

ペルー地域精神衛生センター 事前調査チーム報告書

昭和55年 3月

国際協力事業団

0 37 6

JICA LIBRARY



1035353101

ペルー地域精神衛生センター
事前調査チーム報告書

昭和55年3月

国際協力事業団

国際協力事業団	
入 日 84. 8. 21	709
	937
登録No. 13438	MCS

はじめに

ペルー政府からのリマ市における急激な人口増加に伴う精神障害者のための地域精神衛生センターの無償資金協力要請に対し、昭和53年10月に専門家を派遣し、調査を行った結果、この問題はリマ市における地域保健分野の緊急かつ重要なものであり、政府も重要視していることが判明した。しかし、人材施設の不足が著しいため、これが対策を必要とするところ、今後のこの分野における技術協力の可能性及び妥当性について調査を行う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。この機会をかりて、本調査チーム各位並びに同調査チーム派遣にご協力をいただいた関係機関の方々に対し深甚なる誠意を表するとともに、同国に対する医療協力の実施にあたっては、関係者皆様のご理解とご協力を賜わりますようお願いする次第であります。

昭和54年3月

国際協力事業団

理事長 長谷川 正 男

目 次

はじめに

I	事前調査チーム調査目的	1
II	事前調査チームの構成	1
III	調査日程	1
IV	本件要請の背景及び調査チーム派遣の経緯	2
V	調査の結果及び概要	2
VI	施設および機械	5
VII	センター設置計画	11
VIII	ペルーにおける保健医療事情	36
IX	ペルーにおける精神衛生の現状と特徴	76
X	資 料	92

I 事前調査チーム調査目的

ペルー国政府の新規要請にも鑑み、わが国の無償資金協力を前提として、ペルー側関係者と協議し、調整を行うと共に、わが国よりの技術協力に対する要請の有無を確認し、右要請のある場合は、その必要性及びわが国の協力の可能性について、ペルー側関係者との協議を行い、必要な調査並びに資料を収集して、将来の協力の在り方について専門的立場よりの提言を行うことを、本調査の目的とする。

II 事前調査チームの構成

団長 加藤 正 明（総 括）国立精神衛生研究所長
団員 林 峻一郎（精神衛生）慶応義塾大学医学部精神神経科
団員 山口 輝 男（病院施設）厚生省医務局
団員 佐 伯 修（業務調整）国際協力事業団医療協力部医療第二課

III 調 査 日 程

7月 8日（日） 東京→リマ 事務所打合せ
18:00 11:55
9日（月） 大使館表敬及び打合せ、ペルー保健大臣表敬、保健省協議
10日（火） リマック総合病院・建設予定地視察、コリケ総合病院・保健省協議
11日（水） バルディサン精神衛生センター、ナニャ青年リハビリテーションセンター・保健省協議
12日（木） リマック総合病院・カントグランデ保健所他、保健省協議
13日（金） 保健省協議
14日（土） } 内部打合せ及び資料整理
15日（日） }
16日（月） 外務省経済協力二課森田氏と打合せ、保健大臣主催レセプション
17日（火） 大使館報告、カエターノ・エレディア大学・ラルコ・エレラ精神病院・大使公邸夕食
18日（水） ペルー保健大臣へ調査結果報告、大統領夫人接見
19日（木） 内部打合せ及び資料整理、調査団主催レセプション
20日（金） リマ→ニューヨーク
0:55 11:10

21日(土) ニュヨーク→
11:00
22日(日) →東京着 13:50

Ⅳ 本件要請の背景及び調査チーム派遣の経緯

昭和53年3月、ペルー国政府は、近年・首都リマ市の急激な人口増に伴い、生活環境の劣悪さから生ずる低所得者層の精神病者対策が緊要となっているとして、わが国に対し精神病院建設のための無償援助を要請越した。昭和53年9月、上記ペルー側要請の明確化及び同国の精神医療事情調査のため JICA 派遣専門家として、加藤正明国立精神衛生研究所長を同国に派遣した。昭和53年12月、加藤専門家の報告に基づき精神病院建設援助に関する無償資金協力の要請には応じられない。(回わが方としては、社会開発分野でとくにベーシック・ヒューマン・ニーズに沿い且つ、同国における最重要事項のひとつである具体的プロジェクトについて援助要請越す場合には、これに積極的に応じる意向である旨ペルー国政府に回答した。昭和54年3月、上記わが方回答を踏まえ、ペルー国政府は精神障害者対策が同国の厚生行政面における緊急かつ最重要な問題であるとして、わが国に対し、あらためて、精神障害者リハビリテーション・センター建設に関する新規計画を提示し、わが国よりの無償資金協力を要請越した。上記のペルー側新規要請について、わが国よりの協力の可能性を調査するため本件チームが派遣されることになった。

Ⅴ 調査の結果及び概要

事前調査チームは、昭和54年7月8日より同20日に至る間、ペルー政府および保健省、関連する大学、病院等の責任者と打合せを行ったが、その概要と結論は次のごとくである。

近年のペルー国保健衛生計画一般は、過去にとらわれず、近代化した地域医療及びプライマリ・ケアの方向付けを明確に打ち出し(第Ⅷ章参照)、これに伴ない、1975年のペルー政府による精神衛生計画書は、地域精神衛生、即ち、地域社会における精神障害の予防・治療を行う方向を志向しており(第Ⅸ章参照)、今回の無償資金協力の対象となる施設は、「サン・フエン・ボスコ地域精神衛生センター Centro Comunitario de Salud Mental San Juan Bosco」とすることが希望された。この意見は、本プロジェクトのための常設委員会でも提案され、当方もこれを妥当なものとした。

1) プロジェクト責任者

責任者は保健省次官とし、そのため9人の委員からなる「地域精神衛生センターのプロジェクトに

対する協同と推進のための常設委員会」が設置された。この委員会は、精神衛生センター設置・運営に当って不可欠の専門家を包含し、今後政体のいかに抱らず存続し、責任をとり得るメンバーをもって構成されている。

2) 建設予定地

現在、リマ市中心部より車行20分の距離の北部地区にあたるリマック Rimac 地域は、近年開発途上の郊外地域にあたり、急激な人口増加に見舞われている。当然な帰結として、この地区には精神衛生上の諸問題が多く、かつ、精神科医療施設としては、リマック総合病院 Hospital General Rimac (270床)の精神科外来のみであり、増大する需要に応じきれない。

このリマック総合病院の一带は、カイエターノ・エレディア大学 Universidad Peruana Cayetano Heredia が隣接し、後方に熱帯医学研究所が建設されている。さらに、母子医療センター建設が保健省により予定されている。即ち、文字通りのリマ市北部の医療施設センターである。これ等の12万平方メートルの保健省所有の敷地の一部、面積約45,000平方メートルが、本センター予定地として提示された。

この立地条件は、本センターの目的に最適のものであり、この地に下記組織を行ない、近代的な精神衛生施設を建設することは、適切なものと言える。

3) 施設の目的

前述の1975年の精神衛生計画にもあるごとく、ペルー政府、学界の意向は、地域社会中心の精神衛生対策を進め、第1次から第2次、第3次予防、すなわち精神障害の発生予防、早期発見・治療、社会復帰・リハビリテーション等を推進する方針がある。本センターもそれと軌を一にした目的、即ち、地域精神衛生活動と精神科臨床、及びそれ等の諸活動を通じた高度の研究を、目的とする。本センターの対象人口は、リマ市北部地区の150万人口である(第Ⅶ章参照)。

4) 組織の概要

組織は、外来診療部門、デイ・ケア部門、入院診療部門、救急診療部門、リハビリテーション部門(O.T.訓練、職業訓練を含む)、コンサルテーション部門、特殊教育部門、地域サービス部門、管理部門(記録室を含む)、研究部門、より成る。

そのため、主棟、デイ・ケア棟、リハビリテーション棟、病棟(成人150、小児児童50計200床)、などを必要とする。

5) 必要人員(スタッフの概要)

精神科医師19名、看護婦61名、看護助手120名を含む270名のスタッフが必要であり、この点は保健省および大学が確約している。

6) 要員の訓練と技術協力

上記必要人員に対する今後の訓練が必要であり、そのため国際間の技術協力が望ましい。

ペルー側としては、まず上級医師で本計画の責任をとるものに対する短期訓練と、医師、作業療法士、ソーシャルワーカー、臨床心理技術者など、医療チーム・メンバーに対する長期訓練、並びに医療検査器具の使用をはじめ、本計画全般を推進するために、日本よりのスーパーバイザーを要望し、かつ日本での研修を希望している。

7) 対象となる患者の予測

後章で述べられるように、外来患者は年間 52,000 人、入院患者は同 3,400 人が予測され、そのほか地域病院、地域診療所、駐在保健婦等の諸活動に対するコンサルテーションと教育を強化する。これ等の諸活動の結果、本センターの機能は、十分にこの地域での精神科医療の需要をカバーし得ると予測される。

結論：

以上のように地域社会において精神障害の予防・治療を推進させようとする「地域社会精神衛生センター」の計画は、増大する対象地域の需要に十分にこたえ、かつペルー国が 1975 年に開始した精神衛生計画の重要な基点となるものであり、WHO の精神衛生計画にも一致する。これに要する施設をリマック総合病院の隣接敷地内に新設することによって、リエゾン・サービス、コンサルテーション・サービスその他の診療水準を上げることができ、また近接するカイエターノ・エレディア大学やサン・マルコス大学からのスタッフ、学生、レジデント等の供給も確保でき、教育病院として機能をもつこともでき、その援助計画は何倍かの効果をあげることになる。

上記の地域精神衛生センターを設立することによって、ペルー国全体の精神衛生計画の先鞭をつけ、本センターが同国でのモデルセンター的役割をしめるため、その波及効果として、同国の精神医療を飛躍的に推進させることになる。そして、本センター設立により、地域精神医療のみならず、ペルー国の計画する一連の全般的保健医療計画の原則と一致し、地域医療全体を推進させることにもなる。これはまた、ペルー国政府の最大の施策としている国家発展計画の一助を荷うものでもある。さらに、本プロジェクト実現により、日本およびペルー両国の親善・協力を大きな力を加えることになる。

今後の本計画推進には前述の常設委員会の協力を得て、保健省が、責任をとるものとする。

また、日本・ペルー間の教育・訓練のための専門家交換、ME の適切な使用及び本センター活動全般の推進のための専門家派遣は、本センターの条件であり、今後 4～5 年程度にわたって継続されるべきである。

国立精神衛生研究所および各大学医学部、心理学部、社会福祉学部、作業療法学園などの専門家によって、ペルー国側の上級、初級医師や医療チーム・メンバーの教育、訓練を行い、日本側からの専門家の派遣を通じて、技術協力を進めてゆく。

Ⅵ 施設および機材

1) 予定地域

後章に詳述するように、最近の数年間、リマ市人口は急激な増加率を示し、その原因は、主として、山岳地帯よりの移住民である。この人口増加は、リマ市北部、即ちリマ市を横断するリマック河北岸の一角である。この地は、衛生行政上は、リマ・メトロポリタンの第1（リマック）病院区と第7（コリケ）病院区とから成る。これ等の地区の責任病院は、リマック総合病院（第1病院区基地総合病院 一 270 病床）である。

リマック総合病院は、この地域の中心部に当り、リマ市中心部より車行約20分の距離にあり、中心部よりの主要幹線道路から直角に少し入りこんだ住居地域に囲まれた敷地内の一角にある。

ここは、配置図に示す如く、12万平方メートルの保健省所有の敷地である。その一角にあるリマック総合病院に隣接しては、カイエターノ・エレディア大学があり、その後方には熱帯医学研究所が建設されている。さらにこの地域の左側後方に、配置図にある如く、保健省は近い将来に、母子医療センター等の施設を建設すべく予定している。これに、本地域精神衛生センターが加われば、まさに医療施設地域となると言えよう。

この一角、右側後方の逆し字型の敷地が、当該センター建設敷地としてペルー政府により確保されている。敷地の面積は約45,000平方メートル、ローム系の平坦な敷地であるが現在荒地で、周辺の建設工事に伴って残土、煉瓦、石等が無作意に散布されている。しかし、これは、整地を行うことにより充分利用出来得る敷地である。

交通については、この地域には、公・私営のバスが通り、便利な場所である。

2) 施設

地域社会精神衛生センター活動を行うため、外来診療、デイケア、入院治療、救急診療、リハビリテーション、コンサルテーション、特殊教育活動、地域活動の諸部門並びに管理部門を含む施設を建設する必要がある。そのため、主棟、デイケア棟、カフェテリア、リハビリテーション棟、体育館、200床の病棟（成人150、少年児童50）、サービス棟、渡り廊下を含め、約13,000平方メートルの施設を建設する。

即ち、援助対象施設及び材料の規模内容については、ペルーにおける現在の精神医療対策は、近代的精神医療施設とこれを運営する医療スタッフの養成が望まれている。そのため単に収容病床を中心とした精神病院の計画ではない。この点についてペルー政府側担当者との施設の内容について、図上で討議し、マスタープランを取まとめたのである。相互の意見を調整し整理したのが別添配置図に示すとおり、主棟は外来、管理、救急診療、コンサルテーションサービス、特殊教育サービス、地域医療サービス、医局研究室及び医師研修部門から構成されるデイケア部門は外来診療部を通じて、通院す

る患者を対象とするデイケアを通じての治療・指導部門となっている。

病棟は1看護単位を25床とし、中央にデイルームを設け、看護記録室等を備えたフロアを2階建にした病棟1棟（成人用）と、さらに右（東）側は階上を成人用として1階を幼児30床少年20床をそなえる病棟として計画し、収容病床は計200床で、短期回転を目標としている。その他、附属施設としては、患者用カフェテリア、給食、汽缶受電、等のサービス部門を配置した。

ただ、用途上患者収容部分には馴染しくない塀（デザイン的に特に配慮する必要がある）は、この施設の不可欠の部分として設置されることを期待したい。その他、幼児、少年の戸外プレー、レクリエーション指導用施設として、プールを設置した方がこのましく、これについてはペルー側専門家から特に要望があった。建物に附属する設備としては、ベッド、戸棚の他、リハビリテーション用具、さらに作業療法の種類を充分分析して例えば木工機械陶芸の電気釜、等を充分考慮のうえ配置すべきである。

以上の結果を、活動組織と関連させて、下記に列挙する。

（組 織）

1. 外来診療部門
2. デイケア部門
3. 入院診療部門
4. 救急診療部門
5. リハビリテーション部門
6. コンサルテーション部門
7. 特殊教育部門
8. 地域サービス部門
9. 管理部門（記録室を含む）
10. 研究部門

（施 設） （計 約 13,000 m²）

1. 主 棟 （外来・救急部門、医師研修、食堂、特殊教育施設、研究室、等）
2. デイケア棟 （外来用デイケア、指導施設、等）
3. カフェテリア （入院患者用、食堂、売店、等）
4. リハビリテーション棟 （機能訓練、生活指導）
5. 体 育 館 （レクリエーション療法、集団療法、等）
6. 病 棟 （成人150、小児児童50、計200床）
7. サービス棟 （給食、洗たく、等）
8. 渡 廊 下 （患者区域の区画を兼ねた渡廊下）

3) 機 材

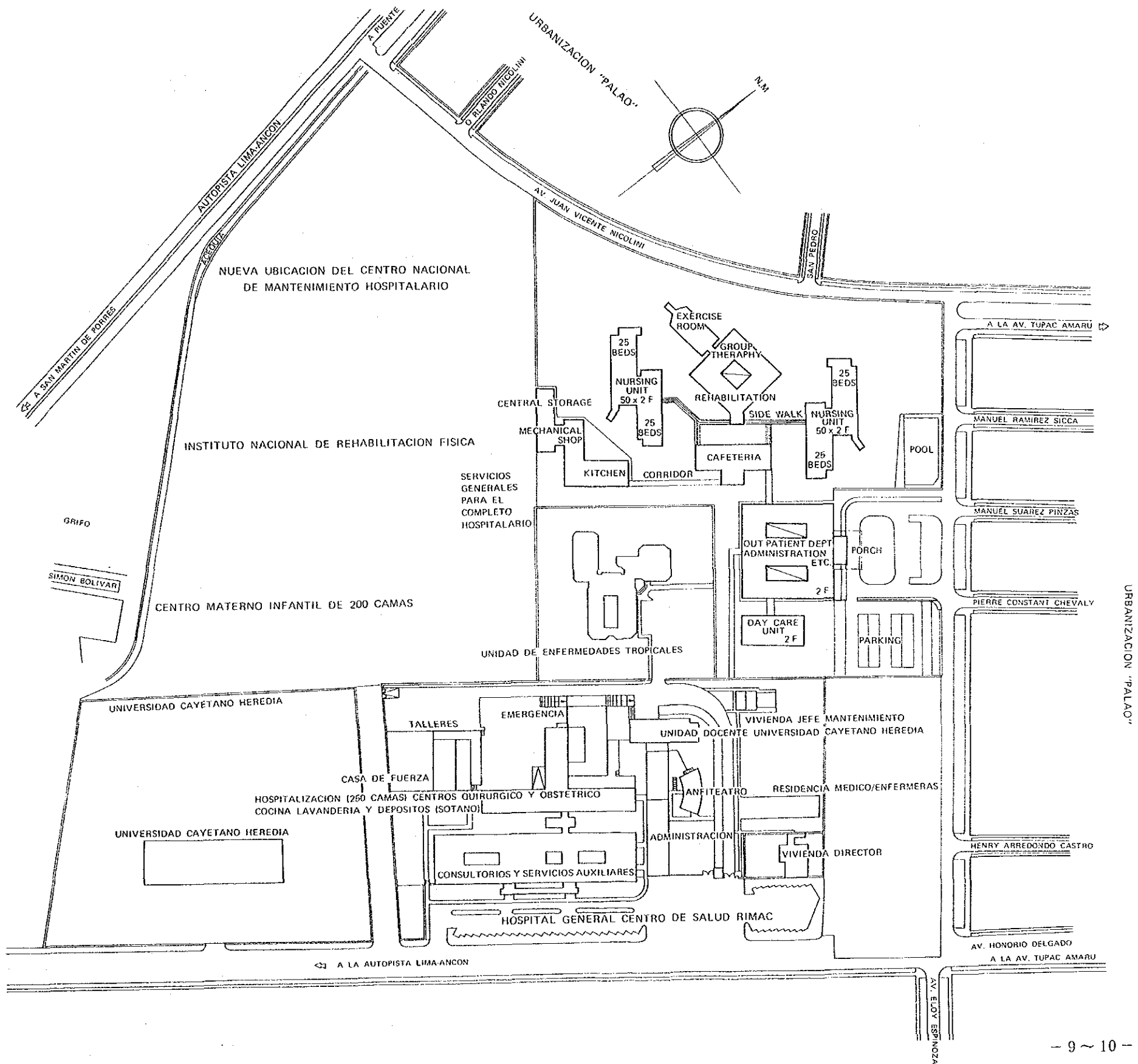
必要機材は、上記施設を使用して、地域精神衛生活動及び精神科臨床、それに関連する諸目的に必要なもの一切となる。これ等当然の機材のほか、ペルー国側の要望があり、双方協議の上、以下のような若干の機材を装備することが、特に考慮された。

臨床検査用機材として、高速多目的自動分析器により、血清、尿等の生化学的検査を能率化する。また、薬物の適切な投与のため血中・血清濃度アナライザーをおき、脳波測定器はとくに光刺激その他の刺激条件を加える。頭部外傷その他の脳器質障害に対して、エコー・エンセファログラフィーを必要とする。また、治療用に電気ショック療法器具、バイオフィードバック器具、教育用には一方鏡、ビデオ・テレビ装置等を完備する。研究用には、皮膚電気抵抗測定器をはじめ、ポリグラフの設備を設ける。デイケア用のバー、ミニバスケット・ボール、体操器具等、作業療法用の木工道具、芸術療法用機械材料、その他をそろえる。

以上の結果を、下記に列挙する。

1. 検査用機材：高速多目的自動アナライザー（血液・血清・尿・生化学）薬剤血中濃度アナライザー、脳波測定器、エコー・エンセファログラフィー、等。
2. 治療用 〃：電気ショック療法器、バイオフィードバック器具、等。
3. 教育用 〃：ワンウェイ・ミラー及び付属機器、ビデオ・テープ装置、テープ・レコーダー、等。
4. 研究用 〃：皮膚電気抵抗測定器、等。
5. デイケア用 〃：バー、ミニバスケット機材、体操器具、等。
6. O.T.用 〃：木工道具、アートマテリアル、メカニックス・マテリアル、等。

配置図



VII センター設置計画

1 名称 2 運営責任者 3 設置場所 4 対象範囲 (1) 対象人口及び地域の概観 (2) 対象人口の保健衛生事情 (3) 対象人口の精神医学的特徴 (4) 対象人口に対する既存精神科施設 (5) 対象疾患と対象診療科目 5 活動目的 6 活動エリア
7 需要予測 8 組織 9 要員配置計画 10 予算措置 主な参考文献

1. 名 称

本センター・プロジェクトに関与する日本側本調査団とペルー側保健省とが協議の結果、最も適切なるものとして、下記に合意があった。

(日本語) サン・ファン・ボスコ地域精神衛生センター

(スペイン語) Centro Comunitario de Salud Mental San Juan Bosco

(英語) Community Mental Health Center San Juan Bosco

因みに、San Juan Bosco はカトリック教聖人の名であり、児童・家庭の守護者である。

2. 運営責任者

ペルー国保健次官 Vice-Ministro de Salud を運営責任者 (R/D 署名者) (準備段階も含む) とすることに、双方が合意した。

また、準備段階を含むペルー国側実務担当組織として同保健省内に「(ペルー) 地域精神衛生センター・プロジェクトに対する協同と推進のための常設委員会」が設置された。

COMITE PERMANENTE ENCARGADO DE LA COORDINACION Y EJECUCION
DEL PROYECTO DEL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (PERU)

Dra. GLORIA VILADEGUT DE ESTRELLA

Director Asesor del Director Superior Y Presidente de la Comision

Sr. Dr. HUMBERTO ROTONDO

Jefe de Departamento del Hospital Hermilio Valdizan

Dra. MARIA ESTHER PEREZ LOPEZ

Dirección General de la Oficina Sectorial de Planificación

Arq. PABLO SEMINARIO

de la Dirección de Construcciones

Arq. GUILLERMO CARRASCO

de la Dirección de Construcciones

Sr. Dr. LUIS CUADRA RAVINES

Director del Area Hospitalaria N°1 Rimac

Sr. Dr. RENATO ALARCON

profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad Peruana

Cayetano Heredia Y Psiquiatra Adscrito del Hospital del Rimac.

