

ペルー国人口家族計画 基礎調査報告書

1989年7月

国際協力事業団
医療協力部

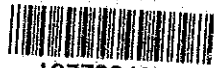
医 業
JR
89-22

ペルー国人口家族計画

基礎調査報告書

20067

JICA LIBRARY



1077684(7)

1989年 7 月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団

20067



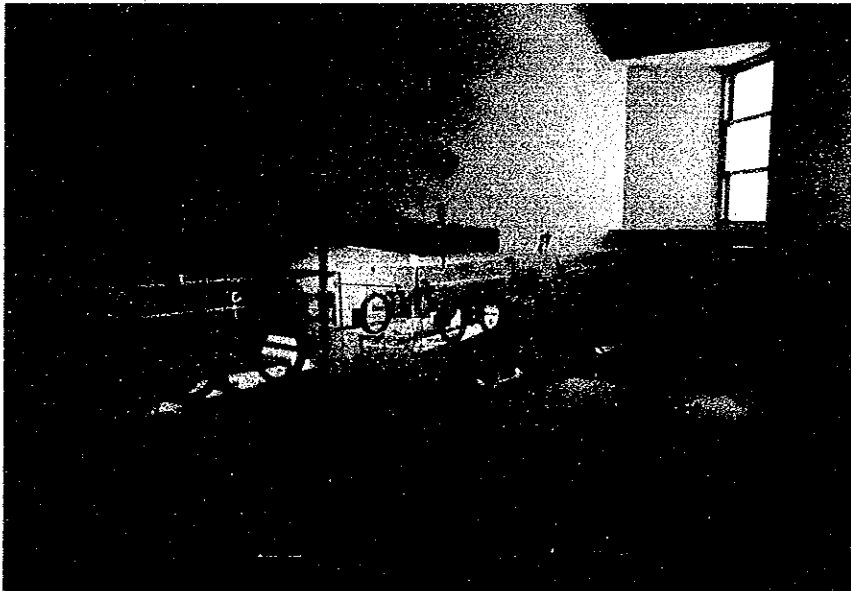
プエブロスホーベネス(若い人々)と呼ばれる新興住宅地
(地方から出て来て住みついて町を形成していく)



リマ南部パライソ地区のヘルスポスト
廃車となったバスを利用している



リマ北部における母子保健キャンペーン



マリア アウシリアドーラ病院 新生児室

目 次

I. 人口家族基礎調査団の概要	1
I-1 団 員	1
I-2 派遣期間	1
I-3 調査内容	1
I-4 調査に至るまでの経緯	1
I-5 日程と主たる面会者	2
I-6 ペルー国人口家族計画基礎調査調査項目	8
II. 総 括	15
III. 調査結果	17
III-1 社会・経済の現状	17
(1) 経 済	17
a. 生 産	17
b. 貿 易	19
c. 雇 用	21
d. 所 得	21
(2) 社会経済開発計画	22
a. 担当機関	22
b. 方針と戦略	23
(3) 社 会	25
a. 政治制度	25
b. 民族・宗教・言語	26
c. 社会制度	26
d. 教育制度	27
e. 保健医療制度	28
f. 女性の地位	28
III-2 人口関連情報	29
(1) 人口構造の推移	29
a. 人口とその推移	29
b. 男女別人口と性比の推移	30

c.	人口年齢 5 歳階級割合の推移	30
d.	民族別人口構成	33
e.	宗教別人口構成	33
f.	労働力人口の推移	34
g.	産業別人口の推移	35
h.	行政地区別人口, 人口密度	36
i.	都市化率の推移	37
(2)	人口動態の推移	38
a.	出生力水準の推移	38
b.	死亡率水準の推移	41
c.	死 因	45
d.	婚姻(配偶関係別人口比率の推移)	46
e.	域内移動	47
f.	人口将来予測	49
Ⅲ-3	保健・医療サービスの現状	49
(1)	保健医療分野の政策	49
a.	方針・戦略(PHC と家族計画との関係)	49
b.	目 標	51
c.	予 算	52
d.	外国援助に対する対応	53
(2)	保健医療機構のモデル	55
a.	中央レベル	57
b.	県レベル	58
c.	郡および末端レベル	58
(3)	保健医療要員について	62
a.	職種別従事者	62
b.	年間養成数	62
c.	再教育システム	65
Ⅲ-4	人口・家族計画分野の政策と実施体制	65
(1)	現行の人口家族計画分野の政策	65
a.	方針・政策	65
b.	目 標	67
c.	予 算	67

d	組織・人員	68
e	外国援助への対応	68
(2)	人口・家族計画分野の指標	70
a	自宅分娩と施設分娩の比率	70
b	受胎調節法の内訳	70
(3)	人口・家族計画分野の実施体制	73
a	政府関連機関の各々の役割と相互関連レベル別	73
b	NGOの役割と政府機関との関係	75
c	外国援助の動向	76
Ⅱ-5	現行の人口・家族計画プロジェクト一覧表(含外国援助)	77
Ⅳ	関連資料	79
Ⅳ-1	ペルー保健省のプロジェクト計画書	99

I 人口家族基礎調査団の概要

I 人口家族基礎調査団の概要

I-1 団員

- * 林 謙治 (総括, 公衆衛生) : 国立公衆衛生院衛生人口学部長
- * 山本 光昭 (母子保健) : 厚生省大臣官房統計情報部衛生統計課主査
- * 西川 由比子 (人口学) : (財)アジア人口開発協会研究員
- * 田中 高 (地域開発) : (財)アジア人口開発協会嘱託職員
- * 小池 芳一 (協力計画) : 国際協力事業団医療協力部医療協力特別業務室

I-2 派遣期間

- * (林・小池団員) 平成元年1月 8日 ~ 同年1月22日
- * (山本団員) 平成元年1月10日 ~ 同年1月22日
- * (西川団員) 平成元年1月10日 ~ 同年2月 3日
- * (田中団員) 平成元年1月10日 ~ 同年1月30日

I-3 調査内容

- (1) 人口家族計画分野の基礎データの収集
- (2) 要望分野の実施可能性

I-4 調査に至るまでの経緯

現在ペルー国の人口は2,126万人,人口増加率は年2.6%であり,このまま推移すると1990年には,2,230万人,今世紀末には約2,800万人に達することとなる。

また,国内における母子保健サービス体制は十分確立されておらず,現在妊産婦の4分の1は何ら医療機関とのコンタクトを持っていない。また,保健所,病院を始めとする医療機関の対応能力も実際のニーズに追いつかない状況にある(全体のニーズの約40%を供給)。このため,同国における死亡原因の中で乳児死亡率の占める割合が極めて高く,全国的に多産多死型の人口構造を成しており,母子保健衛生上,また同国の経済発展上の深刻な問題となっている。このような状況を改善すべく,同国は我が国に対し以下の点について協力を要請越した。

- 1) 家族計画・母子保健に係る活動に従事する人材の育成
- 2) 保健所スタッフ等への医療及び地域活動指導のための専門家派遣
- 3) 母子保健サービス・レベル向上のための医療機材・講習用機材等の供与

これらを受けて,本基礎調査は人口家族計画の基礎的データの収集とともに,これらの要

望の具体的内容を把握し、協力可能な分野を絞り込むことを目的に派遣された。

I-5 日程と主たる面会者

1月 8日(日) 林・小池団員 東京発 ニューヨーク着
1月10日(火) 林・小池団員 ニューヨーク発 ワシントン着
山本・西川・田中団員 東京発 ロス着
1月11日(水) 林・小池団員 ワシントン発 リマ着
山本・西川・田中団員 ロス発 リマ着
1月12日(木) JICAペルー事務所

在ペルー日本大使館

保健省調査概要打ち合わせ

出席者：

Dr. Luis Tavera Orozco, Vice Ministro de Salud

Dr. Roberto Redhead, Director del Programa Materno-
Perinatai

Dr. Raul Piaya de la Torre, Director General de coopera-
cion Externa

Dr. Eduardo Guillen, Coordinador General del Plan Trienal
Proteccion Infantil

Dr. Guillermo Guardias, Director General Adjunto, Pro-
grama Nacional de Planificacion Familiar

IPSS

出席者：

Dr. Nilo Vallejo, Director de Cooperacion Internacional
del IPPS

Dr. Francisco Vargas Bocanegra, Director Nacional de Pla-
nificacion Familiar

Dr. Francisco Lezama Tirado, Director Nacional de Preve-
ntivo Promocional y Extension de Cobertura

Dr. Jaime Delmar E., Director de Informacion, Educacion
y Comunicacion del Programa Planificacion Familiar
y Preventivo Promocional

Dr. Maria Luisa Cardenas Nuñez, Subdirectora de Servicios

Clinicos del Programa de Planificacion Familiar

1月13日(金)

保健省：調査団側：JICAプロジェクト協力についての説明

ペルー側：人口・母子保健関連機関による活動概要説明

出席者：

Dr. Luis Vicente Pinillos Ashton, Ministro de Salud

Dr. Luis Tavera Orozco, Vice Ministro de Salud

Dr. Mario Ramo, Director General del Programa de Tuberculosis

Dr. Manuel Diaz, Director General del Programa de Inmunizaciones

Dr. Luis Ramirez, Director General del Programa de Infecciones Respiratorias (CIRA o IRA)

Dr. Hipolito Cruz, Director General del Programa Diarreicas

Dr. Guillermo Guardia, Director Adjunto del Programa de Planificacion Familiar

Dr. Luis Suarez, Director General de Alimentacion

Dr. Rodolfo Reto, Director General de Participacion Comunitaria

Dr. Americo Fernandez, Director General, Consejo Nacional de Poblacion

Dr. Alfredo Guzman, Planificacion Familiar (UNFPA)

Dr. Francisco Vargas Bocanegra, Director General del Programa Nacional de Planificacion Familiar del IPSS

1月14日(土)

保健省：ペルー乳幼児医療・保健に関するブリーフィング

栄養状態，下痢症，予防接種，上部呼吸器系疾患等

出席者：

Dr. Washington Toledo Hidalgo, Director Ejecutivo del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas

Dr. Carlos Manuel Diaz R., Director General del Programa Nacional de Inmunizaciones

Dr. Hipolito Cruz R., Director General del Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas

Dr. Luis Suarez Lopez, Director General, Instituto
Nacional de Alimentacion y Nutricion

Dr. Rodolfo Reto, Director Tecnico de Movilizacion So-
cial y Participacion Comunitaria

IPSS National Hospital 視察

1月15日(日) 母子保健・一般医療キャンペーン視察(リマ北部, Chorrillos,
Barranco, Surquillo 地区)

1月16日(月) リマ南部保健システム視察

Maria Auxiliadora Hospital

出席者:

Dr. Espinoza Julio, Director

Dr. Cesar Carossi, Sub Director

Centro de Salud (Jose Carlos Mariategui)

Posta de Salud (Paraiso, Lima Sur)

Hospital Materno Infantil, Villa Maria del Triunfo

保健省(Peri-Natalに関するブリーフィング)

出席者:

Dr. Roberto Redhead, Director del Programa Materno
Infantil Sobrevivencia Infantil

1月17日(火) Hospital Materinidad de Lima 視察

Instituto Nacional Materno Infantil 視察

在ペルー日本大使館調査概要報告

リマ各 UDES 病院長会議出席 - JICA プロジェクトについての概要説明

1月18日(水) JICA ペルー事務所調査報告

林・山本・小池団員 リマ発 ボゴタ着

保健省: 調査項目, 調査日程再調整

調査カウンターパート

Sra. Maria Jesus Ramos Cardenas, Asesora Plan Trienal

1月19日(木) 保健省企画室

Dr. Cesar Sotomayor Perez, Director Geneal de Oficina
de Planificacion

保健省家族計画室

Dr. Guillermo Guardia, Director Adjunto del Programa

de Planificacion Familiar

保健省住民参加支援室

Dr. Rodolfo Reto, Director General de Participacion
Comunitaria

人口審議会 (Consejo Nacional de Poblacion)

Dr. Americo Fernandez, Director General

国家統計局 (Instituto Nacional de Estadistica)

Sra. Gloria Losa, Directora de Demografia

Sra. Flor Suares, Proyecto Determinantes Proximo de
la Fecundidad

1月20日(金)

企画庁 (Instituto Nacional de Planificacion)

国家開発計画についてのインタビュー

Dr. Octavio Garcia Puga, Director Ejecutivo De Coopera-
cion Tecnica

Sr. Carlos Alcazar, Director de Cooperacion Bilateral

Sra. Juri Vera Ynohue, Direccion General de Planificacion
Social

Sr. Manuel Loeano Valleio, Direccion General de Planifi-
cacion Social

Eco. Orlando Cajamarca Chales, Director, Proyecto Espe-
cial Urbano Marginal

林・山本・小池団員 ボゴタ発 メキシコ着

1月21日(土)

林・山本・小池団員 メキシコ発 ロス着

1月22日(日)

林・山本・小池団員 ロス発 東京着

1月23日(月)

保健省統計部

Dr. Ing. Rafael Ceceres Gallegos, Director Tecnico de
Informatica y Documentacion

保健省法律顧問室

Dr. Santiago Solari Amoretti, Director Tecnico de
Asesoria Juridica

保健省人材養成課

Dr. De Vinates, Director Adjunto de Deserrollo de
Recursos Humanos

保健省経済協力課

Dr. Carlos Vallejos Sologuren, Secretario General del
Ministerio de Salud

Dr. Raul Haya de la Torre, Director De Cooperacion
Externa

国連開発計画

Sra. Magda Moyano, Representante Adjunta

Sra. Rodriguez, Oficial de Proyectos

1月24日(火)

ペルー中央銀行 (Banco Central de Reserva)

保健省 資料収集

人口審議会 リマ都市部・医療関連機関地図作成

1月25日(水)

USAID

Dr. Gerardo Arabe, Acting Chief, Health and Nutrition
Division, USAID, Peru

Club de Madres 活動視察 (リマ南部, Chorrillos, San Juan de
Miraflores 地区)

Dr. Rodolfo Reto, Director Tecnico de Movilizacion
Social y Participacion Comunitaria

INPPARES (Instituto Peruano de Paternidad Responsable)

Dr. Miguel Ramos, Director Ejecutivo

Dr. Elise Barron, Coordinador General de Programas

1月26日(木)

UDES リマ南部事務所

Dr. Tomas Pinna, Director General

Sra. Mariam Strull, Coordinadora Programa de Planifica-
cion Familiar

UTES 003 (San Juan de Miraflores)

Dr. Hugo Gotelli

Centro de Salud (Daniel A. Carrion)

Hospital Materno Infantil (Manuel Barreto)

Centro de Salud (Tablada de Lurin)

1月27日(金)

OPS (Organizacion Panamericana de la Salud)

Ing. Carlos M. Cuneo, Representante en Peru

Dr. Harry Fry Rossel, Administrador de Proyectos

Dr. Duncan Pedersen, Consultor en Desarrollo de Servicios de Salud

リマ東部地区 (San Juan de Lurigancho) ・ UNICEFプロジェクト
巡検

Sr. Masami Yamamori, Asistente de Programa

1月29日(日) 田中団員 リマ発 ロス着

1月30日(月) UNFPA

Sra. Junko Sasaki, Oficial de Proyectos

人口審議会資料収集

田中団員 ロス発 東京着

1月31日(火) 保健省資料収集

JICAペルー事務所調査報告

2月1日(水) 保健省調査報告

2月2日(木) 西川団員 リマ発

2月3日(金) 西川団員 東京着

パルー国 人口家族計画基礎調査調査項目

項 目	関 係 部 局	可能性
<p>『1』社会・経済の現状</p> <p>1. 経済</p> <p> a. 生産</p> <p> 部門別GDP</p> <p> 部門別成長率</p> <p> 農業生産</p> <p> 食糧生産</p> <p> b. 貿易</p> <p> 主要輸出品</p> <p> 主要輸入品</p> <p> c. 雇用</p> <p> 就業者</p> <p> 失業者</p> <p> d. 所得</p> <p> 所得分布（部門別）</p> <p>2. 社会経済開発計画</p> <p> a. 担当機関</p> <p> 組織図</p> <p> 決定メカニズム</p> <p> b. 方針と戦略</p> <p> 開発計画の概略</p> <p> 部門別投資</p> <p> 主要プロジェクト</p> <p> 進捗状況</p> <p> 外国援助動向</p>		

<p>3. 社会</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 政治制度 b. 民族・宗教・言葉 c. 社会制度 <ul style="list-style-type: none"> 家族 相続制度 婚姻制度 出産・育児制度 d. 教育制度 e. 保健医療制度 f. 女性の地位 <ul style="list-style-type: none"> 女性就業者 識字率 <p>『2』人口関連情報</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 人口構造の推移 <ul style="list-style-type: none"> a. 人口とその推移 b. 男女別人口と性比の推移 c. 人口年令5才階級別割合の推移 d. 人口民族別構成の推移 e. 人口宗教別構成の推移 f. 労働力人口の推移 g. 就業者の産業構成別の推移 h. 行政地区別人口・人口密度・人口比重の推移 i. 人口の都市化率の推移 		
--	--	--

<p>2. 人口動態の推移</p> <p>a. 人口出生力水準（粗出生率等）の推移</p> <p>b. 人口死亡力水準（粗死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率等）の推移</p> <p>c. 死因</p> <p>d. 婚姻 配偶関係別割合の推移</p> <p>e. 域内移動</p> <p>f. 人口将来予測</p> <p>『3』保健医療サービスの現状</p> <p>1. 保健医療分野の政策</p> <p>a. 方針・戦略 PHCと家族計画との関係</p> <p>b. 目標</p> <p>c. 予算</p> <p>d. 外国援助に対する対応 WHO・EPIの現状等</p> <p>2. 保健医療機構のモデル</p> <p>a. 中央レベル</p> <p>b. 県レベル</p> <p>c. 郡レベル</p> <p>d. 末端レベル（ボランティアを含む）</p>		
--	--	--

<p>3. 保健医療要員について</p> <p>a. 職種別従事者（医師、看護婦 保健婦、助産婦その他） 実数、人口比</p> <p>b. 職種別養成システムと年間養成数</p> <p>c. 再教育システム</p> <p>『4』人口家族計画分野の政策と実施体制</p> <p>1. 現行の人口家族計画分野の政策</p> <p>a. 方針・政策 開発計画での位置づけ 政策担当者の発言 予算の重点配分事項</p> <p>b. 目標</p> <p>c. 予算</p> <p>d. 組織・人員</p> <p>e. 外国援助への対応</p> <p>2. 人口・家族計画分野の指標</p> <p>a. 自宅分娩と施設分娩の比率</p> <p>b. 受胎調節法の内訳（人口妊娠中絶の合法性の有無）</p> <p>c. 生殖生理学の研究（受胎調節研究）の進行度・病院・大学の医師と家族計画運動との関連性</p>		
--	--	--

<p>3. 人口家族計画分野の実施体制</p> <p>a. 政府関連機関の各々の役割りと相互関連レベル別</p> <ul style="list-style-type: none"> 中央レベル 県レベル 郡レベル 末端レベル セクター間の協力 <p>b. NGOの役割りと政府機関との関係</p> <ul style="list-style-type: none"> 予算配分 連絡調整 人的交流 <p>c. 外国援助の動向</p> <ul style="list-style-type: none"> 実施プロジェクトの特色 援助機関の連絡事務所・連絡員 援助調整会議 <p>『5』 現行の人口・家族計画プロジェクトの一覧表（外国援助を含む）</p> <p>1. タイプ別の分類</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 人口教育 b. 人口情報 c. 保健サービスの提供 d. 人口調査・研究 e. 関連産業振興 		
--	--	--

2. 単独目的型プロジェクトと複合型プロジェクト 3. 対象地域別		
--------------------------------------	--	--

Ⅱ 総 括

Ⅱ 総 括

1989年1月にペルーからかねて要請のあった人口家族計画協力について、フィージビリティ調査をおこなった。今回はコンサルタントが2名同行したので、詳しくは調査報告書を参照されたい。ここではいくつかの核心にかかわる事項について述べることにしたい。

フィージビリティ調査である立場から、まず第一にペルーのニーズはどの程度のものか、第二にプロジェクトを形成するならばどのような枠組の中で可能なものか、第三にプロジェクトの内容はどのように構築するかの三点が検討されなければならない。

