

5-8 エイズ対策

エイズ対策関連事業を実施しているのは、保健省、健康推進部の性行為感染症およびエイズ予防課、ソーシャル・コミュニケーション部、検査試験所、および疫学部である。

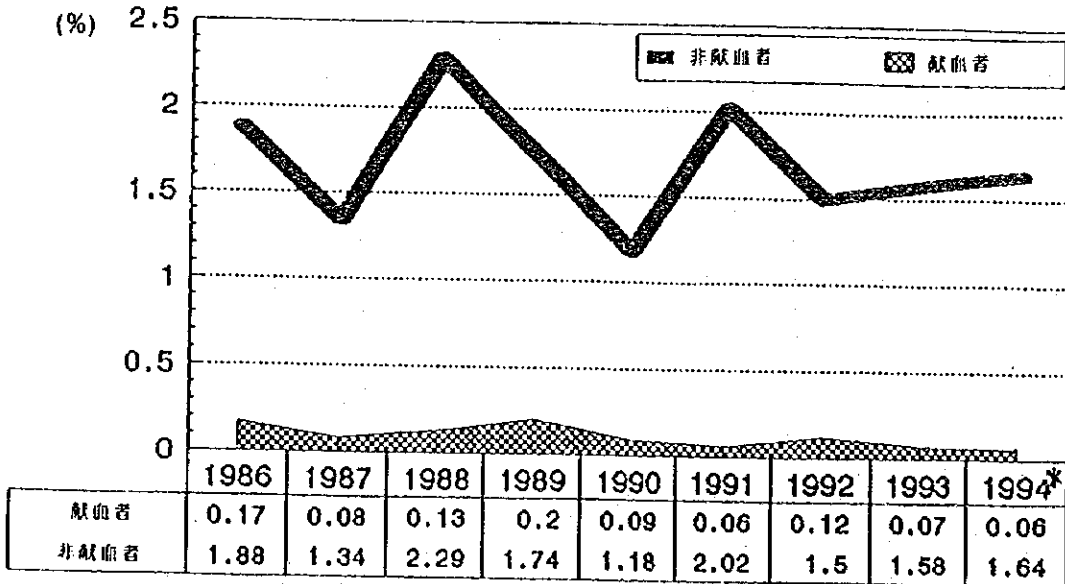
エイズは、各保健センター単位の週間届出感染症の中に組み込まれ、サーベイランス・システムが確立している。H I V抗体については、各衛生区の衛生局検査室と、衛生区病院でE L I S A法による検査が可能であり、Western Blot 検査は、パナマの中央検査室に全国からサンプルが送られて確認の検査がなされる。輸血用の献血血液の98~100%がチェックされており、献血者のH I V抗体陽性率は、1994年で0.06%、献血者以外の陽性率は、1.64%である（図5-1参照）。

健康推進部の活動としては、研修活動の実施、および文部省、パナマ大学との研修の調整、エイズおよび他の性行為感染症に関する教材の配布、医療従事者に対するエイズ患者対応に関するセミナーの開催などがある。

PAHO/WHOが全国エイズ対策を支援しており、1992年には14万USドルをサービス・機材提供、技術的支援、トレーニングに支出している。

NGOでは、A P L A F Aが思春期センターでの若者に対する性教育活動の中で、エイズおよび他の性行為感染症の予防のための教育、コンドームの使用推進などを行っている。

図5-1 H I V抗体陽性率（1986~94年）



*1994年は6月30日まで。

出所：保健省疫学部内部資料

5-9 下痢症対策

1988年に整備された保健省小児保健プログラムのガイドラインの中に、下痢症対策も盛り込まれている。ラテン・アメリカでは半世紀にわたって見られなかったコレラは、91年1月のペルーでの発生をきっかけに大流行し、同年9月にパナマにも上陸した。その後も継続的に発生したため、コレラ対策も含めた意味で、下痢症対策は、監視体制を強化することとなった。経口補水療法（ORT）の使用率は、1987～93年で70%とかなり高くなっている。

各保健医療施設における治療方法は、症状の重症度により、以下のように3段階に分けられている。

(1) プランA：脱水を伴わない下痢症

家庭で子どもを治療するため、母親に次の指示を与える。

- ・ 普段子どもがとっている水分（お茶、スープ、ジュースなど）の摂取を増加させ、経口補水塩（ORS）溶液を与える。
- ・ 母乳および通常の食事を継続する。
- ・ 脱水症状やその他の警告症状を教え、これらがある場合は保健医療施設に連れて行く。

(2) プランB：脱水を伴う下痢症

- ・ ORSを体重当たり50～100mg、ショック状態のない重症な脱水症状の場合は体重当たり100～150mg、4～6時間、子どもの要求に応じて与える。
- ・ 4～6時間後、脱水症状が改善したら、母乳および通常の食事を再開する。
- ・ 母親を子どもの治療に参加させる。

(3) プランC：ショック状態のある重度の脱水を伴う下痢症

- ・ 乳酸リンゲル、または生理食塩水を体重当たり30mg、1時間で静脈注射する。
- ・ 乳酸リンゲル、または生理食塩水を体重当たり40mg、1時間で静脈注射する。
- ・ ORSを体重当たり40mg、3時間で与える。

コレラに関しては、国家コレラ予防対策があり、PAHO/WHOが1992年に約27万USドルを支出している。その44%は環境衛生、22%はサーベイランス・システム、18%は下痢症対策、16%は検査室の強化に使われている。

5-10 その他の感染症対策

(1) デング熱対策

1942～92年まで、デング熱は報告されていなかったが、93年にタイプⅡ型の患者14人がサン・ミゲリートで報告された。この間、予算の不足により、住民参加、サーベイランスのプログラムは中断されていたが、現在は、保健省疫学部が中心となって、サーベイランス・システムが確立している。媒介蚊が殺虫剤に対する耐性を持ったことから、90年以来、殺虫剤の散布は定期的には行われなくなった。

ヤブ蚊の対策としては、1994年に全国約48万カ所で調査が行われ、8,964カ所で媒介蚊の幼虫が確認され、陽性率は1.9%であった。625カ所の溝に配水管を繋ぎ、コミュニティー・リーダーを巻き込んで、住民に幼虫発生の予防について教育を行った。

テレビ、ラジオで全国的にデング熱対策キャンペーンが流されており、保健医療施設でもポスターなどが貼られている。また、1994年には18カ所の学校で、媒介蚊の生態に関する講義が行われた。

現在デング熱対策は、感染症対策の中での優先事項になっており、保健省の玄関ホールには毎週報告された患者数、陽性率を掲示している。

(2) 結核対策

1969年以前の結核対策は、保健省の前身である労働・社会保障・公衆衛生省の保健局に直属の結核対策キャンペーン部が、専門病院、クリニック、相談所を持ち、BCG専門の予防接種、巡回車両による集団レントゲン検査を行い、縦割りの活動を展開していた。70年代に疫学統計対策センターが設立され、全国の新たな患者、治療、たんの検査結果等が報告される疫学監視体制が整えられた。82年以降、WHOの専門家委員会の方針を受け、国家結核対策プログラムは、既存の保健医療サービス網を通じて全国に展開する方針を打ち出した。

パナマ結核対策機関 (Organización Panameña Antituberculosa, O P A T) は、1952年の設立以来、結核の予防、診断、治療活動に携わってきたNGOであり、政府のキャンペーン活動の支援、国立病院その他の医療施設への診断機器の寄付、地域活動へのサポートを行っているほか、近年は、結核のみならず、他の肺疾患の対策へも活動の幅を広げている。

1983～87年にかけて、年間の新たな罹患者数は429人(人口10万対22.1)から765人(34.2)に、有病者数は1,807人から3,522人へと増加しているが、これは、診断技術の向上とプライマリー・ヘルス・ケアのサービス地域が拡大したため、患者発見が向上したことによるところが大きい。保健医療施設では、予防、診断、治療は、ガイドラインに沿って行われているが、87年の新患者のコホート分析では、中断が43.6%と高い値であった(表5-14参照)。

表5-14 新患者の治療コホート分析 (1987年)

(単位：患者数は人、割合は%)

治療コホート	患者数	割合
分析対象患者数	732	95.7
全快	66	9.0
中断	319	43.6
治療中	270	36.9
死亡	77	10.5
分析対象外患者数	33	4.3
計	765	100.0

出所：Francisco Morero Pascal, La Comunidad Organizada contra las Enfermedades Pulmonares, O P A T, 1989, p.106

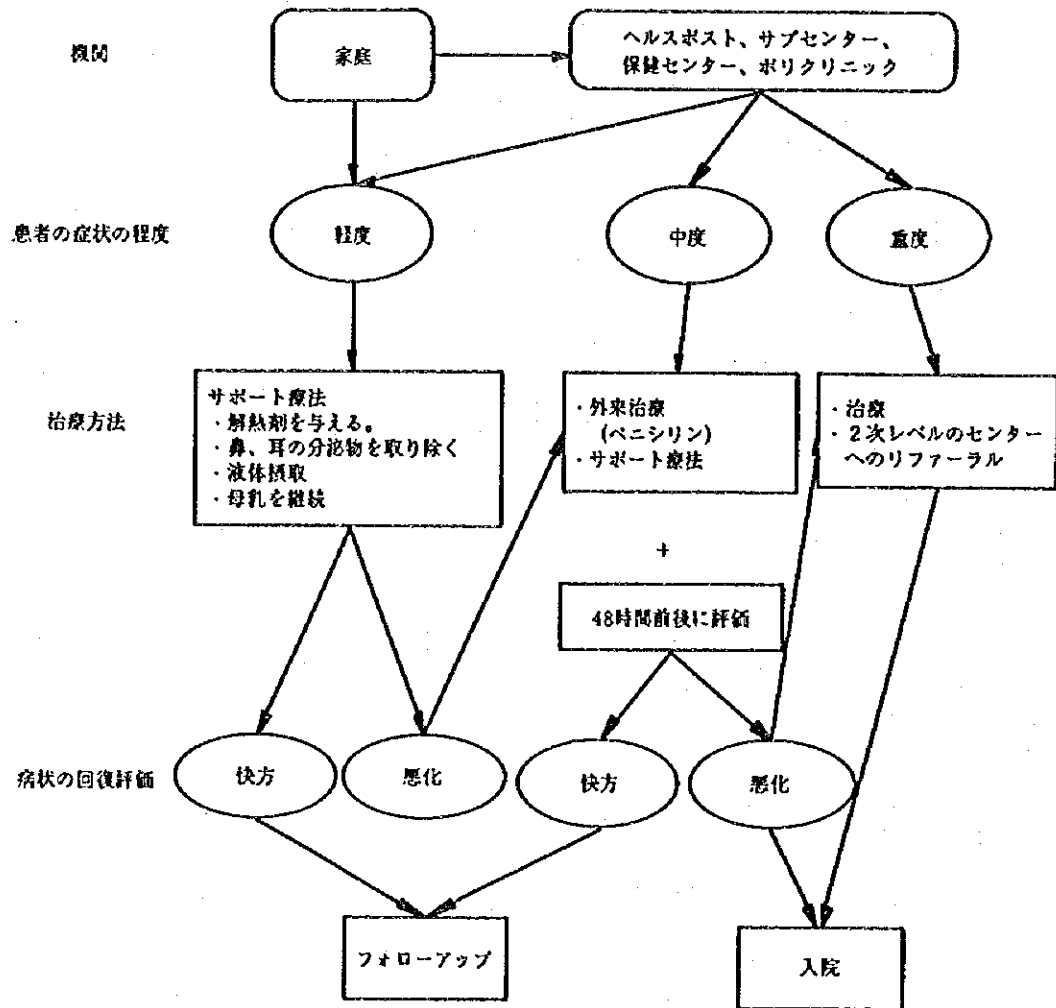
重度の急性呼吸器感染症 (A R I) は、特に5歳未満児の健康に重大な影響を及ぼし、成長を妨げ、栄養状態を悪化させ、致死率が高い。特に肺炎は最も重度のA R Iであり、5歳未満児の主要死亡原因の中に入っている。A R I対策の目標を以下に示す。

- 1) 1995年までにA R Iによる5歳未満児の死亡を20%減らす。
- 2) 2000年までにA R Iによる5歳未満児の死亡を3分の1減らす。

具体的対策は、保健省の小児保健プログラムのガイドラインの中に盛り込まれているが、保健医療施設での対処方針、感染症サーベイランス・プログラムの中での報告、住民への予防教育から成っている。

保健医療施設では、患者の症状から、軽度、中等度、重度に分けて、図5-2に示す流れで対処する。

図5-2 急性呼吸器感染症の治療、照会移送の流れ



出所：Ministerio de Salud, "Norma de Programa de Salud Infantil", 1988, p.5

5-11 その他の対策

(1) 学校保健対策

1969年に全国レベルの学校保健委員会が文部省、公共事業省、農業省、保健省の母子保健課の調整によって結成された。85年に全国学校保健実施に向けて、保健省、農水産業開発省、文部省、社会保険庁、特別会計機関、保護者連盟によって協定が結ばれた。

プログラムの目的は、5～14歳の子供の健康の推進、維持、回復によって、肉体的、精神的、社会的能力の発達を図ることにあり、次の三つが活動の柱である。

- 1) 生徒の成長・発達のチェックを行う。
- 2) 生徒の健康問題を早期発見し、健康を回復させる。
- 3) 生徒への健康教育を通じ、生徒のみならずその家族、住民全体の行動変容を図る。

1995～99年の学校保健プログラムの目標は、以下のとおりである。

- 1) 全国の公立学校の100%を全国学校保健プログラムに組み入れる。
- 2) 全国学校保健プログラムに組み入れられている学校に在籍している5～14歳の子供の100%が成長・発達の評価を受ける。
- 3) 12歳未満の子供のヨウ素欠乏およびビタミンA欠乏による疾患をなくす。
- 4) 生徒の有病率を50%減らす。

このため、教師、両親、保健要員への研修、情報分析システムの確立、ニーズの把握のための調査を実施するものとしている。

(2) 子宮頸癌対策

パナマでは、1983年に子宮頸癌の検診に関するガイドラインがつけられ、全国の保健センター、サブセンターおよびポリクリニックで細胞診が可能になった。92年の女性の癌による死亡のうち、11.3%が子宮頸癌によるものであり、90年の子宮頸癌の罹患率は、人口10万対49.4であった。現在の細胞診のカバー率は、リスク人口（15歳以上の女性）の30%であるが、早期発見・治療を実現するためには、60%以上に上げることが必要とされている。保健省は、国立癌センターを中心として、95年から3年間の子宮頸癌の予防およびコントロール・プログラムを開始した。目標は以下のとおりである。

