

国際協力事業団
エル・サルヴァドル共和国
厚生省

エル・サルヴァドル共和国
拠点病院等医療機材整備計画
基本設計調査報告書

国際協力事業団

エル・サルヴァドル共和国

拠点病院等医療機材整備計画 基本設計調査報告書

平成5年2月

アイテック

アイテック株式会社

JICA
609
928
GRF
LIBRARY
93-031

無調
93-031

JICA LIBRARY



1108843(2)

国際協力事業団

25641

国際協力事業団
エル・サルヴァドル共和国
厚生省

エル・サルヴァドル共和国
拠点病院等医療機材整備計画
基本設計調査報告書

アイテック株式会社

序 文

日本国政府はエル・サルヴァドル共和国政府の要請に基づき、同国の医療機材整備計画にかかる基本設計調査を行うことを決定し、国際協力事業団がこの調査を実施いたしました。

当事業団は平成 4年 8月12日より 9月 7日まで、国立病院医療センター国際医療協力部 建野正毅氏を団長とする基本設計調査団を現地に派遣しました。

調査団はエル・サルヴァドル共和国政府関係者と協議を行うとともに、計画対象医療施設における現地調査を実施しました。帰国後の国内作業の後、平成 5年 1月10日から 1月 21日まで実施された報告書案の現地説明を経て、ここに本報告書完成の運びとなりました。

この報告書が、本計画の推進に寄与するとともに、両国の友好親善の一層の発展に役立つことを願うものです。

終りに、本件調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成 5年 2月

国際協力事業団
総裁 柳谷謙介

伝 達 状

国際協力事業団

総裁 柳 谷 謙 介 殿

今般、エル・サルヴァドル共和国における、拠点病院等医療機材整備計画基本設計調査が終了致しましたので、ここに最終報告書を提出致します。

本調査は、貴事業団との契約により、弊社が平成4年7月27日より平成5年2月28日までの7ヶ月に亙り実施してまいりました。今回の調査に際しましては、エル・サルヴァドル共和国の現状を十分に踏まえ、本計画の妥当性を検討するとともに、日本の無償資金協力の枠組に最も適した計画の策定に努めてまいりました。

尚、同期間中、貴事業団を始め、外務省関係者には多大のご理解並びにご協力を賜り、お礼を申し上げます。また、エル・サルヴァドル共和国においては、厚生省、経済企画省、並びに在エル・サルヴァドル共和国日本国大使館の貴重な助言とご協力を賜ったことも付け加えさせていただきます。

貴事業団におかれましては、計画の推進に向けて、本報告書を大いに活用されることを切望致す次第です。

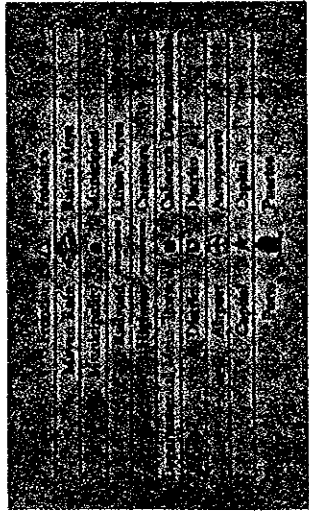
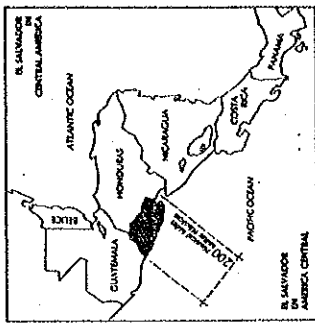
平成5年2月

アイテック株式会社

エル・サルヴァドル共和国

拠点病院等医療機材整備計画基本設計調査団

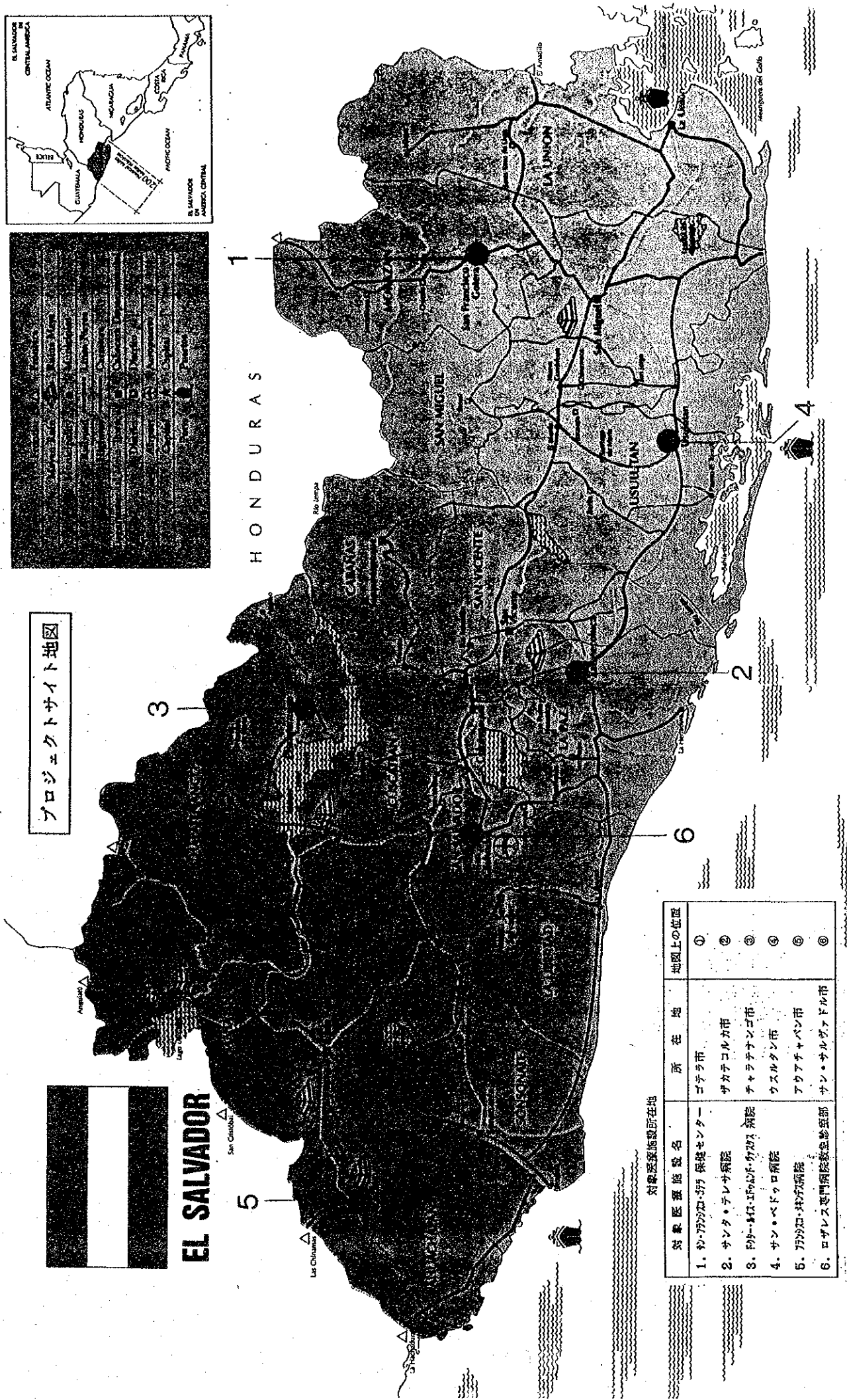
業務主任 佐 藤 彰



プロジェクトサイト地図



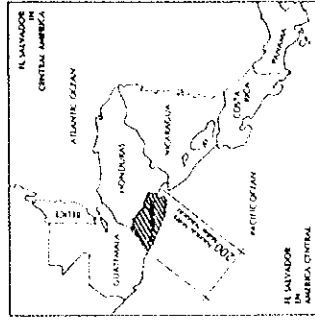
EL SALVADOR



対象医療施設所在地

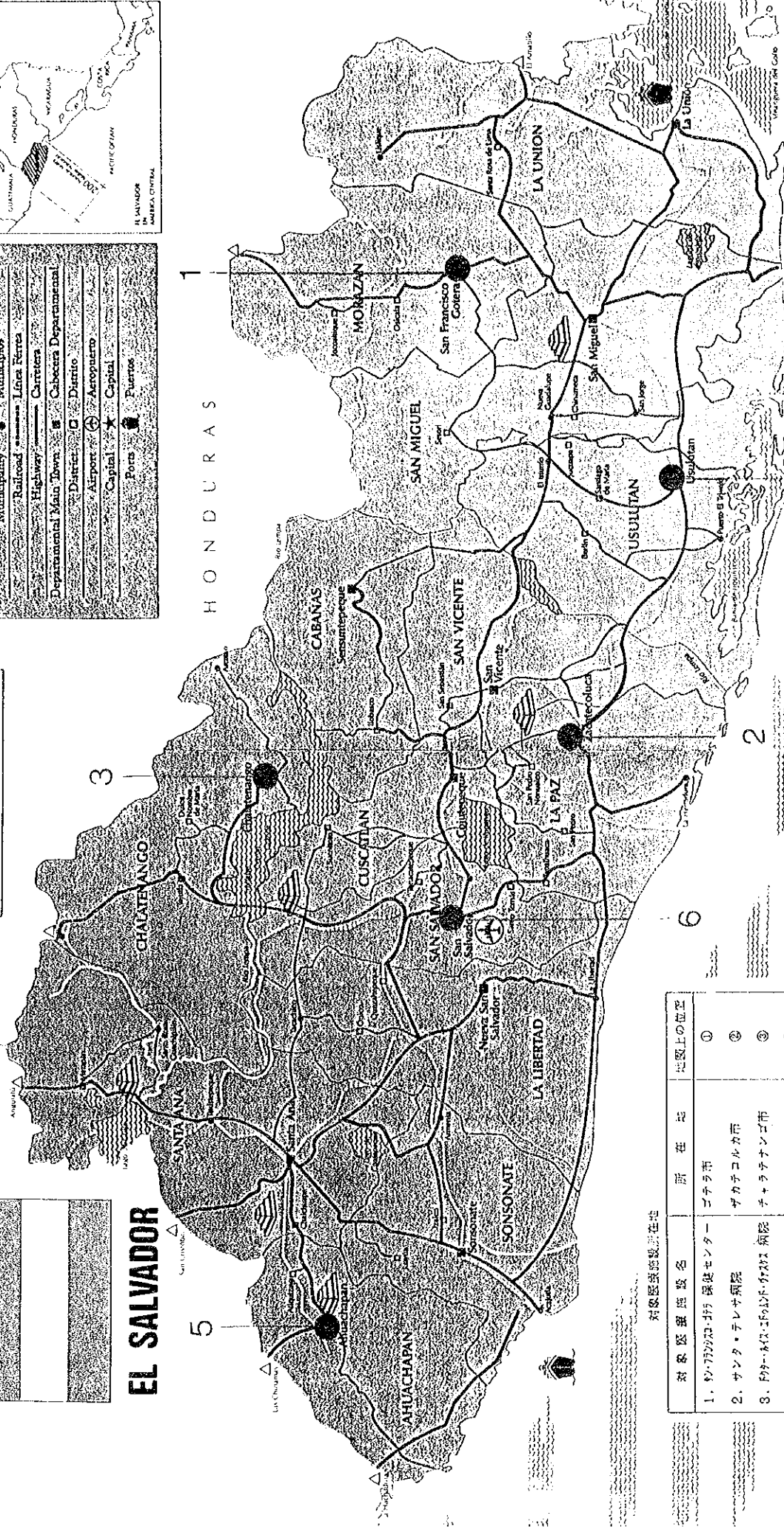
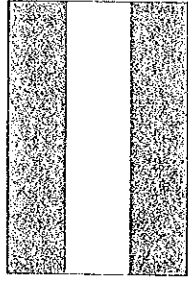
対象医療施設名	所在地	地図上の位置
1. 砂・777777-377 保健センター	ゴテラ市	①
2. サンタ・テレサ病院	ザカテコルカ市	②
3. 7777-7777-7777-7777 病院	チャラチナンゴ市	③
4. サン・ペドロ病院	ウスルタン市	④
5. 777777-777777 病院	アウアチャパン市	⑤
6. ロサレス専門病院緊急診察部	サン・サルヴァドル市	⑥

プロジェクトサイト地図



Frontier	△	Frontiers
Mayan Ruin	◻	Ruins Maya
Municipality	●	Municipios
Railroad	≡≡≡	Línea Ferrea
Highway	≡≡≡	Carretera
Departmental Main Town	⊠	Cabezas Departmentales
District	□	Distrito
Airport	✈	Aeropuerto
Capital	★	Capital
Ports	⚓	Puertos

EL SALVADOR



対象医療施設所在地

対象医療施設名	所在地	地図上の位置
1. 1977年3月-7月 保健センター	ゴテラ市	①
2. サンタ・テレサ病院	ザカテコルカ市	②
3. 1979年-81年 11月 1979年-81年 11月 病院	チャラチナンゴ市	③
4. サン・ペドロ病院	クスルタン市	④
5. 1977年-81年 11月 1979年-81年 11月 病院	アウアチャパン市	⑤
6. ロサレス専門病院救急診療部	サン・サルヴァドル市	⑥

要 約

要 約

エル・サルヴァドル共和国（以下「エ国」と称す。）は、中央アメリカのほぼ中央部で太平洋岸に位置し、日本の北海道の約 4分の 1、九州よりやや小さく、約2.1万km²の国土面積を有する熱帯に属する国で、人口は約 5,392,000人である。一人当りの国民総生産は981米ドルで低所得国となっているが、中央アメリカ 7ヶ国の中では、4位に位置している。

当国は、1979年10月に没発したクーデターを契機に不安定な社会情勢となった。12年間に及ぶ内戦のなか、たびたび和平交渉が実施されたが、1991年 9月国連の仲介で、停戦に向けて本格的協議が推進され、1992年 1月16日ようやく和平案が成立した。その後、和平案の内容について、いくつかの項目が確認され、1992年12月15日に最終案が締結され、「エ」国の内戦に最終的に終止符が打たれた。

「エ」国政府は1980年以来、世界保健機構(WHO) が提唱するアルマ・アタ宣言を受け、プライマリー・ヘルスケア(PHC) 計画の実施に努力はしたものの、内戦の一般国民生活に及ぼす影響は大きく、計画の遂行に支障をきたした。このような社会環境下で「エ」国は「1989年～1994年経済社会開発計画」及び「1991年～1994年 4ヵ年全国保健計画」において「2000年までにすべての国民の健康確保と一次医療の充実」という目標を掲げ、国民に対し健康の確保と増進をはかり、疾病の予防を重点とした治療対策の強化と患者のリハビリテーションを強力に実施することとしている。このために厚生省管轄の関連医療施設は保健医療サービスが国民のニーズに応えられるように、機能や医療設備の改善・拡充を行い、特に医療の中央集中化を避け地域レベルでの有効な保健医療サービスの確立を期することとしている。その一環として1991年には我が国の無償資金協力により「拠点病院医療機材整備計画」（以下「フェーズ I 計画」と称す。）が実施され、5ヶ所の拠点病院に対する医療機材の整備が行われた。

「エ」国の保健医療関連指標は他の中央アメリカ諸国の水準とほぼ同程度であるが出生時平均余命は68才で、5才～10才も低い。また乳児死亡率は 1,000人当り56と日本の4はもとより、他の中央アメリカ諸国の17～38より大で、5歳までの死亡率では 1,000人当り80と日本の7、他の周辺諸国の23～53に比べると、かなり差があり保健医療をとりまく環境は決して良好な状態にあるとは言えない。また医療機材や設備の現状は、ロザレス専門

病院のように国の最高峰の基幹病院でありながら老朽化が激しいうえ、医療機材や設備が不足し、日常の医療サービスが充分にはたしえない医療施設がある。フェーズI計画対象の5拠点病院以外の医療施設においても内戦の影響をもろにうけており、保健医療サービス機能が低下・停滞している。

このような状況下で同国政府は国民の疾病や障害による健康阻害を防止するため、根本的な保健医療サービスの質的、量的向上を目指し、とりわけ緊急度が高く厚生省管轄下にあつて周辺地域住民に直接裨益効果が期待できる6県のそれぞれ中心に位置する1保健センター、4拠点病院及び1専門病院の救急診療部の医療機材整備計画を策定し、その計画の実施のために日本国政府に対し無償資金協力を要請してきたものである。

この要請に応え、日本国政府は、基本設計調査の実施を決定し、国際協力事業団が1992年8月12日から27日間にわたり基本設計調査団を同国に派遣した。調査団はエル・サルヴァドル共和国政府関係者との協議を通じ、計画の背景、要請内容、実施運営体制等の確認を行うとともに、関係資料の収集及び整備対象医療施設の状況等の調査を実施した。

帰国後、現地調査で得られた資料、情報を解析し、本計画に関する基本計画を策定した。基本設計の内容はドラフトファイナルレポートにまとめられ、1993年1月10日から21日まで、現地に派遣されたドラフトファイナルレポート説明調査団によって、その内容がエル・サルヴァドル共和国側関係者に説明され、基本的に了承され、本基本設計調査報告書を取りまとめた。

本計画は同国の病院及び医療事業の両面において地方の中核的な役割を担い、周辺地域への医療の拡充に多大な貢献を果たしているサン・フランシスコ・ゴテラ保健センター（ゴテラ市）、サンタ・テレサ病院（ザカテコルカ市）、ドクター・ルイス・エドゥムンド・ヴァスケス病院（チャラテナンゴ市）、サン・ペドゥロ病院（ウスルタン市）、フランシスコ・メネンデス病院（アウアチャパン市）及びロザレス専門病院の救急診療部（首都サン・サルヴァドル市）の医療機材を整備するものである。

