

第 2 章 アンゴラ共和国における保健医療分野の概況

2 - 1 一般概況

「ア」国は南西アフリカに位置し、国土面積約125万km²、人口約1,190万人（1996年推定）を有している。1975年にポルトガルから独立後、同国は東西両陣営の代理戦争の舞台となった。旧ソ連とキューバが社会主義路線を推進するアンゴラ解放人民運動（MPLA）政府を、アフリカの共産化を阻止したい米国と南アフリカは反政府勢力のアンゴラ全面独立民族同盟（UNITA）をそれぞれ支援した。

冷戦終結後の1991年、MPLAとUNITAは和平協定に調印したが、翌年UNITAはこれを破棄するに至り、1994年に国連の仲介で成立した2回目の和平協定も、1998年末に再開した戦闘で破棄された。1999年3月には停戦監視の国連アンゴラ監視団も撤収し、内戦は泥沼化している。内戦は膨大な住民から家を奪っており、戦乱を避け国外に逃れた人々を難民、自宅を離れたが国内にとどまった人々を避難民としている。「ア」国政府によると、国民の3分の1にあたる約400万人が避難民となり、約37万人が隣国のコンゴ民主共和国（旧ザイール）やザンビアに逃れて難民となっており、UNHCRは避難民のうち270万人に生活支援が必要と推計している。避難民は約150か所に分散し、かつ頻繁に移動するため、正確な状況はつかめていない。また、1,000万個といわれる地雷が埋設されており、陸路の移動には危険が伴った状況となっている。「ア」国政府は3年以内に避難民を出身地へ帰還させる政策を進めているが、内戦終結の目処はたっており、2000年帰還した避難民はわずか1万2,000人といわれている。このような状況は「ア」国に限らず、UNHCRの統計によると、サハラ以南のアフリカ、シエラレオネ、コンゴ、ブルンジなどで約650万人が難民、避難民となっていたとの報告があり、その割合は実にサハラ以南の総人口（約6億人）の100人に1人になるといわれている。

「ア」国の保健医療分野は、内戦により政府の保健医療財源の削減が強いられる状況下、多くの医療施設では医療従事者の不足や偏在化現象、医療施設設備・機材の疲弊、及び医薬品等の不足が顕著に現れており、保健医療サービスは悪化の一途を辿っている。同国の保健医療事情はサブサハラ・アフリカの中でも劣悪な状況にあり、保健指標は乳児死亡率170/1,000出生、妊産婦死亡率1,500/100,000出生と、サブサハラ・アフリカ平均の乳児死亡率105/1,000出生、妊産婦死亡率979/100,000出生を大きく下回っている（UNDP / 人間開発報告、1999年）。

2 - 2 保健医療セクターの現況

「ア」国保健省は1996年に暫定国家保健計画を策定し、そのなかで現下の問題点として主に保健医療施設の不備、医療従事者の不足及び技術レベルの低下、母子保健医療サービスの遅れ等を指摘し、それら問題点の改善を重点政策とあげている。

保健医療の状況を見ると、予防衛生、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）、拡大予防接種計画（EPI）などの活動を中心に実施しているが、内戦の影響により保健医療財源がひっ迫され、施設・機材の整備が滞っている。また、医療従事者の不足・偏在も顕著であり、適切な医療サービスの提供に支障を来している。一般的に、医療施設のアクセスやカバレッジの改善がみられる所では乳幼児死亡率や妊産婦死亡率などの低下がみられ、死因構成にも変化がみられるようになるが、「ア」国では、依然としてその改善に取り組まなければならない状況にある。現状の特徴として以下のように要約することができる。

- (1) 乳幼児死亡率に経年変化がみられず、依然として高い
- (2) 妊産婦死亡率が高い／出産に係る感染症がまん延している
- (3) 全出産に占める低体重児出産の割合が高い
- (4) 医療施設によるカバレッジ率が低い／施設／医療機材の整備が滞っている
- (5) 予防接種率が低い
- (6) 識字率、就学率が低い
- (7) 医療従事者及び管理者の能力不足が指摘されている
- (8) 上下水道の不備

