

HEALTH INDICATORS CHILE 1999

BIRTH RATE	18,7 per 1000 inhabitants
GENERAL MORTALITY RATE	5,4 per 1000 inhabitants
INFANT MORTALITY RATE	10,0 per 1000 live births
MATERNAL MORTALITY RATE	0,2 per 1000 live births
PRINCIPAL CAUSES OF MORTALITY	Circulatory System Diseases, Cancer
INFANTILE MALNUTRITION	0,6% desnutrition, 6,7% obesity
ALCOHOL ABUSE (over 15 years)	20%
SMOKING (over 12 years)	40%
MENTEL HEALTH DISORDERS (over 15 years)	24%
PHYSICAL INACTIVITY (over 25 years)	80%

DEMOGRAPHICAL - EPIDEMIOLOGICAL TRANSITION

CHILEAN HEALTH SYSTEM

Ministry of Health
13 Regional Ministerial Secretaries of Health

Public Sector (Health Services)	Private Sector (ISAPRES - Institutes of Health Provision)
73% of the population	27% of the population
196 hospitals (31.579 beds) 526 Primary Health Care Centres 1.840 Rural Stations	Hospitals and Clinics (11.549 beds)
US\$164 expenditure per capita	US\$285 expenditure per capita

AVISA (*): 15 PRIMERAS CAUSAS EN AMBOS SEXOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL Y RAZÓN POR 1.000 HAB. CHILE 1993.

AVISA: THE FIRST 15 CAUSES IN BOTH SEXES. PORCENTUAL DISTRIBUTION AND REASON PER 1.000 INHAB. CHILE 1993.

Enfermedad	illness	AVISA	%	Razón/ 1.000 hab.
Anomalías Congénitas	Congenital anomalies	103654	5.86	7.53
Infecciones respiratorias agudas bajas	Low acute respiratory infections	73234	4.14	5.32
Enf. Isquémica del Corazón	heart ischemic illnesses	67534	3.82	4.90
Enf. Hipertensiva	Hypertensional illnesses	60172	3.40	4.37
Enf. Cerebrovascular	Cerebrovascular illnesses	57700	3.26	4.19
Asma	Asthma	55118	3.11	4.00
Accidente del Tráfico	trafic accidents	53692	3.03	3.90
Dependencia del Alcohol	Alcohol dependency	53498	3.02	3.88
Trastornos de vía biliar	Gallbladder disorders	53361	3.02	3.87
Trastornos depresivos- MAD	Depression disorders-MAD	53279	3.01	3.87
Artrosis y afines	Arthrosis and sinular illnesses	48452	2.74	3.52
Alzheimer y tipo alzheimer	Alzheimer and Alzheimer type	42889	2.42	3.11
Afecciones perinatales	Peinatal illnesses	41710	2.36	3.03
Psicosis	Psychosis	32474	1.84	2.36
Cirrosis	Cirrhosis	32172	1.82	2.34
Total	Total	828939	46.85	65.19

(*) Este indicador fue formulado por el Banco Mundial y la OMS y se publicó en el "Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993".

(*) This indicator was formulated by the World Bank and the OMS, and it was published in the Report on World Development, 1993.

NUMERO DE EGRESOS POR CAUSA. CHILE 1996
NUMBER OF PERSON DISCHARGED FROM THE HOSPITAL PER CAUSES IN 1996

CAUSAS CAUSES	Nº EGRESOS Nº of people discharged	%
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO PREGNANCY, CHILDBIRTH, PUERPERIUM	355.968	24.59
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO DIGESTIVE SYSTEM ILLNESSES	167.148	11.55
ENFERMEDADES DEL APARTO RESPIRATORIO RESPIRATORY SYSTEM ILLNESSES	154.542	10.68
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS TRAUMATISMO AND POISONING	146.967	10.15
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO-URINARIO GENITAL-URINARY SYSTEMS ILLNESSES	101.104	6.99
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO CIRCULATORY SYSTEM ILLNESSES	80.535	5.56
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL ILLNESSES ORIGINATED IN THE PERIOD OR PERINATAL	43.903	3.03
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARACITARIAS INFECTIOUS OR INTESTINAL ILLNESSES	46.196	3.19
LAS DEMAS ENFERMEDADES OTHER ILLNESSES	351.011	24.25
TOTAL TOTAL	1.447.374	100.00

Fuente: Minsal. Source: Minsal

「チリの保健医療関係資料 - 3」

チリ: 1998-1999 年 指標

人口	15,017,760 人 (都市部 85% - 地方 15%)
行政区	13 州、51 県、341 市町村
国内総生産成長率	3.4%
ひとりあたりの所得	5,105 US ドル
識字率	95% (8 歳就学児)
基本衛生設備	飲料水 99%、都市部下水設備 94%
人口発展指標	173 カ国中 34 位
平均寿命	75.2 歳 (男性 72.2 歳、女性 78.2 歳)
出生率	人口 1,000 人につき 18.7 人
全体死亡率	人口 1,000 人につき 5.4 人
乳幼児死亡率	1,000 人の新生児につき 10.0 人
母体死亡率	1,000 人の新生児につき 0.2 人
死亡主原因	循環機能障害 ガン
保健制度	人口の 73% は公共制度 (ひとりあたり 164 US ドル支出) 人口の 27% は民間制度 (ひとりあたり 285 US ドル支出)
乳幼児栄養障害	0.6% 栄養不良 6.7% 肥満
15 歳未満のアルコール不適量消費	20%
12 歳未満の喫煙率	40%
15 歳未満の精神的障害	24%
25 歳未満の身体的機能障害	80%
貧困	21.7%

**ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA
PUBLICO DE ATENCIÓN DE SALUD, 1998.
ESTABLISHMENTS OF THE PUBLIC HEALTH SUBSYSTEM NET, 1998.**

Tipo de Hospital	Type Hospital	Cantidad
HOSPITAL TIPO 1 (3)	HOSPITAL TYPE 1	20
HOSPITAL TIPO 2	HOSPITAL TYPE 2	32
HOSPITAL TIPO 3 (4)	HOSPITAL TYPE 3	23
HOSPITAL TIPO 4 (5)	HOSPITAL TYPE 4	107
CENTRO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (CDT)		3
CENTRO REFERENCIA DE SALUD (CRS)		2
CENTROS GERIATICOS	GERIATRIC CENTERS	2
HOSPITALES DELEGADOS	DELEGATED HOSPITALS	14
CONSULTORIOS ADOSADOS	ADDITIONAL CLINICS	120
CONSULTORIOS GENERALES URBANOS Y RURALES	GENERAL URBAN Y RURAL CLINICS	406
POSTAS Y ESTACIONES MÉDICOS-RURALES	EMERGENCY CLINICS AND MEDICAL-RURAL STATIONS	1.840

(3) Los Hospitales tipo 1 y 2 corresponden a establecimientos de Alta complejidad. The type 1 and 2 Hospital correspond to High Complexity Hospital.

(4) Corresponde a un establecimiento de Mediana Complejidad. This type corresponds to Medium Complexity Hospital.

Healthcare is financed by general tax revenues as well as a 7% remuneration tax that goes to either the public or the private subsector, according to the indi-

En cuanto al financiamiento del sector salud, además del aporte fiscal, en Chile existe un aporte obligatorio o cotización de un 7% de las remuneraciones, el

**NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS SEGÚN SUBSISTEMA DE SALUD,
CHILE 1985-1997.
NUMBER OF HOSPITAL BEDS ACCORDING TO THE CHILEAN HEALTH
SUBSYSTEM, 1985-1997.**

Año Year	SUBSISTEMA PUBLICO PUBLICS SUBSYSTEM	SUBSISTEMA PRIVADO PRIVATE SUBSYSTEM
1985	33,435	8,789
1986	33,103	9,185
1987	32,594	8,233
1988	32,580	10,199
1989	32,818	10,366
1990	32,515	10,499
1991	32,295	10,600
1992	32,176	10,985
1993	31,989	10,918
1994	31,804	11,208
1995	31,579	11,549
1996	31,353	11,419
1997	30,956	11,065

Fuente: Minsal. Ministerio de Salud.

Source: Minsal, Ministry of Health



¿Qué es CARMEN?
¿Cómo participar?

MINISTERIO DE SALUD
La Vida es lo Primero

カルメン

はじめに

広範囲な調査結果は、生活習慣病（非感染性疾患）とその危険因子は不健康な習慣が身体的および社会的な環境にその根拠があり、同時にストレスに弱い体質を生むということを明らかにしています。生活習慣病で大切なことは、この病気を予防可能な病気であるということです。そのため、WHO（世界保健機構）およびPAHO（汎米保健機構）もこの考えのもとに数多くの指導やプログラム等を実施しています。まだまだ学ぶことが多いとはいえず、それでも、この運動が効果をあげてきていると言えるでしょう。いま、一番の疑問事項は「何をすべきか？」ではなく「どのようにするべきなのだろうか？」ということです。目下の最優先課題は現実の生活にどうやうやう知識を取り入れていくかなのです。

これから記載するカルメン（CARMEN）・プログラムの目標もこの運動に参加する国民が少なければ達成することはできません。我々は国民の参加と約束を期待しています。このパンフレットは国民の参加を促すためのものです。

すべての政府組織や非政府組織、公的、私的な機関の「カルメン」への参加を歓迎します。

健康省、個人の生活課、Mac Iver 541 事務所、サンチアゴ 410
電話番号: 2-6300483 / ファックス: 2 6382238; 2 6300507
E-メール: mesobar@pasteur.minsal.cl

カルメンのはじまり

このカルメン・プログラムはPAHOの提案でCINDI(全国参加非感染症干渉/Countrywide Integrated Non Communicable Diseases Intervention)プログラムの同系列として生まれました。CARMEN/CINDIはフィンランド北部のカレリア州でその有効性が証明されたプロジェクトを実践することです。

ヨーロッパにおけるCINDIプログラムの始まりは、12年以上がその開発から経過していますが、社会的、環境的な要因を改善するための方策あるいは枠組みを参加各国に提言します。そして同時に生活習慣病関連の病気の危険因子を予防し、あるいは管理するのです。

1997年7月にカルメン・プログラムの汎米ネットワークをカナダが創設し、チリはそのネットワークに加盟した最初のラテンアメリカの国です。その1年後には、プエルトリコが参加しました。カルメン・プログラム・ネットワークは加盟国がおのの国に成果を分かち合うようにするものなのです。

カルメン・プログラム参加国では、さまざまなサービスが提供されています。そのうちでもバルパライソ・サンアントニオは、実施対象地区となっています。また第V州だけでなく、カルメンは第III、第X、第XI州でも実施されています。

- 世界保健機構（WHO）および汎米保健機構（PAHO）は生活習慣病（非感染性疾患）の減少に効果的な取り組みを行うために証拠を累積させてきました。
- 実生活に効果的な促進事業を実施することが急務です。

カルメンが必要とするものは：

- 全国の共同体の幅広い参加と決意です。

すべての組織、企業、施設はカルメンとともに働くことが私たちの持つ最も重要なもの、つまり人々の健康に貢献することだと理解しなければなりません。

カルメンは：

- PAHO がイニシアティブをとっています。
- 世界の健康向上におけるWHOの効果的なプログラムの拡大です。
- チリが最初のラテンアメリカの国として参加した健康ネットワークです。
- 人々の生活の現在と将来を思いやります。

