

医77-3(166)

インドネシア・フィリピン医療
協力事前調査チーム報告書

昭和52年5月

国際協力事業団
医療協力部

JICA LIBRARY



1029049[2]

国際協力事業団	
受入 月日 '84. 3. 8	108
登録No. 00003	90.7
	MC

ま え が き

わが国のインドネシア国並びにフィリピン国に対する医療協力は、現在、前者に対しては国立中央生物学医学研究所と家族計画プロジェクトを、後者に対しては住血吸虫症研究対策と家族計画プロジェクトを実施中であるが、さらに、近年両国において重要度を増しつつある地域保健医療について協力するため、本件調査チームが派遣された。

本書はその報告を取りまとめたものであり、大方の参考の一助となれば幸いである。

昭和52年4月

国際協力事業団

理事 近藤道夫

1 調査チーム派遣の経緯

わが国の国際協力事業の発展が極めて重視されている今日において、保健医療にかかれる技術協力を国際的な友好と信頼を基盤として、より総合的に推進することは大きな課題であり、その実現に期待がかけられている。

インドネシア共和国、フィリピン共和国はアジアの重要な友好国として、かねてから国際協力がすすめられ、保健医療協力も可成り多様化し、相互理解と国民福祉の向上に資すべき技術協力が具体的になされてきた。

インドネシア国との医療協力として、既にインドネシア大学附属プルサハバタン病院胸部外科部門、心臓外科部門、西部ジャワ中央総合病院、パジャジャラン大学歯学部、アンボン結核、マラリア対策、インドネシア大学附属チプトマングクスマ病院（ジャカルタ中央総合病院）臨床検査部門について医療協力プロジェクトがすすめられてきたほか、現在、国立中央生物医学研究所および家族計画についてのプロジェクトが進行中である。

フィリピン国との医療協力としては日比WHO共同によるコレラ撲滅対策、急性灰白髄炎対策の協力がなされたほか、現在、日本住血吸虫症研究対策および家族計画のプロジェクトがすすめられている。

これらの医療協力プロジェクトは、それなりの有意義な活動を通じ、技術協力の目的をみだし、国際的な友好を深めてきたことは刮目に値するものがある。

現今における国際協力は新たな段階を迎え、経済社会の発展に資する、より総合的で且つ大型な協力が、総合開発計画や地域振興計画の一貫として、とりすすめられることに期待がかけられている。それと同時に、計画実践が地域へのより有効的確な浸透を通じ、多くの人々にゆきわたり、民生安定と生産向上につながることを基調とした協力が要請されている。保健医療にかかわる協力を推進するに当たっても、それぞれの国の社会経済発展に関する総合計画に位置づけられた、国家保健計画や地域保健計画に適合した協力がとりすすめられねばならないことは基本的なことである。また、それらの協力の実際に当たっては、それぞれの国の発展段階に則応し、全体の総合性を保ち、均衡破壊につながら

ない協力内容が具体的に考えられねばならないであろう。かような、現今における国際協力の基本課題にせまる保健医療面の協力プロジェクトを創設、方向づけるため、昭和51年度事業として、インドネシア共和国、フィリピン共和国に医療協力事前調査チームが派遣された。

この間において、インドネシア国から、国家開発企画庁（バベナス）によってとりまとめられた要請案件がブルー・ブックによって提示された。医療協力プロジェクトとしては、（OTA-14）保健計画組織の強化と、（OTA-25）地方における保健サービス調査がリスト・アップされていたが、（OTA-14）についてはオランダの、（OTA-25）については米国の協力が既になされていることから、それらに代わるものとして、（OTA-22）飲料水及び食品分析のための研究所強化、（OTA-26）ガン部門の強化、（OTA-16）寄生虫研究所の強化がリスト・アップされた。これらの優先順位は第1位は（OTA-22）、第2位が（OTA-26）、第3位が（OTA-16）とされていたが、これらは、より個別的项目性格もあり、わが国が当初考えていたものと必ずしも共通しないことから白紙の状態を検討をすすめることにした。また、この段階において、日本インドネシア共同開発プロジェクトとしてアサハン・アルミニュームの開発計画がすすめられ、その地域の保健問題にかかわる要請が拾頭してきた。この問題は地域開発計画と保健計画とのインテグレーションと云う観点から、今回調査の一環として位置づけられねばならない特色を有していた。さらに、アイルランガ大学公衆衛生強化プロジェクトの要請もなされ、これらの諸条件を十分考慮しつつも、国際保健協力の基調にかなう問題意識を保持し、より広い観点と長期的展望に立脚し調査をすすめることになった。

フィリピン国との医療協力については、既述したプロジェクト2件が現在設定されているが、今回の事前調査の前段階において新規の具体的な公式要請がなされていなかった。しかしながら、日本住血吸虫症研究対策プロジェクトについては農業開発と重要な関連を有し、特に灌漑計画と保健計画とのインテグレーションは地域の社会経済発展の一貫として重視されねばならない側面を有し

ている。もとより、寄生虫病学的研究等はその重要性において欠けるものではないが、国土の総合開発における風土病対策の重要な位置づけについて常に具体的な示唆と提言がなしうる技術協力がすすめられねばならないであろう。また、家族計画についても、家族計画のみで地域住民へのアプローチが可能とされるものでなく、より統合的な活動が位置づけられることによって、より発展をみることは妥当な考え方である。もとより、これらのプロジェクトはそれぞれの具体的内容で方向づけられるものであるが、今後における、総合的で大型な保健医療プロジェクトが設定される場合において、貴重な教訓を提示するものでもある。また、それらは発展型として、社会経済発展計画や地域総合開発計画に位置づけられた国家保健計画等の一環としてより充実したシステムとして課題にせまることも重視されてよいであろう。かような観点から事前調査の派遣が計画された。さらにこの段階において、カガヤン・バレーにおいてる州にまたがる農業開発として基盤の整備、灌漑、社会開発としての農業電化等の地域総合開発計画が想定されていた。現行としてはパイロット・プロジェクトとしての農事試験の技術協力システムが方向づけられているが、保健医療にかかわる技術協力を、地域総合開発にどう位置づけるかについては企画段階からの調整調査を通じ意識づけることも重要である。もとより、カガヤン・バレーの地域総合開発計画と直ちに対応するかどうかは別問題であるが、国際保健協力の新時代に沿った方向づけを今後一段と進めねばならないことから、貴重な事前調査の意義をみだしうるものと判断することは極めて妥当なことである。

かような観点から、インドネシア国、フィリピン国の医療協力事前調査が昭和51年12月6日から同月23日まで行われる運びとなった。

2 調査の目的

インドネシア共和国およびフィリピン共和国について、それぞれの国のおかれた状態と基本政策を理解しつつ、社会経済発展総合計画に位置づけられた国家保健計画や、地域開発計画に則した新しい技術協力プロジェクトの設定を方向づけるために必要な保健医療関係者との協議、基礎的部門や関連事項の調査を行うことを具体的目的としている。かかる、調査目的を通じ、新しい発展段階としての総合的な国際保健協力を推進することによって、より一層の相互理解を深め人類福祉の向上に資することを究極的目的としている。

3 調査チームの編成

団長：大磯 敏雄（前国立栄養研究所長）総括

団員：佐野 晴洋（京都大学医学部教授）公衆衛生学

団員：内田 昭夫（千葉大学医学部教授）農村医学

団員：松田 朗（厚生省環境衛生局水道環境部計画課長補佐）衛生行政

団員：小野寺伸夫（国際協力事業団医療協力部医療第二課長）調整

4 インドネシア・フィリピン事前調査日程表

日 程		日 目	的 的	相 手 国 の 参 加 ・ 同 席 者 等
月 日	日 目			
12 6	月	JL 711、8:00東京発		
12 7	火	9:00~10:30 10:30~12:00 13:30~14:00 14:00~18:30 19:30~21:00	表 敬 協 議 挨拶および協議 調査方針打合せ 晩さん	保健省次官 (Maj. Gen. Djaka Sutadiviria M.D.) 医務総局長 (Prof. Dr. Drajat)、地域保健総局長 (Dr. Soebekti)、国際課長 (Drs. Muluk) 病院課長 (Dr. Subasim) 観光課長 視察団、大使館 (市川一等書記官)、JICA (佐藤所 員) 市川一等書記官主催
12 8	水	9:00~11:30 12:00~13:30	協 議 協 議	地域保健総局長 (Dr. Soebekti)、栄養課長 (Dr. Malasan)、保健所課次長 (Dr. Suwarna)、家族計 画普及課長 (Dr. Widayastuti)、衛生教育課長 (Dr. Pranyoto)、地域保健総局事務局書記 (Dr. Suyono) 院長職務代行兼生物医学研究所長 (Dr. Koiman)、 薬品研究所長 (Mr. Sihombing)、保健生化学研究所 次長 (Mrs. Suwasti)、がん・放射線調査開発セン ター放射線課長 (Dr. Sakoto)、がん研究課長 (Dr. Sabagio)、NIHRD計画課長 (Dr. Patrali) NIHRD事務局長 (Mr. Soemarian)、NIHRD 学 術協力課長 (Mr. Hartono)
		14:00~15:30	協 議	動物媒介伝染病課長 (Dr. Ahyatma)、マラリアコ ントロール官長 (Dr. Puteh)、伝染病予防総局長秘書 (Dr. Soewarso)

12	9	木	16:30~17:30 19:00~21:00 9:00~9:30 10:00~11:30 12:00~13:30 16:00	<p>アイランガン大学教授(Dr. Sabdoadi)(於プレジデントホテル・ジャカルタ) 保健省医務総局長公舎</p> <p>大使館(国広道彦公使) 伝染病予防総局長 (Dr. Bahrawi) インドネシア大学公衆衛生学部 ジャカルタ発メダンへ</p> <p>ジャカルタ発スカブミ地区へ</p> <p>アサハシ発行次長(Mr. Siahaan)(於ホテルメダン) ティビテンキンギ農園病院</p> <p>ティビテンキンギ市民病院 Kuala-Tanjung地区(アサハシ発行針画アルミ製練地区)</p> <p>スガブミ発チアンジュール橋 由ジャカルタへ</p> <p>北スマトラ州衛生部兼北スマトラ地方衛生局</p>	<p>協議</p> <p>歓迎パーティ</p> <p>表敬及び中間報告 協議</p> <p>協議</p> <p>協議</p> <p>協議</p> <p>視察及び協議</p> <p>視察及び協議</p> <p>視察</p> <p>協議</p>	<p>保健省次官、医務総局長、地域保健総局長、生物医学研究所長、病院課長、国際課長他數十名</p> <p>動物媒介伝染病課長、マラリアコントロール官</p> <p>公衆衛生学部長代行(Dr. D. Jafar)</p> <p>第二班(小野寺、松田)、</p> <p>第一班(大磯、佐野、内田)、Dr. Suwana, Dr. Litonga</p> <p>アサハシ発行職員(Mr. Tempobolon)</p> <p>動物媒介伝染病課長、北スマトラ地方衛生局伝染病予防課長(Dr. Hutagalang)、農園病院長 同上局長、同上課長、市民病院院長 同上局長、同上課長、他2名</p> <p>医務総局係員(Dr. Ritonga)、地域保健総局係員(Dr. Suwana)同行</p> <p>北スマトラ州衛生部長兼北スマトラ地方衛生局長(Dr. Siregar)、北スマトラ州衛生部医務課長(Dr. Parapat)、同動物媒介伝染病課長(Dr. Pandjaitan)、同伝染病予防課長(Dr. Hutagalang)</p>
12	10	金	8:00 (第2班) 7:00~8:00 10:00~12:00		<p>協議</p>	
12	11	本	(第1班) (第2班) 8:30~10:00		<p>協議</p>	

日程		日	月	日	曜日	時間	訪問先	目的	相手国の参加・同席者等
月	日								
						10:30~12:00	北スマトララ大学医学部	視察及び協議	岡大学医学部長 (Dr. Ginting)、病理学 (Dr. Kosasih)、微生物学 (Dr. Naregolan)、調査研究 (Dr. Effendi)
						17:00	メダン発ジャカルタへ		
12	12				日	15:00~17:30 18:30~21:00	大使公邸	打合せ 晩さん	須之部大使主催
12	13				月	9:00~11:00	国家開発企画庁 (BAPPENAS)	協議	保健・住宅部長 (Dr. Tilaar)、保健担当係員 (Mr. Soekirman)、教育・宗教部長 (Mr. Surehman)
						11:00~12:00 14:00~15:00	生物医学研究所 国家家族計画調整委員会	協議	同所長
12	14				火	8:30~10:30	保健省	意見交換 (最終討議)	同委員会副委員長 (Dr. Hafid)
						13:30~15:30	日本料理店「日本館」	昼食会	保健省次官、医務総局長、地域保健総局長、国立保健調査・開発院長職務代行 (生物医学研究所長)、病院課長、動物媒介伝染病課長、マラリアコントロール官、国際課長、他数名
						15:40~16:10 16:15~16:45	大使館 (国広公使) 大統領府技術調整委員会	調査報告 表敬等	(調査団主催) 保健省次官、医務総局長、地域保健総局長、生物医学研究所長、官房総務課長、国際課長、病院課長、動物媒介伝染病課長、他2名
12	15				水		ジャカルタ発シンガポールへ		内閣官房国際協力部長 (Mr. G. Soejono)
12	16				木	16:00~16:30 16:30~17:30	シンガポール発マニラ 大使館 (沢木大使) 大使館	委 敬 調整方針打合せ	調査団、大使館 (矢野書記官)、 JICA (吉田所長)

12	17	金	9:00~12:00	保健省	表致及び協議	Dr. Azarin 保健省次官、Dr. Antonion Acosta 次官補、Dr. Euzo 衛生教育訓練局長、Dr. Sumpai-co 調査研究局長 沢木大使主催 Dr. Franciscog. Dy 地域事務局長他 委員会副議長
12	18	土	12:30~13:30 14:00~15:30 16:00~17:00	レストランピアマール WHO 西太平洋地域事務局 POPCOM (フィリピン家族 計画委員会)	昼食会 表致及び意見交換 表致及び意見交換	
12	19	日	9:30~11:00	San Lazaro 病院	見学	病院長 (Dr. Cesar V. Uyangco)
12	20	月	9:00~ 13:00~	マニラ発バギオへ Tarlac Provincial Hospital	学	病院長 (Dr. Sotero Torralba)
12	21	火	9:00~ 10:00~ 12:00~	ベンケット州庁 ベンケット州保健部 ベンケット州立病院 アトック救急病院	表致 協議 見学 見学	知事 (Mr. Ben Palispis) 衛生部長 (Dr. Lagrim M. Beltran) 病院長 (Dr. Bayani Genade) 病院長 (Dr. Salvador Villamater)
12	22	水	9:00~	バギオ発マニラへ Agoo 保健所	視察	保健省次官、次官補、調査・研究局長他数名
12	23	木	9:30~ 11:20~ 16:00~	保健省 保健大臣 サンラザノ病院 大使館 (沢木大使)	意見交換 (最終討議) 表致 見学 報告	His Excellency Dr. C. S. Gatmaitan 保健大臣 病院長 (Dr. Cesar V Uyangco)
12	25	木	12:50~	マニラ発日本へ		

インドネシア国

1 一般事情

インドネシア共和国はアジア大陸とオーストラリア大陸の中間に位し、凡そ3,000を越える島嶼群から成り、総面積2,027,000km²、南北の最長距離1,888 Kmに対し、東西は5,110 Kmで米本土の東西の距離に比敵する版図を持っている。1975年の人口は、13,942万で、平均人口密度は、66人/km²で、日本と比較するならば、人口総数では凡そ1,700万も多く、面積では、5.3倍に当る。人口構成は若年層の多い典型的な富士山型で、年少人口(0-15才)が43.9%を占め、平均寿命は約48才である。人口増加率は2.4%、これより推定すれば、1976年末には14,000万人になる計算である。然し、インドネシアの人口分布は、大変特異であって、偏った住民分布と云えよう。従って、全地域に亘る平均的な人口分布ではなく、国土総面積のわずか6.7%にしか当らぬジャワ島とマドラ島だけで、全人口の、63.8%が住んでいる。例えて云うならば、全国平均の人口密度は、66人/km²だが、ジャワ島は565人、カリマンタンは9人、イリアンは2人といった具合である。その上、都市と農村地域の人口配分も又著しく平均を欠いていて、全人口の83%が農村居住者であって、わずか17%が都市生活者である。こうした状況は、国民の経済生活をひどく妨げている。

インドネシア人口の大部分は低収入生活者で、1976年の統計では、1人当り平均年間収入は、わずか\$140であった。また、全人口の44.5%が15才以下の若者で成り立っている。

この国の住民の大部分はマレー系だが、ジャワ族3,700万、スンダ族1,200万、マドラ族550万等の種族に分れ、それぞれ異なる言語で話し、風習も異っている。言語は25種にも及ぶというが、公用語はマレー語を基にしたインドネシア語(Bahasa Indonesia)を用いている。

インドネシア憲法では、宗教、信仰の自由は認められているが、イスラム教が殆んど90%を占め、他にキリスト教、ヒンズー教、仏教及び原始宗教

が存在している。

2 保健医療水準

インドネシア現政府が政治優先を経済優先に転換してから、各種の開発計画にもとづく大都市での国民生活の変貌が見られている。しかし上述の人口の大部分を占める農村地帯は経済、社会、教育の発達がおくれ、大都市との格差が極めて大きく、保健衛生の著しい立ちおくれが目立っている。

インドネシアにおいては、先進国にみられる近代医学の医術を中心とした成果を国民に与えるという形は、国家の経済並びに教育水準の低さのため、希望しても果たせず、従って限られた予算内で効率よく、疾病の予防、第一次医療サービスを行う方向に重点がおかれている。

インドネシアにおける保健医療対策は、可成り遅れていて、国勢調査ですら1961年に初めて実施され、10年毎の実施が規定されている。その他の人口動態統計、疾病統計は未だ十分でないので、この方面から正確な保健医療情報を把握することはむづかしい。

一概に云えないが、日本から見れば70～80年は遅れている状況と見られよう。出生率は人口1,000対45という高率だったが、現在は凡そ、人口1,000対37～38まで低下しているものと思われる。家族計画については、現在政府は本腰を入れてその実施に努め、公的・私的機関を動員して、人口増加の抑制に取り組んでいる。主な方法は、ピル、IUD、コンドーム法である。

平均寿命は、1930年頃は30才代であったというが、1964年頃には45才に上り、今日では48才位と推定されている。粗死亡率は平均人口1,000対20で、5才以下の死亡が圧倒的に多く、殆んど50%を占めている。

疾病構造は他の開発途上国（フィリピン、マレーシア、タイ、ビルマ、ベトナム）のそれらとよく似ている。先進国ではもはや見られない多くの伝染病が今猶蔓延し、乳児、幼児の高い死亡率となって現れている。

死亡原因の主たるものは結核、肺炎などの呼吸器系伝染病及び、コレラ、腸チフス、赤痢などの消化器系伝染病である。その他は寄生虫、マラリア等によるものであるが、乳幼児死亡率は大変高く、乳児死亡率は1,000対125にも及ぶ。ちなみに、日本における明治末期の乳児死亡率は150代である。出産に当って、医師、助産婦の介助のもとに行われるものは、ジャカルタ市ですら50%で、全国では30%以下と云われる。従って、死産率もまた高い。

国民の全体は、低栄養状態にあるものが多く、その中でも、甲状腺腫、眼球乾燥症、貧血、ひふ病或は肝疾患が多く見られ、熱量、蛋白や重要ビタミンやミネラル類の不足が見られる。寄生虫は、殆どどの住民が保有し、この低栄養状態があらゆる感染疾患に対し防衛力を低下させている。破傷風、腸チフス、流行性肝炎、日本住血吸虫は何処にでも常在している。マラリアは長い間の撲滅策にもかかわらず、ジャカルタ地区、パリー地区以外には、激しい流行とは云えないが常在している。天然痘については、1974年以降その発生は完全に終結しているという。

国民の気力、体力は、その低栄養状態に起因して、一般に低位にあって、食糧資源の不足と共に、その摂取方法への低い知識と相まって子供の発育は悪く、各地の病院でも蛋白-熱量不足児(Kwashiorkor)が見られる。

1972年の調査では、国民罹患率は49.7%、そのうち寄生虫と伝染病によるものが64%といわれている。この国における5大疾病名は以下の通りである。

1. 急性気管支炎及肺炎
2. 結核性疾患
3. 下痢・腸炎
4. マラリア
5. 伝染性皮ふ病及眼病

別表は年令階級別罹患率及び主な疾病構造を示す。大別して呼吸器及び腸

管系の伝染性疾患と寄生虫によるもの、(肺炎、肺結核、下痢症、マラリア、眼の疾病、貧血症)栄養失調、心疾患があげられる。

公衆衛生に関する教育、知識、施策については最も遅れている。一応の保健所網を作っているとの説明を聞いたが、現地を見たところでは、未だ未だ不足しており、その整備状態も悪い。

国民生活の基本となる地域の衛生施設は、全く不完全であって、殊に、上水、下水は原始的な姿を留めている。即ち井戸は浅く、水は飲用に適さぬものが多く、便所や厨房の下水は、一緒に家の外に唯流す程度で、そのまま土中への吸込みとなっており、溢れば、溝に流れ入り、更に、近くの川に流入する。

飲み水は、常に煮沸しなくては使えぬもので、この点住民は心得ているが、この状態では、水系の伝染病は絶えぬと思われる。日常住民は用便後、左手を以て肛門を水洗して流すのみで、紙を使う風習は無い。蠅、蚊、のみ等についてはあまり気にとめていない。

熱帯地であるため、住民は、よく川で水浴をするが、この川の水は濁っており、住民は汚物の流入を一向に気にしない風習がある。

以上のように一般環境衛生は極めて悪く、飲料水として何らかの操作を加えてあるのは大都市に限られ、農村地域においては安全な飲水は、0.6%の家庭にしか見られない。一般住民は谷水、川水を煮沸して飲料水に供する習慣は普及している。現在井戸を掘ることを保健所レベルで推奨している。しかし現在においても猶、排便をする川で水浴、洗面がなされており、従って腸管系疾病が後を絶たない。尿尿、厨房水の処理等については全然考慮は払われていない。衛生行政の末端機構として各地域には保健所の網が張りめぐらされているが、その設備や大きさは夫々異っている。この保健所にリンクして地域の病院があるが、入院患者数は少い。病室は4等級に階級を分けられ、それぞれ入院費が進んでいるが医療や公衆衛生は、行政的な区分により一応の組織図が出来ている。

一番末端に Health Post と称して、土地の有力者の家の一部をこれに当て、

ここに少ない衛生器材と薬品が置いてあり、周囲住民で医療を受けたい者が集る他、女子高校生程度の特志者に、初歩的な教育を与え、これが各家を訪問して、衛生上の注意をすることが行われている。これは全くの自発的な奉仕機関で、担当区域の保健所から時々保健婦がこの指導に巡回して来る程度である。但し、未だ健康保険の制度は発達しておらず、国家公務員・軍人及びその恩給受給者とそれらの家族に対してのみ健康保険が適用されている。

年齢階級別罹患率（インドネシア）

年 令	人 口		患 者		罹 患 率 (人口千人に付き)
	数(千)	%	数(千)	%	
0 - 4	3,110	2.8	262	4.8	84
1 - 4	14,177	12.7	1,132	20.4	80
5 - 9	17,706	15.8	589	10.6	33
10 - 14	14,063	12.6	297	5.4	21
15 - 19	11,000	9.8	225	4.1	20
20 - 24	7,932	7.1	247	4.4	31
25 - 29	7,874	7.0	279	5.0	35
30 - 34	7,378	6.6	306	5.5	41
35 - 39	7,470	6.7	340	6.1	45
40 - 44	5,817	5.2	318	5.7	55
45 - 49	4,214	3.7	315	5.7	75
50 year and over	10,817	9.7	1,237	22.3	114
unknom	283	0.2	0	0.0	0
Total	111,841	100.0	5,547	100.0	50

Source - Household Survey L.R.K.N. 1972

主な疾病構造

病 名	患者数(千)	%	罹 患 率 (人口千人につき)
伝染性疾患及寄生虫	3,500	63.1	31.4
栄養失調	316	5.7	2.8
心疾患	120	2.2	1.1
その他	1,611	29.0	14.4
計	5,547	100.0	49.7

Source · Household Survey L.R.K.N. 1972

その内訳

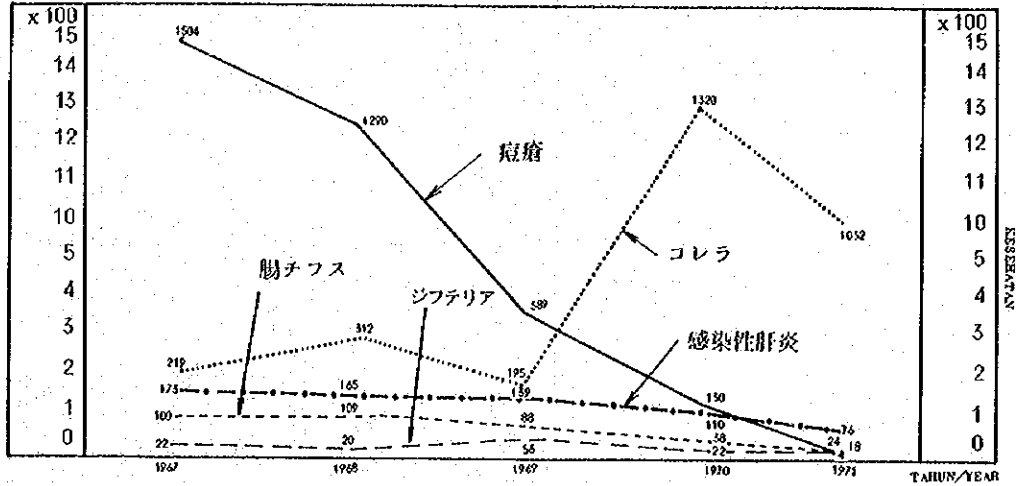
1 急性上部呼吸器疾病	980	8.8
2 皮膚、皮下組織の感染及び炎症	721	6.4
3 肺結核	577	5.2
4 急性深部呼吸器疾病	422	3.7
5 下痢症	297	2.7
6 マラリヤ	279	2.5
7 眼の感染症	224	2.0
8 貧血病	122	1.6
9 眼の他の疾病	144	1.2
10 栄養障害(ビタミン不足)	124	1.2
11 心血管系疾病	120	1.1
12 その他	1,537	13.3

