

### 3 開発計画の現状と関連

#### 3 - 1 パラグアイ保健行政の推移

パラグアイは1954年にストロエスネル将軍が政権を樹立してから、1989年、ロドリゲス将軍のクーデターによって政権が転覆させられるまでの35年間に及ぶ軍事独裁政権に支配されてきた。この間には道路交通網、空港・港湾、通信などの社会インフラが整備される一方で、初等教育や保健医療などの社会サービスが質量ともに軽視されてきたといわれている。

この後パラグアイでは、1993年に民主主義に基づいた大統領選挙が施行されるに至り、保健政策への取り組みは有権者である国民にとって、最も大きな関心の1つとなってきた。同年に選出されたワスモッシ大統領は、基本政策の1つに保健サービス施設の拡充を行っており、1994年に640であった厚生省管轄の保健サービス施設が、政権終盤の1997年には750まで増強されていった<sup>(注1)</sup>。一方で、国内経済の停滞に伴う国家予算の逼迫にあわせて、これら保健サービス施設の運営が困難な状態になりつつあり、厚生省の保健医療資源に限らず民間医療施設との連携を図ることで、これら国内の保健分野の資源を有効かつ効果的に活用し、すべての国民の健康を保証できるような体制作りが検討されるに至った。

ワスモッシ政権閣僚のビドビッチ厚生大臣は「国家保健システム」を策定し、同法案は1997年1月公布された。同法案は保健医療行政の地方分権化によって、厚生省に集中していた保健行政の権限および（財務を含めた）責務を地方行政へ委譲していくことが謳われている。実際に1998年からは全国の幾つかの地方自治体が厚生省ならびに管轄の衛生行政区と権限委譲に関する協定に調印し、地方の現状に則った「地域保健行政」が進められることとなった。当時、保健行政の地方分権化について、多数の有識者、政治関係者が超党派で必要性を認識しており、同法案は以後のパラグアイ保健政策の基礎を成すものと思料されてきた。

1998年8月、政権交代によりクーバス大統領が就任、フルートス厚生大臣が任命された。フルートス厚生大臣は前政権から引き続き優先的に取り組むべき政策として「啓蒙予防教育活動による1次医療の強化」を、また新たな優先政策としては「保健事業の地方分権化」を掲げている。これは前述したように、今後の保健事業の運営について、地方自治体との連携なくしては、より細かな住民側からの要請に対応できないことや経済的負担を地方と分割することを念頭に置いた政策であった。また、具体的な活動として「僻地医療の強化」のための巡回検診、「妊産婦・乳幼児死亡率の改善」のための母子無料検診などが実施された。

---

(注1)「パラグアイ保健政策・国会報告資料」パラグアイ厚生省、1997年

しかし、ワスモッシ政権時代に反逆罪で懲役刑が確定していたオビエド元陸軍司令官を取りまく政治問題がもち上がり、同朋であったクーバス大統領の罷免が求められるなか、当時の副大統領の暗殺事件が発生、国民からの支持がなくなったクーバス大統領はブラジルに政治亡命で逃れ、フルートス厚生大臣を含む全閣僚が辞任する結果となった。これら一連の政変は、1999年3月末にゴンサレス上院議長が大統領に就任することで一応終結する結果となり、同政権にマルティン・チオラ厚生大臣が入閣することとなった。

現在では、保健医療と初等教育の充実・改善は、国内政策はもとより、国際社会のなかにおいても常識的な公約となってきたが、表3 - 1「公的保健医療費(対GDP比)」をみた場合、日本の5.6%、米国の6.5%と比較して、パラグアイを含むラテン・アメリカ諸国は、アジア諸国よりは若干高い値を示してはいるが、依然として保健医療政策改善が政府の公約のみで終わっている可能性が高く、今後国民が納得のいくような政策が求められることは必至であろう。

表3 - 1 公的保健医療費(1995年)

国	対GDP比・%
先進国	
日本	5.6
米国	6.5
アジア	
シンガポール	1.5
タイ	2.0
インドネシア	0.7
ラオス	1.3
ラテン・アメリカ	
パラグアイ	1.8
チリ	2.3
メキシコ	2.8
ブラジル	1.9
ペルー	2.2
ボリヴィア	3.8

出典：人間開発報告書、1999年

### 3 - 2 日本による保健医療分野の技術協力

表3 - 2のとおり、これまで日本政府はパラグアイに対して4件（らい病対策はJICA創設以前）のプロジェクト方式技術協力を実施してきた。その他保健医療分野では、無償資金協力による病院・研究所の建設や医療特別単独機材供与なども数多く実施してきている。これら日本の技術協力を進めていくうえで1つの指針となっているものが、1986年に実施された「パラグアイ感染症基礎調査」であろう。同調査はパラグアイの保健医療の現状を調査・分析したうえで、パラグアイに必要とされる保健医療強化計画を提案したものであり、日本からの技術協力がこの提案に沿って進められてきている。

