

# パラグアイ共和国 地域保健強化プロジェクト 事前調査団報告書

平成6年12月

国際協力事業団  
医療協力部

医 二
J R
94 - 38

パラグアイ共和国地域保健強化プロジェクト事前調査団報告書

平成6年12月

国際協力事業

708  
98  
MCN

JICA LIBRARY



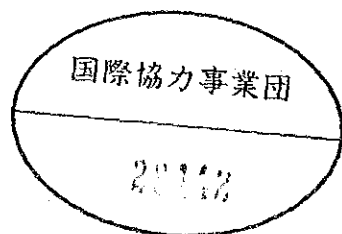
1122441 (7)

28442

パラグアイ共和国  
地域保健強化プロジェクト  
事前調査団報告書

平成6年12月

国際協力事業団  
医療協力部



## 序 文

パラグアイ共和国は南米のほぼ中央に位置する農業国であり、農業、牧畜業、林業及びこれらの加工業によって成り立っています。同国は他の中南米諸国のような輸入代替工業化政策が推進されることもなく、逆に資本財の輸入負担でつまづくこともありませんでしたが、近年になってブラジル、アルゼンティン両国の為替切り下げにより自国産品の輸出競争力が低下し、更に気候不順に伴い主要産業の農産物の収量に影響を受け、同国財政も厳しい状況になってきました。係る状況の下、1993年8月にはファン・カルロス・ワスモシ大統領による新政権が成立し、税制改革等難問のほかに「初等教育の充実」及び「保健医療の改善」を国家最優先課題として位置付けています。

同国厚生省は、国家保健審議会を中心に国家保健政策を取り纏め、保健医療機関の連携の悪さ、飲料水の供給等衛生基盤の未整備、不十分な栄養状態、予防接種で予防可能な感染症や寄生虫・結核・性行為感染症などの高い罹患率、事故や成人病等を基本的な問題として認識し、WHO、UNICEFの推進するプライマリ・ヘルス・ケアを理念的な原則とし分野・部門間の連携と調整、住民参加、適性技術、包括的な保健医療システムの構築などの重要性を強調して「国家保健プラン」を立案しました。

我が国は現在までに同国保健医療分野において、シャーガス病、ライ、レイシュマニア等の熱帯病対策へ2件のプロジェクト方式技術協力を実施しました。これら分野における臨床研究の技術レベルが向上し、標記2件のプロジェクトの目標が達成されたことは別に一次医療といった国民に最も近いレベル（プライマリ・ヘルス・ケア・レベル）での保健医療体制が未整備のまま放置され、日常的な予備知識や発病の初期段階においての適切な医療処置の不徹底によって重傷・慢性に至る患者が多く、乳幼児では死亡に至る場合も多いとの報告がなされました。

これら背景によって、当事業団は同国より要請越されました、全国展開のモデルとなり得る地域保健強化プロジェクトの要請内容及び実施体制を確認することを目的として事前調査団を派遣し、更に補足調査として長期調査を実施しました。

ここに本調査団並びに長期調査員の派遣に際し、ご協力戴きました国内関係者各位を始め、現地での調査においてご指導、ご協力を賜りました在パラグアイ日本国大使館小野特命全権大使並びに関係者各位に対し、深甚なる謝意を表する次第です。

平成6年12月

国際協力事業団

理事 小澤 大二

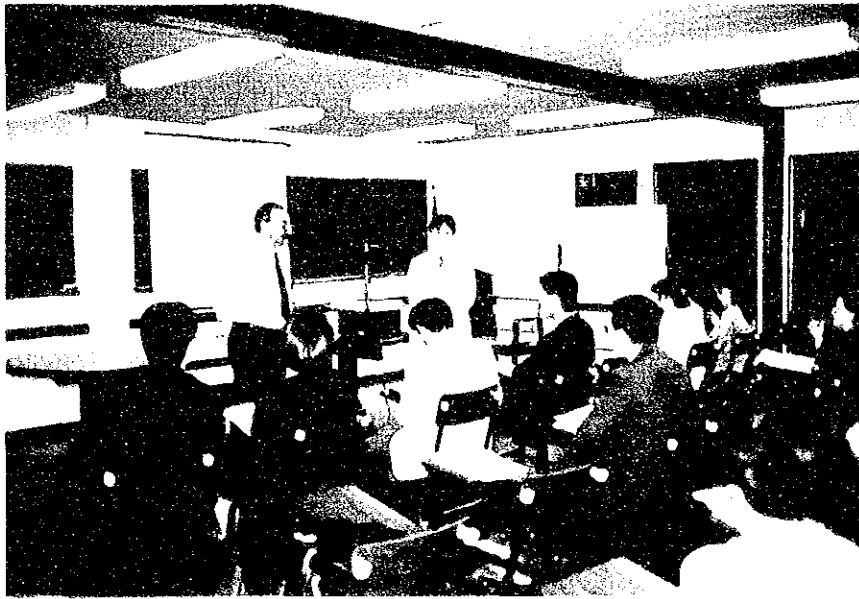
## 事前調査団報告書



厚生省副大臣を交えての全体協議



厚生省各部局からのヒアリング



II CS (アスンシオン大学医科学研究所) での協議



UNICEF、UNFPA、WHOとの協議





ミニッツ署名



# 目 次

序 文  
写 真

1. 事前調査団の派遣 .....	1
1-1 派遣の経緯と目的 .....	1
1-2 調査団の構成 .....	1
1-3 調査団日程 .....	2
1-4 主要面談者 .....	3
2. 要約 .....	6
3. 要請の背景 .....	8
3-1 現在までの協力 .....	8
3-2 調査実績 .....	8
3-3 現地からの要請内容 .....	10
4. 国家保健計画 .....	13
4-1 経緯 .....	13
4-2 保健状況のまとめ .....	13
4-3 主要な指標 .....	16
4-4 保健政策 .....	19
4-5 保健に関する国家プラン基礎プログラム .....	20
4-6 戦略 .....	22
4-7 当面の衛生対策 .....	23
5. 協力分野の現状と問題点 .....	24
5-1 全国レベルの保健の現状 .....	24
5-2 カアサパ保健行政地区の保健の現状 .....	35

6. 保健セクターに関する国際協力	41
6-1 米州保健機関 (PAHO/WHO)	41
6-2 国連児童基金 (UNICEF)	41
6-3 国連人口基金 (UNFPA)	42
6-4 米国国際開発庁 (USAID)	42
6-5 GTZ	43
6-6 日本の保健医療協力	43
7. プロジェクトの基本計画	45
7-1 協力目的	45
7-2 基本理念	45
7-3 活動分野と内容	46
7-4 プロジェクト計画	46
8. 相手国との協議内容	49
8-1 厚生省の実施体制について	49
8-2 関係部局からのヒアリング	49
8-3 ミニッツ案に関する協議	51
8-4 その他	52
9. 協力実施に当たっての留意事項	53
9-1 プロジェクト・サイトとの連絡体制	53
9-2 予算措置	54
9-3 ローカルコスト負担事業	54
附属資料	
① ミニッツ	59
② 調査団長提出文書	63
③ 長期調査報告書	65

## 1. 事前調査団の派遣

### 1-1 派遣の経緯と目的

パラグアイ共和国（以下、パラグアイと略す）厚生省では国家保健審議会を中心に国家保健政策を取り纏め、各関連分野での問題点を分析した結果、保健医療関連機関の連携の悪さ、飲料水の供給等衛生基盤の未整備、不十分な栄養状態、予防接種で予防可能な感染症などの高い罹患率、事故や成人病を基本的な問題点であると認識しており、WHOやUNICEFの推進する「プライマリ・ヘルス・ケア」を理念的な原則として、分野・部門別の連携と調整、住民参加、適正技術、包括的な保健医療システムの構築などの重要性を強調して「国家保健プラン」を立案した。

また、国際協力事業団は同国において、1980年から5年間にわたり厚生省中央研究所プロジェクト、更には1988年よりアスンシオン大学保健科学研究所（IICS）においてシャーガス病等寄生虫研究プロジェクトを実施してきた。特に寄生虫研究プロジェクト終了時点ではこれまでの研究成果を基盤とし、より直接的に住民へ協力効果のある公衆衛生プロジェクトの計画を検討することとなった。

本件の計画立案に至っては同国の保健医療分野での方針の整合性を勘案し、在パラグアイ日本国大使館及びJICA事務所ともパラグアイにおける公衆衛生プロジェクトの実施に向けて以下の通り予備調査を実施、具体的な協力計画の策定に掛った。

- (1) 1993年3月：コンサルタント調査（ホセ・ベジャサイ、アスンシオン大学教授）
- (2) 1993年7月：長期調査員（仙道、藤田専門家、山形大学医学部）
- (3) 1994年1月：プロジェクト形成調査団

これら予備調査の結果を踏まえ1994年5月21日より6月4日までの期間、パラグアイ政府より要請越された「地域保健強化プロジェクト（以下、本プロジェクトと略す）」の要請内容を確認するとともにその実施可能性を調査の上、より実現性の高い協力形態について関係者の合意を形成し、更に日本側及び先方の実施体制について提言を行うことを目的として本調査団を派遣することとした。

### 1-2 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	総 括	大石 千尋	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課長
団員	地域医療	松口 素行	松口胃腸科医院（リーダー候補）
団員	医療行政	大原久美子	元ホンデユラス派遣医療専門家
団員	公衆衛生	藤田 雅美	山形大学医学部公衆衛生講座
団員	協力計画	松本 博富	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課ジュニア専門員

1-3 調査団日程

日 順	月 日	曜日	移 動 及 び 業 務
第1日	5月21日	土	19:00 成田発 (RG-835)
2日	5月22日	日	9:00 サンパウロ発 (RG-902) 11:00 アスンシオン着 14:00 調査団打合せ会議
3日	5月23日	月	8:00 JICAパラグアイ事務所表敬訪問・日程打合せ 9:00 在パラグアイ日本国大使館表敬訪問 12:00 厚生省表敬訪問・日程打合せ 15:00 地域調査(カアサバ他)へ向け移動 16:00 カアクベ中央病院視察、聞き取り調査 19:00 コロネル・オビエド宿泊
4日	5月24日	火	8:00 コロネル・オビエド中央病院視察、聞き取り調査 11:00 ビジャリカ中央病院視察、聞き取り調査 15:00 カアサバ中央病院視察、全体協議 19:00 ビジャリカ宿泊
5日	5月25日	水	8:00 カアサバ中央病院において打合せ 8:30 マシエル保健センター聞き取り調査 10:30 モイセス保健センター聞き取り調査 11:50 ジェグロス保健センター聞き取り調査 16:00 カアサバ中央病院において全体協議 19:00 ビジャリカ宿泊
6日	5月26日	木	8:00 カアサバ中央病院打合せ 9:30 ポケロン診療所聞き取り調査 10:30 サン・アウグスティン診療所聞き取り調査 11:00 ポトレロ・グアスル診療所聞き取り調査 12:00 ギジェルミナ保健センター聞き取り調査 13:00 サン・ファン保健センター聞き取り調査 15:30 ヘネラル・H・モリニゴ保健センター聞き取り調査 19:30 アスンシオン帰着
7日	5月27日	金	8:00 厚生省全体会議、各部局の代表者への個別聞き取り調査 11:30 USAID表敬訪問、活動実績等聞き取り調査 14:30 厚生省内各部局の代表者への個別聞き取り調査

日 順	月 日	曜日	移 動 及 び 業 務
8日	5月28日	土	資 料 整 理
9日	5月29日	日	資 料 整 理
10日	5月30日	月	8:00 厚生省内各部局の代表者への個別聞き取り調査 15:00 OPS事務所においてOPS、UNICEF、 UNFPA各代表者との協議
11日	5月31日	火	8:00 アスンシオン大学医化学研究所（IICS）、 病院視察、関係者との協議 14:00 厚生省全体協議
12日	6月1日	水	8:00 厚生省全体協議 12:00 厚生大臣主催歓迎会 15:30 国立病院視察 19:30 ミニッツ署名、調査団主催レセプション
13日	6月2日	木	8:00 JICAパラグアイ事務所、調査結果報告 10:00 在パラグアイ日本国大使館、調査結果報告及び帰国挨拶 17:00 アスンシオン離任（RG-903）
14日	6月3日	金	0:30 サンパウロ発（RG-836）
15日	6月4日	土	13:30 成田着

#### 1-4 主要面談者

##### (1) パラグアイ側関係者

厚生省

Dr. Candido NU ES LEON : 大臣  
 Dr. Andres VIDOVICH MORALES : 副大臣  
 Dr. Plinio DUARTE : 計画・評価局長  
 Dr. Roberto DULLAK : プロジェクト局長  
 Dra. Blanca de PICCININI : 家族保健局長  
 Dra. Rosa RODRIGUEZ de MASSARE : 社会福祉局長  
 Lic. Mirian BENITEZ : 社会福祉局職員  
 Lic. Rosa JAVALOYES : 啓発・予防・衛生教育局長  
 Lic. Nancy de CARDOSO : 啓発・予防・衛生教育局住民課長  
 Lic. Beatriz BALBUENA : 保健サービス局プライマリヘルスケア課長

Ing. Carlos PAVON :	SENASA職員
Dr. Pablo FERREIRA	LACIMET所長
Dr. Humberto RECALDE	疫学局長
Dr. Gualberto PI ANEZ	疫学局疫病監視課長
Dra. Rosa DIOVERTI	技術協力室長
Dr. Carlos INFRAN	保健サービス局長

アスンシオン大学医化学研究所 ( I I C S )

Dr. Ricardo MORENO AZORERO :	研究所長
Dra. Elena KASAMATSU :	研究員
Lic. Antonia de ARIAS :	研究員
Dr. Pablo MORIKAWA :	研究員
Dr. Sumihiro TAKAOKA :	研究員

カアサバ県

Dr. Juan ZOILLO VERA :	カアサバ衛生区長
Dra. Edid DUARTE :	カアサバ中央病院長
Lic. Graciera SALSAR de SPINORA :	衛生教育長
Lic. Suzana de FERNANDEZ :	看護婦長

(2) 国際援助機関関係者

Dra. Carmen FRUTOS de ALMADA :	UNICEF
Dr. Miguel UGALDE :	UNICEF
Dr. Victor RAUL ROMERO :	UNFPA
Dr. Armando LOPEZ SCAVINO :	OPS/OMS
Dr. Florentino SCARPARI :	OMS
Lic. Cristina SEMIDEI :	USAID
Mr. Richard NELSON :	USAID
Ms. Maria ROJAS de WICKZEN :	USAID

(3) 日本側関係者

在パラグアイ日本国大使館

小野 純男 :	特命全権大使
上野 久 :	二等書記官
萩原 秀彦 :	二等書記官



JICAパラグアイ事務所関係者

上原 盛毅 :	事務所長
清水嘉一郎 :	業務第二課長
赤星 則昭 :	業務第三課長
秋山 仁志 :	職員
田辺 宏 :	職員

## 2. 要約

パラグアイ厚生省統計による乳幼児死亡率は21.4（出生千対）、また妊産婦死亡率は1.00（出生千対）、特に妊産婦死亡率はラテン・アメリカ諸国の中で2番目に高い。これら現状に陥るまでの背景には、長期にわたる軍事政権の下、保健医療分野の予算の配分が低く抑えられてきたことや保健医療サービスが中央集権的な体制によって運営されてきたことに起因している。

この状況を背景に1993年8月に就任したワスモッシ大統領による新政権は、初等教育の充実と保健医療の改善を主要政策とし、特に保健医療分野では「2000年には全ての国民が健康に」をスローガンとして掲げ、これを受けた厚生省は「妊産婦及び新生児の死亡率低減」を目標とした国家プランを策定した。同時に厚生省では全国レベルの保健水準の向上を目指し、基本方針としてプライマリ・ヘルス・ケアを導入、保健サービス局内に対策室を設置し国家プランに基づいた活動計画を策定するに至り、その結果、我が国に地域保健の改善に係る援助協力を要請越した。

本事前調査団は1993年の長期調査員及び1994年1月のプロジェクト形成調査団の報告を踏まえ、パラグアイ厚生省、第6保健行政区（カアサパ県）の関係者と協議を行うと同時にカアサパ県の各レベルでの医療施設を視察、調査しプロジェクトに関係する種々の情報を収集した。

カアサパ県は人口12万人、面積1万平方キロメートル、主な産業は農業、牧畜業、林業等の一次産業で占められている。県庁所在地のカアサパ市までは首都のアスンシオンから舗装道路が伸びており、移動時間は自動車で3時間の距離にある。カアサパ県の保健医療行政は1992年までグアイラ保健行政区に属しており、独立間もない現在では他の保健行政区と比較しても人的資源、施設等今後改善していくべき課題が多く見られる。保健行政区内には地域病院を核に6つの診療センター更には28の診療所が設けられている。

諸種の情報収集及び視察調査の結果、カアサパ保健行政区における医療サービスの現状は人的資源の質、量ともに満足のものではないものの、厚生省を始めとしてカアサパ県関係者の本件実施に向けた強い熱意は十分に窺える。また、UNICEF、WHO等他の国際援助機関からの薬剤の供給も同地域の保健衛生に大きく影響を与えていることが理解できた。しかもPAHO（汎アメリカ保健機構）の協力により1990年より実施されてきたローカル保健システム（SILOS）が厚生省の地域保健政策の中心となっている。

このような情報とパラグアイ側からの要請を基礎として、本事前調査団は厚生副大臣以下主要局長及び関係機関の代表者と協力計画案について協議を実施した。協議の結果同意に達した計画案内容は、本件プロジェクトがカアサパ県の医療事情の向上に止まらず全国モデルとなり得る保健医療システムを確立すること、また、実施に向けては住民参加型アプローチをベースにして進めていくことが確認された。具体的な活動内容は下記の通り。

- (1) 全国レベルでのヘルス・セクター・レビュー
- (2) モデル地域での参加型アクション・リサーチ
- (3) 健康教育プログラムの開発、実施、評価
- (4) 保健医療従事者の育成
- (5) 地域保健強化のための組織の確立

同時に、これら活動を展開する際の調整機関として両国関係者よりなるプロジェクト調整委員会を組織し、更にモデル地域でも実施・運営に係る委員会を設立することが同意された。また、プロジェクトの実際の活動に係る資機材の投入や専門家の派遣等細部にわたる調整は時間的な制約があり十分検討するまでには至らなかったが、今後実施協議調査団派遣時までに長期調査員、個別派遣専門家によってマスタープランの策定と併せて検討していくことで了解を得た。

### 3. 要請の背景

#### 3-1 現在までの協力

パラグアイは南米大陸の中心に位置する内陸農業国であるが、保健医療分野においてはシャガス病、ライ、レイシュマニア等の熱帯病対策が政府の最優先課題に取り上げられており、我が国は現在までに以下のプロジェクト方式技術協力を実施した。