Director Universitario de Asuntos Peragégicos, U. P. Cayetano Heredia.

3. 設置場所

リマ市第1病院区リマック基地総合病院隣接地, 120,000 平米 (保健省所有地)。

地域精神衛生活動及び医療上の観点からすると, 本設置場所は下記のような長所をもつ。

- (1) 対象地域 (第1, 第7病院区) の医療システム上の中心地である第1病院区基地病院と同一場所にある。
- (2) 同場所は, 他に医療機関・研究所建設の将来計画があり, 医療上の大規模センターとなる予定であり, その一環を本センターも荷うこととなる。
- (3) 同上総合病院と提携し総合的医療を行ない得る。
- (4) カイエターノ・エレディア大学近接地で, その人的・物的・学術的協力を得やすい。
- (5) 交通便利である。

4. 対象範囲

日本・ペルー側双方協議の上, ペルー国側の要望をいれ, 対象地域・対象範囲等が同意された。

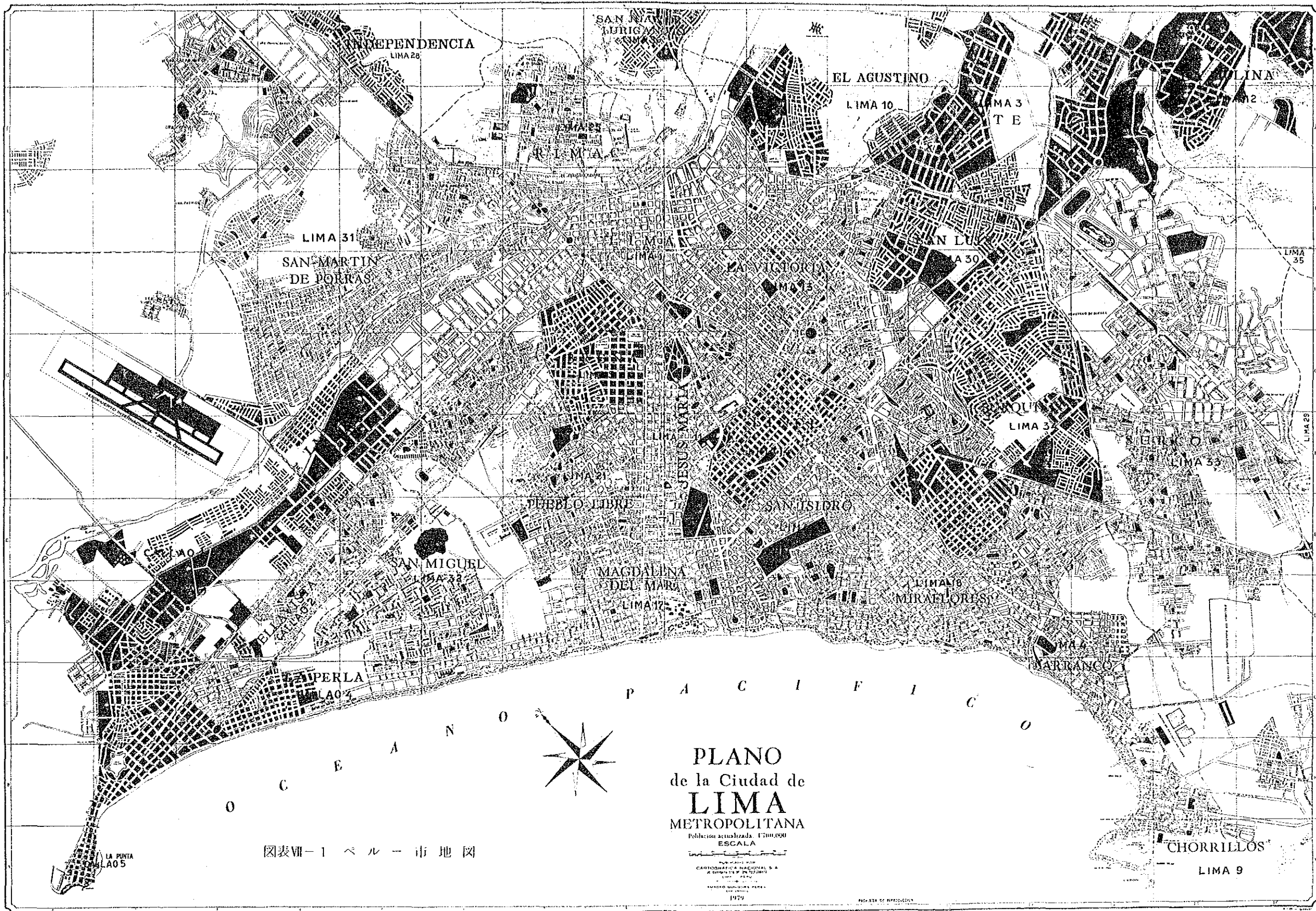
(1) 対象人口および地域の概観

対象地域は, リマ市北部地区にあたる, 第1病院区 (リマック Rimac 地区) 及びそれに隣接する第7病院区 (コリケ Collique 地区) である (図表VII-1, 図表VII-2)。

この地域には, 現在約 150 万人口が居住しているが, その数は増大しつつある。即ち, リマ市全人口 500 万のうち 4 分の 1 強を占める。この地区は, ペルー国全体の人口増加率年約 3% に比し, 年 7% という極めて高率の増加をなしつつある。因みに, 世界全体の平均人口増加率は 2.0% (1974 年) である。

元来が, この地域はリマ市北辺にあり, リマック河を越した郊外にあたり, 以前は極めて少ない住民しか持たなかった。しかし, 過去数年間に, 山岳田園地帯よりのリマ市移住者は激増の一途をたどり, その大部分が地理的に近いこの地区に住みついたのである。

大都市への人口集中化は近年の世界的傾向で, 特に開発途上国において著しい。ペルーの場合もその例に洩れない。この移住は, 特に 1970 年以降甚だしく, 2000 年には, 都市人口が全国人口の約 80% を占めるに到ると予想されている (図表VII-3, 図表VII-4) (3)(4)。



図表Ⅶ-1 ベルー市地図

これ等の移住の原因は種々論じられているが、主として最近の社会経済的構造要因の変化によるものとされている。一方、その移住増加は、様々な影響を各方面に及ぼしている。保健医療事情も当然例外ではなく、本プロジェクトの目的である地域精神衛生センター設置の要望とその必要性も、この点にあると言える。即ち、新しい形態での人口・都市化問題の結果生じた地域精神衛生・精神科医療の必要性である。

さて、この地区の現時点での現実状況を、保健省当局者と考察した結果をふくめて、その見解を中心として、少し説明することとする。

図表Ⅶ-3 都市移住 (資料:文献3)

郡 PROVINCIAS	総人口 Población Total		増加率 Tasa de Crecimiento	流入移住者 Flujos Migratorios	流入による増加率 Flujos Incremento Total
	1961	1972	1961-72	1961-72	(%)
LIMA-CALLAO	1,845,910	3,302,523	5.5	728,307	50.0
TRUJILLO	225,140	394,273	5.2	80,515	47.6
AREQUIPA	222,377	352,825	4.3	65,806	50.4
CHICLAYO	207,513	335,407	4.5	49,007	38.3
HUANCAYO	196,962	269,908	2.9	39,014	46.6
SANTA (Chimbote)	101,277	208,851	6.8	47,307	44.0

図表Ⅶ-4 地域別人口増加 (資料:文献4)

Cuadro N° 9: Crecimiento de la población por áreas o zonas^{oo}

		人口 (単位千) En miles de personas				構成比 (%) En composición porcentual			
		1970	1980	1990	2000	1970	1980	1990	2000
Rural	地方	5,446	5,800	6,124	6,367	40.5	32.6	26.3	21.4
Lima	リマ	2,940	5,082	7,963	11,243	21.9	28.6	34.1	37.7
Resto Urb.	他の都市部	5,061	6,897	9,236	12,185	37.6	38.8	39.6	40.9
TOTAL	合計	13,447	17,779	23,323	29,795	100	100	100	100

Fuente: INE, B. A. D. N° 20, e INP (proyecciones del crecimiento urbano, trabajos preparatorios para la elaboración del Plan de Largo Plazo).

これ等の新人口(移住者)は、端的に言うると、この地区の空地に自分で住みつき、簡単な煉瓦製の住居を作り、かつその人口も居住地域も次第に増大させつつある。しかし一方で、興味深いことに、これ等新住民は彼らだけの互助的な一種の自治組織を作り、地域的な衛生・福祉の一環として、救急的な保健グループやクラブ、オフィスなどを組織している。また、政府もこの事実を認めて、水道、電気などの供給をはじめている。

さらに、平坦で一見無秩序に見えるこれ等の住民から、制服姿の児童が出入し、この人口内での見

童青少年比率の高さと教育の普及の高さを如実に示している。また、将来本センターのサテライト・ローカルの役割を予定されている、カント・グランデ保健所での見聞は、貧弱な施設での医師他のスタッフの熱意を印象づけた。保健医療の最前線であり、当地域での主任務は、人口調節指導、予防接種、結核対策などである。

新住民は、職業機会を目的として移住してきたが、当然、それに見合う職業はなく、失職状態で、何等かの単純かつ賃仕事の労働によって、生活をなしている。しかし、この生活条件では、当然ながら、日常生活の困難さ、新生活または都市生活への適応問題、その他多様であるが、重大な困難さに直面している。これらは、精神的、また直接間接の社会心理不安定反応を惹起させ易く、精神衛生・医療を必要としている。

(2) 対象人口の保健衛生事情

リマ市は10病院区に分かれ、各々には、基地総合病院がおかれ、その下部に保健所網が配置されている。保健所数は人口10万に対し1個を目標とされている。医療的な難問題は上部総合病院に委ねられる。また、医療行政上は、基地総合病院長が病院区長を兼務し、下部組織を指導する体制である。

問題の北部地区は、第1病院区と第7病院区とから成る(Ⅷ-1節参照)。

第1病院区は、病床270のリマック総合病院を基地病院とし、他に小規模病院1、保健所15、保健分室2が置かれている。それを下記する。(リマック病院組織図はⅤ-1節参照)。

AREA HOSPITALARIA DEL RIMAC (No 1)

HOSPITAL GENERAL BASE "CAYETANO HEREDIA" (RIMAC)

HOSPITAL PUENTE PIEDRA

CENTROS DE SALUD: Canto Grande, Tupac Amaru, Tahuantinsuyo Bajo, Tahuantinsuyo Alto, San Martin de Porres, Rimac o Villacampa, Piedra Liza, Peru 4ta. zona, Peru 3ra. zona, Mexico, Infantas, Campoy, Chacarilla de Otero, Hermitaño, Ciudad y Campo

PUESTOS MEDICOS : Santa Rosa, San Jose

第7病院区は、病床210をもつコリケ総合病院を基地病院とし、他に保健所9、保健分室7が置かれている。それを下記する。(尚、この病院区はLimaとCantaの2郡にまたがっている)。

AREA HOSPITALARIA No 7 - COLLIQUE

HOSPITAL GENERAL BASE COLLIQUE

CENTRO DE SALUD : de Comas, de Milagros, Santiago Apostol, Carmen Alto, Collique, Santa Luzmila, Nuestra Sra. de la Paz., El Progreco, de Canta

POSTAS SANITARIA: Carhua, Huaros, La Chaqui, Huamantunga, Quipan, Arahua, Yangas

このうち第1病院区よりより郊外地にある第7コリケ病院区での資料によって、対象地域の医療実体をみる。

この地区の約半分の地域での年齢別人口分布をみると（図表Ⅶ-5）、15才以下人口が総人口の約半分を占め、かつ、1971年～73年間の増加が著しい。そして、この7年間の平均は年9%の増加率を示している。この同じ年内でのコリケ基地総合病院での外来受診状況は（図表Ⅷ-24）、1971年～74年間に飛躍的に増加し（約2.5倍）、その後はほぼ同一水準にある。呼吸器科が独立しているのは、結核患者の多数のためであろう。入院統計（図表Ⅷ-25）についても、大体同じことがいえる。さらに、外来・入院ともに、小児科、産婦人科が圧倒的多数をしめ、人口・母体・児童問題の重大さを示している。また呼吸器科受診の大部分は低栄養による結核である。

図表VII-5 第7病院区の人口分布(資料:院内公式文書)

Ministerio de Salud
 Región de Salud de Lima Metropolitana
 Área Hospitalaria N°7-Collique

Población por Distritos, según Grupos de Edad

Área Hospitalaria N°7

Años: 1971 - 1978

地区 DISTRICTOS	合計 TOTAL	GRUPOS DE EDAD 年令別							
		- 1	1 - 5	6 - 14	15-19	20-44	45-64	65 y +	
1971	TOTAL	169799	6077	33349	34215	16774	54335	18763	6452
	Conce	146079	5171	28690	29435	14345	46745	16142	5551
	Carabayllo	23720	840	4659	4780	2329	7590	2621	901
1972	TOTAL	208808	7392	34391	48491	20525	66839	23053	9414
	Conce	179872	6368	29625	41946	17631	57577	19858	6817
	Carabayllo	28936	1024	4766	6748	2894	9262	3195	1097
1973	TOTAL	220173	7794	36262	51344	21643	70478	24308	8344
	Conce	189662	6714	31237	44229	18644	60711	20939	7188
	Carabayllo	30511	1080	5025	7115	2999	9767	3369	1156
1974	TOTAL	232067	8215	38222	54119	22312	74284	25620	8795
	Conce	199908	7077	32925	46519	19651	63990	22070	7576
	Carabayllo	32159	1138	5297	7500	3161	10294	3550	1219
1975	TOTAL	244511	8655	40271	57020	24036	78268	26994	9267
	Conce	210627	7456	34690	49118	20705	67422	23253	7983
	Carabayllo	33884	1199	5581	7902	3331	10846	3741	1284
1976	TOTAL	257527	9116	42415	60055	25315	82434	28431	9761
	Conce	221839	7853	36537	51733	21307	71010	24291	8408
	Carabayllo	35688	1263	5878	8322	3508	11424	3940	1353
1977	TOTAL	271135	10385	44683	64720	28376	84540	28767	9164
	Conce	233562	8946	38491	55751	24374	72825	24781	7824
	Carabayllo	37573	1439	6192	8969	4002	11715	3986	1270
1978	TOTAL	285362	10929	47028	68115	30391	80976	30277	9646
	Conce	245817	9415	40511	58676	26179	76646	26031	8309
	Carabayllo	39545	1514	6517	9439	4212	12330	4196	1337

Elab. Of. Programación

3CC/Tzh.
 21.04.79

(3) 対象人口の精神医学的特徴

上述したように、この地域住民の特殊性から、次の如き点が精神科的見地から指摘されている。

- (1)社会生活(職業生活)上の困難。(2)いわゆる移住症候群(環境の変化による不適応)。(3)物質生活の困難。(4)旧同一性の解体 (5)都会的新同一性獲得の困難。(6)異文化及び反文化葛藤。(7)比較的な低

教育程度。(8)日常生活の混乱。(9)習慣行動の混乱。(10)価値体系の混乱。(11)適切なる精神科医療・精神衛生サービスの過少。等(5)。

上述した如く、文化的にも生活習慣的にも、彼らは既存のリマ市民とは一種別の存在であり、その精神衛生は、精神医学的にきわめて興味深いものである。

これ等の結果、ある病院統計では次の事実が証明されている。リマ市中央部の中流階級地区では、人口の18.7%に何等かの精神障害が潜在している——5.4%ノイローゼ、3.5%人格障害、1.4% 癩れん性障害、1.2%精神病、1.4%精神遅滞、等である（IX - 6 節参照）。これに反し、本地区のような新開地域では、潜在精神障害者は人口の42.6%を占めている——16%ノイローゼ、3.5%精神病、2.1%精神生理障害、1.6%てんかん、等である(5)。

因みに、リマ市中央部の精神障害潜在率は、ほぼ日本都市部のそれと同程度と望解されうる。然るに、このリマ市新開地区での精神障害潜在率は、遥かにわれわれの持つ常識をこえるものである。しかし、これは、やや異った診断基準のもとで、かつ行動障害・社会心理的障害などを含有しているものであり、辛うじて適応はしているが何等かの徴候を示す者を多く含むと解せられる。いずれにせよ、この高率は、この地域住民の精神的苦難を物語っている。さらに、これらの徴候の大部分は不安・抑うつ症候群などであるという。これに反し、この住民は攻撃的反社会的行動をとることは少ない。また、年少人口の多さのため、15才以下の外来受診が全体の40~50%を占める高率であることも特徴的である(5)。

(4) 対象人口に対する既存精神科施設

リマ市第1病院区・第7病院区には、3個の総合病院が存在する。然し、それ等のなかで既存の精神科施設は、ただ一ヶ所、リマック総合病院精神科のみである。しかし、ここでは外来診療のみしか行なえず、かつこの外来は3ヶ月以上のWaiting が必要という状況である。他に、この精神科セクションは、救急医療と、リエゾン・サービスのみを行なっており、構成も医長1、専門医1、レジデント数人程度である。この不足のため、精神障害者をこの地域の施設で扱うことは不可能であり、リマ市に存在する2ヶ所の国立精神病院、即ち、リマ市南部地区をカバーするラルコ・エレラ病院（病床1260）と、リマ市中部地区をカバーするエルミリオ・バルディサン病院（病床415）とに依頼し移送しているのが現状である。しかし、この2病院といえども、全体で500万人口をもつリマ市をカバーするための機能としては、非常に不足勝ちであると言わざるを得ない。

即ち、このリマ市北部地区は急増する人口をかかえ、その150万人口は精神障害の発生率が極めて高いのに、他方この人口をカバーする適切な精神科施設は殆ど存在しないという状況におかれている。

従って、この地区にリマック総合病院に隣接して地域精神衛生センターが設立されたとするなら、その病床予定数200という規模からして、この地区を十分にカバーする機能を発揮するであろうことが期待し得る（第7節参照）。

(5) 対象疾患と対象診療科目

上述の本センター設立の意義からみて、また次節で詳述するように、本センターの活動が、地域社会精神衛生であり、かつそれに伴う精神科医療であるため、下記のような対象診療科目活動をその対象範囲患者に行なうこととなる。

(a) 対象疾患

広く、全ての年齢層における、機能的な精神障害全般。ただし、アルコール・薬物中毒、精神薄弱、長期にわたる入院加療を必要とする慢性状態の既存の精神障害、等を除く。

また、特に、現地事情を考慮し、少年児童の精神障害（主として、学習困難および行動異常など）に、力点の一つを置く。

即ち、予想される対象疾患の主なものは、(i)精神分裂病、(ii)その他の急性期精神病、(iii)躁うつ病、(iv)抑うつ反応、(v)人格・状況反応、(vi)その他の神経症、(vii)思春期精神障害、(viii)児童学習困難、(ix)児童行動異常、(x)その他の児童精神障害、等となる（第7節参照）。

(b) 診療科目

上記の目的のため、下記の診療科目を置く。

(i) 精神科外来診療部門

主として、急性期の機能的な精神障害を対象として、一般精神科診察、外来治療、投薬、精神療法、生活指導、家庭調整、などのサービスを行なう。これは、成人と少年児童に分けられ、少年児童は全体の約3分の1をしめると予想される。

(ii) 精神科入院診療部門

急性増悪期で、入院加療が必要なものを対象とする。やはり、青少年は全体の4分の1をしめる予定である。

但し、入院加療は平均3週間程度として考えられる。これは、現在リマ市の2国立精神病院の一つであるエルミリオ・バルディサン病院での平均在院期間が3ヶ月であること、WHO その他の調査結果等が示すように発展途上の疾患は良い予後経過を示すこと、さらには現地専門医師の見解、などにより考慮された。

なお、退院患者は外来診療に引きつがれ、リハビリテーション・ケア及びデイ・ケアなどを経過して、社会復帰にいたるものである。

(iii) 精神科救急診療部門

当然のことながら、緊急性の症例に関する救急的な診療が必要となってくるであろう。これは、24時間体制での救急措置を構じ、入院または外来診療に引き継ぐこととなる。

(iv) デイ・ケア部門

精神分裂病を含む精神障害外来患者を対象として、現在、世界的に精神医学界で承認されている方法である、Day Hospital を施行する。即ち、在宅の患者が昼間一定時刻の間、デイ・ケア・センターにおいて、各種の精神的トレーニングを受ける。内容的には、生活指導、精神療法、家庭調整、

ソーシャルワーク、レクリエーション療法、作業療法、カウンセリングなどを中心として、遺残精神障害度を可能な限り防止または回復させ、かつ社会適応力をたかめるためのものである。

(四) リハビリテーション部門

精神分裂病を含む精神障害入院患者を主な対象として、現在、世界的に精神医学説で承認されている方法である Rehabilitation Service を行なう。即ち、入院患者がリハビリテーション・センターにて、各種の精神科的トレーニングを受ける。内容的には、レクリエーション療法、作業療法、芸術療法及びデイ・ケアと同様の療法を行ない、それを通して、遺残精神障害度を可能な限り軽減または回復させ、社会適応能力をたかめ、社会復帰をなすことを目的とする。

尚、前項デイ・ケア・センターと共に、リハビリテーション専門職種、作業療法士（OT）の養成にも当る。

(五) 特殊教育部門

少年、とくに学童のうち、学習困難・行動異常などを約3週間の週3回程度の特級学級にて、治療的教育をほどこす。学校より連絡をうけて受け入れ、治療終了後は再び普通学校に復帰させる。これは、リマ市内の児童専門精神科施設クリニカ・デ・ディアなどで、既に実際に行なわれていることである。

さらにこの部門では、母子・家庭精神衛生の相談が行なわれる。

(六) コンサルテーション部門

次項の地域サービス部門、前項の外来診療部門と相応じて、精神衛生相談を行なう。内容は、患者中心の事例相談、プログラム中心の管理相談、コンサルティ中心の事例相談、コンサルティ中心の管理相談、等となる。即ち、調整、管理、検査、教育、ケースワーク、カウンセリング、精神療法、交渉、連絡、その他を含む専門家の精神衛生相談である。

(七) 地域サービス部門

本来が、地域精神衛生活動は、その中核機構であるベース・センターの中のみでの診療・活動だけではなく、むしろその地域のなかに一種のネットワークを保持して、これらのネットワークと共同して機能するものである。これらネットワークの対象の地域機関は、現実にその社会の中で強力に機能しているものが、扱われる。即ち、保健所、相談所、警察、福祉事務所、学校、病院、企業、組合、青少年団体、教会、患者家族会、その他公私を問わず広く機能している地域諸機関と協同する。

