
国別医療協力ファイル シリア

JICA LIBRARY



J1132182(5)

国別医療協力ファイル

シリア

国際協力事業団
医 療 協 力 部



1132182 {5}

目 次

目 次	i
表 目 次	vi
図 目 次	viii
略 語 表	x
第1編 国別概況	1
1-1 一般概況	1
1-1-1 自然環境	3
1-1-1-1 国土	3
1-1-1-2 シリア砂漠	3
1-1-1-3 水	3
1-1-1-4 気候	4
1-1-2 政治	5
1-1-3 経済	6
1-1-4 言語・民族	8
1-1-5 文化	9
1-1-6 宗教	9
1-1-7 教育	10
1-1-8 女性の状況	10
1-1-9 難民	12
1-2 一般行政	13
1-2-1 中央行政	13
1-2-2 地方行政	15
1-3 国家開発計画の概要	15
第1編 参考資料一覧	18
第2編 衛生行政	19
2-1 中央衛生行政と保健医療計画	19
2-1-1 中央衛生行政機構	20
2-1-2 中央保健医療計画	24
2-1-3 中央保健医療セクターの財政	25
2-2 地方衛生行政と保健医療計画	26
2-2-1 地方衛生行政機構	26
2-2-2 地方保健医療計画・予算	26
第2編 参考資料一覧	27

第3編 人口・保健指標	28
3-1 人口	28
3-1-1 総人口・人口増加率・年齢別人口	28
3-1-2 県別人口	31
3-1-3 出生率	31
3-1-4 死亡率	35
第3編 参考資料一覧	38
第4編 疾病・死亡	39
4-1 総論	39
4-2 死亡とその原因	40
4-2-1 乳幼児の死亡	40
4-2-2 妊産婦の死亡	41
4-3 疾病構造	42
4-3-1 乳幼児・子供の主な疾病・原因	42
4-3-2 女性の疾病	42
4-3-3 成人・高齢者の疾患	42
4-4 感染症	43
4-4-1 予防接種で予防可能な感染症	43
4-4-1-1 ジフテリア	44
4-4-1-2 麻疹	45
4-4-1-3 百日咳	45
4-4-1-4 ポリオ	46
4-4-1-5 新生児破傷風	46
4-4-1-6 破傷風	47
4-4-2 下痢症疾患	47
4-4-3 急性呼吸器感染症	48
4-4-4 結核	48
4-4-5 ハンセン病	48
4-4-6 マラリア	48
4-4-7 エイズ	49
4-5 非感染症	50
4-5-1 栄養失調	50
4-5-2 慢性病・成人病	52
4-5-3 精神疾患	52
4-5-4 傷害および事故	52
第4編 参考資料一覧	55

第5編 保健対策活動	56
5-1 総論	56
5-2 プライマリー・ヘルス・ケア	56
5-3 予防接種対策（E P I）	58
5-4 栄養問題対策	60
5-5 母子保健対策	61
5-5-1 障害児対策	62
5-6 家族計画	62
5-7 マラリア対策	67
5-8 エイズ対策	67
5-9 下痢症対策	67
5-10 その他の感染症対策	68
第5編 参考資料一覧	69
第6編 保健医療サービス供給システム	70
6-1 保健医療施設	70
6-1-1 公共医療部門	70
6-1-2 民間医療施設 ミッション系／NGO関連医療部門	73
6-1-3 主な医療施設	73
6-1-3-1 ダマスカス県の医療施設	74
6-1-3-2 アレッポ県の医療施設	74
6-1-3-3 ラタキア県の医療施設	74
6-1-3-4 タルトゥース県の医療施設	74
6-1-3-5 ホムス県の医療施設	75
6-1-3-6 ハマー県の医療施設	75
6-1-3-7 ハッサカ県の医療施設	76
6-1-3-8 デリゾール県の医療施設	76
6-1-3-9 ラッカ県の医療施設	76
6-1-3-10 ダラー県の医療施設	77
6-1-3-11 スワイダ県の医療施設	77
6-1-3-12 クネイトゥラ県の医療施設	77
6-2 医薬品・医療器具・衛生材料	83
6-2-1 公共部門における医薬品供給と課題	93
6-2-2 民間部門	93
6-2-3 病院内の薬局	93
6-3 保健医療サービスの利用	93
6-3-1 医療費（診療費用）	93
6-3-2 公共および民間医療施設の利用	93
6-3-3 伝統医療	93

6-4	医療情報システム	93
6-4-1	医療情報システムの現状と問題点	93
6-5	医療保険制度	93
6-6	試験研究機関	93
6-7	救急医療システム	94
第6編	参考資料一覧	95
第7編	医療従事者	96
7-1	各種医療従事者の状況	96
7-1-1	医師	97
7-2	医療従事者養成制度と養成機関	98
第7編	参考資料一覧	99
第8編	環境衛生・労働衛生	100
8-1	環境衛生	100
8-1-1	飲料水	100
8-1-2	衛生施設	101
8-1-3	住宅環境・交通環境	101
8-1-4	公害	101
8-2	労働衛生	102
8-3	学校保健	102
第8編	参考資料一覧	103
第9編	保健医療協力	104
9-1	協力要請の仕組み	104
9-2	国際機関、我が国を除く諸外国、NGOの協力動向	105
9-2-1	国際機関	105
9-2-1-1	世界食糧計画 (WFP)	109
9-2-1-2	世界保健機関 (WHO)	110
9-2-1-3	国連人口基金 (UNFPA)	112
9-2-1-4	国連児童基金 (UNICEF)	112
9-2-2	我が国を除く二国間援助	112
9-2-2-1	クウェイト	113
9-2-2-2	デンマーク	113
9-2-2-3	フランス	113
9-2-2-4	ドイツ	113
9-2-3	NGO	113

9-3	我が国の協力状況	114
9-3-1	有償資金協力	114
9-3-2	無償資金協力	115
9-3-3	技術協力	115
第9編	参考資料一覧	118

表 目 次

表1-1	シリア概況	1
1-2	経済指標	6
1-3	産業別GDP構成比(1988~92年)	7
1-4	対外債務	8
1-5	専攻分野別の女性の割合	11
1-6	県別・性別による届け出されたパレスチナ難民の数(1994年)	12
1-7	県別パレスチナ難民の出生、死亡、婚姻および離婚届数(1994年)	12
1-8	全国県名	15
2-1	省別・県別公共部門の職員数(1993年12月末現在)	21
2-2	社会問題・労働省および保健省の国家予算	25
3-1	県別の人口比率と増加率(1970, 81, 94年)	30
3-2	県別人口(1994年)	31
3-3	県別・性別出生数(1994年)	32
3-4	年齢別出生率および合計特殊出生率(1978, 93年)	32
3-5	年齢別出生率(婚姻者)(1978, 93年)	33
3-6	年齢・教育別既婚女性が希望する子供数(1993年)	34
3-7	県別・性別届け出死亡数(1994年)	37
4-1	おもな保健指標	39
4-2	国立病院・療養所の患者数	39
4-3	乳幼児の死因(1990年)	41
4-4	エイズ性別年齢別発症数(1979~94年)	49
4-5	県別・原因別産業事故件数(1994年)	53
4-6	県別・傷害の種類別産業事故件数(1994年)	53
4-7	県別交通事故発生数(1994年)	54
5-1	PHCサービスの普及率	57
5-2	12~23カ月児の予防接種率(1993年)	59
5-3	既婚女性の避妊知識(1993年)	63
5-4	居住地別既婚女性の避妊法を使用しない理由(1993年)	64
5-5	年齢別避妊状況(1993年)	65
5-6	現在の婚姻状況(1993年)	66
5-7	結婚・離婚・再婚の割合(1993年)	66
5-8	ORSの利用状況(1993年)	68

6-1	病院・療養所の施設数・病床数の推移と県別分布	71
6-2	種類別ヘルス・センター数の推移	71
6-3	専門分野・県別病院の病床数(1994年)	72
6-4	県別PHCセンター数とサービス内容(1995年)	73
6-5	主な医療施設	78
6-6	認可医薬品リスト	84
7-1	県別保健医療専門職員数	96
7-2	専門分野別医師数の推移	97
7-3	性別・学部別学生・卒業生・職員数(1994年)	98
8-1	県別飲料水および衛生設備予算	101
9-1	DAC諸国のODA実績	104
9-2	対象分野別援助額の推移	105
9-3	国際機関のODA実績	105
9-4	国際機関の援助額	106
9-5	各国際機関の保健医療関連プロジェクトリスト	107
9-6	WHO活動予算	111
9-7	おもな二国間援助額	112
9-8	我が国のODA実績	114
9-9	JICA協力実績	115
9-10	形態・分野別援助内訳(1994年度)	116
9-11	保健・医療分野案件別経費(1994年度)	117
9-12	保健医療分野におけるJOCV実績	117

図 目 次

図1-1	シリア全図	2
1-2	中近東地域図	2
1-3	年間平均気温 (1990～94年)	4
1-4	年間降水量 (1990～94年)	5
1-5	一人当たりGDP (1963～94年)	7
1-6	県別パレスチナ難民の出生率および死亡率 (1994年)	13
1-7	国家行政組織図	14
2-1	国別医療支出の比率 (1990年)	19
2-2	保健省組織図	22
2-3	高等教育省組織図	23
3-1	年齢階級別人口 (1994年)	29
3-2	性別総人口の変化 (1970, 81, 94年)	30
3-3	都市・農村別、教育別合計特殊出生率 (1993年)	33
3-4	居住地別の合計特殊出生率の推移	34
3-5	性別・居住地別粗死亡率 (1976～79年)	35
3-6	国別寿命の比較	36
4-1	乳幼児死亡率の変化 (1976～90年)	40
4-2	居住地別・性別乳児死亡率	40
4-3	5歳未満児の居住地別有病率 (1993年)	42
4-4	EPI対象疾患死亡数の全死亡数に占める割合の推移	43
4-5	EPI対象疾患の全死亡数に占める割合の推移	44
4-6	ジフテリアの発生数 (1974～93年)	44
4-7	麻疹の発生数 (1974～93年)	45
4-8	百日咳の発生数 (1974～93年)	45
4-9	ポリオの発生数 (1974～93年)	46
4-10	新生児破傷風の発生数 (1974～93年)	46
4-11	すべての破傷風の発生数 (1974～93年)	47
4-12	下痢症による入院患者数と死亡率 (1989～92年)	47
4-13	結核の発生数 (1974～93年)	48
4-14	エイズ発症数 (1979～94年)	49
4-15	一日平均摂取カロリー (1988～90年)	50
4-16	母乳哺育率と平均母乳期間 (1993年)	51
4-17	5才未満児男女別発育状態 (1993年)	52

5-1	予防接種の普及率	59
5-2	既婚女性への避妊方法の普及 (1993年)	64
5-3	夫婦間の血縁関係 (1993年)	67
6-1	各県別使用機器数	92
6-2	機材使用状況	93
9-1	種類別援助実績 (1994年度)	115

略 語 表

A I D S	後天性免疫不全症候群 Acquired Immunodeficiency Syndrome
A R I	急性呼吸器感染症 Acute Respiratory Infections
B C G	結核予防ワクチン Bacille Billie de Calmette et Guerin
C B S	中央統計局 Central Bureau of Statistics
C C U	冠状動脈疾患集中治療室 Coronary Care Unit
C E C	欧州委員会 Commission of the European Committee
D P T	三種混合ワクチン（ジフテリア、百日咳、破傷風） Diphtheria, Pertussis, and Tetanus
E D F	欧州開発基金 European Development Fund
E P I	予防接種拡大プログラム Expanded Program on Immunization
E U	ヨーロッパ（欧州）連合 European Union
F A O	国連食糧農業機関 Food and Agriculture Organization of the United Nations
F P	家族計画 Family Planning

H I V	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
I C U	集中治療室 Intensive Care Unit
I D A	国際開発協会 International Development Agency
I E C	情報・教育・コミュニケーション Information, Education, and Communication
I M F	国際通貨基金 International Monetary Fund
M C H	母子保健 Maternal and Child Health
M O H	保健省 Ministry of Health
N G O	非政府機関 Non Governmental Organization
N N T	新生児破傷風 Neonatal Tetanus
N P A	国家行動計画 National Plan of Action
O E C D	経済協力開発機構 Organization for Economic Cooperation and Development
O R S	経口補水塩 Oral Rehydration Salts
O R T	経口補水療法 Oral Rehydration Therapy

PAPCHILD	アラブ諸国の小児の発達プロジェクト Pan Arab Project for Child Development
PHC	プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care
PPC	常設人口委員会 Permanent Population Committee
SP	シリアポンド (1995年11月 : 1 SP = 2.5円) Syrian Pound
SPC	総理府国家計画委員会 State Planning Commission
TFR	合計特殊出生率 Total Fertility Rate
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Programme
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund
UNICEF	国連児童基金、ユニセフ United Nations Children's Fund
UNRWA	パレスチナ難民救済事業機関 UN Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
UNTA	国連通常技術支援計画 United Nations Regular Program for Technical Assistance
USAID	米国国際開発庁 United States Agency for International Development
WFP	世界食糧計画 World Food Programme

WGU

女性総合同盟

Women's General Union

WHO

国際保健機関

World Health Organization

第1編 国別概況

1-1 一般概況

表1-1 シリア概況

正式国名	(和文) シリア・アラブ共和国 (英文) Syrian Arab Republic
独立年月日	1946年4月17日
旧宗主国	フランス(委任統治国)
政 体	共和制
元首の名称	ハーフェズ・アル・アサド (Hafez al-Assad) 大統領 (1992年3月4選、任期7年)
位置・面積	北緯32度～37度 東経35度～42度 18万5,000平方キロメートル
首 都	ダマスカス
総 人 口	1,419万人 (1995年推計)
民 族 等	アラブ人 (85%)、アルメニア人 (5%)、クルド人 (3%)、 パレスチナ人 (3%)、他
通貨単位	シリアポンド (S P) 1 US \$ = 42 S P = 104.3円 (1995年10月)
公 用 語	アラビア語
宗 教	イスラム教: 89.8% (スンニー派: 75%, アラウイ派: 11%, ドルーズ派: 3%, イスマーイール派: 0.8%)、キリスト教: 10%、ユダヤ教: 0.2%
暦	<日本との時差> - 7時間 (夏期 - 6時間) <祝祭日> (1995年) 1月1日 新年 * 1月10日 ムハンマドの昇天 (イスラム教祝祭日) * 3月3日 断食明けの祭 (イスラム教祝祭日) 3月8日 3月革命記念日 4月21日 復活祭 (東方正教会) ～24日 * 5月10日 犠牲祭 (イスラム教祝祭日) * 5月31日 イスラム教新年 7月23日 エジプト革命記念日 * 8月9日 預言者生誕祭 (イスラム教祝祭日) 9月1日 シリア・エジプト・リビア連合記念日 10月6日 10月戦争記念日 11月16日 国民の休日 * 12月20日 ムハンマドの昇天 (イスラム教祝祭日) 12月25日 クリスマス (キリスト教祝祭日) (* 日が変わる可能性のある祝日)

出所: 国際協力事業団 「国別協力情報ファイル シリア」 国際協力事業団 1995

p. 1

図1-1 シリア全図

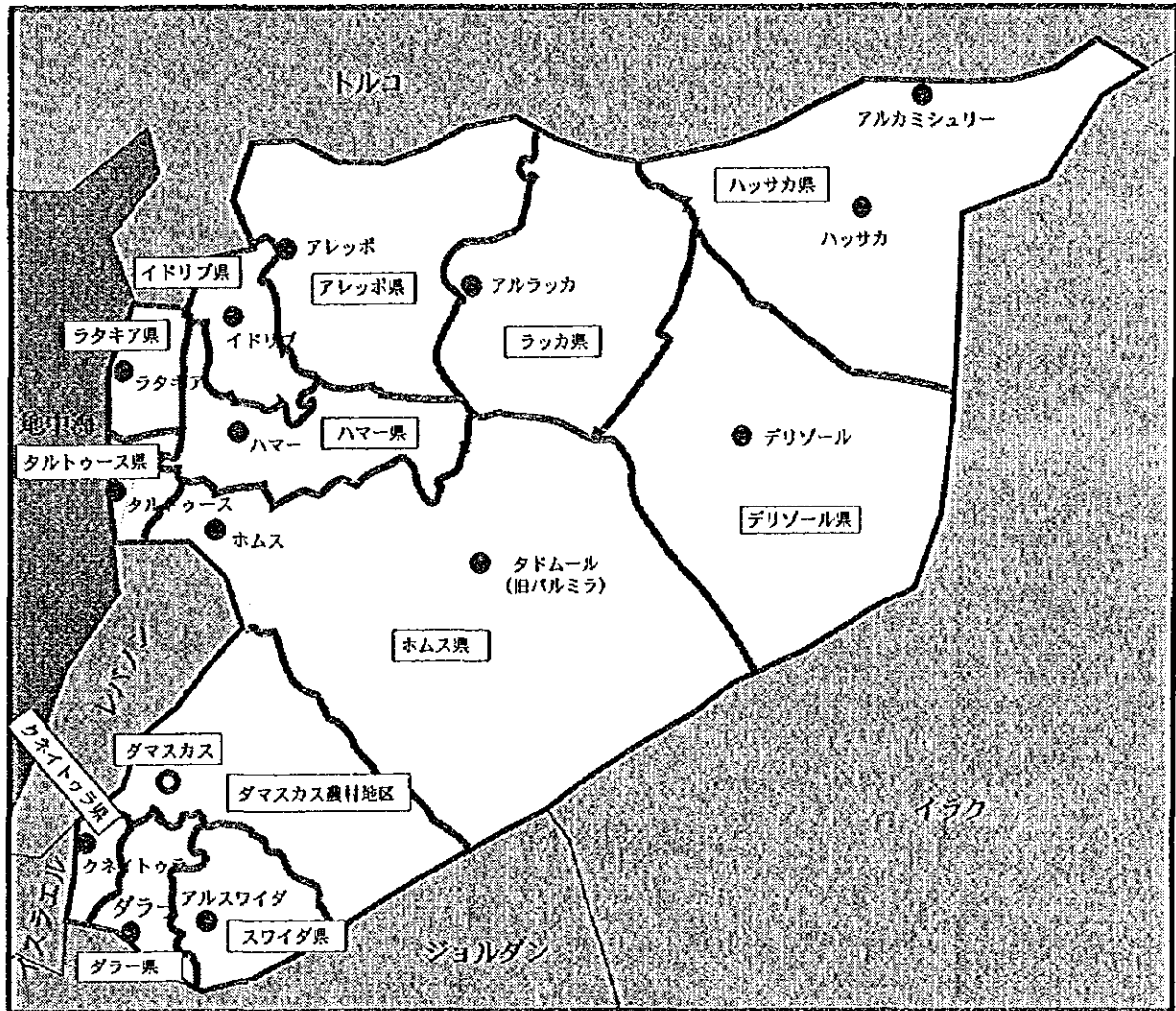


図1-2 中近東地域図

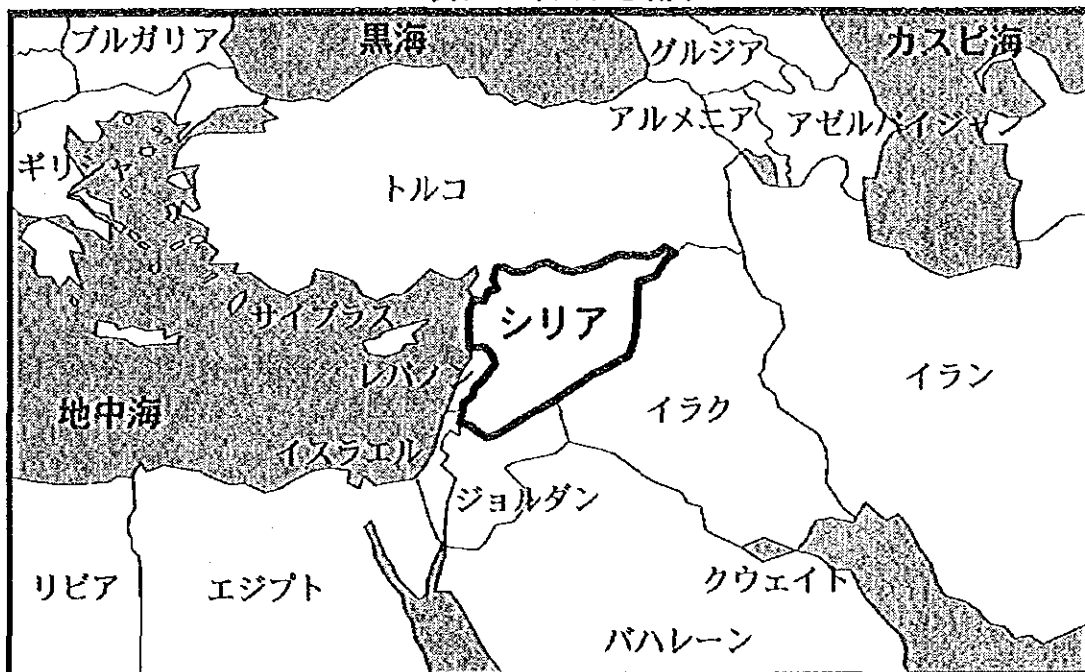


図1-1 シリア全図

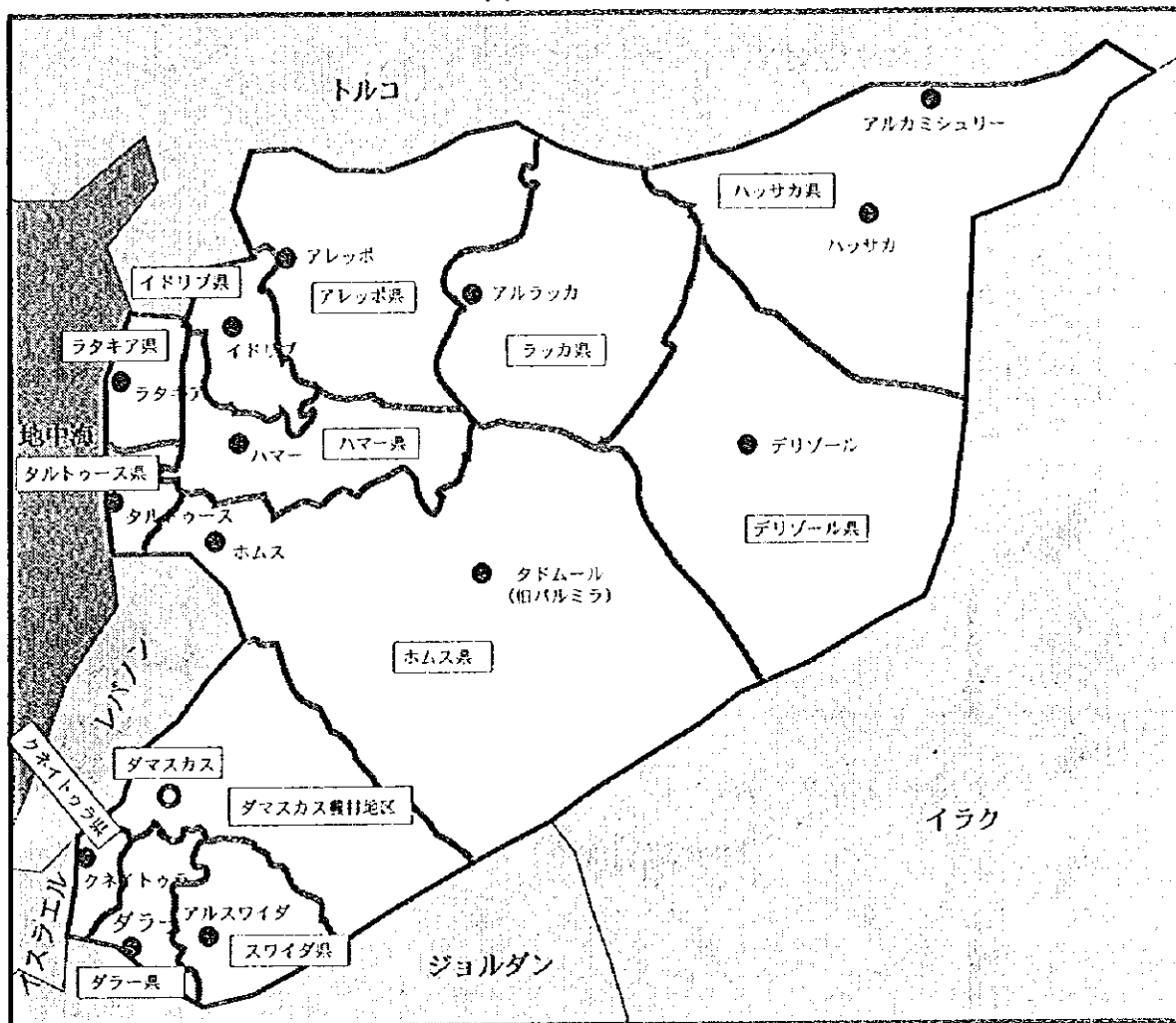
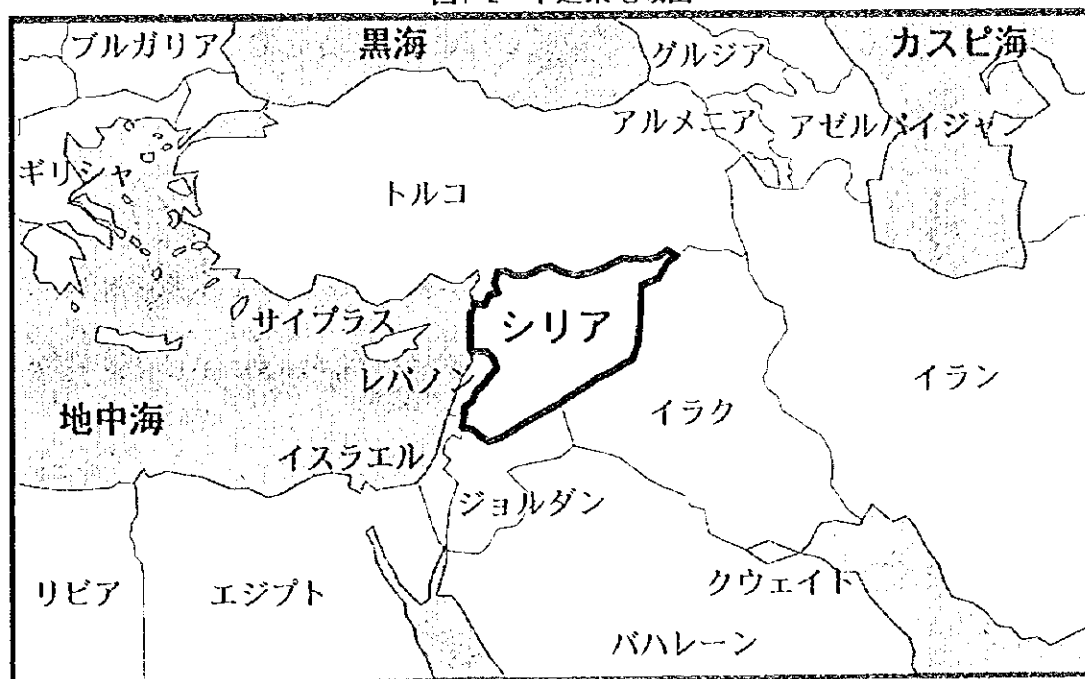


