

コロンビア共和国

調和の取れた変化

国家開発計画 1983 - 1986

国家企画庁

保 健 政 策

寛大さ、信心深さ、誠実さ、効率の高さ及び
彼等に役立つことに誉りを持って、我國民の
健康の為に働こう

Belisaria Betancur

保 健 ， 発 展 の 要 素

過去10年間の死亡率の低下にもかかわらず、保健政策は、あいかわらず危機的である。15年間に、幼児の死亡率は半減し、1000人の新生児のうち1才未満の死亡率は63人にまで達したが、この数字は、先進国の1000人あたり15人という平均から大きくかけ離れている。

伝染性腸炎、急性肺炎、予防接種で予防可能な病気及び栄養失調は5才未満の幼児の病気や死亡の最も大きい原因となっている。

都市化が進むにつれて、家庭内事故及び交通事故が5才から14才の生徒の最大の保健問題として浮び上がる。

暴力及び交通事故が、15才から44才の青年や成人の最も大きい死亡理由となっている。悪性腫瘍及び流産が同年代の女性に最も影響を与える。業務上の事故は高率就業不可能をもたらしている。

45才以上の場合、悪性腫瘍と慢性及び退行性の病気が第一の死亡原因となっている。

伝染病汚染地域に於ける蚊（はまだら蚊及びエジプトやぶ蚊）に依る伝染：すなわち、マラリヤ、黄熱病及びデング熱は地域住民全体に影響を与える。全国にわたって、家畜と人間が共存する率がとても高いので、動物の予防接種が不足しており、又國民の定期診断が、きちんと行われていない為に発生する人獣感染症が増加している。

250万人のうち、10分の1に近い15万人が正常な活動が出来ないで困っている。彼等は、肉体的あるいは精神的に欠陥を持っているが、望ましいリハビリテーションを受けられる例はあまりない。

國民の健康と社会経済的組織の間には、深いつながりがある。農村の後進性、社会的及び地

域的不均衡、都市の整備不足、低水準の所得、失業及び犯罪が病気や死亡の危険を高める。

国民の4分の1はバラックや小屋に住んでいる。この為、災害のコントロールや病気の予防の可能性を困難にしている。伝染性腸炎は農村の生活の質が向上すれば、今程感染しないだろう。一方都会の住宅の欠点は大家族にあり、これが病気の感染を助長し、又、家庭内事故の危険を増加させている。

伝染性腸炎と栄養失調は飲料水の質、排泄物の処理方法、食事の量と質及び水源池の汚染と深く関連している。水道の普及率は都市部の81%、地方の中心地では20%そして僻地では7%のみである。都会の64%及び地方の14%のみが下水設備を有している。

都市あるいは工業地帯の大気は、国民の病理学の問題を提起する。すなわち、交通事故騒音公害及び精神緊張は主な内容である。一方、労働災害は、職場の安全性及び、汚染された空気を吸うことから来る呼吸疾患等と関連がある。

他方、家族の不十分な収入、社会保障の低い付保率は、特に経済の正式ではない部門に関連する労働者の場合、健康を損なり仕事を子供にやらせたり、国のサービスを受けるのを制限したり、食事量を確保できなかつたり、薬を買つたり、保健サービスを要求したりする能力に影響を与えたりする。

日常生活のより緊急を要する事柄を十分に教育していないので、低収入の人々は、色々なタイプの病気に対処できなくなっている。不十分な食事は栄養失調、糖尿病、歯の病気と関連がある。文化的障壁が医師を患者から離している。

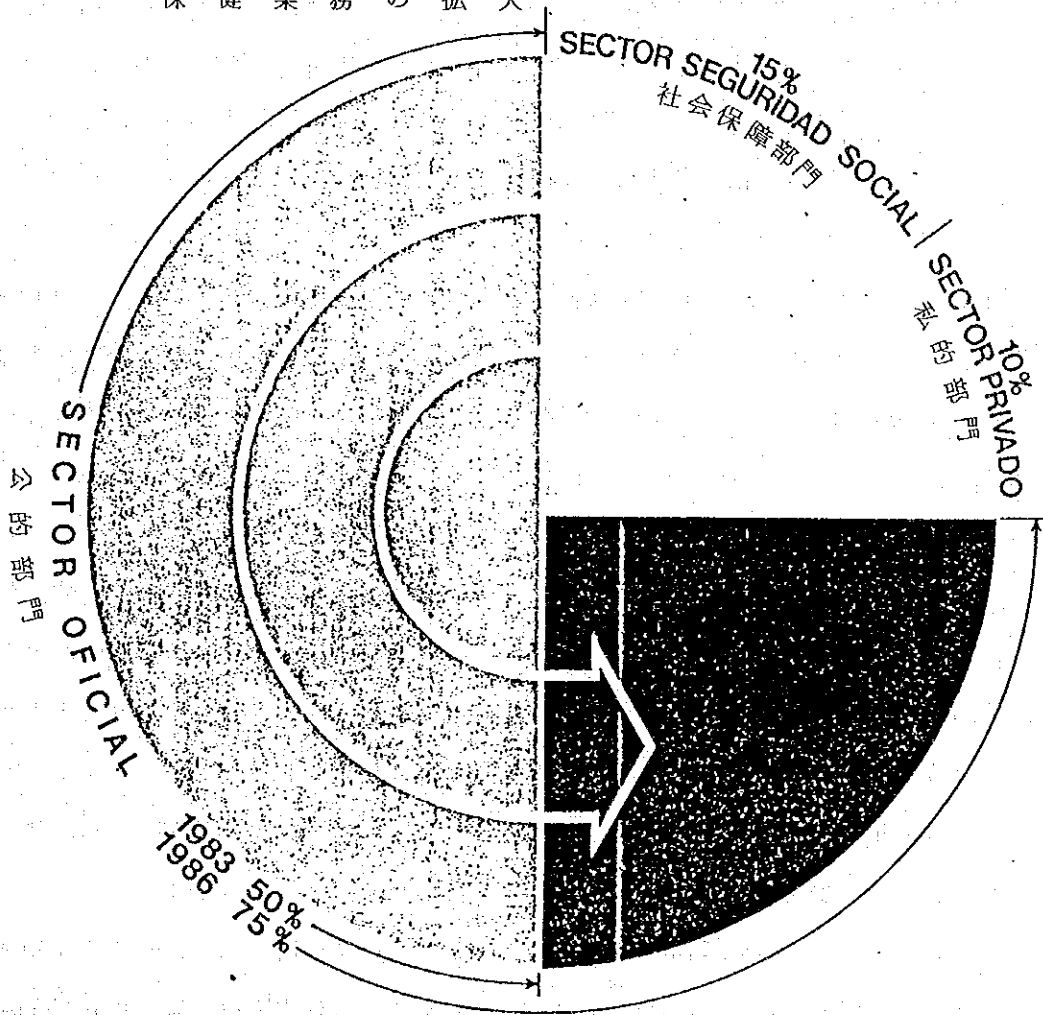
アルコール中毒と麻薬中毒は、青年や大人に対し無視できないレベルに達したが、これは、事故や殺人に依り発生した病気や死亡と無関係ではない。喫煙の習慣は悪性腫瘍や呼吸疾患をもたらす。

本計画の他の章で詳細に述べられている政策は、国民の健康を守るための政策となる。農村の生活向上、都市住宅の供給、上水道の供与及び食料の生産は、罹病率及び死亡率を低下させる経済政策の内容である。他方に於いては、周辺部門に利益を与える雇用及び収入の増加政策連続及び総合的教育及び都市の法と秩序を守る政策は、病気から社会を守り国民の健康を支持する社会的進歩を達成しようとする作戦である。

こうして保健政策は、計画に示されている経済的社会的政策全体と関連している。病気の予防、最も恵まれない階層に援助の手を今迄以上にさしのべること及びその質的向上は、一面ではより大きい社会的公平さを得ることであり、又、他の面では国民の健康状態と非常に関連す

Extensión de los Servicios de Salud

保健業務の拡大



En salud la cobertura oficial pasará de un 50% a un 75% de la población nacional.

公的部門は、国民の50%から75%に増大するであろう

る仕事の生産性を上げる為の戦略である。

より効率的なシステム

国民の各階層に於ける難病・死亡率を下げる計画と共に、保健サービスの普及の拡大は国立保健システムのより効果的機能を有する。

1. サービスの提供の分散

各種の施設が、コロンビア国民の約4分の3にサービスを提供している。

私的部門は人口全体の10%にサービスを提供する能力がある。これは十分寄付を受けた病院のことで、非常に特殊な薬を使う大都市の上流階級用病院である。又社会保障や保健担当サービスの施設に医療業務を協定に依り提供し、利益を得ている。

他の15%の国民は、予防よりも治療に重きを置いた社会保障の各種施設に依り、援助されている。これには、社会保障協会下部機構があり、私企業の労働者を組織しており、公務員の為の社会予防公庫及び、家族保償公庫がある。これらの機関が、都市の組織された労働者や、近代的経済部門及び、数は少ないが、都市近郊の農工業に関連する地方の給与労働者をカバーする。資金は雇用者負担金から出ており、労働社会保障省より認可あるいは制定されている。

厚生省及び関連機関は、人口の50%近い人々を援助している。第一、第二、第三段階の診療に分けられるが、その焦点は治療よりも予防である。

なおも人口の4分の1は全ての援助外である。国境地帯、土着民居住地、太平洋海岸及び暴力の影響を受けている地域等の比較的開発されていない地域及び都市周辺地域に住む最下層階級の人々が、これに該当するようである。もし中期的に欠けている段階をカバーするには、国立保健システムは、コロンビア国民の4分の3をカバーする必要がある。

サービスの全ての申し出の中で、非効率であるないかの障害がなくなるということは、理想的なことではないが、あり得ることである。

● 最初に、保健省と他の政府の組織とが緊密な協調を確約する必要がある。これは、病気の

防止を通して、保健サービスに関する圧力を減少させる行動を統合する為である。農業省とは農民の住居の健康と栄養のある食物の生産の為の行動が中心となるだろう。文部及び通信省とは健康に関する教育のプログラムが協議されるだろう。労働省とは未成年を含めた労働の安全性と労働中の危険防止について政策を統一するだろう。第一段階のサービス計画を支持し、全ての政府機関と一緒に、住民の参加を連続的に促進する為に、特別の努力が払われるだろう。

- 第二に保健サービスを提供する全ての機関の間で協調するメカニズムを確立しなければならない。実際にサービスの提供が、重複している部分があり、これが能率の低下を招いている。短期的には、下部組織間では効率的統一を短期間に期待できないが、中期的には少なくとも部分的あるいはゆっくりとなる。統一の為の代案が考えられる。しかしながらこの4年間の間にサービスの相互交換や総合的プログラミングを行なうことは、必要である。特に一般労働者と公務員の為の保健担当サービスと社会保障の各支所の間には必要である。この為、保健省と労働社会保障省は、傘下の4組織と協力して、責任をもって、作業にとりくむ。この4組織とは、健康保険監督庁、社会保険協会、全国予防公庫及び、家庭補助監督庁であり、最も高水準の協調の制度メカニズムを確立しなければならない組織である。短期的には、健康保険監督庁の管理的及び法的な再建プロジェクトが示されねばならない。又、保健サービスを提供する社会保障機関に国立保健システムの制度と手続きの適用の為の手段を強化しなければならない。
- 第三に、保健省は、人口の75%迄カバーすることを希望するなら、資産をもっと有効に利用しなければならない。実際には、能力に見合う人口50%以下しかカバーしていないことを想像させる活動していない能力や、利用されていない資源がある。現在あるインフラストラクチャーのまま、小集落には対処する。このように1981年には、人口の31.4%に診療サービスを施す為の資産があったが、実際には24.7%に対してのみ施された。入院については、実際には29.3%であったが、可能な数字は34.2%である。又、予防注射は、実際は30%であったが、50%が可能だった。資源の不十分な利用は、需要者側の組織に限界があることを意味している。国民の参加は、利用者がサービスの内容を確かめ、それらがより効果的であるように圧力をかける為の手段の形で表われる。この意味で、効率良く、低コストカバーできる率を高めるための刺激は地方の水準を最高技術水準の間のより大きい均衡を得ることにあたる。対処の初等あるいは地方水準は、地域住人の条件を調整しつつ、彼等の必要事項書に答

えることができるサービス組織として考えねばならない。

まとめると、人口4分の1に対するサービスを提供する為の資源の決定的不足及びその他の不十分な機能が見られる。解決方法としては、資源のより大きい供給、国際的により良い協調、システムの水準のより明瞭な組織をめざさねばならない。続いて、国立保健システム公団が用意している資源のより効果的利用の為に、作戦が紹介される。

2. 技術的資産

国立健康システムは、開発、保護、回復及び復元の行動を通して、国民の健康を管理することを目的として考えている機関及び組織の連合体である。

システムが整えられたメカニズムは、法的基盤を与える原則である。すなわち、その指揮のための基本組織、公的あるいは私的資格に依って、保健組織との関係を決める指定及び関連のある制度及び企画、投資、供給、人事、情報及び調査の下部組織がこれである。