##### (1) 厚生省中央研究所プロジェクト

協力機関：厚生省中央研究所

協力期間：1980年8月9日～1987年8月8日

概要：シャガス、ライ、レイシュマニア等の熱帯感染症に係る研究及び臨床検査分野の技術移転

##### (2) シャーガス病等寄生虫症研究プロジェクト

協力機関：文部省アスンシオン大学保健科学研究所

協力期間：1988年3月4日～1993年3月3日

概要：シャガス病を中心とする寄生虫症疾患対策に係る免疫学及び生化学的研究、病理学的研究

上記シャーガス病プロジェクトが終了した段階で、同プロジェクトの成果を基盤としフィールドへの展開を含めた総合的な感染症対策プロジェクトの設立を目的にパラグアイ関係者と協議し、調査を実施することで合意に至った。

#### 3-2 調査実績

##### (1) コンサルタント調査

調査主体：ホセ・ベジャサイ教授（アスンシオン大学医学部）

調査期間：1993年3月（報告書の提出）

調査目的：シャーガス病プロジェクトの終了に伴う、同プロジェクトの成果を基盤とし、より直接的に住民への協力効果のある公衆衛生プロジェクトの実施を目的として、パラグアイの保健医療分野の現状とプロジェクトの実施地域の候補地選定を調査目的として実施した。

調査結果：① 分娩の際の高い母体の死亡率、異常分娩による乳幼児の死亡を指摘  
② 全般的に整備されていない医療施設  
③ プロジェクトの実施候補地には、他のドナー機関が活動していない、保健医療の基盤整備が遅れている、アスンシオンからの移動所要時間が比較的短い（約3時間）という理由でカアサバ県が候補地として挙げられた。

(2) 仙道・藤田短期専門家派遣

調査主体：仙道富士郎専門家（山形大学医学部・寄生虫学講座教授、シャーガス病研究プロジェクト国内委員長）

藤田 雅美専門家（山形大学医学部・公衆衛生学講座助手）

調査期間：仙道専門家（1993年7月21日～8月27日）

藤田専門家（1993年8月6日～8月27日）

調査目的：上記ベジャサイ教授の報告を受け、新規感染症対策プロジェクトの背景調査としてのパラグアイの保健衛生全体の現状把握、JICAパラグアイ事務所及び在パラグアイ日本国大使館関係者との協議を目的とした。

調査結果：1) 保健医療分野の現状について

- ① 一次から三次医療までのシステムが整備されていない。
- ② 医療従事者の数が不足している。
- ③ 水、電気、道路などのインフラ整備の遅れが保健医療分野に大きく影響を与えている。

2) 新規案件（公衆衛生プロジェクト）の問題点について

- ① 従来の医療技術移転案件と基本的に異なる方向性を持った援助であることの認識が必要である。
- ② 住民の自発性を尊重した人造りを中心に進めるべきである。
- ③ 社会的アプローチが必要である。

3) カアサバ県の現状について

- ① UNICEF、WHOによるプライマリ・ヘルス・ケアの概念が浸透している（プログラムの実施等）。
- ② 住民と医療施設を結ぶアクセスが劣悪である。
- ③ 青年海外協力隊との連携・協調が必要になってくると考えられる。
- ④ 医療機関と住民の間に大きな溝が存在する。

(3) プロジェクト形成調査団派遣

調査主体：プロジェクト形成調査団

調査期間：1994年1月12日～1月25日

調査目的：シャーガス病研究プロジェクトの成果を踏まえつつ、コンサルタント調査、更に短期派遣専門家の報告に基づき、骨子を形成しつつある公衆衛生を基本方針とした医療協力プロジェクトの実施について、当国保健医療分野の現状を確認するとともに実施機関と想定される厚生省の体制について調査を行う。

調査結果：1) 保健医療分野の現状について

- ① 母体、乳幼児など分娩に係る死亡率がかなり大きい。

- ② 疾病については農村部において呼吸器系及び下痢症等の感染症が大きな要因として挙げられる。
- 2) 組織体制について
- ① 厚生省の中では組織改革が進められ厚生大臣を長とした国家保健審議会が組織されこれにより「国家保健プラン1993～1998」が制定された。
  - ② 新政権においてはプライマリ・ヘルス・ケアの拡充を基本政策の一つと位置付けている。
- 3) その他調査結果
- ① 在パラグアイ日本国大使館の本件に関する意見の中では政府の政策、技術協力の広がりから地方でのプライマリ・ヘルス・ケアを最重要と考えている。
  - ② I I C Sについてはベースラインサーベイ及びモデル化への分析など、またL A C I M E Tについては臨床検査及び検査要員の研修などの協力が考えられる。
  - ③ 農村地域での活動においては農牧省普及局との連携が必要不可欠と考えられる。
  - ④ 文部省との関連では既に行われている小学校での公衆衛生教育の内容を確認し必要に応じて改善していく。
  - ⑤ 国際援助機関では既に保健医療分野での実績があり本件実施について積極的に連携を取っていく必要がある。

### 3-3 現地からの要請内容

パラグアイ側からの要請内容は以下の通りである。

- (1) 概 要：地域プライマリ・ヘルス・ケア計画
- (2) 国 名：パラグアイ
- (3) 分 野：保健医療
- (4) 要請機関：パラグアイ厚生省
- (5) 実施機関：パラグアイ厚生省
- (6) 経 緯：パラグアイはラテン・アメリカ諸国の中では比較的安定した経済状況にある開発途上国である。1993年8月にはファン・カルロス・ワスモッシ大統領による新政権が発足し、「2000年にはすべての国民が健康に」をスローガンに、プライマリ・ヘルス・ケアを戦略として優先的に保健医療状況の改善を政策に掲げている。  
パラグアイ厚生省は多種にわたる計画を通して貧困層に対して保健医療及び

衛生状況の改善に取り組んできたものの様々な要因によって期待された効果を上げることができなかった。これら阻害要因は物質資源であり、また技術、教育、経済などであるが最も重要な要因は人数だけでなく組織や経験も含めた人的資源であると思われる。

これら状況は、同国における本件プライマリ・ヘルス・ケア計画への支援に外部からの技術協力を導入する必要性の一つである。

本件プロジェクトは第6保健区カアサバ県で実施することを検討中であり、同県は以前はグアイラ保健区に属しており、主なデータは下記のとおりである。

項 目	状 況 ( 1 9 9 3 年 現 在 )
地 勢	面積 9,492平方キロメートル 人口 134,526人
医療施設状況	地域中央病院 ( 1 施設 ) ベッド数27 地域診療所 ( 6 施設 ) ベッド数96 保 健 所 ( 27 施設 ) ベッド数29
医療従事者	パラメディカル ( 国全体に対して ) 2.3% 医師 ( 国全体に対して ) 0.9% 管理部門 ( 国全体に対して ) 0.7%
厚生省予算	人員 196人 予算 ( 厚生省の予算のうち ) 1.5%
疾病状況	急性呼吸器疾患、腸内細菌症、貧血症、下痢症、ひぜん、動脈高血圧、栄養失調、結核
主な死因	脳血管障害、心臓障害、悪性腫瘍、肺炎、交通事故、殺人、産後障害

カアサバ県における開発計画は本県が他県の平均よりかなり遅れていることもあり、プロジェクトへの投入はカアサバ県住民の保健医療に大きく貢献するとともに県全体の開発の大きな柱になるものと考えられる。また、このプロジェクトの結果は他の地域に対してのモデルにもなり得る。

- (7) 一般目的：モデル地域のプライマリ・ヘルス・ケア体制を開発することで対象住民の生活状況を改善し、これをもって他の地域のモデルとして活用する。
- (8) 詳細目標：第6保健区カアサバ県において、各分野でプライマリ・ヘルス・ケアの概念を確立し各種活動を展開する。また、住民の保健医療の改善には住民参加手法を用い、環境に注意しながら進めるものとする。

(9) 期待される結果：

- 1) 疾病による死亡までの構造を変えることで住民の生活環境を改善する。
- 2) 保健医療に係る意識の変化と経験を与えることで衛生教育のレベルを上げる。
- 3) 住民から基本医療サービスまでのアクセスを改善する。
- 4) 環境への侵略を最小限に押さえ、生活環境を保護する。
- 5) 適応力のある人員の登用やコミュニティの参加による持続可能な開発を行なう。

(10) 組織からの投入：

- 1) プロジェクト方式による技術協力
- 2) プロジェクトの計画及び管理部門への専門家派遣
- 3) コミュニティーや研究所への青年海外協力隊員の派遣
- 4) プライマリ・ヘルス・ケア実践の情報及び応用についての意見交換

(11) 厚生省からの投入：

- 1) 第6保健区カアサバ県への厚生省予算
- 2) プロジェクトの人材の研修と組織化
- 3) 施設の提供；地域中央病院、診断所、保健所を通してのプライマリ・ヘルス・ケアに係る施設の提供（プロジェクト日本側管理部門への施設提供も含む）



## 4. 国家保健計画

### — 1993-1998年度国家保健プランに関する保健政策及び基本方針プログラムの概要 —

#### 4-1 経緯

1993年8月16日から保健並びに社会福祉分野における新しい制度が、共和国立憲大統領フアン・カルロス・ワスモシの提唱にパラグアイ国民及びその家族の生活レベルの尊厳化を狙いとして開始される。国民の健康及び教育は国家を均一に、合理的に、更に統合的に発展させる上で基礎的な前提となるものである。

民主主義の確立段階にある我が国の衛生分野の責任者として、厚生大臣は、社会の価値を高めるための目的及び手段として保健は譲ることのできない人の権利であり、人類の発展のあらゆるプロセスにおいて断固たるべきものであると考え、全国民生活並びに経済の生産性にとって非常に重要な要素であると認識するものである。従って、保健は政府サイドが社会全体の参加を得て対応、促進する価値のあるものである。

こうした保健への積極的な構想を持ち、新衛生行政は我が国の保健状況の欠陥を短期的に覆すための政策ラインを打ち出している。係る保健状況の欠陥は罹病率並びに死亡率の水準や構成に見て取ることができる。つまり、保健サービスの導入並びに機能が不十分であり、医療が最小限しか行われていないこと、また、その生産性の低さとして表出している。また、健康的で通常の生活を阻害する基礎排水の欠陥が指摘される。

社会開発分野において、全国を対象とした健康プロモーション、予防、回復を行うという重要な使命を我が国政府が厚生省に託すのであるならば、この政府が基本的に意図するところのものは、あらゆる公共・民間の衛生機関、教育機関、住宅機関、経済機関、業務機関、決定機関、市町村、組合、基盤組織並びに社会福祉組織が一丸となって協力することによってのみ達成され得るものである。つまり、個人や集団の健康は衛生対策のみの結果として得られるものではなく、全社会の強い協力があってこそ達成されるものである。

#### 4-2 保健状況のまとめ

新しい衛生行政は、我が国の国民生活における保健及び社会福祉を相応しいものにするために、社会、政治における民主主義並びに社会正義を確たるものにする必要性をあらゆる国民層とともに認識している。

人や環境に関する保健の現況をとらえることを目的とし、公・民の保健部門の尽力並びに資源を調整するには刷新的な戦略を銘記する必要があると我々は考えている。現状では感染・伝染性の病気、免疫予防が可能な病気、寄生虫病、下痢、急性呼吸器系感染、出産の合併症、栄養不良、昆虫が媒介する病気、その他心臓疾患、腫瘍、事故、神経疾患、また、環境汚染や国民の生活状況に起因する疾病が多く見られる。

衛生状況の現実、保健サービスの組織編成及びその機能のあらゆる対応レベルにおける欠陥に起因するものであり、この危機的な状況は以下の制約的な側面に見ることができる。

- 制度構成が整っておらず、附属機関も法的には存在するが機能していない。その逆もまたしかりである。
- 厚生省の文書は1936年以降のもので現状に合致しておらず、プログラムやサービスに関する技術的な必要性並びに管理の必要性の現状に適応しない。
- 衛生関連の機関が種々雑多であり、各種のプログラムやサービスを導入するに当たり、資材や経費に不必要な重複が生じている。
- 衛生業務の対応範囲に欠陥がある。特に農村部や都市近郊に欠陥があり、農民、先住民族、都市部の疎外された人々など危機的な状況にある人々が対象から外れている。
- 医療への予算が優先されており、保健に関するプロモーション、予防、教育活動が制約されている。
- 基本的な衛生業務のための薬品やその他の器材の供給が危機的な状況にある。
- 中央レベルの指導・調整陣が最小限であり、プログラムやサービスの監督、管理、評価を行うことが難しい。従って、サービスの能率や効果、生産性を向上させることが難しい。
- 病気の監視やコントロール業務の対応範囲が制約されている。
- 我が国の衛生状況を考慮し、国内外レベルの技術・資金協力に関する方向付け並びに調整に欠陥がある。
- 制度レベル及び部門レベルにおける既存の技術規範、運営規範の不履行がある。また、衛生法の大半の章には細則規定がない。
- 種々雑多の研修教育が行われているが、保健関連の人材教育や衛生対策上の必要に応じたものではない。また、公共福祉並びにサービスの運営管理に携わる人的資源が十分ではない。
- 運営システム（経理、予算、財務、インフォメーション、予算実施、コントロールシステム等）の開発レベルが低いためプログラムやサービスが適切に機能することができない。
- 衛生区の運営関連への設備や技術の導入が不十分であり、分散化プロセス及び地方レベル、現場レベルのプログラム作成が疎外されている。
- 4レベルのサービス網を実施するための総合的な投資プランが不在である。
- 保健サービスに関する設備・技術導入に実質的な差異があり、第3レベル、第4レベルの保健設備に偏っている。
- 人的資源、物的資源、資金が中央官庁レベルに集中している。
- 診療、退院、ベッド使用率、出産への専門的な対応に関する指数が全国平均で低い。
  - 年間、住民1人当りの受診回数 : 0.5
  - ベッド使用率 : 48%

- － 出産への専門的な対応                   : 41.6%
- － 退院                                       : 35.3%
- － 人材が不足しているあるいは時代後れの設備能力しかないために、最小限の業務しか行わないあるいは全く業務を行わない保健施設が多い。
- － サービスレベル、あるいは部課レベルでの人材（専門家、技術者、補助員）の配置状況が不適切である。これは彼らへの給与、動機づけ、更に職員構成規定の欠陥並びに保健業務に携わる人々のための序列や役職システムがないことに起因している。
- － 保健に関する統一された情報処理システムがない。既存のデータは従来的な方法で作成されたもので、不完全であり、信頼性が低い。また現在までのところ、出生・死亡件数や衛生に関する統計関係に仮登録が高率で見られることが明らかである（出生49.5%、死亡件数 50.2%）。
- － 機関内及び機関間（IPS、大学、同業組合、民間部門、その他）における連結や調整を難しくしている要因がある。また、教育分野に統一性がない。
- － 保健サービスをできるだけ効率の良いものにするための適切な通信手段がない。
- － 関連の専門的な実験所がないため薬剤、食料、その他の生物学的な製品を質的に管理することが最小限にしかできない。
- － 資金の出所や利用に関し信頼できる情報やデータが不十分である。
- － 対応処理レベルでの保健サービスの利益を生む経費がどの程度必要であるか理解していない。
- － 設備やサービスを拡張するうえで十分な人材を配置するための予算が不十分である。また、建物のメンテナンス、修理、資材の取得、輸送、薬剤、その他の予算も不十分である。
- － 運営を担当する熟練した人材が少ない。
- － 中央及び地方レベルの監査がわずかししか実施されていない。

制度構成、設備・技術導入、管理能力、プログラムやサービスの実施といった点での制度的な危機状況や病気死亡率は、保健政策や運営プランの機能の実情や欠陥を判断するための適切な指標となっている。その理由は、国民の健康状況や医療状況から、我が国の国民生活を質的に向上させるには、偏らない対策、調整された対策、一貫した適切な対策が必要であることが明らかであるからである。こうした意味で新しい行政は具体的な保健政策、強く進めるべきプログラム、戦略を持ち、以上のような現状を打破するべく保健関連のプロモーション、予防、教育の方向付けを行っているのである。

これらを実行に移すために緊急対策段階（1993年）における国家保健プランが打ち出された。更に組織全般の再編成がなされ、8つの総監督局が設置されたことにより関連分野におけるプログラムやサービスを決定し調整することが可能となった。平行して、共和国憲法に規定される国家保健システムを強力に実施に移すプロセスの一環として、この短期間の間に、同省は同

部門の他の機関とともに業務調整プロセスを押し進めてきた。

#### 4-3 主要な指標

##### (1) 人口構成-1993年

- 人口	: 4,387,921人	
- 東部	: 4,275,673人	97.64%
- 西部	: 103,228人	2.36%
- 都市人口	: 2,213,107人	50.54%
- 農村人口	: 2,165,814人	49.46%
- 出産人口(15~19)	: 1,061,148人	
- 1才未満児人口	: 144,679人	3.30%
- 5才未満児人口	: 679,616人	15.93%
- 5才-14才児人口	: 1,093,838人	24.98%
- 東部人口密度	: 2,675人×km <sup>2</sup>	
- 西部人口密度	: 0.42人×km <sup>2</sup>	
- 推定妊婦数	: 156,832人	
- 出生率	: 33.04% (×1000)	
- 人口増加率	: 3.1%	
- 出生時平均余命	: 67.29% (男女)	

##### (2) 国民の健康状況-1992年

- 全体死亡率	: 6.4×1000人
- 幼児死亡率	: 21.4×1000出生件数
- 新生児死亡率	: 11.2×1000出生件数
- 母体死亡率	: 1.0×1000出生件数

##### (3) 普及対応率と資源

厚生省の対応率/推定	63%
医療の普及率/推定	28%
飲料水の普及率/推定	20%
出産の制度的な対応	41.6%
妊娠の早期判定	27.6%
妊娠への集団指導	2.5%
育児集団指導	2.1%
医療×住民	0.5%
退院×ベッド	35.3%

飲料水の支給がある人口 20%

平均予防接種率 70%

保健に関するデータ

— 仮登録／出生 49.55%

— 仮登録／死亡 50.28%

— 仮登録／幼児死亡 54.75%

— 仮登録／母体死亡 25.0%

人的資源

— 医 師 : 2,755……率／7.08%×10,000人  
首都／78.9%

その他／21.1%

— 歯 科 医 : 1,120……率／3.10%×10,000人  
首都／81.6%

その他／18.4%

— 看 護 婦 : 710……率／1.05%×10,000人  
首都／82.6%

その他／17.4%

— 看護補助員 : 2,951……率／8.2 %×10,000人  
首都／45.5%

その他／54.5%

物的資源

— ベッド数…………… : 2,762

— 健康相談所…………… : 401

— 保健所…………… : 127

— 地方病院…………… : 14

— 専門病院…………… : 10

— 診療所…………… : 2

## (4) 全年齢を対象とした主要死因

## 全年齢を対象とした主要死因

1992年

	件数	%	率
1. 循環器系疾患	3570	25.02	81.5
2. 脳血管系疾患	1741	12.20	39.7
3. 腫瘍	1640	11.49	37.4
4. 呼吸器系疾患	998	6.99	22.8
5. 事故	922	6.46	21.0
6. 病気出生	647	4.53	14.8
7. 糖尿病	427	2.99	9.7
8. 下痢	328	2.30	7.5
9. 殺害	308	2.16	7.0
10. 先天性異常	273	1.91	6.2
11. 原因不明	1304	9.14	29.8
12. その他	2113	14.81	48.2

