

No. 632

国別医療協力ファイル

ミャンマー連邦

平成10年3月

国際協力事業団

医療協力部

JICA LIBRARY



J 1141767(2)

医 計
J R
98-04

国別医療協力ファイル

ミャンマー連邦

平成十年

三月

国

計

04

07

KA

LIBRARY



1141767 (2)

国別医療協力ファイル

ミャンマー連邦

平成10年3月

国際協力事業団

医療協力部

1	国の概要	1
1.1	一般概況	1
1.1.1	国土の概要	2
1.1.2	気候	2
1.1.3	略史	4
1.1.4	民族・言語・宗教及び文化	5
1.1.5	社会	5
1.2	一般行政	10
1.2.1	中央行政	10
1.2.2	地方行政	11
1.3	国家開発計画の概要	11
2	衛生行政機構	14
2.1	中央衛生行政と保健医療計画	14
2.1.1	中央衛生行政機構	14
2.1.2	中央保健医療計画	17
2.1.3	中央保健医療セクターの財政	19
2.2	地方衛生行政と保健医療計画	20
2.2.1	地方衛生行政機構と地域保健医療計画	20
2.2.2	地方保健医療計画・予算	21
3	人口構造	23
3.1	総論	23
3.2	出生・死亡	24
3.3	地域別人口分布・人口移動	24
3.4	人口データベース	26
3.4.1	人口センサス	26
3.4.2	その他の調査	26
4	疾病構造	29
4.1	総論	29

4.2	性・年齢別疾病構造	30
4.2.1	乳幼児・子供の主な疾病	30
4.2.2	女性の疾病	31
4.2.3	成人・高齢者の疾患	32
4.3	疾患別疾病構造	32
4.3.1	感染症	32
4.3.2	非感染症	38
4.3.3	傷害・事故	41
4.4	疫学データベース	42
5	保健医療プログラム	44
5.1	総論	44
5.2	プライマリ・ヘルス・ケア	44
5.3	予防接種対策	45
5.3.1	INID(全国一斉ポリオワクチン投与デー)	45
5.4	栄養問題対策	46
5.5	母子保健対策	47
5.6	家族計画	47
5.7	マラリア対策	48
5.8	エイズ対策	49
5.9	ARI 対策	49
5.10	下痢症対策	49
5.11	その他の感染症対策	50
5.11.1	結核対策プログラム	50
5.11.2	肝炎対策プログラム	51
5.11.3	ハンセン病対策プログラム	51
5.12	その他の対策	52
5.12.1	麻薬対策	52
5.12.2	学校保健対策	52
5.12.3	蛇毒対策	52
6	保健医療サービス供給システム	55

6.1	保健医療施設	55
6.1.1	公共医療部門	55
6.1.2	民間医療部門及びミッション系・NGO 関連医療部門	57
6.1.3	主な医療施設	57
6.2	医薬品・医療器具・衛生材料	59
6.2.1	公共部門における医薬品供給と課題	59
6.2.2	民間部門における医薬品供給と課題	60
6.2.3	病院内の薬局	60
6.3	保健医療サービスの利用	61
6.3.1	住民側からみた利用の状況	61
6.3.2	伝統医療	62
6.4	医療保険制度	62
6.5	救急医療システム	63
6.5.1	病院の救急体制	63
6.5.2	ミャンマー赤十字社の活動	63
6.6	試験研究機関	64
6.6.1	製薬研究開発センター	64
7	保健医療人材	66
7.1	各種保健医療従事者の分布	66
7.2	保健医療従事者養成制度と養成機関	67
7.2.1	養成制度	67
8	環境衛生・労働衛生	70
8.1	環境衛生	70
8.1.1	飲料水	70
8.1.2	衛生施設(トイレ)	71
8.1.3	住宅環境	71
8.1.4	公害	71
8.2	労働衛生	71
9	保健医療分野の国際協力	74
9.1	協力要請の仕組み	74

9.2 国際機関、我が国を除く諸外国、NGO の協力動向.....	74
9.2.1 国際機関.....	76
9.2.2 我が国を除く二国間援助.....	79
9.2.3 NGO.....	79
9.3 我が国の協力状況.....	81
9.3.1 有償資金協力.....	81
9.3.2 無償資金協力.....	82
9.3.3 技術協力.....	83
9.3.4 その他の協力.....	83

添付資料.....85

1 Essential Drugs and Vaccines (必須医薬品リスト)

図目次

図 1-1	ヤンゴンにおける平均気温(℃)、降水量 (mm)、平均湿度(%).....	3
図 1-2	マンダレーにおける平均気温(℃)、降水量 (mm)、平均湿度(%).....	3
図 1-3	国家行政組織図.....	10
図 2-1	保健省組織図.....	14
図 2-2	保健省保健局組織図.....	15
図 2-3	保健省保健局公衆衛生課が管轄する地域保健医療機関.....	16
図 2-4	リファラルの流れ.....	16
図 2-5	国家保健計画推進機構.....	20
図 3-1	人口ピラミッド.....	23
図 4-1	コレラ発生件数の推移 (1984～1996)	34
図 9-1	援助要請のための国内手続き.....	74

表目次

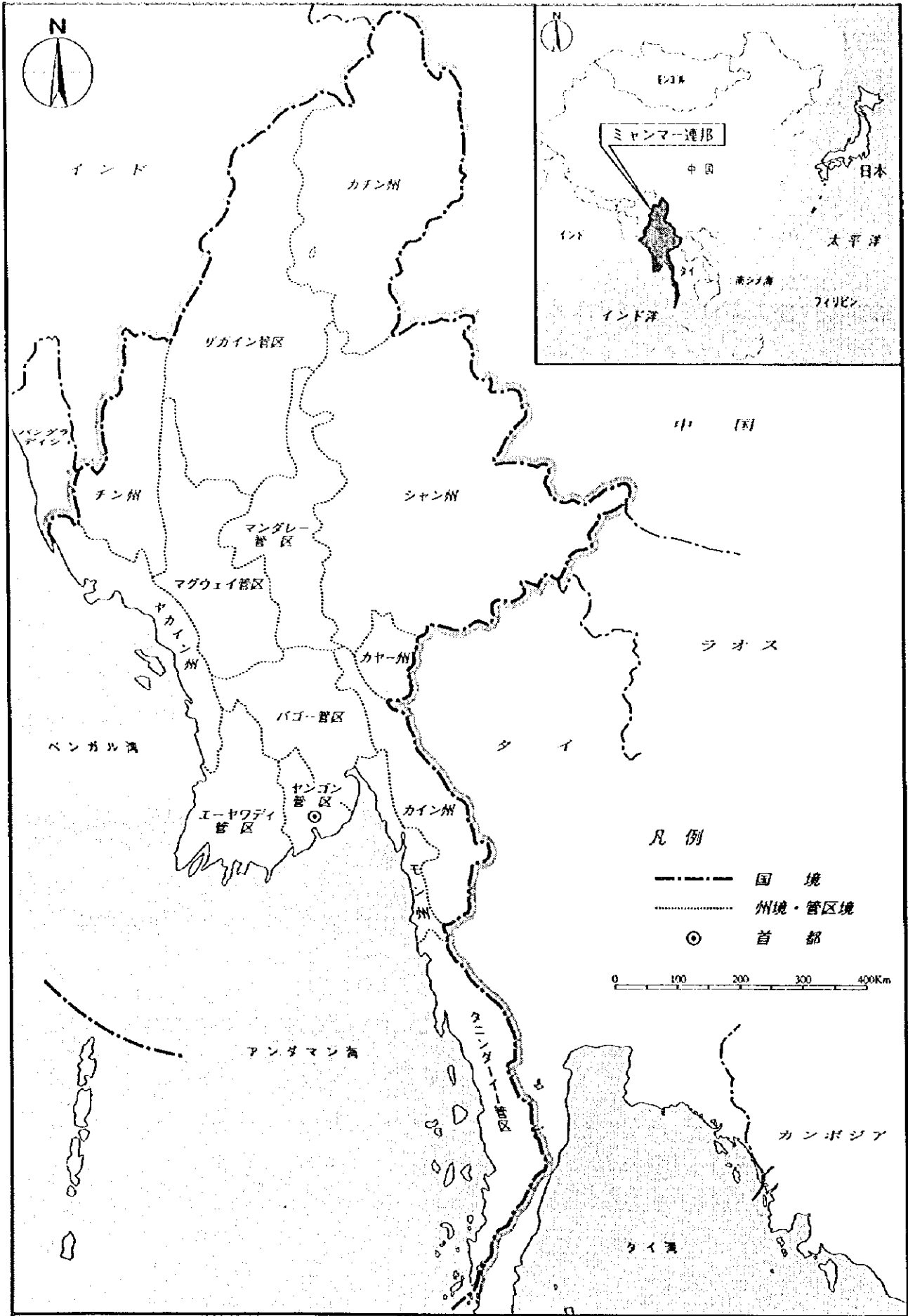
表 1-1	ミャンマー概況.....	1
表 1-2	主要経済指標の推移.....	2
表 1-3	略年表.....	4
表 1-4	女性指標（対男性比率、%）.....	6
表 1-5	行政単位.....	11
表 1-6	地方行政区分.....	11
表 2-1	第1次～第3次人民保健計画の概要.....	17
表 2-2	国家保健プログラム予算（百万チャット）.....	18
表 2-3	保健省予算の推移（百万チャット）.....	19
表 2-4	保健省経常支出の推移とその内訳.....	19
表 3-1	ミャンマーの主な人口関連指標.....	24
表 3-2	平均寿命の推移.....	24
表 3-3	州・管区別人口.....	25
表 4-1	病院統計による15大死因(1982年および1994年).....	29
表 4-2	重大疾患（上位15位）.....	30
表 4-3	乳幼児および5歳未満児の主な死因(1995年).....	31
表 4-4	EPI接種率（%）.....	32
表 4-5	予防接種で予防可能な感染症による患者数.....	33
表 4-6	州・管区別10万人あたりの麻疹発生率（1990年、1996年）.....	33
表 4-7	結核患者数の推移.....	34
表 4-8	HIV感染の疑いのある結核患者の陽性率（%）.....	35
表 4-9	世界のハンセン病患者数（1997）.....	35
表 4-10	マラリア患者数および死亡者数の推移(1990～1994).....	36
表 4-11	HIV感染者数.....	37
表 4-12	HIV陽性患者経路.....	37
表 4-13	性病患者数および人口10万人あたりの発生率.....	37
表 4-14	人口10万人あたりの肝炎罹患率.....	38
表 4-15	悪性新生物による患者数および死亡者数の推移.....	39
表 4-16	心臓疾患および脳血管疾患による死亡者数の推移.....	39
表 4-17	精神障害による患者数および死亡者数の推移.....	39
表 4-18	薬物の種類別にみた薬物依存による入院患者の内訳.....	40

表 4-19	ヤンゴン総合病院における蛇毒患者および死亡者数 (1988~1994)	41
表 4-20	ヤンゴン市における交通事故件数および負傷者数、死亡者数の推移	41
表 4-21	国営工場および民営工場(社会保険加入工場のみ)における事故報告件数	42
表 5-1	予防接種の阻害要因	45
表 5-2	プロジェクトサイトにおける避妊方法の内訳	48
表 6-1	政府系病院数および病床数の推移	55
表 6-2	保健省所有の地方別・タイプ別病院数の推移	56
表 6-3	保健センター数の推移	56
表 6-4	ミャンマー製薬公社の製造および収支状況の推移(百万チャット)	59
表 6-5	ミャンマー製薬公社の医薬品製造状況(1996年、百万チャット)	59
表 6-6	5歳未満児の死亡事例における治療サービス供給者(1996年)	61
表 6-7	社会保障制度の進展状況	63
表 7-1	医療従事者数の推移	66
表 7-2	人口10万人あたりの医師および看護婦の数	66
表 7-3	政府系医療従事者の構成比の推移	67
表 8-1	農村部、農村部別にみた安全な飲料水の普及率(%)	70
表 8-2	農村部における水の供給源(1994年)	70
表 8-3	農村部、農村部別にみた衛生施設トイレの普及率(%)	71
表 9-1	援助主体別ODA実績の推移(百万USドル)	75
表 9-2	援助形態別ODA実績(百万USドル)	75
表 9-3	保健省に対する援助額(千USドル、1992-1996)	76
表 9-4	我が国のODA実績	81
表 9-5	保健医療関連分野における無償資金協力	82
表 9-6	保健医療関連分野におけるプロジェクト方式技術協力	83
表 9-7	保健医療関連分野における草の根無償協力(1996年度)	83