地域サービス活動としては、上にあげたような諸機関との精神衛生相談、潜在患者のスクリーニング、医師、看護婦、ソーシャルワーカー等による訪問サービスなど。また、関係要員の訓練、さらに、地域内外の保健所等の諸機関、それに家族会などが結成されれば、それらに対し、精神衛生普及活動を行なう。また、全国的に、他地域との連絡会議なども当然必要となるであろう。

当地区にて、本センターのローカル・センター的機能を果たすべき保健所として当面予定されているのは、7保健所（常設委員会試案）である（第10節参照）。

(八) 基礎研究部門

最後に、これらの精神科臨床活動・地域精神衛生活動を総括する基礎的研究活動が、必要となる。その内容は、次節で述べられるが、疫学的、診断学的、精神病理学的、精神薬理学的、社会精神医学的、文化精神医学的、地域精神衛生評価的、治療・リハビリテーション活動評価的、さらに、国際比較的なもの等となろう。そのために適切な設備を整える。

5. 活動目標

上記、リマ市北部リマック地区（第1、第7病院区）の住民を対象として、広義の地域精神衛生サービスの中核機関として、機能する。即ち、ベース・センターとして、他のローカル・センターを統括し、地域諸機関（学校・警察等）と協力し、予防精神医学の立場から、精神障害に対する対策・医療（第一次予防・発生予防、第二次予防・早期治療、第三次予防・遺残障害予防）を行なう。また、精神衛生要員の人材育成教育に当る。かつ、全国レベルでの同分野でのモデル的役割を果たすであろう。

(1) 第一次予防

対象地域社会のなかでの、あらゆる型の精神障害の発生を予防し、減少せしめる。

具体的には、地域社会内にある多数の機関、保健所、病院、学校、警察、互助的グループ、その他の私的グループ、等との協力のもとに、上記第一次予防活動を行なう。現在の行政機関としては、現地事情を考慮した上、保健医療組織の最前線である保健所の活用が最も合理的で、第一歩としては、地域内の7保健所がその目的のために予定されている。

基礎的な考え方としては、いかなる家族要因、社会心理要因、学校内要因、職場内要因、性格的要因等が、精神障害の発生に大きな関与をなしているかを調査予測し、それらの調整・指導を行ない、必要のある時には危機介入等を行なう。

また、これらの目的のため、上記保健所その他の機関の組織作り、そこでの専門家養成、精神衛生普及活動などを組織的に行なう。

(2) 第二次予防

地域社会内での、あらゆる型の精神障害の早期発見と早期治療を行ない、罹患期間を短縮せしめる。

上記第一次予防活動中に、早期に発見された精神障害を、外来診療部門、要すれば入院部門を活用して、早期治療を行ない、また短期間のデイ・ケア活動を行なう。万一、特殊なケースで慢性化への傾向が防止し得なかったものは、他の精神科施設への移転も考慮する。入院加療の場合は、平均約3週間の在院を予定している。

また、早期加療中または加療後の患者の社会内生活または復帰を、適切に援助する。

(3) 第三次予防

既存の精神科的遺残障害の発生予防とその軽減、および社会復帰推進のための活動を行なう（いわ

ゆるリハビリテーション活動)。

一般に重症精神障害者のうちのあるものは、特有の精神的欠陥を思わせる精神機能の遺残障害を残し、そのため、社会適応・復帰が困難となり、生活上の障害を来すことが多い。しかし、現在の精神医学は、世界的な傾向として、予防または早期医療の効果のため、このような遺残障害は質量ともに軽減しようという可能性の確信を深めている。

しかし、既に生じている遺残障害は、リハビリテーション活動・デイ・ケア活動・ナイト・ホスピタル活動等の治療手段によって軽減せしめ、かつ、発生しかけている遺残障害は同じ方法によって予防する方針が、広く承認されている。この方向付けの活動を通して、精神障害者の社会復帰を促進せしめる。

またこの際には、復帰条件となる生活・環境・社会要因の調整と援助を強力に行なう。

(4) リエゾン・サービス

他科(身体疾患)患者がその原病に起因する精神障害を惹起することは多く、又、精神障害疾患が身体疾患と並行することも多い。このような、多診療科目間での精神科医療をリエゾン・サービスと称するが、今日の複雑な社会背景のもとでは、その必要性は大きい。本センターでも、当然、その必要な場合の発生が予想され、隣接するリマック総合病院と提携してこのサービスを行なう。

(5) 精神衛生要員の訓練

本センターは、精神衛生ベース・センターとして、作業療法士(O.T.)、精神科ソーシャル・ワーカー(P.S.W.)、臨床心理技術者、精神科看護婦、精神科ケースワーカー、精神科訪問看護婦、芸術療法士、その他の精神衛生要員の専門養成に当る。また、脳波技術者、その他の神経系精神科系のME機器技術者の専門養成に当る。

対象者は、当センター関係者、ローカル・センター要員のみならず、このセンターがペルー国では初めての精神衛生センターであることから、全国的レベルでの、上記専門技術者養成機関として機能することが期待される。

その目的のために、一般日常業務での訓練以外に、特別な教育プログラムの作成、普及活動(講演会、講座開設、定期研修会、等)が必要となる。

又、日本・ペルー両国の技術援助が必要となるであろう。即ち、ペルー国側の人材の日本での研修、日本側専門家の派遣による現地での研修、被研修者を中心とした二次的研修、等が必要でもあり、かつ成果を期待される。

(6) 精神科医師の専門養成教育

1972年のカイエターノ・エレディア大学と保健省との協約により、同大学はリマック総合病院(国立)を医師トレーニング病院として使用し、同時にレジデント他の医師を供給している。同様に本セ

ンターは、カイエターノ・エレディア大学の精神科専門医養成トレーニング・センターとすることにより、専門医訓練教育を行なう。同時に、レジデント他の医師団の供給を同大学より受け、かつ、アカデミック・レベルでの指導バックアップを受ける。サン・マルコス大学とも同様の関係をもつことが期待される。尚、ペルーでは、各科とも、専門医養成コースを持つのは、サン・マルコス大学とカイエターノ・エレディア大学のみである。

同時に、この分野でも、日本でのペルー側専門医の研修、又は日本よりの専門家派遣による、技術協力によって、人材養成の内容をさらに充実させ得るであろう。

(7) 基礎研究

本センターの活動を評価し発展させるため、各種の基礎研究を行なう。即ち、当地区の社会心理的、地域精神医学的、臨床精神医学的、精神療法的、精神薬理学的、等の基礎研究を組織発展させる。さらに、疫学的、精神病理学的、診断学的研究が、行なわれる。

(8) 少年児童精神衛生活動への配慮

当地域の住民の構成特徴から、15才以下の青少年が人口の約半分を占めているため少年児童の精神衛生、精神科臨床は、特に重視される。全ゆる種類の精神障害が予想されるが、本センターの性格から、アルコール・薬物依存と精神遅滞は一応除外される。児童精神障害、特に児童の学習困難・行動異常、情動不安定不活発、等が重視される。第一次・第二次・第三次予防の考え方は、成人の場合と同じであるが、外来診療も入院診療も、活動内容からして成人部門からは区別して考えられるべきである。即ち外来診療室18中6、入院200床中50床を青少年用とする。また、第3週間の特殊教育のため、特殊学級施設をもつ。またデイ・ケア部門その他も、区別されて青少年用部分を設ける。

(9) 期待され得る成果

本センターが設立されることによって、期待される成果は直接には二種類ある。その一は、かつて、適切な精神科施設を欠いていたリマ市北部市域の150万人口の受ける一般精神科臨床の恩恵であり、二は、しかもこのセンターが地域精神衛生センターであるということの効果である。

(a) 精神科施設としての一般的意義

上述の如く、精神科ケアが殆ど欠如していた地域に、少なくとも200床を有する精神科施設が出現することは、全リマ市500万人口にとってみれば、南部地域がラルコ・エレラ病院(1,260床)、東部中部地域がエルミリオ・バルディサン病院(415床)をもってカバーするように、北部地域は本センター施設(200床)にて、不足ながらも、一般精神科臨床上カバーすることが可能であるといえる。

1,000人口比での精神科病床全国平均0.15床に比すると、本センターの場合は0.14床となる。又ペルー市では現在の1,000人口比の病床数が0.33より0.38に上昇する。

(b) 地域精神衛生センターとしての意義

然るに本センターの内容をみると、単に精神科入院施設のみではなく、予防精神医学的な地域精神衛生センターである。その面での成果は、ペルー国内では最初の精神衛生センターであるため確実な予測は不可能であるが、期待され得る成果の分析を試みる。

(i) 入 院

まず第一に、年間延入院患者について考える。次節で述べるように、これは3,400人と予想される。統計によると、ラルコ・エレラ病院の年間（1974）入院患者は777人（回転率0.6）、エルミリオ・バルディサン病院のそれ（同年）は864人（回転率2.1）である。目的は異にするが、既存2病院合計の2倍の入院治療の可能性があると見てよいであろう。因みに、既成2病院の合計病床数は1,680である(1)。

(ii) 外 来

同様に、次節での予測で本センターの外来年間延数は、52,000人と予想される。これを、ラルコ・エレラ病院外来年間延数に比すると、25,980人（1974年）であり、約2倍の能力を示す。エルミリオ・バルディサン病院と比較すると外来総数年間14,199人（1974年）であるため、その4倍に当る。即ち、外来受診延総数では、他の2病院外来合計数の1.3倍の能力と見なすことが可能であろう(1)。

(iii) 児 童

児童専門施設であるクリニカ・デ・ディアには入院設備がないので、外来のみを考える。次節の予測では、本センターの青少年の外来年間延数は14,000人と予想される。一方、クリニカ・デ・ディアは、9,954人（1974年）であるので、その1.5倍の能力を有するものと期待されうる(1)。

(iv) リハビリテーション、ケア、デイ・ケア活動

本来の治療意義からそれるが、前者は、社会復帰を促進するため、上記(i)の入院についての能力向上につながり、後者は(ii)の外来部門の能力向上につながる。その数値的比較は不可能だが、単に入院・外来者数という範囲をこえた、社会復帰という大きな治療的意義がある。

(v) 地域精神衛生活動

現在世界的に提唱され模索中である医療分野であるため、本センターがどれだけ効果があるのか、どれだけ患者発生を予防し、どれだけの患者を社会復帰させうるか、未知のことと言わざるを得ない。

しかし、第一には、本センターはペルー国での初めての本格的な地域精神衛生の拠点であるため、国内の他地域への波及効果は大きいと期待されうる。第二には、特殊ではあるが世界的な現象でもある新都市化問題の精神衛生面での解決策としては、国際的な注目を浴びることとなる。

(10) 世界での地域精神衛生活動の成果について

ここでごく簡単に、地域精神衛生活動の一般論にふれる。周知のように、アメリカ大統領J. F. ケネディが、教書の中で精神医療政策をコミュニティ・ケアへと方向転換を宣言して、Community

Mental Health Care Act を発布 (1963年) して以来、アメリカでは、総合的地域精神衛生センターは州立精神病院に代って、精神衛生活動の担い手となった。それ以来、1970年には420ヶ所に設立され、48州6,000万人にサービスをしている。

その活動は次のように定義される。地域精神衛生サービスとは、地域の中で行われるサービスであって、一つは患者及びその家族に対して精神医学的診断治療及び社会復帰をあたえることであり、他の一つは健康、教育及び福祉の問題などで、地域の中で活動している非精神医学的な組織、機関及び職業に対して、精神衛生コンサルテーション、教育、訓練をあたえることである (Forstner, H. M.)。

基本活動としては、次のようなものがアメリカを中心に考えられてきた (NIMH, Yolles, S. F.)。 (1) inpatient service, (2) outpatient service, (3) partial hospitalization, (4) emergency service, (5) consultation service, (6) education.

理論的根拠は、精神衛生における予防の概念モデル——第1次・第2次・第3次予防——である (Caplan, G.)。

アメリカでのこの運動の成果は、次のようである。1963年のActの制定以来、州立精神病院の病床は1971年までに、504,604床から275,955床へと45%減少し、その分を主として地域精神衛生センターが受け持っていてやっているわけである。最近の資料 (NIMH) によれば、1972年より1976年にかけての4年間で、さらに約25%の病床数の減少を見ている。即ち、地域精神衛生活動が始ってから、全米での精神科病床数は、現在迄に60~70%減少し、その分を精神病院外のこの活動が分担し、成果を上げたものと言える。

活動の現実については、1センター当りの担当人口 (Catchment area) は、都市型162,000、半農村型132,000、農村型108,000である。外来とデイケア活動が最も活発である (特に都市型) が、短期入院も行なう。1センター当り病床 (平均) 24、入院期間 (平均) 17.3日となっている。スタッフは約30人から成る。又、その実践は精神衛生の専門家のみではなく、地域住民——学校、教師、企業関係者、警察官、裁判官等——の手によって推進させようという考え方に立っている。

日本では、1970年代になってこの活動が具体化し、各県に精神衛生センターが置かれ (教育、研修)、かつ幾つかの分担人口100万位のリハビリテーション・センターが置かれている。その構成は、大体次の通りである。デイケア部門 (入所40人)、作業部門 (入所40人)、ホステル部門 (入所40人)、入院部門 (20床)、外来部門。スタッフ約70人。都・県立。

活動の性格からして、各国、各社会、各文化にそれぞれ合致したものが望まれている。

ベルギーでの成果は予測不明だが、一応、上記アメリカの例が参考となる (7, 8, 9, 10, 11)。

6. 活動エリア

第4節の対象地域の点で詳述した如く、リマ市北部地区 (第1、第7病院区) を活動エリアとする。

この地区の特徴を列挙すると、

- (1) 山岳地帯よりの移住民による構成。
- (2) 人口増加率は甚しく高い。
- (3) 物質的、精神的に非常に多くの困難に直面している。
- (4) 精神科有病率は、リマ市他地区の約2倍である。
- (5) この人口はなお増加しつづけ（年間7%）、現在の150万の人口が数年にして200万人口となることが予想される（リマ市全人口は500万）。
- (6) これに対し、リマ市他地区と異なり、この地区には適切な精神科施設が皆無とあってよい。
- (7) 但し、精神科的潜在能力としては、リマック総合病院とカイエターノ・エレディア大学医学部とを有し、高度の精神衛生活動が期待されうる。
- (8) また、保健所、保健分室多数を有し、精神衛生センターのローカル・サテライトとして、自主運営が期待されうる。また、この地区住民の自治組織にもまた同様な期待が持ちうる。

以上を一言にして言うと、リマ市内で最も精神衛生の要望が高く、かつ最もその既存施設を欠き、しかも潜在能力は高い地区で、この地区の精神衛生センター設立により、担当地区のみならずリマ市の多くが精神科医療によってカバーされ得ることが、期待される。

7. 需要予測

リマ北部地区での人口増加率（年）約5～7%とすると、現在の150万人口は、数年にして、200万人口となることが予測される。20%の精神科有病率（何等かの）を仮定すると、約40万人の人々が精神医学的援助を必要としている。その中で、当精神衛生センターの来所者が約5%と仮定すると、2万人となる。そのうちの10%が、1年以内の入院加療を必要とすると、その数は2,000人となる。

このような需要予測に対して、本センターは十分にカバーし得るであろうか、仮に検討してみる。

参考のために、ここで、当地区で機能している唯一の精神科施設であるリマック総合病院の現状をあげる。

外来部門——週2回診療、1回12患者、即ち、年1,152人の患者を診療している。そして、3ヶ月のwaitingが必要とされている。

救急部門——年間を通して終日開設されているが、年平均1,440人の患者を取り扱っている。

入院部門——上記の患者のうち、入院の必要のあるものは、リマック総合病院に病床のないため、マルコ・エレラ病院かエルミリオ・バルディサン病院に移送される。

緊急クリニック——外来部門の一部に、主として救急部門からの患者をうけ持つ部分があり、そこでは、年間384人の患者が短期緊急治療を受けている。

リエゾン・サービス——リマック総合病院の他科よりの依頼では、年間960人が精神科リエゾン・サービスを受けている。

即ち、ここでは年間約4,000人の患者が診療されているが、これは150万人口のうち20%の有病率

とすると 30 万人の患者の約 1% 強にしかすぎないのが、現状である。

リマック総合病院での経験によると、疾患別にすると、うつ病が最も多く、次いで不安症候群、状況反応、精神生理的障害、精神病、その他ノイローゼ、アルコール中毒、となる。状況反応のうちでは、自殺企図、ヒステリー反応、急性錯乱及びアルコール精神病の順に多い。児童は、大体上記の全てのうちの 30～40% をしめる。

本センター設立後の需要予測内至は稼働予測としては、年内延人数は下記のようなものである。

外来部門——延約 52,000 人

内 { 15 才以上 38,000 人
 " 以下 14,000 人

(18 診療室 × 12 人/日 × 5 日/週として)

入院部門——延約 3,400 人

内 { 15 才以上 2,300 人
 " 以下 1,100 人

(200 病床 × 平均 21 日間入院として)

デイ・ケア部門——延約 12,000 人以上

(期間・廻転の差はあっても、50 人/日の最低稼働能力があるとして)

救急部門——延約 3,000 人以上

(現在のリマック総合病院精神科ユニットの約 2 倍の能力として)

リエゾン・サービス——延約 2,000 人以上

(同上として)

冒頭の予想からすると、この地区の本センター受診患者予想数 20,000 人は、本センター外来部門の稼働予測を下まわり、そのうちの入院必要者も本センター入院部門の稼働予測以内である。故に、本センターの能力は、この地域人口を大体においてカバー可能であると言える。しかし、来所者予測を 5% としたことは、むしろ過少であり、さらには地域精神衛生活動を考慮すると (但しその活動からの直接受診必要数は余り大きくないと思われるが)、本センターの予想能力は、年度需要予測と合致することが推測されうる。

疾病別での主な需要予測を列記する(5)。

〔入院患者〕

成人——精神分裂病、その他の機能的な精神病、うつ病、ヒステリー性障害、状況反応、神経症、
脳器質症候群、(アルコール性・薬物性急性状態)。

少年児童——精神分裂病、その他の機能的な精神病、うつ病、不適応反応、行動障害、神経症。

〔外来患者〕

成人——精神分裂病、うつ病、その他の機能的な精神病、不安症候群、状況反応、心身症、ヒステリー性障害、人格障害、神経症、(アルコール性・薬物性急性状態)。

少年児童——行動障害, 学習困難, 不適応反応, 神経症, 精神分裂病, その他の機能性精神病, (精神遅滞)。

8. 組 織

A) ベース・センター内

上記の対象範囲, 活動目標, 需要予測などから, 下記の各部門を設ける。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| (1) 外来診療部門 | (2) デイ・ケア部門 |
| (3) 入院診療部門 | (4) 救急診療部門 |
| (5) リハビリテーション部門 | (6) コンサルテーション部門 |
| (7) 特殊教育部門 | (8) 地域サービス部門 |
| (9) 管理部門 (記録室を含む) | (10) 基礎研究部門 |

各部門は第5節の如き活動内容を実行する。同時に, 専門医師はじめ各種の精神衛生要員の教育訓練に当る。

精神科専門医養成組織としてレジデント制を採用し, カイエターノ・エレディア大学及びサン・マルコス大学スタッフが教育訓練に当る。

その他, 専門看護婦, 作業療法士 (O. T.), 芸術療法士 (A. T.), 精神科ソーシャルワーカー (P. S. W), 訪問精神科看護婦, 臨床心理技術者, 特殊教育訓練士, 脳波検査技師を含む各種検査技術者, その他の精神科医療関係要員の人材育成に当る。

これ等の人材育成には, 日本・ペルー両国間の技術協力が有効であろう。また, 一定の国際基準またはペルー国内基準に合致するような養成プログラムで行なわれる。

B) ベース・センター外

ベース・センター外としては, 既存の保健所よりローカル・センターを選び指定し, これに他の社会内組織を加えて, 地域精神衛生協力組織を作るものとする。そのために, 各組織間に協議委員会またはこれに代るべきものを設置する。

この基地外組織の活動は, 現地事情を考慮しつつ, 地域精神衛生上の第一次・第二次・第三次予防にとって最も有効適切なる内容のものとする。

C) 管理組織

ベース・センター内の管理組織は, センター所長を長とし, 現地事情に沿った形とする。医療実施面では, 第9節にあるように, 1スーパーバイザーに2スーパーバイザーという樹枝状ピラミッド形式となろう。

ベース・センター外の地域精神衛生組織の管理組織は, ベース・センターを中心として, その所長が各ローカル・センターをスーパーバイズする形となるであろう。

要員育成面は, 関係大学卒業後訓練プロジェクト責任者とセンター所長との協議の上で行なうこととなる。

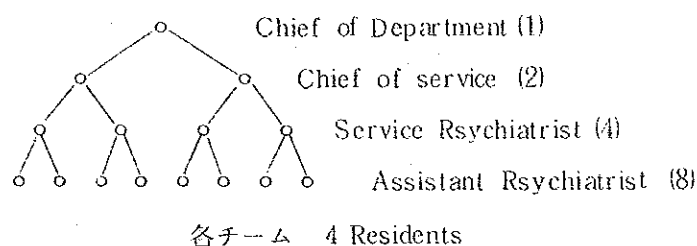
地域医療全般との関係は、本センターも当然リマ市第1病院区に属するが、管理上そのDirecionに從属するより、一種の独立性を持たせる方が好ましいとの予想も可能であろう。

最終責任者は、本プロジェクトのヘルー側運営責任者（保健次官）が当ることとなる。

9. 要員配置計画

ペルー国側パーマメント・コミティとの協議の結果、本センターに用する要員配置計画は、下記の如く考えられた。この立案には、(1)本センターを理想的に運営するための人員計画、(2)予算面などにより現実的に運営するための人員計画、の二点から、考慮された。結論的には、この両者は合致可能とされ、下記の如くとなった。

管理者を除き、精神科医師団は下図の如き発想から考えられた。



他の要員は、各部門の目標に応じて、質量ともに考慮の上、計画された。

このようにして、保健省作製の別表のようなスタッフが、考えられた。（第10節図表VII-6参照）

- 1) 所長（医師）1名、2) 副所長（医師）1名、3) 医長1名、4) 精神科専門医師16名、
- 5) 公衆衛生看護婦1名、6) 看護婦60名、7) ソーシャル・ワーカー8名、
- 8) 臨床心理技術者8名、9) 統計技術者1名、10) 脳波技術者1名、11) 作業訓練士(O.T.)4名、
- 12) 事務所員7名、13) 営繕技術助手1名、14) 統計技術助手1名、15) 精神科看護助手120名、
- 16) 栄養士助手2名、17) 薬剤士助手1名、18) 検査技術助手1名、19) 神経検査技術助手2名、
- 20) ハウスキーパー30名、21) 調理助手3名、合計270名。