人口：4,378,921

出展：生物統計局－厚生省

## (5) 原因別幼児死亡／1988年－1992年

## 原因別幼児死亡／1988年－1992年

(出生時1,000人に対する割合)

原因	1988		1989		1990		1991		1992	
	件数	率	件数	率	件数	率	件数	率	件数	率
出産時に受けた外傷	277	5.29	326	5.38	363	5.56	326	4.62	350	4.64
下痢	158	3.01	293	4.83	271	4.15	180	2.55	110	1.45
肺炎及び感冒	229	4.36	278	4.59	244	3.74	177	2.51	206	2.73
新生児感染	173	3.29	175	2.89	202	3.09	230	3.26	207	2.74
未熟児	104	1.98	123	2.03	130	1.99	118	1.67	126	1.67
貧血	52	0.99	43	0.71	33	0.51	39	0.55	25	0.33
先天性異常	132	2.51	121	2.00	125	1.91	139	1.97	167	2.22
髄膜炎	42	0.80	64	1.06	67	1.02	47	0.67	48	0.64
破傷風	30	0.57	30	0.49	30	0.46	20	0.28	10	0.13
不明	304	5.78	300	4.95	294	4.50	197	2.79	145	1.92
その他	418	7.96	160	2.63	229	3.51	222	3.15	217	2.88
合計	1919	36.52	1913	31.56	1988	30.44	1695	24.02	1611	21.37

(6) 原因別幼児死亡／1988年－1992年

原因別幼児死亡／1988年－1992年

(出生時1,000人に対する割合)

原因	1988		1989		1990		1991		1992	
	件数	率	件数	率	件数	率	件数	率	件数	率
毒血症	13	0.25	15	0.25	24	0.37	31	0.44	16	0.21
出血	32	0.71	30	0.49	27	0.41	29	0.41	18	0.24
中絶	16	0.3	18	0.3	15	0.23	20	0.2	21	0.28
敗血症	11	1.21	8	0.13	8	0.12	11	0.16	8	0.11
その他の合併症	33	0.63	26	0.43	24	0.37	26	0.37	12	0.16
合計	105	2	97	1.6	98	1.5	117	1.66	75	1.00

4-4 保健政策

以上から社会経済開発プロセスの枠内に保健対策を取り入れるという現在の動向に正当な根拠があることが理解できると思われる。従って、同政策並びに衛生のプランニングはワスモジ政権の政策並びに国家開発プランと密接に関連するものである。

中央政府や自治体の他の部門と共有する対策を打ち立てる上で以下の政策、戦略及び対策方針を明確にし、1994年度から1998年度の国家保健政策並びに国家保健プランのベースとする。

病気予防、人々や共同体の健康の回復、環境保全を通じて人々の健康や環境衛生をプロモートする上で、以下を衛生対策の枠組みとするものである。

(1) 目的

- 人、家族並びに共同体の尊厳化を図る上で、人の権利として、また国家開発の基本である社会投資として、国民福祉レベルを向上させる。
- 効果的かつ国民の要望に応える形で質の高い保健プログラム並びにサービスを公平に実施することにより制度自体の信頼や信用を獲得する。

(2) 優先性

- 農村部のプログラム並びにサービスを優先し、特に母子の健康に力点を置く。
- 現在、医療に投入されている対策や資源を保健全般のプロモーション、予防、教育に重点をおいて方向付けを行う。
- 国家保健システムの導入に向けて同プロセスを推進する。

(3) 政策ライン

- 様々な保健サービスを受けることは全国民の基本的な権利であり、これに関し国家及び社会は共通の責任を負うべきものである。まず、保護されていない農村部、都市周辺部の国民、母子、身体障害者らの基礎衛生（第1次的な対応）を優先させるべきで

ある。

- 新国家憲法の国家保健システムには同部門の組織モデルが定められている。係るモデル展開は市町村並びに基礎組織を社会保障制度に組み入れ、公民の公衆衛生機関を強力に結集・調整する上で優先されるべきである。
- 各資源やサービスの立案、基準作成、評価及び管理、衛生対策並びに行政関連分野の人的資源の養成、保健関連情報のシステム化、テクノロジーや物的資源の先端化、適切な資金調達、衛生関連の調査研究、保健プログラムへの社会参加、以上は保健部門において主導的な役割を果たす厚生省を強化する上で基本的な要素を構築するものである。
- 母子、栄養障害及び寄生虫病、免疫化が可能な病気、下痢、感染・伝染性の病気及び昆虫に媒介される病気、神経障害、事故、以上への対応は罹病・死亡率全般、特に母体及び青少年のそれを低下させる上での基本である。
- 環境汚染管理並びに基礎排水プログラムは衛生政策において極めて重要な点である。
- 保健衛生の状況やプログラム、サービスの要件に応じ、国内外レベルでの機関間協力を推進する。

#### (4) 保健政策の概要

- ・ 政策：真の意味における公共福祉を強化・強調
- ・ 目的：
  - 人が持つ権利として国民福祉のレベルを向上させ、人、家族、共同体の尊厳化を計る。
  - 制度自体の信用度を向上させる。
- ・ 優先性：保健に関するプロモーション、予防、教育に焦点をおいてプログラムやサービスを展開する。
- ・ 対象地域：
  - 農村部及び都市周辺部：農民居住区、先住民区、疎外地区
  - 危険度の高い人々：母親、子供、青年
- ・ 戦略：
  - 第1次的な衛生対応：基礎排水、栄養の利用
  - 基本薬剤
  - 健康相談所や保健所の業務強化
  - 地方病院
  - 調整及び連絡状況の向上、またサービスの生産性の向上
  - 保健関連への部門参加、共同体参加

#### 4-5 保健に関する国家プラン基礎プログラム

厚生省は優先させるべき衛生政策事項に応じて、また特に、使用できる手段の可能性に応じて、同関連プログラム、プロジェクト及びサービスを打ち出す必要性を認識している。国民の



必要により良い形で応えるために、制度プランのプログラムは、現況診断、プランニングの戦略的な焦点、現場プログラム並びに社会参加を基盤に開始される。

本文書はその第1次段階的な技術計画書であり、対策の各分野で主に考慮すべき基礎プログラムや特定の業務を明確にするものである。

(1) 家族の健康

- － 母親の健康
- － 子供の健康
- － 母乳
- － 青年期の健康
- － 家族の保護
- － 栄養と食べ物
- － 口腔衛生
- － 精神衛生

(2) 流行病に関するプログラム

- － 流行病の監視
- － 予防接種
- － エイズ及びその他の性行為感染
- － ハンセン病のコントロール
- － 結核のコントロール
- － マラリア及び昆虫が媒介となる病気
- － 人間に感染する動物の病気
- － 非伝染性疾患のコントロール

(3) 医療及び病院

- － 1次対応
- － 先住民族の健康
- － 農民居住区
- － 成人医療
- － 診断手段
  - － 病理解剖学
  - － 実験室
  - － 血液銀行
  - － 画像診断（X線、超音波）
- － 放射線からの保護

(4) 保健プロモーションと教育

(5) 社会福祉

- 家族プロモーション
- 社会参加
- 各福祉団体の調整

(6) 環境衛生

- 水の供給
- 汚染のコントロール
- 廃棄物の衛生的な処理
- 職業衛生

(7) 人的資源の開発

- 保健関連の技術者並びに助手の養成及び研修
- 寄宿舎と寄宿生
- 人材の採用と管理
- 修了後の研究

(8) 制度的な開発

- 物的資源
- 資金
- 行政と管理
- 保健に関する情報システム
- プランニング、プロジェクト、評価
- 衛生に関する調査研究

以上の各分野は、適宜見直しがなされ、目的、目標、業務内容、定期的な評価方法、最終的な評価方法が打ち出され、予め内閣の承認を得た上で遂行される。

#### 4-6 戦略

プログラム並びにプロジェクトを実施し、適切な指標による質的、量的な達成を図るには、プログラムの各分野における明確かつ適用可能な戦略が必要である。

このために以下の戦略が選定された。

- 第1次的な対応
- 社会参加
- 部門並びに部門間の結集・調整
- 農村部への資源の再配分
- 保健教育

#### 4-7 当面の衛生対策

1994-1998年度の制度プランを作成する一方、厚生省の再構築並びに国民の必要に応えるための対応策を即時に推し進めることが必要である。これには以下の対策が考えられている。

##### (1) 厚生省の再構築

- 各監督局、技術支局、行政部門、計画部門を導入することにより中央レベルの再編成を行う。
- 情報並びにデータのコンピュータ処理化。
- 専門スタッフ、技術スタッフ並びに助手養成所の運営の適正化。
- あらゆるレベルにおける技術監査並びに行政監査。
- 病院の維持システム並びにその他のサービスの維持システムを確立する。
- 運営部門の評価と強化：衛生区、病院区、SENASA、SENEPA、社会福祉。
- 同省の財及び機材の所有状況調査。
- 法的枠組みを現況に相応しいものにする。また細則化する。
- 組織間並びに部門間の連結。
- 保健・福祉プログラムへの社会参加並びに協同体参加のための制度開設。
- 国内外の機関の協力を得て、制度開発に関する具体的なプロジェクトの構想を練る。
- 国家保健審議会の再編成。

##### (2) 衛生に関する当面の対応策

- 流行病の監視システムの強化。
- 保護から外れている人々への第一次的な対応業務の拡張：先住民、農村部住民、貧困地域住民。
- 傷病者緊急輸送サービスの再編成。
- 母子への対応の向上。
- 基礎的な薬剤リストの作成と診断並びに治療手段に関する経費の削減。
- 衛生及び栄養教育プログラム。
- 免疫化拡張プログラム（PAI）を危険度の高い地域や人口に応じて進める。

## 5. 協力分野の現状と問題点

### 5-1 全国レベルの保健の現状

#### (1) パラグアイの保健医療事情

パラグアイでは、長期に渡る軍事独裁政権の中で厚生省の予算は数パーセントという値に抑えられ、また保健サービスの組織は絶対的な中央集権体制が採られてきた。しかし、1989年よりPAHO（汎アメリカ保健機構）の協力により各保健施設を単位とするローカル・プログラミングが採用され、1990年よりローカル保健システム（いわゆるS I L O S : SISTEMAS LOCALES DE SALUD）が厚生省の重要な方策となり、これに伴って保健サービス機構の地方分権化、住民参加、他の組織・機関との協調体制による包括的保健サービスの向上などが目指されてきた。

1993年8月に誕生したウスモン政権は、保健医療及び教育分野の充実を最重点政策として挙げており、これを受けた厚生省の基本方針は、前述の国家保健計画の如く、地方、特に母子保健の充実、予防と健康教育、各種の機構の協調に基づく国家保健システムの確立を優先項目と定めている。以上、保健指標は全世界で中程度開発国に属する本国であるが、プライマリー・ヘルス・ケア戦略を基盤にした諸原則が強調されるようになったのはここ最近のことといえる。

#### (2) 保健統計指標

##### 1) 人口

パラグアイの人口は412人（1992年の国勢調査による）、1993年の推計では438万人となっており、人口増加率は3.1%（1982年から1992年までの平均）と南アメリカで2番目の値を示している。人口構成は15才以下が40%を占め、また都市人口は51%であり、首都アスンシオンは53万人と全人口の12%を占めている。人口密度は10.8人/平方キロと平均すると低いですが、人口の地理的分布は極めて偏っている。（表-1 保健行政区別人口参照）

表-1 保健行政区別人口

保健行政区	1才歳満	1~4歳	5~14歳	15~19歳	20~39歳	40~49歳	50~59歳	60歳以上	計
1. コンセプション	6286	20836	43998	17804	55246	14262	8203	9098	175733
2. サン・ペドロ	8993	32395	74289	30243	93396	24448	15593	16912	296269
3. コルディジェラ	6996	26445	53488	21891	66962	17304	9809	10659	213554
4. グアイラ	5603	20526	42964	17338	53337	13680	7512	8156	169116
5. カグアス	14375	43867	101322	40946	126838	33982	21079	22280	404689
6. カアサバ	4854	16890	33703	13758	41808	10698	6145	6670	134526
7. イタプア	12750	46749	100824	40625	126570	31891	19747	21800	400956
8. ミシオネス	3083	10191	23158	9373	29553	7361	4714	5128	92561
9. パラグアリ	6308	24208	52021	21530	65580	17324	10292	11839	209102
10. アルト・バラナ	12919	47611	107980	43479	134926	34783	23888	25060	430646
11. セントラル	32048	115485	235638	95464	292724	76155	44814	48905	941233
12. ニエンブク	2197	7591	18060	7244	23322	5686	3737	4104	71941
13. アマンバイ	2990	11313	26782	11398	32494	8473	4914	5312	103676
14. カニンデジュ	3478	11205	25548	10337	31755	8809	5838	6551	103521
15. チャコ	2699	11483	25845	10499	33836	8388	4572	5946	103268
16. アスンシオン	19100	68276	131431	51831	164138	41580	25474	26300	528130
計	144679	515071	1097051	443760	1372485	354824	216331	234720	4378921

2) 出生と死亡

粗出生率は33（人口千対、1992年）、粗死亡率は6（人口千対、1992年）、合計特殊出生率は4.4（1992年）であり、平均寿命は67.3才（男性65.2才、女性69.5才）となっている。厚生省統計による乳児死亡率は21.4（出生千対、1992年）、妊産婦死亡率は1.00（出生千対、1991年）であるが、年間出生数は約半分しか把握されていないと推定されるため注意を要する。なおUNICEFの発表によると、それぞれの値は28（1992年）、300（1980-1991年）であり、5才未満死亡率は34であるが、妊産婦死亡率はラテン・アメリカ諸国のなかで第2番目に高い。

3) 主要死因

乳児死亡率は、開発の遅れた県で出生千あたり48-49という値から、発達した県での国の平均の半分という値まで偏りが大きい。1992年の登録された全1,611人の死亡例のうち、原因は、1位分娩時外傷、2位新生児感染、3位は肺炎及びインフルエンザであり、過去3年間には3位までに入っていた下痢症が姿を消している。（表-2 原因別乳児死亡数と死亡率（出生千対）参照）

表-2 原因別乳児死亡数と死亡率（出生千対）

原因	1988		1989		1990		1991		1992	
	件数	率	件数	率	件数	率	件数	率	件数	率
出産時に受けた外傷	277	5.29	326	5.38	363	5.56	326	4.62	350	4.64
下痢	158	3.01	293	4.83	271	4.15	180	2.55	110	1.45
肺炎及び感冒	229	4.36	278	4.59	244	3.74	177	2.51	206	2.73
新生児感染	173	3.29	175	2.89	202	3.09	230	3.26	207	2.74
未熟児	104	1.98	123	2.03	130	1.99	118	1.67	126	1.67
貧血	52	0.99	43	0.71	33	0.51	39	0.55	25	0.33
先天性異常	132	2.51	121	2.00	125	1.91	139	1.97	167	2.22
髄膜炎	42	0.80	64	1.06	67	1.02	47	0.67	48	0.64
破傷風	30	0.57	30	0.49	30	0.46	20	0.28	10	0.13
不明	304	5.78	300	4.95	294	4.50	197	2.79	145	1.92
その他	418	7.96	160	2.63	229	3.51	222	3.15	217	2.88
合計	1919	36.52	1913	31.56	1988	30.44	1695	24.02	1611	21.37

一般人口の死亡原因は、心疾患、脳血管疾患、及び腫瘍であり、若年者では事故によるものが多い。5才未満では下痢症、急性呼吸器感染症、及び栄養失調であり、また妊産婦死亡原因は、妊娠中毒症、出血、敗血症、中絶、その他である。（表-3 一般人口の主要死因と比率参照）

表-3 一般人口の主要死因の比率

	件数	%	率
1. 循環器系疾患	3570	25.02	81.5
2. 脳血管系疾患	1741	12.20	39.7
3. 腫瘍	1640	11.49	37.4
4. 呼吸器系疾患	998	6.99	22.8
5. 事故	922	6.46	21.0
6. 病氣出生	647	4.53	14.8
7. 糖尿病	427	2.99	9.7
8. 下痢	328	2.30	7.5
9. 殺害	308	2.16	7.0
10. 先天性異常	273	1.91	6.2
11. 原因不明	1304	9.14	29.8
12. その他	2113	14.81	48.2
人口：4,378,921			

表一4 原因別妊産婦死亡数と死亡率（出生千対）

死 因	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年
出 血	32(0.71)	30(0.49)	27(0.41)	29(0.41)	18(0.24)
妊 娠 中 絶	16(0.3)	18(0.3)	15(0.23)	20(0.2)	21(0.28)
妊 娠 中 毒 症	13(0.25)	15(0.25)	24(0.37)	31(0.44)	16(0.21)
敗 血 症	11(0.21)	8(0.13)	8(0.12)	11(0.16)	8(0.11)
その他の合併症	33(0.63)	26(0.43)	24(0.37)	26(0.37)	12(0.16)
合 計	105(2)	97(1.6)	98(1.5)	117(1.66)	75(1.00)

#### 4) 疾病構成

下痢症、急性呼吸器感染症、及びワクチンによる予防可能疾患がより重要な疾病であり、減少傾向にはあるものの5才未満児の主要な入院原因となっている。マラリアは基本的には36万人の人口を有する一地域のみで全症例数の87%（1323人中1149人）を占めていた。

1988年（5,000例）より症例数は減少傾向にあり、罹患率はマラリア人口千人対1.2より0.3まで（1992年）下降している。デング熱は1989年の流行時に症例数は40,376人であったが、その後症例をみていない。シャーガス病に関しては、東部地域で感染率14.0%、抗体陽性率20.0%というデータがあるが、献血者の抗体陽性率は2.8から11.5%となっている。エイズに関しては、患者数60、抗体陽性者170人が現在報告されているが、1992年の推定抗体陽性率は人口十万人あたり2.4となっている。

表一5 年齢グループ別主要疾患の患者数

(1990年)

疾 患 名	全 人 口	疾 患 名	1 歳 未 満	疾 患 名	1 - 4 歳
① 風邪	62,307	① 風邪	19,899	① 風邪	16,544
② 気管支炎及び肺炎	44,919	② 下痢症	14,047	② 気管支炎	15,149
③ 下痢症	39,417	③ 気管支炎	13,454	③ 下痢症	13,247
④ 寄生虫症	24,359	④ 風邪（少し重い）	9,629	④ 扁桃腺炎	11,199
⑤ 交通事故	5,358	⑤ 扁桃腺炎	6,046	⑤ 寄生虫による貧血	10,402

\* 厚生省統計部資料による

### (3) 保健医療サービスに関わる施設と機関

#### 1) 厚生省行政体制及び組織

ヌネス新厚生大臣は、就任後厚生省の組織再編を行い、保健・福祉・環境衛生それぞれの部門に置いていた次官級を副大臣に一本化し、その下に10の局を配置した。また、

直属する組織として国家保健審議会、新設の国際協力室などがある。プライマリー・ヘルス・ケア・プログラムの遂行に実質的なイニシアティブを持っているのは計画評価局、及び保健サービス局と思われるが、保健サービス局の中には、新設されたプライマリー・ヘルス・ケア課の他、先住民課、農村移住課、厚生省管轄の専門医療機関、並びに全国の保健行政地区が配置されている。（図-1 パラグアイ国厚生省組織図を参照）

