

アフリカのザンビア経済とAMD Aのプロジェクト

山下 景秋

倉敷芸術科学大学国際教養学部

(2002年9月30日 受理)

1. はじめに

アフリカのザンビア共和国は、世界最貧国の1つである。個人の平均年間所得は、わずか300ドル(約3.6万円。2000年)にすぎない。貧困者は国民の73%を占め、失業率は70~80%である。そして、5歳以下の子供の27%は栄養不良であり、乳児死亡率は114(1,000人のうち114人が死亡する)である。乳児死亡率が高いことに加え、HIV/AIDS感染者が20%でこれによる死亡者が多く、その他にもマラリア、コレラ、結核などの患者が多いため、平均寿命は43歳となっている。ザンビアを歩いていて気がつくことは、子供の数が非常に多いのに老人の数が極端に少ないということであるが、多くの人は老人になる前に死んでしまうのであろう。

さらに、2002年は、ザンビアを含む、アフリカのサハラ砂漠以南の地域つまりサブサハラ地域では降水量が極端に少ないため、干害の被害が深刻になっている。2002年末までに1,000万人の人が飢えに苦しむと予想されている(WFP「世界食糧計画」による)。

開発経済論を専攻する筆者は、2002年9月7日から17日までアフリカのザンビア共和国に私費で滞在し、ザンビアの現状と、保健医療ボランティアのNGOであるAMD A(アジア医師連絡協議会。本部、岡山市)の現地の活動を視察した。以下、ザンビア経済の現状とAMD Aのプロジェクトの活動を紹介し、この両者に対する私見を述べてみたい。

2. ザンビア共和国の概況

(1) ザンビア共和国

ザンビア共和国は、1964年に英国から独立した、アフリカ南部に位置する共和国である。面積は752.61千km²で日本の約2倍、人口は1,010万人(2000年、世銀調べ)で日本の約10分の1である。したがって、人口密度は日本の約20分の1となる。

人種は、トンガ系、ニャンジャ系、ベンバ系、ルンダ系など73部族の黒人が主である。これに対応して、言語は、トンガ語、ニャンジャ語、ベンバ語などがある。英語が公用語とされているが、ある程度の教育を受けた者しか英語を使うことができないのが現状である。宗教は、主としてキリスト教であるが、その他の伝統宗教も存在する。

(2) 経済概況

実質GNPは3,000百万ドル(2000年、世銀)で、1人当たりGNPは300ドル(2000年、世銀)である。主要産業は農業と鉱業で、農業ではとうもろこし、たばこ、落花生、綿花を栽培

し、鉱業では銅、コバルト、亜鉛、鉛、石炭を生産する。総輸出額は753百万ドル、総輸入額は939百万ドル（いずれも1999年）で、貿易収支は赤字である。主要輸出品は、銅、コバルトであり、主要輸入品は石油、肥料、電力等（いずれも1999年）である。そして、主要輸出相手国は、サウディ・アラビア（12.5%）、日本（10.2%）、英国（7.7%）、タイ（6.7%）であり、主要輸入相手国は、南アフリカ（55.5%）、ジンバブエ（8.8%）、英国（5.9%）、日本（2.7%）である（1999年、E I U推定による）。

(3) 日本との経済関係

日本は1970年に駐ザンビア日本大使館を開設し、またザンビアは1975年に駐日ザンビア大使館を開設し、両国間の経済関係がますます深められるようになった。

日本の対ザンビア輸出額は18億円であり、輸入額は101億円（2000年、平成12年通商白書）である。日本からの主要輸出品は、自動車・貨物自動車・バイク等（71.9%）、無線用通信機器（4.6%）である。また主要輸入品は、銅地金（58.1%）、コバルト（37.9%）、ニッケル（3.9%）、たばこ（0.5%）である。そして、日本からの直接投資は18件で、その額は37,769百万円（1997年度までの累計）である。

実際、ザンビアでは、トヨタや日産、三菱という日本製の自動車が目立っていた。

(4) 日本の経済協力

日本からの援助実績は、2000年度までの累計で、有償資金協力額は965.43億円（ただし2000年度は実績なし）、無償資金協力額は814.11億円（2000年は38.69億円）、技術協力実績額は328.16億円（2000年は15.01億円）である。