図1-2 中近東地域図



1-1-1 自然環境

シリアはアジア大陸の南西部に位置し、地中海の東部沿岸にあたる。正式国名は、「シリア・アラブ共和国」である。面積は約185,180平方キロメートルで、北側はトルコ、東側はイラク、南側はヨルダン、南西はレバノンとイスラエルに接している。首都はカシオン山麓のオアシスのなか、バラダ川沿いのダマスカスである。現在の領地は、地中海の東岸とアラビア北部の砂漠の間の肥沃な土地だった古代シリアとは異なっている。シリアの海岸線は短く、トルコとレバノンの間の180キロメートルしかない。

1-1-1-1 国土

国土は伝統的な四つの地帯に分けられる。沿岸地帯、山岳地帯、開拓されたステップ地帯、砂漠ステップ地帯となっている。海岸沿いの肥沃な沖積層の平原は夏と冬に集中して耕される。この地帯にはシリアの主要な港である、ラタキアとタルトゥースがある。山岳地帯の経済資源は非常に乏しく、増加を続ける住民を支えることはできない。その結果、ガープ低地と沿岸の町への移住が発生する。開拓されたステップ地帯が、小麦の中心的産地である。農業は川岸の土手に沿って集中的に展開している。この地帯には、ダマスカス、アレッポ、ホムス、ハマー、カミシュリーといった主要都市がある。砂漠ステップ地帯は不毛地帯で、遊牧民と半遊牧民が生活している。水が少なくなる夏までは羊が放牧され、夏になると羊飼いが群れを西方の開拓されたステップ地帯や丘の上につれていく。

ヌサイリヤ山脈は海岸沿いの平地と平行に幅32キロメートルにわたり南北に走っている。標高は北部で900メートル、南部で620メートルであり、最高地点は標高1,500メートルのラタキアである。山のすぐ東には、長さ64キロメートルにわたりオロント川の溪谷を含むガープ低地がある。レバノンとの国境には2,000メートル級の山々が連なりシリアの最高峰であるハーモン山は2,814メートルに達する。1,800メートル級の低めの山が全国に散在している。

1-1-1-2 シリア砂漠

国土の大部分を占める起伏のある平原はシリア砂漠とよばれている。海拔は320~540メートルである。270メートルより低いところはほとんどない。ここは砂地ではなく、岩や砂利からなるステップである。南中央部の山岳地帯はアルハマドとよばれている。

1-1-1-3 水

ユーフラテス川が最も重要な水源であり、唯一の航行可能な川である。トルコに源を発し、シリア東部を横切って南東方向に流れている。タバカでのダム建設工事は1968年に開始され、ダムの後方の貯水池であるアサド湖は73年から注水されている。

山岳地帯の中心をオロンテ川が、レバノンから山やガープ低地を横切り、北に向かって流れ、トルコのアンティオックの近くで地中海に注ぎ込む。ヤーマク川はヨルダン川の支

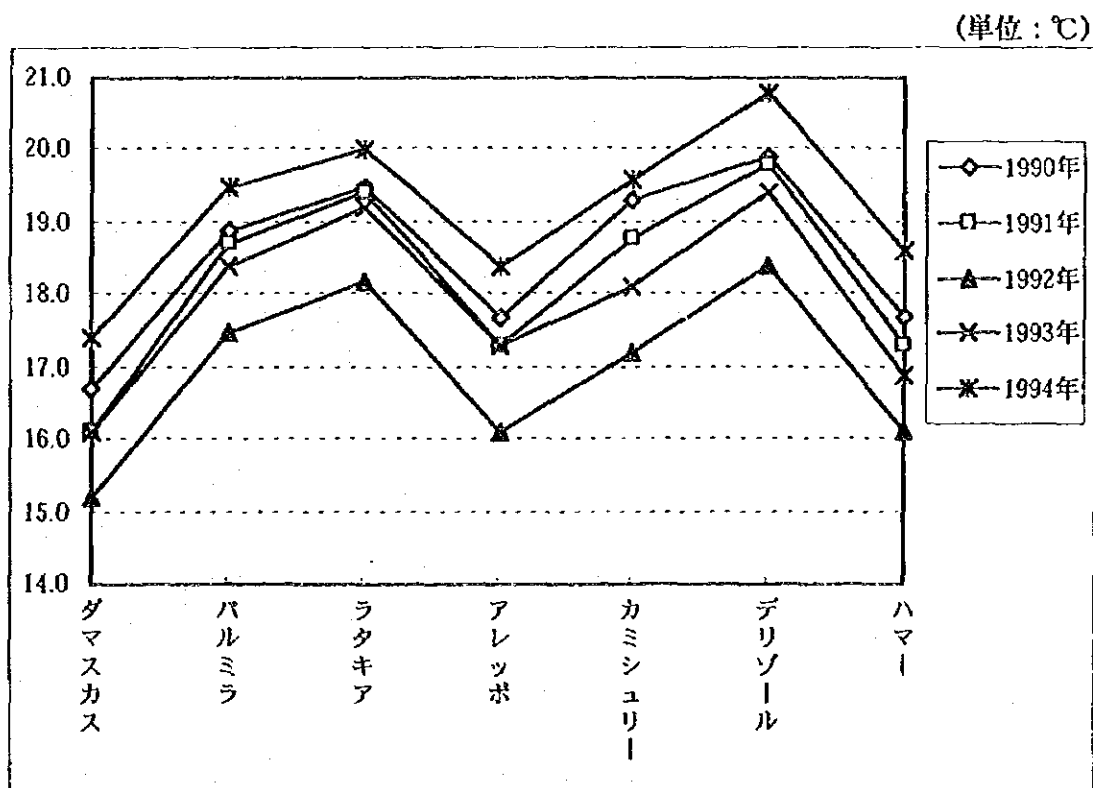
流で、アドゥルツ山とホーラン地区を灌漑し、南西部でヨルダンとの国境となる。

ところどころに湖があり、最大のものはアレppoの南東のマムラハット・ジャブルである。季節的に海水湖となり水位が下がるが、水面の面積は96平方キロメートル以下にはならない。このほかの海水湖は、ダマスカスの北東部にあるジェイラッド、ハッサカの北東部にあるカトゥニヤである。ムゼイリブ湖はダラーの北西にある小さな淡水湖である。ブヘイラット・カッティナはホムスの西にある大きな貯水池である。

1-1-1-4 気候

海岸と山の西側は地中海性気候で、5月から10月までの長い乾季がある。最北西部では、夏にも多少の降雨がある。沿岸地帯の夏は暑く、平均最高気温は29度となるが、真冬には平均最低気温が10度となる。海拔150メートル以上の地域では、夏でも比較的涼しい。内地の気候は乾燥していて、冬は寒く夏は暑い。ダマスカスとアレppoでは夏の平均最高気温が33～37度、冬の平均最低気温が1～4度となる。タドムール（旧パルミラ）とデリゾールの砂漠では、夏の平均最高気温が37～40度になり、ときには46度になることもある。海岸から遠い場所では雪が降ることもあり、霜は頻繁に降る。

図1-3 年間平均気温（1990～94年）

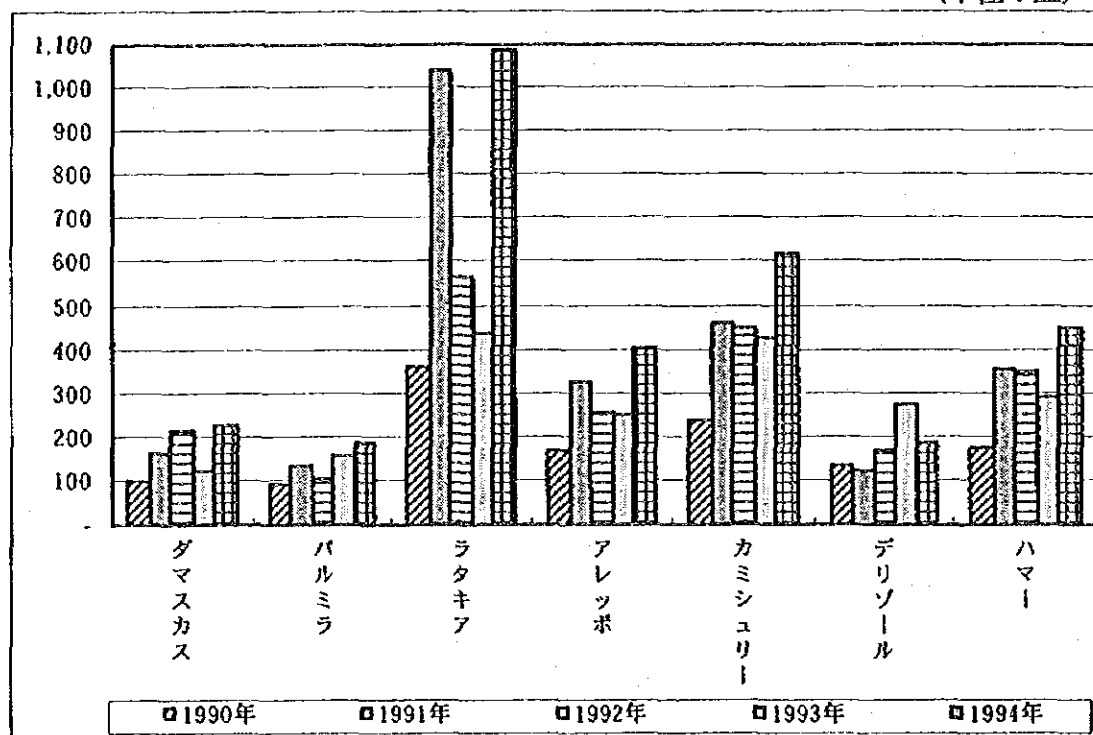


出所: Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract 1995*, Central Bureau of Statistics, 1995, p.46

海岸と山の西側の年間降水量は762～1,016mmである。東に行くにつれて雨は少なくなり、ステップ地帯では年間250～500mmである。アドドゥルツ山の降水量は200mmしかない。アルハマドの砂漠地帯では年間降水量は125mm未満である。年により降水量は変動し、特に春と秋の量の変動が顕著である。

図1-4 年間降水量 (1990～94年)

(単位: mm)



出所: Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.47

1-1-2 政治

1973年の憲法で、シリアはアラブの故郷の中心に建国され、法的権力は人民のもので、法の下での平等と表現の自由が保証されることが宣言された。しかし、この原則の実践は不完全で、特に70年代後半からのアサド大統領の時代になると憲法の保証する権利が急激に抑圧されていった。

政治家は公選ではなくアラブ社会主義のバース（ルネッサンス）党が国家元首と内閣を指名する。元首はイスラム教徒でなければならず、内閣は行政と立法を担当する。

国土は県に分けられている。代表的な県としてダマスカス県とアレppo県、その次のレベルとして郡、その下のレベルが市である。県知事はある程度の自治権を持つが、全体としては中央集権で、国家政府の内務大臣の管轄にある。

国民議会が立法業務を担当している。最高国家代表者会議は、それぞれの政党会議で選

ばれた各地方支部の代表からなる。地方の代表者が国家の最高権力を所持するが、全国の代表よりは下の立場にある。最終的実権は大統領が握っている。

シリアの国家権力はほとんどバース党が支配している。1941年の設立以来、クーデターによる過激な内部抗争と変革があった。バース党の支部は中東諸国にいくつもあり、それぞれにリーダーが存在する。行政機構は国家司令部、地方司令部、国民議会である。すべての政党は、バース党を代表とする国民進歩戦線に公式所属している。国家政策への関与は、一般市民が所属する大衆的な組織を通じて行われる。上記の連合のほかに、学生連合と女性連合がある。

1-1-3 経済

1958年以来、経済体制は社会主義である。全体の傾向も社会主義への変革と産業化の方向で進んできている。商業では原則として外貨の取り扱いを禁じている。小規模民間企業や自営業は十分機能している。小売業は、大都市では消費者組合との競合もあるが、基本的には民間部門である。政府が国家経済の重要部分と民間企業をコントロールしており、石油精製業、大規模発電所、鉄道、そしてさまざまな製造工場が国営となっている。

表1-2に示すように、GDPの成長率は10%前後である。シリア政府が発表している一人当たりのGDPの推移は図1-5のとおりである。失業率はEIUの推計では約5%となっている。(EIU, Country Report: Syria 4th quarter, EIU, 1994)

表1-2 経済指標

(単位: %)

年	1989	1990	1991	1992	1993
実質GDP成長率	-9.0	7.6	11.6	9.6	NA
インフレ率	11.4	19.4	7.7	9.5	11.8
失業率	不明	不明	不明	不明	不明
GDPの割合 #1					
一般政府消費	15	14	NA	14	NA
民間消費等	61	72	NA	79	NA
国内総投資	13	14	NA	16	NA
資源収支	11	-1	NA	-9	NA
国内総貯蓄のGDPに対する割合 #2	24	14	NA	7	NA

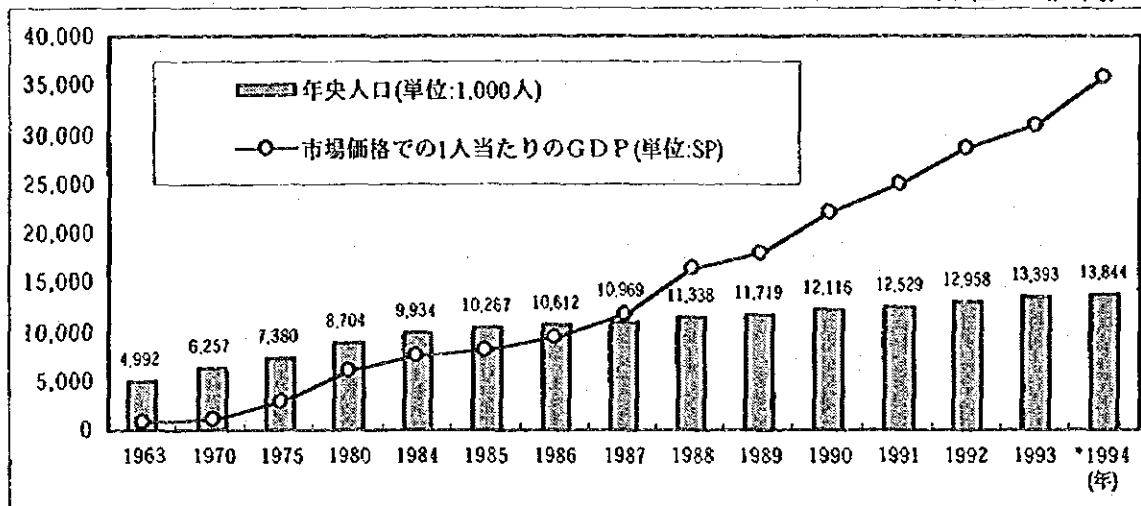
注) #1: 「国民総支出」からみたGDPの割合を示す。「国民総支出」は国内における生産活動の結果生み出された付加価値に見合う支出項目の合計。支出項目は「政府最終消費支出」(防衛費等)、「民間最終消費」(個人の消費等)、「国内総資本形成」(企業の設備投資、公共の設備投資等)、「在庫品増加額」、「財・サービスの輸出額マイナス輸入額」である。

#2: 「国内総貯蓄」はGDPから国内総消費を控除することによって算出

出所: 国際協力事業団 「国別協力情報ファイル シリア」 国際協力事業団 1995
p. 2013

図1-5 一人当たりGDP (1963~94年)

(単位: () 内)



注) 1994年のデータは暫定値

出所: Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.513

産業別GDP構成比を見るとサービス業が約50%、農業が約30%、工業・製造業が約20%となっている。

表1-3 産業別GDP構成比 (1988~92年)

(単位: %)

年	1988	1989	1990	1991	1992
農 業	38	22	28	30	30
工 業 *	16	23	22	23	23
(製造業)	(N.A)	(N.A)	(N.A)	(N.A)	(N.A)
サービス業等	46	55	50	47	48

注) 工業の数字は製造業を含んだ数値である。

出所: 国際協力事業団 「国別協力情報ファイル シリア」 国際協力事業団 1995 p. 2019

間接税が主要な税収源であり、工業製品、関税、輸出、国有地などに課せられている。直接税は、賃金、流動資産、家畜、物品の譲渡から徴収される。対外債務は1993年で約200億ドルあり、その返済が財政上の大きな負担となっている(表1-4)。

表1-4 対外債務

(単位：百万ドル)

年	1989	1990	1991	1992	1993
対外債務残高	17,389	17,068	18,942	19,016	19,975
長期債務	15,693	14,917	16,353	15,912	16,234
公的債務	15,693	14,917	16,353	15,912	16,234
民間債務	0	0	0	0	0
IMFクレジット	0	0	0	0	0
短期債務	1,696	2,151	2,589	3,104	3,741
対外債務返済額	927	1,273	476	306	283
債務返済比率(%)	21.3	23.3	9.7	6.1	5.3

出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル シリア」 国際協力事業団 1995
p. 2018

政府は預金に高い利子を付けたり、他のアラブ諸国の国民による出資を保証することで、個人の備蓄を奨励している。贅沢品の輸入は厳しく制限されている。経済力強化、失業削減、外国への移住防止のために、たゆまぬ努力が続けられている。財政および技術的援助は無料またはごくわずかの料金で提供されており、中国などの社会主義国や、1990年代初頭まではブルガリアや旧ソビエト連邦の国々から求められていた。

1-1-4 言語・民族

国民の大多数はアラビア語を話す。以下、使用範囲が広い順に、北東部と北西部の端で話されているクルド語、アレッポなどの大都市で話されているアルメニア語、ユーフラテス川の東の村とトルコ国境に沿って話されているトルコ語がある。

外国とのコミュニケーションにはフランス語または英語を用いている。

シリアの人々は長い時間をかけていくつかの起源から進化してきた民族である。ギリシャとローマの民族の影響は、セム民族の影響と比べるとほとんどないと言える。セム民族はアラビアとメソポタミアにいるアラム人、アッシリア人、カルデア人、カナン人などである。のちにチュルク人が政治経済の構造に影響を及ぼしたが、シリア人のアラブ的性格にはほとんど変化は見られなかった。

民族と言語のグループには何らかの関係があるようだが、いくつかの民族は部分的にはベドゥインをふくむアラブの多数派に統合されている。二番目に多いクルド族のなかには母国語を使わなくなった人々もいる。アルメニア人は二つのグループに分かれる。一つは早期入植者で、おもにアラブ化した人々、もう一つは第1次大戦後に移住してきた後期入植者で、本来の民族性と言語を保持している。トルクメン人はクルド人やアラブ人と自由に混合するが、北部の村では両方の民族性をそのまま保持している。アッシリア人は結婚と都市への移住により、すぐに民族性を失ってしまった。

1-1-5 文化

16世紀まではヨーロッパ以上の水準を誇る文化を築いていたが、その後長い間外国に支配されてきた。教育は、古代の図書館や書物を管理する人のみに限られていた。1946年の独立後は、新しい文化による生活が始まった。

文化省と情報省が国家の伝統的文化の指導・促進、アラブ国家としての特徴を認識することに積極的に関わっている。

イスラム教では、動物や人間を芸術的に表現することは禁じられている。第1次世界大戦まで、絵画などは幾何学模様に限られていた。これは、ほとんどの宮殿やモスクがアラベスク（つる草模様）やカリグラフィー（書法）で飾られているのを見れば明らかである。

第1次大戦後は、学校で絵画を教えるようになり、才能ある芸術家が台頭し始めた。ダマスカス大学には芸術学部がある。シリアの芸術家は、表現やスタイルよりも内容を重視している。

彫刻は白い大理石で彫った飾りに限られている。ダマスカスは特にこのタイプの彫刻で有名で、宮殿や公共の建物で見ることができる。

国内の民族の伝統が国家によって尊重され、ダマスカスに国立民族博物館が作られた。首都にはこのほか、改修された国立博物館、農業博物館、軍隊博物館がある。建築博物館はアレppoや、他の主要な都市にある。短編小説や詩が盛んに作られ、Nizar Qabbani and 'Ali Ahmad Sa'id ("Adonis") のように有名なものもある。国立劇場とその他の劇場や民族舞踊団が定期的な公演を行っている。

文化省がアラブ音楽研究所を設立し、叙述的および応用的な芸術のための多数のコースや、国内の芸術を教えるセンターを作った。アラブ語学学校は1919年に設立されたアラブ世界で最も古い語学学校である。しかし、ダマスカス大学がシリアの文化の中心である。

1-1-6 宗教

公的な宗教はないが、国家元首はイスラム教信者でなければならず、法的システムもイスラム教に従っている。国民の大多数がイスラム教を信仰している。信者はいくつかの宗派に分かれている。スンニ派は信者の約4分の3を占め、南部のスワイダ県と北部のラタキア県を除き、各地で多数派となっている。次に大きいのがシーア派の下層宗派であるアラウイ派で、ほとんどがラタキア、ホムス、ハマーの三つの県に住んでいる。3番目に大きいドルーズ派はスワイダ県を中心として、ダマスカス県、アレppo県、クネイトゥラ県に住んでいる。

キリスト教信者はシリア国民の10分の1ほどで、ギリシャ正教、ギリシャカトリック、ロマンカトリック、プロテスタント、ネストリウス、ラテン、カルデアなどの教派に分かれている。ユダヤ教信者は数千人で、その大多数がイスラエルに移住している。

1-1-7 教育

8歳以上のすべての子供に教育が義務づけられ、教科書は無料で与えられる。6年間の初等義務教育、3年間の前期中等教育、3年間の後期中等教育、となっている。前期および後期の中等教育は大学入学のための一般コースと職業コースに分かれている。初等教育を終え、進学意志のある子供はすべて中等教育を受けられる。この体制のもとで、技術教育に力を入れてきている。大学教育は、ダマスカス、アレppo、ラタキア、ホムスの各大学で受けられる。1963年以降、あらゆる教育が十分に拡充されている。

現地調査において、1984年の10歳以上の人口における教育の達成状況のデータを閲覧したが、未就学が31.9%、初等教育のみを受けたものが31.2%、大学教育を受けたものは1.8%となっていた。UNDPのデータでは90年の就学率は66%であり、中東諸国の中ではほぼ平均的な値である。識字率は92年のUNDPのデータでは67%だが、CBS（中央統計局）の93年のデータでは男性90%、女性80%である。

1-1-8 女性の状況

シリアの女性はかなり昔から、文化的、社会的、政治的活動に参加している。1963年の「3月革命（バース党の単独政権樹立）」以降はさらに貢献し、70年の「修正運動（アサド政権成立）」以後は急激である。女性が公的活動に貢献するようになったのは、教育の普及と、国家が経済、社会、政治、管理などの開発における女性の役割を尊重し、女性を公的活動の生産的要素として取り込んだことによる。

男性と同様に、女性も選挙権および被選挙権を持っている。女性も政治家や官僚になることができ、外交や司法分野で働くことができる。女性が非政府機関や専門家集団のリーダーとなっていることもあり、公共管理部門や警察学校でも活躍している。

男性と女性の雇用機会が平等であることを国が保証している。現在は女性が労働力の12%を占めている。女性には75日間の有給の出産休暇が法的に認められ、さらに30日間の休暇とさらに1カ月の無給休暇をとることも可能である。

初等教育の義務化とそれ以降の教育の無料化により、教育を受けた女性の比率が増加した。都市部の女性の識字率は91年のデータでは77%、農村部でも60%である（Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.64より算出）。男性よりは都市部と農村部での識字率の差が大きい、教育はかなり普及していると言える。1980年には大学教育を受けた女性は26.1%だったが、90年には36.6%となった。国家全体では、中等教育の女性比率は45.5%である。女性比率は、やはり都市や開発の進んだ県の方が高い。

