

8 環境衛生・労働衛生

8.1 環境衛生

ジンバブエにおいて疾病の半分以上は、下痢、皮膚感染、眼疾患、住血吸虫など水に関連したものである。予防接種の普及によって予防接種で防げる病気が減少したことに伴い、これら水を原因とする疾患の比重が相対的に増えてきている。

政府は住民への安全な水、衛生状態の改善のために保健省、地方資源・水開発省、地方行政・住宅省、大蔵省、国家経済計画委員会などの関係省庁からなる国家行動委員会 (NAC)¹⁵²を結成し、「統合地方水供給・衛生プログラム」(IRWSSP)¹⁵³を実施している。

また、これとは別に、地方行政・住宅省、NGO が独自にプログラムを組み、安全な水供給、トイレの普及活動を実施している。

8.1.1 飲料水

92年の国勢調査では、安全な水へアクセスできるのは国民全体の77%で、都市部では99%であるが農村部は64%にすぎない。しかも38%の国民が安全な水の供給施設を敷地内にもっているが、27%が半径500m以内、そして22%の住民は1km以上離れたところにしか施設がない。また96年3月に全国約4100世帯を対象に実施された調査によると、安全な水の供給は都市部で99%、農村部で70%、全体で81%と上がった(数値は“6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ)。しかし、これでもまだ約5人に1人は安全な水を飲料していないことになり、問題の解決はまだまだ時間がかかりそうである。

安全な水の供給は貯水池からのパイプ、井戸そしてボーリング¹⁵⁴による。表8-1は都市部・農村部別、供給施設別の安全な水への住民のアクセスの割合である。都市部ではほとんどがパイプによる供給であるが、農村部では安全な水の74%は井戸、ボーリングに頼っている。

表 8-1：都市部、農村別の安全な水へのアクセスの割合

地域	パイプ供給	井戸、ボーリング	合計
都市	97%	3%	100%
農村	26%	74%	100%
全体	59%	41%	100%

出所：“6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ

上記の安全な水へのアクセスの計算方法は井戸については50人/井戸、ボーリングの場合は250人/Boreholeで定義され、人口と井戸・ボーリングの数で割合を計算している。従って安全な水への距離が考慮されていない(保健省環境保健部主任担当官 ルクシャ氏談)。

表8-2は安全な水への距離によるアクセスの状況である。都市部では97%の住民が0.5km以下に安全な水の施設をもっているのに対し、農村部では55%にすぎず、45%の住民が安全な水の確保のために500m以上を歩くことを余儀なくされている。これは単に労働の増加という問題だけ

¹⁵² National Action Committee

¹⁵³ Integrated Rural Water Supply and Sanitation Programme

¹⁵⁴ Borehole

でなく、衛生的な水が運搬途中、また家での貯蔵の際に汚染されるという衛生上の問題でもある。

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

地域	距離				合計
	敷地内	敷地から 0.5km 以下	敷地から 0.5-1km	敷地から 1km 以上	
都市部	86%	12%	1%	0%	100%
農村部	11%	44%	32%	13%	100%
全体	40%	31%	20%	8%	100%

出所：“6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ

91/92年の旱魃は水が国のもっとも大切な資源であることの認識をあらたにした。この旱魃は歴史的な規模であった。この旱魃により、11%のボーリング、23%の深井戸、18%の浅井戸が乾いて使い物にならなくなった（数値は“The National Rural Water Supply and Sanitation Programme Executive Summary for 94/95” 発行年不明NAC）。また、ポンプが故障しているため80%の井戸しか使用されていないとの報告もあり今後、旱魃にも耐えられる深い井戸の建設、ポンプ等の保守体制の整備が必要とされている（数値は“The National Rural Water Supply and Sanitation Programme Executive Summary for 94/95” 発行年不明NAC）。

8.1.2 衛生施設（トイレ）

政府は80年代を通じてPHC活動の一環として、ブレアー研究所が開発したブレアートイレの普及を農村部で進めてきた。92年の国勢調査によるトイレの普及は都市部では99%、農村部で48%、国全体で66%であった。また、96年3月の調査によると、普及率は都市部で100%、そのうち92%が水洗式、また農村部では53%、そのうち66%がブレアートイレであった（数値は“6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ）。国全体では71%の普及率であった（数値は“6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ）。まだ農村部では二人に一人はトイレがなく、茂みで排便している。

政府が勧めているブレアートイレは93/94年度までに284千個が建設され、そして、94/95年度は政府「統合地方水供給・衛生プログラム」(IRWSSP)が約19千、NGOが約8千個建設した（数値は“The National Rural Water Supply and Sanitation Programme Executive Summary for 94/95” 発行年不明NAC）。

8.1.3 住居環境

ジンバブエの農村の住居には煙突がないが一番寒い6月、7月を除いて、一年中ほとんどの期間、外で火を使うため、排煙に関しては大きな問題にはなっていない。一部NGOなどの協力で住居に煙突を設置することを進めているが、経費がかかりすぎるためあまり普及していない（保健省環境保健部主任担当官 ルクシャ氏談）。

また保健省環境保健部の活動として、学校、監獄等の施設環境の調査を行なっている。95年は学校施設の調査を実施し、40%の学校に衛生面での改善を指摘した（数値は保健省環境衛生部資料 1997）。

8.1.4 公害

公害対策については鉱業・環境・観光省の下で環境衛生対策実施のために多省庁による委員会が設置されている。保健省では環境保健部が上記の飲料水、トイレのほかに、大気汚染、有害物、放射線放出の監視も行なっている。都市部での大気汚染は車と工場の増加により年々悪化している。しかし、産業保護の立場から法規制も厳しく実施されていないのが現状である。

95年の調査によるハラレ市の大気汚染の状況は下記の表8-3の通りである。二酸化硫黄 (SO₂) が高い値を示している。

表 8-3 : ハラレ市の大気汚染の状況

有害物	平均測定値 (ug/m ³)	許容度 (ug/m ³)
SO ₂ (二酸化硫黄)	88.7	70
SPM (浮遊粒子状物質)	46.8	60
NO ₂ (二酸化窒素)	33.3	100

出所：“Annual Report 1995” 発行年不明 Environmental Health Dept MOHCW

環境衛生に関する法律の整備は徐々にではあるが改善されている。95年は4つの環境衛生に関する法律が改正され、2つについては公布された(数値は“Annual Report 1995” 発行年不明 Environmental Health Dept MOHCW)。法律の改正に伴う民間団体、自治体の努力が十分ではなく、まだまだ公害に対する認識が低い。

8.2 労働衛生

ジンバブエにはフォーマルセクターで1.2百万人、インフォーマルセクターで2.8百万人の労働者がいる。主な産業は鉱山、農業工場、殺虫剤工場、食品加工などである。これら労働者の労働衛生・安全は保健省の管轄ではなく、半民間の組織、国家社会保険局 (NSSA)¹⁵⁵の担当である。NSSAは労働衛生と安全に関する国家計画、開発そしてプログラムの遂行を担当する。政策の決定は担当省である公務員・労働・社会福祉省、産業界の経営者、そしてNSSAで組織される労働衛生・安全委員会¹⁵⁶で決められる。

NSSAの労働衛生・安全の担当部署には約150人の職員がおり、そのうち21人は検査員、3人は医師、30名が看護婦である。NSSAの活動は下記の通りである。

- (1) 公営および民間工業界の安全対策担当者の訓練
- (2) 労働者の検診
- (3) サーベイランスの実施
- (4) 社会復帰への支援
- (5) 職場検査

主な職業病は鉱山での塵肺症、農業、殺虫剤の取り扱いによる化学薬品の事故、そして落下などの物理的な事故である。

表8-4は86年、90年および95年の労働災害の内訳の推移である。このデータは労働者に付保される、「労働者労働災害補償スキーム」からの数字で、過小報告されているのは事実である。また、残念ながら職業病については明らかでない。

¹⁵⁵ National Social Security Authority

¹⁵⁶ Occupational Health and Safety Council

傷害、死亡とも年々増加しており、95年の労働災害による傷害は約2万件で、死亡は252名である。これは86年の1.3倍である。死亡数が多いのは農業・林業で全体の28%弱であり、次が鉱業で20%である。農業・鉱業の死亡原因は交通事故、トラクターの転倒、トレーラーからの落下などである。また、落雷、動物の攻撃による死亡がそれぞれ各5名いる。致死率が高いのは輸送・倉庫業である。

表 8-4：産業別の労働災害の推移

産業	1986年		1990年		1995年		致死率
	傷害	死亡	傷害	死亡	傷害	死亡	
農業・林業	2797	44	2670	57	3014	70	2.3%
鉱業	2592	43	2841	32	2936	51	1.7%
非金属製造業	2613	16	3383	18	3918	22	0.6%
金属製造業	1905	6	2509	10	2739	2	0.1%
電気製品製造業	192	2	401	5	549	2	0.4%
建設業	966	15	1732	17	1932	22	1.1%
商業	917	13	1078	13	1203	14	1.2%
輸送・倉庫業	721	19	975	37	1075	43	4%
鉄道	1539	3	804	6	385	2	0.5%
電話	94	0	109	2	152	3	2.0%
金融業	86	3	95	1	180	2	1.1%
社会開発	923	30	1428	21	1778	19	1.1%
合計	15345	194	18025	219	19861	252	1.3%

