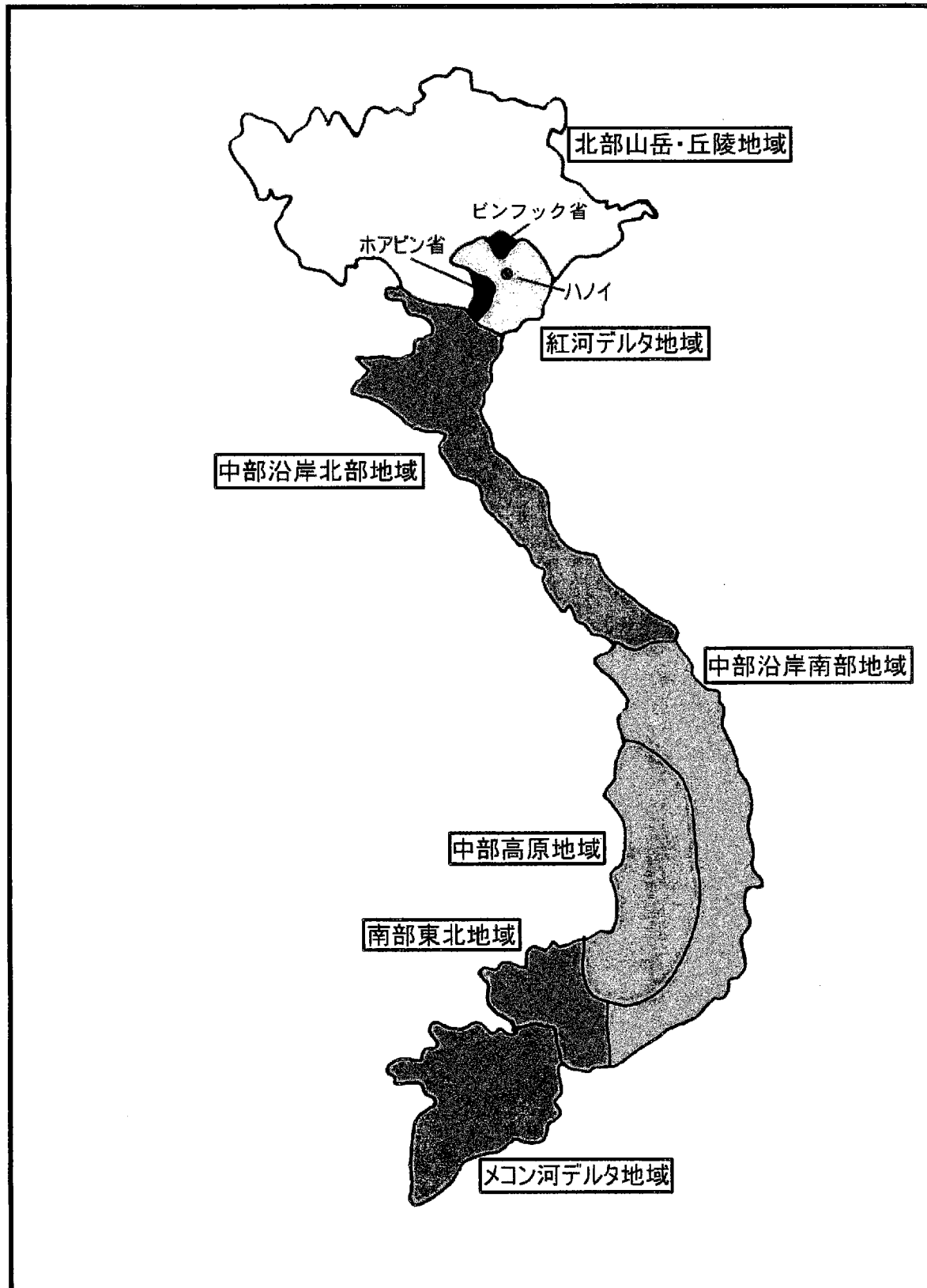


ヴィエトナム社会主義共和国
プロジェクト形成調査
「北部保健医療体制強化」調査報告書

平成 14 年 2 月

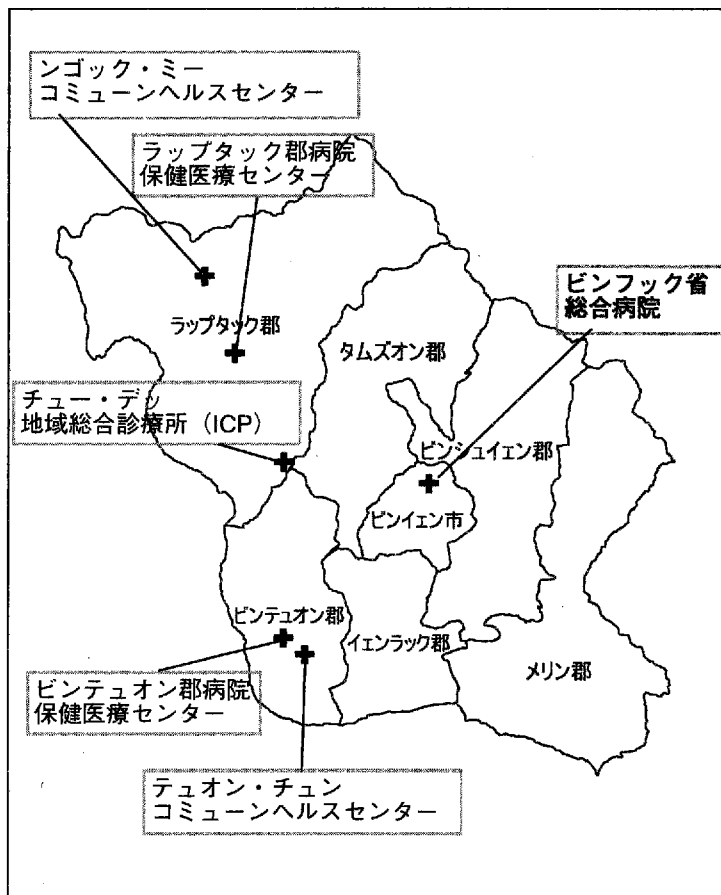
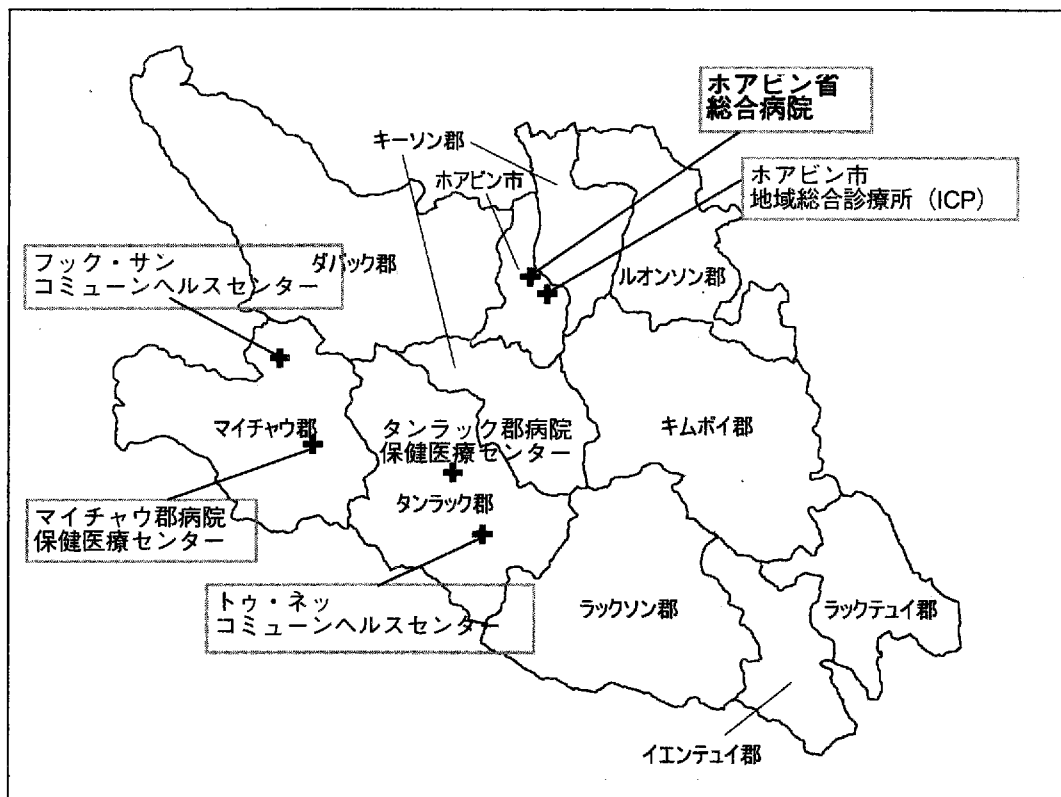
国 際 協 力 事 業 団

ヴェトナム北部保健医療体制強化モデル・プロジェクト実施対象省位置図



注) ホアビン省、ビンフック省は北部山岳・丘陵地域に属する。

プロジェクト実施モデル省行政区分図



ホアビン省基礎データ

面積	4,749km ²
人口	774,536人
郡/市	9 郡 / 1 市
コミュニティ数	215
山岳地域コミュニティ	212か所
困難なコミュニティ	60か所
1人当たりGDP	1,665,000VND*
1人当たり保健予算	32,780VND
少数民族の割合	69%

ビンフック省基礎データ

面積	1,371km ²
人口	120,000人
郡/市	6 郡 / 1 市
全コミュニティ数	150
山岳地域コミュニティ	39か所
困難なコミュニティ	2 か所
1人当たりGDP	1,998,000VND*
1人当たり保健予算	22,990VND
少数民族の割合	9.4%*

出所：省保健局提供資料（2001）
ADB資料（2001）

注）今回訪問した調査地は、+で示す。

略 語 — 覧

APL	Adaptable Program Loan	世銀 APL(アプル)スキーム
ARI	Acute Respiratory Infections	急性呼吸器感染症
BCC	Behavior Change Communication	行動変容をめざしたコミュニケーション活動
CBM	Community-Based Monitoring	コミュニティによるモニタリング
CDD	Child Diarrhea Diseases Program	子供の下痢症改善プログラム
CHC	Commune Health Center	コミューン・ヘルスセンター
CPRGS	Comprehensive Poverty Reduction and Growth Strategy	ヴェトナムのPRSP
DHC	District Health Center	郡ヘルスセンター
DOH	Department of Health	保健局
DOHA	Direction Office of Healthcare Activity at provincial and lower levels	地域医療指導部
DOLISA	Department of Labor, Invalids and Social Affairs	労働傷病兵社会福祉局
EPI	Expanded Program on Immunization	拡大予防接種プログラム
GSO	General Statistics Office	ヴェトナム統計局
HEPR	Hunger Eradication and Poverty Reduction	飢餓撲滅・貧困削減
HMIS	Health Management Information Systems	保健情報管理システム
ICP	Inter-Commune Polyclinic	コミューン間総合診療所
ICU	Intensive Care Unit	集中治療室
IEC	Information, Education, Communication	通信・教育・メディア等を利用した 広報・教育活動全般
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses	小児疾患統合管理
IMR	Infant Mortality Rate	乳幼児死亡率
KAP	Knowledge, Attitude and Practice Studies	知識・態度・行動に関する調査
MCH/FP	Maternal and Child Healthcare/Family Planning	母子保健・家族計画
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MOET	Ministry of Education and Training	教育訓練省
MOH	Ministry of Health	保健省
MOLISA	Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs	労働傷病兵社会福祉省
PHB	Provincial Health Bureau	省保健局
PLM	Program Approach Logic Model	プログラムアプローチ・ロジックモデル
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルス・ケア
RTI	Reproductive Tract Infections	生殖器にかかわる感染症
STD	Sexually-Transmitted Diseases	性感染症
VHWs	Village Health Workers	村落ヘルスワーカー
VLSS	Viet Nam Living Standards Survey	ヴェトナム生活水準調査
WHO	World Health Organization	世界保健機構

目 次

地 図

略語一覧

第1章 プロジェクト形成調査団概要	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団の構成	1
1 - 3 調査日程	2
1 - 4 面会者リスト	3
第2章 保健医療セクター概観	4
2 - 1 ヴィエトナムの保健医療セクターの現状と課題	4
2 - 1 - 1 保健医療セクターをとりまく経済の現況と国家開発政策	4
2 - 1 - 2 ヴィエトナムの保健医療セクターの現状	4
(1) 保健指標の現状と動向	5
(2) 保健行政組織	7
(3) 保健財政	9
(4) 公的な医療サービス提供体系	10
(5) 病院財務の実態	15
(6) 各レベルの保健医療施設の整備・拡充状況	16
(7) 医療機材の維持管理状況	17
(8) 医薬品等の供給体制の現状	18
(9) 民間セクターによる医療サービス提供	18
(10) 医療従事者の配置と人材開発	20
(11) 保健・衛生教育及び住民参加	23
2 - 2 ヴィエトナムの保健医療開発政策	25
2 - 3 保健医療セクターに対する対ヴィエトナム援助の現状	28
2 - 3 - 1 我が国のODA政策と実績	28
(1) ODA政策	28
(2) 対ヴィエトナムODAの実績	28
2 - 3 - 2 我が国以外の支援国・国際機関のODA	29
(1) アジア開発銀行（ADB）	29

(2) 世界銀行	32
(3) その他のドナー	33
(4) ドナー協調	34
(5) 主要NGOの活動	34
2 - 3 - 3 保健医療セクター支援における課題	36

第3章 具体的候補案件概要	40
3 - 1 北部保健医療体制強化プログラム	40
3 - 1 - 1 保健医療サービス提供システムの現状と将来の課題	40
3 - 1 - 2 リファレル・システムへの協力の必要性	40
3 - 1 - 3 計画投資省（MPI）及び保健省（MOH）の意向	43
3 - 1 - 4 モデル省選定	43
3 - 1 - 5 本プログラムにおけるバックマイ病院プロジェクトの位置づけ	43
3 - 1 - 6 ADB支援プロジェクトとの連携・補完	44
3 - 2 北部モデル省リファレル・システム強化プロジェクト	44
3 - 2 - 1 プロジェクトの概要	44
(1) 準備段階（需要評価）	45
(2) プロジェクトの成果及び活動内容	45
3 - 2 - 2 協力にあたっての留意事項	49

付属資料

1 協力プログラム概念図・説明資料（英文）	53
2 北部モデル省リファレル・システム強化プロジェクトマトリックス（案）	57
3 北部保健医療体制強化モデルプログラム（検討内容）	61
4 プロジェクト実施工程表（案）	63
5 日本人要員のTOR（案）	64
6 提供機材リスト（案）	67
7 Draft PLAN FOR DEVELOPMENT OF THE POLICY ON REGIONAL HOPITALS	69
8 Project Proposal (first draft)	78
9 病院の概要	92
10 収集資料リスト	97
11 面会者リスト	100

図表目次

図 2 - 1	ヴェトナムの保健行政組織図	8
図 2 - 2	保健医療分野への公共支出資金源（1991～1998年）	16
図 2 - 3	保健医療サービス利用者負担額の推移（1991～1997年）	16
図 2 - 4	保健医療サービス利用パターン	20
図 2 - 5	保健医療サービス利用状況（5支出階層別）	20
図 2 - 6	ヴェトナム保健医療体系における日本の技術協力の位置づけ	39
図 3 - 1	北部地域保健医療体制強化モデルプログラム（概念図）	42
表 2 - 1	ヴェトナム全国における入院・院内死亡の原因疾患（2000年）	6
表 2 - 2	北部山岳地域における入院・院内死亡の原因疾患（2000年）	6
表 2 - 3	中部高原地域における入院・院内死亡の原因疾患（2000年）	7
表 2 - 4	省・郡病院比較	14
表 2 - 5	民間医療従事者登録人数種別内訳	19
表 2 - 6	医療従事者の種類と就学年数	21
表 2 - 7	保健医療セクター10か年戦略	26
表 2 - 8	無償資金協力実績	29
表 2 - 9	現在までの実施済み又は実施中のプロジェクト方式技術協力実施案件	29
表 2 - 10	保健医療分野支援を行う主要NGOの事業内容及び規模	35
表 2 - 11	ヴェトナム開発課題のまとめ（案）	37
Box 2 - 1	大衆組織とは	24
Box 2 - 2	ADBの農村保健プロジェクト概要	31
Box 2 - 3	世界銀行の国家保健プロジェクト支援プロジェクト概要	32

第1章 プロジェクト形成調査団概要

1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

(1) ヴィエトナム社会主義共和国(以下、「ヴィエトナム」と記す)政府は第6次5か年計画(1996～2000年)において、保健医療の改善を国家目標の1つとして掲げ、罹患率の低下及び平均寿命の向上並びに全国民に対する平等な機会と良質で効率的な医療の提供をめざしている。さらに、この5か年計画を踏まえ、1998年には保健大臣が「保健セクター戦略目標」を発表し、罹患率及び死亡率の低下、草の根レベル(第1次医療)から第2次及び第3次医療までのリファレル・システムの確立による医療サービスの拡充、予防・治療の両面の充実、の3点を課題として掲げた。

(2) かかるヴィエトナムの課題に対して、保健・医療分野における現状、問題点、政府の取り組み等を確認するとともに、今後の当該分野の我が国のモデルとなる協力プログラム実施の方向性、可能性を検討し、具体的な案件の発掘形成を行う。

1 - 2 調査団の構成

担 当	氏 名	所 属
団 長	松 岡 和 久	国際協力事業団アジア第一部部長
協力政策	塩 田 昌 弘	外務省開発協力課
医療協力	小 林 尚 行	国際協力事業団医療協力部医療協力第一課 課長代理
調査企画	高 田 健 二	国際協力事業団アジア第一部インドシナ課
社会分析 / プロジェクト効果分析	小 川 陽 子	グローバルリンクマネジメント
公衆衛生	四 方 啓 裕	国際テクノ