1980年と90年の専攻分野別の女性の割合を表1-5に示す。

表1-5 専攻分野別の女性の割合

(単位：%)

分野	1980年	1990年
医学および薬学	35.3	32.3
経済学および貿易	30.1	49.4
工学	14.8	23.9
科学および文学	30.8	45.3
人文科学	35.9	59.2

出所：現地調査から作成

1989年には、女性の割合は教育者や教育スタッフの47%、小学校の校長や教諭の64%、保健医療従事者の48%であった。

女性総同盟（WGU）が先頭に立った女性運動は、国家の政治的、社会的状況に深く根ざしている。女性同盟の支部は、全国の多くの場所で拡大し、あらゆるレベルで政府を支援している。

女性同盟は、女性の社会的、経済的、政治的な地位の向上に大きく貢献し、基本的な母子保健サービスを提供している。また、女性のための健康教育や読み書きを習うコース、女性が家計収入を増やす目的で働くために必要な技術のトレーニング、女性を経済活動に組み入れて女性ならではの製品を開発するプロジェクト、なども女性同盟が提供している。

シリア社会の女性の状況に関する大きな変化は比較的短期間に生じた。農村地帯ではコミュニティが今でも女性に対して伝統的な考え方をしているが、都市部では近代的な考え方を取り入れるようにコミュニティが大きく変化している。その結果、女性の教育や雇用の機会が増え、特に警察や軍隊のような機密を扱う職種へも女性の就業の機会が広がった。地方の女性は今でも伝統的な職種である教師になることが多い。

いくつかの地方では、女性は家事と育児に加えて農作業にも従事することになっている。ただし、農業の近代化により、機械などが導入されたり、家事を機械化することによって、女性の負担が多少軽くなってきた地方もある。

このような現状は、地方のコミュニティの社会的、経済的発展のレベルを反映している。女性同盟はこの現象と、それが女性の地位に与える影響を分析し、社会開発や家族の生活における女性の役割を強調している。

もう一つの重要な点は、いくつかの地方の15歳以上の女性の高い非識字率である。このことは特に開発の遅れている県で顕著である。読み書きの学習が重視され、特別なプログラムも進行しているが、女性の非識字率は50%を超えている。この問題を解決することが当面の課題で、効果的な対応が求められている。

1-1-9 難民

シリア国内には約33万人のパレスチナ難民が生活している（表1-6）。約7割はダマスカス県に居住しているが、その他のすべての県にも散在している。

難民の出生、死亡、婚姻は届け出の義務があり、1994年の状況は表1-7のとおりである。難民の健康状態に関するデータはないが、一つの目安として出生率と死亡率を単純に算出すると図1-6のようになる。

表1-6 県別・性別による届け出されたパレスチナ難民の数（1994年）

（単位：（）内）

県	男性 (人)	女性 (人)	難民合計 (人)	居住割合 (%)	性比率
ダマスカス	112,699	107,777	220,476	67	105
アレppo	12,973	12,054	25,027	8	108
ホムス	8,326	7,570	15,896	5	110
ハマー	3,596	3,270	6,866	2	110
ラタキア	4,048	3,730	7,778	2	109
ダラー	12,925	13,247	26,172	8	98
クネイトゥラ	13,586	14,033	27,619	8	97
合計	168,153	161,681	329,834	100	104

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.69

表1-7 県別パレスチナ難民の出生、死亡、婚姻および離婚届数（1994年）

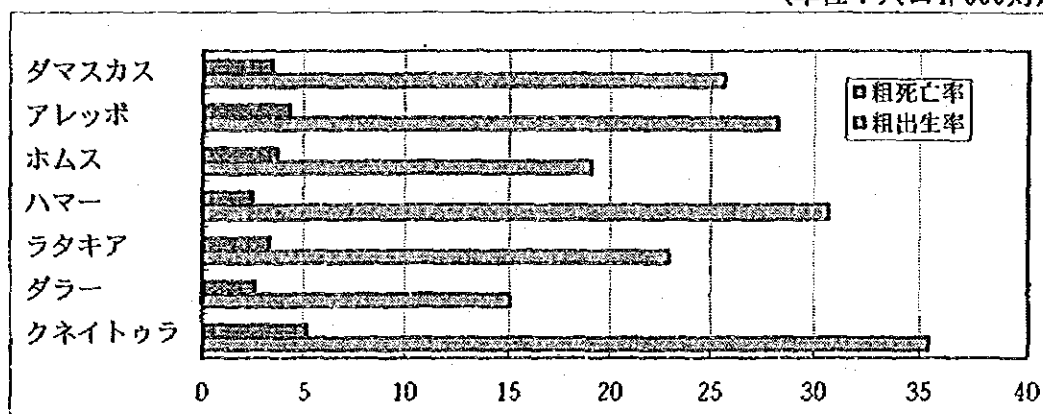
（単位：件）

県	出生届（件数）			死亡届（件数）			婚姻届 (件数)	離婚届 (件数)
	男性	女性	合計	男性	女性	合計		
ダマスカス	2,877	2,747	5,624	458	299	757	930	50
アレppo	361	344	705	71	36	107	122	12
ホムス	182	121	303	41	17	58	99	1
ハマー	118	92	210	9	8	17	39	3
ラタキア	87	91	178	15	11	26	41	3
ダラー	198	196	394	41	27	68	71	5
クネイトゥラ	482	494	976	86	55	141	176	9
合計	4,305	4,085	8,390	721	453	1,174	1,478	83

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.70

図1-6 県別パレスチナ難民の出生率および死亡率（1994年）

（単位：人口1,000対）



注) ラタキアはスワイダを、ダラーはタルトゥースを含む

出所：Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract 1995*, Central Bureau of Statistics, 1995, p.69-70

パレスチナ難民の出生率は人口1,000対25だが、粗死亡率は人口1,000対5であり、シリア人の出生率が44で粗死亡率が6であるのと比較してかなり低くなっている。クネイトゥラの出生率、粗死亡率が最も高いが、その理由に関する資料は入手できなかった。

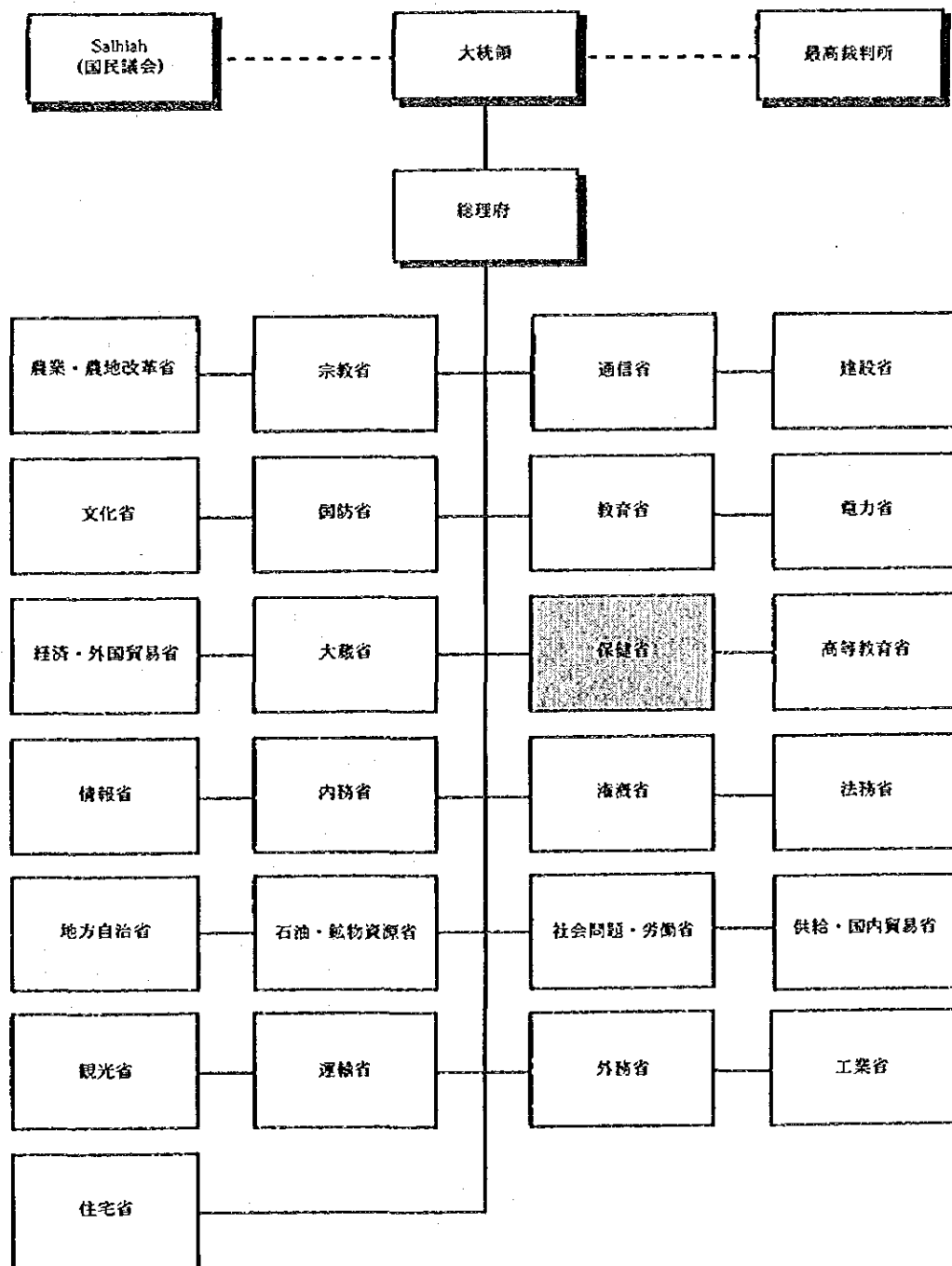
1-2 一般行政

1-2-1 中央行政

シリアは共和制社会主義国で、大統領は国民投票で選出され、副大統領が3人置かれる。立法機関は一院制の人民議会で、任期4年の250人の代議士から構成される。行政組織を図1-7に示す。

保健医療行政を担当するのは保健省のほかに高等教育省と社会問題・労働省である。これら3省の職員は男女ほぼ同数である。他の省は男性が2倍以上だが（Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract 1995*, Central Bureau of Statistics, 1995, p.82）、保健医療関係の省のみ女性職員が多い理由は確認できなかった。

図1-7 国家行政組織図



出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル シリア」 国際協力事業団 1995
p. 6002

1-2-2 地方行政

全国を13県に分割し、県知事によって地方行政が執行される。そのほかに各省の出先機関があり、専門行政を分担している。なお、入手した資料により、ダマスカス県とダマスカス農村地区を二つの県と見ているものがあるため、当資料では14県に分割した。

表1-8 全国県名

県名		県名	
1	ダマスカス	8	イドリブ
2	ダマスカス農村地区	9	ハッサカ
3	アレppo	10	ラッカ
4	ホムス	11	スワイダ
5	ハマー	12	ダラー
6	ラタキア	13	タルトゥース
7	デリゾール	14	クネイトゥラ

出所：現地調査時に閲覧した資料より作成

1-3 国家開発計画の概要

シリアの経済および社会計画は1950年代の後半に開始された。計画省は59年に設置され、最高計画委員会が63年に設立されて計画省が事務局となった。68年までには現在の計画機構が整備された。第5次5カ年計画が81～85年に実施され、その間に示されたガイドラインに基づいて、第6次（86～90年）、第7次（91～95年）の5カ年計画が実施された。現在は第8次（96～2000年）の実施中である。これらの計画の内容は公式には発表されていないが、国家計画委員会（SPC）を通じて入手することは可能である。SPCは大臣官房に所属し、計画担当の国務大臣が委員長を務める。中央統計局も大臣官房に所属し、各地の行政機関のネットワークを利用してデータを収集し、国家およびSPCの統計ニーズに対応している。

現行国家開発計画の要旨を以下に示す。

(I) 経済および社会的目標

- 1) アラブ諸国の経済統合
- 2) 生産性の向上と水平方向の拡張
- 3) 競争力強化のための民間、公共、混合部門の統合
- 4) 農業、鉱業、手工業の重点強化
- 5) 農村開発の重点強化

(2) 一般目標

- 1) 収入の増大および生活・教育レベルの向上
- 2) 収入と生活支出のバランスの保持
- 3) 財源、天然資源、人的資源の充実とその結果としての国家の自活
- 4) 都市部と農村部の格差の縮小
- 5) 公共部門のレベル向上（設備、権利などを民間レベル並に）
- 6) 環境保護（土壌、水、大気）

(3) 特殊目標

- 1) 国内生産の成長率を年間 5 % とする。
- 2) 国内生産量を 20 % 増加させる（年間成長率 3.8 %）。
- 3) GDP を 32 % 増加させる（年間成長率 5.8 %）。
- 4) 国内備蓄を 56 % 増加させる（年間成長率 9.3 %）。
- 5) 製品およびサービスの輸入を 28 % 増加させる（年間成長率 5 %）。
- 6) 製品およびサービスの輸出を 28 % 増加させる（年間成長率 6.4 %）。

(4) 政策および実施方法

- 1) 開発プロジェクトはすべて事前調査を行う。
- 2) 価格抑制のために需給メカニズムを適用する。
- 3) 生活費に見合うように定期的に賃金や給与のレベルを調整する。
- 4) 公共部門の生産組織にも経済効果測定基準を適用する。
- 5) 財源の改善のために税制を見直す。
- 6) 国家経済の財政、貯蓄、経理、統計などを統制する。
- 7) 公的機関や管理組織のニーズに見合うように高等教育の専門性を見直す。
- 8) 最新技術に対応できるように生産組織の技能を向上する。
- 9) インセンティブ・システムを再考する。
- 10) 品質の管理基準を検討し、輸出品の品質管理を強調する。
- 11) 管理業務を単純化・近代化する。
- 12) すべての省庁の規制・規則を検討し、一貫性を保ちながら改善、近代化する。
- 13) 経済的および人口学的調査・研究をする。

これまでのシリアの経済社会開発は国内経済構造の肯定的な変化を伴うものであった。具体的には、生産レベルの向上、資本の改良、自給自足のレベルの向上、保健衛生教育などの公共事業の充実、安全な飲料水が十分に行き渡ったことなどである。

1970年の人口統計調査の結果、人口増加率の高さが明らかになった。そのため、人口問題に注目し、毎年人口統計調査を実施している。

今後も経済発展を続けるために、各種教育機関、宣伝広告手段、住民ネットワーク、母

子の健康管理、家族計画サービスなどを通じた住民の意識向上と拡大を計画している。また、都市と農村の経済格差を縮小する試みとして、農村居住者に対する適切な公共サービスの確保、雇用の機会を作りより高い収入を保証するなどの手段がとられている。特に女性の労働市場への参入と社会経済開発事業への参加を奨励し、教育レベルにおける男女の比率を等しい程度にまで引き上げ、読み書きできない人をなくするためのプログラムが活発に展開されている。

1986年に国家企画大臣を責任者とする人口問題に関する常設委員会が設置され、近年では国連人口基金（UNFPA）との協力体制をとっている。

第1編 参考資料一覧

- ・ アブドゥッ・ラヒーム・アル・サビーイー国家企画大臣 「世界人口・開発会議（1994年カイロ）での報告」 国家計画省
- ・ 国際協力事業団 「国別協力情報ファイル シリア」 国際協力事業団 1995
- ・ Britanica, Britanica Online, Britanica, 1995
- ・ Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995
- ・ EIU, Country Report: Syria 4th quater, EIU, 1994
- ・ UNDP, Human Development Report, UNDP, 1994

第2編 衛生行政

2-1 中央衛生行政と保健医療計画

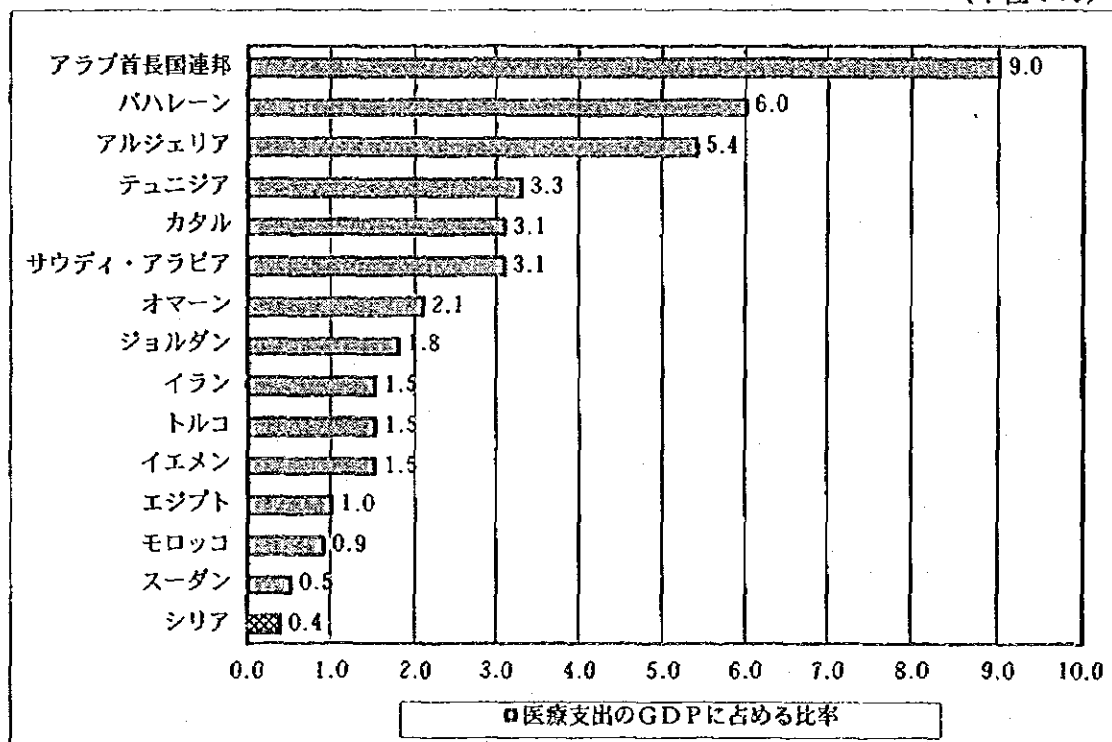
保健医療サービスは政府が提供しているが、民間の活動も拡大してきている。公的部門は、すべてのレベルで無料でサービスを提供している。保健省は母子保健サービスを担当、管轄し、PHCシステムを通じて都市部にも農村部にも包括的なプログラムを展開している。

医療支出がGDPに占める比率は1990年で0.4%であり、中東諸国の中では最も低い（図2-1）。しかし、後述するように保健指標は特に低いわけではない。PHCに重点を置き、医療関係予算を低く抑えているということ以外には具体的な理由は不明である。

「高等保健医療会議」を活性化し、保健医療関係の業務を中央化することで、システムが大きく発展すると思われる。実施過程では県ごとの保健医療関係の会議をとりまとめる必要がある。

図2-1 国別医療支出の比率（1990年）

（単位：％）



出所：UNDP, Human Development Report, UNDP, 1994, p.152

2-1-1 中央衛生行政機構

近年のシリアの保健医療分野における最優先課題の一つは人口政策である。そのため政府は量的および質的な目標を盛り込んだ、包括的、学際的で大胆な人口政策に着手した。

現在の人口委員会 (Permanent Population Committee, PPC) は、1986年に計画大臣が発議し、首相の承認を経て設置された。この委員会は、人口政策策定の責任と、国立の研究所や機関の間で人口プログラムと活動の連携を図る役割を担っている。

この委員会は企画大臣が委員長となり、関係省庁とNGOの代表者で構成されている。1990年に、大臣の発議により技術指導委員会が設置され、人口対策活動の実施とコーディネートに対して技術的なアドバイスをしている。技術指導委員会は国家レベルとセクターレベルの人口問題と政策発展の進捗状況に関して、人口委員会に報告する義務がある。

人口委員会は人口問題に関するガイドラインと重要方針をまとめ、それを1987年に首相が承認した。計画どおりに進めば、制度的にも実質的にも政策の発展のための視点が定められ、改良されるはずである。具体的には、地理的に不均等な人口分布の是正、公式および非公式の人口教育の普遍化、女子の教育を重視して義務教育を9年間とすること、産前産後のサービスを拡大すること、母乳哺育の奨励、出産間隔の延長、家族計画をPHCシステムの中心とすること、小児のヘルスケア・サービスの拡大、若年結婚の害に関する情報の普及、などが示されている。

このガイドラインと方針は国家人口政策の策定のための第一歩である。また、国家人口政策と実際の活動計画を結びつけるための枠組みが作成された。

1994年初頭から、顕著な動きが見えてきた。八つの学際的な作業部会 (タスクフォース) が組織され、さまざまな国立研究所の職員がメンバーとなった。各タスクフォースはそれぞれ別個の人口関連問題に取り組み、政策の方向性を示した。タスクフォースの取り組み課題は次のとおりである。

- 1) 最近の経済構造、政策、戦略と人口の動向
- 2) シリアの人口の過去、現在、未来
- 3) 出産行動の社会文化的決定因子
- 4) 一般的な健康および妊娠・出産に関する健康と家族計画
- 5) 人口と住宅
- 6) 人口の動向、食物、水、エネルギー
- 7) 人口分布と移住
- 8) 人口、教育、人材開発

1996年初頭には、これらのタスクフォースがそれぞれの課題を検討した結果をまとめることになっている。活動の成果は国家と地域、それぞれのレベルでのワークショップや集会以て討議され、その結論は大規模な人口政策会議でまとめられる。多くの分野の政策決定者、計画課、専門家がそれぞれの研究所から派遣され、政策文書と活動計画について討議している。

表2-1 省別・県別公共部門の職員数（1993年12月末現在）

（単位：人）

省 県	高等教育省	保健省	社会・労働省	合計
ダマスカス	9,882	8,408	1,169	19,459
ホムス	1,255	4,201	289	5,745
ハマー	38	2,927	192	3,157
タルトゥース	4	2,595	168	2,767
ラタキア	3,298	3,241	342	6,881
イドリブ	0	1,544	117	1,661
アレppo	5,924	2,621	342	8,887
ラッカ	0	961	86	1,047
デリゾール	1	2,876	136	3,013
ハッサカ	0	1,503	82	1,585
スワイダ	1	2,158	175	2,334
ダラー	0	1,652	172	1,824
クネイトゥラ	0	428	39	467
合計	20,403	35,115	3,309	58,827

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.89

現地調査時には、保健省の組織図は図2-2に示すものしか存在していなかった。アサド大統領の就任25周年を記念して保健省から詳細な組織説明などが発行されることになっており、そこに各部局の役割や関係が示されているとのことである。

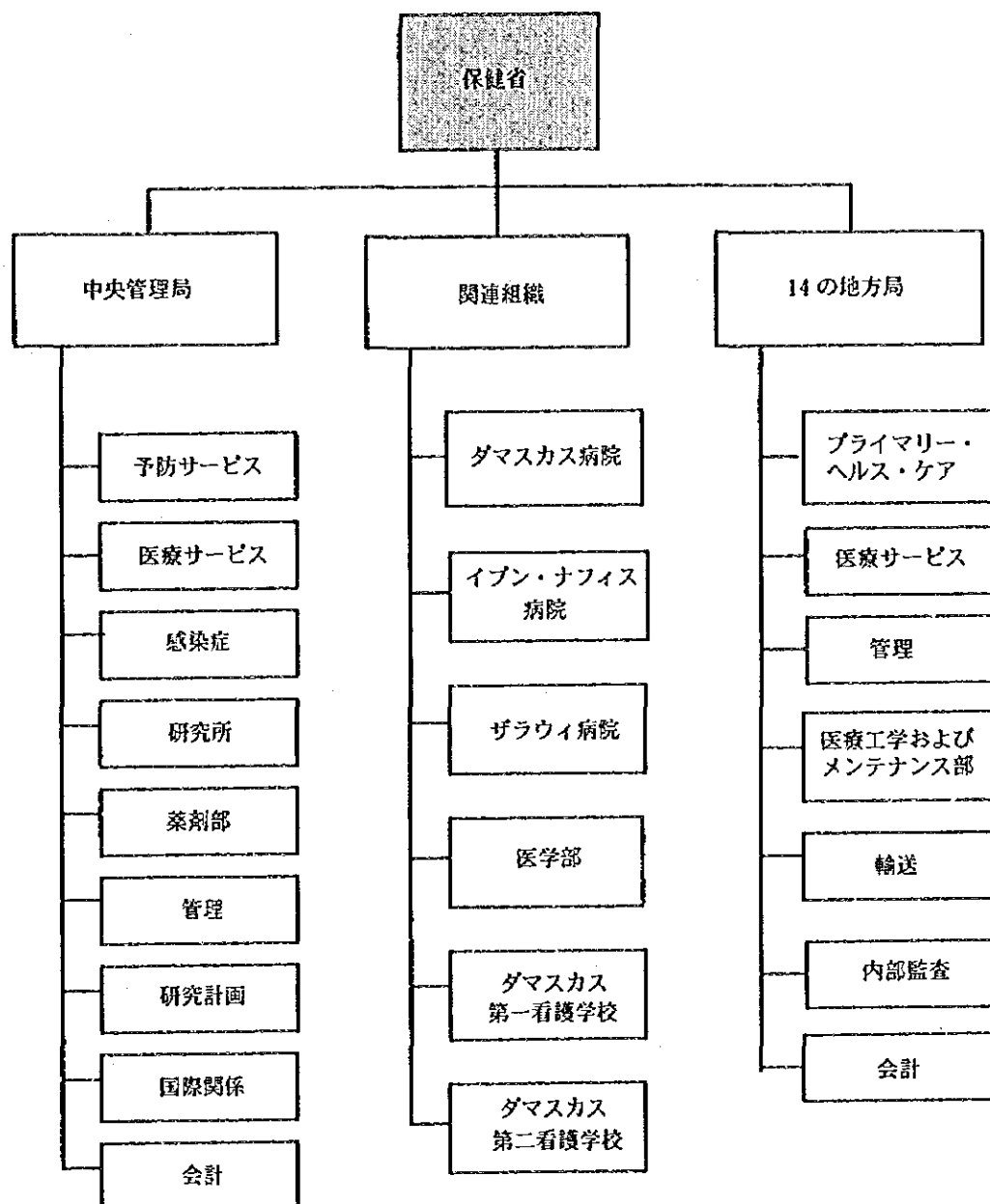
保健省は保健医療サービスの管理機関で、あらゆるレベルの計画立案、実施、評価を行っている。国家予算の確保、外国からの援助の分配、他の省庁との協力なども担当している。