ペルーでは1985年に国家人口法が施行され、人口政策が明確に打ち出されていることに注目しなければならない。その骨子は人々の福祉の向上を目指して、¹⁾人口の地理配分、構造等を調整すること。²⁾夫婦に適正な子供数について十分な教育と情報を与えること。³⁾母子の死亡率を減少させること。⁴⁾地域開発との関連で政策を立案すること。以上の4点である。

JICAの本分野における協力可能な内容は2)と3)が中心になると思われ、4)の一部についても地域保健の形で援助できるであろう。

避妊知識と実行率に関する全国調査の結果(1988年)をみると、主要な避妊法であるピル、IUDについては70%以上、不妊手術についても70%以上、コンドームは50%以上の人々が知っていると答えている。しかし、現在実行しているとしているのは、リズム法の17%を除いて、すべて数%程度に止まっている。このことは避妊器具、手術等を提供する医療施設へのアクセスの問題か、あるいは他の理由によるか、もう少し詳しく調査してみる必要がある。

他のデータの示すところでは、若い人ほど理想とする子供数が少なく、年齢が増加するにつれてその数が多い。他方、乳児死亡率についてみると、全国平均で出生1,000対88であり、リマ市でさえ60を超える。したがって、家族計画を実行しないのは、乳児死亡を経験した中高年婦人ほど理想とする子供数が多いことに反映されるものと考えられる。これと同時に乳児死亡とカップリングする形で妊産婦死亡率も出生1,000対30と大変高率であり、しかも1970年代中頃からほとんど改善されていない。

以上のことからFP/MCHサービスプログラムは家族計画実行の動機づけにきわめて有効であると思われる。さらに将来を展望すれば思春期の人々を対象としたIEC活動は大きな効果をもたらすに違いない。

人口家族計画プログラムを実行する中央機関として、保健省、人口審議会、IPSS(労働者を中心とする)の三つがあり、いく度かの法改正があったが、人口審議会は明らかに保健省の下部機関であり、審議会自体末端の実施組織を持っていない。IPSSは組織的にも保健省の監督下にあるが、財源が比較的豊富のため、および一部の権限を委譲されているため実行能

力はあるとみてよい。しかし、ニーズの高い妊産婦人および乳児の医療サービスは行なっていない点から、大部分は保健省のサービス対象となっている。これらのことを考慮すればカウンターパートの中心を保健省とすることが最も的を得ており、IPSSおよび審議会を協力組織と位置づけるほうがプロジェクトの運営上もっとも円滑に進めることが期待できる。

プロジェクトエリアについてであるが、確かに山岳地帯は保健水準が最も低いに違いないが、人口が稀薄であること、少数民族問題が存在すること、治安上問題があること等を考慮すれば、プロジェクトを実施するのに適当とは言えない。その点、リマ市は状況が丁度正反対である上に、ニーズも高く協力の効果を期待できよう。

保健省のもとにUDESとよばれる医療行政地域が区分され、病院→ヘルスセンター→ヘルスポストといった流れでサービスがおこなわれている。我々の視察したところでは、本来ハイリスクを扱う建前となっている病院は、ヘルスセンターの機能が十分に稼働していないため、一般患者もカバーせざるを得ず、その結果かえってハイリスク患者の対応が難しくなっているジレンマがあるようである。また、ヘルスセンターは施設が整備されていない上に、この国の失業対策のシワ寄せとして過剰なスタッフを抱え込んでいる状況がある。

そこでプロジェクト形成の方法として、これらそれぞれの機関が本来の機能を発揮できるよう協力をおこなうことである。すなわち、病院においてはハイリスク患者の対応が十分できるよう整備し、ヘルスセンターに対しては正常分娩、乳児検診が行えるよう施設・機材を供与する。そして過剰な人員は地域活動に振り向けるといった考えが適当と思われる。幸いなことに保健省、UDESの協力のもとに母親クラブといった民間団体が活躍しており、地域保健活動もやり方によっては実効の期待できる要素の一つである。

JICAのプロジェクトの規模からすると、当然のことながらリマ市全体をカバーすることは難しい。そこで当面の間、ニーズが高くしかも母親クラブの活動の盛んなリマ市南部に限定し、それと同時に将来全市に波及効果をもたらすことができるよう、他の地域の牽引車となる機関に対しても若干の協力を念頭に入れて進めることが必要であろう。

Ⅲ 調 査 結 果

Ⅲ 調査結果

Ⅲ-1 社会・経済の現状

(1) 経 済

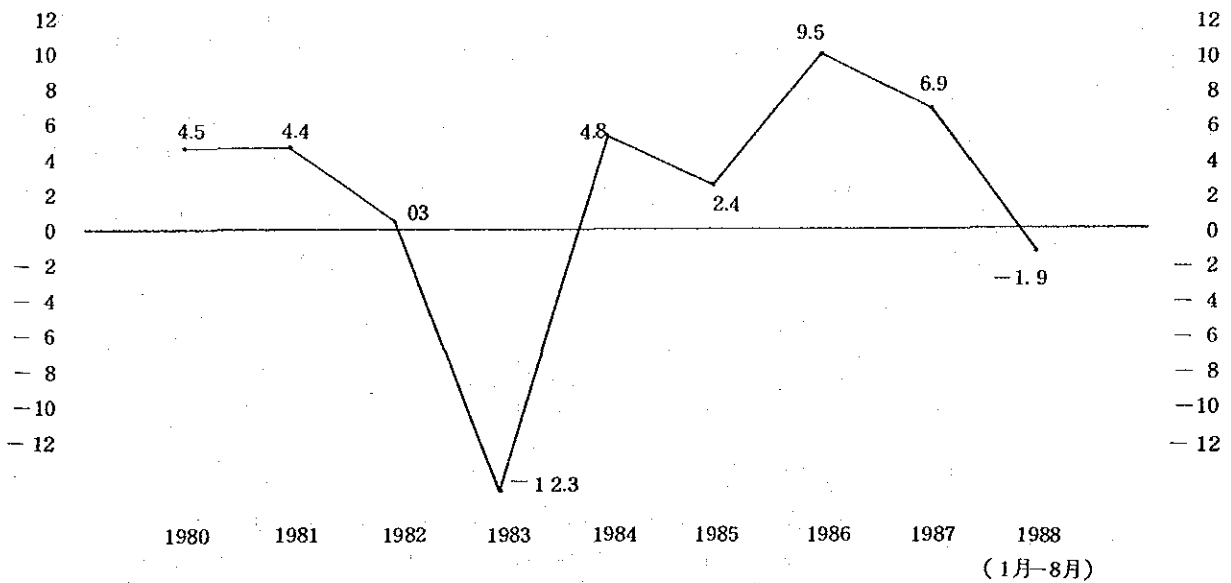
a. 生 産

部門別GDP，部門別成長率，農業生産，食糧生産

図1-1は1980年-88年(1月-8月)までの国内総生産(GDP)の成長率を示したものである。ペルー経済は、1985年のアラン・ガルシア現政権発足直後より、速いテンポで成長した。すなわち、1986年には9.5%、87年には6.9%と、ラテン・アメリカ諸国全体の中でも飛び抜けて良好な経済パフォーマンスであった。

この理由として、労働者賃金の引き上げ、主要消費物資の価格統制、国内産業保護による輸入代替工業化の推進、思い切った財政拡大政策による、ケインズ流の景気刺激策などが指摘できよう。

図1-1 GDP成長率



出所) Instituto Nacional de Estadísticas, Informe Económico Agosto 1988

しかるに、こうした国内市場優先の内需振興策は、1988年に入ってブレーキがか

かり、一挙にマイナス成長へと落ち込んだのである。生産増に直接結びつかない公共部門の拡大や、財政赤字と外貨準備減少によるインフレーションの昂進（図1-2参照）、対外債務負担を輸出所得の10%とする、いわゆるペルー方式によって、国際通貨基金（IMF）などの国際金融界と対立したことが、経済不振の主たる要因である。

表1-1は部門別GDPを示しているが、農牧業は微増、漁業・鉱業は若干減少している。製造業は1987年までは堅調に増加したが、88年の前年同月比を見ると、マイナスとなっている。経済活動の主要先行指標である建設業についても、1986年-87年には着実な増加を見せたが、88年に入って鈍化している。

農業生産について見ると、1988年のGDPの減少にもかかわらず、一貫して堅調に推移している（図1-3）。しかし、中央準備銀行の、デ・ラ・ロチャ・マリー調査局長の話では、政府の農産品買い上げ価格が低く押えられているため、多量の作物が、コロンビア、ベネズエラなどの近隣諸国に密輸出されているとのことである。このため、貴重な外貨が、麦・トウモロコシなどの基礎穀物の輸入に充てられている。

図1-2 リマ首都圏の年間消費者物価上昇率

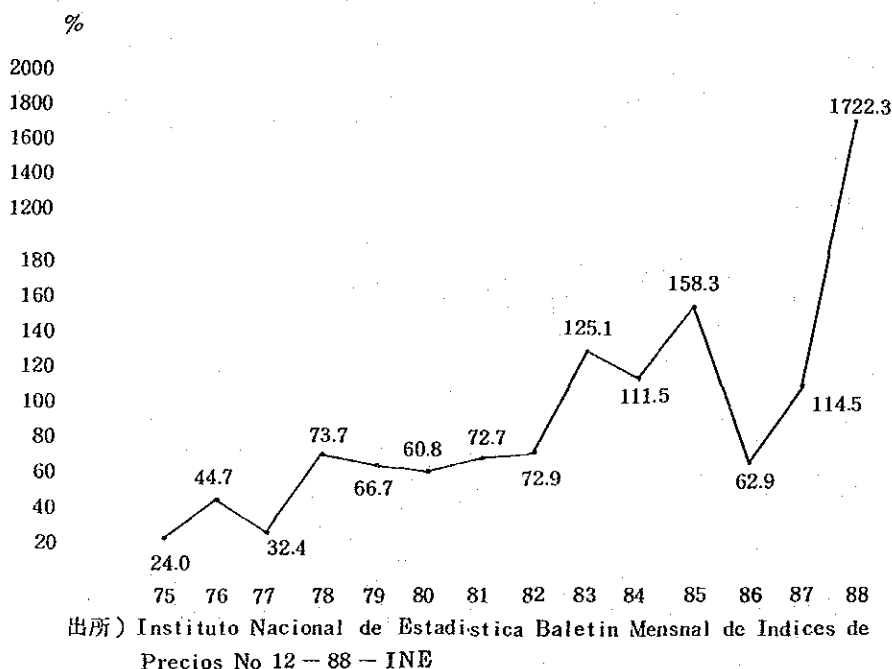


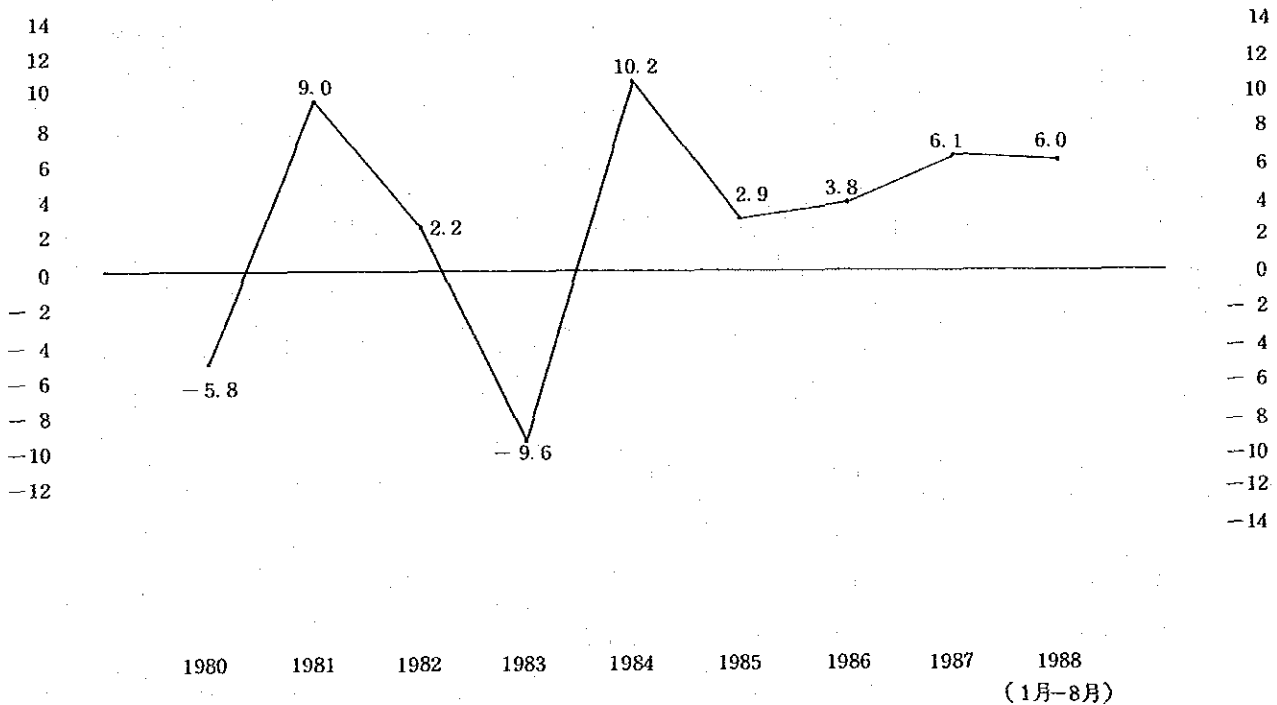
表1-1 部門別GDPの推移(1985年-1988年)

(単位:1979年1,000インティ)

	農牧業	漁業	鉱業	電力	製造業	建設	商業	その他
1985	3,588,609	29,102	453,225	40,501	794,578	163,958	617,520	1,075,391
1986	3,929,235	37,387	432,491	45,354	921,245	203,492	703,148	1,156,030
1987	4,200,947	31,779	422,632	49,254	1,028,362	235,644	755,795	1,221,158
1988 (1月-8月)	2,777,638	22,652	242,500	33,482	641,009	141,045	504,131	811,445

出所) 表1-1に同じ

図1-3 農牧業部門生産量の推移(%)



出所) Instituto Nacional de Estadísticas, Informe Económico Agost 1988

表1-2は主要な国内消費向け農作物の生産量を示しているが、麦・トウモロコシ・麦など、いずれも横バイ、もしくは増加傾向にある。

b. 貿易

主要輸出品, 主要輸入品

表1-3は、貿易収支・国際収支の最近年の動きを示している。輸出については、

1985年-87年の間に、29億ドル強から26億ドルへと落ち込んでいる。一方輸入は同期間に18億ドルから30億ドルへと大巾な増加となっている。したがって貿易収支・国際収支ともに、急激に悪化している。輸入増の要因は、表1-4にもあるように、主として原料・中間材の増加であり、現政権の国内市場保護型の輸入代替政策にあるといえる。主たる輸出産品(表1-7参照)は、銅、石油・石油製品、鉛、魚粉などの一次産品である。

表1-2 主要農作物の生産高

	(単位：1,000トン)			
	1984	1985	1986	1987
綿 花	203	291	304	202
米	1,156	878	726	1,169
トウモロコシ	776	702	876	914
じゃがいも	1,463	1,557	1,658	1,709
麦	84	92	121	133
いんげん豆	45	46	54	59

出所) Banco Central de Reservas del Peru, Memoria 1987

表1-3 貿易収支・国際収支の動向

	(単位：100万米ドル)			
	1985	1986	1987	1988(1月-6月)
輸 出	2,978	2,531	2,605	1,355
輸 入	1,806	2,596	3,068	1,451
貿易収支	1,172	- 65	- 463	- 96
国際収支	- 126	- 517	- 785	- 341

出所) 表1-5と同じ

表1-4 主要輸出入品目別貿易額

				(単位:100万米ドル)			
品目	輸 出			品目	輸 入		
	1985	1986	1987		1985	1986	1987
魚粉	118	206	229	消費財	171.6	336.4	398.7
綿花	51	39	19	原料・中間財	773.6	1,019.5	1,406.9
砂糖	23	22	15	資本財	638.1	801.2	1,010.2
コーヒー	151	275	143	その他	4.5	5.6	3.6
銅	476	449	516				
鉄 鋳 石	76	60	58				
銀	140	107	93				
鉛	202	172	251				
亜鉛	268	246	234				
石油・石油製品	645	232	274				
総計	2,978	2,531	2,605	総計	1,587.8	2,162.7	2,819.4

出所) 表1-5と同じ

c. 雇 用

就業者, 失業者

1988年の経済活動人口は658万9,300人(その内都市部に455万3,000人)と推計されている(人口審議会資料)。リマ首都圏の就業者のみについてみると, 1987年には経済活動人口のうち就業者は60.3%, 不完全就業34.9%, 完全失業4.8%となっている。ただし, この統計は従業員数100人以上の企業を対象に算出したものであり, 実態とは大きく乖離している(中央銀行のブルス社会調査課長は, この理由として労働省の予算不足を指摘していた)。

d. 所 得

所得分布(部門別)

雇用形態別の所得分布については表1-5に示してある。これによると, 就業人口の最も多い農牧業労働者(35%)は, 1987年についてみると全所得の僅か11%しか占めていない。一方, 就業人口が3%に満たない資本家(経営者)は, 全所得の41%を占めている。

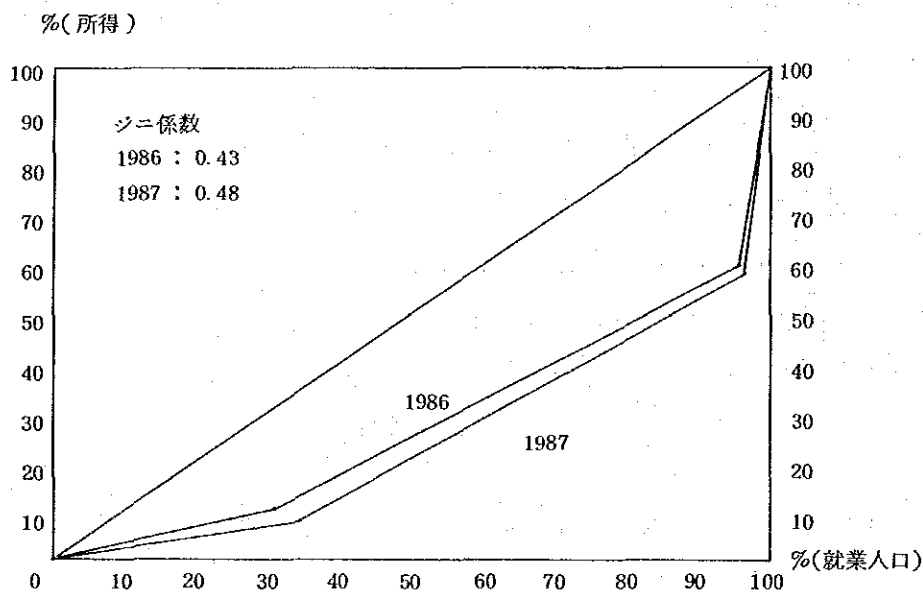
所得集中度については, 図1-4のローレンツ曲線が有用である。1986年-87年にかけて所得配分は悪化しており, ジニ係数(所得集中度係数)も上昇し, 不平等の差が拡大した。

表 1-5 雇用形態別所得分布

	所 得			就 業 人 口		
	1985	1986	1987	1985	1986	1987
農 牧 業 労 働 者	10.8	13.0	11.0	36.3	35.4	35.1
自 営 業	15.7	16.9	15.6	20.4	20.5	20.8
サ ラ リ ー マ ン	21.2	22.7	22.0	27.4	27.7	27.9
公 務 員	11.0	11.4	10.3	13.1	13.5	13.3
資 本 家 (経 営 者)	44.3	36.0	41.1	2.8	2.9	2.9
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所) Instituto Nacional de Estadísticas, Cuentas Nacionales del Peru, Sectores Institucionales 1950-1987

図 1-4 ローレンツ曲線 (1986年・1987年)



(出所)表 I-1 と同じ

(2) 社会経済開発計画

a. 担当機関

組織図, メカニズム

ペルーにおける社会経済開発計画の調整機関は企画庁 (Instituto Nacional de Planificacion) である。組織図と企画庁でのヒアリング (図 1-5) によると, 経済