「カルメン・プログラム」

カルメンは：

C onjunto de
A cciones para la
R educación
M ultifactorial de
E nfermedades
N o transmisibles

生活習慣病減少のための総合ア
クションです。

- 国民の健康を向上させるこ
とは政府や健康事業の社会的
な心配事のひとつです。

* 生活習慣病はチリでは成
人の主要な問題です。

* 生活習慣病と関連する重
荷を減少させることは、カ
ルメンの優先目標です。

カルメンは生活習慣病に関連する危険因子を少なくするのが主な
目的です。最終的な目標は健康を促進して、共同体レベルの予防
策を通じ、健康に関するあらゆるサービースに広げていくことです。

全般的な目的

「政策、計画やプログラムに貢献し、生活習慣病関連の危険因
子をできる限り取り除く協力グループの推進に参与し、これらに
よる罹患率と死亡率の低下を目指す。」

国民の健康を向上させることは、社会の大きな関心事であり、ま
た、政府、保健事業だけでなく、共同体全体にも関係することな
りです。

チリでは健康問題のトップは生活習慣病で、健康的な人生を送る
と見込まれる年月の78%が早死、あるいは体の機能の結果によ
って失われています。生活習慣病のなかでも最も多いのは、心臓
血管症、ガン、真性糖尿病、慢性気管支炎、事故や暴力によるも
ののです。

では、どんな危険因子のあるときにカルメンが介入するのですし
うか？

カルメンは、生活習慣病の関連のあらゆる危険因子およびそれら
と関連した事故や暴力のあつた場合に介入します。それらには以
下のものが含まれています：

- 生物学的条件。例えば、高血圧、コレステロール値、肥満や糖尿
病。
- 非健康的な習慣。タバコ、アルコールの過剰摂取、あるいは
健康を予防したり管理したりする行動の欠如：動かない生活、安
金ベルトを着用しない、子宮ガン検診を受けない、など。
- 社会や職場でのストレスのような心理社会的要因

カルメン・プログラムの参加者は、状況診断や各団体の定義に基づ
いて、どの危険因子の時に介入するかを決定されるのです。

生活習慣病

カルメンは普通の危険因子を持つ生活習慣病を優先します。その
なかでも以下のもので際立っています。

- | | |
|----------|--------|
| 病質 | 危険因子 |
| -心臓血管症 | -タバコ |
| -ガン | -高血圧 |
| -慢性気管支炎 | -異常脂血症 |
| -真性糖尿病 | -肥満 |
| -肝硬変 | -アルコール |
| -事故および暴力 | -身体的障害 |

国民一人一人、健康事業、共同体
や施設は、カルメン・プロジェクトに基づ
いて取り進む危険因子を決定し、
優先させなければなりません。

病人を検知し、治療し、その予防を見守るという大要な努力は、
共同体、施設、会社、保健事業、国家に莫大な出費をもたらします。

生活習慣病に対する取り組みは、共同体としての健康制度ではな
く、基本的には病気のもの、その結果生まれる障害などを取っ
てきました。つまり、健康ということ自体よりも、病気のもの
に向けられたものなのです。医療制度は日ごとになくなっていき
ますし、慢性病のリハビリも日ごとになくなっていきますが、だか
らといって慢性病にかかる人が少なくなっているというわけでは
ないのです。

健康促進に投資するということは、より長く、より健康な生活が
おくれるだけでなく、仕事、学校での能力を上げ、より健康的な
環境を楽しむことができるということです。

* もとにある問題を乗り越える
ためのひとつの障害は、これ
までの努力が健康ということ
ではなく、病気のものに向
けられてきたことです。

* ですから、診療制度が、治療そ
のものではなく、病気にしかか
る人たちにとつて、効果的な
ものでなくてはならないの
です。

- 生活習慣病を決定づけるような危険因子への介入

- 健康促進活動

- 生活習慣病を減少させるのに効果的なストラテジー

カルメンは、生活習慣病の社会的、個人的な生活習慣病の危険因子について総合的な形で介入することを目指しています。

カルメンは、健康を促進し、健康的な行動を取り入れたり、あるいは維持したりする状況や条件を作る推進行動の発展を奨励します。そして、国民の持つ生活習慣病の危険因子を低下させます。

危険因子への介入は生活習慣病に付随して起こる病気や事故とも関連してきます。

カルメンが意味し、行っているのは、生活習慣病に該当する因子を低下させるさまざまな行動を総合していくことなのです。

ですから、カルメンは生活習慣病の発病率を低下させるための効果的なストラテジーの総合体なのです。つまり、それには、政策、規制や技術規則の方針作り、人的資源の開発、社会的なコミュニケーション（広報）、組織と評価、国際協力が含まれるのです。他の国の経験は、カルメンのストラテジーが適切に遂行されれば、健康を増進するインパクトがあることを示しています。

(フィンランド、カナダ)

カルメンは次のことを実施します：

- プログラムの発展に参与し支援することのできずべての人々との協調の確立します。

- 環境、社会と人々との総合的な活動を通して、人々への健康向上の機会を与えます。

- 健康でない習慣はこうした種類の病気を増大する危険因子と結びついて

カルメンに基づいている方針は以下のものです：

- 共通因子への総合的、同時的なアクション
- セクター間の協調
- 実施対象地区の統合
- 国際協力

カルメンはどのように活動するのでしょうか？

選ばれた危険因子を低下させるための活動は、4つの基本方針に基づいています。

- カルメンは総合的な活動であるということです。総合的な活動というのは、個人のレベル同様、共同体レベルでも、生活習慣病の共通の危険因子を同時に低下させるための介入を指すとこのことです。それは高い因子保有者への健康事業予防と一般的な国民的健康促進事業への介入の組み合わせによって行われるのです。
- 包括的なコンセンサストに緊密に結びついているのは、セクター間の活動を通じて予防を行うという目的を達成するための協調を促進する必要性です。ですから、カルメンは、セクター内外のさまざまな施設や社会組織と関与し、その取り組みへの努力をコーディネートする必要性を認識しているのです。
- カルメンは、目標を達成するために必要とされるプロセスでは、モデル地域で培った経験を全国プロジェクトとして立案していません。カルメン・プログラムの中にはプロセスおよびインパクトの評価を強調した、介入の成果が組み込まれています。

危険因子を同時に減少させるための包括的なアクション

社会的な機関や組織と協調して関与するセクター間のアクション

インパクトおよびプロセスの評価の実際のアクション

生活習慣病に与えられる社会的な地位を上げるための経験の交換と国際的なアクション

4. カルメンは国際協力を評価しています。それは各国相互の経験を交換し、また、生活習慣病に与えられた重要性を増すメカニズムだからです。

国際協力を容易にするため「CINDIとカルメンのネットワーク間における協力同意書」に署名がなされました。この同意書を通じて、各加盟国は、「CINDI/CARMEN 議定書」の定める枠組みの中で活動を行い、経験やプログラムの内容の記載された経験を分かち合うのです。

特定の分野に豊富な経験を待つ国は次のとおりです。

- カナダ：政策の立案、食生活とコンスタラロール、糖尿病
- フィンランド：タバコ
- スペイン：高血圧、予防策
- リトアニア：青少年と小児

健康というテーマに関連する「仲間たち」の間での同意

実際の予防医学の全国的規制

危険因子の効率的な経費管理

健康事業の予防への方向転換

次に介入のためにカルメンが使用するオペレーション・ストラテジーの主なものをおおきくおきます。

カルメンは、以下のようなストラテジーにおいてアクションを決定する：

1. 取り組み、努力が必要なテーマに関し「カルメンで働く人たちの」の同意を得るための政策と法制度の開発。
2. 危険因子のより良い対処と、より効率的なコストパフォーマンス、および特に早期治療においての、病気の早期発見を導く予防実績についてのガイドラインの開発と実施。
3. 適性を向上させ、生活習慣病の予防への参加を拡大するための専門家のトレーニング。この方式は健康事業を予防へと再び方向づけることでもあります。

健康を教育するということ:

国民のライフスタイルや生活態度を変えることです。

健全で健康的な環境を産み出すことです。

予防医学の施策を変えることです。

生活習慣病を予防するために危険因子に注目することです。

健康的な環境とライフスタイルを推進するために国民が注目することです。

カルメンは次のことを強化します:

同盟および協調の発展

集団での作業と複数の方針を持つ、健康のための教育プログラム

6. 同盟の展開

協調関係はセクター間の活動の主要なストラテジーを構成しています。それらはカルメンという中心的な性格を持つ「同盟」というニンセプトに基づいたプロジェクトの公式な指導構造なのです。

7. 人的資源の開発

健康チームは病気の予防と生活を改善することを推進することにより大きく貢献しています。健康チームのトレーニングは、患者に接する専門家たちの異なる業種が与える影響に重点を置かなければなりません。(例えば情報提供者や症例)。

専門家たちはコミュニケーションやアドバイスの技術や方法、集団での活動、ライフスタイルのポジティブな変化の効果を高めるための動機づけや、チームでの作業といったトレーニングを必要としています。

訓練された専門家たちは、共同体の中でよりよく働くことができ、集団や複数の規律ある作業を強調します。

プロセスと結果の継続的な評価

質的、量的な方法での作業

カルメンと CINDI ネットワークの国際的経験に基づいた契約と比較

8. インパクトとプロセスの継続と評価

カルメンは、そのプロセスと結果を量的、質的な方法で評価しています。その方法で、カルメンがどのように目標を達成したかを知らることができ、そして同盟内外の干渉の傾向や程度を比較検討することができるのです。

4. 促進のための手段としての健康教育と広報活動:

- a) 健康的なライフスタイルを受け入れること
 - b) 健康的な環境を作りあげること
 - c) 健康促進に向けて、健康事業を再度方向付ける政策を修正すること
5. 政策、制度、社会のプログラムへの支援を得るためのカルメンの社会的交渉。

目標は共同体によって求められ、推進される健康なのです。

カルメンは、次のところと関連しています：

人々の集団と環境

健康的な教育機関と職場の確立

カルメンは誰と行動を共にするのでしょうか？

カルメンの介入は、さまざまな目標グループにおいて、焦点を当てて必要のあるアクションのさまざまな場所、あるいは枠組みで実施されます。

アクションの枠組み

1. 共同体
 - 共同体、政府、非政府組織
 - 企業や職場
 - 教育施設
 - 乳幼児ルーム
 - 保育所
 - 小学校
 - 中等学校、高等学校
 - 大学
2. 保健施設
 - 病院
 - 診療所
 - 患者の診療

カルメンの介入は、さまざまな目標グループにおいて、焦点を当てる必要のあるアクションのさまざまな場所、あるいは枠組みで実施されます。

- 共同体
- 組織
- 教育、保健施設
- 企業

- 目標グループ：
 - 第1 国民全体：
 - 共同体組合、自助グループ、企業組合、社会集団
 - 第2 高危険因子保持者：
 - 共同体、職場、学校、地域健康事業において
 - 第3 決定権を持つ参加者たち：
 - a) 公式、非公式の共同体指導者たち、政府、非政府系指導者たち
 - b) 健康の専門家たち

