

ミャンマー連邦国の保健医療事情と国際協力

大森 絹子 長沼 理恵* 城戸 照彦

KEY WORDS

Health Medicine Myanmar International cooperation

はじめに

1940年代に日本の占領下時代を経たミャンマー連邦国（旧ビルマ，以下ミャンマーと記す）は，我が国との歴史的な関わりが深い。近年における対ミャンマー ODA（政府開発援助）は日本が世界で最も多く，1995年度114.2百万 US ドルとなっている。援助形態別には，贈与が中心となっており，全体の約72%を占める¹⁾。筆頭執筆者の大森は JICA（国際協力事業団）国際協力専門家として，平成12年1月26日から3月22日まで，ヤンゴン看護大学大学院設立準備，および看護教育と卒後研修の評価指導に関する実践活動に参画した。本稿では，ミャンマーにおける保健医療事情と国際協力について報告する。

ミャンマーの概要

ミャンマーは，7つの州と7つの管区から構成される連邦国家である。民族は多様であり，ビルマ族（69.0%），シャン族（8.3%），カレン族（6.2%），ヤカイン族（4.5%），モン族（2.4%）などで構成されている。インドシナ半島の西端に位置しており，約68万平方キロメートル（日本の約1.8倍）の国土面積を有し，人口約4,600万人である。農業を基幹産業とするミャンマーでは，人口の74%が農村部に居住している。国民の宗教は，仏教（87.2%），キリスト教（5.6%），イスラム教（3.6%），ヒンズー教（1.0%）などである²⁾。教育制度は，初等教育（幼稚部1年；小学部4年），中等教育（中等学4年；高等学校2年），高等教育（大学）に分かれている。初等教育の5年間は義務教育となっているが，制度として十分機能しているとはいえない。旧ビルマは，1948年に英国よりビルマ連邦社会主義共和国として独立した。その後，1988年に現政権である国家法秩

序回復評議会（State Law and Order Restoration Council；SLORC）を結成して軍制を開始し，国名を「ビルマ」から「ミャンマー」へ変更した。しかし，欧米諸国の中には，軍事政権の決定事項を承認せず，継続して「ビルマ」の呼称を使用しているところが多い³⁾。ミャンマーは1987年に後発開発途上国の認定を国連から受けている。近年における開放経済政策により，外国企業による投資が進んでいることもあり，経済は低迷を脱しはじめている。国民一人当たりの1996年における GNP は220US ドルである⁴⁾。

保健医療事情

表1にミャンマーと他地域の主な人口関連指標を示した。後発開発途上国であるミャンマーは，他の後発開発途上国に比べて全般的に各種出生率，死亡率ともに低く，平均寿命は長い。また開発途上国との比較では，乳児死亡率，5歳未満児死亡率，妊産婦死亡率が高いのが特徴である。

ミャンマーの病院統計によると⁵⁾，マラリア（20.2%），肺炎（6.3%），特定不能の内臓疾患（5.4%）が3大死因に挙げられている。表2に1978年以降の各保健計画期間毎における上位15位の重大疾患を示した。第1次人民保健計画（1978-1982）以降，現行の国家保健計画に至るまで，上位を占める疾患はマラリア，結核，下痢症疾患といった感染症に加え，蛋白質欠乏症や貧血などの栄養不良関連の疾患であり，大きな変化はみられない。近年の傾向として，エイズ，性病などのランクが上昇していること，また薬物乱用などの新たな問題も浮上していることが挙げられる。悪性新生物，糖尿病，心臓疾患など，いわゆる成人病（生活習慣病）は，徐々

金沢大学医学部保健学科看護学専攻地域看護学講座

* 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻

脚注) 主筆者の大森絹子は2001年12月4日に病没し，本稿が遺稿となった。

表1 ミャンマーと他地域の主な人口関連指標

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

¹⁾人口千対 ²⁾出生千対 ³⁾出生10万対

出典：『世界子供白書』 1997, 1998 ユニセフ

表2 重大疾患（上位15位）

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

出典：National Health Plan(1991-1993), National Health Plan(1996-2001) Ministry of Health

に増加してきてはいるが、まだ人口に占める割合は少なく、重大疾患としては挙げられていない。

ユニセフ子供白書によれば⁴⁾、1996年における乳児死亡率と5歳未満児死亡率はそれぞれ105、150となっているが、ミャンマー保健省の最近の基本統計である1993年における報告では⁵⁾、それぞれ47.4、8.6で、両データの数値には格差がみられる。病院統計によると⁵⁾、乳幼児の3大死因として、急性呼吸器感染症(19.3%)、マラリア(12.9%)、死産(10.7%)があり、5歳未満児の3大死因としては、急性呼吸器感染症(20.4%)、マラリア(18.1%)、下痢症(9.5%)が挙げられている。