1 - 3 調査日程

月 日 (曜)	行 程
10月13日(土)	10:00 東京出発 - ハノイ到着 (15:45) 18:30 ハノイ在住長期個別専門家 (13名出席) との夕食会
14日(日)	9:30 JICAヴィエトナム事務所 (戸川次長、渡部所員) との協議 (～12:30) 14:00 ODA案件視察 (国道5号線、ザーラム上水道施設) 15:00 生活環境調査
15日(月)	9:00 JICAヴィエトナム事務所での協議 10:30 在ヴィエトナム日本大使館での協議 11:45 バックマイ病院プロジェクト専門家との意見交換 13:30 保健省 (MOH) 表敬訪問及び協議 16:00 自然科学研究所長官との協議 (団長のみ)
16日(火)	9:00 計画投資省 (MPI) 表敬訪問及び協議 10:45 バックマイ病院幹部表敬訪問及び協議 14:00 バックマイ病院実務担当者との協議 14:30 日本・ヴィエトナム人材協力センター交流事業 (団長のみ) 18:00 統一要望調査関係協議 (団長及び高田団員) (～21:30)
17日(水)	9:00 国立小児病院との協議 (団長、塩田団員、高田団員、四方団員) 9:00 ADBとの意見交換 (小林団員、小川団員) 14:00 国立母子病院との協議 (団長、四方団員)
18日(木)	9:00 バックマイ病院プロジェクトとの意見交換 10:45 保健省 (MOH) との打合せ 13:30 資料作成 (小林団員、高田団員、四方団員) 14:00 教育訓練省フン次官訪問 (団長のみ) 15:00 計画投資省 (MPI) フック次官訪問 (団長のみ) 15:00 WHO関連会議出席 (小川団員のみ) 15:00 在ヴィエトナム日本大使館との打合せ (塩田団員のみ) 18:30 保健大臣との協議
19日(金)	7:30 ハノイ市からホアビン省へ移動 10:00 ホアビン省人民委員会表敬訪問 14:00 省病院・郡病院・診療所等の調査 (塩田団員のみハノイへ)
20日(土)	9:00 ホアビン省マイチャウ郡の調査 10:50 塩田団員帰国 14:00 ホアビン省マイチャウ郡からハノイ市へ移動 19:00 自然科学研究所幹部との打合せ (団長のみ)
21日(日)	7:30 調査団内打合せ 10:50 小林団員帰国 10:55 ハノイ市からフエ省移動 (団長、四方団員) 14:00 資料整理
22日(月)	9:00 フエ中央病院及び関連施設視察 (団長、四方団員) 10:00 JICAヴィエトナム事務所での打合せ (高田団員、小川団員) 14:00 WHO事務所へのヒアリング (高田団員、小川団員) 16:00 NGO (The Population Council) へのヒアリング (小川団員)
23日(火)	9:00 フエ中央病院及び関連施設視察 (団長、四方団員) 10:00 JICAヴィエトナム事務所での打合せ (高田団員、小川団員) 14:00 WHO事務所へのヒアリング (高田団員、小川団員) 16:00 NGO (The Population Council) へのヒアリング (小川団員) 16:00 フエ省からハノイ市へ移動 (団長、四方団員) 19:00 ADB現地駐在代表との協議 (団長、JICAヴィエトナム事務所所長)

24日(水)	9:00 在ヴィエトナム日本大使館への報告 10:00 計画投資省 (MPI) への報告 14:00 保健省 (MOH) への報告 16:00 JICAヴィエトナム事務所への報告
25日(木)	10:50 松岡団長帰国 9:00 保健省 (MOH) との協議 (今後の調査方針) 15:00 ADBプロジェクトチームからの情報収集
26日(金)	9:00 団内調査方針取りまとめ 16:00 JICAヴィエトナム事務所との協議 (今後の調査方針)
27日(土)	10:50 高田団員帰国 14:00 調査団内打合せ
28日(日)	9:00 資料整理
29日(月)	9:00 JICAヴィエトナム事務所との打合せ 11:00 日本国際ボランティアセンター (JVC) との意見交換 14:00 世界銀行保健人口栄養プログラム事業担当官との意見交換
30日(火)	9:00 保健省 (MOH) との協議 11:00 在ヴィエトナム日本大使館草の根無償担当官からの情報収集 14:00 ハノイ市からヴィンフック省へ移動
31日(水)	9:00 ピンフック省人民委員会及び保健局表敬 13:00 ピンフック省総合病院及び関係施設視察
11月1日(木)	8:00 ピンフック省郡病院及び関係施設視察 (終日)
2日(金)	8:00 ピンフック省郡病院及び関連医療施設視察 14:00 ピンフック省保健局との協議
3日(土)	10:00 ピンフック省からハノイ市への移動
4日(日)	9:00 報告資料作成 14:00 ハノイ市からホアビン省へ移動
5日(月)	9:00 ホアビン省人民委員会及び保健局表敬 14:00 ホアビン省総合病院及び関連医療施設視察
6日(火)	9:00 ホアビン省郡病院及び関係施設視察 14:00 ホアビン省保健局との協議
7日(水)	9:00 ホアビン省からハノイ市への移動 11:00 保健省 (MOH) との意見交換 14:00 報告資料作成
8日(木)	8:00 報告資料作成 (終日)
9日(金)	9:00 保健省 (MOH) への報告 14:00 JICAヴィエトナム事務所への報告
10日(土)	10:50 四方団員、小川団員帰国

1 - 4 面会者リスト

付属資料11を参照。

第2章 保健医療セクター概観

2-1 ヴィエトナムの保健医療セクターの現状と課題

2-1-1 保健医療セクターをとりまく経済の現況と国家開発政策

ヴィエトナムは1986年に「ドイモイ政策」を導入して以来市場経済化を推進しており、マクロ経済の安定化、食糧自給及び輸出振興等の政策が功を奏し、また海外からの直接投資・開発援助も増大して、著しい経済成長を遂げている。しかし、その陰では地域間所得格差、環境悪化の問題も顕在化してきている。貧困人口は特に経済成長の中心から離れた山岳・遠隔地域に多いが、その7割が北部山岳・丘陵、メコン・デルタ、中部沿岸北部の3地域に集中している。今日でも総労働人口の70%が農業に従事しているが、貧困人口の約80%までがその農業セクターに集中している。

ヴィエトナム政府は、2001年4月の共産党大会で10か年社会経済開発戦略（2001～2010年）並びに第7次国家開発5か年計画（2001～2005年）を発表し、年率7.3%の経済成長を継続して、10年間で国民所得を倍増させることをめざしている。計画ではマクロ経済の安定と産業構造の転換策による市場・産業・生産の拡大と雇用創出・確保を前面に打ち出しており、農村の過剰労働力を他産業へ移動させることにより農業生産性の増大を図ることが重要な開発課題となっている。また、ベーシックヒューマンニーズ(BHN)の充足と地域格差の是正に対する施策も重要視されている。

2-1-2 ヴィエトナムの保健医療セクターの現状

保健医療セクターレビュー¹によると、ヴィエトナムでは過去30～40年の間に各種保健指標が顕著に改善し、特に乳幼児死亡率、妊産婦死亡率の低下が目覚しい。1991年より公的保健支出が大幅に増額され、GDPや総政府支出に占めるその割合も増加傾向にある。感染症プログラムへの投入が拡大された結果、1990年代にはマラリアが劇的に減少し、同じころからコミュニン・ヘルスセンター（Commune Health Center：CHC）への医薬品の供給状況が好転した。長年にわたり改善の兆しがみられなかった子供の栄養失調も、最近5年間で減少に転じた。

このような顕著な前進は、経済成長による副次的効果に負う部分（経済要因）が大きいとされる一方で、近年の保健政策の変化による影響（政策要因）も看過できないとみられている。主な経済要因には、国家収入と公共支出の飛躍的な伸びに伴う保健セクターへの支出の増加や、世帯収入の増加と生活水準の向上に伴う疾病に対する脆弱性の減少がある。保健政策の変更としては、医薬品の製造・流通に関する規制緩和、民間サービスプロバイダーの開業の容認、政

¹ 世界銀行、Sida、AusAID、オランダ大使館など保健・医療セクター主要ドナーが主導となって保健省（MOH）との協力の下実施されたセクターレビュー。2001年5月発行。

府によるコミュニケーションレベルの保健従事者への給与支払い、保健医療セクターへのコミットメント増加、保健サービス利用者負担制度の導入、医療保険制度導入などがあげられる。

一方で、地域間格差、支出・所得階層間格差の拡大が、保健医療指標にも反映されてきた。また、前述のセクターレビューや本調査からは、保健医療システム自体にも様々な課題が存在することが指摘され、システムを健全に機能させるための支援策が必要である。

第2章では、保健指標の現状と動向を分析し、保健医療システムを様々な側面からレビューするとともに、ヴェトナム保健医療セクターの戦略及び他ドナーの動向をまとめ、日本が今後同国で保健医療セクター支援を展開するにあたって考慮すべき課題と可能性について整理する。

(1) 保健指標の現状と動向

1950年代には出産10万件当たり400を超えていた妊産婦死亡率（Maternal Mortality Rate：MMR）は最近では160まで顕著に低下しているが、国際的にみれば依然高い水準にとどまっている。MMRには地域格差がみられ、交通アクセスが悪く、貧困層の多い中部の全域及び北部の山岳地域では高い値を示している。医療従事者に介助された出産の割合に関しても、紅河デルタや南部東北地域が100%近い数値を示しているのに対し、北部山岳や中部沿岸南部、中部高原地域ではそれぞれ58%、65%、64%と低い水準にとどまっている。病院から報告された妊産婦死亡の直接原因は、出血（49%）、破傷風（27%）、子癇（9%）等であった。妊娠時や出産前後に罹る疾病としては貧血症、妊産婦の栄養不良、呼吸器感染症、人工妊娠中絶時の合併症など予防可能なものが多い。特に山岳・遠隔地に関して、産科ケア全般及び産科救急体制が不備であることも影響している。

乳幼児死亡率（Infant Mortality Rate：IMR）の全国平均は、過去40年の間に1,000出生当たり160から36.7にまで急速に改善してきたが、北部山岳地域、中部高原地域、メコン・デルタ地域では1989年の国勢調査と1994年の中間調査の間にIMRがかえって悪化し、緩やかな改善を続けた他地域との格差が急拡大した。これは、利用者負担制度の導入と社会経済格差の拡大が影響していると考えられる。1979～1983年から1989～1993年に至る15年間にIMRは19%しか改善せず頭打ちとなっていたが、同じ期間に1歳以上5歳未満のIMRは62.5%もの改善を示した。これは当時普及が進んだ予防接種プログラムの効果であると考えられている。栄養失調児の割合に関しては、中部沿岸北部が47%で最も多く、中部高原や北部山岳地域も多いが、紅河デルタ地域でも41%を占めるに至っている。セクターレビューから、支出階層間の格差も明らかとなっており、概して支出階層が低いほど各種指標の水準が低くなっている。

上述した予防接種の効果もあって、伝染性疾患が占める割合は15年前ごろから大きく低

下した。疾病罹患原因としては1986年以前の56～59％から1997年の27％へ、死亡原因としても1986年以前の50～52％から1997年の27％へと大きくシェアを落とした。代わって増加したのが非伝染性疾患と事故・外傷・中毒の類で、特に後者は1976年には死亡原因の2％を占めるにすぎなかったものが、1997年には22％にまで急増した。

表2 - 1 ヴィエトナム全国における入院・院内死亡の原因疾患（2000年）

入院の原因となった上位10疾患	人口10万人当たり	院内死亡の原因となった上位10疾患	人口10万人当たり
肺炎	361.76	肺炎	2.12
急性咽頭炎・扁桃炎	345.42	脳出血	2.00
急性気管支炎	333.36	頭蓋内損傷	1.97
感染性下痢	236.38	心不全	1.20
インフルエンザ	232.48	肺結核	1.14
多発外傷	164.82	交通事故	1.09
肺結核	162.32	脳卒中	1.02
交通事故	160.45	低出生体重等に起因する新生児死亡	0.96
本態性高血圧	133.08	急性心疾患・心筋梗塞	0.92
その他妊娠合併症	129.89	周産期の新生児肺疾患	0.89

出所：Health Statistics Yearbook 2000 HISD, Ministry of Health, 2001

伝染性疾患は大きく減少したとはいえ、なお入院原因の上位を占めている。一方、非伝染性疾患は院内死亡の原因としてますます重要になっており、肺炎、脳出血、脳卒中、心不全、急性心筋梗塞を合計すると全院内死亡の2／3近くを占める（表2 - 1 参照）。

保健指標の低水準が目立つ北部山岳地域、中部高原地域の入院、死亡の原因を表2 - 2 に示す。

表2 - 2 北部山岳地域における入院・院内死亡の原因疾患（2000年）

入院の原因となった上位10疾患	人口10万人当たり	院内死亡の原因となった上位10疾患	人口10万人当たり
急性気管支炎	517.21	肺炎	2.62
肺炎	483.83	脳出血	1.23
急性咽頭炎・扁桃炎	339.16	心不全	1.13
インフルエンザ	331.38	交通事故	1.05
感染性下痢	257.08	低出生体重等に起因する新生児死亡	0.85
妊娠中絶	219.49	気管支炎	0.84
その他の上気道炎	146.32	頭蓋内損傷	0.79
マラリア	139.99	肺結核	0.59
多発外傷	137.13	脳卒中	0.57
その他の消化器疾患	115.53	頭蓋骨・顔面骨折	0.57

出所：Health Statistics Yearbook 2000 HISD, Ministry of Health, 2001

北部山岳地帯では、メコン・デルタに多いデング熱も、北部の平野部に多い日本脳炎も多くない。結核が死亡原因の 8 位を占めること、交通事故、頭蓋内損傷、頭蓋骨・顔面骨折など外傷による死亡が多いことが特徴的である。中部高原地域の特徴は、いまだにマラリアが入院理由の 1 位を占めて死因としても 4 位であること、また院内死亡の 2 位に自殺があがっていることである（表 2 - 3 参照）。

表 2 - 3 中部高原地域における入院・院内死亡の原因疾患（2000年）

入院の原因となった上位10疾患	人口10万人 当たり	院内死亡の原因となった上位10疾患	人口10万人 当たり
マラリア	511.36	脳出血	3.44
多発外傷	217.45	自殺	3.01
急性咽頭炎・扁桃炎	206.29	頭蓋内損傷	2.12
交通事故	195.09	マラリア	2.10
肺炎	189.20	その他脳血管障害	2.10
その他妊娠合併症	172.06	肺炎	2.00
感染性下痢	150.76	心疾患	1.32
急性気管支炎	134.98	交通事故	1.27
四肢の骨折	129.17	医薬品以外の中毒症	1.15
細菌性赤痢	107.42	新生児期に由来する他呼吸器疾患	1.11

出所：Health Statistics Yearbook 2000 HISD, Ministry of Health, 2001

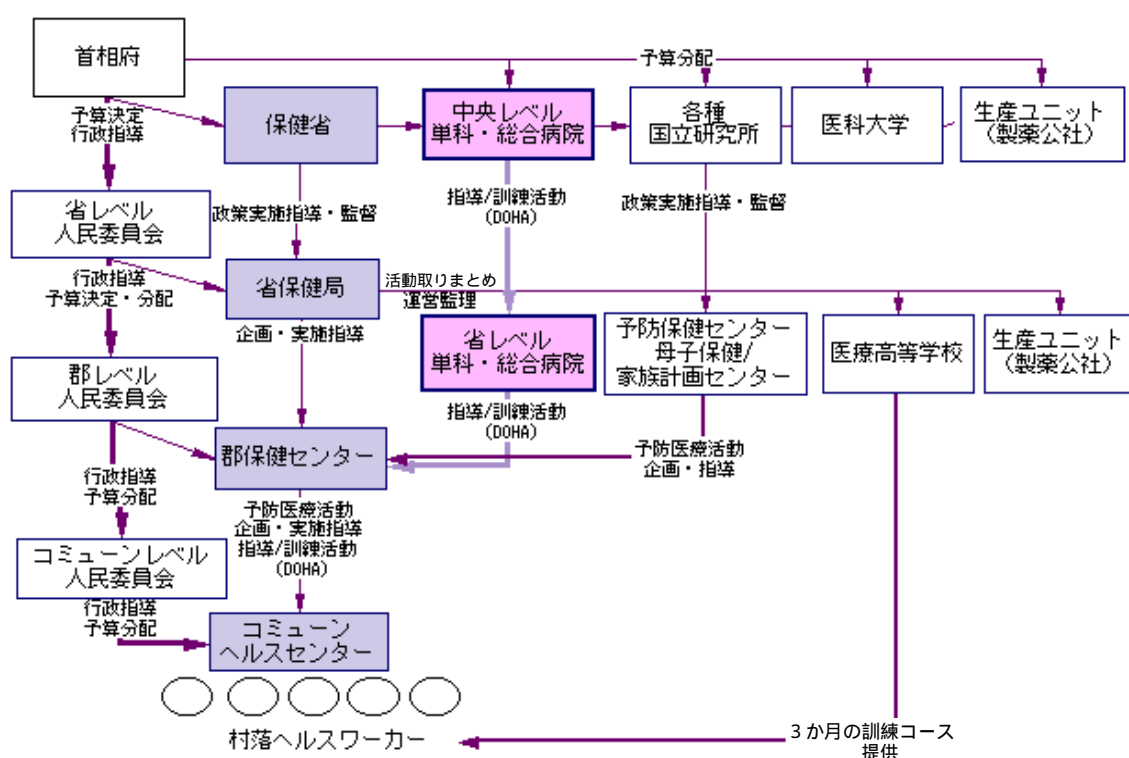
リプロダクティブ・ヘルスに関連した入院（妊娠合併症又は妊娠中絶）が多いことは全国、北部山岳、中部高原地域に共通している。ヴィエトナムの中絶率は世界でも最も高く、最近まで入院原因の上位に妊娠中絶がランクされていた。月経調節（妊娠 5 週以内での中絶を意味する）と人工中絶（妊娠 6 ～12 週での中絶）を合わせると、ヴィエトナムの女性は一生の間に平均 2.5 回の中絶手術を受けている計算となる。もちろん政府がこれらを避妊手段とは認めているわけではないが、ヴィエトナムでの出生率減少には高い中絶率が寄与していることは疑うべくもない。

以上からも理解できるように、ヴィエトナムにおいては、開発途上国に多くみられる伝染性疾患と同時に非伝染性疾患や事故・外傷・中毒の類などが混在している状況となっており、このような疾病構造の二極化と並んで、地域別、支出階層別格差が顕在化している。

(2) 保健行政組織

ヴィエトナムの保健医療行政は、図 2 - 1 に示されるように、4 段階のレベルに分かれている。

第一のレベルである保健省（MOH）は、ヴィエトナム保健医療行政の中心であり、省、郡、コミュンレベルの人民委員会とともに保健政策やプログラムを策定・実施する役割を負う。なかでも「保健戦略（省内）委員会」及びその事務局である政策ユニットが、保健医療分野の政策策定、政策研究・分析などを検討するフォーラムとなっている。また、中央には衛生・疫学研究所や母子保護研究所など分野別に第3次リファレル、専門教育訓練、研究所としての機能をもつ各種国立専門研究機関、単科・総合病院、医科大学、製薬生産ユニットなどがあり、保健省（MOH）の特殊業務を補佐すると同時に、省以下のレベルに置かれた下部組織に直接助言・指導・監理を行う。



