

No 002

国別医療協力ファイル パキスタン

平成9年3月

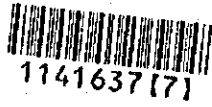
JICA LIBRARY



J1141637(7)

国際協力事業団
医療協力部

医 計
J R
97-05



1141637(7)

国別医療協力ファイル
パキスタン

平成9年3月

国際協力事業団
医療協力部

目次

1 国別概況	1
1.1 一般概況	1
1.2 一般行政	14
1.2.1 中央行政	14
1.2.2 地方行政	15
1.3 国家開発計画の概要	15
1.3.1 現行の開発計画	15
2 衛生行政	17
2.1 中央衛生行政と保健医療計画	17
2.1.1 中央衛生行政機構	17
2.1.2 中央保健医療計画	20
2.1.3 中央保健医療セクターの財政	24
2.2 地方衛生行政	25
2.2.1 地方衛生行政機構	25
2.2.2 地方保健医療計画（1992～93年）	30
3 人口・保健指標	33
3.1 人口・保健指標	33
3.1.1 人口	33
3.1.2 地域別人口分布	34
3.1.3 出生率	35
3.1.4 死亡率	36
3.2 地域別死亡率	38
3.3 人口移動	39
4 疾病・死亡	41
4.1 総論	41
4.2 死亡とその原因	41
4.3 疾病構造	42
4.3.1 乳幼児・子供の主な疾病・原因	44
4.3.2 女性の疾病・原因	45
4.3.3 成人・高齢者の疾患	47
4.4 感染症	48
4.4.1 予防接種で予防可能な感染症	48
4.4.2 下痢症疾患	49

4.4.3 急性呼吸器感染症	49
4.4.4 結核	49
4.4.5 ハンセン病	50
4.4.6 マラリア	50
4.4.7 寄生虫疾患	50
4.4.8 HIV/AIDS	50
4.4.9 その他の感染症	51
4.5 非感染症	52
4.5.1 栄養失調	52
4.5.2 慢性病・成人病	52
4.5.3 精神障害	53
4.5.4 傷害・事故	53
4.5.5 その他	54
5 保健対策活動	57
5.1 総論	57
5.2 プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)	57
5.3 予防接種対策	57
5.3.1 予防接種拡大プログラム (EPI)	57
5.3.2 ポリオワクチン全国一斉投与デー	59
5.4 栄養問題対策	61
5.4.1 世界食糧プログラム (WFP)	61
5.4.2 微量栄養素欠乏症対策	61
5.5 母子保健対策	62
5.5.1 パキスタン子供の生存プロジェクト	62
5.5.2 基礎保健サービス計画局 (BHS Cell) プログラム	62
5.6 家族計画	62
5.7 マラリア対策	62
5.8 エイズ対策	63
5.9 下痢症対策 (CDD)	63
5.10 その他の感染症対策	64
5.10.1 急性呼吸器感染症 (ARI) 対策	64
5.10.2 結核対策	64
5.10.3 寄生虫対策	64
5.11 その他の対策	64
5.11.1 麻薬対策	64
5.11.2 メンタル・ヘルス・ケア対策	65

6 保健・医療サービス供給システム	67
6.1 保健医療施設	67
6.1.1 公共医療部門	67
6.1.2 民間医療部門およびミッション系・NGO 関連医療部門	72
6.2 医薬品・医療器具・衛生材料	73
6.2.1 公共部門における医薬品供給と課題	73
6.3 保健医療サービスの利用	74
6.3.1 住民側からみた利用の状況	74
6.3.2 伝統医療	74
6.4 医療情報システム	75
6.4.1 医療情報システムの現状と問題点	75
6.5 医療保険制度	75
6.6 救急医療システム	75
6.7 試験研究機関	75
6.7.1 国立衛生研究所	75
6.7.2 医科学研究庁	76
6.7.3 パキスタン医学研究会	76
6.7.4 ジンナー大学院医学校	76
6.7.5 国立循環器疾患研究所	76
6.7.6 人口福祉研究所	76
6.7.7 放射線医療研究所	76
6.7.8 医学研究センター	77
7 医療従事者と医学研修	79
7.1 各種医療従事者の状況	79
7.1.1 医師	80
7.1.2 看護婦（士）	81
7.1.3 女性ヘルス・ビジター（LHV）	82
7.1.4 その他の医療従事者	82
7.2 医療従事者養成制度と養成機関	82
7.2.1 医療従事者養成制度	82
8 環境衛生・労働衛生	85
8.1 環境衛生	85
8.1.1 飲料水	85
8.1.2 衛生施設	85
8.1.3 住宅環境	86
8.1.4 公害	86

8.2 労働衛生	86
8.2.1 労働基準法	86
8.2.2 社会保障制度	87
9 保健医療協力	89
9.1 協力要請の仕組み	89
9.2 国際機関、わが国を除く諸外国、NGO の協力動向	91
9.2.1 国際機関	91
9.2.2 わが国を除く二国間援助	93
9.2.3 NGO	95
9.3 わが国の協力状況	95
9.3.1 有償資金協力	96
9.3.2 無償資金協力	96
9.3.3 技術協力	96

図目次

図 1-1	平均気温、降水量、平均湿度（カラチ）	2
図 1-2	民族の分布	4
図 1-3	使用言語の範囲	4
図 1-4	中央行政組織図	14
図 2-1	保健省組織図	18
図 2-2	人口福祉省組織図	20
図 2-3	州政府保健局組織図	27
図 2-4	県保健局組織図	27
図 2-5	人口福祉省行政組織図（地方レベル）	29
図 3-1	人口ピラミッド	34
図 3-2	地域別出生率の推移	35
図 3-3	乳児死亡率（IMR）	37
図 3-4	新生児死亡率（NMR）	38
図 3-5	後新生児死亡率（PNMR）	38
図 4-1	妊産婦検診、出産場所、出産介助人	47
図 4-2	各年の HIV 陽性報告数（1987～95 年）	51
図 4-3	交通事故の報告数の推移	54
図 5-1	ワクチン全種を接種した 1～2 歳児の割合	59
図 5-2	ポリオワクチン 3 回接種率とポリオ発生数の推移	60
図 6-1	保健省の保健医療サービス供給システム	67
図 9-1	協力要請の仕組み	90

表目次

表 1-1	パキスタン一般概況	1
表 1-2	経済指標	2
表 1-3	略史	3
表 1-4	政治状況	5
表 1-5	国家予算の内訳と推移	7
表 1-6	開発支出の内訳と推移	7
表 1-7	過去 5 年間の産業別 GDP 構成比 (1989~93 年)	8
表 1-8	家計所得階層別の人口の割合	8
表 1-9	絶対的貧困層の割合 (1980~90 年)	9
表 1-10	雇用関係指標 (%)	9
表 1-11	南アジアにおける成人の識字率 (1995 年)	10
表 1-12	女性関係指標	12
表 1-13	各州の行政管区 (1991 年)	15
表 2-1	国家 5 カ年計画における保健関連予算の推移	21
表 2-2	SAP の 1993~95 年における州政府と連邦政府の開発支出と経常支出	23
表 2-3	保健医療セクターにおける政府支出の変化 (1993~95 年)	24
表 2-4	保健に関する各省庁からの予算配分	25
表 3-1	パキスタンの主な保健指標 (1995 年)	33
表 3-2	人口の推移	34
表 3-3	州別面積・人口・人口密度 (1991 年)	35
表 3-4	地域/教育レベル別合計特殊出生率	36
表 3-5	州別死亡率	39
表 4-1	1991 年の死亡の原因となった主な疾病	41
表 4-2	政府系保健医療機関における外来患者の疾病構造 (1992 年)	42
表 4-3	政府系保健医療機関における入院患者の疾病構造 (1992 年)	43
表 4-4	母親と医師からの乳幼児死亡原因の報告 (1985~90 年)	44
表 4-5	背景別出産間隔	46
表 4-6	妊産婦検診受診の状況	47
表 4-7	大病院における性別・年齢別の感染症入院患者の報告件数 (1992 年)	48
表 4-8	EPI 対象疾患の発生件数の推移 (1985~1995 年)	49
表 5-1	1~2 歳児のワクチン接種の状況	53
表 5-2	NID 実施状況	60
表 6-1	保健施設数および病床数	68
表 6-2	NGO の州別登録数 (1990 年)	72
表 7-1	医療従事者総数と医療従事者 1 人当たりの人口の推移 (1985~93 年)	79
表 7-2	アジアにおける医師および看護婦 1 人当たり人口 (1988~91 年)	80
表 7-3	新規登録された医療従事者数の推移	80
表 7-4	州別・性別の新規登録医師数 (1992 年)	81
表 7-5	州別性別新規登録看護婦 (士) 数 (1992 年)	81

表 8-1	州被雇用者社会保障	87
表 9-1	国際機関の年度別 ODA 実績推移 (1989~93 年)	91
表 9-2	DAC 諸国の年度別 ODA 実績 (1989~93 年)	93
表 9-3	わが国の ODA 実績推移 (1991~95 年)	95

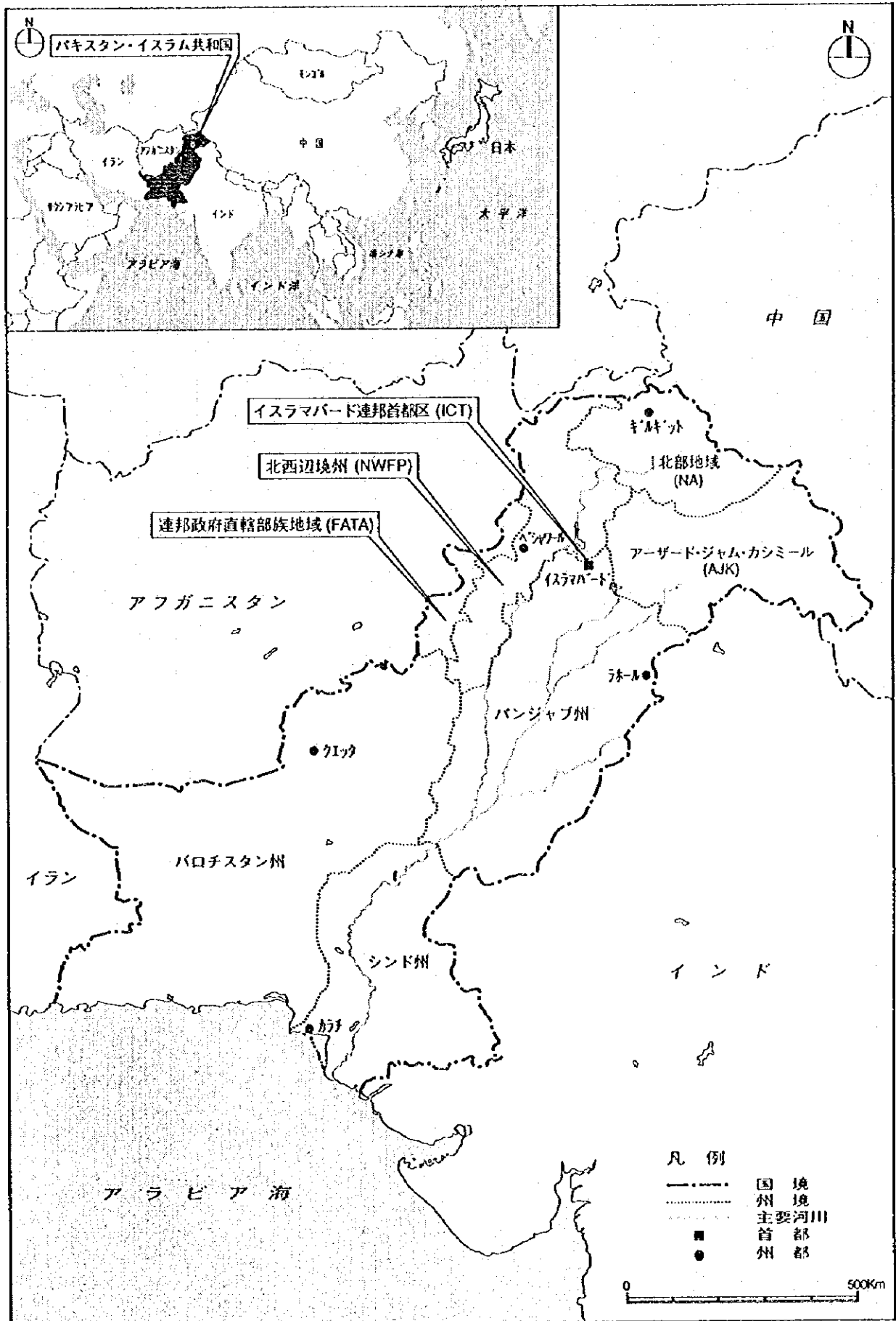
略語集

略語	
AsDB	アジア開発銀行 Asian Development Bank
AIDS	後天性免疫不全症候群 Acquired Immune Deficiency Syndrome
AJK	アーザード・ジャム・カシミール地方 Azad Jammu & Kashmir
ARI	急性呼吸器感染症 Acute Respiratory Infection
BCG	BCGワクチン(結核予防ワクチン) Bacille de Calmette Guérin
BHU	基礎保健ユニット Basic Health Unit
CBR	粗出生率 Crude Birth Rate
CDC	(米国) 疾病予防管理センター Centers for Disease Control and Prevention
CDD	下痢症対策 Control of Diarrheal Diseases
CIDA	カナダ国際開発庁 Canadian International Development Agency
DAC	OECD開発援助委員会 Development Assistance Committee
DPT	三種混合ワクチン(ジフテリア、百日咳、破傷風) Diphtheria, Pertussis, Tetanus
ECNEC	国家経済評議会執行委員会 Executive Committee of National Economic Council
EMIS	教育管理情報システム Education Management Information System
EPI	予防接種拡大プログラム Expanded Programme on Immunization
FATA	連邦政府直轄部族地域 Federally Administered Tribal Areas
FPAP	パキスタン家族計画協会 Family Planning Association of Pakistan
FWA	家族福祉補助員 Family Welfare Assistant
FWC	家族福祉センター Family Welfare Centre
FWW	家族福祉員 Family Welfare Worker
GI	地球的規模問題イニシアチブ Global Issues Initiative
GDP	国内総生産 Gross Domestic Product
GNP	国民総生産 Gross National Product
GPA	エイズ包括プログラム Global Programme on AIDS
GTZ	ドイツ技術協力庁 Deutsche Gesellschaft Für Technische Zusammenarbeit

略語	
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
HMIS	健康管理情報システム Health Management Information System
IBDR	国際復興開発銀行；世界銀行 International Bank for Development and Reconstruction
ICT	イスラマバード連邦首都区 Islamabad Capital Territory
IEC	情報・教育・コミュニケーション Information, Education and Communication
IMF	国際通貨基金 International Monetary Fund
IMR	乳児死亡率 Infant Mortality Rate
IUD	子宮内避妊器具 Intrauterine Devices
IVDU	静脈注射薬物乱用者 Intravenous Drug User
JICA	国際協力事業団 Japan International Cooperation Agency
KAP	知識・態度・実践 Knowledge, Attitude, Practice
LHV	女性ヘルス・ビジター（保健婦） Lady Health Visitor
LHW	女性ヘルス・ワーカー Lady Health Worker
MCH	母子保健 Maternal & Child Health
MCHC	母子保健センター Maternal & Child Health Centre
MCWAP	パキスタン妊産婦と子供への福祉協会 Maternal and Child Welfare Association of Pakistan
MMR	妊産婦死亡率 Maternal Mortality Rate
MOH	保健省 Ministry of Health
MPW	人口福祉省 Ministry of Population Welfare
MSD	医薬品倉庫 Medical Store Depots
NA	北部地域 Northern Area
NAPCP	国家エイズ予防対策プログラム National AIDS Prevention and Control Program
NGO	非政府組織 Non-Governmental Organization
NID	(ポリオリワクチン) 全国一斉接種デー National Immunization Day
NIH	国立衛生研究所 National Institute of Health
NMR	新生児（生後4週未満児）死亡率 Neonatal Mortality Rate

略語	
NWFP	北西辺境州 Northern West Frontier Province
ODA	政府開発援助 Official Development Assistance
OPV	経口ポリオワクチン Oral Polio Vaccine
ORS	経口補水塩 Oral Rehydration Salts
ORT	経口補水療法 Oral Rehydration Treatment
PCSP	パキスタン子供の生存プロジェクト Pakistan Child Survival Project
PDHS	パキスタン人口保健調査 Pakistan Demographic and Health Survey
PHC	プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care
PNMR	後新生児(生後4週以降1年未満児)死亡率 Post-Neonatal Mortality Rate
PWP	人口福祉計画 Population Welfare Program
RHC	地域保健センター Rural Health Centre
RHSC	出産保健サービスセンター Reproductive Health Services Center
RWSS	農村部における水の供給と衛生 Rural Water Supply and Sanitation
SAP	社会行動計画 Social Action Programme
STD	性感染症 Sexually Transmitted Disease
TBA	伝統的産婆 Traditional Birth Attendant
TFR	特殊合計出生率 Total Fertility Rate
U5MR	5歳未満児死亡率 Under 5 Mortality Rate
UHC	都市保健センター Urbane Health Center
UK ODA	イギリス海外開発庁 Overseas Development Administration
UNAIDS	国連エイズ合同計画 Joint United Nations Program on HIV/AIDS
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Plan
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund
UNESCO	国連教育科学文化機関 United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	国連児童基金 United Nations Children's Fund
USAID	米領国際開発庁 United States Agency for International Development

略語	
VBFPW	村落家族計画ワーカー Village Based Family Planning Workers
WFP	世界食糧機構 World Food Programme
WHO	世界保健機関 World Health Organization
WID	女性の開発 Women in Development



パキスタン全図

1 国別概況

1.1 一般概況

表 1-1 パキスタン一般概況

正式国名	(和文) パキスタン・イスラム共和国 (英文) Islamic Republic of Pakistan
独立年月日	1947年8月14日
旧宗主国	英国
政体	連邦共和制
元首の名称	サルダル・ファルーク・レガリ大統領(1993年11月14日就任、任期5年)
位置・面積	北緯23度30分～36度45分 東経61度～75度30分 796,000平方キロメートル ¹⁾
首都	イスラマバード
総人口	12280万人(1993年) ¹⁾
民族等	パンジャブ人(56%)、シンド人(13%)、バターン人(13%)
公用語	ウルドゥ語(そのほかに英語、パンジャブ語等がある)
宗教	イスラム教(95%)、ヒンドゥー教(1.5%)、キリスト教(1.3%)、ゾロアスター教(0.2%)
暦	日本との時差: -4時間 祝祭日(1996年) ²⁾
	1月1日 新年
	1月2日 開始
	2月21日* 断食明け
	3月23日 共和制記念日
	4月5日+ Good Friday
	4月8日+ Easter Monday
	4月29日+ キリスト受難日
	5月1日 メーデー
	5月19日* イスラム暦新年
	5月28日* Ashoura
	7月28日* マホメッド生誕記念日
	8月14日 独立記念日
	9月6日 国防記念日
	9月11日 ジンナー(建国の父)死去記念日
	11月9日 イクバル(国家的詩人)生誕記念日
	12月25日 ジンナー生誕記念日/クリスマス
	12月26日+ クリスマスの贈り物の日
	(+はキリスト教徒のみの祝日)
	(*は月の動きにより変更有。断食祭の前約1カ月は、断食のため一般に半休)

注 1): 『世界開発報告』 1995 世界銀行

2): 『The Europa World Yearbook 1995』 The Europa Publications

出所 『国別協力情報ファイル・パキスタン』 1995 国際協力事業団

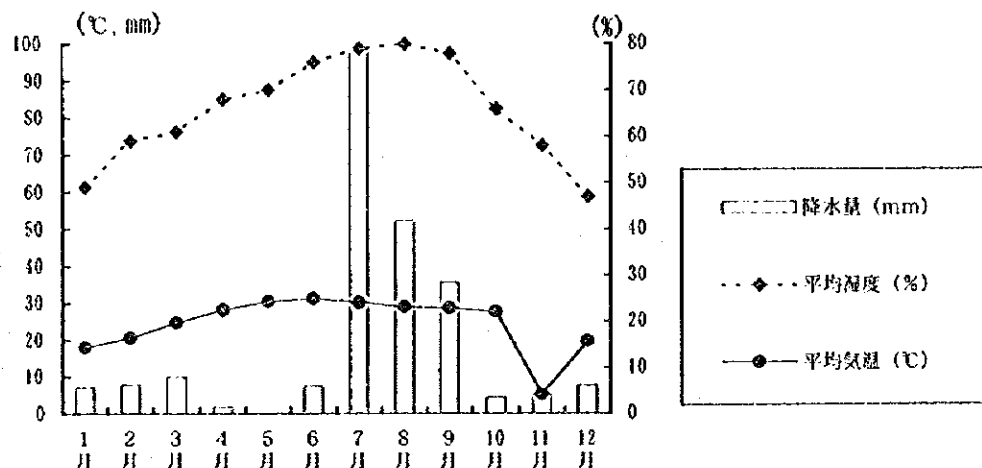


図 1-1 平均気温、降水量、平均湿度 (カラチ)

出所 『世界各国要覧』 1995 東京書籍

表 1-2 経済指標

年度		1990	1991	1992	1993	1994	
主要経済指標 の推移	GDP (10 億) ¹⁾	1,020.60	1,211.25	1,359.34	1,564.6	1,866.5	
	1人当たり GNP (US\$) ²⁾	400	420	430	430	430	
	実質 GDP 成長率 (%) ¹⁾	5.5	7.7	2.3	3.8	4.7	
	消費者物価上昇率 (%) ¹⁾	11.8	9.5	4.2	11.2	10.9	
	失業率 (千人) ³⁾	6.3	6.3	N.A.	4.7	4.7	
	貿易収支 (百万 US\$)	-2,262	-2,700	N.A.	-1,761	-1,634	
	輸出額 (fob)	6,381	6,877	N.A.	6,803	5,628	
	輸入額 (fob) ⁴⁾	8,642	9,578	N.A.	-8,564	-7,262	
	主要輸出入相手国 ⁴⁾	輸出 (1992-93 年) 米国 12.0%			米国	米国	
		輸入 (1992-93 年) 日本 13.7%			日本	米国	
					11.8%	9.5%	
		経常収支 (百万 US\$) ¹⁾	-1,397	-2,020	N.A.	-2,021	-1,847
		対外債務残高 (百万 US\$) ⁵⁾	22,936	24,097	26,050	N.A.	N.A.
	債務返済比率 (%) ⁵⁾	21.5	24.0	24.7	N.A.	N.A.	
	外貨準備高 (百万 US\$) ²⁾	1,220	1,524	1,995	1,716	3,523	
通貨(1995 年 5 月末) ⁶⁾	通貨単位: パキスタン・ルピー (記号: PRs, P.Re) 1 US\$=31.1249 PRs, 100 Ru=31.1249 PRs						
会計年度	7 月 1 日~6 月 30 日						

注 1) : International Financial Statistics Yearbook 1994 IMF

2) : World Development Report 1993-95 The World Bank

3) : Yearbook of Labour Statistics 1994 ILO

4) : Country Report - Pakistan, Afghanistan 3rd quarter 1995 EIU

5) : World Debt Table 1994-95 1994 The World Bank

6) : 『東銀経済四季報』夏号 1995 東京銀行

出所 (1991-93 のデータ): 「国別協力情報ファイル・パキスタン」1995 国際協力事業団

(1994-95 のデータ): Country Report - Pakistan, Afghanistan 1995-96 EIU

(1994-95 のデータ): World Development Report 1995-96 The World Bank

(1) 地理

パキスタンは南北に 1,500 キロメートルの長さで日本の約 2.2 倍の広さの国土（面積 79 万 6000 平方キロメートル）を持ち、アフガニスタン、イラン、インドと国を接する、いわば中近東地域と南西アジア地域を結ぶ位置（北緯 23.30～36.45 度、東経 61.0～75.3 度）にある。北辺にはペシャワールとアフガニスタン国境にカイバル峠があり、ヒマラヤ山系の K2 を主峰とするカラコラムとヒンドゥークシが立ちほだかる一方、国土の中央を南北に縦断するようにインダス川とチェナブ川が流れ、南部には北回帰線が走っている。

パキスタンの首都はイスラマバードで、他の主要都市にシンド州州都で商業港都市のカラチ、パンジャブ州州都でムガル王朝から続く文化都市のラホール、北西辺境州州都で、その北部一帯にガンダーラの沃野が広がり、多くの仏教遺跡のあるペシャワールが代表的である。

(2) 気候

亜熱帯気候に属してはいるものの、一般的には高温乾燥で雨量が少なく、南北に長く高度差も大きい地域によるが、12～2 月の冬は日本の春ほど暖かい所もあれば、高原部のように -10℃になる所もある。3～5 月は山岳部に春が訪れ、6～8 月にはインダス河沿いで気温 40℃の暑さになる。6～7 月頃に砂嵐が吹き、それと前後してモンスーン季に入る。秋の 9 月は快晴が続き、10～11 月は清涼な季節となる。

