も80年代中から後半にかけて下がったが、90年代に入り、また高くなった。非公式だが96年の症例数は35,835例とのことである（数値は保健省疫学・疾病対策部 1997）。

男女別の症例数、死亡数は94年のデータでは症例数23,959例のうち58.8%、14088例が男性で41.2%、9,871例が女性である。死亡数3549件のうち59.3%、2,103件が男性、40.7%、1,446件が女性である（数値はCountry Health Profile Zimbabwe 1995 1997 WHO/MOHCW）。

表 4-20：結核の症例数、罹患率、死亡数、致命率の推移

年	症例数	罹患率	死亡数	致命率 (%)
1980	4057	57	488	12.0
1985	4759	57	139	2.9
1990	9132	97	1303	14.3
1992	15237	146	1091	7.2
1994	23959	215	3549	14.8
1995	30831	268	2955	9.6
1996	35829	N/A	N/A	N/A

(注) 罹患率：人口10万対

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW, 1996 Annual Report 1996 発行年不明 NACP MOHCW

表4-21は93年から95年の結核患者の内訳と結核患者に対する検査結果である。

肺外結核が全結核患者の約15%–18%をしめており、喀痰検査で陽性と判断されるのは全体の30%台と非常に低い。

表 4-21：結核患者の内訳と検査結果

	1993年	1994年	1995年
症例数	20125	23959	30831
肺外結核	3535 (17.6%)	3549 (14.8%)	5040 (16.4%)
肺結核	16950 (82.4%)	18310 (76.4%)	25256 (81.9%)
検査せず	0	2100 (8.8%)	535 (1.7%)
喀痰検査+	5331 (31.5%)	6724 (36.7%)	9702 (38.4%)
喀痰検査-	11259 (68.5%)	11586 (63.3%)	10934 (61.6%)

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

次の表 4-22 は年齢別の結核罹患率の推移である。5歳から14歳の年齢層の罹患率が低く、一番高い罹患率は30歳から54歳の年齢層である。次が55歳以上である。この高年齢の罹患率の高さは HIV/AIDS の罹患率の傾向と同じである。罹患率の増加は15歳から29歳が一番高く、95年は91年の2.6倍の罹患率である。

表 4-22：年齢別結核罹患率の推移

年齢	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年	91年から95年の増加率
5歳未満	87	89	130	135	185	113%
5歳—14歳	24	24	29	32	38	58%
15歳—29歳	120	162	204	230	314	161%
30歳—54歳	254	317	425	509	638	161%
55歳以上	239	264	274	300	329	38%
全体	114	146	187	230	277	143%

(注) 罹患率：人口10万対

出所：“TB Annual Report 1995”発行年不明 MOHCW

地域別の結核症例数、罹患率を比較すると大きな地域格差はなく、全国同様に発生している。ただ男女比較をすると、都市部での HIV/AIDS の流行のためか、都市部の症例数の男女比が2：1（ハラレ市の場合）で全国の1.4：1とくらべて男性の症例数の割合が多い（数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW）。

喀痰検査で陽性な結核患者の割合は17%から55%の範囲であり、全国平均が31.5%と低く、診断能力の向上、検査室のサポートの強化が急がれる（数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW）。

治療結果の報告は結核プログラムの一部となっているがまだ全郡、全県では実施されていない。95年の報告では、完治が県別で10%—75%と非常にばらつきがある（数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW）。

結核患者の急激な増加はエイズの流行が一番の原因であることは明らかである。保健省の調査では、約60%の結核患者が HIV 感染していることが報告されている（数値は “HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions” 1997 NACP）。また、もしエイズがない場合、結核の発症数は全人口の0.2%で、約15千人から2万人であろうと報告されている（数値は “HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions” 1997 NACP）。しかし HIV 感染者の8%が結核患者であると推測すると、2005年にはエイズ関連の結核患者は7万人に達するであろうとのことである（数値は “HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions” 1997 NACP）。

エイズのほかに都市化による人口の都市集中、都市での住宅環境の悪さ、そして結核プログラムが PHC 活動に統合されすぎていること、また治療の不徹底などが結核患者の増加の原因ともな