日本は、ザンビアに対して文化無償協力をしており、理科学教育材や、LLシステム機材および地質調査機材を供与（計1.15億円）している。また、首都ルサカでは、毎年大使杯柔道大会が開催されている。

3. ザンビア経済の現状

(1) 悪化するザンビア経済

過去20年間ザンビア経済は悪化しつつある。

ザンビアは輸出入の6割を銅、コバルトに依存するが、銅生産の縮小、国際市場における銅価格の低迷、そして度重なる旱魃によって経済が低迷している。失業率は70~80%とされているが、IMF統計では雇用は就労人口の30%をカバーしているにすぎない。また、インフレ率は80~90%にも及び、商品の通貨表示は大きな数字になるのが通常である。

なお、為替相場は1ドル=4,410K（クワチャ）であり、ザンビアの通貨K（クワチャ）の価値は低下する一方である。他の途上国でも見られる、このようなインフレと通貨価値の下落の間には悪循環が働いていると考えられる。すなわち、モノ不足によるインフレが輸入数量を増やす（より低価格の外国製品の購入を増やすから）ため貿易収支の赤字の一因となり、この貿易赤字が通貨価値の下落を引き起こし、通貨価値の下落が輸入価格の上昇の原因となり、これ

とモノ不足とがあいまってインフレを引き起こすという悪循環が働いていると考えられる。そして、このモノ不足と（通貨価値の下落を介してより促進される）インフレが、就業機会の少なさとともにザンビアの人々の生活を圧迫しているのである。

銅価格の低下によるザンビア経済の悪化は、税収の減少を通じて過去20年間にわたる財政赤字をもたらした。この財政赤字により、農業やインフラ、社会セクターなどの重要なセクターに対する支出は大きく減少し、国民に対するサービスは低下した。

ザンビア経済の悪化は、ザンビアの国全体の債務をアフリカの中でも最悪の1つにした。現在、債務の返済により国内生産の10～15%が海外に移転し、1992年～1993年の債務返済は、国家の収入所得の33%に及んでいるのである。

以上の経済悪化によりザンビアの人たちの生活条件は、過去数年の間に急速に悪化している。これは、上述の要因に加え、1974年の外部ショック（オイル・ショック）、不適切な産業政策、都市の産業に偏した成長、農業軽視、ジェンダーに対する無関心などによるものである。

(2) 経済の自由化

1991年より多党制による民主化が始まると、以上のような経済的苦境から脱しようとして、チルバ政権は、経済の自由化を促進し、公務員の削減、徴税の強化、（ザンビア銅公社などの）民営化等を実施するなど、いわゆる構造調整を積極的に進めている。すなわち、政府による統制中央経済から開放経済・市場経済へ移行しつつあるのである。またザンビアは、農業の振興や産業の多角化等にも取り組んでおり、近年、非伝統的輸出品に大きな伸びがみられる。

しかし、このような経済の自由化は問題ももたらしている。

すなわち経済の自由化により、健康、教育などに対する補助金が大きく削減され、また、フォーマルな組織における雇用も大きく削減されたからである。銅価格の下落以来、その所得を補填するために政府は資金を借りて補助制度を維持していたが、この補助金を削減することによって保護されていた産業の雇用が減少したのである。

また、食糧に対する補助金の削減による、特に主食のメイズ価格の自由化は、貧困層に打撃を与えた。（以前は、政府が、メイズの製粉や販売を規制することによって、消費者に対してメイズに対する補助をしていた。）インフレ率が高いこともあって、食糧に対する支出は、都市および農村の貧困層の支出の約3分の2を占めるにいたっている。