(3) 略史

表 1-3 略史

年	月	出来事
1947		英領インドより分離独立
1947		カシミール帰属問題により第 1 次印パ戦争勃発
1949		印パ戦争停戦
1956		英連邦内パキスタン回教共和国となる
1965		再度カシミール問題で国境衝突、第 2 次印パ戦争発生、2 週間後停戦
1971		第 3 次印パ戦争、パキスタン降伏
1972		バングラデシュ誕生に伴い英連邦内から脱退
1977		クーデターによりハク政権成立
1985		総選挙実施
1988		ハク大統領飛行機事故で死亡、イスハク・カーン大統領代行就任
1989		英連邦に再加盟
1990	8	イスハク・カーン大統領ブット首相を解任するとともに国会を解散
	10	非常事態宣言全土に発令
	11	第 5 回総選挙実施イスラム民主同盟 (IJI) 大勝、ブット前首相の人民民主同盟 (PDA) 惨敗
	11	国民議会は IJI 総裁ナワズ・シャリフ氏を新首相に選出、ナワズ・シャリフ新政権発足
1991	3	上院選挙実施 IJI 大勝
	5	シャリーア法案 国民議会で可決
	7	国会、第 12 次憲法改正可決
1993	10	第 6 回総選挙実施するが、パキスタン自民党 (PPP)、パキスタンイスラム教徒連盟 (PML) 共に過半数がとれずベナジル・ブット女史を首相とする政権成立
	11	ファルーク・レガリ大統領当選
1994	7	IMF8 条国へ移行
1995	3	第 3 回経済協力機構 (ECO) 首脳会議開催 (10 カ国)。麻薬撲滅闘争に関するイスラマバード宣言発表。
1995	5	パロチスタン州で 60 年ぶりの地獄 (リヒター・スケール 5.2)

出所 「国別協力情報ファイル・パキスタン」 1995 国際協力事業団

(4) 民族

大別してトルコ・アーリア系、インド・アーリア系、トルコ・イラン系が占める。またカシミール地方に多いカシミリ族、アフガニスタン国境にまたがってアフガニスタン側に約 600 万人、パキスタン側に約 700 万人分布するパターン族、イラン、アフガニスタン、パロチスタン州にまたがる約 250 万人のバルーチ族などがある（数値は『東南アジア要覧』1992 東南アジア調査会より）。

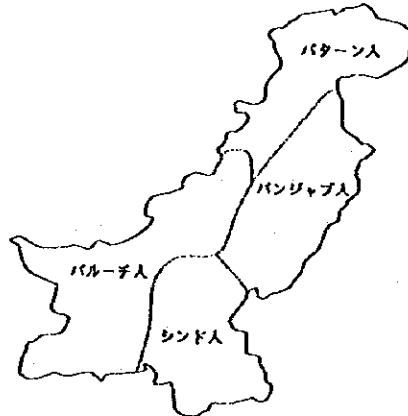


図 1-2 民族の分布

出所 『任国情報パキスタン』1995 国際協力事業団

(5) 言語

公用語はウルドゥ語で、そのほか地方語としてパンジャブ語、シンド語、プシュト語、バルーチ語、グジェラート（インド）語等がある。1973 年より憲法にて英語も公用語として公的業務に広く使用されている。

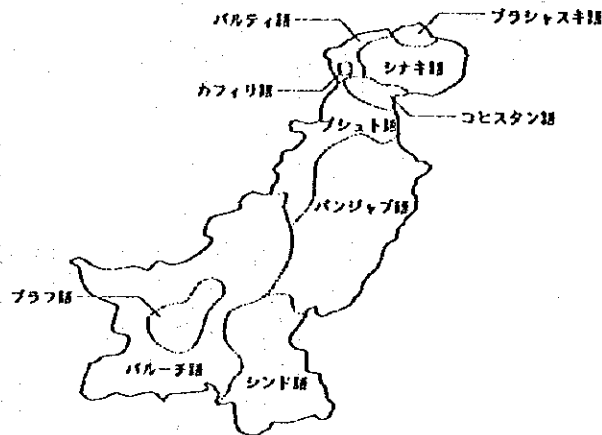


図 1-3 使用言語の範囲

出所 『任国情報パキスタン』1995 国際協力事業団

(6) 宗教

イスラム教を国教としており、教徒数は人口の95%を占め（1981年国勢調査）、その大部分はスンニ派であり、シーア派（約10%）、アマーディ派（約0.001%）は少数派である。その他の宗教はヒन्दゥー教（約1.6%）、キリスト教（約1.3%）などがある。

(7) 文化

パキスタン南部インダス河流域で紀元前4000年に造られた、インダス文明における世界最古の都市遺跡モヘンジョ・ダロやハラッパにて、パキスタンの文化は始まる。紀元前3世紀より北西部ペシャワール周辺でクシャナ帝国におけるガンダーラ仏教文化が栄えたが、7世紀前半からのイスラム教徒による侵攻によりイスラム王朝の台頭と16世紀以降のイスラム最大のムガル帝国時代のイスラム文化の浸透は19世紀以降の英国植民地支配に至るまで続いた。第2次世界大戦後、インドの独立に当たってイスラム教徒がヒन्दゥー教徒から分離し、パキスタン回教国（当時は現バングラデシュを含む）を創設したことにより、長年の多民族によるインド・イスラム文化が根底に流れる国家が形成された。

(8) 政治

表1-4 政治状況

政体	イスラム教を国教とする共和制（連邦制）
元首	サルダル・ファルーク・レガリ大統領
首相	ナワズ・シャリフ首相
議会	連邦議会（二院制 上院 87 議席、国民議会 237 議席）
主な政党	与党：パキスタンムスリム連盟 [PMI(N)] 野党：パキスタン人民党 (PPP)、ムハジール民族運動 (MQM) 他
国際関係	非同盟中立、イスラム諸国との連帯、親中国・親西側諸国を外交の基本姿勢としている。
主な加盟国際機関	国連はじめ主要な国際機関に加盟。 また、SAARC（南アジア地域協力連合）、ECO（経済協力機構）、OIC（イスラム諸国会議）等に加盟。

出所 「国別協力情報ファイル・パキスタン」 1995 国際協力事業団等

パキスタンは、行政区分がパンジャブ州、シンド州、バロチスタン州および北西辺境州の4州からなる連邦制のイスラム主義に基づく共和政体である。国家元首である大統領は任期が5年で、首相および閣僚を任命し、上下両院と4州議員の間接選挙で選任されるパキスタンの議会は、立法議会ではなく制憲議会である。議会は2院制で、国民議会（下院、任期6年、237議席、直接選挙）と上院（任期4年、2年ごとに半数改選、87議席、間接選挙）よりなる。

司法は、1973年憲法には行政府から分離するよう規定してあるが、現実には行政府の統制下にあり、司法権の確立は困難のようである。制度上は最高裁判所がイスラマバードに置かれ、その下級裁判所が各地に設けられている。

(9) 経済

1) 経済情勢の推移

パキスタン経済は第5次国家経済開発5カ年計画（1978～82年度）以降、「経済の自由化」、「非国有化」を基本理念として運営されており、近年の経済成長は経済計画を基礎として着実なものとなっている。順調な経済成長を達成した背景として、

- 1977年以降のハク政権による経済の自由化、農業開発の推進等の一連の経済開発政策
- 海外出稼ぎ労働者からの送金
- 米国、日本をはじめとする自由主義諸国からの経済援助の増大などの要因が挙げられる。

財政、国際収支の赤字等は構造的な原因（徴税基盤の狭さ、経済支出の硬直化、輸出商品が限られていること）によるものであり、経済・社会両面での根本的な変革が必要となっている。

パキスタン政府による経済5カ年計画は、1950年から始まり、第6次計画（1983～87年度）では、低い投資率や農業生産高、医療・教育部門の支出の少なさをカバーすることを目標とした。第7次計画（1988～92年度）では、民間投資に力が入れられ、エネルギー部門の向上はみられたが農業や住宅部門が低迷した。

実質GDP成長率は1988年度4.8%、1989年度4.6%、1990年度5.6%、1991年度7.7%と好調であった。しかし、1992年8～9月の「100年ぶり」といわれる全国的大雨と洪水の被害、世界的不況の継続、国内政局混乱、政府の乱脈な経済運営のため、1992年度（1991年7月～92年6月）の実質GDP成長率は2.3%とパキスタン建国以来最低を記録した。1993年度も綿花不作等のため3.8%に留まったが、1994年度は4.7%まで持ち直した（表1-2）。1995年6月～7月期の政府発表では、綿作、麦作の好調により、1995年度のGDP成長率は6.1%と見込まれている。

2) 国家財政および金融

パキスタンの財政は大幅な赤字基調であり、一貫して歳入が経常歳出を下回るという好ましくない状況が続いている。財政赤字の対GDP比は1988年度から開始した構造調整計画の下で、財政改革の効果もあり改善した。1990年度の財政状況は、湾岸危機の影響で改善が遅れがみられ、シャリフ政権の増税措置、公共料金の引き上げなどが行われたものの、歳出が増大したことにより、財政赤字が急増した。

この背景には徴税基盤の狭さと支出管理の弱さがあることが指摘されており、構造改革における重点分野となっている。

防衛費と債務返済が歳出の6割以上を占め、開発支出が2割にすぎないという状況は、依然として変わらないものの（表1-5）、開発支出では教育セクターおよび保健医療セクターがそれぞれ164%、55%の増加となっている（表1-6）。

表 1-5 国家予算の内訳と推移 (10 億ルピー)

	1993-94		1994-95 (前年度比)		1994-95 (前年度比)	
	金額	割合	金額	割合	金額	割合
歳入	270.7	100.0%	319.9(118.2%)	100.0%	374.5(117.1%)	100.0%
租税収入	208.4	77.0%	256.8	80.3%	299.3	79.9%
非租税収入	62.3	23.0%	63.1	19.7%	75.2	20.1%
歳出	364.9	100%	428.3(117.4%)	100.0%	494.9(115.5%)	100.0%
経常支出	293.5	80.4%	346.4(118.0%)	80.9%	398.5(115.0%)	80.5%
防衛		(31.3%)*		(28.9%)*		(28.9%)*
債務返済		(31.3%)*		(29.4%)*		(1.6%)*
経常補助金		(1.7%)*		(1.8%)*		(1.7%)*
社会経済・コミュニ ティサービス		(19.3%)*		(20.4%)*		(18.9%)*
一般管理費		(8.7%)*		(9.4%)*		(8.4%)*
その他		(8.0%)*		(9.9%)*		(10.5%)*
開発支出	71.4	19.6%	81.9(114.7%)	19.1%	96.5(117.8%)	19.5%

注 * : 経常支出に対するパーセンテージ

出所 Economic Survey 1995-96 1996 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad

表 1-6 開発支出の内訳と推移 (10 億ルピー)

	1993-94	1994-95	1995-96	(総計に対する 割合)	(増加率: 対1994-95)
	農業	0.86	1.05	0.67	0.7%
水	9.71	11.29	13.78	14.3%	22.1%
電力	12.05	4.42	4.75	4.9%	7.5%
工業	0.15	0.66	0.14	0.1%	-78.8%
燃料・鉱業	3.33	3.53	1.61	1.7%	-54.4%
交通・通信	17.44	3.21	3.92	4.1%	22.1%
住居	1.01	2.01	3.01	3.1%	49.8%
教育・研修	0.57	0.61	1.61	1.7%	163.9%
保健・栄養	0.51	1.46	2.26	2.3%	54.8%
人口福祉	1.1	0.99	1.43	1.5%	44.4%
社会福祉	0.15	0.08	0.14	0.1%	75.0%
人材・雇用	0.36	0.43	0.53	0.5%	23.3%
農村開発	0.74	0.65	1.14	1.2%	75.4%
その他	26.78	59.61	61.51	63.7%	3.2%
計	74.76	90	96.5	100.0%	7.2%

注 1995-96 は推定予算

出所 Economic Survey 1995-96 1996 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad

3) 国際収支

パキスタンの国際収支は、貿易収支が恒常的に赤字で、貿易外収支も対外債務の利払いなどにより赤字 (1993 年の公的対外債務残高は、約 203 億 US ドル) であるが、移転収支は海外出稼ぎ労働者の本国送金を中心となって黒字である。経常収支は慢性的赤字で、これを海外からの援助、借款、投資でカバーするという構造になっており、非産油開発途上国に典型的なものとなっているといえる (数値は JICA 資料、1995)。

4) 産業構造

パキスタンの産業構造においては、農業が最も重要な位置を占めている。農業はパキスタンにおける最大の産業であり、1993年GDPの25%（世銀資料、1995）を占めている。主要農産物は、作付面積の上で小麦、綿花、コメ、サトウキビの順となっているが、このうち綿花および綿製品とコメの輸出は、輸出総額の40%（JICA資料、1994）を占めている。しかしながら、92年9月の洪水や、2年連続の綿花の不振など様々な問題が起こっている。

工業は農業に次ぐ基幹産業となっており、GDPの25%（世銀資料、1995）を占めている。主たる工業は繊維工業、食品加工、肥料、セメント等の製造業である。GDPの成長率でみると、これまで7~8%台（JICA資料、1994）と相対的に高い水準を維持してきており、現内閣は、シャリフ前政権の政策を引き継ぎ、工業の振興により雇用機会の創出、貿易収支の改善等を図るため国営企業の民営化、外資導入による工場誘致、税制面での優遇策等、諸施策を講じている。

表 1-7 過去5年間の産業別 GDP 構成比（1989~93年）（%）

年	1989	1990	1991	1992	1993
農業	27	26	26	27	25
工業 (製造業)	24 (16)	25 (17)	26 (17)	27 (18)	25 (17)
サービス業等	49	49	49	46	50

注 工業の数値は製造業を含んだ数値である

出所 World Development Report 1991-95 The World Bank

5) 所得配分、貧困、地域格差

全人口の56.2%を占めるパンジャブ州ならびに900万人の人口を抱えるカラチを擁するシンド州（全人口の22.6%）の両州に富が偏在し、人口希薄な北西辺境州、バロチスタン州の両州との経済格差が著しい。政府は、第7次5カ年計画において地域間格差の是正を図ることを重点目標のひとつに掲げている。連邦政府による各州政府に対する権限委譲も唱われてはいるが、現状ではなかなか進んでいない（数値はJICA資料、1994）。

所得配分の公平さを示すジニ係数は、家計支出調査における統計では、1987年の0.348から1990年0.407へと急激な上昇をみせている（数値はパキスタン政府資料、1994）。

表 1-8 家計所得階層別の人口の割合（%）

	最低分位 20%	第2分位 20%	第3分位 20%	第4分位 20%	最高分位 20%*	(最高分位) 10%
1991年	8.4	12.9	16.9	22.2	39.7	25.2

注 * : 「最高分位20%」の値は、「最高分位10%」の値を含む

出所 Human Development Report 1994 UNDP

† Household Income and Expenditure Survey : HIES

表 1-9 絶対的貧困層の割合 (1980~90年)

全国	28%
都市	26%
農村	29%

出所 Human Development Report 1994 UNDP

6) 雇用

パキスタンの1990年から92年の産業別就業人口の構成は、農林水産業47%、工業20%、サービス業33%と農業部門従事者が半分近く占めている(数値はUNDP資料、1995)。就業人口の構造変化をみると農業が1965年の60%から90~92年には47%と減少している一方、サービス業が22%から33%へ増加している。これはパキスタンの雇用吸収が、製造業などの近代的生産部門よりも、都市の雑多な第三次産業および建設業によってなされているためである。宗教的理由により女性の労働力参入が低いため、就業人口に占める女性の割合は13%と非常に少ない(数値はUNDP資料、1995)。

パキスタン政府の発表によれば1994年1月1日の総人口は、12445万人である。就業者数は3498万人(都市部2473万人、農村部1025万人)であり、就業率は28.11%になる。失業率は205万人にのぼり、全国で5.85%(都市部6.97%、農村部5.40%)となっている(数値はパキスタン政府資料、1994)。社会開発のための社会行動計画(SAP)においては、100万人の雇用創出を目標としている(数値はパキスタン政府資料、1994)。

表 1-10 雇用関係指標(%)

	パキスタン		南アジア*	
	(1990~93年)	(1990~92年)	(1990~93年)	(1990~92年)
全人口に占める就業人口の割合	28		37	
全就業人口に占める女性の割合	13		24	
産業別就業人口の割合	(1965年)	(1990~92年)	(1965年)	(1990~92年)
農業	60	47	72	9
工業	18	20	12	3
サービス業	22	33	16	28

注 * : アフガニスタン、ブータン、ネパール、スリ・ランカ、バングラデシュ、インド、パキスタン
出所 Human Development Report 1995 UNDP

(10) 教育

1) 識字率

パキスタンの教育部門の整備は遅れており、UNICEFの『世界子供白書1997年』によると、成人の識字率は38%(1995年)で、性別では男子50%、女子24%となっている。これは南アジアでは中間に位置するものの、成人国民の4割弱しか字が読めないという状況は、アジアの中でも低い水準にあると言える。

表 1-11 南アジアにおける成人の識字率 (1995 年) (%)

	パキスタン	アフガニスタン	ブータン	バングラデシュ	インド	ネパール	スリ・ランカ
男子	50	49	56	49	66	41	93
女子	24	15	28	26	38	14	87
全体	38	32	42	38	52	28	90

出所 『世界子供白書』 1997 UNICEF

2) 教育制度

パキスタンの教育制度は小学校 (5 年制)、中学校 (3 年制)、高等学校 (2 年制) の 10 年制を基本とし、小学校は無償であるが義務教育ではない。このほかに中等職業学校と総合大学、専科大学、イスラム教に関する教育を行うモスク・スクールがある。高等学校卒業後に進学する専科大学には、一般教育を行う 2 年制と農業、エンジニアリング、医学、ビジネスなどの専門教育を行う 3 年制のものがある。総合大学へは専科大学卒業後進学する。職業教育には、中学卒業後進学する技術訓練校 (2 年制) や高校卒業後のポリテクニク (3 年制) がある。

3) 予算配分

1992 年度の教育分野への支出は対 GDP 比で 2.4% に止まっており、UNESCO が勧告している 4% に達していない (数値は国際協力推進協会資料、1994)。しかし、政府は教育分野の重要性を認識し、生産的社會を創設する国民の教育に対し、開発投資を行う方針である。このような状況を改善するため、初等教育の充実を第 8 次 5 年計画 (1993 年～98 年) の重点目標 (たとえば、すべての児童の小学校就学等) としており、長期的には世銀の援助により作成した SAP を重点施策の一つとして取り上げている。そのほか、中途退学者の減少、基礎的な教育設備の充足のため、教育部門への支出拡大がなされている。

4) 教育の普及

パキスタンでは、教育施設の不足が続いており、6 歳児を全員受け入れるには 100 万人分近くの施設が不足している。また、教育の質、教師の待遇、カリキュラム、教科書などの改善の必要性が指摘されている。

男女間、地域間での教育環境・識字率の差も大きく、特に女子は以下に示す要因により、教育を受けることが困難な状況に置かれている。女子は女性教員から教育を受けることになっているため、通勤の不便な農村部では女性教員の確保が困難である (数値は海外経済協力基金資料、1992)。

- 娘に家事を手伝わせるために、多くの家庭は娘を学校に通わせない。
- 経済的余裕がない場合、家庭は男子を優先して教育を受けさせる。
- 近くに女子校がない場合、両親は遠くの女子校まで娘を通わせようとしなない。
- 学校では女性の家庭での役割を強調するだけで、科学等はほとんど教えていない。

(11) 開発と女性

1) 女性を取り巻く現状

憲法上ではすべての国民の平等原則、特に性差別の禁止を明言し、女性と子供を保護するための特別な措置をとれるような力を国家に与えている。政治的権利に関しては、パキスタンの女性は法的差別を受けておらず、常に選挙権、被選挙権があり、さらに立法会議では常に女性の席が確保されている。その良い例として、1988 年に実施された総選挙の結果、故 Z.A.ブット

首相の娘であるベナジル・ブット女史の率いるパキスタン人民党（PPP）が第1党になり、ブット女史がイスラム世界初の女性宰相となった。

しかし、現実には、女性の社会的地位は、他の南西アジア諸国の女性に比べても低いとみられている。これは、インドからの独立後もカースト制が温存されていることに加え、典型的なブルカ（頭からすっぽり包むベール）に象徴されるように、イスラム社会での女性の社会的隔離である「バルダ」という宗教的因習・規則があることに影響されている。特に農村部に居住する女性の約半分は、基本ニーズを満たすことができない状況に置かれている。都会でもスラムや貧民街に住む貧困層の女性が多い。さらに、現行の法律をイスラムの最も保守的な解釈に合わせようとする動きがあり、女性に対する差別が大きくなり、平等な市民としての女性の立場に影響を与えている。

このような現状を改善するために、1976年に女性の経済、社会、法的状況を向上させるための評価、提言を行うために女性権利委員が設立された。79年には婦人開発局を設置、89年に婦人開発省に昇格している。これは、パキスタン政府が現状打開のため、第7次5カ年計画を機に設置したものである。教育、保健、雇用機会の均等と拡大、および法的差別の是正に努めている。小規模ながら同省が実施しているプロジェクトには、女性を対象としたコミュニティ・センターの設立、識字率向上センター、協同組合等の組織が含まれている。また、第8次5カ年計画（1994～98年）においては、男女機会均等の推進による開発への女性の参加促進、役割強化がうたわれており、婦人開発省の1995年度予算も前年度比60%増となっている（数値は国際協力事業団資料、1995）。同省の第8次5カ年計画を踏まえたプロジェクトとしては、収入向上のための各種技術訓練、識字教育、保健衛生教育、勤労女性のためのホステル建設等があげられる。また、同省支援によって1989年に女性中小企業家育成を目指した「第一女性銀行」が誕生している。女性の教育については、社会行動計画の中でも重点項目の一つとして取り上げられている。

近年パキスタンではNGOの活躍がWID分野において目覚ましく、政府とNGO間のパートナーシップが築かれつつある。1991年には、WID分野に関する各ドナー間の調整・協調のためのフォーラムが設置され、定期的会合を開いている。

² Information Network for WID : INWID

表 1-12 女性関係指標

(指数=男性を 100)	パキスタン	南アジア*
女性の余命指数 (1992)	100	101
女性の人口指数 (1992)	92	93
女性の識字指数	37 (1970) 45 (1992)	41 (1970) 53 (1992)
女性の就学指数		
初等教育 (1960)	28	46
初等教育 (1990)	N.A.	N.A.
中等教育 (1990)	45	55
高等教育 (1990)	41	N.A.
女性の労働指数 (1990-92)	16	41
女性管理職/女性人口 (1980-89)	N.A.	0.02

注 * : アフガニスタン、ブータン、ネパール、スリ・ランカ、バングラデシュ、インド、パキスタン
N.A. (データなし)

出所 Human Development Report 1994 UNDP

2) 家庭

パキスタンの平均的な世帯規模は 6~7 人で、2 世代以上が同居している大家族である。居住地による分類では、農村部 (世帯規模平均 6.5 人) よりも都市部 (世帯規模平均 7.2 人) のほうが多い。

パキスタンの全結婚の 61% は従兄弟、または又従兄弟同士の血族結婚で、世界でも血族結婚の比率の高い国といえる。血族結婚は、居住地域および教育とも明らかな相関があり、主要都市部に住む女性、教育を受けた女性の血族結婚は少ない。

離婚が比較的容易な一夫多妻制はパキスタンでは合法であり、男性は同時に 4 人まで妻を持つことを許されている。ただし、現在、既婚男性の 5% 未満しか 2 人以上の妻を持っていない。一夫多妻の割合が最も高いのは、地方部の 45~49 歳のグループであり、若年層及び都市部では低くなっている。州別ではパロチスタン州が 12% と最も多く、パンジャブ州が 3% で最も少ない。

1990~91 年に実施されたパキスタン人口保健調査 (PDHS) を 1979~80 年における人口・労働者・人口移動調査³と比較すると、未婚女性の割合がすべての年齢グループで増加している。特に 25~29 歳の年代では 6% から 14.4% へと未婚率の増加が著しく、晩婚化の傾向がうかがわれる。しかし、35~49 歳では 98% が結婚しており、ほとんどの女性が結婚する皆婚社会であるといえる。結婚のパターンの変化は平均初婚年齢の変化にもみられる。女性の平均初婚年齢は過去 30 年の間に 5 歳上がり (1951 年の 16.9 歳から 1990~91 年の 21.7 歳)、男性は同期間に 3 歳上がっている。

(12) 環境

国土の砂漠化、水質汚染、大気汚染等がパキスタンにおける主たる環境問題になっている。パキスタン政府は、1974 年に環境保護を目的とする機関として、住宅・公共事業省の中に環境・都市局を設置した。同局のおもな任務は、環境、公害、生態系に関連する活動計画の策定および実施、環境関連法および規則施行の推進、環境関連プロジェクト作成・実施において、連邦政

³ Population, Labour Force and Migration Survey : PLM

府、州政府機関への助言を通じ、環境問題研究の促進を図るものである。同機関は 1990 年 4 月に環境・都市開発省に格上げされた。

国土の半分以上が既に砂漠化しているか、もしくは砂漠化の恐れがある地域であり、砂漠化の主な原因は樹木の伐採、過放牧であるとされている。従来より森林比率が少ないうえに、近年では建築材および燃料材の需要増加、アフガニスタン難民に伴う森林破壊が進行し、土壌浸食や洪水を引き起こす要因となっている。北部の山岳地域における植生の維持、植林、砂防工事等の実施による流域管理は重要な課題である。

都市部では人口の増加と工業化に伴い、河川および港湾の水質汚染、大気汚染が進んでいる。特に重化学工業の発達しているカラチでは、工業廃水に含まれる重金属、有害化学物質、また生活排水、糞尿に含まれる有機物質等による水質汚染が深刻な問題になりつつある。カラチをはじめ主要都市における大気汚染および一般廃棄物の処理も重要な問題となっている。

