

パラグアイ
保健医療分野
プロジェクト形成調査結果資料
(内部検討資料)

平成10年 9 月

JICA LIBRARY



1182286 [3]

基礎調査部

基二
空二

パラグアイ
保健医療分野
プロジェクト形成調査結果資料
(内部検討資料)

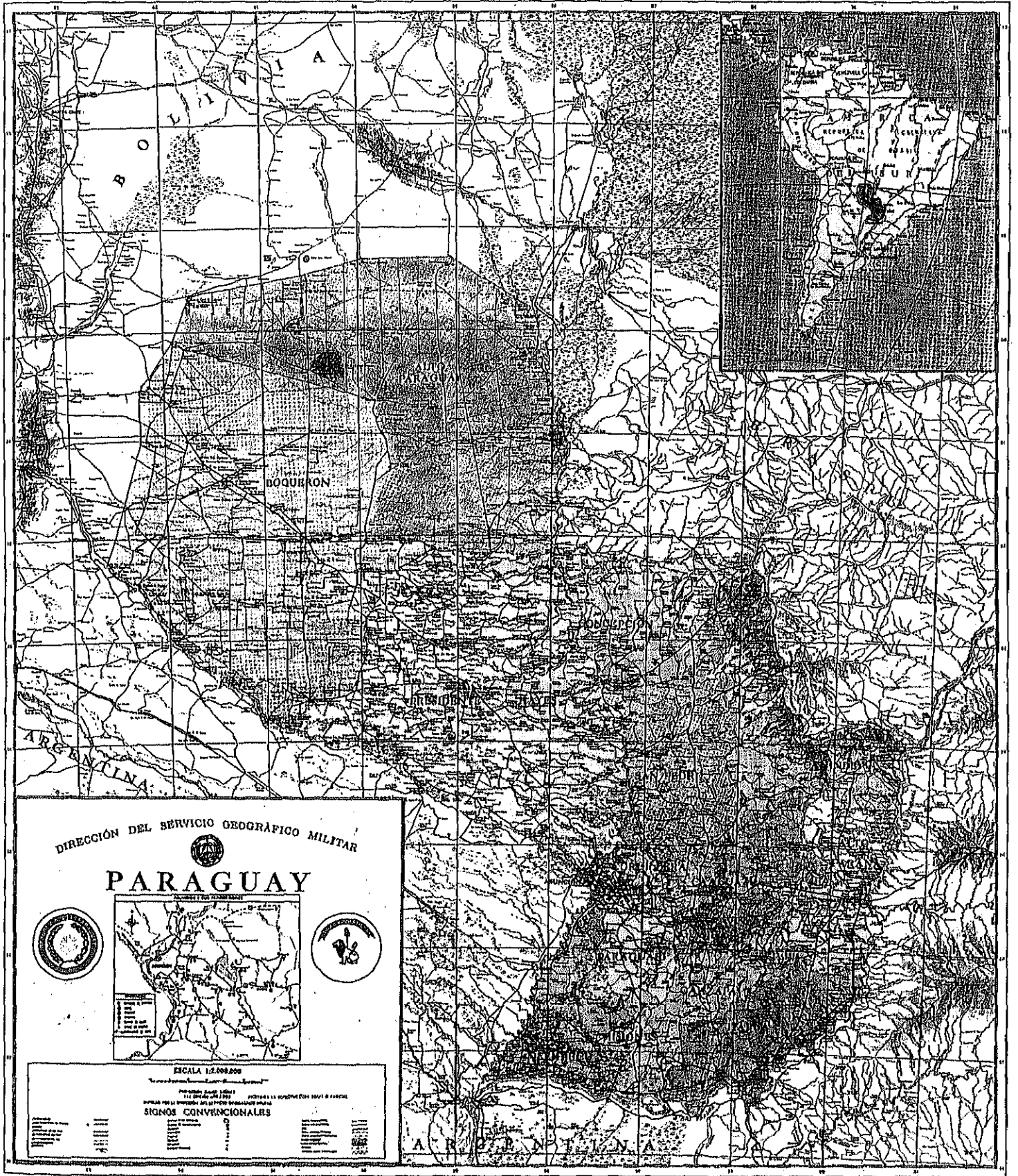
平成10年9月

基礎調査部



1182286 [3]

調査対象位置図



略語表

厚生省機関

CS	Centro de Salud	保健センター
CORPOSANA	Corporacion de Obras Sanitarias	環境事業公団
CEPEP	Centro Paraguayo de Estudios de Poblacion	人口問題研究所
—	Consejo Nacional de Salud	国家保健審議会
—	Consejo Regional de Salud	県保健審議会
—	Consejo Locales de Salud	地域保健審議会
—	Comite Ejectivo	執行委員会
—	Direccion General de Promocion, Prevencion y Educacion	啓発予防衛生教育総局
—	Direccion General de Proyectos de Cooperacion Internaonal	国際協力事業総局
HR	Hospital Regional	地域病院
HD	Hospital Distrial	郡病院
INS	Instituto Nacional de Salud	国立保健院
INAN		国立食料栄養院
MSP(y BS)	Ministerio de Salud Publicay Bienestar Social	厚生省
LACIMET	Laboratorio Central de Salud Publica (Laboratorio Central e Instituto de Medicina Tropical	厚生省中央研究所 組織改変前)
PS	Puesto de Salud	診療所
RS	Region Sanitaria	県衛生局または 衛生行政区
SENASA	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental	環境衛生局
SENEPA	Servicios Nacional de Erradicacion de Paludismo	マラリア撲滅局

関連機関・事項

ENDSR-95/96		全国人口およびリブ・ロウ・ク イブ・ヘルス調査1995/96
IICS	Institute de Investigaciones en Ciencias de la Salud	アスンシオン大学付属 保健科学研究所
IPS	Instituto Prevencional Social	社会保険公団
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas (英語略称: ARI)	急性呼吸器感染症
IUD		子宮内避妊具
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones (英語略称: EPI)	予防接種拡大プログラム
—	Programacion Local	地域保健計画
SILOS	Sistema Nacional de Salud	地方保健システム
SENAEMPRE	Servicio Nacional de Emergencia Medica y Prehospitalaria	緊急医療サービス
SEFEM	Servicio de Formacion y Estudios de la Mujer	女性問題研究サービス

国際協力機関等

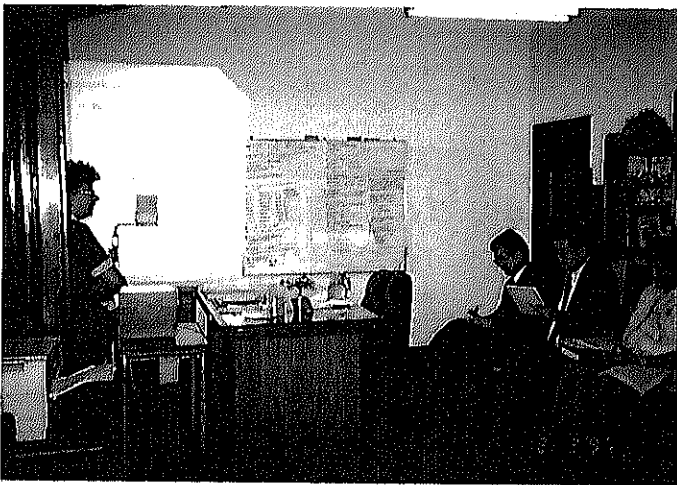
AECI	Agencia Espanola de Cooperacion Internacional	スペイン国際協力事業団
CDC	Division of Reproductive Health (米国の機関)	リプロダクティブヘルス局
GTZ	Dentsche Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
BID	Banco interamericano de Desarrollo (英語略称IDB)	米州開発銀行
IPPF	International Planned Parenthood Federation	国際家族計画連盟
KFW		ドイツ経済開発公社
OPS/OMS	Organizacion Panamericana de la Salud (英語略称PAHO/WHO)	米州保健機関／世界保健 機構
FIORUZ		オズワルドクルツ財団
FNUPA	Fando de Poblacion de las Naciones Unidas (英語略称UNFPA)	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁



