

Ⅲ. プロジェクト総括

a. プロジェクト評価のための活動

a-1. 第2回ヘルスセクター・レビュー

1. 一般概況

(1) 政治経済

1991年に直接選挙により市長が選ばれた。1992年6月に人権の機能と権利の、民主主義的で権利の調和した国を謳う三権分立の新しい憲法が定められ、1993年に大統領と議員と県知事の全国選挙が行われた。国会は上院と下院からなる。ストロエスネル時代の公務員は事実上すべて共和国国民協会(ANR、通称コロラド党または赤党、1887年結成) 党員でなければならなかった影響で、党員数は百万人に近く万年与党で、内部の派閥(オビエド、アルガーニャ) 争いのほうが国政への影響が大きい。野党には真正急進自由党、国民会合党、二月革命党などがある。1999年3月、立法府と司法権力は行政府との間の危機にあたり、共和国大統領の弾劾裁判を画したが、副大統領の暗殺、発砲によるデモ参加者の死、大統領の辞任を経て、国民統一政府が結成され、憲法の定めに従い国会議長が大統領に就任することになった。

国民一人当たりの国内総生産は1993年に1,600ドルを越え、1996年には1,634ドル⁹⁾ となっている。経済成長は、GDPが1990年から1996年の間に年平均約3%増加していることに表われている。1991年よりブラジル、アルゼンチン、ウルグアイと南米共同市場(メルコスール) を形成したが、経済力は4か国の中で一番弱い。GDPを比較するとブラジル67%、アルゼンチン30%、ウルグアイ2%、パラグアイは1%に過ぎない。農牧林業がGDPの25%を占め、製造業は17%。鉱物資源に乏しいが、ブラジルと共同経営するイタイプダム、アルゼンチンとのヤスレタダムからの水力発電エネルギーは豊かで、余剰電力を輸出し重要な国庫収入源としている。輸出の中心は綿花、大豆(輸出額で世界第4位)、木材等の一次産品。ブラジルへの輸出入依存度が高い。南米で唯一台湾を承認して、経済援助を受けている。農林業が労働力の45%を占める。全体の失業率は約10%。19才までの失業率は中等教育終了者で41%、初等教育未了者で16%、無教育者では30%となっている。外国特にアルゼンチンへ出稼ぎに行っているものは百万人に上るといわれるが、下級労働に従事しており、逆に外国から上級労働者が流入している。労働者の質が悪いのは教育の質、量の不足に起因する。

長期に亘る独裁政権のため、麻薬(コロンビアとの中継地) と密輸による裏経済と汚職が社会に根付いたといわれる。当時、国の隅々まで警察権力が睨みを効かせていたおかげで表面的に社会治安が保たれていた面はある。その反動か、強盗傷害殺人などの犯罪が今日増加している。法的保証が不十分で外国からの投資も少ない。銀行融資は1年までであり、長期的視野を持たない国民性はあまり発展に向いていない。個人所得税も遺産相続税もないことは富の偏在を助長している。10%の付加価値税がある。通貨はグアラニー。1米ドルは1994年の1900グアラニーから1999年現在3300グアラニー程度に下がってきたが、裏経済のお陰で過大評価といわれていた。

(2) 教育

1989年のクーデター後、教育分野でも改革が進められ、1994年3月の新学期から1年生となったもの以降は新課程の教育を受けている。新教育制度では、中学校に相当する部分が国際的基準に合わせて初等教育に整理され義務となった。1996年の統計では小学校1年生の就学率は95%、その内卒業するものの割合は58%であるが、都市部だけ見ると76%、農村部は46%に下がる。中学校への就学率は36.5%で卒業するものは51%。1992年の国勢調査によると²⁾、7才から12才の児童で学校に行っていない子がいる家庭の割合は、平均で22.9%、都市部と地方に分けてみた場合は14.7%と31.8%で、地方では都市の倍以上となっている。15才以上で小学校2年を終了している者の割合(識字率)は全国で90.3%、都市部の平均94.2%に対し、地方では85.6%と低い。

国立アスンシオン大学の他、いくつもの私立大学が設立されている。単科大学が多い。大学は各専門科により4年から7年のコースがあり、卒業すれば専門科に応じた称号を授与される。臨床検査技師も看護婦も4年制でそれぞれドクトール、リセシアドとなり格が高い。いわゆる国家試験のような資格試験制度は