出所：Annual Analysis of Preliminary Occupational Injury and Accident Statistics 1995 NSSA

また、表8-5は産業別の傷害および、死亡事故発生率である。

傷害の発生率が高いのは鉱業、電気製品製造業などで、労働災害で死亡発生率が高いのは輸送・倉庫業と鉱業である。

表 8-5 : 傷害および死亡事故数と発生率 (95 年)

産業	労働者数	傷害		死亡	
		傷害数	発生率	死亡数	発生率
農業	357137	2406	6.7	67	18.8
林業	9871	608	61.6	3	30.4
鉱業	61367	2936	47.8	51	83.1
食品加工、たばこ製造	67590	1330	19.7	10	14.8
繊維	61074	513	8.4	1	1.6
木材	28483	892	31.3	4	14.0
製紙	16016	256	16.0	3	18.7
化学、燃料	25682	441	17.2	1	3.9
非金属製造	13618	486	35.7	3	22.0
金属製造	14622	683	46.7		0.0
機械	89063	2028	22.8	2	2.3
その他製造	2023	28	13.8	0	0.0
電気製品製造	11233	549	48.9	2	17.8
建設	76991	1932	25.1	22	28.6
商業	121911	1203	9.9	14	11.5
輸送、倉庫	35586	1075	30.2	43	120.8
鉄道	13210	385	29.1	2	15.1
電話、郵便	8928	152	17.0	3	33.6
金融、保険、不動産	45862	180	3.9	2	4.4
公務員	31486	867	27.4	8	25.4
行政	94896	911	9.6	11	11.6
合計	1186649	19861	16.7	252	21.2

(注) 発生率：人口 10 万対

出所：Annual Analysis of Preliminary Occupational Injury and Accident Statistics 1995 NSSA

前述の NSSA の活動にも関わらずジンバブエ工業界の労働衛生・安全に関する認識は非常に低い。下記は 96 年の NSSA の評価報告書¹⁵⁷の一部である。

- (1) 75%の会社が労働衛生・安全に関する法律上の義務を知らなかった。
- (2) 89%の会社が緊急時発生に対処する計画を策定していない。
- (3) 79%の会社が化学物の取り扱いに関する法律上の最低要求を満たしていない。
- (4) 54%の会社が機械の取り扱いに関して法律上の安全対策を講じていない。
- (6) 70%の会社が火災に対する法律上の安全対策を講じていない。
- (7) 90%の会社が法律上義務づけられている騒音対策を講じていない。
- (8) 93%の会社が衛生設備を備えている。
- (9) 約半数の会社が事故の調査を実施していない。

上記のように多くの会社が法律を遵守していないが、法律の違反に対して厳しい罰則を設ける法の整備ができていないようである。政府は労働衛生に関して植民地時代からの法律を適用しており、90年代に入って現状にあった法律の改正を始めているが、まだすべて整っていない (NSSA 労働衛生・安全部長ウルクベ氏談)。

¹⁵⁷ Comprehensive Analysis of Health and Safety Management in Zimbabwe Assessment in 1997

「8 環境衛生・労働衛生」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 Strategies for Health for All by the year 2000 Version 2” 1997 MOHCW
3. “6th Round Sentinel Surveillance for SDA Monitoring” 1996 UNICEF/GOZ
4. Annual Analysis of Preliminary Occupational Injury and Accident Statistics 1995 NSSA
5. “The National Rural Water Supply and Sanitation Programme Executive Summary for 94/95” 発行年不明 NAC
6. “Annual Report 1995” 発行年不明 Environmental Health Dept MOHCW
7. “Comprehensive Analysis of Health and Safety Management in Zimbabwe Assessment in 1997” 発行年不明 NSSA

9 保健医療分野の国際協力

9.1 協力要請の仕組み

協力要請の仕組みは下記の通りである。

(1) 技術協力・無償資金協力

関係省庁からの援助に対する要請は大蔵省に上げられ、大蔵省は大統領直轄の委員会である国家経済計画委員会と協議し、要請が決定される。要請書は大蔵省から在ジンバブエ各国大使館へ提出される（図9-1参照）。

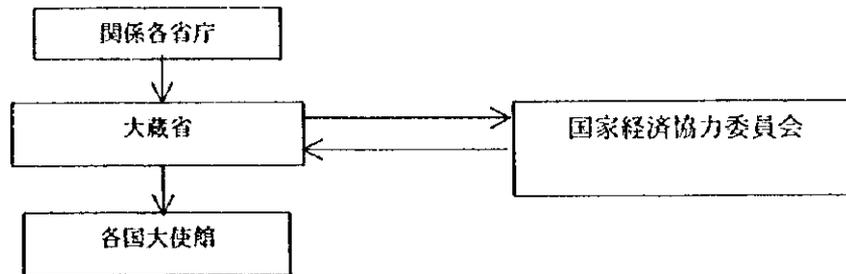


図 9-1：技術協力・無償資金協力の要請の仕組み

(2) 青年海外協力隊

青年海外協力隊の要請は各省庁から公務員・労働・社会福祉省を通して在ジンバブエ各国大使館に提出される（図9-2参照）。

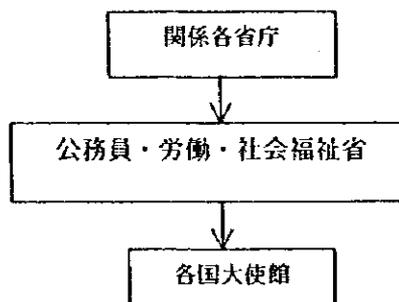


図 9-2：青年海外協力隊の要請の仕組み

出所：「国別協力情報ファイル ジンバブエ」1996 国際協力事業団

9.2 国際機関、我が国を除く諸外国、NGO の協力動向

95年の国際機関の援助額は1億4860百万US\$、DAC諸国2国間援助総額は3億4770百万US\$である。援助形態別には94年では、贈与が有償資金協力の2倍強を占めている。贈与の中では技術協力が約30%占めている。国際機関の動向としては、95年にCECが援助総額の1位(6030百万US\$)となり、94年まで1位であったIDAの援助額が大幅に減少した。DAC諸国2国間援助では、95年に日本が英国の4590百万US\$を抜いて援助額1位(6560百万US\$)となった(表9-1、表9-2参照)。

表 9-1：援助主体別 ODA 実績の推移

	1993年		1994年		1995年	
国際機関 (計)		190.6		284.0		148.6
1位	IDA	62.4	IDA	101.1	CEC	60.3
2位	CRC	51.0	CEC	96.8	IMF	50.7
3位	IMF	42.4	IMF	47.8	IDA	14.6
4位	UNDP	7.1	UNHCR	10.4	UNICEF	5.6
5位	UNICEF	6.5	UNICEF	5.2	UNTA	2.9
その他		21.3		22.9		14.5
DAC加盟国 (計)		310.1		280.3		347.7
1位	ドイツ	59.8	英国	37.8	日本	65.6
2位	スウェーデン	35.8	米国	34.0	英国	45.9
3位	オランダ	28.4	スウェーデン	34.0	ドイツ	42.1
4位	日本	28.2	オランダ	28.1	オランダ	35.7
5位	デンマーク	27.6	ドイツ	25.9	米国	29.0
うち日本		28.2		25.7		65.6

単位：百万 US\$

出所：『我が国の政府開発援助、ODA 白書』1997 (財) 国際協力推進協会

表 9-2：援助形態別 ODA 実績

	1991年	1992年	1993年	1994年
有償資金協力 (net)	63.5	265.5	190.9	181.5
贈与	329.8	527.1	309.2	380.2
(内 技術協力)	(113.8)	(191.4)	(158.1)	(116.4)
ODA 計 (net)	393.3	792.6	500.1	561.7

単位：百万 US\$

出所：Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients 1996 OECD

9.2.1 国際機関

(1) WHO

ジンバブエのWHO事務所は独立年1980年に設立された。独立の80年から現在までの17年間、WHOはジンバブエの保健医療の技術的、財政的かつ情報提供の援助を続けてきている。

WHOジンバブエは下記の3つの部門から構成されている。

- (1) ジンバブエのプログラムを遂行するカントリープログラム部

- (2) ジンバブエだけでなく、南アフリカ諸国に技術的な援助を提供するインターカントリープロジェクト部
- (3) WHO ジンバブエ事務所をサポートする管理部門サポート部

