

5 保健医療プログラム

5.1 総論

現行の国家保健計画（1996-2001）は、6つの基幹プログラムならびにその構成要素である50のサブプログラムに分かれるが、各プログラムを概観すると、目標値の設定や活動内容、事業実施にあたっての人的・財政的投入の計画などに関する記述が統一されていない点が目立つ。プログラムの中には、詳細な実行計画が立てられ、ドナー、NGO、地域保健ボランティア等の協力も得て実施がなされているものもあるが、具体性のない事業も多くあると思われる。

5.2 プライマリ・ヘルス・ケア

プライマリ・ヘルス・ケアに相当するプログラムは、国家保健計画の「地域保健ケアプログラム」である。同プログラムは、第3次国家保健計画において、間接支援プログラムを除いて最も多くの予算（全体の約20%）が分配されている最優先プログラムである。地域保健ケアプログラムの実施主体は町区レベルで、さまざまな地域保健ボランティアおよび国内外のNGOの協力を得ながらプログラムの推進が図られている。（他のドナーのプログラムに関しては9.2参照。）

地域保健ケアプログラムの目標は以下の通りである。

- OJTによる基礎保健サービスの拡充
- 新規保健ボランティアの増加と既存スタッフの再訓練
- 母子保健・出産間隔延長プログラムの年次拡大
- 栄養状態の改善
- 口腔衛生教育の年次拡大
- 高齢者に対するヘルスケアの拡大
- 学校保健活動の拡大による学童の保健および環境衛生の向上
- 災害対策のための訓練と心構え
- 精神傷害および薬物乱用者のコミュニティにおけるリハビリと治療
- モデルタウンシップにおけるセルフケア訓練の導入

主な活動内容は以下の通りとなっている。

- 地域保健センターを年間25ヵ所新設（2001年の計画終了時までには合計125ヵ所を新設）
- 地域保健センターにおける基礎保健サービスの拡充年間325ヵ所を対象とし、計画終了時までには合計1,625ヵ所を拡充
- 保健人材の再訓練の実施(カッコ内は年間対象人数)：町区メディカルオフィサー(50名)、ヘルスアシスタント(60名)、保健ボランティア(1,000名)など
- 新規保健ボランティアの育成(カッコ内は年間対象人数)：地域ヘルスワーカー(1,500名)準助産婦(1,000名)
- 州・管区および町区レベルにおけるプログラム評価ワークショップの開催

5.3 予防接種対策

ミャンマーでは、1978年、第1次人民保健計画のスタートと同時にEPIプログラムが開始された。同プログラムの対象地域およびカバー人口は年々拡大³⁸されており、1990年には全国320の町区のうち、210の町区において、カバー率80%というUCI (Universal Child Immunization) の目標が達成された。1993年から1994年にかけては、それまでプログラムが波及していなかった地域に対するプログラムの拡大に力が注がれ、1995年には対象地域は303町区にまで増加している。未だカバーされていない地域は国境周辺の17町区となり、これらの地域には1歳以下の子供が約12,000人ほど居住すると推測されるが、少数民族との紛争などの問題が解決されていないこと、電力が十分でなくコールドチェーンが維持できないこと、交通アクセスが非常に難しいこと、保健スタッフが確保できないことなどの理由からプログラムの実施は困難な状況にある。

経口ポリオワクチンおよび3種混合ワクチンについて、第1回投与から第3回投与に至るまでに約10%、妊婦に対する破傷風予防接種について約5%程度のドロップアウト率が見られる。1993年に実施された全国予防接種実施状況調査によれば、予防接種に対する主な阻害要因として、以下の理由が挙げられている。

表 5-1 予防接種の阻害要因

要因	%
母親が時間をとれなかった	21.5
ワクチンが入手できなかった	14.9
子供が病気になり投与の場所に連れて来れなかった	13.3
副作用が心配だった	10.3
投与時刻が都合に合わなかった	8.2

出所：Situation Analysis 1995 UNICEF

5.3.1 NID(全国一斉ポリオワクチン投与デー)

ミャンマーは、WHOの指導の下に、WHO南東アジア地域事務所³⁹管轄地域の国々とも連携を図りながら、2000年までにポリオを根絶することを目標に、1996年から1998年の間に毎年、全国一斉投与デーを定め、ポリオワクチンの投与を実施している。1996年には2月および3月に各1回投与が行われ、それぞれ95%以上のカバー率を達成した。第2回目は南東アジア地域における同時開催となり、1996年12月および1997年1月にNIDが実施された。第2回目のNIDでは、国内13,750のすべての村に対象地域が拡大され、全国約550万人の5歳未満児に対して、12月には95%、1月には99%までカバー率を高めることに成功した。この背景には、州・管区から村レベルに至るまでNID管理委員会が組織され情報普及に努めたこと、MMCWAやMRC、ミャンマー看護協会などの国内主要NGOの全面的な協力が得られたことなどが挙げられる。

第2回NID実施は、LORCメンバーからNGO、ボランティアなどによって構成される投与チームによって行われた。全国で組織された投与チームの総数は35,000、参加ボランティア総数は17万人に及んだ。投与チームは、遠隔地におけるカバー率を引き上げるために、徒歩、ロバ、ボートなどあらゆる手段を用いて現地訪問に努めた。投与チームやワクチンの移動手段に関しては、国軍の協力を得て車輛やヘリコプターなどが活用されたため、辺境地での実施が可能となった。

³⁸ カバー率については、表4-1参照

³⁹ SEARO (South East Asian Region Office)。管轄地域の国々は、バングラディシュ、ブータン、インド、インドネシア、モルディブ、ミャンマー、ネパール、スリランカ、タイ、北朝鮮の計10カ国。

第2回 NID 実施にあたっての費用の大半はミャンマー政府およびコミュニティの拠出によって賄われたが、ポリオワクチンの調達についてはロータリー財団、JICA などから総額約140万ドル、ボランティア等の訓練に関してはユニセフから約19万ドル、監督者レベルの研修などに関してはWHO から約3万ドルの支援を受けた。

5.4 栄養問題対策

SLORC 政権は国内の基幹産業である農業の発展に力を注いでおり、1992年から1995年の3年間に於ける農業部門の成長率は8.8%と、GDP 成長率8.2%を若干上回って推移している。全国的にみた場合、基本的な穀類に関する国内需要は満たされており、豆類、コメ、メイズは主力の輸出品ともなっている。しかし、州・管区レベルでは、全14州・管区のうち半数以上を占める9州・管区において、食糧自給は達成されていない。特に山岳地帯の多い国境辺境地域においては、農業に適さない土地も多く、食糧生産は困難な状況にある。そのため、国民の平均的栄養摂取状況は十分な水準⁴⁰にあっても、世帯レベルでみた場合、カロリーでは全世帯の40%、蛋白質では55%のしか一日あたりの所要量を満たしていないという不均衡が生じている。

このような状況を踏まえて、現行の国家保健計画の栄養改善プログラムにおいては、2000年を目指して以下の目標値が掲げられている。

- 3歳以下の子供の蛋白質欠乏症を25%以下に抑える。
- 妊婦の鉄欠乏性貧血（ヘモグロビン値11gms以下）を20%以下に抑える。
- 6歳から11歳の子供のヨード不足（甲状腺肥大発生率）を20%以下に抑える。
- 5歳以下の子供のビタミンA欠乏症（ビトー斑発生率）0.3%以下に抑える。
- 出生時の低体重児（2,500g以下）を10%以下に抑える。

内容は以下の通りである（他のドナーやNGOのプログラムに関しては9.2参照）。

- 栄養状況の調査（カッコ内は対象となる町区または対象者数、もしくは回数）
 - ・ 3歳以下の子供に対する栄養状況のモニタリング（24町区）
 - ・ 学童に対する甲状腺障害調査（299町区）
 - ・ 妊婦、中学生、肉体労働者、知的労働者、就学前児童に対する摂食内容調査（各60名）
 - ・ 妊婦に対する鉄性貧血状況調査（1,800名）
 - ・ ヨード塩プログラムの評価調査（2回）
- 栄養向上のための活動（カッコ内は対象となる町区の数）
 - ・ 妊産婦および子供の栄養強化プログラム（150）
 - ・ ビタミンAカプセル配布プログラム（320）
 - ・ ビタミンAを豊富に含む食品の推進プログラム（23）
 - ・ 家庭における食品の安全確保パイロットプロジェクト（23）
 - ・ コミュニティ栄養センター機能向上プロジェクト（150）
 - ・ 病院内の栄養部門機能向上プロジェクト（21）
 - ・ ヨード塩消費の促進プログラムの実施とレビューのためのワークショップの開催（299）
- スタッフのトレーニングと住民に対する栄養教育
 - ・ スタッフトレーニング（4,000）
 - ・ 母親を対象としたコミュニティ栄養教育（25,000）
 - ・ ラジオによる栄養教育（30回）
 - ・ テレビコマーシャルによる栄養教育（15回）

⁴⁰ 一日一人当たりの摂取カロリーは2598、蛋白質摂取量は64グラム（1992年値。保健省保健局栄養課提供資料による）。

- 300 品目の食物を対象とした検査分析

5.5 母子保健対策

現行の保健計画において、母子保健対策に相当するものは「母子保健および出産間隔延長プログラム」である（出産間隔延長プログラムに関しては、「5.6 家族計画」の項で後述）。同プログラムは、保健計画の中でも最優先プログラムとして位置づけられており、実施にあたっては WHO、ユニセフ、UNFPA、UNHCR といった国際機関およびワールドビジョン、International Family Planning Assistance などの NGO からの支援を受けている。

同プログラムは、①妊産婦死亡率を出生 10 万対 110 から 100 に減減させること ②乳幼児死亡率を 1990 年レベル（出生 1000 対 47）の 40%にまで減減させることを目標に掲げており、そのために以下のレベルまで各種母子保健サービスのカバー率を向上させることを目指している。

- 産前ケアのカバー率妊産婦死亡率を出生 10 万対 110 から 100 に減減させる。
- 乳幼児死亡率を 1990 年レベル（出生 1000 対 47）の 40%にまで減減させる。
- 都市保健センターと母子保健センターを増設する。
- メディカルオフィサー、助産婦、女性ヘルス・ビジター、準助産婦に対する再教育を行う。
- 準助産婦に対して、通常及び再教育トレーニングを行う。
- 母子保健センターにおける、産前ケアのカバー率を段階的に引き上げる。
- リプロダクティブヘルスに関するワークショップを開催する。

プログラムの拠点となるのは、都市部においては都市保健センター(全国に 84 施設)、母子保健センター(348 施設)であり、女性保健ボランティアや助産婦が活動の担い手となる。農村部においては、ステーションホスピタル(650 施設)、地域保健センター(1,445 施設)を拠点として、準助産婦のサポートの下に、女性保健ボランティアおよび助産婦が活動の普及を担う。

5.6 家族計画

1996 年のミャンマーの総人口は約 4,500 万人、過去 10 年間の平均人口増加率は、東南アジアの平均(1.6%)を上回る 1.9%前後であるが、現在の人口規模は約 677,000 平方キロメートル（日本の約 1.8 倍）の国土面積に対してまだ過小であると考えられている。肥沃な農業地帯を持つミャンマーは、食糧輸出国であり、増加する人口を賄う余力が残っている。また、中国、インド、バングラデシュ⁴¹といった人口大国と国境をしているため、人口規模はより大きい方が望ましいという政治的見解もあり、ミャンマーでは人口を抑制するための政策は行われていない。ただし、保健計画の中では、妊産婦死亡率を低下させるための有効な手段として、「出産間隔延長プログラム」が重要視されており、避妊具の供給も含めた家族計画の指導が行われている。同プログラムは、1991 年に 1 つの町をモデルとしたパイロットプログラムとして導入され、以降、段階的に対象地域が拡大され、現在 33 の町において実施されている。同プログラムは、International Family Planning Assistance、UNFPA、UNDP による財政支援を受けているほか、村レベルでの実施にあたっては国内 NGO である MMACW の組織が全面的な協力を行っている。