インドネシアにおける主要伝染病の推移

	1966			1967			1968			1969			1970		
	患者数	死亡数	%	患者数	死亡数	%	患者数	死亡数	%	患者数	死亡数	%	患者数	死亡数	%
1 痘 瘡	35,283	3,143	8.98	13,478	1,849	13.71	17,350	1,685	9.71	17,972	4,714	9.53	9,369	2,180	12.6
2 バラコレラ	970	167	17.2	912	160	17.6	—	—	—	1,477	438	29.65	4,754	1,072	22.55
3 ベ ス ト	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4 腸チフス	2,095	79	3.3	2,348	79	3.2	1,593	54	3.4	—	—	—	—	—	—
5 パラチフス	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6 ジフテリア	1,065	29	2.6	762	7	0.9	368	15	4	—	—	—	—	—	—
7 感染性肝炎	3,012	70	2.05	2,916	50	1.7	3,023	43	1.09	—	—	—	—	—	—

ジャカルタ地域の主要伝染病の推移

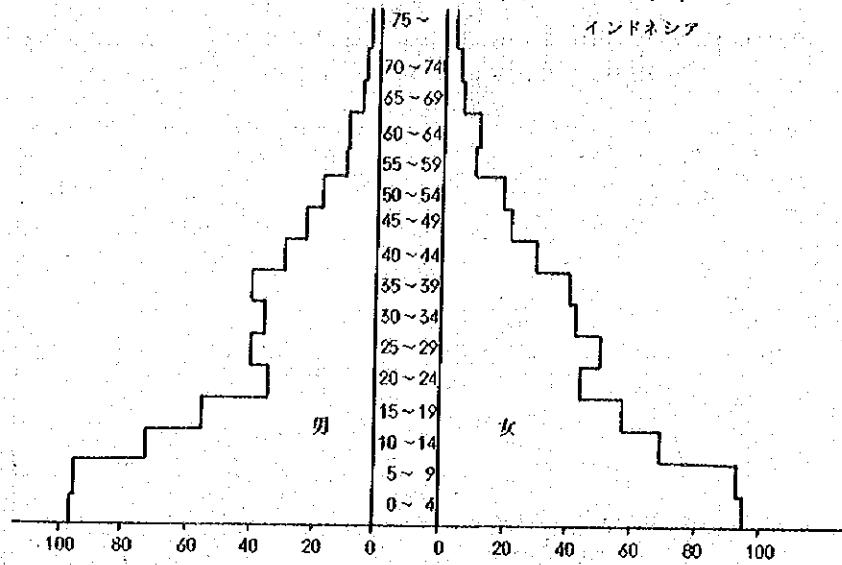
PENJAKIT WABAH JANG TERDAPAT DI D.C.I. DJAKARTA
 EPIDEMIC DISEASE: IN D.C.I. JAKARTA
 TH. 1967-1971



————— TJATJAR/SMALLPOX
 CHOLERA/CHOLERA
 - - - - - TIPUS PERUT/ABDOMINAL TYPHOID
 - . - . - . RADANG HATI MENULAR
 INFECTIONS HEPHATITIS
 - - - - - DISENTHERIA/DYPHTHERY
 Sumber : BIDANG P.M.
 Source : DINAS KESEHATAN D.C.I.
 DJAKARTA

	1967			1968			1969			1970			1971		
	患者数	死亡数	致命率	患者数	死亡数	致命率	患者数	死亡数	致命率	患者数	死亡数	致命率	患者数	死亡数	致命率
1 ベスト		—			—			—			—			—	
2 コレラ	219	21	9.5	312	30	12.5	195	15	11.7	1,320	91	6.9	1,052	39	3.7
3 黄熱病		—			—			—			—			—	
4 痘 瘡	1,504	506	33.6	1,290	321	24.8	369	37	22.3	130	18	13.8	4	0	0
5 発疹チフス		—			—			—			—			—	
6 間 歇 病		—			—			—			—			—	
7 腸チフス	100	15	15	109	27	20.1	88	24	27.2	38	6	15.7	24	4	16.6
8 パラチフス	6	1	16.6	17	1	5.8	13	0	0	4	0	0	1	0	0
9 赤 痢	4	1	25	3	0	0		—			—			—	
10 感染性肝炎	173	8	4.6	165	11	6.6	159	4	2.8	110	2	1.8	76	1	1.3
11 ジフテリア	22	6	27.2	20	3	15	56	15	26.7	22	2	9.0	18	5	27.2
12 リューマチ		—			—			—			—			—	
13 小児麻痺		—			—			—			—			—	

1971年度インドネシアの人口ピラミッド*



単位：10万

Total		男	女
118,459,845		58,279,166	60,180,679
~ 1	2,492,397	1,255,319	1,237,078
1 ~ 4	16,668,868	8,397,703	8,271,165
5 ~ 9	18,872,155	9,577,425	9,294,730
10 ~ 14	14,227,886	7,326,300	6,901,586
15 ~ 19	11,391,346	5,642,971	5,748,375
20 ~ 24	7,961,288	3,555,777	4,405,511
25 ~ 29	9,042,414	4,033,202	5,009,212
30 ~ 34	7,894,247	3,664,254	4,229,993
35 ~ 39	8,080,449	4,019,321	4,061,128
40 ~ 44	6,029,348	3,003,532	3,025,816
45 ~ 49	4,647,128	2,398,710	2,248,418
50 ~ 54	3,854,576	1,887,607	1,966,969
55 ~ 59	2,135,234	1,073,916	1,061,318
60 ~ 64	2,222,929	1,034,044	1,188,885
65 ~ 69	1,120,535	534,806	585,729
70 ~ 74	1,061,176	491,418	569,758
75 ~ 79			
80 ~ 84	770,004	378,886	391,118
85 ~			
不明	7,865	3,975	3,890

* 1974 Demographic Yearbook, United Nations, Newyork

保健医療サービス(インドネシア)

保健医療サービスについては、政府の“すべての国民は最良、最高の保健医療を受けることができる”基本方針に基づいて施策が進められている。

その中核は、国立病院、地方病院、保健所であり、第1線機関としての保健所の果たす役割が非常に大きい。すなわち保健所は入院治療用のベッド(10~20床)を有して、治療を行っているが、予防業務、家族計画、環境衛生、衛生教育、保健要員の教育等、他の行政機関とも関連して統合行政(Integrated Health Service)が実施されている。

国立病院は、病院規模(病床数)によって、4階級に分類されている。class A(1000床以上)2(JAKARTA, SURABAYA)、class B(500~800床)10、class C(100~200床)14、A、B、Cは各州の中核病院として機能している。class D(50~100床)273は各県(KAB-UPATEN)に設置されているが、ほかに精神病院等の専門科の病院が10施設設けられ、それぞれが保健所や診療所と密接な関連をもって医療が行なわれている。Aの2病院は、大学付属病院(インドネシア大学、アイルランガ大学)で、紹介患者の診療を行なうほか、卒前、卒後の医学教育、研修を実施している。A、B、Cは総合病院であるが、医師の充足は不十分で、とくに専門医は不足しており、この養成が重要課題であるという。医師の不足は、保健所において端的に現われており、医師不在の保健所も数多く、医師は2~3の保健所をパートで巡回し、診療責任を負っている。保健所で扱いきれぬ重症患者は、class B、C、Dの病院に送っている。

ただ、多数の島を有し、ジャワ島以外は、広域に少ない診療機関が配置されているので、患者輸送体制にも多くの問題が残されている。また、病院は設立後40~50年を経た旧式の建物が多く改修の時期にあるのも少なくない。

class Dは、第1線病院としての機能を有し、国として最も力を注いでいる。現在、大学と医師会、保健所で専門医養成プログラムの委員会が設置され、内科、外科、産婦人科の専門医養成期間は5年であるが、地方病院勤務医は3年教育でもよいのではないかが検討されている。class Dの医師充足率は40

多であり、その充足が緊急課題である。国では、貧困者について、できるだけ無料で公的医療機関が診療しうるような体制の確立が推進されているが、予算、保健医療従事者、輸送等で多くの問題をかかえている現状にある。すなわち、医師のみならず Paramedical Staff も不足しており、看護婦は現在 15,000 ~ 16,000 人であるが、保健所だけでも 42,000 ~ 45,000 人が必要と考えられている。また、リハビリテーションについても、10カ所で発足したばかりであり、Staff は全く不足状態で、交通事故による身体障害者を含め、リハビリセンターユニットの確立も緊急課題となっている。

上記、国立、州立、県立の公的病院、保健所のほかに、国民の医療は開業医によって行われている。開業医は、医師会を形成し診療に従事しているが、コミュニティの健康に果している役割りは大きい。ただし、一部階層（公務員、軍人、大企業等）以外の一般大衆は未だ保険がなく、自由診療体制であり、国民の8割以上を占める農業従事者は貧困のため、ほとんど開業医による診療は受けられない。また、農村部には開業医はさわめて少なく、受診は困難である。なお、公務員医師は勤務時間が終了すれば開業が許されており、午後2時以後は開業している。

以上保健医師サービスの概況について述べたが、保健施策の最重要課題の一つに家族計画がある。家族計画は、母子の健康問題からのみでなく、開発計画の一環としての国家的プログラムとして実施されている。

家族計画は、保健所を始め、現存のあらゆる保健施設を通じて実施されており、とくにジャワ島において成果をあげつつあるが全国には未だ及んでいない。また、母子保健においては、母子診療所が数多く設置されていて、施設分岐も漸次普及しつつある。

インドネシア大学研究機関

インドネシアには医学部(11)、歯学部(5)、歯科看護婦学校(8)、教育大学(1)、助産婦学校(69)、助産婦補学校(37)、看護婦学校(11)、看護婦助手学校(196)、薬学部(7)、薬学高等学校(35)、衛生監視員アカデミー(2)、

衛生監視員助手学校(9)、物理療法アカデミー(1)、分析家学校(3)、補助技術研究学校(2)、放射線技師アカデミー(2)、保健医療関係学校(15)、マラリア研究学校(1)がある。()内は数を示す。

国立の医科大学、大学の卒業と同時に医師の免許証が与えられるが、私立医科大学卒業のものには医師国家試験を合格した後に医師免許証が受与される。大学のレベルによって医師の質的レベルに相当の差があると見られている。医科大学卒業と同時に地方の保健所への2～3年の勤務を大統領命令により義務づけられている。

インドネシアにおける研究所

バンドンには Pasteur Institute があり、ここでマラリアの研究、結核、百日咳、破傷風等の各種伝染病のワクチン製造が行なわれている。

またジャカルタ市内にある国立保健調査開発院 National Institute of Health and Development (NIHRD) 附属の生物医学研究所 Biomedical Research Center も代表的なものであり、我々はここを訪れた。

スラヤンカ所長は不在の為、所長代理の Dr. Koiman 氏から生物医学研究所の概要を聞き、以下薬品研究部長 (Mr. Sihmoing)、保健生態学研究部門次長 (Mrs. Suwasti)、食品、環境衛生部門、ガン・放射線調査開発センター、放射線開発課長 (Dr. Sukonto)、ガン研究課長 (Dr. Subazio) より事情を聞いた。

薬品研究部門では将来、天然物構造決定、薬品学、中毒学の研究をおし進めたい。そのために NMR 等を初め、各種の分析機器を購入したい希望を述べ、食品の化学分析、水質分析等の環境衛生部門担当官の説明や、放射線部門では診断用放射線の研究を重要視し、特に胃のバリウム撮影についての日本のすぐれた研究をとり入れたい希望が述べられた。また痛部門については、先づ広範囲な疫学的調査を行いたいこと、電子顕微鏡を購入し、将来は国立ガンセンターを設立したく、日本の協力を希望していた。

またマラリア、結核、ビタミンA欠乏症、デング熱、日本住血吸虫等の疫学的調査を行いたい旨報告があった。

一般的に言って、科学の水準の極めて低いインドネシアにおいて、基礎的研究を行うことは、経済的な面からも人材の点からも極めて問題が多い現状を認識しなければならない。従って現状ではむしろ基礎的研究の成果を先進国から譲り受け、その成果を臨床面に応用したり、直接社会に還元したりするための研究所のように思えてならないが、将来は先進国なみの研究所の発展を希望しているようである。

外国及び国際機関の協力

インドネシア政府は外国及び国際機関から、政府ベースや民間ベースによる各種の協力を受けているが、保健医療分野における国際協力の概要を表示すると以下の通りである。

	二 国 間 協 力		国 際 機 関 に よ る 協 力
政 府 ベ ー ス	日 本	カナダ	WHO
	アメリカ	スイス	UNICEF
	オランダ	スウェーデン	UNESCO
	オーストラリア	ニュー・ジーランド	UNDP
	西ドイツ	イタリア	UNFPA
	フランス	ベルギー	WB
	イギリス		
民 間 ベ ー ス	家族計画国際協力財団		I P P F (国際家族計画連盟)
	国際看護交流協会		イスラム教協会
	日本国際医療団		キリスト教協会
	笹川記念保健協力財団		アジア財団
	日本キリスト教海外医療協力会		救らい協会
	インドネシア医療協力会		

二 国 間 協 力	国 際 機 関 に よ る 協 力
(以上日本関係分)	
ロックフェラー財団(アメリカ)	
フォード財団(アメリカ)	
パスファインダー	
OXFAM(イギリス)	
Population Council(アメリカ)	

前記の表はインドネシアに対して経済協力(有償援助)もしくは技術協力(無償援助)を行っている機関を列挙したものであるが、技術協力に関してインドネシア政府が外国に対して要請した1976年度分の案件及びこれに対する各国の状況は以下の通りである。

プロジェクト名	金額 (千ドル)	外国の対応状況
殺虫剤による人的被害に関する調査	150	
放射線施設の強化(ウジュンバンダン)	150	イタリア(専門家派遣)
病院経営(ジャカルタ)	185	オランダ・西ドイツ
病院経営	74	オランダ
ワクチン・血清及び生物製剤(バンドン)	380	オーストラリア
Kalipaten調査	74	オランダ
保健計画体系の強化	74	オランダ
保健サービスのための教育技術	240	オランダ(検討中)
寄生虫検査サービスの強化	100	スイス(関心あり)
口腔衛生サービスの強化	200	ニュー・ジーランド
十二指腸虫の免疫に関する共同研究	200	オーストラリア
水及び食品の化学分析施設の強化	100	
組織培養技術の応用研究調査(バンドン)	150	
健康保険アセスメント調査	120	オランダ
地方における保健サービス調査	100	アメリカ
癌治療施設の強化(チプトマングンクスモ病院)	200	フランス(検討中)

プロジェクト名	金額 (千ドル)	外国の対応状況
抗生物質製造技術(バンドン)	150	イギリス(検討中)
地方における水の供給(中部ジャワ)	460	オランダ・西ドイツ・UNDP
スマトラ中央病院に関する調査	150	イギリス(検討中)
病院開発計画に対する援助	700	
形成外科(チプトマングクスマ病院)	100	
栄養計画に関する研修	150	
病院技術者に対する研修		
免疫に関する研究		

第2次五カ年計画(1974-1978年度)

インドネシアにおいては国家発展のための第2次五カ年計画が1974年度から開始されている。経済開発計画はもちろん、保健・教育等あらゆる分野にわたる開発五カ年計画が国家的見地から立案され、目標に向かって努力が続けられている。

第2次五カ年計画においては年平均の経済成長率を7.5%、国民1人当りの所得の成長率を5.2%、人口増加率を2.3%になるよう目標を定めている。

産業部門別の目標成長率(年平均)は農業部門4.6%、製造業部門13.0%、鉱業部門9.0%、運輸業部門10.0%、電力部門15.0%、その他8.0%となっている。

第2次五カ年計画における開発予算の五カ年間総額は48,588億ルピア(約3兆円)であるが、その部門別内訳は、農業かんがい部門20.0%、地方開発部門19.2%、運輸観光部門17.5%、教育文化部門10.8%、電力部門7.6%、家族計画部門4.0%、鉱工業部門3.8%、住宅部門2.2%、労働移住部門1.4%、その他12.9%となっている。

以上のように、各々の部門ごとに目標が定められ、予算の配分が行われているが、保健分野における第2次五カ年計画の概要は以下のとおりである。

保健分野における第2次五カ年計画の基本的な目標として、

1. 国民の要望（ニーズ）に可能な限り応じられるように保健医療施設を質的、量的に充実すること。
2. 疾病の発生を減少させること。特に伝染病の流行を防ぐこと。
3. 国民の栄養改善運動を強化すること。
4. 環境衛生施設を充実し、国民の保健衛生知識を向上すること。
5. 健康な家庭を育成すること。

の5項目をかね、これを実現するための具体的な方策として、

1. 地方（農村部）及び開発中心地区
2. 青少年及び生産労働者
3. 救急医療部門及び予防部門

に重点をおいて、以下の基本的な戦略方針をたてている。

1. 保健サービス活動の地方分散
2. 総合保健サービス体系の確立
3. 公的保健医療機関と私的保健医療機関との間の協力体制の確立と質的格差の解消
4. 中央と地方とが協調した開発活動の推進（中央と地方との間の格差の解消）
5. 地方における最先端保健医療機関の充実（新設及び修復補充）
6. 保健医療施設の効率的活用を向上する為の経営管理の改善強化（組織及び活動手順の改善）
7. 保健医療要員の訓練（特に、医師及びパラメディカルの病院志向意識を地域住民 Community 志向意識に変革する為の訓練）
8. 地方における給水及びごみ処理施設の整備
9. 医療品及び食品のコントロールの強化
10. 試験・検査サービス機関（Laboratory）の充実

以上が第2次五カ年保健計画の方針及び重点施策であるが、具体的な計画（プログラム）は以下のとおりである。

1. 保健サービス供給体系の確立

保健所、ポリクリニック、母子保健センター及び病院を量的、質的に充実

させる。第2次五カ年計画中には一郡 (Subdistrict) に少なくとも一保健所及びいくつかのポリクリニックと母子保健センターを整備し、総人口の約80%に保健サービスを供給できるようにするという。

保健所は予防から簡単な治療までを含めた総合的な保健サービス及び公衆衛生活動を、ポリクリニックは単純な治療及び予防サービスを、母子保健センターは母性及び5才未満児に対する保健サービスを、各種の病院は入院加療を要する者に対するサービスを……という具合に各々の保健サービス施設がサービス内容を分担し、ネットワーク活動を行うことによって効率的な保健サービス体系を確立していく。

保健所の整備計画は次のとおりである。

1974年度	2,740カ所
1975年度	2,980カ所
1976年度	3,220カ所
1977年度	3,480カ所
1978年度	3,700カ所

母子保健センターは第2次五カ年中に500カ所を新設し、人口約3万人の郡 (Subdistrict) に2~3カ所の割合で整備することにしており、これにより、ジャワ及びバリにおいては妊産婦及び乳幼児の約30%に対して保健サービスを供給できるようになる。また、母子保健センターの職員が総出産の約30%に立合い、分娩の介助を行うことが可能になる。

ポリクリニックは第一線において初期の単純な治療を行う最小の保健医療施設であるが、第2次五カ年計画中は新設せず、現存の施設を保健所に統合していき、より巾の広い活動を行えるように変革していく予定である。

病院に関しても、新たに病院を建設する計画はなく、現存の病院について、その運営管理面の改良と設備内容の充実を計ることに重点をおいている。

2. 家族計画活動の推進

第1次五カ年計画中の家族計画活動はジャワ及びバリに限られていたが、第2次五カ年計画においては家族計画の活動をジャワ、バリ以外の地域にお

いて推進することになっている。

ジャワ、バリ以外の地域においては以下の10州を重点的にとりあげている。

アチエ、北スマトラ、西スマトラ、南スマトラ、ランポン
西ヌサテンガラ
西カリマンタン、南カリマンタン
北スラウェシー、南スラウェシー

受胎調節実施者 (Acceptor) の獲得目標数 (Target) はジャワ、バリにおいて900万人、その他の地域において100万人、計1,000万人を目標としている。

保健省としては管轄下にある既存の保健医療施設 (保健所・母子保健センター・産院・病院等) を十分に活用して国民に家族計画の必要性の啓もうと受胎調節法の普及に努めている。

家族計画活動には助産婦、民間施療師、家族計画フィールドワーカー、地域の指導者、民間開業医、薬局員等の人的資源を有効に活用している。

3. 伝染病のコントロール

第2次五か年計画においては、インドネシアにおける伝染病流行の実情を考慮して、マラリア、胃腸炎 (コレラ等)、肺結核及びデング出血性熱の予防を主たる目標としている。特に胃腸炎は廃棄物の処理や、飲料水の供給と密接な関係にあるので、これらの施設を整備することにも力を入れる。

結核に関しては、既に第1次五か年計画においてほとんどの児童にBCGワクチンの接種を完了しており、第2次五か年計画においては乳児及び12～13才の児童に対するBCGワクチンの再接種を行うと同時に、感染源対策として感染性患者の治療にも力を入れる。

デング熱は1968年にスラバヤでの流行が最初の報告であるが、1972年以来全国各地で局地的に流行しており、第2次五か年計画においては、詳細な昆虫学上の調査研究を行う。

マラリアは依然として全国的に流行しており、第1次五か年計画において

はジャワ及びバリに限りマラリア対策が行われてきたが、第2次五か年計画においてはその他の地域に対してもマラリア・コントロール活動を展開することとしている。しかし、ジャワ、バリ以外の地域は広大であり、当面は移民地区や歙山地区に優先度をおいていく。

伝染病の予防策とし、ワクチンの接種は有効な手段であり、第1次五か年計画中は痘瘡（Small-pox）ワクチンとBOGワクチンのみが集団接種されただけであったが、第2次五か年計画においてはジフテリアと小児麻痺（ポリオ）のワクチンも集団接種を開始する予定である。更に新生児破傷風の発生予防の為に妊婦に対する破傷風トキソイドの接種も普及させる。

フィラリアと日本住血吸虫症に関しては第1次五か年計画中に情報の収集とコントロール活動が強化されたので第2次五か年計画中にこれらの疾病の撲滅（eradication）が期待されている。

その他の伝染病（フランベジア、らい、性病等）に関しては第1次五か年計画に引き続いて同様の予防活動を行うこととし、保健所は伝染病のコントロールに必要な疫学調査を強力に実施する。

4. 栄養の改善

栄養に関する問題としては蛋白質及びビタミンAの摂取不足、局地的に発生する甲状腺腫（ヨード欠乏）、低栄養性貧血（特に妊産婦）などがあげられるが、これは経済的な理由のみならず、栄養学的知識の欠如にも起因している。対策としては以下の活動を行っている。

- ① 5才未満児に対するビタミンA欠乏対策 - 栄養剤の配給
- ② 甲状腺腫対策 - ヨード添加塩の配給
- ③ 栄養教育による国民の啓もう
- ④ 栄養及び食糧生産に関する調査研究

5. 環境衛生施設の整備

衛生的な飲料水を供給し、環境衛生の改善を計ることが第2次五か年計画における重要課題である。保健所は環境の保全、飲食物工場、公衆の地域、殺虫剤の使用、飲料水の水質、環境汚染の防止等に関する活動を強化する。

特に飲料水の供給に関しては第1次五か年計画中にはわずか国民の0.7%をカバーする施設整備しかできず、第2次五か年計画においては5%を目標にしているが、現在の人口増加率が年間約2.5%であることを考慮すれば、この目標は低すぎる。しかし、財源的な制約と人的資源の不足によりやむをえない。

6. 衛生教育の普及・強化

衛生教育に関しては第1次五か年計画と同様、以下の事項に重点をおく。

- ① 州レベルにおける衛生教育施設の充実及びその施設における衛生教育要員の充足を1976年度中までに完了する。
- ② 教育機関における訓練活動を強化開発する。
- ③ 媒体を開発する。
- ④ 優先的な保健計画を支援する為の衛生教育活動を強化する。
- ⑤ 多数の国民に浸透するような衛生教育キャンペーンを推進する。

7. 調査研究の推進

第2次五か年計画においては以下の分野における調査研究を行う。

- ① 疾病に関する疫学的情報
- ② 環境問題、特に感染源・感染経路・環境水準及び汚染
- ③ 予防接種に関する医学的・技術的問題
- ④ インドネシアにおける環境基準
- ⑤ 保健サービス供給体系の開発
- ⑥ 保健管理
- ⑦ 薬品の標準化・用途及び生産
- ⑧ 伝統的薬品及び食品加工

8. 薬品・食品及び化粧品のコントロール

特に上記の物品について品質の向上と標準化、規格化を促進する。

9. 保健要員の訓練及び質的向上

訓練計画として、州レベルにおける訓練施設の整備を行い、保健所職員に対する教育訓練を行うと同時に、全国的に医療図書館(Medical Librar-

ry)を整備して保健に関連する情報を十分に活用できる体制を整える。

組織・機構

1. 地方行政制度

インドネシアの行政区画は第一級自治地区として州 (Propinsi, Province) 及び特別地区が、第二級自治地区として県 (Kabupaten, Regency) 及び市 (Kota/maja, Municipality) が定められている。

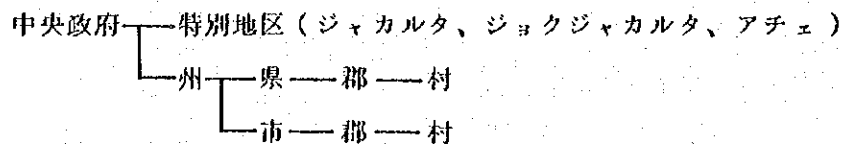
行政区画としての最小単位は人口が約 2,000 ~ 3,000 人からなる Desa と呼ばれる村落である。

インドネシアでは 24 の州と 3 つの特別地区 (ジャカルタ、ジョクジャカルタ、アチェ)、即ち 27 の一級自治地区に分割されており、各州は約 230 の県及び 54 の市、即ち約 284 の二級自治地区に区分されている。

県及び市は各々、さらに小さな行政区画である郡 (Kecamatan, Sub-district)、に細分され、郡はいくつかの Desa から構成されている。

インドネシア全土はおよそ 57,800 の Desa から構成されており、郡の数は約 3,280 といわれている。

以上の様子を表示すると次の通りである。



2. 行 政 府

インドネシアの行政府には以下の通り 17 省がある。

内務省、外務省、国防治安省、法務省、情報省、大蔵省、商業省、農業省、工業省、鉱業省、公共事業省、運輸省、文部省、保健省、宗教省、社会省、労働移住協同組合省

この他に無任所開発大臣として、経済・財政・工業担当、国民福祉担当、行政管理担当、研究調査担当の 4 大臣が置かれているが、保健医療政策に関連のある省としては、保健省、社会省、文部省があげられる。