地方のヘルスケアは各県の保健医療関連組織が管轄している。関連組織は国立病院、ヘルス・センター、ヘルスポストなどの医療関係施設を監督している。

医薬品は薬剤部が管轄している。薬剤部は医薬品関連のプログラムなどを検討し、品質のコントロールや公共および民間の薬局の監督をしている。医薬品の輸入に関しては保健省の管轄ではなく経済・外国貿易省が担当している。医療器材や材料などは医療サービス部が管轄し、使用品目の選定や各病院への配給を担っている。メンテナンスに関しては医療工学およびメンテナンス部が担当している。この部は最近拡充され、50人以上の技術者と研修生が勤務している。

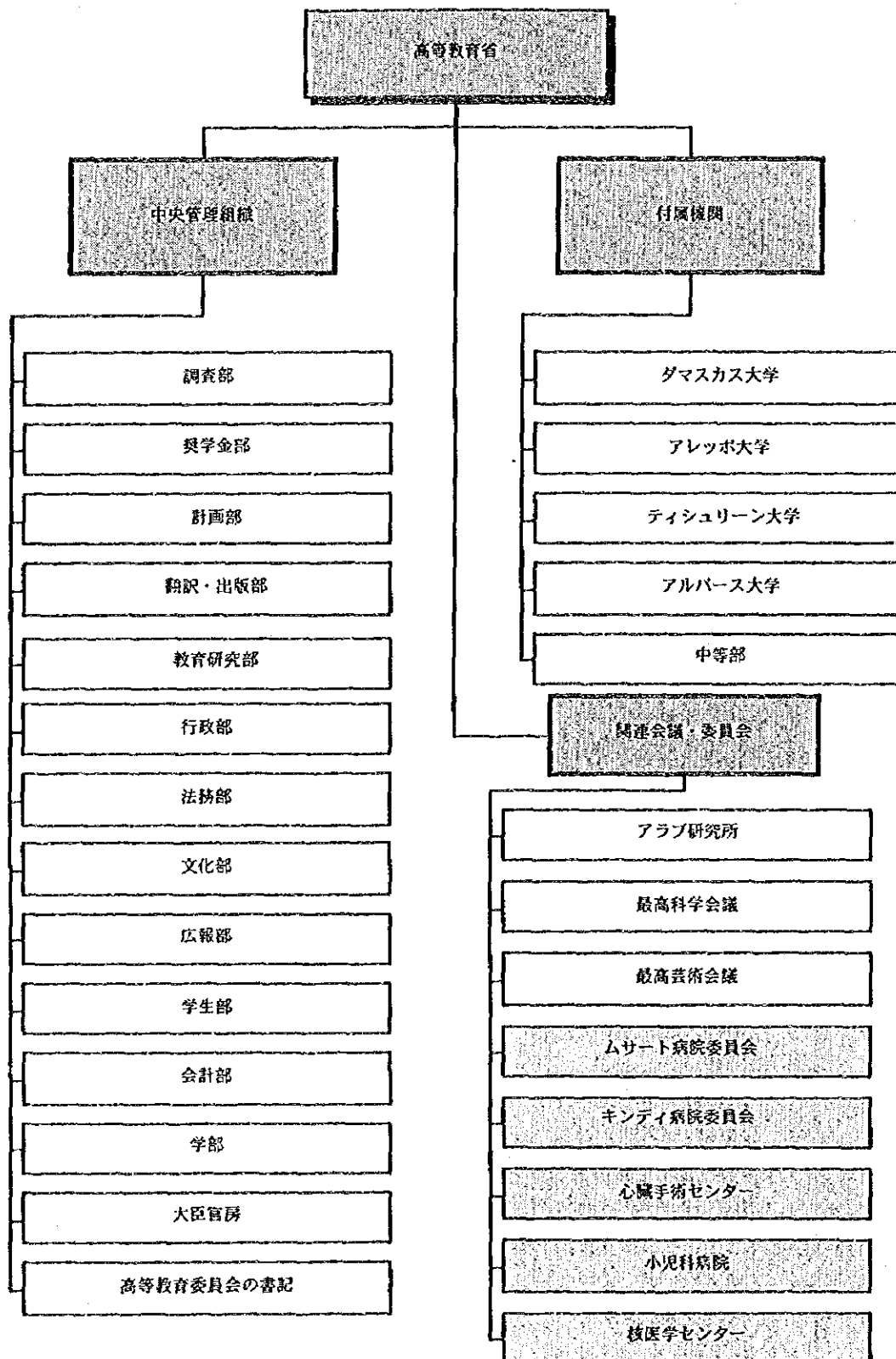
なお、現地での聞き取り調査では保健省下に病院コーディネーション部が存在することだったが入手した組織図には記述がなかった。

図2-2 保健省組織図



出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル シリア」 国際協力事業団 1995
p. 6017

図2-3 高等教育省組織図



出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル シリア」 国際協力事業団 1995

2-1-2 中央保健医療計画

シリアのヘルスケアは、総合的社会経済計画の一部である保健医療計画に基づいている。保健医療政策の二つの主要目的は次のとおりである。

- 1) すべての国民に適切な保健医療施設とサービスを提供し、「2000年までにすべての人々に健康を」という目標を達成する。
- 2) 少なくともプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）の八つの要素と適切な紹介サービスを含むヘルスシステムを構築し、すべての国民に治療、予防、リハビリのそれぞれのサービスを提供する。

PHCサービスは農村と都市のヘルス・センターと、巡回保健医療チームによって提供される。国内各地にある総合クリニックと公立病院が第1次医療機関となる。そこでは一般内科、外科、小児科、産婦人科の専門的サービスが提供される。中央病院と大都市の専門病院、および教育病院が第3次医療レベルとなる。

さらに、県レベルの母子保健トレーニング・センターやポリクリニックのように専門化したヘルス・センターや、県の主要な高速道路をカバーする救急サービス・ネットワークなどもある。

今後、公衆衛生および家族の健康の分野で活躍するための訓練を受けた人材を開発することが求められている。これは保健医療政策において重視されていることであり、保健省はこの方針に従って、保健医療関係の人材開発プログラムを見直して修正するために、医学教育機関等と協力している。

保健医療開発のための国家政策の目標は次のとおりである。

- 1) 全国のヘルスケアサービスの質を高め、都市と農村の差を小さくする。
- 2) 健康増進、予防、治療、リハビリなど、それぞれの可能な限り最高のサービスをすべての国民に提供する。

この政策は以下の方針に基づいている。

- 1) 保健医療開発は全体的な社会経済開発の主要な要素であると認識する。
- 2) 国家の責任でヘルスケアサービスの提供に適した環境と必要な資源を確保する。
- 3) PHCの概念に基づくサービスを国民全体に行き届くようにする。
- 4) 主要な健康問題に関する活動に重点を置き、子供や母親などの弱者グループへのサービスを優先する。
- 5) 各種の保健医療サービスが相互に補完するよう、サービス提供機関の調整をする。

政策の統合と活動計画の決定が進んでいる。1995年5月には国家人口政策臨時目標が発表され、政策決定活動の流れの中で修正された。これらの目標・目的は既存のガイドラインを改訂するもので、国家人口政策に焦点を合わせるものである。

国家人口政策臨時目標

- 1) 人口増加率を1995年の年3.3%から2015年までに2.5%とする。
- 2) 妊産婦死亡率を1995年の出生10万対105から2015年までに75とする。
- 3) 乳幼児死亡率を1995年の出生1,000対32から2015年までに20とする。
- 4) 避妊率を1995年の約40%から2015年までに64%とする。その際には、近代的な多種の避妊法を利用できるようにし、需要が満たされるようにする。
- 5) 女性の経済活動率（就業率）を1995年の16.6%から2015年までに26%とする。
- 6) 女性の非識字率を31%から2015年までに13%とする。
- 7) 農村開発計画と農地や地方の環境の保存と保護を通じて、無計画な都市の成長を減速させる。
- 8) 男女ともに義務教育を9年間に延長する。
- 9) 集団の情報・教育・コミュニケーションの効率を高め、新たに展開される人口政策の目標を達成するため努力する。

2-1-3 中央保健医療セクターの財政

予算および財政に関する資料は、アラビア語から翻訳したもので意味不明の内容が多く、利用できるものではなかった。表2-2もアラビア語から翻訳したもので、これ以上の資料は入手できなかった。

表2-2 社会問題・労働省および保健省の国家予算

(単位: 1,000 S P)

	社会問題・労働省					保健省		絶マ 減ラ 計リ 画ア	委健 康員 保 会陵	中衛 等生 学専 校門
	全 体	中 央 局	プ ロ 女 性 協 会 ト	プ ロ 農 村 協 会 ト	プ ロ 勞 働 協 会 ト	全 体	中 央 局			
資金及び補償金	33,334	0	0	0	8,956	494,920	54,864	0	8,860	2,505
各局費	21,149	0	0	0	14,933	975,555	11,080	0	3,161	900
95 国内歳入投資計画	129,000	30,000	2,000	3,000	0	634,000	0	0	0	0
海外歳入投資計画	0	0	0	0	0	920,000	0	0	0	0
投資計画合計	129,000	30,000	2,000	3,000	0	1,554,000	0	0	0	0
歳出	78,506	0	0	0	3,820	46,100	0	0	0	0
支払われるべき債務	110	0	0	0	1,000	0	100	0	0	0
実施中の計画の合計	133,099	0	0	0	28,709	1,516,575	66,044	0	12,021	3,405
1995年度合計	262,099	30,000	2,000	3,000	28,709	3,070,575	66,044	0	12,021	3,405
94 実施中の計画	102,879	0	0	0	25,888	1,255,365	58,878	0	12,021	3,405
投資計画	106,500	28,000	2,000	3,000	0	1,375,000	0	0	0	0
94 1994年度合計	209,379	28,000	2,000	3,000	25,888	2,630,365	58,878	0	12,021	3,405

出所: シリア・アラブ共和国大蔵省年間予算局 「1995年度年間予算」 1995

2-2 地方衛生行政と保健医療計画

県ごとに保健省の出先機関などがあるようだが、現地調査時には具体的な計画は入手できなかった。

2-2-1 地方衛生行政機構

県知事がある程度の自治権を持っているとのことだが詳細は不明である。

2-2-2 地方保健医療計画・予算

全国的に人口増加抑制政策が保健セクターを中心として展開されている。予算に関しては、大蔵省の資料では表2-2のとおり、県別の予算は不明で、県レベルの情報を直接入手することはできなかった。

第2編 参考資料一覧

- ・国際協力事業団 「国別協力情報ファイル シリア」 国際協力事業団 1995
- ・シリア・アラブ共和国大蔵省年間予算局 「1995年度年間予算」 シリア・アラブ共和国大蔵省 1995
- ・Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995
- ・UNDP, Country Strategy Note for Cooperation with the United Nations System 1996-2000, UNDP, 1994
- ・UNDP, Human Development Report, UNDP, 1994
- ・UNFPA, UNFPA PRSD Mission to the Syrian Arab Republic, UNFPA, 1995
- ・WHO, Proposed Programme Budget for the Eastern Mediterranean Region. Financial Period 1996-1997, WHO, 1994

第3編 人口・保健指標

3-1 人口

民族別の人口についての資料は入手することができなかった。

3-1-1 総人口・人口増加率・年齢別人口

1995年の人口の推計は1,437万人であり、2000年には1,700万人となると予測される。現在のところ、出生率は人口1,000人当たり44で、平均家族数は7人である。扶養家族割合は一家族当たり4.3人で、2000年までにはこれらの指標に目立った変化はないとみられている。

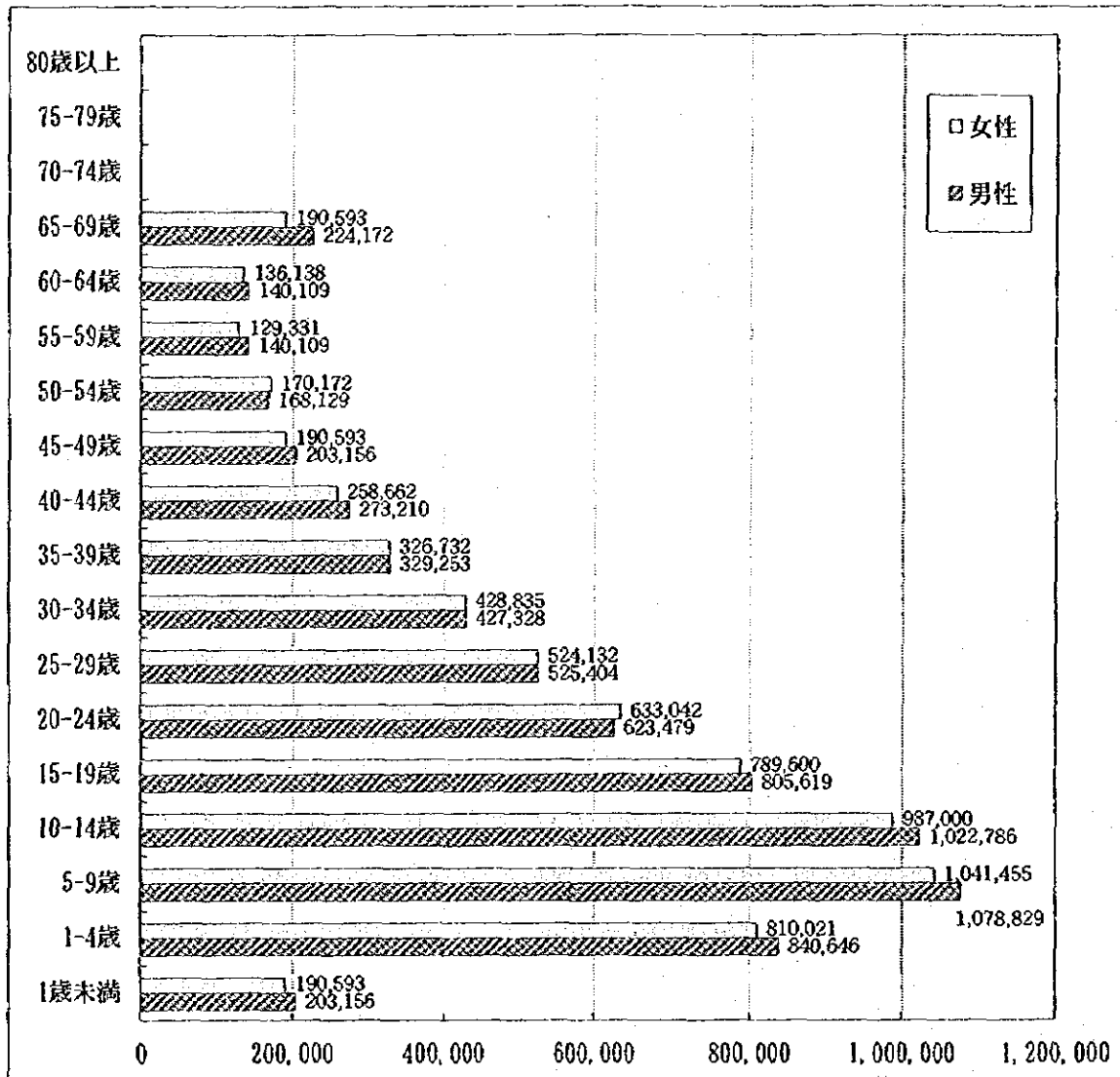
国土のうち居住に適した土地は半分程度なので、人口の半分は都市に集中して暮らしている。砂漠ステップ地帯は最も人口密度が低く、ベドウィンとオアシスの住人たちが生活している。他の地域の人口密度はさまざまだが、西部と北東部で最も高く、大きな川沿いもかなり高い。

1948年に、8万人ほどのパレスチナ人がシリアに移住してきた。50年代から、労働者と専門職が国を離れて他のアラブ諸国、アメリカ合衆国、西ヨーロッパに移住していった。67年にはゴラン高原の住民の大部分がイスラエルの侵攻から逃れてシリアに入ってきた。このため、シリア国内の労働力の流出が危機的な状況となった。

1994年の国勢調査における年齢階級別人口を図3-1に示す。シリアは若年層の多い典型的な途上国型の人口構造を示している。70年から94年の25年間で総人口は2倍になった。また、高齢者の人口も大幅に増加しているようだが、94年の調査では70歳以上の階級別の数値がないので詳細は不明である。

図3-1 年齢階級別人口 (1994年)

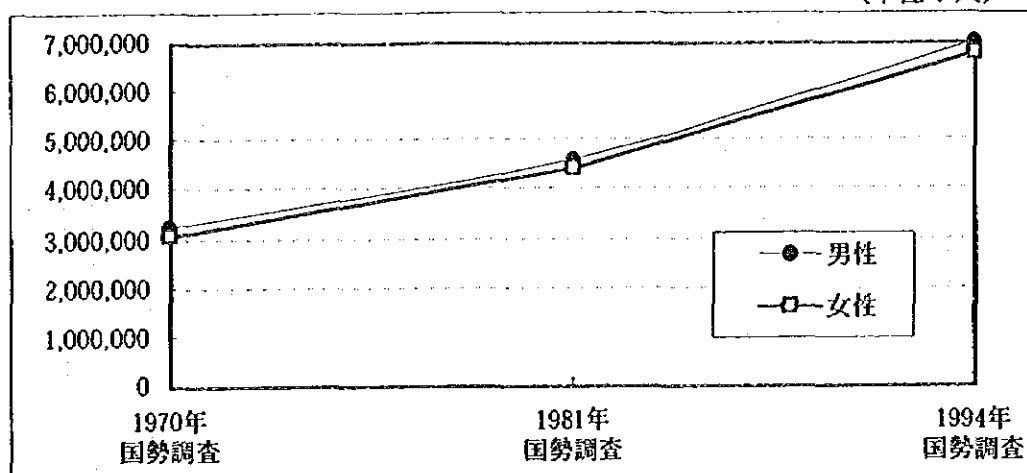
(単位：人)



出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995,
p.53

図3-2 性別総人口の変化（1970, 81, 94年）

（単位：人）



出所：Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract 1995*, Central Bureau of Statistics, 1995, p.53

表3-1 県別の人口比率と増加率（1970, 81, 94年）

（単位：%）

県	期間の人口増加率		全人口に対する割合		
	1970-81年	1981-94年	1970年	1981年	1994年
ダマスカス	26.3	20.0	13.3	12.3	10.5
ダマスカス農村地区	36.2	47.8	9.9	10.1	12.2
アレppo	33.0	35.5	20.9	20.8	21.4
ホムス	37.2	31.1	8.7	9.0	8.8
ハマー	33.2	31.1	8.1	8.1	7.9
ラタキア	32.7	22.5	6.2	6.1	5.4
デリゾール	31.0	42.9	4.6	4.5	5.1
イドリブ	38.4	34.6	6.1	6.4	6.5
ハッサカ	33.2	32.7	7.4	7.4	7.4
ラッカ	33.1	35.8	3.8	3.9	4.0
スワイダ	32.9	23.2	2.2	2.2	1.9
ダラー	41.5	39.5	3.7	4.0	4.4
タルトゥース	35.6	21.3	4.5	4.9	4.2
クネイトゥラ	43.4	49.9	0.3	0.3	0.3
合計	33.5	33.1	100.0	100.0	100.0

注) 増加率の算出には公式 $P_t = P_0(1+r)$ を用いたとの記述あり。

出所：Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract 1995*, Central Bureau of Statistics, 1995, p.54

1970～81年までに人口が33.5%、81～94年までに33.1%増加した（表3-1）。それぞれの期間の平均人口増加率は、3.4%、3.3%と高い。UNDPは、この人口増加率が続けば2010年には人口が1992年の2倍になると推計している。ダマスカスの人口密度は他の県の100倍以上（表3-2）なので、人口の流入が鈍化し、郊外（農村地区）の人口割合が増加し

ているものと思われる。

急激な人口増加は国家経済の負担となり、国家の発展を停滞させ、環境を破壊し、健康や教育、水、食物、住居などの基本サービスに悪影響を及ぼす。

シリアでの既婚女性の家族計画実施率は約20%と言われている。家族計画を普及させることで急激な人口増加を防ぎ、生産的な結果をもたらすためには、広範囲にわたる長期的かつ組織的努力が行われなければならない。

3-1-2 県別人口

表3-2に県別の人口と人口密度を示した。ダマスカスの人口密度は高く、1 km当たり約1万4,000人が居住している。性比をみると、ほとんどの県で男性の人口が女性より多いが、特に、人口密度の高い都市化が進んだ地域ではその差が大きい。

表3-2 県別人口（1994年）

（単位：人）

県	男性	女性	県別人口	人口密度(人/km)
ダマスカス	735,565	714,724	1,450,290	13,754
ダマスカス農村地区	854,657	830,442	1,685,099	93
アレppo	1,499,152	1,456,676	2,955,829	160
ホムス	616,474	599,007	1,215,481	28
ハマー	553,425	537,745	1,091,170	124
ラタキア	378,291	367,573	745,863	324
デリゾール	357,275	347,152	704,426	21
イドリブ	455,350	442,448	897,798	148
ハッサカ	518,398	503,711	1,022,109	44
ラッカ	280,215	272,276	552,491	28
スワイダ	133,102	129,331	262,433	48
ダラー	308,237	299,504	607,740	161
タルトゥース	294,226	285,890	580,116	308
クネイトゥラ	21,016	20,421	41,437	26
合計	7,005,385	6,806,899	13,812,284	74

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p54-55

3-1-3 出生率

県別の男女別出生数は表3-3のとおりである。表中の「未届け出生数」をどのように把握しているのかは不明である。

1992年の人口1,000人当たりの出生率は43.8で、世界の平均値26.0と比較するとかなり高い。また、死亡率は人口1,000人当たり6.0（世界平均9.2）なので自然増加率は37.8（世界平均16.8）となる。

表3-3 県別・性別出生数 (1994年)

(単位:人)

県	年内届け出出生数				年内および年内以前の未届け出生数		
	男性	女性	合計	出生児の性比率	男性	女性	合計
ダマスカス	23,926	22,230	46,156	108	114	35	149
ダマスカス農村地区	17,468	16,533	34,001	106	835	914	1,749
アレppo	50,520	45,618	96,138	111	6,161	5,760	11,921
ホムス	18,521	17,479	36,000	106	1,195	1,090	2,285
ハマー	18,112	17,054	35,166	106	1,171	1,207	2,378
ラタキア	9,398	8,835	18,233	106	211	250	461
デリゾール	13,577	12,414	25,991	109	1,786	1,656	3,442
イドリブ	17,781	16,991	34,772	105	1,329	1,224	2,553
ハッサカ	9,793	8,855	18,648	111	4,948	4,689	9,637
ラッカ	8,151	8,178	16,329	100	1,676	1,595	3,271
スワイダ	3,528	3,483	7,011	101	190	197	387
ダラー	10,424	9,679	20,103	108	797	865	1,662
タルトゥース	6,960	6,447	13,407	108	230	222	452
クネイトゥラ	2,758	2,682	5,440	103	115	130	245
合計	210,917	196,478	407,395	107	20,758	19,834	40,592

出所: Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract 1995*, Central Bureau of Statistics, 1995, p.66

女性の年齢別出生率と合計特殊出生率を表3-4に示す。国家が人口の増加抑制政策に力を入れているので(第2編 衛生行政 参照)、1978年から93年の間に合計特殊出生率 (Total Fertility Rate, TFR) はかなり減少した。しかし先進国と比較するとまだまだ高い。

表3-4 年齢別出生率および合計特殊出生率 (1978, 93年)

(単位: () 内)

年	女性1,000人当たりの出生率							合計特殊 出生率 (1人当たり)
	年齢層(歳)							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1978年	124	302	341	312	246	135	42	7.5
1993年	61	164	225	189	129	64	11	4.22

注) 1978年はシリア出生率調査。1993年は統合人口統計調査。

出所: Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract 1995*, Central Bureau of Statistics, 1995, p.56

また、結婚している女性のみの出生率(表3-5)を見ると、若年層では15年前と比べて全体の出生率(表3-4)ほどには減少していない。これは、結婚年齢が高くなったためと考えられ、母子ともに危険が高いと言われている若年出産が減少していることになり、単に出生率が減少するだけでなく、より望ましい状況になってきていると言える。

表3-5 年齢別出生率（婚姻者）（1978, 93年）

（単位：女性1,000人当たり）

年	結婚している女性1,000人当たりの出生率						
	年齢層（歳）						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1978年	433	471	393	326	269	165	42
1993年	376	350	304	222	142	68	12