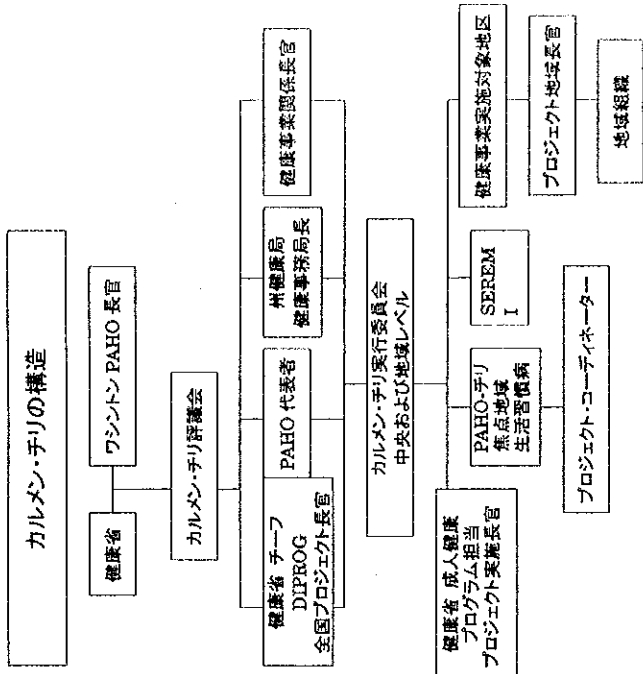
- タバコの消費
- アルコールの消費
- 高血圧
- 肥満
- 栄養と食生活
- 肉体的障害(麻痺)
- 個人や家族の病歴
- 社会経済的地位
- (グラブナー-メソッド)
- 脂質面(総コレステロール、HDL、LDL、トリグリセリド)
- 血糖とグルコースのオーバークラス

実施対象地区となったバルパライソでの住民アンケートでは、次のような結果が得られました。さまざまな要因が測定されました。

バルパライソ 実施対象地区活動

カルメンの最初の活動として、バルパライソでは、国民の25歳から64歳までの生活習慣病の危険因子の状況をみるために、アンケートが実施されました。ランダムなサンプルには3,120人が含まれています。カルメンのアンケートによって(5年先までの)将来的な進み具合を比較するための基本ラインを確立させることができました。アンケートは、関心のある人に公開されており、カルメン委員会のインターネットサイト: www.ssvssa.cl にアクセスして見ることができ、Eメールアドレス: mescoabar@pasteur.minsal.cl にEメールを送って頂いても結構です。結果の中でも、住民の74%がタバコの喫煙、高血圧、高コレステロールや糖尿病にさらされていることが際立っています。このこととは危険に対して国民的焦点を当てる当然の理由になります。国民の26%が前述した要因の一つ以上を持っていることと、これは、国民の70%以上が動かない生活を送っていることと共に、こうした因子とあいまわっているのです。アンケートの結果で、バルパライソに優先順位がつけられ、次の危険因子に対して介入が行われていきます。

- *タバコの喫煙
- *健康的でない食生活
- *高血圧
- *糖尿病



主な危険因子のコンセンサス
高血圧・タバコ・高コレステロール・糖尿病
カルメン・プログラムアンケート-1997年バルパライソ

25歳から64歳の成人	%
危険なし	26.5
危険因子1	47.2
危険因子2	22.3
コレステロール、タバコ・コレステロール、高血圧・タバコ、高血圧	3.5
危険因子3	
コレステロール、タバコ、高血圧・コレステロール、タバコ、糖尿病	0.2
危険因子4	
コレステロール、タバコ、高血圧、糖尿病	

性別関係なし
運動しない人たちが70%以上

社会経済的状況による危険因子コンセンサス (SSE)
高血圧・タバコ・高コレステロール・糖尿病
カルメン・プログラムアンケート-1997年バルパライソ

25歳から64歳の成人	SSE 高	SSE 中	SSE 低
危険なし	29.6	25.7	26.2
危険因子1	47.1	49.8	44.1
危険因子2	20.4	21.0	25.0
危険因子3	2.9	3.3	4.2
危険因子4	0	0.1	0.5

違いはあまり意味がない
男女の分布は同じ

カルメンは:

- 健康省がコーディネートし、FAHO が支援する全国的プログラムです。
- 共同体、セクター間レベルでの介入とアクションのプログラムです。
- 確められた、効果的な経験と知識を適用します。
- タバコの喫煙、動かない生活、高血圧や糖尿病といった危険因子について総合的なアクションを作成します。

カルメン

- 健康促進の全体的なプログラムで、社会において活動する人と参加する人たちすべてが関与することを求めています。
- カルメン、それは成人の健康に焦点をあて、糖尿病、卒、健康促進と病気の予防への財源を割り当てるひとつの機会なのです。

誰がカルメンに参加できるのでしょうか？

施設、企業、大学、機関、共同体、協業組合など社会で組織化されたグループならどんなグループでも参加できます。

どうやって参加するのでしょうか？

いくつかの方法があります。

1. 実施対象地区に創設する場合。バルパライソ市にあるバルパライソ・サンアントニオ健康事業の場合です。
2. カルメンの施設あるいは組織の全国ネットワークに入る場合。公的あるいは民間機関、健康に関係のある、あるいはその他のセクターの機関でも参加できます。健康関係機関には健康事業、ISAPRES、病院、診療所、財団、組合、学校、専門家団体などがあります。参加に関心のあるすべての組織は、カルメンの目標を達成するために作業を拡大することを約束します。
3. 介入ストラテジーを実施するために技術的、財政的に支援したい場合。介入プロジェクトへの寄付や、一部あるいは全額の資源調達を提供することができます。

こうした3つの選択法いずれの場合も、カルメン実施委員会への入会を公式要請して下さい。

財政

健康事業のカルメンのプロジェクトはすべての財源から寄付を募っています。

健康省:

- 健康促進基金
- 健康事業が決定した予防分野と健康的優先事項におけるプロジェクト
- 運営上の約束として、中央権利から30%が健康促進分野で、別の30%が州の優先事項として交付される。

汎米保健機構:

- PAHO はカルメンの精神に結びついたイニシアティブを支援する技術協力プロジェクトをつくすることを決定しました。

個人的な寄付:

カルメンの発展支援に関心ある人なら誰でも労働で奉仕するか、特別な目標を達成する等、決定された活動の分野において寄付を行うことができます。

カルメン

あらゆる適切な財源から寄付を募ることができます。

健康促進基金から交付金を受けます。

健康事業の運営との合意により交付金を受けます。

PAHO の技術協力を受けます。

プログラムの発展には具体的なプロジェクトのための特定の貢献が必要です。

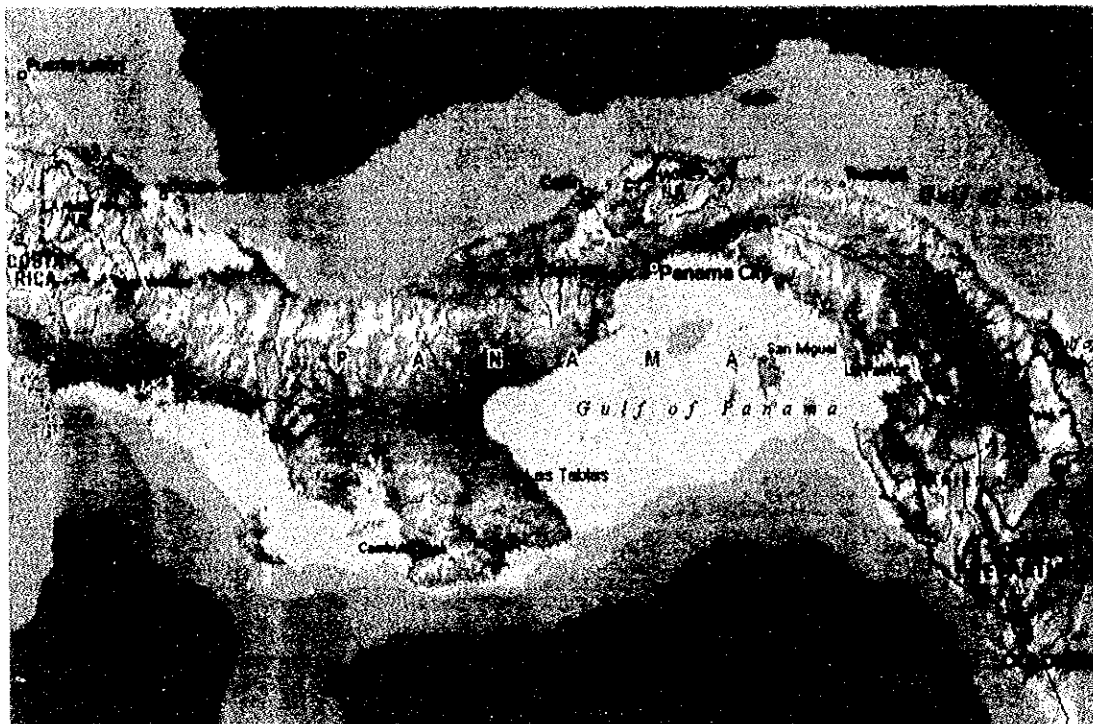
全般的優先順位
カルメン・プログラムアンケート-1997年バルパライソ

男性	女性
人数:1020	人数:2100
10.6	11.5
47.2	34.2
27.8	4.7
15.7	23.0
72.8	94.1
4.0	3.9
45.2	48.0
18.6	11.7
36.8	40.4
37.2	26.8
23.7	17.3

