

Technical Report

独立行政法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **03**

July, 2012

ラオスの保健セクター レビュー

独立行政法人国立国際医療研究センター
国際医療協力局

テクニカル・レポート vol. **03**

July, 2012

ラオスの保健セクター レビュー

目次

目次	4
略語表	5
要約	6
はじめに	7
第1章 ラオスの保健セクター分析	8
1. 人口統計	8
2. 母子保健	10
3. 三大感染症	13
4. 新興感染症と非感染症疾患	17
5. 保健人材	18
6. 保健財政	21
7. 保健計画	23
8. 医療施設	26
9. 援助協調	28
第2章 これまでのNCGM(IMCJ)の取り組み(1992年度-2010年度)	30
1. 技術協力	30
2. 派遣実績	41
3. 研修実績	42
第3章 研究	43
第4章 今後の展望	50
参考文献	52

略語表

ACIPAC	Asian Centre of International Parasite Control 国際寄生虫対策アジアセンター
ANC	Antenatal Care 妊婦健診
CPR	Contraceptive Prevalence Rate 避妊普及率
EBF	Exclusive Breast Feeding 完全母乳栄養
EPI	Expanded Program on Immunization 拡大予防接種計画
FP	Family Planning 家族計画
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria 世界基金
GGHE	General Government Health Expenditure 一般政府保健医療支出
GM	Growth Monitoring 成長モニタリング
HS	Health Staff 保健医療従事者
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness 小児疾患統合管理
IMCJ	International Medical Center of Japan 国立国際医療センター
IMR	Infant Mortality Rate 乳児死亡率
JICA	Japan International Cooperation Agency 独立行政法人国際協力機構
MDGs	Millennium Development Goals ミレニアム開発目標
MMR	Maternal Mortality Rate 妊産婦死亡比
MNCH	Maternal, Neonatal and Child Health 母子保健
MOH	Ministry of Health 保健省
MR	Minimum Requirement
NCGM	National Center for Global Health and Medicine 国立国際医療研究センター
NMR	Neonatal Mortality Rate 新生児死亡率
ODA	Official Development Assistance 政府開発援助
PHC	Primary Health Care プライマリ・ヘルス・ケア
PNC	Postnatal Care 産後健診
PW	Pregnant Woman 妊婦
SWC	Sector-wide Coordination セクターワイド・コーディネーション
TBA	Traditional Birth Attendant 伝統的産婆
TFR	Total Fertility Rate 合計特殊出生率
TGE	Total Government Expenditure 総政府支出
THE	Total Health Expenditure 総保健医療支出
U5MR	Under 5 Mortality Rate 5歳未満児死亡率
UNFPA	The United Nations Population Fund 国連人口基金
UNICEF	The United Nations Children's Fund ユニセフ
WHO	World Health Organization 世界保健機関

要約

- 社会経済発展のめざましい東南アジアにおいて、ラオスにおいても堅調な経済成長とともに保健指標も改善が認められ、最も疾病負荷の高い疾患の一つであったマラリアは対策が奏功し、もはや主要死亡原因ではなくなった。HIV/AIDSについても、今のところ低い罹病率に抑えられている。
- 家族計画の普及により合計特殊出生率は1990年から約30%低下し、国全体としては人口動態上も多産多死型社会から脱却してきている。しかし、都市部と地方との格差は大きく、多くの地方では依然として多産多死型社会である。
- 母子保健に関しては、予防接種率は依然として7割にも満たず、妊婦健診や施設分娩などの妊産婦の保健医療サービス利用状況にいたってはこの20年間大きな改善は見られておらず、都市部に暮らす一部の富裕層を除いては、押し並べて母子保健サービスの利用率は低い。保健医療機関への物理的、心理的、経済的接近性の問題といった利用者側の問題のみならず、サービス提供側の供給体制も不十分であり、母子保健が最重要課題である。
- 保健医療人材においては、最低限の保健医療サービスを提供するだけの絶対数が不足しており、この10年改善は認められていない。ボトルネックは、雇用枠の数の不足である。第7次国家社会経済開発計画を機に、保健セクターに割り当てられる公務員の新規採用枠が拡大され、今後の改善が期待される。増員された保健医療従事者のニーズにあった配置と定着にも取り組んでいかなければならない。
- 保健医療財政の特徴は、極めて限られた予算、高い利用者負担と低い政府負担、事業運営費の高いドナー依存である。健康保険と最貧困層の支払い免除制度が導入されているが、大きなインフォーマルセクター人口や保健医療サービスの質への不満などにより、この制度への加入率は国民の11%に留まっている。最低限の保健サービス提供基盤が整う段階までの外資の投入は不可避と思われる。
- 国立国際医療研究センターは1992年以来母子保健分野を支援してきており、その支援スコープをポリオ、ワクチン予防可能小児感染症、小児保健、母子保健と、より包括的な支援へと拡大させてきている。これらの支援は、技術協力プロジェクトとしては成果をあげるも、それら局所戦の勝利を持続発展させる体制の不備により、長期的には十分な援助効果をあげてこれなかった。この教訓を活かし、2006年より保健セクターのプログラム・アプローチへの移行を目的とした保健省のイニシアティブであるセクターワイド・コーディネーションを支援している。
- 国立国際医療研究センターは、ラオス保健省の母子保健事業が自立発展していけるよう、引き続き保健省や県保健局のオーナーシップを尊重して、セクターワイド・コーディネーションと母子保健統合パッケージ戦略・計画 (2009-1015)の実施支援を行っていく。その為に、援助アプローチ、保健システム、母子保健の3分野に関するラオスでの研究も強化していく。

はじめに

ラオス人民民主共和国(以下、ラオス)は、インドシナ半島の北部に位置し、周囲をタイ、カンボジア、ベトナム、中国、ミャンマーに囲まれた内陸国であり、人口の約半数を占めるラオ族を筆頭に、49民族で構成される多民族国家である。宗教は仏教であり、日本の本州程の国土に約560万人が暮らしている。隣国のタイやカンボジアと違い、国土の約70%を山間部が占めている。

ラオスの歴史は、1353年のラーンサーン王国の建国に始まる。その後1893年にフランスの植民地となるも、1949年ラオス王国として独立した。しかし、1975年、現在のラオス人民民主共和国となるまでの約25年の間、王政と革命政党との間で内戦が続き国は荒廃した。また、ベトナム戦争時に投下された爆弾はラオス全土で数百万トンにおよびベトナムに投下された量の2倍とも3倍とも言われており、不発弾による農地利用の制限や暴発による被害は、現在でも同国の社会経済発展の足枷となっている。

革命終結後のラオスは、中国、ベトナム、北朝鮮、キューバと共に、ラオス人民革命党による一党支配体制の社会主義国と位置付けられている。1986年、市場経済化に舵を切り、2010年の一人当たりの名目GDPは984ドル、最近5年間の経済成長率は7.5%前後を維持している⁽¹⁾。2020年を目標年とした後発開発途上国からの脱却に向け、この堅調な経済成長を支えているのは鉱業と売電事業である。特に期待されているのが、2010年3月に稼働し始めたナムトゥン2ダムによる売電収益で、25年間の契約期間に約20億ドルの歳入が見込まれており、このダムへ大きな期待がかけられている。この収益は貧困削減と環境保全に優先的に使われることになっており、保健セクターには20%が還元されることになっている。また、ASEAN自由貿易地域(AFTA)による関税収入の減少を補うべく付加価値税(VAT)が2010年に導入され国の歳入増が期待されている。

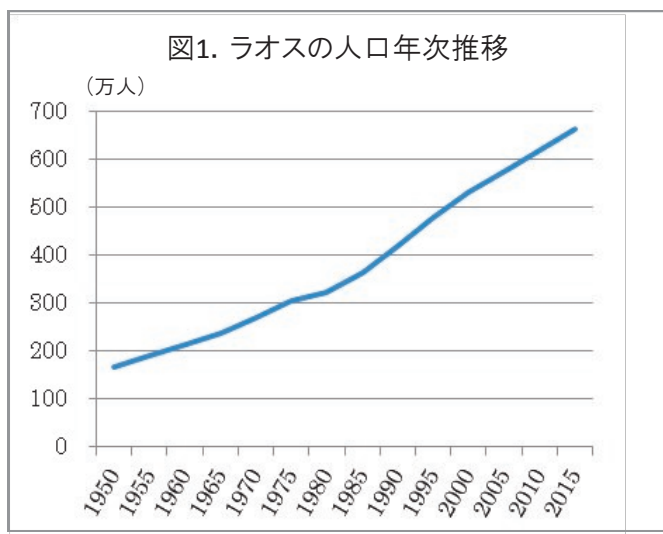


第1章 ラオスの保健セクター分析

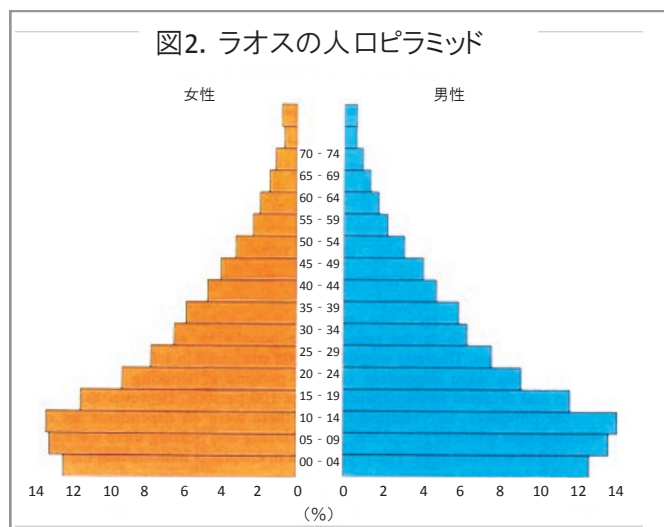
1. 人口統計

国立国際医療研究センター（NCGM、当時のIMCJ）がラオスに支援を開始したのは1992年であるが、それに近い1990年のラオスの総人口は419万人であった。5歳未満の人口が総人口の17.2%を占め、合計特殊出生率は5.88と非常に高かった⁽²⁾。最も新しい2005年のセンサスでは、総人口は562万人に増加し、この期間の人口増加率は2.1%である⁽³⁾。一方、合計特殊出生率は3.70にまで低下し、5歳未満人口は12.5%となった。国連の推計によると、2020年には総人口が700万

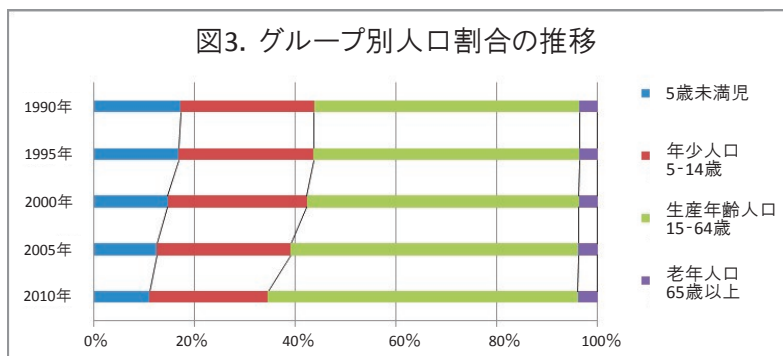
人を超え、5歳未満人口は10%を下回り、合計特殊出生率は2.24と予想されている(図1)⁽²⁾。平均余命は51.0歳(1995年)から65.2歳(2008年)に上昇し、ラオスは多産多死型社会から抜け出し、多産少死型社会に移行してきている(図2)。そのため、生産年齢人口の占める割合は年々増加しており、最近20年で10%近く増えている。老年人口の伸びは、今のところ極めて緩やかである(図3)⁽²⁾。



(出所) World Population Prospectを基に作成



(出所) Population Census 2005



(出所) World Population Prospectを基に作成

ラオスは、国全体で見ると多産多死型社会から脱却したように見えるが、年齢別・男女別人口構成比(人口構造)を郡間で比較すると地域間でかなりの差異がみられる(表1)⁽³⁾。

表1 ラオスにおける年齢別・男女別人口構成比の地域間差異

	5歳未満人口	生産年齢人口 (15-64歳)	老年人口 (65歳以上)	平均年齢
全国平均	15.3%	54.5%	3.4%	23.7
Morkmai郡	24.8%	42.1%	3.1%	19.2
Sisattanak郡	8.0%	73.6%	3.3%	26.8
Bortene郡	9.5%	66.1%	8.3%	32.0

(出所)Population Census 2005

このような地域間の差異(特徴)は、人口ピラミッドとして表現することにより一層わかりやすく表現される(図4)。また、地域別平均年齢を比較することにより、1つの数値で年齢構造の地域間比較を簡便に行うことができる(表1)。ただし、一般には地域人口における自然動態の地域差は社会移動よりも小さいので、地域人口の男女・年齢構成は出生・死亡よりも移動によって左右される点を忘れてはならない。

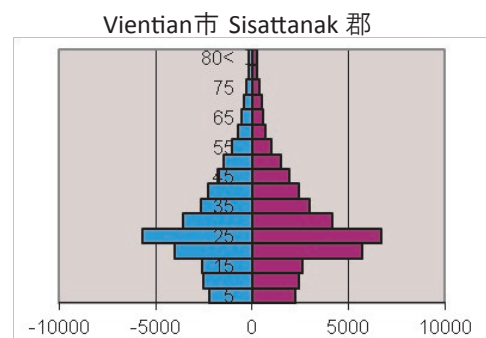
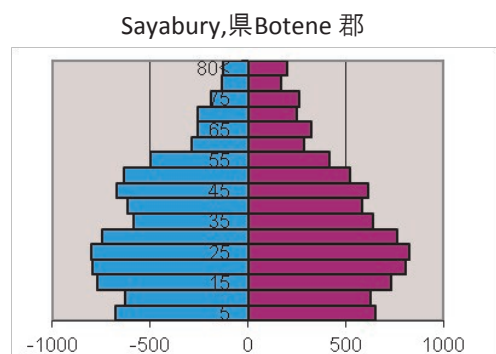
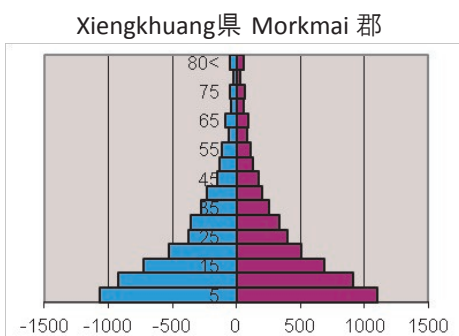


図4. 年齢別・男女別人口構成比

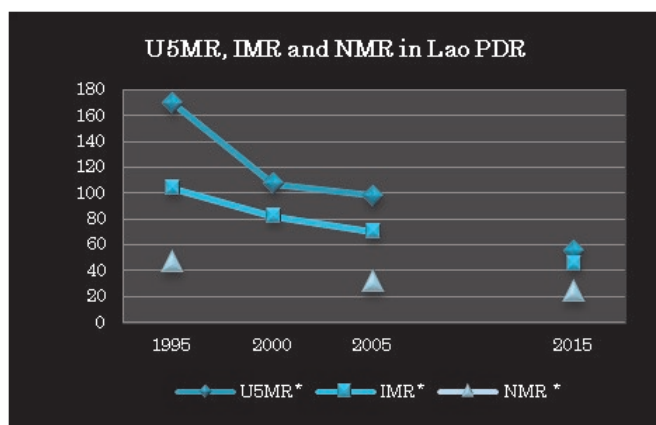


(出所)Population Census 2005

2. 母子保健

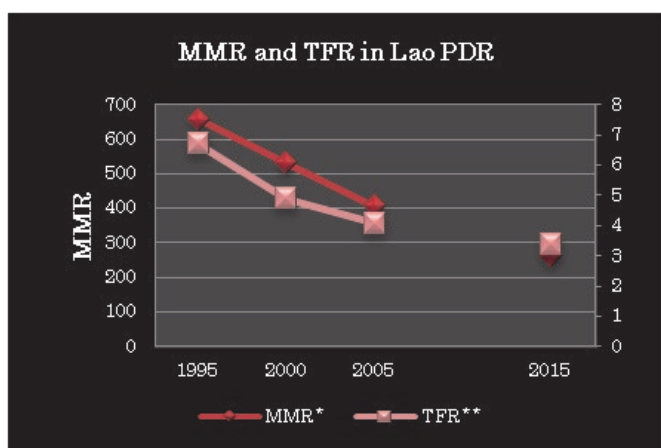
2005年の国勢調査によると、ラオスにおける5歳未満児死亡率は98(対出生千人)、妊産婦死亡比は405(対出生十万人)と推定されており改善傾向にあるものの、WHO西太平洋地域においてはカンボジア、パプアニューギニアと共にワースト3にランクされ、依然として母子保健が最重要課題である(図5、6)。