同プログラムは、地域準ヘルスセンターの助産婦の監督の下に、準助産婦を中心とした住民保健ボランティアの協力によって実施されている助産婦は、一人あたり 5-10 の村(人口規模で 5,000 人前後、すなわち妊娠可能年齢の既婚女性が 500 人前後含まれる計算になる)を担当し、カウンセリング、検査の後、適切な避妊法の指導を行う。経口避妊薬・注射・コンドームは助産婦によ

⁴¹ バングラデシュの人口は約 1.2 億人、国土面積は約 14.4 万平方キロメートルでミャンマーの約 5 分の 1 に過ぎない。

って支給されるが、IUD の使用を希望する女性に対してはヘルスセンターへのリファラルを行う。

プログラム対象地域における避妊法の実行率は21.5%と推計されており、これは MPCFS 調査結果の 16%前後に対してやや高い。使用されている避妊具およびその利用の内訳は表5-2 の通りである。「その他」にはコンドームが含まれるが、その利用率は2%に満たない。

表 5-2 プロジェクトサイトにおける避妊方法の内訳

避妊法	構成比
経口避妊薬	43.14%
注射	41.41%
IUD	6.78%
その他	8.67%
計	100.00%

出所：Situation of Reproductive Health Program 1996 Ministry of Health

5.7 マラリア対策

マラリア対策プログラムは、マラリアの罹患率および死亡率を前保健計画終了時の 20%引き下げを目標としており、その具体的な目標値は以下の通りである。

- マラリアの罹患率(人口千人対)を 12.74 まで引き下げる (1996 年予測値 13.38)
- マラリアの死亡率(人口 10 万人対)を 7.92 まで引き下げる (1996 年 8.3)
- case fatality rate を 2.64%まで引き下げる (1996 年 2.77)

プログラムの内容は以下の通りである。

- 中央レベルでは、プログラムの計画、モニタリング、監督、品質管理、トレーニングなどを担当する。
- 以下の活動の実施主体は町レベルとする。
 - ・ 治療（重症、および複雑なケースを除く）
 - ・ リスクの高い地域（北部山岳地帯、タイ国境地域）における疫学的検査
 - ・ malaria blood films の収集と検査
 - ・ データの収集と報告
 - ・ タウンシップ内の詳細計画の策定
- 治療および上位保健施設へのリファラルは、コミュニティレベルの保健ボランティアが担当する。
- 町レベルにおけるマラリア対策、特に抗マラリア剤の使用法やリファラルシステムの改善などについては、開業医や薬品店などの民間セクターとの連携を進める。

DDT⁴²耐性が見られる地域においては、ICON⁴³を使用する必要がある。年間必要量は3,000 キログラムである。リスクの高い地域においては、約40 万ドル分の抗マラリア剤が必要となる見込みである。

⁴² 1990 年の使用量は約 65 トンであった。

⁴³ イギリスのメーカーによって生産されるピレスロイド（除虫菊系の誘導体）の商品名。

5.8 エイズ対策

エイズの現況については4.2.1 感染症 (8)エイズの項を参照のこと。プログラムの具体的な目標は以下の通りである。

- プログラムを全町に拡大する。
- 現在の sero-prevalence (静脈注射による薬物濫用者の場合 61.75%、性病患者の場合 8.2%) を超えないようにする。

活動内容は以下の通りである。

- HIV の性行為による拡散の防止: 情報提供および教育によって、危険を伴う性行動を回避させる。
- HIV の血液感染による拡散の防止: 安全な血液、血液製剤の使用によって、輸血等に伴う HIV 感染リスクを排除する。また、注射による麻薬利用者への意識啓発、臓器・精子などの提供者に対するスクリーニングの実施によって、血液感染を防止する。
- 母子感染の防止: 性行為による男性から女性への HIV 感染を防止することはいうまでもなく、出産可能年齢の女性にエイズに関する適切な教育を行い、HIV 感染者の出産を回避させる。
- 適切な治療の提供: HIV 感染者および AIDS 関連の疾患を抱える患者が、人道的で適切な治療を継続的に受けられるよう、保健サービスの供給側が環境を整える。
- カウンセリングサービスの提供: HIV 感染者のみでなく、ハイリスクグループに属する個人に対してもカウンセリングの機会を提供する必要がある。
- エイズ患者に対する社会的・経済的支援: コミュニティのボランティア組織との協力により、必要に応じて経済的支援を行う。

5.9 ARI 対策

4.2.1 感染症 (3)ARI の項目で述べたように、ARI は子供の死因のトップを占める重要な疾患である。2000 年をターゲットとした ARI 対策プログラムの目標は以下の通りである。

- 全国レベルにおいて、肺炎関連の死亡率を1995年実績の3分の1に減減させる。
- 病院における、肺炎患者の死亡率を同様に10%減減させる。

目標達成のための具体策は以下の通りである。

- 事前トレーニングやOJTを通じて、基礎保健スタッフやボランティアヘルスワーカー(準助産婦)の技能を向上させる。
- タウンシップにおけるプログラムのモニタリング活動を強化する。
- 重度の肺炎患者を受け入れるためのリファラルセンターを整備する。

ARI 対策プログラムは1987年から継続されており、1995年までの累計で約75万US\$の予算が投入された。拠出の内訳は、ミャンマー政府約40%、WHO 約33%、UNICEF 約27%である。

5.10 下痢症対策

下痢症対策プログラムは、ユニセフの支援によってすすめられており、その中心となるのはORSの生産および配布と保健スタッフの育成である。本プログラムは、総合保健サービスの一環として実施されており、国内の全町がカバーされている。

2000年をターゲットとしたプログラムの目標値は以下の通りである。

- 5歳以下の子供の下痢症による死亡率を1995年実績から50%減減させる。
- 5歳以下の子供の下痢症罹患率を同様に25%減減させる。
- 2000年までにORTの使用率100%を達成する。

内容は以下の通りである。

- ORSパックに使用上のガイドライン、リンゲル液とその滴注器具を同時配布
- 下痢症対策に関わる知識の普及を目指したポスター、パンフレットなどの作成
- メディカルオフィサーを対象としたトレーニングの実施(中央レベルにおける下痢症対策監督能力トレーニング、および下痢症対策ユニットを備えた4病院⁴⁴における監督コース) ヤンゴン小児病院、マンダレー総合病院、北オッカラパ総合病院、ヒーヤイ病院
- トレーニングを修了したメディカルオフィサーによる、ベーシック・ヘルス・ワーカーに対するトレーニングの実施

ORS に関しては、プログラムに関わる全ての機関・スタッフに対して、常時保有すべき数量が以下のように定められている。

- 州/管区および町区レベル—3ヶ月分(月平均使用量から算出)
- 地域保健センターおよびステーションホスピタル—500パック
- 全アシスタント、婦人保健ボランティア、基礎保健ステーション—各50パック
- 全助産婦、基礎保健ステーションII—各50パック

5.11 その他の感染症対策

5.11.1 結核対策プログラム

結核対策プログラムは、総合公衆衛生対策の一環として全国的に実施される方針であるが、各部門間の調整が不十分な地域もあることから、全国320の町のうち、カバー地域は46.5%に留まっている。プログラムの実施は、全国9ヶ所に設置されている「地域結核センター」を拠点とし、これらセンターの下の36の結核対策チームを通じて実施されている。1997年の予算は1,470万チャットである。

2000年をターゲットとしたプログラムの具体的な目標値は以下の通りである。

- 開放性結核患者を毎年10%減減させる。
- 結核による死亡率を1995年実績から10%減減させる。
- 治癒率を85%まで引き上げる。
- 治療完了率100%を達成する。
- 喀痰検査による発見率を70%まで引き上げる。

内容は以下の通りである。

- 患者の発見および適切な治療、拡散の防止
- プログラムに関わる全てのスタッフに対する短期化学療法に関するマニュアルパンフレット類の配布
- 医学生、看護婦、検査技師、PHSに対するトレーニングの実施
- テレビ、ラジオなどのメディアを通じた情報提供、関連各省間の調整を目的としたワーキングコミッティの設置

⁴⁴ ヤンゴン小児病院、マンダレー総合病院、北okkalapa 総合病院、Pyay 病院

- 各種調査の実施（結核患者に対する HIV 検査、治癒率改善のための調査、薬物耐性に関する調査、費用効果調査）

5.11.2 肝炎対策プログラム

肝炎対策プログラムは、ミャンマーにおいて最も症例が多い B 型肝炎対策を中心とした内容となっており、活動内容は以下の通りである。

- 献血血液のスクリーニングによる HBS 抗原患者の発見
- B 型肝炎ワクチン生産能力の強化、UCI プログラムへの組み入れ
- マスメディア等を通じた B 型肝炎に関する知識の普及
- A、C、E 型肝炎に関する疫学的研究および新型肝炎に関する研究
- 州・管区レベルにおけるセンチネルサーベイの実施

5.11.3 ハンセン病対策プログラム

ミャンマーにおけるハンセン病対策の歴史は、1950 年にスタートした反ハンセン病キャンペーンから始まっている。1963 年には、ダブソンによる単一療法が導入され、1968 年には全国を対象としたハンセン病対策 5 年計画がスタートした。同計画の実施過程において、ハンセン病対策活動を基礎的保健サービスの中に統合する試みが始まり、その後段階的に実施に移されている。1988 年には、罹患率の高い 6 管区において、WHO の推奨する多剤併用療法 (MDT: Multi-Drug Therapy) が期間限定で導入された。マンパワーの不足を解消するため、1991 年半ばには、MDT による治療法が基礎的保健サービスに統合された。

現行の国家保健計画において、ハンセン病対策は疾病管理プログラムの一つとして実施されており、2000 年までにハンセン病の罹患率を人口 1 万対 1 以下まで減減させることを目標としている。

MDT カバー率の向上によって、1994 年のみで 9,375 人が治癒している。

プログラムの具体的目標は以下の通りである。

- 有病率を 10 万人あたり 61(1994)から 5 まで減減させる
- 死亡率を 10 万人あたり 20 から 10 まで減減させる
- MDT のカバー率を 70%から 100%へ引き上げる
- 新規患者の奇形発生率を 10%から 7%まで減減させる
- 治癒率を 35%から 77%へ引き上げる

プログラムの内容は以下の通りである。

- 集中的新規患者発見活動: Active Case については、診察および学校における検査などによって発見を行い、Passive Case については、周知活動の徹底により、自主的に検診を受けるものを増やす。
- MDT による効果的治療
- 奇形発生の防止
- コミュニティにおける治療の推進

5.12 その他の対策

5.12.1 麻薬対策

SLORC は 1988 年の政権掌握以降、麻薬対策を国家的問題として重要視し、1993 年 1 月に麻薬および向精神剤法を成立させるとともに、中央のみならず全国の州/管区、町区、村区の各レベルにおいて麻薬濫用防止および対策委員会を組織し、法の維持に努めている。同委員会の監督の下、保健分野においては、以下の活動を行なっている。

- 濫用者の発見、治療およびアフターケア
- 濫用者の監視
- 麻薬対策に関わる保健スタッフの訓練
- 薬物濫用者の登録
- 薬物濫用に関わる調査

保健省保健局は、薬物中毒患者の治療センターを全国に 30 カ所（6 カ所の大規模な薬物治療センターに加え 22 カ所の付属センター、2 カ所のリハビリセンター）設置し、運営を行なっているほか、20 のラボラトリーにおいて検査および研究に努めている。本プログラムにおいては、治療部門の拡充のため、治療センターを毎年 1 カ所、すなわち計画終了年までに 5 カ所増設すること、それに伴い医師を合計 19 人増員すること、および移動治療チームを組織することなどが計画されている。