略語集

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
BCG	結核予防ワクチン Bacille de Calmette-Guerin
DAC	カナダ国際開発庁 Canadian International Development Agency
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
GTZ	ドイツ技術協力庁 German Agency for Technical Cooperation
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
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
IMR	乳幼児死亡率 Infant Mortality Rate
IUD	子宮内避妊具 Intrauterine Device
MCDC	マンダレー市開発委員会 Mandalay City Development Committee
MMCWA	ミャンマー母子福祉協会 Myanmar Mother and Children Welfare Assosiation
MMR	妊産婦死亡率 Maternal Mortality Rate
MRC	ミャンマー赤十字社 Myanmar Red Cross
NGO	非政府組織 Non-Government Organization
NHC	国家保健委員会 National Health Committee
NID	全国一斉ワクチン投与デー National Immunization Day
NLD	国民民主連盟 National League for Democracy
OECD	経済協力開発機構 Organization for Economic Cooperation and Development
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
PEM	Protein Energy Malnutrition 蛋白質欠乏症

PHC	プライマリ・ヘルス・ケア Primary Health Care
SLORC	国家法秩序回復評議会 State Law and Order Restoration Council
TBA	伝統的産婆 Traditional Birth Attendant
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Plan
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund
UNICEF	国連児童基金 United Nations Children's Fund
WFP	世界食糧計画 World Food Program
WHO	世界保健機構 World Health Organization
YCDC	ヤンゴン市開発委員会 Yangon City Development Committee



平成9年度医療協力ファイル ミャンマー連邦行政区分図

1 国の概要

1.1 一般概況

表 1-1 ミャンマー概況

正式国名	(和文) ミャンマー連邦	
独立年月日	1948年1月4日	
旧宗主国	英国	
政体	軍制 (新政府が樹立され政権が委譲されるまでの暫定政権)	
元首の名称	タン・シュエ国家法秩序回復評議会 (SLORC) 議長 (1992年4月就任)	
位置・面積	北緯 10度～28度 東経 92度～101度 677千平方キロメートル ¹⁾	
首都	ヤンゴン (Yangon)	
総人口	45.6百万人 (1994年) ¹⁾	
民族等	ビルマ族、シャン族、カレン (カイン) 族、 ヤカイン (ラカン) 族、モン族、チン族、カチン族等	
公用語	ビルマ語 (ただし必要な場合は当該各民族の言語使用も可)	
宗教	仏教、キリスト教、イスラム教、ヒンズー教	
暦	<日本との時差> 2時間 30分	
	<祝祭日> (1997年) ²⁾	
	1月 4日	独立記念日
	2月 12日	連邦記念日
	3月 2日	農民の日
	3月 10日	乾期祭 (Dry Season Festival)
	* 3月 (満月)	タバン祭日 (仏教行事)
	* 3月 27日	抗戦記念日
	* 4月	水祭り
	† 4月 17日	新年
	† 4月 18日	Feast of the Sacrifice
	* 5月 1日 (満月)	メーデー
	* 5月	カソン祭日 (仏教行事)
	* 7月 19日 (満月)	殉教者記念日
	* 7月 / 8月 (満月)	仏教徒持戒開始日
	* 10月	仏教徒持戒終了日
	* 10月	Devali
	* 11月	タザウンダイン灯祭り
	* 11月 11日	国民の日
	12月 25日	クリスマス
	* : 陰暦による。	
	† : イスラム暦によるため年によって日が異なる。	

出所: ¹⁾World Development Report 1996 The World Bank

²⁾The Europa World Yearbook 1996 Europa Publications

(「国別協力情報ファイル ミャンマー」 1997 国際協力事業団より引用)

表 1-2 主要経済指標の推移

	1992	1993	1994
GDP(百万チャット) ¹⁾	247,917	339,084	N.A.
一人当たり GNP(ドル) ²⁾	220	220	220
実質 GDP 成長率(%) ¹⁾	11.3	6.0	N.A.
消費者物価上昇率(%) ¹⁾	21.9	31.8	24.1
失業率(%) ³⁾		記載なし	
貿易収支(百万ドル) ¹⁾	-288	-605	-668
輸出額(fob)	591	692	879
輸入額(fob) ⁴⁾	879	1,297	1,547
経常収支(百万ドル) ¹⁾	N.A.	N.A.	N.A.
対外債務残高(百万ドル) ⁵⁾	5,327	5,730	6,502
債務返済比率(%) ⁵⁾	6.2	11.1	15.4
外貨準備高(百万ドル) ²⁾	364	401	518

会計年度	通貨(1996年9月末) ⁶⁾	主要輸出入相手国 ⁴⁾
4月1日～3月31日	通貨単位：チャット (K) 1ドル=5.9578チャット	輸出 (1993年) シンガポール (19.4%) 輸入 (1992年) 日本 (25.5%)

注1：会計年度は4月1日開始。

注2：E I U/公式推定値。

出所 ¹⁾ International Financial Statistics Yearbook 1995 IMF

²⁾ 『子供白書』 1994-1996 ユニセフ

³⁾ Year Book of Labour Statistics 1995 1995 ILO

⁴⁾ Country Report: Myanmar 3rd quarter 1996 EIU

⁵⁾ World Debt Tables 1996 1996 The World Bank

⁶⁾ 『各通貨の為替相場一覽表』 1996 東京三菱銀行

(「国別協力情報ファイル ミャンマー」1997 国際協力事業団より作成)

1.1.1 国土の概要

ミャンマーは、インドシナ半島の西端に位置しており、北緯10度から28度にわたって約676,000平方キロメートル(日本のおよそ1.8倍に相当)の国土面積を有する。国土の南側はベンガル湾とアンダマン海に面しており、北はインドと中国、西はバングラデシュ、東側はラオス及びタイの計5カ国と国境を接している。国土のほぼ中央部には中央平原が広がり、また国土を北から南に縦貫するエーヤワディ(イラワジ)川下流域には、広大な沖積平野(イラワジデルタ)が広がっており、人口のほとんどはこの地域に集中している。一方、北部地域には2,000～3,000メートル級の山地が連なり、人口密度も非常に低い。

1.1.2 気候

ミャンマーは、ほぼ全土が熱帯モンスーン気候に属し、気候は雨季(2月下旬～5月中旬)、雨季(5月下旬～10月中旬)、及び乾季(10月下旬～2月中旬)の3季に分けられる。国土は、行政的・地理的特性から、エーヤワディ川上流地域と下流地域の2つに区別されることが多く、上流地域は上ビルマ¹⁾、下流地域は下ビルマと称される。上ビルマはミャンマー第2の都市マンダレーを中心とする北部地域、下ビルマは首都ヤンゴンを中心とする南部地域であり、一般に上ビルマは下ビルマと比較して雨季の降水量が少なく、夏季にはより暑く、冬季にはより寒いなど

¹⁾ 地域名については、国名の正式呼称である「ミャンマー」ではなく、「ビルマ」を用いることが一般的である。

の気候上の差異がある。とりわけ降水量については、上ビルマのマンダレーが年間800ミリ前後であるのに対して、下ビルマのヤンゴンにおいては2,500ミリ以上であり、3倍近くの開きがある。このように、雨量の多い下ビルマにおいては、雨季に入ると気温の変化等で呼吸器系の疾患が増えるほか、湿度が80%を上回るほど高くなるため、食中毒も頻発するなど、各種の保健問題が生じるリスクが高まる。

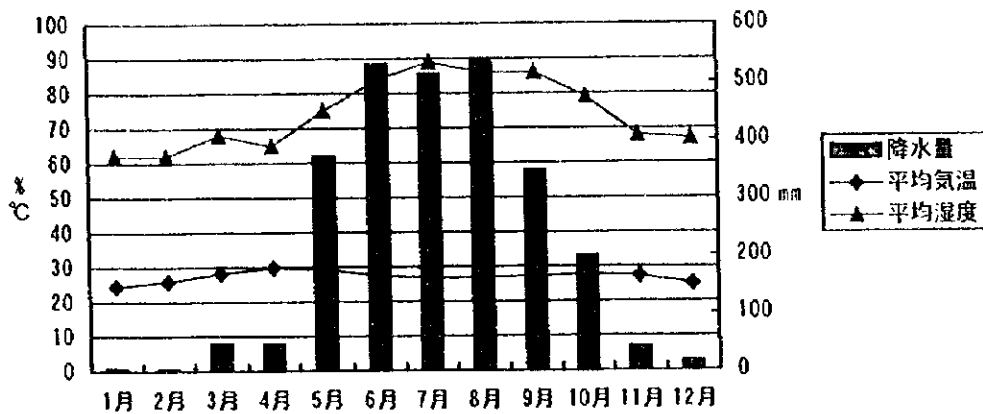


図 1-1：ヤンゴンにおける平均気温(°C)、降水量 (mm)、平均湿度(%)

出所 『理科年表平成5年(机上版)』 1992 丸善

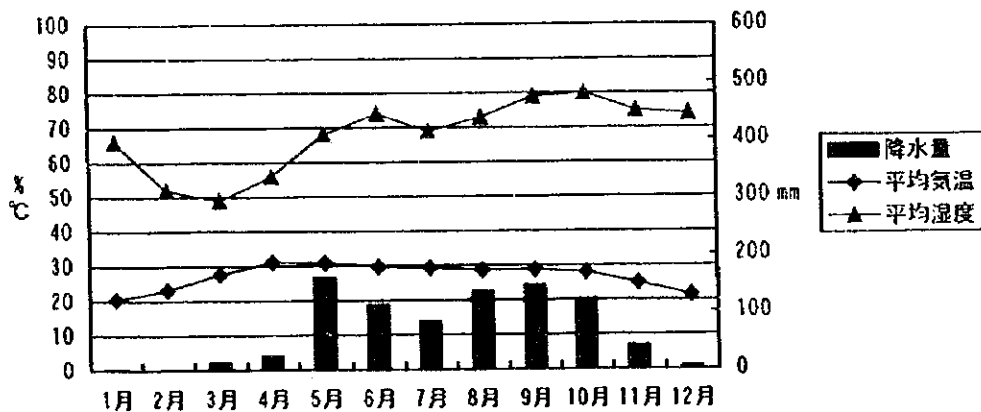


図 1-2：マンダレーにおける平均気温(°C)、降水量 (mm)、平均湿度(%)、

出所 『理科年表平成5年(机上版)』 1992 丸善

1.1.3 略史

表 1-3 略年表

年	月	出来事
9-10世紀		ビルマ族、チベット方面より南下、定住。
1044年		パガン王朝による国内統一。
1287年		フビライ汗、パガン王朝を滅ぼす。以後数々の王国が興亡。
1886年		3度にわたる英国との戦争の結果、英領インドに編入される。
1937年		英国直轄領となる。
1941年		日本の占領下に入る。
1948年	1月	英国よりビルマ連邦社会主義共和国として独立。
1962年		ネ・ウイン、クーデターにより政権樹立。
1974年		ビルマ連邦社会主義共和国の誕生 (Socialist Republic of the Union of Burma)。ネ・ウイン大統領兼国家評議会議長に就任。
1987年		反政府運動活発化。
1988年		国軍が武力で全件を掌握し、ソーマウン大将を議長とする国家秩序回復評議会(SLORC)を設置。
1989年		日本、ビルマのSLORC政権を承認。SLORCによる社会主義経済政策の放棄、国名変更(ビルマからミャンマー連邦へ)、アウン・サン・スー・チー女史の自宅軟禁
1990年		総選挙により、国民民主連盟(NLD)が圧勝するが、SLORCはNLDへの政権委譲を拒否。
1991年		アウン・サン・スー・チー、ノーベル平和賞受賞
1992年		SLORC議長、ソーマウンからタンシュエに交代。政治犯の釈放、大学再開、夜間外出禁止令の解除など政策緩和。
1993年		新憲法制定のため国民会議召集。
1994年		中国李鵬首相、ミャンマーを公式訪問。ASEAN拡大外相会議に議長国タイの招待で参加。
1995年	7月	アウン・サン・スー・チー、自宅軟禁から開放される。
1996年	1月	麻薬王クンサー、SLORCに投降。
	11月	ミャンマー観光年スタート。
1997年	5月	ASEAN正式加盟。 アジア通貨危機。通貨チャットの暴落。

出所：『在国情報：ミャンマー』 1992 国際協力事業団
『東南アジア月報』2、5月号 1993 東南アジア調査会
「最近のミャンマー情勢」 1993 外務省資料
『世界年鑑』 1993 共同通信社
「産経新聞」 7月11日 1995 産経新聞社

1.1.4 民族・言語・宗教及び文化

(1) 民族

ミャンマーは、東南アジアのなかでもとりわけ民族構成の多様な地域として知られている。国内の民族数は、細かく分けると 135²にも上るとされるが、大別すると、人口の大多数を占めるビルマ族 (69.0%) で、次いでシャン族 (8.3%)、カレン族 (6.2%)、ヤカイン族 (4.5%)、モン族 (2.4%)、チン族 (2.2%)、カチン族 (1.4%) といった構成となる。民族の分布は、主にビルマ族がエーヤワディ川流域の平野部および下流のデルタ地帯を中心に居住し、少数民族が周辺地域に居住するというようにおおまかに分けられる。