システムの全構造の基本的見通しが、この4年間で、対策を考える手段としてより大きい関連及び方法を与える為に、始められるだろう。中でも、現在のサブシステムの主要な欠陥は修正しなければならないだろう。COLCIENCIAS と DANA との協力で、保健省は調査の政策を決定するだろう。又、保健管理の様々なレベル間での統計情報の作成及び配布を改善する修正案を決定するだろう。全てのサブシステムの中で、最も効率的な発展の為の一般条件は過度の中央策権化を避ける為、保健担当サービスと地方、地域レベルの技術的強化である。この意味で、複数の部署間での交流及び技術協力を援助するプログラムを作成する必要があるだろう。

保健大臣は、いつも同じ政策を取るとは限らない5公社を選んだ。これは、伝染病の調査、観察、予防注射や、上水道や下水道の25,000人以下の集落への生産、配達を基本的に受け持っている国立保健協会 (INS)、上水道と下水道を大都市に供給する国立都市振興協会 (INSF-OPAL)、公立病院網の維持、建設及び寄付を受け持つ国立病院基金 (FNH)、コロンビア家族福祉協会 (ICBF)、及び国立がん協会の5公社である。これらの公社は完全には国立保健システムに統合されていない。これらに関連付ける為の作戦は、この仕事の責任者である彼等の企画事務所の協力メカニズムの考えに基づく。

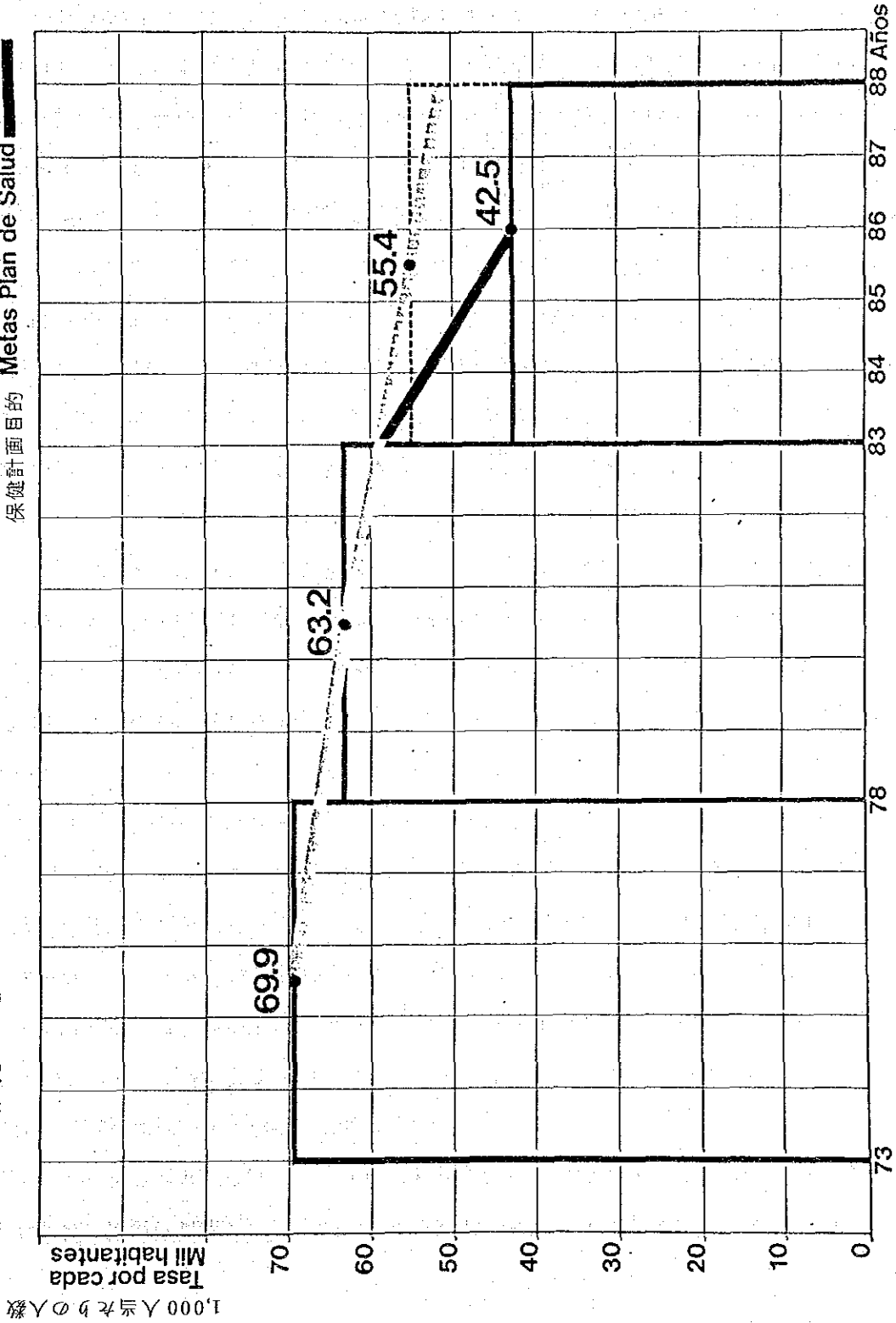
Mortalidad Infantil 1973-1986

幼児死亡率

事実 Comportamiento 1973-1983

傾向 Tendencia historica

保健計画目的 Metas Plan de Salud



88年

Una mayor atención a la población infantil reducirá la tasa de mortalidad a 42.5 por mil en 1986.

幼児への配慮を高めることに依り、1986年には1,000人当たり42.5人の死亡率に減少するであろう

3. 機会をとらえた安定融資

コロンビアに於ける公的保健の融資の源泉は複数である。資金は、宝くじや慈善事業、酒税、競馬等のかけ、賭博場、コロンビア家族福祉協会の特別目的である収入等が、全国より集められる。資金源の比率は幾つかの保健担当サービスの間での変動する。複雑な送金手続きが必要で、保健部門に対する適切な資金は、国家予算に関連して減少しており、1976年に9.5%だったのが1982年には7%に下がっている。追加予算の不確実なメカニズムの為に、基本的適合と決定的適合との間の差は、支出計画と実施との間の大きな差異を生じさせている。一般的には、多くの資金の管理とその送金はやっかいな仕事である。いつも公正な要素に従ったり、支出の効力に貢献するとは限らない。機会の喪失は予算の赤字の慢性的状態を生む。

この状態は国民の健康に関する社会の信頼とだんだんと侵すような争いを生む可能性がある。そして、国民のより多くに普及を保証しようとするのに資金がないばかりでなく、保健に関する公的融資構造にも問題がある。

多くの手直しが短期的に導入され得る。これらは全て恩恵や慈善という古いものさしで取り扱うことのできない借款のより大きい管理能力を得ようと望んでいる。簡素化した管理手続きに本質的改良を加えるべきである。投資計画及び機能計画次第で大きく進歩可能である。とりわけ、正常な計算の中で、突如不確定要素を持込む基本予算と最終予算の間の差異をとり除くべきであろう。都市部に於ける環境のコントロールはより大きい十分な費用をかけるべきである。病院の維持については、サービスを近隣諸国へ輸出している効率の高い企業が行なえば良い。対外債権及び国際技術協力という資産はもっと効果的に利用できる。

しかしながら、中期的には、より全体的な解決方法が必要であろう。経済の強化は、保健ファイナンス及び文部、法務といった同じ問題で悩んでいる他の省庁のファイナンスの近代化の骨組みとなるにちがいない。ファイナンスの仲介を行なう組織の強さは、分散した資金の取得と社会の予想する安定した基金の維持を確信する体制も考える為に役立つにちがいない。これらの代案が、実現可能となるために、今すぐ保健部門と他の社会部門のファイナンスの構造の目録及び分析を実施すべきであろう。この研究はコロンビアの公的業務のファイナンスの仲介の構造及び、重要な変化に関する現実の計画の機能に依って、解決策の代案と考えるにちがいない。

4. 物質的資源

病院の物質的資源の利用可能量は 864 病院 44,164 ベッドにのぼる。公的部門に 662 病院 (72%) 29,150 ベッドが属している。1,000 人にベッド 1 つある計算となるが、これはカナダやアルゼンチンそれぞれ 9.5 ベッド及び 6.0 ベッドと比べ、劣っている。公立病院のうちベッド数 10 以下が 136 あるが、これら病院は、技術的及び科学的能力に欠けると判断せざるを得ない。その他の病院の平均的利用率は 59% でそのうち地方では 41%、技術的に進んでいる大学病院では 76% である。これは資源の利用が不十分であることを示している。

救急病院に関しては、公立のセンター及び保健所が 2,440 及び社会保健の診療所が 422 ある。家庭福祉は、就学前児童に対応して、1,320 ケ所補護用に 464、リハビリテーションに 90、及び特別教育に 97 ケ所あるが、需要に見合う程十分ではない。

どのようにして、いつ病院は建設されるのだろうか？その瞬間迄、結論はあやふやで、資金の利用可能量は計算されていないし、総合サービスによるコストダウンも明確ではない。保健省の下部組織である国立病院基金と、社会保健及び、一般部門との間の協調が、十分にあるとは言えない。その結果、努力は重複し、国の負担がかかる。これら部門間の協調が重要である。国立病院基金はもつとも重要な役割を果すべきで、常にシステムを新しいものに保っておかねばならない。出発点は、物質的インフラストラクチャーの棚卸し表を贈与品を含め、常に新しくしておくことである。同時に、投資計画を作成しなければならない。又、既に成功を納めているプロジェクトは終了させねばならない。

一方機器の購入、据付及び移動の政策を企画する必要がある。世界の技術は常に進歩しており、我国は何の先見の明を持たず、ファイナンス付き売込みに依り包囲されているように見える。それはある時は古びた機器であったり、又、ある時は全体の必要量を充たす超豪華なものであったりする。同時に、技術を持つエンジニアリング会社の据付の際に国内エンジニアを刺激するのは良いことである。大学は特に理学、物理、機械及び電気の学部は医療機器のデザイン変更の試験に相談に乗ってやるべきだろう。

他方専門化した地方の中心地を通じて、物理的インフラストラクチャーの維持という総合プロジェクトが発達すべきであろう。コロンビアはこの分野で勝れた人材を持っており国立病院基金の財源ともなっている如く、近隣諸国へメンテナンス要員を派遣するのに積極的姿勢を見せています。

当国は環境面で特に上下水道への投資に関し：INS、INSFOPAL 公社間での重複や並行線をたどる場合が多く、解決に時間がかかる。

5. 人 的 要 素

- 当国の医師の分布は、国民の必要を満たすものとなっていない。未開発地の方が、一般的に医師が不足している。義務社会のサービスは医師を回転できるので、より公平を得るといふ意味で重要である。しかしあまりに、移動しすぎるといふ弱点を持つ。才能のある医師を地方へ派遣してしまふ程には、道義づけが為されていない。又、学生達に当国の現状及び社会に対する義務のより重要な意味を教えるべき大学にも、それだけの道義づけが為されていない。

第一、第二段階の治療については、助手、看護婦の総合的教育の必要性を強調する必要がある。特に、管理、病院のメンテナンス及び補助的サービスの部分に於いて。

第三段階に於いては、計画のまずさにより、需要と供給の間にアンバランスが生じている。一般外科と小児科の医師は十分なのに、麻酔医が最も不足しており、又、神経外科医、重症外症医、整形外科医も不足している。

人的資源の形成に於ける対策は、保健科学、ICFES、学会及び、通信教育という新しい形式の機能を充実することである。この通信教育は、仕事をしている場所で訓練や総合的教育を受けることが出来る。コロンビアは、地理上、山が多く、新しい通信方法や総合的教育を利用する価値が高い。実際コロンビアは、ある私的機関（国民文化活動）のおかげで、通信教育の世界に於けるパイオニアであった。この例外を除き、当国は特筆すべき高い水準に達したものを持っていなかった。通信教育の一般化は国民一人一人が保健の代理人となることができ、連続した教育や健康な人間の実現のプロセスを改善するのに貢献するだろう。

よく言われることだが、当国にとって最も不足している資源は組織である。もし、保健部門が国民全体の福祉に貢献したいのなら、特別な性格の企業として活動すべきである。人的資源の最も評判の悪い非能率は当次元の管理者であり、責任者である。官庁の下部機関は給料が安いので、専門家である貴重な人材を常に保有しておくことが難しい。

コロンビアでは、時々起こる人的資源の形成と紛争の解決に於いて、政府は協議の原則を

崩していない。幸運にも、公立及び民間の保健機関の中には、異なった性質の組織が存在する。それが何度も言われている保健管理の上での道義と国民の信頼を回復する為の強力な要素となっている。

病 気 と 死 の 危 険 の 軽 減

健康に関する公平とは、国家の援助を最も恵まれない他の機会を利用できない国民に迄拡大することである。指摘されているように効率よく保険の公的機関の普及している範囲や社会的予防及び総合的団結を拡大することは可能である。