同調査団報告書では、パラグアイの保健衛生の改善にはあらゆる分野での諸問題の解決が必要であるが、それらは基本的にはパラグアイ当局の努力によって改善すべきものが多く、日本はそれらの重要性および特殊技術の必要性などを考慮し、機材供与と技術協力をもって援助することを提言しており、以後の感染症対策において、5項目の基本方針が提示されている。

#### (1) 公衆衛生試験研究機関の整備・強化

新たな施設の設置よりも、既存の施設の活用が望ましい。第1に厚生省中央研究所（LACIMET）を国の衛生行政の技術的中核として位置づけ、広域のヘルス・ニーズに対応できるよう強化する。（中略）このほかの施設としては、アスンシオン大学付属健康科学研究所（IICS）を学生の教育や基礎研究の面で、中心的役割を果たすよう、組織と設備の整備が望まれる。また、地方中核都市の厚生省・診療センターの検査機能を強化し、地方衛生試験・研究所としての地域公衆衛生的調査研究機能を具備させ、中央のLACIMETと連携したレファラル・システムを整備する。

#### (2) 医学教育体制の強化

大学病院および教育関連施設を中心として、母子保健を含む感染症対策のために、随時、教育施設の診断能力や治療機能を改善していく。人的資源の質的向上のためにも、老朽化した大学病院の整備が強く望まれる。

#### (3) PHC（Primary Health Care）レベルにおける保健サービス施設の機材整備および従事者の養成

特に、地域保健活動、衛生教育に従事する保健婦らの教育と養成が望まれる。

表 3 - 2

日本および世界の出来事	パラグアイの出来事
1950年 コロンボ・プラン発効	1952年 対日講和条約批准
1954年 日本、コロンボ・プランに加盟	1954年 ストロエスネル将軍、クーデター政権樹立
1959年 I D B (米州開発銀行) 創設	1957年 日本公使館開設
1961年 O E C D (経済協力開発機構) 創設	1959年 日本から初めての円借款
1962年 O T C A (海外技術協力事業団) 創設	1961年 日本公使館、大使館へ昇格
1966年 U N D P (国連開発計画) 創設	
1967年 U N F P A (国連人口活動基金) 創設	
1974年 J I C A (国際協力事業団) 創設	1970年 厚生省らい病対策プロジェクト開始 (~1981年)
1978年 アル・マアタ宣言 / O D A (政府開発援助) 第1次中期目標	
1981年 O D A 第2次中期目標	1980年 厚生省中央研究所プロジェクト開始 (~1987年)
1986年 O D A 第3次中期目標	1981年 厚生省中央研究所 (無償) 建設
1994年 カイロ人口会議	1984年 アマンバイ地域病院 (無償) 建設
	1986年 感染症基礎調査実施
	1988年 シャーガス病等研究プロジェクト開始 (~1993年)
	1989年 ロドリゲス将軍、クーデター政権樹立
	1993年 ワスモッシ大統領就任
	1994年 地域保健強化プロジェクト開始 (~1999年)
	1998年 クーバス大統領就任 / 母子センター (無償) 建設
	1999年 クーバス大統領辞任・亡命、ゴンサレス大統領就任
	2000年

#### (4) 感染症および寄生虫症等における技術協力

WHO / 汎米保健機構 (PAHO)、UNICEF 等との協力によって、予防接種の推進、マラリアやリーシュマニア症における特別な治療、特定媒介昆虫・保虫宿主対策、重要感染症の疫学調査の実施が求められている。これら対策を実施するにあたっては、適当なモデル地区を設定し、地域保健計画の一環として総合的に感染症対策を実施し、この成果を全国に普及させる方法を検討すべきである。

#### (5) 感染症の診断・予防に必要な試薬、医薬品の安定供給体制の確立

これらはWHOほか国際援助機関の動向を検討したうえで、現地関係者の能力、将来の見通しなど総合的に考慮することが望ましい。

同調査が行われた1986年は「厚生省中央研究所プロジェクト」実施期間中であり、調査団報告書のなかでも、同施設を中核とした全国的な検査ネット・ワークの整備が提言されている。さらに、アスンシオン大学医学付属の研究機関であるIICSについても、重要寄生虫感染症対策と基礎研究強化の目的から「シャーガス病等寄生虫症研究プロジェクト」が1988年から1993年にかけて実施された。これらパラグアイの基礎研究分野の協力が順調に進展していくなかで、地域保健における「PHC」に焦点があてられ、より地域住民に裨益効果の高い協力が求められることとなり、上記調査団の提言に沿った形で、1994年から5年間の協力期間をもって、「地域保健強化プロジェクト」が実施された。また、1997年には無償資金協力事業によって、アスンシオン大学医学部に「母子センター」が建設され、2000年6月に落成式が開催される予定である。