カントリープログラム部とインターカントリープロジェクト部の活動は下記の通りである。

(1) カントリープログラム

一般開発プログラム、保健医療のための人材育成、疾病予防と対策、母子保健・家族計画、PHC、保健医療のための情報・教育、看護、緊急準備対応、コミュニティー水支援と衛生、医薬品アクションプログラム、保健医療状況と傾向の研究、予防接種、HIV/AIDS

(2) インターカントリープロジェクト

下痢症対策、保健医療リサーチシステム、予防接種、緊急準備対応、女性の健康と開発、マラリア予防対策

現在のWHO ジンバブエの保健省への技術協力の焦点は、地方分権化を含む保健医療セクター改革、対費用効果、合理性に当てられている。実施中のプログラムは、9つの一般予算からのプログラムと2つの特別予算によるプログラム（緊急準備対応と下痢症対策）の計12のプログラムであり、一般予算による9つのプログラムは下記の通りである。

(1) 保健医療のための人材

保健医療職員の訓練、CHIZの出版、保健医療研究への資金援助

(2) 保健医療状況と傾向

郡レベルでの保健医療データベースの構築への支援

(3) 統合疾病対策とエイズ

保健省 疫学・疾病対策部の人材育成、技術的・ロジスティックサポート、全県においてエイズ予防のために女性と若者が適切な行動が取れるようにするためのエイズ教育の普及

(4) PHC

保健医療従事者の訓練、ベスト郡・県・中央病院コンペティションの実施、2県における新しいコミュニティー保健医療開発プロジェクトの導入

(5) 女性と子供の健康

RHCの看護婦、助産婦、VCW コーディネーターの訓練、県・郡調査への資金援助、4郡における女性開発プログラムの遂行

(6) 健康教育と情報

学校保健政策と学校保健コンペティションの構築への支援、全県と中央病院での患者教育プログラムの構築、健康教育オフィサーのポストグラデュエイト訓練への支援、SCOPの導入

(7) コミュニティ水供給と衛生

RHCの水施設の改善、環境衛生オフィサーと技師の訓練、地方コミュニティー保健コンペティションの推進、アフリカ2000プロジェクトの拡大

(8) 一般プログラム開発

地域保健サービスの地方分権化に関してRHCでのフィールドテストの実施、保健省本省、県保健事務所の再編成

(9) 他国との技術協力 (WHO 事務所)

WHO 技術協力プログラムへの技術的・行政的・ロジスティックサポート、一般予算・特別予算の管理・運営、情報収集・報告書作成の改善、

上記9つのプログラムの予算 (96/97 年の2年分) は 2388 千 US\$ であり、その内訳は下記の通りである。

表 9-3: 一般予算によるプログラム

プログラム	予算 (96/97 年の2年間) (千 US\$)
1 保健医療のための人材	450
2 保健医療状況と傾向	10
3 統合疾病対策	310
4 PHC	300
5 女性と子供の健康	368
6 健康教育と情報	80
7 コミュニティ水供給と衛生	150
8 一般プログラム開発	50
9 他国との技術協力	670
合計	2388

出所: "A Proposed Plan of Work for WHO Cooperation with Zimbabwe" 1996 WHO

(2) UNICEF

UNICEF のジンバブエに対する援助は 81 年に始まった。しかし、81 年から 91 年までの 10 年間に、ジンバブエでのプログラムは実質的には半分近くまで減少してきた。それは、ジンバブエが近隣諸国に比較して良好な発展をしてきたためである。しかし、その後の早魃、社会経済調整、そしてエイズの流行により、再び UNICEF の活動の比重が増してきた。

UNICEF は政府が進めている地方分権化と効率的政策の推進に重要な役割を担っている。95 年から 2000 年までの政策である「1995-2000 年、ジンバブエにおける UNICEF の協力への政策、優先、計画」¹⁵⁸ は ESAP による社会セクター調整、エイズの流行、早魃への対処の必要性、そして国家子供活動計画 (NPA)¹⁵⁹ を含めた状況変化を反映して作成された。一番の焦点はエイズ対策と、5 歳以下の子供の死亡率の削減である。この政策に基づいて現在進められている UNICEF の保健医療関係のプログラムは下記の通りである。

1. 保健

(1) 小児保健

主な内容は予防接種、栄養、下痢症対策、保健情報システムへの支援

(2) 女性の健康

(3) 保健財務・管理

(4) コミュニティ・プログラム

VCW の育成

2. エイズ対策

(1) 学校教師の訓練

¹⁵⁸ Policy, Priority and Plan of Co-operation for UNICEF with Zimbabwe 1995 - 2000

¹⁵⁹ National Plan of Action for Children

学校の教師を対象としたエイズ教育、生徒への指導方法の訓練

- (2) 生徒用教材の作成
- (3) 教師志望学生の訓練
- (4) エイズ予防情報の普及
ポスター、リーフレットなどの作成
- (5) NGO への資金援助
エイズ対策を実施している NGO への資金援助
- (6) NACP へのサポート

エイズ対策プログラムの中心は学校プログラムで、教師、生徒への教育に重点が置かれている。売春婦、トラックの運転手などへの教育等のプログラムは実施していない。

3. 衛生教育、安全な飲料水と衛生施設

- (1) 安全な水施設の建設、トイレの普及
- (2) 健康教育
- (3) 衛生教育
- (4) 地域開発

上記の「衛生教育、安全な飲料水と衛生施設」プログラムは現地の NGO、「Afri Care」や「Mvur Amanzi」などとともに実施している。

UNICEF ジンバブエは保健医療関係以外では下記プログラムを実施している。

- (1) 教育
初等教育、初等教育の中での女性の性差別排除、成人の識字教育
- (2) 社会政策・開発
孤児の救済、社会福祉事業への資金援助
- (3) 女性
女性の権利プロジェクト
- (4) 子供
子供の権利プログラム、孤児の看護

96年から2000年までの5年間の保健医療関係プログラムの総予算は一般予算が8.4百万US\$、特別予算が42百万US\$である。そのうち保健が13.5百万US\$、エイズ対策が12.4百万US\$、そして衛生教育、安全な飲料水と衛生施設が9.6百万US\$である(数値はUNICEF提供資料1997)(UNICEF保健医療担当官ヘンダーソン女史談)。

(3) UNFPA

UNFPAがジンバブエで援助を開始したのは81年からで、最初の援助である「第1次カントリー・プログラム」は82年に実施された国勢調査への協力からであった。ZNFPCへの協力は82年に開始した。保健省への協力は遅く、88年からで、また資金援助は91/92年からである。現在も協力の中心はZNFPCである。またジンバブエ大学、NGOへの直接の支援、他の機関への支援も行なっている。

「第2次カントリー・プログラム 1988-1993年」が2年間延長して、95年に終了し、96年から「第3次カントリー・プログラム 1996-1999年」が開始された。「第3次カントリー・プログラム 1996-1999年」は「リプロダクティブヘルス」、「人口と開発戦略」、「政策提言」の3つからなる。主なプログラムは下記の通りである。

(1) リプロダクティブヘルス

避妊具の供給、妊産婦保健へのNGOの支援、NACP、UNAIDSへの資金援助、妊産婦へのエイズ教育への支援、家族計画に関するIECプログラムへの支援、学校での人口教育への支援、人工中絶に関する調査、保健者職員のリプロダクティブヘルスに関する訓練など

(2) 人口と開発戦略

人口と開発戦略に関する政策策定のための国家経済計画委員会への支援、ジンバブエ大学での人口教育に関する支援、人口・性問題等に関するNGOの教育

(3) 政策提言

人口開発に関して、議員・関係委員会の委員などへの協力、リプロダクティブヘルス、人口家族計画に関してNGOへの支援、リプロダクティブヘルス、人口家族計画に関して教育・スポーツ・文化省が実施している地方におけるIEC活動の支援

「第3次カントリー・プログラム 1996-1999年」の総予算は8.9百万US\$で、その内訳は(1) 妊産婦保健が6.9百万US\$、(2) 人口と開発戦略が1.2百万US\$、(3) 政策提言が0.8百万US\$である(数値はUNFPA資料1997)。

(4) UNAIDS

UNAIDSはUNDP, WHO, UNICEF, UNFPA, UNESCO, World Bankが資金的なサポートを行ない、96年からWHOの指導のもとで、ジンバブエ政府のエイズ対策の活動を支援している。

UNAIDSは組織ではなく、参加しているすべての国連機関の協力を調整する調整機構であり、国家エイズ調整プログラムを通してエイズ対策に取り組んでいる。UNAIDSの主なプログラムは下記の通りである。

- (1) NACPの計画・調整に対するサポート
- (2) 女性コンドームの購入と配給へのサポート
- (3) エイズ患者の家庭看護への援助
- (4) HIV/AIDSに関する疫学への支援
- (5) HIV/AIDSとSTDに関する保健教育と情報収集への援助と推進
- (6) プログラムの監視と評価

97年の予算は今のところ788千US\$である(数値はUNAIDS資料1997)。

(5) UNDP

UNDPの保健分野への直接的な協力は行っていないが、間接的にはUNAIDSを通してエイズ対策への協力を行っている。また、保健医療に関連した協力では貧困軽減プログラム、地方分権化のプロセスの中での郡議会の強化プログラム¹⁶⁰を実施している。