っている。また、薬剤耐性結核も増加しており、今後結核対策にはさらに多くの予算を投資する必要がある。

(5) ハンセン病

表4-23に示す通り、ハンセン病は大きく減少している。これは独立後に実施してきた国家ハンセン病対策プログラムに基づいて地域ごとにクリニックを設置し実施されたプログラムが成功したためである。87年の罹患率は0.51/人口1万対でWHOが目標としている2000年までに1/人口1万対を大きく下回っており、WHOはジンバブエにおけるハンセン病は実質根絶されたと判断している(数値はCountry Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW)。

近年のハンセン病の新患者はモザンビークの出身者が多い。また多種類細菌からなるハンセン病³⁸が症例数の半数をしめている。症例数の30-35%はグレードII/IIIの障害を持っている(数値は"Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW)。ハンセン病は近隣諸国と比較して患者の絶対数、単位人口当たりの患者数ともに10分の1程度である(数値は"Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW)。

表 4-23 : ハンセン病の症例数の推移

年	症例数
1987	135
1990	102
1993	73
1994	54
1995	24

出所: "Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW

(6) マラリア

マラリアはジンバブエではエイズ、結核と同様に最も深刻な疾病のひとつである。ジンバブエはアフリカのマラリア汚染地帯の南部境界線に位置しており、約4百万人の人口が汚染地域に居住している。大きな観光地だけでなく、鉱山、発電所、商業農場などジンバブエでの経済的に重要な地域がこの汚染地帯に属している。95年には医療施設の外来患者の5.8%、出産を除く入院患者の10.6%がマラリアであった。また、マラリアの罹患率は60/人口千対であり、病院での致命率は3.3%であった(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

5歳以上の年齢層において95年には医療施設を受診する患者の6.2%はマラリアであり5歳以下の年齢層においても4番目(4.7%)に頻度が高い疾患である(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

A) マラリア発生状況の推移

表4-24は87年からのマラリア発生状況及び降雨量である。マラリアの汚染地域における状況は年度によって変動があることがわかる。特に96年はマラリアが大流行した年であった。発生状況を見ると改善が見られない。マラリア原虫の薬剤耐性や検査室での診断力の欠如、媒介する蚊に対する薬剤散布の不徹底、人口の移動等がその背景にあるものと思われる。

5歳以下の子供の罹患率が高く、子供への健康に大きな影響を与えていることがわかる。

³⁸ Multi Bacillary Leprosy

また降雨量が多いときに罹患率が高くなっているのがわかる。特に96年の降雨量700mm以上のマラリアの大流行は顕著である。91/92年に減少しているのは旱魃の影響である。

表 4-24：マラリア発生状況、降雨量の推移

年	5歳以下		5歳以上		合計		降雨量 (mm)
	症例数	罹患率	症例数	罹患率	症例数	罹患率	
1987	122704	83.8	345857	46.6	468561	52.7	422
1988	245337	162.1	724664	94.6	970001	105.7	744
1989	174243	111.6	558903	70.7	733146	77.4	605
1990	158889	98.6	474737	58.2	633626	64.9	625
1991	146925	88.4	434243	51.6	581168	57.6	502
1992	94760	55.3	325377	37.5	420137	40.4	335
1993	180514	102.0	697220	77.8	877734	81.8	630
1994	146340	86.2	651320	68.9	797659	71.5	519
1995	137012	77.9	584364	59.8	721376	62.6	419
1996	313541	174.0	1352147	133.8	1665688	139.9	740

(注) 罹患率：人口千対

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW、保健省疫学・疾病部資料 1997

B) 地域別の発生状況

表 4-25 は地域別のマラリア症例数と罹患率である。マラリアの感染状況は地域によって大きな差があり、その高度によって大きく3つに分類されている。

分類 A：北部の標高 900m 以下、南部の標高 600m 以下で一年中マラリアの流行が激しい地域

分類 B：北部の標高 900m から 1200m、南部の標高 600m から 900m で、ある程度マラリアの流行が見られる地域。季節的にマラリアの流行がある地域