## 2) 地方行政体制および組織

地方の保健医療体制は、全国18の保健行政地区（REGION SANITARIA）を単位としているが、これは県の一般行政地区とは完全には一致していない。県の行政を含め地方分権はかなり遅れており、保健行政地区における地域保健活動の展開は、ごく最近まで、実際には地域病院が、中央からの直接的な指導・監督のもとで保健・医療サービスの両方を行ってきたようである。現在、地方分権政策のもと、地域病院と行政地区衛生局の機能の分離が行われている。

現在まで2つの保健行政地区において、USAIDによる衛生局スタッフの管理能力強化に関する教育が行われた。

各保健行政地区には、以下のような施設が設置されている。

### ① 地域病院（Hospital Regional）：全国14施設

ほとんどの保健行政地区に設置されており、地域保健医療システムの中核として機能することが期待されている。病床数は地域により10から86床と幅がある。内科・小児科・産婦人科・外科を中心に専門的医療サービスを行うと共に、以下の医療センター・診療所の監督、保健スタッフの再教育と住民教育、及び調査研究機能も担ってきた。

### ② 医療センター（Centro de Salud）：全国143施設

2,000から20,000人の人口を対象に、中程度レベルの一般的外来・入院診療・検査、並びに巡回診療・住民教育等を行っている。病床は6から19床あり、医師・看護婦・農村助産婦・薬剤師・歯科医・検査技師・事務員等のスタッフがいる。

### ③ 診療所（Puesto de Salud）：全国402施設

医者が設置されておらず、看護助手または農村助産婦が、人口2,000人以下の地域を対象に、一般的な病気の基本的診断と治療、予防接種、健康教育等を行っている。数床のベッドを有し、助産婦のいるところでは分娩に対応している。

この他に農牧省普及局が、生活改善活動の一環として全国140カ所に普及局支部を設置し、農業従事者の生活衛生環境の改善や保健教育（予防接種の普及、寄生虫予防等）に取り組んでいる。農牧省は厚生省よりも人材・予算等の面で恵まれており、地方でも豊富な機動力で地域に入り込んでいる。学校保健に関しては、今年から小学校を会場に、全国的な「寄生虫駆除キャンペーン」が開始された。（表-6 保健行政地区施設およ



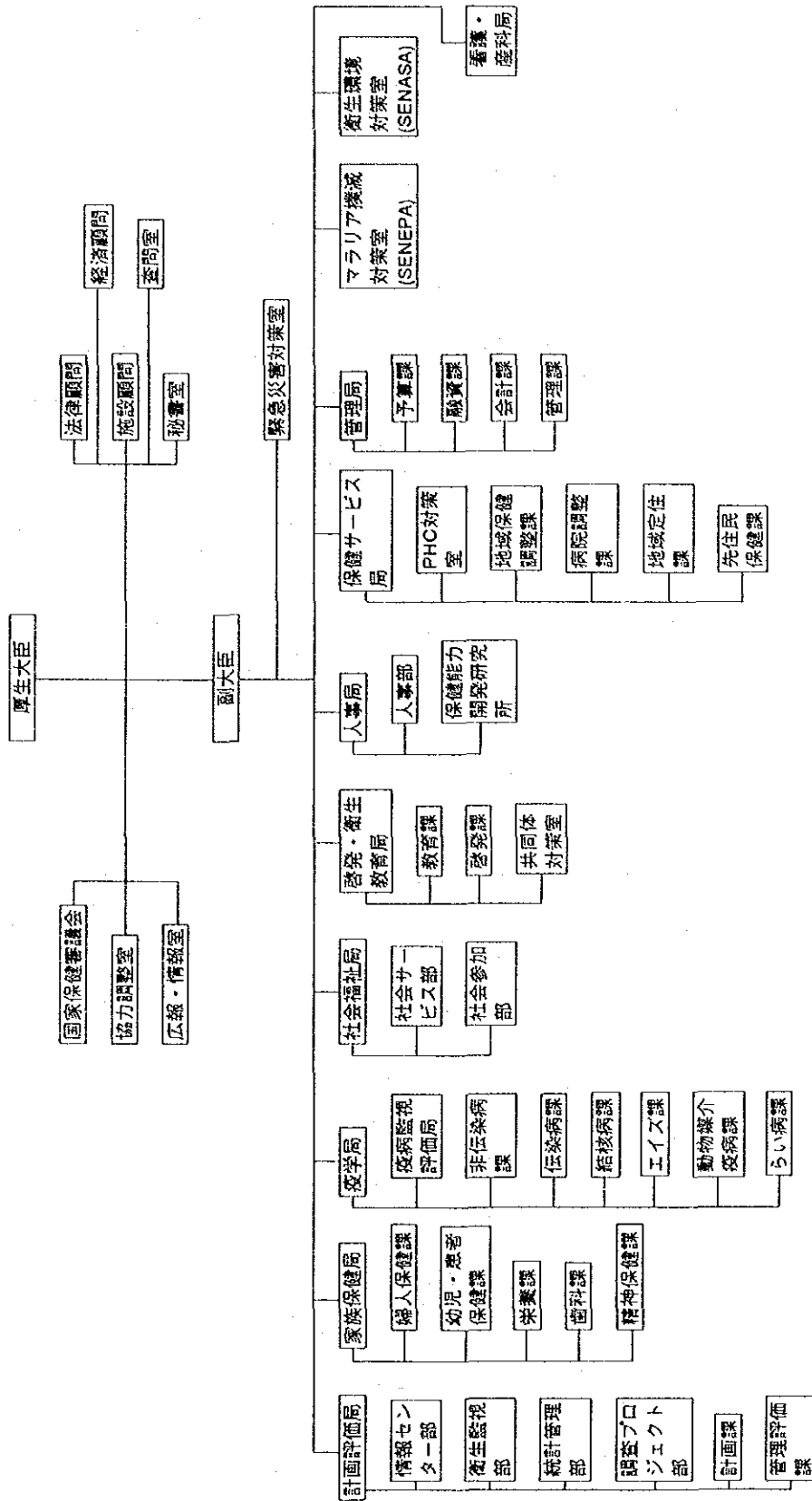


図 5-1-1 パラグアイ国厚生省組織図

び病床数参照)

表一6 保健行政区別保健施設および病床数

保健行政区	医療施設					病床数				
	専門病院	センター	診療所	相談所	計	専門病院	センター	診療所	相談所	計
1. コンセプション		4	18		22		70	18		88
2. サン・ベドロ		8	34		42		78	6		84
3. コルディエラ		10	19		29		64	34		98
4. グアイラ		10	24		34		79	21		100
5. カグアス		12	44		56		118	49		167
6. カアサバ		7	28		35		124	39		163
7. イタプア		13	44		57		163	11		174
8. ミンオネス		8	17		25		52	7		59
9. パラグアリ	1	11	26		38	60	92	42		194
10. アルト・バラナ		6	26		32		157	36		193
11. セントラル	2	15	15	2	34	303	113	9	65	490
12. ニェンプク		6	18		24		32	8		40
13. アマンバイ		3	9		12		73			73
14. カニンデジュ		4	11		15		22	4		26
15. チャコ		6	26		32		65	19		84
16. アスンシオン	5	16	10	5	36	488	209		321	1018
計	8	139	369	7	523	851	1511	303	386	3051

表一7 今回訪問した3地域病院の概要

病院名	保健行政区	県人口	病床数	住民組織	住民薬局	その他の特記事項
カアクベ	コルディエラ	21.4万	35		あり	Baby Friendly Hospital活動実施中
コロネル・オビエド	カアグアス	40.5万	68	あり		外傷科、血液銀行システムあり シニア専門家(寄生虫)のラボあり
ビジャリカ	グアイラ	16.9万	67	あり	あり	住民教育のための集会所あり

上記のうちカアクベとビジャリカ病院では、USAIDによる人材の効率的利用を目指す組織再編成プロジェクトが施行され、コンピューターも導入されている。

### 3) 医療機関

パラグアイの保健セクターは厚生省・アスンシオン大学医学部などの公共部門、社会保険公団などの準公共部門、更に民間部門に分けられ、それぞれの人口カバー率(1989年)は、厚生省60%、社会保険公団14%、軍衛生部8%、民間施設7%、アスンシオン国立大学5%と推定されている。

全国の病気床数は5,500と公表されており、(人口千人あたり1.30床、1989年)、そのうち厚生省が36%、社会保険公団が22%、アスンシオン国立大学が18%、軍衛生部が13%を占めている。

厚生省管轄の専門医療機関として、総合病院には、国立病院 (Hospital Nacional)、バリオ・オブレロ病院、サンチシマ・トリニダー病院があり、専門病院には、ガン熱傷病院、厚生省中央研究所 (LACIMET)、救急病院、サン・パブロ小児病院、国立輸血センター、心臓血管疾患予防センター、リハビリテーション・外科センター、ファン・マックス・ポエットネル・サナトリウムが設置されている。更に全国には、前述した地方の医療機関がある。

今回、アスンシオン市より約30分の郊外に位置する国立病院を視察したが、4年前フランスの借款によって建設、及び機材の導入が行われた近代的施設約600床のうち、ほぼ半分のみが機能している状況である。医師178人、看護婦144人が勤務しており、CTスキャン、血液透析、開心術の設備 (フランス人医師が執刀) 等の高度な医療設備を有しているが、第三次医療施設として本来受けるべきリファレンスの割合は、あまり多くないようである。

また、築100年になるアスンシオン大学病院は、ベッド数620床、約700人の医師を始めとして従業員は総数1,800人、15の臨床サービス部門と4つの補助サービス部門 (レントゲン・臨床検査・内視鏡・血液銀行) を有する。建物の老朽化が目立ち、15の棟がそれぞれ孤立し機能が悪いほか、ここ半世紀メンテナンスには費用が当てられていないなど、施設・機材面での問題が大きい。現院長は病院管理の卒後教育を受けており、年間の外来数130,000、入院13,000、手術件数7,000、ベッド占有率72%、院内死亡率3.7%、平均在院日数10日等の数字が把握されていた。本大学病院は文部省の所属であり、厚生省の保健サービス網とは、医薬品の購入を含め孤立した形で機能している。診療費は差額ベッド代を除いて全無料である。

#### (4) 保健医療サービスに関わる人員と人材養成

##### 1) 保健医療従事者

厚生省及び社会保険公団に所属している保健医療従事者は、1992年で15,556人であり、その比は7対3である。内訳は、医師1,907人、医療補助職員 (看護婦、助産婦等) 5,233人、検査技師等666人、管理部門職員7,750人となっており、医師一人当たりの人口は2,255人である。しかし、医師の55%、医療補助職員の33%、管理部門職員の60%が首都アスンシオンに集中しており、首都近郊のセントラル県も含めれば、それぞれ73%、49%、76%に上る。厚生省の要員だけで見ると、医師1,077人のうち40%が首都アスンシオンに、31%がセントラル県に分布している。正看護婦及び助産婦は459人おり、19%がアスンシオン、38%がセントラル県で働いている。看護助手及び農村助産婦2,874人は20%がアスンシオン、17%がセントラル県であり、比較的地方に分布している割合が多くなっている。

## 2) 人材養成の状況

医師に関しては、アスンシオン国立大学医学部と私立のカトリック大学医学部で養成している。医学部への入学試験はあるが、医師国家試験制度は存在せず、この二つの医学部での6年間の大学教育を終えると自動的に医師免許を取得できることになっている。毎年、国立大学へは約100人が入学し、120人が卒業するようである。インターン期間中に瘧地研修として3カ月の勤務が義務付けられている。

看護教育に関しては、正看護婦は4年間の大学教育で養成され、後に1年の助産婦コースが唯一の専門過程となっている。看護助手の養成は1ないし2年であるが、全国的に統一されておらず、また時代によっても異なってきた。看護助手の教育後、助産婦コースを経て農村助産婦の免許を取得する。1年間の瘧地研修は任意参加である。

## (5) 保健医療活動

### 1) 予防接種拡大計画

1才未満児の予防接種率(1993年)は、BCG99%、DPT85%、ポリオ87%、麻疹86%、妊婦に対する破傷風トキソイドは54%(1990-1992年)と報告されている。現在、18のうち16の保健行政地区で実行されているローカル・プログラミングの中で、各施設では3カ月毎に予防接種率をモニターしている。

### 2) 下痢症対策

ORSの使用率は、UNICEFの報告によれば52%(1987-1992年)となっているが、1991年1月にペルーで始まった、中南米におけるコレラの大流行にあいまって大々的なキャンペーンが行われ、経口補液ユニット、(URO)の発達などを始めとして、コミュニティーでの下痢症対策活動が活性化された。

上水道に関しては、厚生省所属の衛生環境局(SENASA)は人口4,000人以下のコミュニティーを対象としており、それ以上の市町村はCORPOSANAがサービスを行っているが、以下の通り上下水道のカバー率はまだまだ低いものとなっている。

表-8 上下水道の普及率(%)

安全な飲料水を手に入れることができる人口比率(1993)			適切なトイレを利用できる人口比率(1992)		
全国	都市部	農村部	全国	都市部	農村部
30	40	15	58	48	30

### 3) 急性呼吸器感染症

下痢症とともにPAHOのマニュアルに添って対策が採られているが、厚生省家族保健課では、母親、及び保健ボランティア・保健スタッフを対象にした教育、トレーニングを重点政策としている。急性呼吸器感染症に対する抗生物質は無料で投与される。

#### 4) 栄養・成長モニタリング

成長・発達プログラムは各施設で採用されており、発達をモニターするための母親教育が行われている。また、母乳栄養の促進、食塩のヨード化、食品管理等も行われている。1990年のデータによれば、生後4カ月間母乳栄養のみによって育てられた乳児の割合は、都市部では37.7%、農村部では13.3%という値であった。

#### 5) 妊婦ケア・家族計画

妊産婦死亡率の高値は保健セクターにおける最優先課題とされており、厚生省及び各種援助機関共に近年力を入れ、全国的なプロジェクトが施行されている。施設内分娩の比率は57.0%（1990年）であり、アクセスの悪さが大きな問題となっているが、妊婦コントロールは、リスク管理に焦点を当てた、保健スタッフ及び伝統的助産婦へのトレーニングが最も重要な対策として挙げられている。一方で、発見されリファアされたハイリスク妊娠に、病院レベルが対処できていない問題点も指摘されていた。家族保健局による、若年妊娠を防ぐための若者クラブの設立、疫学局による、遠隔地に住む妊婦が、時間的余裕をもって保健施設での分娩に備えられるような簡易宿泊所を設置する計画が挙げられた。

家族計画の普及に関しては、1990年に行われた聞き込み調査（CEPEP）によれば、44.1%の妊娠可能女性が何らかの避妊方法を用いており、その内訳は、ピル13.6%、IUD5.7%、避妊手術7.4%、他の方法8.6%、伝統的方法8.8%という結果であった。

#### 6) その他のプログラム

疫学局の中に、結核・ライ病・エイズ・狂犬病・性行感染症・非伝染性疾患等の各担当部があり、また、マラリア根絶局（SENEPA）が、並列する局として副大臣のもとに設置されている。

プロモーション局は、健康促進部、教育部、コミュニティー開発部の3つの部を有し、健康教育プログラムの作成・メディアを使った伝達のほか、保健ボランティアであるプロモーター・伝統的助産婦・経口補液ユニット責任者の育成・生涯教育等を受け持っている。過去3年間、セントラル県において、地域住民自身が主体となってプロモーターを選び、活動をモニターするといったプログラムを指導してきた担当者は、今回5カ所の保健行政地区における地域保健ボランティア育成計画を示し、現在まで、保健分野以外も含め内外の種々の機関が育成してきた地域ボランティアの整理、マニュアル作成や活動報告システムの整備等も計画している。

福祉局では、以前は弱者救援プログラムが主体であったが、その後コミュニティー主体の参加型活動に移行しており、当局は社会セクター担当という立場から、他の省庁・NGOなどとの協調活動の調整を行っている。

国際協力室は設立後間もなく、現在のところ国内の他の省庁との協調活動の調整を

行っているが、ドナー・ミーティングの調整機能は今後の課題となっている。

#### (6) 保健医療財政の現状

国家総予算に占める保健セクターの予算は7.5%（1993年）と諸国に比して高くはないが、1990年の4.0%、1991年の4.3%、1992年の6.3%と比較すると上昇を続けており、政府の保健医療に対するプライオリティが高くなってきていることがわかる。厚生省予算の歳入源は、一般税収より58.8%、特別法令7.6%、イタイプ・ダムの収入14.6%、固有収入（Users fee）4.7%、外国援助1.3%であった。1992年の保健予算の配分は、社会保険公団52%、厚生省42%、国立アスンシオン大学5%となっていたが、歳出では、事業費の80.6%を人件費が占めており、必須物資の供給に困難な状況を来している。

各保健行政地区の予算案は予算法に基づいて地区独自で作成され、厚生省中央が集計して大蔵省に提出する仕組みとなっているが、この案は、地域の実際の必要性を満たすものではなく、また予算執行には種々の困難さが伴っている。加えて、中央レベルを含め、予算の収支管理システム、会計監査とも整備されていない。

Users feeは、5才以下の小児、下痢症・急性呼吸器感染症等のプログラムの医薬品代等を除いて各施設で回収されており、World Bankミッションの調査によると、いくつかの診療センターでは、事業費の60%までを回収しているという報告があり、ローカル・レベルでの財政難解決の可能性が示唆されている。

医薬品のロジスティックスに関しては、各保健行政地区が購入申請を中央に送り、管理局が入札過程ののち購入を行い、供給者により納められた中央薬品庫の医薬品が、保健行政地区に配分される仕組みとなっている。

#### (7) 保健セクターにおける問題点

厚生省による「1993年から1998年の国家保健計画」の中に列挙されている、パラグアイの保健セクターにおける問題点28個を項目別にまとめると以下の通りになるが、今回の調査期間中のヒアリングの中で強調されていたのは、他の保健指標と比較して目立って問題の多い妊産婦死亡率であり、その原因としての保健スタッフの教育・住民教育の不備、弱い地方分権体制と住民参加、アクセスの悪さが各所で指摘されていた。

##### A. 保健サービス

- ① 健康教育、健康増進活動、予防活動の不備。
- ② 基礎的保健サービスに必要な医薬品と物資の安定供給がなされない。
- ③ 保健サービス網発達のための包括的な投資計画の欠如と、第三次、及び第四次医療施設に偏りがちな保健施設の設置。
- ④ 人材・資材・設備とも首都とセントラル県に集中。
- ⑤ 人口当たりの外来受診数や入院数、ベッド占有率、施設分娩の割合が低い。
- ⑥ 統一された保健情報システムの欠如と、出生・死亡数の未登録を初めとするデータ

不備。

- ⑦ 組織内、及び社会保険公団・大学・労働組合・民間機関等組織間の協調体制の不備。
- ⑧ 迅速なコミュニケーション手段の不備。
- ⑨ 専門的ラボラトリーの欠如による医薬品・食品・その他の生物学的物資の品質管理が不十分。

