

B) ベスト

94/95年にマタベレランド・ノース県でベストが流行となり、145人の臨床例が確認され、5人が死亡している(数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

C) コレラ

92年11月、マニカランド県でコレラの流行が発生した。最初はモザンビークからの難民キャンプで発生し、県内、そして周辺の郡、県に広まった。136のコレラ治療センターが緊急に設立された。93年10月までに約7千人のコレラ患者が発生し、367人に死亡が確認された。コレラ患者のうち48%、死亡者の46%が15歳以下の子供であった。致死率は5歳未満の子供が9.6%、5歳から14歳までの子供が3.7%であった(数値は Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994 1994 UNICEF)。

D) 流行性脳脊髄膜炎

95年にチトウンギザ市で流行となり、12名の死亡が確認されている(数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。97年は10月までにブラワヨ市などで33の臨床例、うち11例が確認され、8人が死んでいる(数値は "Weekly Report on Rapid Notification of Diseases Death and Public Events Week No40" 1997 MOHCW)。

E) 炭疽病

炭疽病は腐った肉類の食用、死体の雑な処理によって起こる病気である。95年にマタベレランド・ノース県で流行し、30の臨床例が確認された(数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

F) その他

ジンバブエでは肝炎の血清学的な確認ができないが、毎年100から200の肝炎の臨床例があり、95年には15人の死亡が確認されている(数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。腸チフスも毎年数名の死亡が確認され、95年には16の臨床例で2名の死亡が確認されている(数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

4.3.2 非感染症

(1) 栄養失調

A) 小児の栄養状態

死亡率や罹患率として表される子供の健康は、栄養状態の如何によって大きく影響される。

子供の栄養状態を知るには子供の発育に関する3つの指標が使われる。「年齢に対する身長」、「身長に対する体重」、それと「年齢に対する体重」である。

(1) 「年齢に対する身長」

子供が、「年齢に対する身長」に対して中央値のマイナス2標準偏差値(-2SD)以下の時、年齢に対して身長が十分に成長していないことを示す。この状態を発育阻害(スタンティン

グ) ⁵²と呼ばれる。発育阻害は長い間の不十分な食糧摂取から生じる慢性的な栄養失調を表している。

(2) 「身長に対する体重」

子供が、「身長に対する体重」に対して中央値のマイナス2標準偏差値 (-2SD)以下のとき、身長に対して低体重であることを示している。この状態を消耗症(ウエスティング)⁵³と呼ばれる。消耗症は慢性的ではなく急激な栄養状態の不足を反映している。

(3) 「年齢に対する体重」

「年齢に対する体重」は「年齢に対する身長」と「身長に対する体重」を合わせたもので、子供が中央値のマイナス2標準偏差値 (-2SD)以下のとき、慢性的な栄養失調か急性の栄養失調を表している。「年齢に対する体重」は子供の栄養状態を知るよい指標である。

次の表4-32は88年と94年のDHSの結果である。88年と94年を比べて消耗症の割合が発育阻害の割合より大きく悪くなっていることから、急激な栄養状態の不足が94年に増加したことが明白である。一番の理由は91/92年の旱魃が94年の食糧状態にも影響し、それが多くの子供の栄養失調の原因と思われる。逆に3SD以下で示される非常に悪い発育阻害が改善されたのは子供食糧補給プログラムなどの政府及びNGOのプログラム、そして水施設・トイレなどの環境衛生の改善、経済的理由、その他の要因が挙げられる。

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 (%)

	2SD 以下		3SD 以下	
	88年	94年	88年	94年
年齢に対する身長	20.3	21.4	8.7	6.1
身長に対する体重	1.1	5.5	0.2	0.7
年齢に対する体重	9.9	15.5	1.6	3.0

(注) : 94年の調査は3歳以下の子供を対象にしており、88年の調査は5歳以下の子供を対象に行なわれたため、厳密な比較はできない。

出所 : DHS 1988, 1994 CSO

表4-33は94年のDHSによる都市部・農村部、男女別及び子供の年齢別の低栄養状態の出現率である。都市部・農村部では発育阻害は農村部が都市部の約1.3倍と多く、慢性的な食糧不足が農村部の方が多いことを示している。ところが消耗症は農村部の方が少なく、旱魃の影響は農村部では過去の蓄えがあることから、都市部の方が大きいことを示唆している。

男女別では、大きな差はないが、女兒が男児よりも栄養状態がいい。

発育阻害、消耗症とも24ヶ月以下の子供が食糧状態に関して一番傷つきやすいことを示している。子供の栄養状態が子供の発育上一番重要な時期である。表4-34は明らかにこれを示しており、12-23ヶ月の子供が一番発育阻害、消耗症とも多い。

⁵² Stunting

⁵³ Wasting

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 (%)

区分	年齢に対する身長		身長に対する体重		年齢に対する体重	
	-2SD 以下	-3SD 以下	-2SD 以下	-3SD 以下	-2SD 以下	-3SD 以下
都市部	17.6	5.6	6.1	0.5	12.5	1.8
農村部	22.8	6.3	5.3	0.8	16.6	3.4
男	21.7	6.9	6.5	1.1	17.3	3.4
女	21.1	5.3	4.5	0.4	13.8	2.6
6ヶ月未満	3.5	1.0	3.0	0.8	1.8	0.0
6-11ヶ月	10.2	2.2	7.6	0.8	9.9	1.8
12-23ヶ月	31.0	9.8	7.4	0.9	22.9	4.0
24-35ヶ月	28.7	7.6	3.6	0.6	19.2	4.3
合計	21.4	6.1	5.5	0.7	15.5	3.0

出所：DHS 1994 CSO

B) 母乳

母乳は6ヶ月未満の子供に必要な栄養を与える。ジンバブエでは都市部、農村部に問わず、ほぼ100%の子供が母乳で育てられる。95%の子供が生後10-11ヶ月まで母乳が与えられる。生後16-17ヶ月の子供の72%がまだ母乳で育てられる(数値はDHS 1994 CSO)。

母乳への補助食は早くから始められる。2ヶ月未満の子供では水、その他の補助食が約80%の子供に与えられている(数値はDHS 1994 CSO)。また4ヶ月未満の子供では約84%に達している(数値はDHS 1994 CSO)。2-3ヶ月の子供の約3分の2が母乳だけでなく、水、その他の食物が与えられ、4-5ヶ月の子供では、90%の子供が母乳だけでなく他の食物を与えられている(数値はDHS 1994 CSO)。

母乳に水、他の食物を与えることは、下痢症などの感染症の大きな原因となるだけでなく、母乳の栄養効果を落とすことにもなる。このことがジンバブエの子供に急性栄養失調よりも慢性的な栄養失調がはるかに多い一つの原因となっている。

C) ヨウ素欠乏

ジンバブエは内陸国であるため、ヨウ素欠乏がかなり高率で見られる。88年の全国の7歳から16歳の学童164千人を対象とした国家甲状腺腫調査によれば、児童の甲状腺腫の有病率は各県で異なり、マシヨナランド・セントラル県の52%からマタベレランド・サウス県の17%で、全国平均は42%であった(数値は Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994 1994 UNICEF, Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW)。重症な甲状腺腫の割合である可視的甲状腺腫率(VGR)⁵⁴はマタベレランド・イースト県の7%から一番低いマタベレランド・サウス県の0.7%で、全国平均は4%であった(数値は Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW)。

同じ調査によると、郡ではムレワ郡⁵⁵が甲状腺腫の有病率が78%、VGR24%と異常に高かった(数値は“Endemic Goitre in Zimbabwe” 1993 J.R.Mutamba)。88年以降全国的な調査は実施されていないが、90年に2138人のムレワ郡の児童を対象にした調査では、有病率が65%、VGR5.6%と88年よりは低くなった(数値は“Endemic Goitre in Zimbabwe” 1993 J.R.Mutamba)。88年と90年の数字の差は明らかではないが、88年以降に改善が見られたことも考えられるが、もう一つの推測は調査員の技術的な質の差によるものとも考えられる。

⁵⁴ Visible Goitre Rate

⁵⁵ Murewa District

D) ビタミンA欠乏症

91年に全国6000人の児童を対象に、ビタミンA欠乏症の調査が実施された。その結果、ビト一班⁵⁶が0.17%、角膜損傷⁵⁷が0.02%の児童に見られた(数値は Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994 1994 UNICEF)。この調査はジンバブエ全国を対象に、WHOの基準に沿って実施された。WHOの基準ではビト一班が0.5%以下、そして角膜損傷が0.05%以下は公衆衛生上問題ではないとの基準であり、その結果、ジンバブエではビタミンA欠乏症は公衆衛生上問題ではないと確認された。

E) その他の微量栄養素欠乏症

ジンバブエでは、鉄分欠乏症や、ナイアシン、トリプトファンの欠乏によるペラグラ症などに関する調査はされていないため、その状況がわからない。世界銀行発行資料⁵⁸では両欠乏症について下記のように触れている。

(1) 鉄分欠乏症

ジンバブエでは鉄製の鍋の使用と鉄製容器によるビールの飲用のため鉄分欠乏が少ないと推測されているが、近年の生活様式、食生活の変化により、この傾向も変わりつつある。マラリア、住血吸虫症、鉤虫などによる貧血症状が見られる。

(2) ペラグラ症

ジンバブエでのペラグラ症による成人の入院患者はすべて飲酒に関連した患者である。95年の病院統計によると、約15,800例の成人のペラグラ症が報告されている。地域的には主としてマニカランド県、マシング県、ミッドランド県に症例が多い(数字は“National Health Strategy for Zimbabwe 1997-2007 Discussion Draft Document” 1997 MOHCW)。

(2) 慢性病・成人病

ジンバブエは年齢別死亡統計が公表されているように他の途上国と比べると保健医療統計が進んでいる。慢性病・成人病に関する統計も他の途上国と比べると整備されている。しかし、慢性病・成人病の主な統計は主要病院の統計で、診断技術が進歩していないためその信頼性は高くないと思われる。また、農村部ではエイズ、他の感染症対策が重要であるため慢性病・成人病のデータはほとんどない。保健省の疫学・疾病対策部の非感染症課が取り扱っているが、人員、予算の不足のため活動は不活発である。

A) 悪性新生物(癌)

癌は感染症、栄養失調、妊娠出産に伴う妊産婦死亡に次ぐ死亡原因となっている。95年の癌による死亡数は367人、5歳以上の全死亡数の2.6%である(数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

表4-34は90年からの全国およびハラレ市の癌患者症例数である。95年の6058人のうち、66人は海外からのリファラル患者であり、したがってジンバブエ人の癌患者症例数は5992人である。毎年増加しており、95年は90年の約1.3倍である。ハラレ市が全体の約30%以上占めている。95年のジンバブエ人患者を男女別に比較してみると、男性3052人(50.9%)、女性2940人(49.1%)で男性が若干多い。そのうち白人が男性422人、女性388人である。

⁵⁶ Bitot's Spot

⁵⁷ Corneal scarring

⁵⁸ Directions in Development Nutrition in Zimbabwe An Update 1994 Julia Tagwirey/Ted Greiner

表 4-34：全国およびハラレ市の癌患者症例数

年	全国の癌患者数 ^{#1}	ハラレ市の癌患者数 ^{#1} (割合%)
1990	4756	1458 (30.7%)
1991	4745	1457 (30.7%)
1992	4896	1545 (31.6%)
1993	5000	1791 (35.8%)
1994	5023	1784 (35.5%)
1995	6058 (5992) ^{#2}	1924 (31.8%)

(注) ^{#1}：海外からのリファラル患者を含む

^{#2}：弧内はジンバブエ人の患者症例数

出所：Pattern of Cancer in Zimbabwe 1995 Annual Report 1997 Zimbabwe National Cancer Registry

癌の種類を男女別に見ると下記表4-35の通りである。男性ではカボジ肉腫が一番多く、全体の31.6%を占めている。女性では子宮頸癌が一番多く24.9%、次がカボジ肉腫で15.7%である。カボジ肉腫が多いのはHIV/AIDSの流行による影響と考えられる。

表 4-35：男女別の癌内訳 (95年)

男	癌の種類	%	女	癌の種類	%
	カボジ肉腫	31.6		子宮頸癌	24.9
	皮膚癌 ^{#1}	11.1		カボジ肉腫	15.7
	食道癌	7.4		乳癌	8.5
	前立腺癌	6.6		皮膚癌 ^{#1}	7.5
	肝臓癌	6.5		リンパ腫	2.9
	肺癌	3.7		眼癌	2.6
	リンパ腫	3.6		肝臓癌	2.6
	胃癌	3.1		膀胱癌	2.5
	膀胱癌	2.8		卵巣癌、他	2.3
	眼癌	2.4		胃癌	1.9

(注) ^{#1}：黒色腫以外の皮膚癌 (Non-melanoma of skin)

出所：Pattern of Cancer in Zimbabwe 1995 Annual Report 1997 Zimbabwe National Cancer Registry

ハラレ市についても上記同様、男性ではカボジ肉腫が一番多く28.9%、女性では子宮頸癌が一番多いが全体の14.2%と全国と比べてその比率が低い。そのかわり、皮膚癌(黒色腫以外の皮膚癌)が12.6%、乳癌が9.5%と多くなっている(数値はPattern of Cancer in Zimbabwe, 1995 Annual Report 1997 Zimbabwe National Cancer Registry)。

B) 心臓・血管疾患

心臓・血管疾患は年々増加しており、94年は全疾患の約2-9%を占めており、そのうち約85%が高血圧症である。心臓・血管疾患の有病率は5歳以上の人口千対に対して3であり、リュウマチ性心臓病は0.4である。また高血圧症は30歳以上の人口に対して8.5/人口千対である(数値は"Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW, "Report of Non Communicable Disease Unit" 1997 MOHCW)。

表4-36は、慢性病の外来患者数とその割合である。保健省では主なる病院の慢性病の患者のデータを集計しているが、それによると、高血圧が全慢性病外来患者の約27%を占め、結核について高い。(但し慢性病には表4-37の通り、エイズ、結核、ハンセン病等も含まれる)

表 4-36 : 慢性病の外来患者数と割合 (95 年)

病名	外来患者数	%
糖尿病	5064	5.3
喘息	9776	10.2
結核	21669	22.5
ハンセン病	281	0.3
癲癇	4151	4.3
精神病	4743	4.9
身体障害	3670	3.8
高血圧	25592	26.7
リウマチ性心臓疾患	3355	3.5
エイズ	4461	4.6
HIV 関連疾患	10943	11.4
癌	2421	2.5
合計	96129	100.0

出所 : "Report of Non Communicable Disease Unit" 1997 MOHCW

心臓・血管疾患は、94 年では全入院数の約 3-3.5% を占め、その中では、高血圧が 50%、次いで肺血管疾患 32%、脳血管疾患 9.6%、リウマチ性心臓病 8.4% である (数値は "Report of Non Communicable Disease Unit" 1997 MOHCW)。

同じく 94 年では、脳血管疾患が 1049 例あり、93 年から 35% 増加した。致命率では脳血管疾患が一番高く、17.3%、次が肺血管疾患の 12.3% でリウマチ性心臓病、高血圧症は 5.2%、3.1% と低い (数値は "Report of Non Communicable Disease Unit" 1997 MOHCW)。高血圧症は地域的に差がなく全国的な問題となってきた。 (保健省疫学・疾病対策部非伝染病課長代理ムダリクワ氏談)

(3) 精神障害

精神障害も、慢性病、成人と同様に感染症などとくらべて優先度が低く、統計資料も少なく、あまり調査もされていない。

表 4-37 は 91 年から 95 年まで病院の外来患者に基づく精神障害患者数の推移である。診断力が低いためか、新患者の数は大きくは増えていない。

表 4-37 : 精神障害患者数の推移

年	新患者数	旧患者数	合計
1991	4484	83568	88052
1992	5076	92614	97690
1993	2703	67462	70165
1994	1974	56784	58758
1995	4865	100021	104886

出所 : Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

次の表 4-38 は同じく外来患者の統計に基づく精神障害の内訳である。精神分裂症が癲癇について高く、全体の 26% である。アルコール依存、薬物依存は非常に低い。

表 4-38：精神障害の内訳 (95年)

精神障害	症例数	%
痴呆	71	1.5
精神分裂病	1265	26.0
躁病・軽躁病	58	1.2
鬱病	576	11.8
不安神経症	177	3.6
アルコール依存	51	1.0
薬剤依存	61	1.3
精神発達遅滞	533	11.0
癲癇	1344	27.6
その他、不明	729	15.0
合計	4865	100.0

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995-1997 MOHCW

精神障害については、特に農村部での診断が難しいため、過小報告されており、実数はかなり多いことが推測される。鬱病は農村部で多く、約20%のRHC患者が鬱病であるともいわれている。癲癇も多いが減少している。薬物依存はジンバブエでは覚醒剤に対し警察、税関の取り締まりが非常に厳しいため、ほとんど見ない。大麻も違法だが、伝統的儀式等で使用するため、あまり厳しく取り締まりはしていない。喫煙も近年増えてきている。ジンバブエでは飲酒は8歳未満禁止だが、喫煙については規制がない。(保健省疫学・疾病対策部非伝染病課長代理 ムダリクワ氏談)

(4) 身体障害

次の表4-39は90年から95年までの主な新しい身体障害者の内訳である。全体的傾向としては年々身体障害者の罹患率が高くなっている。95年は千人に3.7人の割合で発生している。身体障害のタイプでは、整形外科的・軟部組織障害(外傷)が一番の身体障害である。全体の約半分を占めている。家庭、職場、交通事故が原因である。神経障害が増えているのは、成人に増加する高血圧が原因で、治療が十分に行なわれないと、脳血管疾患で、片麻痺を引き起こす。精神的障害が一番過小報告されており、十分にまだ身体障害として認識されていない。