- 1) 子宮頸癌による死亡率を30%低下させる（人口10万対14.3から9.8に）。
- 2) 細胞診のカバー率をリスク人口の30%から80%に上げる。
- 3) 細胞診技術者を30人養成する。
- 4) 一次医療レベルの従事者に細胞診および情報システムの研修、再研修を実施する。
- 5) 一般人口、特に女性を対象とした子宮頸癌の予防・コントロールの教育を行う。
- 6) 研究を実施する。
- 7) 必要機材の供給によりサービスを拡充する。

(3) 薬物依存症対策

パナマでは、1960年代、70年代にマリファナの消費と生産が盛んになり、「パナマ・レッド」として知られるようになった。その後、地理的条件から、コカインなどの他の麻薬の消費も広がるようになった。これら以外にアルコール、タバコといった合法的な

薬物もパナマにおいて事故・暴力あるいは慢性疾患と関連した保健問題となっている。薬物およびアルコール依存症対策は、保健省の精神保健課で扱われてきたが、問題の深刻化に対処するため、94年9月に保健省、保健促進部の中に薬物依存症予防対策課が設けられた。そのプログラムは、以下の五つからなっている。

- 1) 薬物使用の予防
- 2) 薬物依存症患者の治療およびリハビリテーション
- 3) 指導法のトレーニング
- 4) 調査研究
- 5) 他機関との調整

1992年から国立のサント・トーマス病院および社会保険庁の総合病院の救急診療室(emergency room)の患者を対象に行われた調査によると、合法および非合法的薬物を使用したことのある人の割合は、近年増加傾向にある(表5-15参照)。また、これらの調査の結果から、パナマ市におけるコカインの使用率は、中米の首都の中で、最も高いと言われている。また、91年に実施された疫学調査によると、コカイン、クラックなどの麻薬を使用しているのは、25~34歳の若い成人に多く、また、12~14歳の年齢グループの60%がアルコールの消費をはじめ、4%が鎮静剤、ほぼ4%がシンナーなどの吸入剤を使用し始めていることがわかっている。

表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
(単位：%)

	1992年	1993年	1994年
アルコール	72.9	77.3	77.4
タバコ	38.8	42.5	44.3
鎮静剤	12.5	15.0	15.8
マリファナ	5.1	7.6	8.6
コカイン	4.4	6.2	8.0

出所：Ministerio de Salud, "Memorias de Salud de 1994", p.2

薬物依存症予防対策課の具体的活動としては、「職場での薬物の使用について」のセミナーの開催、ヘルス・プロモーターの養成、教材の制作、ラジオ・テレビの予防番組への参加、国立および衛生区病院の精神科における薬物依存症外来診療の再開が挙げられているが、課が独立して間もないこともあり、プログラムは今後の整備・強化を待つ段階である。

他の関連機関としては、全国薬物関連犯罪予防委員会があり、保健省も参加している。NGOではパナマ白十字(Cruz Blanca Panameña)が知られており、1991年にはUSAIDの資金を受けてパナマ、コロン、サン・ミゲリートで12~45歳の年齢層を対象に薬物使用に関する調査を行っている。

第5編 参考資料

- ・ (財) 日本熱帯医学協会編 「海外医療ハンドブック メキシコ・中米・パナマ」
(財) 日本熱帯医学協会 1988
- ・ 保健センター 「全国麻疹予防接種キャンペーン・カード」 保健センター 1993
- ・ 保健省内部資料
- ・ 保健省疫学部内部資料
- ・ A E C I, La Cooperación Española en Centroamerica, 1989-92, A E C I, 1993
- ・ Contraloría General de la República, Panamá en Cifras, 1993, Contraloría General de la República, 1994
- ・ Contraloría General de la República, Situación Demográfica, Estadísticas Vitales, Año 1991, Contraloría General de la República, 1995
- ・ Demographic and Health Surveys (D H S) "Informe General Final Encuesta sobre Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, 1984-85", D H S, 1986
- ・ Francisco Morero Pascal, La Comunidad Organizada contra las Enfermedades Pulmonares, O P A T, Francisco Morero Pascal, 1989
- ・ Ministerio de Salud, Lineamientos Políticos y Estratégicos de Panamá, Ministerio de Salud, 1994
- ・ Ministerio de Salud, Memoria, 1994, Ministerio de Salud, 1995
- ・ Ministerio de Salud, "Memorias de Salud de 1994", Ministerio de Salud, 1994
- ・ Ministerio de Salud, "Normas de Distribución de Alimentos", Ministerio de Salud, 1992
- ・ Ministerio de Salud, "Norma de Programa de Salud Infantil", Ministerio de Salud, 1988
- ・ Ministerio de Salud, "Normas Técnico-Administrativo del Programa Maternal, Atención Ambulatoria y Hospitalaria", Ministerio de Salud, 1988

- ・ UNICEF, Panamá : Niñez y Políticas Sociales. Prioridades para el Bienio, 1995-1996.
UNICEF, 1995
- ・ UNICEF, Tendencias y Desafíos del Desarrollo Social en Panamá, UNICEF, 1994

第6編 保健医療サービス供給システム

6-1 保健医療施設

パナマの保健医療施設は、保健省が管轄する医療機関、社会保険庁が管轄する医療機関（以上二つが公共部門）、民間医療機関の三つに大別される。PAHOによると、1991年時点では、全国に691の保健医療施設があり、そのうち673は公共部門、18が民間部門に属する。病床数は、91年の保健省統計によれば、全国で6,858であり、人口1,000人に対し2.71である。そのうち、5,894（87.2%）は公共部門に、864（12.8%）は民間部門に属している。保健医療施設は統計上では以下の三つに分類される。

- 1) 総合医療センターおよび病院。
- 2) 保健センター（母子保健センターを含む）およびポリクリニック。
- 3) サブセンターおよびヘルスポスト。

保健医療施設の数は会計監査院の統計・センサス部が毎年3月に全国の医療機関に対して行う調査に基づいて発表されている。1966年以降サブセンターやヘルスポストが設置されるようになってから飛躍的に増加している。92年時点におけるタイプ別医療施設の割合は、病院が8.6%、保健センターが27.6%、サブセンターおよびヘルスポストが63.8%となっている（表6-1参照）。

表6-1 保健医療施設数の年次推移

	病院	保健センター	サブセンター ヘルスポスト	計	病床数
1953年	24	-	-	24	2,909
1960年	26	35	-	61	4,340
1966年	26	56	107	189	4,242
1970年	33	53	109	195	4,974
1980年	47	145	330	522	7,345
1990年	55	181	433	669	7,319
1992年	57	182	421	660	7,435

出所：Contraloría General de la República, Situación Social, Servicios de Salud, 1992, 1995, p.2, p.3

医療施設の地域別分布を表6-2に示す。首都パナマ市には15の病院と23の保健センターが、第2の都市のコロン市には三つの病院と三つの保健センターがあり、病院、保健センターはこれらの大都市に集中している。

表6-2 保健医療施設の地域別分布 (1992年)

地域		病院	保健センター	サブセンター ヘルスポスト	計	病床数	1,000人当 たり病床数
県	ヴェラグアス	4	18	59	81	445	2.0
	エレーラ	5	11	17	33	339	3.1
	コクレ	2	18	47	67	312	1.8
	コロソ	5	15	49	69	421	2.4
	ダリエン	3	6	31	40	113	2.5
	チリキ	7	30	74	111	875	2.2
	パナマ	21	63	73	157	4,110	3.5
	ボカス・デル・トロ	3	5	43	51	140	1.6
	ロス・サントス	4	11	16	31	614	7.4
	サン・ブラス自治区	3	5	12	20	66	1.5
市	パナマ	15	23	.	38	3,638	8.1
	コロソ	3	3	.	6	371	6.4
計		57	182	421	660	7,435	3.0

出所：Contraloría General de la República, Situación Social, Servicios de Salud, 1992, 1995, p.3, p.8

病床数は1992年時点で全国で7,435、人口1,000人に対して3.0となっている。首都パナマ市にはこのうち3,638（人口1,000人に対して8.1）、第2の都市コロソ市には859（人口1,000人に対して6.4）が集中している。また、都市部では6,576（人口1,000人に対して4.9）の病床があるのに対し、農村部には859（人口1,000人に対して0.7）と大きく開きがある。これは、入院設備を備えた病院や保健センターが都市部に集中していることによる。

6-1-1 公共医療部門

1991年時点で、公共部門の保健医療施設は673あり、そのうち629は保健省に、44は社会保険庁に属する。公共部門のベッド数5,894床のうち、4,026床（68.3%）は保健省の保健医療施設に、1,868床（31.7%）は社会保険庁の施設にある。また、4,557床（77.3%）は急性患者、1,337床（22.7%）は慢性患者用のベッドである。慢性患者用のベッド数の内訳は、国立の精神科病院の900床、県レベルのアスエロ病院の精神科の380床、国立のらい病療養所の10床、社会保険庁のリハビリテーション病院の47床である。

(1) 保健省 (El Ministerio de Salud, M I N S A)

すべての国民は基本的に保健医療サービスを利用できるが、社会保険加入者は社会保険庁の医療施設を主に利用する。社会保険庁の施設がないところでは、加入者は保健省の施設を利用し、診療報酬は社会保険庁に請求される。保健省は五つの国立病院、21の地域および県病院、145の保健センター（うち25は病床を持つ）、114のサブセンター、344のヘルスポストを持つ。保健省の急性患者用ベッド2,736床のうち、1,123床（41.0%）は国立病院、651床（23.8%）は県レベル病院、687床（25.1%）は都市部地域病院にあり、農村部の地域病院には95床（3.5%）、保健センターには180床（6.6%）があるにすぎない。

(2) 社会保険庁 (Caja de Seguro Social, C S S)

全国に44カ所の保健医療施設を持ち、その内訳は、二つの国立病院、10の県立病院、32のポリクリニックである。そのほか、一つのサブセンター、五つの相談所、19の官庁、公社に職員用の診療所を持っている。主に社会保険加入者とその家族を対象に保健医療サービスを提供するが、保健省の保健医療施設がない所では、非加入者も利用できることになっている。1,871床の急性患者用ベッドのうち、844床（46.4%）は首都の国立病院に、155床（8.5%）は県レベル病院に、787床が都市部地域病院に、35床（1.9%）が農村部地域病院にある。

(3) 公共医療部門の保健医療施設

公共医療部門の保健医療施設は、機能、役割によって次のように分けられる。

1) 国立病院

首都パナマ市にあり、首都の住民に対してサービスを提供するほか、全国の高度医療センターとしての機能を持つ。保健省の病院としては、サント・トーマス病院（総合病院）、国立癌センター、精神科病院、らい病療養所、子ども病院、社会保険庁の病院としては、Complejo Hospitalario（総合病院）、リハビリテーション病院がある。

2) 県レベルの病院 (Hospital Regional)

基本的な専門科をもち、各県の最も人口の多い市にあり、地域病院や保健所の高度医療センターの機能を持つ。ほとんどの県にはこのレベルの病院が少なくとも2カ所ある。

3) 地域病院

都市部の地域病院は、地区の主な町に置かれ、内科、産科、小児科、外科診療を行う。農村部の地域病院（保健省のものが六つ、社会保険庁のものが二つ）は、小さな町に置かれ、一般的な外来、入院診療を行う。

4) 保健センター

フル・タイムの医師、および歯科医がいる。患者の観察用のベッドを持つセンターや分娩介護の設備を持つセンターもある。社会保険庁のこのレベルの施設は、ポリクリニックと呼ばれている。

5) サブセンターおよびヘルスポスト

看護助手やヘルス・ワーカーなどのスタッフがいるのみで、小さなコミュニティーにあってプライマリー・ヘルス・ケアを行う。サン・プラス自治区にあるこれらの施設では、観察用や分娩用のベッドを置いているところもある。

6-1-2 民間医療部門

民間医療部門は、かなり限られた層の人々が利用する施設である。人口にして5%程度の経済的に恵まれた人々が、全医療財源の15%程度を民間医療部門で消費していると言われている。

赤十字を含むNGOは外来診療を行うクリニックを持っているが、入院設備を備えた施設は持っておらず、NGOの保健医療セクターにおいて果たしている役割はそれほど大きくないと言われている。

6-1-3 主な医療施設

(1) サント・トーマス病院

16歳以上を対象に、第3次レベルの医療を行っている、小児科、癌の診療科を除く総合病院である。24カ所の保健センターから患者が紹介されてくる。紹介のない患者は救急外来にやってくるため、救急外来は常に患者であふれている。

スタッフは、医師が313名、看護婦290名、看護助手155名ほか計1,672名、ベッド数562床で、パナマにおいての最大規模の国立病院である。1993年度の年次報告によると、外来患者は21万118人、入院患者数は新規2万9,942人、前年からの継続395人であり、入院患者のうち2万9,237人の退院患者があり、707人の死亡が記録されている。また、平均ベッド占有率は80.4%、平均入院日数は5.3日である。診療の中では産科の占める割合が大きく、年間出産数は、約1万5,000である。また、この病院における死因およびベッド占有の原因の第1位は外傷である。

主な資金は保健省と寄付金によって賄われている。患者からの診療報酬による収入は少なく、資金は不足がちである。検査機器のメンテナンスの50%は民間の業者に依存している。

欧州共同体などの援助を受けて、病棟の一部、救急治療室の整備を行ったプロジェクトがある。

(2) 国立癌センター

癌専門の国立病院であり、スタッフは医師が42名、看護婦45名、看護助手33名、その他合計274名、ベッド数は108床である。癌の予防、診断、治療を行っており、1994年の外来患者数は2万3,035人、退院患者数は1,912人、平均ベッド占有率は69.5%、平均入院日数は、15.1日であった。

院長によると、この病院の問題は、診断機器の不足、老朽化、スペースの不足、遠隔地から来る患者が多く、入院の必要がない場合でも入院させなければならないこと、などであった。病棟、外来ともに冷房の設備はない。

この病院には日本から内視鏡などの医療機器、無償資金協力が1980年代にあったが、これらの機器はかなり老朽化している。現在青年海外協力隊員が、医療機器のメンテナンスの要員として配置されている。