計画局，社会計画局，投資計画局，地域計画局，国際協力局の五局が主たる活動を行っている。また，最下段にある5つの特別プロジェクトについては，期間が決められており，終了とともに消滅することになっている。しかしながら，企画庁では特に都市問題，それも貧困地区と人口増加に強い関心を持っており，独自の短・中期計画を作成している（後述参照）。

社会経済開発計画作成上のメカニズムについて，保健省関係を例に取ってみる。保健省では省内に部門間計画局（Dirección Técnica de Planificación Sectorial）が設置されており，省内の各関係局との調整の上，保健省の保健・衛生部門の計画を作成する。これが年度毎に「保健部門開発計画」となり公にされる。本計画書では，省内の計画優先順位のみならず，保健・衛生関係の活動一般についても触れてある。企画庁は各省から提出されるこうした計画書を，国家単位の，開発関係部門間予算委員会に諮問し，国家計画の大枠の中で審議する。審議を経た後，国家開発計画が最終的に作成される。

b. 方針と戦略

開発計画の概略，部門別投資，主要プロジェクト，進捗状況，外国援助動向

短期開発計画と中期開発計画の2つがある。政府は特に都市貧困地区について強い関心を寄せているため，この部門については短期・中期いずれも明瞭な形で計画書が企画庁より作成されている。

まず国家単位の中期開発計画（1986年—1990年）についてみると，部門間と県別の発展を大きな目標としている。そして，中期開発計画の目標は，ペルー国民の生活水準の向上にあり，その基本的目標は次の3点とされる。

- (1) 国民全ての食糧，住居，保健，教育，情報伝達の最低限の必要性を充足させる。
- (2) アンデス固有文化と政治・社会の再評価と貧困層の減少。
- (3) 社会平和促進と国民の連帯・参加・アイデンティティーの再活性化。

中期開発計画では1990年までの年平均経済成長率を6.2%，年間投資増加率11.7%（内公共部門10.5%，民間部門12.7%）と見込み意欲的な姿勢が見られる。

中期開発計画における社会部門で優先項目は以下の通り。

- (1) 0才—5才の乳幼児，(2) 身体障害者，(3) 妊婦，(4) 文盲者，(5) 失業者，(6) アンデス農民，(7) インフォーマル部門労働者。

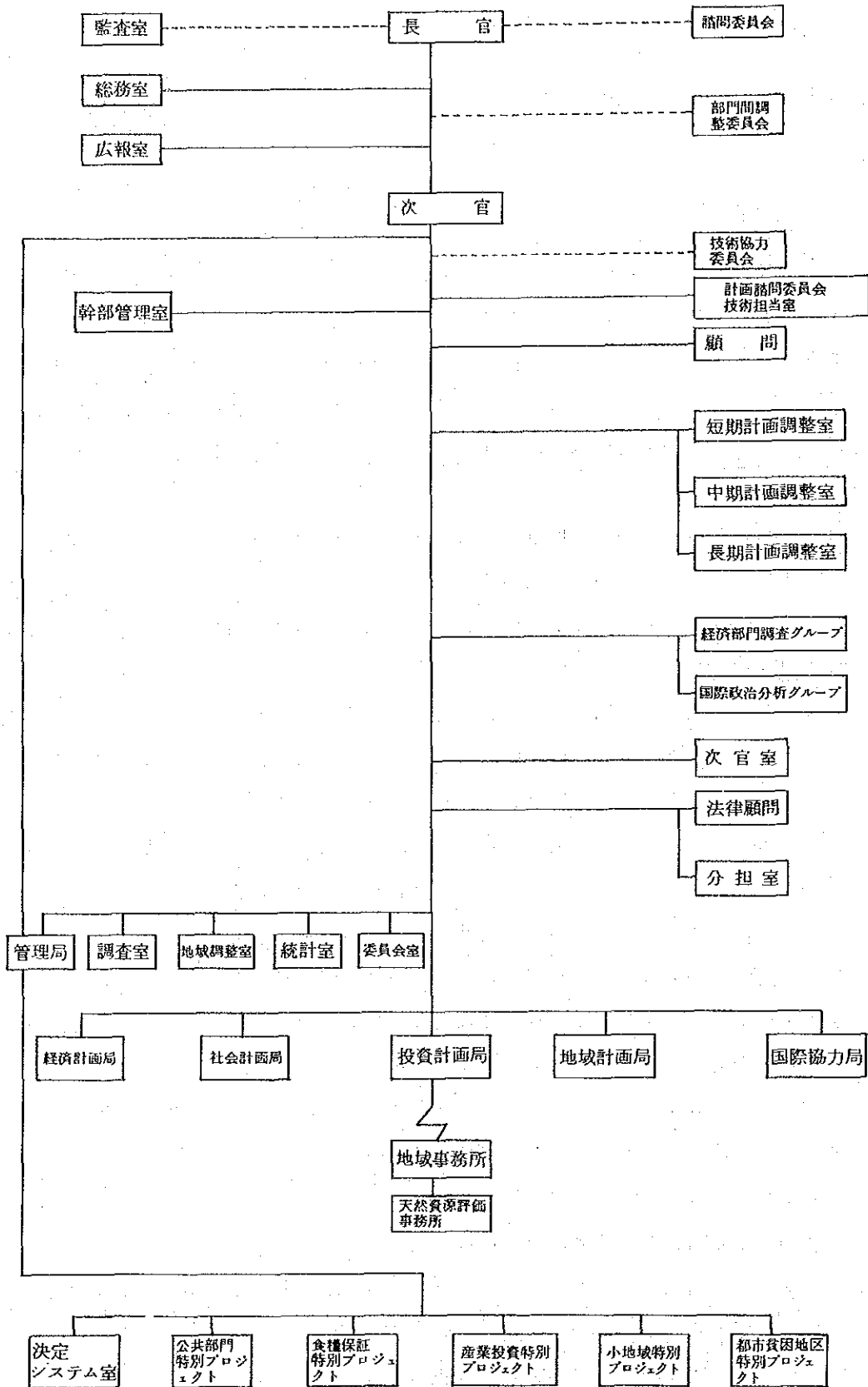
各項目のより具体的な内容として，

食糧：栄養補給と最低限の食料供給

保健：環境衛生（消毒等），都市・農村・貧民地区における予防活動・予防接種等の促進

衛生：上水道の設置と下水設備の促進

図 I - 5 企画庁組織図



教育：識字運動，初等教育，勤勞教育の促進

雇用：一時収入の創出による完全失業の減少

前述のように企画庁は都市貧困地区について，開発計画を作成しているので，ここで紹介しておく。短期計画は1987年4月に、『1987年短期都市貧困地区開発計画』として発表されている。内容そのものは，国家中期計画の社会部門と類似している。しかし，短期計画では，保健・衛生面における住民の参加・組織化の重要性・必要性が強調されている。

短期計画では，その投資規模について，中央政府が18億2,041万インティ，政府等企業3億2,683万インティなど計26億6,030万インティ支出することを目指している。その主たる分野は，保健所，上・下水道の建設に充てられることとなっている。

この都市貧困地区開発計画の進捗状況については，企画庁が1988年に作成した『国際協力の総合評価』の中で分析している。これによる'87年はGDPが6.7%と高い成長をみせたこともあり，いわば国全体のパイが拡大し，貧困地区の状況も改善したとしている。すなわち，リマ首都圏の失業者も減少したし，保健・教育・住居・情報伝達のあらゆる分野で改善がなされたとしている。

しかしながら問題点も指摘され，特にインフレーションの進行に危惧を抱いている。これ以外にも外貨減少による経済情勢の悪化が，最も脆弱な都市貧困部門に大きな影響を与えると懸念を表している。これらの指摘はまさに正鵠を射たものであり，'88年以降の経済情勢の悪化によって，問題は一層深刻化している可能性がある。

『国際協力の総合評価』によれば，外国援助の大宗が，ペルーの国家・経済・社会開発計画の指針に沿いながら，最も開発の分野に投下（支出）されたと述べている。'87年の外国経済協力（無償援助）の総計は1億6,900万ドルであり，この内2国間が1億700万ドルで全体の63.2%，多国間3,680万ドル（21.8%），非政府機関が2,503万ドルで15%を占めている。

(3) 社会

a. 政治制度

ペルーは他のラテン・アメリカ諸国と同様，長期間にわたって半封建的大地主と輸出資本家層の政治支配下にあった。軍部はこのような支配層といわばパトロン・クライアント関係を確立することにより，長期間の統治（軍政）を可能とした。

しかし，一方では1920年代より，一部のインテリ層から国民統合の必要性が提示された。この動きは長期間の軍政下でも継続したのである。現在の政権政党であるアプラ党は，1930年代にアヤ・デ・ラトレに創設されたもので，都市中間層や組織労働者の間に急速に勢力を拡大していった。アプラ党の基本的な立場は，国民統合を基調と

したペルー・ナショナリズムにある。

ペルーでは軍政が1985年まで続くことになる。同年の大統領選挙で政権の座に就いたアラン・ガルシア大統領は、当初中道左派の立場から民主主義革命の旗を掲げ、左翼的傾向を強めるとともに、強烈な民族主義政策を次々と打ち出した。

IMF（国際通貨基金）との債務返済を年間輸出額の10%以下とする、いわゆるペルー方式も、こうした民主主義路線の一つの表れであろう。しかしペルーはこの事実上の債務返済不履行宣言によって、国際金融界の信用を失墜し、大きな痛手を受けた。調度、本ミッションがリマに滞在中、経済大臣がワシントンを訪問し、IMF、世界銀行関係者等と債務問題について協議していたが、新聞、ラジオ、テレビはこれを大きく報道しており、問題の関心の深さを物語っている。同時に、ペルー方式を、現政権の経済政策の失敗とする声も上っている。

1990年に大統領選挙が予定されているが、アプラ党支持は大きく後退しており、新しい政党へバトンタッチされる可能性が強いとの観測がある。

b. 民族・宗教・言語

人種構成は、インディオ47%、インディオと白人の混血40%、白人12%、黒人・東洋系（日系・中国系他）1%となっている。インディオの大半は、インカ帝国を築いたケチュア族であるが、近年混血が増加し、純粹の先住民と呼べる人口は減少している。

宗教はカトリックが89.1%、プロテスタント4.7%、その他に原始宗教、仏教などがある。

言語はスペイン語が公用語であるが、この他にインディオの使用するケチュア語、アイマラ語等がある。

c. 社会制度

家族、相続制度、婚姻制度、出産・育児制度

ペルーを構成する2つの地域（海岸部、山岳部）によって、家族の様態は大きく異なる。リマの場合、都市化が相当進んでおり、核家族化が顕著である。例えばリマ首都圏南部の人口200万人のうち、中層以上は10%、残りの90%の人口が貧困層とされている。こうした貧困地区で特徴的な社会現象は、それぞれの地方出身地区ごとに地域活動が盛んなことである。日本流の県人会のようなものだが、内容はもっと密度が高く、一種の共同体（生活扶助団体）の役割も担っており、文化人類学、都市人類学による実証的な研究が進められている。

保健省のアモレティ法律顧問の説明では、民法上、婚姻後の諸権利（相続上の諸点を含めて）は男女ともに同等とのことである。夫婦で夫が死亡した場合、遺産は妻と子供が50%ずつ相続する。子供は50%を均等に相続することになっている。またペルー

の民法では同棲関係にも法的効力を与えており、1年間の同棲関係が家庭裁判所によって証明されると、女性にも相続権が発生するとのことである。アモレティ顧問は、この規則は特に正式な婚姻関係にはない女性の保護を狙ったもので、ラテン・アメリカでは最も進んだ法律であると説明している。

婚姻制度については、大きくカトリック教会の教会婚 (Matrimonio Religion) と、行政上の登録を行なう市民婚 (Matrimonio Civil) の2つがある。前者は法的な効力を持つものではないが、後者は正式な法律上の拘束を受けるものである。18才以上が許婚年齢であり、16才—18才については、親の承諾があれば認められる。

離婚については法的に認められており、裁判所で扱う件数も多いとのことである。協議離婚の他に裁判所の判決による裁判離婚がある。後者の場合、不倫、2年間の蒸発、暴行などの諸理由の一つが立証されれば成立する。

制度としての出産・育児については、厚生省の管轄事項であり、比較的高い優先順位 (但し年率3%で上昇する人口増にはとても間に合わないが) で対応している。妊婦は各地域の保健所で、時には母親教室などを受け、母子手帳も交付される。制度としてのこうした項目 (出産・育児) はかなり確立したものであるが、実態とは大きく乖離しているのが実情である。このことは、例えばペルー全体で、施設分娩を行っている比率が新生児の50%という数字に表われている。また人工妊娠中絶^(注)の実情に至っては、リマ市内の病院に届出されたものだけでも、周産期の14%程度で闇の部分となっている。現実には30%程度であろうという推測もある (オロスコ厚生次官の発言)。ペルーの医療制度の課題は、このような闇の部分をも、いかに制度面に近づけていくかである。

(注) 人工妊娠中絶については、法的には禁止されているが、母体の生命に危険のある場合は許される。ただし複数の産婦人科医師の診断を必要とする。

d. 教育制度

ペルーの義務教育は幼児教育 (Educacion Inicial) 1年、小学校 (Colegio Primario) 5年及び中学校 (Colegio Secundario) 5年の計11年である。高等教育の内、大学は全国に35存在し、その内主なものとして、南米最古の歴史を持つ国立サンマルコス大学 (1551年創立)、クスコ市のサン・アントニオ・アバ大学 (1692年創立)、シモン・ボリーヴェル創立の国立トルナーニョ大学 (1824年創立)、国立芸術大学 (1902年創立)、国立工科大学 (1955年創立) 等がある。しかし国立大学は政治的に傾向したり、教育のマスプロ化現象のため低落し、最近では私立カトリック大学 (1917年)、私立リマ大学 (1962年) などの私立大学に優秀な学生が集っている。

(参考資料) ラテンアメリカ協会編、ラテンアメリカ事典1989年 (近刊)

e. 保険医療制度

ペルーの保険医療制度は、大きく分けて厚生省、ペルー社会保険庁（IPSS）、民間、の3部門によって実施されている。

IPSSは1936年に創設され、全人口の約30%に直接サービスを提供している。112の病院と124の保健センター、20の診療所などを経営している。IPSSのサービスの対象となるのは、定期的収入のある、いわゆる給与所得者が大半であるが、この中には家事手伝い（女中）や不定期就業者（建設労働者など）も含まれている。

IPSSは加入者の給与から一定率の保険料として徴収している。IPSS加入者の診察料・医薬費は原則として無料である。IPSSは年金事業も行っている。IPSSの諸事業は「社会保険法」（Legislacion de Seguridad Social）によって規定されている。

保健省は、IPSSにカバーされない残りの人口を対象とする。全国が28の保健省により行政区域に分割され、全人口の58%に医療サービスを提供している。これは有料であるが、金額は僅少である。例えばリマ市内の保健所の初診料は10インティ（1米ドルはおよそ1.750インティ）となっている。また、IPSSに加入しながら、近接地にIPSSの適当な施設がなく、保健省のサービスを受ける場合もある。保健省の医療サービスはいうまでもなく、全人口を対象としたものである。

保健省、IPSSのいずれにも所属しない、一部富裕階層を対象とした私立医療機関も発達しており、医療水準・サービスともに厚生省、IPSSのそれを上回っているとされている。

f. 女性の地位

厚生省の児童生存局に勤務し、社会学者でもあるゴイコチェア女史の話では、法律上の女性の地位は男性とはほぼ平等とのことである。既述のように、相続・離婚についても、法的に女性が一方的に不利になることはない。しかし、ペルーは依然として男性優位社会であって、マチスモ（男らしさの表現）が主流を占めているとのことである。たとえば、女性の専門職業人に対して、その能力的な評価よりもまず異性として対応する、といったことである。

またペルー農村においては、農閑期には男は都市に出稼せざるに不出るケースが多く、その間女は家庭と生存農業を守る役割を果している。したがって女性の役割が大きいとのことであった。同じことは都市の母親クラブについてもあてはまる。母親クラブは主として貧困地区に組織される住民組織であるが、これは単なる社交機関といったものではなく、生活共同体的な色彩を持っている。クラブが仕事場を持ち、衣料品などを生産し販売する。

ペルーの識字率はおよそ80%である。表1-6は都市・農村別、男女別の識字率を

示したものである。表が示す通り、識字率には都市・農村間格差があり、農村部の識字率は都市部のおよそ3分の2である。また、女子のおかれた地位が低いことを反映し、都市、農村ともに女子識字率は男子識字率を下回っている。

表 I - 6 : 男女別識字率 (1981年)

区分	合計	男子	女子
全国	81.9	90.1	73.9
都市	91.9	96.4	87.6
農村	60.4	76.8	44.2

資料) Banco Central de Reservas del Peru, Indicadores Sociales, 1986

III-2 人口関連情報

(1) 人口構造の推移

a. 人口とその推移

1940年以降の各センサス人口の変化は表2-1に示す通りである。

表2-2はセンサス人口の届出もれ分を修正し、1980年代の各年の年央人口の推計値を示したものである。この国家統計局の推計によれば1988年現在の人口は2,125.59万人である。人口増加率は1988年をピークとし低下傾向を示しているが、2000年に至るまでは2%を超える増加率が継続されている。

表2-1: 人口および人口増加率の変化 (人口センサス1940年~1981年)

年次	人口(人)	人口増加率(%)
1940	6,207,967	-
1961	9,906,746	2.2
1972	13,538,208	2.9
1981	17,005,210	2.5

出所) Instituto Nacional de Estadística, Censos Nacionales VIII Poblacion III de Vivienda, 1984, Lima.