3. 保健省の組織（中央レベル）

インドネシアにおける保健医療分野における施策の所管官庁は保健省であり、その組織の概容は別表のとおりである。

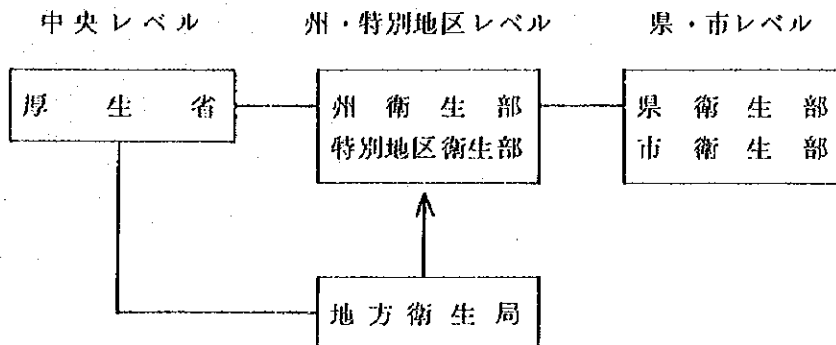
日本の厚生省と比較して、特徴的な点として、①福祉部門に関しては社会省が別に独立して設置されていること。②保健省の各種附属（研究）機関を統括する部局（国立保健調査開発局）が設置され、国のレベルにおける調査研究の調整・促進を行っていること。③監察総局という監視部局が設置されていること（すべての省庁に設置されている）。④伝染病及び地域保健サービスに配慮した部局を設置していること……などの諸点があげられる。

4. 地方レベルにおける保健医療行政

州レベル及び県・市レベルにおいては行政組織の中に衛生部局が設けられており、その機構は、中央レベルの保健省の組織・機構に呼応して組織化されている。

また、保健省の直轄している地方衛生局が各州及び各特別地区に設置されており、各地方自治体（州政府）の衛生部局と協力し合って国策の促進に一役をになっている。

中央・地方各レベルにおける保健行政の組織機構を表示すると以下のとおりである。



5. 保健医療機関

インドネシアにおいて保健医療行政をこなしている最先端の機関は保健所、ポリクリニック（診療所）及び母子センターである。

保健所は日本の保健所の機能に外来診療部門をつけ加えた機能を有しており、ポリクリニックは外来診療をとりあつかう第一線の医療機関でもあり、母子センターは日本の母子センターに簡単な母子クリニック部門の機能をつけ加えたものである。

医療機関としての病院は、公的病院の場合、A・B・C・D及びEクラスの五段階に区分されている。即ち、

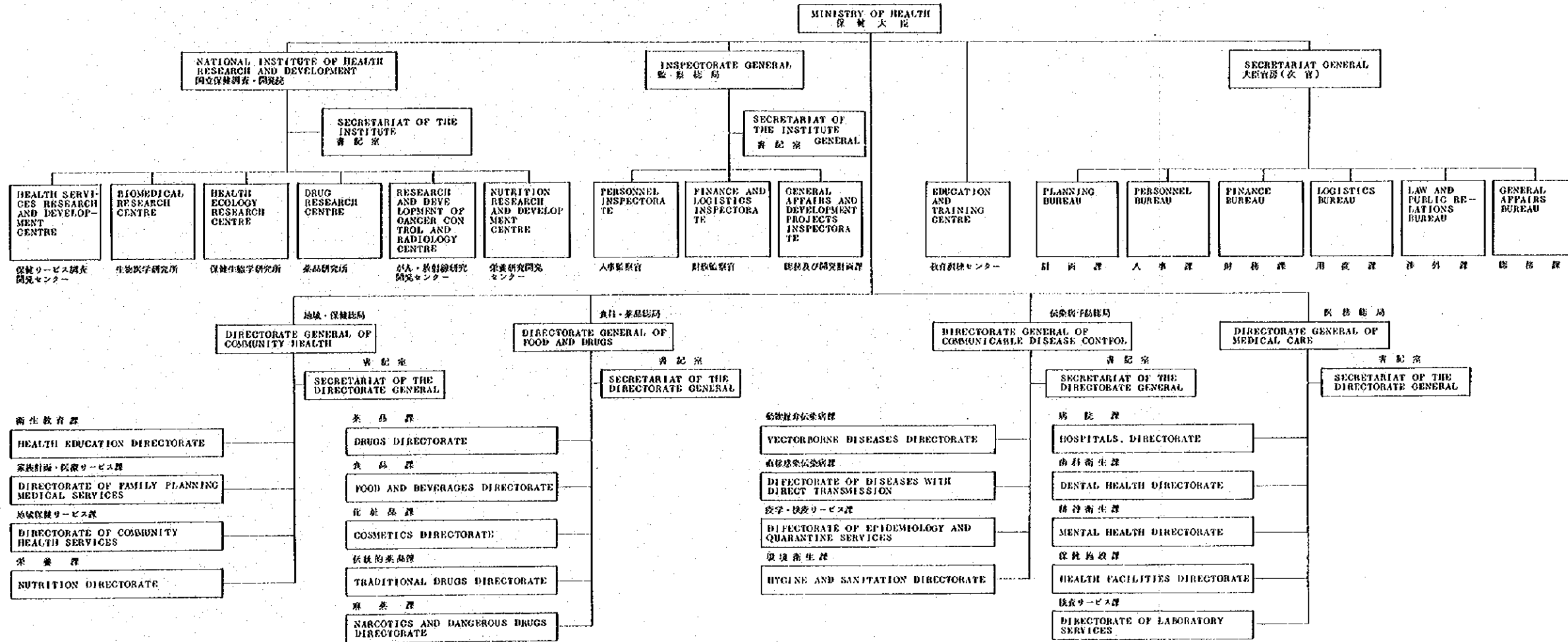
A	クラス病院	総合病院であって専門医の養成が可能なもの
B	〃	〃 一般医の 〃
C	〃	総合病院でほぼ100～500床の病床を有するもの
D	〃	100床未満で診療科目の限られているもの
E	〃	結核、らい、精神、眼疾患等を対象とした専門病院

公立病院の各州別設置数は別表のとおりである。

なお、Aクラス病院は厚生省立及び州立が各々1つずつにすぎず、Bクラス病院は主として厚生省立、Cクラス病院は主として州立が多く、Dクラス病院は主として県立及び市立の病院が多い。

保健省の組織・機構

THE ORGANIZATION OF THE MINISTRY OF HEALTH, REPUBLIC OF INDONESIA



公立病院の設置状況（1975年度）

病院の区分 州別	A	B	C	D	A~D	E クラス				B
	クラス	クラス	クラス	クラス	クラス 計	精神	結核	らい	眼科	クラス 計
ジャカルタ	1	2		1	4	7	1	1		9
西ジャワ		1	1	22	24	2	3	1	1	7
中部ジャワ		2	1	34	37	4	5	4	2	15
ジョクジャカルタ		1		4	5	1	1		1	3
東ジャワ	1	1	2	30	34	2	3	4	1	10
バリ			1	8	9	1		7		8
アチエ				9	9	1		12		13
北スマトラ		1	1	34	36	1	1	4	1	7
西スマトラ		1	1	8	10	1				1
リアウ				7	7			1		1
ジャムビ			1	1	2					
南スマトラ			1	8	9	2		1	1	4
ベンクル				3	3	1				1
ラムプン			1	3	4					
西カリマンタン				18	18	2		1		3
中部カリマンタン				8	8			3		3
東カリマンタン				7	7	1		1		2
南カリマンタン			1	7	8	2		1		3
北スラウェシー			1	5	6	1	1	2		4
中部スラウェシー				5	5			2		2
南スラウェシー			2	17	19	1		5		6
東南スラウェシー				5	5			1		1
西ヌサテンガラ				6	6	1		3		4
東ヌサテンガラ				10	10			4		4
マルク			1	4	5			6		6
イリアンジャア				9	9	1		6		7
東チモール										
計	2	9	15	273	299	32	15	70	7	124

保健衛生上の問題点

インドネシアにおける保健衛生問題は、自然的・社会的要因に起因するところが大きい。即ち、熱帯性の気候（高温・多湿）は熱帯地方に特有の伝染病の温床となり、数千の島々からなる群島国家は交通・通信の不便さの故にあらゆる分野における発展を阻害されている。また、経済水準や教育水準の低さは直接・間接に保健問題の原因もしくは問題解決の障害ともなっている。以下、インドネシアにおける保健衛生上の問題点を列挙してみよう。

1. 教育水準が低い

小学校への就学率は約60～70%といわれ、貧困と両親の無理解とにより小学児童の中退率は約30～40%にも達するといわれている。文盲率は約30%とも45%ともいわれており、この教育水準の低さが、保健衛生思想の普及を妨げる要因ともなっている。

2. 経済水準が低い

国民1人当りの年間所得はわずか3万円程度であり、大多数の国民は貧困に苦しんでいる。貧困に起因する疾病も多く、また貧困の故に、政府の用意した保健医療施設も十分に利用されていない。

国民のみならず国家自体の経済力が弱体であるため、国家の施策も経済開発を優先しがちとなり、保健衛生対策を最優先するのには困難な状況にある。

3. 人口問題

インドネシアの人口問題は保健分野のみならず、教育、労働、経済等、あらゆる分野に多大な影響を与えている。具体的な人口問題としては以下の5点があげられる。

- ① 人口の絶対値が大きいこと……1971年の人口センサスでは約1億2400万人であったが現在は約1億3千万人以上であると推定される。
- ② 人口増加率が大きいこと……年間の人口増加率は2.2～2.4%といわれており、この調子で人口が増加していくと仮定すれば今世紀中には現在の人口の約2倍（2億5千万人）に達すると推定される。
- ③ 人口の年齢構成は若年層が多くを占めている。……15才未満が総人口

の約44%も占めており、この事実は教育施設の不足や失業問題にはくちををかけている。

④ 人口分布が不均衡であること…… 国土の約7%を占めるにすぎないジャワ島に総人口の約63%が密集している。

⑤ 都市部への流入人口が大きいこと…… 特にジャカルタ特別地区の人口増加率は年間約5~6%であり、このうちの大半は地方からの流入人口による社会的増加である。

4. 早婚者が多く、離婚率が高い

初婚年齢は女子では17~25才、男子では20~30才で、特に女子の早婚は若年初産と多産の原因となり母子保健もしくは人口政策上の問題となっている。また、国民の約90%はイスラム教徒(回教徒)であり、この回教の教義は一夫多妻を認めていることも作用してか、離婚率が高く、生活基盤の不安定な婦女子が多い。

5. 疾病構造が多彩で有病率が高い

国民の有病率は約5%であるが、このうちの35%は呼吸器疾患(結核を含む)、13%は皮膚疾患、6%は下痢患者、5%はマラリア患者、3%は眼疾患であるといわれる。

以下、インドネシアにおける主要な疾病を列挙し、その問題点を指摘してみる。

① 肺結核…… 有病率は0.2~0.6%といわれているが、目下、BCGワクチン(14才未満が対象)の接種率が約80%にも達しており、予防対策は軌道にのってきてはいるものの治療部門では見るべき対策は施されていない。

② マラリア…… マラリア患者は毎年約10数万人がり患しているものと推定され、従来はジャワ島とバリ島においてのみDDT散布等の対策がとられてきたが、その他の地域におけるマラリア対策はほとんど実施されていない。治療方法の進歩によりマラリアの致死率は減少したが、り患による労働力の損失は社会的影響が大である。

- ③ らい……患者の登録数は約10万人であるが、全国の総患者数は、約20万人はいるものと推定される。らいの有病率は地域によって著しく異なり、最もらい患者の多いのはイリヤンジャヤ州とマルク州である。治療薬の不足が最も重要な問題となっている。
- ④ 消化器伝染病……下痢、発熱を主症状とした疾病が多く、主としてコレラ、腸チフス、赤痢が全国各地で流行している。特にコレラの流行は多発しており、毎年数千人の患者が登録されている。
- ⑤ 寄生虫病……全国に広くまん延しており、農村部においては児童のほとんどが何らかの虫卵を保有しているといわれる。特に、十二指腸虫と回虫が問題となっている。
- ⑥ 破傷風……産婦及び新生児のり患率が高い。
- ⑦ 皮膚疾患……不衛生な生活環境に起因する各種の皮膚疾患がまん延しており、国民が最も不快に感じている疾病である。
- ⑧ 性病……毎年、着実に患者数が増加している。
- ⑨ その他の疾病……フランベジア、フィラリア、出血性熱、肝炎、甲状腺腫等が局地的に流行している。

6. 栄養状態が非常に劣悪である。

インドネシア国民の栄養水準は低く、成人1日当りの栄養摂取量は1,600～2,600 Cal であるといわれている。特に動物性蛋白質とビタミンAの摂取量が不足しており、ビタミンAの摂取不足に起因する眼球乾燥症(Xerophthalmia)もしくは盲人が多い。国民の約0.6～1.0% (70～100万人)は盲人であるといわれている。また、特定の山岳地帯においては地質的にヨードを含んでおらず、この地域における甲状腺腫(Grelinism又はGoiter)の多発が問題となっている。

インドネシアにおける栄養状態の劣悪性は、貧困のみならず、栄養学的無知にも起因しており、栄養不良は富める家庭においても認められる。

7. 死亡率が高く、国民の平均寿命は短い。

粗死亡率は約20であるが、乳児死亡率は約130と非常に高率である。

5才未満の死亡は総死亡の約50%を占めており、乳幼児の保健衛生が特に問題である。主要死因を死亡率の高いものから列挙すると以下のとおりである。

- ①小児の下痢症 ②気管支肺炎 ③事故 ④消化器疾患
- ⑤心臓疾患 ⑥肺結核 ⑦がん ⑧栄養不良

インドネシア国民の平均寿命は約50才にすぎない。

8. 保健医療サービス施設が不足している。

保健施設としては保健所、母子保健センター、ポリクリニック及び病院があるが、いずれの施設に関しても、施設の絶対数、機材及び人材（マンパワー）が不足している。

- ① 保健所…… 全国に2,381か所設置されており、その実情は以下のとおりである。

	所長が医師である率	管内人口	機材の充足率
ジャワ及びバリ	50～60%	40,000～85,000	50～60%
その他の地方	5～6%	10,000～40,000	20～30%

- ② 母子保健センター…… 全国に6,411か所設置されているが、その分布状態が不均等であり、その傾向はジャワ及びバリ以外の地方において著しい。機材の充足もほとんどジャワ及びバリに限られている。

- ③ ポリクリニック…… 全国に5,500か所設置されているが、このうちの、1,500か所は保健所内に統合されている。平均に人口約2,200人に1か所の割合で設置されているが、地域差が著しい。

- ④ 病院…… 1つの病院がカバーしうる地域を5Km以内とすれば公立病院は全国の約1%をカバーしているにすぎず、病院の絶対数が不足している。また、質的にも総合病院が地方レベルには皆無に等しく、診療内容は出産、寄生虫病、事故（外傷）、中毒、呼吸器疾患の治療に限られているのが、平均的な病院像である。

9. 保健要員が不足している。

全国の医師の数は1万人にも達していないといわれており、その他、助産婦、看護婦、衛生士等のパラメディカルの数も1万5千人に満たず不足している。

	人口10万当り医師数	人口10万当りパラメディカル数
スマトラ	0.3～8.4	1.8～65.2
ジャワ	2.2～38.2	2.9～10.6
カリマンタン	2.2～7.2	4.6～27.2
スラウェシ	1.9	0.2～5.7
バリ・ヌサテンガラ	1.1～3.2	5.3～25.5
マルク	1.6	4.6

国民の受療状況は以下のとおりであり、医師、特に専門医の不足を如実に表わしている

	一般医	専門医	パラメディカル	民間施療師	
都 会	44～55%	5～14%	22～24%	2.5%	
地 方	交通の便良	18～20%	0.1～1.6%	51%	6～10%
	交通の便悪	5～9%	0.2～1.3%	33～39%	16～37%

10. 環境衛生施設の整備が非常に遅れている。

ごみ処理、し尿処理及び上下水道に関する諸施設の整備が非常に遅れており、特に、都市部におけるごみ処理と農村部における飲用水及び生活用水の供給は最近の重要問題となっている。

11. 医薬品の原材料からの国産化ができない。

インドネシアでは約8,000種の医薬品が外国との合併製薬工場において製造されており、国内需要の約90%をカバーしている。抗がん剤やある種の抗生物質等約150種類の医薬品が輸入されているにすぎない。しかしながら国産されている医薬品といえども、すべて、原材料は輸入しており、国

内においては加工・包装の工程が行われているにすぎない。現在、外資系の製薬工場は約30社であるが、インドネシア政府はこれらの工場に対して早急に原材料からの医薬品製造を導入するよう義務付けている。

12. 医薬品の登録及び品質管理が不十分である

インドネシアの市場には約8,000種の登録医薬品の他に、密輸等正規のルートを経ない多くの医薬品も販売されており、医薬品の品質管理も製薬会社や薬局のモラルに依存しているのが現状である。

保健衛生対策

インドネシアにおける保健衛生対策が軌道にのりだしたのは第1次五か年開発計画の開始された1969年度からである。この五か年開発計画はインドネシアの経済発展を主目的としたものであるが、この経済開発計画に時期を同じくして、保健計画も立案され、目標達成の為に大きな努力がなされてきている。

先に述べたように、インドネシアにおける保健衛生上の問題点は多岐にわたっているがここでは、インドネシアにおいて行われている主要な保健衛生対策の概要を報告することにする。

1. 人口問題対策

人口抑制と人口分布の適正化が主要な柱となっており、人口抑制策としては①家族計画、②法的規制、③国民の啓もうに重点がおかれている。

① 家族計画……現在、ピル（経口避妊薬）とIUD（子宮内挿入具）が受胎調節の主要方法となっているが、今後はコンドームの普及にも重点をおいていくことにしている。

② 法的規制……婚姻法（1975年に成立）により初婚年齢を定めたり、国家公務員の賃金体系において、従来、全ての子供に支給していた米等の現物給付を「子供3人迄」に改めたりして、受胎機会の減少や、経済的制約に基づく出生率の低下を期待している。

③ 国民の啓もう……あらゆる機会、あらゆる機関を利用してインドネシアにおける人口問題の重要性と家族計画の必要性を国民に啓もうしており、

この試みは小・中学校教育の場においても導入されている。

人口分布政策としてはジャワ及びバリ島に集中している人口を他の地域に分散させ、且つ、農村部から都市部への流入を抑制する為、外資系企業のジャワ島内への進出に制約を加え、産業の地方分散を推進している。また、ジャワ島から他島への移住政策も積極的に行っており、移住地における教育・保健施設をも含めた総合開発計画をたて、移民希望者に対しては移住前の研修を行い、一世帯当たり10万～25万ルピア(約7万～16.5万円)の補助金(年間)と2ヘクタールの土地を給付している。

2. 疾病対策

疾病対策の重点は伝染病においており、治療よりも予防対策を重視している。インドネシアにおける主要な疾病対策は以下のとおりである。

- ① 天然痘…… 1973年より患者の発生は報告されておらず、これは1才から小学児童に対する予防接種が普及したことと、患者発見者には報償金(約3,500円)を与えるという徹底した感染源対策が効を奏したものとおもわれる。
 - ② フランベジア…… 国民に対する集団検診による患者の早期発見と抗生物質による早期治療が効果をあげており、現在、国民の約94%はフランベジアから解放されたといわれる。
 - ③ 結核…… 15才未満の児童を対象とした事前にツベルクリン反応を行わないBCG接種(天然痘ワクチンと同時接種)、喀痰検査による排菌性患者の発見及び自宅における薬物療法が結核対策として保健所を中心に行われている。特にBCG接種は既に対象児童の約80%は接種を完了しており、目下、乳児及び12～13才児に対するBCGの再接種を行っている。
- 患者の発見と治療に関しては余り効果をあげているとは思われない。
- ④ マラリア…… 患者の発生した家屋及び患者多発地域に対するDDTの散布、有熱患者の血液検査によるマラリア患者の早期発見及び自宅における投薬が対策として行われている。第1次五か年計画においてはこのマラリ

ア対策はジャワ島とバリ島に限られていたが、当地域におけるマラリア患者の発生率が減少したので、第2次五か年計画(1974年より)においてはジャワ島とバリ島以外の地域に対してもこの対策を拡大している。しかし、物量に制約があるので、当面は開発計画地域、食糧生産地及び移住地域に対して重点的に対策を行う方針を定めている。

- ⑥ らい……集団検診やコンタクトトレーシングによる患者発見に重点において、必要に応じてらい療養所において入院加療を行っている。
- ⑦ コレラ、腸チフス等……全国各地で頻発しており、専ら国民の衛生思想の向上と飲料水対策により対処している。インドネシアにおいてはどんなに無学文盲の人々でも飲用に供する水は必ず沸かしてから使用するという生活態度が身につけており、また、食物の調理方法も主として油でいためたり熱を加えるスタイルのものが多く、このような生活慣習が不衛生な環境のわりには消化器伝染病が少ないという結果となって表われているのではないと思われる。特に、コレラに関しては患者発見後、24時間以内に届出ることが義務づけられており、これに基づく防疫活動が各地方の衛生部局や保健所によって行われる体制がしかれている。
- ⑧ 甲状腺腫(クレチン病)……甲状腺腫の多発している地方の住民に対するヨード添加塩の配給・販売、患者に対するヨード剤の投与が対策として行われている。
- ⑨ 寄生虫病……国民の衛生思想の向上と生活環境、特にし尿処理方式の改善が保健所の公衆衛生活動の一環として行われているが十分な効果はあがっていない。

以上の他に、フィラリア、出血性熱、狂犬病、流行性肝炎等がインドネシアにおいて問題の多い伝染病としてあげられるが、特別の対策はとられておらず、専ら、疫学調査等対策をたてる以前の調査研究の段階にあるといえよう。

3. 栄養対策

国民の栄養に関する知識の向上を計る為の活動が保健所活動を中心にして

行われているが、特にビタミンA欠乏に起因する眼球乾燥症や失明者に対する方策として、1～4才児に対するビタミン剤の投与が行われている。さらに、妊産婦の貧血対策として衛生教育に加えて鉄剤の投与が行われている。

4. 保健医療施設対策 }
 5. 環境衛生施設対策 } 後述(第2次五か年計画の章を参照)
 6. 保健要員確保対策 }

第1次5ヶ年計画終了時における保健医療職種関係者及び第2次5ヶ年計画終了時の予測(1974/75-1978/79)

	第1次5ヶ年計画終了時	第2次5ヶ年計画終了時
1. 医師	6,221	10,500
2. a 看護婦(短大)	439	939
b 衛生監視員	597	972
c 栄養士	131	231
d 看護婦教員	601	1,276
助産婦教員		
公衆衛生指導員		
3. a 衛生監視員助手	1,081	3,519
b 看護婦教員	248	998
助産婦教員		
公衆衛生指導員		
4. a 助産婦	8,323	15,823
b 看護婦	7,736	16,686
c 栄養士	199	399
d 分析技士	608	1,233
e 薬剤助手	4,573	13,698
f 歯科看護婦	472	1,347
5. 保健助手	24,246	41,498
6. その他保健専門員	26,617	-

- (注) ア 2職種は高卒後3年の教育
 イ 3 " " 1年 "
 ウ 4 " 中卒後3年 "
 エ 5 " " 1～2年の教育及び小卒後4年の教育
 オ 6 " 小卒後1年の教育

インドネシア大学公衆衛生学部

インドネシアにおいて最古の伝統をもつインドネシア大学に最も新しい学部として公衆衛生学部が誕生したのは1965年のことである。インドネシア大学医学部公衆衛生学教室の2教授（Prof. Mochtar と Sajono Sumodigogo）と、インドネシア国教育省の肝入りで設立されたもので、公衆衛生における卒後教育を目標とし、公衆衛生分野や保健政策の分野で指導的役割を演ずる“マンパワー”の“field center”と考えられるものである。将来他の地区にも増設させて行く方針である。そして、WHO, United States Agency for International Development, ハワイ大学等からの consultant も加え、活発な活動を開始しようとしている。現在インドネシア大学の一部の1,050 m²の三階建てのビルで講義室、図書館、事務室をもっており、ここで公衆衛生活動従事者の訓練、研究、活動の三点に重点をおき、しかもその保健活動は地域のニーズに基いて設立された優先順位に従って保健活動を遂行するという極めて弾力性のある方策をとっている。

この学部を卒業するとMPH (Master of Public Health) が与えられ、将来はDPH (Doctor of Public Health) も与えられる予定である。この外に短期のコースも設けられている。

カリキュラムとして

1. Pre-MPH course 5年間があり、ここで preclinical course (寄生虫学、微生物学、病理学、生化学、生理学、免疫学) を教授する。入学資格者として、試験検査技師、栄養士、看護婦、助産婦、保健婦、統計技術員、社会科学の教育 (高等学校卒業程度の学力) をうけたもの等があげられている。

2. MPH course (2 semesters)

first semester として

- 1 公衆衛生行政
- 2 疫学
- 3 衛生教育と行動科学

4 環境衛生、職業病

5 衛生統計

second semester として、

実際の field でどのような問題を取り扱い解決して行くかという training を行う。例えば、母子保健、家族計画、地域保健、学校衛生、伝染病、住民の無智、栄養失調、再教育、衛生活動と人のマネジメント等の問題に対してどの様に対処して行くか等である。

MPH course 入学資格として、次の学部を卒業しておく必要がある。医学部、歯学部、獣医学部、衛生工学、社会科学、法科、社会学、経済学、心理学、人類学。

現在ジャカルタ市から 25 Km 離れた TANGERANG に Rural health program University Project にもとづいてヘルスセンター、病院をもち、たえず大学とコンタクトを持ち学生の実施訓練を行わせている。

アイランガ大学カブドア教授

12月8日、pm 4.30 ~ 5.30 於 プレザデント・ホテル

公衆衛生学講座の現状、現在建設が進められている公衆衛生研修センター等について主に聞く。

アイランガ大学の1学年の学生数は150名、公衆衛生は2年間に、人口学、統計学、疫学、環境衛生、保健教育、家族計画、産業衛生、地域保健計画等を教えるが、教室の教官は6名で、さらに充足する必要がある。講義のほか、保健所実習に大きな力が注がれている。スラバヤ地区は人口200万に1.3の保健所がある。保健所には医師1名(医師不在の保健所もある)がおり、約10床を有し、助産施設も有している。定められた地域の伝染病対策、家族計画、環境衛生とくに安全な飲料水の供給、薬剤管理等が行われているが、その保健所行政について学習するのである。それに公衆衛生学教室は、学生の教育は勿論であるが卒後の教育が行われており、現在公衆衛生研修センターが設立されつつある。ここでは医師のみでなく、パラメディカルスタッフの研修、養

成が行われる。この研修センターは公衆衛生学部に所属し、講義、セミナー、実習が課せられる。とくに保健所の業務に直接関与し、地域の行政、集団教育、啓蒙活動、家族計画、産業衛生、外来・入院患者の養護、疫学、医生態学、社会経済学、保健計画等について研修する。現在教室の研究課題は、栄養と日本住血吸虫（とくにダム建設に伴なう影響）について行っているが、地域保健に大きな役割りを果している。