1.2 一般行政

1.2.1 中央行政

パキスタンの中央行政組織を図 1-4 に示す。

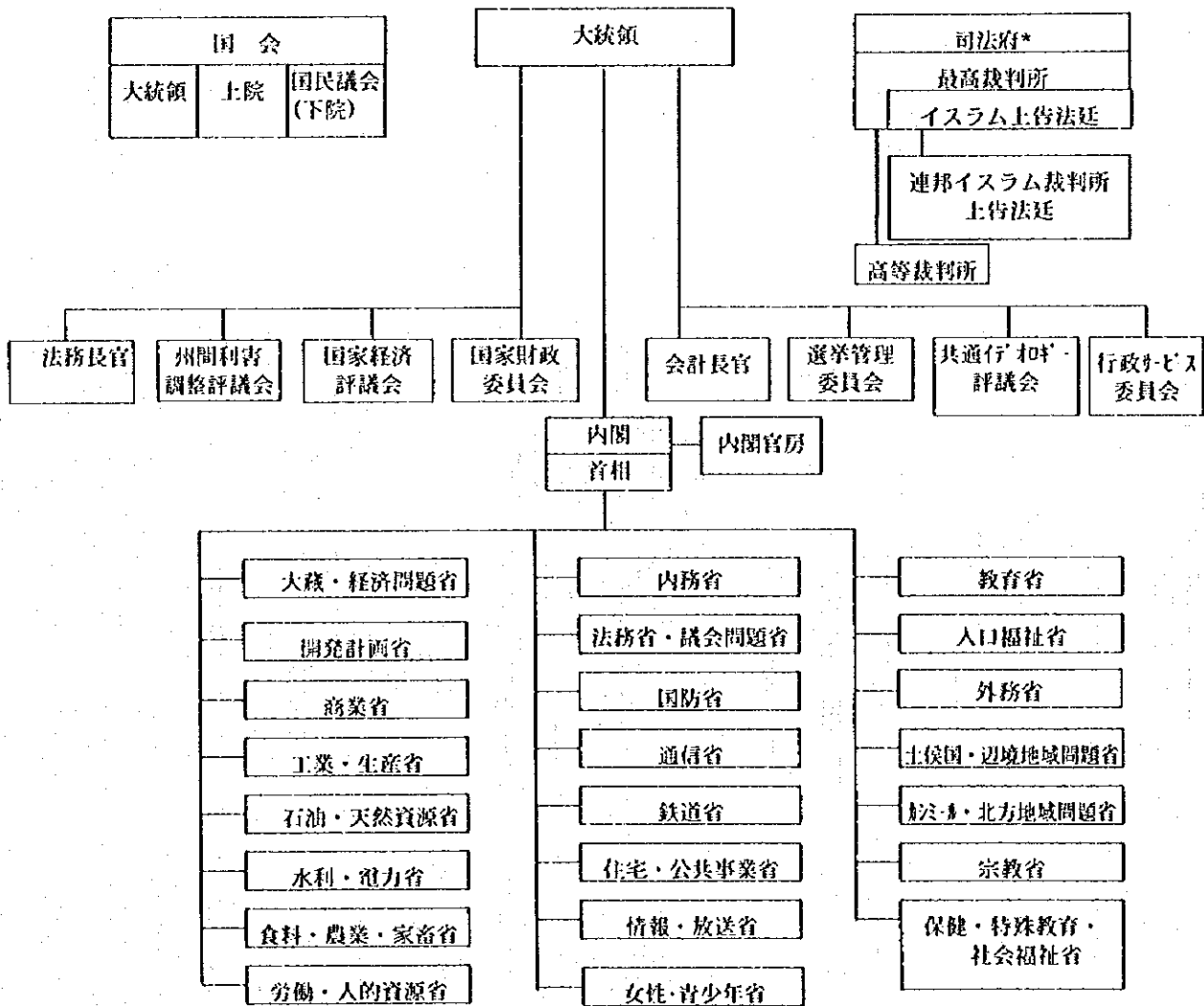


図 1-4 中央行政組織図

注 司法府は 1999 年までに行政府より分離されることが憲法に定められている。
出所 『アジア動向年報』 1996 アジア経済研究所

1.2.2 地方行政

パキスタンは、4州の下に27の地方(Division)があり、次いで県(District)がある。県の下には、市と郡(Tehsil/Taluka)があり、特別行政区としてイスラマバード連邦首都区(ICT)、7つの連邦政府直轄部族地域(FATA)⁴、政府保護下のアーザード・ジャム・カシミール(AJK)地方、連邦政府直轄下の北部地域(NA)がある。市、郡の下には、町、連合組合(ユニオン・カウンスル)、村となる。

表 1-13 各州の行政区画 (1991年)

	州				特別管轄区				全土
	バロチスタン	パンジャブ	北西辺境	シンド ⁴	ICT	FATA	NA	AJK	
地方	6	8	6	5	-	-	-	2	27
県	20	29	17	18	1	7	5	6	102
市・郡	50	105	35	58	3	-	13	17	281
連合組合	341	2,471	756	659	12	-	103	180	4,522
村	6,576	25,828	7,101	5,881	132	1,905	586	1,427	49,436

出所 Agricultural Statistics of Pakistan 1993 Population Census Organization

1.3 国家開発計画の概要

1.3.1 現行の開発計画

1993年6月に承認される予定だった第8次5カ年計画1993年7月から1998年6月の策定は、度重なる政権交代のため、大幅に遅れ、91年5月31日ようやく国家経済委員会において承認された。人口増加率抑制を通じて、経済的、社会的向上を図ることが包括的目標であり、予算規模は第7次5カ年計画の48%増で、1兆7010億ルピーである。教育・保健・エネルギー部門に重点が置かれ、GDP年平均成長率7%、雇用創出620万人などが政府の目標として挙げられている。そのほか国家開発への国民的参加と利益の公平な共有、地域開発の工業化、技術移転、基礎インフラなど、自然資源保全と環境保護を課題としている。また、より現実的、長期的展望の必要性から8次、9次、10次5カ年計画期間を包括する15年長期展望(1993~2008年)が作成された。

パキスタン政府は、教育や保健医療などの社会指標が、1人当たり国民所得に比して低いことを認識している。このような社会経済開発の不均衡に取り組むため、1993年より社会開発計画(1993~98年)を開始した。社会開発計画の対策分野は、主に教育、保健、栄養、人口、農村への水供給、衛生などであり、その目的は貧困を取り除き、女性問題への関心を高め、社会における男女間のギャップを解消し、農村へのアクセスと環境を改善することにある。過去の社会開発と投資は経済効果が得られなかったが、現在、上記の計画を州政府、民間セクターおよびNGOその他のコミュニティとともに行っていくこととしている。

⁴ 連邦政府直轄部族地域(FATA)：バジョール、モフマンド、ハイバル、クッラム、オーラクザイ、北ワズィーリスタン、南ワズィーリスタン

「1 国別概況」参考資料

1. 「国別協力情報ファイル・パキスタン」 1995 国際協力事業団
2. The Europa World Yearbook 1995 The Europa Publications
3. World Development Report 1991-95 The World Bank
4. Human Development Report 1994,1995 UNDP
5. 「世界子供白書」 1997 UNICEF
6. 「パキスタン開発途上国国別経済協力シリーズ No.13 第5版」 1993 国際協力推進協会
7. 「世界各国要覧」 1995 東京書籍
8. 8th Five Year Plan 1993-98 1994 Planning Commission Government of Pakistan
9. EIU Country Profile・Pakistan Afghanistan 1995-96 The Economic Intelligence Unit Limited
10. Economic Survey 1995-96 1996 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad
11. 「アジア動向年報」 1996 アジア経済研究所
12. Agricultural Statistics of Pakistan 1993 Population Census Organization

2 衛生行政

2.1 中央衛生行政と保健医療計画

2.1.1 中央衛生行政機構

保健・特殊教育・社会福祉省（MOH）および人口福祉省（MPW）がある。

MPW は、1990 年に計画開発省（Ministry of Planning and Development）の人口福祉局より分離独立したものである。

(1) 保健・特殊教育・社会福祉省

連邦政府は企画・立案・調整を、州政府は実際の配置・運営に責任を持ち、実際の保健医療行政は、主に州政府の業務管轄とされている。

保健・特殊教育・社会福祉省の主要な機能は以下のとおりである。

- 国全体の保健医療事業の企画
- 保健医療体制の調整（特に州間の調整）
- 保健医療分野における対外関係の調整
- 高次医療施設の設立と医療サービス水準の維持
- 医療品の認可および監視
- 感染症対策
- 精神障害者に対するサービス
- イスラマバード連邦首都区および連邦政府直轄地域での保健医療サービス
- 国立病院、国立研究機関および国立医科大学の管理、運営
- 政府職員に対する保健医療サービス

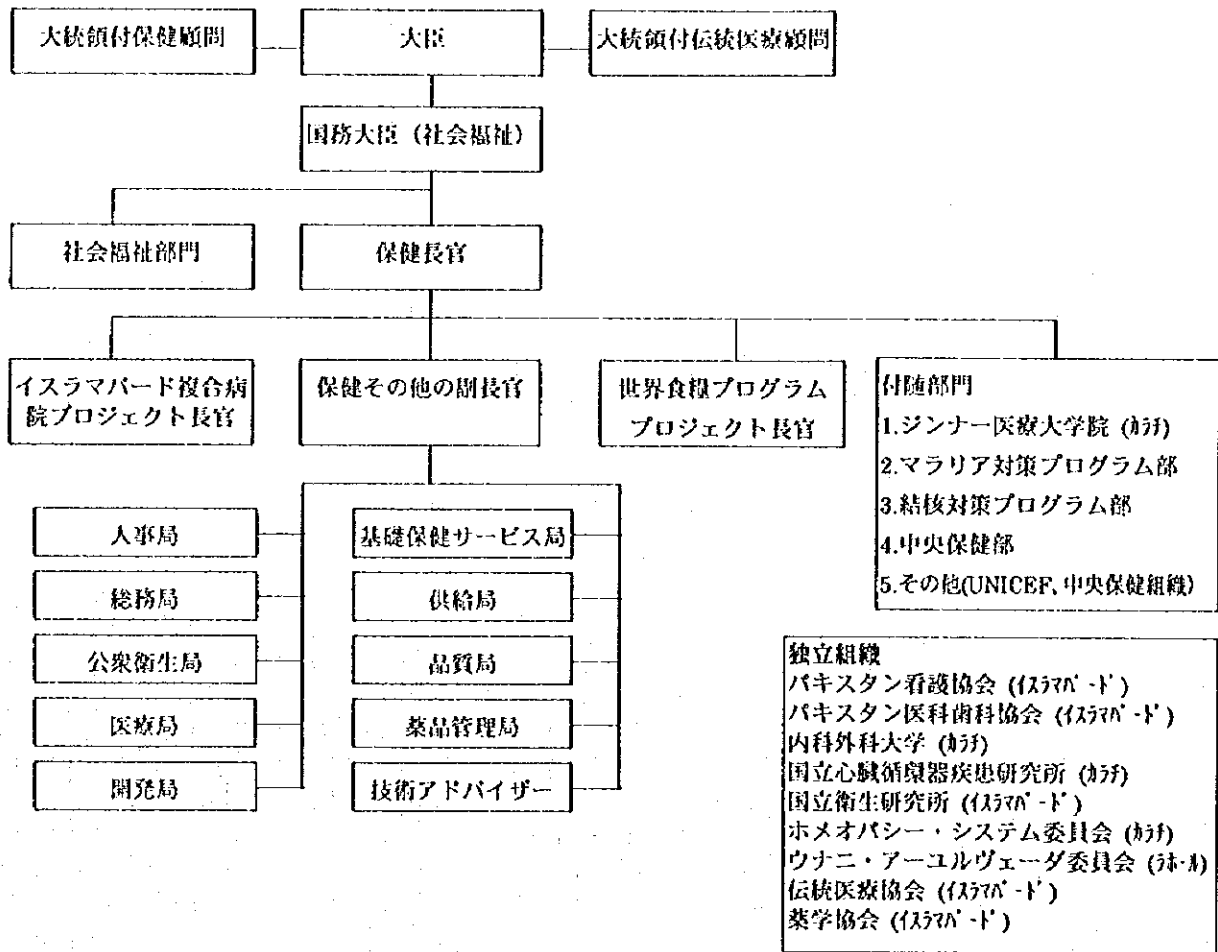


図2-1 保健省組織図

出所 「バキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」 1993 国際協力事業団医療協力部

連邦委員会の保健・医療行政機関としては、保健・特殊教育・社会福祉省のほかに、医師の教育等についてはバキスタン医科歯科協会⁵をはじめ、国立看護協会⁶、内科外科大学⁷、国立衛生研究所⁸、国立心臓循環器疾患研究所⁹、ホメオパシー・システム委員会¹⁰、ウナニ・アーユルヴェーダ委員会¹¹、伝統医療協会¹²、薬学協会¹³等の独立カウンシルが担当している。

⁵ Pakistan Medical & Dental Control : PMDC
⁶ Pakistan Nursing Council
⁷ College of Physician & Surgeons
⁸ National Institute of Health
⁹ National Institute of Cardiovascular Disease
¹⁰ Board of Homeopathic Systems
¹¹ Board of Unani & Ayurvedic Systems
¹² Tibb Council
¹³ Pharmacy Council

(2) 人口福祉省

連邦政府人口福祉省 (MPW) は、政策の計画・策定、目標の設定、トレーニング、外国援助機関との折衝などプログラム全体の監理を行い、その実施については、州政府の人口福祉局が責任をもち、サービス提供の窓口の機能を維持、指導、監視する。人口福祉大臣の下に実務的な責任者である次官がおり、総務・財務、計画等の部局を統括している。プログラム実施上で重要な役割を持つのが、技術局とプログラム局である。

1) 技術局

技術局長は医師で、医師および医療従事者の訓練、避妊具・薬の検査と普及、避妊具・薬の配布やアフターケアを含むサービスの質などに責任を持つ。

技術局は、家族福祉センター(FWC)と出産保健サービスセンター(RHSC)を管轄し、技術局直轄機関としては、カラチにある国立人口計画研究所¹⁴や同じくカラチにある臨床訓練部門¹⁵、ならびに付属する地域訓練所が全国 12 カ所にある。

2) プログラム局

プログラム局は、プログラムを対象人口の人々に到達させるためのアプローチや IEC のキャンペーン、州政府当局との調整、避妊具・薬や機材の調達と支給、援助 NGO 団体との計画や調整、臨床外業務訓練、人口プログラムに対する行政担当者および専門家の仲介、他の政府機関との協力などに責任を持つ。

¹⁴ National Research Institute for Fertility Control : NRIFC

¹⁵ Directorate for Clinical Training

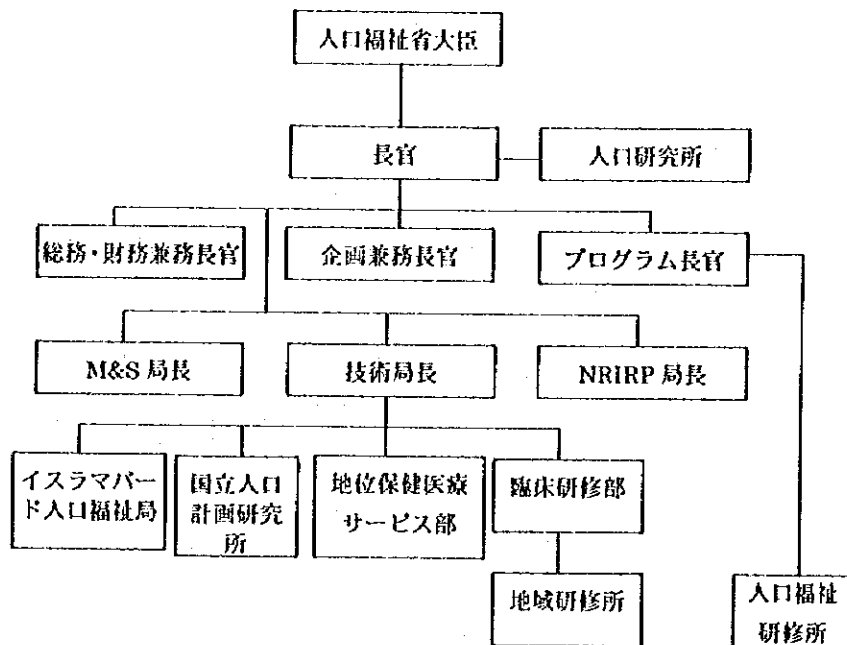


図 2-2 人口福祉省組織図

出所 Pakistan Health Sector Report 1983
 (「パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」1993 国際協力事業団医療協力部より引用)

2.1.2 中央保健医療計画

(1) 第 8 次 5 カ年計画(1993~98 年)

第 8 次計画では、イスラム福祉国家として、経済成長の促進と人口増加の抑制を通じ、国民の福利を向上することが、包括的な目標とされている。目標達成のために設定されている課題は以下のとおりである。

1) 総合的課題

- 地域間、男女間、部族間、階級間の不均衡改善（地域分散化、関連情報システムの充実）
- 貧困緩和政策：長期的には社会行動計画（SAP）実施による雇用創出、また、短期的にはザカト（Zakat）とバイタル・マール（Baitul Maal）の両基金および社会福祉制度による特別救済や必需食料の価格安定
- 教育や保健医療サービスへのアクセスと、雇用（特に自家営業）やカースト制における階級間の流動化に対する、機会均等の保障
- 財政面における政府の国内調達努力（外貨依存率の軽減など）
- 薬物中毒および薬物常用の慣習の軽減
- 規制撤廃と地方共同体、NGO、政府末端組織への権力付与による経済体制管理への参画の促進と敏速な対応への改善
- 企業レベルにおける公共-民間のパートナーシップの拡大

2) 分野別目標

〔保健分野〕

- 村落レベルの保健医療普及員として女性ヘルス・ワーカー (LHW) 33,000 人を雇用
- 母子の予防接種の普及率の達成
- 予防サービスの利用率を 80% から 90% に上昇
- 出生時平均余命を 61.5 歳から 63.5 歳に上昇
- 乳児死亡率を出生 1,000 人に対し 8.6 から 6.5 に低下
- 過少栄養状態の改善 (栄養改善プログラム等の実施)
- 未熟児出生率を人口 1,000 人に対し 25 から 15 に低下
- 食用ヨード添加塩の全国的普及
- 村落給水率を人口の 47% から 71% に拡大 (都市部では 95% まで拡大)
- 村落の下水設備普及を 14% から 32% に拡大 (都市部では 80% まで拡大)

〔人口分野〕

- 家族計画普及率を 20% から 80% に拡大 (都市部は 54% から 100% に、農村部は 5% から 70% に拡大)
- 避妊具・薬の利用率を 14% から 28% へ拡大
- 人口増加率を 2.9% から 2.7% に抑制

表 2-1 国家 5 カ年計画における保健関連予算の推移 (10 億ルピー)

国家 5 カ年計画 計画年度	第 5 次 (1978-83)	第 6 次 (1983-88)	第 7 次 (1988-93)	第 8 次 (1993-98)
保健・福祉	4.58	10.37	13.30	5.20
人口計画・女性開発計画	0.60	1.69	3.50	11.20
保健関連小計	5.18	12.06	16.80	16.40
総予算	152.61	239.75	324.70	599.40
保健予算比率 (%)	3.4%	5.0%	5.2%	2.7%

出所 Economic Survey 1994-95 1995 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad

(2) 社会行動計画 (1992~96 年)

社会行動計画 (SAP) は 1992 年に開始され、パキスタンにおける社会指標の立ち遅れを取り戻すことを目的としている。当初は、3 年間のプログラムの予定であったが、後に 5 年間に延長され 1992 年から 1996 年のプログラムとなった。SAP は基本的に以下の 4 つの分野を重点分野としている。

- ① 教育 (特に初等教育、とりわけ女子教育)
- ② 保健医療 (特に PHC、栄養)
- ③ 人口・福祉
- ④ 農村部における水供給・衛生

過去において、この国の社会セクターの各分野に対する資金投入が、期待されたほどの効果を挙げなかったことの反省から、SAP においては、社会セクターにおける分野横断的なアプロ

一歩を取るにより最大限の効果を出すことを目標としている。そのための戦略として、州政府、民間セクター、NGO、コミュニティとの協調を挙げている。

教育分野においては、初等教育と女子教育に重点を置いており、特に農村部における教育施設の向上が重点事項に挙げられている。

保健医療分野では、以下を重点目標として掲げている。

- プライマリー・ヘルス・ケア・サービスの強化
- 家族計画サービス供給の強化
- コミュニティの参加
- 基礎保健ユニット（BHU）や地域保健センター（RHC）の利用の拡大

農村部における水供給と衛生（RWSS）については、以下を重点目標として掲げている。

- 戦略としてコミュニティによる RWSS スキームの計画と実施
- 廉価で適切な技術の選択
- RWSS サービスに対するコミュニティからの資金回収システムの構築

人口・福祉分野では、

- IEC システムの強化
- サービス供給ネットワークの強化

などが重要であるとしており、また、政策によるサポートはこの分野において最も重要であるとしている。

1993年から94年のSAPの進展を見ると、この1年間で4,226校の小学校を開校し、2,739教室を女子の生徒のためとして既存の小学校に増設している。プライマリー・ヘルス・ケア分野では、76カ所のBHU、6カ所の都市保健センター（UHC）、9カ所のRHCが建設されている。このほかに達成されたこととしては、202カ所のBHUと87カ所のRHCのアップ・グレード、390万人の子供の予防接種実施、1200万個のORS配布、6,317人の伝統的産婆（TBA）の訓練などがある。

現在、積極的にSAPに取り組んでいる援助機関は世銀、アジア開発銀行およびUNICEFであり、二国間ドナーにも協調を求めている。1994年のSAP予算は428.3億ルピーで、その内訳は開発支出に179.2億ルピー、経常支出に249.1億ルピーとなっている。表2-2に1993年から1995年における開発支出と経常支出の州政府と連邦政府別の変化を示す。

表 2-2 SAP の 1993~95 年における州政府と連邦政府の開発支出と経常支出 (億ルピー)

	1993-94 修正額	1994-95 予算	前年度比
開発支出			
(a) 州政府	117.7	143.3	+21.8%
(b) 連邦政府/省庁	20.5	35.9	+75.1%
小計(a+b)	138.2	179.2	+29.7%
経常支出			
(a) 州政府	179.0	233.2	+30.3%
(b) 連邦政府/省庁	12.9	15.9	+23.3%
小計(a+b)	191.9	249.1	+29.8%
合計	330.1	428.3	+29.7%

出所 Economic Survey 1994-95 Government of Pakistan 1995 Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad

(3) 人口福祉計画 (1993~98 年)

パキスタン政府は 1965 年から人口・家族計画政策に取り組んでいるが、さほど効果が上がっていない。

1993 年以降は第 8 次 5 カ年計画に合わせて「人口福祉計画 (1993~98 年)」が策定され、政策による支援を受けて新たな人口抑制・家族計画への取り組みが開始された。同計画によれば、1998 年までに人口増加率を 1992 年の 3.2% から 2.7% に減少させ、2000 年には、さらに 2.6% にすることを目標としている。

この計画の管轄は人口福祉省で、「村落家族計画ワーカー (VBFPW)」の育成と配置が主眼である。5 年間で 12,000 人の VBFPW の育成が目標されている。UNFPA は、パキスタンを重点国と位置づけ、今回の計画を積極的に支援し、ドナーからの資金調達のための調整と助言を行っている。

(4) プライマリー・ヘルス・ケア/家族計画のための首相プログラム (LHW 養成プログラム) (1994~98 年)

パキスタンでは、第 1 次医療施設 (BHU、RHC など) の整備がある程度進んでいるにもかかわらず、これらの施設の利用率が悪いという状況が近年まで続いていた。こうした現状を改善しようと、コミュニティの中に入り込んで、啓蒙や教育活動をする女性ワーカーを養成する LHW 養成プログラムが策定された。

同計画では、地元の女性を 3 カ月訓練し、コミュニティの中で働く LHW として養成することにより、家族計画やプライマリー・ヘルス・ケアのコミュニティにおける需要を発掘し、既存のサービス・ネットワークと住民の保健サービスに対する需要とを適切に結び付けることを目的としている。1998 年の 6 月までに全国で 10 万人の LHW を養成することを目標としている。

1998 年 6 月までのプロジェクトの総予算は 670 万 US ドルで、ほとんどが連邦政府よりの支出である。このほか、UNICEF が 200 万 US ドル (1994~95 年)、UNFPA が 300 万 US ドル (1994~97 年)、UNDP が 1,250 万 US ドル拠出する予定である。これら援助機関からの援助は主に、避妊具・薬や体重計といった機材の供与、技術的支援、プログラム・モニタリングなどである。

同プログラムの目標は以下のとおりである。

- ① 家族やコミュニティに対し、主要な健康上の問題点を認識させ、予防、治療、リハビリの各サービスを提供する。
- ② 家族計画サービスの普及率を農村部では 1993 年の 5% から 1998 年には 70% に、都市部では同期間で 20% から 80% に上げる。
- ③ 避妊具・薬普及率を、農村部では 5% から 30%、都市部では 15% から 40% に上げる。
- ④ 人々の健康に対する認識を新たにし、態度を改めることによって、コミュニティの保健サービス供給への参加を促す。
- ⑤ 予防接種拡大プログラム (EPI)、マラリア対策、母子保健、栄養などの既存のプログラムを同プログラムに徐々に統合する。
- ⑥ 必須医薬品、ワクチン、避妊具・薬などの供給を定期的かつ確実なものにするために、効果的な供給システムを構築する。
- ⑦ 社会セクターの他の政府機関 (特に教育省) や NGO との連携や協調を促進する。

