

ミャンマー連邦
母子保健課題に関する情報収集・確認調査
報告書

平成 23 年 8 月
(2011 年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

ミャンマー連邦共和国では、乳幼児死亡率、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率が東南アジア平均と比べても、同程度か高い値となっております。

そのため、ミャンマーではミレニアム開発目標（MDGs）達成に向けて「リプロダクティブヘルス5カ年戦略計画（2009～2013年）」を2009年に策定し、基礎保健スタッフ（BHS）に対するトレーニングや助産師補の育成等の取り組みを行っていますが、依然として需要を満たすまでにはいたっておりません。

こうした事情を背景に、母子保健分野における今後の支援を検討すべく、基礎情報・収集確認調査を行うこととなりました。本報告書は、今回の調査結果を取りまとめるとともに、ミャンマーの母子保健分野の現状を明らかにし、日本国政府としての今後の支援の検討に資するためのものです。

終わりに、調査にご協力とご支援を頂いた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成23年8月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文

地 図

写 真

略語表

図表リスト/Box リスト

第1章 調査の概要	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 主要面談者	3
第2章 ミャンマー母子保健の現状	6
2-1 概 況	6
2-2 母子保健分野の現状	10
2-3 保健医療行政	14
2-4 保健開発政策	18
2-5 保健医療サービス体制	23
2-6 母子保健分野における現状の問題と改善ニーズ	29
2-7 主要ドナーの動向	32
第3章 ミャンマーの母子保健分野についての今後の協力の方向性	35
3-1 日本の協力実績	35
3-2 日本の協力としての方向性	36
参考資料	41
付属資料	
1. マグウェイ管区地図	45
2. マグウェイ管区のタウンシップ別人口（2008年現在）	46
3. マグウェイ管区のRHC一覧（2008年現在）	47
4. 一般的なRHC及びSHCの概観	50

地 図



写 真



ルーラルヘルスセンター 玄関
(マグウェイタウンシップカンビニ)



ルーラルヘルスセンター 外観



ルーラルヘルスセンター 診察室



ルーラルヘルスセンター 分娩室



看護・助産学校 外観
(マグウェイ市)



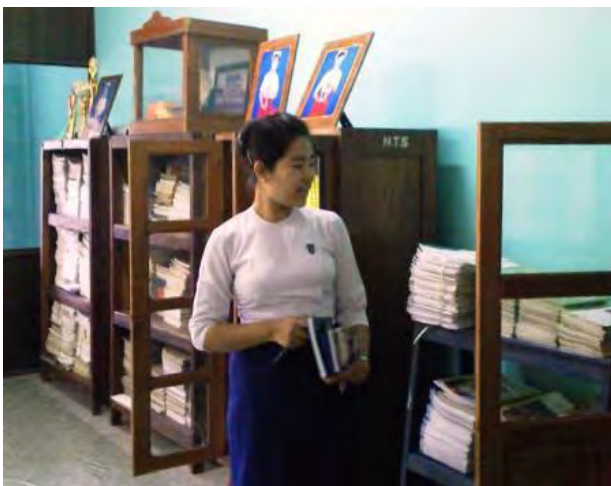
看護・助産学校 教室



看護・助産学校 学生



看護・助産学校 教材



看護・助産学校 図書室、教員



看護・助産協会運営の産科クリニック（ヤンゴン郊外。過去に草の根無償資金協力で建設）



看護・助産協会運営の産科クリニック 室内



看護・助産協会運営の産科クリニックでトレーニングを受ける助産学校の生徒

略 語 表

3DF	Three Disease Fund	三疾病対策基金
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BCC	Behavior Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
BHS	Basic Health Staff	基礎保健スタッフ
DG	Director General	局長
DMS	Department of Medical Science	医療科学局
DOH	Department of Health	保健局
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria	世界エイズ・結核・マラリア対策基金
HA	Health Assistant	保健アシスタント
IEC	Information, Education, Communication	情報・教育・伝達（教育・啓発を目的とした活動）
LHV	Lady Health Visitor	訪問保健師
MCH.C	Maternal and Child Health Centre	街区の母子保健センター
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
NCSMMS	Nationwide Cause-Specific Maternal Mortality Survey	全国妊産婦死亡調査
NHC	National Health Committee	国家保健委員会
NHP	National Health Plan	国家保健計画
PHS	Public Health Supervisor	公衆衛生士
RHC	Rural Health Centre	地方農村部のヘルスセンター
SBA	Skilled Birth Attendant	助産専門技能者
Sch. HC	School Health Centre	街区の学校保健センター
SHC	Sub-Rural Health Centre	RHC のサブ・センター
TMO	Township Medical Officer	タウンシップ主任医務官
UHC	Urban Health Centre	街区のヘルスセンター
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WHO	World Health Organization	世界保健機関

図表リスト

図 1	ミャンマーの地勢	6
図 2	性別年齢階級別人口推計（2010年）	7
図 3	主要死因	10
図 4	主要疾病	10
図 5	5歳未満児死亡の月齢年齢別内訳	11
図 6	保健省の構成	15
図 7	DOHの構成	15
図 8	DMSの構成	16
図 9	行政レベル別保健医療施設の種類等	23
図 10	タウンシップレベル以下の保健医療施設の人的体制	26
図 11	1955年の日本の人口構成	39
図 12	日本の合計特殊出生率の推移	40
図 13	日本の乳児死亡率の推移	40
表 1	ミャンマー及び近隣国の基礎指標	8
表 2	5歳未満児の死因（2002/3年）～5歳未満児死因調査での言語剖検による	12
表 3	地域別妊産婦死亡（2004/5年）	12
表 4	妊産婦死亡の原因	13
表 5	ミャンマー保健ビジョン2030の成果指標	18
表 6	リプロダクティブヘルスの5カ年戦略計画における達成目標	21
表 7	子どもの健康の5カ年戦略計画における達成目標	22
表 8	保健医療に関する学位と資格	25
表 9	主な保健医療教育機関	26
表 10	職種別医療従事者数	28
表 11	現行の助産学校のカリキュラム（2011年現在）	28

Box リスト

Box 1	NHCの構成（2011年4月改定）	14
Box 2	ミャンマー政府保健政策の原則～ミャンマー連邦共和国憲法（2008年改定）抜粋	16
Box 3	保健医療関連法律	17
Box 4	ミャンマー保健ビジョン2030に掲げられた目的	18
Box 5	NHP2006-2011の骨子	19
Box 6	母子保健分野の5カ年戦略計画	19
Box 7	RHC・SHCの職員やサービス活動の例	30

第1章 調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ミャンマー連邦共和国（以下、「ミャンマー」と記す）（面積 68 万 km²、人口約 5322 万人）では、乳幼児死亡率が 1,000 出生当たり 70（2010 年）、5 歳未満児死亡率が 1,000 出生当たり男児 120/女児 102（2005 年）、妊産婦死亡率が 10 万出生当たり 380（2005 年）と東南アジア平均（乳幼児死亡率 26、5 歳未満児死亡率 41/32、妊産婦死亡率 300）と比べても高い値を示している（UNFPA 世界人口白書 2010）。

このような状況を踏まえ、ミャンマーではミレニアム開発目標（Millennium Development Goal : MDG）達成に向けて「リプロダクティブヘルス 5 年戦略計画（2009～2013 年）」を 2009 年に策定し、基礎保健スタッフ（Basic Health Staff : BHS）に対するトレーニングや助産師補の育成等の取り組みを行っている。しかし、1 村につき 1 名の助産師/助産師補を配置することを目標としているが、2009 年時点では助産師/助産師補：村の比率は 1 : 2 となっている（ミャンマー保健省ホームページ）、専門的技能者の立会いの下での出産が 57%に満たない（UNFPA 世界人口白書 2010）等、依然として需要を満たすまでにはいたっていない。

また、わが国政府においても 2010 年に策定された「国際保健政策 2011-2015」において、重点分野のひとつに母子保健が掲げられている。それを踏まえた「JICA の保健分野の協力」においても、重点領域のひとつに母子保健を掲げている。

かかる状況を踏まえ、JICA は今般ミャンマー政府の母子保健分野における開発課題及び関連施策及び他ドナーの動向等に係る情報収集・分析を行い、ミャンマーの母子保健分野に対する今後の協力の方向性、新規案件を検討するために必要な基礎情報を収集・分析することを目的とした情報収集・確認調査を実施することとした。

1-2 調査団の構成

担当	氏名	所属
総括	竹内 智子	JICA 人間開発部保健第 3 課課長
協力企画 1	横森 佳世	JICA ミャンマー事務所企画調査員
協力企画 2	芳沢 忍	JICA 人間開発部保健第 3 課
母子保健	阿部 千春	株式会社国際テクノ・センター

1-3 調査日程

日順	月日	内 容	泊地
1	6/19 日	成田→(バンコク経由)→ヤンゴン	ヤンゴン
2	6/20 月	JICA ミャンマー事務所との打合せ 国連機関 (WHO、UNICEF、UNFPA) との面談 BHS プロジェクトとの意見交換	ヤンゴン
3	6/21 火	他ドナー (AusAID、国際 NGO) との面談	ヤンゴン
4	6/22 水	ヤンゴン→ネピトー	ネピトー
5	6/23 木	DOH 副局長 (保健サービス担当) との面談 DOH 公衆衛生部関係者との面談	ネピトー
6	6/24 金	DOH 副局長 (医療担当) との面談 DOH 医療科学部関係者との面談 DOH 公衆衛生部関係者との面談	ネピトー
7	6/25 土	資料整理	ネピトー
8	6/26 日	資料整理	ネピトー
9	6/27 月	ネピトー→マグウェイ	マグウェイ
10	6/28 火	マグウェイ地域保健局副局長との面談 マグウェイ・タウンシップ医務官との面談 カンビヤ RHC (マグウェイタウンシップ) 視察 ニャウンピンコア SHC (カンビヤ RHC 附属) 視察 国際 NGO フィールドオフィス (マグウェイ) 訪問	マグウェイ
11	6/29 水	マグウェイ看護・助産学校視察 マグウェイ医科大学 学長との面談	マグウェイ
12	6/30 木	マグウェイ→ヤンゴン	ヤンゴン
13	7/1 金	WHO (母子保健担当官) との面談	ヤンゴン
14	7/2 土	JICA 事務所・人間開発部と打合せ	ヤンゴン
15	7/3 日	資料整理	ヤンゴン
16	7/4 月	看護大学視察 ヤンゴン助産学校視察 ローカル NGO 視察 ヤンゴン→タウンゲー	タウンゲー
17	7/5 火	DMS 局長との面談 DMS 看護部、研修部関係者との面談	タウンゲー
18	7/6 水	DOH 公衆衛生部関係者との面談 JICA 事務所との打合	タウンゲー
19	7/7 木	DOH 公衆衛生部関係者との面談 DOH 副局長 (保健サービス担当) との面談 ネピトー→ヤンゴン	ヤンゴン
20	7/8 金	統計資料解析	ヤンゴン
21	7/9 土	統計資料解析	ヤンゴン
22	7/10 日	統計資料解析	ヤンゴン
23	7/11 月	JICA 事務所との打合せ	ヤンゴン
24	7/12 火	資料整理	ヤンゴン
25	7/13 水	JICA 事務所への報告	ヤンゴン
26	7/14 木	JICA 事務所との打合せ	ヤンゴン
27	7/15 金	ヤンゴン→バンコク経由	機中
28	7/16 土	成田	

1-4 主要面談者

(1) 保健省 (Ministry of Health : MOH)

1) 保健省保健局 (Department of Health (DOH), MOH)

テン・テン・テイ 副局長 (保健サービス担当)

Dr. Thein Thein Htay Deputy Director General (Public Health), DOH, MOH

キー・ミン 副局長 (医療担当)

Dr. Kye Mying Deputy Director General (Medical Care), DOH, MOH

2) 保健省保健局公衆衛生部 (Division of) Public Health, DOH, MOH

ニラ・ティン 計画部長

Dr. Nilar Tin Director, Planning

ティン・ウィン・キョー 公衆衛生部長

Dr. Tin Win Kyaw Director, Public Health

テインギ・ミン 母子保健次長

Dr. Theingi Myint Deputy Director, Maternal & Child Health

ラ・ミヤ・トウエイ・エインダ 基礎保健サービス次長

Dr. Hla Mya Thway Einda Deputy Director, Training and BHS

3) 保健省保健局医療部 (Division of) Medical Care, DOH, MOH

タンウィン 医療部長

Dr. Than Win Director, Medical Care

サン・イ 看護部長

Daw (Mrs.) San Yi Director, Nursing

4) 保健省医療科学局 Department of Medical Science (DMS), MOH

タン・ゾー・ミン 局長

Dr. Than Zaw Myint Director General

ティ・ティン・レイ 副局長

Dr. Tin Tin Lay Deputy Director General

ティ・ティ・チー 教育部長

Dr. Htay Htay Kyi Director, Training

ヌウエ・ヌウエ・キン 看護部長

Daw Nwe Nwe Khin Director, Nursing

ミヤ・ミン・ズー 国際部長

Daw Mya Myint Zu Director, Foreign Relation

(2) マグウェイ地域 (Magway Region)

ヌ・ヌ・キー マグウェイ地域保健局次長

Dr. Nu Nu Kyi Deputy Regional Health Director, Magway Region

ニン・ゾー・ティン マグウェイタウンシップ医務官

Dr. Hnin Zaw Thein Township Medical Officer, Township Health Centre

キン・オン・タンカンピヤ RHC 責任者

Daw Khin Ohn Than H.A., Kanpyar Rural Health Centre, Magway Township

(3) 保健医療関連教育機関

1) マグウェイ医科大学

ウィン・ミヤト・エイ学長代行

Professor Dr. Win Myat Aye

Acting Rector, University of Medicine, Magway

2) ヤンゴン看護大学

ミヤ・トゥー学長

Professor Dr. Mya Thu

Rector/Director, University of Nursing, Yangon

3) ヤンゴン助産学校

キン・タン・レイ校長

Daw Khin Than Lai

Head, Midwifery School, Yangon

4) マグウェイ看護・助産学校

ヌウェ・ヌウェ・チョー校長

Daw Nwe Nwe Cho

Head, Magway Nursing and Midwifery School

(4) 開発パートナー

1) 在ミャンマーオーストラリア大使館

シャンティ・セコン一等書記官 (援助担当、AusAID)

Shaanti Sekhon

First Secretary (Development Assistance) AusAID,
Australian Embassy

2) WHO ミャンマー事務所

ハーバート・テナクーン代表

Dr. Herbert S. B. Tennakoon

Representative to Myanmar, WHO

サン・サン・ミン医務官

Professor Dr. San San Myint

National Consultant (RHR/MPS/CHD) ,WHO Myanmar

3) UNFPA ミャンマー事務所

パンシー・トゥン・テイン次長

Pansy Tun Thein

Assistant Representative, UNFPA

4) UNICEF ミャンマー事務所

マリナス・ゴティンク子どもの生存・発達セクション長

Dr. Marinus Gotink

Chief, Young Child Survival & Development Section,
UNICEF

(5) NGO

1) セーブザチルドレン・ミャンマー事務所

ニ・ニ・ルイン地域主任

Nyi Nyi Lwin

Regional Programme Manager

2) ミャンマー看護師・助産師協会

ナウン・タウン・ラ会長

Professor Dr. Daw Naung Htawn Hla

President, Myanmar Nurse and Midwife Association

(6) 日本側

1) JICA ミャンマー事務所

宮本 秀夫	所 長
齋藤 克義	次 長
横森 佳世	企画調査員

2) 基礎保健スタッフ強化プロジェクト

大槻 和弘	業務調整員
-------	-------

第2章 ミャンマー母子保健の現状

2-1 概況

(1) 自然条件

ミャンマーはインドシナ半島の西側に位置し、タイ、ラオス、インド、バングラデシュ、中国と国境を接する。

南北に長い国土は地勢も多様で、国内西部と北東部の丘陵地帯、その間の中央乾燥地帯、南部の沿岸地帯、アンダマン湾からベンガル湾にかけてのデルタ地帯に大別される。州/地域別にみると、北東部のカチン州、シャン州、カヤー州、カレン州と西部のチン州が丘陵地帯。その間のマンダレー地域、マグウェイ地域、サガイン州が中央乾燥地帯、ヤンゴン地域、バゴー地域、エーヤワディ地域がデルタ地帯。ラカイン州、モン州、タニンダーリ地域が沿岸地帯にあたる。

国土が南北に長く、年間の平均降水量は、北部丘陵地帯 1,800～2,400mm、東部丘陵地帯 1,200～1,400mm、デルタ地帯 3,300mm、沿岸地帯で 4,000～5,000mm と地域によって大きく異なる。気候は熱帯性で夏季（2月下旬～4月）、雨季（5月～10月上旬）、乾季（10月中旬～2月中旬）がある。

(2) 行政区分

ミャンマーには14の州（state）/地域（region）¹があり、67街区（district）、330タウンシップ（township）がある。さらに街区、タウンシップには、64サブ・タウンシップ（sub-township）、2,891区（ward）、13,698郡（village tract）、64,817村がある²。



出典：Five-Year Strategic Plan for Child Health Development in Myanmar 2010-2014, MOH/WHO/UNICEF の記載を図示

図1 ミャンマーの地勢

¹ 2011年4月以前は管区（division）であった。

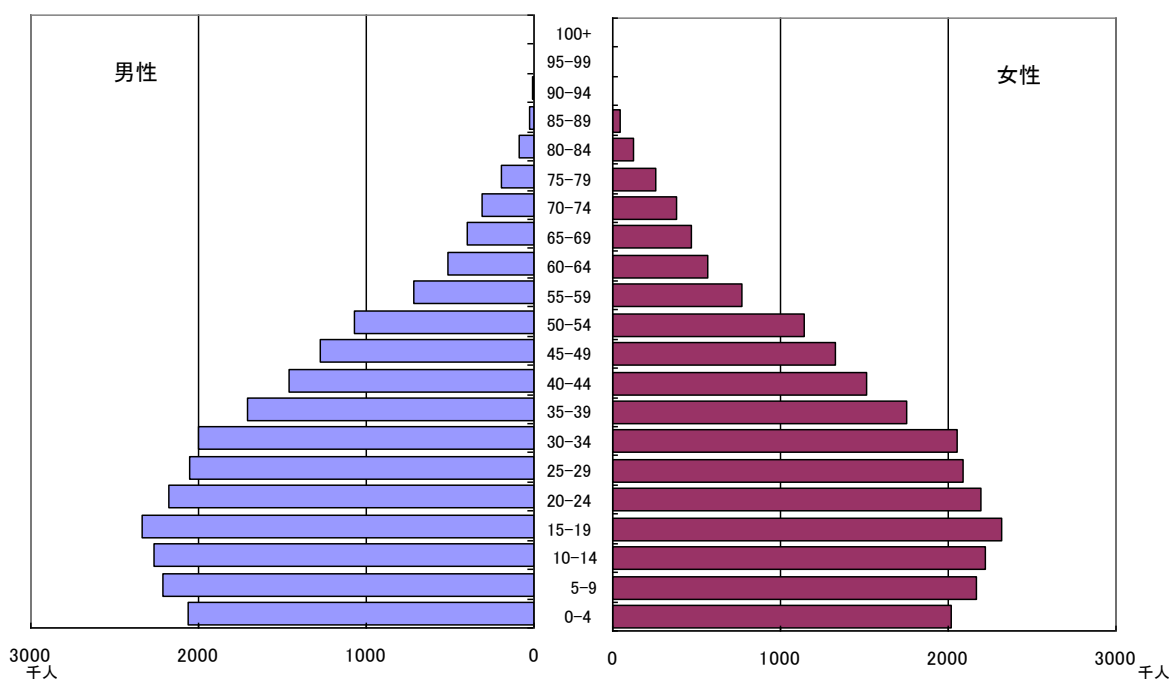
² 行政区分数は“Health in Myanmar 2011, MOH”から。