¹⁶⁰ Rural District Councils' Capacity Building Programme

(6) 世銀 (The World Bank)

世銀の保健省、ZNFPC への協力は 88 年から始まった「家族健康プロジェクト 1988-1993 年」(Family Health Project, 1988-1993)からである。家族健康プロジェクトは世銀の専門家により評価が行なわれ、その評価に基づき第 2 次家族健康プロジェクトが 92 年から 97 年の予定で始まった。また 93 年には「STD 予防治療プロジェクト 1993-1998 年」¹⁶¹が開始されている。

第 1 次家族健康プロジェクトの活動は (1) 家族計画普及のための看護婦研修と IEC 活動、(2) 保健省本部、県・郡レベルの運営管理能力向上のための管理者研修、(3) 郡病院、RHC、ルーラル・ホスピタルの機能強化であった。

第 2 次家族健康プロジェクトは下記 6 つの項目の強化を実施している。

- (1) 家族計画
研修、地域へのサービス拡大と施設の強化、IEC・評価・調査・研究・運営管理能力の強化
- (2) 母子保健
助産婦の養成、産科機材の供与、学校保健教育、調査・研究
- (3) 栄養
食糧栄養の拡大と改善、微量栄養素(ヨウ素、ビタミンA)の補給
- (4) 地域医療サービス
16 の郡病院と 72 の RHC の設備と機能の強化、職員宿舍の整備、通信設備の整備
- (5) 医療従事者養成
組織の強化、カリキュラムの改善、郡研修施設の改善
- (6) 保健医療の運営管理の強化
財務の研修、資機材管理の強化、保健医療計画策定の支援

また、STD 予防治療プロジェクトは下記 5 つの項目の強化を実施している。

- (1) コンドーム使用の推進
IEC によるコンドームの使用の推進
- (2) 性感染症プログラム
性感染症プログラムへの医薬品・検査機器の供与
- (3) エイズ関連疾病の治療
結核等のエイズ関連疾病治療のための医薬品の供与
- (4) HIV テスト
HIV 血液検査のための検査機器の供与
- (5) エイズ対策者サポート
HIV 感染者・エイズ患者を扱う医療関係者を守るために手袋・消毒液・注射器の供与

予算(すべてローン)は第 1 次家族健康プロジェクトが 52.5 百万 US\$, 第 2 次家族健康プロジェクトが 40 百万 US\$, STD 予防治療プロジェクトは 64.5 百万 US\$ である(数値は“Staff

¹⁶¹ The Sexual Transmitted Infection Prevention and Care Project, 1993 - 1998

9.2.2 我が国を除く二国間援助

(1) SIDA

SIDA (The Swedish International Development Authority)のジンバブエ政府への援助は独立年の80年に始められた。保健医療分野での援助は81年から開始された。SIDAの援助はセクター別3年毎にジンバブエ政府と協定を結び実施される。

93年-96年の保健医療でのプログラムは表9-4の通りである。

表 9-4 : 93年-96年の保健医療分野でのSIDAのプログラム

プログラム	予算
予防接種	18.0
水と衛生	12.0
コミュニティ・リハビリテーション	7.5
ファーム・ヘルス・ワーカー	4.5
エイズ対策	15.0
第2次家族健康プロジェクト	24.0
● 栄養	(13.0)
● 人材育成	(1.0)
● 母子保健	(7.0)
● 計画と評価	(2.0)
● エイズ対策に関して NGO への支援	(1.0)
合計	81.0

単位：百万 SWK (1SWK = 0.13US\$)

出所：SIDA 資料 1997

現在実施中の97年-99年プログラムは予算が50百万 SWK で目的と具体的なプログラムは下記の通りである。農村部で特に貧困層に対しての保健医療サービスの質とアクセス向上を目的としている。また予防接種への援助は政府が自助努力で遂行できるようになったため、96年に打ち切り、97年以降のプログラムには含まれていない。(1SWK = 0.13US\$)

1. 97年-99年プログラムの目的

- (1) 障害者への保健医療の改善
- (2) 飲料水と衛生環境の改善、健康教育
- (3) コマーシャル・ランドの住民の健康と衛生の改善
- (4) HIV/AIDS の予防と HIV/AIDS による医学的、社会学的影響の軽減
- (5) 貧困層の栄養失調と栄養不足による疾病の改善

2. 97年-99年の具体的なプログラム

- (1) コミュニティー・ベース・リハビリテーション (CBR)

コミュニティによる身体障害者への看護、保健省だけでなく、教育・スポーツ・文化省、公務員・労働・社会福祉省、および NGO の協力で実施

- (2) HIV/AIDS 対策

NACP へのサポートを下記分野で実施

- プログラム・マネージメント
- カウンセリング
- コミュニティ・ベース・家庭看護
- 若者・学校プログラム
- エイズと職場プログラム

(3) 栄養

蛋白源栄養不良、微量栄養素欠乏症、食事関連慢性疾患の軽減のためのプログラムを実施

(4) ファーム・ヘルス・ワーカー (FHW)

このプログラムは89年から始められている。目的はコマーシャル・ランドの農民の健康状態の改善のためのFHWの育成と必要な機材(自転車、ファースト・エイド・キットなど)の供与

コマーシャル・ランドにはコミュニアル・ランドにいるVCWはいなく、その代わりにFHWがVCWの保健分野の役目を担っている。

(5) 健康・水・衛生とプレア研究所

プレアトイレの建設、井戸の建設、衛生教育、人材育成、プレア研究所での研究への支援

(6) リプロダクティブヘルス

保健省母子保健・家族計画部への協力を検討中だが、具体的なプログラムはまだ実施していない。

(7) 計画と評価

SIDA がサポートしているプログラムの計画立案と評価

表9-5は各プログラムの予算である。

表 9-5 : 97年-99年プログラムの予算

プログラム	予算
1 コミュニティ・ベース・リハビリテーション	10.0
2 HIV/AIDS 対策	12.0
3 栄養	7.0
4 ファーム・ヘルス・ワーカー	6.0
5 健康・水・衛生とプレア研究所	6.0
6 リプロダクティブヘルス	7.0
7 計画と評価	2.0
合計	50.0

単位：百万 SWK (1SWK=0.13US\$)

出所：SIDA 資料 1997

なお、SIDAはこの97年-99年プログラムを最後にジンバブエへの保健医療分野での協力を打ち切る予定である。理由はスウェーデン政府の予算削減ではなく、政策的なものであり99年以降は公共行政と灌漑を重点的に援助していく予定である(SIDA保健医療担当 ハルヴァーワン 女史談)。

(2) DANIDA

DANIDA (Danish International Development Agency) のジンバブエでの保健医療への協力は84年に開始された。過去10年間の保健医療分野の協力は主にZEDAPへの協力であった。また93年からは家族健康プロジェクト及びNACPへの協力も開始された。

96年12月に保健省の保健医療セクター改革をサポートするためにジンバブエ政府と「デンマーク保健医療セクタープログラムサポート」(DHSPS)¹⁶²が締結された。主に政府が進めている保健医療分野の地方分権化を中心に下記の8つの分野を3年間の予定で支援する。

- (1) 郡レベル保健医療の援助
- (2) 県保健医療従事者への支援
- (3) 保健省本省の政策立案への支援
- (4) 保健分野での女性政策の支援
- (5) 郡レベルでの家庭看護を中心としたNACPのエイズ対策への支援
- (6) ジンバブエ必須医薬品プログラム (ZEDAP)への支援 (99年には打ち切る予定)
- (7) 公衆衛生検査室への支援 (99年には打ち切る予定)
- (8) 国家保健情報システム (NHIS)への支援

ジンバブエではデンマーク大使がDANIDAの長であり、領事が副長を勤めている。ジンバブエのデンマーク大使はアンゴラ、ボツワナの大使も兼任しているが、両国では協力態勢ができていないため、援助活動は行っていない。保健医療専門家は6名おり、上記3年の後もフェーズ2の実施を考えており、デンマークとしては保健医療に今後とも力をいれていく予定である。

96年—99年のプログラムと予算は下記の通りである。

表 9-6 : 96年 - 99年の DANIDA のプログラムと予算

プログラム	予算
郡レベル保健医療への支援	54815
県レベル保健医療への支援	8334
保健省本省への支援 (政策立案)	8256
女性政策立案、エイズ対策	9000
ZEDAP への支援	7605
公衆衛生検査室への支援	23801
NHIS への支援	2985
予備予算	15000
合計	129629

単位：千 DKK (1DKK = 0.15US\$)

出所：DANIDA 資料 1997

(デンマーク大使館領事 ピーターセン氏談)

(3) NORAD

NORAD (The Norwegian Agency For Development Co-operation)の保健医療分野への協力は80年代の中、家族健康プロジェクトへの支援からである。NORADはジンバブエではNORADの名前を使わず、オスロのNORADの職員が大使館員となり、大使館の名前で業務を行なっ