5.12.2 学校保健対策

学校保健対策は、コミュニティヘルスケアプログラムの一画を担うもので、学童期の児童に対する栄養改善、口腔衛生教育、各種疾病の予防などを目指す内容となっている。プログラムの目標は以下の通りである。

- 新規の学校保健サービスを提供し、学童の疾病・死亡を軽減させる。
- 学校保健に関わる人材の再トレーニングを行う。
- 全町レベルで学校保健監督委員会を組織し、学校保健に関わる他の部局や NGO などとの連携を強化する。
- 学校保健教育のカバー率を 50% から 100% に引き上げる。

5.12.3 蛇毒対策

4.2.2 非感染症 (7) その他 A) 蛇毒の項で述べたように、ミャンマーでは毒蛇による被害は深刻なものであるが、その対策プログラムでは、蛇毒血清の生産・供給能力を高めるという保健省サイドの問題が解決困難であると推測されることから、住民サイドに対して、咬傷を避けるための自衛努力を求めることが優先課題となるであろう。

血清の国内生産量は 1991 年の 35,000 ドースから 1993 年には 24,000 ドースに減少しており、年間 10 万ドースと見積もられている必要量の 4 分の 1 ほどしか満足していない。さらに、冷蔵の必要がある血清を、電気事情の悪い農村部へ搬送し、現地で貯蔵するというは大変難しい。この問題を解決するため、近年ではフリーズドライタイプの血清も国内生産されているが、生産設備が限られているため、年間 2,500 ドースとわずかな生産量にとどまっている。血清の生産を担うミャンマー製薬公社の予算の逼迫ぶりを考慮すれば、当面これらの事情が改善される可能性は薄いと思われる。

2000年をターゲットとしたプログラムの目標は以下の通りである。

- 蛇毒による罹患率、死亡率を50%削減させる。
- 毒蛇による咬傷をできるだけ回避し、噛まれた場合には応急処置ができるよう、人口の75%を目指して知識の普及を行なう。
- 蛇毒に対する血清を地域末端レベルに至るまで100%確保する。
- 保健省では、蛇が生息すると思われる場所ではブーツなどを着用して足を保護する、照明が十分でないところを歩くときは松明等を用意し、足元に注意して歩くよう、意識啓発を行なう。

「5 保健医療プログラム」 参考資料

1. Children and Women in Myanmar A Situation Analysis 1995 UNICEF
2. National Health Plan (1996:2001) 1996 Ministry of Health
3. 保健省提供資料

6 保健医療サービス供給システム

ミャンマーでは、政府系病院における医療費はこれまで基本的に無料であったが、1994年より薬代の自己負担制度が導入され、その後高額医療についても一部自己負担とする制度も導入された。しかし、近年の通貨価値の下落により、多くを輸入に依存する医療機器や薬品、医療材料の不足は深刻化しており、それに伴い大病院においても医療サービスの低下は避けられないものとなっている。民間施設は都市部を中心として増加しつつあり、一部富裕層を対象とした施設のなかには、政府系のものより設備・サービスともに優れているものも現れているが、一般庶民の医療需要を満たすものではない。

6.1 保健医療施設

政府系（軍病院を除く）の病院数および病床数は着実に増加しているものの、人口増加のスピードには及ばず、一人あたりの病床数は減少傾向にある。

表 6-1 政府系病院数および病床数の推移

年	病院数	病床数	一人あたりの 病床数
1991	692	27,291	6.57
1992	701	27,662	6.53
1993	698	27,689	6.42
1994	703	27,828	6.34
1995	711	28,165	6.29

出所：Review of the financial Economic and Social Conditions for 1996/97 1997 Ministry of National Planning and Economic Development

6.1.1 公共医療部門

(1) 病院

ミャンマーの公共病院のほとんどは保健省が所有するものであるが、その他に国軍、労働省、鉄道省、鉱山省のほか、石油会社などが、職員に対する福利厚生を提供を目的として設置したものがある。軍病院の数および規模に関するデータは入手していないが、その他の省などに属する病院数は10前後であり、うち総合病院は労働省の所有する2病院のみでその他はタウンシップホスピタルもしくはステーションホスピタルに相当する50床以下の病院である。

保健省所有の病院は、全国に707（1997年）あり、専門的かつ高次の医療を提供する中央レベルの専門病院・総合病院（計40、各州/管区に1つ以上設置されている）のほか、病床数150もしくは100の州/管区病院（計32、人口規模などにより異なるが各州/管区に1つ以上）、タウンシップホスピタル（計255、タウンシップの人口に応じて1つ以上）、ステーションホスピタル（計380、各タウンシップに1つ以上）、に分類される（表6-2参照）。

保健省の管轄下にある病院は、前述した707の近代医学に基づいた医療を提供する病院のほか、伝統医学に基づいた治療を行うものが3院あるが、それらについては6.3.3 伝統医療の項で記述する。

表 6-2 保健省所有の地方別・タイプ別病院数の推移

州名	専門 病院	総合 病院	州/管区 病院		タウンシップ別 ^a			フロン 別 ^b	計
			150床	100床	50床	25床	16床	16床	
カチン州	2	1	1		5	2	9	20	40
カヤー州		1				3	3	8	15
カイン州		1		1	1	5		13	21
チン州		1		1	2	2	3	12	21
ザガイン管区		1		3	4	7	23	45	83
タニンダーイー管区		1		1	1	2	6	12	23
バゴ管区		2	1	1	4	8	12	42	70
マグウェイ管区		2		2	4	2	16	33	59
マンダレー管区	4	1		6	4	6	10	39	70
モン州		1		1		8	1	12	23
ヤカイン州		1		2		6	8	23	40
ヤンゴン管区	9	7	1	1	7	9	5	22	61
シャン州	1	3	2	4	3	18	26	54	111
エーヤワディ管区		1		4	6	4	10	45	70
	16	24	5	27	41	82	132	380	707

出所：Hospital List (State & Division) 1997 Ministry of Health

(2) 地域保健サービス施設

病院のほか、地域における一次・二次的な保健医療施設として、都市部に設置されている都市保健センター⁴⁵および母子保健センター⁴⁶、地方に設置されている地域保健センター⁴⁷がある。都市および地域の保健センターは、一つのタウンシップに4~7カ所配置され、助産婦の他、婦人保健ボランティアなどによって診療活動が行われるほか、住民の保健衛生向上のための各種プログラム拠点として機能する（リファラルに関しては、図2-5を参照）。

表 6-3 保健センター数の推移

	都市 保健センタ-	母子 保健センタ-	地域 保健センタ-
1985	62	336	1,267
1990	71	348	1,338
1995	84	348	1,445

出所：Review of the financial Economic and Social Conditions for 1996/97 1997 Ministry of National Planning and Economic Development

⁴⁵ Urban Health Center もしくは Primary and Secondary Health Center

⁴⁶ Maternal and Child Health Center

⁴⁷ Rural Health Center

6.1.2 民間医療部門及びミッション系・NGO 関連医療部門

民間医療部門について入手したデータは、医師および看護婦数のデータ（ただし、公共部門と併せた数）のみであり、医療施設数については保健省では把握していない。「ミャンマー医療事情」によれば、「開業医の数は多いが、どこもたいへんに混雑している。昼間、国営病院で勤務している医師が、夜間のみ（時には昼休みも）治療にあっていることが多い。清潔ではなく、設備的にも不十分である」とのことである。近年ヤンゴンなどの都市を中心として外国人や富裕層を対象とした民間医療施設が開設されており、そうした施設は高度な臨床検査の機能を備え、医療サービスの水準も高い。

ミャンマーには、貧困層を対象として医療や薬を基本的に無料で提供する医療施設がいくつかある。そのなかで宗教系のもは、「Muslim Free Dispensary」（名称の通りイスラム教徒を対象として設置されたものであるが、誰でも利用可能）、仏教系の「Jivitadana Charity Hospital」（僧、尼僧を対象としているが、一般市民も利用可能などがある。また、熱心な仏教国であるため、富裕層や事業で成功した人の間では、慈善活動によって「徳を積む」という意識も高く、チャリティー活動が活発に行われている。そうした活動の例として、貿易大臣の設置した「ガルーナ財団⁴⁸」があり、同財団は現在ヤンゴン市内に8カ所ほど貧困層を対象とした「ガルーナクリニック」を運営している。同クリニックの診察料（薬代込み）は、一回につき5チャットとなっているが、患者の支払能力に応じて減免される。クリニックで診療を行う医師は、有給の者もいるが、ボランティアで診療を行い、活動の趣旨に協力する者もいる。ガルーナ財団は、今後全国に60カ所ほどクリニックを整備する方針とのことである。

6.1.3 主な医療施設

(1) ヤンゴン総合病院

1989年、イギリスによって建設され、その後増床を重ねながら、全国で最大の1,500床の総合病院となる。建設当時の面影を残す英国風の建物は、ヤンゴンのランドマークの一つとなっているが、老朽化は著しい。病床占有率は65%、医療スタッフは医師198人、看護婦409人、医療技師約152人等であり、一日あたりの平均外来患者数は258人、平均入院患者数は977人、平均入院日数は11.0日である（いずれも1994年値）。診療項目には一般外科、一般内科、整形外科を中心に特殊科目として外傷、透析、口腔および形成外科、放射線治療、心臓内科、心臓外科、胸部内科、咽喉外科、神経内科、神経外科、肝臓、物理療法／リハビリ、糖尿、菌科、皮膚科などがある。運営上の問題点としては、各種機材が老朽化およびスペアパーツ等の不足により使用不能となっていること、また薬剤や医療材料の欠乏により検査等の一部が実施不能となっていることなどが挙げられる。

(2) 新ヤンゴン総合病院

1984年、日本の無償資金協力によって建設され、現地では「JICA病院」と通称されている。スタッフ数は326人（医師42人、看護婦81人、医療技師35人他）、ベッド数は220で、病床占有率は58%、一日の外来患者数は26人、入院患者数は114人（いずれも1994年値）である。ここ数年病床占有率および患者数は減少傾向にある。病院支出の内訳は、人件費55%、労働・財産などに関する費用25%、メンテナンス費15%となっており、薬品は別途政府から支給される。近年ミャンマーで最初のMRIを導入し、高度医療の充実にも力を入れているが、受益者負担の考えから、こうした高額医療機器を使用する診療は有料化されている。しかし、ヤンゴン総

⁴⁸ Myanmar Karuna Foundation

合病院同様、機材のメンテナンス費や各種薬品・消耗品の購入費が潤沢でないことから、一部機器が使用不能となっているなどの問題点は依然として残されている。近年の患者数の減少について、国際看護交流協会「ミャンマー国保健医療協力事情調査報告書」は、建設から12年が経過し、施設および機器の老朽化に伴い、医療サービスが低下したことに加え、高額医療に対する自己負担制度の導入に対する反発などから、増加傾向にある民間医療施設への患者の流出が起きているのではないかと考察している。

ヤンゴンには、以上2つの主な総合病院のほか、以下の主な専門病院がある。

- 婦人病院 (Central Women Hospital) : 病床数 800
- ヤンゴン小児病院 (Yangon Children Hospital) : 病床数 550
- 眼・耳鼻咽喉科病院 (Eye, Ear, Nose & Throat Hospital) : 病床数 150
- 感染症病院 (Infectious Hospital, Yangon) : 病床数 200
- アウン・サン結核病院 (Aung San TB Hospital) : 病床数 300

(3) マンダレー総合病院

マンダレー総合病院は、ミャンマー第2の都市、マンダレーに位置し、上ミャンマーの医療の中心施設としての機能を担う。1925年に250床の病院として開設された後、1952年に現在地に移転、1965年には800床の総合病院となり現在に至る。建物の一部には、地元の豪族の寄付を受けて建設されたものもある。ベッド数は定数800に対し実数は1,040まで増えているが、依然として病床占有率(対実数)は91.1%と非常に高い。医療スタッフは医師129人、看護婦186人、助産婦10人、医療技師約100人等であり、一日あたりの平均外来患者数は419人、平均入院患者数は694人、平均入院日数は9.2日である(いずれも1995年値)。診療項目には内科、外科、産婦人科、小児科、整形外科、泌尿器科、循環器内科、循環器外科、精神/薬物科、歯科、放射線治療、放射線診断、臨床検査、物理療法内科、麻酔科、皮膚科、小児外科、胸部外科などがある。年間の病院支出は約1,000万チャット、内訳については情報を入手していない。

