No. C02

国別医療協力ファイル　ヴィエトナム

国別医療協力ファイル
ヴィエトナム

平成９年３月

平成9年3月

JICA LIBRARY
J 1141489 [3]

国際協力事業団
医療協力部

国
JICA
123
90.7
YCA
IRARY

医　計
J　R
97－07

1141489 [3]

国別医療協力ファイル
ヴィエトナム

平成９年３月

国際協力事業団
医 療 協 力 部

目　次

1 国別概況 …… 1
1.1 一般概況 …… 1
1.2 一般行政 …… 9
1.2.1 中央行政 …… 9
1.2.2 地方行政 …… 9
1.3 国家開発計画の概要 …… 12
2 衛生行政 …… 15
2.1 中央衛生行政と保健医療計画 …… 15
2.1.1 中央衛生行政機構 …… 15
2.1.2 中央保健医療計画 …… 18
2.1.3 中央保健医療セクターの財政 …… 20
2.2 地方衛生行政と保健医療計画 …… 23
2.2.1 地方衛生行政機構 …… 23
2.2.2 地方保健医療計画・予算 …… 23
3 人口・保健指標 …… 25
3.1 人口 …… 25
3.1.1 総人口・人口増加率・年齢別人口 …… 25
3.1.2 地域別人口分布 …… 26
3.1.3 出生率 …… 27
3.1.4 死亡率 …… 27
3.2 保健指標 …… 28
4 疾病・死亡 …… 31
4.1 総　論 …… 31
4.2 死亡とその原因 …… 32
4.3 疾病構造 …… 33
4.3.1 乳幼児・子供の主な疾病・原因 …… 33
4.3.2 女性の疾病・原因 …… 34
4.3.3 成人・高齢者の疾患 …… 35
4.4 感染症 …… 36
4.4.1 予防接種で予防可能な感染症 …… 36
4.4.2 下痢症疾患 …… 37
4.4.3 急性呼吸器感染症 …… 37
4.4.4 結　核 …… 37
4.4.5 ハンセン病 …… 39

4.4.6 マラリア 39
4.4.7 その他の寄生虫疾患 41
4.4.8 エイズ 41
4.4.9 その他の感染症 43
4.5 非感染症 44
4.5.1 栄養失調 44
4.5.2 慢性病・成人病（高血圧・糖尿病） 45
4.5.3 精神疾患 46
4.5.4 交通事故 46
4.5.5 身体障害 47
4.5.6 白内障 47

5 保健対策活動 49

5.1 総　論 49
5.2 プライマリー・ヘルス・ケア（PHC） 49
5.3 予防接種対策（EPI） 50
5.4 栄養問題対策 52
5.4.1 国家栄養活動計画 52
5.4.2 ヨード欠乏症対策 55
5.5 母子保健対策 57
5.6 家族計画 59
5.6.1 人口政策 59
5.6.2 避妊法 60
5.7 マラリア対策 62
5.8 エイズ対策 64
5.9 下痢症対策 68
5.10 その他の感染症対策 69
5.10.1 結核対策 69
5.10.2 ハンセン病対策 70

6 保健医療サービス供給システム 73

6.1 保健医療施設 73
6.1.1 公共医療部門 73
6.1.2 民間医療部門、およびミッション系・NGO関連医療部門 74
6.1.3 医療施設の具体例 74
6.2 医薬品・医療器具・衛生材料 77
6.2.1 医薬品の供与 77
6.2.2 病院内の薬局 78
6.2.3 医薬品供給に関する課題 78
6.2.4 政府の方針 78

6.3 保健医療サービスの利用 80
6.3.1 住民側からみた利用の状況 80
6.3.2 地域保健医療サービスの利用状況 81
6.3.3 伝統医療 81
6.4 医療情報システム 82
6.4.1 出生統計 82
6.4.2 死亡統計 82
6.4.3 統計整備上の問題点 82
6.5 医療保険制度 83
6.5.1 医療保険プログラム 83
6.5.2 医療費負担 84
6.5.3 医療保険制度における課題 85
6.6 救急医療システム 86
6.7 試験研究機関 87

7 医療従事者と医学研修 91

7.1 各種医療従事者の状況 91
7.1.1 医療従事者の種類と数 91
7.1.2 医師の待遇 92
7.2 医療従事者養成制度と養成機関 94

8 環境衛生・労働衛生 97

8.1 環境衛生 97
8.1.1 飲料水 97
8.1.2 衛生施設 98
8.1.3 住宅環境 100
8.1.4 公　害 100
8.2 労働衛生 101

9 保健医療協力 103

9.1 協力要請の仕組み 103
9.2 国際機関、わが国を除く諸外国、NGO の協力動向 104
9.2.1 国際機関 105
9.2.2 わが国を除く二国間援助 109
9.2.3 NGO 111
9.3 わが国の協力状況 116
9.3.1 有償資金協力 116
9.3.2 無償資金協力 116
9.3.3 技術協力 116

図目次

図 1-1　主な民族の分布 2
図 1-2　ハノイにおける月別平均気温・降水量 4
図 1-3　ヴィエトナム国家行政組織図 10
図 2-1　保健行政のネットワーク 16
図 2-2　保健省組織図（1996 年 9 月現在） 17
図 3-1　人口ピラミッド（1990, 2015 年） 26
図 3-2　ヴィエトナムにおける出生率、死亡率、自然増加率の推移 27
図 4-1　主要疾患グループ別の動向 31
図 4-2　乳児死亡原因 33
図 4-3　新生児死亡原因 34
図 4-4　新規結核患者数の推移（1986～95 年） 38
図 4-5　年齢層別結核罹患率の推移(1986～95 年) 38
図 4-6　マラリアの症例数と死亡数 40
図 4-7　HIV 感染者の特性 42
図 4-8　HIV 感染者の年齢層 42
図 5-1　結核対策のカバー率（1986～95 年）（%） 69
図 6-1　所得階層別保健サービスの利用状況（1993 年） 80
図 9-1　援助要請のための国内手続き 103

表目次

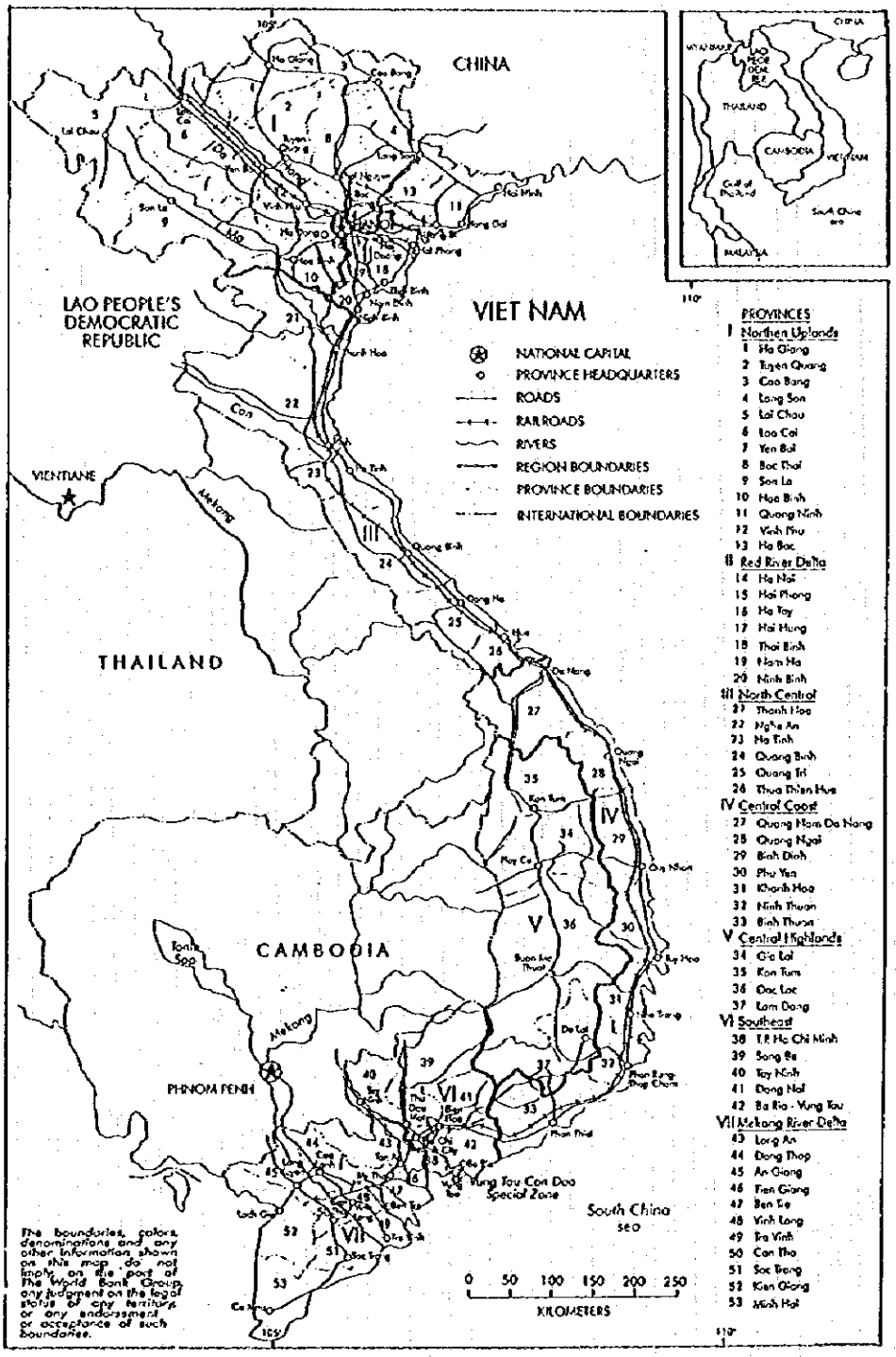
表 1-1　ヴィエトナム一般概況 1
表 1-2　ヴィエトナムの経済指標 2
表 1-3　ＧＤＰ成長率の各国比較（％） 3
表 1-4　職業別被用者と賃金（1993 年） 3
表 1-5　ヴィエトナムの地方行政区（省・市） 11
表 1-6　既往・現行の開発計画 13
表 2-1　ＧＤＰと中央政府予算に占める保健支出（1990～95 年）（10 億ドン） 21
表 2-2　保健関連プログラムの予算（1995 年）（100 万ドン） 22
表 3-1　総人口と人口増加率の推移（1960～93 年） 25
表 3-2　地域別土地面積と人口の分布（1993 年） 26
表 3-3　地域別都市人口増加率、都市化率、合計特殊出生率 27
表 3-4　近隣諸国との保健指標の比較（1994 年） 28
表 3-5　ヴィエトナムの保健指標の年次推移（1985～94 年） 28
表 4-1　公的医療施設における 10 大死亡原因（1995 年） 32
表 4-2　公的医療施設における 10 大疾病（1995 年） 33
表 4-3　地域別妊産婦死亡率（1991 年）（出生 10 万対） 34
表 4-4　５大妊娠合併症の死亡数と症例数 35
表 4-5　主要感染症の症例数と死亡数 36
表 4-6　子供におけるＥＰＩ対象疾患の症例数と死亡数（1995 年） 36
表 4-7　ハンセン病の登録患者数と有病率の推移 39
表 4-8　栄養指標の各国比較 44
表 4-9　交通事故（路上）数の推移（1990～93 年） 46
表 5-1　地域別予防接種カバー率（１歳未満児）（1995 年）（％） 50
表 5-2　ＥＰＩワクチン供給の概要 51
表 5-3　栄養問題対策における省庁間の役割 52
表 5-4　地域別栄養不良児（５歳未満）の現状と目標（％） 52
表 5-5　低体重出生児（2500g 以下）出生率（％） 53
表 5-6　地域別妊産婦死亡率と乳児死亡率の現状（1989 年）と目標（2000 年） 57
表 5-7　人口政策の概要 59
表 5-8　家族計画対策の国家予算 60
表 5-9　地域別避妊実施率（1994 年）（％） 60
表 5-10　出産年齢（15～49 歳）における避妊法（％） 61
表 5-11　政府の HIV/エイズ対策予算の推移 64
表 5-12　HIV/エイズに関する知識・態度・信心・実行（KABP）調査（％） 65
表 5-13　複合医薬療法により治癒した患者の累計 71
表 5-14　複合医薬療法のカバー率 71
表 6-1　保健医療施設の種類と数（1995 年） 73
表 6-2　ヴィエトナムにおける医療保険プログラム 83

表 6-3　ヴィエトナムにおける保健財政（10 億ドン）……84
表 7-1　医療従事者の種類と数（1995 年）……91
表 7-2　人口に対する主な医療職の比率……92
表 7-3　ヴィエトナムにおける医科大学・薬科大学……94
表 8-1　地域別飲料水の水源（%）……97
表 8-2　地域別衛生施設（%）……99
表 8-3　都市・農村別衛生施設（%）……99
表 9-1　DAC 諸国・国際機関の年度別 ODA 実績（100 万ドル）……104
表 9-2　分野別 ODA 援助動向（1,000US ドル）……105
表 9-3　ODA による保健分野への援助内訳（1,000US ドル）……105
表 9-4　WHO による主な援助プロジェクト（1,000US ドル）……106
表 9-5　UNICEF による主な援助プロジェクト（1,000US ドル）……107
表 9-6　UNFPA による援助プロジェクト（1,000US ドル）……108
表 9-7　世銀が支援している国家保健支援プロジェクトの予算内訳（100 万 US ドル）……109
表 9-8　オーストラリアによる主な保健分野プロジェクト（1,000US ドル）……110
表 9-9　スウェーデンによる保健分野プロジェクト（1,000US ドル）……110
表 9-10　フランスによる主な保健分野プロジェクト（1,000US ドル）……111
表 9-11　オランダによる主な保健分野の援助（1,000US ドル）……111
表 9-12　わが国による無償資金協力（億円）……116
表 9-13　プロジェクト方式技術協力案件……116

略語表

略語	
AIDS	エイズ(後天性免疫不全症候群) Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARI	急性呼吸器感染症 Acute Respiratory Infection
ASEAN	東南アジア諸国連合 Association of South East Asian Nations
AusAID	オーストラリア国際開発庁 Australian Agency for International Development
BCG	結核予防ワクチン Bacille de Calmette-Guerin
CEC	欧州共同体委員会 Commission of the EUropean Communities
DPT	三種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風)ワクチン Diphtheria, Pertussis, and Tetanus
EPI	予防接種拡大プログラム Expanded Program on Immunization
EU	欧州連合 European Union
FAO	国連食糧農業機関 Food and Agriculture Organization of the United Nations
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
IBRD	国際復興開発銀行(通称：世界銀行) The International Bank for Reconstruction and Development
IDA	国際開発協会(通称：第二世銀) International Development Association
IEC	情報・教育・コミュニケーション(普及)活動 Information, Education and Communication
IMF	国際通貨基金 International Monetary Fund
IUD	子宮内避妊具 Intrauterine Device
MDT	複合医薬療法(結核、およびハンセン病に対する治療法) Multi-drug Therapy
MOH	ヴィエトナム保健省 Ministry of Health
NAC	国家エイズ委員会 National AIDS Committee of Viet Nam
NCPFP	国家人口家族計画委員会 National Committee for Population and Family Planning
NGO	非政府機関 Nongovernment Organization
NPA	国家活動プログラム National Programme of Action
ODA	政府開発援助 Official Development Assistance

略語	
ORS	経口補水塩 Oral Rehydration Salts
ORT	経口補水療法 Oral Rehydration Therapy
OPV	経口ポリオ生ワクチン Oral Polio Vaccine
PHC	プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care
SIDA	スウェーデン国際開発庁 Swedish International Development Authority
TBA	伝統的産婆 Traditional Birth Attendant
UNAIDS	国連エイズ合同計画 Joint United Nations Program on HIV/AIDS
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Plan
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund
UNHCR	国連難民高等弁務官事務所 Office of the United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	国連児童基金 United Nations Children's Fund
VHI	ヴィエトナム医療保険制度 Viet Nam Health Insurance
VND	ヴィエトナム・ドン(ヴィエトナム通貨) Viet Nam Dong
VWU	ヴィエトナム女性連合 Viet Nam Women's Union
WHO	世界保健機関 World Health Organization
WFP	世界食糧計画 World Food Programme



ヴィエトナム全図

出所　Viet Nam: Poverty Assessment and Strategy　1995　World Bank

1 国別概況

1.1　一般概況

表1-1　ヴィエトナム一般概況

正式国名	（和文）ヴィエトナム社会主義共和国 （英文）Socialist Republic of Viet Nam
独立年月日	1945年9月2日
旧宗主国	フランス
政体	社会主義共和国
元首の名称	レー・ドゥック・アイン国家主席（1992年9月就任、任期5年）
位置・面積	北緯　8度33分～23度22分　　東経　103度27分～109度28分 33万2000平方キロメートル
首　都	ハノイ（Hanoi）
総人口	約7500万人（1995年、政府資料）
民族等	ヴィエトナム人（キン族）が約9割、そのほか、華人、タイ、クメール、モン、チャム、ムオン等53の少数民族
公用語	ヴィエトナム語
宗　教	仏教（大乗仏教が主）、カトリック、カオダイ教、ホアハオ教など
暦	［日本との時差］　－2時間 ［祝祭日］（1996年） 1月1日　新年 2月19日*　テト、陰暦の新年 4月30日　サイゴン解放日 5月1日　メーデー 9月1～2日　建国記念日 ＊：年によって日が異なる。

（「国別協力情報ファイル　ヴィエトナム」1996　国際協力事業団より作成）

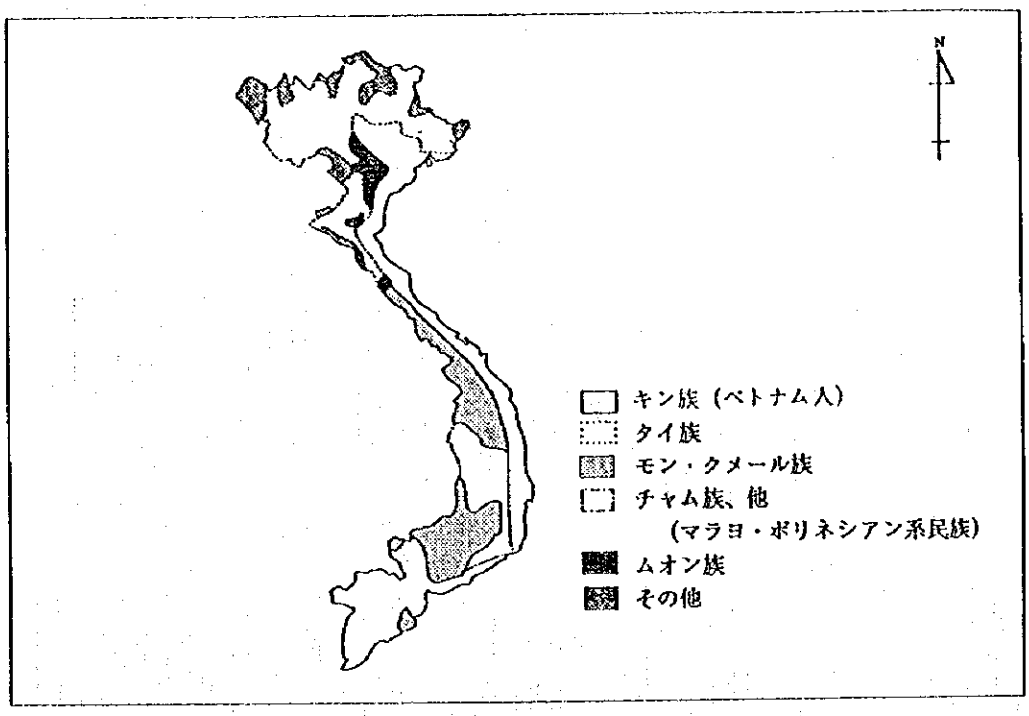


図1-1　主な民族の分布

出所　「国別協力情報ファイル ヴィエトナム」 1996 国際協力事業団

表1-2　ヴィエトナムの経済指標

	1992年	1993年	1994年	1995年
GDP実質成長率（%）	8.6	8.1	8.8	9.0
インフレ（%）				
（消費者物価年末比）	5	5.2	14.5	13.1
（消費者物価年間平均上昇率）	37.8	8.3	9.5	16.3
マネーサプライと貸し出しの伸び(%)				
M3増加率[1]	33.7	19.0	27.8	18.2
民間貸し出し	169.9	177.9	51.0	34.1
国営企業貸し出し	36.3	24.7	25.1	13.1
財政赤字（GDP比、%）	△2.5	△5.5	△2.4	△2.2
経常収支（GDP比、%）	△0.7	△8.3	△7.3	△5.9
金・外貨準備（百万ドル）	1006	575	654	831
通貨（1996年8月23日）[2]	通貨単位：ヴィエトナム・ドン（略号：VND） 1ドル＝11,016.50ドン			
会計年度	1月1日～12月31日			

注　1）　M3とは、通貨供給量に関する統計指標の一つで、狭義のマネー・サプライ（民間非銀行部門の保有する現金通貨に全国銀行、相互銀行、信用金庫、農林中金、商工中金の要求払預金を加えたもの＝M1）に上記金融機関の定期性預金を加えたもの（M2）、ならびに郵便局、農・漁協、信用組合、労働金庫の預貯金、金銭信託・貸付信託の元本を加えたものを指す。

2）　Olsen and Associates

出所　IMF資料　1995

表1-3 GDP成長率の各国比較（%）

年	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
ヴィエトナム	4.0	5.2	8.0	5.3	6.0	8.3	8.0	8.8	9.0
	(−)	(21.6)	(87.4)	(23.5)	(△13.2)	(18.6)	(19.7)	(26.3)	(26.4)
中国	10.9	11.3	4.4	3.9	7.5	12.8	11.0	10.0	
	(34.9)	(18.2)	(5.3)	(19.2)	(14.4)	(16.5)	(16.0)		
インド	4.3	10.9	5.6	5.2	1.2	4.2	5.4	—	
	(16.0)	(13.7)	(19.5)	(12.2)	(0.6)	(2.1)	(12.2)		
タイ	9.5	13.2	12.0	10.0	8.2	7.5	7.8	平均	
	(31.7)	(36.1)	(25.7)	(15.0)	(23.8)	(17.8)	(18.4)	7.1	
マレイシア	5.4	8.9	9.2	9.7	8.7	8.0	8.0		
フィリピン	4.8	6.3	6.1	2.7	△0.7	0.0	2.3		
	(18.1)	(23.7)	(10.6)	(4.7)	(8.0)	(9.8)	(11.5)		
韓国	12.0	11.5	6.2	9.2	8.4	4.5	6.0	平均	
	(36.4)	(29.0)	(3.0)	(2.8)	(10.2)	(8.1)	(8.6)	6.5	
台湾	12.3	7.3	7.6	4.9	7.2	6.6	6.8		
	(34.8)	(13.2)	(9.2)	(1.4)	(13.0)	(7.1)	(8.1)		
香港	14.5	8.0	2.8	6.2	4.2	3.0	6.1		
	(36.8)	(30.3)	(15.8)	(12.3)	(20.0)	(21.2)	(20.0)		
シンガポール	9.4	11.1	9.2	8.3	6.7	5.8	5.8		
	(28.7)	(38.3)	(13.8)	(17.2)	(12.1)	(6.0)	(8.6)		