図5. 小児の死亡率



(出所) Population Census 2005

図6. 妊産婦死亡比と合計特殊出生率

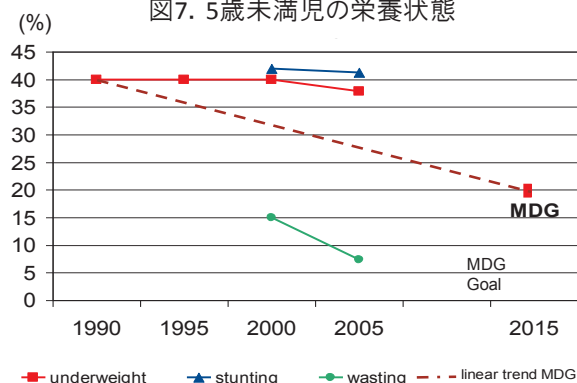


(出所) Population Census 2005

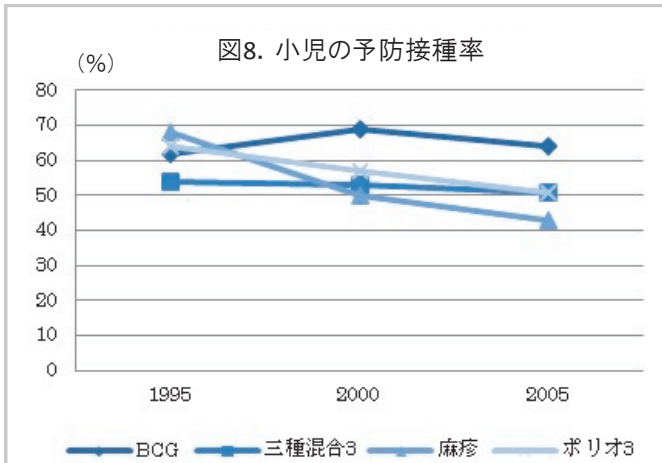
小児の死亡率は比較的順調に低下してきている。その理由としては、安全な水へのアクセスの改善、急性の栄養不良の改善、必須医薬品へのアクセスの改善、それとマラリア対策の成功などが考えられる(図7)⁽⁵⁾。「WHOとUNICEFが共同で開発した小児疾患統合管理(Integrated Management of Childhood Illness: IMCI)は2002年に研修が始まり、これまでに新設を除くほぼすべての県病院、郡病院、保健センターに対して研修が実施されている。しかし、多くの地域においては研修後のフォローアップがなされず、また、IMCIの実施に必要な専用記録用紙をどのように供給するのかなどの課題が解決されていないため、臨床現場での実施率は高くない。NCGMがJICAプロジェクトを介して支援したビエンチャン県においては、郡病院から保健センターまで全施設へのフォローアップがなされており、専用記録用紙供給の課題も解決しており、IMCIの実施が定着している。

保健省は2015年までに予防接種率を85%まで上げることを目標にしているが、ここ数年の定期予防接種の接種率は6割から7割程度に留まっている(図8)。ただし、接種率の計算に用いられる対象人口は、10年ごとに行われる国勢調査を基にした推定値を用いており、年々低下を続けている合計特殊出生率は考慮されておらず、実際の接種率はもう少し高いと思われる。麻疹に関しては、定期予防接種に加え、2007年に全国一斉投与を行い、95%以上の対象者に麻疹ワクチンが接種された。

図7. 5歳未満児の栄養状態

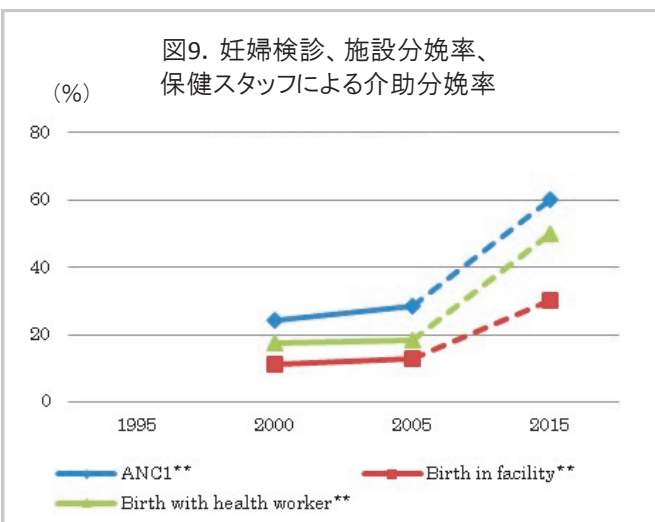


Source: 2000, 2005 Multiple Indicator Cluster Survey, Lao PDR
MDGs Progress Report Lao PDR



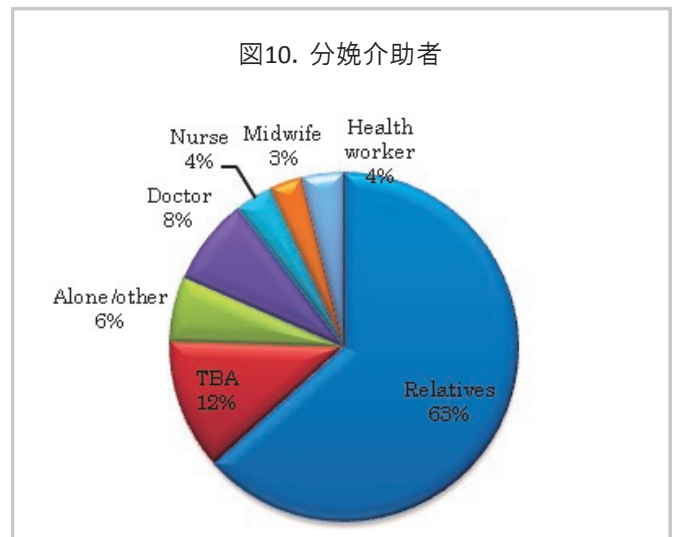
(出所) National Immunization Programのデータを基に作成

妊婦健診(ANC)の受療率でさえ3割に満たないことに象徴されるように、小児保健に比べ母性の健康への取り組みは非常に遅れている(図9)⁽⁴⁾。1990年から2010年の20年間で妊産婦を取り巻く状況で明らかな改善が認められたものは、避妊普及率(Contraceptive prevalence rate: CPR)とその結果としての合計特殊出生率の低下くらいである。実際、国の施策としても全国規模で行われたものは家族計画以外にはない。



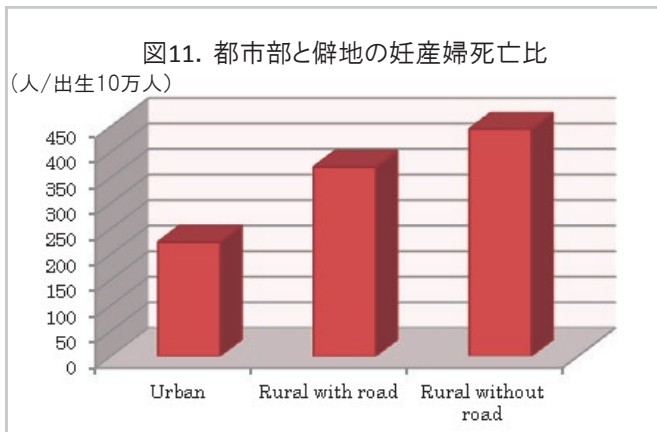
(出所) Lao Reproductive Survey 2005を基に作成

出産に関しては、病院などの施設で出産を行う人は推定される妊産婦の2割程度で、多くが自宅分娩である。出産の介助者の約6割が親戚であり、介助者なしで一人で産み落とすケースも6%みられる(図10)。



(出所) Lao Reproductive Survey 2005を基に作成

TBA(Traditional Birth Attendance)が介助する出産は10%強あるが、ラオスではTBAは必ずしも母から娘にその技術が実践を通して受け継がれるような伝統的産婆を意味しておらず、全く助産の経験がない村の女性が保健ボランティアとして任命されTBAと呼ばれているケースが多く含まれている。このような安全の確保されない出産を取り巻く環境は地方や僻地ほど顕著となり、妊産婦死亡にも直接的な影響を与えていると思われる(図11)。施設分娩の場となる郡病院や保健センターの数は増えてはいるが、仮に1990年当時の施設分娩率が10%で現在20%程度に倍増したとしても、それによる死亡数の削減は11%程度と推測されるため、やはり近年の妊産婦死亡率の減少は家族計画によるところが大きいと思われる。



(出所)Lao Reproductive Survey 2005を基に作成

保健財政・計画や保健人材の技術作業部会でも母子保健が優先課題として議論され、助産師育成や母子保健サービスの無料化などの施策が同時並行で行われるようになってきており、多くの課題を抱えつつも少しずつではあるがプロジェクト・アプローチからプログラム・アプローチへ移行してきている。多様な投入による様々な取り組みが一つの戦略の基に継続的に改善されながら実施されていくには、保健省の母子保健課と国立母子保健センターのプログラム運営管理能力の一層の強化が求められる。

ラオスにおける母子保健事業は、予防接種と家族計画という2つの分野に投入を集中しそれぞれを別々にプログラム化してきた。どちらも、診察などの複雑な過程を伴わず、注射や投薬という一回の予防的介入である程度効果が持続する比較的単純なオペレーションで行われるものである。その他の介入は、ヨード添加塩のマーケティング以外は、プロジェクト・ベースで行われてきたため、その効果は期間、地域ともに限定的であった。また、出産とその前後のサービス提供の担い手の養成・育成は看護師養成の中でごく限られた時間に座学中心で行われてきたため、出産介助のような複雑で高い技術を伴う介入の担い手の養成として不十分であった。結果として、実質的に母子保健の核となる人材が不在の状況が続いてきた。しかし後述するように、ラオスの母子保健分野では様々な母子保健事業と予防接種事業を統合する必要性が認識され始め、保健省はJICA技術協力「ラオス保健セクター事業調整能力強化」の支援を受け、2007年に母子保健・予防接種技術作業部会を立ち上げた。2009年3月には、同作業部会により母子保健統合パッケージ戦略・計画 (2009-1015)が策定され、以降、保健省と多くの開発パートナーが共通のプラットフォームの上で母子保健活動を行うようになってきている。また、



サラワン県タオイ郡の村の外れにあるお産小屋

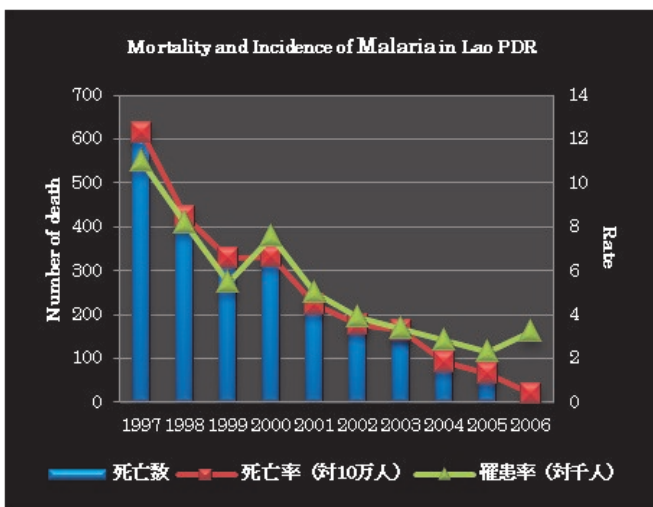
3. 三大感染症

■ マラリア

ラオスでは、国民の80%がマラリア流行地に居住し、症例の90%以上がマラリアの中でも最も重篤な熱帯熱マラリアのため最も疾病負荷の高い重要な疾患であった。マラリア対策は1960年代初めに開始され、マラリア対策のネットワークは1975年以降に強固に組織化された。1990年代後半から開始された大規模なマラリア対策はそのネットワークを基盤に、プライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care: PHC）とのインテグレーションにより村のヘルスボランティアをマラリア対策に巻き込み、「薬剤浸漬蚊帳（Impregnated Bed Net: IBN）によるマラリア予防」、「マラリアの予防と治療に関する教育」、「早期診断、早期治療」からなる国家マラリア対策プログラムを策定し実施してきた⁽⁶⁾。その結果、IBN利用者は確実に増え、マラリアの罹患率、死亡率共に急激に低下し、もはや主要死亡原因ではなくなっている（図12）。

課題としては、国家マラリア対策プログラムの保健省の保健システムへの統合がある。一般的に、疾病負担の高い分野は優先分野として手厚い投入を行い、その結果として疾病負担の軽減が成功したら、現状の維持を図るのに必要な分に投入を減じ、余剰分を次なる優先課題へと差し向けていくことが効率的な資源の運用であろう。マラリア対策の場合、国家マラリア対策プログラム専用の情報システムを保健省の保健情報システムに統合し、診断治療を行っている県のマラリア・ステーションを廃止して県病院の外来に一本化し、抗マラリア薬、蚊帳、検査キットなどの輸送と倉庫管理を保健省医薬食品局が管理するロジスティックシステムに移譲するなどの対応により、ヒト、モノ、カネ、時間のスリム化が期待できる。しかし、我々が行った調査では、統括、保健計画、保健情報システム、医薬品・機材管理、質の管理を含むサービス提供、保健人材といった保健システムのいずれの要素においても、保健省の保健システムと国家マラリア対策プログラムの間で少しずつ協働は始まっているものの統合には程遠い状況であることが分かった。この要因としては、保健省の保健システムが十分に機能していないために、上述のような保健システム構成要素をマラリア対策プログラムから移譲できないということがある。また、世界基金（The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM）が国家マラリア対策プログラムの予算をほぼ丸抱えしているため、保健省や国家マラリア対策プログラムを運営している国立マラリア・寄生虫・昆虫センターの判断や規則よりも、世界基金の規則に従わざるを得ないという事情がある。更に、現在マラリア治療の標準薬であるアルテミシニン誘導体と他の抗マラリア薬の併用療法に必要な合剤は、ラオスの国内市場には出回っていないということも統合が進まない要因である。マラリアが根絶されない限りマラリア対策は継続していかなければならない。世界基金からの支援がなくなっても流行状況に合わせた継続した対策が行えるよう、対策の財源を含めた保健システムへの統合によるリスク分散を図っていく時期に来ている。

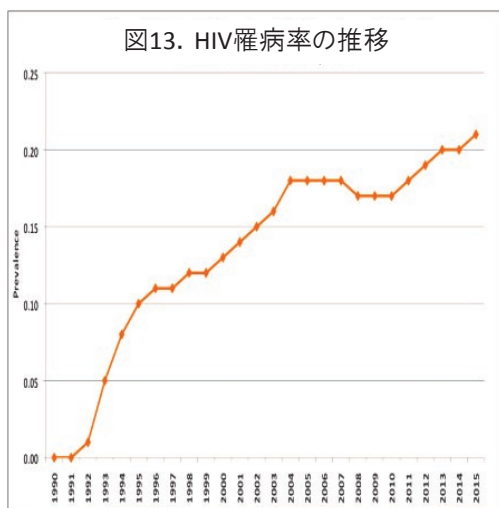
図12. マラリア死亡と罹患率の推移



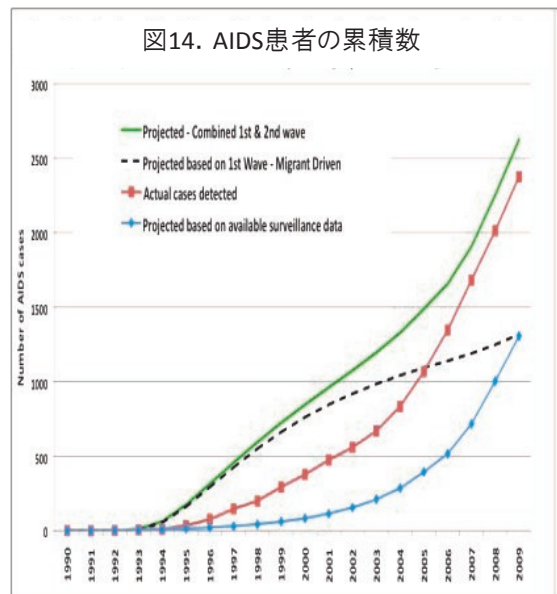
(出所)WHO西太平洋地域のデータを基に作成

HIV / AIDS

ラオスを取り囲む国々は、成人HIV罹病率の高いタイ(1.3%)、ミャンマー(0.6%)、カンボジア(0.5%)等であるが、これらの国と交流を密にしながらも、ラオスのHIV罹病率は未だ0.2%と周辺諸国より低い(WHO,2009)。これは国による比較的迅速な対応に負うところが大きいと考察されており⁽¹⁾、また我々の調査で明らかとなった、組織だった管理売春が行われていないことも現状に寄与していると考えられる。一方で、推定罹患率は上昇傾向にあり(図13)、AIDS患者数も増加している(図14)⁽⁷⁾⁽⁸⁾。また、近年の経済的發展に伴い、インフラ整備、観光産業、貿易やサービス業の開発が進み、これまでも増して周辺諸国からのウィルス流入の危険にさらされていると言える。特に国境付近の居住者、移動労働者、女性の性産業従事者(Female Sex Workers: FSWs)、男性間同性愛者(Men Having Sex with Men: MSM)は周辺国からウィルスの流入口と成り得る為、高リスク集団として国により継続的な調査が行われている。2010年1月の時点で、HIV/AIDS患者(People Living with HIV/AIDS: PLWHA)数は推定9000人、実際の診断者数は3659人、うち抗レトロウイルス療法を受けているのは1345人(うち小児95人)と報告されている⁽⁷⁾。