なお、資料公衆衛生研究センターの発展（THE DEVELOPMENT OF A PUBLIC HEALTH TRAINING CENTRE）によれば、スラバヤ、アイルランガ大学医学部に設置し、将来医師が地域の保健サービス、保健活動を有効適切、効率よく行なうための技術を習得させるために設置する。そのために、インドネシア共和国の社会的経済的現状、保健サービス保健計画、communityの健康状態・栄養状態の把握とその技術、健康の概念、保健計画・評価、保健計画実施過程や経費等について、統計的データを整備し、学生の卒前教育に役立たせるだけでなく卒後教育に役立たせる目的を有している。とくに、健康の分野において、新しい概念の創造とそれへの取り組みの対応を重視すべきとしている。そして、この研修センターは、他の大学卒業者に開放し、また、スラバヤ地区の保健所業務に従事し、公衆衛生従事者を養成する機関である。そのため、公衆衛生部を充足し、地域保健に関心の高い医師を育成するように学生は教育されねばならないとしている。開発途上にあるインドネシア国において、医師を中心に公衆衛生従事者を養成するこの研修センターは、国の発展にとっても欠くべからざる機関であり、将来の発展が期待されるものである。

OTA11、OTA17に関する技術協力について

1975年度から国立中央生物医学研究所を中心に協力プロジェクトが進行しており、今回の調査機会を活用し、プロジェクトの基本的事項について協議がなされた。

この協力はバベナスのブルー・ブック OTA11（生物製剤管理部門）、OTA17（ウィールス診断部門）にかかわるもので、現在、専門家派遣、機

材供与、研修員の受入れが実施されている。調査チーム全員は国立保健調査開発院に関する協議のあった12月8日に中央生物医学研究所を訪問しているが、OTA11、OTA17にかかわる協議はコイマン所長と小野寺医療第二課長、市川一等書記官とで協議がなされた。

この協議は、業務進行をより円滑にすることを目的としたもので、特に協力内容がかなり高度な内容を有しており、しかも、その方向づけに関し具体的な諸条件をいかに強化すべきかについての問題に直面しているため、専門家活動を含め相互理解が極めて重視されねばならない側面を有しているからでもある。

協議の概要は次の通りである。

1. このプロジェクトは保健省の重要機関の一つである中央生物医学研究所を主体としたもので、医療協力の総合化大型化にかなう方向づけをもつものであること。
2. 第2次開発5年計画に適應する内容の充実を期待しており、感染症対策を支持する重要な役割を有しているものであること。

将来問題の具体的応用分野や開発研究として、コイマン所長はBCG、ポリオワクチンの国家検定機能の充実、腸管ウィールス診断機能の充実、流行性肝炎、ア－ボウィールス感染症の血清疫学的研究の強化等に関心のあることが述べられた。

3. このプロジェクトをより一層発展させるためには、人材交流、研究開発、教育研修等のソフトウェアの充実に力点をおくことを基本とすること。
4. 協力の期間は5年間であるが、その間における具体的な協力内容をより一層明らかにし、プロジェクトについての適切な評価と進行に関する打合せが重要であること。

この点について、OTA11は実験動物の生産能力の向上や生物製剤基礎研究体制の確立、OTA17についてはウィールス性疾患の診断に必要な組織培養同定確認能力の向上や血清学的サーベランスの基本的な条件の整備、標準抗原、血清の作製供給、手技の標準化に関する技術能力の向上を目的としていることを基本とし、これらが年次的にどう具体的に進行していくかに

ついて関心があり、適切な軌道修正を加えつつも当初考えた路線を着実にやっていくことが重要であることの話し合いがなされた。

5. プロジェクトを円滑に進めるため、その基盤として必要な電気、ガス、水道等のインフラストラクチャーの整備、建築物の新築、人材の確保について計画通りの進行を期待していること。

6. プロジェクトに必要な機材供与、研修員派遣について、長期派遣専門家の的確な助言は極めて有益であることが確認されたこと。また、専門家派遣や機材供与にさいし、受入れ態勢（専門家や機材が機能できるような準備）が整っているかどうか確認が必要であること。

7. 計画打合せ調査チームを昭和52年度末に、今後のプロジェクトの具体的なすすめ方について協議のため派遣する予定があること。

以上の諸点について協議がなされたが、プロジェクトを円滑に推進するために最も大切なことはよき人間関係と相互理解の上にならざることを基本的なことである。そのため、今回の調査の本来の趣旨ではないが、現行プロジェクトの協議は極めて重要な意味をもつものと理解している。これらの、プロジェクトの具体的内容については計画打合せ調査によってなされるべきもので、今回は基本的な諸点や一般的事項を中心に話し合いがなされた。

農村部、スカブミ地域視察

12月10日（金）

インドネシアの農村部を視察調査をしてみたいという当方の申出に対し、インドネシア保健省からは、スカブミ地域が適当であろうということで、この地域の視察を行った。これに先立って、我々の案内役として、公衆衛生局からは Dr. Suwarna（母子衛生担当）と医務局からは、Dr. Ritonga（病院担当）及び driver 付 Minibus を出してくれた。

午前8時、宿舎を出て Djakarta の街をぬけて、南方へと走り、Bogor へ向って道をとって、次第にゆるやかな坂道をのぼる。途中、Tjiandjur、Tjibadk の部落を経て、Sukabuni へと向う。

我々が最初に Sekarwang で見たのはCクラスの病院であった。ベット数200、往時はオランダの指導によったと見られるのは、敷地内に幾つかの病棟が散在し、お互を渡り廊下でつなげてあるだけで、伝染病棟として隔離された一つの病棟というものは無い。従って同一病棟内に腸チフス患者と一緒に収容されていることは珍しくない。ベットは200あるが、現に収容されている患者は少い。これは病人が少いという訳ではなく、入院せずに家に居る者が多いということだという。一番多いのは外科の患者で、その大部分は交通事故による骨折その他である。内科は、気管支炎、肺結核の他腸チフス、破傷風が割合に多い。産科には未熟児が比較的によく収容されていたが、正規の哺育器が無く、粉乳缶の入っていた木箱を改造した手造りのものを使用していた。因に、インドネシアでは、生下時の体重2,500gが標準体重として示されているが、日本では大体3,000gが普通で2,500g以下ではむしろ未熟児に入れられてしまうが、ここでの未熟児は2,500gより遙かに下廻った数字の乳児が多い。小児のベットは殆んど栄養不良の乳児(Kwashiorkor)で占められていた。

なお、厨房、調理材料などを見たが、やはり原始的な姿で厨房が存在し、殊に下水や、便所の設備の悪いのに一驚した。設備については、年次計画で逐次改築の計画があると話していたが、先の見通しはあまり望めぬと苦笑していた。

検査室の設備や薬品数もまた十分でないが、この国の医学教育もまた不十分ではないかと思われた。これは東南アジア何処でも同じと思われるが、勤務医が月給では到底生活を支えることが出来ず、午後は家で患者を診ていることにより一般人よりよい生活レベルが保たれていることは事実だ。

Cクラスの病院は他に1ヶ所見せてもらったが、大体前記内容とほぼ同じで、半分土間となって開放された形の待合室に、可成り多数の人が腰掛けて居るのが目についたが、これは1人の患者に複数の家人が付いてくるから混み合っているという説明だった。厨房の材料も調べたが、いも、野菜それに米が主体で、動物性蛋白質としてはアヒルの卵が用いられていた。

保健所も2ヶ所見学した。1つの保健所はかなり整備がよく、その上、表側の

2つの室には壁面にぎっしり色々な統計や図表がはってあった。これは恐らく中央からの指令で、各保健所でやっていることと思われるが、此地(NAGR-AK)はかなりよく整理されていた。こうした統計の中で、伝染病、寄生虫、マラリア統計や妊娠中絶によるものが詳細に書かれていた。マラリア検査数は多いが、マラリア患者の発生は殆んどない。この医者である所長さんの案内で、理想的なインドネシア人の住居と称するモデル住宅を見たが、これは大変よく出来ていて、とても現実的なものとは思われなかった。他の一つの保健所は数ベッドの設備のある保健所で、救急患者を一時収容出来るようにしてあるのだとの説明で、なるべく早く病院に送る規定だという。ここでの保健所内部の施設は、前者よりは悪かった。勿論、担当の医師の保健所長さんの努力次第で内容もよくなることは当然乍ら、やはり全体的に設備が悪く、活動も低調と思われた。

こうした現状で、何か急を要するものがあるかと質問したのに対し、Dr. SuwarnaとDr. Ritongaは共にCクラス病院をBクラスに格上げするように致したいのが自分達の念願だと云っていた。

更に私共は、予定に無い調査として、純農村の姿、農民の生活ぶりを見せて貰うことを頼んで、途中、農村での或る農家を見た。住居そのものの形は小さく、床と土地との間が接近していて、雨期などは家の中が湿けてしまうであろうと思われた。飲用水は、家屋外に掘った開放的な浅井戸で、水は濁り、外からの汚染流入の防備も無い。これをわざわざ汲んで家屋内に持ち込み、土瓶に貯え置くのだが、彼等は決して生水は飲まず、必ず煮沸して用いている。厨房器具や家具、家財といったものは全く貧弱で、衣類も少い。何処の家も大抵電燈が無く、灯油による明りのみ、井戸の数も数戸に一つといった工合であり、現在保健所の第一目標は、井戸を計画的に造らせることだと云う。

便所は何処も水洗いして外に流出方式で、家の周囲の土地への浸み込み式である。これは寄生虫や腸性感染症や蚊の発生にも好適の場所を与えることとなるので、この辺りの改善と食内容の改善は基本的に必要であることを痛感した。

まず、前記したHealth Postと称せられる保健所より更に先端で簡易に民

衆と接して、保健衛生活動を自発的に行っている場所を2つ程見学したが、確かに保健所活動の不備を補う意味に於てよい考えであると思われる。

我々は又、各町村における行政機関と、保健医療機関との関係を見るべく、町村役場の所謂保健係なるものを訪れ、種々事情聴取を行った。然し、この段階においては、あまり実情は把握していないことが明かになったし、関係印刷物も備っていないことを知り得た。然し、彼等の云うが如く、系統としての組織は、一応成立っていることが認められた。

PROVEK PEDESAAN TANGERAN

◎ SEKAR WA (Sckawangi) Health Centre

Sukabumi 地方のヘルスセンターの一つ。60床を有するモデル保健所、医師2名。

入院患者：腸チフス1、結核2、肺炎2、胃腸炎1（内科病棟）、外傷2、テタヌス1（外科）、妊婦1（婦人科）、病室きわめて簡素、ベットがあるというに過ぎない。カーテンによって、2人病室が分けられているが、腸チフス患者の向い側（通路をへだてる）に肺結核、その隣りが気管支肺炎というような入院状況で空床がめだつ。入院患者は、月に100～120名。入院費用は1日約\$1要す。外来は、月に600～700名。このヘルスセンターの担当人口は約72,000名で、管内に10の医療施設があり、マラリアは100～120名見出される。

保健活動としては、安全な飲料水供給のため井戸の設置（堀抜き井戸）、便池設置等の環境衛生が強力に推進されている。井戸や便池設置には国から助成金がでてくる（？）。また、保健所に隣接して、モデル住宅（現在使用中）があり、住民の住宅改善を指向している。

次いで、この保健所が指導しているヘルスポスト（Health Post）をみる。経済的に、また社会的に有力なリーダーが持家の1～2室を提供したものである。このヘルスポストは、週に2回保健所から保健婦（保健所看護婦5名）がきて、この地域で義務教育を終えた子女を対象に家族計画を始め衛

生教育を行なう。このヘルスポストの受けもつ地域人口は約800名であり、所定の教育を受けた子女は、住民の家族計画指導や保健業務の補助に当たる。

◎ Sukabumi Hospital (class D)

(病院到着が3時過、病院医師1名も院内におらず、自宅から来院するまで暫時待つ)。病床数は200であるが現在使用中の病床は116。病院の全職員数は98、うち医師は常勤3名(内科1、小児科1、外科1)、週1回のパート5名によって診療されている。入院患者は月当り100~160名、外来は500~800名。入院病棟は各科ごとに独立していて長廊下で連絡されている。

入院費用は、病室の程度によって1級から4級に分かれており、1日当り1級は\$7、2級\$4、3級\$3、4級\$1を負担している。4級は貧困者で、差額は政府負担になっているが、階級に応じて病室に差がある。入院患者は、外傷(車輛の増加に伴ない年々増加がめだつという)、Enteritis (なかにDysenterieもかなり含まれている)、上呼吸器疾患(結核を含む)、心疾患、デフテリア、乳児の栄養失調、テタヌス、クワシオールコール、未熟児(未熟室あり、簡易未熟児ベットも工夫され使用されている)等であったが、乳幼児の入院が多かった。医師団の説明では、この地域には、チフス(腸チフス、パラチフス)、地域に限局したコレラがあり、結核、デフテリアの流行がみられ、鉤虫の罹患率高く、乳児死亡率も高いが、マラリアはほとんど消滅し、毒蛇被害はみられない等であった。

ついで、病院施設、旧式な手術室、分娩室、レントゲン室、実験室、給食室等を見学、実験室の貧困(顕微鏡、手廻し遠心器等数点のみ)が印象的であった。

◎ 県衛生部 (KABUPATEN SUKABUMI)

西部ジャワ州のSukabumi郡(KABUPATEN)の衛生部訪問、この地域は東西、南北ともに100kmで豊かな水田に囲まれているが、農家の所有耕地は平均約50aで、所得低く生活は低水準であり、マレイシア、比島に働きに出る人も少くない。

1 haの耕地があれば生計は維持されるが、その該当農家は少ない。

この地域には、21保健所、98 Health Postがあつて、保健医療事業は推進されているが、医師は不足しており、21ヘルスセンターを8名の医師が担当している。1医師が3保健所を兼務していることになる。衛生部には医師2人が常勤している。

衛生部の業務は、管内の保健医療の管理指導に当るが、監督官庁は地方行政官庁であり、州保健部の指導に従っている。指導業務は多彩であるが、とくに衛生教育(Health Education)に力を注いでいる。Health Post設定もその一環であり、健康維持増進への動機づけ、その実施を指導援助している。

◎ ケチャマチ Health Centre

保健所職員64名を有す。一般的な保健所業務はすべて実施している。すなわち、Poly clinic, Dispensary, MCH, Family planning, Malaria control(7地区で実施)、Health Education(事業計画実施に当って、プログラムの理解を得べく、毎週、毎月定期的にまた非定期的に何度も何度も繰り返し説明)、BCG接種、痘瘡の予防接種等が行われている。

◎ KEO VIABUNCKONDANC 母子保健所(CIANJUR)

医師1名常勤、3カ村を管轄、指導援助

10名余の妊婦入院、分娩を待つ。小児の入院患者に栄養失調性のやせた乳児多し。なかに nona(水瘡)の患者あり。

会議室では、十数名の乳児を伴った母親に、助産婦が掛図や標本を展示して母子保健の衛生教育、健康相談を実施していた。毎週定期的に開催されるとのことであった。着用の衣服も良く、知的関心も高いようであった。

◎ KABUPATEN HOSPITAL (CIANJUR)

60床、常勤医師2名(一般医)、外科医2週に1度来診、外来1日平均25名、1920年建立で建物は旧く、廻廊で数病棟は連絡されている。入院患者には伝染病が多く、それに外傷患者であった。コレラの隔離病室あり、

Enteritis の患者が一応コレラの疑いで入院していた。救急車を有し、緊急患者の搬送体制がとられている。

以上、2、3の農村病院、保健所、母子保健所を視察した。視察して感じたことは、1) 入院患者のほとんどが伝染病患者（呼吸器および消化器）であり、ついで小児である。小児は栄養失調性の患者が多かった。そのほかでは交通災害による外傷が多かった。2) 臨床医が少なく、対人口当り病床数が少ないにもかかわらず、空床が目立ち、なかには半数以上が空床の病院もあった。3) そのなかでは母子保健対策は優先していた。4) 病院は旧く、保健所は新しかったが、保健所には古い建物の改築も少なくないという。5) 病院、保健所の診療設備はさわめて不十分であり、近代化医療とはほど遠いものであった。とくに実験室の貧困は問題である。6) 視察した SUKABUMI 地区は、保健所において、衛生要員養成の Health post を、民間の有力者からの提供を受け設置していたが、この活動は保健衛生普及に効果をあげうると感じられた。

病院、保健所に空床がめだつたが、これは入院を要する疾病が少ないわけではない。農村地域では経済水準が低く、低生活水準にあり、環境衛生状態も劣悪であるので多くの有疾患者が潜在していると考えられる。

しかしながら、医療保険は無く、医師受診は彼等からみればかなり高額を要し、ために入院しないことが充分考えられる。勢い社会的に健康上影響の大きい急性伝染病や小児疾患、外傷等の救急患者が問題になり、慢性疾患対策に至っていないと思われる。急性伝染病予防は環境衛生の施策が重要であるが、安全な飲料水が供給されているとはいえ、（現在保健所の事業として井戸や便池の設置が進められている）し尿の処分については、さらに遅れている。われわれは、SUKABUMI 地方の2、3の農家を視察したが、住居の一隅に設けられた便所（川水を引いた水貯留槽があり、その水を使用して、排便後尻を拭う。用便の紙は使用されていない。）では、大小便は水とともに流出されるが、それは屋敷内に掘られた「ため穴」に流れ、そこで貯えられ、土壌に吸収されるしくみであった。また、小川で用便する子供、その下流で洗濯や食器洗いをする様子がみられたが、消化器伝染病や寄生虫の蔓延が考えられ、生活環境

の改善は医療システムの改善とともに緊急の課題であろう。インドネシア国のなかでは最も開発が進んでいるジャワ島（この地域の水田はよく管理され、土地利用も良好であった）で、このような状態である。

開発の遅れているスマトラ、カリマンタン、セレベス、さらに西イリアン等においては、より多くの深刻な問題が存在すると思われる。

アサハン地域の視察報告

アサハン県（Kabupaten Asahan, Asahan Regency）は北スマトラ州の中央山岳部から東部海岸に至る位置にあり15の郡（Kacamatan, Subdistrict）から成っている。この県には海拔905mに位置するところに1,100haの面積を有するトバ湖がある。現在、このトバ湖から流れ出る唯一の河川であるアサハン河の豊富で安定した水量と、大きな落差とを利用して電力を開発し、その電力を活用するアルミニウム製錬会社を設立するというアサハン開発計画が進められている。

このアサハン計画はインドネシア政府と日本民間企業の共同出資によって進められている計画であるが、インドネシア共和国第2次五か年計画における重要プロジェクトとなっており、アサハン地区工業化の中心としてスマトラ地域開発の柱となるものと期待されている。

このアサハン計画は1976年から開始されており、計画が進行するにつれて、工事関係者や従業員が投入され、最終的には8,830人の労働者が電力会社とアルミニウム精練会社の関連のみで常住することになっている。

インドネシア政府は第2次五か年計画において、ジャワ島以外の領域における地域開発を重視しており、これに関連して、保健計画においても、伝染病対策、特にマラリア対策は開発地域を優先させる方針をうち出している。

本調査チームはインドネシア保健省がアサハン開発計画地域周辺（アサハン県）におけるマラリア対策に対する技術協力を日本政府に対して要請しているという事実を確認したので、現地におもむき、アサハン県における保健医療事情に関する調査を行った。以下はその概要である。

アサハン計画に伴う従業員及び建設作業員数

年 月	発 電 関 係		アルミニウム関係		計
	日 本 人	インドネシア人	日 本 人	インドネシア人	
1976年 末	44	315	6	53	423
1977 "	119	3,570	149	930	4,768
1978 "	230	5,490	256	9,570	15,546
1979 "	330	7,650	440	14,100	22,520
1980 "	330	7,650	630	17,940	26,550
1981 "	360	9,300	850	19,710	30,220
1982 "	250	6,300	690	18,330	25,570
1983 "	140	2,400	670	14,130	17,340
1984 "	130	2,370	300	6,030	8,830

1. 郡・町村・部落

アサハン県は15郡・220町村及び2,073部落から成っており、このうちのAir Putih郡(22町村、146部落)とMedan Deras郡(12町村・83部落)にまたがってアサハン計画のアルミニウム精錬関連施設が整備されることになっている。各郡毎の町村数及び部落数は別表の通りである。

2. 人口・世帯数

アサハン県の総人口は644,765人(内7,970人は外国人)、総世帯数は123,279世帯である。各郡別、性別、年齢階級別の人口は別表の通りである。

3. 保健医療施設

北スマトラ州全体には36の公立病院があるが、そのうちの34病院はDクラス(5~250床)の病院であり、Bクラスの病院としてはメダンに、660床の州立病院(北スマトラ大学医学部附属病院)が、Cクラスの病院としては338床の州立病院があるだけにすぎない。

アサハン県にはDクラスの県立病院としてはKisaran病院(80床)と

Labuhan Ruku 病院（27床）の2病院のみであり、簡単な治療活動は主として37か所の治療所において行われている。この他に11の保健所が整備されている。

今回の調査ではアサハン県内の病院を視察する機会がなかったが、北スマトラ州における平均的な病院としてティピンティンギ市にある農園病院（民間）と市立病院を訪問し、病院の施設の状況と外来及び入院患者に関して関係者と意見を交換した。

① 農園病院

この病院はティピンティンギ市及びその周辺における農園主が自分達の家族及び農園従業者の為に資金を共同出資して設立した病院である。利用者は農園関係者のみならず地域一般住民も含まれている。

農園関係者による掛金徴集制度で18農園、対象人口約70,000人で、このほか、地域住民20,000人をカバーし、外来患者1日150人平均、入院病床数は350床である。一般住民については一般診察500ルピーが徴集される。病院運営経費は月当り約800万円で国または地方自治体、あるいは外国からの援助はうけていない。医師は3人で、その中1～2名は農園に出張診療もなされている。農園病院は北スマトラに5カ所設置されている。

現状の課題として、生産活動に関連する医療として位置づけを有する経営上の問題、農繁期と農閑期における経済条件が加重された受療の行動様式の変化などが考えられる。

病院構造としては、病院における主要死因として、事故特に交通事故によるもの、破傷風、髄膜炎（臨床診断によるもの）、狂犬病、マラリアをあげており、有病状況としては、結核を含む呼吸器疾患、皮膚疾患、マラリアをあげている。

② ティピンティンギ市立病院

この病院は1959年に設立され、約3万人の市民及び市周辺の住民約25万人をカバーしているが、Dクラスに格付けされた病院であるため、

専門医 (Specialist) が配属されておらず、医療機材も皆無の状態に等しい。

スタッフとしては3人の医師 (2人は内科、1人は産婦人科を担当)、1人の歯科医師、17人の看護婦、15名の看護夫が主である。

病棟は1階平屋の3棟から成り、総病床数100床 (特等15床、二等10床、三等75床) を有しているが、病床利用率はわずか50%程度である。一日平均の外来患者は約35人、新患者は一か月平均約100人程度であり、患者の大部分は胃腸炎患者である。

1日当りの入院費 (給食費も含む) は特等が650ルピア (約455円)、二等が375ルピア (約263円)、三等が225ルピア (約158円) であるが、この料金体系でも一般の住民にとっては経済的に大変な負担になっており、これが病床利用率の低い原因ともなっている。有病状況として、胃腸疾患、皮膚疾患、呼吸器疾患、事故が多く、死亡例は少いとのことである。これは死亡にいたる患者は自宅に戻るか、転院するかの条件によるものと考えられている。マラリアについては、個人的予防投薬はあるが症例は多くないと指摘している。この点、農園病院と共通地域にある病院として疫学的に疑問のあることではあるが、病院を訪れる対象の違いもあり一概に論じえない点である。しかしながら、地域の疾病構造についての関心度を知る上に重要な意見の一つでもある。

4. 医療従事者

アサハン県における公的機関に従事している医療従事者は以下の通りである。(1973年度)

医 師	9人	助 産 婦	28人
歯科医師	0人	栄 養 士	0人
薬 剤 師	1人	薬 剤 助 手	3人
看 護 婦	15人	衛 生 士	1人

5. 疾病の発生状況

アサハン県における疾病の発生状況を医療機関の受診録に基いて得られた

統計によって観察すると、マラリアが最も多く、次いでインフルエンザ、潰瘍、結核、下痢症……の順となっており、圧倒的な割合を伝染病が占めている。詳細は以下の通りである。

疾病統計（1973年度）

順位	病名	患者数	順位	病名	患者数
1	マラリア	6,770	11	寄生虫症	1,000
2	インフルエンザ	3,848	12	ビタミン欠乏症	705
3	潰瘍	3,528	13	高血圧症	249
4	結核	3,497	14	心疾患	201
5	下痢症	2,761	15	かっけ	169
6	気管支炎	2,386	16	天然痘	158
7	貧血	2,267	17	淋病	105
8	眼疾患	1,304	18	栄養失調	45
9	赤痢	1,275	19	破傷風	19
10	呼吸器疾患	1,072	20	その他	2,486

主要な伝染病としてはマラリア、結核、コレラ、フィラリア、らいがあげられるが、その患者の動向は以下の通りである。

主要伝染病統計

病名 \ 年度	1969	1970	1971	1972	1973
マラリア	不詳	不詳	4,662人	8,159人	15,872人
結核	482	379	1,488	2,123	3,497
コレラ	12	104	189	496	271
フィラリア	—	—	61	183	255
らい	42	63	98	120	138

(注) マラリアの患者数は前記の疾病統計の値と異っており、両統計数値の真偽性は乏しいが、全体的な疾病構造の傾向は類推しうるであろう。

特に、マラリアは雨期に流行する傾向があり、流行の地域は海岸地方と山岳地方に二分される。アサハン計画においてはアルミニウム精錬関連施設は海岸地方（Kuala Tanjung）に、発電関連施設は山岳地方（Sigurgura）に建設されることになっている。

WHOのマラリアに関する専門委員会は1974年の第16回報告書の中で大規模な工業開発はマラリアの流行に影響を与えることを警告しており、その理由として、開発に伴うマラリアに免疫性のない労働者の流入と地形学上の変化による蚊の発生源となる水表面積の増大をあげている。

今回の調査では日程の都合上、海岸側のアルミニウム関連施設建設予定地しか視察することができなかったが、アスワン地域のマラリアは、その地域に特有な疾病とみるべきものでなく、広く外領地域の重要疾病の一つとしてとらえることが妥当である。

6. 主要死因

死因に関する正確な統計は得られないが、医療機関等から報告された記録に基づいて主要死因を推定すると以下の通りである。

- 第1位 肺結核及び気管支肺炎等の呼吸器感染症
- 第2位 破傷風
- 第3位 胃腸炎を主とした胃腸疾病
- 第4位 妊娠及び出産に関連した疾病（乳児死亡）
- 第5位 貧血等栄養失調に起因する疾病
- 第6位 肝硬変、肝炎等を主とした肝疾患

かような諸点を考えるとき、マラリア対策を北スマトラの一地域としてとりあげることによって問題が解決されるものでなく、むしろ、多様な疾病構造を有している地域の実態を理解し、疾病問題を選択的にとりあげる過程でマラリアも重要疾病の一つとして考え協力を総合的な観点をとりあげることが妥当である。即ち、マラリア対策を地域的にとりあげる場合、地域の保健医療資源を有効に活用するとともに、環境衛生の改善を平行的にとり進めることがより有効とされていることから、地域の保健水準向上をはかる施策へ