トレーニングの実施は州政府が行うが、訓練方法は連邦政府が決定し、資金も連邦政府経由で支出している。トレーナーは県レベルの医師と保健婦的な役割を果たす女性ヘルス・ビジター (LHV) などが担当し、訓練は近隣の BHU、RHC で行っている。

2.1.3 中央保健医療セクターの財政

(1) 近年の傾向

1993 年度から 1995 年度の保健医療セクターの支出総額平均値は、130 億ルピーであった。そのうち 40.7 億ルピーは開発予算、89.3 億ルピーは経常予算であり、GNP に対する割合は 0.69% であった (表 2-3)。

表 2-3 保健医療セクターにおける政府支出の変化 (1993~95 年) (百万ルピー)

年	政府支出		合計	前年度比 (%)	GNP に占める割合 (%)
	開発支出	経常支出			
1993-94	2,875	7,680	10,555	+9.9	0.67
1994-95	3,590	8,501	12,091	+14.6	0.64
1995-96	5,741	10,614	16,355	+35.3	0.75
年平均 (1993-96)	4,069	8,932	13,001		0.69

出所 Economic Survey 1995-96 1996 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad

(2) 保健・特殊教育・社会福祉省内の予算配分

1996 年度における公的保健医療セクターの国家予算は 16 億 5873 万ルピーで、その内訳は表 2-4 のとおりである。

表 2-4 保健に関する各省庁からの予算配分 (千ルピー)

項目	1995 年度	1996 年度
内閣閣僚内の保健関連費	70,000	75,000
保健省費	53,904	89,373
医療サービス	895,021	1,018,566
公衆衛生	66,622	73,909
イスラマバード連邦首都区 (ICT)	8,642	9,282
軍衛生費	2,525	2,853
内務省内の保健関連費	-	1,000
宗教省内の保健関連費	31,434	32,715
医科学研究費	30,617	34,428
国境管区	2,245	2,282
連邦政府直轄部族地域 (FATA)	137,182	185,745
北方地域 (NA)	91,249	127,618
カシミール地域 (AJK)	5,607	5,962
保健医療関連予算合計	1,395,048	1,658,733

出所 Demands for Grants and Appropriations 1996-97 Finance Division

2.2 地方衛生行政

2.2.1 地方衛生行政機構

各州において州政府保健局と州政府人口福祉局が置かれ、それぞれ以下のような機能を持っている。

(1) 州政府保健局

州政府の保健医療サービスについては州政府保健長官¹⁶が統括する。長官の下に、シンド州と北西辺境州では保健サービス部長¹⁷が、パンジャブ州とバロチスタン州では局長¹⁸が任命され実務の管理監督を行う。

主な機能は次のとおりである。

- ① 中央病院、専門機関の直接管理
- ② 予防接種拡大計画(EPI)
- ③ 下痢性疾患予防計画(CDD)、マラリア予防プログラムなどの連邦政府主導プログラムの管理
- ④ 人的、物的資源活用の立案と管理
- ⑤ 域内保健医療施設への機材医薬品等の消耗品の配布：財務省、計画開発省との連携による
- ⑥ 病院、専門機関への直接的指導
- ⑦ 保健医療分野の人材開発

¹⁶ Secretary of Health

¹⁷ Director of Health Services : DHS

¹⁸ Director General : DG

1) 地方レベル

州の下にある地方 (Division) の責任者は、シンド州、北西辺境州、パロチスタン州では地方局長¹⁹、パンジャブ州では保健サービス局長²⁰と呼ばれている。彼らの業務は、県/郡中央病院 (Headquarter Hospital) を直接、他の医療施設は県/郡中央病院を通じて間接的に管理することである。

2) 県レベル

地方局長、保健サービス局長の下で、県内の保健医療サービスは県保健局長²¹により監督される。県保健局長の職員構成は、州により様々であるが、通常、その下に県保健副局長²²を置き、彼らが直接、各郡レベルまたは県レベルに拠点を持って活動することが多い。

県保健局長の主な業務は次のとおりである。

- ① 中央病院(パンジャブ州では郡病院)を除く県の保健医療施設監督
- ② 保健医療施設内医薬、消耗品などの予算割当
- ③ 保健医療施設向け医薬品リストの作成

各県レベルでは、学校保健担当の医務官 (Medical Officer : MO) や医薬品検査官がいる場合もある。州によっては、ほかに行政担当官(パンジャブ州、北西辺境州)、感染症対策担当官(パンジャブ州、北西辺境州)、ならびに保健医療サービス検査副官 (北西辺境州) などが置かれていることもある。

3) 市・郡レベル

市・郡レベルは、タルカではタルカ保健局長²³と呼ばれる当官によって管理されている。市・郡レベルでは独立した管理機能は定められていないところが多い。準県保健局長、またはタルカ担当官は州、県によって程度は異なるが、県保健局長の指令によって派遣される。通常、このような管理者が郡病院を除き、郡レベルのすべての保健医療施設を監督する。

なお、全国的プログラムである EPI の実施には、地方レベル以下の 3 担当官が配置され、責任を負っている。

- フィールド医療監督官²⁴
- 県予防接種監督官²⁵
- 市/郡予防接種監督官²⁶

¹⁹ Divisional Director : DD

²⁰ Director of Health Services : DHS

²¹ District Health Officer : DHO

²² Assistant District Health Officer : ADHO

²³ Taluka Health Officer : THO

²⁴ Field Supervisory Medical Officers : FSMO

²⁵ District Supervisory Vaccinators : DSV

²⁶ Tehsil/Taluka Supervisory Vaccinators : TSV

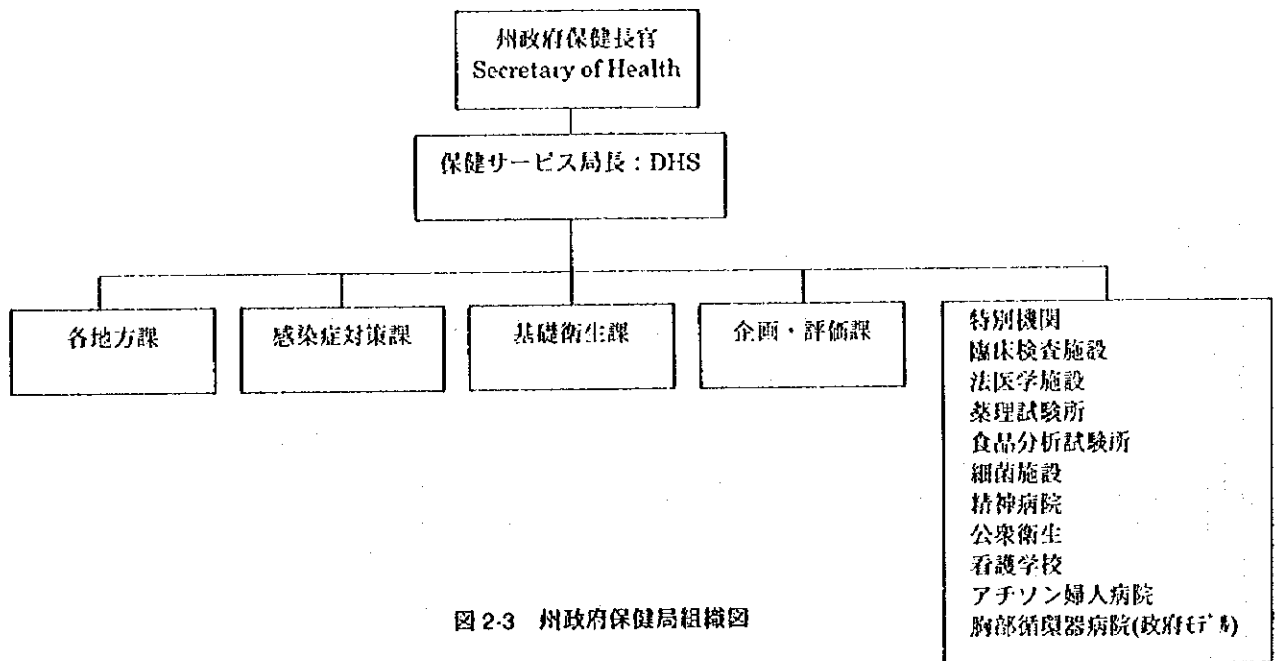


図 2-3 州政府保健局組織図

出所 Pakistan Health Sector Report 1983
 (「パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」1993 国際協力事業団医療協力部より引用)

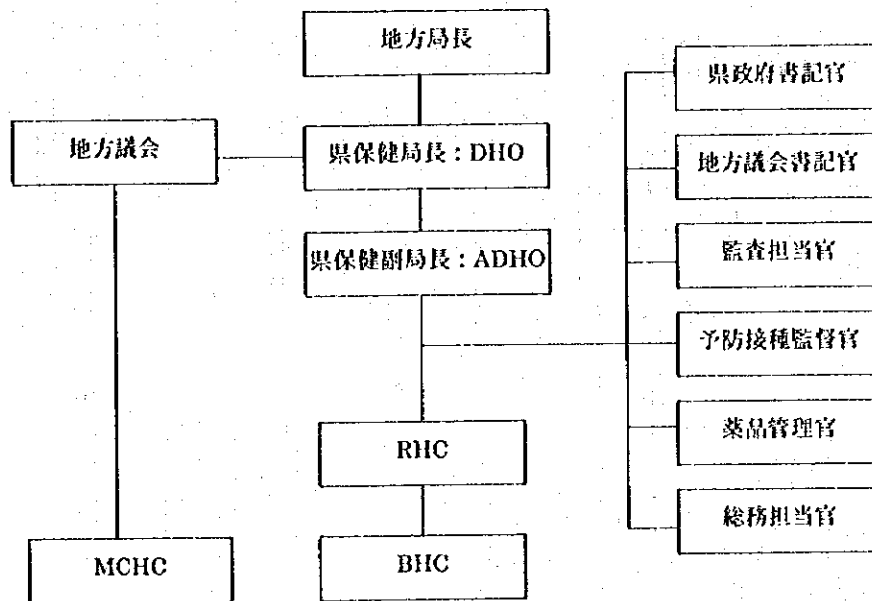


図 2-4 県保健局組織図

出所 Pakistan Health Sector Report 1983
 (「パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」1993 国際協力事業団医療協力部より引用)

(2) 州政府人口福祉局

4つの州政府人口福祉局が、それぞれの管理下にあるサービス窓口を通して、プログラムのサービス提供を行っている。サービスや人材のための資金は四半期ごとに連邦政府から州政府に配分されている。州政府の各担当局は、次官のもと、業務の遂行は州政府の人口福祉局長²⁷が行う。

DGは行政部長と技術部長(あるいは医療部長)のいずれか1人のスタッフの補佐を受ける。後者は医師の資格を持つ者となり、RHSCの業務に責任を持つ。

RHSCは、主要病院の婦人科外来部門の中に設置されている。技術部長は、その州政府内のFWCにおける臨床面の問題についても支援をする。

技術部長の下には、IEC課長またはIEC副課長と、企画・モニタリング・評価担当者、財政・予算担当者などのスタッフがいる。

フィールドにおける州政府業務は、県レベルの担当官である県人口福祉官²⁸を通じて行われる。DPWOの主な責務は、それぞれ都市部および地方部で行われる、様々なFWCのスタッフと施設について監督、指導することである。

1) 地方レベル

従来、州レベルと県レベルの2段階の管理体制(たとえば、パンジャブ州では29の県がすべて州政府へ直接報告していた)であったが、これでは適切な管理を行うには管轄区域があまりに大きすぎたので、地方(Division)レベルに中間組織を設け、より効果的な管理体制を目指している。

2) 県レベル

実際にプログラムの実施を担当し、業務の計画、監督に当たる。具体的には、現場でのIEC活動や避妊具・薬の管理、その流通の監督を担当する。

3) 市・郡レベル

市・郡レベルは主に次の4つの活動を実施している。

- ① 村落家族計画ワーカー(VBFPW)のためのトレーニング
- ② VBFPWの管理
- ③ 移動サービス・ユニットの中心基地化
- ④ 男性の家族福祉補助員(FWA)を通して男性に対し啓蒙活動を行う。

プログラムの拡大や活発化に伴い、市・郡(Tehsil)レベルは家族計画のサービス提供の重要な拠点となっている。

²⁷ Director General : DG

²⁸ District Population Welfare Officer : DPWO

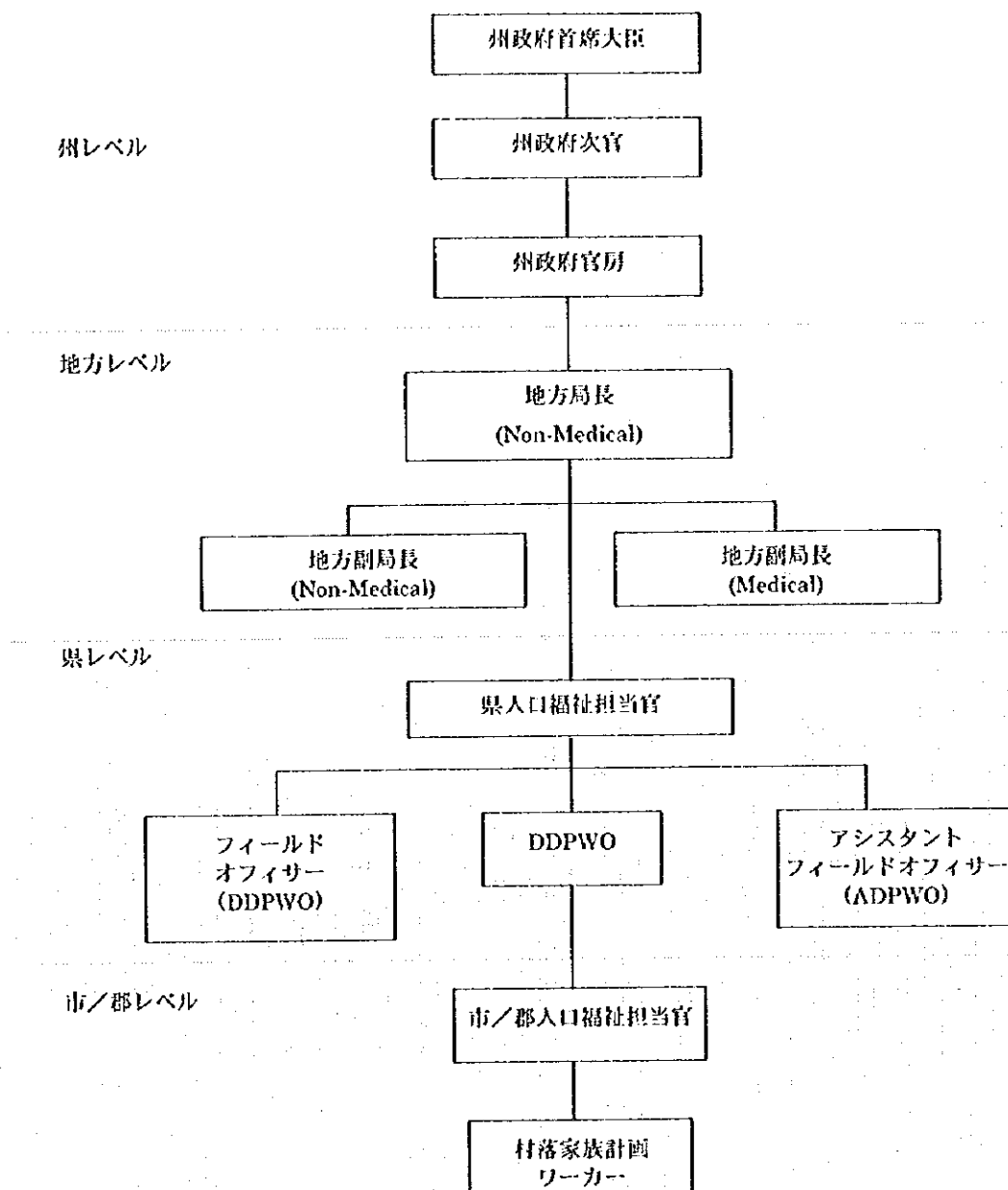


図 2-5 人口福祉省行政組織図 (地方レベル)

出所 Pakistan Health Sector Report 1983
 (「パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」1993 (国際協力事業団医療協力部より引用))

2.2.2 地方保健医療計画（1992～93年）

保健・特殊教育・社会福祉省で立案された医療プログラムを、各州において、それぞれの状況に適した方法で実施している。次に1992年度における各州のプログラムを示す。

(1) バンジャブ州

1) 感染症予防プログラム

1976年に6種（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、結核、麻疹）のEPIがラホールで始められてから、現在では、31県に678カ所のEPIセンターができるまでに拡大した。今後は引き続き、BCGワクチン接種プログラムが組まれている。

2) 母子保健プログラム

母親サービスは、448カ所の母子保健センター（MCHC）と241カ所のRHCにて実施され、学校保健サービスは、ラホール、シアルコット、ファイサラバード、アトック、ラワルピンディ、ミアンワリ、ムルタン、D.G.カーン、バハワルプールの諸地域にて機能している。

(2) シンド州

1) 世界食糧プログラム

シンド州内の183カ所の世界食糧センターにて、日用食料品（豆類、油、砂糖、茶など）を配付している。

2) 伝統的産婆（TBA）訓練プログラム

新たに1,635人のTBAを訓練し、州全体で14,427人のTBAを維持する計画である。

(3) 北西辺境州

1) 保健教育プログラム

テレビのようなマス・メディアによる一般大衆をターゲットにした広範囲なアプローチから、病院、RHC、BHUにおいて地域住民を対象にした教育まで、多岐にわたった方法で、生活態度の改善を目指している。

(4) バロチスタン州

1) ハンセン病キャンペーン・プログラム

ハンセン病患者である対象823人への治療の改善を図る。

2) マラリア予防プログラム

マラリア感染者の約400万人60万世帯に対して、家庭における予防運動を展開している。

「2 衛生行政」参考資料

1. 「パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」 1993 国際協力事業団医療協力部
2. 8th Five Year Plan (1993-98) 1994 Planning Commission Government of Pakistan
3. Prime Minister's Programme for Family Planning and Primary Health Care: Introduction and Current Status and Member List of Advisory Council of Pakistan 1994
4. Pakistan Demographic and Health Survey 1990/91 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics
5. Pakistan: Social Action Programme Project Aide-Memoire 1994 Asian Development Bank Review Mission The World Bank
6. Economic Survey 1994-95 1995 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad
7. Economic Survey 1995-96 1996 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad
8. Annual Report of The Director General Health 1992-93 1992 Government of Pakistan, MOH
9. Health Economics and Planning in Pakistan 1996 Fazli Hakim Khattak

3 人口・保健指標

3.1 人口・保健指標

パキスタンの主な保健指標を表3-1に示す。パキスタンは、南アジア諸国の中でも粗出生率、女性が一生の間に産む子供の数を表す合計特殊出生率(TFR)が高い一方、乳幼児死亡率(IMR)5歳未満児死亡率(U5MR)も高く、多産多死の傾向にあるといえる。国家政策として、人口抑制の試みもあるが、州単位の連邦制ともいえる州政府独自の保健政策の実施によって、国全体の統制がとれているとは言えず、未だ大きな改善はみられていない。

表3-1 パキスタンの主な保健指標 (1995年)

	粗出生率 (人口千対)	粗死亡率 (人口千対)	乳児死亡率 (出生千対)	5歳未満児 死亡率 (出生千対)	妊産婦 死亡率 (出生 10万対)	出生時 平均余 命 (年)	合計特 殊出生 率 (出生千 対)
パキスタン	39	9	95	137	310	63	5.9
南アジア諸国*	30	9	82	121	607	61	3.9
後発開発途上国	42	14	109	1052	173	52	5.6
開発途上国	28	9	67	99	477	62	3.4
先進工業国	13	9	7	8	13	77	1.7

注 * : アフガニスタン、ブータン、ネパール、スリ・ランカ、バングラデシュ、インド、パキスタン
出所 『世界子供白書 1997』 1997 UNICEF

3.1.1 人口

パキスタンの人口は、1994～95年の推計で約1億4000万人であり、世界で7番目に人口の多い国である。

UNICEFの『世界子供白書 1997』によると、1965年から1980年までの15年間の人口増加率は年平均約2.7%であった。1980年から1995年までの人口増加率は3.3%であり、この増加率が続くと西暦2000年までには、全人口は1億5000万人の規模に達すると推測されている。また、都市人口の比率は全人口の35%を占め、都市の年間増加率は4.7%と、全体の増加率を上回っている。

年齢階層別人口を見ると、15歳未満の人口が占める割合が40%以上で、女性人口のうち妊娠可能年齢層(15～49歳)の割合が約43%を占めている(1995年)。パキスタンは5～9歳層を除くすべての年齢階層で男性人口が女性人口を上回るという性比構造を持っている(図3-1)。

表3-2 人口の推移

国勢調査実施年(注)		1951	1961	1972	1981	1995*
人口(百万人)	全 国	33.8	43.0	65.3	84.3	140.5
	都市部	6.0	9.7	16.6	23.8	49.2
	農村部	27.8	33.3	48.7	60.4	91.3
地域別割合(%)	都市部	17.8	22.5	25.4	28.3	35
	農村部	82.2	77.5	74.6	71.7	65
年間平均増加率(%)			(1951-61)	(1961-72)	(1972-81)	(1980-95)
	全 国		2.45	3.67	3.06	3.3
	都市部		4.88	4.77	4.38	4.7
	農村部		1.84	3.32	2.68	..

注 1995 は国勢調査ではなく『世界子供白書』 1997 UNICEF による

出所 Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics

* : 『世界子供白書』 1997 UNICEF

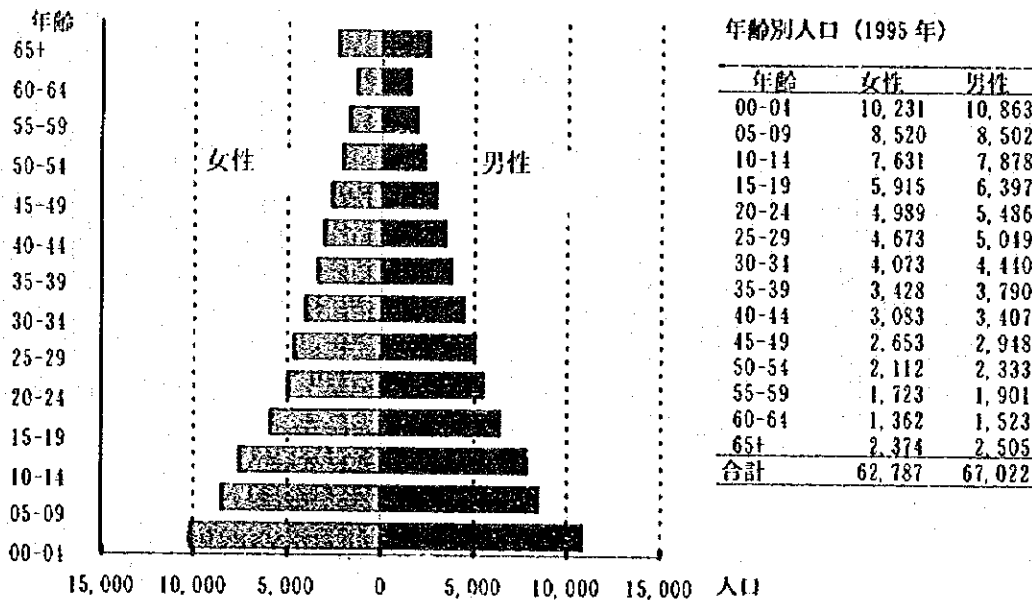


図3-1 人口ピラミッド

出所 Women and Men in Pakistan 1995 Federal Bureau of Statistics

3.1.2 地域別人口分布

全国土の面積約4分の1を占めるパンジャブ州に全人口の半分以上(56%)が集中する一方で、面積が最も広いバロチスタン州(44%)の人口はわずか5%であり、人口分布に偏りが見られる(表3-3)。なお、パキスタンの平均人口密度は43人/km²(1951年)から106人/km²(1981年)、さらに145人/km²(1991年)へと増加傾向にある。

表 3-3 州別面積・人口・人口密度 (1991年)

	州				特別管轄区*				全国 (特別管轄区含む)
	ノーザン	ウエスト	北西境界	シンド	ICT	FATA	NA	AJK	
面積 (km ²)	347,190	205,344	74,521	140,914	906	27,220	43,000	13,297	852,392
人口 (1,000人)	5,911	64,872	15,175	26,108	462	3,017	810	2,452	118,837
人口密度(人/km ²)	17	315	203	185	509	111	19	176	139

注 * : ICT(イスラマバード連邦首都区)、FATA(連邦政府直轄部族地域)、NA(北部地域)、AJK(アーンザード・ジャム・カシミール地域)

出所 Situation Analysis of Children & Women in Pakistan 1992 UNICEF

3.1.3 出生率

(1) 粗出生率

UNICEFの『世界子供白書1997』によると、1995年の年間出生数は551万3000人で、1995年の粗出生率は全国平均で人口1,000人に対し39であった。居住地別に見ると農村部の出生率のほうが都市部よりわずかに高い。州別にはバロチスタン州の粗出生率が38.3と最も高く、最も低いのはシンド州の32.8となっている。都市・農村別出生率の推移を図3-2に示す。