(3) サンティアゴ病院

ヴェラグアス県の中核病院である。スタッフは医師76名（専門医44名、一般医10名、研修医22名）、看護婦68名、看護助手65名のほか、技師、事務職員が184名、ベッド数は216床である。毎日300～400人の外来患者があり、ベッドの占有率は90%近い。ヴェラグアス県の衛生局が第一子はこの病院で出産することを推進しており、入院原因の第1位は、正常分娩である。正常分娩の場合、出産後2～3日で退院する。入院の原因となっている主な疾患は、気管支肺炎、喘息、急性呼吸不全、胃炎、栄養失調症である。

医薬品の不足、機器のメンテナンスの悪さなどが問題であり、例えば病院には3台救急車があるが、壊れており、社会保険庁のポリクリニックの救急車を借りているということであった。

(4) サンタ・フェ保健センター

スタッフは一般医2名、歯科医師1名、薬剤師1名、看護婦1名のほか事務職員が数名いる。現在青年海外協力隊員の栄養士が1名、看護婦が1名配置されている。外来診療のみ行われており、診療時間は午前8時から午後4時までで、各医師が1日30～35人の患者を診察する。保健センターがカバーしている地域は広く、約1万3,000人の住民がおり、地域内のサブセンター、ヘルスポストを管轄している。患者が片道2～4時間かけて歩いてやって来て、診療時間内であっても医師が不在で診てもらえずに帰る場合もしばしばあるという。乳幼児の検診、予防接種、低体重児への補助食品配布もルーティンで行っている。子宮頸癌の移動検診の際は、専門医とともに保健センターのスタッフが出掛けていく。

乳幼児には下痢症、栄養失調、成人には高血圧の患者が多い。

6-2 医薬品・医療器具・衛生材料

パナマでは医薬品・医療器具・衛生材料の国内生産は限られており、輸入に頼っている。1991年時点で、国内外で生産された5,648種類の医薬品が登録されている。公共部門の保健医療施設における医薬品への支出は年間約4,800万ドル（社会保険庁で3,500万ドル、保健省で1,300万ドル）と推定されており、1人当たりでは19.2ドルに相当する。民間部門や個人の医薬品への支出については分かっていない。全国には575カ所の認可された薬局があり、その59カ所は公共、516カ所は民間の薬局である。

6-2-1 公共部門における医薬品供給と課題

保健省の薬局・薬品課が国内での販売を許可された医薬品の登録を管理しているが、中央検査試験所の設備、能力ともに不十分で、医薬品の品質管理は一部しか行われていない。医薬品の登録は5年ごとに更新することが義務付けられている。

価格の安価な一般名医薬品の使用が、特に保健医療施設では推進されている。医薬品・医療機器・衛生材料の供給は、保健省の管轄する保健医療施設に対しては保健省が、社会保険庁の施設に対しては、社会保険庁が行っている。共通の規定の下、個別購入を推進しているが、非効率的であり、薬品・物資は不足がちである。

保健省、社会保険庁それぞれに医薬品の基本表（cuadro basico）があり、保健省のものは保健センター、サブセンターでの医療サービスまでを対象とした必須医薬品であり、入院患者への医療サービスに必要な医薬品は含んでいない（228種類）。社会保険庁のものは入院患者への医療サービスに必要な医薬品も含んでおり、保健省のものより種類が多くなっている（483種類）。

保健省による医薬品の購入は3期制をとっており、各期間の予算が出てから行われているが、計画性がない、購入量が少ないため単価が高くなってしまい、中央からの予算配分が遅れがちなため第3期目は予算が消化できないうちに年度が終わってしまい必要な医薬品を購入できない、などの問題があり、年間を通しての必要量の評価、計画化、効率化が検討されている。1996年からは、購入を2期制にし、入札にかけることによってよりよい価格を得ようとしている。また、中央の予算で地方の衛生局で購入できるよう、分権化も検討されている。

また、供給は、中央医薬品貯蔵所、13の衛生区貯蔵所を通じてなされるが、供給に関する情報管理システムはまだ整備されていない。

医療器具の維持・管理状況は悪い。国立癌研究所に青年海外協力隊員が医療機器のメンテナンスのため派遣されているが、このレベルの病院ですら、専門の医療機器エンジニアはおらず、電気の配線、水の配管などの保守を兼ねたスタッフがいるのみである。

国立のサント・トーマス病院の検査室も、検査機器のメンテナンスの半分以上を民間の会社に頼っている。

6-2-2 民間部門

前述のとおり、全国に516カ所の民間の薬局がある。

患者が薬を購入する際、一般には医師の処方箋が必要であるが、抗生物質、解熱剤の座薬、アスピリン等、処方箋なしでも購入できる薬品もある。パナマ市内では24時間営業のアロチャ (Arrocha) という薬局のチェーンがあり、薬、衛生材料ともに種類は豊富である。

6-2-3 病院内の薬局

保健センターレベルまで、薬局には冷房が入っており、品質の保持に努めている。薬剤師は、医師の処方箋に従い患者に薬を渡し、中央から配布されている公式処方箋 (National Formulary) に従い、処方、管理している。

保健センターレベルでは、降圧剤、抗生物質、軟膏などが不足がちである。月に1回、衛生局に必要な医薬品の申請をする。

社会保険加入者の場合、基本表内の医薬品であれば、薬品代もすべて保険でカバーされる。また、それ以外の医薬品であっても、医師が必要性を証明すれば、患者は民間の薬局で購入し、社会保険庁に代金を請求することができる。

社会保険非加入者は、経済力に応じて段階的に薬品代を含んだ診療費を負担するが、通常はコストをカバーするに満たない額である。

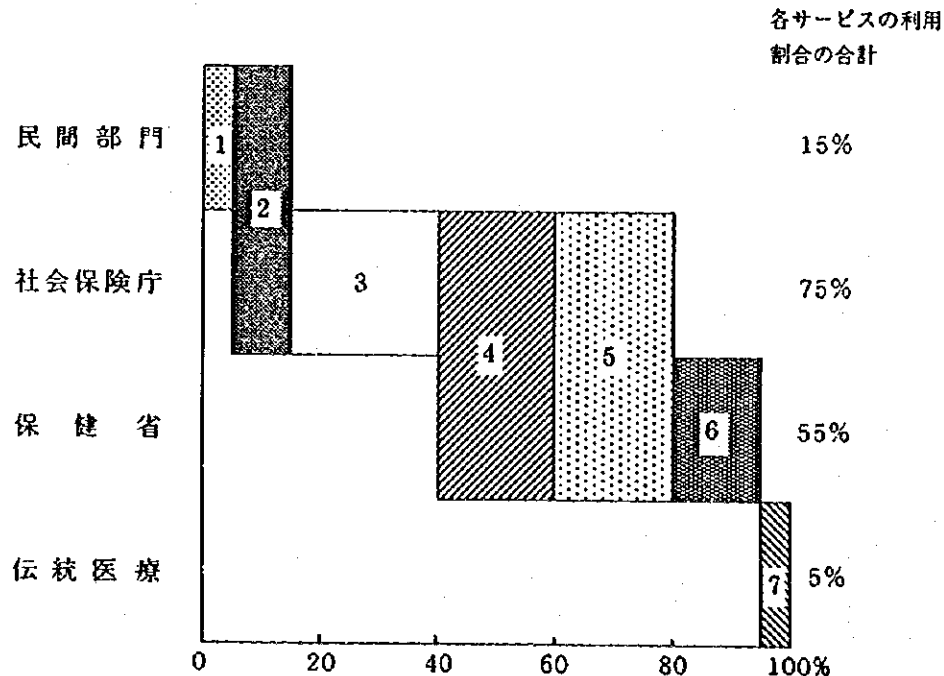
6-3 保健医療サービスの利用

6-3-1 住民側からみた利用の状況

パナマにおける保健医療サービスの利用状況は、図6-1のようにまとめられる。現状では、サービスシステムが統合されておらず、民間、社会保険庁、保健省の対象人口が重なり合っており、医療資源が有効に利用されていない。公平性、医療資源の有効活用のため、P A H O / W H O の指導の下、統合化への改革が検討されている。

- 1) 社会保険に加入していない富裕な人々が、主に民間のサービスを受ける（全人口の約5%）。
- 2) 社会保険に加入しながら、主に民間のサービスを受ける（約10%）。
- 3) 社会保険に加入し、主に社会保険庁のサービスを受ける（約25%）。
- 4) 社会保険に加入し、社会保険庁と保健省のサービスを同様に受ける（約20%）。
- 5) 社会保険に加入せず、社会保険庁と保健省のサービスを同様に受ける（約20%）。
- 6) 社会保険に加入せず、主に保健省のサービスを受ける（約15%）。
- 7) 社会保険に加入せず、保健省にもカバーされない（約5%）。

図6-1 保健医療サービスの利用状況



出所：Ministerio de Salud, "Consideraciones sobre la Modernización y Reforma del Sector Salud en Panamá", 1995, p.26

6-3-2 公共および民間医療施設の利用

(1) 入院診療

PAHOによると、1992年の退院件数は、21万9,317件であり、そのうち21万6,022人が急性患者であった。そのうち、19万1,825人(88.8%)は公共医療施設からの、2万4,197人(11.2%)は民間医療施設からの退院であった。公共の医療施設からの退院のうち、13万1,035人(68.3%)は保健省の施設からの退院であり、6万790人(31.7%)は社会保険庁の施設からの退院であった。慢性疾患ケアの施設からの退院は3,295人で、3,246人が保健省の施設から、49人が社会保険庁の施設からの退院であった。

1991年の急性疾患ケア病院の占有率の平均は60.2%で、保健省の病院が60.6%、社会保険庁の病院が68.4%、民間病院は41.7%であった。急性患者の平均入院日数は、公共病院で5.5日、民間病院で5.4日であった。また精神科病院における平均入院日数は125.4日、リハビリテーション病院における平均入院日数は127日であった。

(2) 外来診療

1990年には、289カ所の公共保健医療施設で、約587万の外来患者数が報告された(64のサブセンター、315のヘルスポストからは報告がなかった)。その内訳を表6-3に示す。また、保健省の施設の外来患者の37.3%が社会保険の加入者であったのに対し、社会保険庁の施設の外来患者の90.3%は社会保険の加入者であった。

表6-3 外来患者の内訳(1990年)

(単位：%)

公共保健医療施設名	外来患者計に占める割合
病院	17.6
保健センター	26.5
サブセンター	0.88
ヘルスポスト	0.13
保健省の施設計	45.1
病院	15.1
ポリクリニック	39.8
社会保険庁の施設計	54.9

出所：PAHO, Health Conditions in the Americas, 1994 edition, Vol. II, 1995, p.333

6-3-3 伝統医療

パナマでは、一般的に近代医療が受け入れられているが、地理的事実等で、近代医療サービスを受けられない人々（保健省担当官によれば、全人口の5%程度）が主な伝統医療のサービスの利用者である。利用者は先住民の多く居住する地域に集中している。伝統医療の利用状況は保健省の統計には現れてこないため、把握することは困難である。

UNICEFは保健省と共同で伝統的産婆（TBA）の知識向上のため研修会を催し、簡単な医療キットを配って、清潔な分娩介助を促し、ハイ・リスクの妊婦を医療機関に照会するよう勧めている。

ほかにクランデロ（治療師）、ウエセロ（整骨師）、イエルベロ（薬草師）などが過疎地域や、都市部の貧困地域で活動していると言われているが、その数は知られていない。

また、都市部では、鍼灸など、東洋医学の利用も見られる。

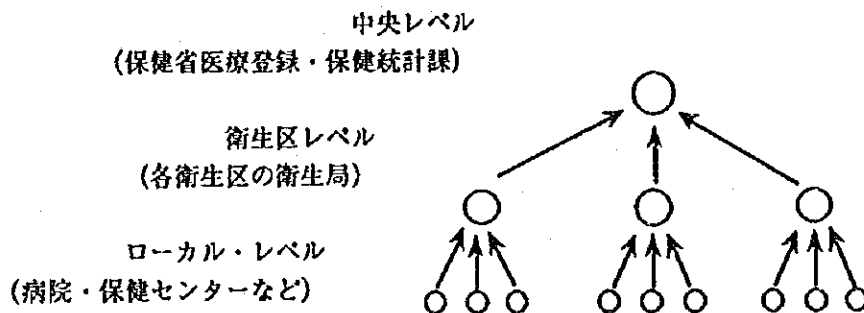
6-4 医療情報システム

6-4-1 医療情報システムの現状と問題点

現状の医療情報システムは一つの系統立ったものではなく、三つの主なサブ・システムに分かれている。

- (1) 保健省医療登録・保健統計課にくる、公共医療部門の入院、外来診療に関する情報
ローカル・レベル（病院、保健センターなど保健医療施設）から衛生区へ送られ、衛生区から中央レベルに送られてくる（図6-2参照）。大量の情報が送られてくるが、戦略的に指標化されたり、管理のために使われることはほとんどない。サービスの提供数の情報はあっても、ヘルス・リスクに関する情報はない。

図6-2 情報の流れ（入院・外来診療に関する情報）



出所：保健省医療登録・保健統計課内部資料

このサブ・システムに関しては、以下のような問題点が指摘されている。

- 1) ローカル・レベルではデータを中央に送ることのみ熱心で、データを分析して、決定に利用することには関心がない。
- 2) 情報項目は保健統計と事務管理的統計が一緒になっていて組織化されていない。
- 3) 各プログラムごとに縦割りのように情報が処理され、他のプログラムの情報と統合されない。そのため、ローカル・レベル、衛生区レベルでの意思決定のための総括的見方を妨げる。
- 4) 事務管理部門の情報（人的資源、保守維持、医薬品、物品購入・供給、会計・予算関連の情報）は中央でデータを集積することに重点が置かれ、意思決定のための情報としてはあまり利用されていない。
- 5) 各プログラムごとに計画立案、実施、評価を行っているため、各プログラムごとに独自のフォーマットが末端レベルに送られる。そのため末端の情報担当スタッフの事務仕事が増え、イニシアティブを得にくくしている。（担当スタッフは仕事時間の4分の1を書き入れるのに割っている。）
- 6) 中央レベルからローカル・レベルへの情報の還元が組織的に行われていない。