ない。一人当りの教育費は年間40ドルで、他の南米共同市場(メルコスール)諸国が60から130ドルであるのに比べると少ない。

(3) 日本との関係

在住日系人の総数は7700人を超える。1936年以降の日本人移住者が栽培を始めた大豆がパラグアイの重要輸産物になるなど、日本への評価は高い。国民は親日的である。明治天皇の崩御の日に生まれたストロエスネル大統領は自分をその生まれ変わりだと称していた。

日本は最大の援助国で贈与貸付の累計は7億ドルを超える(1995年時点)。総額でラテンアメリカ中ブラジルに次いで2位、国民一人当たりによればパラグアイが一番多い。保健医療分野においては、国立アスンシオン大学病院や研究所などへの種々の医療機器、研究機材供与、厚生省中央検査部・熱帯医学病院建設、アマンバイ県ペドロファンカバリエロ病院建設、50台の救急車の全国配備、深井戸掘削機材、医学部母子センター建設などの無償援助がなされている。国際協力事業団は臨床検査の技術レベルの向上、チャガス病等寄生虫症研究の他、1994年よりの地域保健強化プロジェクトでは、全国展開のモデルとするべくカアサパ県の保健医療サービスの改善、プライマリヘルスケアの普及に努めている。

2. 保健水準とその推移

(1) 人口

総人口は5,218,885人(1998年推定)³⁾で、人口密度は国土の西部にあたるチャコ地方の平方キロ当たり0.4人に比較して、東部地域では1993年から1996年にKm²当たり25.2人であったものが1997年に25.3人となっている。都市への人口集中度は53%で首都アスンシオンの人口は約56万人といわれる。1993年から1997年の人口増加率は3.2%で、このまま行けば20年後に総人口は2倍となる。2025年に予想されるパラグアイの年齢別性別人口構成を1995年のそれと比較したものを図1に示す。

(2) 出生

1990年から1995年の平均出生数は153,000人であった。1980年から15年間の年間人口増加率は3.1%であったが、ここ6年間の平均は2.78%に下がっている。粗出生率は1993年に千人当たり33.04人であったものが、1997年は31.30人に減少している。同じ傾向は女性一人当たりの子供の数、特殊合計出生率にも表われており、1993年の4.34人から1997年は4.22人に減少している。社会階層、地域、特に都市部(3.6人)か地方部(6.7人)かによってその差は顕著である⁴⁾。近代的避妊法の普及は1987年と1998年の間で29%から48.6%へ増加している⁵⁾。ピルは減少している代わり子宮内挿入具の伸びが大きい。1995年のカアサパでの調査とレヒオンのデータの比較から、出生届けの率は61%となった。平均寿命⁶⁾は1990年から1995年の平均として男68.1年、女71.9年、全体では70.0年となっている。

(3) 死亡⁷⁾

1990年から1995年の平均死亡数は26,000人、粗死亡率は人口千人当たり5.43。死産・周産期死亡の推移⁸⁾を見ると15年間の減少が目覚ましいが、95年96年のデータを合わせると底付きの傾向が出ている。厚生省の1996年の統計⁹⁾では乳児死亡率出生千対20.90、5才未満の幼児死亡率は出生千対26.83、妊産婦死亡率は出生十萬対123.25となっている。UNICEFとOPSによれば乳児死亡率はそれぞれ30と36である。1995年にJICAの地域保健強化プロジェクトで調べたカアサパ県全戸訪問のデータ¹⁰⁾では乳児死亡率は出生千対25であった。妊産婦死亡数は4年間に2人から5人の幅があり、平均妊産婦死亡率は出生十萬対130となる。死亡届を出していた割合は51%であった。OPSのデータによれば、乳児死亡の未届けは35.4%、妊産婦死亡の未届けは50.6%、全体的な死亡未登録率は50.6%である。その原因として死亡証明の不備、国内の低い医療カバー率、高い死因不明の割合が上げられる。