本計画によって整備される対象医療施設と診療科及び主な医療機材は次のとおりである。

〔整備対象医療施設と診療科及び主な医療機材〕

〔整備対象医療施設〕

〔診療科〕

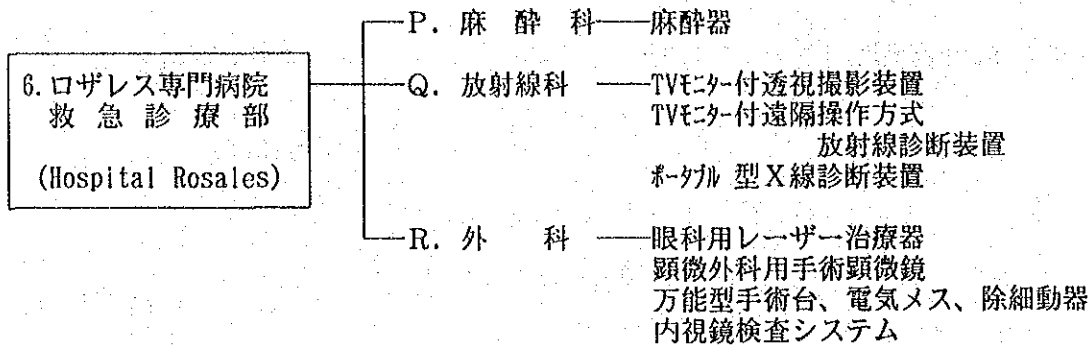
〔主な医療機材〕

<p>1. サン・フランシスコ・ゴテラ保健センター (Centro de Salud de S. Francisco Gotera)</p> <p>2. サンタ・テレサ病院 (Hospital Santa Teresa)</p> <p>3. ドクター・ルイスエドゥムンド・ヴァスケス病院 (Hospital Dr. Luis Edmundo Vásquez)</p> <p>4. サン・ペドロ口病院 (Hospital San Pedro)</p> <p>5. フランシスコ・メネンデス病院 (Hospital Francisco Menéndez)</p>	A. 外来診療部	電気凝固器、体重計 スライド型水銀血圧計 ドップラー胎児心音計、婦人科検診台 一要素心電計
	B. 歯科	超音波歯石除去器、 卓上蒸気滅菌器、歯科診察治療台
	C. 救急診療部	吸引装置、ドップラー胎児心音計 診察灯、婦人科検診台、電気メス ネブライザーポンプ
	D. 臨床検査室	遠心分離器、分光光度計 双眼顕微鏡、乾熱滅菌器 光電式コロリメーター、
	E. 放射線科	多目的携帯用超音波診断装置 ポータブル型X線診断装置 TVモニター付透視撮影装置
	F. 手術部	電気メス、床置き手術用无影灯 万能型手術台、 各種外科手術鉗子セット 心電モニター、ラパロスコープ
	G. 麻酔科	リカバリーベッド、麻酔器
	H. 分娩部	吸引装置、バジネット、保育器 ドップラー胎児心音計、吸引分娩器
	I. 中央材料部	低圧持続吸引器、酸素テント 蒸留器、高圧蒸気滅菌装置
	J. ICU (成人用)	低圧持続吸引器、救急ベッド ICUベッド、車椅子 床置き手術用補助灯
	K. ICU (小児用)	ICUベッド、光線治療器 ネブライザーポンプ、保育器 喉頭鏡セット、冷蔵庫
	L. 内科病棟	吸引装置、患者ベッド、器械台車 スライド型水銀血圧計、診察灯、車椅子
	M. 外科病棟	牽引装置、吸引装置、カルテ車 アンビュー蘇生器セット、赤外線灯
	N. 産婦人科	低圧持続吸引器、クスコー式腔鏡 婦人科検診台、 ネブライザーポンプ
	O. 小児科	卓上型吸引器、インファンクアシステム 酸素テント、保育器、光線治療器 哺乳瓶消毒器

[整備対象医療施設]

[診療科]

[主な医療機材]



本計画によって整備が予定される医療機材の調達と据付け等に要する経費については、日本側の負担分は約6.56億円と見込まれ、機材設置に伴う施設改修工事等に要する「エ」国側負担分は約5.48万コロン（約82.3万円）と見込まれる。本計画の実施に要する期間は業者契約締結から据付け工事完了まで約7.0ヵ月と見込まれる。

本計画の実施にあたっての「エ」国側の所轄官庁は厚生省である。

本計画の運営・維持管理に必要な経費は約113万コロン/年（約1,695万円/年）と見込まれ、この経費は厚生省の予算で賄われる。また本計画の維持管理要員についても、厚生省としては的確な教育指導プログラムの下に人材育成を図り、順次、整備対象医療施設に技術移転する方針を打ち出していることから、維持管理の人的資源や技術の面においても今後支障をきたすことはないものと判断される。

本計画が実施され、「エ」国側が適切な運営管理を行えば、下記の効果が期待できる。

① 本計画にて調達された医療機材により、対象医療施設の低下・停滞している診療機能強化が可能となり同国の医療サービス機能の施設格差、地域格差を是正し、同国が最重要課題とする Primary Attention 計画を推進させ、同国国民の健康に大きく寄与することができる。

② ロザレス専門病院については、診療機能と共に教育機能強化も伴い、不足している医師をはじめとする医療従事者の養成、質的向上を図ることが期待され、ひいては患者への医療サービスの質的向上へとつながる。

よって、本計画が我が国の無償資金協力として実現される意義は大きく妥当であると判断され、この協力による効果も十分期待できるものである。

なお、本計画の円滑な実施と調達機材を有効活用するため、下記のとおり提言する。

- ① 「エ」国政府は、本計画に必要な上述の「エ」国側負担事業費と増額が見込まれる機材の維持管理費の予算措置を整えること。
- ② 調達機材の耐用年数（約7年間）後を見越した将来計画として、機材の減価償却費を考慮した長期的予算措置も同様に整えること。

目 次

序 文
伝 達 状
加外サイト 地図
要 約

	ページ
第1章 緒 論	1
第2章 計画の背景	3
2-1 エル・サルヴァドル共和国の概要	3
2-2 保健医療分野の現状	14
2-2-1 保健医療事情	14
2-2-2 厚生省の組織	20
2-2-3 厚生省の予算	22
2-2-4 保健医療サービス	24
2-2-5 医療従事者	37
2-3 開発計画	46
2-3-1 国家開発計画	46
2-3-2 保健医療開発計画	50
2-3-3 外国援助の動向	56
2-3-4 我国の医療分野援助の動向	58
2-4 要請対象医療施設の現状	59
2-4-1 要請対象医療施設の概要	59
2-4-2 診療状況	71
2-4-3 医療従事者の配置	90
2-4-4 機材状況	91
2-4-5 建築設備の現状	103

2-5	類似医療施設の現状	104
2-5-1	フェーズI計画対象医療施設の現状	104
2-5-2	他の類似医療施設の現状	108
2-6	維持管理体制の現状	111
2-7	要請の経緯と内容	114
2-7-1	要請の経緯と本計画の位置付け	114
2-7-2	要請の内容	115
第3章	計画の内容	119
3-1	計画の目的	119
3-2	要請内容の検討	120
3-2-1	計画の妥当性と必要性の検討	120
3-2-2	計画実施・運営計画の検討	121
3-2-3	類似計画及び援助計画と本計画との関係	121
3-2-4	要請機材の内容検討	122
3-2-5	技術協力の必要性の検討	137
3-2-6	協力実施の基本方針	137
3-3	計画の概要	138
3-3-1	実施機関及び運営体制	138
3-3-2	機材の概要	139
3-3-3	維持管理計画	148
3-3-4	運営予算	153
第4章	基本設計	155
4-1	基本設計方針	155
4-1-1	機材選定方針	155
4-1-2	自然条件に対する方針	156
4-1-3	施設条件に対する方針	156
4-1-4	現地製造業者、現地資機材の活用についての方針	156
4-1-5	実施機関の維持・管理能力に対する方針	156

4-1-6	機材の範囲、レベルに対する対応方針	157
4-1-7	工期に対する方針	157
4-2	基本設計条件	158
4-3	基本計画	159
4-3-1	機材計画	159
4-3-2	機材配備計画	167
4-3-3	機材設置に伴う建築設備工事	197
4-4	事業実施計画	198
4-4-1	事業実施方針	198
4-4-2	施工監理計画	200
4-4-3	機材調達計画	201
4-4-4	実施工程	202
4-4-5	概算事業費	203
第5章	事業の効果と結論	205
5-1	事業実施の効果	205
5-2	事業実施の妥当性の検討	206
5-3	結論と提言	207

添付資料

1.	調査団団員構成	A- 1
2.	現地調査日程	A- 3
3.	主要面談者リスト	A- 7
4.	協議・議事録	A- 11
5.	要請機材の内容検討に関する資料	A- 49
6.	維持管理費に関する資料	A-191
7.	主要収集資料リスト	A-199
8.	電源電圧記録結果	A-201
9.	調査写真	A-203
10.	その他資料	A-213

第1章 結 論

第1章 緒 論

「エ」国政府は世界保健機構（WHO）の「西暦2000年までにすべての人に健康を」というアルマ・アタにおける決議に基づき、1989年～1994年の国家保健医療計画の中で厚生省管轄の医療施設における保健医療サービスが国民のニーズに応えられるように、それらの改善・拡充を行うこととし努力してきた。

しかしながら同国のおかれている社会経済状態のもとでは自助努力にも限界があり、現実の保健医療状況では質、量ともに十分満足し得る状況にあるとは言えない。

このような状況を踏まえ、「エ」国は地域医療サービスの向上のため、その中核となる地域拠点病院に対し、必要最低限の医療機材の整備をする計画を策定し、既に我が国の無償資金協力にて機材整備済みの5拠点病院（1991年7月、供与額：4.07億円）を除く、残り4拠点病院等に対する我が国の無償資金協力を要請して来たものである。

これに応え、日本国政府は本件基本設計調査の実施を決定し、国際協力事業団は、1992年8月12日より同年9月7日まで、国立病院医療センター国際医療協力部・建野正毅氏を団長とする基本設計調査団を現地に派遣した。

本基本設計調査は上記計画に関し、医療機材整備の必要性、妥当性を検討し、最適な協力の範囲、規模、機材内容等についての基本設計を行うことを目的とした。

調査団は「エ」国政府関係者との協議、サイト調査を行い帰国後、調査結果の国内解析を行い、本計画に関する基本設計を策定し、これを報告書案としてとりまとめ、国際協力事業団は1993年1月10日より同年1月21日まで建野正毅氏を団長とする調査団を現地に派遣し、報告書案の説明を行ったうえ、「エ」国政府関係者と同報告書案について協議し、その内容につき双方合意するに至った。本報告書は、以上の結果を取りまとめたものである。

なお、調査団団員構成、調査日程、主要面談者リスト及び協議議事録の写しを巻末に添付した。

第2章 計画の背景

第2章 計画の背景

2-1 エル・サルヴァドル共和国の概要

(1) 地理的状況

エル・サルヴァドル共和国（以下「エ」国と称する。）は、中央アメリカのほぼ中央部で太平洋岸に位置している。

「エ」国は、中央アメリカで最小の共和国だが人口密度は最も高い。首都は国内最大都市のサン・サルヴァドルである。北と東はホンジュラス国に、西と北西はグアテマラ国に接し、南は太平洋に面している。国土の総面積は21,041km²（北海道の約1/4、九州よりやや小さい。）で、東西に257km、南北に97kmある。

「エ」国の地形は、高く険しい山脈のつづく北部と南部、レンパ川上流とサン・ミゲル川が開析した広い高原状の地域、太平洋に面したレンパ川およびサン・ミゲル川下流の平原の3つに大きく区分される。南方の山脈は20以上の火山があり、国を横断して延びている。レンパ川はグアテマラ国に源を発し、北方の山脈を横断して97kmにわたって東流し、それから南に屈曲し南部の山脈を横切って太平洋に注いでいる。一方、サン・ミゲル水系は東部地方の水を集めて流れる。沿岸平野の大部分には、この2河川のほか多くの短い川があり水系がよく発達している。

各地域の気温は高度によって差がある。太平洋岸の低地とレンパ川中流域の低地帯は、月平均気温が25～29℃である。サン・サルヴァドル（海拔698m）では月平均気温は最寒月（1月）22.1℃、最暖月（4月）24.2℃である。「エ」国の季節は5月から11月までの雨季と、11月から5月までの乾季の2つに分けられる。

(2) 国民と政治社会

「エ」国の人種はスペイン系白人と原住民の混血が約84%、インディオが約5.6%、白人が約10%である。「エ」国は中央アメリカで最も面積が小さいが、人口密度は最も大きく、1969年には158人/km²、年間人口増加率は、1963～1969年の間には3.7%であった。1971年の調査人口は3,554,648人で1991年の推定人口は5,392,000人、人口密度は256.3人/km²で人口過剰は「エ」国の主な問題の一つである。住民の約3/4は、サン・サルヴァドル県の周辺に住み、同県の人口密度は全国平均の4倍に達している。

国語はスペイン語で、国民の大多数はローマ・カトリック教徒である。

政治体制は大統領を元首とする立憲共和制で、現行憲法は1983年12月20日に交付された。この憲法は、立法、行政、司法の3法からなる代議政体を規定している。行政権は大統領および内閣官僚によって行使される。大統領の任期は5年で、副大統領とともに国民の直接選挙により選出され連続再選は認められない。地方自治体は14の県と262の市からなり各県には行政府の任命する知事がおかれ、市長は直接選挙で選ばれる。立法権は1院制の議会に与えられる。議員定数は84名、任期は3年である。司法権は最高裁判所および下級裁判所によって行使される。最高裁判所の判事の定数は14名で国会によって選任される。

「エ」国の治安情勢は、1979年10月に没発したクーデター（内戦）を契機に不安定な社会情勢となった。クーデターと時期を同じくして結成された左翼グループのファラブンド・マルティ民族解放戦線（FMLN）は、「エ」国北部のチャラテナンゴ県、モサラン県の地方部および都市部に於て活発なゲリラ・テロ活動を続けて同地区の施設の破壊などをくりかえし、地域住民の生活圏に多大な危害を及ぼした。

1990年4月、民主主義共和国同盟（ARENA）のクリスチアニ政権とFMLNは、1979年に始まった内戦を終結させるための交渉を開始した。しかし、ベネズエラ、メキシコ、コスタリカで6回にわたって行われた会談も停戦の実現に向かうことなく失敗に終わった。その主たる障害は武装解除にあった。即ち、政府軍部はFMLNがなにをおいても武装解除することを主張したのに対して、FMLNはゲリラの武装解除と同時に政府軍部を廃止し、文民統制の治安部隊を創設するとともに社会、経済、司法及び選挙制度改革を行うよう要求した。

1991年3月には、84人の国会議員と262人の市長を選ぶ統一選挙が行われた。この選挙には内戦後初めて左派政党が参加したが、国会議員選の結果は与党の右派・ARENAが39議席、キリスト教民主党（PCD）が26議席、左派3党による民主連合（CD）が8議席をそれぞれ獲得した。この選挙でARENAは9議席を得た右派・国民協議党（PCN）との連合により国会で多数議席を保持した。

その後の和平交渉に関し、同年9月デクエヤル国連事務総長の仲介でクリスチアニ大統領とFMLNの代表は、停戦に向けての本格的協議を推進するため、「国家平和統合委員会（COPAZ）」を創設するとの合意文書に調印した。10月以降和平交渉はたびたび中断されたが、1992年1月16日、ようやく和平案が成立した。合意文書は治安警察の解体と市民警察へのゲリラの参加、国軍の民主化、社会・経済改革、司法・選挙制度改革の実施を謳ったものである。その後、和平案の内容について、いくつかの項目が確認され、1992年12月15日に最終案

が締結された。これをもって12年にわたる「エ」国の内戦に最終的に終止符が打たれることになった。

(3) 社会経済状況

「エ」国は国土狭小、人口過密の中で、コーヒー、綿花、砂糖等を主要産品とする農業と1960年代より1970年代にかけ急速に発展した工業を主要産業としているが、基本的にはコーヒー輸出にその外資収入の約40%（最近では米国等への移住者約150万人からの送金も大きなウェイトを占めている。）を依存する農業国と言えよう。

1950年から1978年にかけて国内経済は年率約5%の割合で成長を続け、投資も大きく増加したが、1979年にクーデター（内戦）が没発した後、国内生産活動は大幅に低下することになった。その後の長期的な政情不安は資本逃避を招き、内戦状態に陥った国内でゲリラ等によるテロ事件等が原因で経済環境は悪化の一途を辿った。また、1986年10月に首都圏を中心に発生した大地震で多くの人命が失われたとともに、40,000人を超える失業者を生み出すなど、「エ」国経済に大きな影響を及ぼした。その様な社会状況の中で1990年には農業セクターの生産が伸びるなど経済の回復の兆しが見られるようになったが、1978年当時の水準には至っていない（約10%の落ち込み）のが現状であった。