(出所) UNGASS Country Progress Report 2010, Lao People's Democratic Republic



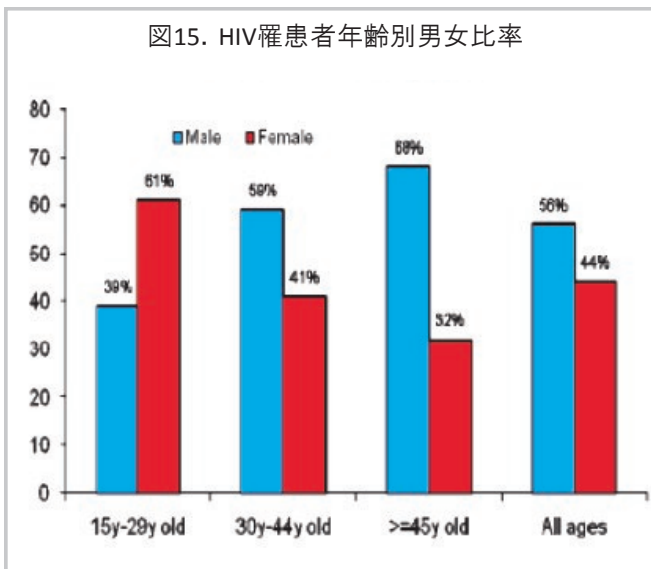
(出所) UNGASS Country Progress Report 2010, Lao People's Democratic Republic

HIV罹患者の62%は25歳から39歳の年齢層が占めており、30歳以上および患者全体では半数以上が男性であるが、殊に45歳以上で男性の比率が高いこと、29歳以下の若年層で女性の割合が高いことが特徴的である(図15)⁽⁷⁾。

ラオスにおける感染経路は、主にヘテロセクシュアルな性的接触によるものである(図16)⁽⁷⁾。ついで母子感染(MTCT)が4.6%、ホモセクシャル経路での感染が1.3%を占めている。

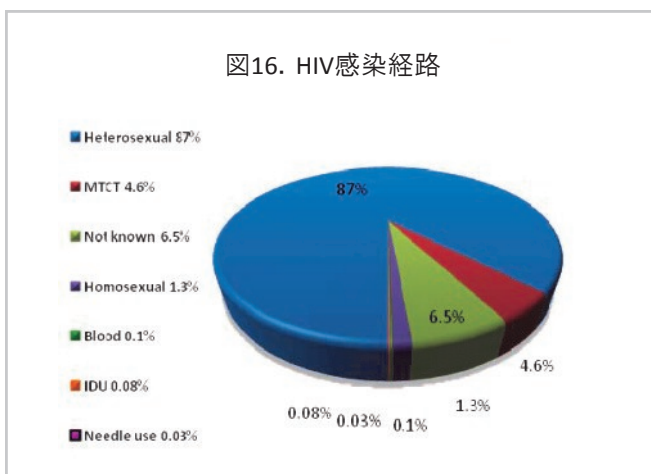
周辺国の罹患率と感染経路から、最もリスクが高い群のひとつとしてFSWsが挙げられる。ラオスの性産業において、FSWsの顧客の多くはラオス人であるが、約2割がアジアを中心とする外国人とされており、北部の県では中国、南部ではベトナム人の割合が高い⁽⁹⁾。2004年⁽¹⁰⁾と2008年⁽¹¹⁾の調査におけるFSWsのHIV罹患率はそれぞれ2.1%および0.4%であり、他の人口に比べて高い事が報告されている。

図15. HIV罹患者年齢別男女比率



(出所) UNGASS Country Progress Report 2010,
Lao People's Democratic Republic

図16. HIV感染経路



(出所) UNGASS Country Progress Report 2010,
Lao People's Democratic Republic

一方MSMに関しては、近年高リスク群として対策が取られ始めたが、まだ体系的なデータは揃っていない。これまでに報告されたHIV罹病率はヴィエンチャンで5.6%⁽¹²⁾、ルアンパバンにおいて0%⁽¹³⁾と、地域による乖離が認められた。

コンドーム使用は薬物乱用者(Injection Drug Users: IDU)とMSMで低いことが報告されている。また、上述のエイズ・性感染症予防センター(Center of HIV/AIDS and Sexual Transmitted Infections: CHAS)による調査⁽⁹⁾⁽¹²⁾では、HIVテストを受けた事がある性産業従事者は平均33%(16~43%)、MSMでは6.3%に過ぎなかった。予防策を推進するとともに、彼らが日常的にHIV罹患の危険にさらされていることを自覚していながら、公的サービスに到達できていない状況を早急に改善する必要がある。

輸血血液の安全性確保については既に対策が取られており、またIDUは感染経路全体の0.08%と考えられていることから(図16)、現状では経血液感染者数は少ないと考えられる。しかし国による報告⁽¹⁴⁾では薬物使用者のHIV罹患率は1.5%と一般人口より高く、中でもIDUにおけるHIV罹患率は、2009年北部フアパン県およびポンサーリー県における調査⁽¹⁵⁾(未発表)によると、それぞれの県で16.2%、22.2%と非常に高かった。

ラオスにおけるHIV/AIDS体制は省庁横断的であり、国家エイズ予防委員会(The national committee on the Control of AIDS: NCCA)、保健省管轄下のCHAS、県・郡レベルの委員会が相互に連携しているが、その役割は階層的に分担されている。報告制度は郡レベルから県・中央機関のCHAS、NCCAへなされるボトムアップ体制が確立している。また、国レベルでの政策の施行はCHASを中心として実行されている。最新のHIV/AIDS政策は2009年に作成されたものであり、現在のアクションプラン⁽¹⁴⁾(NSAP2011-2015)を主軸とした政策活動が行われている。

以上の背景を踏まえたうえで、低感染国であるラオスでのリスクを明らかにし今後の対策の戦略策定を行うために、国際医療協力開発費21指2「社会的文化的背景を考慮したHIV等感染症対策に関する研究」にてラオス国の感染状況の把握と研究実施体制の準備を小林らは進めた。この成果から、2011年には総合地球環境研究所「熱帯アジアの環境変化と感染症」等の支援にて研究が開始された。国境地域を中心とし、まず喫緊の課題である性交感染に関し、その経路を明らかにすべく、性産業従事者とMSMの性的ネットワークに関する調査を行った。また、患者側から感染経路を探るとともに抗レトロウイルス療法の効果的な推進に寄与するため、PLWHAの移動・性活動、および服薬状況に関する調査も併せて行われている。今後、聞き取り調査の他に、感染経路のウィルス学的検証を行うため、RNA解析(遺伝子型)および薬剤耐性の発現に関する分析も行われる予定である。

■ 結核

ラオスにおける結核の罹患率は155/10万人(2005年)で、世界の平均(140/10万人)よりやや高い程度である⁽¹⁶⁾。結核対策は世界戦略に基づいて各国の国家結核対策プログラムが実施されているが、ラオスにおいてもGFATM等の支援を受けて国家結核対策センターがDOTS(Direct Observation Treatment, Short-course: 直接監視下短期化学療法)戦略を実施している。2007年の時点で全県病院、140郡病院、383ヘルスセンターで実施中である。DOTS戦略では症例発見率70%、治療完了率85%を一つの目安にしているが、ラオスでは2004年に治療完了率が86%となり、2005年に症例発見率が68%に達している。今後はDOTSを更に200の保健センターに導入すると共に、検査精度の向上を図っていく必要がある。

4. 新興感染症と非感染症疾患

■ 鳥・新型インフルエンザ

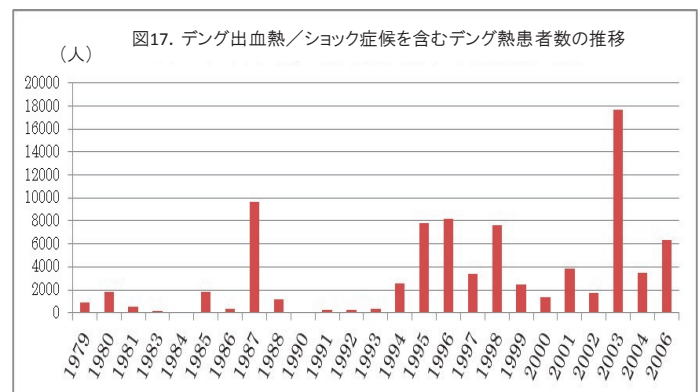
2004年1月、ラオスで初めて鳥インフルエンザが発生し、ヴィエンチャン市、チャンパサック県、サワンナケート県における計45件の発生が報告された。2007年2月にはH5N1型のヒトへの感染例2件(どちらも死亡)が確認された。2008年2月から3月にかけては、ルアンナムタ県6村で鳥インフルエンザが発見されており、今後も増える可能性がある。

国内における鳥インフルエンザ発生後、首相令のもと、国家感染症対策委員会(National Committee on Communicable Diseases and Control: NCCDC)が設置され、その下に事務局と調整事務所として国家鳥・ヒトインフルエンザ調整局(National Avian Human Influenza Coordination Office: NAHICO)が置かれており、各種調査・情報収集、感染防止対策、啓蒙活動等を各ドナーとも連携・調整の上で行う体制となっている。2006年には鳥インフルエンザ流行防止対策の国家戦略計画(2006-2010年)が国連機関の援助の下策定された。

2008年6月に行われた「新興感染症のためのアジア太平洋戦略」の進捗評価によると、上述のような組織体制や戦略など対策実施枠組みは整いつつある。保健医療と動物衛生の担当者間やその他の関係機関間の連絡や情報交換も、一部インフォーマルだが整備されつつある。サーベイランス、検査、院内感染コントロール、住民への啓蒙を含むリスクコミュニケーションなども、それぞれ制度面での整備は進んできているが、どの分野もそれを動かす人の能力向上と必要な資器材などインフラ面の改善が残されている。

■ デング熱・デング出血熱

デング熱は、流行時には多くの病院で病室の外に患者が溢れかえり、デング出血熱・ショックにより死亡例もでている。WHOのDengueNetによると、2003年の流行ではデング出血熱/ショック症候群が2708例、死亡例が67例報告されている(図17)⁽¹⁷⁾。しかし、全てのケースが臨床検査で確認されている訳ではなく、また、病院ベースのサーベイランスデータを基にしているのが現状であることを考えると、データの精度は低いと思われる。2006年にヴィエンチャン市で行われた血清サーベイでは無作為抽出された大人の84.6%、子どもの9.4%で過去のデングウイルス感染を示唆する抗体(DEN IgG)が陽性であったと報告されている⁽¹⁸⁾。



(出所)WHO DengueNet

5. 保健人材

■ 非感染性疾患

ラオスにおける非感染性疾患(Non-communicable diseases: NCD)の罹病率に関してはまとまったデータはない。松林らがラオスのサワンナケート県在住高齢者294名(男:女=121:173, 平均70歳)と西ジャワ、ベトナム、韓国、日本で行った比較調査では、血圧が140mmHg/90mmHgを超えるかあるいは降圧剤を服用している、随時血清総コレステロール値が220mg/dL以上、随時血糖値140mg/dl以上の高齢者の割合は、それぞれラオスで43%(日本62%, 韓国43%, ベトナム61%, 西ジャワ77%)、7%(日本: 38%, 韓国: 6%, ベトナム: 17%, 西ジャワ: 1%)、28%(日本:4.4%, 韓国: 15.7%, ベトナム: 5%, 西ジャワ: 7%)であった⁽¹⁹⁾。耐糖能異常の割合がラオスで高かった原因については不明である。

この10年で首都ヴィエンチャンでは、車両、特に2輪車の数は激増しており、その登録台数は2003年には195,353台であったが、その後わずか4年で464,485台へと倍増しており、都市部の生活スタイルは明らかに変わってきている。今後、高血圧、糖尿病などの生活習慣病や交通事故などの増加が懸念されており、その実態把握が必要である。

ラオスの保健システム上の最重要課題が何かと問われれば、保健医療人材の質と量の絶対的不足であろう。表2は2008年の保健省組織人材局のデータであるが、2010年11月に出された「2020年までの保健人材開発戦略」によると、2009年時点での保健セクターの公務員数は12,422人で、その内24%が行政官である⁽²⁰⁾。病院などで働く医療従事者は7,518人(61%)で、人口1,000人あたり1.11人でありWHOが推奨している2.5人を大きく下回っている。ラオス政府は公務員の質の確保のため、それまで容認してきた准看護師など下級レベルに分類される職種の養成を廃止し、全ての保健人材を中級レベル以上にする政策をうちだしているが、2009年の段階では保健サービス提供者の55%は下級レベルであり、人口1,000人当たりの中級レベル以上の保健医療従事者数はわずか0.5人である。

保健医療人材の養成に関しては、医師及び看護師は年間それぞれ150-200人、500-600人の卒業生が保健科学大学、3つの県保健科学短期大学、5つの県保健学校から排出されている。国の優先課題である母子保健強化ため、2009年より助産師育成が全国6カ所の保健科学短期大学と県保健学校で開始され、2010年10月には第1期生120名が卒業したが、このコースは中等教育修了者を対象にしたものではなく、現在保健センターなどで働いている准看護師を対象にしており、修了したものは中級レベルになる。養成に関する課題としては、医師においては、2003年より特別学生枠が設けられ定員以上の新入生をとっており、教育の質の低下が懸念されている(図18)。看護人材においては、公務員の雇用枠が限られていることが問題であり、卒業生のうち就職できるのは僅か1割程度とされている。

表2. ラオスにおける公的保健医療機関の職員数

施設レベル	医師	中・上級看護師、 医師補	パラメディカル	下級 看護師	PHC ワーカー	事務職、 アシスタント	合計
中央病院(4)	381	408	222	163	0	162	1336
専門病院(3)	30	19	82	7	0	19	157
地域・県病院(16)	370	504	370	715	0	105	2064
郡病院(141)	352	1048	859	1851	14	224	4348
保健センター	18	310	98	921	230	9	1586
合計	1151	2289	1631	3657	244	519	9491
対人口千人比	0.19	0.38	0.27	0.61	0.04	0.09	1.58
保健省中央行政 官及び教育機関 職員	659	446	682	291	0	444	2522

(出所)保健省2008年のデータを基に作成

保健セクターの公務員数は、1998年の12,481人と比べまったく増えていないが、ここ数年の退職者などの穴埋めを除いた保健セクター公務員採用数は毎年300~400人ずつ増加しており、増加率も徐々に増えている(図19)。保健省組織人材局の計画では、2020年までに人口千人当たりの保健医療従事者数を2008年の2.01%(行政官や教育者を含む)から2.64%まで引き上げようとしている。そのためには、2010年より増加率5.59%、約800人ずつ増やしていかなければならない。政府は教育と保健セクターの新規採用公務員枠を優先的に増やす政策を打ち出しており、2011年の保健セクターに割り当てられた新規採用公務員枠は例年に比べ大幅に増え、約千人分が配分された。2007年度の離職者は220人だったので、ラオス政府は2020年の目標達成に向け本腰を入れたようである。