出所：保健省（MOH）・パートナーシップ資料及び聞き取りより作成

図2-1 ヴィエトナムの保健行政組織図

実際に事業や活動を企画・管理する主体となっているのは、第二のレベルである省の保健局である。省レベルには、省総合・単科病院をはじめ、予防保健センターや医療高等学校、製薬・生産ユニット、医療保険公社など複数の保健医療関連機関が独立して存在しており、それぞれ中央の親機関の指導・監督を受けている。省の保健局も、中央官庁である保健省（MOH）のほか、同級レベルの人民委員会の専門部局として、二重の指導監督を受ける形になっており、保健医療分野関連組織内だけでも指示命令系統は複雑である。次項に詳述するように、地方の保健行政に大きな影響力をもっているのは、省行政においてセ

クター間の予算分配の実権を握る人民委員会である²。省の保健局は、中長期及び年間の人員配置や訓練も含めた公共セクターの保健医療サービス提供や保健プログラムにかかわる計画案、支出案を取りまとめ、人民委員会に提出する役割を担っている。この際、省内の保健医療関連機関や郡保健センター等の報告を基にするが、郡やコミューンレベルの職員の参画が認められる場合もある。しかし、省の保健局職員は臨床医出身であることが多く、省によって程度の差こそあれ、企画・監理能力は全般的に弱いと指摘されている³。

第三のレベルである郡レベルになると、セクター関連事業はそれぞれの省保健局の直接管理下にある1ユニットとしての郡保健センター⁴に収束される。すなわち、予防医療活動の企画・実施、母子保健・家族計画関連活動、郡総合病院を中心とした郡以下の診療機関の運営・指導・監督などを、すべて郡保健センターが扱うとされる。ただし、郡病院の幹部が郡保健センターの幹部を兼任して事務所も郡保健センターと郡病院が一体である場合や、郡保健センターとしては人事と給与のみを扱っているケースもある。また、郡病院はコミューン間総合診療所（Inter-Communal Polyclinic：ICP）及びCHCの医療従事者に訓練施設を提供する役割を果たしている。

第四のレベルは、村落の集合体であり行政の最小単位であるコミューンである。全国に1万511あるコミューンの97.6%にあたる1万257にはCHCが存在し、各々2,000人から1万人ほどの人口をカバーしている。通常3人以上のスタッフが配置され、コミューンレベルの保健医療サービスの監理責任を負い、国家保健プログラムの実施、プライマリー・ヘルスケアサービスの提供を行っている。各村落に配置されている村落ヘルスワーカー（Village Health Workers：VHWs）や栄養コーディネーター、母子保健・家族計画コーディネーターの監理・指導もCHCの責任である。

(3) 保健財政

国家レベルで予算が編成される時点では、保健セクターへの予算配分は財務省と計画投資省（MPI）によって決定され、保健省（MOH）は予算協議に参加するのみである。全セクター向けの経常予算を合計した額を示した予算書が省に送られるが、保健セクター向けには治療用予算は病床数ベースで、予防用予算は人口ベースで算出されている。その額で、省内の病院・CHC職員の給料、貧困者に無料で医薬品を提供するための費用、その他の経常経費が賄われることになっている。国家保健計画の予算は経常予算の枠外で、予防接種

2 ただし、省の経済基盤が乏しく実収入の少ない省に関しては、中央から保健医療経常予算の補填が受けられることになっており、この場合省の保健局に対する保健省（MOH）（中央）の影響力が強くなることもある（パートナーシップ資料）。

3 保健省（MOH）国際協力局、計画局、治療局による指摘。また、WHO代表やUNFPAのプログラム・オフィサーも同様の指摘をしている。今回調査対象となったホアビン省及びビンフック省幹部も、企画運営監理分野にかかわる訓練を希望していた。

4 郡病院の幹部が郡保健センターの幹部を兼任し、事務所についても郡保健センターと郡病院が一体である場合がある。

拡大計画（EPI）、結核、マラリア等のプログラム別に省に送られていたが、2000年以降は一括して予算措置したうえでプログラム間での転用が認められるようになった。

国から予算を受け取った各省人民委員会は、省内の各セクターへ配分する。財政事情の厳しい省では、財務省が保健セクター分として定めたノルマ額しか配分できないが、裕福な省では独自財源から上乗せして回せるため、省間格差が目立ってきている。ホアビン省では産業基盤が脆弱で独自財源にも乏しいうえに、農業セクターや貧困削減のために大部分を割いており、保健セクターに回す予算は極めて限られている。結局、省保健局の予算200億VNDのうち70～80%を中央から措置される予算に頼り、人件費への支出だけで予算の1/3が消費されている。1997年に省に昇格して日が浅いビンフック省には、中央政府から時限的なインフラ整備予算が措置されている。

なお、各省が保健セクターにどれだけの額を執行したかは財務省に事後報告がいくだけで、保健省（MOH）はほとんど情報をもち合わせていない。

郡にも自前の財源があるもののわずかで、財政の裏付けをほとんど省に頼っている。郡にどれだけの予算を回すかは省人民委員会の裁量に任されており、それ次第で郡レベルでの住民1人当たり予算額が大きく変動する。余裕のある省では国からの予算を省と郡で半々に分けている例もあるが、スタッフの給料だけで2/3が消えるような省では裁量権を発揮する余地はほとんど残らない。

コミュニンは基本的には財政的自立が求められてきた経緯があり、かつては国家予算の投入はなされず、農業合作社の解体以前は、CHCも合作社からの予算だけで運営されていた。しかし1994～1995年以降、承認された人数のCHC職員の給料は省を通じて国家予算から支払われるようになった。また、CHCは省医薬品部から仕入れた薬に1～10%の利益を乗せて患者に販売しており、この収益も予算不足を埋めるために使われている。これらのほかに裕福なコミュニンでは、住民からCHC年間利用料⁵を徴収するところもあり、サービスの格差が広がる一因ともなっている。

(4) 公的な医療サービス提供体系

(ア) 予防保健の体系

ヴィエトナムにおいて感染症対策及び予防保健サービスの提供は政府組織によって実施されており、現在まで極めて効果的に疾病の予防を促進し、感染症の蔓延を抑えたとして、その功績は広く理解されている。予防保健サービス及び感染症管理は以下の10の国家保健プログラムによって企画運営されている。

⁵ ビンフック省ピントゥオン郡内のチュオントゥルンCHCでは住民1人当たり糶1kg相当額、同省ラップタック郡内のンゴックミュCHCでは、住民1人当たり糶0.5kg相当額。

ヴィエトナムにおける主な国家保健プログラム

- | | | |
|----------|------------|----------|
| 1．マラリア予防 | 2．ヨード欠乏症防止 | 3．拡大予防接種 |
| 4．結核予防 | 5．ハンセン病根絶 | 6．エイズ予防 |
| 7．栄養改善 | 8．病院器機材改善 | |

出所：パートナーシップ資料

国家保健プログラムの実施機関として、中央に国立母子保護研究所、国立結核・呼吸器疾患研究所、国立衛生・疫学研究所、国立皮膚・性病研究所、国立マラリア研究所等の組織が置かれ、行政体系に沿って地方に実施主体としての下部組織をもっており、政策や施行にかかわる指示、予算の分配などが中央からこの縦の系列を通じてなされると、省→郡→コミューンの組織を通じてプログラムが企画実行される。

省レベルには予防医療センターが置かれており、センター内における国家保健プログラムの分類の下、専門各課が置かれ、省全体の活動企画・実施・調整などを担当する⁶。ホアビン省では47人、ピンフック省では44人⁷のスタッフを擁していた。省予防医療センターの役割は、感染症のコントロール、外国からの予防医療支援の受入れ、そして、省において実施される予防医療活動がすべての郡、コミューン、そして世帯にまでいきわたるよう指導監督することである。個別の事業としては、伝染病の予防ネットワーク確立、伝染病のモニタリング、省の保健局への報告及びアドバイス、郡やコミューンのスタッフを対象とした予防医療に関する再訓練、国家保健プログラムの効果的な実施などがある。

各種プログラム活動実施において実働部隊としての役割を果たすのは、郡レベルにおいて9～25人ほどで構成される予防医療チーム（衛生・疫学隊）及び9～25人ほどで構成される母子保健チーム、CHC職員、各村落に配置される村落ヘルスワーカーや、栄養コーディネーター、母子保健・家族計画コーディネーターである。

ホアビン省ラップタック郡病院における予防保健活動は、医師・看護師から成る24人の母子保健・家族計画移動チーム及び24人の予防保健チームによって実施され、コミューンをチームメンバー内で分担している。活動の種類は、予防接種キャンペーン、感染症の予防、甲状腺腫予防、衛生環境保持などがあり、CHCへの定期的な指導のほか、ビタミンA配布、子供の予防接種、女性の破傷風（第2回接種）接種など個別のプログラム時の特別活動のほか、洪水発生時等の緊急活動⁸も実施する。また、こういった活動実

6 省レベルの保健省（MOH）関連組織に関しては、図2-1参照。

7 44人のうち22人が大学院卒も含む大学卒以上、20人が医師、25人が医療高等学校卒、その他経理・行政担当。

8 洪水発生時の予防保健チームの活動例を示す。洪水が起こる前に発生時の対処計画を立て、下痢、皮膚病、マラリアなどの治療薬と対処計画を配布する、洪水発生時は、冠水している地域に小舟による救出活動を実施する、疫病の蔓延を未然に防ぐため被害の出たCHCを対象に郡のチームが薬品散布や清掃指導の実施を行う。

施時には人民委員会をはじめ女性連合、青年団、農民連合等の大衆組織からボランティアを募り、住民の協力を取り付ける。予防保健担当官は、ラップタック郡における問題点として、人々の衛生・健康に関する知識や認識が低いこと、特に山岳・遠隔村に居住する少数民族の人々が予防の重要性に関する意識が低いことをあげていた。

ホアビン省のタンラック郡の予防保健チームは9名で構成されており、1人当たり2つの国家プログラムを担当している。郡保健医療センターにおいて、CHCの職員代表と郡の予防保健チームで月例会議をもって活動の指示・指導を行うほか、各CHCへの巡回指導も実施することにより、プログラム実施の徹底、質の管理を確保している。

(イ) 治療サービスの体系

ヴェトナムでは、住民に自由な移動を許さず、現実的にも道路・移動手段が未整備で移動が困難であった1986年以前の状況を前提に、行政単位内で一定水準までの医療サービスを提供できるように保健医療体制が構築されていた。そのモデルと考えられる旧ソ連邦諸国の保健医療体制は、冷戦終結後の厳しい保健財政事情の下で大幅な変革を余儀なくされている。ヴェトナムにおいても市場経済化に伴う民間サービスプロバイダー参入の影響の下、変化しつつある医療需要と、旧来の保健医療サービス供給との間の不一致が拡大しつつあるように見受けられた。大都市にある各種中核病院のほか、通常各省、各郡に総合病院が配置され、更に各コミューンにはCHCが配置されている。現在817の公立病院があり、うち64%が郡レベルの病院、24%が省レベルの病院となっている。全病院のうち特殊/専門病院は9%で、残りの91%は総合病院や伝統治療院となっている。地域間に差異はあるが、CHC及び郡病院が第1次医療施設、省病院は第2次医療施設、そして首都及び地方大都市に位置する中核病院が第3次医療施設として機能している。郡病院までアクセスの悪い山岳・遠隔地域では、CHCとの中継点としてICP⁹が置かれ、住民による医療サービスへのアクセス強化を図っている。さらに、省病院へのアクセスの悪い地域には、今後遠隔地中核病院の創設が企画されている。

(a) コミューンレベルの医療サービス提供

コミューンには各々CHCが置かれて疾病治療と予防活動の両方を担当しており、病气や怪我をした住民は最初にここを受診することになっている。正常分娩の介助、単純な外傷の縫合、肺炎・下痢症等の感染症及び頻度の高い疾患の診断治療を行うことによって、住民の医療需要の80～90%を満たすことが求められているが、現状では施設、機材、要員の能力等の制約からこの目標を果たせないCHCが少なくないと考えられる。例えば、要員面では、通常3～5人配置されるスタッフのうち、一般医1人と

9 ホアビン省のような山岳地域では、ICPが27置かれているのに対し、平地が多く交通の便も比較的良好なビンフック省では10であった。

産科医又は助産婦を1人含むよう望まれているが、助産婦1人と中級医学専門学校卒の補助医師1人がいるだけで、正規の医師が配置されていないことも多い。ホアビン省で訪問した2か所のCHCには電話がなく¹⁰、水道が不完全であったが、電気は通じていた。全国平均では1日当たりCHC受診患者数は12.28人となっているが、省によって同2.69人から137.21人までかなり開きがある¹¹。IMRやMMRが高い北部山岳、中部沿岸南部、中部高原地域の1日当たりCHC受診患者数は他地域よりもやや低くなっている。CHCの診療サービス利用頻度が低い理由はいくつか考えられているが、まず、山岳・遠隔地域においては村落からCHCまでの交通・地理的なアクセスが悪いことや生活水準が低く診療費が支払えないことなどがあげられる。また、治療を民間や薬局、又は上位の病院に求める受診行動の傾向や、関連してCHCで提供されるサービスの質やCHC従業員に対する信頼性が低いことなどもあげられている。

(b) 郡レベルでの医療サービス提供

CHCで対応できない疾患・病態はICP又は郡病院に紹介される。ICPには基本的な検査室及び外科手術用器機材が装備され、眼科医、耳鼻咽喉科医、歯科医、臨床検査技師など4～5人の医療従事者が配置されている。郡病院には、複数の一般医がおり、内科、小児科、感染症科、外科（開腹手術、外傷治療）、産婦人科（帝王切開術）の基本的なサービスを提供することが求められる。救急車は郡病院に最低1台は配置されているようであるが、かなり古いロシア車を使っているところもある¹²。訪問したホアビン省マイチャウ郡病院、ビンフック省ラプタック郡病院・ピントゥオン郡病院、フエ省ブーロック郡病院ではいずれもX線撮影装置、超音波診断装置が装備され、外科専門医も配置されて手術に関しては省病院と比べてもあまり遜色ないサービスが提供できる。とかく郡病院の要員及び装備の貧弱さが指摘されるが、新規アジア開発銀行（ADB）プロジェクトでは対象とする郡病院すべてをこの水準まで強化することを目標にしていると思われる。郡病院までアクセスの悪い山岳・遠隔地域では、CHCとの中継点としてICP¹³が置かれ、リファレル体系の円滑化を図っている。ビンフック省のチューデッICPでは、4万2,000人を対象に、ベッド数10床規模で、医師1名、補助医師3名、準薬剤師1名、助産婦4名の合計9名（うち省に承認された正規職員7名、契約職員2名）が常駐し、産科、眼科、内科の診療を提供していた。比較的アクセスの良い所で郡病院まで12km（車で15分）、省病院まで20km（車で35分）ほどであった

10 ただし、CHCは緊急時にコミュニケーションの人民委員会の電話を使用することが可能である。

11 Health Statistics Year book 2000, HISD, Planning Department, MOH, 2001

12 ADB支援プロジェクトにより、対象省のすべての郡病院に新しい救急車が配備される予定である。

13 ホアビン省のような山岳地域では、ICPが27置かれているのに対し、平地が多く交通の便も比較的良好なビンフック省では10であった。

が、道路は舗装されておらず雨期のアクセスは悪い。

(c) 省レベルでの医療サービス提供

省総合病院には内科、小児科、外科、産婦人科の専門医が配置され、眼科、耳鼻科等の専門科も併設されている。郡病院で対応できない疾患・病態は省病院に紹介するのが原則であるが、ホアビン省では両者の間に医療水準の差があまりないため、患者が郡病院の紹介¹⁴を経ずに省病院を飛ばして中央の病院に向かう現象が顕著であった。スタッフ医師の数でも質でも郡病院を圧倒するはずの省病院が、このような地位に甘んじている理由の1つには、専門医療を支える機材及び検査体制の不備がある。また、患者に対するスタッフ医師・看護師の態度が悪いことも複数の情報源から聞かれた(表2 - 4 参照)。同省では郡病院以下がADBの支援の農村保健プロジェクト(2001～2006年)の支援対象となって強化され、更に郡病院と省病院間のアクセスが悪い地域に、後述する遠隔地中核病院の創設が企画されている反面、省病院は現状を維持することも困難である。

ヴェトナム保健医療10か年戦略のなかでは、特に問題となっている遠隔地・山岳地の医療を充実させるために、対象地域に省病院と郡病院の中間に位置する遠隔地中核病院(Regional Hospital)を置くことがうたわれている。新規ADBプロジェクトでは、この遠隔地中核病院制度に関して政策研究、及び制度の試験的応用を支援する計画がある¹⁵。計画では、新しい病院の新設ではなく、立地の良い既存の郡病院を拡張・リハビリするアプローチをとる予定である¹⁶。

表2 - 4 省・郡病院比較

	病床数	医師数	補助医師数	内科	小児科	産科	外科	整形外科	泌尿器科	脳神経外科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	形成外科	麻酔科	放射線科	歯科
ビンフック省総合病院	350			○	○	○	○	○			○	○	○		○		○
ラップタック郡病院	100	30		○	○	○	○				○	○			○		○
ビントゥオン郡病院	90	20	23	○	○												
ホアビン省総合病院	250	75		○	○	○	○	○			○	○			○		○
マイチャウ郡病院	50	8	56	○	○	○	○								○		○
ダバック郡病院	50	69		○	○	○	○										

出所：調査団収集資料及び聞き取りより作成

14 患者から郡病院の医師にハノイ市内の病院への紹介状をお願いするケースもある。

15 ADB支援農村保健プロジェクトの詳細については、2 - 3 - 2を参照のこと。

16 ADB農村保健プロジェクトスタッフMs. Hangからのヒアリング。

(5) 病院財務の実態

かつて医療費無料政策を標榜していた時代には、各病院は国及び地方人民委員会から配分する予算であらゆる支出を賄うことになっていたが、とりわけ利用者負担制度と健康保険制度の導入以来、病院の財務構造は急速に変化してきた。

利用者による医療費の一部負担制度は1989年以降、郡病院以上の医療施設で導入され始めた¹⁷。保健省（MOH）は1995年に、病院のレベルごとに各種診察料、検査料、処置料、入院ベッド料の上限額を定め、そのあと、地域総合診療所に続き、最近からCHCレベルでも利用者負担が導入され始めている（上述のチュオントゥルンCHCでは2001年5月以降）。ビンフック省内で正常分娩で3日間入院した場合の患者負担金額は、CHCの場合1万5,000VND（1米ドル＝1万4,860VND）、地域総合診療所・郡病院では3万VND、省病院では7万VNDであり、省病院で帝王切開術を受けて7日間入院する場合の金額は30万VNDに設定されている。ホアビン省では、CHC 1万5,000VND、郡病院4万5,000VND、省病院7万VNDと郡病院での料金設定がやや高い。健康保険加入者の場合は、これらの費用はすべてカバーされる。また、医薬品についても1995年以来、患者が院内薬局又は市中の薬店から自費購入するように改められた。

