

ラオス保健サービスシステムの課題と展望： 「Health Strategy up to the Year 2020」の実現へ

川 端 眞 人*

I. はじめに

ラオスでは1975年の共産革命以来、同盟国以外とは鎖国同然の状態にあった。1986年11月の党大会において経済開放政策が採択され、経済政治文化の自由化が始まり、個人レベルの所得増額など生活や健康面で好ましい結果を導いた。子供の死亡率が急速に減少し、平均余命が延長した。教育面では就学率が向上し、ことに若い出産年齢の女性の識字率が著しく改善された。WHOは「2000年までに世界のすべての人に健康を」をスローガンに、乳児死亡率50以下、5歳未満児死亡率70以下、平均余命60歳以上の目標数値を掲げた（WHO 1998: 139-144）。2000年に報告されたラオスのこれらの指数は、それぞれ82、107、59といずれもWHOの目標には達していない。

平均余命など健康指数は所得の増額、教育の普及、ヘルスサービスの確立に相関して向上する（World Bank 1993: 37-51）。ラオスではこれらの条件が改善され始めてから歴史が浅く、健康指数に反映されるには時間を要する。また、国内にはラオス特有の地理的および社会的条件が健康の向上を困難にする。ヘルスサービスが十分に機能するにはサービスの量と質、提供する側の管理運営能力、サービスを受ける側（患者）の認識と行動が絡み合っており、健康指数の改善は単純な道のりではない。

2000年ラオス保健省は「Health Strategy up to the Year 2020」を発表し、健康開発戦略の基本概念を提示し、方向性と目標を設

* 神戸大学大学院国際協力研究科兼医学部附属医学研究国際交流センター教授

定した (Ministry of Health Lao PDR: 2000)。同年、ラオス政府は住民の健康に関する全国規模の調査を実施した。全国の128郡264村の6,600家庭 (北、中、南からそれぞれ2,200家庭) から抽出した健康意識と行動の調査で、6,449家族、38,391名を調査対象として、その結果は「Health Status of the People in Lao P.D.R.」として報告した (State Planning Committee:2000)。この2つの報告書はラオスの家庭、地域社会、県および国家レベルでのヘルス現状を浮きぼりにし、今後20年のヘルス動向を考察する貴重な資料である。ヘルス分野で何が改革可能であるのか。そのための行程として何を優先して、具体的に何を目指していくのか。ラオスのヘルスセクターが直面している重くて緊急の課題である。

II. ラオスの背景と健康概要

1. ラオス国の地理的条件と民族

ラオスは東にベトナム、西にタイ、北に中国雲南省とミャンマー、南にカンボジアと国境を接する、南北に長いインドシナ半島の内陸国である。地理的には熱帯に位置し、季節は雨期と乾期に分かれる。面積は日本の本州とほぼ同等の24万km²、人口509万人の小国である。国土の東側を流れるメコン川流域が農業に適した肥沃な低地で、それ以外の国土面積の80%は高地、ことに北部や東部では森林が大部分を占める。

ラオス国内は県 (khweng)、郡 (meung)、亜郡 (khet)、村 (baan) の行政単位に区分

される。村のうち市場、自動車道路、県または郡役場、電気、上水道の5項目中3項目を満たす村をアーバン (都市化した村)、それ以外をルーラル (都市化していない村) とラオスでは定義する (天野:1999)。アーバンに属する村は15%のみで、残りはルーラルと定義され社会開発の遅れが想像される。アーバンに分類される村の大半がメコン川流域の低地に集中し、山間部のルーラルでは交通通信アクセスが劣悪かまったくない。ことに少数民族が居住する北部や東部の山岳部では雨期には交通手段が遮断され、ヘルスサービスへのアクセスも極端に悪くなる。

地理的背景に加え、健康開発の障害となるもうひとつの背景に民族の多様性がある。ラオスには49の民族が存在し、これらは主要なグループとして Tai-Kandai 系語族、Mon-Khmer 系語族、Viet-Muon 系語族、Miao-Yao 系語族および Tibeto-Bumans 系語族の5つに分類される (Chazee:1999)。全人口に占める語族人口の割合は Tai-Kandai 系語族が最も多く66%、次いで Mon-Khmer 系語族が23%となる。