この4年間、羅病率の構造を修正する為に設けられた目標は傾向から言っても準備できる手段から言っても、実現可能であり、多分実現できるものである。

1. 最優先されるべき母と子

1才未満の死亡率を1,000人中40人以下に押え伝染病や寄生虫、予防接種、呼吸器疾患及び未熟児の死亡率を半減させる。1才から4才児については、死亡率を1,000人当たり7人から5人に死亡率を下げねばならない。

これらの目標に到達する為には、成長と発育(60%)、水和療法、予防接種(80%)、母乳及び栄養のプログラムの普及を拡大しなければならない。診療は、1才未満児の90%及び1才から4才迄の幼児の50%迄普及されるべきである。コロンビア家族福祉協議は孤児となった、あるいはほとんど面倒見てもらわれていない5才以下の児童を優先的に子供の健康に対処し、その範囲を拡大する。未就学児童総合検診センター(CAIPS)は、その為住民の参加を得て新しい検診方法を振興し、伝統的な2交代制に代わる幼児の家族を創り出すことに努めており、又、栄養のバランスや教育活動及び、両親の研修等のプログラムを開発している。

母親に関しては、羅病率の低下が試みられている。妊娠、出産、産後、流産及び、子宮頸ガンを依る死亡率を10%低下させるのである。その為、出産(70%~80%)妊娠中のコントロール(70%)及び家族計画(20%~25%)に関する医療制度をこういった比率まで高めねば

ならない。

社会予防の活動として、母親には栄養学講座が開かれる。

2. 子供（5才～14才）への対処

- 死亡率を1,000人あたり0.5～1に下げる為、交通事故、呼吸器系、感覚器管等の病気の罹患率を15%～20%下げる。医療診断普及率を（40%）高め、虫歯予防（50%）活動を進める。

教育、通信及び輸送の分野と共に、大都市及び中規模都市に於ける交通事故撲滅運動を展開させる。

孤児に対する活動を活発化する。働いている子供については、健康センターに依る保健及び初期検診プログラムが、労働省に依る法律上のコントロール、調査及び教育キャンペーンに依る協力のものに提出される。

3. 15才から44才迄のグループ

このグループでは、母親は除かれており、死亡率1,000人中2.0～2.5人と達成できるように、殺人（20%～25%）及び結核（18%）に依る死亡率を下げるように提案される。

健康増進、予防、傷病者への治療及び、社会復帰、交通事故、重症外傷及び労働者の健康そのものの為、労働、通信、教育、公共事業、国防及び法務の各官庁に依る行動が、調整される。特別な注意が15～30才の失業者、犯罪者及び麻薬常習者に対して払われる。

4. 45才以上のグループ

- 目的として、45～59才のグループでは、1,000人中8人に死亡率を低下させ、60才以上のグループでは、1,000人中50人に低下させたい。

老人に対しては、特別な配慮が為される。老人を家族及び社会の一員として考える為に教育活動及びレクリエーション活動が実行される。

5. 一般プログラム

- 性病，結核，ガン及びらい病のコントロール，災厄の際の援助，緊急の援助，リハビリテーション，精神病，麻薬中毒，アルコール中毒及びニコチン中毒者に対する援助，労働者の保健及び中毒，緊急外科及び高血圧のコントロール等に対するプログラムが開発されている。マラリア， Dengue熱及び黄熱病のコントロールとリーシュマニアのコントロール及び撲滅に依る熱帯病のコントロールプログラムの強化を行なう。

6. 特別プログラム

恩赦の利点を明確に理解して，破壊活動に依り，影響を受けた地域の復興計画が最優先される。保険では，プログラムは病人に対するよりきめ細かい看護，保健機関の建設や寄贈及び川や近づきにくい地点での移動式設備の建設等と含む。

同じく重要なのは，土着民の国立開発計画（PRODEIN）に含まれる。土着民社会の為の健康プロジェクトである。保健省の決定事項 10013（1981年）に従がい現在有効な規則が適用される。

保健省はグアヒラ用プログラムのデザインに ISS と CARBOCOL と共に参画するだろう。

家庭に対する総合医療

激しい都市化のプロセス，労働マーケットへの女性の大量参入及び農村の都市への移動といったコロンビア社会の変化は，昔からの家族構成を変えてしまった。都市周辺部には失業，犯罪，貧困，捨子，母子家庭があふれている。年齢構成の変化は，国民の中で，老人の重要性の

上昇を示している。これはよりふさわしくより生産的であり得る年代に対する社会の相対的無関心と対照を為す。

公立及び私立病院は、よりふさわしい社会環境に於ける新しい家族のプロセスを指導する為に非常に貢献した。しかしながら、国立家族福祉システムの新規創設にもかかわらず非協力的行動も見られた。

一国を構成する核となる家族の役割が与えられ、政府は家族医療検診という全国的政策を計画した。この政策のもとに雇用、保健、栄養、教育、レクリエーション、住宅及び社会参加等に関する活動が調整され、経済発展が意味する特に最下層の国民に於ける家族の社会福祉とその発展を達成しようとしている。国立家族福祉システムは、1979年法令第7に依って作られた政策の一般的指示書である。コロンビア家族福祉協会は組織の統轄し、調整する役割を果す。

雇用条件、収入及び家族の健康条件を改善したり、家族に対するサービスを大いに普及することが、政策の一般的目的である。家族問題の解決を図ったり、夫婦の教育や研修サービスを強化したり、家族の離散や捨子の原因となる理由の予防措置をしたり、又、家族に対応する責任ある公立機関の間の協調を促すことも政策の一般的目的である。

未就学児童総合対応センターの概念は、修正され、家族及び地域社会の対応の中心となってきた。より十分な福祉が両親に捨てられた5才未満児童に努力を中心とする形で実施される。これは地域社会の協力に依って保育園の新しい様式を生むことになる。

同時に、中規模都市の住民開発センター(CDV)は、より貧困な家庭への対応を考えねばならない。その為には、家族の収入を高める共同組合や中小企業を創設し、地域社会の参加をより積極的に推進する必要がある。

1983年は、政府に依り、コロンビアの家族の年(政令434-1983年)であると宣言された。こういう意図で調整委員会が設立され、永久的に地域社会に助言を与える審議会を設けた。そこでは、家族に対する法的規律の近代化や、地域社会的特性に関する調査、家族生活に於ける教育及び個々の政策の立案の実施を進めている。

家族に対する総合的対応政策の一部として幼児への対応計画、青年の為のプラン及び老人対策全国プランである。女性の社会的向上に対しては、特別な配慮が為され、生産活動を総合的に高め、家事条件を改良し、そして生産、政策及び文化的的生活に対する平等な女性の参加を促進する。

コロンビア共和国

企画庁

保健省

健康の公平を目指して

国家計画 1983～1986

(公式書類)

ボゴタ, 1983年1月

国家保健計画

健康の公平を目指して

“この事業に我々が一致団結して当たれば、健康が、人間の基本的権利であり、政府が、幼児から老人に至るまで全てのコロンビア国民に対して保証しなければならない社会目標であること、即ち、我が国同抱の威厳保持の道路であること、が証明される”

ベリサリオ・ベタンクール

企画庁

保健省

長官

大臣

ヘルナン・ベルツ・ベラルタ

ホルヘ・ガルシア・ゴメス

目 次

提 言	114
はしがき	116
1. 保健部門の現状分析	116
1.1 人 口	116
1.2 保健状況	117
1.3 原 因	119
1.4 保健部門の資金、資源など	124
1.5 コミュニティーの参加	129
1.6 保健部門と他部門間の調整	129
2. 政策、目標及び一般対策	129
3. 目的の細目	132
4. 対策の細目、プログラム及びプロジェクト	133
4.1 住民対策	133
4.2 熱帯病のコントロール	137
4.3 環境対策	138
4.4 インフラストラクチャー	140
4.5 初等サービス	143
4.6 特殊地域	143
4.6.1 壊乱及び武力衝突の影響を受けた地域での対策	143
4.6.2 壊乱及び武力衝突の影響を受けた地域のプログラム	143
4.6.3 経済開発の新極での対策	144
4.6.4 // プログラム	144
4.6.5 住民の栄養状態改善対策	144
4.6.6 // プログラム	144
5. 見積りコスト	144

提 言

50年代の終り、ラテン・アメリカでは、経済及び社会開発を急速に促進する必要性が認められてきた。開発は総合的なプロセスであり、そこでは保健が基本的な役割を任っている。

コロンビアでは、企画庁に開発に関する一般政策決定の責任があり、保健省と協力して、公的、地方、あるいは私的な組織、機関から構成されるこの分野独自の政策も決定する。

公的組織、協会とは、保健省、その指定団体（国立保健協会、国立市政振興協会、コロンビア家族福祉協会、国立痛学会）、国立慈善基金、健康保健組合、担当行政部門、関係地方団体及び、利益を追求しない関係機関である。地方組織とは、基本的には保健サービスを行なっている社会保障機関を指す。私的組織は、利益追求を目的とした民間経営のものである。この書類に含まれる企画は、上記の組織、機関全てにとってガイドとなるべきものである。

ここに紹介されている基本計画は、公正、支出抑制、政府のモラル向上、部門以外との協和、制度の整備及び、既存の資源の最大限の活用などの現政府の基本政策を含んでおり、下記の各グループを優先するものである。

- 母子
- 労働者
- 障害者
- 老人
- インディオ（原住民）
- 都市及び農村の周辺地域の住民、及び
- 擾乱や武力衝突の難に合った地域の住民

この基本計画は、保健省、企画庁、関係機関、組織などの専門家、責任者の協力のもとに、下記三点について行なわれた困難な作業の結果である。

1. 利用可能な全ての情報、（特に、国内保健調査）を利用、総合しての現状の分析
2. 上記分析と、大統領の示す国策の概要を踏まえた上での政策、目的、各部門の対策の決定
3. 具体的な対策を進めるためのプロジェクトやプログラムの作成

これらの三点を基に、保健分野の分析、及び提示された問題点に対する実現可能な解決策が示されている。即ち、何をするべきか〔政策〕、どの様に推し進めるか〔対策〕及び、具体的活動〔プログラムとプロジェクト〕が、目的達成の為に確立されるのである。

但し、この書類は、単に基本計画の全体的な面のみを扱ったものであり、詳細は、後日発表されることになるので、それから、診断、予測が行われ、国内35ヶ所の保健サービスの各々について独自のプランが立てられる。

政府の意図は、ここに計画されたことを実施することであり、その為に資源及びコミュニティの受入体制の観点から提案についてのフィージビリティが考慮されている。又、この書類、コロンビアの保健計画のプロセスにとって単に技術的な支えとなることも避けなければならない。その為には、基本計画の早急な開始の必要性を認識しなければならない。その際、保健部門の全機関、組織と、その他の政府部門—教育、農業、運輸、通信、司法、労働、及び社会保障—、私的活動、—その責任は、人と環境へ及ぼす影響という点で重要である—、及び、コミュニティ、— "社会の存在なくしては、真の社会行政は存在しない" と云う法則がある—の四者の協調が重要となってくる。

部門別計画の決定には、今までは困難ではあったがこれからも守り続けるべき一連の約束事と決意が付随しており、これは又、全般的な危機に直面しながらもその克服を決意し、国民の更に約束された将来を願う政府の挑戦でもある。犠牲はあるかも知れないが、資源の組織的な再編成と合理化が行なえ、結果的には、国民生活の質向上に役立つことになる。

現在の管理過程の改善を目指して、政府はより適切なプロセスの導入と、堅実で的を得た監視、管理体制を通じて、効率的な組織を技術的にも資源的にも刺激する様な適切なメカニズムを模索し、政策、対策の範囲内で、改善の努力を支援するつもりである。

この膨大な事業に我々と共に参加する全ての職員を歓迎する。ここでは、全ての人が必要なので、誰の方がより重要ということはない。各人が全て、その職務を遂行される様に、医師、歯科医師、エンジニア、看護婦、保健婦、社会、家庭のメンバー、全ての人が。

我々が成すべきことは多く、その結果はすぐに目に見えるものではないので、健康への挑戦は大変だと言える。リズムを高め、落胆することなく進もうではないか。我々の目的は、コロンビア人の健康と福祉である。治療法に優る予防策を強力に進め、信念を失なわないようにしよう。何故なら、発展途上にあり、しかも経済的資源の限られた我国では、非能率と落胆は、避けて通ることの出来ないものであるから。

次の選挙を考えて単なる保健の官僚となることのないように、次の世代のことを考えて健全な人であるように。

ヘルナン・ベルツ・ベラルタ

ホルヘ・ガルシア・ゴメス

は し が き

本書類は、5章から成り、そのタイトルと内容は以下の通りである。

一保健分野の状況分析

人口構成、その健康状態、その健康状態を左右する要因、保健分野の人的、資金的、物質的、技術的資源、コミュニティーの保健への参加状況、及び、保健分野の他の管理部門との協力状態などに関する現在の主要な数字を掲げてある。即ち、問題が提示してある。