健康保険制度は、1992年に制定された法令に基づき1993年に創設された。1つは現役・退職後の公務員、国営企業・従業員10名以上の民間企業被雇用者が加入する強制保険であり、もう1つは強制保険加入者の家族、農民、学生等が自発的に加入する保険である。強制保険の保険料は給料の3%であり、1%分は加入者自身が2%分は雇用者側が負担する。強制保険加入者は発足時の350万人から順調に増加し、1998年には600万人（全対象者の77%近く）に達した。その一方、自発加入者は1996年ごろから伸び悩み、1998年で370万人（全対象者の5.3%）にとどまっている。これを反映して、ビンフック省病院では全受診者中25～30%を健康保険加入者が占めるようになっている一方、農村部にあるチュオントゥルンCHCでは、公務員であるCHC職員を除くと医療保険に加入している住民は皆無であるとの説明を受けた。

利用者負担の回収額が急速に伸びてきたことは図2 - 2に示されている。利用者負担、健康保険からの収入を含め、どのような資金源から公的保健支出が捻出されているかは図2 - 3に図示されている。

17 身体障害者、孤児、医療従事者の家族、コミュニン人民委員会から低所得者として証明された個人、社会的に重要な疾患（精神疾患、ハンセン病、喀痰塗抹陽性の結核）は負担が免除される。

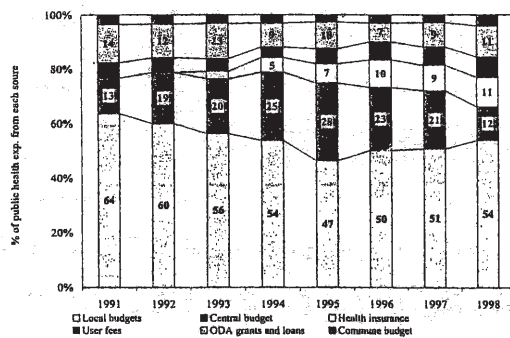


図 2 - 2 保健医療分野への公共支出資金源
(1991～1998年)

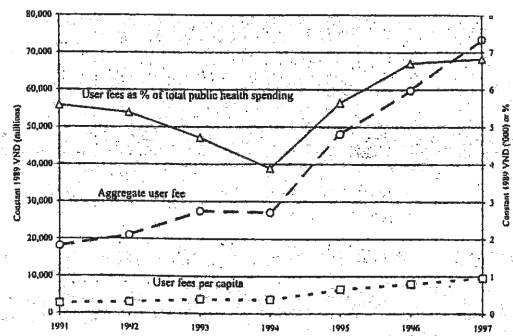


図 2 - 3 保健医療サービス利用者負担額の推移
(1991～1997年)

収益源が多様化し病院の財務状況が好転したなかで、支出が最も増えたのが職員へのボーナスであり、次いで医薬品や資材の購入費であった。住民の暮らし向きが良い省ほど職員への給与・報償額も大きく伸びた結果、条件の良い地域に医師が集中する傾向に拍車がかかった。

(6) 各レベルの保健医療施設の整備・拡充状況

保健省（MOH）は人口を勘案したうえで、各省病院が中央の許可なく保有可能な病床数の上限を定めており、最近では1995年に改訂済みである。この範囲内での地方病院・保健センター等の建設に関しては、各省、各郡の人民委員会に要請が出され、そこでの承認、予算化を経て地元の建設局による公共事業となる。この場合も、裕福な省では建設・拡充が容易であるが、財政事情の厳しい省では困難な状況に置かれやすい。

1997年に省に昇格したビンフック省の場合、先述のとおり中央政府から省人民委員会に対して建築インフラ整備予算が時限的に措置されている。省都ビンフックでは、省人民委員会の庁舎をはじめとするあらゆる行政機関に加え、保健医療関連の建設も急速に進んでいる。訪問した範囲でも、省保健局、そこに隣接する予防医療センター（1997年設立、2000年建家完成）が新設され、伝統医療病院も改修済みで、今後更にリハビリ病院も改修される計画である。最近はこの建設ラッシュが郡レベル以下にも波及しており、ラブタック郡病院は2000年に2階建て手術棟兼外科病棟を建設後、2001年も2階建ての新病棟を増築中である。ビントゥオン郡病院でも2階建て床面積約1,000m²の新病棟を増築中で、同郡内のコミュニティであるチュオントゥルンCHCも平屋建ての病棟を増築済みであった。

少数民族が多いホアビン省の場合、ビンフック省とは対照的にめばしい産業もなく省の独自財源に乏しいため、建築インフラを整えるための予算は組みにくい。省病院は多くの建物が建設後40年を経過していることから、全面的な増改築をめざした5か年計画（総額

460億VND、4億円弱相当)を立てて省人民委員会の承認までは得たものの、完成される目途は全く立たないという。2001年度は以前からの懸案事項であった救急棟建設予算12億VND(約1,000万円相当)だけが執行されて着工されたが、遅れて申請した救急用医療機材の購入については予算化される見通しは立っていない。

建造物の設計・仕様に関して、省側が事前に保健省(MOH)の医療機材・建設局の許可を得ることは少なく、結果として地方では保健省(MOH)が定めた病院建築基準を満たさない建造物が多い。

(7) 医療機材の維持管理状況

(ア) 維持管理の体制

各医療施設では、利用者である技師・医師や各施設に常駐する技術者が日常の保守点検を行い、対応能力を超える場合には、保健省(MOH)傘下のInstitute of Medical Equipment and Health Facility及びMedical Equipment Enterprise(METECH:旧称Central Medical Technical Workshop)が対処することになっている。これらは医療施設からの要請を受けて有料で技術者を派遣し、保守点検作業を実施する。各医療施設は、条件次第で民間業者にも保守点検作業を依頼したり、他医療施設にいる技術者に有料で依頼することもある。

ビンフック省病院は機材の定期点検と簡単な修理を行うため、専任職員を3名確保している。院内の要員が修理できないものについては、契約を結んでいるバックマイ病院資材・設備部にその都度依頼する。しかし、郡病院以下の機材管理までは手が回らないため、例えばピントゥオン郡病院でX線撮影装置のコントロール機の部品を交換する必要があると、担当職員がハノイまで出かけて直接購入する、との説明であった。

ホアビン省病院では1年ほど前に機材の維持管理職員2名が相次いで退職したあと、要員の補充が行われていない。機材に不具合が生じると利用者である技師・医師が管理職へ報告し、修理費用が準備できれば、機材ごとの担当職員がハノイの民間業者に修理を依頼したり、部品を買い出しに出かける。修理費が高く付く場合は、省人民委員会から資金が措置されないこともある。郡病院以下の状況も同様である。

(イ) パーツ・消耗品等の供給体制

医療機材やそのパーツ、消耗品等の輸入許可を取得している業者として主なものは、行政組織から半官半民組織として独立した以下の公社である。かつて保健省(MOH)の一部門であったヴィエトナム輸出入公社(VIMEDIMEX)は、各医療施設から発注を受けると、有料で医療機材、パーツ、消耗品、医薬品等を調達する。ただし、医療機材に関しては調達後据え付けを行う程度で、保守管理の技術者は数名だけという貧弱な体制で

ある。中央第一医療公社（MEDINSCO）は、ヴィエトナム輸出入公社（VIMEDIMEX）の下部組織として調達実務を行っていたものが分離独立したものである。医療機材、パーツ、消耗品類のほか、試薬類も調達可能である。ここから調達された機材については据え付けや保守管理が可能な体制となっている。

(8) 医薬品等の供給体制の現状

公的医療機関を通じて無料で医薬品が提供されていた時代は慢性的な品不足に悩まされていたが、1989年に製薬工場に対し個人、病院、保健センター向け販売が解禁されて以来、都市の病院でも村落部の保健センターでも医薬品供給状況は著しく改善された。同時に、価格競争を通じて特に国内で製造されている医薬品の価格は下がってきている。いまではむしろ、住民が処方箋なしで安易に医薬品を服用しすぎるのが問題となってきた。

現在ヴィエトナム市場に流通している承認済み医薬品は8,000品目に及び、うち5,000品目が国内生産され、3,000品目が輸入されている。ほかに伝統的医薬品1,200品目が販売されている。国内の生産工場は国营工場18、省営工場126をはじめとし、ほとんどが国有企業である。また、国有公社であるヴィエトナム製薬会社（VINAPHARM）が全国への医薬品供給の責任を担っている。一方、小売りに関しては民間部門の比重が高まっている。

ビンフック省には省営医薬品公社が1つあって、アモキシシリン（AMPC）等の抗生物質、ステロイドホルモン剤、各種ビタミンなど36種類の医薬品を製造し、全国にも販売している。また製造していない医薬品も省内の需要を取りまとめ、ハノイ経由で仕入れて販売している。省病院では薬剤科長が、郡病院では各病院長が、CHCでは各所長が毎月注文書を取りまとめ、この製造販売会社から必要な医薬品・消耗品を購入していた。

ホアビン省でも省病院では薬剤科長が、郡病院では各病院長が、CHCでは各所長が毎月注文書を取りまとめている。ただし、省営工場の生産能力が貧弱なため、ほとんどの医薬品はハノイの中央第一医療公社（MEDINSCO）へ発注することになる。

(9) 民間セクターによる医療サービス提供

経済自由化に伴い、過去10年間ににおける民間セクターによる医療サービス提供の規模は増大しているといわれるが、その市場の規模と成長の度合いについてはよく把握されていない。1996年に保健省（MOH）が出した推計によれば、許可を得た民間保健医療従事者の数は2万5,698人¹⁸で、公共セクター保健医療従事者総数の約10分の1ほどの人数となっている。その内訳は表2-5のとおりだが、特記すべきは民間登録している公務員の割合が、

18 この数値には、民間保健医療サービスプロバイダーとして登録している医療従事者（半数以上）も含まれているといわれる。

薬剤師では24%、伝統治療医では2.5%であるのに対し、医師は82.8%に上ることである。また、61省中44省の回答を得たサーベイによると、民間の保健医療施設は3万3,850存在し、内訳は製薬会社の販売所（26.0%）、一般医の診療室（20.7%）、会社・工場などの保健室（16.5%）、個人の薬局（15.3%）、専門診療室（10.1%）、歯科診療室（6.8%）、その他（4.6%）であった。製薬会社の販売所と個人開業の薬局と合わせて民間サービスプロバイダーは都市部にその70%が集中しており、農村部の人口は80%であることを考えると、公共セクターで観察された偏りを更に広げる形となっている。今回調査で訪問したホアビン省とビンフック省では、民間の医療施設はそれぞれ253か所（うち農村部169）、176か所（うち農村部116）あった。概して、民間のサービスプロバイダーは治療活動、特に外来診療を扱うことが多く、入院治療や予防活動はほとんど行わない。

表 2 - 5 民間医療従事者登録人数種別内訳

医療従事者の種別	総 数	うち公務員	%
医師	9,399	7,781	82.8
薬剤師（医薬販売者）	6,146	2,763	45.0
補助医師	1,562	643	41.2
補助薬剤師	2,182	570	26.1
中級看護婦	214	103	48.1
中級助産婦	303	146	48.2
中級医療技師	186	41	22.0
初級看護婦	839	142	16.9
初級薬剤師	2,540	201	7.9
伝統治療医	3,327	84	2.5
合 計	26,698	12,474	48.54

出所：保健省（MOH）推計（1998年10月現在）

次に、民間保健医療サービスの利用パターンをみると、地域によって程度は違うものの、患者が医薬品販売者と民間のクリニックを最も好み、公立病院やCHCがそれに続く傾向が色濃く出ている（図 2 - 4 参照）。これは、支出階層が低い層でも同様であることが明らかとなった。地域や支出階層にかかわらずみられる民間のサービスプロバイダーへの偏重傾向の主な理由は、待ち時間の短さであるといわれる。また、時間的余裕のある民間施設では医者・患者間のよりよい関係を構築しやすいという考えもある。診療・治療費にそれほど差がないことも、この受診行動に影響していると考えられる。

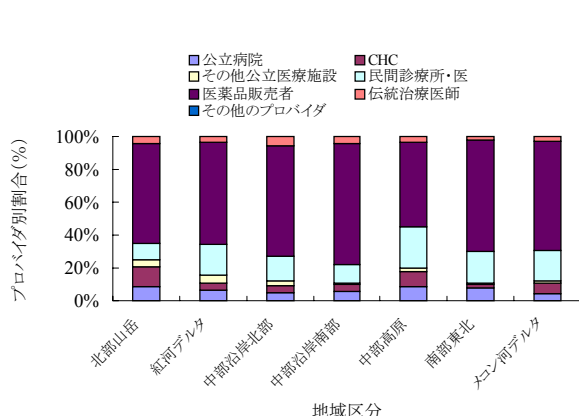


図2 - 4 保健医療サービス利用パターン

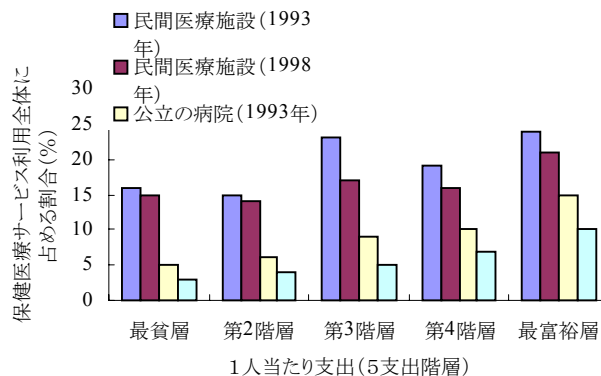


図2 - 5 保健医療サービス利用状況(5支出階層別)

図2 - 5 では、支出階層が高くなるほど公立病院の利用率が上がっている。これは、医療保険加入者が公共サービス、特に公立病院や入院サービスを頻繁に使う傾向があることと、富裕層に近づくほど保険加入率が高くなる状況を反映したものと考えられる。

(10) 医療従事者の配置と人材開発

ヴェトナムの医療従事者には、表2 - 6のような種類があり、正規の医師、薬剤師、看護師（中級）のほかにそれぞれ補助医師、補助薬剤師、初級看護師といった補助職が存在することが特徴である。元来これらの補助職は、特に農村部における医療職不足に対処して保健活動、基礎医療を確保すべく設けられたもので、草の根レベルでの保健医療サービスへのアクセスを高めるうえで極めて重要な役割を果たした。6年制の医科大学を卒業して医師資格を得た者は¹⁹、一般医として病院に就職することが可能であるが、医科大卒生が多くなった現在、都市の中核病院で就職するためには大学院や中核病院における実習を経て試験に合格した専門医としての資格が必須となっている。また、専門医の地方派遣が困難な実状から、政府は特に卒後の若い医師を遠隔・山岳地に派遣することを奨励しており、以上の状況から、卒業直後で経験の浅い医師や補助医師が、就職希望の少ない山岳・遠隔地域の医療機関に集中する傾向をつくり出している。特に、専門性と経験年数が重要な要素になっている外科手術の執刀医や救急対応のできる医師が地方に少ないことは逼迫した問題の1つとなっている。

19 旧ソ連圏では医師国家試験は制度上存在せず、医科大学を卒業すれば自動的に医師資格が与えられてきた。

表 2 - 6 医療従事者の種類と就学年数

医療職の種類	高卒後就学年数
医学博士	13年
薬学博士	13年
医学修士	9年
専門医	6 + 1年
専門医	6 + 1年
医師	6年
薬剤師	5年
公衆衛生医	4 + 3年
補助医師	4年
補助薬剤師	2.5 ~ 3年
薬剤技師	2.5 ~ 3年
中級看護婦	2.5 ~ 3年
中級助産婦	2.5 ~ 3年
初級助産婦	3 ~ 9か月
初級助産婦	3 ~ 9か月
臨床検査技師	3 ~ 9か月
伝統医学医師	3 ~ 9か月
初級薬剤師	3 ~ 9か月

出所：JICA資料及び聞き取りより作成

医療従事者の地域格差を緩和するために、上級病院には地域医療指導部(Direction Office for Healthcare Activities : DOHA)というセクションが置かれており、下級病院に技術指導・監督する機能をもたせている。例えば、バックマイ病院は北部31省に対するDOHA活動を実施しており、省総合病院に病院経営能力の強化や、診療技術や医療器機材使用技術の向上を目的とした医学研修や専門医の地方病院派遣等の活動を実施している。しかし、中央の中核病院がすべての下級医療機関へ技術浸透をめざすには、人的資源や時間、資金だけでなく適正技術という観点からも限界があるのが実状である。

同様に、省総合病院にも下位にあたる郡病院に対しDOHA活動を実施する義務があり、省保健局も省レベル以下の公共医療関連機関で勤務する医療従事者の人材育成を企画・実施する役割を担っている。しかしながら、省によっては訓練のための予算、研修施設・設備、あるいは講師の確保などが困難で、継続的に研修活動を実施できていない。調査中訪れたホアビンやビンフック省総合病院では、省のスタッフが中央の病院からDOHAを通じて研修を受けていたが、上述のような様々な困難が存在しており、省病院が主体となった郡レベル以下への指導はほとんど実施されていない状況であった。また、中央の病院と省病院以下とでは医療従事者の技術水準に顕著な格差がある一方で、省病院と郡病院の技術差があまりない省もあり、これも省以下へのDOHA活動を困難にする要因となっている。さらに、今回調査した2省の人員配置例をみると、省によって医療従事者の教育程度に差があり、人材育成のためのニーズは省ごとに違うことが示唆される。

公共セクターの医療従事者には、前述した現職研修もしくは短期研修タイプの訓練のほ

かに、医科大学や医学専門学校専門課程への再就学を通じて上級資格を取得する機会も与えられている。例えば補助医師は、公衆衛生大学での3年間の追加訓練カリキュラムを修了すれば、CHC勤務が義務化されるものの学位をもった公衆衛生医（MD）として認められ、給与やその他待遇も医師と同レベルで受けることができる²⁰。この際、学費は省の人民委員会より支給されるが、その機会には省間格差があり、また生活費は自己負担となるために参加者が限られているといわれる。それでも、調査対象2省での訪問調査時にも、修学中という理由で休職している職員があることが多かった。