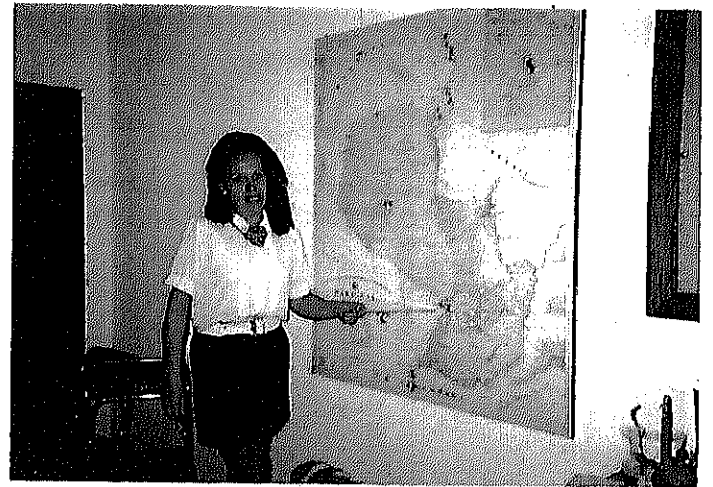
厚生省副大臣（右から3人目）及び関係局長との協議



PAHOにおける意見交換



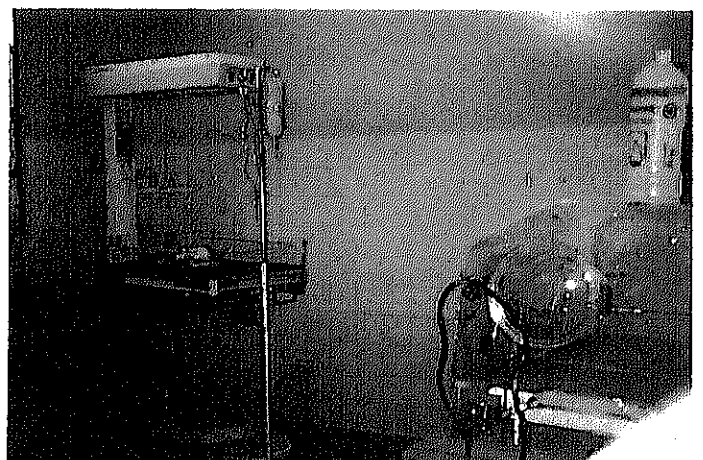
INS（国立保健院）院長によるプレゼンテーション



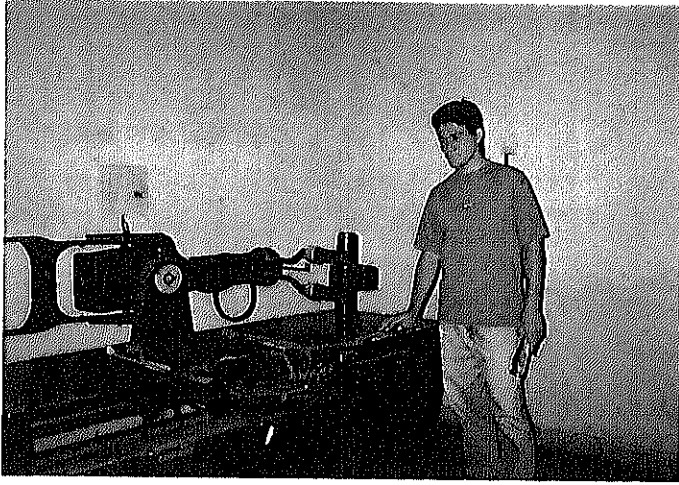
看護助手養成コースの指導・監督担当職員（INS）によるコース配置の解説



カアサバ県ロザリオ・グフピア診療所診療室



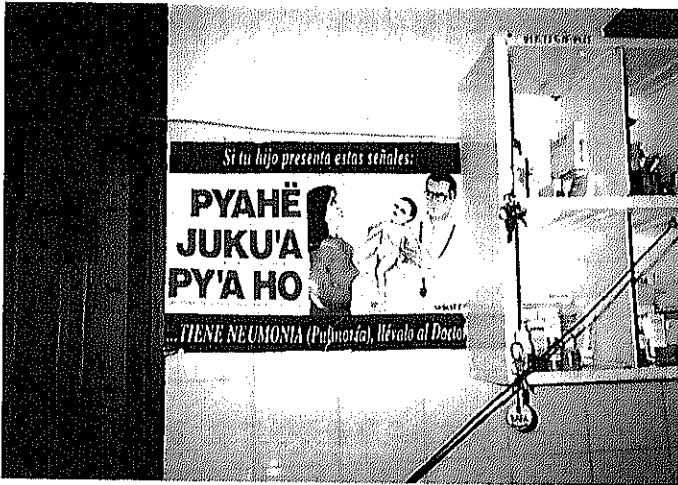
カアサバ県地域病院新生児ICU



イタプア県保健センター（Carmen de Parana）
内のレントゲン室



イタプア県保健センター内にある
Farmacia Socialの薬品庫



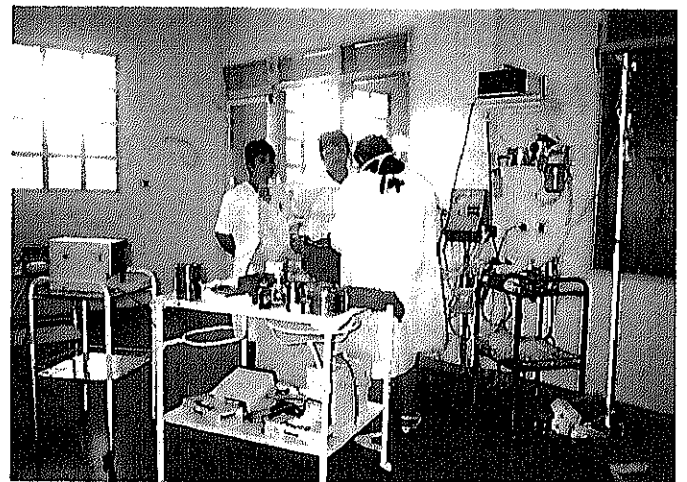
肺炎の早期発見を訴えるガアラニー語のポスター



イタプア県保健センター内のカルテ室



アスンシオン大学付属病院検査室



赤十字病院新生児処置室

目 次

調査対象位置図

略語表

写真

1. 調査の概要	1
1. 1 調査の背景・経緯	1
1. 2 調査の目的	3
1. 3 調査団構成	3
1. 4 調査行程	4
2. 保健セクターの優先対策とその現状	6
2. 1 優先対策の概要	6
2. 2 主な対策	6
2.2.1 リプロダクティブ・ヘルス	6
2.2.2 予防接種対策	13
2.2.3 下痢症対策	16
2.2.4 栄養問題対策	18
2.2.5 急性呼吸器感染症対策	20
3. 保健政策と保健セクター改革	22
3. 1 保健セクターの最近の動向（要約）	22
3. 2 保健政策・計画	23
3.2.1 国家開発計画における保健セクターの位置づけ	23
3.2.2 保健政策に見られる基本姿勢と戦略	24
3. 3 保健セクターの改革の流れと「国家保健システム」	24
3. 4 「国家保健システム」	25
3.4.1 「国家保健システム」の目的	25
3.4.2 国家保健審議会、その他の保険審議会の組織・機構	26
3.4.3 「国家保健システム」の現状と課題	27
3. 5 国家保健計画発表後の実績	28

3. 6	今後の動向	29
4.	保健行政	30
4. 1	要約	30
4. 2	厚生省の組織・機構（中央）	30
4. 3	県衛生局	32
4. 4	年間計画立案の仕組み	34
4.4.1	地域保健計画（Programación Local de Salud）	34
4.4.2	地域保健計画の現状と課題	34
4. 5	人事	35
4. 6	予算計上の仕組み	36
4. 7	管理・運営と業務監督	36
4. 8	地方分権化の現状と課題	37
4. 9	地方自治体との関係	37
4. 10	民間との協力	38
4. 11	住民参加	38
5.	保健セクターの資源（施設・財政・人材）	39
5. 1	概要	39
5. 2	保健サブセクターと人口のカバー率	39
5. 3	公的および民間保健施設の概要	40
5. 4	保健財政	42
5.4.1	厚生省の財源	42
5.4.2	厚生省の保健予算と歳出	42
5. 5	人材とその育成	44
5.5.1	保健従事者の数と分布	44
5.5.2	正規の資格のない保健関連従事者（伝統的産婆、保健推進員など）	46
5. 6	国立保健院	47
5. 7	保健従事者の育成の現状	49
5.7.1	医師	49
5.7.2	看護婦	50
5.7.3	助産婦	52

5.7.4	看護教育のカリキュラム	54
5.7.5	現場従事者の研修	54
5.8	人材ニーズの予測と対策	55
5.9	人材とその教育における課題	56
6.	保健サービス供給システム	58
6.1	保健医療施設（公的、準公的及び民間）の現状	58
6.2	医薬品・衛生材料等の供給システム	76
6.3	保健医療サービスの利用	77
6.4	医療保険制度	78
6.5	救急医療システム	79
6.4	試験研究機関	79
7.	保健教育への取り組み	82
7.1	国家計画	82
7.2	啓発予防衛生教育総局の目的と活動	82
7.3	啓発予防衛生教育総局が実施した調査及びその結果について	83
8.	環境衛生	84
8.1	パラグアイの環境の現状	84
8.2	環境衛生局（SENASA）	84
8.3	環境事業の現状	84
9.	人口・保健情報	86
9.1	人口静態（1995）	86
9.1.1	総人口	86
9.1.2	地域別人口	87
9.1.3	年齢別人口	88
9.1.4	労働力人口	88
9.1.5	将来推定人口	90
9.1.6	世帯数	91
9.1.7	保健行政区別人口の動向	91

9. 2	人口動態 (1995)	91
9.2.1	出生	92
9.2.2	死亡の動向	95
9.2.3	死因別にみた死亡の状況	96
9.2.4	保健行政区別にみた死亡の状況	99
9.2.5	妊産婦死亡	100
9.2.6	新生児 (生後1カ月未満) 死亡	104
9.2.7	乳児 (生後1年未満) 死亡	107
9.2.8	平均寿命	108
9.2.9	疾病及び傷害状況	108
9. 3	保健情報	111
9.3.1	国勢調査	111
9.3.2	出生・死亡データ	111
10.	保健セクターへの協力の現状と動向	113
10. 1	パラグアイへの協力の特徴	113
10. 2	協力調整	115
10. 3	国際機関の協力実績と動向	115
10.3.1	PAHO/WHO (米州保健機関)	115
10.3.2	世界銀行 (IBRD)	116
10.3.3	米州開発銀行 (IDB)	117
10.3.4	UNICEF	118
10.3.5	国連人口基金 (UNFPA)	118
10. 4	二国間援助の実績と動向	119
10.4.1	日本	119
10.4.2	ドイツ	120
10.4.3	米国	120
10.4.4	スペイン	122
10.4.5	その他	122
10. 5	NGOの協力実績と動向	122
10.5.1	パラグアイ人口問題研究所	122
10.5.2	女性問題研究サービス	123

10.5.3	その他のNGO	124
11.	保健医療分野の案件形成に際しての留意点	125
12.	我が国協力の可能性	127
12. 1	調査結果の総括	127
12. 2	パラグアイ国地域保健医療の向上に資する協力案	129
附属資料		
1.	主要面談者リスト	135
2.	収集資料リスト	141
添付資料		
1.	パラグアイおよび近隣諸国の主な社会保健指標	147
2.	南部3県とカアサパの基礎情報	148
3.	厚生省の妊婦検診カード	149
4.	国家保健システム（スペイン語）	151
5.	厚生省予算1997年	160
6.	厚生省保健医療施設 レベル毎の規定（案）	161
7.	厚生省の人材分布	167
8.	国立保健院人材育成の実績1989-1996	168
9.	国立保健院の監督する看護助手コース（1997年）民間	169
10.	アスンシオン大学医学部カリキュラム	170
11.	看護技術者カリキュラム	171
12.	看護助手養成コースカリキュラム	172
13.	パラグアイにおける保健分野で活動する主なNGO	173
14.	パラグアイ：国際機関のリスト（保健分野）	178

1. 調査の概要

1. 1 調査の背景・経緯

- (1) パラグアイ共和国は、国土面積は約40.7万km²で、周囲をブラジル、アルゼンティン、ボリビアに囲まれた内陸国である。同国は約540万人の人口を有し、1人当たりのGNPは1,580ドル（1994年）である。1811年にスペインから独立を達成したが、その後、周辺諸国との戦争による混乱を経て1954年にストロエスネル軍事政権が成立した。ストロエスネル将軍による独裁政権は、1989年まで34年間続いたが、同年2月にロドリゲス将軍のクーデターにより倒された。同年5月に大統領選挙によりロドリゲス将軍は正式に大統領に就任し、民主化のプロセスが開始された。現ワスモシ政権にも民主化が引き継がれている。
- (2) 39年ぶりの文民政権であるワスモシ政権（1993年8月～1998年8月）は、現在、国家開発プログラム「均衡に基づく持続的な開発」（1995年～1998年）を推進中であるが、同プログラムでは、持続的成長、社会福祉の向上等を今後の開発の基本的な目標として掲げており、また、このような目標を達成するための主要な政策の一つとして、「保健医療の充実」を目指している。しかしながら、当該分野の人材不足、人材養成体制の未整備、医療施設の不足及び地方保健サービス体制の未整備が保健医療サービスを向上させる上での隘路となっている。
- (3) パラグアイの保健医療指標において特徴的な点は、人口増加率と医療従事者の不足率が著しい事である（同国の人口増加率は2.6%〔ラ米カリブ諸国の平均は1.7%〕、医師一人当たりの人口は1,587人〔同1,039人〕、看護婦一人当たりの人口は7,143人〔同3,500人〕、出典：UNDP, Human Development Report, 1996）。パラグアイでの主な死因は循環器系（特に心臓）、脳血栓、脳溢血、悪性新生物（腫瘍）となっている。母子（妊産婦・新生児・乳児）の死因については出産時によるものが多く、その原因としては、妊婦への保健衛生上の検診・指導、分娩、新生児保健等に係わる母子医療サービスが不十分な事が挙げられている。また、多発する疾病としては(1)栄養不足による貧血、(2)肺炎以外の呼吸器疾患、(3)肺炎、(4)寄生虫疾患の順となっている。
- (4) また、都市部と農村部での保健医療サービスの格差が著しく、保健医療サービスの

利用率*¹は、都市部で90%、農村部で38%となっており、安全な水の利用率*²については、都市部で50%、農村部で24%となっている（出典：UNDP, Human Development Report, 1996）。

*¹ 保健医療サービスの利用率：徒歩又は地元の交通手段を利用して1時間以内に、適切な保健医療サービスを受けられる人口の割合。

*² 安全な水の利用率：処理済みの地表水や、未処理だが汚れていない湧き水、清潔な井戸や保護装置のある井戸の水など、安全な水を無理なく利用できる人口の割合。

(5) 更に、同国においては、昆虫媒介感染症（シャーガス病等）を始めとする熱帯病の罹患率が中南米諸国の中で最も高いと言われており、これらの理由から特に農村部におけるプライマリーヘルスケア（PHC）をはじめとする保健医療体制整備とそのための人材育成が急務となっている。

(6) 我が国政府は、従来より保健医療分野を同国への協力の重点分野と位置付け、これに取り組んできた。同国に対する我が国の保健医療分野への協力としては、これまで2件のプロジェクト方式技術協力（「厚生省中央研究所計画」（80.8～87.8）及び「シャーガス病等寄生虫症研究計画」（88.3～93.3））を始めとする技術協力を実施してきており、現在、プロ技「地域保健強化計画」（94.12～99.11）を実施中である。また、無償資金協力においては、「アマンバイ地域医療センター建設計画」（84年、85年）などを実施してきており、また、現在、「アスンシオン大学日本・パラグアイ友好母子センター建設計画」に対する無償資金協力を検討中である。

(7) しかしながら、同国の医療従事者の人数は依然として不足しており、農村地域の保健医療サービス体制は、未だ整備が待たれている状況であることから、特に農村部では、初期治療の不備による疾病（呼吸器感染症、下痢症等）が依然として多い。

(8) このような状況から、1997年7月末から8月初旬にかけて開催された対「パ」政策協議においても、日本側より、保健・医療分野を協力の重点分野の一つとして再確認すると共に、同分野への協力については、特に保健・医療サービスの地域間格差の是正を重視する旨表明している。

(9) 以上の経緯を踏まえ、同国の医療従事者の人材育成及び農村部における保健医療サ

サービス体制の現状を調査するとともに、これらの改善に資する協力案件を発掘する必要がある。

1. 2 調査の目的

パラグアイ国の保健医療セクターについて、「パ」国の保健医療従事者の人材育成及び農村部における保健医療サービス体制の向上に対するパラグアイ政府の取組み、現状、問題点及び協力ニーズ等を調査し、当該分野に対する今後の我が国の協力の可能性・方向性を検討すると共に、同分野における協力案件を発掘する。また、「パ」国の保健分野について、網羅的に情報収集を行うことも併せて目的とする。