〔実質GDP成長率〕

1987年	2.6%	1990年	3.4%
1988年	1.6%	1991年	3.5%
1989年	1.1%	1992年	4.6%

しかし、12年に亘る内戦の影響を受けつつも、1990年経済実績を観ると「エ」国経済は過去10年間で最高の経済成長率(3.4%)を記録し、今後将来に向け極めて明るい見直しを呈することとなった。1990年「エ」国内経済好調の背景には先に述べたごとく、(a) 農業セクターにおける生産が前年の伸び率0.5%に対し1990年は7.4%と大きく伸びたこと、特にコーヒー、砂糖きびといった伝統産品の生産が順調に伸びたことに加え、基礎穀物の生産も順調であったこと、(b) 製造業も前年成長率2.5%に対し3.0%、商業・サービスにおいても2.2%の成長率を記録したこと等が挙げられる。

上記経済成長に伴い輸出入とも増大し、特に輸入の大幅な伸びにより貿易収支赤字の対GDP比は前年に比して若干上昇したものの、経常収支赤字は減少、総合収支はプラスに転じた。その結果1990年における外貨準備（ネット）高は117,000,000ドル（当初計画は60,000,000

ドル)、年度末の外貨準備残高総計 363,600,000ドルに達し、ここ数年で最高の数字を記録し、今後の国際収支改善に極めて明るい材料を提供することとなった。

また政府の財政・金融政策はその第1目標を当面のインフレ抑制・為替安定に置いているが1990年においては同政策はまずまずの成果を挙げ、インフレ率は前年の23.5%から19.3%に低下すると共に一連の為替政策により名目為替レートも安定し、銀行と闇レートの格差は大きく狭められた。また公共部門赤字対GDP比も前年の6.4%から2.6%へと大きく縮小した。

他方国際機関、外国政府からの財政援助としては (a) 1990年8月IMFとの間で50,000,000ドルのスタนด์バイ取り極めに合意、(b) パリクラブにおいて日、米、仏、西との計136,500,000ドルにのぼる対外債務繰り延べに合意(8年据置16年延べ払い)、(c) 世銀からの75,000,000ドルにのぼる構造調整融資及びIDBからの90,000,000ドル融資等が実現した。

今後の経済政策としては、「エ」国政府は1990年の実績を踏まえ、「1989年～1994年経済社会開発計画」の中で経済活性化を達成すべく以下を基本目標に、今後の「エ」国の経済運営を計ることとしている。また現在の「エ」国の一般経済状況は次の〔表2-1〕に示すとおりである。

- (a) インフレ抑制と生産活動により適正な通貨流動性の維持
- (b) 財政赤字削減と公共財政の健全化
- (c) 財政システムの効率的運営と確立
- (d) 為替の安定と国際収支赤字の削減、外国からの融資獲得
- (e) 生産の拡大

〔表2-1〕 一般経済指標

(a) 通貨単位	コロン(¢)	1ドル=8.30¢ (1992年9月1日)
(b) 国民経済		
・ 予算(1992年)	=	歳入 5,950,000,000¢ 歳出 7,296,000,000¢
・ 対外債務残高(1992年)	=	1,811,800,000ドル (ただし464,000,000ドルの負債免除を含まない。)

・生産（付加価値額、単位は特記以外100万φ）

農林漁業（1990年）：	コーヒー	1,641	タバコ	54
	トウモロコシ	528	米	50
	鳥類飼育	281	バナナ	36,000t
	豆	225	木材	77
	サトウキビ	209	漁獲高	205
	キビ 1	47		

家畜数	：	ウシ	1,193,000頭
		ブタ	450,000頭
		ニワトリ	5,000,000羽

製造業（1990年）	：	食品	2,890	化学製品	412
		飲料	1,134	非金属鉱物製品	395
		石油製品	482	衣類・履物	316
		織物	437	タバコ製品	307

建設（1990年）	：	民間住宅	515
		民間非住宅	169
		官公庁	388

観光 収入（1989年）： 63,000,000ドル

支出（1988年）： 75,000,000ドル

平均世帯規模（1992年）： 都市部 4.5人、地方 5.2人

経済活動人口（1992年）： 1,951,900人、

失業率 8%（不完全失業率 29.7%）

消費者物価指数： 1337.1（1991年7月、1985年=100）

国民総生産（1992年）： 6,264,000,000ドル

(c) 貿易 貿易収支（1992年）： -10,284,000ドル

輸入（1992年）： 16,130,000ドル

輸出（1992年）： 5,846,000ドル

（出典：ブリタニカ国際年鑑 1992年）

(4) 人口動態

現在の総人口は約 5,392,000人(1991年推定)である。その内次の〔表2-2〕及び〔表2-3〕によると中央部であるチャラテナンゴ県、ラ・リベルタッド県、サン・サルヴァドル県、クスカルトゥラン県と中央部周辺のラ・パズ県、カバンヤス県、サン・ピヤンテ県ではほぼ全人口の約2分の1を占める都市集中型となっており、特に首都のサン・サルヴァドル県にはそのうちの2分の1が居住している。

〔表2-2〕 「エ」国の地域別・県別人口数 (1986年～1990年)

地域名と県名	1986	1987	1988	1989	1990
総人口数	4,845,588	4,933,835	5,031,484	5,137,707	5,251,678
西部	1,058,609	1,080,034	1,103,411	1,128,592	1,155,369
アウアチャパン 県	257,382	262,604	268,337	274,436	280,964
サンタ・アナ 県	437,015	445,835	455,418	465,828	476,853
ソソナテ 県	364,212	371,595	379,656	388,328	397,552
中央部	2,031,375	2,089,797	2,153,813	2,222,267	2,295,683
チャラテナンゴ 県	147,247	146,907	147,192	147,930	149,130
ラ・リベルタッド 県	467,006	482,329	498,637	516,523	535,287
サン・サルヴァドル 県	1,234,098	1,275,357	1,320,340	1,367,426	1,417,953
クスカルトゥラン 県	183,024	185,204	187,644	190,388	193,313
中央部周辺	540,658	543,512	546,980	551,496	556,365
ラ・パズ 県	245,667	248,626	252,014	255,657	259,613
カバンヤス 県	132,682	132,097	131,544	131,441	131,306
サン・ピヤンテ 県	162,309	162,789	163,422	164,398	165,446
東部	1,214,946	1,220,492	1,227,280	1,235,352	1,244,261
ウスケタン 県	378,442	380,887	383,790	387,338	391,167
サンミゲル 県	406,878	409,195	412,116	415,488	419,287
モラサン 県	142,372	141,957	141,722	141,675	141,754
ラ・ウニオン 県	287,254	288,453	289,652	290,851	292,053

出典：経済企画省 人口統計部

〔表2-3〕 「エ」国の地域別・県別人口比率（1980年～1990年）

地域名と県名	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
西 部	20.910	21.117	21.311	21.488	21.652	21.800	21.847	21.891	21.930	21.967	22.000
アツチヤン 県	5.025	5.087	5.146	5.201	5.252	5.300	5.312	5.323	5.333	5.342	5.350
ヤン・ア 県	9.015	9.027	9.032	9.028	9.018	9.000	9.019	9.036	9.051	9.067	9.080
ソツチ 県	6.870	7.003	7.133	7.259	7.382	7.500	7.516	7.532	7.546	7.558	7.570
中 央 部	38.717	39.237	39.775	40.332	40.909	41.500	41.922	42.357	42.806	43.254	43.714
チャチヤン 県	4.588	4.253	3.938	3.643	3.368	3.111	3.039	2.978	2.925	2.879	2.840
ラ・リヤカド 県	8.430	8.648	8.865	9.079	9.291	9.500	9.638	9.776	9.910	10.054	10.193
ヤン・カダド 県	21.509	22.220	22.933	23.649	24.369	25.089	25.468	25.849	26.242	26.615	27.000
クスカトラン 県	4.190	4.116	4.039	3.961	3.881	3.800	3.777	3.754	3.729	3.706	3.681
中央部周辺	12.718	12.433	12.148	11.865	11.581	11.300	11.158	11.015	10.871	10.734	10.593
ラ・バ 県	5.143	5.143	5.139	5.132	5.117	5.100	5.070	5.039	5.009	4.976	4.943
ガニヤ 県	3.419	3.291	3.164	3.040	2.919	2.800	2.738	2.677	2.614	2.558	2.500
ヤン・ピエン 県	4.156	3.999	3.845	3.693	3.545	3.400	3.350	3.299	3.248	3.200	3.150
東 部	27.656	27.213	26.766	26.313	25.859	25.400	25.073	24.737	24.393	24.045	23.692
ウスルヤン 県	8.296	8.229	8.156	8.076	7.991	7.900	7.810	7.720	7.628	7.539	7.448
ヤンミヤ 県	8.832	8.780	8.720	8.653	8.580	8.500	8.397	8.294	8.191	8.087	7.984
モラン 県	4.205	3.937	3.683	3.442	3.215	3.000	2.938	2.877	2.817	2.758	2.699
ラ・ウニヤン 県	6.323	6.267	6.207	6.142	6.073	6.000	5.928	5.846	5.757	5.661	5.561

出 典 : 経済企画省人口統計部

〔表2-4〕 「エ」国の地域別・県別人口増加率（1980年～1989年）

地域名と県名	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
総人口増加率	1.257	0.918	0.818	0.938	1.282	1.623	1.805	1.960	2.089	2.194
西 部	2.249	1.829	1.648	1.696	1.964	1.838	2.004	2.141	2.256	2.345
アツチヤン 県	2.494	2.068	1.880	1.922	2.185	1.843	2.009	2.160	2.247	2.351
ヤン・ア 県	1.394	0.968	0.781	0.823	1.085	1.832	1.998	2.127	2.260	2.339
ソツチ 県	3.183	2.756	2.568	2.611	2.873	1.841	2.007	2.146	2.258	2.348
中 央 部	2.588	2.283	2.209	2.356	2.718	2.635	2.835	3.017	3.129	3.250
チャチヤン 県	-6.347	-6.772	-6.960	-6.918	-6.656	-0.721	-0.231	0.194	0.500	0.808
ラ・リヤカド 県	3.818	3.392	3.204	3.246	3.508	3.063	3.228	3.325	3.524	3.568
ヤン・カダド 県	4.506	4.080	3.892	3.934	4.196	3.124	3.289	3.466	3.504	3.628
クスカトラン 県	-0.526	-0.951	-1.139	-1.097	-0.834	1.019	1.184	1.309	1.452	1.525
中央部周辺	-1.009	-1.399	-1.533	-1.491	-1.174	0.356	0.526	0.636	0.822	0.879
ラ・バ 県	1.259	0.832	0.687	0.645	0.950	1.302	1.197	1.353	1.435	1.536
ガニヤ 県	-2.566	-2.993	-3.180	-3.138	-2.876	-0.609	-0.442	-0.420	-0.078	-0.103
ヤン・ピエン 県	-2.589	-3.014	-3.203	-3.161	-2.898	0.130	0.295	0.388	0.595	0.635
東 部	-0.356	-0.740	-0.887	-0.806	-0.507	0.329	0.455	0.555	0.656	0.719
ウスルヤン 県	0.449	0.023	-0.165	-0.123	0.140	0.478	0.644	0.759	0.920	0.984
ヤンミヤ 県	0.660	0.233	0.046	0.088	0.350	0.403	0.568	0.711	0.815	0.910
モラン 県	-5.328	-5.754	-5.941	-5.899	-5.637	-0.458	-0.292	-0.166	-0.033	0.056
ラ・ウニヤン 県	0.379	-0.047	-0.235	-0.193	0.070	0.418	0.417	0.415	0.413	0.412

出 典 : 経済企画省人口統計部

1980年～1989年までの「エ」国の地域別・県別人口増加の推移に関しては〔表 2-4〕に掲げる如く、特に中央部チャラテナンゴ県、中央部周辺のカバニャス県、サン・ピセンテ県、及び東部モラサン県は、人口の減少化が1980年～1987年の数年間にわたり著しく、これは内戦の影響が強く、その被害をもろにうけた結果であって、比較的安全な西部地方（特にアウアチャパン県やソンソナテ県）への住民移動や戦死によるものと考えられる。

(5) 人口構成

人口の性別及び5才ごとの年齢別の構成をみると次の〔表2-5〕の如く、0才～19才の人口層が約2,955,000と「エ」国の全人口の約56%を占めている。また、いわゆる青年層である20才～39才の年齢層は約25%を占め、都市集中型と合わせて、少青年層が大半以上を占める典型的な開発途上国型の人口構成となっている。

〔表2-5〕 「エ」国における性別、年齢別（5才ごと）人口構成（1990年）

年 齢	総 数	比 率	男 性		女 性	
			数	比 率	数	比 率
総 数	5,251,680	100.00	2,574,428	49.07	2,677,250	50.93
0才 ～ 4才	839,679	16.00	431,545	8.22	408,134	7.77
5 ～ 9	763,324	14.54	389,725	7.42	373,599	7.11
10 ～ 14	730,931	13.92	371,180	7.07	359,751	6.85
15 ～ 19	621,585	11.84	309,860	5.90	311,724	5.94
20 ～ 24	483,496	9.21	234,955	4.47	248,541	4.73
25 ～ 29	342,147	6.52	157,000	2.99	185,147	3.53
30 ～ 34	270,260	5.15	123,264	2.35	146,996	2.80
35 ～ 39	236,787	4.51	108,474	2.07	128,311	2.44
40 ～ 44	196,980	3.75	91,894	1.75	105,086	2.00
45 ～ 49	184,430	3.51	87,183	1.66	97,247	1.85
50 ～ 54	154,450	2.94	72,909	1.39	81,541	1.55
55 ～ 59	129,021	2.46	60,895	1.16	68,126	1.30
60 ～ 64	105,171	2.00	49,020	0.93	56,151	1.07
65 ～ 69	80,622	1.54	37,412	0.71	43,211	0.82
70 ～ 74	57,458	1.09	26,296	0.50	31,162	0.59
75 ～ 79	36,082	0.69	15,611	0.30	20,471	0.39
80才以上	19,257	0.37	7,205	0.14	12,052	0.23

出 典： 経 済 企 画 省

(6) 就 学 率

「エ」国の一般的教育制度は、①3才～6才の3年間は幼稚園、②7才～15才の9年間は基本教育学校（日本の小学校、中学校に当たる。）、③16才～18才の3年間は高等学校、④19才以上は大学となっているが、当国の年令別、地域別、性別による1986年～1988年の就学率〔表2-6〕をみると9才～13才及び14才～18才の教育を受けるべき一番大切な年令層において未就学者が多いのが目立っている。経済的な理由で就学できない者、教育施設の不足、内戦による教育施設の破壊や教師の損失などの理由等と考えられるが、1988年の首都圏全域における調査では、14才～18才の日本でいう中学校、高等学校教育にあたる年令層で就学者数の約28%が、さらに都市部においては同年令層で約33%が未就学者である。

また年令別のデータは不明であるが、首都圏全域及び都市部と比較すると地方ではさらにその傾向が強いと推測される。

〔表2-6〕 「エ」国の年齢別、地域別、性別就学率 (1986年～1988年)

性別と年齢別グループ	総数	就学者数	未就学者数
首都圏全域 (1988年)	881,808	316,806	546,744
男性	399,013	158,232	231,648
女性	482,795	158,574	315,096
4～8才	126,004	66,804	55,290
9～13	114,619	105,222	8,094
14～18	105,549	81,852	23,028
19～23	98,842	37,506	58,824
24～28	85,088	14,820	71,478
29～33	71,021	5,928	61,104
34才以上	280,685	4,674	268,926
都市部 (1990年)	2,122,920	677,576	1,236,991
男性	965,418	337,409	531,468
女性	1,157,502	340,167	705,523
首都圏 (1990年)	960,729	354,214	606,515
男性	435,239	177,320	257,919
女性	525,490	176,894	348,596
4～8才	116,750	84,803	31,947
9～13	121,120	116,826	4,294
14～18	117,459	88,131	29,328
19～23	110,123	37,292	72,831
24～28	96,755	13,223	83,532
29～33	82,739	8,095	74,644
34才以上	315,783	5,844	309,939
西部	340,912	108,886	232,026
男性	154,910	52,833	102,077
女性	186,002	56,053	129,949
中央部周辺Ⅰ	302,878	101,701	201,177
男性	142,659	53,008	89,651
女性	160,219	48,693	111,526
中央部周辺Ⅱ	147,158	53,722	93,436
男性	66,778	26,096	40,682
女性	80,380	27,626	52,754
東部都市部	291,059	105,842	185,217
男性	128,409	50,254	78,155
女性	162,650	55,588	107,062

出典：経済企画省

2-2 保健医療分野の現状

2-2-1 保健医療事情

(1) 出生と死亡

「エ」国の過去10数年にわたる出生と死亡及び移民に係る統計〔表 2-7〕〔表 2-8〕を調べてみると、内戦以前は年平均160,000～170,000人程度の出生数を保っていたのが、1979年以降の内戦、それに伴う経済状況の悪化や医療施設の荒廃により、出生数が減少傾向を示し、特に1980年、1981年の内戦の最も激しい時期はその影響をまろにうけて死亡者も急増するとともに、国外への脱出が通常年の1.5倍以上にのぼった。内戦状態にあっても、国状がやや安定化にむかってきた1987年以降は人口の動きも落ち着きをとりもどし、1991年には総人口が約5,392,000人と推定されている。

〔表 2-7〕 「エ」国の年別出生数、死亡数及び移民数 (1975年～1988年)