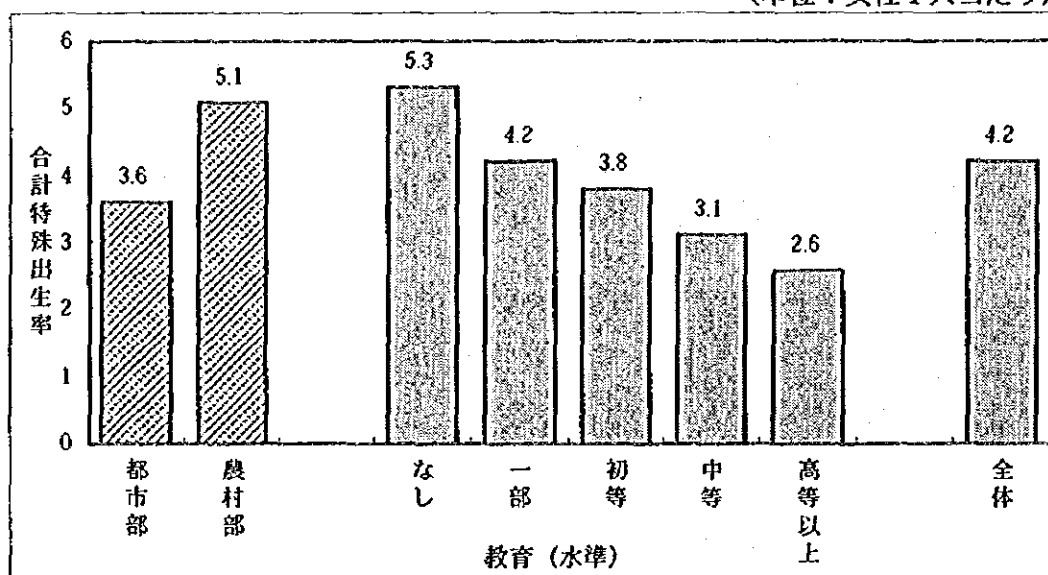
注）1978年はシリア出生率調査の数値。1993年は統合人口統計調査の数値。

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.57

婚姻に関するデータとして、1992年の人口1,000人当たりの婚姻率が8.4、離婚率が0.7（シリア人のみ）という数値を入手した。しかし、イスラム国家の平均値など比較対象となるデータは得られなかった。

図3-3 都市・農村別、教育別合計特殊出生率（1993年）

（単位：女性1人当たり）



注）調査対象は15～49歳

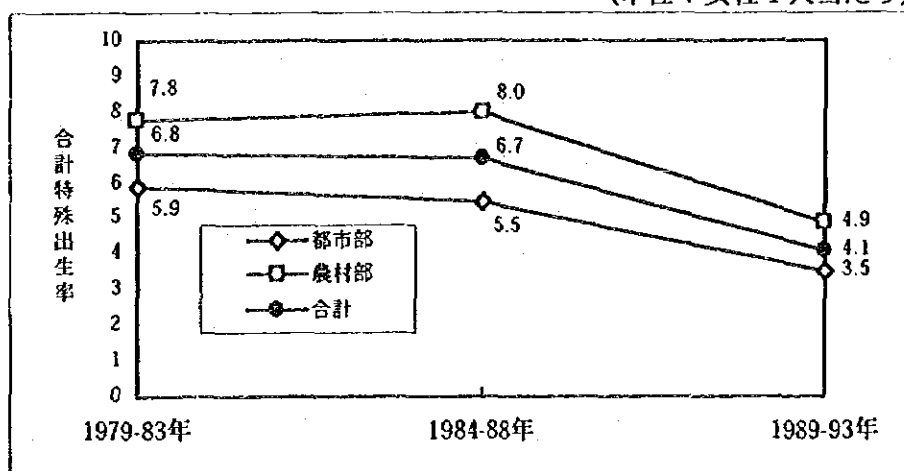
出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

出生率を都市・農村別、教育程度別にみると（図3-3）農村部は都市部より高く、教育程度が進むほど出生率は低下している。

図3-4に都市・農村部別の出生率の経時的推移を示した。1984～88年に比べ89～93年では都市・農村とも出生率が大きく低下している。

図3-4 居住地別の合計特殊出生率の推移

(単位：女性1人当たり)



注) 調査対象は15～44歳

出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

表3-6は既婚女性が希望する子供の数を年齢・教育別に示したものである。教育が高く、年齢が低いほど子供の数を少なく望んでいるのは、家族計画などの知識により出産数が少ない方がよいと考えたり、社会に進出するためには子供が少ない方がよいと考えているからだろう。しかしこの表(原典)の解説によると、この数値ではまだ多すぎるうえに実際はこの数値より多い数の子供を持っているとのことである。

表3-6 年齢・教育別既婚女性が希望する子供数(1993年)

(単位：人)

教育の程度	現在の年齢			全年齢
	30歳未満	30～39歳	40歳以上	
読み書きできない	5.84	6.46	6.74	6.37
多少の読書き	4.42	4.62	4.75	4.56
初等教育	4.08	4.33	4.81	4.23
中等教育	3.68	3.89	4.25	3.81
高等教育以上	3.41	3.48	3.44	3.44
全体	4.45	5.15	5.85	5.00

出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

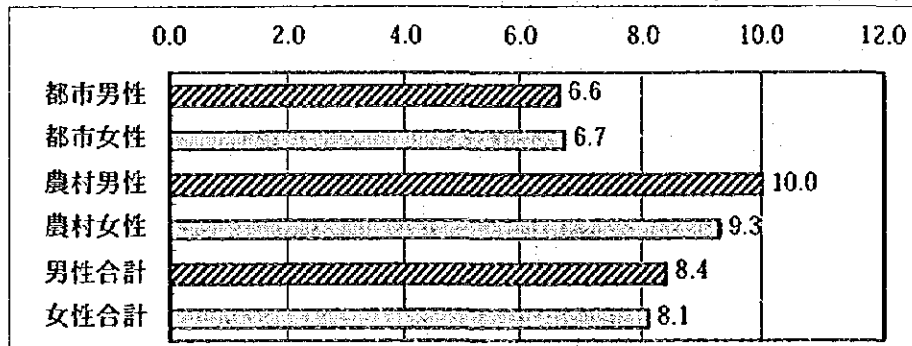
3-1-4 死亡率

1992年の資料では死因の第1位は循環器疾患で死亡率は人口10万対50、第2位は事故・中毒で9、第3位は呼吸器疾患で8となっている（Syrian Arab Republic, Ministry of Health, Scientific Report, Ministry of Health, 1995, p.2）が、信頼のおける死因別死亡率のデータは入手できなかった。

データが古いが居住地別の死亡率（図3-5）を見ると、農村部が都市部よりかなり高い。具体的なデータは入手できなかったが、都市部と農村部は年齢構成、衛生状態、医療施設やサービスなど死亡率に影響する要因が異なるためと考えられる。大都市や各県の中心都市には総合病院などの十分な設備の整った施設があるが、多くの農民には経済的にも地理的にも利用しにくい存在である（第6編 保健医療サービス供給システム 参照）。

図3-5 性別・居住地別粗死亡率（1976～79年）

（単位：人口1,000対）

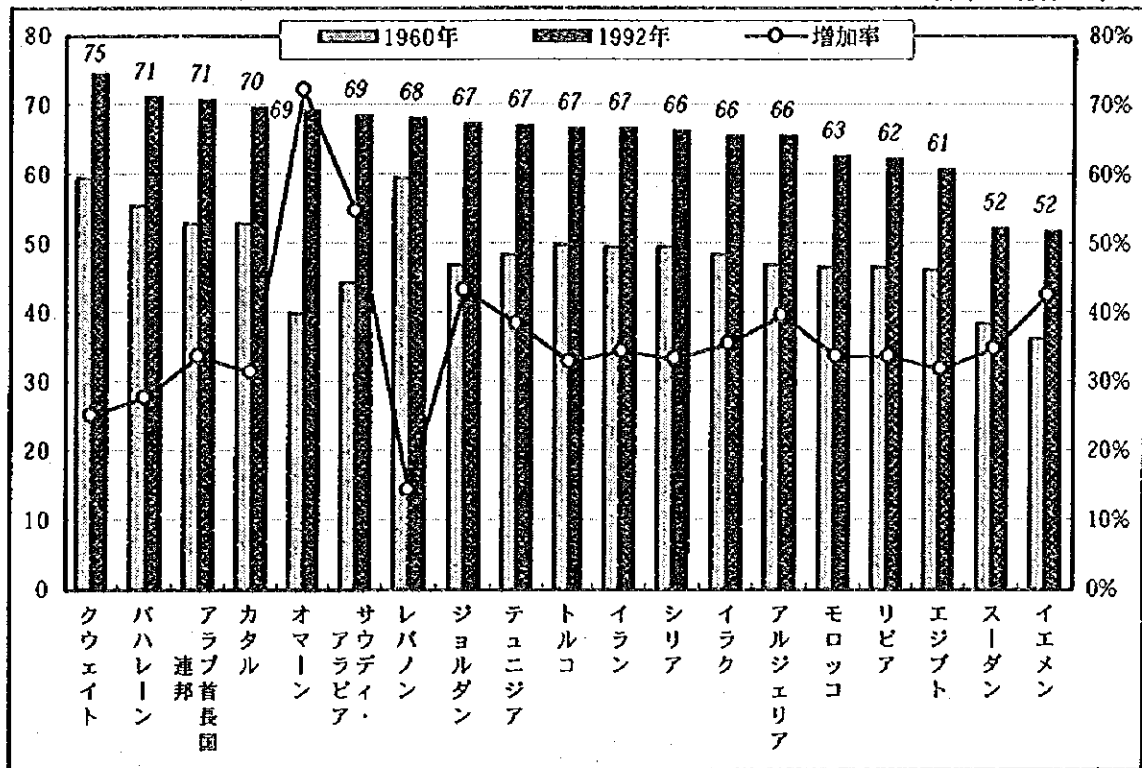


出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.60

1992年の平均寿命は男性64.9歳、女性67.3歳であり、近隣諸国19国の中では12位であり、1960年からの寿命の伸び率は19国中13位である（図3-6）。

図3-6 国別寿命の比較

(単位：歳、%)



出所：UNDP, Human Development Report, UNDP, 1994, p.136-137

表3-7に県別の死亡数を示す。

表3-7 県別・性別届け出死亡数（1994年）

（単位：人）

県	届け出死亡数			未届け死亡数		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
ダマスカス	3,977	2,804	6,781	122	153	275
ダマスカス農村地区	2,064	1,766	3,830	220	219	439
アレppo	5,116	4,083	9,199	1,071	810	1,881
ホムス	2,249	1,975	4,224	280	365	645
ハマー	1,917	1,582	3,499	353	322	675
ラタキア	1,625	1,333	2,958	142	193	335
デリゾール	1,128	799	1,927	224	204	428
イドリブ	1,762	1,598	3,360	244	278	522
ハッサカ	956	730	1,686	441	292	733
ラッカ	858	722	1,580	169	125	294
スワイダ	566	452	1,018	71	47	118
ダラー	808	654	1,462	194	225	419
タルトゥース	1,026	867	1,893	110	120	230
クネイトゥラ	305	259	564	15	13	28
合計	24,357	19,624	43,981	3,656	3,366	7,022

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.67

第 3 編 參考資料一覽

- Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995
- PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994
- Syrian Arab Republic, Ministry of Health, Scientific Report, Ministry of Health, 1995
- UNDP, Human Development Report, UNDP, 1994

第4編 疾病・死亡

4-1 総論

表4-1 おもな保健指標

(単位：() 内)

指 標	値
平均寿命 (歳) (1993年)	66
乳幼児死亡率 (出生1,000対) (1993年)	33
5歳未満児の死亡率 (出生1,000対) (1993年)	44
妊産婦死亡率 (出生10万対) (1992年)	143

出所：保健省での聞き取り調査より作成

出生率が高く若年人口が多いので、国家保健医療計画では人口対策に重点が置かれている。そのため各種データも乳幼児関係のものが中心で、成人の疾病・死亡に関するデータは得られなかった。

表4-2 国立病院・療養所の患者数

(単位：() 内)

		入院患者数(人)	退院患者数(人)	ベッド占有率(%)	平均入院期間(日数)
年	1989	511,174	503,121	70	4
	1990	540,293	532,690	69	3
	1991	488,522	511,427	72	3
	1992	460,438	N.A	68	3
	1993	471,615	N.A	76	3
	1994	494,768	516,912	80	3
県	ダマスカス	62,146	66,502	76	4
	ダマスカス農村地区	27,986	26,181	67	2
	アレppo	35,563	35,066	69	3
	ホームス	56,456	56,224	78	3
	ハマー	46,591	44,546	75	3
	ラタキア	34,958	51,920	69	3
	デリゾール	40,788	39,927	70	2
	イドリブ	31,961	31,835	94	2
	ハッサカ	28,272	37,539	67	3
	ラッカ	25,558	25,638	80	3
	スワイダ	29,664	29,712	91	3
	ダラー	53,132	50,127	90	2
	タルトゥース	21,693	21,695	109	3
	クネイトゥラ	N.A	N.A	N.A	N.A

注) 県別のデータは1994年のもの

出所：Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstract 1995*, Central Bureau of Statistics, 1995, p.366

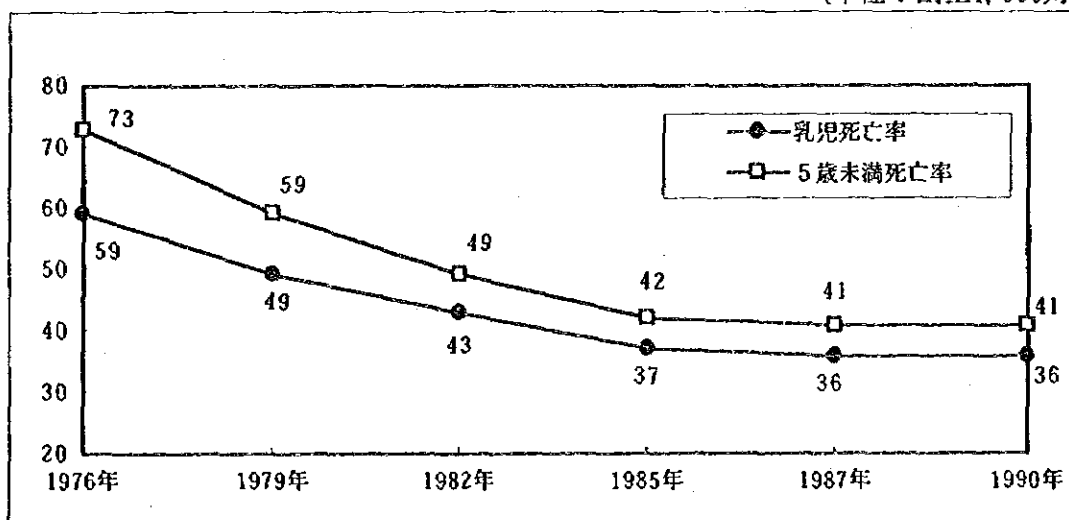
4-2 死亡とその原因

4-2-1 乳幼児の死亡

1960年代の初頭は、乳児死亡率は出生1,000対135で、乳幼児（5歳未満児）死亡率は出生1,000対218だった。1990年に行われた拡大フィールド調査の結果、乳児死亡率は36、5歳未満児死亡率は41と減少した（図4-1）。

図4-1 乳幼児死亡率の変化（1976～90年）

（単位：出生1,000対）

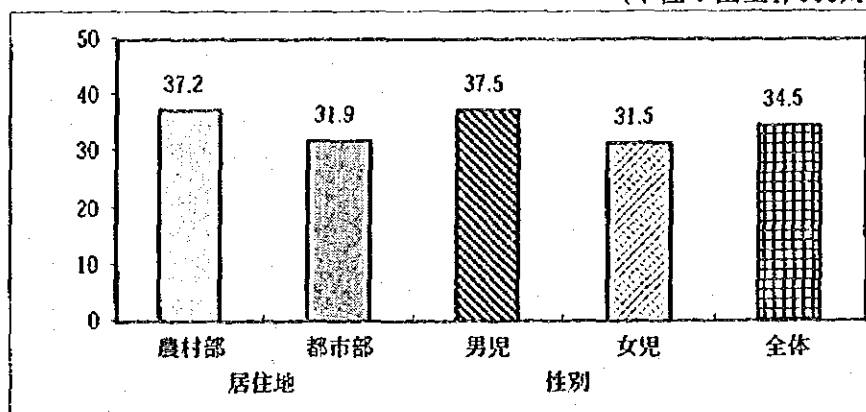


出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

また、当然ながら、都市と農村による差が見られた（図4-2）。

図4-2 居住地別・性別乳児死亡率（1993年）

（単位：出生1,000対）



出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

過去には急性呼吸器感染症（ARI）、下痢症、腸管感染症などの感染症が幼児や小児の死亡率の主たる原因だった。現在は、先天異常、周産期障害、事故・その他、が小児の死亡率の上位となったとされている（Syrian Arab Republic, Ministry of Health, National Plan of Action to Implement the World Declaration for Child Survival, Protection, and Development during the 1990s, Ministry of Health, 1992）。しかし、表4-3に示した保健省のデータを見るとARIは依然として多い。

表4-3 乳幼児の死因（1990年）

	(単位：%)		
	生後1カ月	生後1年間	生後5年間
先天異常・未熟児・周産期障害	71.6	49.2	42.7
急性呼吸器感染症（ARI）	4.9	20.0	20.8
下痢症	10.0	10.0	10.1
事故	3.5	3.5	5.9
EPI対象疾患	3.5	3.5	4.2
その他	6.5	13.8	16.3
合 計	100.0	100.0	100.0

出所：保健省、CBS、ユニセフ

出産前と新生児のヘルス・ケア・サービスのレベルを反映する重要な指標である周産期死亡とは、後期死産（妊娠28週以降の胎児死亡）と生後1カ月以内の死亡を合わせたもので、シリアでの周産期死亡率は出産1,000対42.2である。この数字は、1990年代のうちに対応しなければならない問題を明確に指摘している。たとえば、乳児死亡率と乳幼児（5歳未満児）死亡率をさらに減少させるためには母子保健サービスを改善しなければならない。しかし、先天異常などの予防は困難なので、死亡率の削減は容易ではないと考えられている。

4-2-2 妊産婦の死亡

シリアは1970年代初頭に基礎的保健医療サービスの概念を受け入れ、保健省レベルの制度的調整を行った。74年から75年にかけて保健省内に母子保健および家族計画課（注：入手した組織図には記載がなかった）が設置された。78年のアルマ・アタ宣言を受けて、ヘルスケアに対する基礎的で広範囲にわたる取り組みの意向を再度確認した。シリアはこの20年間に、伝染病による死亡率と有病率を全体的に削減することに成功した。特に、乳幼児と小児の死亡率は顕著に減少した。非常に劇的に減少したので、90年に立てた2000年時点の目標値を既に下回っている。95年のシリアの基礎的出産サービス調査の推計では、妊産婦死亡率はほぼ半減し、70年代のいくつかの推計値では出生10万対280だった妊産婦死亡率は90年には出生10万対143、93年のPAPCHILD調査（アラブ諸国の小児の発達プロジェクトに基づく調査）では出生10万対107と低下した。妊産婦死亡のおもな原因は、出血、先天性疾患、感染症、子癇（蛋白尿、浮腫、高血圧、痙攣などが複合した特殊妊娠中毒症）などである。これらの多くは母性保健サービスや出産前のケア、家族計画サービス、栄養改善によって予防可能である。

4-3 疾病構造

4-3-1 乳幼児・子供の主な疾病・原因

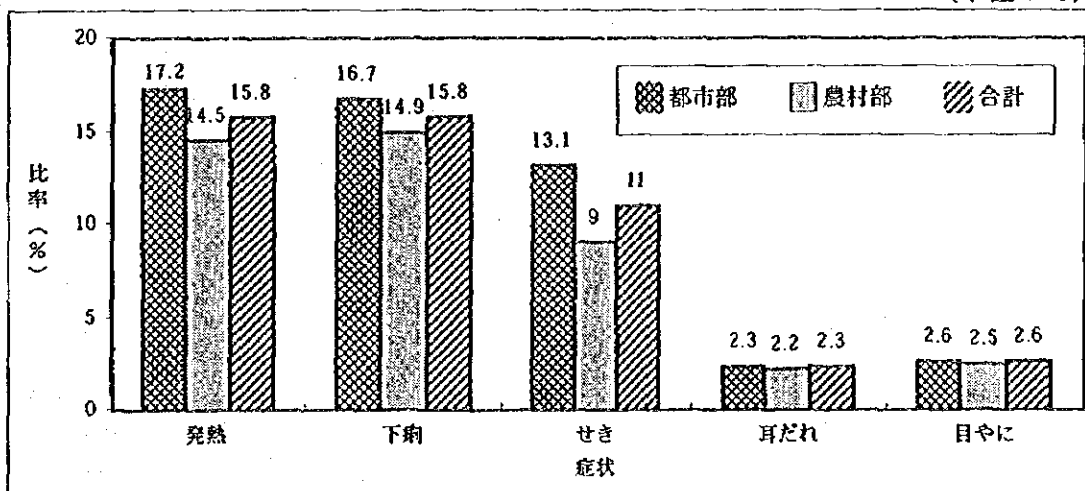
最近のフィールド調査によると、全国的に小児のヨウ素欠乏症の比率が高く、県によっては90%近くになっている。また、C型肝炎のキャリアが小児の平均5~6%近くになっていることもわかった。国際的な統計によると、肝臓癌の発症率が、この抗原のキャリアでは2倍となる。

予防接種対策（EPI）の対象となっている伝染病の発症率は大幅に減少した（4-4 感染症 参照）。しかし、出生体重と乳幼児の成長障害および栄養不良の出現率はまだ高い。特に軽度の栄養不良が多く見られる（4-5-1 栄養失調 参照）。

図4-3は5歳未満児の居住地別有病率だが、すべての症状で都市部の有病率が高い。これが都市部の環境の問題によるものか、農村部のデータの信憑性が低いためなのかを確認することはできなかった。

図4-3 5歳未満児の居住地別有病率（1993年）

（単位：％）



出所：PAPCHILD, *Country Summary Sheets*, PAPCHILD, 1994

4-3-2 女性の疾病

4-2-2 妊産婦の死亡に記載した周産期の障害・死亡以外の情報は得られなかった。

4-3-3 成人・高齢者の疾患

表6-5の各病院の主要疾患には心疾患や糖尿病などの成人病が含まれているが、詳細なデータは入手できなかった。

4-4 感染症

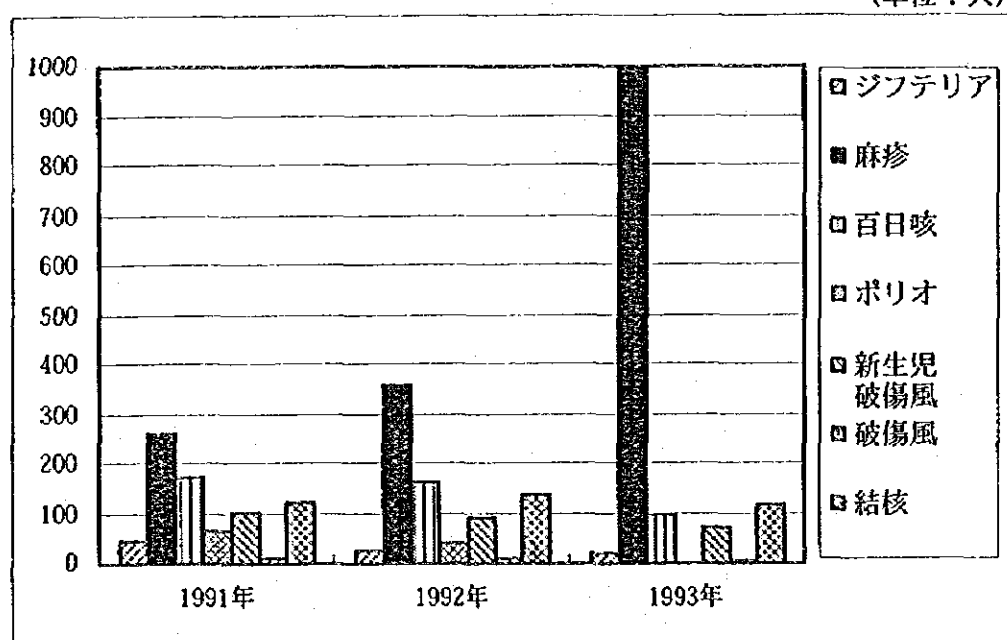
4-4-1 予防接種で予防可能な感染症

1991、92年に保健省がユニセフの資金援助を得て実施した調査の結果を図4-4, 5に示す。この調査は全国の13病院の患者記録から、5歳未満児のEPI対象疾患の状況を調べたものである。麻疹のコントロールは十分ではない（図4-7）が麻疹による死亡は少ない（図4-5）ので重症例は少ないようである。