注 （ ）内は輸出（名目、ドル）の伸びを示す。
出所 Vu Tuan Anh "Economic Development in 1990s" Viet Nam's Socio-Economic Development (Spring 1995) Institute of Economics National Center for Social and Human Science
ヴィエトナムの1994、95年はIMF資料 1995

表1-4 職業別被用者と賃金（1993年）

職業分野	被用者数（1000人）	平均月給（1000ドン）
農業	265	184
林業	63	160
鉱工業	685	300
建設業	281	293
運輸・通信業	118	390
郵便業	52	340
商業	262	290
その他物的生産活動	11	252
行政	153	177
公共サービス	25	272
科学・技術	38	168
教育	656	161
文化	26	168
保健衛生	161	168
金融・保険	68	280
その他非物的生産活動	56	162

注 被用者とは自営業を除く雇用者である。
出所 Le Trung "Labour and Employment" Viet Nam Economic Review(September 1994) Institute of World Economy, National Center for Social and Human Science

(1) 自然環境

ヴィエトナムはインドシナ半島の東端に位置し、南北に細長く伸びた地形である（北緯は約8～23度、東経は約103～109度）。国土面積は約33万平方キロメートルで、日本から九州を除いた程度の大きさである。トンキン湾、南シナ海、シャム湾に面し、海岸線の総延長距離は3,260キロメートルに及ぶ。北は中国、西はラオス、カンボディアと国境を接する。全長4万1000キロメートルといわれる大小多数の河川をもち、南のメコンデルタなど農業に適した肥沃なデルタ平原地区、多くの森林資源にも恵まれている。

気候は、北部、南部、中部の3種類に大別されるが、全国的に台風は8月から9月に集中する。ハノイにおける月別平均気温・降水量を図1-2に示す。

1) 北部

亜熱帯に属し、四季の変化がある。夏が一番長く、5～10月までである。特に6月以降の数カ月間は、ハノイ地方は気温30度以上、湿度90%以上の酷暑期である。11～12月は短い秋で凌ぎやすくなり、その後は気温10度前後と冷え込み、4月に短い春がある。

2) 南部

比較的穏やかな常夏の気候である。熱帯性モンスーン気候であるため、四季がない代わりに5月から10月までの雨期と11月から4月までの乾期に分かれる。

3) 中部

北部と南部の中間の気候である。

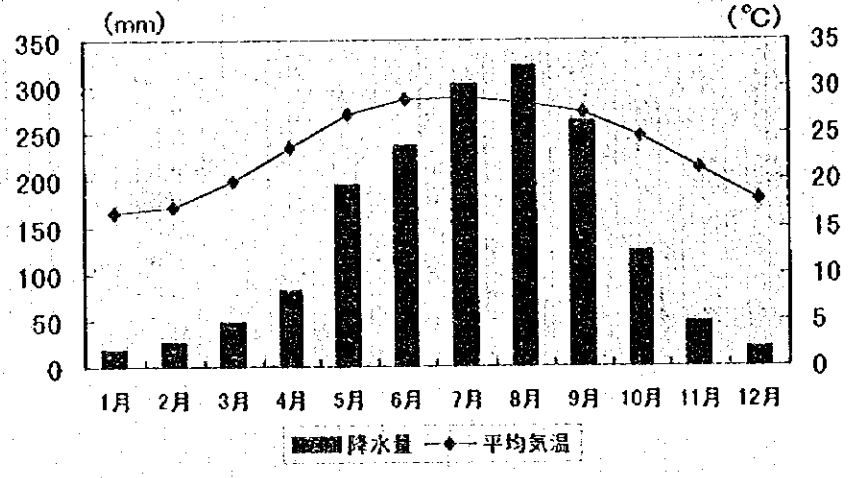


図1-2 ハノイ市における月別平均気温・降水量

（「海外生活の手引き」（1988）、世界の動き社およびFINNIDAレポート（1993）より作成）

(2) 政治

1945年、北部ではハノイでホー・チ・ミンを主席とするヴィエトナム民主共和国（北ヴィエトナム）樹立が宣言されたが、48年、南部のサイゴンではフランスによりバオダイ政権が擁立

され、54 年、ヴィエトナムは南北に分割された。1955 年、南部は米国の後ろ盾のもとにヴィエトナム共和国（南ヴィエトナム）と改称し、65 年には米国の介入により南北間の本格的な戦争が開始された（第2次インドシナ戦争）。結局、南部でヴィエトナム労働党が 1960 年に創設した南ヴィエトナム解放民族戦線と北ヴィエトナムの大攻勢により、1975 年、南ヴィエトナムは全面降伏を認めサイゴンは陥落し、南北は統一された。

1976 年、南北統一選挙が実施され、ヴィエトナム社会主義共和国が誕生した。同年、ヴィエトナム労働党は 16 年ぶりに党大会を開き、党名をヴィエトナム共産党に戻し、レ・ズアン氏が書記長に選出された。その後、86 年 12 月の第6回党大会では、チュオン・チン書記長が引退を表明し、その後任として改革派のグエン・バン・リンが書記長に就任した。ここにおいてヴィエトナム共産党はこれまでの経済指導の誤りを認め、戦時経済を脱却して開放された社会主義型市場経済を目指す「ドイモイ（刷新）」路線が採択された。91 年の第7回党大会ではグエン・バン・リン書記長に代わり、実務派のド・ムオイ政治局員が書記長に就任し、ドイモイ路線の堅持を印象づけた。同大会では、複数政党制を否定し、党の指導的役割を明記した綱領を採択し、また、95 年までの経済危機脱却、2000 年までの国内総生産（GDP）倍増などの経済目標を決定した。

また、1990 年より、80 年憲法改正へ向けた準備が具体化し、92 年、改正憲法が交付された。改正憲法は 87 年以降のドイモイにより生まれた経済・政治の新たな状況を反映した内容になっており、改正は 147 条中、115 条に及び、新たに 23 条が設けられた。

1994 年に開催されたヴィエトナム共産党中間期全国代表者会議では、高い経済成長、政治的安定の維持・強化をドイモイ政策の成果として認めると同時に、解決すべき問題点として、経済がなお後進農業経済のままであること、産業基盤、物質的・技術的基盤も乏しく、社会には失業、不平等がはびこっていることなどが指摘された。今後の方向としては、ヴィエトナム共産党が国家指導者の地位を保持し、複数政党制は拒否して、工業化・近代化、多部門経済の発展などの主要任務を遂行することを明らかにした。また、同年各地方で開催された中期共産党省大会では、第7回党大会での決議について討議がなされ、貧困、社会問題、農業生産が各省の共通テーマとして議論された。ヴィエトナムの最貧困地域に属するゲアン省では省党指導部が、近年の同省の著しい経済発展にもかかわらず、発展の速度はなお全国平均より遅れていることを認め、住民に貯蓄を訴えかけ、同時に貧困撲滅のキャンペーンを継続し、社会福祉を維持していくことを強調した。

(3) 経済

長年の戦争による経済発展の遅れに加え、1977 年以降中国との関係悪化に伴う北部の華僑労働者の大量国外流出、中国の経済援助打ち切り、78 年以降のカンボディア侵攻を非難する諸外国の経済援助削減、天災による連続的食糧生産不振、物資の不足、物価高、国民の疲弊等の要因が重なり、79～80 年にかけヴィエトナム経済は最低水準にまで落ち込んだ。

1981 年の第3次5カ年計画開始以来、官僚主義、補助金依存型経営姿勢等の見直しが模索され、現物給与（配給制）の停止と現金賃金制、通貨のデノミ、対米ドル・レートの変更など一連の経済政策が行われた。しかし、基本的に生産物資が不足していること、改革の指導・準備の不徹底等により改革の効果は上がらず、政府はこの経済改革の失敗を認めざるを得なかった。その後、1986 年 12 月の第6回党大会決議では、戦争時代の遺物である政府補助金制の廃止を

めざす方針は正しいと再認識され、社会主義建設をめざして、国営部門を尊重しつつも民営、個人経営を含む諸形態の経済経営を奨励する、などのドイモイ（刷新）政策が打ち出された。西側諸国よりの経済協力、外貨導入の施策も進められた。ドイモイ政策は当初かなりの混乱を招き、国家財政の赤字と天井知らずのインフレが続いた。そのため政府は経済建設の基本方針を再確認するため、1991 年に、「2000 年までの社会経済の安定化・開発戦略[1]」を採択した。その中で、「2000 年までに１人当たりの GDP を 1990 年の２倍にする」「年平均成長率を８％にする」などの経済開発目標を立てた。さらに、1994 年７月、政府は工業化、および地域開発に関する経済政策の概要をまとめた。

具体的には、輸出志向型産業の発展を促進すること、GDP に占める工業の割合を 94 年の 20%から 2000 年までに 30%まで引き上げること、加工、および製造業の発展に重きを置きつつも機械・エレクトロニクス産業の育成もめざすこと、魚介類・農産物等の食品加工業振興により地域開発を図ることなどが盛り込まれた。また、同年 11 月にはカンボディア、ラオス、タイ、および UNDP とメコン川流域開発協力協定に仮調印し、水力発電や灌漑、洪水対策、漁業、観光等に関する開発計画をまとめた。このような政策努力を反映した工業部門の成長、1994 年２月の米国による通商停止解除決定、安定した電力供給などの好条件を背景に、ヴィエトナムにおける 1992 年以降の GDP 実質成長率は発展している他のアジア諸国と比べても高く、1995 年には９％を達成した（表 1-3）。

1996～2000 年の新５カ年計画において政府は、91～95 年の平均で 8.3%だった GDP 成長率を新５カ年計画では 10～11%に設定する予定である。また、これを実現するために外国から５年間で 240 億～300 億 US ドルの ODA と外国企業の投資を受け入れたいとしている。

このように、近年のヴィエトナムの経済発展はめざましいが、市場経済化による地域間・民族間における貧富の格差などの悪影響も顕在化し始めている。

(4) 民族・宗教

人口の約 90%はいわゆるヴィエトナム人（キン族）で、デルタ、海岸、都市地区に集中して居住している。残りの約 10%を 53 民族で占める。ホーチミン市やハノイ等の都市部に住む華人、カンボディア国境に近い南ヴィエトナム・デルタ地帯に住むクメール族を除くと、山岳民族がほとんどで、居住地域は、中国・ラオス国境に近い北部山岳地帯、中部のプレイク市・コントゥム市付近の中部高原地帯の２つに集中している（図 1-1）。

言語はヴィエトナム語が公用語となっているが、山岳民族はそれぞれ固有の言語を用いており、タイ、モン、ヌン等４種類の山岳少数民族語はこれらの地域における公用語として法律で認められている。

また、憲法で信仰の自由が保証されている。現在では仏教の中でも特に大乗仏教が広く信仰され、次いでカトリック教、儒教、道教、プロテスタントが信仰されている。このほかにヴィエトナム特有のカオダイ教、ホアハオ教が特に南部地域で信仰されている。

(5) 女性の状況

ヴィエトナムは儒教の影響が強い国であり、伝統的に父系社会である。家系を継承する男子を重視する傾向が強く、現在でも男子が生まれるまで出産を続ける風潮が特に農村部において

[1] Strategy for Socio-Economic Stabilization and Development up to the Year 2000

残存している。

女性は経済労働力の 52%を占めており、働ける年齢層の女性の 70%が経済活動に参加している。女性の主な職業は農林水産業である。近年、集約的な農業形態が崩壊し、農作業はすべて家族単位で行われるようになったため、男手や水牛を持たない貧しい女性世帯主の家庭では、田おこしなどの重労働も女性がしなければならなくなった。ドイモイの結果、これまで社会保障の一環であった保育などが有料となり、現金収入を得るため女性の労働市場参加は一層強化されると見込まれている。主職業の他に副業を持っている女性がほとんどであり、労働機会の多様化に伴い女性の労働時間は増加している。一日の女性の平均労働時間は 16～18 時間ともいわれ（男性の平均は 12～14 時間）、女性の健康状況に及ぼす影響が懸念されている。

(6) 環境

国連食糧農業機関（FAO）によれば、一般的に環境保護の立場から望ましい森林面積比率は全国土の 33.2%であるが、ヴィエトナムのそれはすでに 28.1%にまで低下している。この森林破壊は特に台風の時期に洪水を頻発させる原因となっており、洪水は下水・排水施設の不備なヴィエトナムにおいて様々な感染症の発生源となっている。

また、近年、都市部を中心にオートバイ等の車両台数が急増しており、大気汚染が懸念されている。

(7) 一般教育

ヴィエトナムの識字率は一般に高く、全人口の平均で女性 82%、男性 91%である。しかし居住地（民族）による格差が大きく、山岳民族であるモン族の識字率は女子 2.6%、男子 17.7%の低さである。ヴィエトナムではすべてのコミューンに小学校が作られることになっているが、少数民族の住む山岳地帯のコミューンでは小学校が閉鎖されたり、建物が老朽化して使えない場合も少なくない。その一方、都市には 1989 年より私立学校が設立され、裕福な家庭の子女が就学している。

初等教育の授業料は無料であるが、教科書、教材、学校の維持・修繕費など、両親が負担すべき経費は増加する傾向にある。また、託児所・幼稚園への補助金が削減されたため、就学前教育を受けずに小学校に入学し、環境になじめず退学する子供も多数報告されている（UNICEF）。

初等教育就学率は 30 年ほど前から大きな男女格差は見られなくなってきているが、教育関係者のなかにはドイモイ政策開始後、市場経済化の影響による女子の就学率の減少、およびドロップアウト率の増加を危惧する人も多い。その主な理由として、①女子は家事や乳幼児の世話、農業の手伝いのため家に残される、②生徒数が少ない小学校が閉鎖・統合され学校が家から遠くなったため、女子の通学を親が心配する、③フォーマル・セクターにおける女性の就職率が下がると女子教育への投資は男子と比較して便益が少ないと考える親が増える、④教育にかかる費用が増加すると男子を優先する、などが挙げられる。

特に農村部では、都市部では当たり前になっている男女平等の考えは行き渡っておらず、地域のジェンダーが教育分野にも影響を及ぼしている。また、教育レベルが高くなるほど就学率の男女差は拡大するが、女子の教育レベルは子供の健康や家族計画実行率、合計特殊出生率などにも影響を与えるため、保健状況改善の観点からも大きな要因となっている。

(8) 所得格差

1986年にドイモイ政策が導入されて以来、経済活動が自由化されたことにより所得の格差が広がっている。平均給与を職業分野別に見てみると、運輸・通信業、郵便業、鉱工業、商業などが高いのに比べ、行政、保健衛生、教育の各分野は農業部門よりも低く、公務員が冷遇されているのが分かる（表 1-4）。これが後述するように、公的部門における医療従事者の副業問題や保健分野以外の職業分野への頭脳流出などの原因になっている。

一方、国民の約8割が居住している農村部においても所得格差が広がっている。天然資源を保有していたり、伝統工芸による陶器・木工製品の製造・販売などによって現金収入が得られる条件のある農村が急速に富裕化している一方で、条件のない農業専業の農村は取り残されていく。近年、農繁期には豊かな村に近隣の貧しい村から大勢の農民が集まり「労働市場」が形成されるようになった。そのため、農民の多くを日雇いで農作業に出す村では、富裕な村の農繁期に重ならないよう、早めに田植えや収穫を終えるなど、農作業のスケジュールを工夫するところが多い。村落間、あるいは村落内で貧富の差が顕在化しており、副業による現金収入の有無が各家庭における家電品、調度品の所有状況からアクセスできる保健医療サービスの質などにまで影響を及ぼしている。また、手工業が盛んな村などでは、就学年齢の子供が学校に行かずに賃金労働に従事する例も増えている。ヴィエトナムは途上国の中で高識字率を誇ってきたが、最近では読み書きのできない青少年が増えるという現象が起きている。

1.2 一般行政

1.2.1 中央行政

社会主義共和制で、共産党の一党独裁である。1992 年に改正された憲法で、元首として大統領（国家主席）が設けられた。国家主席は国会議員によって選出され、法案の提出権を持つ。国会に対して責任を持ち、任期は 5 年である。議会は一院制の国民議会で、国権の最高機関と定められている。議席数は 395 議席で、任期は 5 年である。議員は 18 歳以上の直接普通選挙制のもとで秘密投票によって選出される。被選挙権を有するのは 21 歳以上である。1992 年憲法で、従来の閣僚評議会は内閣と改称された。閣僚は国会議員でなくてもよく、首相によって任免が決定され、国会がこれを承認する。首相の選出、罷免は国会で行われる。国家行政組織を図 1-3 に示す。

司法機関としては、最高人民裁判所、地方人民裁判所、軍事裁判所がある。

1.2.2 地方行政

1991 年の 7 月に行政区画の変更があり、現在は全国を 50 省（provinces）と中央政府直轄の 3 市（cities：ハノイ、ホーチミン、ハイフォン）、合計 53 の地方行政区に分けている。省・市の下には 569 郡（districts）が、郡の下には 1 万 206 のコミューン（communes）が存在する。各省・市、郡、コミューンのすべてのレベルに人民委員会（行政）、人民議会（立法）、および共産党委員会がおかれている。53 省・市はその地理的特徴から 7 地域に分けられる。表 1-5 に、53 省・市の名称と 7 地域の区分けを示す。

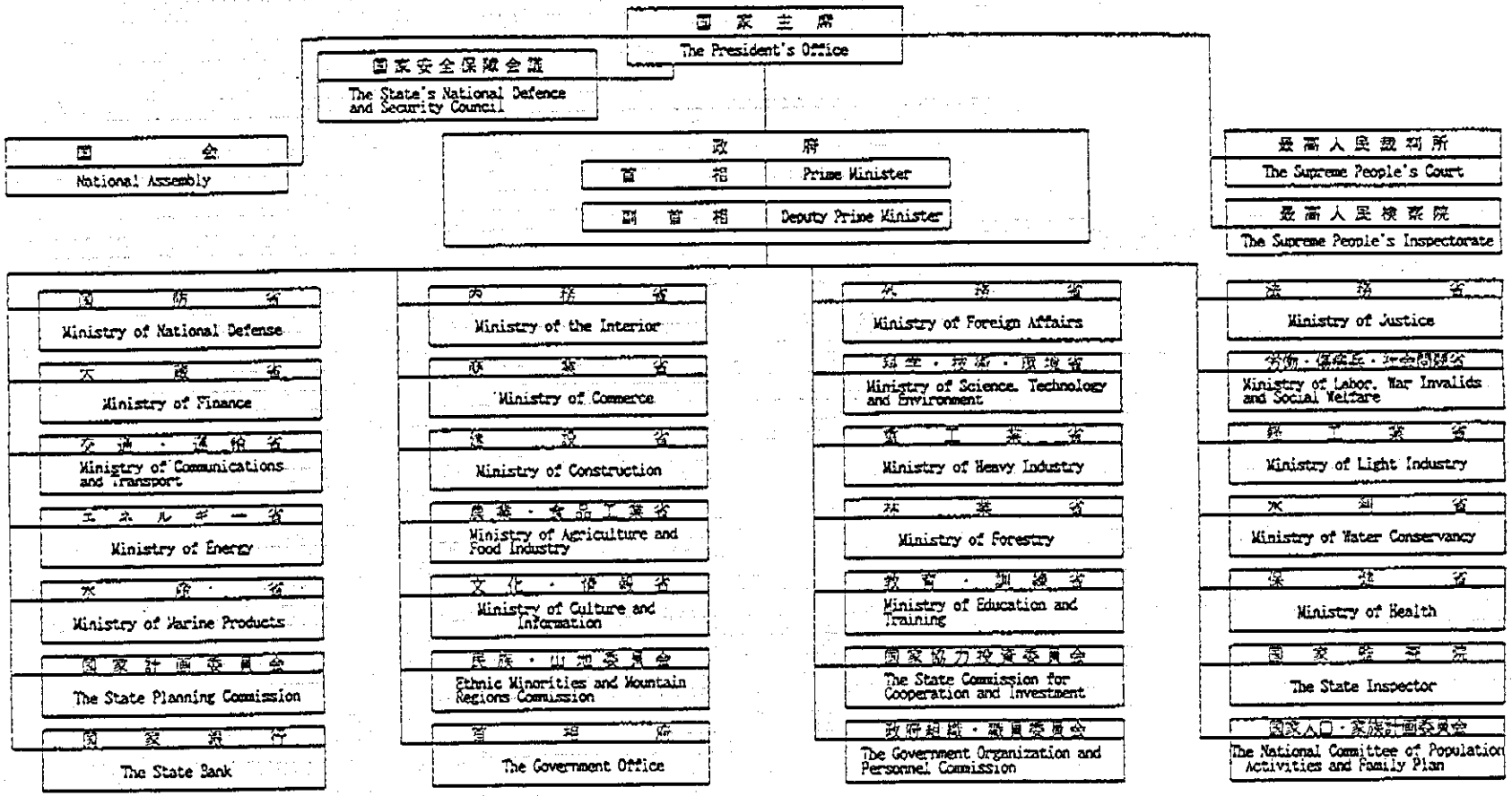


図1-3　ヴィエトナム国家行政組織図

出所　「国別協力情報ファイル　ヴィエトナム」　1995　国際協力事業団

表1-5 ヴィエトナムの地方行政区（省・市）

	和文表記	英文表記		和文表記	英文表記
I	北部山岳地帯	North Uplands	IV	中央沿岸部	Central Coast
1	ハギアン	Ha Giang	27	クアンナム-ダナン	Quang Nam Da Nang
2	トゥエンクアン	Tuyen Quang	28	クアンガイ	Quang Ngai
3	カオバン	Cao Bang	29	ビンディン	Binh Dinh
4	ランソン	Lang Son	30	フエン	Phu Yen
5	ライチャウ	Lai Chau	31	カンホア	Khanh Hoa
6	ラオカイ	Lao Cai	32	ニントゥアン	Ninh Thuan
7	エンバイ	Yen Bai	33	ビントゥアン	Binh Thuan
8	バックタイ	Bac Thai			
9	ソンラ	Son La	V	中央高地	Central Highlands
10	ホアビン	Hoa Binh	34	ジアライ	Gia Lai
11	クアンニン	Quang Ninh	35	コントゥム	Kon Tum
12	ヴィンフー	Vinh Phu	36	ダックラック	Dac Lac
13	ハバック	Ha Bac	37	ランドン	Lam Dong
II	紅河デルタ	Red River Delta	VI	南東部	Southeast
14	ハノイ（市）	Ha Noi	38	ホーチミン（市）	T.P. Ho Chi Minh
15	ハイフォン（市）	Hai Phong	39	ソンベ	Song Be
16	ハタイ	Ha Tay	40	タイニン	Tay Ninh
17	ハイフン	Hai Hung	41	ドンナイ	Dong Nai
18	タイビン	Thai Binh	42	バリア-ブンタオ	Ba Ria - Vung Tau
19	ナムハ	Nam Ha			
20	ニンビン	Ninh Binh	VII	メコンデルタ地帯	Mekong River Delta
			43	ロンアン	Long An
III	中央北部	North Central	44	ドンタップ	Dong Thap
21	タンホア	Thanh Hoa	45	アンギアン	An Giang
22	ゲアン	Nghe An	46	ティエンギアン	Tien Giang
23	ハティン	Ha Tinh	47	ベントレ	Ben Tre
24	クアンビン	Quang Binh	48	ビンロン	Vinh Long
25	クアントゥリ	Quang Tri	49	トゥラヴィン	Tra Vinh
26	トゥアティエン-フエ	Thua Thien Hue	50	カントー	Can Tho
			51	ソックトゥラン	Soc Trang
			52	キエンギアン	Kien Giang
			53	ミンハイ	Minh Hai