年次	出生数	死亡数	自然増加数	移民(出)	総体増加数	人口
1975	159,731	31,601	128,130	19,334	108,796	4,085,206
1976	165,822	30,826	134,996	25,000	109,996	4,180,035
1977	177,531	33,009	144,522	26,595	117,927	4,274,864
1978	172,897	30,086	142,811	54,159	88,652	4,366,298
1979	174,183	32,936	141,247	59,585	81,662	4,450,924
1980	169,930	38,967	130,963	80,613	50,350	4,525,402
1981	163,305	37,468	125,837	23,568	102,269	4,582,638
1982	156,796	33,284	123,512	56,058	67,454	4,624,914
1983	144,193	32,697	111,496	60,657	50,839	4,662,788
1984	142,202	28,854	113,348	40,074	73,274	4,706,821
1985	140,784	27,225	113,559	27,463	86,096	4,767,570
1986	145,126	25,731	119,395	37,366	82,029	4,845,588
1987	148,355	27,581	120,774	16,527	104,247	4,933,835
1988	149,200	27,774	121,426	61,275	60,151	5,031,483

出典：経済企画省

〔表2-8〕「エ」国の年別人口1000人当たりの出生率、死亡率及び移民率(1975年~1988年)

年次	出生率	死亡率	自然増加率	移民率	総体増加率	人口
1975	39.10	7.74	31.36	-4.73	26.63	4,085,206
1976	39.67	7.37	32.30	-5.98	26.31	4,180,035
1977	41.53	7.72	33.81	-6.22	27.59	4,274,864
1978	39.60	6.89	32.71	-12.40	20.30	4,366,298
1979	39.13	7.40	31.73	-13.39	18.35	4,450,924
1980	37.55	8.61	28.94	-17.81	11.13	4,525,402
1981	35.64	8.18	27.46	-5.14	22.32	4,582,638
1982	33.90	7.20	26.71	-12.12	14.58	4,624,914
1983	30.92	7.01	23.91	-13.01	10.90	4,662,788
1984	30.21	6.13	24.08	-8.51	15.57	4,706,821
1985	29.53	5.68	23.69	-5.76	23.82	4,767,570
1986	29.95	5.31	24.64	-7.71	16.93	4,845,588
1987	30.07	5.59	24.48	-3.35	21.13	4,933,835
1988	29.65	5.52	24.13	-12.18	12.00	5,031,483

出典：経済企画省

また、〔表2-9〕に示す如く、乳児（1才以下）の死亡率、死産率及び出産による母親の死亡率をみると、国の保健医療サービスにおける基礎的医療の拡充努力があつてか、年々減少傾向にはあるが、先進諸国（1989年の日本は対1000人に対して4人、米国は10人、ドイツ、スペインは8人である。）に比べるとひどくたちおくれて、後開発途上国の実情ほどではないにしろ、一層の母子保健医療の向上が望まれる。

〔表2-9〕「エ」国の乳児死亡率、死産率及び出産による母親の死亡率（1957年~1986年）

年次	乳児(1才以下)の死亡率(対1000人)	死産率(対1000人)	出産による母親の死亡率(対1000人)	年次	乳児(1才以下)の死亡率(対1000人)	死産率(対1000人)	出産による母親の死亡率(対1000人)
1957	87.0	9.8	17.8	1972	58.3	9.3	11.7
1958	88.7	9.6	18.1	1973	59.1	9.2	9.1
1959	78.1	8.5	16.3	1974	53.4	8.8	9.5
1960	76.3	8.5	17.4	1975	58.1	8.0	9.3
1961	70.0	9.0	14.8	1976	55.2	7.8	7.9
1962	71.4	9.0	13.4	1977	59.5	7.4	8.6
1963	67.7	9.3	11.8	1978	50.5	6.6	7.6
1964	65.0	9.7	11.1	1979	49.5	6.6	8.6
1965	70.6	9.5	11.3	1980	42.0	6.2	6.9
1966	62.0	9.0	12.1	1981	44.0	5.1	6.2
1967	63.1	8.9	11.1	1982	42.2	6.7	8.5
1968	59.2	9.3	10.4	1983	43.8	6.7	7.4
1969	63.3	9.8	9.0	1984	35.1	6.1	7.0
1970	66.6	10.2	10.1	1985	32.2	5.9	6.0
1971	52.5	9.1	10.5	1986	28.6	5.3	6.0

出典：経済企画省

(2) 保健衛生指標

1991年の世界銀行の統計によると「エ」国における平均余命は68才であり、普通出生率は35人/1,000人、普通死亡率は8.4人/1,000人、乳児死亡率は56人/1,000人であり、東南アジアや西南アジアの開発途上国に類似した値となっている。12年間に及ぶ内戦の影響は、医療施設の荒廃をまねいたばかりでなく、医療行政の改善にもブレーキをかけた。特に各医療施設における診療データの集計方法や管理にもその影を深くおとしたと考えられ、WHOが行っているような各種の保健医療に係るデータの確保や統計処理方法が標準化されていないのが現状であり、どの国にもある10大主要疾患に関するデータは整理されていない。最近の統計で信頼できるものとして、10大伝染病疾患と人口10万人に対する発生率に関するデータを入手したので、次の〔表2-10〕に掲げる。これによると発生件数全体の約63%が開発途上国に顕著な例としてみられる下痢性疾患、腸管寄生虫、赤痢アメーバ及びマラリアで占められている。これらは国民に対する保健教育の不足や財政緊縮、行政の運営難により、環境劣化、基本衛生設備に不足が生じている結果と推測される。

〔表2-10〕 「エ」国における10大伝染病疾患と人口10万人に対する発生率

(1991年統計)

順位	疾 患 名	発 生 件 数	対人口10万
1	下痢性疾患 *	199,520	3712.0
2	インフルエンザ	128,826	2396.7
3	腸管寄生虫 **	79,224	1473.9
4	赤痢アメーバ	32,322	396.7
5	トリコモナス膣炎	18,983	353.2
6	疥 癬	14,397	267.8
7	淋 病	6,544	121.7
8	マ ラ リ ア	6,159	114.6
9	水 痘	5,680	105.7
10	流行性耳下腺炎	3,299	61.4

(注) * …… 細菌性赤痢、下痢、胃腸炎、大腸炎等を含む。
 ** …… ゼン虫、線虫、条虫を含む。

出 典 : 厚生省疫学室

「エ」国における第1位の死亡原因は、1990年の統計によれば、殺人、傷害による死亡である。2位の消化管感染症、3位の不整脈と続くが、不整脈が直接の死因となることはなく、いずれにせよ、それらの明細は統計上ではでてこなく、先進諸国に多くみられる高血圧症や心臓病とも考えられる。このあたりも診断上、統計上の不備が指摘される。

主要死亡原因に係る統計において、10大死亡原因に属する疾患が死亡件数全体（100.00）に対して、その比率が約36%を占めている中で、その約半分に近い15%が殺人・傷害による死亡、交通事故、内戦による暴力、自殺と社会不安のあらわれや長きに亘る内戦の悲惨な結果を表している。これらは極めて特異的な例であり、他の開発途上国においても多くの事例をみない。

〔表2-11〕 「エ」国における主要死亡原因（1990年）

順位	死亡原因疾患名	件数	%
1	殺人・傷害による死亡	1,871	6.73
2	消化管感染症	1,276	4.59
3	不整脈	1,247	4.48
4	交通事故	1,178	4.24
5	急性心筋梗塞	1,059	3.81
6	肺炎	980	3.52
7	内戦による暴力	745	2.68
8	自殺	628	2.26
9	慢性気管支炎及び肺気腫	560	2.01
10	糖尿病	422	1.51
--	不明	17,808	64.17
	合計	27,774	100.00

出典：1990年保健年鑑による。（本調査質問書に対する厚生省よりの回答書による。）

(3) 社会保険

「エ」国には国民皆保険制度はなく、社会保険組合（ISSS: Institute Salvadorenö de Seguro Social）という組織がある。各企業を通じて従業員はこの組合保険に加入している。それは全人口の約 4.3%とされており、その他約7.5%が私立開業医による自由診療を受けている。残り約90%の国民は厚生省管轄下の医療機関で公費補助による医療サービスを受けている。保険の対象となる者は労働者本人とその妻、及び0才～2才までの乳児となっており、加入者は社会保険組合が経営する医療施設のみで原則的に無料で診療が受けられる。2才以上の者は社会保険組合が経営する以外の医療施設で、国の援助により無料で受診できる制度となっている。保険の掛け金は、疾病、出産、労災や高齢障害、及び死亡とそのかける保険の種類により異なる。また国家公務員と民間企業の労働者では掛け金は異なり、国家公務員で給与の2.23%、民間企業の労働者で4%程度を毎月支払っている。

次の〔表2-12〕及び〔表2-13〕に社会保険組合加入者数を示す。

〔表2-12〕 社会保険組合加入者数（1979年～1990年）

単位：千人

年次	総数	全国合計		首都圏	西部	中央部	東部	加入者指数
		男性	女性					
一般契約加入者数（疾病、出産、労災）								
1979	225.5	156.5	69.0	154.3	27.3	25.9	18.0	1,540
1980	191.9	133.4	58.5	128.9	25.3	23.0	14.7	1,266
1981	182.1	126.7	55.4	123.6	23.7	19.0	15.8	1,186
1982	184.6	128.1	56.5	126.8	24.0	19.2	14.6	1,191
1983	200.2	138.9	61.3	137.4	26.2	20.9	15.7	1,282
1984	193.6	133.8	59.8	136.4	23.9	19.6	13.6	1,228
1985	199.2	137.8	61.4	139.2	24.6	21.2	14.1	1,247
1986	208.6	144.3	64.3	145.0	26.2	22.0	15.3	1,285
1987	199.2	137.8	61.4	149.2	26.7	23.3	13.0	1,277
1988	208.6	144.3	64.3	161.5	27.0	24.6	13.1	1,332
1989	222.2	153.0	69.2	170.0	28.5	25.9	13.8	1,375
1990	230.4	158.7	71.7	164.4	27.5	25.1	13.3	
身体障害、高齢障害、死亡に対する保険加入者数								
1979	221.0	153.4	67.6	150.5	27.2	25.8	17.5	1,509
1980	187.1	130.3	56.8	124.2	25.4	23.2	14.3	1,234
1981	175.4	122.1	53.3	118.2	23.0	18.9	15.3	1,142
1982	179.0	124.6	54.4	120.2	24.2	20.1	14.5	1,155
1983	189.8	132.1	57.7	127.5	26.2	20.8	15.3	1,215
1984	185.2	128.5	56.7	127.0	24.0	20.1	14.1	1,174
1985	189.1	131.0	58.1	130.6	24.2	20.9	13.4	1,184
1986	198.2	137.3	60.9	136.9	25.0	21.5	14.8	1,221
1987	200.2	138.2	62.0	140.3	25.7	22.4	11.8	1,205
1988	215.6	148.4	67.2	153.6	23.9	26.1	12.0	1,270
1989	227.0	156.3	70.7	161.8	27.5	25.1	12.6	1,311
1990	223.5	153.9	69.6	159.3	27.1	24.8	12.5	

〔表2-13〕 民間企業業種別の雇用主／従業員の社会保険組合加入者数
(1980年～1990年)

年次	合計	農業	鉱業	工業	電気 ガス 水	建設	レストラン ホテル	運輸	銀行 証券	サービス業
従業員加入者数 (単位：千人)										
1980	191.9	5.5	1.2	76.7	4.0	14.1	37.7	10.1	18.8	23.8
1981	182.1	5.7	1.1	70.5	4.6	13.6	34.8	9.3	18.9	23.6
1982	184.6	5.9	0.7	71.4	4.7	15.3	34.6	8.6	19.2	24.2
1983	200.2	6.5	0.5	76.1	6.9	16.5	35.6	9.1	20.7	28.3
1984	193.6	5.8	0.5	72.7	5.4	14.6	36.7	9.2	21.2	27.5
1985	199.2	6.2	0.4	73.3	6.1	15.0	38.8	9.0	22.7	27.7
1986	208.6	6.9	0.3	76.6	4.9	15.8	42.0	9.2	25.0	27.9
1987	212.2	5.7	0.3	78.4	2.8	21.0	42.9	8.6	27.1	25.4
1988	226.1	5.4	0.3	78.9	1.6	21.6	46.7	8.2	28.5	34.9
1989	222.2	5.3	0.4	79.0	2.6	21.9	49.1	8.3	28.9	26.7
1990	228.5	5.5	0.4	81.5	4.5	20.6	53.6	8.0	27.2	27.2
雇用主加入者数										
1980	10,612	495	34	2,376	40	518	3,497	633	1,136	1,883
1981	10,188	474	37	2,224	29	459	3,362	603	1,143	1,857
1982	10,663	766	32	2,291	32	483	3,390	615	1,143	1,911
1983	10,643	468	31	2,321	44	550	3,400	606	1,192	2,031
1984	11,336	508	36	2,461	32	562	3,636	659	1,259	2,183
1985	11,250	451	28	2,271	31	549	3,696	651	1,306	2,267
1986	11,246	448	23	2,231	36	550	3,733	682	1,309	2,234
1987	10,964	431	19	2,155	26	577	3,636	659	1,337	2,124
1988	11,206	422	19	2,160	27	620	3,717	648	1,378	2,215
1989	11,122	397	18	2,114	23	590	3,776	628	1,393	2,183
1990	11,923	411	18	2,278	25	655	4,115	669	1,431	2,321

出典：社会保険組合

2-2-2 厚生省の組織

「エ」国の保健医療行政に関しては政府機関である厚生省がその役割を果たしている。〔図2-1〕の「エ」国厚生省組織機構図に示すとおり、厚生大臣・副大臣の直轄による「国家保健委員会」「国際顧問」「保健設備計画局」及び「国際協力課、法務課、国内監査課、広報課、国際保健医療援助課」と「執行本部」に属する各部課が行政をとりまとめ、大臣・副大臣に最終決裁を仰ぐしくみになっている。

「エ」国国内にある厚生省管轄下の医療施設の運営管理は「執行本部」が監督しており、そこに属する各部課が国の医療施設の運営や保健医療サービス全般に係るそれぞれの業務範囲を責任をもって遂行している。

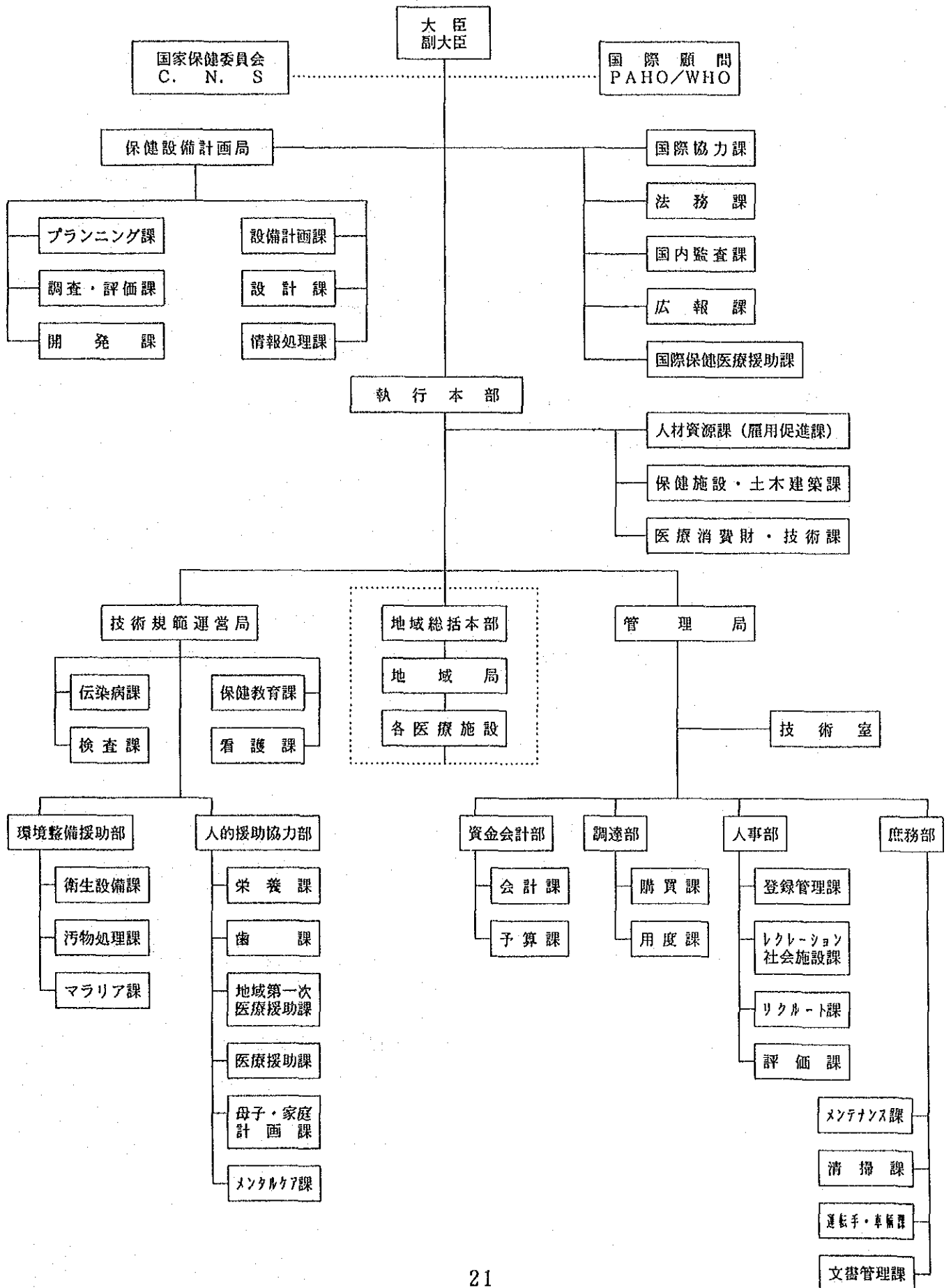
本計画の厚生省における実施窓口は、「技術規範運営局人的援助部医療援助課」である。医薬・医療品の調達に関しては「管理局調達部」が、医療機材の保守・管理は「庶務部メンテナンス課」が運用するメンテナンスセンターで実施されている。また昨年突発的に発生したコレラの流行、その他の伝染病に対する行政執行は技術規範運営局の伝染病課の協力をあおぎながら、「環境整備援助部」が担当している。