概して医療従事者の学歴は級が下がるほど、また困難な状況にある地域ほど低くなる傾向があり、郡・コミュニケーションレベルや山岳・遠隔地域の医療従事者の能力・技術向上が課題となっている。CHCに医師が配置されている割合は全国平均33.9%で、首都ハノイでは100%であるのに対し、10の省で10%未満となっており、医師の配置に大きな地域間格差がみられる。この割合が20%未満の18省、20%以上50%未満の29省、50%以上の14省の3群で1村当たり人口、都市地区人口割合、1人当たりGDPを比較すると、ヘルスステーションに医師が配置されている割合が高い省ほど、1村当たり人口が多く、都市地区人口割合が高く、1人当たりGDPが高かった²¹。CHCの職員は中央政府から給与が支給されるため配置人数が決められているが、手が足りない場合はコミュニケーションからの拠出金で契約職員を雇っていることもある。今回調査を実施した2省では、大卒の医師が勤務するCHCの割合は、ビンフック省が約21.3%²²に対しホアビン省が約4.7%となっている²³。村落ヘルスワーカーに関しても、ビンフック省では看護師の有資格者がほとんどを占めるのに対し²⁴、ホアビン省では小学校を卒業しヴィエト語を上手に話せるというだけで選ばれた人が多く、要員の質には大きな差がある。

現在では、患者側でCHCや第1次リファレル病院をスキップして上位病院での診療を希望するケースが多くなっており、上位病院に患者が集中する状況をつくり出している。こうした状況を打開するために、国家保健医療10か年戦略では、2005年までにそれぞれICPの100%、CHCの65%（山岳地域は50%）に最低1人は医大卒の医師又はMDを配置すること、60%のCHCに中級助産婦の配置をめざしている。新卒の医師を山岳・遠隔地域に送り出すシステムや、再就学によってMDの学位を得た元補助医師にCHC勤務を義務づける制

20 この場合、高等学校卒業資格が必要となるが、旧制度で補助医師になった人材はこれをもたない場合が多く、この便益を受けられる人材は限られている。

21 1999年の保健統計年報(Health Statistic Year Book)を基に、西 信雄（宝塚市立健康センター）ほか大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学部による分析結果。

22 2000年の保健統計年報（Health Statistic Year Book）を基にした試算による。

23 ホアビン省マイチャウ郡やタンラック郡では、CHCレベルに配置された大卒の医師は1人もいなかったが、ビンフック省ラップタック郡では161名中10名、更に15名の補助医師が大学で学位取得中であった。

24 村落ヘルスワーカーが準医師の資格をもっているケースも見受けられた。

度などを通じて、山岳・遠隔地の医療サービス向上を図っている。

上位病院での治療サービス提供はコストが割高であり、患者や家族の間接費用負担も増える。保健医療サービス提供において効率性と公正さを確保する観点からも、下位医療機関、特に住民が最初に接する医療機関であるCHCの診療・処置・紹介能力を底上げを図り、住民の信頼を回復することが肝要である。また、第1次リファレル施設である郡病院の緊急対応能力・診療技術の向上も望まれる。そのためには、郡病院以下の訓練活動を企画・実施する立場にある省保健局・省総合病院の指導・監督能力を更に強化するアプローチも考慮される必要がある。

(11) 保健・衛生教育及び住民参加

(ア) 保健・衛生教育

ヴェトナムにおける保健・衛生教育は、拡大予防接種プログラムを通じた疫病の予防とマラリアの減少等の功績をあげてきた。今後の課題は、従来から実施されてきた活動の便益を、山岳・遠隔地域の住民、特に貧困層、少数民族や女性・子供等の社会的弱者グループが効果的に受けられるよう特別な配慮をすること、及び近年増加傾向にある新しい疾病構造に対する施策を講ずることである。前者では、特に感染症予防、母子栄養改善、妊産婦ケア、環境衛生、子供の発達段階に応じたケア等の内容について、疾病予防にかかわる知識の普及と適切な受診行動、及び村落住民の積極的参加を促す働きかけが必要とされる。後者では、特に食品衛生、生活習慣病や交通事故等の問題に対処することが求められている。

ヴェトナムで行われている保健・衛生教育には、先に述べた国家保健プログラムの予防医療活動の一部として実施されるもののほか、学校教育のなかに組み込まれた衛生一般、歯科衛生、救急処置に関する知識の教授、総合病院の小児科や産婦人科の患者を対象にした病院勤務の医師や看護師による保健・衛生指導などがある。

各国家保健プログラムの指示は省の下位組織や予防医療センター内の国民保健教育センターに出され、省や郡で大枠の企画を行うが、健康教育や住民参加促進の実働部隊は患者に接する医療従事者、及び各村落に配置されている²⁵村落ヘルスワーカーであり、その活動を直接指導・監督するのはCHCである。

村落ヘルスワーカーは村落の居住者であり、女性であることが多い。月にわずかな手当をもらうが、活動はボランティアベースである。基本的な活動内容は、担当村住民の

²⁵ 村落ヘルスワーカーは村落に1人が望ましいとされているが、現在全国10万6,586村落のうち72.8%を網羅している。ホアビン省では89.3%、ピンフック省ではすべてのコミューンに村落ヘルスワーカーがいるとされ、全国平均より良い水準となっている。

健康状態の把握、CHCへの月例報告や、村民の健康相談、子供の予防注射や妊産婦検診への参加促進、特にCHC側から指導があった項目について女性連合など大衆組織（Box 2 - 1 参照）等の月例会を利用して村民へ情報を伝えることなどである。ピンフック省ラップタック郡ンゴックミュCHCの例をとると、月例報告会は毎月26日にあり、会議においてそれぞれの村落ヘルスワーカーによる報告（村落における食中毒の発生状況、村に住む妊婦の状況、子供の予防注射達成状況、村民の疾病の現況、受診件数や村民が診療を受けた医療機関等）が行われている。CHC側からは、省及び郡から指導されたとおり来月の活動計画やターゲット数値などを村落ヘルスワーカーに伝えている。

Box 2 - 1：大衆組織とは

大衆組織は1930年代に、共産党支援団体として設立され、祖国戦線、退役軍人会、農民連合、女性連合、ホーチミン共産青年団／同盟などがある。行政組織の級体系と同様、国から省、郡、コミューンの各段階だけでなく、村落の末端レベルにまで組織化が進んでいるため、住民へのアクセスという面で長けている。

大衆組織に共通の3つの活動は、政治教育、生活向上のための経済支援活動、家庭の福祉向上のための活動となっている。網羅的なアクセスの良さから、インフォーマルな保健・衛生教育を実施する際に、この大衆組織のネットワークがよく使われる。大衆組織による保健医療関連活動への貢献例として、人口家族計画プログラムの啓発・普及活動がある。

出所：ジョイセフ提供資料

こういった草の根レベルの活動が評価される一方で、少数民族への教育法、行動変容を触発する困難さ、保健・衛生教育を教授する人材の不足や訓練の不足、一部村落ヘルスワーカーの基礎教育レベルの低さ、移動チームの交通手段の欠如、CHCの指導・監督のスキル不足、研修費用の不足、医療従事者の待遇に起因するモチベーションの低さなど課題も多い。なかでも、ホアビン省のように少数民族が多い地域では、少数民族と医療従事者の間のコミュニケーション不足や少数民族に向けた保健・衛生教育を実施しても、問題意識の向上や行動変容につながらないなどのジレンマを抱えている。今回インタビューした村落ヘルスワーカー2人も、伝統的な考え方や生活習慣に規定される住民の行動を変えることの難しさを強調した。

特に、保健・衛生教育のミディウムとなる大衆組織が、歴史的に大衆の「動員」を目的として行政の側面支援活動を続けてきたこともあり、一方方向への情報の伝達（指示・命令）と下から上への報告という線上でIEC（Information, Education, Communication）活動が実施される傾向が強い。情報提供者は情報の伝達という責務を達成し、その実績に満足していても、受け手の理解度は低い、もしくは受け手側の自主的な行動変容過程を

重要視していない状況にあるという指摘がある。異なる文化的背景をもつグループ間で保健・衛生に関する啓発・教育活動を効果的に行動変容に結びつけていくためには、受け手側の視点や行動パターンを理解したうえで、双方向のコミュニケーションを通じて地道に活動していくことが求められると考えられる。

(イ) 住民参加

今回の調査では、保健医療活動における住民参加の形態として、コミューンの住民としてのCHC維持管理費負担、緊急時の活動への労働奉仕、大衆組織の成員としての健康・衛生教育参加、利用者（患者）としての保健医療サービス利用などがみられた。人民委員会による負担金の徴収や労働力提供の要請は、参加とはいえ義務的側面が強く、いわば消極的な参加である場合が多い。

セクターレビューでは、CHCまでのアクセスが悪い山岳地域で、コミューンの住民による積極的な参加を重要視している。具体的には、コミューンの住民が基礎的な保健・医療の知識をもち合わせることによって緊急患者を速やかに医療機関に移送したり、経済的その他の理由で保健医療サービスを利用できない住民を互助し合う活動を促進することがなどを課題としてあげている。また、公的セクターの提供するサービスがより需要に合致したものにしていくために、村落ごとの保健医療ニーズの査定や問題解決のための活動計画を作成する場に住民の積極的な参加・参画が望ましいとしている。

2 - 2 ヴィエトナムの保健医療開発政策

10か年社会経済開発戦略（2001～2010年）のなかでは、保健医療セクターの開発に関して、第1次から第3次まですべてのレベルにおける保健医療サービスの質を改善することや、公正さと効率性を重要視することなどがうたわれている。具体的な実施案には、医療費等の制度改革、任意保険の普及、草の根の保健ネットワークの充実、遠隔地中核病院の設置、ICPや郡・省病院のアップグレード、医療施設・器機材等の近代化、北部・南部・中部における基幹病院／医療センターの整備、医療従事者（特に少数民族のスタッフ）の訓練強化、需要にあった医療従事者の派遣、医療従事者の倫理感の堅持など、インフラ整備だけでなく、訓練や制度面での介入など比較的包括的な内容となっている。

保健医療セクター10か年戦略(Health Care and Protection Strategy for the period of 2001 to 2010 years)のなかでは、1)すべての国民にプライマリー・ヘルスケアを提供する、2)質の高い医療へのアクセスを実現する、3)罹患率の低下と平均寿命の向上を実現することを上位目標にあげている（詳細は表2 - 7参照）。上述の国家社会経済開発戦略で述べられた内容とほぼ同様であるが、

保健医療分野への投資資源確保、組織構造の統合整理、運営・監理体制・能力強化、人的資源開発・登用、草の根レベルの保健医療強化、予防保健と保健衛生教育活動の強化、

検査・治療サービス提供体制の強化、 伝統医療・伝統医薬開発、 医薬及び医療資機材整備、
医療技術及び情報の開発、 コミュニケーションレベルの経済・社会サービスとの連携など11項目につ
いて、必要な介入策をまとめている。

表 2 - 7 保健医療セクター10か年戦略

(Health Care and Protection Strategy for the period of 2001 to 2010 years)

上位目標 すべての国民が、プライマリー・ヘルスケアサービスを受けることができ、質の高い医療へのアクセス及び利用が実現でき、また、肉体的、精神的な発育が可能となる安全な社会で生活できるようになることをめざす。罹患率の低下と平均寿命の向上を通じた人間開発を実現する
2010年までに達成すべき目標指標 ✓ 平均寿命を75歳に引き上げる ✓ 妊産婦死亡率を出生10万当たり70に引き下げる ✓ 乳幼児死亡率を出生1,000当たり25未満に引き下げる ✓ 5歳児以下の死亡率を出生1,000当たり32未満に引き下げる ✓ 低体重児を全体の6%未満に引き下げる ✓ 5歳児以下の栄養不良を20%未満に引き下げる ✓ 青年の平均身長160cm以上に引き上げる ✓ 人口10万人当たり大卒医を4.5人、大卒薬剤師を1人に増加する
目標達成のための対策 1. 保健医療分野への投資 自己財源からの保健医療セクターへの配分増加、貧困層、山岳・遠隔地域への優先的投資、独立採算性を意識した病院財務監理の手法試行、保険収入の拡充・改善などを通じた保健財政の充実、ODA資源からの技術支援・優遇ローン・技術支援確保等 2. 組織構造の統合整理 手続きの簡素化・効率化を通じた予防・検査・治療・薬剤供給体制の強化、遠隔地中核病院の設立とICPの機能強化、予防医療再生の能力開発投資（特に草の根レベルでの改善）、労働衛生・食品衛生の強化、保健・衛生検査機能の強化、医学研修ネットワーク及び施設の改善、中級医療高等学校の専門大学へのアップグレード等 3. 運営・監理体制・能力強化 保健セクターの運営管理能力強化、計画策定・実施・モニタリング・監督・評価能力強化、遠隔・山岳地域への専門職員派遣政策の施行、一般市民・軍人向け医療システムの相互協力、保健に関する法体系強化、食品衛生のための検査機能強化、民主的な医療組織づくり推進等 4. 人的資源開発・登用 訓練カリキュラムの統一、省レベル病院の医師を対象とした医学修士、医学博士、専門医、専門医 養成訓練の奨励、省・郡レベルで従事する医師の草の根レベルへの配置換え、医療従事者のモラル向上、新大卒医の山岳・遠隔地域への派遣等

5. 草の根レベルの保健医療強化

100%のCHCが地域の経済・地理・環境・住民のニーズにあった検査・治療サービスを提供、2005年までに：遠隔・山岳地域に位置する100%のICPに大卒医配置；65%のCHC(山岳地域は50%)に大卒医配置；100%のCHCに助産婦配置(うち60%は中級助産婦)、2010年までに：80%のCHC(山岳地域は60%)に大卒医配置；80%のCHCに中級助産婦配置；100%のCHCに初級薬剤師と伝統医薬師の配置；100%の平野地域のCHCに村落ヘルスワーカー配置等

6. 予防保健と保健衛生教育活動の強化

社会病・感染症の撲滅をめざした国家保健プログラムの継続実施、循環器系・ガン・糖尿病・遺伝子疾患・乳児異常など非感染症予防対策の始動、医療情報報告・疫学モニタリングの改善及び保健医療情報管理システム（Health Management Information System：HMIS）の近代化、災害復興支援対策・労働疾患・労働災害と交通事故防止、食品衛生検査・中毒防止システム強化、リプロ・サービス強化による中絶・生殖器系感染症(Reproductive Tract Infections：RTI)・MMRの減少、子供の健康プログラムの継続実施、スポーツ振興等

7. 検査・治療サービス提供体制の強化

地域に特有な社会経済状況やニーズに応じた検査・治療システムへの投資、医療機関ごとの技術レベルの定義と患者リファラルに関する厳格な規制の設立、1人当たりの病床数が少ない省における病床数の拡充、必須機材と汎用技術リストの水準確立、高価な薬剤と高度な技術の乱用防止、需要に応じた病院ごとの医薬品リストの作成、検査・治療のための事務手続きの効率化、入院患者サービスの向上、検査・治療サービスプロバイダーの多様化促進（民間、企業、外資診療機関）等

8. 伝統医療・伝統医薬開発

中央から末端までの医療機関における伝統医療体制の整備、訓練・研究の充実、伝統医薬品の普及推進等

9. 医薬及び医療資機材整備

医薬品の安全性向上、製薬品の質改善、医薬品製造奨励、地方への配布システムの整備、医薬・医療設備新技術研究の奨励、医療設備の充実等

10. 医療技術及び情報の開発

最新医療技術研究・開発への投資奨励、医療技術の近代化・現代化、保健医療システム管理へのITの適用等

11. コミュニケーションレベルの経済・社会サービスとの連携

マクロ経済政策、貧困削減プログラム、文化活動、教育・啓もう啓発活動などとのコミュニケーションレベルでの連携や大衆組織・人民の参加促進等

出所：Decision of Prime Minister：Government No.35/2001/QD-TTg, Hanoi, March 19, 2001の仮英語訳

上記の保健医療セクター10か年戦略は、ヴェトナムの保健医療セクターの現況とそれが抱える課題を反映している。特に、需要に応じた、又は地域差を考慮したサービス提供体制を標榜している点、農民対象の任意保険の普及を通じ社会安全網の整備をめざしている点、草の根レベルの保健医療サービスを重視している点、セクター財源の確保の具体策が述べられている点は注目に値する。また、これとは別に山岳・遠隔地域居住者を対象として保健医療・社会保護10か年戦略を策定することにより、公正の確保をめざしている。しかし、多くの課題が盛り込まれた施策のなかで優先順位は明確にされておらず、また供給側への介入に集中しがちで、需要者や保健医療

セクター全体をとりまく環境の面、政策の方向性に関する介入が弱い傾向にある。

2 - 3 保健医療セクターに対する対ヴィエトナム援助の現状

2 - 3 - 1 我が国のODA政策と実績

(1) ODA政策

外務省作成のヴィエトナム国別援助計画〔2000年（平成12年）6月16日〕は、援助の重点5分野として、人づくり・制度づくり、電力・運輸等のインフラ整備、農業・農村開発、教育、保健・医療、環境をあげ、保健医療セクターへの支援は優先分野の1つとなっている。さらに、農民の6割を貧困層が占める事実から、農（林水産）業・農村セクター開発の促進や地域間格差等を考慮した教育・保健・医療など、社会開発分野における支援を検討することとしている。保健医療セクター内では「地域保健医療の拡充」、「拠点病院の整備」、「感染症・エイズ対策」を協力の3本柱としている。

(2) 対ヴィエトナムODAの実績

我が国による対ヴィエトナム経済協力は1991年10月のパリ和平協定後に再開されて以来年々支援額が増加し、年度ごとの実績額は他のヴィエトナム支援国・機関のなかで1位を維持している。1999年には支出純額で6.80億米ドル、1999年までの支出純額累計で総額22.13億米ドルの支援を行っている²⁶。2000年度の技術協力総額実績は74億円であった²⁷。有償資金協力はこれまで道路、港湾、電力といった基本インフラを重点的な対象分野としてきたが、今後は環境、上水道など社会インフラも対象としていく方針がとられている。

JICAのヴィエトナムに対する協力は年々増加し、2000年度実績では技術協力総額で74億円とJICA全体の第4位を占めるまでになっており、これまでの協力実績に対してはヴィエトナム側関係者も高く評価している。

保健医療分野への支援は贈与で実施されており、無償資金協力では「チョーライ病院改善計画」、「バックマイ病院改善計画」など拠点病院やハノイ市内の病院などの整備事業だけでなく、予防接種キャンペーン用器機材やワクチンの供与、及び「HIV/AIDS防止計画」など感染症対策にかかわる支援を実施している（表2 - 8参照）。草の根無償資金協力でも年度を越えて保健医療分野への支援実績が多く、全体額、全体件数とも3割強の実績をもつ²⁸。また、現在までに実施済み及び実施中のプロジェクト方式技術協力案件は6件あ