主要死因疾病は、呼吸器系感染症、マラリア、下痢症、出産時感染症などが、5歳未満の乳幼児についても麻疹、マラリア、下痢、栄養失調、呼吸器感染症など、感染症関連疾患が上位を占めている。

2 - 3 保健医療セクターの開発計画

長引く内戦は地方から都市への人口移動を余儀なくさせ、社会・経済機能を破壊させ、同時に発電所、工場、コヒー園、鉄道、保健・教育施設等すべての基幹施設を荒廃させた。このような状況を改善しようと、「ア」国政府は平和維持活動に努めるとともに、戦争で生じた難民や避難民を旧来の土地に帰還させて生計を立てさせ、破壊・荒廃した施設を補修して機能を回復させる復興計画に取り組みは始めている。また、保健省は1996年に暫定的に「国家保健計画」（問題点と重点政策）を策定し（いまだ公には至らず）現在、これらの計画案に従って改善政策が進められている。国家保健計画で取り上げられている重点政策は以下のとおりである。

重点政策

- ・医療施設のサービス向上
- ・母子保健の改善
- ・感染症対策
- ・医療従事者の養成

また、保健省・母子保健促進部は1998年、特に妊産婦保健に関連した開発計画として以下の「妊

産婦保健計画」を策定し、その政策実施に取り組んでいる。

長期計画目標

- ・「ア」国の母子の病気による死亡率を2005年までに30%減少させる。

中期計画目標

- ・全国18州のうち、特定の州を妊産婦保健計画の促進州と定め、母子の死亡率低減計画の早期実現を図る。

短期計画目標

- ・中央レベルにおける妊産婦保健計画に係る担当者の管理能力を高め、計画、監督及び評価に関する技術を向上させる。
- ・妊産婦保健計画に関する方針・基準・活動のガイドライン、情報システム、サービスの有効的な運営の内容を公開し、妊産婦保健に関連する資機材等を整備することによって、国全体の妊産婦保健サービスを標準化させ、発展させる。
- ・ルアンダ州及び地方のベンゲラ州、ウィーラ州、ウアンボ州における妊産婦保健計画の促進州に対する、補助、支援を実施する。

首都圏の国立病院は医薬品をはじめほとんど無償医療制度であるが、最貧状態下で保健インフラは整備されておらず、効果的な保健医療サービスは実施されていない。このような状況をかんがみ、保健省は優先政策として、予防政策を含めた母子の保健問題、医薬品供給体制・管理システムの整備、セクター・インフラ整備としての保健センターを中心とした施設・機材の整備、保健医療サービスのミニマム・パッケージを確立し保健財源の公平化を促進することなどをあげている。また、世界的な潮流となっている「Health Care Reform」に則し、保健セクターにおける国の役割を明確化・特定し、受益者負担の概念や競争原理の導入により保健財政の一端を担わせるなど、住民参加を促した政策の導入などが今後の検討課題となっている。

表 2 - 1 乳児・5歳未満児、妊産婦死亡率

国 名	出生時平均余命 (歳)		乳児死亡率 (1,000出生)		5歳未満死亡率 (1,000出生)		妊産婦死亡率 (1,000出産)	* 60歳まで生存 できない人の割合
	1970年	1997年	1970年	1997年	1970年	1997年	1990年	1997年
アンゴラ	37.0	46.5	179	170	301	292	1,500	54
コンゴ民主共和国	45.1	50.8	107	73	177	115	660	43
ザンビア	46.3	40.1	109	112	181	202	940	80
ジンバブエ	50.3	44.1	86	53	138	80	570	75
南アフリカ	52.8	54.7	80	49	108	65	230	51
S.S.アフリカ	44.1	48.9	137	105	225	169	979	56

* 全人口に対する割合 (%)