また、1974～93年のWHO調査による疾患別の患者数の推移を図4-6～11に示す。麻疹以外は着実に患者数が減少している。

図4-4 EPI対象疾患の入院患者数の推移

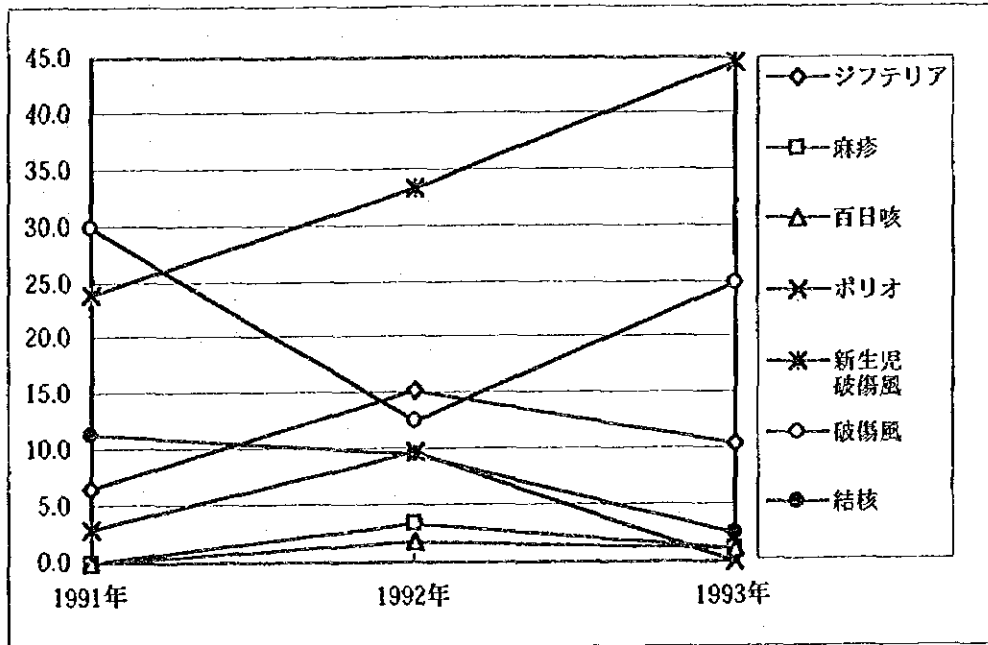
(単位：人)



出所：MOH/UNICEF, Retrospective Study for EPI target diseases (1991 & 1992), p.4-5
MOH/UNICEF, Study for EPI diseases in Syria - 1993, p.2-3

図4-5 EPI対象疾患死亡数の全死亡数に占める割合の推移

(単位：%)



出所：MOH/UNICEF, Retrospective Study for EPI target diseases (1991 & 1992), p.4-5

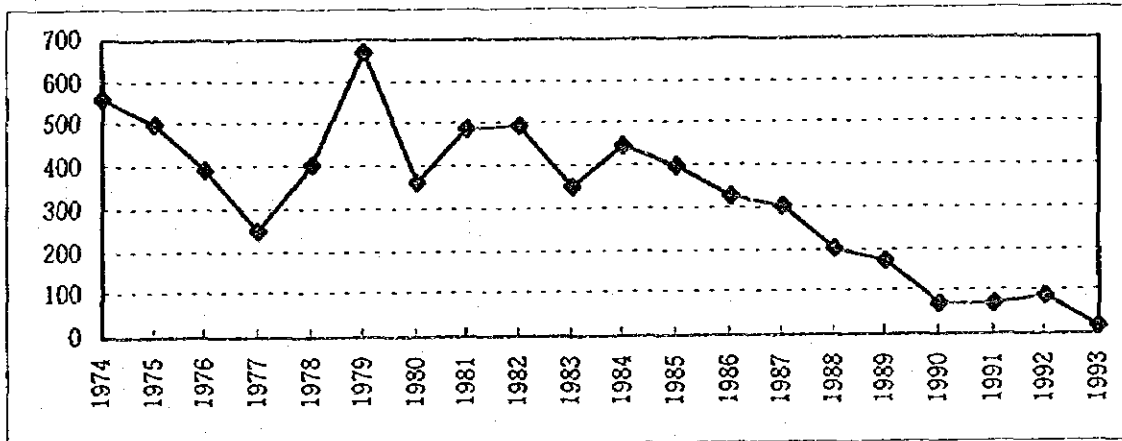
MOH/UNICEF, Study for EPI diseases in Syria - 1993, p.2-3

4-4-1-1 ジフテリア

保健省の調査では、5歳未満の入院患者のうち予防接種を受けていたのが明らかなのは1992年の調査対象の8%のみで、残りは不明となっていた。致死率は10%前後である。

図4-6 ジフテリアの発生数 (1974~93年)

(単位：人)



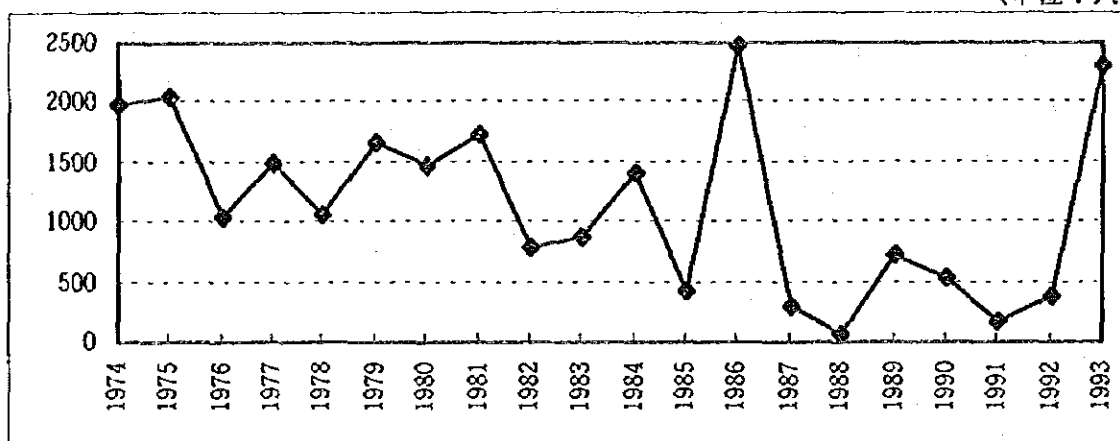
出所：WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994, p.11

4-4-1-2 麻疹

予防接種を受けていた入院患者は12～25%である。致死率は1993年には1%であった。

図4-7 麻疹の発生数 (1974～93年)

(単位：人)



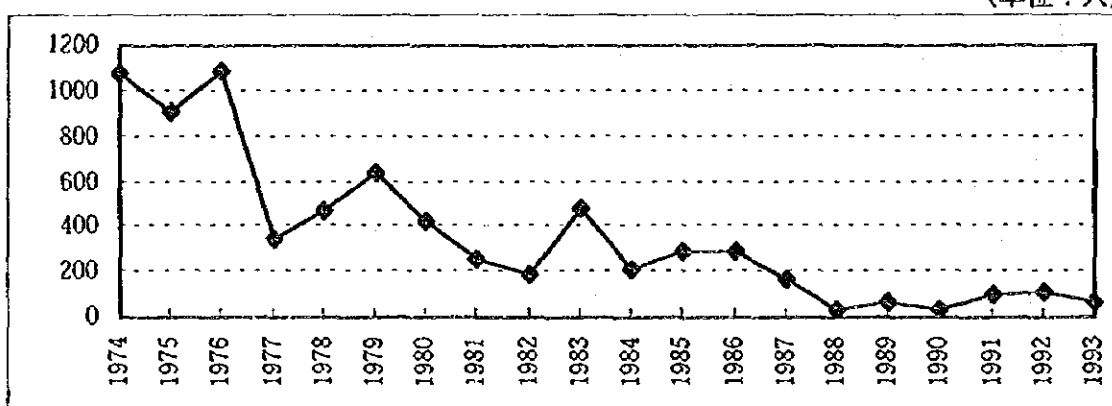
出所：WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994, p.13

4-4-1-3 百日咳

予防接種を受けていたのが明らかな患者は5%前後で、入院時の年齢は70%前後が1歳未満であった。致死率は1%程度である。

図4-8 百日咳の発生数 (1974～93年)

(単位：人)



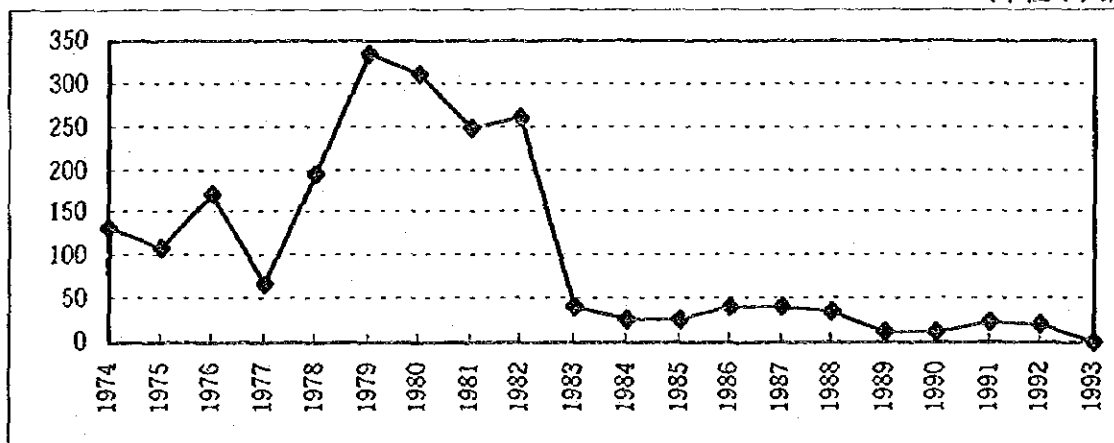
出所：WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994, p.15

4-4-1-4 ポリオ

1991、92年は保健省の調査対象の13病院に50人前後の入院があり、死亡症例もあったが、93年には入院患者はなく、WHOの調査結果でも93年には発生はなかった。

図4-9 ポリオの発生数 (1974~93年)

(単位：人)



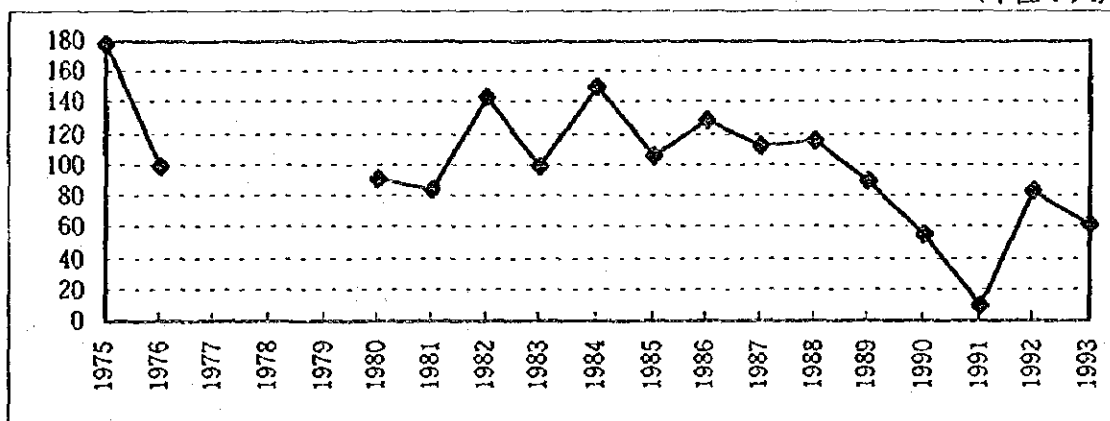
出所：WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994, p.17

4-4-1-5 新生児破傷風

予防接種を受けているのは数%にすぎず、致死率は1991年が24%、92年が33%、93年が44.5%と増加しているが、理由を示すデータは得られなかった。

図4-10 新生児破傷風の発生数 (1974~93年)

(単位：人)



注) 1977~79年のデータは不明。

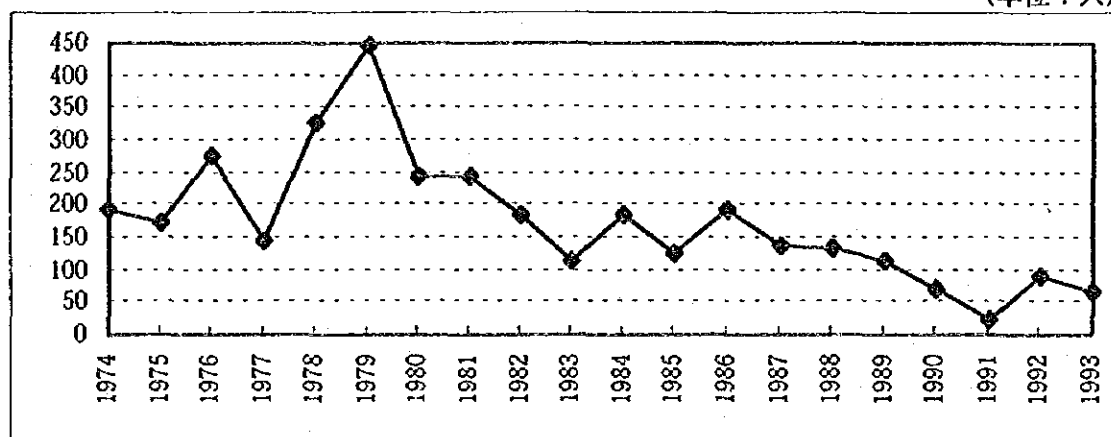
出所：WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994, p.19

4-4-1-6 破傷風

新生児破傷風以外の破傷風の患者数は数人である。しかし毎年死亡例が発生している。

図4-11 すべての破傷風の発生数 (1974～93年)

(単位：人)

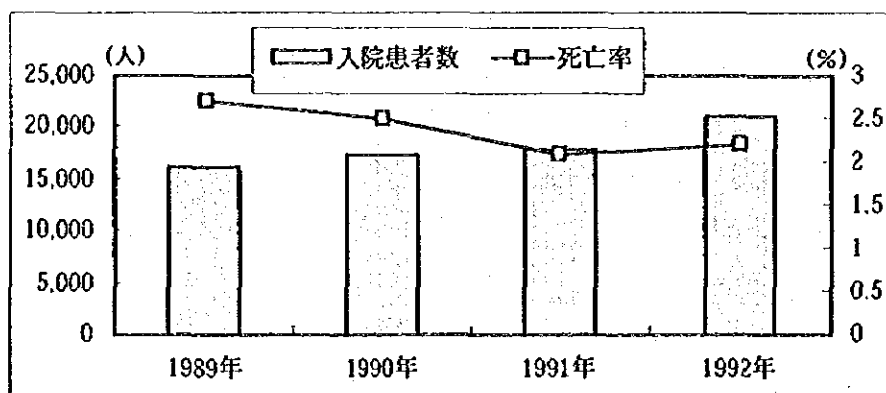


出所：WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994, p.21

4-4-2 下痢症疾患

1989～92年の入院患者数は増加を続けており、特に91年から92年の増加が大きい（図4-12）。これは衛生状態の悪化など複数の要因によるものと思われる。死亡率は約2%で大きくは変化していないので、死亡を防ぐことだけでなく患者数を減らすことに力を入れなければならない。県別の発症率を比較すると、ホムス、アレppo、イドリブ、デリゾールの4県が他の県の3～4倍となっている（MOH/UNICEF, Retrospective Study for diarrhoeal diseases in Syria (1989-1992), MOH/UNICEF）。

図4-12 下痢症による入院患者数と死亡率 (1989～92年)



出所：MOH/UNICEF, Retrospective Study for diarrhoeal diseases in Syria (1989-1992), MOH/UNICEF, p.5-6

4-4-3 急性呼吸器感染症

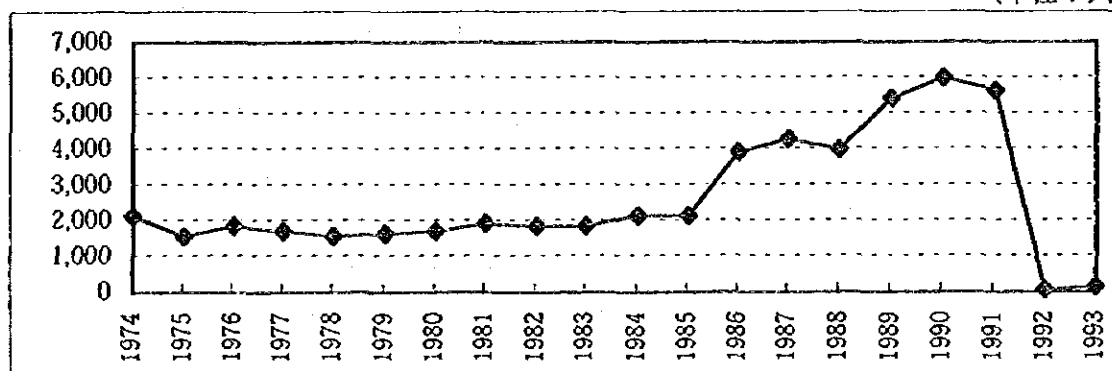
現地調査時にUNICEFで、1992年の5歳未満児の死因の10分の1は、急性呼吸器感染症（ARI）である、との説明を受けたがデータを入手することはできなかった。またWHO中近東支部も5歳未満児の死因の一つにARIを挙げている。

4-4-4 結核

WHOの調査（図4-13）では1985～91年には患者数が急激に増加し、92、93年に激減しているが、保健省の調査では、91～93年の患者数は120人前後でほとんど変化はない。致死率は91年は11.5%だったが、93年には2.5%に下がっている。

図4-13 結核の発生数（1974～93年）

（単位：人）



出所：WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994, p.23

4-4-5 ハンセン病

ハンセン病の患者数や専門施設についての資料は入手することはできなかった。

4-4-6 マラリア

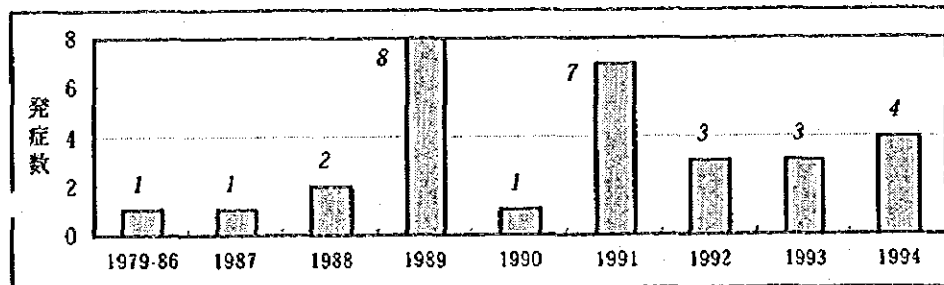
シリアの乾燥した気候や国土の大部分が砂漠であるという地理的条件によりハマダラ蚊の発生があまりみられず、マラリアの発生数も非常に少ない。

4-4-7 エイズ

今のところ、シリアではエイズは危機的な流行は見られていない。発症数は図4-14、表4-4のとおりだが、これらのデータは公式な報告ではなく、現地調査時に閲覧したアラビア語の内部資料の中の表を基に作成した。

関係者は今後もあらゆる手段をとって流行を予防することが大切であると認識している。

図4-14 エイズ発症数（1979～94年）



出所：現地調査時に閲覧した資料より作成

表4-4 エイズ性別年齢別発症数（1979～94年）

年齢	1994年			1979年～94年		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
0～4	—	—	—	—	1	1
5～14	—	—	—	3	—	3
15～19	1	—	1	1	1	2
20～29	—	1	1	5	2	7
30～39	1	—	1	5	3	8
40～49	1	—	1	6	2	8
50以上	—	—	—	1	—	1
合計	3	1	4	21	9	30

出所：現地調査時に閲覧した資料より作成

4-5 非感染症

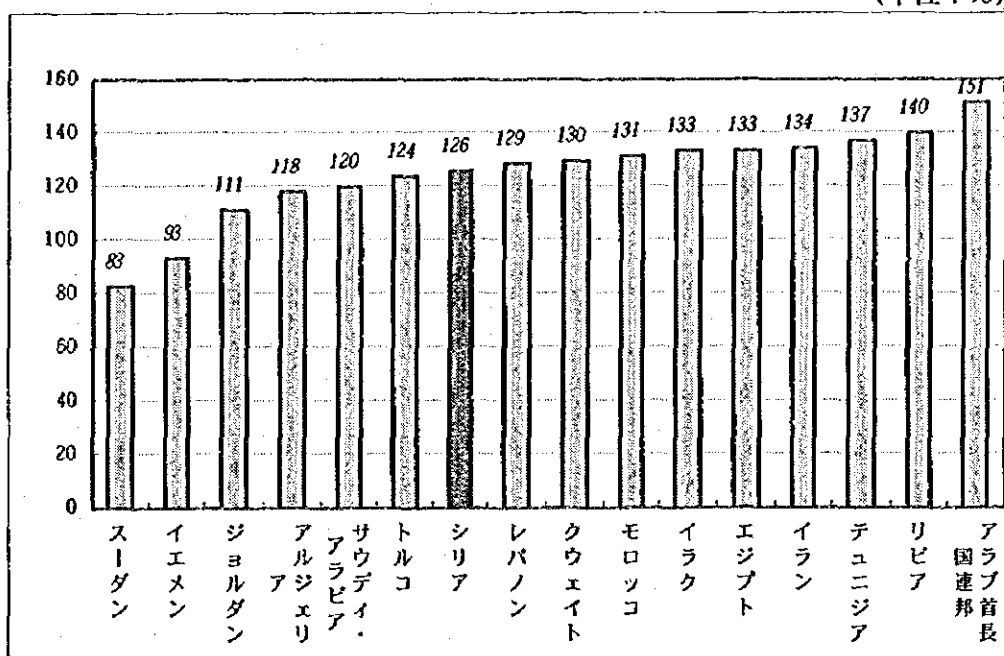
4-5-1 栄養失調

近隣諸国に比べて、シリアの栄養状態は平均レベルである。一人当たりの1日平均摂取カロリーも平均レベルで（図4-15）、国際的な推奨カロリー量の126%である。しかし、以下のような解決すべき問題もいくつか存在する。

- 1) たんぱく質はほとんど植物性で、肉や卵などの動物性食品や乳製品はあまり摂取していない。
- 2) 鉄、ヨウ素、フッ化物、ビタミンAなどの微量栄養素が不足している。
- 3) 居住地の地理的条件、収入、家族構成、個人の意識などにより、量的および質的な食物摂取量の差が生じている。

図4-15 一日平均摂取カロリー（1988～90年）

〈単位：％〉



出所：現地調査時に閲覧した資料より作成

1990年から91年にかけて保健省が国内および国際的な団体と協力して実施した予備的調査の結果、5歳未満の小児の20%が軽度の栄養不良で、2.7～3%が中等度、1,000人のうち4～7人が重度の栄養不良だった。また、1985年に保健省が実施した別の調査では、5歳未満の小児の45%が鉄不足だった。妊婦に関しては、91年の調査で、46.6%が中等度の貧血、2.2%が高度の貧血だった。これらの調査の地域や対象者などの詳細は不明である。

貧血の原因は食物摂取量ではなく、バランスの悪い食事だと考えられている。鉄不足、カルシウム不足と骨の脆弱化がみられるが、原因の一つとして出産回数が多いことが挙げられる。栄養不良の妊婦からは低出生体重の子供が生まれやすい。低出生体重の子供は有

病率と死亡率が高い。

CBS、国立研究所、ユニセフの協力を得て保健省が1991年に行った、ヨウ素欠乏症の現地調査では、すべての県の小学生全員を対象に、甲状腺を診察し、ヨウ素レベルを確認した。この結果は次のとおりである。

- 1) 甲状腺腫の出現率は、全国平均73%、農村部77%、都市部69%であった。
- 2) 性別では女性の方が出現率が高かった。
- 3) どの県でも甲状腺腫はみられるが、出現率には大きな差があり、八つの県では86%近いが、残りは最低28%から幅広く分布していた。

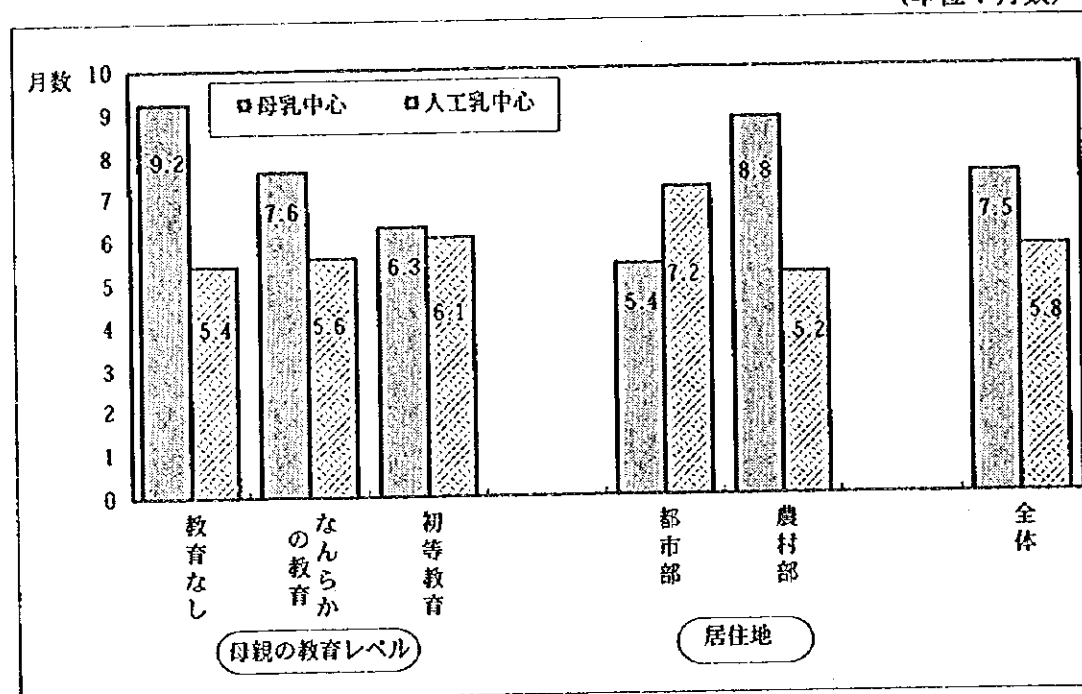
調査の結果では、どの県も早急に状況を改善すべきだということがわかった。解決策を検討したところ、食塩にヨウ素を加えるのが最適だということになった。このプロジェクトは1992年に開始され、ヨウ化塩は93年初頭には市場に出回っていた。