- 7) 報告データの確認は行われておらず、情報の質に問題がある。
- 8) 情報担当スタッフのトレーニングが不足している。
- 9) 情報処理に必要な機器が不足しており、また、機器の購入に計画性が欠けるため、施設ごとの機器に互換性がない場合もある。

(2) 一般会計監査院が管轄している出生、死亡、死因に関する情報

だいたい2年遅れでまとめられる。地域によっては出生、死亡の登録漏れの比率の高い所がある。死因に関しては、医師による診断書が無い場合、登録補助員によって決められている。

(3) 疫学的監視システム

PAHO、IDBなどの支援を受けて、保健省が整備を進めている。主要な感染症に関しては、週ごとに医療施設からの報告が義務付けられており、4週間ごとに保健省の疫学課の月報で発表されている。

6-5 医療保険制度

1941年に社会保険庁が設立され、公務員およびパナマ地区およびコロソ地区 (district) の民間企業の労働者を対象とした個々の保険組合が一つにまとめられた。設立当時の加入者は3万8,148人にすぎなかったが、その後対象地域を広げ、被保険者の扶養家族まで対象を広げ、95年時点では全人口の58.1%が対象人口となっている(表6-4参照)。そのうち38.6%が保険料を支払っている現役人口であり、61.4%が扶養家族もしくは年金受給者である。

現在社会保険庁が行っているプログラムには次の三つがあり、プログラムごとに保険料率が設定されている。

- 1) 疾病および母性に対する医療保険
- 2) 障害・老齢・死亡年金
- 3) 労働災害補償

疾病および母性プログラムの保険料は以下のようにになっている。

- a) 雇用主が労働者の給与の8.0%相当額を負担
- b) 労働者が給与の0.5%を負担
- c) 年金受給者は、年金の6.75%を負担

表6-4 社会保険庁がカバーする人口の比率の推移

(単位：%)

	カバー人口比率
1941年 ^{*1}	6.6
1950年 ^{*1}	6.1
1960年 ^{*1}	7.0
1970年 ^{*1}	21.7
1980年 ^{*1}	49.8
1985年 ^{*1}	59.7
1990年 ^{*1}	48.2
1995年 ^{*2}	58.1

出所 *1 : Caja de Seguro Social, 50 Años de Estadística de Seguridad Social, 1941-91, 1991, p.34

*2 : 社会保険庁内部資料

6-6 救急医療システム

病院には24時間の救急診療があり、入院設備を持った保健センターは救急患者を受け入れることになっている。保健省の病院の救急車は患者を運ぶための機能しかなく、医療スタッフは乗っていない。社会保険庁の病院の救急車にはパラメディカルが同乗している。首都パナマ市、コロン市を中心に、国内に約200人の救急救命士がいるが、彼らは民間の救急サービス会社や民間病院で働いている。

首都圏では事故の場合、警察、必要に応じて警察から赤十字、消防署に救急車の出動が依頼される。地域、緊急性に応じ、空軍の空・海上輸送機が利用されることもある。

6-7 試験研究機関

政府も保健セクターも保健研究に関しての明確な計画、政策をもっておらず、ゴルガス記念研究所およびヒューマン・リプロダクション研究所の二つが保健分野の研究を行っているのみである。

(1) ゴルガス記念研究所

1) 概要

ゴルガス記念研究所 (El Laboratorio Conmemorativo Gorgas) は、パナマ運河建設時に黄熱病、マラリア対策に貢献した米国のウィリアム・ゴルガス博士 (1854~1920年) を記念して、1929年にベリサリオ・ボラス大統領によって設立された熱帯医学研究センターである。30年にはマラリアに関する最初の調査が実施されたが、その後研究が組織化され、マラリアをはじめ、黄熱病、シャーガス病、リーシュマニア症、アルポウイルス、レトロウイルス等の研究調査が開始され、熱帯医学研究の重要な中心として発展してきた。90年9月30日まで同研究所は米国のゴルガス記念協会によって運営されてきたが、同協会の研究所からの引き上げにより、同年10月以降は、パナマ保健省の管轄下に置かれることとなった。94年の法令によって、研究所は「ゴルガス記念保健研究・情報センター (Centro Conmemorativo Gorgas de Investigación e Información en Salud)」と改められ、保健省の政策立案を調査研究、情報の面から支える機関となった。しかし、90年以降の財源および人員不足により研究活動は縮小しており、十分に機能しているとは言い難い。

1995年現在同研究所は、以下のような構成になっている。

執行部

情報・資料センター

生態・自然歴史学科 (昆虫、毒物、動物学)

寄生虫学科

細菌学科

生物社会心理学科

一般および専門 (熱帯病) 臨床医学科

2) 研究業績

発足以来現在まで、1,100以上の学術論文を世に送り出した。また、外国基金、パナマ保健省等からの委託・協力を受けて様々な調査研究プロジェクトを実施してきた。

3) 現在の役割

国内外の高次専門検査所としての機能のほか、国家疫学監視システムを診断の面からサポートし、デング熱、黄熱病、結核、トキソプラズマ症、リーシュマニア症、マラリア、シャーガス病の監視に参画している。また、他の医療機関から照会移送されて来たこれらの疾患の患者の診断、治療を行っている。

また、スミソニアン熱帯研究所、ニューヨーク自然史博物館、WHO、PAHO、アラバマ大学等国内外の研究機関と技術・情報交流を行っている。

(2) ヒューマン・リプロダクション研究所

1987年にWHOの支援を受けて設立された。保健省の管轄下にある。PAHOは92年にも同研究所に10万USドルを超える支援をしており、その43.5%は機材、物品の購入、28.0%は人材支援にあてられている。

このほか、パナマ大学医学部に公衆衛生の修士課程（保健医療サービスの管理、組織、計画専攻および疫学専攻）、看護学部に修士課程（母子保健専攻および成人集中看護専攻）がある。

第6編 参考資料

- ・ 在パナマ日本大使館 【パナマ・データベース 1995年版】 在パナマ日本大使館 1995
- ・ 社会保険庁内部資料
- ・ 保健省医療登録・保健統計課内部資料 1993
- ・ Caja de Seguro Social, 50 Años de Estadística de Seguridad Social, 1941-91, Caja de Seguro Social, 1991
- ・ P A H O, Health Conditions in the Americas, 1994 edition, Vol. II, P A H O, 1995
- ・ Caja de Seguro Social, "Modernización de la Caja de Seguro Social: Una Propuesta hacia el 2000", Caja de Seguro Social, 1995
- ・ Centro Conmemorativo Gorgas, "Proyecto de Estructuración del Actual Centro Conmemorativo Gorgas de Investigación e Información", Centro Conmemorativo Gorgas, 1995
- ・ Contraloría General de la República, Situación Social, Servicios de Salud, 1992, Contraloría General de la República, 1995
- ・ Ministerio de Salud, "Consideraciones sobre la Modernización y Reforma del Sector Salud en Panamá", 1995

第7編 医療従事者と医学研修

7-1 各種医療従事者の状況

会計監査院の統計によると、1992年時点での医師一人当たりの人口は855人、看護婦一人当たりの人口は1,010人であった。

保健省によれば、医師の全体数は既に十分であり、国立大学の医学部の定員数を減少させようとする動きすらあるという。1992年時点において全国の医師の数は2,947人で、そのうち1,671人(56.7%)が専門医であった。医師のうちフル・タイムの仕事についているのは75.5%であり、他はパート・タイムの仕事にしかついていない。

全国の看護婦の数は同年2,483人で、医師数よりも少なくなっている。保健省の保健医療機関では、特に地方において、ニーズはあるものの看護婦のポストの数が少ないことから、看護婦の数が十分ではない。国内のポストが十分でないこともあって、ブラジル、イタリアなどに出稼ぎに行く看護婦も少なくないという。保健省の年報によると、国内の看護婦の失業問題の緩和策の一貫として、パナマ政府は隣国コスタ・リカ政府と80人のパナマ人看護婦がコスタ・リカで就業するための協定を結んだ。1991年には67人のパナマ人看護婦が2年間の契約でコスタ・リカに入国している。

栄養士は養成学校が国内になく、留学して資格を取った栄養士が少数いるのみであり、絶対数が不足している。

表7-1 医療従事者数*1 (1992年)

(単位:人)

医師	歯科医師	薬剤師	看護婦	検査技師	放射線技師	看護助手
2,947	571	113*2	2,483	679	325	3,049

*1: 公共・民間共

*2: 入院設備を備えた保健医療施設に勤務する薬剤師数のみ

出所: Contraloría General de la República, Situación Social, Servicios de Salud, 1992, 1995, pp. 11~21

パナマの医療従事者における問題として、人材が都市部に偏在していることが挙げられる。医療従事者を人口1万対の指標で表すと、全国では、医師が11.7、歯科医師2.3、看護婦9.9であるが、都市部、とりわけ第一の都市パナマ市、第二の都市コロンの市では高く、農村部では低くなっている。医師、歯科医師、看護婦の人口1万人当たりの数を都市部・農村部別、県別、市で表7-2に示す。

表7-2 地域別人口1万人当たりの医師、歯科医師、看護婦数

(単位：人)

		医師	歯科医師	看護婦
全国		11.7	2.3	9.9
都市部		19.8	3.5	16.5
農村部		2.6	0.8	2.2
県	ヴェラグアス	5.2	2.0	4.5
	エレラ	8.9	1.7	5.8
	コクレ	5.5	1.8	5.5
	コロン	8.7	0.7	6.9
	ダリエン	4.7	1.6	4.4
	チリキ	7.5	1.6	8.3
	パナマ	17.2	3.0	13.7
	ボカス・デル・トロ	5.2	2.0	4.5
	ロス・サントス	10.3	2.2	8.3
	サン・ Blas 自治区	3.6	1.3	3.1
市	パナマ	37.5	6.0	30.7
	コロン	21.2	1.0	16.0

出所：Contraloría General de la República, Situación Social, Servicios de Salud, 1992, 1995, pp. 11~21

医療従事者の現況を医療現場に携わっている青年海外協力隊員および訪問した保健所職員からの聞き取りからいくつか紹介する。

- ・診療時間は午前8:00から午後4:00までであるが、医師は1日30~35人の患者を診ればよいことになっており、ノルマが終わると患者がいても帰ってしまう。
- ・基本的衛生知識が低く、例えば子宮頸癌検診の際に検査器具は使用後お湯をかける程度で再利用し、消毒を十分にしない。注意しても、いままでこれで問題なかったからと取り合わない。
- ・保健省の医療施設で働く医師の場合、農村部では都市部より給与面でわずかではあるが優遇されている。しかし、都市部の方が勤務時間後自宅の診察室などで副収入を得られるため、医師は農村部には行きたがらない。

7-2 医療従事者養成制度と養成機関

政府は、医療従事者の養成に関しての国家計画や戦略的視点に欠けており、公共部門の医療サービスを提供している保健省、社会保険庁の医療施設における人的資源のニーズについての適切な評価をすることのないまま、養成機関で医療技術者を養成しているのが現状である。

医療従事者の養成機関としては、国立のパナマ大学に医学部、薬学部、看護学部、歯学部があり、毎年平均80人の医師、20人の薬剤師、90人の看護婦、35人の歯科医師を卒業させている。保健省の一部には、パナマ大学医学部の定員を減らすべきという声がある一方、医学部など保健関連学部をもった私立大学が開設される予定である。このほか、メキシコ、コスタ・リカ、ブラジルなど外国の医科大学へ行く者が若干いる。

上記4学部への入学資格は、6年間の中等教育終了後、入学試験に合格しなければならない。医学部の場合、毎年約900人が受験し、約200人が入学するが、そのうち卒業できるのは約80人である。修業年限は、医学部および歯学部が6年、薬学部が5年（4.5年に短縮される予定）、看護学部が4年である。大学病院がないため、保健省や社会保険庁の保健医療施設で実習を受ける。

医師の場合、卒業後、2年間の社会実習（首都圏および地方で各1年ずつ）が義務づけられており、社会実習終了後就業資格が与えられる。医学部卒業者の50%が何らかの専門課程に進んでいる。

4年制の看護課程はパナマ大学のほか、アスエロおよびチリキの地域センターの2カ所があり、毎年約200人の看護婦が養成されている。パナマ大学には看護学科に修士課程があり、母子保健および成人集中看護の二つの専攻がある。

看護助手は、病院で働きながら教育を受け、養成される。

第7編 参考資料

- Contraloría General de la República, Situación Social. Servicios de Salud. 1992, Contraloría General de la República, 1995
- P A H O, Panamá. Humanizando el Sector Salud, P A H O, 1994
- P A H O, Health Conditions in the Americas. 1994 edition. Vol. II, P A H O, 1995

第8編 環境衛生・労働衛生

8-1 環境衛生

パナマにおいて環境衛生を管轄している公的機関は、保健省の環境衛生部、再生可能天然資源庁の人類生態課、国家環境委員会および水資源・電化庁であるが、これらの機関間の連絡は直接にはとられておらず、主に水・衛生施設・環境の機関間委員会 (Interinstitutional Committee on Water, Sanitation, and the Environment) を通じて調整を行っている。

飲料水およびトイレなどの衛生施設に関連する事業は、保健省、上下水道設備庁 (ID A A N)、社会緊急基金 (F E S) の三つの公的機関が投資の約95%を実施している。F E Sは1990年以降この事業に参加している。三つの公的機関の投資額および割合を表8-1に示す。80年代は、パナマのみならず、ラテン・アメリカ諸国全般にとって、債務危機および先進工業国の経済停滞により、海外からの資金獲得が困難であったが、特にパナマにおいては、1987～89年にかけての政治経済危機により、保健のみならず、すべての公共投資に支障を来した。

三つの機関の中では役割分担がなされており、保健省は人口500人までの農村地域および先住民地域を対象に、I D A A Nは人口500人を超える都市部を対象に、社会緊急基金は貧困地域 (スラム地域、先住民の多い地域) を対象にしている。公的機関のほかには、Fe y Alegria、Visión Mundial、Fundación TechoなどのN G Oが5%程度の建設投資を実施している。

表8-1 公的機関の飲料水・衛生施設への投資

(単位：金額は1,000USドル、割合は%)

	1980～88年		1990～92年	
	金額	割合	金額	割合
IDAAN	60,581.2	86.0	19,410.8	73.1
保健省	10,699.6	15.0	1,112.0	4.2
FES	0.0	0.0	6,025.9	22.7
計	71,281.3	100.0	26,548.7	100.0

