
国別医療協力ファイル パナマ

JICA LIBRARY



J 1129073 (1)



国別医療協力ファイル

パナマ

国際協力事業団
医療協力部



1129073(1)

目 次

目 次	i
表 目 次	v
図 目 次	viii
略 語 表	x
パナマ共和国行政区分図	xiii
パナマ共和国行政区分名リスト	xiv
第1編 国別概況	1
1-1 一般概況	1
1-2 一般行政	21
1-2-1 中央行政	21
1-3 国家開発計画の概要	22
第1編 参考資料	25
第2編 衛生行政	26
2-1 中央衛生行政と保健医療計画	26
2-1-1 中央衛生行政機構	26
2-1-2 中央保健医療計画	30
2-1-3 中央保健医療セクターの財政	34
2-2 地方衛生行政と保健医療計画	36
2-2-1 地方衛生行政機構	36
2-2-2 地方保健医療計画・予算	38
第2編 参考資料	42
第3編 人口・保健指標	43
3-1 人口	43
3-1-1 総人口・人口増加率・年齢別人口	43
3-1-2 地域別人口分布	45
3-1-3 出生率	47
3-1-4 死亡率	47
3-2 主な保健指標	48
3-2-1 地域別出生率・死亡率など	48
3-2-2 先住民族の保健指標	50
第3編 参考資料	51

第4編	疾病・死亡	52
4-1	総論	52
4-2	死亡とその原因	52
4-3	疾病構造	58
4-3-1	乳幼児・子供の主な疾病・原因	58
4-3-2	女性の疾病・原因	59
4-3-3	成人・高齢者の疾患	60
4-4	感染症	60
4-4-1	予防接種で予防可能な感染症	62
4-4-2	下痢症疾患	64
4-4-3	急性呼吸器感染症	65
4-4-4	結核	65
4-4-5	ハンセン病	66
4-4-6	マラリア	67
4-4-7	その他の寄生虫疾患	67
4-4-8	エイズ	68
4-4-9	その他の感染症	69
4-5	非感染症	71
4-5-1	栄養失調	71
4-5-2	慢性病・成人病	72
4-5-3	精神障害	73
4-5-4	傷害・事故	74
第4編	参考資料	75
第5編	保健対策活動	76
5-1	総論	76
5-2	プライマリー・ヘルス・ケア	76
5-3	予防接種対策 (E P I)	78
5-4	栄養問題対策	81
5-5	母子保健対策	85
5-6	家族計画対策	89
5-7	マラリア対策	91
5-8	エイズ対策	92
5-9	下痢症対策	93
5-10	その他の感染症対策	94
5-11	その他の対策	97
第5編	参考資料	99

第6編	保健医療サービス供給システム	101
6-1	保健医療施設	101
6-1-1	公共医療部門	102
6-1-2	民間医療部門	104
6-1-3	主な医療施設	104
6-2	医薬品・医療器具・衛生材料	106
6-2-1	公共部門における医薬品供給と課題	106
6-2-2	民間部門	107
6-2-3	病院内の薬局	107
6-3	保健医療サービスの利用	108
6-3-1	住民側からみた利用の状況	108
6-3-2	公共および民間医療施設の利用	109
6-3-3	伝統医療	110
6-4	医療情報システム	111
6-4-1	医療情報システムの現状と問題点	111
6-5	医療保険制度	113
6-6	救急医療システム	114
6-7	試験研究機関	114
第6編	参考資料	116
第7編	医療従事者と医学研修	117
7-1	各種医療従事者の状況	117
7-2	医療従事者養成制度と養成機関	119
第7編	参考資料	120
第8編	環境衛生・労働衛生	121
8-1	環境衛生	121
8-1-1	飲料水	122
8-1-2	衛生施設	123
8-1-3	住宅環境・交通環境	125
8-1-4	公害	126
8-2	労働衛生	127
第8編	参考資料	129

第9編	保健医療協力	130
9-1	協力要請機構	130
9-2	我が国を除く諸外国、国際機関、NGOの協力動向	132
9-2-1	国際機関	136
9-2-2	我が国を除く二国間援助	140
9-2-3	NGO	144
9-3	我が国の協力状況	146
9-3-1	有償資金協力	147
9-3-2	無償資金協力	147
9-3-3	技術協力	148
第9編	参考資料	151

表 目 次

表1-1	パナマ概況	1
1-2	パナマ略年表	2
1-3	経済指標	6
1-4	教育概況	10
1-5	女性指標	11
1-6	男女別就学率	11
1-7	成人の識字率	11
1-8	家計所得の所得階層別分布	13
1-9	絶対的貧困の割合	13
1-10	地区別一人当たり所得 (1990年)	14
1-11	地区別ベーシック・ニーズ充足度 (1990年)	16
2-1	国家保健システムの構成組織	26
2-2	リファーマル・システム	29
2-3	保健医療分野5カ年計画 (1994年度)	30
2-4	保健支出用途内訳と歳出に占める割合	35
2-5	地方保健プロジェクト概要 (保健省、世銀)	38
3-1	県別人口・人口増加率および人口密度	46
3-2	県別合計特殊出生率 (1985~90年)	46
3-3	パナマの主な保健指標	48
3-4	地区別の出生率、死亡率、乳児死亡率、妊産婦死亡率、 出生時平均余命 (1991年)	49
4-1	パナマの10大死亡原因	53
4-2	県別の主な死亡原因 (1991年)	54
4-3	乳児死亡の主要原因 (1990~92年)	55
4-4	1~4歳児の主要死亡原因 (1991年)	56
4-5	5~14歳人口の主要死亡原因 (1991年)	56
4-6	妊婦死亡の原因 (1990~92年)	57
4-7	保健省の保健医療施設で治療を受けた子供の主要疾病 (1993年)	58
4-8	保健省の保健医療施設で治療を受けた女性の主要疾病 (1993年)	59
4-9	保健省の保健医療施設で治療を受けた成人・ 高齢者の主要疾病 (1993年)	60
4-10	主要感染症の症例数	61
4-11	エイズの新規患者登録数および死亡数の推移 (1984~94年)	68
4-12	エイズ患者の感染経路	68
4-13	衛生区別デング熱の罹患率	69

4-14	年齢層別 Deng 熱の罹患率	70
4-15	主な精神科の疾患別入院患者数 (1994年)	73
4-16	事故・暴力による死亡のうち、主な原因	74
5-1	予防接種に関する行動計画の目標に対する実績の推移	78
5-2	衛生区別 1 歳未満児の予防接種の普及率 (1990、94年)	79
5-3	予防接種方法、5 歳未満児の全国予防接種スキーム	80
5-4	栄養状態の悪い地区 (1988年)	82
5-5	1 日のエネルギー、タンパク質必要量と栄養強化クリームによって 補給できる割合	83
5-6	妊産婦に関連する行動指標と計画の目標	85
5-7	妊婦のリスクによる出産前ケアを受けべき施設の規定	86
5-8	保健医療従事者によって介助された出産の割合	86
5-9	県別の保健医療従事者によって介助された出産の割合および 施設分娩の割合 (1991年)	87
5-10	5 歳未満児の検診	88
5-11	15～44歳の既婚女性の避妊実行者割合 (1984年)	90
5-12	15～44歳の既婚女性の避妊手段 (1984年)	90
5-13	避妊実行者の避妊手段の調達・実施場所	90
5-14	新患者の治療コホート分析 (1987年)	95
5-15	救急診療室の患者で、薬物を使用したことのある人の割合	98
6-1	保健医療施設数の年次推移	101
6-2	保健医療施設の地域別分布 (1992年)	102
6-3	外来患者の内訳 (1990年)	109
6-4	社会保険庁がカバーする人口の比率の推移	113
7-1	医療従事者数 (1992年)	117
7-2	地域別人口 1 万人当たりの医師、歯科医師、看護婦数	118
8-1	公的機関の飲料水・衛生施設への投資	121
8-2	県別飲料水の普及率	122
8-3	飲料水の入手状況	123
8-4	県別衛生施設 (トイレ) の普及率	123
8-5	トイレの施設別利用状況	124
8-6	労働災害による一時的障害に対する助成金支給件数の推移	127
8-7	産業別労働災害による助成金の支給件数とその比率 (1991年)	128

9-1	援助主体別ODA実績の推移	132
9-2	セクター別援助流入内訳	135
9-3	保健医療分野への援助の内訳 (1991年)	135
9-4	WHOによる主な保健医療プロジェクト	137
9-5	PAHOによる主な保健医療プロジェクト	137
9-6	UNICEFによる主な保健医療プロジェクト	138
9-7	UNFPAによる主な保健医療プロジェクト	138
9-8	IAEAによる主な保健医療プロジェクト	139
9-9	スペインによる保健医療分野の主な援助活動	141
9-10	フランスによる保健医療分野の主な援助活動	141
9-11	ノルウェーによる保健医療分野の主な援助活動	142
9-12	イスラエルによる保健医療分野の主な援助活動	142
9-13	イタリアによる保健医療分野の主な援助活動	143
9-14	スイスによる保健医療分野の主な援助活動	143
9-15	保健医療関連の国内NGO一覧	144
9-16	各国の赤十字による保健医療分野の主な援助活動	145
9-17	我が国のODA実績	146
9-18	1952年度～93年度の保健医療分野への無償資金協力の実績	147
9-19	我が国による保健医療分野への無償資金協力内訳	148
9-20	1952年度～93年度の保健医療分野への技術協力実績	148
9-21	青年海外協力隊派遣実績	149
9-22	我が国による保健医療分野への技術協力内訳	149
9-23	青年海外協力隊の保健・医療分野での派遣実績	150

目 次

図1-1	降水量・平均気温（観測地：コロン）	3
1-2	GDPの推移	7
1-3	インフレ率の推移	7
1-4	中米諸国の一人当たりGNP（1993年）	8
1-5	民族分布図	9
1-6	地区別一人当たり所得図（1990年）	15
1-7	地区別ベーシック・ニーズ充足度図（1990年）	17
1-8	FESの位置づけ	18
1-9	FES業務流れ図	19
1-10	FESプロジェクト流れ図	20
1-11	国家行政組織図（1992年10月現在）	21
2-1	パナマの保健セクターの組織図	26
2-2	保健医療分野におけるセクター内協力	27
2-3	保健部門におけるセクター間協力	27
2-4	国家保健省組織図	28
2-5	保健支出のGDP構成比による分類（中米、1990年）	34
2-6	保健支出と歳出の推移	35
2-7	保健行政区分1（1957年）	36
2-8	保健行政区分2（1973年）	37
2-9	保健行政区分3（1994年）	37
2-10	栄養プログラム第1フェーズ対象地域（保健省、世銀）	39
2-11	栄養プログラム第2フェーズ対象地域（保健省、世銀）	39
2-12	栄養プログラム第3フェーズ対象地域（保健省、世銀）	40
2-13	地方保健予算（1994年）	41
3-1	総人口の推移（1911～90年の調査による2025年までの予測）	43
3-2	年齢層別人口分布	44
3-3	パナマの県別都市部・農村部人口の割合（1990年）	45
3-4	先住民、非先住民、全国平均の乳児死亡率	50
4-1	年齢層別麻疹の罹患割合（1990年）	62
4-2	年齢層別百日咳の罹患割合（1991年）	63
4-3	衛生区別アメーバ赤痢の罹患率（1991年）	64
4-4	結核の年齢層別罹患率（1991年）	65
4-5	結核の衛生区別罹患率（1991年）	66
4-6	癌による死亡の性別・部位別割合（1992年）	72

5-1	H I V抗体陽性率 (1986~94年)	92
5-2	急性呼吸器感染症の治療、照会移送の流れ	96
6-1	保健医療サービスの利用状況	108
6-2	情報の流れ (入院・外来診療に関する情報)	111
9-1	援助要請のための国内手続き	130
9-2	経済企画省組織図	131
9-3	援助主体別ODA実績	133
9-4	D A C諸国・国際機関のODA実績 (1993年)	134
9-5	援助形態別ODA実績	134
9-6	保健医療分野への国際機関による援助 (1991年)	136
9-7	保健医療分野への二国間援助 (1991年)	140
9-8	我が国の援助実績図	147
9-9	青年海外協力隊の保健・医療分野での派遣	150

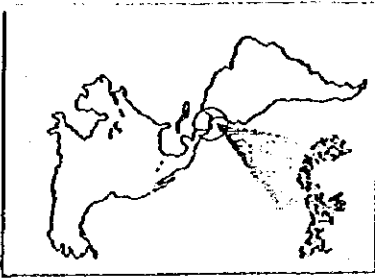
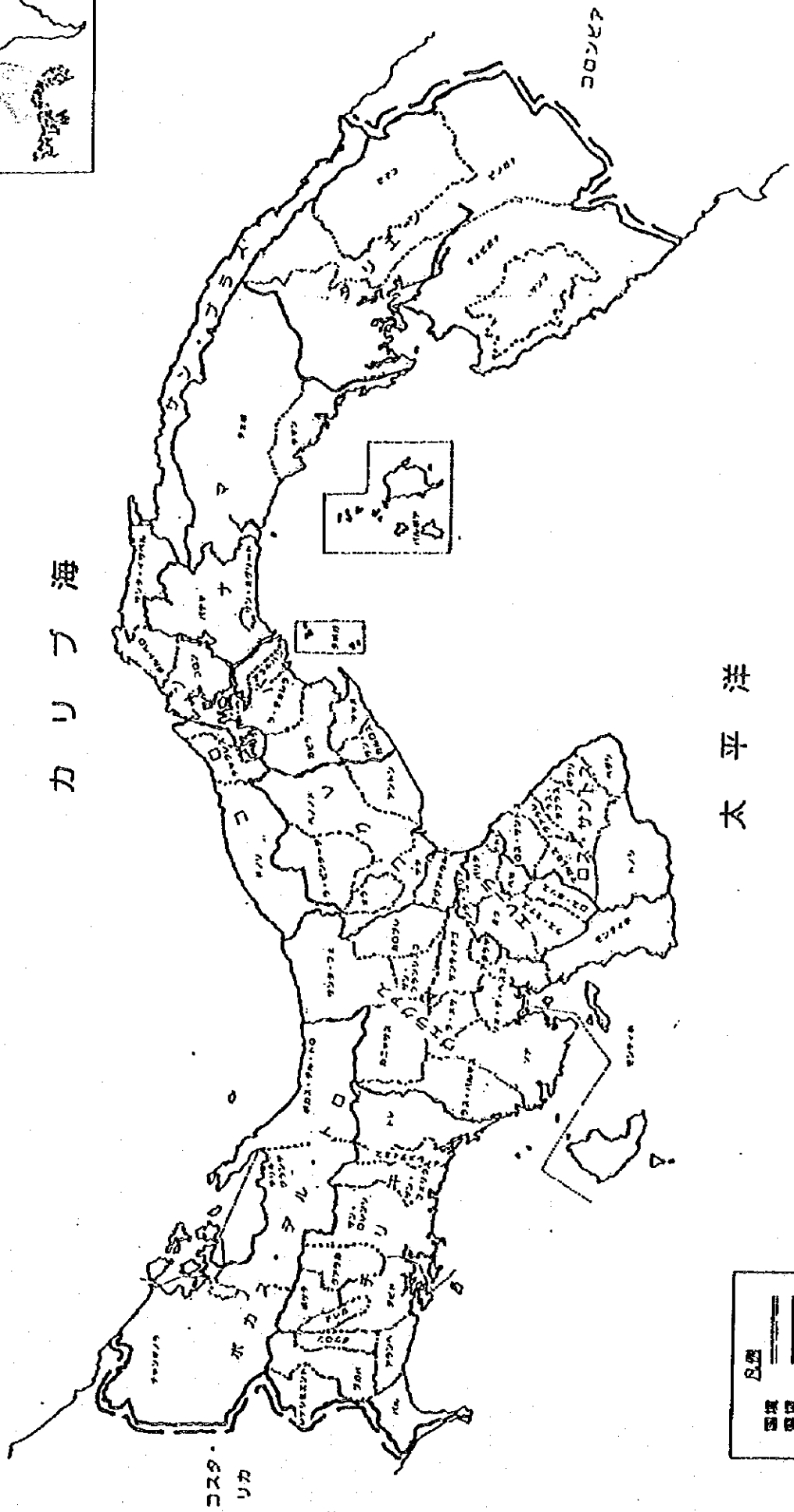
略語表

A E C I	スペイン国際協力事業団 Agencia Española de Cooperación Internacional
A I D S	エイズ (後天性免疫不全症候群) Acquired Immunodeficiency Syndrome Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
A P L A F A	パナマ家族計画協会 Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia
A R I	急性呼吸器感染症 Acute Respiratory Infection
B C G	結核予防ワクチン Bacille de Calmette-Guerin
C S S	社会保険庁 La Caja de Seguro Social
D I M A	首都衛生部 La Dirección Metropolitana de Aseo
D P T	三種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風) Diphtheria, Petrusis, and Tetanus
E E C	欧州経済共同体 The European Economic Community La Comunidad Economica Europea (CEE)
E P I	予防接種拡大プログラム Expanded Programme on Immunization
F E S	社会緊急基金 Fond de Emergencia Social
H I V	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
I A E A	国際原子力機関 International Atomic Energy Agency Organismo Internacional de Energia Atómica (OIEA)

IBRD	國際復興開發銀行 (通称；世界銀行) The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank El Banco Mundial
IDAAN	上下水道設備庁 El Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacional
IDB	米州開發銀行 Inter-American Development Bank El Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
IFAD	國際農業開發基金 International Fund for Agricultural Development El Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA)
IMF	國際通貨基金 International Monetary Fund Fondo Monetario Internacional (FMI)
MINSA	保健省 El Ministerio de Salud
MIPPE	經濟企画省 Ministerio de Planificación y Política Económica
NGO	非政府機關 Non-Governmental Organization
ODA	政府開發援助 Official Development Assistance
OECD	經濟協力開發機構 Organization for Economic Cooperation and Development
OPS/OMS	PAHO、WHO参照
ORS	経口補水塩 Oral Rehydration Salts
ORT	経口補水療法 Oral Rehydration Therapy

PAHO	米州保健機構 Panamerican Health Organization Organización Panamericana de la Salud (OPS)
PDC	キリスト教民主党 Partido Demócrata Cristiano
PRD	民主革命党 Partido Revolucionario Democrático
PRODESHU	人間開発のための社会行動プログラム Programa de Acción Social para el Desarrollo Humano
TBA	伝統的産婆 Tradition Birth Attendant Partera Traditional
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Programme El Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD)
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)
UNICEF	国連児童基金 United Nations Children's Fund Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	米国国際開発庁 United States Agency for International Development
WHO	世界保健機関 World Health Organization Organización Mundial de la Salud (OMS)

パナマ共和国 行政区分図



パナマ共和国行政区分名リスト

ヴェラグアス	アトラヤ カニヤサス カロブレ サンタ・フェ サンティアゴ サン・フランシスコ ソナ モンテイホ ラス・バルマス ラ・メサ リオ・デ・ヘスス	チリキ	アランヘ グアラカ サン・フェリクス サン・ロレンソ タビド トレ ドレガ バル ブガバ ボケテ ボケロン レナシミエント レメディオス
エレーラ	オク サンタ・マリア チトレ バリタ ベセ ラス・ミナス ロス・ボソス	パナマ	アラルハン カビラ サン・カルロス サン・ミゲリート タボガ チェボ チマン チヤメ パナマ バルボア ラ・チョレラ
コクレ	コロン サンタ・イザベル チャグレス ドノソ ポルトベロ		
ダリエン	サンブ セマコ チャビガナ ビノガナ	ボカス・デル・トロ	チャンギノラ チリキ・グランデ ボカス・デル・トロ
		ロス・サントス	グアラレ トノシ ベダシ ボクリ マカルカス ラス・ダブラス
		サン・プラス自治区	

第1編 国別概況

1-1 一般概況

表1-1 パナマ概況

正式国名	(和文) パナマ共和国 (英文) Republic of Panama
独立年月日	1903年11月3日
旧宗主国	コロンビア
政体	立憲共和制
元首	エルネスト・ベレス・バジャダレス大統領 (1994年9月就任、任期5年)
位置・面積	北緯7～9度 東経77～83度 77,000平方キロメートル
首都	パナマ市
総人口	250万人(1993年)
民族等	混血70%、黒人14%、白人9%、先住民7%
公用語	スペイン語
宗教	カトリック
暦	<日本との時差> +14時間 <祝祭日> (1996年) 1月1日 新年 1月9日 犠牲者の日 2月20～21日 カーニバル 4月5日 聖金曜日 5月1日 メーデー 8月15日 パナマ市創立記念日 (パナマ市のみ) 10月11日 革命記念日 11月1日 国歌日 11月2日 万霊節 11月3日 コロンビアからの独立記念日 11月4日 国旗記念日 11月6日 独立記念日 (コロン市のみ) 11月10日 独立宣言日 11月28日 スペインからの独立記念日 12月8日 母の日 (聖母受胎の日) 12月25日 クリスマス

* 公式の休日。銀行、政府機関は休業。

出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル パナマ」 1996

表1-2 パナマ略年表

年	出来事
1513年	スペイン人バルボア、パナマ地峡を横断し、太平洋を発見。
1519年	オールド・パナマ、スペイン人の南米征服の根拠地となる。
1821年	コロンビア独立。パナマは大コロンビアの1州となる。
1840年	トマス・エレラ将軍、地峡国設立。
1881年	フランス人レセップス、運河の開削に着手。
1898年	運河工事失敗。
1903年11月	コロンビアから独立。
1903年	パナマ運河建設再開。
1914年	パナマ運河完成。
1946年	新憲法制定。
1968年	国家警備軍トリホス将軍によるクーデター。
1972年	新憲法制定。
1978年10月	ロヨ大統領就任。
1979年	パナマ運河新条約発効。
1981年 7月	トリホス将軍、航空機事故で死亡。
1983年 8月	ノリエガ将軍、軍の最高司令官に就任。
1984年10月	バルレッタ大統領就任。
1985年 9月	エスバダフォーラ元厚生次官殺害事件。 デルバイエ大統領就任。
1987年 6月	「市民十字軍」結成。 非常事態宣言発動。
1988年 2月	ソリス・バルマ大統領代行就任。
5月	エンダラ大統領選出、しかしノリエガ将軍が選挙の無効を宣言。
1989年12月	米軍侵攻、ノリエガ将軍を逮捕、エンダラ政権が誕生。
1992年 6月11日	ブッシュ大統領訪問阻止の反米デモが起こり、反米デモ隊と警官隊の衝突により、ブッシュ演説は中止となる。
6月29日	議会は、軍隊を保有しないとの条項を含む新憲法を承認。
11月16日	憲法改正・軍の廃止を含む58項目に関する国民投票が行われる。
12月17日	PDC党首リカルド・アリアス第1副大統領が辞任。
1994年 5月 8日	大統領選挙、総選挙。PRDが第一党に。
9月 1日	エルネスト・ベレス・バジャグレス大統領就任。

出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル パナマ」 1996

1(1) 自然環境

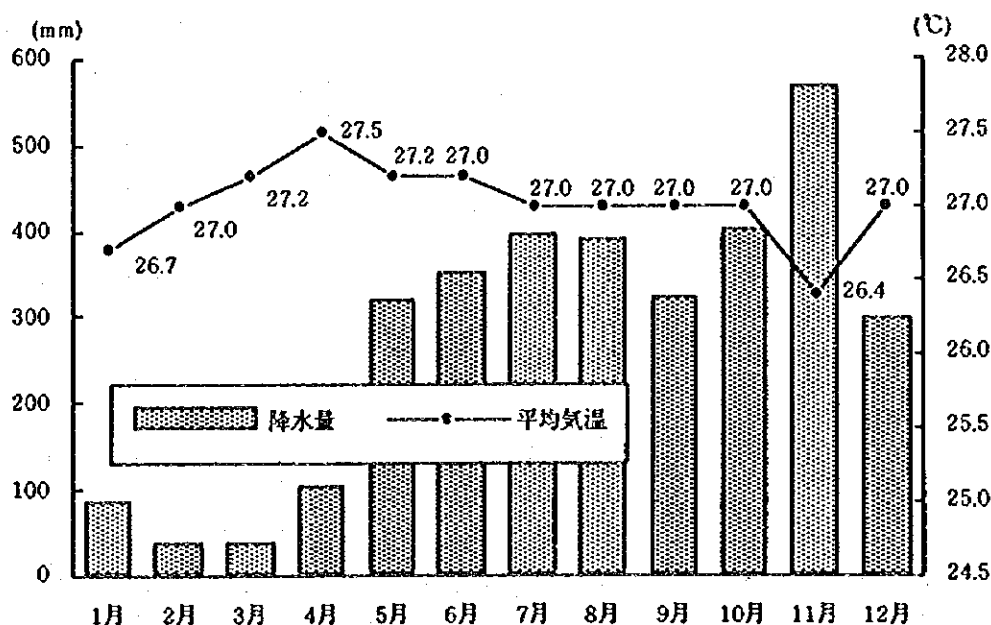
パナマは、中米に位置し、東はコロンビア、西はコスタ・リカと国境を接しており、北緯は7度から9度、東経は77度から83度である。北はカリブ海、南は太平洋に面し、両者の距離が最も短いことから、有名なパナマ運河が建設され、国際海運の重要拠点となっている。

細長い地峡国であり、最も幅の狭いところで51キロメートル、広い所でも190キロメートルにすぎない。国土の約5分の3は山岳地帯で、最高峰はチリキ山(3,475メートル)である。多数の河川が山地から流れ出ているが短小なものが多い。比較的長い河川であるトゥイラ川は河口から160キロメートル通航可能である。国土の両側が海に面しているため海岸線が長く(大西洋側767キロメートル、太平洋側1,234キロメートル)、その海岸線に沿って細長い平地が続いている。面積は77,000平方キロメートルで、北海道の面積よりやや小さい程度である。

パナマの気候は亜熱帯性で、低地での年平均気温は26度である。山岳部では標高が増すに従い気温が下がり、チリキ山頂部では年平均気温は7度である。

5月から12月までが雨期で、12月末から4月にかけてが乾期であるが、パナマ市周辺部以外では雨期、乾期の違いははっきりしない。年間降雨日数は太平洋側で120日以下、カリブ海側及び山岳部では260日以上に達する。

図1-1 降水量・平均気温(観測地:コロン)



出所: 国際協力事業団 「国別情報協力ファイル パナマ」 1994より作成

(2) 政治

1968年のクーデター以後、オマル・トリホス司令官が実権を握り、78年8月にアリスティデス・ロヨ・サンチェス教育相が大統領に選出されてからも、実権はトリホス司令官にあった。81年7月にトリホス司令官が飛行機事故で死亡すると、ロヨ大統領は国防軍の後ろ盾を失い辞職に追い込まれ、リカルド・デ・ラ・エスプリエラ副大統領が後任となった。

1984年5月、16年ぶりの大統領直接選挙が行われ、民主革命党（PRD）代表のニコラス・アルデイト・バルレタ元企画相が当選した。しかし85年9月、アルデイト大統領は、最高実力者のマヌエル・ノリエガ国防司令官によって辞任に追い込まれ、エリク・デルパイエ副大統領が大統領に昇格した。