これらのマンパワーが配置可能であるかという現実問題となると、下記の如くである。

- (1) 医師については、保健省と協約のあるカイエターノ・エレディア大学の卒後プログラムのローテーション教育病院として利用する方針であり、加えて、保健省関係の医師が参加し、アカデミック・バックアップを含めて、十分可能である。
- (2) 公衆衛生看護婦、看護婦、ソーシャルワーカーについても、上記に準じたシステムで、保健省の責任において解決可能である（第10節参照）。作業療法士（O.T.）は、目下、ペルーでは養成機関が存在していないので、今後日本・ペルー間の技術協力等により養成の予定である。臨床心理技術者は十分に確保されうる状況である。脳波・統計その他の技術者も同様である。
- (3) その他の補助職員は、一般的に人員過剰状況である現地事情では供給可能であり、まず第一に、予算措置の関係で、保健省内部の既存人員をもって当てる方針である。
- (4) 尚、医師をふくめて、全般にわたっての人的資源について、リマック総合病院とカイエターノ

図表VII-6 地域精神衛生センター・サン・ファン・ファン・ボスコ予算

地域精神衛生センター・サン・ファン・ファン・ボスコ用職員要球

REQUERIMIENTO DE PERSONAL PARA EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "SAN JUAN BOSCO"

(Nivel de ingreso) (給与表)

Grado y Sub-Grado de remuneración	Denominación de la Plaza 職域名称	Nº de Puestos Flujos 人員数	Remuneración 給与		Remuneración Complementaria 補正給			TOTAL 合計	
			Mensual 月	Annual 年	Responsabilidad Especial 責任手当	Riesgo 危険手当	Other 其他		
I - 5	Médico Director	1	12						
II - 1	Médico Sub Director	1	12						
II - 5	Médico Jefe de Servicio	1	12						
II - 5	Médico Psiquiatra	16	12						
IV - 4	Enf. de Salud Pública	1	12						
V - 2	Enfermera	60	12						
V - 2	Asistente Social	8	12						
V - 2	Psicólogo	8	12						
V - 3	Téc. Estadística	2	12						
V - 3	Téc. Electroencefalograma	1	12						
V - 3	Téc. Terapeuta Ocupacional	4	12						
V - 5	Secretaría	7	12						
V - 5	Aux. de Mantenimiento	1	12						
V - 5	Aux. de Estadística	1	12						
VI - 1	Aux. de Psiquiatría	120	12						
VI - 1	Aux. de Nutrición	2	12						
VI - 1	Aux. de Farmacia	1	12						
VI - 1	Aux. de Laboratorio	1	12						
VI - 1	Aux. Neuro Laboratorio	2	12						
VI - 2	Aux. de Limpieza	30	12						
VI - 2	Aux. de Cocina	3	12						
	TOTAL	270	12	5'676,000	68'112,000	197,280	172,500	6'811,200	75'293,280

Presupuesto de Operación del Hospital Psiquiátrico "San Juan Bosco"

San Juan Bosco 精神科病院運営予算

Partida General 科目

Total año 年合計

01. 00	75'293,280
02. 00	22'600,000
03. 00	7'600,000
04. 00	11'000,000
	<u>116'793,280</u>



MINISTERIO DE SALUD

[Signature]
 Dra. María Esther Pérez López
 Director Ejecutivo de la Oficina
 Nacional de Planificación de Salud

- ・エレディア大学の両責任者は後援を確約し、その円滑な運営を計ることに協力する態勢である。

10. 運営及び予算措置

管理運営の責任は保健省（次官）にあり、その具体的な計画は、今回の試案段階においては、常設委員会に委ねられた。

(1) 運 営

運営に関しては、本委員会は二重三重に保健省責任者・リマック総合病院（リマ市第1病院区責任者）・カイエターノ・エレディア大学責任者及びペルー精神医学界代表者が兼務して構成されているため、人的配置・医療衛生業務・地域精神衛生活動などの現実的運営は円滑に行なわれることが予想される。

(2) 予 算

予算責任は保健省（次官）にある。今回の試案段階では、その立案も常設委員会により行なわれた。その結果、公式の試案が保健省から提示された（図表Ⅷ-6）。

(a) 人 件 費

予算（試案）中最大のものは人件費である。その総計は年間 75,293,280 ソレスである。保健省内の既存人員の配転を考慮し、これは十分に可能な現実案であることを、保健省は確約した。

(b) 経常経費

機材施設維持費・医療看護用費用・薬剤費・食費その他からなる。保健省試案では、運営予算は、41,500,000 ソレスが計上された。この負担可能性についても、保健省は確約した。また、この額は、リマック総合病院経費なども参考にして、妥当なものとし得る。

即ち、人件費経常経費合計総額は、116,793,280 ソレス（本年度経済情勢にて）となり、これが保健省公式試案として提示された。（署名者：Dra. Marta Esther Pérez López, Director Ejecutivo de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud, Ministerio de Salud）。

この額は、本年度保健省予算 23,112,200,000 ソレス（Ⅷ-2 節参照）の 0.5% に当る。

尚、サテライト・ローカル・センター（精神衛生センター分室）については、ペルー側が既存の保健所を充実して活用することが、日本側本調査団とペルー側保健省との間で合意された。地域内 22 保健所中の下記 7 保健所をそれに当て、その運営費用もペルー側が負担することが、保健省の内意の下で、常設委員会によって提示された。

Centro de Salud: Tahuantinsuyo Alto

Independencia

El Ermitaño

Infantas

Puente Piedra

El Milagro

Canto Grande

将来における、予算、実行、管理、運営、等は保健省（次官）の責任において行なわれ、当該常設委員会が補佐することとなる。

<主な参考文献>

- (1) Ministerio de Salud : Plan Nacional de Salud Mental -- Anteproyecto, 1975.
- (2) Ministerio de Salud : Situación de Salud del Perú, 1978.
- (3) Narda Henriquez : Migracion y Problematica urbana, Asociacion Multidisciplinaria de Investigacion y Docencia en Poblacion, 1979.
- (4) Juan J. Wicht : La Situacion Demografica en el Peru, Asociacion Multidisciplinaria de Investigacion y Docencia en Poblacion, 1979.
- (5) Renato G. Alarcon : Community Mental Health Center San Juan Bosco -- Background Information, Unpublished Report for the JICA Survey Team, 1979.
- (6) Ministerio de Salud : 公式文書類, 公式資料類.
- (7) G. Caplan : Principles of Preventive Psychiatry, Basic Book, 1954.
- (8) 加藤正明 : 地域精神衛生の世界的動勢と日本の現状, 日本公衛誌 39 : 4, 1975.
- (9) 加藤正明 : 社会精神医学, 精神医学事典, 弘文堂, 1975.
- (10) 石原幸夫 : 地域精神衛生活動における世界の動向とわが国の現状, 日本公衛誌 43 : 3, 1979.
- (11) 石原幸夫, 他 : 地域精神医学, 現代精神医学大系 23 : B, 中山書店, 1979.

その他。

VIII ペルーにおける保健医療事情

1. 保健医療行政の組織
2. 保健医療関係国家予算
3. 国家保健医療計画
4. 人口構成及び動態統計
5. 疾病構造
6. 保健医療施設
7. 保健医療従事者
8. 保健医療従事者教育制度
- 主な参考文献

1. 保健医療行政の組織

ペルー国に於ては、医療衛生行政上の理念として、WHOの健康についての定義「身体的・精神的・社会的福祉」をそのまま採用し、人間と環境の関係の問題を最重視している(1)。また、保健法典Codigo Sanitario では、冒頭で、「健康とは幸福の基本的コンポネントであり、人間の発展と国民の進歩とに不可欠な要因である」と定義されている(8)。

さらに、このような理想実現のためには、余りにも不足勝ちな現実を前進せしめなくてはならない。特に、近來の人口問題の前では、もはや分析のみでは不可で、必要こそが大きな進歩を生むべきであるとしている(1)。

さて、このような全体状況の下で、ペルー国における保健医療行政の組織には、次の何通りかが考えられる(後述参照)。

- (1) 中央政府(保健省)
- (2) 諸大学及びそのアフィリエイション
- (3) ペルー社会保険Segro Social del Peru 関係団体
- (4) 軍(陸・海・空)・警察
- (5) 内務省—地方政府
- (6) 児童家族(母子)関係諸団体
- (7) 私立組織活動団体

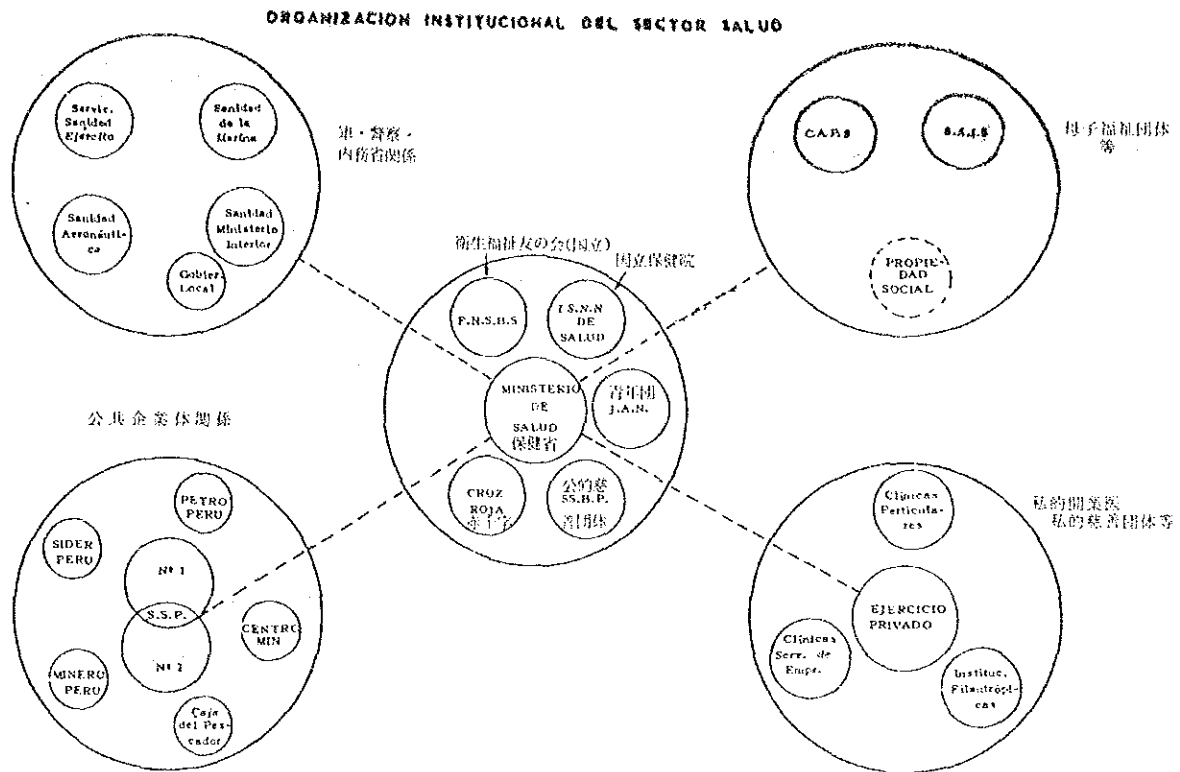
これらは二大別して、公的・非公的サブセクターと分類され(後述)、国全体の保健衛生組織の関係は図にある通りである(図表Ⅷ-1)(1)。

行政上の中枢は保健省であるが、その機構組織図をかかげる(図表Ⅷ-2)。

このように、全国的な体制をとる保健省は、前記の社会保険や軍、内務省などとは別に、独立した衛生区域分け Regionalizacion を行っている。

ペルー国には、行政上24の県 Departamento があり、さらに140以上の郡 Provincia, その下に地区 Distrito と単位細分化されている。これは大別すると、アンデス山脈地帯、アマゾン河流域地帯等の山岳田園地帯と、太平洋岸地方とに分けられ、社会経済的に大きな地域差がある。人口、産業、文化、医療などもこれら海岸地帯に集中し、特にリマ市への集中度は高い。このような生活状況の異なる背景を考慮し、最も有効な医療行政を行う必要から、行政単位とは別に、全国を10の保健区域

図表Ⅷ-1 保健医療の組み立て（資料：文獻1）



に分類している。但し、Orient 地域は、Region Orde Loreto と Areas Hospitalarias San Martin とに便宜上分けられることもある（図表Ⅷ-3）。

各保健区域は、それぞれ数個の「病院区」に分かれ、全国では58個の病院区が置かれている。病院区とは、プログラム区 Area programatica であって、医療施設が一定の責任をもって配置され、その地域住民に包括的な保健サービスを行うためのものである。

その医療施設としては、「基地病院」、「総合病院」、「専門病院」、「保健所」、「医師駐在所」、「保健分室」などに段階的に分かれて設置される。各病院区は基地総合病院1個、その統括下に多数の保健所をもつ（第6節参照）。

この Regionalizacion は、中央より地域に行政権を移し、地域での問題解決を促進させ、その経済・社会・文化的発展を達成させる目的をもつ制度であるが、全体としては、保健省の統率下にある(2)。病院区は基地病院の名を冠せられることもある。全国の保健区域と病院区の表をかかげる。

図表Ⅷ-3 ペルー全国保健区域 (資料; 文献1)



REGION NOR OCCIDENTAL	A.H. de Chincha-Pisco
A.H. de Piura	REGION SUR OCCIDENTAL
A.H. de Sullana	A.H. de Arequipa
A.H. de Tumbes	A.H. de Camaná
A.H. de Lambayeque	A.H. de Tacna
A.H. de Jaén	A.H. de Islay
A.H. de Amazonas	A.H. de Moquegua
A.H. de Cajamarca	REGION SUR ORIENTAL
A.H. de Chota	A.H. de Cuzco 1
REGION NOR MEDIO	A.H. de Cuzco 2
A.H. de Pacasmayo	A.H. de Canchis
A.H. de Trujillo	A.H. de La Convención
A.H. de Huamachuco	A.H. de Madre de Dios
A.H. del Santa	A.H. de Abancay
A.H. de Huaraz	REGION SUR ALTIPLANICA
A.H. de Chancay-Cajatambo	A.H. de Puno
REGION ORDE LORETO	A.H. de Juliaca
A.H. de Iquitos	A.H. de Melgar-Carabaya
A.H. de Yurimaguas	A.H. de Azángaro-Sandia
A.H. de Pucallpa	REGION LIMA METROPOLITANA
REGION CENTRO ORIENTAL	A.H. del Rímac
A.H. de Huánuco	A.H. de Barrios Altos
A.H. de Tingo María	A.H. de La Victoria
A.H. de La Unión	A.H. de Breña
REGION CENTRO MEDIO	A.H. de Magdalena
A.H. de Cerro de Pasco	A.H. del Callao
A.H. de Tarma	A.H. de Collique
A.H. de Jauja	A.H. del Cono Sur
A.H. de Huancayo	A.H. de Chosica-Huarocharí
A.H. de Huancavelica	A.H. de Cañete-Yauyos
A.H. de Ayacucho	AREAS HOSPITALARIAS-SAN MARTIN
A.H. de Chanchamayo	A.H. de Tarapoto
REGION SUR MEDIO	A.H. de Moyobamba
A.H. de Ica-Palpa-Nazca	A.H. de Huallaga
A.H. de Lucanas-Parinacochas	

病院区もまた各々の組織をもち、管理部 Dirección は基地病院に置かれ、その長が兼ねる。Lima-Metropolitana 区域の第1病院区（リマック病院区）の組織図をあげる（図表III-4）。尚、本プロジェクトの目的であるサン・ファン・ボスコ地域精神衛生センターはこの病院区に設置される予定である。

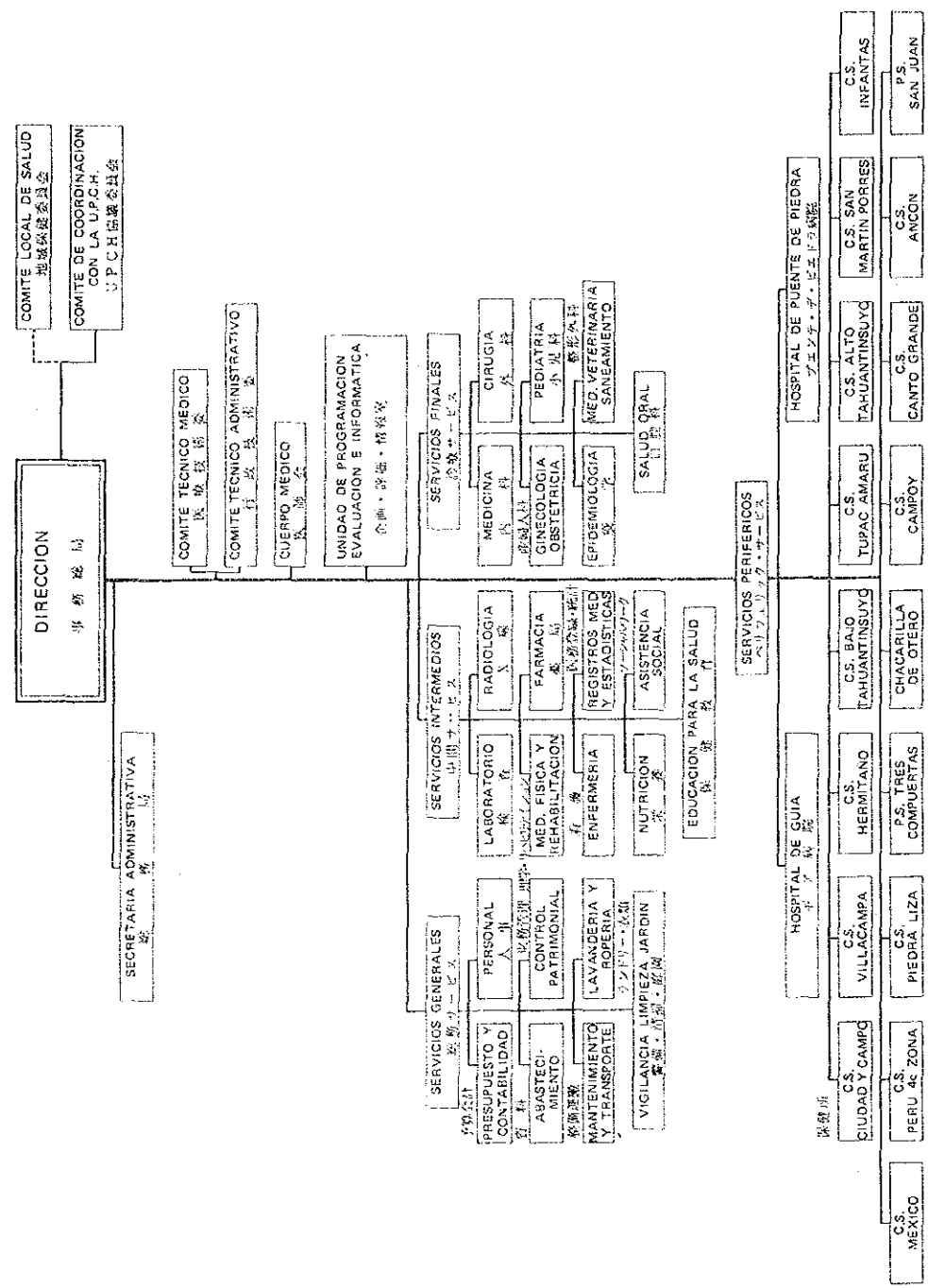
このように、保健省の下での保健医療制度は整然としている。しかし、その実行機関の前線である病院、保健所、保健分室などは、「公的サブセクター」Subsector público と「非公的サブセクター」Subsector no público との二系統に大別される。

公的サブセクターとは、直接間接に国によって資産が管理されるものを言い、非公的サブセクターとは、国の規準に従ってはいるが自己利益を追求する経済目的をもっている個人、グループ、機関をいう。その二系統の主な諸組織の原則を下記する。

組	織	保健衛生についての原則・目的
保健省及び O.P.D.		一般的指令。国家及び全体社会への分担責任。
公的慈善団体 (SSBP)		困窮者への慈恵と団結。有力者側からの責任。
ペルー社会保険 (SSP)		経済的に活動的で保険金をかけた人々のためのもの。 このグループの社会的団結。

図表Ⅷ-4 リマック病院区組織図 (保健省公式書類)

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA
AREA HOSPITALARIA N°1 RIMAC
HOSPITAL BASE "CAYETANO HEREDIA"
1977



軍及び警察の医務部 (FF, AA)	軍・警察メンバーの健康を最上に維持する必要。 国家への責任。
公共企業体の医務部 (EPPP)	その組織のメンバーのためのもの。その企業への責任。
他の公共団体の医務部	公的勤務者のためのもの。国家への責任。
母子団体 (CAPS 及び SAIS) の医務部	被恩患者又は組合員のためのもの。母子家庭の組織で 相互補助。
私企業体の医務部※	その組織のメンバーのためのもの。企業への責任。
私的開業※	私的なもの。個人的責任。
(※は非公的サブセクター)	

上記に、具体的には公的サブセクターとしては、地方自治体 *Gobiernos Locales* が追加される。
さらに、非公的サブセクターとして、下記のものあげられる(2)。

私的開業	Privado Lucrativo
私企業	Privado Empresas
私的慈善団体	Privado Filantropies
農業工業協同組合	Coop. Agro. Inclustriales
国際農業組織	Soc. Agrícola de Int. soc.
他の非公的団体	Otros Organism. No Publ.