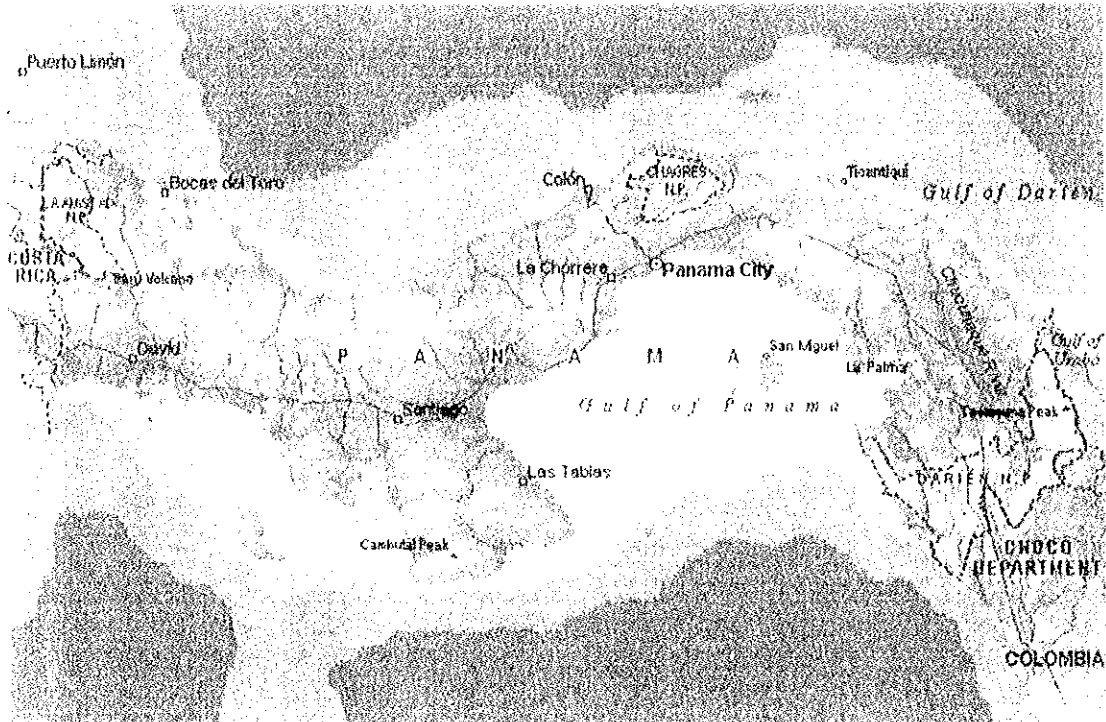
*性別によって差あり

パナマ共和国

図：パナマ全図



図：パナマ全図



3. パナマの生活習慣病動向と研修ニーズ

1) パナマの国情

国名	パナマ共和国 (Republic of Panama)
独立年月日	1903年11月3日
国土面積	77.08千km ² (北海道の面積よりやや小さい)
人口	2,719,000人 (1999年)
民族構成	複合民族国家 (混血65%、黒人13%、白人11%、インディオ10%)
首都	パナマ市 (410,000人) 主要都市ダビド (66,000人)、コロン (55,000人)
政治体制	共和制
公用語	スペイン語
通貨単位	バルボア (Balboa) 為替レート 1USドル=1バルボア (2000年5月現在)
国連加盟年	1945年11月13日
国民総生産	8.373078016 単位:10億米ドル (1999年) (1人当たりのGNP:3,080USドル)

保健医療統計

出生時平均寿命	男性71.8歳 女性76.4歳
出生率	22.5 (人/千人当たり)
死亡率	5.0 (人/千人当たり)
乳児死亡率	21.0 (人/出生千人当たり)
妊産婦死亡率	55.0 (人/出生10万件当たり)

2) 訪問先面談内容

(1) 人材養成庁

◇日時：8月14日(月) 14:00～15:00

◇面談者：国際局長 Mr. Uictoc Caslito
奨学局主任 Ms. Sandra Pombaudo
国際奨学局コーディネーター Ms. Ana Ilsa Fma

◇面談内容：

＜GI(募集要項)の流れ及び研修員の応募状況について＞

- ・国際協力事業団(JICA)からの研修員受入事業に関する研修コース募集要項等に関係諸機関へ通達する機関であり、厚生省、社会保険庁に募集案内を配布、またテレビ・ラジオによって全国に放送している。
- ライフスタイルに関しては、運動不足が問題であると感じている。次回は、是非パナマだけのライフスタイル研修コースを開催して欲しい。

(2) 厚生省

◇日時：8月14日(月) 15:30～17:00

◇面接者：人材養成課長 Dr. Siria Martinez de Robinson
健康促進技術課長 Dr. Xochitl Mckay de Delgado
健康教育課長 Dr. Moria Eliva Corries
ITS/HIV/SIDA 課長 Dr. Norma Garcia de Parede
精神衛生・家族計画課長 Dr. Luis Roach
ドラッグ・アルコール担当課長 Dr. Oldacira de Bradshu
医師 Dr. Felipe Castillo. R
歯科医 Dr. Ana Maria Martin

◇面談内容：

＜生活習慣病予防対策分野における国の政策と現状＞

- ・生活習慣病の予防活動については、予防が必要な住民・地域に対して健康的な生活や行動に関する研修を実施している。糖尿病や高血圧などの疾患を有する者にストレス解消などのノウハウの提供も実施している。また、アルコール依存者に対する個別指導、グループ指導を行っている。
- ・生活習慣病の減少を妨げる主な問題は以下の通りである。
 - 1) 衛生上の問題
 - 2) 根づいた社会文化
 - 3) 身体活動を制限する気候風土
 - 4) スポーツやレクリエーションの基盤がない
 - 5) 健康教育や健康増進を実施するための資源・予算がない

- 6) 健康増進より治療が優先されることにある。
- ・生活習慣病予防に対する今後のプランについては、都市や地方に文部省と共同で健康促進学校を設置し、健康教育を実施することを予定している。
 - ・健康教育の主な目的は栄養教育である。
 - ・学校における生活習慣病予防対策として、文部省の事業で公立学校のみであるが、食生活と学校給食の栄養改善を実施している。例えば、JICA 青年海外協力隊の農業関係のエンジニアの協力を得て学校で野菜を作り、幼稚園から 9 年生まで栄養のある食べ物を与えている。また、コミュニティー（PTAのようなもの）と学校で栄養教育の環境づくりを実施している。その他学校のヘルスクリニックに医師と歯科医師を配置している。
 - ・公立学校とは対照的に、私立学校は財政面で余裕があるためプロジェクトは実施していない。
 - ・今までの学校は食べるのが良いことという認識を持っていたが、JICA 青年海外協力隊員の指導によって栄養バランスを重要性を認識し始めた。食生活指導の重要性が高まり、一部の大学医学部で栄養教育に対するコースが開設された（期間：1 年間）。
 - ・主要な生活習慣病予防対策事業は以下の通りである。
 - 1) 指導者養成学校事業
 - 2) 喫煙の管理予防
 - 3) 口腔健康キャンペーン
 - 4) 若い指導者の養成
 - 5) ドラッグやアルコールの予防
 - ・都市部では糖尿や肥満が多いが、地方では病気の問題が重要であり、都市部の住民における生活習慣病の増加については食生活が大変関与していると思われる。都市と地方では食生活も労働状況も違う。

(3) 厚生省ボカスデルトコ県病院

◇日 時：8月15日（火）10：00～14：00

◇面談者：院長 Dr. Adolfo Serrano
 事務局長 Lic. melva Rodriguez
 健康局コーディネーター Lic. Marcos Salomon
 医師 Dr. Jose Rivera
 栄養士 中森香苗（JOCV 隊員）

◇面談内容：

<病院概要>

- ・病院利用者は2万6000人で、近隣の方は5000人の人が利用している。
- ・メディカルセンター（応急処置）と病院の2つの部署で構成されている。

<ボカスデルトロ県の住民の概要（先住民系・移民系）>

- ・パナマの人口の85%は先住民である。先住民は自然食を食べているため生活習慣病の可能性は少ない。しかし残りの15%の人は移民であり、これらの人々が、生活習慣病の発生率が高いと思われる。
- ・昔の人は海産物を等を食べ健康であったが、最近の若者や都市住民はテレビの影響でスナック菓子等高カロリーな食品を食べるようになった。
- ・先住民は、土から作ったものを食べ、肉を必要としない。米・豆・フルーツを自給自足のために作って食べる。代表的な食品は純度の高いたんぱく質を持つ「豆」である（食べ過ぎると皮膚が黄色くなると言われている）。
- ・先住民系の子供にとって、電気が無いために衛生状態が非常に悪いこと、汚水による感染症・寄生虫が流行していることが大きな問題である。
- ・先住民系の人々は、死亡届を出さないため死亡統計上に現われない数も多く、死亡原因の特定や効果的な生活習慣病対策の策定しにくい現状がある。ただ、主要死因のうち栄養失調は見逃せない事実である。
- ・これらを受け、政府は様々なプログラムを健康対策として実施している。学校では、栄養クリーム・クッキー・ミルクをランチの時に配り対応している。
- ・移民と言われる人口の15%の人々に、高血圧・糖尿病が非常に多い。

<住民の疾病状況>

- ・糖尿病はタイプ2が多く、壊疽を起こす人もいる。重傷の人は毎月1回診察している（血液検査等）。
- ・パナマでの死因の1位はがん、2位は事故、3位は心疾患である。
- ・生活習慣病の患者は、自分自身をコントロール出来ない人は病院へ入れるが、それ以外の人々は食生活指導を実施する。

<診療方法>

- ・病院は、外回りの診療も行っており患者は週何回か病院に来て薬をもらう。
- ・年に1回の健康診断、年2回の歯科診断、年1回の目の診察を公開しているが、住民はあまり来ない。

<健康対策>

- ・予防教育として「病気についての教育」と「栄養教育」を実施している。ボガス・デルトロ地域は、パナマシティと違い風土・風土の違いから住民に緊張感がなく、かといって時間もあるが運動はしない。
- ・パナマは、途上国なので栄養状態を満たすことが大切であり、85%の先住民は栄養の質と量を、15%の移民は物はあるのでバランスを考えるのが重要である。
- ・運動指導は、病院には指導者がいるが、施設がなく、スポーツもない、患者への運動指導は、言葉では勧めるが、実際にやっているかどうか分からないのが現状である。
- ・パナマでは、健康教育を推進する人が必要と思われるそうである。

<予算>

- ・予算については、厚生省を通じて配分される。
- ・診療代は非常に安く、国民のほとんどが貧しいので保険を自分ではかけられない。国の保険を使用している。パナマの憲法に「国民は無料で医療を受けられる」とある。

(4) 国立がん病院

◇日時：8月16日(水) 14:00~15:00

◇面談者：院長 Dr. Juan Pablo Bares

◇面談内容：

<がんの疾病状況>

- ・がんは、1997年から国の死因の第1位である。それ以前は事故・自殺が多かった
- ・がんの種類については、胃がんと消化器がんが日本と同じ程度に多く、初期に発見されることが多い。1996年の統計によると第1位が胃がん、第2位が前立腺がん、第3位が皮膚がんとなっているが、パナマには正確な統計がなく、これから統計の処理体制を確立が必要である。
- ・チリキとパナマシティは胃がんの率が高いので、野菜とフルーツを多く取った食生活の変化と疫学が必要と思われる。日本では、胃腸の検診によってがんの早期発見が多いと聞いている。

<活動概況>

- ・がん協会では治療・教育・調査を実施している。
- ・がん協会では初期診断を実施しているが、予防教育はなかなか難しいのが現状である。
- ・50人の医師がおり、がん治療のほか放射線治療等も実施している。
- ・医療施設は新しくなって施設設備も整ってきた。手術室は10室あるが、現在は4室使用している。放射線治療機器は新しく入荷し、コバルトからリニアへ移行したいと考えている。
- ・1) 人材養成のための予算が不足していること、2) 調査と研究を多国間で進めること、3) 優秀な医師はいるが十分な医療機器が無い、という3つの課題がある。
- ・がん協会では検診はやっておらず、一次予防を実施していないため、本人が異常を感じて来所しなくては発見出来ない状況である。

<国家的取り組み>

- ・がんは、パナマ人の死因第1位なので、検診と健康教育は非常に重要である。国の対応として、たばこを奨励しないようにしたり、たばこの税率を上げたりしている。

(5) パナマ大学体育学部

◇日 時：8月16日(水) 15:30~16:30

◇面談者：教授・体育学部長 Prof. Orland Munoz
教授・アテミックコーディネーター Mr. Jaime Turner
教授(アソシエイト) Mr. Colombia de Best