マンダレーには、このほか以下の主な専門病院があるほか、「マンダレー教育病院⁴⁹」の建設が進められている。

- 眼・耳鼻咽喉科病院 (Eye, Ear, Nose & Throat Hospital) : 病床数 100
- 感染症病院 (Infectious Hospital, Yangon) : 病床数 25
- ハンセン病病院 (Leprosy Hospital) : 病床数 700

(4) ヤンゴン伝統療法病院⁵⁰

1997年現在、全国に3カ所(ヤンゴンのほか、マンダレー、バセイン)整備されている、伝統療法病院の一つである。建物は1980年に設置されたとのことだが、大変老朽化しているように見受けられた。設立当初のベッド数は16であったが、50に増床されている。一日の外来患者数は70人、入院患者数は40人である。患者の年齢層は40代以上がほとんどで、主な疾患は麻痺、痛風、慢性疾患、背痛、糖尿病などの慢性病であり、そのため患者の平均入院日数は30日と長い。医療スタッフとして伝統療法士7名、上級看護婦3名、看護婦8名、検査技師1名などがあり、投薬(必要に応じて、伝統薬のほか必須医薬品も併用する)のほか、マッサージ、温熱療法などの物理療法によって治療を行う。治療費、薬品代とも無料であるが、通常の病院と同様、基本的に入院患者に対する給食は行わない(自宅が遠いなどの理由で家族が食事を提供できない患者や、経済的に困窮している患者は例外となる)。

⁴⁹ 同病院の整備計画は、日本の無償資金協力案件として詳細設計の段階まで進んでいたが、ミャンマーにおける政治的混乱の発生(1988年)により、援助中止となった。ミャンマー政府は1994年から単独で建設に着手し、一部の建物はほぼ完成しているが、財政逼迫のため、竣工の見通しは明確でない。

⁵⁰ Yangon Traditional Medicine Hospital

病院の予算は年間 130,000 チャット、内訳は人件費 70%、薬品代（薬品の多くは政府から現物支給されるが、支給外のものについて）20%、その他 10%である。機材等の修理・購入費用は特別予算として別途申請する。

6.2 医薬品・医療器具・衛生材料

6.2.1 公共部門における医薬品供給と課題

(1) 公共部門における医薬品生産状況

ミャンマーには小規模な民間の製薬会社が20~30ほどあるが、これらの工場の生産力はわずかなもので、国産薬品のほとんどは、国家薬品委員会⁵¹によって策定される生産計画に応じ、第一工業省の管轄下にあるミャンマー製薬公社によって生産される。同公社の生産および収支状況を表 6.4 に示す。近年の製造実績は、計画を大幅に上回っているが、これは計画上の生産量では工場の設備を 100%稼働させるに至らないため、民間企業から原料の供給を受け、代理生産を行っているためである。1996 年における支出の内訳は、人件費 56%、原材料費 56%、間接費 27%であった。原材料の輸入依存度は約 95%であり、半製品の輸入は行っていない。

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）

	生産計画	生産実績	収入	支出
1992	147	148	146	89
1993	147	154	148	94
1994	150	185	183	117
1995	185	281	219	161
1996	194	309	281	204

出所：ミャンマー製薬公社提供資料

ミャンマー製薬公社による医薬品の製造状況を表 6-5 に示す。生産額でみると、最も多い項目は錠剤であり、次いで液状薬、医療用アルコールの順となっている。

表 6-5 ミャンマー製薬公社の医薬品製造状況（1996 年）

分類項目	生産額	内訳
生物学的製剤	10.162	3.3%
錠剤	160.602	52.1%
軟膏	7.169	2.3%
液状薬	54.768	17.8%
固型薬	11.597	3.8%
無菌製品	43.97	14.3%
医療用アルコール	19.771	6.4%
注入剤	0.486	0.2%
計	308.525	100.0%

出所：ミャンマー製薬公社提供資料

必須医薬品に関しては、製薬公社によって、76 品目中の 62 品目に相当する薬品（84 品目）が生産されている。必須医薬品リストを巻末に添付する。

⁵¹ National Drug Committee

(2) 公共部門における医薬品供給状況⁵²

ミャンマー製薬公社で生産された医薬品は、保健省（管轄下の病院へ分配）、国防省（軍病院へ）、労働省（労働病院および社会保険クリニックへ）、貿易省（民間の薬局へ）の4省へ、ほぼ均等に配分される。半製品の段階（ビタミン剤のチップ）では一部輸出（対ベルギー）も行われているが、その割合はわずかである。国内における薬品の需要量は明確には把握されていないが、ミャンマー製薬公社の生産量は全需要の20%程度と推定される。

(3) 公共部門における医薬品生産・供給の課題

ミャンマー製薬公社の製薬工場はヤンゴンに一家所しかないが、設備は1954年設立⁵³当時からほとんど変わっていない。そのため、設備の老朽化による故障なども頻繁に起こっているが、修理を重ねて使用している⁵⁴。設立から40年以上が経過した現在、人口規模は2倍以上となり、薬品に対する需要が拡大しているため、工場の拡張が急務となっている。過去10年ほど、第2工場建設の構想が出ているが、実現には至っていない。一時は韓国の企業と合弁の話も出ていたが、出資比率などの条件が折り合わず、契約は成立しなかった⁵⁵。薬品の生産過程は多分に労働集約的であり、パッケージングなどはほとんど人の手によって行われている。

さらに、前述のように原材料の95%を輸入に頼っているため、通貨チャットの下落によりコストが増大している。対応策として、価格の安いときを選んで輸入する、また包装を簡素化するなどの手段を講じているが、抜本的な対策には至っていない。

(4) 医療機材および衛生材料等

医療機材はほとんど輸入品であり、日本、ドイツなどの先進国のほか、タイ製の製品なども使用されている。衛生材料に関しても同様に輸入に依存する。特に、近年では各種の保健サービスの拡充により、注射器に対する需要が高まっているが、国内には注射器の製造設備がないため、さまざまな国からの輸入に頼らざるを得ない。こうした輸入品は規格・品質もさまざまで、中には安全性に関して疑問の残るものもあるため、国内での製造が急務となっている。

6.2.2 民間部門における医薬品供給と課題

民間部門における医薬品の生産に関しては、前述のように全体としては小さく、ビタミン剤などの生産が中心のようであるが、詳しい情報は入手していない。

6.2.3 病院内の薬局

1994年より薬品は自己負担となったため、患者は医師から受け取った処方箋により、病院内もしくは市中の薬局で薬を購入することとなった。注射器等に関しても、ディスプレイのものも希望する場合は薬局において自費で購入する必要がある（針付で1つ25チャット前後であり、庶民にとっては高価である）。

⁵² ミャンマー製薬公社計画局次長からの聞き取りによる。

⁵³ 工場は1954年イギリスの民間製薬会社によって設立されたが、1959年国営工場となった。

⁵⁴ 多くの人が指摘している点であるが、ミャンマーの病院、工場などにおいては、機材等を非常に大切に使用していると見受けられた。

⁵⁵ ミャンマー製薬公社計画局次長からの聞き取りによる。

6.3 保健医療サービスの利用

6.3.1 住民側からみた利用の状況

医療施設の利用状況に関して、保健省伝統医薬局長は、「ミャンマーの人口の80%ほどは、よほど深刻な場合でない限り病院に行くことはなく、伝統薬を服用して済ませているのではないかと語っていた。この説を裏付けるデータは入手していないが、表の6-6により、住民がどのような保健医療機関／保健スタッフに治療サービスを求めているかの一端を見ることができる（ただし、5歳未満児の死亡事例に限られる）。最も多かったのは「自己治療」、すなわち保健医療サービスを利用していないということであり、これは全体の35%に達している。次いで、「基礎保健スタッフ」、「保健省病院」など公的保健サービスの供給機関が並んでおり、こうした施設も比較的良く利用されていることがわかる。次いで挙げられているのは、「訓練を受けていない療法士」で、約12%を占める。ミャンマーには独自の知識に基づく薬草の処方・折拗などによって治療を行なう民間療法士や、薬や注射などのサービスを行なう者が広く存在しているといわれるが、そうした者に治療を求める人は依然として少なくないことが示されている。一方で、比較的成本の高い民間の診療所／医者に治療を求めたものも同程度の11%存在する。

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）

治療サービス供給者	死亡者数	(%)
自己治療	265	35.1
基礎保健スタッフ	121	16.0
保健省病院	118	15.6
訓練を受けていない療法士	90	11.9
民間診療所／医師	83	11.0
伝統療法士	41	5.4
民間病院	2	0.3
共同組合立診療所	0	0.0
その他	36	4.8
計	756	100.0

出所：保健省保健局疾病管理課

ミャンマーでは薬品の販売に関して特別の資格を得る必要はなく、薬局のほか、スーパーの棚にも数多くの薬品が並んでいる。ミャンマー製薬公社の薬品は、街の薬局で購入することができるが、庶民にとっては、品質は優れているが価格が高いというイメージの製品である。輸入薬に関しては、中国、タイ、インドなどの周辺諸国から大量の薬が流入しており⁵⁶、多くは安価であるため庶民に広く利用されているが、品質も良くないといわれている。都市部の薬局では、ドイツ、スイス、イギリスなどからの薬も入手可能であるが、高価であり一部の富裕層の利用にとどまっている。

(1) 住民費用負担

経済の自由化を契機として、医療の分野にも受益者負担の原則が導入され、一部病棟や検査などは有償となった。都市および地域保健センターにおいても、薬品に関して住民の費用負担制度を取り入れた運営が行われるようになってきている。1992年よりモデル町区においてパイロットプロジェクトが開始され、その後対象となる町区は段階的に拡大して132町区(1997年)となり、国

⁵⁶ 薬品の輸入は貿易省医薬品・医療機材輸入局が担当しているが、今回訪問できず資料は入手できなかった。また、国境地域においては政府が把握していない取引も活発であるため、実態を把握することは困難である。

内の全町区のうち約3分の1をカバーするに至っている。同プロジェクトはユニセフ及び日本財団による支援を受けており、導入時に必要となる「シードドラッグ」の購入資金等に充てられている。

プログラムのカバー地域は順調に拡大しているが、運営そのものには課題も多い。まず、住民側に費用負担に対する認識が十分浸透していないため、資金の回収がうまくいかず、新しい薬品を購入する資金が不足しているという問題点がある。ミャンマーでは薬品の多くを輸入に頼っているため、近年の通貨価値の暴落により、薬品の価格が相対的に上昇しており、プログラムの運営が困難なものになっている。

6.3.2 伝統医療

ミャンマー保健省は、「伝統医学局」を省内5つの局の1つとしており⁵⁷、伝統医療法の活用および研究開発に力を注いでいる。伝統医療の技術者として、「伝統療法士」の認定制度があり、保健省の管轄下で伝統医療による治療を提供する機関として、全国に3カ所⁵⁸の伝統医療病院と194カ所の診療所が整備されている。これらの機関で治療を行う伝統療法士の数は、509名(1995年)である。利用者数はここ数年、病院で4,000人弱、診療所で1,500人弱で推移している。

伝統薬⁵⁹はインドの古代医学の影響を受けており、約300点以上に及ぶ生薬の葉、花、種子、樹皮、根のほか、鉱物などを症状に応じて調合する。調合法については伝統医学局研究開発課において研究が進められており、現在57の調合法に関して効果が確認されている。伝統薬の生産工場は国内に2カ所(ヤンゴン、マンダレー)あり、生産能力は年間15トンほどであるが、国内需要を満たすには十分でなく、インドや中国からの輸入も行われている。