1. 3 調査団構成

- | | |
|--------------|----------------------------------------|
| (1) 総括 | 芳賀 克彦 (はが かつひこ)
JICA基礎調査部基礎調査第2課長代理 |
| (2) 保健医療行政 | 山形 洋一 (やまがた よういち)
JICA国際協力専門員 |
| (3) 協力企画 | 渋澤 孝雄 (しぶさわ たかお)
JICA基礎調査部基礎調査第2課 |
| (4) 保健医療計画 | 斉藤 昌子 (さいとう しょうこ)
アイ・シー・ネット (株) |
| (5) 保健医療サービス | 渡慶次 重美 (とけし しげみ)
(株) 大和総研 |
| (6) 通訳 (西語) | 石川 順孝 (いしかわ よしたか)
JICE研修監理部 |

1.4 調査行程

調査全体期間：平成9年11月24日～12月21日

(このうち官ベース調査は、12月6日まで)

日順	日付	曜	調査行程	宿泊
1	11月24日	月	成田発(22:00, JL64)	機内
2	11月25日	火	サンパウロ経由(09:45/12:15, AA907)、 アスンシオン着(13:15)、大使館表敬、JICA事務所打合せ	アスンシオン
3	11月26日	水	厚生省表敬・協議(副大臣及び関係局長) OPS/OMS(WHO)との意見交換	アスンシオン
4	11月27日	木	UNICEFとの意見交換、カアサパへ移動 地域保健強化プロジェクト関係者との協議	ビシヤリカ
5	11月28日	金	地域保健強化プロジェクト専門家との協議、関係病院及び 診療所視察、JOCV隊員活動視察、イクアスへ移動	エステ
6	11月29日	土	イクアス日系人診療所視察	エステ
7	11月30日	日	アスンシオンへ移動、資料整理	アスンシオン
8	12月1日	月	アスンシオン大学看護学校協議、医学部協議、付属病院視察 アスンシオン大学付属保健科学研究所(IICS)協議	アスンシオン
9	12月2日	火	厚生省国立保健院(INS)との協議	アスンシオン
10	12月3日	水	JOCV MC及び保健医療関係隊員との協議	アスンシオン
11	12月4日	木	JICA事務所報告、企画庁報告、大使館報告 <官ベース>アスンシオン発(19:35, AA906) サンパウロ着(22:25) <コンサルベース>調査継続	<官>機内 <コンサル> アスンシオン
12	12月5日	金	<官ベース>サンパウロ発(01:10, JL67) <コンサルベース>INS(国立保健院)における現地調査打合せ	<官>機内 <コンサル> アスンシオン
13	12月6日	土	<官ベース>成田着(13:10) <コンサルベース>現地調査準備	アスンシオン

日順	日付	曜	調査行程	宿泊
14	12月7日	日	地域保健強化プロジェクト専門家との打合せ	アスンシオン
15	12月8日	月	(祝日) 資料整理、ITAPUA 県に移動	エンカルナシオン
16	12月9日	火	JICAエンカルナシオン支所表敬、地域病院及び第7衛生区 打合せ、シニア海外ボランティア(栄養指導)との打合せ	エンカルナシオン
17	12月10日	水	地域病院及び県衛生局打合せ、厚生省環境衛生局イタプア 地域事務所、chaipe村水道委員会等調査	エンカルナシオン
18	12月11日	木	CORMEN DEL PARAMA 保健センター調査、 Cornel Bogado 保健センター調査	エンカルナシオン
19	12月12日	金	CORONEL BOGADO 診療所調査、情報収集	エンカルナシオン
20	12月13日	土	アスンシオンに移動	アスンシオン
21	12月14日	日	資料整理	アスンシオン
22	12月15日	月	厚生省環境衛生局、産科局等協議、 アドベンティスタ病院視察	アスンシオン
23	12月16日	火	国立病院、アスンシオン大学附属病院、INS、BID協議・ 情報収集、厚生省人材局長協議	アスンシオン
24	12月17日	水	赤十字病院、IPS病院、SEFEM、NGO・CEPEP、USAID GTZ、BANCO MUNDIAL 打合せ・情報収集	アスンシオン
25	12月18日	木	CEPEP病院視察、IICS 病理部門長との打合せ、 大使館・JICA 事務所報告	アスンシオン
26	12月19日	金	UNFPA(国連人口基金)打合せ、厚生省における資料収集 アスンシオン発(19:35, AA906) サパ ^o カ着(22:25)	機内
27	12月20日	土	サパ ^o カ発(01:10, JL63)	機内
28	12月21日	日	成田着(13:10)	

2. 保健セクターの優先対策とその現状

2.1 優先対策の概要

厚生省は優先対策として、母子保健、感染症対策や教育・啓蒙に最も力を入れている。それぞれの対策は厚生省各局の該当各課が計画、実施、評価を行うという縦割り式(vertical approach)で実施されている。もっとも、それらの各対策の実施は末端の診療所で働く看護助手達に委ねられ、現実には彼らが一人でほとんど全ての対策の実施にあたる。しかし、各対策ごとに保健従事者の研修が実施され、看護助手がたびたび研修に出るために日常活動に支障をきたすこともある。

このため、内容の重複をなくし対策をより効果的に行うために、また、実質的に同じ人達がほとんどの対策の実施者となっているという事実を踏まえて、関連する対策の統合が進められている。たとえば、家族計画や子宮頸癌の早期発見、性病対策などを統合したリプロダクティブ・ヘルス対策や、子どもの下痢や急性呼吸器感染症を対象とした「こどもの病気の統合的管理 (Integrated Management of Childhood Illness)」などがその例である。

一方、優先疾患対策のほとんどが国際機関の援助・協力によって実行されている状態であり、現時点では、それらの資金や物資の援助なしに厚生省がこれらの対策を継続することは困難である。また、援助があっても、人材の量的・質的不足から十分な活動がなされていない面がある。特に、各対策の評価については、モニタリングの方法や保健情報システムが未整備であるために、不十分である。一方、過去20年間の疾患の状況を現在と比較すると、下痢症対策や小児麻痺の撲滅など大きな成果の出ているものもある。

以下、主な疾患対策について入手できた疫学情報をまじえながら述べる。

2.2 主な対策

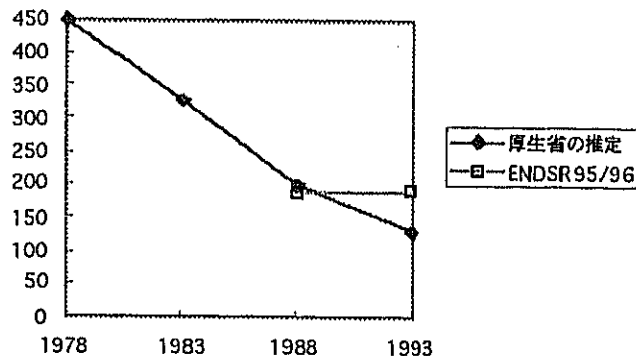
2.2.1 リプロダクティブ・ヘルス

ここでは、リプロダクティブ・ヘルスの重要性について概要を述べ、現在、母性保健を中心に実施されている家族計画、妊婦検診、分娩時のケア、産褥検診、子宮頸癌検診について述べる。1998年からは、これらの対策以外に性病の予防を含め、対象も青年や男性を含めた、より包括的なリプロダクティブ・ヘルス対策計画となる予定である。

1) リプロダクティブ・ヘルスの重要性

パラグアイの妊産婦死亡率は、他の保健指標に比較して、劣悪である。厚生省は母性保健を従来から最優先課題としており、妊産婦死亡率は減少しているものの、1995/96年に行われた「全国人口およびリプロダクティブ・ヘルス調査 (ENDSR-95/96)」によると、10万の出生に対して192と依然として高い(1989年から1995年までの5年間の統計)¹。

図 2.1 妊産婦死亡率の推移 1978 - 1995



出典：厚生省/PAHO/WHO「2000年への県ごとの目標」、ENDSR-95/96

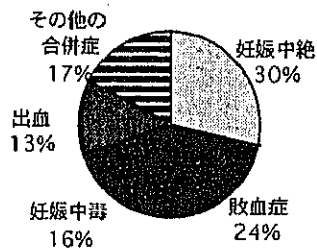
妊産婦死亡の原因は次の図のとおりである。妊娠中絶、敗血症、妊娠中毒、出血がそのほとんどを占めているのがわかる。妊娠中絶のほとんどは子どもを望まないための人工妊娠中絶である²。パラグアイでは妊娠中絶はいかなる理由によるものでも法律で禁止されているため、人工妊娠中絶は闇で行われ、農村部では伝統的産婆が行うことが多いという。人工妊娠中絶を求めるのは若い未婚の女性、特に、都市やその周辺部で仕事に就いている者に多い³。厚生省の統計によると、厚生省の施設を利用する産婦の50%は未婚である。これは、家族計画の潜在的なニーズがあることを示している。

¹ この人口・リプロダクティブ・ヘルス調査は USAID や CDC の支援を受け、チャコ地方を除く地域で統計学的方法を用いたサンプリングで行われた。6,465 人の女性 (15-49 才) と 4,917 人の 5 才未満児が調査に参加した。この妊産婦死亡率に関する調査の結果はこれまでの UNICEF や PAHO/WHO の推測値 (約 130/100,000 出生) よりはるかに高い。これは、これまで妊産婦死亡率は厚生省の情報や国勢調査の結果に基づいて推測されたもので、以前より実数よりも低いと思われていた。従って、この調査の結果はより現実に近いものと理解されている。

² Corvalán G, Heikel MV, Study of National Profile of Women in Development, JICA/Paraguay, 1997

³ Lic.Heikel, Coordinadora, Servicio de Formacion y Estudios de la Mujer の 話による。人口妊娠中絶は不法行為であるため、十分な調査が行われていないので実態は不明である。

図 2.2 妊産婦の死亡率 1995 年



出典：ENDSR 95/96, CEPEP/USAID/CDC

これらの要因としては、家族計画や妊婦検診、施設分娩サービスへの地理的、社会・経済的アクセスの悪さが挙げられる。いずれの場合も都市の方がアクセスが良く、教育レベルの高い女性、そして、それに関連して経済レベルの高い女性のアクセスが貧しい女性よりも良い。経済レベルが上がるにつれ、民間の施設を利用する割合が増えるが、いずれ

にしても公共の施設を利用するものが大半を占める（表 2.2、2.4 参照）。一方、住民の聞き取りなどの調査によると、せっかく厚生省の施設に行っても、着ているもので差別を受けたなど、保健従事者の態度を批判する者もいる。これらの情報は厚生省の施設の重要性とともに、保健従事者の質の向上の必要性を示している。

2) 対策の現状

これらに対し、厚生省は国際機関の協力を得て、以下のような対策に力を入れている。いずれの場合も資材の供給、保健従事者の研修、啓蒙活動が重要な戦略になっている。

a. 家族計画

パラグアイの家族計画の普及度が約 51%と低いには歴史的な背景や宗教上の理由がある（人口の 90%以上はカソリックである）。この国で避妊薬・避妊具を使用した近代的な家族計画が取り入れられたのは 1972 年である。しかし、その後 1979 年から 1988 年までは厚生省の方針により、Billings 法（頸管粘液法）などだけが推進され、厚生省の施設では避妊薬・避妊具の供給が禁止された。その間は CEPEP⁴ という NGO だけが近代的な避妊法の普及を含む家族計画サービスを都市周辺で提供していた。1988 年より再度、国連人口基金の支援を受けて厚生省でも近代的な家族計画サービスを提供することになったが、厚生省の中にはまだそういうサービスに抵抗する人もいるという⁵。

⁴ CEPEP: Centro Paraguayo de Estudios de Población. IPPF のメンバー機関である。

⁵ 例えば、JICA 地域保健強化プロジェクトでは母性保健手帳を作成している。それには家族計画の情報は看護婦や助産婦に聞くようにとあるだけで、母乳の授乳以外の家族計画の方法についてはふれていない。専門家によると、これはカウンターパートが個人的に避妊具や避妊薬の使用に反対しているためと言う説明を受けた。

現在は厚生省などの公共施設や薬局を含む民間の施設でノルプラント (Norplant) を除く家族計画サービスの提供が行われている。伝統的薬草も使用されている。ENDSR-95/96の調査によると、全体では約51%の出産年齢の女性は何らかの家族計画の方法を用いている。地域別にみると、都市部が56%であるのに比較し、農村部では45%である。この差は都市部と農村部における避妊具や避妊薬の使用頻度の違いを反映している。

表2.1 家族計画の利用 (方法と地域別)

(単位: %)