ここで触れた協力事業のいずれも、結果のうえでは上記調査団の提言に沿って実施されてきた。しかし、日本側の技術協力がこの提言に束縛されてきたわけではない。「厚生省中央研究所プロジェクト」および「シャーガス病等寄生虫症研究プロジェクト」によって基礎研究機関の機能が、援助の必要がないレベルまで向上した、すなわち持続性が確立されたわけではなく、事実、厚生省中研究所では2年間のアフターケアののち、専門家派遣によって協力を継続しており、一方IICSにおいても医療単独機材供与によって機材の更新を実施しながら、1998年から2年間のアフターケアが実施されている。また、1993年に新規協力案件の検討が始められた時点で新たな保健医療分野での指針が求められることとなり、このプロジェクト案の検討において、原点となったのは「PHC」の導入と「住民への裨益効果」であった。結果的には基礎調査団の提示していったPHCを基本概念として新規協力案の策定を進めていくこととなったが、PHCレベルでの機材整備や人的資源にとどまらず、妊産婦保健、寄生虫集団検診、僻地巡回検診、保健啓蒙普及活動などを重点項目とした総括的な地域保健プロジェクトが実施された。

同プロジェクトはこれまでの中堅技術者を介しての技術協力とは異なり、日本側とカウンターパートによって構成されたプロジェクト・チームが直接的に住民への診療活動や保健啓蒙活動を行い、受益者となる地域住民の保健指標や衛生観念が格段に改善されたと評価される一方で、これまでも日本側から指摘されてきたことではあったが、人的資源、特に住民との接点に立つ保健医療従事者らの基礎的な保健知識や医療技術面での強化の必要性が浮き彫りにされる結果となった。1997年1月に派遣された「プロジェクト形成調査団」は上記状況を分析し、今後日本側の技術協力の重点項目として、人的資源の強化を呈示することとなり、パラグアイ厚生省はこの提案に基づき、これまでのハード中心の援助から、ソフト面での強化をベースとした新たな形の技術協力を策定し日本側へ協力要請する結果となった（図3-1）。