1993年の粗死亡率は千人当たり6.38人であったが、1997年には5.06人に下がってきている(厚生省データ、以下同様)。1993年の死因第1位は3809人の循環器疾患であったが1997年に2481人に減っている。腫瘍は1993年も1997年も第2位を占めそれぞれ1816人と2180人である。脳血管障害は1993年に1785人で3位、1997年は1419人で4位に落ちた。呼吸器疾患による死亡は1993年に1311人、1997年は1192人であった。事故死は1993年に998人で5位を占めていた。そのうちでも交通事故による死亡は高率を占めている。

1993年に記録された乳児死亡率は出生千人当たり47.04であったが1997年には39.99に低下している。そのう

ち1997年の新生児死亡は952人である。後期新生児死亡は1993年の1054人から1997年の787人に減った。周産期死亡は1993年から増減を繰り返しており、1997年は1847人になっている。幼児死亡率は漸減している。

乳児死亡の第1位の原因は出産時の外傷で1997年は依然として多く344人である。第2位は新生児の感染で、下痢は1993年に308人で2位であったが1995年から3位に落ち、1996年と1997年は208人と209人である。先天性異常は1995年まで5位であったが、1996年と1997年は4位に上がっている。肺炎とインフルエンザは1993年に233人で4位であった。1996年と1997年は5位に下がっている。

妊産婦死亡率は厚生省のデータで見る限り漸増の傾向にある。出生十万人当り1993年の124.5から1997年には186となっている。1993年からの5年間を通じて最も多いのは中絶による死亡で、1997年は25人であった。次いで重要なのは出血で各年でばらつきはあるが1997年は1位になっている。周産期の合併症と尿毒症による死亡も同じく重要である。敗血症の順位は5位である。

(4) 婚姻・離婚

古き良き伝統によれば、男はこれと決めた女の家に通二日通い(ビシータ)、家族込みのお付き合いをするうちに二人きりの時間も多くなり、それからおもむろに結婚することになっている。途中でどちらかの気が変わり、ビシータが続かなくなったりすれば、女はいわばお手付きになったとされる。宗教の影響からか実際にシングルマザーがかなりの割合で存在しており、一人の男があちこちに子供を持っているのはあまり珍しくない。カアサバ県の調査⁹⁾によれば、母親883人のうち結婚しているもの68.9%、同棲9.6%、離婚死別1.2%、独身19.7%、その他0.6%であった。民主主義政権のもと法的な離婚が1995年あたりから可能になったが、弁護士料の払えるものに限られているといつてよい。パラグアイの国民性は一般的に極めて現実主義で、外国に行って2度目の結婚式を上げてきたりするのが離婚の方法と言えないこともない。

3. 国の保健・医療システム

(1) 国、地方の行政組織と役割

1998年8月の政府交代で厚生省組織が大幅に改編されつつあったが、1999年3月の政変でもとに戻る方向にある。大臣室として秘書、監査、法律顧問、技術顧問の各室と国立保健院、社会福祉院、衛生監視全国局、弱者扶助局、さらに人事、管理財務、環境保健の各総局が配下にあり、副大臣は計画評価室、(国際協力)プロジェクト調整室の他、保健サービス開発(病院、衛生行政区)、保健プログラム(リプロダクティブヘルスなど)、保健監視、資材・技術、保健啓蒙の各総局を統括する(資料一Ⅲa-1. 厚生省組織図)。

地方での保健行政については、1993年以来医療施設から機能的に分離した衛生行政区(レヒオン)事務所が受け持つことになり、県病院、診療センター(セントロ)、地方診療所(プエスト)の業務管理とスタッフの研修、各保健施設でカバーできない僻地の予防接種などを担当している。地方自治体が固有予算の最低5%を保健に充てる条件で、厚生省の保健施設とそれに付随する予算が地方自治体(地区保健審議会)に譲渡されるという、保健分野の地方分権化が1998年に法律化され徐々に実施されている。

(2) 民間と公の役割分担

医療供給分野を大別すると次の3部門になる⁹⁾。

- 公共部門: 厚生省、社会保険公団(IPS)、軍衛生部、警察衛生部、国立大学、地方自治体。
- 準公共部門: 赤十字、NGO、カトリック大学。
- 民間部門: 医療保険組合、私立病院(サナトリオ)、私立診療所(コンサルトリオ)。