（Viet Nam: Poverty Assessment and Strategy 1995 World Bank より作成）

1.3 国家開発計画の概要

1996～2000 年の第６次５カ年計画は、1996 年 10 月の議会で最終決定されるため本ファイル作成時（1996 年９月）には公表されていなかった。しかし、前年に計画投資省から出された案によれば、同計画は今までの開発計画による成果を発展させ、経済社会面での新たな困難を克服し、より高いレベルの国民総生産と国民所得を達成することを目標としている。具体的には、食品、消費物資、輸出商品の３大経済計画の実施に尽力することである。

また、1986 年のドイモイ政策導入後の金融政策としては、財政赤字の中央銀行の信用供与による金融の禁止、中央銀行の発行に関する自主権保持、国有銀行の企業融資に対する総額規制、その赤字企業に対する融資の禁止、国有企業における過剰人員削減などが進められているが、今後の状況はマクロ経済情勢の成り行きいかんによるとされる。世界銀行、IMF の２機関は、構造調整に対する融資条件として、税制改革、予算管理、国有企業改革、金融セクター改革、および外国貿易自由化の実行を求めている。また、これらの条件の達成により国民貯蓄、および国内投資の水準の引き上げを求めている。

既往の国家開発計画の概要を表 1-6 に示す。

表1-6 既往・現行の開発計画

計画名	期間	概要
第1次 5カ年計画	1961～ 1965年	南北分割時の北ヴィエトナムにおいて実施され、重工業を優先発展させ、社会主義改造を完了して社会主義経済への完全移行を達成しようとしたが、1964年8月米軍による北爆が開始されたため、計画は中断された。
第2次 5カ年計画	1976～ 1980年	「20年以内にヴィエトナムを現代的工業、農業、堅固な国防、先進的な文化科学を持つ繁栄した社会主義国に変える」と目標を設定し、幅広く海外からの援助を見越した楽観的な見通しを持つスタートであったが、南北統一の影響、天災による食糧生産不振などにより、計画のほとんどを実行できず失敗に終わった。
第3次 5カ年計画	1981～ 1985年	第2次計画の失敗で、経済情勢は重大な危機を迎え、1980年度にこのどん底経済から立ち直るための生産促進諸政策をとった。基本目標は、①穀物、食糧問題を解決し、消費財の需要を満たす。②農業の発展、消費財の需要、輸出財の需要、輸出の増大を図り、重工業は次の段階に発展させる。③南部の社会主義改造の完了。④国防の強化、の4点であった。しかし、これも生産が増加した半面、これまで見られなかった物価上昇が起こり、成功とはいえなかった。
第4次 5カ年計画	1986～ 1990年	1986年12月党大会における「1986～90年経済・社会発展の方向と目標に関する報告」の中で、第4次計画の概要が発表された。①食糧・食品、②消費物資、③輸出商品を5カ年期の3大計画と定め、農業を最重点課題に置き、消費物資、輸出向け商品の生産促進にあらゆる努力をするとした。
2000年までの社会・経済の安定化と開発戦略	1991～ 2000年	1991年6月の党大会で採択され、現在、国家開発の指針とされている。当該戦略の概略は、①経済活動の自由化、②法律・制度の整備、③対外経済関係の拡大、④経済効率性の向上、⑤科学技術の発展強化、⑥社会的公平の実現、⑦国民生活における民主化拡大および政治的安定の堅持、である。また、上記の戦略に基づき、2000年までの達成すべき目標数値が定められた。この開発戦略と目標については、その後94年7月の党中央執行委員会会議において見直しが行われた。
第6次 5カ年計画 （案）		1995年に計画の草案が提出された。その主要目標の概要としては、①GDP年間成長率を年平均10～11%とする。②国家財政を強化する。③対外的にも経済環境を整備する。④雇用の増大と国民の生活レベルの向上を図る。⑤21世紀の発展のために人材、インフラ、資本、技術などに関しての基盤を整備するの5点である。

出所 「国別協力情報ファイル ヴィエトナム」 1996 国際協力事業団

「1　国別概況」参考資料

1. 国際協力事業団　「ヴィエトナム国別援助研究会報告書」　1995　国際協力事業団
2. 国際協力事業団　「国別医療協力ファイル ヴィエトナム第1版」　1992　国際協力事業団
3. 国際協力事業団　「国別ＷＩＤ情報整備調査報告書」　1996　国際協力事業団
4. 国際協力事業団　「国別協力情報ファイル ヴィエトナム」　1996　国際協力事業団
5. 坪井義明編　「アジア読本　ヴェトナム」　1995　河出書房新社
6. IMF資料　1995　IMF
7. Le Trung　"Labour and Employment"　Viet Nam Economic Review(September 1994)　Institute of World Economy　National Center for Social and Human Science
8. Ministry of Health　Health Statistics Yearbook 1995　1996　Ministry of Health
9. UNICEF　A Situation Analysis of Children and Women　1994　UNICEF
10. Vu Tuan Anh　"Economic Development in 1990s"　Viet Nam's Socio-Economic Development (Spring 1995)　Institute of Economics　National Center for Social and Human Science
11. World Bank　Viet Nam: Poverty Assessment and Strategy　1995　World Bank

2 衛生行政

2.1 中央衛生行政と保健医療計画

2.1.1 中央衛生行政機構

中央衛生行政としては、保健省（Ministry of Health）が国の保健政策、事業企画、資材供給、予算を司っており、国立専門研究機関（National Institutes）や医療施設の協力を得ていっさいの事業計画を指導している。また、保健省は、医師・薬剤師等を養成する医科大学や中央の製薬・製造工場を管轄している。保健省下に置かれた国立病院は、研究・訓練センターとしての役割を果たすと同時に、第3次医療を提供するリファラル施設として機能している（図2-1）。なお、事業活動の実務は地方行政組織（省、郡、コミューン）が担当しているが、これについては後述する。

ヴィエトナムでは人事異動と組織変更が頻繁に行われるが、保健大臣の下に位置づけられる副大臣は 1996 年9月現在、4人である。副大臣の中でも第1副大臣は実質的に保健省のナンバー2であり、大臣が留守の際は代役を務める。また、保健省内の関係部局は以前は 18 局であったが、現在は 12 局に再編成されている。12 局のうち、海外援助機関との調整窓口である国際協力局[2]と保健大臣に対して情報提供などのサポートをする顧問委員会[3]の2局を除いた 10 局を4人の副大臣が分割して管轄している（図2-2）。

新しく編成された 12 局のうち、薬務局[4]は、従来の医薬品管理に加え 1997 年度から化粧品の管理も担当する。ヴィエトナムでは医薬品、化粧品の消費量が急増しているが実質的な規制がなく、今後当局は医薬品・化粧品取扱業者のライセンス管理、広告規制、偽薬の摘発など、より重要な役割を担う。伝統医学局[5]は以前から存在していたが、現在伝統医学病院として独立している機能を一般病院の中に統合しようとする動きがあるため、注目を集めている。計画・財政局[6]は、主要ドナーとともに、保健プログラムの計画、予算の調整を担当しているほか、地方からの保健統計を収集し、保健省から出される保健統計年報を編纂している。なお、1997 年8月に次回の組織改変の可能性がある。

---

[2] International Cooperation Department
[3] Cabinet
[4] Department of Drug Administration
[5] Department of Traditional Medicine
[6] Department of Planning and Finance

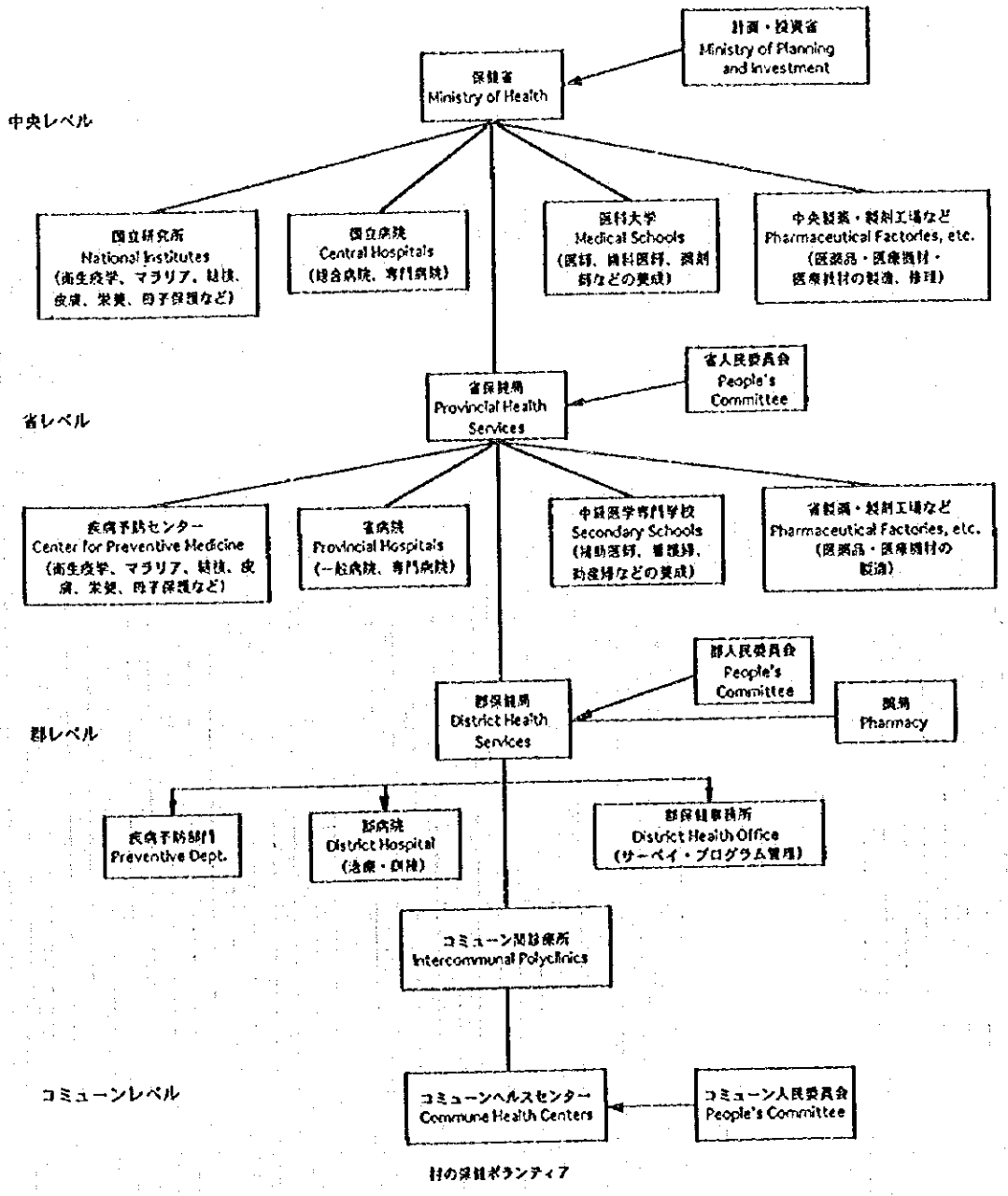


図 2-1　保健行政のネットワーク

(A Situation Analysis of Children and Women　1994　UNICEF および Health Care Handbook 1995-96　F. Favereau &Associes より作成)

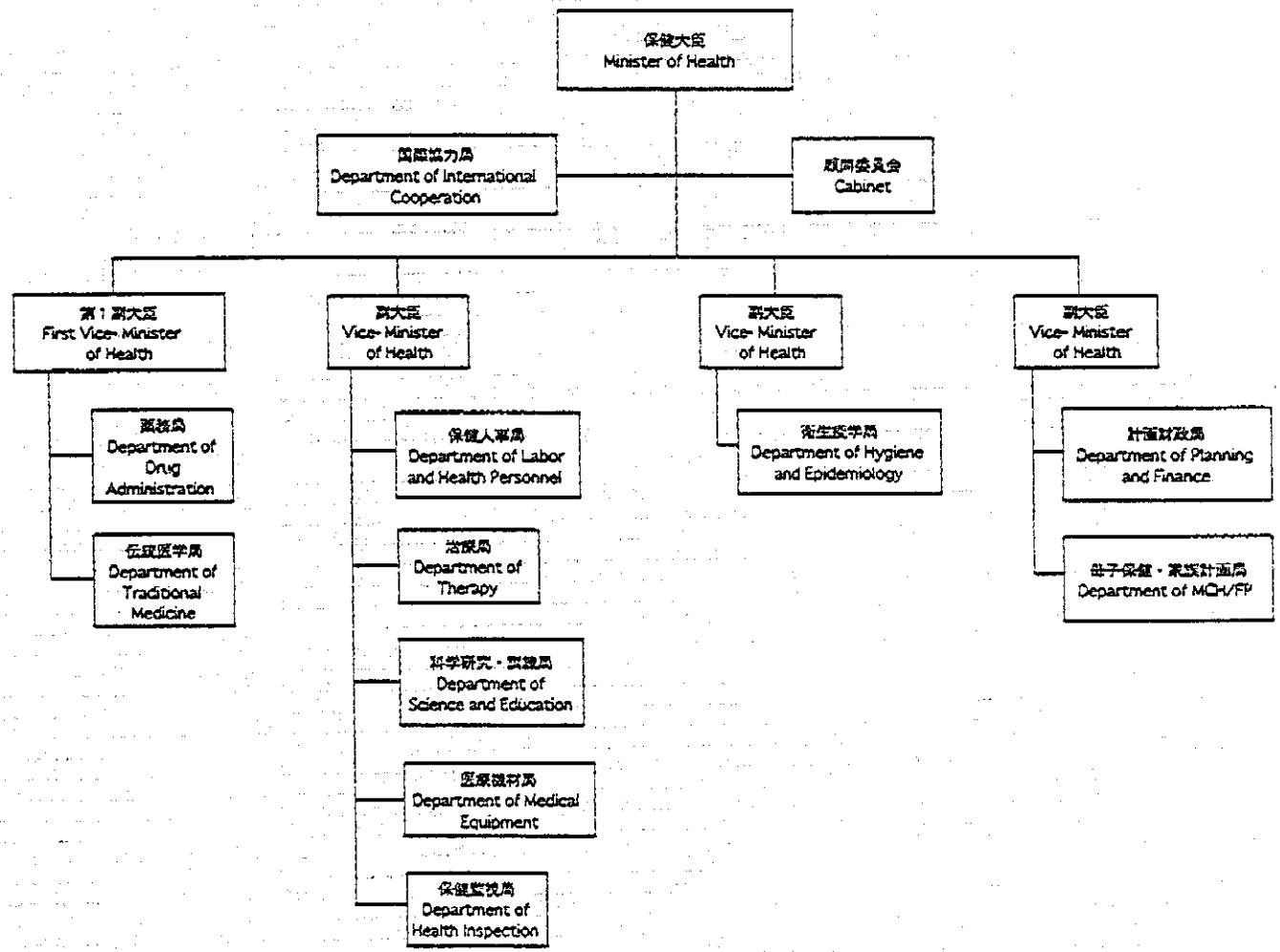


図 2-2　保健省組織図（1996 年 9 月現在）

（WHO 提供資料より作成）

2.1.2 中央保健医療計画

政府が 1991 年に策定した「2000 年までの社会・経済の安定化・開発戦略[7]」の中で、保健分野の開発として、次のような上位目標、保健制度改革、保健政策を打ち出している。

(1) 「2000 年までの社会・経済の安定化・開発戦略」における保健分野の上位目標

ヴィエトナム政府は、プライマリー・ヘルス・ケアを全国民に行き渡らせること、および保健サービスの質を向上させることに政策の重点を置いている。また、プライマリー・ヘルス・ケアを拡充する手段として、家庭でのケアを取り入れたりコミューンヘルスセンターでのサービスの質を向上させ、郡レベルにおける保健サービスの調整機能を高める。

(2) 2000 年までの保健制度改革

1) 医療費有料化制度の改善

医療費は以前は無料であったが、1989 年に有料化し、患者の一部負担が導入された。しかし、回収した医療費の効率的な運用などがまだうまくできておらず、医療費の回収システム、運用システムの改善は政府にとって急務となっている。

2) 医療保険制度の拡大

医療保険制度は、1992 年より本格的に導入されたが、現在は主要加入者が公務員等にとどまっているため、国民皆保険を目指してシステムの改善を検討している。

3) 民間医療セクターの承認

1989 年より、民間部門での医療サービスが承認されるようになった。政府は公的医療機関では予防活動を強化し、民間の医療機関に治療分野の一部負担を期待するという基本的考えを持っている。

4) 医薬品の市場開放

1989 年より医薬品会社は薬局を開けるようになり、個人、病院などに直接製品を売れるようになった。これと同時に、一部貧困者などを除き、公的医療施設においても医薬品代が請求されるようになった。

5) 医薬品産業の改革

1989 年より医薬品や医療機材を製造している工場は、賃金、生産量、製品の販売価格などを自由に決定できるようになった。同時に政府からの補助金は縮小・停止された。

(3) 2000 年までの保健政策

1) 感染症対策

マラリア、急性呼吸器感染症（ARI）、下痢症、コレラ、ペスト、日本脳炎、および予防接種で防げる感染症などの対策。この中で主要なプロジェクトは、ハノイ、ホーチミン市、ニャチャンにワクチン製造工場を 1994～98 年にかけて設立することである。

2) HIV／エイズ対策

国家エイズ対策委員会[8]は、国連エイズ合同計画（UNAIDS）の専門性や助言を生かし、万人

---

[7] Strategy for Socio-Economic Stabilization and Development up to the Year 2000

[8] National AIDS Committee of Viet Nam

に行き渡るようなエイズ教育プログラムを確立するなど統合的な計画策定を進める。

3) 保健サービスネットワークの確立

コミューンと郡レベルで特に第1次の保健医療サービスの質を向上させる。そのために、コミューンヘルスセンターや郡病院に勤務する医師や保健スタッフの労働条件を改善し、また、医療従事者（医師など）を辺境地の医療施設に派遣する。

4) 栄養状況の改善

現在は、世界子供サミット後に作成された国家活動プログラム[9]の中の一環として栄養対策が行われている。しかし、政府は栄養状況の改善はあらゆる予防保健の基礎であるとの強い認識から、今後国家栄養対策プログラムを打ち立てることを検討している。また、食糧の自給を目指し、国民に家庭菜園、養魚、養豚を奨励するとともに、食糧のマーケティング、保存、運搬、配送システムを改善する。

5) 家族計画

政府は国家全体の社会経済状況の向上を目指し、自国で支えられる範囲の緩やかな人口増加を望んでいる。そのため、1991 年に国家人口家族計画委員会[10]を設立し、以来国家予算を投入して家族計画の国民への普及に力を入れている。

6) 必須医薬品の自給（ワクチンを含む）

医薬品の製造技術、品質管理を向上させるとともに、自国で供給可能な原料を使っての医薬品の生産を奨励する。

7) 伝統医療の奨励・統合

基礎保健において、伝統医療を近代医療に統合することを目指し、その効用が認められた植物の育成を促進する。

8) 環境衛生の向上

安全な飲料水の供給と衛生施設の設置に重点が置かれている。飲料水供給と下水施設敷設のため、2000 年までに巨額の予算が都市部、特にハノイとホーチミン市に投入される見込みである。都市部ではゴミの収集も検討課題の一つである。農村部では安全な飲料水と衛生施設を確保するために、維持管理のしやすい簡便な技術を投入することを優先している。

9) 医療従事者の養成計画

上記の保健政策とは別個に、1990～2005 年の 15 年間に医療従事者の養成計画[11]を推進する。

(4) 国家保健プログラム

第5次5カ年計画（1991～95 年）では、政府の打ち出した 2000 年までの保健政策に沿って、①マラリア対策、②予防接種拡大事業（EPI）、③プライマリー・ヘルス・ケアの発展、④母子保健と家族計画、⑤疾病の診断・治療活動の強化、⑥必須医薬品・医療機材の確保、の6項目が最優先課題とされ、様々な対策活動が実施された。

1996 年1月に承認された第6次5カ年計画における国家保健プログラム案で、下記項目が最優先課題として掲げられている。

国家保健プログラムの企画・運営・管理の任務を負っているのは、新たに設置された国家保

---

[9] National Programme of Action:NPA

[10] National Committee of Population and Family Planning : NCPFP

[11] Health Manpower Development Plan

健政策管理理事会[12]で、同理事会内には、現在の７つの最優先課題に従って、７つの小委員会が設けられている。各小委員会は、対策活動終了後、保健大臣と首相に対し部門ごとの報告をする義務がある。ヴィエトナムでは従来から事業活動が縦割りで行われており、複数の事業活動間で医療情報や医療機材の共有が行われていないことなどから、事業活動の非効率さが指摘されていた。同理事会はこれを是正するために組織されたものであると考えられる。

国家保健プログラムにおける最優先課題（1996年１月）

(1) マラリア対策
(2) 甲状腺腫対策
(3) 予防接種（ＥＰＩ）対策
(4) 結核対策
(5) ハンセン病対策
(6) コミューンヘルスセンター拡充対策
　すべてのコミューンに最低１つの医療施設を設置する。
(7) 医療機材改善対策
　病院における医療機材の質を向上させる。

2.1.3　中央保健医療セクターの財政

近年の保健予算の GDP に占める比率は、ほぼ１％で推移している。一方、政府の支出総額に対する保健支出の比率は若干減少傾向にあり、近年は３％程度で推移しており、その全額が経常費用として使われている（表 2-1）。国民１人当たりの保健予算は、1995 年で約３万 4000 ドン（約３US ドル）であったが、1996 年９月に大蔵省から出された 1997 年度の予算案によれば、1997 年度の国民１人当たりの保健予算は、都市部で１万 9700 ドン、平野部で１万 7900 ドン、山岳部で２万 2000 ドンに減少している。ちなみに 1997 年度の国民１人当たりの教育予算は、都市部６万 5000 ドン、平野部６万 2000 ドン、山岳部８万 2000 ドンであり、同じ社会セクターである教育分野への予算と比較しても、保健分野への予算はその３分の１以下に抑えられている（地元新聞、Viet Nam News 1996.9.14 版より引用）。保健予算が減少したことの理由は保健省計画財政局に確認したが、回答は得られなかった。