(2) 言語

公用語は国民の約 7 割が話すビルマ語である。英語を解する者も多い。この他にはカイン語など各部族語が話されている (数値は JICA 資料、1995)。言語的には百数十の民族が居住しているが、そのうち 69% がチベット・ビルマ語族に属するビルマ族である。その他、カレン (カイン) 族人口の約 6.2% を占め、南シャン州などに住む)、カチン族 (同 1.4%、カチン州、シャン州に住む)、シャン族 (同 8.5%、シャン州)、チン族 (アラカン山脈、チン丘陵などで、人口比 2.2%)、モン族 (同 2.4%、モン州) などの民族があり、独立や自治権の拡大を目指して闘争を展開している。また、インド人、中国人などが貿易・流通などの経済面で影響力を持っており、外国人の総数は 1981 年で 72 万人との資料がある (数値は東南アジア調査会資料、1992)。

(3) 宗教

古来、インド文化の影響を強く受けてきたミャンマーは、国民の大多数 (87.2%、1992 年) が敬虔な仏教徒 (南方上座部仏教) で、仏教は国民生活のあらゆる面に浸透しており、文学・工芸・演劇など広範囲にその影響は見られる。ただし、信仰の自由は認められており、キリスト教 (5.6%)、イスラム教 (3.6%)、ヒンズー教 (1.0%) なども信仰されている。ヤンゴン、マンダレーなどの大都市においては、仏塔が至るところに建てられているほか、カソリックおよびプロテスタント教会、モスク、ヒンズー寺院などを各所で目にする事ができる。

1.1.5 社会

(1) 教育

ミャンマーでは初等教育 (5~10 歳) の 5 年間で義務教育で、無償となっている。中等教育は 10 歳からの 6 年間で、前期 4 年間で後期 2 年間に分かれている (Europa Publications 資料、1996)。就学率は初等教育では高くなっているが、中等教育では

² 1983 年人口センサスによる。同センサスは、1993 年センサスの実施が延期された (1997 年現在、未だ実施されていない) ため、最新の国勢調査結果として用いられる

かなり低くなっている。また中等以上の就学者のほとんどは都市住民であり、農村の就学機会は極めて少ない。

初等教育における1990年の学校数は33,305校で、教員数は147,578人（うち女性は95,214人）である（数値はUNESCO資料、1995）。

政府は特に職業訓練に力を入れているが、近年は政府の財政逼迫などから教育事情の悪化が懸念されている。1993年の教育予算は政府歳出の21.2%である（IMF資料、1995）。

(2) 開発と女性

ミャンマーの女性は、社会のさまざまな面において、男性と対等な立場で活動を行っており、周辺諸国との比較の上でも、女性の社会参画は非常に進んでいると言われている。男女の対等な関係は、家庭内においてもまた同様である。結婚・離婚は、基本的に双方の同意に基づいて行われるが、ミャンマー人は名字を持たないため、女性が婚姻によって姓を変えることはない。婚姻が成立した後も、夫婦にとって妻の実家と夫の実家は対等な存在であり、どちらか一方との関係が重視されるということもない。財産相続に関しても、慣習法では、男女の別に関わりなく、第1子に優先順位が与えられており、女性の権利を制限するような社会的要因はほとんど存在しない。ただし、ミャンマー社会に浸透している南方上座部仏教では、男性のみが最終解脱に到達できると考えられており、宗教的な面では男性は女性よりも優位な立場にある。

女性に関する指標を東アジア・太平洋地域、およびASEAN諸国と比較したのを見ると、平均余命、識字率、及び就学率のすべての項目において、東南アジア及び太平洋諸国の地域平均と同等もしくはそれ以上の数値となっている。ASEAN諸国の平均と比較すると、平均余命、就学率では遜色は見られないものの、成人識字率ではミャンマーが5ポイント下回っている。

表 1-4 女性指標（対男性比率、%）

	ミャンマー	東アジア と太平洋 地域平均	ASEAN 平均
出生時平均余命/1995	106	106	107
成人識字率/1995	88	84	92
就学率1990-94(小学校)	97	97	98
(中学校)	100	87	98

出所：『世界子供白書1997』 1996 UNICEF

(3) 貧困

「ビルマ式社会主義」下のミャンマーは、国営経済構造の確立を最終目標として、海外からの民間投資の禁止、国営企業を保護するための民間投資の規制などの政策をとってきた。1962年から1988年にかけて26年間に及んだこうした鎖国・統制主義によって、ミャンマー経済は長期に亘って低迷した。1980年代半ばからは、主要輸出品である米の生産が停滞したことにより、ミャンマーは深刻な外貨不足に陥った。1987年、政府はこの難局を後発開発途上国の認定を受けることによって乗り切った。近年では開放経済政策により、外国投資も進んでおり、経済は成長局面に入

っているものの、人口増加率も比較的高い(約 1.9%)ため、国民一人当たりの所得は 220US ドル(1995 年)³と依然として低い水準にとどまっている。

ミャンマーにおける絶対的貧困水準以下の人口の比率は都市部・農村部ともに 40%⁴である。この数字を見る限り、都市部と農村部の経済的格差は見られない。農業を基幹産業とする⁵ミャンマーでは、人口の 74% (1996 年)⁶が農村部に居住しており、都市化があまり進んでいない。ただし、首都ヤンゴン(人口約 400 万人⁷)や第 2 の都市マンダレー(人口約 67 万人⁸)では、近年では外国投資も盛んに行なわれており、今後他地域との格差が広がっていくことが予想される。

多民族国家であるミャンマーでは、国境周辺の少数民族やバングラディシュ国境周辺に住むイスラム系住民など、一部地域の特定民族とその他の民族との経済格差が存在し、少数民族の人権問題とも関連した政治的問題となっている。SLORC 政権は、こうした民族間格差の解消を前面に打ち出し、「国境地域少数民族開発省」を設置して国境地域のインフラおよび経済開発に取り組んでいるが、それらは政治上のポーズに過ぎないという見方もあり、抜本的な対策には至っていない。

(4) 政治・経済

A) ウー・ヌ時代

1948 年、ビルマは社会主義憲法を掲げた「ビルマ連邦」として、19 世紀後半から続いたイギリスの支配から独立した。初代首相には、独立交渉においてアウン・サン将軍⁹と並んで活躍したウー・ヌが就任したが、少数民族による武力蜂起や与党内部の分裂などが続き、政治的には不安定であった。経済面でも停滞が続き、社会主義の実現を国家目標として掲げながらも、実際には経済の活性化のために外資導入が不可欠であり、混合経済体制を取らざるを得なかった。このような、ウー・ヌ政権下における国内の混迷に、国軍は不満を募らせていた。

B) ネ・ウィン時代

ネ・ウィン率いる軍部は、ウー・ヌ時代をビルマ墮落の 14 年間とみなし、1962 年 3 月、「ビルマ人によるビルマ」建設を目指して軍事クーデターを決行した。複数政党制による議会制民主主義を、ウー・ヌ時代の諸悪の根元と考えたネ・ウィンは、7 月にはみずから「ビルマ社会主義計画党 (BSPP)」を組織し、1964 年には残りの全政党を解散させ、軍と一体化した同党による一党支配を強硬に推し進めた。

ネ・ウィン時代には「ビルマ式社会主義」の確立は国是となり、産業・流通の徹底した国有化政策が図られた。「ビルマ式社会主義」における国有化施策は、マルクス主義におけるプロレタリアート独裁とは一線を画すもので、これまで外国人¹⁰に牛耳られてきたビルマ経済を、ビルマ人の元に奪い返すという趣旨のものであった。

3 『子供白書』 1998

4 『子供白書』 1997 ユニセフ (1998 年版には当該項目なし)

5 GDP に占める農業セクターの構成比は約 55%(1995 年)。“Review of the Financial, Economic and Social Conditions for 1996/97” より引用。

6 『子供白書』 1998 ユニセフ

7 住民登録をしない一時的居住者も含めると約 500 万人。“Yangon City Water Supply Development Project” より引用。

8 マンダレー市開発委員会水道・衛生局次長からの聞き取りによる。

9 「建国の父」と謳われるミャンマー最大の英雄。宗主国イギリスとの独立交渉のまとめ役として活躍するが、1948 年の独立実現の前年、政敵によって暗殺された。

10 旧宗主国のイギリス人のほか、イギリス統治時代に支配階級として送り込まれたインド人、北部から流入し、マンダレーを中心に定着している中国人などがある。

しかし、外国からの民間投資を排除するという鎖国政策に加え、国営企業を保護育成するための民間投資の統制によって、ミャンマー経済は長期に亘って停滞することになった。1980年代半ば頃からは、外貨獲得源であるコメの生産が停滞したことにより、深刻な経済危機に見舞われた。1987年には国連から後発開発途上国の認定を受けるに至り、国内では慢性的なモノ不足、失業、インフレが続き、国民の不満は爆発寸前にまで高まっていった。

C) SLORC (現政権) 時代

1988年3月から、学生を中心とした反政府運動が高まりをみせ、7月にはネ・ウィン¹¹は事態收拾のためにBSPP党議長を辞任したが、事態の改善には至らなかった。この時、母親の病氣見舞いのためにビルマに帰国していた、建国の父アウン・サン将軍の娘アウン・サン・スー・チーは、支援者たちによって、民主化運動の中心的存在として政治の表舞台に送り出された。しかし、同年9月、軍部はクーデターを執行して反政府運動を武力で鎮圧¹²し、ソー・マウンを議長とする国家法秩序回復評議会(SLORC)を結成して軍制を開始した。

SLORCは、国家の低迷を招いた「ビルマ式社会主義」の放棄を宣言し、民間貿易の自由化、外資の導入、民間投資の承認など、一連の経済開放策に着手した。また、国際社会に対しては、国名についても、英語的呼称である「ビルマ」から、「ミャンマー¹²」への変更を要請した。SLORCは、政治的には、自らの政権を複数政党制民主主義に移行するまでの暫定政権と位置付けており、制限付きではあったが政党活動を容認した。スー・チー女史は、「国民民主連盟(NLD)」の書記長として民主化運動を展開していたが、1989年、SLORCを批判し、民衆を扇動したという罪によって国家防衛法を適用され、自宅軟禁処分を受けた。その後、1990年5月に実施された総選挙においては、NLDが議席の8割以上を占めて圧勝したが、SLORCはNLDへの政権移譲を拒否し、NLD党員の多くを政治犯として逮捕し、活動を封じ込めた。SLORCの非民主的動向に対して、欧米諸国は強い反発を示し、対ビルマ¹³援助を凍結する一方で、1991年にはスー・チー女史にノーベル賞を授与するなど、民主化運動を支援する姿勢をとっている。

1992年、SLORC議長がソー・マウンからタン・シュエに交代して以来、ミャンマーは政治犯の釈放、大学の再開、夜間外出禁止令の解除など、強行路線の緩和を進めた。それまでの経済開放策も軌道に乗り始め、この年初めてGDP成長率がプラスに転じ、以降経済は順調に成長を続けてきた。

1993年にはSLORCが任命した「国民議会」による新憲法の草案が開始されたが、審議はたびたび中断され、1997年現在も憲法制定には至っていない。1995年、スー・チー女史は6年間にわたる自宅軟禁から開放されたが、その後も自宅前道路が封鎖されるなど、対外的活動を制限されており、ミャンマーの民主化の動向は不透明な状態が続いている。

1997年5月、ミャンマーのASEAN正式加盟が承認され、SLORC政権はそれまでの政治的孤立状態からの脱却を実現させた。さらに、1988年には、日本の円借款一部再開の方針も明らかとなった。ASEANおよび日本は、SLORCとの協調によるミャンマーの民主化支援という、「建設的関与」の姿勢を示しているものの、こうした

¹¹ 犠牲者の数は1,000人以上に及ぶと推定される（「もっと知りたいミャンマー」より）。

¹² それまで対外的呼称として用いられてきた「ビルマ」は、「ミャンマー」の口語的表現である「バマー」を英語的に表記したものである。英語名である「ビルマ」ではなく、国内で用いている「ミャンマー」に対外的呼称を統一することは、日本で言えば「ジャパン」から「ニッポン」へ呼称の変更を要求するようなものである。

¹³ 欧米諸国の中には、軍事政権の決定事項である「対外的呼称のミャンマーへの変更」を承認せず、継続して「ビルマ」を使用しているところが多い。

動きに対して、SLORC 政権に対する強硬路線を崩していないアメリカは、反対意見を唱えている。

1.2 一般行政

ミャンマーの国権の最高機関はSLORCである。SLORCの最高位に位置する議長は、国家元首であるとともに、首相であり、国防相をも兼務する最高権力者である。SLORCメンバーは20名前後から構成され、その大半は軍部の実力者であり、同時に内閣の要職を兼任している。中央のSLORCの下には、州・管区、市町村に至るまでその下部組織が網羅されており、国家の秩序維持の監督にあっている。1997年現在、中央行政を担う省は26であり、中でもSLORC政権発足以降に設置された「国境地域少数民族開発省（1989年設置）」、「ホテル・観光省（1992年設置）」などは、SLORCの開放政策を反映させたものとなっている。