「エ」国の保健医療行政の地域分けは次に示すとおりで、厚生省の地域統括本部の地方局が中心となって行政をつかさどっている。

〔保健医療行政区分〕

- ① 東 部……………ウスルタン県、サン・ミゲル県、モラサン県、ラ・ウニオン県
- ② 中央部周辺……………クスカトゥラン県、ラ・パーズ県、カバーニャス県、サン・ピセンテ県
- ③ 中央部……………チャラテナンゴ県、ラ・リベルタッド県
- ④ 首都圏……………サン・サルヴァドル県
- ⑤ 西 部……………アウアチャパン県、ソン・ソナテ県、サンタ・アナ県

〔図2-1〕 「エ」国厚生省組織機構図



2-2-3 厚生省の予算

〔表2-14〕の1992年度の「エ」国厚生省予算表に示されるとおり、総国家予算に対する厚生省の予算比率は7.8%であり、他の開発途上国の厚生行政に振り分けられる総国家予算の比率と比べて多い方であるが、国全体の総予算が逼迫していることから配分は多くても全体的に厚生行政の予算は貧困であり、保健医療分野の開発計画が思うように実施できないでいる現状である。

厚生省総予算の配分の内容を説明すると以下のごとくである。

- ①上部行政費は大臣・副大臣やダイレクター級の職位ある管理職の給与。
- ②一般行政費は上記管理官の給与を除く厚生省関係全員の給与。
- ③保健設備計画費は保健設備計画局で、保健医療に係る小規模なインフラストラクチャーの改善・拡充に使用される予算。
- ④保健・医療・エンジニアリング費は特に医療機材等の維持管理費。
- ⑤技術規範運営サービス費は技術規範運営局で予防接種、薬品の購入やコレラ、エイズなどの特殊検査に係る費用等に当てられる予算。
- ⑥地方保健医療サービス費は保健センター以下の医療施設の運営費。
- ⑦人材育成、教育費は執行本部人材資源課で、地域の医療スタッフに対する教育や研修に使用される予算。
- ⑧専門病院・拠点病院等運営費は5つの専門病院と9つの拠点病院の運営に当てられる予算。
- ⑨保健サービスネットワークの拡大費は看護婦等の巡回診療に当てられる予算。
- ⑩同上分野での建物の増築と改築費は内戦で荒廃した国の末端医療施設の建物の修復に使われる予算。
- ⑪地方基礎衛生設備費は地方の医療施設を除く衛生全般に係る諸設備の拡充や改修を行う予算。
- ⑫地方の飲料水設備拡充費は地方における飲料水の確保に係る予算である。

〔表2-14〕 1992年度（1月～12月）の「エ」国厚生省予算表

1. 「エ」国の総国家予算	¢ 6,757,000,000.-	(101,355,000,000 円)		
2. 厚生省の総予算	¢ 530,000,000.-	(7,950,000,000 円)		
3. 総国家予算に対する厚生省の総予算の比率	7.8%	〔¢1.00 = ¥15 とし換算〕		
4. 厚生省総予算の配分	一般予算	外国よりの借入	合計	%
①上部行政費	¢ 1,305,470	---	¢ 1,305,470	0.246
②一般行政費	44,681,700	---	44,681,700	8.431
③保健設備計画費	2,153,120	---	2,153,120	0.406
④保健・医療・エンジニアリング費	1,656,680	---	1,656,680	0.312
⑤技術規範運営サービス費	5,627,780	---	5,627,780	1.061
⑥地方保健・医療サービス費	199,961,420	---	199,961,420	37.728
⑦人材育成、教育費	2,415,120	---	2,415,120	0.451
⑧専門病院、拠点病院等運営費	228,481,440	---	228,481,440	43.109
⑨保健サービスネットワーク 拡大費	---	¢169,170	169,170	0.032
⑩同上分野での建物の増築と改築費	5,500,000	---	5,500,000	1.037
⑪地方基礎衛生設備費	7,194,460	---	7,194,460	1.357
⑫地方飲料水設備拡充費	853,350	30,000,000	30,853,350	5.821
合計	¢499,830,540	¢30,169,170	¢529,999,710	
		改め	¢530,000,000	100.00

出典：厚生省（本調査質問書に対する厚生省よりの回答書による。）

2-2-4 保健医療サービス

(1) 医療施設の実態

「エ」国全体の医療施設は現在342の施設があり、うち200床以上の入院病床数を保有する専門病院や拠点病院は14カ所ある。それらの基幹病院を基軸に、拠点病院のない県は100床規模の入院病床数を持つ全国で15カ所の保健センターがカバーしている。

専門病院、拠点病院及び保健センターの傘下にその規模と診療内容によって110カ所の保健ユニット、166カ所の保健ポスト、35カ所の保健相談所と2カ所の衛生相談所が存在する。

次の〔表2-15〕に「エ」国の医療施設の全容を示す。

特に病床数の統計覧において診療科別の病床数で、内科、外科、産婦人科及び小児科を除く耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科等の専門診療科は首都圏のロザレス専門病院を中心に存在するのみで、それらの専門診療科の診療が地方にまでゆき届くことも保健開発計画の一端として望まれるところである。

〔表2-15〕 「エ」国の医療施設数及び病床数 (1986年~1989年) (厚生省管轄のみ)

分 類	1986	1987	1988	1989	地 域 別				
					西 部	中 央 部	首 都 圏	中 央 部 周 辺	東 部
〔医療施設〕	352	358	342	342	84	52	40	60	106
病 院	14	14	14	14	3	2	5	2	2
保健センター	12	13	15	15	2	1	1	4	7
保健ユニット	105	115	110	110	21	14	23	3	39
保健ポスト	178	185	166	166	43	29	4	39	51
保健相談所	36	27	35	35	15	6	7	2	5
衛生相談所	7	4	2	2					2
〔病床数〕	5,577	5,287	5,529	5,544	1,216	410	2,003	733	1,182
(1) 専門科別	5,204	4,924	5,168	5,063	1,134	396	1,818	646	1,069
内 科	871	906	1,006	1,360	287	92	518	189	274
(男性)	446	448	513	754	143	51	325	96	139
(女性)	425	458	493	606	144	41	193	93	135
外 科	882	842	971	997	271	129	200	152	245
(男性)	461	424	524	551	141	61	122	80	147
(女性)	421	418	447	446	130	68	78	72	98
小 児 科	1,147	1,052	1,063	970	270	90	124	180	306
産 科	567	568	514	602	177	48	141	90	146
婦 人 科	181	164	161	153	49		43	28	33
結 核 科	584	504	504	40	40		0		0
感 染 症 科	15	29	76	49	18		17	7	7
耳 鼻 咽 喉 科	29	20	27	51	6		39		6
眼 科	96	74	53	67			59		8
皮 膚 科	53	21	21	23			23		
整 形 外 科	166	132	148	176		37	105		34
腫 瘍 科	41	41	24	24			24		
泌 尿 器 科	65	32	48	61	16		35		10
内 分 泌 科	10	10	13	13			13		
精 神 科	477	447	513	477			477		
その他専門科	20	52	26	0	0	0			
(2) 特別診療科	373	363	361	481	82	14	185	87	113
差 額 ベ ッ ト	267	260	245	305	54	8	91	72	80
I C U	35	27	26	27	16	0	11		
新 生 児 室	326	341	371	432	88	23	135	74	112
保 育 器 室	106	103	116	124	28	6	42	15	33
その他の特別診療科				52	0		52		
そ の 他	320	247	386	543	299	4	152	14	74

出 典 : 厚 生 省

〔表2-15〕に示したごとく、14の医療施設（専門病院、拠点病院）と15の保健センター及びそれ以下の医療施設（保健ユニット、保健ポスト、保健相談所、衛生相談所）の規模、診療内容は次のように分類されている。

A. 第3次医療

1) 専門病院（5カ所）

首都圏に存在する専門診療を行う医療施設。

医療施設名	所在地	設置診療科	総病床数	備考
1. ベンジャミン・ガーム 小児病院	サン・サルヴァドル 市	外来、救急、小児科、小児外科、 歯科	177 床	
2. 母子センター	サン・サルヴァドル 市	外来、救急、産婦人科、新生児科	266 床	
3. 呼吸器疾患病院	サン・サルヴァドル 市	外来、救急、内科、外科	504 床	
4. 精神病院	ソヤ・パンゴ 市	外来、救急、内科、精神科	895 床	
5. ロザリス専門病院	サン・サルヴァドル 市	外来、救急、内科、外科、 整形外科、眼科、皮膚科、 放射線科、耳鼻咽喉科、泌尿器科 腫瘍科、消化器科、心臓内科	659 床	※

〔注〕 ※印は本計画の整備対象医療施設である。

B. 第2次医療

1) 拠点病院（9カ所）

地域の主要都市（特に県庁所在地）に存在する 100病床以上の規模をもつ総合医療施設。

医療施設名	所在地	設置診療科	総病床数	備考
1. サン・ジュアン・デ・ディオス 病 院	サンタ・アナ 市	外来、救急、内科、外科、 産婦人科、小児科、皮膚科、 結核科、歯科	694 床	○
2. サン・ジュアン・デ・ディオス 病 院	ソソサテ 市	外来、救急、内科、外科、 産婦人科、小児科、整形外科、 歯科	234 床	○
3. サン・ラファエル病院	サンタ・テクラ 市	同 上	227 床	○
4. サンタ・マルタ・デル・ディアス 病 院	サン・ビセンテ 市	同 上	189 床	○
5. サン・ジュアン・デ・ディオス 病 院	サン・ミゲル 市	同 上	402 床	○
6. サンタ・テレサ 病院	サカテコカ 市	同 上	218 床	※
7. Dr. ルイス・イドゥムンド ヴァスカス 病院	チャラチナンゴ 市	同 上	101 床	※
8. サン・パドロー 病院	ウスケタン 市	同 上	327 床	※

医療施設名	所在地	設置診療科	総病床数	備考
9. フランスコ・メネズ 病院	アアチャパン 市	同 上	148 床	※

〔注〕 ○印はフェーズ I 計画の整備対象医療施設、※印は本計画の整備対象医療施設である。

2) 保健センター (15カ所)

全国の主要都市に存在する 100病床以下の規模をもつ総合医療施設

医療施設名	所在地	設置診療科	総病床数	備考
1. チャルチャバ 保健センター	チャルチャバ 市	外来、救急、内科、外科、産婦人科 小児科、理学療法科、歯科	46 床	
2. メタパン 保健センター	メタパン 市	同 上	67 床	
3. ヌバ・コンセプション 保健センター	ヌバ・ コンセプション 市	同 上	30 床	
4. サン・バルトロ 保健センター	イロバongo 市	同 上	59 床	
5. コジュレバケ 保健センター	コジュレバケ 市	同 上	77 床	
6. センステバケ 保健センター	センステバケ 市	同 上	77 床	
7. スチトト 保健センター	スチトト 市	同 上	26 床	
8. イロバスコ 保健センター	イロバスコ 市	同 上	72 床	
9. サンチャゴ・デ・アリア 保健センター	サンチャゴ・デ・ マリア 市	同 上	78 床	
10. ラ・ウニオン 保健センター	ラ・ウニオン 市	同 上	79 床	
11. シクッド・パリオス 保健センター	シクッド・パリオス 市	同 上	62 床	
12. サン・ローザ・デ・マリア 保健センター	サン・ローザ ・デ・マリア 市	同 上	64 床	
13. シクイリスコ 保健センター	シクイリスコ 市	同 上	61 床	
14. ヌバ・グアダルバ 保健センター	ヌバ・グアダルバ 市	同 上	70 床	
15. サン・フランスコ・ゴテラ 保健センター	サン・フランスコ ・ゴテラ 市	同 上	69 床	※

〔注〕 ※印は本計画の整備対象医療施設である。

C. 第1次医療

1) 保健ユニット、保健ポスト、保健相談所、衛生相談所

施設名	人的構成	機能	全国の施設数
保健ユニット	歯科医、看護婦、準看護婦、臨床検査技士、放射線技士、事務員	・入院施設なし ・予防医学が主体 ・毎日診療を実施	110カ所 (対象人口10,000人 ～12,000人)
保健ポスト	医師、看護婦、準看護婦、事務員	・入院施設なし ・予防医学が主体 ・週1回の診療	166カ所 (対象人口3,000人 ～5,000人)
保健相談所	準看護婦(週1回派遣)、地域プロモーター	・診療機能なし ・保健相談が主体	35カ所(対象人口 3,000人未満)
衛生相談所	準看護婦(住込み)	・一般の家での保健相談	2カ所(対象人口 3,000人未満)

上記医療施設の中で各医療レベル間で相互にレファレルシステムをとっており、第1次医療レベルに属する医療施設からの患者は第2次医療レベルの医療施設へ、第2次医療レベルで診療が困難な患者は第3次医療施設へと紹介され移送される。診療後の患者の回復状態により、逆リファレルシステムが適用され、第3次、第2次、第1次と患者は移送され、診療が施されて患者は全快したのち社会復帰する。

一般医療施設とは別に「エ」国には身体障害者用の特別訓練センターが9カ所存在する。

それらは9カ所のうち7カ所が首都圏及びその周辺にあり、他は西部地域に1カ所、東部地域に1カ所で以下のごとくである。

①首都圏及びその周辺

- ・機能回復訓練センター
- ・脳性麻痺センター
- ・特殊教育センター
- ・言語障害センター
- ・重度身体障害者センター
- ・盲人リハビリセンター
- ・老人ホーム

②西部地域

- ・西部身体障害者リハビリセンター

③東部地域

- ・東部身体障害者リハビリセンター

上記身体障害者用の特別訓練センターの全容は以下の〔表2-16〕に示すごとくである。

〔表2-16〕 「エ」国の身体障害者リハビリセンターの概要 (1989年1月～12月)

区 分	総数	リハビリセンター別								
		CAL	CPC	CEE	CAYL	CIM	CRC	CAA	CRIO	CRO
総患者数			477			756		252	1,631	1,645
診療総数		366	173	112	168		407			
看護婦数	177									177
治療実績	7,626	2,803	2,509	188	81	757			1,093	195
理学療法	3,583	2,134	941			396			112	
職業訓練	1,432	606	390			104			332	
言語訓練	896	63	203	188	81	111			250	
特殊教育	1,223		906			61			61	195
ショック療法	127		69			58				
体操	27					27				
聴力訓練	134								134	
脳性麻痺訓練	204								204	
聴力検査	278				278					
理学検査	1,138									1,138
骨髄疾患	20	20								
精神異常	1,053	15		46	77				293	62
ソーシャルワーカー	476	142	123				32		106	73

CAL : Centro del Aparato Locomotor. (技能回復訓練センター) 出典：厚生省
 CPC : Centro de Parálisis Cerebral. (脳性麻痺センター)
 CEE : Centro de Educación Especial. (特殊教育センター)
 CAYL : Centro de Audición y Lenguaje. (言語障害センター)
 CIM : Centro de Invalideces Múltiples. (重度身体障害者センター)
 CRC : Centro de Rehabilitación Para Ciegos "E. de Duenas". (盲人リハビリセンター)
 CAA : Centro de Atención de Ancianos "Sara Zaldivar". (西部身体障害者リハビリセンター)
 CRIO : Centro de Rehabilitación Integral de Invalidos de Occidente. (東部身体障害者リハビリセンター)
 CRO : Centro de Rehabilitación de Oriente.