(3) 人口動態

現在のミャンマーの総人口は約 5322 万人で、粗出生率は人口 1,000 対 20、粗死亡率は同 10、年間増加率が 1%前後とみられる³。

国連推計によれば、合計特殊出生率（女性 1 人当たりの子ども数）は 1970 年代の 5.9 から 2000～2005 年には 2.25、2005～2010 年には 2.08 まで減少し、ちょうど人口転換を迎える時期に差しかかっている。性別年齢階級別人口をみると、2010 年現在において男女ともすでに 15～19 歳人口よりもそれ以下の年齢階級の人口が少なくなっている。

人口統計は政府発表と国連推計で値が異なるが、政府統計書においても 1983 年国勢調査と 2007 年人口統計を比較すると、子どもの人口の割合が減り、労働人口・高齢人口の割合が増えている。すなわち顕著な人口転換が認められることが指摘されている。



出典：World Population Prospects, the 2010 Revision より作図

図 2 性別年齢階級別人口推計（2010 年）

(4) 基礎指標

保健基礎指標が示すように、ミャンマーでは識字率が高く、予防接種実施率や産前健診受診率も比較的良好な一方で、子どもと妊産婦の死亡率が相対的に高い。UNICEF による指標でミャンマーの状況を近隣国と比較すると、このような特徴が顕著に現れる。

³ 人口統計は政府発表と国連推計が異なる。政府統計（Myanmar Health Statistics 2010, MOH）では、総人口 5837 万 7,000 人、年間増加率 1.52%（2008/9 年）。国連推計（World Population Prospects, the 2010 Revision）では総人口 4796 万 3,000 人（2010 年）、平均年間増加率 0.7%（2005～2010 年）。

表1 ミャンマー及び近隣国の基礎指標

	単位	年・期間	ミャンマー	タイ	カンボジア	ラオス	東アジア・太平洋
総人口	1,000 人	2009	50,020	67,764	14,805	6,320	--
粗出生率	人口 1,000 対	2009	20	14	25	27	15
粗死亡率	人口 1,000 対	2009	10	9	8	7	7
年間人口増加率	%	2000-2009	0.9	1	1.9	2	1
合計特殊出生率	女性 1 人当たり	2009	2.3	1.8	2.9	3.4	1.9
都市人口	%	2009	33	34	20	32	46
年間都市人口増加率	%	2000-2009	2.7	1.8	3.4	6	3
年間出産数	1,000 人	2009	1,016	977	367	172	30,460
5 歳未満児死亡率	出生 1,000 対	2009	71	14	88	59	26
乳児死亡率	出生 1,000 対	2009	54	12	68	46	21
新生児死亡率	出生 1,000 対	2009	33	8	30	22	14
出生時平均余命	年	2009	62	69	62	65	73
成人識字率	%	2005-2008	92	94	78	73	93
女性の成人識字率	男性=100	2005-2008	94	96	83	77	94
女性の出生時平均余命	男性=100	2009	107	109	106	105	105
BCG	%	2009	93	99	98	67	95
三種混合 3 回目	%	2009	90	99	94	57	93
ポリオ 3 回目	%	2009	90	99	95	67	96
麻疹	%	2009	87	98	92	59	91
HepB3 回目	%	2009	90	98	91	67	92
Hib3 回目	%	2009	-	-	-	-	2
破傷風 (新生児)	%	2009	93	91	91	47	-
HIV 陽性率	%	2009	0.6	1.3	0.5	0.2	0.2
避妊実施率	%	2005-2009	41	77	40	38	77
産前健診：1 回以上	%	2005-2009	80	98	69	35	90
産前健診：4 回以上	%	2005-2009	73	-	27	-	76
保健員による出産介助	%	2005-2009	64	97	44	20	90
施設分娩の割合	%	2005-2009	23	97	22	17	78
帝王切開の割合	%	2005-2009	-	-	2	-	22
妊産婦死亡率 (報告)	出生 10 万対	2005-2009	320	12	460	410	-
妊産婦死亡率 (調整)	出生 10 万対	2008	240	48	290	580	88

出典：The State of World's Children 2011, UNICEF

この表からもわかるように、ミャンマーの成人識字率（92%）はタイ（94%）に近く、カンボジア（78%）、ラオス（73%）よりもかなり高く、性差も小さい（女性の識字率対男性比 94）。子どもの予防接種の実施率もおおむね 90%を超えており、タイ、カンボジアに比べてやや劣るもののラオスよりかなり高く、東アジア・太平洋地域⁴の平均的な値といえる。一方、ミャンマーの子どもの死亡率は、5 歳未満児死亡率（出生 1,000 対 71）、乳児死亡率（同 54）とも近隣国よりも高い傾向にあって、地域平均（26、21）を大きく上回る。同様に、ミャンマーの産前健診受診率（4 回以上 73%）や訓練を受けた保健員による出産介助の割合（64%）は、カンボジア、ラオスを上回って地域平均よりも良いが、避妊率（41%）や施設分娩率（23%）、妊産婦死亡率（出生 10 万対 240）の値は芳しくない。

⁴ UNICEF による地域分類による。タイ、カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナム、マレーシア、モンゴル、中国、北朝鮮、フィリピン、インドネシア、パプアニューギニア、東チモール、クック諸島、フィジー、キリバス、マーシャル諸島、ミクロネシア、ナウル、ニウエ、パラオ、サモア、ソロモン諸島、トケラウ、トンガ、ツバル、バヌアツ。

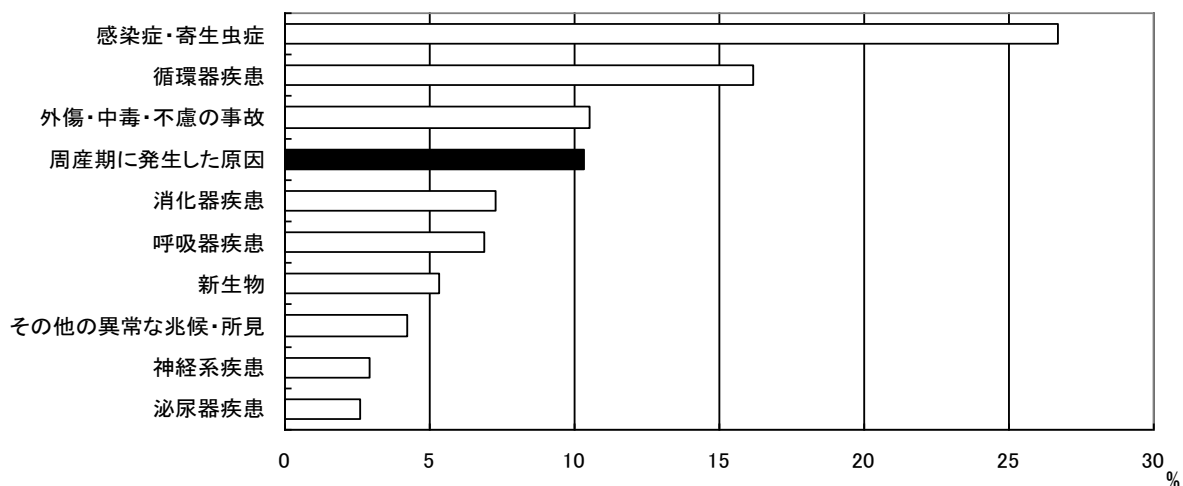
(5) 死因・疾病

ミャンマーの主要疾病は何といてもマラリアで、国民の7割はマラリアが蔓延する地帯に暮らしている。WHOによれば、マラリア患者数は政府統計（2006年：新規症例 538,110件、死亡数 1,647件）よりも、はるかに多いと考えられており、その多くにクロロキン、スルファドキシシン/ピリメタミンへの耐性がみられる。同様に、結核も主要な問題で、ミャンマーはWHOが定める結核蔓延国（22カ国）のひとつに指定されている。WHOの推定では年間の新規症例は8,300人（人口10万人当たり171人）であるが、実際にはWHOの推定を上回る年間約13万人の結核患者が治療を受けている。最近では、多剤耐性結核、HIVとの重複感染などの新たな問題も生じてきている。HIV陽性の割合が、一般人口（15～49歳）では0.7%であるのに対して、新規結核患者では9.1%と著しく高く、結核とHIVの重複感染は今後さらに重要度を増していくと考えられる。HIV/エイズ対策の観点からは、2007年現在で、ミャンマーには抗レトロウィルス薬を用いた三剤併用療法による治療を必要とする人が約76,000人いるものの、実際に治療を受けているのは11,000人にすぎないとされている。このほかの感染症では、特に、ヤンゴン地域、マンダレー地域、バゴー地域、モン州でデング熱が増加傾向にあり、季節的な流行がみられる。すでにミャンマーでの公衆衛生上の問題ではなくなっているハンセン病についても、対策プログラムの継続と、より質の良いサービスが望まれる。非伝染性疾患では、高血圧症、喫煙、糖尿病、塩分の摂り過ぎ、肥満、高脂血症をリスク要因とする心臓疾患が重要度を増している。近年がんも増加してきているが、病気の知識がなく、また早期発見もできないために、末期まで病状が進んでからがんと診断されるものが多い。2003年にヤンゴン地域で実施されたWHOによる非伝染性疾患に関する調査では、糖尿病有病率は都市部で14.42%、地方部で7.4%との結果が出ている。さらに、ミャンマーの保健事情を特徴づける事柄として、ヘビによる咬傷、失明、外傷、自然災害による死傷などが国民の疾病・死亡の主要因として存在する⁵。

政府統計によれば、図3、4に示すとおり、2008年の国民の死因は感染症・寄生虫症（26.7%）が最も多く、循環器疾患（16.2%）、外傷・中毒・不慮の事故（10.5%）に次いで、周産期に発生した原因（10.3%）が死因全体の約1割を占めた。同年の疾病報告の内訳も、やはり第1位は感染症・寄生虫症（20.5%）であるが、これに次いで妊娠・出産・産後の合併症（16.1%）が多い。これに周産期に発生した原因によるもの（4.1%）を加えると、第1位の感染症・寄生虫症の割合に匹敵し、すなわち国民の疾病の2割は妊産婦と乳児の健康問題であることがわかる。

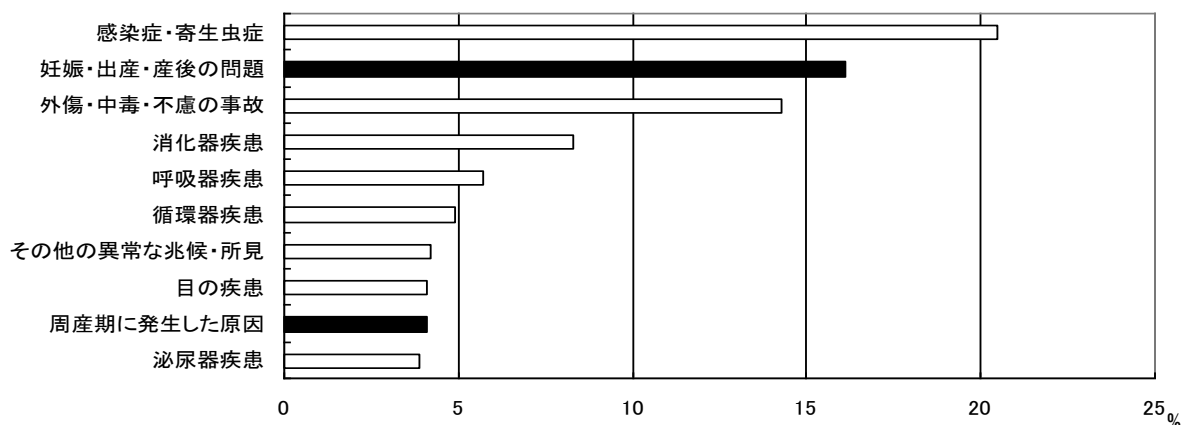
このような子どもと妊産婦の健康にまつわる状況はミャンマーの保健医療事情において極めて重要な問題であり、また国連ミレニアム開発目標の達成のためにも、母子保健分野の改善は最も重要な課題といえる。

⁵ この節での主要疾病に関するWHOの統計及び見解は、“WHO Country Cooperation Strategy 2008-2011 Myanmar, February 2008, WHO”の記載に基づく。



出典：Myanmar Health Statistics 2010, Ministry of Health より作図

図3 主要死因



出典：Myanmar Health Statistics 2010, Ministry of Health より作図

図4 主要疾病

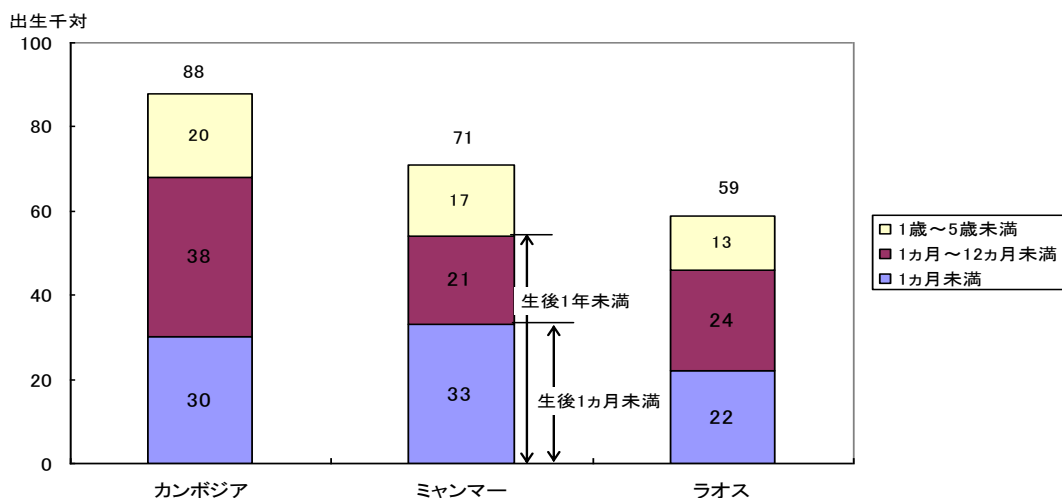
2-2 母子保健分野の現状

(1) 子どもの死亡にみられる傾向

ミャンマー政府による子どもの健康分野の5カ年戦略計画(Five-Year Strategic Plan for Child Health Development in Myanmar 2010-2014, MOH/WHO/UNICEF)では、1990年代から2000年代にかけて子どもの死亡率(5歳未満児死亡率、乳児死亡率)が減少しているものの、最近の傾向として1990年代前半に比べて改善の速度が落ちてきていることを指摘し、また現状において子どもの死亡率は地域ごとの格差が大きく、すなわち都市部に比べて地方農村部での子どもの死亡率がかなり高いとしている。

UNICEFの統計によれば、ミャンマーの5歳未満児死亡率は出生1,000対71(2009年)であるが、子どもの月齢・年齢別内訳をみると、71のうち、54(76%)は乳児(1歳未満児)、33(46%)は新生児(1カ月未満児)である。一般に、いずれの国においても乳幼児の死亡の多くは乳児、新生児が占めるが、ミャンマーの場合は、近隣諸国と比べてもその割合が強い。図5のように、ミャンマーの5歳未満児死亡率はカンボジア(出生1,000対88)より

も低いですが、新生児に限ってみるとカンボジア（同 30）よりもミャンマー（同 33）のほうが死亡率が高い。ところで、ラオスはミャンマーよりも子どもの予防接種率がかなり低い（前掲表 1）が、5 歳未満児死亡率はミャンマーよりも 12 ポイント低い。両国の子どもの死亡率を新生児、1～12 カ月児、1～5 歳未満児ごとに比較すると、新生児においてミャンマー（33）はラオス（22）より 11 ポイントも高く、1～12 カ月児ではミャンマー（21）がむしろラオス（24）より 3 ポイント低く、1～5 歳未満児ではミャンマー（17）がラオス（13）より 4 ポイント高いことがわかる。この値からは、ミャンマーの新生児死亡率の高さは、予防接種の実施率がより低いラオスよりも子どもの死亡率を押し上げてしまっているものとも受け止められ、分娩や新生児のケアの質に問題があることが強く懸念される。



出典：The State of the World's Children 2011, UNICEF より作図

図 5 5 歳未満児死亡の月齢年齢別内訳

2002 年度に保健省が UNICEF の支援を受けて全国 120 タウンシップ（126,000 世帯）で実施した調査⁶では、5 歳未満児の死亡の 73%が乳児で、そのうち 34%が新生児、新生児の 3分の2以上が早期新生児（生後 7 日未満児）であった。同調査によれば、大半は、重篤な症状であることに気づかずに治療を受けなかったために、病気の徴候から 3～4 日で死亡しており、新生児死亡の 89.9%は地方農村部の自宅分娩、乳児死亡の 75.8%が都市部の自宅分娩であった。また、調査結果は、医師・助産師の介助に比べて、ボランティアや伝統的産婆の介助では新生児の死亡が 2 倍になるとしている。また、子どもの死亡の状況には地域格差があり、特に中央乾燥地帯で子どもの死亡がより多いことが示唆された。

この調査では、新生児期以降の子どもの死亡は 90%以上が単一の理由によるもので、85.5%が自宅で死亡していたとされる。栄養不良が直接的な原因であるものは少ないものの、他の原因による死亡についても大半は栄養不良が要因に加わっていたとみられている。同調査で確認された 5 歳未満児の死亡の原因は表 2 のとおりで、新生児の死因に着目すると、未熟児が 3分の1、分娩仮死と敗血症がそれぞれ 4分の1を占めた。特に、肺炎によるものを含むとはいえ敗血症が新生児の死因の 25%を占めたという事実は、分娩と新生児ケアにおける問題が大きいことを示唆し、上述ラオスとの比較の結果にも符合する。