1.2.1 中央行政



図 1-3 国家行政組織図

出所 『アジア動向年報』 1996 アジア経済研究所

1.2.2 地方行政

ミャンマーは、7つの州(State)および7つの管区(Division)から構成される連邦国家である。州とは少数民族である非ビルマ族の居住する地域を、その地方の主要民族名を冠して区分けしたもので、管区とは、主に人口の大多数を占めるビルマ族の居住する地域を、その中心となる都市名を冠して区分けしたものである。管区・州の下には、町区(Township)、さらにその下に村落区(Village tract)がある。1991年、3～5の町区を管轄する行政単位として、新しく「郡(District)」が設置された。

管区および州は、ミャンマー文字のアルファベット順(表1-6参照)に配列することが一般的である。

表 1-5 行政単位

行政単位 (英語)	(日本語)	数
State/Division	州・管区	14 (7管区、7州)
District	郡	62
City	市	2 (ヤンゴン、マンダレーのみ)
Township	町区	324
Town	町	302
Village Tract	村区	2,436
Village	村	13,750

出所: Statistical Abstract 1996 1996 Central Statistical Organization

表 1-6 地方行政区分

	英語表記	日本語表記
1	Kachin State	カチン州
2	Kayah State	カヤー州
3	Kayin State	カイン州
4	Chin State	チン州
5	Sagaing Division	ザガイン管区
6	Tanintharyi Division	タニンダーイー管区
7	Bago Division	バゴ管区
8	Magway Division	マグウェイ管区
9	Mandalay Division	マンダレー管区
10	Mon state	モン州
11	Rakhine State	ヤカイン州
12	Yangon Division	ヤンゴン管区
13	Shan State	シャン州
14	Ayeyarwady Division	エーヤワディ管区

出所: Statistical Abstract 1996 1996 Central Statistical Organization

日本語表記については『もっと知りたいミャンマー 第2版』 1994 弘文社

1.3 国家開発計画の概要

現政権は複数政党制民主主義政権に移行するまでの暫定政権としてみずからを位置づけているため、中長期にわたる開発計画は策定しない方針である。短期計画としては、1992年から1995

年を計画期間とする「4ヶ年短期計画」を実施し、この間に目標値（5.1%）を上回る年平均経済成長率(8.2%)を記録するなど一応の成功をみた。1996年から2000年を計画期間とする次期5ヶ年計画では、農業部門を最優先項目として、その他畜産、漁業、鉱業、運輸・エネルギー、加工及び製造（特に農産品）などの部門の振興を図りながら、年平均6%の経済成長率の達成を目標としている。

「1 国の概要」 参考資料

1. Statistical Abstract 1996 1996 Central Statistical Organization
2. 『もっと知りたいミャンマー』 1994 弘文堂
3. 『アジア研緊急レポート ミャンマーの新展開 開放と成長への助走』 1995 アジア経済研究所
4. 『アジア研トピックレポート ミャンマーPARTII 文民体制へのソフトランディング?』 1995 アジア経済研究所
5. 『国別協力ファイル ミャンマー』 1997 国際協力事業団
6. 『アジア読本 ビルマ』 1997 河出書房新社

2 衛生行政機構

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

中央保健機構の最上位に位置するものは、SLORC によって組織される「国家保健委員会¹⁴」である。保健省は同委員会の下に置かれ、保健局、計画局、医学研究局、医科学局、伝統医学局の5局から構成される。各局の機能を図2-1に示す。

National Health Committee
国家保健委員会

Ministry of Health
保健省

Department of Health / 保健局

- ・ 保健サービスの提供

Department of Planning / 計画局

- ・ 保健計画の策定

Department of Medical Research / 医学研究局

- ・ 医療・保健分野における調査・研究

Department of Medical Science / 医科学局

- ・ 医療・保健分野の人材育成

Department of Traditional Medicine / 伝統医学局

- ・ 伝統医療の研究・振興

図 2-1 保健省組織図

出所：Health in Myanmar 1996 Ministry of Health

¹⁴ National Health Committee

各種保健サービスの提供を担う保健省保健局の組織図を図2-2に示す。保健局はラボラトリー、医療、公衆衛生、疾病管理、計画・予算・管理・訓練、食品薬品管理の6つの課から構成される。

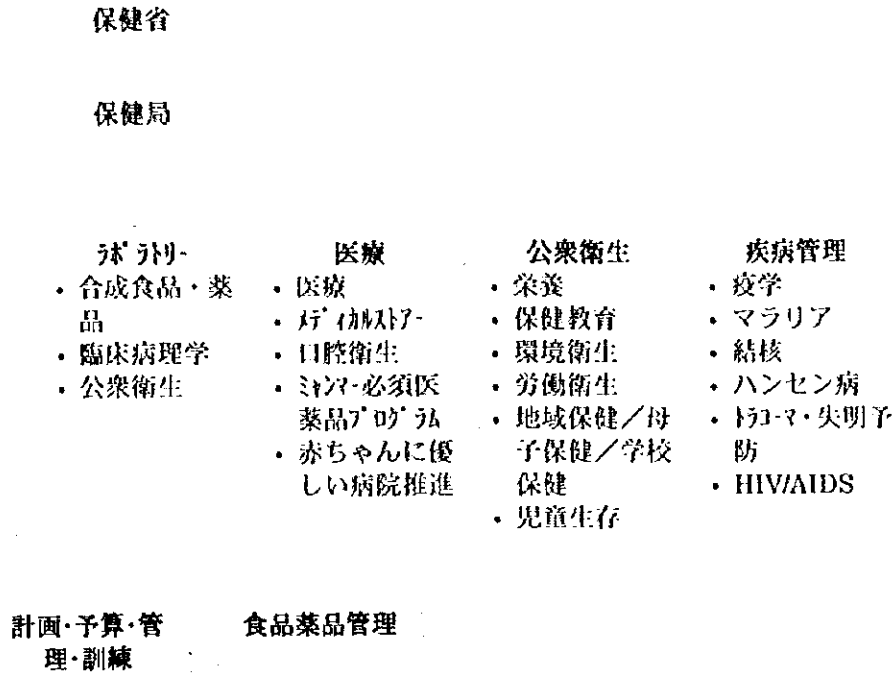


図 2-2 保健省保健局組織図

出所：保健省保健局提供資料

保健省保健局公衆衛生課が管轄する、地域保健医療サービスの組織図を図2-3に示す。同課の下に、各州・管区、郡において保健局または保健事務所が設置されており、地域における保健行政を担う。

保健局

公衆衛生課	総合・専門病院 (1,500床規模) 施設数 40
州／管区保健局	州／管区病院 (200～250床) 施設数 6
郡保健局	郡病院 (100床) 施設数 27
町区保健事務所	町区病院 (25～50床) 施設数 296
	ステーションホスピタル (16床) 施設数 380
	地域保健センター 施設数 1,445

図 2-3 保健省保健局公衆衛生課が管轄する地域保健医療機関

出所：Health in Myanmar 1996 Ministry of Health

リファラルの流れを図2-4に示す。基本的なリファラルは図中の実線部分で示されるが、患者の病状、運搬のアクセスによって、点線の流れのリファラルが行われることもある。ただし、実際にはセルフリファラルが行われることも多く、システムは十分に機能していない。

州／管区病院など

町区病院

ステーションホスピタル

地域保健センター

準地域保健センター

保健ボランティア

図 2-4 リファラルの流れ

出所：JICA 医療協力部提供資料

2.1.2 中央保健医療計画

ミャンマーにおけるこれまでの保健計画には、前政権（ビルマ社会主義計画党）において3次にわたって実施された「人民保健計画¹⁵⁾」、現政権（SLORC）によって実施され、現在第3次計画が実施されている「国家保健計画¹⁶⁾」がある。以下にその概要について述べる。

(1) 人民保健計画

ミャンマーにおける最初の保健計画は、「第3次国家4ヶ年経済計画（1978-1982）」の一画を担うものとして策定された「第1次人民保健計画（1978～1982）」である。同計画は、「2000年までにすべての人に健康を」をスローガンに掲げた1978年のアルマ・アタ宣言に基づいた内容となっており、国民全般の健康状態および都市部・農村部における保健格差の改善を主な目標とするものであった。次いで策定された「第2次人民保健計画（1982～1986）」は、第1次保健計画の実績に基づいてプログラム内容に見直しを加えられた。次いで実施された「第3次人民保健計画（1986～1989）」では、プログラムの項目は第2次計画と同様であるが、保健サービスの質の改善に力点を置いた内容となっている。各計画の概要を表2-1に示す。

表 2-1 第1次～第3次人民保健計画の概要

名称	計画内容	
第1次人民保健計画 (1978～1982)	主要プログラム	補助プログラム
	1. 地域ヘルスケア 2. 家族ヘルスケア 3. 動物媒介感染症対策 4. 予防接種 5. 環境衛生 6. 治療	1. ラボラトリーサービス 2. 物資供給 3. 人材開発 4. 保健教育 5. 保健情報サービス 6. 保健サービス研究
第2次人民保健計画 (1982～1986)	主要プログラム	補助プログラム
	1. 地域ヘルスケア 2. 疾病対策 3. 環境衛生 4. ホスピタルケア	1. ラボラトリーサービス、 食物、薬品の品質管理 2. 物資供給、維持・修復 3. 保健人材開発 4. 保健教育
第3次人民保健計画 (1986～1989)	第2次計画の継続	

出所：Primary Health Care in Myanmar

(2) 国家保健計画

1988年にSLORCによる新しい政治体制がもたらされ、1990年、国の保健政策の最高決定機関として「国家保健委員会¹⁷⁾」が組織された。その下で新たな保健計画である「第1次国家保健計画（1991-1993）」が実施されたが、同計画は暫定計画として位置づけられ、その内容は第3次人民保健計画を踏襲したものとどまった。その後、国家保健委員会は本格的な保健政策の見直しを行い、「国家保健政策¹⁸⁾」を取りまとめた。「第2次国家保健計画（1993-1996）」は、その実施計画として策定されたもので、現実的な目標値を掲げ、計画中の各プログラムの実施に際して

¹⁵⁾ People's Health Plan

¹⁶⁾ National Health Plan

¹⁷⁾ National Health Committee

¹⁸⁾ National Health Policy

も実施可能性と持続性を考慮している点などで、過去の計画と大きく異なるものとなっている。さらに、新しく加えられた視点として、資金および人的資源の効果的分配、モニタリングおよび評価のシステム、NGO や他の省との連携の重視などが挙げられる。こうした具体性のある計画策定によって、第2次保健計画は、基礎的保健サービスのカバー人口の増加、安全な水の利用可能人口の増加、疾病対策の普及、医療スタッフの増加などにおいて一定の成果を上げることに成功した。

現行計画である「第3次国家保健計画（1996-2001）」は、第2次保健計画の継続的内容となっており、全計画同様、6つの基幹プログラムから構成される。その概要は以下の通りである。

1. コミュニティ・ヘルスケアプログラム：地域レベルにおけるプライマリーヘルスケアの向上など
2. 疾病対策プログラム：感染症および非感染症の予防および治療など
3. 病院医療プログラム：医療施設の量的・質的拡充、必須医薬品の供給など
4. 環境衛生プログラム：大気・水質汚染対策、水と衛生、食品薬品管理など
5. 保健システム開発プログラム：他のプログラムの支援策として、保健分野における人的資源の拡大、調査研究、情報システムの整備など
6. 組織・運営プログラム：5.保健システム開発プログラム同様、他のプログラムの支援策として、NGO などの外部組織との連携調整、財源の開発など

なお、第2次計画では、基幹プログラムを構成するサブプロジェクトは47であったが、第3次では50に増加した。変更となったのは以下の3点である。

- 1つにまとめられていた「麻薬対策および精神衛生プロジェクト」を分割し、それぞれ独立したプロジェクトとする。
- 新規プロジェクトとして「環境衛生対策プロジェクト」を追加する。
- 同様に、「地域におけるリハビリテーションプロジェクト」を追加する。

現行計画の基幹プログラムの名称と予算を表2-2に示す。他のプログラムの支援策である保健システム開発プログラムを除き、最も多くの予算が配分されているプログラムはコミュニティヘルスケアプログラム（約1,562百万チャット）で、次いで病院医療プログラム（約704百万チャット）、疾病対策プログラム（640百万チャット）の順となっている。環境衛生プログラムに対する予算配分は約70百万チャットと全体としては小さい。プログラム予算全体の拠出の内訳は、政府82.1%、外国援助8.3%、コミュニティ9.6%となっている。

表 2-2 国家保健プログラム予算（百万チャット）

プログラム名	経常予算			設備投資			計
	政府支出	外国援助	コミュニティ	政府支出	外国援助	コミュニティ	
1 コミュニティヘルスケアプログラム	26.53	126.15	3.76	452.89	9.00	162.60	1,561.86
2 疾病対策プログラム	26.25	208.83	11.41	61.61	11.90	-	640.00
3 病院医療プログラム	3.75	80.11	569.67	12.65	38.65	-	704.83
4 環境衛生プログラム	15.49	21.90	-	31.30	1.39	-	70.08
5 保健システム開発プログラム	16.09	39.56	-	5,672.83	102.95	-	5,831.43
6 組織管理プログラム	47.90	4.00	-	10.79	-	-	62.69
計	136.01	480.55	584.84	6,242.07	163.89	162.60	7,769.96