表 2 - 2 保健医療関連指数

	低体重児 出生率 (%)	1 歳児予防接種		ORT療法 利用率 (%)	エイズ患者 (対10万人)	結核患者 (対10万人)	マラリア (対10万人)	医 師 (10万人)	看護婦 (10万人)
		結核	はしか						
		1990-97年	1995-97年a		1990-97年	1997年b	1996年	1995年	1993年e
アンゴラ	19	68	78	-	11.2g	136.0	1,380.7	-	-
コンゴ民主共和国	15	91	63	90	80.0	98.3	-	-	-
ザンビア	13	81	69	57	530.1	481.8	32,687.5	-	-
ジンバブエ	14	82	73	60	564.4	323.5	2,987.7	14	164
南アフリカ	-	95	76	-	29.6g	240.2	24.4	59	175
S.S. アフリカ	15	67	53	71	111.1	129.3	-	16	75

a: この期間内で入手可能な最新年度のデータ

b: データは成人・子どものエイズ患者の累計を示す

e: データは1993年かその前後のもの

g: 1997年以前のデータ

(出所: UNDP人間開発報告 1999年)

2 - 4 人口

「ア」国統計局の発表による人口動態 (1993~1996年) は表 2 - 3 のとおりである。また、人口増加率は年約3.0%、平均余命48才と報告されている。しかしながら、首都ルアンダでは長期の内戦による避難民の流入が著しく、もともと30万人程度の人口が450万にも膨れ上がったともいわれており、現状においては正確な人口動態の把握が困難である。また、人口構成は典型的なピラミッド型であり、15才未満の若年層は1996年統計によれば535万6,000人と約45%に及んでいる。

表 2 - 3 「ア」国における人口推移

州 名	1993 年	1994 年	1995 年	1996 年
1. Luanda	1,807,000	1,894,000	2,002,000	2,022,000
2. Huambo	1,604,000	1,644,000	1,687,000	1,730,000
3. Bie	1,184,000	1,215,000	1,246,000	1,280,000
4. Malange	933,000	953,000	975,000	1,020,000
5. Huila	906,000	927,000	948,000	954,000
6. Uige	892,000	924,000	948,000	985,000
7. Kwanza Sul	668,000	679,000	688,000	710,000
8. Benguela	672,000	688,000	702,000	718,000
9. Kwanza Norte	394,000	402,000	412,000	440,000
10. Moxico	334,000	341,000	349,000	360,000
11. Lunda Norte	301,000	307,000	311,000	320,000
12. Cunene	238,000	242,000	245,000	255,000
13. Zaire	219,000	234,000	247,000	262,000
14. Bengo	173,000	178,000	184,000	190,000
15. Cabinda	174,000	181,000	185,000	199,000
16. Lunda Sul	157,000	159,000	160,000	165,000
17. Kuando Kubango	135,000	136,000	137,000	139,000
18. Namibe	125,000	129,000	135,000	154,000
合 計	10,916,000	11,233,000	11,561,000	11,903,000

(出所: アンゴラ国統計局 2000年)

表 2 - 4 ルアンダ州の年齢別人口構成（2000年の推測値）

郡 名	<1才	1才	2才	3才	4才	0-4才計	5-14才	>14才	合 計
CACUACO	11,869	10,973	10,077	9,181	8,734	50,834	66,510	106,594	223,938
CAZENG	66,373	61,363	56,354	51,345	48,840	284,275	371,937	596,101	1,252,314
INGOMBOTA	13,390	12,379	11,369	10,358	9,853	57,349	75,034	120,256	252,639
KILAMBA KIAXI	26,064	24,097	22,130	20,163	19,179	111,634	146,058	234,086	491,778
MAIANGA	41,833	38,676	35,519	32,361	30,783	179,171	234,422	375,707	789,300
RANGEL	13,779	12,739	11,699	10,659	10,139	59,014	77,212	123,748	259,974
SAMBA	14,256	13,180	12,104	11,028	10,490	61,057	79,885	128,032	268,974
SAMBIZANGA	39,695	36,699	33,703	30,707	29,210	170,014	222,442	356,506	748,962
VIANA	16,750	15,486	14,222	12,957	12,325	71,740	93,862	150,433	316,035
合 計	244,009	225,592	207,177	188,759	179,553	1,045,088	1,367,362	2,191,463	4,603,914
割 合	5.3%	4.9%	4.5%	4.1%	3.9%	22.7%	29.7%	47.6%	100%

(出所：保健省)