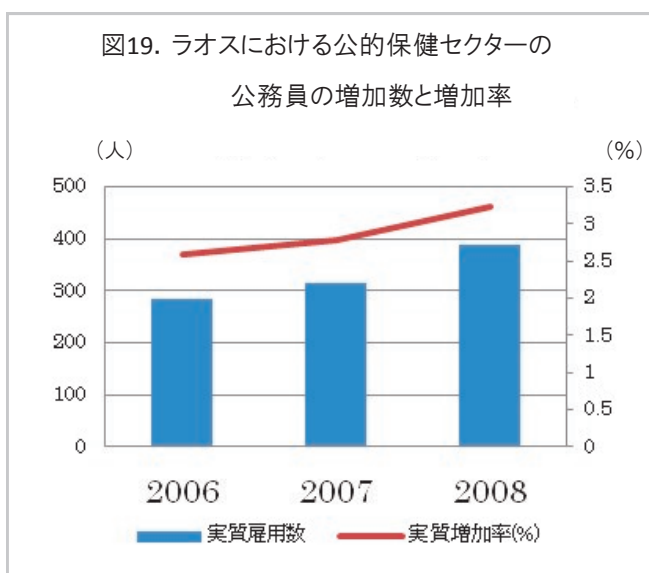


(出所)保健省データを基に作成

少ない保健医療人材の中で、中央と地方、高次機能病院と末端の保健センターの間で著しい偏在が見られる。首都ヴィエンチャンの4つの中央病院にラ国の医師の33%に当たる381人が働いている。一方で、住民に最も近く、多岐にわたるPHCサービス提供が期待されるのが保健センターであり、保健省は中級レベル以上の看護師を含む3-5名の配置を目指しているが、現在保健センターで働いているスタッフは平均2人である。人員の不足は、サービス提供施設のみならず、保健省や県保健局の行政官も同様で、集めた情報を分析し、関係者と協議し、意思決定につなげるような仕事をしているのは非常に限られた職員だけである。

上述のように、末端の医療施設に医師など技術をもった医療者を配置していく計画はあるが進んでいない。「2020年までの保健開発戦略」の5つの柱の一つとして保健人材へのインセンティブの提供が位置づけられているが、具体的な目標設定はなされていない。しかし2009年、政府は僻地への公務員の定着を促すため、教育セクターにおいて僻地手当の導入(もしくは引き上げ)を行った。保健セクターにおいても、WHOが保健省を後押しして僻地への公務員の定着対策を進めようとしている。

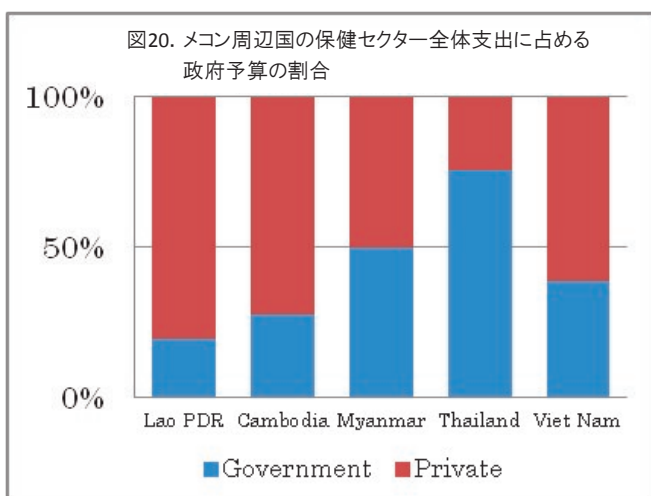
2010年11月、保健省は保健人材開発に関する初めての戦略文書「2020年までの保健人材開発戦略」を政府の承認を受けて発表した。戦略は、養成・育成(Production)、人材開発計画(Planning)、配置(Deployment)、法的枠組み(Legal framework)、モニタリングと評価(M&E)、定着(Retention)、公平性(Equity)のそれぞれの分野に対して目標が書かれており⁽²⁰⁾、保健省と開発パートナーが一丸となってバランスのとれた保健人材開発強化を行っていく上でのプラットフォームとして期待されている。



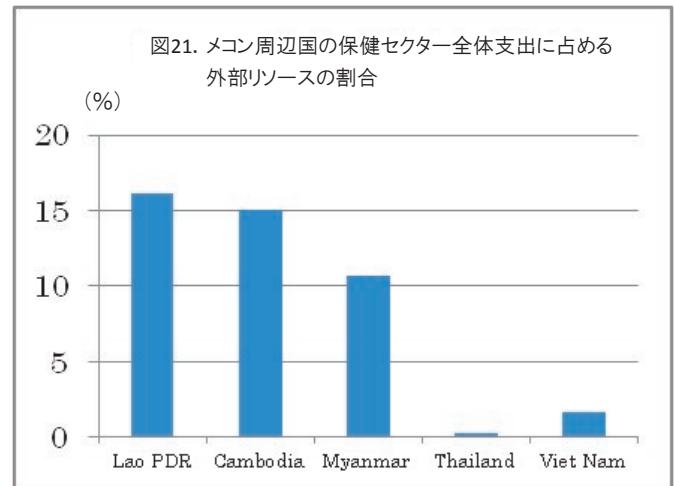
(出所)保健省データを基に作成

6. 保健財政

ラオスの保健医療財政の特徴は3つに集約できる。1) 極めて限られた予算、2) 高い利用者負担と低い政府負担、3) 事業運営費の高いドナー依存である⁽²¹⁾。WHOの「保健システムのための革新的国際財政に関する」タスクフォースは、最低限必要な一人あたりの保健医療サービスコストを年間44ドルと試算しており⁽²³⁾、WHOのNational Health Accountによると、ラオスにおける2009年の国民一人当たりの保健医療支出は36ドルである。しかし、ラオス保健省の発表では、2006年から2010年の同支出の平均は8.94ドルとなっており更に低い。内訳は政府支出が1.84ドル、受益者支出が1.1ドル、外国からの支援で賄われた支出が6ドルとしている。後述するが、おそらく受益者支出が正確に把握されておらず過小評価されていると思われる。WHOは、保健セクター全体の支出に占めるラオス政府負担を約20%と推定しており、これには開発パートナーからのローンなどが含まれている(図20)。保健セクター全体の支出に占める外国からの支援は、近隣国の中でもカンボジアと並んで高く、国連加盟国の中でも外資への依存度の高い国とされている(図21)。



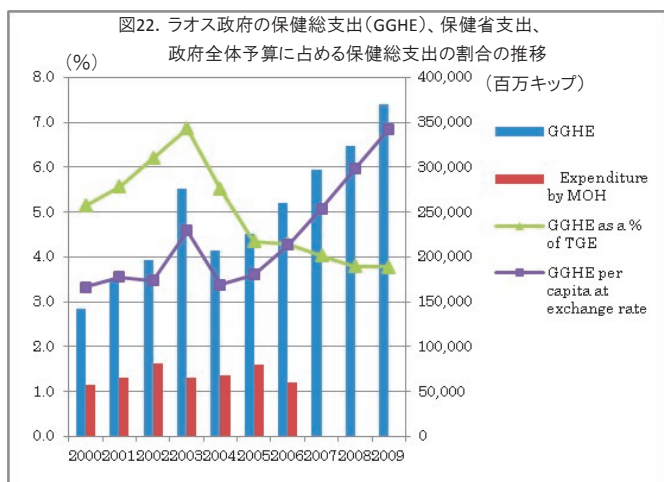
(出所)WHO [2009], *National Health Accounts Series*, <http://www.who.int/nha/country/lao/en/>を基に筆者作成



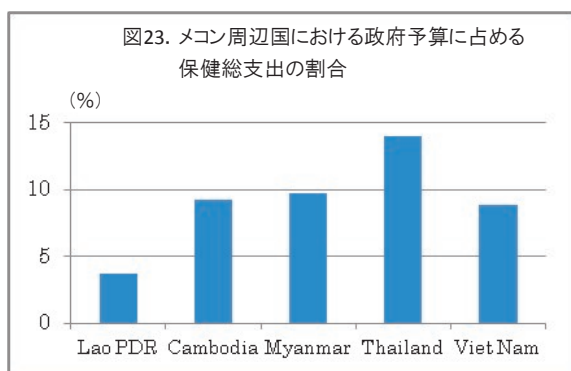
(出所)WHO [2009], *National Health Accounts Series*, <http://www.who.int/nha/country/lao/en/>を基に筆者作成

堅調な経済成長に支えられ、ラオス政府の保健セクターへの支出額は増加してきており、2009年の支出額は2000年の2.6倍になっている(図21)。しかし、政府全体支出に占める保健セクター支出は4%前後で近隣国の中でも際立って低く、2003年以降その割合は低下してきている(図22、23)。前述したように2010年3月より稼働したナムトゥン2ダムからの増収の20%が保健セクターへ配分されることもあり、2011年から始まる第7次国家社会経済開発5カ年計画では保健セクターへの配分を約7%に引き上げるとしている。

保健セクター全体の支出の80%を占める政府以外からの支出のうち、約75%は受益者負担と見積もられており、ラオスの保健医療財政は住民負担に依存するシステムとなっている。1997年の利用者負担制度の導入によってもたらされたこのシステムは、保健医療サービスの質の低さ及び物理的なアクセスの悪さと共に、低いサービス利用率につながっている。またこの制度は、貧しい者と富む者との間で公平性を欠き、社会保障上問題がある。



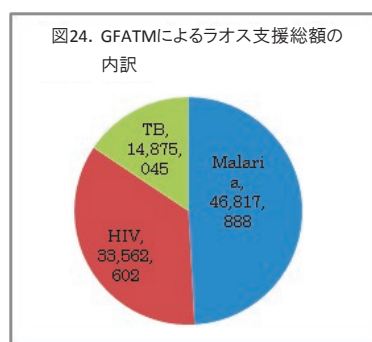
(出所)WHO [2009], National Health Accounts Series, <http://www.who.int/nha/country/lao/en/>を基に筆者作成



(出所)同上

保健省は2020年まで国民皆保険の達成を目指しているが、国民の多くが農民や自営業などのインフォーマルセクターに属するため掛け金の徴収は難しく、4つのスキームを合わせた加盟率は約11%に留まっている。保健省は4つのスキームを徐々に統合して最終的には一本化する計画をだしているが、加盟率を増やすためには税を含めた財源の多角化をより革新的に行っていく必要がある。

保健省は公平性を担保するため、またMDG4と5の達成に向け、母子保健サービスの無料化を2012年から行うことにした。また、利用者負担制度と共に導入された貧困層向けの無料化政策が形骸化されていることへの議会の不満に対して、病院サービスの無料化と治療の無料化を検討している。現在策定中の保健財政戦略2011-2015では上述の課題が網羅されており、実効性のある計画への翻訳が期待される。



(出所)GFATM

この問題への処方箋として、社会保障機関(Social Security Organization:SSO)による企業労働者とその家族を対象にした医療保険(2001年)、労働社会福祉省社会保障局による公務員に対する医療保険(Civil Servant Scheme) (2000年)、WHOの支援により保健省が進めている農業従事者などインフォーマルセクターのためのCommunity Based Health Insurance (CBHI)(2002年)、以上3つの医療保険を一部の地域で導入を開始した。また、最貧困層のための Health Equity Fund(HEF)があり、前払い制の導入が試されている。

最後にGFATMについて言及する。ラオスは2003年よりGFATMより財政支援を受けており、その総額は2011年までに約78.5百万ドルに上っている⁽²³⁾。年間平均にすると、マラリアに約4.7百万ドル、HIV/AIDSに約2.6百万ドル、結核に約1.4百万ドル、計約8.7百万ドルの資金が3つの感染症対策のために投入されている。これは保健省年間予算に相当する。ラオスの保健セクター予算の現状では、このような大きな外資は基本的に歓迎されるべきものではあるが、国際的基金の資金量によって決定される保健財政ではなく、援助効果向上に関するパリ宣言の理念に基づき当該国の国家保健計画に基づく保健財政が可能となるよう国内外の関係者が協力して取り組む必要がある。

7. 保健計画

ラオス保健セクターでは、2000年以降立て続けに政策や戦略が複数策定されており、単一の政策枠組みを欠いていた。それらのうち、ラオス側が保健行政政策としているのはラオス保健戦略2020であり、その下に作られる保健セクター開発5カ年計画である。後述するように、2006年よりJICAの支援を受け保健省はセクターワイド・コーディネーション政策の下、保健セクター開発5カ年計画をセクターの単一政策枠組みとすることを開発パートナーと合意した。

ラオス保健セクターの政策・戦略	作成年
ラオス保健戦略2020:6優先プログラム	2000
保健医療マスタープラン:31優先プログラム	2002
国家成長貧困撲滅戦略(NGPES):12保健開発プログラム	2004
国家社会経済開発5カ年計画(NSEDP):12保健開発プログラム	2006

最新の保健セクター開発5カ年計画は第7次5カ年計画2011年－2015年である。ラオスの会計年度が10月から始まるため、第7次5カ年計画の有効期間は2010年10月から2015年9月までである。ラオス保健セクターではまだ中期支出枠組み(Mid-tem Expenditure Framework: MTEF)は導入されておらず、この5カ年計画は財政的裏付けを伴っていない。

行政の年間計画策定は、第1四半期である11月の首相令をもって開始されるため、1年かかって作成される。年間計画は、ビジョン、目標、活動などからなる開発計画と予算案の2種類がある。開発計画概要は、4月に大臣および県知事によって首相へ報告されるため、各省庁および地方自治体は第2四半期中に大まかな次年度計画案を作成する。計画作成はボトムアップ方式であり、保健省の場合、中央の各局や母子保健センターなどの関連施設と各県保健局に年間計画を提出させ、それを基に保健セクターの年間計画案を首相に報告する。県の場合は、県保健

局など各省庁のラインオフィスに年間計画案を提出させこれをまとめて県の計画案として報告する。県保健局の計画案は郡保健事務所の計画案を踏まえて作成される。そのため、県保健局は作成した次年度計画案を県と保健省の双方に提出する。予算案は6月-7月に行われる通常国会に提出され承認を受ける。予算案も開発計画案同様ボトムアップ方式により作成されることになっている。最終承認された予算は9月-10月に中央、県、郡に通達されるため、承認された予算を基にそれぞれの予算を調整し年間開発計画の最終版が出来上がるのはその年の第1四半期になることが多いようである(図25)。

政府の予算費目は表3のように6費目に分類されているが、ラオス政府の歳入からくる保健医療予算は、そのほとんどが職員の給与で、予防接種や感染症コントロールなどの事業に必要な一般行政費は非常に限られている。実際にはこれらの事業費は開発パートナーのプロジェクト費によって賄われているため、県や郡が作成する予算案は給与や高熱費が主であり、計画課や会計課のスタッフが前年度承認された予算を基に作成しているのが現状である。このように年間

開発計画と予算計画は連動しておらず、中央、県、郡の保健行政官の年間計画作成へのモチベーションは高くない。予算を伴った年間計画は、ヴィエンチャン県や現在NCGMが専門家を派遣している南部4県(チャンパサック県、サラワン県、セコン県、アッタプー県)などの例外を除き、中央や地方自治体のもとは別に開発パートナーが支援するプロジェクトごとに作成されている。

図25. ラオスにおける年間計画策定プロセス

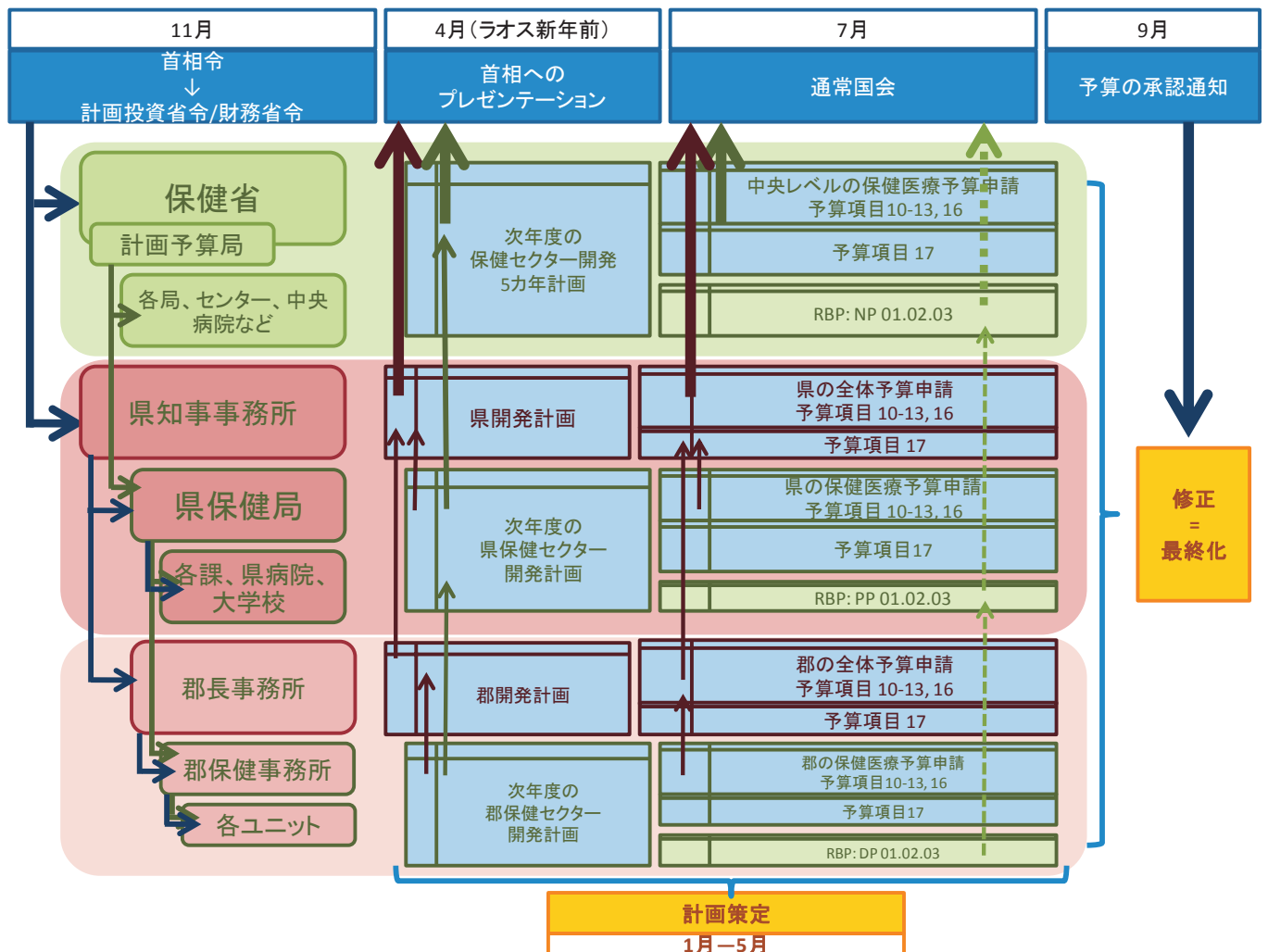


表3. ラオスにおける予算項目

項目10: 給与と雇用手当	Salary and employee allowances	}	→ 財務省
項目11: 報酬と手当	Compensation and allowances		
項目12: 一般行政費	Normal expenditure administration (operational cost)		
項目13: 補助	Subsidies and Contribution		
項目16: 固定資産関連	Fixed Assets for administration		
項目17: 資本支出	Capital expenditure (Investment)	→ 計画投資省	