	合計	都市部	農村部
避妊具、避妊薬	41.3	47.1	35.4
ピル	13.5	12.8	14.3
IUD	7.6	9.5	5.7
女性不妊手術	6.8	7.0	6.5
男性不妊手術	0.0	0.1	0.0
コンドーム	6.5	8.4	4.6
注射	6.2	8.5	3.7
その他	0.7	0.8	0.6
古典的方法*	9.5	9.3	9.6
薬草	5.2	3.5	6.9
不使用	44.1	40.3	48.1
合計	100.0	100.0	100.0

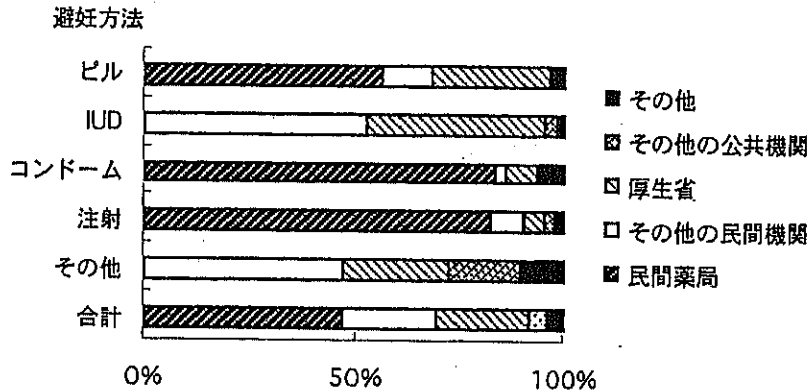
* Billings法、リズム法、射精抑制など、近代的避妊具や避妊薬を用いない方法

注: 四捨五入のため、個々の数値の合計は100%にならない。

出典: ENDSR 95/96, CEPEP/USAID/CDC

厚生省の施設ではIUDの挿入料を除き、避妊具や避妊薬は一切無料である。それにもかかわらず、避妊具や避妊薬の入手先としては薬局の利用が一番多い。公共の施設では避妊具や避妊薬の供給が一定していないことに加え、保健従事者の態度や名前が記録されることなど、社会的な障壁が存在するためである。薬局が少ない農村部での家族計画の普及度が低いのはこうしたアクセスの悪さも影響している。一方、厚生省の施設の利用はIUDの場合が最も多い。これは民間施設に比較して料金が安いからと思われる。

図 2.3 家族計画サービスの利用（方法とサービス機関）



出典：ENDSR 95/96, CEPEP/USAID/CDC

b. 妊婦検診

厚生省など公共の保健医療施設や民間の施設で妊婦検診を行っている。厚生省の施設での診察は有料が建て前だが、実際には無料で行っている所も多い。検診の内容は主に体重測定、血圧測定、子宮底測定、胎児の体位確認、胎児の動きあるいは心拍測定である。貧血、梅毒、血液型の検査や既往歴、骨盤などの診察は初回に行われ、リスクの高い妊婦をスクリーニングする。破傷風の予防接種も妊婦検診の重要な活動となっている。AIDSの検査は含まない(妊婦検診の内容については添付資料を参照)。また、診療所レベルには血液や尿検査用の器材はない。ENDSR-95/96の調査結果によると、過去5年間に出産した女性の約89%は妊婦検診を受けた。ただし、これは都市部では95%であるのに比べ、農村部では84%である。厚生省が薦める5回以上の検診を受けたのは都市部で75%だが、農村部では44%である。教育レベルや、それに関連するが、経済レベルの高い女性ほど検診を受ける回数が増えている。

表2.2 妊婦検診の有無と検診の場所（過去5年間の出産について）

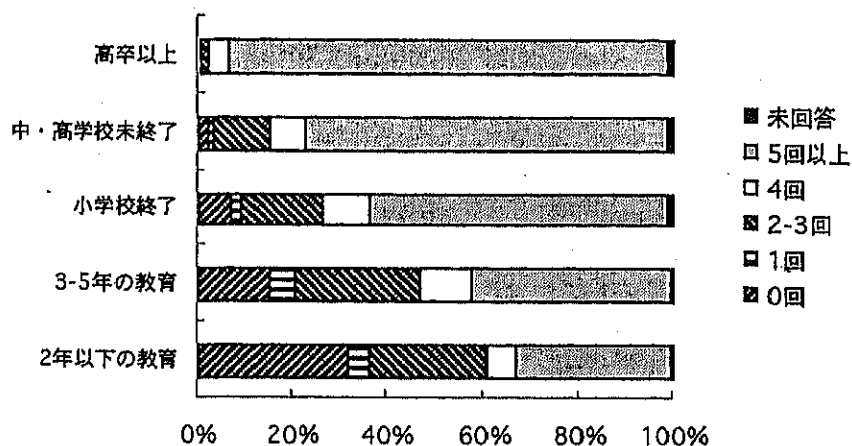
	未受診 (単位：%)	受診 (単位：%)				合計
		公共機関	民間	クランデーロ	その他	
全体	11.3	67.9	15.1	1.9	3.8	88.7
地域別						
都市部	5.5	66.7	24.1	0.7	3.0	94.5
農村部	15.6	68.8	8.5	2.8	4.3	84.4
経済レベル						
低	18.6	68.5	5.6	3.3	4.0	81.4
中	6.1	76.4	12.5	1.0	4.0	93.9
高	2.4	55.7	38.7	-	3.2	97.6

注：経済レベルは、電気、水道、ガス、テレビ、ラジオ、自動車等の10項目の所有を統合したものにより推定されたものである。

出典：ENDSR 95/96 CEPEP/USAID/CDC

UNICEF の報告によると、貧血は妊婦検診に来る妊婦の 40-70%に上るが、厚生省の施設では鉄剤が不足しているため、妊婦に対する貧血の治療はされていないのが現実である。妊婦への破傷風の予防接種については「予防接種」の項で述べる。

図 2.4 妊婦検診の回数と教育レベル（過去 5 年間の出産について）



出典：ENDSR-95/96, CEPEP/USAID/CDC

c. 分娩時のケア

1992-95 年の厚生省の統計によると、乳児の死亡原因は分娩時の傷害が全死亡の約 20%で一位を占める。また妊産婦の死亡原因からもわかるように、分娩時や周産期のケアは重要な位置を占める。

表 2.3 乳児の死亡原因 1992年から1995年の推移
(単位：%)

	1992	1993	1994	1995
分娩時に受けた損傷	21.7	16.2	18.9	19.1
感染症	12.9	13.4	14.5	14.8
肺炎或いはインフルエンザ	12.8	16.1	13.0	12.1
下痢	6.8	12.2	15.4	11.9
先天性異常	10.4	9.3	9.2	10.9
未熟児	7.8	6.3	6.7	7.6
髄膜炎	3.0	3.6	2.4	3.4
栄養不良と貧血	1.5	1.8	2.1	1.2
破傷風	0.6	0.8	1.2	0.9
不明	9.0	6.9	7.0	8.0
その他	13.5	13.5	9.6	9.9
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：MSRyBS 1993/94/95/96

過去5年間の出生についての調査結果（ENDSR-95/96）によると、全体で57%の女性が施設で分娩している。地域別では都市部が76%であるのに比べ、農村部は42%にとどまっている。施設分娩の場合、都市部では医師の立ち会いが多く、農村部では助産婦による分娩介助が多い。家庭分娩は地域別では都市部で24%、農村部で58%であり、このうち都市部ではその67%、農村部では74%を伝統的産婆（Partera empirica）が介助しており、彼女らの重要性を示している。

表2.4 分娩の場所（地域、教育、経済レベル別）

（単位：％）

	施設分娩			家庭分娩					
	全体	公共機関	民間	全体	助産婦	伝統的産婆	家族	無介助	その他
全体	56.8	43.3	13.5	43.2	4.0	31.3	2.8	1.5	3.6
地域別									
都市部	76.1	53.5	22.6	23.9	2.6	16.1	1.1	0.6	3.5
農村部	42.6	35.8	6.8	57.4	5.1	42.6	4.0	2.2	3.5
教育レベル									
2年	29.7	25.0	4.7	70.4	3.9	46.8	9.9	5.1	4.7
3-5年	43.5	37.8	5.7	56.5	4.2	44.0	2.3	1.7	4.3
小学校終了	60.0	49.2	10.8	40.0	4.8	29.8	2.0	0.7	2.7
中高等学校中退	78.3	57.7	20.6	21.7	4.5	13.1	0.9	0.5	2.7
高卒以上	90.9	44.5	46.4	9.1	0.8	3.3	0.6	0.4	4.0
経済レベル									
低	36.2	32.4	3.8	63.8	5.2	48.1	4.6	2.5	3.4
中	67.5	55.0	12.5	32.5	4.0	22.1	1.6	1.0	3.8
高	86.9	51.4	35.5	13.1	1.7	7.5	0.4	0.1	3.4

出典：ENDSR 95/96, CEPEP/USAID/CDC

一方、通信・交通手段が未整備なため、救急の事態が生じた時の対応には大きな問題がある。パラグアイの帝王切開の率はENDSR-95/96の調査対象になった女性で約27%、病院の統計によると約40%に上る。これは、難産で移送されてくる妊産婦を病院が取り扱っていることにもよる。

「パラグアイでのお産」

お産で入院する場合、お産に必要とされる全てのものを（陣痛促進剤、点滴用の輸液と点滴セット、縫合糸、衛生材料から絆創膏まで）妊婦が持参しなければならない。また、お産で入院すると正常分娩の場合、公共施設でも約5万G（ガラニという通貨単位）かかる。民間の施設だと約50万Gと言われる。ちなみに国の最低賃金は一月50万Gである。伝統的産婆にも礼金を出すのが普通であるが（2万G位）、お産の間、家族の面倒もみてくれるため重宝がられている。インタビューした伝統的産婆は「病院と違い、お産の始めから終わりまで妊産婦の世話をするのも女性にとって喜ばれる理由」と言っていた。

伝統的産婆の訓練は母性対策上、重要な位置を占めている。UNICEFはこの分野に協力しており、1993年から1995年にかけて985人の伝統的産婆を研修し、3万5000個の分娩キットを配布した。しかし、現場でのモニタリングが不十分であるため、これらの研修の効果については不明である（UNICEF中間評価報告書1997）。

d. 産褥検診

産褥あるいは産後検診は、母体の回復の促進だけではなく、家族計画の相談、新生児への授乳や発育の相談にのるなど多くの目的を兼ねている。ENDSR-95/96の調査では全国で51%（都市部68%、農村部38%）が産後1回の検診を受けている。その半分以上は出産後2週間以内に検診を受け、その大部分（都市部63%、農村部82%）が公共の施設で受診している。

e. 子宮頸癌検診

PAHO/WHO・バラグアイ事務所の統計によると、癌は女性の死亡原因の一位であるが子宮癌はその中でも一番多い。1995年には295件の子宮癌による死亡があり、そのうち120件は子宮頸癌である。また、これらの患者の25%は45才以下の女性である。このため、子宮頸癌早期発見のためのパバニコロー細胞診を全国的に行っており、妊婦検診の際にも義務付けている。診療所や保健センターで、訓練を受けた看護婦や助産婦がパバニコローの検体を取り、中央検査所に送る。結果が出るまでには3ヶ月ほどかかる。ENDSR-95/96の調査によると、過去2年間の検診率は都市部で52%、農村部で37%である。検診には厚生省の施設が多く利用されている。これらの人のうち、結果を知っていたのは都市部で90%、農村部で81%である。

2.2.2 予防接種対策

予防接種で予防できる疾患への対策として、5才以下の小児に対するBCG、3種混合、小児麻痺ワクチン、麻疹ワクチン、15-49才の女性に対する破傷風トキソイドの予防接種を行っている。これらは「予防接種拡大プログラム（Programa Ampliado de Inmunizaciones、以下PAIと略す（英語略称：EPI））」の主な内容となっている。その他、必要に応じ、黄熱病、インフルエンザ、狂犬病、髄膜炎やB型肝炎に対する予防接種を行う。