2 - 5 保健医療・衛生等事情

本プロジェクト形成調査による「ア」国の保健医療に関連する情報が入手困難であったため、ドナー機関等の既公開情報、及び関連施設調査等によって把握し得た以下の内容について記載する。

(1) 栄養

ルアンダ州の各保健センターの視察により、「ア」国では各保健センター・レベル（第1次医療施設）において栄養監視、栄養素欠乏（特にヨードとビタミンA）、及び母乳栄養の促進を3本柱とした指導及びモニタリングを行っていることが確認できた。栄養欠乏症では、甲状腺腫（ヨード欠乏症）、ビタミンA欠乏症及び鉄欠乏症（貧血）が補充プログラムの対象であり、母乳栄養の普及は遅れているように見受けられた。また、母乳、混合栄養、人工乳等の比率の把握は困難であった。食料やミルクは世界食糧計画（WFP）の支援により、多くの施設において配給が行われていた。

(2) 飲料水と衛生

飲料水としての安全な水の入手は、ルアンダの都市部においても大変困難な状況にある。水道又は公共噴水の普及率が約20%（都市部において約35%）井戸水約12%（都市部約22%）給水車による確保が約4%（都市部約11%）水たまり、河川を飲用している割合が約40%（都市部約16%）といわれている。ルアンダ都市圏の至る所で水道管からの水漏れ現象が見られ、下水道網の普及も併せ、整備が必要な状況である。

(3) 予防接種

予防接種は、UNICEFやWHOによる協力の下に、現在も国家予防接種デイ（NID）等が積極的に計画／実施されており、改善（成果）の兆しがみえている。また、EPIやマラリア対策は我が国の子供の福祉無償による支援も、今後実施される予定にある。

表 2 - 5 栄養統計

国 名	* 低出生 体重児 出生率	栄養不良の 5 歳未満児の比率（％）（1990-97年）				** 甲状腺腫の 罹患率 (6-11歳児)	ヨウ素添加物を 使う 世帯（％） (1992-98)
		低体重		消耗症	発育障害		
		中・重度	重度	中・重度	中・重度		
アンゴラ	19	42	14	6	53	7	10
コンゴ民主共和国	16	17x	3x	4x	21x	8	-
ザンビア	13	24	5	4	42	51x	90
ジンバブエ	14	16	3	6	21	42	80
南アフリカ	-	9	1	3	23	2	40
S.S.アフリカ	15	31	10	8	41	19	61

* 低出生体重児出生率（％）：1990-97年 > 2,500g

** 甲状腺腫の罹患率（％）：6-11歳児 1985-97年 ヨウ素欠乏症の指標となる

x：データが指定の年次や期間以外のもの、標準的な定義によらないもの、あるいは国内の一部地域もの

（出所：ユニセフ世界子供白書 1999年）

表 2 - 6 保健指標

国 名	AA			BB			CC	DD 1 歳児				妊産婦 破傷風	ORTの 使用率 （％）
	全国	都市	農村	全国	都市	農村		結核	3 種	ポリオ	はしか		
アンゴラ	31	46	22	40	62	27	-	68	41	38	78	53	-
コンゴ民主共和国	42	89	26	18	53	6	-	91	71	73	63	80	90
ザンビア	38	84	10	71	94	57	10	81	70	70	69	37	57
ジンバブエ	79	99	69	52	96	32	100	82	78	79	73	70	60
南アフリカ	87	99	70	87	92	80	100	95	73	73	76	26	-
S.S.アフリカ	50	75	39	44	66	34	48	66	51	52	52	39	72

AA：安全な水を手に入れる人の比率（％） 1990-97年 BB：適切な衛生施設をもつ人の比率（％） 1990-97年

CC：政府資金による定期EPI用ワクチン購入の比率（％） 1995-97年

DD：完全に予防接種を受けた比率（％） 1995-97年 ORTの使用率：1990-97年

（出所：ユニセフ世界子供白書 1999 年）

表 2 - 7 教育指標

国 名	AA				BB				EE		FF	GG	
	1980年		1995年		CC		DD						
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		男	女
アンゴラ	16x	7x	56x	29x	95	88	-	-	-	-	34	-	-
コンゴ民主共和国	75	45	87	68	86	59	71	50	59	53	64	32	19
ザンビア	65	43	86	71	92	86	76	75	74	74	84	34	21
ジンバブエ	83	68	90	80	117	114	-	-	91	90	76	49	39
南アフリカ	77	75	82	82	118	116	95	96	-	-	65	77	92
S.S. アフリカ	51	30	66	47	82	67	60	51	61	57	67	28	23