出所：UNICEF, Tendencias y Desafios del Desarrollo Social en Panamá, 1994, p.34

8-1-1 飲料水

飲料水の普及率は、1980年と90年の国勢調査の結果を比較すると、10年間に2%しか向上していない(表8-2参照)。これは、80年代後半の経済危機が影響し、人口の増加に対応して給水率を保つのが精一杯であったことによる。

県別に見てみると、給水人口はいずれの県でも増加しているが、給水率はサン・ブラス自治区、ボカス・デル・トロ、ダリエンで低下している(表8-2参照)。ただし、1980年の国勢調査では先住民の経済社会条件を調査していないのに対して、90年の国勢調査では先住民が含まれているため、実際に向上したのか悪化したのかは判断ができない。

また、都市部と農村部の飲料水の普及率では大きな格差が見られ、1990年では都市部の普及率98%に対して、農村部では62%にすぎない。

表8-2 県別飲料水の普及率*

(単位：給水人口は人、給水率は%)

	1980年		1990年	
	給水人口	給水率	給水人口	給水率
パナマ	733,681	93.1	1,003,300	95.0
ロス・サントス	55,464	79.9	68,847	90.4
コロン	104,979	81.7	142,966	86.2
エレーラ	59,815	73.6	76,816	82.4
コクレ	91,468	65.6	134,231	77.8
チリキ	162,051	64.0	242,372	66.1
ヴェラグアス	87,855	53.2	123,889	61.5
サン・ブラス自治区	803	84.4	20,508	60.4
ボカス・デル・トロ	26,492	74.9	51,514	55.6
ダリエン	6,954	40.7	14,196	32.6
全国	1,329,562	79.2	1,878,669	81.6

* 1980年および90年の国勢調査より

出所：UNICEF, Tendencias y Desafios del Desarrollo Social en Panamá, 1994, p.32

1990年に給水人口とされている人々の給水方法を表8-3に示す。

表8-3 飲料水の入手状況

(単位：給水人口は人、割合は%)

	家の中の水道		家の外の水道		衛生的な井戸		給水車		計	
	給水人口	割合	給水人口	割合	給水人口	割合	給水人口	割合	給水人口	割合
全国	1,162,460	61.9	648,418	34.5	57,440	3.1	10,351	0.6	1,878,669	100.0
都市部	897,954	47.8	302,530	16.1	9,758	0.5	7,141	0.4	1,217,383	64.8
農村部	264,506	14.1	345,888	18.4	47,682	2.5	3,210	0.2	661,286	35.2

出所：Contraloría General de la República, Panamá en Cifras, 1993, 1994, p.202

8-1-2 衛生施設

衛生施設（トイレ）の普及は、1980年と90年の国勢調査の比較では、衛生施設を持つ人口は増加しているものの、普及率は低下している（表8-4参照）。国全体ではトイレの普及率は高いレベルにあるが、ダリエン、ボカス・デル・トロ、サン・ブラス自治区では低くなっている。また、トイレの施設別利用状況を表8-5に示すが、堀穴便所の割合が高く、下水設備と繋がっているトイレの割合は低いことがわかる。

表8-4 県別衛生施設（トイレ）の普及率*

(単位：人口は人、普及率は%)

	1980年		1990年	
	人口	普及率	人口	普及率
パナマ	756,336	96.0	1,020,996	96.7
ロス・サントス	124,748	89.4	159,811	92.7
コロソ	60,516	87.1	69,837	91.7
エレエラ	115,064	89.5	151,916	91.6
コクレ	65,639	80.8	82,805	88.8
チリキ	216,792	85.6	292,639	79.8
ヴェラグアス	103,532	62.7	137,917	68.5
サン・ブラス自治区	28,383	80.2	54,750	59.1
ボカス・デル・トロ	168	17.7	14,865	43.8
ダリエン	6,176	36.1	13,373	30.7
計	1,444,353	88.0	1,998,909	86.8

* 1980年および90年の国勢調査より

出所：UNICEF, Tendencias y Desafíos del Desarrollo Social en Panamá, 1994, p.33

表8-5 トイレの施設別利用状況

(単位：%)

	個別	共同	設備なし
掘穴便所	40.8	4.9	
下水設備と繋がっている	23.1	3.4	
腐敗タンクと繋がっている	13.6	1.1	
計	77.5	9.4	13.2

出所：Contraloría General de la República, Panamá en Cifras, 1993, 1994, p.205

飲料水、衛生施設に関連する主な問題点は以下のとおりである。

- 1) 都市部と農村部の格差。
- 2) 運営、メンテナンスの問題。IDAANの場合は、特に1991、92年に生産された飲料水のうち、46%しか料金が請求されていない。
- 3) 1980年代には飲料水により重点がおかれ、設備投資は衛生施設よりも飲料水に対して向けられた。
- 4) 普及率が既に高い地域により設備投資が偏っている。
- 5) コストの高い技術が優先的に使われており、適正技術に重点が置かれていない。
- 6) 水資源の汚染。
- 7) 飲料水の水質の問題と衛生施設の欠如による下痢症、アメーバ赤痢などの感染症の増加、およびコレラの問題。
- 8) 森林伐採による水資源の減少。
- 9) 環境関連の法規のシステム化の欠如。

8-1-3 住宅環境・交通環境

(1) ゴミ処理

1985年に首都衛生部(DIMA)が設立され、パタコン丘の処分場が既存の処分場のほかに建設されたことにより、パナマ市およびコロンのゴミ処理の問題は一部解決された。DIMAがほとんどの固形廃棄物の回収を担当しており、このほか、運河委員会、パナマ市、市および国の道路清掃サービス、民間の専門業者も役割を果たしている。20~30%のゴミの回収はしばしば数日間遅れがちである。パタコンの処理場は効率的に機能しているが、拡張の必要がある。92年には、都市部の固形廃棄物の75%、農村部の固形廃棄物の40%が回収されている。また、回収されたゴミのうち、都市部では60%が適切に処理されているが、農村部では、適切に処理されているゴミは、10%にすぎない。

(2) 住宅環境

1990年の国勢調査によると、パナマでは電気の普及は72.8%と国全体ではかなり高くなっている。しかし、サン・ブラス自治区、ダリエンではそれぞれ7.5%、18.4%にすぎず、地域格差が大きい。

テレビやラジオなどのメディアは予防接種、コレラ対策などのキャンペーンで利用されているコミュニケーションの手段である。テレビの普及率は全国で65.6%であるが、電気の普及が遅れているサン・ブラス自治区、ダリエンではそれぞれ7.5%、12%と低い。ラジオは識字率の低い所、電気の普及していない所でも有効なメディアである。その普及率は、全国では74.7%と高いレベルにあるが、サン・ブラス自治区、ダリエンではそれぞれ49%、43.8%と低く、これら2地域に国内外の政治的、文化的情報から取り残されている人口の多いことがうかがえる。

電話の普及率は国全体で28%とまだ低く、特にサン・ブラス自治区、ダリエンではそれぞれ0.0%、1.4%と、全くあるいはほとんど普及していない。

(3) 交通環境

鉄道は限られた役割しか果たしておらず、道路・車両が主な国内の移動手段である。1994年現在の道路総延長は1万303kmであり、舗装率は33.4%となっている。主要道路はパン・アメリカン・ハイウェイの一部を成す東西の中央道路(ダリエンまでは延びていない)およびパナマ市およびコロンを結ぶ地峡間横断道路である。主要道路以外の舗装率は低く、特に雨期の山間部の道路事情は悪く、アクセスを難しくしている。車両台数は増加傾向にあり、92年の自動車登録台数は約21万台である。

8-1-4 公害

環境汚染の問題は増加している。保健省、再生可能天然資源庁などが環境の保全を管轄しているが、適切な技術的手段、クライテリア、基準が確立されていないため、問題に十分対応することができない。

(1) パナマ湾の汚染

近年重要視されているパナマ湾の汚染については、適切な下水処理がなされずに川や湾に流される家庭廃水・糞尿および産業廃水による汚染が40%、川や海に廃棄されるゴミによる汚染が30%、パナマ運河を利用する船舶から流れ出る石油による汚染が20%、公共市場からの食物などの廃棄物による汚染が5%と言われている。市場で売られている食物が汚水にさらされることによるコレラ、赤痢などの感染症の伝播、悪臭などによる住環境の悪化、水産業への影響、観光業への影響、生態学的影響が汚染が進行するにつれて、懸念されるようになった。関連対策プロジェクトとしては、IDBが1996～2000年に保健省の「パナマ湾および都市衛生計画」に対して1億500万USドルの融資をすることになっている。

(2) 大気汚染

大気汚染に関しては、確かな情報はない。1987年にパナマ市で実施された汚染源のラピッド・アセスメント手法による調査によると、1日当たり放出された粒子の平均は100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以上、煙を排出する産業がその70%の汚染源となっていることがわかった。主な静止発生源は、魚加工品、工場、セメント・石灰・土の加工工場、畜殺場、コーヒー焙煎工場、民間の火葬業者などであり、主な移動発生源である自動車も台数が増加している。

(3) その他の環境問題

無秩序な焼畑移動耕作等により森林破壊がここ数十年の間に加速されてきており、問題となっている。1947年に約520万haあった森林が、約250万haになっており、現在毎年7万haの森林が破壊されていると見られている。森林破壊を最小限に食い止め、そこに生息する動植物を保護するために、国土の18%に相当する約130万ha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、さらに六つのパナマ運河や主要河川の流域が重要地域として指定されているが、これらの努力もまだ十分とは言えない状況である。

化学物質の環境への散布も近年増加している問題である。近代農業（特にチリキ、コクレ、ヴェラグアス各県）での米の生産での使用のため大量に輸入される殺虫剤による環境汚染が過去20年間懸念されている。

8-2 労働衛生

労働衛生の担当機関は保健省、労働省および社会保険庁であるが、1970年3月31日の内閣法第68に基づいて、国家公務員および民間企業の労働者の労働保健関連サービスは社会保険庁が集中して行っている。保健省は、労働保健を統括する役割が与えられているものの、現在までに活動実績はなく、プログラム、規範整備を進めている段階である。

以下現行の社会保険庁の労働保健プログラムについて説明する。前述の内閣法第68に基づき、1970年7月に労働災害補償プログラムが開始された。補償内容は以下の通りである。

- 1) 治療
- 2) 一時的障害に対する助成金
- 3) 生涯にわたる部分的および絶対的障害に対する年金
- 4) 死亡の場合の遺族年金

保険料は雇用主が負担し、保険料率は企業の業種によりリスクが5段階に分けられ、給与の0.96～5.67%、平均で給与の1.5%が保険料として徴収されている。社会保険庁の統計によれば、1991年時点で就業人口の48.8% (417,600人) が社会保険に加入している。

社会保険庁のデータによると、1970～80年の間に労働事故による死亡は652件、91年時点における労働災害による年金支給件数は、生涯にわたる部分的障害に対して1,290件、生涯にわたる絶対的障害に対して269件、遺族に対して2,059件であった。労働災害による一時的障害に対する助成金の支給件数の推移を見ると、71年以降労働事故は徐々に減少しているが、労働疾病はむしろ増加している (表8-6参照)。また、産業セクター別では、農林水産業および製造業が労働事故、労働疾病ともに多くなっている (表8-7参照)。

表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

(単位：件、助成金額はUSドル)

	労働事故	移動中の事故	労働疾病	計	助成金額
1971年	32,797		279	33,076	1,183,236
1975年	33,153	1,127	1,130	35,410	2,206,842
1980年	26,608	1,252	1,216	29,076	3,135,105
1985年	21,362	1,104	1,401	23,867	7,414,027
1990年	13,317	778	1,023	15,118	3,833,300
1991年	14,227	1,499	1,434	17,160	3,607,906

出所：Caja de Seguro Social, 50 Años de Estadística de Seguridad Social, 1941-91, 1991, p.62

表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）

（単位：件数は件、割合は％）

	労働事故		移動中の事故		労働疾病	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
農林水産業	5,303	37.3	274	18.3	752	52.4
鉱業	62	0.4	.	.	3	0.2
製造業	3,499	24.6	234	15.6	273	19.0
建設業	713	5.0	47	3.1	48	3.4
電気・ガス・上下水道業	259	1.8	60	4.0	41	2.9
商業	1,720	12.1	262	17.5	75	5.2
運輸・通信業	159	1.1	19	1.3	7	0.5
サービス業	2,512	17.7	603	40.2	235	16.4
計	14,227	100.0	1,499	100.0	1,434	100.0

出所：Caja de Seguro Social, 50 Años de Estadística de Seguridad Social, 1941-91, 1991, p.63

保健省の労働保健担当官によれば、社会保険庁の労働災害対策は、現段階では災害発生後の助成や治療に活動が偏っており、予防対策は不十分である。また、就業人口の半数以上が社会保険には加入しておらず、特に農業従事者の80～85%、インフォーマルな販売業者、家内労働者などは社会保険に加入していない。これらの労働者は労働災害にあった際に保健省の保健医療施設で治療を受けられるが、現時点では保健省の施設ではこれらを労働災害として登録するシステムがないため、医療情報における労働災害による傷害、疾病のコード化、システム化が今後の課題である。1994年より労働者保健国家委員会が発足し、4年計画でシステム化、予防対策を展開していく予定である。

現在の労働保健における優先課題は、次の2点である。

1) 農業部門でのリスク（近代農業で大量に使われる農業による被害）

1989年にヴェラグアスにあるサンティアゴ病院で行われた調査によると、1984～88年の間に中毒で治療を受けた577人の患者のうち、37.3%は殺虫剤の使用によるものであった。最も中毒の原因となっている農業は、有機リン酸塩（38%）である。

2) 廃棄物に関連するリスク

1990年にパナマ市首都衛生部によっておこなわれた203人の廃棄物回収スタッフを対象にした調査によると、65%に寄生虫感染があった。また、39.4%のスタッフは手袋やブーツを使用していなかったことが分かっている。