出所：National Health Plan (1996-2001) 1996 Ministry of Health

2.1.3 中央保健医療セクターの財政

1990年から1994年までの5年間の保健省予算の推移を表2-3に示す。経常予算および設備投資をあわせた合計は、この間に約31%増加しているものの、対GDP比は年々減少し、1994年には0.47%となった。これは国際的に見てもきわめて低い水準である。国家予算に占める保健支出の割合(1994年)は4%であり、これに対して防衛費は37%と著しく高い水準にある¹⁹。

表 2-3 保健省予算の推移(百万チャット)

	経常予算	設備投資	計	対GDP 比(%)
1990	664.5	917.5	1,582.0	1.04
1991	697.5	1,188.8	1,886.3	1.01
1992	796.1	1,280.6	2,076.7	0.83
1993	948.6	872.9	1,821.5	0.52
1994	1,008.8	1,063.8	2,064.6	0.47

出所：JICA 医療協力部提供資料

保健省経常支出の推移を表2-4に示す。1990年から94年までの5年間に、支出全体に占める給与の割合は8ポイント近く低下しているが、1994年の内訳をみると、給与で約56%、物資購入で約28%、維持管理費が約9%などの順となっている。

表 2-4 保健省経常支出の推移とその内訳

	経常支出計 (百万チャット)	給与	出張手当	物資購入	維持 管理費	研修費	その他
1990	569.0	63.23%	2.93%	23.68%	9.42%	0.73%	0.02%
1991	576.4	64.75%	3.24%	24.85%	6.43%	0.70%	0.02%
1992	670.9	55.54%	2.95%	26.33%	14.99%	0.18%	0.01%
1993	774.9	61.81%	2.81%	23.94%	10.04%	1.40%	0.01%
1994	863.3	55.45%	2.72%	27.52%	9.24%	5.06%	0.01%

出所：JICA 医療協力部提供資料

¹⁹ 『子供白書』 1998 ユニセフ

2.2 地方衛生行政と保健医療計画

2.2.1 地方衛生行政機構と地域保健医療計画

国家保健計画の末端レベルまでの推進機構を図2-5に示す。各州／管区、郡、町区、村区においては、国家保健計画監督実行委員会の支部が置かれており、同支部は、それぞれのレベルにおける国家秩序回復評議会支部 (LORC) の指導の下に保健医療計画の進行状況のモニタリングおよび支援を行う。

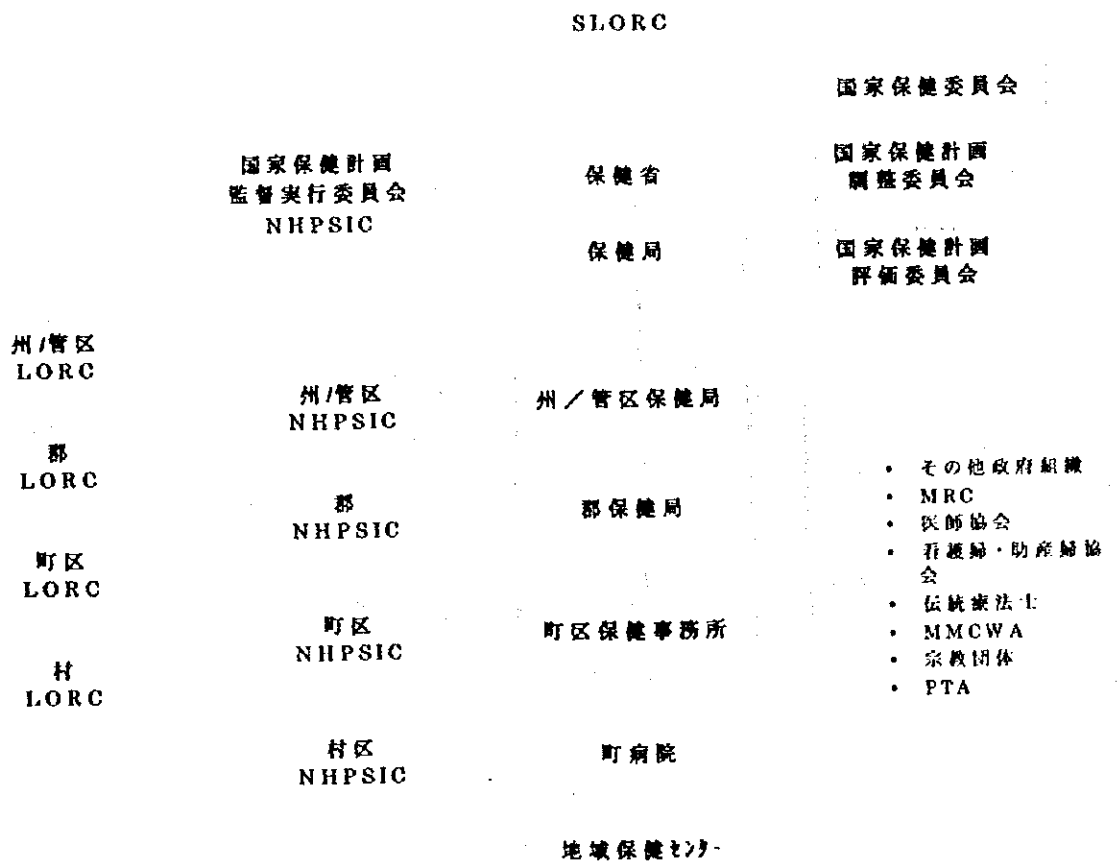


図 2-5 国家保健計画推進機構

出典：Primary Health Care in Myanmar 1997 Ministry of Health

2.2.2 地方保健医療計画・予算

各州・管区は、国家保健計画に沿って5ヶ年の州・管区保健計画の策定・実施を行っている。州・管区計画策定の際には、国家保健計画のすべてのプログラムを網羅する必要はなく、地域のニーズに応じた形で取捨選択がなされている。また、プライマリー・ヘルスケアを担う町区は、毎年それぞれのレベルでの実施計画を策定し、年度の開始にあたる4月に前年計画の評価のためのワークショップを開催し、次期計画に反映させている。

各州・管区における保健予算については、保健省計画局に照会を行なったが、データとして外部に出せる形でとりまとめを行っていないという返答であった。マンガレー管区の年間保健予算(1996年)は約5,600万チャット²⁰であるが、収入・支出とも内訳は入手不能であった。

²⁰ マングレー管区保健局長からの聞き取りによる。

「2 衛生行政機構」 参考資料

1. National Health Plan (1996-2001) Ministry of Health
2. Health In Myanmar 1996 Ministry of Health
3. Primary Health Care in Myanmar 1997 Ministry of Health
4. 「国別協力情報ファイル ミャンマー」 1997 国際協力事業団

3 人口構造

第2次大戦後、ミャンマーで実施された人口センサスは、1973、1983年の2回のみである。1973年センサス時約2,810万人であった総人口は、1983年センサス時には約3,410万人となり、1996年には約4,560万人と推計されている。年平均人口増加率は、1973年センサスから1983年センサスまでの10年間に於いて約2.1%、1983年以降は1.9%前後として算出を行なっている。

3.1 総論

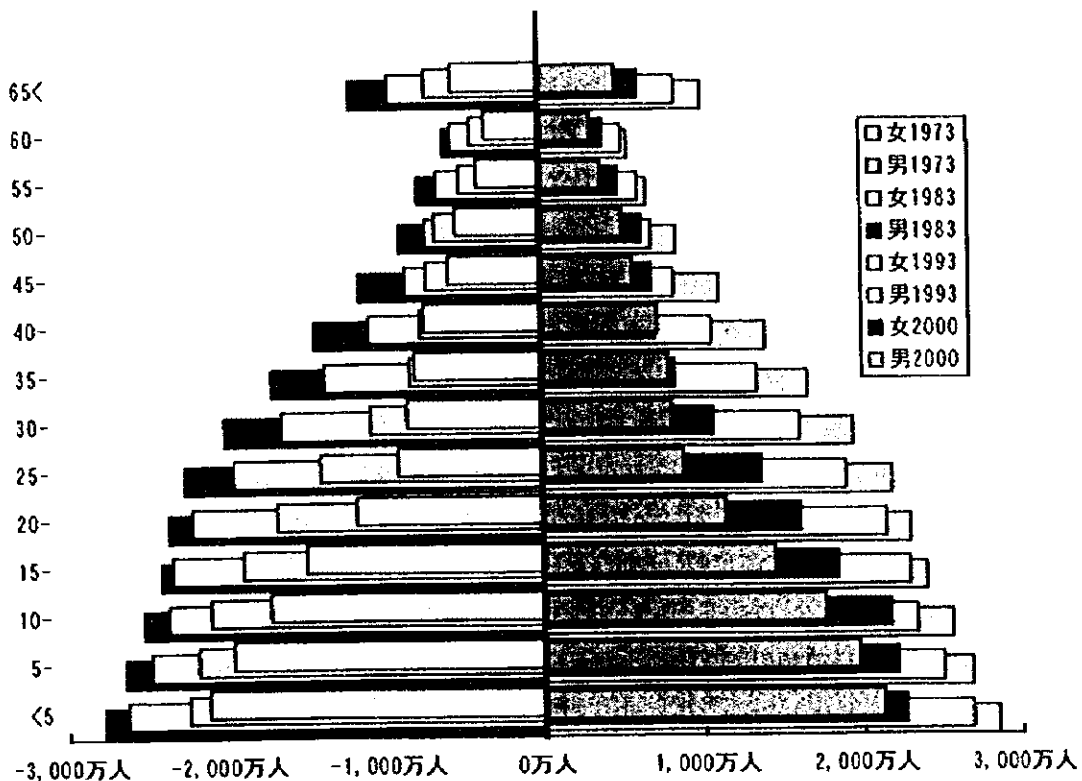


図 3-1 人口ピラミッド

出所：Statistical Yearbook 1993 1994 Central Statistical Organization

3.2 出生・死亡

ミャンマーの主な人口関連指標を示す(表 3-1)。ミャンマーは、一人当たり GNP では後発開発途上国の水準(1994 年、233 ドル)を少し下回る(同年、220 ドル)レベルにあるが、人口関連指標については、後発開発途上国の平均レベルを上回る水準となっている。しかし、先進国の平均レベルとの格差は言うまでもなく、東アジア・太平洋地域の平均レベルと比較した場合においても、著しい差異が見られる。

表 3-1 ミャンマーの主な人口関連指標

年	粗出生率 ¹⁾		粗死亡率 ¹⁾		乳児死亡率 ²⁾		5歳未満児死亡率 ²⁾		妊産婦死亡率 ³⁾	平均寿命		合計特殊出生率	
	1960	1996	1960	1996	1960	1996	1960	1996	1990	1960	1996	1960	1996
ミャンマー	42	28	21	10	158	105	237	150	580	44	59	6.0	3.4
東アジア・太平洋地域	39	19	19	7	133	41	201	54	214	48	68	5.6	2.1
後発開発途上国	48	40	25	14	171	109	280	171	1052	39	51	6.6	5.3
開発途上国	42	26	20	9	137	66	216	97	477	47	62	6.0	3.2
先進工業国	20	12	10	9	31	6	37	7	13	70	77	2.8	1.7

¹⁾人口千対 ²⁾出生千対 ³⁾出生 10 万対

出所：『世界子供白書』 1997,1998 UNICEF

都市部・農村部における平均寿命の推移を表 3-2 に示す。男性、女性とも都市部の平均寿命が農村部の平均寿命を上回っているが、女性の方が都市部・農村部の格差が大きい。また、1986 年から 1994 年にかけての変化をみると、都市部・農村部ともに男性の寿命の伸びが著しい。なお、前掲の表 3-1 中の平均寿命の数値と、表 3-2 で用いた数値は一致していないが、これはデータソースが異なるためである。

表 3-2 平均寿命の推移

		1986	1994
男性	都市部	57.9	60.2
	農村部	55.1	59.7
女性	都市部	63.1	64.1
	農村部	60.2	61.8

出所：Statistical Abstract 1996 Central Statistical Organization

3.3 地域別人口分布・人口移動

州・管区別人口を表 3-3 に示す。1981 年における各州・管区の人口の総人口に占めるシェアは、1994 年のそれと比較して大きな差異はなく、特定の州への人口集中は見られない。都市人口は、1983 年のセンサス時で 24.5%、1991 年の MPCFS²⁾時で 29.2%と若干増加している。

²⁾ Myanmar Population and Fertility Survey

1988年のビルマ式社会主義の崩壊以前、人口移動は厳しく制限されていたが、現在では町の住民管理担当官に届け出を行えば自由に転出・転入を行うことができる。ヤンゴンおよびマンダレーの2大都市圏においては、他地域からの人口流入現象も起きているが、現在のところ流入抑制のための措置は行われておらず、その他の移住政策等も行われていない。なお、1991年における国際間の人口移動は、出国・入国とも150万人前後²²であり、総人口と比較してその影響は小さい。ミャンマー国内に居住する外国人の数は、約11.4万人²³であり、1981年の約18.7万人よりも減少している。