分類 C：北部で標高 1200m 以上、南部で標高 900m 以上で、降雨量や気温に大きな変化のある年を除けば、流行が見られない地域

国土の南西から北東にかけての高地ではほとんど感染が見られず、汚染地域では北と南に二分されている形となる。ハラレ市、ブラウヨ市、チトウンギザ市はマラリア汚染地域に属していない。分類 A と分類 B の地域は全土の約 45% で全人口の 40%、約 4 百万人が居住している (数値は "National Malaria Control Programme Five-Year Plan 1994 - 1998" 1993 MOHCW)。

3 都市でマラリア患者が発生しているのは地方で感染した患者が 3 都市の医療施設へ受診に来たためと思われる。

表 4-25：地域別マラリア症例数と罹患率 (96 年)

県・都市	症例数	罹患率	分類 A、分類 B に属する人口の割合 (91 年人口に基づく)
マニカランド県	367560	208.7	41.7%
マシヨナランド・セントラル県	219336	221.8	70.7%
マシヨナランド・イースト県	130073	110.8	13.3%
マシヨナランド・ウエスト県	155544	122.2	64.5%
マシゴ県	100941	71.8	58.4%
マタベレランド・ノース県	369316	502.5	37.4%
マタベレランド・サウス県	42060	62.4	35.3%
ミッドランド県	224054	149.1	33.6%
ブラワヨ市	21566	30.1	0%
チトウンギザ市	8773	27.7	0%
ハラレ市	26465	19.0	0%
全国	1665688	139.9	39.4%

(注) 罹患率：人口千対

出所：保健省疫学・疾病対策部資料 1997

上記のように分類どおりの割合でマラリアが発生していないことがわかる。97 年の保健省の報告書³⁹によると、これには継続的なマラリア蚊対策により、間接的に住民にマラリア蚊への自然免疫が生じているためにほぼ一様に発生していること、また、マラリアの流行は生態学的要因により隣接している村、また村の中でも場所によって流行の度合いが異なるためであり、このような分類によるマラリア流行の予測は適切でないとしている。

C) 流行しているマラリア原虫の種類

ジンバブエでは 3 種類のマラリア原虫、熱帯性マラリア原虫⁴⁰、四日熱マラリア原虫⁴¹、卵型マラリア原虫⁴² が知られているが、91 年の確認マラリア患者数の 99.7% は熱帯性マラリア原虫であった (数値は “National Malaria Control Programme Five-Year Plan 1994 – 1998” 1993 MOHCW)。

D) マラリアの流行時期

マラリアの流行は季節によって異なる。冬の 5 月から 8 月は寒く乾燥しており、一部の低地を除いてほとんど感染がみられない。11 月から雨期が始まり媒介蚊の繁殖に適した条件が整い、2 月から 5 月にかけてがもっとも流行する季節である (数値は “National Malaria Control Programme Five-Year Plan 1994 – 1998” 1993 MOHCW)。

(7) 住血吸虫症

住血吸虫症は熱帯、亜熱帯地方において、公衆衛生および社会経済的な観点からマラリアについて 2 番目に重要な寄生虫疾患と位置づけられている。ジンバブエでは 250 万以上の人口の健康に影響を与え、6 百万人がその罹患の危険にさらされている (数値は “1992 National Schistosomiasis Survey” 1996 Blair Research Institute)。子供にはその成長と学業の低下等を招き、大人には生産性の低下を引き起こし、長期的には農業生産性の低下を引き起こす。

³⁹ Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2 1997 MOHCW

⁴⁰ *Plasmodium falciparum*

⁴¹ *Plasmodium malarie*

⁴² *Plasmodium ovale*

ジンバブエで主に見られる住血吸虫は尿路系に感染するビルハルツ住血吸虫⁴³であるが、皮膚炎、発熱、咳などの症状を引き起こすマンソン住血吸虫⁴⁴もある。貝類を中間宿主とし、河川に素足で入り込んだ者に経皮感染する。

ジンバブエでの住血吸虫の調査は少なく、92年にDANIDAの援助によりブレアー研究所とデンマークビルハルツ研究所がジンバブエ全国の10歳から12歳の学童16500人を対象として実施した調査が唯一の調査である。この調査による各県の有病率は表4-26の通りである。ビルハルツ住血吸虫症がマンソン住血吸虫症とくらべてはるかに有病率が高く、児童3-4人に一人が有病である。地域差も大きくはない。