表2-2: 1980年代の人口の推移

年次	人口(千人)	人口増加率(%)
1980	17,295.3	2.7
1981	17,754.8	2.7
1982	18,225.7	2.6
1983	18,707.0	2.6
1984	19,197.9	2.6
1985	19,697.5	2.6
1986	20,207.1	2.6
1987	20,727.1	2.6
1988	21,255.9	2.6

出所) Instituto Nacional de Estadística, Peru: Compendio Estadístico, 1987.

b. 男女別人口と性比の推移

各人口センサスにおける男女別人口と性比の推移は表2-3に示す通りである。

表2-3: 男女別人口と性比の推移

年次	男子人口	女子人口	性比*
1876	1,365,900	1,334,000	102.4
1900	1,706,300	1,666,500	102.4
1940	3,067,868	3,140,099	97.7
1961	4,925,518	4,981,228	98.9
1972	6,784,530	6,753,678	100.5
1981	8,456,957	8,548,253	98.9

* 女子人口100に対する男子人口の比率

資料) Consejo Nacional de Poblacion, Peru Hechos y Cifras Demograficas, 1986

c. 人口年齢5歳階級割合の推移

1) 人口ピラミッドの変化

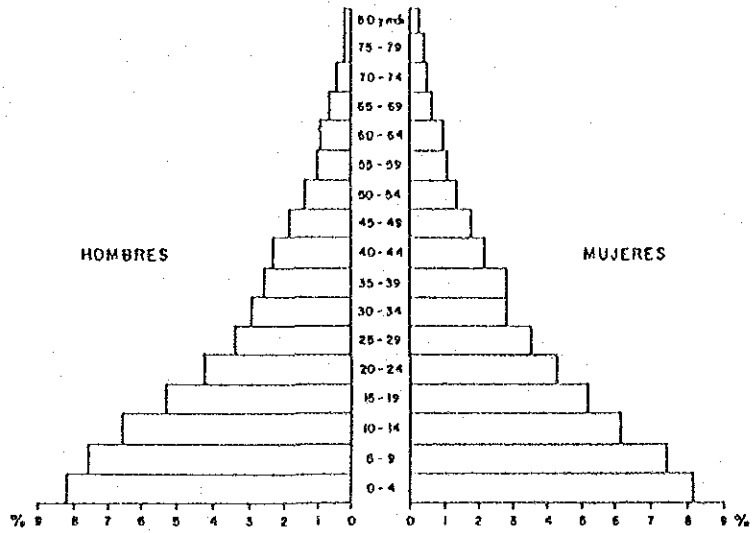
5歳階級別人口の変化については、1972年、1981年の人口センサスに基づいた人口ピラミッドにより示した。図2-1に示す通り、ピラミッドは高い出生率と比較的低い死亡率の組み合わせが継続した場合、すなわち、人口激増期にみられる山型を示している。1981年の人口ピラミッドも山型を示しているが、1970年代における出生率低下を反映し、1981年センサスにおける0~4歳階級の人口比率は若干ではあるが減少傾向にある。なお、参考として表2-4に1972年、1981年の性別、5歳階級別人口及びその比率を示した。

2) 年齢構造の変動

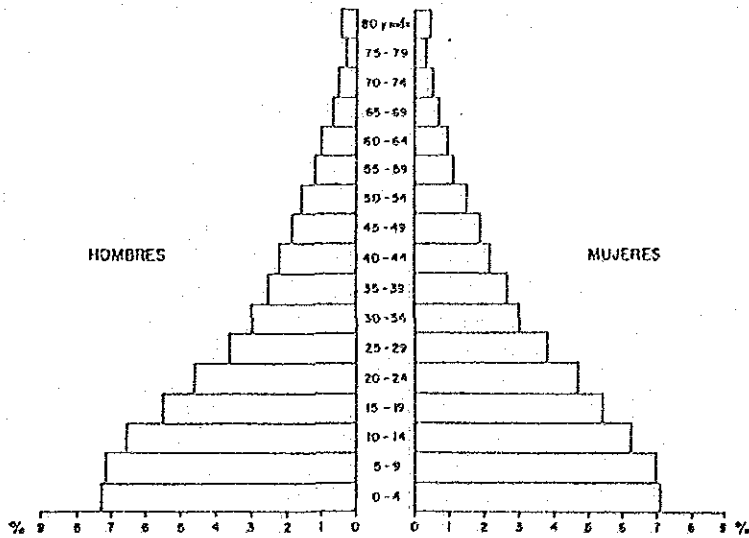
表2-5は年齢構造を年齢3区分-0~14歳の年少人口、15~64歳の生産年齢人口、65歳以上の老年人口-に分けて示したものである。表が示すように1980

図 2-1 人口ピラミッドの変化(1972年, 1981年)

1972年センサス



1981年センサス



出所) Instituto Nacional de Estadística, Censos Nacionales VIII Poblacion III de Vivienda, 1984, Lima

表2-4-1 性別, 5階級別人口(1972年)

年 齡 階 級	人 口 (千人)			人 口 割 合 (%)		
	合 計	男 子	女 子	合 計	男 子	女 子
TOTAL	13,538.2	6,784.5	6,753.7	100.00	50.11	49.89
0-4	2,201.1	1,107.8	1,093.3	16.25	8.18	8.07
5-9	2,022.8	1,022.6	1,000.2	14.94	7.55	7.39
10-14	1,713.5	884.4	829.1	12.95	6.63	6.22
15-19	1,413.3	715.1	698.2	10.44	5.28	5.16
20-24	1,150.6	572.0	578.6	8.49	4.22	4.27
25-29	929.6	458.1	471.5	6.86	3.38	3.48
30-34	771.8	390.4	381.4	5.72	2.88	2.84
35-39	729.1	355.8	373.3	5.39	2.63	2.76
40-44	605.0	307.2	297.8	4.47	2.27	2.20
45-49	488.0	241.8	246.2	3.63	1.79	1.84
50-54	388.6	195.4	193.2	2.87	1.44	1.43
55-59	299.9	149.3	150.6	2.21	1.10	1.11
60-64	274.5	133.3	141.2	2.02	0.98	1.04
65-69	186.8	88.8	98.0	1.38	0.66	0.72
70-74	143.6	66.4	77.2	1.05	0.48	0.57
75-79	77.8	34.9	42.9	0.58	0.26	0.32
80-84	58.0	24.4	33.6	0.43	0.18	0.25
85 y +	56.2	23.8	32.4	0.42	0.18	0.24

出所 Oficina Nacional de Estadística y Censos. Censos Nacionales. VII de Población y II de Vivienda. 1972.

表2-4-1 性別, 5階級別人口(1981年)

年 齡 階 級	人 口 (千人)			人 口 割 合 (%)		
	合 計	男 子	女 子	合 計	男 子	女 子
TOTAL	17,005.2	8,456.9	8,548.3	100.00	49.73	50.27
0-4	2,441.3	1,233.3	1,208.0	14.35	7.25	7.10
5-9	2,406.3	1,215.3	1,191.0	14.15	7.15	7.00
10-14	2,182.1	1,110.7	1,071.4	12.83	6.53	6.30
15-19	1,847.2	910.5	936.7	10.88	5.35	5.53
20-24	1,596.3	777.6	818.7	9.38	4.57	4.81
25-29	1,274.0	615.9	658.1	7.49	3.62	3.87
30-34	1,019.0	505.8	513.2	5.99	2.97	3.02
35-39	886.6	430.5	456.1	5.22	2.54	2.68
40-44	739.5	372.5	367.0	4.37	2.19	2.18
45-49	645.1	318.6	326.5	3.79	1.87	1.92
50-54	536.1	268.9	267.2	3.15	1.58	1.57
55-59	402.3	203.3	199.0	2.37	1.20	1.17
60-64	336.6	166.8	169.8	1.98	0.98	1.00
65-69	247.8	121.7	126.1	1.46	0.72	0.74
70-74	190.5	91.0	99.5	1.11	0.53	0.58
75-79	103.3	48.1	55.2	0.60	0.28	0.32
80-84	76.8	33.7	43.1	0.45	0.20	0.25
85 y +	74.4	32.7	41.7	0.43	0.19	0.24

出所 INE. Censos Nacionales. VIII de Población y III de Vivienda. 1981.

年代まで、低年齢型の人口構成を反映し、年少人口比率が高くなっている。今後、出生率低下が続き、現在の年少人口が生産年齢人口に参入するにしたがって、生産年齢人口比率は上昇する傾向がみられる。一方、老年人口比率は、絶対数の増加はあるが相対的に顕著な変化はみられない。

表 2-5 : 年齢構造係数の時系列変化

年齢区分	1940	1961	1972	1981	1985	2000
0~14歳	42.1	43.3	43.9	41.3	40.47	35.6
15~64歳	53.6	52.9	52.2	54.6	55.94	60.1
65歳以上	4.3	3.8	3.9	4.1	3.59	4.3
従属人口指数	86.6	89.0	91.6	83.2	78.76	66.4
年少人口指数	78.5	81.9	84.1	75.6	72.35	59.2
老年人口指数	8.0	7.2	7.5	7.5	6.42	7.2

資料) Consejo Nacional de Poblacion, Peru Hechos y Cifras Demograficas, 1986

d. 民族別人口構成

1988年における人種別人口構成は、インディオ(ケチュア族, アイマラ族)47%, 混血(白人・インディオ)40%, 白人12%, 東洋人(中国系, 日系)1%である。

出所) 外務省中南米局第一課, 『ペルー共和国概観』, 1988年8月。

e. 宗教別人口構成

1981年センサスに基づく宗教別人口は表2-6に示す通りであり、人口のおよそ90%はカソリックである。

表 2-6 : 宗教別人口 (1981年)

宗教名	()内は%		
	合計	男子	女子
カソリック	15,150,572 (89.1)	7,576,253 (89.2)	7,574,319 (88.9)
カソリックを除くキリスト教徒	803,919 (4.7)	396,805 (4.7)	407,114 (4.8)
その他	37,441 (0.2)	18,646 (0.2)	18,795 (0.2)
無宗教	31,757 (0.2)	22,685 (0.3)	9,072 (0.1)
無記名	981,521 (5.8)	475,478 (5.6)	506,043 (5.9)
合計	17,005,210(100.0)	8,489,867(100.0)	8,515,343 (99.9)

資料) Instituto Nacional de Estadística, Censos Nacionales VIII de Poblacion III de Vivienda, 1981.

f. 労働力人口の推移

1) 労働力人口の推移

1972年、1981年センサスにおける労働力率は表2-7に示す通りである。

1981年センサスにおける6歳以上の労働力人口は、5,313,891人であり、総人口の31.2%を占めている。1972年センサス時における労働力率は総人口の28.6%であり、センサス間の労働力増加率は37.3%、増加人口は1,442,278人である。

1981年センサスにおいて注目すべき点は、リマ首都圏（リマ郡およびカヤオ郡）に労働力人口の29%、1,541,504人が集中していることである。1981年センサス以降についても首都圏への人口集中傾向は継続しており、これに伴ない、都市部における労働力人口もさらに増加するものと考えられる。

表2-7: 6歳以上男女別労働力率-1972年、1981年

(%)

年齢階級	1972年			1981年		
	合計	男子	女子	合計	男子	女子
6~14	2.6	2.9	2.3	3.0	3.2	2.9
15~64	51.2	81.6	20.9	53.1	80.3	26.3
65歳以上	32.6	61.5	8.5	36.2	63.5	12.0
合計	35.4	56.1	14.7	37.8	56.8	18.9

出所) Instituto Nacional de Estadística, Censos Nacionales VIII de Población III de Vivienda, 1984.

年齢階級別労働力人口 (1940-81)

CUADRO Nº 31: POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE 6 AÑOS Y MAS POR GRANDES GRUPOS DE EDAD: 1940-1981

(en miles)

Años	Total	6-14	15-64	65 y más	N.E.
1940	2,475.3	161.8	2,166.0	147.5	—
1961	3,124.6	79.6	2,904.9	138.1	2.0
1972	3,871.6	85.4	3,608.8	170.6	6.8
1981	5,281.8	109.8	4,919.6	252.4	—

FUENTES: Censos Nacionales 1940, 1961, 1972 y 1981.

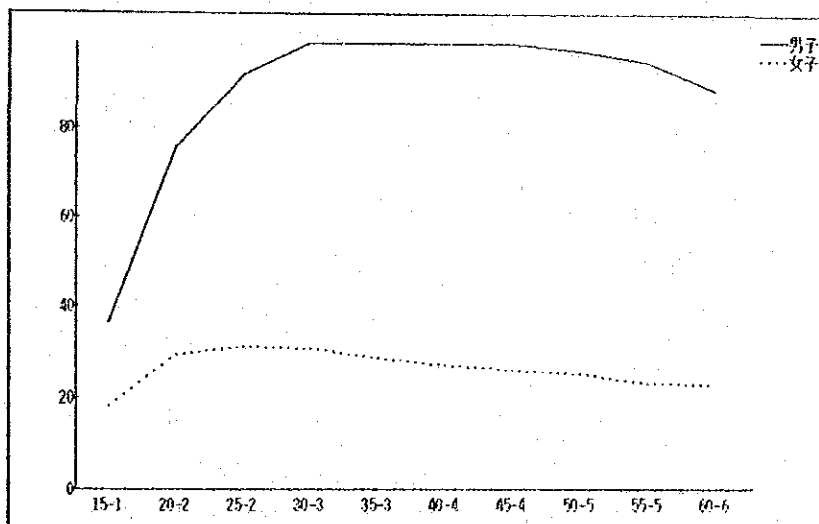
出所) Consejo Nacional de Población, Peru Hechos y Cifras Demograficas, 1986.

2) 年齢別労働力率

労働力率の年齢パターンは経験的にはほぼ一定している。男子については従業上の地位にかかわらず、通常家計の中心的維持者であるため、その労働力率は年少期と老年期を除き100%近くになっている。一方、女子の年齢別労働力曲線は、一般的にM字型を示している。これは結婚、出産、育児という女子のライフ・サイクルに対応し、20歳前後と40歳代に2つのピークを持つためである。

ペルーの場合、男子は20歳から65歳まで高い労働力率が示され、曲線は逆U字型を示している。一方、女子の労働力率は20歳から35歳までピークを示す低い山型となっており、女子労働力自体低く、ライフ・サイクルに対応した形での労働力曲線はみられない。

図2-2：年齢別労働力率



出所) Instituto Nacional de Estadística, Censos Nacionales VIII de Población III de Vivienda, 1984.

g. 就業者の産業構成別の推移

表2-8は、1972年および1981年センサス時における15歳以上の産業別就業者数を示したものである。両時点を比較して顕著な点は男子の第一次産業就業者比率の減少である。一方、女子の農業・牧畜業就業者比率は上昇の傾向にある。この逆の現象は、サービス業就業者比率にみられる。男子のサービス産業就業者比率が上昇する反面、女子のそれは減少傾向を示している。こうした産業別就業構造の変化の一因として

表2-8: 15歳以上の産業別就業構造の推移

(%)

産業分類	1972年			1981年		
	合計	男子	女子	合計	男子	女子
農業・牧畜業	44.4	50.4	19.7	39.4	43.7	24.8
鉱業	1.5	1.8	0.2	2.0	2.5	0.5
製造業	13.5	12.4	18.4	11.6	11.4	12.4
電力・ガス・水力	0.2	0.3	0.1	0.4	0.4	0.2
建設業	4.5	5.5	0.2	4.0	5.1	0.3
商業・飲食業	11.2	9.5	18.2	13.3	11.2	20.3
運輸・通信	4.6	5.5	1.0	4.4	5.3	1.3
金融業	1.3	1.3	1.1	2.5	2.5	2.7
サービス業	18.8	13.3	41.1	22.4	17.9	37.5
合計 (就業者数)	100.0 (3,572,326)	100.0 (2,866,127)	100.0 (706,199)	100.0 (4,915,787)	100.0 (3,754,917)	100.0 (1,160,960)

出所) Instituto Nacional de Estadística, Censos Nacionales VIII de Población III de Vivienda, 1984.

は、男子の向都市型の人口移動が両センサス間に進行し、農業から都市サービス部門への移行があったことが考えられる。

h. 行政地区別人口・人口密度

表2-9は各県別人口と人口密度を地理区分と対応させて示したものである。表で明らかのように人口密度は、海岸地域、山岳地域、森林地帯の順に低くなっている。海岸地域と比較し、森林地帯の人口密度は極めて低く、海岸地域の人口密度は山岳地帯の約4倍、森林地帯の約2.5倍であり、人口の約5.2%は海岸地帯に集中している。

人口密度が高い県はリマおよびカヤオである。このうちリマ県は人口の30%近くが居住している。リマ県およびカヤオ県におけるセンサス間(1972-1981年)の人口増加率はそれぞれ3.5%、3.7%であり、全国平均2.6%より高くなっており、両県への人口の集中傾向がみられる。

表2-9: 県別人口と人口密度 (1987年)

県名	人口	人口密度 (人/km ²)	人口割合	地理区分					
				海岸地帯		山岳地帯		森林地帯	
				人口	人口密度	人口	人口密度	人口	人口密度
全国	20,727,100	16.13	100.0	10,751,269	78.14	7,672,237	18.87	2,303,594	3.11
北部									
Amazonas	311,800	7.94	1.5	...	...	88,813	12.23	222,987	6.97
Cajamarca	1,200,000	35.27	5.8	40,416	15.41	901,019	41.14	258,565	27.22
La Libertad	1,150,900	46.42	5.6	812,533	82.97	338,367	22.56	...	...
Lambayeque	854,600	60.05	4.1	831,950	61.61	22,650	31.08	...	...
Loreto	605,900	1.64	2.9	...	...	...	...	605,900	1.64
Piura	1,374,200	1.29	6.6	1,197,320	40.71	176,880	27.29	...	...
San Martin	414,500	8.09	2.0	...	...	...	...	414,500	8.09
Tumbes	131,700	28.21	0.6	131,700	28.21	...	...	...	...
中央部									
Ancash	936,600	26.73	4.5	390,765	41.56	545,835	21.29	...	...
Ayacucho	553,000	12.62	2.7	...	...	535,677	12.35	17,323	38.22
Callao	545,100	3708.67	2.6	545,100	3708.67	...	...	...	...
Huancavelica	371,400	16.78	1.8	...	...	371,400	16.78	...	...
Huanuco	571,600	15.15	2.8	...	...	443,832	19.42	127,768	8.59
Ica	508,200	23.83	2.5	502,837	24.99	5,363	14.57	...	...
Junin	1,037,500	23.36	5.0	...	...	811,597	38.98	225,903	9.58
Lima	6,116,700	175.76	29.5	5,196,740	454.61	199,960	9.18	...	...
Pasco	264,800	10.46	1.3	...	...	199,236	28.42	65,564	3.58
Ucayali	211,700	2.07	1.0	...	...	...	...	211,700	2.07
南部									
Apurimac	361,400	17.30	1.7	...	...	361,400	17.30	...	...
Arequipa	884,200	13.96	4.3	144,040	6.41	740,160	18.11	...	...
Cusco	980,600	13.64	4.7	...	...	888,635	19.22	91,965	3.58
Madre de Dios	44,500	0.52	0.2	...	...	...	...	44,500	0.52
Moquegua	123,400	7.80	0.6	84,176	15.38	39,224	3.79	...	...
Puno	984,500	13.67	4.7	...	...	967,581	15.05	16,919	2.19
Tacna	188,300	11.78	0.9	153,692	19.79	34,608	4.21	...	...

資料) Instituto Nacional de Estadística, Peru: Compendio Estadístico, 1987.

i. 都市化率の推移

表2-10は1940年以降の各センサスにおける都市および農村人口について、その全人口に占める人口比率、各センサス間の人口増加率について示したものである。農村人口が停滞的であるのに対して、都市人口の増加率は急速であり、1972年センサス時において都市・農村人口比率は逆転している。

表2-11は地域別にみた都市化率の推移を示したものである。

1940年から1972年についてはセンサス時の都市人口比率が示されており、

表2-10: 都市化率の推移(1940-1981年)

年次	都 市			農 村		
	人 口 (人)	比率 (%)	センサス間 人口増加率 (%)	人 口 (人)	比率 (%)	センサス間 人口増加率 (%)
1940	2,197,133	35.4	-	4,010,834	64.6	-
1961	4,698,178	47.4	3.7	5,208,568	52.6	1.2
1972	8,058,495	59.5	5.1	5,479,713	40.5	0.5
1981	11,091,923	65.2	3.6	5,913,287	34.8	0.8

出所) Instituto Nacional de Estadística, Censos Nacionales VIII Poblacion III de Vivienda, 1984, Lima.

表2-11: 地域別都市化率の推移—センサス年および年次推計

(%)

地域区分	センサス年			年次推計値					
	1940	1961	1972	1975	1980	1985	1990	1995	2000
海岸地帯									
都市	62.2	74.7	84.2	85.5	87.2	88.5	89.6	90.5	91.2
農村	37.8	25.3	15.8	14.5	12.8	11.5	10.4	9.5	8.8
リマ首都圏									
都市	94.2	94.6	98.4	98.6	98.8	99.0	99.2	99.2	99.3
農村	5.8	5.4	1.6	1.4	1.2	1.0	0.8	0.8	0.7
その他									
都市	43.2	56.3	68.1	70.0	72.7	75.0	76.6	78.1	79.3
農村	56.8	43.7	31.9	30.0	27.3	25.0	23.4	21.9	20.7
山岳地帯									
都市	10.9	15.9	22.6	24.3	26.8	29.2	31.6	33.8	35.9
農村	89.1	84.1	77.4	75.7	73.2	70.8	68.4	66.2	64.1
森林地帯									
都市	19.8	23.7	29.2	30.2	31.3	32.3	33.2	33.9	34.6
農村	80.2	76.3	70.8	69.8	68.7	67.7	66.8	66.1	65.4

出所) Instituto Nacional de Estadística, Aspectos Demograficos del Peru, (Boletín Especial No.5), 1981, Lima.