1988年2月、米連邦大陪審がノリエガ国防軍事司令官を麻薬取引罪などで起訴したことをきっかけに、米国との対立が深まった。89年5月の大統領選では反ノリエガ連合のギジェルモ・エンダラが選出されたが無効とされ、同年9月、フランシスコ・ロドリゲスが暫定大統領に就任した。同年12月、米軍がパナマに侵攻し、その結果パナマの軍政は解体され、エンダラが大統領に就任した。米国は90年1月、ノリエガ將軍を逮捕し、92年7月、米マイアミ連邦地裁は、ノリエガ將軍に禁固40年の判決を言い渡した。

米軍によるパナマ侵攻以来初めての民主的な大統領選挙が1994年5月8日に実施された。この選挙に際し、真っ先に大統領候補を打ち立てたのは野党のPRDで、同党は93年7月にエルネスト・ベレス・バジャグレスを大統領候補に選出した。一方連立与党側は統一候補を立てることを断念し、共和国主義自由運動党（Movimiento Liberal Republicano Nacionalista, MOLIRENA）は94年1月の会議で元歌手のルーベン・ダリオ・カルロスを候補に立てた。94年3月のラ・プレサ誌による世論調査では大統領選はこの両者の争いになることが予想されていたが、選挙の結果、バジャグレスが39.5%の得票で当選した。

バジャグレスは、貧困層保護など国民生活の向上を目指し人気のあった故トリホス司令官の流れをくむ政治家であった。PRDは旧ノリエガ体制との結びつきを非難され、一時は消滅の危機に立たされていたが、この選挙では劇的な急成長を遂げ、大統領選と同時に行われた総選挙（総議席数を72議席に増員）では議席を前回選挙の3倍の31議席にまで伸ばした。しかし、過半数の議席を獲得できなかったため、今後は他の政党の協力を得ることが必要になると思われる。

(3) 経済

パナマでは、1950年代に輸入代替工業化政策を導入し、国内資本を中心とした国内市場向けの輸入代替産業が育ち、53年には、パナマ運河のカリブ海側に位置するコロン市に、コロン・フリーゾーン（Colón Free Zone, CFZ）が、ラテンアメリカ地域への配送、加工センターとして開設された。CFZは、土地が狭く発達には限界があったものの、60年代に急発展し、高い経済成長を続けた。また、銀行法改正により70年に開設された国際金融センターは、北米、南米両大陸、大西洋及び太平洋を結ぶ交通の要所に位置する地理的特徴を活かし、ラテン・アメリカにおける最大の物量、金融市場として大きく発展した。

トリホス政権は1970年代を通じ、近代化と貧富の差の是正を同時に達成する、輸入代替政策の推進と公共投資の増大による開発政策を行った。しかし、73年の石油ショックと世界経済の停滞により、経済成長は鈍化した。特に工業分野の低迷は著しく、70年代半ばには公共投資を増大させるため急速に財政を拡大し、79年の運河返還協定により運河からの収入が増えたものの、財政赤字が膨張した。

財政赤字の多くを海外からの借入によって補ったため、1980年代初めの債務危機と景気後退につながった。ただしパナマの場合、USドルが自国の通貨として流通し、貨幣の発行権を持たず、紙幣の増発によって財政収入を増やすことができなかつたため、結果的にハイパーインフレーションを免れた。

1983年、マヌエル・ノリエガ将軍が国防軍の最高司令官に就き、その後パナマの実権を握っていくが、米国とパナマの関係は悪化し86年に米国が対パナマ経済援助を大幅に削減したことに始まって、それ以後88年、89年にも急速に縮小した。米国の経済制裁によってパナマ政府の財政はさらに悪化し、ノリエガ政権は87年よりパナマは対外債務の支払い停止を余儀なくされた。87年12月、米国は、公式にパナマへの援助停止を発表し、世界銀行、米州開発銀行（IDB）による対パナマ融資にも米国は反対するなど、パナマ経済は、米国の制裁により深刻な被害を受け、88年と89年の経済成長率はそれぞれ、マイナス15.6%とマイナス0.4%に落ち込んだ。

1989年の米国によるパナマ侵攻後、米国の援助再開にともない、90年から経済は急速に成長し、91年にそのピークに達した。成長率はやや鈍化したものの、92年から94年も経済は好調に推移した。ただ、失業率は依然として高く、貧困層の割合は減ったものの、貧困者絶対数は増え続けた。世界銀行の調査でパナマがラテンアメリカ諸国で最も所得分配の状況が悪いとの指摘をうけており、バジャダレス大統領は世銀とIDBの支援を受け、生活水準の向上のための3カ年計画を発表し、農村での安全な飲料水や生活用水の供給と基礎保健の改善に絞って95年はじめから施行している。

1995年の課題は、外資流入の好環境を再構築するとともに国内貯蓄を奨励し国内資本を蓄積することと、公共支出の見直しを主とした財政赤字の削減である。

表1-3 経済指標

	1991年	1992年	1993年	
主要経済指標の推移	GDP ^a (100万バルボア)	5,496.4	6,001.1	N.A.
	一人当たりGNP (USドル)	2,130 ^{b1}	2,420 ^{b2}	2,600 ^{b3}
	実質GDP成長率 ^a (%)	9.6	8.6	5.9
	消費者物価上昇率 ^a (%)	1.3	1.8	0.5
	失業率 ^{c*1} (%)	16.1	13.6	N.A.
	貿易収支 (100万USドル)	815	882	986
	輸入額 (FOB)	4,146	5,012	5,259
	輸出額 (FOB)	4,960	5,894	6,244
	主要輸出入相手国 ^d	輸出 (1993年) ^{*2*3}		米国 (34.6%)
		輸入 (1993年) ^{*2*3}		米国 (36.5%)
	経常収支 ^e (100万USドル)	-192	-143	-55
	対外債務残高 ^f (100万USドル)	6,733	6,486	6,802
債務返済比率 ^f (%)	10.6	38.6	9.6	
外貨準備高 (100万USドル)	499 ^{b1}	504 ^{b2}	597 ^{b3}	
通貨 ^g (1994年11月末)	通貨単位：パナマ・バルボア (略号：B) 1 USドル=1バルボア			
会計年度	1月1日～12月31日			

*1：15歳以上。毎年8月の数値。

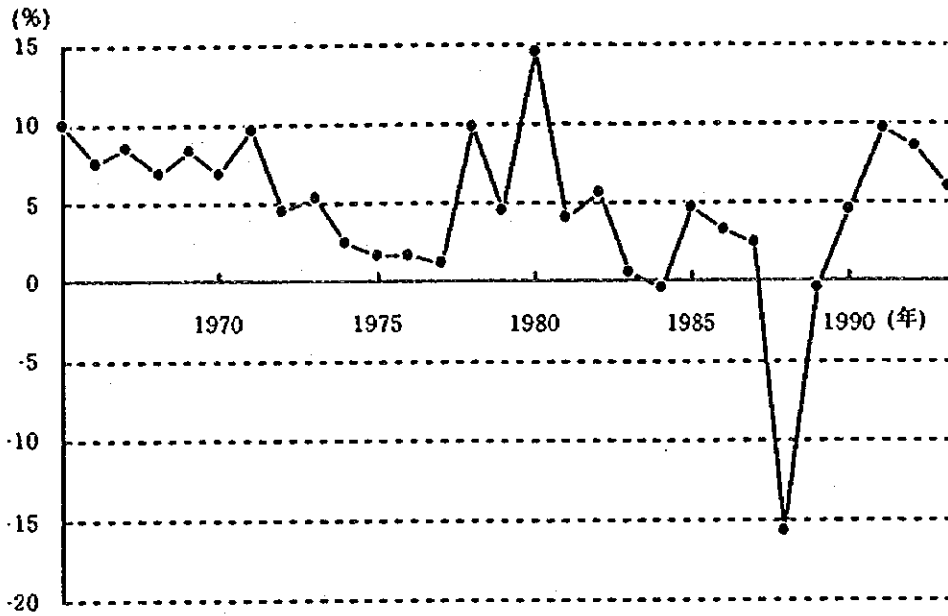
*2：コロン・フリーゾーン (1-1 (3) 経済参照) に対する輸入、再輸出を除く。

*3：公式暫定値。

出所 a：IMF, International Financial Statistics Yearbook, 1994, p.109, p.153, p.581b-1：The World Bank, World Development Report, 1993, p.239, p.273b-2：The World Bank, World Development Report, 1994, p.163, p.195b-3：The World Bank, World Development Report, 1995, p.163, p.195c：ILO, Year Book of Labour Statistics, 1994, p.495d：EIU, Country Report : Costa Rica, Panama, 2nd quarter, 1995, p.28e：The World Bank, World Debt Tables, 1994-95, 1994, p.362

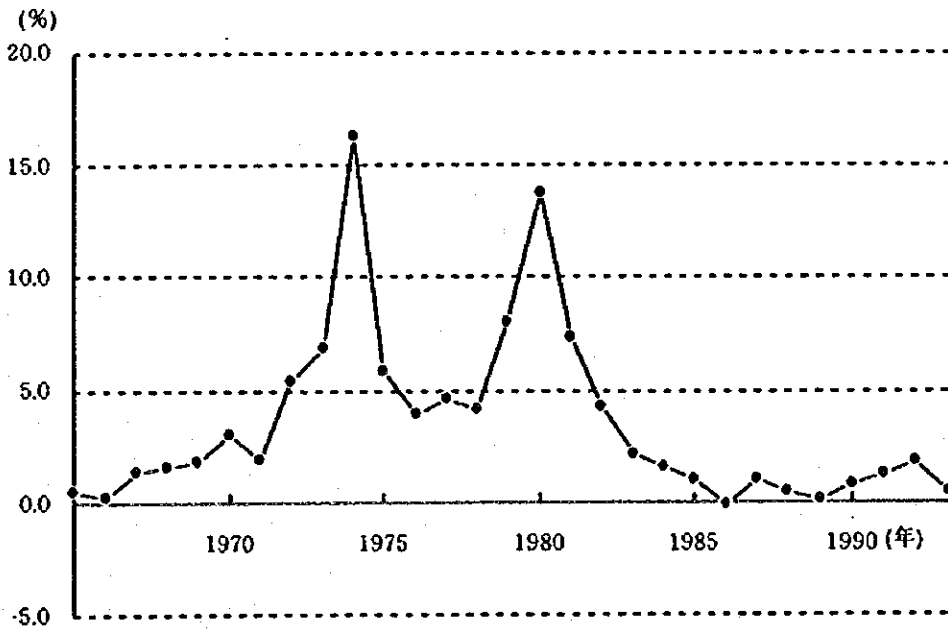
f：東京銀行【東銀経済四季報】 冬号 1995 p.145

図1-2 GDPの推移



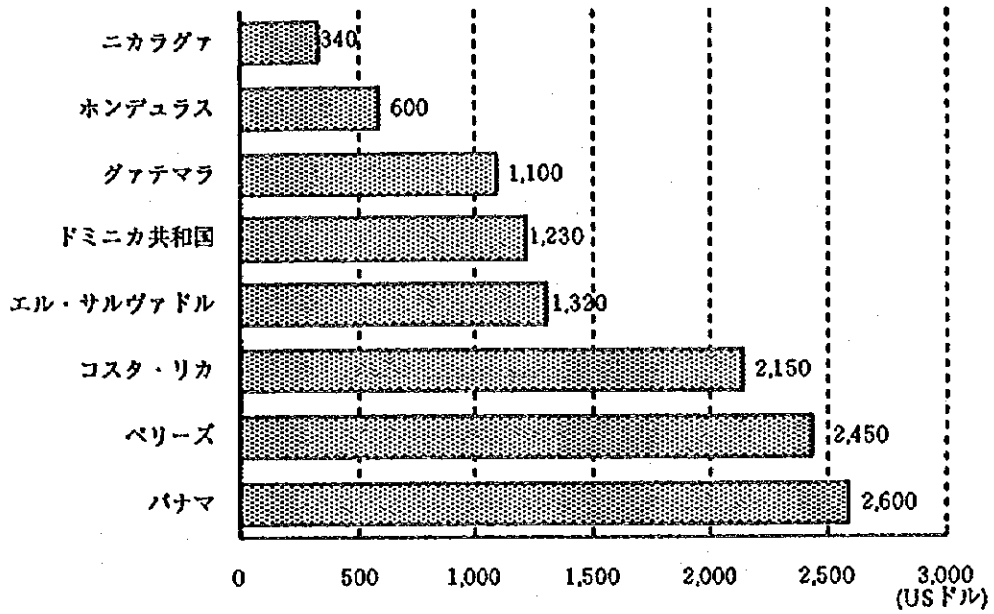
出所：IMF, International Financial Statistics Yearbook, 1994, p.153より作成

図1-3 インフレ率の推移



出所：IMF, International Financial Statistics Yearbook, 1994, p.109より作成

図1-4 中米諸国の一人当たりGNP (1993年)



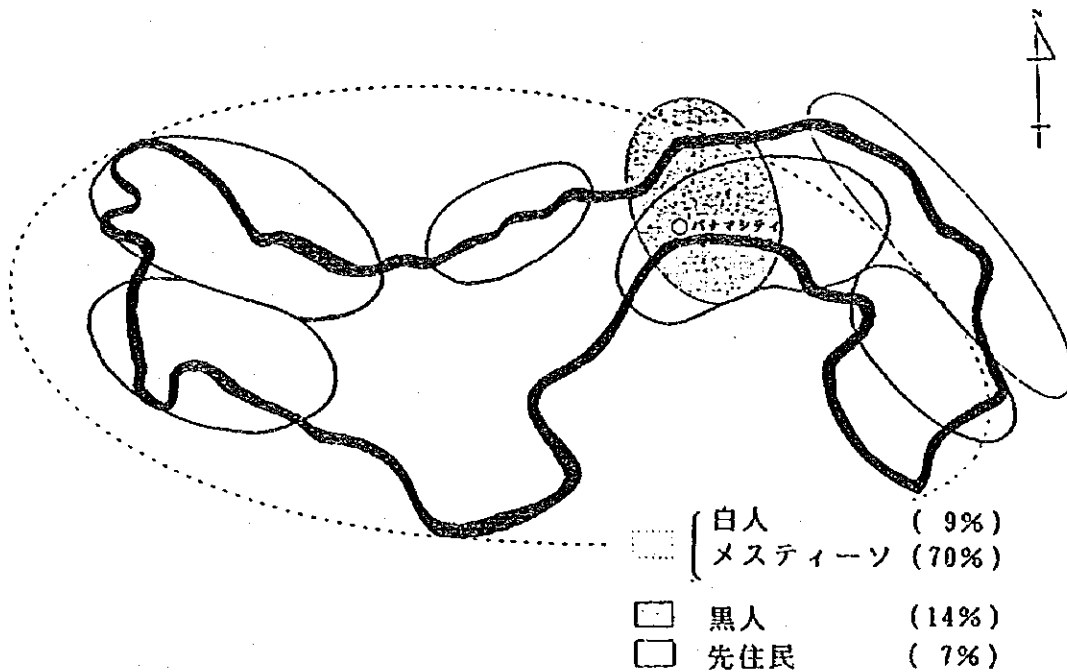
出所：The World Bank, World Development Report, 1995, p.162より作成

(4) 民族・言語

パナマ共和国はその歴史から他の中南米諸国同様、複合民族国家で、人種構成はスペインと先住民の混血（メスティーソ）70%、黒人14%、白人9%、先住民7%となっている（図1-5参照）。

パナマの公用語はスペイン語であるが、先住民にはスペイン語を話せないものも多い。英語は学校では必須科目であり、主要都市では広く使用されている。

図1-5 民族分布図



出所：国際協力事業団 「国別情報協力ファイル パナマ」 1995より一部修正

(5) 文化

パナマの文化様式は、部族社会を営む先住民の生活様式を除いて3種類に分類される。

- 1) 土着の文化とかなり融合したスペイン系植民地文化で、内陸の小都市や村落に見受けられるもの。開墾、収穫、建築等のあとに行われる共同社会の祭り、守護聖人の祭り等が主なもので、歌や踊り、祝祭の食事、闘牛、闘鶏、馬術等が行われる。
- 2) 運河地帯におけるアメリカ人が自国の生活様式をそのまま持ち込んできたアメリカ文化。
- 3) 英領西インド諸島からの黒人移住者の持ち込んだアフリカ文化に根ざすカリブ海文化は地域社会発生の歴史から長らく孤立したまま続いていたが、一世たちの死とともに消滅しつつあり、二世は表面的にはパナマ、米国等の生活様式を取り入れつつある。

(6) 宗教

パナマの宗教は他の中南米諸国同様、スペイン人の征服者の持ち込んだカトリックが主となっている。カトリックはこの地に深く根を下ろして生活規範の源となっているばかりでなく、学校、教会等を通じて地域社会教育の中で重要な位置を占めている。またカトリック教会は政治的・社会的にも大きな影響力を持っており、旧ノリエガ政権下では、教会で反政府集会を行うなど反政府側に近い立場をとりつつも国民に和解を呼びかけた。新政権樹立後は、現政権と労組対決の際に仲裁を引き受けたり、経済政策や汚職に対する非難声明を出すなど、政治的な動きを見せている。

パナマは、カトリック以外の宗教にも寛大であることからアメリカの新興宗教団体、西インド系住民の独自の宗教団体等も活動している。

宗教別にパナマの人口をみると、カトリックが89%、プロテスタントが5%、イスラム教が4%、その他の宗教が2%となっている。

(7) 教育

パナマの教育制度は初等教育、中等教育、高等教育に分かれており、いずれも6年制である。義務教育は初等教育、6～15歳のうちの6年間で、就学率は1970年時点ですでに99%であったが91年には100%となった。中等教育の就学率の伸びは顕著で、70年の38%から91年には60%にまで上昇した(表1-4参照)。高等教育としてはパナマ市内に国立パナマ大学、国立パナマ工科大学、私立サンタマリア大学がある。国内の高等教育機関が質量ともに不十分なため、米国、欧州、南米諸国への人材流出が問題となっている。

表1-4 教育概況

義務教育 ¹	6～15歳のうちの6年間
就学率 ²	(標準就学年齢人口に対する総就学者の比率) 初等教育 1970年 99% → 1991年 106%
	中等教育 1970年 38% → 1991年 60%
	高等教育 1970年 22% → 1991年 24%
小学校の教師・生徒の比 ²	小学校教師一人当たりの生徒数 1970年 27人 → 1991年 23人
成人の識字率 ²	12% (1990年)

¹ 総就学率が100%を超える場合があるのは、標準学齢を上下する生徒がいるためである。

出所¹: UNESCO, Statistical Yearbook, 1994, 1994, pp.3~9

²: The World Bank, World Development Report, 1995, p.217

(8) 女性の状況

開発への女性の参加を妨げる文化的・宗教的要因はほとんど存在しない。わずかに農村部でラテン諸国に見られるマチスモ（男性上位の考え方）が存在するが、それも徐々になくなりつつある。パナマの女性の労働力指数は途上国平均より低いが、管理職に占める女性の割合は、途上国平均と比べかなり高くなっている（表1-5参照）。初等教育の就学率は男性に比べて女性の方が若干低いが中等教育の就学率は逆に女性のほうが高い。成人の識字率は男女ほぼ同率である（表1-6、1-7参照）。

表1-5 女性指標

(単位：指数は男性を100とした時の女性指標、割合は%)

	パナマ	ラテンアメリカ及びカリブ地域	途上国平均
女性の余命指数（1992年）	106	109	104
女性の人口指数（1992年）	97	100	96
女性の労働力指数（1990～92年）	41	53	58
管理職に占める女性の割合 （1980～89年）	22	16	9

出所：UNDP, Human Development Report, 1994, p.146, p.208

表1-6 男女別就学率

(単位：%)

	男		女	
	1960年	1986～92年	1960年	1986～92年
初等教育	89	109	86	105
中等教育	統計なし	57	統計なし	62

・総就学率が100%を超える場合があるのは、標準学齢を上下する生徒がいるためである。

出所：国連児童基金 「世界子供白書」 1995 p.73

表1-7 成人の識字率

(単位：%)

1970年		1990年	
男	女	男	女
81	81	89	88

出所：国連児童基金 「世界子供白書」 1995 p.73

(9) 環境

1) 都市

長年の米国の運河地域占有の結果、パナマ市では水道の水をそのまま飲用することができ、下水道も完備されている。ただし下水処理が十分でないため、パナマ湾へのたれ流しも一部でおこっており、海岸地域は近年汚染が進んでいる。

街路は一般に清潔で樹木が多く、車が多い割にはスモッグの問題も今のところ生じていない。

2) 農村

農村では、無秩序な焼畑移動耕作による森林破壊がここ数十年の間に加速されてきており、大きな問題となっている。広範囲に及ぶ森林破壊の結果、年間2,000トンに及ぶ土壌が雨によって、河川や海へ流れ込み、土壌喪失とともに、魚の生態を脅かしている。

3) 対策

森林破壊を最小限に食い止め、そこに生息する動植物（南北米大陸の結節点にあるため両大陸の珍しい動植物が同時に観察される）を保護するために、国土の18%に相当する約30万ヘクタールについて25の国立公園や自然保護地域等の指定がなされ、さらにパナマ運河や主要河川の6流域が重要流域に指定されているが、これらの努力もまだ十分とはいえない状況にある。

1986年に再生可能天然資源庁が設置された。その後91年1月コクレにある国連食糧農業機関（Food and Agriculture Organization, F A O）の熱帯雨林行動計画に基づき、パナマでは国際円卓会議が開催された。これを受けて、わが国も同庁に対し植林を中心とする技術者の養成を目的としたプロジェクト方式技術協力を実施するため93年に事前調査団を派遣した。また米国は、91年6月にパナマ運河流域保全のために以下の二つの援助取り決めを締結している。①91年米会計年度において1,000万USドルを同庁の活動支援のために支出する。②前者に加えて800万USドル（92年米会計年度に300万USドル、93年米会計年度に500万USドル）を支出する。

(10) 所得格差、貧困

他の中南米諸国同様、所得格差が大きく、1975～88年のジニ係数*1は0.57（UNDP資料、1993）、所得階層別人口分布は、89年において上位20%が59.8%の所得を占め、下位20%が2.0%を占めている（表1-8参照）。従来の諸政策が首都及び運河沿いを中心とした都市偏重型の公共投資に集中していたため、パナマシティとその他の地域との所得格差がひらいた。特にカリブ沿岸のボカス・デル・トロ、ヴェラグアス、サン・ブラス自治区、及びコロンビアと国境を接するダリエンは、最も貧しい地域であり、社会インフラ整備におけるパナマ市との格差は甚だしい（表1-10、1-11参照）。

*1：ジニ係数：所得分配の不平等さを示す係数で、0から1の間で、1に近いほど平等で、0に近いほど不平等であることを意味する。

表1-8 家計所得の所得階層別分布

(単位：%)

総所得に占める各階層の比率 (1989年)					
最低分位20%	第2分位20%	第3分位20%	第4分位20%	最高分位20%*1	(最高分位10%*2)
2.0	6.3	11.6	20.3	59.8	(42.1)

*1：データは個人分位による所得シェア、一人当たり所得により分類

*2：再掲

出所：The World Bank, World Development Report, 1995, p.221

貧困は、多数の要素の相互関係の結果で、複雑な現象であるが、貧困家庭に共通してみられる点として、扶養家族の多さ、若年人口の多さ、一人当たり所得の低さ、失業・半失業状態が挙げられる。絶対的貧困水準以下の人口の割合（1980～90年）は、全国では42%であるが、都市部の21%に比べ、農村部は65%と高い（表1-9参照）。

都市では、都市人口に占める若年層の割合が高く、家長の年齢も若い。農村では、貧困は若年層に多くみられ、15歳以下の農村人口では、5人のうち4人が貧困状況にある。また農村では、人口増加と土地所有の集中により、零細農が多い。よりよい雇用機会を期待して農村から都市への人口移動が潮流であるが、結果的には、その多くが都市貧困層に吸収されるため、農村の貧困状況は、都市貧困層増加の圧力となっている。

パナマの先住民人口にも、法的に土地所有が保障されている。しかし現実には土地所有へのアクセスが限定されている。このため、先住民人口は、所得水準とベーシック・ニーズの充足水準に関して、最貧層に位置づけられている。

表1-9 絶対的貧困の割合

(単位：%)

絶対的貧困の割合	全国：42 (1980～90年)
	都市：21 (1980～90年)
	農村：65 (1980～90年)

出所：UNDP, Human Development Report, 1994, p.164

表1-10 地区別一人当たり所得 (1990年)

(単位: USドル)

かなり低い (0~100)	低い (101~150)		標準 (151~200)		やや高い (201~300)		高い (301~)		
	地区	地区	地区	地区	地区	地区	地区	地区	
サンブ	46.26	ロス・ボンス	101.21	オク	162.45	サン・カルロス	201.41	ラス・ダブラス	328.95
カニヤサス	62.83	ラ・ピンタダ	102.56	サンタ・イザベル	162.53	レナシミアエント	201.78	ボケチ	331.60
ラス・ミナス	67.53	リオ・デ・ヘスス	106.33	カピラ	165.95	ペノノメ	202.38	チャンギノラ	338.94
ドノン	67.60	オラ	106.97	モンチイホ	170.64	アラソヘ	209.37	サンティアゴ	344.18
ラス・バルマス	71.26	レメデイオス	108.02	マカルカス	173.40	トノシ	221.88	アグアドクルセ	352.45
トレ	72.88	カロブレ	110.45	ベセ	178.15	パリタ	222.40	ラ・チコレラ	357.80
サンタ・フェ	84.65	チャグレス	116.78	アントン	180.17	ボケロン	222.50	アラルハン	381.07
サリキ・グランデ	88.55	ソナ	119.87	ベダシ	182.74	サンタ・マリア	234.23	コロソ	387.36
ラ・メサ	86.34	サン・フェリクス	124.63	チェボ	178.15	ボルトベロ	235.46	チトレ	409.44
セマコ	93.96	サン・フランシスコ	132.97	アタラヤ	192.97	ドレガ	238.89	タピド	416.35
バルボア	98.94	ボクリ	137.14			ナタ	251.27	サン・ミゲリート	478.13
サン・ロレンソ	99.35	チェビガナ	137.21			グアラレ	267.07	パナム	632.49
		ビノガナ	138.46			チャメ	267.26		
		チマン	139.65			アガバ	276.81		
		ボカス・アル・トロ	142.95			バル	279.88		
		グアラカ	149.50			タボガ	283.10		
						ロス・サントス	290.19		