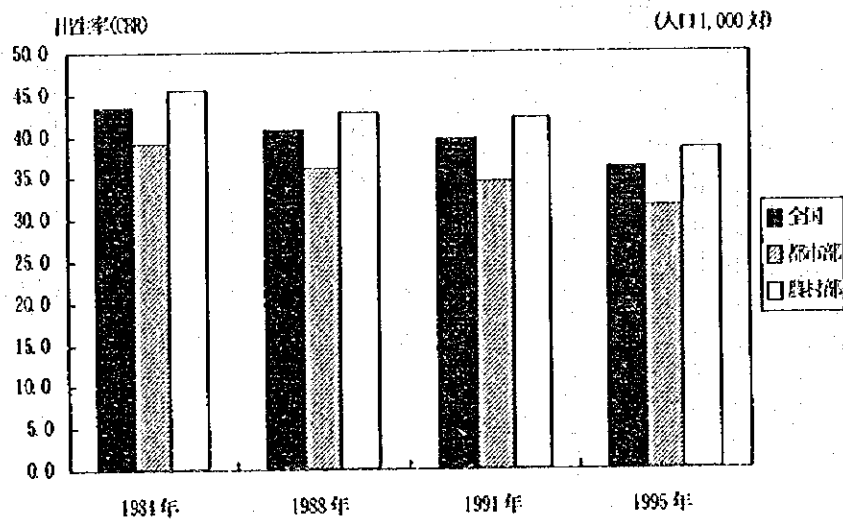


図3-2 地域別出生率の推移

出所 Women and Men in Pakistan 1995 Federal Bureau of Statistics

(2) 合計特殊出生率 (TFR)

1991年に実施された人口保健調査 (PDHS) によると、1970年代には出生1,000人に対し6.3から6.5であった合計特殊出生率 (TFR) は、1990年には5.4へと低下しているものの、依然高い水準にある。居住地別に見てみると、州差は特になく、都市部より農村部の方が高くなっている。都市部の中でも主要都市はさらに低く、主要都市と農村部では約1の差となる。

パキスタンにおける合計特殊出生率と女性の教育レベルには高い相関がある。全く教育を受けていない女性は小学校に就学した女性よりも約1人子供が多く、中等学校レベル以上の教育を受けた女性より2人子供が多い(表3-4)。

表3-4 地域/教育レベル別合計特殊出生率(15~49歳の女性)

		TFR
居住地	都市部	4.9
	主要都市全体	4.7
	その他都市部	5.2
	農村部	5.6
州	パンジャブ	5.4
	シンド	5.1
	北西辺境	5.5
	バロチスタン	5.8
母親の受けた教育レベル	教育を受けていない	5.7
	初等教育(5~9歳)	4.9
	準中等教育(10~12歳)	4.5
	中等教育以上	3.6
全国		5.4

注 1985~90年における平均

出所 Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics

(3) 出生時における平均余命

Federal Bureau of Statisticsの『Women and Men in Pakistan 1995』によると、出生時の平均余命は、1995年には男性62.5歳、女性63.5歳である。

3.1.4 死亡率

1991年の死亡率は、1歳未満児の死亡率が人口1,000人に対し、男性144.5、女性140.0で他の年齢層に比べ最も高い。また、5~30歳の間では、一貫して女性の死亡率が男性よりもわずかながら高い。

乳児死亡率(IMR)は、1984年の126.7から1995年の78.0まで大幅に改善したが、都市部と農村部の格差に変化はあまり見られない(図3-3)。また、1995年の調査によると、1980年代は、女子の死亡率の方がやや高かったが、1990年代以降は男女差は見られていない。

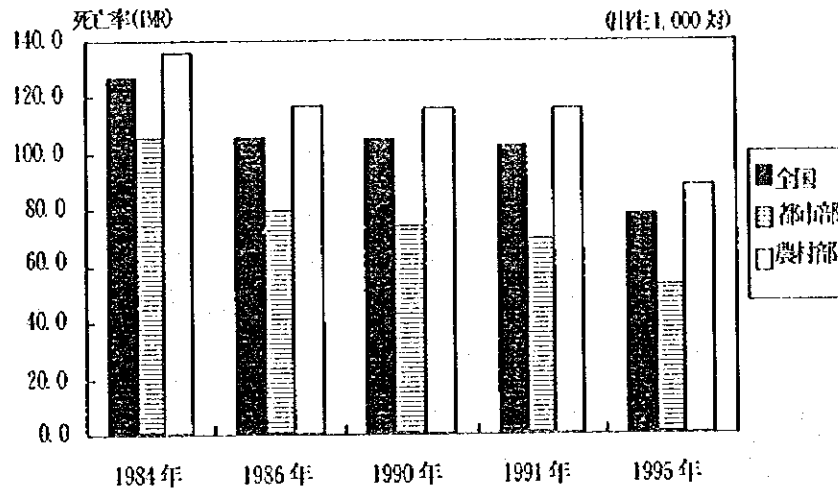


図3-3 乳児死亡率 (IMR)

出所 Women and Men in Pakistan 1995 Federal Bureau of Statistics

新生児死亡率 (NMR) は、生後 28 日未満 (1 カ月とする場合もある) の死亡を示すもので、生後 1 カ月以上 12 カ月未満死亡の後新生児死亡率 (PNMR) を合わせて乳児死亡率になる。一般に、NMR は、分娩時のサービスと未熟児や先天性異常などの影響を強く受け、PNMR は、感染や栄養状態などの影響を受けるといわれている。したがって、NMR を低下させるためには妊婦の十分なケアが重要となり、PNMR を低下させるためには子供自身のケアが重要となってくる。

Federal Bureau of Statistics の『Women and Men in Pakistan 1995』によると、パキスタンの場合は、1984 年には NMR のほうが高かったが、95 年には両者に差は見られなくなった。NMR は、1984 年は出生 1,000 人に対し 70.0 だったが、95 年には 40.1 にまで低下している (図 3-4)。また、NMR に関しては、男子のほうが女子よりも高い値を継続的に示している。

PNMR の推移で特徴的な点は、都市部と農村部における PNMR の格差が年を追うごとに拡大している点である。これは、都市部では発展に伴い、医療整備が進んだ一方で、農村部では保健医療サービスが依然遅れていることによるものと考えられる (図 3-5)。

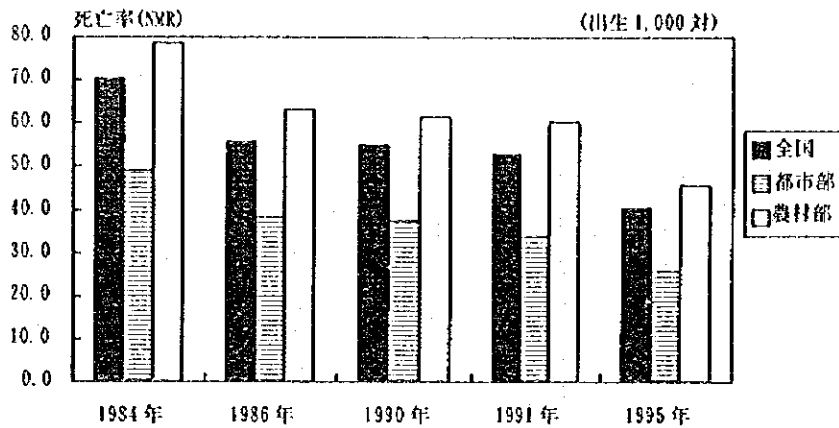


図 3-4 新生児死亡率 (NMR)

出所 Women and Men in Pakistan 1995 Federal Bureau of Statistics

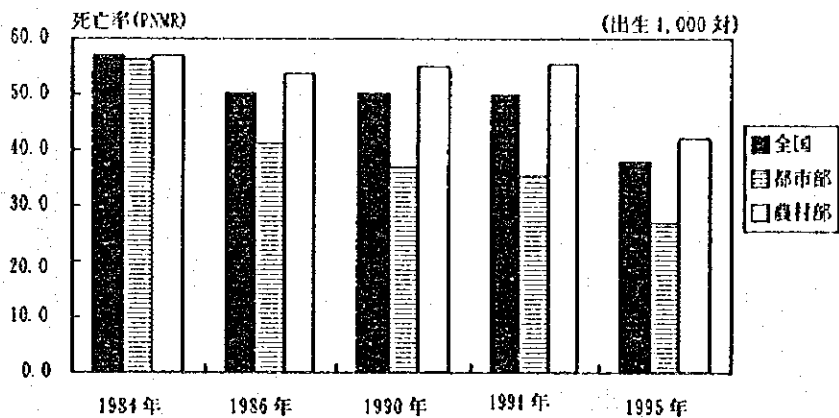


図 3-5 後新生児死亡率 (PNMR)

出所 Women and Men in Pakistan 1995 Federal Bureau of Statistics

UNICEF の『世界子供白書 1997』によると、1995 年の 5 歳未満児死亡率 (U5MR) は 137 で、年間の 5 歳未満児死亡数は 75 万 5000 人である。過去に比べ U5MR は著しく改善されたものの、パキスタンは UNICEF の調査対象国 150 カ国中で 33 位 (高い順) である。

3.2 地域別死亡率

死亡率全体の州別のデータはないが、死亡率の中で最も高い乳幼児死亡率 (IMR) とそれに関わる妊産婦死亡率 (MMR) と 5 歳未満児死亡率 (U5MR) の州別死亡率を表 3-5 に示す。妊産婦の死亡には、大きな州差は見られないが、子供の死亡では、バロチスタン州がシンド州の倍近く多い。また、北西辺境州では U5MR が IMR よりも高く、母乳哺育後の幼児期におけるケアが十分でないことが推測される。

表 3-5 州別死亡率

死亡率	パンジャブ州	シンド州	北西辺境州	バロチスタン州
妊産婦死亡率(出生 10 万対)	600~800	500~700	500~700	500~600
乳児死亡率(出生 1000 対)	104	100	127	180
5 歳未満児死亡率(出生 1000 対)	132	106	179	220

出所 Government of Pakistan and UNICEF Country Programme of Cooperation 1996-98 1996
UNICEF

3.3 人口移動

UNICEF の『Situation Analysis 1992』によると、アフガニスタンからの難民が年間約 300 万人流入したが、それ以外の外国からの移民は、国境付近の少数の出入国を除き、ほとんどない。

総人口に占める都市人口の割合は 1981 年には 28%であったが 1995 年には 35%で、都市人口は年間増加率 4.7%で増加し続けている(表 3-2)。中でも最大都市はカラチであり、1995 年には 986 万 3000 人の人口を抱えている。このような都市人口の増加は、主として都市人口の自然増加と農村部から都市部への人口流入の両者によるものであるが、都市部では農村部より出生率および合計特殊出生率が低いことから、都市への人口移動が大きく寄与していると考えられる。

「3 人口・保健指標」參考資料

1. 『世界人口白書』 1995 UNFPA
2. 『世界子供白書』 1997 UNICEF
3. Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics
4. Economic Survey 1995-96 Government of Pakistan 1995 Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad
5. Annual Report of The Director General Health 1992-93 1993 Government of Pakistan, MOH
6. Women and Men in Pakistan 1995 Federal Bureau of Statistics
7. Pakistan Statistical Yearbook 1994 Federal Bureau of Statistics
8. Situation Analysis of Children & Women in Pakistan 1992 UNICEF
9. Government of Pakistan and UNICEF Country Programme of Cooperation 1996-98 1996 UNICEF

4 疾病・死亡

4.1 総論

総人口の中で、乳幼児死亡率が近隣諸国の中でもきわめて高い。また、乳幼児死亡率には性差があまり見られないのに対し、妊娠可能年齢（15～49歳）では、女性の死亡率が男性より高くなっている。

成人病の中では、循環器系疾患による死亡も多く見られるが、宗教上飲酒しないので、食生活の影響などが原因として考えられる。

4.2 死亡とその原因

パキスタンにおける主な死亡原因となる疾患を表4-1に示す。高い乳幼児死亡率から推測できるように、死亡原因の主な疾患は小児疾患で、地域および性別に関係なく高い値を示している。その主要なものは、猩紅熱、ジフテリア、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎である。第2位は、先天異常、第3位は下痢で、これらもまた乳幼児に関する疾病である。第4位のその他の消化器感染症については、水道施設の普及が十分でないため、水道管の老朽化による漏水から伝染性汚染物質が管内に混入し、その水を共用して消化器感染症にかかる場合が多いと推測される。この傾向は、水道施設の普及率が低い農村部のほうが高い傾向にある。

また、都市部で心疾患が農村部に比べて約3倍高いのに対し、農村部では先天異常が約2倍高い傾向にある。

表4-1 1991年の死亡の原因となった主な疾病（%）

全国 順位	死因	都市部		農村部		全国	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
1	小児疾患*	9.9	12.8	14.0	15.7	13.0	15.0
2	先天異常	8.4	4.6	13.3	13.2	12.0	11.2
3	下痢および腸炎	6.8	9.3	8.3	10.4	7.9	10.2
4	その他の消化器感染症	6.7	6.7	9.2	9.0	8.6	8.4
5	慢性リウマチ性心疾患	15.2	10.8	5.1	3.4	7.6	5.0
6	肺炎	4.5	4.8	5.6	5.8	5.3	5.6
7	その他の呼吸器疾患	7.5	3.5	4.8	3.5	5.5	3.5
8	微量栄養素欠乏症	1.8	5.2	4.3	4.9	3.7	5.0
9	高血圧性疾患	5.8	4.8	2.5	3.9	3.4	4.1
10	結核	2.9	2.2	3.8	3.4	3.6	3.4
11	その他の消化器系疾患	5.1	3.9	2.9	3.1	3.4	3.3
	その他	25.5	31.3	26.1	23.5	26.0	25.3
	合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注 *：小児疾患：猩紅熱、ジフテリア、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎
出所 Women and Men in Pakistan 1995 Federal Bureau of Statistics

4.3 疾病構造

表4-2は1992年の政府系教育病院およびその他(州病院、RHC等の教育病院以外)の政府系保健医療機関における外来患者数とその疾病内容を示している。両施設において感染症および寄生虫症(全体の20.2%)が最も多く、次いで呼吸器系の疾患(17.5%)、消化器系の疾患(10.2%)と続き、これらで全体の約半数近くを占めている。

教育病院とその他の政府系保健医療機関とでは、疾病構造の順位に多少の相違が見られる。教育病院では、感染症および寄生虫症(14.7%)に続いて泌尿器・性器系の疾患(11.3%)、損傷、中毒及びその他の外因の影響(10.0%)、消化器系の疾患(9.6%)、呼吸器系疾患(8.1%)が多く、これらで全体の50%以上を占めている。一方、その他の政府系保健医療機関では、感染症及び寄生虫症(21.3%)に次いで呼吸器系疾患(19.0%)、消化器系の疾患(10.5%)が多く、これらで全体の50%を占めている。その一要因として、政府系保健医療機関はPHCから第2次医療をになう機関であることが、疾病構造の順位の違いを反映していると思われる(表4-2の詳細は付属資料データを参照)。

表4-2 政府系保健医療機関における外来患者の疾病構造(1992年)

順位	疾病大分類	教育病院		その他の医療機関*		合計	
		(件数)	(%)	(件数)	(%)	(件数)	(%)
1	感染症及び寄生虫症	560,017	14.7	6,622,673	21.3	7,182,690	20.2
2	呼吸器系の疾患	307,752	8.1	5,916,049	19.0	6,223,801	17.5
3	消化器系の疾患	365,481	9.6	3,271,812	10.5	3,637,293	10.2
4	皮膚及び皮下組織の疾患	183,583	4.8	2,123,886	6.8	2,307,469	6.5
5	泌尿器・性器系の疾患	428,936	11.3	1,713,544	5.5	2,142,480	6.0
6	損傷、中毒及びその他の外因の影響	380,964	10.0	1,456,790	4.7	1,837,754	5.2
7	筋骨格系及び結合組織(筋肉、骨、関節)の疾患	136,354	3.6	1,671,466	5.4	1,807,820	5.1
8	症状・徴候及び不明の状態(診断不確定)	104,307	2.7	1,653,979	5.3	1,758,286	4.9
9	眼及び付属器官の疾患	300,058	7.9	1,378,303	4.4	1,678,361	4.7
10	耳及び乳様突起の疾患	271,374	7.1	1,230,091	3.9	1,501,465	4.2
11	循環器系の疾患	239,456	6.3	1,168,079	3.8	1,407,535	4.0
12	内分泌、栄養及び代謝性疾患	178,294	4.7	848,634	2.7	1,026,928	2.9
13	血液及び造血器疾患	70,351	1.8	823,938	2.6	894,289	2.5
14	神経系疾患	82,429	2.2	584,787	1.9	667,216	1.9
15	妊娠、分娩、産褥	73,883	1.9	270,209	0.9	344,092	1.0
16	新生物	55,098	1.4	138,887	0.4	193,985	0.5
17	精神障害	31,562	0.8	160,162	0.5	191,724	0.5
18	周産期に発生した病態	22,724	0.6	71,035	0.2	93,759	0.3
19	先天性異常	14,559	0.4	43,621	0.1	58,180	0.2
	計	3,807,182	100.0	31,147,945	100.0	34,955,127	100.0
	不明	731,939		236,728		968,667	
	新患者(初診)の合計	4,539,120		31,384,673		35,923,793	
	再来患者の合計	1,289,871		5,457,104		6,746,975	
	総計	5,828,991		36,841,777		42,670,768	

注 * : 州病院、RHC等の教育病院以外の保健医療機関

出所 Annual Report of The Director General Health 1992-93 1993 Government of Pakistan, MOH

表 4-3 は 1992 年の政府系教育病院およびその他の政府系保健医療機関における入院患者数とその疾病内容を示している。両施設を合わせてみると、感染症および寄生虫症 (23.8%) が最も多く、次いで眼および付属器の疾患 (11.0%)、妊娠・分娩および産褥に関連する疾患 (10.6%)、泌尿器・性器系の疾患 (8.8%)、骨折・中毒およびその他の外因の影響 (8.0%) で全体の約 60% を占めている。

- 感染症および寄生虫症のうち、最も多いのは、消化器感染症 (不明微生物感染を含む) で 10.6% を占めている。そのうち、赤痢 (サルモネラを含む) が全体の 3.3% を占めている。また、肺結核 (2.2%) が結核 (あわせて 4.1%) の半数を占めている。マラリアも全体の中では 2.4% を占め、その他の政府系保健医療機関における件数は教育病院の倍以上高い。
- 眼および付属器の疾患の中では、白内障 (6.4%) が主な疾病である。
- 妊娠・分娩および産褥に関連する疾患では、正常分娩 (全体の 6.7%) が含まれており、これを除くと全体に対しては 4.1% となる。また、妊娠中絶・流産が全体の 2.2% となっている。
- 骨折・中毒およびその他の外因の影響に関する疾患では、頭蓋内損傷および内部損傷 (全体の 2.4%)、開放創傷および血管損傷 (1.6%)、骨折 (1.0%)、の順に多い。

教育病院においては、感染症および寄生虫症 (15.8%) に続いて妊娠・分娩および産褥に関連する疾患 (14.1%)、骨折・中毒およびその他の外因の影響 (9.8%)、泌尿器・性器系の疾患 (8.1%) が多い。また、その他の政府系保健医療機関では、全体と同じ疾病構造をしており、上位 4 疾患で全体の約 50% を占めている。

(ただし、保健省の本資料は個別の疾病名がなく疾病大分類で括られている場合もあり、必ずしも正確な疾病順位ではない。表 4-3 の詳細は付属資料データを参照。)

表 4-3 政府系保健医療機関における入院患者の疾病構造 (1992 年)

順位	疾病大分類	教育病院		その他の医療機関		合計	
		(件数)	(%)	(件数)	(%)	(件数)	(%)
1	感染症及び寄生虫症	68,407	15.8	271,972	27.3	340,379	23.8
2	眼及び付属器の疾患	30,509	7.1	126,152	12.7	156,661	11.0
3	妊娠・分娩及び産褥	61,089	14.1	90,150	9.1	151,239	10.6
4	泌尿器・性器系の疾患	35,153	8.1	90,050	9.0	125,203	8.8
5	骨折、中毒及びその他の外因の影響	41,391	9.8	72,202	7.3	111,848	8.0
6	消化器系の疾患	32,966	7.6	72,768	7.3	105,734	7.4
7	呼吸器系の疾患	31,138	7.2	57,301	5.8	88,439	6.2
8	内分泌、栄養及び代謝性疾患	20,117	4.7	40,827	4.1	60,944	4.3
9	循環器系の疾患	29,733	6.9	19,167	1.9	48,900	3.4
10	皮膚及び皮下組織の疾患	4,699	1.1	39,293	3.9	43,992	3.1
11	神経系の疾患	15,832	3.7	18,864	1.9	34,696	2.4
12	徴候、症状及び不明の病態 (診断されない)	9,583	2.2	19,555	2.0	29,138	2.0
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	9,466	2.2	17,830	1.8	27,296	1.9
14	血液及び造血器の疾患	6,310	1.5	14,242	1.4	20,552	1.4
15	耳及び乳様突起の疾患	8,887	2.1	7,829	0.8	16,716	1.2
16	新生物	10,805	2.5	4,396	0.4	15,201	1.1
17	精神障害	5,736	1.3	6,572	0.7	12,308	0.9
18	周産期に発生した病態	8,212	1.9	3,894	0.4	12,106	0.8
19	先天性異常	1,034	0.2	880	0.1	1,914	0.1
	計	431,797	100.0	973,944	100.0	1,405,741	100.0
	不明	13,175		11,674		24,849	
	総計	444,972		1,047,530		1,492,502	

出所 Annual Report of The Director General Health 1992-93 1993 Government of Pakistan, MOH

4.3.1 乳幼児・子供の主な疾病・原因

UNICEF パキスタン事務所によると5歳未満で死亡する子供は年間70万人に達しており、このうち約25万人以上が安全でない水、不十分な衛生状態や衛生習慣等による下痢症で死亡していると推定されている。その他の乳幼児死亡の主な原因は急性呼吸器感染症 (ARI)と予防接種により防ぐことができる感染症であると推定されている。ARIで死亡する子供も年間約25万人に達すると推定されている。

表 4-4 には、1985~90年の5年間に生まれて死亡した子供について、母親と医師から報告された主な乳幼児の死亡原因を示した。本調査では死亡原因が症状で分類されているものが多いため乳幼児死亡の疾病の構造はやや不明確であるが、下痢、呼吸器系疾患、麻疹等が主たる原因であるといえる。第1位となっている熱については、発熱原因が明らかではなく複数の原因が考えられる。

表 4-4 母親と医師からの乳幼児死亡原因の報告 (1985~90年)

死因	乳児死亡	5歳未満児死亡	全体
熱	25.1%	39.0%	27.2%
下痢	15.2%	26.6%	16.9%
嘔吐	7.2%	15.0%	8.4%
咳	6.4%	10.8%	7.0%
痙攣	6.9%	8.2%	7.0%
肺炎	5.3%	3.1%	5.0%
麻疹	2.5%	11.1%	3.8%
その他	52.4%	30.1%	49.0%
計	100%(466件)	100%(82件)	100%(548件)

出所 Pakistan Demographic and Health Survey 1990/91 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics

4.3.2 女性の疾病・原因

表 4-1 に示されているように、主な疾患の中で大きく性差がある疾患はない。しかし、女性の疾病として妊娠にまつわる死亡は妊産婦死亡率 (MMR) として表され、全国平均は出生 10 万当たり約 500 と高い。

妊産婦死亡の主な原因は、産褥敗血症、貧血、妊娠中毒症、出血などであったが、産褥敗血症に関しては、「安全な出産 (Safe Motherhood)」政策が政府により進められ、現在ではかなり減少している。しかしながら、妊娠中毒症、貧血、出血、出産時の事故などは、ハイリスク妊娠の早期発見および適切な対処により十分防げるにもかかわらず、改善があまり見られておらず、妊産婦死亡の重要な原因となっている。

(1) 初産年齢

若年齢での出産は、身体の未発達や妊娠に関する知識の不足の問題から母体への妊娠によるリスクが高くなる傾向があるだけでなく、女性の教育機会、雇用機会にも制限を与える要因にもなる。初産年齢は教育レベルによる違いが大きく、中学校以上の教育を受けた女性の初産の平均年齢が 24 歳であるのに対して、それ以下の教育を受けた女性の平均初産年齢は 21 歳である。

(2) 出産間隔

出産間隔を見ると (表 4-5) 若年層の出産間隔が短い傾向にあることが分かる。たとえば 15 歳から 19 歳の 32.4%、20 歳から 29 歳の約 20% が前回の出産から 7~17 カ月後に次の出産をしている。

表 4-5 背景別出産間隔 (%)

背景/条件	前回の出産から何カ月日か					中央値
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+	
年齢 15-19 歳	32.4	21.0	39.6	6.7	0.3	23.7 カ月
20-29 歳	19.8	18.7	37.0	12.6	11.9	26.8 カ月
30-39 歳	14.3	15.9	35.7	14.4	19.8	30.8 カ月
40 歳以上	10.3	10.9	27.8	15.7	35.4	37.9 カ月
前子の生存 生存	14.7	16.3	36.6	13.9	18.7	30.0 カ月
死亡	31.2	20.2	28.5	11.1	16.9	23.7 カ月
居住地 都市部	20.6	19.5	33.0	12.6	14.2	26.5 カ月
農村部	14.9	15.5	36.7	14.0	19.0	30.3 カ月
州 パンジャブ	16.3	16.3	38.4	13.2	15.8	28.9 カ月
シンド	19.9	18.1	26.8	11.4	23.9	28.3 カ月
北西辺境州	11.5	17.3	37.2	17.2	16.9	31.3 カ月
パロチスタン	22.5	13.7	34.2	18.8	17.0	27.3 カ月
全国平均	16.7%	16.7%	35.6%	13.6%	17.5%	29.1 カ月