このような年間計画作成の形骸化の問題とは別に、保健省では現行政府のフォーマットを使った予算作成では母子保健やマラリア対策など、プログラム毎の予算が把握できないことを問題視しており、アジア開発銀行のプロジェクトの支援を受けてResult-based planning(RBP)という新しい予算計画作成方法を現行の政府方式と並行して導入した。この方式は、5カ年計画を基に中央でプログラムとその達成目標を定めて、中央の関連センター、県保健局、郡保健事務所がそれに必要な経費を既定のフォームに数字を入力して割り出すようになっている。RBPは2009年より全県に導入され、この方式で割り出された予算案は地方自治体ではなく保健省計画財務局に提出される。これにより、保健省はボトムアップで計算された予算をプログラム毎に把握できるようになる。しかし、保健セクターの経常費の会計管理は個々のプロジェクト毎に行われており、コモンバスケットやセクター財政支援方式など一括財務管理が導入されていない現在、この新方式も紙の上の演習でしかないのが現実である。

8. 医療施設

ラオスの医療施設は、医療レベルの高い順から中央病院、地域病院、県病院、郡病院、保健センターに分けられる(表4)。都市部には私立診療所はあるが病床をもつ私立病院はない。最も大きいマホソット(Mahosot)病院は454床あるが、他の中央病院は150床程度であり日本の小さな県立病院程度である。郡病院では大きいもので40床、小さいものだと10床以下である。総病床数は7千弱で、人口10万人当たり130床程度と極めて少ない。しかし、どの郡病院も入院病棟は閑散としており、中央病院の病床稼働率は総じて60%程度に留まっている⁽²⁴⁾。つまり入院サービスに関しては、人口当たりの病床数が少ないにも関わらず、需要<供給状態である。平均在院日数は中央病院でも4日前後と極めて短く、これも病床稼働率が低い理由ではあるが、本来入院治療が必要な患者の多くが病院を受診していないと見るべきであろう。例えば、出産に占める帝王切開率は、国際的には少なくとも5%といわれているが、ラオスの全国平均は2%であり、本来帝王切開が必要でも受けていないケースが非常に多いことになる。帝王切開率が0.2から0.3%という県もある⁽⁴⁾。

中央病院は4つで、総合病院としてマホソット病院、セタティラート病院、友好病院、母子病院があり、専門病院として眼科、皮膚科、リハビリテーションのセンターがヴィエンチャン市にある。2010年に小児病院が設立された。これらの病院は大学医学部の教育病院を兼任しており専門医療が受けられる。しかし、これらの病院で働いているJICAのボランティアや臨床研究で日本から来る関係者の報告では、医療の質は決して高くなく、実際保健省の上級職や外国人はタイの病院を利用することが多い。

県立病院は各県にあり、基本的診療科を有する総合病院である。ベトナム、モンゴルなど社会主義国の援助を受けた病院もあるが、近年、世界銀行、アジア開発銀行のローンにより改修が進んでいる。県病院のうち4病院(ルアンパバン、ウドムサイ、サワンナケート、チャンパサック)は地域病院に指定されている。

郡病院は治療のみならず、郡保健事務所の公衆衛生活動も支援しているところが多い。複数の郡から患者を集める比較的規模が大きく手術ができる郡病院はA型と呼ばれ、それ以外はB型とされている。郡病院は数的にはほぼ充足しているが、その医療サービスの質は低いといわざるを得ない。これは医師や中級以上の看護師が少なく、施設や医療機材も不十分なところが多いことによる。日本は無償資金協力で郡病院や保健センターの建設、改修、器材整備を行っている。

表4. 公立医療施設数

中央病院	専門病院	地域病院	県病院	郡病院	保健センター
4	4	4	13	141 (22)	835

(出所)MOH [2007], *Human Resource for Health*を基に筆者作成 ()は帝王切開可能施設数



セコン県病院

保健センターは全国に835あり、ひとつが5-15村を所管している。郡病院以上に保健サービスの質は悪く、多くは准看護師が1人-3人駐在するのみである。施設数はある程度増えているものの、中には劣悪な施設もあり、施設並びにサービスの質向上が必要である。

保健センターが第1次医療施設、郡病院が第2次、県病院が第3次で、形の上ではネットワークを形成しているものの、施設間を結ぶ搬送システムなどレファラル体制は殆どできていない。各レベルの病院機能については、治療法や看護基準範囲などの策定が行われ徐々に枠組みは定められつつも、実態として医療人材の技術と職業倫理が改善されていないことから、実質的な改善に向けた道のりは長いといえる。

医療の質の改善が急がれる一方、保健サービスへのアクセスの問題がある。アクセスを妨げる要因としては、教育レベル、経済的要因、文化的要因などもあるが、ラオスの場合物理的なアクセスの悪さが大きい。現在ラオスには10,553村があり、9,262村が地方村落として位置づけられ、その中でも3,541村には車が通れる道路が通じていない(表5)⁽²⁵⁾。山がちな国土に少ない人口が散在して居住しているラオスで、全ての村に保健センターを設置することは不可能であり、結果として医療施設までの距離が極めて遠いところに住んでいる住民が多くなっている。



保健センター

表5. 都市部と地方の医療施設へのアクセス状況

	最寄りの病院(HP)までの 距離と人口の割合 (%)			最寄りの保健センター(HC)までの 距離と人口の割合 (%)			最寄りの保健施設へ8時 間以上かかる人口の割合 (%)	
	-10km	11-30km	31km-	-10km	11-30km	31km-	HPまで	HCまで
全国	54	31	15	78	17	5	5	3
都市部	94	6	0	100	0	0	0	0
地方+道路	47	39	14	76	21	3	1	1
地方-道路	28	37	35	56	27	16	20	11

(出所)Lao's Government and the United Nations [2004], *Millennium Development Goals Progress Reports*を一部改変

9. 援助協調

90年代に入りセクタープログラム・アプローチ、パートナーシップ、キャパシティ・ディベロプメントなど新たな援助手法が模索され始めたが、その根底にはそれまで援助の主流であったプロジェクト型支援の非効率性とその効果の限界、ドナー主導の援助に対する反省があるといわれている⁽²⁶⁾。これに対応すべく2005年3月のバリ援助効果向上ハイレベルフォーラムにて、「オーナーシップ」、「アラインメント」、「調和化」、「成果マネジメント」、「相互説明責任」を援助のルールとして謳った「援助効果にかかるバリ宣言」が採択された。ラオスにおいても、ラオス政府及び開発パートナーは、2006年11月の第9回ラウンドテーブル会議において「援助効果にかかるヴィエンチャン宣言」を採択した。

ラオス保健セクターでは、既述(8.保健計画)のように貧困削減ペーパーをはじめとするさまざまなセクター全体に関する政策文書が存在しており、その下で各開発パートナーは保健省の関係部局と個別にプロジェクトを実施していたため、それぞれのプロジェクトについてその他の部局や開発パートナー間で互いの事業内容について情報共有が行われてこなかった。結果として、保健セクターにおける事業の対象、テーマ、地域の限定・偏在・重複がおこり、持続発展性が弱い非効率的・効果的な事業展開となっていた。

このような状況を変えていくためにプロジェクト・アプローチからプログラム・アプローチへ転換していく必要が関係者の間で認識され、2006年より保健省は後述(第2章)のJICA技術協力プロジェクト「保健セクター事業調整能力強化」の支援を受け、セクターワイド・コーディネーション(以下SWC)と名づけた保健セクター事業の効率性と効果を改善していく取り組みを開始した。SWCは、プログラム・アプローチの一般的な定義である被援助国政府が導く関係者間調整の下、共有された単一政策枠組み、単一の中期支出枠組み、資金的な裏付けをもって実施されるプロセスのうち、中期支出枠組みと資金的な裏付けの部分を除く3つの要素で構成されている。

セクターワイド・コーディネーションとは

- Program-based approach ≡ Sector-wide approaches

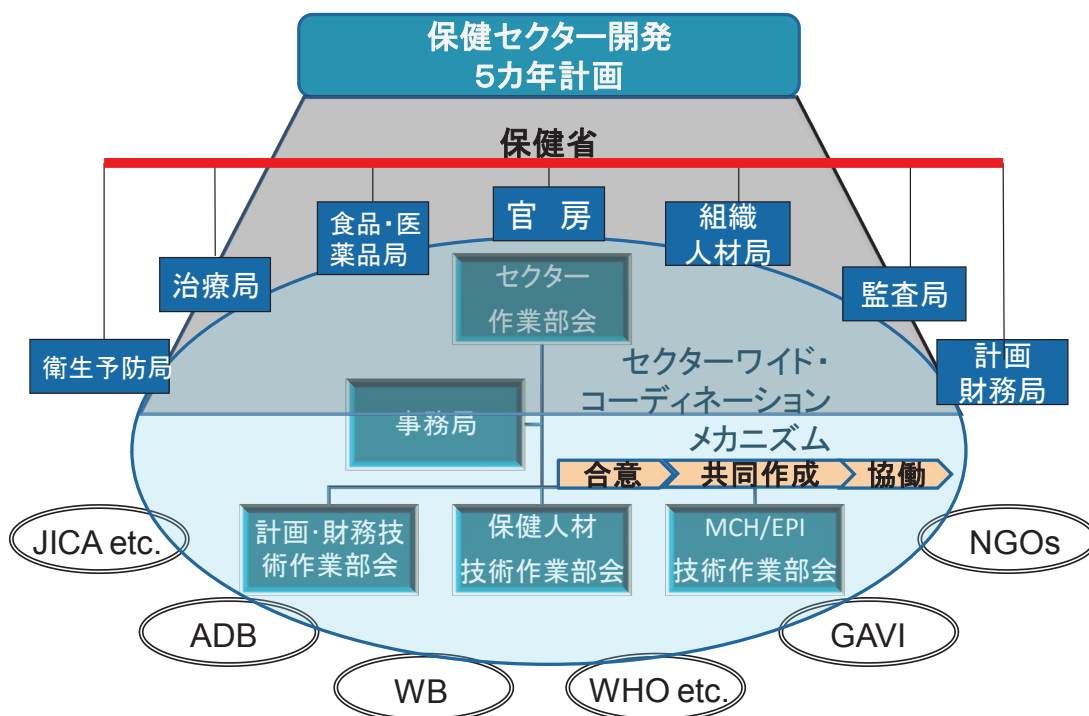
- SWC (Sector-wide Coordination)

- Ownership (“Government leadership”)
(保健省の主体性とリーダーシップ強化)
- Single Sector Policy Framework (“Alignment”)
(共通目標に向かって連携・一元化)
- Aid Coordination (“Harmonization”)
(援助の調和化)
- Single Expenditure Framework
(共通の支出枠組みへの一元化)
- Funding (予算の確保)

(出所)「セクタープログラム入門」:財団法人国際開発センター
2005年を基に一部改定

SWCの取り組みのこれまでの進捗としては、中央において保健省内部に調整メカニズムが設置され、第7次保健セクター開発5カ年計画が単一政策枠組みとして関係者に共有された(図26)。また、調整メカニズムでは様々な作業部会が立ち上げられ、情報共有・交換が行われるようになり、保健人材開発、保健情報システム、保健財政、母子保健などの重点課題の戦略文章が保健省と開発パートナーの協働で作成された。また、これらの取り組みにおいては、保健省のオーナーシップが“価値”として位置づけられたため、保健省の発言力が強化されてきている。

図26. パートナーシップのための調整プラットフォームとしてのSWCメカニズム



プログラム・アプローチへの移行は5年から10年を要する息の長いプロセスである。ラオスにおける今後の課題は、県レベルへのSWCの拡大と保健計画、モニタリング、会計、調達、報告など具体的な事業運営上の手続きの調和化である。現在の保健省のこれらの手続きは、開発パートナーが独自の手続きを調和させる程には標準化されておらず、それを使う人材の能力強化を含め改善が必要である。特に、中期支出枠組みと資金の裏付けをもった保健計画とその実施にむけ、財政支援提供者の信頼に足る会計システムを構築していく必要がある。

第2章 これまでのNCGM(IMCJ)の取り組み (1992年度-2010年度)

1. 技術協力

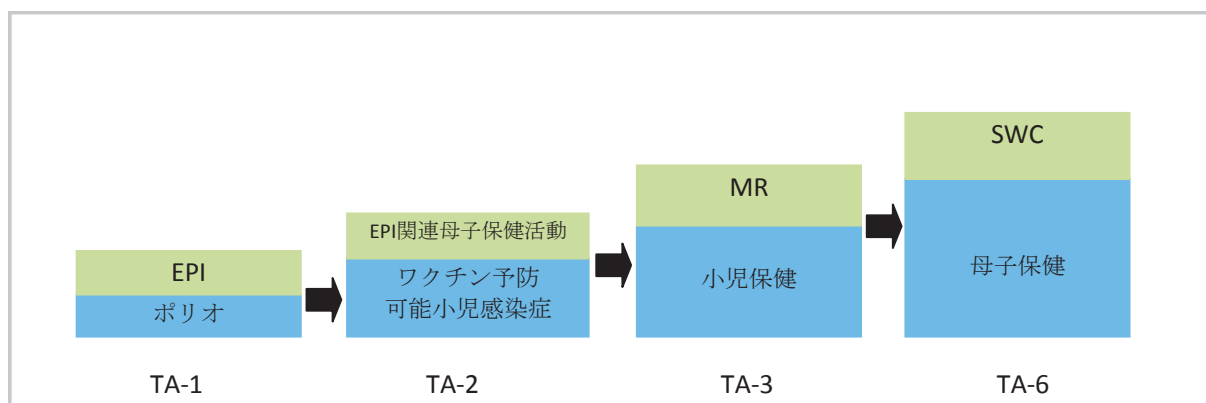
ラオスにおけるJICA技術協力を通じたNCGMの活動は、ポリオ根絶を目指した「日本・WHO公衆衛生プロジェクト」から始まり、それぞれの技術協力の教訓が生かされる形で次第により包括的なものへと進化してきているといえる。

この進化は、支援の対象と協力のアプローチの両面で認められる。支援対象は、ポリオ→ワクチン予防可能小児感染症→小児保健→母子保健→保健セクター全般へと拡充していった。それぞれの技術協力では、拡大した支援対象のみに取り組むのではなく、それらをエントリーポイントに新たな課題に同時並行に取り組んでいる(図27)。

表6. NCGMが関わったJICA技術協力

	案件名	協力期間
TA-1	日本・WHO公衆衛生プロジェクト	1992.10-1998.09
TA-2	小児感染症予防プロジェクト	1998.10-2001.09
TA-3	子どもための保健サービス強化プロジェクト	2002.11-2007.10
TA-4	保健医療協力計画アドバイザー	2002.09-2005.03
TA-5	保健医療協力計画アドバイザー	2006.02-2008.01
TA-6	技術協力 保健セクター事業調整能力強化	2006.09-2010.08
TA-7	母子保健統合サービス強化プロジェクト	2010.05-2015.05