その他の厚生省管轄外の主要医療施設の状況は以下のとおりである。

詳細なデータは厚生省は把握していないが、厚生省管轄外の主要医療施設の総病床数は、厚生省管轄の総病床数の約51%に当る。

医療施設名	施設数	総病床数
1. 軍病院	3	1,200床
2. 電話局病院	1	110床
3. 社会保険組合病院	8	1,521床
4. その他の小医療施設	2	20床
合計	11	2,851床

出典：厚生省（本調査質問書に対する厚生省よりの回答書による）

(2) 保健医療活動

1) 医療従事者の診療状況

「エ」国の専門病院、拠点病院と保健センターにおける1985年～1989年までの診療実績及び看護婦による地域での家庭や村落における訪問診療の実績を〔表2-17〕に示す。
この統計の対象となった1985年～1989年は内戦のさなかで、入院施設をもった保健センター以上の医療施設では医療従事者による診療は安定していたが、看護婦による家庭や村落の訪問診療は看護婦不足と内戦による政情不安で活動が極めてにぶっている。

〔表2-17〕 医療従事者の診療実績表 (1985年～1989年)

単位：千人

診療と看護	1985	1986	1987	1988	1989	1989年の地域別実績				
						西部	中央部	首都圏	中部	東部
〔医師による診察件数〕	n. d.	1,187.5	2,587.5	2,627.2	2,468.7	496.0	336.8	825.9	303.6	506.4
病院にて	n. d.	907.9	856.4	898.6	845.1	167.4	120.1	305.3	81.5	170.8
保健センター等	n. d.	279.6	1,731.1	1,728.6	1,623.6	328.6	216.7	520.6	222.1	335.6
〔看護婦による看護〕	588.7	686.0	718.3	689.8	667.7	87.0	93.3	172.4	129.5	185.5
病院にて	49.2	51.3	44.3	40.0	33.6	0.0	13.6	0.0	8.0	12.0
保健センター等	539.5	634.7	674.0	649.8	634.1	87.0	79.7	172.4	121.5	173.5
〔準看護婦による看護〕	160.5	186.0	195.5	229.9	175.7	19.2	9.2	3.3	41.5	102.5
病院にて	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
保健センター等	160.5	186.0	195.5	229.9	175.7	19.2	9.2	3.3	41.5	102.5
〔農村部での 保健婦による看護〕	211.4	254.8	238.9	156.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
〔救急処置件数〕	443.1	443.6	472.7	502.9	498.5	114.8	52.6	112.6	90.8	127.7
医師による	438.8	438.6	468.4	498.8	494.2	114.2	52.2	114.4	90.1	126.3
看護婦による	1.9	2.2	1.6	1.3	1.3	0.4	0.1	0.4	0.2	0.2
準看護婦による	2.6	2.8	2.7	2.8	3.0	0.2	0.3	0.8	0.5	1.2
〔看護婦の訪問〕	n. d.	10.1	9.1	9.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
家庭	n. d.	9.8	8.9	8.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
村落	n. d.	0.3	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
〔看護婦による症例別 訪問件数〕	n. d.	9.8	9.0	8.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
下痢	n. d.	1.3	0.9	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ジフテリア	n. d.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
はしか	n. d.	0.2	0.3	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ポリオ	n. d.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
パラチフス	n. d.	0.2	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
結核、腸チフス	n. d.	0.3	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
性病	n. d.	0.5	0.5	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
栄養失調	n. d.	1.9	1.6	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
出産併発症	n. d.	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
産後介助	n. d.	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
病院通院介助	n. d.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	n. d.	5.0	5.1	5.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

出典：厚生省

2) 診療件数

厚生省管轄の5カ所の専門病院、9カ所の拠点病院及び15カ所の保健センターにおける1983年～1989年までの臨床検査件数、放射線検査件数、手術件数、生検件数、処方箋数、核医学診断件数等の実績を〔表2-18〕に示す。

臨床検査の分野では寄生虫検査件数が1987年より減少傾向にある。これは顕微鏡やそれを取りまく検査機材の老朽化や故障により、検査の成績があげられなかったものと推測される。また、放射線検査の分野においても1986年より検査件数が減少傾向にある。多くの放射線診断関連機材の故障と老朽化が目立ち、各医療施設における日常診療に支障をきたしているのが現状で、保健医療サービスの拡充のためにも早急な整備が望まれる。

〔表2-18〕 厚生省管轄の医療施設（専門病院、拠点病院、保健センター）における診療件数（1983年～1989年）

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
[臨床検査]	2,473,177	2,492,385	2,410,308	2,300,967	2,089,792	2,109,290	2,051,292
寄生虫検査総数	1,114,551	1,095,769	1,099,660	1,055,061	926,057	883,885	834,944
血液検査総数	483,653	509,356	744,126	703,937	713,162	751,451	758,014
血清検査総数	277,125	277,893	259,316	227,196	221,902	206,649	180,618
生化学検査総数	203,958	205,625	217,223	219,470	222,883	257,526	267,163
その他の検査総数	393,890	403,742	89,983	95,303	5,788	9,779	10,553
[放射線検査]	262,028	323,394	340,437	303,811	50,541	305,920	27,558
透視	2,051	2,371	729	187	5	58	n. d.
視診	151,906	145,287	119,967	65,681	50,536	51,467	27,558
一般撮影	108,071	175,736	219,741	237,943	n. d.	254,395	n. d.
[外科]	139,656	139,452	144,092	149,796	156,124	164,803	157,239
大手術	36,283	34,689	37,401	38,916	42,282	49,621	43,992
小手術	103,373	104,763	106,691	110,880	113,842	115,182	113,247
[生検]	16,666	17,761	18,428	18,754	21,553	24,966	21,760
[細胞診]	150,996	149,373	144,037	154,146	104,831	119,624	129,573
[剖検]	283	210	147	124	100	113	89
[その他]	13,444,555	13,780,828	13,276,110	13,776,339	15,465,218	15,225,777	15,434,883
処方箋数	8,904,874	8,978,137	8,388,785	8,696,636	9,550,261	8,959,653	9,036,839
注射数	3,512,905	3,675,585	3,668,226	3,752,853	4,466,396	4,714,057	4,804,596
包帯交換数	1,026,776	1,127,106	1,219,099	1,326,850	1,448,561	1,552,067	1,593,448
[核医学]	3,279	16,832	n. d.	n. d.	4,163	3,516	2,721
診断件数	3,166	16,672	n. d.	n. d.	3,945	3,229	2,451
甲状腺	1,714	2,437	n. d.	n. d.	2,516	1,728	905
腫瘍	1,446	14,166	n. d.	n. d.	1,361	1,383	1,328
その他	6	69	n. d.	n. d.	68	118	218
治療件数	34	39	n. d.	n. d.	52	54	55
診断学会（内分泌学）	79	121	n. d.	n. d.	166	233	215
学会（内分泌学）	--	--	n. d.	n. d.	--	--	--

出典：厚生省

3) 母子診療

出産前後の母子診療は〔表2-19〕のごとく、毎年医療施設の外来診療で20万人～25万人が受診しており、医療施設での出産は平均53,000例／年を数えるが、生まれた子供に対して未熟児が平均10％／年と先進諸国に比して多いことがうかがえる。

〔表2-19〕 母子診療の実績 (1979年~1989年)

単位：千人

内 訳	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
外 来 診 療 に て											
[出産前母子診療総数]	166.0	153.8	182.8	179.1	198.7	173.2	203.4	238.6	252.6	259.1	231.4
医師による診療	84.1	76.9	86.5	78.4	74.2	66.3	81.9	106.7	119.1	130.7	116.1
助産師による診療	--	--	14.4	8.7	9.8	9.0	15.4	15.4	15.5	16.6	17.1
看護婦による診療	81.9	76.9	81.9	92.0	114.7	97.9	106.1	116.5	118.0	111.8	98.2
a. 初 診	66.6	58.4	57.4	57.3	61.7	50.2	61.9	67.2	72.3	75.2	67.3
医師による	51.4	48.1	47.0	44.9	38.8	29.4	37.8	41.2	46.4	52.1	46.5
助産師による	--	--	3.6	2.8	3.4	2.8	4.5	4.7	4.6	5.0	5.1
看護婦による	15.5	10.3	6.8	9.6	19.5	18.0	19.6	21.3	21.3	18.1	15.7
b. 定期検診	93.7	90.5	122.2	116.4	131.2	116.4	139.8	159.5	170.1	176.2	157.1
医師による	27.3	23.9	36.3	28.1	29.6	30.3	42.4	53.6	62.5	70.9	62.6
助産師による	--	--	10.8	5.9	6.4	6.2	10.9	10.7	10.9	11.6	12.0
看護婦による	66.4	66.6	75.1	82.4	95.2	79.9	86.5	95.2	96.7	93.7	82.5
c. 妊娠併発症	5.4	4.9	3.2	5.4	5.8	6.6	1.7	11.9	10.2	7.7	7.0
医師による	5.4	4.9	3.2	5.4	5.8	6.6	1.7	11.9	10.2	7.7	7.0
[出産介助]	51.4	48.1	53.5	53.0	54.9	64.7	50.7	67.2	72.3	69.8	
初 産	13.5	13.8	16.5	16.0	17.3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
その他	37.9	34.3	37.0	37.0	37.6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
[産後介助]	17.7	14.3	15.2	17.2	21.0	21.5	n.d.	n.d.	24.2	24.9	n.d.
医師による	12.7	11.3	11.0	12.6	12.6	11.9	n.d.	n.d.	13.7	15.0	n.d.
助産師による	--	--	1.4	1.3	1.6	1.1	n.d.	n.d.	1.4	1.7	n.d.
看護婦による	5.0	3.0	2.8	3.3	6.8	8.5	n.d.	n.d.	9.1	8.2	n.d.
[新生児看護]	351.0	336.7	84.6	80.9	85.2	69.9	87.1	116.7	102.8	109.5	n.d.
医師による	102.1	99.7	70.7	63.5	54.1	40.6	54.3	79.3	66.0	72.6	n.d.
助産師による	--	--	4.2	3.5	3.4	1.9	3.2	2.1	2.1	3.8	n.d.
看護婦による	249.0	237.0	9.7	13.9	27.7	27.4	29.6	35.3	34.7	33.1	n.d.
1ヵ月以下	20.1	17.9	19.4	20.5	22.9	n.d.	n.d.	n.d.	21.6	n.d.	21.0
1才以下	88.0	83.6	177.6	181.3	192.3	n.d.	n.d.	32.2	48.8	n.d.	9.2
2才以下	263.1	253.2	76.3	75.2	78.2	n.d.	n.d.	3.1	67.1	n.d.	77.0
病 院 と 保 健 セ ン タ ー に て											
[出産件数]	59.2	53.9	51.2	51.5	50.5	49.3	50.7	51.7	53.1	58.5	54.1
正常分娩件数	53.2	47.8	44.9	45.5	44.2	43.3	44.0	44.1	44.4	48.2	44.8
難産件数	6.0	6.1	6.3	6.0	5.8	6.0	6.7	7.6	8.7	10.3	9.3
医師による	36.9	36.4	35.3	34.5	34.0	33.9	35.2	40.6	41.4	n.d.	n.d.
看護婦による	10.7	9.0	7.2	7.8	8.1	7.8	8.1	7.4	5.4	n.d.	n.d.
準看護婦による	11.6	8.5	8.7	9.2	7.9	7.6	7.4	3.7	6.2	n.d.	n.d.
[流産件数]	8.8	8.1	7.4	7.2	7.1	7.2	6.9	7.0	7.4	7.1	6.7
[生まれた子供の数]	59.7	54.3	51.6	51.9	50.4	49.6	51.1	52.1	53.4	58.9	54.4
生 産	58.3	53.0	50.6	50.8	49.2	48.5	50.0	51.0	52.3	57.8	53.3
死 産	1.4	1.3	1.0	1.1	1.2	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
[体重による子供の数]	59.7	54.3	51.6	51.9	50.4	49.6	51.1	51.1	52.9	58.9	54.4
正 常 (2.5kg以上)	53.8	49.4	47.3	47.5	45.8	45.2	46.9	47.3	48.4	53.7	49.8
異 常 (2.5kg未満)	5.9	4.9	4.3	4.4	4.6	4.4	4.2	3.8	4.5	5.2	4.6
[母親の死亡]	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

出典：厚生省

4) 母子の栄養補足治療プログラム

〔表2-20〕に示すように「エ」国の5才以下の栄養不良児は1980年以来減少傾向にあるが、1989年現在38,500人存在する。これは「エ」国の5才以下の人口の約3%に相当する患者数である。これらの栄養不良児に対して妊婦の栄養不良の改善を含め、保健医療サービスの一環として〔表2-21〕のごとく、「エ」国政府は栄養補足治療プログラムを1980年以来継続してきている。

〔表2-20〕 5才以下の栄養不良児数 (1980年～1989年)

単位：千人

内 訳	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
患者診断症例数	79.1	86.9	78.0	65.8	73.1	60.4	64.2	51.9	40.9	38.5
グレード(重症度)Ⅰ	50.6	52.6	48.3	40.6	43.9	37.8	43.8	34.5	28.0	26.1
グレード(重症度)Ⅱ	25.4	29.7	25.4	21.3	24.0	18.7	17.2	14.3	10.5	10.2
グレード(重症度)Ⅲ	3.1	4.6	4.3	3.9	5.2	3.9	3.2	3.1	2.4	2.2

出典：厚生省

〔表2-21〕 母子の栄養補足治療プログラム実施件数 (1980年～1989年)

内 訳	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
妊 婦	7,150	5,373	4,755	2,404	3,481	1,788	7,010	6,056	8,858	7,583
母乳の出る母親	5,365	5,651	6,964	4,096	6,591	3,633	11,826	8,203	12,422	11,185
5才以下栄養不良児	58,426	52,153	50,917	40,160	30,336	17,188	64,299	45,513	51,014	46,561
治療プログラム実施件数	70,971	63,177	62,636	46,660	40,408	47,738	73,358	59,772	72,294	65,329
配給食糧総量 (単位：トン)	2,007.5	3,226.6	3,685.3	3,824.6	5,999.4	931.8	5,123.6	4,102.0	7,023.5	7,146.2

出典：厚生省

5) 予防接種

〔表2-22〕に示すのは「エ」国の1985年～1989年までの年度別予防接種実績である。どのワクチンも平年ほぼ同件数が国民に対して接種されているが、1989年にははしかの流行によるものか、はしかワクチンの予防接種が急増した。狂犬病及び腸チフスは1985年/1986年に比して年ごとにかなり件数が減少してきている。しかし、まだ予防接種は国全体で充分普及しておらず、「保健医療開発計画」の中では1994年までには対象全人口に対して接種件数を80%まで拡大する計画が唱えられている。

〔表2-22〕 年度別予防接種実績表 (1985年～1989年)

	年 次				
	1985	1986	1987	1988	1989
・三種混合ワクチン接種 (ジフテリア、百日せき、破傷風)	229,824 59,310	232,238 83,414	130,918 115,446	157,461 151,099	133,449 141,130
・ポリオワクチン投与	244,177 60,893	268,069 140,850	197,982 206,487	167,895 189,175	207,003 179,677
・はしかワクチン予防接種	238,922	167,944	140,886	191,359	646,533
・BCG接種	147,777	206,450	162,640	188,444	170,785
・新生児 破傷風予防接種	42,920 8,993	54,284 10,357	55,605 12,763	63,635 16,659	52,618 31,634
・一般 破傷風予防接種	90,237 29,924	222,429 43,630	145,615 50,930	154,964 75,831	139,959 66,993
・狂犬病予防接種	8,922	7,245	5,802	6,144	2,992
・二種混合ワクチン接種 (ジフテリア、百日せき)	52,267 28,806	70,329 27,832	175,621 55,537	66,391 37,471	64,226 35,852
・腸チフス注射	6,336 3,932	796 222	22 17	5 17	29 59

出典：厚生省

6) 歯科治療

〔表2-23〕に1987年～1989年までの歯科治療実績を示す。これによると治療患者数は全人口の約3.5%前後で、そのうち25～30%が児童の患者である。

〔表2-23〕 歯科治療実績表 (1978年～1989年)

* 歯科治療施設数以外は単位：千人

内 訳	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
[歯科治療施設数]	86	98	101	109	109	109	109	110	111	n. d.	n. d.	n. d.
西 部	19	19	21	26	26	26	26	27	28	n. d.	n. d.	n. d.
中 央 部	12	13	13	13	13	13	13	13	13	n. d.	n. d.	n. d.
都 圏	22	25	25	25	25	25	25	26	26	n. d.	n. d.	n. d.
中央部周辺	16	17	17	17	17	17	17	18	18	n. d.	n. d.	n. d.
東 部	17	24	25	28	28	28	28	26	26	n. d.	n. d.	n. d.
[治療者数]	204.7	211.6	207.3	210.0	217.8	210.6	211.1	199.3	162.8	183.1	158.8	155.1
児 童	57.8	58.2	49.5	53.8	55.6	55.8	55.2	54.2	53.0	47.2	50.4	50.7
妊 婦	33.9	31.6	29.0	28.9	29.2	29.9	30.0	26.7	27.5	27.2	26.2	26.2
そ の 他	113.0	121.8	128.8	127.3	133.0	124.9	125.9	118.4	82.3	108.7	82.2	78.2
[外来患者数]	328.7	343.6	336.8	335.3	355.1	341.1	346.0	341.1	322.0	308.7	297.2	274.0
児 童	105.2	106.7	96.5	101.0	107.1	100.1	104.4	102.5	98.5	86.1	90.1	86.5
妊 婦	48.9	45.3	40.0	40.5	43.1	43.5	45.6	40.4	42.0	39.4	39.2	38.3
そ の 他	174.6	191.6	200.3	193.8	204.9	197.5	196.0	198.2	191.5	183.2	167.9	149.2
[抜歯件数]	313.0	333.3	327.4	312.3	332.5	316.4	310.3	293.3	282.7	266.0	175.2	216.7
児 童	60.4	66.5	58.0	62.5	69.7	68.9	68.1	67.3	67.3	64.1	n. d.	54.2
妊 婦	35.3	31.8	24.9	21.4	21.7	19.9	19.8	15.9	14.9	13.3	n. d.	n. d.
そ の 他	217.3	235.0	244.5	228.4	241.1	227.6	222.4	210.1	200.5	188.6	n. d.	162.5
乳 歯	88.5	96.7	90.2	94.6	103.3	99.7	96.9	93.2	92.7	86.2	60.2	54.2
永 久 歯	224.5	236.6	237.2	217.7	229.2	216.7	213.4	200.1	190.0	179.8	115.0	162.5
[充 填]	82.7	84.9	73.7	73.4	82.4	76.1	80.3	77.8	72.8	49.0	41.6	34.9
[その他の歯科手術]	22.2	23.9	26.2	25.4	24.7	23.6	21.6	21.3	26.3	26.7	26.0	28.6
[虫歯予防教室 参加児童数]	595.9	585.6	586.6	---	---	---	---	215.1	325.5	421.5	459.1	530.9