表 3-3 州・管区別人口

州名	人口 (1994) 千人	シェア	年平均人口 増加率 (1984-1991)	人口密度
カチン州	1,135	2.6%	1.9%	12.8
カヤー州	228	0.5%	3.6%	19.4
カイン州	1,323	3.0%	1.9%	43.6
チン州	438	1.0%	0.7%	12.2
ザガイン管区	4,889	11.1%	2.2%	51.7
タニンダーイー管区	1,187	2.7%	2.7%	27.4
バゴー管区	4,607	10.5%	1.6%	117.0
マグウェイ管区	4,067	9.3%	2.1%	90.8
マンダレー管区	5,823	13.3%	2.3%	157.3
モン州	2,183	5.0%	2.8%	177.6
ヤカイン州	2,482	5.7%	1.5%	67.5
ヤンゴン管区	5,037	11.5%	2.3%	495.4
シャン州	4,416	10.1%	1.1%	28.4
エーヤワディ管区	6,107	13.9%	1.7%	173.9
全国	43,922	100.0%	1.9%	64.9

出所：Statistical Abstract 1996 Central Statistical Organization

²² 移動手段の94%は陸路である。

²³ 国籍別の内訳は、中国約51%、インド約32%、パキスタン4%、バングラデシュ1%、その他12%

3.4 人口データベース

3.4.1 人口センサス

ミャンマーの人口センサスの歴史は1872年に始まり、以降1941年まで10年毎の調査が実施されてきた。1948年の独立以降は、1953年～1955年および1963年にセンサスを行う試みが行われたが、いずれも政治情勢の変化等により²⁴計画は中絶に終わっている。次いでセンサスが実施されたのは1973年、1983年であり、報告書はミャンマー語および英語で利用可能である。1993年はセンサス予定年であったが、暫定政権は憲法策定中であるということを理由に実施を延期しているため、現在の人口規模などは1983年センサスに基づく推計値となっている(中間センサスとして、1991年のMPCFSの結果を用いることもある)。なお、1983年センサスに基づく総人口は3,410万人とされているが、一部地域(カイン州、シャン州の一部など反政府活動の活発な地域)は調査対象に加えられなかったため、約118万人の人口が統計から漏れていると推計されている。

3.4.2 その他の調査

(1) Myanmar Population Changes and Fertility Survey (MPCFS)

1983年センサス以降の人口動態および全国レベルでの保健医療分野における情報を把握することを目的として、1991年1月に実施された調査である。データ収集の手法は訪問調査であり、調査票は、世帯調査(一般世帯を対象とし、サンプル数192,917人)および人口・保健調査(15歳から49歳の結婚経験のある女性を対象とし、サンプル数6,675人)の2種類が用いられた。調査の実施および集計は入国管理・人口省が担当し、資金面ではUNFPA、技術面では国連経済社会情報・政策分析局統計課の支援を受けた²⁵。調査報告書は1995年9月に発表されている(仮報告書は1992年に出ている)。

(2) Fertility and Reproductive Health Survey

前述のMPCFSの内容を引き継ぐ調査として、1997年3月から4月にかけて実施された。MPCFSには含まれていないHIV/AIDSに関する質問等も含んでいる。現在集計段階であり、報告書は発表されていない。MPCFS同様、UNFPAの援助を受け、入国管理・人口省が実施・集計を担当している。

(3) Statistical Profile of Children and Women in Myanmar 1993

各省が個別に集めていた女性と子供に関する各種統計を一本化し、より有効な情報提供を行うことを目的とし、ユニセフの支援によって実施された調査である。1991年5月、各関連組織の参加によるワーキンググループが結成され、国家計画・経済開発省中央統計機構の調整の下にデー

²⁴ ビルマは第2次世界大戦後の1948年に連邦国家としてイギリスからの独立を勝ち取ったものの、1960年頃に至るまで、少数民族による連邦からの分離独立の動きは絶えなかった。1962年には軍事クーデターが起こり、翌1963年にはビルマ式社会主義による産業・流通の国有化が推し進められた。

²⁵ 調査票のデザインはDemographic and Health Surveyを参考としている。

夕の収集および集計が進められた。主な調査項目は、人口動態、労働、教育、保健、栄養、社会福祉、環境衛生、犯罪の8項目である。

「3 人口構造」 参考資料

1. National Health Plan (1993-1996) 発行年不明 Ministry of Health
2. Myanmar Population Changes and Fertility Survey Preliminary Report 1992
Ministry of Immigration and Population
3. Statistical Profile of Children and Women in Myanmar 1993 Central Statistical
Organization
4. Statistical Yearbook 1993 1994 Central Statistical Organization
5. Children and Women in Myanmar A Situation Analysis 1995 UNICEF
6. Review of the financial Economic and Social Conditions for 1996/97 1997 Ministry
of National Planning and Economic Development
7. Statistical Abstract 1994 1995 Central Statistical Organization
8. National Health Plan (1996-2001) 1996 Ministry of Health
9. Review of the Financial, Economic and Social Conditions for 1996/7 1997 Ministry of
National Planning and Economic Development,
10. 国際協力事業団 「国別協力情報ファイル ミャンマー」 1997 国際協力事業団

4 疾病構造

4.1 総論

ミャンマーの疾病構造は、マラリア、肺炎などの感染症が死因および疾患の上位を占めるもので、この構造には過去大きな変化は見られない。近年では循環器系疾患を始めとする、いわゆる成人病も増加傾向にあるが、現在のところ深刻な保健問題であるとは考えられていない。

病院統計による15大死因を表4-1に示す。1982年、1994年とも、マラリア、肺炎、特定不能の内臓疾患の3つが上位3位を占めているが、以下の点に変化が見られる。

- 破傷風は1982年には死因の7位であったが、1994年には上位15位圏外となっている。
- 肺動脈・心臓疾患、急性脳血管障害、血管疾患などの循環器系疾患が増加している。
- 1982年には上位15位圏外であった肝硬変が、1994年には14位に上昇している。

表 4-1 病院統計による15大死因(1982年および1994年)

1982 ¹⁾		1994 ²⁾	
	%		%
1 マラリア	11.6	マラリア	20.2
2 肺炎	9.0	肺炎	6.3
3 特定不能の内臓疾患	7.1	特定不能の内臓疾患	5.4
4 肺結核	4.7	肺動脈・心臓疾患	5.1
5 肺動脈・心臓疾患	4.3	呼吸器疾患	4.9
6 消化器疾患	3.4	急性脳血管障害	3.8
7 破傷風	3.2	肺結核	3.7
8 原因不明の発熱	3.2	中毒	2.5
9 呼吸器疾患	3.0	消化器疾患	2.4
10 中毒	2.8	血管障害	2.1
11 蛋白欠乏症	2.2	衰弱	1.8
12 気管支炎、気腫、喘息	1.8	蛋白欠乏症	1.7
13 急性脳血管障害	1.7	その他の頭蓋内疾患	1.6
14 Slow fetal growth, fetal malnutrition and Immaturity	1.7	慢性肝臓疾患、肝硬変	1.5
15 胃・十二指腸潰瘍	1.6	肝炎	1.4
その他	38.7	その他	35.7
計	100.0	計	100.0

出所：¹⁾ 「ビルマ、バングラディッシュ、ネパール国感染症対策協力調査団報告書」 1987 国際協力事業団、²⁾ Hospital Statistics 1994 Ministry of Health

ミャンマーでは、1978年以降、保健計画の策定にあたっては、各種保健指標²⁶に基づいた疾患ランキングである「重大疾患 (priority diseases)」が重要な参考資料となっている。現行の国家保健計画(1996-2001)においては、上位39位までの重大疾患が定められ、優先順位に応じた対策が与えられている。第1次人民保健計画(1978-1982)以降、現行の国家保健計画に至るまで、上位を占める疾患はマラリア、結核、下痢症疾患といった感染症に加え、蛋白質欠乏症や貧血などの栄養不良関連の疾患であり、大きな変化はみられない。

近年の傾向として、エイズ、性病などのランクが上昇していること、また薬物乱用などの新たな問題も浮上している点が挙げられる。

表 4-2 重大疾患 (上位 15 位)

	第1次人民健康計画 (1978-1982)	第2次人民健康計画 (1983-1986)	第3次人民健康計画 (1986-1990)	第1次国家保健計画 (1991-1993)	第2次(1993-1996)・ 第3次(1996-2001) 国家保健計画
1	マラリア	下痢症疾患	マラリア	マラリア・エイズ	マラリア
2	蛋白質欠乏症	マラリア	結核	結核	結核
3	肺結核	蛋白質欠乏症	下痢症疾患	下痢症疾患	エイズ
4	貧血	呼吸器疾患	貧血	貧血	下痢・赤痢
5	破傷風	コレラ	人工妊娠中絶	人工妊娠中絶	蛋白質欠乏症
6	妊産婦死亡・疾患	産前死亡・疾患	心臓・血管疾患	心臓・血管疾患	性病
7	ビタミン欠乏症	事故・外傷	破傷風	破傷風	薬物乱用
8	ハンセン病	肺炎	事故・外傷	事故・外傷	ハンセン病
9	コレラ	破傷風	ウイルス性肝炎	ウイルス性肝炎	人工妊娠中絶
10	事故・外傷	肺結核	出産時出血多量	出産時出血多量・合併症	貧血
11	狂犬病	悪性新生物	トラコーマ	トラコーマ	蛇毒
12	ベスト	ビタミン欠乏症	蛋白質欠乏症	高出生率	眼疾患
13	人工妊娠中絶	高血圧・心臓疾患	出産時合併症	蛋白質欠乏症・薬物中毒	肝炎
14	周産期合併症	周産期合併症	薬物中毒	デング出血熱	新生児破傷風
15	ポリオ	リウマチ性心臓疾患	—	蛇毒	はしか

出所：National Health Plan(1991-1993)、National Health Plan(1996-2001) Ministry of Health

4.2 性・年齢別疾病構造

4.2.1 乳幼児・子供の主な疾病

ミャンマーの乳児死亡率 (IMR) および5歳未満児死亡率 (U5MR) は、データによって大きく数値が異なるため、取り扱いに注意が必要である。IMRを例にとると、ユニセフ子供白書(1998)は、1996年におけるIMRを105、U5MRを150としているが、ミャンマー保健省が国家保健計画の中で用いているIMR、1歳から4歳未満児死亡率(1994年)は、それぞれ47.4、8.6であり、

²⁶ 優先順位は、国家保健委員会によって決定されるが、その際用いられる指標は以下の通りである。

客観的指標	主観的指標
人口10万に対する罹患率	予防法の有無
死亡率(絶対値による)	治療法の難易
致命率	社会集団への有害度
傾向、過去5年間の罹患率の増減	政治的影響
	経済的損失

両データの数値には大幅な乖離がみられる。在ミャンマーの国際機関等は、保健省のデータは現実を十分に反映していないと考えている。

中央統計機構による“Statistical Profile of Children and Women in Myanmar 1993”は、「データソース別 IMR の比較(1991)」として、ミャンマー政府のうち、中央統計局（データ収集において保健省が協力）、保健省計画統計局、内務省人口管理局（現入国管理・人口省）の3省がそれぞれ発表しているIMRを掲げている²⁷。その中では、中央統計局のデータがもっとも低く（全国データはなく、都市部 47.3、農村部 49.2）内務省人口管理局のデータがもっとも高い（全国 94.0）。内務省人口管理局が発表したデータは、MPCSF²⁸の仮報告であり、調査に対する信頼性の高さから、最も現実に近いデータであると考えられている。

病院統計による乳幼児および5歳未満児の主な死因を表 4-3 に示す。死因のトップはARIで、単独で乳幼児・5歳未満児の死因の約20%を占める。次いで、マラリア、下痢など感染症が上位にあがっている。

表 4-3 乳幼児および5歳未満児の主な死因(1995年)

乳幼児		5歳未満児	
死因	(%)	死因	(%)
1 ARI	19.3	ARI	20.4
2 マラリア (脳性マラリア)	12.9	マラリア (脳性マラリア)	18.1
3 死産	10.7	下痢	9.5
4 脳感染症 (脳性マラリアを除く)	9.4	栄養失調	8.0
5 下痢	8.9	死産	7.2
6 早産	6.9	早産	4.6
その他	31.9	その他	32.2
計	100.0	計	100.0

出所：保健省保健局疾病管理課提供資料

4.2.2 女性の疾病

ミャンマーでは、有効な避妊法が普及していないことを背景に、実質的な家族計画の手段として人工妊娠中絶が行われることが多く、それに伴う事故も深刻な問題となっている。このため、人工妊娠中絶は、現行保健計画において重大疾患の9位に挙げられている。人工妊娠中絶は原則的に非合法であるが、母体保護を名目として病院で手術を受けることは可能であり、また伝統的産婆等や民間のクリニック等によって、営利目的の闇手術も行われている。病院以外の場所における妊産婦の死亡は、統計に加えられないこともあるため、実態を正確に把握することは困難である。1987年に行われた調査は、報告のあった妊産婦死亡数の52%までが、中絶を原因とするものであったことを明らかにしている。また、ヤンゴンの中央婦人病院において、1984年から1988年までの全妊娠件数のうち25~30%が中絶に終わっているという報告もある(以上、Situation Analysis 1995 UNICEF)