26 「我が国の政府開発援助（2000年版）」外務省

27 JICAヴィエトナム事務所による。

28 保健医療分野への支援額は、1992～2000年までの累積で、総額780万米ドル中260万米ドル（33％）、合計136件中44件（32％）の実績をもつ。「対越草の根無償資金協力の実績について」在ヴィエトナム日本大使館作成、2001年4月、及び“ Supporting a health service for the sake of all: Japan's ODA in the Health & Medical Sector in Vietnam ” JICA

り、現在フェーズを実施しているリプロダクティブ・ヘルスプロジェクト以外は、病院を拠点としたプロジェクトで占められている（表2 - 9 参照）。

表2 - 8 無償資金協力実績（単位：米ドル）

年 度	プロジェクト名	実 績
1992	ハイバーチュン病院医療機材改善計画	3,000,000
1994	チョーライ病院改善計画	24,000,000
1994	ハノイ市内病院医療機器改善計画	5,000,000
1995	ワクチン接種体制整備計画	2,000,000
1997	バックマイ病院改善計画	50,000,000
2000	HIV/AIDS防止計画	4,000,000
2001	はしか予防接種大キャンペーン	4,000,000
合 計		92,000,000

出所：「我が国の政府開発援助（2000年版）」外務省

表2 - 9 現在までの実施済み又は実施中のプロジェクト
方式技術協力実施案件

案 件 名	協力期間
サイゴン病院プロジェクト	1966.4～1975.3
チョーライ病院プロジェクト	1966.4～1975.3
新チョーライ病院プロジェクト	1975.3～1978.3
チョーライ病院プロジェクト	1995.4～1999.3
リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト	1997.6～2000.5
バックマイ病院プロジェクト	2000.1～2005.1
リプロダクティブ・ヘルス（フェーズ）	2000.11～2005.11

出所：「我が国の政府開発援助（2000年版）」外務省

これまでの協力は3つの柱の下に幾つかのプロジェクトが独立して存在・実施されており、プロジェクト間の連携性を欠く面がある。限られた資源の投入に対し最大限の成果をあげるためには、今後、プロジェクト間の連携、及び協力の3つの柱間の連携を一層強めることが必要である。保健医療サービスの下流から上流まで一貫性をもたせる型でプログラム化を図る協力や、特定地域へ投入を集中した形の協力なども一案である。

2 - 3 - 2 我が国以外の支援国・国際機関のODA

(1) アジア開発銀行（ADB）

ADBが1998年から企画調査を実施していた農村保健プロジェクト（Rural Health Project）

2001～2006年)は、ADF²⁹ローン及び国連児童基金(UNICEF)、国連人口活動基金(UNFPA)、世界保健機関(WHO)、ヴェトナム政府の共同出資によって支援³⁰され、2001年末から活動が開始される予定である。目的は13省の郡・コミューンレベルに焦点をあて、農村部住民(特に貧困層と社会的弱者)1,270万人の健康状態を改善することで、A.質の高いヘルスケアへのアクセス、B.ヘルスシステムの改善、C.予防活動及び住民参加の強化のコンポーネントで構成され、地域のニーズに応じた包括的な投入内容をめざしている(プロジェクト概要は、次頁のBox 2 - 2 参照)。ヴェトナム政府が現地貨で負担すべき部分は2億8,600万米ドルに上るため、政府自身で調達できない部分については、他の二国間援助機関の支援で賄うことが期待されている。

29 アジア開発基金(Asian Development Fund: ADF)。1973年にADB内に設けられた特別基金(1人当たりのGNPが低く債務返済能力に限られる加盟開発国に対し、より譲許的な条件で貸付けを行うための資金)の名称。ADFへの26か国の供与国のうち、日本は最大ドナー国。

30 負担額の内訳はADFローン6,830万米ドル、UNICEF100万米ドル、UNFPA50万米ドル、WHO30万米ドル、ヴェトナム政府2,860万米ドルとなっている。

Box 2 - 2 ADBの農村保健プロジェクト概要

コンポーネントA： ヘルスケアへのアクセス及び質を改善する (6,140万米ドル)*	A.1 良質かつ統合された保健サービスを提供するためのガイドライン策定 農村住民、特に小児と女性を念頭に置いたケアパッケージの開発(Mother-Baby Package + IMCI(Integrated Management of Childhood Illnesses) + リプロダクティブ・ヘルス) A.2 施設と機材の改善 74郡病院、99ICP、13遠隔地中核病院の施設改修・新設(±貧困地区等でのCHC改修)。ただし、AusAIDがプライマリー・ヘルスケアプロジェクトを実施する3省では実施せず。施設改修の対象となる施設を中心に医療資機材を供与し(付属資料6参照) 村落部助産婦・コミュニティ看護婦等にも資材を供給する。 A.3 保健サービス従事者のトレーニング コミュニティレベルの保健従事者5,500人あまりにA.1の統合的サービスを提供させることを目的とし、また、郡レベルの医師500人及び他の要員1,400人の技術向上を目的としてトレーニングを行う。
コンポーネントB： 保健医療体制を改善する (770万米ドル)*	B.1 保健財政 ヴェトナム政府が計画中である貧困層に対する無料診療カードの付与を促進する。村落部での自発加入式医療保険の開発する(4省で各2コミュニティをパイロット地域とする)。 B.2 地方保健行政能力強化 省・郡レベルの保健行政担当者を対象に企画・管理能力を向上させるためのトレーニングを実施し、保健管理情報システムを改善するため投資する。コミュニティレベルでの計画・サービス向上のためCommunity-based Monitoringを支援する。 B.3 プロジェクト監理 プロジェクトの実施、モニタリング・評価を効率的に行う。
コンポーネントC： 予防活動及び住民参加を強化する (1,280万米ドル)*	C.1 予防活動 予防医学のうち、省予防医学センターを強化して食品衛生を確保することに集中する。 C.2 BCC(Behavior Change Communication)活動 栄養不良、リプロダクティブ・ヘルス、HIV/AIDS、事故・外傷の予防、喫煙の害についての啓発等を取り上げる。省・郡レベルでのBCC企画・管理能力強化及びBCCプログラムの支援・拡充。省レベルで新設された健康教育センターの能力開発。 C.3 村落ヘルスワーカー(VHWs) 遠隔地のVHWsネットワークを拡大するというヴェトナム政府の政策を支援するため、新規・再トレーニングを実施する。

出所：ADB資料

*上記に示された基本予算額(8,200万米ドル)のほかに、税・臨時費等の雑費(1,680万米ドル)を加えた額が、総予算額(9,870万米ドル)となる。

(2) 世界銀行

世界銀行はAPL (Adaptable Program Loan) スキームを通じて、貧困層のための保健プロジェクト(2001～2010年)を企画中である。貧困問題が特に深刻な18省を対象とし、プライマリー・ヘルスケアに焦点をあてるアプローチをとり、後述する既存のプロジェクトと類似した内容になる予定である。同プロジェクトの開始時期は、現時点で明確になっていない。

現在実施中のプロジェクトには、人口／家族保健プロジェクト (Population and Family Health Project : 1995～2003年、1億2,960万米ドル) と国家保健プログラム支援プロジェクト (National Health Support Project : 1995～2003年、1億2,660万米ドル) があり、それぞれ20省、16省を対象に、主にプライマリー・ヘルスケアレベルにおいて、施設改善、資機材供与、BCC活動、人材育成 (財務・プロジェクト監理等) を実施している (プロジェクト概要についてはBox 2 - 3 参照)。また、現在企画中の北部山岳地域貧困削減プロジェクト

Box 2 - 3 世界銀行の国家保健プログラム支援プロジェクト概要

人口／家族保健プロジェクト

コンポーネント(a) : (7,480万米ドル)
家族保健及び家族計画に焦点をあてたプライマリー・ヘルスケアサービスの強化

コンポーネント(b) : (1,680万米ドル)
家族計画及び家族保健に関するIECプログラムとその活動強化

コンポーネント(c) : (2,530万米ドル)
人口避妊法の普及につれて拡大する需要に応えるために、避妊器具の供給を増加すること

コンポーネント(d) : (670万米ドル)
国家家族計画委員会及びその下部組織の企画・監理能力強化

コンポーネント(e) : (600万米ドル)
家族計画や家族保健において重要な分野での新しいアプローチや介入案に関する研究及びパイロットプロジェクトへの資金供与

国家保健プログラム支援プロジェクト

コンポーネント(1) : (6,010万米ドル) *
郡ヘルスセンター、ICP、CHCを対象とした施設の建設・リハビリ、必須薬品・医療資機材供与、スタッフ再訓練

コンポーネント(2) : (5,140万米ドル) *
マラリア、結核、急逝呼吸器感染症予防管理プログラムを対象とした抗生物質・必要医療資機材供与、スタッフ再訓練、IEC活動

コンポーネント(3) : (470万米ドル) *
保健省 (MOH) の企画・財政監理面での組織強化 (訓練) 活動

出所：世界銀行資料

*国家保健プログラム支援プロジェクトの総予算額 (1億2,660万米ドル) は上記に示された基本予算額のほかに臨時費等の雑費を加えた額となっている。

ト(Northern Mountains Poverty Reduction Project : 2002 ~ 2007年、1 億1,000万米ドル)³¹は、北部山岳地域 6 省のなかから貧困層と少数民族の多い368コミューンを対象にしており、農村インフラ建設・整備と訓練活動を中心とした介入を実施する。保健医療のコンポーネントのなかには、CHC建設・リハビリ、基本的な医療資機材供与、村落ヘルスワーカーの訓練、保健・衛生教育活動などが含まれている。

(3) その他のドナー

WHOは、人材開発、研究事業を通じて保健省(MOH)やその他保健医療関連機関へ技術支援を実施している。現在は、感染症対策、健康なコミュニティと国民づくり、保健医療セクター開発の3分野に焦点をあてている。多くは政策支援とプログラム策定に向けられており、政策提言グループのファシリテーターとして、「安全な母性(Safe Motherhood)」、「貧困と保健」、「保健医療情報システム(HIS)整備」、「薬品の合理的使用」、「学校保健」等の分野で活動している。新分野開拓の際は、エイズ予防、保健セクター投資、食品衛生、拡大予防接種プログラムなど政府と共同でパイロット・プログラムの立ち上げ・運営を実施し、デザイン及びモニタリングにかかわる技術的側面も支援する。また、IMCI(Integrated Management of Childhood Illnesses) 母子の栄養、思春期の青少年の健康、血液の安全性改善など特別プログラムに対し、他のドナーに技術支援を提供する活動も行っている。

UNFPAは、2001年1月から第6次ヴェトナム支援プログラム(2001 ~ 2005年、2,700万米ドル)を、11省で実施中である。同プログラムは、リプロダクティブ・ヘルスと人口と開発サブプログラムの2本立てで構成され、前者では、リプロダクティブ・ヘルスと性感染症関連サービスの融合やカウンセリングの改善を通じたサービスの質向上をめざすほか、ジェンダー配慮のなされたIECマテリアルの開発や行動変容をめざすコミュニケーションの普及を目的としている。後者では政策支援が中心となり、新人口政策及び新リプロダクティブ・ヘルス政策に沿ったガイドラインや規制の改訂を扱うほか、関連指標のモニタリングに必要なデータシステム整備にも支援を行う。活動実施機関は、ホーチミン政治アカデミー、保健省(MOH)、国家人口家族計画委員会、大衆組織である。なお、日本はUNFPAの第6次支援プログラム内において、ホアビン省を含む2 ~ 3省に対するCHCへの医療資機材供与を計画している。

上述の主要ドナーによる支援は、主に中央レベルとプライマリー・ヘルスケアに焦点をあてているという点で類似している。第2次・3次医療機関に対する支援を1999年度末に継続中のプロジェクト・リストからみると、日本、フランス、スペインなど限られたドナ

31 Specific Investment Loan (SILスキーム)によるIDAローン。DfIDとヴェトナム政府のコントリビューションを合わせると、総額1億3,250万米ドルになる。

ーによって実施され、数的にも少ない。病院支援はフランスが最も多く（件数実績）、基幹病院支援や省病院の修復などがあり、スペインは機材供与が中心となっている。その他、ドイツ、イタリア、ノルウェーなども治療サービスの技術的向上を目的とした病院支援を実施している。

(4) ドナー協調

ヴェトナムでは、セクターや重要課題に沿ってパートナーシップというドナーと関連政府機関の定期会合が設立されており、保健医療セクターでもパートナーシップ会合が開かれている。保健医療パートナーシップでは、会合に参加している有志によってセクターレビューが実施され、同セクターにおける現状分析と課題が整理された。しかし、セクターワイドアプローチ(SWAPs)の具体化、すなわち共通の支出と手続きの共通化、政府に係る報告書作成負担の軽減、コモンファンディング・プールの設置などは時期尚早と理解されている³²。SWAPsに対して多くのドナーによる協調が見込まれないこと、及び保健省のデータ収集・分析、政策策定、企画、実施、モニタリング・評価等の行政監理能力の弱さがその理由としてあげられている。保健医療セクター全体ではなく、サブセクターでSWAPsを適用する、又は省レベルで試行的に適用する、などの代替案が出ているが、課題も多く、現時点では、その形態及び時期は検討中である。なお、コモンファンド形式ではないが、ADB、世界銀行、UNFPAは、リプロダクティブ・ヘルス関連支援のなかで協力分野を明確にした3者間合意文書(Memorandum of Understanding)を交わしている。

(5) 主要NGOの活動

(ア) 国際NGOの活動

先進国資本の国際NGOは、1999年現在約350団体が何らかの活動を展開しており、その支援総額は8,000万米ドルに上る。特にヴェトナム政府や二国間／国際機関のプログラムが届いていない人口（社会的弱者）分野、地域などを積極的に支援している。支援領域は保健医療分野が圧倒的に多く（約29%）、教育訓練（約19%）、所得向上（約12%）、自然資源管理（約11%）等の分野が続いている。2001年にNGOリソースセンター（本部ハノイ）が発行した資料によると、障害者支援、栄養、衛生等を含めた保健医療分野では108の団体がプロジェクトを実施している。草の根レベルへの投入が中心で、活動として

32 ヴィエトナムの保健医療セクターにこういったアプローチをとることについてSida及びオランダの支援でフィージビリティ・スタディ (Exploratory Report: Sector-Wide Approach to Health Care Support in Vietnam, Hanoi Medical University, December 2000) が実施された。現時点では、多くのドナーの協調が見込まれないこと、保健省（MOH）のデータ収集・分析、政策策定、企画、実施、モニタリング・評価など行政監理能力の弱さを理由に時期尚早との報告がなされている。

は保健教育、村落ヘルスワーカー訓練、資機材供与やCHC建設などが多い。また、国際NGOは、既存のシステムとして定着している大衆組織を活用することが多く、これらの組織の事業実施能力強化に力を入れている。

保健医療分野で活躍する代表的な国際NGOには、Family Health International（米）、Care International、Danish Red Cross、International Federation of Red Cross、Save the Children（米）、The Population Council（米）、Plan International（英）、Pathfinder International（米）、Medisch Comite Nederland Viet Nam（蘭）、International Trachoma Initiative（米）などがある。それぞれの活動は表2-10のとおりである。活動内容をみると、概して国家保健プログラム関連への投入、コミュニケーション・村落レベルの保健医療機関強化への投入が目立つほか、The Population CouncilやPathfinder Internationalのように中央レベルでの技術支援や調査活動を行っている団体もある。

表2-10 保健医療分野支援を行う主要NGOの事業内容及び規模

NGO名	事業内容	実施地域	年間予算*
Action Aid	学校での保健教育、村落ヘルスワーカー訓練等	4省	1,907,200
Family Health International	HIV/AIDS予防プログラム、行動変容促進、ピアエデュケーション、カウンセリング、STDサービス、コンドームのソーシャルマーケティング、調査研究	9省	1,400,000
Care International	思春期の青少年のためのリプロダクティブ・ヘルス、エイズ予防活動等	17省	3,000,000
Danish Red Cross	プライマリー・ヘルスケア活動、特に村落ヘルスワーカー、IEC、村落開発	4省15郡	1,300,000
International Federation of Red Cross	村落でのファーストエイド、マラリア予防、献血ネットワーク、交通事故者救出、チャリティクニック運営、伝統医療	全国	5,800,000
Save the Children	思春期の青少年を対象にしたリプロダクティブ・ヘルス、栄養普及活動、母子保健、安全な母性、エイズ教育及び予防等	12省33郡	—
The Population Council	リプロダクティブ・ヘルス政策実施能力向上支援、エイズ予防等の調査研究、訓練活動	全国	1,500,000
Pathfinder International	リプロダクティブ・ヘルス関連技術支援、RH/FPサービスの質向上支援（UNFPAプログラムと連携）	8省68郡	800,000
Plan International	保健教育（IEC）、資機材供与、栄養普及活動、村落ヘルスワーカー訓練、リプロダクティブ・ヘルス関連支援	5省14郡	6,000,000
Medisch Comite Nederland Viet Nam	デング熱、マラリア、TB予防にかかわる調査研究、訓練、保健教育及び資機材供与、リプロダクティブ・ヘルス関連各種訓練、準医師、村落ヘルスワーカー訓練、参加型計画手法支援	全国	1,200,000
International Trachoma Initiative	SAFE戦略にのっとった予防・治療活動支援	8省13郡423コミュニティ	6,000,000

出所：INGO Directory 2001-2002, NGO Resource Center, 2001

* 組織全体の予算（概算）であり、保健医療分野以外の活動予算も含む場合がある。

(イ) ローカルNGOの活動

国内における社会・政治活動への統制が厳しいヴィエトナムでは、非営利非政府団体としてのNGOは法的位置づけがなく、「大衆組織」と呼ばれるものが現地NGO的役割を果たしている。主な大衆組織には、ホーチミン青年団、農民連合、女性連合、祖国戦線などがあげられる。大衆組織はその成り立ちから政治教育や人民動員といった政治的色彩が強いが、中央から村落レベルをほぼ網羅した広範な組織基盤をもっている。現在では、住民の社会参加の場、相互扶助組織としての社会・文化的機能も保持し、政府や援助ドナー機関のコミュニティー開発や保健、教育等のプログラムとも連携して活動を行っている。それ以外の現地NGOは200前後存在しているが、事業実施能力はまだ弱いといわれる。

2 - 3 - 3 保健医療セクター支援における課題

上述のとおり、保健医療分野における主要ドナーは、市場経済化導入以来顕在化した地域間・社会階層間格差の是正をめざし、保健医療分野では貧困層・少数民族への保健医療サービスへのアクセス拡充とそのための政策支援に焦点をあてている。これは、セクターレビューによって問題分析、課題の把握が共有されたことを反映していると考えられるが、その結果、多くのドナーによる医療従事者の訓練や物資供与の投入先は、プライマリー・ヘルスケアレベルに集中する傾向がある。例えば、ADBの支援する農村保健プロジェクトにおいて、ADBが郡総合病院以下の医療施設に支援を集中しているが、その理由は、公正さと効率性を重視していることによる³³。