6.4 医療保険制度

労働省が提供する社会保障制度が、ミャンマーにおける唯一の保険制度である。同制度は、1954年に制定された社会保障法に基づいて設置された社会保険委員会によってまとめられ、1956年に実施に移されている。現在の制度は、特定地域において操業を行う従業員5名以上の事業所の経営者に対して、社会保障保険制度に加入することを義務づけている。保険加入者に対する給付の内容は、病気、出産、職場における事故の際の治療費の免除および、各種手当(病気・出産・葬儀・一時的な身体障害に対する手当、および恒久的な身体障害に対する年金、監督者に対する年金)の支給などである。加入に際しては、雇用主と従業員の双方が、毎月の所得額に応じた掛け金(給与の1%から3%まで)を支払う。

社会保障制度の進展状況を表6-7に示す。1995年、ミャンマーの事業所(国営、共同組合、民営)は合計で約47,000であったと推計され、その95%を民営企業が占める。社会保障制度に加入していた事業所は約13,000であり、うち約2,300は国営および共同組合による事業所で、民営企業に限ってみるとその加入率は約24%に過ぎない。

保険収入および支出どちらも増加傾向にあるが、収入に占める支出の割合が増加する傾向にある。

加入者のための保険サービスの提供機関として、労働者病院⁶⁰(ヤンゴンおよびマンダレーの2カ所)のほか、簡易診療所が全国86カ所に設置されている。

⁵⁷ 1989年、それまで保健局の一課であった「伝統医学課」が昇格し「伝統医学局」として独立した。

⁵⁸ マンダレー、ヤンゴンのほか、1993年バセインに開設された。

⁵⁹ 漢方薬に対して、緬法薬という表現がある。

⁶⁰ Worker's Hospital

表 6-7 社会保障制度の進展状況

	1991年	1995年
加入事業所数	13,294	12,945
加入従業員数	313,000	326,000
保険収入(百万チャット)	82.2	109.9
保険支出(百万チャット)	45.1	80.7
収入に占める支出の割合	55	73
病院数	2	2
簡易診療所数	85	86

出所: Review of the financial Economic and Social Conditions for 1996/97 1997 Ministry of National Planning and Economic Development

6.5 救急医療システム

6.5.1 病院の救急体制

総合病院レベルの病院においては、緊急治療病棟を備え、24時間の受入態勢を取っている。ミャンマー赤十字によれば、州/管区レベル以上の病院でなければ緊急時の対応はできないとのことである。

6.5.2 ミャンマー赤十字社の活動

(1) 災害対策

頻繁に起こる火災、洪水、台風、地震などに備えるため、1981年から、救急用具収納庫の設置を進めている。これまでに建設された収納庫の数は17に及び、カバー範囲は全ての州/管区に及んでいる。

(2) 応急手当訓練

緊急時に的確な処置を行うことのできる人材を養成することを目的として、基礎、標準、地域における応急手当、インストラクター養成の4段階の訓練コースを実施している。

(3) 救急車サービス

1969年まではサービスエリアはヤンゴン市内のみ、時間帯も日中に限られていたが、その後24時間サービスとなった。スウェーデンおよび日本の赤十字から18台の救急車の寄贈を受け、全州/管区に救急車サービスを拡大することが可能となった。ヤンゴン市内の場合、4台の救急車が配置されており、一日あたり3~6回の呼び出しがある。救急車の維持費用(ドライバーの人員費、燃料など)が月2万~2万5,000チャットほど必要となるため、利用者には200チャット前後を負担してもらう方針であるが、支払能力のない人は免除される。

6.6 試験研究機関

研究開発事業は保健省の医学研究局の管轄下で行われている。同局は22の部門から構成されており、その主な研究分野は以下の4分野である。

- 栄養：貧血、甲状腺腫、子供の成長、母乳、離乳食、カロリー消費
- 感染症：マラリア、デング出血熱、腸感染症、肝炎、ハンセン病
- その他の専門分野：蛇毒に対する血清、伝統薬、保健サービス
- 研究のための体制構築

6.6.1 製薬研究開発センター

1980年、日本の無償資金協力事業として20億円が供与され、1982年にオープンした。1981年～1985年にかけては、技術協力も実施された。センターは製剤、品質管理、生薬、発酵など医薬品の生産に必要な技術開発を行うことを目的としており、以下の4つの技術部門から構成される。

- 製剤技術部門：錠剤、注射剤、多相剤（液剤懸沖剤、軟膏など）の製剤技術開発ならびに錠剤、注射剤の処方化試製検討の実施
- 品質管理部門：理化学分析、機器分析、微生物学試験、薬理試験技術の開発
- 発酵部門：株保存、発酵技術、応用微生物技術の開発
- 生薬部門：生薬分類、成分抽出、分析技術の開発

運営上の問題点として、近年予算縮小により図書館の定期購読雑誌の数が減っており（100から20へ）、最新の医学情報が得られない状況にあることを挙げていた。

「6 保健医療サービス供給システム」

参考資料

1. Department of Medical Research 1985 Ministry of Health
2. Annual Hospital Statistical Report 1994 Ministry of Health
3. 800 Bedded General Hospital Mandalay Profile 1996 Ministry of Health
4. Annual Report 1996 Ministry of Health
5. 「ビルマ連邦社会主義共和国医療機材整備計画基本設計調査報告書」 1985 国際協力事業団
6. 「製薬研究開発センター（ビルマ）」 1987 国際協力事業団
7. 「ミャンマー医療事情」 1995 海外法人医療基金
8. 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

7 保健医療人材

ミャンマーにおける医療保健分野の人材育成計画の策定および人材育成は、保健省医科学局が担っている。他の途上国同様、医療従事者の不足はミャンマーにおいても深刻な問題であるものの、現行計画である第3次国家保健計画では、保健ボランティアの数を増やす措置が含まれているほか、人材の再訓練が中心となっており、医療スタッフ増加に向けた抜本的な対策は行われていない。

7.1 各種保健医療従事者の分布

医療従事者数は実数では増加しているものの、かろうじて人口の伸びに追いついている程度で、人口比ではほとんど増加がみられない(表 7-1 参照)。

医師および看護婦の数について、諸外国と比較した場合においても著しく低い水準にあり(表 7-2 参照)、早急な改善が望まれている。

医師に関しては、実数の伸びが小さい理由として、国内の賃金水準が低いため、高賃金を求めて海外へ流出する医師⁶¹⁾がいることが挙げられる。さらに、近年では医学部を修了しても医師免許を取得しない学生も増えているため、医師の養成システムの見直しも進められている。

歯科医に関しては、国内で実数が1,000人にも満たず、非常に不足している状態にある。10万人あたりの歯科医師数は、0.19、日本の60.8と比較するとその差異は非常に大きい。

看護婦・助産婦に関しては、それぞれ実数で医師の数を大きく下回るほど少なく、非常に不足している状況にある。

表 7-1 医療従事者数の推移

	医師		歯科医		看護婦		助産婦	
	実数	対10万	実数	対10万	実数	対10万	実数	対10万
1991	12,066	2.90	970	0.23	8,811	2.12	8,408	2.02
1992	11,872	2.80	794	0.19	9,023	2.13	8,407	1.98
1993	12,340	2.86	800	0.19	8,264	1.92	7,410	1.72
1994	12,464	2.84	810	0.18	8,986	2.05	8,099	1.85
1995	13,202	2.95	859	0.19	9,876	2.21	8,454	1.89

注：医師、歯科医、看護婦は政府系および共同組合・民間の双方を含む。助産婦については不明。

出所：Review of the financial Economic and Social Conditions for 1996/97 1997 Ministry of National Planning and Economic Development

表 7-2 人口10万人あたりの医師および看護婦の数

	ミャンマー	日本 ¹⁾	インドネシア ²⁾
医師	2.95	169.9	9.0
看護婦	2.21	639.5	34.1

出所：¹⁾1992年値、「医療白書」1995 日本医療企画

²⁾1995年値、「国別医療協力ファイル インドネシア」1996 国際協力事業団

⁶¹⁾ シンガポール、スリランカ、マレーシア、ニュージーランド、オーストラリアなど近隣諸国においてパラメディクスとして働く者が多い。

政府系医療従事者の構成比を表7-3に示す。医師および歯科医師場合、政府系医療機関で働くものの構成比は40%前後と半数以下であるのに対し、看護婦の場合、政府系病院で働くものの構成比は低下しつつあるとはいえ、70%弱に達する。

表 7-3 政府系医療従事者の構成比の推移

	医師	歯科医師	看護婦
1991	39.5%	39.2%	71.7%
1992	40.4%	48.1%	74.2%
1993	38.8%	37.1%	63.7%
1994	39.5%	37.9%	69.1%
1995	39.6%	40.0%	67.8%

出所：Review of the financial Economic and Social Conditions for 1996/97 1997 Ministry of National Planning and Economic Development

7.2 保健医療従事者養成制度と養成機関

7.2.1 養成制度

(1) 医師の養成

医科大学は全国に3つ（ヤンゴン2、マンダレー1）あり、合計で年間550人の卒業生を送り出している。この他、新設の医科大学として、1993年に軍医科大学（定員61名）が開設された。医師の免許を取得するためには、高校卒業後、医科大学において6年間の教育課程（1年間のインターン期間を含む）を経たのち、3年間は州／管区病院等において勤務する必要がある。3年の勤務経験の後、一般医の資格を取得することができるが、専門医の資格を取得するためには、さらにタウンシップ病院で2年の勤務を経た後でなければマスターコースに進むことはできない。

医師の養成に関して、近年問題となっているのは、医学部終了後医師の免許を取得しないものが増えている⁶²ことである。この背景には、前述のように、医師免許を取得するには長い期間が必要であること、また卒業後の勤務地には地方との医療格差の是正のため、僻地も含まれることなど、下積みの期間が長いことが挙げられる。加えて、現行の医科大学入試制度における問題点も指摘されている。ミャンマーでは、高校教育終了時に行われる全国统一試験において、高い得点を挙げたものから順に医科大学、次いで工科大学などと学生を振り分けるシステムになっているため、医学部への進学を決定する要因は成績のみであり、医学を志す熱意は考慮されない。経済自由化の流れの中であって、成績優秀な学生達が、卒業後低い賃金に甘んじて医師となる道よりも、ビジネスなどの業界で高収入を得て活躍する道を選択するという傾向は、さらに強くなっている。

医科大学の学費は年間約1,800チャットであり、学生の負担は少ないが、実費との差額は政府がカバーしており、これは人材育成のための投資であると考えられている。この投資を医療の充実のために十分に活用することを目的として、保健省医科学局（保健医療分野における人材育成を管轄）は、現在、以下のような入試制度の改革項目を含む人材開発プランをまとめている。

⁶² 1991年から1995年までの4年間における医師の増加数は、この間の医学部卒業生(2,200名)のほぼ半数の1,136人ととまっている。

- 全国統一入試における高得点者のみに医科大学への入学許可を与えるという現在の入試制度を改め、医科大学専用の入試制度を設け、医学に対する学習意欲の高い学生へ門戸を広げること
- 僻地における医師の確保のため、当該地域出身者で、出身地での勤務を希望する学生に対する入学枠（全体の5～10%）を設けること

(2) その他の医療従事者の養成

A) 歯科医師の養成

高校卒業後歯科大学において5年半の教育課程を経る。養成期間は全国に1カ所で、年間の卒業生は60名である。

B) 看護婦の養成

高校卒業後看護学校において4年間の教育課程を経る。養成期間は全国に18カ所で、年間の卒業生は900～1,000名程度である。

C) 助産婦の養成

高校卒業後助産婦養成学校において1.5年間の教育課程を経る。年間の卒業生は800人程度である。

D) 薬剤師・検査技師

高校卒業後、薬科大学もしくはパラメディカル大学において4年間の教育課程を経る。年間の卒業生はどちらも50人程度である。

E) 伝統療法士の養成

伝統療法士の資格を得るためには、1976年、マンガレーに開校した伝統医学研究所⁶³において、3年間の教育課程を終えた後、国家試験に合格する必要がある。同研究所の定員は年間100人であるが、公共部門の伝統療法士がそれほど増加していないところをみると、卒業後多くの者は開業医となっているとみられる。