一政策、目的、及び一般対策

前章で示された問題解決のために保健部門が遂行すべき目標。即ち、何を成すべきか？

一目的の細目

この章では、期間内に到達すべき目標を掲げてある。即ち、どの程度成されるべきか？

一対策の細目、プログラム、及びプロジェクト

目的達成の為に進めるべき活動について。即ち、直面している問題を如何に解決するか？

一予算

前章に述べる活動を進めるにいくら必要かを示す。

1. 保健部門の現状分析

1.1 人口

1982年の推定人口は、26,966,000人 (1)

1986年半ばには、29,194,000人に達していると推定される。年間増加率は2.1%であるが、増加率は低下の傾向にあり、この現象は60年代半ばから現れてきており、出生率(2)が急激に下がり始めた。1968年の人口1,000人当り41人の出生(813,000人)が、1982年には、1,000人当り27人、(728,000人)となった。平均寿命は、約63才(3)に達した。

(1) DNP 社会人口統計局、1982年10月

(2) 国民地域協力センター, ボコタ, 1982年11月

(3) 国内保健調査, 厚生省, INAS, ASCOFAME 1982年11月

出生率の変化, 全ての年齢グループの死亡率の減少, 及び寿命の伸びにより, 年齢別人口構成⁽¹⁾に変化が見られるようになってきた。即ち, 高齢人口の増加とそれに伴う相対的な若年層の減少。

現在, 人口の37.7%が15才以下, 4.8%若しくは1,305,000人が60才以上であるが, 1986年には1,522,000人となるだろう。

都市化人口⁽³⁾に関しては, 35%が農村部に散在, 8%が農村部に集中, 23%が人口2,500~99,999人の町に, 残り34%が中及び大都市に住んでいる。その構成は, 時と共に変化してきており, 農村部と小さい町の人口比率は, 漸次減少している。

年齢別構成は, 都市化の段階の違いにより大きく異っている。農村部の散在人口の内15.6%, 1,330,000人は, 5才以下であるが, 大都市では, この比率が11%となる。15~14才の年齢層は, 労働人口の移動が原因で更に差が大きくなっている。

学歴レベル別人口構成も特異である。⁽³⁾ 都市人口の方が教育を多く受けている。即ち, 人口2,500人以下の町と農村部人口の38.6%, 3,276,000人が教育を受けていないが, 人口10万以上の都市では, この数字が10.3%になっている。

1.2 保健状況

過去10年間の保健水準を分析してみると, 死亡率の減少, 死亡率構成の変化, 平均寿命の伸びにも拘らず, 保健問題は, 今だに重大であり開発途上国特有の特徴を呈している。

総死亡率⁽⁴⁾は, 1982年には, 4人当り5.8人, 156,400人で, 確かに低い水準ではあるが, これは, 出生率の急激な低下, 平均寿命の伸び, 年齢別人口構成の変化などが原因の過度期的な性格のものである。一方, 幼児の死亡率⁽⁵⁾は出産千人当り, 1才以下の死亡は57人, 41,500人で, 15年間で半減しているが, 先進国の千人当り15人に比べると大きな隔たりがある。

(4) バヨナ, アルベルト, 1970~1982年のコロンビアの死亡率, 国内部門別修正レベル。

厚生省保健調査, INAS, ASCOFAME, 1982年2月

(5) バヨナ, アルベルト 保健調査, 厚生省, INAS, ASCOFAME, 1982年10月

人口構成グループ別の病気及び死亡の主要原因に関しては, 表No.1の通りである。

CUADR No. 1

表No. 1

Primeros Causas de Mortalidad y/o Morbilidad por Subgrupos de Poblacion

構成別死亡及び／又は病気の主要原因

C A U S A S 原 因	GRUPOS DE EDAD 年 令 別						
	-	1	5	15-44		45	60 y 60才以上
	1	4	14	H.	M.	59	más
			男	女			
Enf. Infecc. y parait. del Aparata Digestivo 消化器系の伝染病と寄生虫	×	×	×				
Enfermedodes respiratorias 呼吸器疾患	×	×					
Cousas Perinatales 未熟児	×						
Desnutriciõrr 栄養失調	×	×					
Anomaliás congenitas 先天性異常	×						
Accidentes (excl. vehículas de motor) 事故(交通事故を除く)		×	×	×			
Enf. Sist. nervioso y org. de los sentidas 神経系, 感覚組織疾患 (especiainments limitaciones ouditivas y visuales) (特に視力と聴力)					×	×	×
Heiminticais <i>filariasis</i> 寄生虫病		×	×				
Accidentes par vehiculos de motor 交通事故			×	×			
Enfermedodes de los dientes 歯の病気			×				
Enfermedodes del aparato digestivo 消化器疾患					×	×	×
Complic. del embarazo, parto, puerpario y abarto 妊娠, 出産, 産後, 流産					×		
Enf. aport. respi. (excl. infecc. resp. ogudas y crónicas) 呼吸器疾患(慢性, 急性の伝染性呼吸器疾患を除く)					×		
Enf. del oparato genitourinario 生殖器疾患					×	×	
Enfermedod hipertete 高血圧							×
Homicidio y lesiones intencionales 殺人と傷害					×		
Tumores malignas 悪性腫瘍					×	×	×
Enfermedades isquemias cel carazón 心臓病						×	×
Otras enfermedodes bel carazón その他心臓疾患							×
Enfermedades cerebrovasculares 脳血管疾患					×	×	

Enfermedades prevenibles por vacunación más importantes : sorampión, difteria, tásferina, tétanas, polio y tuberculosis.

予防注射で予防できる病気 : はしか, シフテリア, 百日ぜき, 破傷風, ポリオ, 結核

Enfermedades tropicales de especial prioridad : malaria, fieber amarilla, dengue, pian.

特に重要な熱帯性病気 : マラリア, 黄熱病, デング熱, ビアン

Zoonosis que ameritan consideración particular : rabia, leishmaniasis, encefalitis equina venel zana, brucelosis, triponasomiasis (enfermedad de chagas) y, taxoplasmosis.

特に考慮を要する動物関係の病気 : 狂犬病, リシュマナリシス, 馬の脳炎, ブルセラシス腸炎, 毒性血液病

Fuente : Ministerio de Salud, INAS, ASCOFAME. Estudio Nacional de Salud, 1982

出所 : 保健省, INAS, ASCOFAME 保健調査, 1982年

国民の健康状態の分析から、消化器系伝染病、急性呼吸器系疾患、栄養失調が、5才以下の幼児の疾病、死亡率（これは下ってはいるが）、の主要原因であることが分る。予防接種で予防できる病気についても同様である。

家庭内の事故と交通事故が都市化が進むにつれて、5~14才の子供の第一の健康問題として目立っている。

暴力と交通事故が、15~44才の男子の死亡の原因の大部分である。同年令の女子では、悪性腫瘍（子宮癌、乳癌）。労働災害も労働人口に高い率で傷害を引き起こしている。

45才以上では、悪性腫瘍と慢性の退行性疾患が中心となっている。

どの年齢層にも影響を与えている熱帯風土病、特にマラリアは、開拓地や公けの秩序が保ちにくい所で多くなっている。

動物を媒体とする病気では、その致命的なことと増加していることで、狂犬病が目立っている。

死亡率の低下を示す数字を身体及び精神のリハビリテーション活動との関係から総合的にみると、国内には、日常活動が全く行なえない人が15万人、神経、骨と筋肉、五感及び精神に制約がある人が243万人存在することが分かる。彼らは、中又は高度なリハビリテーション・プロセスを必要としている。

1.3 原因

保健状況、社会経済、文化、環境及び国民の行状を条件付ける要因、あるいは、保健行政の内容と機能との関係を分析した結果、下記の様な特に議論すべき面が認められた。

家庭の経済収入の低さは、住宅の質、上下水道設備の利用方法、食料の量と質及び、教育の機会と密接な関係にある。又、これは呼吸器系疾患、菌の病気、栄養失調及びマラリアに

も結びつき、更に、薬剤購入能力を制限し、家庭の側からの保健行政への接近をも遠ざけることになる。

低レベルの基礎教育、健康に関する知識の欠除及び国の保健行政に対する否定的態度が消化器系の伝染性疾患、寄生虫病、予防注射により予防可能な病気、事故、流産、悪性腫瘍、及び生殖器疾患の予防、管理活動を妨げている。

アルコールと麻薬は、成年層の中で実際に憂慮すべき段階に来ており、事故と殺人による疾病死亡率に深い関係がある。タバコは、呼吸器問題と悪性腫瘍と相互関係がある。

不適當な食習慣は、栄養失調、歯の病気、糖尿病、消化器系疾患に結びつく。

社会の基本単位である家庭の崩壊は、教育の低水準、価値感の変化、都市化、女性の解放、女性の労働力との急速な結びつき、無責任な両親、未成年者の放任と共に、保健レベル、特に年少者の保健に対し顕著な障害となっている。

物理的環境の質が、15才以下の子供にとっては、最も頻度の高い病気の主要な原因の一つとなっている。

消化器系伝染病と、栄養失調は、水の供給と質、下水やごみ施設、食料の量と質、水源の汚染等と密接な相互関係がある。又、呼吸器系疾患は、大気の汚染や住宅の質に関係し、事故は、工業関係の安全と、聴覚問題は騒音と結びついている。

CUADRO No. 2

表No. 2

Coberturas en miles de habitantes. Servicios de Acueducto y Alcantarillado
普及数(単位千人) 上下水道

NIVEL DE URBANIZACION 都市化レベル	Población servida 設備人口			
	Con Acueducto 上水道		Con Alcantarillada 下水道	
	Habitantes % 人数		Habitantes % 人数	
1. AREA URBANA 都市部	13,966.8	81	11,306.8	65
1.1 Ciudades con empresas municipales. 市営設備のある市	9,030.8	84	7,690.7	72
1.2 Ciudades atendidas por INSFO PAL. INSFOPALの設備による市	4,600.0	76	3,352.3	55
1.3 Localidades de menos de 2,500 habitantes (cabeceros municipales atendidas por INAS) 人口2,500人以下の町(INASの設備による 市の水源)	336.0	64	263.8	51
2. AREA RURAL a/ 農村部	d/ 1,778.0	20	1,253.2	14
2.1 Población concentrada (atendida par INAS) 集中人口(INASの設備)	1,331.1	50	257.0	10
2.2 población dispersa 散在人口	b/ 446.9	7	c/ 996.2	16

FUENTE: Ministerio de Salud - D.N.P. - INSFOPAL - INAS, Estudio Nacional de Salud - 1982.

出典: 保健省, D.N.P. INSFOPAL, INAS, 国内保健調査1982

a/ No incluye territorios nacionales

固有地を含まない

b/ Población dotada con filtros caseros

家庭用フィルターの設備あり

c/ población servida con tazas sanitarias

吸取式トイレの設備人口

d/ incluye población servida con pequeños abast

小規模な設備も含む

はまたら蚊などの蚊の大発生が、マラリア、デング熱、黄熱病の重要な原因となっている。

住宅の特徴(6)は、上記要因と呼吸器系疾患の管理の可能性と相俟って幅広く影響を及ぼす要因となっている。人口の25%は、小屋又は牧者小屋に住んでいるが、この数字は、農村部の散在人口の52.4%から、大都市の中心部の3.8%まで、都市化の段階により、大きく違っている。

家族と家庭用動物、(特に犬が55%、猫が36%)の同居比率が高いことは、動物を媒体と

する病気の発生に継がり、動物用予防注射の不足と、国民の定期検診の不備により、状況は更に深刻である。

社会経済、文化、生活様式、物理的環境などの諸要素が一般的な病気と密接な関係にあるので、これら諸要素の修正には、各分野間の協力が重要となってくる。この協力は、各種部門の利用可能な資源や技術を含む行動的なプロジェクトの実施により達成できる。

行政サービスが不備なものもあれば、その機能が十分でないものもあり、保健状況を決定する要因となっている。

国内総人口の内、1981年には約75%が公的機関のサービスを受けることになっているが、(表No.3 1欄) そのカバー能力は約50%(2欄)で、実際に行なわれた活動は(3欄)の通り、平均よりずっと低い結果となっている。利用可能な設備の二次的な利用がなされており(3及び2欄)、サービスの提供可能量と公的機関が責任を持つべき人口との間に大きな差があると言える。(2及び1欄)

病院活動と診療所能力をその二次の利用方法を含めて比べると、病院の方が能力は大きく、これに更に占有ベッド数の低さが加わる⁽⁷⁾。どの場合も診療能力は50%にも満たない。(数字は、明らかに、国民の側のサービス必要量と公的機関の可能量との間の差異を示している)

2欄と3欄の比較から1981年の状況は、保健行政の深刻な効率問題を示していると言える。その原因は、主に、全ての保健関係機関の業務に対する監督、管理の永続的なメカニズムの欠除、供給、従業員、維持システムが適当でないこと、及び、コミュニティーの特性に合った業務時間でないこと等である。

自分の家から最も近い保健関係機関へ通常の交通手段を使って行くのに要する平均時間が、保健行政サービスを受ける重要な目安となる。農村部では、71.1%の人が病院まで2時間、87.6%の人が保健所まで同じくかかることが分った。