歴史的には10世紀頃までは Mon-Khmer 系語族および Viet-Muong 系語族などが生活を営んでいたところへ、中国南部より Tai-Kandai 系語族のラオ族がメコン川沿いに南下して、やがて肥沃で農業に適したメコン川流域の土地を占拠した。ラオスでは居住地域によって低地、丘陵地 (中間地)、山岳高地に分けてラオ族を分類し、低地ラオ (ラオ・ルム)、丘陵地ラオ (ラオ・トゥン)、山岳高

地ラオ（ラオ・スン）と呼称する。人口分布は低地ラオが70%、丘陵地ラオが20%、山岳高地ラオが10%の割合である。農業生産性だけでなく、生活のすべての条件で低地ラオが有利となる。保健医療サービスも低地、丘陵地、山岳高地の順に利益を受ける。1994年の全国平均で125の乳児死亡率（出生1000当り）は低地で115、高地・山岳部で147、全国平均182の5歳未満児死亡率（出生1000当り）は低地で165、高地・山岳地で230と国内での健康格差が歴然としている。医療提供の公正の視点から、交通通信網の開発が遅れた山岳高地ラオへのヘルスサービスの提供が緊急で解決困難な課題である。

2. ラオスの健康水準

1980年代中期に導入した「チンタナカーン・マイ（新思想）」による国土防衛とインフラ整備から社会サービス部門の充実への政策転換は、健康政策にも転換期であった。その成果は子供の死亡率の低下、平均余命の延

長、識字率の改善として認められた。自由化後の10年間で健康指数は急速に改善されたが、世界水準、ことに先進工業国との差は明白で、2020年に向け目標を定めた（表1）。ラオスの2020年目標値は、現在の日本の水準とはまだ乖離があり、健康政策決定者の緻密な計画と強力なリーダーシップ、住民の意識改革なくして目標達成は不可能である。

WHOが毎年報告する「World Health Report 2000」では、WHO加盟190ヶ国でヘルスシステムの運営、実績を評価する指標を開発し、その結果からすべての加盟国190カ国にランクをつけた（WHO:2000）。採用された指標は、障害を調整した平均余命（DALE）など8項目である。その結果、ラオスはいずれの項目のランクもWHO加盟190ヶ国の中で140-160位の成績であり、カンボジア、ミャンマーなど隣接国と同様にアジアでは最低のグループになる。これらの成績はラオスにおける保健医療サービスへの医療介入の困難さと可能性を示唆するものであ

第一表 ラオス国の健康指数および人口指数の推移と2000年ヘルス戦略の目標値

	1980年代中期	1990年代中期	2020年目標	日本の数値
乳児死亡率	118	99	20	4 (1998)
5歳未満児死亡率	139	122	30	男児6. 女児5 (1998)
妊産婦死亡率	656	530	130	18 (1990)
平均余命	48	53	63	男性77. 女性83 (1998)
特殊合計出生率	6.4	6.7	3.5 (2010)	1.4 (1999)
年人口増加率	2.9	3.1	2.0	0.3 (1990s)

る。

Ⅲ. ヘルスサービスの現状

1. ラオス政府の保健医療サービス

ラオスのヘルスサービスは行政区のレベルに応じて中央保健省、県保健局、郡保健局、ヘルスセンター（亜郡レベル）を介してサービスが提供される。医療施設は、2つの中央病院、6つの専門病院、5つの地域病院が診療機能の核となりその下に、13の県立病院、126の郡立病院、566のヘルスセンターが存在する。民間医療施設として診療所と薬局、さらに各種の医療NGOがあり、保健省の管轄下で活動する。ラオス政府は中央集権型から地方分権型へ政策移行期で、保健省ヘルス政策も県や郡レベルに権限と予算裁量を委譲する新しい方向を展開中である。