表 4-39：身体障害者の内訳と推移

身体障害のタイプ	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年	
						人数	割合(%)
呼吸器	2914	3209	4071	3972	5239	6506	15.4
整形外科的・軟部組織	10690	12705	13652	15233	17587	20539	48.7
神経	2874	3838	3912	3882	4773	5682	13.5
火傷	1679	1831	2447	2013	2072	2591	6.1
精神的	612	660	972	960	946	1423	3.4
脳麻痺	1081	1349	1110	1053	930	1054	2.5
知的	722	820	881	882	1012	928	2.2
先天奇形	579	671	772	790	741	833	12.0
視覚	196	219	457	432	289	518	1.2
聴覚・言語	356	648	687	744	2031	1911	4.5
複合	193	186	239	246	191	159	0.4
合計	21896	26136	29200	30207	35811	42144	100.0
罹患率(人口千対)	N/A	2.6	2.8	2.8	3.2	3.7	

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995-1997 MOHCW

この患者数はリハビリテーションセンター利用の対象となる身体障害者の新患者数で実際にはすでに身体障害である人、農村部などでリハビリテーションに参加しない人などもおり、実数は不明である。

95年のリハビリテーションセンターでの新身体障害者42,144人の身体障害原因内訳は、家庭での事故が30.5%、労働事故が9.7%、交通事故7.6%と事故による身体障害が全体の約半数47.8%を占めている(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。また交通事故による身体障害が91年は5.2%、94年6.3%であり年々増えている。その他、先天性身体障害が5.5%、病気による身体障害が20.6%である(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

4.3.3 傷害・事故

傷害・事故は近年常に外来患者数の統計ではトップ5に入っており、保健医療だけでなく、大きな社会問題でもある。表4-40は90年から95年までの傷害・事故患者数(外来)、全外来患者数からの割合と発生率である。傷害・事故患者数が毎年増加しており、全外来患者数の約4-6%を占めている。

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

年	傷害・事故患者数 (発生数)	全外来患者に対 する割合 (%)	発生率 (人口千対)
1990	490301	4.6	49.6
1991	764045	6.2	75.5
1992	581179	5.6	55.9
1993	651332	5.8	60.7
1994	719553	5.6	64.5
1995	782507	6.1	67.9

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

傷害・事故による死亡数は全死亡数の10-15%を占めている(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。一番大きな事故死亡原因は交通事故で、次が自殺である。

表4-41は年齢別、障害別の入院傷害・事故患者数と死亡数である。5歳未満では火傷が入院数、死亡数とも一番多く、全体の33.4%占めている。5歳以上では骨折が入院数、死亡数とも一番多いが、致命率は内臓損傷が圧倒的に高い。

表 4-41：年齢別、障害別の傷害・事故入院患者数・死亡数

障害	5歳未満		5歳以上		合計	
	入院患者数	死亡数	入院患者数	死亡数	入院患者数	死亡数
骨折	975	5	10359	107	14389	254
内臓損傷	142	7	1434	55	2793	214
外傷	1095	8	9350	81	11306	104
火傷	1683	42	2436	70	4996	214
毒物	551	31	2168	70	4025	172
その他	592	11	4276	40	5080	51
合計	5038	104	30023	423	42589	1009

出所：Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

傷害・事故が身体障害の50%の原因を占めている(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。労働災害も多く特に、輸送業、鉱業、そして森林業が多い。また、自殺、強姦、家庭内暴力も増加している。

4.3.4 歯科疾患

歯科疾患は医療施設の外来患者統計で上から10番以内に入る受診頻度が多い疾患である。95年に実施された国家歯科疾患調査によると、歯周関連疾患、虫歯の有病率は高いが、重症な症例は少ないとの報告である。しかし、歯周炎、虫歯治療が必要な人の割合は21%と非常に高いが、治療を受ける意志がないか、受ける意志があってもなんらかの理由で治療を受けないことを意味している(数値は“National Health Strategy for Zimbabwe 1997 – 2007 Discussion Draft Document” 1997 MOHCW)。このことは成人への歯科健康教育の必要性を示唆している。

4.4 疫学データベース

4.4.1 保健省の定期的な疫学データベース

疾病対策を有効且つ効率的に実施するには疾病の監視に基づいたしっかりした計画と管理体制が必要である。疾病の監視のために国家保健情報システム(NHIS)⁵⁹が85年に設立された。保健省の疫学・疾病対策部(EDC)が管轄であり、その中の保健情報システム課⁶⁰が作業を行なっている。四半期および年度の報告書が作られ、郡レベルまで配布される。

疾病に関するデータ収集の主なものは下記の通りである。

(1) 外来患者のデータ収集システム

単に外来患者の疾病だけでなく、子供の成長記録、予防接種率、それと予防接種で防げる疾病の発生状況、妊婦の統計なども収集される。すべての公的保健医療施設から毎月サマリーが疫学・疾病対策部へ送られてくる。

(2) 入院患者のデータ収集システム

ICD-10に沿って入院患者の疾病のデータがすべての公的保健医療施設から疫学・疾病対策部へ送られてくる。

(3) 届出伝染病報告システム

届出伝染病についてのデータを保健医療施設から収集され毎月のデータが疫学・疾病対策部に報告される。届出伝染病はコレラ、ジフテリア、肝炎、流行性脳脊髄膜炎、ペスト、ポリオ、狂犬病、破傷風、発疹チフス、ウイルス性出血熱⁶¹、黄熱病、炭疽病である。

(4) 週間監視所報告システム⁶²

週間監視所報告システムは94年に設立された。これは届出伝染病を含む重要な疾病の週間サーベイランスシステムで、全国にある報告監視所から指定された疾病のデータが電話、e-mail、ファックスなどを使って毎週疫学・疾病対策部に報告される。現在報告が義務づけられている疾病は赤痢、マラリア、麻疹、ポリオ、新生児破傷風、狂犬病、疫病、炭疽病、髄膜炎、ポリオなどであるが、非常に柔軟に対応しており、その他の病気も必要に応じて加えられる。例えば97年には疾病流行(アウトブレイク)となった流行性脳脊髄膜炎が加えられている。毎週、RHC、ルーラル・ホスピタルを含む601の保健医療施設から保健省本省にデータが送られてくる(数値は“Third

⁵⁹ The National Health Information System

⁶⁰ Health Information System Unit

⁶¹ Haemorrhagic fever

⁶² Weekly Sentinel Sites Reporting System

Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW)。これは全保健医療施設の約41%に相当する。また、全国の8郡および都市自治体運営の検査室から検査データが送られる。最近ではe-mailを使ったデータ送付が多い。e-mailは、すべての中央病院と県保健医療事務所、約半数の郡病院、それと私立病院、ミッション系病院、自治体病院の一部など計63ヶ所の保健医療施設に設置されており、そのうち実際に稼働しているのは96年12月現在49ヶ所である(数値は保健省疫学・疾病対策部資料1997)。毎週のデータ回収率は80%を超えている(数値は保健省疫学・疾病対策部資料1997)。疫学・疾病対策部の保健情報システム課では集められたデータを市販ソフト、D-Base/EPI-Infoに基づいて作られた独自のソフトを使ってグラフ等も含まれた簡単な週間報告書を毎週作成し、疫学・疾病対策部関係者でその内容が討議されている。このサーベイランス・システムはDANIDAが援助している。

このサーベイランスにより、疾病流行(アウトブレイク)が随時報告されるようになり、疾病対策プログラムへ大きなインパクトを与えているのは明白である。

- (5) 保健医療施設利用状況のデータ収集システム
全国の保健医療施設の病床数とその利用率のデータを収集
- (6) 結核報告システム
結核については結核診断センターが一般の医療施設とは別に機能しているため、上記とは別にデータの収集を行なっている。(第5章「保健医療プログラム」5.10「結核対策」参照)
- (7) エイズ報告システム
エイズ対策はNHISが設立された後に始まったため、上記収集システムのために作られた各種のフォームの変更が難しく、そのため、HIV/AIDS報告のために別の情報収集システムが作られた。このシステムには監視所サーベイランス・システムも含まれている。(第5章「保健医療プログラム」5.8「エイズ対策」参照)

4.4.2 その他のデータベース

(1) ナショナル・ダイジェストの出版

ジンバブエの保健医療従事者へ世界の保健医療情報を提供するために、87年からジンバブエ大学医学図書館よりジンバブエ・現代保健情報(CHIZ)⁶³が出版されている。WHOがMEDLINEを通して毎月世界の保健医療の情報を提供し、また世界の保健医療情報雑誌⁶⁴から情報を抜粋し、四半期ごとに出版されている。

CHIZはジンバブエの約1200に医師、看護婦、薬剤師などの保健医療従事者に配られるだけでなく、近隣諸国、WHOなどの国際援助機関にも配布されている。これは首都、ハラレ市から離れ、情報が入手しにくい地方の保健医療従事者への大きな情報源となっている。このCHIZは近年ガーナ、ザンビアなどで、この種の情報誌のモデルとなっている。

⁶³ Current Health Information Zimbabwe

⁶⁴ Health Policy and Planning, World Health Forum, Central African Journal of Medicine, Tropical Doctor など

(2) WHO/AFRO 27 による世帯調査

88年、90年、93年に全都を対象とした世帯調査を保健省が実施した。93年の世帯調査は地方の住民の健康状態をモニターするため、予防接種率、識字率、必須医薬品の供給、成人死亡率、母子保健サービス、家族計画、衛生環境などについて、27のWHOインディケータに沿った質問状を使い、各郡、100世帯のインタビューで実施された。

(3) センティネル・サーベイランス

公務員・労働・社会福祉省がESAPのコンポーネントの一つである、社会調整プログラム(SDA)の影響を知るために定期的に実施しているサーベイランスで、世帯、学校、店などを対象に住民への社会福祉、公共サービスの状況、日用品の入手状況などを調査している。UNICEFが資金援助しており、96年までに6回実施している。

「4 疾病構造」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. Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW
3. "HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions" 1997 NACP MOHCW
4. "Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000, Version 2" 1997 MOHCW
5. "National Health Strategy for Zimbabwe 1997 – 2007 Discussion Draft Document" 1997 MOHCW
6. "Weekly Report on Rapid Notification of Diseases Death and Public Events Week No 40" 1997 MOHCW
7. "Report on Non Communicable Disease Unit" 1997 MOHCW
8. Pattern of Cancer in Zimbabwe 1995 Annual Report 1997 National Cancer Registry
9. "Safe Motherhood in Zimbabwe A Situation Analysis Discussion Document" 1996 UNICEF/MOHCW
10. "The Early Socio-Demographic Impact of the HIV-1 Epidemic in Rural Zimbabwe" 1996 Blair Research Institute/University of Oxford
11. "6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring" 1996 UNICEF/GOZ
12. "Programme Review and Strategy Development Report Draft" 1996 UNFPA
13. Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW
14. DHS 1988 1994 CSO
15. "Women's Health in Zimbabwe, A Path to Development" 1994 WHO/MOHCW
16. Census 1992 Zimbabwe National Report 1994 CSO
17. Directions in Development Nutrition in Zimbabwe An Update 1994 The World Bank
18. Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994 1994 UNICEF
19. "Endemic Goitre in Zimbabwe" 1993 J.R.Mutamba
20. "National Malaria Control Programme Five-Year Plan 1994 – 1998" 1993 MOHCW
21. Annual Report 1996 発行年不明 NACP MOHCW
22. "Second Medium Term for the Prevention, Control and Care of HIV/AIDS/STD 1994 – 1998" 発行年不明 GOZ
23. "Health Facilities Report 94/95" 発行年不明 CSO/MOHCW
24. Annual Report 1994 発行年不明 MOHCW/CSO

5 保健医療プログラム

5.1 総論

ジンバブエでの疾病対策プログラムの基本は、国の保健医療対策政策に基づいて、保健医療サービスの優先度の決定を行ない、PHC 理念に基づき、強力なフィールドワークを実施するためのサーベイランス、公衆衛生教育、検査室の整備、病原媒介物対策などの実施によって維持されてきた。そして重大死因、疾病原因そして身体障害の原因となっている感染症、寄生虫症、熱帯性疾患などの対策に大きな注意が注がれてきた。ジンバブエでのこれら伝染病対策プログラムは政府の地方分権化政策に基づいて、フィールド職員の、保健省本省から県への移転、県保健省疫学疾病対策部への職員の配置、環境保健職員の任命など85年から各県への移譲が進められてきた。そして90年からは郡への移譲も開始され、県レベル、郡レベルでの対策も成果を収めている。今後はさらに郡レベルへの地方分権化を進め、国の保健医療政策と今まで成し遂げてきた保健医療サービスの経験に基づき、郡レベルでの保健医療制度の強化をより進めることである。

近年、生活様式の変化、環境の変化、そして都市化により出現してきた癌、心臓・血管疾患、事故・傷害などの非伝染病についてはいままでも注意が払われてこなかったため、いろいろ対策プログラムが考えられるが、優先度と人材、予算の問題で実行に移されていない。PHCの中でこれら慢性的な疾病の対策が画一的に統合されすぎているため、限られた人材と予算での即効的且つ有効的な対策は講じにくい、各種キャンペーンやキャッチ・アッププログラムなどで疾病ごとに対策を講じる努力が必要である。

2000年までの目標は、郡レベルで、有効性、効率性、技術的な質の高さ、そして公平さをともなった疾病対策が実現できるようにするため、強力な国の保健医療サービスを築きあげることである。

ジンバブエが目標としている「2000年までにすべての国民に健康を」⁶⁵に基づいて97年に実施された「2000年までにすべての国民に健康を」に対する第3次評価報告書⁶⁶による疾病対策の重点項目は下記の通りである。

- (1) 子供食糧補給プログラムによる強力な早魃救済プログラムの設置
- (2) エイズ対策プログラムのサポートのためにSTDプログラムの強化
- (3) 結核対策プログラムの再編成と強化
- (4) 子供生存プログラムの強化
- (5) コレラ、赤痢対策プログラムの設立と下痢症対策の強化
- (6) 妊婦、母親を含む女性疾病対策プログラムの構築
- (7) マラリア対策プログラムの再編成と強化
- (8) 公衆衛生教育の強化
- (9) 地方分権化を進めるための保健医療サービスの再編成とリストラ、そして保健医療問題に関する焦点の統合

⁶⁵ Health For All By The Year 2000

⁶⁶ Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2 1997 MOHCW

5.2 プライマリー・ヘルス・ケア

ジンバブエにおいてプライマリー・ヘルス・ケアは、保健医療サービスの改善と統合を成し遂げ、保健医療の不公平を是正するために82年に導入された。そしてその後の国家保健医療計画の一番の柱となっている。プライマリー・ヘルス・ケアは、保健医療活動を社会・経済開発の一部分と位置づけ、地域社会との協調、住民参加による保健医療サービスへのアクセスの拡大、低コストによる持続可能性の確保を目的とした政策であり、これにより、ジンバブエの保健医療制度は従来の中央政府依存型から保健医療の地方分権化により、地域社会の自助努力に重点が移行されるようになった。

PHC活動の中で、末端での鍵となる保健要員はビレッジ・コミュニティー・ワーカー (VCW) である。PHCの導入に伴い、すべての郡にビレッジ・ヘルス・ワーカー (VHW)の養成所が設置された。ビレッジ・ヘルス・ワーカーは組織された保健医療サービスとコミュニティーとをつなぐ重要な役割を担っている。84年2月に「首相指令」⁶⁷により、当時の地域開発・女性省⁶⁸管轄の「家庭経済助手」⁶⁹とVHWが統合され、VCWが作られた。VCWは保健医療分野の活動ばかりでなく、その他のコミュニティーベースの村落開発にも携わっている。VCWは保健省の職員ではなく、現在は国家問題・雇用創出・協同組合省の管轄となっている。

88年から89年にかけて全国のVCW約7400名を対象に「開発は住民とのダイアログから始まる」という哲学のもとでSIDA, UNICEF, CIDAの援助により大掛かりなトレーニングプログラムが実施された。

保健分野でのかれらの仕事は、個人の衛生、環境衛生、予防接種、母子保健等の問題に関する教育、推進、予防の働きかけである。また、簡単な治療や、ORTの指導も行う。現在約8000名のVCWがいるが実際に活動しているのは約7500名である。VCWは保健分野の訓練が終了すると、簡単な薬等のキットと自転車が支給される。VCWの指導はRHCが行う。1ヶ月約100時間程度、パートタイムベースで仕事に従事する。給料は現在月額100Z\$だが近々350Z\$に引き上げられる予定である。VCWはコミュニティーで選ばれ、ほとんどが女性(86%)で年齢は21才から71才までの範囲で平均年齢は47才である(数値は“VCW Information Updating Survey” 1997 UNICEF)。平均年齢が高いのは彼女たちが80年代にリクルートされ、そのまま継続しているためである。ジンバブエには約12000の村があり、すべての村にVCWがいるわけではない。政府はすべての村にVCWを設ける計画だが、資金不足のため実施されてはいない。(UNICEF 保健医療担当官ヘンダーソン女史談)

問題点はいずれの仕事が保健医療分野に限らないため、仕事範囲が広がる一方で、様々な分野の調整が不十分であること、また手当が少ないこと、自転車は支給されるがそのパーツがなく故障したら使えなくなり、活発な活動が十分に行えていない。

これらVCWはもっとも貧しいコミュニティー・ランドに配置されているが、大規模商業農家のあるコマーシャル・ランドでは政府の社会開発サービスは限られており、保健省のRHCやVCWの制度はない。保健医療の問題に対処するためにファーム・ヘルス・ワーカーが活動しているが、農場主の支援も少なく活動は困難である。ファーム・ヘルス・ワーカーの詳細については資料がなく明らかでない。

⁶⁷ Prime Minister's Directive

⁶⁸ Ministry of Community Development and Women's Affairs

⁶⁹ Home Economics Demonstrators

5.3 予防接種対策

政府は82年に「公平な保健医療」「PHCの導入」に基づき、6つの小児疾患、麻疹、破傷風、ジフテリア、結核、ポリオ、百日咳に起因する死亡を減らすため、UNICEFの援助で、ジンバブエ拡大予防接種プログラム(ZEPI)を開始した。

下の表5-1は84年から96年までの予防接種普及率である。予防接種の普及率は90年を除いて95年までは全体的に増加傾向にある。90年は他の健康指標と同様に減少が見られる。これは他の健康指標の低下と同様、ESAP、早魃、エイズ流行などによる保健医療サービスの低下による。また加えて、宗教グループ、アポストリック(Apostolic)信教の一部が予防接種に強く反対していることもこの低下につながっていると考えられる。