首都圏を成すアスンシオンとセントラル県(パラグアイ人口の1/3に相当)では公的施設29に対し、私立病院は140もあり、民間の医療機関は明らかに首都周辺に集中している。各県には厚生省の県病院が一つと保健行政事務所としてレヒオン、各市(郡)には地方診療センター(セントロ)、いくつかの部落に一つプエスト(地方診療所)が置かれ一般住民の診療、疾病予防を受け持つ。UNICEFのデータによれば保健サービスにアクセス可能な人口の割合は全国平均で66%、農村部だけを取り上げると38%に下がる。つまり農村を厚生省がカバーしているといつても、実際にプエストまで来ることのできない人口がかなり存在する。IPS病院は各主要都市にあり(115施設、1180床)設備は良いが、人口カバー率は16%である。各医療機関のおおまかなシェアを表一Ⅲa-1に示す。

表一Ⅲa-1 各医療機関のカバー率及びベッド数

	厚生省	IPS	軍衛生部	民間	大学病院	警察
人口カバー率	60%	16%	8%	10%	5%	1%
ベッド数	47.0%	15.2%	9.7%	20.4%	6.4%	1.1%

(3) 医療供給と地域保健

一次から三次までの医療施設には細かく分ければ5つのレベルがある。一次医療機関として厚生省の地方診療所(プエスト)と医師が一人いる診療センター(セントロ)、県病院レベルを二次医療機関とし、国立病院等の総合病院と7つの専門病院を国レベルの需要に応える三次医療機関と位置付けている。一次レベルは公的なもののみで839(プエストレベル665、セントロレベル174)施設があり、社会保険公団(IPS)などを含む公的病院として二次レベルのもの51、三次レベル21、赤十字やカトリック大学その他の私立病院は二次三次を合わせて296ある⁹。各セクターのベッド数の割合は表1の通りである。厚生省はカバーする人口に比べてベッド数が少なく、私的医療機関はベッドが多い。公的病院のベッド数総数は1993年の6578から1996年には7504に大幅に増加している。一次レベルが28.4%、二次レベル23.6%、三次が48%を占める。

人的資源⁹として、医師5,585人、歯科医1,610人、臨床検査技師薬剤師1,053人、正看護婦助産婦1,215人、看護技師1,833人、その他の専門職522人、看護助手助産婦助手2,752人、厚生省に把握されている伝統的産婆1,050人がいる。公共部門だけ見た場合の内訳が表2に示してある。医師の首都集中度率は78.9%、正看護婦82.6%に対し、看護助手は45.5%となっている⁹。

表一Ⅲa-2 公共医療部門における機関別職種別職員数

機関名	医師	歯科医	看護助産	検査薬剤	看護技師	看護助手	計	%
厚生省	1471	234	398	94	916	2752	6387	63.5
社会保険公団	1039	135	235	132	389	799	1689	16.8
軍衛生部	141	55	13	45	15	117	386	3.8
警察衛生部	123	38	12	16	23	37	249	2.4
国立A大学	820	6	118	44	41	308	1337	13.3
計	3594	468	776	331	1384	4013	10048	100

(4) 医療保障を中心とした社会保障制度

厚生省の医療機関(県病院、医療センター)には料金表がある。病院長等に申請して認められれば払えない人は払わなくて済んでいる割合が30%、地方では40%程度ある。プエスト(地方診療所)では、看護助手の保健医療サービスは原則的に無料であるところが多い。新厚生大臣は厚生省保健施設における産前コントロール、分娩は無料としている。

一般勤労者は給料の9%を、その雇用主は14%を、国が1.5%を社会保険公団(IPS)に払い込むことが法律で決められている。定年退職したあと、この積立金から年金を受け取るようになっており、医療保険の機能もある。この加入者を対象にしたIPS病院は各主要都市にある。厚生省は国家保健システムに社会保険公団を取り込もうとしているが抵抗が大きい。莫大な財源を持つこのシステム自体が汚職の巣となって資金運用は破綻していると言われ、高額の保険料を払い込み続けながらこのままでは年金予定額が受け取れない加入者にも、国民の大部分である加入していない者にも評判が良くない。