AA：成人の識字率（％）：15歳以上で読み書きのできる人の比率 BB：初等教育就学率（％）

CC：総就学率（％）1990-96年 DD：純就学率（％）1993-95年 就学該当年齢で就学する子供の就学該当年齢人口に対する比率
 EE：初等教育純在学率（％）1993-97年 FF：小学校の第1学年に進学したものが第5学年に在学する率（％）1990-95年 GG：中等教育総就学率（％）1990-96年

x：データが指定の年次や期間以外のもの、標準的な定義によらないもの、あるいは国内の一部地域もの

（出所：ユニセフ世界子供白書 1999年）

2 - 6 母子保健

母子保健分野では、乳幼児の下痢対策、水と衛生、急性呼吸器性疾患、予防接種、妊産婦ケア及び母親への乳児栄養教育・衛生教育が重要である。母子保健に関する医療指標は、他のサブサハラ・アフリカ諸国の中でも最下位グループにランク付けされており、妊産婦死亡率、乳幼児死亡率のいずれも高い。各保健センターでは、妊産婦の産前・産後ケア、乳幼児の下痢症対策〔経口補液（水）療法（Oral Rehydration Solution：ORS）〕、発育モニター、栄養指導、予防接種の励行等、積極的に取り組んでいる。しかしながら、一方では母親への教育、啓蒙の不足や安全な水の確保が困難な状況もみられ、多くの課題を抱えている。

妊産婦ケアについても保健センター・レベルにおいて行われている。特にEU等の支援により、各保健センターに専用の産科棟を建設し、分娩をはじめ、産前・産後検診が助産婦、看護婦等により積極的に行われている。

表 2 - 8 女性指標

国 名	出生時の平均余命 (対男性比、％)(1997年)	避妊法の普及率(％) (1990-98年)	保健婦の付き添う出産比 (％)(1990-97年)	妊産婦死亡率(％) (1980-97年)
アンゴラ	107	8	15x	-
コンゴ民主共和国	106	8	-	-
ザンビア	105	26	47	650
ジンバブエ	104	48	69	400
南アフリカ	110	50x	82	-
S.S. アフリカ	106	16	37	-

x：データが指定の年次や期間以外のもの、標準的な定義によらないもの、あるいは国内の一部地域のもの

（出所：ユニセフ世界子供白書 1999年）

2 - 7 疾病状況

「ア」国では、依然として途上国にみられるマラリア、下痢症、呼吸器系疾患等の感染症が多い。これら疾病構造の背景には、長引く内戦の影響による衛生環境や保健サービス体制の不整備も一因であると指摘されている。特に、乳幼児においては栄養不良からマラリアや急性呼吸器感染症が多く見受けられ、また、妊産婦もほぼ同様な兆候が見られる。加えて不衛生な状況下での分娩等が災いし、妊娠合併症や感染症の併発をもたらす死因に至るケースも多いとの報告がある。マラリア対策や予防接種拡大等については個別に疾病対策が講じられているが、その他の疾病についてはいまだ具体的な政策を講じている様子はいかがえず、今後の課題となっている。

表 2 - 9 「ア」国公的医療施設による疾病報告

疾 病	1997年		1998年		1999年	
	ケース	死亡数	ケース	死亡数	ケース	死亡数
マラリア	1,676,061	7,991	1,485,350	6,314	1,322,688	8,756
急性呼吸器感染症	414,976	1,135	322,522	867	304,999	931
下痢症	304,366	1,467	300,549	1,616	273,240	1,236
黄疸	35,986	-	4,032	39	24,342	14
眼性疾患	39,060	-	14,909	-		-
合 計	2,470,449	10,593	2,127,362	8,836	1,925,269	10,937

(出所：保健省)