⁶ Overall and Cause-specific Under-five Mortality Survey 2002-2003, DOH/ UNICEF

表2 5歳未満児の死因（2002/3年）～5歳未満児死因調査での言語剖検による

死因	新生児 (生後28日未満)	生後28日以上 5歳未満
未熟児	30.9%	
分娩仮死	24.5%	
敗血症	25.5% (肺炎を含む)	5.8%
肺炎		27.6%
下痢症		17.6%
髄膜炎		17.1%
マラリア		7.6%
脚気		7.1%
その他	19.1%	17.2%
合計	100.0%	100.0%

出典：Five-Year Strategic Plan for Child Health Development in Myanmar 2010-2014, MOH/WHO/UNICEF

(2) 妊産婦の死亡

WHO/UNICEF/UNFPA/WB による推計では、ミャンマーの妊産婦死亡率は1990年の出生10万対580から2005年には同380まで減少した。

2004年度に保健省がUNICEFの支援を受けて実施した全国妊産婦死亡調査(Nationwide Cause-Specific Maternal Mortality Survey: NCSMMS)では、対象251,000世帯から妊娠に関連する死亡83件が報告され、このうち71件が妊産婦死亡⁷、12件が後発妊産婦死亡⁸であった。同調査の結果から妊産婦死亡率を求めると出生10万対316となるが、州/地域ごとにみると136から527までの開きがあり、丘陵地帯で最も低く、中央乾燥地帯で最も高かった。妊産婦死亡全体に占める地域別割合でも、中央乾燥地帯が58%を占めた。上述の子どもの死亡の調査⁵とあわせて、中央乾燥地帯において特に状況が悪い傾向が認められている。

表3 地域別妊産婦死亡（2004/5年）

	妊産婦死亡率 ()内は州/地域別値の範囲	全体に占める割合
丘陵地帯	132 (47～216)	33%
沿岸地帯	264 (52～477)	38%
デルタ地帯	337 (266～409)	24%
中央乾燥地帯	449 (317～581)	58%
全国	316	100%

出典：Nationwide Cause-Specific Maternal Mortality Survey 2004-2005 (NCSMMS), DOH/UNICEF

⁷ 妊娠中または妊娠終了後満42日未満の女性の死亡。妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した、またはそれらによって悪化したすべての原因によるもの。ただし、不慮または偶発の原因によるものは除く。

⁸ 妊娠終了後満42日以後1年未満における直接または間接産科的原因による女性の死亡。あらゆる産科的原因による母体死亡、産科的破傷風、HIV/エイズを含む。

同調査で確認された妊産婦死亡は 75%が正常分娩であり、分娩中の死亡が大半を占めた。同調査では、死亡した妊産婦の近親者（主に夫、妊産婦の母）を回答者とする言語剖検によって、妊産婦死亡の原因を分析している。その結果、71 件の妊産婦死亡について、表 4 のように、9 種の直接的原因、三種の間接的原因が見出された。

妊産婦死亡の原因のうち、分娩後出血、高血圧性障害、子癇については、鉄欠乏性貧血やマラリアの治療、妊娠中の健康管理など、出産にいたる前に適切な処置がとられることが望まれる。一方、人工中絶によるものが 1 割近くを占める点については、妊娠・出産ケアというよりも家族計画サービスの充実が必要といえる。産褥性敗血症が 7%を占めることとあわせて、分娩及びその他の施術について、衛生面の改善も強く望まれる。

表 4 妊産婦死亡の原因

死 因	割合
分娩後出血	30.97%
子癇	11.27%
人工妊娠中絶に関連するもの	9.86%
高血圧性障害	5.63%
産褥敗血症	7.04%
遷延分娩/分娩停止	8.46%
分娩前出血	4.23%
子宮破裂	4.23%
塞栓症	1.41%
間接産科的死亡 (マラリア、結核、胸部感染症)	16.90%
合計	100.00%

出典：Nationwide Cause-Specific Maternal Mortality Survey 2004-2005 (NCSMMS) DOH/UNICEF

以上のように、妊産婦と乳幼児の死亡の主な原因は、基礎保健サービスのレベルにおいて適切な対処ができれば防ぎ得るものであり、換言すれば、基礎保健サービスが量的にも、質的にも、まだまだ不十分な実情にあることが、子どもと妊産婦の死亡が低減しないことの最大の原因であろうと考えられる。

特に、指標の値からは実施率が比較的高い産前健診（4 回以上 73%）、保健員による分娩介助（64%）についても、その内容には改善の余地が小さくはないことも推測される。産前健診では、妊婦のマラリアの治療や、鉄剤の配布なども行われているが、保健スタッフの負担が大きすぎて、カバレッジは維持できてもリスク妊産婦に対する効果的なケアを提供できるような状態ではないことが現状の問題といえよう。また、保健員による分娩介助もその多くは助産師 1 人が産婦の自宅で分娩を介助しているものであり、衛生面の徹底や産婦の異常への対応には当然ながら限界があろうと推測される。さらに後述するように、基礎保健サービスは、妊産婦ケアに限らず、ほぼすべてのサービスが末端の保健施設の助産師の肩にかかっている現状において、助産師の教育水準、末端施設の人的充足度、後方支援ともすべて不十分であり、これらを改善していくことは母子保健のみならず、ミャンマーの基礎保健サービスにおける最大の課題といえる。

2-3 保健医療行政

(1) 政府機関

ミャンマーでは保健医療に関する政策上の意思決定は国家保健委員会（National Health Committee : NHC）が行う。NHCは保健セクター改革の一環として1989年に設立されたもので、保健省（Ministry of Health）よりも上位に位置し、ミャンマーの保健医療に関する最高レベルの決定、保健医療行政への指導を行う。これまで、NHCは国家平和開発議会第一書記を筆頭に14名の閣僚等で構成されてきたが、2011年4月、以下のように保健大臣を委員長とする18名の構成に改定された。

Box 1 NHCの構成（2011年4月改定）

1. 保健大臣	Union Minister, Ministry of Health	委員長
2. 労働大臣	Union Minister, Ministry of Labour	副委員長
3. 内務副大臣	Deputy Minister, Ministry of Home Affairs	委員
4. 国境問題副大臣	Deputy Minister, Ministry of Border Affairs	委員
5. 情報副大臣	Deputy Minister, Ministry of Information	委員
6. 経済企画副大臣	Deputy Minister, Ministry of National Planning and Economic Development	委員
7. 社会福祉副大臣	Deputy Minister, Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement	委員
8. 労働副大臣	Deputy Minister, Ministry of Labour	委員
9. 教育副大臣	Deputy Minister, Ministry of Education	委員
10. 保健副大臣	Deputy Minister, Ministry of Health	委員
11. 科学技術副大臣	Deputy Minister, Ministry of Science and Technology	委員
12. 人口副大臣	Deputy Minister, Ministry of Immigration and Population	委員
13. 運動副大臣	Deputy Minister, Ministry of Sports	委員
14. ネピトー評議会委員	Council Member, Nay Pyi Taw Council	委員
15. 赤十字総裁	President, Myanmar Red Cross Society	委員
16. 母子福祉協会会長	President, Myanmar Maternal and Child Welfare Association	委員
17. 保健副大臣	Deputy Minister, Ministry of Health	書記
18. 保健省企画局長	Director General, Department of Health Planning, Ministry of Health	書記

出典：Health in Myanmar 2011, Ministry of Health

保健省はNHCの決定、指導にしたがって保健医療行政を行う。保健省は7つの局（department）で構成され、保健医療サービスは保健局（Department of Health : DOH）、保健医療従事者の育成は医療科学局（Department of Medical Science : DMS）が管轄している。

なお、母子保健分野に関する情報収集・確認は、保健医療サービス体制及び保健医療従事者の育成の両面から行うことが望ましいと考えられ、今次調査においてはDOH、DMSそれぞれの関連部局と面談した。

DOHでは母子保健及び基礎保健に関連するプログラム、プライマリヘルスケアに関連する保健医療従事者の配置と現任教育に係る各課を対象とし、またDMSでは助産師の卒前教育に関連する部課を対象として、聞き取り調査を行った。

保健省の7つの局は、それぞれに局長（Director General : DG）以下、副局長（Deputy Director General）、各担当部長（Director）がいる。保健省、DOH、DMSの組織は図6、7、8のと

おり。

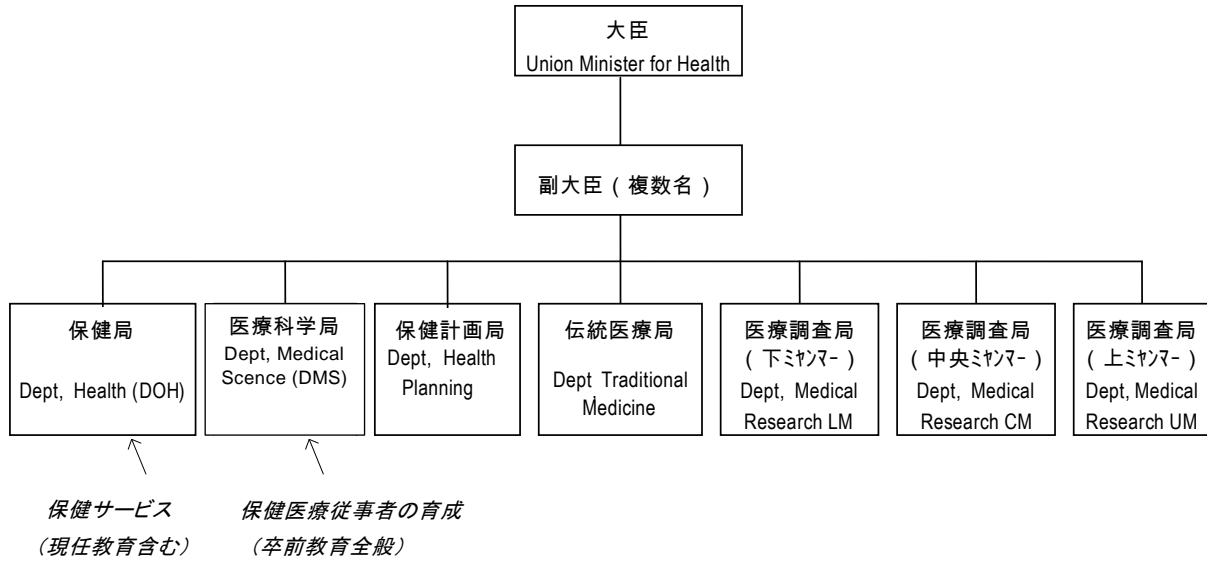
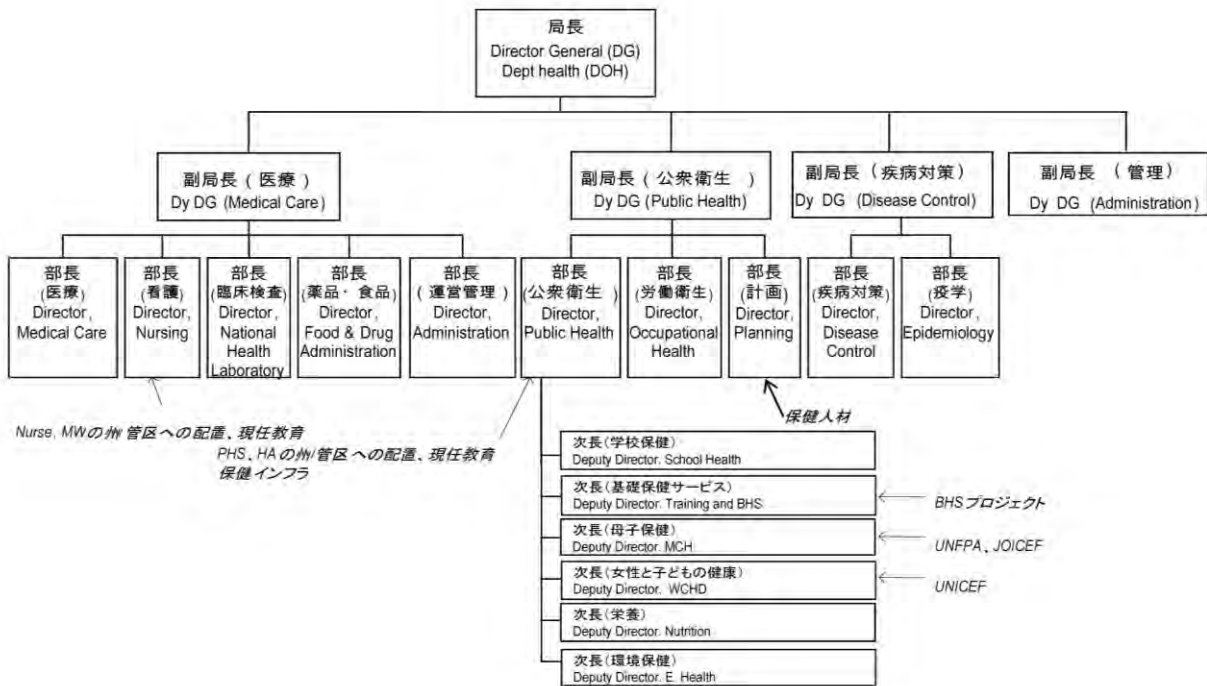


図6 保健省の構成



注：調査時の先方説明に基づく。DOH 公衆衛生部以外は課の構成は割愛した。
 図中の斜体は、調査時に確認された母子保健に関連する担当事項。当該部課の業務全般ではない。

図7 DOHの構成

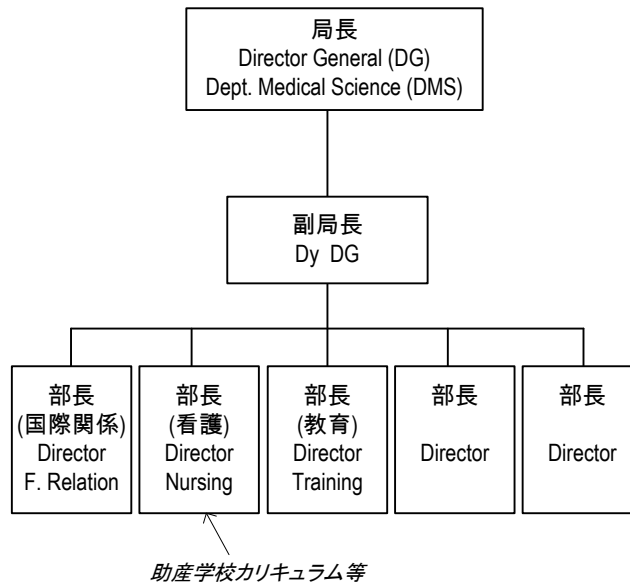


図 8 DMS の構成

(2) 関連する法律

ミャンマー政府による保健政策は同国憲法（1947 年制定、1974 年改定、2008 年改定）を大原則とする。

Box 2 ミャンマー政府保健政策の原則～ミャンマー連邦共和国憲法（2008 年改定）抜粋

<p>第 28 条 国は、 (a) 国民の教育と健康の改善に真摯に取り組まねばならない (b) 国民が教育と保健に関する諸事に参加できるように、必要な法律を制定しなければならない</p> <p>第 32 条 国は、 (a) 母と子、孤児、戦死者遺児、老人、障害者を保護しなければならない</p> <p>第 351 条 母、子、妊産婦は、法に定められた平等な権利を享受する</p> <p>第 367 条 すべて国民は、国が定める保健政策に従って、ヘルスケアを受ける権利を有する</p>

出典：Health in Myanmar 2011, Ministry of Health

ミャンマーにおける保健医療サービスは、公衆衛生法（1972 年）をはじめ、その他の保健医療に関連する一連の法律に基づいて実施されている。2011 年現在、保健省公表による関連法は Box3 のとおり。

Box 3 保健医療関連法律

- ◆国民の健康増進及び健康維持に関する法律
 - 公衆衛生法 Public Health Law (1972)
食品/薬品/環境の衛生・品質、流行病対策、民間クリニックの規則についての法律
 - 国家薬品法 National Drug Law (1992)
薬品の製造、管理、配布、販売に関する法律。食品薬品委員会の構成と権限を定義
 - 伝染病予防対策法 Prevention and Control of Communicable Diseases Law (1995、2011 改正)
伝染病の予防と対策に関する保健医療従事者及び一般市民の役割と責任
環境衛生、突発的な流行の対策と報告システム、違反に対する罰則も規定
 - 伝統薬品法 Traditional Drug Law (1996)
伝統薬及び伝統医療の促進のための法律。伝統薬の名称、許認可、宣伝活動などを規定
 - 食品法 National Food Law (1997)
食品の製造、輸出入、保管、配布、販売に関する法律。関連する委員会の構成と権限も定義
 - 煙草と喫煙に関する法律 Control of Smoking and Consumption of Tobacco Product Law (2006)
喫煙による健康被害を明示し、禁煙を促し、適切な禁煙環境を作るために制定された法律
- ◆保健医療の基準、品質、安全性に関する法律
 - 歯科口腔科協会法 Dental and Oral Medicine Council Law (1989、2011 改正)
歯科及び口腔科に関する規則と免許についての法律
 - 看護師助産師法 Law relating to the Nurse and Midwife (1990、2002 改正)
看護師及び助産師の登録、免許、規則についての法律
 - 角膜移植法 Eye Donation Law (1996)
角膜移植に関する法律。アイバンク委員会の機能と役割、角膜の提供と移植に関する規則
 - 医師会法 Myanmar Medical Council Law (2000)
医師の資格、現代的な医学教育、医師の教育の継続、医師の地位と倫理等に関する法律
医師会の権限、医師免許、登録制度なども定義している。
 - 伝統医法 Traditional Medicine Council Law (2000)
伝統薬の処方、科学的な手法による伝統医療に関する法律
伝統医協会の構成と権限、伝統医の免許と登録等も定義している。
 - 献血法 Blood and Blood Products Law (2003)
安全な血液と血液製剤に関する法律。献血、輸血、血液製剤の取り扱いを規定
 - 臓器移植法 Body Organ Donation Law (2004)
臓器移植に関する法律
 - 民間医療に関する法律 The Law Relating to Private Health Care Services (2007)
保健医療サービスについて、国の保健政策と整合性のある民間セクターの育成のための法律
- ◆社会団体に関する法律
 - 母子福祉協会法 Myanmar Maternal and Child Welfare Association Law (1990、2010 改正)
母子福祉協会及び運営委員会について定義した法律
- ◆その他（保健省管轄外）
 - 麻酔薬向精神剤に関する法律 Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Law (1993)
薬物依存症対策に関し、違法者への対処などを定めた法律
国連による麻薬及び向精神剤の不正取引の取締に関する条約の履行を目的として制定