表 4-26：地域別住血吸虫症の有病率

県	ビルハルツ住血吸虫症	マンソン住血吸虫症
マニカランド県	34.9%	2.4%
マシヨナランド・セントラル県	37.5%	7.6%
マシヨナランド・イースト県	35.7%	2.5%
マシヨナランド・ウエスト県	N/A	0%
マシゴ県	41.3%	5.6%
マタベレランド・ノース県	28.1%	0%
マタベレランド・サウス県	31.9%	2.8%
ミッドランド県	23.7%	1.1%
全国	37%	N/A

出所：“1992 National Schistosomiasis Survey” 1996 Blair Research Institute

この調査は郡レベルでの有病率も算出しており、県内でも郡により有病率に格差が生じている。ちなみに、最高有病率の郡はマシゴ県チビ郡の59.6%で、その県での低有病率郡はグトウ郡の21.0%であった。

表4-27は保健医療施設の外来患者統計に基づく地域別、年齢別のビルハルツ住血吸虫症の症例数と罹患率である。一番罹患率が高いのは学童にあたる5歳から14歳であるのがわかる。これは学童が水泳、水遊びなどで宿主である貝のいる水辺に接する機会が一番多いためと推測される。地域別にはマシヨナランド・セントラル県、マシヨナランド・イースト県が高い。

表 4-27：地域別、年齢別の住血吸虫症の症例数と罹患率 (95年)

県・都市	5歳未満		5-14歳		15歳以上		全症例数
	症例数	罹患率	症例数	罹患率	症例数	罹患率	
マニカランド県	1823	6.7	32417	57.9	22657	25.9	56897
マシヨナランド・セントラル県	1794	11.9	20483	68.4	13691	27.1	35968
マシヨナランド・イースト県	927	5.5	28345	77.4	18397	30.4	47669
マシヨナランド・ウエスト県	646	3.5	12219	33.4	10155	14.8	23020
マシゴ県	747	3.6	21883	48.1	15586	22.4	38216
マタベレランド・ノース県	132	1.1	2121	9.3	2185	6.0	4438
マタベレランド・サウス県	92	0.9	2326	10.9	1648	4.9	4066
ミッドランド県	421	1.9	11320	25.0	9725	12.6	21466
ブラワヨ市	119	1.2	647	4.2	899	2.0	1665
チトウンギザ市	71	1.6	831	11.1	669	3.6	1571
ハラレ市	245	1.4	2473	8.8	2123	2.4	4841
全国	7017	4.0	135065	39.1	97735	15.4	239817

(注) 罹患率：人口千対

⁴³ Schistosoma haematobium

⁴⁴ Schistosoma mansoni

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

表4-28は同じく外来患者統計に基づくビルハルツ住血吸虫症の症例数と罹患率の推移である。これは医療施設の統計なため重症患者しか扱っていないのでかなり実数と異なる。

しかし、傾向としては5歳以下の子供も症例数は少なく、また減少傾向にあるが5歳以上はほとんど変化がない。92年の調査では郡単位での調査も行なっているが、今後、季節性やよりスポット的な地域性についてさらに、医療施設以外での患者調査も必要である。

表 4-28：ビルハルツ住血吸虫症の症例数と罹患率の推移

年	症例数			罹患率（人口千対）		
	5歳以下	5歳以上	全年齢	5歳以下	5歳以上	全年齢
1987	16159	180880	197039	10.6	24.6	22.2
1988	10484	207922	218406	6.7	27.5	23.9
1989	11502	245416	256918	7.4	31.2	27.2
1990	9199	194039	203238	5.7	23.5	20.6
1991	11611	247621	259232	6.7	29.6	25.6
1992	11102	228891	239993	6.5	26.4	23.1
1993	7464	202076	209540	4.2	22.5	19.5
1994	6873	186956	193829	4.1	19.8	17.4
1995	7017	232800	239817	4.0	23.8	20.8

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

(8) エイズ

A) 現状

世界のHIV感染者は96年には25.5百万人で90年の2.5倍に達していると言われている。このうち約60%の13.3百万人がサハラ以南のアフリカ諸国でのHIV感染者である。また、3百万人の子供がHIV感染者として生まれており、ほとんどがエイズ発症し、1-2年で死んでいる（数値は“HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions” 1997 NACP MOHCW）。