また、96年はBCGが大幅に減少している。ファックスによるデータの入手しかなかったためこの減少の理由については不明である。

この報告は保健医療施設で一部報告漏れがあり、実際は普及率はもっと高いとの報告もある。WHOのガイドラインに基づいて88年と91年に実施した調査では約10%高い普及率であった(数値は *Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994 1994* UNICEF)。

政府の目標は2000年までにすべての予防接種率が90%に達することであるが、いまのところ目標を達成していない。

表 5-1：予防接種普及率の推移

年	BCG	麻疹	ポリオ ^{#1}	DPT ^{#1}
1989	87.1	79.3	83.1	83.5
1990	77.1	79.0	80.7	81.2
1991	82.6	80.7	84.6	84.5
1992	91.0	80.5	78.0	81.0
1993	88.4	77.2	71.1	70.8
1994	92.0	79.4	82.1	81.5
1995	94.0	82.4	85.9	84.3
1996	78.1	83.0	82.7	80.5

(注) 一歳未満乳児対象、単位は%

^{#1}: ポリオ、DPTともに3回接種

出所: 1989-1992: "Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW、1993-1996: "Zimbabwe National Health Profile 1996 (抜粋)" 発行年不明 MOHCW

なおWHOの資料⁷⁹では97年7月現在の予防接種率がBCG79%、麻疹77%、ポリオ(3回接種)76%、DPT(3回接種)76%とBCGを除いて保健省の数字より低くなっている。

次の表5-2は96年の地域別にみた予防接種普及率である。一部100%を超えているものもあるが理由は不明である。接種率に地域差があり、地域により大きなばらつきがある。全体的にマタベランド・ノース県の接種率が低い。

⁷⁹ Global Immunization Coverage

表 5-2: 地域別の予防接種普及率

県・都市	BCG	麻疹	ポリオ ^{#1}	DPT ^{#1}
マニカランド県	83.6	76.4	76.4	74.7
マショナランド・セントラル県	77.3	81.4	78.5	80.5
マショナランド・イースト県	85.0	102.9	93.7	68.4
マショナランド・ウエスト県	84.6	88.9	83.4	82.6
マシング県	110.4	89.9	89.9	89.6
マタベレランド・ノース県	63.4	71.0	72.1	71.8
マタベレランド・サウス県	80.5	80.5	87.6	86.7
ミッドランド県	78.7	75.1	75.9	77.5
ブラワヨ市	47.1	75.1	78.7	79.6
チトウングザ市	68.6	153.9	93.1	93.1
ハラレ市	52.5	70.1	89.3	90.2
全国	78.1	83.0	82.7	80.5

(注) 一歳未満乳児対象、単位は%

^{#1}: ポリオ、DPTともに3回接種

出所: "Zimbabwe National Health Profile 1996 (抜粋)" 発行年不明 MOHCW

91年の保健省の調査によれば、予防接種が実施された場所としては、全体の69%はRHC、クリニックなどの第1次レベルの保健医療施設、13%が郡病院、県病院などの病院、そして18%が自動車を用いた移動サービスであった(数字は「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)。

予防接種プログラムは、人員は保健省が提供しているものの、ワクチン、機材等の提供で下記の援助団体が協力してきた。

UNICEF: コールド・チェーンに必要な機材(冷蔵庫、保冷ボックスなど)等の供与、針、注射器の供与

CIDA: 86年からEPIへの援助を始め、移動サービスのための車両の供与、調査に対する資金援助

SIDA: ワクチンの提供

予防接種プログラムのもう一つの問題は、PHC活動の中の予防接種プログラムとして統合されすぎて、疾病ごとの個別の対応が軽視されていたことである。そのため、麻疹のように個々に目標を設定しづらくなっている。そこで政府は疾病ごとに国家予防接種デーのようなキャンペーンやキャッチ・アップ・プログラムなどを実施して、より公衆衛生的なアプローチの実施を心がけている。96年8月と9月には10日間のポリオ予防接種デー・キャンペーンを実施し大きな成果を上げた。95%の子供をカバーすることができただけでなく、ジンバブエでのセクター間の協力、そして政府の強いサポートがまだ存在していることの証明となった。97年には予定はないが、98年は麻疹の予防接種キャンペーンを実施する予定である。(保健省疫学・疾病対策部副部長、ピョティ氏談)

また、予防接種プログラムに欠かせないコールド・チェーン機材、車両などのバックアップサポートは80年代に整備されたもので老朽化が激しく、今後これら機材、車両の入れ替えが必要となってくる。

ポリオ対策については他の予防接種で防げる病気よりも、システムが確立している。

AFPサーベイランスは疫学・疾病対策部が実施している「週間監視所報告システム」¹¹⁾の中に組み込まれており、全国の保健医療施設からのデータの回収率は80%を超えている。AFP・ポリ

¹¹⁾ 4.4 「疫学データベース」参照

オの症例確定のために保健医療従事者の養成も実施し、ボリオのための便回収キットと検査室へのその輸送手段も確保している。また、ボリオ患者確定のための検査室も強化されている。

5.4 栄養問題対策

保健省では、母子保健・家族計画部にある国家栄養課が栄養失調等の栄養問題を管轄しており、他の省庁との調整を含むすべての栄養関連プログラムを担当している。

具体的には次のプログラムを実施している。

(1) 栄養調査と栄養サーベイランス

国家保健医療情報システムの一環で、子供の体重測定とそのモニタリングを実施、また、各種の栄養調査を実施

(2) コミュニティー・ベース・成長モニタリング

タンザニアでのイリング共同栄養サポートプログラムの実施後、92年に2郡の2区においてコミュニティ参加による子供の成長調査を実施、住民参加が積極的であったことから全国レベルへの展開を実施予定

(3) 子供食糧補給プログラム

独立後、直ちにNGOが中心となって、SIDAの援助で、5歳以下の子供を対象に国家子供食糧補給プログラムが始まった。プログラムは単に食糧の供与だけでなく、栄養教育も実施した。91/92年の早魃、NGO、その他の援助団体、他と協力して、約3000のプログラムを通して、150万の5歳以下の子供に食糧を配布した。また、94年の早魃の際は約100万の5歳以下の子供に食糧を配給した(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。

(4) コミュニティー食糧・栄養プログラム

89年にSIDAの援助で始まった食糧補給生産プログラムが名前が変わり、コミュニティ食糧・栄養プログラムとなり、SIDAだけでなく、政府、NGOも加わった。このプログラムは農村部の住民に野菜だけでなく、栄養価の高いピーナッツやそら豆などを共同農地で生産することを進めるプログラムである。

(5) 母乳促進

ジンバブエの母乳促進は積極的で85年には公衆衛生法で、母乳代替品(人工乳)を法律で規制した。保健省国家栄養部も「子供にやさしい病院」⁷²の設立を通して、母乳促進には積極的に取り組んでおり、95年までに18の病院が「子供にやさしい病院」に指定されている(数値はCountry Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW)。

(6) 微量栄養素プログラム

政府は国家ヨウ素欠乏症対策プログラムを始め、ヨウ素のカプセルを甲状腺腫の罹患率が高かったムレワ郡などに配給した。

90年のフォローアップ調査では、甲状腺腫の罹患率は88年よりは下がったが、まだムレワ郡では65.1%であった(数値は“Endemic Goitre in Zimbabwe” 1993 J.R.Mutamba)。

また、ジンバブエで消費されるすべての食塩はヨウ素化されることを法律で義務づけた。95年2月にはさらに、1kgの食塩に30-90mgのヨウ素を含むように法律を改正

⁷² Baby Friendly Hospital

した。ジンバブエでは塩はすべて輸入に頼っており、法律の遵守の監視も行われている。

96年に食塩のヨウ素化について調査が実施された。約62%の食塩は既定値にヨウ素化されていたが、35%は既定値以下であった(数値は“6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ)。

政府は2000年までに甲状腺腫の有病率を5%にし、すべての食塩を既定値にヨウ素化することを目標にしている。

国家食糧・栄養政策を策定するために保健省だけでなく他の関係省庁も参加して国家食糧・栄養対策本部が設立された。また、食糧・栄養プログラムの省庁間での協力をより円滑にするために国家食糧・栄養委員会の設立が提案されている。

5.5 母子保健対策

母子保健は保健省の母子保健・家族計画部が担当しており、産前産後の母子における健康管理の質の向上を図ることを目的として産前検診、産後検診、破傷風の予防接種、保健医療施設での出産の推進などの母子保健プログラムを実施している。

5.5.1 産前検診

妊娠中の女性が医療施設で検診を受ける割合はいろいろな調査で異なっている。保健省の母子保健・家族計画部が定期的に全国の医療施設から集計しているデータでは95年の産前検診の割合は77.5%であった(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。これに対し、94年のDHSでは93%、また91年の母子保健調査では95%であった(数値は Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW)。年による推移については定期報告では91年が78.9%、また88年のDHSでは91%とほとんど変化がないことをすべての調査が示している(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。

この3つの調査で一般的に言えることは、最初の産前検診を受ける女性の多くが妊娠第3期(28週以降)に受診しており、95年では全体の38%に相当している(数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。これは初めての産前検診として遅すぎることである。また、3つの調査とも非常に高い産前検診の普及率を示しているが、そのサービスの内容と質についての包括的な報告がないが、92年の調査⁷³によると産前検診の内容を下記のように報告している(数値は“Safe Motherhood in Zimbabwe A Situation Analysis Discussion Document” 1996 UNICEF/MOHCW)。

- (1) 調査したすべてのRHCに十分に機能する血圧計がある
- (2) 50%のRHCにしか産前検診用の体重計がなくそのうちで83%が使われていない状態である
- (3) 31%のRHCにヘモグロビン測定器があるが3ヶ所のRHCでしか使われていない
- (4) 24%のRHCにしか採血チューブがない
- (5) 66%のRHCにしか尿検査機器がない

⁷³ マタベレランド・ノース県の30のRHCで171人の妊婦を対象とした調査

また、この調査によると、測定記録が不完全になされており、RHCの職員の30%しか危険妊娠の知識がなかったと報告されている。

97年に保健省母子保健・家族計画部ではサービスの内容と質について全国的な調査を実施した。近々その結果が公表される予定である。

地域別の産前検診の普及率については保健省の定期報告では地域により大きな差が生じている。産前検診を最初に受診する割合に基づいた産前検診普及率の最も高いのは95年ではマシヨナランド・セントラル県の94.4%、一番低いのはハラレ市の54.1%で、続いてマタベレランド・ノース県で61.5%である。マタベレランド・ノース県は医療施設までの平均距離が一番長い県であり、そのことがこの普及率の低さに影響しているものと思われる。ハラレ市が低いのは民間の医療施設を利用している女性が多いためと考えられる(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。

5.5.2 出産

女性、子供の健康上のリスクを少なくするには、医療施設での出産を勧め、合併症や感染症を減らすことが重要と考えられる。出産についても産前検診と同様に3つの調査で数字が異なる。

94年のDHSでは69%の女性が訓練を受けた医療従事者により出産が行なわれた。この割合は88年のDHSでは70%とほとんど変化がない。88年から94年の唯一の変化は友人や親戚のもとでの出産が減り(20.3%から10.8%)、伝統的助産婦(TBA)⁷⁴のもとでの出産が増加したことである(6.3%から17.4%)(数値はDHS 1988 1994 CSO)。TBAについては81年以来西洋医学に基づいた訓練を実施することがTBAでの出産が増加した一因と考えられる(TBAについては次項参照)。

母子保健調査では92年には5人に4人が医療施設で出産を行なっていると報告されている(数値はCountry Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW)。しかし、都市部では90%が医療施設を利用しているのに対し、農村部では60%しか出産のために医療施設を利用していない。

保健省のルーティンのデータでは、訓練を受けた医療従事者のもとで出産した女性の割合は87年が49.8%、95年が61.6%であった(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。95年の地域別では産前検診と同様にマシヨナランド・ノース県がいちばん低く、35.9%で、ハラレ市は81.9%である(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。

5.5.3 伝統的助産婦

ジンバブエでは伝統的助産婦(TBA)の人数などに関するデータがない。4万人以上いると推定されている(数値はZINATHA 広報担当シバンダ氏 1997)。政府は81年からTBAに西洋医学に基づいた出産を推進させるためにUNICEF、UNFPA、他の資金援助で、TBAの訓練を開始した。90年12月現在32075人が訓練を受けた(数値は“Safe Motherhood in Zimbabwe A Situation Analysis Discussion Document” 1996 MOHCW/UNICEF)。

TBAによる出産の割合は農村部では非常に高く、94年のDHSでは都市部では4.1%に対し、農村部で22.1%の出産がTBAによるものであった。また、過去12ヶ月の出産記録に基づいた93年の調査⁷⁵では、農村部において40%の出産がTBAによるものであり、その内訳は19%が訓練を受けていないTBA、21%が訓練を受けたTBAによるものであった(数値は“Safe Motherhood in Zimbabwe A Situation Analysis Discussion Document” 1996 MOHCW/UNICEF)。このこ

⁷⁴ Traditional Birth Attendants

⁷⁵ The Indicator Monitoring Survey

とからジンバブエにはまだ訓練を受けていない TBA がかなりの割合でいることが推測され、TBA 訓練の継続の必要性が示唆された。

5.5.4 破傷風トキソイド

破傷風トキソイドの妊婦への接種は新生児破傷風を防ぎ、新生児の死亡、疾病を減らすためである。女性は妊娠中に2回接種あるいは、一生に5回接種する必要がある。政府は2000年までに新生児破傷風の撲滅を公約している。94年には罹患率がほぼゼロに近く、目標をほぼ達成している(第4章「疾病構造」4.3.1「感染症」(C)「新生児破傷風」参照)。これは妊産婦へ2回行なう破傷風予防接種の成果と考えられる。

しかし、この接種率についても上記同様に3つの調査で数字が異なる。保健省の定期報告では95年の接種率は96.7%と非常に高い(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2”1997 MOHCW)。しかし、94年のDHSではわずか46%の妊婦しか2回の破傷風トキソイドを接種していない。

5.5.5 産後検診

産後検診の受診率は低い。95年の保健省の定期報告では34%の女性しか一般産後検診を受診していなかった(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。94年のDHSでは、産後検診を受診しなかった理由として、34%が産後検診を知らなかった、41%が産後検診の必要性を感じないとの回答であった。

5.5.6 今後の対策

母子保健・家族計画部では、HIV/AIDSの流行に伴い、妊婦ばかりでなく、妊娠前の女性に対してもHIV/AIDSのスクリーニング、カウンセリングを実施してより安全な妊娠、出産ができるように進めていくことを検討中である。また、破傷風トキソイドに対しては女児学童を対象にしたプログラムの必要性を検討している。

産前検診の受診率が高いにも関わらず医療施設での出産の割合が少ないのは医療施設へのアクセスの問題と考えられる。特に働いている女性が産気づき、急遽医療施設へ行くことは難しい。そこで対策として「母親待機保護所」⁷⁶の建設を進めている。95年までに全国で255の母親待機保護所が建設されている(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

TBAについては、まだ訓練を受けていないTBAの訓練だけでなく、すでに訓練されたTBAについても質の低下が見られることからリフレッシュ訓練の必要性が言われている。また、産後検診の必要性を十分に認識させるための妊婦、母親への健康教育を推進する必要がある。

5.6 家族計画

ジンバブエはサハラ以南のアフリカ諸国の中で家族計画が成功した国のひとつである。家族計画のサービスは53年から始まった。しかし、それは白人社会に限られたもので避妊具も白人だけにしか配られなかった。当時、黒人は中絶性交と禁断に頼っていた。66年から政府は黒人への避妊具の配布を開始した。

⁷⁶ Waiting Mother Shelter

独立後、政府は保健省のもとで84年にジンバブエ国家家族計画委員会 (ZNFPC)⁷⁷を設立した。ZNFPCはNGO、援助団体を含むジンバブエの家族計画の調整、プログラムの実施を行なっている。ZNFPCの具体的な活動は、不妊手術、不妊治療、性病治療、子宮頸癌の治療に対する協力、医学生、医療従事者に対する家族計画の教育、妊産婦保健の研究、PHC活動への参加などである。

5.6.1 避妊具の使用

表5-3の通り、94年のDHSでは既婚女性（15歳から49歳）の42%がなんらかの近代的避妊具を使用していた。また88年の実施された同じ調査では36%であり、6年間に6%増加した。また今まで避妊をしたことがあるかについては、既婚女性の61.7%、男性を含めると79.7%が避妊の経験があった。88年から94年に合計特殊出生率が5.5から4.4に減少した。避妊具の使用が増えたのが大きな要因と考えられる。

一番普及している避妊方法はピルで既婚女性の33.1%が使用しており、コンドームを含む他の方法はピルと比べると僅かである。

表 5-3：方法別の避妊普及率 (%)

避妊方法	現在使用中		今まで使用したことある	
	既婚女性	既婚女性・男性	既婚女性	既婚女性・男性
全避妊方法	48.1	35.1	79.7	61.7
近代的避妊方法	42.2	31.1	72.0	56.1
ピル服用	33.1	23.6	66.4	50.4
IUD	1.0	0.60	2.7	1.9
ホルモン注射 (デポ)	3.2	2.4	12.0	9.5
皮下挿入	0.2	0.1	0.2	0.1
コンドーム	2.3	2.4	24.4	20.7
不妊手術	2.5	1.8	2.5	1.9
その他	2.6	4.2	28.6	20.7
非近代的な方法	4.0	6.0	7.7	5.6

出所：DHS 1994 CSO

また、避妊に関する知識については、なんらかの避妊方法を知っている既婚女性は98.8%、男性（15歳から54歳）も含めても97.8%が避妊方法の知識があることが報告されている。その内訳はピルを知っている人が98%、ついでコンドームの95%であった。

次の表5-4は既婚女性の避妊普及率の推移である。近代的避妊方法が84年の26.6%から94年の42.2%に増加したのに対し、非近代的な伝統的方法が11.8%から6.0%と大きく減少した。家族計画プログラムの成果の現れと示唆される。