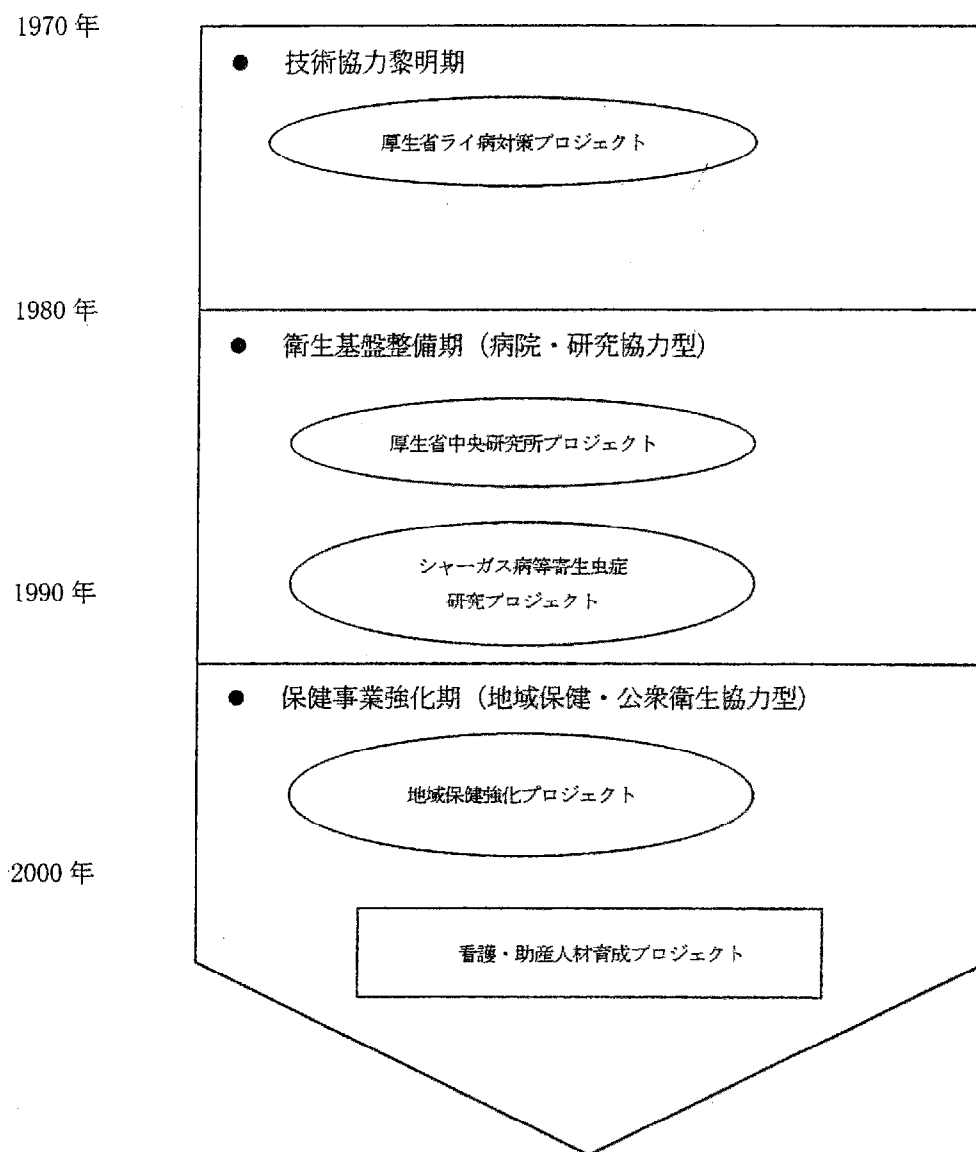


図3-1 パラグアイにおける日本の技術協力（医療分野）の歩み

### 3 - 3 現政権の保健医療政策

1999年3月末の政変により、クーバス政権のあとを受けゴンサレス上院議長が大統領に就任、厚生大臣に以前アスンシオン大学医学部保健科学研究所長であったマルティン・チオラ教授を任命したことは前項でも触れた。チオラ厚生大臣は就任直後、わずか8カ月で退陣することになったフルートス前厚生大臣時代の財務関係を中心とした省内組織の改編に追われ、新たな保健医療政策が策定、発表されたのは1999年末になってからであった。政策内容の概要は、フルートス前大臣が巡回検診や母子検診無料化を中心とした画期的なプログラムを打ち出していったのに対して(資料3-1)、チオラ大臣は、まず厚生省組織の改編や事業運営にかかる財政合理化など、厚生行政の抜本の見直しから取り組む結果となった(資料3-2)。

これはワスモッシ政権時代の末期(1997年)から国内経済が悪化し始めたものが、南米共同市場を支えるブラジル、アルゼンティン両大国の経済危機によってさらに悪化し、クーバス政権時代には保健医療のみならず国内のあらゆる分野において影響が及ぼされることとなった。したがって、ワスモッシ政権時代には国際援助機関もビドビッチ厚生大臣管轄としておのおのが個別に厚生省と協力調整を実施していたものが、フルートス大臣時代には国際援助のより効果的かつ合理的な執行を目標として「プロジェクト調整室」が設けられ、現在のチオラ大臣も同機関を副大臣の専任事項としている。このように財政的な要因から、保健医療政策も大きな転換期を迎え、これまでの量を中心とした保健サービスや中央政府からの無償サービスの提供ではなく、地域住民自身の参加を促しながら、クオリティーの高い保健サービスへと変換しつつある。

チオラ大臣の掲げる保健医療政策は次にあげる5つの基本施策から構成されている。

#### 保健サービス施設の再組織化

保健サービス網がシステムとして機能し、すべての住民が受益するべく、厚生省機関の機能を明確に再編成することを目標としており、これら機関に対する人的・経済的資源の投入、強化が含まれている。

#### 厚生省基幹強化

保健医療行政の計画策定、実施、モニタリングの主体となる厚生省の技術・管理両面からの強化を行うことで、保健セクターの総括機能を強化することを目標としている。

#### 資源運営管理の地方分権化

保健医療行政でこれまで厚生省が担ってきた責務を、社会参加や民主主義の枠内で地方行政に委譲するものであり、このための資機材、人的資源、予算等の移管に関して管理監督を指導することを謳っている。

#### 保健啓蒙活動

保健行政の地方分権化とあわせ、地域での保健衛生概念の浸透に努めることによって予防衛生を促進するものであり、セクター間の協力が謳われている。

#### 保健事業の経営

保健事業のための財源をより有効に活用すべく保健サービスの適応性、効果などを研究するとともに国際援助機関への要請が含まれている。

ここでは新たな保健医療政策が呈示されることなく、現在の保健医療行政を取り巻く環境のなかで、いかに基本的な保健サービス事業（予防接種、寄生虫駆除プログラム、環境衛生、伝染病撲滅活動など）を、より効率的に実施していくかが強調されている。これらを基本的な方針として位置づけさらに短期・中長期目標が掲げられているが、本件人的資源の育成強化にかかる項目としては、以下の目標が該当すると思われる。

保健プロモーター、T B A (Traditional Birth Attendants : 伝統的産婆)、准看護婦、看護婦、助産婦、地方医師などの人材養成プログラムの実施を強化する。