[12] National Health Program Management Board

表2-1 GDPと中央政府予算に占める保健支出（1990～95年）（10億ドン）

	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年
1.GDP	41,955	76,707	110,535	136,571	178,307	225,558
保健予算	368	636	1,214	1,400	1,686	2,220
GDPに占める比率(%)	0.9	0.8	1.1	1.0	1.0	1.0
2.政府の支出総額	9,286	12,082	23,665	39,063	48,890	63,080
保健支出	368	716	1,020	1,289	1,686	1,952
支出総額に占める比率(%)	4.0	5.9	4.3	3.3	3.5	3.1
3.経常費用総額	5,722	8,203	13,694	23,067	30,735	36,700
保健分野の経常費用	368	716	1,020	1,289	1,686	1,952
経常費用総額に占める比率(%)	6.4	8.7	7.5	5.6	5.5	5.3
1人当たりの保健予算（ドン）	−	−	−	23,160	26,634	33,978

出所 Health Statistics Yearbook 1995 MOH 1996

表 2-2 に保健関連プログラムの予算を示す。この中には、中央政府、地方政府からの予算に加え、一部援助機関からの予算も含まれている。また、ヴィエトナムでは保健行政組織自体が縦割りの構成であるため、いくつもの縦割りの保健プログラムが存在し非効率的である。限られた予算、資源の範囲で、最大の効果を生むためには、今後、たとえば一つの顕微鏡を複数の保健プログラムで共有するなど、プログラム間の調整が必要となっている。

なお、ヴィエトナムでは森林破壊により洪水が増加しており、洪水が感染症流行の原因にもなる危険性から植林対策が保健対策と並行して行われている。

表2-2　保健関連プログラムの予算（1995年）（100万ドン）

		保健省など	地方政府	その他
合計	2,523,000	549,596	1,809,639	163,765
I.保健省、地方政府に配分される中央政府の予算	1,483,000	338,928	1,005,547	138,525
1.子供の保護と保健対策	35,000	9,014	25,986	-
2.予防接種対策	40,000	28,000	12,000	-
3.マラリア対策	70,000	38,252	31,748	-
4.甲状腺腫対策	63,000	36,869	26,131	-
5.ハンセン病対策	10,000	4,400	5,600	-
6.結核対策	15,000	13,977	1,023	-
7.エイズ対策	45,000	26,900	18,100	-
8.人口家族計画	255,000	31,336	212,559	*11,105
9.失業者対策	250,000	29,000	171,000	50,000
10.植林対策	700,000	121,180	501,400	**77,420
II.保健省以外の省庁、地方政府に配分される中央・地方政府の予算	1,030,000	210,668	804,092	15,240
1.非識字者撲滅対策	30,000	1,930	28,070	-
2.辺境地の教育対策	105,000	24,500	75,100	5,400
3.中級専門学校支援	20,000	4,348	15,652	-
4.学校教材の改善	265,000	3,000	256,700	5,300
5.教員対策	120,000	4,200	115,800	-
6.訓練カリキュラムの改善	10,000	10,000	-	-
7.現職教育の教材改善	35,000	34,500	-	500
8.訓練機材	25,000	24,310	-	600
9.言語教育	20,000	20,000	-	-
10.情報教育の機材	20,000	20,000	-	-
11.病院の修復	100,000	30,000	70,000	-
12.歴史的遺産の修復	10,000	2,500	7,500	-
13.草の根レベルの文化普及	17,000	1,000	16,000	-
14.映画の開発	13,000	6,330	6,670	-
15.放送網拡大	15,000	15,000	-	-
16.医薬品管理	50,000	5,000	43,600	1,400
17.性産業従事者対策	25,000	2,450	20,600	1,950
18.辺境地の支援	30,000	1,600	28,400	-
19.山岳部における諸経費支援	120,000	-	120,000	-

注　＊：うち、10百万USドルは援助機関からである。
　　＊＊：うち、70000百万USドルは援助機関からである。
出所　Health Statistics Handbook 1995　1996　MOH

2.2 地方衛生行政と保健医療計画

2.2.1 地方衛生行政機構

中央政府以下の地方衛生行政は、図 2-1 で示したとおりである。ヴィエトナムでは、地方分権化が進められており、保健分野においても地方自治体の自治権が大きい。

各省の保健局[13]は、郡、コミューンにいたるまで省全体の保健活動を監督しており、省病院は郡病院のリファラル施設として機能している。すべての省は一般病院、専門病院、各疾病の予防センターに加え、独自に医薬品製造工場を持っている。また、中級医学専門学校は省の管轄であり、各省は補助医師、看護婦、助産婦、中級薬剤師などの医療補助職養成の任務を担っている。

郡においては、郡保健局[14]が省とコミューンをつなぐ役割を果たしている。郡保健局は通常、疾病の予防部門、治療と医療従事者の訓練を兼務する郡病院、サーベイランスやプログラム管理を担当する郡保健事務所の３部門からなるが、郡病院と郡保健事務所が一体となっている場合もある。郡保健事務所の職員数は、担当地域の人口と財政状況により 30 人から 300 人と幅広い。郡病院はコミューンヘルスセンター、および郡とコミューンをつなぐコミューン間診療所[15]のリファラル施設としての機能を持つ。

ヴィエトナムの地方保健組織において特徴的なことは、省、郡、コミューンの各レベルのにおいて人民委員会が深く関与していることである。コミューンでは各コミューンの人民委員会が保健局の役割も包括しており、コミューンヘルスセンターが電話を所持していない場合など、緊急連絡のキーステーションとしても機能している。また、コミューンヘルスセンターは地域の保健ボランティアの協力を得て、末端の初期治療を行っている。

2.2.2 地方保健医療計画・予算

省政府は、中央政府同様、国から直接予算を受けている。省の人民委員会は省の保健局に予算を分配し、また、省の保健局を通じて郡の保健局に保健予算が配分される。マラリア対策や予防接種対策などの国家保健対策に対する予算は、中央政府から個別に予算が配分される。国全体の保健予算の内訳は、中央が約３分の１、省・郡レベルが約３分の２である。コミューンは、省の保健局から人件費を受けているが、自助努力の精神を期待されているためその他の財政支援は受けていない。

各省の保健予算は、その地域の人民委員会が保健医療の充実を重視しているか否か、また、その財政状況によって大きな格差がある。たとえば、1993 年の省における１人当たりの保健支出の平均は１万 4698 ドン（約 1.3US ドル）で、南部のホーチミン市のそれが４万 803 ドン（約 3.7US ドル）であったのに対し、北部のナムハ省のそれはわずか 4,681 ドン（約 0.4US ドル）であった。一般的には、1986 年のドイモイ政策開始以降、政策の重点は経済活動の推進に置かれているため、保健事業への理解と予算は不足がちである。

---

[13] Provincial Health Services
[14] District Health Services
[15] Intercommunal Policlinic

「2 衛生行政」参考資料

1. 国際協力事業団 「ヴィエトナム社会主義共和国感染症基礎調査報告書」 1993 国際協力事業団
2. 国際協力事業団 「国別医療協力ファイル ヴィエトナム第1版」 1992 国際協力事業団
3. F. Favereau & Associes Health Care Handbook Vol. 6.1 Vietnam F. Favereau & Associes 1995-96
4. Ministry of Health Health Statistics Yearbook 1995 1996 Ministry of Health
5. UNICEF A Situation Analysis of Children and Women 1994 UNICEF
6. Viet Nam News 1996.9.14 版
7. WHO 提供資料

3 人口・保健指標

3.1 人口

3.1.1 総人口・人口増加率・年齢別人口

ヴィエトナムでは、UNFPA（国連人口基金）の援助により、1989 年に南北統一後２回目の全国規模の人口センサスが行われた（１回目は 1979 年）。1989 年時点での総人口は 6438 万人、その後の年間の人口調査による 1995 年の総人口は約 7500 万人である。人口増加率は 1975 年の南北統一以降低下し、1979 年以降は粗出生率、粗死亡率（1989 年の８％から 93 年の 6.7％へ。NCPFP）ともに低下しているため年平均２％前後を維持している（表 3-1）。統計局の試算によれば、ヴィエトナムの総人口は 2000 年までに 8000 万人、2015 年までに１億人に達する見込みである。

表3-1 総人口と人口増加率の推移（1960～93 年）

年	総人口（単位 1000 人）	人口増加率（%）
1960	30,172	3.93
1965	34,927	2.93
1970	41,063	3.24
1976	49,160	3.00
1979(10/1)	52,742	2.04
1989(4/1)	64,376	2.10
1993(4/1)	70,642	2.30

出所 Population and Family Planning Programme in Vietnam 1996 NCPFP

年齢別に人口分布を見てみると、1945～79 年の 35 年にわたる戦争のあおりを受け、1990 年の人口ピラミッドでは 35 歳以上（特に男性）で幅が狭くなっている。しかしながら今後は徐々に労働力人口が増え、人口ピラミッドの比重も上方へ押し上げられていき、国家人口家族計画委員会[16]によれば2015 年には中太りの人口ピラミッド像が予測される（図 3-1）。

[16] National Committee of Population and Family Planning : NCPFP

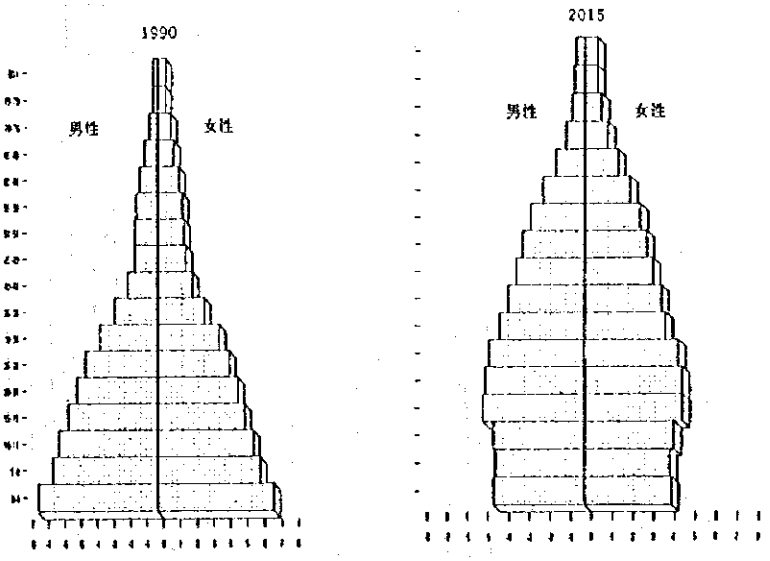


図3-1　人口ピラミッド（1990, 2015 年）

3.1.2　地域別人口分布

ヴィエトナムにおける人口分布は地域による格差が大きく、紅河、メコン川流域の２つのデルタ地帯に人口が集中し（16％の土地に 42％の人口）、北部、および中央部の山岳地帯は人口密度が低い（48％の土地に 21％の人口）（表 3-2）。

表3-2　地域別土地面積と人口の分布（1993 年）

地域	土地面積（%）	人口（%）
北部山岳地帯	31.10	17.30
紅河デルタ	3.76	19.77
中央北部	15.46	13.61
中央沿岸部	13.84	10.55
中央高地	16.79	4.14
南東部	7.09	12.43
メコンデルタ地帯	11.96	22.20
全国	100.00	100.00

出所　Population and Family Planning Programme in Vietnam　1996　NCPFP

ヴィエトナムでは政府が都市への移住者を技能者に限る政策をとっていたこともあり、都市化率は他の途上国と比較して低く、約 20％（1992 年）である。しかしながら、近年の経済開発政策により経済振興地区や重要な公共施設が各地に設置され、多くの農村人口が生活の糧を求めて都市部へ移住している。特に人口増加率の高い都市は、ハノイ 3.54％、ハイフォン 4.25％、ホーチミン市 2.39％である。また、経済振興地区を多く含む中央高地では都市人口増加率も他の地域と比べて際だって高いのに加え、合計特殊出生率も高く（表 3-3）、1990～2015 年の 25 年間に人口が 2.5 倍に膨れ上がると予想されている。ホーチミン市を含む南東部は最も合計特殊出生率が低いが、移入人口が多いため全国で２番目に人口増加率の高い地域で、同期の 25 年間に人口は 1.6 倍になるものと見られる。また、ハノイを含む紅河デルタ地域は最も人口増加率が低く、同期 25 年間の予想人口増加は 25％である。中央沿岸部は現在中央高地に次ぎ２番目に高い出生率を示しているが、今後出生率が低下し、移出人口が増加するとの予測から、

2000年には紅河デルタに次いで2番目に人口増加率の低い地域になるものと見られている。

表3-3 地域別都市人口増加率、都市化率、合計特殊出生率

地域	年平均都市人口増加率 (1989～92年、%)	都市化率 (1992年、%)	合計特殊出生率 (1995年)
北部山岳地帯	2.36	13.05	4.11
紅河デルタ	2.38	17.22	2.86
中央北部	1.87	9.81	4.22
中央沿岸部	2.62	22.91	4.23
中央高地	5.08	23.09	5.41
南東部	2.28	46.33	2.49
メコンデルタ地帯	2.96	15.20	3.60
全国	2.54	19.49	3.60

出所 Population and Family Planning Programme in Vietnam 1996 NCPFP

3.1.3 出生率

図3-2に示すとおり、粗出生率は近年低下傾向にあり、今後さらに低下するものと予測されている。しかし、上述したとおり合計特殊出生率は紅河デルタの2.9から中央高地の5.4まで、地域によりかなり格差がある。

3.1.4 死亡率

粗死亡率（人口千対）は、全般的には低下している。農村部と都市部を比較すると、都市部の方が低い傾向があり、また地域によっても格差が大きい。1989年の人口センサスによれば、全国平均の乳児死亡率（出生千対）は45で、紅河デルタや南東部では30前後であるのに対し、北部・中央部の山岳地帯では60以上を示す省も見られた。

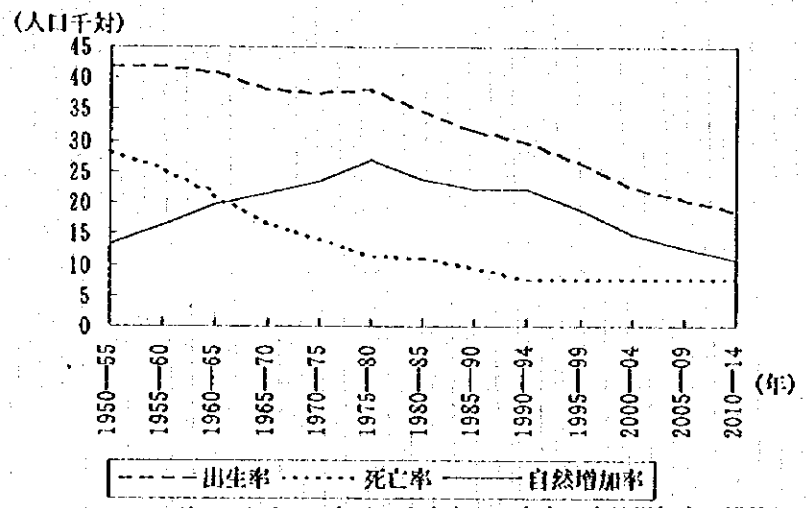


図3-2 ヴィエトナムにおける出生率、死亡率、自然増加率の推移

注 1990年以降は政府予測
出所 "Vietnam population census-1989 Detailed analysis of sample data" 1991 Bureau of Statistics

3.2 保健指標

1人当たりGNPが200USドル弱と低いにもかかわらず、ヴィエトナムの保健指標は世界の中で中位に位置している。この理由として、細部においては事業活動が縦割りで非効率な点が指摘されているものの、全体的には共産党独裁下の中央集権的行政体系のため少ない予算で全国民をカバーする効率的な保健医療政策が可能であったことや識字率90%という教育レベルの高さなどが挙げられる。特に農村部で地域医療に従事している補助医師、補助看護婦等の医療補助職は予防接種、家族計画の事業に重要な役割を果たしてきた。

UNICEFの「世界子供白書」は、5歳未満児死亡率の高い順に各国をランク付けしているが、1994年のデータでは150カ国中、ヴィエトナムは77位にランクされている。表3-4に、近隣諸国等との保健指標の比較を示す。

表3-4 近隣諸国との保健指標の比較（1994年）

5歳未満児死亡率の高い順－国名	5歳未満児死亡率*	乳児死亡率*	妊産婦死亡率** (1980-92)	低出生体重児出生(%)1990年	出生時の平均余命	総人口(100万人)	1人当たりのGNP (US$) 1993年
33 ラオス	138	94	300	18	51	4.7	280
77 ヴィエトナム	46	35	120	17	65	72.9	170
79 中国	43	35	95	9	68	1,208.8	490
87 タイ	32	27	50	13	69	58.2	2,110
146 日本	6	4	11	6	79	124.8	31,490

注 ＊＝出生千対 ＊＊＝出生10万対
出所 「世界子供白書」1996 UNICEF

表3-5に、ヴィエトナムにおける保健指標の年次推移を示す。このデータによれば、全般的にヴィエトナムの保健指標は年々確実に向上している。特に、1985年から予防接種拡大事業（EPI）が開始されており、その効果が80年代後半から90年代にかけて乳児死亡率、5歳未満児死亡率の低下に貢献しているものと思われる。

合計特殊出生率はこの10年間に大きな変化を見せていないが、近年政府は家族計画事業を拡大しており、最近の傾向として出生率の低下が徐々に見られるようになっている（5.6 家族計画参照）。

表3-5 ヴィエトナムの保健指標の年次推移（1985～94年）

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
粗出生率*	30	30	32	32	31	31	30	29	29	31
粗死亡率*	10	9	10	9	9	9	9	9	8	8
乳児死亡率**	72	68	65	63	61	49	39	37	36	35
5歳未満児死亡率**	98	95	91	88	84	65	52	49	48	46
合計特殊出生率	-	3.9	3.9	4.0	3.9	3.9	4.0	3.9	3.8	3.8
出生時の平均余命（年）	60	61	62	62	62	63	63	64	64	65

注 ＊＝人口1000対 ＊＊＝出生1000対
出所 「世界子供白書」1987～96年 UNICEF

「3 人口・保健指標」参考資料

1. UNICEF 「世界子供白書」 1987、88、89、90、91、92、93、94、95、96年 UNICEF
2. Bureau of Statistics Vietnam population census 1989 Detailed analysis of sample data 1991 Bureau of Statistics
3. NCPFP Population and Family Planning Programme in Vietnam 1996 NCPFP

4 疾病・死亡

4.1 総 論

マラリア、結核、栄養失調等の疾患は依然としてヴィエトナムを代表する病気である。特に結核は、認知されていない症例も合わせると報告件数のおよそ２倍の患者がいると推定されることから、マラリアより深刻であると考える保健関係者もいる。栄養問題はあらゆる疾患の基礎であるが、栄養失調の子供の比率は約 50%と圧倒的に高い。周産期障害、交通事故による死亡も多く報告されており、救急患者の輸送も含め保健ネットワーク機能の見直しや、保健衛生教育・交通教育の普及など保健・予防医学的観点からの対策が今後さらに重要となっている。そのほか、近年の動向として、社会経済システムの変革の狭間で、精神疾患患者や自殺件数が増加しているのは注目に値する。また、高血圧、心臓病などの成人病患者も増えている。図 4-1 に主要疾患グループ別の動向を示す。

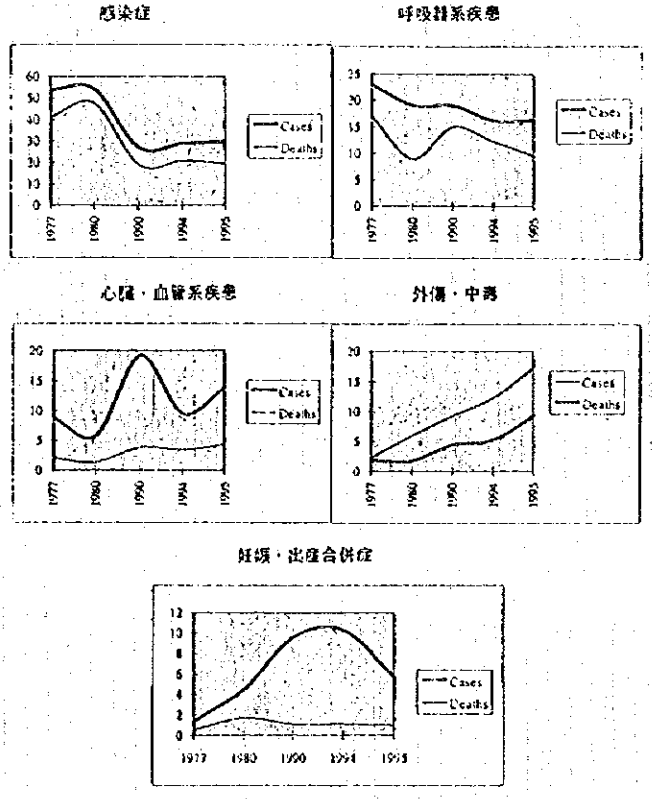


図4-1 主要疾患グループ別の動向

注 縦軸の単位は原典に明記されていない。
出所 Health Statistics Yearbook 1995 1996 MOH

4.2 死亡とその原因

ヴィエトナムの保健医療統計は、コミューン、郡、省から上がってきたデータの信憑性を統計職員が確認せずに用いているため、精度に問題があると言われている。保健統計年報を編集している保健省計画財政局の担当官の話によれば、1994、95 年の医療統計は以前に比べてかなりよくなってはきているがいまだ改善しなければならない点があるという。政府は 1997 年度から３年越しで第３回目の全国規模の保健調査[17]を世界銀行、SIDA の支援をもとに行うことを決定しており、現在調査項目、調査手法の細部にわたり検討を行っている。この調査では、都市・農村別、地域別、年齢別、性別、教育・所得レベル別、民族別などの要素も採り入れた保健医療統計をとることが提案され、より正確にヴィエトナムの保健状況を示すことが目論見られている。この調査が成功すれば 2000 年にはより信頼のおける医療統計が得られることになる。

表 4-1 は公的病院における 10 大死因である。これは現在得られる全国的なデータであるが、後述するようにヴィエトナムでは病気にかかった際、医療施設を訪れずに自分で治療しようとする人が多い。また、臨終を自宅でみとるために亡くなる前に患者を家まで連れ帰ってしまう家族もいるという。保健省の統計担当官によれば、以上のような理由から、公的医療施設における死因は、約 30％の国民の死亡を示していると推定される。

死亡原因の１位に挙げられている周産期障害の原因としては、産前検診の回数が少ないこと（１人平均 1.4 回）、栄養面や休養面で適切な妊産婦ケアが行われていないこと、農村部では自宅出産が多いことなどが考えられる（5-5 母子保健対策）。死亡原因の２位に上がっている化学中毒は、その約８割が農薬などによる自殺と見られている（保健関係者）。また、オートバイの急激な増加を反映し、交通事故による重症の脳外傷等も増えているが、その多くは働き盛りの若・中年層であり、経済成長を目指すヴィエトナムの労働力に大きな損失を与えている。また、市場経済化が進む中で労働安全衛生も悪化しており、労働現場における災害が増えている（保健関係者）。