ミャンマーでは、避妊具の供給も含めた家族計画の指導が一部のモデル地区において実施されているが、人工妊娠中絶が行われることが多く、これに起

因する女性の死亡率が高いことが問題となっている⁶⁾。このため、保健省では人工妊娠中絶を重大疾患に位置づけている。人工妊娠中絶は原則的に非合法であるが、母体保護を理由に病院で手術を受けることは可能である。また妊娠中絶は設備が不十分なクリニックや伝統的産婆により闇手術として行われることが多くあるとみられているが、実態は十分把握されていない。保健省は、報告のあった全国の妊産婦死亡のうち52%が妊娠中絶に起因するものであったことを明らかにしている⁶⁾。出産は伝統的産婆による自宅分娩が約8割を占めており、これに起因する妊産婦死亡も高い⁶⁾。

保健医療プログラム

上記の保健医療事情などに基づいて国家保健計画

表3 第3次国家保健計画（1996-2001）

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

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

表4 医療従事者数の推移

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

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

出典：Review of the Financial Economic and Social Conditions for 1996/97

Ministry of National Planning and Economic Development 1997

による保健医療プログラムが立てられている⁷⁾。ミャンマーにおける最初の保健計画は、「第3次国家4カ年経済計画（1978-1982）」の一面を担うものとして策定された「第1次人民保健計画（1978-1982）」である⁸⁾。この人民保健計画は3次にわたって実施された。同計画は「2000年までにすべての人に健康を」をスローガンに掲げた1978年のアルマ・アタ宣言に基づいた計画内容であり、国民の健康の維持向上および都市部と農村部の保健格差の改善を主な目標としたものであった。そのために、看護婦より教育期間の短い助産婦（教育期間18カ月、看護婦の資格はない）、レディ・ヘルス・ヴィジター（教育期間18カ月、訪問保健婦としての役割）、准助産婦、伝統的産婆を、地域保健における主要なマンパワーとして位置づけ、今日に至っている。

1988年に SLORC による新しい政治体制が成立し、1991年以降国家保健計画が新しく実施されるようになった。現行計画である「第3次国家保健計画（1996-2001）」では、6つの基幹プログラム（地域ヘルス・ケアプログラム、疾病対策プログラム、病院医療プログラム、環境保健プログラム、保健シ

ステム開発プログラム、組織・運営管理プログラム）（表3）と、これらの構成要素である50のサブプログラムから構成されている⁷⁾。

基幹プログラムの中で、全体の約20%の予算が組み込まれている最優先プログラムとして、地域ヘルス・ケアプログラムがある。当プログラムにおいては、さまざまな地域保健ボランティアおよび国内外の NGO の協力を得ながら、プライマリ・ヘルス・ケアを基盤とする地域に密着したサービスを行うとともに、予防活動等を効果的に進めるなど、ヘルス・ケアの推進が図られている。国家保健計画の保健医療プログラムの目標を達成するためのヘルス・マンパワー拡充計画の中に、看護婦、助産婦などの養成と教育システムの向上がある。医療保健分野の人材育成計画の策定および人材育成は、保健省医科学局が担当しているが、医療従事者、特に看護婦の絶対不足を解消できるような抜本的な対策にはなっていない。表4に医療従事者数の推移を示した。実数では全体的に増加傾向にあるが、人口比では横ばい状態である。看護婦、助産婦に関しては、それぞれ実数で医師の数を大きく下回っており、非常に不足し

表5 政府系医療従事者の比率の推移

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

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

表6 5歳未満児の死亡事例における治療サービス供給者（1996年）

治療サービス供給者	死亡者数	(%)
自己治療	265	35.1
基礎保健スタッフ	121	16.0
保健省病院	118	15.6
訓練を受けていない療法士	90	11.9
民間診療所／医師	83	11.0
伝統療法士	41	5.4
民間病院	2	0.2
共同組合立診療所	0	0.0
その他	36	4.8
計	756	100.0

出典：保健省保健局疾病管理課

ている状況にある。また政府系医療機関で働く医療従事者の比率は、医師および歯科医師では40%前後であるのに対し、看護婦では低下しつつあるとはいえ70%弱に達する（表5）。医師および歯科医師の多くは、国内の賃金水準が低いため、高賃金を求めて海外へ流出したり、民間系医療機関で働くか開業したりしている。

保健医療サービス

政府系病院における医療費は基本的に無料であったが、1994年より薬代の自己負担制度と高額医療費の一部自己負担制度が導入された⁹⁾。しかし、近年の通貨価値の下落により、多くを輸入に依存する医療機器や薬品、医療材料の不足の深刻化と、それに伴う医療サービスの低下が、政府系病院の深刻な問題となっている。一方、外国人や富裕層を対象にした民間系医療施設は都市部を中心として増加傾向にあり、一般的に政府系のものより設備、サービスともに優れているものが多い。