全国レベルでの保健医療従事者の職位見直しを含む人的資源管理計画を設定する。

全国の病院ならびに保健サービス施設に対して人的資源を投入し、基本的な消耗品、薬剤、さらには診療・外科手術用の機材を配備する。

### 3 - 4 考 察

本項においてこれまで述べてきたように、現在のパラグアイ政府ならびに厚生省が優先的に進めようとしている施策は、現行の保健サービス事業をより効果的かつ合理的に進めるための制度改革やシステムの強化であり、新たな新規保健事業よりも限られた投入資源のなかで、いかに良質のサービスを国民に提供していくかにある。また、パラグアイにおける日本側の技術協力の推移からも、今回の「看護・助産人材育成プロジェクト」は、いわゆるこれまでのハード中心であった「箱物」型協力からソフト面での技術移転へ移行するものであり、さらに既存の（人的・物的）資源を強化することで、これまで問題とされてきた持続性や適正技術の移転などにポジティブな結果が得られるものと思料される。



資料3-1 フルーツ厚生大臣による保健政策

	前政権 政策	継続政策	1998年 計画	1999年 継続計画	優先順位
上位目標: パラグアイ国民、特に農村地域住民の保健・栄養・社会福祉の状態を改善する。					
政策:					
1	啓蒙予防教育活動による一次医療の強化	○	○	○	A
2	国家保健システムの開発と調整	○	○	○	B
3	保健事業経費の見直し		○	開始	B
4	地域保健における社会セクターとの連携	○	○	○	B
5	保健事業の地方分権化		○	開始	A

活動計画					
分野別					
1	予防衛生教育活動による僻地医療の強化	○	○	○	A
2	国家予防接種計画の確立		○		A
3	妊産婦・乳幼児死亡率の改善		○	○	A
4	国家周産期保健計画の実施		○	○	B
5	寄生虫症ほか疫学監視プログラムの強化		○	○	B
6	薬剤管理プログラムおよび社会薬局基金の確立	○	○	○	B
7	(ヨード塩等)栄養改善プログラムの実施	○	○	○	B
8	都市近郊および農村地域の社会福祉機関の開発	○	○	○	B
9	環境保全および飲料水供給		○	○	A
10	全国保健施設での栄養改善事業の開発	○	○	○	A
組織					
11	国家保健審議会の再編		○	○	B
12	国家保健研究所の創設および機能強化		○	○	B
13	(生化学分野も含む)保健情報システムの設置		○	○	A
14	技術・事務・保健事業の手続き過程の確立		○	○	B
15	リファースシステム、緊急医療等アクセスの改善		○	○	B
16	社会保険と調和のとれた国家保健システム推進		○	○	B
地方分権化					
17	地方自治体を通じた参加型保健活動の開発		○	○	A
18	地方保健システムによる地域保健サービス改善		○	○	B
人材養成					
19	農村研修医国家計画の実施		○	○	B
20	人材養成研修の開発		○	○	B
21	社会投資プロジェクトの計画・実施機能の改善		○	○	B
司法					
22	保健関連法律の見直しと適用		○	○	B
財政					
23	設備、機材、人材、資材の提供		○	○	B
24	保健分野の公共機関への予算配分の改善		○	○	B
セクター間					
25	保健・栄養に関する共同教育事業の開発		○	○	

(出典:厚生省、1998)

厚生省

保健政策、事業展開および活動計画

パラグアイ

1999年

---

ルイス・アンヘル・ゴンサレス・マッキ博士

共和国大統領

マルティン・アントニオ・チオラ教授

厚生大臣

ロベルト・カルロス・メルガレホ・パラシオス博士

厚生省副大臣

---

保健政策、事業展開および活動計画

1999年～2003年

保健医療の現状

パラグアイは統一国家であり、地方分権化が行われており、国境をアルゼンティン、ボリビアおよびブラジルと有し南米の心臓といわれるように内陸国である。

1998年における人口はおよそ520万人で人口密度は12.5人/km<sup>2</sup>、近年では急激な国内の人口移動が発生している。人口動態の特徴は15歳未満の若年層が41.5%に減少しており、都市部人口が50.3%に達する。妊婦の割合が高く3.5%を示している。母子層は64.3%を占めている。人口増加率は3.2%で人口動態の特徴の1つとなっている。この増加率を維持した場合、パラグアイは20年後には現在の人口の2倍に達する見込みである。しかし、1998年のデータによると、人口増

加率は2.6%に減少している。1992年における1000人当たりの出生率は33.8となっている。1995年から2000年にかけての粗出生率は1000人当たり31.31%と見込まれている。1990年から1995年にかけての合計特殊出生率は4.5人で下降の傾向にある。出産が最も集中する年齢は20から29歳を示している。性行動や出産の低年齢化が進んでいる傾向が示されている。都市部での合計特殊出生率が3.6人であるのに対して、農村部ではこれが6.7人となっている。60歳以上の人口は5.3%を占め、わが国の罹病・死亡要因の問題ならびに社会問題にまで発展してきている。