軍と警察はそれぞれ独自のシステムを持つ。いわゆる国民保険はなく、個人で掛ける民間の医療保険では、治療できる病院が指定されている。先住民もカバーする中央チャコノメニータの組合保険などもある。公務員は給料補填の形で(保険料として一人7万グアラニーまで支給)1997年から民間の医療保険に加入することになった。

(5) 保健計画

A. 国レベル

国家開発計画に関連し、社会経済開発プロセスに保健政策を取り入れる形で1994年から1998年に至る国家保健計画がワスモッソ政府によって策定された。人権として、また社会投資として国民福祉レベルを向上させること、効果的で質の高い保健プログラムおよびサービスを公平に実施し、制度自体の信頼を獲得することを目的としている。農村における母子保健、保健教育、国家保健システムの導入、治療よりも予防医学に優先性を置いている。保健サービスを受けることは全国民の基本的な権利であり、国家及び社会は共通の責任を負うとする。厚生省の任務として保健政策の立案、規範作成、評価と管理、人材養成、保健情報のシステム化、先端技術の導入、適切な資金調達、関連分野の調査研究、保健プログラムへの社会参加の他、母子保健、栄養障害、寄生虫症、予防接種が可能な感染症、下痢症、神経障害、事故への対応、環境汚染管理、汚水処理、国内外での協力推進を上げている。

基礎プログラムとして

- ① 家族保健
- ② 疫病のコントロール
- ③ 医療施設
- ④ 保健啓蒙教育
- ⑤ 社会福祉
- ⑥ 環境衛生
- ⑦ 人材養成
- ⑧ 制度面での開発

の8項目がある。基本的に前政府の保健政策を引き継ぐ新厚生大臣カルメン・フルートス女史は、最優先の活動として母子を中心とする弱者グループへの疾病予防、啓蒙、保護、医療活動を掲げ、その実践によって公的保健医療施設への国民の信頼を回復しようとしている。

1992年憲法の健康への権利の章に、公的私的保健セクター間の調整、協力、相補性の原理を設定する、健康維持の権利と国家保健システムが述べられているが、1996年に保健医療改革戦略の一環として国家保健システムを創設する法律1032号が定められた。これは、啓蒙と治療とリハビリテーション活動を通じて、すべての国民に、公平に必要な時に効果的に誰をも除外することなく、保健医療をサービスすることを目的とする。既存の人材資材利用の合理化と、セクター間、セクター内関係の調和が期待されている。厚生大臣が議長を勤め、保健セクターのすべてのメンバーと関係者が構成する国家保健審議会が、計画、プログラム、活動の調整と管理に責任を持つ¹⁾。1999年3月の政変で交代したマルチン・テオラ大臣は、政策的に前厚生省を引き継いでいるが、僻地の保健医療サービス拡大として始められていた全衛生行政区によるいわば面的な巡回診療プログラムは、中央政府主導の貧困対策キャンペーンの一部として点的な位置付けとなった。

B. 地域レベル

地方保健計画(プログラマシオンロカル²⁾)は、地方の現実にあった保健プログラムを地方で立てて実行するシステムである。衛生行政区(レヒオン)事務所は、次の年その県に必要な分の予防接種量を厚生省に申請する。そのためには地方診療所(プエスト)の看護助手が、受け持ち区域の5才未満の子供の人口などを調べ、必要な分だけの予防接種量をレヒオンに報告する。現実的には1992年の国勢調査を元にした厚生省の統計データに頼って、予定妊婦総数など計算で出すことも多い。地方保健計画の目指すところは、この業務を通して地域に根付いた保健医療システムを構築すること、つまり地方保健システム(SILOS)の強化にある。プエストのスタッフは広いカバー区域を相手に、地図(クロッキー)を作成し家屋の配置を書き込み、世帯票による保健調査の基とする。予防接種を始めとして妊産婦・乳幼児ケア、保健教育などの日常の保健活動は多く、WHO/OPSや厚生省が期待する成果が出ていると一般的には言えないが、うまく行っているところは、保健スタッフの能力が高く意欲がある。データを報告するために整理して用紙に記入したりする場合には、基礎的学力が問題となる。プエストの保健スタッフの能力にはかなり差がある。