表4-1　公的医療施設における 10 大死亡原因（1995 年）

死亡原因	死亡数	症例数	死亡率（対 10 万人口）
1．周産期障害	4,364	6,451	6.9
2．化学中毒	1,431	58,947	2.2
3．肺炎	1,011	147,680	1.6
4．肺結核	827	61,037	1.3
5．外傷	651	70,765	1.1
6．高血圧	578	54,997	0.9
7．交通事故	495	43,055	0.7
8．ウイルス性脳炎	444	5,963	0.7
9．マラリア	293	226,401	0.5
10．デング熱	254	61,860	0.4

出所　Health Statistics Yearbook 1995　1996　MOH

[17] National Health Survey

4.3 疾病構造

表 4-2 に公的医療施設における 10 大疾病を示す。マラリアは長年 1 位の座を占めてきたが、新しいマラリア薬「アルテミシニン」が開発されたことにより、症例数は減少している。非衛生的な水や環境衛生の不備に起因する下痢症も毎年必ず上位を占める疾患であり、その約半数が子供の患者と言われる（保健省関係者）。肺炎、急性気管支炎、肺結核などの呼吸器疾患に悩まされている住民も多い。また、人工妊娠中絶はヴィエトナムでは合法化されており、政府が安全な中絶を奨励しているため、公的医療施設における疾患理由の 6 位に入っている。

表4-2 公的医療施設における 10 大疾病（1995 年）

疾患名	症例数	死亡数	罹患率（対 10 万人口）
1．下痢症・胃腸炎	230,835	205	369.6
2．マラリア	226,401	293	362.5
3．肺炎	147,680	1,011	236.4
4．急性気管支炎	98,697	229	158.0
5．外傷	70,765	651	113.3
6．人工妊娠中絶	66,249	1	106.0
7．デング熱	61,860	254	99.0
8．肺結核	61,037	827	97.7
9．化学中毒	58,947	1,431	94.3
10．高血圧	54,997	578	88.0

出所 Health Statistics Yearbook 1995 1996 MOH

4.3.1 乳幼児・子供の主な疾病・原因

乳児の主な疾病はマラリア、急性呼吸器感染症（ARI）、下痢症、新生児破傷風、麻疹、その他 EPI 関連の感染症、栄養失調である。特に急性呼吸器感染症は全乳児死亡の 33%、下痢症は 25%を占める（図 4-2）。

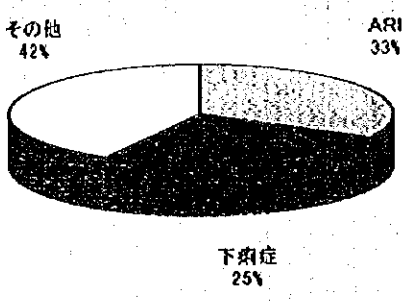


図4-2 乳児死亡原因

出所 Healthcare Handbook 1995-96 F. Favereau & Associes

新生児破傷風は全新生児死亡（出生後4週未満の死亡）の 40%、出生時の外傷は 35%、残る 25%が肺炎、および先天的疾患とされている（図 4-3）。ヴィエトナムでは子供の予防接種率は 80～90%と高いが、妊産婦の産前検診回数が平均で 1.5 回と低いため、新生児破傷風の予防接種を受ける機会を逸する妊産婦が多く、このことが新生児破傷風による新生児死亡率を高める原因となっている。

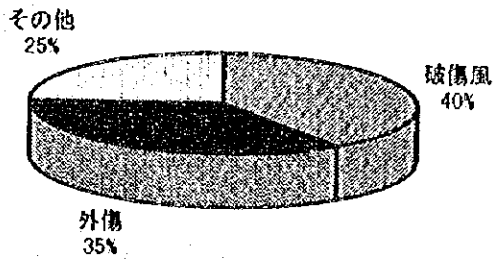


図4-3　新生児死亡原因

出所　Healthcare Handbook　1995-96　F. Favereau & Associes

4.3.2　女性の疾病・原因

保健省の資料によれば、1989～93 年のヴィエトナムの妊産婦死亡率は 120（出生 10 万対）で、1980 年代から改善していない。また、UNICEF の資料によれば、妊産婦死亡率は地域格差が大きく、紅河デルタでは平均を下回っているのに対し、中央高地では平均の 3 倍以上の高率を示している（表 4-3）。この地域では合計特殊出生率、乳児死亡率も他の地域と比較して高い。

表4-3　地域別妊産婦死亡率（1991 年）（出生 10 万対）

地域	省または市名称	妊産婦死亡率
1．北部山岳地帯	カオバン	298
2．紅河デルタ	ハイフォン	107
3．中央北部沿岸	ゲアン	260
4．中央南部沿岸	クアントゥリ	206
5．中央高地	ジアライ	418
6．南東部	バリア・ブンタオ	130
7．メコンデルタ	ソックトゥラン	211

出所　UNICEF: Country Programme of Cooperation 1996-2000　UNICEF

妊産婦の死亡・疾患の主要原因は出血多量、子癇、子宮破裂、破傷風、敗血症で、これらの症例数、死亡数は 1992 年から 95 年の間で大きな変化は見られない（表 4-4）。保健省の試算では妊産婦死亡の約半数が予防可能とされているが、伝統的な自宅での出産が妊婦のためにもいいと信じる風習が残っていることや、産前ケアの重要性が認識されていないことなどが妊産

婦死亡に影響を及ぼしている。コミューンレベルの保健施設の産科は、医師の資格を持たない補助医師が担当していることが多く（助産婦のいないコミューンもある）、合併症を引き起こした際の緊急時に対応できない。また、交通網が未整備であるため、特に山岳地帯において緊急時の患者輸送が困難である。このため、産前検診など出産前のケアを徹底させ、妊娠合併症などハイ・リスクの妊産婦の早期発見・治療、新生児破傷風の予防接種率の向上など、妊婦検診から出産後のケアまでのコミューンレベルにおける保健サービスの質の改善が必要となっている。

表4-4　5大妊娠合併症の死亡数と症例数

合併症	1992年		1993年		1994年		1995年	
	死亡	症例	死亡	症例	死亡	症例	死亡	症例
出血多量	74	5,536	13	7,290	112	8,107	139	6,570
子癇	42	1,358	41	1,144	44	1,356	35	1,232
子宮破裂	17	231	28	214	30	220	30	189
破傷風	150	297	104	153	79	183	99	184
感染症	45	3,409	21	1,792	18	2,701	26	1,704

出所　Health Statistics Yearbook 1995　1996　MOH

4.3.3　成人・高齢者の疾患

全国46の国立・省立病院からの1993年の報告によれば、成人の死亡原因で最も多いのが脳出血であり、これに心臓病、肺結核、急性心筋梗塞が続いている。また、成人の入院理由で多いのが正常分娩、中絶、女性の生殖器炎症、虫垂炎、高血圧、消化器系疾患などである。また、郡レベルの病院では消化器系、生殖器系、泌尿器系の疾患に加えて、妊娠・出産・産褥期の合併症が成人の主な死亡原因となっている。

4.4 感染症

表 4-5 に主要な感染症の近年の動向を示す。

表4-5 主要感染症の症例数と死亡数

疾患	1992 年		1993 年		1994 年		1995 年	
	症例	死亡	症例	死亡	症例	死亡	症例	死亡
コレラ	4,157	96	3,361	9	5,621	71	6,356	70
腸チフス	5,767	6	13,633	10	21,380	17	30,406	40
下痢症	314,266	135	384,935	82	816,658	424	981,780	297
狂犬病	142,684	385	144,162	398	126,907	415	287,095	370
ウイルス肝炎	7,064	298	9,444	13	15,143	36	15,760	48
結核	56,594	1,086	52,994	1,070	51,763	1,302	51,867	1,831
ペスト	506	22	674	29	373	31	215	11
ジフテリア	487	50	803	68	257	38	167	33
百日咳	4,251	16	5,077	21	5,643	21	2,444	2
新生児破傷風	925	227	530	396	980	318	330	268
ポリオ	330	19	459	50	206	12	90	14
麻疹	8,976	198	20,918	65	10,820	28	6,171	9
デング熱	46,684	214	48,527	160	49,199	127	81,612	274
日本脳炎	1,473	66	2,343	114	2,636	113	4,289	340
エイズ	11	-	1,125	44	1,154	43	1,004	47
マラリア	1,294,426	2,658	1,124,000	1,024	915,000	606	657,292	345
梅毒	4,012	-	4,950	-	5,820	-	3,121	-
淋病	5,326	-	4,091	-	9,706	-	4,131	-
他の性行為感染症	10,188	-	12,450	-	33,686	-	13,475	-

出所 Health Statistics Yearbook 1995 1996 MOH

4.4.1 予防接種で予防可能な感染症

表 4-6 に子供における EPI 関連疾患の症例数、死亡数を示す。ヴィエトナムでは EPI 活動が強化された 1985 年から EPI 関連疾患の飛躍的な改善が見られ、1989 年には予防接種率 85% 以上という UCI[18]目標を達成した。しかし、いまだに百日咳、麻疹などの罹患率が高いうえ、新生児破傷風の死亡率も高く、引き続き EPI 事業の推進が必要となっている。

表4-6 子供における EPI 対象疾患の症例数と死亡数（1995 年）

	ジフテリア	百日咳	新生児破傷風	ポリオ	麻疹	結核
症例数	167	2,444	330	90	6,171	57
罹患率*	0.22	3.34	0.45	0.12	8.45	0.07
死亡数	33	2	268	14	9	−

注 ＊＝人口 10 万対
出所 Health Statistics Yearbook 1995 1996 MOH

[18] Universal Child Immunization

4.4.2 下痢症疾患

下痢症疾患は子供の主要な疾患・死亡原因となっている。保健省の統計によれば、1995 年には報告された症例だけでも 100 万人近い患者が出ている。そのうちの約 60%が 5 歳未満の子供の症例であり、子供の死亡原因のうち約 25%が下痢症に関連した病気であるとされている。また、他の途上国同様、乳幼児の死亡は報告されないことも多く、下痢症による死亡の実数はさらに高いと見られる。下痢症のうち約 10%が慢性の下痢症であり、栄養不良との悪循環で高い致死率を示す。また、近年では都市部を中心に外食産業が成長しており、安全な飲料水、衛生施設の整備に加え、食品衛生の重要性が高まっている。

4.4.3 急性呼吸器感染症

急性呼吸器感染症（ARI）、特に肺炎は、ヴィエトナムの子供の主要な死亡原因の一つである。1995 年では、約 885 万人の 5 歳未満児のうち ARI 罹患者は約 283 万人で、罹患率は 3 人に 1 人と非常に高いものであった。ARI 対策は 1983 年より UNICEF の支援のもとに行われており、母親に ARI の症状を早く見つけ、早く処置をする方法等を教育している。

4.4.4 結　核

結核はヴィエトナムにおいて重大な疾患の一つである。国立結核研究所[19]の専門医によれば、現在病院で治療を受けている結核患者は約 5 万 4000 人であるが、実際の感染者はこの 2 倍は下らないという。また、年間約 6 万人の新患者（10 万人口当たり約 80 人）が報告されているが、実数はこの 2 倍以上の 13 万人と推定されている。特に、北部・西部の山岳地帯は貧困地帯で栄養状況も悪いため、平均の 10 倍の罹患率(10 万人口当たり 800 人）を示す地域もある。先に示した保健省の年次報告は、1995 年に結核で死亡した人の数を 1,831 人と報告しているが、同専門医によれば年間約 2 万 5000 人が結核で亡くなっているという。また、同専門医はエイズと結核の関連性を強く指摘しており、エイズ患者の 50%に結核感染が見られるとしている。

図 4-4 に、新規に確認された結核患者数の推移を示す。このグラフによれば、1992～94 年の間で、活動の対象範囲が広がったにもかかわらず新規患者の数が減少している。これについては内外の保健関係者の間で様々な議論がなされた。この間は市場経済化が進んだこともあり、南部を始め、民間の医療従事者の活動が盛んになった。そのため、多くの結核患者が民間の医療部門に流れた結果、公的部門への登録患者数が減少したのではないかというのが最も有力な理由である。

[19] National Institute of Tuberculosis and Respiratory Diseases

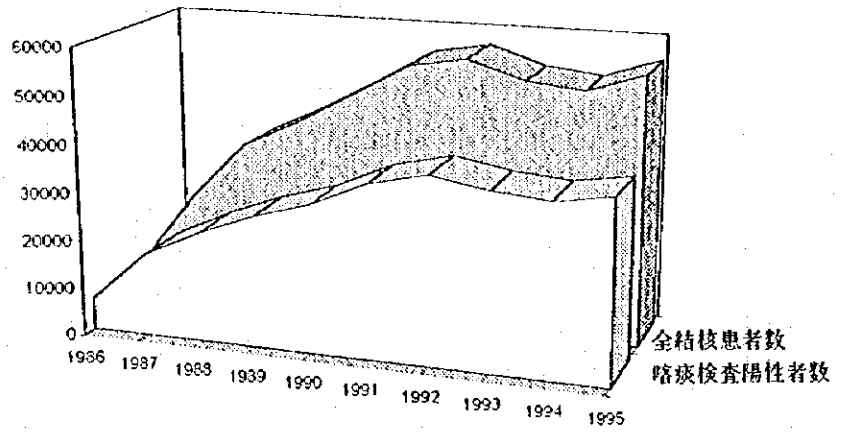


図4-4　新規結核患者数の推移（1986～95年）

出所　National Institute of Tuberculosis and Respiratory Diseases　1996

ヴィエトナムにおける結核の最大の問題は、最も高い罹患率を示すと推定される辺境の山岳地帯で結核患者の発見が遅れているため、患者の実数を特定できないことであり、闇に隠れた結核患者が家族など、周囲の人への新たな感染源となっていることである。

患者数を年齢層別に見てみると、乳児には結核の予防接種がかなり行き届いているためその罹患率は低いが、年齢が上がるにつれ罹患率が高くなり、55～64歳でピークとなっている（図4-5）。また、1990年以降35～44歳の年齢層にも第2のピークが見られるようになり、55～64の年齢層とピークを2分している。この傾向は特に南部において顕著である。近年、ドイモイ政策により私的な家内工業が自由化され、働けば働くだけインセンティブが得られるようになった。そのため労働時間が延長され、作業の効率化が重要視されるようになり、労働条件が悪化している。このことが、中年層において結核患者数が増加している原因の一つではないかと保健関係者の間で指摘されている。

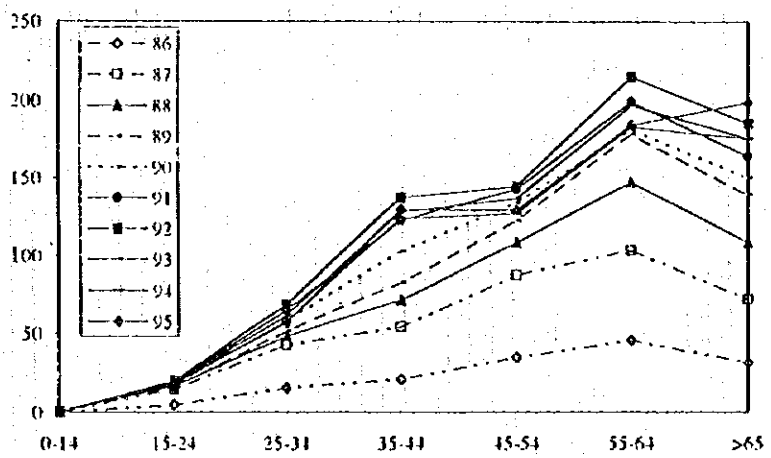


図4-5　年齢層別結核罹患率の推移（1986～95年）（人口10万対）

出所　National Institute of Tuberculosis and Respiratory Diseases　1996

4.4.5 ハンセン病

ハンセン病の原因には生活水準の低さや環境衛生の悪さが関係しており、特に山岳部の少数民族の間で高い有病率が見られる。ヴィエトナムにおけるハンセン病の種類は、身体各所のらい腫を主症状とし、時に上気道、眼、一部の内臓が侵されることもあるらい腫型が全体の約60%を占める。類結核型はごくわずかで、らい腫型と類結核型の中間に位置する境界群が10～20%、初期の段階で病型が決定していない未定群が5～10%程度である。また、障害が重いケースは全体の10%弱である。表4-7に登録されたハンセン病患者数と各年の有病率を示す。近年は、複合医薬療法により患者の治癒が進み、WHOが推奨する2000年までの目標値である、有病率1万人口当たり1.0人に大きく近づいている。

表4-7 ハンセン病の登録患者数と有病率の推移

	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年
登録患者数	25,771	23,689	17,417	12,198	10,688	8,574
有病率(人口1万対)	3.92	3.50	2.51	1.68	1.45	1.14

出所 National Institute of Dermato-Venereology 1996

4.4.6 マラリア

マラリアは、ヴィエトナムの風土病であり、依然として重大な保健問題の一つである。UNICEF資料によれば、ヴィエトナムは年間を通してマラリアの流行しやすい自然環境であり、地方人口の約4分の3がマラリアに感染している。特に、妊娠初期の女性が感染した場合は、貧血、流産、早産の原因となり、未熟児、先天性マラリアの子供を出産する危険性が高くなる。また、免疫のできていない小児の死亡原因の多くを占め、成人の労働力をも奪う疾患であるため、社会・経済発展の大きな障害となっている。

1958年に北部でマラリア根絶プログラムが開始された当時、森林地帯や山岳地帯などの流行地では20～50%のマラリア罹患率を示す地域もあった。その後、DDT（殺虫剤）散布によるマラリア対策により、1960年代から80年代初頭にかけて罹患状況はかなり改善された。しかし1980年代中頃から、資金不足のため殺虫剤散布が停止されたこと、また、対策を停止している時期にクロロキンなどの治療薬に耐性を持つマラリアが出現したことにより、1992年頃まで罹患率、死亡率の上昇傾向が見られた。1992年頃から国内に自生する低木からアルテミシニンという治療薬が研究開発され、クロロキンやファンシダールに耐性を持つ熱帯熱マラリアにも効力を発揮している。そのため、マラリアの罹患率、死亡率ともに低下傾向が見られる（図4-6）。

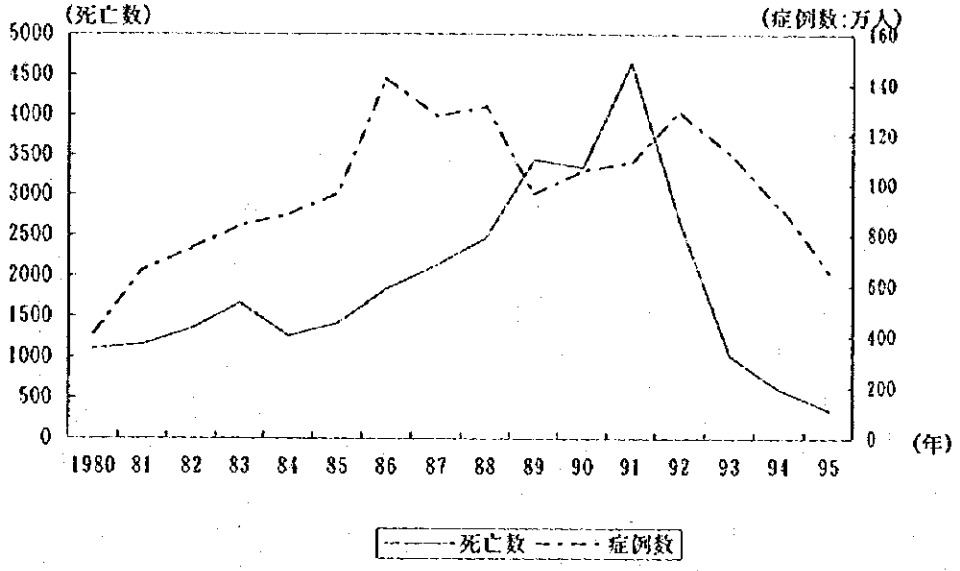


図4-6　マラリアの症例数と死亡数

注　1980年のデータは9カ月間のものである。
出所　1980～91年のデータは「ヴィエトナム社会主義共和国感染症基礎調査報告書」1993　国際協力事業団
1992～95年のデータはHealth Statistics Yearbook 1995　1996　MOH

マラリアの発生を地域別に見ると、山岳地帯やメコンデルタはマラリアの常在地域で、他の平野部は局地的流行の傾向がある。また、その他の地勢、降雨量、媒介蚊の分布、社会経済状況などにより、マラリアの伝播に違いが見られる。なお、国全体のマラリア原虫の分類としては、60～70％が熱帯熱マラリア、30～40％が三日熱マラリア、四日熱マラリアが1％程度である。熱帯熱マラリアは特に雨期の初めと終わりに流行する傾向がある。以下に、国立マラリア・寄生虫・昆虫学研究所[20]（以下、国立マラリア研究所）の分類による、地域別の特徴を示す。

① 第1地帯：タンホア省以北の北部高地

62％が熱帯熱マラリアであるが、薬剤耐性はそれほど高くない。伝播期は雨期前後である。社会経済状況はいい方であるが、保健サービスの機能は低い。この地域には多くの部族が住んでおり、遊牧民や開発プロジェクトによる移入者が多く感染している。

② 第2地帯：タンホア省以南の中部、南部高地

熱帯熱マラリアが89％前後を占め、65％がクロロキンに耐性を示す。全人口の5分の1が住むこの地域で、全マラリア死亡の3分の2が発生している。伝播は一年中である。社会経済状況は悪く、保健サービスの機能も低い。ゴム園の労働者は、マラリアの媒介蚊が活動する夜間（日の出前）に仕事を始めることから多数感染している。

③ 第3地帯：北部沿岸部

三日熱マラリアが多く、薬剤耐性はそれほど高くない。3～6月と8～10月に散発的流行が

[20] Institute of Malariology, Parasitology & Entomology

多発している。社会経済状況はよく、保健サービスもよく機能している。

④ 第4地帯：南部沿岸部

三日熱マラリアが多く、薬剤耐性は中程度である。生活水準は高くない。

⑤ 第5地帯：南東部

三日熱マラリアが多く、クロロキン耐性は35%。生活水準は高い。河川に沿って局部的、散発的ではあるが伝播は一年中見られる。

⑥ 第6地帯：北部平野部

マラリアの頻度は低く、都市郊外に散発的に発生する。保健サービスがよく機能しているため、死亡例は少ない。

4.4.7 その他の寄生虫疾患

［腸内寄生虫症（回虫・鉤虫など）］

北部住民の9割が1つ、ないしは複数の寄生虫を体内に持っている。回虫が最も一般的であるが、鉤虫や鞭虫を持っている住民も半数以上である。北部における近年の調査によれば、検査を受けた子供のうち 91%が回虫を、69%が鉤虫を、86%が鞭虫を持っていた。腸内寄生虫症の有病率は中央部で 60～70%、南部では他の熱帯性の途上国の平均に近い 40%である。北部で腸内寄生虫感染症が多い理由は、人糞を肥料として使用する習慣があるためで、北部からの移住者が多い南部の村では、90%以上の寄生虫感染率を示すこともある。南部では人糞を肥料として使う習慣はあまりないが、飲料水が汚染されていることが多く、排泄物に起因するコレラ菌が飲料水や氷等からも検出されている（F. Favereau&Associes 96）。