1) 主な予防接種対象疾患の状況

PAHO/WHOの「1997年保健状況分析」によると、PAIの対象となっている疾患の疫学状況は以下のとおりである。

表 2.5 主な予防接種対象疾患の状況

結核	人口10万に対する新症例の数は1992年と1993年、43.3、1994年は38.4、1995年は36.1、1996年は37.2と減少する傾向にある。しかし、PAHO/WHOによると結核の検診は不十分なのでこの数には注意を要する。15才以上の者に多く、95%の症例は肺結核である。																											
新生児の破傷風	1992年から1996年にかけて、それぞれ、18、28、18、16、8件が報告されている。1997年には16件となっている。																											
ジフテリア	1995年に1件のみで、1996年には0件である。																											
百日咳	1992年と1993年は372件、272件と多かったが、それ以後は1994年49件、1995年13件、および、1996年は16件と減少している。																											
小児麻痺	パラグアイでは1985年以降、小児麻痺の症例は報告されていない。PAHO/WHOは南米では小児麻痺の撲滅宣言をしている。1995年に23件、1996年に19件の急性弛緩性麻痺の症例が報告されたが、いずれも野生株ポリオウィルスは検出されていない。																											
麻疹	<p>1992年と1993年に麻疹の流行があり、2000件以上の症例が報告された。しかし、その後は1994年142件、1995年69件、1996年13件とかなり減少している。一方、1996年末からブラジル（パラグアイとの国境付近）で発生した麻疹の症例から始まり、東部地方を中心に1才以下と15-29才の年齢層に、再び症例の増加が報告されている。そのため、9ヶ月から15才までの児童を対象にマス・キャンペーンや1-4才の幼児を対象とした継続予防接種キャンペーンを実施している。他南米諸国と共に2000年には麻疹の撲滅を目指しているが、そのためには疫学監視体制と予防接種の普及率の拡大が必要とPAHO/WHOは報告している。</p> <p>図 2.5 確認された麻疹の症例数と人口10万当たりの有病率（年齢別）</p> <table border="1"> <caption>Figure 2.5 Data (Estimated)</caption> <thead> <tr> <th>年齢</th> <th>症例数</th> <th>人口10万当たりの有病率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><0-1</td> <td>22</td> <td>14.0</td> </tr> <tr> <td>1-4</td> <td>22</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>5-9</td> <td>14</td> <td>3.0</td> </tr> <tr> <td>10-14</td> <td>6</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>15-19</td> <td>30</td> <td>6.0</td> </tr> <tr> <td>20-29</td> <td>27</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>30-39</td> <td>7</td> <td>2.0</td> </tr> <tr> <td>40-</td> <td>1</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典：パラグアイにおける麻疹の状況-1997年 OPS</p>	年齢	症例数	人口10万当たりの有病率	<0-1	22	14.0	1-4	22	4.0	5-9	14	3.0	10-14	6	2.0	15-19	30	6.0	20-29	27	4.0	30-39	7	2.0	40-	1	1.0
年齢	症例数	人口10万当たりの有病率																										
<0-1	22	14.0																										
1-4	22	4.0																										
5-9	14	3.0																										
10-14	6	2.0																										
15-19	30	6.0																										
20-29	27	4.0																										
30-39	7	2.0																										
40-	1	1.0																										

2) 予防接種の対象と普及率

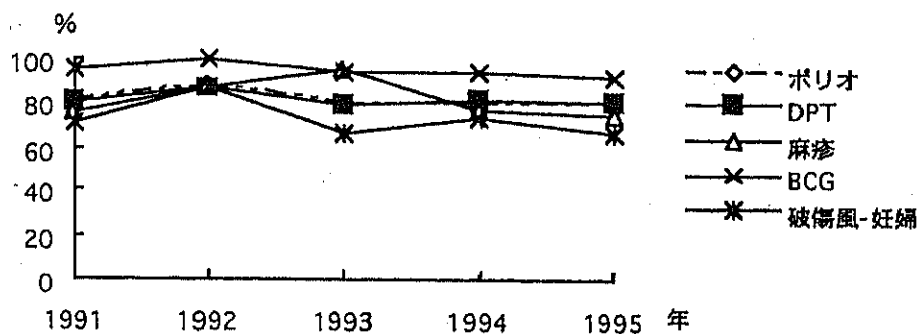
通常の予防接種の対象は次のようになっている。

表 2.6 予防接種スケジュール

ワクチン	対象疾患	接種時期	接種回数	再接種
BCG	結核	出生時	1回	7才
Sabin	小児麻痺	生後2、4、6ヶ月	3回	18ヶ月と4才
DPT	ジフテリア、 百日咳、破傷風	生後2、4、6ヶ月	3回	18ヶ月と4才
麻疹ワクチン	麻疹	9-15ヶ月	1回	
破傷風 トキソイド	破傷風	妊娠4ヶ月と7ヶ月 学童女児	2回 1-2回	2回目の接種後1年 6-7年後

対象人口は1992年の国勢調査をもとに毎年、人口増加率を加えて、各診療所や保健所ごとにリストを作って推定している。それと実施された予防接種の数を比較することによって普及率を算出している。従って、人口把握の正確さによって予防接種率の正確さも変化する。この方法を用いた厚生省の計画・評価局の統計によると、全ての接種率が1991年以降、わずかではあるが減少する傾向にある。一方、ENDSR-95/96の調査結果によると、1才の幼児の予防接種率は厚生省の推定よりもさらに低く(BCG82%、DPT61%、Pollio57%、麻疹67%)、予防接種対策の低迷を示唆している。

図 2.6 一才未満児の予防接種率の推移(1991-1995)



出典：1995-1996 プログラム中間評価 UNICEF

3) 対策の実施と現状

接種率増加のために (1) 家庭訪問や学校など公共の施設を利用した集団予防接種、 (2) 「いずれの理由で乳幼児が保健医療施設に連れてこられた場合でも、予防接種の有無を必ず確認し、必要に応じて予防接種を行う」という保健従事者への指導、 (3) メディア、母親クラブなどを通じた母親の啓蒙一を実施している。厚生省はまた民間の病院とも提携し、ワクチンを与えて予防接種を委託している。予防接種率の低迷は、母親のそれぞれの病気に対する身近な危険の認識度によるところが大きい。例えば、1992-3年の麻疹の流行時には、キャンペーンが実行されたことにもよるが、麻疹の予防接種率が上昇し、流行が収まるとともに接種率も減少している。

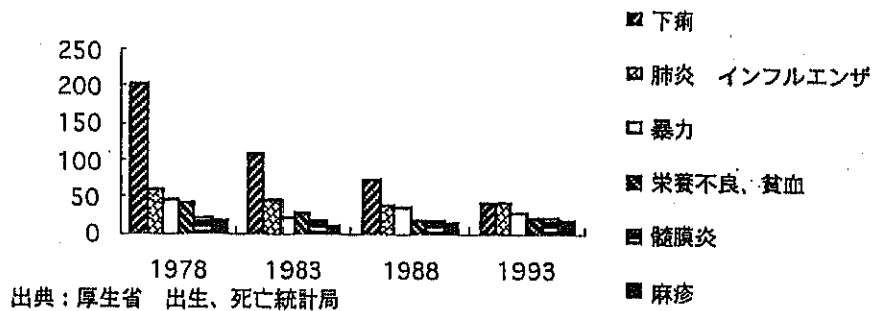
PAIに利用される通常のワクチンは全てUNICEFの贈与に頼っている。ワクチンは厚生省の薬品倉庫の冷蔵庫に保管され、各県はストックが一定のレベルに下がると中央に要請を出し、それに従ってワクチンが各県に送られる。そこからは各保健センターや診療所の看護婦達が必要に応じてワクチンを取りに来るというシステムになっている。県内のワクチンの輸送には専用のサーモス (KSTあるいはJNVといわれる型) が使用される。ほとんどの施設には電気があり、電気冷蔵庫をワクチンの保管に使用している。ワクチンを保管する温度は摂氏0-8度と指定され、冷蔵庫の温度は毎日測定することになっている。しかし、現地の調査では、温度計のない冷蔵庫を使用していたり、ワクチンが家庭用の食品と一緒に保管してあったりするなど、ワクチン保管の実態には改善の余地があることが分かった。これは他の対策同様、現場でのモニタリングの不足によると思われる。

2.2.3 下痢症対策

1) 下痢症の重要性

下痢症はパラグアイで9番目に高い死亡原因になっている (全死亡の2.5%、乳児の死亡原因の12%)。過去20年間の推移をみると確実に減少してきているものの、下痢症の症例は毎年4万件を超え、その80%は5才以下の乳幼児である (PAHO/WHO)。ENDSR-95/96の調査によると、調査日前2週間に下痢をした乳幼児の割合は16%となっている。

図 2.7 1-4 才の死亡原因：1978-1993（対人口 1 万の率）

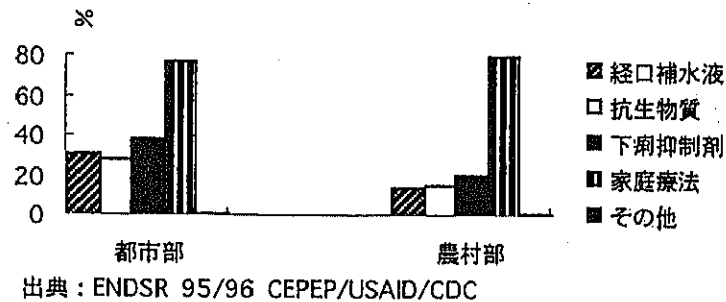


2) 対策の内容と現状

主な下痢症対策は、下痢に対する予防の啓蒙、経口補水液の利用と脱水症の予防である。これらを保健従事者に対する症例管理の研修、健康推進員（ボランティア）の養成や伝統的産婆の研修を通して行う。ボランティア達はUROC（経口補水組織）を組織し、自分たちの住んでいる地域の住民、特に母親に対して下痢の予防や下痢の危険性について啓蒙活動をするとともに、Suero Oral と呼ばれる経口補水塩の供給や家庭で準備できる経口補水液の普及を図る。経口補水塩は無料である。家庭で準備する経口補水液は1Lの水、小スプーン8杯の砂糖、小スプーン1杯の塩、小スプーン1杯のレモンジュースを使用するが、この1、8、1、1、というのはパラグアイがスペインから独立した年なので覚えやすいということである。UNICEFの協力が重要な位置を占めており、厚生省施設で使用される経口補水塩は現在UNICEFが支給している。今後、国内での経口補水塩の生産を推進していく計画がある。

ところで、ENDSR-96/95の調査によると、実際の経口補水塩の利用度は全体で21%にとどまっている。都市部でも農村部でも約80%の母親たちが、子どもが下痢の時には薬草などを使った家庭療法を施したと答えている。一方、下痢抑制剤や抗生物質の使用が高く、しかも、その60-70%は医師の処方による。30%は看護婦や伝統療法士の処方による。

図 2.8 下痢症の治療



70%の母親が「子どもが下痢の時により多くの水分を与えた」と答え、脱水予防への意識は高いことがわかるが、一方では、65%の母親はその子どもへの食事を減らしたと答えている。子どもが下痢をしている時の食事の与え方などについて、さらに啓蒙の必要がある。

なお、下痢の対策に欠かせない安全な水の供給や衛生施設の普及は厚生省に所属する環境衛生局 (SENASA) の責任となっている。これには UNICEF、世銀その他が協力している⁶ (詳しくは8章環境の項を参照のこと)。

2.2.4 栄養問題対策

1) 栄養問題の概要

低体重児の出生率は UNICEF の報告では 1995 年に 5% である。5 才未満児における蛋白質や熱量の不足から起こる栄養不良 (体重対年齢) は 3% で、パラグアイでは大きな問題とはされていない。しかし、慢性的な栄養不良の指標として用いられる身長対年齢によると、5 才未満児の 17% が標準値に達していない。1 日のカロリー摂取量の全国平均値は PAHO/WHO の設定するものより高いとされるものの⁷、貧しい人口や家庭内での食事の配分の不均衡が存在していることを意味している。1993 年に実施された身長と年齢を比較した調査結果によると、全国平均で 10% の学童が、また農村部では 13% の学童が慢性的な栄養不良と診断された。また、貧血、微栄養素欠乏は他の病気の誘因となるものでその重要性は大きい。栄養不良と貧血は 1-4 才の幼児の死亡原因の 3% を占める。この他、内陸国の食生活を反映するヨードの摂取不足による甲状腺腫は 6-11 才の児童の 49% という高い結果が出ている。甲状腺の機能

⁶ SENASA の援助に世銀と協調して日本政府も無償援助を実施している。東部農村部地下水供給計画と呼ばれるものでイタプア地方 4ヶ所で深井戸の設置を実施している。水道委員会の設置を特徴としている。

⁷ 一人当たりの一日の必要カロリーの充足度は 116% (1988-90 年) である。(世界子供白書 1997、UNICEF)