¹⁶² Danish Health Sector Programme Support

いる。現在のノルウェイ大使もNORADから派遣されている。現在開発援助を担当している職員は2名であり、開発援助の総括は領事が行なっている。

ノルウェイ議会はPHC、初等教育および水と衛生の分野に開発予算の20%以上を割り当てるように決議し、それに従いジンバブエでも開発援助の優先分野は社会分野であり、特に家族健康プロジェクトを中心とした保健医療と地方水開発・衛生である。ジンバブエでは上記2つの分野で手いっぱいなため、教育分野での援助を行っていない。

家族健康プロジェクトへの支援は第1次から始めており、第1次に90百万NOK、第2次家族健康プロジェクトに一般予算83百万NOK、特別予算40百万NOK、合計123百万NOKが割り当てられた。第2次家族健康プロジェクトへの支援は97年に終了の予定だが、1年延長することを保健省と協議中である。(1NOK = 0.14US\$)

NORADは、以前は専門家の派遣も行なっていたが、継続性の問題と受け入れ国の責任を高めるため、専門家の派遣は現在行っていない。受け入れ国への資金援助と現地および海外のコンサルを使用してプログラムを実施している。現在保健医療分野で実施中のプログラムは下記の通りである。

(1) 第2次家族健康プロジェクト

(2) 子供食糧補給プログラム

92年の旱魃時に始められた子供救済プログラムで97年には終了する。

(3) マラリア対策プログラム

96年のマラリア流行のために緊急に予算6百万NOK (1NOK = 0.14US\$)が割り当てられているが、まだこの予算による具体的な支援は何も実施されていない。

(4) 栄養政策プログラム

ノルウェイ国家栄養委員会から栄養政策立案への協力、予算は6百万NOK (1NOK = 0.14US\$)

エイズ対策ではNACPへの直接の支援はしていないが、エイズ対策を実施している現地NGOへの資金的支援を実施している。今後は社会分野への協力を高めていく予定である(ノルウェイ大使館一等書記官 エベンセン女史談)。

(4) DFID-UK (旧 ODA)

DFID (Department For International Development UK) (旧 ODA) はジンバブエの独立時から保健医療分野での援助を実施している。ジンバブエでの開発援助はイギリス政府の中央アフリカ開発局にの管轄であり、97年にイギリス政府の組織変更に伴い名前がODAからDFIDとなった。

DFIDの保健医療分野での援助の焦点は「緊急」、「HIV、マラリア、結核等の伝染病」、「妊産婦保健を含む母子保健」、「保健医療セクター改革」の4つである。この4つの焦点に沿って現在下記プログラムを実施中である。

(1) 性保健プロジェクト

STDの予防プログラムで医師、看護婦などの職員の訓練、検査機器の整備などを実施

(2) 保健政策の立案

保健政策の立案のために保健省本省計画・管理部を支援

(3) アフリカフィルムと教育プログラム

増加する孤児に対応するために、家族・コミュニティー・当局などへ孤児問題の意識を高め啓蒙するフィルムを作成する。プラン・インターナショナル、オックスファーム、SIDA、アングロ・アメリカン・コーポレーションなどと協力して実施

(4) コミュニティー・ベース・マラリア対策プロジェクト

学校の教師・生徒、地方の保健医療関係者へのマラリア予防のための、保健教育の実施、保健省へのサポートだけでなく、NGO、セイブザチルドレンUK へのサポートも実施、また媒介蚊の発生状況把握のためGISを実施する予定

(5) コンドームのソーシャル・マーケティング

USAID との共同プロジェクトでコンドームの私的販売への協力、またTV・ラジオを使ってのコンドーム普及の推進を実施、コンドームは1個 3Z\$で販売

(6) 蚊帳のソーシャル・マーケティング

マシヨナランド・セントラル県で実施しているパイロットプロジェクトで、15千の蚊帳を一つ 80Z\$で販売

現在実施中のプログラムの予算は下記の通りである。

表 9-7 : DFID プログラムと予算

	プログラム	予算
1	性保健プロジェクト	9000
2	保健政策の立案	750
3	アフリカフィルムと教育プログラム	243
4	コミュニティー・ベース・マラリア対策プロジェクト	80
5	コンドームのソーシャル・マーケティング	2000
6	蚊帳のソーシャル・マーケティング	270
	合計	12313

単位：千ポンド (1ポンド = 1.6US\$)

出所：DFID 資料 1997

保健医療分野はDFIDのジンバブエでの開発援助の中一番優先度が高く、予算配分も大きい。今後は現在保健省で策定中の「国家保健医療戦略 1997-2007年」¹⁶³の完成を待って援助の焦点を定める予定である(イギリス大使館一等書記官 ミラー氏談)。

(5) USAID

USAID (The United States Agency For International Development) はジンバブエ独立の年、80年から保健医療分野での開発援助を実施している。第一の焦点は家族計画であり、80年から過去15年間にZNFPCに5千万US\$以上を援助している。89年から家族計画に加えて、HIV/AIDS対策へのサポートも開始し、93年からNACPへの本格的なサポートを始めている。家族計画プログラム、HIV/AIDS対策プログラムの目標は下記の通りである。

1. 家族計画プログラム

- (1) 保健省の家族計画プログラムを自己継続性のあるプログラムにする。
- (2) 2000年までに合計特殊出生率を4.0以下にする。

2. HIV/AIDS対策プログラム

- (1) HIV感染者の減少

¹⁶³ National Health Strategy for Zimbabwe 1997-2007

(2) HIV/AIDS 予防対策を全国レベルに拡大

上記2つのプログラムに関連して下記の活動を現在実施中である。

- (1) プライベート・セクターによる家族計画サービスの推進と質の改善
JSI、MSH、AVSCなどのコンサル会社などを通して家族計画サービスの改善を図る
- (2) 避妊具供給とロジスティックの改善
コンドーム供給への資金援助、ソーシャル・マーケティング
- (3) 政策の改善
NACPへの政策立案へのサポート、DHSの支援、保健医療財務へのサポート
- (4) HIV/AIDS対策のためのNGO活動の強化
アメリカのNGO、PACTによる現地NGOの支援
- (5) HIV/AIDS対策のための行動変化推進
NGO、アフリケア (AFRICARE)による職場でのエイズ教育、UNICEFによる教師・大学等でのエイズ教育への協力、カウンセリングと検査への協力

USAIDの上記2つのプログラムの年度予算は約44百万Z\$である。97年度、98年度の予算は下記の通りである。

表 9-8 : USAID 97 年度、98 年度予算

年度	家族計画プログラム	HIV/AIDS 対策プログラム
97 年度	4.0	4.2
98 年度	3.5	3.5

単位：百万 US\$

出所：USAID 資料 1997

USAID はアメリカ議会の開発援助への予算削減、及びジンバブエ政府がまだ完全には民主化されておらず、援助資金が不当に使われていることから、ジンバブエでの保健医療分野を含めたすべての開発援助を2002年までに打ち切り、2003年にはジンバブエ事務所を閉鎖する予定である。南アフリカ諸国ではより援助の必要性が高い、マラウイ、モザンビーク、ザンビア、アンゴラで2003年以降は開発援助を続ける予定である(USAID 保健・人口・栄養担当 セルバツジョ女史談)。

(6) CEC

CEC (The Commission of European Communities, Delegation in Zimbabwe)の保健医療分野への協力は80年代はじめのRHCの機能強化を目的としたマイクロ・プロジェクトプログラムから始まった。93年からRHCの水供給施設の改善、郡保健医療施設の医師宿舎の建設、医薬品・医療機材の供給などを実施している。また、STD/AIDS対策プログラムとして、ハラレ市とムタレ市にある輸血センターの検査室の改善を主に実施している国家輸血サービスプログラムも実施している。

96年12月にジンバブエ政府との間で「国家直接プログラム」(NIP)¹⁶⁴が取り交わされ、98年から5年間のCECの協力のガイドラインが決められた。

NIPの保健医療分野でのガイドラインは下記の通りである。

¹⁶⁴ National Indicative Programme

(1) マイクロ・プロジェクト・プログラム

最後の5ヶ年となるように従来のマイクロ・プロジェクトプログラムを継続する。

(2) セクターサポート

現在保健省で策定中の「国家保健医療戦略 1997 - 2007 年」に沿って具体的な援助の分野を決定する。

予算はマイクロ・プロジェクト・プログラムが3.8百万 ECU、セクターサポートが22百万 ECUの予定である (CEC 技術アドバイザー モンタルバン氏談)。(1ECU = 1.10US\$)

(7) GTZ

ドイツ政府のジンバブエへの援助は80年から技術協力計画に基づいて始まり、いままで約728百万DMが供与された。そのうち約237百万DMはGTZ (Deutsche Gesellschaft Fur Technische Zusammenarbeit)を通じた援助、残りはドイツ政府の他の援助機関、NGO を通して供与された。(IDM = 0.56US\$)