・サン・ブラス自治区については不明。

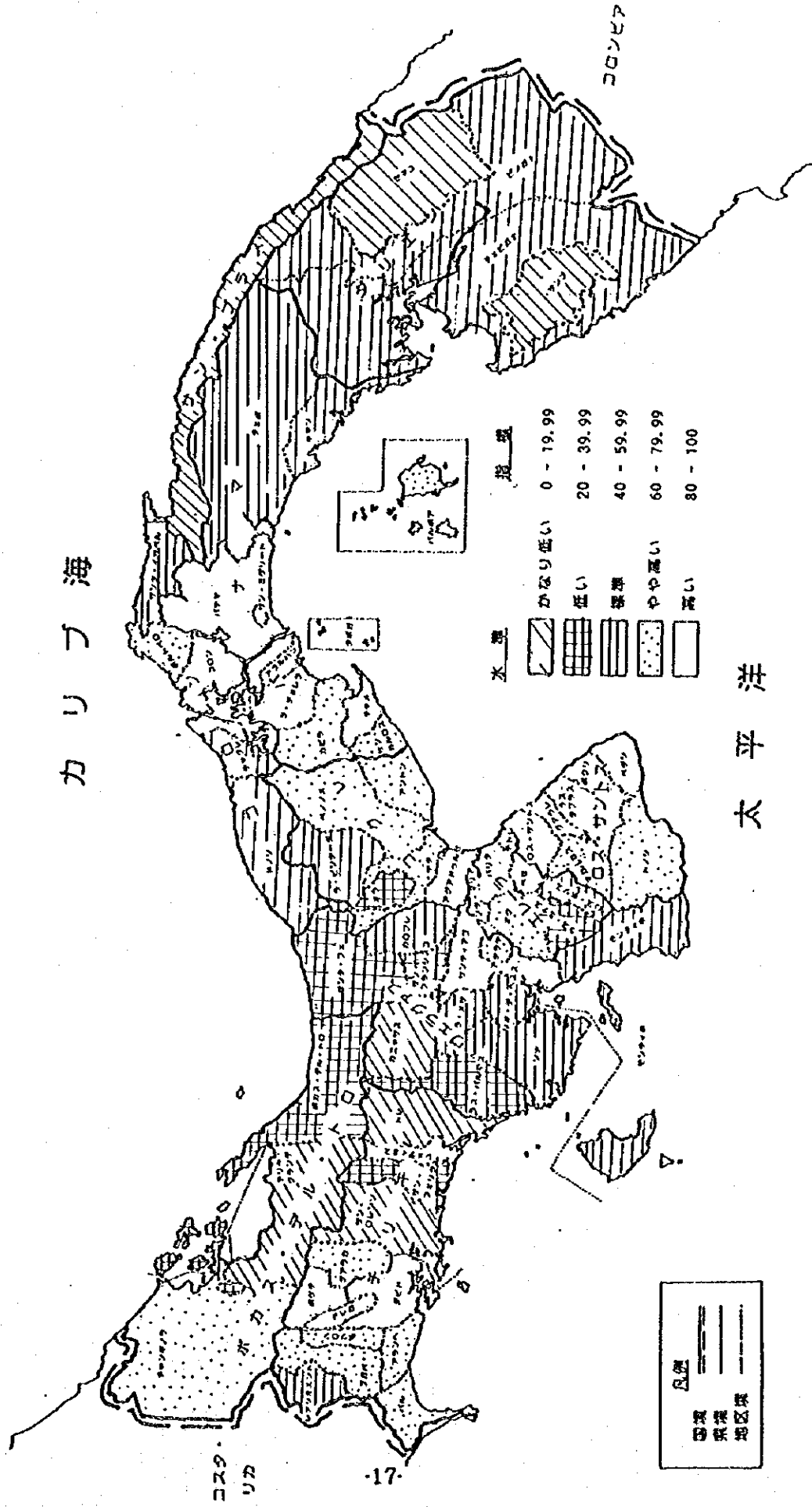
出所: Informe Nacional, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, 1995 付録より作成

表1-11 地区別ベーシック・ニーズ充足度 (1990年)

地区	かなり低い (0-19.99)		低い (20-39.99)		標準 (40-59.99)		やや高い (60-79.99)		高い (80-100)	
	指数	地区	指数	地区	指数	地区	指数	地区	指数	地区
チリキ・グランア トレ	0.00	ボカス・デル・トロ ラス・バルマス	22.42	ドノン ラ・メサ	40.28	カピラ オク	61.12	ベセ ドレガ	84.30	
サン・ロレンソ セマコ	5.78	レメディオス サン・アエリクス	22.53	カロアレ ソナ	40.78	バルボア ペノメ	63.46	ボナチ ベグシ	84.87	
カニヤサス サン・ブラス	10.76	サン・アエリクス チマン	22.94	リオ・デ・ヘスス モンチャイホ	44.55	グアラカ トノシ	64.12	ボクリ サンチャイアゴ	96.02	
サンブ	13.08	チマン オラ	27.93	モンチャイホ チャグレス	48.25	マカルカス ボケロン	64.69	グアラカ チャメ	86.03	
	14.59	サンタ・フェ サエビガナ	28.24	チャグレス ロス・ボソス	50.76	アラヘ チャンギノラ	64.97	サンタ・マリア グアラレ	86.54	
	19.14	サンタ・フェ サン・フランシスコ	31.61	サンタ・イザベル ラス・ミナス	51.23	アタラヤ バルトペロ	66.55	グアラレ コロソ	86.54	
	19.99	サンタ・フェ ビノガナ	31.90	サンタ・イザベル ラス・ミナス	51.46	アタラヤ バルトペロ	67.55	サンタ・マリア コロソ	87.19	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ	32.28	サンタ・イザベル ラス・ミナス	52.12	アタラヤ バルトペロ	68.36	サンタ・マリア コロソ	87.52	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ	33.55	サンタ・イザベル ラス・ミナス	53.64	アタラヤ バルトペロ	69.14	サンタ・マリア コロソ	86.54	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ	35.36	サンタ・イザベル ラス・ミナス	56.49	アタラヤ バルトペロ	70.84	サンタ・マリア コロソ	89.64	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ	35.41	サンタ・イザベル ラス・ミナス	57.35	アタラヤ バルトペロ	72.81	サンタ・マリア コロソ	90.61	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス	59.25	アタラヤ バルトペロ	74.16	サンタ・マリア コロソ	91.04	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス		アタラヤ バルトペロ	75.62	サンタ・マリア コロソ	92.03	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス		アタラヤ バルトペロ	77.20	サンタ・マリア コロソ	92.73	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス		アタラヤ バルトペロ	77.47	サンタ・マリア コロソ	92.81	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス		アタラヤ バルトペロ	78.27	サンタ・マリア コロソ	93.41	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス		アタラヤ バルトペロ	79.64	サンタ・マリア コロソ	94.92	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス		アタラヤ バルトペロ		サンタ・マリア コロソ	95.00	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス		アタラヤ バルトペロ		サンタ・マリア コロソ	98.01	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス		アタラヤ バルトペロ		サンタ・マリア コロソ	98.61	
		サンタ・フェ サン・フランシスコ		サンタ・イザベル ラス・ミナス		アタラヤ バルトペロ		サンタ・マリア コロソ	100.00	

・指標は、ベーシック・ニーズの充足度を地域別に比較したもので、0 (悪い状況) から100 (良い状況) の範囲で順位づけられている。
出所: Informe Nacional, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, 1995 付録より作成

図1-7 地区別ベーシック・ニーズ充足度図 (1990年)



出所: Caja de Seguro Social, Ensayo Grafico de la Seguridad Social, 1960-1980, 1984及U'
Informe Nacional, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, 1995, 付録より作成

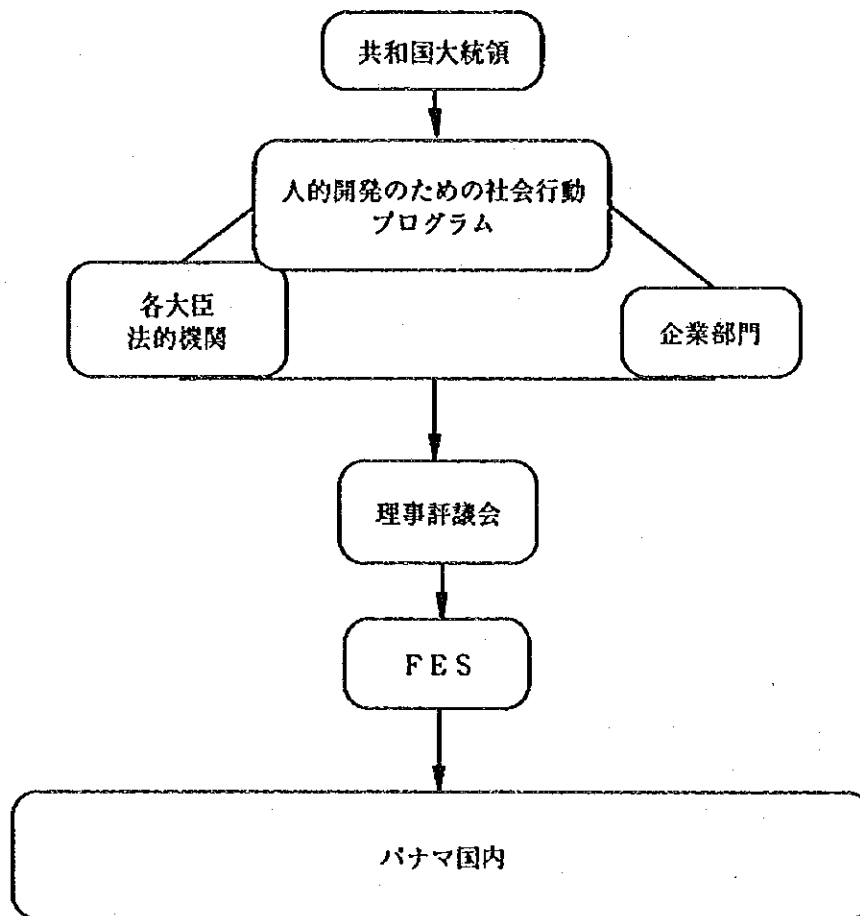
(11) 社会緊急基金 (Fondo de Emergencia Social, F E S)

1) 組織

F E Sは大統領直轄で、人的資源開発のための社会行動プログラム国家評議会 (El Consejo Nacional del Programa de Acción Social para el Desarrollo Humano) によって計画された貧困政策を施行する機関であり、貧困対策という緊急課題に取り組むために1990年に設立されて以来、徐々に発展してきている。F E Sのアプローチは、PRODESHUプロジェクト (Programa de Acción Social para el Desarrollo Humano) を通じて、パナマの最貧層のための生活の質を改善し、所得を生み出すためにコミュニティーの参加を促進するものである。

プロジェクトは、国家レベルで行われ、各県と同様にサン・blas自治区でも行われている。

図1-8 F E Sの位置づけ



出所：Republic of Panama, F E S, 1995

2) 基本目的

FESの基本目的は、パナマ国民の生活水準の向上、パナマの最貧コミュニティへの財政・技術援助を通じて貧困の根絶に寄与することにある。

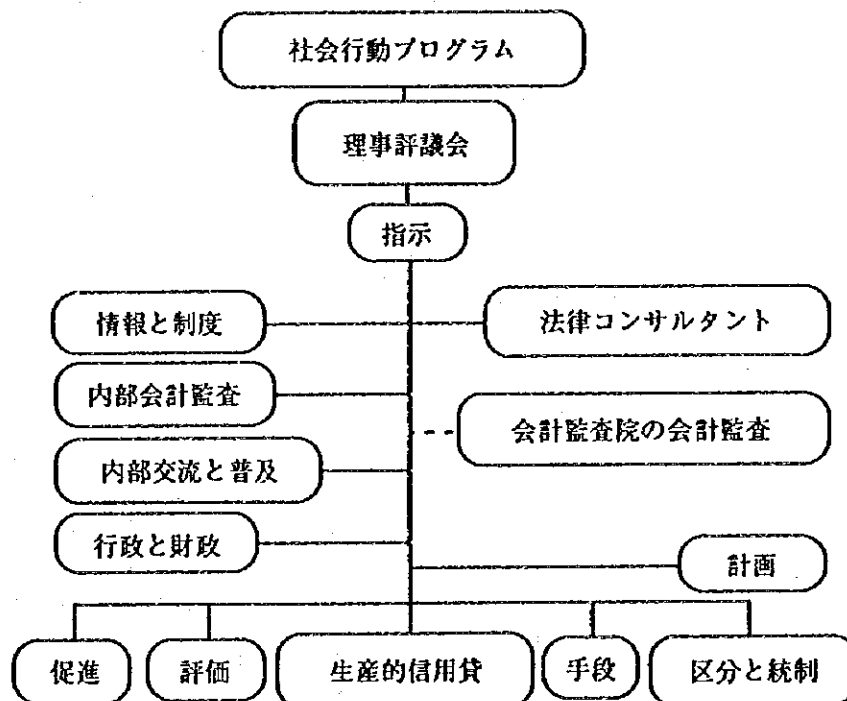
3) 活動範囲

FESは、民間部門、公的部門、教育部門の協力のもと、コミュニティのベーシック・ニーズを満たすためのプロジェクトの認識、優先順位付け、施行においてコミュニティ住民の自助努力を促進する。特に次の分野において、主にプロジェクトをとおした活動を行っている。

- a) 基礎衛生：水供給と下水設備
- b) 就学前教育・初等教育のインフラの修理、改善、交換及び供給
- c) 保健インフラの修理、改善、交換及び供給；大小の保健施設、センター
- d) 道路サービス設備
- e) 生産活動の支援

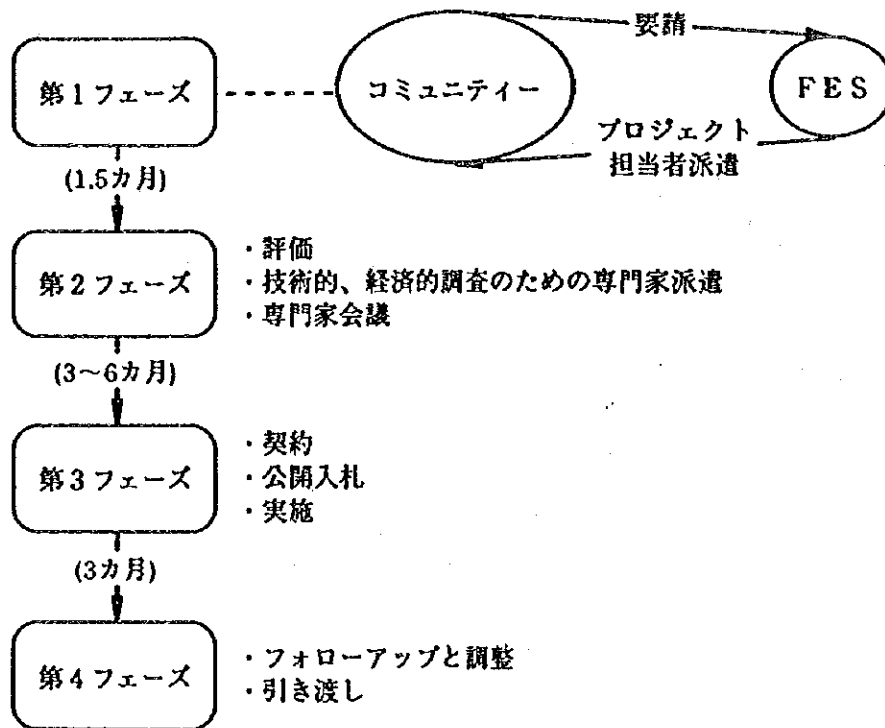
4) 活動

図1-9 FES業務流れ図



出所：パナマ社会緊急保障基金内部資料

図1-10 F E Sプロジェクト流れ図



出所：パナマ社会緊急保障基金内部資料

5) 実績

1991～94年では、年平均1,000万USドルがF E Sの活動資金にあてられた。95年度には3,000件の要請があった。このうち800～1,000件を採用し、3,100万USドルの予算実現が目標に掲げられている。このほか、F E Sは小企業への低金利貸付を行っている。

1-2 一般行政

1-2-1 中央行政

パナマ共和国は立憲共和制で、全国9県1特別区に分かれている。元首は大統領で、国民の直接選挙により任期5年で選出される。大統領の連続再選は禁止されている。内閣は大統領が任命し、首相はいない。省には大統領府、農業開発省、外務省、経済企画省、商工省、内務司法省、厚生省、文部省、住宅省、公共事業省、大蔵省、労働・社会福祉省がある(図1-11参照)。

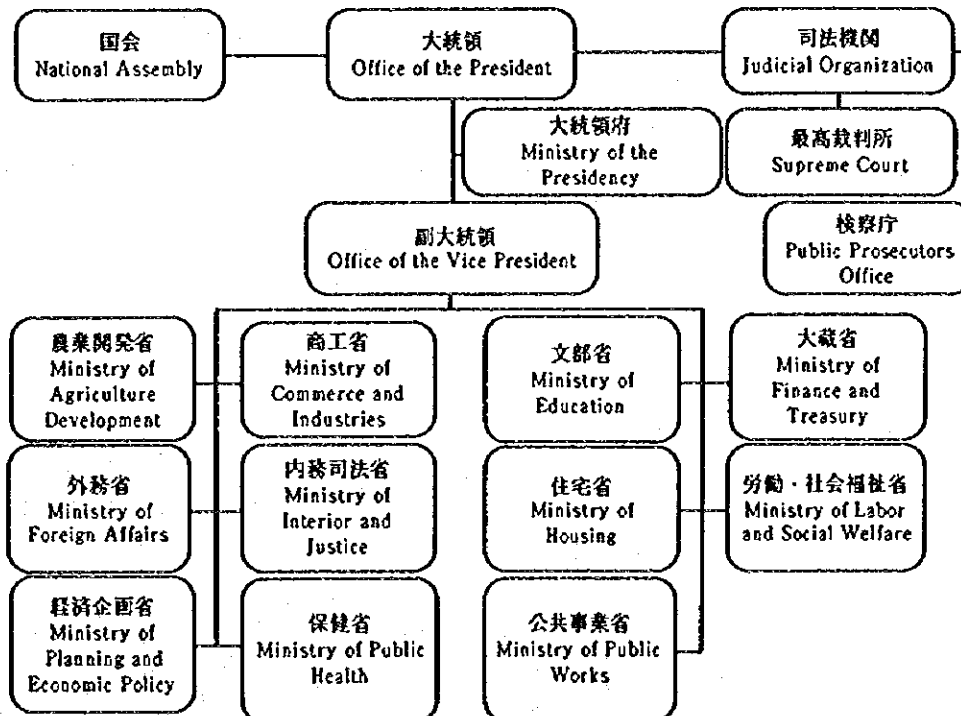
議会は1院制で72議席、議員は直接選挙で選出され、任期は5年である。与党は民主革命党(PRD)となっている。

司法機関は、最高裁判所及びその他の下級裁判所から構成される。最高裁判所長官及びその判事は大統領により任命され、任期は10年。その他の下級裁判所の判事は最高裁から任命される。

政党は、与党のPRDのほかに、アルヌルフイスタ党(Partido Arnulfista, PA)、パパ・エゴロ運動(Movimiento Papa Egoró, MPE)、自由共和運動党(Movimiento Liberal Republicano Nacionalista, MOLIRENA)、真正自由党(Partido Liberal Auténtico, PLA)などがある。

全国は9県1特別区に区分され、各県、特別区の知事は大統領によって任命される。

図1-11 国家行政組織図(1995年6月現在)



出所：国際協力事業団【国別協力情報ファイル パナマ】 1995

1-3 国家開発計画の概要

パナマには独立以来具体的な国家開発計画として公に発表されたものはなく、その時々
の政権により開発計画が立てられ実施されてきた。しかしクーデターによる頻繁な政権交
代のため、長期的視野に立った国家開発計画は策定されてこなかった。

1989年12月、米軍の侵攻後誕生したエンガラ政権は、ノリエガ政権時代に米国との関係
悪化が原因となって起きた資産凍結、借款供与の停止等の経済制裁による国内の経済停滞
を抱え出発することになった。それらの困難を受けて経済企画省は90年6月に国家開発計
画として「開発並びに経済の近代化国家戦略—復興、持続的成長及び雇用創出のための政
策」を策定し、パナマ経済・社会の建て直しに着手することとなった。

この復興計画は以下のような基本的枠組みからなる。

(1) 金融安定化プログラム

金融システム全体の安定、及び信頼の回復を図り、それによってカントリーリスクを
減少させ、民間銀行を媒体として国際資金の流入を促進させる。

(2) 経済政策プログラム

これまでの公的部門の経済に対する介入度が大きい経済制度を見直し、以下のような
目標に沿って経済を再活性化する。

1) 輸出の振興

- ・便宜置籍船の登録システムの改善。
- ・金融の自由化（資本移動の自由化）。
- ・コロン・フリー・ゾーン（1-1（3）経済参照）の運営コストの削減。

2) 労働市場の自由化

- ・雇用機会、賃金レベル、その他の雇用条件等の決定を自由化し、究極的には生産
性の向上と生産コストの低下を目指す。

3) 工業保護策

- ・国内市場での競争を促し、最終的に対外競争力強化を行う。
- ・新規事業活動については、最低限の保護として低率の輸入税を輸入品にかけ国内
産業に対する保護を行うが、当該事業の成長と共に保護水準を引き下げていく。

4) 農産物の価格政策

- ・肉及び皮革等の輸出入の自由化。
- ・とうもろこしの輸入の自由化。
- ・農業投入財（肥料）の市場統制の廃止。
- ・バナナ会社に対するコンテナ梱包制限の撤廃。
- ・生産物及び種子類の生産、輸入、商品化、マーケティング、資金供与、農業機械の普及等の事業活動を全面的に民間に委譲する。

5) 税制改革税制は以下の概念に沿って実施される。

- ・簡素な税制体系を作ること。
- ・所得税の高い累進性は経済成長に対してはかえって逆効果であること。
- ・投資収益に対する二重課税の減額もしくは撤廃を行うこと。
- ・税制が貿易の利益を損なわないこと。

6) 輸送網等の近代化

パナマの地理的位置の優位性は、国際輸送網に密着した輸出を可能としている。しかし、荷役作業などにかかる国内コストが非常に高い場合には、この地理的優位性は失われる。したがって運送、輸送システムの合理化、近代化をさらに押し進めて行くことが必要である。

(3) 公的部門の近代化プログラム

パナマの新政権は国家経済運営をより効率化するために以下のような政策を打ち出している。

1) 民営化プログラム

公共部門の事業活動の民間部門への委譲、若干の国営企業もしくは国有資産の売却などを行う。

2) 国営企業の効率改善プログラム

効率化の目標とそれを達成するためのメカニズムを明確に設定する（独立採算性の導入など）と共に、国営企業により独占的に行われていた事業部門への民間の参加促進を通して当該部門をより競争的にする。

3) 社会保険制度の改革

中央政府の行政と社会保険金庫の運営と会計を分離するなどして、不明瞭な部分をなくすこと、保険プログラム間の資金の流用を止め、各々の健全な経営を目指すことなどが提案されており、そのための法制面での改革も進行中である。

4) 人員プログラム

人員の適正な配置と職種・地位と給与のバランス、また民間との雇用条件の格差の是正など、社会における公平さの確立を目指した提案がなされている。

(4) 社会プログラム

現政権の社会政策の基本は、雇用機会の創出による社会的貧困の解決であり、それに基づき以下のような政策が考えられている。

1) 緊急社会基金

短期的な雇用問題対策で、労働集約的な小規模プロジェクトに対する投資の計画である。この復興計画により向こう3年間に3,000のプロジェクトに対して2億5,000万USドルの投資が行われ2万人の新規雇用が創出されることを期待している。この基金の目的は、次の三つである。

- ・最貧困者層に対する雇用と収入源の創出
- ・貧困者グループの収入の増加
- ・経済、社会インフラの改善

2) 貧困撲滅プログラム

都市部において街路、学校、公共施設の修理、排水溝及び空地の清掃などに一時的に労働者の雇用を増加させる計画である。

3) 保健部門

短期的には、治療と予防の向上を目的とした医療サービスの質の向上が必要である。そのために母子保健、予防接種、ビタミン欠乏症対策などに高い優先順位が与えられている。また環境衛生の改善のために公衆トイレの増設及びゴミ処理の強化、水道の普及を目指し、インフラ整備が提案されている。

4) 教育問題

教育問題は、パナマの公共政策、特に国の経済開発に関する政策の重要な一部を占め、初等、中等、及び高等の各水準における教育の質を高めることが必要とされている。実施可能な目標としては、教育行政の改善、教育資金手当の増加などが考えられている。

5) 環境プログラム

森林の有効利用促進及び再植林は政府が高い優先順位を与えるプロジェクトとなっている。水源の保護、土壌の保護、生態系の保護などと同時に資源としての水、エビ・カニなどの水産物の保護を目的としている。

その後1994年9月の大統領就任演説の中で発表された新しい国家開発計画の骨子は、

- 1) 国際的信頼の回復、2) 対外債務の返済、3) 外国投資の導入、4) 関税制度の見直し、5) 北大西洋自由貿易地域 (North Atlantic Free Trade Area, NAFTA) への加盟と関税と貿易に関する一般協定 (General Agreement on Tariffs and Trade, GATT)、リオ・グループへの参加、6) 公共投資計画の促進、7) 電力・水道庁等の法人民営化、8) 失業・貧困の解消、9) 雇用の促進、10) 教育の近代化、11) 医療福祉施設の再建・修復、12) 住宅事情の改善、13) 簡略化による透明な行政への取り組み、14) 治安の回復・警察力の強化、15) 麻薬取り締まりの強化、であった。

第1編 参考資料

- ・国際協力事業団 【国別協力情報ファイル パナマ】 国際協力事業団
1994、1995、1996
- ・国連児童基金 【世界子供白書】 国連児童基金 1995
- ・東京銀行 【東銀経済四季報 冬号】 東京銀行 1995
- ・パナマ社会緊急保障基金内部資料

- ・Caja de Seguro Social, Ensayo Grafico de la Seguridad Social, 1960-1980, Caja de Seguro Social, 1984
- ・The Economist Intelligence Unit Limited, Country Report : Costa Rica, Panama, 2nd quarter, The Economist Intelligence Unit Limited, 1995
- ・Europa Publications, The Europa World Yearbook, Europa Publications, 1994
- ・I L O, Year Book of Labour Statistics, I L O, 1994
- ・I M F, International Financial Statistics Yearbook, I M F, 1994
- ・Informe Nacional, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Informe Nacional, 1995
- ・Republic of Panama, F E S, Republic of Panama, 1995
- ・U N E S C O, Statistical Yearbook, 1994, U N E S C O, 1994
- ・U N D P, Human Development Report, U N D P, 1993, 1994
- ・The World Bank, World Debt Tables, 1994-95, The World Bank, 1994
- ・The World Bank, World Development Report, Oxford, The World Bank, 1993, 1994, 1995

第2編 衛生行政

2-1 中央衛生行政と保健医療計画

2-1-1 中央衛生行政機構

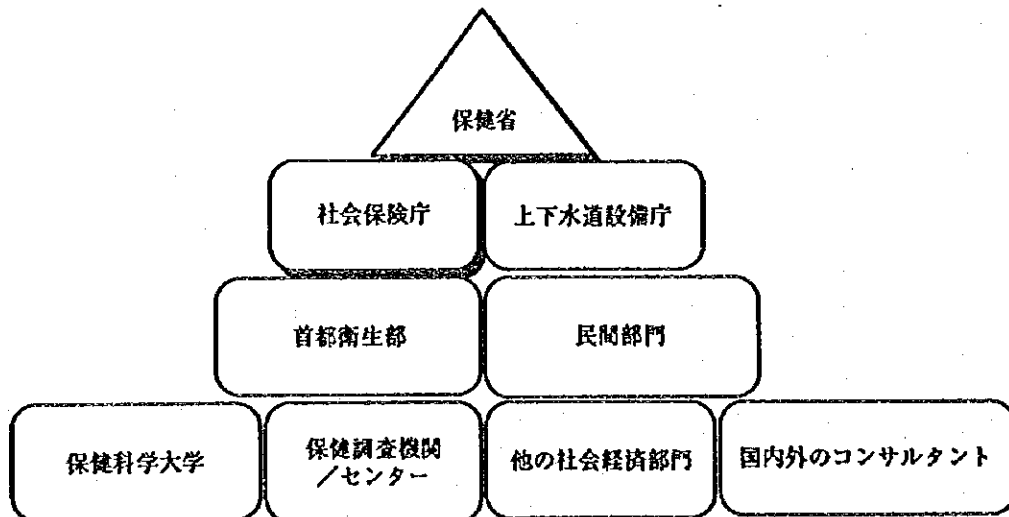
パナマの保健サービスは、憲法により、ピラミッド型に構成・組織されている（図2-1参照）。特に重要に位置を占めるのは保健省と社会保険庁である。