が低下し、脳の発育に影響がでる。風土病でありグアラニ語でジュアイという独自の言葉が昔からあるほど一般的である。

2) 対策の内容と現状

栄養問題への対策としては、母乳栄養の促進（これは栄養という側面だけからではなく、下痢、IRA（英語略称：ARI）や家族計画の対策としても推進されている）、乳幼児の発育のモニタリング、ヨード添加塩の普及が主なものである。また、寄生虫や衛生環境の対策も大きく栄養と関連する。後者についてはそれぞれの項目を参照されたい。

a: 母乳栄養の促進

生後すぐの母乳授乳の開始、6ヶ月間の母乳のみの授乳、2年間の母乳授乳の継続が主な戦略である。厚生省とUNICEFが「子どもに優しい病院」というキャンペーンを実施している。これは「母親が母乳で子どもを育てる環境づくりは病院から」というもので、病院の医師、看護婦、助産婦を中心に研修を行う。必要のない限り人工授乳はせず、粉ミルクのサンプルを無料で配布しないなど具体的な環境の改善をする。そのような一定の目標に達して、審査に合格すると「子どもに優しい病院」の額が授与され、そこで働く保健従事者の士気を高めるという方式をとっている。ENDSR-95/96の調査によると、69%が生後1日以内に母乳の授乳を始めているが、母乳のみを子どもにあげる期間はわずか0.3ヶ月と極端に短い。また、平均母乳授乳期間は11.4ヶ月（都市部では9.6ヶ月と農村部の12.7ヶ月）である。当面の課題は母乳のみ授乳（*lactancia exclusiva*）の時期を延長することである。

b: 子どもの発育モニタリング

子どもの発育のモニタリングは、定期的に子どもの身体的・機能的発育を観察することによって栄養不良などによる発育の遅れを予防し、また、早期発見することによって適切な処置を施すという目的をもって実施される。パラグアイでは重度の栄養不良があまりないためか、この対策は遅れている。現在、このモニタリングは診療所や保健センターで行われるが、母親は子どもが病気でないと保健医療施設に連れてこないため予防になっていない。UNICEFの支援で保健推進員や伝統的産婆を指導して地域内での発育モニタリングを推進しようという動きがある。また、この対策は予防接種などと別に行われているので、予防接種などと統合して実施していく試みもなされている。

c: ヨード添加塩の普及対策

ヨード添加塩の普及に関してはヨード添加塩の供給、消費者教育、塩の品質管理モニタリングという3項目が主な戦略となっている。1994年の国の法令 (decreto) 第 5401 によって、人、動物や産業用の塩に対してヨードの添加が義務づけられた。パラグアイの塩は近隣国から輸入されており、自国でのヨード添加のシステムの構築を目指している。一方、消費者への教育にも NGO などとの協力が進められている。ENDSR-95/96 の調査によると、全体で約 64% の家庭が十分な量のヨードが添加された塩を利用していたとある。これは、1990年の約 30% (推定、UNICEF の報告による) の約 2 倍になっている。

表2.7 ヨード添加塩の普及

(単位: %)

	全 体	都市部	農村部
ヨード未添加の塩の利用	15.7	5.7	26.8
ヨード添加塩の利用			
ヨード含有量<30ppm	19.4	24.5	14.8
≥30ppm	63.9	69.9	57.2
不明	1.0	0.8	1.2

出典: ENDSR 95/96 CEPEP/USAID/CDC

2.2.5 急性呼吸器感染症対策

1) IRA の定義と重要性

厚生省では、咳、鼻水、喉の発赤や痛み、耳の痛み、嘔声や異常呼吸のうち、一つ以上の症状を持ち合わせた場合を急性呼吸器感染症 (Infecciones Respiratorias Agudas、以下 IRA (英語略称: ARI)) と定義づけている。IRA は年間 20 万件といわれ、厚生省施設で診療する疾患の中では一番多い。1995 年には 5 才未満児の死亡原因の 14.5% を占め、出生時の損傷に続いて 2 番目に多い。特に 1-4 才の幼児間では死亡原因の 1 位となっている (全幼児の死亡の 23%)。

2) 対策の内容と現状

IRA 対策の中心は、保健従事者に対する症例管理の研修と住民に対する早期発見・早期治療の啓蒙である。IRA の治療には抗生物質 (クロラムフェニコール、ゲンタマイシン、コートリモキシゾールやアモキシリン) を利用しており、これらの薬品は IRA と診断された 5 才以下の子ども達には厚生省施設では無料で支給される (薬品の支給には UNICEF の支援が大

きい)。

ENDSR-95/96の調査では調査日前2週間の間に子どもがIRAの症状を呈したと答えた母親は全体の約53%である。都市部(53.9%)と農村部(51.4%)に大きな差は見られない。このうち95%の子どもが何らかの治療(複数の治療が多い)を受けている。その内訳は以下の通りとなっている。

表2.8 IRAの治療と治療を施した人の種類(複数の回答)
(5才未満、調査前2週間にIRAの症状を持った幼児)

(単位:%)

	治療の種類				
	抗生物質	解熱剤	カゼ薬	家庭療法	入院
治療の種類による割合	34.5	54.5	47.8	68.3	0.3
治療を施した人					
自分	11.8	48.6	31.9	75.6	0.0
医師	74.8	67.5	76.4	51.6	1.1
看護婦	45.1	65.2	66.1	68.2	0.0
カンヂーロ(伝統療法師)	20.5	30.5	18.2	96.1	0.0
薬局その他	62.4	51.2	63.6	77.6	0.0

出典: ENDSR 95/96 CEPEP/USAID/CDC

抗生物質などとともに家庭で薬草を使用している症例が多いことが目立つ。また、医師、看護婦の他に薬局や伝統療法士が抗生物質を処方しており、薬剤耐性の問題が懸念される。厚生省の診療所にはIRAに利用される抗生物質があることになっている。しかし、イタプア県の現場視察で見ると、その支給は非常に不規則で、実際、IRAの治療用にあるべき薬品は何もなかった。いくら研修を行ってもそれだけではあまり効果がないということの一例といえる。

3. 保健政策と保健セクター改革

3.1 保健セクターの最近の動向（要約）

パラグアイの保健セクターは公的、準公的、民間の3つに分類される。公的保健セクターの中心となるのが厚生省の管轄する保健医療施設であり、全人口の約60%がこれに依存すると推定されている。つまり、これらの人々は社会保険制度および警察や軍隊など独自の保健医療施設を持つ団体に所属していない者や、経済的に民間の医療施設が利用できない人達である。

しかし、従来、公的保健医療機関に対する国の投資が少なかったことを反映し、公共の保健医療体制は未整備である。特に、厚生省の保健医療サービスが重要性を増す農村部では地理的に人口が散在しているため、サービスが行き届いていないのが現状である。その反面、民間の保健医療機関や薬局が都市部を中心に発達しており、その利用が比較的多い¹。また、農村部では薬草、伝統療法師や伝統的産婆が多く利用されている。

現政府は、農村部の母子保健問題と保健サービス提供の地方格差の是正を最重要課題としている。その解決のためには地方分権化や各保健医療サブセクター間の協力、住民参加が必要であるとして、1994年に国家保健政策を打ち立てた。それには、人材育成の強化や保健セクターの組織改革も含まれており、以後、それらを実現するための法的な枠組み作りが実行されてきた。1994年の国立保健院の設立や1996年の「国家保健システム」の制定はその例である。特に、「国家保健システム」は厚生省だけではなく、他のサブセクターを含めた国の保健セクターの抜本的改革を意図しているもので、それだけに実現するには困難もあるが、より均等で効果的な保健医療サービスの実施、利用を目指すものとして注目されている。これらの一連の流れの背景には、パラグアイの政治の民主化や国際機関が中心になって世界的に進められている保健セクターの改革の動きがある。今年には政権交代が予定されており、現在の保健政策や改革の方向が大きく変化することはないにしろ、厚生省の人事交代とともにプロセスの遅延があるのではと懸念されている。

¹ 例えば、1995年の家庭調査によると、病気の時に利用されたのは民間の診療所と薬局が多く、その利用度は合わせて都市部で42%、農村部でも34%である。これに比較し、厚生省の施設の利用は都市部で30%、農村部で35%である（Devulgación Popular de la Encuesta de Hogares 1995、統計局）。

3.2 保健政策・計画

1989年まで続いた過去30余年におよぶ独裁政治の下、保健、教育分野への公共投資は少なく、その弊害は保健サービスの普及度の低さや母子保健問題の重大性に現れている。一方、民主化以降の現在の国家開発計画は保健と教育を開発の前提と捉えている。

3.2.1 国家開発計画における保健セクターの位置づけ

「国民の健康と教育は、国家を均一に、合理的に、統合的に発展させる上で基礎的前提となるものである」という前国家開発計画に引き続き、現行の国家開発計画も保健を重要分野として位置づけている。1995年から1998年にわたる現行の国家開発計画(Programa Nacional de Desarrollo 1995-1998)は、民主化政策のもとに、「公平さに基づく持続可能な開発(Desarrollo Sostenible con Equidad)」をスローガンとしている。この計画では、国家の経済開発の政策とともに、社会・地域格差の解消や組織体制の改革を掲げ、また、国際協力を「国家に対する資材、知識および技術の移転の形態の一つであり、社会・経済開発への国家の努力に対して重要な助けとなる」と位置づけ、特に保健・教育分野の国際協力に積極的な姿勢を示してしているのも特徴である。

現行の「国家開発計画」にみられる保健政策

- ・ 恵まれない人達へ統合された保健（促進、予防、治療・回復）サービスを拡張する。
- ・ より均等、効果的、効率的なプライマリー・ヘルスケア・システムを確立する。
- ・ 衛生基盤を改善し、保健サービスのキャパシティを技術的に強化する。
- ・ 住民参加を推進する。
- ・ 国民皆保障制度を確立する。
- ・ 「国家保健システム」を開発し、実施する。
- ・ 保健機構の地方分権化を促進する。

この他、国家開発計画では、保健問題と切り離せない教育、貧困の減少、女性と開発や基礎衛生についても各政策を掲げ、特に、女性政策では女性の保健問題への対応の必要性が明記されている。

3.2.2 保健政策に見られる基本姿勢と戦略

現在の保健政策は 1994 年に発表され、効果的で質の高い保健サービスを公平に実施することによって、保健制度への信頼を得ることを目的としている。

保健問題の分析に基づき、以下を優先事項と指定している。

- ・農村部のサービスを最優先し、母子の健康に特に力点をおく。
- ・医療偏重から予防、教育に重点をおいた資源の配分を行う。

厚生省の保健サービスについての自己分析
- 「1993-1998年国家保健計画」 -

- ・保健サービスの不備、特に農村部では劣悪である。資源が中央に集中している。
- ・基礎的保健サービスに必要な医薬品と物資の安定供給がされていない。
- ・保健情報システムが統一されていない。特に、出生・死亡に関する情報の不備。
- ・ニーズに応じた人材育成がされていない。
- ・人材や薬品・設備の不備により、多くの保健施設は機能を果たしていない。
- ・中央において保健サービスの管理・運営体制が不備である。

家族の健康、感染症対策、施設設備の充実、保健の推進、社会福祉、環境衛生、人的資源の開発、保健組織の制度的開発が見直され、それぞれの分野で目的、業務内容、評価方法を組み入れた計画立案が提唱されている。「妊産婦・乳幼児死亡率低減」の国家計画はそのひとつである。

戦略としては、以下への積極的な取り組みを示している。

- ・第一次レベルの強化
- ・住民参加
- ・他部門、他機関との協調
- ・農村部への資源の再分配
- ・保健啓蒙教育

3.3 保健セクターの改革の流れと「国家保健システム」

現在、パラグアイの保健セクターは過渡期にある。新しい制度は、国家保健システム

(Sistema Nacional de Salud: SILOS)² や地域保健計画 (Programación Local de Salud) として数年前から徐々に導入されてきたが、1989年以降の政治環境の変化、特に1993年の新憲法の発足と地方分権化の政策を背景として、制度上、より具体的なものになりつつある。1996年に制定された「国家保健システム」は、それまで法的な保障なしに行われていたことに対して法的な拘束力をつけることで現在の保健政策を実践に移していく枠組みだと位置づけることができる。

「国家保健システム」に至る歴史的背景

1980年	国家保健審議会の設置（法的制約を持たない）
1987年頃	SILOS（地域保健システム）の構想が打ち出された
1989年	Programación Local de Salud（地域保健計画、管理）の導入
1989年	ストロイネル政権の終了（独裁政治の終了）
1990年	国家開発計画1990-1994の発表
1992年	ワスモシ政権が国民投票によって成立
1993年	新憲法の発布
1994年	国家保健計画の発表
1994年	国家保健院の設立
1995年	国家開発計画1995-1998の発表（現行）
1996年	「国家保健システム」の法令化（法令第1032）