(6) 保健・医療施設¹⁾

A. 病院

厚生省の専門病院としてガン熱傷、熱帯医学研究所、救急センター、輸血センター、循環器病予防センター、サンパブロ小児科、リハビリテーション外科センターがある。その他三次医療機関として公共、準公共合わせて17の総合病院がある(国立大病院、IPS中央、9つのIPS地域基幹、軍中央、警察、国立アスンシオン大学臨床病院、2つのカトリック大学、赤十字)。二次医療機関の県病院は1997年に1カ所増えて15となり、県庁所在地にあって地域医療の中核として機能することが期待されている。ベッド数は10床から86床と幅がある。基本的4科すなわち内科、小児科、産婦人科、外科の専門的医療サービスの他、保健啓蒙と予防活動も行う。近年一部のセントロが地区病院(Hospital Distrital)の名で地域の基幹病院として格上げされ充実してきている。IPSにはこのレベルの病院が20、軍に3、地方自治体に一つある。ベッド占有率は厚生省の場合48.5%と低く、社会保険公団(IPS)では75%である。

B. 診療所診療センター

診療センター(セントロ)は1993年の全国に145から1997年には147に微増、各市(郡)に一つ程度あり、5千人から1.5万人の住民を対象に一般外来、入院治療、臨床検査、巡回診療、保健教育等を行う。ベッドは6床から19床あり、医師、看護婦、農村助産婦、薬剤師、歯科医、検査技師、事務員その他のスタッフがいる。IPSは29のセントロを持つ。

C. 保健所

いわゆる保健所の機能は地方診療所(プエスト)にある。プエストは1993年の412から1997年の511に25%の増加を見ている。地方にあって、保健医療サービス網の門戸を形成し、医師は配置されておらず、看護助手または農村助産婦が、人口5千人以下の地域を対象に、一般的な病気の診断と治療、住民への予防接種、健康教育等を行う。担当する看護助手の力量によって分娩に対応できることもある。ベッドが2床ある。無料相談所レベルのものを含めてIPSは43、軍は49、警察は22、地方自治体は6カ所のプエストを持っている。

(7) 伝統医療

クランデーロというのは医師の免許なしに医療行為をするものの総称で、その内容は祈祷、呪術のみを施す場合から、尿を見て診断する者など様々である。一般的には治療に適した薬草を処方して売るといふ形をとり、先祖伝来の知識や調合の秘法等クランデーロを世襲の職業として成り立たせている。厚生省にカバーされていないところでは唯一の医療機関でもある。いくつかの村に1軒くらいの割合で存在する。

パラグアイ人は薬草と関係が深い。国立アスンシオン大学化学部には国際協力事業団の援助で薬草園が作られ、ペルーに習ってパラグアイでも国立伝統医学研究所が今年設立された。

エンピリカ(伝統的産婆)は一般的に世襲で母親からその技術を受け継ぎ、家業としている。厚生省のプエストの看護助手に比べてサービスが格段に良いことが、人々がエンピリカにお金を払ってもお産をしてもらう理由である。技術のレベルには差がある。エンピリカによっては厚生省の講習会に参加したり、保健ボランティアとしてプエストと協力関係にある者もある。UNICEFが協力して石鹸や無菌ガーゼ等の入った分娩セットをエンピリカに配布し、安全なお産となるよう教育に努めている。

4. ヘルスマンパワー

(1) 医師

パラグアイの医師数は5,585人、人口一万人当たり11.2人となる。医学部は国立アスンシオン大学とビジャリカのカトリック大学、1996年に開校した国立大学のエンカルナシオン分校がある。ビジャリカではアスンシオンの医学部と比較すると地方出身の学生が多く、卒後は大都市より地方で医療を実践することを教育方針としていることは、国家レベルの医学教育政策不在の今日特記される。学部教育は合計7年である。カトリック大学では最初の1年間は医学進学過程であり、試験に通らないと進学できないため1年生だけは300人と数が多い。この篩落としのシステムはエンカルナシオン医学部でもコピーされているが、アスンシオン医学部にはこの予科システムはなく、入学の時100人しか採らない。卒業数は合計年間170人程度¹⁾。歯科医は国立大学卒業生が60人、私立大学歯学部もあるが卒業数は不明。