の協力をインテグレートされることが望ましい。

北スマトラ州衛生部および北スマトラ地方衛生局

地方自治体の機関である北スマトラ州衛生部長と国家機関である北スマトラ地方衛生局長を兼務しているDr. M. Siregar および関係者と12月11日協議がもたれた。

北スマトラ地域の衛生事情は現在なお多様な疾病問題をかかえており、マラリアも地域の重要な疾病ではあるが、アサハン開発について、なぜ日本人がマラリアのみを恐れているのかわからないとの発言があった。アスワン地域を含めて北スマトラの開発を促進するためには、地域の保健サービスの向上をはかることが基本である。そのためには医療施設の診療機能の充実、環境衛生の改善、試験検査機能の強化、地域住民の保健活動の推進等が大切である。マラリア対策については連続的にすすめてゆく必要もあり、イ側として技術的に可能である。また、地域開発に伴って変化する疾病構造に十分に対応していく活動が重視されねばならないことから日常の保健衛生活動の強化こそが重要な観点であることが示唆された。これらの考え方は、衛生対策上極めて妥当なことであり、本質的な問題でもあることから技術協力の推進をはかる条件として、地域の詳細な総合調査を行うこととすれば、どのような専門家が要請されるかについて尋ねたのに対し、疫学者、医動物学者、衛生工学者、産業衛生学者および経済学者がのぞましいとのことである。これらの調査を通じ、地域開発に伴う周辺環境や疾病構造がどう変動するのかをとらえ、どのような内容の技術協力を推進していくかについて検討をはかる必要があることの話題が提供された。

北スマトラ大学医学部

北スマトラ大学長Dr. Gintingはじめ来学を歓迎したが、今回の調査が政府ベースで初めてのことであることの理解を深める必要があった。何故なら、民間ベースで訪れた学者が要請をうけとめ、今回の訪問がそれらの要請に基づ

く具体的な事項を検討するための調査であるとの誤解があったためである。この点、今回の調査の主体、目的を明らかにし相互理解が成り立った過程があった。

北スマトラ大学医学部としてもアサハン開発について関心のあることが示された。

衛生統計・疫学科として、衛生統計の消長にかかわりあいの大きい労働人口移動に関心をもつとともに、衛生統計資料や社会医学的諸記録の整備を通じ、保健データの分析調査を企図している。微生物学科としてはアサハン地域の水質について細菌学的検査を行い、飲料水分析に関心を示している。人口学科は産業事故研究に関心をもち、寄生虫病学科は東部海岸地域のフィラリア・マラリアの分析把握に関心を示している。有病状況はフィラリアについては対象の約10%、マラリアについては約3~4%とのことである。臨床病理学科としてはオーストラリア抗原にかかわる肝炎調査を実施しており、さらに現在設備を有していないが、診断能力向上のため、核医学の導入に関心をもっていた。大学病院はB級で666床を有し、管理については保健省、文部省、地方自治体の3者からなっている。

北スマトラ大学医学部はそれなりの学術研究を行っているが、地域全体の保健水準向上については究極的に目的は一致するにしても、現行としては個別研究としての関心が深い状況にある。今後、北スマトラの総合保健の向上については、地域保健計画のよき協力者として参加することは極めて妥当なことであるにしても、協力計画についてシステム的な発想を位置づける必要があり、組織的な協力を具体的に条件づけることが極めて重要なことと考えられる。

アサハン開発庁

アサハン開発庁との協議は、メダン市において、アサハン開発庁次長 Mr. Siahaan および同庁職員 Mr. Tampubolon と現地派遣調査チーム員と協議がもたれた。

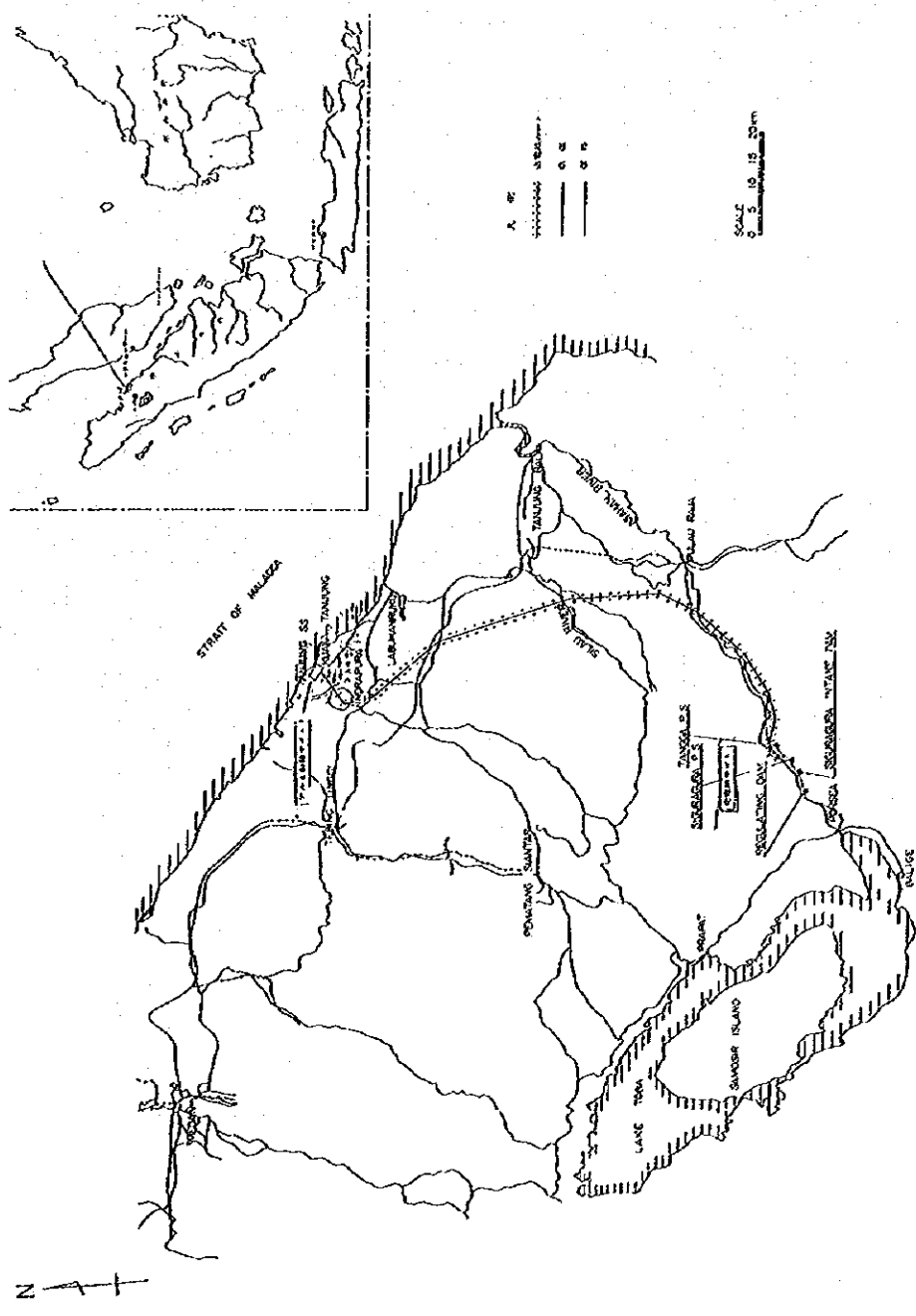
アサハン・アルミの開発に伴う、民間会社自身が行うインフラ・ストラクチャ

ャーとしての診療所整備はそれとしても、アサハン周辺の疾病対策の強化が重要であること、雨期および雨期後の腸チフス、コレラ、赤痢等の腸内感染症、マラリア等の疾病多発傾向現象への対応が必要であることから技術協力の必要性を意識している。また、労働省の雇傭に関しては行政計画と言うよりは、民間個別の手配による作業員募集であり、多くの内国移民が考えられる現状にある。かような点を含めて地域開発に伴う、環境保健問題の改善が課題であり、人口移動の把握、環境衛生の向上、労働安全衛生および交通安全の強化、格差にともなう住民感情の是正等を十分考慮して計画をすすめる必要があり、悪循環からの離脱をはかるための地域開発と保健医療の総合的な協力が大切であるとしている。これらの対応としてのアサハン開発庁は8省からなる調整委員会としての機構を有し、環境保健の部門の整備も企図しているが、保健医療問題は保健省と十分協議し、その円滑な実施をはかることについて保健省の協力で行うことが必要であるとの意見がだされた。

国家家族計画調整委員会 (BKKBN)

家族計画プロジェクトが現在進行していることから、BKKBNの第一副議長のProf. Dr. Hafidと12月13日話しあいがもたれた。

従来の協力プロジェクトは技術協力の一環としてなされたものの商品供与的色彩が強いことから、より、家族計画の実施効果を高めるための専門家派遣、研修受入れ、機材供与が一体的に進行することに期待がかけられていた。この点、小林京大教授を団長とする調査団が派遣されたことから、視聴覚機材を活用し家族計画事業の普及をはかるプロジェクトへの方向転換が志向された。かような方向づけをより具体化するため末武東京工大教授をはじめとする教育工学の専門家派遣が期待され、視聴覚機材活用にかかわるオペレーションリサーチ、視聴覚機材センターの整備、および教育訓練について協議がなされることについて話しあいがなされた。また、このプロジェクトのカウンター・パートをより明らかにすること、および、場所の設定、BKKBNと情報省の連携と分担を明確にすること等についてインドネシア側としても検討を行うことが話された。



北スマトラ州・アサハン県における郡別人口・世帯数（1975年）

PENDUDUK 1975

Banyaknya Desa, Blok Sensus, Rumah Tangga dan Penduduk menurut Golongan Umur, Kelamin dan Kewarganegaraan

PROVINSI : SUMATERA UTARA

KABUPATEN : ASAHAN.

郡 No. Kecamatan (Sub-district)	町村 Jumlah Desa (Village)	世帯数 Jumlah R.T.	年令階級別										性別						人口 Jumlah Seluruhnya (16+19)
			0-4		5-14		15-24		25以上		インファンタ			外国人					
			男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
1	2	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1	Tg. Balai	11	10,587	4,522	4,875	7,195	6,741	4,079	4,214	9,375	8,927	24,521	24,320	48,841	448	435	883	49,724	
2	Sci. Kepyauq	16	6,257	2,802	3,072	4,459	4,225	2,040	2,574	5,658	9,672	14,977	19,355	34,312	22	8	30	34,342	
3	Air Joman	8	6,238	2,777	3,120	4,945	4,617	2,783	2,666	5,772	5,345	16,077	15,384	31,461	150	165	315	31,775	
4	Simp. Empat	10	4,569	2,270	2,372	3,722	3,702	1,750	1,635	4,405	4,125	12,062	11,765	23,827	85	69	152	23,979	
5	Kiseran	22	19,871	9,878	10,367	17,594	16,596	8,795	8,727	18,281	17,829	52,640	51,500	104,140	1,908	2,019	3,927	108,068	
6	Air Batu	15	9,264	5,848	5,042	8,657	8,098	3,856	3,714	9,844	9,081	28,058	28,808	56,866	147	127	274	54,100	
7	Bunta Pabe	11	8,666	3,882	4,205	6,418	5,899	2,526	2,500	7,542	6,725	20,357	19,319	39,676	11	8	19	39,695	
8	Bandar Pulau	17	5,702	2,671	2,883	4,290	4,066	1,840	2,187	4,228	4,517	12,956	13,520	26,476	113	83	196	26,672	
9	Pulan Rakyat	21	8,922	4,319	4,654	7,379	7,038	3,449	3,286	8,311	7,713	23,480	22,592	46,072	28	97	125	46,147	
10	B.P. Mandagei	4	1,108	396	454	645	692	464	368	1,267	890	2,761	2,404	5,165	9	—	9	5,174	
11	Tg. Tiram	19	10,259	5,705	6,272	9,268	8,899	4,695	4,250	10,879	5,247	30,280	24,364	54,644	305	284	589	55,193	
12	Talawi	10	5,877	2,824	3,015	4,895	4,542	2,465	2,358	5,545	5,356	15,680	15,147	30,797	79	84	163	30,960	
13	Lima Puluh	22	11,826	6,000	6,285	10,129	9,526	4,646	4,892	10,749	10,148	31,388	30,797	62,185	156	54	190	62,375	
14	Air Putih	22	9,621	4,651	5,056	8,145	7,615	4,266	3,863	8,782	8,578	25,600	24,693	50,293	242	257	479	50,972	
15	Medang Deras	12	4,712	2,195	2,355	4,047	3,664	2,173	2,270	4,556	4,299	12,812	12,168	24,980	189	420	609	25,589	
計	Jumlah	220	128,279	60,540	63,976	101,804	96,918	49,775	49,082	115,240	108,450	323,479	313,516	636,995	3,880	4,090	7,970	644,765	

インドネシア医療協力基礎調査の概要

昭和52年2月7日

基本構想	具体的事項 (計画と要請)															
<p>総合保健の強化充実</p> <p>第2次総合開発5ヶ年計画</p> <p>第1次計画の保健供給システムの整備に必要な保健センター網の確立を通じ、更に保健医療要員の確保とサービス内容の充実および施設設備の強化をはかる。</p> <p>実施課題</p> <p>(1) 保健サービスの充実</p> <p>(2) 伝染病対策の強化</p> <p>(3) 国民栄養の増進</p> <p>(4) 衛生教育の拡充</p> <p>(5) 医薬品食品の管理指導の充実</p>	<p>地域保健活動の向上</p> <p>特に農村地域の保健活動に力点</p> <p>予防と治療の一体化(第一線保健サービス)</p> <p>保健活動連けいシステムの強化</p> <p>Regional Level - Provincial Level</p> <p>Provincial Level - Health Center</p> <p>医療体制の強化充実</p> <p>A、B、C、D、S病院の体系的整備</p> <p>診療機能の充実</p> <p>Provincial Levelで内・外・小・産4科の整備及びX線、検査室の整備</p> <p>Boat or Car Ambulance System強化</p> <p>Rehabilitation Unitの併設</p>		<p>伝染病対策の強化</p> <p>急性伝染病対策(特に消化器系)</p> <p>マラリア制圧対策</p> <p>人口の多い地域のマラリア対策</p> <p>人口の少ない地域のマラリア対策</p> <p>特に経済優先地域の指定</p> <p>フィラリア対策</p> <p>結核、らい慢性伝染病対策</p> <p>住血吸虫症対策(局地的)</p> <p>皮膚疾患対策</p> <p>対策の基本方針</p> <p>疫学調査体制の充実</p> <p>試験検査体制の強化</p> <p>患者発見、治療、予防体制の強化</p> <p>環境衛生、地域住民活動、衛生教育の強化</p>		<p>調査研究の充実</p> <p>医薬品化学分析(実験薬理学、中毒学)</p> <p>食品飲料水試験検査</p> <p>癌研究(放射線学、消化器学、ガンセンター構想)</p> <p>疫学調査(マラリア、結核、ビタミン欠乏症、混合創傷血、デング熱、住血吸虫症の疫学調査研究)</p> <p>国民栄養調査による栄養分布図</p> <p>アイルランガ大学公衆衛生学部(地域活動、現地訓練、研究調査)</p> <p>インドネシア大学公衆衛生学部</p> <p>北スマトラ大学医学部</p> <p>現行プロジェクトの充実</p> <p>中央生物医学研究所の強化</p> <p>家族計画に関する視覚教育機能の充実</p>											
<p>保健センターの役割(参考)</p> <p>(1) 一般疾病の治療</p> <p>(2) 母子保健・栄養改善</p> <p>(3) 伝染病予防、環境衛生</p> <p>(4) 衛生教育</p> <p>(5) 報告記録の蒐集整理</p>	<p>スカブミ地域</p> <p>中部ジャワの典型的農村構造の地域における一般事情、保健医療水準および保健サービスの実態</p>	<p>メダン・アサハン地域</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="976 1108 1288 1152">地域構造の変化</th> <th data-bbox="1288 1108 1602 1152">アスファン・オソリチー</th> <th data-bbox="1602 1108 1911 1152">地方衛生局</th> <th data-bbox="1911 1108 2223 1152">北スマトラ大学医学部</th> <th data-bbox="2223 1108 2522 1152">保健医療機関</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="976 1152 1288 1562"> <p>地方都市及び広汎な農山村地域(一部沿岸漁業)</p> <p>↓</p> <p>アスファン・アルミ工業開発、トバ湖観光開発、縦貫道路等で経済優先地域</p> </td> <td data-bbox="1288 1152 1602 1562"> <p>1 民間インフラのみならず周辺住民の保健対策</p> <p>2 雨期後の疾病多発現象への対応</p> <p>3 地域開発に伴う環境保健問題の改善</p> <p>(人口移動、環境問題、産業安全衛生、交通安全、格差による住民感情等)</p> </td> <td data-bbox="1602 1152 1911 1562"> <p>1 周辺保健サービスの向上</p> <p>2 開発の進展による疾病構造の変化</p> <p>3 日常の保健衛生活動の強化</p> <p>4 開発にかかわる総合的保健調査</p> <p>(疫学、医動物学、衛生工学、産業衛生学、経済学)</p> </td> <td data-bbox="1911 1152 2223 1562"> <p>人口学-産業事故研究</p> <p>衛生統計・疫学-保健データの分析調査</p> <p>微生物学-アサハン地域の水質細菌学的検査</p> <p>寄生虫病学-東部海岸地域、フィラリア、マラリア</p> <p>臨床病理学-肝炎調査</p> </td> <td data-bbox="2223 1152 2522 1562"> <p>北スマトラ大学病院</p> <p>B級、666床、(保健省、文部省、地方自治)</p> <p>農園病院</p> <p>非政府立農園関係病院、350床、(約70,000人農園者住民の掛金徴集)</p> <p>デベンライピ市立病院</p> <p>D級、75床、(約30,000人市民健康管理)</p> </td> </tr> </tbody> </table>					地域構造の変化	アスファン・オソリチー	地方衛生局	北スマトラ大学医学部	保健医療機関	<p>地方都市及び広汎な農山村地域(一部沿岸漁業)</p> <p>↓</p> <p>アスファン・アルミ工業開発、トバ湖観光開発、縦貫道路等で経済優先地域</p>	<p>1 民間インフラのみならず周辺住民の保健対策</p> <p>2 雨期後の疾病多発現象への対応</p> <p>3 地域開発に伴う環境保健問題の改善</p> <p>(人口移動、環境問題、産業安全衛生、交通安全、格差による住民感情等)</p>	<p>1 周辺保健サービスの向上</p> <p>2 開発の進展による疾病構造の変化</p> <p>3 日常の保健衛生活動の強化</p> <p>4 開発にかかわる総合的保健調査</p> <p>(疫学、医動物学、衛生工学、産業衛生学、経済学)</p>	<p>人口学-産業事故研究</p> <p>衛生統計・疫学-保健データの分析調査</p> <p>微生物学-アサハン地域の水質細菌学的検査</p> <p>寄生虫病学-東部海岸地域、フィラリア、マラリア</p> <p>臨床病理学-肝炎調査</p>	<p>北スマトラ大学病院</p> <p>B級、666床、(保健省、文部省、地方自治)</p> <p>農園病院</p> <p>非政府立農園関係病院、350床、(約70,000人農園者住民の掛金徴集)</p> <p>デベンライピ市立病院</p> <p>D級、75床、(約30,000人市民健康管理)</p>
地域構造の変化	アスファン・オソリチー	地方衛生局	北スマトラ大学医学部	保健医療機関												
<p>地方都市及び広汎な農山村地域(一部沿岸漁業)</p> <p>↓</p> <p>アスファン・アルミ工業開発、トバ湖観光開発、縦貫道路等で経済優先地域</p>	<p>1 民間インフラのみならず周辺住民の保健対策</p> <p>2 雨期後の疾病多発現象への対応</p> <p>3 地域開発に伴う環境保健問題の改善</p> <p>(人口移動、環境問題、産業安全衛生、交通安全、格差による住民感情等)</p>	<p>1 周辺保健サービスの向上</p> <p>2 開発の進展による疾病構造の変化</p> <p>3 日常の保健衛生活動の強化</p> <p>4 開発にかかわる総合的保健調査</p> <p>(疫学、医動物学、衛生工学、産業衛生学、経済学)</p>	<p>人口学-産業事故研究</p> <p>衛生統計・疫学-保健データの分析調査</p> <p>微生物学-アサハン地域の水質細菌学的検査</p> <p>寄生虫病学-東部海岸地域、フィラリア、マラリア</p> <p>臨床病理学-肝炎調査</p>	<p>北スマトラ大学病院</p> <p>B級、666床、(保健省、文部省、地方自治)</p> <p>農園病院</p> <p>非政府立農園関係病院、350床、(約70,000人農園者住民の掛金徴集)</p> <p>デベンライピ市立病院</p> <p>D級、75床、(約30,000人市民健康管理)</p>												

インドネシア共和国保健省幹部との協議

(意見聴取及び協議)

1976年12月7日保健省表敬を行うとともに第1回協議がなされ、引続き12月8日、9日に関係者との協議がなされた。地方保健関係機関を視察のあと、12月14日に最終討議がなされた。

Mag. Gen Djaka Sutadiwiria保健省次官から今回の訪問について感謝の念が表明されるとともに、OTCA時代から現在にいたる日本の医療協力について深く感謝しているむね述べられた。

これに対し、大磯調査団長から謝意がのべられ、今後どういう点で協力がはらわれたらよいのか、また、短期間の訪問でもあるので有効適切な方法があったら御示唆いただきたいむねの意見表明がなされた。

次官から、総合保健サービスの強化充実が極めて重要であることから、次の諸点についての対策向上に力点があることが述べられた。

- (1) 地域保健活動の充実
- (2) 医療体制の強化
- (3) 伝染病対策の充実
- (4) 食品衛生・医薬品管理の強化

「総合保健サービスの強化充実として、第1次開発5ヶ年計画に保健供給システム(Health Delivery System)の確立をはかるために必要な第1線機関としての保健センター網の整備に力点をおき、全国に2,300カ所の保健施設の配置を計画した。今年、第2次開発5ヶ年計画(1974/75~1978/79)の3年目に当り、保健医療要員の確保、保健サービスの内容充実、施設設備の整備に重点をおいていることから、多くの地域住民をカバーし、予防と医療を一体化した総合的保健サービスの強化につながる協力が期待がかけられている。保健センターの主な役割は、(1)一般疾病の治療、(2)母子保健、(3)家族計画、(4)伝染病対策・予防接種、(5)環境衛生監視指導、(6)衛生教育、(7)報告・記録の収集整理があげられる。」

Dr. R. Soebekti 地域保健総局長は「公衆衛生面での協力体制を重視し、

特に農村地域社会の保健向上に優先度をおき、第1線保健機関としての保健センターは大統領布告により建設がはかられ、人材の確保、設備機材の充実を当面の課題としている。さらに、活動強化をはかるため、保健連繫システム(H-health Linkage System)として保健センターと県立病院レベルの連係、県立病院レベルと州立病院レベルの連係の強化を重視している。これらの体系を最も効果的に進めるためにどうすべきかは実験段階であり、保健センターの運営は地域社会の篤志活動にゆだねる方式で、しかも地域住民の相互扶助を基盤として出発している。現在、診療についての社会保険制度は国家公務員等のみで、ごく限られた状況にある。保健サービスの機能は社会経済的にも疾病構造上の問題からも多くの課題をかかえている。」と述べた。

Dr. Malasan 栄養課長は「貧血問題についてはその原因が単一の条件によっておこるものでなく、混合型であり、混合型の貧血対策プロジェクトを考えている。また、国民栄養調査を実施し、全国的な栄養摂取の分布状況を把握したい。」と述べた。

Dr. Suwarna 保健所課次長は、「農村保健のより有効な方策と住民参加の促進方法について特に関心がある。ジャワとジャワ以外の地域問題について格差が大きく、特にジャワ以外の地域においては交通通信条件等を考えたアプローチが必要である。」と述べた。

Dr. Pranyoto 衛生教育課長は、「地域住民の参加をいかにすすめ、またどのような方法で住民の関心を高めていくかについて努めているが、衛生教育担当者の確保と連繫メカニズムをどうシステム化するかが当面の問題である。」と述べた。

Dr. Widyastuti 家族計画普及課長は、「保健省における家族計画事業の役割は医療サービスに力点をおき、それに必要な教育訓練および情報把握を業務としている。医療サービスとして臨床的アプローチについては保健センター、病院および巡回家族計画事業がとりすすめられており、非臨床的アプローチとして、経口避妊薬の提供配付やコンドームの郵送伝達等がすすめられている。」と述べた。

Prof. Dr. Dradjat 医務総局長は、「地方衛生行政の保健サービス機能と病院機能の連携強化は極めて重要であり、地域における疾病対策の中核的機関としての役割を病院が果たす段階に来ている。そのため、それぞれのレベルや特色に応じた病院の体系的整備と診療機能の充実が期待されている。大病院建設発想は必ずしも現状にあったものでなく、より、地域住民の期待に沿う方向づけが大切である。」と述べた。

Dr. Suhasim 病院課長は、インドネシアの国立病院の現状を説明するとともに、「地域保健活動としての病院の役割として、患者移送体制の強化が必要であり、救急車および救急船の整備に期待をかけている。また、リハビリテーションは現在センターは1カ所のみであるが、いくつかの病院に付設するリハビリテーション科の整備をはかる企図をもっている。保健センターの活動と連携を強化するために、県レベルの病院は内、外、小児及び産婦人科の4科を整備しX線と臨床検査室の整備に期待がかけられている。」と述べた。

Dr. Bahrawi 伝染病予防総局長は、「今日なお伝染病対策は国家的に極めて重要な施策であり、疾病として特に消化器系の急性伝染病、マラリア、フィラリア、結核、らい、住血吸虫症があげられている。急性伝染病対策、らい対策、マラリア対策は保健省の直接責任で実施され、地方公共団体や Basic Health Service 網と協力し対策がすすめられている。対策の基本方針として、疫学調査体制の充実、試験検査体制の強化、患者発見・治療予防体制の強化、環境衛生および地域住民活動、衛生教育の強化が必要とされている。これらの対策を推進するに当たっての責任の所在、包括的活動及び目的の設定が考慮されねばならない。マラリア対策については根絶計画 (Eradication) としてでなく制圧計画 (Control) としての方向転換がなされている。アサファン地域に関しては、従来はマラリア対策の優先地域ではなかったが、地域開発の推進に伴う経済的優先地域としてマラリア対策の導入が計画されている。」と述べた。

Dr. Adhyatma 動物媒介伝染病課長および Mr. Puteh マラリア対策官は、「現在、インドネシア国の農村地域における最も重要な疾患として、①マラリア、②フィラリア、③住血吸虫症(局地的)をあげることができる。特に、マラリ