県保健局は県レベルでの保健サービス行政を担当する。県立病院は通常の診療活動に加え、予防接種、母子保健・家族計画、マラリア対策、安全な水の供給などプライマリヘルスケアの県内での拠点となる。郡保健局やヘルスセンターなど組織間ネットワーク機能の維持と開発、既存保健プログラムの推進と評価も重要な業務となる。県立病院は県内医療のレフェラル機能として期待される。現状は県立病院単位でレフェラル機能を果たせるのは一部で、ことに中央から孤立した遠隔村が存在する地方の県ではレフェラル機能の欠如は深刻である。各県の保健局および県立病院は、規模、組織さらに人材機器などに差異があり、国内の健康格差を生じる要因となる。

郡立病院は規模や機能からWHOが定めるいわゆるヘルスセンターに相当するものが多い。外来での治療やケアサービスに加え、母子保健サービス、家庭レベルへの巡回診療とケアが重要な業務である。ひとつの郡が担当する村の数は50から200までであり、郡保健局の人材と機器では物理的にすべての村を管轄できず、ラオス全体でおよそ30%以上の村が公的なヘルスサービスから隔離されている。村レベルでは、郡レベルから派遣される巡回診療とケア、プライマリヘルスケアの保健サービスを除けば政府から医療提供を受ける機会はない。民間医療者、村のヘルスボランティア（VHV）、伝統助産婦（TBA）、伝統治療（祈祷）師など無資格の人材が医療活動を担当する。

村レベルで近代医療に接する機会はNGOによる医療提供と民間薬局や薬剤キットがある。ラオスではNGO組織が活発で、村レベルの医療、ことにプライマリヘルスケアを担当する。NGOはそれぞれ担当地域を分割しているが、NGOが活動する村とそうでない村との格差が生じる。また、薬剤を利用する機会は多いが、薬剤の品質や処方適正さは定かでなく、耐性菌の出現など新たな問題発生 の 土 壌 と なる。

2. 医療人材

ラオスでは医療従事者を3種に分類する。5年以上のトレーニングを受けた上級グループ（医師、歯科医師、薬剤師など）、3年の専門トレーニングを受けた中級グループ、2

年またはそれ以下の下級グループで、それぞれおよそ500人が登録されている。医師や看護婦と住民との割合は住民2800名に医師1名、968名に看護婦1名である。ラオスには卒後教育システムがまったくなく、活用している医療施設の器機は旧式で、医療サービスの利用率が悪いこととあわせて医療スタッフの技術向上の機会がない。医療スタッフにトレーニング機会を与え、技能と知識の質の維持と開発が課題である。また、スタッフの多く、ことに優秀な人材が都市部に集中する不均衡が顕著で、国内医療格差を助長する。

人材に関しては、さらに移動の困難さがある。ことに、郡レベルから下部組織のヘルスセンター（亜郡レベル）や村への交通アクセスが限られ、郡から派遣されるヘルススタッフの作業に支障があるだけでなく、村レベルへの情報の伝達や収集が滞る。スタッフは個別に保健プログラムのトレーニングを受けているため特定の業務に精通しているが、他のプログラムには応用できない。ボランティアおよびヘルススタッフの統合されたトレーニング方針の再検討が必要である。

3. 住民によるヘルス施設の利用

ラオスでは医療施設、ことに県および郡立病院におけるベッド占有率の低さなど稼働効率の悪さが指摘される。病気に対する住民の意識行動調査では病気になった時、置き薬や野生薬草を利用するか村の伝統治療師に相談して村の中で対応している例が、病院で診療を希望する例よりも多く、村内に NGO 医療

施設があればそれを利用する。ラオス保健省はクロロキン（抗マラリア薬）、消炎鎮痛、抗生剤、ORS（下痢時の経口補液塩）の4種を基本置き薬と指定し、村の半数以上で入手可能である。