鉄分と葉酸の錠剤はヘルス・センターで配られている。必要と判断された錠剤だが、普及率は目標以下である。

生後6カ月以降の乳児の食事が不適当で、離乳もうまくいかないために、栄養不良に陥ることが多い。しかし、生後36カ月を過ぎると栄養状態は改善することが指摘されている。1987年に行われた調査では、ほとんどの母親が出産後24時間以内に初乳を与えていた。70%以上の母親が少なくとも半年間は母乳を与えていたが、残りの母親は生後3カ月間人工乳を与えていた。母乳の与え方は知識だけでなく慣習（文化）の影響も受けるので、この結果の解釈は検討を要する。

図4-16 母乳哺育率と平均母乳期間（1993年）

（単位：月数）

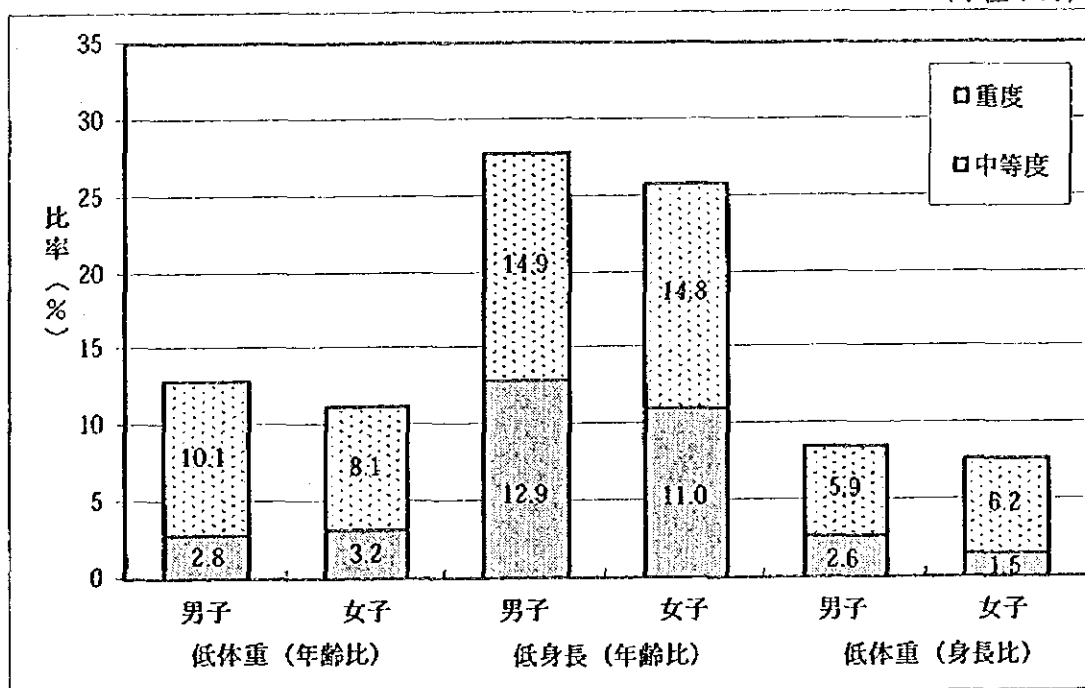


出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

5歳未満児の発育状態を見ると、年齢に対する低身長が最も多い(図4-17)。これは出生直後の栄養が不十分だったことを示している。1992年における栄養不良の5歳未満児の人数は294,000人である(UNDP, Human Development Report, UNDP, 1994, p.135)。

図4-17 5歳未満児男女別発育状態(1993年)

(単位: %)

出所: PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

4-5-2 慢性病・成人病

保健省の病院の主要疾患(表6-5)として心疾患、糖尿病、腎疾患などが挙げられているが、具体的なデータは得られなかった。

4-5-3 精神疾患

患者数や専門施設の存在は確認できなかった。

4-5-4 傷害および事故

県・原因別の産業事故数を表4-5に、傷害の種類・県別産業事故件数を表4-6に、県別の交通事故発生数を表4-7に示す。各県の産業構造や工場の種類などがわからないので、それぞれの件数の妥当性は判断できない。

表4-5 県別・原因別産業事故件数 (1994年)

(単位: 件)

県	原因	機械	運搬用の機械	その他の機器	化合物・放射能	作業環境によるもの	その他	合計
ダマスカス		365	323	110	150	-	40	988
ホムス		232	125	68	23	338	80	866
ハマー		139	204	80	-	230	180	833
タルトゥース		66	77	45	20	143	112	463
ラタキア		54	26	135	124	48	336	723
イドリブ		206	85	56	1	9	62	419
アレppo		549	180	121	163	236	924	2,173
ラッカ		37	30	31	28	45	-	171
デリゾール		51	67	42	-	7	25	192
ハッサカ		163	115	52	4	39	74	447
スワイダ		88	5	-	2	79	221	395
ダラー		27	-	-	-	96	4	127
クネイトウラ		-	-	-	-	-	-	-
合計		1,977	1,237	740	515	1,270	2,058	7,797

出所: Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.91

表4-6 県別・傷害の種類別産業事故件数 (1994年)

(単位: 件)

県	傷害	骨折	脱臼	他の震盪その内部の受傷	ヘルニア切断	他の外傷	熱傷	急性中毒	窒息	複数受傷の異種要因	その他	合計
ダマスカス		390	163	120	40	65	47	33	19	85	26	988
ホムス		101	103	37	12	117	9	-	8	15	464	866
ハマー		188	40	13	28	85	28	-	-	8	443	833
タルトゥース		147	25	10	9	48	12	58	4	1	149	463
ラタキア		86	31	55	101	117	112	122	1	73	25	723
イドリブ		120	74	23	3	6	12	-	1	28	152	419
アレppo		183	162	27	28	-	27	-	23	40	1,683	2,173
ラッカ		60	5	6	-	6	5	6	-	-	83	171
デリゾール		53	3	4	8	42	3	-	2	1	76	192
ハッサカ		133	72	1	8	84	3	-	6	11	129	447
スワイダ		34	19	7	1	10	4	1	3	-	316	395
ダラー		86	7	1	-	-	11	-	-	3	19	127
クネイトウラ		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
合計		1,581	704	304	238	580	273	220	67	265	3,565	7,797

注) アレppoの数字が突出している理由は入手資料に明記されていないので不明である。

出所: Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.92

表4-7 県別交通事故発生数（1994年）

（単位：件）

県	原因	死亡事故	人身事故	物損事故	合計
ダマスカス（注）		172	2,421	7,380	9,973
ホムス		110	352	307	769
ハマー		165	235	121	521
タルトゥース		48	203	194	445
ラタキア		99	166	303	568
イドリブ		140	114	9	263
アレppo		152	869	2,133	3,154
ラッカ		132	180	18	330
デリゾール		96	312	114	522
ハッサカ		93	486	116	695
スワイダ		30	143	130	303
ダラー		60	275	111	446
クネイトゥラ		-	-	-	0
合計		1,297	5,756	10,936	17,989

注）ダマスカス農村地区を含む

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995, p.248

第 4 編 參考資料一覽

- Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, Central Bureau of Statistics, 1995
- MOH, Ministry of Health statistical data files, MOH, 1994
- MOH/UNICEF, Retrospective Study for diarrhoeal diseases in Syria (1989-1992), MOH/UNICEF
- MOH/UNICEF, Retrospective Study for EPI target diseases (1991 & 1992), MOH/UNICEF
- MOH/UNICEF, Study for EPI diseases in Syria - 1993, MOH/UNICEF
- PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994
- Syrian Arab Republic, Ministry of Health, National Plan of Action to Implement the World Declaration for Child Survival, Protection, and Development during the 1990s, Ministry of Health, 1992
- UNDP, Human Development Report, UNDP, 1994
- WHO, Information System for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994
- WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994
- WHO, The Work of WHO in the Eastern Mediterranean Region, WHO, 1993

第5編 保健対策活動

5-1 総論

政府は「2000年までにすべての人々に健康を」という社会目標に向けて努力し、プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）を国家保健医療政策の基礎と考えている。保健省は「2000年までにすべての人々に健康を」という目標を達成するためには、関連するすべての部門が協力して努力しなければならないことを認識している。そのため、政府は直接または間接的に国家ヘルスケア・プログラムに関わっているすべての部門の協力と連携を積極的に行う意向である。

5-2 プライマリー・ヘルス・ケア

PHCは「2000年までにすべての人々に健康を」という目標を達成するためのアプローチであり、公式な最高レベルのサポートを受け続ける。

保健省はPHCサービスの責任を持つ中心的権威機関である。現在は、保健省の担当局と各県の同様の部署が連携したシステムが作られている。全国は60の保健地区に分けられている。各地区の人口は5,000～15,000人で、5～6のヘルス・センターがあり、そのうち一つが残りを監督するよう定められている。1995年時点で全国に917のセンターがあり、そのうちの約80%がPHC活動を完全に実施していた（MOH/PHC, Primary Health Care Facilities According to Services Provided / Primary Health Care Facilities Distribution According to Health Zones nation-wide, MOH/PHC）。

保健省は、中央、県、地方の各レベルのPHC施設を再構築し、それぞれの義務と紹介システムを活用した業務内容を定義した。PHCセンターで働く医師、コメディカル、補助員を対象としたトレーニングコースが提供されている。PHCセンターで利用するための「エッセンシャル・ドラッグ（基本薬）リスト」が作られ、リストに載っている医薬品が継続的に供給されるように努力がなされている。

具体的なサービス内容と普及率を表5-1に示す。

表5-1 PHCサービスの普及率

(単位: (%) 内)

	比率 (%)	年
出生体重2,500g未満の新生児	9	1990
地域のヘルスケアのカバー率	80	1992
妊娠中に医師・助産婦等の指導を受けた女性	33	1992
出産時に医師・助産婦等の指導を受けた女性	83	1992
医師・助産婦等の世話を受けた乳幼児	72	1987
予防接種を完了した乳幼児	86	1993
妊娠中に破傷風の予防接種を受けた女性	50	1993
安全な飲料水を入手できる人口	84	1992
適切な汚物処理設備を持つ人口	64	1990
対GNP保健医療支出	3.5	1988
地域のヘルスケアに関する国家保健医療支出	47	1986
成人の識字率	75	1990
一人当たりGNP	1430US\$	1989

出所: 保健省での聞き取り調査より作成

シリアでは1988年からPHCアプローチが取り入れられたシステムを採用している。システム運営のため、次のように担当が分かれている。

- 1) 保健省でのPHC担当
- 2) 県でのPHC担当
- 3) 地方の中心的ヘルス・センター
- 4) すべての居住可能地域のヘルス・センターと医療ポスト

サービスには以下のようなものが含まれる。

- 1) 環境改善および伝染病や風土病の撲滅
- 2) 母子保健、予防接種、家族計画
- 3) 治療的サービス、慢性病の早期発見と管理
- 4) 歯科保健
- 5) 健康教育とトレーニング

しかし現状のヘルス・センターだけでは母子保健などの需要を十分に満たすことができず、予防接種および家族計画活動の一部を実施しているだけであり、そのほかの政府組織や民間部門が、保健省病院およびヘルス・センターと協力して治療的サービスを担っている。

1990年には、子供用の病院や病棟は1,154床、妊産婦用が2,047床あり、公的施設と民間施設が半数ずつであった。問題は、十分な人数のスタッフが確保されていないことであり、特にヘルス・センターや入院設備については、主要都市への集中が過大で、県の中での差

が大きい。新たにヘルス・センターを開設し、子供と母親用の入院病床数を増やし、公平な分配を保障してほしい、という要望が高い。

保健省による支援の具体的内容は以下のようになっている。

- 1) PHC施設を再構築する。費用回収とサービスのカバー範囲を効率的に改良するために、中央と末端（保健担当部門とヘルス・センター）が管理上の役割分担をする。
- 2) 医療、技術、補助のそれぞれのスタッフのトレーニングを拡大する。トレーニングには下記のものを含む。
 - a) 開業医と歯科医のための1年間の公衆衛生トレーニング・ワークショップ
 - b) 家族医療に関する専門的内容のトレーニング・ワークショップ
 - c) ヘルス・センターの医師のためのトレーニング・ワークショップ
 - d) さまざまな専門分野の勤務医のための科学セミナー
 - e) 補助スタッフのためのPHCプログラムと活動に関するトレーニング
- 3) 公衆衛生研究所を保健省内と各県に設置する。
- 4) 監視活動を強化し、製薬業界を量的、質的に発展させ、完全に自給自足とする。（シリアはすでに70%を国産品で賄っている。）
- 5) 基本薬のリストを作成し、PHC施設に質の高い薬品を量的に十分に供給する。
- 6) 保健医療および関連の団体の連携を図る。
- 7) 保健省のプログラムに関して、国際機関と協力する。

上記のすべての項目は一応進行中だが、さらに多くの資源を必要としている。

国内の需要が増加しているのに対し、助産婦と看護婦の数は十分でない。施設やプログラムの実際のニーズに応じて専門医の分布が再編されなければならない。特に農村部の状況改善や、地方レベルやヘルス・センターでのPHCの強化のために早急な対応が求められている。

5-3 予防接種対策（EPI）

EPI対象疾患の発症率と死亡率は、EPIの高い普及率（表5-2、図5-1）によって、大幅に低下した。国家行動計画（NPA）はポリオ、新生児破傷風（NNT）、麻疹を撲滅あるいはコントロールするために、現在のEPI普及率を維持するように呼びかけている。関連した計画はすでに開始しており、1995年までにポリオ発生は抑圧されると予測される。この目標を達成するには、物的資源、トレーニング、フォローアップなどが必要で、コミュニティーや関連団体を巻き込むことも重要である。

表5-2 12～23カ月児の予防接種率（1993年）

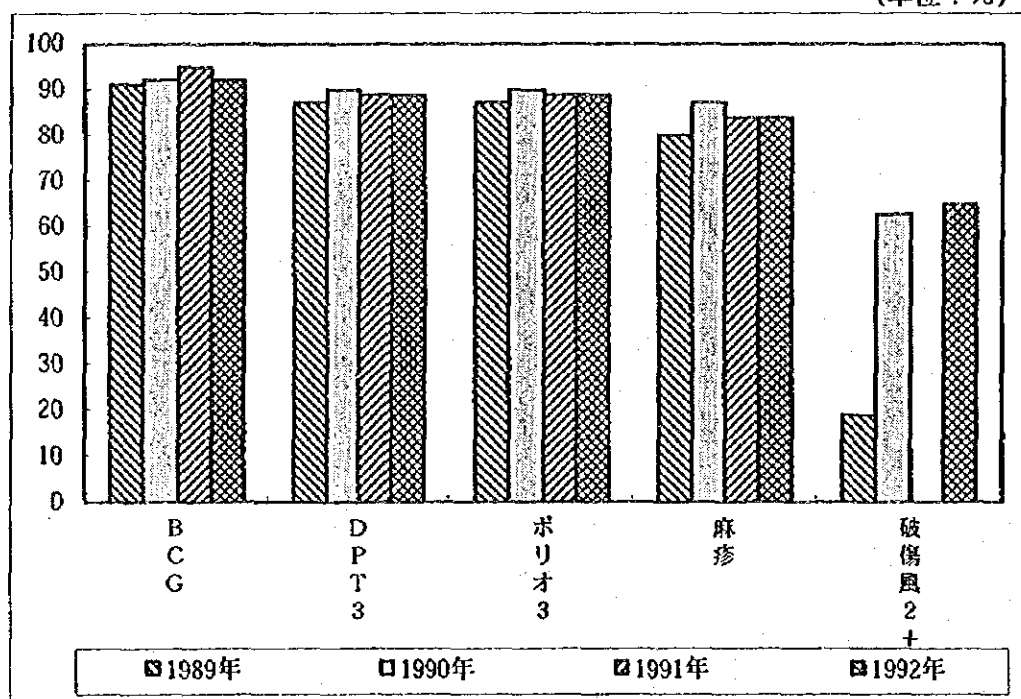
（単位：％）

区分	ヘルス カード 持参率	予防接種の種類			
		BCG	DPT(3)	麻疹	左記すべて
居住地					
都市部	50.2	94.2	84.2	81.7	72.1
農村部	39.6	96.1	79.9	86.0	74.9
性別					
男性	46.4	94.1	78.6	82.3	70.0
女性	43.6	96.0	86.4	84.9	76.9
教育レベル					
読み書きできない	23.3	90.8	60.9	67.8	49.4
読み書き、または読みか書き	42.6	96.2	80.8	82.7	76.9
初等教育	61.5	94.4	85.4	89.6	77.1
中等教育	63.0	98.3	93.1	89.7	82.8
高等教育	72.4	97.4	93.4	85.5	82.9
全体	45.1	95.0	82.3	83.5	73.3

出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

図5-1 予防接種の普及率

（単位：％）



出所：WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994, p.7

5-4 栄養問題対策

国産品で、ある程度の栄養は賄えているが、国内で入手できないものは政府が輸入している。国が所持する限られた外貨の中で、食物輸入のために使われる割合はかなり高い。国家が農業と畜産業を奨励し、灌漑や干拓のために国内外から相当量の資金を調達したり、殺虫剤、肥料、機器を供給している。

シリアの土地は肥沃で耕作に適している。この特性に加えて、経験豊富な農民と近代科学的な技術のおかげで、国内消費と輸出用の農業生産量は増加している。農業生産量は、市場での野菜、果物、穀物類の需要に十分に対応している。しかし、肉類と乳製品は不足しているため、子供たちのための貴重な食品として年間推定500万缶もの粉乳を輸入している。干ばつの年には、穀類を大量に輸入しなければならない。特に小麦は人々の需要を満たすために、平年でも相当量を輸入する。

何年もの間、パン、米、茶、砂糖、などの主要食物を低価格で国民に供給するために、国家がかなりの費用を負担していた。また、食物の質、安全性、価格を確保するために、国家が食物生産業者を監視している。

食糧流通量を増加させるために国家とコミュニティーが努力しているが、栄養と健康の状態を悪化させる、次のような障害に直面している。

- 1) 人口因子：人口増加率は3.4%で、中東および開発途上国の中でもかなり高い。家族の人数が多く、被扶養者が多いので、相対的に一人当たりの収入と食物が少ない。また、粗出生率、社会階層に関わらず高い合計特殊出生率、都市と農村間の移住者数の増加、なども大きな問題である。
- 2) 気候：降水量の変動と、灌漑に使われている河川や井戸の多さ。
- 3) 人々の無関心：住民集団ごとの健康と栄養状態の差や、バランスの悪い食事に対する関心の低さ。
- 4) 環境因子：土壌にヨウ素が不足しているので、ヨウ素不足による甲状腺腫が発生している。この問題は肉体的、精神的な障害につながり、特に子供や胎児に不可逆的な影響を与える。また、フッ素不足の水や食物は虫歯につながり、全国的な問題となりつつある。
- 5) 有病率：頻繁な感染症が子供のヨウ素障害を増悪する。ビタミンA不足によって、腸内細菌や寄生虫感染が増悪される。数は多くないが、ビタミンA不足に伴う重症の栄養不良もみられる。
- 6) 経済因子：経済状態の悪化は、家族や個人の購買力を低下させ、基本的な食物の確保も危うくしている。

2000年に向けての食物と栄養の基本目標として以下の事項が掲げられている。

- 1) 5歳未満児の中等度の栄養不良を50%未満に削減し、重度の栄養不良を解消する。
- 2) 低出生体重の発生を10%未満に抑える。
- 3) 女性の鉄欠乏性貧血を1990年の3分の2に削減する。

- 4) ヨウ素欠乏症の発生を50%未満に抑える。
- 5) ビタミンA欠乏症を解消する。
- 6) 母乳のみで哺育する母親の割合を100%とし、生後6カ月までは母乳で育て、補助食を与えるのはそれ以降とする。
- 7) 成長モニタリングを促進し、全項目が実施できるように活動を拡大する。
- 8) 地元での食物生産を増やし、乳児のためのミルクや離乳期の補助食の需要に応える。
- 9) 妊婦や授乳している女性の栄養に気を配り、出産前のヘルスケアを提供し、家族計画プログラムを活性化する。
- 10) 社会的に弱い立場のグループをはじめとして、幅広く知識を普及し、栄養教育の場を提供する。

ヨウ素欠乏症の対策として、1992年から食塩にヨウ素を加えたヨウ化塩の製造・普及プロジェクトが実施されている。

5-5 母子保健対策

保健医療従事者の偏った分布により、医療および薬剤関係の職員が多数存在している大都市と、職員が不足している地域との妊娠・出産に関する健康と家族計画サービスの質と利用の差が大きい。サービスの不足している地域では、多くの女性が自宅または無資格の伝統的産婆のもとで出産している。

一般に、ヘルスケア・システムの今後の発展のためには、提供者側の認識に基づくケアを重視した医学的なアプローチから、利用者側のニーズと意識を受け入れた取り組みへとシフトする必要があると言われている。1993年のPAPCHILD調査では、サービスに手が届かなかったり、サービス内容がニーズに合わないために不便を感じている女性の割合が24%となっている。

大規模な改善はなされたが、女性と子供の有病率および死亡率は、先進国やいくつかの開発途上国と比較すると、いまだに高い。さらに、女性と子供に関する基本的ヘルスサービスの普及率は、非常に低い。他の保健医療プログラムの中には、ようやく基礎固めの段階になったものもある。

母子保健サービスはヘルス・センターで提供されるが、妊婦の15%、子供の15~18%にしか行き届いていない。EPIや下痢症コントロールなどの重要なプログラムの普及率はもう少し高い。1990年の麻疹ワクチンの普及率は80%で、BCGワクチンは90%だった。しかし、ポリオ、麻疹、新生児破傷風の普及率を目標値にまで高める努力が求められている。

子供の健康状態に関して、この30年間にさまざまな改善が実施された。これらの改善は国の経済的、社会的、文化的見解の発展の成果によるものである。また、保健医療サービスやプログラムの発展、他部門からの活動支援なども子供の健康の改善に寄与している。

シリアのコミュニティーにとって、子供は重要な構成要素である。1990年には15歳未満の子供は616万9,000人で、総人口の49.2%を占めている。2000年まではこの比率は変わらないと推測されている。子供たちが肉体的、精神的、知的に成長することが、シリアの将

来を保障する。小さいうちから子供たちを適切に保護、育成することは政府の重要課題であり、国家の将来的な福利を守るためにも、適切なケアを提供していくことは国家の責任である。

保健省の説明によると、具体的には次のようなことを行う予定とのことである。

- 1) 子供の成長（体重、身長、頭位）をモニターし、肉体的、精神的な成長を観察し、先天性および後天性の奇形や障害を早期に発見して管理する。障害が悪化しないように適切な処置をし、障害のある子供たちにリハビリを提供して社会に出られるようにする。そして、栄養不良のケースを探し出して必要な栄養を与えたり栄養教育をするなどの適切な対応をすると同時に予防的方法も普及させる。
- 2) 予防接種プログラムが適用となる六つの疾患、髄膜炎、B型肝炎ワクチン、エイズなど、小児の致命的疾患を予防する。
- 3) 小児の有病率のかなりの部分を占める下痢症と急性呼吸器感染症の予防と治療を提供する。
- 4) 微量栄養素（ヨウ素、鉄、ビタミンA）不足を予防し、適切な保健医療プログラムを実施する。

5-5-1 障害児対策

遺伝性の先天異常を予防するため、専門クリニックを開くなどして結婚相談を大規模に実施することが重要である。このような積極的な介入は、ヘルス・センター、病院、クリニックなど、すべての保健医療施設でのサービスの中に含まれるべきである。注意を喚起するための努力が、すべてのマスメディアを通じてなされることが望ましい。先天異常の発症予防策の一つが、血族結婚の回避である。農村、特に古い社会習慣がいまだにコミュニティを縛っているような場所では相当の努力が必要になる。高い技術の医療ケアは非常に費用がかかるが、限られた成果しかもたらさない。

分娩および出産に伴う後天的異常を予防するには、出産前のきめ細かなケアと、ハイリスク妊娠を発見して病院や同等の医療センターに紹介することが必要である。すべての正常分娩は、訓練を受けた出産介助者が、衛生的な環境のもとで行うべきである。

5-6 家族計画

シリアではPHCの重要な柱となっているにも関わらず、妊娠・出産に関する健康と家族計画サービスには、いまだに問題が多い。1994年には、母子保健センターでサービスを受けた妊婦は平均16%と推定され、地域によって8~35%と差がある。同じ年の家族計画サービスのカバー率は23%と推定され、地域による差は13~33%となっている。家族計画に関するサービスでは、民間部門の役割が重要で、今後ますます重要度を増すとみられている。