#### B. 人材

- ① 必要な人材育成と住民の需要に多くのトレーニング・プログラムは応えられておらず、一方で、公衆衛生及びサービスの管理部門における人材が不足している。
- ② 人材、または整備の不足により、多くの保健施設が最低限の機能しか果たせない、または施設を閉鎖するような状況となっている。
- ③ 管理能力を持つ人材の不足。

#### C. 優先的サービスを受けるべき人口グループ

- ① よりサービスを必要とする僻地の農民・先住民、都市の貧困層へのカバー率が低い。

#### D. 保健サービスの管理・運営、および財政面

- ① 保健サービスの組織機構の、現実的、かつ時代にあった法律化がなされていない。
- ② 地方における市町村と保健行政組織との活動の重複が見られる。
- ③ 厚生省中央の各プログラムとサービスへの監督・評価機能が弱い。
- ④ 各施設、セクターにおいて技術的、及び管理面のノルマが果たされていない。
- ⑤ 予算・会計・情報等のシステムの未発達、特にローカル・プログラミングの発展に不可欠な保健行政地区での管理面が遅れている。
- ⑥ 十分かつ信頼できる財源の支出入データがない。
- ⑦ 保健サービスのコストに関する分析がなされていない。
- ⑧ 新設された保健施設への人材、建物のメンテナンス、機材の補修と購入、交通費、医薬品とその他の物資供給等のための予算不足。
- ⑨ 中央及び保健行政地区における会計監査の不履行。

### 5-2 カアサパ保健行政地区の保健の現状

#### (1) カアサパ地区の保健医療事情

##### 1) カアサパ保健行政地区の概要

カアサパ県は首都アスンシオンより車で約3時間に位置する農牧業基地域であり、県庁所在地カアサパ市まで最近になりようやく舗装道路が到達した状態である。県人口は13.7万人、人口密度は15人/平方キロである。10年ほど前に隣県のビジャリカから独立しているが、一つの保健行政地区(第6地区)と認められたのは1992年のことであり、いわばおきざりにされてきた地域とも言え、保健施設、スタッフ、行政システム、

全てにおいて、他の保健行政地区に比較して遅れている状況である。各保健施設では、厚生省のローカル・プログラミングが採用されているが、地区独自の保健政策に関しては、1993年、初めて地区方針を立て、1994年のプログラムを策定した。前回のプロ形成調査団訪問の際（同年1月）と比較して、地域病院内に新しい衛生局事務所ができるなど、病院から保健行政地区が少しずつ分離し、役割分担が明確になりつつあることが感じられた。

## 2) 保健医療に関する地区方針

地区の看護婦長から出された活動計画書では、厚生省の基本方針に基づいた、母子保健、EPI、下痢症・急性呼吸器感染症対策、生活環境整備、健康教育を重点項目として挙げ、保健スタッフのトレーニングと人材管理、各保健施設へのスーパービジョン・システムの確立を強調している。1993年度の年間業務報告によれば、保健スタッフ、またはプロモーターを対象とした教育プログラムは40回、診療センター・診療所へのスーパービジョンは合計70回施行されたようであり、1994年には、6つのテーマに関する計18回のセミナー、及び週2回の割合のスーパービジョンが計画されている。

## (2) 保健統計指標

地区全体のデータを集計する衛生局の統計担当部門を始めとして、地域内にはコンピュータは1台もなく、全て手作業でデータが扱われている。

### 1) 主要死因

カアサパ県全体の粗死亡率は、2.9（人口千対、1992年）であり、総計446人の死亡原因は、1位脳血管疾患、2位心疾患、3位腫瘍であり、全国の順位と1位・2位が入れ替わっている。乳児死亡率は24.0（出生千対）であり、死亡原因の1位は、分娩時外傷、と国のデータと同じであるが、2位は肺炎及び風邪、3位は下痢症となっている。妊産婦死亡率は3.0（出生千対）と全国平均の2倍を呈し、原因は出血と妊娠中毒症の他、同県においては敗血症の率が高くなっている。

### 2) 疾病気構成

罹患率のデータは、6位まで国の順位と同じであるが、カアサパ県では栄養失調と結核が全国平均よりも高くなっている。

表-9 カアサパ県主要疾患登録数（1992）

順位	疾 患 名	年間患者数(人)
①	急性呼吸器感染症	4,756
②	腸管寄生虫症	2,355
③	寄生虫による貧血	1,608
④	貧血(他のタイプ)	931
⑤	下 痢 症	888



### (3) 保健医療サービスに関わる施設と機関

厚生省管轄の保健施設は、1つの地域病院、7つの診療センター（Centro de Salud）、及び27の診療所（Puesto de Salud）で構成されており、その他に社会保険病院（約2,200人をカバー）、及び民間診療所がある。厚生省と社会保険公団とを合わせた県全体のベッド数は165床である。

#### 1) 地域病院：27床

診療センターが地域病院に昇格したばかりで、建物は古く、他県の地域病院に比べれば人材・施設・機材・システムなどまだまだ遅れている。市内の人口約4,000人、周辺地域を合わせた約26,000人を直接の対象人口としているが、医師は3人の小児科医、1人の産婦人科医、及び1人の内科医のみであり、外科は地区衛生局長が可能ならばその都度対応している状況である。最近になり、当直医による24時間の診療が可能となった。施設は病棟・外来のほか、レントゲン室（旧式のX線単純撮影装置は壊れており、ポータブルの撮影装置1台のみ）、手術室（1993年の全身麻酔手術は35件程度）、分娩室（保育器1台）、歯科診療室、臨床検査室（顕微鏡が1台あり、血算・尿検査・便検査・結核菌検査等ができる程度）等がある。カルテ室には1955年からのカルテが並んでいた。病院にはヘルス・コミッションが存在し、また本年1月よりコミュニティー薬局の活動が開始されている。

1993年度の合計入院数は、2,967人、1994年度3月までの一日外来平均は57人であった。

#### 2) 診療センター

医師1名と看護婦・看護助手・農村助産婦・事務職員等が配置されており、検査、及び簡単な手術（虫垂炎、帝王切開など）が可能なところもある。医者の確保が困難、かつ定着が悪いために、診療センターとしての施設と機材を有しながら、診療所としての機能しか果たせないところがある。しかし、今回訪問したサン・フアン・ネボムセノの例のように、センター長である医者のやる気が感じられるところでは外来患者も多く、またセンター独自で種々の住民教育活動も行われており、それなりの効果が認められるようである。

表-10 今回訪問した2診療センターの概要

診療センター	対象人口	管轄 診療所	病床	人員	外 来 患者数	分娩数	設 備	住民参加の状況
ジェグロス	6,400人	2	6	12	1日 25-30	1月 5、6	分娩室 のみ	ヘルス・コミッションあり ボランティア約16人
サン・フアン ネボムセノ	8,140人	7	8	17	60-70	50	手術室 歯科あり	コミッション申請中 ボランティア7人

3) 診療所

1、2名の看護助手・農村助産婦等が配置され、一般的な疾患の診断・治療と紹介、予防接種、健康教育、家庭訪問等を行っている。PAHOやUNICEFのマニュアルは末端まで普及し、ローカル・プログラミングのフォーマットに従って記録も良く取られている。農村助産婦が配置されているところでは分娩可能であるが、人員と研修が不足しており、分娩を行っている診療所は限られている。

今回7カ所の診療所を訪問したが、共通して挙げられた一番の問題点は、地域活動を行うに当たっての輸送手段の欠如であり、家庭訪問時には、スタッフは数時間の道のりを徒歩で移動している状況とのことであった。また、ほとんどの診療所では基本的薬剤が不足しており、ワクチン供給も不完全であった。週2回の家庭訪問がルーチン化されているため、スタッフ1人の所では、週2回診療所を閉鎖せざるを得ない状況となっている。

表-11 今回訪問した7診療所の概要

診 療 所	対 象 人 口	病床	人員	外 来 患者数	分娩数	ヘルス・ コミッション	ボランティア	その他の特記事項
マシエル	2,196	9	9	日13	月1	申請中	7人	コミュニティ薬局あり 診療センターとしての設備有り
モイゼス・ ベルトニ	4,460	2	1	7		なし	1	建物の老朽化が激しく水道設備は壊れ、雨漏りもひどい
ボケロン	2,658	2	2	14	2-3	あり	3	
サン・ アウグスチン	2,949	0	1	1	なし	なし	3	近所に伝統医療施設あり
ポトレロ・ グアス	1,537	0	2	4	なし	あり	4	ビスコの看護婦が入り活性化
ブエナ・ビスタ	6,182	3	4	24	3-4	あり	0	診療センターとしての設備有り
ヘネラル・ モリニゴ	6,378		3	20		なし	8	

\* 1日当たりの外来患者数は統計担当部のデータ(1994年1-3月)による。

(4) 保健医療サービスに関わる人員と人材養成

厚生省と社会保険公団の両者を合わせた保健スタッフは196人であり、うち厚生省管轄の人員は、医師13人、歯科医4人、正看護婦5人、看護助手及び農村助産婦102人、事務職13人であった。衛生環境局の現場担当官は6人である。人員の確保はカアサバ地区において大きな問題であり、特に医師は来たがらず、定着も非常に悪いようである。また、看護助手に関しても、他県まで教育を受けに行かざるを得ないことは、人材確保の大きな支障となっている。

ボランティアは昨年約100人を対象にトレーニングが施行され、198人が登録されているが、実際に活動しているのは25人程度であるといわれており非常に定着が悪い。一つにはアルゼンチンやブラジルへの出稼ぎ、就学等が原因であるが、活動のフォローアップの不備、及び、プロモーターが診療センターや診療所に患者を紹介した際に、十分な対応がなされないことなど、厚生省側の問題も、彼らの活動の継続性を疎外しているものと考えられている。伝統的助産婦に関しては、96人が登録されている。

(5) 保健医療活動

EPIでは、予防接種率を1才未満の乳児の100%、破傷風トキソイドは妊娠可能婦人の35%を目標に、コミュニティーでの予防接種特別期間の設立計画が考慮されている。

下痢症に関しては、コレラを始めとするサーベイランス・システムの改善と住民参加、急性呼吸器感染症対策は、患者の取り扱いに関する保健スタッフのトレーニング、住民教育、医薬品の安定供給、コミュニティー薬局の拡大、リファラル・システムの改善等が挙げられている。

妊婦ケアに関しては、住民への保健施設での妊婦管理サービス活用の促進、ハイ・リスク妊娠に焦点を当てた妊婦への無料サービス、必須医薬品の供給が目標として掲げられ、これに沿って、妊婦検診、子宮癌検査、家族計画等、それぞれの目標値が設定されている。

また、寄生虫症に関しては、その重要性の強調、簡易トイレの建設、住民参加が述べられている。

(6) 保健医療財政の現状

今回、カアサバ保健行政地区の財政に関するデータの収集はできなかった。

(7) 保健セクターにおける問題点

カアサバ地区においては、人材育成とシステム整備、及びアクセスの改善が目立った必要性と考えられるが、「全体として全て遅れている」というのが率直な印象である。全国モデルとなり得るプログラムの開発と同時に、かなり、地区全体としての遅れた部分の底上げ、SILOSの発展というものが必要となろう。

人材の中でプロモーターを初めとする保健ボランティアは、人数も少なく、また4分の1しか継続して活動を続けていないといった現状、厚生省プロモーション局のカアサバで

の調査で、インタビューを行った7カ所の地域、合計約40人の住民のうち、誰もプロモーターの存在を知らなかったという事実からも、非常に実態の弱いものだと感じられる。また、ヘルス・コミッションについても、現在、地区内に6つ存在するようだが、地域の有力者による、単に資金集めのためだけの活動体といった印象も持たれる。今回の調査では、住民自身、保健ボランティア、ヘルス・コミッション、いずれとも直接ヒアリングを行うことはできなかった。

このようなカアサパ地区において、6月初旬に、全国の保健行政地区衛生局長と厚生省各局長、国際機関等を集めて行う予定であるプライマリー・ヘルス・ケアに関するセミナーは、意義のあることであると考えられる。

カアサパ地区の衛生局長は、日本に協力を要請する項目として、㊶統括的な地域診断の施行と、㊷人材教育を挙げており、具体的にまず専門家に依頼することは、人材のトレーニング、及び住民教育の方法の見直しをして欲しいとのことであった。全国のモデルとなるプログラムの具体案としては、

- ① より効果的な住民教育（新しい手法等を用いて）
- ② 上下水道整備
- ③ 新しいタイプの住民参加（思春期、グループ等）

等がカアサパ県において挙げられていたが、同じ質問を厚生省スタッフに投げかけたところ、以下のような案が出されていた。

- ① 組合システム
- ② 水組合のような住民組織の確立
- ③ 農牧省・文部省との連携のモデル
- ④ 科学的な原因追及に基づいた感染症の予防プロジェクト
- ⑤ 家庭菜園等の食料確保
- ⑥ 遠隔地からの妊娠のための簡易宿泊所
- ⑦ 若年層をターゲットとした保健・福祉活動への参加

今回、それぞれについて検討する機会はなかったが、これらの具体案は、今後PDM作成の過程で、活動内容と関連させて検討していくこととなった。

## 6. 保健セクターに関する国際協力

### 6-1 米州保健機関 (PAHO/WHO)

国際援助機関としてはパラグアイで最も影響力を持っていると思われるPAHOパラグアイ事務所を訪問した。下記のUNICEF、UNFPAの関係者の、同席を得て、コンサルタントのDr. Garcia (アルゼンチン人) と面談したが、彼はブラジル、コロンビアを経て3週間前にパラグアイに赴任したばかりであり、一般的な情報を得るにとどまった。

PAHOには7人のコンサルタントがおり、うち2人がパラグアイ人である。代表の他、母子保健・人材開発・環境保健・疫学・保健サービス・獣医等各分野の専門家がいる。1994年の年間予算は約250万ドルであり、うち約40%が人件費を含む管理運営費で、約60%がセミナー、研修、留学費用等の事業費とのことである。1993年の活動計画に関する資料では、13のプロジェクトが実施されており、予算規模で見ると保健医療システム関係(19.0%)、母子保健関係(17.7%)、エイズ関係(14.2%)等に重点が置かれている。

またPAHOは現在、世界銀行による保健サービス開発に関する大型プロジェクト(5年間で2,500万ドル)の計画・立案を行っている。このプロジェクトは、後進地域の保健サービスの強化及び保健医療システム・組織の開発を柱としたものであり、コンセプション、サンペドロ、アルトパラグアイ、カニンデユ、ニエンプクの5県(更に付け加えられる可能性もある)で実施される予定である。JICAが計画しているプロジェクトと内容的に共通する部分が多いと思われ、積極的に情報交換を行っていく必要があると言える。

意見交換の席上、調査団より「PAHOが援助機関全体のコーディネーター役を担うのが相応しいと思われるので、公式及び非公式の会合を企画して欲しい」と要請したところ、「むしろ厚生省の窓口を一本化し、そこが十分機能することが先決」との反応であった。

1993年8月に派遣された短期派遣専門家がPAHO事務所代表と会見した際には、「PAHOのスタッフを集めて、JICAプロジェクト立案のために会議を開いても良い」という申し出があり、情報交換に積極的な姿勢が示されたが、Garcia氏は就任間もないこともあってか、それ以上の議論にはならなかった。

### 6-2 国連児童基金 (UNICEF)

UNICEFは、厚生省・文部省・女性庁及びカトリックの団体・パラグアイ文化開発協会に協力している。スタッフは、代表を始め、教育プログラム、保健・栄養、財政・運営、プロジェクト補助等を担当する5人である。うち4人は現地スタッフである。1994年の予算は120万ドルであり、そのうち60万ドルが保健関係に充てられている。

主な活動には、下痢症対策、急性呼吸器感染症対策、EPI、ポリオ根絶推進、周産期対策、乳幼児の発育改善、水と衛生の改善、住民参加の促進、社会啓発、必須医薬品の強化、「子供

にやさしい病院」の拡大等があり、全国規模で展開している。住民参加のうち保健ボランティアについてはカトリック教会のボランティア等と比べて脱落率が非常に高いとのことである。これまでは、診療センター（Centro de Salud）や診療所（Puesto de Salud）のスタッフが選任していたが、今後は住民の中から互選する方式を採用し、活動のモニタリングに関わる予算を増やしたいとの意向が示された。

カアサパ県においても3年前から支援を行っており、その延長として1994年は母子保健に関するスタッフのトレーニングについて要請が出ているとのことである（経費12,000ドル）。

「JICAがカアサパでプロジェクトを行うのであれば重複は無駄なので、共同で事業を行うか、資源を他県に回すかを検討したい」という旨の発言があった。

### 6-3 国連人口基金（UNFPA）

スタッフは現地コンサルタント1名と短期コンサルタントのみである。

女性庁、NGOと協力して母子保健に関するプロジェクトを1年間行ってきたが、1994年9月終了であるため、3年間の延長を計画しているところである。資料は入手しておらず、詳細については今後検討する必要がある。

### 6-4 米国国際開発庁（USAID）

保健医療関係のプロジェクトは、USAIDが委託した民間コンサルタント会社のUniversity Research Corporation（URC）が実施している。厚生省内に事務所があり、二名のパラグアイ女性が活動を行っている。

USAIDの援助国の中でパラグアイの優先順位は高くないようであり、“Child Survival”の重点国にもなっていない。しかし、最近の民主化の動きの中で政府機関のマネジメントと財政面の改善に重点を置いており、その一環としてInstitutional Buildingを意図したプログラムを実施している。これは以下の三つの柱からなる。

#### ① 機構改革（Reorganization）：

ピジャリカ（グアイラ県）とカアクベ（コリディジェラ県）二つの病院で、院内の人材と必要サービスとの関係を検討している。地域によって状況が異なるので統一的な準備は作れないものの、必要な人材の配置、機構図、作業チャート、職務規定等について提言を試みている。

#### ② マネジメントに関する教育研修：

厚生省の機関で特に問題なのがミドルマネジメントであるとの認識にたち、中間層の研修を行っている。AUPHA（Association of University Programme in Health Administration）の協力を得て、全国から診療センターの所長や衛生地域の事務官など80人を集めてトレーニングを行ったが、今後は厚生省の資金と人材でコースを開催していく

方向である。

③ 財政・財務管理の改善：

従来、予算策定に当って、ニーズ・アセスメントやコストの分析がほとんど行われて来なかった。そこで、パラグアリとコルディジェーラを例にとり、サービスのコスト分析を含めた予算執行のためのデザインを作成している。

#### 6-5 GTZ

ドイツの援助機関GTZには今回の調査では訪問しなかったが、保健医療分野の二国間協力では大きな実績があり、これまで入手した情報から概要を整理しておく。

GTZは1981年から1987年まで、2期にわたってPHC（プライマリ・ヘルスケア）プロジェクトを行っている。実施機関は厚生省、フィールドはパラグアリ県・ニェンブク県・サンペドロ県・アマンパイ県・コンセプシオン県であり、医療施設や機材の整備、PHC的観点からの研修プログラム、医療サービスの質を改善するための応用研究プログラム、活動評価のための評価計画とその実施等を展開した。