病院を利用しない行動要因はさまざまである。病気の重症度によって判断の基準は異なるが、交通手段を含めた病院までの距離、医療および交通の費用、病院やヘルスセンターが提供するサービスの質が考えられる。村レベルでも情報は豊富で、医療に対する需要は年々高度で質の高い内容が要求される。郡立病院やヘルスセンターが提供する治療は初歩的なもので、医療施設で出産は全出産の10%以下であることから政府が提供する医療サービスへの期待度の低さを垣間みることができる。

地域住民側に近代医療への絶対的な信頼はなく、近代医療は病気時に行動するオプションのひとつでしかない。「病院で死ぬことは魂が安らかに眠れない」とする死生観が根強く残り、病院で死ぬことを極端に嫌い、死期は自宅で迎える。重症になればなるほど、死亡すると可能性が高いほど病院へは行かないため、病院での死亡例が極端に少なくなる。表2にルアンナムタ県立病院での月別受診者の疾病記録を示す。年間を通じて発熱によるマラリアを疑って受信する患者が最も多く、以下、感冒、神経炎（痛み）、肺炎（咳や痰）、下痢、胃炎（腹痛）など一般的に患者自身が気づきやすい症状で受診し、診断されている例が大多数を占めている。伝統医療師や伝統助

第二表 ルアナムタ県病院の外来での疾患別受診者数 (2000-2001)

	2000.4 ^{b)}	2000.7	2000.10	2001.1	合計 ^{c)}
マラリア+ ^{a)}	1,251	1,617	661	224	3,753
マラリア-	407	711	404	184	1,706
感冒	416	592	408	98	1,514
神経炎	341	469	319	151	1,280
肺炎	137	498	328	152	1,115
下痢症	214	376	244	126	960
胃炎	162	308	191	76	737
分娩	120	220	164	54	558
扁桃腺炎	138	202	124	47	511
高熱		177			177
十二指腸潰瘍	101			35	136
妊産健診			99		99
合計 ^{d)}	3,287	5,170	2,942	1,147	12,546

a) マラリア；顕微鏡確認あり (+)、マラリア；顕微鏡確認なし (-)、

b) 4月；乾季の終わり、7月；雨期の最中、10月；雨期の終わり、1月；雨期の最中

c) 各疾患名の年間の合計外来患者数

d) 各月または年間の合計外来患者数

産婦の需要はアーバン村ルーラル村に係らず高く、多くの村で活躍する。保健省から提供される医療サービスが住民からの信頼を獲得することが、妊産婦死亡や乳幼児の死亡率を下げる第一歩である。

IV. ラオスでの主要死因と対策

1. マラリア

病気負担、経済損失の大きな感染症のひとつがマラリアで、毎年100万人以上が世界で死亡する。子供と女性、ことに妊婦がマラリ

アに感受性が高く、妊婦では本人が死亡するだけでなく、流産、未熟児、低出生体重児を誘発する。急性の悪性熱帯熱マラリアである脳マラリアに進行して、適切な治療が遅れると死の転機となる。マラリアによる労働生産性や学業の減退、医療費の増額による経済損失は膨大で、地域や国家にとっては社会開発の大きな支障となる。世界のマラリア対策は蚊帳の使用、感染者の早期発見と適切な治療、住民参加による衛生教育などのプライマリーヘルス活動として実施される。1998年には

新しいイニシアティブとしてロールバックマラリア（RBM）が発足し、東南アジアのメコン地域ではメコンRBMイニシアティブが設立された。参加国間のパートナーシップの構築、ヘルスセクターの充実、技術支援のネットワーク化を目指し、ラオスも参加した（WHO:2001）。

1995年の死因報告によれば、人口10万人当りのマラリアによる死亡率は7.62、他の疾患と比較しても抜群に多い（佐藤ら：2000）。ラオス政府は殺虫剤塗布蚊帳の配布と早期発見迅速治療の対策を展開中であるが、交通アクセスの劣悪な山岳地域にまでマラリア流行地が広がるため、診断治療用の試薬や蚊帳の調達および維持が徹底できない。マラリア診断には染色と顕微鏡による検鏡という特殊な技術と機材が必要となり、配置できる施設に限られる。抗マラリア薬の不必要な使用は薬剤耐性マラリアの誘発を促すため正確な診断が必須で、診断と治療普及の大きな障害である。マラリア対策計画には世界銀行、欧州連合（EU）、アジア開発銀行（ADB）、国際協力事業団（JICA）などのドナー機関となる。各機関は担当県を分担してラオス国内のすべてのマラリア流行県に対策が普及するが、末端の村にはマラリア対策が行き渡っていないのが現状である。すでにプロジェクトを打ち切るドナーもあり、マラリア対策への道のりは遠い。