ジンバブエでは他のサハラ以南のアフリカ諸国同様、80年代半ばから、かなりの速度でHIV感染が蔓延しているものと推測されているが、87年時点の保健省の統計上では患者数はわずか119人にすぎなかった（表4-29参照）。87年当時は主要な医療機関でもHIV抗体検査ができないこともあり、またサーベイランスの制度も全く整っていなかったため、当時の統計数字は実際の患者数を大幅に下回るものと思われる。表4-29は87年からのエイズ患者症例数の推移である。

表 4-29：エイズ患者症例数の推移

年	女性	男性	性別不明	合計
1987	N/A	N/A	119	119
1988	N/A	N/A	202	202
1989	630	674	7	1311
1990	1917	2405	40	4362
1991	1860	2663	34	4557
1992	3501	4630	49	8180
1993	3888	5225	61	9174
1994	4812	5777	58	10647
1995	5835	7447	74	13356
1996	5890	6091	48	12029
累計患者数	34912	28333	692	63937

出所：Annual Report 1996 発行年不明 NACP MOHCW

96年に若干減ったものの87年から症例数は急激に増えている。96年の症例数は女性が5890人、男性が6091人で、男性が約3%多い。87年からの総患者数は63937人である。96年の症例数が減ったことはエイズ患者がピークに達したことを意味していない。NACP⁴⁵によれば、統計上の患者数は非常に過小報告されており、実際のエイズ患者数は95年の終わりには30万人を超えているであろうと推測される。また、約1.4百万人のHIV感染者がおり、成人は5人に一人、成人人口の20%、また、子供の感染者は約10万人であると報告されている(数値は“HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions” 1997 NACP MOHCW)。

表4-30は96年までの年齢別・男女別のエイズ患者である。年齢別では20歳から49歳の一番働き盛りの成人の患者数が70%以上占めており、社会経済的な影響が大きいことがわかる。男女別では男性が若干であるが多い。

また、5歳未満の子供にエイズ患者が多いのは、母親からの感染であり、実際、94/95年の調査⁴⁶では、産前検診に来た妊婦470人の約19%がHIV感染していた(数値は“The Early Socio-Demographic Impact of the HIV-1 Epidemic in Rural Zimbabwe” 1996 Blair Research Institute/University of Oxford)。

また、5-14歳のエイズ患者が非常に少ない。このことはエイズ感染原因が異性間の性交渉、および母親からの感染が多いことを示唆している。異性間の性交渉では15-19歳の女性のエイズ患者が男性の5倍以上であり、大きな男女差がこの年齢で生じていることから男性が若い女性を性交渉の相手を選んでいることが推測される。

表 4-30 : 年齢別・男女別エイズ患者 (96年までの累計)

年齢	男性	女性	性別不明	累計患者数	割合 (%)
0-4	4584	4145	57	8786	13.7
5-14	445	443	0	888	1.4
15-19	173	946	5	1124	1.8
20-29	7600	9953	40	17593	27.5
30-39	11560	7753	47	19360	30.3
40-49	5933	2818	15	8766	13.7
50-59	1799	648	5	2452	3.8
60+	896	305	5	1206	1.9
年齢不明	1922	1322	518	3762	5.9
合計	34912	28333	692	63937	100.0

出所: Annual Report 1996 発行年不明 NACP MOHCW

表4-31は95年の地域別のエイズ患者症例数と罹患率である。地域別に見て大きな特徴がないこととして、NACPでは下記を指摘している。

- (1) 各県、都市により記録システムの質に差があり、一部地域では非常に過小報告されている。
- (2) ジンバブエの国内交通機関は鉄道、道路ともよく整備されており、国内移動が容易である。そのため、労働者は季節によって都市・農村を容易に移動する。

⁴⁵ National AIDS Coordination Programme (詳細は第5章「保健医療プログラム」5.8「エイズ対策」参照)

⁴⁶ ブレアー研究所がオックスフォード大学と共同で2ヶ所で妊婦に対して実施した調査

表 4-31：エイズ患者症例数と罹患率 (95 年)