また、1986年からは、アスンシオン大学保健科学研究所（IICS）において、マネジメント・研修・研究等の面で研究所の機能強化を図るプロジェクトを実施しているが、その一環として1990年から「僻地医療のためのモデル作り」に関して研究プロジェクトを展開している。

これは、厚生省によるヘルスサービスが及ばない地域において住民主体の診療所（Puesto de Salud）作りとその運営をモデル化し、低コストで農村部のPHCが実践できることを示す一方で、住民主体の地域活動を通して地域作りの力量を形成することを目指している。プロセス全体をOperations Research Projectと位置付けて研究・提言しているが、質的・量的なモデル作りを意図した参加型アクションリサーチと考えることもできる。詳細については、藤田専門家による（1993年8月）医療協力単発派遣専門家業務報告書を参照されたい。

#### 6-6 日本の保健医療協力

我が国のこれまでの保健医療協力のうち、プロジェクト方式技術協力には、ライ病対策計画（1970～1981年）、厚生省中央研究所プロジェクト（1980～1987年）及びシャーガス病等寄生虫研究所プロジェクト（1988～1993年）がある。このうち、厚生省中央研究所プロジェクトは、無償資金協力による中央研究・熱帯病病院建設と組み合わせて行われ、臨床検査及び熱帯病の研究・診療の拠点作りとして進められた。また、シャーガス病等寄生虫研究所プロジェクトは、アスンシオン大学保健科学研究所（IICS）をカウンターパートに、ラテンアメリカで蔓延しているシャーガス病等の寄生虫症に関わる研究能力の向上を意図して展開された。一方、無償資金協力としては上記の厚生省中央研究所・熱帯病病院建設の他に、アマンパイ地域医療センター建設がある（1984・1985年）。

このように、従来の我が国の保健医療協力においては、地方の保健医療の実態や活動の進め方に関する情報が蓄積されにくい状況があり、本件プロジェクトの立案に際しては、新たに様々な情報を収集する必要に迫られているといえる。しかし、上記の I I C S は組織がしっかりしている上、G T Z による P H C プロジェクトを実施した経験があるなど、地方の保健強化を図る上で大きな役割を果たし得る存在であり、本件との協力関係を構築することは意義あることと思われる。



## 7. プロジェクトの基本計画

### 7-1 協力目的

本件目的は、地方に設置したプロジェクト・サイトにおいて、住民参加を中心とした地域保健活動の強化とInstitutional Buildingを図ることを通して、地域住民の健康状態を改善し、地域保健のモデルを構築する。

### 7-2 基本理念

#### (1) 地方を現場とするボトム・アップのモデル・プロジェクト

国家保健プラン（1993-1998）は農村部の疾病予防に重点を置いた国家保健医療システムの構築を優先課題とし、住民参加、関係機関の連携、地方分権といったプライマリ・ヘルス・ケアの原則に焦点を当てている。本件実施については地方にモデル地区を設置し、住民からの意見・提言を尊重したボトム・アップ型によって進めるものとする。

#### (2) 共に作り上げる技術協力

従来のプロジェクト方式技術協力では中堅技術者を介しての技術移転が基本となっていたものの、直接的に住民まで協力効果が波及し難い状況も多く見受けられた。従って、本件においては保健医療サービスと住民との接点に着目し、活動主体となるカウンターパートによる住民参加を基本とした保健医療システムの構築に協力する。従って、狭義の「技術移転」よりむしろ「共に作り上げる技術協力」と呼べる。

#### (3) 参加型アクション・リサーチ

プロジェクトの成果を持続的なものとするために保健医療サービスの改善による健康指標の改善のみならず、Institutional Buildingにも重点を置くことの重要性が指摘されている。本件においては、参加型アクション・リサーチによってカウンターパート及び住民と共に地域の健康問題とその解決策を分析し、ベーシック・ヒューマン・ニーズに基づいた活動を推進していく。

#### (4) 科学的なモデル化

本件の成果を他の地域にも役立てるには、参加型の保健医療活動が推進され健康状態が改善されるプロセスを科学的に検証しモデル化することが不可欠である。活動とリサーチが表裏一体のものとする必要があるところ、双方の共同作業によって自然科学的また社会科学的な分析と評価をプロジェクトの開始時から終了時まで継続的に行い、刊行する必要がある。

### 7-3 活動分野と内容

前述の「目的」及び「基本理念」に基づき、現行の保健医療サービスを強化する上で地域住民の高い関心と積極的な参加が得られる活動項目を設定する必要がある。現在までの調査、現地側との協議によって挙げられているものには、母子保健（妊産婦管理、乳幼児ケア、下痢症対策、感染症対策等を含む）及び寄生虫対策であるが、これら活動計画の設定が実施協議までの課題となる。更に細部にわたる活動内容の設定については、プロジェクトの中でアクション・リサーチを通して地域の実情に合ったものを探っていく。

いずれの活動領域・内容を選択する場合も本件においては参加型の計画・実施・評価手法を基本にした I E C、健康教育並びにヘルス・サービスの改善活動に主眼を置くこととする。

### 7-4 プロジェクト計画

#### (1) 全体活動

5年間の協力期間を3期（第1期：調査、第2期：実施、第3期：評価）に分け、更に各期の中で準備、実施、分析、評価等のサイクルによって進めていく（表-12参照）。

第1期の中心活動はベースライン・サーベイ及びアクション・リサーチを中心とした調査活動であり本調査によって地域の保健医療の現状のみならず社会インフラや住民意識等を調査し、今後の活動展開の一つの指針とする。また、サーベイによって得られた科学的な裏付けを持ってプロジェクトの進捗状況の指標としても活用する。

第2期には上記調査によって得られた結果に基づき、健康教育等プログラムの改善指導や保健医療従事者の人材育成活動を実施、指導する。更に、アクション・リサーチは巡回指導等と併せて継続的に実施し、これにより住民意識の改革と住民の組織化を図る。また、同時に国、県、郡レベルでの保健医療組織の強化指導を実施する。

第3期に至っては、全体の評価を中心に第1期に得られた保健医療指標を鑑みながらプロジェクトによって与えられた影響、改善された度合等を評価する。

#### (2) 専門家派遣

長期専門家として第1期には、チームリーダー、業務調整、医療行政、保健婦、I E C 専門家を派遣する。この他に臨床医療や寄生虫部門で短期専門家を派遣し地域保健を様々な分野から指導、改善できる体制を整える。

#### (3) 研修員受入

プロジェクト初期においては医療行政、公衆衛生など中心的なカウンターパートとなり得る人材の他に第1期以降継続して実施されるアクション・リサーチの技術移転対象者を本邦における研修員として受入れる。各年度で3～4名を受入れ予定。

#### (4) 機材供与

機材供与については別項で述べたように適正技術の移転に十分である機能を備えたものであり、高額、高品位なものはできるだけ避けるといった方針で望む。メンテナンスが容易に行え、ランニング・コストにおいても供与を受ける順にとって負担とならないような機材を選択することが確認された。

平成6年度は主として活動環境整備に要する車両やオフィス関連機材、翌年度より一次医療用機材、IEC関連機材等専門分野の技術移転に必要な機材を投入していく。2年目以降については全額的に3～4千万円程度と考えられる。

表-12 パラグアイ国地域医療強化プロジェクト実施計画表(案)

平成6年4月28日  
医療協力第2課

活動内容	平成6年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度
	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年
活動計画	プロジェクト第1期(調査) (2.以下の活動項目の基礎資料 情報収集・分析) 準備 実施・分析	プロジェクト第2期(実施) (2.以下の活動項目の実施及び活動中の中間評価) 評価 実施・分析 実施	プロジェクト第3期(全体評価) (最終総合評価) 実施 実施・改善 実施・評価	プロジェクト第3期(全体評価) (最終総合評価) 実施 実施・改善 実施・評価	プロジェクト第3期(全体評価) (最終総合評価) 実施 実施・改善 実施・評価	プロジェクト第3期(全体評価) (最終総合評価) 実施 実施・改善 実施・評価
専門家派遣	1. 地域での参加型アプローチ による地域調査(プログラム作成及び 実施) 2. 健康教育プログラムの開発、実施 3. 保健医療従事者の育成(人 造り) ①乳幼児感染症(医師、看護 婦、検査技師)の技術指導 ②AIDS予防及びリウマチの育成 4. 地域保健強化のための組織の確 立(総連連り) 5. 国、県、郡及び住民 各々の運営委員会の組織化	計画策定 プログラムの育成 住民 郡 県 国	実施 実施・評価 プログラムの育成 評価 評価 評価 評価	実施 実施・評価 プログラムの育成 評価 評価 評価 評価	実施 実施・改善 実施・評価 実施 実施 実施	実施 実施・改善 実施・評価 実施 実施 実施
C/P受入	生醫婦科学 衛生婦科 衛生婦科 衛生婦科 衛生婦科					
機材(主要機材名)		(一次医療用機材) (IEC 関連機材) (医療巡回関連機材)	(検体・資料分析機材) (一次医療用機材) (IEC 関連機材)	(医療巡回関連機材) (IEC 関連機材) (一次医療用機材)	(スベアパーツ等機材)	
調査団派遣	5月(準備)	9月(実施協議)	6~8月(長期調査)			
ローカルコスト支援事業		セミナー開催費等	セミナー開催費等	技術交換費等	セミナー開催費等	セミナー開催費等

## 8. 相手国との協議内容

### 8-1 厚生省の実施体制について

1994年1月のプロジェクト形成調査後、本件プロジェクトの準備委員会（IICS、農牧省、文部省を含めたもの）を結成し、1月以降5回にわたり会合が持たれてきた。しかし、厚生省関係部局以外で参加していたのはIICSだけであった。ヴィドヴィッチ副大臣とIICSのモレノ所長の間で、本件プロジェクトにおける両機関の協力関係が確認されている。

厚生省におけるプロジェクトの責任者としてヴィドヴィッチ副大臣に代わって、ドゥアルテ新計画評価局長が就任した。彼は厚生省勤務を経て1988年よりPAHOパラグアイ事務所にてコンサルタントを行ってきた人物で、1993年8月に仙道専門家及び藤田が会見している。その後ホンジュラス派遣を経て、1994年5月より現職に就いている。今回の協議は、彼のイニシアチブのもと活発に行れることとなった。

厚生省との協議を通じて、ドゥアルテ計画評価局長を委員長とする機関を越えた検討委員会（以下、委員会と略す）が組織された（1994年5月31日付け・省令287号）。この中で、前回のプロジェクト形成調査と今回の事前調査を通じて非常に良い調査役を演じてくれたペアトリスPHC課長を、委員会においても重要な位置に追って欲しいと要請したところ、実現の方向で考慮する旨返答が得られた。

### 8-2 関係部局からのヒアリング

関係部局の体制と活動内容に関する情報を収集し、プロジェクト案に生かすため、ヒアリングを行った。

#### (1) 技術協力室

新政権以後に新設された大臣直属の部署である。技術協力に関する厚生省の窓口であり、農牧省や文部省等関係各機関との連携、各援助機関の調整等も含めた幅広い機能を期待されているが、現在のところスタッフは3人しか配置されていない。

本件プロジェクトにおいては他の政府機関との調整を担当することになっており、カアサバ県PHC関係機関調整プログラムが作成されている。県の現状把握調査の結果に基づいて挙げられている活動項目案は以下の通りである。

- ① アクセスの改善：道路、鉄道を含めた整備が必要。
- ② 輸送手段の整備：カアサバ県は人口当りの車保有台数が最も少ない。
- ③ コミュニケーション手段の拡充：診療センター・診療所へのビデオ・テレビ・電話の設置等。
- ④ 基本的衛生サービスの充実：水道、ゴミ、トイレ等。
- ⑤ 地域住民の組織化。

- ⑥ 家庭菜園の推進による栄養状態の改善。
- ⑦ ラジオ等による健康教育プログラム。
- ⑧ 保健予防活動の推進。
- ⑨ 教育レベルの向上。
- ⑩ 診療センター・診療所の建設と人材養成。

## (2) 社会福祉局

社会福祉の観点から、今後進めていく活動計画案が提示された。農村地域の保健医療問題を広く地域開発の一環として捉え、社会の様々な分野や年齢層の人々が集まれるスペースを作り、過疎化対策としての職業訓練や地域リーダーの育成、青少年の自助の会育成、老年層と青年層との交流、新婚家庭の講習等を行う計画という。全国レベルのプランはすでにあり、これをカアサパでパイロット的に展開したいとのことである。

また、地域には農牧省や協会を含めた様々なボランティアがいて混乱しているという声もあるが、「社会福祉」が最も広い視野で全体を調整できると考えているようである。

## (3) 母子保健局

下痢症対策、急性呼吸器感染症対策、妊産婦管理、乳幼児の栄養対策等の活動について概要を聞いた。カアサパにおいては、下痢症・急性呼吸器感染症対策に関するヘルスサービス・リサーチ及び住民のKAP (Knowledge, Attitude, Practice) サーベイを計画中とのことであった。

## (4) 保健サービス局

中央の専門医療機関や地方の保健医療機関等を管轄している部局である。カアサパがいろいろな点で他地域より遅れているのは事実だが、医療センターや診療所等の建物よりも内部の機能充実が優先であり、特に、診療所はこれまで単なる患者紹介の窓口であったが、分娩の実現を含めてしっかりと機能させたいとのことであった。また、アクセスが悪いことから自動車が必要とされていること、看護助手のトレーニングと資格化を進める必要があること、地方分権は他省庁よりも相対的に進んでいるが人事の申請手続などを更に簡略化する用意があること等が示された。

## (5) 啓発・教育局

保健教育課、社会コミュニケーション課、コミュニティ課の3課があり、コミュニティ課が、保健ボランティアや伝統的産婆 (TBA) 等の育成・研修を担当している。カアサパにおいては、TBAの研修がほとんど行われてこなかった他、ボランティアの存在も不確かであり、いろいろな組織によって育成されたボランティアとの区別がはっきりしない可能性も大きいという。こうした傾向は他県でも見られ、活動があまり活発でないことから、住民自身がボランティアを選び、自ら地域の問題を発見できるようにしていきたいとのことである。パイロット・プロジェクトは既にセントラル県で行われており、他県で展

開する段階にきている。

具体的には、カアサパを含む5県でプロジェクトを計画しており①地域の人材育成（カアサパ県内では35人）、②TBAのトレーニング、③ボランティアのトレーニングを進めていく予定という。目標は、妊婦が早朝からTBAに相談に来れるようにすること、ハイリスク妊娠を早期発見すること、新生児の早期登録を進め破傷風等を防ぐこと等を通して、5年間で妊産婦死亡率を現在の80%にすることである。

#### (6) 疫学局

主に感染症対策を行っている疫学局長の立場を離れて、妊産婦死亡率改善に関する提案を示した。それは、妊産婦死亡を引き起こしている原因の一つにアクセスの悪さがあり、分娩間際に病院に来れないことで種々の問題が生じているため、妊娠末期に妊婦を集めて宿泊・研修できる施設を作ってはどうかというものであった。

#### (7) SENASA

上水道や環境整備等を担当している部局であり、プロジェクトに対して積極的な姿勢を示した。住民組織の管理／運営による水の供給、ゴミ処理の現状把握、農薬管理等について対策の必要性を訴えた。

#### (8) カアサパ保健行政地区衛生局

プロジェクトにおける活動内容について、母子保健関係が優先事項との認識は示されたが、具体的な内容については未検討とのことであった。今後、JICA側と衛生局側の間で密接にコミュニケーションをとりながら検討を重ねていくことが不可欠と思われた。

### 8-3 ミニッツ案に関する協議

これまで、パラグアイの省庁は日本側の示すミニッツ案に対してほとんど手を加えることがなかったようであるが、今回は活発な意見交換が行れたと言える。

#### (1) プロジェクトの目標について

協議の開始当初、厚生省側の責任者であるドゥアルテ計画評価局長は、「本件プロジェクトを通して、開発の遅れたカアサパ県を保健医療の面で底上げしたい」という意向を表明した。しかし、これはプロジェクト形成調査時に出された「他県に裨益するモデル作りをしたい」という厚生省側の提案とはニュアンスの異なるものであったため、これまでの経過を含めて意見交換したところ、「カアサパ県の保健医療の向上を図るためのアクション・リサーチを通して活動のモデル化を図る」という点で一定の共通認識を持つことができた。ドゥアルテ計画評価局長は厚生省に戻ったばかりであり、十分な引き継ぎがなされていなかったものと思われる。

ドゥアルテ氏は1993年8月にPAHOで会見した際「マニュアル作りや研修は既に色々と行われているので、地域の実状に合った保健医療を展開するためのリサーチが必要であ

る」と発言していた。本件プロジェクトに関する協議の中でも、活動の改善に役立つリサーチの意義についてかなり理解を示しており、アクション・リサーチの進め方について実状に適合した討論が期待できる。ただ、現状の厚生省内におけるリサーチ機能の弱さについては彼も認めるところであり、具体化のためには慎重な検討が必要と思われた。

#### (2) プロジェクト・サイトについて

調査団より「カアサバ県以外に検討の余地はないか」という質問をしたところ、ドゥアルテ局長は「ない」と答えた。しかし、ミニッツの検討を通して、「モデル」の重視、並びにカアサバ県に加えて他県での実施可能性が話し合われたことで、むしろ厚生省側から複数のサイトを持つことを積極的に提案してくるに至った。こうした経緯から、ミニッツにおいては「カアサバ保健行政地区及び両国政府の合意に基づいて適切とみなされるその他の地域」という表現がされた。

具体的にはパラグアリ県はどうか、という打診がドゥアルテ局長及びヌネス厚生大臣よりあった。

#### (3) 活動項目について

調査団の示した活動項目案に「健康教育プログラムの推進」というものがあつたが、これに対してドゥアルテ局長から、「健康教育では概念が狭いので、I E C (Information, Education, Communication) にしてはどうか」という提案があり、「保健におけるI E Cプログラムの推進」に修正された。その他、幾つかの点で討論と修正が加えられた。

今後、活動項目を更に具体化していく上では、カアサバの関係者を含めた様々な討論の機会を設定していく必要がある。

### 8-4 その他

今回合意に達したミニッツの内容を踏まえて、調査団側がPDM案を作成し、厚生省側に提示して委員会での検討を依頼した。

また、実施協議までJICA単発派遣専門家及び長期調査員が利用できる厚生省内オフィスの設置を依頼した。



## 9. 協力実施に当たっての留意事項

### 9-1 プロジェクト・サイトとの連絡体制

本調査団とパラグアイ側関係者との協議の中で、地域保健のモデル・プロジェクトとして本件を実施するに当たってモデル地区の選定が討議された。事前調査団派遣に先立ち、モデル地区選定の目的で実施してきたコンサルタント調査及び日本人専門家派遣によってカアサパ保健行政区が第一候補として挙げられており、厚生省側も他の保健行政区と比較して物的並びに人的資源で遅れている当地区での協力活動を強く望んでいる。

カアサパ保健行政区は1992年に隣接するグアイラ第4保健行政区より独立したばかりであり、保健施設及び人員配置でも全国平均のレベルには達しておらず、住民からも保健医療の改善が最も強く望まれている。当地区における本件の協力対象人口は、136,678人（1994年厚生省統計）でありこれを以下の通り1つの地域病院、5つの診療センターでカバーしている。