(3) 農村の経済問題

健康上の深刻な問題であるマラリアは、12月から4月にかけての雨季に蚊が大量発生するのでこの時期に多い。ところが、この時期は農村において最も労働力を必要とする時期である。したがって、マラリアに罹患すると、この労働需要に対応できず収入が激減するし、治療を受ける場合は治療費という思わぬ出費が必要になる。ところが、この時期は、授業料や関連コスト、緊急時の食糧備蓄のための購入費用、祭りなどの費用が必要な時期でもある。それゆえ、この時期における不健康の問題は生産の大きな障害になるばかりか、経済生活上の大きな障害にもなるのである。

一般に、農村において労働の負荷は女性の方が大きいですが、乾季においては、水を汲む場所が住居から遠ければ、それもまた女性の労働負担を大きいものにする。

農村における生産能力の低い家計にとっては、価格やインプットにおける補助金がなくなったことは、現金収入を引き下げる原因となった。農村における生産者にとって、1993年にメイズの生産者価格が低下したことは、大きな問題になったのである¹⁾。

(4) 都市のインフォーマル部門における経済問題

都市の中心は、フォーマルセクターの労働者が住む。彼らは高い給料をもらい、相対的に低い食料価格という補助金を受け取るので、生活は相対的に良い。そして、彼らから利益を得ようとして、都市の周辺部に主として男性の肉体労働者が住んでいる。このような都市周辺地域は、肉体労働者が一時的に生活をする場としてみなされてきた。

構造調整政策の実施という経済の自由化政策は、フォーマルな雇用を削減し、ザンビアの中流階級をほとんど消し去って、インフォーマルセクターを急拡大させた。現在、都市の雇用はインフォーマルな小規模の活動に集中しており、労働力の約80%はインフォーマルな労働に従事しているといつてよい。インフォーマルセクターにおける労働や事業の形態は多様であり、彼らの44.7%は小売業に従事している²⁾。インフォーマルセクターの活動とは、具体的には、通りでの行商（過去には見られなかった）、炭の販売、鍛冶屋、ビールの醸造業、大工、編物業、小さな物を売る商店、石を砕く仕事などである。

ところが、この地域は、植民地時代から無視されたきた地域である。ますます多くの人達がこの新開地に住むようになったが、ますます彼らは1日の食事の回数を減らさざるをえず、それもあって犯罪や売春が増加した。

この地域は、一時的な居住地であり多くの場合は違法な場所なので、住民の起業家精神を養ったり、彼らのヒューマンキャピタルを培ったり、またさらに彼らの住環境を改善するような政策はとられなかったのである。

インフォーマルセクターの人たちの生活が苦しい1つの理由は、貧困層の資産が非常に弱いことにある。ヒューマンキャピタルの質は、健康上や栄養上の問題、初等教育を受けることの困難さのため低いといえる。また彼らは、居住地域が違法であるので、居住している土地の明確な所有権を確立することが難しい状況にある。また、それらの資産に対する報酬も低い。というのは、良いインフラや交通サービスを利用することが難しく、ビジネスを営むコストが非常に高くなるような制度上の問題があるからである³⁾。

インフォーマルセクターの発展は、その他のさまざまな制約によっても制限されてきた。たとえば、住居のある場所や市場以外の場所における活動の制限、保有権の保証の制限、地方議会による規制や税金、価格コントロール、生産要素・信用・税金インセンティブ獲得の困難などである。

またさらに、インフォーマルセクターの住民の生活を圧迫する法令もあるのである。たとえば、住居地区と産業地区を分け、製造業者がコンパウンドと呼ばれるスラムで操業したり、土

地を取得し・開発することを許さない法令がある⁴⁾。また、あらゆるビジネスはライセンスが必要であるという法令があるが、多くのインフォーマルで小規模な企業は、売買のライセンスを持っていない。そして、市場内や市場近くで、ある特定の商品売ることを制限する法令もある。さらに、非現実的な公衆保健法があり、これを製造業や食品加工業に適用すれば、多くの業者が閉鎖に追い込まれてしまうという法令もある。

4. ザンビアにおけるAMD Aの活動

ザンビアにおけるAMD Aの活動は、首都ルサカ市におけるコンパウンドにおいて行なわれている。コンパウンドというのは、貧困者が居住する地区である。ルサカ市の人口の約3分の2はコンパウンドに住んでいるといわれている。これらのコンパウンドの多くは違法であるため、住民はルサカ市の多くのサービスを受けていないのが現状である。