出産は、伝統的産婆による介助を受け、自宅で行われることが一般的である(Situation Analysis 1995 UNICEF によれば、自宅での出産の割合は全体の80%、また訓練を受けた health personnel によって介助される出産は全体の68%との推計がある、と報告している。) このため、病院統計に基づく妊産婦死亡率は全体的な実態を反映するものではないが、保健省の発表による1994年の妊産婦死亡率は10万人あたり100とされている。

²⁷ 同書13ページ表1-7

²⁸ 3.4.2(1)参照。

4.2.3 成人・高齢者の疾患

糖尿病や心臓疾患、癌などのいわゆる先進国型の疾病は、徐々に増加しているものの、現在のところ、こうした疾病は死亡者数・罹患者数ともに上位には上がっておらず、重要疾患としての位置付けを受けていない。

近年の傾向として、エイズおよび性病や、ヘロインを中心とする薬物濫用が広まりを見せているため、これらの保健問題の動向にも注意を払う必要がある。

4.3 疾患別疾病構造

4.3.1 感染症

(1) 予防接種で予防可能な感染症

表の4-4にEPI接種率を示す。1978年にスタートしたEPIのカバー率は年々向上しており、1991年にはすべてのワクチンについてカバー率60%以上を達成した。1996年にはTT2が78.5%と他のワクチンよりもやや低いほかは、カバー率は90%前後に高まっている。

表4-5に、EPI対象感染症の患者数(1988年および1995年)を示す(EPI開始以前のデータは入手できなかった)。EPI導入以降、対象の感染症のうち、結核を除くすべてについて患者数の減少が見られる。とくに患者数の減少がみられるポリオは、2000年までの撲滅が目標とされている。

表4-6に、州・管区別麻疹発生率(1990年および1996年)を示す。1990年には、3州において10万人あたりの麻疹発生率が100以上と観察されたが、このような地域的なアウトブレイクは年々減少しており、1996年には麻疹発生率が100を上回る州・管区はなく、もっとも高い管区においても42.0にとどまっている。

表 4-4 EPI 接種率(%)

	1978	1991	1996
BCG	54.0	68.5	92.1
DPT3	28.0	66.2	87.5
OPV3	10.0	66.2	87.1
Measles	17.0	66.9	85.7
TT2	28.0	63.7	78.5

出所：Country Report Union of Myanmar (SEAR²⁹/EPI 第4回会議資料) 1997 Ministry of Health

²⁹ South-East Asia Region

表 4-5 予防接種で予防可能な感染症による患者数

	1988	1995
結核	9,348	14,945 ¹⁾
ジフテリア	231	26
百日咳	2,547	871
ポリオ	60	18
麻疹	4,323	1,170
新生児破傷風	57	28

¹⁾ 1994年データ

出所：EPI Feedback (SEAR/EPI 第4回会議資料) 1997 WHO

表 4-6 州・管区別 10万人あたりの麻疹発生率(1990年、1996年)

州名	1990	1996	管区名	1990	1996
カチン	140.3	2.0	ヤンゴン	6.1	2.0
カヤー	100.2	0.0	バゴー	21.2	0.1
カイン	10.9	3.6	マンダレー	6.9	0.0
チン	194.3	3.0	マグウェイ	0.8	2.7
モン	29.8	0.3	ザガイン	26.6	0.5
ヤカイン	31.3	18.2	エーヤワディ	5.6	0.0
シャン	11.1	0.1	タニンダーイー	37.5	42.0
			全国	19.4	2.86

出所：Country Report Union of Myanmar (SEAR³⁰/EPI 第4回会議資料) 1997 Ministry of Health

(2) 下痢症疾患

下痢症疾患は、5歳未満児の死因の第2位であり、全体の18%を占めると推計される。1982年、ヤンゴン小児病院における調査によれば、対象となった3,332人の子供のうち、下痢による死亡者は2.9%であった。栄養失調の子供の場合、下痢によって死亡に至るリスクは普通児の6倍以上となる。(以上、Situation Analysis 1995 UNICEF)

コレラは毎年のように発生しており、3から4年毎にアウトブレイクが起きている。時期は雨期、特に5月から8月に集中している。東南アジアにおいては、新型のビブリオコレラO-139が広がっていることが特徴であり、ミャンマーにおいては1984年に同型のコレラが発見された。新型コレラに対しては免疫を持つ人もいないため、成人にも高い死亡率が観察されている。(以上、Situation Analysis 1995 UNICEF)

³⁰ South-East Asia Region

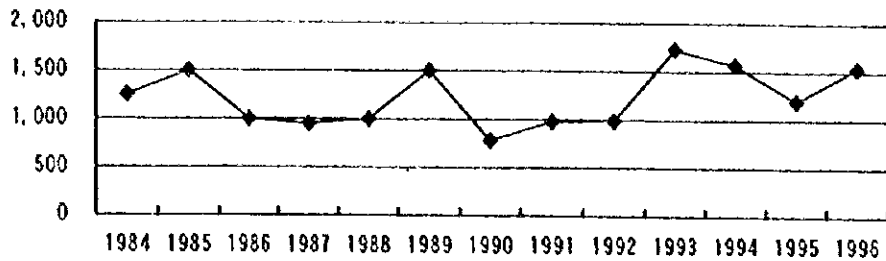


図 4-1 コレラ発生件数の推移(1984~1996)

出所：保健省保健局疾病管理課提供資料

(3) 急性呼吸器感染症

急性呼吸器感染症 (ARI) は、ミャンマーにおける幼児・小児の死因の第1位であり、1995年病院統計においては乳幼児・5歳未満児ともに死因全体の約20%を占めている。こうした死亡例の多くは、予防接種で予防可能な感染症、特に百日咳と麻疹の合併症によって引き起こされるものである。

ウイルス性の呼吸器疾患は、通常 *Rhinovirus* や *Adenovirus* によって発症することが多く、時期的には、乾期 (11月~1月) および雨期 (5月~11月) に頻繁に見られる。

(4) 結核

結核は、マラリアに次いで重要疾患の2位に位置付けられる深刻な保健問題である。近年では、薬物耐性の増加、および HIV の広がりなどを背景として、結核患者数および罹患率は上昇する傾向にあり、一層の注意が必要である。

患者の年齢層は、25歳から44歳が中心であるが、より若年層にシフトする傾向が見られる。性別については、男性が女性の1.5倍となっている。

薬物耐性は、1994年、ヤンゴンにおいて、400人の新規患者のうち71人(17.2%)にみられた。治療率は23.6% (1994年) から50.2% (1995年) へ上昇している。

TB/HIVの関連をみるために、1995年より12のセンチネル・サイトにおいて血液検査が実施されており、1997年には対象地域は20箇所拡大している。

表 4-7 結核患者数の推移

	1992	1993	1994	1994	1996
患者数	11,512	11,901	16,617	18,398	22,973
10万人あたりの罹患率	241	245	332	361	441
死亡者数	541	510	598	651	530

出所：保健省保健局疾病管理課提供資料

1991年から1994年にかけて、ミャンマー国内の4地域において、結核対策プログラムによる治療を受けている患者のうち、HIV感染の疑いのあるものを対象とした血清検査が行なわれた。その結果、1994年のケントゥンにおいて90%、タウンジーにおいても、20-30%前後の比較的高い確率でHIV陽性患者が発見されている。ヤンゴン、マンダレーなど、HIV感染者が多い大

都市においては、HIV 陽性率は5%前後にとどまっているが、調査で補足されない部分もかなりあるのではないかと考えられている³¹。

表 4-8 HIV 感染の疑いのある結核患者の陽性率(%)

対象地域	1991	1992	1993	1994
ヤンゴン	-	25	44	90
タング	50	8	25	35
マダレー	5	-	6	-
ヤンゴン	2	2	3	3

出所：National Health Plan 1996-2001 Ministry of Health

薬物耐性は、治癒率の低さ、治療中断者の多さ、また治療薬の不定期な服用などを原因として広まりを見せている。

(5) ハンセン病

WHO の推計によれば、1997 年におけるミャンマーのハンセン病患者数は24,500 人であり、患者数では世界で5 番目に位置する。患者数が2 万人を超える国は、表 4-9 に示した6 カ国のみであり、これらの国に世界のハンセン病患者総数の約80%が集中している計算になる。

保健省の発表によれば、ミャンマーにおける患者数は24,653 人、人口1 万人あたりの罹患率は6.11 である。WHO のガイドラインに基づいて1994 年末に実施された調査は、患者の地域的分布について、エーヤワディ、バゴー、マグウェイ、マダレー、ザガイン、ヤンゴンの6 州において特に多いと指摘している。

治療法として、1992 年にMDT (multi-drug treatment) が導入され、そのカバー率は年々増加している。1994 年末の時点では、患者数の約71%に及ぶ17,396 人がMDT による治療を受けている。また、MDT の導入により、新規患者の発見数も増えており、1994 年には8,665 人の患者が発見された。

表 4-9 世界のハンセン病患者数(1997)

国名	推計患者数	人口10 万人あたりの有病率
インド	680,000	98
ブラジル	110,000	67
インドネシア	50,000	24
バングラデシュ	30,000	24
ミャンマー	24,500	52
ナイジェリア	21,500	18
その他の国	234,000	5
計	1,150,000	19

出所：Global Leprosy Situation 1997 WHO

(6) マラリア

マラリアは、病院統計による罹患患者・死亡者数共に1 位を占める疾患であり、1978 年の保健計画導入以来、継続してミャンマーの重要疾患のトップとして位置づけられている。

³¹ National Health Plan (1996-2001) 2.5 結核対策の項目より引用。

表 4-10 に、病院統計によるマラリアの患者数および死亡者数の推移を示す。1990 年以降、マラリアの罹患者数および死亡者数には、減少傾向が認められる。しかし、他の疾患と比較した際の罹患者数および死亡者数の多さは顕著である。ただし、マラリアはミャンマー全国に蔓延する疾患ではなく、地域的な格差が大きい。最も感染リスクの高い地域は森林・丘陵地域(北部山岳地域、タイ国境地域)であり、平野部や海岸地域(ヤカイン州、タニンダーイー州)では比較的风险が低く、都市部や乾燥地域(中央部)においてはほとんど見られない。人口分布にあてはめると、人口の 36% が高リスク地域、56% は低リスク地域、8% はリスクのない地域に居住している。

クロロキン耐性の熱帯性マラリア (*P. falciparum*) は全国的に広がっており、とくにタイとの国境地帯に多い。強力な S-P (ファンシダール) 耐性も同地帯に見られる。また、カイン州のタイ国境付近では、メフロキン耐性も見られる。

媒介蚊の DDT 耐性も広まっている。*An. minimus* は最も多く見られ、かつ最も強力なタイプの媒介蚊であるが、DDT 散布地域においてその生態系が変化している。ヤカイン州の *An. annularis* は、高度の DDT 耐性を持つことで知られている。

表 4-10 マラリア患者数および死亡者数の推移(1990~1994)

	1990	1991	1992	1993	1994
患者数	185,883	191,023	156,695	149,299	156,159
死亡者数	7,689	7,113	5,472	5,289	5,255

出所：Annual Hospital Statistics 1994 Ministry of Health

(7) その他の寄生虫疾患

A) フィラリア

ミャンマーにおいては、フィラリア病原虫として、バンクロフト糸状虫のみが知られている。1980 年から 1994 年にかけての 15 年間に亘る調査によれば、マグウェイ州、ザガイン州南部、ラカイン州全体において 15-25% の比較的高いマイクロフィラリア保有率が報告されている。

(8) エイズ

表 4-11 に示すように、年間に報告される新たな HIV 感染者の数は年々増加傾向にあり、1995 年 6 月までの累計では、ミャンマー国内の感染者数は 1 万人を突破した。4 年において 1,735 名と報告されている。ただし、ミャンマーにおいては、全国的なエイズ検査は行なわれていないため、検査のサンプルは献血もしくはセンチネルサーベイに限られている。

表 4-13 に、HIV 感染経路の内訳を示す。ミャンマーの HIV 感染者は静脈注射による薬物乱用者が多いことが特徴であり、全体の 60% ほどを占める。この他、性病患者や性産業従事者の中にも感染者が増えつつある。ただし、現在では、そうしたハイリスクグループのみでなく、妊婦など社会全体に拡散の傾向が生じていることが問題である。HIV 感染者の分布をみると、チン州、カヤー州の 2 州では、ハイリスクグループに対する HIV 検査が今のところ実施されていないが、これら 2 州を除くすべての州では HIV 陽性患者が発見されている³²。

エイズの発生例は、1995 年 6 月までに 636 例が報告されている。なお、病院においてはエイズ患者は他の患者と同じ病棟に入院しており、医療スタッフや他の患者から差別を受けることのないよう配慮がなされている³³。