カトリック大学で教育内容が国立大学と異なる部分は、神学、救急医療、グアラニー語が取り入れられていること。卒業試験に通ればメディコシルハーノ(内科外科医)と呼ばれ、医師の資格がある。カトリック大学医学部卒業生は、全員1年間主要4科(内科、外科、小児科、産婦人科)と地方勤務をローテートするインターンの義務がある。地方勤務には地方の県病院で3ヶ月間、研修医実習を行う。アスンシオン大学医学部の卒業生は成績順に70人のみがインターンとして採用されている。カトリック大学ではローテーションの終わりに論文を提出する義務がある。相当数の医師は専門科研修のため、ブラジル・アルゼンチン・アメリカ・ヨーロッパへ私費留学している。留学先も期間も様々である。国内では専門医制度が小児科と産婦人科に取り入れられた。3年間の経験と所定のコース研修が義務づけられ、1997年に初の専門医が生まれている。厚生省や医学部などの公的病院、あるいは私立の病院に勤務する医師も、一般的に勤務は半日だけで、あとは病床なしの自分の診療所で働いているものがほとんどである。いくつもの病院を掛け持ちして勤務している場合が多い。

医師に限らず、看護婦、看護助手あるいは臨床検査技師などの数に関して、国家レベルの長期的養成計画はないようである。人材養成の現状把握も正確でない。公的病院に勤務していて給料を貰いながら、勤務時間を全うしなかったり、公的医療機関に来た患者を、自分の診療所に回して診たりする。医療分野に限ったことではなく、咎められるようなことをしながら罰されなくても当たり前という社会的風潮があるため、地方の貧しい住民の医療ケアが保障されているとは言い難い。公的病院に勤務する医師が1998年に無期限ストを打ち3か月近く続いたほど待遇が悪いのも確かである。待遇の悪さがやる気のなさに繋がっている。いわば2期目のインターン地方勤務を兵役の1つのバリエーションと位置付けるなどして、僻地の巡回診療を主体に1年間でも義務付ければ、パラグアイの地方の保健医療事情は格段に改善される。統一された医学教育システム、国家試験実施等課題が多い。

(2) 看護婦

正看護婦と正助産婦の合計数1,216人から、人口一人当たり243人となる。看護助手と農村助産婦で2,752人、その中間的な技師資格のものが1,833人いることも考慮すると人口一人当たり11.6人となる。正看護婦は高校卒業後4年間の大学教育で養成され、その後1年間の助産婦コースがある。以前は4年間の助産婦コースもあった。看護婦技師の資格を得るには高校卒業後3年間の看護学校教育を受けねばならないが、高校時代に職業高校として看護を学んだものも看護技師となっている。いずれの場合も助産婦のコースがある。看護助手(准看護婦)は中学3年終了後1年の准看護婦教育にて養成されている。助産婦助手コースは1年半となる。統一されたカリキュラムはなく、准看護養成コースの認定を国立保健院が行なっている。小学校教育終了後に入ることができた旧制度の准看護養成学校卒業生も准看護婦として現在働いており、計算や報告書作成が苦手など、基礎教育の不十分さが感じられる。

国立アスンシオン大学、カトリック大学、エヴァンヘリカ大学の3大学に看護学部がある。アスンシオン大学のものはアンドレス・パルペロ校(年間卒業生40人)と呼ばれ、首都の他にサンエスタニスラオ(通称サンタニ)とコロネルオピエドに分校を持つ。カトリック大学看護学部もビジャリカ(年間卒業生30人)とエンカルナシオンに分校がある。国家試験はないので、これらの学校を卒業すれば自動的に資格が得られる。正看護婦と助産婦ライセンスの管理責任は厚生省から看護婦協会へ移行されつつある。厚生省の業務管理が年2回ある。不定期的に中央または県レベルで、厚生省が主催する母子保健その他の研修が行なわれる。UNICEF等が参加者の旅費日当など援助している。卒後助産研修は毎年1回、医学部主催で開かれている。厚生省職員対象のものだけでなく、伝統的産婆の研修も行なわれている。