出 典 : 厚 生 省

2-2-5 医療従事者

(1) 医療従事者数の年次推移と分布

「エ」国における厚生省管轄の医療従事者の推移は〔表2-24〕のとおりである。これによると医師数は10年前の1980年と比較すると、6.7%、研修医の数は44.5%の増加が見られる。研修医は1980年に比べ約130人の増加があり、以後425人前後の定数を保っている。

この研修医の増加はサン・サルヴァドル大学医学部医学科の1986年の卒業生数が前年に比し約4倍に増加したこと（〔表2-28〕を参照）と、私立4校の医学部医学科に1987年以降卒業生が増出したことによる。これは「エ」国政府が医学教育の強化とともに、地域医療の充実化に向けて、医療スタッフの増強に努力しているためである。「エ」国においてはインターン終了後の認定試験に合格したあと、研修医として地方の拠点病院、保健センター、保健ユニット、保健ポスト等の1次、2次医療施設で1年間にわたり勤務することが義務づけられており、そこで診療活動をした後、正式に医師の資格が与えられる制度になっている。

全人口約5,392,000人に対して医師数は厚生省管轄のみで2,114人である。それ以外に軍病院、社会保険病院及び民間病院にも医師はいるが、それらの医療施設で勤務する医師の数は統計上さだかでない。

厚生省管轄の看護婦及び準看護婦の数はここ10年間横這い状態にあり、1989年の総数は全国で4,237人である。医師数と同様、厚生省管轄以外の医療施設で勤務する看護婦及び準看護婦の数は把握されていないのが現実である。

「エ」国の地域別の厚生省管轄医療従事者数を見ると〔表2-25〕に示したように首都圏に全体の約1/3が集中しており、中央部、中央部周辺の地域を加えると医療従事者数は全体の47%となる都市集中型となっているが、「エ」国の人口の分布とほぼ比例している。

〔表2-24〕 「エ」国の職種別医療従事者数と年次推移(1989年～1989年)

(厚生省管轄の数字のみ)

年次	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
総数	12,973	13,280	13,222	15,784	15,536	15,549	15,889	16,339	17,052	17,052
[正職員]	12,973	13,280	13,222	13,206	13,179	13,553	13,831	14,114	14,747	14,747
医師	1,582	1,603	1,607	1,607	1,592	1,614	1,649	1,678	1,689	1,689
研修医	294	294	294	294	294	295	426	427	425	425
歯科医師	184	186	186	186	186	186	172	185	193	193
看護婦	1,417	1,430	1,386	1,386	1,350	1,358	1,369	1,387	1,430	1,430
准看護婦	2,632	2,665	2,683	2,683	2,683	2,695	2,728	2,743	2,807	2,807
放射線技士	95	97	104	104	104	105	103	101	109	109
麻酔技士	129	131	135	135	135	135	142	143	142	142
理学療法士	97	85	63	65	65	82	126	150	140	140
医療技士	152	152	135	135	133	129	135	125	121	121
栄養師	41	43	40	40	40	41	47	34	36	36
臨床検査技士	280	281	295	295	294	301	365	594	606	606
その他の技士	179	158	171	171	171	345	599	571	536	536
薬剤師	21	26	20	20	20	20	18	19	16	16
設備士	264	264	268	268	264	354	388	406	403	403
食糧管理士	5	5	5	5	5	5	1			
建築技師	49	49	48	48	48	46	29	28	27	27
弁護士	4	5	5	5	5	5	4	3	3	3
ケースワーカー	17	17	16	15	15	18	18	22	22	22
ソーシャルワーカー	65	68	67	67	65	67	70	77	77	77
保健担当教師	22	22	22	22	22	20	24	24	24	24
プロモーター	25	25	29	29	29	31	28	25	21	21
その他助手	296	351	423	423	424	439	405	373	696	696
事務員	1,407	1,515	1,445	1,448	1,321	1,405	1,514	1,517	1,653	1,653
用務員	3,716	3,808	3,775	3,769	3,914	3,857	3,471	3,482	3,571	3,571
[臨時職員]				302	539	115	211	311	424	424
建築技師				8	28	6	12	3	10	10
技士				31	91	35	28	20	209	209
事務員				89	101	59	161	72	189	189
用務員				31	319	15	10	216	16	16
マラリア抑制委員				149						
[医療施設支援団体職員]				2,258	1,813	1,862	1,838	1,899	1,842	1,842
[国際機関の派遣員]				18	5	19	9	15	39	39

出典：厚生省

〔表2-25〕 「エ」国の地域別医療従事者数（1984年～1989年）

（厚生省管轄の数字のみ）

年次	合計	中央政府 職員数	地域別						地 事 務 職	方 所 員
			小計	西部	中央	首都圏	中部圏	東部		
1984	15,536	2,394	12,457	2,313	1,242	5,041	1,442	2,419	685	
1985	15,549	1,170	13,470	2,557	1,315	5,140	1,581	2,877	909	
1986	15,890	1,337	13,852	2,618	1,339	5,260	1,655	2,980	701	
1987	16,339	1,247	14,286	2,726	1,351	5,287	1,818	3,104	806	
1988	17,052	1,581	14,091	2,527	1,239	5,154	1,705	3,466	1,380	
1989	17,052	1,580	14,092	2,525	1,242	5,108	1,713	3,504	1,380	
1989年の地域別医療従事者数										
[正職員]	14,747	822	12,608	2,364	1,117	4,925	1,547	2,654	1,318	
医師	1,689	36	1,611	309	159	656	175	312	42	
研修医	425	--	418	101	30	171	60	56	7	
歯科医師	193	2	189	37	19	73	24	36	2	
看護婦	1,430	44	1,369	281	151	509	151	277	17	
放射線技士	2,807	1	2,750	536	227	1,056	317	614	56	
麻酔技士	109	1	107	20	12	38	14	23	1	
理学療法士	142	--	142	28	1	57	28	28	--	
医療技士	140	--	47	2	1	36	5	3	93	
栄養師	121	8	113	15	15	39	17	27	--	
臨床検査技士	36	35	5	5	1	10	9	10	1	
その他の技士	606	54	546	96	37	281	44	88	6	
薬剤師	536	93	389	61	62	33	69	164	54	
設備技師	16	6	5	2	--	3	--	--	5	
建築技師	403	134	267	57	31	72	42	65	2	
弁護士	27	21	6	1	1	2	1	1	--	
ケースワーカー	3	2	1	--	--	--	--	--	1	
ソーシャルワーカー	22	1	6	--	--	6	--	--	15	
保健担当教師	77	4	57	7	2	35	6	7	16	
プロモーター	24	6	18	3	3	3	4	5	--	
その他助手	21	3	18	--	3	--	5	10	--	
事務員	696	--	41	--	--	38	--	3	655	
用務員	1,653	353	1,132	196	126	411	172	227	168	
	3,571	53	3,341	607	236	1,396	404	698	177	
[臨時職員]	424	66	336	12	6	42	4	272	22	
建築技師	10	--	8	--	2	--	--	6	2	
技士	209	14	194	--	1	11	--	182	1	
事務員	189	49	122	3	3	28	4	84	18	
用務員	16	3	12	9	--	3	--	--	1	
[医療施設支援団体職員]	1,842	692	1,110	140	119	117	156	578	40	
[国際機関よりの派遣員]	39	--	39	9	--	24	6	--	--	

出典：厚生省

(2) 医学・看護教育

「エ」国の一般的な教育制度は、①幼稚園－3～6才（3年間教育）、②基本教育学校（初等・中等教育）－7～15才（9年間教育）、③高等学校－16～18才（3年間教育）、④大学教育－19才以上である。これらの教育施設はかなり荒廃しており、義務教育とされている9年間の初等・中等教育においても児童、生徒の収容施設もはるかに不足しており、現実的には義務教育制度は不完全である。

	幼稚園 (3年)	基本教育 学 校	高等学校	大学/ 学校	学位/ 資格
医 師 (国立大学卒業生)	オプション	9年	3年	8年	医学士
医 師 (私立大学卒業生)	オプション	9年	3年	7年	医学士
看護婦 (国立大学卒業生)	オプション	9年	3年	6年	看護学士
正 看 護 婦	オプション	9年	3年	4年	正看護婦
準 看 護 婦	オプション	9年	3年	2年	準看護婦

1) 医学生の修業年限

医学部医学科コースはインターンと実習を含むコースで、国立大学で8年間教育、私立大学で7年間の教育期間となっているが国立大学、私立大学とも「エ」国文部省の定めるカリキュラムの内容に準拠している。

①国立大学医学部 医学科コース (8年)	┌───┐	6年・一般/専門教育	┌───┐	5年・専門教育
		1年・インターン		1年・インターン
		1年・実 習		1年・実 習
		(7年)		

「エ」国では医学部医学科コースを設けている大学は、国立大学がエル・サルヴァドル大学、私立大学はアルベルト・マスフェレル大学、エバンヘリカ大学、サンタ・アナ自治大学、ヌエバ・サン・サルヴァドル大学の計5校のみである。

これらの大学の医学部への入学者数は「エ」国政府の政策方針で入学希望者は無試験で入学ができる。〔表2-26〕に示すように年によってかなりばらつきがあり、1,400人から7,500人である。しかし卒業生数は〔表2-27～表2-31〕の如く、1989年の実績で国立大学、私立大学合わせて1987年で237人、1988年で479人、1989年で319人となっており、入学者に対して卒業生の割合が極めて少ない状況にある。

医学生に対する医師免許の授与については、国立大学では7年目、私立大学では6年目のそれぞれインターン終了時に実施される各大学医学部の認定試験によって行われたのち、1年の研修医期間を経て正式に医師の資格が与えられ、我が国でいう医師国家試験制度はない。

〔表2-26〕 「エ」国の薬学部、歯学部、医学部の在籍者数の年次推移（1981年～1990年）

学部別・性別・学科別	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
〔薬学部〕	39	492	694	867	1,139	1,378	1,200	1,075	279	351
男性	n. d.	n. d.	125	28	33	61	366	77	91	98
女性	n. d.	n. d.	149	115	101	110	834	158	188	253
化学科（学士課程）	--	24	100	76	91	89	107	59	--	--
化学・薬学科（"）	--	449	594	791	951	1,192	974	1,016	279	351
化学・生物薬学科（"）	--	--	--	--	97	97	119	--	--	--
化学薬学科（技士課程）	39	--	--	--	--	--	--	--	--	--
工業製薬科（"）	--	19	--	--	--	--	--	--	--	--
〔歯学部〕	182	324	895	932	1,250	1,498	1,770	2,174	1,333	1,427
男性	n. d.	n. d.	283	193	198	275	539	418	430	440
女性	n. d.	n. d.	619	397	456	534	1,231	824	903	987
口腔外科学科（学士課程）	--	--	--	--	1,212	1,448	1,589	2,043	1,207	1,296
歯学科（"）	182	324	895	932	38	50	181	131	126	131
歯科助手（技士課程）	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
〔医学部〕	621	2,563	4,372	4,519	5,337	6,433	7,625	8,694	1,969	2,220
男性	n. d.	n. d.	2,091	720	756	889	2,941	1,021	973	1,066
女性	n. d.	n. d.	1,858	889	643	722	4,684	958	996	1,154
医学科（学士課程）	621	2,511	3,795	3,474	3,929	4,616	5,286	6,118	1,914	2,121
臨床検査科（"）	--	--	11	168	200	265	365	435	--	--
栄養学科（"）	--	--	74	146	174	206	203	209	55	99
保健学科（"）	--	--	15	50	81	126	115	89	--	--
エコーグラフ科（"）	--	--	16	41	71	104	93	61	--	--
看護学科（"）	--	52	--	--	113	189	330	478	--	--
臨床検査科（技士課程）	--	--	11	--	--	--	8	--	--	--
理学療法科（"）	--	--	117	185	234	298	457	614	--	--
麻酔科（"）	--	--	237	285	259	288	420	432	--	--
放射線科（"）	--	--	10	40	91	119	126	77	--	--
母子衛生科（"）	--	--	--	--	--	14	4	181	--	--
母子保健科（"）	--	--	82	130	185	205	217	--	--	--
幼児衛生科（"）	--	--	--	--	--	3	1	--	--	--

出典：文部省

〔表2-27〕 国立エル・サルヴァドル大学 薬学部、歯学部、医学部の卒業生数の年次推移 (1984年～1989年)

学部・学科別	1984			1985			1986			1987			1988			1989		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女
[薬剤部]	42	3	39	29	8	21	35	6	25	43	11	32	30	10	20	34	3	31
化学・薬学科	40	3	37	21	5	16	31	3	28	36	7	29	8	6	2	34	3	31
化学科	2		2	8	3	5	4	3	1	7	4	3	22	4	18	--	--	--
[歯学部]																		
口腔外科学科	4	2	2	4	4	--	35	12	23	35	15	20	50	10	40	28	8	20
[医学部]	296	179	117	143	69	74	325	196	129	294	139	155	248	136	112	182	58	124
医学科	241	172	69	68	57	11	272	190	82	188	116	72	181	121	60	103	52	51
臨床検査科	21	4	17	24	1	23	33	--	33	62	9	53	19	7	12	31	3	28
コンピュータ学科	1	1	--	--	--	--	--	--	--	2	2	--	--	--	--	--	--	--
保健学科	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2	1	1	--	--	--	--	--	--
栄養学科	--	--	--	6	1	5	3	--	3	3	--	3	--	--	--	--	--	--
臨床検査科	6	1	5	--	--	--	--	--	--	1	--	1	1	--	1	--	--	--
理学療法科	3	--	3	16	2	14	1	--	1	18	3	15	22	1	21	27	--	27
麻酔科	20	1	19	21	6	15	12	5	7	18	8	10	20	5	15	15	3	12
母子衛生科	3	--	3	1	--	1	2	1	1	--	--	--	1	--	1	--	--	--
放射線科	--	--	--	1	--	1	2	--	2	--	--	--	4	2	2	4	--	4
母子保健科	1	--	1	6	2	4	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2	--	2

出典：文部省

〔表2-28〕 私立アルベルト・マスフェレル大学 薬学部、歯学部、医学部の卒業生数の年次推移 (1985年～1989年)

学部・学科別	1985			1986			1987			1988			1989		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女
[薬剤部]															
化学・薬学科	--	--	--	--	--	--	28	7	21	12	1	11	25	2	23
[歯学部]															
口腔外科学科	--	--	--	--	--	--	13	6	7	--	--	--	6	2	4
[医学部]															
医学科	--	--	--	--	--	--	--	--	--	64	42	22	50	28	22

出典：文部省

〔表2-29〕 私立エバンヘリカ大学 薬学部、歯学部、医学部の卒業生数の年次推移 (1985年～1989年)

学部・学科別	1985			1986			1987			1988			1990		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女
[薬剤部]															
化学・薬学科	--	--	--	--	--	--	17	6	11	14	2	12	31	9	22
[医学部]															
医学科	--	--	--	--	--	--	24	12	12	92	53	39	59	40	19
栄養学科	--	--	--	--	--	--	--	--	--	85	53	32	58	40	18
	--	--	--	--	--	--	--	--	--	7	--	7	1	--	1

出典：文部省

〔表2-30〕 私立サンタ・アナ自治大学 薬学部、歯学部、医学部の卒業生数の年次推移（1985年～1989年）

学部・学科別	1985			1986			1987			1988			1990		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女
[歯学部] 歯学科	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	8	6	2
[医学部] 医学科	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	7	3	4

出典：文部省

〔表2-31〕 私立ヌエバ・サン・サルヴァドル大学 薬学部、歯学部、医学部の卒業生数の年次推移（1986年～1989年）

学部・学科別	1986			1987			1988			1990		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女
[薬学部] 化学・薬学科	--	--	--	--	--	--	14	--	14	4	2	2
[歯学部] 口腔外科学科	--	--	--	11	4	7	--	--	--	4	1	3
[医学部] 医学科	13	11	2	16	15	1	23	9	14	2	2	--

出典：文部省

(b) 看護学生の修業年限

看護学科のコースは、国立高等看護学校では3年間の大学教育ではない高等教育と1年間の社会奉仕の4年間教育、準看護学校では2年間の教育期間となっており、それぞれの教育期間を終えた生徒は、正看護婦、準看護婦の資格が与えられる。次の〔表2-32〕に示すごとく、国立高等看護学校の在籍者数が1987年を境に0となっているが、これはこの学校が格上げされ、国立エル・サルヴァドル大学医学部看護学科となり、6年間の教育期間をもつ看護学士コースとなったためである。1989年現在〔表2-27〕にある同大学医学部看護学科の卒業者はまだ出ていない。

国全体の看護婦の数はここ10年間約1,400人、準看護婦は約2,800人を保持してきているが、国全体において看護婦の数が不足している現在において、国立高等看護学校では1985年頃より在籍者数が減少化傾向にあり（1987年以降国立エル・サルヴァドル大学医学部看護学科における在籍者数の詳細は不明であるが）、また準看護学校（4校）においても1987年以降学校が閉鎖されていた状態にあり、看護婦育成と看護教育の現状との間にあって「エ」国政府は大きな問題を抱えている。

準看護婦の養成学校は〔表2-33〕に掲げる国立の学校以外に私立の学校がいくつか「エ」国内に存在する。いずれも小規模であるが、卒業者の多くは待遇の良い民間の医療施設に就職する傾向にある。