2. 急性呼吸器感染症（ARI）と下痢症

ARIと下痢症は死亡者の多い感染症で、そ

の99％は開発途上国に集中し、いずれの途上国でも死亡原因の上位にランクされ、その大半は乳幼児である。ARIでは肺炎がほとんどで、適切な抗生剤の投与が遅れると死亡する。下痢の定義は水様または半水様の下痢便が24時間以上持続する症状で、血液成分を含む下痢を「dysentery（赤痢）」と呼ぶ。下痢症による死亡は急速な水分の喪失による脱水と、慢性化すると栄養物質が吸収されないため低栄養によるものである。

これら感染症は社会経済発展の遅れと密接に関連する。トイレを含む下水道施設の不備、寄生虫感染、過密な室内と家屋内の空気汚染、ことに暖房や調理でのバイオマス使用による汚染、安全な飲料水の不足が要因となる（WHO:1999）。栄養不良の乳幼児が重篤化しやすく、途上国に多発する低出生体重児、乳児期の不適正な離乳食、低栄養、ビタミンA欠乏症などの劣悪な栄養状態が高い死亡率を誘発し、これら社会経済状態の改善が下痢症やARIの一次予防対策の根底にある。ラオス保健省は母子保健の一環としてARIと下痢症対策を実施しているが、対策が普及しているのはラオスの全村のほぼ半数である。対策の遅れ、および対策が小児のみを対象としていることが周期的なコレラの大流行として現れる。

小児感染症の死亡率を低下させるカギは教育と指導による母親などケアテイカー（介護者）の認識判断力の育成にある。下痢症や肺炎の多くは早期に診断されればヘルスセンターなどの村での医療施設での治療可能であり、

ケアテイカーが早期の異常に気づき、医療施設に相談し、重篤ケースは郡立病院にリファーするシステムが確立されれば多くの症例は治療される。介護者への教育と指導は、プライマリヘルスケア活動として実施されており、女性の識字率の低さなど困難もあるものの、地域によっては成功例もある。小児疾患プログラムには昨年からはIMCI（包括的小児疾患管理）が導入された（Ministry of Health Lao PD : 2001）。このプログラムは疾患単位でプログラムを推進するのではなく、下痢症、肺炎、マラリア、予防接種、栄養不良などの疾患を包括的に管理運営し、小児患者の治療管理の効率効果をあげることを目指しており、成果が期待される。

3. 妊産婦死亡

2020年ラオス国ヘルス戦略の標的は乳幼児死亡とともに、妊娠適齢女性死亡の減少がある（State Planning Committee : 2001）。妊産婦死亡率の減少はWHOやUNICEFの主要なテーマのひとつで、さまざまな国際会議、例えばナイロビ安全な母親のための会議（1987年）、世界子供サミット（1990年）、国際人口と開発会議（1994年）、第4回世界女性会議（1995年）でも目標となる。妊産婦死亡（妊娠期間から産後42日までに妊娠や出産に関連した死亡）や周産期死亡（妊娠22週から生後7日までの胎児や新生児の死亡）は人間開発や社会開発の指標として利用され、国際社会では重視される。最近では、女性のヘルスケアへのアクセスやヘルスケアシステ