第8編 参考資料

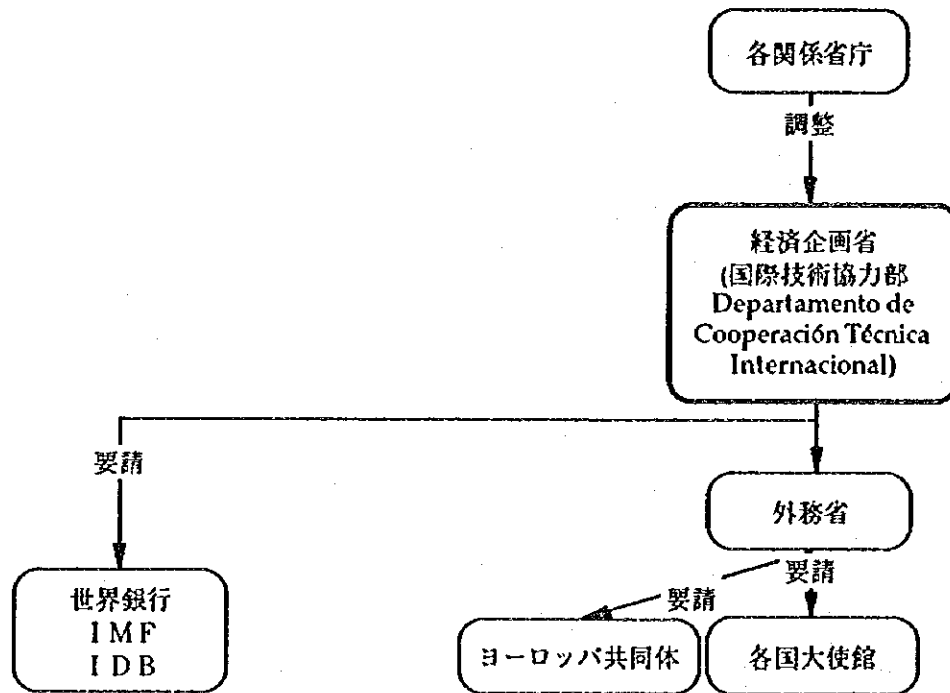
- Caja de Seguro Social, 50 Años de Estadística de Seguridad Social, 1941-91, Caja de Seguro Social, 1991
- Contraloría General de la República, Panamá en Cifras, 1993, Contraloría General de la República, 1994
- P A H O, Health Conditions in the Americas, 1994 edition, Vol. II, P A H O, 1995
- U N I C E F, Tendencias y Desafíos del Desarrollo Social en Panamá, U N I C E F, 1994

第9編 保健医療協力

9-1 協力要請機構

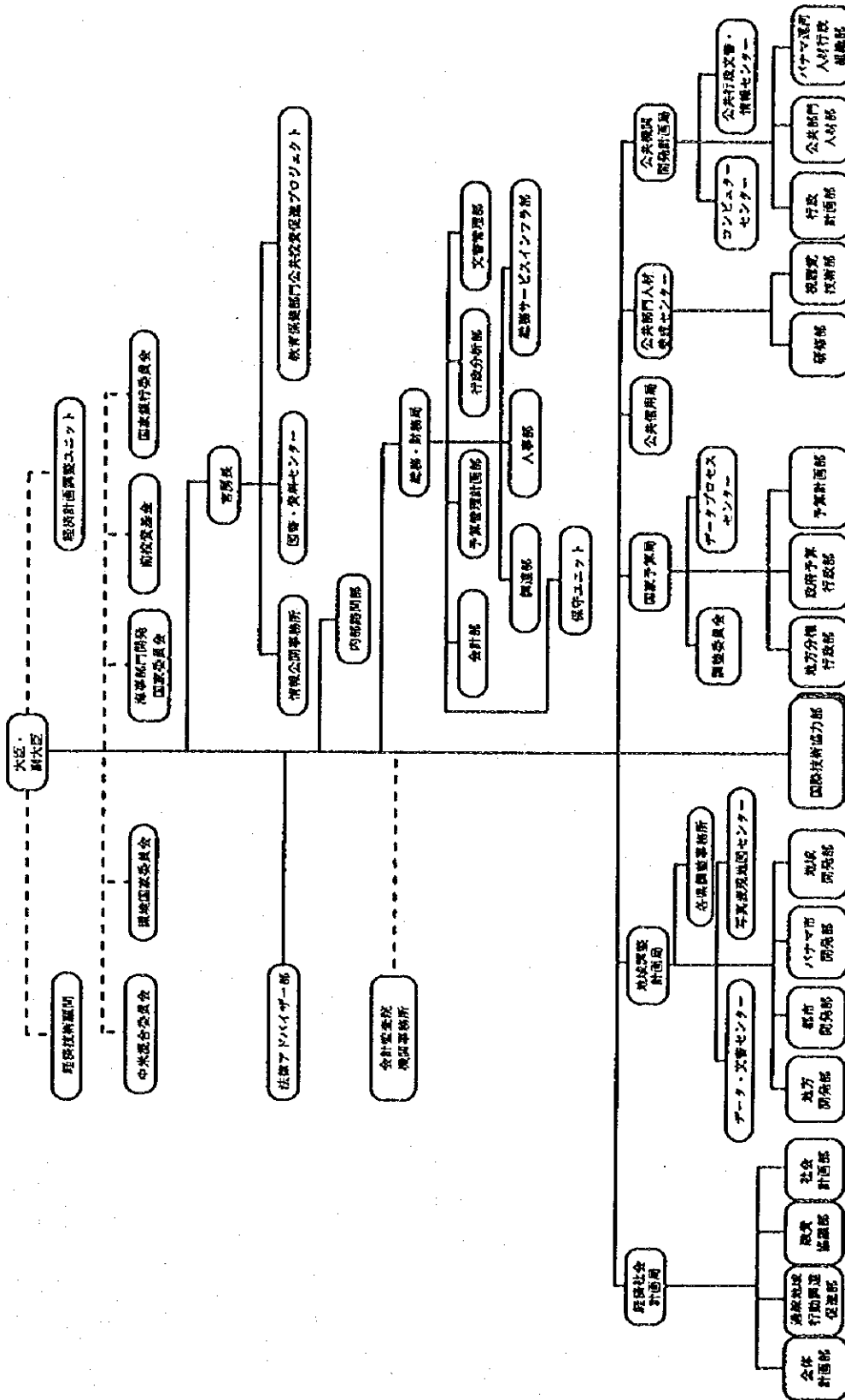
援助の要請は、国際機関に対しても、各国に対しても、関係各省庁から提案され、経済企画省の国際技術協力部で調整される。国際機関に対しては、国際技術協力部での調整後、要請に至るが、各国に対しては、国際技術協力部での調整後、外務省を通して正式に要請される。ただし、ヨーロッパ共同体に対しては、各国に対する援助の場合と同様に外務省を通して要請される（図9-1参照）。

図9-1 援助要請のための国内手続き



出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル パナマ」 1995

図9-2 経済企画省組織図



出所：国際協力事業団「国際協力情報ファイル パナマ」1995より一部修正

9-2 我が国を除く諸外国、国際機関、NGOの協力動向

(1) 援助動向

ODA純額は、1992年までは増加傾向にあったが、93年には減少した。パナマへの国際機関からの援助総額は、92年に世銀、IDB、IFAD等に債務の返済が行われたため、マイナス3,220万USドルとなったが、93年にはプラスに転じ560万USドルとなった。パナマへの二国間援助総額は85年より減少傾向にあり、89年には1,540万USドルにまで落ち込んだ。その後90年に米国からの援助が急増したのを皮切りに、二国間援助の総額は92年に至るまで増加の傾向にあった。しかし93年には米国と日本からの援助が減少したことにより二国間援助の総額は90年水準の7,400万USドルとなった(表9-1参照)。

表9-1 援助主体別ODA実績の推移

(単位：万USドル)

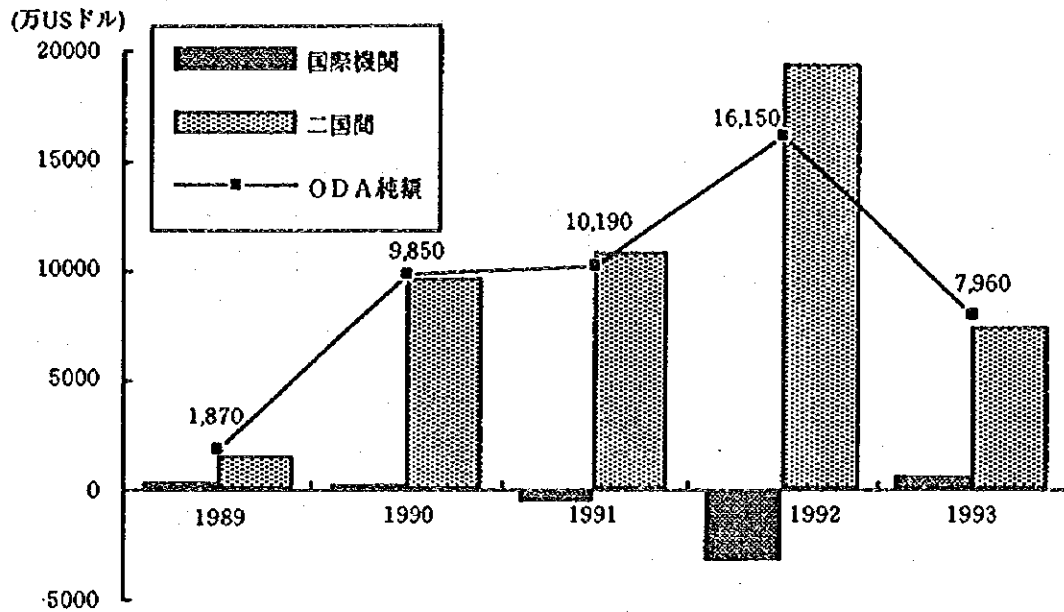
	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
国際機関 (計)	340	260	-580	-3,220	560
UNDP	120	110	170	770	1,160
CEC	10	30	30	130	200
UNTA	70	60	110	90	110
UNICEF	0	N.A.	N.A.	80	70
WFP	70	60	40	130	70
IDB	10	-40	-810	-4,030	-960
その他	60	40	-120	-390	-90
DAC加盟国 (計)	1,540	9,600	10,780	19,370	7,400
米国	700	9,700	9,600	12,400	4,800
日本	290	230	580	6,140	1,690
ドイツ*	130	190	190	290	300
スペイン	120	590	110	180	170
その他	300	-1,110	300	360	440
その他	-10	-10	-10	0	0
ODA純額 (計)	1,870	9,850	10,190	16,150	7,960

* 1990年までは旧西ドイツ

出所：OECD, Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients, 1995, p.155

表9-1から、パナマへのODA実績を国際機関と二国間に分けると、パナマへの援助の大部分が、二国間援助によるものであることが明らかである(図9-3参照)。

図9-3 援助主体別ODA実績

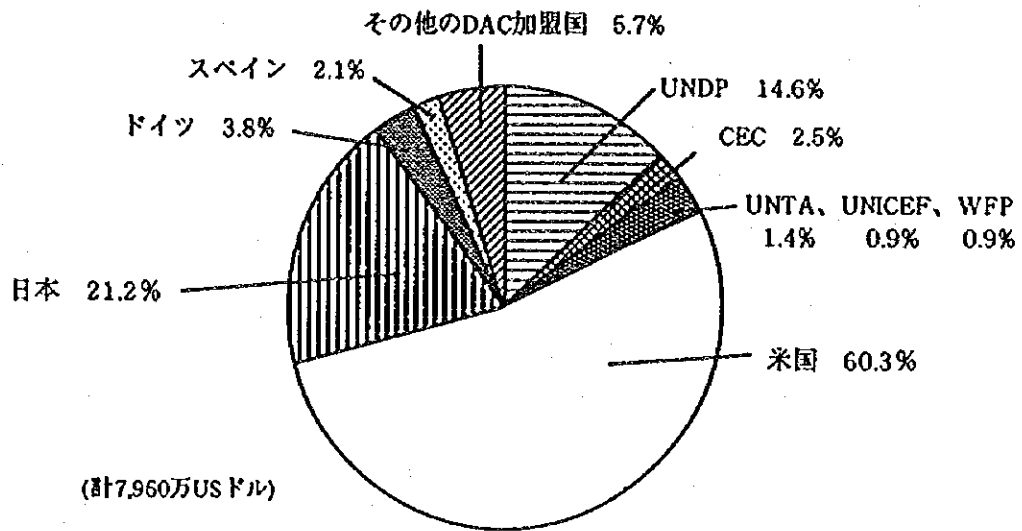


出所：表9-1より作成

(2) 1993年における援助主体別ODA実績

1993年における援助主体別のODA実績を見ると、二国間援助がODA総額の重要な部分を占めている。同年における二国間援助実績を見ると、一位が近年のトップ・ドナーである米国の4,800万USドルとなっており、全体の60.3%を占めている。その他日本1,690万USドル、ドイツ300万USドル、スペイン170万USドルなどが続いている。同年の国際機関の援助実績を見ると、UNDPが最も多く1,160万USドルで、欧州共同体委員会 (Commission of the European Communities, C E C) 200万USドル、国連技術協力正規プログラム (United Nations Regular Programme of Technical Assistance, U N T A) 110万USドル、UNICEF 70万USドル、世界食糧計画 (World Food Programme, W F P) 70万USドルなどがこれに続いている (表9-1及び図9-4参照)。

図9-4 DAC諸国・国際機関のODA実績（1993年）



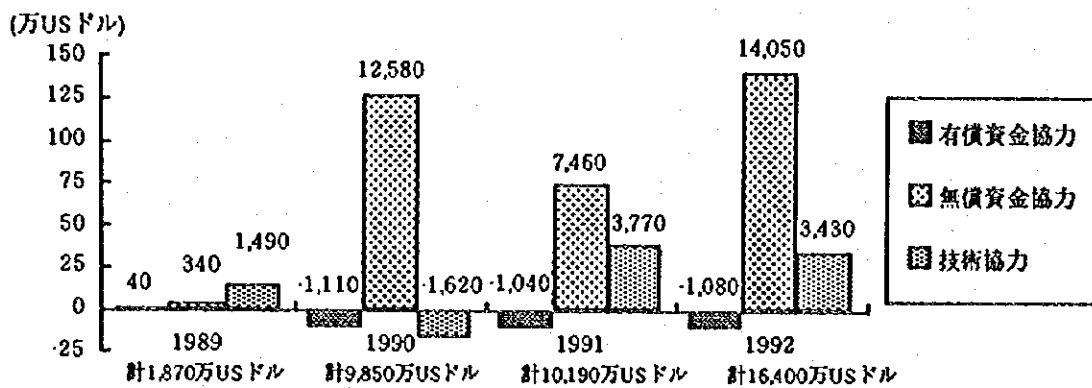
・ただし、IDBの-960万USドル、その他の国際機関の-90万USドルは除く。