◇面談内容：

<組織概要>

- ・体育専門の学部で、行政アシスタント・運動生理学専門家・体育教師の養成のための教育を主に実施している。

<教育内容>

- ・健康予防としてのプログラムは無い。
- ・医学部では予防や健康促進についての活動をしている。医学部の生徒が健康教育の知識を得て、体育学部に入學するものもある。
- ・学生は200名で、卒業すると人間学の学位を取得できる。卒業生のほとんどが高校の体育の先生である。
- ・体育の授業は、1週45時間のうちの4時間で、1授業35~45分間である。
- ・授業の主な内容はバスケットボール・サッカー・バレー・レクリエーションなどを行っている。
- ・生涯体育は、高齢者向けのレクリエーションのアシスタントを行ったりするが、特に力を入れてやってはいない。

(6) 社会保険庁サンフランシスコ病院

◇日 時：8月17日(木) 9:00~10:30

◇面談者：副院長・医師 Dr. Carmen A Riverac
事務長 Lic. Leyda L de Cljole
医師 Dr. Yadis M. Deleon
医師 Dr. Nitzia E. Florez
医師 Dr. Nereeda D. de Marechena
歯科医 Dr. Pedro Esccalowa
看護婦長 Lic. Ealic Woodelf
看護婦 Ms. Alina Vidal
看護婦 Doris de Courtes

◇面談内容：

<健康プログラム>

- ・健康についての基礎的なプログラムとして以下の7項目実施している。
 - 1) 成人病予防プログラム…教育的なプログラムだけでなく、高血圧、糖尿病、肥満、

骨粗鬆症を追跡調査し、これらは、医師と看護婦によって実施している。

- 2) 小児対策プログラム …12歳までに予防注射を実施や薬や性病などの教育
- 3) 母子保健プログラム …妊娠した女性のフォローや家族計画を教育する。
- 4) 精神保健プログラム …精神障害によって、相談や薬のサポートが必要な患者をフォローする。
- 6) 老人介護プログラム …慢性疾患を持つ患者や家庭で寝たきりの人々のために訪問する。
- 7) 労働者の健康プログラム…健康に労働を保持できるようにさせる。
- 8) 疫学プログラム …伝染病などの病気を持つ患者をフォローする。

<生活習慣病予防活動>

- ・生活習慣病予防活動は、健康プログラムの一部として取り組んでいる。
- ・医師と看護婦からなるチーム単位で活動し、月一回学校で食生活・運動・薬・たばこ・アルコールに関する講義を実施し、また毎週糖尿病・高血圧の患者に診察を実施しているが、十分な予防プログラムは実施されていない現状である。
- ・検診の部署はあるが、医師が対応することは無く、成人病予防ポスターで啓発活動を実施しているだけである。

(7) 商業専門学校

◇日時：8月17日(木) 11:00~12:00

◇面談者：校長 Ms. Elizabeth Faranulla
校医 Dr. Mynr Paje Crle
校医 Dr. Lena G.S. de Endes
看護婦 Ms. Alicia Oeba Cedeno
体育保健教師 Mr. Aizpu Carlos

◇面談内容：

<学校医>

- ・学校には、医師・歯科医師がいる。医師は週1回、歯科医師は毎日学校を訪れる。医師は厚生省からの派遣、歯科医はパナマの6つの公立学校で常駐している。大きい公立学校では、学校保健婦が2名いる。医師と歯科医師は健康教育を担当し、医師は15歳から18歳を、歯科医は前学年を担当する。

<健康予防活動>

- ・健康予防活動としては、1995年からモデル的に15歳~18歳の300人の生徒を対象に健康予防教育を実施している。
- ・その300人の生徒は、健康診断や教育を行い一定の成果を上げている。成果としては、
 - 1) 健康状態が良くなったこと、
 - 2) 健康であると健康カードを取得し良い仕事に就く

(9) 国家スポーツ庁

◇日 時：8月18日(木) 15:30～17:00

◇面談者：医科長 Dr. Daniel Herrera
医科次長 Dr. Humberto Mas
医師 Dr. Gustavo Haayen
医師 Dr. Alvaro Como
医師 Dr. Jaime Quiroz
医師 Dr. Marcos Ruiz
医師 Lic. Luis Carlos Meron
歯科医 Dra. Bicerta Recuero

◇面談内容：

<組織概要>

- ・1970年に設立された。スポーツ庁は、スポーツの振興、スポーツの代表団体であり、文部省が管轄省庁である。
- ・スポーツ省が管理するスポーツ施設は82ヶ所あり、サッカー・バスケット施設が主である。競技アスリートの養成を中心とした庁なので、健康教育は実施していない。
- ・主に国際大会の開催、地方の競技団体育成、対外試合の実施し等のスポーツ振興に努めている。
- ・1980年から選手の強化の3つのセクションができメディカルセンターで実施している。セクションは、1) スポーツ・メディスン、2) フィジカル・トレーニング、3) スポーツ・トレーニングである。
- ・スポーツ・メディスンはメディカルチェックを、フィジカル・トレーニングは基礎体力づくりを、スポーツ・トレーニングは競技力向上のためのコースを実施している。
- ・これらのセクションは、無料で誰でも利用できるが、一般市民の利用者は無く、競技選手が主流である。

(10) サン・アウグスティン学校

◇日 時：8月18日(金) 9:00～9:45

◇面談者：校長

◇面談内容：

<校医>

- ・常勤の看護婦が1名と、厚生省から派遣された医師が1名いる。

<体育授業・健康教育>

- ・プライマリー・スクールで体育の授業が週1時間、高校で週2時間がある。
- ・全学生数は2000人、1クラス40人の構成である。
- ・体育の授業の内容は、体育理論の講義と、サッカー・バスケなどの実技である。放課後

にクラブ活動があるが参加は全員では無い。

- ・健康に関して特別な授業はなく理論として一部扱っている。
- ・女子生徒に関して看護婦と心理学者が健康教育の講話をしている。
- ・栄養に関しては、家庭科の授業の中に含まれている。
- ・サンアウグスティン学校では、身長や体重の測定データはなく、健康診断も行っていない。その理由の一つは400人位の生徒の親が医師であるからである。
- ・健康に関する教育は父兄会が実施し、ヘルスWeekと称した年1回のキャンペーン月間に、健康に関する検討会、検診車での健康診断、健康に関するポスターの掲示、健康イベント等が行われている。

(11) パナマ糖尿病協会

◇日時：8月18日(金) 10:00~11:30

◇面談者：会長 Dr. Arcil L.Jden
看護婦 Ms. Desiree de Peres
顧問弁護士 Lic. Robeledo Landero perej

◇面談内容：

<活動概要>

- ・糖尿病専門医は2名いる。協会の会員数は、パナマシティで1200名、全国で5000名であり、各県に支部がある。
- ・1週間の健康コースを患者に提供し、食事制限と運動プログラム実施している(栄養士・心理学者・看護士・理学療法士などが講義を担当)。
- ・ほとんどの人が外来患者で1600人が受診している。そのうち糖尿病タイプ2の患者は90%である。
- ・推定でパナマ人の6~8%(約16万人)の人々が糖尿病患者である。
- ・治療対象者は8万人位で、残りの人は未治療である。
- ・この協会の患者は80%が女性である。
- ・中米は男性優位文化が根強く、対面を気にして自身の病気を認識しない、ライフスタイルを変えない男性が多く、また治療に来ない。
- ・糖尿病患者は増加しているかどうかの問いに対しては、若い人にタイプ2の患者が増加してきており、新しい傾向である。
- ・来年、糖尿病の国民調査が性別・年齢別・地域別で実施される予定である。
- ・糖尿病患者の診察は、一般医(2年のインターンの後、3年間医業に就いた者)と内科(3年間の研修を受けた者)で診療する。

(12) 国際協力事業団 (JICA) パナマ事務所

◇日時：8月18日(金) 14:00～14:45

◇面談者：所長 村上正博
 所員 永田 健

◇面談内容：調査結果とりまとめ報告・協議及び今後の手続き確認

(13) 日本大使館

◇日時：8月18日(金) 15:00～15:45

◇面談者：特命全権大使 藤島安之
 参事官 松井正人
 二等書記官 小澤康彦

◇面談内容：調査結果とりまとめ報告・協議及び今後の手続き確認

3) 生活習慣病の現状

(1) パナマにおける死亡原因

- ・パナマにおける死亡の状況を把握することは極めて困難である。なぜなら、出生及び死亡の届け出が完全でないため、届出漏れの問題がある。また資料が完成するまでにかなりの期間を要するようで、2年くらい遅れて発表される。
- ・保健省の1994年度の年次報告によれば上位の死亡原因は、悪性腫瘍、脳血管疾患、心疾患で、92年の全死亡の約42.2%がこれらの疾患によるもの(表1・2)であり、先進国に類似した疾病構造になりつつある。しかしながら、第2位に事故及び暴力が死亡原因となっており、この原因による死亡は増加している。
- ・また、主要死因を県別に見ていくと、ボカス・デル・トロ、コロン、チリキ、ダリエン等では事故・暴力が第1位の死因である。さらに、ボカス・デル・トロ、ダリエン、及びサン・プラス自治区では、結核、コレラ、腸管感染症などの感染症が主要死因に入っており、地域的な差がみられる。

(2) 慢性病・成人病

<心疾患・血管系疾患>

- ・心疾患及び血管系疾患による死亡は、1980年の23.6%から1992年の27.8%と徐々にその深刻度を増している。
- ・脳血管疾患・虚血性心疾患・その他の心疾患は1982年から1992年の間、毎年平均2,400件の死亡原因となっている。(表1)

<がん>

- ・1989年から1992年の間にパナマでは6人に1人ががんにより死亡している。
- ・男性では、前立腺・胃・肺・気管が多く、女性では乳がん・子宮頸がんが最も頻繁である。(表4)

<糖尿病>

- ・糖尿病は重要な死亡原因の一つであり、1992年には305人がこの疾病により死亡している。UNICEFによると1991年に実施された調査から人口の8%、約16万人が糖尿病に罹っていると推定される。
- ・パナマ糖尿病協会によると、患者の70%は女性である。

<傷害・事故>

- ・事故・暴力による死亡は、年間1300件前後あり、全死亡の約13%を占めている。
- ・事故・暴力による死亡のうち主な原因は、交通事故26.5%、故意による他殺または傷害が17.2%、その他の事故が16.4%である。(表1)

表1 パナマの死亡原因

死亡原因	1990		1991		1992	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
悪性腫瘍	1398	58.3	1345	55.1	1464	58.8
事故・暴力	1232	51.4	1279	52.4	1345	54
脳血管疾患	964	40.2	959	39.3	1045	42
急性心疾患	679	28.3	683	28	843	33.9

表2 Causes of total deaths with number,by sex in 1998. panama

Cause	Total	Male		Female	
		Number	Rate	Number	Rate
Cancer	1381	750	53.7	631	46.1
Accidents,suicide, homicide,andother violence	1130	879	63	251	18.3
Myocardium diseases	964	537	38.5	427	31.2
Brainvascular diseasea	923	469	33.6	454	33.2
Other chronic low respiratory diseases	405	225	16.1	180	13.2
other heart diseases	370	205	14.7	165	12.1
HIV-AIDS	351	271	19.4	80	5.8
Perinatal period diseases	330	180	12.9	150	10.9
Diabetes mellitus	316	136	9.7	180	13.1
Pneumonia All other causes	2870	1566	112	1304	95.3
total	9348	5393	386	3955	289