⁷⁷ The Zimbabwe National Family Planning Council

表 5-4：避妊普及率の推移

避妊方法	1984年 (ZRHS)	1988年 (DHS)	1994年 (DHS)
全避妊方法	38.4	43.1	48.1
近代的避妊方法	26.6	36.1	42.2
ピル	22.6	31.0	33.1
IUD	0.7	1.1	1.0
ホルモン注射 (デポ)	0.8	0.3	3.2
薄い隔膜/ゼリー/泡 (Diaphragm/Jelly/Foam)	0.1	0.0	0.2
コンドーム	0.7	1.2	2.3
女性不妊手術	1.6	2.3	2.3
男性不妊手術	0.1	0.2	0.2
非近代的方法 (伝統的方法)	11.8	7.0	6.0

(注) 84年のデータはZNFPCによって実施された調査 (ZRHS)⁷⁸に基づく (数値はDHS 1988)、
出所：DHS 1988 1994 CSO

表 5-5 は近代的避妊具を使用者がどこから入手するかの割合である。81%以上の大部分の使用者が公共の保健医療機関から避妊具を入手している。私的機関からの入手はわずかに12%である。

表 5-5：近代的避妊具の入手先 (94年)

入手先	(%)
公共保健 医療施設	81.4
政府保健医療機関	26.3
自治体保健医療機関	31.9
家族計画委員会	23.2
ミッション系医療機関	3.6
私的医療 機関	11.7
その他	3.2
教会、友人、店、他	3.2

出所：DHS 1994 CSO

ジンバブエの家族計画の成功は高い避妊具普及率、伝統的避妊方法の減少からだけでなく、84年から94年にかけての合計特殊出生率の大幅な減少もこの成功に起因していると思われる。しかし、エイズに流行にも関わらず、コンドームの普及率が非常に低く、今後の大きな課題であろう。

5.6.2 ジンバブエ国家家族計画委員会

ジンバブエ家族計画委員会 (ZNFPC) は保健省次官が議長を務め、18人のメンバーからなる委員会である。その目的はジンバブエで使用できる避妊具の配給、家族計画に関する訓練、より避妊が必要な人を対象とした避妊に関する情報を提供することである。運営資金はUSAID、UNFPA、ODA、ノルウェイ、他からの援助が50%以上占めている。

ZNFPCの本部はハラレ市にあり、各県に県事務所がある。また、ハラレ市、ブラワヨ市に卵管結紮と精管切除術ができる外科的避妊センターがある。そのほかに全国に35のクリニックがある。

⁷⁸ Zimbabwe Reproductive Health Survey

ZNFPCには3つのサービス支援・管理ユニット、3つの技術支援ユニット及び行政・管理ユニットから構成されている。下記はサービス支援・管理部と技術支援部の内訳である。

1. サービス支援・管理ユニット

- (1) 医療・臨床ユニット：コンドーム、膣内避妊、不妊手術、その他の避妊のサービス
- (2) コミュニティ・ベース・配給ユニット (CBD)⁷⁹：農村部でのアウト・リーチ活動によるピル、コンドームの支給、住民への教育など
- (3) 若者教育サービス部ユニット：学校等を通して、若者への性教育、避妊教育

2. 技術支援ユニット

- (1) 訓練ユニット：訓練は主にVCWとコマーシャル・ランドにいるファミリー・ヘルス・ワーカーの訓練
- (2) IECユニット
- (3) 評価・研究ユニット

スタッフは約1500人いる。そのうち800人が地方の現場にいる女性のコミュニティ・ワーカーである。

コンドームはほとんどが公共機関からの支給で資金は英国ODAが援助している。ほとんどがインド製である。USAIDは私的販売分野へ3Z\$で販売しているが、その割合は1%にも満たない。

ピルについては1パック3Z\$で販売しているが貧困層には無料で支給している。新しい使用者にはコミュニティ・ワーカーがチェックリストに従ってチェックをし、定期的に副作用を含む使用状況についてもチェックしている。

これからのZNFPCの目標は、現在のプログラムを維持し、近代的避妊具の普及率を50%にすることであり、またエイズ流行に伴いコンドームの普及に力を入れる予定である (ZNFPCダイレクター、ジナンガ氏談)。

5.7 マラリア対策

マラリア対策は国家マラリア対策プログラム (NMCP)⁸⁰により48年に始まって全国に拡大していった。70年以来、NMCPはブレアー研究所が主導してきたが、90年に保健省の疫学・疾病対策部に移管された。このようにマラリアは早くから対策が取られていたにもかかわらず、なお国全体で400万人 (人口の40%) が感染の危険にさらされている地域に住み、社会経済的にも大きな影響を被っている。政府はマラリア対策のために年間2百万US\$以上の予算を割いている (数値は“National Malaria Control Programme Five-Year Plan 1994 – 1998” 1993 MOHCW)。95年、政府はマラリア対策のために4百万US\$を費やした (数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。

マラリア対策の主導が疫学・疾病対策部に移管されたが、ブレアー研究所はマラリア対策の研究、診断技術の向上などでまだ重要な役割を担っている。

⁷⁹ Community-based Distribution Unit

⁸⁰ National Malaria Control Programme

5.7.1 媒介蚊への対策

ジンバブエでの媒介蚊への対策としての家屋への殺虫剤の噴霧は、従来用いられてきた DDT が環境に与える影響を考慮して使われなくなり、代わりにシスリン⁸¹、アイコン⁸²が用いられている。DDT⁸³は、雨期が本格的になり、多くの地域にアクセスすることが難しくなる前の10/11月に屋外散布される。残留性が高いため雨期の終わりの蚊の繁殖時期(2月-5月)まで有効である。

蚊に対するもうひとつの対策は蚊帳の使用であるが、コストがかかることからあまり普及していない。

5.7.2 マラリア診断

ジンバブエでのマラリア診断は、多くのケースでは血液塗抹標本を顕微鏡で診断するのではなく、臨床症状のみで診断されるのが現状である。治療用の手引きとして、WHOによる「アフリカでのマラリア診断と治療の指針 1992年」⁸⁴に基づいた診断手引き「The Tree of Decisions」を普及させている。

5.7.3 薬物治療

ジンバブエでのマラリアに対する薬物治療は、クロロキン耐性マラリアの場合でも症状が現れ始めた初期から治療を開始すれば多くは治癒することから、第一選択薬としてクロロキン 25mg/kg/日を3日間投与する。それで改善が見られない症状に対してはファシダールを、難治症例はキニーネの点滴静注を行なうのがこの国の標準的な治療マニュアルである。

クロロキンがジンバブエではだれでも薬局で簡単に手に入ることから、クロロキンの正しい使い方、またマラリアの完治方法などについての教育が必要とされているが、あまり実施されていない。

また、地域分類 A⁸⁵に居住する妊婦や地域分類 A に旅行する人に対しては、クロロキンの予防内服が勧められている。

5.7.4 薬剤耐性

熱帯性マラリア原虫のクロロキン耐性が初めて報告されたのは84年である。その後報告は増え、95年には RI, RII 耐性⁸⁶が0-27%、RIII 耐性⁸⁷が0-5%と報告されている。これらの報告はサンプル数が少ないため、正確かどうかは判断しきれないがクロロキン耐性の存在は確認できる。しかし、クロロキン耐性レベルはまだ低いと思われ、クロロキンがジンバブエではマラリアに対する第一選択薬である。キニーネの筋肉注射を重症患者や複雑マラリア⁸⁸へ適用することが進められている。

⁸¹ Cislin: ピレスリノイド系の殺虫剤 Deltamethrin (薬品名) の商品名

⁸² 英語名不明、薬品名: Lambdacyhalottarine の商品名、南アから輸入

⁸³ Agricura という民間会社が南アから輸入している

⁸⁴ Guidelines for Diagnosis and Treatment of Malaria in Africa 1992

⁸⁵ 第4章「疾病構造」4.3「疾患別疾病構造」4.3.1「感染症」(6)「マラリア」参照

⁸⁶ RI 耐性は熱帯性マラリア原虫がクロロキン投与後いったん消滅し、28日以内に再出現するもの、RII 耐性は原虫血症は軽減するが消滅しない状態をいう

⁸⁷ RIII 耐性は原虫血症の減少がほとんど見られない状態をいう

⁸⁸ Complicated Malaria

5.7.5 疫学調査

マラリアに関する疫学調査は通常の保健統計システムに加えて89年に早期週間疾病サーベイランスシステムが始まった。その後94年に週間監視所報告システムが設立された。この週間サーベイランスにより、マラリア流行の早期発見、流行予測などが可能となった。しかし、そのあとの調査、対策が官僚機構の中で迅速な行動に移せないでいる。

5.7.6 県レベル・郡レベルでの対策

マラリア対策は国家マラリア対策プログラム (NMCP)の下、県保健医療事務所長の管轄下で殺虫剤の噴霧や血液検査などを実施している。県レベルへの地方分権化がなされているが、地方での疫学者、環境保健専門家などが不足している。より効果的なマラリア対策が講じられるために人材の育成、制度の強化などが急がれている。

郡レベルでは郡保健事務所所長の管轄下でマラリア防止のための活動が実施されている。郡保健事務所では次の職員がマラリア対策で活動している。

- (1) 環境保健技術者：殺虫剤噴霧の補助、マラリア発生の記録
- (2) 検査室職員：マラリアの診断
- (3) 看護婦：診断と治療

マラリア対策の現在の焦点の一つは症例管理である。発熱患者の90%の正確な診断、重症、複雑な症例への適切なリファラルシステムの確立と適切な治療などの症例管理である。また、その他の課題としては下記が上げられる。

- (1) 現在の生態学的変化、社会変化に対応した健康教育
- (2) 流行の早期予測
- (3) 流行に対して殺虫剤の早期噴霧

5.8 エイズ対策

5.8.1 概要

エイズ対策が始まったのは85年の輸血用スクリーニングからである。86年エイズ諮問委員会が保健医療の専門家で作られた。そして87年にジンバブエ・エイズ専門家委員会が創立され、一年の緊急短期対策計画 (STP)⁸⁹が始まった。総合的な対策は88年から始まった「第1次エイズ予防・対策計画 1988年-1993年」(MTP1)⁹⁰からである。MTP1の目的はHIV/STD感染の予防、エイズ流行による医学的、心理学的影響を緩和する、そして対策プログラム遂行のために「多分野参加」を作り上げることであった。

また88年にエイズとその他のSTDの予防と対策を国家的に実施するためのリーダーシップ調整、管理を実施するプログラム、国家エイズ調整プログラム (NACP)⁹¹を設立した。NACPの資金は政府のほかUSAID、UNAID、WHO、UNICEF、ODA、DANIDA、SIDA、CIDAなどが援助している。スタッフは約30人でそのうち専門家は13人である。

⁸⁹ Emergency Short Term Plan

⁹⁰ Medium Term Plan for the Prevention, Control and Care of HIV/AIDS 1988 - 1993

⁹¹ National AIDS Coordination Programme

さらに90年1月にエイズとSTDの予防対策で多組織のサポートを合理的に動員させるために、国家エイズ委員会⁹²を設立した。しかし、政治的なコミットメントが弱かったため、97年現在まだ機能していない。

90年にはエイズ予防の活動をしているNGOが集まり、より効率的且つ効果的にエイズ対策の活動をするためにNGOの調整を図るジンバブエ・エイズネットワーク(ZAN)⁹³が設立された。現在約60のNGOがエイズ予防対策プログラムを実施している。またZANは95年にジンバブエにおけるエイズ予防対策を実施しているNGOを含むすべての団体を網羅したダイレクトリー⁹⁴を作成している。

5.8.2 第2次エイズ予防・対策計画

MTP1の後、94年から「第2次エイズ予防・対策計画1994年-1998年」(MTP2)⁹⁵が始まった。MTP2ではジンバブエのHIV感染の流行の原因分析を行ない、それに基づいて下記の活動目的を策定し、活動を実施している。(原因分析については第4章「疾病構造」4.3.1「感染症」(8)「エイズ」参照)

MTP2の活動目的

- (1) HIV、STD感染の予防
- (2) HIV、エイズ、STDによる個人的、社会的な影響の軽減
- (3) 流行による社会経済的影響の軽減

上記目的に沿って実施中の活動は下記の通りである。

- (1) コンドームの入手と配給、コンドームの質検査
- (2) 女性用コンドームの試験
- (3) 若者を対象としたIECによるHIV/AIDS教育
- (4) 母親を対象としたIECによるHIV/AIDS教育
- (5) 学校でのHIV/AIDS教育⁹⁶
- (6) 教材の作成
- (7) 学校の先生、学生への訓練
- (8) マスメディアを使ったHIV/AIDS予防キャンペーン
- (9) 女性へのカウンセリングとHIV検査のサービス
- (10) 家族、コミュニティがエイズ患者の看護をするコミュニティ・家庭看護⁹⁷の推進
- (11) 孤児のケア⁹⁸
- (12) 検査室職員を含む医療職員の技術的な訓練

⁹² National AIDS Council

⁹³ Zimbabwe AIDS Network

⁹⁴ Zimbabwe AIDS Directory - 1995

⁹⁵ Second Medium Term Plan for the Prevention, Control and Care of HIV/AIDS 1994 - 1998

⁹⁶ 92年からカリキュラムに組み込まれており、小学校4年から開始している。UNICEFが援助している。

⁹⁷ Community Home Based Care

⁹⁸ 15以上のNGOが活動している。

5.8.3 検査室での診断と安全な輸血

ジンバブエではハラレ市に2ヶ所の HIV/AIDS 診断のための中央検査室がある。また県レベルでも HIV 検査ができるように整備されている。また、輸血サービスセンターも CEC⁹⁹の援助により各県で整備されている。現在この輸血センターを郡レベルまで広げることを実施している。また、カウンセリングの機能を備えたボランティア・検査センターの設立を検討中である。

5.8.4 センティネル・サーベイランス・システム

HIV/AIDS の流行をモニターし、対策に結び付けるために HIV センティネル・サーベイランス・システムが 90 年に設立された。ハラレ市、ブラワヨ市と各県に監視所があり、病院 クリニックなどの医療施設からこれら監視所にデータが集計されてくる。HIV 検査は STD の患者の血液検査の際、HIV 検査を行ない判定する。STD の患者が全人口を代表していないため、第一回の産前検診に来た女性から血液を採取して HIV 検査も行なっている。94 年の DHS の結果では 94% 以上の妊婦が産前検診を受診しているため、産前検診での HIV 検査は人口を代表していると考えられる。

各監視所からは保健省に報告される。しかし、このサーベイランス・システムは迅速には機能しておらず、また全国を完全には網羅していない。

5.9 下痢症対策

下痢症対策のため政府は 82 年に国家下痢症対策プログラムを開始した。

下痢症対策プログラムは WHO のガイドラインに沿って以下 5 項目が柱となっている。

- (1) 適切な治療
- (2) 流行のコントロール
- (3) 栄養改善
- (4) 母乳栄養の促進
- (5) 衛生環境の改善

特に中心となるのは、下痢による脱水の初期治療として各家庭の塩と砂糖を用いた補水液 (SSS)¹⁰⁰ の作り方と使用方法を普及させることである。WHO/UNICEF が規定した組成の経口補水液、ORS¹⁰¹ も国内で民間製薬会社が生産しているが、価格が高く普及していない。そのため、一般の住民には公的には導入されなかった。脱水症状があまり激しくない患者には家庭で SSS が与えられる。そして脱水症状がひどい患者は病院へ運ばれ、そこで ORS が与えられる。しかし、病院のほとんどの薬剤師が ORS を規則的に投与せず、静脈内輸液¹⁰² がそれほど重症でない患者にも与えられている。

SSS の普及に関する調査では、94 年の DHS によると、99% の母親が SSS を知っているが、実際に使用したのは 79% であった。また 88 年の保健省の調査では、実際に下痢の子供に使用している母親は 70% であったが、SSS の正しい作り方を知っている母親は 30% しかいなかったと報

⁹⁹ The Commission of European Communities, Deligation in Zimbabwe, 第 9 章「保健医療分野の国際協力」9.2.2 「我が国を除く二国間援助」(6) 「CEC」参照

¹⁰⁰ Sugar and Salt Solution

¹⁰¹ Oral Rehydration Solution

¹⁰² Intravenous fluid : IV

告されている(数値は *Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994* 1994 UNICEF)。SSS については母親のほとんどが RHC の看護婦から使用法を指導されたものであったと報告されており、さらに正確な使用法の指導の必要性が指摘されている。

94 年の ARI と下痢症の症例管理調査¹⁰³では、下痢症患者の付添人へ SSS について正しい指導をした例は 44% しかなかった(数値は “CDD/ARI Case Management Survey Report” 1994 MOHCW)。また、下痢症に対する正しい症例管理(診断、治療)を適用している例が全体の 12% しかなかった(数値は “CDD/ARI Case Management Survey Report” 1994 MOHCW)。さらに、赤痢患者に対して、適切に抗生物質を与えている例は 45% で、逆に必要性がない患者への抗生物質投与が 21% あった(数値は “CDD/ARI Case Management Survey Report” 1994 MOHCW)。この調査結果に基づいて、保健省は教育用の教材の見直しと改定、そして医療職員の症例管理に対する訓練を強化したが、結果については明らかではない。

5.10 結核対策

5.10.1 概要

結核対策は植民地時代、62 年の国家結核プログラム (NTP) の設立から始まった。独立後、プログラムは PHC の概念を導入し、郡レベルへの地方分権化を図り、82 年に NTP が再結成された。

94 年に公私の保健医療サービスに一律な効果的且つ効率的な結核患者の治療とケアを普及させるために TB マニュアルを作成した。結核プログラムの焦点は第 1 次レベル、および第 2 次レベルの保健医療施設である。プログラムの中心は中央医薬品倉庫で 2 年分のストックを含む結核医薬品の十分な供給を保証すること、それと全国レベルで結核患者の治療成果の報告システムを構築することである。

5.10.2 結核施設

全国に合計 73 ヶ所(一つの県に 6-12 ヶ所)の結核診断センター機能をもつ医療施設が設けられており、末端の施設からの紹介を受け入れている(数値は「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)。結核専門の病院はムタレ市に 1 ヶ所¹⁰⁴、ブラワヨ市に 1 ヶ所¹⁰⁵ある。ハラレ市には 2 つの伝染病病院¹⁰⁶が結核患者を扱っているが、ハラレ市、ブラワヨ市などの都市部では病床が不足している(数値は “Health Facilities Report 94/95” 発行年不明 MOHCW/CSO)。