他ドナーの支援により、多くの地域で第1次レベルのサービス改善が見込まれ、中央レベルでは様々なイニシアティブに関する政策支援が企画されている一方、第2次・3次レベルの医療施設の改善や、各レベル間の縦の連携への介入はあまりみられない。ヴィエトナムの保健医療サービス提供のメカニズムは、民間セクターの拡大、疾病構造の二極化、世帯間経済格差の拡大など大きな潮流の影響を受け、構造変容を余儀なくされている。その変動のなかで、保健医療システムの未来像を先取りし、システム全体を強化するために必要かつ有意義な支援を明確にすることが課題となっている（表2 - 11参照）。

33 貧困層であるほどCHCの利用が多いことや、機会費用（交通費・食費・CHCまで往來する時間等）負担の軽減という意味で、CHCや郡ヘルスセンターにおけるサービス提供を充実させるアプローチの方がより公正であることから公正さを説明した。また、省レベルの病院と下位病院による同種のサービス提供を比較した場合、下位レベルの病院がより費用効率の高いサービスを提供できるという点も指摘した。

表 2 - 11 ヴィエトナム開発課題のまとめ（案）

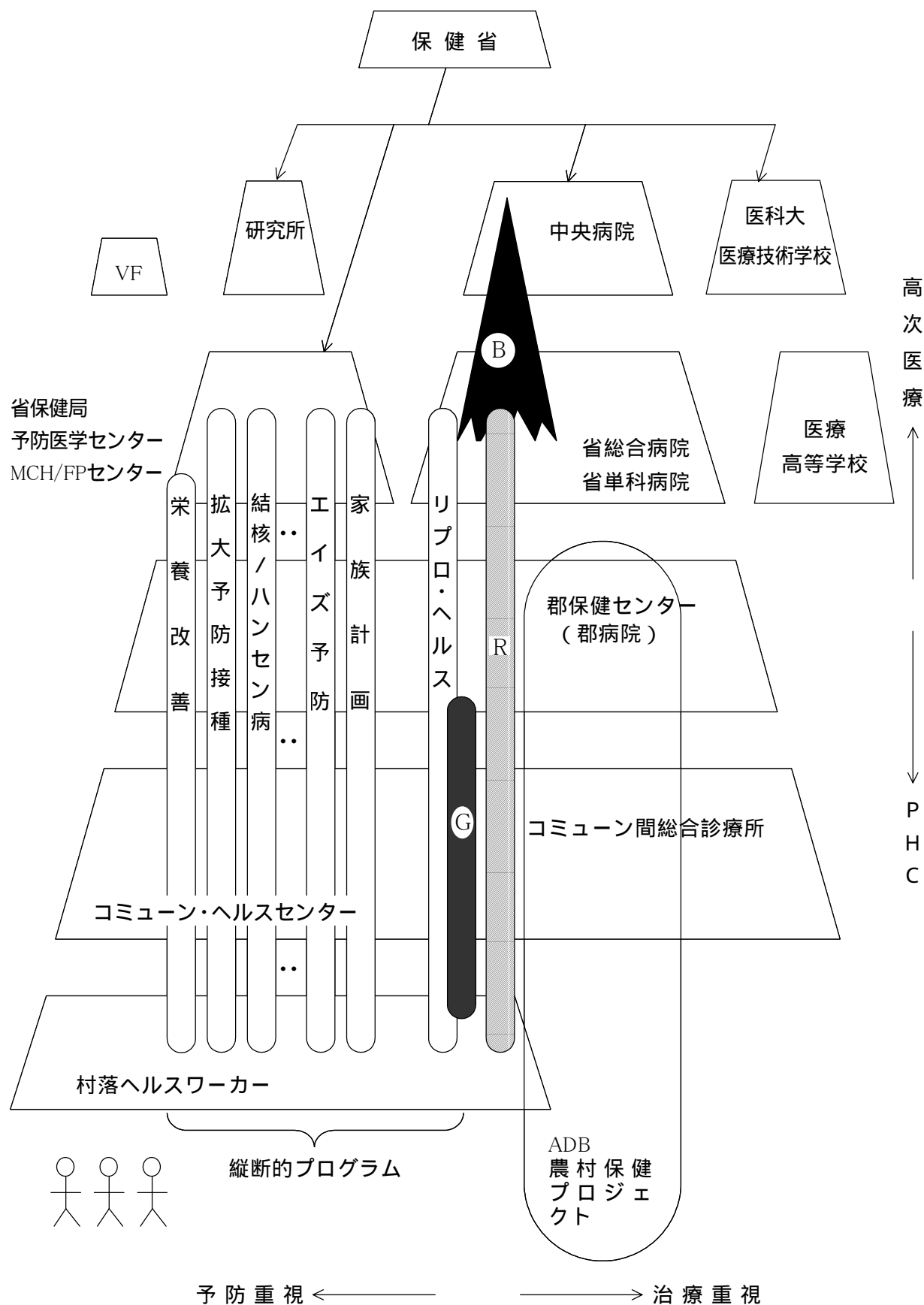
	開発課題	ヴィエトナム政府の取り組み	参考データ	備 考	ドナーの協力状況	JICAの協力
政策面	運営・管理強化*	保健セクターの運営管理能力強化 計画・実施・モニタリング・監督能力改善 保健に関する法体系強化 民主的な医療組織づくり推進等	PHC政策体系レビュー 実施（2001）		WHO、EU 蘭、瑞、WHO、ADB、EC、 世銀他多数 WHO	政策アドバイザー型専門 家の可能性
	保健医療財政の確保*	投資資金・資源の多様化 効果的な優先投資計画 保険収入の拡充・改善等	政府支出中に占める保健支 出（1992-1999）は4％でか なり低い 予防より治療・経常支出偏 重傾向 総支出に保険収入の占める 割合は11％。対総人口保険 普及率12％（ターゲット値 に対し強制加入は77％、任 意加入は5％のみ達成）		WHO	
	組織強化*	組織のスリム化・効率強化 予防医療の能力開発 医学教育施設の改善・強化			蘭、ベルギー 仏	
	コミュニンレベルの経 済・社会サービスとの連 携*	経済政策、貧困削減プログラム、文化活動、教育・ 啓発活動などとの調整 社会組織・人民の参加促進等		コミュニンレベルクリニックで、EPI などイベントの際に社会経済組織 （大衆組織）と協力		
供給側	人的資源開発・登用*	訓練カリキュラム改革 需要に見合った人材開発計画策定 合理的な人材配置 コミュニティー・ヘルス対応のための保健ワーカー 訓練改善		優秀な医師は大都市に集まる傾向	WHO EU ADB、豪、米NGO他	
	コミュニンレベルの基 礎保健施設の設置と強 化*	基礎保健ネットワークの強化・質改善 予防医療の能力開発（特に草の根レベルで） 医師・助産婦等有資格者派遣の拡充 CBMやIMCI方式の拡充		政府による新卒者の地方配置、遠 隔地手当制度の施行中	豪、世銀、WFP、ノルウェー、 日、米、UNICEF、ADB他多数 EC、蘭、豪、仏、ADB他 EC、豪、蘭、UNICEF、WHO他	
	治療サービスの強化*	医療知識・技術の向上 2次・3次医療網の強化 施設・設備の強化 医療行為規制や運営管理の徹底 医薬品配布システムの整備・強化			仏、西、独、韓、日、伊、EC他 仏、西、独、韓、日、伊、EC他 仏、西、独、韓、日、伊、EC他 UNICEF、スウェーデン	バックマイ病院プロジェクト リファレル・システム強化 プロジェクト 無償資金協力
	医薬品及び医療機器*	医薬品の安全性向上 医薬品製造の奨励 製品の質改善 医療機器・設備の充実等			UNDP、WHO、蘭、日 / 世銀 ベルギー 独、日本、西、ベルギー	検討課題
	医療 / 情報技術の開発*	新技術研究・開発の奨励 医療技術の近代化・現代化 保健医療システム管理へのITの応用等			独 WHO	バックマイ病院プロジェクト
	代替医療の開発*	中央から末端までの伝統医療体制の整備 伝統医療に関する訓練・研究の充実 伝統医薬品の普及推進等			WHO 中国、WHO、西 UNDP、キューバ、西	
	ありふれた疾患による 罹病（死）の削減	急性呼吸器感染症プログラム 小児下痢症プログラム	5歳未満児死亡率 40 乳児死亡率 31	2000年の目標値42を既に達成 2000年の目標値35を既に達成	UNICEF、世銀 UNICEF / WHO / Sida	
	主要感染症による罹病 （死）の削減	マラリア・コントロール 結核コントロール ハンセン病制圧 デング熱 HIV/AIDS対策			ADB、独、蘭、EU、WHO、世 銀、豪、ベルギー他 蘭、世銀、WHO 蘭、ベルギー、WHO 豪、英 ADB、豪、EC、仏、UNDP、 英、米、日、UNDP、UNICEF	無償資金協力
需要側	ワクチンで予防可能な 疾患による罹病（死）の 削減	EPI B型肝炎、日本脳炎、コレラ、腸チフスの予防接種 導入 国内でのワクチン製造体制確立 感染症サーベイランス体制確立	1歳までに完全に予防接種 を受けた比率（1997-1999） 3種混合 93％ ポリオ 93％ 麻疹 94％ 政府によるワクチン購入 75％	ポリオ撲滅を達成	UNICEF、日、WHO 蘭 ルクセンブルグ 米、WHO	検討課題
	良質なリプロダクティ ブ・ヘルスサービスの享 受*		人工増加率(1970-1999) 2.2％ 合計特殊出生率 2.5 避妊法の普及率 75％ 妊産婦死亡率（1990-1999） 160 保健員が介助する出産77％ 妊婦に対する破傷風ワクチ ン接種（1997-1999）85％ 低出生体重児（1995）10％	ー（1990-1999）1.8％ 2000年の 目標値を達成 2000年の目標値50にはほど遠い 2000年の目標値 8％	UNFPA、日、UNICEF、 ADB&IDA、WHO、豪、伊、米、 EC、独、蘭	UNFPAを介するマルチバ イ援助 RHプロジェクト（フェーズ）

	開発課題	ヴェトナム政府の取り組み	参考データ	備 考	ドナーの協力状況	JICAの協力
環 境 面	栄養不良の克服	鉄分欠乏症予防 ヨロド欠乏症予防 ビタミンA欠乏症予防	低体重（中・重度） 39% 低体重（重度のみ） 7% 消耗症（中・重度） 11% 発育阻害（中・重度） 34%		UNICEF、豪、ベルギー、加、 EC、仏、蘭、英 UNICEF 豪、ベルギー、UNICEF UNICEF	
	増加傾向にある生活習慣病の予防と対処	癌 循環器系疾患 糖尿病 精神疾患 その他	非伝染性疾患の院内死亡率 上昇 院内死亡の原因として、 2000年では、脳出血2位、 心不全4位、脳卒中7位、 急性心疾患・心筋梗塞9位	取り組みはまだ弱い	WHO WHO WHO WHO	検討課題
	増加傾向にある交通事故・多発外傷	救急・緊急対応体制・能力強化	院内死亡の原因として、 2000年では、頭蓋内損傷3 位、交通事故6位。	取り組みはまだ弱い、都市の大病 院へ搬送するのが現状		検討課題
	正確な保健知識の普及*	保健教育・啓発活動の強化			蘭、豪、仏	検討課題
	サービス利用における 富裕層－貧困層間格差 の存在	山岳・遠隔地域を対象にした保健戦略策定 貧困世帯カード発給等	貧困世帯カードでカバーさ れる人口は5%に満たな い。	需要に応じたサービス提供体制の 確立が課題（ドナークラウド）	ADB、世銀	
	安全な水の確保		安全な水源を利用する人 全国56%（都市81%-農村 50%）	特に山岳地域の浅井戸使用にか かわる問題が深刻	WHO	
	糞便処理施設の普及		適切な衛生施設を利用する 人 全国73%（都市86%- 農村70%）		豪、WHO	
	村落からコミュニン中 心への道路整備	135プログラムやHEPR計画を通じた農村インフラ 整備資金供給				
	全コミュニンへの電話 線の配置					
	貧困層への所得向上機 会提供				豪	

「開発課題」参考資料：
 "Approval of Health Care and Protection Strategy for the Period of 2001 to 2010 years," Hanoi, March 19, 2001(英文版訳)"Vietnam Growing Healthy: A Review of Vietnam's Health Sector," May 2001
 なお、政府戦略にあげられた課題については*印を付けて差別化した。

「ヴェトナム政府の取り組み」参考資料：
 "Approval of Health Care and Protection Strategy for the Period of 2001 to 2010 years," Hanoi, March 19, 2001 (英文版訳)
 "Compendium of On-Going Projects in the Health Sector at End of 1999," Ministry of Health, Project Coordination Department, Hanoi, 2000.

「ドナーの協力状況」参考資料：
 "Compendium of On-Going Projects in the Health Sector at End of 1999," Ministry of Health, Project Coordination Department, Hanoi, 2000.
 "Health Service in Vietnam Today," Ministry of Health, Hanoi, 1999.



注) B: バックマイ病院プロジェクト

C: ゲアン省リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト

R: リファレル・システム強化プロジェクト

図2-6 ヴィエトナム保健医療体系における日本の技術協力の位置づけ

第3章 具体的候補案件概要

3 - 1 北部保健医療体制強化プログラム

今回の案件形成に際しては、我が国による協力対象地域を分散させないことと、他ドナーの活動まで視野に入れて援助のプログラム化を図ることによって、援助効率を上げることに留意した。ベトナムにおいては、他ドナーやNGOが特にプライマリー・ヘルスケア及び第1次、第2次（郡病院）医療機関レベルに対する包括的な投入を実施、又は計画している。他ドナーからの協力が不足している省総合病院に焦点をあてて、下流から上流まで一貫性のある医療サービス体制を再構築することに協力すれば、我が国としての独自性も強調できる。これまでに我が国が行ってきた援助の実績を踏まえつつ、今回の調査ではバックマイ病院への協力の成果を周辺地域に波及させることを狙って、北部保健医療体制強化プログラム及びプロジェクトを形成した。プログラムの概念を、ADB支援プロジェクトとの関係も含めてまとめたものが、図3 - 1である。

3 - 1 - 1 保健医療サービス提供システムの現状と将来の課題

ベトナムでは、住民に自由な移動を許さず、現実的にも道路・移動手段が未整備で移動が困難であった1986年以前の状況を前提に、行政単位内で一定水準までの医療サービスを提供できるように保健医療体制が構築されていた。しかし、住民に移動の自由、医療機関選択の自由が保証された今日、CHCを門戸とし、郡病院、省病院、中央病院へと順次上位機関へ紹介するという旧来のリファレル体制はくずれている。現状では、基幹病院と省／郡病院の間で施設・設備・医療従事者の質等に大きな差があることや「国民は自由に医療機関を選ぶことができる」という法律から、都市部の基幹病院（バックマイ病院等）には郡・コミュニケーションレベルから直接受診する患者や地方病院から移送された患者が過度に集中している。多くの国民にとっては中央の病院受診は経済的負担が大きく、「質の高い医療サービスへのアクセス確保」の観点からも住民により近い下位医療施設の医療技術向上及びその課題を抱えた各省レベルの保健行政組織・サービス提供機関の企画運営能力の強化が重要である。

3 - 1 - 2 リファレル・システムへの協力の必要性

理想的には、効果的なリファレル・システムの確立を含め、第1次から第3次医療機関までのつながりを包括的に扱うことが望ましい。世界銀行やADBのプロジェクトが実施される予定の省では、郡病院以下の第1次保健医療システムは相当程度まで整備されるものと期待される。しかし医療システム全体が効率的、効果的に機能するためには、各レベルの機関がそれぞれのレベルに応じた機能を発揮するだけでなく、異なるレベル間で適切な連携／役割分担を行うことが重要である。第1次レベルだけの整備では農村医療が完結しないとみたADBは、あわせて

第２次レベルの「遠隔地中核病院」を新たに整備する計画である。そのような状況の下で、我が国が既存の省病院を強化して第２次医療システムの均衡ある発展を促せば、第３次の中央病院への患者集中を緩和しつつ、第１次から第３次に至る新たなリファレル体制の構築に貢献できる。