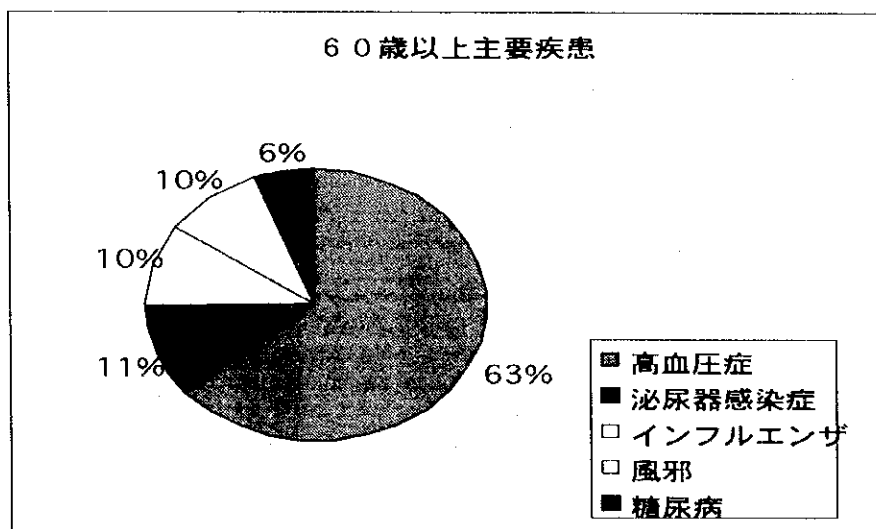
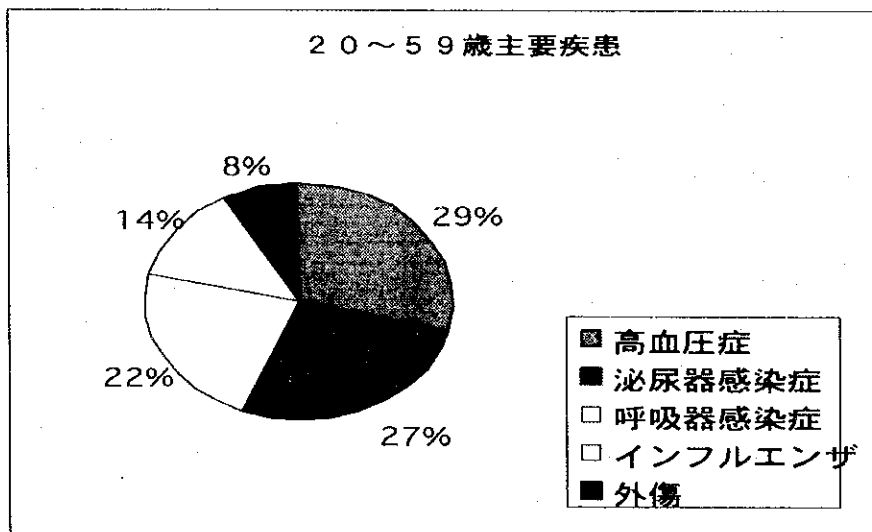
Source :Information form Directorate of statistics and Census.panama city1998

表3 National Record of Cancer

total	1995	1996	1997
		3,751	3,746
Cause	1995	1996	1997
Uterine	670	620	634
Prostate	400	420	510
Breast	297	316	323
Stomach	276	254	314
Lung	173	191	186
Colon,Rectus and anus	199	239	276

by : Cancer institute

図1 成人・高齢者の疾患（1993年）※厚生省の保健医療施設で治療を受けた主要疾病
(単位：%)



4) 生活習慣病対策の概要

- ・パナマの保健対策は保健対策と環境保健対策に分けられているが、1994年から1999年の住民保健対策の最優先課題は「保健セクターの改革と近代化」である。
- ・現状では、保健省、社会保険庁、上下水道設備庁、首都衛生部、市町村などの組織間の調整を図り、保健省のリーダーシップを高めることにより保健プログラムの統合化を図ることを目的としている。
- ・他に優先度の高い対策としては、プライマリーヘルスケアの強化、栄養対策、母子保健対策、疫学監視体制の強化などがあげられる。

(1) プライマリーヘルスケア

- ・パナマでは、1979年のアルマ・アタ宣言以前からプライマリーヘルスケアが保健の基盤として強調され、保健センターなど第1次レベルの診療を行う施設を基点にサービスが提供されてきたが、予防より治療が重視された。
- ・また、60年代後半から保健センターよりさらに末端レベルの保健サービスを提供するサブセンター、ヘルスポストがつくられるようになり、80年代にその数は400ヶ所前後と増大された。
- ・しかし、これらの施設は、人員の不足、不在、予算の不足などの理由で十分機能しておらず、1994年の保健省の報告によると全国の377ヶ所のヘルスポストのうち、110ヶ所、109ヶ所のサブセンターのうち21ヶ所が閉鎖状態である。
- ・1994～99年の保健対策指針の中で、医療資源、保健政策決定の中央集中を、保健サービスの平等な配分、効率化を実現するために、プライマリーヘルスケアの発展が改めて強調され、個人、家族、地域の健康促進及び病気の予防、地方分権化が強調されている。具体的には以下の方針が挙げられる。
- ・地域保健システムの発展と拡充により、地域レベル問題を見極め、情報を収集し、解決策を策定する。
- ・地域保健システムの実施のため、社会保険庁と方針、運用について調整する。
- ・必要な法的基盤を整備する。
- ・地域保健システムにおいて住民参加を促し、母子保健を優先する。
- ・第1次レベルの診療所の施設のインフラ、設備を補強し、現在これらのない場所に増設する。
- ・保健問題に対応できるよう、必須医薬品の在庫を確保する。
- ・地域に根ざした社会心理的ケア（カウンセリング）、リハビリテーション・プログラムを発展させる。

(2) 保健医療施設

パナマの保健医療施設は、保健省が管轄する医療機関、社会保険庁が管轄する医療機関、民間医療機関の3つに大別される。1991年時点では、全国に691の保健医療施設があり、そのうち673は公共部門、18が民間部門に属する。保健医療施設は統計上では以下の3つに分類される。

表4 保健医療施設数

	病院	保健センター	サブセンター・ヘルスポスト	計
1953年	24	0	0	24
1960年	26	35	0	61
1966年	26	56	107	189
1970年	33	53	109	195
1980年	47	145	330	522
1990年	55	181	433	669
1992年	57	182	421	660

(3) 栄養問題対策

- ・ 栄養失調に対する対策は、優先課題である。PHOの報告によると、パナマの就学年齢前の子どもの4人に1人の割合で、発育阻害が見られる。また、栄養失調の比率は、農村部においては都市部の3.2倍であり、先住民においてより頻繁かつ深刻である。政府は、母子及び学童への栄養補給プログラムへ資金を向けるため、経済社会政策を整備した。
- ・ 1992年の国家栄養プログラムでは、機関間の整備及びハイスクールグループをターゲットに、予算配分を高くすることを強調している。経済企画省の作成した貧困マップによる最貧困地区（ヴェラグァス・チリキ・ボカスデルトロ）がその対象となる。
- ・ また、厚生省は、小学校1年の重度及び中程度の発育阻害の割合が50%を超える9地区をかなり悪い地域、25%～50%の21地区を悪い地域としている。
- ・ 2000年までの栄養に関する目標は、以下のとおりである。
 - ・ 5歳未満児の重度及び中等度の栄養失調を50%減らす
 - ・ 出生時の低体重を少なくとも20%減らす
 - ・ 女性の鉄欠乏による貧血を3分の1減らす
 - ・ ヨウ素欠乏による疾病をなくす
 - ・ ビタミンAの欠乏をなくす

(5) 生活習慣病予防対策の問題点と対応策

<問題点>

- ・ パナマでは、生活習慣病予防対策を担っている保健省、社会保険庁での情報が少なく、予防対策は検討しているものの、その状況については今後取り組まれていくものが多い。
- ・ 予防対策活動に対する問題点については、現地関係機関の意見をあわせると以下のとおりにまとめることが出来る。
 - 1) 薬の服用が正確に行なわれない
 - 2) 健康教育の不備
 - 3) 健康管理を指導する医師の時間的余裕の欠如
 - 4) 健康促進の認識・制度的枠組みが不十分
 - 5) マスメディアの無関心
 - 6) 一次予防の不備
 - 7) 医療設備・機器の不十分さ
- ・ 特に印象に残った事項は、パナマがん協会での聞き取りから、人材養成のための予算が不足している、優秀な医師がいるが機器がない（日本の医療機器とは差がある）との話の中でふりかえると、パナマシティでの病院訪問やボカス・デル・トロ県での保健省病院訪問時にもその医療設備・体制自体が日本のレベルとはかなり違っている。
- ・ さらには地域間格差も影響している。パナマでの生活習慣病は都市に住む15%程度の上流階級の人々であり、約85%の先住民はむしろ栄養失調や衛生管理（感染症等）に問題があるという現状で、小児に対する、栄養改善についての取り組みは実施されているが、成人に対する予防改善の認識は低い。
- ・ そこには、衛生上の問題、パナマの根づいた社会文化、身体活動を制限する気候風土、スポーツやレクリエーションの基盤がない、健康教育や健康増進を実施するための資源や予算がないといった生活習慣病の減少を妨げる要因が強いため、長期にわたって改善する取り組み及び工夫が必要であると考えられる。
- ・ 生活習慣病対策の問題点及び改善策にも挙げたが、パナマでは最近の経済成長に伴い、車社会となったことにより、運動不足の中老年が増え、先進国のように、都市部に住む約15%の上流階級に生活習慣病いわゆる肥満、高血圧、糖尿病、高脂血症の増加がみられる。
- ・ 加えて、食生活面では、食材に脂質と炭水化物が多く、調理法は殆どがフライで、油の品質も最良ではない。
- ・ 遠隔地域と先住民族は、逆に栄養失調や感染症で子ども達の生活に危険が及んでいる状況であり、都市部と遠隔地域での食生活の状況は非常に格差がある。
- ・ また、国民の約半数は健康増進や健康維持についての意識がなく、高血圧、糖尿病、心臓病になる原因がどこにあるのか考えた事がない。

<対応策>

・そこで、パナマ国においては、

- 1) 一次予防活動に必要な生活習慣病に関するリスクファクター
- 2) 必要な教育の仕方と国民の健康意識向上への働きかけ

の知識・事例紹介を通じ、具体的には、健康づくりの3本柱である「運動」「栄養」「休養」それぞれの習慣改善への基礎を国内に広く広めることが必要と思われる。特に「栄養」習慣改善に力を入れ指導者の知識及び技術の向上を図ることが最重要課題である。

4. 研修計画の考察

1) 研修コンセプト

生活習慣病予防対策の重要事項「医学（一次予防）」「運動」「食生活（栄養）」・「休養及びストレスマネジメント」に焦点をあて、心臓病・高血圧・糖尿病等の生活習慣病の医学的知識、ライフスタイルとの因果関係、ライフスタイルの分析と評価、ライフスタイル改善の為の具体的な方策などを中心に「生活習慣病の一次予防」に関する日本と各国の事例を比較検討することを通じ、各国事情に適切な生活習慣病予防対策を見いだす。