パラグアイ国民の保健現状は発展途上国特有の疫学的特徴を示しており、これらの国々では予防可能な疾病によって、主に弱者層が被害を受けている一方で、慢性疾患や変質性疾患（心臓疾患、糖尿病、悪性腫瘍）、緊急的疾患（エイズ、ハンターウィルス）、再緊急性疾患（結核）とあわせて事故や暴行による要因をも無視することはできない。医療情報システムは最近3年間に改善が行われてきたが、その信頼性や適切さ、さらにはセクターごとのカバー率ではいまだ十分とはいえない。死亡登録では38%強とされている。医師の証明は義務であり、医療従事者はこれらのケースの半数以上に直接的に関与している。出生登録ではおよそ51%となっている。これら登録数は国内の各地域によって大きく異なっている。死因の上位5要因は、循環器疾患、悪性腫瘍、脳疾患、呼吸器疾患、事故で、これらは死因全体の70%を占めている。事故による死亡はパラグアイのなかでも脅威となっており、1995年の死亡登録100件のうち、7件を占めるまでに至っている。1995年の死亡登録全体の1092件が事故によるものであった。これらに続く死因として周産期障害があげられ、1995年には623件、全体の3.9%の死因になっている。

1998年の全国の乳幼児死亡率は、出生1000人に対して39.6であり、周産期障害、下痢症、急性呼吸器感染症が死因の上位3要因とされている。妊産婦死亡率は出生10万人に対して130.7でありながら、先住民、農村部、貧困層などでは48.9から519.9の間を変動している。現有する登録数は尊重しなければならないものの、最近5ヵ年ではいずれの死亡率も下降の傾向にある。1995年における急性呼吸器感染症は1歳から4歳までの乳幼児の死亡原因の1位であり、5歳未満の乳幼児死亡登録の14.5%を占めている。1991年から1996年にかけては年間およそ20万件の発生が報告されている。下痢症は罹病・死亡要因の上位に位置している。1992年から1996年にかけて、年間4万件が報告されており、5歳未満児が80%、5歳以上の子供が20%を占めている。

罹病構成は複雑であると同時に緊急性疾患や再緊急性疾患、さらには疾患によっては他のアメリカ諸国や諸外国に対して撲滅を公約したもの、その他伝染性疾患、非伝染性疾患などを含んでいる。緊急性疾患としては、エイズやハンターウィルスがあげられており、これらの発生件数の増加が公衆衛生上問題視される一方で、再緊急性疾患として、近年先住民や農村部の移民のなかでの結核の増加が問題となっている。事故および暴行は罹病、入院さらには死亡の重要な要因になってきている。交通事故は最も件数が多く、続いて労務上災害、家庭内事故と続く。1995年では事故や暴行の58%が15歳から24歳の層で発生、24%が25歳から44歳で発生しており、さらに

80.1%が男性によって起こされたものである。先住民は国民のおよそ1%に相当し、貧困かつ社会サービスを受けられない層でもある。先住民は17の種族、5大言語に分けられ、これまでの4分の1世紀の間、人口分布の変動や生活環境の使用権や所有権の問題、さらには森林伐採その他の要因によって生活状況への損害を被ってきた。女性にかかわる状況はパラグアイ社会において公平さの欠如を示し、異なったセクターを構成している。たとえば非識字者10名のうち6名は女性であり、3分の1の家庭では女性が家長となっている。社会の重要な問題として女性に対する暴力を取り上げなければならない。

病院診療の現状では、病院ベッドが十分に活用されていないこと、幾つかの病院では入院期間が比較的長いこと、脆弱な患者のレファラルおよびカウンター・レファラル、さらに救急体制が未整備であることを示している。結果として、資源の配備が不均衡であり、これらがセントラル県に集中していることが示されている。国民の保健、飲料水、衛生に関するアクセスも同様に限られており、アメリカ諸国のなかでも劣悪であり、公共機関の調整の不備によって国内の都市部と農村部では大きな差異が存在する。支出と投融資における主な問題点として、不十分な公共資源、資源活用の非効率さ（依然として入院料金の支払に基づく予算管理が行われており、費用対効果の分析がなされていない）、さらには保健融資における調整機能の不備があげられる。

過去において記述された保健医療状況の主だった要因のなかから以下の点について検討する。

不十分な環境衛生（低い飲料水普及率と排泄物・ごみの衛生的回収システム）

物理的、人的、文化的さらには経済的な障害による国民の保健サービスへのアクセスの限定  
農村部における低い保健サービス技術

緊急の問題に対しての不適切な診療モデルおよび保健サービス提供

レファラルおよびカウンター・レファラルの流れを妨げる保健サービス・ネットワークの基  
点の欠如

限られた予算措置、保健プログラムやサービスにおける不適切な予算配分、および効率的な  
管理運営に関する技能不足

保健上の危険度の要因となる衛生的かつ健康的な習慣に関する教育の欠如

保健医療施設に対する技術的資源および人的資源の不適切な配備

公衆衛生分野での人材育成や保健サービス提供への不十分な投入

母子の高い死亡率、循環器系の疾患、糖尿病、悪性腫瘍などの慢性疾患や変質性疾患の増加、さらには交通事故や暴行による死亡数の増加、そして近年の伝染性疾患の増加に対して、厚生省では照準をあわせ、効果的な戦略をもちつつ対策を検討している。前述したような現状から、以下に示す活動を取りまとめる「国家保健政策」を実施するための業務分掌を策定する。