出所：表9-1より作成

(3) 援助形態別ODA実績

パナマへの援助を形態別にわけると、1990年以降無償資金協力が中心になっている（図9-5参照）。

図9-5 援助形態別ODA実績



出所：国際協力事業団 【国別協力情報ファイル パナマ】 1995

(4) セクター別援助流入内訳

パナマへの援助をセクター別にわけると、不明が多いため注意が必要ではあるが、保健医療セクターに全体の1割程度が割り当てられている（表9-2参照、その内訳は表9-3参照）。

表9-2 セクター別援助流入内訳

(単位：%)

	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
教育	N.A.	2	1	1	1
保健・医療	N.A.	N.A.	10	N.A.	16
その他の社会インフラ	N.A.	87	71	35	1
給水・トイレ・下水施設	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0
エネルギー	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	0
通信	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
交通	N.A.	N.A.	N.A.	0	74
農業	N.A.	N.A.	N.A.	0	4
工業	N.A.	N.A.	N.A.	0	0
製造業	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
貿易・金融・観光	N.A.	N.A.	10	1	0
マルチセクター援助	N.A.	0	N.A.	34	4
プログラム援助	N.A.	N.A.	N.A.	26	N.A.
債務再建	N.A.	N.A.	N.A.	2	N.A.
食糧援助	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
緊急援助	N.A.	11	6	N.A.	N.A.
その他	N.A.	0	2	1	N.A.
計	N.A.	100	100	100	100

出所：O E C D, Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients, 1995, p.155

表9-3 保健医療分野への援助の内訳 (1991年)

(単位:1,000USドル)

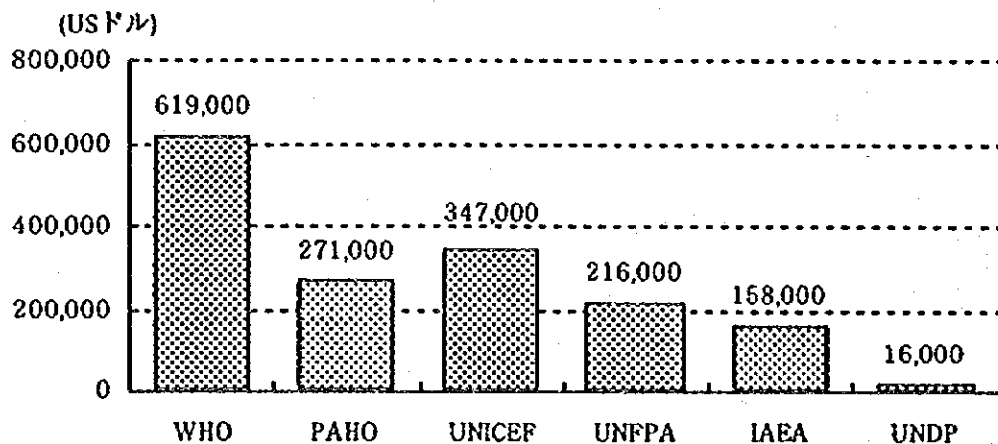
サブ・セクター	援助額
政策・計画	117
プライマリー・ヘルス・ケア	985
予防接種・感染症対策	557
家族計画	78
病院・診療所	259
計	1,996

出所: UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.52

9-2-1 国際機関

国際機関援助内訳では、1992、93年とUNDPが重要な位置を占めているが(表9-1参照)、保健医療分野への援助は少ない。91年の保健医療分野への国際機関援助では、WHO、PAHO、UNICEF、UNFPA、IAEAの順で援助額が大きかった(図9-6参照)。

図9-6 保健医療分野への国際機関による援助 (1991年)



出所: UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, pp.59~64より作成

(1) WHO/PAHO

WHOはPAHOに予算を配分し、共同して保健医療分野のプロジェクトを行っており、パナマにおける保健医療分野のプロジェクトの大半を占めている(表9-4参照)。PAHO(表9-5参照)は独自にもプロジェクトを行っており、最弱者層、特に母子、労働者、貧困者、高齢者、難民の健康状態の改善を重視している。

表9-4 WHOによる主な保健医療プロジェクト

(単位：1,000USドル)

機関 (実施機関)	内 容	期間	援 助 額	
			公約	1991年実績
WHO (保健省)	・中米地峡の住民の保健状態の改善及び、保健財政の発展と強化において、中米地峡諸国と共同する。	1988～92年	520	187
(PAHO)	・中米地峡住民がH I Vに感染する危険性と、A I D Sが社会に与える影響を低下させる。	1990～92年	802	274
(PAHO)	・野生種ポリオウイルス、新生児破傷風、ジフテリアを根絶する。	1987～91年	262	99
(PAHO)	・中米地峡諸国の住民全体、特に経済的に最も不利な立場にある住民に対し、質のよい基本薬剤へのアクセスを確保する。	1985～92年	340	59

出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.105, p.108, p.110

表9-5 PAHOによる主な保健医療プロジェクト

(単位：1,000USドル)

機関	内 容	期間	援 助 額	
			公約	1991年実績
PAHO	・栄養学の発展に貢献し、実際面への適用を促進する。また、食糧・栄養問題の解決のため、中米諸国とパナマの技術協力を促進する。	1975～92年	578	271

出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.110

(2) 国連児童基金 (UNICEF)

UNICEFでは、母子保健を重視している。

表9-6 UNICEFによる主な保健医療プロジェクト

(単位：1,000USドル)

機関 (実施機関)	内 容	期間	援 助 額	
			公約	1991年実績
UNICEF (保健省)	・1990年9月の世界子供サミットで合意された目標に従い、母子死亡率と栄養不良児比率を低下させる。	1991～96年	2,000	280
(保健省)	・サン・ミゲリート都市部の母子の保健状態の改善と、衛生環境の改善を促進する。	1988～91年	160	40
(保健省)	・先住民の衛生状態を改善し、下痢による病死率を低下させる。	1985～91年	150	28

出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.109, p.111

(3) 国連人口基金 (UNFPA)

表9-7 UNFPAによる主な保健医療プロジェクト

(単位：1,000USドル)

機関 (実施機関)	内 容	期間	援 助 額	
			公約	1991年実績
UNFPA (PAHO)	・パナマ保健省による女性と青年の保健に関するプログラムを、優先4地域において支援する。	1990～93年	105	105
(UNFPA)	・初等教育、国民教育、住民組織化、住民参加などによって、母子と青年への保健サービスの質を改善し、拡張する。	1985～91年	494	33

出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.111

(4) 国際原子力機関 (IAEA)

表9-8 IAEAによる主な保健医療プロジェクト

(単位:1,000USドル)

機関 (実施機関)	内 容	期間	援 助 額	
			公約	1991年実績
IAEA (サント・トーマス病院)	・サント・トーマス病院に核医学部門を新設する。	1982~91年	363	0
(IAEA)	・コンピュータ化された単光子 (single-photon) 造影のX線断層写真撮影システムの普及により、サント・トーマス病院の核医学部門を改善する。	1991~92年	127	72

出所: UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.105

(5) 国連開発計画 (UNDP)

1992年12月31日現在行われているプロジェクトは29件であり、援助額は400万USドル程度である。

援助重点分野は一般開発問題・政策・計画である。UNDPの第5次パナマ国別計画(1992~96年)では、その協力戦略として、

- 1) 国家の近代化と公共セクターの再編
- 2) 社会開発と貧困対策
- 3) 生産セクターの強化と雇用の促進
- 4) 環境・持続的開発

を掲げている。

UNDPの援助はパナマへの国際機関の協力においては重要な位置を占めているが、保健医療分野のプロジェクトは少ない。

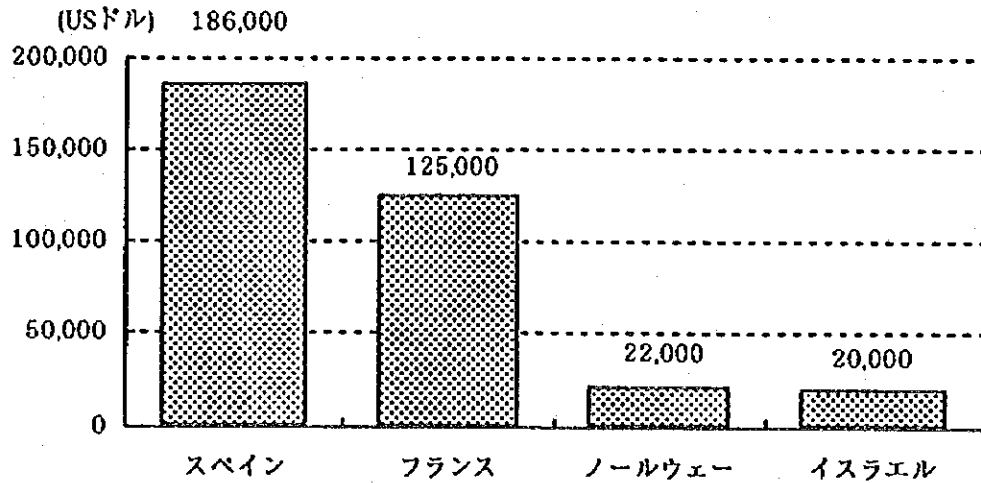
(6) 世界銀行

世界銀行は、1994年2月、農村の最貧層の栄養状態、水の供給と衛生サービスを改善しようとするパナマ政府に対し、2,500万USドルのローンにより支援を決定した。これが世銀にとってパナマの社会分野への初の支援となる。特に対象となるのは乳幼児と妊婦、授乳期の女性である。プロジェクトの期間は、94年7月1日~99年6月30日の5年間の見込みである。

9-2-2 我が国を除く二国間援助

二国間援助内訳では、1990年以降米国が6割以上を占めているものの（表9-1参照）、米国は、保健・医療分野の援助を行っていない。1991年の保健医療分野への二国間援助では、スペイン、フランス、ノールウェー、イスラエルの順で援助額が大きかった（図9-7参照）。

図9-7 保健医療分野への二国間援助（1991年）



出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", pp.62~64より作成

(1) スペイン

1987年にスペイン国際協力事業団(AECI)のパナマ事務所が開設され、90年に第1回パナマ-スペイン協力委員会(2年ごとに開催されスペインの対パナマ援助のパッケージが決められる)が開催されてから、本格的に対パナマ援助が開始された。地方保健衛生、環境(国立公園保護管理計画)、農業、住宅・都市インフラ整備、地方自治体への支援、人的資源開発(職業訓練等)に主に協力を行っている。各プロジェクトの予算は5~25万USドルと小規模なもので、総援助額は、200~300万USドルで毎年推移している。

表9-9 スペインによる保健医療分野の主な援助活動

(単位: 1,000USドル)

国名/ドナー (実施機関)	内容	期間	援助額	
			公約	1991年実績
スペイン /AECI (保健省)	・動物性加工品の貯蔵・加工・流通のための国家予防接種計画を支援する。	1990~91年	453	120
/AECI	・最貧層向けにタンパク質を含む高カロリークリームを生産する国家食糧計画を支援する。	1990~91年	66	7
/AECI (保健省)	・保健の地位と組織機能を政治レベルで再編成するため、保健省を支援する。	1991~92年	94	59

* AECI: Agencia Española de Cooperación Internacional スペイン国際協力事業団

出所: UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.108, p.111, p.113

(2) フランス

表9-10 フランスによる保健医療分野の主な援助活動

(単位: 1,000USドル)

国名/ドナー (実施機関)	内容	期間	援助額	
			公約	1991年実績
フランス /FAC (保健省)	・食糧安全計画のため2人の専門家を養成し、情報処理関連の資材を購入する。	1991~91年	122	122
(保健省)	・コレラ予防キャンペーンを支援する。	1991~91年	2	2

* FAC: Fonds d'aide et de Coopération (France) 援助協力基金(フランス)

出所: UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.107, p.109

(3) ノールウェー

表9-11 ノールウェーによる保健医療分野の主な援助活動

(単位：1,000USドル)

国名/ドナー (実施機関)	内容	期間	援助額	
			公約	1991年実績
ノールウェー /NORAD (PAHO)	・女性の保健問題に配慮した国家計画を作成する； これまで軽視され、後回しにされてきた女性グループを対象に、保健衛生面での自己管理について啓蒙する； 保健状態の改善に関し、女性の指導力と、責任ある活発な参加促進をめざし、性別特性を強調した保健とコミュニティーの参加を促進する。	1989～91年	25	22

* NORAD：Agencia Noruega de Desarrollo Internacional 国際開発ノールウェー支部

出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.113

(4) イスラエル

表9-12 イスラエルによる保健医療分野の主な援助活動

(単位：1,000USドル)

国名/ドナー (実施機関)	内容	期間	援助額	
			公約	1991年実績
イスラエル/ イスラエル政府 (社会保険庁)	・社会保険庁の職員に、エイズと労働衛生について、知識を伝達する。	1991～91年	20	20

出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe, 1991, p.112

(5) 米国 (USAID)

パナマの独立は事実上米国の庇護の下で達成されたことから、米国とパナマは独立以来特殊な関係にあったといえる。米国はパナマ運河の完成、運河地帯の利用等、この地域の政治的安定が自国の利益に直結しているとの認識から同地域に多額の援助を行っている。また、1999年にパナマ運河の所有権及び管理権がパナマに返還されることから予期される混乱と軍事政権の復活を防ぐため、経済安定、民主化に対する支援に関心を示している。米国は、保健医療分野では援助を行っていない。

(6) ドイツ

ドイツは、人的資源開発（職業訓練）、農業開発（農薬の安全使用等）、地域農村開発、麻薬撲滅等を中心に協力を行っている。

(7) イタリア

表9-13 イタリアによる保健医療分野の主な援助活動

(単位：1,000USドル)

国名/ドナー (実施機関)	内容	期間	援助額	
			公約	1991年実績
イタリア /DGCS (UNICEF)	・UNICEFと協力し、幼児の病気を予防する。	1985~91年	800	0

・DGCS：Direzioe Generale de Cooperazione Allo Suiluppo イタリア外務省
出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.113