出典：Health in Myanmar 2011, Ministry of Health

2-4 保健開発政策

(1) 中長期の保健開発計画

ミャンマーの保健開発計画は、長期的な指針であるミャンマー保健ビジョン2030 (Myanmar Health Vision 2030) に基づいて、NHC の指導のもとに5年ごとに国家保健計画 (National Health Plan : NHP) が定められる。

ミャンマー保健ビジョン2030は、30年間(2000～2030年)の長期にわたって保健開発課題について取り組む方向性を示したもので、政治的、経済的、社会的な開発目的と位置づけられる。ミャンマーにおける保健医療政策、開発計画はすべてこのビジョンを枠組みとして策定される。

Box 4 ミャンマー保健ビジョン2030に掲げられた目的

1. 国民の健康状態を向上させる。
2. 伝染病を公衆衛生上の問題とならないところまで低減させる。
3. 新たな問題を予測し、必要な対策を立てる。
4. すべての国民に保健サービスを届かせる。
5. 保健医療従事者のすべての職種を国内で育成する。
6. 伝統医療を近代化し広範に活用する。
7. 保健医療について国際水準での研究活動を可能にする。
8. 良質な基礎薬品及び伝統薬の十分な量を国内で生産する。
9. 時代の変化にあった保健システムを開発する。

出典：Health in Myanmar 2011, Ministry of Health

ミャンマー保健ビジョン2030は、保健政策及び関連法規、健康増進、保健サービス、保健分野の人的資源、伝統医療の促進、研究活動、民間セクターとの連携、保健開発のパートナーシップ、国際協力を内容としている。ミャンマー保健ビジョン2030による長期的な開発目標は表5のとおり。

表5 ミャンマー保健ビジョン2030の成果指標

指標	基準値 (2001-2002)	目標値		
		2011	2021	2031
出生時平均余命(年)	60-64			75-80
乳児死亡率(出生1,000対)	59.7	40	30	22
5歳未満児死亡率(出生1,000対)	77.8	52	39	29
妊産婦死亡率(出生1,000対)	2.55	1.7	1.3	0.9

出典：Health in Myanmar 2011, MOH

NHC の指導のもとに策定される NHP は国家開発計画の重要な一部をなすものと、ミャンマー政府は位置づけている。現在の NHP は 2006～2011 年を計画期間とするもので、ミャンマー保健ビジョン2030の長期期間における第2次の実施計画にあたる。2011年現在、第3次にあたる2011～2016年のNHPの内容につき関連省庁による検討等が進められている。

Box 5 NHP2006-2011 の骨子

<目標>

- ・社会目標であるところの「全国民の健康及び教育の水準を高める」を推進する。
- ・国の保健政策を実施する。
- ・世界の変化及び国の政治的、経済的、社会的な発展に相応しい保健システムの開発に努力する。
- ・ヘルスケアのカバレッジを拡大し質を高める。
- ・地方農村部における保健開発を促進する。

<内容>

コミュニティレベルのヘルスケア、疾病対策、入院加療、環境保健、保健システム開発、人材育成、研究活動、伝統医療、食品薬品管理、ラボラトリー、健康増進、保健情報システム

出典：Health in Myanmar 2011, Ministry of Health

NHP（2006～2011）では、優先されるべき重要課題として以下の 42 の疾患があげられている。

1. エイズ	15. 災害	29. 職業病
2. マラリア	16. 貧血	30. 精神疾患
3. 結核	17. 妊娠/分娩/産褥合併症	31. 破傷風
4. コレラ	18. 心臓血管疾患	32. 眼科疾患
5. 下痢症/赤痢	19. 事故・外傷	33. 腸チフス
6. 鳥インフルエンザ	20. 急性呼吸器感染症	34. 障害
7. デング出血熱	21. 流産	35. 口腔疾患
8. ワクチンで予防可能な疾患	22. がん	36. ベスト
9. たんぱく質カロリー栄養不良	23. 糖尿病	37. 髄膜炎
10. ハンセン病	24. 脚気	38. フィラリア
11. 分娩前/分娩後出血	25. ウイルス性肝炎	39. 耳鼻咽喉科疾患
12. 薬物濫用	26. ヨード欠乏症	40. 中毒
13. 妊娠高血圧症候群	27. 寄生虫症	41. 狂犬病
14. 性感染症	28. 蛇による咬傷	42. レプトスピラ症

出典：National Health Plan 2006-2011

(2) 母子保健分野における開発計画

2011 年現在、リプロダクティブヘルス、子どもの健康それぞれについて、実施期間中であるところの 5 年計画が存在する。

Box 6 母子保健分野の 5 年戦略計画

- ・リプロダクティブヘルスの 5 年戦略計画
Five-Year Strategic Plan for Reproductive Health (2009-2013)
Department of Health, Ministry of Health, Myanmar
- ・子どもの健康 5 年戦略計画 (2010～2014)
Five-Year Strategic Plan for Child Health Development in Myanmar
Ministry of Health, Department of Health, Women and Child Development Section

注：発行者名称は原典のまま。

いずれの戦略計画書も DOH の発行によるが、国連機関（WHO、UNICEF、UNFPA）の積極的な支援で立案されている。前者（リプロダクティブヘルス 5 年計画書）、後者（子どもの健康 5 年計画書）とも、ミャンマーの概況、リプロダクティブヘルスまたは子どもの健康についての現状分析を踏まえ、それぞれにリプロダクティブヘルスの向上あるいは子どもの健康の向上をミャンマー国民の生活の質を改善させるためのアプローチとして位置づけ、MDG 達成へ向けた戦略計画を示している。両計画に掲げられた目標及び達成値は表 6 のとおり。

表6 リプロダクティブヘルスの5カ年戦略計画における達成目標

6-1 全体目標：女性、男性、若者のリプロダクティブヘルスの状態の向上によって、ミャンマー全国民のQOLを改善する。

指標	基準値		達成目標	
妊産婦死亡	580	(1990)	290	(2013), 145 (2015)
保健員の出産介助	64%	(2007)	75%	(2013), 80% (2015)
避妊実施率	38%	(2007)	45%	(2013), 50% (2015)
若年層の出産	17%	(2007)	15%	(2013)
産前健診受診率	64%	(2007)	75%	(2013), 80% (2015)

6-2 全体目標を達成するための、各論におけるスケールアップの目標

1. 産前ケア、分娩ケア、産後ケア、新生児ケアの改善

指標	基準値		達成目標	
産前健診受診率 (1回以上)	64.5%	(2007)	75%	(2013)
保健員の出産介助の割合	65%	(2007)	80%	(2015)
新生児死亡率	出生 1,000 対 49 (2004)		50%減	(2015)

2. 良質な家族計画サービスの提供、危険な中絶の防止

避妊実施率	37%	(2001)	45%	(2013)
避妊のアンメットニーズ	19.1%	(1997)	15%	(2013)

3. 性感染症/生殖器感染症/HIV、他の婦人科疾患の予防と低減

産前健診受診者 (15-24歳) における血液検査				
梅毒	1.8%	(2008)		
	1.75%	(2009)	1.7%	(2010)
HIV	2.71%	(1992)	1.14%	(2008)
妊産婦の VCT	2,150 件	(2008)	3,050 件	(2010)
リプロエイジの HIV 陽性率	0.63%	(2008)		
	0.59%	(2009)	0.55%	(2010)
HIV 予防プログラムのカバレッジ (リプロエイジ人口)				
	100 万人	(2008)	130 万人	(2010)
	120 万人	(2009)		
リプロエイジの VCT	20 万件	(2008)		
	22 万件	(2009)	24 万件	(2010)
VCT アクセスのある妊産婦	40 万人	(2008)		
	50 万人	(2009)	60 万人	(2010)
妊産婦の ART	1,403 人	(2007)	3,050 人	(2010)
PHC 施設での STI の治療			325 カ所	

4. リプロヘルスの増進 (男性、若年層含む)

若年層の出産率	17%	(2007)	15%	(2013)
---------	-----	--------	-----	--------

出典：Five-Year Strategic Plan for Reproductive Health (2009-2013), DOH

表7 子どもの健康の5カ年戦略計画における達成目標

7-1 目標

- ・子どもの健康分野の主要な介入を拡大、促進し、子どもの死亡率を低減する。
- ・リプロダクティブヘルス、予防接種、栄養、伝染病対策の各プログラムと連携し、ライフサイクルに対応できる連続性のあるケアを提供できるよう保健システムを強化する。
- ・需要にあった質の良い子どもの健康ケアの実現をめざし、関連するパートナーと連携して行動様式の変容に取り組む。
- ・アウトリーチと計画的なサービス、基礎保健施設・病院での病児の個別ケアを通して、サービス提供体制を強化する。
- ・計画立案を共有し、効果的な資源配分を行って、子どもの死亡の低減（MDG 達成）へ向けて全国的な戦略を採択する。

7-2 目標とするインパクト

指標	達成目標
5歳未満児死亡率	出生 1,000 対 43
乳児死亡率	出生 1,000 対 35
新生児死亡率	出生 1,000 対 16

7-3 目標とするカバレッジ

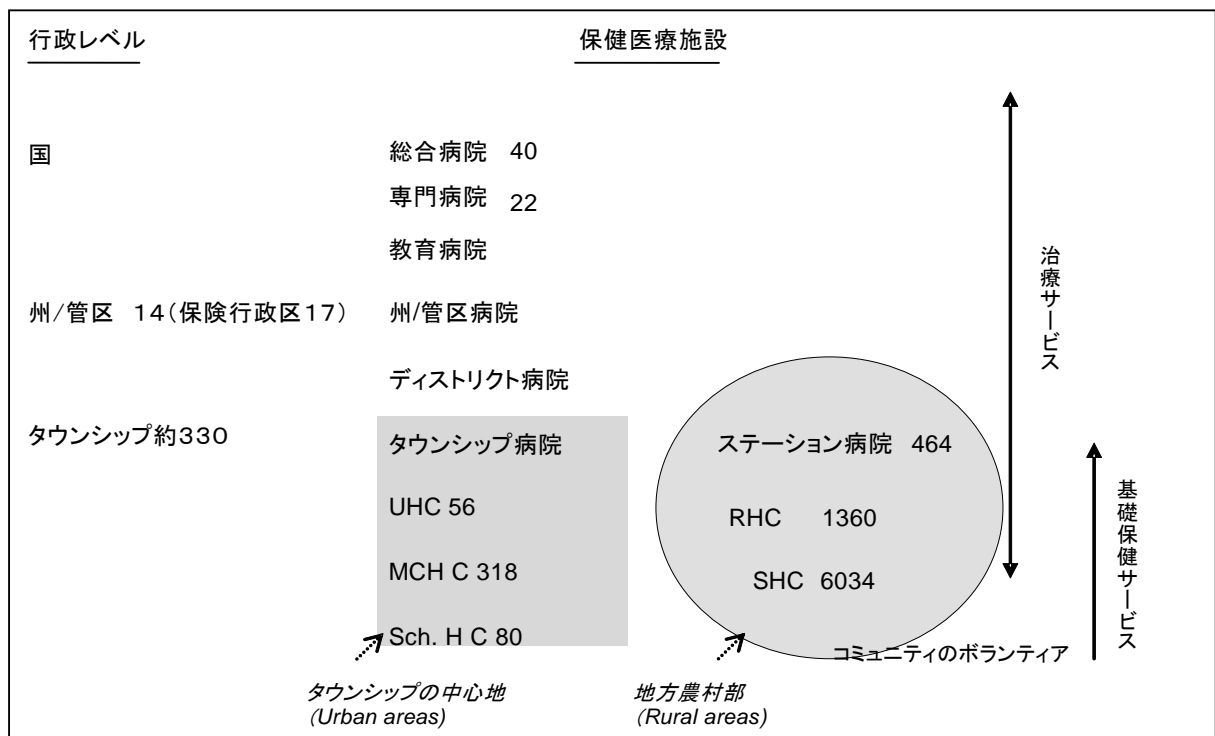
指標	達成目標
生後1週間以内に産後健診2回を受ける新生児の割合	80%
複数回の訪問を受ける低出生体重児の割合	80%
生後1時間以内に母乳を与えられる新生児の割合	80%
生後6カ月まで母乳を与えられる乳児の割合	60%
母乳と適切な補助食を与えられる6~9カ月児の割合	80%
ビタミンA剤を与えられた6~59カ月児の割合	95%
経口補水塩と亜鉛を処方された下痢症の子どもの割合	受療行動 90% ORS 処方 70% ORS+亜鉛 40%
国のガイドラインに従って抗生物質が投与された肺炎の子どもの割合	受療行動 90% 投与 70%

出典：Five-Year Strategic Plan for Child Health Development in Myanmar (2010-2014), DOH

2-5 保健医療サービス体制

(1) 保健医療施設

ミャンマーには、種々の病院、地方農村部のヘルスセンター（Rural Health Centre : RHC）、サブ・センター（Sab-rural Health Centre : SHC）、街区のヘルスセンター（Urban Health Centre : UHC）、街区の母子保健センター（Maternal and Child Health Centre : MCH.C）、街区の学校保健センター（School Health Centre : Sch.HC）等の保健医療施設が存在する。



施設数の出典：Health Profile 2008, MOH

図9 行政レベル別保健医療施設の種類等

公的な病院は、国レベルの総合病院、専門病院、教育病院をはじめ、州/地域病院、ディストリクト病院、タウンシップ病院、ステーション病院、その他の病院が全部で 841 施設（2008 年）あるが、小規模な地方農村部のステーション病院（464 施設）がほぼ半数を占める。これ以外の病院も一部の国立病院以外は 300 床未満の施設が多く、全体の 3 割程度（約 250 施設）は 50 床未満の小規模病院と考えられる。なお、保健省が管轄する 841 病院以外に、他省庁管轄の病院が 26 施設ある。

タウンシップからコミュニティレベルの保健医療サービスは、タウンシップ病院（50 床未満）、ステーション病院、RHC、SHC、UHC、MCH.C、Sch.HC 及びコミュニティレベルの保健ボランティアが提供している。タウンシップ病院は、全国に 300 以上あるタウンシップのうち、州/地域病院などの上位の病院の所在地以外にひとつずつ設置される施設であるが、実際に設置されているタウンシップ病院の数は 150~200 と考えられる。RHC は、おおむね人口 2 万人（10 カ村程度）を目安として設置されることになっており、地方農村部人口（約 3600 万人）からは、全国で 1,600~1,800 施設程度は設置されるべきものといえるが、実際の施設数はまだその段階にいたっていない。

RHC はプライマリヘルスケア全般を提供する施設で、それぞれの RHC には 3~5 カ所の SHC が附属する。RHC 及び SHC のユニットでプライマリヘルスケアを提供することがミャンマーの基礎保健サービスの大きな特徴であり、総人口の 7 割にあたる地方農村部 (rural areas) の住民にとっての公的保健サービスへのファーストコンタクトが RHC 及び SHC である。これに対して、UHC、MCH.C、Sch.HC はタウンシップの中心地である街区 (urban areas) のみに所在する施設で、UHC はプライマリヘルスケア、MCH.C は母子保健サービス、Sch.HC は学校保健サービスを提供する。ただし、タウンシップの中心地には、タウンシップ病院や民間施設もあり、街によってはさらに上位の病院もあるなど、これら街区に特化した基礎保健施設は住民にとっての唯一のヘルスケアということではない。また、タウンシップ病院やステーション病院が地方農村部の RHC 及び SHC への後方支援であるのに対して、UHC、MCH.C、Sch.HC は RHC 及び SHC との連携はなく、この意味でも、街区の基礎保健施設の重要性は相対的に小さい。他方、UHC、MCH.C、Sch.HC は、数は少ないものの、街区に所在することから、助産師のなかには RHC よりも UHC を好むものが少なくないなど、場合によっては街区の基礎保健施設の存在が、地方農村部への保健スタッフの配置を妨げる可能性もある。以上から、ミャンマーにおける基礎保健サービスについては、地方農村部に配置されている RHC 及び SHC が特に重要視されるべきものと考えられる。

保健省の資料によれば、保健省及び他の省庁が管轄する保健医療施設以外に、民間の診療所等が全国で 5,500 施設ほど存在するが、小規模なものが多いと考えられる。民間施設はヤンゴンやマンダレーなどの大都市だけでなく全国いたるところにあるとされるが、特に地方では民間施設があるのはタウンシップの中心地などの街区までであり、アクセスの悪い地方農村部、貧困層の多い地域にはほとんどないと推測される。

公的な保健サービスは、概念上、基礎保健サービスと治療サービスで構成される。保健省によれば、基礎保健サービスは BHS 及びコミュニティの保健ボランティアによるコミュニティベースのプライマリヘルスケアであり、治療サービスはコミュニティから国レベルまでの階層的な医療サービスと説明されている。以上のように施設数からみた限りにおいて、必ずしも上位の病院に資源が偏っていると断定される状態ではないが、特に地方農村部の基礎保健サービスの提供体制については、量的にもかなり不十分な段階にあると考えられる。

(2) 保健医療従事者

ミャンマーの保健医療従事者は、医師、歯科医、看護師、検査技師、薬剤師、地域医療関連職、助産師に大別される。

医師は医学士 (M.B.B.S.) 以上の資格を有する。医科大学はヤンゴンに 2 校、マンダレーとマグウェイに 1 校ずつある。このうち、特にマグウェイ医科大学は、地方に勤務する医師の育成に留意して、ヤンゴン地域及びマンダレー地域以外の州/地域の出身学生を受け入れている。歯科大学はヤンゴン、マンダレーに 1 校ずつある。ほかに、防衛省管轄下にある軍の医科大学がヤンゴンに 1 校あり、ヤンゴンに 2 カ所ある軍病院への医療従事者を輩出している。軍病院は軍関係者のみ利用可能となっている。

看護師は、4 年制看護大学卒業の看護学士 (B.N.Sc) あるいは 3 年制の看護学校の修了者 (Diploma) であるが、看護大学卒業者のほうがより早く上位の資格研修コースへ進むことができる点を除けば、従事できる職位や給与の違いはほとんどないとされる。

表 8 保健医療に関する学位と資格

種類	学位・資格	取得できる教育機関	
医学系	医学士	M.B.B.S.	医科大学
	医科修士	M. Med. Sc.	医科大学
	公衆衛生学修士	M. P. H.	公衆衛生大学
	医学博士	Dr. Med. Sc.	医科大学
	博士	Ph. D.	医科大学、公衆衛生大学
	他の資格 ^{*1}	Dip. Med. Sc.	医科大学、公衆衛生大学
歯学系	歯科学士	B. D. S.	歯科大学
	歯科学修士	M. D. Sc.	歯科大学
	歯科学博士	Dr. D.Sc.	歯科大学
	資格（歯科技術）	Dip. D. Tech.	歯科大学
	資格（歯科学）	Dip. D. Sc.	歯科大学
看護学系	看護学士	B. N. Sc.	看護大学
	看護学修士	M. N. Sc.	看護大学
	他の資格 ^{*2}	Dip. Sp. N.	看護大学
	資格	Diploma	看護学校
医療技術系	医療技術学士	B. Med. Tech.	医療技術大学
	医療技術修士	M. Med. Tech.	医療技術大学
地域医療系	地域医療学士	B. Comm. H.	地域医療大学
薬学系	薬学士	B. Pharm.	薬科大学
	薬学修士	M. Pharm.	薬科大学
その他	修了証	Certificate	助産学校
	修了証	Certificate	LHV 研修校