これ等が現実には巧みに相補して機能している。しかし、実際には、保健省系施設が大部分をしめているにも拘らず、対象人口もオープンで多数に上るため、患者一人当りの医師数、一診察当りの時間、医療支出、対人口比病床数、その他全ての点で、クローズドのメンバーを対象とした他の系列、または、非公的サブセクターには及ばない (V-6 節参照)。

この現状の矛盾点の確認から、新しい国家衛生計画のなかではその改善の動きがあるが、社会的経済的さらには文化的または伝統的な要因が大きいため、相当の困難も予想されている (V-3 節参照)。

尚、いわゆる伝承的 traditional な医療技術者 (シャーマン等) も民間には根強く残り、現実には彼等が国民の病気についての最初の相談相手となり治療者となるようであるが、公式統計にはなり難く、詳細は不明である。

2. 保健医療関係国家予算

ペルー国全体の 1979 年度国家予算は、図表Ⅷ-5 の通りである。

総額 576,752,300,000 ソレスであり、そのうち保健省予算は 23,112,200,000 ソレスであって全体の約 4% に当る。しかし、後述のように、この予算は将来約 2 倍となし、財政投資を算入すると飛躍的に増大せしめようという計画が推進されている (V-3 節参照)。

現状を他国と比べると、人口 1 人当りの保健衛生関係国家支出は、チリの約 2 分の 1、イギリスの

図表Ⅷ-5 1979年度中央政府予算（保健省公式書類）

EGRESOS DEL VOLUMEN 01 - GOBIERNO CENTRAL 1979

Cientos de miles de soles Anexo N° 1

	FUENTES DE FINANCIAMIENTO						TOTAL
	TESORO		Total	Ingresos Propios	Endeudamiento	Ingresos Transfer.	
	Gastos Corrientes	Gastos de Capital					
01 Primer Ministro	1,482'0	4,350'0	5,832'0	-	500'0	-	6,332'0
02 Poder Judicial	1,193'0	-	1,193'0	15'0	-	-	1,208'0
03 Poder Electoral	200'0	-	200'0	-	-	-	200'0
04 Ministerio del Interior	29,719'0	300'0	30,019'0	88'8	-	101'0	30,208'8
05 Ministerio Relac.Exteriores	3,521'0	-	3,521'0	-	215'0	-	3,736'0
06 Ministerio de Guerra	19,459'0	-	19,459'0	-	-	-	19,459'0
07 Ministerio de Marina	13,662'0	-	13,662'0	-	-	-	13,662'0
08 Ministerio de Aeronáutica	11,485'0	-	11,485'0	-	-	-	11,485'0
09 Ministerio Econ.y Finanzas	149,006'8	153,347'8	302,354'6	-	4,336'1	-	306,690'7
10 Ministerio de Educación	55,098'0	1,925'0	57,023'0	366'4	3,360'0	-	60,749'4
11 Ministerio de Salud 保健省	16,993'0	1,574'1	18,567'1	1,500'0	2,965'2	79'9	23,112'2
12 Ministerio de Trabajo	561'0	-	561'0	0'3	-	-	561'3
13 Ministerio Agric.y Aliment.	5,801'0	9,119'2	14,920'2	690'6	18,202'8	134'8	33,939'4
14 Ministerio Indus.Comerc. Turismo e Integración	1,818'0	1,830'0	3,648'0	200'5	2,052'0	-	5,900'5
15 Ministerio Transp.y Comunic.	3,939'0	13,942'0	17,881'0	1,303'0	6,170'0	-	25,354'0
16 Ministerio Energía y Minas	577'0	14,563'7	15,140'7	-	-	-	15,140'7
17 Minist.Vivienda y Construc.	858'0	2,152'2	3,010'2	1,173'3	2,126'0	6'5	6,316'0
18 Ministerio de Pesquería	572'0	1,923'0	2,495'0	35'0	1,694'0	-	4,224'0
19 Contraloría Gral.de la Repúb.	186'0	-	186'0	-	-	-	186'0
20 Inst.Nac.Planificación	484'0	50'0	538'0	5'4	-	37'2	580'6
21 Consejo Nac.Justicia	31'0	-	31'0	-	-	-	31'0
22 Oficina Central Información	125'0	-	125'0	-	-	-	125'0
23 Comisión Nac.Propiedad Social	138'0	-	138'0	8'0	-	8'0	154'0
24 Organismos Region.Desarr.Norte-Centro	171'0	700'0	871'0	305'0	-	30'0	1,206'0
25 Organ.Desarr.Complejo Bayóvar	131'0	266'0	397'0	5'7	67'0	-	469'7
26 Organ.Reg.Desarr.Loreto	2,608'0	2,820'0	5,428'0	120'0	-	-	5,548'0
27 Asamblea Constituyente	169'0	-	169'0	-	-	-	169'0
TOTAL :	319,987'8	208,862'0	528,849'8	5,817'0	41,688'1	397'4	576,752'3

約10分の1である（図表Ⅷ-6）。

また、前節既述の各医療組織別に、年間1人当りの保健衛生活動に用いる支出（医療費）を、図表Ⅷ-7に掲げる。これによると、最も潤沢なのは公共企業体（EPP）、ついで社会保険（SSP）である。最も貧弱なものは、保健省関係（MS、OPD）であり、EPPの約8分の1である。然し、国民の大部分（66.8%）は、この保健省関係の医療機関を訪れている。即ち、その他はやはり（社会保険関係を除き）ごく特殊な職域の人しか対象にしていないことが分る。

医療費（初診料）は大体次のような負担額となっている。

公立病院（医科）50ソレス、公立病院（歯科）80ソレス、私立病院 500ソレス

外国よりの援助は、保健省公表によると、西ドイツ（Chimbote 総合病院建設と技術協力）、フィ

図表Ⅷ-6 各国の保健関係支出(資料;文献1)

GASTO EN SALUD EN PAISES SELECCIONADOS

PAISES 国名	GASTO PUBLICO/GASTO EN SALUD PUB. TOTAL 総支出/公的保健総支出	GASTO PUBLICO PERCAPITA EN SALUD (DOLARES) 人当り (ドル)
ペルー PERU (1973)	7.4 (1)	12.0 (2)
チリ CHILE (1972)	15.3 (3)	22.0 (2)
キューバ CUBA (1975)	-	51.0 (3)
イギリス INGLATERRA (1971)	20.0 (3)	130.0 (3)
スウェーデン SUECIA (1971)	21.0 (3)	308.0 (3)

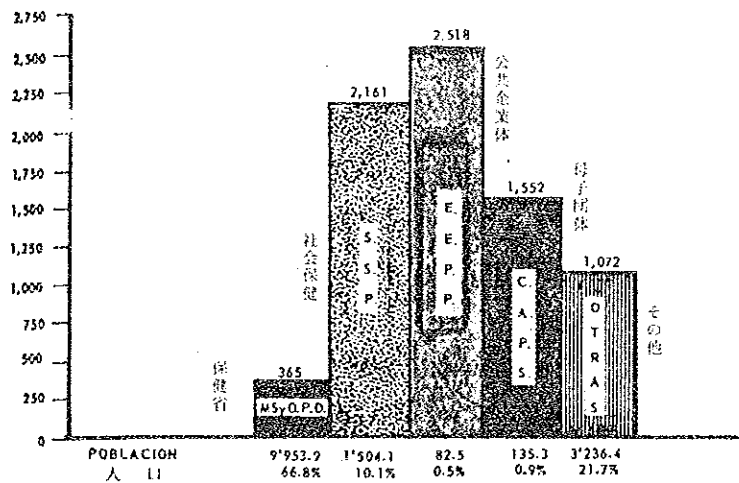
(1) Datos estimados: Diagnóstico de la situación de Salud en el Perú 1975 e informe evaluativo 1973-1974, INP.

(2) Fuente: Condiciones de salud en las Américas, 1969-1972 OPS.

(3) Fuente: Quinto informe sobre la situación Sanitaria Mundial, 1969-1972 OMS

図表Ⅷ-7 1人当りの各医療組織の年間医療費(資料;文献1)

GASTO DE OPERACION EN SALUD POR PERSONA AÑO SEGUN INSTITUCIONES- PERU: 1973



ンランド(借款)(農村部保健サービス), 国際開発銀行(国立保健研究所建設, 技術援助), パンアメリカン保健機構(精神衛生関係技術供与, 人口問題)等である。

3. 国家保健医療計画

近年, ペルー国では, 従来の国家保健計画または保健医療の現状に, 深刻な反省が生じ, 一連の改革発展計画の動きが発面化し, 幾つかの基本路線が改められた(1)。

この反省は, 過去の「保健ドリトリン」と呼ばれていたものに対する批判から出発していた。この過去の衛生思想とは, 保健省公式見解(1)の表現によると, 「偏った恩恵」Cobertura Parcialの保健

政策であった。即ち、過去のペルーの社会伝統からしても、富・機会、権利等の偏在のため、衛生サービスも一部の人口に集中し、他の多くの人口は放置されてしまったと述べ、この改革計画の刺激となったものは、最近の都市への人口集中化とこれ等移住者への援助の必要であったと言う。

(1) 国家保健新計画の経過

いわゆる Tupac Amaru プランと呼ばれるものが、その出発点である。このプランは、1975 - 78年の3年計画での国家発展計画であり、その一部として、新衛生政策が含まれていた。1975年8月に大統領令で、全般的衛生法プロジェクトが成立した。これは、医学、歯科学、薬学、助産科、看護科のみならず、社会科学、経済、法律、教育の各方面をも包括するものである。同年11月には、医学薬学院 Colegios Médico y Farmacéutico、ペルー医学会 Federación Médica の協力をえて、保健省内の委員会が実行段階に入った。

現状分析は2段階にわたって、見直された。第一段階では、現状の見直しと予備的保健医療モデルの作成、第二段階ではさらに詳しく、疫学的、人的資源面、薬物、医療設備等の調査と、政府国民双方が到達すべき目標的保健モデル作成を行なった。この調査・試案は閣議検討をへて、さらに次の段階に進んだ。

(2) 国家保健新政策の大綱

1976年4月、下記のような新保健政策大綱 Lineamientos Generales de Política de Salud が閣議決定した。

<保健サービスの恩恵と特長>

(a) 全国民への保健サービス提供

特権・差別の撤廃。経済的、社会的、法的の障壁の撤廃。保健サービス提供に利益が伴わないこと。文化的伝統やその地域的地方的特色の長所を尊重すること等。

(b) 包括的注意の必要

個人の全体的な健康を留意すること。母性と児童を特に保護すること。

<衛生サービスの組織>

(c) 住民に適切な注意を払うよう有効な保健サービスを提供すべく組織構造を変革させること。

保健システムは、人、資源、材料、経済、技術、組織の包括体であり、これらの多方面の機関と協力して、最終的には各個人各生活環境の現実にサービスを提供させること。非公的保健医療を標準化しコントロールすること。

(d) 下記の実現に有効な秩序あるシステムを組織すること。

国民の、または国家の安全のため現実的に機能すること。資源とテクノロジーを有効に機能させること。

<参加>

(e) 国民の全的な参加の促進

国民自身に保健衛生の必然性を決定させること。国民自身に満足させるよう行動を実行すること。
保健サービスの管理に国民が参加すること。

<資材>

(f) 薬品その他の材料の国外依存を次第に減少させること。

国家的生産を増進させ、また国産品を使用すること。外国製品の輸入、通商、生産をコントロールすること。

<調査とテクノロジー>

(g) 保健衛生上有益な技術上の発展の促進

国産のテクノロジーを地域の必要性に適応させること。外国技術を採用し、国産化すること。

(h) 特に国民の栄養状態を調査し、改善すること。

<労働条件>

(i) 社会システムの維持のため、行動や道徳価値を尊重し、保健活動をなすこと。

<衛生従事者の養成と能力拡充>

(j) 教育関係と協力し、人的資源を準備し、この国の必要と可能性にかなうようにすること。

現代科学およびその普及のための人材の養成。伝習的ではなく、しかし文化特性や地方性に適した人材養成。地域サービスの実際を経験すること。

この条項によって、SEC IGRA-SALUD プログラムが発足した。これは、大学卒業時の1年間、国の現実を知り、そこで経験を積むため、地域のなかで働く(インターン)ことを意味する(第8節参照)。

(k) 全てのレベルの住民に、衛生教育、特に栄養についての教育を行うこと。

<環境のコントロール>

(l) 生活環境の改善と公害抑止

特に健康を害する人工産物を防止しコントロールすること。

(3) 人口政策

多方面政策として、ペルーにて主要な問題となっている人口問題につき、1975 - 78年の国家発展計画中に人口政策がとり入れられ、国立政策研究所 Instituto Nacional de Planificacionがその立案に当たった。

その目的は、家族の次元で国民の自由決定に調和した人口増加を達成し、ペルー社会が念願している人間的発展への努力に有効なものとする事である。また、有病-死亡率を低下させ、特に母子の有病-死亡率を低下させること。さらに、地方の発展に適したような人口分布の適正化を計ること、等がとり上げられた。

保健衛生面での人口政策の実行については、現在までのところ容易な結果は得られなかったが、保

健区域の各長官と疫学計画長官とが責任者となっている。やはり、地域と家族とが、意識的な決定権をもって、家庭次元にて決定すべきことであり、少くともそのことを周知せしめることである。このことは、自由意志の大目的を侵すことなく、公衆衛生または個人衛生上、多産調整は包括的な保健衛生の一部であることを意味する。

(4) TUPAC AMARU政府プラン（1974）

この国家政策のうちの、保健衛生の項にも、上述した方針がさまざまな形で表現されている。以下に抜粋してみる。保健衛生の中央集権からの分権化。国家の必要に応じて、技術専門家の質の向上と、学習カリキュラムを社会現実に適合させるよう改変すること。国民自身の自己の保健予測への参加。保健施設の合理的な地方分散化。科学的調査の必要性。国際技術協力の必要性。環境的伝染の防止。栄養についての調査と教育。基本資材の生産と薬品工業の助成。基本薬品プログラムの作成と国内への配布。交通事故問題。薬物嗜癖問題。中毒者のリハビリテーション。非公的サブセクターが、保健衛生計画で国と協力し活動すること、等である。

(5) 国家発展プラン Plan Nacional de Desarrollo（1975 - 78）

この中で政府は、従来の保健改革政策の続行を承認した。保健衛生計画については次の点が指摘される。

包括的保健衛生、予防医学、リハビリテーション、地域医療オリエンテーション。特に農村地方の母子衛生の重視。同時に新都市化地域についての重視。国家的技術の有効な使用。基本薬品、X線機器等のプログラム続行。医療人材養成と必要度の高い問題に適応するような教育、等。

以上のように、何年かを掛け、政体変化をこえ、かつ幾つもの方向から、各々の目的をもつての国家計画は、保健衛生面では一貫した方針をとった。それは、一言でいえば、保健衛生政策の民主化であり、合理化、近代化であり、予防、地域、プライマリケア指向と言えよう(6)。

(6) 政策の実行

これらの新政策実行面については、もとよりまだ計画中または進行中の段階であるが、その方針を列挙する(1)。

(a) 妊娠・分娩・産褥・新生児医療の無料化

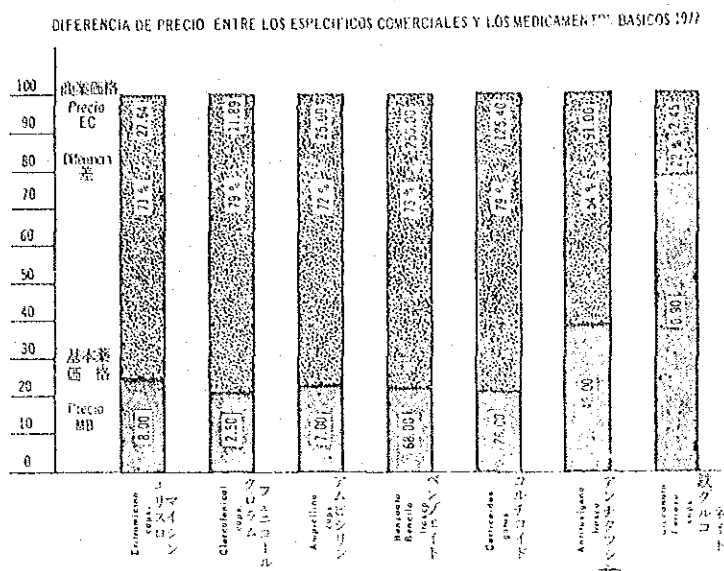
1974年8月立法にて、母性及び新生児の無料ケアが実現した。これは保健省関係の全施設及び公的施設で脱集中化したもので行われる。このためには、一日180,000病床が使用されている。

(b) 基本薬品プログラム

1971 - 75年発展一般プランによって、一般薬品の生産入手、その価格低下の達成、及び全国民、特に貧困人口に配布すること、などの必要性が確認された。これにより、保健省は1971年9月に「基本薬品プログラム」を進行させた。基本薬品とは、最適品質で高価な、しかも国民に必要な薬品であ

り、抗生物質など当初は 158 品目であった。必然的に、これらは公的施設で用いられるが、私的セクターにも希望するものには適用される。現在は 419 品目となっている。その一般価格との差は、図表Ⅷ-8 に示される通りであり、商業価格の 20% 台のものが多い。

図表Ⅷ-8 薬品の商業価格と 1977 年基本薬品プラン価格との差 (資料; 文献 1)



(c) SECIGRA - SALUD

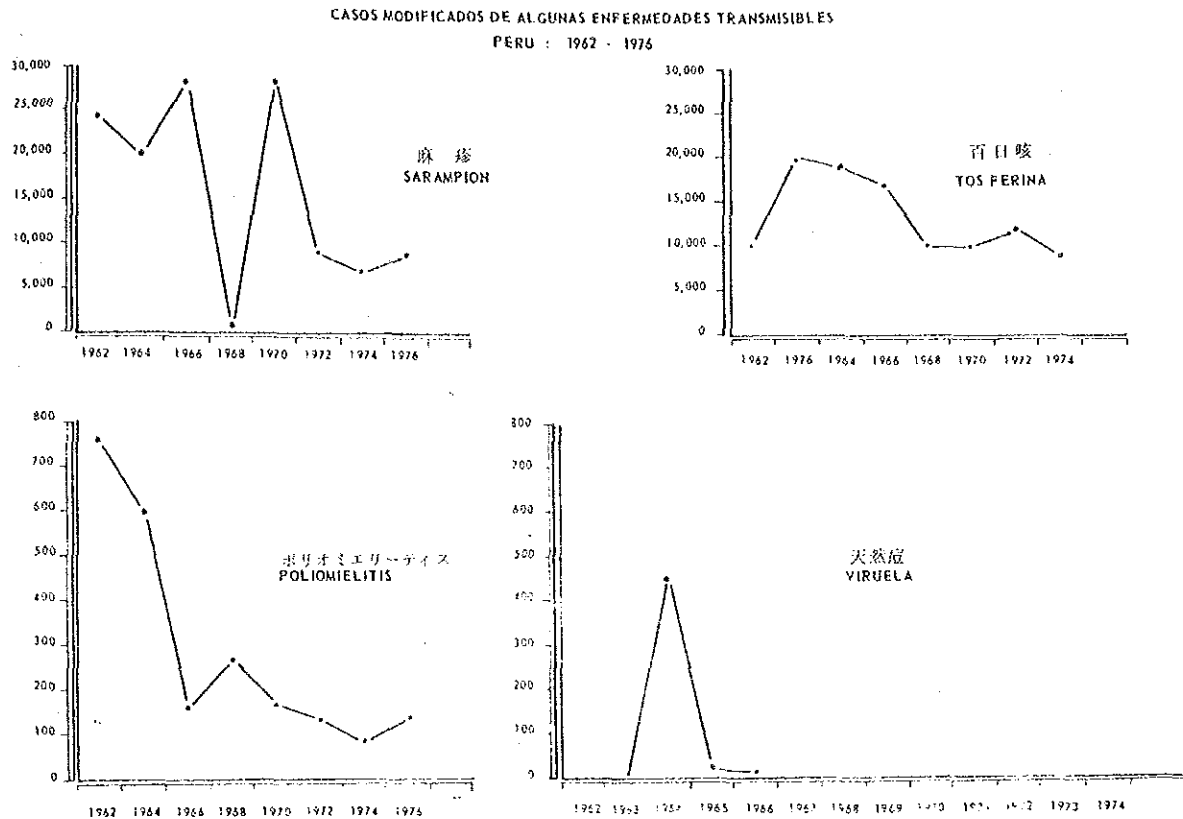
「人間の保健衛生に関する諸科学の学校卒業前の民間サービスについてのパイロット・プログラム」Programa Piloto del Servicio -Civil de Graduandos de las Ciencias de la Salud Humana が正式名称である。これは、政府施策中、人的資源に関しては最大のものである。即ち、保健衛生関係職業教育の最高学年での第 1 又は第 2 サイクルに行なうプログラムで、その職業免許を得るための条件となっている。これは彼等学生に、その職業に関しての国家的現実を認識させること、国民にサービスを供給すること、卒業生に地域社会との団結心を培うこと、などを目的としている。1975 年に始まり、現在、全国にて就業勉強しているものは、医学生 1,392 人、歯科医学生 205 名、薬剤学生 255 名、助産学生 186 名、看護学生 2,017 名であり (1978 年)、その分布は全国全地方にわたっている。

(d) 予防接種プログラム

全国的な新生児の健康状態と疾病構造から言って、このプログラムもまた特筆に値するものである。B.C.G. は 80% の接種人口の結核発病を防止した。また保健省の見解によれば、1977 年には接種率は新人口の 97% に達した。またその他の必要な予防接種も施行されている (麻疹、ポリオミエリテイス、百日咳、天然痘)。その成果は図表Ⅷ-9 に示されているが、天然痘は絶滅、麻疹、百日咳、ポリオミエリテイスは 4 分の 1 から 3 分の 1 へと激減している。

(e) 辺境地方の基本的環境改善プログラム

図表Ⅷ-9 各伝染性疾患の改善率（資料；文献1）



保健省は全人口の40%が住む辺境地方での地域医療的な基本環境の改善を計画した。この計画は、1962年に始まり、飲料水入手の工事から着手された。これには国際協力—B I D, U N I C E F, C A R E (Cooperative for American Relief Everywhere) その他オランダ政府等—の力が大であり、1962年には819地域（773,400人口）にて743工事が行なわれた。その後は、110地域で工事を完成させ、その他、50～100の計画が準備中である。1977年には完成工事945、計画中203、計1,148となり、それによる援護人口は農村地方700万人口の9.2%に上る。

(f) 基本施設プロジェクト

医療施設建設プロジェクトのための投資は、次第に増大し、現在での予想は下記のようなのである。

プログラムの予想投資合計

運営費予想	44'300,000	(ソレス)
投資予想	2,613'700,000	
合計	2,658'000,000	
内；国外借款	2,065'900,000	(ソレス)
国内 "	18'000,000	
国庫金	529'800,000	