1975年以降については国家統計局による推計値である。都市化が最も進んでいる地域は海岸地域であり、特にリマ首都圏においては高い都市人口比率が示されている。一方、山岳、森林地域における都市化の速度は遅く、2000年における都市人口比率も人口の約3分の1にすぎない。

(2) 人口動態の推移

a. 出生力水準の推移

1) 出生率の推移

人口動態のデータに関して、結婚と出生について国家統計局で管理されている。これらのデータは、各郡事務所から統計局に報告され、集計が行なわれているが地理的

条件もあって出生に関しては22.4%が届出漏れとのことである¹⁾。

表2-12は出生率の推移に関して、普通出生率と合計出生率について示したものである。1981年までのデータについてはセンサス年の推計値であり、1982年以降については国家統計局による推計値である。普通出生率は1960年代以降、低下傾向を示しているものの1980年代末まで30%を超える高い水準で推移している。合計出生率は、その年における女子の年齢別出生率を合計した値で、年齢構造の影響を除いた出生率の水準を示す指標である。この年齢別出生率が長期的に続くとすれば、この指標は1人の女子が生涯に産む平均子供数を示すことになる。合計出生率は1970年代以降低下傾向を示しているものの1980年代末まで4を超える高い

表2-12：出生率の推移

年次	普通出生率	合計出生率
1940	45.0	6.00
1961	45.4	6.38
1972	41.4	6.1
1981	37.2	5.2
1982	37.3	5.0
1983	36.9	4.9
1984	36.5	4.8
1985	35.9	4.7
1986	35.4	4.6
1987	34.9	4.5
1988	34.2	4.4
1989	33.5	4.3

出所) 1940-1981年: Consejo Nacional de Poblacion, Peru; Hechos y Cifras Demograficas, 1986, Lima.

1982-1989年: Instituto Nacional de Estadistica, Peru; Compendio Estadistico, 1987, Lima.

1) 1989年調査時、国家統計局 Ms. Gloria Losaからの聴取による。

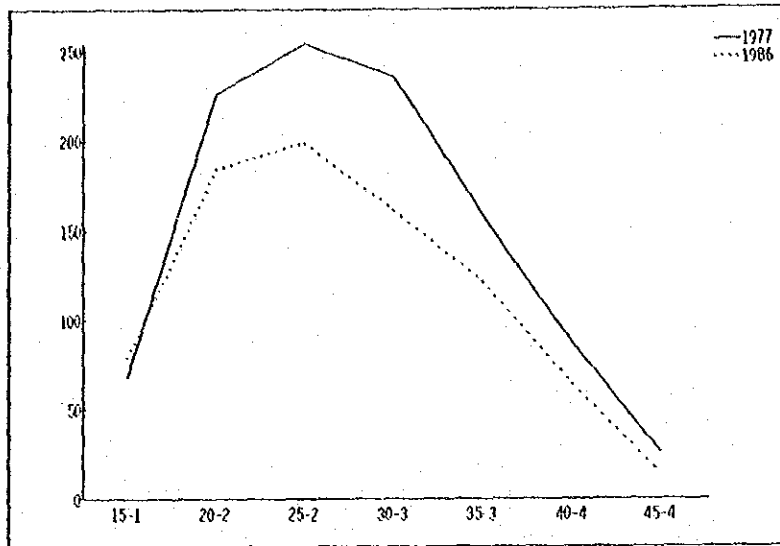
水準が継続されている。

2) 年齢別出生率の変化

図2-3は1977-78年に行なわれた『出産力調査』(La Encuesta Nacional de Fecundidad)と1986年に行なわれた『人口と保健・家族計画』(Encuesta Demografica y Salud Familiar)における年齢別出生率の比較である。この2時点間で合計出生率は5.3から4.1に低下している。

各年齢階級において出生率低下がみられるが、特に20歳から34歳にかけての出生率低下が顕著である。

図 2-3 : 年齢別出生率の変化、(1977年、1986年)



資料) Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Demografica y de Salud Familiar, 1988, Lima.

3) 生存子供数と理想子供数

表 2-13 は年齢別の出生子供数、平均生存子供数および理想子供数を示したものである。年齢が高くなるにつれて、子供の生存確率が低くなり、これを補う形で高年齢まで高出生力が継続すると考えられる。一方、理想とする子供数は低年齢層ほど低くなっている。理想とする子供数は、再生産年齢期後期の 45-49 歳階級において 3.3 人であり、生存子供数を 1.89 人上回っている。

図 2-3 で示したように年齢別出生率は、特に 30-34 歳階級において最も低下率が高い。表 2-12 によれば、30-34 歳階級において平均生存子供数と理想子供数は最も近接している。すなわち、希望する子供数が達成されたこの年齢階級以降に、家族計画のモチベーションが生じてくるのではないかと考えられる。

表2-13: 年齢別出生子供数、平均生存子供数および理想子供数

年齢階級	(a)	(b)	(c)	(d)	(c)-(d)
	平均出生子供数	子供の生存確率	平均生存子供数	理想子供数	
15-19	0.14	0.86	0.12	2.3	-2.18
20-24	0.87	0.92	0.80	2.4	-1.60
25-29	2.21	0.90	1.99	2.6	-0.61
30-34	3.50	0.88	3.08	2.9	0.18
35-39	4.88	0.86	4.20	3.0	1.20
40-44	5.74	0.84	4.82	3.2	1.62
45-49	6.33	0.82	5.19	3.3	1.89

資料) Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1988, Lima.

b. 死亡力水準の推移

1) 普通死亡率・乳児死亡率の推移

表2-14は普通死亡率と乳児死亡率の変化を示したものである。1970年代以降乳児死亡率は低下傾向を示しているが、この水準は依然として高い。

表2-15は1986年における4歳までの乳幼児死亡率について年齢別に示したものである。4歳までの死亡率については男子の方が高い。また、年齢別にみると1カ月未満の死亡確率が高いことが明らかである。

表2-14: 普通死亡率と乳児死亡率の変化

年次	普通死亡率 (%)	乳児死亡率 (対出生1000)
1940	27.0	195.0
1961	15.4	130.0
1972	13.0	114.0
1981	12.0	101.0
1982	10.9	98.6
1983	10.7	96.9
1984	10.4	94.9
1985	10.1	92.7
1986	9.7	90.5
1987	9.4	88.2
1988	9.0	85.8
1989	8.7	83.3

出所) 1940-1981年: Consejo Nacional de Población, Peru; Hechos y Cifras Demográficas, 1986, Lima.

1982-1989年: Instituto Nacional de Estadística, Dinámica Demográfica Del Peru 1988, 1989(en edición).

表2-15：性別・年齢別乳幼児死亡率、1986年

年 齢	合 計		男 子		女 子	
	死亡率 (%)	累積死亡率 (%)	死亡率 (%)	累積死亡率 (%)	死亡率 (%)	累積死亡率 (%)
1ヶ月未満	33.95	34	38.40	36	29.17	29
1～2	6.73	46	7.17	51	6.25	41
3～5	4.52	59	4.66	65	4.37	53
6～11	3.06	76	3.17	82	2.95	70
1歳	1.74	96	1.72	101	1.75	89
2～4歳	0.51	112	0.52	116	0.50	105

資料) Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Demografica y de Salud Familiar, 1988, Lima.

2) 普通死亡率・乳児死亡率の地域格差

死亡率の水準については地域格差が観察される。表2-16に示したように、アンデス台形地帯、山岳地帯、アマゾン地帯における死亡率水準は高く、全国平均を上回る県が大半を占めている。一方、海岸地帯およびリマ首都圏における死亡率水準は低くなっている。これは、地理的条件、医療施設のアクセスとの関連性があると考えられる。

図2-4は乳児死亡率と医療水準（ここでは人口10,000人あたりの医師数）との関係を示したものである。図中の記号のT、Aはアンデス台形地帯、Sは山岳地帯、Aはアマゾン地帯、CNは海岸地帯、LMはリマ首都圏である。乳児死亡率と医療水準の間の相関係数は高く、 -0.82 であり、医療水準の高いところでは乳児死亡率が低いことが明らかである。

3) 妊産婦死亡率の推移

表2-17は出生数10,000人あたりの妊産婦死亡率を示したものである。妊産婦死亡率は80年までは低下傾向が顕著であるが、80年代に入り低下速度は鈍化している。

表2-16 県別普通死亡率および乳児死亡率(1987年)

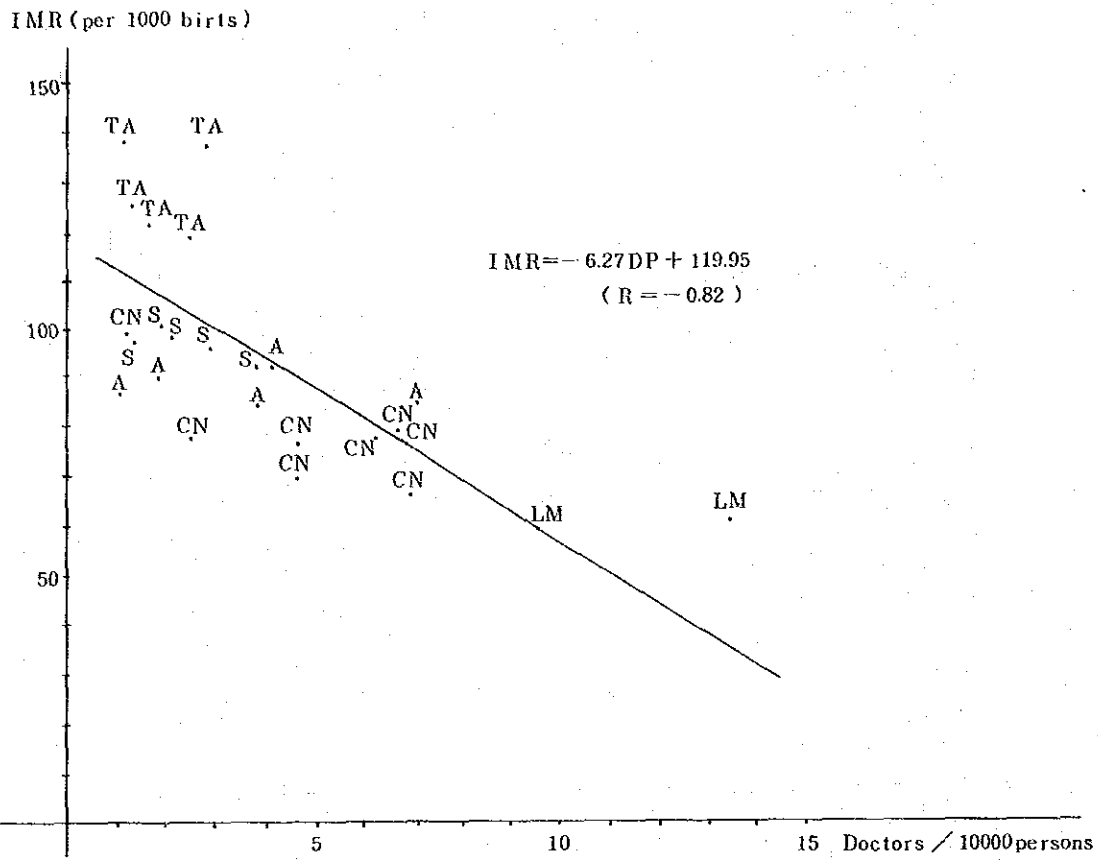
地域・県	普通死亡率(%)	乳児死亡率(%)
アンデス台形地帯	15.7*	126.9**
Huancavelica	18.0*	138.4**
Cuzco	16.2*	132.5**
Apurimac	16.0*	125.5**
Ayacucho	15.2*	121.7**
Puno	14.5*	119.4**
山岳地帯(北部・中央部)	10.9*	97.6**
Huanuco	11.4*	97.8**
Pasco	11.3*	101.0**
Cajamarca	11.4*	99.6**
Anacash	10.6*	91.6**
Junin	10.4*	95.9**
アマゾン地帯	9.9*	89.5**
Amazonas	10.6*	96.2**
Loreto	9.4*	89.6**
San Martin	9.9	84.7
Ucayali	9.9*	90.2**
Madre de Dios	11.2*	94.7**
海岸地帯(北部)	9.0	84.8
Piura	11.1*	101.2**
Lambayeque	7.8	77.7
Tumbes	7.6	76.8
La Libertad	7.4	70.0
海岸地帯(南部)	7.4	73.9
Tacna	6.9	78.6
Moquegua	7.3	77.8
Ica	6.7	65.7
Arequipa	7.9	77.3
リマ首都圏	5.9	61.2
Callao	5.9	59.3
Lima	5.9	61.4
全 国	9.4	88.2

注) *:普通死亡率が全国平均以上。

** :乳児死亡率が全国平均以上。

資料) Ministerio de Salud, Plan de Desarrollo del Sector Salud, 1988.

図 2 - 4 乳児死亡率と医療水準



資料) Ministerio de Salud, Plao de Desarrollo del Sector Salud, 1988
Ministerio de Salud unpublished data.

表 2 - 1 7 妊産婦死亡率*の推移

年次	妊産婦死亡率
1960	40.0
1965	39.8
1970	39.0
1975	35.0
1980	31.8
1985	30.3
1986	30.2
1987	30.1
1988	30.0

注) 妊産婦死亡率 = 1年間の妊産婦死亡数 / 1年間の出生数 * 10,000
出所) Ministerio de Salud, Plan de Desarrollo del Sector Salud, 1988.

c. 死 因

表 2-18 は大分類からみた死因別死亡割合を示したものである。

1969年から1982年にかけて、感染症および寄生虫症による死亡割合は減少する傾向にある。一方、先天異常および周産期死亡、新生物、心臓疾患による死亡割合は上昇傾向にある。

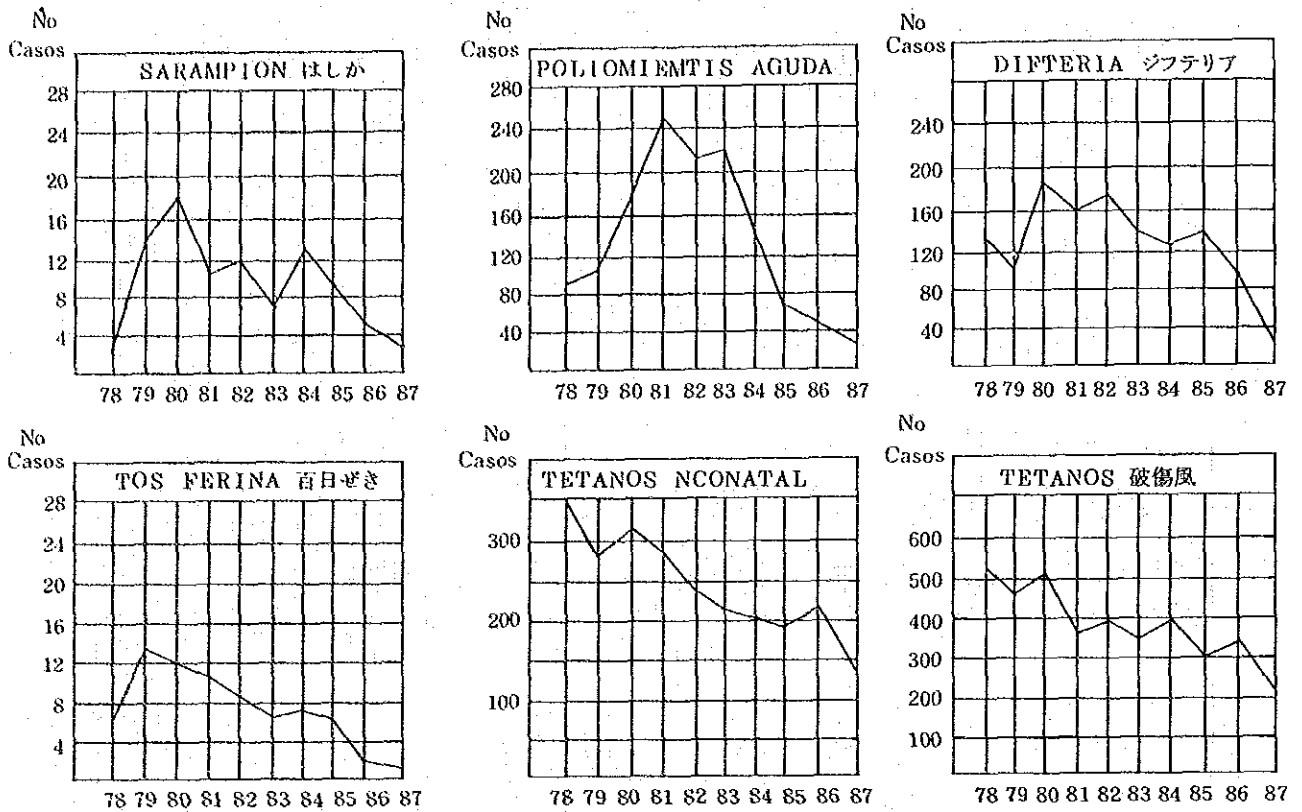
図 2-5 は主な感染症についての死亡数である。1984年以降若干の変動はあるが死亡数は減少傾向を示している。

表 2-18 死因別死亡構造の推移(1969~1982年)

死 因 分 類	1969	1970	1971	1972	1973	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
A. 感染症, 寄生虫症	59.20	61.06	54.60	56.21	58.43	53.98	54.34	52.28	51.22	48.17	49.98	43.91	39.83
A1 ワクチンにより予防可能な疾患	5.04	10.93	4.02	4.74	5.55	4.01	3.65	3.80	2.77	4.44	4.94	3.12	2.46
A2 衛生環境不備による疾患	14.84	12.82	14.08	15.31	15.32	16.67	15.58	17.13	17.23	15.81	13.87	12.34	11.77
A3 結核	5.61	5.06	5.68	5.03	4.86	4.81	4.96	4.91	5.44	4.58	4.81	5.04	4.44
A4 呼吸器系疾患	33.01	31.12	29.91	30.57	31.52	27.74	29.34	25.75	25.23	22.54	25.50	22.89	20.88
A5 その他の感染症と寄生虫症	0.70	1.13	0.91	0.56	1.18	0.75	0.81	0.69	0.55	0.80	0.86	0.52	0.28
B. 先天性異常および周産期死亡	4.48	4.14	4.24	4.00	3.81	4.79	5.04	5.29	5.30	4.19	8.90	9.85	9.32
C. 妊娠, 出産, 産後の合併症	1.40	1.03	1.22	1.09	1.06	0.96	0.96	0.99	0.92	0.53	0.77	0.80	0.67
D. 新生物	5.55	5.24	6.67	6.21	5.71	7.14	7.21	7.63	7.81	7.19	7.17	8.38	8.02
E. 心臓疾患	8.94	8.42	10.36	9.39	9.57	11.00	10.96	11.50	11.94	11.57	11.82	13.00	19.35
F. 精神障害	0.27	0.31	0.32	0.30	0.33	0.33	0.28	0.39	0.25	0.26	0.19	0.28	0.28
G. 事故, 中毒および暴力	5.95	6.59	7.36	5.28	6.88	6.25	6.08	6.14	6.38	5.26	5.35	6.35	4.46
H. その他	14.21	13.21	15.23	17.52	14.21	15.55	15.13	15.78	16.18	22.83	15.82	17.43	18.07

出所) Ministerio de Salud, Plan de Desarrollo de Sector Salud, 1988.