出所 Pakistan Demographic and Health Survey 1990/91 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics

(3) 出産に関わる保健医療サービス

1) アクセス

パキスタンのようなイスラム圏においては、女性は外出しにくい文化的背景があるうえに、遠いなど、保健医療サービスへのアクセスが困難な場合が多く、アクセスがあるのは全人口の約 55%と推定されている。都市部では人口の 99%が何らかの保健医療サービスを受けられ、私立の高度医療のある病院も利用できる一方、農村部では人口の 35%のみがサービスを楽しむにすぎない。農村部では地域保健センター(RHC)、基本保健ユニット (BHU)、家族福祉センター (FWC)といった 1 次医療サービスが中心で、残りの人口は伝統的な医療サービスを中心に利用している。

2) サービス利用

人口保健調査 (PDHS, 1990~91 年) によると、1990 年から 1991 年に妊娠した女性のうち 70%は妊産婦検診を受けておらず、農村部で妊産婦検診を受けていない女性は 83%にも及ぶ。また、70%の女性が破傷風の予防接種を受けていない (図 4-1)。州別では、妊産婦検診を受けていない女性の割合は北西辺境州で最も高く (81%)、続いてパンジャブ州 (75%)、パロチスタン州(63%)、シンド州(49%)となっている。パロチスタン州では妊産婦検診を受けている女性の 25%が伝統的産婆 (TBA)、あるいは医療訓練を受けた TBA によるもので、他のどの州よりもその割合が高い (表 4-6)。

出産の約 85%は自宅で行われており、訓練を受けた医療従事者 (医者、看護婦、産婆など) の介助を受けて出産している女性は 35%で、出産介助も訓練されていない伝統的産婆によるものがほとんどであること、また、非衛生的な出産介助、ハイリスク妊娠および出産に関連する合併症の不適切な診断、救急の際の迅速かつ適切な対処の欠如等、提供されているサービスの質の改善を要する要因が、こうした女性の健康の状況の改善を困難にしている (図 4-1)。さらに緊急時の医療が整備されていないために死亡する場合が少なくない。

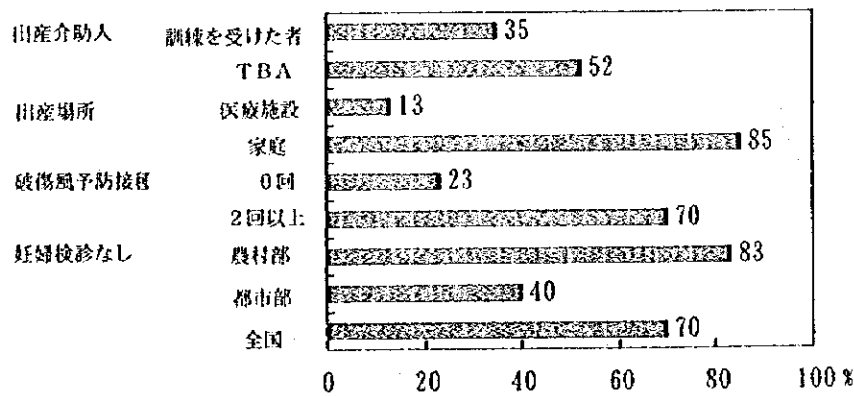


図4-1 妊産婦検診、出産場所、出産介助人

注 * : 訓練を受けた者は、医療従事者(医者、看護婦など)のほかに医療訓練を受けたLHW、TBAも含む。

出所 Pakistan Demographic and Health Survey 1990/91 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics

表4-6 妊産婦検診受診の状況(%)

妊産婦検診の実施者	医師	看護婦 /LHW	訓練を受けた TBA	TBA	検診を受けて いない妊婦	
母親の年齢	20歳以下	20.3	3.0	0.8	2.7	72.6
	20-34歳	24.4	3.1	1.1	2.6	67.2
	35歳以上	13.6	3.0	1.0	1.3	80.8
出産回数	1	28.1	2.6	1.0	2.9	63.8
	2-3	26.4	3.6	0.9	2.5	65.2
	4-5	21.2	2.7	0.9	2.3	72.1
	6以上	15.0	3.3	1.4	2.3	76.6
居住地	都市部	51.3	5.2	1.5	1.6	39.6
	農村部	9.6	2.2	0.8	2.9	83.0
州	パンジャブ州	17.7	3.8	0.6	1.8	74.8
	シンド州	43.8	1.8	0.3	4.0	48.5
	北西辺境州	15.3	2.0	0.7	0.5	81.3
	バロチスタン州	7.1	3.2	13.9	11.8	62.5
教育レベル	なし	14.0	2.6	1.2	2.7	78.0
	初等教育	35.5	4.3	0.9	1.7	58.9
	初期中等教育	49.3	7.3	0.5	1.5	41.1
	中等教育	79.3	3.7	0.5	1.5	14.6
全国平均	25.5	3.1	1.1	2.5	69.6	

出所 Pakistan Demographic and Health Survey 1990/91 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics

4.3.3 成人・高齢者の疾患

表4-1に示されているように、死亡原因の中で明らかに小児疾患であるものを除くと、下痢・消化器感染症、肺炎、結核のような感染症と、高血圧疾患、肺炎以外の呼吸器疾患、腸管感染症以外の消化器系疾患のような成人病、およびリウマチ性心疾患や微量栄養素欠乏症というような疾患が主たる死亡原因となっている。都市部と農村部を比較すると、農村部では下痢、消化器感染症および肺炎の全体に対する割合が高く、一方、都市部では慢性リウマチ性心疾

患および高血圧性疾患の全体に対する割合が高くなっており、都市部と農村部の衛生状態、医療施設へのアクセスの容易さおよび食餌・生活様式等が疾病構造に反映されているものと考えられる。

4.4 感染症

表 4-7 は 1992 年における主な大病院の感染症による入院患者報告件数を示したものである。水質に起因する感染や予防接種で予防可能な感染症が多い。年齢別では、1 歳未満児が全体の 4 分の 1 を占めている。大きな性比はないものの、全体的に男性の罹患数が多い。しかし、女性が外出しにくいなどの環境もあるため、男性が特に感染しやすいことを示すものではないと考えられる。

表 4-7 大病院における性別・年齢別の感染症入院患者の報告件数 (1992 年) (件数)

性別 年齢	男性				女性				総計	(%)
	<1	1-14	15<	合計	<1	1-14	15<	合計		
1 マラリア	4,163	11,724	20,933	36,820	4,992	9,241	17,214	31,447	68,267	18.7%
2 肺結核	1,258	3,986	23,519	28,763	1,322	4,446	19,710	25,478	54,241	14.9%
3 細菌性赤痢	4,788	6,766	10,710	22,264	3,923	6,089	8,889	18,901	41,165	11.3%
4 アメーバ赤痢	-	7,895	13,661	21,556	-	7,229	11,681	18,910	40,466	11.1%
5 小児下痢症	17,035	-	0	17,035	14,182	-	0	14,182	31,217	8.6%
6 結核 (肺結核以外)	673	3,162	12,434	16,269	535	2,625	9,002	12,162	28,431	7.8%
7 インフルエンザ	1,856	3,819	8,226	13,901	1,472	3,089	6,213	10,774	24,675	6.8%
8 百日咳	3,032	4,079	3,028	10,159	2,573	3,352	2,664	8,589	18,748	5.1%
9 猩紅熱	970	3,270	5,184	9,424	906	3,001	4,636	8,543	17,967	4.9%
10 肝炎	694	1,875	5,556	8,125	773	1,729	4,628	7,130	15,255	4.2%
11 麻疹	2,676	2,436	2,610	7,722	2,264	2,561	2,154	6,982	14,704	4.0%
12 髄膜炎	902	1,211	1,346	3,459	516	746	781	2,046	5,505	1.5%
13 新生児破傷風	677	-	0	677	475	-	0	475	1,152	0.3%
14 その他破傷風	104	292	212	608	54	137	167	355	966	0.3%
15 ポリオ	223	227	3	453	142	123	10	275	728	0.2%
16 ジフテリア	143	141	79	363	97	136	83	316	679	0.2%
17 ハンセン病	-	29	110	139	-	29	49	78	217	0.1%
18 水痘	5	7	4	16	-	2	14	16	32	0.0%
計	39,219	50,919	107,615	197,753	34,226	44,538	87,898	166,662	364,415	100.0%

注 一部の大病院 (詳細不明) からの報告数であり、全国の入院件数 100% を網羅してはいない。

出所 Annual Report of The Director General Health 1992-93 1993 Government of Pakistan, MOH

4.4.1 予防接種で予防可能な感染症

パキスタンにおける主な予防接種で予防可能な感染症の発生推移を表 4-8 に示す。パキスタンは世界的にもポリオ発生件数の多い国であり、WHO によると、1993 年の全世界におけるポリオ報告例のうち、22% がパキスタンで発生している。しかしながら、過去 10 年の間に行われた EPI プログラムによって、感染症の発症率は大幅に改善されてきており、現在は、麻疹、新生児破傷風への対策が課題となっている。

表 4-8 EPI 対象疾患の発生件数の推移 (1985~1995 年) (件数)

年	麻疹	ポリオ	ジフテリア	百日咳	結核	新生児破傷風	その他の破傷風
1985	3,694	2,159	1,085	3,919	7,148	576	-
1986	2,487	643	125	2,102	4,063	491	240
1987	4,156	1,214	196	2,302	5,544	2,268	470
1988	2,678	935	112	1,230	2,658	1,919	239
1989	2,349	811	169	1,324	3,301	1,449	191
1990	1,768	777	19	366	1,081	1,067	69
1991	617	1,147	26	140	1,851	1,430	114
1992	2,967	1,046	72	276	662	1,739	138
1993	1,967	1,803	34	473	313	1,685	173
1994	1,421	527	28	411	160	1,842	98
1995	1,608	421	7	160	189	1,291	81

注 1995 年の数値は 1 月から 10 月までの合計である。

出所 Brief on National EPI Programme 1995 EPI Cell NIH Pakistan

4.4.2 下痢症疾患

下痢症は全死亡原因中第 3 位であり (表 4-1)、UNICEF パキスタン事務所によると 5 歳未満時の子供の死亡原因としては第 1 位と推定されている。これは、パキスタン人口保健調査 (PDHS) によっても支持される (表 4-4)。下痢症は上水道の整備状況、安全な飲料水へのアクセスと衛生環境にも関連するため、表 4-1 で示すように都市部よりも農村部における発症率が高い傾向にある。

下痢症の脱水症状による子供の死亡を防ぐために、ORS を与える経口補水療法 (ORT) が、UNICEF などによって推進されているが、その正しい使用と ORS の普及が、まだ十分ではない。

4.4.3 急性呼吸器感染症

UNICEF パキスタン事務所によれば急性呼吸器感染症 (ARI) は 5 歳未満児の子供の死亡原因の第 2 位と推定されている。ARI の治療は低コストの抗生物質を投与すれば、費用もあまりかからないが、適切な時期に投薬されなければならない。したがって、医療施設へのアクセスが問題になってくる。特に子供の場合、どの段階で医療施設に連れていくかという母親の病気に対する知識が要求される。

4.4.4 結核

結核は 1991 年の死亡原因の第 10 位であり、全死亡の 3.4% を占め、都市部でより農村部で死亡原因全体に占める割合が高い (表 4-1)。1992 年の政府系医療機関における結核入院患者数は 57,914 人で全入院患者数の 4.1% にあたり、その半数は肺結核である (付属資料データ表 2)。また、1992 年の全国の政府系医療機関における外来結核患者数は約 68 万人にのぼり、全体の 1.9% に相当する (付属資料データ表 1)。

4.4.5 ハンセン病

ハンセン病の療養施設は全国で12施設601床（パンジャブ州：2施設150床、シンド州：4施設321床、北西辺境州：3施設100床、バロチスタン州：3施設301床）あり、診療所も全国で63カ所ある。

1992年に政府系教育病院で入院治療を受けた患者は1例しか報告されていないが、教育病院以外の政府系保健医療機関では347例（全体の0.01%）の入院患者が報告されている（付属資料データ表2）。また、大病院における感染症患者の入院統計によると、ハンセン病は全体の約0.1%であり、年齢別には1～14歳が58例、15～44歳は115例、45歳以上は44例であった（表4-7）。

4.4.6 マラリア

マラリアは長い間パキスタンにおける主要な問題であった。パキスタン政府は、1960年よりWHOの支援を受けながら、マラリア撲滅運動を展開してきた。その結果は1973年には人口1,000人に対し13.00の年間罹患率であったのが、1992年には人口1,000人に対し0.85へと減少した。

1992年の大病院におけるマラリア入院患者数は68,267例（18.7%）であった。年齢別では、1歳以下が約9,000例（マラリア入院患者全体の13%）、1～14歳が約2万例（29%）、15～44歳が約2万4千例（34%）、45歳以上が約1万4千例（23%）である（表4-7）。

また、同年の教育病院以外の政府系保健医療機関における入院患者数を州別にみると、パンジャブ州5,238例（全州合計の18%）、シンド州6,911例（24%）、北西辺境州12,089例（43%）、バロチスタン州4,420例（15%）で、特に北西辺境州ではアフガニスタンからの難民の流入により、患者数が多くなっている傾向がある（Annual Report of The Director General Health 1992-93 1993 MOH）。

4.4.7 寄生虫疾患

寄生虫疾患患者数は、1992年の政府系保健医療機関の入院患者統計では包虫症が84例、釣虫症およびアメリカ十二指腸虫症が7,388例（全体の0.5%）、その他の線虫症が1,742例、その他の糸虫感染症が200例、蛔虫症が1,012例報告されている（付属資料データ表2）。

1992年の寄生虫疾患外来患者数は3,127,101例で全体の8.8%に相当する。教育病院以外の政府系保健医療機関は、倍の外来数を抱えているが、1992年の政府系保健医療機関の外来患者統計には腸管寄生虫症の詳細分類がなく、報告例数は不明である。

4.4.8 HIV/AIDS

パキスタンでは1987年に初めてエイズ患者が報告され、1995年末目までにHIV陽性1,000例およびエイズ発症55例が報告されている。しかし、実際には5万～8万例程度の陽性者がいると推測されている。これまでの累積エイズ報告数を年齢別にみると、全報告数のほとんどが30代および20代の患者である。また、40歳以上および14歳未満の発症例も報告されていることから、報告数に基づく国内の感染率は諸外国に比べてまだ低いものの、出産可能年齢層からの母子感染など次世代への拡散が始まっていると思われる。

HIV 陽性報告者数の推移を図 4.2 に示す。1993 年に報告された HIV 陽性者数が突出しているのは、1992 年にアラブ首長国連邦で行われた HIV 検査の結果、パキスタン人出稼ぎ労働者 66 万人のうち 353 人が HIV 陽性（感染率は人口 1,000 人に対し 0.5）と判明し、これらの人々が強制送還されたことによる。

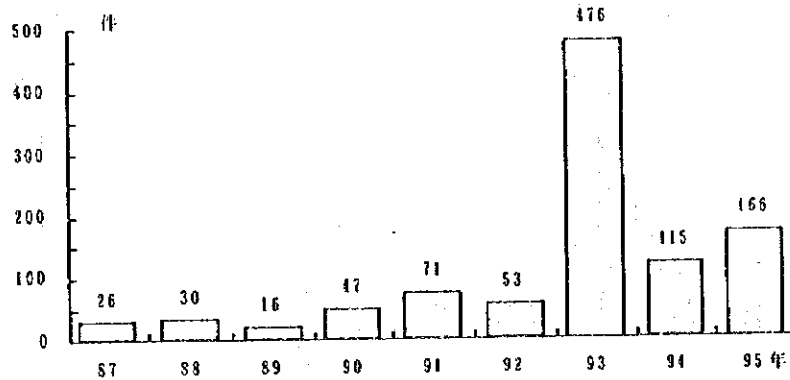


図 4.2 各年の HIV 陽性報告数（1987～95 年）

出所 保健省提供資料

4.4.9 その他の感染症

(1) 真菌/ウイルス感染症

1992 年の政府系保健医療機関の患者統計では、真菌症およびウイルス感染症の詳細は不明であるが、真菌症による入院患者数は年間 40 例報告されており、ウイルス感染症の年間外来患者数は 374,151 例（全体の 1.1%）、入院患者数は 20,640 例（全体の 1.4%）報告されている。ウイルス感染症では、ウイルス性肝炎、トラコーマ、狂犬病、急性灰白髄炎、ヘルペス、水痘等が主なものである（付属資料データ 表 1、表 2）。

(2) 性感染症 (STD)

HIV/AIDS 以外の性感染症 (STD) としては梅毒、淋病等が主なものである。1992 年の政府系保健医療機関の患者統計では、性病の年間外来患者数は 136,626 例（全体の 0.4%）が報告されている。また、年間入院患者数では梅毒は 6,753 例（0.5%）、淋病は 1,395 例（0.1%）が報告されている（付属資料データ 表 1、表 2）。

4.5 非感染症

4.5.1 栄養失調

(1) 栄養失調

UNICEFの報告によれば、1人当たりの1日の摂取必要カロリーの充足率は99%とされているにもかかわらず、小児の栄養失調症は重大な問題となっている。この背景には下痢症の多発や、基礎教育の普及率とも密接に関連する母親の栄養学的知識の欠如などがある。頻繁に起こる下痢症が栄養分の吸収を阻害し、栄養失調の原因になっている。また、アンバランスな栄養の摂取による体力および免疫能の低下など、小児の死亡の約30%が栄養障害とも関係している。

(2) 微量栄養素欠乏症

1) 鉄欠乏性貧血症

貧血症有病率は5歳未満児で最も高く62.9%であり、次いで5歳以上14歳未満で41.8%、妊婦で41.4%である。貧血は、出産時の出血による死亡率を高める等、妊娠に伴う様々な合併症の原因にもなるため、重要な問題のひとつとなっている。

1970年の保健省の調査では、農村人口の36%、都市人口の56%が、また、妊娠中および授乳中の女性については農村部で76%、都市部では100%が鉄欠乏性貧血であったと報告されている。1980年の政府の調査によると、妊娠や授乳をしていない女性の31%、妊娠中の女性の51%、授乳中の女性の40%が鉄欠乏性貧血症であり、1995年の調査においても41.4%であり、改善はあまりみられていない。

2) ヨード欠乏症

UNICEFの『Situation Analysis of Children and Women in Pakistan 1992』によれば、国民のほぼ50%がヨード欠乏症をきたしており、6歳から11歳の小児の32%に甲状腺腫がみられる。

3) ビタミンA欠乏症

パキスタンにおけるビタミンA欠乏症に関するデータは不十分であるが、特にカラチではビタミンA欠乏に起因する臨床症状が報告されている。ビタミンAは視力のみならず免疫能力にも関与し、必要量を接種することで麻疹その他の感染症の発現率を低くする効果があることも知られており、UNICEF『世界子供白書1995』は、今後パキスタンにおけるビタミンAの摂取状況を調査する必要があると報告している。

4.5.2 慢性病・成人病

慢性疾患の中では慢性リウマチ性心疾患や高血圧症が主要な死亡原因となっており、1992年の政府系保健医療機関の患者統計では、慢性リウマチ性心疾患は入院患者が1,832例(全体の0.1%)、外来患者(慢性リウマチ熱患者を含む)が195,662例(0.5%)報告されている。また、高血圧症は入院患者が7,467例(0.5%)、外来患者が246,969例(0.7%)報告されている(付属資料データ 表1、表2)。

その他の成人病としては、同じく 1992 年の政府系保健医療機関の患者統計で、悪性新生物患者で入院 10,175 例(全体の 0.7%)、外来 150,869 例(全体の 0.4%)、白内障患者で入院 92,011 例(全体の 6.4%)、糖尿病患者で入院 19,391 例(全体の 1.4%) が報告されている(付属資料データ 表 1、表 2)。

4.5.3 精神障害

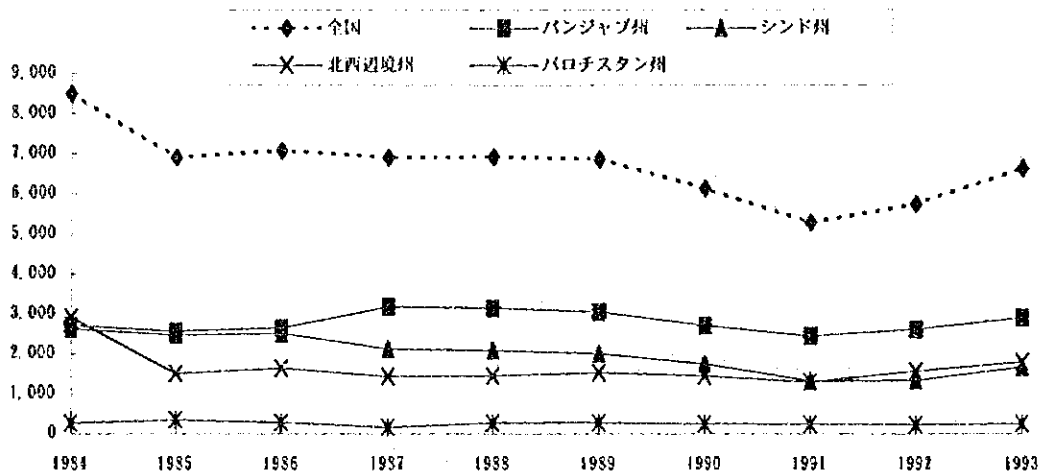
1992 年の政府系保健医療機関の患者統計で、12,308 例(全体の 0.9%)の入院患者と 191,721 例(全体の 0.5%)の外来患者が報告されているが、これらの精神障害の内容についての詳細は不明である(付属資料データ 表 1、表 2)。

4.5.4 傷害・事故

1992 年の政府系保健医療機関の患者統計における、骨折、捻挫、外傷、火傷および中毒等の外因による疾患の外来患者報告数は 1,837,754 例(全体の 5.2%)であり、入院患者報告数は 111,848 例(全体の 8.0%)と報告されている。すべての外因による疾患を含めたためもあって全体に対する割合は高い(付属資料データ 表 1、表 2)。

交通事故は、ここ数年は車両による事故数に大きな変化は見られないものの、パンジャブ州における件数は増加傾向にあり、パロチスタンおよびシンド州ではやや減少傾向にあるといえる。全体的には事故による負傷者数に大きな増減はないが、死亡者数は増加傾向にある(図 4-3)。

負傷件数



死亡件数

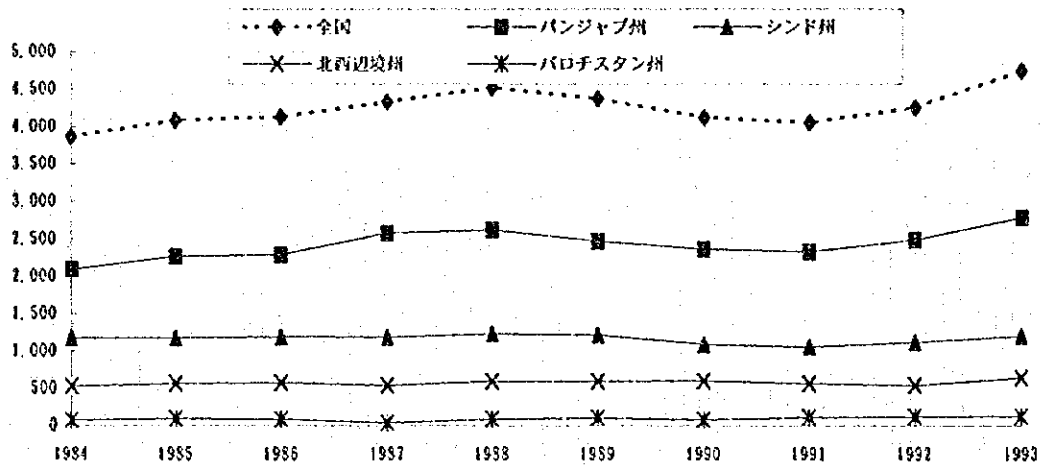


図 4-3 交通事故の報告数の推移

出所 Pakistan Statistical Yearbook 1994 Federal Bureau of Statistics

4.5.5 その他

(1) 人工妊娠中絶

パキスタンにおいて、人工妊娠中絶は 1930 年の犯罪法で違法と定められている。このために公式かつ正確な人工妊娠中絶数の値を知ることは困難であるが、人工妊娠中絶自体は、少なからず存在しているようである。富裕層は、民間医療機関において有料で、母体の保護を理由に人工妊娠中絶を行っているが、貧困層においては、違法に行わざるを得ない。ある調査では、妊婦 1,000 人当たりの人工妊娠中絶の数は、27.4 であった。これら人工妊娠中絶の施術者は、医学の訓練を受けていない村の祈禱師等が大半で、人工妊娠中絶を受けている女性の傾向とし

て、社会的地位の低い貧困層、低い教育水準、高い年齢、大きい家族をすでに持っている等が挙げられている。また、ある調査では、妊娠・出産に関する合併症で入院した女性の32%が違法な人工妊娠中絶によるものであることが報告されている。