AMD Aのプロジェクトは、コンパウンドの住民に対して、保健医療分野のプロジェクトを中心に実施しているが、さらに住民の所得を向上させるためのプロジェクトも実施している。

(1) ルサカ市のコンパウンドにおける衛生状態

現在でも、ゴミは至るところに捨てられている。また、以前は、至るところで排泄をしていた。雨が降ると、ゴミと排泄物による汚水が地下に浸透するため、住民が依存していた（している）浅い井戸からくみ上げられた水は汚染されていた。これにより、コレラをはじめ多くの伝染病が蔓延することになったのである。

ところが、ザンビアでは長い間医師が開業することを禁じられてきたため、医師が少ない。そのうえ、公的保険制度で民間医療機関の医療費がカバーできないため、医師の診察を受ける料金が安い。これもあって、住民の多くは、近代医療サービスを受ける前に伝統医にかかる傾向がある。伝統医は、医療費が払えない患者に対しては、現物（野菜など）を受け取るだけで済ませているからなおさらである。

(2) AMD Aの活動①—プライマリーヘルスケア

ザンビアでは、エイズの蔓延や経済の低迷のため、1980年代半ば以降から平均余命が低下してきている。首都ルサカの人口は急増したにもかかわらず、保健医療がそれに追いついていないのが現状である。そこで、JICA（国際協力事業団）とAMD Aが協力し、ザンビアの保健省・ルサカ市保健管理局とともに、1997年から2002年の5年間にわたり、ルサカ市プライマリーヘルスケア・プロジェクトを実施した（2002年7月からは、fase IIに入っている）。

このプロジェクトは「GMP（Growth Monitoring Promotion）+」と呼ばれ、乳幼児の体重測定を中心に、これに参加する母子に対して、保健教育を行ない、予防接種をし、ビタミンAを投与し、栄養カウンセリングを行なうというものである。

定期的に乳幼児の体重を測定し、その体重の推移が平均よりも劣る乳幼児は、医者の診断を受けなくても健康がすぐれないことがすぐにわかるため、乳幼児の体重測定は費用のかからない簡便な診断の方法である。

従来ザンビアにおいて、乳幼児の体重測定は診療所で行なわれていたが、診療所は患者で込んでおり、また健康な子供の体重測定だけのためにわざわざ診療所を訪れるのは面倒なものであった。そこで、コンパウンドの中でこのプロジェクトを行なう場所を移動することにしたのである。筆者が訪れたときは、



ある建物の脇で乳幼児の体重測定を行なっており（写真参照）、そのそばで予防注射を打っていた。また、その近くでは、栄養状態の悪い子供をもつ母親に対してボランティアの住民が栄養指導をしており、また大豆を使った料理の調理のしかたをデモンストレーションしていた。

乳幼児の体重測定を中心としたこのような活動以外に、AMDAおよびJICAはコンパウンドの衛生環境を改善するためのいくつかの活動を行っている。

まず上水道であるが、ジョージコンパウンドには、日本政府の一般無償援助により、給水システムが供与されている。これによりコレラなどの水系伝染病が減少しつつある。だがしかし、水道使用料は月間1,500クワチャで、これが払えず元からある浅井戸を利用しようとする住民がいるということである。

また、住民自らが環境衛生委員会を結成し、ゴミ収集活動、排水溝整備、有料トイレの設置に取り組み、またジョージコンパウンド内の8,000世帯を家庭訪問し、飲料水殺菌塩素、石鹸の利用促進などの啓蒙活動やその販売を行なっている。

現在でもゴミは至るところに捨てられているが、ゴミを収集するためには住民から少額の料金を徴収しなくてはならない。住民がこれによることで応じるかどうかが問題である。

コンパウンド内の主要な道の片側に援助資金を受け排水溝が作られていた。ところが、排水溝のところどころに風によって吹かれてきたゴミがたまっていた。これが、排水溝の汚水の流れを妨げるのはいうまでもない。排水溝の近くに住む住民がもっと積極的にゴミを取り除くことが必要であると考えられる。