1994年に行われた社会文化調査によると、約6.5%の妊娠は望まれないものである。望まない妊娠は危険な中絶につながることが多い。中絶は法律で禁止されているが、実際には違法行為であることを承知で実施されており、非常に危険である。95年のシリアの基礎出産サービスの研究では、研究期間中に病院に運び込まれたケースの52%が中絶に起因するものであった。不本意な妊娠、危険な中絶、流産、死産は上流階級の女性の間でも珍しいものではない。

避妊に関する知識はかなり普及しているが、実施率はあまり高くない（表5-3）。居住地および教育別に実施している避妊方法の種類を示したものが図5-2である。やはり知識・情報は都市部の方が普及しやすい。教育が高いほど伝統的な方法の利用者が多いが、その理由は不明である。

表5-3 既婚女性の避妊知識（1993年）

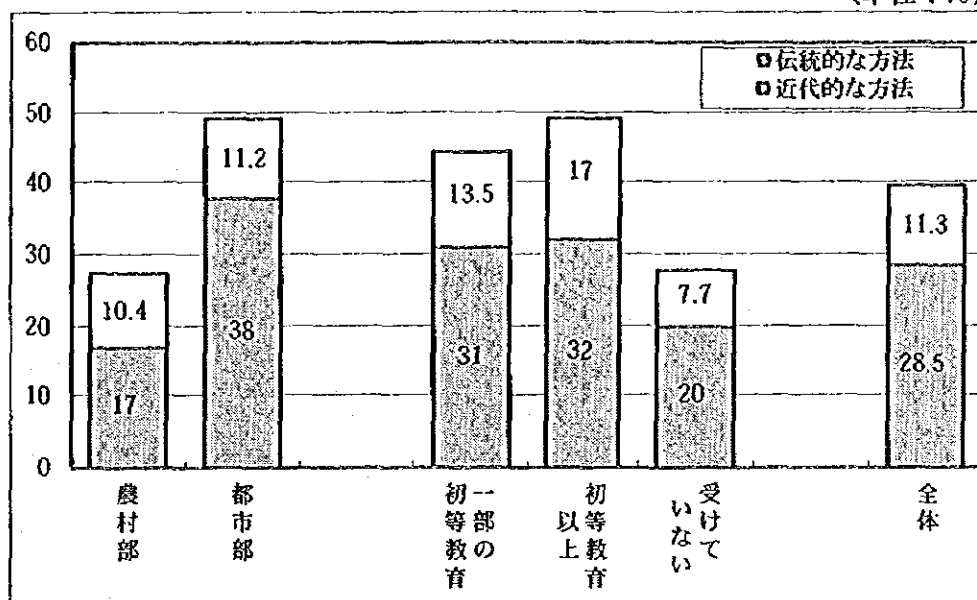
（単位：％）

方法	知っている	使用したことがある	使用している
なんらかの方法	93.9	56.2	39.6
なんらかの近代的な方法	92.7	44.3	28.3
ピル	91.9	29.5	9.9
IUD	89.1	24.7	15.7
注射	44.2	0.6	0.0
ゼリー	36.8	1.4	0.2
コンドーム	42.4	1.8	0.3
女性の不妊手術	59.3	2.2	2.2
男性の不妊手術	26.3	0.3	0.0
なんらかの伝統的な方法	78.6	24.6	11.3
周期法	64.0	13.0	6.7
膣外射精	46.1	4.0	1.0
授乳	72.8	12.6	3.5
その他の方法	0.7	0.3	0.1

出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

図5-2 既婚女性への避妊方法の普及（1993年）

（単位：％）



出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

避妊法を使用しない理由は表5-4のとおりである。本人がもう一人子供がほしいと思っているケースと、避妊に反対したり、夫など周囲の人から反対されているケースが農村部では7割近くを占める。

表5-4 居住地別既婚女性の避妊法を使用しない理由（1993年）

（単位：％）

使用しない理由	都市部	農村部	合計
もう一人子供がほしいから	45.0	50.4	48.2
閉経／不妊症	10.5	8.0	9.0
反対している／されている	14.2	18.1	16.5
副作用	8.5	6.5	7.3
宗教上の習慣	4.8	3.8	4.2
費用上の問題	0.3	0.7	0.5
情報不足	1.1	1.9	1.5
運命的なもの	7.5	4.6	5.8
不便である	3.4	3.2	3.3
その他・無回答	4.7	2.9	3.7
全体 (サンプル数)	100.0 (744)	100.0 (1029)	100.0 (1773)

出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

年齢別の避妊状況では、年齢が若いほど子供が欲しいと答えた人数が多いが、欲しくても避妊をすると答えた人数も多い。

表5-5 年齢別避妊状況 (1993年)

(単位：%)

現在年齢	避妊 している	避妊していない				合計	サンプル数
		子供が欲しい		子供は要らない			
		避妊予定	避妊しない	避妊予定	避妊しない		
15～19歳	11.9	28.2	50.7	4.6	4.6	100.0	302
20～24歳	33.6	16.8	34.9	9.4	5.4	100.0	745
25～29歳	35.4	14.0	30.8	12.8	7.1	100.0	907
30～34歳	47.4	5.5	19.9	17.2	10.0	100.0	798
35～39歳	52.4	2.6	16.1	11.2	17.8	100.0	697
40～44歳	47.8	0.4	11.7	8.6	31.9	100.0	546
45～49歳	31.9	0.0	9.4	2.4	56.4	100.0	383
合計	39.6	9.2	24.2	10.8	16.3	100.0	4,378

出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

妊産婦死亡率を下げるために政府が打ち出した方針は、「2015年までのICPD活動プログラム」と協調し、死亡率を出生10万対75にすることを目標としている。妊産婦のヘルスケアを改善し、妊娠・出産に関する健康と家族計画サービスを、多数の再生産年齢男女に行きわたるようにすることが求められている。

保健省の家族計画プログラムと、シリア家族計画連合の介入はあまり効果が上がらなかった。「家族計画」と家族や社会における社会的、経済的、文化的生活は深く結びついている。家族計画は妊産婦のヘルスサービスの発展に大きく影響する。

大学や軍隊病院などの専門的で高度な組織では、家族計画サービスは独立して提供されており、婦人科、性行為感染症管理、産科ケア、不妊管理、などの関連部局との相互交流はほとんどない。また、PHCレベルでは、家族計画は伝統的な母子保健・家族計画サービスの枠組みの中で提供されており、それ以外のルートで家族計画サービスを利用することができない。

妊娠・出産に関する健康問題および家族計画サービスに対するニーズと、実際のサービス提供状況は合致していない。地方によってはさらにその差が大きく、同じ地方でも集団によって差が異なっている (MOH/UNICEF, *Survey on Fertility and Family Planning Knowledge, Attitudes and Practices of Married or Ever-Married Women in Syria 1992*, MOH/UNICEF)。

表5-6, 7にあるように、先進国と比べて婚姻率が高く、また、いところ同士の結婚が多い (図5-3) ので、妊娠・出産回数のコントロールと先天異常・障害の予防が重要である。

表5-6 現在の婚姻状況 (1993年)

(単位：%)

婚姻状況	年齢 (歳)							全体 (15～49歳)
	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	
独身	86.1	57.7	30.5	17.0	8.8	6.3	5.2	44.2
既婚	13.8	41.7	67.7	81.5	88.0	87.6	85.3	53.8
未亡人	0.0	0.1	0.8	1.2	2.7	5.5	8.7	1.5
離婚	0.1	0.5	1.0	0.3	0.6	0.6	0.7	0.5
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
サンプル数	(2817)	(2191)	(1688)	(1243)	(1038)	(789)	(611)	(10377)

出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

表5-7 結婚・離婚・再婚の割合 (1993年)

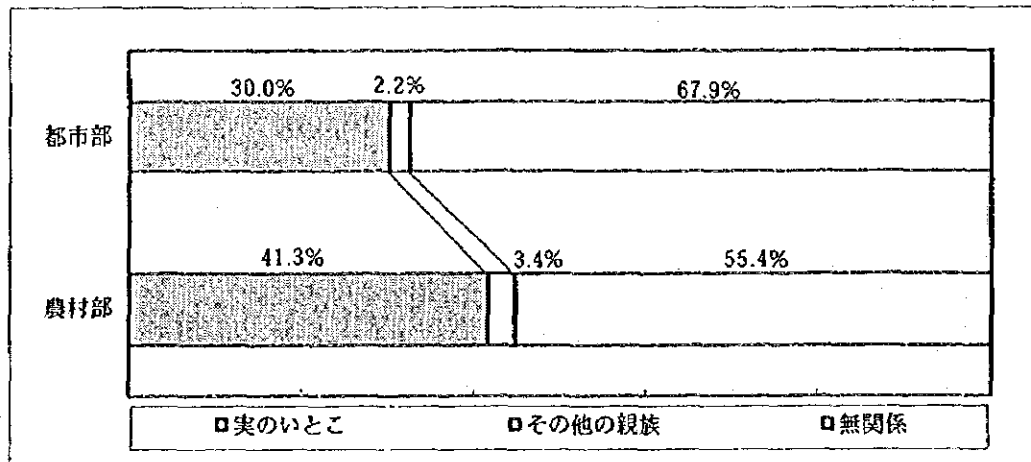
(単位：%)

背景因子	一度結婚	一度離婚	再婚
年齢			
15歳以上24歳以下	99.5	1.5	25.0
25歳以上34歳以下	98.1	4.1	41.7
35歳以上44歳以下	97.3	7.2	36.2
45歳以上49歳以下	94.6	14.7	33.3
居住地			
都市部	97.7	6.4	35.0
農村部	98.1	4.1	39.0
教育			
一部の初等教育	97.0	6.5	43.2
初等教育	98.0	5.0	38.6
中等教育	98.7	3.4	31.3
高等教育以上	99.4	4.5	13.0
受けていない	97.5	6.1	38.4
全体	97.9	5.4	36.3

出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

図5-3 夫婦間の血縁関係（1993年）

（単位：％）



出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

5-7 マラリア対策

表2-2に示すとおりマラリア対策の予算は全くない。

5-8 エイズ対策

エイズ撲滅プログラムは1986年にWHOの協力で開始し、次の点に重点を置いている。

- 1) 対象集団における発症率を継続的に観察し、承認された検査方法などを用いて、献血や輸血を包括的に厳しく監視する。現在九つの公式検査機関が、保健省、高等教育省、軍隊医療サービス局と密接な関係を保ちながら、この目的のために献身している。プロジェクトの開始から1995年までに検査された検体は60万を超える。
- 2) メディアや、国防省と内部安全担当局を含む政府機関および非政府機関を利用した健康教育。健康教育は若者や学生などに学校で教えるだけでなく、企業などでも行われる。
- 3) 旅行者や外国人労働者への規制を強化する。このプログラムのはじめには、運営委員会が設置され、エイズ撲滅の戦略を作成した。保健大臣が委員長となり、保健省、情報省などの関係省庁の代表者が委員となっている。委員会の義務は承認された計画を実行し、フォローアップすることと、目的に適したあらゆる手段をとることである。

5-9 下痢症対策

腸内感染および下痢症に対処するためには、さまざまな環境整備や、意識向上運動が必要となる。都市部と農村部の住民すべてに安全な飲料水と衛生ネットワークを供給することが重要である。表5-8は経口補水塩（ORS）の利用状況を調査したものである。下痢

症の治療方法として「ORS以外」の情報を入手することはできなかった。ORSや自家製飲料の利用を促進するためには、保健医療関係者はもちろん、一般住民にもその有効性を十分にわからせて、ORSパッケージやそのほか必要なものを十分に供給するようにしなければならない。病院内に脱水治療のためのユニットを設置し、水や食物の安全性を監督する保健医療監視プログラムを実施することも必要である。母乳哺育の推進を支援することも、下痢症対策の一つである。WHOやUNICEFなどの援助を受け、順次プログラムを展開していく予定とのことである（UNICEF, Syrian Arab Republic and UNICEF 1996-2000 Programme of Cooperation, UNICEF, 1995）。

表5-8 ORSの利用状況（1993年）

（単位：％）

	自家製 ORS溶液	ORS	両方	ORS以外	調査対象 (人)
生後6カ月未満	5.0	20.0	1.0	74.0	100
6以上11カ月以下	4.2	37.0	0.0	58.8	119
12以上17カ月以下	9.4	26.9	1.3	62.4	149
18以上23カ月以下	5.2	31.0	0.0	63.8	58
24以上59カ月以下	6.9	28.6	2.3	62.2	262
男性	5.3	27.9	1.3	65.5	380
女性	8.1	29.6	1.3	61.0	308
都市部	6.4	28.3	1.9	63.4	361
農村部	6.7	29.1	0.6	63.6	327
全体	6.5	28.6	1.3	63.0	688

注）調査対象は過去2週間以内に下痢症になった5歳未満の子供

出所：PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994

5-10 その他の感染症対策

保健省はWHOとユニセフと協力して、1992年半ばにARI（急性呼吸器感染症）コントロール・プログラムを開始した。このプログラムの目的は、簡易診断法の普及と改善、危険な徴候の発見、急性患者の早期治療、科学的な統一患者管理法の導入などである。あらゆる情報は、全国の保健医療スタッフと、すべての地域の保健医療施設に伝達される。このプログラムでは、両親が子供のARIの徴候に気づくように教育し、家庭での簡単な処置を指導している。プログラムの成果が明らかになるよう、慎重な準備と集中的な研究、そして幅広いトレーニングがプログラム開始前に行われた。このプログラム以前は、このような事業は不定期かつ無計画に行われていた。本プログラムでは、そのような失敗を避けるためにプログラム実施に必要なものは、すべて確実に用意された。

プログラムは順調に実施されたようだが、成果を掲載した報告書は入手できなかった。

第 5 編 参考資料一覧

- MOH/PHC, Primary Health Care Facilities According to Services Provided / Primary Health Care Facilities Distribution According to Health Zones nation-wide, MOH/PHC
- MOH/UNICEF, Survey on Fertility and Family Planning Knowledge, Attitudes and Practices of Married or Ever-Married Women in Syria 1992, MOH/UNICEF
- PAPCHILD, Country Summary Sheets, PAPCHILD, 1994
- UNDP, Human Development Report, UNDP, 1994
- UNICEF, Syrian Arab Republic and UNICEF 1996-2000 Programme of Cooperation, UNICEF, 1995
- WHO, Summary for the WHO Eastern Mediterranean Region, WHO, 1994

第 6 編 保健医療サービス供給システム

シリアにおける保健医療サービスは保健医療開発計画に基づいており、その目的は国民すべてに PHC をベースとしたシステムを通じて治療、予防およびリハビリのためのサービスを提供することにある。これらのサービスは都市および農村部のヘルス・センターで受けることができる。総合クリニックと公共病院は第 1 次レベルの医療を提供し、内科、外科、小児科および産婦人科の専門医を抱えている。中央病院は第 2 次レベルの医療を提供する。第 3 次レベルとして、大都市には高度な専門技術を有する病院や現在建築中であるアルバセル研究所などの研究施設がある。

民間部門の活動は広範囲にわたり活発であるとの説明を受けたが、それに加えて各レベルで多くの政府機関がヘルスケア・サービスを無料で提供している。保健医療、教育、薬品などを担当する高等機関の大臣がメンバーとなり首相が議長を務めている「高等会議」の監督により、これらの機関は有効に協力できる状態にある。このほかに、保健大臣が議長となり、関係省庁の代表者がメンバーとなっている「高等保健委員会」と PHC 中央委員会が設置され、学校保健担当部局、地域管理担当部局、女性連盟、労働者連盟、政府機関、非政府機関などが参加している。

保健省は関係職員の教育とトレーニングを強化し、たとえば、省内で WHO との協力業務を担当している医師と歯科医師のための 1 年間の公衆衛生コースや、家族の健康の専門コース、そのほかさまざまな保健医療関係職種のためのトレーニングコースを提供している。保健医療検査サービスも強化され、住民参加の体制が促進された。自給自足を目指して製薬業への支援が積極的に行われ、現在では需要の 70% を国産の製品で満たせるようになっている。研究への支援も増加し、特にヘルスシステムの研究に重点が置かれている。保健医療情報システムの改善が進められている。各県別の医療システムを 6-1-3 主な医療施設に示す。

6-1 保健医療施設

6-1-1 公共医療部門

病院・療養所の施設数・病床数の推移と県別分布を表 6-1 に示した。

国立病院の 35% はダマスカスに存在する。これは病床数で見ると国立病院全体の 40%、ダマスカスの全病院の 70% を占めることになる。

表6-1 病院・療養所の施設数・病床数の推移と県別分布

(単位：施設数、床、人)

		国立病院		私立病院		療養所		合計		
		施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	病床 当たり 人口
年	1989	48	10,108	167	3,248	1	60	216	13,416	874
	1990	51	10,244	175	3,359	1	60	227	13,663	887
	1991	51	10,359	183	3,466	1	60	235	13,885	902
	1992	52	10,210	186	3,422	1	60	239	13,692	946
	1993	53	10,725	210	3,871	2	102	265	14,698	911
	1994	55	9,677	218	4,050	4	1,323	277	15,050	920
県	ダマスカス	19	3,919	32	861	2	781	53	5,561	540
	アレppo	7	1,699	60	1,267	1	500	68	3,466	824
	ホムス	6	626	23	453	1	42	30	1,121	1,161
	ハマー	2	514	32	389	-	-	34	903	1,236
	ラタキア	3	817	9	190	-	-	12	1,007	828
	デリゾール	4	315	12	137	-	-	16	452	1,325
	イドリブ	2	220	12	150	-	-	14	370	2,532
	ハッサカ	5	438	16	186	-	-	21	624	1,651
	ラッカ	2	283	8	156	-	-	10	439	1,180
	スワイダ	1	262	2	24	-	-	3	286	1,049
	ダラー	1	290	2	46	-	-	3	336	1,833
	タルトゥース	3	294	10	191	-	-	13	485	1,421
	クネイトゥラ	-	-	-	-	-	-	-	-	-

注) 県別の数字は1994年の内訳

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, 1995, p.363

表6-2には種類別ヘルス・センター数の推移を示した。総合ヘルス・センター数は1979年に比べると二倍以上になった。これに対し専門ヘルス・センター数はほとんど増加していない。つまり人々が求めるのは専門のヘルス・センターではなく、より充実した設備のある総合ヘルス・センターであると言える。

表6-2 種類別ヘルス・センター数の推移

(単位：施設数)

年	総合ヘルス・センター	医療拠点	専門ヘルスセンター					医療拠点を除く合計
			結核	母子保健センター (注)	マラリア	トラコーマ・コレラ	ビルハルツ住血吸虫症・狂犬病	
1979	316	-	13	-	13	2	8	352
1984	458	-	13	10	13	4	5	503
1989	542	79	13	13	14	2	7	591
1994	685	134	14	7	13	1	11	731

注) 1994年のデータには公立クリニックが含まれる

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, 1995, p.364

表6-3に専門分野・県別病院の病床数を示した。表6-1の病床数と数値が合わないのは、統計により私立病院やクリニックの扱いが異なるためである。

表6-3 専門分野・県別病院の病床数 (1994年)

(単位：床)

分野	県	ダマスカス	ダマスカス 農村地区	アレツポ	ホムス	ハマー	ラタキア	デリゾール	イドリブ	ハッサカ	ラツカ	スワイダ	ダラー	タルトゥース	合計
内科	内科一般	22	78	209	44	104	98	32	39	54	67	47	41	58	893
	循環器科	37	7	6	30	-	25	35	-	47	-	39	-	-	226
	消化器科	62	-	-	38	-	-	16	6	-	-	-	12	-	134
	神経科	12	1	-	-	-	-	4	12	-	-	-	-	-	29
	精神科	10	721	500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,231
	産婦人科	76	45	100	60	92	79	49	27	63	50	23	23	40	727
	集中治療	27	12	-	14	-	12	6	13	4	3	4	18	-	113
	その他	224	76	101	182	108	86	43	51	136	69	33	62	32	1,203
外科	外科一般	145	68	44	99	121	109	50	22	57	58	52	54	79	958
	整形外科	96	10	36	27	30	43	10	18	25	8	20	21	-	344
	泌尿器科	77	4	18	16	-	38	8	6	18	4	20	20	-	229
	その他	140	-	18	27	-	-	40	6	15	-	-	20	23	289
眼科		121	15	21	22	16	21	6	10	7	4	12	7	2	264
耳鼻咽喉科		68	16	21	21	35	23	4	10	5	4	12	12	12	243
救急		9	13	12	26	8	4	12	-	7	16	-	-	-	107
合計		1,126	1,066	1,086	606	514	538	315	220	438	283	262	290	246	6,990

出所：Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract 1995, 1995, p.367

表6-4にPHCセンターのサービス内容を示した。現地調査から作成したため全サービスを網羅することができなかった。下記ではメインサービスとして提供されているものであるが、すべてのセンターでこれらのサービスを提供できるわけではない。例えばダマスカスには47のヘルス・センターがあるがそのうち母子保健サービスを提供しているのは36施設である。また歯科設備に関しては診察室を備えていないなど、設備の内容に不備があるセンターは粗悪という分類になっている。

表6-4 県別PHCセンター数とサービス内容（1995年）

県	施設数			サービス				歯科設備		
	地域 ヘルス センター	ヘル ス・ タ ー	メ ディ カル ボ イ ン ト	予 防 接 種	母 子 保 健	家 族 計 画	ラ ボ	優 良	粗 悪	無
ダマスカス	6	41	-	40	36	57	-	24	6	11
ダマスカス農村地区	7	76	-	75	70	90	-	70	-	6
アレppo	12	100	-	79	84	84	-	26	3	71
ホムス	10	101	-	70	70	93	-	8	10	83
ハマー	6	69	6	66	66	106	-	19	3	48
ラタキア	5	71	-	71	71	71	-	11	15	45
デリゾール	3	26	1	25	25	30	-	7	5	13
イドリブ	5	30	11	29	28	41	-	12	3	15
ハッサカ	4	30	3	26	29	48	-	9	2	19
ラッカ	4	24	4	15	23	24	-	1	3	20
スワイダ	3	30	24	26	29	40	-	5	3	22
ダラー	6	62	-	62	53	77	-	19	5	38
タルトゥース	6	48	49	45	35	49	-	14	8	26
クネイトゥラ	4	29	1	22	16	39	-	10	3	17
合計	81	737	99	651	635	849	0	235	69	434

出所：現地調査より作成。

6-1-2 民間医療施設 ミッション系／NGO関連医療部門

表6-1によると、約200の私立病院があるようだが、詳しいデータは得られなかった。民間部門の活動は活発だとの説明は受けたが、具体的な資料は存在していないようだった。

6-1-3 主な医療施設

各県に保健省管轄の病院とヘルス・センターがある。個別の説明は以下に述べる。

シリアでは病院名が同一であったり、一斉に変更されたりすることが普通である。1993年に各県に存在していた10カ所のアルワタニ病院が、大統領の息子の事故死に伴いその名を残すためにアルバセル病院と名前を変えた。

6-1-3-1 ダマスカス県の医療施設

ダマスカス市内にダマスカス病院とイブンナフィス病院がある。ダマスカス県全体では19の国立病院と32の私立病院、二つの療養所があり、計5,561の病床（全国の37%）が集中している（表6-1）。病床当たり人口は540人と、もっとも少ない。

6-1-3-2 アレッポ県の医療施設

アルラジ病院はアレッポ県における救急ケアを総括している病院である。救急科が最近改修され、良質な設備をそろえている。受付、診察室、治療室、検査室、X線室、緊急手術室、4病床のICUが設備されている。ICUには中央多岐管を通してのガスポンプが設備されていないため、酸素と他のシリンダーは直接病室に設置されている。停電時に備えて、二つの異なる回線から電力を引いている。このほかにイブンロシュド病院、アルバセル病院、イブンシナ病院があるが詳細は不明である。

6-1-3-3 ラタキア県の医療施設

ラタキア県は地中海沿岸に位置し、人口が約76万人、面積2,300平方キロメートルの県である。県北部には山脈と溪谷が連なり、生活条件の厳しい土地に村が点在している。12の病院があり、1病床当たりの人口はおおよそ820人で、ダマスカス県、スワイダ県に続き3番目に少ない。保健省管轄のヘルス・センターが50、病院が二つあり、高等教育省管轄の病院（アルアサッド大学病院）は一つ、ほかに九つの私立病院がある。240床を収容する総合病院であるアルアサッド大学病院には、CTスキャナーが設備されている。

保健省管轄の病院は433床のアルバセル病院と124床のジャブレヒ病院で、どちらも救急部のある総合病院である。

アルバセル病院は1945年に設立され、地中海沿岸に位置する。シリアの全基幹病院の中でも大規模なものの一つであり、病床数は433床である。県保健管理職、救急車の車庫、看護学校はすべて同じ区画内に設置されている。病院が海岸の近くにあるため、医療機器のメンテナンスに関しては行き届いた配慮がされている。他の病院とは異なり、アルバセル病院にはメンテナンス器具が設備されており、保健省メンテナンス・センターで使用されている器具に劣らない良質のものである。台数は少ないがデジタル・テスター、アナログ・テスター、オシロスコープなどを設備している。

ジャブレヒ病院は1975年に設立され、ラタキア県南部に住む19万人に利用されている。

保健省管轄のヘルス・センターは県の都市部に13施設と県の周辺部に38施設ある。

6-1-3-4 タルトゥース県の医療施設

タルトゥース県は地中海に面した県の一つである。人口約62万人、面積1,890平方キロメートルの県である。病院は全県で13、計485床ある。保健省管轄のヘルス・センターが35、病院が二つある。救急部のあるアルバセル病院は、156床の総合病院で、この病院に