(2) 麻薬中毒

パキスタンでは、自然環境上ケシを自家栽培しやすい上、ヘロインがアフガニスタンから流入するので、簡単にヘロインを手に入れることができる。1993年の全国調査(NSDA)によると、310万人の薬物乱用者がおり、その内の半分はヘロイン中毒で、ほとんど(97.2%)が男性であった。現在のところ、15歳以下の薬物乱用者は全体の1%にすぎない。男性では9%が薬物使用者である。また、中毒患者の平均年齢は1982年の調査では35歳であったが、年々低下する傾向にある。また、ほとんどの薬物乱用者は低所得層であるが、各階層にも広まる傾向にある。

「4 疾病・死亡」参考資料

1. 「パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」 1993 国際協力事業団医療協力部
2. 『世界人口白書』 1995 UNFPA
3. 『世界子供白書』 1995 UNICEF
4. 8th Five Year Plan (1993-98) 1994 Planning Commission, Government of Pakistan
5. Pakistan Demographic and Health Survey 1990/91 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics
6. Economic Survey 1995-96 1996 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad
7. Annual Report of The Director General Health 1992-93 1993 Government of Pakistan, MOH
8. Health Economics and Planing in Pakistan 1996 Fazli Hakim Khattak
9. Women and Men in Pakistan 1995 Federal Bureau of Statistics
10. Situation Analysis of Children and Women in Pakistan 1992 UNICEF
11. National Health Survey of Pakistan : Preliminary Report 1996 Pakistan Medical Research Council
12. Brief on National EPI Programme 1995 EPI Cell NIH Pakistan
13. Pakistan Statistical Yearbook 1994 Federal Bureau of Statistics

5 保健対策活動

5.1 総論

パキスタンの保健対策は、第8次5カ年計画に示されているように、人口問題と国民の福利の向上に着目している。国外からは、世界銀行、UNICEF、UNFPA、USAID や UK ODA からの援助を受けつつ、政府関係者にとどまらずに、NGO をも含む包括的なアプローチへと、政策転換することで、過去の政策の失敗を克服しようとするものである。

5.2 プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)

首相プログラム (Prime Minister's Programme for Family Planning and Primary Health Care) における PHC 対策として、女性ヘルス・ワーカー (LHW) の養成があり、社会行動計画 (SAP) における PHC 対策としては、基本保健ユニット (BHU)、地域保健センター (RHC) の機能向上が掲げられている。(第2章参照)

5.3 予防接種対策

5.3.1 予防接種拡大プログラム (EPI)

(1) ワクチン普及率

ワクチン接種時に渡すワクチン・カードおよび母親からの報告による 1~2 歳児の予防接種の状況を表 5-1、図 5-1 に示す。一般的に、男子の子供の方が普及率が高い。これは、「男の子優遇主義」の傾向の現れと考えられる。子供の数による違いはそれほど大きくなく、子沢山であっても一人っ子でもワクチンを受ける機会は変わらない。一方、住んでいる場所、すなわち、都市部/農村部の差、および州による差の方が大きい。このことは、予防接種を受けるに当たって、アクセスが十分にあるかどうかによると考えられる。また、母親の就学率が高いほど予防接種率は高い。

表 5-1 1~2 歳児のワクチン接種の状況 (%)

	BCG	OPV (ポリオ)3	DPT(三 種混合)3	麻疹	全接種*	皆無	ワクチン カード	人数 (人)
性別								
男子	72.8	45.8	45.4	54.6	39.1	25.3	30.7	585
女子	66.7	40.3	40.2	46.1	31.3	31.0	28.7	629
出生子数								
1人	76.6	39.7	39.3	57.0	33.5	21.1	29.2	228
2~3人	71.4	43.0	42.9	50.6	33.8	26.8	30.0	380
4~5人	65.4	44.6	44.6	48.4	36.8	31.4	31.1	276
6人以上	66.4	43.6	43.2	46.5	36.2	32.2	28.3	331
居住地区								
都市部	84.2	55.4	55.4	64.6	45.6	14.0	34.7	383
農村部	62.9	37.2	36.9	43.6	30.2	34.8	27.3	832
州別								
パンジャブ	75.8	46.9	46.7	54.4	38.6	22.2	31.2	763
シンド	60.2	33.0	33.0	41.2	25.3	38.5	25.7	244
北西辺境州	63.8	44.5	44.0	48.2	37.6	33.5	31.3	165
バロチスタン	37.1	23.4	22.9	34.1	17.8	57.2	18.6	43
教育水準								
無就学	62.9	38.2	38.1	43.6	31.4	34.8	29.2	929
小学校程度	89.6	53.8	52.6	65.5	39.0	7.3	29.5	127
中学校程度	88.3	67.0	67.0	68.6	57.0	11.5	31.3	62
高校程度	96.2	58.3	58.3	81.5	51.5	3.8	33.4	97
合計	69.7	42.9	42.7	50.2	35.1	28.3	29.6	1,215

注 * : 全接種とは DPT と OPV 各 3 回、麻疹および BCG の接種を受けたものを指す。

出所 Pakistan Demographic and Health Survey 1990/91 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics

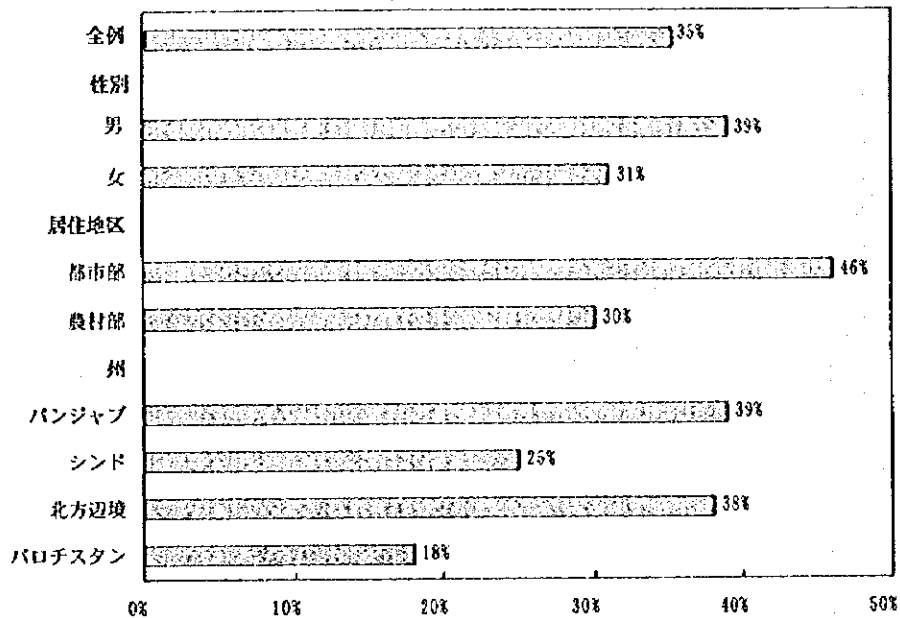


図 5-1 ワクチン全種*を接種した 1~2 歳児の割合

注 * : 全種とは DPT と OPV 各 3 回、麻疹および BCG を指す。

出所 Pakistan Demographic and Health Survey 1990/91 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics

(2) 麻疹および新生児破傷風

麻疹および新生児破傷風に対するワクチンの接種率は、1994 年では、麻疹ワクチンが 65%、破傷風トキソイドが 42%と低い。政府もこれらの疾患に対する対策の必要性を認識しており、麻疹の発生率の減少ならびに新生児破傷風の撲滅を目標として挙げている。

ワクチン接種拡大計画局 (EPI Cell) は近年の EPI 活動を通じて以下の実績が得られたとの自己評価をしている。

- 国民の EPI に対する理解が高まった。
- 連邦政府のみならず州政府でも EPI の必要性・重要度に関する認識が得られ、EPI 実施のための予算が確保された。
- ワクチンをはじめとする必要物資の供給体制が確立された。
- 低下傾向にあった EPI 普及率が 1995 年以降、徐々にだが再び上昇している。
- WHO および米国アトランタ感染症対策局の支援によりサーベイランス体制が確立しつつある。

新生児破傷風および麻疹に対するハイリスク層への焦点を絞った対策が計画され、シンド州などの一部の地域で実施されている。

5.3.2 ポリオワクチン全国一斉投与デー

パキスタンは世界的にもポリオ発生件数の多い国であり、1993 年の全世界におけるポリオ報告例のうち 22%がパキスタンで発生している。パキスタン政府は 1994 年より「ポリオワクチ

ン全国一斉投与デー（NID）」を実施し、ポリオ根絶に向けて取り組んでおり、すでに3回のNIDを終えている（第1回目は94年4～5月、第2回目は95年4～5月、第3回目は95年12月～96年1月）。NIDの参加率は高く、第1回の接種率は97%、第2回については98%、第3回については104%の接種率であった（表5-2）。この結果、NID実施以前には1803件（1993年）であったポリオ報告例が1995年では460件に減少した（図5-2）。

表5-2 NID実施状況

年	ラウンド	実際に接種を受けた小児の数	接種率 (%)
1993～94	1	19,836,425	95.7
	2	20,189,447	97.6
1994～95	1	20,933,378	97.6
	2	21,204,922	98.9
1995～96	1	23,287,077	103.8
	2	23,707,784	105.0

注 接種率が100%を超えたのは、5歳以上の対象外人口も接種を受けたためとされている。

出所 Proposal for Government of Japan's Support for Polio Eradication in Pakistan 1996 EPI Cell NIH Pakistan

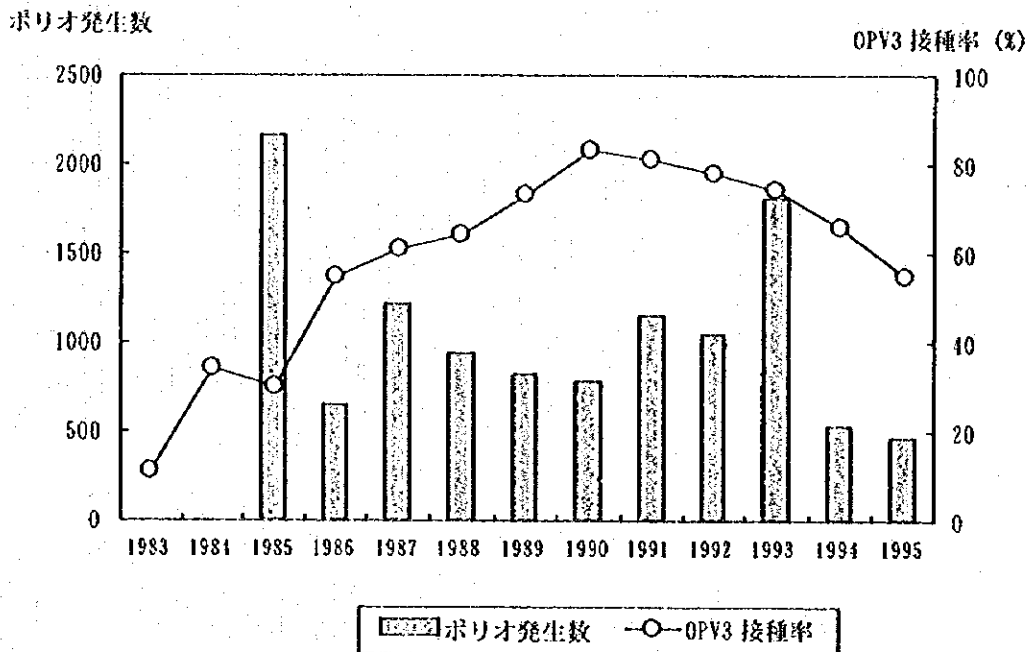


図5-2 ポリオワクチン3回接種率とポリオ発生数の推移

出所 保健省提供資料

しかしながら、パキスタンにおけるポリオ発生件数は依然として高い。パキスタンを含む地域を所管するWHOの支部である東地中海地域管轄事務所（EMRO）の中で最も高い値を示している。1995年にはすでに2度のNIDが終了していたにもかかわらず、ポリオの再感染が報告されている。WHOはその原因として、以下の可能性を挙げている。

- EPI の一環として実施されるルーチンの OPV 接種率の極端な低下（1995 年は 55%程度）により、抗体獲得率が下がった。
- 第 1 回および第 2 回の NID までは接種時期の気温が高くポリオや下痢症の流行期であった。
- ワクチンの力価およびその品質に問題がある。
- 症例報告などサーベイランス体制及び確定診断体制に問題があり、正確な情報を入手しえない。
- コールド・チェーンに問題があり、OPV 接種の際にワクチンの力価が低下している。

NID の際に麻疹ワクチンもあわせて接種する複合接種（Multiple Immunization Day）、ならびに当日接種に訪れた妊婦への破傷風トキソイド接種なども検討されている。近い将来、さらにこれらのワクチン需要が増えるのは確実で、麻疹ワクチンの生産規模の拡大、破傷風トキソイドの国内生産体制の確立などが必要となろう。

5.4 栄養問題対策

5.4.1 世界食糧プログラム（WFP）

保健省は 1976 年より世界食糧プログラム（WFP）に参加しており、第 3 段階が 1991 年 7 月より 3 年間実施された。同プログラムは乳幼児死亡を減らし、就学前の子供の栄養失調をなくすことを目的とし、妊婦、授乳中の母親と就学前の子供を対象に、必須栄養の供給を全国レベルで展開しようとするものである。また、RHC、BHU に患者が集中するのを分散させるため、WFP センターにて食糧の供給を行い、予防接種や健康教育を進める場として位置付けようとするものである。

供給する食糧は、小麦、油、砂糖、茶等がある。1 年目には 1,200 カ所の WFP センターにて 27 万人を対象とし、2 年目には、1,350 カ所にて 27 万人、さらに 3 年目には 1,500 カ所にて 30 万人をカバーする計画であった。

5.4.2 微量栄養素欠乏症対策

タンパクやカロリー欠乏だけが栄養不良・栄養失調の原因ではなく、微量元素やビタミンの欠乏もまた重大な健康問題の原因となる。

(1) ヨウ素欠乏症コントロール・プログラム

ヨウ素欠乏症は主要な保健問題の一つであり、特に北西辺境州、アーザード・カシミール地方および北部山岳地方で多く見られる。

政府は 2000 年までにヨウ素欠乏症根絶を目標としており、短期的プログラムとしてヨウ素添加油の使用もしくは注射によるヨウ素投与を、長期的プログラムとしてヨウ素添加食塩を実施している。ヨウ素添加油プロジェクトは 1987 年に 20 歳未満および授乳婦を対象として開始されたが、対象グループのわずか 16% をカバーしたにすぎず、1991 年には本プロジェクト強化を行っている。また、1989 年からヨウ素添加食塩プロジェクトが開始されプロジェクト地域を拡大しつつある。ヨウ素添加食塩を 1 年使うとクレチン症の子供は生まれなくなり、甲状腺腫が小さくなり始めるとの UNICEF の報告が出ている。このプログラムにより、612 万人がカバ

一され、ヨウ素添加食塩は、24,000 トンが 4~5 年で普通の塩と交換され、市場に出回るようになると想定されている。

しかし、ヨウ素添加食塩の最産、適切な IEC の開発などの課題も残されている。

5.5 母子保健対策

5.5.1 パキスタン子供の生存プロジェクト

1988~94 年に USAID が「パキスタン子供の生存プロジェクト」に 4500 万 US ドルの無償援助を供与して実施された。プロジェクトの対象として、

- 予防接種拡大プログラム (EPI)
- 下痢症対策 (CDD)
- 急性呼吸器感染症 (ARI) 対策
- 栄養改善

が挙げられ、その具体的プログラムを実施しようとするものである。

以下に内容を示す。

- ① プログラムの計画と運営：各課題は計画、修正、評価の 3 段階で実施していく
- ② 保健情報システム
- ③ 医療従事者の教育と訓練
- ④ 調査と方針の決定
- ⑤ 市場と情報伝達の調整
- ⑥ 薬剤と流通の調整

5.5.2 基礎保健サービス計画局 (BHS Cell) プログラム

WHO の支援を受けながら、村落レベルの母子保健の向上、都市から村までの保健施設のより良い活用、人材と施設機材の利用拡大を目的として、保健省が実施しているプログラムである。BHU や RHC における医療従事者や、女性ヘルス・ビジター (LHV) の再教育が中心に行われている。また、1993 年には、タイとの交換研修が行われ、両国における都市部と農村部の PHC システムについて調査が行われた。

5.6 家族計画

「人口福祉計画(1993~98 年)」が計画されており、1998 年までに人口増加率を 2.7%に抑えることを目標に掲げている (第 2 章参照)。また、「社会行動計画 (SAP: 1992~96 年)」でも、家族計画は課題の一つであり、「多産多死」から、「少産少死」社会への転換への努力がなされている。

5.7 マラリア対策

1994~98 年に WHO や USAID より支援を受けながら、州政府を主体としたマラリア・コントロール運動が策定されている。これは、媒介となる蚊の殺虫剤 (クロロキンが主成分) 噴霧

や、RHCやBHUにおけるマラリア検査と治療の強化を主体としたプログラムで、目標としては以下のとおりである。

- 年間罹患率を1,000人当たり0.5にまで引き下げる
- 殺虫剤を限定した地域に散布する
- マラリア検査法を改善し、検出率の精度を上げる
- マス・メディアを利用してマラリア教育を普及する

この対策は5年で終了するが、この間にマラリアが撲滅する可能性は薄く、薬剤がなくなった後の対策は考えられていない。マラリアの再蔓延、薬剤耐性などの問題があるため、USAIDの撤退後の活動の継続が危ぶまれている。

5.8 エイズ対策

パキスタンにおけるエイズ対策は1980年代後半より開始され、現在はUNAIDSの技術支援を受けて、国家エイズ対策プログラム(NAPCP)のもとに各活動が実施されている。国家計画が制定されるまでは、短期計画(1988年)、中期計画(1993~95年)が実施され、1994年11月に上述のNAPCPの第1段階が策定され国家経済評議会執行委員会(ECNEC)によって予算が承認されている。

当初の短期計画においては、HIV感染の存在を確認するための初期の疫学的評価(サンプル数約5万件、ハイ・リスク層対象)、感染予防のための一般大衆への啓蒙(IEC)、社会的対応への準備(医療従事者、ヘルスワーカー等へのガイドライン配布等)等が実施され、その後の中期計画では短期計画の結果を受けて、各コンポーネントの活動が策定されている。

5.9 下痢症対策(CDD)

UNICEFによると、5歳以下の子供が下痢に罹る回数は年間1人当たり平均2~6回である。下痢症対策(CDD)はUNICEFと保健省及び各州保健局により、1988~91年に実施されたが、その後もプログラムは継続実施(1992~96年)されている。同プログラムの目標は、下記のとおりである。

- 下痢症の適切な処置についての医療従事者のトレーニング
 - ORSの生産と供給
 - ORSの正しい使用の普及のためのIEC活動
 - 母子保健センター(MCHC)の補充とサービスの強化
- しかし、以下のような問題への決定的な打開策がみられずにいる。
- 医療従事者教育の方針が、USAIDの「子供の生存プログラム」による包括的なトレーニングに移行したことで、下痢症教育の占める割合が小さくなってきた。
 - ORSの絶対数が不足しているほか、国内生産は、品質がWHOの基準に達していない。
 - 州政府の指導力が弱いため、末端への統制が効かない。
 - ORSの使用よりも抗生物質の不適切な使用が未だに多い。

5.10 その他の感染症対策

5.10.1 急性呼吸器感染症 (ARI) 対策

急性呼吸器感染症 (ARI) による子供の死亡を減らすために、ARI の早期発見に努め、不適切な抗生物質の投与をなくすことを目的としたプログラムである。UNICEF の支援により保健省および各州保健局が実施されている。1988～91 年に引続き 1992～96 年も実施された。具体的内容は以下のとおりである。

- 下痢症の適切な処置についての医療従事者のトレーニング
- 早期発見のための母親やコミュニティ・ヘルス・ワーカーへの IEC 活動
- 応用調査 (リサーチ)
- 機器材、トレーニング用教材、抗生物質などの供給

5.10.2 結核対策

結核コントロールについては幾つかの試みが実施されている。結核コントロールのためのサーベイは、イスラマバードの農村部でも進んでおり、1992～93 年の間には、同地方における人口 1,000 人単位の 7 つの管区の調査が終了すると予想されている。また、1992 年に PHC の視点から、RHC の医師らによる結核のワーク・ショップが実施されている。1993 年には、子供の結核検査の効用についての会議が開かれ、BCG 接種後のツベルクリン・テストがおろそかになっていることの重大性が指摘された。

5.10.3 寄生虫対策

UNICEF の支援により、1988～91 年実施されたプログラムの継続として、1992～96 年に Guinea worm (メジナ虫病) 撲滅対策が実施され、撲滅に成功している。

5.11 その他の対策

5.11.1 麻薬対策

パキスタン政府は麻薬乱用の撲滅を目指して、麻薬対策省を分離増設し、以下の目標を掲げている。

- 麻薬原料となる全ての植物栽培を根絶させる。
- 麻薬供給ルートの新規を断絶を図る。
- 麻薬常習による習慣性につかないよう対策を講じるほか、リハビリテーション・プログラムを組み、予防教育を全国レベルで展開する。

第 8 次国家計画の中における活動計画は以下のとおりであるほか、特に、ケシ栽培の阻止に約 40 億ルピーを投入している。

- 国家計画終了時には、ケシ栽培を根絶させる。
- 1994 年までに、ヘロイン・ラボラトリーを閉鎖する。
- 2000 年までにパキスタンを、麻薬のない社会にする。

5.11.2 メンタル・ヘルス・ケア対策

パキスタンでは長年にわたり、精神障害者、身体障害者、精神薄弱者への人権に対する配慮や関心は低く、メンタル・ヘルス・ケア部門では、法改正に取り組める精神科医の招集を試みるなど試行を重ねていたが、大きな成果は得られなかった。しかし、新法への社会的な気運も手伝って、1992年に法改正に向けての草案が閣議に提出され、全国で4施設4,166床（パンジャブ州で1施設1,400床、シンド州で1施設496床、バロチスタン州で2施設2,270床）の専門病院が開設された。

「5 保健対策活動」参考資料

1. 「パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」 1993 国際協力事業団医療協力部
2. 「パキスタン国 GII プロジェクト形成調査報告書」 1996 国際協力事業団基礎調査部
3. 8th Five Year Plan (1993-98) 1994 Planning Commission Government of Pakistan
4. Prime Minister's Programme for Family Planning and Primary Health Care: Introduction and Current Status and Member List of Advisory Council of Pakistan June 1994
5. Pakistan: Social Action Programme Project Aide-Memoire 1994 Asian Development Bank Review Mission The World Bank
6. Accomplishment of the Population Welfare Planning Project 1982-1993 USAID
7. Programs in Asia: Pakistan 1992 CIDA
8. Economic Survey 1995-96 1996 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad
9. Annual Report of The Director General Health 1992-93 1993 Government of Pakistan, MOH
10. Health Economics and Planing in Pakistan 1996 Fazli Hakim Khattak
11. Women and Men in Pakistan 1995 Federal Bureau of Statistics
12. Situation Analysis of Children and Women in Pakistan 1992 UNICEF
13. Pakistan Demographic and Health Survey 1990/91 1992 The National Institution of Population Studies, in Collaboration with The Federal Bureau of Statistics
14. Proposal for Government of Japan's Support for Polio Eradication in Pakistan 1996 EPI Cell NIH Pakistan