トイレは、各家庭に設置するのが理想的であるが、現在は、衛生的な共同トイレを設置することを進めている。この共同トイレは、セメントで作られ、排泄物は汚水槽のなかにためられるものだが、匂いは外からの風によってトイレ内にこもらないようにしている。そして、この風によってハエなどは、トイレの背後にある煙突状の中に追いこまれ、奥の網のところまで死ぬようになっている。

1999年12月に、リランダ・マーケットとバス乗り場がある中心部に、KOSHUと名づけられた有料トイレが開設された。これは、住民組織の経済的自立を目指して設置されたものであ

る。利用料金は、200クワチャで、町の公衆トイレと同じ料金である。しかし、シャワーもありザンビア中で一番きれいなトイレであるといわれている。

ジョージヘルスセンターは、ジョージコンパウンドにあり、平屋の建物が3棟あるヘルスセンターである。2棟は、衛生教育を行なうための建物である。そしてもう1つの棟は、診察室や分娩室、調理室、検査室、薬局などがある。診察室では、結核の少年が診察を受けていた。また分娩室では、10代後半ではないかと思われるぐらいの非常に若い女性が数人ベッドで、赤ちゃんと一緒にいた。出産の数は大変多く、担当者は訪問客に対応できないほどの忙しさであった。

(3) プライマリーヘルスケア・プロジェクトの成果

このプロジェクトを実施する前と後を比較してこのプロジェクトの成果を見ると（GM—P evaluation survey 2001/JICA—PHCによる）、5歳児未満の低体重児の割合は、このプロジェクトに定期的に参加した乳幼児が26%であるのに対し、定期的に参加しなかった乳幼児は38%であった。また、1歳から2歳児の完全予防接種率は、定期的に参加した児は85%であるのに対し、定期的に参加しなかった児は54%であった。またさらに、このプロジェクトに参加した養育者（主に母親）の方が定期的に参加しなかった養育者よりも疾病予防に対する知識が高かった。

2000年と2001年の両年に実施された「水と衛生の調査」によると、2000年から2001年にかけて、JICAの給水利用世帯は、調査対象世帯のうち77%から81%に上昇している。また、安全な水の利用世帯は65%から88%に上昇している。また石鹸の利用世帯は47%から57%に上昇している。

KOSHUトイレの利用者数は、2000年12月時点においては1日平均100名を超え、住民組織が経済的に自立することが可能な水準に達した。

以上の成果を踏まえて、2002年7月から、プライマリーヘルスケアのプロジェクトはフェイズⅡに入っている。このフェイズⅡでは、患者の転送システムを新たに付加するなど、活動を強化している。

(4) AMD Aの活動②—栄養向上プロジェクト

住民の保健衛生の水準を引き上げるためには、彼らの栄養水準を上げなくてはならない。AMD Aのプロジェクトでは、住民に対して栄養水準を上げるための指導を行っているが、その他にも、ジョージコンパウンドの一角でボランティアの住民により約2.8ヘクタールの農園を経営している。当初は、さまざまな農産物を栽培していたらしいが、収穫した農産物は近所の住民にしばしば盗まれたので、最近は栄養価の高い大豆を栽培している。ザンビアでは大豆を食べる習慣がないため、盗まれないのである。

しかし、乾季には水がないため、地下水をくみ上げる必要がある。AMD Aは、この農園の一角に30万円もするモーターを設置して地下水をくみ上げようとしていたが、たまたま筆者が見学に行った日の前日にこのモーターが盗まれるという事件があった。途上国のプロジェクト

では、盗難対策が重要なのである。

(5) AMDAの活動③—所得向上プロジェクト

住民の保健医療水準を向上させるためには、彼らの所得水準を上げる必要がある。AMDAのプロジェクトでは、住民が仕事を見つけるために2つのプロジェクトを行っている。1つは、成人識字教室や縫製教室を設けて職業に必要な技術・知識の普及に努めていること、もう1つは、小額融資（マイクロクレジット）プロジェクトを実施していることである。