また、現地視察の結果、中南米地域では「生活習慣病予防」と併せて「食生活・栄養に関する健康教育・指導」が重要な対策となっていることから栄養に関する研修内容の充実を図るものとする。

2) 到達目標

(1) 研修中

- ・日本における最新の「医学（一次予防）」「運動」「食生活（栄養）」・「休養及びストレスマネジメント」等の基礎知識の習得、及び日本における生活習慣病予防対策の現状について、この分野の先進県といわれている愛知県が推進している生活習慣病予防対策事業の実際を体験実践しながら、そのノウハウを学ぶと同時に行政組織や医師を中心とした各種スタッフの役割等の理解を深める。
- ・その中で、それぞれ母国の生活習慣病予防対策の現状分析をして、母国でのその適応・応用可能性を検討し、予防活動策を具体的に提案出来るようになる。

(2) 帰国後

上記提案をもとに実際に取り組みが始まりその成果を発すること、また各分野で身につけた最新の基礎知識と技術を活かし、それぞれの国に実践的かつ具体的な情報を伝達すると共に医療関係者の育成を図る。

上記全ての到達目標をふまえ、それぞれの国々の生活習慣病予防対策の向上、そして一般国民全体の健康福祉の向上に資することを最終到達目標とする。

3) 研修員参加資格要件

- (1) 相手国政府の推薦による者
- (2) 生活習慣病予防対策に従事している医師もしくは担当者で、当該分野で3年以上の経験を有する者
- (3) 年齢が25歳から40歳までの者
- (4) 十分な英語能力を有する者
- (5) 心身ともに健康な者
- (6) 軍籍にない者

4) カリキュラム (概念図及び研修カリキュラム一覧表は別紙のとおり)

(1) コースオリエンテーション・ジョブレポート発表会

研修の導入として、コースオリエンテーションを設け、コースリーダーの説明により研修の目的・内容・日程を確認する。またジョブレポート発表会では、研修員・研修講師・研修担当出席のもと、研修員が担当業務・所属組織・自国の生活習慣病の現状と予防活動を研修関係者に明らかにし、各研修員のバックグラウンドと研修ニーズを確認し合う。

(2) 日本における生活習慣病の現状とその対策

生活習慣病予防対策における日本の事例紹介を進めていくのにあたって、日本の国民の健康状態や社会情勢をふまえた国レベル及び地方(愛知県)レベルの生活習慣病対策を紹介し、日本における生活習慣病の現状とその対策の理解の定着を図る。

(3) 生活習慣病予防における一次予防対策

生活習慣病予防における一次予防対策について、高血圧症、糖尿病、高脂血症、肥満、動脈硬化、がん、骨粗しょう症、腰痛、歯周病などの具体事例の紹介を通じ理解を深める。

(4) 生活習慣病予防における健康づくりと運動

健康づくりと運動の関係について、健康と身体運動、健康と体力、健康づくりの運動処方などの基本的理解を深める。また、実際にエアロビクス、ウォーターエクササイズなどを自分自身で体験し、実技を含めた総合的な理解を図る。

(5) 生活習慣病予防における健康づくりと食生活

健康づくりと食生活の関係について、日本人のライフスタイルと食生活の変遷、栄養面からのアプローチ、たばことアルコール対策など様々な事例紹介と料理実習を通じて基本的理解を深める。

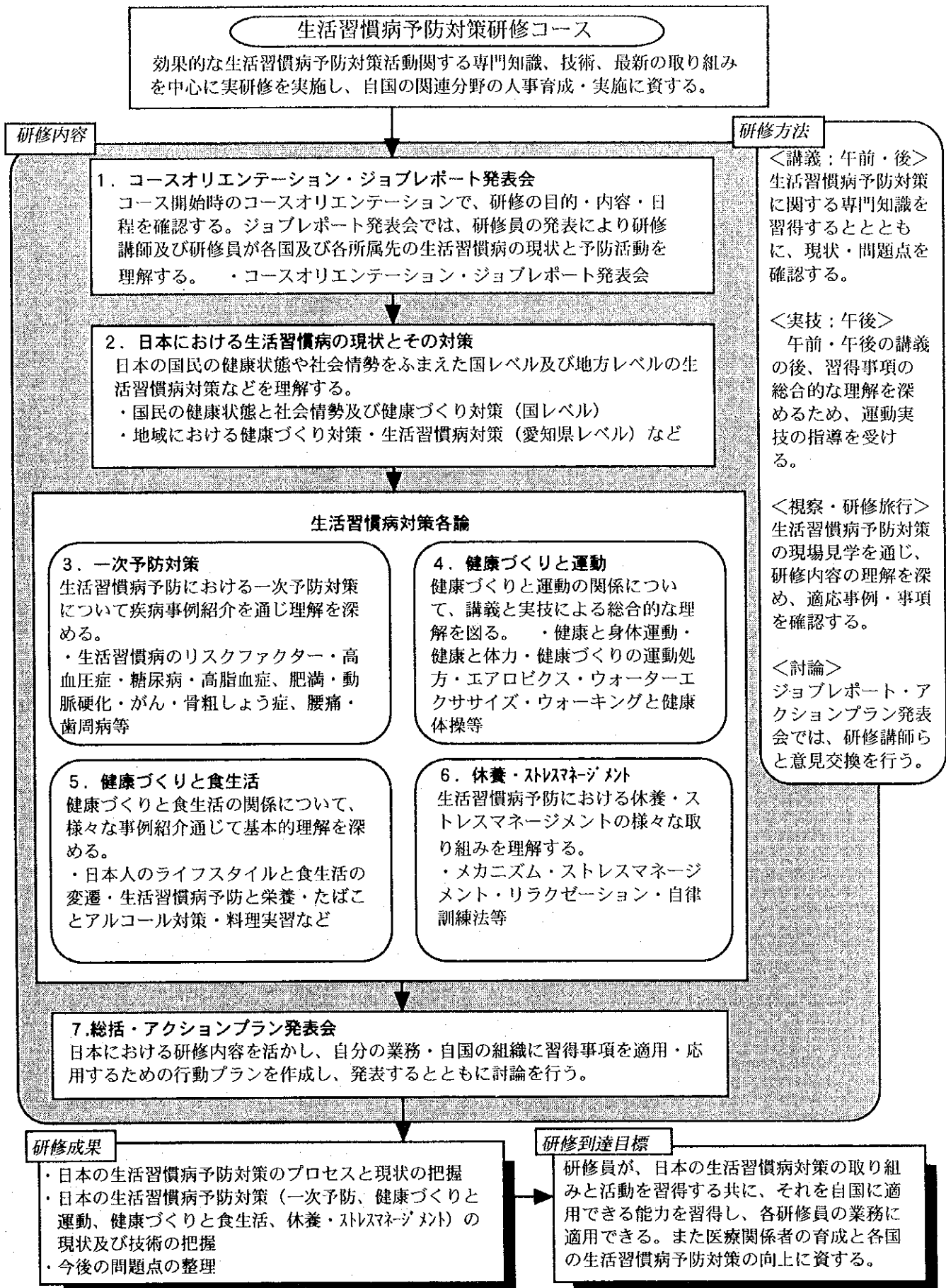
(6) 生活習慣病予防における休養・ストレスマネジメント

生活習慣病予防における休養・ストレスマネジメントについて、メカニズム、ストレスマネジメント、リラクゼーション、自立訓練法などの事例紹介を通じ、休養・ストレスマネジメントへの様々な取り組みを理解する。

(7) 総括・各参加国の事情に即した帰国後のアクションプランの作成と発表

以上の各セッションで学んだ事項を活かして、研修員が帰国後どのように生活習慣病予防対策に取り組んでいくかをまとめた報告書(アクション・プラン)を作成し、発表を行う。発表会では日本側講師や研修員相互の議論を通して内容を深める。

研修全体概念図・フロー図



研修カリキュラム一覧

テーマ	生活習慣病予防対策 — 日本における生活習慣病予防対策 — 策の現状とその対策	生活習慣病予防対策各論 — 一次予防対策を中心に—	生活習慣病予防対策各論 — 健康づくりと運動—	生活習慣病予防対策各論 — 健康づくりと食生活—	生活習慣病予防対策各論 — 作業・ストレスマネジメント—	生活習慣病予防対策 — 発表会・視察・研修旅行—
	国民の健康状態と社会情勢 及び健康づくり対策 — 国レベル— 10/9午前 井形 昭弘氏	生活習慣病のリスクファクター (二次予防を含む) 10/11午後 下方 浩史氏	健康と身体運動 ・ 運動生理の基礎 ・ 運動不足の弊害 10/14午前 竹島 信生氏	日本人のライフスタイルと 食生活の変遷 — “食” をめぐる諸問題— 10/19午前 三浦 正人氏	疲労と作業の科学1 (メカニズム) 10/27午後 矢部 京之助氏	ジョブレポート発表会 10/6午後 青木 恒憲
	地域における健康づくり対策 生活習慣病対策 — 愛知県レベル— 10/9午後 田辺 穰氏	高血圧症とその予防 10/12午前 伊藤 隆之氏	健康と体力 ・ 健康と体力要素 ・ 体力の評価 ・ 運動負荷テスト等 10/17午前 島岡 清氏	生活習慣病予防と治療 — 栄養面からのアプローチ— 10/25午後 津下 一代氏	疲労と作業の科学2 (ストレスマネジメント) 10/31午前 小川 豊昭氏	愛知県健康福祉部表敬訪問 10/10午前 田辺 穰氏
	生活習慣の実態の把握の方法 10/11午後 太田 壽城氏	糖尿病とその予防	健康づくりの運動処方 ・ 運動の質と量 ・ 運動プログラムの実際 ・ 指導の留意点 10/18午前 加藤 豊士氏	生活習慣病予防と栄養 10/20午後 吉田 昭氏	リラクゼーションの体験 10/26午後 山内 世紀子氏 石川 信仁氏	名古屋医学部表敬訪問 10/10午後 佐藤 祐彦氏
	健康度評価 (Bコーズ) 10/11午前 津下 一代氏	高脂血症とその予防 10/18午後 内藤 通孝氏	エアロビクス Ver. 1 10/18午後 金子 智隆氏	食生活の実際 10/26午後 北川 郁美氏	自律訓練法の実際 10/26午後 山内 世紀子氏 石川 信仁氏	春日井市保健センター訪問 10/12午後 富田氏
科目	肥満の科学とその予防 10/14午後 押田 芳治氏	動脈硬化性疾患とその予防 — 脳卒中・心筋梗塞対策— 10/27午後 豊島 英明氏	ウォーターエクササイズ1 10/17午後 武田 理美氏	お国の料理実習 10/31午後 北川 郁美氏	国立長寿医療研究センター訪問 10/16午後 西村氏	広島県対協議会健康管理・ 増進センター訪問 10/23午後 伊藤 千賀子氏
	がんとその予防 10/27午前 田島 和雄氏	骨粗しょう症とその予防 10/19午後 丹羽 滋郎氏	ウォーターエクササイズ2 10/19午後 武田 理美氏	酒とタバコ 10/25午後 小川 浩氏	大阪ガス(株) 健康管理センター訪問 10/24午後 岡田 邦夫氏	半田市保健センター訪問 10/30午後 竹内氏
	腰痛とその予防 10/20午前 丹羽 滋郎氏	口腔の健康と歯科検定の実際 (歯周病とその予防) 10/25午前 中垣 晴男氏	ウォーキングと健康体操 10/17午後 金子 智隆氏		アクションプラン発表会 11/11午後 青木 恒憲	