保健医療分野でGTZは次の3つのプログラムをサポートしている。

1. IEC・家族計画と健康教育プログラム

このプログラムはエイズ予防、STD 予防、家族計画のための家庭での健康的な行動の促進を目的として、ジンバブエ家族計画委員会、保健省の母子保健・家族計画部、そして健康教育課の職員のIEC技術の向上のための訓練、ワークショップ開催、調査、機材の供与、現地専門家・コンサルタントの雇用などを実施、87年から98年までの予定で実施されており、総予算は14.6百万DMである。しかし、保健省から要請があれば延長する予定 (IDM = 0.56US\$)

2. 妊産婦保健に関する保健医療システム・リサーチと南アフリカ諸国での保健医療改革
このプログラムは下記の2つの分野で実施されている。

- (1) 妊産婦保健サービスを改善するため、プレアー研究所での保健医療システム・リサーチへの技術的な援助と、プレアー研究所職員の育成のためのリサーチ手法に関する訓練の実施
- (2) 南部アフリカ諸国での保健医療改革の促進を図るために12のSADC諸国による会議の開催、ネットワーク作りへのサポートなど、89年から98年の予定で実施されており、総予算は7.8百万DM (IDM = 0.56US\$)

3. 郡レベルでの保健医療改善プログラム

このプログラムはマニカランド県とマシングゴ県の12の郡、総人口百万人を対象とした農村部保健医療サービスの改善

具体的な活動はドイツ開発事業団 (GDA)¹⁶⁵によってドイツから派遣されている15人の医師 (ボランティア) への機材・資材等の供与支援

このプログラムは91年から98年の予定で実施されており、総予算は2百万DM

GTZのジンバブエ政府への開発援助の最優先分野は灌漑、教育、森林などであり、保健医療分野は最優先分野ではないが、今までどおり今後も援助を続けていく方針である。HIV/AIDS対策にはいままで直接協力していなかったが、現在保健省で策定中の「国家保健医療戦略 1997年 - 2007年」に沿ってHIV/AIDS対策も含めて今後の具体的な援助の分野を決定する(GTZダイレクター エステルツ氏、プロジェクトコーディネーター リューク女史談)。

¹⁶⁵ German Development Agency

(8) イタリアの協力 (イタリア大使館)

イタリア大使館 (The Italian Co-operation)のジンバブエでの保健医療分野での援助は88年に始めたマシヨナランド・ウエスト県・保健プロジェクトである。このプロジェクトは現在も継続しており、県レベルでの保健医療サービスの強化を目的としている。活動はミッション系病院の再建、RHCの機能強化、保健医療従事者への急性呼吸器感染症、下痢症疾患等に関する疫学の職員訓練、県病院、郡病院の医師への技術的なサポート、健康教育などである。また、イタリアのNGO、COSVと協力してこれら活動を実施しており、5名の専門家(医師)がCOSVから派遣されている。また、97年からマシヨナランド・イースト県でも同様のプロジェクトを開始した。

97/98年の予算はマシヨナランド・ウエスト県・保健プロジェクトが2.5百万US\$、マシヨナランド・イースト県・保健プロジェクトが60万US\$である。

イタリア大使館はジンバブエでの開発援助の優先分野を経済開発に絞っており、保健医療分野については実施中の2県のプロジェクト以外に拡大する予定はない。(イタリアンコーポレーション保健プロジェクト担当 ガブリエリ氏談)

(9) オランダの協力 (オランダ大使館)

オランダ大使館のジンバブエへの開発援助は独立当時から始まった。保健医療分野への援助は次の3つの分野への協力である。

- (1) エイズと結核プログラム
- (2) WHOとの国家保健医療システムリサーチプログラム
- (3) 放射線機器の購入への資金援助

地域保健アドバイザーがハラレ市に常駐し、ジンバブエを含めて、アンゴラ、南アフリカ、ナミビア、スワジランド、ボツワナ、レソト、モザンビークのオランダ政府による保健医療協力を総括している。また南アフリカ諸国の保健・人口・栄養分野での相互協力をサポートしている。

ジンバブエでは表9-9のプロジェクトに援助を実施している。

表 9-9: オランダ政府が援助しているプロジェクト

プロジェクト	プロジェクト遂行機関	プロジェクト期間	予算
南アフリカ諸国エイズ情報普及サービス	HIVOS (オランダのNGO)	1995 - 1996	1206
エイズプロジェクト・サポート・グループ	ジンバブエ大学	1996 - 2000	436
マタベレランド県・エイズ委員会	HIVOS	1994 - 1997	727
国家結核対策プログラム	保健省	1995 - 1999	2602
結核対策	DGIS	1995 - 1999	266
エイズ予防プロジェクト	UNICEF	1995 - 2000	7432
予算補助	保健省	1996 - 1999	5650
合計			18320

単位: 千N\$ (1N\$ = 0.50US\$)

出所: オランダ大使館資料 1997

(10) CIDA

CIDA (The Canadian International Development Agency)はジンバブエにはカントリー事務所がなく、その代わりに南部アフリカ諸国 (SADC 諸国)を総括する地域事務所がハラレ市にある。

ジンバブエでは保健医療はCIDAの優先分野ではないため大きな活動は実施していないが、下記のプロジェクトを現在支援している(数値はCIDA資料1997)。(1C\$ = 0.72US\$)

- (1) 南部アフリカ諸国エイズプログラム
SADC諸国を対象としたプログラムで予算は23百万C\$, うち3-5百万C\$がジンバブエでのエイズプログラムへの割り当て
- (2) 母乳とHIVリサーチ
母乳によるHIV感染のリサーチをマックギル(Mc Gill)大学とジンバブエ大学との共同で実施、予算は5百万
- (3) ハラレ中央病院小児病棟
ハラレ中央病院小児病棟の改築、予算は5百万

9.2.3 NGO

ジンバブエの保健医療分野で活動するNGOは約46団体ある(数値は保健省援助課課長代理シバンダ女史資料1997)。これらNGOはジンバブエで活動するためには事前に公務員・労働・社会福祉省、社会福祉局で登録する必要がある。しかし、保健省本省での登録の義務はない。彼らの活動が県・郡レベルで実施されているため、保健省本省では実際にどのようなNGOがどこで何をしているのか全くつかめていない(保健省財務部援助課課長代理シバンダ女史訪。今回、保健省の財務部援助課が、各県へ問い合わせたNGOのリストをたまたま作成していたため、保健医療分野で活動しているNGOの数とその名前がわかった。

上述のようにほとんどのNGOが県・郡レベルで活動しているため、保健医療分野でのNGO活動の詳細はよくつかめていない。下記2つのNGOについてヒヤリングによる情報を記す。

(1) ジンバブエ赤十字

ジンバブエ赤十字は81年に設立され、83年に国際赤十字委員会に承認された。ジンバブエ赤十字の活動の目的は、一番傷つきやすい人々の生活を改善することであり、そのためには地方分権化した組織の下で一番効率的なサービスを提供することである。従い全国に280以上の支部があり、それぞれ独自の活動を行なっている。全国で105名の職員がおり、予算は年約9百万Z\$である。

プログラムの資金はカナダ、デンマーク、ノルウェイなどの海外の赤十字が支援しているが、本部経費はジンバブエ赤十字が所有しているビル賃借料などでまかなっている。

ジンバブエ赤十字では下記2つのプログラムを実施している。

1. 保健と社会サービスプログラム

下記4つのプロジェクトを実施している。

(1) コミュニティー・ベース・保健プロジェクト

健康教育、栄養指導、栄養ガーデンの推進、トイレ・井戸の建設への資材提供(労働力は住民が提供)など

(2) 統合エイズプロジェクト

デンマーク赤十字の援助でエイズ患者の家庭看護の推進、家族への看護方法の訓練、10代の若者へのエイズ教育などを実施、

(3) コミュニティー・ベース・レハビリテーション

ノルウェイ赤十字の援助で身体障害者の発見と病院への紹介などを実施

(4) 献血サービス

国家輸血サービスへの支援、特にアウトリーチ・サービス実施の際のフィールドでの協力

2. 災害・開発・青年プログラム

「緊急食糧、ファーストエイドなどの災害対応と救済」「地域開発」「青年による植林、ファーストエイド・チームの結成」などを実施中

エイズ患者への家庭看護は赤十字の活動らしく、そして評判もいいため今後さらに拡大することを計画している。

救急医療は、救急車がハラレ市とブラワヨ市に各1台しかなく、しかも老朽化が激しくほとんど役に立っていないため活動はしていない(ジンバブエ赤十字代表 オクワンガ女史談)。