3.4 「国家保健システム」

3.4.1 「国家保健システム」の目的

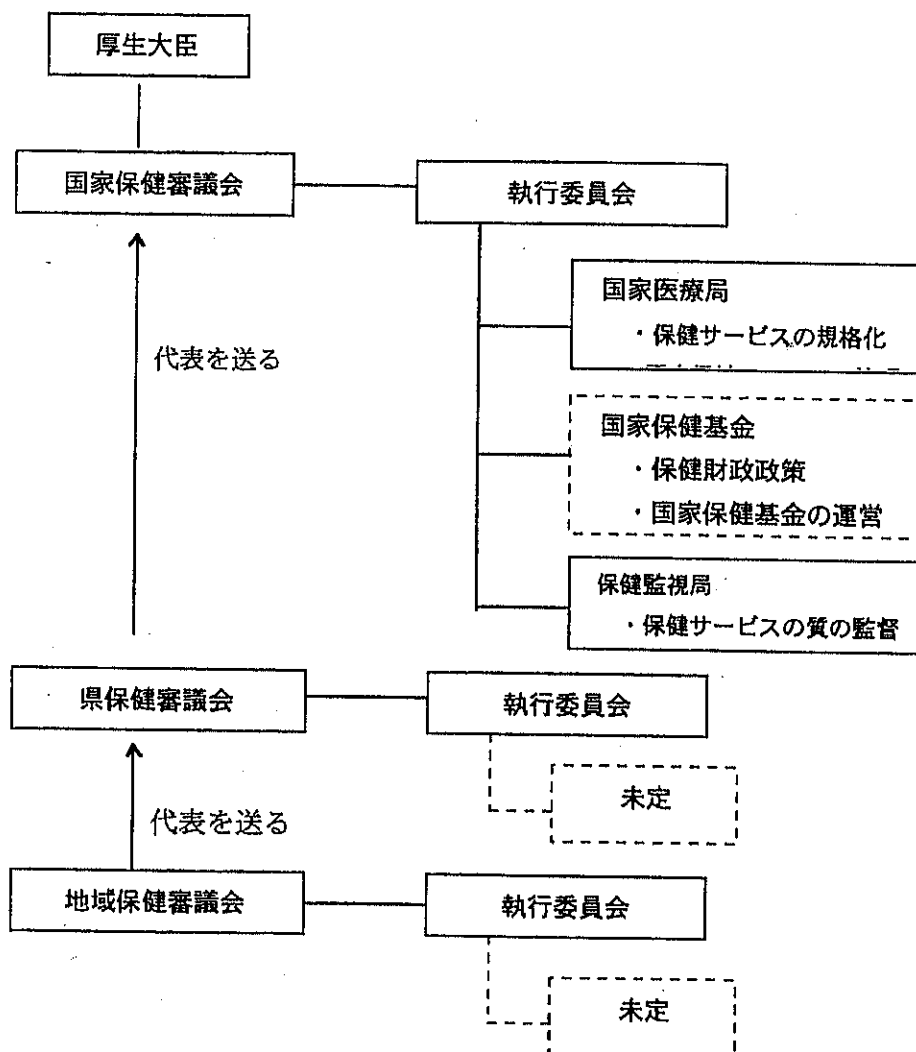
この「国家保健システム」は全ての国民、特に恵まれない人達に対する健康を保障するために、保健サブセクターや関連機関の協力、住民参加、情報整備、人材の育成と開発、地域保健システムの強化を通して、均等な保健サービスの提供を図ろうとするものである。要するに、パラグアイの保健医療に関わる公私の機関の活動を調整することによって、保健医療の重複を防ぎ、財源、技術、人的資源の有効利用をすすめる、包括的な保健サービス網が構築されることにより、住民のアクセスを改善することを意図している。

「国家保健システム」における厚生省の役割は保健政策の策定とその実施にあたっての調整・監督である。「国家保健システム」の構想には国家保健基金の創設も含まれている。こ

² 地域保健システムは地方分権化された保健制度である。それぞれの地域で地域のニーズと資源に即した保健計画を、他機関や住民の参加を得ながら、より均等で効率の良い保健サービスの提供を目的とする。この考えはそのまま「国家保健システム」に受け継がれており、「国家保健システム」はそれぞれの地域保健システムの統合したもの。地域保健計画はもっと具体的な計画立案、運営・管理の手法である（後述）。

これは国民皆保健制度で、保健財源の安定供給を目的としている。しかし、これについてはまだ着手されていない（後述）。

図 3.1 「国家保健システム」の組織・機構



3.4.2 国家保健審議会、その他の保健審議会の組織・機構

法令第 1032 によってそれまで法的根拠の弱かった国家保健審議会 (Consejo Nacional de Salud) の存在が法的に保障され、同時に県保健審議会 (Consejo Regional de Salud) および市町村に地域保健審議会 (Consejo Local de Salud) が新しく制定された。それぞれの審議会は政府、教育機関、民間を含めた保健関連機関の代表者からなる。主な機能はそれぞれのレベルで、1) 保健関連機関の事業の調整を通し国家保健システムの実現推進、2) 計画立

案への参加、3) 定期的な活動の評価と提言一である。それぞれの保健審議会では執行委員会 (Comite Ejecutivo) が設置され、保健審議会は2ヶ月ごと、執行委員会は15日ごとに開催されることになっている。上記の表のように国家保健審議会は執行委員会の下部組織が出来ているが、県や地域のレベルでは未定であり、それらの審議会の細則は検討中である。

「国家保健審議会のメンバー」

審議会のメンバーは次の28機関の代表者よりなる。
厚生省、大蔵省、教育・文化省、下院公衆衛生議会、上院保健議会、計画庁、大学医学部、歯科学部、看護学部、科学学部、社会保険庁、民間病院協会、3つの自治体関連機関、医師会、歯科医師会、化学者連合、看護協会、労働組合、雇用者組合、保健従事者組合、CORPOSANAとSENASA（それぞれ水道・衛生に関する機関）、軍衛生部、警察衛生部、民間団体(NGO)、および、女性農業従事者組織。
他、国際機関がアドバイザーとして参加する。

3.4.3 「国家保健システム」の現状と課題

PAHO/WHOによると、メンバーの足並みは揃っておらず、国家保健審議会はまだ十分な機能を果たしていない。国家保健基金については全く手がつけられていない。これは、国家保健審議会の組織的位置づけが一要因であると思われる。すなわち、「国家保健システム」は保健セクター全体の統合を目指しているものの、この中枢機関となる国家保健審議会は厚生大臣を会長に据え、厚生大臣に直属する機関として位置づけられている。このため、他のメンバーからは厚生省の組織という見方をされ、特に加入者の掛け金の一部を使用して独自の保健医療サービス網を運営している社会保険公団 (IPS) は難色を示している。IPSへの干渉であり、IPSは自らの財源の管理権を失うことをおそれているからだと言われている。

一方、地方では1997年11月現在で、県審議会は18県のうち14県で設立され、地域保健審議会は221市町村や郡のうち74の市町村で設立された。このレベルでの審議会の規則や細則はまだ整備されておらず、形だけで実態のないところもあれば、具体的活動を始めたところもある。審議会のメンバーに運営についての経験が少ないのも活動が活発ではない要因とみられる。

今後は、これらの各保健審議会をいかに機能させていくかが課題である。各団体の利害関係が大きな国家保健審議会より、むしろ、比較的小規模で利害関係の少ない地域保健審議会の機能充実を図っていった方が現実的であると思える。そのためには、これらのレベルの審議会への管理・運営能力の開発も課題である。

「現場では」

調査を実施したイタプア県には県保健審議会と16の地域保健審議会が発足している。県保健審議会では今年発足以来6回の会合が行われた。保健サービスの普及の一環として、社会保険公団との間で保健サービスの統合を目指す計画案など具体的な成果が出ている。また、地域保健審議会が設立されたことによって社会薬局（市価より安い薬品の供給を目指した回転資金を利用したシステムで、厚生省が元金を出して促進しているもの）が実現し、地域保健審議会が運営することになった。それまで案はあったものの誰が責任を持つかという問題で実現することが出来なかった。

一方、カアサバ県の保健審議会は組織されたものの、会合を開いていない。また、10の地域保健審議会のうち、活動しているのは1ヶ所のみである。（JICA 地域保健強化プロ専門家の話）

3.5 国家保健計画発表後の実績

これら一連の流れの中で、現政府は保健分野への実績を以下のように国会に説明している。客観的にみても保健分野の公共予算の増加（後述）とともに、世銀、IDB やスペイン政府からの借款による保健プロジェクトも開始、あるいは1998年から開始予定であり、政府が保健分野に積極的に取り組む様子がみられる。

保健分野の主な実績（現政府の発表による）

- ・チャコ地方の衛生行政区を細分化し、計18の衛生行政区ができた。
- ・12の地方病院と8つの専門病院の改修
- ・11の保健センター（CS）の新設と28のCSの改修
- ・91の診療所（PS）の新設
- ・432の社会薬局の開設
- ・救急体制の充実化（救急車は1993年の23台から1997年には154台に増えた。
- ・診療実績は1993年から1995年で、内科診療36%、小児科診療37%、施設分娩が40%増えた。
- ・「国家保健システム」の法令化と県・地域保健審議会の設立
（Mensaje del Excelentísimo Señor Presidente de la República del Paraguay Juan Carlos Wosmosy al Honorable Congreso Nacional, 1996, 1997）

3.6 今後の動向

この「国家保健システム」の法令化は新しい保健制度への一歩として期待されている。しかし、1998年の政権交代によってこれまでの政策にどのような変化が起きるか、その影響が心配されている。つまり、現在の保健政策や一連の保健セクター改革の流れが新政権に受け継がれていくのか、あるいは、これまでの地方分権化の方針が一変するのかという疑問である。こういう意味でも「国家保健システム」が法的な根拠をもつことは、それが維持されていく可能性を強くするものといえる。また、保健セクターの改革は国際機関を中心に世界的な流れでもあり、国際協力が実際の保健サービスの実施に影響力を持っているという現状を考慮すると、表立った大きな保健政策の変更はないと予想される。しかし、政権交代による人事の交代とともに政策実施の遅延が懸念されている。

4. 保健行政

4.1 要約

パラグアイの行政は現在、18県、221郡に分かれている（郡の数は細分化によって増える現状にある）。保健行政区分は県レベルまでは行政区分と同じであるが、行政の郡レベルに当たるものはない。厚生省の役割は保健政策の立案や保健サービスの提供とともに、全国の保健従事者の登録や民間施設の監督の機能もある。厚生省の保健行政機関と保健医療施設で働く保健従事者や職員は全て国家公務員である。1997年10月現在で総員1万1517人がいる。「国家保健システム」においては地方自治体の参画が期待されており、徐々にではあるが、協力が具体化してきている段階である。一方、住民参加はその歴史が浅いだけに、実現までには時間がかかると思われる。

なお、パラグアイでは「県」にあたる行政区分はDepartamentoと呼ばれ、上記のようにRegion Sanitariaと呼ばれる保健衛生上の行政区分と一致する。一方、Region Sanitariaは保健行政区分を示すとともに、そこにある厚生省の出先機関をも指す。この報告書では、この違いを明確にするため、地域を表すときには「県」を使用し、厚生省の出先機関を指す場合には「県衛生局」を用いる。