³² National Health Plan (1996-2001) 2.11 エイズ予防および対策の項から引用

³³ 保健省保健局疾病管理課課長からの聞き取り

表 4-11 HIV 感染者数

	1988	1990	1992	1994	1995年 ^ロ	1995年ま での累計
HIV感染者数	1	1,034	1,641	2,361	908	10,421

^ロ 6月までの集計

出所：「海外医療協力委員会エイズ協力専門部会報告書」 1996 国際協力事業団

表 4-12 HIV 陽性患者経路

		1991	1992	1993	1994
成人	異性間交遊	-	3	52	131
	同性／異性間交遊	-	-	1	1
	注射による薬物使用	6	38	79	124
	輸血／血液製剤	-	-	1	2
	その他	-	-	8	17
	特定不能	-	-	1	7
子供	胎内感染	-	-	-	1
	輸血／血液製剤	-	-	-	1
	その他	-	-	-	1
	特定不能	-	-	-	1
計	6	41	142	285	

出所：「海外医療協力委員会エイズ協力専門部会報告書」 1996 国際協力事業団

(9) その他の感染症

A) 性病

梅毒、淋病、非淋病系尿道炎、軟性下疳の4種すべての性病について、患者数は年々増加傾向が認められ、人口10万人あたりの発生率も横ばいもしくは上昇している。性病の種類別にみると、梅毒の患者数がもっとも多く、近年における患者数の増加も著しい。

表 4-13 性病患者数および人口10万人あたりの発生率

		1992	1993	1994	1995	1996
梅毒	患者数	6,264	8,750	9,931	10,320	11,402
	発生率	15	20	23	23	25
淋病	患者数	1,740	1,858	1,789	1,764	2,081
	発生率	4	4	4	4	5
非淋病系尿道炎	患者数	2,067	1,977	2,151	2,060	2,287
	発生率	5	5	5	5	5
軟性下疳	患者数	850	950	733	585	984
	発生率	2	2	2	1	2

出所 保健省保健局疾病管理課提供資料

B) 日本脳炎

シャン州およびカイン州の山岳地帯にみられたが、近年、臨床例は報告されていない。最初の集団発生は、1974年、シャン州東部のタチレク（観光地としても人気が高い）において、ラバや馬の感染に次いで起こった。1977年には、カイン州のタイとの国境近くにおいて、日本脳炎による7人の死亡者が確認されたが、1979年以降、

臨床例は報告されていないが、シャン州北部のカカイン地域における1988年の血清調査では、1,325件の日本脳炎ウイルス保有者がいることが判明した。1989年以降は重大感染症のリストにも加えられていないが、今後も動向に注意する必要がある。

C) 肝炎

表4-14に人口10万人あたりの肝炎罹患率を示す。1991年において罹患率が突出して高いほかは、近年の肝炎罹患率は横ばい傾向にあると考えられるが、1980年代と比較すると罹患率は高まっている。

肝炎のうち、ミャンマーにおける保健問題となっているのはB型、C型、E型の3種類である。このうち、最も多いのはB型である。A型肝炎は国内に蔓延しているが、8歳以上の人口の90%以上が抗体を持っているという調査結果(1981年)³⁴もあり、緊急課題とは見なされていない。

表 4-14 人口10万人あたりの肝炎罹患率

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
罹患率	23.7	15.2	13.4	16.8	8.4	17.6

出所 保健省保健局疾病管理課提供資料

D) デング出血熱

デング出血熱の患者数は、流行年では3,000～10,000人、非流行年でも1,000～3,000人に上っている。罹患率は年々上昇し、10万人あたり115.4に達しており、15歳以下の児童の死亡率も上昇傾向にあり、同23.7となっている。非流行年においては、罹患率および死亡率は低下しており、1996年の罹患率は10万人あたり20.2、死亡率は10万人あたり0.52となる見込みである。

1994年には、13,085の患者が発生し、死亡者数は477に上った。地域的には、チン州、カヤー州を除くすべての州で発生している。

4.3.2 非感染症

(1) 栄養失調

National Health Plan (1996-2001) は、栄養状態は徐々に改善されていると前置きした上で、以下の問題点を指摘している。

- 蛋白質欠乏症(PEM) - 3歳以下の幼児のうち、30.6%が低体重である。
- ヨード欠乏 - 5歳から11歳の子供のうち、33.1%に甲状腺肥大症が見られる。
- 鉄性貧血 - 妊婦のうち、58.1%がヘモグロビン値11%以下である。
- ビタミンA欠乏症 - 5歳以下の子供のうち、0.37%にビト一斑が見られる。
- 低体重 - 新生児のうち23.4%が、出生時の体重が2,500グラム以下である。

³⁴ National Health Plan (1996-2001) 2.2 肝炎対策プロジェクトの項より引用

(2) 慢性病・成人病

A) 悪性新生物

1994年の病院統計(グループ別疾患)による、悪性新生物の患者数および死亡者数の推移を示す。患者数、死亡者数ともここ数年横ばい傾向にあり、大きな変化は見られない。

表 4-15 悪性新生物による患者数および死亡者数の推移

	1990	1991	1992	1993	1994
患者数	10,903	14,121	13,874	13,003	12,884
死亡者数	563	482	372	436	334

出所：Annual Hospital Statistics Report 1994 Ministry of Health

(3) 心臓・血管疾患

病院統計による心臓疾患および脳血管疾患による死亡者数を表4-16に示す。心臓疾患の死亡者数は増減しながらも横ばい状態にあるが、脳血管疾患は増加傾向を見せており、今後の動向に注意を払う必要がある。

表 4-16 心臓疾患および脳血管疾患による死亡者数の推移

	1990	1991	1992	1993	1994
心臓疾患など	1,762	1,479	925	1,105	1,318
脳血管疾患	543	822	1,002	697	978

出所：Annual Hospital Statistics Report 1994 Ministry of Health

(4) 糖尿病

糖尿病は、ミャンマーにおいては比較的新しい保健問題であり、前保健計画(1993-1995)において初めて「糖尿病対策プログラム」が加えられた。ただし、現在のところ死亡者数・患者数ともに疾患の上位20位には入っておらず、重要な課題とは考えられていない。

(5) 精神障害

病院統計(疾患グループ別)による、精神障害の患者数および死亡者数の推移を表4-17に示す。患者数にはここ数年減少傾向が見られるが、死亡者は1994年に急増し100人を上回った。精神障害の内訳としては、アルコール依存症、躁鬱病などのウェイトが高まりつつある。

表 4-17 精神障害による患者数および死亡者数の推移

	1990	1991	1992	1993	1994
患者数	10,333	7,780	9,067	6,989	5,553
死亡者数	76	62	38	60	118

出所：Annual Hospital Statistics Report 1994 Ministry of Health

(6) 薬物依存

薬物依存は、植民地時代から表面化しはじめた問題であったが、1970年代初頭からいっそう深刻な社会問題となっている。

表4-18が示すように、薬物の種類別に、薬物依存によって入院した患者の推移をみると、1974年～1994年の20年間の累積では、アヘンの中毒患者が全体の62.5%を占めていたが、1994年の単年ではアヘンに代わってヘロインが第1位となり、全体の77.0%を占めている。1989年以降、ミャンマーでは静脈注射によるヘロイン濫用者の間にエイズが広がりはじめているため、ヘロインが薬物の主流となっていることは、エイズ拡散にも拍車をかけることになるのではないかと懸念されている。

表 4-18 薬物の種類別にみた薬物依存による入院患者の内訳

薬物の種類	1974年～1994年 までの累計		1994年	
	患者数	(%)	患者数	(%)
アヘン	34,659	62.5	288	21.6
ヘロイン	15,535	28.0	1,027	77.0
マリファナ	429	0.8	13	0.9
精神安定剤	220	0.4	-	-
その他	4,645	8.4	5	0.4
計	55,488	100.0	1,333	100.0

出所：National Health Plan 1996-2001 Ministry of Health

注：パーセンテージは四捨五入のため合計は100とならない

(7) その他

A) 蛇毒

保健省は、蛇毒による被害者の多さ、またミャンマーが東南アジアの中でも毒ヘビによる被害がもっとも深刻な国の一つであるという事実を踏まえ、蛇毒を重大疾患の11位に位置づけている。まむしやコブラなどの毒ヘビに噛まれた患者の中には、治療を受ける前に死亡したり、迷信（ヘビのしっぽを飲み込み、まじないを唱えればヘビの毒が消えるといわれている）を信じて治療を受けようとしないうちにも多いため、統計では把握できない部分も多く、実際の被害者数は病院統計上の4～8倍になると推計されている。ヤンゴン総合病院における毒蛇による患者数、死亡者数を例にとると、その数は年々増加する傾向にある。

毒ヘビによる被害が増えている理由として、まずコメの二期作、三期作が普及したことによって、田畑で作業を行う時間が伸びていることが挙げられる。また、昼間の農作業に加えて、小動物を捕獲したり、ビデオ上映会に出かけるなど、夜間に外出する機会も増えている。こうした条件下において、適切に足を保護していない（ミャンマー人は一般に裸足にゴム草履を着用していることが多い）ことが、毒ヘビの被害を受けるリスクを更に高めている³⁵。(以上 "National Health Plan 1996-2001" より)

³⁵ National Health Plan (1996-2001) 3.5 毒蛇対策の項より引用。

表 4-19 ヤンゴン総合病院における蛇毒患者数および死亡者数 (1988-1994)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
患者数	160	186	180	240	248	276	325
死亡者数	25	33	36	37	34	48	65

出所：National Health Plan 1996-2001 1996 Ministry of Health

4.3.3 傷害・事故

(1) 交通事故

経済活動の活発化に伴い、ミャンマーにおける車輛およびオートバイの登録台数³⁶および交通量は大幅に増加しており、交通事故は保健問題の一つとして浮上している。ただし、交通事故による負傷者・死亡者数は、全国的には把握されていないため、ここではヤンゴン市における統計値のみを掲げる。1973年以降の、ヤンゴン市における交通事故による負傷者数は、ほぼ1,000~1,500前後、死亡者数はほぼ150前後で横ばい傾向にある。交通事故件数は年々減少しているが、これは、人身事故に至らない軽度の交通事故は当事者同士で処理されることが多く、記録に残らないためであると推察される（以上、Ministry of Health "National Health Plan 1996-2001"より）。

表 4-20 ヤンゴン市における交通事故件数および負傷者数、死亡者数の推移

年	交通事故 件数	負傷者数	死亡者数
1973	3,007	1,578	181
1978	2,680	1,677	243
1983	2,475	1,772	150
1988	1,369	1,068	131
1993	634	980	125
1994	874	1,518	152

出所：National Health Plan 1996-2001 Ministry of Health

(2) 労働災害

ミャンマーでは、近年の市場経済化に伴い、民間資本による工場数が急速に増加しており、1996年における全国の工場数は、国営約1,600、民営約47,000となっている。国営工場は比較的大規模なものが多く（全体の約25%が従業員数100名以上）、労働省の指導の下に安全管理が行われているが、民営工場はその約96%が従業員数10名以下の零細工場であり、安全対策もほとんど行われていないのが実状である。

表 4-21 は国営工場および、民営工場の一部（社会保険に加入している工場のみ、約13,000）における事故件数及び死亡者数である。国営工場、民営工場とも事故件数は減少傾向にあるが、事故による死亡者数は横ばいで推移している。

³⁶ 1973年～1994年の21年間で、ヤンゴン市における車輛の登録台数は約39,000台から約138,000台、オートバイの登録台数は約3,000台から約36,000台となっている。

表 4-21 国営工場および民営工場（社会保険加入工場のみ）における事故報告件数

年	国営工場		民営工場	
	事故件数	死亡者数	事故件数	死亡者数
1986	3,240	14	4,002	59
1988	784	10	2,289	31
1990	1,088	17	3,023	49
1992	1,010	17	2,966	58

出所：National Health Plan 1996-2001 Ministry of Health

4.4 疫学データベース

- 病院統計³⁷：年次病院統計は、1月1日から12月31日までの1年間を対象として、保健省管轄下の病院から提出される毎月の報告を集計したものである。報告の内容は、大きく分けて病院運営に関するものと、罹患率・死亡率に関するものの2分野から構成される。1994年における保健省管轄下の全病院（702）のうち、報告を提出した病院は約88%であった。提出率は近年高まりつつある。データの取りまとめを担当するのは保健省計画統計局である。

³⁷ Annual Hospital Statistical Report

「4 疾病構造」 参考資料

1. Annual Hospital Statistical Report 1994 Ministry of Health
2. National Health Plan (1996-2001) 1996 Ministry of Health
3. Hospital List (State & Division) 1997 Ministry of Health
4. 「ビルマ国消化器感染症研究プロジェクト事前調査団報告書」 1986 国際協力事業団
5. 「ビルマ、バングラデシュ、ネパール国感染症対策協力調査団報告書」 1986 国際協力事業団
6. 「海外医療協力委員会エイズ協力専門部会報告書」 1996 国際協力事業団