病院のほか、地域における一次的、二次的保健医療施設として、都市部に設置されている都市保健センターおよび母子保健センター、地方に設置されている地域保健センターがある¹⁰⁾。都市および地域の保健センターは、ひとつの町区に数カ所配置され、助産婦の他、婦人保健ボランティアなどによって診療活動が行われている。また住民の保健衛生向上を目指して各種プログラムの拠点として機能している。

住民の医療施設の利用状況に関して、保健省保健局疾病管理課が1996年に報告した5歳未満児の死亡事例における治療サービス供給者を表6に示した。医療施設を利用していたのは全体の27%であった。大半は自己治療（35.1%）や訓練を受けていない療法士（11.9%）などによる治療を選択していた。これは、薬品の販売に関して特別の資格を得る必要はなく、薬局のほか、スーパーの棚にも数多くの薬品が並んでおり、個人の判断で薬を購入したり、無免許による薬草の処方や祈祷などを行う民間療法士に治療を求める人が多いことを示している。

保健医療分野における我が国の国際協力

保健省内においては、国際協力部が窓口となり、国家計画・経済開発省対外経済関係局（Foreign Economic Relations Department, Ministry of National Planning and Economic Department : FERD）へ国際協力の要請を行う。FERDは、関係各省庁の要請を取りまとめて経済調整委員会（経済関係閣僚によって構成される）へ提出を行い、そこで最終的な決定が行われる¹¹⁾。

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

国際協力には有償資金協力、無償資金協力、技術協力、その他の4種類があるが、我が国との政府間関係の変化に応じて、国際協力の内容にも変化が見られる。

過去の有償資金協力の対象となった案件は、鉱工業、電力、運輸、通信、灌漑などの分野におけるものが中心であり、保健医療関連分野における協力は行われていない。1987年以降、対ミャンマーの有償資金協力は停止されているが、同国の民主化の動向などによっては、再開が検討される可能性もある。

無償資金協力については、農業、保健医療、人材育成などの分野を中心として毎年100億円前後の協力が行われてきた。しかし、1988年以降その額は急減している。その後、スー・チー女史が1995年に自宅軟禁から開放されるなど、SLORC政権が民主化路線に向けて前進を見せたことを踏まえ協力が再開されることとなった。そのはじめとして1995年10月に看護大学拡充計画に関する12.65億円の無償資金協力が行われた¹¹⁾。

技術協力では、これまでに13件の案件が実施されている中で、保健医療分野における案件が最も多く6件（ウイルス研究所、歯科大学、感染症研究・対

策、製薬研究開発センター、消化器病診断向上、消化器感染症研究）、その他は農業3件、林業2件、土木建設業1件、工業1件となっている。保健医療分野における案件は1991年をもって終了している¹¹⁾。

その他の協力としてポリオ対策、看護教育の改善などに対する専門家派遣、カウンターパート研修、機材供与などがある。

おわりに

保健局は保健サービスの向上を目標に、WHOの支援を受けて4つのプロジェクト（安全な母子対策、患者中心の看護ケアの推進、看護サービスの質的向上、看護教育と助産婦教育の質的向上）を1999年より始めている。ミャンマー全域における看護婦・助産婦教育システムの向上を期待したい。

文 献

- 1) 国際協力事業団：保健医療分野の国際協力，国別医療協力ファイル ミャンマー連邦，75，国際協力事業団，1998.
- 2) 伊東利勝，大野 徹，金谷敏郎，桐生 稔，斎藤照子，酒井敏明，田村克己：もっと知りたい ビルマ，1-102，弘文堂，1985.
- 3) 国際協力事業団：略史，国別医療協力ファイル ミャンマー連邦，4，国際協力事業団，1998.
- 4) UNICEF：Table 8 The rate of progress, The State of the World's children, 124-127, United Nations Children's Fund, Oxford University Press, 1998.
- 5) Ministry of Health：Annual Hospital Statistical Report, Ministry of Health, Myanmar, 1994.
- 6) Central Statistical Organization：Statistical Profile of Children and Women in Myanmar, Ministry of Health, Myanmar, 1993.
- 7) Ministry of Health：National Health Plan(1996-2001), Ministry of Health, Myanmar, 1996.
- 8) Ministry of Health：Primary Health Care in Myanmar, Ministry of Health, Myanmar, 1997.
- 9) Ministry of Health：Annual Report, Ministry of Health, Myanmar, 1996.
- 10) Ministry of Health：Health report of the director of health services, 237-239, Ministry of Health, 1995.
- 11) 国際協力事業団：保健医療分野の国際協力，国別医療協力ファイル ミャンマー連邦，74-83，国際協力事業団，1998.

The situations on health and medicine in Myanmar and international cooperation

Ohmori Kinuko, Naganuma Rie, Kido Teruhiko