## 国家保健政策

現政権は厚生省を通じ保健分野へ配慮した政策および事業を採択した。これは調和のとれた開発を維持するための人材開発を基調としたものである。新しい保健政策は、保健の啓蒙、予防、治療およびリハビリなど公衆衛生での優先活動の具体化を確約し、憲法の規定に従って民主国家かつ地方分権国家の構築を促進することについて示したものである。保健モデルの案は、社会的プロセスの枠組みのなかで捉えられており、保健に関する権利は社会的協調と住民参加の意味で記載されている。保健政策は、公共機関や民間の保健事業の優先づけ・調整のための計画策定や運営管理を通して、「国家保健システム」を指導するものであり、同様に上質の保健サービスへの万人の平等なアクセスを保証するものである。

国家保健政策は、保健・飲料水・衛生サービスを拡充し、伝染性・非伝染性の主だった疾病をコントロールするために、保健サービス施設の再組織化による保健改革の推進、厚生省基幹強化、「国家保健システム」の開発、経済的資源および国民への新しい保険モデルの導入と実施、資源の地方分権化、さらには保健啓蒙活動の促進などを目標に掲げている。

保健分野の大きな試みは、適切かつ上質の保健サービスへアクセスできないでいる150万人の人口への保健サービスを拡充することである。したがって、われわれは保健サービス施設に達するまでのPHC戦略の導入や住民への総括的保健プログラムを、優先的に農村部や都市部辺境地の人々を対象として、また住民参加および公共機関や社会保険などによって調整されたさまざまな診療レベルにおける保健サービス組織が恩恵を受けつつ促進することになる。さらに乳幼児、青少年、母親、一般成人への総括的保健プログラムの決定や移行を促進することになる。

また、われわれは麻疹、乳幼児破傷風、シャーガス病、狂犬病、デング熱、マラリア、子宮ガン、乳ガンなどの主だった疾病、さらには循環器系疾病のコントロールや撲滅に対して、疫学管理システムの開発による特別なケアを実施する。これらは地域レベルにおいて、疫病の根源を発見しそれらの感染を予防可能なものとするための組織化された住民参加の指導とともに実施される。本事業の実施に至っては、SENEPA（国立マラリア撲滅対策庁）ならびにSENASA（国立環境衛生庁）らの協力による疫学、公衆衛生、衛生管理専門家らによるチームを構成し、疫学的危険地区において活動を行うことになる。中期計画では、農村レベルにおいて保健サービス網によってこれら活動が遂行されることになる。保健問題の解決のための保健サービス拡充、および疾病コントロールに関する活動の持続性を維持するため、われわれは保健改革を推進するが、これは政府公約だけに基づくものではなく、国家政策として、すべての国民への保健サービスを保証するために努めるものである。

パラグアイにおける保健改革は、下記に示す5つの戦略の実施によって、「国家保健システム」の開発と強化に集約される。

保健サービス施設の再組織化は平等性をもち、上質かつ無償の総括的保健サービスを保証する

ためのものである。言い換えれば、これまでの開発において見過ごされ、かつ十分な恩恵を受けられなかった人々に対してのものであり、効率的で透明性のある資源の管理である。この成功のためにはおのこの保健サービスレベルでの定義のなかで活動することになる。これは、保健サービス網がシステムとして機能し、かつ保健サービス施設がそれぞれの対応するレベルにおいて住民へのケアを行うために、家庭習慣のなかにおける保健プロモーターや保健ボランティア、または巡回検診、保健相談所、ヘルスポスト、クリニック、地域病院、専門病院などによる開発事業を明確にしながら進められるもので、またこの方法によってわが国のレファラルシステムや緊急時の病院システムが機能することになる。本事業遂行においては、病院や保健サービス施設に対して、人的資源や技術資源、さらにはこれらが機能するための基本的かつ必要とされる消耗品や薬剤を投入することになる。また、同時に情報システム、ローカルプログラミング、恒常的衛生教育、予算管理と資機材購入、およびこれらのコントロールと監督が必要となる。

厚生省基幹強化とは、厚生省がパラグアイにおける保健政策の指導、衛生分野の権限、保健衛生の調整ならびに監視などの機能を遂行するために、人材の総括的管理、生産性向上のための予算管理プロセスでの機構開発、計画策定および疫学監視やコントロールのシステム、さらには技術・管理面での人的資源の育成および研修システムの開発など、さまざまな分野での改革を指導・優先する「機構開発計画」を形成・実施することで、国家の改革と現代化のプロセスに基づきながら、厚生省の信頼性ならびに保健セクターの統括機能を強化することである。