表2-1 国家保健システムの構成組織

保健省 (El Ministerio de Salud, M I N S A)
社会保険庁 (La Caja de Seguro Social, C S S)
上下水道設備庁 (El Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacional, I D A A N)
首都衛生部 (La Dirección Metropolitana de Aseo, D I M A)
保健科学大学 (Universidad Ciencias de la Salud)
保健調査機関/センター (Agencias y/o Centros de Investigación en Salud)
他の社会経済部門 (Otros Sectores Sociales y Económicos)
国内外のコンサルタント (Agencias y/o Entidades de Asesoría y Cooperación Nacionales e Internacionales)
保健の民間部門 (El Sector Privado de Salud)

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, p.36

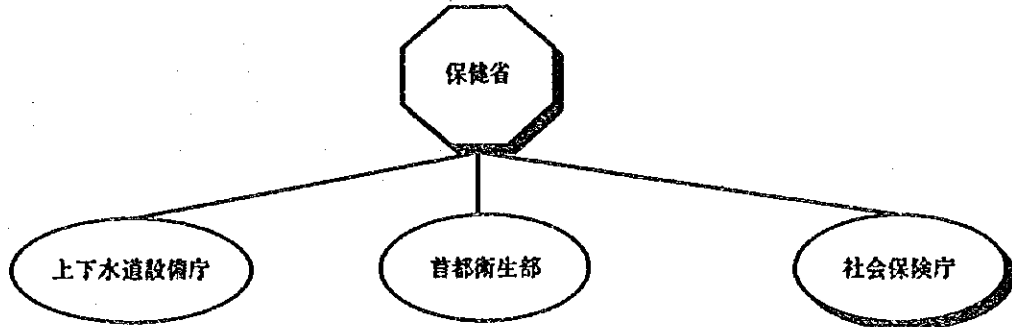
図2-1 パナマの保健セクターの組織図



出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, p.36

保健省は、保健医療分野の枠組みの中で、上下水道設備庁、首都衛生部、社会保険庁との協力を維持している（図2-2参照）。

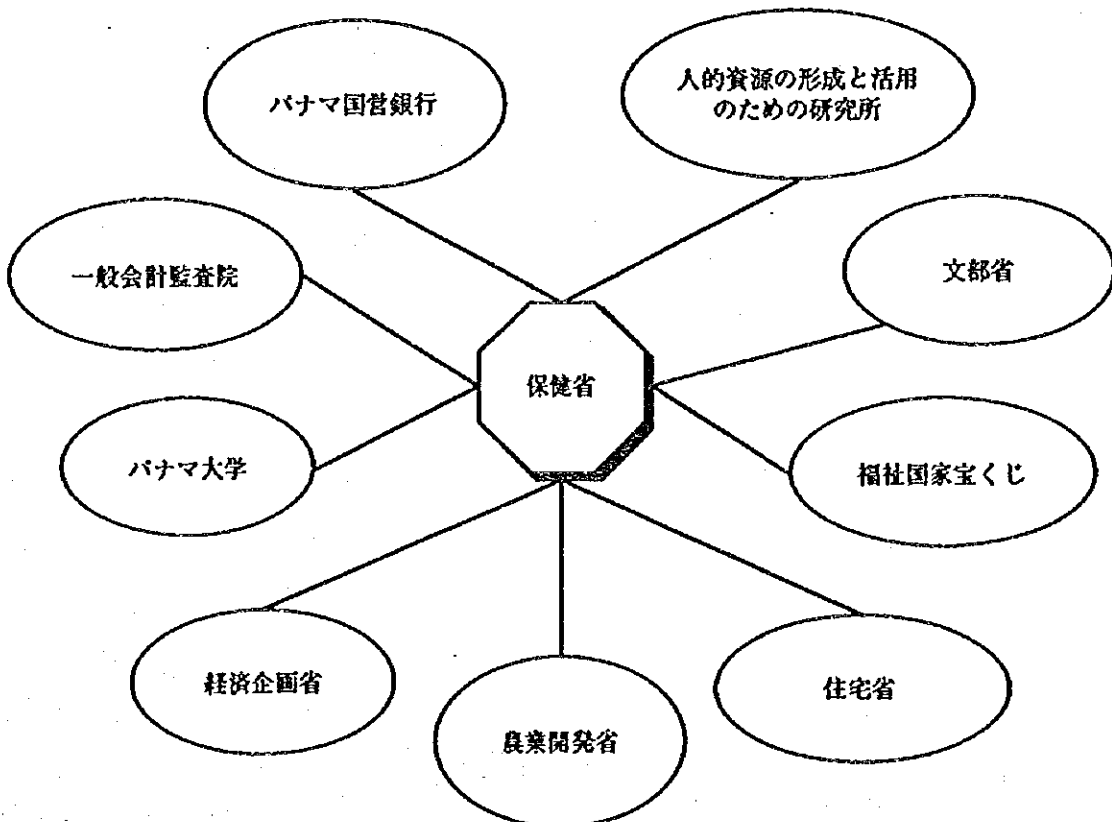
図2-2 保健医療分野におけるセクター内協力



出所：Ministerio de Salud, "Lineamientos Politicos y Estrategicos de Salud", 1994, p.33より作成

また、保健医療分野の枠組みを越え、パナマ大学、経済企画省、農業開発省、住宅省、福祉国家宝くじ、文部省、人的資源の形成と活用のための研究所、パナマの国営銀行、一般会計監査院との協力を維持している（図2-3参照）。

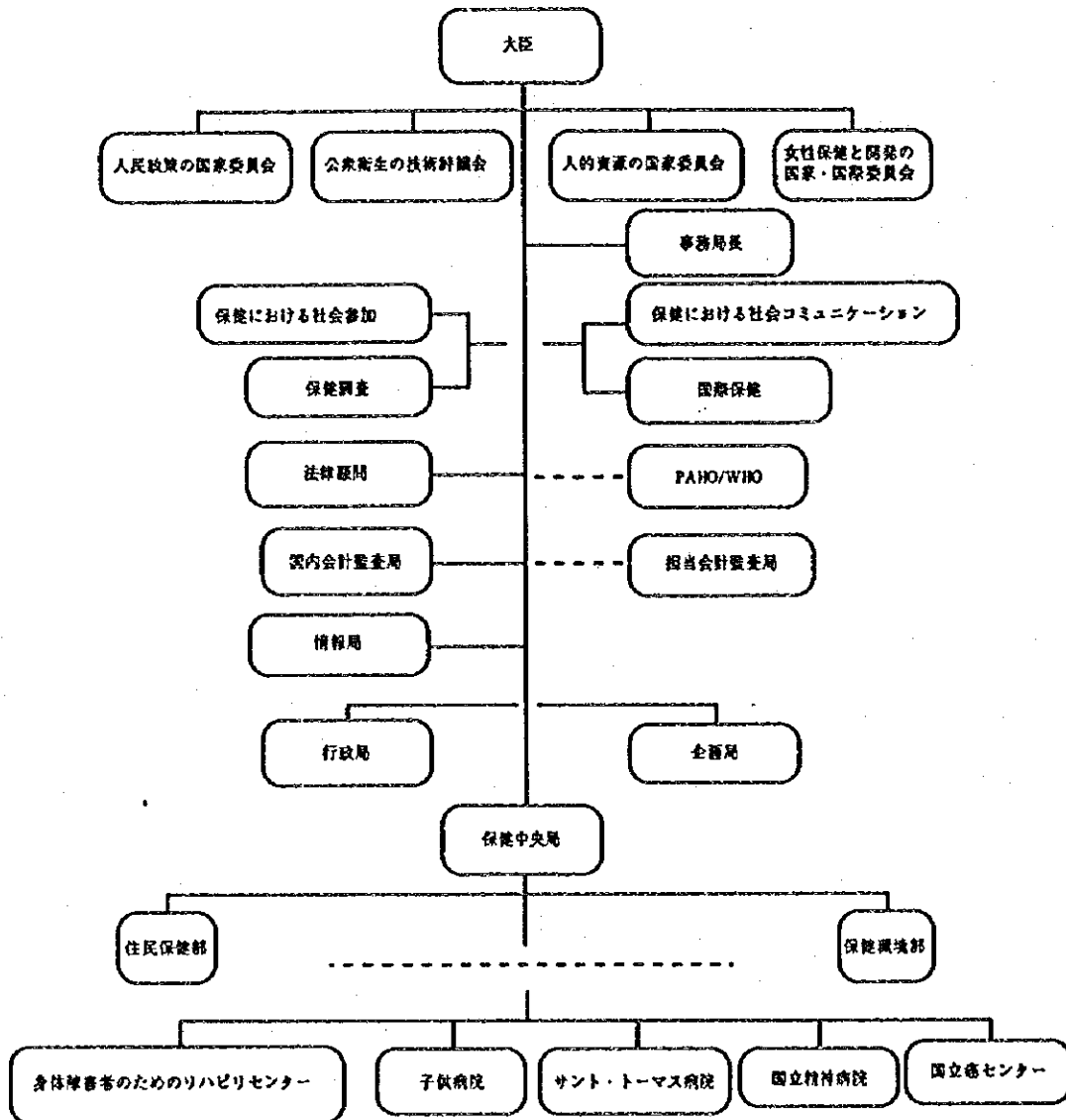
図2-3 保健部門におけるセクター間協力



出所：Ministerio de Salud, "Lineamientos Politicos y Estrategicos de Salud", 1994, p.33より作成

保健省の組織図を図2-4に示す。

図2-4 国家保健省組織図



出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, pp.39~40

(1) 保健省と社会保険庁の協定

保健省と社会保険庁は、以下のような協力体制を取り決めた協定を発行している。

- 1) 保健省と社会保険庁は、国民全員に平等なサービスを提供するための協力システムを開発し、強化する。
- 2) 保健省と社会保険庁は、県、または地域別に、統合的な医療サービスの適切な協力が何であるかを模索する。
- 3) 伝統的なシステム、または自動化されたシステムの利用によって、保健省と社会保険庁のコストの認識と配分のシステムを確立する。この際、PAHOとWHOの協力を得る。
- 4) 保健省と社会保険庁で合意されたコストの認識と配分のシステムを用いることによって、利用者が、相互の施設を利用することができるようにする。

(2) リファーマル・システム

表2-2 リファーマル・システム

第3次医療レベル	全国のリファーマル・センターとしての機能を、パナマ市にある国立病院が果たしている。
第2次医療レベル	第2次医療レベルでは、行政地域の8地域に加え、人口の多いパナマ市を4地区に分割している。地域病院や保健所のリファーマル・センターとしての機能を、各県の最も人口の多い市にある県レベルの病院が果たしている。
第1次医療レベル	地域病院 保健所、ポリクリニック サブセンター、ヘルスポスト

出所：Ministerio de Planificación y Política Económica/UNICEF, "Panamá, Niños y Políticas Sociales, Prioridades para el Bienio 1995-1996", 1995, p.55.

2-1-2 中央保健医療計画

(1) 1994年度の保健医療分野5カ年計画

1994年度の保健医療分野5カ年計画を、以下に示す。

表2-3 保健医療分野5カ年計画(1994年度)

目 標	<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健医療サービスの質を高め、普及させることで、住民の健康を向上させる。 2) 保健医療サービスへのアクセスを最貧層に保障するため、現存する保健医療サービスの格差を縮める。 3) 有効かつ効率的で公正な保健医療サービスを提供する。 4) 環境保護に配慮した保健医療政策と戦略を構築する。
政策1	国家保健医療計画を遂行するため、保健省の指導力を強化する。
戦 略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健省の指導力を、保健活動の調整・管理面で強化する。 2) 保健省主導のもと、近代的、効率的かつ公平な医療法を提案する。 3) 社会開発分野の全機関が連携することをめざし、その第一段階として保健医療分野における保健医療関連の諸機関の委員会を発足させる。 4) 社会開発関連分野の機関が連携し、保健活動のモニタリングを強化する。 5) 保健省主導で全国のあらゆるレベルで保健教育を促進する。
政策2	保健省の活動を、地方分権化することによって強化する。
戦 略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 地方保健医療制度強化のための法案を策定し、各地方における保健情報を収集する。 2) 地方保健医療制度強化のため、特に社会保険庁と意見調整する。 3) 地方保健医療制度強化のための法案に必要な法基盤を見直す。 4) 地方保健医療制度において、女性、子供への配慮、住民参加に重点を置く。 5) 国際機関等の見解をふまえて、国内の目標を再検討する。 6) 第1次医療機関が不備な地域を対象に、必要な医療施設・機材の整備を行う。 7) 必須医薬品の在庫管理システムを強化する。 8) 地方レベルにおいて保健活動を計画的、効率的に推進する。 9) 性行為感染症とAIDSの予防教育を促進する。 10) カウンセリング及び社会復帰プログラムを地域ごとに見直す。 11) 塩のフッ素添加プログラム導入を促進する。
政策3	持続可能な開発に向け、環境に配慮した保健医療プログラムを開発する。
戦 略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 環境・保健医療開発プロジェクトへの投資を促進する。 2) 基本的な衛生サービスを受けていない住民に、これらのサービスを提供し、かつ現存の衛生サービスの質を向上させる。 3) 住民のニーズに即した、環境保全プロジェクトを推進する。

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, pp.108~112

表2-3 保健医療分野5カ年計画(1994年度) つづき

政策4	特定の住民グループの保健医療プログラムを促進する。
戦略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健サービスのニーズを満たしていない住民、特に先住民地域、スラム、農村の住民に対し新サービスを開始する。 2) 保健医療分野での地域住民の参加を強化する。 3) 先住民対策として、地域保健システム (Sistemas Locales de Salud, S I L O S) を支援する。 4) 先住民地域、スラム、農村対策において、プログラムの対象範囲を拡張する。 5) 保健医療サービスを、第2次医療・第3次医療レベルのサービスに発展させる。 6) 第1次医療である地域の一般病院で治療できる水準を引き上げる。 7) 第3次医療レベルにおいて、サービスの質と財政面の改善を行う。
政策5	生活の質を改善するため、個々の住民の能力と責任を向上させる。
戦略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健医療従事者を通じ、保健についての知識を住民に普及する。 2) 予防医学の促進のために、住民を公共政策の策定に参加させる。
政策6	保健医療サービスの各段階において、地域住民の参加を促す。
戦略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健システムを確立するために、保健医療関連の諸機関における調整機能を高める。 2) 保健医療サービスの役割と利用法を広めるために、地域住民に社会コミュニケーションの技術と手段を普及させる。 3) 保健医療関連の諸機関の連携メカニズムの現状を分析する。 4) 保健サービスの計画と運営の過程での、住民組織の参加を促進する。 5) 主要な保健医療問題について、特別保健委員会への住民参加を促進する。 6) 保健医療問題を解決するためにNGOの役割を分析し、明確にする。
政策7	通常予算、特別予算を見直し、保健医療分野の予算の増額を図る。
戦略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 国家保健予算において、最貧層に利益が行きわたるように保健予算が配分されているか監視する。 2) 国家保健予算の増額の許容範囲を調整する。 3) 最貧層の保健状況を改善するため、保健分野における投資プロジェクトを策定する。 4) 保健医療施設において、コスト回収システムを機能させる。 5) 国家財政支出、地方財政支出における保健支出の占める割合について監査する。 6) 費用便益の分析を組み込んだ評価モデルを適用する。

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, pp.108~112

表2-3 保健医療分野5カ年計画(1994年度) つづき2

政策8	国家・地方保健計画を強化するため、必要な地域で、保健医療分野の人材を養成・育成する。
戦略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健医療分野の各機関で、人的資源開発の必要性を認識する。 2) 保健医療分野の各機関で、人的資源開発の評価方法を確立する。 3) 大学の参加を促進し、生涯教育プログラムを開発する。 4) 保健医療分野における衛生行政官育成コースを設置する。 5) 保健医療分野における衛生行政コースの適切な基盤を設ける。 6) 保健医療における衛生行政コースを導入するために、専門的技術と資金を確保する。 7) 保健医療従事者の配置を再考し、改善する。そのためにインセンティブを与えるシステムを確立する。 8) 人事システムを確立する。 9) 遠隔地に居住する保健医療従事者に対し、物質的、金銭的インセンティブを与えるシステムを確立する。 10) 国家保健計画の策定においての国家ニーズにもとづいた人材養成をするために、教育機関と協力し、カリキュラムを改善する。 11) 疫学、保健サービスの管理、関連セクター間の指導力に焦点をあて、人的資源開発の国家計画を策定する。 12) 保健サービスの現場と保健医療従事者養成機関の間においての経験をもとに、教育支援の方法を確立する。
政策9	保健システムの開発のために、保健、科学技術における研究開発を促進する。
戦略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 国家の優先課題に従って調査し、国家計画を策定する。 2) 保健サービスの向上のため、科学技術情報と知識の伝播を促進する。 3) 各関連機関に科学的情報のセンターを新設し、国内ネットワーク網を整備する。 4) 国内外において、知識、技術の相互交換を図る。 5) 各地方で、特定の国際センターと関連機関のネットワークを確立する。 6) 保健調査研究のための財源を確保する。 7) 保健調査研究のため、一定率の保健予算を確保する。

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, pp.108～112

(2) 保健医療部門の改革への動き

1994年度の保健分野の5カ年計画では、同時に保健セクターの改革にもふれている。それによると、保健セクター改革は、並行的、連携的な次の3レベルで実施される。

- 1) 政府の構造のマクロレベルにおいて
- 2) 保健セクターレベルにおいて
- 3) 保健セクターを形成する公的または民間の各機関のレベルにおいて

また、改革の行動計画は以下のように策定されている。

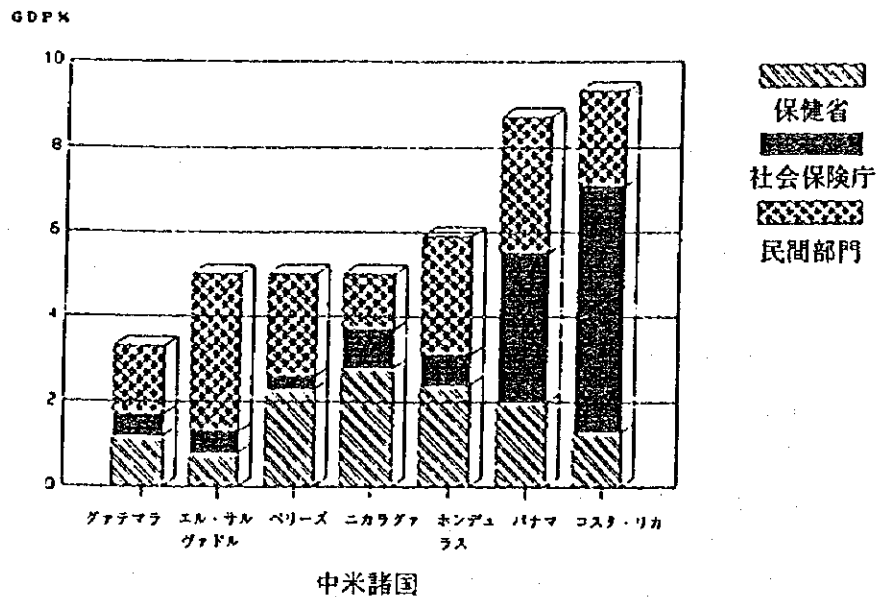
- a) 国家技術グループを形成する。
- b) 緊急政治・経済支援交渉を行う。
- c) 社会保険庁、IDAAN、DIMAとともに草案のための議論を行う。
- d) 労働プログラムの内容を明確化する。
- e) IDB、PAHO/WHOへの技術協力の要請を明確にし、行政制度と管理能力に関連した用語の定義づけを行う。
- f) これまでの活動状況を要約し、資料面で調査し、実現可能性を緊急評価する。
- g) 改革プログラムの草案をまとめる。
- h) 国家議論の方向付けと形成のための資料を準備する。
- i) 保健省の国、地方、地域の各レベルに提案を伝達する。
- j) 保健関連セクター内外の各機関・各レベルに提案を伝達する。

2-1-3 中央保健医療セクターの財政

パナマでは、国内の全保健支出の重要な部分を、政府の保健支出（保健省と社会保険庁の支出）が占めている。PAHOの推定によれば、1990年の保健部門への支出のうち、政府支出が63%を占めていた。このようにパナマでは、ラテンアメリカ・カリブ地域の保健部門への政府支出の割合が平均約43%であるのに比較して、保健支出に占める政府の割合が高い。

政府の保健支出がGDPに占める割合は、1990年のパナマにおいて8.7%を記録しており、保健部門が歳出の重要な項目であることを示している。パナマは、コスタ・リカ、アルゼンティンとともに、ラテンアメリカ・カリブ地域平均の5.7%より高い水準にある（図2-5参照）。

図2-5 保健支出のGDP構成比による分類（中米、1990年）



出所：OPS/OMS, "Humanizando el Sector Salud", 1994, p.46

保健支出が公共支出に占める割合は、1989年の35.8%から、92年36%、93年32%、94年の32%と推移している。

政府の保健支出を国民一人当たりで割ると、1990年において、ラテンアメリカ・カリブ地域平均が122.10USドル、コスタ・リカ55.80USドル、メキシコ85.80USドルであるのに比べ、パナマでは172.50USドルと平均よりも高い。

保健支出の内訳をみると、大部分が病院への支出に使われている。また、歳出全体に占める保健支出の割合をみると、1989年以降、増加傾向にある（表2-4参照）。

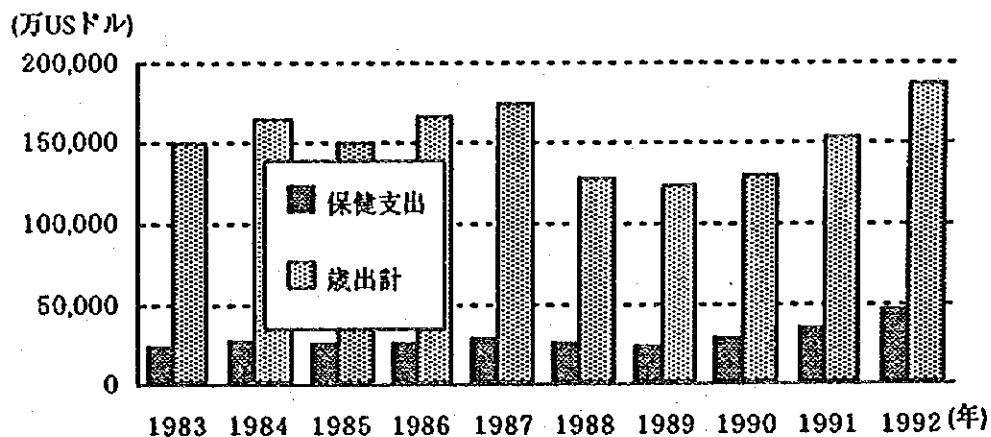
表2-4 保健支出用途内訳と歳出に占める割合

(単位：万USドル、()内は歳出総額に占める割合で%)

	保健支出						歳出計
	病院		その他		保健支出計		
1983年	21,690	(14.34)	2,330	(1.54)	24,020	(15.88)	151,240
1984年	24,220	(14.65)	2,280	(1.38)	26,500	(16.03)	165,330
1985年	22,620	(15.04)	2,280	(1.52)	24,900	(16.56)	150,400
1986年	22,720	(13.63)	3,360	(2.02)	26,080	(15.64)	166,700
1987年	24,840	(14.18)	4,630	(2.64)	29,470	(16.83)	175,140
1988年	N.A.	(N.A.)	N.A.	(N.A.)	25,890	(20.21)	128,100
1989年	23,250	(18.90)	-	(-)	23,250	(18.90)	122,990
1990年	28,110	(21.62)	-	(-)	28,110	(21.62)	130,010
1991年	34,310	(22.21)	500	(0.32)	34,810	(22.54)	154,450
1992年	46,060	(24.53)	-	(-)	46,060	(24.53)	187,800

出所：IMF, Government Finance Statistics Yearbook, 1994, p.513より作成

図2-6 保健支出と歳出の推移



出所：表2-4より作成

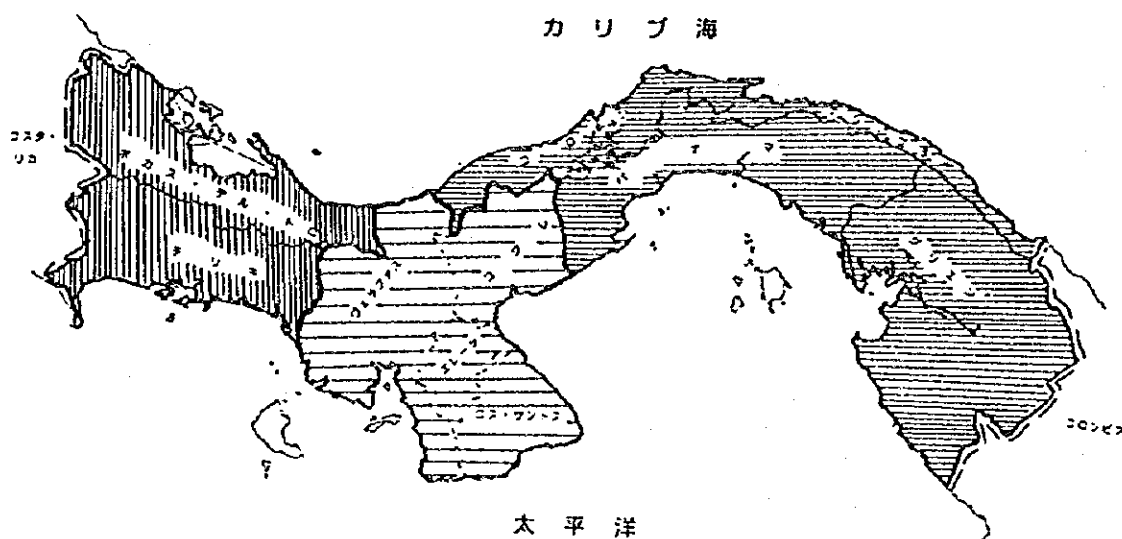
2-2 地方衛生行政と保健医療計画

2-2-1 地方衛生行政機構

保健医療サービスは、寄生虫病、マラリア、黄熱病他の罹病に対するキャンペーンとともに、パナマ共和国の首都にある病院から始まった。このため、保健医療関連のプログラムでは、プログラムごとに管理者がいて、資力もあったものの、基本的に首都の管理下にあった。その後、首都、各県で病院が新設され、結核予防運動など他のプログラムも行われ、1948年にチトレに衛生部門が設立されたことにより、パナマの保健医療サービス制度に地方の基盤ができた。

1957年に発表された報告書にそって、保健活動の組織化、よりよい連携、地方分権化をめざして西地域、中央地域、東地域の3保健地域が定められた(図2-7参照)。

図2-7 保健行政区分1 (1957年)