^{*1} 結核・胸部疾患、性感染症、家庭医療、病院運営の種類がある。

^{*2} 歯科看護、眼科・耳鼻咽喉科看護、精神科看護、小児看護、整形外科看護、重症例看護の種類がある。

出典：Health in Myanmar 2011, DMS/DOH/他の調査対象教育機関の回答

保健医療について、ミャンマーでの特徴的な教育機関は地域医療大学（University of Community Health）で、学生は修了時に地域医療学士（B.Comm.H）を取得し、保健アシスタント（Health Assistant : HA）として従事する。HA は基礎保健サービスを展開するうえで重要な職種で、RHC の責任者は HA が従事することになっている。訪問保健師（Lady Health Visitor : LHV）、公衆衛生士（Public Health Supervisor : PHS）も HA と同じく基礎保健サービスに従事する職種で、LHV は 9 カ月、PHS-1 は 1 年、PHS-2 は 6 カ月の研修コースで修了証が授与される。LHV は RHC や UHC 等、PHS-1 は RHC、PHS-2 は SHC に配属される⁹。

助産師は、以前は看護教育（看護学校 3 年間）の修了後に助産コースの研修を受けていたが、2002 年に看護師助産師法が改正されて、看護教育と助産教育が切り離された。現在の制度では、助産師になるものは高校卒業後にそのまま助産学校へ入学し、18 カ月の教育を受けて修了証を取得する。後述するように、ミャンマーにおいて、助産師は基礎保健サービスを提供するうえでの中心的な職種であり、基礎保健サービスの量的拡大を目的として助産師の短期育成が企図されたものと推測される。

⁹ 職種を直訳した日本語（保健アシスタント、訪問保健師、公衆衛生士）から受ける印象と実際の職能が異なるため、報告書での記載はミャンマーでの呼称であるところの「HA」「LHV」「PHS」を用いた。

表9 主な保健医療教育機関

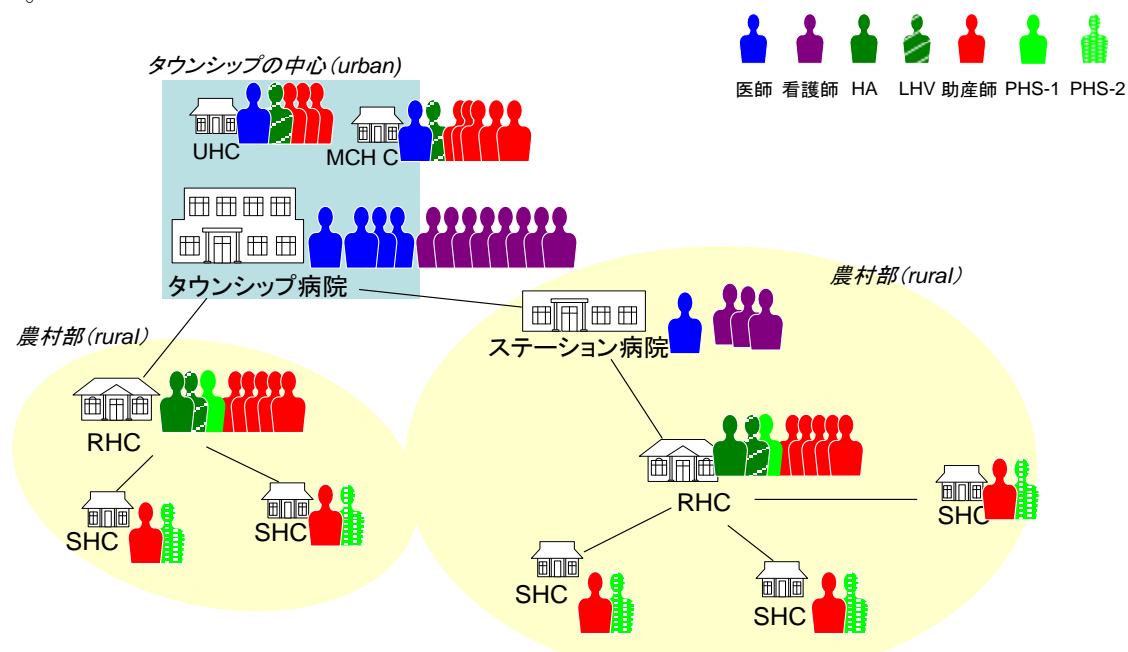
教育機関の種類		校数と所在地	期間* (卒前教育のみ)
大学	医科大学	4校 (ヤンゴン2、マンダレー、マグウェイ)	5年+1年
	公衆衛生大学	1校 (ヤンゴン)	4年
	歯科大学	2校 (ヤンゴン、マンダレー)	4年
	薬科大学	2校 (ヤンゴン、マンダレー)	4年
	医療技術大学	2校 (ヤンゴン、マンダレー)	4年
	地域医療大学	1校 (マグウェイ)	4年
	看護大学	2校 (ヤンゴン、マンダレー)	4年
専門学校	看護学校	37校 (全国の州/地域) 一部併設	3年
	助産学校		18カ月
	LHV学校		9カ月
その他	PHS-1研修	地域医療大学 (マグウェイ) で研修	1年
	PHS-2研修	地域医療大学 (マグウェイ) で研修	6カ月

* 大学は、卒前教育のみの期間

出典：Health in Myanmar 2011, MOH。看護学校、助産学校の数は今次調査中の DOH 回答

(3) 基礎保健サービスの体制

保健医療従事者について、タウンシップレベル以下の保健医療施設の人的体制を図式化すると以下のとおりで、医師と看護師は事実上病院にしかいない。制度上、街区の UHC 等は、医師（責任者）と LHV が 1 人ずついることになっているが、実際には、両者とも配属されておらず、助産師のみしかいないことが多い。RHC 及び SHC には医師、看護師は全くいない。



出典：調査での聞き取りをもとに図式化

図10 タウンシップレベル以下の保健医療施設の人的体制

地方の基礎保健サービスはタウンシップごとに展開されている。タウンシップ主任医務官 (Township Medical Officer : TMO) は、州/地域保健局の指導のもと、タウンシップの保健医療行政事務を担当し、同時にタウンシップ病院の責任者でもある。タウンシップ病院は、

TMO 以外に 2~3 人の医師がおり、看護師も 5~10 人いるとされる。ただし、当該タウンシップに州/地域病院等の上位の病院が存在するとタウンシップ病院は設置されず、タウンシップ保健事務所 (TMO 事務所) のみがあることも多い。ステーション病院は、タウンシップ病院から離れた地域に設置される極めて小規模な病院で、通常、医師 (責任者) 1 人、看護師 2~3 人が勤務する。特に子どもの死亡率の低減について、肺炎・気管支炎、下痢症の病児に必要な治療サービスを受けさせることが重要とされているところ、コミュニティ (病児の家庭) からヘルスセンターを経てタウンシップ病院、ステーション病院までのリファラルを充実・強化させることが急務とされている。

RHC は HA (責任者)、LHV、PHS-1 が 1 人ずつ、助産師が 3~5 人おり、SHC 3~5 施設が附属する。SHC は、後述のように PHS-2 の配属が進められているものの、現状ではまだ助産師 1 人しかいない施設が極めて多い。既述のとおり RHC 及び SHC はプライマリヘルスケア (一般傷病の治療、産前健診と分娩サービス、乳児健診、予防接種、栄養、保健教育等のサービス活動) を提供する施設で、村レベルの保健ボランティア (助産アシスタント¹⁰、コミュニティヘルスワーカー) は、SHC の助産師の指導のもとで、住民と保健サービスの橋渡しとしての役割を担うものとされている。

先に述べたように、ミャンマーの保健医療事情として最大の問題であるところの感染症対策にしても、これに匹敵する課題であるところの母子保健サービスにしても、保健医療サービスの階層においてはプライマリヘルスケアのレベルでなければ対処し得ないことがじつに多い。換言すれば、RHC 及び SHC はミャンマーの保健開発を展開するための最前線にほかならず、特に SHC の助産師は住民に最も近い保健医療従事者であり、その職能は極めて重要である。この意味において、助産師の教育内容と水準、他の職種との関係、担当業務と人的体制などについての長期的な改善は、ミャンマーの保健医療分野における中心的課題といえる。

(4) 保健省の取り組み

基礎保健サービスの強化、助産教育の向上などについて何らかの投入が必要であることは、DOH、DMS の関係部課でも認識されており、具体的な取り組みとして、PHS-2 の配属、助産学校カリキュラムの改定が進められている。PHS-2 は、SHC の人的体制を強化することを目的として設けられた職種で、高校卒業者を対象として地域医療大学において 6 カ月間の研修コースが用意されている。2008 年現在で PHS-2 は全国で約 2,000 人しかおらず、6,000 施設以上の SHC すべてに配属されるにはまだ遠いが、DOH としては年間 1,000 人の程度の増員をめざしている。一方、助産学校のカリキュラムは、助産術の習得に必要な教育期間、プライマリヘルスケア全般を担当できる教育内容の両方からの検討が望まれることは言うまでもない。DMS によれば、教育期間を現行の 18 カ月から 24 カ月に延長するものとして、新しいカリキュラムも完成している。新カリキュラムによる教育は、中央政府による法律や施行令の改定が必要であり、まだ 2~3 年かかると予測される。現行のカリキュラムは表 11 のとおりで、現状においても、地域看護や一般傷病の治療、応急処置などの助産術以外の内容も含まれるが、一般教育 (高校) を終えたばかりの若い学生を対象に、単独で住民のケアにあた

¹⁰ 短期のトレーニングを受け、出産助産キットも配布されているが、保健医療従事者としての正規の教育は受けておらず、助産専門技能者 (Skilled Birth Attendant : SBA) には含まれていない。

ることができるだけの力を付けさせるうえでは、基礎学問から実践的なケアまで、強化すべき教育課題は多岐にわたると考えられる。

表 10 職種別医療従事者数

	職数	配属数	欠員数	人口 10 万対職数
医師	6,529	4,733	1,796 (28%)	13.5
看護師	13,007	10,420	2,587 (20%)	26.9
HA	1,682	1,439	243 (14%)	3.5
LHV	1,737	1,624	113 (7%)	3.6
PHS-1	651	563	88 (14%)	1.3
PHS-2	1,927	1,378	549 (28%)	4.0
助産師	9,468	8,899	569 (6%)	19.6

出典：Health Profile 2008, MOH

表 11 現行の助産学校のカリキュラム（2011 年現在）

部	期間	科目	時間数	講義	実習
I	2 カ月	人類生態学	60	60	
		助産・看護の基礎	80	30	50
		栄養	30	30	
		微生物学	10	10	
		地域保健看護 I	20	20	
		基礎薬学	30	30	
		応急処置と救急ケア	18	18	
		試験	15	15	
		予備	17	17	
				小計	280
II	10 カ月	母性・家族看護	840	300	540
		疾病と救急ケア	140	35	105
		子どもの健康ケア	170	30	140
		地域保健看護 II	35	35	
		精神保健看護	24	18	6
		休講	140	140	
		予備	16	16	
		試験	35	35	
				小計	1,400
III	6 カ月	自宅分娩のケアと管理	280	70	210
		助産領域におけるリサーチの基礎	30	30	
		地域保健看護 III	140	80	60
		RHC と SHC の運営	280	40	240
		復習	40	40	
		課題研究	21	21	
		試験	49	14	35
				小計	840

注：科目の名称は英文名称を仮訳したもの。指導内容等は確認していない。

出典：マグウェイ看護・助産学校提供資料

2-6 母子保健分野における現状の問題と改善ニーズ

(1) 基礎保健サービスのカバレッジと保健インフラの問題

現状において、特に基礎保健サービスの提供体制が十分でないことが保健医療分野全体としての最も重要な問題といえる。とりわけ、SHCに1人しかいない助産師が担当地区のプライマリヘルスケアのすべてを担っている実情は、個々の助産師はとて熱心に働いているものの、全体的な保健システムとして楽観はできない問題が多い。

SHCの担当地域の規模をみると、今回の調査で訪問したSHCでは4カ村約870世帯であった。助産師のサービス活動は主に家庭訪問により、各世帯からみて年に1回程度のペースで訪問を受けることになる（活動概況はBox 7参照）。例えば、保健教育を兼ねた家族の定期健診のようなサービスであれば、この頻度でもそれなりの効果が見込めよう。しかし、たった1人の助産師が全世帯を1年がかりでやっと訪問し、SHCでの診療は毎週1、2日という環境において、例えば妊娠/分娩合併症への対応は、診療圏に均一なカバレッジがあるというよりも、助産師が偶然出会った症例への対応にすぎないといっても過言ではなかろう。当然ながら、助産師の負担は相当に大きい、1年かけてやっと回りきれぬ数の世帯を対象に、母子保健サービスはもちろん、マラリアや結核などの感染症対策、栄養指導、保健教育などすべてを1人で実施しなければならない状況において、疾病や健康問題の早期発見と対処、妊娠・出産や重要疾病についてのリスク層への的確な対応といったような、住民の個々のニーズにあわせた対応は極めて困難と考えられる。ミャンマー政府が重点を置く基礎保健サービスの内容はプライマリヘルスケアとしてはごく普通のものであるが、施設数が足りておらず、マンパワーも少なすぎるところでこれを実践することは極めて難しく、妊産婦と新生児の死亡の低減につながるだけの的を得た活動が展開できるとは考えられない。そのような状況における基礎保健サービスの提供能力は、基準人口に対する施設数や施設が担当する平均世帯数などの見かけのカバレッジよりも低いことが認識されなければならない。中長期にわたってこの点を改善していかなければ、ミャンマーにおける保健開発をこれ以上進めることは極めて困難であろうと考えられる。

ところで、地方農村部には、助産師がいてもSHCの建物がないケースもあるとされる。RHCやSHCの開設は原則としてコミュニティの意思が尊重され、コミュニティが地元の実業家などの出資を募ったり、NGOなどの資金援助を仰いで建設されることも多い。RHCやSHCの建物はDOHによる標準図面があるが、コミュニティの資金力、支援するドナーの意向で建物の広さや間取り、職員宿舎の有無などが左右されやすい。当然ながら、アクセスの悪い地方農村部、貧困層の多い地帯であればあるほど、RHC、SHC開設の困難はより大きく、一部には村役場の一室、助産師の自宅の一室をSHC代わりの診療室としているものもあるとされる。このようなケースがどの程度存在するかは確認されていないが、建物が古すぎてひどく痛んでいるなどの、保健施設としての使用に適さないような状態のものも含めて、RHC、SHCの建物にも改善のニーズがあると考えられる。なかでも、助産師が自宅をSHCとして使用しているような場合、この助産師に何らかの異動があると、その途端にSHCそのものが消滅する。また、民家や村役場の一室が診療室である場合、妊産婦のプライバシーが守られるような環境は作りにくく、まして安心して分娩ができるスペースを設けることはかなり難しい。このような既存施設の問題について、全国あるいは州/地域単位での実態の調査や評価

は乏しい。保健インフラとしての RHC、SHC の状態を評価しつつ、確実かつ効率的に基礎保健サービスの量的拡大を継続していくことが、当面の課題であるといえる。

Box 7 RHC・SHC の職員やサービス活動の例

<RHC>

- ・1988年設立。建物は1棟で、受付兼診察室、産科健診室、分娩室、事務スペース等がある。
- ・上水道、井戸はなく、雨水を利用。分娩室の清掃は、業者の水を購入する。
- ・施設に交通・通信手段はなく、TMO事務所や上位病院との連絡等は公衆電話を使用。
- ・職員 HA（責任者）、LHC 1人、助産師 5人、PHS-1 1人、警備員 1人。警備員は唯一の男性で施設に常駐。HA以下の保健医療従事者（全員女性）は、施設に宿舎がないため、近隣の民家を借りている。
- ・診療は月～金、夜間、週末の急患は警備員が保健医療従事者を呼びにいて対応する。
- ・附属する SHC は4カ所ある。
- ・一般傷病の治療、産前健診（毎週水曜、20人/日）、施設分娩（4件/月）、自宅分娩介助（8件/月）、
- ・予防接種（毎月1日、子ども40人/日、女性20人/日）
- ・職員のうち助産師全員がトレーニング（主にTMO事務所）で不在になることがあるが、HA、LHVとも助産師出身であり、その間も急な出産などに対応はできる。

<SHC>

- ・1996年設立。建物は1棟（RHCより小さい）、多目的室、産科診察室がある。
- ・助産師1人（新卒者、勤続9カ月）、助産師はSHCに居住（専用室あり）
- ・SHC-2は未配属、非保健員1人。
- ・担当地域は近隣の4カ村、872世帯。
- ・月～木は家庭訪問（3～4件/日、一般診療、保健教育、産前健診、乳児健診等）。家庭訪問はバイクを使用し、体温計、聴診器、トラウベ、若干の薬品等のキットを携行する。
- ・金曜日はSHCでの診療（主に一般診療、産前健診）
- ・着任後これまでの9カ月で自宅分娩介助20件、うち3件を近隣病院へリファー（遷延分娩、前置胎盤）

(2) 保健医療従事者の教育水準と昇格制度

これまで述べたとおり、2011年現在、助産師の教育期間の延長も含めてカリキュラムが改定されつつある。教育期間が6カ月延長されるということ以外、改定後のカリキュラムの内容はまだ公表されていないが、国の助産術としても、プライマリヘルスケアの人材育成としても、今回の改定だけですべてが解決するとは考えにくく、長期的、段階的な取り組みを検討する必要があると考えられる。

現状において、ミャンマーにおける助産師は一般にいうところの「助産師」よりも業務の範囲が広い。厳密に言えば、助産師（midwife）という呼称にあっていないか、呼称が正しくない。助産師は確かに助産術の教育を受けているが、看護師が4年制大学または3年制専門学校での教育を受けているのに対して、助産師は助産学校の1.5年の教育しか受けていないため、必然的に、助産師を助産術の専門職というより、看護師よりも水準の低い一般的な保健職と位置づけることになる。問題の本質は、看護教育と助産教育が別系統であることよりも、両者のバランスが悪すぎることにあるように思われる。