ア対策についてはインドネシア国は多年の経験と技術を有し、現在なお対策がすすめられている。従来はジャワ、バリ島の対策を中心としていたが、今後スマトラ、カリマンタンに対策を広げようとしている。対策の一つとして重要な駆虫剤（DDT）の散布がなされているが、ジャワ、バリをみだす量として、年間4,000 tのDDTを必要としている。その需要をみたすためにアメリカ合衆国の援助がはかられているが、1980年には打切りが予定されている。

	インドネシア国自身が購入するDDT量	アメリカ合衆国援助によるDDT量
1977年	1,000 t	3,000 t
1978年	2,000 t	2,000 t
1979年	1,000 t	3,000 t
1980年	4,000 t	0 t

この4,000 tは全インドネシアのマラリア対策には不十分であるが、対策優先地域を設定し、効果的に活動をすすめることを考え、人口の多い地域と人口の稀薄な地域での対策はその方法を異にしている。従って、優先地域を選定せざるを得ない現状にある。DDTの自給計画については、フィジビリティスターデーを行って、マラリアの10年後の消長、或はDDT耐性の問題を明らかにしたうえで新薬開発を考慮しなければならない。また、製造にかかわる経済性とし、年間7,000 tの製造が採算ベースにのることが考えられるが、需要量としての4,000 tでは不採算の要素が強い。」と述べた。

Dr. Koiman 国立保健調査開発院職務代行はスリアンテ院長不在にかわり、保健調査研究向上にかかわる要請の概要をのべ、ひきつづき、Mr. Sihonbing 薬品研究所長は医薬品化学分析を強化する必要性を強調し、実験薬理学、中毒学分野の充実をあげている。Mrs. Suwasti 保健生態学研究所次長は、人間と環境についての保健科学的アプローチを強化するため、環境衛生上の問題を指摘し、食品、飲料水の試験検査体制の充実、化学分析やモニタリングシステムの強化を期待した。Dr. Sukonto がん・放射線開発課長は消化器病

学の放射線診断技術の向上とバリウム活用条件等の比較研究を期待した。Dr. Subagio がん研究課長は将来国立がんセンターを設立すべく構想のあることを示し、さらに、がん登録、研究、疫学調査、予防活動の強化を期待し、病理研究として電子顕微鏡の活用をのぞんでいた。Dr. Putrali, Mr. Soemarlani, Mr. Hartono 国立保健調査開発院スタッフは、「疾病対策として疫学調査体系の確立を強化することが重要であり、マラリア、結核、低栄養、デング熱、住血吸虫症等についての保健科学的調査に基づいてそれらの疾病対策にせまる具体的な条件整備を強化する必要がある。」と力説した。

インドネシア保健省幹部との協議

(最終協議)

12月14日(火)、私共調査チーム一行5名の他、日本大使館市川一等書記官及JICA派遣医療専門家、金光正次博士と共に、保健省次官Dr. Maj. Gen. Djaka Sutadiwiriaの室にて、医務総局長Dr. Dradjat D. Prawiranegara、地域保健総局長Dr. R. Soebekti、生物医学研究所長Dr. Koiman(国立保健調査開発院長Prof. Surianti 代行)、病院課長Dr. Suharsim、動物媒介伝染病課長Dr. Adhyatma、マラリアコントロール係長Dr. Puteh及び国際課長Drs. Muluk 同席にて、日伊両国関係者による最終打合せ会議を開いた。

此の日の会議は重大であり、言葉の上の誤りがあったはならぬということで、日本側からの要請を受けて日本の医学部を卒業したDr. Hartonoが、通訳の労を取ることになり、話はスムーズに展開した。

先ず日本側団長大儀敏雄博士は、今回の基礎調査に当り、イ側の好意ある協力に対し謝辞を述べ、殊に、スカブミ地区調査に2人の医官の案内及び、北スマトラ、メダン地区での係官の案内と便宜供与につき感謝する旨発言し、ついで視察により得た感想の開陳を行った。

即ち、「大儀団長はインドネシア政府当局から予め、我々に説明のあった、保健・医療の機構並びに行政系統、現地活動範囲につき、現地の実情を見たこと

ろ、地域により、施設の大きさにより、或は現地住民のニーズや知識レベル等により、そこに多少の相違はあるが、概ね、その部処についている係官は真面目に努力していることは認められた。

然し、保健所、病院、その他の医療施設等は、未だ施設的に整備されておらず、配備された技術者の技術レベルも未熟の点が見出された。その上地域住民それ自体が、未だ保健衛生や疾病に対する知識が不十分であり、彼等の生活における保健衛生上の配慮は未だ低位にあるように思われる。このため、急性・慢性伝染病は跡を絶たず、住民の栄養状態は極度に低く、乳幼児・児童の発育成長は大変阻害されている。このことが他面住民の働く意欲を抑え、これが総ての生産性をおくらせ、経済的な発展向上も微物である要因となっていることが認められた。

一方、この国には、常在的にあるマラリヤや局地的にみられる住血吸虫症に対し、国としてこの防遏につき特別の対策を行って来て、或る程度の成果があがっていると思われるが、これについては、莫大な金が投ぜられ、長い年月を要したことであろう。

又、医療については、医療技術の向上、施設機械器具の発達、薬品の進歩といったものの進み方から見ると、現状は或る程度おくれを取っており、徐々に改善されつつあるとは言え、その恩恵は、国民一般に行きわたっているようには見受けられない。

我々が、町の住民から村の住民へと足を運んで、農民の実態を見て行くと、最も基本的な地域総合保健対策が十分に浸透していない。この地域総合保健対策は国民健康の向上のためには最も根本的なものでありながら、これに手をつけることは遠廻りのような気がするが、我々の経験から見ても、この迂遠なような、Community Health Developmentこそ急務であり、しかも地域住民の福祉にも直結するもので、ここに先ず手をつける可きではなかろうか。それには、この広い国の全部に一べんに及ぼすことは到底出来るもので無いから、どこかモデル地域を選ぶことが得策に思われる。」と述べた。

これに対し、次官はこの我々の調査結果に対し、満腔の賛意を表して、「夾

は我々もそれに気付いて、これから大いにやってみたらと思っていたことである。この点、期せずして、日本の考え方と全く一致した。」と大いに喜んだ。

そこで、大磯団長は、「未だ調査中の段階で、必ずこれをやるという決定ではないので、いずれ日本に帰ってよく協議してみたいが、若し、このことが実現されるようになれば、やはり貴国政府や国立大学との連絡も大切であるので、首都ジャカルタの周辺がよいかと思う。」と述べたところ、次官は、「我が国は非常に地域が広いので、なかなか施策が及ばないでいるが、各国が種々の援助の手をさし延べてくれているので、その御好意を得て、今進行中のものが幾つかある。例えば、米国、オランダ、スウェーデン、オーストラリア、西ドイツのような国々の援助により、具体的にも各地で種々のプロジェクトが進みつつある実情である。そこで折角の御申出であるが、ジャカルタ周辺は、既に進行中のものもあって、むしろ、セレベスカスマトラ地区がよいのではないかとこならば日本のお望みのように進められると思う。」と述べた。

これに対し、大磯団長から、「Medan 地区を含む Asahan 地域については、日-イ間での開発計画が進められており、今回の調査の一環として、我々の中の第二班が調査して来た。これについては、団員中、現地に派遣した小野寺、松田両博士から説明させましょう。」ということで両者ともども実状の説明を行った。

ここで、アサハン地区のマラリア防遏のことにつき話が進んだが、これに関して大磯団長が「イ側の技術陣の発言によれば、マラリア対策は既に国をあげてやって来たところで、現に、ジャカルタ、バリ-地区は殆んどその発生を見なくなっている。次は北スマトラとカリマンタンを指向しているところで、その点は十分に経験のある我々の方におまかせ下さいとの申し出があったが……」と伝えたところ、次官は、「誠にその通りだ。アサハンのマラリア問題は、イ側の国の施策としてやって行くしその自信もある。従って日本からの技術の協力ということよりも、ハードウェアの協力がほしいところだ。」と云い切り、「この地域を含む、北スマトラの総合保健対策が行われれば、当然この問題はそこに含まれてしまうのではないか。」と答えた。これに対し、大磯団長は「我が

方としても、日本の国がこのマラリア対策を取上げるのはいささか当を得ていないので、総合対策を推進することにより当然その中に包含されるし、2人の団員の見て来た現地調査の結果からも、必ずしもマラリアのみがシリアスな問題でないことを確認されている。」と述べこの点に関して双方の意見は一致した。

さらに大蔵団長は「我が方としては、我々調査の結論として、総合保健対策を打出し、その地区の選定をどこにするか等は、いずれ帰国の上、当局に詳細報告した上でよく検討してから決定することにしたい。いずれ、更に詳しい調査を行う必要が生ずるであろうから、それ等につき今後とも大使館を通して緊密な連絡打合せを致し度い。そして、幸い、当地には、日本から新しく着任した金光博士が今後約3年間駐在することになっているから、日本側も大使館、JICAとよく連絡をとりつつ、金光博士を中心にこの問題を研究して行き度いので、どうか、インドネシア側も、金光博士との連絡を密にしてほしい。」と強調して、この協議を終った。

この後、国家開発企画庁（Bappenas）を訪れ、以上の経緯を説明し、目下進行中のイ国側予算につき最善の考慮を払われ度き旨申し入れた。

今後の方針、協力のあり方

インドネシア保健省当局との協議の中にに基づき、今後の協力の方向はインドネシア政府の行う地域保健対策の一環として、或る一つの地域を定めて、ここに総合保健対策を行うことが望ましい。即ち、地域住民の衛生向上、伝染性疾患の防遏、栄養及び体位の向上、傷害、疾病の早期対策、医療の普及等々住民の福祉の向上に役立てる施策に対し、我が国は十分なる技術の協力、機材等の供与を行うことが、目下の彼の地の情勢から見て最も適切なものであり、又民衆のニードに応じたものであると云うことが出来よう。

この為には、先方が示した北スマトラ地区及びセレベス地区は、この対策には格好の地域であると思われ。然し、二地区を同時に取りあげる訳にもいかないだろうから、先ず北スマトラを手始めとするのがよいと考える。何と

なれば、日・イ間で目下進行中の大計画が北スマトラのアサハン地域にあり、この総合保健計画は、そのままアサハンをも含むこととなるので、特に或る地域を選び出さなくとも自然に施策が及ぶことになるからである。アサハン地域で問題となっている、マラリア対策については、既にイ国の国策として、ジャカルタ、パリーについて力を入れようとしている現状に鑑み、地域開発を意図するイ国と、アサハンアルミニウム会社にその全責任を負わすべきであろう。日本国としては、この広い北スマトラ地域に対する総合保健対策援助をほどこすことにより当然アサハン地域も含まれて来るので、イ側の要請があれば、協力を行うべきであろう。

彼我の現段階における情勢を分析するならば、飽く迄地域住民の生活向上、福祉の増加ということを立て前とすべきであり、彼我友好裡に対策を進める可きである。

アサハン地域のマラリアは、重要疾病の一つではあるが、そのみならず、現地は多様な疾病構造を有する現状である。マラリア対策については、保健省専門係官は、自分達の長い経験と技術で十分効果を挙げ得る自信があり、何で今更日本の技術協力を必要としようかとさえ断言した程である。また、マラリア対策を地域的にとりあげる場合、地域の保健医療資源を有効に活用するとともに環境の改善を進めていくことがより有効とされており、その面からも地域総合保健計画の協力推進をはかることはイ側が自信をもっているマラリア対策の強化ともなりうるものである。

従って、以上の情況下でこのことを具体化するためには、更に詳細な現地調査が必要であると考えられる。よって、彼我の話合いに基いて、更に新たな調査チームの派遣が必要である。

Future Policy for Medical Cooperation Services

According to the mutual consensus reached in the discussions between the Japanese Survey Mission and the Indonesian Government Officials of the Ministry of Health, it is desirable that Japan provide integrated health services in a specific designated area as part of her cooperation for the regional health services improvement policy of the Indonesian government.

Specifically, it will be appropriate for Japan to provide sufficient technical cooperation including the provision of medical equipment which is required for the successful implementation of the various measures mapped out for the improvement of the welfare of regional inhabitants. Such measures include the improvement of public health and sanitation, prevention of infectious diseases, elevation of the people's nutritive and physical standards, early treatment of injuries and diseases, and promotion of health and medical services.

The Ministry of Health suggested North Sumatra and Sulawesi would be suitable places for the operation of the said integrated health services. Although both areas are suited for such services, it is not practicable to take care of two areas at the same time. Therefore it is felt that priority should be given to North Sumatra because of the large-scale development project now in progress by joint Japanese-Indonesian operation in the Asahan area. Although the integrated health services included in the project will naturally cover the Asahan area, they are expected to produce a spillover effect in the whole of North Sumatra.

As for malaria which is one of the most serious health problems in the Asahan area, consideration should be given to the fact that the Indonesian government is making efforts to control under its regional development policy. It is therefore believed that the Indonesian government and P.T.Indonesia Aluminium should be in charge of the solution of the problem. Needless to say, Japan should provide sufficient technical cooperation for the integrated health services at the request of the Indonesian government.

Considering the progress so far made by Indonesia and Japan, it leaves no doubt that the integrated health services should be planned and operated in close cooperation between the two governments, with prime consideration given to the improvement of living standards of regional inhabitants.

While malaria is the major disease in the Asahan area, there are many other diseases in the area that require attention. As far as malaria is concerned, the medical experts of the

Indonesian Ministry of Health are confident of their ability to control it due to their own long experience and technical capacity, and even stated that they were not in need of Japan's technical cooperation. It is felt that regional malaria control measures will be highly efficient in Indonesia if they are enforced in combination with efficient utilization of regional medical resources and with environmental improvement. In this connection, the proposed cooperation in the integrated regional health services will strengthen Indonesia's malaria control measures.

Under such circumstances, it is considered that a further detailed survey should be conducted before putting the integrated health services in operation. It is therefore necessary to dispatch another survey mission to Indonesia on the basis of an agreement to be reached between the governments of Indonesia and Japan.

フィリピン国

一般事情並びに保健医療事情

フィリピン共和国は、北は台湾、南はインドネシアのセレベス島及びボルネオ島に接しており、7,100余の島から成り立った国で、この点はインドネシアとよく似ている。総面積30万Km²、人口4,000万余であって、人口密度は1Km²あたり134人とかなり高い。日本と比較すると面積も人口も小さい国であるが、人口増加率が非常に高く、1960年のCensusでは3.2%の年増加率を示していたが、その後の推計では3.5%近くにまで上昇するのではないかと推察された。然しその後大統領命令で「家族計画事業」が大きくとり上げられた結果、現在のところは3.0%以下に降りつつあると政府は発表している。

フィリピンは沢山の島から成り立っているため気象条件は地域によって夫々異った点はあるが、一般的には高温で降雨量も多く、地下資源にも恵まれている。現在は人口の60%以上が農民であるが、土地そのものは火山系であり、くずれ易く、土地の起伏のため灌漑施設が進まず、依然として天水農業が多い。小農が脱落して地主への土地集中が進行しているとのことで、耕地面積が大きくなるにつれ農家の家族数が増加している。沢山の島があるが、大きな島は北のルソン島と、南のミンダナオ島であって、この二つの合計が、全面積の70%を占めている。耕地は殆んど水田でココヤシの栽培も多い。

住民は、一概にフィリピン人 (Filipinos) と呼ばれるが、大体がアジア大陸から渡来した三つの種族、ネグリート人 (Negritos)、未開マレー人 (Primitive Malays、又は Proto Malay) 及び開化マレー人 (Civilized Malays) から成っている。ネグリート人はフィリピン最古の住民で、後に流入して来たマレー人によって占居され、先住民のネグリート人は山岳地方へ追いやられた。その後再びアジア大陸から新しい種族が入って来たが、これは前のマレー人と同族ではあるが、より高い文化を持っていて、開化マレー人と呼ばれ、これが今日のフィリピン人の祖先であると考えられている。

フィリピンには、16世紀にヨーロッパ人が渡来して、ヨーロッパ文化を

伝えて今日に至っているが、その以前には既に3種の文化が強い影響を与えていた。即ち、8-13世紀にはヒンズー文化がボルネオ、セレベス、モルッカ諸島廻りから入って来た。又、次の文化は中国文化であり、14世紀中ごろからは、アラビヤ人による文化がマレー半島から入って来た。彼等はイスラム教を布教して次第にこの教を拡めて行った。

1521年、ポルトガルのマジェラン(Ferdinando Magellan)の率いる一行がフィリピンに上陸し、この地にヨーロッパ人の初の足跡を印した。マジェランは、ここで戦死したが、この一行が帰った後、ヨーロッパではフィリピン諸島の存在がわかり、その後スペインからの遠征隊が派遣されて、当時のスペイン軍太子の名をとってフィリピン(Las Polipinas)と称せられたのが今日のフィリピン国の起原と云われている。このスペイン統治の間、一時的にマニラがイギリス軍に占領されたことがあった。全体では約330年間スペインの統治下にあつて、スペイン人はここの住民のキリスト教化に努めた。

その後、ようやく台頭して来たフィリピン原住民の反スペイン感情が幾度かの反抗を繰り返し、一方米西戦争(1898)の後に、アメリカは2,000万ドルでスペインからフィリピンを譲り受け、アメリカの支配下となったが、フィリピン内部には、独立の気運が次第に高まった。アメリカもこの気運を察知して、次第に独立を許す方向に進み、1935年フィリピン連邦(Commonwealth of the Philippines)政府が樹立され、ケソン(Mannuel & Quezon)が初代大統領に選ばれた。

1941年、太平洋戦争が起つて、日本軍がここを占領、1943年新憲法が用意され、これと国民議会が承認して、ラウレル(Jose Laurel)が大統領に選出された。然し、1944年マッカーサー(Douglas McArthur)の指揮するアメリカ軍が上陸して、1945年マニラを占領し、オスモニア(Sergio Osmonia)が大統領になり、1946年7月4日完全に独立し今日のフィリピン共和国が出来上つた。

以上のような複雑な歴史をくり返して来たため、ここでの社会構造や組織も次第に変化複雑化の道をたどり、農村社会構造と共に都市社会構造も幾多の変

遷を経て今日に至っている。従って、同じマレー人でもキリスト教マレー人と非キリスト教マレー人に分けられ、前者も8つの種族に分れ、後者は、回教徒（モロ族）と原始的なパガン人に分けられる。こんな工合であるから、言語も80種以上に及ぶと称せられるが、憲法では英語とスペイン語が公用語となっている。従って次第に共通国語の採用が研究され、1946年にはタガログ語を公用語ならびに国語の一つとしている。

教育については割合熱心で、教育水準を示す一指標としての識字率は1960年で72%、マニラのような所は91.5%といわれ、低いところでも70%と称している。

然し、国民は殆んどが農民であり、出生率の高いことから生活レベルは一般に低い。即ち、多産多死で、国民の健康度合は低く、栄養状態も悪いところから、生産性も一般に低い。従って、独立の成ったフィリピンとしては、政府はこの点を重視して、伝染病ならびに風土病の撲滅対策には力を注いでいる。

これには、先ず結核対策があげられ、消化器系伝染病対策や環境衛生対策にも力が注がれている。その他、マラリアと日本住血吸虫病の対策については、WHOや日本政府の援助を仰いで近時可成りの成績をあげつつある実情である。又、家族計画と栄養対策については、特にイメルダ大統領夫人（ファーストレーディ）の命令を受けて、特別推進事業が進められつつある。これらは総て、地域浸透体制をねらって、地域保健所の拡充とその活動に委ね、中央からは適正なる指導という形態をとっている。その為には人的な要員が不足しているため、その教育訓練が大きな課題となっている。

医療については、Primary Health Careとして、Rural Health UnitやMicroscopic Center, Emergency Hospitalの指導を打ち出されているが、これは未だ緒についたばかりの状態である。次は地域住民の疾病の診療や臨床検査体制であるが、所謂Provincial Hospital, Provincial Laboratoryの型で進められている。これらの上位にRegional Office, Regional Laboratoryが存在し、中央には夫々Provincial Hospital, Regional Hospital, Central Hospitalとなるのであるが、そ

の設備内容は、アメリカよりの指導、援助もあってアメリカ式教育法がゆきとどいている。

即ち、以上述べた保健、医療の面では、既によく進んだアメリカの指導や援助もあって、次第に整備されつつある現状ではあるが、一般の経済開発のおくれや、国民生活レベルの低さによって、切角教育した医師や看護婦達が年々アメリカへと流出してしまっていて、この方面の技術者の少いことが悩みの種と保健関係者は語ってくれた。

組織・機構

1. 行政区画

フィリピンの行政区画はRegion（地域）- Province（州）- City, Town（市・町）に区分されており、その概要は以下の表の通りである。

Region	Province の 数	5万人以上の 市・町の数	人 口 (1970年)
Region I Ilocos Region	7	9	299万人
Region II Cagayan Valley	6	2	169 #
Region III Central Luzon	6	16	371 #
Region IV Southern Tagalog	11	不詳	833 #
Region V Bicol Region	6	9	297 #
Region VI Western Visayas	5	13	362 #
Region VII Central Visayas	3	7	303 #
Region VIII Eastern Visayas	5	5	238 #
Region IX Western Mindanao	3	4	187 #
Region X Northern Mindanao	10	不詳	302 #
Region XI Southern Mindanao	5	5	308 #

2. 衛生行政機構

フィリピンにおいて衛生行政を主管しているのは保健省であるが、他に

保健医療分野に関連している省庁として、国防省、刑務局、教育文化省、福祉開発省、国家汚染委員会があげられる。

中央レベルの保健省に対応して、地方レベルにおいては各々の行政区画に保健担当部局が設けられており、保健省の衛生行政施策を遂行している。

Department of Health

Regional Health Office

Provincial Health Office

City Health Office

3. 保健省の組織

フィリピン保健省の組織は別表1の通りである。

4. 保健医療機関

衛生行政における最先端の活動の任を負っている保健サービス施設としては以下のものがあげられる。

医療センター 高度の医療サービスを行う

地方保健単位 (Rural Health Unit) 全国に約1,500ヶ所整備されている。

胸部診療所 (Chest Clinic)

マラリア対策所 (Malaria Eradication Unit)

日本住血吸虫対策所 (Schistosomiasis Control Unit)

皮膚病診療所 (Stationary Skin Clinic)

(以上は公立機関)

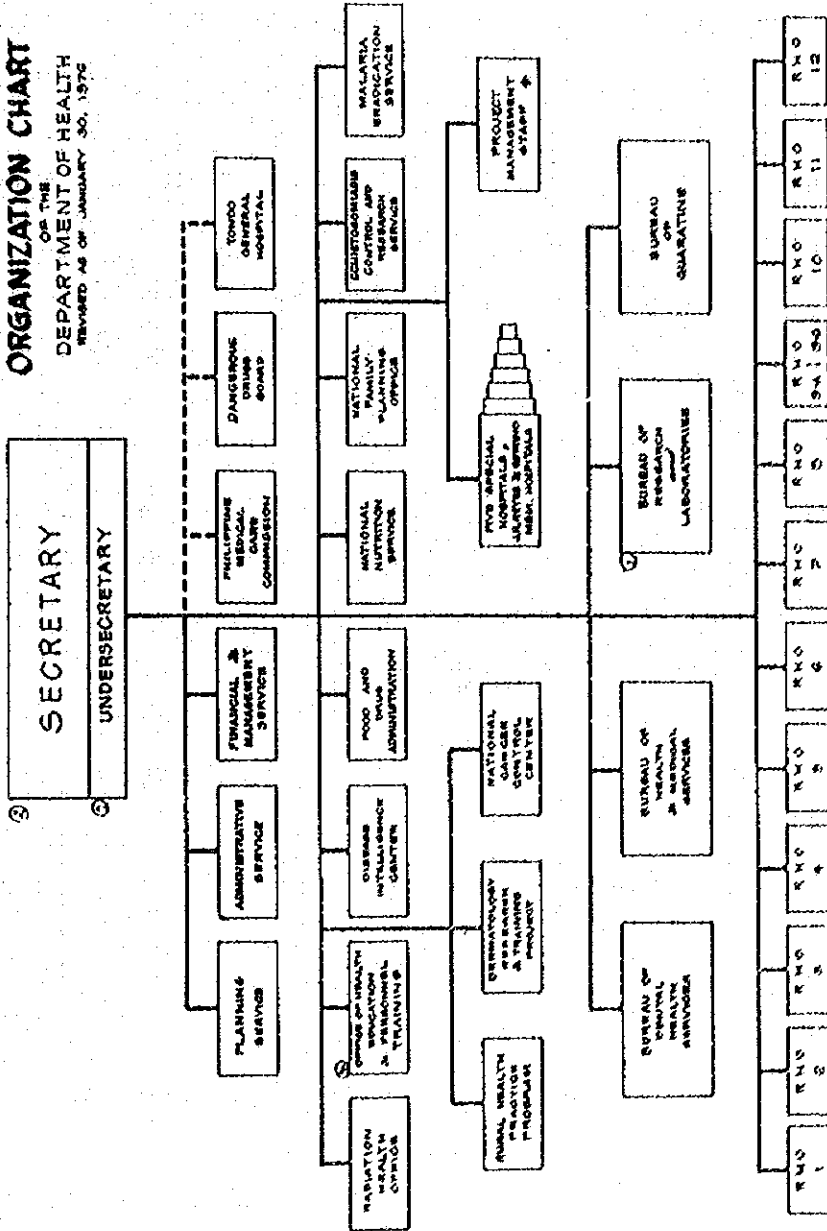
育児センター 育児センター連盟主管

結核診療所・結核病院 フィリピン結核協会主管

民間診療所 フィリピン医師会主管もしくは企業主管

保健所 フィリピン医療委員会主管

ORGANIZATION CHART
OF THE
DEPARTMENT OF HEALTH
REVISED AS OF JANUARY 30, 1976



Department of Health, Manila, Philippines
 Revised as of January 30, 1976
 5-YEAR PROJECT RHO = Research Health Office

保健衛生上の問題点

フィリピンにおける保健衛生上の水準は過去30数年の間はかなり向上している。即ち、粗死亡率は過去45年間で約35%減少したし、とりわけ、乳児死亡率は1930年の出産1,000対165が1974年には出産1,000対58.7に激減している。さらに妊産婦死亡率も1930年の出産1,000対7.8が1974年の出産1,000対1.6に激減している。

また、1930年には死亡原因の約75%は伝染病であったが、その後着実に死因中伝染病の占める割合は減少し、1955年には54.7%に、1974年には43%となっている。即ち、伝染病に代わって、心臓及び血管系の疾患による死亡が増加してきている。以下、フィリピンにおける最近の保健衛生上の問題点について説明する。