(6) 国内保健調査、INAS, ASCOFAME 1982年11月

(7) 公的施設の平均占有率は53.8%である。

CUADRO No. 3
表No. 3

OFERTA Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS: INSTITUCIONES OFICIALES
サービスの内容と機能 公的施設

Actividad 活動	責任枠 (% de la población total que les corres- ponde atender)	提供可能枠 (% de población factible de aten- der) *	実施結果 (% de población cubierta) *
	(1) 対象とすべき人数の全 国民数に対する%	(2) 実際にカバーできる人 数の%	(3) カバーした人数の %
Consulta Médica 診療所	75.0	31.4	24.7
Hospitamiento 病院	75.0	34.2	29.3
Tratamiento Odontológico 歯科治療	75.0	5.9	4.4
Acción Preventiva Odonto- lógica (tapiaciones) 歯科予防活動(フッ素塗布)	100.0	9.2	7.1
Control de Enfermería 看護婦管理	35.0	22.4	9.4
Visita de Promotora プロモーター訪問	100.0	53.0	47.8
Vacunación 予防注射			
BCG (4-14 años) オ	80	42.1	25.4
DPT (0- 4 años) オ	80	51.4	23.9
Antipolio (0 - 4 años) 小児まひ用 オ	80	58.2	31.5
Antisarampinosa (0 - 4 años) はしか用	80	54.5	42.0

FUENTE: Ministerio de salud - Oficina Planeación - 1981 -
出所: 保健省 - 企画局 - 1981

* Las cifras representan el % de población posible de atender (Columna 2) y - realmente atendida (Columna 3), con respecto a la población asignada o de - responsabilidad directa de las instituciones oficiales (Columna 1)
実際にカバーできる人数の割合(2欄)と、実際にカバーした人数の割合(3欄)は、指定人口又は、公的施設が直接責任を持つべき人口数(1欄)に対する数字となっている。

年間の家族収入も医療サービスを受ける際の目安になる。15.1%(9,546,000人)が、最低賃金と同額又はそれ以下の収入で、僅か8.4%(2,965,000人)が、年収30万ペソ以上である。

この構成は年と共に変化してきており、1965年には、前者の比率が40%であった。

収入別人口構成も都市化の度合いと関係あり、人口2,500人以下の村の82.8%は、年間

家族収入が120,000 ペソ以下であるのに対し、人口50万以上の大都市では52.0% になっている。

保健関係家庭支出（診察、薬、病院、その他）を見ると、最低収入層（36,000 ペソ以下）では、1980年、申告所得の26%に当る5,700ペソを支出しているのに対し、最高収入層（30万ペソ以上）は、前者の9倍に当る45,300ペソ同層の平均所得の8.1%を支出している。全体の医療費平均は、1人1年当り2,688ペソとなっている。

上記医療支出の内訳は、薬購入費が異常に高く46%、歯科治療に21.8%、診療（医師、その他）に17%、病院に8.4%、特殊治療及び検査に6.8%となっている。又、医師の処方によらない薬品コストが30%を占めている。

社会保障の普及度に関しては、総人口の16%（4,315,000人）が現在の制度に加入又は権利があることになっている。この比率は、年齢によって異なり、最も高いのが、労働年令層（15～44才）の21.1%（910,465人）、最も低いのが1～4才の9.7%（418,555人）と60才以上の11.3%（487,595人）となっている。この普及率は、都市化の段階と年間家族所得によっても大きく違っている：人口50万以上の都市では、32%であるのに対し、50～2,500人の村では、僅か6%、散在住民の3.3%である。年間家族収入が300,000ペソ以上では27.8%、最低賃金以下の所得者層は1%以下となっている。

最も新しく創設された家族福祉サービスも、可能量と必要量の間の差が非常に大きい。福祉行政可能枠の7～8%に当る就学前児童の総合配慮と児童及び青年を対象とした栄養面の配慮に関する資料を見ると、明らかに福祉サービス提供に制約があることが分かる。その他のサービスについては、国民の必要度が明らかではないが、提供側に深刻な問題があることは確かである。

1.4 保健部門の資源、資金など

国家保健制度に関係する人的資源、施設設備、資金、技術的資源等の主な問題点、目安などを要約し、そこから、組織、補助的の制度、法的手続き、技術面管理面の規則の監視、管理を理解することにする。

人的資源

表No.4の人的資源の内訳を分析すると、保健関係専門家の供給と需要のアンバランスが、分かるが、これは、その養成が無計画であることに依る。医療面では、外科、小児科専門医は十分であるが、麻酔専門医が不足しており、神経外科医、重症外傷医、整形外科医は

更に不足している。

保健関係従事者の配分も不適當であり、家族福祉協会の専門部門で地方レベルでの専門家の利用に問題がある。

更に、社会サービスの義務規定が原因で、地方レベルでの人員の移動も大きい。民間の社会保障関係に比べて給与面で公的機関のレベルが低いことも原因になっており、公的機関で直接養成した技師や専門家の退職を余儀なくさせているが、これは、専門科医、健康管理維持の専門家についても同様である。

CUADRO No. 4

表No. 4

RECURSOS HUMANOS

人的資源

Tipo タイプ	No.	Tosa per 100,000 Habitantes 人口10万当り
Medicos 医師	17,999	66.7
Odontologos 歯科医師	6,609	24.5
Ingenieros Sanitarios 衛生エンジニア	417	1.5
Licenciados Enfermería 看護資格者	4,170	15.5
Licenciados en Nutrición y Dietética 栄養士	1,527	5.7
Promotores de Saneamiento 保健プロモーター	1,832	6.8
Jardineras 保母	6,048	318.3*
Defensores de menores 年少者保護者	219	11.5*
Veterinarios y zootecnistas (sector oficial) 獣医、獣技師(公的部門)	110	0.5*
Auxiliares de Enfermería (sector oficial) 準看護婦(公的部門)	10,658	52.0*

Fuente: Ministerio de Salud - Dirección de Recursos Humanos - 1981

* Población específica.

最後に、病院の維持、管理、看護、歯科、家庭への公的補助、社会的なプロモーション面での経験への依存度が高いことが掲げられる

資金

1982年の国家予算の内、保健部門分は、⁽⁸⁾ 19,982百万ペソで、その内から15,478百万ペソは人を対象としたサービスに、2,469百万ペソが、環境へ、2,035百万ペソがインフラストラクチャーの向上の為に用いられる。1983年は、総額20,367百万ペソがこの分野に向けられる。

(8) 保健省、資金局、1982

主な問題点は、国内資金の資金量の不足と臨機応変な利用がなされないことである。国内資金とは、宝くじ、酒税、競馬類、カジノ ICBFの特別貸付けであるが、清算事情、優先度が知られていないこと、又、各担当部門間やローカル段階での貸付け、移転手続きに不便さがあることなどから、コストが余計に掛り、資金量の不足を招いている。

国家予算に比して、保健関係に向けられる資金量が、減少傾向にあることを指摘せねばならない。1976年の9.5%から、1982年には、7%以下となっており、2,000万円ペソの赤字が出て、病院の運営資金が不足している。

又、上下水道建設事業用の国家予算も大巾に減少している。

更に、INAS、ICBF及びマラリア撲滅サービス等の経済機能（投資と運営）別国家予算資金が適切に配分されていないことが、運営活動、引いては、投資の実現に影響を与えている。現行の借入れ、返済システムと国内当事者の時機に適さない利用に影響される海外貸付資金の貸付けの不履行と遅延も同様である。

施設及び設備

病院及び救急看護所の施設、設備は864ヶ所、44,146ベッド数に達し、その内、622ヶ所即ち72%で、29,150ベッド数が公立である。136ヶ所は、ベッド数10以下なので、技術的、科学的な能力が劣っていると思われる。その他のベッド占有率は平均59.1%、地方で41.2%、大学病院あるいは最高技術水準の病院で76.4%となっている。

救急看護用には、2,440ヶ所のセンターと公立保健所、及び422ヶ所の社会保険関係の診療所がある。（表 Na 5）

CUADRO No. 5
表No. 5

RECURSO HOSPITALARIO — DISPONIBILIDAD Y RENDIMIENTO
病院施設 利用可能数と効率

instituciones 施設	No. 数	Camas ベッド数	% ocupacional 占有率
Oficioles 公立	622	29.150	59.1
De más de 10 camas 10床以上	486	28.416	59.1
- Locales 地方	339	9.406	41.2
- Regionales 地域	96	9.254	61.1
- Universitarios 大学	11	4.469	76.4
- Especializados 特殊	40	5.287	75.0
Seguridad Social 社会保険	63	6.222	60.1
Privadas 私立	179	8.774	65.4
Centros y Puestos de Salud 保健センター、保健所	2,440	—	—
Consultorios de seguridad Social 社会保険診療所	422	—	—

Fuente: Ministerio de Salud - División de Infomación - 1980
出所: 保健省 - 情報局 - 1980

家庭福祉面では、就学前児童を対象にした総合福祉施設は1,320ヶ所、保護施設464、リハビリテーション施設90ヶ所、特殊教育施設97ヶ所となっている。

施設面で問題となるのは、新規医療プロジェクトや衛生面のインフラストラクチャープロジェクトの認識、作成実施の為の迅速且つ合理的な意志決定システム（それには、住民の必要性和国の可能性を参考にしなければならないが）が欠けている点にある。

現在実施中の医療事業の完成に9,700百万ペソ必要なのは、この意志決定システムの不在によるものである。又、投資プロジェクト実施の効果的な管理プロセスと、意志決定プロセス及び業務管理プロセスに必要な情報システムも十分ではない。

社会的な保護、更生に必要な人、環境、施設等のインフラストラクチャーの停滞は、適切でない管理と施設、設備等の維持がなされていないことによる。

上水道の非合理的な利用（漏水、過剰な消費量その他）を避ける為の効率的な管理メカニズムとか、特に上下水道への投資に関連して環境面での各機関（INAS, INSFOPAL,

市民公共事業体 etc . .) の協力等が欠けている。

技術的資源

国立保健システムは、促進、保護、回復、更生等の活動を通して国民に健康をもたらすことを各々の目的としている組織、団体の全体を指している。

保健システムの法律的なメカニズムは、次の様なものである：法規盤を与える法規；管理の為の基本的組織；公立、私立機関ともに保健関係機関との関係を決定するための指定及び関連制度；及び、インフラストラクチャーの中で最も批判を受け易い部分の管理規定を決定することになる企画、供給、人員、情報、及び調査等の補助システム。

主な問題点は、地方レベルの組織のモデルの部分的な導入と運営に関係しているが、それは、保健関係の各部門別サービスの管理が余りにも中央に集中していることによる。又、地方レベルでのサービス提供の補助的システムの開発と管理が欠けている点も問題と管理が欠けている点も問題となっているが、これは、基本的には、管理制度の複雑性と、担当者の質の低さに依るものである。

情報システムについては、組織的な普及度が不十分で、特にインフラストラクチャー、資金、人員の面で必要とされる情報の発表、目安の作成などが臨機応変ではない。又、特に将来の予測評価等の企画システムのモデルの開発が十分になされていない。

調査システムの開発は始まったばかりであるが、導入すべき具体的な方法が欠除しているからである。

人事システムの計画案とその導入が不十分であるが、これは、法律的な整備が遅れていること、資金面からの要求が多く、政治的決定が困難で、人事規定が採用されていないからである。

投資システムの計画案、規定及びその導入が成されていないが、それは、投資を進める上でガイドとすべき方法が欠けているからである。

地方レベルでの資金管理方法の開発と実施が困難であるが、それは主に、モデル導入の適当な方法がないからである。

関連機関の協力に問題があつて、予防注射で予防できる6ヶの伝染病に関する監視、現在の導入とその機能が十分でない。

国立保健制度の技術、管理規定の監視と管理プロセスの普及度が低いのは、その為の適当な企画がなされないからである。

資源等の総合計画とサービスを協力して実施する為の、保健制度の中のコロンビア家庭福祉協会の組織、インフラストラクチャー、及び機能を組織的に統合する様な全体的な実施計画は未だない。又、当協会の保護及び食生活指導に関する規則は、殆んど作成されていない。

保健省と国立癌協会の間には、癌プログラムの資金、サービス、業務のプログラム化、実施、管理などの点で、協力は僅かしか行なわれていない。更に、患者の入院、看護、参考事項等に関する規定も導入されていないが、これは、癌プログラムの患者の登録及びフォローを難しくしている。

社会保険機関との協力も十分でない。健康保険業務は、法的な制限があつて、社会保険協会が行なうので、事務作業は不完全で問題点が多い。

1.5 コミュニティーの参加

国民の抱える問題、即ち病気の診断、その解決方法及び医療サービスの提供などの点で、コミュニティが活発に利用できる様に指導的な役割を6年以上も果たしてきた組織があるにも拘らず、その為の対策、作業の効率の悪さにより参加率は僅かである。組織上、管理上の問題が、この状態をよく説明している。