5.10.3 結核患者の発見

RHC など末端の医療施設で、数週間以上連続する咳、体重減少、寝汗、胸痛などの臨床症状によって結核を疑われた患者は全国に 73 ヶ所ある結核診断センターに紹介される。都市部ではほぼ総ての人口が医療機関での結核の診断と治療にアクセスできていると推測されている。しかしながら、地方ではいったん医療施設で結核が疑われれば、結核診断センターまでの交通費は、必

¹⁰³ UNICEF と WHO の資金援助で全国 80 ヶ所(病院 20、クリニック 60)の保健医療施設を対象に実施された調査

¹⁰⁴ St. Joseph TB Hospital, 124 床

¹⁰⁵ Mpilo Chest Hospital, 120 床

¹⁰⁶ Beatrice Rd Infectious Disease Hospital, Wilkins Infectious Disease Hospital 計 329 床

要であれば支給されることとなっているが、最寄りの医療施設から10km以上離れた所に居住している住民が20%程度に達するとみられ、彼らにとって最初の診断を受ける施設まで行くことは容易ではない。

5.10.4 診断

結核診断センターでは医師が常駐しているか定期的に回診しており、喀痰検査を中心に診断がなされる。喀痰検査に関しては、診断が困難であったり、治療後も陽性であるケースについてはブラワヨ市の結核中央検査室¹⁰⁷に送られ、そこで培養試験と薬剤感受性試験が行なわれることになっているが、検査能力に限界があるため、実際にはブラワヨ市近郊の症例しか紹介されていないのが現状である。

喀痰陽性者は日常に感染率が高いので結核対策の中で一番重要な患者である。顕微鏡検査で陽性患者は、顕微鏡では陰性で、培養検査で陽性の患者に比べて、約10倍である。従い結核対策の焦点は喀痰検査陽性患者である。NPTは喀痰検査に力を入れており、その陽性患者の発見と治療に力を入れている。

5.10.5 治療

結核と診断された患者は、通常2ヶ月間の入院治療を受ける。しかしながら近年の急速な患者数の増加による入院施設の相対的な不足から、軽症患者については2ヶ月未満でも退院させるようにしている。退院後は最寄りの医療施設を紹介され、月に一度通院し治療を継続する。患者が受診しなくなり治療が中断するケースについては各末端の医療施設にいる環境衛生技師が患者の家庭を訪問し、治療継続にあたるが、現実には交通手段が不足のため容易ではない。

5.10.6 BCGの接種

BCGの接種は「ジンバブエ拡大予防接種計画」(ZEPI)の一環として実施されており、結核プログラムとZEPIは定期的に協議しながらBCG接種を実施している。

5.11 その他の感染症対策

5.11.1 急性呼吸器感染症 (ARI)

94年にARI対策の担当部署である保健省疫学・疾病対策部はARIと下痢症に対する症例管理を強化するために症例管理調査を実施した(下痢症対策の項目参照)。この調査によると、肺炎患者に対する正しい症例管理(診断、治療)を適用している例が全体の29%しかなかった(数値は“CDD/ARI Case Management Survey Report”1994 MOHCW)。また、抗生物質は各施設に十分にあるが、軽度のARIに対して不適切に抗生物質を投与した例が31%あった(数値は“CDD/ARI Case Management Survey Report”1994 MOHCW)。この調査結果に基づいて、保健省は、ハラレ市とウンピロ市の訓練所で医療職員への医療職員の症例管理に対する集中訓練を実施し、また訓練用のARIビデオの作成、ARI症例管理フローチャートの作成などを実施したが、その後症例管理が改善されたかの報告はない。

¹⁰⁷ The National Tuberculosis Reference Laboratory

5.11.2 ハンセン病

90年代に入りハンセン病対策のプログラムは結核と統合されて実施されている。しかし、結核対策がエイズ流行のためにより優先的になっているため、ハンセン病対策は軽視されがちである。

ハンセン病の治療は重症の潰瘍がない限り入院はさせず、外来か家庭治療で行なわれる。またひどい重症の場合は通常、ウンゴマフル¹⁰⁸やムテンワ¹⁰⁹のハンセン病センターに送られそこで治療を受ける。

ハンセン病は身体障害を伴うため社会経済的な影響が大きい。旧患者、新患者ともに障害者へのリハビリテーションが今後のハンセン病対策で重要になってくるであろう。

5.11.3 住血吸虫症

ブレアー研究所では住血吸虫症の対策を講じるため、さまざまな研究がなされている。研究の一つの成果としてジンバブエでは住血吸虫症が季節的にしかも地域スポット的に発生していることがわかった。保健医療施設からの統計では重症患者しか保健医療施設を利用していないことからこのことは判明できなかった。また、化学治療、殺貝、住民への教育、水源地の改善などについても研究が行われている。

化学療法や化学的殺貝は高価なためジンバブエの国情に合わない。一番効果的な対策は化学的でない方法で中間宿主の貝を殺すことと、住血吸虫症の患者に患者の状態に合った治療を施すことである。現在の対策の焦点は住民の参加により、中間宿主の貝の生息場所にその貝を殺してくれる植物を植えることである。

住血吸虫症の対策はその疾病の撲滅ではなく罹患率を減らすことであり、現在国際協力事業団のプロジェクト方式技術協力の援助で実施している住血吸虫症対策プログラムは8県の8パイロット郡における学童の罹患率を減らすことが大きな目的となっている。

5.12 その他の対策

5.12.1 悪性新生物（癌）

保健省での癌対策は疫学・疾病対策部の非伝染病課が管轄である。しかし、職員は2名だけで、予算もほとんどなく、ほとんど活動を行っていない。疾病構造の中で述べられている統計は登録に基づいているが、診断技術がまだ確立していないことなどから、過小報告されており、実際の患者数は1.5倍以上であることが推測される。

保健省は癌対策の中心を癌登録制度の確立、細胞毒医薬品リスト、X線療法、緩和医療のサポートなどを活動の中心としている。しかし、今後、スクリーニングによる早期発見、子宮頸癌の患者のケア、喫煙、食事習慣、性生活などの分野での健康教育の必要性をあげている。

治療はX線療法ができる施設は現在ジンバブエでは2ヶ所¹¹⁰しかない。緩和医療についてはモルヒネの使用を薦めているが、医者が積極的でないため医者への訓練を実施しており、またアイ

¹⁰⁸ Ngomahuru

¹⁰⁹ Mutemwa

¹¹⁰ バリレンヤトワ病院とウンピロ病院

ランド・ホスピスという NGO が緩和医療を実施している (保健省疫学・疾病対策部非伝染病課長ウムシカ女史談)。また、NGO であるジンバブエ癌協会が住民への健康教育を実施している。

5.12.2 心臓・血管疾患

心臓・血管疾患の対策はより多くの患者を発見し、また、喫煙、食事習慣等の予防的アプローチが重要である。心臓・血管疾患の増加に伴い、対策プログラムを設立する必要があるが、まだ具体的な対策プログラムは実施されていない。対策プログラムの実施には保健省ばかりでなく政府が心臓・血管疾患により関心を示し、政府による強いサポートが必要である(保健省疫学・疾病対策部非伝染病課長代理ムダリクワ氏談)。

5.12.3 精神障害

精神障害者へのサービスは他の保健医療サービスの中に統合されており、RHC も含めたすべての保健医療施設がこれらの患者を受け入れるようになっている。また、公的医療機関での精神病患者の治療等は無料で実施されている。

ジンバブエには現在 2 つの精神病院¹¹¹がある。またバリエニヤトワ病院、ハラレ中央病院にも精神科病棟がある。

現在ジンバブエの公的医療機関には 10 人の精神科医、6 人の臨床心理学者、それと精神科看護婦、ソーシャルワーカーが精神障害に対応している。しかし近年精神障害が増加しており、また人員が私的医療機関へ流出しているため人材が不足している。特に臨床心理学者の不足は大きい(保健省疫学・疾病対策部精神保健課課長代理マシケ氏談)。

政府は精神障害者への対策として退院した精神障害者が仕事につけるように技術教育を実施している。退院後、地元で農業等が行なえるように資金援助を行なっている。

また、アルコール依存が近年急激に伸びてきたことに対して、保健省も協力して「国家アルコール自覚の日」¹¹²を毎年実施して、飲酒運転、子供の飲酒などアルコールによる障害等について教育を行なっている(保健省疫学・疾病対策部精神保健課課長代理マシケ氏談)。

5.12.4 身体障害・事故への対策

保健省はたびたび身体障害予防対策プログラムを実施している。88 年は「コミュニティー・ベース・リハビリテーションプログラム」、89 年には「失明予防プログラム」、そして 92 年には「国家事故・傷害対策プログラム」などを実施した。

全体的にはリハビリテーションへのアクセスが大きく改善された。しかし、年々増えつつある事故の対策の改善、出産時事故予防、中耳感染症の早期発見の改善が必要とされる。聴覚障害への対策は NGO のロータリークラブ・インターナショナルの支援でその発見率が高まっている。障害の大きな原因になりつつある交通事故については、ジンバブエ交通安全協会¹¹³を通して事故防止のキャンペーンなどを他の省庁とともに実施している。また、政府は障害者へのケアの必要性が増加してきたため、92 年に障害者を学校、職場で、公平に扱うことを義務づけた法律を制

¹¹¹ ブラワヨ市にあるイングチェニ病院 (Ingutsheni Hospital) とマシングボ県にあるウングマフル病院 (Ngomahuru Hospital)

¹¹² National Day of Alcoholic Awareness

¹¹³ Zimbabwe Traffic Safety Board

定した。将来は人口構造が高齢化することを考え、老人の障害が大きな問題となってくることが予想される(保健省疫学・疾病対策部非伝染病課長ウムシカ女史談)。

また、政府の事故防止対策は保健省だけでなく、警察及び労働災害を担当する国家社会保険局(NSSA)¹¹⁴などと協力してその問題の大きさの把握、対策等を検討している。保健省では各病院の救急部の技術及びマネージメントのガイドラインを現在作成中であり、出来次第病院関係者への指導を実施する予定である。

5.12.5 健康教育

保健省の母子保健・家族計画部の中に健康教育課がある。保健省も健康教育には力を入れており、本省に3人の健康教育オフィサーがおり、各県にも3人配置されている。健康教育課は95年の作られた「5ヶ年 IEC・健康教育政策 1995年-2000年」¹¹⁵の基本政策に沿って活動している。

主な活動は下記の通りである。

(1) 患者教育プログラム

病院の患者を対象として、感染症、エイズなどの予防教育をする。教材等はGTZの援助で作成中、また患者教育プログラムの一環として患者憲章を96年に作成した。

(2) HIV/AIDS

エイズ予防のプログラムは「エイズと女性」、「エイズと職場」、「エイズと若者」をテーマにして、エイズの危険性、いかにエイズを防げるかなどについての予防キャンペーンをポスター、リーフレット、TVプログラム等を使い、NACPと協力して実施している。

(3) 学校保健

全県にて学校の教師への訓練を実施。おもな訓練の目的は、教師が生徒の健康状態への関心を高め、生徒への健康教育をより効果的に実施できるようにすること。また、生徒に身近な生活環境に対する意識を高めることも目的としている。

(4) 妊産婦保健

妊産婦保健の概念はまだ新しく、活動も始めたばかりである。主な活動は子宮頸癌予防と早期発見に関する教材の制作と妊産婦保健の重要性を訴えるためのラジオ、TVプログラムの制作

(5) 予防接種、結核、急性呼吸器感染症/下痢症

ショナ語とウンデベ語によるラジオスポットの制作と放送、フィルムの作成と放映

(6) マラリア予防のためのドラマの作成と公演

(7) その他

GTZの援助で全国的に住民、保健医療職員のニーズをより詳細に知るために、世帯、患者、そして保健医療職員を対象にした調査を実施する予定で、現在その準備中である。

保健省は健康教育に力を入れてはいるが、健康教育課ではIEC機材が不足しており、家族計画課のIEC機材を借りて教材作成を行ったり、下請けに作成を依頼したりしており、今後健康教育を充実させるためにはIEC機材の設置が必要である(保健省母子保健・家族計画部健康教育課課長代理ツカ氏談)。

¹¹⁴ National Social Security Authority

¹¹⁵ Five-year IEC/Health Education Strategy 1995-2000

5.12.6 難民医療

ジンバブエには現在約1500名の難民がいる。かれらはコンゴ、スーダン、ユーゴスラビア、ソマリア、リベリアからの難民である。約100人がハラレ市にあるトランジットセンターに収容されているが、残りの1400名は地方に居住している。彼らはほとんどが鉱山で働いており、難民というステータスにより、医療費、子供の教育費は無料である。難民のための特別な医療施設はないが、ジンバブエ人と同じ医療施設を無料で利用できる(公務員・労働・社会福祉省、社会福祉局難民担当副コミッショナー、カサレ氏談)。

「5 保健医療プログラム」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. Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW
3. "Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW
4. "HIV/AIDS in Zimbabwe Background Projections Impact Interventions" 1997 NACP MOHCW
5. "VCW Information Updating Survey" 1997 UNICEF
6. "6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring" 1996 UNICEF/GOZ
7. "Safe Motherhood in Zimbabwe A Situation Analysis Discussion Document" 1996 UNICEF/MOHCW
8. "The Early Socio-Demographic Impact of the HIV-1 Epidemic in Rural Zimbabwe" 1996 Blair Research Institute/University of Oxford
9. Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW
10. "Zimbabwe Policy on Control of Diarrhoeal Diseases & Acute Respiratory Infections Programmes" 1995 MOHCW
11. "Zimbabwe Tuberculosis Control Programme Manual" 1994 MOHCW
12. Children and Women in Zimbabwe A Situation Analysis Update 1994 1994 UNICEF
13. "CDD/ARI Case Management Survey Report" 1994 MOHCW
14. DHS 1988 1994 CSO
15. "Endemic Goitre in Zimbabwe" 1993 J.R.Mutamba
16. "National Malaria Control Programme Five-Year Plan 1994 - 1998" 1993 MOHCW
17. "Report of the Secretary for Health and Child Welfare for the year ended 31st Dec 1994" 発行年不明 MOHCW
18. "Health Facilities Report 94/95" 発行年不明 MOHCW/CSO
19. "Second Medium Term Plan for the Prevention, Control and Care of HIV/AIDS/STD 1994 - 1998" 発行年不明 GOZ
20. Annual Report 1996 発行年不明 NACP MOHCW
21. "Annual Report 1996" 発行年不明 Health Education Unit MOHCW

6 保健医療サービス供給システム

ジンバブエには5つの近代的保健医療提供機関がある。

- (1) 保健省
- (2) 地方自治体
- (3) キリスト教ミッション
- (4) 民間医療機関
- (5) 産業医療機関

これら近代的保健医療提供機関に加えて、伝統的保健医療を供与する伝統的保健医療提供機関がある。国民の大多数がまだ伝統的保健医療提供機関を利用している。

これら保健医療提供機関はすべて政府の保健医療政策に沿って保健医療を提供することが義務づけられている。近代的保健医療提供機関のうち、保健省は最大の保健医療提供機関であり、病床数で全体の68%、施設数で全体の35%を占めている(数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW, "Health Facilities Report 94/95" 発行年不明 MOHCW/CSO)。下記は保健省を除いた他の保健医療提供機関の概要である。

(1) 地方自治体

植民地時代から存在していた医療施設。農村部では郡議会、都市部では都市/市議会が運営する。郡議会は大きな収入源がないため郡議会の運営する医療施設は政府の援助にほとんど頼っている。ハラレ市、ブラワヨ市のような大きな都市が運営する医療施設は大きな収入源があるため政府からの援助も少なくその分独立性が強い。

(2) キリスト教ミッション

植民地時代は地方での保健医療の中心的存在であった。いまでも地方での保健医療提供に大きな役割を演じている。しかし、独立後、母体となっている本国の教会からのサポートが減少し、その分政府の援助に頼っている。人件費を含めた運営費は政府が補助している。

(3) 民間保健医療機関、産業医療機関

ジンバブエでは民間の医療が許可されている。民間保健医療機関で大きいのは鉱山経営者で鉱山労働者とその家族への医療サービスを実施している。また大都市では私立病院や個人診療所も多くある。これらは政府からの補助金を受けておらず有料である。民間の医療保険に加入できる限られた数の富裕層を対象としており、首都ハラレ市にある「The Avenues Clinic」が代表的なものである。医療スタッフ、設備も整っており、公的病院のような混雑もなく、効率的な運営管理を行なっている。

表6-1は95年の保健医療施設の種類と数である。また、保健医療施設の経営母体は下記のように分類できる。

- (1) 公立政府、都市部自治体、農村部自治体
- (2) 私立一般、ミッション、産業(工業、鉱業)

私立の中でミッション系医療施設は政府の補助金を受けており、職員の大半の賃金は政府が負担している。PHC活動の拠点となる第1次レベルの医療施設39%、497を政府ではなく農村自治体が所有している。政府の所有は31%、406で、農村自治体所有を下回っている(表6-1参照)。しかしこれらの政府所有の施設も現在進行中の地方分権化により近い将来自治体の所有となる予定である。

表 6-1：保健医療施設の種類と数 (95 年)

施設分類	施設	数		
病院	中央病院	5		
	専門病院	13	伝染病病院、精神病院、結核サニトリウムほか	
	県病院	7		
	産科病院	3	ハラレ市、ブラワヨ市、ミッドランド県	
	郡病院	48	郡病院に指定されたミッション病院 (13) を含む	
	ミッション系病院	65		
	私立病院	25		
	(病院合計)	(166)		
	第1次レベル医療施設	RHC	349	政府所有 (27%)
		ルーラル・クリニック	57	政府所有、医師は常駐していない。 (4%)
ミッション系クリニック		60	ミッション所有 (5%)	
農村自治体クリニック		497	農村自治体所有 (39%)	
都市自治体クリニック		102	都市自治体所有、ハラレ - 41、 (8%) ブラワヨ - 17、他	
個人クリニック他		208	個人、その他所有、工業、鉱山医療機関を含む (16%)	
(第1次レベル計)		(1273)	(100%)	
合計		1439		