4.4.8 エイズ

ヴィエトナムでは1990年12月に最初のHIV感染者が報告された。1996年8月現在までに報告されたHIV感染者は4,109人、そのうちエイズ患者は353人、死者は184人である。53省のうち40省でHIV感染者の報告があり、特に南部、中部、西部山岳地帯での発生が多い。ヴィエトナム最大の都市であるホーチミン市からの報告数は全体の約半数を占め、近年では東部沿岸の観光地であるダナン（クアンナム・ダナン省）、ニャチャン（カンホア省）、およびカンボディア国境地域での報告も増えている。ヴィエトナムでは市場開放に伴う社会・経済活動の国際化により、今後 HIV 感染者のさらなる増加が懸念されており、1987 年に国家エイズ委員会[21]が設けられた。

現在までに特定された HIV 感染者のうち、77%が麻薬常習者で、性産業従事者、性病患者がそれに続いている（図4-7）。

感染者の発見率は麻薬常習者で 14%、性産業従事者で1%である。感染者の 85%が男性であるが、これはこれまで麻薬常習者などに限定した検査がほとんどだったことに起因しており、実質的な感染者の男女比は把握されていない。1994年後半から性行為による感染の報告数が増えると同時に女性の感染者数も増えており、母親から子供への垂直感染も報告されている。また、感染者の年齢層は20～49歳の労働力人口が全体の9割を占めている（図4-8）。

国家エイズ対策委員会は、2000年までにヴィエトナムにおける HIV 感染者は 20 万～30 万

[21] National AIDS Committee：NAC

人に及ぶと推定しているが、UNAIDS と WHO は、1998 年までに HIV 感染者は 57 万人に達し、1 万 5000 人の死者が出るものと推定している。また、UNAIDS は、HIV は麻薬常習者などの特別なグループだけの疾患ではなく、夫から妻への感染等、いまや国民一般の疾患であり、1998 年までには HIV 感染者の男女比は 3：1 になるものと指摘している。

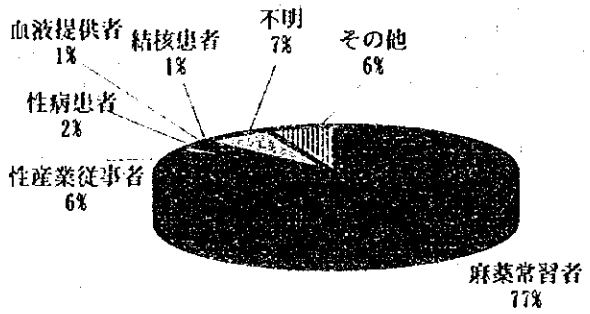


図4-7　HIV 感染者の特性（1996 年）

出所　National AIDS Committee of Vietnam　1996

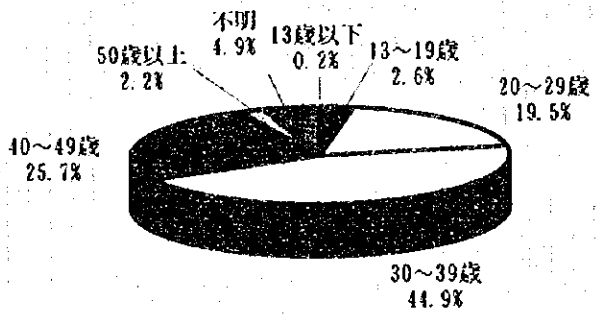


図4-8　HIV 感染者の年齢層

出所　National AIDS Committee of Vietnam　1996

4.4.9 その他の感染症

(1) デング熱

重症のデング出血熱の頻度が高く、小児を中心に頻発している。特に南部では、1985 年まで2～4年おきに大流行が見られた。1987 年の大流行では、罹患者は 39 万 3700 人、死亡者は 1,449 人にのぼった。1995 年には、81,612 例の症例と 274 人の死亡が報告されている（表 4-5）。2大発生地は北部の紅河デルタ地帯と南部のメコンデルタ地帯である。近年は中部の都市部、地方にも発生している。主要媒介蚊であるネッタイシマカの発生は気温と降雨に関係するため北部、南部でデング熱疾患の流行時期に相違がある。15 歳以下の感染が全体の 70%を占める。

(2) 日本脳炎

ウィルス性脳炎の 70%前後が死亡率の高い日本脳炎と見られている。北部の山岳部、中央部（ヴィンフー省、ハバック省）、紅河デルタ地域（ハイフン省、ハタイ省、ハノイ市、ハイフォン市）での発生が多く、5～6月の暑期に罹患率が最高になる。野鳥や豚が感染源となりイエカにより伝播されるため、水稲作地域での発生が多いが、毎年感染地域が変化しながら拡大している。5～9歳の子供の症例数が多い。

(3) 狂犬病

ヴィエトナムの狂犬病は9割が犬にかまれたことにより伝染している。都市部では犬の野放しが規制されているため、野犬を見ることはあまりないが、農村部では番犬、あるいは食用（蛋白質の補給源としてヴィエトナム人は犬を食する）として犬が放し飼いになっている。犬、人間の双方に抗狂犬病のワクチンが開発されているが、予防接種をしている犬は少なく、噛まれた患者も早急に必要回数のワクチンを投与するなどの適切な処置を受けることは少ない。そのため、1995 年にはマラリア、日本脳炎、デング熱などによる死者よりも多い 370 人の死者が出ている。

(4) トラコーマ・失明

慢性的な結膜炎はヴィトナムでは大きな保健問題である。国民の4分の1である約 1750 万人が結膜炎にかかり、そのうちの 20%にあたる 350 万人が 15 歳以下の子供である。トラコーマの半数が初期症状であるため適切な処置により治癒が可能であるが、これらの子供が適切な処置をされずにいた場合、徐々に症状が悪化し、まぶたの奇形、潰瘍などから失明にいたることもある。人口密集度、非衛生的な水や環境、衛生概念の欠如などがトラコーマの発症と密接に関連しており、人口が集中しているデルタ地帯、特に紅河デルタ地帯に罹患者が多い。一方、水のきれいな山岳地帯では一般的にトラコーマの罹患は少ない。1995 年、トラコーマと診断された 393 万人のうち、145 万人が紅河デルタ地帯の患者であった。

4.5 非感染症

4.5.1 栄養失調

ヴィエトナムではその低い GDP に比し、乳児死亡率等の保健指標が近隣諸国に比べてよいことはすでに述べた。しかし UNICEF の「世界子供白書」によれば、その栄養指標は、一般的な保健指標がヴィエトナムより悪い他国と比べても劣っている（表 4-8）。現地の状況をよく知る国際援助機関担当者は、その栄養指標の悪さから推定すれば、実際のヴィエトナムの乳児死亡率はもっと高くても不思議ではないと述べている。

表4-8 栄養指標の各国比較

国名	乳児死亡率* (出生千対)	低出生体重児出生率 (%)**	中・重度の低体重[1] (0-4歳、%)	中・重度の消耗症[2] (0-4歳、%)	中・重度の発育阻害[3] (0-4歳、%)	甲状腺腫罹患率（6-11歳）(%)***
カンボディア	113	-	40	8	38	15
ラオス	94	18	37	11	40	25
ヴィエトナム	35	17	42	6	51	20
中国	35	9	17	4	32	9
タイ	27	13	26	6	22	12

出所　「世界子供白書」 1996　UNICEF
注）1）年齢相応の体重をもつ基準集団の中央値からの標準偏差がマイナス２以下のもの。
　　2）身長相応の体重をもつ基準集団の中央値からの標準偏差がマイナス２以下のもの。
　　3）年齢相応の身長をもつ基準集団の中央値からの標準偏差がマイナス２以下のもの。
　　＊＝1994 年、＊＊＝1990 年、＊＊＊＝1980-92 年、それ以外は 1980-94 年

ヴィエトナムにおける食物摂取量は５歳未満の子供で１日約 700～900 キロカロリー、大人で約 1,800～2,100 キロカロリーと低く、子供で適切とされる食物摂取量の 60%、大人で 87%しか満たしていない。しかも米が主体の食事内容であるため摂取栄養素が炭水化物に偏っており、栄養のバランスが欠けている。また、社会慣習や保健知識の欠如から妊産婦や乳児、幼児の栄養補給が不適切であり、低出生体重児、栄養不良児の原因となっている。

国連食糧農業機関（FAO）の資料によれば、ヴィエトナムの食糧供給量は１人１日 2,250 キロカロリーと奨励水準より高い。したがってヴィエトナムの栄養問題は、食糧の絶対量が不足しているというよりは、その需要と供給、配分に問題があると考えられる。

以下に栄養関連の主な問題点を挙げる。

(1) 蛋白質不足

ヴィエトナムでは主食の米に若干の野菜が一般的な食事であり、肉、魚、乳製品の摂取はごく少量に限られている。特に子供は成長のために多くの蛋白質を必要としているにもかかわらず、下痢症や様々な感染症に罹り栄養素を体外に失ったり、栄養素の吸収が悪くなることも多く、蛋白質不足による栄養不良に陥りやすい。1987 年から 89 年にかけて国立栄養研究所が行った全国栄養調査によれば、ヴィエトナムでの栄養不良は０歳時から始まり、１歳、２歳と年を重ねるごとに悪化する。１～３歳児の栄養不良児の比率は乳児（１歳未満）の栄養不良児の

比率の2倍以上である。特に農村部では都市部に比べて栄養不良児の比率が高い。この理由として、食物摂取量が低いこと、育児に手間をかけないこと、基本的な保健サービスへのアクセスが限られていること、衛生環境が劣っていることなどが挙げられる。また、農業が主な生計手段である農村部では、5月と10月に重度の栄養失調として入院する子供が増加する。この時期は古い穀物を消費しつくし、新しい穀物を収穫する前で食糧が不足する時期であり、栄養不良と相まって感染症も増加する時期である。特に栄養不良が深刻な地域は、紅河デルタ、中央沿岸部、中央高地となっている。

(2) ビタミンA欠乏

ビタミンA欠乏は、免疫機能を低下させ、致命の危険性を30%増加させ、失明にも悪影響を及ぼす。ヴィエトナムでは6カ月～5歳未満の子供のうち毎年約6,000人が失明の危険に脅かされている。1985～88年に21省の34,214人の児童を対象に行われた調査では、ビタミンA欠乏の顕著な兆候として、眼球乾燥症の初期に見られるビトー斑が0.07%の児童に観察された。しかもこの調査では最貧困地域はカバーされておらず、実態はさらに深刻であると推測されている（UNICEF）。

(3) ヨード欠乏症（甲状腺腫、クレチン症）

ヨード欠乏症は山岳部では深刻な疾患であり、国家ヨード欠乏症対策プログラム担当官によれば、山岳部での罹患率は30～50%、なかには80%の罹患率を示す地域もある。また、ヴィエトナムでは洪水が多く、土壌の塩分が雨とともに流されるため、平野部でもヨード不足に陥りやすい。この傾向は人間だけでなく家畜にも見られ、その家畜を食する人間にも影響している。1993年に保健省が行った全国的な調査では、全国から無作為に選ばれた30校の8～12歳の子供、3,062人のうち、94%がヨード不足で、そのうち16%が重度、45%が中等度、23%が軽度のヨード不足であった。ヨード摂取量が十分であった地域はハノイと沿岸部の6%のみで、山岳部、中央部のほとんどの地域では深刻なヨード不足が報告されている。

(4) 鉄欠乏（貧血）

鉄欠乏に由来する貧血は妊産婦、学齢期前の子供にとって大きな問題であり、都市部に比べ農村部で罹患率が高い。1991年に国立栄養研究所によって行われた調査によれば、ハノイ、ハイフォン等の主要都市、ハータイ省、ナムハー省では、40～50%の妊産婦が貧血を患っていた。重度の貧血は妊産婦の死亡原因の20%を占め、間接的には50%の妊産婦死亡に関連している。さらに母体の貧血は胎児の成長、低出生体重児の出生、乳児死亡率にマイナスの影響を及ぼす。また、乳幼児の鉄欠乏症は、知能低下や身体的機能の低下をもたらすことが知られている。同研究所が行った別の調査では北部の子供の35%が貧血であり、いずれの調査においても山岳部の状況が最も悪かった。

4.5.2 慢性病・成人病（高血圧・糖尿病）

高血圧は近年、医療施設での10大死亡原因に毎年入っており、保健省の報告によれば、1995年の公的医療施設における高血圧の症例数は5万4997件、死者数は578人である。中央レベルの病院ではこれに加えて、脳出血、心臓病が主要な疾患となってきている。国立栄養研究所での聞き取り調査によれば、1986年に50歳以上人口の1%であった高血圧は、生活様式の変

化から1996年には50歳以上人口の13%を占めるようになった。また、糖尿病患者の割合は1990年から96年にかけて、都市部では1%から3%に、農村部では0.5%から0.8%に増えている。

4.5.3 精神疾患

ヴィエトナムでは市場経済に移行する過程で、社会情勢の劇的な変化に対応しきれずに様々な悩みを持つ人や精神のバランスを失う人が増えている。公的病院の死亡原因の第2位は化学中毒（表4-1）であるが、その8割が農薬などによる自殺と推定されている。

保健省の年報では、1995年度の精神障害者は5万8115人、てんかん患者は3万809人と報告されている。しかしながら国立精神保健研究所[22]の専門医師の説明によれば、上記の精神障害者の中には精神分裂症しか含まれておらず、あらゆる精神障害を合わせれば、治療を受けている患者だけでも全国で15万人、治療を受けていない精神障害者も合わせると60万人に及ぶという。また、上記の報告書で、精神障害者の人数が紅河デルタで1万5771人、中央高地で531人というように、地域ごとに患者の報告件数にかなりの開きがあるが、同医師は精神障害者の発見・治療の進行度は地域によって大きな格差があり、数値の開きは発症の動向が違うというよりも、その地域での精神障害の認識のされ方の違いによるところが大きいと指摘している。

4.5.4 交通事故

ヴィエトナムでは近年の経済成長とともに急速にオートバイ、自転車（一部は自動車）の台数が急増していることから、路上の交通事故が激増している。1993年の数値では交通事故の95%が路上での事故であった。表4-9に路上における交通事故の動向を示す。なお、保健省の年報では1995年の交通事故患者数は4万3055人と1993年までの数値と比べて格段に多いが、交通事故による死者数は495人と格段に少なくなっている。これは、1995年のデータは公的医療施設における死者数であるため、病院への輸送が間に合わずに命を落としている症例が含まれていないと考えられる。ヴィエトナムでは車両台数の増加に交通ルールの整備が追いついておらず、また、蒸し暑い時期が多いことからヘルメットの着用も普及していない。こうしたことから脳外科の手術を要するような事態を招くことも多いが、高度な医療技術が要求される手術は都市の大病院でなければ難しい。また、交通事故による障害は、経済成長には欠かせない労働力人口を失うばかりか、政府の財政負担を増すことから国全体の憂慮すべき問題であり、交通法規の制定、交通教育の普及・徹底は早急に解決すべき課題である。

表4-9 交通事故（路上）数の推移（1990～93年）

年	交通事故数	死者数	傷害者数
1990	5,565	2,087	4,668
1991	6,864	2,395	6,846
1992	8,910	2,869	9,704
1993	11,016	3,940	11,580

出所 Health Care Handbook 1995-96 F. Favereau & Associes

[22] National Institute of Mental Health

4.5.5 身体障害

ヴィエトナムの身体障害児は 50 万～100 万人強と推定される。1989 年の人口センサスでは 13 歳以上の身体障害者は推定 220 万人であった。ハノイ最大の国立病院であるバックマイ病院のリハビリテーション部門長の医師によれば、ヴィエトナムの総人口のおよそ４～６％（300 万～450 万人）が身体障害者であり、そのうち約半数がリハビリテーションを必要としている。障害で多いのは知的能力と身体的能力における障害である。障害の原因は栄養不良と化学中毒が多く、特に戦時中の影響もあり 1975～80 年に化学中毒による障害児が多く生まれている。それ以外の身体障害の原因としては、ハンセン病、てんかんなどが挙げられる。現在はイタリアの NGO、AIFO が北部４省で住民参加型のリハビリテーション支援活動を展開している。なお、同医師は、地方では特に最新の情報が欠落しており、日本のリハビリテーションの専門家と情報交換をしたいことを強調した。

4.5.6 白内障

白内障と認定された患者は約８万人、手術を受けた患者は約３万人である。白内障はそれ自身が生命に危険を及ぼす病気ではないが、ヴィエトナムのような低所得国では失明して働けなくなることが生活を脅かすことに直結する。オーストラリアの NGO である Fred Hollows Foundation は、1997 年よりハノイにおいて接眼レンズの製造・販売を計画している（9.2.3 NGO 参照）。

「4　疾病・死亡」 参考資料

1. 国際協力事業団　「国別医療協力ファイル ヴィエトナム第1版」 1992　国際協力事業団
2. UNICEF「世界子供白書」　1996　UNICEF
3. 坪井義明編　「アジア読本　ヴェトナム」　1995　河出書房新社
4. F. Favereau & Associes　Health Care Handbook Vol. 6.1 Vietnam　1995-96　F. Favereau & Associes
5. Institute of Malariology　Parasitology & Entomology　National Malaria Control Programme in Vietnam　Institute of Malariology　1996　Parasitology & Entomology
6. Ministry of Health　Health Statistics Yearbook 1995　1996　Ministry of Health
7. National AIDS Committee of Vietnam　Work of Prevention and Control of HIV/AIDS Period 1990-95 and Plan for Period 1996-2000　1996　National AIDS Committee of Vietnam
8. National Institute of Tuberculosis and Respiratory Diseases, Review of the Tuberculosis of the Period 1991-1995 and Plans for the Period of 1996-2000　1996　National Institute of Tuberculosis and Respiratory Diseases
9. National Institute of Dermato-Venereology 提供資料
10. National Institute of Mental Health 提供資料、および聞き取り調査
11. Rehabilitation Department　Bach Mai University Hospital における聞き取り調査
12. UNICEF　A Situation Analysis of Children and Women　1994　UNICEF
13. UNICEF　Country Programme of Cooperation 1996-2000　UNICEF
14. World Bank　Viet Nam: Poverty Assessment and Strategy　1995　World Bank
15. 国際協力事業団　「ヴィエトナム社会主義共和国感染症基礎調査報告書」 1993　国際協力事業団

5 保健対策活動

5.1 総 論

「2 衛生行政」で示したとおり、現行の国家保健プログラムとして以下の7対策が行われており、それらに保健予算の多くが分配されている。また、人口家族計画、エイズ対策はそれぞれ国家対策委員会が設置され、活動が強化されている。また、ヴィエトナムにおいて重要な栄養問題対策は、世界子供サミット後に作成された国家活動プログラム（NPA）の一環としてUNICEFなどの協力を得て行われている。

現行の国家保健プログラム（1996年1月）

(1) マラリア対策
(2) 甲状腺腫対策
(3) ＥＰＩ対策
(4) 結核対策
(5) ハンセン病対策
(6) 保健サービスネットワークの強化
（あらゆるコミューンにコミューンヘルスセンターを設置する。）
(7) 病院の医療機材の充実・改善

5.2 プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）

ヴィエトナムでは1950年代初頭、北部で保健センターのネットワークが確立された。この保健ネットワークは主要疾患対策の末端施設として、基本的な妊産婦ケア、救急医療、予防・治療サービスを提供することを目的としていた。PHCの促進は保健医療分野における政府の基本戦略になっているが、実際には省病院と郡病院に比重がおかれ、コミューンヘルスセンターを中心とする地域医療においては、不十分なインフラ整備、物的人的資源の不足から十分なサービスが提供されてこなかった。この反省をもとに、政府は今後、すべてのコミューンに最低一つのコミューンヘルスセンターの設置を目標とし、現在コミューンヘルスセンターの長であることの多い補助医師の代わりに公衆衛生医師（MD）を増やす計画である。

5.3 予防接種対策（EPI）

(1) 現状と目標

予防接種率の国家目標（UCI）：全国の予防接種率を85％以上にする。

ヴィエトナムにおける予防接種拡大プログラム（EPI）は 1981 年に開始され、1985 年には活動が強化された。1985 年に 25％であった予防接種率は、89 年には国家目標の 85％を上回る 87％を達成し、この間 EPI 対象疾患の大きな改善が見られた。その後、政府の資金援助が一時的に停滞したことより、92 年に予防接種率の低下が見られたが、近年は政府の資金援助復活とともに全国平均 90％以上と高い接種率を維持し続けている。表 5-1 に地域別の予防接種率を示す。

表5-1 地域別予防接種カバー率（1歳未満児）（1995年）（％）

地域	ＤＰＴ*	ポリオ	麻疹	結核	全予防接種
北部山岳地帯	92.49	93.48	92.78	94.08	91.53
紅河デルタ	98.90	98.89	98.86	99.05	98.71
中央北部	96.85	97.13	99.38	97.86	96.58
中央沿岸部	96.25	96.19	97.36	97.06	96.53
中央高地	94.73	94.92	96.94	97.02	94.70
南東部	87.65	87.56	90.75	93.52	88.45
メコンデルタ	88.95	88.95	93.56	93.01	92.85
全国	93.41	93.63	95.42	95.65	94.11**

注 ＊＝ 三種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風）
＊＊＝全予防接種のカバー率がＤＰＴ、ポリオ単独の予防接種カバー率を超えているが、原典どおり引用した。
出所 Health Statistics Yearbook 1995 1996 MOH

(2) 主な対策活動

1) コールドチェーン

冷蔵車、コールドボックスは行き渡っている。ワクチンは、省病院から郡病院までは冷蔵車、郡病院からコミューンヘルスセンターまではコールドボックスを用いてバイクか自転車で配給している。メコンデルタ地域などでは、ボートやカヌーが使われることもある。また、山岳地帯では家から最寄りのコミューンヘルスセンターまで20～50キロメートルも離れているため、保健員が徒歩か馬でワクチンを届けるしかない地域もある。

2) 予防接種デー

予防接種活動の中核となるコミューンヘルスセンターでは、毎月１回予防接種デーを設けており、住民の参加を促進している。また、この日に、栄養問題、家族計画、産前検診等にまつわるコンサルテーション、ビタミン剤・避妊具の支給なども行うことにより活動の効率化を図っている。

3) ワクチンの製造

現在ヴィエトナムでは、ハノイの国立衛生疫学研究所[23]をはじめ、ホーチミン市、ニャチャン、ブンミートゥのパスツール研究所において、EPI 関連ワクチンを製造している。その自給率を表 5-2 に示す。この他現在国内生産をしているワクチンは、B型肝炎、日本脳炎、コレラ、狂犬病などで、今後生産量を増やしたいと考えている。また、腸チフスに関してはこれから製造を開始する予定である。

表5-2 EPI ワクチン供給の概要

	国内生産	輸入
麻 疹	0 %	100%
BCG	100%	0 %
ポリオ	約83%	約17%
DPT	約50%	約50%

出所 NIHE における聞き取り調査 1996 年

(3) 問題点・課題

① アクセスの悪い地域へも予防接種活動を徹底させる。

UNICEF 資料では、北部山岳地帯、中央高地、メコンデルタ地帯のいくつかの省では、予防接種率が 70%程度である地域もあると報告されている。こうした保健サービスの行き届きにくい地域へもＥＰＩ活動を徹底させる。