大きな事業としては、下記の通りである（図表Ⅷ-10）。

(A) 総合病院建設

実施中 1. Iquitos 病院 (330 床), 2. Chimbote 病院 (330 床)。

入札中 1. Maria Auxiliadora 病院 (450 床), 2. Talara 保健所改築 (50 床),
3. El Ermitaño 保健所。

(B) 地方病院

15病院(各 50 床), 他に 10 病院要求中 (各 50 床)。

(C) 改築又は拡大中

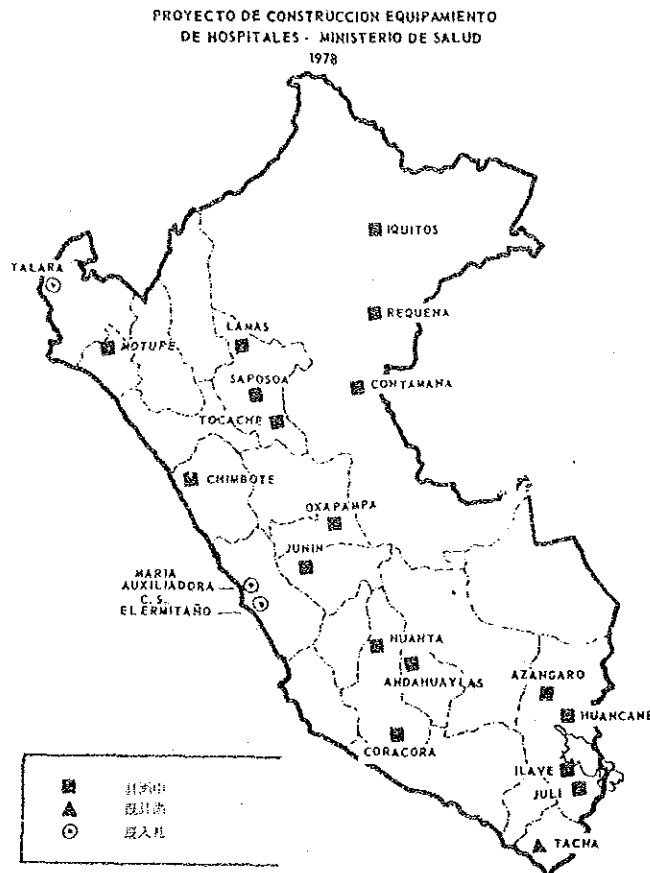
リマ市産科病院, Miraflores 公的施設, Collique 総合病院, Ilo 総合病院。

(g) プライマリ・ケア及び地域医療への方向付け

以上の新保健計画は、必然的に、その内容の延長として、プライマリ・ケア及び地域医療への方向という、近代的なオリエンテーションに向かうことになる。即ち、予防医学的には、第一水準—プライマリ・ケア—、ついで第二水準 (中間水準) —より複雑なケアで、保健所、総合病院が担当する—さらに第三水準 (保健区域水準) —より複雑な問題の総合的解決—という段階を追うこととなる。

プライマリ・ケアの特殊例としては、高原地帯ではボランティアの補助要員の養成が行なわれたり、海岸地帯では環境衛生や住居衛生のプロモーターが出現し、訪問保健員が自主的に養成されている。

図表 10 保健省病院の建設計画 (資料: 文献 1)



これ等の行動には、保健、農業、教育の諸省が協力し、OIT, UNICEF, WHO等の国際機関の援助がある。その他、リマ・メトロポリタン保健区域、Sur Altiplánica, Nor Occidental, Orienteなどの保健区域でもそれぞれの運動が起きている。

プライマリ・ケアの行動例としては、次のようなものがある——食生活の改善、栄養問題の解決、基本食料の生産、衛生的な住居、相互の助け合い、予防接種、流行病の予防、事故や職業病の予防、喫煙のコントロール、アルコール・薬物のコントロール、小児の衛生教育、妊娠のコントロール、分娩の正常化、身心の疾病早期発見、定期検診、リハビリテーション（身心とも）補助、等。

教育省は、新たに、大学に講座を置き、衛生学士 Bachiller en Salud養成の決定を行った。

(b) 保健省の行政的集権の分権化

行政集中化の弊害のため、1973年より、その分権化の試みが始まり、1974年には、保健区域の長（ディレクター）に、その地域の保健衛生推進の実行者という形式での分権が行われた。そして、各保健区域の本部 Sede がその地方の責任をもつようになり、クリニック、薬局、酒店、眼鏡店などの認可権を持つようになった。

(7) 立案機構

以上のような一連の国家新保健計画は、常に、経済面、教育面、社会面、その他の全分野での全般的国家発展計画と密接に結合している。そのための立案機構としては、政策決定機関（閣議）のもとで、国立計画院 Instituto Nacional de Planificación を中心とし、政治行政部門、行政技術部門、実行技術部門、評価部門が有機的に結合して整備されている。

以上を要約すると、長い前近代的な（しかしそれなりに良く整備された）ペルー国の保健衛生組織は、次第に地域に分権化され、政策もまた、近代化、予防医学化、地域医学化などの現代公衆衛生の本流に沿い発展計画中である。これはこの国全体の国家発展計画の一環をなすものであり、その背景にはこのような全般的近代化を必要とする諸条件——人口・都市化問題、母子問題、施設の旧式化等——が山積しているからである。

4. 人口構成及び動態統計

ペルー国の人口問題は、全ての分野でのこの国の最大の問題点となっており、これは、保健衛生面でも同じである。即ち、(1)人口増加率の大きなこと、(2)人口の大都市集中化の大きなこと（特に最近5年間の激増）、(3)青少年人口の大きなこと、(4)有病・死亡率の問題、等である。

1970年以降今日までの人口は、それ以前の人口に比し約3分の1が増加し、それも主として都市人口増加による（図表Ⅷ-11）。

また、1940年、1961年、1972年の世界・ラテンアメリカ・ペルーの人口表をみると、世界人口は約1.5倍となったが、ペルーは約2倍に増加している（図表Ⅷ-12）。またその期間の年齢構成で見ると、著変なく、0～14才（43～44%）、15～64才（52%）、65才以上（4%）で推移し、完全な

ピラミッド型となっている。しかし、都市対地方比でみると、1940年（35.5%：64.7%）、1961年（47.4%：52.6%）、1972年（59.5%：40.5%）と、都市人口比が全人口の過半となっている(5)。

<1940 - 1965 年間の分析>

この間の増加は、自然増加であり、国内移住は余りみられない。この期間の増加の主因は、死亡率の低下による。

<その後の期間の分析>

しかし、その後は、出生率が増加し、かつ国内移住（大都市集中化）は爆発的となった。1940年の都市人口2'400,000、は、1979年には、11'500,000、即ち5倍になった（特に1972年以後の変化が著しい）。これは2000年には23'400,000となることが予想され、その時のペルー全国人口（予想）29'795,000の約80%の都市集中化を来すであろうと論じられる(5)（Ⅶ-4節参照）。

この現象は、積極面では、労働人口の増加、教育の普及、雇用促進などが数えられるが、消極面では、上記に答えることができなくて、人間性及び管理上の両面での大混乱が予想される。また、大家族制からの小家族制への移行が、予測される。一方で、ペルー国の最近の経済沈滞（非産油国での石油原因の沈滞、インフレーション、外国借款の増加、私企業の投資減少、など）を考慮すると、この人口-都市問題は、危機的様相を帯びていると評される。

この危機の打開と、これを将来への発展のための動因とすることが、現在の最大の政策課題である

図表Ⅷ - 12 1940, 61, 72年人口（資料：文献5）

C U A O R O N O 1

POBLACION (en miles de habitantes) DEL MUNDO, DE LATINO AMERICA Y DEL PERU

Años 1940 - 1961 y 1972

	1 9 4 0		1 9 6 1		1 9 7 2	
	NO 総数	%	NO 総数	%	NO 総数	%
1- 世界 (a)	2,143,000.0	100.0	3,104,000.0	100.0	3,780,000.0	100.0
2- 中南アメリカ (b)	124,194.0	5.82	213,276.0	7.00	291,457.0	7.71
3- PERU (c)	7,023.1	0.33	10,420.4	0.34	14,121.6	0.37
都市人口 URBANA	6,208.0	-	9,916.8	-	13,532.2	-
地方人口 RURRAL	465.1	-	412.8	-	543.6	-
アマゾン地域 SELVATICA	330.0	-	100.0	-	33.8	-

a - ESTIMACIONES DE NACIONES UNIDAS (国連推定)
 b - ESTIMACIONES DE CELADE (秘教推定)
 c - CENSOS NACIONALES, 国勢調査

うと論じられている(10)。

平均寿命(出生時平均余命)は次第に延長し、1975年には55.7才であり、ラテンアメリカ平均62.5才をやや下廻る(図表Ⅷ-13)。因みにこれは日本の1947~48年当時にあたる。

平均死亡率はやはり遂年的に減少し、1975年には人口1,000対12.9であり、他国との比較ではラテンアメリカ平均より大で、その

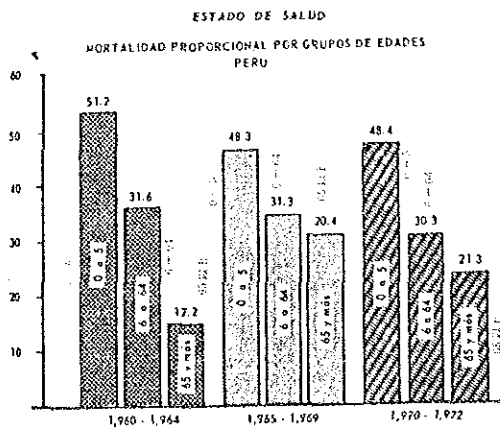
3分の4に当る(図表Ⅷ-14)。因みにこれは同年日本(4.2)の3倍に当る。

乳児死亡率も遂年的に減少し、1975年では出生1,000対115であり、他国との比較ではチリ(71.1)の約2倍に近い(図表Ⅷ-15)。因みに同年の日本では10.0であり、ペルーは11倍である。

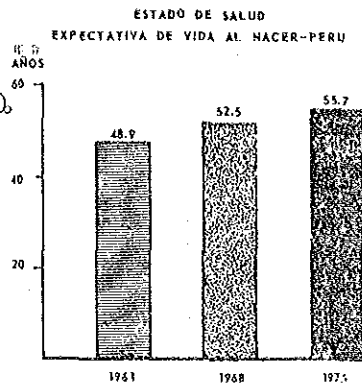
年令階級別死亡率をみると、0-5才が48.4%を占める(図表Ⅷ-16)。

死因統計では、伝染病(寄生虫、インフルエンザを含む)が最大であり、53.2%(1940-42年)から43.5%(1970-72年)と減少している。新生物・心血管障害も7.1%(40-42年)から20.7%(70-72年)と増加している。これは先進国形となりつつある過程を示していると言えよう(図表Ⅷ-17)。

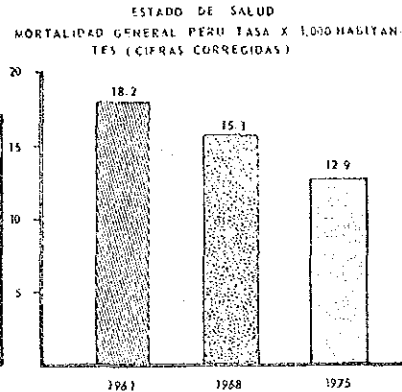
図表Ⅷ-16 年令階級別死亡率(資料:文献1)



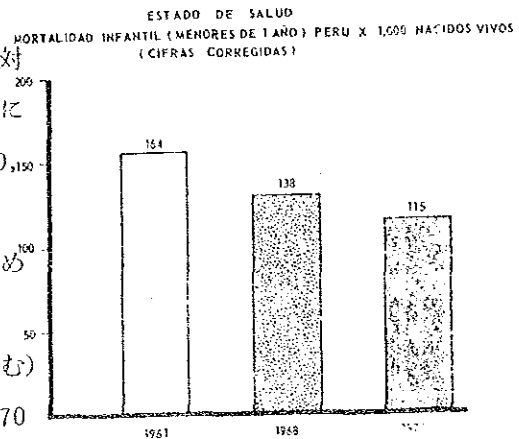
図表Ⅷ-13 出生時平均余命 (資料:文献1)



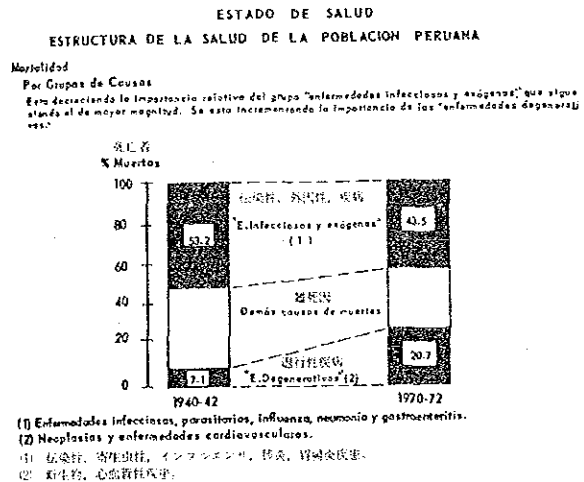
図表Ⅷ-14 訂正死亡率 (資料:文献1)



図表Ⅷ-15 乳児訂正死亡率(資料:文献1)



図表Ⅷ-17 死因別死亡率 (資料:文献1)



人口動態将来推計

1975 - 1980年の推定では、全国で、出生は3'272,490、粗出生率39.37%、総生殖率5.71、粗再生率2.7%、純再生産率2.266である。死亡は962,020、死亡率11.59%、出生時平均余令は57.19才（男性55.32、女性59.16）である。自然増加率は27.78%である。また、この予想によると、1995 - 2000年では、出生は4'315,487、粗出生率30.67%、総生殖率4.0、粗再生産率1,788、となる。死亡は1'001,206、死亡率7.12%、出生時平均余令は65.61才（男性63.48、女性67.84）となる。自然増加率は23.56%となる（図表Ⅷ-18）(1)(3)。

人口動態の現況

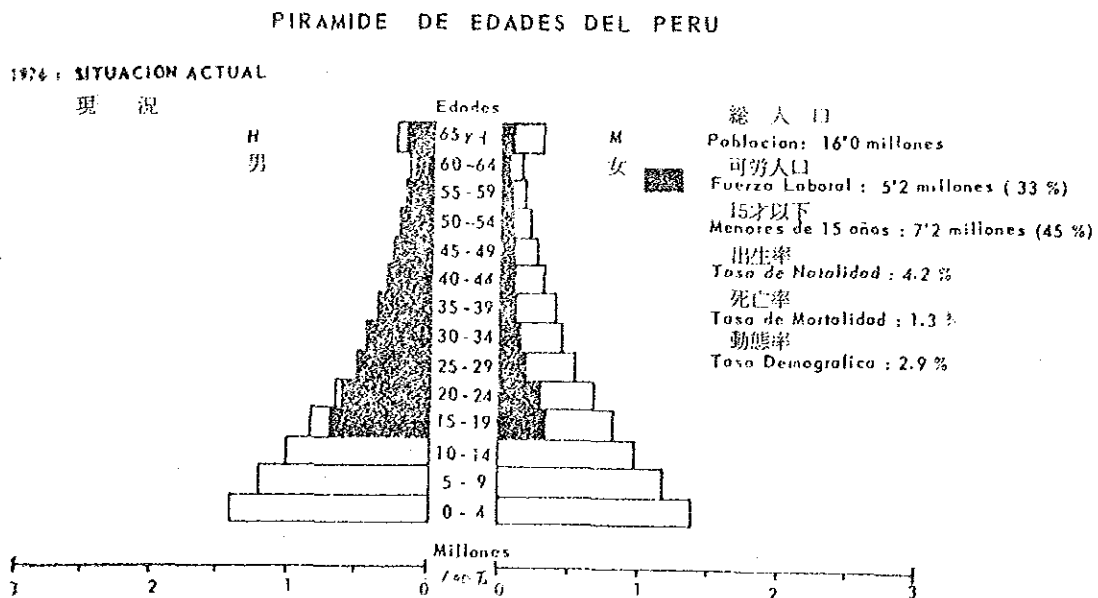
1979年現在のペルー全国人口は、16'819,200人（男性8'431,200、女性8'388,000）である（78年推定）(3)。また、人口増加率全国平均は約3%である。因みに、日本人口増加率は1977年で0.9%であり(13)、世界的には2.0%である（先進地域0.9%、開発途上地域2.4%）(国連1974年世界人口会議資料)。故に、ペルー国は、国連統計での途上地域平均を0.6%上廻っている。

地域別の人口推計によると、リマ市という小地域に全国人口の約3分の1の密集が予測されていることが目立っている(3)。

リマ・メトロポリタン地区の人口は急増し、4'109,000（1977年）より4'567,000（1979年）、そして1982年には5'173,000と推定されている。増加率は、毎年4.5%程度である。保健地区別でいうと、Lima Metropolitanaとそれに南接するSur Medioとで、約600万人となる（図表Ⅷ-19）(3)。

年齢別人口構成をみると、完全なピラミッド形となり、15才以下人口は45%をしめ、男女ほぼ同数であり、可労人口は33%（5200万人）である（図表Ⅷ-20）(1)。

図表Ⅷ-20 ペルー年齢別人口ピラミッド（資料：文献1）



図表VII-18 1960 - 2000年の5年別人口動態推計 (資料: 文献1)

INDICADORES DEMOGRAFICOS ESTIMADOS POR QUINQUENIOS: 1960-2000
HIPOTESIS III CON 6° VARIANTE (*)

動態指標

INDICADORES DEMOGRAFICOS	QUINQUENIOS 5年階層別									
	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000		
<u>Fecundidad</u>										
生数	2'546,085	2'820,912	2'982,315	3'272,450	3'588,790	3'896,091	4'149,366	4'315,487		
出生率(0/100)	47.09	45.04	41.25	39.37	37.60	35.64	33.33	30.67		
出生率	6.86	6.60	6.15	5.71	5.27	4.84	4.42	4.0		
出生率			183.3	171.5	160.4	149.3	137.1	123.5		
出生率	3.35	3.22	3.000	3.790	2.570	2.360	2.160	2.950		
出生率	2.38	2.38	2.336	2.266	2.175	2.062	1.931	1.788		
<u>Mortalidad.</u>										
死亡数	961,377	280,415	959,601	962,020	966,847	974,623	991,232	1'001,206		
死亡率	17.78	15.65	13.27	11.59	10.13	8.92	7.96	7.12		
出生時平均余命(男)	49.38	51.95	54.89	57.19	59.59	61.78	63.68	65.61		
出生時平均余命(男)	48.27	50.75	53.04	55.32	57.62	59.76	61.62	63.48		
出生時平均余命(女)	50.54	53.21	56.61	59.16	61.65	63.91	65.85	67.84		
<u>Crecimiento Natural</u>										
自然増加	29.31	29.38	41.98	27.78	27.47	26.76	25.36	23.56		
自然増加率(0/100)	92.31	93.76	93.19	89.76	85.95	82.29	79.80	76.61		

(*) Corrección a partir del quinquenio 1970-1975 con los resultados de Eden Perú 1974 (INE).

(1) Tasa Bruta de Natalidad menos la Tasa Bruta de Mortalidad.

(2) El dato corresponde al año inicial del Quinquenio.

Cuadro Nº 2

POBLACION ESTIMADA POR DEPARTAMENTOS PARA CADA AÑO CALENDARIO DEL PERIODO 1977 - 1982

DEPARTAMENTOS	1977	1978	1979	1980	1981	1982
REPUBLICA 全国	16'357,526	16'819,165	17'293,083	17'779,490	18'278,539	18'790,366
A AMAZONAS	267,784	279,502	291,605	304,095	316,976	330,250
ANCASH	845,755	864,279	883,304	902,838	922,888	943,456
APURIMAC	331,800	333,708	335,671	337,690	339,766	341,899
AREQUIPA	655,013	674,421	694,355	714,825	735,832	757,384
AYAUCUCHO	513,851	520,909	528,235	535,838	543,720	551,879
CAJAMARCA	1'052,959	1'072,075	1'091,590	1'111,514	1'131,857	1'152,618
CALLAO	396,173	409,220	422,540	436,138	450,020	464,187
CUZCO	816,793	830,038	843,588	857,750	872,230	887,130
HUANCAVELICA	364,048	367,203	370,414	373,682	377,010	380,398
HUANUCO	477,690	486,950	496,530	506,316	516,353	526,540
ICA	439,260	452,814	466,697	480,913	495,468	510,363
JUNIN	828,264	850,636	873,652	897,323	921,658	946,658
LA LIBERTAD	926,289	950,412	975,132	1'000,462	1'026,410	1'052,979
LAMBAYEQUE	642,459	665,233	688,624	712,643	737,295	762,585
LI MA	4'509,179	4'701,045	4'898,119	5'100,536	5'308,295	5'521,452
LORETO	622,277	639,331	656,901	674,996	693,623	712,785
MADRE DE DIOS	25,170	25,148	25,127	25,107	25,087	25,069
MOQUEGUA	93,522	96,781	100,157	103,590	107,140	110,791
PASCO	202,597	205,977	209,393	212,849	216,342	219,876
PIURA	996,910	1'018,616	1'040,737	1'063,287	1'086,270	1'109,691
PUNO	866,785	877,377	888,282	899,508	911,060	922,937
SAN MARTIN	273,185	281,379	289,809	298,478	307,389	316,544
TACNA	118,459	122,379	126,401	130,523	130,749	139,078
TUMBES	91,304	93,692	96,120	98,589	101,101	103,657

POBLACION ESTIMADA AL 30 DE JUNIO 推計人口 (6月末現在)

续

图表 19 1977 - 1982 年累別推計人口 (資料: 文献 3)