図27 NCGMのラオスにおける技術協力の発展



「日本・WHO公衆衛生プロジェクト」(1992-1998)では全国予防接種キャンペーン(NIDs)を柱にポリオ根絶を目指しつつ、他のEPI疾患にも適応できるポリオ全国サーベイランスシステムとコールドチェーンシステムの構築を行った。「小児感染症予防プロジェクト」(1998-2001)では、構築された両システムを基に、麻疹や新生児破傷風などEPIプログラム全体の強化を図りつつ、保健センターから半径3km以内の住民をターゲットに、施設での予防接種と他の母子保健サービスの利用を促進する保健省の「ゾーンゼロ戦略」の実施支援を行った。このゾーンゼロ戦略実施支援で培われた「活動計画書」¹や「健康教育活動」²は、小児保健全般を対象にした「子どもための保健サービス強化プロジェクト」(2002-2007)でも実施された。「子どもための保健サービス強化プロジェクト」では、「健康教育活動」を通して郡病院の利用を促すだけでなく、「MR」³という自己モニタリング活動を通して郡病院と郡保健事務所の機能強化に取り組んだ。またプロジェクトは、保健省の治療局、衛生予防局、食品・医薬品局、計画財務局、組織人材局による中央から郡レベルにいたる縦割り行政による弊害というより大きな課題に対して、部局関連系の促進に向け積極的に取り組んだ。「子どもための保健サービス強化プロジェクト」と同時期に保健省に配属された「保健医療協力計画アドバイザー」の提言を基に開始された「技術協力 保健セクター事業調整能力強化」では、保健省の局間調整だけでなく、開発パートナーの援助協調にまで支援スコープを広げた。「技術協力 保健セクター事業調整能力強化」では、セクター全体の調整メカニズムを立ち上げつつ、具体的な調整の実践の場として母子保健を選び支援した。NCGMとしては、一気に保健セクター全体にスコープが広がると同時に、特異的分野としては、これまでのターゲットだったEPIや小児保健に母性保健が加わるようになった。南部4県を対象に行われている「母子保健統合サービス強化プロジェクト」も母子保健全般を対象にしている。

次に、協力のアプローチの面からNCGMの取り組みを見てみる。「日本・WHO公衆衛生プロジェクト」と「小児感染症予防プロジェクト」はポリオ根絶計画というグローバルイニシアティブへ参画した技術協力であり、EPIという国家プログラムが対象となった国家プログラム実施支援技術協力である。国レベルに設置されたEPIに関する調整機関(Interagency Coordinating Committee: ICC)において、ラオス保健省、国立衛生学研究所、WHO、UNICEFなどの関係機関と協調し、ICCを通じてラオス国首相を始めとした政治的関与も引き出しており、UNICEFやUNFPAとのマルチバイスキームとも連携している。また、既に保健省が全国展開を決めていたゾーンゼロ戦略の実施支援を行っており、通常のプロジェクティブ技術協力に比べよりプログラム型の技術協力であった。一言で表現するなら、プログラム型国家プログラム実施支援技術協力といえる。

¹ 県レベルでの、活動計画に基づく必要経費の申請と、活動実施後の活動内容と経費の報告書提出をルーチン化していく活動。

² 中央にある保健情報・教育センター(CIEH)と協力した母子保健の知識向上や病院利用を促す保健教育イベント。

³ ラオスの郡レベルの病院、保健局で最低限やらなくてはならない10の項目を定めたもの。10の項目には、24時間いつでも病院が開いていること、患者さんを温かく迎え入れること、子どもの主要疾患を正しく診断治療すること、患者搬送のことなどが含まれる。郡保健局と病院では、それらの10の項目について、病院サービス改善のために自分たちでできる活動を実施する。具体的には、活動内容、実施スケジュール時期、実施責任者を明確にした年間活動計画を作成し、活動実施状況を毎月自分たちでモニタリングする。10項目にはスタッフ全員で実施しなければいけない活動や、いろいろな課の活動が含まれるため、10項目を関係者でモニタリングすることは、病院スタッフみなので病院の業務をモニタリングすることになる。この活動を通じ、表面的な病院サービスの改善だけでなく、活動を管理する能力、組織内における横の連携といった、スタッフの働き方の改善にもつながる。

一方「子どもための保健サービス強化プロジェクト」は、2000年にラオスに導入されたIMCI(Integrated Management of Childhood Illness)の導入支援を2県でおこなったが、基本的には前二者のような国家プログラムの実施支援ではなく、パイロット地域の現場の問題分析から介入モデルを独自に構築し全国展開につなげていくというプロジェクト型の技術協力であった。ユニークなのは、パイロット県だけで問題解決型の地域保健プロジェクトを行うだけでなく、保健省にも専門家を配置して、上述したような保健省、県、郡の各レベルで部局間連携を促すと共に、保健省一県保健局一郡保健事務所・病院の縦の連携強化にも取り組んだ点である。プロジェクト型協力で陥りがちな“全体からの部分の切り取り”による弊害に対して慎重に配慮されている。

「技術協力 保健セクター事業調整能力強化」は、JICAのスキームとしては技術協力プロジェクトとして行われた事業であるが、その名前に“プロジェクト”という用語がついていないことに象徴されるように、それまでの技術協力とは全く異なったアプローチを採用している。この事業は、「様々な援助機関・団体によるプロジェクト型支援では、持続発展的なラオス保健セクターの改善は困難であり、プロジェクト・アプローチからプログラム・アプローチへの移行が必要不可欠である。」という、保健省とJICAを含む開発パートナーの共通認識に基づいて設計された。そのため、自らもプロジェクト・アプローチからの決別を図り、ラオス保健省のオーナーシップの醸成を最大の価値と位置付け、キャパシティ・ビルディングではなくキャパシティ・ディベロップメント(CD)⁴のアプローチを採用した。以下は、「技術協力 保健セクター事業調整能力強化」事業完了報告書からの抜粋である。

「どんな改革にもその当事者のコミットメントなしには改革は難しい。外部者の押し付けによる改革は当事者のコミットメントを引き出しづらく、最終的にその目的を達成するのを困難にする。当事業の考えるキャパシティ・ディベロップメントとは、当事者である保健省のオーナーシップとリーダーシップを最も重要な価値と位置付けており、外部者である我々がすべきことは組織としての保健省、個人としての行政官、技官が本来持っているキャパシティを発揮できる環境を設定すること、または、それを支援することである。セクターワイド・コーディネーション自体がそのような保健省と開発パートナーの本来持っているキャパシティを発揮できる環境への変革である。当事業ではプロジェクト管理から技術移転の方法に至るまでキャパシティ・ディベロップメントに沿うよう細心の注意を払った。」

現在行われている「母子保健統合サービス強化プロジェクト」は、3つの技術協力プロジェクトと一つの無償資金協力で構成されるJICAラオス事務所の母子保健プログラム⁵の中心に据えられているプロジェクトである。JICAラオス事務所の母子保健プログラム自身は、縮小する日本のODAがアフリカ重視に舵を切りつつある中、選択と集中を迫られたJICAラオス事務所が保健セクターの事業を母子保健に集中させるという選択の中で作り上げられたものである。この母子保健プログラムの目的は、第1章の母子保健のところで述べたラオス保健省が進めている母子保健とEPIを統合した母子保健統合パッケージ戦略・計画(2009-2015)の実施支援である。「母子保健統合

⁴ UNDPは、CDを「個人、組織、制度や社会が、個別にあるいは集合的にその役割を果たすことを通じて、問題を解決し、また目標を設定してそれを達成していく“能力”(問題対処能力)の発展プロセス」と定義している。キャパシティ・ビルディング(CB)との違いは、CBが技術移転を重視しているのに対し、CDは開発途上国の主体的、内発的発展を促していくことを重視している点である。

サービス強化プロジェクト」は、母子保健統合パッケージ戦略・計画(2009-2015)という共通のプラットフォームに乗っているUNFPA、WHO、世界銀行、イタリアのNGOなどと協調して事業を実施している。まだラオスの母子保健はプログラム化されてはいないが、JICAラオス母子保健プログラムとその中心にある「母子保健統合サービス強化プロジェクト」のアプローチは、「日本・WHO公衆衛生プロジェクト」や「小児感染症予防プロジェクト」同様、プログラム型国家プログラム実施支援技術協力といえる。

⁵ 既に実施されている「技術協力 保健セクター事業調整能力強化」(フェーズ1とフェーズ2)と「母子保健統合サービス強化プロジェクト」、既に採択されており実施が予定されている保健人材に関する技術協力プロジェクトと南部4県における保健センター改修・建設のための無償資金協力で構成されている。

日本・WHO公衆衛生プロジェクト (1992.10-1998.09)

対象地域	全国(EPI)、カムワン県(PHC)
実施機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ラオス国保健省、国立衛生疫学研究所(NIHE)、各県保健局 ・WHOラオス事務所、UNICEFラオス事務所
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ラオスのポリオ根絶事業を推進する。 ・ラオスの予防接種拡大事業(EPI)を強化する。
達成された成果	<ul style="list-style-type: none"> ・ラオス国のポリオが根絶された。(最終症例:96年7月29日) ・ポリオ全国サーベイランスシステムが構築された。 ・予防接種率が向上した。(OPV接種率90%以上) ・全国のコールドチェーン設備が村落レベルに至るまで整備された。 ・EPIスタッフの知識レベルとモチベーションが向上した。
事業終了時点で残された課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ビタミン剤や鉄剤、ヨード添加塩の配布など、EPIを通じたPHC活動の強化 ・病院周辺の予防接種の強化(MCH担当) ・MCH担当によるOutreach活動 ・NIDs終了後の定期予防接種システムとサーベイランス体制の維持
学び	<ul style="list-style-type: none"> ・技術移転やコンセプトだけでなく、コールドチェーンの全国的整備とワクチン供給のような設備投資も必要である。 ・政治的な関与と関係機関間の協調が重要である。 ・目標、戦略、対象人口、専門家の役割が明確であることが重要である。 ・EPIは対費用効果が高く、裨益人口への直接的効果が期待できるサービス普及型・垂直型のPHCであるが、モデル/コンセプト開発型・水平型のPHCとは別のアプローチと考え、混乱を避けるべきである。

小児感染症予防プロジェクト (1998.10-2001.09)

対象地域	全国
実施機関	ラオス保健省、国立母子保健センター国家予防接種プログラム、国立検査疫学センター
目標	・EPIシステム(サーベイランス、ゾーンゼロ・社会動員戦略、コールド・チェーン)を強化する。
達成された成果	<ul style="list-style-type: none"> ・西暦2000年、西太平洋地域のポリオ根絶が達成された。 ・麻疹サーベイランス・調査能力が強化された。 ・ゾーンゼロ・社会動員戦略の明確化、管理体制の確立、戦略実施村の拡大(16%→55%) ・IEC活動実施能力が強化された。 ・中央におけるEPIロジスティック部門の台帳管理、倉庫管理が強化され、ワクチンの在庫管理状況が改善した。
事業終了時点で残された課題	<ul style="list-style-type: none"> ・国立母子保健センターのマネジメント能力の強化およびEPIとの連携強化 ・中央スタッフによるコールドチェーンとロジスティックに関する県・郡レベルへの技術移転 ・全ての活動のオペレーショナルコストの確保
学び	<ul style="list-style-type: none"> ・全国ワクチン一斉投与の導入は、定期接種の基盤を弱体化させた。2000年の根絶達成後に一斉にドナーが撤退すると、今まで行われていた定期接種の接種率はのきなみ低下した。包括的なプログラム・アプローチが必要である。 ・途上国政府がみずから立案した保健政策でないものを自立発展させるのは無理がある。ラオスの真の自立発展とは何かをより注意深く考える必要がる。 ・WHOの世界プログラムに参加したことの恩恵や学びは多かった。当該分野の最新の情報を得ることができ、現場の問題点を発信し意見交換を行い、プロジェクト活動に還元することができた。また、学術的根拠に基づいた明確なプロジェクト目標指標が設定できた。 ・WHOと科学的に討論のできる学術根拠を持つ専門家の育成が求められる。

子どもための保健サービス強化プロジェクト (2002.11-2007.10)

対象地域	中央、ヴィエンチャン県、ウドムサイ県
実施機関	保健省官房、計画予算局、組織人材局、衛生予防局、治療局、食品医薬品局、各県保健局
目標	・小児保健サービスを改善するためのマネジメントシステムが、中央とモデル県において関係者の積極的な参加により強化される。
達成された成果	<ul style="list-style-type: none"> ・研修情報システムがモデル県と中央レベルにおいて整備された。 ・①無線による日例定期報告、②計画的Supportive supervision、③定例会議がモデル県と中央レベルにおいて実施されるようになった。 ・MRとClinical IMCIがモデル県と中央で確立した。MR活動は、プロジェクト終了後、世界銀行の財政支援を受けて全国に展開されている。 ・中央とモデル県においてIEC機能が向上した。 ・モデル2県で郡病院を利用する子どもの数が増加し、受診者の不満足度も減少した。
事業終了時点で残された課題	<ul style="list-style-type: none"> ・保健省の人材不足 ・保健省内のスケジュール調整の不足 ・衛生予防局の全体俯瞰力とモニタリング・評価力の向上 ・「マネジメント強化」という目標の達成度測定
学び	<ul style="list-style-type: none"> ・「マネジメント強化」という目標には終わりが無いが、プロジェクト終了時には何がどこまで達成されているべきかという具体的な状態visionを、関係者間で常に意識し共有することが大切である。 ・日常的に使用する言葉の定義を最初に関係者間で確認して共有しておくことが必要である。(例: management, feedback, good practice, evaluation, etc) ・活動の自己モニタリングは、「マネジメント強化」という目標を意識化するのに効果的であった。 ・「主体性」「オーナーシップ」を相手側に求めれば求める程、それらの持ち方は日本人専門家にも厳しく問われる。 ・「縦の連携強化」における中央保健省の役割強化は、活動の主体である県や郡と比較すると、その意義や方法の共有が極めて難しい。

技術協力 保健セクター事業調整能力強化 (2006.09-2010.08)

対象地域	中央
実施機関	保健省官房、計画予算局、組織人材局、衛生予防局、治療局、食品医薬品局
目標	・保健セクター全般に関する保健省の事業調整能力が保健関連開発パートナーと連携しつつ強化される。
達成された成果	<ul style="list-style-type: none"> ・保健省の事業調整メカニズムが作られ、保健省のオーナーシップの下機能するようになった。 ・それまで開発パートナーには共有されてこなかった保健セクター開発5カ年計画が、保健セクターの単一政策枠組みとして保健省と開発パートナーにより合意され、共有され、部分的ながら共同作成されるようになった。 ・保健セクター共通事業管理ツールが開発され、保健大臣を議長とするセクター作業部会においてセクター全体のモニタリングがされるようになった。 ・予防接種事業を含む母子保健を包括する戦略計画書が保健省と開発パートナーとの共同で作成され、プロジェクト・ベースでばらばらに行われていた母子保健事業が、事業調整されながら実施されるようになった。
事業終了時点で残された課題	<ul style="list-style-type: none"> ・予算計画と連動した保健セクター全体の年間事業計画の立案、実施、モニタリングのサイクルの確立 ・県・郡レベルでの事業調整能力の強化 ・活動費管理、人的資源・物的資源の調達、手当等の手続きの調和化 ・財政支援導入とそのため計画・財務管理能力の強化
学び	<ul style="list-style-type: none"> ・キャパシティ・ディベロプメントのアプローチを通じたプログラム・アプローチの実践は、保健省の日本の援助への信頼と保健セクターにおける日本の援助のプレゼンスを高める上でも効果的である。 ・財政面の問題に積極的に取り組まなければ、保健システム強化における問題の本質は見えてこない。

母子保健統合サービス強化プロジェクト (2010.05-2015.05)

対象地域	中央、チャンパサック県、サラワン県、セコン県、アタプー県
実施機関	保健省衛生予防局、チャンパサック県保健局、サラワン県保健局、セコン県保健局、アタプー県保健局
目標	・南部4県における母子保健(MNCH)サービスの受療率が向上する。
成果 (設定されている)	<ul style="list-style-type: none"> ・県・郡保健局によってMNCH事業が適切に運営管理される。 ・保健医療サービス提供者のMNCHサービスに関する知識・技術が向上する。 ・様々な組織と連携して、母子保健事業のための住民啓発が強化される。
課題	・保健省の方針では、個々の開発パートナーによるプロジェクトから、保健省による唯一のプログラムとして母子保健事業を実施することになっているが、現状では、県レベルでプログラムとしての事業計画書が作成されても、予算は個々のプロジェクト別についており、活動予算のギャップを埋めることが困難である。
学び	・保健省戦略を県以下のレベルで実施する場合には、具体的な行動レベルでの指導が必要である。新しい点を説明するだけでなく、現行活動の整理を行い、それを中央の方針に沿って変換していくという作業が必要である。