(2) ワールド・ビジョン・インターナショナル

ワールド・ビジョン・インターナショナルのジンバブエでの活動は73年の孤児のための子供ホームへの援助からである。ジンバブエ事務所は1977年に設立され、その後は活動も活発になり、現在は「地域開発」「災害時の緊急援助」「子供への奨学金」などを実施している。活動の対象はあくまで子供だが、農業、灌漑、保健、衛生を含めた総合的な地域開発を実施している。

現在44のプロジェクトを全国で実施している。保健医療分野では、アウトリーチによる予防接種アウトリーチ・クリニックを保健省と協力して実施している。保健省がワクチンを支給し、車両・スタッフはワールド・ビジョン・インターナショナルが提供して実施している。

スタッフは本部に25人、7つの郡開発プロジェクトに約28人活動している。予算は年間約4百万US\$で、ほとんどが海外のワールド・ビジョン・インターナショナルからのサポートである。

活動の優先分野の決定は、各地域により異なるため、PRA¹⁶⁶の手法を使い決定している(ワールド・ビジョン・インターナショナル代表 ムシャパイツエ女史談)。

9.3 我が国の協力状況

我が国は、80年の独立直後に道路整備、食糧増産などへの無償資金協力を開始し、現在までに有償資金協力、無償資金協力及び技術協力の各形態により援助を推進している。

ジンバブエは複数政党下での選挙の実施等の民主的制度の下で政情が安定していること豊富な鉱物資源・農産物やインフラの整備等域内諸国の中でも比較的恵まれた経済発展の条件を備えていること、南部アフリカにおいて大きな発言力を有していること、我が国との友好的な関係等から、我が国援助の重点国の一つとして位置付けている。また、同国においてDAC新開発戦略の考え方を具体的行動を以て実施していくこととしている。

96年6月には無償資金協力及び技術協力に関する経済協力調査団を派遣し我が国のODA政策について説明するとともに、経済情勢、開発計画、今後の援助のあり方等について意見交換を行った。同調査団は、ジンバブエの経済構造調整努力を評価するとともに、農村地域の生活向上、環境、保健・医療の3分野を重点分野とすることを両国間で合意した。また、96年4月にハラレ市にJICA事務所が開設された。

¹⁶⁶ Participatory Rural Appraisal: 住民参加により住民ニーズを調査する手法

表 9-10：我が国の ODA 実績

年	贈与		計	政府貸付		合計
	無償資金協力	技術協力		支出総額	支出純額	
1992	38.04(76)	4.24(9)	42.28(85)	9.23	7.57(15)	49.85(100)
1993	16.11(57)	6.81(24)	22.92(81)	7.99	5.28(19)	28.20(100)
1994	16.63(65)	8.66(34)	25.29(99)	3.32	0.37(1)	25.66(100)
1995	54.77(-)	12.35(-)	67.12(-)	1.71	-1.49(-)	65.63(-)
1996	33.31(71)	11.71(25)	45.02(96)	4.46	1.69(4)	46.70(100)
累計	267.97(69)	61.61(16)	329.57(84)	75.78	61.62(16)	391.18(100)

単位：百万 US\$、()内は ODA 総額に占める各形態の割合

出所：『我が国の政府開発援助、ODA 白書』1997 (財) 国際協力推進協会

9.3.1 有償資金協力

ジンバブエへの有償資金協力は通信をはじめとする経済インフラの整備に対し援助を実施してきたが、保健医療分野での有償資金協力による援助は実施していない。

9.3.2 無償資金協力

ジンバブエへの無償資金協力は、食糧増産援助のほか、農業分野、保健・医療分野といった基礎生活分野を中心に、道路等の基礎インフラ整備、環境分野においても援助を実施している。また、同国の経済構造調整努力を支援するため、96 年度までにノン・プロジェクト無償援助を合計 115 億円供与した。さらに、文化無償援助、小規模無償協力も積極的に実施している。

いままでの保健医療分野への無償資金協力による援助は下記の通りである。

- 82 年度：医療器具整備計画
医療サービスの向上を図る医療機材整備計画に必要な医療機材を保健省へ供与、
供与金額：1.6 億円
- 83 年度：地方給水施設整備計画
供与金額：8 億円
- 88 年度：地方給水施設整備計画
供与金額：5.24 億円
- 91 年度、92 年度：中央病院医療施設リハビリ計画
ハラレ・ムピロ両中央病院の強化のために必要な手術等および関連施設の建設に必要な機材の据え付け、輸送に必要な資金供与
供与金額：13.4 億円
- 95 年度、96 年度：ハラレ中央病院小児科建設計画/建設一期
供与金額：9.7 億円

保健医療分野での草の根無償資金協力は 95 年度の「オヘア記念病院拡充計画」の 1 件だけである。

9.3.3 技術協力

技術協力については、計画・行政、通信・放送、保健医療等の分野における研修員の受け入れ、鉱工業分野における開発調査、青年海外協力隊の派遣を中心に実施している。保健医療分野への専門家派遣は95年に3名派遣されている。また96年から保健医療分野におけるプロジェクト方式技術協力も開始された。

(1) プロジェクト方式技術協力

ジンバブエでのプロジェクト方式技術協力は現在実施中の「ジンバブエ感染症対策プロジェクト」だけである。ジンバブエ感染症対策プロジェクトは、95年にジンバブエ政府が感染症の予防対策事業を推進させるべくマラリア、結核、住血吸虫、HIV/AIDS、急性呼吸器感染症等の主要感染症を対象とした疫学調査、診断分析体制の強化計画を策定し、その一環として保健省疫学・疾病対策部及び公衆衛生検査所等の強化整備に係るプロジェクト方式技術協力を日本政府に要請してきたのが始まりである。

これを受けて、日本側はジンバブエ側と事前調査、実施協議を重ね、96年4月にR/Dを取り交わし、96年7月から2001年6月までの予定でジンバブエ感染症対策プロジェクトが開始された。

R/Dで取り交わされたプロジェクトの目的・期待される成果、および協力活動の内容は下記の通りである。

1. プロジェクトの目的・期待される成果

保健省内の感染症対策担当機関の行政サービス及び検査、診断、疫学情報分析等の能力の強化を通じて同国の感染症予防対策体制の向上を図る。

2. プロジェクトの協力活動内容

- (1) マラリア及び住血吸虫症対策に係る年次別国家計画の策定と実施評価
- (2) モデル地区における疾病コントロールシステムの確立のための基礎調査、評価調査、衛生教育、セミナー、現地スタッフ育成等の実施
- (3) モデル地区における疫学サーベイランスとマラリア、住血吸虫対策の実施
- (4) 感染症に関する地域保健医療体制の整備に係る支援
- (5) 感染症対策に関わる他の中央省庁、WHO、NGOへの提言
- (6) 衛生教育に係る教材の供給と作成
- (7) 疫学、感染症対策に係る的確かつ効果的な情報ネットワークシステムの構築
- (8) 安全な水の供給と衛生活動の実施支援（住血吸虫対策）

モデル地区については各県から1郡を選定し、これらモデル地区で以下の活動を実施することが、97年3月にJICA計画打ち合わせ調査団と保健省との間で合意された。

1. マラリア対策

- (1) 保健省が実施したマラリア対策の実態調査を行い、マラリア流行の実態を把握
- (2) マラリア診断法の改善、マラリア治療法に対する耐性株の調査
- (3) 殺虫剤や蚊帳による蚊のコントロール
- (4) 重症マラリアの診断、頻度の調査
- (5) マラリアの妊婦に及ぼす影響の調査

- (6) 鎌状赤血球貧血症及びダフフィー (Duffy)抗体とマラリア感染の関心の調査
3. 住血吸虫症
- (1) 流行の現状調査
 - (2) 化学療法等を用いた対策の実施
 - (3) 対策法の効果判定
 - (4) 住血吸虫による膀胱癌などの疾病の調査

プロジェクトの事務所はハラレ市の保健省本省、疫学・疾病対策部に設置され、97年10月現在、長期専門家が4人、短期専門家が1人派遣されている。

(2) 青年海外協力隊/研修員

ジンバブエへの青年海外協力隊の派遣は89年7月から開始された。96年度まで累計214名が派遣されている(数値は『我が国の政府開発援助、ODA白書』1997(財)国際協力推進協会)。しかし、保健医療分野での派遣が96年度までなく、97年度に理学療法士が1人派遣されただけである。JICAジンバブエ事務所によると、看護婦等の医療従事者はジンバブエ政府の資格審査が日本の基準とは異なるため、派遣が難しいようである。

研修員は81年から受け入れを開始し96年度まで266名受け入れている(数値は『我が国の政府開発援助、ODA白書』1997(財)国際協力推進協会)。95年度までの保健医療分野の研修員は25名である(数値は「国別協力情報ファイル ジンバブエ」1996国際協力事業団)。