資源運営管理の地方分権化は、政府の援助により組織化されたコミュニティが、地域・家族・個人の保健に対する責務を担うという最終目標において、社会参加や民主主義の強化の枠内で、市町村や県に対して行われるものである。これは平等で効率的かつ上質で参加的に保健サービスの拡充を増強するといった公約を遵守しつつ、地方保健審議会ならびに県保健審議会の結成による保健サービス施設の管理移行や、地方自治体との協定に基づく資機材、人的資源、予算の移管においてコミュニティの管理監督を指導することによる。

保健啓蒙活動は、「国家保健政策」を構成する1つの軸であり、持続的開発の地域の責任ある参加をもって、予防・啓蒙活動を優先的に実施する診療モデルの適応化のためである。と同時に保健啓蒙活動のために厚生省は、組織化されたコミュニティとともに、市町村や政府委員会などにおいて、「健全な街」の意識を促進するものである。保健啓蒙活動は国民の保健に影響を与える、特に飲料水、基礎衛生、衛生管理による食品などの要因をコントロールすることを目標としたセクター間事業の1つの戦略でもあり、われわれの事業は市町村、民間セクター、教育および農業セクターとともに実施される。

## 保健事業の経営

厚生省は、国民総生産における適切レベルでの予算が得られるべく、保健セクターへのさまざま

まな融資機関や、保健セクターへの資源を移行するためのさまざまなメカニズムを統一できるような戦略プランを策定し、さらには保健サービスの支出を合理化するための保健サービスの生産性をベースにしたシステムを実行し、公共、民間、社会保険からの融資による国民への保健サービスの保証に関する育成度や適応性の研究を促進することになる。1999年から2003年にかけての期間、決定された保健目標の保健サービスの拡充、品質、効果、平等性の機能において、すべての人々が人的資源や技術資源の開発に協力すべく、外国からの借款を効果的に活用し、保健政策を支持することに努め、保健分野の国際援助機関への支援を要請することとする。

## 短期目標

厚生事業の効率化を高めるための厚生省機構を再組織化する。

調整機関としての機能強化や厚生省ならびにセクターの管理監督のための衛生法案改革を促進する。

厚生省の事務管理プロセスや資源管理を現代化、専門化する。

「国家緊急医療システム」の一環として、外傷科、外科、小児科、産婦人科の緊急医療のための国家保健サービスを構築する。

保健プロモーター、T B A、准看護婦、看護婦、助産婦、地方医師らの人材養成プログラムの実施を強化する。

全国レベルでの保健医療従事者の職位見直しを含む人的資源管理計画を設定する。

全国の病院ならびに保健サービス施設に対して、人的資源を投入し、基本的な消耗品、薬剤、さらには診療・外科手術用の機材を配備する。

厚生省基幹機能の強化と国民の保健を保護することを目的に、薬剤および食品の品質管理の監視活動を支援する。

2000年において、麻疹、小児破傷風、狂犬病を撲滅する。

国内の疫学危険地区においてマラリアおよびデング熱の病原をコントロールする。

国内におけるコレラの病原を撲滅するための予防およびコントロール活動を実施する。

コノスール・イニシアティブにおけるシャーガス病コントロール・プログラムの開発および強化を行う。

乳幼児死亡率の低減を目標に、政府・コミュニティーレベルでの乳幼児流行疾病の総括的診療プログラムを開発する。

農村部落、先住民、一般成人を対象とした総括的診療プログラムを強化する。

女性の生活レベルを改善し、妊産婦死亡率を減少させることを目的として、国家リプロダクティブ・ヘルス計画を実施する。

女性庁とともに、女性に対する暴力を減少させる事業を策定する。

交通事故ならびに暴行による公衆衛生の重要課題の研究開発やこれらが保健に与えるインパクト、保健サービスを促進する。

農村部危険地区の住民を対象に、適切な基礎衛生の構築を開始する。

公衆衛生における保健啓蒙プログラム、予防接種、その他重点活動を継続する。

#### 中長期目標

政府総括的開発プランの策定・実施を通じて、厚生省基幹機能を強化する。

国内での広域な協調と対話の基礎について、「国家保健システム」を開発する。

平等・品質・効果を基準とした保健サービスを再度組織化する。

国内の環境のなかでの患者および緊急レファラルシステムを構築する。

国家の改革と現代化に関する政策に基づき、保健セクターの公共およびコミュニティの資源の地方分権化プロセスを推進する。

支出を算定し、公共・民間・コミュニティの財源を総括、移管する。同様に、医療保険を最も必要とする人々に対して、医療保険の方法を総括、移管する。

「健全な町」の意識を強化・拡大し、住民参加および衛生教育における持続性のある保健啓蒙プロセスを促進する。