成人識字教室は2年コースで、1年目のベーシックコースでニャンジャン語を学び、2年目のアドバンスコースで英語・算数などを学ぶ。週3回、1回2時間の授業で、受講料は無料である。筆者が尋ねたときは、10名ぐらいの女性が熱心に受講していた。

(6) AMDAの活動④—マイクロクレジット

マイクロクレジットは、小さな事業を営む資金としての小額の融資を、住民、特に女性に対して行うものである。ザンビアではいくつかのNGOや私企業がマイクロクレジットを行っているが、AMDAも1999年12月から2002年2月までバウレニ・コンパウンドで、女性116人に対してマイクロクレジットを実施した。方式は、バングラデシュのグラミン銀行とよく似ており、返済期間は32週、115,000クワチャ～500,000クワチャ（約35ドル～150ドル）を10%の利息で、5名×10グループに貸すというものである。18歳～50歳までの女性が対象である。

バウレニ・コンパウンドのマイクロクレジットのphase Iでは、46人の人達に合計1,795万クワチャの資金が貸し出された。返済率は64%であった。その後のphase IIでは、50人の人達にそれぞれ30万クワチャ、合計1,500万クワチャの資金が貸し出された。返済率は72%で少し向上した。

住民の借り入れ金の用途は、木炭や古着を売るための資金や、小売業のための資金や、仕立て屋（tailor）のための資金や、食料雑貨店（grocery store）やヘアサロン、飲み屋（bar）の開設資金などに充てられたということであった。

このマイクロクレジットが所得向上に貢献したかどうかを住民側の責任者に聞いたところ、75%が大変成功した、25%はそうではなかった、ということだった。

そこで、実際借り入れた家庭を訪問してみた。チレンボさん一家は、成功した例であった。家族は子供7人、計9人で、まず30万クワチャを借り、次に67.5万クワチャを借り、その資金で既に所有していたミシンのためのモーターやオイルを購入したり、布地や糸をたくさん買ったということであった。所得は、前は月当たり25万クワチャ～30万クワチャであったものが、このクレジットを利用した後は月40万クワチャになったそうである。1人の息子はザンビア大学に通っている。彼女は、もう1つミシンを買いいたいということであった。

一方、成功しなかった例として、フェリスタさんに聞いたところ、30万クワチャを借りたが、夫が死んだため隣国タンザニアとの間を行き来する費用がかかって6万クワチャが未返済ということだった。このように、成功しなかったケースは、借り入れ資金をbusiness以外に使用せざるをえない場合が多かった。

5. ザンビアにおけるAMD Aの活動の特徴・意義と改善すべき点

(1) AMD Aの活動の特徴と意義

筆者は、ザンビアにおけるAMD Aのプロジェクトは基本的に成功しており、大変意義深いものであるという感想をもった。現に、このプロジェクトによりコレラなどの患者数が大きく減っているからである。

また、このプロジェクトは、保健医療分野だけでなくマイクロクレジットなどの所得を向上させるプロジェクトと連携して行っていることに1つ目の特徴と大きな意義を見出した。所得水準を引き上げることによって保健医療水準を引き上げることができるし、逆に、保健医療水準を引き上げることによって所得水準を引き上げることができる(病気になれば、労働ができず収入を得られない)からである。両者は相互に関係があるため、このプロジェクトのように両者を同時に、かつ連携して行う必要があるのである。

AMD Aのプロジェクトの2つ目の特徴と意義は、このプロジェクトは住民の自立と参加を重視していることにある。援助は無限に続くものではないし、援助に対する依存体質から住民が脱却することが大切である。また、住民が参加することによってプロジェクトのコストを引き下げることができる。

自立的な住民組織としては、プライマリーヘルスケアでは、コミュニティー・ヘルスワーカー(CHW)、KOSHU有料トイレ委員会、ジョージ地区環境保健衛生委員会(GEHC。ゲック)がある。これらの組織の中でも中心的な働きをしているのはCHWである。彼らメンバーは、6週間の養成コースを経てある程度の健康・衛生に関する知識を得、乳幼児の体重測定や、健康教育キャンペーンなどの活動を自らボランティア的に行なっている。