県・都市	エイズ患者症例数	罹患率
マニカランド県	1529	89.7
マショナランド・セントラル県	2061	215.6
マショナランド・イースト県	813	71.3
マショナランド・ウエスト県	1331	104.2
マシング県	1429	105.2
マタベレランド・ノース県	396	55.6
マタベレランド・サウス県	589	90.2
ミッドランド県	1491	102.6
ブラワヨ市	1889	273.0
ハラレ市	1798	133.4
不明	30	-
全国	13356	115.14

(注) 罹患率：人口 10 万対

出所：Annual Report 1996 発行年不明 NACP MOHCW

B) エイズ流行の背景と感染原因

ジンバブエでエイズが流行した背景について NACP では次の項目を挙げている。

- (1) 貧困と低い健康状態
- (2) 非常に高い他の性交渉感染症
- (3) 労働者の国内移動
- (4) 旱魃等による混乱
- (5) 文化的要素、信仰

感染原因では、一般的に下記 5 つが考えられる。

- (1) 異性間の性交渉
- (2) 同性間の性交渉
- (3) 母親から子供への感染
- (4) 薬物濫用（汚染された静脈注射針の共用）
- (5) 輸血や血液製剤

ジンバブエでは、薬物濫用、同性愛は非常にまれであり、また、血液供給システムの整備されて、衛生的に保たれており、これらが感染原因ではない。感染原因では異性間の性交渉が圧倒的に多く、全体の 90% に達する（数値は“HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions” 1997 NACP MOHCW）。また、母親から新生児への感染も多く、9% である（数値は“HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions” 1997 NACP MOHCW）。異性間の性交渉による感染は東南アジアの諸国にみられるような売春婦や薬物中毒患者など特定のハイリスク・グループに限定したのではなく、一般の人々同士の間での感染が目立つ。理由としては伝統的に、男性は性交渉の相手を一人に限定しない文化の影響と見られる。

ジンバブエでは、エイズ以外の性感染症 (STD)⁴⁷ が非常に蔓延しておりこれが HIV 感染を大きく広めている原因になっている⁴⁸。エイズ以外の STD については保健医療施設を受診した STD

⁴⁷ Sexually Transmitted Diseases. ジンバブエでは Sexually Transmitted Infection : STI と記載されている文献が多い

の症例数は96年が84万例で92年からほぼ横ばいに80万例台である(数値はAnnual Report 1996 NACP MOHCW)。主なSTDは梅毒、淋疾などである。

また、伝統的に男性は性交渉の相手を結婚の有無に関係なく一人に限定しないことも大きな要因である。女性は結婚後は伝統的に夫以外の男性と性交渉を持つことはタブーとされており、ショナ族の伝統的信仰では、もし女性が結婚後に夫以外の男性と性交渉を持った場合、彼女の夫は死ぬと信じられている。

母親がHIV感染していてその子供がHIV感染する確率は約30--40%と言われている。妊産婦のHIV感染が高いことから、母親から子供への感染が多いのが推測できる(数値は"HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions" 1997 NACP MOHCW)。新生児がHIV感染していた場合、エイズ発症までの期間は非常に短く、2年以内に発症し5歳までにほとんどが死亡する。

また、94年から始まった「第2次エイズ予防・対策計画 1994年-1998年」(MTP2)⁴⁹ではジンバブエでのHIV感染の流行の原因を下記と捕らえ、その原因分析に基づいて活動目的を策定し活動を実施している。(活動目的と活動については第5章「保健医療プログラム」の5.8「エイズ対策」参照)

ジンバブエでのHIV感染流行の原因

- (1) 多数の性交渉相手
- (2) 無防備な性交渉
- (3) HIV感染した母親
- (4) STDの流行
- (5) 無殺菌な医療器具の使用、不安全な医療行為
- (6) 責任ある判断と行為を阻害する酒、薬の濫用

C) 今後の見通し

96年のブレアー研究所とオックスフォード大学がODAの援助で実施した調査⁵⁰での予想ではHIV感染有病率のピークは最悪にみて約25%で、90年代の終わりに、そのピークに達し、その後は同じ状態がしばらく続き、男女別には男性のピークは96年、女性は遅れて2001年にピークに達するであろうと予測している。