⁶³ Institute of Traditional Medicine

「7 保健医療人材」 参考資料

1. *Review of the financial Economic and Social Conditions for 1996/97* 1997 Ministry of National Planning and Economic Development
2. 「ビルマ連邦社会主義共和国マンダレー教育病院建設計画事前調査報告書」 1987 国際協力事業団
3. 「ミャンマー連邦看護大学拡充計画基本設計調査報告書」 1995 国際協力事業団
4. 「平成8年度ミャンマー国保健医療協力事情調査報告書」 1997 財団法人国際看護交流協会
5. 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

8 環境衛生・労働衛生

8.1 環境衛生

環境衛生対策は、現行の保健プログラムにおける6つの基幹プログラムの1つであり、水と衛生、食品・薬品管理などの5つのサブプログラムから構成される。中でも、下痢症対策としての水と衛生環境の改善は最も重視されており、ユニセフ、UNDP といった国際機関による支援が行われている。

8.1.1 飲料水

ミャンマーにおいて比較的多い、水を媒介して感染する下痢症、赤痢などの疾病は、栄養失調などとあいまって労働者に深刻な影響を与えているため、国家保健計画中では、これらの疾病は生産性の低下にもつながり、国家的損失であると指摘している。

水道供給を管轄する機関は地域によって異なっている。都市部においては、国境地域少数民族開発省の開発局のほか、市または町の開発委員会の管轄となる。農村部においては、農業省の水資源利用局が主に水資源開発を行うほか、保健省保健局の環境衛生課が保健関連施設や学校に対する水の供給を行っている。

全国における安全な飲料水の普及率(1995年)は、都市部で49%、農村部で44%である。1980年においては、都市部と農村部の普及率には20ポイント以上の格差が見られたが、その差は縮小傾向にある。この点について、ユニセフ資料は、都市部として分類される全国304の町のうち、何らかの飲料水供給設備を備えるものは70に過ぎず、安全な飲料水の普及率に関しては、多くの町では農村部と同様の状況にあると説明している。

表 8-1 都市・農村別にみた安全な飲料水の普及率(%)

年	都市部	農村部
1980	35	14
1990	38	30
1995	49	44

出所：保健省保健局提供資料

水の供給源は、ヤンゴンおよびマンダレーの2大都市においては水道が比較的良好に整備されているものの、農村部においてはほとんどの人が井戸を使用してお(表 8-2 参照)、水道設備の普及率はたいへん低い。

表 8-2 農村部における水の供給源(1994年)

	浅井戸	深井戸	共用水道	重力利用	水道	計
(%)	26.0	70.1	1.0	2.0	0.9	100.0

出所：保健省保健局提供資料

現行の保健計画では、以下の目標を掲げて水供給に関するプログラムを進めている。

- 水供給のカバー人口を農村部で44%から50%へ、都市部で49%から50%にそれぞれ引き上げる。

- 安全な水の供給システムを、地域保健センターにおいて444 から 694 へ、学校に 1,628 から 4,657 に増設する。

8.1.2 衛生施設(トイレ)

衛生施設の普及率は、都市部・農村部とも高まっているが、都市部の 70%に対して、農村部では 44%と依然として低い水準にとどまっている。

表 8-3 農村部、農村部別にみた衛生施設(トイレ)の普及率(%)

年	都市部	農村部
1980	34	15
1990	40	35
1995	70	44

出所：保健省保健局提供資料

- 排泄物の衛生的な処理方法のカバー人口を農村部において44.03%から 55%へ、都市部において 70.48%から 77%へ引上げる。
- 同じく、学校において 6,200 から 9,240 へ、地域保健センターにおいて 937 から 1,187 施設に増設する。

8.1.3 住宅環境

ヤンゴン、マンダレーの2大都市の周辺部には、劣悪な状況の住宅群が広がりを見せはじめている。人口増加が特に著しいマンダレーでは、1995 年からスラム地区やダウンタウンの住宅密集地区の住人に対する移住プログラムを導入しており、これまでに MCDC⁶⁴の建設したアパートに約 500 世帯が入居した。

8.1.4 公害

現在のところ、工業化がそれほど進んでいないこともあり、大気汚染・水質汚染の被害は表面化していない。しかし、排出基準などが整備されていないため、公害がタレ流しになっていることは十分予想され、早急な基準整備が必要とされている。

8.2 労働衛生

ミャンマーには約 1,600 万人の労働者がいるとされる。労働省の the department of factory and labor law inspectorate は労働現場における安全性の確保と公害防止に努めているが、各省間の連携がまだ不十分な面もある。

市場経済化が進み、民間および第3セクター企業が生まれているが、そうした企業の労働者に対する雇用前の健康診断や健康保険に関する法律はまだ整備されていないため、早急に労働衛生関連の法規の見直しおよび改正を行う必要がある。

労働衛生を取り巻く状況の改善は、現行の保健計画のうち、基幹プログラムとなる「環境衛生プログラム」の中のサブプログラムとして取り上げられており、計画期間中の予算は人件費等約

⁶⁴ Mandalay City Development Committee

8,000万チャット（国際機関からの援助300万チャットを含む）、施設整備費等約3,100万チャット（国際機関からの援助114万チャットを含む）となっている。プログラムの主な内容は以下の通りである。

- 関連各省との連携を進めながら、労働衛生に関わる新規法案を起草する。
- 職業上のリスクや疾病に関する調査を行う。
- 農民の殺虫剤中毒対策を進める。
- 労働安全の確保および公害防止を進めるため、年間10の工場を対象として検査を行う。

「8 環境衛生・労働衛生」 参考資料

1. Yangon City Water Supply Development Project 1995 ECFA
2. 「ビルマ連邦社会主義共和国都市飲料水開発計画基本設計調査報告書」 1985 国際協力事業団
3. 「ビルマ連邦社会主義共和国ラングーン市下水道計画調査報告書」 1989 国際協力事業団

9 保健医療分野の国際協力

9.1 協力要請の仕組み

保健省内においては、国際協力部が窓口となり、国家計画・経済開発省対外経済関係局（FERD）へ要請を行なう。FERDは、関係各省庁の要請を取りまとめて経済調整委員会（経済関係閣僚によって構成される）へ提出を行ない、そこで最終的な決定が行われる。

関係各省庁

国家計画・経済開発省対外経済開発局
(FERD)
Foreign Economic Relations Department, Ministry of
National Planning and Economic department

経済調整委員会

各国大使館

図 9-1 援助要請のための国内手続き

出所：「国別協力情報ファイル ミャンマー」 1997 国際協力事業団

9.2 国際機関、我が国を除く諸外国、NGO の協力動向

近年の対ミャンマーODAは全体的に減少傾向にあるが、中でもIBRDの減少が大きく影響している。DAC加盟国の中では、日本の援助額が飛びぬけて高く、全体の約89%を占める。援助形態別には、贈与が中心となっており、全体の約72%を占める。

表 9-1 援助主体別 ODA 実績の推移(百万 US ドル)

	1991	1992	1993	1994	1995
国際機関(計)	73.5	32.4	24.2	86.4	80.9
UNDP	17.9	12.6	8.6	7.4	13.3
UNICEF	6.4	6.6	7.5	6.6	7.9
UNTA	3.3	2.1	4.3	3.1	1.7
IBRD	38.0	9.7	0.3	52.0	54.0
その他	7.9	1.4	3.5	17.3	4.0
DAC加盟国(計)	105.9	82.7	77.3	142.8	126.2
日本	84.5	72.1	68.6	133.8	114.2
フランス	8.0	3.3	3.4	2.0	4.3
オーストラリア	0.6	0.5	0.2	0.4	1.9
ドイツ	4.0	3.2	1.6	1.4	1.3
その他	9.4	4.1	2.7	11.0	8.7
ODA純額(計)	179.4	115.1	101.5	161.6	151.8

出所：Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients 1997 OECD

表 9-2 援助形態別 ODA 実績(百万 US ドル)

	1991	1992	1993	1994	1995
有償資金協力	84.7	45.0	28.5	14.9	-57.4
贈与	94.7	70.1	73.0	146.7	209.2
(うち、技術協力)	(39.3)	(31.1)	(30.1)	(29.6)	(45.4)
ODA純額(計)	179.4	115.1	101.5	161.6	151.8

出所：Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients 1997 OECD

9.2.1 国際機関

国際機関およびNGOによる援助額を表9-3に示す。援助年が機関によってまちまちであるため単純な比較はできないが、WHO およびユニセフの援助額が大きい。また、NGOからの援助額は1995年のみしか示されていないが、単年度の合計額ではWHOと並ぶほどの大規模な援助を行なっていることがわかる。

表 9-3 保健省に対する援助額(千 US\$, 1992-1996)

	年	援助額	計
WHO	1992-1993	6,317	
	1994-1995	7,008	18,971
	1996-1997	5,646	
UNICEF	1992-1993	3,909	
	1994-1995	6,266	13,804
	1996-1997	3,629	
UNDP	1994	3,027	
	1995	2,532	6,015
	1996	455	
NGO(MOU ¹⁾ 保有)	1995	4,265	5,563
NGO(MOU無)	1995	1,297	

注¹⁾ Memorandum of Understanding

出所：保健省国際協力部提供資料

(1) WHO

国家保健計画の実施を支援するため、39のプログラムについて技術援助などを行っている。援助対象プログラム及び予算配分はWHOではなく保健省の意向によって決定される。WHOは、多くのプログラムにまんべんなく予算を配分するよりも、特定のプログラムに予算を集中させた方が効果的な支援ができると考えているが、そうした方針を保健省が望まないため、援助のあり方に不満を感じているとのことであった。

1998-1999の2ヶ年間の予算は、39プログラムの合計でUS\$5,717,600である。39プログラムは大きく以下の4分野にまとめられる。

分野	予算 (US\$)
保健政策・管理	688,500
保健サービス供給	1,930,900
保健向上・予防	1,220,750
総合疾病対策	1,877,450
計	5,717,600

1989-1999の2ヶ年間の予算のうち、39プログラム中もっとも多くの予算が配分されているプログラムは、「保健サービス供給」分野の以下の2つである。

- 「病院治療改善プログラム」：予算US\$538,550
 - ・病院における治療の質およびリファラルサービスの向上
 - ・中央医療倉庫の質的・量的強化
- 「保健分野における人的資源の開発」 予算US\$537,000

- ・国家保健政策実現に向けて、計画・運営能力の向上と医療／看護の分野における人材の教育システムを発展させる。

(2) ユニセフ(UNICEF)

現行計画である“Master Plan of Operations (1996-2000)”は、6つの分野から構成されており、その概要は以下の通りである。

	内容	2000年までの 予算	UNICEF 補正予算 (千\$)
保健／栄養プログラム	IMR、U5MRを下げるため、予防接種、下痢とARI対策、母子保健、HIV/AIDS対策、栄養改善、国境地域のプライマリ・ヘルスケア向上のための各種活動の実施	13,000	11,000
水供給と衛生	より恵まれない地域を対象とした給水および衛生施設の普及と自立支援 手動給水ポンプやトイレ製造への支援	6,300	7,500
教育／幼児教育開発	育児教育実習、コミュニティにベースをおいたデイ・ケア、両親への幼児教育の啓蒙と普及 初等教育の就学率向上とドロップアウトをなくすための審査システムの導入	6,400	5,000
政策支援、情報とコミュニケーション	コミュニティ、家族を巻き込んだ保健需要の想像とあらゆるレベルでの情報・コミュニケーション能力の強化	2,150	
子供の権利と保護	より困難な環境にいる子供を対象として、生存に必要な基本的保健、福祉、安全、食糧などのサービスをNGOなどの支援を得ながら実施	1,500	
政策、計画とモニタリング	政策に必要なデータの収集、分析能力の構築と強化	3,150	
計		32,500	23,500