ムのニーズへの適正度をみる尺度として利用される。

妊産婦死亡の3大原因は出血、感染、妊娠中毒である。妊産婦死亡や周産期死亡のリスクには前回妊娠時の出生体重、妊娠時の体重増加の過少、初産婦、4経産以上の多産婦、20歳以下または34歳以上の妊娠など産科学的な要因に加え、低学歴、貧困、低栄養、喫煙など社会的な要因がある。これらは単独の対策では効果を上げるのは難しく、ヘルスセクターを含めセクター間の協力が必須となる。妊産婦死亡対策の基本は妊娠や分娩に対応するヘルスケアサービスの充実である。妊婦健診の実施、人材や機器の整った施設での出産と新生児の管理、緊急時のレフェラルシステムが挙げられる。ラオスではさまざまな保健プロジェクトが村レベルへ医療サービスを提供しており、その中で拡大予防接種計画（EPI）が最も末端まで普及したサービスとスタッフの教育に経験がある。医療資源に限度のあるラオス保健省では、疾病単位のサービス提供から予防接種、下痢症肺炎対策に妊産婦健診を含めた包括的な医療サービスに方針の転換が望ましい。

女性の健康に関しては多産の課題がある。多産とは過剰な出産、短い出産間隔での出産を意味し、母親と生まれる子供（ことに乳幼児まで）の健康に深刻な影響を与える（Cochrane and Sai : 1993）。社会的には自然増加率が2%を超えた状態を過剰出産とする。健康面からは、18歳以下、34歳以上の妊娠、出産間隔が2年以内の妊娠、4人目以

上の妊娠を多産と定義する。多産を避け、出産間隔を空けるのは、母親と生まれてくる子供の健康に良い影響が期待され、社会経済的にコストに見合う大きな便宜が期待される。対策方法として女性の健康増進、結婚（妊娠）年齢の引き上げ、女性の地位の向上に加え、家族計画があり、ラオスで実施されている。一方、ラオスでは経済開発の観点から人口の増加が望ましい意向があり、妊娠適齢期の女性の健康との調整が検討されている。

4. HIV 感染とエイズ

HIV/AIDS はラオス国で優先度の高い課題である。現在は国内の感染率は0.04%と報告され、周辺国に比較すれば低い感染率である。例えば、カンボジア4%、タイ2%、ベトナムおよびミャンマーが1-9%、中国雲南省2%と報告され、これらの国とは陸続きで人的交流は古くから盛んである。ラオス国内でも農村や山岳部の村から都市部への国内流動が多く、エイズ感染の温床はあり、実際のHIV陽性者の報告数は1990年代後半以降急速に増加傾向である。ラオス国保健省はエイズ対策の中核機関として国家エイズ対策委員会を1998年に組織し、国内エイズ計画の管理と運営、エイズに投入する資源の配分、海外からの国際機関・政府機関やNGOの調整を担当する中心組織となる（National Committee for the Control of AIDS Bureau：2001）。

ラオスでは1990年に最初のHIV陽性者が検出され、1992年に最初のエイズ患者が認

定された。2000年末までに登録された感染者はHIV陽性者717名（女性35%）、エイズ患者190名（女性38%）である。年齢別では20-29歳が43%、次いで30-39歳が27%である。また、エイズで亡くなったのは72名である。

現在は大きな社会問題化していないが、エイズサーベイランスが整備途上のラオスでは近隣諸国の事例から感染者の急増が予測される。近年ではHIV/AIDS患者の治療成績は急速に改善されているものの、途上国では治療費の負担は甚大で、エイズ対策は感染予防、つまり教育とコンサルテーションによる感染機会の回避、性感染者の治療が主流になる。ラオスにおいても予防対策の徹底した実践のみがエイズに対抗する手段である。

V. 終章：「Health Strategy up to the year 2020」の実現へ

「Health Strategy up to the Year 2020」では子供の感染症による死亡と出産年齢女性の死亡の減少が主要な標的である。社会開発が始まる以前の国では多産多死の状況から、開発とともに少産少死に移行して、やがて高齢化社会となる。開発国では慢性疾患が増加して癌や循環器疾患で亡くなる割合が多く、社会開発が始まる以前の多産多死の国では子供の急性疾患、ことに感染症や妊産婦の死亡が大半を占める。この現象を疾病構造の転換といい、ラオスは典型的な疾病構造の転換前のパターンで、社会開発が進展すれば乳幼児や妊婦の死亡減少は期待される。