既述のとおり、助産教育が看護教育から切り離されてより短期間となったこと背景には、RHCやSHCの増設を実現するための人材育成が企図されたものと推測されるが、このことがヘルスセンターは助産師の勤務先と決めつけてしまう要因としても作用し、看護師は病院、助産師はヘルスセンターという固定観念ができてしまっている。現状において、看護師のは

うがより高い教育水準にあることを思えば、プライマリヘルスケアの強化策として、RHCに看護師を配属して基礎保健サービスの臨床能力の強化を図ることもひとつのオプションであろうはずが、看護師と助産師の職域が階層的にわかれてしまっている実情において、看護師をヘルスセンターに配属することは非現実的といわれている。

看護教育と助産教育が別系列であることについては、欧州の先進国にも同様の例はみられる。しかしながら、ひとつの国の保健医療において、看護と助産が病院サービスとプライマリヘルスケアで階層的な住み分けをしている例は珍しい。看護師と助産師のどちらが上位か、看護教育と助産教育のどちらが高水準かという議論ではなく、看護師と助産師が協働する場面がミャンマーにはない（前掲図 10 参照）。特に、プライマリヘルスケア、感染症対策、妊産婦ケア、新生児ケアなどのすべてにおいて課題山積でありながら、保健医療の資源も潤沢とは言い難い状況において、決して効率的な仕組みとは考えられない。長期的な課題として、助産教育の改定もさることながら、良質な保健医療サービスを効果的に提供できる体制作りとして、保健医療従事者の職能と教育制度を整えていくことが必要といえる。

ところで、ミャンマーにおける保健医療システムのひとつの利点は、州/地域に看護学校、助産学校があることで、RHC、SHC の助産師はほとんどがその州/地域出身者である。ミャンマーでは保健医療従事者も含めてすべての公務員の雇用は中央政府が決定し、中央政府が決定した職種別雇用数について、保健省が州/地域への配属数を決め、これに基づいて州/地域保健局が人材を雇用して具体的な配属を決める。人員雇用の意思決定は中央政府の権限であるものの、具体的な雇用は州/地域で行われる。例えば、今回の調査で訪問したマグウェイ地域の場合は、助産学校が2校あり、両校あわせて年間で50人程度の卒業生がいる。このほぼ同数にあたる雇用数が、毎年、州/地域から保健省、保健省から中央政府へ申請され、中央政府の決定と保健省による配属数のもとに、地域保健局が地域内の助産学校卒業生のほぼ全員を地域内のRHCやSHCに雇用している。

上述は、プライマリヘルスケアの人材確保としては良策であり、出身州/地域で就職した保健医療従事者は、一家が他へ移転するなどの特別な事情がない限りは、他の州/地域へ異動することはほとんどない。一方、ミャンマーでは保健医療従事者がひとつの職にとどまらずに昇格を志すことが日常的で、例えば、助産学校を出て助産師になったものは、所定の教育コースへ進んで、看護師、LHV、HAなどに昇格する。これは助産師に限ったことではなく、4年制大学卒業の看護師の場合も、専門看護師の資格（Dip. Sp. N）、修士号などを順次取得して最終的には看護大学教授の位につくことをめざす。いずれの場合も、昇格のための教育コースへ進むには、現職での所定の勤続年数と勤務評価、職場の管理職による推薦状などがなければならない。教育コース受講中は現職は休業するが、給与はそのまま支払われる。コース修了後は一旦現職に復帰して機会をみて上位の職に応募するが、医師や上級職を除いて、多くの場合は州/地域内で上位の職につき、圏外へ出ることはあまりない。大学、専門学校での新規の人材育成が安定していさえすれば、このような昇格を指向する風潮自体に何ら問題はなく、個々の保健医療従事者がそのような意欲をもつことはむしろ良いことといえる。しかし、現状の制度下では、教育コース受講中も給与が支払われるため、受講中の保健医療従事者が現職についていないことは欠員として扱われない。特に、SHCの助産師が受講すると当該SHCが機能しないことになるが、そのようなSHCがどの程度あるかについて、DOHでは全く把握できていない。近年、新年度の雇用に関する州/地域保健局からの申請に、このよ

うな昇格活動にともなう一時的な欠員を補うための人数を含むことが徐々に認められつつあるとされるが、特に基礎保健サービスの保健インフラを安定させるうえで、このような一時的な欠員も的確に補えるような努力が望まれる。また、特に助産師について言えば、皆が昇格を指向、すなわち所定の勤務経験を経て看護師、LHV、HA に転身することは、現職の助産師は常に皆若く、助産師としての熟練者が育ちにくいことになる。助産師が昇格する割合や平均勤続年数などの資料はないが、極論すれば、現状の制度下での昇格制度が、個々の職種、特にプライマリヘルスケアに従事する職種の水準の向上を妨げてしまう可能性も否定できない。将来的には、助産師あるいはプライマリヘルスケアに従事するスタッフの地位と職能を上げていくことなども検討する必要があると予測される。

(3) タウンシップレベルの運営能力と現任教育の負担

保健医療分野の主要プログラムのそれぞれで熱心にトレーニングが実施されている。種々の課題がプライマリヘルスケアにおける実践を必要とすることはすでに述べた。この結果、それぞれのプログラムで実施されるトレーニングは、そのほとんどがタウンシップレベル以下のスタッフを対象とする現任教育となる。実際に、TMO は頻繁に DOH あるいは州/地域保健局による指導（指導者研修）を受け、また、頻繁にタウンシップの保健医療従事者を集めて指導する。今回の調査で訪問したタウンシップでは、TMO は年 10 回程度のトレーニング（それぞれ 3 日間程度）を受け、月 2 回程度はタウンシップの基礎保健スタッフを職種別に招集してトレーニングを実施していた。タウンシップレベルにおいて現任教育が活発であることは良いことであり、ミャンマーの保健医療従事者の多くはそれが当たり前であると思っている。しかし、これまで述べたように、サービス提供体制が十分ではないなかで種々のトレーニングの実施が頻繁すぎると、保健医療従事者の活動の負担につながって、日常のサービスを阻害してしまう可能性さえある。また、内容の異なるプログラムのトレーニングが調整されるポイントがタウンシップレベルである構造において、医療と保健開発に係る全般的な知識、計画立案、実施運営などについての TMO 1 人の能力次第で、当該タウンシップでの現任教育の質と効率性が左右されることも起こり得る。国レベルでの戦略計画を立案する段階でサブカテゴリーがよりの確に設定されていることが望ましいが、さらにタウンシップレベルでの能力開発に力を入れ、地方農村部も含めて、現任教育の効果と効率性を上げていくことが望まれる。

2-7 主要ドナーの動向

従来、ミャンマーの保健セクターに対する支援は感染症対策や母子保健などの国際イニシアティブを通じた支援が多く、日本のように二国間政府援助を行っているドナーは少ない。

保健セクターの主要ドナーの動向に大きな影響を与えたのは、2005 年 1 月に一旦支援を開始した世界エイズ・結核・マラリア対策基金（Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria : GFATM）が、同年 8 月に対ミャンマー支援を打ち切ったことであった。その後、GFATM は、ミャンマー政府からの要請（2009 年）を承認し、2011 年現在、すでに対ミャンマー支援を再開している。2005 年当時、GFATM が撤退したミャンマーにおいて、結核、マラリア、HIV/エイズの対策プロジェクトが滞ることを回避する目的で、英国国際開発庁、スウェーデン政府、ノルウェー政府、欧州共同体、オランダ政府、オーストラリア国際開発庁の六者が三疾病対策基金（Three Disease Fund :

3DF) を設立し、事実上、GFATM の支援を肩代わりしてきた。この間、特に欧州の諸外国政府は、ミャンマー政府（当時）への直接的な支援は行わない方針を取り、国連機関（WHO、UNICEF、UNFPA 等）へのイヤーマーク付きの資金を提供してきた。つまり、二国間政府援助を実施するかわりに、国連機関の本部を介して、国連機関のミャンマー事務所の活動資金が援助されてきた。資金の規模は不明であるものの、例えば WHO ミャンマー事務所の場合は、WHO 本部から割り当てられる予算よりも、諸外国政府のイヤーマーク資金のほうがはるかに金額が大きいとしている。また、3DF で購入される感染症治療薬なども、WHO ミャンマー事務所が荷受人となって輸入されるなど、基金の実施面において国連機関ミャンマー事務所が重要な役割を果たしてきている。

このような経緯で進んできた対ミャンマー保健セクター支援において、GFATM の支援が再開した現在、2011 年で終了する 3DF は基金を解消せずに、MDG 4/5/6 の達成、すなわち母子保健分野を対象分野を移行して基金を継続する方針でいる。この基金とは別に独自の資金援助も打ち出しているオーストラリア政府は、三大感染症対策についても GFATM が対象に含めない部分の補完などの支援を継続するとしているが、全体として母子保健対策への明らかな移行がうかがえる。

このように、GFATM 撤退によって危機感をもって感染症対策に集中してきた支援が、GFATM の再開によって感染症対策に匹敵する課題であるところの母子保健へも焦点が向けられつつある状況といえる。

現状において、母子保健分野での主要ドナーは、WHO、UNICEF、UNFPA でリプロダクティブヘルスあるいは子どもの健康分野での支援を行っている。ただし上述の経緯にて、これら国連機関のミャンマー事務所はドナー資金の実施機関としての色合いが濃く、活動の内容はタウンシップ単位でのトレーニングや小規模な資材供与、NGO への資金援助などが多い。既述のとおり、現在実施中のリプロダクティブヘルス、子どもの健康についての 5 年戦略計画の内容は、それぞれ UNFPA、WHO/UNICEF の関与が大きい。この計画書の内容も、戦略というよりは実施に近い各論が多く、関係国連機関のミャンマーにおける特殊な事情がうかがえる。

ところで、感染症対策や非伝染性疾患対策のような他の領域に比べて、サブカテゴリーに境界線を引くことが特に難しいことが母子保健領域の特徴である。ヒトが安全に生み、生まれて、生きることへの取り組みにおいて、母と子を切り離すことは難しく、一方母子それぞれ別個のニーズも存在し、また避妊、不妊症の治療、若年層の妊娠など、密接にして角度の異なる論点も多く存在することによる。したがっていずれの国の保健開発においても、戦略計画や具体的なプログラムの立案に際して、母子保健のサブカテゴリーを適切かつ現実的に定義していくことが必要となるが、ミャンマーの母子保健はこの点についての整理があまりできていない。

ひとつの理由は、上述のように主要ドナーである国連 3 機関の役割がドナー資金の実施に傾きすぎていることによる。いずれも、リプロダクティブヘルス、子どもの健康分野における調整機能の必要性を強調している。しかし、そのような調整機能を実現させるための具体的な方法はまだ定まっておらず、ミャンマーの保健セクターへの支援として、リプロダクティブヘルスと子どもの健康をどのように整理して、互いの重複を回避し、協調を図るべきかについて議論されるのは、まだこれからといえる。もうひとつの背景として、対ミャンマー保健セクター支援は、GFATM や 3DF 以外に、諸外国政府機関、国際 NGO などによる本格的なプログラムがほとんどないため、つまり、ドナー機関が競って独自のプログラムを主張し、相互に調整を図るような環境になかったことも指摘される。今後は、全体の流れとして保健セクター支援の調整機能が徐々にできていくものと予測されるが、ミャンマー政府機関がネピトーに所在し、国連機関、諸外国政府を問わ

ず、外国人はすべて旅行許可がなければ移動できない、何より入国査証を取得するためにはかなりの日数・労力を要するなど、ミャンマー固有の阻害要因があることも事実で、本格的なドナー協調の環境ができるまでにはまだ時間がかかるものと予測される。

第3章 ミャンマーの母子保健分野についての今後の協力の方向性

3-1 日本の協力実績

ミャンマーに対する日本の協力において、人道的意義の高い保健医療案件はひとつの柱と位置づけられてきた。これまでに種々の技術協力、無償資金協力が実施され、近年は主要感染症対策プロジェクト、地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクト、基礎保健スタッフ強化プロジェクト、伝統医療プロジェクト、子どもの健康と栄養事業、結核対策薬品機材整備計画、国家マラリア対策計画などが実施されている。このうち、特に母子保健分野に関するものは、地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクトと基礎保健スタッフ強化プロジェクトで、概要は以下のとおり。

(1) 地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクト (2005.2～2010.1)

保健医療従事者の知識・技術及び数の不足、物理的アクセスの悪さや保健システムの未整備などにより特に農村地域における保健医療施設・サービスの不足や欠如、基礎的薬品や避妊薬（具）の不足などが原因で、リプロダクティブヘルスのサービス及び情報への住民のアクセスが限られており、このような状況を改善する必要があるとの考え方に立ち、プロジェクトでは地域住民の主体的なリプロダクティブヘルス推進活動を重視して、住民参加による支援体制作りを進めるとともに、地域住民の健康についての意識を高め、自らの健康を自らで守る行動を起こすための健康教育活動の推進とその担い手となる保健医療従事者や母子保健推進員（ボランティア）の人材育成を実施した。プロジェクトでは、北シャン州の2つのタウンシップにおいて30世帯に1人の割合で保健サービスと妊産婦をつなぐ役目を果たす母子保健推進員を養成し、母子保健推進員は産前・産後健診の推進や母子予防接種のサポートを行い、地域のニーズに合わせて農村部の保健センターの改修や基礎医療器具の整備も支援する。同プロジェクトにおける日本側の投入としては、専門家派遣（プロジェクトマネージャー、業務調整、地域保健、助産教育、産婦人科、IEC/BCC、保健情報管理システム等）が派遣されている。詳細は JICA ホームページ <http://www.jica.go.jp/project/myanmar/0305059E0/> 参照。

(2) 基礎保健スタッフ強化プロジェクト (2009.5～2014.5)

ミャンマーでの妊産婦や乳幼児の死亡率、感染症罹患率が非常に高いことが問題とされるなか、保健医療従事者、特に地域住民と接する機会の多い基礎保健サービスに従事するスタッフが不足していることや、彼らが提供する保健サービスの質が低いことなどに関し、トレーニングのシステムの改善を通じて BHS の能力向上を図ることを目的として開始されたプロジェクトである。プロジェクトでは、中央保健省、州/地域、タウンシップの各レベルに設置されるトレーニングチームを強化することを活動の中心に据え、トレーニングチームの能力を向上させることで、研修の質が高まり、研修の記録が整備され、最終的には BHS の能力が向上することをめざしている。日本からは、チーフアドバイザー、業務調整、研修管理、研修情報マネジメント、モニタリング評価等の専門家が派遣されている。詳細は JICA ホームページ <http://www.jica.go.jp/project/myanmar/0601879/index.html> 参照。

3-2 日本の協力としての方向性

今回の調査の結論として、ミャンマーの母子保健における最大の課題は基礎保健サービスの強化であり、すなわち狭義の母子保健というよりも、プライマリヘルスケアの強化こそが支援の方向性として適切であると考えられる。これまで述べたように、ミャンマー母子保健分野の現状において、プライマリヘルスケアのなかから産前健診や分娩ケアだけを切り出して改善を議論することは非現実的である。妊産婦ケアや新生児ケアに関する現状の問題は、基礎保健サービス全般が改善されない限り解決は難しい。なお、これまで日本が支援を続けてきた主要感染症対策についても、対策活動の前線であるところの基礎保健サービスをより良く機能させることは、これまでの協力成果の持続とより上位の目標の達成のためにも重要である。ところで、日本の対ミャンマー支援は、BHS 強化や地域展開型リプロダクティブヘルスなど、基礎保健サービス全般の強化に取り組むうえで有効なアプローチとしての協力実績もある。したがって、これまでの協力の成果を最大限に活用しつつ、より効率的・効果的に対ミャンマー保健分野の支援を維持していくうえで、基礎保健サービスの強化は最も適切な方向性であると判断される。

ミャンマーにおけるプライマリヘルスケア、つまり基礎保健サービスの強化を基本的な方向性とするれば、短期的に可能な協力として基礎保健サービス提供体制の整備、中長期的な協力として保健医療従事者の育成システムの改善が検討に値すると判断される。これらを軸として、調査・検討を継続しつつ、ミャンマーにおける改善ニーズに対して日本の協カスキームが合致する内容で協力計画案が検討されていくことが望まれる。なお、現在のミャンマーの保健医療事情において、貧困層の所得向上、社会サービスへのアクセスとしての交通手段・通信手段の改善、安全な飲料水や適切な衛生設備の普及など母子保健の開発課題は農村の開発と重なる部分も多く、ミャンマーの母子保健分野における日本の今後の協力は、農村部に焦点を置いた保健開発としてのビジョンを明確に打ち出していくことが重要と考えられる。

(1) 農村部における基礎保健サービスの提供体制の強化

基礎保健サービスの提供体制の強化に関し、日本の支援として、無償資金協カスキームによる RHC、SHC の整備を検討することが可能と考えられる。ヘルスケアの直接的阻害要因となっている物理的な問題を解消し、既存の保健インフラが最大限に有効活用されることを目標として、基礎保健サービスの量的、質的改善を支援するための協力計画を検討することができる。対象地域、協力の規模と内容等については、以下のように、今後の調査・検討が必要と考えられる。なお、RHC、SHC の整備は、コミュニティにより近い保健施設であることから、現地の工法、資材を活用することが望ましいとも予測され、日本の援助として耐えられる工事を実施できる現地業者の存在が確認されるなどすれば、コミュニティ開発支援無償の適用も検討の余地がある。

対象地域については、国内でも妊産婦や子どもの死亡率が特に悪いと考えられる中央乾燥地帯を想定することが妥当であり、中央乾燥地帯のなかからさらに対象地域を絞るべきと考えられる。中央乾燥地帯の3行政区（マンダレー地域、サガイン州、マグウェイ地域）では、上位の病院も比較的多く上ミャンマーの中心であるマンダレー市が所在するマンダレー地域よりも、サガイン地域及びマグウェイ地域を優先することが適切と考えられる。本報告書を取りまとめるまでに入手できた資料などをみる限り、特にサガイン地域には基礎的な保健統計情報が欠落している地域が散見され、地方レベルの保健行政が行き届いていないと推測されるなど、日本の無償資金協力の対象地域とするうえでの困難があることも懸念される。他

方、マグウェイ地域には、国内唯一の HA 育成機関であり PHS の研修場所でもある地域医療大学が存在し、国内に 4 校ある医科大学のうちマグウェイ医科大学は地方勤務医の育成に焦点を置いた大学であるなど、他とは異なる特徴がある。マグウェイ地域は、一般に国内でも経済状態がより悪い地域とされるが、地域内でも特にエーヤワディ川の東岸と西岸を比べると西岸の状況が悪いとされている。今後の検討にあたっては、経済状態、所得水準などにも考慮する必要がある。