他のラテンアメリカ諸国の傾向と同様、医師よりも正看護婦の数は少なく数的な不足は明らかである。4年制の看護学部を卒業したものは看護より実際は管理職として勤める傾向にある。地方では正看護婦は一層稀で、病院看護と地域保健を担っているのは看護助手、農村助産婦、看護技師(テクニコ)と呼ばれる人たちである。住民の保健レベルに直接影響するこれらの人材の質の向上が当面の優先課題である。4年制大学の看護学部を卒業した正看護婦から、小学校卒で1年程度の研修を受けただけの看護助手まで、8種類ものカテゴリーの看護婦・助産婦が存在している。技師資格の看護婦は、私立病院の安上がりな人手として利用されていて、職種整理もしくは正看護婦へ格上げの問題が出ている。サービス業分野におけるメルコスール内流通自由化に向けて、資格の国際的標準化の問題とも関連して解決していかなければならない。

(3) その他の医療関係従事者

臨床検査技師に相当するバイオキミコと薬剤師は国立大学から年間40人出ている。国立保健院が保健分野の人材研修を担当することが期待され、看護助手その他の医療関係従事者研修コースを実施しているが、その調査によると1996年の看護技師の資格取得者は159人、看護助手は991人となっている。

5. 環境衛生、環境保健

(1) 上水道

人口4千人以上の町の水道の設置はパラグアイ衛生公社(CORPOSANA)、それ以下の規模のところを国立環境衛生局(SENASA)が担当している。パラグアイの安全な水の供給率は低く都市部で60%、地方に限れば13%程度、商業的水道を含めた全体で42%。UNICEFが出している1990年から1995年の中南米平均80%に比べて非常に低い。パラグアイの名が水の多いところを意味するように、北西部の乾燥地帯チャコを除けば水は豊富で、あまり深く掘らなくても水は出てくるのだが、それだけ本格的な井戸掘りが遅れている。表土付近の水は多少の雨でも汚染され、安全な飲料水ではない。

(2) 下水道

国立環境衛生局によれば下水施設の普及率は都市部で40%、地方で23%となっている。穴を掘っただけの簡易トイレが多く、浸透性の高い土質と相俟って、近接する浅井戸への糞便のコンタミを起し、軒並み50%以上を示す寄生虫感染率の大きな原因となっている。一般的に蛔虫は少なく原虫類が多いこともそれを裏付ける。

(3) 廃棄物

南東部のカアサパ県で行なわれた調査によれば、家庭のゴミの80%は焼却されている。市街地でゴミ収集が行なわれているところもあるが公共の焼却場などはなく、町はずれに放置されることが多い。「健康的な町」キャンペーンが実施されたりしてゴミ処理への関心は高くなってきている。首都圏のゴミ収集処理のため開発調査が実施された。

(4) 食品衛生

国立食品栄養研究所(INAN)があり、衛生基準を管理している。パラグアイは内陸国でヨード不足による甲状腺腫が多く、厚生省はヨード添加食塩の市販と使用を指導している

6. その他

環境保全の分野では、首都に近いパラグアイ最大のウパカライ湖の水質浄化を目指す国際協力事業団のミニプロジェクトが1998年開始された。1945年に国土の55%を占めていた森林面積が15%に減ってきた現状を鑑み、東部パラグアイ造林普及プロジェクトも実施されている。アルゼンチンとの国境パラナ河を堰止める大規模なヤスレタダム建設に伴い、水没地域の野性動物保護のため専門家が派遣された。

7. 参考文献

- 1) Analisis del Sector Salud del Paraguay. Consejo Nacional de Salud, MSPyBS, Asuncion, 1998.
- 2) Necesidades Basicas Insatisfechas. FNUAP-PNUD, DGEEC, Secretaria Tecnica de Planificacion, Paraguay, 1995.
- 3) Censo Nacional de Poblacion y Viviendas 1992. DGEEC, Secretaria Tecnica de Planificacion Paraguay.
- 4) Indicadores Basicos de Salud, Paraguay 1998. OPS/OMS, MSPyBS(厚生省広報パンフレット)
- 5) Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998, Informe Preliminar. CEPEP-CDC-USAID, 1999.
- 6) パラグアイ地域保健強化プロジェクトチーム。パラグアイにおける新たなPHCの樹立にむかってーパラグアイ地域保健強化プロジェクトの軌跡ー(1)基礎調査の教えるもの。1997.
- 7) Manual de Programacion Estrategica Local de Salud, MSPyBS, OPS/OMS, Paraguay, 1994.

(松口素行・チームリーダー・平成6年12月～平成11年11月)