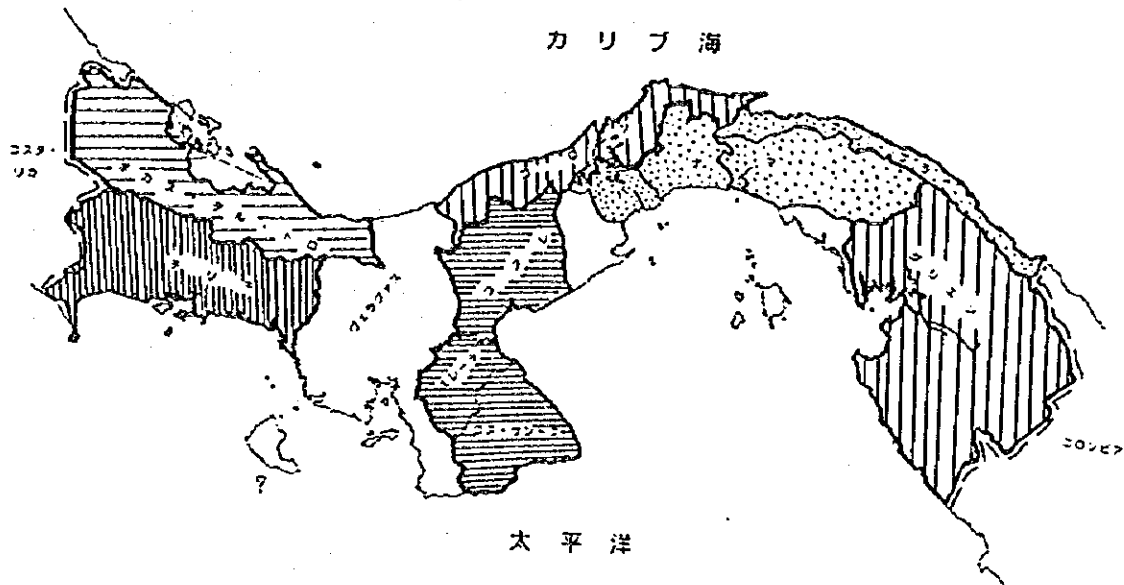


- 1) 西地域 ボカス・デル・トロ、チリキ
- 2) 中央地域 ヴェラグアス、エレラ、ロス・サントス、コクレ
- 3) 東地域 コロン、パナマ市、サン・ブラス自治区、ダリエン

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, p.125

その後1960年代には、保健医療のサービス網が急速に拡大され、数々の保健センターが設立された。保健地域はさらに衛生地区に分割され、保健省の病院とセンター間の協力が推進された。この結果、73年の保健地域計画では以下のように8区分された(図2-8参照)。94年には、図2-9のように、13地域に区分された。

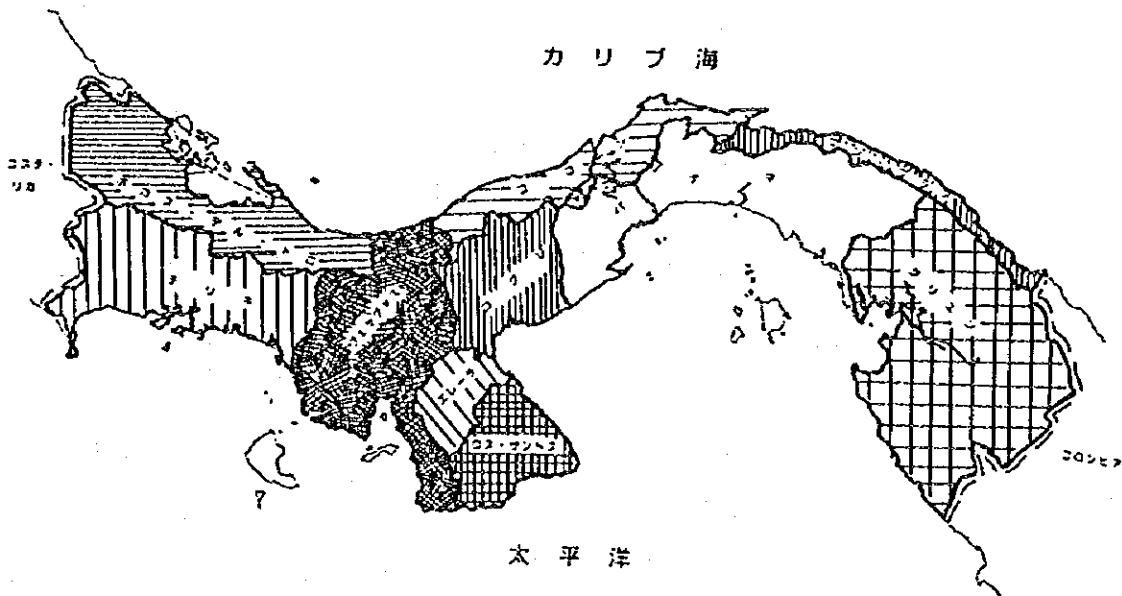
図2-8 保健行政区分2 (1973年)



- 1) ボカス・デル・トロ 2) チリキ 3) ヴェラグアス
- 4) 中央地域 (コクレ、エレラ、ロス・サントス) 5) コロン
- 6) 首都圏地域 (パナマ市、サン・ミゲリート)
- 7) パナマ市、サン・blas自治区 (チョレーラとチェボ地域を含む) 8) ダリエン

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, p.125

図2-9 保健行政区分3 (1994年)



- 1) ボカス・デル・トロ 2) チリキ 3) ヴェラグアス 4) エレーラ 5) コロン
- 6) コクレ 7) ロス・サントス 8) パナマ西 9) パナマ東
- 10) サン・ミゲリート 11) 首都圏 12) サン・blas自治区 13) ダリエン

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, p.125

2-2-2 地方保健医療計画・予算

(1) 地方保健医療計画

1994年度の国家保健医療5カ年計画において地方保健医療計画は、地方保健医療の強化を模索する段階にある。保健組織の運営能力を向上させるため、地域をこえて行うという点と、保健医療サービスの地方組織を強化する点を重視している。

保健省は、世界銀行の支援を受け、地方保健プロジェクトを行っている（表2-5参照）。

表2-5 地方保健プロジェクト概要（保健省、世銀）

目的	一般目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 5歳未満児、妊婦、授乳期の女性の栄養不良の数を減らす。 ・ 地方での衛生基礎サービスの対象範囲を拡大するとともにサービスの質を改善し、住民の貧困を緩和する。
	特定目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就学前児童と、妊婦、授乳期の女性の栄養不良の要因を改善する。 ・ 地方での水供給と下水設備のカバー率を上げる。 ・ 水道行政の下部機関を運営し、維持するための機能を改善・強化する。 ・ 保健省を強化し、プロジェクト実行のための戦略活動計画、実行、モニター、評価を実施する。
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新しい給水システムの構築。 ・ 現存する水道の改善もしくは拡張。 ・ トイレの建設。 ・ 栄養不良のケースに対する基礎的食糧の供給。 	
期間	1999年12月31日までの5年間	
予算	4,170万USドル	分担内訳 世銀2,500万USドル、保健省1,540万USドル、受益者130万USドル

出所：Ministerio de Salud/Banco Mundial, "Proyecto de Salud Rural", 1995

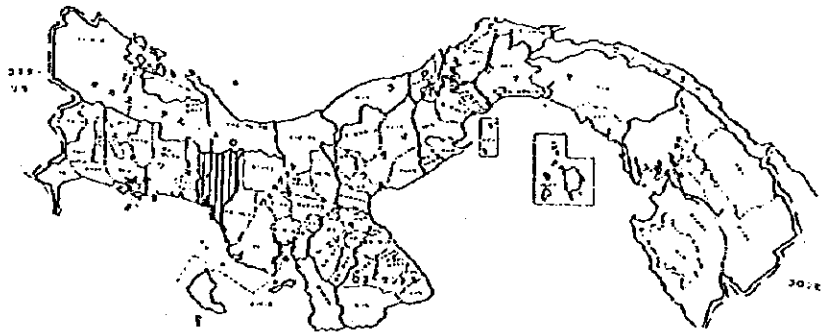
表2-5の、保健省、世銀地方保健プロジェクトの内容を以下に示す。

1) 栄養プログラム（計28地区）

栄養プログラムでは、栄養失調の治療と予防、バースコントロール、離乳食・栄養教育、母乳促進、予防接種、5歳未満児と妊産婦の下痢症と呼吸困難症のコントロールについてモニターする。

第1フェーズ（1995年）では母子栄養パイロットプロジェクトを、チリキの2地区（トレとレメディオス）で実施する（図2-10参照）。

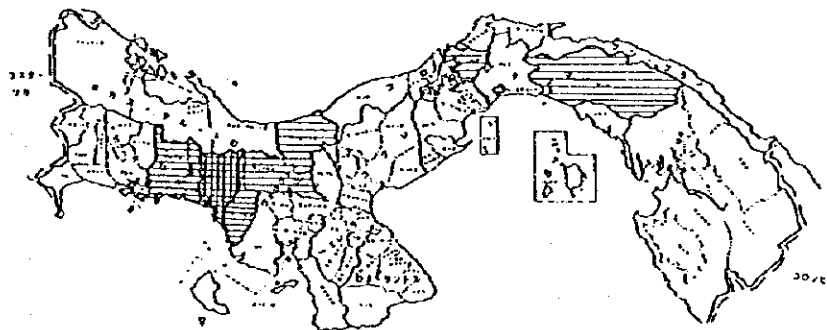
図2-10 栄養プログラム第1フェーズ対象地域 (保健省、世銀)



出所：Ministerio de Salud/Banco Mundial, "Proyecto de Salud Rural", 1995

第2フェーズ (1996～97年) ではチリキ (サン・ロレンソ、サン・フェリクス、トレ、レメディオス)、ヴェラグアス (ラス・バルマス、カニヤサス、サン・フランシスコ、サンタ・フェ)、都市周辺部としてコロソ、バナマ (カベセラ、サン・ミゲリート、チェボ) の12地区をカバーする (図2-11参照)。

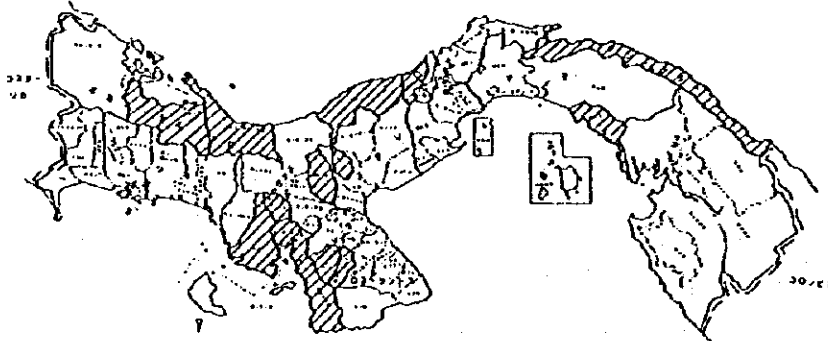
図2-11 栄養プログラム第2フェーズ対象地域 (保健省、世銀)



出所：Ministerio de Salud/Banco Mundial, "Proyecto de Salud Rural", 1995

第3フェーズ (1998～99年) では チマン、ラ・メサ、モンテイホ、リオ・デ・ヘスス、カロブレ、ソナ、ボカス・デル・トロ、チリキ・グランデ、オラ、ドノソ、チャグレス、ラス・ミナス、ロス・ボソス、サン・ブラス自治区の16地区に拡大する (図2-12参照)。

図2-12 栄養プログラム第3フェーズ対象地域（保健省、世銀）



出所：Ministerio de Salud/Banco Mundial, "Proyecto de Salud Rural", 1995

2) 給水下水プログラム（全地域、特にコミュニティーに重点を置いて）

給水下水プログラムの内容を以下に示す。

- a) 農水路、生活用水の供給システムの構想、設計、監督を支援し、農村コミュニティーの給水システムである、穴のあいているだけの井戸、手押しポンプの井戸を、復旧、または改善する。
- b) 肉体労働、未熟練労働の実行における住民組織と住民参加を奨励し、トイレシステムの持続性、教育、利用を保障する水道行政委員会の仕事、組織、訓練を終了させる。
- c) 水質プログラムの立案は、水質研究所、コンピュータ情報センター、人事訓練を含む。
- d) 水供給のための適切な技術を研究し利用する。

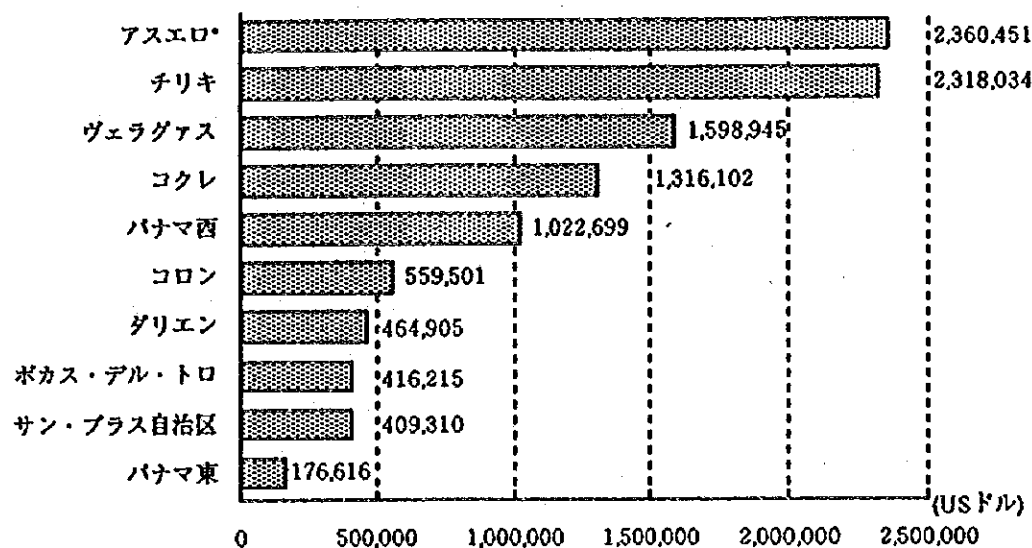
3) 制度強化プログラム

制度強化プログラムでは、雇用契約と技術・訓練協力のための資金の増加、設備購入と運営予算の増額によって、保健省の人的資源の技術・運営能力の強化を支援する。

(2) 地方保健予算

1994年の地方保健予算総額が、92年のパナマの保健予算総額に占める割合は、2.2%にすぎない。94年の地方保健予算によると、一番予算が大きい県でも200万USドル台で、92年のパナマの保健予算総額の4億6,060万USドルからみれば、わずかに0.4%を占める額である(図2-13参照)。

図2-13 地方保健予算 (1994年)



*アスエロ：エレラとロス・サントスを含む。

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995, p.125

第2編 參考資料

- ・ 国連児童基金 【世界子供白書】 国連児童基金 1995

- ・ I M F, Government Finance Statistics Yearbook, I M F, 1994

- ・ Ministerio de Planificación y Política Económica / U N I C E F, "Panamá, Niños y Políticas Sociales, Prioridades para el Bienio 1995-1996", Ministerio de Planificación y Política Económica / U N I C E F, 1995

- ・ Ministerio de Salud, "Consideraciones sobre la Modernización y Reforma del Sector Salud en Panamá", Ministerio de Salud, 1995

- ・ Ministerio de Salud, "Lineamientos Politicos y Estrategicos de Salud", Ministerio de Salud, 1994

- ・ Ministerio de Salud, Memoria. 1994, Ministerio de Salud, 1995

- ・ Ministerio de Salud / Banco Mundial, "Proyecto de Salud Rural", Ministerio de Salud / Banco Mundial, 1995

- ・ Ministerio de Salud / Caja de Seguro Social 内部資料

- ・ Ministerio de Salud / Dirección Nacional de Planificación de la Salud, "Informe Sobre la Propuesta de Reforma del Sector Salud de Panamá", Ministerio de Salud / Dirección Nacional de Planificación de la Salud, 1995

- ・ O P S / O M S, "Humanizando el Sector Salud", O P S / O M S, 1994

第3編 人口・保健指標

3-1 人口

3-1-1 総人口・人口増加率・年齢別人口

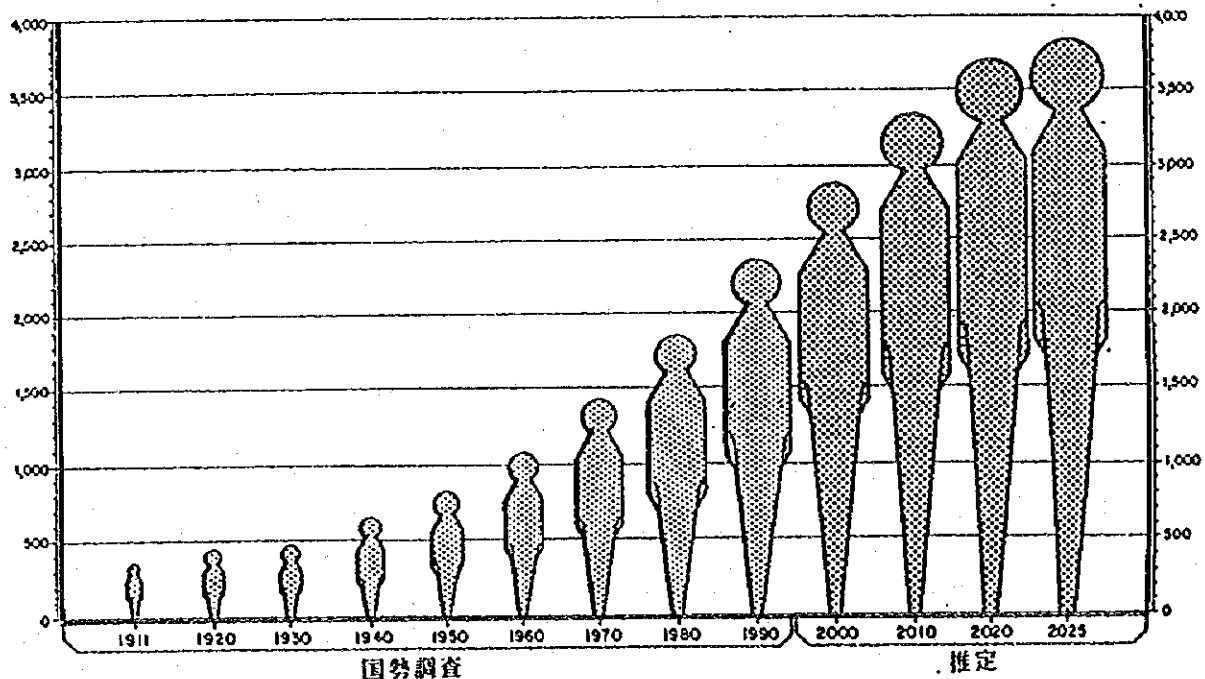
1990年の国勢調査によれば、パナマの総人口は、232万9,329人、男性117万8,790人、女性115万539人であった（女性100人に対して男性102.5人）。最初の国勢調査が行われた11年の33万6,742人に比べて、80年の間に約7倍に増加した。国連人口基金（UNFPA）の「人口白書1995」によれば、95年のパナマの総人口は260万人、2025年には380万人に達すると推定されている。

人口増加率は1930～40年に2.76%、1940～50年に2.56%、1950～60年に2.94%で、1960～70年には3.06%とピークに達したが、政府が家族計画を推進する政策を打ち出した70年代からは下降し始め、1970～80年に2.37%、1980～90年に2.58%であり、UNFPAによれば1995～2000の平均増加率は1.6%と推定されている。合計特殊出生率（一人の女性が一生の間に産む平均の子供の数）は、60年の6.00から70年に5.41、80年に3.65、1990年に3.02と低下している。

パナマの総人口の推移を図3-1に示す。

図3-1 総人口の推移
(1911～90年の調査による2025年までの予測)

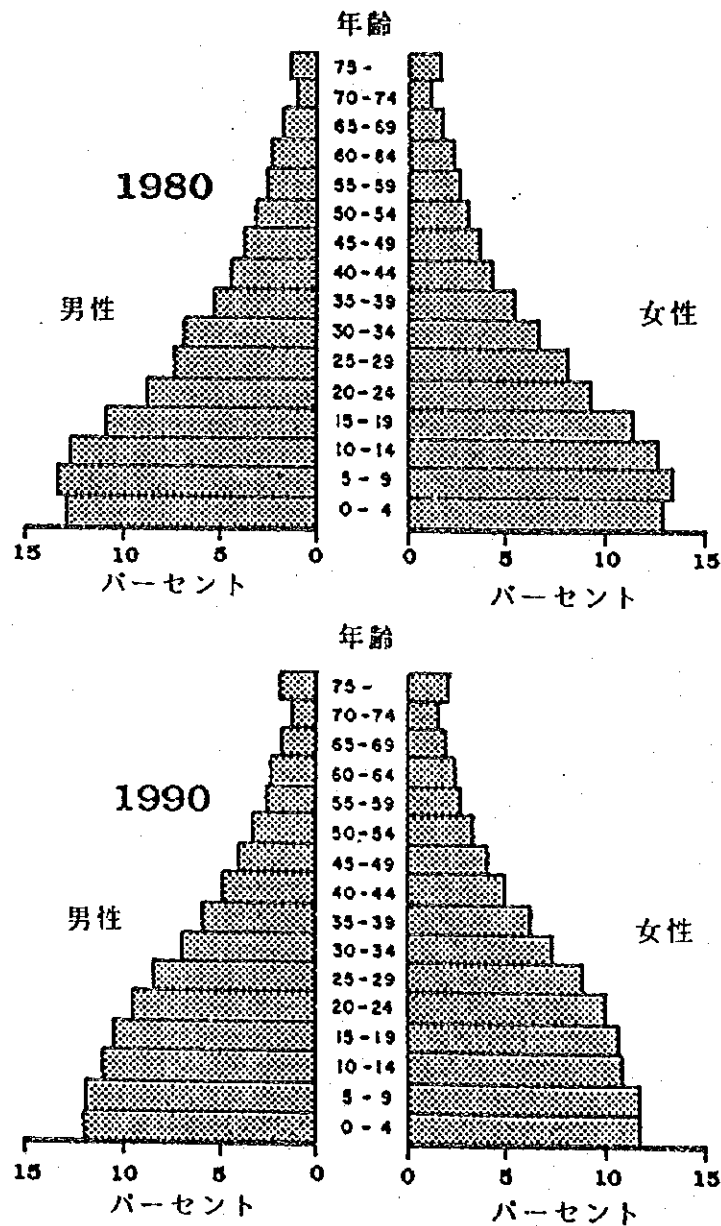
(単位：1,000人)



出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995 p.23

1980年および90年の国勢調査に基づく人口ピラミッドは図3-2のとおりで、80年のすその広いピラミッドから、15歳未満の若年齢層の占める割合が減少する傾向がうかがえる。年齢の中央値は80年では19.8歳に対して、90年では22.0歳となっている。90年の年齢人口を3区分別に見ると、年少人口（0～14歳）45.5%、生産年齢人口（15～64歳）40.2%、老年人口（65歳以上）5.3%である。

図3-2 年齢層別人口分布



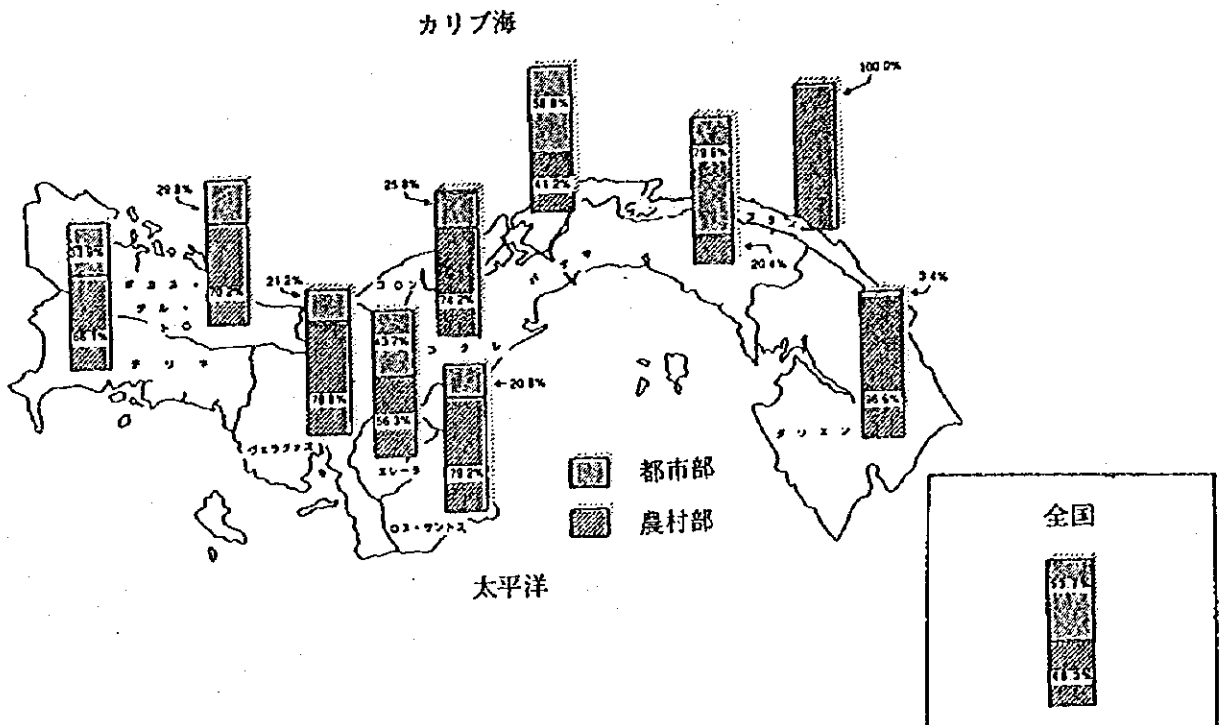
出所：Contraloría General de la República, Panamá en Cifras, 1980-1993, 1994, p.27, p.28

3-1-2 地域別人口分布

パナマの都市部人口は1990年の国勢調査によれば、53.7%であり、80年の50.4%と比較すると、都市部人口の割合は高くなっている。また、県別の都市部、農村部の人口割合を図3-3に示す。都市部人口の方が農村部人口より多いのは首都のあるパナマ県(79.6%)および第2の都市コロンのあるコロン県(58.8%)であり、その他の県では農村部人口の方が多くなっている。特に農村部人口が高いのは、サン・ブラス自治区およびコロンビアと国境を接するダリエンである。

人口密度は国全体では1km²当たり30.8であり、パナマ県が90.2と最も高く、これに対してダリエンは2.6、ボカス・デル・トロは10.7、サン・ブラス自治区は14.4と低くなっている。

図3-3 パナマの県別都市部・農村部人口の割合(1990年)



出所：Contraloría General de la República, Panamá en Cifras, 1980-1993, 1994, p.24

県別人口、人口増加率および人口密度を表3-1に示す。最初の国勢調査が行われた1911年にはチリキ県が最も人口の多い県であったが、20年以降はパナマ県が最も多く、人口増加率も国全体の平均より一貫して高くなっている。

また、1985～90年の県別合計特殊出生率を表3-2に示す。全国平均では3.14、都市部では2.46、農村部では4.12となっている。最も合計特殊出生率が高い県はダリエン、低い県はロス・サントスであった。

表3-1 県別人口・人口増加率および人口密度

(単位：人口は1,000人、増加率は%、人口密度は人口/km²)