図 2 - 5 主な感染症の死亡数 (1978年~1987年)



d. 婚姻 (配偶関係別人口比率の推移)

表 2 - 19 は 12 歳以上人口について年齢別、配偶関係別の人口比率を示したものである。1972 年と比較すると 1981 年の未婚者割合は上昇傾向を示している。特に、15 ~ 29 歳階級における未婚者比率が増加していることを考えると、センサス間に結婚年齢の上昇があったと考えられる。

表2-19 年齢別、配偶関係別人口比率の推移 1972~1982年

年 齢 性 別	1972年						1981年					
	未婚	有配偶	同棲	死別	離婚	別居	未婚	有配偶	同棲	死別	離婚	別居
12~14歳												
男子	100.0	-	-	-	-	-	99.7	-	0.3	-	-	-
女子	92.9	-	7.1	-	-	-	99.4	-	0.6	-	-	-
15~29歳												
男子	70.3	17.1	12.1	0.2	0.1	0.6	73.0	15.8	10.6	0.2	0.1	0.3
女子	53.7	28.3	16.5	0.5	0.1	0.9	56.5	26.5	15.2	0.4	0.2	1.2
30~44歳												
男子	13.4	63.7	20.0	1.6	0.3	1.0	13.5	66.0	17.9	1.2	0.5	0.9
女子	12.0	62.0	19.5	3.6	0.5	2.4	11.7	65.1	16.3	3.3	0.7	2.9
45歳以上												
男子	8.0	65.3	14.5	10.3	0.5	1.4	6.9	69.6	12.3	9.2	0.6	1.4
女子	11.3	47.4	11.3	27.0	0.6	2.4	8.6	53.0	9.4	25.2	0.8	3.0
全年齢												
男子	46.0	37.3	13.0	2.8	0.2	0.7	47.0	38.1	11.5	2.5	0.3	0.6
女子	38.0	37.8	15.0	7.4	0.3	1.5	39.7	38.7	12.5	6.8	0.4	1.9

出所) Instituto Nacional de Estadística, Censos Nacionales VIII de Población III de Vivienda, 12 de Julio de 1981, 1984, Lima

e. 域内移動

表2-20は県別の人口移動を示したものである。地理上の区分からみるとアマゾン台形地帯・山岳地帯は主な人口流出地となっている。一方、南部海岸地帯およびリマ首都圏は主な人口流入地となっている。したがって、人口は山岳、森林地帯から海岸地帯へと移動していると考えられる。

リマ首都圏については1976と1981年の移動率は5.7%であるが、純移動数は154,575人である。絶対数からみるとリマ首都圏への流入人口は最も多く、首都圏への人口集中傾向が顕著である。

表 2-20 県別人口移動率 - 1976~1981年

地域・県	流入人口	流出人口	純移動数	年平均移動率 (%)		
				流入率	流出率	純移動率
アンデス台形地帯						
Huancavelica	17543	32757	-15214	12.2	20.5	-8.3
Cuzco	36207	39804	-3597	10.0	10.5	-0.5
Apurimac	13857	30237	-16380	10.3	19.6	-9.3
Ayacucho	22786	45304	-22518	10.8	19.4	-8.6
Puno	26677	55067	-28390	6.9	13.3	-6.4
山岳地帯 (北部・中央部)						
Huanuco	32831	29150	3681	16.0	13.8	2.2
Pasco	19198	22631	-3433	21.5	24.0	-2.5
Cajamarca	30719	89679	-58960	6.9	18.4	-11.5
Anacash	39212	67209	-27997	11.4	17.8	-6.4
Junin	61761	69756	-7995	16.6	18.7	-2.1
アマゾン地帯						
Amazonas	25261	24955	306	22.9	22.0	0.9
Loreto	19521	25769	-6248	10.0	12.9	-2.9
San Martin	55846	18363	37483	42.7	13.6	29.1
Ucayali	22301	14561	7740	26.3	17.1	9.2
Madre de Dios	8809	2732	6077	65.4	20.9	44.5
海岸地帯 (北部)						
Piura	38551	52440	-13889	7.9	10.2	-2.3
Lambayeque	41345	49969	-8624	13.8	16.8	-3.0
Tumbes	13188	8770	4418	29.7	19.4	10.3
La Libertad	46992	62976	-15984	11.0	14.9	-3.9
海岸地帯 (南部)						
Tacna	26886	14240	12646	43.8	23.2	20.6
Moquegua	17278	14587	2691	39.4	32.5	6.9
Ica	31428	43694	-12266	16.5	22.6	-6.1
Arequipa	67294	55416	11878	21.4	18.1	3.3
リマ首都圏						
Lima Callao	392902	238327	154575	16.8	11.1	5.7

資料) Instituto Nacional de Estadística, Peru: Compendio Estadístico, 1987.

f. 人口将来予測

国家統計局による人口、人口動態に関する将来推計は表2-21および表2-22に示す通りである。合計出生率に関しては2000-05年には3.1、2020-25年には2.26に低下すると予測されている。

表2-21 人口および人口密度推計 1990年~2020年

人口指標	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
人口 (人)	22,332,108	25,122,837	27,952,132	30,746,435	33,478,943	36,124,539	38,647,492
人口密度 (人/km ²)	17.4	19.5	21.7	23.9	26.0	28.1	30.1

出所) Consejo Nacional de Poblacion, Peru Hechos y Cifras Demograficas, 1986, Lima.

表2-22 人口動態に関する将来推計 1990年~2020年

人口指標	1990-95	1995-2000	2000-05	2005-10	2010-15	2015-2020	2020-25
出生率 (%)	31.2	28.0	25.2	23.0	21.2	19.6	18.3
死亡率 (%)	7.7	6.7	6.2	6.0	6.0	6.2	6.4
自然増加率 (%)	23.5	21.3	19.0	17.0	15.2	13.4	11.9

出所) Consejo Nacional de Poblacion, Peru Hechos y Cifras Demograficas, 1986, Lima.

III-3 保健・医療サービスの現状

(1) 保健医療分野の政策

a. 方針・戦略

PHCと家族計画との関係

保健省の保健医療関係の基本方針・戦略は、行政法第351条、「保健部門組織法」(Ley Organica del Sector Salud)の中で明文化してある。本法は1985年に作成されたもので、次の7点が基本方針として謳われている。

- (1) 保健医療システムのあらゆるレベルにおいて、自然発生の組織を通して国民の動員と参加を促進する。
- (2) 地域の最も下位レベルでの医療サービスの効率的な分権化を図る。
- (3) 保健医療部門における他の部門との連携を進める。
- (4) 保健医療部門の抱える問題の解決に対し、新しい視点や技術を採用していく。
- (5) 保健医療分野を構成する保健省、所属機関、施設の適正な運用を促進する。
- (6) 保健医療政策の作成と実施面での、保健省と保健大臣の統轄的な役割を確立する。

(7) 保健医療部門の優先順位を通じた活動によって、全ての人口に同部門の目標達成の成果を配分する。

以上の基本方針に沿って、次の戦略が列挙されてある（原文に番号は付されていないが、便宜上加えた）。

- (i) 各地方レベルでの住民参加が促進され、保健問題は、国民の声を代弁する国権の最高機関である国会で、住民組織と国家が一体となって討議され解決される。
- (ii) 保健省管轄下の全ての施設に社会奉仕に必要な活動上のイニシアティブを与える。またこのサービスを受ける者は、実際のコストよりも低いコストを負担する。
- (iii) 保健所などの医療サービス施設を拡充する。
- (iv) 保健省管轄下の病院における緊急医療体制を完備する。
- (v) リマ市内において、母子保健のパイロット計画を実施する。これを踏まえて、母子保健の総括的な向上を目指す。
- (vi) 国家人口計画の一環として、家族計画を促進する。
- (vii) 幼児死亡の主要原因となっている下痢疾患などを撲滅するために、農村における公衆衛生に力を入れる。
- (viii) 保健省職員の人員構成につき、医療サービス従事者を99%とし、残り1%を管理部門とする。また90%を地方、10%をリマ首都圏に配置する。
- (ix) 保健省とIPSSの分担をより統合的なものとし、双方の資金を有効に配分する。
- (x) 保健医療部門への政府研究機関の積極的な参加を促進する。
- (xi) 医薬品の国内製造を促進する。
- (xii) 伝統的医療法の再評価を行なう。
- (xiii) 民間医療機関の医療費に、一定の制限を設ける。
- (xiv) 保健医療サービスの評価システムを活発化させる。
- (xv) 乳幼児死亡率を下げる。

次に保健医療分野の、優先順位については以下のように述べている。

高い優先順位が付与されるのは、

- (a) 社会構成体成員の見地からは、農村と都市貧困地区の住民。
- (b) 地理上の見地からは、“アンデス台形地区”の社会的・経済的に最も遅れた住民。
- (c) より高い危険性については、妊婦、授乳期の婦人、5才以下の乳幼児。
- (d) 危険の種類の内訳は疾患、栄養関係、基本的公衆衛生、予防接種。
- (e) 支出（投資）上の見地からは、周辺地区での最低限の土地、施設、機材に向けられる。

以上述べた方針・戦略、その他優先順位を要約してみると次のようなものとなる。

まず保健医療部門の方針としては、可能な限り末端レベルまでの国民参加を促す。厚生省はこれに合わせて本省の権限の下位レベル機関への分権化を図る。戦略としては、住民組織（特に都市貧困地区の住民を指すと思われる）を利用していく。医療サービスの拡充を推進し、母子保健や家族計画を進める。公衆衛生の充実によって乳幼児の死亡率を引き下げていく、などである。

これらの諸点の中で優先されるべきは（方針・戦略と若干重複するが）、まず地理的には農村と都市のスラム、社会構成体としてはより所得の低い層であり、かつ保健医療上の厚い保護を必要とする妊婦、授乳期の婦人、乳幼児となっている。

b. 目 標

厚生省の作成した「1988年保健部門の開発計画」(Plan de Desarrollo de Sector Salud 1988)によれば、保健部門の1986年から1990年の中期目標について、次の諸点が列挙されている。

- (1) 2000年には全人口に医療サービスが行き届くようにする。その優先順位は地理的に最も貧しく、また妊婦などの最も弱い、かつ危険度の高い社会グループとする。
- (2) 社会構成体成員間の医療レベルの差を減少させる。また医療部門のサービスに投下する社会的負担をより公正なものとする。
- (3) 乳幼児の栄養状態を改善する。予防接種のカバー範囲を広げ、基礎的な医薬品の不足を解消する。

またより短期の1988年の目標については、

- (1) 保健医療の民主化を進め、農村、都市貧困層の社会集団を優先する。
- (2) 特に5才以下の乳幼児と妊婦、授乳期の母親への予防医療を優先する。

そして、より具体的な個別の目標として、

- (i) 下痢や他の衛生環境の改善によって撲滅出来る疾患の減少。
- (ii) 5才以下の乳幼児に、麻疹、小児麻痺、百日せき、破傷風、結核、ジフテリアなどの予防接種を強化していく。
- (iii) 5才以下の乳幼児の発育と成長に必要な栄養と母乳を確保する。
- (iv) 避妊、出産、産後の医療サービスを拡充する。
- (v) 国家人口計画の枠組の中で、周産期の女性への医療サービスを拡充する。

以上のような保健医療部門の方針、政策、実施上の優先順位についての政策担当者の発言は、ほぼこれに沿ったものと言ってよい。厚生省内における、都市貧困地区での住民組織を通じた母子保健への関心は、例えば到着そうそうの本ミッションが1月15日（日）に、リマ市内南部のスラム地区に、レト住民組織室長自らが視察に同行（オロスコ次官も本ミッション案内のため同日現地入りしたが、時間が遅れて合流できなかった）

していることから推察されよう。

c. 予 算

1981年—88年までの保健省の予算額および国家予算との関係は表3-1に示されてある。1981年には全国家予算の5.63%を占めていたのに対し、88年に至って8.48%に増加している。現政権が発足して以来漸進的に増加している。

次に表3-2は1988年度の保健省の予算である。これによると、経常支出が全体の75.7%を占めており、資本支出（投資）は24.3%に止まっている。経常支出中最も多い項目は人件費であり、41.7%である。資本支出関連では、資本財（施設、設備、

表3-1 厚生省予算と中央政府予算との関係 1981年—88年

	(1,000インティ)		
	厚生省	中央政府	厚生省の占める 比率 (%)
1981	104,705	1,859,820	5.63
1982	141,908	3,071,847	4.62
1983	211,835	5,166,508	4.10
1984	472,273	10,728,338	4.40
1985	995,758	23,869,594	4.17
1986	2,411,815	37,463,536	6.44
1987	4,102,303	70,399,799	5.83
1988	13,567,125	159,908,181	8.48

出所) Ministerio de Salud, Plan de Desarrollo del Sector Salud 1988

表3-2 厚生省の予算内訳 1988年

	(単位: 1,000インティ)	
	金額	100 (%)
総 額	13,567,125	100
経常支出	10,268,443	75.7
人件費	5,657,536	41.7
報償金	2,253,258	16.6
サービス費	479,165	3.5
経常移転費	822,640	6.1
年金支出	1,055,844	7.8
資本支出	3,298,682	24.3
研 究	124,550	0.9
建 設	1,316,346	9.7
資本財	1,322,342	9.8
開発費	232,528	1.7
その他	299,916	2.2

出所) 表3-1と同じ

器材)が最も高く9.8%,これとほぼ並んで建設(9.7%)となっている。研究費は僅かに0.9%である。

表3-3は保健省予算の財源の主な構成を表わしている。1987年には国庫から88.3%,自己収入が3.9%,借入金7.7%であった。1988年にはそれぞれ93.6%,4%,1.5%となっている。

表3-3 保健省予算の財源 1987年-1988年

	(単位:1,000インティ)			
	1987	(%)	1988	(%)
総 額	4,102,303	100.0	13,567,125	100.0
国 庫	3,625,514	88.3	12,694,840	93.6
自 己 収 入	158,967	3.9	537,994	4.0
借 入 金	315,725	7.7	210,276	1.5
移 転 収 入	2,097	0.1	124,015	0.9

出所) 表3-1と同じ

d. 外国援助に対する対応

WHO・EPIの現状等

企画庁の作成した「1986年-1990年 国家計画における外国援助の優先順位」(Priority Areas in the International Technical Cooperation National Program 1986-1990)によれば、技術協力のあり方について、概略次のように述べている。

ペルー政府は外国からの技術協力援助について、より進んだ技術を習得するための、開発計画の中での、もう一つの方途として利用したいと欲し、同時に、現在政府が挑戦を受けている絶対的な貧困と対峙する際に重要な対処能力を強化するものとして利用したいとしている。政府の中・長期開発計画の実施には、国内では入手できない技術と訓練・資材を必要としている。この意味において、外国からの技術協力援助は、政府の開発努力の中で、特に現在の困難な経済情勢のもとで、重要な位置を占めている。

1987年に保健医療分野に支出された外国援助(2国間,多国間,NGO)の合計額は2,339万1,400ドルである。これは同年の外国援助総額の13.83%を占めている(表3-4は分野別の実績を表わしたものである)。

このように外国援助全体に占める保健・医療部門の比率は決して高くない。しかし、次の2点につき留意する必要がある。一つはUNICEFの援助のように、直接保健・医療部門に計上されなくとも、間接的に貢献している場合のあること(UNICEF援助は多部門間に計上されている)。またもう一つは、保健医療部門におけるNGOの比率の

表3-4 保健医療部門に対する外国援助
(実施機関別内訳)(1987年度)

	(単位: 1,000ドル)	(%)
2 国 間	4,606.1	4.30
多 国 間	7,760.7	21.08
N G O	11,024.6	43.53
合 計	23,391.4	100.00

出所) Instituto Nacional de Planificación, Evaluación Global de la Cooperación Internacional

高いことで、実に43.5%となっている。このことは、NGOのように足回りのよい組織が、同部門で活動しやすいこと、需要の高いことを裏付けていると思われる。

表3-5は外国援助の支出内訳であるが、総額2,339万1,400ドルの内、専門家の派遣費が2,45万4,100ドル、ボランティア費用が25万3,700ドル、機材の贈与額が1,990万6,200ドル、訓練費が77万7,400ドルとなっている。全体に占める機材贈与額の比率は85%とかなり高率である。

表3-5 保健医療に対する外国援助の内訳
(1987年度)

	(1,000ドル)	(%)
専門家派遣費	2,454.1	10.5
ボランティア費用	253.7	1.0
贈 与		
資 材	8,793.3	
機 材	3,791.6	
そ の 他	7,321.3	
小 計	19,906.2	85.1
訓 練 費	777.4	3.4
合 計	23,391.4	100.0

出所) 表3-4と同じ

OPS(汎米保健機構注参照)の協力は、厚生省に対するサポートプロジェクトが中心であり、1987年の拠出額は2,42万1,500ドルである。EPIについては、OPSのクネオ・リマ事務所代表の説明では、国内で各種予防接種のキャンペーンを実施している。このために薬品を貯蔵する設備などに協力している。OPSは1990年までにアメリカ大陸から小児麻痺を撲滅する目標を立てており、このために積極的な活動を実施している。各住民組織を最大限に利用して、各種予防接種のキャンペーンを拡充

している、とのことである。

なお人口計画、家族計画についてはUNFPA（国連人口基金）も積極的に活動しており、1987年の拠出額は212万3,200ドルであった。UNFPAの拠出金の一部はOPSなどのプロジェクト実施機関などに充当されている。

注） OPSとWHOの関係。クネオOPSリマ事務所代表の説明によると、OPSは1902年に創設された西半球（北・中・南米）の域内保健機構である。これはWHOの設立の前であって、OPSが現在も域内の保健医療の主たる活動機関である。資金は域内参加国の拠出によるもので、WHOからも若干の拠出金がある。OPSの現地事務所はWHOの現地事務所でもあり、OPSは国際機関であると同時に域内機関でもある。したがって現地事務所レベルでは、OPSはWHOも兼任している、とのことである。

(2) 保健医療機構のモデル

医療サービスは公共部門および民間部門を通して行なわれている。民間の施設による医療サービスは全人口の11%に達していると推計されている。ペルー社会保険庁（IPSS）は病院、巡回医療サービスを含め全人口の28%（雇用者および家族）に対し医療サービスを行なっている。軍および警察の医療施設の対象とする人口は全人口の3%と推計されている。その他の58%が保健省の医療サービスを受けていることになる。しかしながら、現在、保健省の医療サービスのキャパシティは人口の26%に提供するにとどまっており、総人口の32%は近代的医療サービスを受けられないままにおかれている。さらに、こうした医療サービスへのアクセスがないままにおかれている人口の大半は低所得階層である。

医療サービスの向上と医療サービスの重複を避けることを目的とし、1985年に保健省、IPSS、軍医療施設、看護学校、民間病院およびクリニックのそれぞれの医療システムを保健省の主導の下に『保健部門』として統合する法律が制定された。さらに、1986年発令の大統領令により、保健省とIPSSの保健サービスの機能統合が行なわれ、施設、マンパワー、インフラストラクチャ等の有効利用が図らるようになった。医療施設はそれぞれ現在の管轄に従って管理されるが、病院の経営、管理、監督はIPSSが担当し、その他の診療所をはじめとするすべての医療施設は保健省の担当となっている（各県別の保健省およびIPSSの医療施設については表3-6参照、またリマ首都圏の各医療施設については別添地図参照）。

また、医療サービスの運用の面においては、1986年中期以降、保健省ではペルー政府の地方分権化政策を受けて、28の医療保健行政区（UDESA）を設置し、各UDESAに、より自治権を与えた組織の再編が行なわれている。

表3-6 県別保健省およびIPSSの医療施設(1987年)

表3-6: 県別保健省およびIPSSの医療施設(1987年)

県・地域	保健省			IPSS			保健省+IPSS			人口10万人当りの医療施設			
	病院	H.C.	H.P.	病院	診療所	M.P.	病院	診療所	M.P.	人口(千人)	病院	診療所	M.P.
北部地域	44	264	798	5	16	47	49	280	845	4286.8	1.1	6.5	19.7
Tumbes	1	6	25		1	3	1	7	28	131.7	0.8	5.3	21.3
Piura	3	42	94	3	2	8	6	44	102	1374.2	0.4	3.2	7.4
Lambayeque	28	140	241	2	3	12	30	143	253	854.6	3.5	16.7	29.6
Cajamarca	4	27	114		4	12	4	31	126	1200.0	0.3	2.6	10.5
Amazonas	1	11	99		3	4	1	14	103	311.8	0.3	4.5	33.0
San Martin	7	38	225		3	8	7	41	233	414.5	1.7	9.9	56.2
中北部	18	72	280	3	6	18	21	78	298	2087.5	1.0	3.7	14.3
La Libertad	7	34	121	2	3	11	9	37	132	1150.9	0.8	3.2	11.5
Ancash	11	38	159	1	3	7	12	41	166	936.6	1.3	4.4	17.7
リマ首都圏	6	49	162	4	8	24	10	57	186	6661.8	0.2	0.9	2.8
Lima	2	17	12	3	8	23	5	25	35	6116.7	0.1	0.4	0.6
Callao	4	32	150	1		1	5	32	151	545.1	0.9	5.9	27.7
中南部	8	48	237	3	1	24	11	49	261	508.2	2.2	9.6	51.4
Ica	8	48	237	3	1	24	11	49	261	508.2	2.2	9.6	51.4
南部	8	63	189	1	5	31	9	68	220	1195.9	0.8	5.7	18.4
Arequipa	5	31	124	1	5	26	6	36	150	884.2	0.7	4.1	17.0
Moquegua	2	16	26			4	2	16	30	123.4	1.6	13.0	24.3
Tacna	1	16	39			1	1	16	40	188.3	0.5	8.5	21.2
中央部	23	105	470	5	6	37	28	111	507	2798.3	1.0	4.0	18.1
Huanuco	6	28	54	1	2	10	7	30	64	571.6	1.2	5.2	11.2
Pasco	3	12	117	2		8	5	12	125	264.8	1.9	4.5	47.2
Junin	3	30	30	2	3	13	5	33	43	1037.5	0.5	3.2	4.1
Huancavelica	4	17	117			3	4	17	120	371.4	1.1	4.6	32.3
Ayacucho	7	18	152		1	3	7	19	155	553.0	1.3	3.4	28.0
東部	5	23	255	1	2	11	6	25	266	817.6	0.7	3.1	32.5
Loreto	3	15	162	1	1	10	4	16	172	605.9	0.7	2.6	28.4
Ucayali	2	8	93		1	1	2	9	94	211.7	0.9	4.3	44.4
南東部	5	31	205	2	4	11	7	35	216	1386.5	0.5	2.5	15.6
Apurimac	2	8	57		2	3	2	10	60	361.4	0.6	2.8	16.6
Cuzco	1	19	123	2	1	4	3	20	127	980.6	0.3	2.0	13.0
Madre de Dios	2	4	25		1	4	2	5	29	44.5	4.5	11.2	65.2
高山地帯	8	34	142	2		9	10	34	151	984.5	1.0	3.5	15.3
Puno	8	34	142	2		9	10	34	151	984.5	1.0	3.5	15.3
全国	125	689	2738	26	48	212	151	737	2950	20727.1	0.7	3.6	14.2