出所：“Health Facilities Report 94/95” 発行年不明 MOHCW/CSO

6.1 保健医療施設

6.1.1 公共医療部門

ジンバブエの公共の医療サービスシステムは4段階からなるリファラルシステムを構成している (図 2-1 参照)。各レベルにおける医療施設は下記の通りである。

第4次レベル：中央病院 (必ずしも「Central Hospital」という名称ではない)、専門病院¹¹⁶

第3次レベル：県病院、産科病院

第2次レベル：郡病院 (1名以上の内科医が常駐して、農村部にある「District Hospital」、一般内科のほかに複数の診療科がある「General Hospital」の2種類の郡病院がある。また、郡病院と指定されたミッション病院も含まれる。その他ミッション病院、都市部の民間病院、鉱工業関連病院

第1次レベル：RHC、ルーラル・ホスピタル (RHCと同レベルだが病床をもつ)、農村部自治体のクリニック、ミッション系クリニック、都市部自治体のクリニック

¹¹⁶ 伝染病病院、サナトリウム、精神病院ほか

(1) 中央病院

中央病院は下記の5つである（括弧内は病床数）（数値は“Health Facilities Report 94/95”発行年不明 MOHCW/CSO）。

ハラレ市

ハラレ中央病院 (1109)

バリレンヤトワ病院¹¹⁷ (1013)

チトウンギザ市

チトウンギザ病院¹¹⁸ (360)

ブラワヨ市

ウンピロ中央病院¹¹⁹ (1038)

ユナイテッド・ブラワヨ病院¹²⁰ (347)

これらの中央病院はシステムの上では、県病院等からの紹介により、高度の治療を必要とする患者の治療に当たることになっているが、都市にあるため、都市の民間クリニック、他の第2レベル施設からの患者も受け入れている。また、紹介によらずに直接中央病院にて受診することも一部受け入れているようで、必ずしも高度医療に特化しているわけではない。現実には1次、2次、3次医療施設の役割を兼ね備えた存在となっているため、患者数が非常に多い。

植民地時代、ハラレ中央病院とウンピロ中央病院は黒人用病院、バリレンヤトワ病院とユナイテッド・ブラワヨ病院は白人用病院であった。現在ではそのような区別をしていないが、後者には「Private Ward」という私的利用の病棟があり、患者が医師、看護婦を指名して医療が受けられる。医師、看護婦ともに保健省の職員だが、これら患者から私的利用の医療費を徴収する仕組みとなっている。バリレンヤトワ病院は主要な教育病院でもある。

独立後、これら中央病院は次の新しいサービスが加えられた。

- (1) 人工透析（3中央病院）
- (2) ガン治療と放射線治療（バリレンヤトワ病院とウンピロ中央病院）
- (3) 開胸心臓手術（バリレンヤトワ病院）

(2) 専門病院

公立の専門病院は13ある。結核、ハンセン病、感染症などの専門病院であり、首都ハラレ市には3（感染症病院、精神病院、結核病院）ある。13病院の総ベッド数は1601である（数値は“Health Facilities Report 94/95”発行年不明 MOHCW/CSO）。

(3) 県病院

マタベレランド・ノース県以外の7つの県に県病院がある（括弧内は病床数）（数値は“Health Facilities Report 94/95”発行年不明 MOHCW/CSO）。

マニカランド県

Mutare Provincial Hospital (192)

¹¹⁷ Parirenyatwa Hospital

¹¹⁸ Chitungwiza General Hospital

¹¹⁹ Mpilo Central Hospital

¹²⁰ United Bulawayo Hospital

マシヨナランド・セントラル県	Bindura Provincial Hospital (120)
マシヨナランド・イースト県	Marondera Provincial Hospital (263)
マシヨナランド・ウエスト県	Chinhoyi Provincial Hospital (159)
マシング県	Masvingo Provincial Hospital (271)
マタベランド・サウス県	Gwanda Provincial Hospital (180)
ミッドランド県	Gweru Provincial Hospital (368)

マタベランド・ノース県にはブラワヨ市があり、ブラワヨ市にある中央病院が県病院として機能するため、この県には県病院がない。

県病院は一般外来、内科、小児科、産婦人科、麻酔科が配置されることになっているが必ずしもすべての県病院にこれらすべての科が配置されているわけではない。

(4) 郡病院

政府の郡病院がないところではミッション病院がその指定を受けている。独立以前からあった郡病院は設備が不十分であったが、86年に世銀の融資を受け、第1次家族健康プロジェクト¹²¹により郡病院の整備が実施された。

(5) ルーラル・ホスピタル

ルーラル・ホスピタルは57ある。20から60の病床があるが医師は常駐していない。5-9人程度の看護婦が配置されている。RHC的な役割を果たしている。

(6) ルーラル・ヘルス・センター

独立前、農村における保健医療サービスの末端施設は地方自治体が運営する診療所(Clinic)であった。これらは治療のための外来施設で、1人か2人の有資格の看護婦(State Certified Nurse)あるいは資格のない看護助手が配置されていた。

独立後、PHCの導入に伴い、RHCが第1次レベルで総合的なサービスを提供するための施設として位置づけられ、その設置が決められた。RHCにするために、古い診療所の改造、設備強化が行われ、また、新たにRHCの建設も進められた。87年までに計207¹²²のRHCが建設された(数値は“Strategy Plan for Health Facilities 1997-2007”発行年不明 MOHCW)。すべての国民がRHCから10km以内のところに住めることを目標とした。保健省の目標は316のRHCの新設で、97年6月現在238のRHCが新設され、まだ78が未建設であり、そのうち98年末までに9のRHCの建設が予定されている(数値は“Review of the Public Sector Investment Program for the Period July 1, 1996 to June 30, 1997 and the Forecast for the Period July 1 1997 to December 31 1998” 1997 MOHCW)。

RHCの機能は疾病の予防、早期発見、健康促進等である。簡単な治療や正常な出産も扱う。職員は2名の看護婦とその助手¹²³、それと雑役人¹²⁴の3人が配置されているが場所によっては環境衛生担当職員¹²⁵も配置されている。

¹²¹ Family Health Project 1

¹²² 政府が67、CEC47、アフリカ開発銀行 (ADB)83、SIDA10建設

¹²³ Nurse Aid

¹²⁴ General Hand

¹²⁵ Environmental Health Technician

RHCは基本的総合的サービス（予防、治療、促進）を提供する。栄養改善プログラム、家族計画を含む母子保健、環境衛生と安全な水の確保、感染症のコントロール、保健教育が主な活動である。基礎的な治療も行い、必要に応じて患者を郡病院へ送る。郡病院で結核の治療を受けた患者のフォロー、VCWの指導も任務である。

(7) 農村部自治体のクリニック

農村部自治体が運営しているクリニックは497あり、第1次レベルの医療施設では一番多い。従来治療が主体であったが、PHCの導入により、RHC的な役割を担うように改良されている。

(8) 都市部自治体クリニック

都市部自治体は農村部自治体同様に独自のクリニックを運営している。ポリクリニックなどと呼ばれている。現在総数は102である。農村部のRHCに相当する設備で、都市部の第1次レベル医療の施設として疾病の予防、簡単な治療、母子保健、出産などのサービスを行う。ハラレ市の場合には市内に第2次レベル、第3次レベルの病院がないため、患者の照会先は第4次レベルの中央病院となる。

(9) その他のクリニック

上記のほかに再定住地クリニック、監獄のクリニックなどがある。

6.1.2 ミッション系及びその他の民間医療部門

(1) ミッション系医療施設

ミッション系医療施設の病床数は全体の約24%を占めておりジンバブエでの保健医療サービスで大きな役割を担っている（数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW）。ミッション系病院は78あり、そのうち13が郡病院の指定を受けている。またクリニックは60ある。100病床以上が30、そのうち7つは200病床以上である（数値は“Health Facilities Report 94/95”発行年不明 MOHCW/CSO）。

植民地時代から農村地帯、農村部（現在のコミュニアル・ランド）で医療活動を行ってきた。ミッションはキリスト教の布教とともに医療と教育に力を入れたという背景がある。ミッション系保健医療施設の96%は農村部にあり、農村部における総病床数の60-70%を占めておりその重要さが分かる（数値は“Health Facilities Report 94/95”発行年不明 MOHCW/CSO、“An Evaluation of Health Financing Reforms with Special Focus on the Abolition of User Fees at RHCs and Rural Hospitals” 1996 WHO/MOHCW）。

私立の施設であるが、職員の給与のほとんどは政府が負担している。政府の保健医療プログラムを実施する一方で、伝統的な産婆の訓練等も実施しており、PHC政策の重要な役割を果たしている。また、診療費は取ることになっているが、払えないものからは取らない。郡の保健医療機構と常に協力し、例えば、郡内の看護婦の会合の運営にはミッション系病院の医師も加わったり、郡病院との間で不足する薬を融通する等、協力している。

(2) その他の保健医療機関

営利を目的とした私立病院、診療所がハラレ市などの都市にある。また、鉱工業の病院、診療所もある。鉱工業の病院も含めた私立病院は25、診療所は208ある。私立病院は補助金を受けて

おらず有料である。民間の医療保険に加入できる限られた数の富裕層を対象としており、首都ハラレ市にある「The Avenues Clinic」が代表的である。医療スタッフ・設備ともよく整っており、公的病院のような混雑もなく、効率的なマネジメントを行っている。

6.1.3 主な医療施設

(1) ハラレ中央病院

58年、ジンバブエが英国の植民地の南ローデシアであった時代に創立された。首都ハラレ市の中心から車で10-20分の郊外に位置する。設立当初の病床数は630であったが、現在は一般病床959、産科病床150に拡充されている総合病院である(数値は“Health Facilities Report 94/95”発行年不明 MOHCW/CSO)。約200名の医師、1000名の看護婦(看護学生を含む)が働いており、外来患者、一日平均1000人、出産は1日平均50-60、緊急部は一日250から300例扱っている全国で規模が一番大きい総合病院である(ハラレ中央病院長アリ氏談)。

同規模の総合病院としてはハラレ市内にバリレンヤトワ(Parirenyatowa)病院があるが、バリレンヤトワ病院が当初は白人専用の病院であったのに対し、ハラレ中央病院は黒人のための病院として開設された。

80年の独立後は両病院とも人種による区別を設けていないが、設立の経緯からくる性格を現在も引きずっている。バリレンヤトワ病院は私的病棟が設置されており、半官半民の経営状態であるのに対し、ハラレ中央病院は個人病棟を持たず、100%国が経営する病院である。

(2) バリレンヤトワ病院

74年に設立されたハラレ中央病院と並ぶ、一般病床894、産科病床119のジンバブエで最大規模の病院である(数値は“Health Facilities Report 94/95”発行年不明 MOHCW/CSO)。バリレンヤトワ病院は通常はバリレンヤトワ病院グループと呼ばれ、同じ敷地内にある眼科病院、産科病院、歯科クリニック、放射線部なども含まれる。ハラレ市内のジンバブエ大学と同じ敷地内にあり、教育病院としての役割もはたしており、ジンバブエで唯一心臓外科手術が可能な病院である。また放射線治療もブラワヨ市にあるウンピロ中央病院とバリレンヤトワ病院だけが可能な施設であり、放射線治療のためにマラウイ、ザンビアからも患者が来る。

ハラレ中央病院と同様にリファラル病院であるが、ハラレ市内に第3次レベル医療施設がないため民間のクリニック、ハラレ市経営のクリニックなどからの紹介患者が多い。また、直接来院して入院となるケースもある。

もともとイギリスの植民地時代に白人専用の病院として設立され、もと白人居住区のハラレ市北部の市街に位置している。運営形態はハラレ中央病院のように100%公営病院ではなく、半官半民で運営されている。政府からの資金も、ハラレ中央病院を含む他の政府病院のように、予算項目別に分配されるのではなく、バリレンヤトワ病院経費として独立した予算項目が設定されており、一括して予算が分配される。また、一般の外来、入院部門とは別に、民間医療保険や私費でまかなう患者のための37床からなる私設部門「Private Ward」が設置されており、民間病院のように患者の医師、看護婦の指定も実施されている。職員全員の給与、手当ては政府が一括して分配する予算のなかから支払われる(バリレンヤトワ病院広報担当ダッチ女史談)。

95年に保健省の統計では、ハラレ中央病院、バリレンヤトワ病院の病床の占有率はそれぞれ70.0%^{#1}、65.8%^{#1}で平均入院患者滞在日数は5.2日^{#1}、5.7日^{#1}とほぼ差異はない数字である。また、95年の医療費は外来がそれぞれ42Z\$^{#2}、34Z\$^{#2}、入院病床がそれぞれ一日200Z\$^{#2}、80Z\$^{#2}でありかなりの格差が認められる(数値は^{#1}: “Health Facilities Report 94/95”発行年不明 MOHCW/CSO, ^{#2}: “Economics of the Health Sector in Zimbabwe” 1995 USAID)。

6.2 医薬品・医療器具・衛生材料

6.2.1 公共部門における医薬品供給と課題

(1) 国家医薬品政策

独立後、政府はWHOの協力を得て、国家医薬品政策の策定を行った。この政策は87年に閣議の了承を得て正式に発行した。この医薬品政策は、「必須医薬品の選択」、「必要な医薬品の量」、「資金」、「購入」、「保管」、「配給」、「使用」、「医薬品の質管理」について政策を規定した。

その後、民間の台頭、医薬品の値段の高騰、疾病構造の変化などに対応するため95年に新たな「ジンバブエ国家医薬品政策」(ZNDP)¹²⁶を策定し発表した。この政策は国民の健康状態を改善するために安全で質が高く、効果的かつ経済的な薬の使用を目標として、次の政策を柱としている。

- (1) ジンバブエで使用される薬はすべて医薬品管理委員会²⁷の品質検査を受け登録されなければならない。登録されていない医薬品は使用できない。
- (2) ジンバブエ必須医薬品リスト (EDLIZ)¹²⁸に記載の医薬品の効果的な使用
- (3) 商標登録されていない医薬品（一般名医薬品）¹²⁹の効率的な購入

(2) 必須医薬品リスト

公共部門における医薬品の効果的・経済的配給のために政府は、WHOの必須医薬品アクションプログラムに沿って、85年にEDLIZを作成した。これは単に必須医薬品を掲げているだけでなく、一般的な価格、保管方法、治療方法などについても記載されており、ジンバブエの公共医療機関で働く医療従事者のバイブルとなっている。

リストは4つの保健医療レベルに合うように下記のように使用目的を分類している。

S: 専門医用

A: 中央病院、県病院用

B: 郡病院用

C: RHC用

また、94年から上記に加え、必要性に順位を付けたVENシステム¹³⁰の分類方法も併用している。EDLIZは89年、94年に改定され、97年現在で有効なのは94年版である。

(3) 医薬品の購入と配給

国家医薬品の政策のもう一つはよい医薬品、医薬品材料を低価格で購入することの推進である。医薬品の購入は政府医薬品倉庫(GMS)が一括して行っている。GMSはハラレ市、ブラワヨ市のほかに4つの県医薬品倉庫を持っている。

¹²⁶ Zimbabwe National Drug Policy

¹²⁷ Medicines Control Council

¹²⁸ Essential Drugs List for Zimbabwe

¹²⁹ Generic Drugs

¹³⁰ V = Very Essential, E = Essential, N = Necessary drugs

GMS は入札により医薬品を安く購入し、15%の管理費を乗せて、中央病院以下の政府医療機関に供給する。これら 15%の管理費を乗せた医薬品費は保健省の 4 つの予算項目の一つである「医療サービス費」で各医療施設の支出として処理される。また保健省の医療施設だけでなく、軍、監獄、公園さらに民間にもそれぞれの費用で医薬品を供給している(保健省薬剤サービス部長チダリキレ氏談)。

GMS ではバルクで医薬品を購入するため、民間での購入より 30%以上安く購入できる(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。しかし、低い管理能力のために、約 2%の損失が発生しており、そのうち約 3 百万 Z\$は期限切れや盗難による損失となっている(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。また、約 35%の医薬品を輸入に頼っており、その医薬品の輸入手続き、登録の遅れ等が配給の遅れの原因にもなっている(数値は“Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW)。これに加え、ジンバブエドルの下落により海外からの医薬品購入に多額な資金が必要となり、貧弱な管理体制による損失も加えて、資金不足が発生しており、CEC などが財政的な援助を実施している。

より効率的に医薬品の購入をするために、GMS は政府管轄のもと民営化されることが決まっている。GMS は DANIDA の援助をいままで受けてきたが民営化により将来援助資金が停止され、今までどおりに機能できるかが大きな鍵となっている。なお、ワクチンは GMS を通さずに直接保健省の母子保健・家族計画部が全国の各保健医療機関に配給する。

(4) 医薬品の品質管理

医薬品の品質管理は医薬品管理委員会で行う。97 年 7 月までは「薬品管理委員会」¹³¹と呼ばれ、政府の管轄機関であったが、97 年 8 月に民営化され、「医薬品管理委員会」となった(医薬品管理委員会ダイレクター ダウラマンギ氏談)。

医薬品管理委員会は医薬品の質、有効性、安全性等を管理する。ジンバブエで売られているすべての医薬品はここで検査結果が判断され、登録されなければならない。現在約 3500 種類の医薬品が登録されている。また医薬品の販売、製造もこの委員会のライセンスが必要である(医薬品管理委員会ダイレクター ダウラマンギ氏談)。

またジンバブエには保健省と WHO との共同で 87 年に作られた、WHO のアフリカ第 3 地域のための医薬品品質管理研究所であるジンバブエ地域医薬品品質管理研究所 (ZRDCL)¹³²がある。同研究所は南アフリカ共和国を除いた南アフリカ諸国の医薬品の品質管理のために設立された。保健省の組織であり、医薬品管理委員会の技術的な側面を支えている。しかし、設備の老朽化、技術者の民間部門への流出による人材不足などにより、十分な機能を果たしておらず、コンドームの品質検査、古い医薬品の品質の検査などを主に行なっている。

(5) 医薬品政策の実施

医薬品政策遂行に関してのすべての弱点を強化するために WHO, DANIDA の援助でジンバブエ必須医薬品アクションプログラム (ZEDAP) が 86 年に導入された。このプログラムによって、実状にあった EDLIZ の改定だけでなく、医療従事者の医薬品に関する訓練、配給、保管方法の改善、などが実施された。