県名	1970年		1980年		1990年		1990年 人口密度
	人口	増加率*1	人口	増加率*1	人口	増加率*1	
ヴェラグアス	151	1.52	173	1.33	203	1.63	18.1
エレーラ	73	1.74	82	1.23	94	1.34	40.0
コクレ	118	2.54	141	1.79	173	2.08	36.1
コロソ*	134	2.60	162	1.92	202	2.22	34.4
ダリエソ	23	1.50	27	1.58	44	5.15	2.6
チリキ	236	2.43	287	1.98	370	2.57	42.8
ボカス・デル・トロ	43	3.12	53	2.08	93	5.73	10.7
ロス・サソトス	72	0.27	70	-0.30	77	0.91	20.0
パナマ	576	4.76	809	3.44	1,072	2.85	90.2
計	1,428	3.06	1,805	2.37	2,339	2.58	30.8

*1：過去10年間の年間平均人口増加率

*2：サン・blas自治区の人口を含む

出所：Contraloría General de la República, Panamá en Cifras, 1980-1993, 1994, p.23より作成

表3-2 県別合計特殊出生率 (1985~90年)

県名	合計特殊出生率
ダリエソ	5.93
ボカス・デル・トロ	5.01
ヴェラグアス	4.18
コクレ	3.79
チリキ	3.47
コロソ	3.35
エレーラ	2.85
パナマ	2.65
ロス・サソトス	2.40
全国平均	3.14

出所：UNICEF, Infancia y Mujer en Panamá, 1992, p.5

3-1-3 出生率

出生率は、1980年の人口1,000対26.9から90年には22.9と低下した。この間、都市部の出生率は26.1から20.6へ、農村部の出生率は27.7から25.5と、都市部の出生率の方が大きく低下した。

3-1-4 死亡率

死亡率は、1980年の人口1,000対4.1から90年には3.6と低下した。この間、都市部の死亡率は4.1から3.7へ、農村部の死亡率は4.0から3.4と変化した。農村部で死亡の登録漏れがより多くあると思われる。

3-2 主な保健指標

パナマの主な保健指標を表3-3に示す。全般に、開発途上国の平均より良く、先進工業国の平均に近づいている。全体的な傾向としては、どの指標においても、この30年間で国民の健康状況はめざましく向上しており、特に乳児死亡率、5歳未満児死亡率は大きく改善している。

表3-3 パナマの主な保健指標

年	粗出生率 人口1,000対		粗死亡率 人口1,000対		乳児死亡率 出生1,000対		5歳未満児 死亡率 出生1,000対		妊産婦 死亡率 出生10万対	出生時 平均余命 年		合計 特殊 出生率
	1960	1993	1960	1993	1960	1993	1960	1993	1980~92	1960	1993	1993
パナマ	41	25	10	5	67	18	104	20	60	61	73	2.8
後発開発 途上国	48	44	25	15	171	111	286	173	N.A.	39	50	5.9
開発途上国	42	29	20	9	137	69	217	102	N.A.	46	62	3.6
先進工業国	20	13	10	10	36	9	45	10	15	69	76	1.8
ラテンアメリカと カリブ 諸国	42	26	13	7	105	38	157	48	N.A.	56	68	3.0

出所：国連児童基金 「世界子供白書」 1995 p.66, p.67, p.74, p.75, p.78, p.79, p.84, p.85

3-2-1 地域別出生率・死亡率など

地域別、県別および二大都市の主な保健指標を表3-4に示す。アクセスの悪い過疎地域では、出生をすぐに登録しないケースも多く、登録前に死亡してしまえば、出生・死亡ともに登録されないことが出てくるため、単純に都市部、農村部、県別の指標を比較することはできない。妊産婦死亡率の高くなっているサン・プラス自治区は、小さな島々に先住民クナ族の部落が点在する保健事情の悪い地域である。また、ダリエン県はコロンビアと国境を接する人口密度の低い、アクセスの悪い地域であり、ゲリラ活動などにより治安も悪い地域であるため、保健事情の把握自体が困難である。特に、セマコ、サンブの二つの地区では、乳児死亡率、5歳未満児死亡率ともに把握できていない。

表3-4 地区別の出生率、死亡率、乳児死亡率、
妊産婦死亡率、出生時平均余命（1991年）

		出生率 ^a 人口1,000対	死亡率 ^a 人口1,000対	乳児死亡率 ^{a*1} 出生1,000対	妊産婦死亡率 ^a 出生10万対	出生時平均余命 ^{b*2} 年
都市部		20.2	3.8	19.3	50	74.1
農村部		29.1	4.0	16.9	100	69.9
県	ヴェラグアス	26.2	3.7	9.5	90	69.2
	エレラ	20.1	3.6	16.2	140	73.9
	コクレ	28.1	4.3	18.6	180	71.0
	コロソ	28.7	5.8	25.5	40	69.1
	ダリエン	27.2	2.9	21.1	N.A.	62.7
	チリキ	22.5	3.0	18.3	60	70.6
	パナマ	22.9	3.9	17.9	60	75.3
	ボカス・デル・トロ	40.7	4.5	24.8	30	65.9
	ロス・サントス	17.7	4.8	6.2	N.A.	75.3
	サン・ Blas 自治区	25.9	3.5	18.5	440	N.A.
市	パナマ	19.4	4.9	15.9	30	統計なし
	コロソ	32.4	7.6	28.2	N.A.	統計なし
全国平均		24.4	3.9	18.0	70	72.4

*1：疫学局の担当者によれば、農村部の乳児死亡率の数値が低いのは、登録漏れのためであると考
えられる。

*2：1990年

出所 a：Contraloría General de la República, Situación Demográfica, Estadísticas Vitales, Año 1991, 1995,
p.20, p.22及び

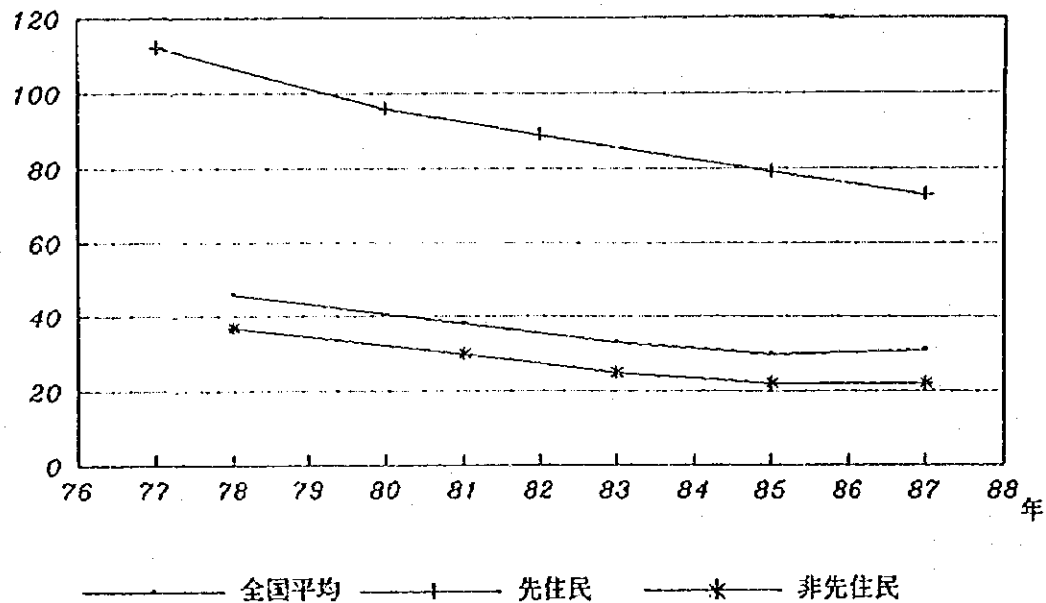
b：UNICEF, Tendencias y Desafíos del Desarrollo Social en Panamá, 1994, p.19

3-2-2 先住民族の保健指標

パナマの人口の約8.3%が先住民族である。グアイミー族(64%)、クナ族(24%)など7部族が知られているが、これらの先住民族はチリキ(33%)、ボカス・デル・トロ(29%)、サン・ブラス自治区(16%)、パナマ(9%)、コロン(8%)に居住しており、その人口の47%は15歳未満である。基本的ニーズを満たすことのできない貧困層が多く、保健衛生状況も非先住民とは格差が見られる。乳児死亡率に見られる格差を図3-4に示す。格差の要因としては、1) 政府支出の差、2) 教育程度の差が挙げられる。例えば、1人当たりの保健に対する政府支出は、ボカス・デル・トロ、ダリエン、チリキの3県において14.6~28.1USドル(1993年、保健省データ)に対し、先住民人口1人当たりでは、0.17~0.68USドルであった。

図3-4 先住民、非先住民、全国平均の乳児死亡率

(出生1,000対)



出所：保健省疫学部内部資料

第3編 參考資料

- ・ 国連児童基金 「世界子供白書」 国連児童基金 1995
- ・ 保健省疫学部内部資料
- ・ Contraloría General de la República, Panamá en Cifras, 1980-1993, Contraloría General de la República, 1994
- ・ Contraloría General de la República, Situación Demográfica, Estadísticas Vitales, Año 1991, Contraloría General de la República, 1995
- ・ Ministerio de Salud, Memoria, 1994, Ministerio de Salud, 1995
- ・ UNICEF, Infancia y Mujer en Panamá, UNICEF, 1992
- ・ UNICEF, Tendencias y Desafíos del Desarrollo Social en Panamá, UNICEF, 1994

第4編 疾病・死亡

4-1 総論

パナマにおける死亡の状況は、一般会計監査院 (Contraloría General de la República) の出版している人口動態統計によって情報を収集することができるが、出生および死亡の届け出は完全ではなく、届け出漏れの問題もある。また、資料が完成するまでにかなりの期間を要するようで、だいたい2年くらい遅れて発表されている。

一般会計監査院によると、医師によって死亡証明がなされた死亡の割合は、1991年において全国で84.5%、都市部では98.6%、農村部で69.2%であった。同年、全死亡のうち保健医療施設における死亡は全国平均で58.2%、都市部で68.4%、農村部で47.2%であった。41.8%が医療施設以外で死亡しているが、そのうち37.2%は医師による死亡証明がなく、登録官の助手によって死亡原因が報告されることになり、正確な死亡原因についてはわからないことが多い。

4-2 死亡とその原因

保健省の1994年度の年次報告書によれば、上位の死亡原因は悪性腫瘍、脳血管疾患、心臓疾患で、92年の全死亡の約42.2%がこれらの疾患によるものであり、先進国に類似した疾病構造になりつつある。事故および暴力が死亡原因の第2位になっており、この原因による死亡は増加している (表4-1参照)。

表4-1 パナマの10大死亡原因

(単位：死亡数は人、死亡率は10万対)

死亡原因	1990年		1991年		1992年	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
悪性腫瘍	1,398	58.3	1,345	55.1	1,464	58.8
事故・暴力	1,232	51.4	1,279	52.4	1,345	54.0
脳血管疾患	964	40.2	959	39.3	1,045	42.0
乳児期の疾患	550	22.9	546	22.4	543	21.8
その他の虚血性・心疾患	417	17.4	350	14.3	364	14.6
急性心筋梗塞	679	28.3	683	28.0	843	33.9
肺炎	299	12.5	278	11.4	261	10.5
肺循環疾患	374	15.6	356	14.6	355	14.3
先天性異常	239	10.0	213	8.7	261	10.5
慢性気管支炎・肺気腫・喘息	266	11.1	281	11.5	314	12.6
その他	3,381	141.0	3,393	138.9	3,166	127.2
計	9,105	400.3	9,799	405.3	10,143	407.6

出所：Secretaria de Salud, Memoria, 1994, 1995 p.35, p.36

また、主要死因を県別に見ていくとボカス・デル・トロ、コロソ、チリキ、ダリエソ、ヴェラグアスでは事故・暴力が第1位の死因である。また、ボカス・デル・トロ、ダリエソおよびサン・ブラス自治区では、結核、コレラ、腸管感染症などの感染症が主要死因の中に入っており、地域的な差が見られる(表4-2参照)。

表4-2 県別の主な死亡原因(1991年)

(単位:人)

県名	1位	2位	3位	4位	5位	その他の死亡数	死亡数計
ヴェラグアス	事故・暴力 (113)	悪性腫瘍 (78)	脳血管疾患 (67)	肺循環疾患 (58)	気管支炎・肺炎腫・喘息(37)	458	811
エレラ	悪性腫瘍 (62)	脳血管疾患 (55)	事故・暴力 (34)	心筋梗塞(23) 乳児期疾患(23)	肺循環疾患 (19)	170	386
コクレ	悪性腫瘍 (83)	脳血管疾患(79) 事故・暴力(79)	乳児期疾患 (42)	心筋梗塞 (40)	肺炎 (30)	396	743
コロソ	事故・暴力 (143)	悪性腫瘍 (120)	脳血管疾患 (118)	乳児期疾患 (75)	心筋梗塞 (60)	503	1,019
ダリエソ	事故・暴力 (23)	コレラ (21)	乳児期疾患 (12)	悪性腫瘍(7) 腸管感染症 (7)	心筋梗塞(5) 先天異常(5)	47	127
チリキ	事故・暴力 (160)	悪性腫瘍 (148)	脳血管疾患 (118)	乳児期疾患 (91)	心筋梗塞 (70)	601	1,118
ボカス・デル・トロ	事故・暴力 (64)	腸管感染症 (49)	悪性腫瘍 (38)	栄養失調症 (26)	結核 (22)	185	384
ロス・サントス	脳血管疾患 (61)	悪性腫瘍 (43)	心筋梗塞 (39)	事故・暴力 (36)	虚血性心疾患 (17)	203	399
パナマ	悪性腫瘍 (766)	事故・暴力 (624)	脳血管疾患 (451)	心筋梗塞 (422)	乳児期疾患 (262)	1,946	4,471
サン・ブラス自治区	結核 (17)	事故・暴力 (6)	肺炎(5) 先天異常(5) 気管支炎・肺炎腫・喘息(9) 乳児期疾患(5)	敗血症 (4)	コレラ (3)	105	155

出所: Contraloría General de la República, Situación Demográfica, Estadísticas Vitales, Año 1991, 1995, pp.147~149

(1) 子供の死亡の主な原因

PAHOによると、1990年の乳児死亡の主な原因は周産期障害（49%）、先天異常（18%）、腸管感染症（7%）、肺炎（4%）、栄養失調症（3%）であった。乳児の麻疹による死亡は、90年には15人、91年には18人であったが、92年には報告されていない。

1～4歳児の主な死亡原因は、下痢症および外部原因であり、この2つの原因による死亡が31%を占めている。そのほか、栄養失調症、肺炎、先天異常、麻疹も上位に入っている。

5～14歳の年齢層における死亡の主要原因は、事故、暴力などの外部原因（31%）、悪性腫瘍（12%）、肺炎（8%）である。麻疹、腸管感染症、髄膜炎、貧血も上位に入っている。

表4-3 乳児死亡の主要原因（1990～92年）

(単位：死亡数は人、死亡率は出生1,000対、割合は%)

死亡原因	1990年		1991年		1992年	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
周産期障害	550	9.0	546	9.1	543	9.0
先天異常	201	3.2	184	3.1	217	3.6
腸管感染症	60	1.0	42	0.7	24	0.5
肺炎	42	0.7	35	0.6	30	0.6
事故・暴力	29	0.5	36	0.6	26	0.5
髄膜炎	15	0.3	24	0.4	8	0.2
気管支炎・肺気腫・喘息	10	0.2	12	0.2	10	0.3
栄養失調症	33	0.5	22	0.4	19	0.4
麻疹	15	0.3	18	0.3		
敗血症	7	0.1	17	0.3	11	0.3
そのほか	171	2.8	143	2.3	144	2.5
死亡数計	1,133	18.9	1,079	18.0	1,729	17.2
医師の診断書のある割合	84.0		84.5		86.2	

出所：Secretaria de Salud, Memoria, 1994, 1995 p.36

表4-4 1～4歳児の主要死亡原因 (1991年)

(単位：死亡数は人、死亡率は1～4歳人口10万対)

死亡原因	死亡数	死亡率
1位 事故・暴力	53	22.2
2位 下痢症	40	16.8
3位 栄養失調症	30	12.6
4位 肺炎	20	8.4
5位 先天異常	20	8.4
6位 麻疹	27	7.1
その他	150	62.9
死亡数計	330	138.1

出所：Contraloría General de la Republica, Situación Demográfica, Estadísticas Vitales, Año 1991, 1995,
p.143

表4-5 5～14歳人口の主要死亡原因 (1991年)

(単位：死亡数は人、死亡率は1～4歳人口10万対)

死亡原因	死亡数	死亡率
1位 事故・他殺・その他の暴力	96	17.4
2位 麻疹	17	3.1
3位 悪性腫瘍	15	2.7
4位 髄膜炎	11	2.0
5位 下痢症	7	1.3
6位 貧血	7	1.3
7位 肺炎	7	1.3
8位 先天異常	7	1.3
その他	89	16.1
死亡数計	8,665	46.3

出所：Contraloría General de la Republica, Situación Demográfica, Estadísticas Vitales, Año 1991, 1995,
p.143, p.144

(2) 成人の死亡の主な原因

20～44歳では、事故、自殺、他殺、暴力の合計が第1位の死亡原因であり、悪性腫瘍、脳血管疾患が続く。結核も常に上位に入っている死亡原因である。45～59歳では、主要死亡原因は、心臓血管疾患、悪性腫瘍、事故および暴力である。糖尿病も上位の死亡原因に入っている。

(3) 女性の主な死亡原因

1989年における女性の主な死亡原因は、悪性腫瘍、脳血管疾患、心筋梗塞、事故および自殺、他殺および暴力であった。89年において悪性腫瘍の中で最も多かったのは、子宮頸癌および乳癌であった。乳癌が特に50～74歳の女性で増加している。妊産婦死亡は1990～92年に年間32～45件報告されており、その死因分類を表4-6に示す。

表4-6 妊婦死亡の原因 (1990～92年)

(単位：死亡数は人、割合は%)

死亡原因	死亡数	割合
自然流産	1	0.9
非合法的中絶	1	0.9
その他の中絶	13	11.8
妊娠および分娩時の出血	14	12.7
妊娠中毒症	19	17.3
産褥期の合併症	8	7.3
間接産科的死亡	10	9.1
その他の直接産科的死亡	44	40.0
死亡数計	110	100.0

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995 p.35

(4) 高齢者の死亡原因

65歳以上では、1989年以降、悪性腫瘍、脳血管疾患、心筋梗塞が3大死亡原因となっている。65～74歳では糖尿病が上位の死亡原因に入っている。

4-3 疾病構造

4-3-1 乳幼児・子供の主な疾病・原因

1993年に保健省の保健医療施設で治療を受けた子供の主要疾病を表4-7に示す。5歳未満児では下痢症、急性呼吸器感染症が重要な疾患となっている。寄生虫症も多く見られる。

表4-7 保健省の保健医療施設で治療を受けた子供の主要疾病（1993年）

(単位：人)

年齢層	原因	患者数
1～4歳児	風邪	14,106
	急性呼吸器感染症	9,300
	寄生虫症	5,085
	下痢症	4,254
	インフルエンザ	4,002
5～14歳児	寄生虫症	9,835
	急性呼吸器感染症	8,450
	風邪	4,908
	インフルエンザ	3,311
15～19歳	風邪	2,806
	泌尿器の疾患	1,820
	急性呼吸器感染症	1,729
	インフルエンザ	1,724
	寄生虫症	1,620

出所：保健省保健統計局内部資料 1994 表47

4-3-2 女性の疾病・原因

保健省の保健医療施設で治療を受けた女性の主要疾病を表4-8に示す。

表4-8 保健省の保健医療施設で治療を受けた女性の主要疾病（1993年）
(単位：人)

対象グループ	疾病	患者数
妊産婦	貧血	1,947
	泌尿器の感染症	882
	低体重	793
	分娩時の障害	433
	寄生虫症	292
婦人科	子宮頸炎	5,008
	無月経	2,530
	乳頭腫ウイルス感染	2,338
	外陰膣炎	2,319
	膣炎	1,105

出所：保健省保健統計局内部資料 1994 表48

4-3-3 成人・高齢者の疾患

保健省の保健医療施設で治療を受けた成人・高齢者の主要疾病を表4-9に示す。

表4-9 保健省の保健医療施設で治療を受けた成人・高齢者の主要疾病 (1993年)

(単位：人)

年齢グループ	疾病	患者数
20～59歳	高血圧症	16,747
	泌尿器感染症	15,286
	呼吸器感染症	12,833
	インフルエンザ	7,857
	外傷	4,569
60歳以上	高血圧症	12,202
	泌尿器感染症	2,092
	インフルエンザ	1,951
	風邪	1,847
	糖尿病	1,054

出所：保健省保健統計局内部資料 1994 表49

4-4 感染症

保健省疫学局の週報に発表される主な感染症の報告件数を以下に示す。急性呼吸器感染症、下痢性疾患が多いのが目立つ。19世紀おわりから20世紀はじめにパナマ運河建設の障害の一つであったマラリア、黄熱病などの熱帯感染症は大幅に減少している。デング熱は1942年以来報告されていなかったが、85年に媒介蚊が再確認され、93年以降症例が報告されている。

表4-10 主要感染症の症例数

(単位：人)

	1992年	1993年
肺結核 ^{*1}	714	1,046
その他の結核 ^{*2}	750	1,146
百日咳 ^{*1}	26	209
麻疹 ^{*1}	845	191
新生児破傷風 ^{*2}	3	4
耳下腺炎 ^{*1}	統計なし	1,113
淋病 ^{*1}	2,576	2,150
梅毒 ^{*2}	829	873
エイズ ^{*2}	116	176
マラリア	772 ^{*3}	481 ^{*2}
リーシュマニア症 ^{*2}	1,485	1,501
デング熱 ^{*1}	統計なし	787
下痢症 ^{*1}	90,880	87,396
食中毒 ^{*1}	850	1,472
アメーバ症 ^{*1}	2,499	3,083
コレラ ^{*1}	2,418	42
ウイルス肝炎 ^{*1}	411	400
感染性肝炎(A型) ^{*1}	157	142
髄膜炎菌症 ^{*1}	40	40
肺炎 ^{*1}	統計なし	5,014
急性呼吸器感染症 ^{*1}	227,132	-
インフルエンザ ^{*1}	140,010	155,419
水痘 ^{*1}	11,482	9,831

出所^{*1}：保健省保健統計局内部資料 1994 表14^{*2}：Dirección de Estadística y Censo (DEC) Contraloría General, Panamá en Cifras, Años 1989-93, 1994, p.226^{*3}：P A H O, Health Conditions in the Americas, 1994 edition, Vol. II, 1994, p.326より作成

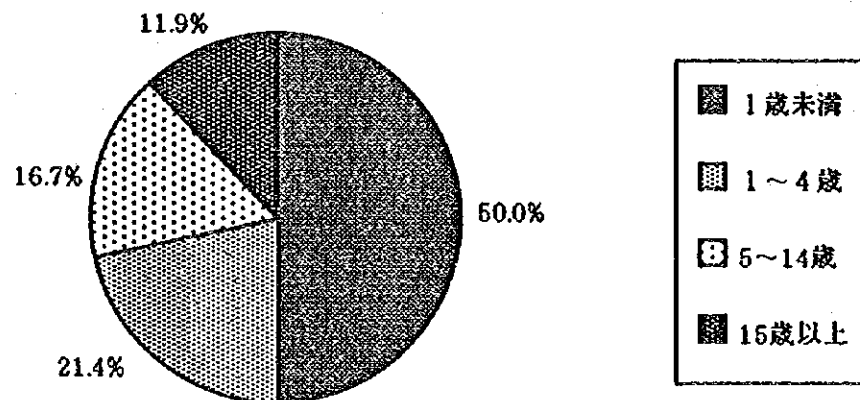
4-4-1 予防接種で予防可能な感染症

予防接種拡大プログラム（EPI）によって予防接種率が上がったことにより、予防接種で防ぐことができる子供の感染症は、全国的に罹患率が低下している（5-3予防接種対策EPI参照）。

(1) 麻疹

1970年代には2～3年おきに流行が見られたが、80年代には間隔が4年おきに広がった。1990～91年の流行の際には、4,079人の患者が報告され、その大半は9カ月未満の乳児であった。90年における年齢層別麻疹の罹患割合を図4-1に示す。この流行を受けて予防接種キャンペーンが実施され、92年の患者数は845人、93年には191人、94年には19人と減少している。

図4-1 年齢層別麻疹の罹患割合（1990年）

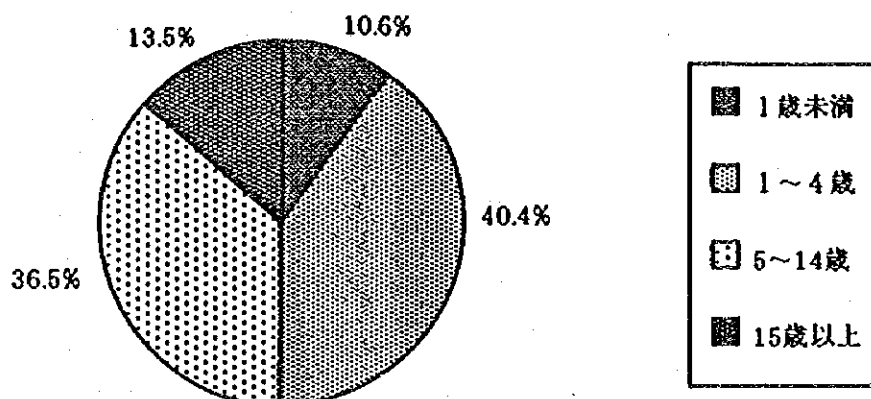


出所：UNICEF, *Infancia y Mujer en Panamá*, 1992, p.46

(2) 百日咳

百日咳の罹患数は減少してきているが、医療機関へのアクセスの難しい地域ではまだ引き続き流行が見られる。1991年に報告された患者は107人、92年には26人であったが、93年に209人、94年に193人と増加している。致死率は91年に7.5%、92年に27.0%、93年に5.7%、94年に4.7%であった。91年に報告された患者のうち86件がボカス・デル・トロ、16件がチリキで発症している。また、患者の51%が5歳未満児である（図4-2参照）。

図4-2 年齢層別百日咳の罹患割合 (1991年)



出所：UNICEF, *Infancia y Mujer en Panamá*, 1992, p.46

(3) 新生児破傷風

新生児破傷風は減少してきているが、ボカス・デル・トロ、チリキ、ヴェラグアス、ダリエン、サン・ブラス自治区の先住民族の多く居住する地域がリスクの高いことが知られている。報告された患者数は、1991年に6人、92年に3人、93年に3人であった。94年には患者は報告されていない。

(4) ポリオ、ジフテリア

パナマにおけるポリオは1972年に報告されたのを最後に報告されていない。ジフテリアも81年を最後に以降は報告されていない。

(5) 水痘

帯状疱疹ウイルスによる急性の伝染性疾患で、まばらな丘疹からなる発疹を呈し、通常は小児だけに見られる。水泡ウイルスの接種による予防接種がある。1991年に8,838人、94年に1万2,019人の患者が報告されている。

(6) 流行性耳下腺炎

おたふくかぜ。パラミクロウイルスによる急性ウイルス性感染症で、耳下腺およびその他の唾液腺の炎症と腫脹、ときには精巣、卵巣、膵臓、髄膜の炎症を伴う。予防接種による予防が可能である。1993年に1,458人、94年に1,121人の患者が報告されている。