注) H.C.: Health Center
H.P.: Health Post
M.P.: Medical Post

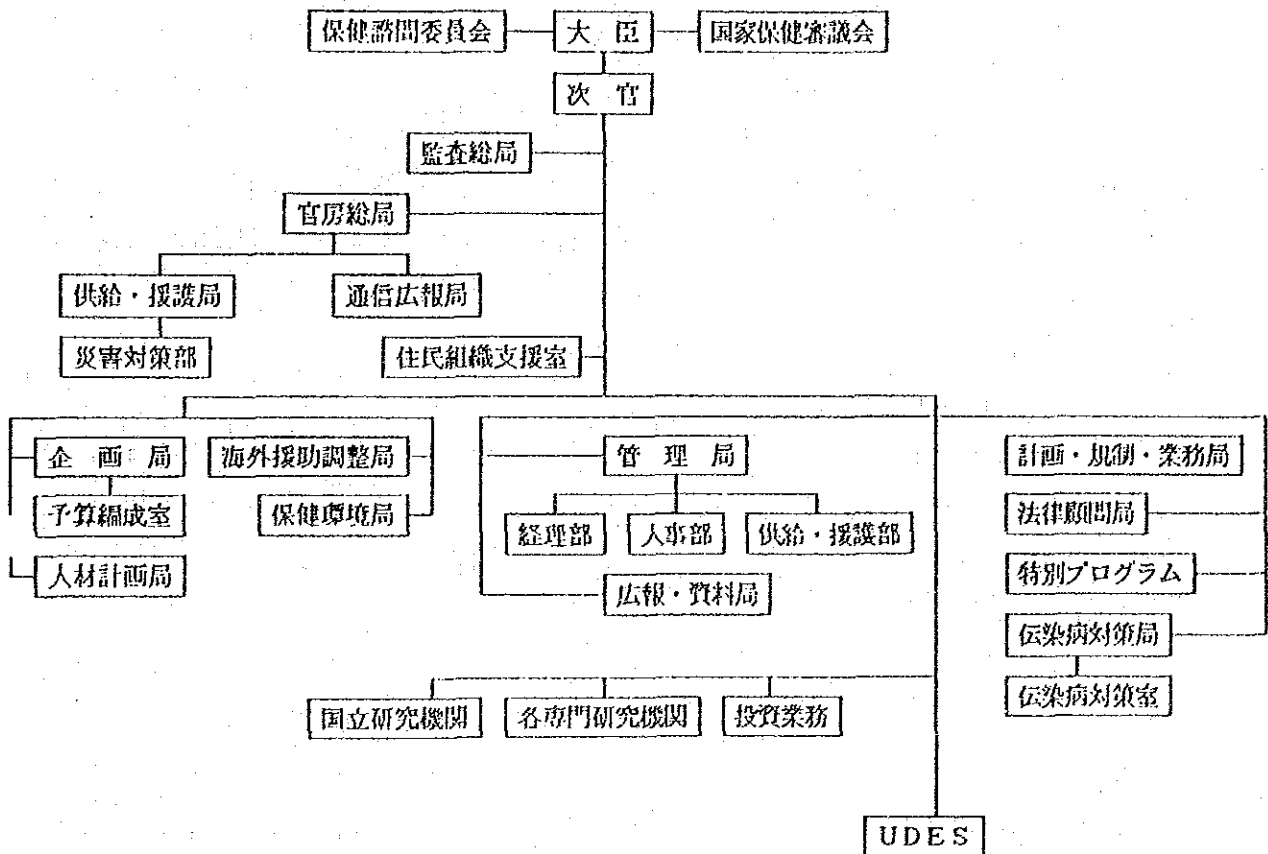
資料) 保健省、IPSSともに未公開データ。

Agency for International Development Department of State, Peru-Child Survival Action, 1987.

a. 中央レベル（保健省の組織）

保健省の組織図については図3-1に示すとおりである。大臣の管轄となっているのは、保健審議会、諮問委員会、監査総局、官房総局、住民組織支援室である。保健政策の遂行にあたっては2人の次官による業務分担が行なわれていたが、調査時（1989.1）では図3-1に示した通り、1人の次官が企画、管理、海外援助調整、保健環境、特別プログラム、医療機関を担当している。上記の部局のうち住民組織支援室は1985年以降、現政権になって設置されたもので、室長Dr. Rodolfo Reto Guerreroはアブラ党の厚生委員長をつとめている。住民組織支援室はアンデス地域にある住民の相互扶助システムを衛生行政にいかす目的で設立されたもので、民間団体であるマザー・クラブ（Club des Madres）等の活動を通じて保健・衛生の教育普及活動を行なっている。

図3-1 保健省組織図



出所) Ministerio de Salud, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, 1988

b. 県レベル (UDES)

県レベルにあたる医療機構は UDES (Unidad Departamental de Salud) とよばれている。これは、すでに述べたように地方分権化政策の一環として導入された保健行政の単位である。UDES の区分は行政区分と若干異なっている。人口数の関係上、リマ県は 4 つに区分され、そのほかの県については 1 県につき 1 つの UDES があり、全国では 28 に区分されている (リマ県の UDES の区分については図 3 - 2 参照)。

UDES は 1986 年 4 月 ~ 12 月に実験的につくられ、実際の活動は 1987 年に開始された。行政上は各行政府の次官の管轄下にあり、保健分野については保健省次官の管轄下にある。機構上は、一般的には保健省中央レベルに対応した組織・構成となっている。

UDES は、諮問委員会および専門技術委員会、監督、評価、監査部、住民組織部、医療技術支援部、管理支援部により構成される。

諮問委員会 (Comisión Asesora) は UDES 長、2 人のコミュニティー代表者、4 人の UDES 職員、IPSS 代表者、軍および警察の代表者 1 人、県庁の福祉局代表者によって構成される。諮問委員会は UDES における保健医療サービスのニーズ、予算、国家保健政策および中央官庁による指導を考慮して、戦略をたて、保健政策を実施している。また、専門技術委員会 (Comité Técnico) は UDES 長、技術および管理部の部長、すべての支援病院院長、UDES の専門家代表・4 人によって構成される。この委員会は UDES の行動計画の作成および評価を担当する。

今回の調査時に訪問したリマ南部の UDES を例として、その機構を示したものが図 3 - 3 である。医療技術支援部 (Oficina Ejecutiva de Apoyo Técnico) は訓練、企画、投資と予算、プログラム・規範および医療サービスを担当する。管理支援部 (Oficina Ejecutiva de Apoyo Administrativo) は財務、人事、供給・援護を担当している。

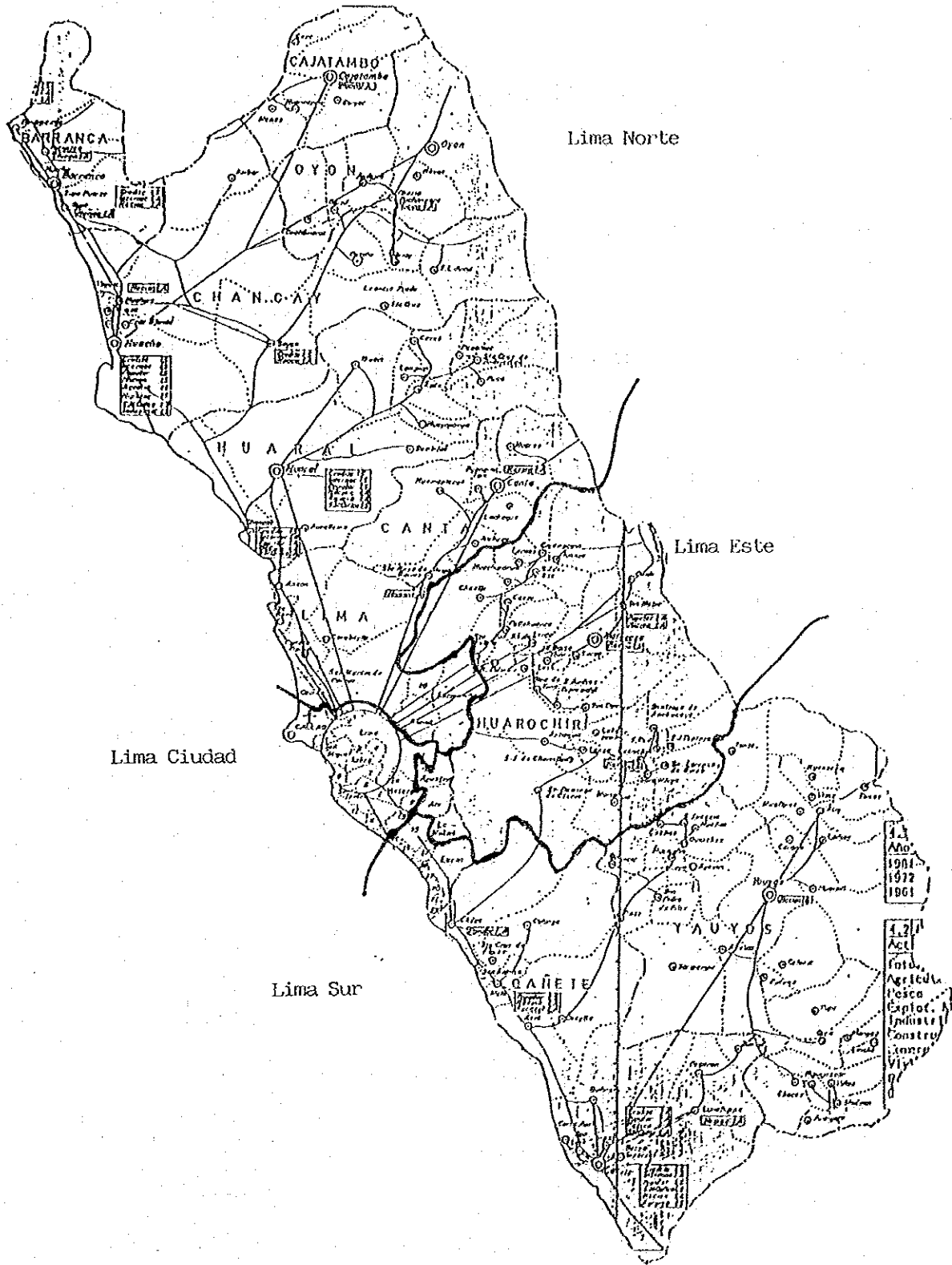
また、UDES は UDES 内にあるすべての支援病院、ヘルス・センター (Centro de Salud) およびヘルス・ポスト (Post de Salud) の活動を統轄している。

c. 郡レベルおよび末端レベル (UDES, ヘルス・センター, ヘルス・ポスト)

UDES の下部機構として UDES (Unidad Territorial de Salud) がある。すでに述べたヘルス・センター、ヘルス・ポストは UDES の管轄となる。図 3 - 3 に示したように、UDES は UDES と支援病院によって構成される。リマ南部の場合、リマ首都圏に Maria Auxiliadora 病院、カニエーテに Rezola 病院の 2 つの支援病院がある。

病院とヘルス・センター、ヘルス・ポストの医療サービス体制を今回訪問した Maria Auxiliadora 病院¹⁾とその周辺部ヘルス・センター、ヘルス・ポストを例としてみてみ

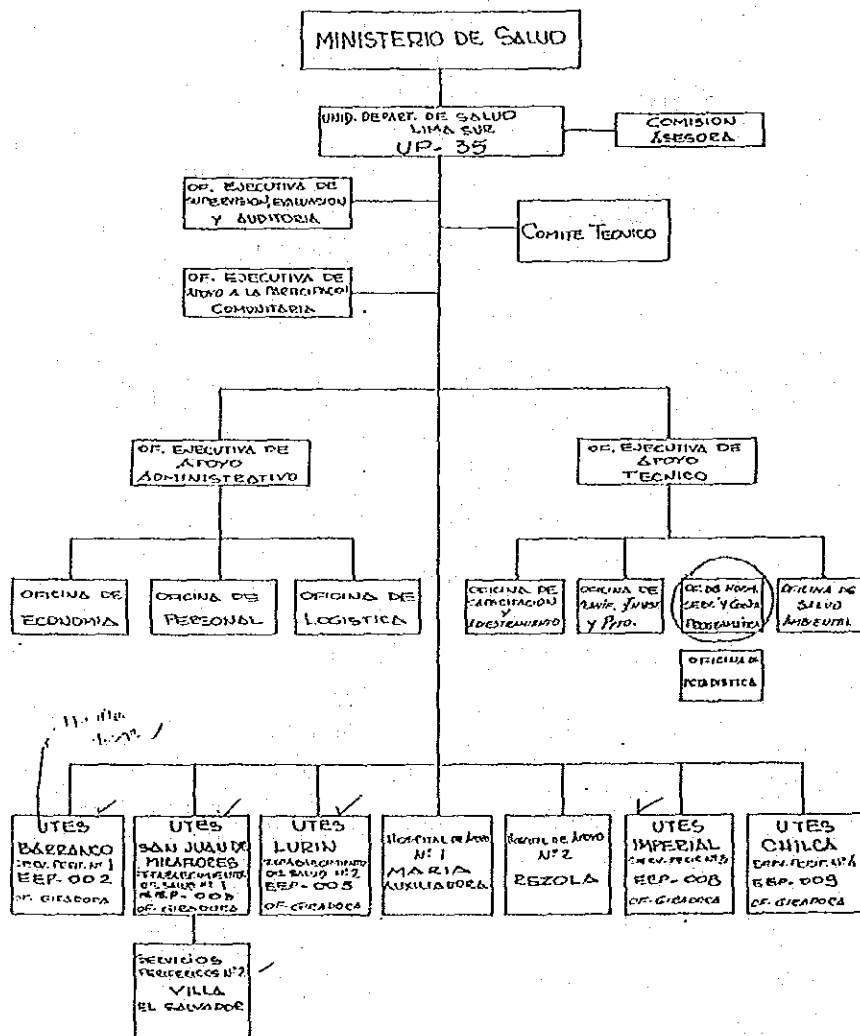
図 3 - 2 : リマ県における UDES の区分



よう。まず、基本的初期診療はヘルス・ポストで行なわれる。ここで治療が不可能な場合、ヘルス・センターに紹介され、センターで治療不可能なものはカルテとともに病院に紹介される。このようなシステムは病院への患者集中を軽減するためにとられており、現在の外来の80%はヘルス・センターでの治療が可能であるとのことである。病院の医師は週に1~2回、6か月をサイクルとしてセンターに出張治療を行なっている。一方、センターの医師は3か月のローテーションで病院において専門家としての訓練を受けている。このような医師派遣および研修システムを通して、病院の医師はセンターの特質を把握し、センターの医師には患者のクライテリア（病院での診療行為とセンターにおける診療行為の確認）を認識することになる。

婦人科の分娩については危険度の高い妊婦だけ病院で出産し、一般の妊産婦については12床から22床の入院施設を持った産科病院または入院施設を持ったヘルス・セン

図3-3 UDES組織図(リマ南部)



ターで対応することになっている。しかしながら、今回訪問した Juan Carlos Mariategui ヘルス・センター²⁾では助産婦は常駐しているが、分娩室、機材がないため、センターでの分娩が不可能なままにおかれている。

人材育成、再教育、医療キャンペーン等のプログラムは UDES と UTES によって計画されている。現在、一般医療、母子保健、結核、基本食糧が医療サービス・プログラムとして組まれており、国庫からの予算は各プログラム別に配分されている。こうしたプログラムの実施方針は UDES で作成され、ヘルス・センターで医師、看護婦、ソーシャル・ワーカーに住民が参加し、医療戦略チームが編成される。IEC に関しては学校教育を中心とし、USE (文部省の行政単位) と直接連絡をとり、キャンペーンを行なっている。調査時 (1989.1) に視察したリマ南部の医療キャンペーン (UTES Barranco 地区) に関していえば、医療スタッフは保健省によって、広報・宣伝に関しては市役所の協力で行なわれた。さらに、キャンペーンの参加についてはマザー・クラブ (Club des Madres) を中心とした宣伝が行なわれた。

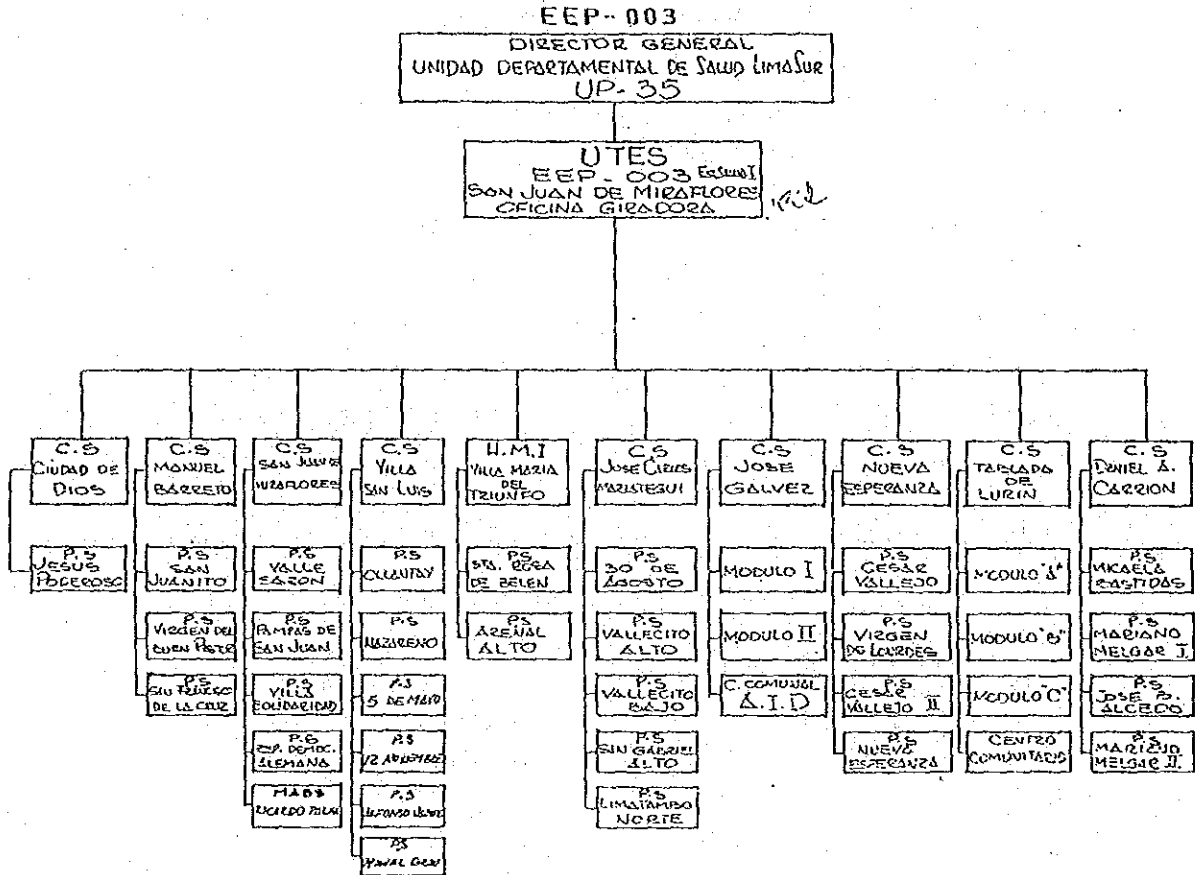
UTES の組織について、ヘルス・センター、ヘルス・ポストとの関係をリマ南部をモデルとして示したものが、図 3-4 である。医療スタッフについてはヘルス・センターは有床と無床のものがあり、通常、医師が常駐している。ここでは、周辺ヘルス・ポストおよび産婆の研修も行なわれている。一方、ヘルス・ポストは看護婦が 1 人であり、医師が巡回指導を行っている。図 3-4 に示されたモデュロ (Modulo) とは 1982 年にユニセフが行なっているプロジェクトである。今回、リマ東部地区のモデュロを視察する機会を得たが、ここではマザー・クラブの活動を中心とし、保育園、調理場、食堂、婦人のハンディ・クラフト作りの作業場、また周辺に医療施設がない場合は診療施設を含めたモデル・ハウスが作られている。モデュロでは医療サービスというよりもコミュニティーに基盤をおいた栄養、保健衛生、女性の経済的自立を含めた母子保健のための環境づくりを行うプロジェクトであると考えられる。