5) 研修方法

(1) 講義：午前1コマ・午後1コマ

生活習慣病予防対策に関する専門知識を習得するとともに、現状・問題点を確認する。

(2) 実技：午後1コマ

午前・午後の講義の後、習得事項の総合的な理解を深めるため、運動実技の指導を受ける。

(3) 視察・研修旅行：適宜

生活習慣病予防対策の現場見学を通じ、習得事項の理解を深め適心事例・事項を確認する。

(4) 討論：研修開始時、研修終了時

研修開始時にカントリー&ジョブレポート発表会（研修員の出身国・所属組織・業務内容の紹介）を設け、研修講師及び研修員の間で各国事情やバックグラウンドを認識し合う。

また、研修終了時にアクションプラン発表会（帰国後の実践計画の発表）を設け、研修の総括と今後の活動を明確にさせる。

また、必要に応じて適宜討論の時間を設け、習得事項をフォローする。

*講義・実技：生活習慣病の1次予防に必要なあらゆる機能を有する健康づくりの総合施設で、実際に種々の健康づくり事業をルーチンワークとして展開している愛知県のあいち健康プラザ（あいち健康の森・健康科学総合センター）を拠点として、講義をはじめ、健康度評価の体験、運動、栄養、休養に関する実習等を実施する。

*講義：名古屋大学をはじめ地元大学のそれぞれの分野における専門の教授、国立長寿科学研究センター、中部病院の医師、愛知県およびあいち健康プラザの専門スタッフが当たる。

*視察・旅行：県外、県内視察では実際に企業や地域の健康づくりを実践している団体、施設等を訪問して現場のスタッフ等と意見交換を行なう。

6) 研修実施体制及び運営

本研修コース実施にあたっては、国際協力事業団（JICA）が所管する。その技術研修期間全体について、国際協力事業団（JICA）が財団法人日本国際協力センター（JICE）に業務委託する。そして愛知県健康福祉部の協力の下、財団法人愛知県健康づくり振興事業団が研修指導を実施する。また本コースの研修計画策定及び研修指導全般にわたりコースリーダーを設ける。

7) 研修評価方法

(1) 評価の目的

本研修コースの実施状況を明確に把握するとともに、研修成果の測定、分析を通じて当初の目標の達成の成否を明らかにし、改善すべき点について今後の研修に反映させることにより、本コースにおける研修内容の改善を図る。

(2) 評価の方法

1) 資料による評価

コース終了時に、国際協力事業団所定の様式による「クエスチョネアー（質問表）」を研修員に提出させ、研修内容に対する研修員の理解の程度等を評価する。併せて、研修日程、研修内容、コース運営等研修全般についての研修員の感想、意見の記述を求め、それらをもとに研修全般の評価を行う。

2) 討議・意見交換による評価

コース終了時に「評価会」を開き、主に研修員から見たコース全体の評価を受ける。この評価会には、国際協力事業団研修担当、受入機関研修担当、研修監理員、研修員等が出席し、研修目的とカリキュラム構成、指導方法、内容の理解度等について協議する。また評価会開催の後、国際協力事業団研修担当、受入機関担当による「反省会」を実施する。

8) 研修付帯プログラム

研修の開始に先立ち、以下のプログラムを設け日本での研修生活を円滑に始められるようにする。

(1) ブリーフィング（財団法人日本国際協力センター）

研修員来日直後に実施し、研修員登録、パスポート、ビザの有効期間確認、諸手当の説明、その他日常生活の諸注意を行う。

(2) プログラム・オリエンテーション（国際協力事業団）

研修に係る諸注意や生活オリエンテーションを行う。

(3) コース・オリエンテーション（コースリーダー）

技術的観点から研修内容・スケジュールの説明を行い、参加研修員に本コースの研修目的・到達目標について同一の認識を持たせることを目的として実施する。

(4) 日本語集中研修（財団法人日本国際協力センター）

1) 到達目標

簡単な挨拶や自己紹介ができる。

2) 時間数

2. 5時間程度

5. 総括

名古屋大学総合保健体育科学センター
教授 佐藤祐造（団長）

平成 12 年度一般特設「生活習慣病予防対策研修コース・ニーズ調査団」団長として平成 12（2000）年 8 月 7 日（月）～8 月 20 日（日）」チリ、パナマの医療事情を視察した。

1. チリ

チリでは、1990 年代から経済成長率が平均 7%（4.2～11.0%）とラテンアメリカではトップの高度成長をとげた。その結果、高頻度に認められた栄養失調と感染症が急激に減少し、総死亡率も減少した。一方、食習慣は変化し、牛肉、豚肉、ソーセージ等の摂取が急激に増加するという“西洋化現象（westernized）”が認められた。アルコールの摂取量も増加し、運動不足の状態が急激に進展した。それに伴い、我国で「生活習慣病」と呼ばれているライフスタイル関連の糖尿病、高血圧、肥満（ことに低所得者に多いという「先進国型」）、動脈硬化など慢性疾患が急増し、心臓血管死が死因の一位を占めるに至った。

チリ政府はこのような疾病の予防、治療のため“カルメン計画（CARMEN:Conjunto de Acciones para la Reduccion Multifactorial de Enfermedades No trans misibles）”を厚生省、文部省、国防省スポーツリレーション総局（国立スポーツ研究所）など省庁の枠を越えて、実行に移している。しかし、計画は進行しはじめたが、対象人数も限られている、評価が行われていない、などの問題点も残されているが、今後の発展が期待される。

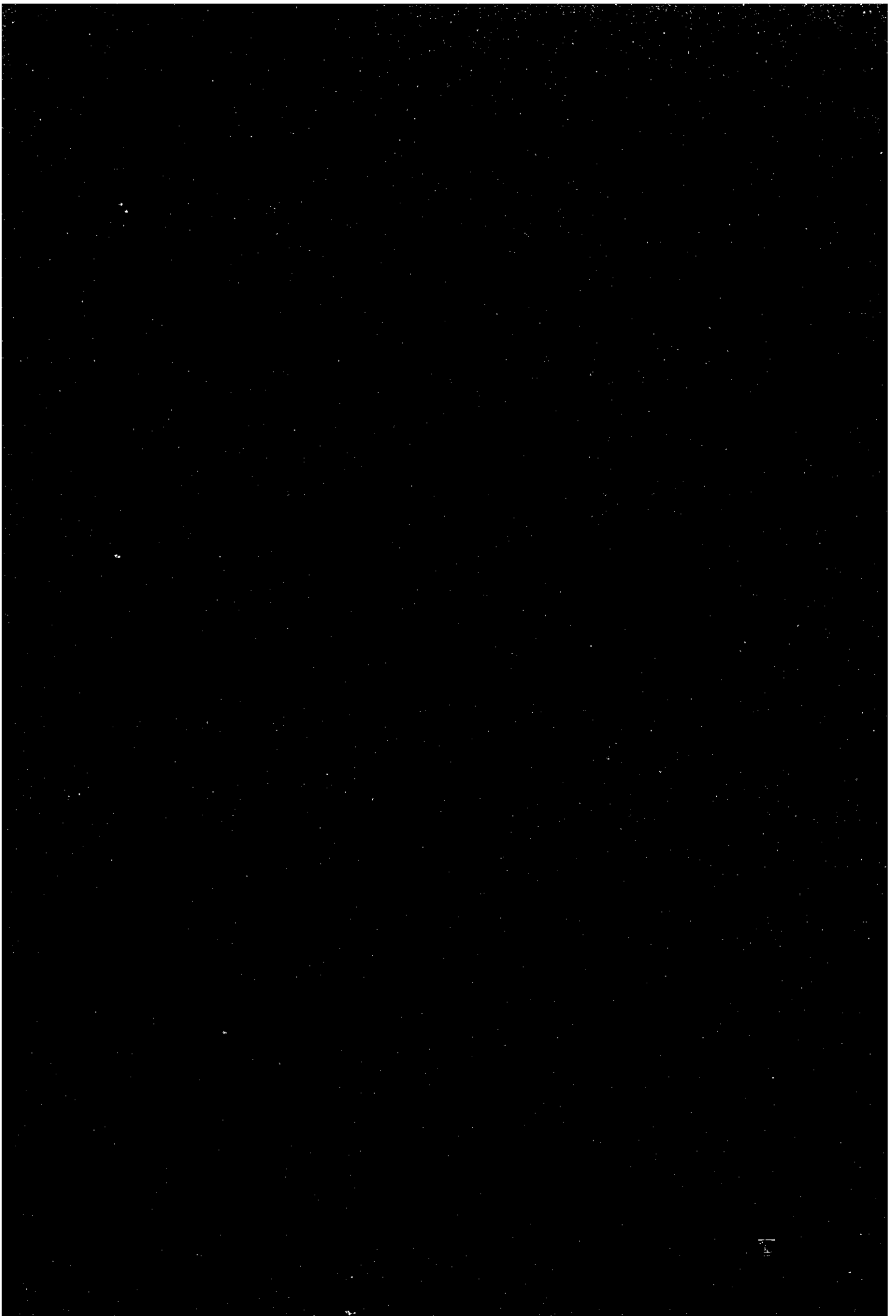
いずれにしても、チリは！国の姿勢として米国だけでなく、アジアとの関係も重視している。”国土は日本の 2 倍の広さがあるが、捌くや寒帯地域も多く、利用できる国土が限られている。# 銅、硝石の他資源が限定されており、付加価値のついた製品を生産する必要がある。等々我が国と共通する点も少なくない。

2. パナマ

パナマでも、経済状態の改善に伴い車が急増しており、ストレスと運動不足、食物の過剰摂取から少なくとも都市在住者では、肥満、糖尿病など「生活習慣病」が増加している。

一方、都市と農村との地域間較差は大きい。後者では栄養失調（malnutritionではなく、dysnutrition）から乳幼児の死亡率が高く、高齢者では、肺結核をはじめとする感染症対策が大きな問題となっている。パナマ国ではポカス・デル・トーロ厚生病院というコスタリカ国境に近い辺境の厚生省管轄の病院を見学したが、検査設備もほとんどなく、インスリンをはじめとする薬剤も不足していた。また、パナマ市内のサンフランシスコ病院（社会保険庁管轄）でも財政上の理由から高血圧の治療薬がなくなっていた。また、糖尿病専門医もパナマ全土で15人（人口換算しても日本の10分の1以下）との事であった。

戦後50年以上を経過した今日、幸いにして世界のトップレベルの生活を享受することができることとなった私共は、今後種々のレベルで国際貢献を行わなければならないと深く感じさせられたことである。





国際協力事業団

中部国際センター

〒465-0094

愛知県名古屋市名東区亀の井2丁目73番地

Tel : 052-702-1391 Fax : 052-702-1397

E-mail : cbic@jica.go.jp