1.6 保健部門と他部門間の調整

保健及びその他の部門の努力では、まだ、国内に深く浸透している病気と死亡の原因のいくつかを取り除くには、不足であった。原因は、社会、経済、文化、環境、生活様式と直接関係するので、特定の活動に関する協力体制を、特に、教育、開発、通信、労働、農業、輸送部門で、更に進めて行くことが不可欠である。

2. 政策、目標及び一般対策

総合政策

国民の罹病率と死亡率の水準と構造を修正すること。その際、特に、最も弱い立場にある階層に力を入れてその福祉を更に進める様に、社会—文化面、生活様式、環境、あるいは、保健行政の量と機能等の諸条件に合った活動をとって、国の経済、社会の発展を刺激しなければならない。

目標

総合政策を遂行するために、下記の一般目標を設定する。

1. 人に対する保健サービスの効率、質、普及率を改善すること。サービスの提供量を増やすだけでなく、サービスを受け易くすることも考える。都市部周辺や農村部の住民を優先する。母子、労働者、老人、障害者、インディオ、壊乱や武力衝突の影響を受けた地域の住民を重点とする。
2. 環境に関する業務の普及率、効率、質の向上。農村部や都市周辺部の基本的な衛生活動と、水資源と大気の汚染の予防、回復に重点を置く。
3. 国内保健制度の人材、技術、資金等の物質的インフラストラクチャーの組織、効率、質の向上をはかる。
4. 健康問題の診断、解決方法の選択などにコミュニティの活発な参加を押し進めて、サービスのプログラム策定、実施、管理、評価を行ない、家長を通じてその家族の能力、絆を深めるようにする。
5. 各管理部門間で調整を計り、保健状況に関する諸要素の効果的な改善のためのプロジェクトの企画、実施を目指す。
6. 保健計画に含まれるプロジェクトやプログラムの機能を最大限発揮する様に、貸付け資金の契約、計画、実施及び国内、国外との技術協力を指導する。その際、無秩序とか重複とかを避け、最も資金的、技術的援助を必要としているものを対象とするように務める。

一般対策

上記目標を、次に掲げる対策でもって達成する。

- ・国内保健計画の組織と、投資、人事、供給、調査、企画、情報等の補助システムとの調和のとれた発展
- ・管理面、資金面ともに適度な分散化に根ざした明確な機能確立を通じて、サービスの提供を行なう機関の管理上の改善を刺激する。
- ・保健制度の各段階に於ける業務の監督、管理の改善の為に、監督能力を強化する。確立された規則の適切な適用を保証する段階別監督プロセスの発展、導入に力を入れる。
- ・地域住民の健康問題の深刻さに応じて、総合設備のある所で、総合的且つ迅速な診察が受けられるように、サービスの適切な提供の為に地域システムの強化。

一次的なサービス提供の段階を特に優先する。即ち、人と環境を総合的に対象とし、住民

住民の健康促進、最も頻度の高い病気の予防及び治療、回復の最低限のサービスの提供等に関係するコミュニティの基本的必要性を満たすものを優先する。

地域サービスシステムが機能するためには、全てのレベルで情報、運輸システムと通信網の適切な管理が必要である。

- ・住民への保健サービスの普及率を高めることを目的に、担当部門内及び部門間の協調メカニズムを押し進める。
- ・保健関係部門の人的資源の計画化を強化する。その為には、人員の量的確保、養成、トレーニングプランの見直しと実施、管理、維持分野の養成プログラムの強化、全ての地域レベルでの補助教員の統合、保健行政の量と質の拡大と地域別配分の是正のために職務、特に補助用員の責任分担を高めること、及び、補助用員の通信教育プログラムの確立、等が必要である。
- ・病院、保健センター、保健所、研究所の建設、拡張、改築、設備等の投資資金の合理的な利用を社会保障部門と協力して進める。環境面では、私的部門と協力して合理化を進める。両者とも、実施段階のより進んでいるプロジェクト、及び、政策の目標となるべき住民の中心に恩恵を与える様なプロジェクトを優先する。
- ・最も汚染されている地域を優先して、水資源や大気の管理、監視システムを開発する。
- ・保健制度関係のインフラストラクチャーの維持システムを作成し、効果的に機能させる。病院、保健センター、保健所、上下水道、屠殺場、市場、及び清掃、輸送、通信システム等の建物、施設、設備がこれに含まれる。
- ・国家、県、監督局、警察、及び市レベルの豊富で確実、臨機応変な金融資金を保証する法的効力のある協調機構を模索する。又、管理、監督規制などを適用して、それら資金の合理的な利用方法を探す。
- ・全国民を対象に保健教育活動を強力に総合的に行ない、マスコミュニケーション（新聞、ラジオ、テレビ、映画 etc.）を通じ、行政サービスの利用、促進、生活様式の変化などを目指す。
- ・保健の初歩的な問題解決の為に、簡単で費用の安い方法、技術、手続き等の計画、その適用に関し、調査活動を通じて技術開発を行なう。
- ・コミュニティの社会的、法的及び、栄養面での投資を強化して、家族の調和の取れた発展と効果的な年少者保護を目的とする。

- ・保健に関する国家政策の目標、目的の発展達成のために、フォローコントロール評価等のシステムを確立する。

3. 目的の細目

この政策達成のためには、保健部門と国のその他の機関との共同行動が必要とされる。又、現在の資源がより効率的に活用されると現在の保健サービスの普及度は改善されるだろう。しかし、普及率の顕著な増加の為に、社会保障との緊密な協力と、この部門への金融資金の大きな増額が要求される。

基本計画で提案している目標には、コミュニティーの受入れ体制が肝心で、この目標は、資金のより良い効率、利用、適切な調整、増加などを考慮して、期限内に達成できるかどうか、フィージビリティ・アナリシスを行なった結果である。

3.1 母子グループ

このグループには、5才以下の幼児と母親が含まれ、幼児の罹病を千人当たり40~50人の死亡水準にする為に、伝染性の病気や消化器系寄生虫病、免疫性疾患、呼吸器系、未熟児などが原因の死亡率を50%下げることが、提案されている。1~4才のグループでは、死亡率を千人当たり5~7人とする為に、下痢、免疫性疾患、急性肺炎などによる死亡率を50%下げることが必要である。

母親グループに関しては、妊娠合併症、出産と産後、流産、癌による死亡率を先づ10%低下させて罹病死亡率を減少させることを提案する。

上記目標達成には、このグループの栄養失調を減らすことが、大いに貢献するだろう。

3.2 5~14才グループ

このグループの罹病死亡率は、事故死を15~20%、急性肺炎、五感の病気、及び口内疾患の罹病率を下げて、死亡率を千人当たり0.5~1人の水準に押さえることを目標とする。

3.3 15~14才のグループ

母親を除くこのグループは、殺人による死亡を20~25%、結核によるものを18%減少させて、殺人、事故、重症外傷、傷害、悪性腫瘍及び結核による罹病死亡率を減少させて、又、このグループの死亡率を千人当たり2.0~2.5人することを計画する。

3.4 45才以上のグループ

高血圧，腫瘍，心臓病，脳血管，骨筋肉質，精神，血管，糖尿病，結核等の病気による罹病死亡率を下げて，45～59才グループの死亡率を8%，60才以上の死亡率を50%にすることを旨とする。

3.5 国民全体

熱帯性疾患のコントロールについては，マラリアによる罹病死亡率を現地で50%に下げ，ピアン病と内臓性のリシュマナラリス病を撲滅し，包被性リシュマナラリス病の患者の診断，治療法を教授し，セルバ地域の黄熱病，溢血性デング熱，及び，都市型の黄熱病の発生を防ぐことを提案する。

家庭の崩壊と年少者の遺棄を，特に大都市で，減少するよう，最大限努力することとする。

4. 対策の細目，プロジェクト及びプログラム

引継ぎ，政策及び提案が展開される方法（対策）と，それを確実に実施するための個々の行動と活動（プログラムとプロジェクト）について記す。

目的の細目の章で述べた様に，提案目標は，保健部門の可能性の分析結果であり，住民の受入体制が重要となってくる。

4.1 住民対策

4.1.1 母子対策

出産のリスクに応じて取られる制度的な配慮を増加して70～80%をカバーする。検診については，70%をカバー，家族計画については，公的施設で20～25%をカバー，癌の早期予防活動も公的施設で行なう。

5才児以下の成長向上活動を増加してカバー率を60～70%とする。ジフテリア，破傷風，百日ぜき，結核，小児マヒ，はしかに対する予防対策を進めて，それぞれ80%のカバー率にする。

1才未満児に対する検診は90%以上1～4才児については50～60%のカバー水準を保つ。急性呼吸器疾患のコントロール活動の計画とその導入を含む。

急性下痢疾患に対する反水和法による予防及びコントロール，及び，経口塩水和物の生

産及び販売を導入，発展させる。

就学前児童に対する全般的検診，妊婦，乳児及び幼児の栄養指導，及び母乳促進教育の普及を計る。

4.1.2 母子プログラム

プロジェクト：

a. 母親に対して

本プロジェクトに於て，リスクの分類に応じて出産前の検診と出産時の助産，産後の検診，家族計画活動と共に生殖期間についての指導，栄養指導，栄養失調に対する厳しい指導等の活動を実行する。

b. 幼児に対して

特に急性下痢，寄生虫病，急性呼吸器疾患などにより罹病率への配慮；成長指導；予防注射と生物学的治療；栄養失調，偏重に対する厳しい指導；最も弱い立場にある層の就学前児童に対する総合検診，等の活動を実施する。

4.1.3 5～14才児グループ対策

受診率を40%に，歯科予防運動の普及率を50%にまで持っていく。

事故防止運動，特に交通事故防止を教育，通信，運輸部門と協力して，大，中都市で進める，地方単位での更生サービスの強化。

栄養不良児と家庭への法的援助のある子供を対象に教育部門と協力して，カリキュラムに添って活動を進める。

4.1.4 学齢児童を対象にしたプログラム

五感器官の病気の早期予防と必要な場合には，（眼鏡，補聴器）などの対策をとる。フッ素塗布，口内疾患と罹病率に配慮する。年少児を危険や遺棄から守る様に予防対策，保護対策をとる。

4.1.5 15～44才グループに対する

労働，通信，教育，公共事業運輸，防衛，及び司法の各分野との幅広い協力体制を確立して暴力，事故と重症傷害，その他健康を害することの予防，更生，治療などの活動を発展する。

4.1.6 対青年，壮年プログラム（15～44才）

このプログラムによる活動は，特に，暴力，事故と重症傷害などによる罹病率への配慮，

及び麻薬，アルコール，タバコによる中毒予防である。

4.1.7 45～59才及び60才以上のグループに対する対策

予防，社会教育，退院と老齢化に対する準備などの活動を計画，促進する。腫瘍やこの年齢に特有の成人病の早期予防と発見，及びリハビリテーションサービスの増加。

4.1.8 対熟年プログラム(45～59才)

腫瘍，成人病が主要原因の罹病率に対する配慮を深め，老齢化に対する準備教育活動を推進する。

4.1.9 対老人プログラム

家庭や社会への組み込み方など，老人の取扱い，看護などの為の教育やレクリエーション活動，及び，老人の法的，社会的保護活動を実現する。

4.1.10 全国民を対象とした政策

性病により治療が必要な場合は，100%カバーすることとし，又，同時に，この病気に対する広報活動，早期治療の促進，重症の場合の教育，協力，配慮等の活動を強化する。

身体障害者，精神病患者，麻薬，アルコール，タバコ中毒患者，特に18才以下の素行不良者，らい病，結核患者を対象に，予防，治療，厚生活動を増強する。

簡単な外科手術を伴う複雑でない病気の治療活動を促進する。

救急診療システムを特に大都市で発展させる。

保護家庭の法規を守る為の教育活動を広める。

国内既存の各分野を強化して，癌検診を拡大して，癌患者の診療を進め，病気発生の監視モデルを開発，病因の発見に務める。

特に15才以上を対象に，高血圧症の予防，診断，薬剤投与療法，フォロー，更生等の活動を確立する。

海岸部に散在する住民，特にインディオの検診サービスを陸軍及びその他の機関と協力して拡大していく。

国民の栄養状態改善の為に，教育，農業，及び労働部門との協力体制を強化する。

4.1.11 全住民を対象としたプログラム

プロジェクト

性病管理 全住民を対象にした教育活動，医師の検診，研究所，看護活動，接触のコントロール，患者の治療等を進める。

結核管理 予防活動を特にインディオに重点を置いて行なう。検診、痰（たん）からの結核菌の発見、看護活動、患者の治療、及び接触の監視

らい病管理 検診、菌の発見、看護活動、無能力者の治療とリハビリテーション等の活動を発展する。

重症の場合の対処方法 保健部門及びその他機関が協力して緊急の場合に備えて、適切、迅速、効率的な受入体制を整える。

救急医療 家庭内、道路上、職場、あるいは暴力による事故に対処するために、医師の診察、歯科医診療、救急看護、入院、等のサービスを、情報、輸送、通信網の助けを借りて行なう。