対象施設は、理論上、助産師がいても建物がない SHC、建物があっても保健施設として適さない施設、分娩室がないかあっても状態が悪い施設が適切な対象と考えられる。ただし、今回の調査で確認できた限りにおいて、州/地域単位、タウンシップ単位での施設の物理的な状況をまとめたインベントリ等はなく、つまり整備の対象となる施設数を想定できる根拠が整っていない。対象地域を検討する際に、当該地域の RHC、SHC の物理的な状態についての情報もあわせて検討することが必要と考えられる。

対象施設について、広範な地域（例：ひとつの州または地域全体）から状態の悪い RHC、SHC を選択すれば、当該地域の基礎保健サービスにおいて特に改善ニーズの大きい施設をピンポイントで狙った投入が実現するが、他方、無償資金協力事業としては効率が落ち、プロジェクト目標や成果指標の設定が難しくなる。これに対して、特定の地域（例：ひとつのタウンシップ）を選択して当該地域の RHC、SHC のほぼすべてを対象施設とすれば、無償資金協力事業としての効率が上がり、面（対象タウンシップ全体）としてのプライマリヘルスケアの向上に期待することができるが、ひとつの州/地域のタウンシップ間で RHC 及び SHC の状態が全く異なることは考えにくく、隣接するタウンシップのより問題が大きい施設を放置して、対象タウンシップの相対的に状態の良い施設を改善するという矛盾も生じかねない。実際的には、隣接する複数のタウンシップを対象地域とし、そのなかから対象とする RHC、SHC を適切に選定することが妥当であろうと予測する。上述のとおり、既存の情報のなかにこの点を推測する根拠が乏しいことには十分留意すべきで、したがって、対象地域を検討する段階から、当該地域の RHC、SHC の物理的な状態などの情報を収集して検討することが必要と考えられる。

ところで、無償資金協力事業として RHC、SHC の整備を検討する際、ソフトコンポーネントを導入して協力事業の効果を高めることが提言される。これに関し、日本の協力実績として前節に掲載した技術協力プロジェクトの経験を活用し、より効率的な計画を立案することが可能と予測される。特に、基礎保健スタッフ強化プロジェクトは基礎保健サービスに従事する保健医療従事者の能力の向上を最終目的として、州/地域やタウンシップのトレーニングチームの能力向上を目的としたプロジェクトであり、そのアプローチによるタウンシップレベルの能力開発はミャンマーの現状において極めて重要な論点である。既述のとおり、中央で計画される種々のプログラムの要点が基礎保健サービスに確実に反映し、このために必要な現任教育も適切に実施されるためには、タウンシップレベルの運営能力が要であり、すなわち当該タウンシップに十分な運営能力があることが、RHC、SHC の整備による基礎保健サービス提供体制の強化をより確実なものとする。同プロジェクトで育成した人的資源を無償資金協力計画のソフトコンポーネントにおける指導者として投入できれば、協力事業の効率性が高まり、無償資金協力、技術協力の両方において活動効果の持続性も高めることにつながる。

また、SHC の助産師の活動のなかに、コミュニティの保健ボランティアの指導が含まれる

ことについて、地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクトの実績である母子保健推進員の育成と指導が、無償資金協力の対象地域で実施されれば、無償資金協力による SHC 整備との相乗効果も望める。同プロジェクトはすでに終了しているが、DOH 公衆衛生部は、母子保健推進員の育成をプロジェクトの対象地域外にも徐々に拡大していく方針で、2011 年は UNFPA からの資金援助を取り付けて数カ所のタウンシップで活動を継続している。RHC、SHC 整備を内容とする無償資金協力が実施される場合、その対象地域において母子保健推進員の育成を図ることも検討に値する。

当然ながら、RHC、SHC の整備を内容とする無償資金協力の検討にあたっては、保健医療従事者の配属状況などについて留意の必要がある。SHC の助産師が欠員であったり、RHC に必要最低限の職員が配属されていないような施設を対象とすることは不適切であり、RHC、SHC 職員の配属状況も確認していく必要がある。特に、助産学校のカリキュラム改定に関し、教育期間が 1.5 年から 2 年に延長した場合、一時的に人材育成のペースが落ちる可能性も否定はできず、新カリキュラムが実施されるタイミングなどにも十分留意することが望ましい。

また、施設分娩率が 23% と低い現状において、RHC や SHC の整備・改修を検討するにあたっては、住民へのニーズ調査を行い、施設改修の妥当性・必要性を検証することも必要と考えられる。

(2) 農村の保健開発を担う人材の育成

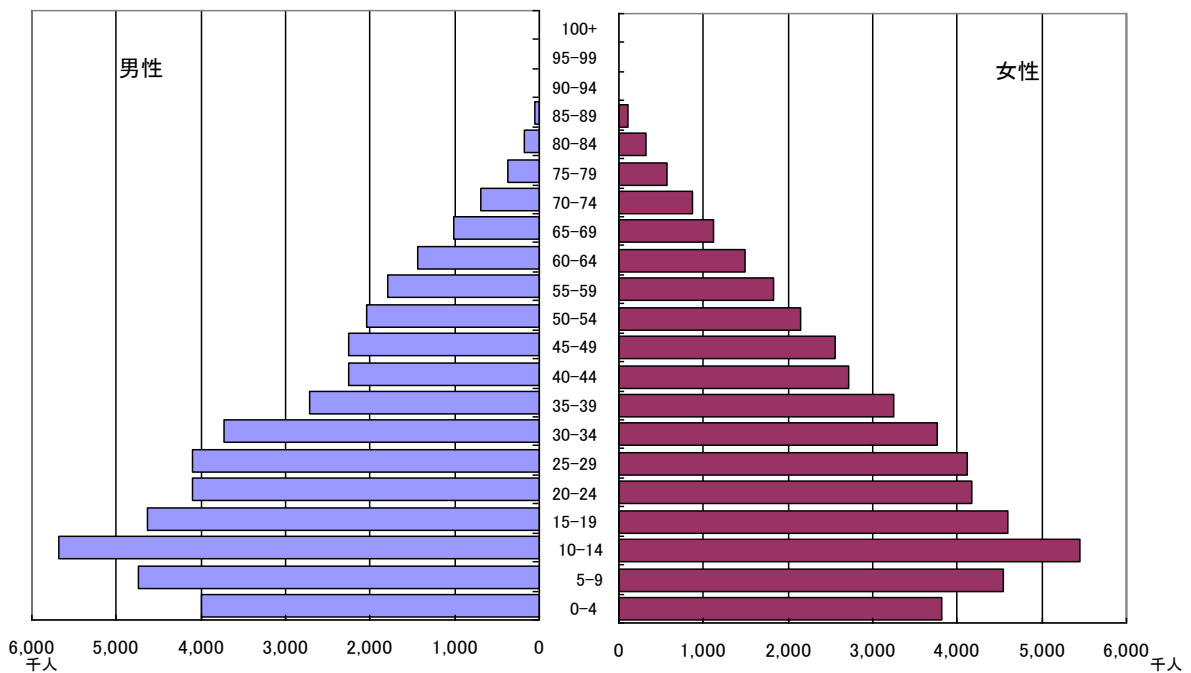
ミャンマーにおいて助産術改善の援助ニーズは極めて大きい。しかしながら、現状においてこれを内容とする二国間政府援助は立案しづらい。カリキュラム改定に伴う助産学校に対する支援としての教材(分娩模型などの人体モデル、助産術及び保健医療に関する専門図書)、講義棟・学生寮などのハード面での整備は、日本の協カスキーム上は可能であるが、助産学校の学生収容能力の維持や拡大には貢献しても、本来必要であるはずの教育制度そのものの改善にはつながらない。これまでの経緯から、基礎保健スタッフ強化プロジェクトや地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクトに限らず、日本の技術協力はミャンマー側の評価が高い。助産教育についても保健省の一部には日本の側から有効な技術協力が提案されることを望む声もある。しかしながら、現段階においては、抜本的な改善の方向性がみえておらず、日本の支援として本来必要であるはずの技術協力を検討するだけの環境が整っているとは言いがたい。一方、客観的に考えて、特に基礎保健サービスに関連する人的資源の開発は国外からの技術支援を最も必要とする部分であり、今後の NHP で具体的な改善等が取り上げられるなどすれば、改めて日本の技術協力が求められることも推測される。本調査の結果からは、助産師及び他の保健医療従事者の教育システムについて、基礎保健サービス及び農村の開発に資することを基本方針としつつ、以下のような考え方で長期的な視野に立って協力の方向性を検討することが提言される。

ミャンマーの保健医療分野において、助産師の職能と教育制度は将来へ向けての保健医療の大きな課題である。DMS、DOH とともに助産教育についての問題意識は高く、1.5 年(あるいは 2 年)の教育を受けたのみの現在の助産師が果たして新生児・妊産婦を救命できるだけの水準にあるかなどの問題が頻りに議論される。一方で基礎保健サービスを提供する保健医療従事者としての助産師の職能と教育、助産師と PHS の適切な関係と分担というようなより広い観点での議論はあまりない。妊産婦と新生児の死亡の低減という大きな課題に対して、ミャンマーにおける助産術の問題が極めて深刻であることは事実であるが、この大きな課題

への取り組みが助産教育にまつわる各論のみで達成されるとは考えにくい。問題の深度からは、より健全な農村の保健開発をめざして抜本的な改善を検討すべきことは論を俟たない。

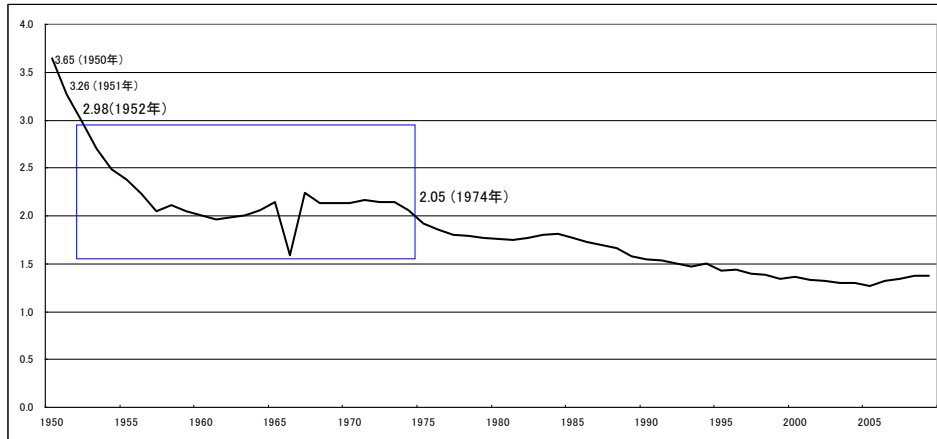
客観的にみて、ミャンマーの保健開発は、助産術も含めてプライマリヘルスケアに関連する保健医療従事者の能力向上にさらに力を入れるべきであり、長期にわたって政治的、経済的、技術的に可能な改善を進めるための方向づけが重要といえる。ミャンマー政府として、ミャンマーにおける母子保健のこれまでの推移とこれからの予測を踏まえて、何をどう進めていくかを判断する必要がある。日本の支援として、本格的な技術協力プロジェクトを検討するには時期尚早といわざるを得ないが、他方、ミャンマー政府が具体的な方向性を見出すための検討材料を日本の時代推移から提供しつつ、今後の協力の方向性をともに検討していくことは可能と考えられる。

第2章の冒頭においてミャンマーが人口転換期にあることを述べた。日本の人口動態に同様の傾向が現れたのは、1955～65年前後のことであった。1955年の日本の人口構成は現在のミャンマー（前掲図2）と酷似する。この時期、日本の合計特殊出生率は、1952年に3以下となって1970年代前半までの間、現在のミャンマーがそうであるように、2.5～2.0を推移していた。1950年代は日本政府が衛生的で安全な分娩ケアに力を入れた時代であった。当時の日本の施設分娩率は17.6%（1955年）で現在のミャンマーの23%（前掲表1）よりもやや低かったが、79.2%（1964年）、88%（1966年）と急激に上昇した。



出典：World Population Prospects, the 2010 Revision

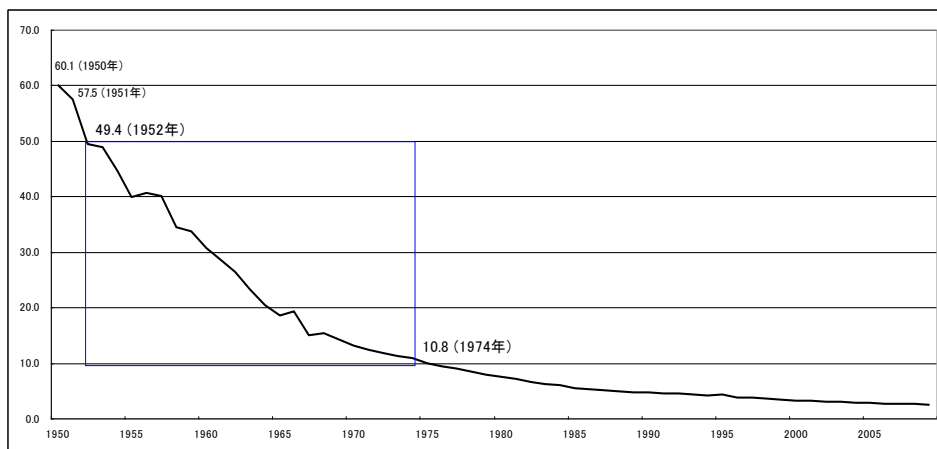
図11 1955年の日本の人口構成



出典：平成 21 年人口動態調査 厚生労働省

図 12 日本の合計特殊出生率の推移

日本の乳児死亡率の急速な改善はよく知られているが、1951 年の出生 1,000 対 57.5 は現在のミャンマーとかわらない。当時の日本の子どもの死亡の原因も、現在のミャンマーと同じく肺炎・気管支炎、下痢症などがかなりの割合を占めていた。日本のこの時代は、高度経済成長の始まりであると同時に、農村における社会開発も進み、感染症から非伝染性疾患への疾病転換も生じ、諸外国に例をみない速度で少子高齢化が進み、変化する保健医療のニーズにあわせて保健医療従事者の育成カリキュラムも数回の改定を経た。



出典：平成 21 年人口動態調査 厚生労働省

図 13 日本の乳児死亡率の推移

当然ながら、現在の日本の母子保健に決して問題がないわけではなく、1950 年代とは異なる問題が存在する。すでに本邦研修には日本の経験を紹介するものが少なくはないが、日本の時代推移は、日本の過去を模倣するためではなく、将来を予測して進むべき方向を考える材料として活用されるべきものであることをさらに明確にすることが望ましい。日本の制度を導入するためではなく、時代の推移に対して保健医療の制度がどうかわってきたかというレビューに意義がある。そのような趣旨で、過去の事例を提供することはアジアの先進国である日本の責任であると同時に、ミャンマーの側からみても、同じアジアの国として世界

の他の地域の国よりも習慣、価値観、食文化などの共通性は高く、したがって応用性も高い。

ミャンマーの保健医療行政について、保健省の組織は7つの局に分かれるなど膨大な組織であるような印象を受けるが、最も部課数の多い DOH もそれほど大きな人員を擁しているわけではなく、またいずれの部署も担当業務に対する取り組みは非常に熱心であることは着目に値する。DOH、DMS の行政能力の評価は、母子保健課題に関する情報収集を趣旨とした今回の調査の範囲外であるが、保健省の取り組み姿勢からも、日本の時代推移を重要な参考情報として提供することに期待がもてる。

以上の考え方に立って、保健省行政官を対象とする本邦受入れ研修、その後の農村の保健開発に関する計画立案に関する個別専門家派遣など、継続的な人材の交流の検討が提言される。本邦研修においては、上述したように、20世紀の日本の時代推移を様々な角度から紹介し、現在にいたるまでに解決できた問題、新たに生じた問題などを取り上げて、一方的な講義だけでなく、ワークショップ形式の勉強会などを含めることが効果的であると考えられる。また、このような趣旨での研修は、地勢的な景観、住民の生活や就業形態などについて昭和時代からの連続性のある地域で研修が実施されることが望ましく、例えば沖縄県における公衆衛生看護師の活動の歴史など、昭和の保健活動をテーマとした研究に積極的な地方の行政機関、大学/研究所などを受入れ先とすることが望ましいと考えられる。このような本邦研修を通してミャンマーにおける農村の保健開発を検討することについて DOH 及び DMS とも少なからぬ関心を示しており、その延長線上に日本の技術協力を望む声もある。この意味では、農村の保健開発についてミャンマー保健省が抜本的な改善の方向性を見出していく過程において、現状の分析、BHS に関する教育制度の評価と改善案などの特定課題についての個別専門家派遣も有効と考えられる。

参考資料

WHO Country Cooperation Strategy 2008-2011 Myanmar, February 2008, WHO

The State of World's Children 2011, UNICEF

Five-Year Strategic Plan for Child Health Development in Myanmar 2010-2014, MOH/WHO/UNICEF

Five-Year Strategic Plan for Reproductive Health 2009-2013, DOH/MOH

Health in Myanmar 2011, MOH

Myanmar Health Statistics 2010, MOH

Health Profile 2008, MOH

Nationwide Cause-Specific Maternal Mortality Survey 2004-2005, DOH/UNICEF

Overall and Cause-specific Under-five Mortality Survey 2002-2003, DOH/UNICEF

付 属 資 料

1. マグウェイ管区地図
2. マグウェイ管区のタウンシップ別人口（2008年現在）
3. マグウェイ管区のRHC一覧（2008年現在）
4. 一般的なRHC及びSHCの概観

1. マグウェイ管区地図



2. マグウェイ管区のタウンシップ別人口(2008年現在)