② ワクチンの生産量を高め自給率を上げるとともに、その研究開発を進める。

[23] National Institute of Hygiene and Epidemiology:NIHE

5.4 栄養問題対策

5.4.1 国家栄養活動計画[24]

4.5.1 で示したとおり、ヴィエトナムの栄養状況は他の保健指標がヴィエトナムより悪い他国と比較しても劣っており、ヴィエトナムにおいてはマラリア、結核とともに大きな保健問題である。また、栄養問題は、マラリア、麻疹、呼吸器感染症などの感染症、水や食品の安全性の問題と関連しており、総合的な保健問題であり、食糧確保や所得創出の観点からは国の経済問題でもありうる。ヴィエトナムにおける栄養問題対策は、保健省の管轄下ではなく、首相により採択された国家栄養活動計画[25]をもとに複数の省庁にまたがって実行されている。その役割分担は表 5-3 のとおりである。

表5-3 栄養問題対策における省庁間の役割

役割	担当省庁
1.世帯の食糧確保	農業・農村開発省
2.保健と栄養	保健省
3.微量栄養素	保健省
4.栄養教育・訓練	保健省
5.食品の質と安全性	科学技術・環境省、保健省
6.食品・栄養調査	計画・投資省
7.5 歳未満児の栄養不良対策	子供の保護対策委員会（CPCC）
8.栄養問題のフォーカル・ポイント 栄養対策推進の記録、年間計画の策定など	国立栄養研究所

出所 National Plan of Action for Nutrition 1995-2000 1995 Medical Publishing House

(1) 現状と目標

政府は、2000 年までの栄養関連の目標値をいくつか定めている。その主なものは以下のとおりである。

表5-4 地域別栄養不良児（5 歳未満）の現状と目標（%）

地域	1995 年	2000 年
北部山岳地帯	52.2	40
紅河デルタ	46.0	32
中央北部	48.7	35
中央沿岸部	46.9	33
中央高地	47.4	34
南東部	35.9	29
メコンデルタ地帯	40.0	30
全国	44.9	30

出所 Ministry of Planning and Investment 提供資料 1996 年

[24] National Plan of Action for Nutrition 1995-2000

表5-5 低体重出生児（2500g以下）出生率（%）

地域	1995年	2000年
北部山岳地帯	10.76	8.00
紅河デルタ	10.34	8.00
中央北部	12.81	10.80
中央沿岸部	13.27	11.00
中央高地	19.23	17.00
南東部	9.76	7.66
メコンデルタ地帯	8.49	6.40
全国	10.10	8.00

出所 Ministry of Planning and Investment 提供資料 1996年

〔その他の目標〕

- 失明を含むビタミンA欠乏症をなくす。
- ヨード欠乏症をなくす。
- 対策のターゲット地区において、鉄欠乏による妊産婦の貧血症を現状の 50～60%から40%に低下させる。

(2) 主な対策活動

1) 食糧増産、およびその監視

農業・農村開発省は2000年までに穀物生産量を年間2800万～3000万トンにしたいと考えている。そのために、特に辺境地において交通、電気、灌漑システム等のインフラ整備を行う予定である。また、どの地域で食糧が不足しているかを監視するシステムを確立することが重要な要素となっている。

2) 世帯レベルの食糧確保

農村部における食糧生産量の増加と同時に、都市部においては食糧を確保するための収入創出活動が必要である。また、農村部においても、農業だけで生計を立てるのは非常に難しくなっており、副業でいかに稼ぐかが一家の所得水準を左右する要因となっている。このため、資本金貸与、技術支援、職業創出などのプログラムを特に女性の世帯主家庭や辺境地の貧困世帯を中心に展開する。

3) IEC（情報、教育、普及）活動

国立栄養研究所の話では、栄養問題において食糧確保と同様に重要なのは住民への栄養教育である。たとえば、正しい栄養知識がないばかりに、ごくわずかの肉を得るため自ら生産した卵をすべて売ってしまうということも起こりうる。このような非効率的な資源の消費を避けるため、IEC活動においては特に以下の活動を行っている。

① VAC（家庭菜園、養魚池、養豚）活動

各世帯ごとに食糧の自給ができるように、庭で野菜を育て、池で蛋白源となる魚を養殖し、豚を始めとする家畜を飼育するように指導する。また、同時にどの栄養素が必要かなどの栄養教育を与える。この活動は、余剰した食糧を売ることで所得創出にもなりうる。

② 母乳保育・適切な離乳食の奨励

UNICEFやWHOのプロジェクトや地域の医療施設において生後最低4～6カ月間の母乳育児が奨励されている。ヴィエトナムにおいては母乳育児は比較的行き渡っているが、栄養が豊富で、乳児に一過性の受動免疫を与える初乳を捨ててしまうケースが多い。また、母親に適切

な離乳食を与えるための知識がないことから、母乳から離乳食に切り替える頃に栄養不良児の増加が見られる。このため、妊産婦や母親に初乳の重要性、適切な離乳食の与え方（1回の量、与える回数など）の教育を行っている。離乳食に関しては、母親が農業など、外の仕事に忙しいことから乳児･幼児の世話を家に残る年寄りや学校に行かずにいる学齢期の子供に任せるが、これらの年寄りや子供が適切な離乳食の与え方を知らないという報告もある。この問題は、子供の教育（特に女子）の拡充とともに解決していく必要がある。

③ コミューンヘルスセンターにおける保健教育

センター長、助産婦に母乳保育を奨励する訓練を行う。保健スタッフに対しても、妊産婦ごとの産前検診、産後検診の回数、検診の結果を台帳に記録する方法を教える。さらに保健スタッフに子供保健カード（体重・言動能力の年齢別成長率、感染症の経歴、予防接種、栄養補給剤等の摂取、母乳保育の経歴などを子供ごとに記録する）の利用法を教える。

④ 地域ボランティアの活用

地域の保健普及員であるボランティアのネットワークを確立する。ボランティアは地域住民のニーズ、資源、慣習についてよく知っており、日常の問題に対して村人に実践的な助言を与えることができる。ボランティアは無給だが、無料の保健サービスや収穫期前の補助米の支給などのインセンティブを受ける。

4) 微量栄養素の補給

上記の活動を通じて、自然に必要な栄養素が補給されることが望ましいが、短期的な方策として微量栄養素の補給が行われている。ビタミンA剤は、ビタミンA欠乏症や角膜障害の防御のため6カ月から5歳未満の子供に6カ月間、出産後の女性に1カ月間与えられ、下痢症、急性呼吸器感染症、栄養失調の子供にはさらに多量のビタミンAが支給される。貧血症の妊婦や授乳期の女性には鉄補給剤を配布している。また、甲状腺腫対策として、1995年よりあらゆる塩にヨードを添加している。

5) 地元の植物の研究

国立栄養研究所では、地元でとれる伝統的な食料（食品）を見直し、その利用を奨励していきたいと考えている。そのためにはそれらの植物が含有する微量栄養素の研究が必要で、日本の大学などとの共同研究をしたいと考えている。

6) 食品衛生の監視

国立栄養研究所において、食品に関する輸入、輸出、国内生産のすべての品質管理を行っている。ヴィエトナムでは食品加工業への外国投資も活発であり、また、外食産業（路上の食品小売業、小規模レストランなど）の需要が伸びている。そのため、現在政府は食品管理法の策定を検討しているところである。1995～96年、ハノイでは路上の食品取扱業者を管理するため、40～50カ所の監視所[26]が設けられた。この監視所から食品検査所に送られた食品の中からは大腸菌が発見されており、また監視所により行われた食品取扱業者へのアンケートの結果、食品取扱業者の食品衛生に対する知識不足も報告されている。食品検査所では、野菜、フルーツから農薬、ピーナッツから化学薬品、その他の食品から鉱物が検出されている。

(3) 問題点・課題

- 現在は子供の保護対策委員会の活動への予算が主なため、研究開発費などが不足してい

[26] Hazard Analysis Critical Control Point

る。

- 栄養問題対策は多くの省庁にまたがっており、これらの省庁間の調整がきわめて重要であり、限られた資源を有効活用するために、より柔軟な対応が必要となっている。
- 食糧生産量を上げると同時に食糧の公平な分配をし、現在飢えに苦しんでいる貧困世帯（全体の5分の1）をなくす。

5.4.2 ヨード欠乏症対策

ヴィエトナムにおけるヨード欠乏症対策は 1976 年に開始され、ヨード欠乏が深刻と考えられた山岳部を中心に、34 省を対象として調査活動が行われた。その結果山岳部でのヨード欠乏症の有病率は 30～50%と高く、中には 80%を記録する地域もあった。そのため、1970 年代から 80 年代を通じて有病率が高かった地域の 200 万～300 万人を対象にヨード添加塩、およびヨード添加油の配給を行った。1992 年からは国家保健対策となり、すべての山岳地帯にヨード欠乏症対策委員会が設けられている。また、政府、国際援助からの財政支援も増え、活動範囲も拡張されている。

(1) 目標

2005 年までにヨード欠乏症をなくす。

(2) 主な対策活動

1) 住民への IEC 活動

山岳部の住民だけではなく、平野部の住民もヨードが欠乏している（全国民の 94%）ことが 1993 年の UNICEF の調査で明らかになった。そのためヨード摂取デー等を設け、全国民に対してヨード添加塩の使用を呼びかけている。また、塩を生産する会社にもヨード添加塩の生産技術や市場調査を提供するなどして、ヨード添加塩の生産を呼びかけている。また、ヨード添加塩を使ったパウダー・スープやフィッシュ・ソース（魚醤）等の商品開発も進んでいる。

2) 関係省庁との連携

塩の流通を管轄している商業省、山岳民族の習性に詳しい少数民族・山地委員会[27]、対策予算を決定する計画投資省等、多岐に渡る関連省庁と連携を強化し、対策活動を推進している。

3) ヨード添加塩・ヨード添加油の支給

山岳部に住む 1800 万人の住民の 98%にヨード添加塩を供給している。全国にはヨード添加塩を製造する工場が 48 あり、政府はそれらの工場に作業に必要な補助金を支給している。また、ヨード欠乏症の有病率の高い地域では、特に妊産婦と子供にヨード添加油を支給している。

4) 医療機材の供与

省レベルのヨード欠乏症対策部門に超音波診断器などの医療機材を供与している。1996 年までに 15 の省が超音波診断器を供与され、2000 年までには 53 省すべてに超音波診断器を供与する見込みである。

(3) 問題点・課題

平野部での添加塩の利用率が低い。山岳部の住民の 80%はヨード添加塩を取ることの重要性

[27] Ethnic Minorities and Mountain Regions Commission

を知っているが、都市部住民の認識が低い。1995 年の調査では、ハノイとホーチミン市の住民の 30%しかヨード添加塩を使っていないと報告されている。この理由は、ヨード添加塩を製造するにあたり、政府の補助金が支給されない平野部ではヨード添加塩の値段は普通の塩の値段の 2 倍程度であること、ヨード添加塩を使うと料理の味が変わると信じられていることなどが挙げられる。このため、ヨード添加塩を取ることの重要性を住民に納得させる広報が必要になっている。

5.5 母子保健対策

(1) 現状と目標

1945 年の独立以来、ヴィエトナムは母親と子供の保護を保健政策の一環としてきており、さらに 2000 年に向けて表 5-6 のような地域ごとの妊産婦死亡率と乳児死亡率の目標を設定している。

表5-6 地域別妊産婦死亡率と乳児死亡率の現状（1989 年）と目標（2000 年）

地域	妊産婦死亡率（出生 10 万対）		乳児死亡率（出生千対）	
	1989 年	2000 年	1989 年	2000 年
北部山岳地	150	120	62	48
紅河デルタ	90	60	32	27
中央北部	130	100	38	29
中央沿岸部	120	90	37	29
中央高地	200	170	72	55
南東部	100	70	31	24
メコンデルタ地帯	110	80	48	37
全 国	120	90	45	35

注 乳児死亡率は、小数点以下四捨五入
出所 Ministry of Planning and Investment 1996

(2) 主な対策活動

1) 出産前ケア

保健省によれば、妊産婦死亡の 53%は産前検診による妊娠合併症の早期発見・治療、上位病院への移送、適切な処置などで防ぐことが可能である。しかしながら、ヴィエトナムでは出産前ケアを受ける妊産婦は全体の 55%で、産前検診の回数も全国平均 1.4 回、都市部 2.7 回、農村部 1.2 回と非常に低い。また、産前検診の受診回数の低さは、その際行われる新生児破傷風の予防接種率の低さにそのままつながっており、2 回の新生児破傷風の予防接種を受ける妊産婦は全体の 66%である。産前検診の受診回数が低い理由として、病院より伝統的な家族の手法を受け入れる妊産婦が多いことが挙げられる。しかし、伝統的な慣習の中には妊産婦の健康に悪影響を及ぼすものもある。たとえば、よく働くことが軽いお産につながると信じられており、中には出産前に休養をいっさい取らない妊産婦もいる。また、食べ過ぎが難産のもとと信じ、必要な栄養素も取らない妊産婦もいる。保健省担当官の話によれば、産前検診の回数が少ない一番の原因は、妊産婦やその家族が産前検診の必要性を十分に認識していないことによる。また、女性は農業などの仕事に加え、家族の世話などの責任を負っているため常に忙しく、家族や妊産婦自身に産前検診が重要であるという強い意識がなければ保健医療施設まで時間を使って通院しないことが保健関係者から指摘されている。このため政府は妊産婦やその家族へのIEC活動を行い、3 回以上の産前検診を受けるように奨励している。

また、予防医学が発達していないため、大病院の医師でさえ産前検診がそれほど大事であるという認識がないこともあり、医療従事者に正しい知識を与えるための訓練を普及することが重要となっている。

2) 出産ケア

保健省のデータによれば、保健医療施設での出産は都市部では90%であるが、農村部では50%と低く、中には保健員の付き添いなしで出産をするものもいる。北部や中部の山岳地帯の少数民族においては過半数が家で出産する地域もある。この理由として、これらの地域では保健医療施設までのアクセスが悪い、必要経費がまかなえない、少数民族の中にはプライベートな分娩を望む女性もいるなどが挙げられる。

3) 人工妊娠中絶

ヴィエトナムでは、現在あらゆる避妊法が使えるにもかかわらず中絶の回数が増えており、保健省に報告されただけでも 1995 年に 120 万の中絶があった。保健省は中絶を非合法化するより、保健医療施設での安全な中絶を奨励している。しかしながら、3～6カ月間隔で中絶を繰り返す女性もおり、政府は母体の健康を守るために、確実な家族計画を推進することが最も重要、かつ、優先すべき課題としている。

4) バース・スペーシング

政府は母体の健康を守るため、3～5年の出産間隔をあけるよう奨励している。

5) 母乳育児

母親が母乳を与えている間は妊娠しにくいことや、母乳は乳児に必要な栄養素を多く含むことから、生後4カ月までの乳児には母乳だけを与え、5カ月以降から2歳位までは母乳と離乳食を与えることを奨励している。

5.6 家族計画

5.6.1 人口政策

ヴィエトナムにおける家族計画は 1961 年に導入された。当時の合計特殊出生率は6であった。家族計画対策を司る機関は首相府、保健省、母子保護委員会、家族計画委員会など、政策により何度か移り変わってきたが、予算が不足していたため 1979 年、89 年の2回の国家人口センサスのいずれにおいても大きな進歩は見られず、89 年当時の合計特殊出生率は4であった。1991 年、政府は保健省とは別枠で、副首相の管轄下に国家人口・家族計画委員会[28]を設立した。また、1993 年、共産党中央委員会は人口政策を国の重要政策であると認識し、中央からコミューンレベルまで一貫して人口・家族計画委員会を設立した。人口政策の予算が急激に増えたのもこの直後で、1995 年には全国すべてのコミューン（約1万 1000）に家族計画の常勤スタッフが配置された。現在、家族計画は社会経済開発の一環と明確に定義づけられ、NCPFP は、政策やプログラムの立案、多岐にわたる省庁、政府関連団体、NGO などの調整を図るとともに、次の政策を決定するためのフィールド調査等を行っている。表 5-7 に、現在の人口政策の概要を示す。

表5-7 人口政策の概要

目標	2015 年までに合計特殊出生率を2にする。そのため、子供数が1～2人の小規模で健康な家庭を築く。そして、21 世紀の半ばまでに人口規模を安定させる。
主な活動	1）あらゆるレベルにおいて、人口政策活動に対する党、政府の指導力を発揮する。 2）人口政策活動のための財源を確保する。 3）中央から草の根レベルまで一貫した人口家族計画の組織を確立する。 4）住民に人口政策・戦略・対策を理解してもらうための IEC（情報・教育・普及）活動を強化する。 5）住民のニーズに合うように、多様な避妊具を遅滞なく十分に供給する。

出所 NCPFP

国家予算のうち、1995 年度は 68%がコミューンレベル、27%が省・郡レベル、5%が中央レベルに配分されており、1996 年度は中央レベルへの配分を3%にし、コミューンレベルへの配分を増やしている。このように、昨今の家族計画の成功は、予算の増加に加え、コミューンレベルの活動が支えている。現在は予算の多くを母子保健・家族計画キット（MCH/FP キット：ビタミン剤、避妊具等を含む）などの物品に充てており、保健スタッフの給料が占める割合はごくわずかである。また、村レベルで家族計画の普及に貢献しているモティベーター、コラボレーターのほとんどが無給のボランティアである。NCPFP は、家族計画が成功していると言われる中国、タイ、インドネシア並みに、1人当たり1US ドルの家族計画予算（ヴィエトナムの人口を 7500 万人とすると 7500 万 US ドル）が欲しいが、国家の経済も考慮し、1人当たり 0.6 US ドル、合計 4500 万 US ドルを確保したいと考えており、1997～2000 年の各年に 4500 万ドルの家族計画予算を政府に申請したところである。また、省・市、コミューンレベルからの予算にも期待が寄せられているが、現在のところはわずかである。コミューンレベルの予算

[28] National Committee for Population and Family Planning:NCPFP

のほとんどがMCH/FPキットなどに使われている。

表5-8　家族計画対策の国家予算

1991年	US$	1.0 Million
1992年	US$	2.5 Million
1993年	US$	7.0 Million
1994年	US$	20.0 Million
1995年	US$	25.0 Million
1996年	US$	27.0 Million

出所　NCPFP

1つのコミューンに15のモティベーターがおり、1人のモティベーターは80～100世帯を担当している。モティベーターにはNCPFPから月0.5USドルしか支払われず、社会貢献に意欲的な地元の農民や教師などがボランタリーに働いている。コラボレーターには、NCPFPから各コミューンに1人ずつスタッフが派遣され（合計1万1000人）、このスタッフはNCPFPから給料が支払われる。しかし、それ以外のコラボレーター（コミューンの長、NGOのメンバー）は全くの無給である。近年の家族計画の成功の秘訣は、政府の予算が増えたことに加え、これらの保健スタッフによる草の根レベルの貢献によるところが大きい。

5.6.2　避妊法

現在政府は、子供数は2人まで、出産間隔は3～5年を奨励しているが、全国平均の合計特殊出生率は3.6（1995年、NCPFP）であり、上記の人口政策目標を達成するためには、現在40%の避妊実施率を2000年までに70%までに引き上げることが必要である。また、女性の教育レベルが高いほど子供数も少ないことが知られており、政府目標を達成するためには女性の一般的な教育レベルを中等学校前期（中学校レベル）修了程度に引き上げる必要がある（現状では、中等学校前期を修了する女性は約60%）。表5-9に地域別の避妊実施率を示す。合計特殊出生率の高い中央高地では避妊実施率が低い。また、保健省の1995年のデータによれば、都市部と農村部の避妊実施率はそれぞれ、73%、59%となっている。

表5-9　地域別避妊実施率（1994年）（%）

地域	避妊実施率	近代的な手法* による避妊実施率
北部山岳地帯	60	44
紅河デルタ	78	56
中央北部	62	45
中央沿岸部	65	41
中央高地	39	23
南東部	69	45
メコンデルタ地帯	60	34
全国	65	44

注　小数点以下、四捨五入。
　＊＝IUD、不妊手術、経口避妊薬、ホルモン注射、コンドームを指す。
出所　Population and Family Planning Program in Vietnam　1996　NCPFP

避妊方法としては、IUDを使うことが最も多い（表5-10）。従来、コンドームの使用を嫌がる男性が多いが、都市部を中心に徐々に普及しているものと考えられる。1986年より、UNFPA

の支援のもとにコンドームの国内生産が行われているが、輸入製品に比べて品質が劣っている。ホーチミン市の中心地にあるユース・カルチャー・センター内にはフランスの NGO の支援により、コンドーム・カフェが 1996 年に開設され、来店した若者がテーブルのコンドームを自由に持ち帰れるようになっている。ピルは服用すると一時的に月経が止まるため、「男になる」と広く信じられており、使いたがらない女性が多い。この傾向は都会の若者にも見られる。政府は特定の避妊法に限定することなく、住民があらゆる避妊法を選択することを奨励している。不妊手術は手術後１～２日仕事ができないので、そのための補償金として１ドル程度が手術を受けた人に支払われる。この額は地域、キャンペーンにより違いがあるが、コミューンレベルにまで配置された家族計画スタッフが手術を受ける家族の説得や病院までの同行など、きめの細かい活動をしている。

表5-10 出産年齢（15～49 歳）における避妊法（%）

避妊法	1988 年	1994 年
1.IUD	33.14	33.28
2.女性の不妊手術	2.63	3.92
3.男性の不妊手術	0.31	0.19
4.経口避妊薬	0.41	2.03
5.ホルモン注射	—	0.19
6.コンドーム	1.16	4.03
7.伝統的方法	8.09	9.79
8.性交中絶	7.01	11.21
9.その他	0.33	0.28
全体	53.18	64.97

出所 Population and Family Planning Program in Vietnam 1996 NCPFP

5.7 マラリア対策

旧ソ連等からの殺虫剤供与が停止されたことや薬剤耐性マラリアの出現により、1980年代中頃からマラリアが再び流行し始めた。政府は対策の重要性を認識し、1992年からマラリア対策を強化している。保健大臣が対策運営委員会の長となり、同委員会が対策の企画、管理、評価を行っている。国立マラリア研究所は、委員会の技術部門であり、マラリアの生態や対策運営にかかる研究、対策従事者への運営技術指導、訓練等を行っている。実際の活動は、省、郡、コミューンレベルで実施されており、各省にはマラリア・ステーションが置かれ、郡以下にはマラリア対策チームが設けられている。日常の診断・治療（投薬）はコミューンヘルスセンターで、顕微鏡による確定診断は郡病院で行われている。1993年以降は中央政府、保健省、各レベルの機関のマラリア対策予算が増えたため、抗マラリア薬や残留性殺虫剤を含浸させた蚊帳の配布、散布する殺虫剤の改良、保健教育強化、マラリア対策への地域住民の参加促進などの活動が拡充されている。