(8) スイス

表9-14 スイスによる保健医療分野の主な援助活動

(単位：1,000USドル)

国名/ドナー (実施機関)	内容	期間	援助額	
			公約	1991年実績
スイス /EDA (EDA)	・パナマ市内にあるサント・トーマス病院を部分的に緊急再建する。	1990~91年	260	0

・EDA：Départememnt Fédérale des Affaires Etrangéves スイス外務省
出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.105

9-2-3 NGO

(1) 国内のNGO

国内のNGOは、経済企画省内の「周辺地域における活動の協調・促進部門 (Departamento de Coordinación y Promoción de Acciones en Areas Marginadas, COPRAM)」に任意登録している。保健医療関連のNGOを以下に挙げるが、主なNGOは、家族計画のパナマ家族計画 (APLAF A)、栄養関連のヌートレオガール (Nutre Hogar)、麻薬関連のパナマ白十字 (CBP) などである。政府からの資金支援はなく、活動は技術的支援のみである。NGOの活動はあまり活発ではない。

表9-15 保健医療関連の国内NGO一覧

ANCEC	Asociación Nacional Contra el Cancer 国家癌対策協会
ANADESAC	Asociación Nacional para el Desarrollo de la Salud Comunitaria コミュニティーヘルスの開発国家協会
APACSIDA	Asociación Panameña Contral el SIDA エイズ対策パナマ協会
APLAF A	Asociación Panameña para el Plancamiento de la Familia パナマ家族計画協会
APO	Asociación Panameña de Ostomizados 人工肛門形成施術パナマ協会
APRPSIDA	Asociación pro-prevencción del SIDA エイズ予防協会
CBP	Cruz Branca Panameña パナマ白十字
CIES	Centro Isteño de Estudios de Salud 保健研究の中米地峡センター
CSDT	Club Social y Deportivo Tronosa 社交・スポーツクラブ
CRP	Cruz Roja Panameña パナマ赤十字
FEMA	Fundación Educativa Médica Antidroga 対麻薬医療教育基金
N/D	Fundación Obsequito de la Vida (Gift of Life Foundation) ギフトオブライフ基金
FOS	Fundación Operación Sonrisa de Panamá パナマほほえみ作戦基金
FUNDACION	Fundación para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social ヘルスプロモーションと社会開発基金
GESTIC	Grupo de Estudios Tecnicos, Investigaciones y Consultorias 技術研究、調査、相談のグループ
OPRES	Organización para la Promoción y Recuperación de la Salud ヘルスプロモーションと回復組織
PRO-VIDA	Fundación Panameña Pro-Vida Libre de Drogas 麻薬患者更生パナマ基金

(2) 国際NGO

保健医療関連の国際NGOには、以下のものがある。

1) 各国の赤十字

表9-16 各国の赤十字による保健医療分野の主な援助活動

(単位：1,000USドル)

国名/ドナー (実施機関)	内容	期間	援助額	
			公約	1991年実績
スペイン /CRE ^{*1} (CRP ^{*2})	・幼児死亡・罹病を予防するための国家保健政策に貢献する。 母親に保健、食生活、栄養に関して教育を行うなど。	1990～92年	99	16
米国/CRA ^{*3}	・基礎救援等のボランティアを48人養成し、国家レベルで指導者数を増やす。また、将来の水上避難所等について、基礎的な指導技術を確立する。	1991～92年	48	0

*1：Cruz Roja Española スペイン赤十字

*2：Cruz Roja Panameña パナマ赤十字

*3：Cruz Roja Americana 米赤十字

出所：UNDP, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", 1991, p.64, p.110

2) ワールド・メディカル・リリーフ (World Medical Relief, WMR)

米国のWMRは、医療や歯科医療への支出をまかなえない地域に対し、患者の利益と安心のために、研究所、歯科物資、設備、器具、薬剤などを収集し供給することを目的としている。

9-3 我が国の協力状況

パナマの所得水準は比較的高いが、パナマは運河を擁しパナマの政治的安定は世界の安定に極めて重要であること、我が国と伝統的に緊密な関係にあること、1990年初頭に民主政権が成立し、国内の治安、経済の安定化に努めていることなどを考慮し、引き続き援助を実施していく。

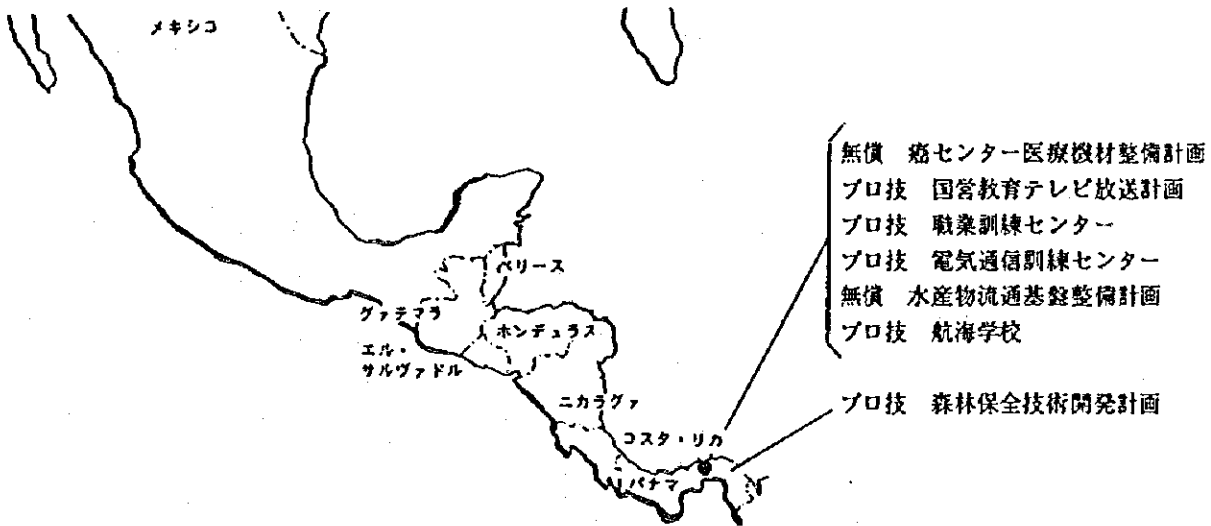
1993年までの我が国の援助実績をみると、パナマは中南米諸国中、技術協力では第10位となっている。我が国のパナマ援助は92年で6,140万USドル、アメリカについて第2位のドナー国となっている。

表9-17 我が国のODA実績
(単位：万USドル、()内はODA総額に占める各形態の割合で%)

	有償資金協力			贈与			計
	支出総額	支出純額	(%)	無償資金協力	技術協力	計	
1990年	-	-	(-)	-	233 (100)	233 (100)	233 (100)
1991年	-	-	(-)	5 (1)	575 (99)	580 (100)	580 (100)
1992年	5,112	5,112	(83)	75 (1)	958 (16)	1,033 (17)	6,144 (100)
1993年	-	-	(-)	341 (20)	1,346 (80)	1,687 (100)	1,687 (100)
1994年	-	-	(-)	444 (24)	1,416 (76)	1,860 (100)	1,860 (100)
累計	5,112	5,112	(34)	1,168 (8)	8,880 (59)	10,048 (66)	15,159 (100)

出所：国際協力推進協会 【我が国の政府開発援助】 1995 p.778

図9-8 我が国の援助実績図



出所：国際協力推進協会 【我が国の政府開発援助】 1995 p.833

9-3-1 有償資金協力

有償資金協力については、パナマの民主化後の経済復興計画を支援するため、1992年2月の世銀との協調融資により約130億円（1億USドル相当）の構造調整借款を供与した。これは資金環流措置の一環としてなされたものであり、同時にパナマに対する初めての円借款であった。保健医療分野への有償資金協力は無い。

9-3-2 無償資金協力

無償資金協力については、主に文化無償協力を実施しているが、飢餓救済や地震災害の緊急援助に対しても協力を行った。保健医療分野への無償資金協力としては、1980年度に国立病院癌センターに対し5億円、85年度にパナマ大学看護学部に対し4,000万円の協力を行った。

表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

形 態	保 健 医 療	各 分 野 累 計
無 償 資 金 協 力	2 件 (18.2%)	11 件

出所：国際協力事業団 【国別協力情報ファイル パナマ】 1995

表9-19 我が国による保健医療分野への無償資金協力内訳

分野	協力形態	案件名	協力期間	案件の概要	要請機関名
保健医療	無償資金協力	サント・トーマス 国立病院癌センター 医療器材整備計画	1980年度	同センターの施設の拡充に 伴う医療器材の供与 E/N締結日 1980年7月4日 供与費5億円	保健省
		パナマ大学看護学部 に対する視聴覚教材	1985年度	E/N締結日 1985年12月27日 供与費4,000万円	保健省

出所：国際協力事業団 【国別協力情報ファイル パナマ】 1995

9-3-3 技術協力

技術協力では、通信・放送、運輸・交通、社会基盤、人的資源などの分野で各種形態により協力を実施している。保健医療分野については研修員受け入れ、協力隊派遣、単独機材供与での技術協力が行われた。

表9-20 1952年度～93年度の保健医療分野への技術協力実績

形態		保健医療	各分野累計
技 術 協 力	研修員 ^{*1} 受け入れ	50人 (8.3%)	605人
	専門家 ^{*2} 派遣	0人 (0.0%)	176人
	協力隊派遣	6人 (12.0%)	50人
	移住者	0人 (0.0%)	0人
	プロジェクト技協	不明	4件
	開発調査 ^{*3}	不明	12件
	単独機材供与 ^{*4}	3件 (21.4%)	14件
	研究協力	不明	0件
	ミニ・プロジェクト	不明	0件
	開発協力	不明	0件

*1研修員：技術研修員受け入れ事業、青年招へい事業、開発協力事業、海外移住事業による研修員

*2 専門家：技術協力専門家派遣事業、プロジェクト方式技術協力、開発協力事業、海外移住事業による専門家

*3 開発調査：1974年以後のデータ

*4 単独機材供与：医療単独機材供与を含む

出所：国際協力事業団 【国別協力情報ファイル パナマ】 1995

青年海外協力隊は、1991年度に初めて派遣された。保健医療分野へは、1991年度～93年度には、毎年2名が派遣された。

表9-21 青年海外協力隊派遣実績

(単位：人、構成比のみ%)

	保健医療	合計人数
1990年度以前	0	0
1991年度	2	14
1992年度	2	20
1993年度	2	16
累 計	6	50
構 成 比	12	100

出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル パナマ」 1995

表9-22 我が国による保健医療分野への技術協力内訳

分野	協力形態	案件名	協力期間	案件の概要	要請機関名
保健医療	プロジェクト方式技術協力	なし			
	開発調査	なし			
	単独機材供与	消化器検査機材	1979年度	機材供与費 441万9,000円	保健省 (サント・トーマス病院)
		癌センター研究用機材	1985年度	機材供与費 2,881万4,000円	保健省 (国立癌センター)
		医療機材	1991年度	機材供与費 1,615万5,000円	保健省
	研究協力	なし			
	ミニプロジェクト	なし			
	開発協力	なし			

出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル パナマ」 1995

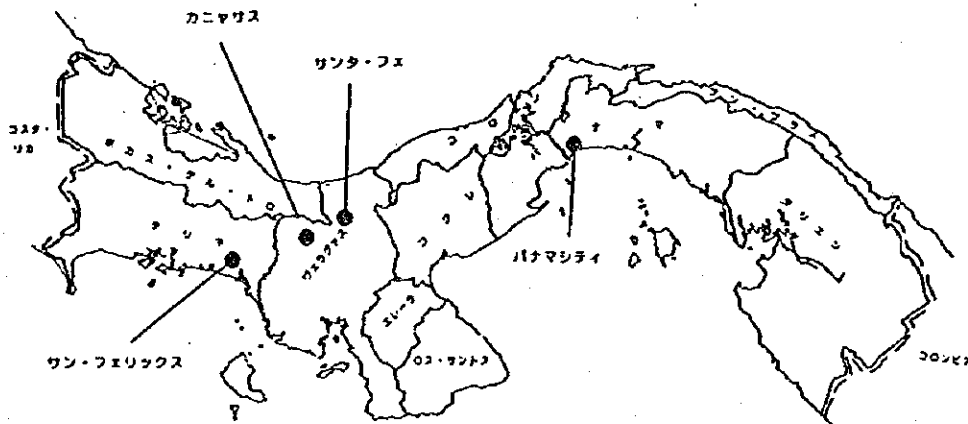
表9-23 青年海外協力隊の保健・医療分野での派遣実績*

職種	配属先省庁	任地	任期
栄養士	社会保険庁	サン・フェリクス	1992.12.4 ~ 95.12.3
	社会保険庁	カニヤサス	1993.12.10 ~ 95.12.9
	保健省	サンタ・フェ	1995.4.7 ~ 97.4.6
医療機器	国立癌センター	パナマ・シテイ	1993.12.10 ~ 95.12.9
看護師	保健省	サンタ・フェ	1995.4.7 ~ 97.4.6

*1995年8月1日現在

出所：国際協力事業団パナマ事務所 「青年海外協力隊隊員配置図」 1995

図9-9 青年海外協力隊の保健・医療分野での派遣



出所：国際協力事業団パナマ事務所 「青年海外協力隊隊員配置図」 1995

第9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 1995
- ・ 国際協力事業団パナマ事務所 「青年海外協力隊隊員配置図」 国際協力事業団パナマ事務所 1995
- ・ 国際協力推進協会 【我が国の政府開発援助】 国際協力推進協会 1995
- ・ Ministerio de Planificación y política Económica, Departamento de Cooperación Técnica Internacional 内部資料
- ・ M I P P E, Departamento de Coordinación y Promoción de Acciones en Areas Marginadas (C O P R A M) , "ONG's Inscritas Segun Actividad Principal", C O P R A M, 1995
- ・ O E C D, Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients, O E C D, 1995
- ・ O E C D, Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries, O E C D, 1993
- ・ O E C D, Human Rights, Refugees, Migrants & Development Directory of NGOs in OECD Countries, O E C D, 1993
- ・ P A H O, "90Años en pro de la salud en las Américas", P A H O, 1988
- ・ U N D P, "Compendium of Ongoing Projects as of 31 December 1992", U N D P, 1993
- ・ U N D P, "Cooperación para el Desarrollo, Panamá, Informe", U N D P, 1991