(3) UNDP

UNDPは、本来、中央官庁への政策提言や機能強化を指導することにより、支援国の政策立案機能の充実を図ることを目的とする機関である。しかし、軍事政権下のミャンマーにおいては、政策への関与は一切認められないため、中央ではなく地方レベルにおける事業展開を目指し、地域における開発プログラム(HDI: Human Development Initiative 1996-1998)を実施している。しかし、現在のようなアプローチについて、担当者は、「誰かの家を訪ねて、大人とは会えずに子供と話しているようなもの」だと表現し、不満を明らかにしていた。

	内容	予算 (百万ドル)
プライマリ・ヘルスケア	農村部におけるコミュニティを対象としたプライマリ・ヘルスケアの拡充と基礎的保健サービスへのアクセス向上	9.9
水供給と衛生	水へのアクセスの困難な地域を対象とした、水および衛生施設の普及と自立支援	5.9
HIV/AIDS 予防・治療	HIV の拡散防止	2.4
すべての人に初等教育を	貧困層の子供の就学を支援	5.9
環境的に持続可能な所得向上と食物の確保	乾燥地帯、シャン州、エーヤワディデルタの3地域の貧困者を対象とする所得向上プログラム	7.7
貧困者のための信用貸し付け	土地を持たない貧農や生産手段を持たない人に対して、小規模事業スタートのための資金の貸し付け	3.9
遠隔地における村落開発	社会開発（インフラ整備、教育など）、所得向上、地域における運営能力の強化の3点から地域を支援。UNHCR および WFP と密接な関係を持って事業を推進。	10.9
HDI 拡充のための補助プログラム	1. 調査研究 2. 住民組織の強化 3. IEC 4. モニタリングおよび評価 5. サービスの提供 6. 総合開発管理の支援	3.9
計		50.6

(4) UNFPA

1997 年の予算は US\$999,143 で、主なプロジェクトは以下の3つである。

プロジェクト名	内容
避妊具の受容と女性のリプロダクティブヘルスに関する調査	避妊具受容に関する仮報告書、および女性のリプロダクティブヘルスに関する最終報告書が1997 年中に完成予定
人的資源開発計画における指標の活用	1997 年2月に実施された「人的資源開発指標の評価についてのワークショップ」への参加
ミャンマーにおける出産間隔延長プログラムの強化	1. リプロダクティブヘルスに関する会議などへの Birth Spacing Program 担当者の派遣 2. プログラムの実施及び拡大に関する会議の開催 3. プログラム担当者に対するトレーニングの実施(IUD の挿入など実践的内容) 等 4. モニタリングの実施

(5) UNHCR (国連難民高等弁務官事務所)

1991年後半から、ラカイン州西部を中心として居住する、2万5,000人のイスラム系少数民族（ロヒンギャ⁶⁵族）が、軍事政権によって人権侵害を受けたとして、隣国であるバングラディッシュに流出した。この事態に対して、UNHCRはバングラディッシュに難民キャンプを設置し、帰還を進めるために交通の便を提供するなどの活動を行っており、1997年においては流出した人口のうち約90%が帰還し、一時は20カ所以上あったキャンプの多くも閉鎖された。ミャンマーへの帰還民に対しては、再流出を防止するため、国境沿いの町マウンドーを拠点として、生活インフラの整備や職業訓練プロジェクトなどが実施されている。こうした活動には、UNHCRのコーディネーションの下に、他の国連組織のほか、国内外の多くのNGOが参加しており、その主なものにはWHO、世界食糧計画、国境なき医師団、CARE オーストラリア、ミャンマー赤十字のほか、日本のNGOであるBridge Asia Japanなどがある。

9.2.2 我が国を除く二国間援助

アメリカ、EU諸国などの先進国がミャンマーに対して援助停止措置をとっているため、日本を除いた二国間援助は、非常に小規模なものにとどまっている。EU諸国は、政府間援助は行っていないものの、NGOを通じて間接的に支援を行なっている。金額的には目立つものではないが、近年では韓国、中国、タイなどのアジア諸国からの技術協力なども行われるようになった。

(1) KOICA

1995年、MCDC（マングレー市開発委員会）によるマングレー周辺の新興地域における水道供給プログラムに対して約US\$30,000の贈与を行った。また、1998年にはワクチン製造工場建設に関するソフトローンを供与の予定である。

9.2.3 NGO

1991年ころまで、ミャンマーにおける国内外のNGOの活動には大きな制約が加えられていたが、1992年の政策緩和以降、特に保健の分野におけるNGOの活動は活発になりはじめ、現在、国内はもとより、オランダ、アメリカ、スイス、フランス、日本、イギリスなどの国際的NGOが活動している。

(1) 国内のNGO

国内NGOに関しては、1991年以降、政府系のNGOの活動が活発になっており、中でも保健分野においてはミャンマー赤十字⁶⁶、ミャンマー母子福祉協会⁶⁷、ミャンマー医師会⁶⁸（などの活躍が目立つ。

A) ミャンマー赤十字 (MRC)

MRCの活動は、1920年に発足した前身となったインド赤十字（当時、ミャンマーはイギリス領インドの植民地であった）にさかのぼることができ、国内でももともと歴史のあるNGOである。支部組織は全国320の町区のうち、308に及んでおり、ほぼ全国を網羅している。活動内容は、「6.5.2 ミャンマー赤十字社の活動」に述べた災害対策、応急手当訓練、救急車サービスのほか、HIV/AIDS教育や献血に対する意識の啓発など、多岐にわたっている。

⁶⁵ Rohingyas

⁶⁶ Myanmar Red Cross Society (MRC)

⁶⁷ Myanmar Maternal and Child Welfare Association (MMCWA)

⁶⁸ Myanmar Medical Association (MMA)

B) ミャンマー母子福祉協会 (MMCWA)

MMCWAは、1991年4月、政府の主導によって結成された比較的新しいNGOである。結成の過程においても、その後の活動に関しても、政府と密接な関係を保っているという点から、厳密な意味でのNGOとはやや遠い感もある。しかし、政府の協力があつたとはいえ、発足から6年という短期間で、全国302町区に支部を広げ、10万人ものボランティアを擁する団体に成長したという組織力、機動力を活かして、現在では保健分野を始めとする各種プログラムの草の根レベルの担い手として欠かせない存在となっているほか、個人・企業からの寄付金を活用した単独事業も展開している。中でも、特色のある事業として、全国47カ所で運営を行なっている「マタニティーホーム（産前・産後のケアを提供するほか、分娩も可能）」のほか、女性の所得向上のためのプログラムがある。

(2) 諸外国のNGO

A) 国境なき医師団 (MSF⁶⁹)

首都ヤンゴンの一部における保健衛生プログラムおよび、ヤカイン州イスラム系少数民族⁷⁰を対象としたマラリア対策プログラムを実施している。1988年以降、軍事クーデターによって政権を掌握したSLORCは、ヤンゴン市内における開発事業用地の確保のため、数十万の住民の強制移住を実施した。移住の対象となった住民は、下痢、気管支炎、性病、栄養失調などの深刻な保健問題を抱えていたため、その解決に向けて、1993年以降、MSFは対象地域の医療施設に対する医薬品供給、衛生教育の衛生教育に取り組んでいる。また、ヤカイン州においては、マラリアの早期発見・早期治療体制づくりを目指して、機材の供給や検査アシスタントのトレーニング、抗マラリア薬の供給を行っている。

B) ケア (CARE)

1995年より、ケア・オーストラリアを中心として、最貧層の住民対象とした保健及び環境関連のプロジェクトを実施している。近年の保健関連プロジェクトの概要は以下の通りである。

- 薬物濫用・HIVに対する教育のパイロットプロジェクト：ヤンゴン市内の40の高校を対象として、薬物濫用・HIV/AIDS感染防止のための知識の普及を図る。(1997年プロジェクト)
- HIV/AIDSプロジェクト：マンダレー、モンユワ（ザガイン管区）、ラーショー、ミュセ（どちらもシャン州）の4町区において、住民を対象としたエイズ教育プロジェクトを実施する。(1997年プロジェクト)

(3) 我が国のNGO

A) アジア医師連絡協議会 (AMDA)

マンダレー管区の町、メティエラ⁷¹に日本人医師を派遣し、地域医療プロジェクトを実施している。プロジェクトの内容は、医師のいない保健センターへの巡回診療および、低体重の子供を対象とした給食センターの運営、浄水施設の設置と安全な水についての教育活動の3点である。

⁶⁹ Mediciens Sans Frontiers

⁷⁰ 脚注65参照。

⁷¹ 幹線道路が交差する国内交通の要所で、1945年には日本軍と連合軍の激戦地となった。戦後は、当地で戦死した十数万に上る日本人兵士を偲び、慰霊団の訪問が絶えないほか、日本とミャンマーの協力により「日本ミャンマー友好バゴダ（ナガヨンバゴダ）」が設置された。

B) Bridge Asia Japan (BAJ)

UNHCR のイスラム系住民の再定住化プロジェクトへ協力する形でミャンマーでの活動を展開している。現地日本人スタッフ（1997年現在4名、2名増員の予定）は全て自動車整備工や建築士などの技術者で、主な活動として、UNHCR が使用する車輛、ボート、発電機などの修理・点検および、地域住民を対象とした職業訓練を行っている。保健関連分野における活動は直接は行なっていないが、さまざまな工具を作ることができるというメリットを生かして、井戸掘りの道具や、沼地などからの揚水のための器具などを作成し、住民にそうした生活に役立つ道具の作り方および使用法を広めている。

9.3 我が国の協力状況

ミャンマーは我が国と歴史的な関わりも深く、高い開発ポテンシャルを有していることから、他の東南アジア諸国同様、我が国援助の重点国として位置付けられてきた。しかし、1988年、ミャンマーにおいて政情混乱が発生し、その後政権を握ったSLORCとの間に正常な政府間関係がなかったことなどを理由に、対ミャンマー援助は実質的に停止に至った。

表 9-4 我が国のODA実績

年	政府貸付		無償資金協力	贈与		計	合計
	支出総額	支出純額		技術協力			
1992	35.51	35.51(49)	31.58(44)	4.98(7)	36.56(51)	72.06(100)	
1993	26.86	26.86(39)	35.98(52)	5.77(8)	41.75(61)	68.61(100)	
1994	26.49	26.49(20)	99.95(75)	7.37(6)	107.32(80)	133.82(100)	
1995	15.96	-37.19(-)	139.27(-)	12.16(-)	151.42(-)	114.23(-)	
1996	6.05	-76.65(-)	101.98(-)	9.87(-)	111.85(-)	35.19(-)	
累計	1,665.17	1,388.12(53)	1,075.39(41)	135.22(5)	1,210.56(47)	2,598.66(100)	

単位：百万ドル、()内はODA総額に占める各形態の割合で%

累計は、1954年から1996年までの累計

出所：「我が国の政府開発援助 ODA白書 下巻」 1997 国際協力推進協会

9.3.1 有償資金協力

過去の有償資金協力の対象となった案件は、鉱工業、商品借款、電力、運輸、通信、灌漑などの分野におけるものが中心であり、保健医療関連分野における協力は行われていない。1987年以降、対ミャンマーの有償資金協力は停止されているが、同国の民主化の動向など、今後の情勢によっては、援助停止前にすでに実施していた案件を中心として、再開が検討される可能性もある。