1. 伝染病

伝染病による死亡が着実に減少してきているとはいえ、依然として死亡原因の約43%を伝染病が占めており、死亡原因の第1位は肺炎、第2位は肺結核である。

2. 栄養失調症

1958年から1967年までの10年間にわたって食糧栄養調査センターが行った16,605名の学童に対する栄養調査によって、調査対象児童の85%に蛋白質欠乏症が、78%にビタミンA欠乏症が、47%にリボフラビン欠乏症がみられた。この栄養失調症は5才未満児の死亡が高率であることの根本的原因となっている。

3. 貧弱な環境衛生施設

これはフィリピンにおいて伝染病発生率の高い理由(背景)ともなっている。特に飲用に適した水の供給は国民の39%に対して行われているのみであり、適正な廃棄物処理施設は国民の約67%をカバーしているだけである。

4. 薬物中毒患者 (Drug Abuse and Dependence)

麻薬中毒患者は最近2~3年に急速に増加しており、特に青少年層におい

てその傾向が著しい。

5. 特 定 疾 患

マラリアと日本住血吸虫症が特に国家的見地からみて重要な疾病であるとされている。

6. 急速な人口増加

世帯の構成員数が多いということはいろいろな意味で保健衛生上の問題点の生ずる原因となっている。

7. 保健要員の不足

専門医、助産婦、検査技師等各種の職種が不足しているが、特に衛生教育者の不足が保健省の施策を普及するうえで大きなネックとなっている。

8. 無知、貧困及び因習

9. 交通の不便

保健衛生対策

フィリピン政府は保健医療分野に対しても重大な関心をよせているが、以下の表に示すように、国家予算中に占める保健省予算の割合は先進諸国に比較して、必ずしも大きくない。

年 度	国 家 予 算	保 健 省 予 算	割 合 (%)
1973	7,941	288.3	3.6
1974	13,624	436.5	3.1
1975	18,732	575.4	3.0
1976	23,193	735.9	3.2
1977	27,326	882.9	3.2

(参 照 : 201960x ペ ン)

しかし、保健省は直面する諸問題に対処すべく、以上の通り諸々の保健医療施策をたてている。

1. 人口問題対策

人口委員会 (The Commission on Population) を中心に全国 36 カ所の民間組織網と政府組織網を活用して家族計画普及活動を強力に推進する。具体的には、医療要員及家族計画フィールドワーカーの養成、人口問題に対する認識と家族計画の必要性の啓もう、凡ゆる受胎調節 (避妊) 方法の普及 (カフエテリア方式)、調査及び評価による人口計画の開発……等に重点をおく。

2. 伝染病対策

結核、マラリア、日本住血吸虫症、コレラ、腸チフス、赤痢、らい、性病等を重点的にとりあげ、Laboratory Network Service の充実により患者の早期発見を計り、給水施設やごみ処理施設等の環境衛生施設を整備することにより、これらの疾病の流行を防止すると同時に Primary Health Care (medical supply) の充実により感染源に対する早期治療を行う。特にマラリアに対しては DDT の散布を強化する。

3. 臨床検定体制の充実 (Laboratory Network Service)

マニラに臨床検定センターを設置し、州レベルに総合病院に併設もしくは独立した臨床検査室 (所) を配置し、センターと州レベル臨床検査室 (所) との連けい活動を行う。

4. 保健医療サービス体制の充実 (Primary Rural Health Care)

既存の施設、特に病院・地方保健単位 (Rural Health Unit) ・保健所等の間のネットワークを充実させる。

5. 人的資源の確保対策 (Health Educator Training Program 等)

主として衛生教育者 (Health Educator) を養成し 1 州 (Province) に少なくとも 1 人の Health Educator を配置できるようにする。この他、臨床検査関係の要員の育成にも重点をおく。

6. バランカイン制度の確立

10 ~ 15 世帯を単位とする、日本における隣組制度のような組織をつくりこの単位を育成することにより、総合保健サービスの促進を計る。

7. 調査研究の推進

保健サービス、心臓血管系の疾病、熱帯病等に関する調査研究に重点をおく。

フィリピンの保健水準

フィリピンは半世紀にわたるアメリカ統治の影響をうけ、その保健水準はインドネシアのそれよりもやや高い水準にある。

即ちフィリピンの死亡率は1925~1945年にかけて、人口千対20で推移して来たが、戦後次第に減少し、1974年約7.0に迄下った。乳児死亡率は1930年の165から1974年の58.7と減少して来た。しかし1年間の全死亡の40%は0-6才で占められている。妊産婦死亡率は1930年の7.8から1974年の1.6に迄低下を認めている。

出生率は人口千対30と高いが、政府の家族計画が効を奏し、やや減少の傾向をとり初めたといわれている。しかし人口構成はインドネシア同様、若年者の多い典型的な富士山型を示し、平均寿命は約60才といわれている。この様な保健水準は、略、我が国の昭和21年~25年頃に相当すると考えられる。

1960年~1970年にかけての死因順位は第一位肺炎、第二位肺結核、第三位胃腸炎であったが、1971年から胃腸炎は第4位に下っている。呼吸器+腸管系伝染性疾患によるものは1930年代には全死亡の75%を占めていたが、1955年には54.7%に、1974年には43%に減少している。

最近では伝染病(コレラ、天然痘)、マラリア、狂犬病、百日咳、破傷風は減少しているが、チフス、パラチフス、感染性肝炎、淋病、結核、心疾患、脳血管系疾病、悪性腫瘍は増加の傾向にある。特に伝染病の中で特筆すべきこととして、我が国とフィリピン国との1961年以来の医学協力がエルトールコレラ、ポリオに対する対策に多大の成果をあげたことである。

マラリア対策も進み、都市では新しい発生はなくマラリアは現在、奥地、開拓地において発生をみている。また日本住血吸虫、フィラリアは灌漑と関連が深いが、夫々health region 8, 9, 10, 11と5, 8, 11の地域になお存在

している。

その外、インドネシア同様、甲状腺腫、栄養失調症がまだ多くみられる。フィリピンの栄養失調に関しては、政府の関心は極めて大きく深刻である。これはカロリー不足、蛋白質、各種ビタミン、ミネラル（鉄等含む）の不足が重って、多数存在し人口増加が食糧増産を上廻ったこと、国民所得の低さ（一人あたりの国民所得は1142ペソ＝\$160）がその原因で、フィリピン学童の70%は栄養不良である。また子供の92%は蛔虫、十二指腸虫、他の寄生虫を有し、栄養失調の一因をなしている。そして母親の84%、妊娠婦人の50%に貧血が認められている。

結核はアジアで最も高い死亡率を示しており、予防並びに治療に幾多の問題点を残している。また減少しつつあるとはいえ、チフス、パラチフス、赤痢、コレラが年中流行しており、これら腸管伝染病の多くは、環境衛生の不備と医療設備の貧困によるものである。勿論住民の衛生知識の低さも与っている。特に環境衛生については、上水の普及、尿尿、下水の処理等に経済的な悩みが多く、当面の処理として、改良便所の普及、簡易水道の普及が試みられている。

人口増加に対しては家族計画に基づく出生力コントロールが実現されており、主にPillの服用によっておる。将来の人口を7,000万程度におさえたい要望である。

保健医療サービス（フィリピン共和国）

医療システム：フィリピン医療供給は、政府、個人、および両者協力の3つの体制によっている。政府の管轄する責任機関は保健省であり、一般国民を対象とした保健医療サービスを行っているが、他の政府機関によっても、保健活動は実施されている。すなわち、医療は国立の病院や大学病院で供給されているが、軍隊、刑務所、教育文化省、社会福祉省においても、独自に医療が行われている。また、開業医（個人）によって、自由診療がなされている。

保健活動は、保健省が中心に実施しているが、その事業に開業医も協力している。環境衛生は保健省のほか関連する幾つかの政府機関（例えば国の汚染委

員会 National Pollution Commission) によって取扱われる。なお、政令市や自治体が独自に保健活動を展開、住民の健康維持を進めている。栄養、家族計画、薬剤管理等その他の保健活動が実施されているが、これらの実施に当たっても幾つかの政府機関が協力して、それぞれの分野から施策が進めているのである。

医療保険は、雇関係で始められたばかり(公務員や幾つかの企業)で、全国民には適用されていない。これらの浸透は今後の大きな課題である。

医療供給システムは、地域に密着した第1次医療(Primary Care)から高度の医療を施す第3次医療(Tertiary Care Level)までである。第2次医療(Secondary Care Level)は、(政府機関でない病院=開業医)第1次と第3次医療の中間的位置を占める。

第1次医療は、保健省によって農村保健ユニットとその下部センター、胸部臨床、マラリア撲滅ユニット、日本住血吸虫対策ユニットが行われており、助産センター連盟(League of Puerperal Care Center)が開設した助産センター、結核予防協会(Philippine Tuberculosis Society)による結核診療所や病院、医師会による個人医、労働者のための工場診療機関、フィリピン医療委員会(Philippino Medical Care Commission)が開設した地域病院や保健所、その他ボランティア(宗教グループや市民グループ)による保健医療活動等がそれである。第3次医療は、第1次、第2次医療から送られてきたより高度な医療(専門)を供給している。

フィリピン家族計画委員会(POPCOM)

家族計画協力は1972年の基礎調査団の派遣に引続き、1974年に実施調査団の派遣がなされ現在にいたっている。プロジェクトの内容は機材供与に傾斜しており、家族計画にかかわる技術協力としては特殊な条件にとどまっている。もとより、POPCOMは地域活動の展開について、基本政策をふまえ、保健サービスとのインテグレーションにより、それなりの努力がむけられていることは事実であり、POPCOM副議長の説明を通じて理解しうる側面である。

しかしながら、協力プロジェクトをより効果的に推進するためには、時宜をえた専門家派遣を通じて、活動の分析評価を具体的にすすめることは重視する必要がある。とくに、各地域の諸計画と中央の計画との整合性や調整の条件、小グループ活動や小家族群への対応の条件、農村地域開発計画とのインテグレーションの条件等を検討することは今後の問題としても大切なことである。これらの諸条件の検討や今後の家族計画協力プロジェクトを方向づけるための調査団派遣が必要とされようと話しあいがなされた。

Benguet 県衛生部保健衛生事情

マニラ北方約 200 Km の野菜供給基地としての農村と、背後の山岳地帯と、この 2 つの保健衛生をとり扱っている。

この地域もまた腸管伝染病、呼吸器伝染病が多く、主なものは

1. 腸管伝染病 (チフス)
2. 気管支炎
3. 胃腸炎
4. 肺炎
5. 百日咳
6. 肺結核

等があげられる。

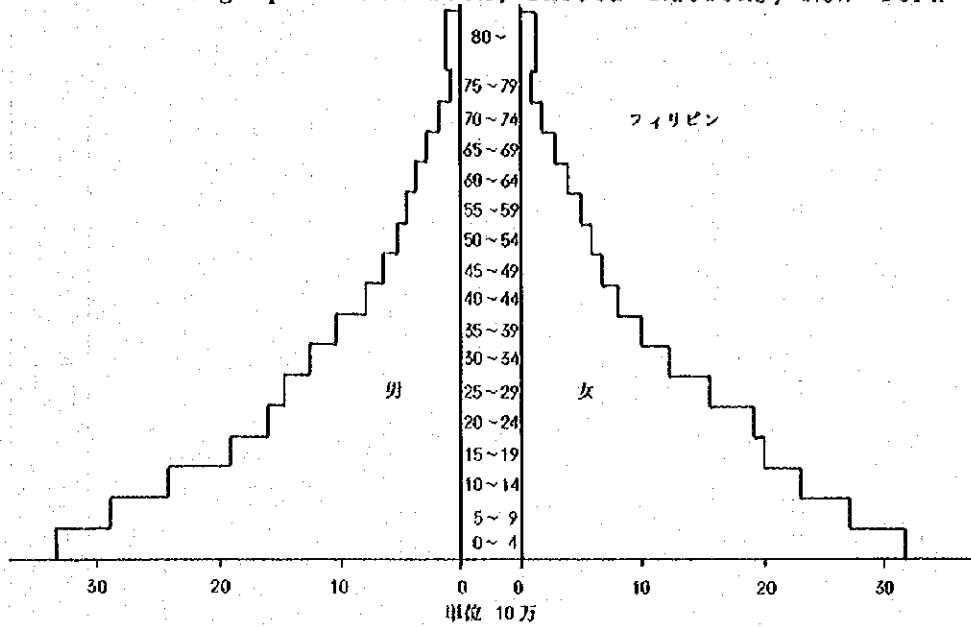
環境衛生は悪く、上水の市からの支給は不十分で、塩素消毒は施していない。個別的に井戸を掘り、煮沸して飲用水として利用しているが大部分は谷水をそのまま飲んでいるのが多い。また屎尿等はそのまゝ肥料として還元利用されている。

この地域の保健所は 150×150 Km の所に 14 か所存在している。

尚、Benguet 市は我が国の高知市とは姉妹都市の友好関係にある。

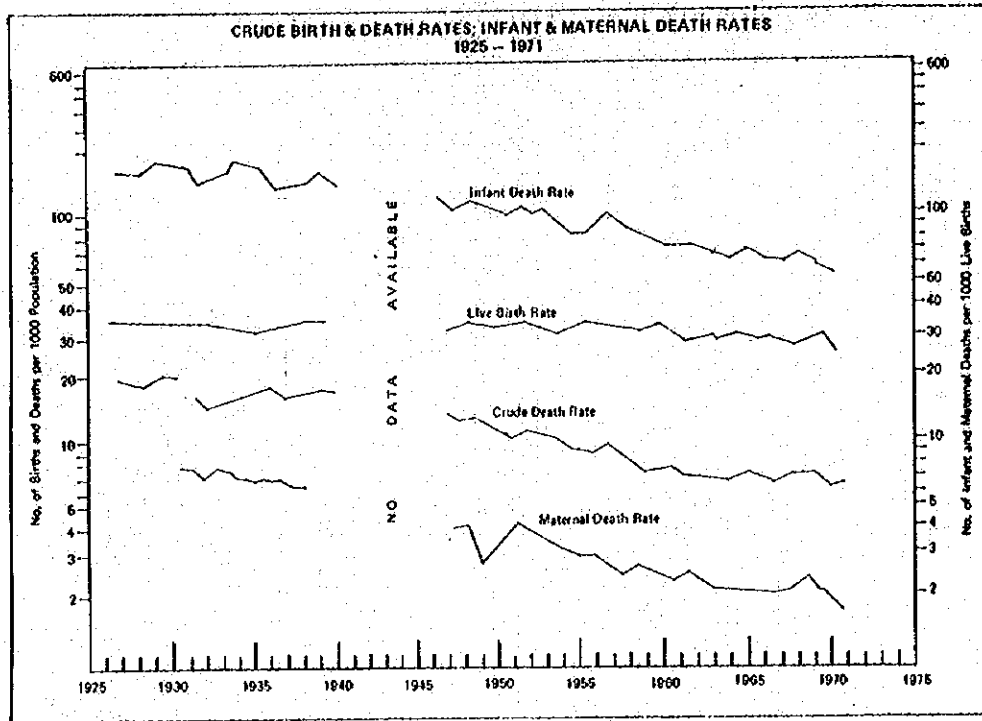
1972年度フィリピンの人口ピラミッド

1974 Demographic Yearbook, United Nations, NoW York



Total	39,040,439	男 19,434,580	女 19,605,859
— 1	6,527,367	3,345,686	3,181,681
1 — 4			
5 — 9	5,610,217	2,889,279	2,720,938
10—14	4,724,600	2,419,500	2,305,100
15—19	3,922,321	1,909,254	2,013,067
20—24	3,489,793	1,638,193	1,851,600
25—29	3,059,346	1,480,533	1,578,813
30—34	2,499,843	1,254,120	1,245,723
35—39	2,042,310	1,040,528	1,001,782
40—44	1,602,411	799,788	802,623
45—49	1,332,038	640,517	691,521
50—54	1,138,718	534,696	604,022
55—59	965,452	454,592	510,860
60—64	783,163	375,728	407,435
65—69	546,169	263,969	282,200
70—74	370,004	184,447	185,557
75—79	195,660	96,094	99,566
80—84	231,027	107,656	123,371
85—			
不 明			

フィリピンにおける粗出生率、死亡率、
乳児死亡率、妊産婦死亡率の年次別推移



乳児死亡	(フィリピン)		日本	明治末期	150
	数	率		大正7年	188.6
1965	57,988	72.9			
1966	59,284	72.0			
1967	60,703	72.2		我が国は明治世代	152.0
1968	63,786	71.0		大正世代 (大正 5~9)	173.4
1969	63,719	67.3		昭和戦前 (昭 6~10)	120.2
1970	57,970	60.0		戦后世代 (S. 21~25)	65.4
1971	59,730	62.0			
1972	65,719	67.9			
1973	77,881	74.2	10.0		

Deaths

NUMBER AND PERCENT DISTRIBUTION
OF THE LEADING CAUSES OF DEATH, 1972

NUMBER AND PERCENT DISTRIBUTION OF DEATHS,
BY SEX AND AGE GROUP: 1972

Cause of death	Number	Percent distribution	Age group	Sex		Percent distribution			
				Total	Male	Female	Total	Male	Female
TOTAL	285,761	100.0	TOTAL	285,761	160,989	124,822	100.0	100.0	100.0
Pneumonia	43,769	15.3	Under 1 yr-	65,719	38,153	27,566	23.0	23.7	22.1
Tuberculosis of respiratory system	28,635	10.0	1 - 4 yrs-	47,883	25,615	22,268	16.7	15.9	17.8
Ill-defined and unknown causes of morbidity and mortality	27,390	9.6	5 - 9 "	12,494	6,968	5,526	4.4	4.3	4.4
Gastroenteritis and colitis except diarrhea of newborn	16,452	5.8	10 - 14 "	5,492	3,178	2,314	1.9	2.0	1.8
Ill-defined diseases peculiar to early infancy and immaturity unqualified	15,592	5.5	15 - 19 "	6,196	3,841	2,355	2.2	2.4	1.9
Sentility without mention of psychosis	12,873	4.5	20 - 24 "	7,686	4,978	2,708	2.7	3.1	2.2
Avitaminosis and other deficiency states	12,257	4.3	25 - 29 "	6,929	4,345	2,586	2.4	2.7	2.1
Arteriosclerotic and degenerative heart disease	8,858	3.1	30 - 34 "	7,804	4,724	3,080	2.7	2.9	2.5
Infections of the newborn	6,639	2.3	35 - 39 "	8,765	5,311	3,454	3.1	3.3	2.8
Laceration and open wounds	6,447	2.2	40 - 44 "	8,159	4,959	3,200	2.9	3.1	2.6
Other causes	136,549	57.4	45 - 49 "	8,832	5,356	3,476	3.1	3.3	2.8
Source: BCS Special Release, Series of 1974			50 - 54 "	9,835	5,905	3,930	3.4	3.7	3.1
			55 - 59 "	10,077	6,212	3,865	3.5	3.9	3.1
			60 - 64 "	12,360	7,144	5,216	4.3	4.4	4.2
			65 - 69 "	11,024	6,239	4,785	3.9	3.9	3.8
			70 - 74 "	14,255	7,950	6,305	5.0	4.9	5.0
			75 - 79 "	7,905	4,129	3,776	2.8	2.6	3.0
			80 & over	32,139	14,696	17,443	11.2	9.1	14.0
			Not stated	2,209	1,238	971	0.8	0.8	0.8
			Source: BCS Special Release, Series of 1974						

フィリピン国と国際協力

国際協力は2国間、多国間を通じ多様になされているが、それらの全貌を把握することはできなかった。

しかしながら、地域開発とかかわりあいの深い国際協力事業として幾つかの例示が出された。

地域の第一線保健サービスを推進するための保健センターや第一次保健ステーションの整備についてデンマークの基金が活用されているとのことである。

また世界銀行の資金によるIntegrated Development Plan は農業、工業、灌漑、社会教育を包括する条件で地域センターを整備し、地域の開発振興を企図し、そのセンター機能に保健センターの導入をはかるころみがなされている。この点、灌漑計画の振興は広汎に蔓延する住血吸虫症対策とより統合調査をはからねばならない側面であり、保健医療部門の明確な位置づけと計画づくりについて今後期待をよせる側面がある。

また、USAIDは広般な部門での協力がなされているが、救急医療体制整備も地域開発と極めてかかわりあいの深い協力であると考えてよい。

ベンゲネット(BENGUET)県衛生部

この地域は、大部分が山岳で占められており、野菜供給基地として知られる。約2,500 haを有している。健康状態をみると、表1の罹患状況、表2の死亡統計、表3の乳児死亡統計から明らかのように、感染症、寄生虫性病患、栄養不足が多い特性がみられる。

REGIONAL HEALTH OFFICE No.1.

office of the Provincial Health office

(La Trinidad, Benguet Province

罹患者数 (上位疾患 1975年人口203,748、1976年人口250,806)

1975年(1月~12月)		1976年(1月~11月)	
1. 上気道感染症 (Upper Respiratory Infections)	14,157	1. 上気道感染症 (Upper Respiratory Infections)	18,093
2. 外傷 (Wounds)	3,724	2. 寄生虫症 (Parasitism)	7,973
3. 寄生虫 (Parasitism)	3,446	3. 貧血 (Anemia)	4,057
4. 貧血 (Anemia)	2,661	4. 外傷 (Wounds)	3,681
5. 栄養不足症 (Malnutrition)	2,447	5. 下痢 (Diarrhea)	2,062
6. 回虫症 (Ascariasis)	1,897	6. 鼻感冒 (Coryza)	1,697
7. ビタミン欠乏症 (Avitaminosis)	1,528	7. 甲状腺腫 (Goiter)	1,253
8. 高血圧 (Hypertension)	729	8. イルブルエンザ (Influenza)	1,074
9. 疥癬 (Scabies)	708	9. 疥癬 (Scabies)	660
10. アレルギー (Allergy)	415	10. 気管支炎 (Bronchitis)	709
		11. 齲歯 (Dental Caries)	458
		12. 高血圧 (Hypertension)	381

REGIONAL HEALTH OFFICE
Office of the Provincial Health Office
(La Trinidad, Benguet Province)

死亡者数(上位疾患)

1975年(1月~12月)

1976年(1月~11月)

1. 肺炎(Pneumonia)	64	1. 肺炎(Pneumonia)	109
2. 胃腸炎(Gastroenteritis)	23	2. 不慮事故(Accident)	29
3. 不慮事故(Accident)	17	3. 肺結核(P.T.B)	25
4. 高血圧(Hypertension)	15	4. 胃腸炎(Gastroenteritis)	25
5. 肺結核(P.T.B)	11	5. 心呼吸停止(Cardiac Resp. Arrest)	22
6. 心疾患(Cardiac Failure)	11	6. 貧血(Anemia)	23
7. 老衰(Senility)	8	7. 新生児仮死(Asphyxia Neonatorum)	13
8. 心呼吸停止(Cardio Resp. Arrest)	5	8. 新生児敗血症(Sepsis Neonatorum)	14
9. 未熟児(Prematurity)	4	9. 老衰(Senility)	10
10. 重症貧血(Severe Anemia)	4	10. 先天性閉鎖症(Congenital Atrectasis)	9
		11. 胸部癌(Breast Cancer)	5
		12. 胃腸瘍(Peptic Ulcer)	3
		13. インフルエンザ(Influenza)	3

La Trinidad, Benguet Province

乳児死亡

1975年(1月~12月)

1976年(1月~11月)

1. 肺炎 (Pneumonia)	38	1. 肺炎 (Pneumonia)	30
2. 胃腸炎 (Gastroenteritis)	7	2. 未熟児 (Prematurity)	10
3. 敗血症 (Septinemia)	8	3. 先天性奇形 (Congenital Attelectasis)	6
4. 新生児仮死 (Asphyxia Neonatorum)	5	4. 早産 (Still Birth)	5
5. 未熟児 (Prematurity)	2	5. 敗血症 (Septinemia)	8
6. 気管支炎 (Bronchitis)	2	6. 新生児敗血症 (Sepsis Neonatorum)	7
7. 早産死 (Still Birth)	2	7. 胃腸炎 (Gastroenteritis)	5
8. 産産延 (Prolonged labor)	3	8. 新生児仮死 (Asphyxia Neonatorum)	3
9. 先天性閉鎖症 (Congenital Attelectasis)	2	9. 中毒症 (Toxemia)	2
10. 麻疹 (Measles)	1	10. 脳酸素欠乏 (Cerebral Anoxia)	3
		11. 大腸炎 (Ileocolitis)	} 1
		脳膜炎 (Meningitis)	
		インフルエンザ (Influenza)	
		栄養不足 (Malnutrition)	
		胎児位置異常 (Malposition of Fetus)	
妊婦死亡			
1975	0		
1976	1	分娩後出血 (Post Partum Hemorrhage)	} 1
		重症貧血 (Severe Anemia)	

Tarlao Provincial Hospital (院長Dr. Sotero Torralba)

マニラから123 Km離れた Tarlao Provincial Hospital を訪問する。日曜日のため外来は休診中、急救患者搬送口より入り、病院内を見学する。病院内は禁煙が指示され守られている。病床数200、入院患者には急性伝染病、循環器疾患が多いという。小児病棟をみる。栄養失調の骨と皮の乳児、テタヌス、チフテリア等ではほぼ満床。病院も新しく、病床設備は整っているが、Laboratory は不十分であった。

BENGUET PROVINCIAL Hospital (院長Dr. Bayani Genado)

1971年設立、現在75床、近い将来100ないし200床と増床計画あり。医師8名、看護婦20名、内科、外科、産婦人科、小児科、歯科、急救患者施設等あり。外来は15~60名と少ないが、入院患者は多くほぼ満床であった。