FUENTE: Cuadro Nº 3 del documento de trabajo Nº 10 - INE

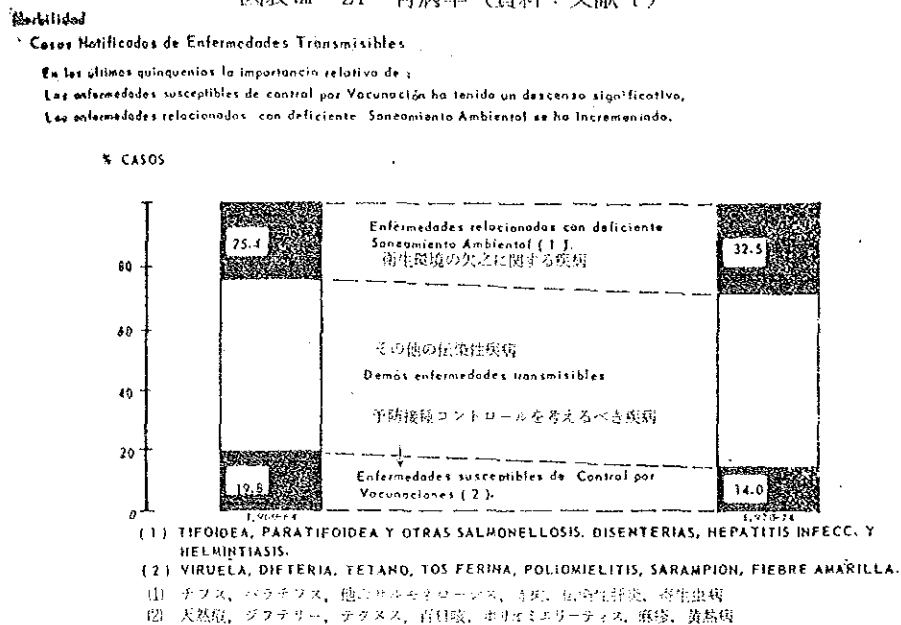
結論としていうならば、(1)次第に先進国形に移りつつある死亡原因、(2)依然として高率の乳幼児死亡、(3)開発途上国平均を上まわる人口増加率、(4)青少年が約半数をしめる人口構成、(5)大都会（特にリマ市）への人口集中化（都市化）、などがあげられる。

5. 疾病構造

(A) 有病率・有病原因

疾病の主たる原因についての統計（図表Ⅷ-21）をみると、三大別される。

図表Ⅷ-21 有病率（資料：文献1）



(1) 「衛生環境の不備に関する疾病」には、チフス、バラチフス、その他のサルモネローシス、赤痢、伝染性肝炎、寄生虫病などが含まれる。これらは1960-64年の25.4%から、1970-74年の32.5%に増加している。

(2) 「予防接種コントロールを考慮すべき疾病」には、天然痘、ジフテリア、テタヌス、百日咳、ポリオミエリテーシス、麻疹、黄熱病が含まれる。これは1960-64年の19.8%に比し、1970-74年の14.0%と減少している。

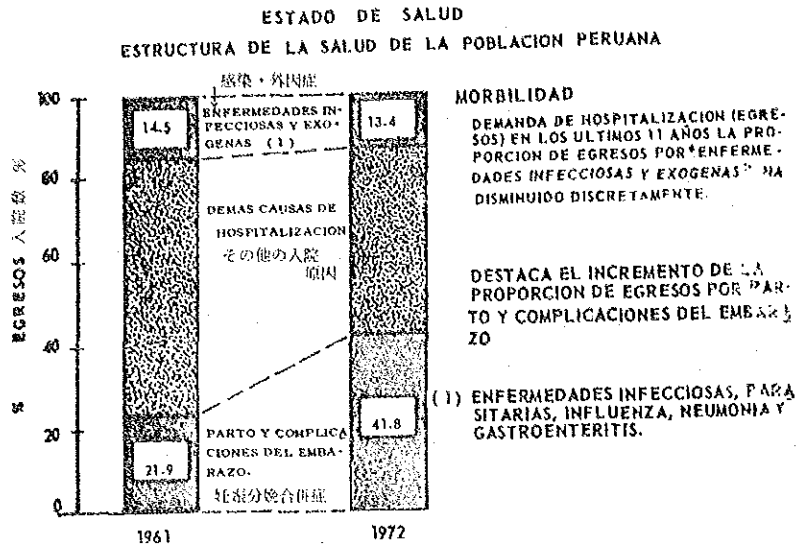
(3) 「その他の伝染性疾病」には、結核、インフルエンザの二つが大半を占めている。これは、上記期間中大差ない比率で推移している(1)。

このことは必然的に、予防接種の効率化により、伝染病は減少してきたが、衛生環境の悪さは依然として残り、また他の細菌性伝染性疾患の相対的な比重が大きくなったことを意味している。

(B) 受療率・受療原因

入院患者疾病統計については、感染・外因症は、伝染病、寄生虫病、インフルエンザ、肝炎、胃腸炎などを意味するが、1961年から1972年迄に、僅かに減少した。一方、周産期合併症は、1961年の21.9%から、1972年の41.8%に増加している（図表Ⅷ-22）(1)。

図表Ⅷ-22 入院患者有病率 (資料: 文献1)



予防接種の重大な効果については、第3節に述べられている。

伝染病疾患についてさらに詳しい統計(症例数及び人口10万比)の1969年と1975年に関する資料を収録する(図表Ⅷ-23)(4)。上記の諸事実をすべて裏付けているものといえるが、大体全ての疾病で症例数・人口比ともに増加していることが興味をひく。因みに、日本での主要傷病受療率を比較してみると、ペルーのそれは、ほぼ日本の1960年度またはそれ以前に近似している(13)。

(C) コリケ総合病院での実状

保健組織の前線での実体を見るため、リマ市第7病院区基地総合病院のHospital Collique(病床210—中規模病院)での受診統計をみる。外来については、1971—78年間に総数が2倍以上(内科4倍、外科2.5倍、産婦人科3.5倍)に増加している。特に1971—74年間の増加が著明である。もちろん、この地区は急激な人口増加期にあったのであるが、小児科、産婦人科の受診数が多い点が目につく。また、呼吸器科受診は、結核が大部分である(図表Ⅷ-24)。また同期間での年間入院受診数をみると、外来受診状況と同じことがより明瞭にいえる。産婦人科入院が圧倒的多数で、1978年には全体の63%を占めている(図表Ⅷ-25)。

これらの事実からみると、この地域での保健医療問題の最大のものは、やはり、人口・児童・周産期母体問題であるといえよう。

(D) 周産期母体死亡

多少特殊な問題として目につくのは、周産期母体死亡である。母体死亡数の人口10万比及び年齢別死因表をあげる(図表Ⅷ-26)(4)。死亡母体は100人に1人であり、周産期合併症による死亡0.9人、妊娠中絶による死亡0.05人である。死亡は54才迄、即ちペルーでの女性平均寿命を考えると、ほぼ全年令層におよび、かつ高率であり、母性問題の重大さを示している。

(E) 疾病構造の基盤

図表Ⅷ-23 伝染性疾患実数と人口10万比 (1969, 1975)(資料: 文献4)

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS, DE ALGUNAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y TASAS POR 100,000 HABITANTES - 1969 y 1975(*)

伝 染 性 疾 患 Enfermedades Transmisibles		1969		1975	
		実 数 Nº. de Casos	人口10万比 Tasa por 100,000Hb.	実 数 Nº. de Casos	人口10万比 Tasa por 100,000Hb.
Total	計	144,706	1,098.6	175,845	1,132.4
A 1.	Enfermedades Susceptibles de Control por Vacnacion: 予防接種コントロールを考ふるべき疾患	12,779	97.0	17,404	112.5
	Difteria ジフテリア	56	0.4	109	0.7
	Poliomelitis aguda 急性ポリオミエリテーシス	103	0.8	131	0.8
	Sarampion 麻疹	2,530	19.2	8,722	56.4
	Tos Ferina 百日咳	10,090	76.6	8,442	54.6
A 2.	Enfermedades Relacionadas con Deficiente Saneamiento Ambiental 衛生環境の不備に関する疾患	48,662	369.2	61,145	395.2
	Tifoidea y otras Salmonelosis チフス・サルモネローシス	8,556	64.9	8,336	53.9
	Disenteria bacilar y amebiana 細菌性・アメーバ性赤痢	7,901	59.9	4,559	29.4
	Disenteria - Otras formas その他の赤痢	15,549	118.0	23,458	151.6
	Hepatitis infecciosa 伝染性肝炎	3,037	23.0	4,883	31.6
	Helminthiasis 寄生虫病	13,619	103.4	19,909	128.7
A 3.	Enfermedades Transmitidas por el aire que agravan la Tugurizacion y el Hacinamiento 劣悪住居による飛沫感染疾患	59,190	449.3	53,013	342.6
	Tuberculosis 結核	16,528	125.4	20,849	134.7
	Influenza y otras インフルエンザ等	42,662	323.9	32,164	207.9
A 4.	Enfermedades Susceptibles de Control con Insecticidas 殺虫剤によりコントロールさるべき疾患	3,166	24.0	18,463	119.3
	Paludismo マラリア				
A 5.	Otras Enfermedades Infecciosas y Parasitarias 他の感染性・寄生虫性疾患	20,909	158.8	25,820	166.9

図表Ⅷ-24 コリケ総合病院外来受診数 (院内公式資料)

Ministerio de Salud
Región de Salud de Lima Metropolitana
Área Hospitalaria N°7-Collique

Consultas por Servicios, según Años

Hospital Collique

Años: 1971-1978

Servicios 科名	Años							
	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
TOTAL 計	22783	29744	40707	59191	50322	51723	49743	47316
Medicina Gral. 内科	2253	4938	8134	9732	13022	12619	11696	9910
Neumología 呼吸器科	3408	3936	4388	4844	3267	3666	3137	2772
Cirugía 外科	3419	7613	11646	14982	16131	12789	10804	9307
Gineco-Obstetricia 産婦人科	3370	5588	4786	5914	6529	5553	8049	11525
Pediatría 小児科	10333	7669	11753	16234	17873	17101	16057	13803
Atenc. Urgencia 救急外来	1984	7485	12372	7885	17718	16409	14071	15816

Elab. Of. Programación
SCC/Tsh.
20.04.79

図表Ⅷ-25 コリケ総合病院入院受診数 (院内公式資料)

Ministerio de Salud
Región de Salud de Lima Metropolitana
Área Hospitalaria N°7-Collique

Entradas por Servicios, según Años

Hospital de Collique

Años: 1971 - 1978

Servicios 科名	Años							
	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
TOTAL 計	2334	3501	4220	4327	5419	5431	4357	5405
Medicina General 内科	310	394	463	479	459	541	524	462
Neumología 呼吸器科	238	313	335	335	237	215	190	173
Cirugía 外科	259	410	539	640	703	543	625	681
Gineco-Obstetricia 産婦人科	1572	1982	2252	2732	3316	3506	2947	3407
Pediatría 小児科	505	502	626	710	664	621	571	683

Elab. Of. Programación
SCC/Tsh.
20.04.79

图表Ⅷ-26 母体死亡数10万人口比 (年令別, 1972)(資料: 文献4)

NUMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS Y TASA × 100,000
HABITANTES, POR GRUPOS DE EDAD - 1972 (*)

要 因 CAUSAS	全年合 Todas las Edades	年 令 階 級 Grupos de Edad (en años)					不明 No Precisado
		- de 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	
合 計 TOTAL	1,003	3	254	339	299	39	68
%	100.0	0.3	25.3	33.8	29.8	3.9	6.8
周産期合併症 Complicaciones del Embarazo Parto y Puerperio.	949	3	236	324	288	37	63
中 絶 Aborto	54	-	18	15	11	2	5
女性人口10万比 Tasa ajustada a la edad × 100,000 habitantes	14.1	0.3	19.2	37.5	46.5	8.4	-

(*) Fuente : OPS . Las Condiciones de Salud en las Americas 1973 - 1976
Publicacion Cientifica N° 364.

以上を概観すると、ペルー国での保健衛生事情は、そのままに疾病構造に反映されていて、社会生活の基礎的問題の解決がまたれるであろう。即ち、低栄養、青少年を中心とする人口増加、都市集中化、教育問題、不均衡経済、等であろう。

(F) 保健衛生上の疾病構造要因

以上の諸問題と、ペルーでの保健衛生事情を条件づけている諸因子を列記してみる(I)。

- (a) 栄養問題 --- 母子の高度の栄養不良。
- (b) 住宅・基本的生活保証問題 --- 水の不十分な供給。設備の破損。
- (c) 人口問題 --- 青少年人口の過剰。人口過疎過密問題。高度の増加率。都会への集中化。
- (d) 教育問題 --- 教育の低レベル。不適正な知識と習慣。依存画一的傾向。
- (e) 経済問題 --- 経済の低レベル。収入の不均衡な配分。
- (f) 衛生サービスの問題 --- 多部門による非包括的なサービス。不適當な実行。注意不足。
- (g) 保健衛生全般 --- (以上の結果として) 疾病と死亡の高率。地域的、社会的、経済的な範囲でのそれぞれの危険性。

このように、保健衛生問題も終局的には経済、社会、人口、住宅などの基本問題に還元される。

さらに、このような一般状況が、都市部と辺境部とでは大きな差があるというのが現状であり、下表はその一部表示である(I)。

衛生状態の条件的要因 (資料：文献1)

インディケイター	都 市 部		辺 境 部	
	1961	1972	1961	1972
人口分布 %	40.1	53.0	59.9	47.0
15才以下人口 %	41.3	41.8	45.1	46.9
年率人口増加 %	3.7	5.0	1.2	0.4
世帯年収入 (1,000 ソレス)	-	50-150	-	23- 36
一住居内人数	4.8	5.1	4.9	4.7
水供給のない住居 %	56.3	40.7	99.0	98.7
衛生サービスのない住居 %	49.9	53.4	96.5	98.6
15才以上住民の文盲 %	17.7	12.5	59.4	51.9

6. 保健医療施設

(I) 施設数

医療施設には、既述のように次の二大区別がある。

(A) 公的サブセクター

保健省及びOPD。公的慈善団体 (SSBP)。ペルー社会保険 (SSP)。軍・警察医務部 (F, AA)。公共企業体医務部 (EPP)。他の公共団体医務部。母子団体医務部 (CAP' S 及

び SAIS)。

(B) 非公的サブセクター

私的企業体医務部。私的開業医。私的慈善団体。農工業協同組合。社会資本農業組合。他の非公的団体。

これらは、それぞれが、病院、クリニック、病床、保健所、保健分室を持ち活動している（第1節参照）。この二大サブセクター別の病院・保健所（分室）、病床数をあげる（図表Ⅷ-27）(2)。

合計すると、全国で病院 330、保健所 548、保健分室 1,230、病床は総数 33,522 床、機能数 28,934 床となり、保健省所属が圧倒的な大部分をしめる。

(2) 施設の種類の分布

医療施設の公式説明を下記する(2)。

病院 Hospital --- 十分な設備・医師団を有し、入院設備のある施設。

基地病院 Hospital Base --- 総合病院で病院区の中心にあり、その本部をなしているもの。

総合病院 Hospital general --- 内科・外科・産科・婦人科・小児科を有する病院。

専門病院 Hospital Especializado --- ある特定専門分野での医療に責任をもつもの。

保健所 Centro de Salud --- 医療機関のうち、地域社会と密接し、外来診療（内科・小外科・産科・小児科）、歯科診療、予防接種、環境改善、看護婦の家庭訪問活動、などを行う。中間的病床をもつものもある。スタッフは医師 1、歯科医 1、助産婦 1、看護婦 1、補助看護婦 2 から構成される。2,000 人以上の人口をカバーする。

メディカル・センター Centro Medico --- 1人又は複数の医師が、同一又は幾つかの専門分野を受けもって、所在地の住民に対し、個人的に医療活動をする。保健所に類する。

保健分室 Puesto Sanitario --- 初歩的な診療、補助的相談、予防接種、環境改善及び患者情報の収集などをする。補助職員が滞在している。医療保健の最前線で、定期的に保健所のスーパーヴィジョンを受ける。

保健区域 Region de Salud --- 既述のように、保健衛生行政単位で、全国で10の区域に分かれ、それぞれの地域特性に応じた保健医療を推進する（第1節参照）。

病院区 Area Hospitalaria --- 各保健区域はさらに幾つかの地域単位に分かれ、地域医療の実行を推進する。全国で 59 病院区がある。これは地理的な意味で最小の保健行政単位である。本部として基地総合病院 1 を置き、他の病院、保健所、保健分室を統合し、その地域住民の包括的保健衛生に責任をもつシステムである。

これらの医療施設の分布について、各保健区域別の病床数（企画数・機能数）を表示する（図表Ⅷ-28）(2)。これによると、ペルー全国では、人口 1,000 対病床は 1.99 であり、最高がリマ市の 3.61、アレキバ市がある Sur Occidental が 3.44 とこれに次ぐ。各県別にみても、同様大都市所有県に高率である（図表Ⅷ-29）(1)。さらに病院区単位でも、上述の都市部、辺境部での医療施設数の差

CUADRO N° 2

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS Y NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS POR ENTIDAD ADMINISTRADORA SEGUN TIPO
PERU-1978

図表 1-27 類別施設・病院・病床数 (資料: 文献 2)

ENTIDAD ADMINISTRADORA 行政區別	NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS				NUMERO DE CAMAS	
	HOSPITALES (1) 病院	CENTRO DE SALUD (2) 保健所	PUESTOS SANITARIOS 保健分室	OTROS (3) その他	PLANEADAS 計画数	FUNCIONAMIENTO 機能
TOTAL 合計	330	548	1,230	7	33,522	28,934
SUB SECTOR PUBLICO: 公的サブセクター						
Ministerio de Salud 保健省	161	520	1,192	7	27,343	23,315
Sociedad de Beneficencia Pública 公的慈善団体	107	403	1,154	6	17,825	15,327
Seguro Social del Perú ベル-社会保険	7	2	-	-	868	842
Sanidad de las FF.AA. 軍・警察医務部	20	58	3	3	4,753	4,262
Empresas Estatales 公企業体	11	39	33	33	3,222	2,254
Gobiernos Locales 地方政府	11	5	-	-	449	409
Otros Organismos Públicos 他の公共機関	1	3	1	1	12	12
	4	10	1	1	214	209
SUB SECTOR NO PUBLICO: 非公的サブセクター						
Privado Lucrativo 私的企業体	169	28	38	-	6,179	5,919
Privado Empresas 私的開業医	102	10	-	-	3,966	3,573
Privado Filantrópico 私的慈善団体	47	3	7	-	1,110	1,047
Cooperativas Agro-Industriales 農工業協同組合	6	5	1	-	453	401
Soc. Agrícola de Interés Social 社会資本農業組合	13	10	18	-	630	583
Otros Organismos No Públicos 他の非公的機関	1	-	8	-	20	15
	-	-	4	-	-	-

- (1) Incluye Clínicas クリニックを含む。
- (2) Incluye Policlínicos, Centros Médicos, Postas Médicas, Postas Policlínicas, Centros Médicos, Postas Médicas, Postas Policlínicas, etc. 保健所等を含む。
- (3) Incluye Cuna Maternal, Guarderías, etc. 産院, 託児所等を含む。

図表Ⅷ-28 保健区域別病床数 (人口1,000対)(資料:文献2)

CUADRO N° 7

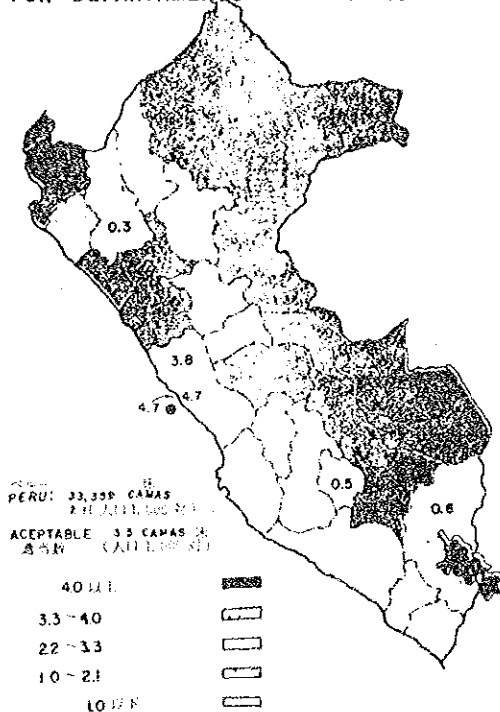
CAMAS HOSPITALARIAS, PLANEADAS Y EN FUNCIONAMIENTO, TASAS x 1,000 HABITANTES POR REGION DE SALUD - PERU - 1978.

保健区域 REGION DE SALUD	人口 POBLACION	NUMERO DE CAMAS 病床数			
		PLANEADAS 計画数		FUNCIONAMIENTO 機能数	
		NUMERO 数	TASA x 1,000 HABITANTES 人口1,000対	NUMERO 数	TASA x 1,000 HABITANTES 人口1,000対
TOTAL 合計	16'819,165 (1)	33,522	1.99	20,934	1.72
NOR OCCIDENTAL	3'129,118	2,809	0.90	2,270	0.73
NOR MEDIO	2'175,705	3,265	1.50	2,793	1.28
ORDE LORETO	647,186	946	1.46	598	0.92
CENTRO ORIENTAL	479,135	424	0.88	424	0.88
CENTRO MEDIO	1'765,997	2,434	1.38	2,162	1.22
SUR MEDIO	631,542	1,299	2.06	1,238	1.96
SUR OCCIDENTAL	893,581	3,072	3.44	2,756	3.08
SUR ORIENTAL	1'188,894	1,346	1.13	1,176	0.99
SUR ALTIPLANICA	877,377	546	0.62	453	0.52
LIHA METROPOLITANA	4'749,251	17,155	3.61	14,838	3.12
AREAS HOSP. - SAN MARTIN	261,379	226	0.80	226	0.80

FUENTE (1): Instituto Nacional de Estadística - Proyecciones de Población.