ラオスにみられるヘルスサービスの問題点は以下に要約される。第一に、医療施設、ことに緊急時に対応する郡立病院へのアクセスが極めて悪い。救急設備を備えた病院の分布は不均等で、住民と病院との交通手段が限られており、しかも交通費医療費は住民には経済負担となり通院を躊躇させる。病気の重症度に加えて通院手段の有無と費用が通院を決定する要因となる。政府からの村レベルへの保健医療サービスの提供は限られる。第二に、病院やヘルスセンターが存在しても、そこで提供されるサービスの質が不適正である。ヘルス資源の分布は不均等で、優秀な人材や優良な機材は中央に偏在して集中し、地方では人材や機材が不足するだけでなく治療薬剤や検査試薬を補充する調達支援システムが滞る。レフェラルシステムが確立されていないことも致命的で、地方のヘルスサービスが充実しない要因となる。住民の医療に対する不信感は強く、医療施設の利用率が改善しない。感染症対策と安全な妊娠と分娩が差し迫った課題であるが、既存の施設やシステムでは十分なサービス提供は期待できない。第三に、病院などの施設を管理運営する優秀な人材が不在であるため、病院の機能が効率的に発揮されない。また、保健医療サービスシステムを計画、財政、監視、評価など一連の作業を熟知する人材を育成する機関がない。各種の疾病対策プログラムは個別に管理運営され、相互の調整統合がなく期待される以上の成果が上がらない。

ラオスでの優先課題である感染症を例に提

案すれば、下痢症や肺炎など子供の感染症は介護者である母親の教育と村レベルでの対応能力の強化が必須である。これら教育プログラムは、村レベルへの保健医療サービスの一環として実施されるのが望ましく、既存の予防接種計画、マラリア対策、下痢症対策、母子保健および家族計画と包括したプログラムを立ち上げる。郡立病院の診断治療能力を強化して、地域住民の信頼を回復するとともに、県立病院のレフェラル機能を確認する努力が必要である。重症の小児感染症の全身管理とともに、再現性があり感度特異性とにも優れた成績が期待できる検査室に改善し、マラリアや結核の診断に対応しなくてはならない。エイズに関してはラオスの現状では新しいエイズ感染者を防ぐ方策に専念し、ヘルス教育を介した予防対策に徹するのが望ましい。

これらの公衆衛生問題と対応するために、「Health Strategy up to the year 2020」では、4つのヘルスケアサービスの基本原則を掲げた。1. 公正に提供するヘルスケアサービス、2. 総合的で質を保ったヘルスサービス、3. 住民の需要に対応するヘルスサービス、4. 住民が自ら判断するヘルスサービスで、キーワードは「公正性」、「サービスの質」、「地域住民の需要」、「自己判断」である。公平性とサービスの質とは相反する性質があり、公平性を追求すれば質は低下し、質の高いサービスを交通情報アクセスの整備されていない末端にまで提供するにはコスト効果が劣る。いかに公正を保つか、ラオス政府は困難な選択に直面する。住民の需要や判断は政府の健

康政策を相容れるものとは限らない。ラオスでも中央指令型から地方分権型へ、垂直型から水平型へ試みているものの、それがヘルスサービスの改善に直結するものではない。目標達成に向けヘルス政策を採択するには、新しい情報を逐次に収集し、その分析により選択の道を探ることが、ラオス保健省の任務となる。グローバル化や情報化がヘルス格差を拡大しているラオスでは、多方面からの情報収集と科学的な解析、その資料に基づいた政策決定が優先される。