「9 保健医療分野の国際協力」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. 「ジンバブエ感染症対策プロジェクト計画打ち合わせ調査団帰国報告資料」1997 国際協力事業団
4. 「ジンバブエ共和国概観」1995 在ジンバブエ日本大使館
5. “Health Sector Current Project” 1997 DFID
6. “Sweden -- Zimbabwe Development Co-operation” 1997 SIDA
7. “A Proposed Plan of Work for WHO Cooperation with Zimbabwe” 1996 WHO
8. “The Zimbabwean – German Development Co-operation Programme” 1996 Embassy of the Federal Republic Germany
9. “Country Strategy for Zimbabwe Strategy for Norway’s Co-operation with Zimbabwe 1997 – 2001” 1996 Norwegian Government/GOZ
10. Co-operation between the European Union and the Republic of Zimbabwe Annual Report 1996 1996 CEC
11. “Staff Appraisal Report Sexually Transmitted Infections Prevention and Care Project” 1993 The World Bank

索引

- 医師, 16, 20, 33, 34, 59, 95, 116, 123, 125, 126,
127, 128, 136, 140, 141, 142, 143, 144,
145, 146, 147, 151, 167, 170, 171
医療保険, 26, 122, 127, 128, 134, 136
飲料水, 23, 50, 149, 151, 160, 161, 164
鬱病, 90
エイズ, 20, 23, 27, 38, 43, 45, 48, 51, 53, 54, 55,
56, 60, 61, 72, 73, 77, 78, 79, 80, 81, 82,
86, 89, 94, 97, 99, 109, 110, 112, 113,
117, 120, 135, 137, 147, 158, 159, 160,
161, 162, 163, 164, 166, 167, 169, 170,
171, 172, 173
栄養, 16, 20, 21, 23, 25, 33, 45, 46, 48, 52, 53, 56,
57, 58, 59, 62, 70, 83, 84, 85, 86, 87,
101, 102, 114, 126, 141, 160, 163, 164,
165, 167, 170, 172, 173
栄養失調, 62, 84, 85, 101
疫病 (ペスト), 25, 50, 82, 93
家族計画, 20, 21, 23, 27, 34, 43, 48, 95, 101, 102,
103, 105, 106, 107, 108, 109, 119, 120,
126, 130, 158, 161, 162, 165, 169, 170
癌, 21, 25, 50, 64, 87, 88, 89, 97, 106, 118, 120,
176
肝炎, 83, 93
眼科疾患, 21
看護婦, 20, 33, 34, 59, 95, 111, 114, 118, 125, 126,
127, 128, 132, 140, 141, 142, 143, 145,
146, 147, 151, 159, 162, 167, 177
感染症, 34, 37, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60,
64, 65, 66, 69, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 87,
89, 96, 97, 100, 104, 105, 111, 113, 115,
116, 119, 120, 121, 125, 126, 137, 139,
148, 155, 163, 175, 176, 178
寄生虫症, 97
救急医療, 136, 174
急性弛緩性麻痺 (AFP), 65
狂犬病, 25, 82, 93
結核, 21, 25, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60,
70, 71, 72, 73, 88, 89, 94, 97, 99, 115,
116, 117, 120, 123, 125, 126, 147, 163,
167, 171, 172, 175
下痢症, 16, 25, 45, 51, 54, 55, 57, 64, 67, 68, 69,
70, 85, 97, 114, 115, 116, 120, 133, 134,
158, 160, 171
高血圧, 50, 53, 62, 64, 88, 89, 90
甲状腺腫, 85, 102
呼吸器感染症, 25, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58,
59, 64, 69, 70, 116, 120, 171, 175
呼吸器疾患, 16, 53, 54, 55, 56
コレラ, 50, 82, 93, 97
コンドーム, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 131,
162, 163, 168, 169
歯科医師, 141
歯科疾患, 25, 54, 64, 92
事故, 21, 25, 50, 52, 53, 54, 55, 59, 64, 90, 91, 92,
97, 119, 136, 152, 153
疾病予防, 21, 158
ジフテリア, 50, 65, 93, 99
住血吸虫, 16, 25, 54, 64, 76, 77, 86, 117, 137, 149,
175, 176
出生率, 2, 42, 43, 44, 45, 48, 61, 106, 109, 169
傷害, 21, 25, 52, 53, 54, 55, 59, 64, 91, 92, 97, 119,
152, 153
消耗症, 83, 84
人工妊娠中絶, 25, 61, 62
新生児死亡率, 46
新生児破傷風, 50, 65, 66, 67, 93, 105
心臓・血管疾患, 25, 64, 88, 89, 97, 118
精神障害, 89, 90, 118, 119
成人病, 64, 86
性病, 53, 54, 55, 63, 64, 86, 88, 89, 106
世界銀行, 22
赤痢, 50, 51, 54, 57, 67, 68, 69, 93, 97, 115
腸チフス, 83
鉄分欠乏症, 86
伝統的医療, 62, 134, 135
トイレ, 50, 60, 84, 137, 149, 150, 151, 160, 165,
173
糖尿病, 50, 64, 89
乳児死亡率, 2, 42, 45, 46, 47, 55, 81
妊娠, 25, 60, 61, 62, 87, 103, 105
脳血管疾患, 50
破傷風, 50, 93, 99, 102, 105
発育障害, 83, 84
ハンセン病, 50, 72, 73, 89, 117, 125
ビタミンA欠乏症, 86
必須医薬品, 95, 129, 131, 166
非伝染病, 50
避妊具, 106, 108, 109, 110, 161, 169
避妊方法, 106, 107, 108
皮膚疾患, 25, 53, 54, 55, 58, 59, 64
百日咳, 50, 65, 99
病院, 18, 20, 22, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 48,
50, 51, 53, 54, 56, 62, 64, 70, 73, 81, 86,
88, 89, 94, 100, 102, 108, 114, 115, 118,
119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127,
128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135,
136, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 158,
159, 162, 163, 171, 172, 173, 175
ビレッジ・コミュニティー・ワーカー, 32
ビレッジ・ヘルス・ワーカー, 98
プライマリー・ヘルス・ケア, 16, 21, 32, 98, 140
ペラグラ症, 86

保険, 22
保健省, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27,
28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 42, 45, 46,
48, 50, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 65, 66,
67, 70, 72, 74, 75, 78, 87, 88, 89, 90, 93,
94, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103,
104, 105, 106, 109, 110, 114, 115, 116,
118, 119, 120, 122, 125, 126, 128, 130,
132, 135, 137, 140, 142, 143, 146, 147,
149, 150, 151, 158, 159, 161, 162, 164,
165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172,
173, 174, 175, 176
母子保健, 16, 20, 21, 34, 45, 48, 95, 98, 101, 102,
103, 104, 105, 119, 120, 126, 127, 130,
135, 158, 163, 164, 165, 167, 170
ポリオ, 50, 65, 93, 99, 100, 101
麻疹, 50, 53, 55, 56, 65, 66, 93, 99, 100, 101
マラリア, 16, 21, 25, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57,
58, 59, 62, 64, 73, 74, 75, 76, 86, 93, 98,
110, 111, 112, 120, 137, 158, 167, 168,
175, 176
薬剤師, 33, 34, 95, 114, 131, 132, 141, 143, 147
薬物依存, 90
ヨウ素欠乏, 85, 102
リファラルシステム, 16, 32, 34, 35, 124
流行, 27, 38, 39, 45, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 60, 66,
72, 73, 74, 75, 79, 80, 81, 82, 83, 87, 93,
94, 99, 105, 109, 110, 111, 112, 113,
114, 117, 159, 160, 167, 176
流行性脳脊髄膜炎, 83, 93
リウマチ, 21, 88, 89
ルーラル・ヘルス・センター, 20, 34, 126
ルーラル・ヘルス・センター (RHC), 16, 20
老人医療, 21
ワクチン, 66, 100, 130, 174
CIDA, 98, 100, 112, 172
DANIDA, 36, 76, 94, 112, 130, 131, 165, 166
DHS, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 60, 61, 62, 67, 84,
85, 96, 103, 104, 105, 106, 107, 108,
114, 121, 133, 134, 166, 169
EPI, 56, 65, 94, 99, 100, 116
NORAD, 166, 167
ODA, 5, 15, 81, 109, 112, 157, 167, 174, 177, 178
SIDA, 98, 100, 101, 102, 112, 126, 163, 164, 165,
168, 178
UNDP, 8, 9, 15, 157, 162
UNESCO, 162
UNFPA, 1, 63, 96, 104, 109, 161, 162
UNICEF, 7, 8, 13, 15, 28, 42, 49, 50, 61, 70, 82,
85, 86, 95, 96, 98, 99, 102, 103, 104,
112, 113, 114, 115, 121, 137, 139, 148,
149, 150, 155, 157, 159, 160, 161, 162,
169, 172
USAID, 30, 42, 48, 109, 112, 129, 133, 135, 136,
139, 168, 169, 170
WHO, 37, 42, 51, 53, 56, 61, 65, 66, 67, 70, 72, 85,
86, 94, 95, 96, 99, 100, 102, 103, 104,
110, 112, 114, 115, 121, 127, 129, 130,
131, 137, 139, 140, 158, 159, 162, 172,
176, 178

JICA