表 2 - 10 「ア」国公的医療施設による死因報告 (5才児未満)

疾 病	1997年	
	ケース	割合 (%)
マラリア	135,879	46.46
急性呼吸器感染症	95,046	32.50
下痢症	46,544	15.91
麻疹	9,012	3.08
眼性疾患	3,928	1.34
腸チフス	2,045	0.70
合 計	292,454	100

(出所：保健省)

表 2 - 11 「ア」国公的医療施設による死因報告（妊産婦）

疾 病	1997年	
	ケース	割合（％）
マラリア	4,272	68.88
下痢症	742	11.96
麻疹	655	10.56
急性呼吸器感染症	403	6.50
肝炎	73	1.18
出産時異常	57	0.92
合 計	6,202	100

（出所：保健省）

2 - 8 人口家族計画

人口増加率はサブサハラ・アフリカ地域でも高位にランク付けされるため、「ア」国政府はドナー・機関の支援を受け、保健センターを中心とした家族計画指導を積極的に進めている。しかしながら、家族計画の実施率に関するデータはいまだなく、一般住民に対する避妊の概念はいまだに馴染みの薄い状況にあるものと見受けられた。

保健センターでは助産婦による家族計画の指導、避妊薬（ピル）が主体となっているが、子宮リング（IUD）の挿入も行われていた。避妊手術が行われているかどうかは、明確に把握できなかった。

システムの存在しているが、経済的に支えられないのが「ア」国の現状である。避妊薬や装具の提供を中心に国連人口活動基金（UNFPA）やWHO等が家族計画の支援を進めているが、妊産婦死亡率の高さ、望まない妊娠後の中絶が起因する合併症による死亡などを予防するためにも家族計画は大切なものであり、今後更に住民教育を含むプロジェクト（プログラム）の実施が必要である。

2 - 9 診療報酬制度

公立系の医療機関では原則的に無料診療であるが、眼科研究所、病院や血液センター等、一部の国立病院・機関では有料制を導入しているところもある。有料診療制の導入に関しては保健省の認可が必要であり、現在のところ有料化の導入いかにについて、議論している状況はない。しかしながら、国立の病院をはじめ、保健センターレベルにおいても、検査やX線撮影については患者に対し、支払いを求めている施設が多い。回収資金は、それぞれ試薬の購入やX線フィルムの購入に充てられているようで、一種のリボルビング・ファンド資金となっている。病院医療サービスへの財源手当は「ア」国の財政難から増々難しい状況になっていることから、有料診療制の導入については保健省内にて協議、整理されることが望まれる。

2 - 10 地域医療システムの課題と問題点

病院医療の問題は、第１に医師の不足と偏在、第２に運営管理の自立化と効率化（病院の裁量の範囲が小さい）、サプライの安定化（サプライ・システムの管理能力の強化）、保健（下位）施設との効率的な連携（リファレル体制と支援体制の強化）、診療費徴収に関する合理的な指針の形成、及び専門医と看護婦の再教育の制度化等である。また、民営医療サービスの出現によってプライベート・セクターが活発化されるものと予想され、パブリック・セクターの専門医と看護婦の士気とインセンティブをどう確保するかが大きな課題になると思われる。病院医療のレベル・アップは財政的にその維持が困難で、結果的に基本的な保健サービスの財源を圧迫することになる場合が多い。したがって、保健医療サービス・システム全体の財政計画を立案・検討することを先行させるべきと思われる。また、専門医だけでなく、保健センター等で診療にあたっているプライマリ・ヘルス・ケア医師の教育機会の充実も検討される必要がある。

2 - 11 保健医療統計及び情報管理システム

保健省が管理する保健情報は、大別して、緊急通報指定疾患、定期報告指定疾患、特定統計情報の３種類である。現状は、国立医療施設からの情報は直接中央保健省が集計を行い、各州においては州保健局でまとめられ、中央保健省がそれらの集計を行っているようである。しかしながら、関係する要員・体制の強化、統計情報のカバー率の向上、保健情報と経営情報の統合化、情報の質の向上、通信体制の整備、プログラム別情報の管理等、多くの問題が山積みされており今後の課題となっている。