参考文献

- 天野博之 「ラオス人民民主共和国」、世界の公衆衛生体系作成企画委員会編『世界の公衆衛生体系』、(財)日本公衆衛生協会、1999年3月、307～318 ページ。
- L.Chazee, The peoples of Laos: Rural and ethnic diversities with an ethnolinguistic map, White Lotus Press, 1999.
- Ministry of Health, Lao People's Democratic Republic, Health strategy up to the year 2020: A discussion paper prepared for the donor round table meeting, Vientiane, 2000.
- Ministry of Health, Lao People's Democratic Republic, Integrated management of childhood illness: National plan of action for the early implementation phase of IMCI 2000-2002, 2001.
- National Committee for the Control of AIDS Bureau, Ministry of Health, Lao People's Democratic Republic, Country report on HIV/AIDS, Vientiane, 2001.
- 佐藤良也、小川寿美子 「ラオス国概要」、琉球医学学会誌、第19巻3号(2000年3月)、97～102

ページ。

- State Planning Committee, National Statistical centre and Ministry of Health National Institute of Public Health Lao People's Democratic Republic, Report on national health survey: Health status of the people in Lao P.D.R, Vientiane, 2000.
- State Planning Committee, National Statistical centre Lao People's Democratic Republic, and United Nations Populations Fund, Report of the Lao reproductive health survey 2000 UNFPA Project No.LAO/97/ P07: Strengthening the data base for population and development planning, Vientiane, 2001.
- S. Cochrane and F. Sai, "Excess fertility" in D.T.Jamison, W.H.Mosley, A.R. Measham, and J.L.Bobadilla eds., Disease control priorities in developing countries, Oxford University Press, 1993.
- The World Bank, World development report 1993- Investing in health: World development indicators, Oxford University Press, 1993.
- World Health Organization, The world health report 1998- Life in the 21st century: A vision for all, Geneva, 1998.
- World Health Organization, Report on infectious diseases: Removing obstacles to healthy development. Atar, Switzerland, 1999.
- World Health Organization, The world health report 2000- Health systems: Improving performance, Geneva 2000.
- World Health Organization, The Mekong Roll Back Mararia Initiative: Report of a bi-regional meeting Bali, Indonesia, 4-5 May 2000, New Delhi, 2001.

Issue and Prospect in the Health Service System in Lao PDR with Particular Regard to “Health Strategy up to the Year 2020”

KAWABATA Masato*

Abstract

Lao PDR is a small land-locked country located in the Indo-China Peninsula. Because of its mountainous landscape and poor development of transportation, a provision of social services is problematic for the government. In addition, Lao PDR is a multi-ethnic country consisting of 49 ethno-cultural and linguistic groups. Both physical and socio-cultural conditions make access to health service difficult in the rural regions. Since the country introduced market-oriented economic reforms in the mid-1980s, the government has changed its policies from the territorial defense and infrastructure development to the improvement of social services sectors, including education and health. As a result of an introduction of new policy, Lao PDR has achieved substantial progress in a health status. Even with this outstanding advance, Lao PDR remains one of the worst countries of the world in terms of infant mortality (82 per 1,000 live births in 2000), under-five mortality (107 per 1,000 live births in 2000) and life expectancy (57 in male and 61 in female, in 2000). These results are far from the targeted figures in WHO goal of “Health For All 2000”. In response to this situation, MOH (Ministry of Health) took its initiatives in May 2000 to produce a policy and strategy document, called “Health Strategy up to the Year 2020”. This is considered to be the beginning of new health policies and MOH strategies.

In the developing countries like Lao PDR, the health care units in a peripheral level are often poorly utilized. In Lao PDR, however, even

* Professor, Graduate School of International Cooperation Studies and International Center for Medical Research, School of Medicine, Kobe University.

provincial and district hospitals are also very poorly utilized because of limited accessibility to health service and their poor quality both in curative care and in health promotion care. Easy accessibility and the high quality of health care service are essential for the improvement of health status in Lao PDR, particularly in rural regions. In addition, strengthening of a provincial hospital as a referral facility is imperative. As to infectious diseases that impose the greatest burden on the country, for example, providing health education to caretakers/health workers in a community level and integration of various on-going programs are desirable. Meanwhile, vertical approaches in tuberculosis and malaria control should remain in order to maintain a high quality in their referral laboratory system.