出典：Health Profile 2008, MOH より抜粋

	タウンシップ	面積	人口	人口密度	都市人口	農村人口	5歳未満児	15歳未満	15～49歳
1	Gangaw	2,463.83	122,416	49.7	11,218	111,198	10,306	32,961	68,495
2	Tilin	1,333.85	53,085	39.8	8,040	45,045	3,469	10,672	29,892
3	Pauk	2,486.40	168,313	67.7	8,555	159,758	17,683	52,018	85,251
4	Saw	1,781.07	66,960	37.6	4,526	62,434	4,848	15,160	38,014
5	Seikphyu	2,049.58	98,725	48.2	11,026	87,699	10,578	30,141	51,253
6	Sadoktaya	2,805.62	42,077	15	4,398	37,679	4,025	11,227	22,700
7	Ngape	1,310.80	45,499	34.7	4,200	41,299	4,411	12,379	25,373
8	Mindone	986.59	60,306	61.1	4,240	56,066	3,876	12,429	34,332
9	Thybet	1,188.68	105,538	88.8	21,350	84,188	8,581	24,272	58,403
10	Kama	1,153.20	81,208	70.4	6,235	74,973	8,771	22,583	42,957
11	Myaing	2,034.86	244,071	119.9	8,504	235,567	20,036	61,625	134,019
12	Yesagyo	999.04	252,219	252.5	22,161	230,058	20,167	63,599	141,477
13	Pakokku	1,258.32	315,504	250.7	89,649	225,855	37,129	101,591	150,962
14	Salin	2,313.23	253,591	109.6	18,902	234,689	20,554	64,618	134,265
15	Pwintpyu	1,219.99	173,892	142.5	7,939	165,953	17,576	49,778	91,421
16	Minbu	1,664.62	180,744	108.6	44,787	135,957	15,769	47,074	98,430
17	Minhla	1,371.38	109,668	80.0	11,777	97,891	9,819	28,414	61,337
18	Chauk	991.54	212,349	214.2	83,267	129,082	21,699	65,061	110,501
19	Yenangyaung	1,007.38	170,674	169.4	60,842	109,832	18,965	51,370	76,006
20	Natmauk	2,309.24	243,381	105.4	14,806	228,575	23,363	74,210	128,093
21	Magway	682.22	291,526	427.3	76,884	214,642	30,832	86,337	150,002
22	Myothit	1,586.84	172,620	108.8	10,151	162,469	20,528	53,975	82,088
23	Taungwingyi	1,968.41	252,185	128.1	41,495	210,690	31,777	83,821	129,002
24	Sinbaungwe	1,523.39	128,545	84.4	6,758	121,787	13,556	35,426	71,922
25	Aunglan	1,033.65	255,948	247.6	63,747	192,201	33,088	84,604	110,757
	管区全体	44,818.96	4,101,044	91.5	645,457	3,455,587	411,406	1,175,345	2,126,952

3. マグウェイ管区のRHC一覧(2008年現在)

出典：Health Profile 2008, MOH より抜粋

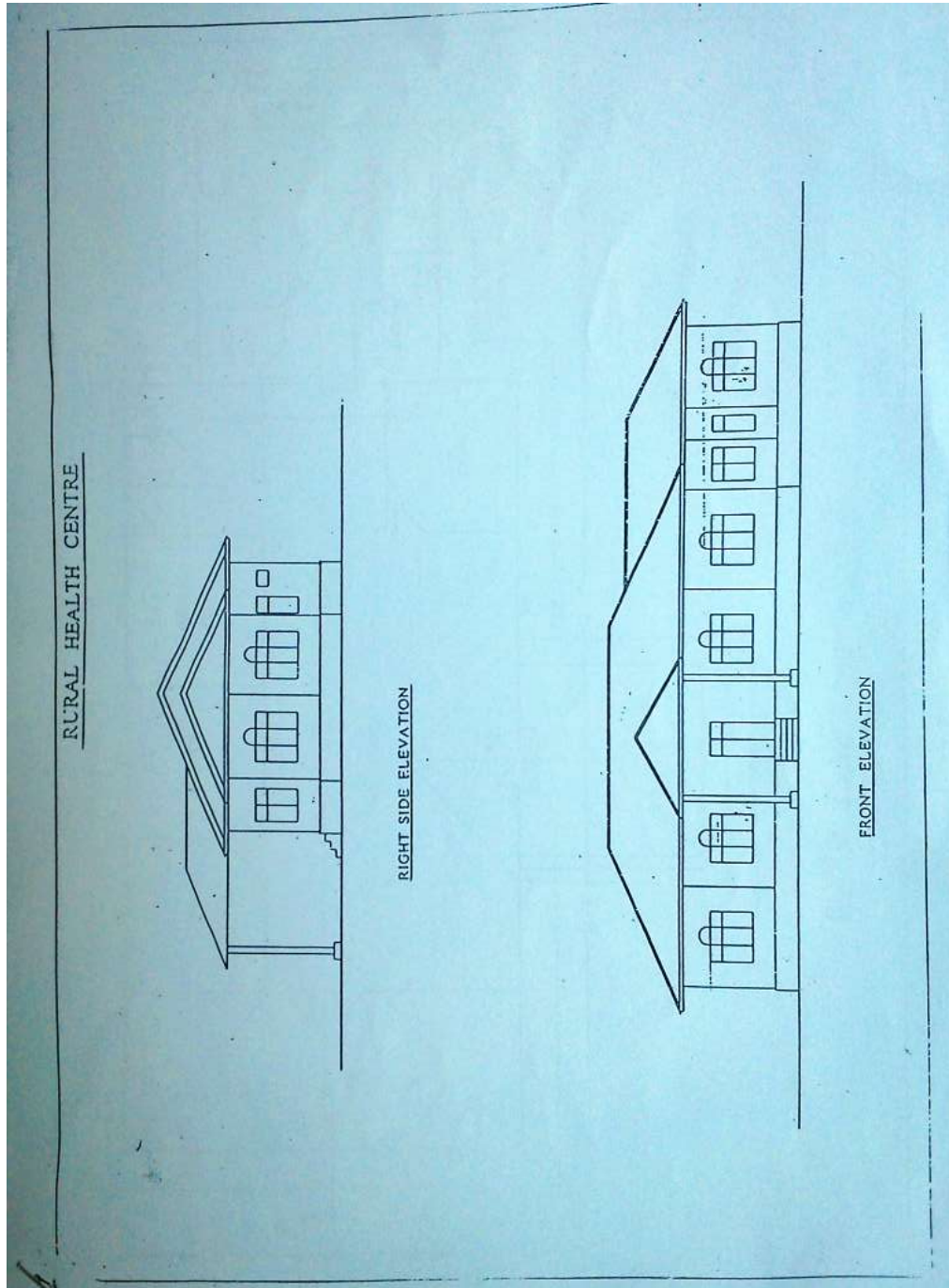
	タウンシップ	RHC 数	RHC 名		SHC 数 ※タウンシップ全体の数、RHC 別内訳は不明
			※番号は本報告書で適宜使用		
1	Gangaw	6	1.1	Minywa	29
			1.2	Kyaw	
			1.3	Tharlin	
			1.4	Myinzar	
			1.5	Hantharwaddy	
			1.6	Myaukkinpyan	
2	Tilin	4	2.1	Kyinywa	23
			2.2	Hsinzwe	
			2.3	Hakyiban	
			2.4	Yemyintin	
3	Pauk	5	3.1	Chaungku	27
			3.2	Kainlai	
			3.3	Kyaungtikhin	
			3.4	Yebyar	
			3.5	Nantthar	
4	Saw	5	4.1	Ngapyarkyin	31
			4.2	Tapyin	
			4.3	Miaei	
			4.4	Kanchang	
			4.5	Nyangbyin	
5	Seikphyu	3	5.1	Lethse	19
			5.2	Aukseik	
			5.3	Innkan	
6	Sadoktaya	4	6.1	Khawemalaung	23
			6.2	Hpaaine	
			6.3	Kyeewa	
			6.4	Ohnwa	
7	Ngape	2	7.1	Pinoo	14
			7.2	Goakkyi	
8	Mindone	3	8.1	Myaukpyin	18
			8.2	Kyaukkyi	
			8.3	Pantone	
9	Thyetmyo	5	9.1	Kyarkan	25
			9.2	Baw	
			9.3	Magin	
			9.4	Hsingaw	
			9.5	Alailai	
10	Kama	4	10.1	Gyobin	22
			10.2	Sitsayan	
			10.3	Innbe	
			10.4	Kyauksaung	
11	Myaing	6	11.1	Hautsharpin	29
			11.2	Linkai	
			11.3	Letpantagar	
			11.4	Nyaungwine	
			11.5	Shantakyi	
			11.6	Yenanma	
12	Yesagyo	7	12.1	Pakhangyi	34
			12.2	Kyu	

	タウンシップ	RHC 数	RHC 名		SHC 数 ※タウンシップ全体の数、RHC 別内訳は不明
			※番号は本報告書で適宜使用		
			12.3	Khwaybyoat	
			12.4	Sinmaye	
			12.5	Kokekosu	
			12.6	Mau	
			12.7	Kyetsukyin	
13	Pakokku	6	13.1	Ywathikone	33
			13.2	KunYwa	
			13.3	Laytaing	
			13.4	Hpalano	
			13.5	Mynintche	
			13.6	Seikkhawa	
14	Salin	6	14.1	Kanyaung	35
			14.2	Hpaunglin	
			14.3	Thayettaw	
			14.4	Thnatkone	
			14.5	Oatshitkone	
			14.6	Wathangaung	
15	Pwintpyu	5	15.1	Laigaing	27
			15.2	Kyaungdawyar	
			15.3	Mezale	
			15.4	Ooyinkit	
			15.5	Thauyettaw	
16	Minbu	6	16.1	Hsingaung	30
			16.2	Kuywa	
			16.3	Kyauksan	
			16.4	Montaung	
			16.5	Latpandaw	
			16.6	Ooyin	
17	Minhla	4	17.1	Linkai	23
			17.2	letpantagar	
			17.3	Nyaungwine	
			17.4	Shantatkyi	
18	Chauk	8	18.1	Pakhanng	39
			18.2	Taungher	
			18.3	Gwaycho	
			18.4	Gwabin	
			18.5	Kyakyee	
			18.6	Twinalah	
			18.7	Lintagaing	
			18.8	Laybingone	
19	Yenangyaung	6	19.1	Kamma	30
			19.2	Wetmasut	
			19.3	Kangyi	
			19.4	Pagayone	
			19.5	Alatgone	
			19.6	Intaw	
20	Natmauk	6	20.1	Sainggaung	32
			20.2	Innkan	
			20.3	Tatwun	
			20.4	Tharhmyar	
			20.5	Thamonegone	
			20.6	Hpangarsann	
21	Magway	7	21.1	Myingun	45
			21.2	Thayetlabyin	

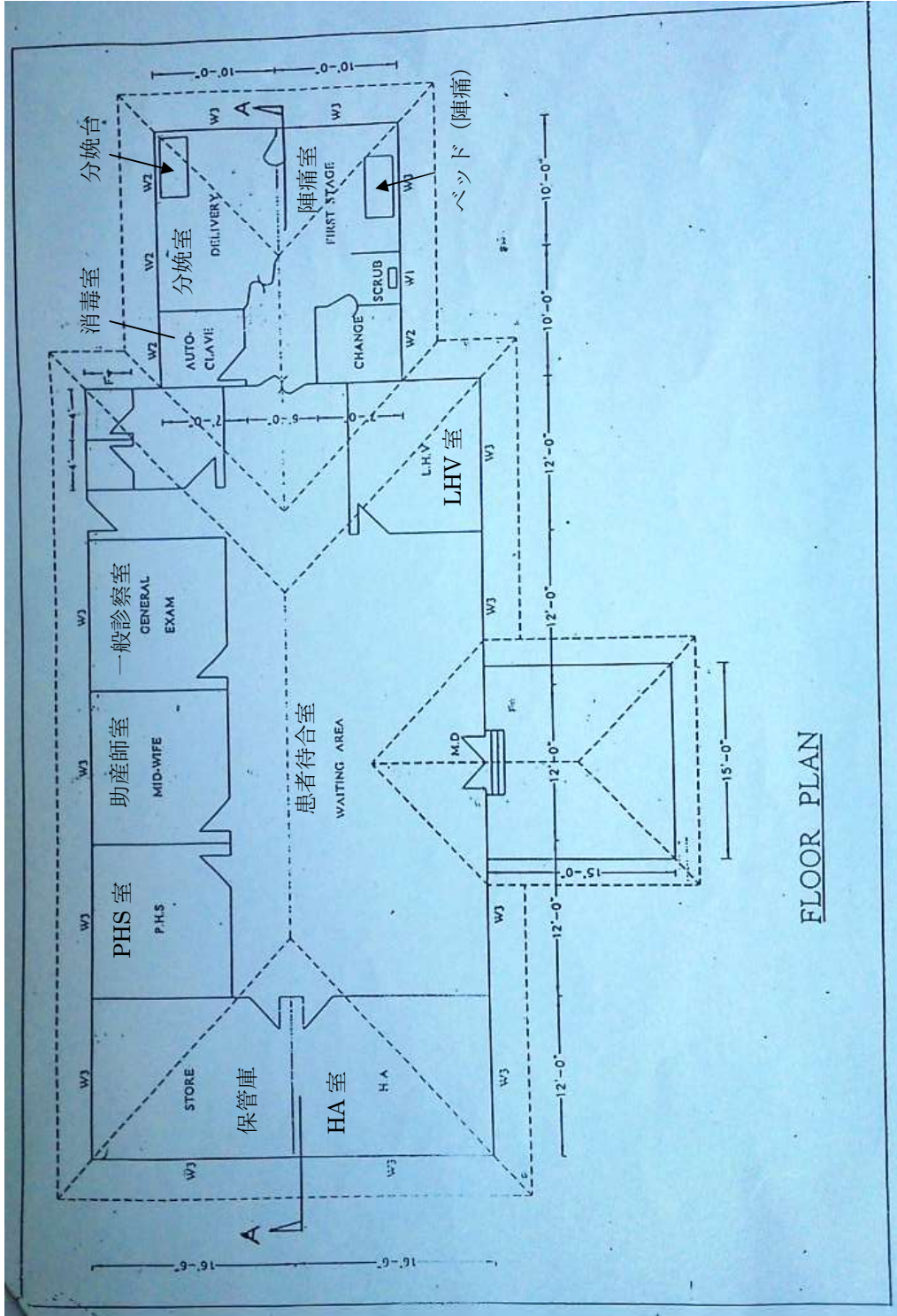
	タウンシップ	RHC 数	RHC 名 ※番号は本報告書で適宜使用		SHC 数 ※タウンシップ全体の数、RHC 別内訳は不明
			21.3	Thityargauk	
			21.4	Daungnay	
			21.5	Kyaekan	
			21.6	Alaibo	
			21.7	Kanpya	
22	Myothit	5	22.1	Dantdalunbin	25
			22.2	Ninjian	
			22.3	Lelu	
			22.4	Magyigone	
			22.5	Wargyai	
23	Tungwingyi	5	23.1	Hsathwar	26
			23.2	Ngahmin	
			23.3	Payitkyai	
			23.4	Koebin	
			23.5	Kanbaygyi	
24	Sinbaungwe	3	24.1	Monnyaungbintha	21
			24.2	Zaungchantaqung	
			24.3	Leizin	
25	Aunglan	6	25.1	Yenangyi	30
			25.2	Talukepin	
			25.3	Thanbua	
			25.4	Shwepantaw	
			25.5	Pyalo	
			25.6	Nyaungbinseik	
計		128	計		690

4 . 一般的なRHC及びSHCの概観

4.1 ルーラルヘルスセンター (Rural Health Centre, RHC) 立面図 (DOH 提供資料)

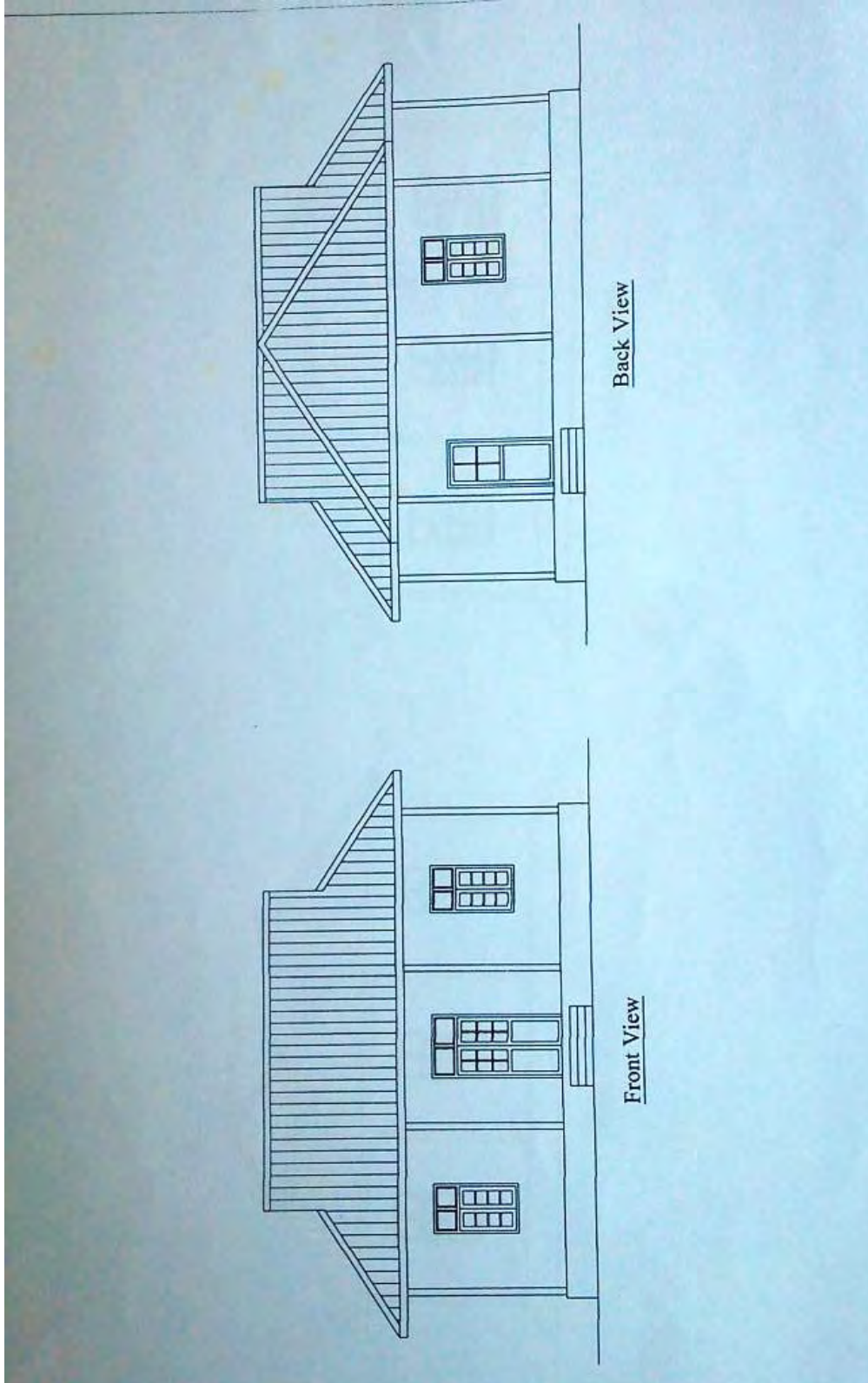


4.2 ルーラルヘルスセンター (Rural Health Centre, RHC) 間取図 (DOH 提供資料)



FLOOR PLAN

4.3 サブ・ルーラルヘルスセンター立面図 (Sub Rural Health Centre, SHC) (DOH 提供資料)



4.4 サブ・ルーラルヘルスセンター間取図 (Sub Rural Health Centre, SHC) (DOH 提供資料)