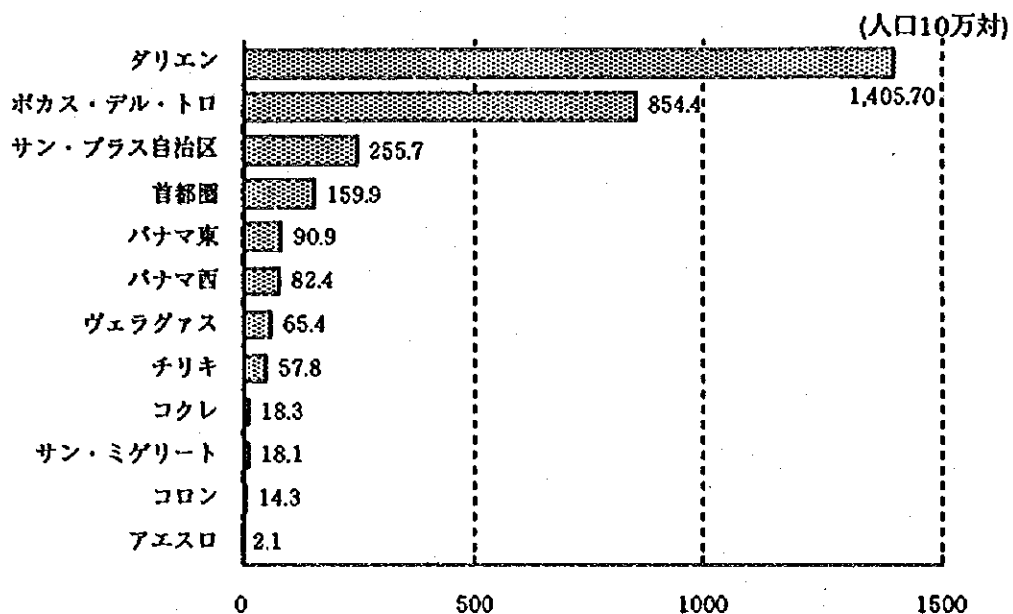
4-4-2 下痢症疾患

保健省疫学技術部によれば、下痢症は流行性インフルエンザ、急性呼吸器感染症とともに、最も頻繁な疾患の1つである。下痢症は、特に5歳未満の乳幼児において重要な疾病であり、国立子供病院 (El Hospital del Niño) で治療を受けた下痢症患者のうち、41%は乳児、46%が1～5歳未満児であった。

下痢症疾患の罹患数は1986～90年の間にはすべての年齢グループで増加しているが、その後2年間は減少している。91年には9万3,629件が報告された (人口10万対で1,180)。下痢症疾患による乳幼児の死亡率は近年変わらず、1歳未満児で97.0、1歳～5歳未満児で22.0 (人口10万対) となっている。

アメーバ赤痢は、毎年2,500～3,000件が報告されている。ダリエンおよびボカス・デル・トロで特に罹患率が高くなっている (図4-3参照)。1991年に報告された患者のうち約65%が14歳未満であった。

図4-3 衛生区別アメーバ赤痢の罹患率 (1991年)



出所：UNICEF, *Infancia y Mujer en Panamá*, 1992, p.44

コレラは最初の患者がダリエンの農村で1991年9月に発見され、同年には1,178人の患者、292人の入院患者と29人の死亡が報告されている。92年には2,416人の患者、1,260人の入院、49人の死亡が報告されている。患者の87%および死亡の82%はダリエンとサン・ブラス自治区で発生している。最も罹患の多い年齢グループは乳児と50歳以上である。

4-4-3 急性呼吸器感染症

肺炎・インフルエンザを含めた呼吸器感染症による5歳未満児の死亡率は、1980年代には約50%減少した。90年には呼吸器感染症による乳児の死亡率は70.1（人口10万対）で、この年齢層の全死亡の4%がこの疾患によるものである。1～5歳未満児のこの疾患による死亡率は、同年11.3%であった。

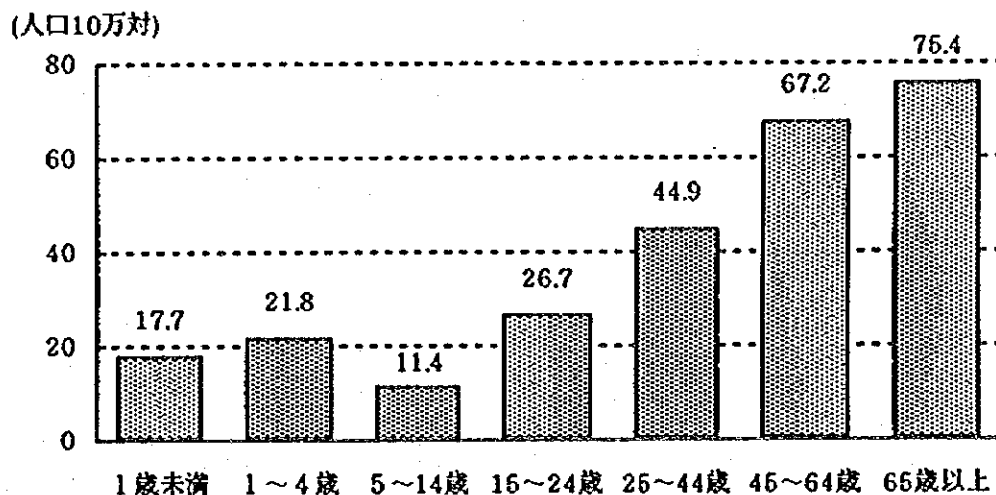
5歳未満児における急性呼吸器感染症の罹患率は1990年に5,092.8、91年に4,973.9（人口10万対）であった。また、92年には22万7,132件の急性呼吸器感染症と14万10件のインフルエンザが報告されている。

4-4-4 結核

結核の罹患率は、1980年代前半から低下しておらず、むしろ増加傾向にあり、90年には846人（人口10万対35.3）、91年には863人（人口10万対35.3）が報告されている。肺結核の罹患率は1978～84年に人口10万対43.1から18.2に減少したが、1985～92年にかけては徐々に上昇し、人口10万対33.0（790件）に達した。しかし、死亡率は78年以来低下してきており、人口10万対7.1から3.0となっている。

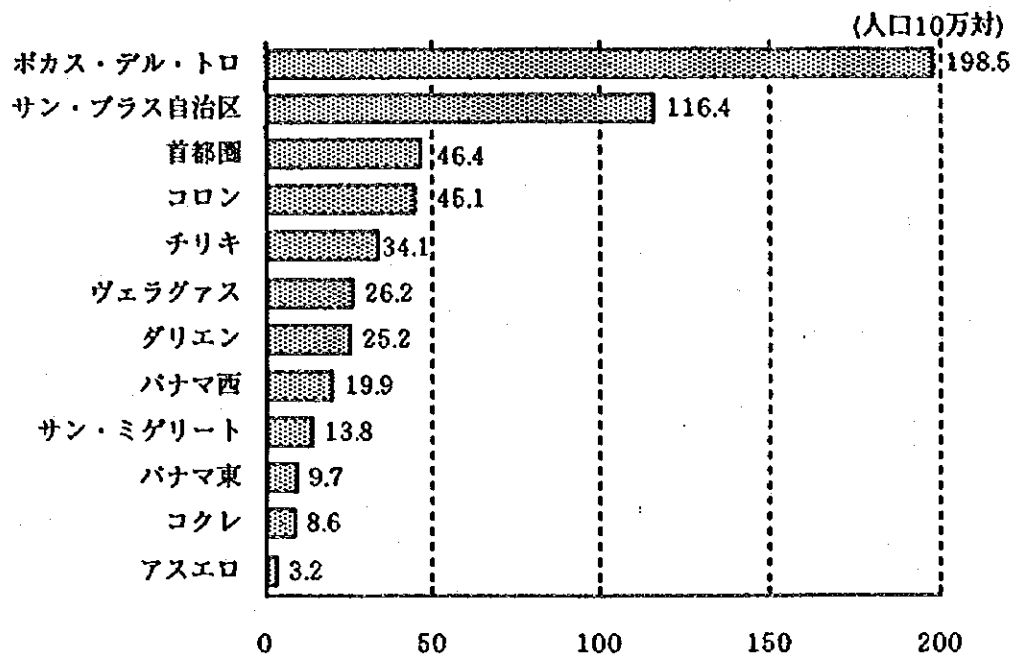
BCGの接種の普及は進んではいるが、乳幼児の罹患も見られる（図4-4参照）。また、衛生区別では、ボカス・デル・トロ、サン・プラス自治区で罹患率が高くなっており（図4-5参照）、これらの衛生区では結核が主要死因になっている。

図4-4 結核の年齢層別罹患率（1991年）



出所：UNICEF, Infancia y Mujer en Panamá, 1992, p.45

図4-5 結核の衛生区別罹患率 (1991年)



出所：UNICEF, Infancia y Mujer en Panamá, 1992, p.45

4-4-5 ハンセン病

合計で133人の患者が登録されている (人口10万対0.58)。これらのうち61%が複数桿菌、39%が少数桿菌である。患者の80%以上が16歳以上である。1991年、92年には各1人の新たな患者が報告されている。94年には新たな患者は報告されていない。国立のハンセン病療養所があるが、ハンセン病で入院している患者は10人未満である。

4-4-6 マラリア

マラリアは黄熱病とともにパナマ運河の建設時に大きな障害となった疾患であり、米国のウィリアム・ゴルガス博士（1854～1920年）がこれらの熱帯病の対策に貢献したことが知られている。マラリアは1970年を境に激減しているが、91年には1,115件、92年には727件が報告されている。治療カバー率は91年の91%から92年には96%と上昇している。92年に報告されたマラリアのうち84.5%が三日熱マラリア、15.3%が熱帯熱マラリア、0.2%が混合感染であった。ダリエンおよびチリキが最も罹患が多い（それぞれ全マラリア患者の47.3%、22.4%）。年齢層別では20歳未満に多く、性別では乳児を除いては男性に多く、患者の62.5%が男性である。

4-4-7 その他の寄生虫疾患

(1) リーシュマニア症

リーシュマニア症は、サシチョウバエによって媒介されるリーシュマニア原虫による感染症で、アフリカおよびインド亜大陸では内臓に病変をもたらす重篤な「カラ・アザール」と呼ばれるタイプがあるが、中米では皮膚に結節や潰瘍を生じる皮膚型、および鼻口腔粘膜に病変を来す皮膚粘膜リーシュマニア症がほとんどである。国内のいくつかの山岳地帯で発生が見られるが、媒介するハエのコントロールは不可能に近く、また、治療には注射を必要とし、かつ高額である。

1990年と94年を比較すると罹患率が上昇している。衛生区別ではコロンが最も患者が多く、94年に471人の患者が報告されている。罹患率では、ボカス・デル・トロ（人口10万対334.9）、コロン（253.7）、コクレ（226.6）の順に高くなっている。

(2) シャーガス病

シャーガス病は、アメリカ・トリパノソーマ症とも呼ばれ、サシガメによって媒介されるトリパノソーマ原虫による感染症で、急性期には発熱、リンパ節腫脹、肝脾腫、ロマーニャ症候と呼ばれる眼瞼浮腫などをきたし、後に慢性に進行して心筋炎や巨大結腸、巨大食道などの致死的病態に至る。治療に関しては、まだ満足できる薬は見つかっていない。感染経路は、媒介昆虫（サシガメの糞と共に排出されたトリパノソーマが皮膚から侵入して感染する）、輸血、および先天性の三つである。

罹患には住環境が関係しており、貧困な農村地域に散発的に見られる。

患者数は1991年に1名、93年に3名が報告されているにすぎない。

4-4-8 エイズ

パナマにおける最初のエイズ患者が報告されたのは、1984年9月であったが、その後急速に症例数は増加の一途をたどり、94年までの累計患者数は802人である。97年までには約3万人がHIVに感染するであろうと推定されている。

年齢層別では、20～44歳に患者の74.2%がいる。また、全患者の4.0%が5歳未満であり、母子感染の重要性を示している。また、性別では男女比は約5対1である。最も頻繁な日和見感染は、肺結核であり、エイズ患者の17%以上に見られる。

感染経路は性行為によるものが83%と高く、異性間性行為による感染が全体の39.7%、男性同性間感染が34.3%となっている。

衛生区別では、コロン、首都圏、サン・ミゲリートが患者数、罹患率ともに高くなっている。

表4-11 エイズの新規患者登録数および死亡数の推移 (1984～94年)

(単位：人)

	1984年	1985年	1986年	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年
患者数	3	6	18	31	60	77	64	70	116	181	175
死亡数	2	5	10	10	38	55	44	49	67	94	108

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995 p.32

表4-12 エイズ患者の感染経路

(単位：人、割合のみ%)

感染経路	計	割合	男性	女性
性行為感染	666	83.0	573	93
同性間	275	34.3	275	0
異性及び同性間	73	9.1	73	0
異性間	318	39.7	225	93
血液感染	47	5.9	38	9
輸血	11	1.4	2	9
血友病患者	11	1.4	11	0
麻薬静脈注射	25	3.1	25	0
母子感染	36	4.5	47	24
不明	53	6.6	7	6

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995 p.32

4-4-9 その他の感染症

(1) デング熱

「デング」は、シマ蚊により伝播されるウイルス性の疾患である。発熱、頭痛、関節痛、発疹、食欲不振などの症状を呈する。アルボウイルスが病原体であるが、このウイルスはI型からIV型に分けられている。媒介蚊の発生源は家屋周辺の水たまりで、水瓶、空き缶、古タイヤなどに幼虫が発生する。これらの蚊は昼間吸血性である。マラリアが農村部で多く見られるのに対し、デング熱は都市部に多く見られるのが特徴的である。

パナマではデング熱は1942年以来報告されていなかったが、85年に媒介蚊が再確認され、88年から監視体制ができた。94年7月に首都圏でデング・ウイルスの活動が確認され、その後サン・ミゲリート、チリキ、エレーラなど他の地域に広がった。

1994年には787人の患者が検査によって確認され、罹患率は人口10万対30.1である。最も多く見られるのはI型ウイルスであるが、その他の型のウイルスも確認されており、デング出血熱のリスクもある。デング熱の衛生区別罹患率、および年齢層別罹患率を示す(表4-13、表4-14参照)。

表4-13 衛生区別デング熱の罹患率

(単位：人口10万対)

衛生区	罹患率
エレーラ	279.4
首都圏	60.9
ロス・サントス	36.1
サン・ミゲリート	22.6
パナマ西	14.6
チリキ	5.8
コクレ	1.5
パナマ東	1.3
ヴェラグアス	0.9

出所：Ministerio de Salud, Boletín Epidemiológico Vol. XVIII No.12, 1995

表4-14 年齢層別デング熱の罹患率

(単位：人口10万対)

年齢層	罹患率
15歳未満	14.6
15～24歳	32.2
25～44歳	47.7
45～64歳	45.5
65歳以上	20.6

出所：Ministerio de Salud, Boletín Epidemiológico Vol. XVIII No.12, 1995

(2) 流行性髄膜炎

髄膜炎菌が人から人へと飛沫感染する。発熱、頭痛、吐き気、嘔吐、全身に赤い発疹が出るなどの症状があり、治療が遅れると死に至る。パナマでは1986年から流行が始まり、90年に患者数は112人とピークに達し、91年以降は教育、予防、治療活動により減少している。92年、93年の罹患者数はそれぞれ40人と報告されている。

最も影響を受けた年齢層は、乳児で、地域としては、首都圏、サン・ミゲリートおよびその周辺で罹患率が高い。髄膜炎菌タイプとしては、1989年以降実施された104の株の検査では、Bタイプが84%、Cタイプが12%、Yタイプが1%、その他は特定できなかった。

4-5 非感染症

4-5-1 栄養失調

(1) タンパク質・エネルギー失調

タンパク質・エネルギー失調は、パナマの母子保健における重大な問題の一つである。PAHO報告書によると、パナマの就学年齢前の子供の4人に1人の割合で、発育阻害が見られる。また、栄養失調の比率は、農村部においては都市部の3.2倍であり、先住民においてより頻繁かつ深刻である。貧しい食事と下痢症などの疾病との相互作用によって引き起こされる。

1992年に実施された全国栄養調査によると、生後12～59カ月の子供の28.9%が慢性栄養失調（年齢別標準身長に対する低身長）、20.2%が急性栄養失調（年齢別標準身長に対する低体重）に陥っていた。栄養失調状態の徴候を示す低体重症（年齢別標準体重に対する低体重）は31.3%であった。

1992年に全国の保健所で妊婦を対象に行われた調査によると、妊婦の36.3%は妊娠期間の標準体重に比べて低体重であった。

1982年、85年、88年にすべての公立小学校の低学年児を対象に行われた身長調査では、発育阻害（年齢別標準身長に対する低身長）はそれぞれ23.1%、18.8%、24.4%であった。最も栄養失調の頻度が高い県は、サン・プラス自治区の71.2%、ボカス・デル・トロの44.1%、ダリエンの39.9%、ヴェラグアスの38.1%であり、これらはいずれも先住民の人口が多い県である。

(2) 微量栄養素の欠乏

その他の栄養問題としては、鉄欠乏がある。1992年の栄養調査によると、就学年齢前の子供の18.6%が貧血（WHOのが規定するヘモグロビン11g/ml未満）であった。また、農村部では鉄欠乏の比率は36.6%で、都市部（12.7%）の3倍であった。

ヨード欠乏に関しては、1990年、全国で調査された学童3,062人（6～12歳児）の13.2%に甲状腺腫があり、特にアスエロ衛生区（エレラおよびロス・サントス）では精製されていない食塩の消費によって、23.2%の学童に甲状腺腫が見られた。政府は食塩へのヨード添加を推進しているが、特に食塩の生産地域周辺では精製されていない食塩が流通しており、ヨード欠乏がより深刻である。

ビタミンA欠乏に関しては、1990年に全国で調査された1,389人の12～59カ月児のうち29.4%に欠乏（30mcg/dl未満）が見られた。

4-5-2 慢性病・成人病

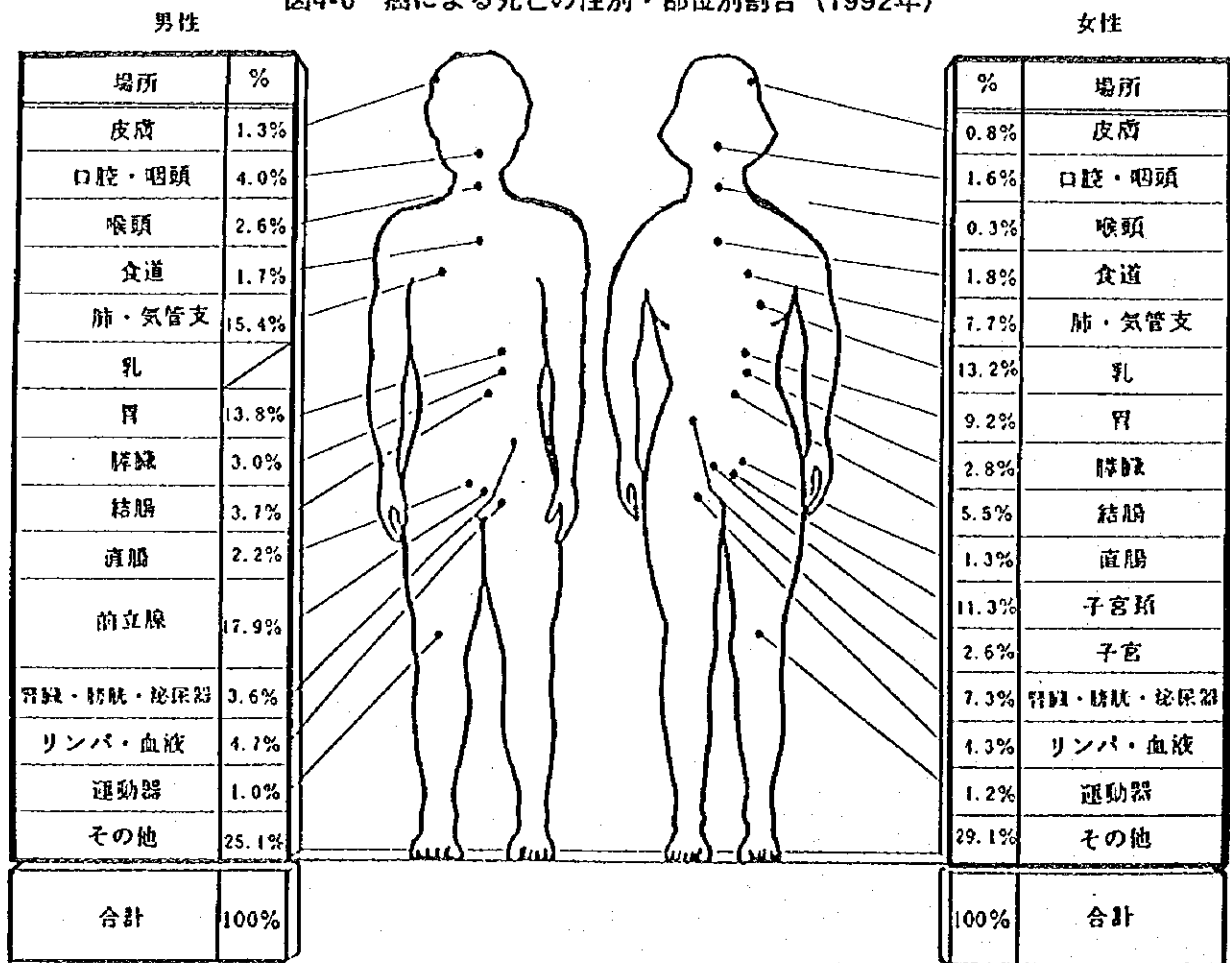
(1) 心疾患・血管系疾患

心疾患および血管系疾患による死亡は1980年の23.6%から92年の27.8%と徐々にその深刻度を増している。脳血管疾患、虚血性心疾患、その他の心疾患は1982~92年の間毎年平均2,400件の死亡の原因となっている。いくつかの調査によれば、パナマにおける高血圧症の有病率は10~16%と言われ、地域によっては40%近い場所もある（オトケ、チョコボ、トボガ）。特にアンチル諸島の35歳以上のアフリカ系男性に多いと言われている。

(2) 癌

国立癌センターの報告書によると、1989~92年の間にパナマでは6人に1人が癌により死亡している。男性では前立腺、胃、胸郭、気管、肺の癌が多く、女性では乳癌、子宮頸癌が最も頻繁である。1986~90年の間に癌患者に費やされた医療費総額は1,500万USドルであった。癌による死亡の性別・部位別割合を図4-6に示す。

図4-6 癌による死亡の性別・部位別割合（1992年）



出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995 p.32

(3) 糖尿病

糖尿病は重要な死亡原因の一つであり、1990年には259人、92年には305人がこの疾患によって死亡している。UNICEFの報告書によると、91年に実施された調査から、人口の8%、約16万人が糖尿病に罹っていると推定されている。パナマ糖尿病学会 (Asociación Panamena de Diabetes, A P D I) によると、患者の約70%は女性である。

4-5-3 精神障害

パナマにおける精神保健サービスは、公的部門が80%、営利を目的とした民間部門が15%、非営利民間部門が5%を提供している。国内には、国立精神科病院 (Hospital Nacional Psiquiátrico)、公立のロス・サントス精神病院 (Hospital Regional de Los Santos) の二つがあり、ベッド数は、それぞれ670床と350床である。このほか、公的部門ではサント・トーマス病院などの総合病院に精神科のベッドがあわせて75床あるほか、国立子供病院の精神科では15歳未満児を対象に外来および入院診療を行っている。民間部門では、ベッド数10~20床の民間の専門クリニックが1カ所ある。

1994年の主な精神科の疾患別入院患者数を示す (表4-15参照)。

表4-15 主な精神科の疾患別入院患者数 (1994年)

(単位：人)

疾患名	患者数
精神分裂症	368
薬物依存症	198
情動精神病	203
躁鬱病	134
反応精神病	12
非気質性精神病	69
てんかん	34
アルコール依存症	32
精神遅延	35
鬱病	30

出所：保健省精神保健課内部資料 1994

4-5-4 傷害・事故

事故・暴力による死亡は、年間1,300件前後あり、全死亡の約13%を占めている。PAHOの報告書によると、交通事故は1991年（1万7,574件）から92年（2万1,491件）にかけて22%増加している。92年の事故のうち、1万9,343件は自動車の衝突事故で、そのほとんどが首都圏、運河地域、コロン、チリキ、チョレラで起こったものである。91年には交通事故による死亡は337件、92年には380件であった。男女比は、5対1であった。交通事故による死亡はパナマが最も多く、チリキ、コロン、コクレの諸県がこれに続く。

1992年における自殺・他殺・その他の暴力による死亡は546件であった。法医学機関が同年に確認した1万2,892人の暴力を受けた患者のうち50.8%は男性であった。主な原因は、鈍器による傷害（43.7%）、暴行（27.7%）、ナイフによる強襲（3.54%）、銃火器による強襲（2.87%）であった。

表4-16 事故・暴力による死亡のうち、主な原因

(単位：死亡数は人、割合は%)

原因	死亡数	割合
交通事故	339	26.5
故意による他殺または傷害	220	17.2
その他の事故	210	16.4
事故か故意によるものかわからない傷害	187	14.6
溺死	148	11.6
自殺	68	5.3
転落	63	4.9
その他	44	3.4
計	1,279	100.0

出所： Contraloría General de la República, Situación Demográfica, Estadísticas Vitales, Año 1991, 1995, pp.43~45

パナマでは女性に対する暴力も問題視されており、1995年の北京女性会議の報告書にも、脅迫、性的虐待等によって肉体的、精神的に深刻な影響を受けている女性被害者の問題を報告しているが、まだ十分には研究されていない。

第4編 參考資料

- ・ 国連児童基金 【世界子供白書】 国連児童基金 1995
- ・ 国連人口基金 【世界人口白書】 国連人口基金 1995
- ・ 保健省保健統計局内部資料 1994
- ・ 保健省精神保健課内部資料 1994
- ・ Contraloría General de la Republica, Situación Demográfica, Estadísticas Vitales, Año 1991, Contraloría General de la República, 1995
- ・ Dirección de Estadística y Censo (D E C) Contraloría General, Panamá en Cifras, Años 1989-1993, D E C Contraloría General, 1994
- ・ Dr. Fernando Cebamanos, "El Cáncer en Panamá", Instituto Oncológico Nacional, 1995
- ・ Ministerio de Salud, Boletín Epidemiológico Vol. XVIII No.12, XIX No.2, XIX No.3, XIX No.4, Ministerio de Salud, 1995
- ・ Ministerio de Salud, Memoria.1994, Ministerio de Salud, 1995
- ・ P A H O, Health Conditions in the Americas. 1994 edition, Vol.II, P A H O, 1994
- ・ Secretaria de Salud, Memoria.1994, Secretaria de Salud, 1995
- ・ U N I C E F, Infancia y Mujer en Panamá, U N I C E F, 1992
- ・ U N I C E F, Tendencias y Desafíos del Desarrollo Social en Panamá, U N I C E F, 1994

第5編 保健対策活動

5-1 総論

パナマの保健対策は、人々の保健対策 (Salud Poblacional) と環境保健対策 (Salud Ambiental) に分けられているが、環境保健対策に関しては、第8編「環境衛生・労働衛生」で述べる。