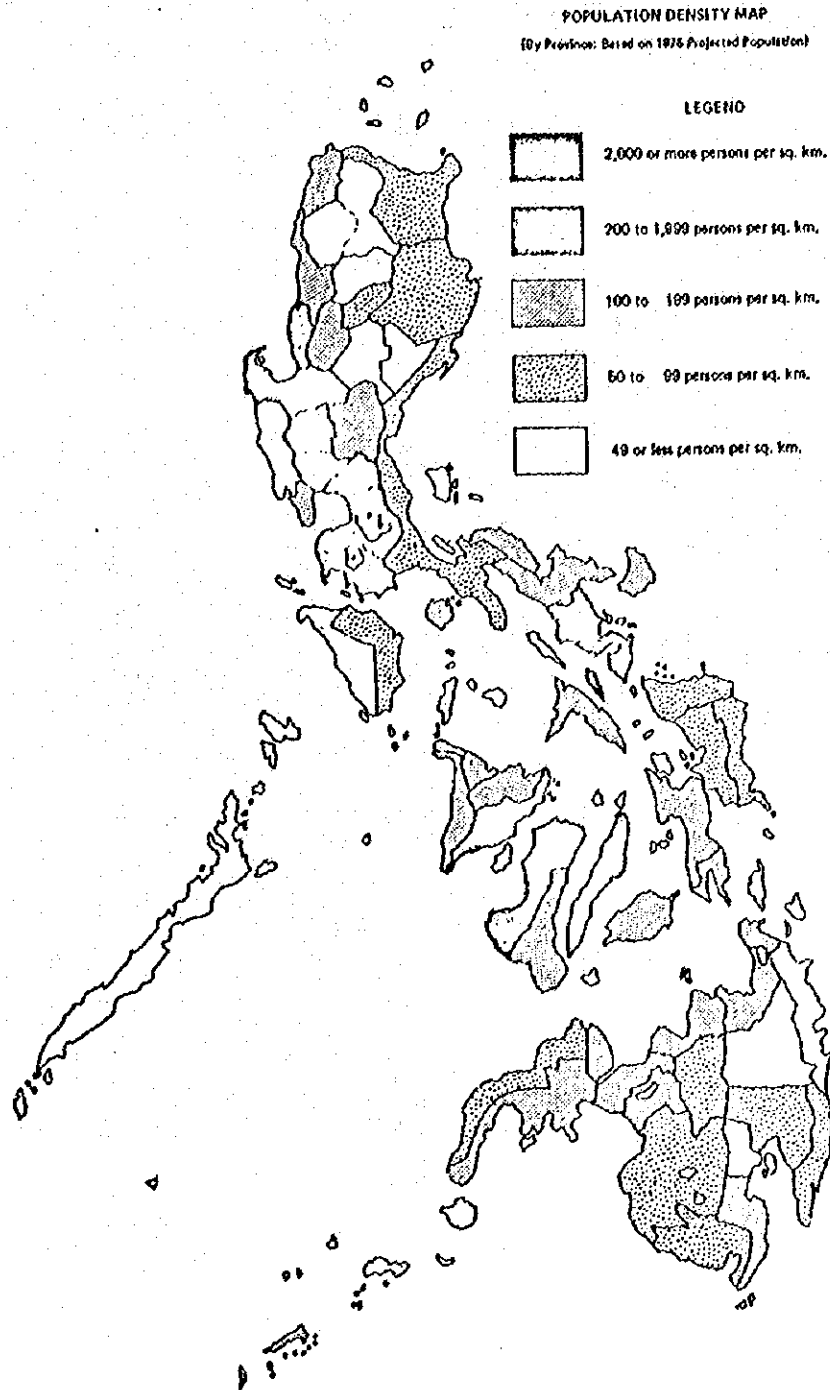
アトック救急病院 (Dr. Salvador Villamator)

山深いアトック地区の国立の救急病院である。病床数25、医師2名で管理されている。疾患としては、呼吸器疾患(結核を含む)、寄生虫特に回虫、鞭虫が多いが、そのほかでは心臓循環器疾患、外傷が多いが、マラリアはほとんどみられないという。簡素な病院で、外傷、妊婦、乳児が入院していた。救急病院といってもこの地域唯一の病院であり、外来も扱っている。

Agoo Rural Health Unit & Family Planning Center















AGOO地区は、56 Km²に人口32,564、世帯数4,372、便所所有世帯9,315で、出生率32.55、死亡率7.38、乳児死亡率47.97、死産率12.22、妊婦死亡0にみられるように、フィリピン農村において健康状態良好な地区の一つである。各種の教材、掛図を用いての家族計画の普及、母子保健における分娩、育児、離乳、妊婦の栄養指導等が積極的に行われている。このHealth Unit は、所長のもとに保健要員の研修、公衆衛生看護、衛生監視、衛生教育、歯科衛生等の部門があって活動を展開しているが、なかでも助産婦活動(家族

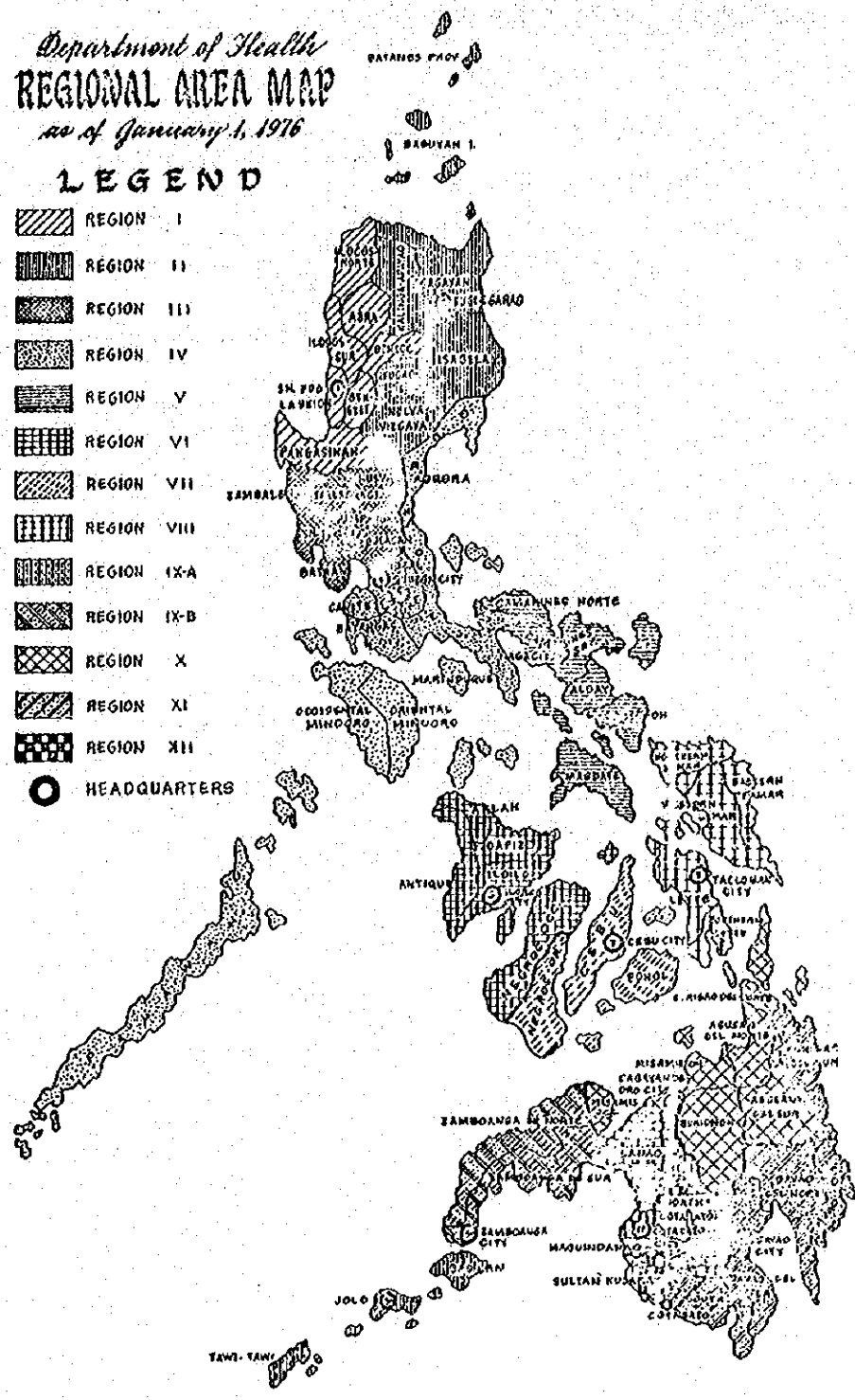
計画、母子保健活動)が活発である印象を受けた。



Department of Health
REGIONAL AREA MAP
as of January 1, 1976

LEGEND

-  REGION I
-  REGION II
-  REGION III
-  REGION IV
-  REGION V
-  REGION VI
-  REGION VII
-  REGION VIII
-  REGION IX-A
-  REGION IX-B
-  REGION X
-  REGION XI
-  REGION XII
-  HEADQUARTERS



フィリピン医療協力基礎調査の概要

基本構想	地域保健医療サービスの強化	伝染病および風土病対策の強化	調査研究、教育訓練、普及活動の推進
<p>保健医療サービスの地域浸透体制の強化</p> <p>Regionalizationの方向</p> <p>地域研究との関連</p> <p>Primary Health Careの推進</p> <p>中央の適正な指導管理</p>	<p>新しい発展段階に即応した地域保健医療サービスの強化研究</p> <p>(1) Primary Health Careとして第1線における疾病対策、保健指導体制の向上</p> <p>Rural Health Unit, Microscopic Center, Emergency Hospitalの整備</p> <p>(2) 地域住民の疾病の診断や重症救急医療の充実と有料的運搬の促進</p> <p>Provincial Hospital</p> <p>Provincial Laboratory</p> <p>(3) 地方の中核的な衛生研究所機能の充実および地方保健医療計画の推進</p> <p>Regional officeとRegional Laboratory</p> <p>(4) 中央における総合的な保健医療の調査研究、試験研究、研修機能の充実</p>	<p>伝染病を含む呼吸器感染症対策</p> <p>疫学調査、患者発見、予防接種、早期治療、保健指導</p> <p>消化器系伝染病対策(コレラ、ポリオ、チフス、赤痢等)</p> <p>環境衛生対策との関連</p> <p>マラリア対策</p> <p>日本在血吸虫症対策</p> <p>農業研究との関連</p> <p>伝染病対策</p> <p>重点例の地域特に乳児栄養対策</p>	<p>調査研究、教育訓練、普及活動の推進</p> <p>パラメデカル・スタッフの教育訓練</p> <p>プロジェクトの内容に応じたこの種類の職種を考えるべきか。</p> <p>伝染病に対する中央行政機関による現任教育の充実</p> <p>フィリピン大学による保健学部の修士課程</p> <p>衛生教育関係計画によるProvincialおよびRegional Barangay Levelの住民衛生教育事業の充実。</p> <p>栄養、家族計画の特別事業と保健サービスの第一</p> <p>滋養深との統合的活動(母親学級等)小グループ(指導)</p>
<p>保健活動の調査研究、疫学の教育</p> <p>別隊の強化および地域住民活動、衛生教育の推進</p> <p>(参考事項)</p> <p>栄養、家族計画については特別対策事業の推進</p>	<p>Tarlac Provincial 病院</p> <p>200床を有する地域</p> <p>医療の中核的病院</p>	<p>Bangquet Provincial 衛生部</p> <p>山地地域を有し、野戦供給基地としての農村地域</p> <p>機能を有している。</p> <p>疾病の種として伝染病と</p> <p>してはチフスが有るがマ</p> <p>ラリアは他地域からの多</p> <p>数輸送が一部にありなが</p> <p>ら多い。</p>	<p>Bangquet Provincial 病院</p> <p>100床(近々200床に増</p> <p>床予定)、医師8人、看護</p> <p>員20人</p> <p>外来平均50~60人/日</p> <p>病院統計として消化器、</p> <p>気管呼吸器疾患が多い。</p> <p>地域の主要死因</p> <p>①肺炎、②結核、③事故、</p> <p>④心臓病、⑤高血圧</p>
<p>日本在血吸虫症対策の例によるPilot Projectの推進</p>	<p>Bangquet Provincial 病院</p> <p>Atak Emergency 病院</p>	<p>Atak Emergency 病院</p> <p>典型的な山岳地区</p> <p>病院で人口7,000人(49</p> <p>部落)をカバーする保健</p> <p>指導施設</p> <p>1971年</p> <p>出生率 43.58‰</p> <p>死亡率 8.74‰</p> <p>乳児死亡率 59.83‰</p> <p>死産率 17.03‰</p>	<p>伝染病および風土病対策の強化</p> <p>伝染病および風土病対策の強化</p> <p>伝染病および風土病対策の強化</p> <p>伝染病および風土病対策の強化</p>

フィリピン共和国保健省幹部との協議

昭和51年12月17日保健省表敬を行うとともに第1回協議がなされ、12月22日に保健省要人と最終討議を行った上保健大臣を表敬訪問した。

Dr. Antonio N. Acosta 保健省副次官は今回の調査を歓迎する意を表明したあと、「試験検査所と病院の整備において重要なことはこれらが第一線の保健活動機関といかに連繫し、その中核的機関として発展してゆくかということである。また、地域住民と直結する保健センターの強化が重要であるが、この際考慮しなければならないのは、経費負担の少ない内容で効果的なもの、即ち、簡易な条件でなしうるものが重視されねばならない。つまり、多くの人々に、より良い有効な保健サービスを提供するために莫大な経済的負担を荷負うことは必ずしも妥当でなく、地域対策として望ましいものでない。」と述べられた。

Dr. Jesus C. Azurin 保健省次官は、「広汎な視点からの調査に期待している。我々は現在公衆衛生、病院および私的医療機関が利用しうる試験検査体制を地域的に整備してゆくことを重視している。」と述べた。

Dr. Joaquin S. Sumpaico 調査試験局長は、「農村地域の調査研究活動は極めて重要であり、その場合どの地域を選定したらよいのか、何を主体として行われるべきかが重要である。その点、コレラ、ポリオ等の消化器系の急性伝染病対策は重要な課題であり、そのさい遠隔地において実施可能な簡易な試験検査に必要な器材とそれに必要な技術の普及が重要である。この点、急性伝染病の診断強化に伴う人材育成や保健サービスの充実は急務とされている。」と強調された。

Dr. Huzo 衛生教育・訓練局長は、「人材開発にかかわる教育訓練は今日重要な意味をもっており、フィリピン大学のマスター・コースに医療・公衆衛生関係者を研修のために派遣するほか、各種の現任教育を実施している。実際活動についての教育訓練のためのフィールドの設定は重要なこととされている。衛生教育の推進を図ることは地域保健活動の基本的な要件であるので、地域訓練センター活動として、例えば小児の予防接種キャンペーンを実施している。地域保健センターは農村保健開発計画としての地域住民への衛生教育活動の強化の意味において期待がかけられている。栄養改善や家族計画の特別対策事業は

第1線保健指導機関である保健センターの母親学級活動等と統合し、出陣の推進がはかられている。これらの活動は今後とも一層強化充実をはかるべきもので、特に農村地域への一層の浸透をすすめることや環境衛生に関する普及活動等重視されねばならない」と示唆多い話をされた。

この間我々一行はフィリピン国内教ヶ所の視察を終了し、サンラザール病院院長室に開催された最終協議において、フィリピン保健省アズーリンが官から今後の協力で最も期待される分野として、伝染病対策特に結核、消化器系伝染病、呼吸器系伝染病、マラリア、住血吸虫症が重視されねばならないことが述べられた。また、家族計画、栄養改善、環境衛生についても関心を深める必要があることも話された。伝染病として結核の現状は憂慮すべき状況にあり、死因の大きな分野を占めていることから患者発見、BCG予防接種、治療について体系的にすすめることが急務とされている。消化器系伝染病の発生は環境衛生問題と表裏の関係にあるが、腸チフス、赤痢、コレラ等の疫学的究明、診断機能の強化、対策手段の確立やその応用が重視されねばならないとしている。これらの対策を推進するに当って中央政府から地方政府への支援計画の充実が極めて重要なことであり、また地域における病院、農村保健センター等の整備、保健医療関係者の配置、医療器材の確保が地域保健向上の大きな要領とされている。また、試験研究施設の強化はもとより重要なことであり、冬眠ビニル所の臨床検査所の整備を計画しており、その要請も高いが、高価なプロジェクトにとどまるものとしてでなく推進する必要がある。かようなワードはより包括的なものとして機能づける必要がある。例えば、民間医療機関医師が活用しうるものとして発展することも一つの方法である。また、現状の教ヶ所（第一線の地城病院）は日利院に接収移転至所移設の影響を受けており、これらの充実も重視されねばならないこと、さらに国立臨床検査所と国立地方衛生研究所との連携強化も重視されねばならない。これらの保健サービス網を充実させることは国家保健計画の要を要しており、ハイロ、一層の活動と共における保健衛生に関する政策推進のより健全無難の移設機関の整備充実が大切であるとされている。また、北米七国に於いては、日本カーネーションの移設

が専門分化することは必ずしも妥当でなく、地域開発に重要な農業、地域産業、灌漑、社会教育、保健等の指導や普及サービスを包括する計画も世界銀行融資事業の一環として配慮されていることも述べられた。

フィリピンにおける保健医療の現状にかんがみ、今後わが国と技術協力を保健医療分野特に予防医学に力点をおいて一層推進することは極めて重要であることが語り合わされた。

これらの事につき、初めに大磯団長は、「今回の調査に当って、フィリピン政府当局の示された好意を謝すると共に、調査を行った地域施設での快いもてなし振りに感謝する。今後ともこの友好関係が続くことを希望する。」と述べたのに対し、先方も、「大変よく見て頂き感謝する」と答えた。

そこで、大磯団長は当方としては、率直にフィリピン政府当局の保健・医療対策にかけている熱情とその努力は大いに認められるが、未だに各地で絶えず伝染病の発生があり、地域住民が疾病、傷害の予防、医療に今なお悩んでいる実状を見て、この改善策、又、如何なる点が最重要なポイントであるかにつき、十分に考察したつもりだ」と話し、更にその結論として、「全般的に云えば、保健衛生上の知識も低く、栄養状態も悪い現状に鑑み、急にこのレベルを向上するのは困難であろう。従って現にフィリピン政府が熱心に努力している点をそのまま継続し、時間をかけて次第に向上発展させて行くことが理に適っていると考えられる。唯一つ、重要な点は伝染病疾患の発生に対し、即座に適切な手を打つという点に猶不備なものがあるのではなからうか。例えば、或る疾患の発生を見たとき、病名が何であり、どういう手を打つ可きであるかという場合に、先ずその疾病原因の究明が大切であり、その為には、有効に張りめぐらした検査機関の網が必要で其処での速やかな検明が最も望まれるのではあるまいか？。現にフィリピン当局においても、ヘルスユニットとか検鏡センターと称するものを置いてはいるが、その機能が弱いことが認められる。即ち施設においても、専門要員においても欠けているのではないかと考えられる。従って、この網の目をもう少し狭めることも必要だが、是非必要な機材の整備と、これを扱う技術要員の技術レベルの向上、要員数の確保が焦眉の急ではな

かろうか」と話した。

これに対し、Dr. Azurin次官は、「全く同感である。私共がここに別点を持っておることに気付き、何とか手を打ち度いと願っていたところだ」と、団長の見解を大いに賞讃された上、「この点に、日本の医療援助の手を打ってもらい度い」と語った。

そこで大蔵団長は、「先程来のそちらのお話の中に、医療関係者をいくら教育しても、一人前になると皆アメリカへ流出してしまつて、自分達の為めに働いてくれないと申されたが、只今お話合っている中にも、検鏡センターや、ヘルスユニットに配属されるべき技術要員が不足しているのです、この人達を教育・訓練致し度い訳だが、これもまた出来上つて逃げられては何にもならないのではないか。」と問うたところ、アズーリン次官は、「決してそういうことはない。この種のパラメディカルな技術要員については、自分達の経験からすると、多くの要望者があり、それらの多くはその土地の出身者で、その土地で働きたい希望を持っている。又この程度の技術者は現在アメリカでの要望があるとは思われないので、教育訓練の後逃げられて了うことは絶対にない。これは断言することが出来る。」と答えた。

そうした話合いのやり取りの間に、彼我共に、「こうした末端部の疾病発生が今日の如くいつも中央への運び込みのため時間を空費して大きな蔓延になるのだから、何とかこの地域的な検査所の整備と、優れた技術要員の教育・訓練とは先決すべき重要な問題であり、日本からの援助としては適当なものである。」との結論に到達した。

そこで、大蔵団長は、「幸い今日、フィリピン側とも大変友好裡に話合いが一致して、こんなうれしいことはない。この点双方に理解が出来たのだから、我々は帰国後政府当局に報告してこの線を進められるよう努力する考へであるから、フィリピン政府においても、よろしく御検討の上、マニラの日本大使館及びJICA専門家として派遣されている越後貫博士ともよく相談するよう要望する。」と附言し、「然し、このものが援助Projectとなつて動き出すまでには、なお具体的な検討が必要であるから不日、技術者を混えた具体的

調査を行える調査団の派遣がもう一度必要かと思うので、その節は又十分にお話が進むようお願い致したい。」と頼んだ。

こゝで一行は、これらの要人達と別れ、保健大臣 (Olomante S. Gatmaitan, M. Di) に表敬訪問を行った。その際、大臣はOTCA活動とJICAの関係が問われたので、大磯団長はこの説明を行い十分な了解が得られた。

我々一行は大臣宅を辞した後、日本大使館に沢木大使を訪ね、今迄の経緯について詳細報告を了した。

今後の方針、協力の在り方

フィリピン政府保健省要人と我々調査チームとの協議や視察を通じ、この国の保健、医療対策、このうち特に医療機関については自助努力と国際協力等の実を生かし進んだ内容を示しつつある。そこで、我々としてはこの医療機関を通じての直接の協力ではなしに、地域保健対策をも含めて目下次々と発生しつつある伝染病対策のため、第一線の検査機関の整備充実と、技術要員の教育訓練を取り上げることが効果的であると考えられる。

従って、日本からの協力としてはこの技術要員の教育につき、将来その幹部となる人を日本に送り込んで教育した後には帰すことと、彼の地に中央的な教育訓練センターをつくって教育する方法として、日本からの専門家を通じて彼等を教え協力を行うことである。これは次第に先方が充実して行けば自立を方向づける方法でやる可きだと考えられ、又、第一線の検査所や保健センターの整備につき十分な機材、薬材及びワクチンの協力が必要ではないかと思われ。

それには何と云っても多くの島嶼に分れた広い地域であるので、どのような網の目とするか、又その土地土地の教育や生活の程度の異りによるニードにどう応じる可きかにより、その衛生および臨床検査機能の配備を考える必要があるから、そうした種々の具体的な方法を含めて他日、専門的な調査チームの派遣が必要であろう。

Future Policy of Medical Cooperation Services

As a the result of discussions between the Japanese Survey Mission and the Philippines Officials of the Ministry of Health, it was recognized that notable improvements are being made, by virtue of self-help and international cooperation services, in the health and medical services in the Philippines, especially in the operation of medical institutions.

It is therefore considered that Japan can most effectively contribute towards the health and medical improvement in the Philippines not by providing direct cooperation through medical institutions but by cooperating in the consolidation of local medical examination centers and training of medical experts and technicians as well as in integrated regional health services which are all indispensable for controlling the successive development of various infectious diseases in the country.

For training health and medical experts and technicians, two methods have been proposed. One is for Japan to accept for training those experts and technicians who are to play a central role in future health medical and services. The other is to establish a central health and medical training center in the Philippines which will be run in cooperation with experts dispatched from Japan. The operation of the central health medical training center is to be gradually turned over to the Philippine side as the number of qualified instructors and experts increases.

As for the consolidation of local health laboratories and health centers, it is considered necessary to offer sufficient cooperation in terms of medical facilities, medicines, and vaccines.

Considering the broad expanse of the country in which numerous islands and islets are found, the network of health and clinical examination services should be determined in full consideration of the demand for such services which varies from locality to locality and by the people's educational level and living standard. It will therefore be necessary to dispatch an expert survey mission to the Philippines to consider the concrete method of cooperation, including the distribution of the said services.

WHO西太平洋地域事務所訪問

12月17日、マニラ市の国連通りにあるWHO西太平洋地域事務所(WHO Regional Office for the Western Pacific)を訪ね、所長のDr. Francisco J. Dyに会い種々説明を受けた。この日 Dr. Dyも快く会議することを待っており、3部長同席の上、約1時間半を我々のためにさいてくれた。

この事務所は、ニューギニア、ニュージーランド、オーストラリアを含む西太平洋地域一帯と、フィリピン及インドシナ半島の国々を含んだ地域が管轄であるが、隣接の国に、例えばビルマやインドのことも若し必要があれば調べられるので、何でも御用事は遠慮なしに云って下さいということだった。

先ず最初に、フィリピンでは、その75.8%が地方農漁村となるので、最も初歩的な保健計画から始めているが、未だ未端にまでは及んでいない。そこで、先ず予防接種だが、これはワクチンを送るだけで、他の重要問題としては、気管支炎と結核が一番でしょう。一般的には、マラリア、瘧、胃腸疾患、それに沃度不足から来る甲状腺肥大(Goiter)が王座になっている。

一般住民の生活は、種々の生活物資は年毎に上昇してはいるものの何しろ人口増加に追いつけないで居るため、家計は貧しく、従って衛生状態は極度に悪い。従って、しばしば伝染病の流行に見舞われる。そこで、マルコス大統領夫人のお声がかかりで家族計画を大々的に国として取上げることになり、アジア開発銀行からの融資で発足して居るので、これはやがて成果が出てくるであろうと云う。

一方、医術や衛生の事業にたずさわる人材が不足しているので、これの訓練を行っている。なお、現在は民間薬が凡そ1,000種類も流行しているので、中には危険なものも存在するので十分にチェックして200種類位に縮小する考えであるというフィリピン政府によるDrug Control Policyの一つだ。

目下のところは、Viet-Namに対する援助が特別課題として取あげられ、Hanoi, Saigon等に調査を行っているが、この地域はやはりTBが多く又、性病も多いし、Drug Adictionも多い。フィリピンではSchistosomiasis

が大問題で、日本から専門家を招へいしている。

又、心臓病や脳出血も増えているので、First Ladyのお声がかかりで、1,000 Pesos が支出され、Heart Center が発足した。然し、現在のフィリピンでの必要なことは、Local Health Worker の不足に悩んでいるので、これの養成・訓練が大切であろうと述べられた。

付記・プロジェクトの大型化総合化に対応して

インドネシア国、フィリピン国の医療協力の基礎調査を通じ、新しいプロジェクトを設定するさいに、それぞれの国の社会経済の発展に位置づけられた国家保健計画や地域医療計画との対応が重視されねばならない。そのさいプロジェクトはより大型化、総合化し、また中央地方の連携の上に点としての位置づけにとどまらず面としての拡がり考えた協力が期待されている。かような観点に立つとき、技術協力の内容はより大きなものである必要があるし、若し可能ならば無償協力との調和の上に方向づけられることも重視されてよい。その点、インドネシア国北スマトラ地域総合保健計画を推進する場合、伝染病を含め疾病の予防医療対策や環境衛生の向上及び地域開発に伴う変動の把握等についての教育訓練、調査研究および予防医療サービスの推進をはかる中核的な地域保健総合センターが中心地に整備され、また地区には予防と医療の一体的活動を行う地区保健センター及び環境衛生施設の整備が考慮されてよいであろう。

また、フィリピン国においても健康開発や臨床検査機能をより一層強化する総合保健開発センター施設の整備を通じ、感染症や風土病対策や健康増進につながる機能の強化をはかることも一案であろう。

今回の調査にさいしては技術協力の路線からの考案が常になされてきたが、今後のプロジェクトののぞましい方向や新しい発想を検討することも重視されてよい段階にあるものと思われる。また、二国間協力のより有効な発展をはかるためにも多国間協力の趣旨をも尊重し、WHO等国際機関と緊密な連繫をすすめることも大型化総合化のために重要なことと考えられる。