91 年に、第 1 次レベルで通常必要とされる医薬品の状況を農村部の 56RHC、都市部の 9 クリニックと 24 の郡病院を対象とした調査を実施した。その結果、医薬品の保有率は RHC で 78%、

¹³¹ Drugs Control Council

¹³² Zimbabwe Regional Drug Control Laboratory

都市のクリニックで 93%、郡病院で 89%、5つの薬品倉庫で 76-80%であった (数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

農村部の施設における目標値は80%以上で、その基準を満たしている施設の割合が89年の30%から91年の57%に改善されている。倉庫における在庫切れは依然多いが、FIFO政策¹³³の推進によりその期間は短くなっている。また、医薬品の配給システムでは、郡病院とRHC等の第1次レベル医療施設とのコミュニケーションや交通が困難なため、注文から配達までに、時間がかかっている。95年の67の保健医療施設における調査では、医薬品入手までの平均期間は62.4日で、93年の同じ調査の46日より悪くなっている (数値は "ZEDAP Survey 1995" 発行年不明 MOHCW)。一番の原因はGMSでの手続きにより多くの時間が費やされているためであった。ZEDAPはDANIDAの援助で99年まで続けられる計画である。

88年から95年までのZEDAPの調査による各医療施設の医薬品の保有状況は表6-2の通りである。

表 6-2 : 各施設の必須医薬品の保有状況の推移

施設	1988年	1989年	1990年	1991年	1993年	1995年
中央病院	N/A	N/A	82%	N/A	87%	86%
県病院	N/A	N/A	N/A	N/A	83%	86%
郡病院	N/A	N/A	N/A	89%	84%	80%
郡ミッション系病院	N/A	N/A	N/A	N/A	87%	79%
都市部クリニック	N/A	N/A	72%-77%	93%	75%	72%
RHC	69%	56%	80%-85%	78%	64%	70%
全施設平均	N/A	N/A	81%	N/A	73%	75%

出所 : Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW

医薬品の入手状況については80年代が30%-40%であったのが、90年には約80%まで改善された。しかし、そのレベルは維持できず、95年では75%に落ちている。原因は病院での弱い医薬品管理能力、都市部クリニック、および農村部RHCへのサポート不足があげられる。これら2点については薬剤師を含む人材の不足が大きく影響している。

保健省の医薬品に関する予算は80年の4百万Z\$から96/97年度は250百万Z\$となった。また民間の薬局の総取引高は500百万Z\$である (数値は "National Health Strategy for Zimbabwe 1997-2007 Discussion Draft Document" 1997 MOHCW)。

6.2.2 民間部門

ジンバブエでは大手医薬品会社は3社あり、そのうちの1社は政府が大手株主である。国内で使用される医薬品のうち、種類で約20%、量では約80%の医薬品が国内で製造されている (医薬品管理委員会ダイレクターダウラマンギ氏談。ペニシリン等の抗生剤も製造されている。しかし、原材料の製造はされていない¹³⁴。現在、いくつかの医薬品原材料の製造を実施する計画があり、それが実現すると、ジンバブエの医薬品市場の価格、供給量に大きな影響を与え、不足気味の医薬品の解消にも大いに役立つことが予想される。

また民間の薬局は95年現在全国に212ありそのほとんどがハラレ市、ブラワヨ市等の都市に集中している¹³⁵ (数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。政府機関では薬剤師の不足が大きな問題であるが、民間の薬局には平均で1.3人の薬剤師が各薬局におり、一

¹³³ First In First Out

¹³⁴ 南アフリカ諸国で、原材料の製造を行なっているのは南アフリカ共和国でのノリスタン (Noristan) だけである。

¹³⁵ ハラレ市 103、ブラワヨ市 30

部薬局では看護婦も雇用している (数値は “ZEDAP Private Sector Essential Drugs Survey 1995” 発行年不明 MOHCW)。民間への人材の流出の1例と考えられる。政府は国家医薬品政策によって「一般名による処方」を推めているが、民間の薬局まではまだ十分に政策が反映されておらず、一般名医薬品以外の医薬品が52%処方、販売されている。また EDLIZ に基づいて処方されているのが全体の 69%であった (数値は “ZEDAP Private Sector Essential Drugs Survey 1995” 発行年不明 MOHCW)。

6.2.3 病院内の薬局

ジンバブエでは各病院内に薬局があり、患者はそこで医薬品を購入する。値段は統一されておらず、病院によって異なる。通常はGMSからの入手価格に病院で15%程度上乗せして患者に販売されるが、月収400Z\$以下の患者は無料である。95年の調査によると、86%の病院がこれを適用していた (数値は “ZEDAP Survey 1995” 発行年不明 MOHCW)。統一価格がないことは保健省でも問題視しているが、67%の患者が今の薬代は公平な値段であると認識している (数値は “ZEDAP Survey 1995” 発行年不明 MOHCW)。

RHCでの医薬品は無料だが、在庫が少なく、患者は民間の薬局、または郡病院を利用して薬を手に入れている。

6.3 保健医療サービスの利用

表6-3は県、都市別に施設当たりの人口、施設当たりの面積、施設への平均距離、ベッド当たりの人口から県、都市の間の格差を分析している。政府が立てた目標「各県、人口1万人に少なくとも1医療施設」はすでに達しているが、公平な保健医療という面では急激な都市化のため、ハラレ市やブラワヨ市では問題が生じてきている。

2大都市のハラレ市とブラワヨ市は施設当たり人口が1万人を超えて非常に多いがベッド当たり人口はその割には多くはない。逆にブラワヨ市は他県と比べてもベッド当たり人口が一番少なく、このデータを見る限り都市化による施設不足が推測されない。一方、マタベレランド・ノーヌ県はマタベレランド・サウス県とともに医療施設までの距離が長いのは問題である。

ミッション系病院はマニカランド県、マシング県、ミッドランド県に多く、施設の不足度合いは小さいのに対し、マシヨナランド・セントラル県、マシヨナランド・ウエスト県はベッド当たり人口が多い。

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

県/都市	人口 (千人) (95年推定)	施設当 り人口	面積 (千km ²)	施設当 り面積 (km ²)	施設への平 均距離 (km)	ベッド 当たり 人口
マニカランド県	1704	6455	36.5	138.1	7	489
マショナラン ド・セントラル県	956	8241	28.3	244.4	9	820
マショナラン ド・イースト県	1140	6298	32.2	178.1	8	594
マショナラン ド・ウエスト県	1235	7098	57.4	330.1	10	618
マシング県	1359	8138	56.6	338.7	10	470
マタベレラン ド・ノース県	712	7495	75.0	789.7	16	429
マタベレラン ド・サウス県	653	5442	54.2	451.4	12	498
ミッドランド県	1453	6429	49.2	217.6	8	422
ハラレ市	1654	27564	0.9	14.5	2	633
ブラワヨ市	692	25630	0.5	17.7	2	277
合計	11558	8082	390.8	273.3	9	503

出所: "Health Facilities Report 94/95" 発行年不明 MOHCW/CSO

6.3.1 住民側からみた利用の状況

住民の保健医療施設の利用状況についてジンバブエでは、その利用状況を組織的に分析した研究、すなわち、公共、民間施設の医療費、距離、待ち時間、収入、季節性、質、好みなどから総合的に分析した研究がなされていない。その利用状況を知る手がかりの一つに病床の占有率である。

94年の政府の病院、ルーラル・ホスピタルとミッション系の病院、クリニックの一般病棟の病床占有率と入院患者一人あたりの滞在日数を比較した調査では、政府系は83.3%、6.8日、ミッション系は64.5%、8.3日であった(数値は"Economics of the Health Sector in Zimbabwe" 1995 USAID)。また、同じ調査で、産科病棟の病床占有率は政府系が88.5%、ミッション系が57.3%であった。中央病院の産科病棟はどこも病床占有率を100%を超えており、特にハラレ中央病院は149%であった(数値は"Economics of the Health Sector in Zimbabwe" 1995 USAID)。これら数値を単純に比較して政府系医療施設の利用状況がミッション系より高いとは単純には言えないが、利用状況に違いがあるのは明らかである。残念ながら自治体系、民間の医療施設利用状況、またRHCの利用状況の資料はない。

94年のDHSでは子供の下痢症、ARIに関して母親がどこの施設を利用したか調査されている。次の表6-4は3歳以下の子供に対して母親がどこの施設を利用したかを表している。このデータについても利用状況の分析には上記同様にいろいろな要素があるため単純な比較はできないが、約3分の2の母親が公共保健医療施設を利用しているのがわかる。また、都市部での民間保健医療機関の利用が多く、農村部での伝統的医療師の利用が多いのが顕著に表れている。

表 6-4：子供の下痢症治療利用施設

地域	公共保健医療施設	民間保健医療施設	伝統的医療師	その他（店、親戚、他）	合計
都市部	61.3%	32.3%	0%	6.5%	100%
農村部	66.9%	13.2%	11.3%	8.6%	100%
全体	65.9%	16.5%	9.3%	8.2%	100%

出所：DHS 1994 CSO

6.3.2 公共及び民間医療施設の利用

国民の保健医療サービスの利用状況を見ると、所得階層により2つに大別することができる。

1. より所得の少ない階層（国民の大半）

(1) 公的保健医療システム内の保健医療施設利用

第1次レベルの医療施設は無料、また第2次レベル以上でも一定収入以下（現在は月収400Z\$以下）は無料である。

(2) 伝統医療の利用

2. より所得の多い階層

民間保健医療施設と公共病院の「Private Ward」と呼ばれる私的利用の病棟の利用、診療費は自己負担、多くの場合は民間医療保険制度を利用

医療費については、ジンバブエでは、あらゆるレベルの医療が有料であることが独立前からの特徴であり、独立後もその考えは継承されている。そして公共医療機関でも統一的な医療費がなく、施設ごとに異なっている。表6-5は95年の主な医療施設の医療費である。85年に政府は貧困層を救済するために月収が150Z\$以下の国民に対して医療費を無料とした。しかし、94年に政府の財政難およびインフレなどのためその限度額は400Z\$に引き上げられた。収入がこの限度額以下の住民は、農村部では3分の2、都市部で4分の1が該当する（数値は“An Evaluation of Health Financing Reforms with Special Focus on the Abolition of User Fees at RHCs and Rural Hospitals” 1996 MOHCW）。政府はさらに、95年4月、第1次レベル、すなわちRHC、ルーラル・ホスピタルでの医療費を所得に関係なく無料とした。

表 6-5：主な医療施設の医療費 (95年)

項目	施設	医療費
外来	RHC、ルーラル・ホスピタル	無料
	都市自治体クリニック	16Z\$
	郡病院	17Z\$
	県病院	26Z\$
	ハラレ中央病院	34Z\$
	バリレンヤトワ病院	42Z\$
入院（病床）	郡病院	50Z\$
	県病院	65Z\$
	ハラレ中央病院	80Z\$
	バリレンヤトワ病院	200Z\$

出所：“Social Health Insurance Study Final Report” 1996 USAID

6.3.3 伝統的医療

ジンバブエの伝統的医療はこの地に西洋医学が導入された後も、並存しており、多くの国民が伝統的医療を利用している。ZINATHA 広報担当シバンダ氏によると、ジンバブエ大学の調査で、国民の96%が伝統的医療を利用しているとの報告がある。伝統的治療師はウアンガ¹³⁶と呼ばれる。80年にジンバブエ伝統的治療師協会 (ZINATHA)¹³⁷が組織され、81年に合法化された。また同時に、伝統的医療師はZINATHA で登録することが義務づけられた。

現在会員は約5万人だが、会員以外の伝統的医療師を含める場合、ジンバブエには約7万人の伝統的治療師がいる (数値はZINATHA 広報担当シバンダ氏 1997)。また、伝統的治療師のうち、伝統的助産婦 (TBA) が4万人以上いる。(TBAについては第5章「保健医療プログラム」、5.5「母子保健対策」、5.5.3「伝統的助産婦」参照)

伝統的治療師は病気の治療・予防には、薬草、動物の皮膚、糞などを用いたり、あるいは伝統的慣習、信仰で対処したりする。病気の治癒には「肉体の治癒」、「心の治癒」、「魂の治癒」の3通りがあり、すべてを治癒しなければ病気の本当の治療にはならないという考えで治療にあたる。

ジンバブエ伝統的治療師協会の設立の目的は西洋医学と伝統医療の溝を縮めようというもので、薬草の研究でジンバブエ大学に協力したり、保健省との協力で、住民へのエイズ教育チームを結成してエイズ予防プログラムに参加している。(ZINATHA 広報担当シバンダ氏談)

6.4 医療保険制度

現在ジンバブエの保険は民間の医療保険制度だけである。これは「医療補助会」¹³⁸と呼ばれる非営利の会社によって運営されている。95年現在27の医療補助会がある。75万人がこれら民間の医療保険制度に参加している。この人数は近年急激に上昇した。82年には245千人、90年には526千人であったのが95年には75万人となった (数値は“Social Health Insurance Study Final Report” 1996 USAID)。これは全人口の約7%に相当する。これは保険会社がより低所得でも参加できるようにしようというマーケティングによるところが大きい参加者の17%はフォーマルセクターの賃金労働者であり、30%が小規模事業の労働者である (数値は“Social Health Insurance Study Final Report” 1996 USAID)。政府職員では約3分の1が参加している。政府はこれら参加者に対して64%の補助をしている (数値は“Social Health Insurance Study Final Report” 1996 USAID)。また公社では80%から100%の補助を実施している (数値は“Social Health Insurance Study Final Report” 1996 USAID)。

94/95年度の総取引高は654.3百万Z\$であり、このうち60百万Z\$が本部経費で残りが医療従事者への支払である(数値は“Social Health Insurance Study Final Report” 1996 USAID)。参加者一人当たりの医療費は793Z\$である。

2つの医療補助会を除いて、残り25の医療補助会は「国家医療補助会協会」(NAMAS)¹³⁹に属している。これは医療補助会の利益保護のための団体であり法律上、NAMASへの参加の義務はない。医療補助会は法律上他のビジネスができない。

医療補助会で規模の大きいのは、CIMAS、MASCA と公共部門を対象にしている「公務員医療補助会」¹⁴⁰の3社である。この3社で全加入者の85%から90%を占めている (数値は“Social Health Insurance Study Final Report” 1996 USAID)。

¹³⁶ Nannga

¹³⁷ Zimbabwe Traditional Healers Association

¹³⁸ Medical Aid Societies

¹³⁹ National Association of Medical Aid Societies

¹⁴⁰ Public Services Medical Aid Society

医療保険加入者は主にハラレ市やブラワヨ市の民間の医師にかかるが、入院が必要な場合は公立病院、特にバリレニヤトワ病院やユナイテッド・ブラワヨ病院等の「プライベート・ワード」と呼ばれる私的利用の病棟を利用する。ただし、医療補助会から政府の病院への支払¹⁴¹が少ないことそして支払が遅れることが問題となっている。実際、95年6月現在、政府病院の総負債額は68百万Z\$にも達した(数値は“Social Health Insurance Study Final Report”1996 USAID)。

6.5 救急医療システム

中央病院には救急部があり、24時間体制で救急診療に当たっている。救急部で受けつける患者は、交通事故、家庭内事故(やけど、毒物飲料)、心臓発作、災害などである。ハラレ市には救急車が8台あり、交通事故、家庭内事故、災害の救急患者運搬を行なっているが、人口が百万を超えた現在、8台では不足であり、救急体制の整備が急がれている。各病院にも救急車があるが、病院の転送、災害時等に出動し、日常の交通事故、家庭内事故等は通報により、各都市の救急車が出動する。

ジンバブエ赤十字には2台の救急車があるが、老朽化が激しく稼働率は非常に低い(ジンバブエ赤十字代表オクワンガ女史談)。

6.6 試験研究機関

保健医療部門の主要な研究機関は保健省の管轄下にあるブレアー研究所である。ブレアー研究所はジンバブエ国民の健康向上を目的とし、国の保健医療政策の促進を任務としている。研究テーマは政策に沿い、現場の必要性から選ばれる。また、保健省の各部門、ジンバブエ大学、NGOなどとも連携を保ち、研究の調整役も勤めている。国内ばかりでなくWHOとは住血吸虫症対策センターでの協力も実施している。

ブレアー研究所は首都ハラレ市にある39年設立のブレアー研究検査所¹⁴²、保健医療研究課¹⁴³(81年設立)と450kmは離れたチレッジ(Chiredzi)にあるデウビアーズ研究検査所¹⁴⁴(65年設立)から成り立っている。歴史も古く、デンマークビルハルツ研究所¹⁴⁵とのビルハルツ住血吸虫に関する共同研究は世界的にも有名である。

研究所には寄生虫学、微生物学、免疫学、細胞培養、実験動物、保健医療技術、ワークショップ・訓練の7つの研究室があり、下記の5つの研究プログラムを実施している。

1. 保健医療システムの研究
2. 住血吸虫、その他の熱帯性感染症
3. マラリアと昆虫学
4. 水、衛生設備等の研究
5. エイズとその他の性交渉感染症

¹⁴¹ 医療補助会から公立病院への支払は実費経費ではなく定額払いとなっている。

¹⁴² Blair Research Laboratory

¹⁴³ Health Research Unit

¹⁴⁴ De Beers Research Laboratory

¹⁴⁵ Danish Bilharziasis Laboratory

当研究所はフィールドワークを重視した研究活動も活発である。例えば、農村地域に適した作りやすく、安価なトイレ、ブレアートイレ¹⁴⁶の開発も世界的に有名である。このトイレは空気の流れと採光により、蚊の繁殖を抑え、清潔に保たれる工夫がなされている。保健省のブレアートイレ普及活動は、住民の自助努力、UNICEF、他からの資金援助で進められている。また、安全な水の確保のための様々な井戸の開発、地域での実践活動を行なっている。

職員は現在約200人がいる。そのうち約80人が科学者、技術者等のプロフェッショナル・オフィサーで、60人が研究助手である。プロフェッショナル・オフィサーには4名の経済学者、2名の社会学者がいる。外国人はオランダからの専門家1名と国際協力事業団からの1名の計2名だけである(数値はブレアー研究所代表チンディワナ氏1997)。