保健省アドバイザー (2002.09-2005.03)

カウンターパート	保健省官房長、保健省日本協力担当
主な活動	<ul style="list-style-type: none"> ・保健省内活動 運営管理技術指導を官房、計画局、人材局等に対して、調整、立案、人材育成を中心に行った。また、保健省内局間調整を併せて行った。 ・援助案件支援 技術協力プロジェクト、ボランティア、無償資金協力等のJICA案件支援や案件間調整を行うとともに、複数案件の関係する学校保健会議や看護管理セミナー開催等の支援を行った。また、保健行政官吏現地国内研修(上級保健行政官のための保健マネジメント研修)の実施を支援した。 ・援助機関調整 ドナー調整会議開催の調整、出席、JICAと他の援助機関、援助機関間調整、「保健マスタープラン」のフォローアップ、保健フォーラム開催支援等 ・保健医療協力案件策定支援 保健医療状況調査(アセスメントや評価)、新規要望案件策定支援 ・その他 WHO等の諸機関と協力して郡病院診療マニュアルはじめ、各種印刷物の出版を支援した。
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・保健省レベルにおいてもオーナーシップと管理能力は最大の課題である。 ・こうした脆弱国家における援助協調において、財政面を除いたセクターワイドアプローチが効果的かどうかの検証が今後、その実施を通じて求められる。 ・セクターワイドアプローチをさらに推進するためには、保健省アドバイザーは予算面などの制度上の限界があり、プロジェクト化が必要と考えられる。 ・保健省アドバイザーは保健医療分野にかかる知識のみならず、国際協力に関係する行政能力など広範な能力が求められ、今後はこうした役割を担う人材育成も必要である。
学び	<ul style="list-style-type: none"> ・保健省アドバイザーの役割とその重要性: JICAのみならず、ラオス保健省、他ドナーの中で、広い視点に立った活動を考える必要がある。 ・脆弱国における援助協調の重要性とそのためのメカニズム作り: キャパシティ開発の一つとして、オーナーシップを尊重しつつ、具体的かつ明瞭な仕組みを組み立てる必要がある。 ・現状の問題把握と現状に即した協力アプローチの重要性: 当事国の財政処理能力がない場合は、当面はそれを除いた仕組みを考える等、現場の能力に併せた取り組みが必要である。

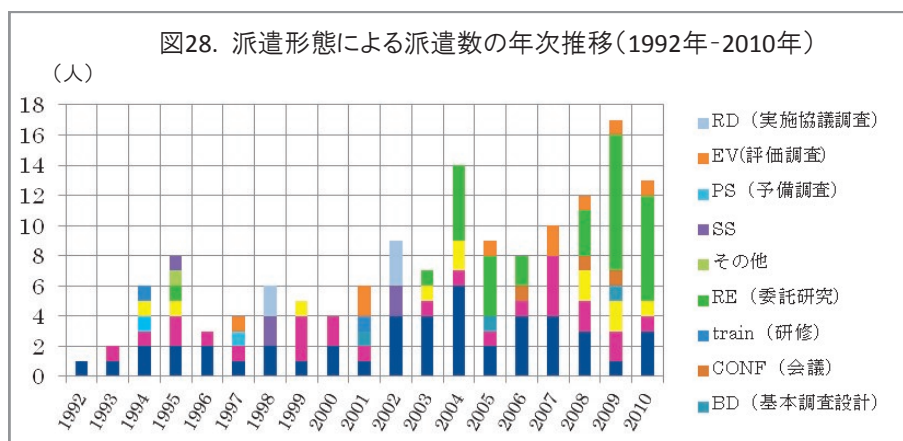
保健省アドバイザー (2006.02-2008.01)

カウンターパート	保健省官房、計画予算局、組織人材局、衛生予防局、治療局、食品医薬品局
主な活動	<ul style="list-style-type: none"> ・保健状況を数値的に把握して根拠に基づく保健政策策定のモデルの提示 2005年人口国勢調査結果を分析、県・郡レベルにおける合計特殊出生率(TFR)を算出、EPIの対象人口データを村ごとに算出 ・調整の軸となりうる具体的技術的提言 懸案だった母子保健政策統合への道筋が具体化した。 ・保健省を尊重するというメッセージの継続的な発信 主要な開発パートナーにとっても受け入れ可能な調整メカニズムへの合意形成を目指して調整を重ねた。
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・第6次国家保健セクター開発5カ年計画の共有 ・プログラム・アプローチの促進 プログラムの定義の合意形成、その合意された定義に基づく既存のプロジェクトやプログラムの整理、保健セクターとして取り組むべき優先順位と実際に行われている活動との間に存在するギャップの同定。 ・モニタリング・評価枠組みの一元化 国際的に広く受け入れられているDHS(Demographic Health Survey)のような全国規模の人口保健調査を導入すべきである。
学び	<ul style="list-style-type: none"> ・「保健セクター事業調整能力強化」事業が技術協力事業として開始されるに伴い保健省への技術的助言という役割は同事業に吸収された。しかしながら、ラオスにおける日本のODA事業を同案件の主旨に沿って整理・調整するに際しての技術的助言という役割の重要性が浮上した。

2. 派遣実績

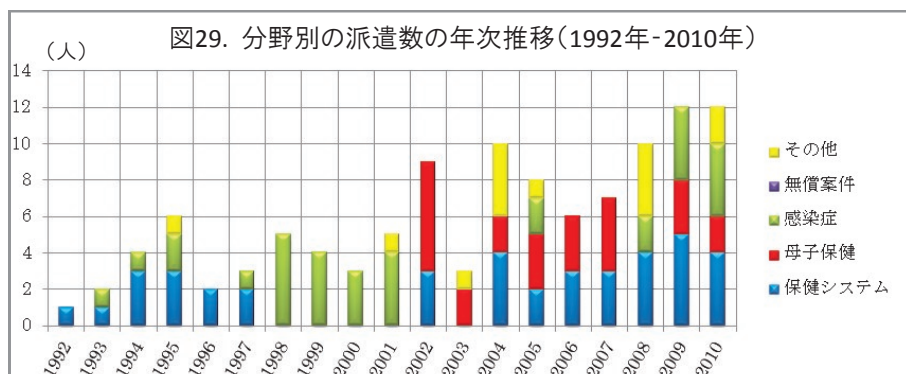
1. 派遣形態による派遣数の年次推移

ラオスに対するNCGMからの派遣件数は、1992年度-2010年度にかけて合計116件あり、波を描きつつ2009年度をピークに2010年には減少傾向であった(図28)。長期、短期派遣件数の推移に大きな変化はなかった。委託研究については2004年以降増加している。



2. 分野別の派遣数の年次推移

派遣分野別では、1992年から2001年までは保健システムと感染症分野が占め、2002年から2007年までは保健システムと母子保健が主要である。ただし、予防接種事業は母子保健ではなく感染症として分類している。2009年度以降は保健システム、母子保健、感染症分野がバランスよく派遣されている(図29)。116件の派遣のうち、保健システム40件、感染症33件、母子保健25件、無償案件0件、その他18件であった。

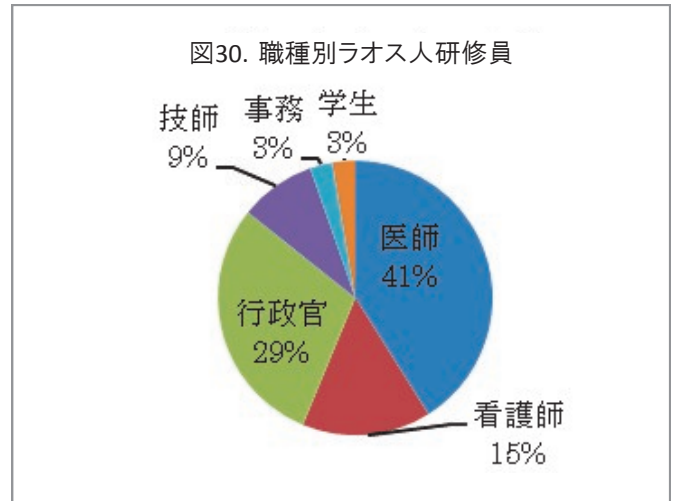


3. 研修実績

1. 研修生総数

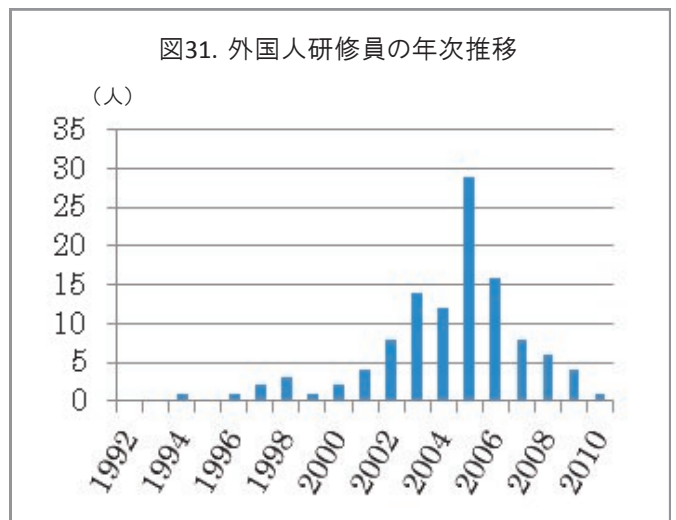
NCGMが1992年から2010年までに受け入れたラオスからの研修生は112人であった。これは同期間にNCGMが受け入れた全外国人研修生の0.2%に相当する。

職種では臨床系の医師と看護師が56%を占め、29%が保健行政官であった(図30)。



2. 研修員数の年次推移

研修員の推移は2005年を境に減少傾向である(図31)。各分野別の研修生の総数は、保健システム47人、母子保健37人、感染症28人であった。保健システムは2005年にピークを迎え、以降は緩やかに減少している。母子保健は「子どもための保健サービス強化プロジェクト」の本邦研修を反映しており、プロジェクトが終了した2006年以降は2009年の1名を除き、NCGMで研修しているラオス人はいない。感染症はEPI関連プロジェクトが終了した後も、院内感染症対策に関するJICA集団研修に毎年1名が参加している。



第3章 研究

国立国際医療センター国際協力局(名称・当時)は、1992年から2001年まで実施されたラオスにおけるポリオ根絶計画支援のための技術協力プロジェクトに専門家派遣を行い事業を推進するとともに、プロジェクトから得られたその知見を科学的に分析してまとめた。特に黒岩らは、ポリオ根絶後の同国へのポリオ・ウイルスの再侵入の危険性を指摘し大きな反響を得た(Kuroiwa *et al* 1999, 2000)。また村上らは、1992年から実施されたJICAプライマリー・ヘルスケア・プロジェクトにおいて行われた必須医薬品の村落供給における資金回収システムを評価し、科学的知見としてまとめ報告した(Murakami *et al* 1998, 2001)。

2000年にタイ国マヒン大学熱帯医学部にJICAの協力で創設された国際寄生虫対策アジアセンター(ACIPAC)は、設立当時から2008年まで国立国際医療センター国際協力局から専門家派遣が行われた。このプロジェクトは、タイ国のみならずパートナー国としてメコン圏の4か国を対象に寄生虫対策と学校保健の普及が行われたが、パートナー国の中でもラオスで成果が大きく、政策策定のみならず、研究の推進も行われた。これはラオスに対するJICAの支援としてポリオ根絶計画と同時期にスタートして成果を収めてきたマラリア・寄生虫対策で構築されたネットワーク、2002年からラオス保健省で開始されたJICA子どもための保健サービス強化プロジェクトと保健省アドバイザーの派遣で構築されたネットワーク、さらには国際寄生虫対策アジアセンター(ACIPAC)のラオス人実務者と研究者の人材育成の連携によるものであった。このなかでマラリア対策の社会技術開発は、ラオスにおいて科学的知見を得てその結果が地域戦略・国際戦略策定へ寄与していった。マラリア初期治療の民間セクターの重要性を明らかにしたが(Nonaka *et al* 2009)、この結果はラオスにおける国家戦略Public Private Mixが作られることにつながり、メコン圏のマラリア対策戦略にも参考にされている。また学校保健を基盤としたマラリア対策は、ラオスでの介入研究でコミュニティへの普及効果が明らかになり(Nonaka *et al* 2008)、世界戦略策定にも参考にされている。

さらに近年、ラオス人若手研究者育成にも成果が得られてきており、実態がわかっていなかった顎口虫の疫学的背景(Vonghachack *et al* 2010)が明らかされたり、貧困僻地の村落保健ボランティアのパフォーマンスに与える影響に知見を導き出す(Pongvongsa *et al* 2011)という保健政策策定に有用な研究が小林らの指導によってラオス人研究者から報告されるに至っている。これらの研究成果は、国立国際医療センターの国際医療協力研究委託費によって、研究所の適正技術開発移転研究部(当時)の狩野部長と国際医療協力部(三好、杉浦、小林ら)が連携してラオスでの研究事業を推進していった成果でもある。

近年では、村上と野田らが、保健省の母子保健・予防接種技術作業部会の要請に応え、保健省の母子戦略作りに直接的に貢献する調査を行なっている。また、狩野らを中心にパスツール研究所との連携事業が計画され、蜂矢らによるB型肝炎の疫学調査も開始されるなど、今後の研究事業の拡大も期待されているところである。

以上、NCGMのラオスにおける研究を見てきたが、2008年より小林は、総合地球環境学研究所プロジェクトの「熱帯アジアの環境変化と感染症」にコアメンバーとして参画し、国際医療研究委託費による研究とリンクさせて成果をあげてきた。特にラオス保健省・公衆衛生研究所の主催によって2007年より開始されたNational Health Research Forumを支援し、ラオス人の研究能力向上に寄与してきている。このフォーラムを支援する組織としてJapanese Consortium for Health Research in Lao PDRが結成され、総合地球環境学研究所の門司教授を会長にむかえ、国立国際医療センターからは三好が副会長に就任し、事務局も置かれるなどセンターの枠を超えた組織的支援への取り組みが2009年より始まっている。

ラオス保健省の方でも、第7次5カ年計画(2010年10月-2015年9月)の優先課題の1つに研究強化を挙げており、「保健研究政策」策定の指示が大臣より出されている。同分野を所轄する技術作業部会は存在しないが、公衆衛生院及び保健科学技術大学を中心とした作業部会が設置され、政策策定の準備が開始されたところである(2012年5月時点)。なお、研究全般の調整機能に関しては、2009年12月に大臣令が出され、公衆衛生院内に「保健研究調整事務所National Health Research Coordination Office」が設置されている。

■ 原著論文

C Kuroiwa, T Chosa, H Murakami, S Duangmala, P Vongphrachanh, T Saito and Y Chiba. News from the regions. Polio surveillance in Lao PDR: a two-year experience of active case search, 1994-96 J Trop Pediatr. 45(3):185-90 1999

Kuroiwa C, Vongphrachanh P, Chosa T, Murakami H, Hashizume M, Wakai S, Tanaka M. Risk of poliomyelitis importation and re-emergence in Laos. Lancet. 28; 356 (9240):1487-8. 2000

Murakami, H. Management of Revolving Drug Fund: Comparative Case Studies in Lao People's Democratic Republic, Technology and Development, 11:49-58, 1998.