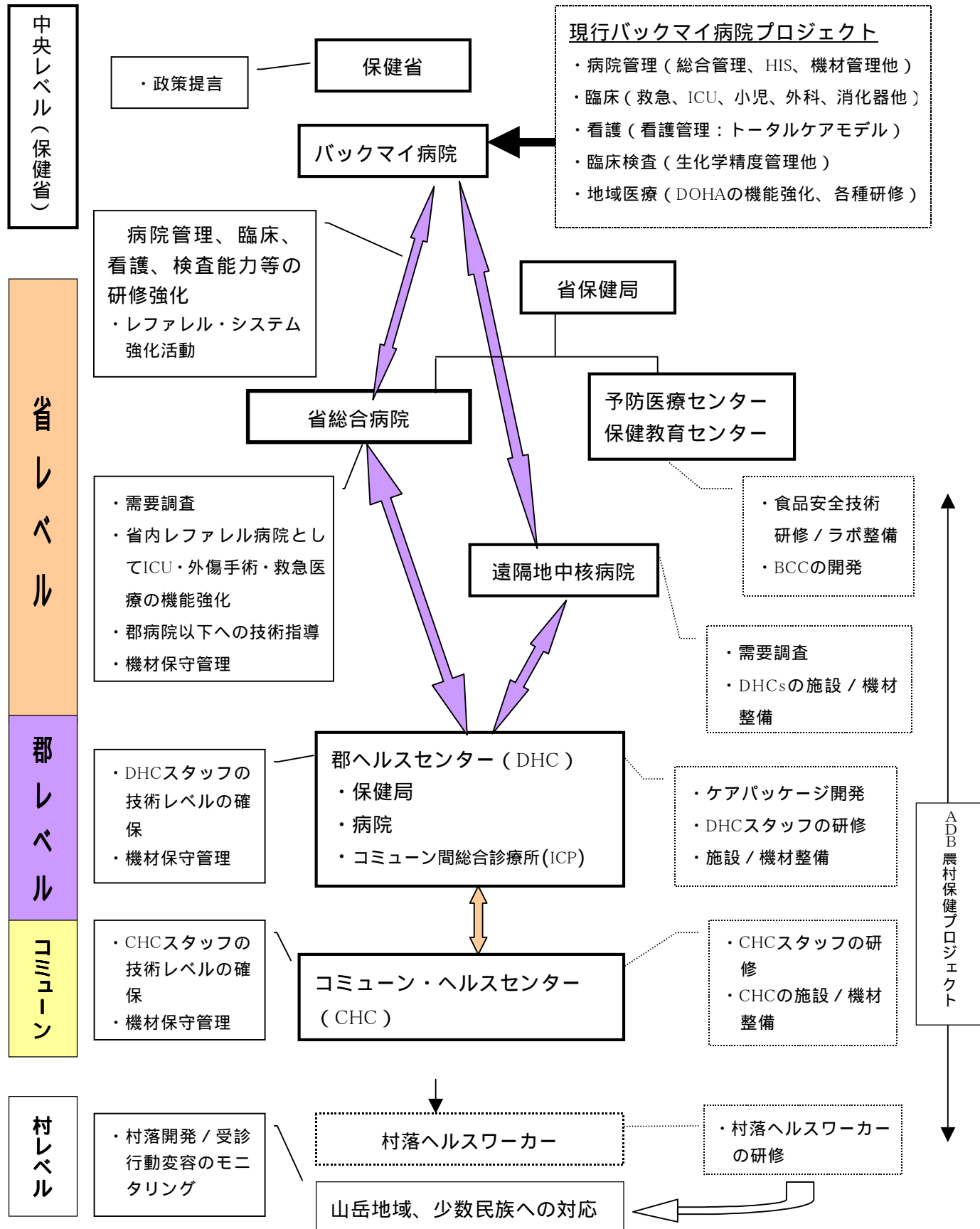


図 3 - 1 北部地域保健医療体制強化モデルプログラム（概念図）

3 - 1 - 3 計画投資省（MPI）及び保健省（MOH）の意向

計画投資省（MPI）及び保健省（MOH）によると、北部地域においては中央レベルについては日本の支援によるバックマイ病院プロジェクトを通して内科系のトップリファレルが整備され、プライマリー・ヘルスケアレベルから郡病院までの強化はADB、世界銀行などにより実施又は計画されている。一方、省病院への支援は極めて限られている状況である。中央の基幹病院から省レベル、そして更に郡病院への地域医療指導活動(DOHA活動)については、地方における質の高い医療へのアクセス向上のために重要な位置を占めており、省病院の将来像を考慮したうえでの機能強化及び地域指導能力強化に支援が必要とされている。

3 - 1 - 4 モデル省選定

ヴェトナムにおけるリファレル体制は、北部はハノイの中央病院群、中部はフエ中央病院、南部はホーチミンの病院群をトップとする3地域に分けられる。モデル省の選定にあたっては、これらのなかから1地域に限定することが適当である。プログラム策定の導入段階では、保健省や他ドナーとの頻繁な調整が必要となるため、省庁やドナー事務所が所在している北部地域で実施することが妥当である。

モデル省は中央から十分な支援が受けられることが必要であり、北部地域のトップリファレル病院から見た優先度の高さ、特に、バックマイ病院のDOHA活動における優先度の高さを第一の選択基準とし、その結果、4省（ライチャウ省、ホアビン省、ビンフック省、ハティン省）が選ばれた。これら4省のうち、ADBの農村保健プロジェクトによってプライマリー・ヘルスケア活動への直接的支援が見込まれる省を優先することとし、ヴェトナム保健省（MOH）及び計画投資省（MPI）と協議を重ね、最終的には保健大臣との協議を経て、ホアビン省及びビンフック省を候補とした。

3 - 1 - 5 本プログラムにおけるバックマイ病院プロジェクトの位置づけ

バックマイ病院ではリファレル・システムに係る取り組みとして、地方へ裨益効果を及ぼすため地域医療指導活動支援（DOHA）活動を実施している。活動内容は、バックマイ病院とのリファレル圏内に位置する31の省／市立総合病院を対象とした現状／ニーズ調査及び計画、

機材供与と使用法の訓練、専門医の派遣／巡回診療、医学雑誌の発行及び診療情報の提供等の実績がある。これまで優先順位の高い4省の省総合病院をパイロット病院に定めて重点的に指導を実施してきたが、その裨益効果を末端にまで拡大するという意味で、本プログラムは我が国の協力成果の普及拡大をもたらすものである。

3 - 1 - 6 ADB支援プロジェクトとの連携・補完

上述のADB支援プロジェクトでは、コンポーネントAとして施設と機材の改善を行う。省総合病院はこの支援の対象外で、代わりに遠隔地中核病院の施設改修又は新設を行う予定である。我が国としては遠隔地中核病院整備に先立って行われる需要調査をADBと共同で行い（費用の一部負担）、補完的に省病院への機材供与を考慮する。

またコンポーネントBのなかで、省・郡レベルの保健行政担当者を対象に企画・管理能力を向上させるためのトレーニングを実施するが、本プログラムでは、特に省内リファレル体制の再構築に向けた動機付けを促す。モニタリング・評価については随時的・散発的な実施が予定されているが、我が国は地方に長期専門家・青年海外協力隊（JOCV）等を配置できる強みを生かして、継続的なモニタリングを実施してADBとの補完を図る。

コンポーネントCとして計画中である村落ヘルスワーカーの新規・再トレーニングは、1人当たり3日間のコースを1回だけ受講させるものであり、十分とはいえない。本プロジェクトでは、その効果を見極めながら不足する部分について補完的なトレーニングを独自に計画・実施していくこととする。

3 - 2 北部モデル省リファレル・システム強化プロジェクト

上記のとおり、効率的でかつ一般住民・社会的弱者層への裨益効果が高い医療体制を整備するためには、リファレル・システムの再構築が重要である。本プログラムの実施に際しては、まずモデル省で集中的なプロジェクトを実施して成功事例をつくり、そのあとに他の省にも拡大する二段構えの戦略を採用する。

本プロジェクトは、「ヴィエトナム国家戦略」に従って罹患率・死亡率を抑制し国民の健康状態を改善させるべく、モデル省において以下の目標に沿った協力を展開するものとする。

- ・保健医療システムの機能を強化する
- ・質の高い保健医療サービスへのアクセスを改善する
- ・住民の受診行動を改善させ適切なレベルの医療機関利用を促進する

協力活動を展開する際、保健医療体制全体が効率的・効果的に機能するリファレル・システムの将来像を、地域の現状及び展望を踏まえて設定する。すなわち、他ドナーやヴィエトナム政府が既に実施している活動から期待される成果を踏まえつつ、そこで軽視されている領域に我が国援助スキームを活用して必要最小限の投入を行い、相加的・相乗的な効果をあげることを意図する。

3 - 2 - 1 プロジェクトの概要

JICA支援プロジェクトの目標は、プロジェクト対象2省の住民の健康状態を改善することであり、この目標を達成するためには、ADB支援プロジェクトによる同2省における村落、CHC、

郡病院・郡保健センターレベルでの投入と、JICA支援プロジェクトによる省保健局・省病院を中心とした投入が相互に補完し合い、相乗効果を生み出すことが必要である。以下、JICA支援プロジェクトの成果及び活動内容を、ADB支援プロジェクトの成果及び活動に言及しながら説明する。なお、本プロジェクトの投入検討内容をマトリックス（付属資料3）にまとめ、またADB支援プロジェクトも含めたPDM案（付属資料2）を添付した。

（1）準備段階（需要評価）

ホアビン省の省内で発生する保健医療需要、各地域における保健医療機関への物理的アクセス、サービス利用者である住民の社会経済状況について調査し、第2次医療機関の適正な配置、規模、サービス水準を設定する。

調査そのものは、ADB農村保健プロジェクトの一環として実施される「遠隔地中核病院に関する政策形成計画」³⁴と連携して行う。ADBはプロジェクト対象13省のうち、ホアビン、クアンビン、ロンアンの3つをパイロット省として上記調査を行い、その結果に基づいて遠隔地中核病院の設置基準を決定し、病院整備・要員訓練に取りかかる計画である。日本としては、上記のうちホアビン省分の調査費用（1万8,000米ドル）を負担することによって、調査データ・同分析結果を逐次的に入手するとともに、設置基準策定へも積極的に関与して、我が方プロジェクトの設計に活用することが得策である。

この段階からプロジェクトの調整・本格展開への準備を綿密に行うことが必要であり、プロジェクト・コーディネーターのすみやかな派遣が望まれる³⁵。それまでの間は、プロジェクト企画準備室としての機能を在外事務所が果たす必要がある。

（2）プロジェクトの成果及び活動内容

プロジェクトの成果1：

郡総合病院・遠隔地中核病院で対応できない患者が省総合病院で効果的に治療される

ADB支援プロジェクトでは、まず郡病院以下の第1次レベル保健医療体制が整備され、その活動を支援すべく遠隔地中核病院もやや遅れて設置・整備されることになる。これが実現すると、利用者はよりアクセスが容易な保健医療施設で第1次・2次サービスが受けられるようになる。省病院が将来も引き続き提供すべき医療サービスは、機能強化された郡病院においてもなお診断・治療が困難である重症例に対する第2次レベル診療、及びアクセス時間が1時間以内の都市・都市近郊住民に対する第1次・2次レベル診療となると

34 遠隔地中核病院の計画詳細については、付属資料7を参照のこと。

35 TORについては、付属資料5を参照のこと。

思われる。

将来の省病院にとっての適正な規模・サービス水準は、上記需要評価の結果に基づいて設定されるべきであり、更に運用開始後の状況変化を反映させて微調整を行う必要が生ずると思われる。しかし、すべての検討結果が出そろったのを待ってから省病院への投入を行うのでは時期を失ってしまうため、需要評価の進捗を見極めながら、省病院への投入内容を計画することになる。したがって、この段階におけるプログラム・コーディネーターの判断が極めて重要である。

(ア) 活動 1.1：省病院の医療水準を改善すべく技術移転を行う

上述のとおり、省病院に求められるのは規模の拡大よりは重症患者に対応可能な診療水準の達成である。そこで重症患者の集中治療、救急患者への対応（緊急手術を含む）が行えることを目標として、省病院の要員を再訓練する。

医師に関しては、ハノイ等の中央病院で現場研修が受けられるよう支援する、中央病院・医科大から省病院に講師を招いて研修会を実施する、内容によっては日本やASEAN地域内での第三国での研修に参加させるなどの方法を組み合わせて訓練する。ICU看護・救急看護の果たす役割は極めて大きく、これらの領域に専門性を有する日本人看護師を省病院に短期ないし長期派遣して、技術移転を促進する³⁶。また、医師と同様の方法で国内・海外研修の機会を提供する。技術移転を促進するため、日本から派遣される専門家・ボランティアや日本に招く研修員に関連させて、医療機器（患者監視装置、レスピレータ、移動型超音波診断装置等）を供与することも検討する。

(イ) 活動 1.2：省病院の医療水準改善に必要な最小限度の医療機材を供与する

活動 1.1 において派遣される専門家・ボランティア・研修員による省病院の医療水準改善活動を支えるために、最小限度必要な機器を、プロジェクト期間中の適切な時期に供与する。主として集中治療、救急医療、手術関連機材が想定される³⁷。提供すべき医療水準が高度化すれば診断・治療用機器の重要性も増す。

(ウ) 活動 1.3：省保健局に医療機材の維持管理計画策定・実施に関するノウハウを移転する

機器を常に使用可能な状態に保つためには、機材の予防的保守点検、代理店との保守管理契約、修理費用の事前的な予算確保など、保守管理システムを確立することが重要となる。それを促進するための専門家又はボランティアを早い段階から投入することを提案する（付属資料 5 参照）。また、今回の調査で明らかとなった、維持管理予算の計上確保にかかわる課題に対しても、適宜対処法を企画実施することが求められる。

36 青年海外協力隊（JOCV）/ 専門家の TOR については、添付資料 5 を参照のこと。

37 供与が検討されるべき医療器機材のリストを付属資料 6 に添付した。

(I) 活動 1.4 : 省病院の建物の一部に対し緊急的な改修工事を実施する (ホアビン省のみ)

ビンフック省病院は郡病院からの昇格に合わせて増築工事が急ピッチで行われているところで、病院建築物に対して外部からの支援は不要と思われる。それに対してホアビン省病院の手術棟は、建設から 6 年しか経過していないが、患者搬入用スロープ部分の建物の劣化が著しい。また、構造上の不備から清潔区域と不潔区域の区別がなく、保健省の定める病院建築基準を満たしていない。緊急的な改修工事を実施して劣化をくい止めると同時に、レイアウトを変更して同基準を満たせるようにする。もって緊急手術が実施できる基盤を整備する。

プロジェクトの成果 2 :

省保健医療組織 (行政・病院管理・臨床) がリファレル体制を再整備する能力を身に付ける

住民に移動の自由、医療機関選択の自由が保証された今日、CHCを門戸とし、郡病院、省病院、中央病院へと順次紹介するという旧来のリファレル体制はくずれている。対象として選定したホアビン省・ビンフック省のいずれでもADBのプロジェクトが実施される予定であり、郡病院以下の第1次保健医療システムは相当程度まで整備されるものと期待される。第1次レベルだけの整備では農村医療が完結しないとみたADBは、あわせて「遠隔地中核病院」を新たに整備する計画である。そこで、我が国が既存の省病院を強化して第2次保健医療システムの均衡ある発展を促せば、第3次の中央病院への患者集中を緩和しつつ、リファレル体制の上位と下位を連結する役割を果たすことができ、第1次から第3次に至る新たなリファレル体制が完結する。

(ア) 活動 2.1 : 省病院の幹部職員に病院管理・リファレル体制に関する研修機会を提供する

省病院の幹部職員はその多くが臨床医出身者で固められ、必ずしも病院管理者としての自覚・スキルを十分に備えているわけではない、といわれている。次代を担う幹部職員にはいたずらに自病院の規模拡大をめざすことよりも、適正規模の病床数を効率的に運用して、重症患者にも十分な診療を提供し、リファレル体制の要の機能を果たすことが求められる。

病院長、副院長クラスの幹部職員には、ヴィエトナム国内での病院管理の研修 (フエ医科大、バックマイ病院等) への参加を支援し、病院管理者としての自覚・スキルを身に付けてもらう。リファレル・システム運用の実際を視察してもらうため、日本やASEAN

地域内の第三国での研修に参加させることも検討する。このようにして明確な動機付けをもった幹部職員のリーダーシップによって、省病院が第1次レベル保健医療機関とその職員に対する支援、再訓練、カウンター・リファレルに従来より大きな貢献をすることが期待される。

(イ) 活動2.2：リファレル体制現状調査に基づく体制強化計画を策定・実施する

活動2.1で研修を受けた幹部職員による、対象省のリファレル体制の現状及び課題把握を支援する。同体制の現状調査に基づき、リファレル体制強化計画を策定し、その内容をプロジェクトの詳細活動設計（研修・訓練計画等）に反映させる。

(ウ) 活動2.3：強化された省病院において郡病院／CHC職員を再訓練する

郡病院での重症患者・救急患者への対応法、及び上位機関ヘリファーする際のタイミング・患者移送時の留意点・紹介状の書き方等をテーマとして、郡病院の医師・看護師を対象として再訓練を実施する。会場は省病院の研修室を利用することとし、適宜省病院の救急科・集中治療室でのベッドサイド・ティーチングを併用する。講師には省病院職員又は中央病院から招いた人材をあてる。

プロジェクトの成果3：

住民の予防行動及び受診行動が改善される

村落部の保健医療需要に応えるべく、ADB及びUNFPAはCHC職員や村落ヘルスワーカーに対しても再研修コースを提供することを計画しているものの、外部者が草の根レベルに入り込んで効果を測定することは予定していない。我が方としては、中長期的視点に立って、その効果のモニタリングに協力し、効果発現の阻害要因を発見するよう努め、阻害要因を取り除く手段を講じていくべきであろう。

(ア) 活動3.1：村落部住民の保健知識・予防／受診行動の改善状況をモニタリングする

保健・衛生教育に関して経験を有する公衆衛生、人類学・村落開発等の専門性を有する日本人要員（付属資料5参照）を短期ないし長期間投入し、コミュニティ以下の住民の保健・衛生知識、予防・受診行動の変化をモニタリングし、その結果を我が方プロジェクト、ADB及びUNFPAに報告する。モニタリング時期としては、プロジェクト開始前、中間期、終了時の3回必要であることから、派遣される要員の投入時期を慎重に決定する。

(イ) 活動3.2：必要に応じて、CHC職員及び村落ヘルスワーカー向けに補完的なトレーニングを企画・実施する

上述した公衆衛生、人類学、村落開発等の日本人要員と省・郡レベルのカウンターパ

ートとの共同作業によって、モニタリング結果を分析し、効果発現の阻害要因となっているものを見極め、それを取り除く手段を講じる。必要に応じてCHC職員及び村落ヘルスワーカー向けに補完的なトレーニングを企画・実施する。

(ウ) 活動 3.3 : プロジェクトの中間評価を実施し、コミュニケーション / 村落レベルでの効果がより確実に発現できるよう、プロジェクト全体のデザインを修正する

プロジェクト全体の中間評価を実施し、戦略目標 1 ~ 3 のすべてにわたって達成度又は進捗状況をレビューする。この作業を通じてプロジェクト全体のデザインに修正を加える。後半期の活動ではとりわけプロジェクト成果のコミュニケーション / 村落レベルへの浸透を重視することとし、新たな対応スキームの導入も含め投入計画を見直す。

- ・保健医療機関へのアクセス改善に有効な小規模道路建設
- ・開発福祉支援、開発パートナー事業等を活用した、草の根レベルへのより直接的な支援

3 - 2 - 2 協力にあたっての留意事項

本プロジェクトの初期設計としては、リファレル・システムのなかでも救急リファレルに重点を置いており、ただちにリファレル・システム全般を見直すものとはなっていない。また、保健医療サービスの適切な利用を促進するためには、村落部の一般住民・貧困層・少数民族に保健知識を普及させることが最も重要であると考えているが、直接的な保健・衛生教育・啓発活動に対する取り組みは弱いといわざるをえない。ADB支援プロジェクトでは、郡保健センター、CHC職員、村落ヘルスワーカーを訓練し、コミュニティーベースのBCC (Behavior Change Communication) 活動を想定しているが、訓練期間が短く、活動自体のインセンティブも少ないため、活動実施までフォローアップできるか定かではない。これは、主として投入可能な資源に制約があるためであり、特にヴェトナムにおける政策決定・実施メカニズムを勘案するならば、保健省 (MOH) 本省レベルに政策アドバイザーを派遣することができるか否かが、プロジェクトの円滑な実施を左右するといっても過言ではない。

小規模なプロジェクトとはいえ中間時点でしっかりした評価を行って、プロジェクト全体のデザインを見直すことが重要である。その時点で投入規模の修正も検討されることが強く望まれる。