9.3.2 無償資金協力

1987年まで、農業、保健・医療、人材育成などの分野を中心として毎年100億円前後の無償資金協力が行われていたが、1988年以降その額は急減している。1995年には、スー・チー女史が自宅軟禁から開放されるなど、SLORC政権が民主化路線に向けて前進を見せたことを踏まえ、継続案件や基礎生活分野(BHS)の案件を中心として、ケース・バイ・ケースでの実施も考慮されることとなった。この方針に沿って、1995年10月には看護大学拡充計画に関する12.65億円の無償資金協力が行われた。

表 9-5 保健医療関連分野における無償資金協力

年度	案件名	援助額 (億円)
1975	生物医学研究センター設立計画	7.00
1977	生物医学研究センター設立計画	15.00
	食糧増産援助	6.00
1978	生物医学研究センター設立計画	13.00
	食糧増産援助	11.00
	食糧増産援助	8.00
1979	ラングーン・マンダレー総合病院医療施設整備計画	6.00
	食糧増産援助	20.00
1980	製薬技術開発研究センター	20.00
	食料増産援助	21.00
	マイクロ・ラボ機材	0.30
1981	ラングーン総合病院建設計画	18.80
	都市飲料水開発計画	8.30
	食糧増産援助	22.00
1982	ラングーン総合病院施設建設計画	16.20
	食料増産援助	24.00
1983	看護学校建設計画	18.90
	食料増産援助	25.00
1984	看護学校建設計画	9.80
	食糧増産援助	25.00
	医療機材整備計画	6.86
1985	医療機材整備計画	6.27
	都市飲料水開発計画	26.90
	食糧増産援助	25.00
1986	食料増産援助	25.00
1987	マンダレー教育病院建設計画(詳細設計)	1.80
	食糧増産援助	24.00
	災害緊急援助(飢餓救済、UNICEF経由、45万ドル)	0.61
1994	食糧増産援助	10.00
1995	看護大学拡充計画	16.25
	食糧援助	2.00

出所：「我が国の政府開発援助 ODA 白書 下巻」 1997 国際協力推進協会

国際協力事業団年報 1997 国際協力事業団

9.3.3 技術協力

技術協力では、これまでに13件の案件が実施されている中で、保健医療分野における案件が最多で6件、その他は農業3件、林業2件、土木1件、工業1件となっている。保健医療分野における案件は1991年をもって終了しており、現在実施中のものは、農業分野における案件1件のみである。

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

案件名	協力機関(年月)
ウイルス研究所	67.7~73.3
歯科大学	72.4~77.3
感染症研究・対策	80.4~84.4
製菓研究開発センター	81.7~85.7
消化器病診断向上	84.11~88.10
消化器感染症研究	86.3~91.2

出所：「我が国の政府開発援助 ODA 白書 下巻」 1997 国際協力推進協会

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)

案件名
ハイリスクグループに対する巡回医療支援及びHIV/AIDS防止対策計画
YWCA 貧困家庭支援計画
イスラム慈善病院医療機材整備計画
ジビタダナ・サンガ病院医療機材整備計画
チャン・エー・サーザン都市保健センターコールドルーム整備計画
感染症病院医療機材改善計画
ミャンマー連邦への医療機材援助計画
ハンセン病患者集落環境改善計画

出所：「我が国の政府開発援助 ODA 白書 下巻」 1997 国際協力推進協会

9.3.4 その他の協力

(1) 専門家派遣

- ポリオ対策 小島和暢 (派遣期間 96.12.3~97.1.22 および 97.11.5~98.11.4)

(2) カウンターパート研修

- 1997年 1名 (受入期間 97.8.18~97.10.31) ポリオ実験室診断

(3) 機材供与

- 1996年 医療機材特別供与 4,078万円 (安全キャビネット、顕微鏡、フリーザー、純水製造装置、試薬等)

「9 保健医療協力」 参考資料

1. 「JICA 国別協力情報ミャンマー」 1985 国際協力事業団
2. Development Cooperation Report Myanmar 1991 UNDP
3. 「ユニセフとミャンマーのNGO」 1995 ユニセフ
4. Myanmar-UNICEF Country Programme of Cooperation 1996-2000 Master Plan of Operations 1995 UNICEF
5. The human Development Initiative 1996-1998 発行年不明 UNDP
6. “UNFPA Programme in Myanmar” UNFPA
7. Detailed Plans of Action for 1996 Myanmar 発行年不明 WHO
8. 国際協力事業団 「国別協力情報ファイル ミャンマー」 1995 国際協力事業団
9. 国際協力事業団 「国際協力事業団年報 資料編」 1995 国際協力事業団
10. 国際協力推進協会 「我が国の政府開発援助 ODA 白書 下巻」 1997 国際協力推進協会

添付資料

ESSENTIAL DRUGS AND VACCINES

<u>W.H.O Classification</u>	<u>N.P.F. Classification</u>
1. Acetylsalicylic Acid	(a) Buspro Tablet
2. Aluminium (Hydroxide gel. dried)	(a) Gelmag Tablet (b) Bellaneutron Tablet
3. Aminophylline	(a) Aminophylline Tablet (b) Aminophylline Injection
4. Ampicillin (Trihydrate)	(a) Ampicillin Cap.
5. Atropine Sulphate	(a) Atropine Injection (b) Eye Ointment
6. B-Complex Vitamin	(a) Burplex Tablet (b) Burplex Elixir (c) Burplex Forte Inj: (d) Burplex I.V.
7. Benzoin Tincture Compound	(a) Compound Tincture of Benzoin
8. Benzyl Penicillin Potassium or Sodium	(a) Crystalline Penicillin
9. Chloramphenicol	(a) Chloramphenicol Capsules (b) Chloramphenicol Eye Ointment (c) Chloramphenicol Ear Drops (d) Chloramphenicol Syrup
10. Chlorpheniramine Maleate	(a) Burmeton Tablet (b) Burmeton Injection
11. Chloroquine Phosphate	(a) Chlorofos Tablet (b) Chloroquine Phosphate Inj:
12. Chlorpromazine hydrochloride	(a) Buromazine Tablet (b) Buromazine Injection
13. Dapsone	(a) Dapsone Tablet
14. Dexamethazone	(a) Dexamethazone Tablet (b) Dexamethazone Inj: (DCEPT)
15. Dextromethorphan Hydrobromide	(a) Children Cough Syrup
16. Diazepam	(a) Diazepam Tablet
17. Digoxin	(a) Digoxin Tablet (b) Digoxin Injection
18. Dehydroemetine Dihydrochloride	(a) Dehydroemetine Injection

- | | |
|---|--|
| 19. Ergometrine Maleate | (a) Ergometrine Tablet
(b) Ergometrine Injection |
| 20. Ephedrine Hydrochloride | (a) Adrenaline Injection |
| 21. Ferrous Sulphate | (a) Ferrous sulphate Tablet |
| 22. Folic Acid | (a) Folic Acid Tablet
(b) Folic Acid Injection |
| 23. Furosemide | (a) Furosemide Tablet |
| 24. Glucose | (a) Dextrose 25% Injection
(b) Dextrose 5% in water Injection
(c) Dextrose 50% Injection |
| 25. Glucose with Sodium Chloride | (a) Dextrose 5% in Normal Saline |
| 26. Hydrochlorothiazide | (a) Hydrochlorothiazide Tablet |
| 27. Iodine | (a) Iodine Solution (Weak) |
| 28. Isoniazid | (a) Isoniazid Tablet |
| 29. Lidocaine Hydrochloride | (a) Burocaine Injection
(b) Lignocaine & Adrenaline Inject.
(c) Dental Cartridges |
| 30. Mannitol | (a) Mannitol Injection |
| 31. Methylated Spirit | (a) Methylated Spirit |
| 32. Metronidazole | (a) Metronidazole Tablet |
| 33. Morphine Sulphate | (a) Morphine Sulphate Injection |
| 34. Noradrenaline Acid
Tartrate | (a) Nor Adrenaline Injection |
| 35. Oral Rehydration Slts | (a) O.R Salt. |
| 36. Oxyphencyclimine
Hydrochloride | (a) Antichol Tablet |
| 37. Paracetamol | (a) Paracetamol Tablet
(b) Paracetamol Elixir |
| 38. Pethidine Hydrochloride | (a) Pethidine Injection |
| 39. Phenobarbital | (a) Phenobarbitone Tablet |
| 40. Phenobarbital Sodium | (a) Phenobarbitone Sodium Injectio |
| 41. Phenoxymethyl Penicillin
Potassium | (a) Penicillin V Tablet |
| 42. Piperazine Adipate | (a) Burezine Tablet |
| 43. Pilocarpine Nitrate | (a) Pilocarpine Eye Ointment |
| 44. Potassium Chloride | (a) Potassium Chloride Injection |
| 45. Prednisolone | (a) Prednisolone Tablet |

- | | |
|---|--|
| 46. Promethazine Hydrochloride | (a)Promethazine Injection |
| 47. Propranolol Hydrochloride | (a)Propranolol Tablet |
| 48. Pyrantel Pamoate | (a)Pyrantel Pamoate Tablet |
| 49. Procaine Penicillin G
Fortified | (a)Procaine Penicillin Injection |
| 50. Quinine Dihydrochloride | (a)Quinine Dihydrochloride Injection |
| 51. Quinine Sulphate | (a)Quinine Sulphate Tablet |
| 52. Rabies Vaccine | (a)Anti Rabies Vaccine
(Freeze Dried) |
| 53. Sodium Bicarbonate | (a)Sodium Bicarbonate Injection |
| 54. Sodium Chloride | (a)Normal Saline Injection |
| 55. Ringer Lactate Solution | (a)Ringer Lactic Injection |
| 56. Streptomycin Sulphate | (a)Streptomycin Sulphate Injection |
| 57. Sulfamethoxazole with
Trimethoprim | (a)Co-Trimoxazole Tablet |
| 58. Tetanus Vaccine | (a)Tetanus Vaccine |
| 59. Viper (Venom Antiserum) | (a)Anti Snake Venom (Viper) |
| 60. Water for Injection | (a)Aqua Pro Injection |
| 61. Ergotamine Tartrate | (a)Ergotamine Tablet |
| 62. Tetracycline Hydrochloride | (a)Tetracycline Capsule
(b)Tetracycline Eye Ointment 1% |

62 Items

84 Items

索引

- 医師, 61, 66, 67
飲料水, 70
エイズ, 30, 36, 49
栄養改善, 77
栄養失調, 31, 38
家族計画, 47
感染症, 32, 49, 64
看護婦, 50, 66, 67
肝炎, 29, 30, 38, 64
経口避妊薬, 47, 48
結核, 30, 33, 34
呼吸器疾患, 29, 30
公衆衛生, 15
甲状腺腫, 64
高血圧, 30
コレラ, 30
死亡率, 30
歯科医師, 67
事故, 30, 41
ジフテリア, 33
出生率, 24
傷害, 41
新生児破傷風, 30, 33
世帯調査, 26
伝統医療, 62
トイレ, 71
糖尿病, 39
日本脳炎, 37
破傷風, 29, 30
肺炎, 29, 30
ハンセン病, 30, 35, 64
避妊法, 48
非感染症, 38, 52
百日咳, 33
病院, 50, 55, 56, 57, 61
貧血, 30, 64
保健省, 60, 61
母子保健, 44, 77
ポリオ, 30, 33
麻疹, 33
マラリア, 29, 30, 31, 35, 64
慢性疾患, 58
薬物依存, 40
輸血, 37
予防接種, 17, 77
労働衛生, 70, 71, 73
IMF, 2, 6
IUD, 48, 78
JICA, 16, 19, 46, 57, 84
NGO, 18, 44, 57, 74, 76, 79, 80
ODA, 75, 81, 82, 83, 84
OECD, 75
UNDP, 47, 70, 75, 76, 77, 84
UNFPA, 26, 47, 78, 84
UNICEF, 6, 24, 28, 31, 33, 45, 49, 54, 75,
76, 77, 82, 84
WHO, 33, 35, 45, 49, 51, 76, 84

JICA

J
R
S
/

LIB