(2) 問題点と改善の方向

マイクロクレジットに絞って問題点を指摘すれば、まずローンの利子率が高いのが問題である。利息は10%であるが、100%を超える場合もある(バングラデシュのグラミン銀行では16%)。この高い利子率の理由は、高いインフレ率と、間接費用の高さにある。

返済率は向上しているが、返済率が98%を超えるバングラデシュのグラミン銀行の場合と比べるとまだ低い。ザンビアではもともとクレジットの文化はあまりなく、連帯という観念があまりないことがその理由の1つであると指摘されている。

クレジット供与側は、住民に連帯の重要性を説く努力や、間接費を節減する努力が必要であると考えられる。また、返済を32週で行なっているが、グラミン銀行のように50週まで延ばすことが必要であると考えられる。

全体的に間接費用を削減する努力を進めなくてはならない。たとえば、AMD Aの現地事務所にも門番が必要かどうか筆者は疑問に思った。また、途上国では、高価な装置や設備を設置するときは盗難がつきものであるという事実・経験を、AMD Aを含めすべてのNGOに参加する人たちが共有する努力をしないと、また同じように資金が無駄に失われることになるだろう。

最後に、NGOの各団体は、それぞれ自分が得意な分野を提供しあって総合的なプロジェクトを行うべきである。各団体間の情報伝達を密にすることにより重複するプロジェクトを整理して無駄をなくし、総合的なアプローチによってさらにプロジェクトの効果を高からしめる必要があると考える。

注

- 1) 一方、都会における生産能力の低い家計にとっては、食糧価格の上昇が主要なマイナス要因となっている。
- 2) 2番目に多いのは、農業、漁業、狩猟で、36.7%を占める。
- 3) 制度上の問題には、フォーマルセクターのルールが小企業にも適用されることにもある。
- 4) 土地の所有権を大統領に与え、土地を売買や貸借の商品として扱うことを困難にする法令もある。

参考文献

- ①. AMDA, 『ザンビア国ルサカ市プライマリーヘルスケアプロジェクト報告書・NGO連携強化プロジェクト』, 平成10年3月
 - ②. 岸朝子, 「AMDAでの一日、ルサカの光と影」, AMDA Journal, 2002年8月
 - ③. 近藤麻里, 『ザンビア共和国でのJICA—NGO連携・プライマリー・ヘルスケア・プロジェクトの調査報告』, AMDA Journal, 2001年5月
 - ④. 高瀬かおり, 「ザンビアで私たちができること」, AMDA Journal, 2002年8月
 - ⑤. 山本秀樹, 『ザンビア国ルサカ市プライマリーヘルスケア (PHC) プロジェクト』, 1997年12月
 - ⑥. 山本秀樹, 『JICAザンビア国ルサカ市プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) プロジェクト短期専門家報告』, 1997年
 - ⑦. 横森佳世, 「ODAと活躍するAMDAファミリー〈ザンビア〉」, AMDA Journal, 2001年8月
 - ⑧. Dibalok Singha, “MICROCREDIT ASSESSMENT MISSION TO LUSAKA”, 1998年
 - ⑨. JICA ザンビア事務所, “Lusaka District Primary Health Care Phase 2 Project”, 2002年
 - ⑩. 外務省ホームページ, ザンビア共和国, 2002年
- ★上記参考文献以外に、AMDAザンビア事務所の高瀬かおりさんや現地スタッフ、住民からの聞き取りを参考にしている。

Zambian Economy in Africa and AMDA's Project

Kageaki YAMASHITA

College of Liberal Arts and Science for International Studies

Kurashiki University of Science and the Arts,

2640 Nishinoura, Tsurajima-cho, Kurashiki-shi, Okayama 712-8505, Japan

(Received September 30, 2002)

Zambian economy got worse by decline of copper price. So Zambian government started the liberalization of Zambian economy. But because government stopped support to Zambian people, the policy made people, especially compound's residents, poorer.

AMDA has given aid to compound's residents in health and medical care, and in enhancement of income. I think such aid by AMDA is very successful.