NACPによれば、2000年までにHIV感染者は22%になり、2000年にHIV感染者は約1.7百万人、2005年には1.9百万人であろうと予測している。結果としてエイズ患者も増加して、2000年には187千人、2005年には217千人と予測している。また、エイズによる死亡数は、95年までに累計で約20万人と推定しているが、2005年までに累計で1.7百万人と予測している。

D) エイズ流行による影響

NACPがHIV/AIDS感染のジンバブエ国家への影響をまとめたNACP資料⁵¹によると、エイズ流行による影響を上記の人口構造への影響以外に下記のように列挙している。

- (1) 人口構造への影響

HIV/AIDSの流行がジンバブエの人口増加に及ぼす影響は92年の人口10.4百万人が2000年には12.1百万人、2005年は12.7百万人と予測しており、人口増加率は0.8%で

⁴⁸ STDに罹患している人は生殖器の潰瘍等の傷のためにHIV感染のリスクが高くなることが知られている

⁴⁹ Second Medium Term Plan for the Prevention, Control and Care of HIV/AIDS 1994 - 1998

⁵⁰ The Early Socio-Demographic Impact of HIV-1 Epidemic in Rural Zimbabwe

⁵¹ HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions 1997 NACP MOHCW

あろう。エイズは人口増加におおきな影響を与えるが、それでもジンバブエの人口は増加しつづけるであろう。

エイズが86-90年の小児の死亡の約5%がエイズに起因すると推定される。2001年から2005年にはエイズに起因する死亡は全体の約75%に達するであろうと予測している。

乳児死亡率はエイズの流行がないと仮定すると、2005年は出生千あたり20台の中との予想だがエイズ流行のため大幅に増え出生千あたり44との予想である。

(2) 保健医療システムへの影響

ジンバブエで30万人以上の加入者をもつ大手の保険会社、CIMASの調査によると、94年にエイズ患者への医療費は一人当たり4900Z\$であった。しかもこの経費の多くは死亡する数ヶ月前にかかった経費であった。この出費はほとんどのジンバブエ人には負担できない額である。このような経費増加は国民が負担できないため政府が負担せざるを得なくなり、政府は限られた予算でより多くの予算をエイズ対策に振り分ける必要となり、その分、他の活動への予算が削減され、エイズ以外の保健医療に大きな影響を及ぼす。また、エイズ患者は病院入院日数が平均60日と非常に長く、そのためエイズ患者が増えることにより、医療施設の収容能力が不十分となり、予算の限定からエイズ以外の患者への医療の質の低下が予想される。

(3) 経済的な影響

エイズ患者の大半が働き盛りの成人であることから、国の労働力の低下を招き、生産性が下がり、経済力が低下することが予想される。

(4) 孤児の増加

エイズにより母親を含む成人の死亡による孤児が増加するのは明白である。90年の孤児の数は約20万人であったが、95年には68万人と推定され、2005年には1.1百万人と予想されている。孤児の増加はその世話のため経費を考えると、経済的な影響を与え、また、家族構成が変化することで、社会的な影響も及ぼす。

(5) 女性への影響

女性は防護されない性交渉の際、男性のペニスと比べて陰粘膜広範囲で接触がなされるため、HIVに感染する率が男性の2-4倍と言われている。そして若い女性は肉体的未成熟のため、HIV感染のリスクはより高いと言われている。

また、女性は生活を支える仕事を通常は行なわないため、家庭内で例えば夫のエイズが発症した場合、生活の糧がなくなり、子供の世話、生活の糧のための労働と母親の労働量は大きく増え、子供だけでなく、母親の健康にも影響を与える。

(9) その他の感染症

近年疾病流行(アウトブレイク)のあった伝染病は下記の通りである。

A) 狂犬病

独立後、狂犬病予防接種の拡大により狂犬病の症例はほとんど姿を消した。しかし、94/95年に狂犬病にかかった大量のジャッカルのマジョナランド・ウエスト県からマジョナランド・セントラル県、マジョナランド・イースト県に移動してきたため、家畜、野生動物に狂犬病が大量発生した。これらの動物に数百人が噛まれ、狂犬病により94年に2人、95年に4人の死亡が確認されている(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。