リハビリテーション 骨筋肉、視覚、聴覚等の異常の総合的な早期診断、一般医及び専門医の診察、物理療法、職業的療法、音声学的療法、心理学、社会復帰、看護等の療法、救急及び病院での治療、診断用器材の国内供給網の整備、身体視聴覚関係の移植及び補綴術治療

精神衛生 麻薬、アルコール、ニコチン中毒、精神障害者の総合的早期診断、全住民を対象とした教育活動、一般医、専門医による診察、看護、心理学、社会復帰等の活動、救急及び病院での治療

職業病及び中毒管理 一般医及び専門医の診察。工業面の安全に関し、制度的な監視体制を強化する。

応急単純手術 簡単な外科手術と患者の応急的な追跡等の体制を通じて、単純な手術を必要とする最も頻度の高い件に対処する為に治療活動を拡大する。

海岸地域に散在する住民を対象にして、医師や歯科医師による診療と予防接種を、領土内を優先して、空、陸、海からの移動診療所により実施する。

癌対策 早期診断、治療サービスを目指す、登録、フォローシステムを確立、予防、早期発見、治療に関し、学生、専門家、コミュニティーを対象に教育を行なう。

高血圧の監視とコントロール 発見、診療、看護、栄養、心理学、薬物療法、薬剤によらない運動療法、及び、伝染病学的監視システムの確立

家族対策 家族の権利と義務の促進とその知識の流布と教育、及び、家族への法的援助活動を進める。

全てのプログラムとプロジェクトに、コミュニティー、家族及び特定の単位に対する教

育活動，保健に従事する人の在学中，卒業後のトレーニングと実践化，コミュニティーの参加，規則の作成と実施等の活動が含まれる。

4.2 熱帯病のコントロール

4.2.1 マラリアのコントロール対策

保健サービスの担当部門にマラリアの診断，治療，伝染病的監視機能を委ねる。現行の法規を改正して，地域レベルでの責任者の管理体制を分散化する。マラリア撲滅サービス (SEM) の業務全体の見直し，住民及び各部門の参加を得て " マラリアと闘う委員会 " を構成，活動を促進する。

4.2.2 マラリア対策プログラム

マラリア汚染地域の住居内への殺虫剤の散布，はまだら蚊の発生場所の発見と管理，国内マラリア患者の診察と治療。病気発生率の高い地域の住民の参加を得て農村部住居の改善。マラリア対策の担当者養成，マラリアの予防と管理の為の住民教育。

4.2.3 デング熱と黄熱病コントロール対策

デング熱媒体の *Aedes aegypti* 種の蚊の撲滅の為に国内を区分化して，地理的に隣接している地域の活動を集中して行なう。保健サービスの担当部門に，撲滅地域の媒体に焦点を当てて監視，コントロールを担当させる。港や国境地帯の特別プログラムの確立。保健担当部門とその他の地域機関による蚊の発生場所の減少，管理を強化する。 *Aedes aegypti* 蚊の管理に関する都市衛生法を整備する。獣類の森林性黄熱病が発生している区域を限定して，保健サービス担当部門とSEMが共同で努力して，5年間で全住民の予防接種を行なう。現行の法規を改正して，プログラム全体の内容を見直し，地域担当者の管理体制を分散する。

4.2.4 デング熱と黄熱病コントロールプログラム

蚊による汚染地域の一斉殺虫剤散布，蚊の発生場所と媒体力の排除，蚊撲滅町村の定期的清掃の実施，溢血性デング熱病，森林型及び都市型黄熱病の病理学的監視，獣類地方病の発生域で蚊駆除に関する住民教育と対マラリア予防接種，等をプロジェクトで進める。

4.2.5 ビアン病撲滅対策

予防活動の強化，患者全体のカバー，プログラム内容の全体的見直し等により，太平洋沿岸部の汚染地域をカバーする。

4.2.6 ビアン病撲滅プログラム

ビアン病患者とその接触者の発見，診断，特別治療を含む。

4.2.7 リシュマナラリス病コントロール対策

患者の臨機応変な予防，国内 8 県を中心に臨床的，病理学的研究，保菌者と森林性媒体動物の研究，

4.2.8 リシュマナラリス病コントロールプログラム

患者を積極的に発見，病気の内臓，包被性両方の診断と治療，寄生虫を持った犬の排除及び住居への殺虫剤散布

4.3 環境対策

4.3.1 水の供給対策

十分な量の水を常時，現在水道設備のない所，特に農村部と都市周辺部に供給することを優先して，現在建設中の設備と，未完成の事業を完成させる。

消費の水質の監視，管理を研究所の利用，漏水の測定，管理を総合的に行なう機関の設置，及び，各ケース，各地域の条件に合った技術の利用等を通して，行なう。

4.3.2 水の供給プログラム

このプログラムに含まれるプロジェクトは，農村部での水供給用に小規模あるいは個人用の水道設備の建設を住民の積極的な参加を得て行なうこと，都市部に 9 本の上水道を建設すること。現存の上水道の普及率拡大と水質，サービス，定期性の改善，都市部，農村部の未完事業の完成，水質改善に必要な技術研究の発展，水質の監視，管理，水のフッ素化，漏水管理，都市部でメーターを設置，請求書を作成して徴収すること，等である。

4.3.3 液体，固体排棄物処理対策

下水道及び排泄物処理サービスの普及率を，現在上水道はあるが下水道設備のない都市部での建設を優先して進める。清掃局の業務内容を改善して，都市部清掃の国家プロジェクトの導入を押し進める。

4.3.4 液体，固体排棄物処理プログラム

新規下水道設備の建設と既存のものゝの拡大，汲取式トレイの設置と学校の衛生設備の建設，都市の清掃 (PRONASU) と，recyclaje (PRONARE) ，等のプロジェクトを進める。

4.3.5 水質汚染の管理対策

国内の水質保全と回復のための全体的プログラムの作成，これには，排水処理システム

と水供給源の保護を含む。

4.3.6 水資源の回復と保護プログラム

都市の"黒い水"処理システムの計画と建設を考慮。水域の保護と植林の国家プロジェクト。水質汚染管理。

4.3.7 食糧保護対策

食糧の質の監視と管理。それには生産、加工、販売、輸送、消費の規準化を、特に、消費用の牛乳肉、それらの派生品、非アルコール飲料について進める。

4.3.8 食糧管理プログラム

食糧関係の規制法を企画、導入、及び、食中毒の病理学的監視モデルを作成、導入する。牛乳、肉、それらの派生品の管理、屠殺場及び市場の建設と改築

4.3.9 大気汚染管理対策

大気の定期的な監視と測定、最も汚染のひどい地域での公害コントロール

4.3.10 大気汚染管理プログラム

大気汚染例の抽出網の利用と拡大。大気汚染源の発表とその目録、大気汚染条例の計画と導入。

4.3.11 最も重要な動物病の管理対策

人間にとって危険な動物病、特に、狂犬病、狂牛病、ベネズエラ馬の脳炎、の管理。ブルセロシス、袋虫病、腸炎、その他の動物病の病理学的研究を行なって、管理、監視活動を作成、導入するが、それには、予診研究システムと生物学的合成品（予防注射と治療）の利用が必要である。

4.3.12 主な動物病管理プログラム

生物学的合成品の生産と利用、放飼いの家畜の排除、媒体（吸血こうもり）の管理、農牧業部門との協力体制強化、監視、管理体制の強化。

4.3.13 環境特別対策

空港、港、河川港、陸の中継地、あるいは輸入に使われる船舶、車輛、施設、港又は税関の倉庫、消費、輸出用食糧、商品等の病理学的監視と衛生管理。人間の病気に関係する節足類、ねずみ類、軟体動物、その他の管理活動の強化、中毒とか生物学的環境への被害防止の為に化学物質又は伝染病予防剤の利用、適用を特別に管理すること。保健サービス担当部門と住宅改善担当部門との協力。

4.3.14 環境対策特別プログラム

このプログラムを構成するプロジェクトは、港の保健衛生、即ち外来、中毒性の病気、ターミナルでの事故、食糧等の汚染、近隣地域の環境への被害、等の危険防止を含む；媒体の管理、即ち、殺虫剤の散布、伝染病予防システムの採用、及び、伝染病予防剤の使用、取扱い、輸送、適用の為の準備を含む；建物の衛生設備、これは建物、特に住居の衛生条件の改善実現のためである、の三点である。

プログラム、プロジェクトの全てに、社会、家庭、特定関係団体を対象とした教育活動、在学中、卒業後の保健関係人員のトレーニングと実践化を含む。

4.3.15 組織の再編対策

環境対策担当機関の管理面、技術面の再編成を、特定の機能と責任の確立を行なう。これにより、環境対策の対象域を拡大し、資源利用の合理化が行なえる。

4.3.16 組織の再編プログラム

国立保健協会（INAS）、国立市政奨励協会（INSFOPAL）及び、衛生関係事業機関の技術面、管理面の再編。

4.4 インフラストラクチャー

4.4.1 人的資源開発対策

管理、維持、看護、及び歯科分野での助手資格者のトレーニングと連繫；人事管理の専門化；国内保健制度の人事の近代化；保健計画のサブシステムに含まれる人材計画プロセスの設定。医師の養育は、一般及び家庭医療を誘発し、学術的（継続した教育と将来専門化となるための優先）及び経済的（給与、特別奨励金、住所、車、子女の教育）誘因を確立する。

4.4.2 人材プログラム

次のプログラムを含む；管理と看護の助手の勤務の現場での（通信教育）トレーニング；設備の維持、操作のための人員養成；資格者の人選、配置、停職などに効率的体制を確立して、人事を行なう；国内保健制度の全段階で、プランやプログラムの中で人材養成をする；学問的、経済的誘因の研究と継続教育。

4.4.3 設備、施設等の資源対策

人（研究所、診療所、病院、相談室、保健所、施設、設備、運輸、通信）を対象にした物質的インフラストラクチャー、環境（上下水道、都市清掃、研究所、屠殺場、市場）を

対象にしたインフラストラクチャーの状況分析，維事関係の人の調査。公式機関，社会保障，私的保障との協力体制の強化。既に始まっている事業。特にかなり進んでいるものを完成又は進行させる単にインフラストラクチャーへの投資の優先度を決定する。輸入設備の修理と据付け，資源の有効利用計画

4.4.4 設備，施設等のプログラム

このプログラムのプロジェクトは下記の通り：人及び環境を対象とした分野の維持に従事する人材及びインフラストラクチャーの目録作成。必要性，優先度を考えて，国の投資プランを確立する。地域特別センターを通して，保健分野の物質的インフラストラクチャー維持の為に総合プロジェクトを進める。

4.4.5 資金開発対策

金融規制化，収税監視と保健に向けられる税金，その他の資金源の配分の機構の立案，導入。保健に関する実施と投資の国家予算の再検討。基本予算から出る全割当資金獲得のための体制模索と追加予算の排除。環境，特に大，中都市地域を対象にした行政の資金自給率を高める。

4.4.6 資金プログラム

保健部門の資金獲得とその効果的管理のために法的規制の公布模索，及び，機関の資金運用の管理体制の確立。

4.4.7 技術的資源の開発対策

調査，情報，提供，企画のサブシステムの強化；人を対象にした行政の質，薬剤の質のコントロールシステム，職務，機関の管理，監視体制，管理業務の管理システム等の構築；法第9号の制定促進とその適用の技術的手続き面の推進；国内保健制度及びその指定機関の各レベルでの活動のプログラム化と評価の為に簡単なモデル作成；現行の海外技術協力と外貨貸付の分析，これには，契約，利用のための条件，量，及び，そこから生じる影響等の見直しが含まれる；将来の協力とクレジットの必要性の見極め；海外協力，貸付けの申請，手続き，実行，管理，評価のための体制の立案，採用，厚生，労働，社会保障，教育，司法の各省の協力体制を，国，県，自治体レベルで，強化し，合同プログラムの発展と確立を目指す。

保健サービスを行なう社会保障関係の機構の中で，国内保健体制の規則と手続きの適用メカニズムを強化するために，社会保険主務管庁の管理面及び法律面を再構築する；住民

の保健への参加を得る為に進める対策や活動の評価を行なった上で、住民参加に関する概念化、規制化の現状の見直しと調整；保健教育活動の発展をマスコミを通じて進め、保健行政サービスの適切な利用、及び事故防止、母乳のメリット、家族保護の法的規定、予防接種の重要性、食品の適切な取り方、暴力、殺人、腸炎の予防、その他についての知識を広めることを目的とする。

4.4.8 技術的資源のプログラム

推進すべきプロジェクトは次の通り：研究センター、大学、COCCiENCIASと協力して、保健状況、国の福祉状態、各種プログラムの必要性を考え、保健部門の決定に資する様な基本的で綿密な調査プロジェクトの作成。

このプロジェクトで考慮すべき事項は：資金面、研究者のトレーニングと養成；保健関係情報サブシステムの技術的能力を強化して、施設面、人材、資金、人及び環境対策の分野で保健部門の監視、管理の必要性に処すること；供給サブシステムの全段階の再強化と拡大、特に、治療用器材応急及び緊急治療用薬品、塩素ポンプやタービン用予備品、予防注射、殺虫剤、試薬、診断用器材、研究所、病院の設備、予備品等；保健に関する全てのレベルでのプログラム化及び評価モデルの作成と簡素化；全レベルでの医師の監督と査問；大学と国内保健制度関連の国立研究所の協力を待て、予診、分析、品質管理の為に研究所網を創設、導入する；職業、機関及び生化学製品の管理と監視の為に情報取扱いのシステム化。