政府からの予算は約6百万Z\$(96年)で、90%は職員の賃金、その他の経常経費となり、研究への経費は10%程度である(数値は“Director's Report 1996”発行年不明ブレアー研究所)。残りの研究費はオランダ、EU、デンマーク、スウェーデンなどからの援助に頼っている。約7.3百万Z\$(96年)が援助団体からの資金援助である。

ブレアー研究所の将来に向けての課題は下記の通りである。

- (1) 老朽化した研究施設の改善
- (2) ジンバブエ人研究者の育成と定着
- (3) 21世紀に向けて国の研究機関としての戦略づくり

¹⁴⁶ Blair Latrine

「6 保健医療サービス供給システム」

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. "Review of the Public Sector Investment Program for the Period July 1, 1996 to June 30, 1997 and the Forecast for the Period July 1 1997 to December 31 1998" 1997 MOHCW
3. "Third Evaluation of the Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2" 1997 MOHCW
4. Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW
5. "National Health Strategy for Zimbabwe 1997 – 2007 Discussion Draft Document" 1997 MOHCW
6. Annual Report 1996 1997 Blair Research Institute
7. "Social Health Insurance Study Final Report" 1996 USAID
8. "An Evaluation of Health Financing Reforms with Special Focus on the Abolition of User Fees at RHCs and Rural Hospitals" 1996 MOHCW
9. "Safe Motherhood in Zimbabwe A Situation Analysis Discussion Document" 1996 MOHCW/UNICEF
10. Country Health Profile Zimbabwe 1995 WHO/MOHCW
11. "Economics of the Health Sector in Zimbabwe" 1995 USAID
12. EDLIZ 1994 1994 MOHCW
13. "Staff Appraisal Report Zimbabwe Sexually Transmitted Infections Prevention and Care Project" 1993 The World Bank
14. "Strategy Plan for Health Facilities 1997 – 2007" 発行年不明 MOHCW
15. "ZEDAP Survey 1995" 発行年不明 MOHCW
16. "Director's Report 1996" 発行年不明 Blair Research Institute
17. "Health Facilities Report 94/95" 発行年不明 MOHCW/CSO
18. "ZEDAP Private Sector Essential Drugs Survey 1995" 発行年不明 MOHCW

7 保健医療人材

独立後、「公平な保健医療」を目的に、サービス拡大のため保健医療従事者の養成が進められた。また、PHCの概念を取り入れた人材養成、そして教育カリキュラムが採用され、例えば医学部でも各学年次、農村部での研修が義務づけられている。また公共の保健医療サービスとコミュニティーをつなぐ人材としてVCWが養成された（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）。

しかし、看護婦や医師等の数は増えたが、公平な保健医療サービスの提供という目標を達成するには必ずしも十分な結果を得られていない。需要に人材養成が追いついていないのが現状である。また、医師、看護婦等医療従事者の都市部集中、中央レベルそして民間部門への集中、あるいは国外への流出が起こっている。また、訓練施設も十分でなく、専門の従事者養成の障害となっている。

7.1 各種保健医療従事者の分布

7.1.1 概要

ジンバブエの保健医療従事者は保健医療従事者委員会¹⁴⁷で審査を受け登録されなければならない。外国人もジンバブエで保健医療に従事する場合は登録の義務がある。同委員会は政府の独立した組織でどこかの省庁にも属さない。27人の委員で構成されており、保健省次官を含む11人の委員は保健大臣が任命し、残りの16人の委員は登録している保健医療従事者が選任する（数値は *Health Professions Council Functions and a Guide to Ethics 1993 Health Professions Council*）。保健省はこの委員会へ政策等に関して指導、監督する役目を担う。保健医療従事者が適切な資格を有しているか、またモラル的に問題はないかを判断して、保健医療従事者の登録を決定する。また登録後も保健倫理、不正行為などの監視を実施している。

従ってジンバブエにおける保健医療従事者の種類と数はこの委員会の登録数である（表7-1）。しかしこの数は、すべての登録者が保健医療活動に従事しているわけではなく、また国外への流出もあり、実際にジンバブエで保健医療活動に従事している実数とはかなり異なり、その実数は今のところ把握できていない。保健医療従事者委員会ではWHOカーネギー資金によって登録されている医師、看護婦などについてデータベースを作ろうとしており、それが完成すればある程度実数の把握ができるようになるであろう（保健省看護サービス部部長代理 マッケンジー女史談）。

¹⁴⁷ Health Professions Council

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

分類	1981年	1985年	1990年	1995年	1996年
1. 医師	1189	1058	1320	1603	1387
2. 歯科医	166	94	131	152	139
3. 薬剤師	304	285	347	499	441
4. 理学療法士	N/A	N/A	N/A	164	141
5. 検眼士(Optician)	61	40	44	54	31
6. 心理学者	32	30	46	85	69
7. X線技師	217	98	166	204	181
8. 看護婦	8488	9533	12518	14064	14855
9. 助産婦	2408	3039	2651	3241	3088
10. 検査技師	N/A	N/A	N/A	225	9
11. 環境衛生技師	400	360	796	878	937
12. 歯科技工士	31	14	22	33	30
13. 栄養士	12	9	14	N/A	9

出所：保健医療従事者委員会資料 1997

表 7-1 の通り、医師の登録数は 81 年から 95 年までで約 35%、薬剤師は 64% 増加したが、歯科医師、歯科技工士は増えていない。栄養士も若干の増加にすぎない。

公共医療施設における医師と看護婦の数は表 7-2 の通りである。90 年代に入ると医師、看護婦の数とも横ばいである。これは先にも触れたが、公共部門の労働条件が民間より劣るため、民間への流出、国外への流出のためである。一人当たり人口を比べると、80 年代も人口増加のため大幅な改善はみられない。まして、90 年代は人口増加にはまったく対応されていないため、国民への公共部門のサービスの低さがはっきりと現れている。

表 7-2：公共医療施設における医師と看護婦の数

年	医師	看護婦	人口 (百万人)	医師一人当 たり人口	看護婦一人 当たり人口
1983	535	5770	7.8	14579	1351
1985	535	5770	8.3	15514	1438
1990	756	8359	9.9	13095	1184
1992	763	8306	10.4	13630	1252
1994	770	8457	11.2	16617	1324
1995	674	8635	11.5	17062	1332
1996	618	8662	11.9	19256	1374

(注) 94 年以降の人口は 92 年国勢調査からの推定

出所：“Zimbabwe Health for All 2000 Evaluation and Preparation of the Situation Analysis for Zimbabwe Strategic Health Plan Health Resources Section 4” 発行年不明 MOHCW、“Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW

7.1.2 医師

ジンバブエの医師の現状は以下の通りである。

(1) 民間部門への偏り

81 年から 96 年までに登録医師は 1189 から 1387 に増えた (表 7-1) が、表 7-2 で示されている通り、公共部門に属する医師は 96 年には 618 人で約 45% である。残りの大半が民間部門に属するものと推測される。特に、専門医の場合この偏りが顕著である。民間部門への集中する理由はより高い収入と設備の良さである。

(2) 第4次レベルへの集中

88年の保健医療従事者委員会の報告書によると、中央の第4次レベル医療施設で働く医師は72%、第3次レベルが12%、郡、ミッション系病院が16%となっている。また、95年の公共部門で働く医師の分布をみると、ハラレ市、ブラワヨ市、チトウンギザ市などにある第4次レベルの保健医療施設に集中しており、第3次レベル以下の保健医療施設に従事している医師は200人、全体の30%にすぎない(数値はZimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。農村部では保健医療設備の悪さに加え、住宅等の生活環境が整っていないため赴任が好まれない。保健省はこれらの対策として、家庭健康プロジェクトにより地方の保健医療従事者向けの住宅の整備、手当での増額などで対処しているが効果はあまりない。

(3) 国外への流出

医師の南アフリカ、中近東などへの国外流出が見られる。ジンバブエ大学医学部は高いレベルの教育を目指せば目指すほど、国際的にも通用する医師を養成していることになる。

国内では恒常的な機器の故障、不足がひどいため、情熱ある医師も意気をそがれてしまうとのことである(保健省人材開発部長マガヤ氏談)。

保健省はこの対策として、医学部卒業後3年間は政府の保健医療施設に勤務することを義務づけているが、3年の義務期間の後には政府保健医療施設に留まらず、民間または国外への流出が起きている(保健省人材開発部長マガヤ氏談)。

7.1.3 看護婦

看護婦には正看護婦¹⁴⁸と准看護婦¹⁴⁹の2種類がある。96年現在、正看護婦は7444名、准看護婦7411名登録されている(数値は保健医療従事者登録委員会資料1997)。92年に准看護婦の養成は止めて、すべて正看護婦の養成だけとした。また、現在いる准看護婦についても1年間の研修で正看護婦に格上げしている。看護婦についても人数不足が大きな問題となっている。表7-3の通り、1300名の看護婦が現在不足している。

看護婦についても過酷な労働条件、生活環境の未整備などにより、民間への移行、国外流出が大きい。老人看護のためのイギリスへの流出が多い(保健省人材開発部長マガヤ氏談)。

これら流出を防ぐために、政府は97年9月からの看護学校入学者に対して、3年の課程を終了後、3年間政府保健医療機関で勤務することを義務づけた(保健省看護サービス部部長代理マッケンジー女史談)。

7.1.4 その他の登録保健医療従事者

その他の登録されている保健医療従事者は県保健医療事務所に所属している環境保健検査員(EHI)¹⁵⁰と環境保健技師(EHT)¹⁵¹を除いてほとんどが都市へ集中している。表7-3の通り、薬剤師、理学療法士、検査技師の不足が大きい。

¹⁴⁸ General Nurse

¹⁴⁹ State Certified Nurse

¹⁵⁰ Environmental Health Inspector

¹⁵¹ Environmental Health Technician

7.1.5 外国人医師の採用

公共部門、特に郡レベルでの医師不足の対策の一つとして、外国人医師を期間契約ベースで採用している。保健省が管理する保健医療施設のうち中央病院を除く、第3次レベル以下の医療施設で働くポストに占める外国人の割合は95年では60.5%、112人にも達している(数値は Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW)。

表7-3は中央病院を含む保健省管轄保健医療施設の外国人の割合を表わしている。全体で25%の医師が外国人である。

表 7-3 : 主な医療従事者の必要人数、実際の人数、外国人の割合 (97年)

ポスト	必要人数	実際の人数	不足数	外国人の数	外国人の割合
医師	773	707	66	180	25%
薬剤師	98	67	31	8	12%
看護婦	8451	7151	1300	9	0.1%
理学療法士	81	59	22	8	14%
作業療法士	31	28	3	4	14%
検査技師	95	74	21	1	1.3%

出所：保健省人事・行政部資料 1997

7.1.6 ミッション系病院

ミッション系病院はでも常に職員が不足しており、外国人医師に依存している。詳細は資料がなく不明である。

7.2 保健医療従事者養成制度と養成機関

7.2.1 保健医療従事者養成制度

ジンバブエでは次の分野の保健医療従事者を養成している(表7-4)。

表 7-4 : 主な保健医療従事者養成機関一覧

分野	養成機関	養成期間
一般医、医師修士課程	ジンバブエ大学医学部	5年(一般医) 3-4年(修士)
公衆衛生修士 看護婦 (General Nurse)	ジンバブエ大学医学部 中央病院看護学校、県病院、一部ミッション系病院、 計13学校	2年 3年(Diploma)
看護学士 専門看護婦 助産婦	ジンバブエ大学医学部、 ジンバブエ大学医学部、バリレンヤトワ病院看護学校 中央病院、県病院、他、計7学校	3年 1-2年(Diploma) 1年(Diploma)
環境保健学士 環境保健技師	ジンバブエ大学医学部 4技術訓練学校	4年 3年(Certificate)
薬学士 薬剤技師	ジンバブエ大学医学部 2技術訓練学校	3年 2年(Diploma)
歯科療法師、歯科技師	バリレンヤトワ病院歯科養成学校(歯科医を養成する 機関はない)	3年(歯科療法) 2年(技師)
放射線技師 X線操作師	バリレンヤトワ病院、ウンピロ中央病院放射線学校 マシゴ県病院、ルサベ一般病院技術養成学校	3年(Diploma) 1年(Certificate)
理学療法士(学士) 作業療法士(学士)	ジンバブエ大学医学部 ジンバブエ大学医学部	4年 4年
リハビリテーション技師 臨床検査技師	マロンデラ県病院リハビリテーション学校 ジンバブエ大学医学部	2年(Certificate) 3年(Diploma)

出所: "Training Programmes Institutions and Addresses" 1994 MOHCW

7.2.2 保健医療従事者養成機関

(1) ジンバブエ大学医学部

ジンバブエ大学医学部が唯一の医師養成機関である。医学以外にも、薬学、看護学、環境保健学、理学療法、職業療法の課程を有する。スタッフ、設備に関してはよく整っており、独自の医学ジャーナルを発行するなど南アフリカを除く南部アフリカのなかでも中心的な医学教育研究施設である。ジンバブエばかりでなく南部アフリカ全体の医師養成機関として諸国の学生を受け入れており、また欧米との教育研究交流も活発である。入学資格は中等教育7年終了で、1学年の定員は80人である(数値は"Training Programmes Institutions and Addresses" 1994 MOHCW)。

大学は創立以来、地方の簡素な設備の医療施設でも能力が発揮できる医師の養成を理念としてきた。そうした臨床現場の現実に応じた農村部への保健医療サービス拡大、PHC重視の視点から、中央病院での実習の機会のほかにも、各学年ごとに、コミュニティー、郡病院での実習が含まれている。卒業後は原則として主要病院で2年間のローテーション研修(各診療科を数ヶ月の単位で回りながら全科を研修)および3年間の政府保健医療機関勤務が義務づけられている。

(2) 看護婦養成学校

92年まで一般の看護婦には中等教育4年間終了後、3年間の課程を修める正看護婦と、2年間の課程を修める准看護婦の2種類の課程があったが、92年に准看護婦の課程は取りやめ、すべてが3年間の正看護婦の課程となった。そして、前述した通り現在は准看護婦についてもあと1年間の補完研修コースを設け、正看護婦の資格取得を促進している(保健省看護サービス部部長代理 マッケンジー女史談)。

中央病院が看護婦の主要な養成機関であるが、県、ミッション系病院も養成に参加している。専門としては、助産婦、臨床看護婦に加えて精神科、麻酔、手術室、ICUなどの専門看護婦の課程もある。

表7-5は正看護婦、助産婦の課程修了数である。教官の増加、設備の強化などにより、91年から正看護婦、助産婦とも大幅に増加しているが、まだ不足なため、2000年には年間約950名の看護婦の養成を目標に、さらに強化を続けている(保健省看護サービス部部長代理 マッケンジー女史談)。

表 7-5：正看護婦、助産婦の課程修了数

年	正看護婦	助産婦
1991	446	157
1992	422	151
1993	563	161
1994	712	217
1995	761	277
合計	2904	968

出所：“Zimbabwe Health for All 2000 Evaluation and Preparation of the Situation Analysis for Zimbabwe Strategic Health Plan Health Resources Section 4” 発行年不明 MOHCW

(3) 問題点と対策

保健医療従事者に関しては従来から以下の点が問題として指摘されている。

- (1) 人口増、サービスの拡充に伴う需要に養成が追いつかない。
- (2) 公共部門から民間部門への移動
- (3) 国内の配置の片寄り(都市部に集中)
- (4) 専門分野によっては国内に養成機関がない(例えば歯科医師)

これに加え、ESAPにより公共部門の支出見直しが進められたため、人件費が大幅に削られ、また、高いインフレのため、実質賃金が目減りし、こうしたことを背景に資格を有する医療従事者の民間部門、国外への流出を加速している。また、エイズや結核患者の増加により、医師、看護婦等の負荷が極端に増え、労働条件の悪化も原因の一つである。96年1月から97年4月までに189名の看護婦が政府の保健医療施設を止めたとの報道が97年5月30日付けの現地新聞「The Herald」にあった。

政府はこの対策として下記を推し進めようとしている。

- (1) 公共部門への定着促進のための職場環境整備
- (2) 各県に研修センターを設置する等、全国レベルでの人材養成の強化
- (3) 当直等手当ての再検討、実績に結びつく昇進体制の整備
- (4) 職場に付随する住宅環境の整備
- (5) 訓練終了後政府保健医療施設で勤務することの義務付け

上記のうち、手当での増額は96年に実施し、職場環境、住宅環境の整備も徐々にではあるが家族健康プロジェクトにより実施している。また、医師については3年間の政府医療機関勤務の義務付けも実施しており、看護婦、薬剤師、臨床検査技師などについても97年9月の新しい訓練生から実施の予定である(保健省人材開発部長 マガヤ氏談)。

(4) 地域レベルへの医療従事者の増強

独立後、政府は医療従事者の育成に重点をおいた結果、医師を含む医療従事者は大幅に増加した。このように医療従事者の絶対数は増加したものの、公的医療施設と民間医療施設、そして都市と地方の間で医療従事者の配分の格差はあまり解消されていない。95年には郡病院、県病院・県保健医療事務所、中央病院に従事する医師の割合はそれぞれ18%、12%、70%であった(数値はZimbabwe National Health Profile 1995-1997 MOHCW)。

医師以外の職種においても同様の傾向がみられる。新たに医師や看護婦となる層の大部分が、もともと都市出身であることや、地方の生活環境の整備が十分でないことから、政府が地域医療のシステムの整備のなかで取り組もうとした地域への医療従事者の再配分は実際にはスムーズには行なわれていない。

「7 保健医療人材」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. “Third Evaluation of the Implementation of Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW
3. “VCW Information Updating Survey” 1997 UNICEF
4. Zimbabwe National Health Profile 1995 1997 MOHCW
5. “Training Programmes Institutions and Addresses” 1994 MOHCW
6. Health Professions Council Functions and a Guide to Ethics 1993 Health Professions Council
7. “Zimbabwe Health for All 2000 Evaluation and Preparation of the Situation Analysis for Zimbabwe Strategic Health Plan Health Resources Section 4” 発行年不明 MOHCW