6 保健・医療サービス供給システム

6.1 保健医療施設

6.1.1 公共医療部門

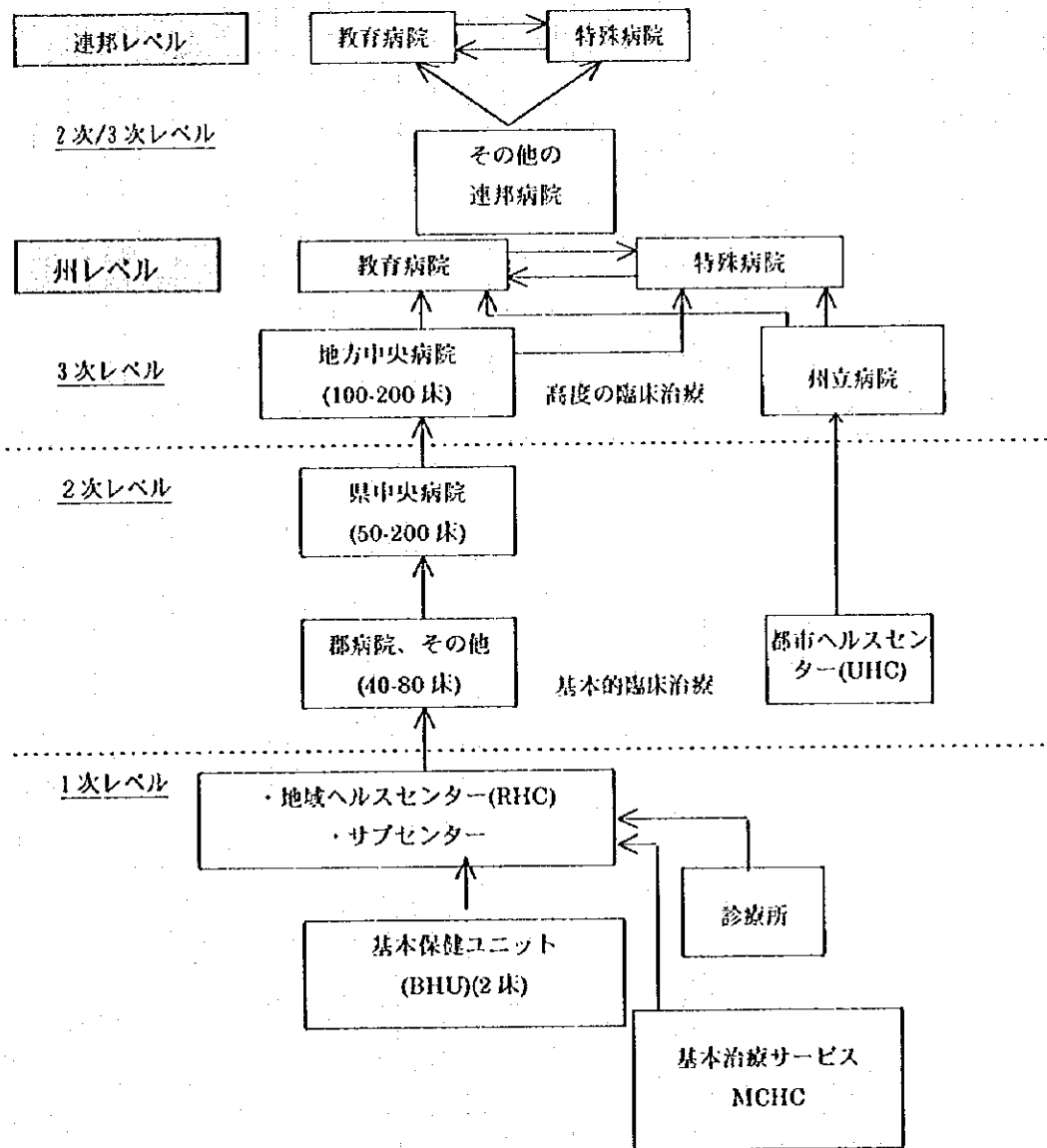


図6-1 保健省の保健医療サービス供給システム

出所 「パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」 1993 国際協力事業団医療協力部

(1) 保健医療施設

パキスタンにおける医療施設の整備状況（1991年）は、病院810、診療所4,244のほか、基本保健ユニット（BHU）を3,786、出産保健センター（RHC）483、母子保健センター（MCHC）1,090、結核センター260、また総病床数75,852床となっている。これは1970年の状態のほぼ2倍以上に相当するが、全国レベルでの需要を満たすものでないうえ、特に病床分布の偏りが問題である。表6-1に各州の病院、その他の保健医療施設、病床数などを示した。

これらの施設を機能の側面から見るとPHC施設と高次医療施設の2群に分類できる。

表6-1 保健施設数および病床数

	病院数	病床数	MCHC RHC/BHU	人口 (千人)	1ベッド 当たり人口
パンジャブ州				47,292	1,743
都市部	255	26,345	842		
農村部	26	794	3,328		
シンド州				19,029	887
都市部	272	21,242	1,079		
農村部	4	202	1,286		
北西辺境州				11,061	1,087
都市部	74	7,074	228		
農村部	80	3,099	1,245		
バロチスタン州				4,332	1,418
都市部	43	2,767	64		
農村部	15	280	868		
イスラマバード				340	309
都市部	5	1,099	27		
農村部	—	—	15		
北部地域	24	667	105	2,198	3,295
AJK	15	1,012	336		
全国	813	64,590	9,423	84,252	1,304

出所 Pakistan Statistical Yearbook 1994 Federal Bureau of Statistics

1) PHC施設

第1次国家5カ年計画以来推進されてきたPHCでは、都市部は病院外来部門または都市型診療所、RHC、BHU、MCHCにおいて、農村部ではRHC、BHU、MCHCにおいて行われてきた。場合によっては、結核センターもしくは、ハンセン病センターなどの専門施設でも行われていることもある。

こうしたPHC施設のほとんどは州や市町村の行政機関の下に置かれており、次のような機能を果たすことを目的としている。

- 簡単な病気の治療と複雑な病気の場の上位病院への紹介
- 5歳未満児、妊娠可能年齢の女性、妊婦らに対する予防措置の提供
- 正常妊娠の経過観察と複雑なケースの上位の病院紹介
- 慢性病患者の経過観察
- 地域内住民の連携支援
- 施設資源の管理（人材、機材、医薬品消耗品情報など）

なお、家族計画についての活動は今まで家族福祉センター（FWC）で実施されてきたが、最近では PHC 活動のひとつとして考えられ、今後は保健医療施設にもこの機能を加えることが政策として唱えられている。

以下に、各 PHC 施設の機能と現状等の概要を記す。

a) 基本保健ユニット（BHU）—無床診療所

農村部では1ユニオン・カウンシルにつき少なくとも1カ所の PHC 施設を設立することを目指している。BHU は農村部の第1次保健医療施設であり、人口5,000人から1万5000人の通院圏の人々を対象に設置されている。通常、大学終了後の比較的若い医師1人と4~5人の男女の医療従事者が勤務することになっている。

BHU は地域住民に対して、特に予防医学的な観点を重視しつつ、保健医療サービスを行うことになっている。しかし現実には、多くの BHU で基本的医療機材（体重計、検査機器など）や医薬品が不足しており、これに加え、母子保健サービスを行う女性スタッフも不足している。そのため、本来 BHU を最も必要とするはずの農村部での利用率は低い。

b) 地域保健センター（RHC）—有床診療所

RHC は BHU の上位施設として、6万~10万人に1カ所の割合で配置され、3~5カ所の BHU を傘下に置く。標準的なスタッフ配置は、男女の医師各1人、LHV、医療助手、薬剤師を含む医療従事者数名、および補助員である。RHC では、一連の PHC サービスと共に歯科診療や、軽症患者の入院（床数は20~30床）も扱う。また、RHC の中には「小規模の地方の病院」に発展しつつあるところも見られるが、通常は PHC サービスのみを行うのが原則である。

c) 母子保健センター（MCHC）／サブヘルスセンター

これらの施設の要員配置は BHU とは異なり、医師は常駐せず、多くの場合1人の医療従事者が勤務している。しかし、徐々に関連施設の建設や既存スタッフの拡充などを行って BHU に発展させていく傾向にある。

MCHC のいくつかは地方に設置されているが、原則としてはあらゆる種類の PHC サービスを提供するための BHU の設置、拡充が優先されている。

d) 都市部 PHC 施設

都市部保健センター、BHU や民間診療所などの PHC 施設は十分に利用されず、患者は病院の外来での専門医による診療を望むことが多い。PHC 施設が十分に利用されない理由に、「病院には『患者を治療する』ための訓練を受けた医師がいるが、ほかには専門家がない」という誤解が存在しているようである。

また、都市部の PHC 施設で提供されるサービスの種類、範囲は限られており（たとえば、MCHC、眼科診療所、結核療養所、ハンセン病療養所など、それぞれ専門的サービスのみを行っている）、患者は混雑していても多機能を持つ病院へ行く傾向がある。

2) 第2次医療施設

通常は、当該地域の県および郡レベルの公的病院もしくは民間医療施設が患者を受け入れている。

これらの病院が担う機能は次のとおりである。

- 各種救急医療
- 外科および産科の救急手術
- X線および臨床検査による診断

病院では、一応、外科、産科、婦人科、小児科、眼科、耳鼻科、歯科などの専門分野別医療サービスが提供されるが、このレベルの医療施設では、各分野の専門性は先進諸国ほど細分化されておらず、眼科や耳鼻科などの診療には、制限があるところも多い。

やや高次の医療施設としては、公的な県病院や、より専門化した民間病院がある。しかし、専門医が勤務していても、診療を支える看護婦不足が著しく、特に専門分野での熟練看護婦は存在しないこともあって、結果として医療の質は高くない。

3) 第3次医療施設（教育病院）

アガカーン医科大学（カラチ）を含めパキスタンには17の中央政府管轄の医科大学があり、それぞれ各州の主要都市には20の教育病院が存在し、第3次医療サービスの提供と医師、看護婦およびその他の医療技術者の実地訓練を担当している。本来、これらの病院は、最終的リファラル施設として位置付けられるべきであるが、実際には、多数の第1次医療レベルの患者の対応ときわめて特殊な高次先端医療を行っている機関もあり、その機能は混乱している。

(2) リファラル・システム

システムは機構的には確立されているが（図6-1）、現実には十分に機能していない。

リファラルシステムが、効果的に機能していない理由は、適正な保健医療情報がないためにPHC施設の目的を十分理解せず、PHC施設の医療サービスの質を低いと見なして第2次、第3次医療施設へバイパスするためである。また、PHC施設と高次施設の間にフィードバックがないことも理由として挙げられる。患者に関する情報が相互に交換されないため、PHC施設としてのフォローアップは行い得ず、患者は次回には最初から高次施設へ向かってしまう。

これらの高次施設へのバイパスは、末端のPHC施設の発展を困難にし、高次医療施設では機器の適正な利用を妨げ、消耗品や医薬品の不足を招く。また、人材の偏った疲労消耗を招き、両極の保健医療サービスの質の改善を妨げている。その結果、農村部など、女性や子供の基本的な権利が十分認識されていない地域では、PHCを含め、女性や子供の適正な保健医療サービスに接する機会を損なっていると考える。このため一部では民間医や伝統的治療師などに頼らざるを得ない状況も続いている。

リファラルシステム活性化のため、政府により以下のことが検討されている。

- すべての1次医療施設を設備面と人材の点で充実させる。
- 少なくともRHCでは、合併症を伴う分娩や母子の緊急事態に対応できる機能、能力を保持させる。
- 電話、無線設備および十分整備された救急車を含む各レベルの施設間の連絡網を確立する。
- 医療従事者の意欲を高め、より良い患者サービスを行うために、地理的に連携可能な第2次医療施設との提携を図る。
- 担当する地区以外の、すなわちネットワークに含まれない地域からの要請をも受け、また、経験者および学生などをも含め定期巡回訪問を行う。また、高次医療機関もその支援体制をしく。
- 末端施設の医療従事者の意識向上のために、第2次、第3次医療施設とのローテーションを考慮する。
- 各レベルの責任分担を確立するため、紹介なく高次医療施設を受診したものは全額自己負担とする。

(3) 家族計画サービス提供施設

政府による家族計画サービスは、人口福祉省傘下の家族福祉センターと出産保健センターにより提供されており、両方とも州政府の管轄となっている。

1) 家族福祉センター (FWC)

家族福祉センター (FWC) はプログラムの最前線でサービスの提供をしている。FWC は地域人口福祉事務所²⁹の管理下にあり、全国に 1,290 カ所ある。その半数は都市部とその周辺にある。センターは家族福祉ワーカー (FWW) によって運営されている。FWW は IUD 挿入、注射等手術以外の避妊技術を行う。避妊手術については上位の施設に FWC から搬送することになっている。多くのセンターではその地域の女性のためにアクティビティ・ルームをもち、裁縫や他の生計創出活動を行っている。

FWW の下には男女各 1 人の家族福祉員 (FWA) がいる。

男性の FWA は地域に出向いて男性に個別のカウンセリングを行い、家族計画の考え方や小家族制、子供の出生間隔、母子保健などについて指導している。また、ソーシャル・マーケティング・プログラムによって安価で提供されるコンドームを販売する店を紹介する。

女性の FWA は定期的に地域の家庭訪問を行うことになっているが、実際には女性一人で遠方に出かけることへの制約や、交通手段の欠如により必ずしも実施されていない。

FWC へのアクセスが難しい人々に対してサービス提供をするために第 7 次 5 年計画 (1988 ~ 93 年) で移動サービスユニット³⁰が導入され、現在 4 つの州で 30 の MSU が稼働している。

2) 出産保健サービスセンター (RHSC)

FWC 以外の家族計画サービスの提供を行っているのが、出産保健センター (RHSC) で、A センター、B センターおよび A センターに不随する拡大サービスの 3 種類がある。

A センターは 34 あり、1982 年以降、大都市の政府の病院や教育病院の中に設置されてきた。担当の医師 1 人と FWW 2 人、看護婦 1 人等の約 10 人から組織され、手術室、待合室、回復室、事務所、倉庫がある。A センターは、FWC もしくは個人医と病院の婦人科医の中継として位置付けられている。

また、A センターであるカラチのジンナー医学院大学校、ラホールウィリントン病院は、避妊手術の主管訓練所として医師および避妊手術を補助する医療従事者に対するトレーニングを行っている。

B センターは 120 あり、十分な婦人科の施設のある県中央病院、郡病院、一部の民間病院の中にある。センターは、手術以外の避妊法 (ピル、コンドーム等) の提供も行っている。また、国立家族計画研究所³¹との連携して避妊に関する臨床試験を行っている。

FWC、RHSC 共通の問題点はそれぞれの施設までのアクセスの悪さである。最もアクセスの良いパンジャブ、シンド両州でも FWC までの平均距離が約 10 キロメートルであり、家族計画サービス普及に対して限られた効果しか期待できないといえる。

²⁹ District Population Welfare Office : DPWO

³⁰ Mobile Service Unit : MSU

³¹ National Institute for Fertility Control : NIFC

6.1.2 民間医療部門およびミッション系・NGO 関連医療部門

(1) 民間医療部門 (プライベート・セクター)

民間医療部門への国民医療費支出は全体の約3分の2にのぼっている。これは、民間医療部門が国民の70%をカバーしていること、さらに、民間医療部門の診療設備機能が、2次・3次医療である都市型かつ高度医療に集中しているために高額診療となることが原因となっている。したがって、民間医療部門が提供するサービスは、伝染病や寄生虫のような感染のサイクルを断ち切って公衆衛生上、有意義な成果を上げる方向には向いていないことを意味している。現在の民間医療部門の医療は、予防やヘルス・プロモーションの役割を担うことも難しい。

民間医療部門における医療システムでは、運営から資金調達、経営方針に至るまで、全くの個人・団体の意思によるものである。その中には、非営利団体の診療施設も含まれている。民間医療部門が運営している医療施設に以下のようなものがある。

- 一般医：2万以上の診療所を運営し、これはサービスの90%を占める。
- ナーシング・ホーム
- 私立病院：520の中小病院（ベッド数16,000床）
- 財団法人・宗教法人による病院
- 自治団体・組合による病院
- 伝統的治療の診療所
- ホメオパシー（同毒療法）の診療所

(2) NGO 関連医療部門

UNICEFによると、パキスタンでは、1990年には8,380のNGO団体が登録されており（表6-2）、多くは保健サービス、福祉、教育、女性・子供と社会的弱者へのサポートに関して活動を展開している。加えて、21,000の社会活動協会や非登録団体が存在している。政府の政策として、1988年より、NGOとの協調が支持されはじめ、第7次国家開発計画にも盛り込まれるようになった。

表 6-2 NGO の州別登録数 (1990年)

地域 (州)	団体数
バロチスタン	286
パンジャブ州	4088
北西辺境州	509
シンド州	3301
イスラマバード	104
AJK	92

出所 Situation Analysis of Children and Women in Pakistan 1992 UNICEF

6.2 医薬品・医療器具・衛生材料

6.2.1 公共部門における医薬品供給と課題

(1) 必須医薬品

国家の医薬品供給の基本方針は、必須医薬品については、国民すべてに、最良の品質のものを無料提供することの重要性が強調されている。

国家レベルの方針は連邦政府が責務を負うが、実際の医薬品補給と管理は州政府が責任を持つ。1990年に、全国病院処方集の最新版が発行されたが、実際に、これを使用しているのは連邦政府管轄下の病院に限られ、徹底していない。州レベルでは、1986年、同様の必須薬品リスト作成が試みられ、RHCやBHUでも、必ず入手できるものを「A」、できるだけ準備しておくべきものを「B」とする簡単な分類リストが作成されている。

州レベルの医薬品配分は人口と保健医療施設数により予算が決められ、次いでDHS、医薬品卸倉庫(MSD)担当局、財務部門代表、医学部教授などから構成される購買委員会の管理下に入札制で購入され、MSDから地域の保存場所や医療施設に移送されることになっている。

しかし実際には、多くの保健医療施設では、約75%の薬剤が州のMSDから供給され、残り25%を国内市場から買い付けているのが実情である。民間市場には、外国商品を含め、豊富な品種と量が流通しているが、移送中や保存中の品質管理の状況はかなり悪い。また、個人レベルの薬剤商の規制はなく、わが国などでは自由に入手できない薬剤や消耗品を店頭でみることもある。

(2) 経口補水塩(ORS)

下痢症対策のためのORSは、中央政府レベルのEPI/CDDプログラムとして、国立衛生研究所(NIH)が管理している。

ORSはNIH管理によるパキスタン製とUNICEF供与による外国製があり容量の相違による混乱があったが、最近1,000ml用に統一された。

(3) EPIワクチン

EPIワクチンの定常的必要量はすべて政府予算で購入されている。補充分のみUNICEFの供与によっているが、1980年代後半、コールドチェーン網が比較的良好に整備されたこともあって、小児への予防接種率は飛躍的に伸びた。

自国製または輸入、供与されたワクチンは、NIHの中央保冷庫に保管され、検定を受けた後、州レベルの保冷庫に空輸されている。通常、NIHには3カ月分、州レベルでは1カ月分のストックが可能である。

カナダ、コンノートラボラトリーの技術援助で開始された麻疹のワクチン製造は、技術協力終了後製品の品質が悪化し、WHOから不合格の判定を受けている。

(4) 避妊具・薬

家族計画に用いられるピル、IUDおよびコンドームなどの供給は、中央ではUNFPA、その他の国際機関の援助による。州レベル以下では、各地方を拠点にするNGOなど援助団体の関与もあって、均等に供給されていない。

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

住民が地域で利用する保健サービスの施設として BHU、RHC、MCHC、FWC 等が最も身近である。しかし、『Health Facility Survey 1993』によれば、公共医療サービスは 25%の国民にしか利用されていない。BHU、RHC、MCHC 等の利用については、リファラルシステムですでに述べているので、ここでは FWC について記す。

(1) 家族福祉センター (FWC) の利用

家族福祉センターは現在 5 人のスタッフ (FWW 男女各 1 人、FWA 男女各 1 人、門番) を抱えているが、それに見合う活動実績が今まで出されていない。母子保健と統合された家族計画サービスの実施をうたっているものの、実際には、母子保健活動の中身は非常に限られている。「FWC」というと家族計画というイメージが強く、保守的な農村地域では人々は行きにくいという環境から、センターを訪れる住民の数も少ない。また、カラチにある避妊具・薬の中央倉庫から郡レベルへの供給・分配がスムーズの行われておらず、センターにおいて避妊具・薬の不足が報告されている。これが、家族計画プログラムが十分な実績を上げていない理由の一つと考えられる。

今後はスタッフの数を 2 人 (女性 FWW と女性 FWA) に減らし、新しく政府が始める村落家族計画ワーカー (ボランティア) との協力を密接にして、派遣サービスやリファラルサービスの強化に努めている。この政府の新しいプログラムである「村落家族計画ワーカー」プログラムでのワーカーのトレーニングのために、スタッフが研修生として駆り出されているため、センターのサービス活動に支障をきたしているが、これはトレーニングが終わるまでの一時的なものと考えられ、逆に村落家族計画ワーカーが養成されれば、彼女たちとの協力関係によるプログラムの進展が期待されている。

6.3.2 伝統医療

(1) 同毒療法 (ホメオパシー)

パキスタン政府は、ウナニ (Unani)、アーユルヴェーダ (Ayurveda) や同毒療法 (ホメオパシー) といった古来からの伝統的な民間療法を奨励しており、1965 年には、診療登録を制度化している。政府によるこれらの診療の推進政策によって、15 の教育機関が認定され、運営されている。このような伝統治療師は全国で 3 万人を超えている。

ウナニはギリシャ・アラビア医学で、東インドとパキスタンで最も伝統的で浸透している。別名ティビアとして認識されており、治療師はタビブ (Tabib) やハキム (Hakim) と呼ばれる。ティビアの公立大学は、全国で 20 カ所あり、学内には、研究施設も整っている。

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

保健医療サービスでは、第7次国家5カ年計画以来、PHCを中心とする第1次保健医療サービスの提供の場として、BHU、RHC、MCHC センターを農村部に設置し、リファラル・システムを構築したが、PHC 施設と高次施設の間に連携がなく、患者情報が相互に交換されていない。地域によっては、物理的距離があること、PHC 施設への機器や医薬品の供給が充分でなく、地域住民の需要を満たしていないこと、また、それら備品の管理体制がないこと、住民と医療を直接つなぐ女性ヘルス・ワーカー (LHW) が不足していること等が、医療情報システムを阻害している。また、医療情報システム (HMIS) の構築に関して、USAID が一部活動を開始していたが、撤退に伴い頓挫している。

6.5 医療保険制度

米国の、高齢者や障害者らを対象にした、メディケア採用医薬品のような薬価算定方式の導入などが実施に向けて検討されているが、現状は、労働者の社会保障制度 (8.2 参照) が、医療保険制度の柱となっている。公的な保健医療サービスと社会保障制度の連携が制度の実施の要となっている。

6.6 救急医療システム

救急医療は、パキスタン新月社によって一部運営されている。

イスラマバード首都圏支部では、2 台の救急車が支給され、1994 年には 1,991 キロメートル走行し、86 人の救急患者が、1995 年には 100 人の患者が搬送されている。パンジャブ州支部では、運動会や公式の行事の時に待機出動するなどの利用もされている。1994 年には、24,028 キロメートル走行して 297 人を搬送した。シンド州支部では、24 時間体制で、呼び出しに応じて出動しているほか、公式行事の際も待機している。

6.7 試験研究機関

パキスタンの代表的な研究機関としては、国立衛生研究所、医科学研究庁、パキスタン医学研究会、ジンナー大学院医学校、国立循環器疾患研究所、人口福祉研究所、放射線医療研究所、医学研究センターなどが挙げられる。

6.7.1 国立衛生研究所

国立衛生研究所は、医学研究、検査および公衆衛生の分野に重点を置くセンターとして位置づけられている。公衆衛生部門は、寄生虫学、生化学、血液学、細菌学、ウイルス学、細胞学、免疫学、AIDS 研究などを持つ。検査の分野では、薬剤および伝統医薬の品質検査をする一方で、食料品の品質検査や、各地の飲料水の水質検査も定期的に行っている。また、WHO、UNDP、USAID らとともに共同研究を行っており、HIV/AIDS の分野では、国内のみならず、近隣諸国に対しても技術指導している。

6.7.2 医科学研究庁³²

医科学研究庁はイスラマバードにあり、総合病院、小児病院のほか、同研究所付属の医科大学病院、看護大学や医療技術専門学校などを有する。この小児病院および看護大学は、日本の無償供与によって設立されている。特に、小児病院は、総合診療をしつつも、腫瘍学、神経学、循環器学、腎臓病学などの専門領域を持ち始めているほか、予防接種と並行して、TBA、医療従事者の訓練を兼ねた地域調査を行っている。

6.7.3 パキスタン医学研究会³³

パキスタン医学研究会はイスラマバードにあり、研究および定期的な調査を実施している。1992年には、センター内で72の研究プロジェクトを推進している。

保健医療の改善には、保健分野のみでなくその他の社会セクターとの協調が重要であるとの見解から、本研究会は様々な省庁との協力体制構造を構築している。また、ヘルス・サーベイ、全国的な疫学調査及び病院の調査を実施する一方、医学研究誌を発行している。

6.7.4 ジンナー大学院医学校³⁴

ジンナー大学院医学校はカラチにあり、看護学校および医科として、麻酔科、胸部外科、婦人科、皮膚科と眼科の専門課程があるほか、臨床検査技師、放射線技師、歯科衛生士などの課程もある。

6.7.5 国立循環器疾患研究所³⁵

国立循環器疾患研究所はカラチにあり、心臓循環器専門病院として臨床治療をするほか、血液学検査や病理、臨床検査の研究および修士課程が設置されている。

6.7.6 人口福祉研究所

人口福祉研究所は1986年にイスラマバードに設立され、人口福祉省の管轄下にある。人口増加とその影響に関する研究、国の様々な人口福祉計画の評価、人口増加抑制についてのアドバイスに重点を置いている。また、カラチ大学とファイサラバード大学の各人口研究センターと、協力関係にある。

6.7.7 放射線医療研究所³⁶

放射線医療研究所はベンジャワールにあり、良性および悪性腫瘍の放射線治療、ラジオアイソトープ処置を実施するほか、腫瘍の研究を行っている。

³² Pakistan Institute of Medical Science : PIMS

³³ Pakistan Medical Research Council : PMRC

³⁴ Jinnah Postgraduate Medical Center : JPMC

³⁵ National Institute of Cardiovascular Disease : NICD

³⁶ Institute of Radiotherapy and Nuclear Medicine : IRNUM

6.7.8 医学研究センター³⁷

医学研究センターはラホールにあり、伝染性疾患対策の研究をしている。特に、寄生虫感染、マラリア感染など、薬剤耐性ができた病原菌の研究に重点を置いている。

³⁷ Pakistan Medical Research Center : PMRC

「6 保健・医療サービス供給システム」参考資料

1. 「パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書」 1993 国際協力事業団医療協力部
2. 8th Five Year Plan (1993-98) 1994 Planning Commission Government of Pakistan
3. Annual Report 1995 Pakistan Red Crescent Society
4. Economic Survey 1995-96 1996 Government of Pakistan Finance Division Economic Adviser's Wing Islamabad
5. Annual Report of The Director General Health 1992-93 1993 Government of Pakistan, MOH
6. Health Economics and Planing in Pakistan 1996 Fazli Hakim Khattak
7. Pakistan Statistical Yearbook 1994 Federal Bureau of Statistics
8. Situation Analysis of Children and Women in Pakistan 1992 UNICEF