管轄医療施設	対象人口
カアサパ地域病院	20,860人
サン・ファン・ネボムセノ診療センター	37,268人
マシエル診療センター	4,179人
ジェグロス診療センター	10,733人
ムバトピ病院（タバイ地区診療センター）	15,933人
ジュトゥ診療センター	28,997人
アバイ診療センター	18,708人
計	136,678人

更に、これら診療センターの管轄区にはそれぞれ診療所があり全体の組織図は別添の通りである。図にもあるように当地区で中心となる医療施設は西部のカアサパ地域病院、中央のサン・ファン診療センター、東部のムバトピ病院（タバイ地区診療センター）、南部のジュトゥ診療センターである。これら地区内に点在する医療施設との連絡・通信は、今後の活動を進めていく上で大きな比重を占めるものと考えられるが、現在のところ社会インフラの不備（未舗装道路、電話線の欠如等）からも協力活動と同時平行的にある程度の基盤整備も併せて整えていく必要があるものと思料される。

また、専門家チームの活動拠点については、プロジェクトの初期に当たっては厚生省との連絡、協議も十分必要であるところ、日本人専門家にはアスンシオンとカアサパの2つの拠点での活動が求められることと思われる。これと併せて専門家の生活環境の問題もあり、専門家の活動拠点をどこに置くか、については協力活動の内容を勘案しながら実施協議調査団派遣時までには補足調査を実施する必要があるものと考えられる。

## 9-2 予算措置

現在の政府内における保健医療分野の位置付けは、大統領が「保健医療の改善」を重点政策として掲げたにも関わらず他の省庁と比較しても高いものではない。これは厚生省の全体予算に反映され、更にはモデル地区となるカアサバ保健行政区での活動にも大きな影響を与えているものと考えられる。

しかしながら、プロジェクトが実施されるに当たってのランニング・コストの問題は全体の進捗状況の最も大きな阻害要因となり得ることもあり、厚生省側からの保証を取り付けることは必須条件である。今後、本調査団による予算関連収集資料の分析を行い補足調査を実施し、協力活動計画案を策定した時点で計画案を勘案し、相手国側負担分については応分の負担を申し入れることとする。

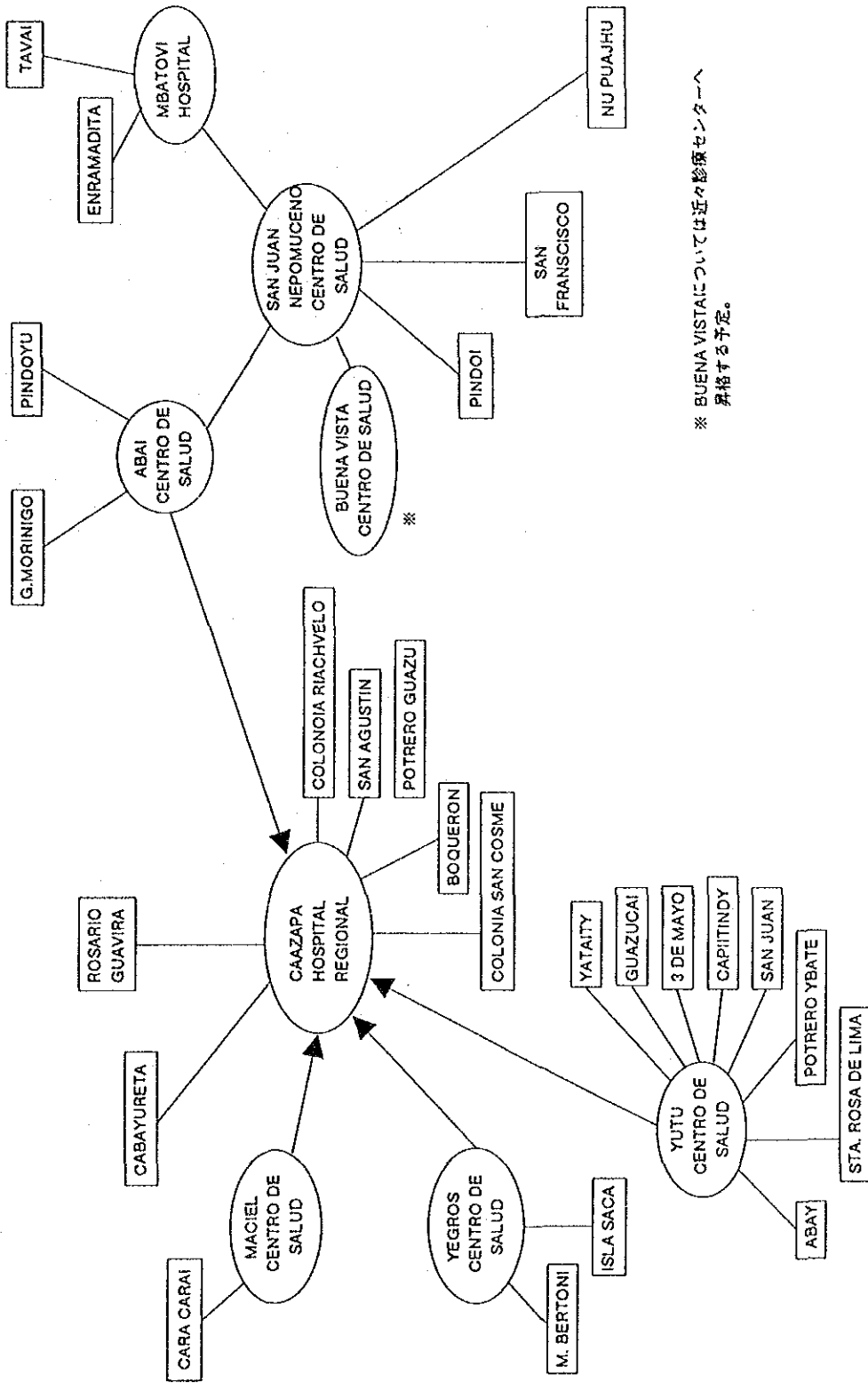
## 9-3 ローカルコスト負担事業

基本的には、本件はプライマリ・ヘルス・ケアを基本方針に、現地住民との接点を保ちながら住民参加型に基づいて進めていこうとするものであり、高品位な機材の投入等を省き、既存の設備・機材を活用していくことで合意されている。これらはプロジェクトの持続可能性を高め、ベーシック・ヒューマン・ニーズを尊重するという意味からも今後わが国の国際協力における基本方針に合致したものであると認められる。

従って、通常の一般現地業務費による活動以外でローカルコスト負担事業では、

- (1) 啓蒙普及活動費：公衆衛生普及活動及び現況調査
- (2) 中堅技術者養成対策費：技術移転の対象者となる中堅クラスの技術者の人材養成を今後の協力活動案と併せて検討していく。

① 第6保健行政地区カアサパ医療施設分布図



\* BUENA VISTAについては近々診療センターへ昇格する予定。



## 附 属 資 料

- ① ミニッツ
- ② 調査団長提出文書
- ③ 長期調査報告書



① ミニッツ

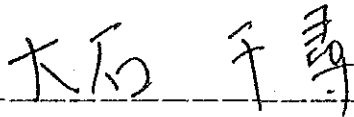
THE MINUTES OF DISCUSSIONS  
BETWEEN  
THE JAPANESE PRELIMINARY SURVEY TEAM  
AND THE AUTHORITIES CONCERNED  
OF THE GOVERNMENT OF REPUBLIC OF PARAGUAY  
ON THE TECHNICAL COOPERATION  
FOR THE COMMUNITY HEALTH PROJECT

The Japanese Preliminary Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Mr. Chihiro Oishi, Director, Second Medical Cooperation Division, JICA, visited the Republic of Paraguay from May 22 to June 2, 1994, for the purpose of conducting the study regarding the request of the technical cooperation for the Community Health Project (hereinafter referred to as "the Project").

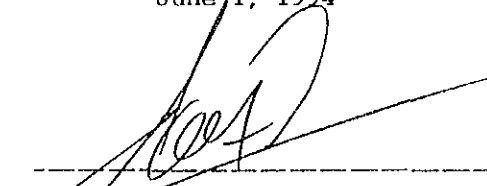
The Team and the authorities concerned of the Government of Republic of Paraguay had a series of discussions in the respect of technical cooperation for the Project and came to the tentative understanding of the matters referred to as the document attached hereto.

Asunción, Paraguay

June 1, 1994



Mr. Chihiro Oishi  
Leader  
Japanese Preliminary Survey Team  
Japan International Cooperation  
Agency  
Japan



Dr. Cándido Nuñez León  
Minister  
Ministry of Public Health and  
Social Welfare  
Republic of Paraguay

ATTACHED DOCUMENT

1. Name of the Project : The Community Health Project

The Project is included in the proposal by the Paraguayan government with the title "the Rural Primary Health Care Program". The Team explained that Japanese technical cooperation, which takes a part of the above program, would be identified as " The Community Health Project"

2. General objective of the Project

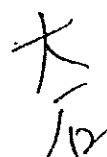
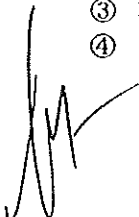
The overall objective of the Project is to contribute to strengthen the health system and health services and improve life conditions of the population, focusing on the development of primary health care activities at the selected area, which can be a model of community health program in Paraguay.

3. Specific objectives

- (1) Health sector review at the national level.
- (2) Community health research at the model area through participatory methods (Action Research).
- (3) Development, implementation and evaluation of IEC (information, education and communication) in health.
- (4) Human resource development in health.
- (5) Institutional building for strengthening community health program.

4. Activities of the Project

- (1) Health Sector Review
  - ① Collection and analysis of existing information
  - ② Complementary survey
  - ③ Evaluation and proposal based on survey results
- (2) Action Research
  - ① Analysis and evaluation of the on-going health services
  - ② Research on health need of the community
  - ③ Development of action plans based on the research results
  - ④ Publication of the research results





- (3) Promotion of IEC program in health
  - ① Development of IEC program in health
  - ② Strengthening of outreach health promotion
  - ③ Collaboration with school education and improvement activities of daily living
  
- (4) Human resource development in health
  - ① Technical training of health related staff
  - ② Training of health volunteers
  - ③ Strengthening of activities of monitoring, supervision and evaluation
  
- (5) Institutional building for strengthening of community health program
  - ① Promotion of community organization
  - ② Strengthening of the referral system
  - ③ Strengthening of intersectoral cooperation within all the related institutions

5. Term of Cooperation

The duration of Japanese technical cooperation will be five(5) years from the date determined in the Record of Discussions (R/D).

6. Model area

Sanitary region of Caazapá and other areas which will be considered to be appropriate based on the mutual agreement of both governments.

7. Japanese Technical Cooperation

The technical cooperation of the Project will be implemented through

- (1) dispatch of Japanese experts
- (2) acceptance of the personnel from Paraguay for training in Japan
- (3) provision of equipment and materials

8. Responsible organizations of the Paraguayan side for the project on the preparation and implementation.

The Interinstitutional Commission of the Ministry of Public Health and Social Welfare (RESOLUCION S.G. No.287) shall have overall responsibility for the successful implementation of the Project, taking the measures as mentioned in No.9 below.

9. Measures to be taken by the Paraguayan side:

- (1) Providing sufficient number of technical and administrative personnel
- (2) Providing necessary working facilities
- (3) Allocating necessary budget
- (4) Others mutually agreed upon as necessary

10. Interinstitutional Commission

The Interinstitutional Commission will be established for the successful implementation of the Project at the start of the Project.

Composition

- (1) General Coordinator :  
Director General de Planificación y Evaluación
- (2) Executive Coordinator :  
Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica
- (3) Members:

Paraguayan side

- a. Director General de Promoción, Prevención y Educación Sanitaria
- b. Director del Programa Nacional de Salud Indígena
- c. Director del Programa de Asentamientos Campesinos
- d. Representante del SENASA
- e. Representante del SENEPA
- f. Director del LACIMET
- g. Director del Programa Nacional de Atención Primaria
- h. Representante de la Oficina de Cooperación y Coordinación del MSP y BS.
- i. Representante de la Dirección General de Bienestar Social
- j. Representante de la Dirección General de Salud Familiar
- k. Representante del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud
- l. Director de la Región Sanitaria de Caazapá
- m. Representante del Ministerio de Educación y Culto
- n. Representante del Ministerio de Agricultura y Ganadería

Japanese side

- a. Members of the Japanese Project team
- b. Representative, the Japanese Embassy
- c. Representative, JICA Paraguay Office

Señor

Doctor Andrés Vidovich,  
Vice-Ministro,  
Ministerio de Salud Pública  
y Bienestar Social

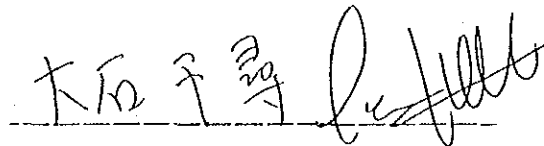
Presente

Me dirijo a usted a los efectos de presentar acompañando a la presente, el resumen de la Cooperación a realizarse en el marco del presente proyecto, elaborado en forma de Cuadro Lógico (ZOPP) teniendo en consideración las discusiones mantenidas con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Cabe destacar que el mismo es aún a nivel de propuesta, estando por tanto sujeto a algunas modificaciones o enmiendas de acuerdo a los resultados de los estudios a ser implementados en adelante por el lado japonés.

Si bien, considero que se arribará al acuerdo definitivo entre las partes en ocasión de la Disusión para la ejecución, de existir algunos aspectos que deben ser modificados o enmendados, espero me comunique al respecto.

Sin otra consideración, me es grato saludarle atentamente.



Chihiro Oishi

Líder,

Equipo Japonés de estudio Preliminar,  
Agencia de Cooperación Internacional  
del Japón

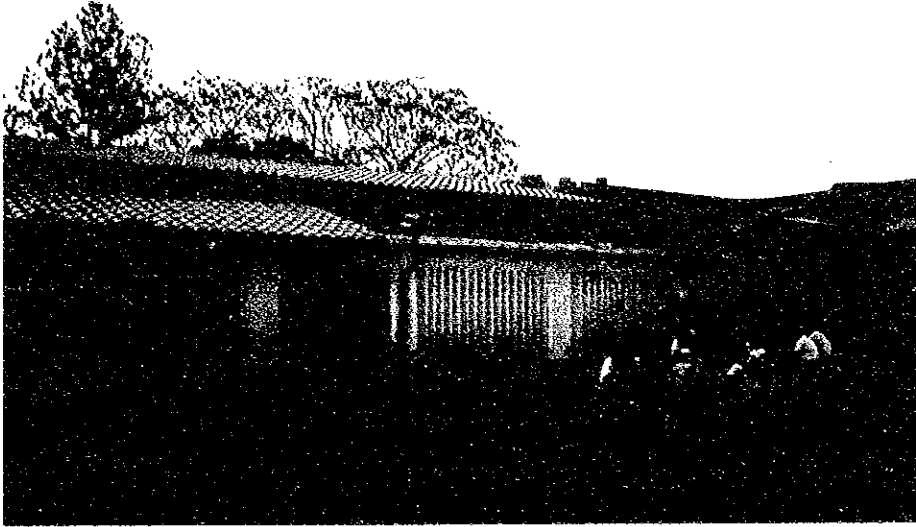
MATRIZ DE DISEÑO DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA EN EL PARAGUAY  
(PROPUESTA)

Segunda División de Cooperación Médica, JICA

SUMARIO NARRATIVO	INDICADORES VERIFICADORES	FUENTE DE VERIFICACION	SUJETOS IMPORTANTES
<p><b>FIN:</b> Contribuir al mejoramiento de la salud de la población mediante el fortalecimiento del servicio sanitario en el Paraguay</p> <p><b>PROPOSITO:</b> Tiene por objetivo el fortalecimiento del sistema sanitario en torno a la atención primaria para que pueda constituirse en un modelo de atención de la salud, mejoramiento del servicio de salud y del estado sanitario de los habitantes</p>	<p>Mejoramiento de los indicadores de salud</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grado de perfeccionamiento del servicio médico comunitario, estado de aprovechamiento del mismo por los habitantes y grado de difusión de los conocimientos sobre salud</li> <li>2. Grado de influencia de los resultados del proyecto sobre la política nacional</li> </ol>	<p>Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe final del proyecto</li> <li>2. Planes anuales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</li> </ol>	<p>El mejoramiento de la salud ocupa el sitio más importante en la política del Gobierno del Paraguay</p> <p>La sostenibilidad del proyecto es asegurada</p>
<p><b>RESULTADOS QUE SE ESPERAN:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión del sector de salud a nivel nacional</li> <li>2. Estado de la zona mediante la investigación de acciones de tipo participativo a realizarse en áreas modelo, implementación y evaluación de programas</li> <li>3. Capacitación, educación y comunicación en salud</li> <li>4. Establecimiento de la organización para el fortalecimiento de la atención médica-sanitaria de la comunidad</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de realización de la revisión del sector de la salud</li> <li>2. Estado de realización de la investigación de acción de los conocimientos sobre la salud</li> <li>3. Estado de difusión de los conocimientos sobre la salud</li> <li>4. Estado de personalización de la atención médica y actividades por las instituciones pertinentes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de la revisión del sector de la salud</li> <li>1. Informe de la investigación de actividades</li> <li>2. Estudio de habitantes</li> <li>3. Estudio del servicio</li> <li>4. Fortalecimiento de las instituciones ejecutoras pertinentes</li> </ol>	<p>Los lineamientos son mantenidos en las diversas instituciones ejecutoras pertinentes</p>
<p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recolección y análisis de informaciones existentes</li> <li>2. Estudio complementario</li> <li>3. Evaluación y propuesta basadas en los resultados del estudio</li> <li>4. Sobre la investigación - acciones</li> <li>5. Análisis y evaluación del servicio sanitario vigente</li> <li>6. Estudio de las necesidades de los pobladores con respecto a la asistencia sanitarias y médicas</li> <li>7. Formulación de programas de mejoramiento en base a los resultados de los estudios</li> <li>8. Publicación de resultados de los estudios</li> <li>9. Sobre la promoción de los programas de educación sanitarias</li> <li>10. Fortalecimiento de la educación sanitaria</li> <li>11. Asistencia y fortalecimiento de las giras de capacitación y labores con la educación escolar y las actividades de extensión para el mejoramiento de hogar</li> <li>12. Sobre la formación del personal</li> <li>13. Capacitación de voluntarios de salud</li> <li>14. Fortalecimiento de la función de supervisión</li> <li>15. Sobre el establecimiento de la organización para fortalecer la atención sanitaria y médica comunitaria</li> <li>16. Asistencia para la organización de los habitantes de la región</li> <li>17. Fortalecimiento del sistema de referencia</li> <li>18. Fortalecimiento de coordinación interinstitucional</li> </ol>	<p>INCORPORACIONES:</p> <p>(Nivel Cooperación)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Envío de expertos</li> <li>Lider del proyecto</li> <li>Salud pública</li> <li>Coordinación</li> <li>Enfermería</li> <li>Pediatría</li> <li>Sociología</li> <li>Parasitología</li> <li>Otros campos necesarios</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Entrenamiento de contrapartes nacionales en el Japón</li> <li>3. Donación de equipos</li> <li>4. Para estudios</li> <li>5. Para atención primaria</li> <li>6. Para actividades de información</li> <li>7. Para educación comunitaria</li> <li>8. Para atención primaria</li> <li>9. Otros equipos necesarios</li> </ol>	<p>(Nivel Nacional)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Responsable y Staff del proyecto</li> <li>2. Edificios e instalaciones</li> <li>3. Bienes de consumo</li> <li>4. Costos operativos</li> <li>5. Otras facilidades a ser proveídas</li> </ol>	<p>Los planes anuales de ambos países avanzan fluidamente</p> <p>CONDICION EXTERNA: Existe el acuerdo entre ambos países sobre la realización del proyecto y las instituciones ejecutoras voluntades de participar activamente del proyecto</p>