1994～99年の住民保健対策の最優先課題は「保健セクターの改革と近代化」である。それは、現状では、各保健プログラムの実施にあたって、保健省、社会保険庁、上下水道設備庁 (ID AAN)、首都衛生部 (D IMA)、市町村などの組織が個々に事業を展開しており、調整が円滑に行われておらず、必要なセクター間の協力も不十分であることから、打ち出されたものである。また、サービスの提供に重複があり、資金が有効に使われていないことから、これらの組織間の調整を図り、保健省のリーダー・シップを高めることにより、保健プログラムの統合化を図ろうとするものである。これは、人々の保健対策、環境保健対策に共通の問題であり、課題である。「保健セクターの改革と近代化」に関しては、PAHO/WHOが主体で、米州開発銀行が現状調査の面で支援している。

ほかの優先度の高い対策としては、プライマリー・ヘルス・ケアの強化 (スペイン国際協力事業団、JICAが支援)、栄養対策 (世界銀行が主に、スペイン国際協力事業団が一部支援)、母子保健対策 (UNICEFが支援)、疫学監視体制の強化を中心とした感染症対策 (PAHO、米州開発銀行が支援)、UNFPAが支援している女性と思春期の保健 (家族計画を含む) 対策が挙げられる。

5-2 プライマリー・ヘルス・ケア

パナマでは、1978年のアルマ・アタ宣言以前から、プライマリー・ヘルス・ケアが保健の基盤として強調され、保健センターなど第1次レベルの診療を行う施設を基点にサービスが提供されてきたが、予防より治療が重視された。また、ローカル・レベルで問題が認識されるにとどまり、それが保健政策に反映されるということにはなかった。また、60年代後半から、保健サービスのカバー率を拡大するため、保健センターよりさらに末端レベルの保健サービスを提供するサブセンター、ヘルスポストがつくられるようになり、80年代にその数は400カ所前後へと飛躍的に増大された。しかし、これらの施設は、人員の不足、あるいは不在、予算の不足などの理由で十分に機能しておらず、94年の保健省の報告書によると、全国の377カ所のヘルスポストのうち、110カ所 (29.2%)、109カ所のサブセンターのうち、21カ所 (19.3%) が閉鎖状態にある。

1994～99年の保健対策指針の中で、医療資源、保健政策決定の中央集中を是正し、保健サービスの平等な配分、効率化を実現するために、プライマリー・ヘルス・ケアの発展が改めて強調され、個人、家族、地域の健康促進および病気の予防、地方分権化が強調されている。具体的には、以下の方針が挙げられている。

- 1) 地域保健システム (Sistemas Locales de Salud, S I L O S) の発展と拡充により、地域レベルで問題を見極め、情報を収集し、解決策を策定する。
- 2) 地域保健システムの実施のため、社会保険庁と方針、運用について調整する。
- 3) 必要な法的基盤を整備する。
- 4) 地域保健システムにおいて住民参加を促し、母子保健を優先する。
- 5) 世界に向かって約束した「世界子どもサミット」の目標の到達度を検討する。
- 6) 第1次レベル診療の施設のインフラ、設備を補強し、現在これらの施設のない場所に増設する。
- 7) 保健問題に対応できるよう、必須医薬品の在庫を確保する。
- 8) 地域レベルでの活動プログラムおよび機能を統合する。
- 9) 性行為感染症、エイズの予防、治療を強化する。
- 10) 地域に根ざした社会心理的ケア (カウンセリング)、リハビリテーション・プログラムを発展させる。
- 11) 塩のフッ素添加を推進する。

住民参加は、プライマリー・ヘルス・ケアの発展に欠かすことのできない柱の一つである。しかし、一般にパナマでは住民参加の風土が育っていないと言われている。1971年、72年に行政主導で住民参加・組織化が促され、現在の保健委員会の80%が結成されたが、77年以降は中断されている。

5-3 予防接種対策 (EPI)

パナマでは予防接種は、結核 (BCG)、ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風 (DPT) と麻疹の六つの疾病に対して行われている。1歳未満児に義務づけられているのは、BCG、ポリオ、DPT、麻疹の予防接種である。接種率はかなり高くなっているが、1990年と94年の接種率の比較では、94年の方が低くなっている (表5-2参照)。

国全体ではかなり接種率は高くなっているものの、地区別にみると、接種率が50%に満たない所も見られる。これらはアクセスの難しい地域、先住民族の多く居住する地域などで、今後の課題となっている。全国67の地区のうち、1993年および94年に予防接種率が50%未満であった所は、BCGでそれぞれ13カ所、10カ所、麻疹でそれぞれ4カ所、1カ所、DPTで6カ所、3カ所、ポリオで6カ所、3カ所であった。

予防接種は、保健センター、ポリクリニック、病院で個別に接種するほか、巡回接種、全国予防接種キャンペーン時の集団接種が行われている。

パナマではワクチンの国内生産は行われておらず、輸入に頼っている。また、亜熱帯性の気候のため、ワクチンの冷蔵保存、運搬 (コールド・チェーン) が重要であるが、この点に関しては、スペイン国際協力事業団 (AECI) が1991年に国立ワクチン貯蔵所の建設、93年からは10カ所の衛生区貯蔵所の建設および生物製剤の取り扱いについての保健要員の研修面で支援している。また、96年からは、アクセスの難しい過疎地のヘルスポストにおいて、太陽エネルギーによる電化によってワクチンの冷蔵貯蔵を推進する計画である。

以下に、予防接種に関する目標 (表5-1参照)、1歳未満児の衛生区別予防接種の普及率 (表5-2参照)、予防接種方法 (表5-3参照) を示す。

表5-1 予防接種に関する行動計画の目標に対する実績の推移

(単位: () 内)

目標	1990年	1993年	1995年
新生児破傷風をなくす (患者数:人)	4.0	5.0	2.0
麻疹の予防接種率の維持 (%)	71.0	83.1	81.3
麻疹の患者を減らす (患者数:人)	4,321	191	1,945
5歳未満児の麻疹による死亡を減らす (人口10万対)	13.7	0	0
ポリオの予防接種率の維持 (%)	85.6	82.8	87.8
ポリオの撲滅 (患者数:人)	0	0	0
BCG接種率の維持 (%)	96.7	90.7	86.8
出産可能年齢の女性の破傷風トキソイドの接種率 (%)	27.2	23.7	59.1

出所: UNICEF, Tendencias y Desafios del Desarrollo Social en Panamá, 1994, p.28, p.29

表5-2 衛生区別1歳未満児の予防接種の普及率(1990、94年)*

(単位：%)

	ポリオ3回目		DPT3回目		麻疹1回目		BCG1回目	
	1990年	1994年	1990年	1994年	1990年	1994年	1990年	1994年
ボカス・デル・トロ	86.1	67.5	83.0	69.4	85.9	74.5	132.9	90.2
コクレ	83.4	86.0	83.0	85.2	76.8	84.1	103.7	108.6
コロン	105.5	82.0	105.2	82.3	99.3	80.0	114.1	85.0
チリキ	88.5	85.8	92.9	88.3	105.7	97.2	106.8	106.3
ダリエン	79.0	69.5	75.3	71.0	95.1	74.2	87.1	71.0
アスエロ	76.0	78.0	75.7	81.0	59.0	84.1	94.0	88.2
エレーラ	N.A.	85.1	N.A.	86.7	N.A.	91.3	N.A.	98.6
ロス・サントス	N.A.	70.0	N.A.	76.0	N.A.	77.0	N.A.	76.3
パナマ								
東部	72.8	79.6	72.7	80.6	38.6	71.1	66.0	97.9
西部	77.9	74.4	75.2	74.9	62.0	68.4	75.5	96.0
首都圏	80.5	113.6	82.7	113.8	67.2	113.1	135.7	135.1
サン・ミゲリート	99.7	79.2	97.4	79.0	85.2	75.3	3.0	85.3
ヴェラグアス	89.7	76.8	90.3	73.8	89.1	72.4	90.7	84.3
サン・ブラス自治区	60.8	65.0	63.7	61.3	52.8	66.1	69.8	73.4
計	88.5	83.0	89.2	83.4	102.7	84.0	99.8	95.1

*登録をしていないが予防接種を受けた乳児がいるなどの理由で、普及率が100%を超えることがあると考えられる。

出所：Ministerio de Salud, Memoria, 1994, 1995 p.34

表5-3 予防接種方法、5歳未満児の全国予防接種スキーム

ワクチン名	接種月齢	接種回
BCG	生後間もなく	1回目
ポリオ	生後 2カ月	1回目
	4カ月	2回目
	6カ月	3回目
	15カ月	1強化
	5 歳	2強化
DPT	生後 2カ月	1回目
	4カ月	2回目
	6カ月	3回目
	15カ月	1強化
	5 歳	2強化
麻疹	9カ月	1回目
MMR*	15カ月	

*麻疹・おたふくかぜ・風疹混合ワクチン。

出所：保健センター 「全国麻疹予防接種キャンペーン・カード」 1993

5-4 栄養問題対策

栄養失調に対する対策は、優先事項である。政府は母子および学童への栄養補給プログラムへ資金を向けるため、経済社会政策を整備した。

栄養問題対策に関連する機関としては、社会緊急基金（FES）、保健省、文部省、UNICEF、PAHO、世界銀行などの国際機関が挙げられる。優先的対象としては、5歳未満児、出産可能年齢の女性、とりわけ低所得層の妊産婦である。

1992年の国家栄養プログラムでは、機関間の調整およびハイリスク・グループをターゲットとして予算の配分も高くすることを強調している。経済企画省の作成した貧困マップによる最貧困の地区がその対象となる。また、保健省は、小学校1年生の重度および中等度の発育障害の割合が、50%を超える9地区をかなり悪い地域、25～50%の21地区を悪い地域としている（表5-4参照）。

表5-4 栄養状態の悪い地区 (1988年)

(単位：身長調査による小学校1年生の発育阻害の割合、%)

県	かなり悪い地区	悪い地区
ヴェラグアス	ラス・バルマス (62.6)	ラ・メサ (42.5)
	カニヤサス (60.4)	ソナ (37.7)
	サン・フランシスコ (55.2)	カロブレ (33.2)
	サンタ・フェ (54.6)	
エレーラ		ラス・ミナス (37.7) ロス・ボソス (29.2)
コクレ		ベノノメ (34.4)
		ピンタダ (29.8)
		アントン (29.0)
		オーラ (26.2)
コロソ		ドノソ (42.3)
		チャグレス (33.6)
ダリエン		ビノガナ (45.4)
		チェビガナ (35.2)
チリキ	レメディオス (63.4)	サン・ロレンソ (48.5)
	トーレ (62.6)	ボケロン (29.1)
	サン・フェリックス (52.2)	レナシミアント (25.9)
ボカス・デル・トロ	チリキ・グランデ (60.8)	ボカス・デル・トロ (45.7) チャンギノラ (35.3)
ロス・サントス		
パナマ		チマン (45.4)
		カピラ (32.9)
		サン・カルロス (26.5)
	サン・ブラス自治区 (71.2)	

出所：保健省内部資料

2000年までの栄養に関する目標は、以下のとおりである。

- 1) 5歳未満児の重度および中等度の栄養失調を50%減らす。
- 2) 出生時の低体重を少なくとも20%減らす。
- 3) 女性の鉄欠乏による貧血を3分の1減らす。
- 4) ヨウ素欠乏による疾病をなくす。
- 5) ビタミンAの欠乏をなくす。
- 6) 生後4～6カ月は母乳栄養のみを、生後2年までは混合栄養で母乳を与え続けることを推進する。
- 7) 子供の成長の促進、指導をシステム化する。
- 8) 食糧増産のための知識、サービスを広める。

活動としては、栄養補給プログラム、栄養・成長モニタリング、微量栄養素欠乏対策がある。

(1) 栄養補給プログラム

最初の栄養補給プログラムは、1940年代はじめにCARE、CARITAS、赤十字などのNGOが資金のパイプ役となり、市町村の協力の下実施された。母子および学童を対象に、野菜、ミルク、食用油、オートミールが配られ、活動は82年まで続けられた。政府予算によるプログラムは80年代に入ってから小さなプロジェクトが開始されたが、1987～89年の間は、政治経済危機による予算削減の影響で、中断された。90年に栄養補給プログラムが再開され、全国レベルで行われるようになったが、継続性、効率性の点で問題があり、十分な効果を上げることはできなかった。

1992年以降、プログラムで使われる食糧の調達、運搬、配給のシステム化が行われるようになり、受益者の選択にリスク・クライテリアが用いられるようになり、プログラム全体のシステム化が図られている。また、国産の栄養強化クリーム（バナクレマ）が配給食品に加えられるようになった。配給される栄養強化クリームによって補給できるとされるエネルギー・タンパク質の割合を示す（表5-5参照）。

表5-5 1日のエネルギー、タンパク質必要量と
栄養強化クリームによって補給できる割合

（単位：1日の必要量のエネルギーはCal、タンパク質はg、割合は%）

対象	1日の必要量		クリームによって補給できる割合	
	エネルギー	タンパク質	エネルギー	タンパク質
5～11カ月児	880	16.95	41.4	70.8
12～23カ月児	1,150	17.30	31.6	69.3
24～59カ月児	1,450	22.00	25.1	54.5
妊婦	2,435	55.15	15.0	21.7

出所：Ministerio de Salud, "Normas de Distribución de Alimentos", 1992, p.7

栄養補給のガイドラインには、対象となる受益者と栄養補給期間を以下のように定めている。

- 1) 生後6～59カ月の子どもで、栄養失調あるいはそのリスクのある低体重児などに、正常な栄養状態に達するまで。
- 2) 妊婦で、重量増加グラフにより低体重と分類される者に、新生児が6カ月に達するまで、および栄養状態は正常であるが、体重の増加の遅い妊婦に分娩時まで。
- 3) 低体重と判断される授乳中の母親で、妊娠中に把握されなかった者。

現在保健省は予算の8%を母子の栄養補給プログラムにあてており、全国180カ所の保健センターで、保健センターあたり100人の妊婦、100人の幼児に補助食品を配布している。

現在青年海外協力隊員（栄養士1名、看護婦1名）が活動しているヴェラグアス県サンタ・フェの保健センターで栄養補給プログラムについて見学、聞き取りをする機会を得た。世界銀行の支援を受けて保健省が行っているプログラムであるが、生後6～59カ月の低体重児に対して、毎月粉ミルク2ポンド、粉末トウモロコシのクリーム5ポンド、砂糖2ポンドを支給している。栄養教育などは特に同時には行っておらず、単に支給するのみである。

パナマには栄養士の養成機関がなく、資格を持った栄養士は病院レベルでもない所が多い。まして地域レベルで働く栄養士は皆無である。現在8人の日本の青年海外協力隊員の栄養士が活動しており、栄養指導、モロヘイヤなどの野菜の栽培、食事調査などを行っている。

このほかのプログラムとして、1992年から、FESが学校給食プログラムをFESと文部省の基金を使って行っている。栄養失調症の多い全国の11の地区で、500の学校で、約4万人の生徒を対象に行われている。また、92年に文部省が20の地区で約10万人の生徒を対象に、昼食やスナックを支給した。

(2) 栄養・成長モニタリング

5歳未満児の栄養・成長モニタリングは保健省が小児保健サービスの中心軸と考えており、疾病に罹患する前の段階での予防的、包括的な定期健診として、全国の保健医療施設で実施されている。

(3) 微量栄養素欠乏対策

WHOとUNICEFは、食塩の100%ヨード添加を奨励している。UNICEFの報告書によると、パナマでは食塩のヨード添加は94.5%達成されているが、ヨウ素欠乏による甲状腺腫の割合はまだ高い。無添加の食塩が利用されている塩の生産地などでよりリスクが高く、このような地域のために食用油への添加も検討されている。

ビタミンA欠乏の5歳未満児および産褥期の女性にビタミンAを補給するプログラムが5年計画で開始されている。

保健省とNGOのヌトレ・オガール（Nutre Hogar）の協力で、ラジオによる教育キャンペーンの番組が制作され、ヨード、ビタミンA、鉄分に重点を置き、母乳栄養の推進、栄養一般についてのメッセージを発信している。

5-5 母子保健対策

パナマの母子保健対策は、1969年に保健省が設立され、母子保健課が設置されてから始められており、妊産婦プログラム (Programa Maternal) と小児保健プログラム (Programa Infantil) に分けられている。

(1) 妊産婦プログラム

保健省母子保健課は、妊産婦プログラムについてのガイドラインを作成しており、ハイ・リスク妊娠の早期発見と適切な対処、母乳栄養の推進、家族計画の推進を行っている。プログラムは、出産前、出産時、出産後の三つに分けられる。妊産婦に関連する目標値を示す (表5-6参照)。

表5-6 妊産婦に関連する行動指標と計画の目標

(単位：妊産婦死亡の減少は出生10万対*、他は%)

目標	1990年	1991年	1995年	2000年
妊産婦死亡の減少	60	70	40	30
出産前ケアのカバー率 (一回以上の医師の診察)	84.9	84.6	97.1	100.0
医療従事者による分娩介助	85.7	84.6	90.0	95.0
産後および新生児のケア	47.0	47.0	60.0	80.0
破傷風トキソイドの接種率	27.2	23.7	59.1	91.0

*原典では出生1万対になっているが、他の文献データから、出生10万対の間違いと思われる。

出所：UNICEF, *Tendencias y Desafios del Desarrollo Social en Panamá*, 1994, p.28

1) 出産前ケア

保健省の妊産婦プログラムのガイドラインでは、リスクの有無によって、出産前ケアを受けるべき施設を規定 (表5-7参照) し、リファールを奨励している。ハイ・リスク妊娠の定義は、妊婦の栄養失調または肥満、18歳未満および35歳以上、過去4回以上の分娩、多胎、前回の分娩からの間隔が短いこと、産科的問題の既往 (流産、死産、未熟児、先天性疾患、妊娠中毒症、子癇、帝王切開など)、全身疾患の合併 (高血圧、糖尿病、心疾患、腎疾患など) とされている。ロー・リスクの場合、7回の出産前検診を奨励しているが、実際のカバー率は、保健省の統計によると、1993年に1回でも検診を受けた妊婦が全国で83.3%、1人の妊婦の平均受診回数は、3.5回であった。

表5-7 妊婦のリスクによる出産前ケアを受けるべき施設の規定

リスク	保健医療施設	スタッフ	技術
ロー・リスク	ヘルスポスト サブセンター 保健センター ポリクリック	保健助手 看護助手 一般看護婦 助産婦 一般医 産科医	基本的医療および検査
ハイ・リスク	地域病院	助産婦 産科医 他の専門科	中等度の医療および検査
ハイ・リスク (上記でケアできない場合)	国立病院 専門センター	助産婦 小児科看護婦 産科医 新生児医 他の専門医	高度の医療および検査

出所：Ministerio de Salud, "Normas Técnico-Administrativo del Programa Maternal, Atención Ambulatoria y Hospitalaria", 1988, p.9

2) 出産時（分娩）ケア

1989～93年に登録された出生のうち、保健要員によって介助された出産の割合は全国で85.7～87.1%、都市部では99%を超え、農村部では72.6～76%であった。保健医療施設での分娩の割合は、91年に全国で84.6%、都市部で99.2%、農村部で73.1%と、施設分娩の割合はかなり高くなっている（表5-8参照）。県別に見ていくと、ボカス・デル・トロ、ダリエン、サン・blas自治区で保健医療従事者による分娩介助の割合、施設分娩の割合ともに低い（表5-9参照）。保健医療施設へのアクセスがない過疎地においては、伝統的産婆（TBA）のトレーニングを行い、清潔で安全な分娩、リスクがある場合の医療施設への照会移送を推進している。

表5-8 保健医療従事者によって介助された出産の割合

(単位：%)

	全国	都市部	農村部
1989年	85.7	99.1	74.5
1990年	86.3	99.3	75.4
1991年	85.9	99.4	75.3
1992年	85.8	99.4	72.6
1993年	87.1	99.3	76.0

出所：Contraloría General de la República, Panamá en Cifras, 1993, 1994, p.41

表5-9 県別の保健医療従事者によって介助された出産の割合
および施設分娩の割合 (1991年)

(単位：%)

	医療従事者による介助の割合	施設分娩の割合
ヴェラグアス	66.7	66.0
エレーラ	92.4	92.2
コクレ	70.8	66.2
コロソ	90.2	89.5
ダリエン	63.2	59.7
チリキ	88.3	88.1
ボカス・デル・トロ	51.3	50.6
ロス・サントス	97.1	97.1
パナマ	96.9	96.5
サン・blas自治区	63.4	38.6

出所：Contraloría General de la República, Situación Demográfica, Estadísticas Vitales, Año 1991, 1993,
pp.12~14

3) 出産後の保健対策

ガイドラインでは、母子ともに健全な場合、出産後24時間以降に退院させ、母親は退院前に新生児の管理、家族計画および母乳栄養の重要性（パナマでは生後4～6カ月間は、母乳のみを与えるよう指導している）、衛生管理、育児および予防接種についてオリエンテーションを受けるものとしているが、保健センター、地域病院ではここまではできていない。UNICEFと保健省は1993年以降「赤ちゃんにやさしい病院」のプログラムを推進しており、産科を持った国立病院や、主な衛生区病院は認定を受けており、保健省は、第一子をこれらの病院で出産するよう奨励している。これらの病院では、出産後に母親にオリエンテーションを受けさせ、通常出産後2、3日で退院させている。

出産後ケアのカバー率は、1987～91年の間に44.9%から50.9%に上がっている。90年には59.8%であった。

(2) 小児保健プログラム

小児保健プログラムは、栄養・成長モニタリング、予防接種、下痢症対策、急性呼吸器感染症対策、聴覚障害対策・早期発見からなり、表5-10に示すスケジュールで検診、予防接種を受けるよう奨励している（予防接種については5-3予防接種対策（EPI）を参照）。

表5-10 5歳未満児の検診

年齢	保健要員	
	保健センター ポリクリック での検診	サブセンター ヘルスポスト での検診
7日	医師または看護婦	
15日	医師または看護婦	保健助手
1カ月	医師または看護婦	看護助手
2カ月	看護婦	医師または看護婦
3カ月	医師	看護婦
4カ月	看護婦	
6カ月	医師	
9カ月	看護婦	
12カ月	医師	
15カ月	看護婦	
18カ月	看護婦	
2年	医師および歯科医師	
2.5年	看護婦	
3年	医師	
3.5年	看護婦	
4年	医師	
4.5年	看護婦	
5年	医師	

出所：Ministerio de Salud, "Norma de Programa de Salud Infantil", 1988, p.17

5-6 家族計画対策

政府は1970年代前半から家族計画を奨励している。保健省の妊産婦プログラムのガイドラインには、家族計画のサービスの提供についても以下の指針を与えている。

- 1) 希望するすべてのカップルに避妊サービスを提供し、オリエンテーションを行う。
- 2) 思春期の若者に、望まない妊娠を防ぐため、避妊法についての知識を与える。

1984年を最後に避妊普及率に関する調査は行われていないが、この調査によると、避妊実行者の割合は、国全体で58%、都市部で64.0%、農村部で52.0%であった(表5-11参照)。現在の避妊普及率は、保健省や社会保険庁の保健医療施設のサービス供給に関する情報から、少なくとも84年のレベル程度であると考えられている。よく使われている手段は、女性不妊手術、ピル、IUDの順である。コンドームの使用は、84年時点では少ないが、近年、公共セクター、民間セクターともエイズ・その他の性行為感染症の予防のため、使用を奨励している。ノルプラントや男性の不妊手術は公共の保健医療施設では実施されていない。どこで避妊手段を得ているかに関しては、不妊手術以外の避妊手段を保健センターおよび民間薬局で得ている女性の割合が高い(表5-12参照)。

パナマでは人口妊娠中絶は非合法であるが、望まない出産を防ぐ手段としてかなりの数で行われていると推定されている。違法であるため、実態を把握することは困難であるが、実態調査が始められている。

現保健大臣は女性であり、リプロダクティブ・ヘルス、女性の社会的地位の向上に積極的であると言われている。毎年約5万9,000の出生のうち、20%が20歳未満の母親によるものであり、そのうち700の出産は未成年の母親の3回目の出産であり、88.7%は未婚の母親による出産であると言われている。これら10代の女性の望まない妊娠を減らすこと、エイズ・その他の性行為感染症の予防、および女性への暴力に対する対策がリプロダクティブ・ヘルスの最重要課題である。

家族計画およびリプロダクティブ・ヘルス関連の活動においては国際機関ではUNFPA、NGOではパナマ家族計画協会(APLAF A)が中心的存在である。

現在UNFPAが支援している家族計画プログラムとしては、以下の四つがある。

- 1) 全国人口教育プログラム (Programa Nacional de Educación en Población)
文部省が中心となり、小学校4年生以上を対象とした人口教育のための指導マニュアルを教師に配布している。
- 2) 人口関連技術委員会 (Comité Técnico de Población)
経済企画庁が中心になり、EEC、UNICEF、オランダが支援している。
- 3) 僻地の思春期の若者のための性教育 (Educación Sexual para el adolescentes de Areas Marginales)
APLAF Aが実施している。
- 4) 母子保健・家族計画プロジェクト (Salud Materno Infantil y Planificación Familiar)
保健省が実施している。

NGOであるAPLAFは1965年、当時まだスラム地域であったサン・ミゲリートから家族計画の推進活動および医療サービスをはじめている。現在は、全国9カ所の思春期センターを基点として教育活動、サービスの提供を行っているほか、UNFPA、保健省、経済企画庁の家族計画対策活動にも協力している。

表5-11 15～44歳の既婚女性の避妊実行者割合 (1984年)

(単位：%)

全国	都市	農村	非先住民	先住民
58.0	64.0	52.0	60.0	28.0

出所：Demographic and Health Surveys (DHS), "Informe General Final Encuesta sobre Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, 1984-85", 1986, p.28, p.29

表5-12 15～44歳の既婚女性の避妊手段 (1984年)

(単位：%)

女性不妊手術	ピル	IUD	コンドーム	周期法
33.0	12.0	6.0	2.0	1.0

出所：Demographic and Health Surveys (DHS), "Informe General Final Encuesta sobre Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, 1984-85", 1986, p.28, p.29

表5-13 避妊実行者の避妊手段の調達・実施場所

(単位：%)

		全国	都市	農村
女性不妊手術	総合病院	41.0	28.0	55.0
	サント・トーマス病院	26.0	36.0	13.0
	社会保険庁の病院	17.0	24.0	10.0
	民間病院	10.0	10.0	9.0
その他の避妊手段	保健センター	34.0	26.0	46.0
	民間薬局	29.0	35.0	21.0
	社会保険庁	12.0	15.0	8.0
	民間病院または医師	6.0	8.0	4.0

出所：Demographic and Health Surveys (DHS), "Informe General Final Encuesta sobre Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, 1984-85", 1986, p.51

5-7 マラリア対策

パナマ運河の建設を強く阻んでいたのがマラリアと黄熱病であり、これらを米国の軍医ゴルガス博士が解決した事実は、医学史上特筆されている。ゴルガス博士は4,000人の衛生部隊を指揮し、蚊の発生源となる側溝や汚水に石油を注入し、水のたまる容器をことごとく除去することによって目的を達成した。

現在もマラリア対策はあるが、優先事項ではない。保健省の1994年の年報によると、23万7,997の血液サンプルが検査され、735人が陽性であった。三日熱マラリアの症例は、1992～94年の間に84%減少している。マラリア患者およびその同居者2,940人に対して治療が行われた。マラリアの疫学的監視のため、81人の医師、看護婦などの医療従事者、385人のコミュニティー・リーダー、他の保健活動に携わっている45人のマラリア対策員に対してトレーニングが実施された。