(1) 2000年までの目標

マラリアの罹患率、死亡率を1994年の50%に低下させる。

(2) プログラムの対象住民

現在、ヴィエトナムでは1700万人がマラリア常在流行地に住んでおり、そのうちの35%（約600万人）が高流行地に住んでいる。しかし、対策に当てられる予算の制約上、プログラムは1000万人分しかカバーできていない。

(3) 主な対策活動

① マラリア対策活動への社会の認識を高める。

首相、副首相、保健大臣など政府のトップレベルの指導者の呼びかけにより社会の認識を高める。

② 村の保健員の能力を強化し、早期発見・治療ができるようにする。

クロロキン耐性の熱帯熱マラリアには、キニーネ、アルテミシニン、メフロキンなど、効果的な治療薬が与えられるようにする。

③ 殺虫剤含浸の蚊帳の供給を高める。

蚊の繁殖する雨期の前後（3～4月頃と8～9月頃）に殺虫剤含浸の蚊帳を配布する。蚊帳が入手できない高流行地域やアウトブレーク時には、生物学的・環境学的に適切な殺虫剤（Icon、Vectronなど）を散布する。

④ 地域住民への保健教育を強化し、活動への参加を促進する。

マラリアに対する自己防衛ができるよう、保健医療施設や小学校において、また、ビデオ、ポスター、記事などのマスメディア、キャンペーンを通じて、住民にマラリアの感染源、予防法などの知識を普及する。

⑤ マラリア対策の訓練・再訓練の質を高める。

マラリアの疫学調査、診療・治療技術、蚊帳等の媒介蚊対策、スライド検査、マラリア情報、対策活動管理などの向上のための訓練を行う。

⑥ 上記の活動を行うための予算を確保する。

(4) 問題点・課題

1) 技術的制約

a) 薬剤耐性マラリアの増加

薬剤耐性を持つマラリアが増えており、クロロキンに耐性を示す熱帯熱マラリアが 52.2%、ファンシダールに耐性を持つ熱帯熱マラリアが 37.3%を占めている。漢方の熱冷ましに使われていた「チン・ハオ・スー」から抽出したアルテミシニンが最後の希望といわれている。

b) 薬剤耐性ハマダラ蚊の出現

マラリアを媒介するハマダラ蚊は種類も多く、環境の変化に従って生態も変化するためその動向をつかむのが困難である。殺虫剤の DDT に耐性を持つ蚊も出現しており、現在、DDT にかわる殺虫剤の散布が試みられている。

2) 対策運営上の制約

- コミューンレベルの保健サービス(保健員による活動)は活動資金が不足しており、蚊帳、殺虫剤、治療薬等が足りていない。また、コミューンヘルスセンターには顕微鏡がなく、たとえ医学的な技術があってもマラリアの種類を科学的に特定することはできない。
- 移動式の生活様式を守っている少数民族や、新経済開発政策のためにマラリア流行地に転居してくる住民や開発プロジェクト担当者の多くがマラリアに罹患している。
- 流行地である山間部へのアクセスが悪く、また、流行地の範囲が広範なため活動が困難になっている。

3) 財政上の問題

- 財政上の制約から、抗マラリア薬は必要量の 80%、殺虫剤は必要量の 30%しか確保されていない。また、蚊帳や医療機材、教育活動のための教材費が不足しており、特にコミューン、郡レベルの活動資金が不足している。
- クロロキン、ファンシダール、キニーネに比べ、熱帯熱マラリアにも効果のあるアルテミシニンや、輸入薬であるメフロキンの値段が高く、以前より対策資金がかかる。
- 車、オートバイ等の輸送手段が不足している。

5.8 エイズ対策

1990 年に保健省下に設置された国家エイズ委員会（NAC）は、1994 年には政府直轄の委員会に格上げされ、同時にその予算額も増加した（表 5-11）。同委員会の議長は副首相が、副議長は保健大臣、計画投資省次官などからなり、委員は保健省が中心となって法務、外務、内務など 16 省庁から選出されている。現在、53 省すべてに省の委員会が設置されている。国立衛生疫学研究所がエイズ予防、抑制計画の中心機関となっており、省のエイズ対策局に職員を派遣している。各省の衛生疫学センターでは診察や HIV 検査が行われている。

表5-11　政府の HIV/エイズ対策予算の推移

年	予算額（10 億ドン）
1991	0.3
1992	0.4
1993	10.5
1994	40
1995	45
1996	50

出所　National AIDS Committee of Vietnam　1996

(1) 2000 年までの目標

HIV の感染を抑え、国民の健康や社会・経済に及ぼす悪影響を最少限にとどめるため具体的に以下の目標を置いている。

- HIV の推定感染者数を 50%減少させる。
- HIV やエイズの正しい知識を持ち安全な行動を起こせる住民を人口の 90%にまで引き上げる。
- 性産業従事者と麻薬常習者を 70～90%減少させる。これらの人数が減少しない場合は、これらの 80%の人が安全な行動が取れるようにする。
- 安全な血液供給を始め、全国的に保健サービスの質を高める。性病患者の比率を現在の人口 1000 対 7.0 から 1.3 に減少させる。

(2) 1991～95 年の活動

1) IEC（情報・教育・普及）活動

HIV/エイズ対策として最も力を入れているのが IEC 活動である。IEC 活動は主に、教育・訓練システム、ホーチミン市の国立警察学校、保健セクター・その他の省庁、NGO や草の根の機関の 4 つのチャネルを通じて行われてきたが、その成果として、コンドームの使用量がこの 5 年間で 2 倍以上に増えている。性産業従事者のコンドーム使用率を 1993 年と 1995 年で比較すると、ハノイでは 44%から 80%に、ホーチミン市では 34%から 47%に増えている。また、2 年ごとに行われる IEC 活動の評価調査では、HIV/エイズ情報の入手先として最も多いのがテレビであった。

表5-12 HIV/エイズに関する知識・態度・信心・実行（KABP）調査 （%）

調査内容	1993年	1995年
1.毎日テレビを見る。	74.9	70.4
2.エイズについて聞いたことがある。	96.2	96.2
3.貞節を守ることでエイズを予防できる。	83.6	81.0
4.コンドームを使用することでエイズを予防できる。	33.1	78.8
5.注射器を洗浄することでエイズを予防できる。	43.8	84.1
6.HIV感染者に対して差別をしない。	−	72.2
7.コンドームを使ったことがある。	40.0	−
8.最後の性交渉でコンドームを使った。	−	28.3

出所 National AIDS Committee of Vietnam 1996

2) 保健サービス

a) 安全な血液供給

66 の省レベルのセンターで、HIV の血液検査ができるようになった。現在までに献血からの HIV 感染は報告されていない。また、献血キャンペーンが国・省レベルで行われ、血液提供者が3倍強に増加した。

b) 疫学調査

1992 年から結核患者、性産業従事者、麻薬常習者、性病患者、妊婦の5項目を対象に疫学調査を実施している。全 53 省で合計 96 万 3630 件の HIV 血液検査が行われ、4,029 件（0.42%）の陽性が報告された。

c) 安全な保健サービスの提供

あらゆる保健員に対し、消毒の重要性など保健サービス上の安全面におけるガイドラインが設けられた。使い捨て注射器や注射針、ゴム手袋、消毒器等の医療器具がほとんどの省に配布された。1995 年、港のあるハイフォン市ではすべてのコミューンに安全な注射器具を配布するために8億 5000 ドン（約8万 US ドル）を費やした。また、外国企業との合弁事業により使い捨て注射器と注射針の生産工場が設立された。

d) 他の保健サービスとの統合

性行為感染症予防活動と HIV/エイズ予防活動を統合した。省・郡レベルの保健員にエイズ患者の管理、カウンセリング、ケアの訓練をした。

3) HIV/エイズ患者の管理・ケア・治療

HIV/エイズ患者は地域・家庭や労働・傷病兵・社会問題省、内務省管轄の医療施設やリハビリテーションセンターでのケアを受けた。また、ハノイ、ホーチミン市、ビンロン、ハイフン等の省・市がカウンセリング、財政支援、職業創出等を含む HIV/エイズ患者のケア・プログラムを確立した。

4) 国際援助機関との連携強化

ヴィエトナムは UNAIDS の重点対象国となっている。UNAIDS は国連機関、EU、ASEAN、政府機関、NGO などのエイズ対策活動の調整を行っている。

(3) 現在までの問題点・課題

- これまでの IEC 活動は一過性で表面的なもので、1対1の直接的なコミュニケーションに欠けていた。HIV/エイズ予防が家庭での問題という認識に欠けていたため、エイズキャ

ンペーンにも具体的なメッセージが欠けていた。そのため、知識としてエイズの危険性を知っていても予防の実行面が伴っていない。また、エイズは死を招く恐ろしい病気であることを強調しすぎたために、HIV/エイズ患者への偏見を生んでしまった。

- 地域レベルの保健員のエイズに対する知識、経験が欠けており、カウンセリングなどの精神的なケアも含めた診療・治療の高まる需要に応えられていない。エイズ委員会の調査によれば、多くの地域でエイズ患者に対する差別や支援拒絶が報告されている。
- エイズ対策プログラムが草の根レベルの活動支援に焦点があっておらず、各レベルの委員会が統合されていなかったため、末端のコミューン・区（Ward）レベルの社会の意識変革を起こすだけの効果がなかった。
- 国内外の旅行や移動、若者の間でのフリーセックスが増えている傾向があり、特に大都市、観光地、国境付近の南部の省の間や、都市・農村間でのより多くの感染が懸念されている。

(4) 2000年までの戦略

1) IEC活動

- 保健スタッフはもちろんのこと、あらゆるマス・メディアも HIV/エイズの予防のための広報を行う。特に、貧困者、外国人労働者、ポーター、建設現場の労働者、ストリートチルドレン、ホテルやレストランで働く教育レベルの低い女性、麻薬常習者や性産業従事者など、情報が行き渡りにくいと考えられる人々に焦点を当てる。
- 対策関連機関の責任範囲を明確にする。たとえば、外国人労働者への IEC 活動は貿易連合（Trade Union）が、移住民族へのエイズ対策活動は文化・情報省が、献血キャンペーン、エイズ患者の家庭でのケアは赤十字が担当する。また、ハイリスク・グループへの IEC 活動には NGO や草の根レベルの機関が重要な役割を担っており、家族計画、生涯教育、社会悪対策、プライマリー・ヘルス・ケア等と協調した活動を行っている。IEC 活動には予防だけでなく、HIV/エイズ患者がいる家庭や地域でどのようにこの問題と向き合うかという課題も含まれている。IEC 活動の効果は２年に１回評価される。

2) 保健活動

a) 安全な血液供給

あらゆる血液提供者をスクリーニングするために、まだ設備の整っていない 441 郡の保健サービス局に必要な医療機材・施設を提供する。血液提供者の数を現状の２倍に増やし、大都市に血液銀行を設立する。

b) サーベイランス

20 の省・市でサーベイランスの質を向上させる。各省において、毎年ターゲット・グループから 3,000 人を検査する。

c) 保健施設での消毒

公私を問わず保健施設における消毒を徹底させる。また、使い捨て注射器や針の使用を広める。

d) ケアの質の向上

検査・治療の質、エイズ患者のケアを向上させる。たとえば、性行為感染症の検査と同時に HIV 感染についても検査を行う。また、あらゆる産婦人科や外科において性行為感染症や不妊の管理を向上させる。

3) HIV/エイズ患者の管理・ケア・治療

国家エイズ委員会は、保健施設、リハビリテーションセンター、地域、家庭におけるHIV/エイズ患者の社会的・医学的ケアを強調した、国レベルの「HIV/エイズ患者の管理・ケア」プログラムを打ち上げている。責任機関は各地方のエイズ委員会で、中央からの予算を受け、2000年までに 90%の HIV/エイズ患者に適切なケアができるようになることを目指している。すでに、アンギアン省、カンホア省、ホーチミン市、クアンナム・ダナン省、ヴィンフー省などの比較的エイズ患者が多く出ている省では、エイズ患者のケアの効果的なモデルを形成・実行しており、経験を共有することで最も効果的なモデルを他の省にも適用することが期待されている。

4) 研究・調査

すでに行われているエイズ研究のほかに、特に力点が置かれている研究分野は、家庭や地域でのエイズ患者のケア、HIV/エイズ流行の経済的・社会的インパクト、生活様式の変化と社会悪の削減、国境周辺の感染についてである。

5) 国際援助機関との連携強化

1995～2000年のASEAN地域のHIV/エイズ予防対策に参加するとともに、情報共有、訓練、技術研究、疫学調査など、エイズ予防のあらゆる観点で近隣諸国と強調を図っている。また、国内外の製造業者や事業者にHIV/エイズ予防対策への支援を呼びかけている。

6) プログラム管理とガイダンス

- あらゆるレベルのエイズ委員会を強化するため、政府からの正規職員を責任者として各委員会に配置する。
- コミューンやその下の区（Ward）でエイズ予防のネットワークを確立する。ネットワークは3,500のコミューン/区の地域モティベーターからなる連絡機関によって組織される。
- HIV/エイズ予防対策における計画、予算管理などの権限を地方分権化する。地域の人民委員会はHIV/エイズ予防対策の活動と成果に全面的な責任を負う。
- 対策の実行機関は、HIV/エイズ予防に関する、条例・法令の適用に関し、その説明、フォローアップ、モニタリング、評価のための具体的な案を作成する。

5.9 下痢症対策

ヴィエトナムの下痢症対策は1983年に始まり、現在53省すべてで行われている。下痢症対策に用いられる経口補水塩（ORS）の供給はUNICEFに頼ってきたが、1996年9月にニャチャン研究所での製造を開始した。2000年までの目標は、全下痢症の85%において、経口補水療法（ORT）を用いるとともに適切に食物を与えられるようにすることである。

1992年までに80%のコミューンでプログラムが行われ、コミューンヘルスセンターの52%の保健員が上記のような適切な処置やアドバイスができるように訓練された。下痢症対策では引き続き保健員の訓練を行い、適切な処置と問診等の技術を向上させることを目標にしている。また、民間部門の医師や薬剤師にも訓練を行い、いくつかの省では小学校の教員養成コースのカリキュラムの中に下痢症の処置を盛り込むことが計画されている。しかし、対策の予算が限られているため、2000年までの目標達成が危ぶまれている。

5.10 その他の感染症対策

5.10.1 結核対策

(1) 現状

結核対策は 1957 年に開始されたが、本格的に活動が行われたのはオランダからの援助が開始された 1986 年からである。1995 年にはヴィエトナム政府が結核対策の重要性を認識し、優先すべき国家保健対策の一つとして保健省から以前より多くの予算が配分されるようになった。国家結核対策はWHO 等から多くの支援を受けている。

1986 年当時、結核対策は 40%の郡と 20%のコミューンしかカバーしていなかったが、徐々にプログラムの範囲を広め 1995 年までには約 90%の郡、およびコミューンをカバーしている。また、全国を北部、中部、南部の 3 地域に分けて見てみると、南部での対策活動がやや先行し、中部ではやや遅れている（図 5-1）。

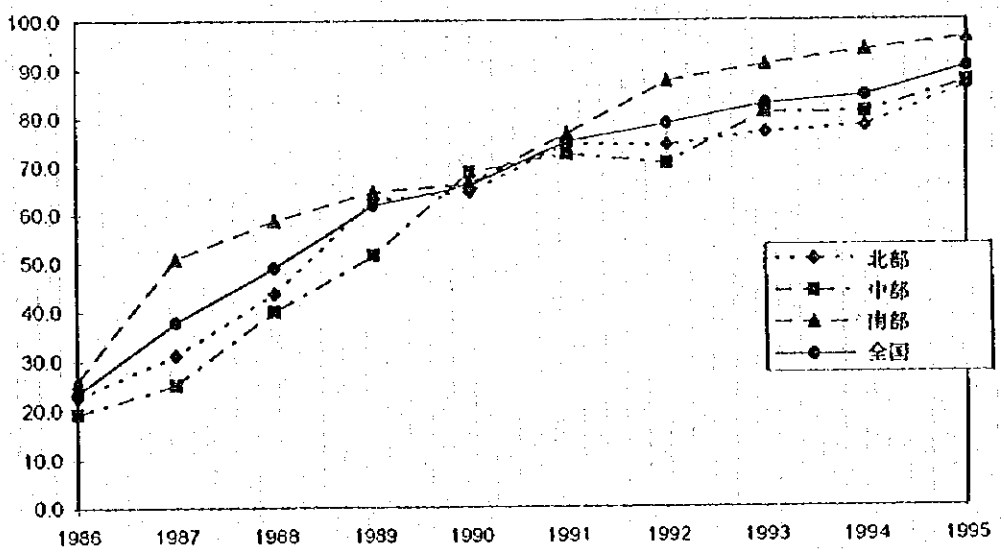


図5-1 結核対策のカバー率（1986～95 年）（%）

出所 National Institute of Tuberculosis and Respiratory Diseases 1996

(2) 主な対策活動

1) 症例の発見

郡保健局が結核対策の中心的役割を担っている。郡で行われる喀痰検査が症例発見の主な手法であるが、一般に教育水準の低い山岳部や辺境地には郡の結核部局や省の結核センターが移動対策チームを作り、辺境の村まで出向いて結核の疑いのある人を探し出す活動を行っている。その際、保健員は地域住民に対し、結核に関する正しい知識を普及したり、結核の害となるような古い習慣を改めるような保健教育を行っている。

2) 診療・治療

1988 年後半から、3～4種の薬を用いる複合医薬療法が取り入れられている。この短期化学療法によれば治療期間を8～9カ月に短縮することが可能である。1995 年、この方法を採用している省は 92%、郡は 48%、コミューンは 45%で、全患者の 56%をカバーしている。治療法も合わせると約 90%の結核患者が治療を受けている。

郡の結核部局で喀痰検査を行うが、複雑な症例や重症の場合は郡の総合病院へ移送され、最初の2カ月間は病院で化学療法を受ける。省は郡に対して助言を与える役割を持っており、省の結核病棟は郡から移送された複雑な症例の診療を行う。

(3) 問題点・課題

- 結核対策は全体的には拡充しているが、いまだに結核対策を開始していない郡がいくつか存在している。これは、いくつかの郡では保健ネットワークを形成するのが難しい地形であること、結核対策を郡レベルの問題としてとらえていない郡保健局があることに起因している。そのため、これらの地域を管轄する省保健局では、結核は地域の問題であり結核対策の運営に責任を持つように、郡保健局の理解を得ることが任務となっている。
- 平野部では保健員の配置は安定しているが、山岳部では常に保健員が不足しておりその移動も頻繁である。そのため、保健員の確保が結核対策の遂行には必須となっている。
- 山岳部では保健スタッフはいるが保健ポストがないコミューンが多いため、コミューンの人民委員会と活動場所を共有している。そのため人民委員会の委員の移動とともに、結核対策の関係者も移動しなければならず、このことが対策遂行上の足枷となっている。
- 10 万人口当たりの結核対策保健要員は全国平均では 6.6 人、北部、中部では9人であるのに対し、南部では2人であり、南部での結核対策活動が困難になっている。

5.10.2 ハンセン病対策

(1) 現状と目標

目標：2000 年までにハンセン病の有病率を1万人口当たり 1.0 人にする。

ヴィエトナムにおけるハンセン病対策は 1982 年に開始され、WHO やオランダ、ベルギーの NGO の協力の下、国立皮膚・性病研究所が中心となって対策を行っている。1995 年から優先すべき国家保健対策の一つとして認識されている。省レベルには、皮膚科診療所が置かれ、郡レベルには皮膚科のユニット、コミューンレベルではコミューンヘルスセンターがハンセン病対策の窓口となっている。

(2) 主な対策活動

ハンセン病対策の活動は患者の発見に力点が置かれており、患者の多い中央高地の4省を中心に、優先順位の高い郡から一つずつ確実な活動を行う戦略が採られている。また、療養所での隔離政策はとらず家庭での治療が推奨されており、病院に入院するのは症状が重くリハビリテーションを必要とする場合に限られている。

① IEC 活動

ラジオ、ポスター、講演などを通じてすべての住民に向けてハンセン病の予防・治療に関する情報を発信している。

② 保健員に対する訓練

③ 対象地域における全住民のチェック

患者の家族、村の住民による報告、工場や学校におけるグループ・サーベイ、保健員による発見など、あらゆる方法を用いて、漏れのないような患者の発見に努める。

④ 省レベルの医療施設における皮膚科医による特定

⑤ 複合医薬療法による治療

表5-14に、複合医薬療法により治癒した患者の累計を示す。現在はすべてのハンセン病患者に複合医薬療法が適用されており、疾患のところで紹介したとおり、1995年の有病率はWHOの推奨する2000年までの目標値、10万人口当たり1.0人に近い1.14を記録している。

表5-13 複合医薬療法により治癒した患者の累計

期間	らい腫型・境界群	類結核型・未定群	合計
1983-89	3,412	11,751	15,163
	22.5%	77.5%	100%
1990-95	14,966	6,905	21,871
	68.4%	31.6%	100%
1983-95	18,378	18,656	37,034
	49.6%	50.4%	100%

出所 National Institute of Dermato-Venereology 1996

表5-14 複合医薬療法のカバー率

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
登録患者総数	11,355	13,586	8,416	7,130	7,418	8,574
複合医薬療法を用いた症例	6,995	8,778	7,437	6,771	7,118	8,458
複合医薬療法カバー率（%）	61	65	88	95	96	98.6

出所 National Institute of Dermato-Venereology 1996

「5　保健対策活動」 参考資料

1. F. Favereau & Associes Health Care Handbook Vol. 6.1 Vietnam 1995-96 F. Favereau & Associes
2. Institute of Malariology Parasitology & Entomology National Malaria Control Programme in Vietnam Institute of Malariology 1996 Parasitology & Entomology
3. Ministry of Health, Health Statistics Yearbook 1995 1996 Ministry of Health
4. Ministry of Planning and Investment 提供資料
5. National AIDS Committee of Vietnam Work of Prevention and Control of HIV/AIDS Period 1990-95 and Plan for Period 1996-2000 1996 National AIDS Committee of Vietnam
6. National Committee of for Population and Family Planning (NCPFP) Population and Family Planning Programme in Vietnam 1996 NCPFP
7. National Committee of for Population and Family Planning (NCPFP) 提供資料
8. National Control Programme of Iodine Deficiency Disorder MOH における聞き取り調査
9. National Institute of Tuberculosis and Respiratory Diseases Review of the Tuberculosis of the Period 1991-1995 and Plans for the Period of 1996-2000 1996 National Institute of Tuberculosis and Respiratory Diseases
10. National Institute of Dermato-Venereology 提供資料
11. National Institute of Hygiene and Epidemiology における聞き取り調査
12. National Institute of Mental Health 提供資料、および聞き取り調査
13. National Institute of Nutrition, National Plan of Action for Nutrition 1995-2000 1995 National Institute of Nutrition
14. Rehabilitation Department, Bach Mai University Hospital における聞き取り調査
15. UNICEF A Situation Analysis of Children and Women 1994 UNICEF
16. Vietnam Investment Review からの関連記事