③ 長期調査報告書





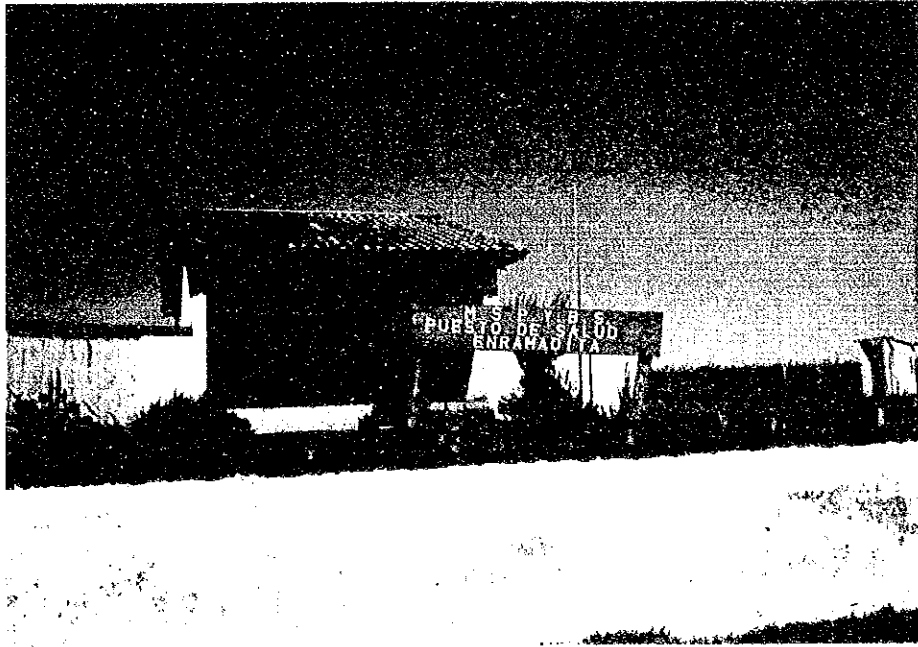
改修中のカアサバ地域病院



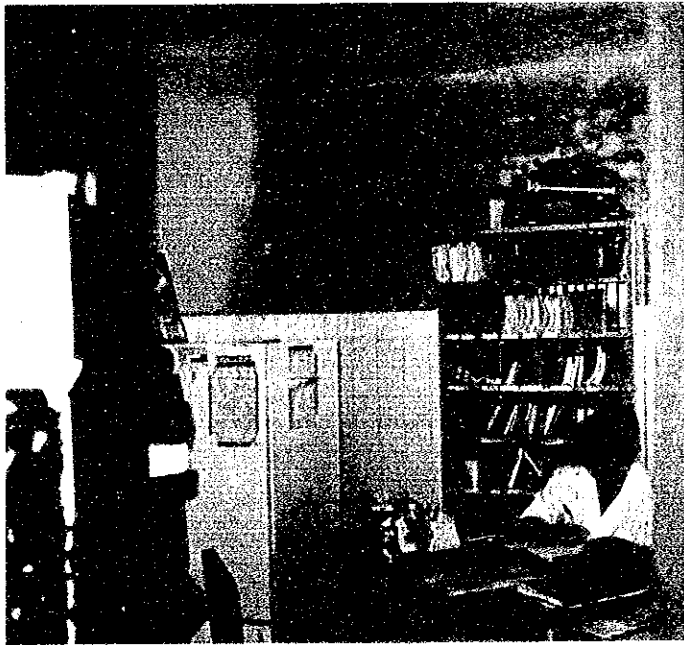
一般的な診療センター（マシエル）







一般的な診療所（エンラマディタ）

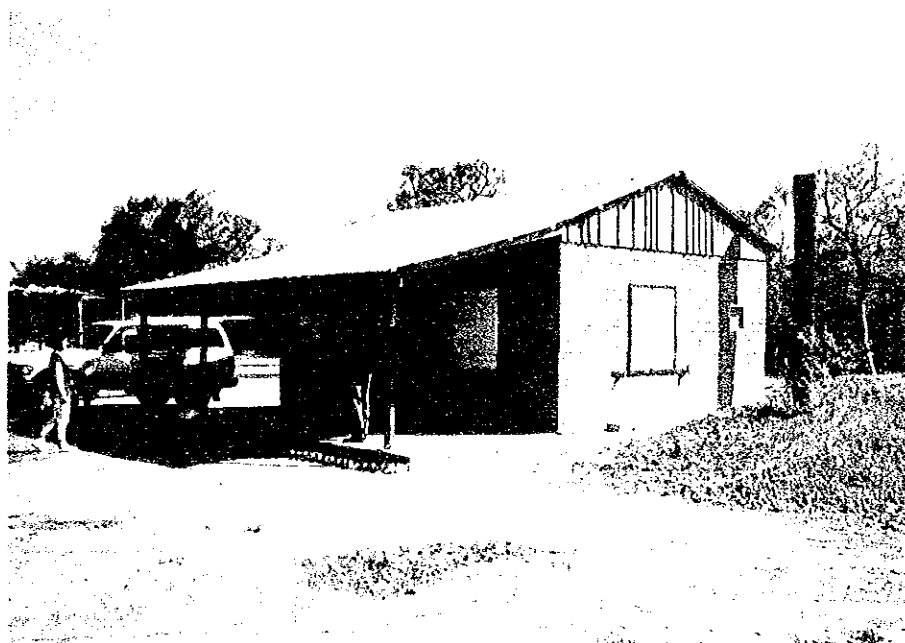


診療所内部





地方での小学校における予防接種

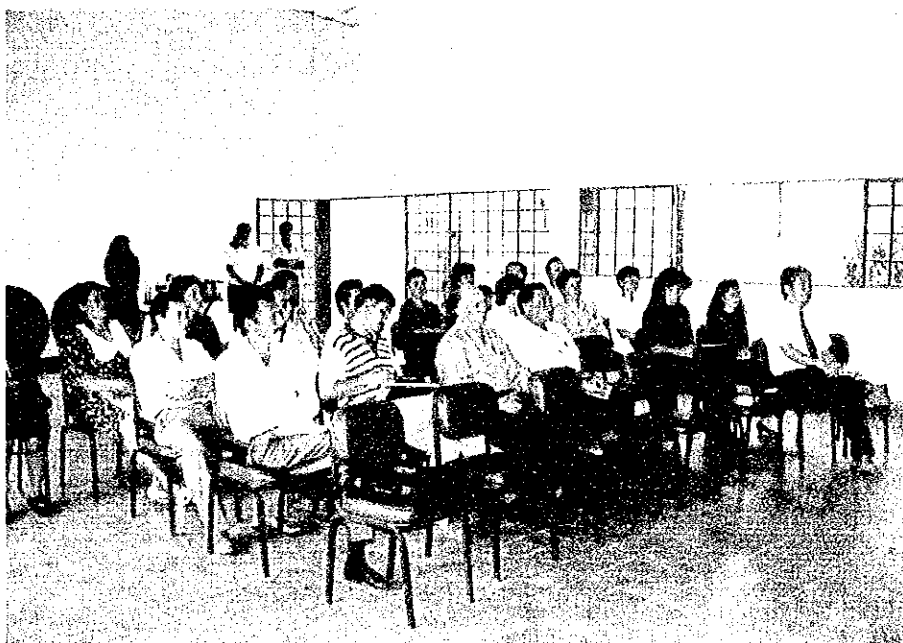


青年海外協力隊事業（小さなハートプロジェクト）  
によって建設されたマチャリティ診療所



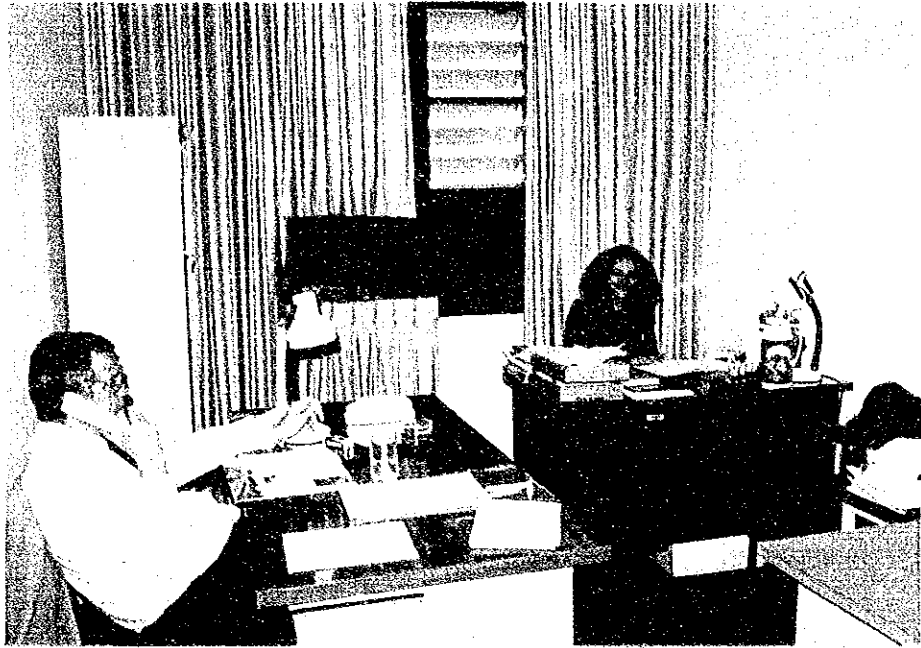


カアサパでのプロジェクト実施委員会の準備会議

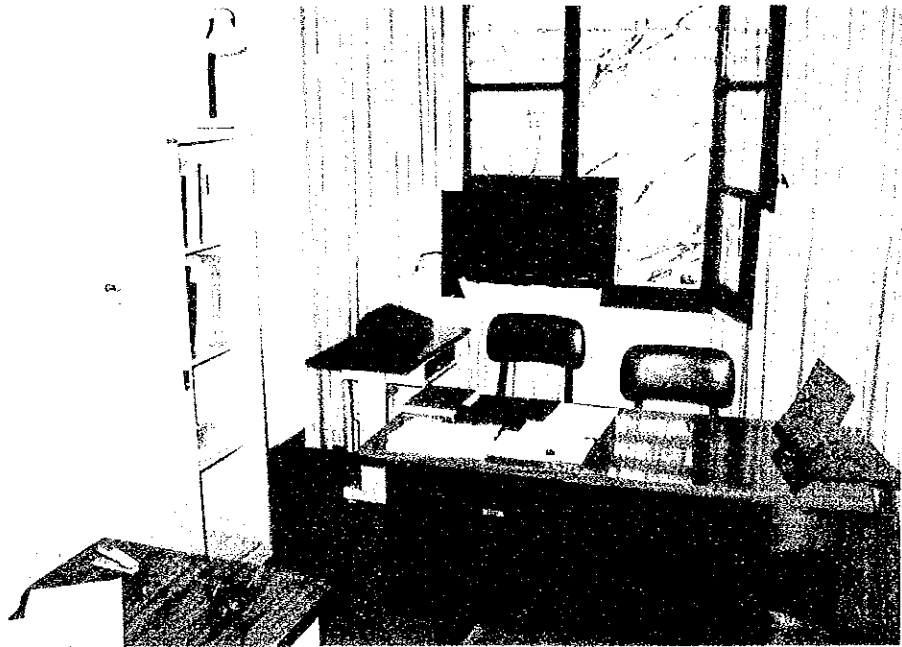


プロジェクト委員会の準備会議出席者





厚生省でのカウンターパート



厚生省での日本人専門家執務室







プロジェクト調整委員会



## 目 次

### 写 真

1. 長期調査の派遣	81
1-1 長期調査派遣の経緯と目的	81
1-2 長期調査員	81
1-3 調査日程	82
1-4 面談者リスト	86
2. 案件形成の経緯	94
2-1 現在までの協力	94
2-2 調査実績	94
2-3 プロジェクト案の推移	97
3. 国家プラン（上位計画）とその概要	100
3-1 経緯	100
3-2 目的	100
3-3 戦略	100
3-4 成果	100
3-5 計画	100
4. プロジェクト実施に係る現状及び問題点	107
4-1 厚生省関連人事及びカウンターパート特定について	107
4-2 プロジェクト調整委員会	115
4-3 モデル地域（カアサバ県）における実施委員会の設立について	116
4-4 青年海外協力隊事業との連携について	122
4-5 国際援助機関との連携について	125
4-6 予算措置	128
4-7 施設・設備の準備状況	130
5. 活動計画案	135
5-1 活動計画案	135

5-2	PDM	135
5-3	暫定実施計画案	135
6.	今後の取り組み	145
6-1	実施協議に向けての課題	145
附属資料		
①	第6保健行政区カアサバ医療施設分布図	149
②	第6保健行政区カアサバ厚生省職員名簿	150
③	カアサバ保健行政区母子保健活動概要（仮訳）1994年	154

## 1. 長期調査の派遣

### 1-1 長期調査派遣の経緯と目的

#### (1) 背景

パラグアイでは現在までにシャーガス病を始めとする寄生虫病に係る研究協力プロジェクトを2件実施し、技術移転については一定レベルに達したものの、一次医療といった国民に最も近いレベル、すなわちプライマリ・ヘルス・ケアの側面から捉えた場合、保健医療体制は未整備なままの状態が続いており、日常的な予備知識や発病の初期段階における適切な医療処置の不徹底により重傷、慢性に至る患者が多く、乳幼児では死亡に至る場合もある。従って、より国民に近いレベルでの母子保健及び乳幼児の保健医療の強化を核として、全国展開のモデルとなり得る地域保健の強化プロジェクトとして要請越した。

#### (2) 目的

1994年1月のプロジェクト形成調査団派遣、更には1994年5月の事前調査団派遣によりプロジェクト実施体制の確認を主に計画案の策定を行ってきたところ、現地側責任者と下記の項目について確認し、更には暫定実施計画の原案作りを目的とした。

- 1) 厚生省における実施体制の確認
- 2) カアサパ地区におけるモデル地域実施体制の確認
- 3) 中央、地域レベルでのカウンターパートの特定
- 4) 保健医療分野データの補足収集
- 5) 暫定実施計画案の策定

#### (3) 調査項目

調査項目については、表-1：パラグアイ国地域保健強化プロジェクト長期調査項目参照。

### 1-2 長期調査員

氏名	所 属
松本 博富	国際協力事業団 医療協力部 医療協力第二課ジュニア専門員

1-3 調査日程

	月日	曜	場所	活動内容
1	7/14	木	東京・成田	JAL-063便にて出発
2	15	金	サン・パウロ	午前7:00サン・パウロ空港着
3	16	土	アスンシオン	RG-820便にてサン・パウロからアスンシオンへ午前11:00到着 JICA事務所関係者と日程打合せ
4	17	日	アスンシオン	資料整理
5	18	月	アスンシオン	JICA事務所にて着任挨拶と今後のスケジュールの説明を行う。午後厚生省関係者への表敬訪問
6	19	火	アスンシオン	厚生省にて調査日程の確認、打合せ。午後、JICA事務所にて資料作成。
7	20	水	アスンシオン	JICA事務所にて本件形成経緯の説明及び今後の課題、更に調査日程に係る業務打合せ
8	21	木	アスンシオン	JICA事務所にて業務第三課（青年海外協力隊担当課）に本件進捗状況を説明するとともに協力隊活動との関係を調整、更に調査日程に係る業務打合せ
9	22	金	アスンシオン	厚生省にて日程の調整、更に必要書類、データの要請
10	23	土	アスンシオン	資料整理
11	24	日	アスンシオン	資料整理、青年海外協力隊員（保健婦、助産婦、看護婦）との懇談
12	25	月	アスンシオン	厚生省にて協議、専門家執務室の提供を要請
13	26	火	アスンシオン	厚生省にて協議
14	27	水	アスンシオン	厚生省にて協議
15	28	木	アスンシオン	厚生省にて協議、松口専門家到着後の日程の確認
16	29	金	アスンシオン	松口専門家到着（プロジェクト・リーダー候補）、打合せ会議
17	30	土	アスンシオン	資料整理
18	31	日	アスンシオン	資料整理
19	8/1	月	アスンシオン	JICA設立記念日より事務所は休業、厚生省において松口専門家を交えて長期調査の中間報告と今後の調査日程の確認
20	2	火	アスンシオン	松口専門家と共に厚生省表敬訪問、関係者との協議

	月日	曜	場所	活動内容
21	8 / 3	水	アスンシオン	在パラグアイ日本国大使館表敬訪問、本件の進捗状況及び今後の計画予定について説明
22	4	木	アスンシオン	厚生省にてカアサバ地域調査計画の日程策定
23	5	金	アスンシオン	厚生省にて協議、JICA事務所にて関係者の間でカアサバ地域調査計画に係る課題整理及び長期調査の進捗状況報告
24	6	土	アスンシオン・マチャリテイ (チャコ)	松口専門家と共に専門家生活環境調査、マチャリテイでの協力隊事業の「小さなハート・プロジェクト」によって設置された診療所の視察と関係者からの聞き取り調査
25	7	日	マチャリテイ (チャコ)	上記調査
26	8	月	アスンシオン・カアサバ	厚生省にて打合せ後、カアサバへ出発、正午前カアサバへ到着、現地にて保健行政地区関係者と協議、午後昼食後、カアサバからジュトウへ移動、ジュトウ診療センター、アバユ診療所、ジェグロス診療センターを視察し、関係者より聞き取り調査を実施
27	9	火	カアサバ	保健行政地区関係者と再度協議、一部厚生省職員と事務所職員はアスンシオンへ向かって帰任、午後資料整理と生活環境調査
28	10	水	カアサバ	保健行政地区関係者との協議のあと東部地区へ出発、エンラマディタ診療所、ムバトピ病院(タバイ病院)、タバイ診療所を視察し、関係者より聞き取り調査を実施、カアサバにてカアサバ市長に保健医療政策について聞き取り調査
29	11	木	カアサバ	タバイ診療所管轄区域の予防接種を視察、アバイ診療センター、プエナ・ピスタ診療センターを視察、関係者より聞き取り調査を実施、カアサバ市で行政関係者を交えて会議
30	12	金	カアサバ アスンシオン	保健行政地区関係者へ地域調査報告
31	13	土	アスンシオン	カアサバ地域調査報告書整理