未だ制定されていない1979年第9法（国民衛生法）に関する規則と手続きの公布；基本計画に盛られた優先プログラムの実現を後押しする様な海外技術協力と海外貸付けプロジェクト；資源の合理化と普及率の拡大を目指す各部門に渡るプロジェクトを特に推進する；健康保健主務管庁、国立病院基金、マラリア撲滅サービスの管理、技術、法律面の再構築プログラム；各段階での技術、管理面の調整を計るために、住民参加対策及び行動のフォロー、管理、評価の図式を作成；人及び環境を対象とした通常の職務及びその遂行に含まれる全てのレベルでの病理学的監視モデルの進展；CAMINA と協力して、住民の健康問題及び行政サービスの受入れ体制をプラスの方向へ持って行く為の保健教育の様々な面を総合したプロジェクトを進める。

4.5 初等サービス

4.5.1 保健サービス普及率拡大の為の対策 "初等レベルのサービス" を定義する為に、初等サービスの実施内容の決定；地方住民の必要性に十分に効率的に応じられる様に、一つの行政組織としてこのレベルを確立する；地域、地方単位、保健サービス担当部門の管理能力の強化。この分野で特に優先されるのは、領有地、インディオ社会、太平洋沿岸、都市周辺域である。

4.5.2 保健サービス普及率拡大プログラム

以下のプロジェクトを進める：

- a. 領有地、及び、太平洋沿岸域での初等サービス、この地理的区分による地域への初等サービスは、保健省の直接キャンペーン部の散在住民プログラム課の担当する。その他責任機関と協力の上、住居の衛生状態改善活動を実施する。
- b. インディオ社会への初等サービス 地域診断所作成活動；インディオのプロモーター養成；インディオの部族、地域別の特別サービスを、それぞれ特性に合わせて確立する；病気の予防、栄養監視、罹病率への留意、環境衛生；インディオの文化を尊重し、各々の条件に合った作業方法で、住民参加の保健教育を行なう。
- c. 都市周辺部への初等サービス 社会保障企画庁及び、保険分野の活動推進を計るその他機関の協力を得て、都市化の段階に応じて基本的サービスの提供の図式を作成し、導入する。

4.6 特殊地域

4.6.1 壊乱及び武力衝突の影響を受けた地域での対策

最も頻度の高い病気の予防、医師の診察、管理等の活動の確立；保健所の建設と施設；衛生インフラストラクチャー事業の建設と完成；サービスを受けに来るのが困難な地域では、陸、河川、空からの移動巡回サービスの設置。

4.6.2 壊乱及び武力衝突の影響を受けた地域のプログラム

(中部マグダレナ、ウラバー、カケター、アルト・シヌー、ボタ・デル・カウカ、アラウカ、プトウマヨ、及びパト・グアャベロ)

初等サービスユニットを設置して、母子、子供、予防接種、衛生のプロモーション、教育等のサービスに当る；保健所の建設、近代化、設備；病院の近代化と完成；上水道、下水道、屠殺場、市場；サービスを受けに来るのが困難な地域では、河川及び空からの巡回

サービスを行なう；マラリア，ピアン，黄熱病等の熱帯病のコントロール。

4.6.3 経済開発の新極での対策

グァヒラに於る熱帯病の予防，保健サービス，及び管理，特に，職業病，マラリア，性病の予防とコントロールに重点を置いて，ISS及びCarbocolと協力する；保健サービスの計画と発展にコミュニティーの参加を組み込む。

4.6.4 経済開発の新極に於けるプログラム

(ISS，及びCarbocolとの協調)

進めるべきプロジェクトは下記の通り：グァヒラの衛生関係のインフラストラクチャーを適切なものにする。対象は，保健センター，保健所，病院，上下水道，屠殺場，市場；地域特有の必要性により必要ならば，初級サービス・ユニットを設置。二次的，三次的サービスの為の特別な図式の確立；熱帯病のコントロール；住民の参加モデルを作成導入する。これは，地域の文化人の尊敬を集めるだろう。

4.6.5 住民の栄養状態改善対策

住民の栄養状態改善は，食糧の生産，市場と流通，消費と生物学的利用の適切なシステムに依る。従って，提案されている目的の達成は，農業，開発，運輸，通信，教育，保健の各部門の共同行動に左右される。

住民の栄養レベルの改善に役立つと保健部門が認めた対策は，プロモーション，予防，配慮，住民参加，及び，栄養を監視することである。

4.6.6 住民の栄養状態改善プログラム

基本的には，初等サービスレベルで，教育活動と共に進められる；環境及び住居の衛生；経口再水和法；母子グループを重点に，栄養不良の早期治療；栄養の監視。

5. 見積りコスト

保健省及びその指定機関のプログラムを含む基本計画の総コストの概算は，1983～1986の4年間で総額200,400百万ペソである。

人を対象としたプログラムの目的達成には，20.600百万ドルの投資が必要であるが，これには，マラリア撲滅サービスの活動も含む。活動に必要な費用としては，約110,500百万ペ

ンであるが、これは、保健サービス担当部門、及び病院に移譲される保健省の予算に合致したものでなければならない。即ち、プログラムコストは、131,100百万ペソにのぼるだろう。

環境を対象としたプログラムの実現には、50,300百万ペソの投資が必要とされるだろう。このプログラムは、厚生省の環境衛生部と、環境サービスプランの元にある国立市民健康促進(PRANAM)協会を含む。

インフラストラクチャー・プログラムの為には、基本計画4年間で16,900百万ペソが見込まれている。これには人材養成、調査、国内保健制度の進展に伴う全ての活動、及び、病院の建設、近代化、設備等が含まれる。

壊乱、武力衝突の影響を受けた地域を対象にしたプログラムの推進には、事前調査によると約2,100万ペソ、必要である。

1983年の資金

1983年に実現すべきプログラム活動には、約38,000百万ペソの資金を要するが、1983年の予算には、20,400百万ペソが組まれているので、17,000百万ペソの追加資金が必要である。その内14,000百万ペソ分が投資である。

○技術協力に関する日本国政府とコロンビア共和国政府との間の協定

(昭和54年1月20日)
外務省告示第10条

昭和51年12月22日ボゴタで、技術協力に関する日本国政府とコロンビア共和国政府との間の協定の署名が行われ、この協定は、昭和53年12月12日に効力を生じた。

技術協力に関する日本国政府とコロンビア共和国政府との間の協定

日本国政府及びコロンビア共和国政府は、技術協力の促進により両国間に存在する友好関係を一層強化することを希望し、また、両国の経済及び社会発展を促進することがもたらす相互の利益を考慮して、

次のとおり協定した

第1条

両政府は、両国間の技術協力を促進するよう努力する。

第2条

日本国政府は、この協定の目的を達成するため、日本国の現行法令に従い、かつ第3条にいう取極により、自己の負担で次の形態による技術協力をを行う。

- (a) 日本国における技術訓練のためにコロンビア国民を受け入れること
- (b) 日本人専門家をコロンビア共和国に派遣すること
- (c) 設備、機械及び資材をコロンビア共和国政府に供与すること
- (d) コロンビア共和国の経済及び社会開発計画の調査を行うための調査団をコロンビア共和国に派遣すること
- (e) 相互に合意することのあるその他の形態の技術協力

第3条

両政府は、第2条にいう技術協力をを行うため、両政府の間で合意する個別の技術協力計画を実施するための別途の取極を文書により行う。

第4条

コロンビア共和国政府は、第2条に規定する日本の技術協力の結果としてコロンビア国民が取得した技術及び知識がコロンビア共和国の経済及び社会発展に寄与することを確保する。

第 5 条

1. 日本国政府が専門家を派遣する場合（このような専門家を以下「専門家」という。）には、コロンビア共和国政府は、自己の負担で次の措置をとる。

(a) 専門家の任務遂行に必要な事務所その他の施設を提供し、かつ、その維持費を負担すること

(b) 専門家の任務遂行に必要な現地要員（専門家の相手方となるコロンビア人要員及び、必要な場合には、適当な通訳を含む。）を提供すること

(c) 次の諸経費を負担すること

(i) 通勤費

(ii) コロンビア共和国内の公用出張旅費

(iii) 公用通信費

2. コロンビア共和国は、専門家及びその家族に対し次のものを提供する。

(a) 適当な家具付き住宅

(b) 職務又は現地の環境条件から生ずる事故又は疾病に対する無料の医療便宜

第 6 条

1. 専門家は、海外から送金される給与に対し又はこれに関連して課される所得税その他の課徴金を免除される。

2. 専門家及びその家族は、その到着後 6 箇月の間に行う次のものの輸入に関し、輸入許可書及び為替証明書の取得要件並びに領事手数料、関税その他の課徴金を免除される。ただし、特定の役務の提供の対価である料金は、この限りでない。

(a) 専門家及びその家族の携帯荷物

(b) 専門家及びその家族用としてコロンビア共和国に持ち込まれる身回品、家財及び消費財

(c) 専門家用として専門家又はその配偶者名義でコロンビア共和国に輸入される自動車 1 台（ただし、専門家がコロンビアに 1 年以上滞在する場合に限る。）。自動車の輸入許可は、日本国大使館の事前の申請があり次第コロンビア共和国外務省により発給される。専門家は、前記に従い自動車 1 台を輸入する代わりに、コロンビアで生産された自動車 1 台をコロンビア共和国において自動車に課される内国税その他の課徴金なしに購入することができる。コロンビア共和国において輸入若しくは購入された自動車は、コロンビア共和国の現行法令に従って売却又は譲渡することができる。

3. 専門家及びその家族は、2.にいう携帯荷物、物品及び自動車の輸出について輸出許可書の取得要件及び関税その他の課徴金を免除される。
4. コロンビア共和国政府は、また、次の措置をとる。
 - (a) 申請があり次第、専門家及びその家族に対し入国及び出国査証を無料で発給すること
 - (b) 専門家の任務遂行に必要なすべての政府機関の協力を確保するために専門家及びその家族に対し身分証明書を交付すること
5. 専門家及びその家族は、コロンビア共和国において同様の任務を遂行している第三国又は国際機関の専門家に与えられているものより不利でないその他の特権、免除及び便宜を与えられる。

第7条

コロンビア共和国政府は、専門家の任務の遂行に基因し、その遂行中に発生し、又はその他その遂行に関連する専門家に対する請求が生じた場合には、その請求に関する責任を負う。ただし、両政府がその請求が専門家の重大なる過失又は故意から生じたことを合意した場合は、この限りでない。

第8条

専門家は、コロンビア共和国政府が指定する機関を通じ、同政府と緊密に連絡を保つものとする。

第9条

1. 日本国政府がコロンビア共和国政府に設備、機械及び資材を供与する場合、これらは陸揚港においてc・i・f建てでコロンビア共和国政府の関係当局に引き渡された時にコロンビア共和国政府の財産となる。これらの設備、機械及び資材は、供与された目的のために使用される。
2. コロンビア共和国政府は、1.にいう設備、機械及び資材につき輸入許可書及び為替証明書の取得要件並びに領事手数量、関税その他の課徴金を免除する。
3. 1.にいう設備、機械及び資材のコロンビア国内における輸送のための費用並びにその補充のための費用は、コロンビア共和国政府が負担する。
4. 専門家及び第2条(d)にいう調査団がそれらの任務を遂行するために携行する設備、機械及び資材は、別段の合意がある場合を除き日本国政府の財産である。

前記の専門家及び調査団は、コロンビア共和国において設備、機械及び資材に課される内国税その他の課徴金を免除され、かつ、設備、機械及び資材の輸入に際し、輸入許可書及び為替証明書取得要件並びに領事手数料、関税その他の課徴金を免除される。

専門家及び調査団は、設備、機械及び資材の再輸出に際し、輸出許可書の取得要件及び関税その他の課徴金を免除される。

5. 4.にいう設備、機械及び資材のコロンビア国内における輸送のための費用は、コロンビア共和国政府が負担する。

第10条

両政府は、この協定から、又はそれに関連して生ずることがあるいかなる事項についても相互に協議する。

第11条

1. この協定は、日本国政府がコロンビア共和国政府からこの協定の効力発生のために必要な手続を終了した旨の文書による通告を受領した日に効力を生ずる。
2. この協定は、1年間効力を有するものとし、いずれか一方の政府が他方の政府に対し少なくとも6箇月の予告をもって協定を終了させる意思を書面により通告しない限り、毎年自動的に1年ずつ更新される。

以上の証拠として、下名は、正当に委任を受けて、この協定に署名した。

1976年12月22日にボゴタで、英語により本書2通を作成した。

日本国政府のために

中根 正己

コロンビア共和国政府のために

インダレシオ・リエバノ・アギレ

JICA