図表Ⅷ-29 県別人口1,000対病床数 (資料:文献2)

CAMAS HOSPITALARIAS POR 1000 HABITANTES
POR DEPARTAMENTO PERU - 1975



異は同様であり、端的にいうと辺境田園部の一部には医療設備というものが存在していないと反省されている(1)。

他国との人口1,000対病床数を比較すると、スイスの7分の1、イギリスの4.5分の1、他のラテンアメリカ諸国の中でも少ない方である。因みに日本は人口1,000対10.5床であり、ペルーの約5倍に当る(1)。

上記のサブセクター系列別でみると、保健省関係は対象人口1,000対1.8床で最も少なく、公共企業体医務部(E.E.P.P)が6.7床と最も恵まれている。非公的サブセクターについては、公式資料に欠く部分が多い。

(3) 医療費・診療状況

患者一人当りの医療支出費でみると、保健省関係病院では365ソレスで最低であり、公共企業体医務部では2,518ソレスで最高、社会保険病院では2,161ソレスとなる。しかし、患者総数の多少のため、全体支出では、保健省関係が9'953,900ソレス(66.8%)であり、公共企業体関係は82,500ソレス(0.5%)にすぎない。

ペルー国全体での外来受診総数は24'677,700回(国民1人当たり1.5回)であり、入院者総数は665,800回(国民1人当たり0.04回)である。

(4) 診療科目別施設現状

次に、各診療科目別でみる。

病院総数は390、総床数は28,994であるが、そのうち、総合病院は総数289、総床数24,290である。これらの病院は、最低、内科・外科・産科・婦人科・小児科がおかれている。

他に、専門病院(総数41、総床数4,644)がある。これらの診療科目別をみると、次のようになる。小児科(2病院、688床)、産科(18病院、776床)、神経学科(1病院、283床)、精神科(11病院、2,494床)、外傷外科(3病院、297床)、新生物科(1病院、139床)、らい病科(1病院、14床)、耳鼻咽喉科(1病院、6床)、その他(3病院、67床)。

保健所は総数548(有床保健所数は109、無床保健所数は439)、総病床1,024。

保健分室は総数1,230。

その他の施設は総数8、病床122。

注目すべきことは、保健所、保健分室は、非公的サブセクターのなかにも、たとえば、企業内の医務部にまで置かれている。

これ等診療科目公式資料(2)以外にも、全くの私的開業があるであろうが、詳細は不明である。また、伝統的医療者の診療所もあるが、その詳細は不明である。

(5) 歯科診療所・助産所・臨床検査部・その他

歯科診療所は、大病院及び548の各保健所などに置かれている。病院内の歯科部門は、歯科・口腔科に分かれている。他に、私的開業も多くある。

助産所は、総合病院産婦人科や産科専門病院、保健所などがこれに当るが、他に多くの民間施設も存在しているようである。

各医療施設の内容水準は、その規模の大小といった条件による。

一例をリマ市第1病院区基地病院のリマック総合病院にとると、ここは全科目を有し、病床数は268、かつ、カイエターノ・エレディア大学医学部の研修病院となっているため、学術水準は高度である。しかし、外来は混雑をきわめ、受診数が非常に多い。また、臨床検査部も新式機器は少ないのが実状である。

臨床検査部は大規模病院において行なわれ、血液学的検査（一般、特殊…… 穿刺・電気泳動、等）、生化学的検査（血液・尿）、免疫血清学的検査（血清学的試験…… 梅毒・コラゲン病・チフス・バラチフス等）、微生物学的検査（細菌学的・寄生虫学的）、血液銀行（輸血用）、その他の業務を行なっている。

病理解剖は、症例により、大病院にて行なわれる。

病院以外の保健衛生施設としては、水道完備、その他の社会生活上の基礎的部分が立案計画遂行中である。その他、各種国立医学研究所の設立計画も進行中である（第3節参照）。

7. 保健医療従事者

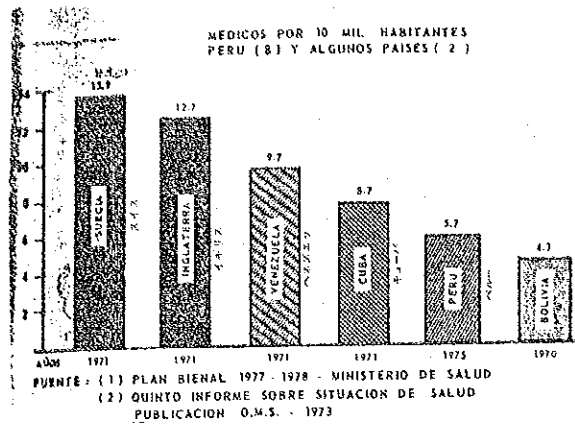
全体としてみると、対人口比で過少であり、かつ都市集中化が著しく、その水準も職域により優劣さまざまであることが指摘されている。この人的資源の解決も、国家将来計画の基本の一部となっている（第3節参照）。ただし、補助要員は数多く得られる。また、医療従事者の向上心、熱意は高く評価されて良いものである。

(1) 医師

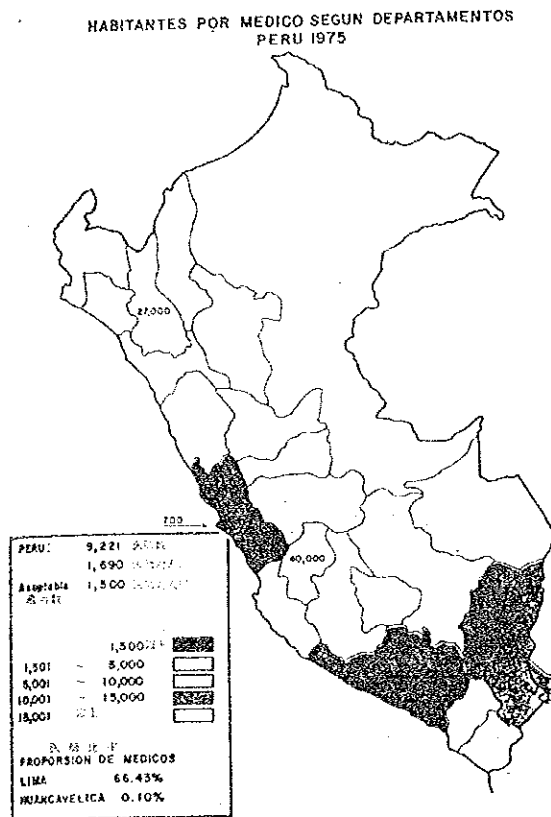
医師総数は、全国で総計9,221人である（1975年）。人口万対比として、5.7人である。因みに日本は、人口万対比11.9人（1977年）であり、ペルーの2倍といえる。尚、1979年推定では、ペルー全国医師数10,246人となる(4)。主要国との人口万対比医師数の比較をあげる（図表Ⅷ-30）。ラテンアメリカ内部では、ベネズエラの約3分の2程度であり、他ではスイス・英国の約3分の1である。

国内での医師分布をみる（図表Ⅷ-31）(1)。リマ市への集中度が最も高く、66.43%の医師がリマ市に集中している。故に、リマ市での医師1人当り人口は690人である。（因みに、東京が、686人である）。次いでアレキバ市に集中度が高い。これに対し、リマ市東南山岳部のウアンカヴェリカ県は医師集中度が0.10%であり、医師1人当り人口40,000である。このような医師過少地帯問題は、既述のように、保健将来計画で重大視されている。尚、ペルー国当局の考えでは、医師1人当り人口1,500程度が妥当点であるとされ、リマ市とアレキバ県のみがその水準に達している。

図表Ⅷ-30 人口万対比医師数比較 (資料: 文献1)



図表Ⅷ-31 県別対医師人口数 (資料: 文献1)



医師の専門診療科別分布をみる (図表Ⅷ-32) (4)。

一般内科が64.6%で飛び抜けて多く、外科は8.8%と意外に少ない。因みに日本では(1976年)内科は48.5%、外科は19.8%である(内科内、外科内専門別は除外する)。

既述のように、ペルー国には、幾つかの病院系列(保健省、社会保険、等)があるが、これら系列別に医師の分布をみる(図表Ⅷ-33) (1)。

公的機関7割、私的機関2割であり、前者のうちでは、保健省関係30.9%、社会保険関係21.1%、

軍・警察関係 16.7%となる。このため、各系列で、医師1人当り人口が変ってくる(図表Ⅷ-34)(1)。

妥当線を医師1人当り1,500人口とするなら、ペルー全体はややそれを上まわり、(リマ市は当然遙かに少ないが)、他の系列に比し、保健省関係施設は、医師1人当り3,408人口で、遙かに恵まれない。これは、病床数や医療費の分析でもみたような、同じ意味での矛盾点である。保健省関係は、最大の病院数病床数及び医師数を有してはいるが、対象(患者)人口も公的であり、最も多いからで

図表Ⅷ-32 医師専門分野別分布(資料:文献4)

CUADRO N° 21 a

DISTRIBUCION Y NUMERO DE MEDICOS POR ESPECIALIDADES

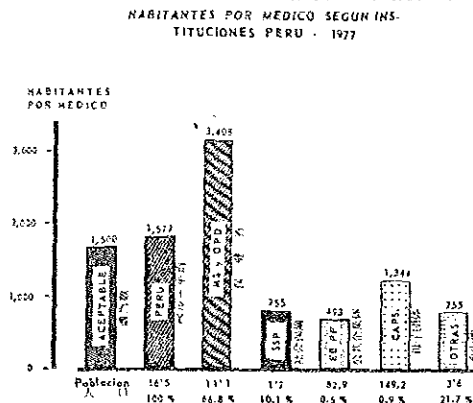
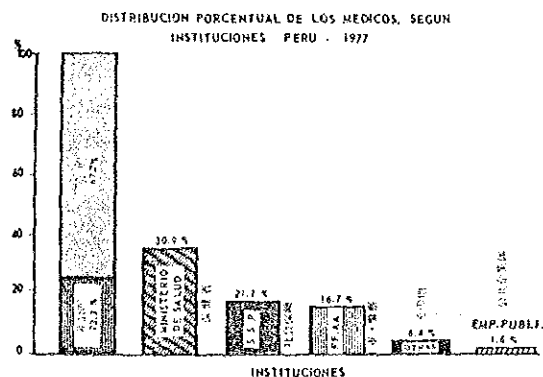
- 1977 -

Especialidad 専門分野	Número 人数	%
- Medicina General 内科	6,515 (*)	61.6
- Cirujía General y Especializada 一般・専門外科	1,007	8.8
- Pediatría 小児科	620	6.0
- Obstetricia y Ginecología 産科・婦科	516	5.0
- Cardiología 循環器科	215	2.0
- Patología y Laboratorio Clínico 病理・臨床検査	378	3.7
- Neurología y Psiquiatría 神経科・精神科	132	1.3
- Neumología y Enf. Respiratorias 呼吸器科	227	2.2
- Traumatología y Ortopedia 整形外科	148	1.4
- Oftalmología 眼科	151	1.5
- Otorinolaringología 耳鼻咽喉科	126	1.2
- Radiología レントゲン科	203	1.9
- Salud Pública y Salud Ocupacional 公衆衛生・職業衛生	114	1.1

Fuente: Registros de Instituciones Científicas y Académicas

図表Ⅷ-33 施設系列別医師分布(資料:文献1)

図表Ⅷ-34 施設系列別対医師人口(資料:文献1)



あるといえる。

(2) 歯科医師

歯科医師の全国総数は（1979年推定）3,318人であり、1万人口比1.9人、1歯科医師当り人口は5,211人である(4)。因みに、日本では（1976年）歯科医師総数は44,382人、1万人口比3.9人、1歯科医師当り人口は2,548人である。

(3) 助産婦

助産婦の全国総数は（1979年推定）1,276人であり、1万人口比0.7人、1助産婦当り人口は、13,552人である(4)。因みに、日本では（1977年）総数26,618人である（就業数）。

(4) 薬剤師

薬剤師の全国総数は（1979年推定）3,334人であり、1万人口比1.9人、1薬剤師当り人口5,186人である(4)。因みに、日本では（1976年）総数97,474人である（就業数）。

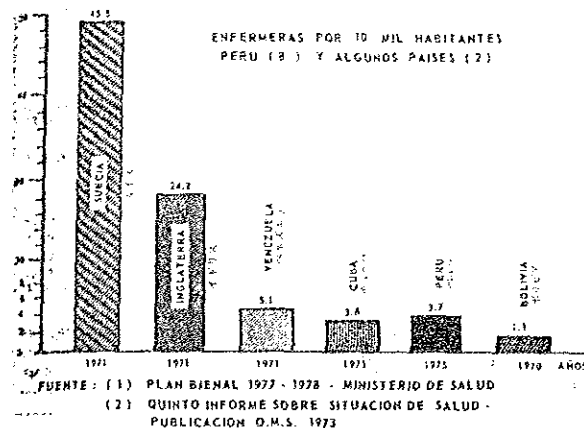
(5) 看護婦

看護婦の全国総数は（1979年推定）9,688人であり、1万人口比5.6人、1看護婦当り人口1,785人である。人口万対比の国際比較をみる（図表Ⅷ-35）(1)。ラテンアメリカ内ではペルーは平均的な数であり、スイスの10分の1、イギリスの7分の1に当る。因みに日本では（1977年）404,156人（就業数）である。

(6) 保健衛生技術者

保健衛生関係技術者の全国総数は285人で、1万人口比0.16人、1技術者当り人口60,677人である。当然、この分野は、無資格の補助要員がおぎなっていることとなる。

図表Ⅷ-35 人口万対比看護婦数比較（資料：文献1）



以上からみると、医師 100 について、看護婦 94、歯科医師 32、薬剤師 32、助産婦 12、衛生技術者 3、という有資格者の割合となる。

8. 保健医療従事者教育制度

(A) ベルギー国における一般教育制度

(1) 義務教育

義務教育は、初等学校と中等学校である。就学年令は 6 才で、初等学校に入学する。初等学校の期間は 5 年間である。初等学校を卒業すると、中等学校に入学する。この就学期間は、やはり 5 年間である。義務教育ではあるが、かなりの非通学者がいる。

(2) 文盲

文盲者は、他の分野と同じく、ベルギー国の衛生事情にも未発達要因として大きく作用している。1940 年、1961 年、1972 年における文盲率の状況（低下）と、その男女比の表示を掲げる（図表Ⅷ-36）。1940 年に全人口の 57.61% であった文盲率は、1972 年には 27.23% 迄改善されている。文盲者中の男女比は、圧倒的に女性が多い。さらに詳しくみる（図表Ⅷ-37）。即ち 1972 年の文盲人口の、年令層別化男女比と全体の総数及びパーセンテージであり、さらに都市部と辺境部とに分けてある。それによると、全国に 2'070,294 人の文盲者が存在する。そして、(a) 常に辺境部は都市部の 3～4 倍の文盲である。(b) どの年令層でも、女性は男性の約 3 倍の文盲率である。(c) 年令層が高くなるに従い、文盲者が増加する。中年以上は、飛躍的に多い。これは、ピラミッド型人口構成を考慮すると、特に 25 才以下の青年層での教育の普及を意味している。仮に、1979 年の都市部人口が全人口の 66.6% とすると、15 才 - 19 才の都市部の文盲率は、同世代人口の 3.5% に過ぎない。さらに

図表Ⅷ-36 文盲率の推移（保健省公式書類）

EVOLUCION DE LA POBLACION ANALFABETA DE LA REPUBLICA
POR SEXO, AÑOS 1940, 1961 y 1972
(Cifras relativa)

AÑOS	Población analfabeta	Hombres	Mujeres
年	文盲人口	男	女
1940	57.61	37.64	62.36
1961	39.92	32.25	67.75
1972	27.23	36.24	63.76

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Censos, Censos Nacionales 1940 y 1961 Oficina Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población y Vivienda, 1972.

そのうちの男性文盲率は、同世代人口の0.8%であると言える。

(3) 各種専門学校

義務教育後の各種の技術学校、特に語学校は多い。

(4) 教育省予算

1979年度の教育省予算は60,749,400,000ソレスである。これは、全国予算の10.5%に当る。

図表Ⅳ-37 性・年齢別ペルー文盲人口(1972)(保健省公式書類)

PERU: POBLACION ALFABETA SEGUN SEXO
Y EDAD. 1972

Edades 年齢	計 Totales		男 Hombres		女 Mujeres	
	Nº 数	%	Nº 数	%	Nº 数	%
15-19才 De 15 a 19 años						
全国 Total República	161,140	100.0	45,316	28.12	115,825	71.88
都市部 Area Urbana	32,765	100.0	8,135	24.83	24,631	75.17
辺境部 Area Rural	128,374	100.0	37,180	28.96	91,194	71.04
20-24才 De 20 a 24 años						
全国 Total República	176,679	100.0	45,163	25.28	133,516	74.72
都市部 Area Urbana	41,632	100.0	8,281	19.89	33,351	80.11
辺境部 Area Rural	137,047	100.0	36,882	26.91	100,165	73.09
25-29才 De 25 a 29 años						
全国 Total República	201,577	100.0	50,650	25.13	150,927	74.87
都市部 Area Urbana	49,627	100.0	8,870	17.87	40,757	82.13
辺境部 Area Rural	151,950	100.0	41,780	27.50	110,170	72.50
30才以上 De 30 años y más						
全国 Total República	1,521,479	100.0	482,990	31.74	1,038,584	68.26
都市部 Area Urbana	457,169	100.0	111,732	24.44	345,437	75.56
辺境部 Area Rural	1,064,305	100.0	371,158	34.87	693,147	65.13
年齢不明 Edad no especificada						
全国 Total República	7,424	100.0	2,051	27.63	5,373	72.37
都市部 Area Urbana	2,217	100.0	509	22.96	1,708	77.04
辺境部 Area Rural	5,207	100.0	1,542	29.61	3,665	70.39
全合計 Totales Generales						
全国 Total República	2,070,294	100.0	626,069	30.24	1,444,225	69.76
都市部 Area Urbana	583,411	100.0	137,527	23.57	445,884	76.43
辺境部 Area Rural	1,486,883	100.0	488,542	32.86	998,341	67.14

Fuente: O.N.E.C Censo 1972

(5) 大学・大学院

全国に、33大学がある。国立が多く、他は、教会立と私立である。文部省の監督を受けるが、大学側にはCONUPという自治組織が作られ、経済省から国庫補助を受け入れている。大学により、また学部により、博士課程迄の大学院を有す。大学・大学院で最大最古のものは、国立サン・マルコス大学 Universidad San Marcos (リマ)である。

(B) 保健医療従事者教育制度

(1) 医学校及び卒後教育

全国で33の大学のうち、次の6校は医学部を有す。San Marcos 大学, Arequipa 大学, Trivello 大学, Ica 大学, Velloread 大学, Cayetano Heredia 大学。うち最後のものだけが私立であるが、50%の政府補助を受けている。新卒業者は現在年間約900人といわれる。

医科大学のカリキュラムは、次の通りである。

Premedical course …… 2年間

Medical course …… 4年間

Internship …… 1年間

(M.D.) …… (卒業=大学より授与)

Specialization (or Residentsip) …… 専門科目により異なるが約3～5年間。

(専門医資格) …… (大学より授与)

但し、この卒前インターンシップは、数年前から、政府・大学間の協議で、辺境田園地域にて行うこととなった。任地は選択できない。これは、ともすると大都会に集中しがちな医師に、全国の事情を知ってもらうためでもある。(SECIGRA-SALUD, 第3節参照)。

又、専門研修制度 (Residency program) は、サン・マルコス大学とカイエターノ・エレディア大学のみが持つ。従って、他大学出身者は、この2コースのどれかを扱はなければならない。この2大学は、各々厚生省と協約を結び、レジデンシーに必要なローテーションを各国立病院のうちに組みこみ、他方国立病院側では、レジデント人員を供給されることとなる。

(2) その他の医学卒後教育

ペルー医学会 Medical Association が不定期に卒後教育を行なう。又、各専門別学会が定期的に学術大会を行ない研究発表をする。ペルー精神医学会は隔年に大会を行なう。

(3) 看護婦教育

一部の大学に看護学部がある。即ち、サン・マルコス大学、カトリック大学、社会保険大学などであり、合計8看護学校がある。30人編成の学級である。

教育プログラムは下記の通りである。

中等学校卒 …… 3年間教育 …… 免許 (学校より授与) …… 1年間トレーニング。

保健区域長 Direccion Regional de Salud が教育を監督する。

看護婦にも医師と同じく SECIGRA-SALUD がある。

(4) 看護婦卒後教育

さらに上級の資格（例えば、公衆衛生看護婦, Enfermia en Salud Publica, 母子衛生看護婦 Politica de Poblacion y Salud Materno-Infantil 等）の資格をとるため、特殊学校がある。即ち、公衆衛生学校（保健省）Escuela de Salud Publica, Ministerio de Salud（リマ）などである。

(5) 歯科医師教育

幾つかの大学に、歯科学校があり、そこで教育される。教育期間は医学校に準じる。卒後教育もまた医学校に準じる。歯科医師にも、医師と同じく、SECIGRA-SALUD がある。

(6) ソーシャル・ワーカー教育

サン・マルコス大学、カトリック大学等に、ソーシャルワーク学部があり、計4学校がある。大学コースを終了し、1年のインターンシップを行ない、Medical Social Worker となる。また前述の公衆衛生学校（保健省）にも、ソーシャルワークのコースがある。

(7) 検査技術教育

衛生検査技師養成所があり、そこで養成される。

(8) 臨床心理技術者教育

10大学に設けられている心理学科にて教育を受ける。卒後は、1年間の病院内でのインターンシップを行なう。

(9) 保健衛生技術者教育

一般には、前述の公衆衛生学校（保健省）にて教育を受ける。職種により、教育内容は異なる。

(10) 薬剤師

各大学中での、化学薬学部を卒業する。薬剤師にも、医師と同じく、SECIGRA-SALUD がある。

(11) 助産婦

公衆衛生学校（保健省）にこのコースがある。医師と同じく、SECIGRA-SALUD がある。

(12) 衛生専門学士 Bachiller Profesional en Salud

近年、地域医学の重視が認識され、プライマリ・ケアを担当するこのコースが、大学におかれた。地域衛生の評価増進を目的とする。

<主な参考文献>

- (1) Ministerio de Salud: Situación de Salud del Perú, 1978.
- (2) Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Estadística y Informática: Información Básica Sobre Infraestructura Sanitaria, 1978.
- (3) Ministerio de Salud, Oficina Sectorial de Planificación, Oficina Sect. de Informática y Estadística Proyecciones de Población por Regiones de Salud - Período 1977 - 1982, 1978.
- (4) Octavio Mongrut Muñoz: La Situación de la Salud y la (1) Dinámica de Población en el Perú, Asociación Multidisciplinaria de Investigación y Documentación en Población, 1979.
- (5) Ministerio de Salud: Plan Nacional de Salud Mental - Anteproyecto, 1975.
- (6) Consejo Nacional de Salud: Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS - CNS - SC - 002 - 79.
- (7) Ministerio de Salud: Escuela de Salud Pública - Prospecto 1979, 1979.
- (8) Ministerio de Salud: Código Sanitario - Decreto Ley N° 17505, Lima, 1969-1978.
- (9) Narda Henríquez: Migración y Problemática Urbana, Asociación Multidisciplinaria de Investigación y Docencia en Población, 1979.
- (10) Juan J. Wicht: La Situación Demográfica en el Perú, Asociación Multidisciplinaria de Investigación y Documentación en Población, 1979.
- (11) Ministerio de Salud, Región de Salud de Lima Metropolitana, Área Hospitalaria N° 7 - Collique: 公式統計表類, 1979.
- (12) Ministerio de Salud: 公式文書類, 公式資料類.
- (13) 厚生統計協会: 厚生指標 - 国民衛生の動向, 25: 9, 昭和53年特集号, 昭和53年. その他。