1) Maria Auxiliadora 病院は 3 年前から診療活動を開始している総合病院である。現在、利用されているベッド数は 300 床であるが、1 年以内に 400 床とする予定である。勤務しているスタッフは管理・サービス部門を含めて 2000 人である。

(1989 年調査時、Maria Auxiliadora 病院における聴取)

2) Juan Carlos Mariategui ヘルス・センターにおける診療時間は午前 7 時から午後 7 時までの 12 時間である。スタッフは医師 7 人、看護婦および準看護婦 7 人、助産婦 3 人、検査室は医師を含めて 3 人、ソーシャル・ワーカー 1 人、その他サービスおよび管理部門として 8 人が勤務している。

図3-4 UTEs組織図(リマ南部-San Juan de Miraflores)



(3) 保健医療要員について

a. 職種別従事者

表3-7は職種別にみた医療スタッフの実数および人口1万人当りの数を県別に示したものである。医療スタッフ数を医療水準の1指標とすると、すでに『2. 人口関連情報』(図2-4参照)で示したように、死亡力水準と負の相関関係をもつ。すなわち、医療水準の高い海岸地帯南部およびリマ首都圏においては死亡率水準は低く、医療水準の低いアンデス台形地帯、山岳地帯、アマゾン地域においては高い死亡率水準が示されている。

b. 年間養成数

1988年における職種別の医療要員の養成数は下記の通りである。

医 師	9 9 9
歯 科 医	1 5 6
看 護 婦	5 6 2
助 産 婦	1 5 6
ソーシャル・ワーカー	1 2 0

出所) 保健省における聴取

表 3-7 県別職種別医療従事者数および対人口比率 (1987年)

県 名	人 口 ^{a)}	医 師		看 護 婦		歯 科 医		助 産 婦		ソーシャル・ワーカー	
		実 数	対人口1万 人当り比率	実 数	対人口1万 人当り比率	実 数	対人口1万 人当り比率	実 数	対人口1万 人当り比率	実 数	対人口1万 人当り比率
全国	12,436,260	6585	5.30	5497	4.42	792	0.64	1282	21.73	490	0.39
<u>アンデス台形地帯</u>											
Huancavelica	222,840	27	1.21*	38	1.71	11	0.49*	22	20.87*	4	0.18*
Cusco	588,360	169	2.87*	227	3.86	20	0.34*	43	15.26*	10	0.17*
Aurimaco	216,840	30	1.38*	64	2.95	5	0.23*	19	18.14*	3	0.14*
Ayacucho	331,800	56	1.69*	78	2.35	14	0.42*	59	36.90	13	0.39*
Puno	590,700	148	2.51*	257	4.35	21	0.36*	42	15.03*	31	0.52
<u>山岳地帯 (北部・中央部)</u>											
Huanuco	342,960	76	2.22*	95	2.77	29	0.58*	32	19.85*	4	0.12*
Passo	158,080	31	1.95*	40	2.52	11	0.69	12	15.81*	6	0.38*
Cajamarca	720,000	89	1.24*	132	1.83	18	0.25*	10	2.87*	3	0.04*
Anacash	561,960	215	3.83*	179	3.19	34	0.61*	45	16.72*	26	0.46
Junin	622,500	185	2.97*	385	6.18	37	0.59*	83	28.05	12	0.19*
<u>アマゾン地帯</u>											
Amazonas	187,080	22	1.18*	26	1.39	6	0.32*	1	1.13*	1	0.05*
Loreto	363,540	72	1.98*	55	1.51	18	0.50*	8	4.56*	5	0.14*
San Martin	248,700	96	3.86*	88	3.54	21	0.84	18	15.14*	2	0.08*
Ucayali	127,020	53	4.17*	55	4.33	8	0.63*	15	24.46	1	0.08*
Nadre de Dios	26,700	19	7.12	27	10.11	5	1.87	8	65.20	2	0.75
<u>海岸地帯 (北部)</u>											
Piura	824,520	160	1.94*	171	2.07	24	0.29*	40	10.26*	5	0.06*
La Libertad	512,760	131	2.55*	107	2.09	27	0.53*	13	5.37*	11	0.21*
Tumbes	79,020	36	4.56*	36	4.56	5	0.63*	8	21.65*	2	0.25*
La Libertad	690,540	331	4.79*	283	4.10	31	0.45*	24	7.35*	10	0.14*
<u>海岸地帯 (南部)</u>											
Tarma	112,980	74	6.55	169	14.96	16	1.42	22	40.74	11	0.97
Moquegua	74,040	47	6.35	77	10.40	12	1.62	18	56.55	4	0.54
Ica	304,920	213	6.99	153	5.02	39	1.28	51	35.90	6	0.20*
Arequipa	530,520	360	6.79	412	7.77	40	0.75	84	33.91	30	0.57
<u>リマ首都圏</u>											
Lima	3,670,020	3504	9.55	222	0.60	317	0.86	554	31.76	268	0.73
Callao	327,060	441	13.48	2121	64.85	32	0.98	51	34.76	20	0.61

注) a) 人口比率については保健省による医療サービスを提供する人口を全人口の60%として計算。

*: それぞれの医療スタッフの人口に対する比率が全国平均以下の県。

資料) Ministerio de Salud

表3 - 8 : 外国援助による海外研修 (1988年)

MATERIA DE ESTUDIOS	LUGAR	ENTIDAD AUSPICIADORA	NUMERO DE PARTICIPANTES	DURACION
Curso Internacional sobre Bacteriología de la tuberculosis	ARGENTINA	OFS/OMS	1	45 días
Tratamiento Perinatales	Uruguay	CLAP-(Int.)	2	15 días
Maestría en Psicología	México	OEA	1	24 meses
Maestría en Microbiología	Brucelas	Bib. Bélgica	1	12 meses.
Curso Internacional en Avances en Gastroenterología	Chile	Em. de Japón	1	62 meses
Curso de Inmunología y Biotecnología aplicada a Enfermedades Infecciosas	Sulza	OFS/OMS	1	04 meses
Trabajos en Laboratorio de Control de Tuberculosis	Japón	Gob. de Japón	1	05 meses
Magister Planificación en Alimentación y Nutrición	Chile	T- AID	1	18 meses
Magíster en Enfermedades Vasculares Control de Vacuna Antidiftosa	Brasil	OFS/OMS.	1	03 meses
VIII Curso Internacional de Postgrado de Higiene Ambiental	Chile	OFS/OMS.	2	04 meses
Planificación Familiar en Nucleos Comunes Ginecología y Obstetricia	Japón India	G. de Japón G. de la India	1 1	15 días 24 meses
Programa de Cáncer del Cuello Uterino	Bogotá	OFS/OMS	1	45 días
Curso en el Centro de Dermatología Tropical y Venereología	Brasil	OFS/OMS.	2	// 15 días
Administración en Salud Pública	Japón	G. de Japón	1	30 días
Ginecología Especial e Infertilidad	Gran Bretaña	G. de Gran Bretaña	1	12 meses
Epidemiología y Control de Cáncer	Colombia	OFS/OMS.	1	10 días
Curso de Adiestramiento en Serv. de Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica de las Zoonosis	Argentina	OFS/OMS.	1	03 meses
Taller Internacional sobre Actualización en Desinfección de Aguas.	Colombia	OFS/OMS.	1	05 días
Crecimiento y Desarrollo del Niño	Uruguay	G.T.Z. <i>Ali</i>	1	30 días/
Control de Tuberculosis	Japón	G. de Japón	1	04 meses
Entrenamiento- Piloto Transfusión Sanguíneas	U.S.A.	OFS/OMS.	1	06 semanas
Oncología Clínica	Japón	G. Japón	1	04 meses
Protección de Aguas Subterráneas en América Latina y el Caribe	Puerto Rico	OFS/OMS	3	05 días
II Taller sobre Organización y Operación de Centros de Información de Maternidad	Venezuela	OFS/OMS.	1	12 días
Pancreatografía endoscópica y papilotomía endoscópica	Japón	G. de Japón	1	12 meses
Estudios en la Especialidad de Pediatría	Japón	G. de Japón	1	20 meses
TOTAL			<u>33</u>	

出所) Ministerio de Salud

c. 再教育システム

医療要員の再訓練については、すでに述べたように UDES および UTES のレベルで行なわれている。ヘルス・センターの医師については支援病院での研修が行なわれ、ヘルス・ポストおよびその周辺の助産婦等についてはヘルス・センターでの研修が行なわれている。研修プログラムに関しては UDES および UTES で作成されている。

また、1988年度における外国援助による医療分野における海外研修者は合計33人である。具体的な研修項目、派遣先、援助機関、人数、期間については表3-8に示す通りである。

III-4 人口・家族計画分野の政策と実施体制

(1) 現行の人口・家族計画分野の政策

a. 方針・政策

1) 開発計画における位置づけ

ペルーにおける人口家族計画への政策の対応を、時系列で追ってみる。政府の人口家族計画に対する関心は、1960年代中頃に始まっている。1964年に人口開発研究センター(CEPD)が設立された。CEPDはその後活動を中断する。しかし、1974年のブカレスト世界人口会議に、ペルー政府代表が出席したのをきっかけに1976年には「人口政策の基本方針」が、大統領令625-76-5Aとして公布された。

1979年に新憲法が発布された際、その第6条において、「国家は責任ある父権を保証する」とする規定が明文化された。1980年には人口家族計画の調整機関として、国家人口審議会(Consejo Nacional de Población)が設立された。1985年には5人の国会議員、5人の行政府代表等が参加して、人口法を作成するための混合委員会が設立された。同混合委員会は、1985年4月に、人口関連の草案を提出した。これは1985年7月に、国家人口法(Ley de Política Nacional de Población)として施行された。

同法は56項目の内容から成立しているが、その主な目的は次のようなものである。

- (i) 経済は各個人の福祉のためであることを考慮に入れ、人口の地理的配分、構造、増加をより均整のとれたものとする。
- (ii) 生活をより豊かにし、家族の団結と安定に貢献するために、各個人と夫婦に適正な子供数について、十分な教育と情報を与える。その最終的な決定は、各個人の判断に委ねるものとする。
- (iii) 母と子の死亡率を減少させる。

(iv) 資源の有効な利用と地域の開発，国家安全と均整のとれたよりよい人口配分をもたらせる。

その後現在のアラン・ガルシア政権に移ってから，人口家族計画について積極的な対応がなされた。すなわち，1987年に大統領令によって，大統領人口会議（Comisión Presidencial de Población）が設立され，国家人口計画（Programa Nacional de Población 1987-1990）が作成されることとなった。そして同計画は1988年4月に，3年計画として公布された。国家人口計画は大別して次の2つに分かれている。

前半部では，1987年に至るまでの国内の人口・社会学的な分析，1990年-2000年までの人口予想，国家人口計画の目標，戦略，組織，資金面について述べる。

後半部では，7つの個別計画を列挙している。その内訳は，人口問題のコミュニケーション，教育，家族計画，調査統計，地理的配分，女性の地位，家族の強化である。ここで，国家人口計画の中の，母子保健，家族計画の具体的な内容について見てみよう。まず母子保健については，次のように述べている。

- (i) 乳児死亡率を引き下げる。
- (ii) 危険率の高い妊娠の割合を引き下げる。
- (iii) 母子保健の条件を改善する。

これらのための対策として，経口補水治療，幼児保育の保護，母乳哺育の促進，妊婦の保護を挙げている。またこの計画の対象となるのは，全国の出産可能年齢の女子，地域活動の指導者，住民組織の参加者である。そしてこのような活動は，街頭での講演会，学生の巡回，テレビ・ラジオでのスポット放送，新聞などを利用して行う。

家族計画については，その目的として，国民文化の中に，家族計画と自発的な避妊の習慣を広めると規定している。そして本計画は高い人口増加により，ペルー国民の生活を圧迫している現状を改善するための有効な対策でもある。また高い出生率と直接結びついた高い母子死亡率は，国家人口計画において，まず第一に家族計画の実施が必要であることを明らかにしている。従来，家族計画については，さまざまな異なる機関がバラバラに実施してきたが，十分な情報とサービスを提供してこなかったことで満足すべきものではなかったと指摘している。そして本計画は，このような活動を一本化し，責任ある父権と女性の健康の必要を満足させ，家族の特性に応じた地域集団の積極的な活動を確保しながら，基本的な権利を保証するよう努めると謳っている。

家族計画の実施上の役割分担（参加面での）については，保健省，IPSS，軍・警察，民間団体などである。この中で保健省は，プロジェクトのフォロー・アップと評

価について中心的な役割を担うことになっていると定めている。

2) 政策担当者の発言

オロス保健次官は、保健省の関係部局の局長による、本ミッションに対するオリエンテーションの際に、次のように発言している。まず国家人口計画の中で最優先されるのは、家族計画である。1986年の人口調査によると、出産可能な女子人口の70%が、家族計画を望んでいる。しかし現実に家族計画を実行しているのは僅かに28%である。しかもこの28%の内、約50%が伝統的避妊法を使用している。また家族計画実施の優先地区は人口増の激しい都市貧困地区であり、その対象となるのは周産期の婦人と乳幼児である。

保健省首脳のごうした発言は、前述の国家人口計画の大筋にはほぼ沿ったものである。言うまでもなく同計画には家族計画以外の計画がいくつもあるが、政府が最も強い関心を寄せているのは母子保健であって、その枠内において家族計画が唱導されているのである。

このような政府の方針（家族計画の重要性についての認識と、家族計画を前面に強く打ち出せない事情）は、一つにカトリックの影響があると思われる。UNICEFのリマ事務所の計画官補を務める山森氏は、教会上層部の家族計画への消極的（否定的）態度が、プロジェクトの進行そのものを遅らせるケースがあると発言している。山森氏の説明では、教会関係者も末端のレベルになると理解もあり、何ら問題とはなっていないとのことである。

b. 目 標

家族計画の目標は次の通り。

- (i) 家族計画のサービスを受ける出産可能人口を、1986年の28%から1991年には32%に引き上げる。絶対的な人口数では1987年の140万人から1991年には180万人とする。
- (ii) 前述の対象人口は、1991年の32%から2000年には42%へと段階的に拡大し、人口数では180万人から360万人となる。
- (iii) このような成果を踏まえて、合計出生率、1986年の4.3%から、1990年には3.7%、2000年には2.5%とする。

c. 予 算

国家人口計画では、その資金について次のように述べている。まず本計画に必要な資金は、基本的には国内で調達されるべきだが、その一部を外国援助によって補填する。その上に、

- (i) 保健省は人口活動に向けられる資金を拡充せねばならない。

- (ii) 地方での人口活動のために、保健省は新たに2,700名の職員を増員する。
- (iii) 1987年の年次予算において、本計画の中の個別計画の予算は保証されねばならない。
- (iv) 1988年以降については、国庫、(本計画に充当さるべき)税、外国援助、寄付等によって基金が作られる(ただし、このような基金の存在は不明)。表4-1は、1987年から1991年までに予想される必要予算を示している。

表4-1 家族計画の予算と利用者数

	利用者(1,000人)	予算(1,000ドル)
1987	1,415	7,075
1988	1,502	7,510
1989	1,593	7,965
1990	1,689	8,445
1991	1,789	8,945
1987-91	9,320	46,600

出所) Ministerio de Salud, Programa Nacional de Planificación Familiar 1987

d. 組織・人員

図4-1は、人口家族計画の実施上の組織図である。保健省の同計画文書の説明では、保健省とIPSSが統合的に家族計画を国内全体で実施する。しかし各機関との調整、統一的な管理、情報伝達、評価についての最終的な責任は、保健省が負うこととなっている。

保健省の本省と、UDESは他の機関の参加を得て、地方レベルの実施委員会を設置することとなっており、地方レベルへのイニシアティブの分権化が図られている。

参考文献

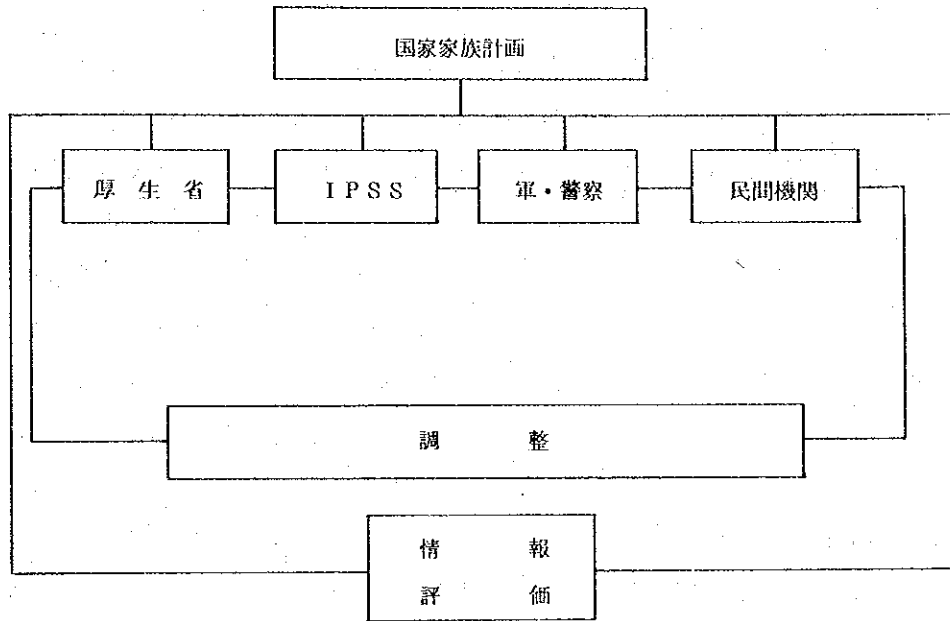
Ministerio de Salud, Programa Nacional de Planificación Familiar 1987

e. 外国援助への対応

前述のように、国家人口計画の中では、その資金面については、基本的には国内で賄おうとしながらも、外国援助もその補填源として重要な把え方をしている。

家族計画に対する最大の外国援助先であるUSAIDは、ペルー政府自身の家族計画への年間支出額を150万ドルと推定している。これに外国援助の総額500万ドルが加

図 4 - 1 家族計画実施図



出所) 表Ⅳ-1と同じ

わり年間総支出額の650万ドルとなる。USAIDは、資金の配分について、拠出国の発言力、影響力が相当強くなると指摘している。家族計画については、ほぼその80%を外国援助に頼っているのが現状といえる。

保健省の中には国際協力局があり、外国援助の受皿となっている。同時に国際協力については、大臣・次官の直轄事項となっており、対応も比較的早い。このように厚生省が外国援助に積極的な理由は、財源難であることは論を俟たない。

3-1で既に指摘したように、保健省予算の中で経常費が全予算額の75%を占めており、家族計画のように息の長い、比較的地味で、社会的にも必ずしも100%受け入れやすいとはいえないプロジェクトへは、十分な予算が回せないのが実情であり、本計画については、政府は外国援助に大きく依存している。

参考文献 USAID, USAID/PERU Population Sector Strategy 1988