また特殊なものとして、社会保険組合が持つ準看護学校と、軍病院が持つ準看護学校があり、それぞれの卒業者は関係の医療施設で勤務することになっている。

〔表2-32〕 国立高等看護学校の在籍者数年次推移（1981年～1990年）

学 年 別	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
〔看護学科〕	631	771	712	580	151	81	0	0	0	0
1 学 年	277	337	158	125	36	--	--	--	--	--
2 学 年	224	243	333	137	59	31	--	--	--	--
3 学 年	112	191	221	308	56	50	--	--	--	--

出 典 : 文 部 省

〔表2-33〕 国立準看護学校（4校）の在籍者数年次推移（1981年～1990年）

学校名別	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
サン・パウル準看護学校 準看護学科	--	--	--	--	98	66	--	--	--	--
サン・パウル技術学校 準看護学科	41	45	85	61	17	--	--	--	--	--
サン・パウル技術学校 準看護学科	29	20	8	--	--	--	--	--	--	--
サン・パウル技術学校 準看護学科	69	53	12	12	15	3	0	0	0	0

出典：文部省

(3) 医療器材維持管理教育

〔表2-34〕の示すように、首都サン・サルヴァドルの郊外に医療施設や研究施設における医療器材や分析装置の保守・維持管理の技術を修得する学校が1校ある。1986年よりわずかであるが学生が在籍し、その技術を修得した後、卒業者は厚生省のメンテナンスセンターや各医療施設で勤務している。

〔表2-34〕 エンバ・サン・サルヴァドル中央アメリカ高等技術専門学校
医療器材維持管理技術科の在籍者数推移（1981年～1990年）

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
医療器材維持管理 技術科	--	--	--	--	--	17	33	34	21	11

出典：文部省

以上国立及び私立の医療従事者の養成施設である大学医科部、看護学校及び医療器材維持管理技術に係る専門学校の概要を説明したが、それらの教育施設の設備内容はいずれも極めて貧困であり、特に主な医師養成施設であるエル・サルヴァドル大学医学部においては医学教育に必要な基礎医学実習教育器材（有機化学や生化学に必要な化学実験器材、解剖学に必要な教材や医療器材、病理学、細菌学に必要な顕微鏡など。）はほとんどなく、医学教育の質の向上という面で非常に暗い問題を投げかけており、医療施設の整備は急務であることは言うに及ばず医学教育施設の整備も速やかな改善が望まれる。

2-3 開発計画

2-3-1 国家開発計画

エル・サルヴァドル国政府は、「1989年～1994年経済社会開発計画」（以下「開発計画」とする。）を提唱し、その基本政策として国家経済の安定と社会制度の確立を計り、貿易促進に努力して着実な経済成長をとげ、それを維持するための条件づくりをすることとしている。

開発計画中の経済開発計画においては、政府の政策方針を定め、自給自足経済への発展を確実なものとする目標と方法を唱えている。このことは社会的発展を促進するために必要な資源をも生み出すことにつながるものである。

一方、社会開発計画は、その実施方法や計画の実施範囲において経済開発計画と密接につながっている。そのうえ経済成長を目標とした点で合致しており、中期的、長期的、社会開発計画の中では分野別に政策をうちだしている。それは経済安定化への解答にもなっており、新しい社会開発政策の導入によって経済の再編をすることも可能となる。

分野別社会開発計画の中には、保健医療分野の開発計画が含まれており、有効資源の利用や保健医療サービスの改善が目的とされている。それらの目的の達成は厚生省の行政面、運営面での効率化や決裁権を地方分権化する政策によって可能になると思われる。

1992年までには、この方針は地域保健制度のもとに各医療施設で具体化され、地域ごとに保健医療計画を適用している。それによって地域レベルで保健医療サービスが最も効率的に展開され、地域住民の参加を促進することになる。

重要なことは、厚生省が開発計画において保健医療サービスの拡大を試み、医療施設の拡充や薬品・機材の供給に力を入れていることである。それらの内容は以下のように規定されている。

〔社会開発計画〕

- (1) 「エ」国民の基本的必要性を満足させる。
- (2) 経済及び社会的発展過程への妨げとなっているアウト・サイダー階層に平等な機会を与える。
- (3) 祖国愛に基づいた「エ」国民の団結により、調和への道を歩むための道徳感を回復させる。
- (4) 自立への道を歩めるための条件作りと、「エ」国の生産性向上のために助成をする。

- (5) 自国の利益を生み出すための共同体組織（コミュニティ）を作りと、それに参画する助成をする。
- (6) 有効利用されていない分野へのアクセスと民間部門へ協力参入のできる条件を作る。
- (7) 保健医療、教育、住居、栄養、雇用条件の改善を確約するための生命、自由、所有権を保護する。
- (8) 平和を確立し、社会的発展を加速するため国民のレベルで同意を確保する。

上記の計画の目標に従い、それらの開発計画を維持発展させるため、保健医療の分野ではさらに詳細な対策及び措置が次の〔表2-35〕に示す如く講じられている。

〔表2-35〕 経済社会開発計画における保健医療開発計画の目的と対策等

政策方針	目的	対策 / 措置	実施責任機関
・保健医療における予算拡大	・第1次医療サービス範囲の拡大と改善	<ul style="list-style-type: none"> ・医療サービス提供時間の延長を実施する。 ・1次医療レベルの予算分配を増加させる。 ・1次医療サービスにたずさわる人材の育成、教育を行う。 ・1次医療施設と保健センターと連携を強化するための共同体（住民）の参加を促進する。 	厚生省
	・母子保健プログラムに係る保健医療サービスの拡大	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健プログラム実施促進のための人材と医薬品供給の増加を行う。 ・母子への栄養補給の増加を促進する。 ・母子保健のためのプログラムを多角化し、実施する。 ・予防接種範囲の拡大を実施する。 ・家族計画プログラムを強化する。 ・寄生虫駆除プログラムを強化する。 ・経口投与による脱水症治療プログラムを強化する。 	厚生省
	・国民の栄養障害及びビタミン欠乏症の減少化への努力	<ul style="list-style-type: none"> ・鉄分欠乏症に対する国民への硫酸鉄の配給を実施する。 ・ビタミンAを含む砂糖の補強を行う。 ・栄養失調者へビタミンAを大量に投与する。 ・食塩にヨード添加を実施する。 	厚生省
	・都市、農村部周辺での飲料水、汚物処理施設の拡大	<ul style="list-style-type: none"> ・都市、農村部周辺の共同体に水道、便所を建設する。 	厚生省

政策方針	目的	対策 / 措置	実施責任機関
<ul style="list-style-type: none"> 公衆衛生の拡充に係る行政の近代化 	<ul style="list-style-type: none"> サービスの向上と資源の有効利用 厚生省の行政面、運営面での業務の効率アップ 各医療施設において診療費の一部回収を実施する。 国家医療制度の構成 	<ul style="list-style-type: none"> 行政権、技術的決定権及び予算の地方分権化を計る。 予算の適正配分を確立する。 保健区分制度を確立する。 医療施設の行政的、運営的機能を改善するためのシステムを導入する。 提供する保健医療サービスの種類とレベルに見合った人材と機材提供を行う。 保健医療末端分野への予算を増額する。 各医療施設で直接経営制度の導入を計る。 診療費の差額支払いについて、診療内容に応じた診療費の患者負担制度を確立する。 回収された診療費を適正に運用するため、事務的、法的手続きの設定をする。 国家保健委員会の設置と内部規約の作成を行う。 保健医療サービスの提供に従事する公立及び民間医療機関の連携システムの確立を行う。 国家医療制度の範囲を合理化する。 	<p>厚生省 大蔵省</p> <p>厚生省</p> <p>厚生省</p>
<ul style="list-style-type: none"> 食糧援助計画 	<ul style="list-style-type: none"> 極貧層に対する食糧補給援助 	<ul style="list-style-type: none"> 極貧層の栄養状態を把握するため、地域別に定期検査を実施する。 児童の身長、体重の定期的調査を実施する。 極貧層、その中でも母子、児童を優先して援助する。 	<p>厚生省 文部省</p>
<ul style="list-style-type: none"> 食糧援助の行政近代化 	<ul style="list-style-type: none"> 食糧援助の総合的計画と調整機構の改善 食糧援助プログラムの有効な運営 	<ul style="list-style-type: none"> 計画の改善と調整機構の編成を行う。 関係機関で食糧援助計画の情報を密にする。 栄養障害患者の入院と食糧配給手続きを簡略化する。 食糧の運送、保管、梱包、配達における民間の参加を促進させる。 実施機関のプログラムと食糧援助プログラムを一貫させる。 実施機関は食糧援助プログラムに応じ、特に輸送面において適切な人材を確保する。 	<p>経済企画省 食糧援助 加付 実施省</p> <p>食糧援助 加付 実施省</p>

「エ」国政府は前述した保健医療開発計画の実施によって、1994年の終りには以下の具体的な目標が達成できると期待している。

- ① 1次医療レベルの予算分配を5～10%拡大する。
- ② 1次医療施設19カ所を再開する。
- ③ 1次医療施設15カ所を建設する。
- ④ 母子保健プログラムの実施率を約50%まで拡大する。
- ⑤ 予防接種率を80%まで達成する。
- ⑥ 幼児死亡率を1,000人当り56人から42人まで減少させる。
- ⑦ 小児麻痺の絶滅を計る。
- ⑧ 脱水症にある5歳以下の児童、年間160,000万人に対し、経口投与を実施する。
- ⑨ 12歳以下の児童の60%に寄生虫駆除を実施する。
- ⑩ 5歳以下の児童、年間35,000人、妊産婦（産前、産後、授乳まで）、年間55,000人に硫酸化鉄を配給する。
- ⑪ 国内消費用砂糖すべてにビタミンAを添加する。
- ⑫ 食塩のすべてにヨードを添加する。
- ⑬ 都市部周辺の500共同体、農村部周辺の200共同体に水道と便所の建設を行う。
- ⑭ 医療施設における診療費の10%患者負担を達成する。
- ⑮ 極貧層を優先した年間30,000トンの食糧分配を行う。
- ⑯ 農村部を優先的に、幼稚園教育及び基本教育学校を受ける子供への栄養補給率を25%から50%に引上げ拡大を計る。

2-3-2 保健医療開発計画

開発計画の方針内容を踏まえ、「エ」国厚生省は「1991年～1994年4カ年全国保健計画」を立案し公表した。

その中で厚生省は、「エ」国の保健医療と、それらを取りまく社会環境及び厚生行政についての現状を以下のように診断及び評価し、その上で国民に広く保健医療サービスがゆきとどくべく、現状の修復、改善、拡充を計る行政方針をうちたて、具体的な方策を示している。

(1)保健医療の現状分析

1) 保健医療面での分析

- ①人口増加率は1980年～1987年の間に1.3%まで低下したものの、人口密度256.3人/km²を考え合わせると、先進諸国に比し以前高い傾向にある。
- ②一般死亡率は減少傾向にあり、1980年～1986年の間に人口1,000人当たり10.8%に、1986年～1990年の間に8.4%となった。

	1980年	1986年	1990年
一般死亡率(対1,000人)	11.0	10.8	8.4
幼児死亡率(1～4歳児)	73.0	58.0	56.0
平均余命	68歳(1988年)		

- ③幼児死亡率の60%以上は伝染病による感染によるものであるが、1985年～1989年の間にその傾向は変化した。特に寄生虫病、インフルエンザ、下痢、アメーバ赤痢はいまだに多いが、予防接種対象患者はその効果が現れ、主要疾患からはずれる傾向となった。
- ④1～4才児の死亡率は常に胃腸障害、呼吸器系の原因によるものが多く、ポリオに関しては死亡原因となることはほとんどない。
- ⑤5才以下の幼児に多い栄養不良は常に高く50%であり、その関連として貧血症が23%、ビタミンA欠乏症が36%を占めている。
- ⑥母親の死亡率は中央アメリカ諸国の中で最も高く、1986年までに1,000例の出産に対して6.0である。
- ⑦1979年から顕著に変化したことは10大死亡原因の中で、暴力行為によるもの(殺人、傷害等)の増加である。

⑧内戦によって国民は精神的、肉体的に打撃を被り、暴力事件の増加、戦争による身体障害者も増加した。具体的な数字はないが、内戦参加者の死亡率、罹患率は不参加者の3倍以上である。

⑨医療施設への患者の対応比率は以下のとおりである。

〔総体的利用率〕

厚生省管轄の医療施設	80.0%
社会保険組合系の医療施設	12.5%
民間の医療施設	7.5%

〔外来診療利用率〕

厚生省管轄の医療施設	39.8%
社会保険組合系の医療施設	12.7%
民間の医療施設	45.2%
その他	2.3%

〔入院利用率〕

厚生省管轄の医療施設	75.5%
社会保険組合系の医療施設	12.6%
民間の医療施設	9.4%
その他	2.5%

2) 社会・環境面での分析

- ①国民の就学年数は、現状、都市部で平均4.7年間、農村部で2.8年間であり、その現実起因する文盲率は就労人口の57%であり、一般人口では実に50%である。
- ②1990年の時点で約600,000戸の住宅が不足している。
- ③1990年の時点で国民の31%が極貧層、31%が貧民層で、中・上流階層が38%である。
- ④環境衛生設備の状態が悪く、農村部では飲料水の施設が42%、便所が58%程度しか確保されておらず、公衆衛生上の深刻な問題である。
- ⑤内戦により、従来からの物品が輸出面で伸び悩んでいる。
- ⑥数少ない資源の有効利用が行えない。
- ⑦さまざまな理由による幼児虐待、家庭放棄、アルコール中毒、麻薬及び女性の肉体的、精神健康を妨げる墮胎、レイプ等の増発。

3) 厚生行政面での分析

- ①国民に対する保健教育の不足。
- ②内戦地帯におけるいくつかの医療施設の閉鎖や、人口急増とインフラストラクチャーの不備及び機材のメンテナンスが不十分なため保健医療サービスの需要と供給にギャップが生じ、患者の完全治療を確保する医療施設が充分でない。
- ③財政緊縮による運営難により、環境の劣化、基本衛生設備の改善・拡充が充分でない。
- ④資材不足により、食糧品の衛生管理や品質管理に低下をきたしている。
- ⑤第3世代（高年齢者）を保護するソーシャルケア、ソーシャルプログラムがない。

(2)保健医療開発の方針

厚生省は以上の保健医療と、それらを取りまく社会環境及び厚生行政の現状分析を踏まえ、政府と共同体及び非政府機関（NGO）の参加により、人間と環境へのケアを通して国民の保健医療を助成、保護し、再建するという総括目標を打ち立てた。それを具体化するための方針としては、

- A. 多くの問題の処理に当たっては、その優先度を考慮し計画をたて、国民の健康増進をはかるために適切なる予防、保護、治療、回復という手段を講ずるとしてあり、そのために、
 - a. 保健教育の助成を行う。
 - b. 保健医療サービスの提供を全国に平均化する。
 - c. 疾病予防とその管理を行う。
 - d. 患者の回復機能を促進する設備を強化する。
- B. 人間生活に適切な環境を保護し、その改善と努力をする。そのために、
 - a. 環境、基本的な衛生設備の改善を行う。
- C. 人材の有効活用のため、同分野の異なる機関のコーディネートを求める。そのために、
 - a. 保健医療制度を確立する。
- D. 極貧層を含めた「エ」国民の必要に応じるため、保健医療分野の拡充に対し行政の範囲を広める。そして特に第1次、第2次保健医療サービスを行っている地域医療に対処するためにも、社会保険組合と厚生省との協力体制を造る。そのために、
 - a. 保健医療サービスの範囲拡大。
 - b. 組織間、分野間の連携を確立する。
- E. 地方行政の円滑化のため、地方分権化を促進し、さらに厚生省の組織改革を計る。そのた

- めに、 a. 行政の近代化と簡素化をする。
- F. 人材の有効活用のため、給与面、業務権限や範囲の面で新しい制度を導入し、システム化する。そのために、
- a. 労働の近代化と簡素化を計る。
 - b. 厚生省内のキャリアのある人材を助成する。
- G. 国民の保健医療問題を解決するため、民間企業の資金的参加の呼びかけ及び経済社会開発計画に定められた目的や方針に従った海外からの援助確保のための改善努力をする。
- H. インフラストラクチャーの保存と活用及び改善のために物質的資源を合理的に活用するとともに、機材や薬品及びその他の材料の供給と分配をよりよいプロセスを使い活性化させる。そのために、
- a. インフラストラクチャーの保存と活用及び改善を行う。
 - b. 既存のインフラストラクチャーのメンテナンスシステムの確立を行う。
 - c. 医療機材、事務機器のメンテナンスシステムの改善を行う。
 - d. 機材や薬品の適切な供給システムの導入と設計を実施する。
- I. 人口問題の対策において、経済企画省と関係分野との協力体制をとる。そのために、
- a. 人口統計において統計処理基準を設け規則化する。
 - b. 政府、非政府機関を問わず、人口問題に関する支援体制をとる。
- J. 国内での諸問題解決の努力を優先させながら、保健医療分野での援助調整をする。そのために、
- a. 海外援助の最大活用を計る。

(3)保健医療開発実施の方法

以上、保健医療の開発計画の方針を実行にうつすため、厚生省は以下のように実施運営面で2つの大きなカテゴリーに分けたプログラムを作成し、現在それらを完遂すべく努力している。

A. カテゴリーA：人へのケア

1) 母子保健プログラムと家族計画

- ①母子保健に必要な1次医療サービスレベルでの基本的な診療を助成する。
- ②同分野の医療施設において、母子死亡対策委員会を設立し、経験者の参加と技術向上のための準備を開始する。
- ③妊産婦のための簡素化されたケアシステムを適用し、医療施設内に母子のための入院