Murakami, H. Phommasack, B. Oula, R. Sinxomphou, S. Revolving drug funds at front-line health facilities in Vientiane, Lao PDR. Health Policy and Planning, 16 (1):98-106, 2001

Mannoor MK, Vanisaveth V, Keokhamphavanh B, Toma H, Watanabe H, Kobayashi J, Hatabu T, Taguchi N, Hongvangthong B, Phetsouvanh R, Phompida S. Pyrimethamine-sulfadoxine treatment of uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria in Lao PDR. Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health. Sep;36(5):1092-1095. 2005

Toma H, Imada Y, Vannachone B, Miyagi M, Kobayashi J, Uechi G, Pethuvang R, Manivong K, Phompida S, Sato Y. A molecular epidemiologic study of point mutations for pyrimethamine-sulfadoxine resistance of *Plasmodium falciparum* isolates from Lao PDR. Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health. May;36(3):602-604. 2005

Hatabu T, Vanisaveth V, Taguchi N, Kobayashi J, Mannor KM, Watanabe H, Toma H, Phompida S, Kano S*. A pilot field survey on the in vitro drug susceptibility of *Plasmodium falciparum* in Lao PDR. Tropical Medicine and Health. 33:103-104. 2005

Shirayama Y, Phompida S, Kuroiwa C, Miyoshi M, Okumura J, Kobayashi J. Maintenance behaviour and long-lasting insecticide-treated nets (LLITNs) previously introduced into Bourapar district, Khammouane province, Lao PDR. *Public Health*. Feb;121(2):122-129. CI:6, IF:1.261 2007

Khamlome B, Eto H, Mita T, Sakurai M, Saito T, Tsuzuki A, Kobayashi J, Phompida S, Kobayakawa T. The status of malaria before and after distribution of ITNs from 1999 to 2006 in two districts of Khammouanne Province, Lao PDR. *Tropical Medicine and Health*. 35(4):343-350. 2007

Maekawa M, Douangmala S, Takahashi K, Kuroiwa C. Factors affecting routine immunization among children 12-59 months in Lao PDR after regional polio eradication. *BioScience Trends*; 1(1): 43-51.2007

Nonaka D, Kobayashi J, Jimba M, Vilaysouk B, Tsukamoto K, Kano S, Phommasack B, Singhasivanon P, Waikagul J, Tateno S, Takeuchi T. Malaria education from school to community in Oudomxay province, Lao PDR. *Parasitol Int*. Mar;57(1):76-82. 2008

Nonaka D, Vongseththa K, Kobayashi J, Bounyadeth S, Kano S, Phompida S, Jimba M* Public and private sector treatment of malaria in Lao PDR. *Acta Trop*. 112(3):283-287. 2009

Vonghachack Y, Dekumyoy P, Yoonuan T, Sa-Nguankiat S, Nuamtanong S, Thaengkham U, Phommasack B, Kobayashi J, Waikagul J. Sero-epidemiological survey of gnathostomiasis in Lao PDR. *Parasitol Int*. 59(4):599-605. 2010

Nonaka D, Laimanivong S, Kobayashi J, Chindavonsa K, Kano S, Vanisaveth V, Yasuo-ka J, Phompida S, Jimba M. Is staying overnight in a farming hut a risk factor for malaria infection in a setting with insecticide-treated bed nets in rural Laos? *Malar J*. 2010 Dec 23;9:372.

Pongvongsa T, Nonaka D, Kobayashi J, Mizoue T, Phongmany P, Moji K Determinants of monthly reporting by village health volunteers in a poor rural district of Laos PDR Southeast Asian J Trop Med Public Health 42 (5) 2011. (in press)

Thaenkham U, Nuamtanong S, Vonghachack Y, Yoonuan T, Sanguankiat S, Dekumyoy P, Prommasack B, Kobayashi J, Waikagul J Discovery of *Opisthorchis lobatus* (Trematoda: Opisthorchiidae): new recorded species of small liver flukes in the Greater Mekong Sub-region. J Parasitol. 2011 Jun 17. [Epub ahead of print]

■ 総説

Kobayashi J, Phompida S, Toma T, Looareensuwan S, Toma H, Miyagi I. The effectiveness of impregnated bed net in malaria control in Laos. Acta Trop. 89(3):299-308. 2004

Kobayashi J, Jimba M, Okabayashi H, Singhasivanon P, Waikagul J. Beyond deworming: the promotion of school-health-based interventions by Japan. Trends Parasitol. 2007 Jan;23(1):25-9. Epub 2006 Nov 28.

■ 調査報告

NODA S, Sayamoungkhoun P, Lattanavong P, Pathammavong C, Luanglath K. Report Assessment of MCH/EPI Service Synergies along Life-course of Mothers and Children in Lao PDR. Lao People's Democratic Republic, Ministry of Health, JICA, WHO and UNICEF, 2008

MURAKAMI H, Mari NAGAI, Lattanavong P, Luanglath K. Report Assessment of MCH/EPI Service Synergies along Life-course of Mothers and Children in Sekong Province, Lao PDR. Lao People's Democratic Republic, Ministry of Health, IMCJ, and WHO, 2009

NODA S, Matsumoto Y. Report Assessment of Synergy between Vertical Programs and the National Health System in the Lao PDR, NCGM, 2012

■ 活動報告

岩本あずさ

真の「主体性」醸成への挑戦ーラオスにおけるKIDSMILEプロジェクトの取り組みー
国際保健医療 21(2) 93-101, 2006

三好知明

パートナーシップの中での保健政策アドバイザーの役割ーラオスの経験からー
国際保健医療 21(2) 103-110, 2006

岡林 広哲

すべての子どもの笑顔のために ラオス・子どものための保健サービスプロジェクト
～キッズスマイル・プロジェクト～
医療の広場 12月号 2007

橋本麻由美

ラオス「助産業務範囲ガイドライン」作成支援の経験
医療の広場 3月号 2010

穴見 翠

ラオス南部における母子保健活動報告～母子保健統合サービス強化プロジェクト～
医療の広場 6月号 2011

■ 著書

Phetshvanh R, Phompida S, Kobayashi J.

A review of Malaria situation and its control in Lao PDR. Kano S, Tongol-Rivera P. Asian Parasitology Vol.6 Malaria in Asia. The Federation of Asian Parasitologists (FAP). Tokyo, Japan. 85-104, 2006

野田信一郎

「ラオスの社会・経済基盤」鈴木基義 編著 JICAラオス事務所発行 第8章「ラオスの保健医療の現状と課題」255-285, 2008

■ 国際学会

Pongvongsa T, Nonaka D, Kobayashi J, Mizoue T, Phongmany P, Moji K. 2009.

Determinants of reporting activities by village health volunteers in rural, poor district. Symposium: Young scientists' research on tropical medicine/international health in the cooperation project among Japan, Thailand and other Asian countries Joint International Tropical Medicine Meeting, Bangkok, Thailand.

第4章 今後の展望

第1章でラオス保健セクターの現状を分析し、第2章ではNCGMがこれまでラオスで行ってきた技術協力の分析、第3章でNCGMのラオスにおける研究活動を振り返った。第4章では、前3章を基に、ラオス保健セクターにおける今後の日本の支援を検討し、それに対してNCGMがどのように貢献すべきかを検討する。

ラオスにおける根源的な課題は、2002年から2005年にかけて派遣された保健省アドバイザーが指摘しているように、保健省レベルのオーナーシップと管理能力の問題である。この課題は一貫してNCGMが指摘し続けてきた点である。特にオーナーシップの問題は、ラオス側のオーナーシップが弱いという論調ではなく、ドナー主導の政策へ疑問を投げかけつつ、ドナーである日本側の認識を、またNCGMの認識を自問自答してきた。ドナー主導の技術協力が当該国の主体性を奪っているという指摘は、ラオス特有の問題ではなく、国際社会の中では1990年代から始まった援助効果に関する問いかけと共になされてきた。この問いかけに対する一つの解として、キャパシティ・ディベロプメント(CD)が提唱され⁽²⁶⁾、また、「援助効果に係るパリ宣言」においてもドナーが当事国のオーナーシップを尊重することを唱っている。既に述べてきたように、「技術協力 保健セクター事業調整能力強化フェーズ1」においてこの新しいアプローチは実践され、保健省のオーナーシップを高める上でその有効性を確認している。しかし、CDアプローチは時限性を特性とするプロジェクト・アプローチとは本質的に相容れないところがある。一方で、技術面が弱いラオスにおいてはプロジェクトによる技術移転も依然として必要であり、ラオス側のオーナーシップを引き出すCDアプローチと技術移転を行うプロジェクトとを如何にバランス良く運用していくかが求められる。

管理能力に関しては、既に「小児感染症予防プロジェクト」と「子どもための保健サービス強化プロジェクト」が県レベルで実践したように、予算がつくことを前提にした活動計画作りから始まり、その実施のモニタリングと評価を行うことをラオス側が自ら繰り返し実践していくことが重要である。予算がつく当てのない年間計画作りを強いられている現行のシステムを変えていかなければ、ラオスの保健行政官の管理能力向上を図るのは難しい。システムを変えるとはプログラム・アプローチに移行することである。これに関しても、既に「技術協力 保健セクター事業調整能力強化フェーズ1」において取り組みが始まっている。しかし、現在行われているセクターワイド・コーディネーションは、単一政策枠組みや調整メカニズムの構築は終わったが、単一支出枠組みとその財務管理には至っていない。次のステップへの移行を阻んでいるのは、ラオス保健行政官の会計管理能力の問題である。これは、「卵か先か、鶏が先か」と同じ命題で、外国人が会計管理を行うことが多いプロジェクト・アプローチが続く限りラオスの保健行政官の会計管理能力が実践の中で養われる機会は限られている。対策としては、やはり、プログラム・アプローチによる財政支援とプロジェクトによる会計管理能力強化への技術移転の併用であろう。これに関しては、アジア開発銀行が2010年よりプログラム・アプローチとして財務省経由で財政支援を行い、プロジェクトを通して県保健局と郡保健事務所の会計担当への技術支援を開始している。現状打破のためにリスクを受け止めたアジア開発銀行の決断は称賛に値する。パートナーシップが当たり前になった現在、保健セクターのトップドナーであるJICAもリスクを受け入れ、財政支援についても前向きに検討していく必要がある。問題は財政支援のための財源である。

JICAにはPRS(Poverty Reduction Support)無償があり、タンザニアの農業セクターではこのお金をセクターのバスケット・ファンドに入れているが、アフリカ対象であったPRS無償は昨今アフリカ以外にもその対象を拡大した。また、あまり知られていないが、日本はラオスに対して一般財政支援を行っている。これは公共財政管理および民間セクター開発のために世界銀行がラオスで行っている貧困削減支援オペレーション(Poverty Reduction Support Operation:以下PRSO)を通じた有償資金協力で、2006年、2007年、2009年にそれぞれ5億円、5億円、15億円を融資している。また、上述のアジア開発銀行が行う県保健局と郡保健事務所の会計担当の会計管理能力強化への技術支援の経費は、日本政府拠出のJapan Special Fundから出されている。

NCGMIは過去18年間、ポリオを中心にしたEPI強化から始まり一貫して母子保健分野の支援を行ってきた。それぞれの技術協力で得られた教訓や提言は後継の技術協力で活かされてきた。同時に、これらの教訓・提言は国の政策にも活かされている。例えば、EPIと母子保健の連携、または、統合したより包括的なアプローチという提言は、母子保健統合パッケージ戦略・計画(2009-1015)という形で実を結び、関連機関の連携の重要性は、セクターワイド・コーディネーションとその下の母子保健・EPI技術作業部会が設置され、NGOsを含む多くの開発パートナーが一つの戦略の下で協調し合うようになってきた。現在NCGMIは「技術協力 保健セクター事業調整能力強化フェーズ2」にチーフアドバイザーを派遣し保健省におけるプログラム・アプローチへの移行を支援し、「母子保健統合サービス強化プロジェクト」へも専門家を派遣し南部4県における母子保健統合パッケージ戦略・計画(2009-1015)の実施、特に計画策定を中心に管理面の強化に対する技術支援を行っている。

NCGMIは今後も保健事業のプログラム化と母子保健状況の改善を中心課題とし、介入レベルとしては中央と県以下の双方に貢献し続ける。保健省と開発パートナー、更には他の省庁や関連団体とパートナーシップは構築されつつあるが、さらなる強化を支援する。また、保健セクター全体のプログラム運営と母子保健のプログラム運営を促進するために、関係部局とセンターの組織強化を支援する。特に、母子保健プログラムの運営に関しては、現場を支援する政策と実務の標準化を中央が推進できるよう県以下の実務レベルで得られた知見を中央にフィードバックし、保健省衛生予防局母子保健課と国立母子保健センターの役割分担を含めた組織強化を支援する必要がある。これらの支援においては関係者間での調整が求められるため、NCGMIから派遣される専門家は自らの調整能力を高めつつ、保健省の調整能力強化も引き続き支援していく。さらに、マラリア対策に対して研究面で貢献してきたように、援助アプローチ、保健人材開発を含む保健システム強化、母子保健の3分野に関しては、保健省や関係者に対してエビデンスが提供できるよう研究を強化し、他国で培ってきた経験、知見、ネットワークも活用していく。また、ラオス人研究者からも保健省に対して有益なエビデンスが提供できるよう、引き続き支援していく。

参考文献

1. 外務省政府開発援助(ODA)国別データブック2009 ラオス
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/09_databook/pdfs/01-11.pdf
2. World Population Prospect 2010 Revision , the Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/Panel_profiles.htm
3. Population Census 2005, Lao Statistics Bureau
4. Lao Reproductive Health Survey 2005, Lao People's Democratic Republic, National Statistics Center, UNFPA
5. Lao Multiple Indicator Cluster Surveys/ MICS3, 2006, UNICEF
6. "A review of Malaria situation and its control in Lao PDR," Asian Parasitology, Malaria in Asia Vol 6. pp.85-104 (2005); T. Phetsouvanh R, Phompida S, Kobayashi J.
7. UNGASS Country Progress Report 2010, Lao People's Democratic Republic, National Committee for the Control of AIDS
8. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS: Core data on epidemiology and response, Lao People's Democratic Republic, December 2008, WHO/UNAIDS/UNICEF
9. Lao PDR 2009 Surveillance surveys: Behavioral survey among service women, 2009, Lao People's Democratic Republic, Ministry of Health, Center for HIV/AIDS/STI
10. Second Generation Surveillance 2nd Round on HIV, STI and Behavior, 2004. Lao People's Democratic Republic, Ministry of Health, Center for HIV/AIDS/STI

11. Integrated Behavioral Biological Surveillance, 2008. Lao People's Democratic Republic, Ministry of Health, Center for HIV/AIDS/STI
12. Assessment of HIV/STI infection and risk behavior of MSM in Vientiane Capital, Lao People's Democratic Republic, 2007. Lao People's Democratic Republic, Ministry of Health, Center for HIV/AIDS/STI
13. Lao PDR 2009 Surveillance surveys: Integrated Biological and Behavioral Surveillance Survey among men who have sex with men in Luang Prabang, 2009. Lao People's Democratic Republic, Ministry of Health, Center for HIV/AIDS/STI
14. National Strategy and Action Plan on HIV/AIDS/STI 2011-2015, Lao People's Democratic Republic, Peace Independence Democracy Unity Prosperity, National Committee for the control of AIDS
15. Rapid Assessment and response drug use and injecting drug use in Huaphanh and Phongsaly provinces, Lao PDR, 2010, Data analysis workshop in Vientiane, Lao PDR (not published)
16. Tuberculosis Control in the Western Pacific Region 2007 Report, WPRO
17. DengueNet
<http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1>
18. Spatial distribution and risk factors of dengue and Japanese encephalitis virus infection in urban settings: the case of Vientiane, Lao PDR, Trop Med Int Health 14: pp 1134–1142 September 2009
19. アジアの地域在住高齢者の実態、日老医誌2005; 42: 167-169、松林公蔵
20. Health Personnel Development Strategy by 2020, 2010, Lao People's Democratic Republic, Ministry of Health, Department of Organization and Personnel

21. Review of Ongoing Health Financing Reform in Lao PDR and Challenges in Expanding the Current Social Protection Schemes, 2008, Lao People's Democratic Republic, Ministry of Health, UNESCAP, WHO and ILO
22. Fiscal space for health in resource-poor countries World Health Report (2010) Background paper, 41 Varatharajan Durairaj, David B Evans WHO
23. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Grant portfolio 2011 <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/LAO>
24. ラオス国保健医療概況2005、JICA保健省アドバイザー総合報告書添付資料、三好知明
25. Millennium Development Goals Progress Reports, 2004, Lao People's Democratic Republic and the United Nations
26. Development for Capacity, New Solution to Old Problems, 2002, UNDP

テクニカル・レポート vol. 03 作成協力者

稲岡 希実子（NCGM国際医療協力局派遣協力課）

岩本 あづさ（NCGM国際医療協力局派遣協力課）

岡林 広哲（NCGM国際医療協力局派遣協力課）

野田 信一郎（NCGM国際医療協力局派遣協力課）

堀越 洋一（NCGM国際医療協力局派遣協力課）

三好 知明（NCGM国際医療協力局派遣協力課）

穴見 翠（厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課）

荒木 麻由（横浜薬科大学）

黒岩 宙司（四街道徳洲会病院総合内科国際協力部）

小林 潤（長崎大学大学院国際健康開発研究科）

帖佐 徹（聖マリア病院）

テクニカル・レポート編集元

独立行政法人 国立国際医療研究センター
国際医療協力局 派遣協力課 政策支援班

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

Tel: 03-3202-7181 Fax: 03-3205-7860

Email: kensyuka@it.ncgm.go.jp

<http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/>

2012年7月 発行

Technical Report



National Center for
Global Health and Medicine
Bureau of International Medical Cooperation, Japan



9784909675118