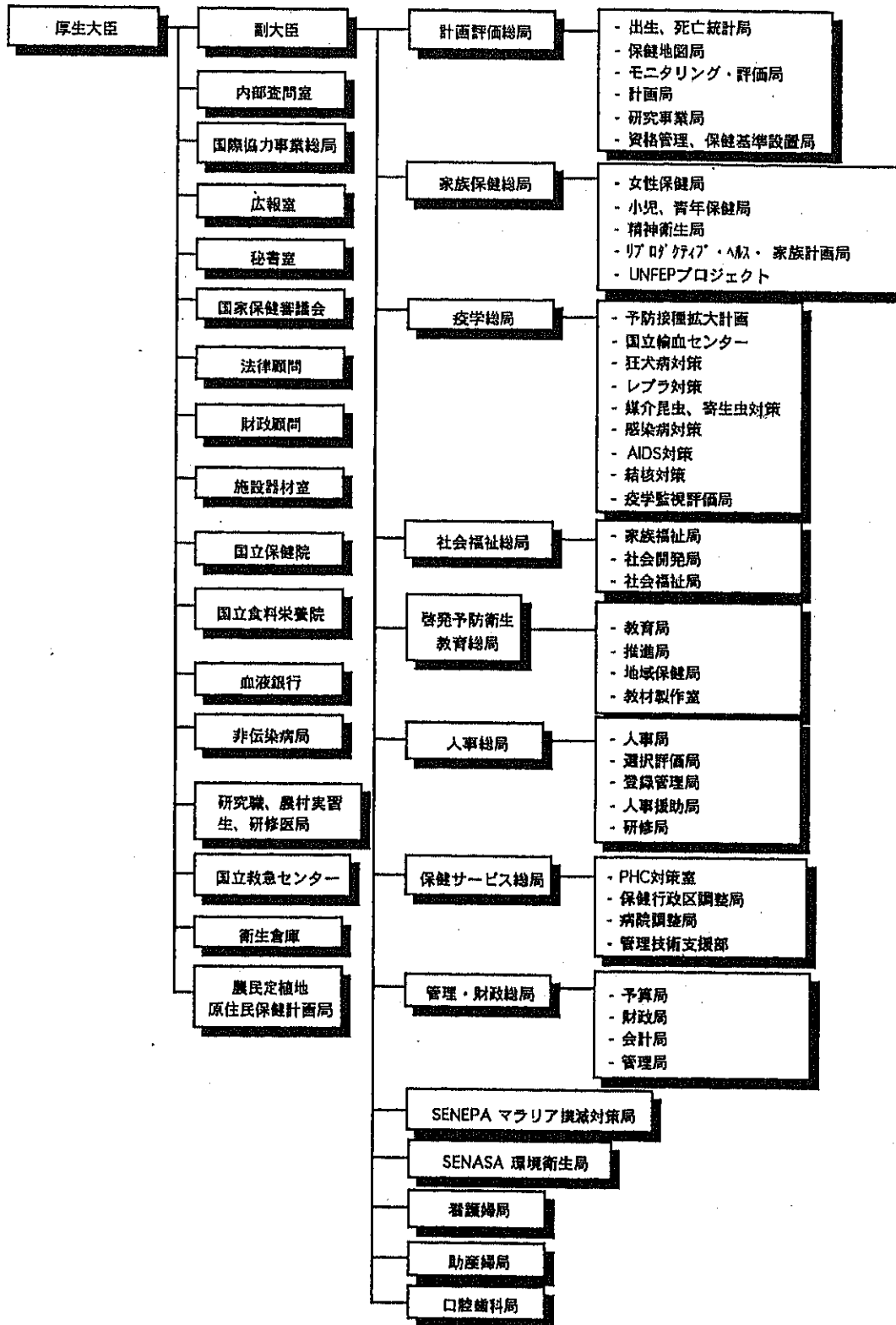
4.2 厚生省の組織・機構（中央）

厚生省は1943年に設立されたInstituto de Previsión Socialに始まり、現在の名称Ministerio de Salud Pública y Bienestar Socialとなったのは1954年である。現在は17の大臣直属の事務所（Gabinete del Ministro）と副大臣の下に（SubSecretaría de Estado de Salud）10の総局と3局がある。総員1167人が従事する。

厚生大臣は大統領府に対して責任を持つとともに、国家保健審議会の委員長を兼ねる。厚生省の役割は保健政策の立案、法令の作成、評価と管理、人材養成、保健情報のシステム、先端技術の導入、適切な資金の調達、関連分野の調査研究、優先対策の選定と戦略の方向付け、国際協力の調整などである。全国の保健従事者の資格登録・管理も行う。民間の薬局や保健施設に対してはその開設の認可や監督にあたる。

図 4.1 パラグアイ国厚生省組織図

1997年11月現在



出典：MSPyBS, Estructura Interna y Funciones, Dir. Gen. de Planificación y Evaluación, 1997

4.3 県衛生局

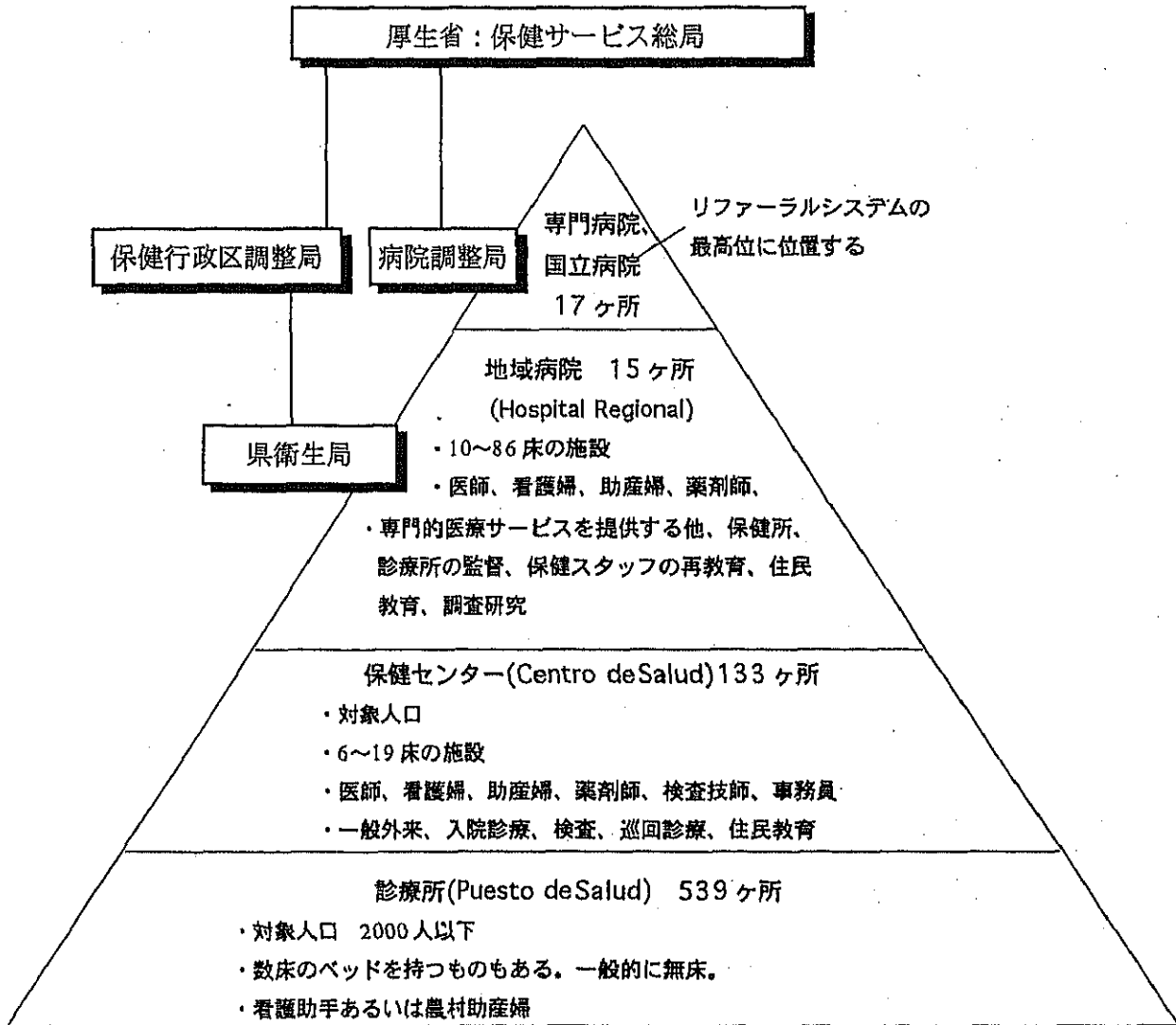
各県には県庁所在地にその出先機関である県衛生局がある。これらの事務所を統率するのは厚生省の保健サービス総局、保健行政区調整局である。各県内の保健行政はその局長が活動計画とモニタリング、予算、人事の統率をする（もっとも予算や人事の決定権はない）。県内には地域病院（Hospital Regional : HR）、保健センター（Centro de Salud : CS）、診療所（Puesto de Salud : PS）という保健医療サービスを提供する施設がある。施設ごとに事務機能があり、県衛生局の監督の下に運営されている。以前は地域病院の施設内に県衛生局があったが3年程前から物理的に独立した事務所を持つようになった。

衛生事務所の構成：イタプア県の例（第7衛生区）

- 1 県衛生局長
 - 1 衛生教育担当者
 - 1 看護婦（大卒レベル）
 - 1 SENASAの県担当者
 - 1 社会福祉県担当者
 - 7 情報処理・分析係
 - 1 事務担当者
 - 1 会計担当者
- その他、秘書、運転手、清掃係など数名がいる。
車両2台

行政面では県はさらにいくつかの郡や自治体に分かれる。衛生行政といった意味では郡単位に存在するものはなく、人口の分布に沿ってそれぞれの保健医療施設が設置されている。従って、一つの郡に診療所（PS）しかないところもあれば、保健センター（CS）しかないところもあるし、CSと複数のPSがあるところもある。国家保健システムの構想では各CSやPSがそれぞれの地域の保健活動に自治体の参加を得ていくことになっているが、それが軌道に乗らない背景には、こういう行政と保健行政の区分が末端レベルでは一致していないことからくる煩雑さがあるのかもしれない。

図 4.2 厚生省の行政と保健サービス機構



出典：Paraguay, Situacion de Salud 1997, MSPyBS の情報を図にしたもの

(注意)

1997年にこのサービス機構の見直しがあり、保健センターと地域病院の間に郡病院を設立する案が出ている。これは実施に移されたところもあり、調査したイタプア県では2つの保健センターが郡病院に格上げになった。もっとも、現時点では名前が変わっただけで、施設の拡充はこれから行われる。また、同じ案では診療所の対象人口を5000人にし、要員を3名とするとある。

4.4 年間計画立案の仕組み

4.4.1 地域保健計画 (Programación Local de Salud)

1987-8年の試験的導入のあとに1989年から全国的に、地域保健計画 (Programación Local de Salud) が取り入れられている。これは、地域保健システム (SILOS) と呼ばれる保健行政の地方分権化を具体的実施するための運営・管理の方法・手段である。中央レベルで保健政策と優先対策の概要が策定され、一方、地域ではそれにのっとり診療所や保健センター単位で地域ごとにニーズや活用可能な資源の分析を行う。このプロセスには保健従事者だけではなく、地域住民や保健に関連する各機関も参加して行うことに重要性が置かれている。そうすることによって地域が主体的かつ効果的に保健活動の計画、実施、評価を行うようになることを期待している。県レベルでは県衛生局がこれら地域ごとの保健活動計画を調整して県の年間保健活動計画を立案する。

地域保健計画 Programación Local の要旨

- ・地域事情を踏まえた計画・立案をする。
- ・地方レベルの保健従事者の計画・管理能力を向上させる。
- ・計画の策定段階において、他機関・他分野の参加を求める。
- ・地域計画は固定的なものではなく、必要に応じ調整をしていく。
- ・地域計画策定に中央レベルも参加して共同責任を負う。

(Manual de Programacion Estrategica Local de Salud, Paraguay, 1994)

4.4.2 地域保健計画の現状と課題

一方、この地域保健計画の構想と現実の間には大きなギャップがあるようだ。イタプア県の例をとると、保健センターの人達が「地域保健計画 Programacion local」といっているのは、具体的には「上部から課されたことを (例えば、予防接種の目標数など) 現場の事情 (人員や交通手段の存在) によって調整して行う」ということである。診療所レベルでは計画立案には参画していない。JICA 地域保健強化プロジェクトの観察によると、カアサパでは診療所の人達が地域に出でいくの恐がっているという。これは地域に行っても何をしたらよいかかわからない、住民からの要望があったとしてもそれに応えられない、政治的なことに巻き込まれたくないなどの理由である。また、ニーズや利用できる資材・資金・人材の分析に必要な計算など基礎的学力も不足している。一方、せっかく末端で努力して計画したとしても、結局は上部からの支援がないためにやる気を失うなどの問題が指摘されている。

このような問題はパラグアイだけではなく様々な国で経験されている。こういうシステム

を実現するには時間がかかり、また、その準備に時間をかける必要があるということだろう。特に指摘されているのは保健従事者自身の意識の変革が難しいこと（特に権限の委譲は困難、住民と一緒に、ましてや住民から教わることに抵抗がある、言われたことだけやっていたほうが楽、など）である。これらは一時的な研修で変わるものではない。保健従事者の基礎教育の中から変えていく必要があるだろう。一方、地域保健審議会が法的に制定されたのを機会に各地域で保健審議会ができてきた。これからは、これらの活動を通して地方保健計画が実践に移されていくことが期待されるが、保健審議会メンバーを対象とした研修も必要になる。

4.5 人事

厚生省の事務所や保健医療施設で働く者は皆、国家公務員である。1997年10月現在で総員1万1517名である。人事は基本的に中央レベルで決められる。県レベルでの新たな人の採用にあたっては、その要請が県衛生局長を通して厚生省、人事課に送られる。そこで、履歴書を検討し、雇用の可能性について審査をする。そして、終身雇用の場合は大統領府、契約雇用の場合は厚生大臣が最終的な決定を下す。その命を受けて人事課が個人に対して任命する。大方の場合は、現地に住む人々が任命される。解雇の場合もそれぞれ大統領府や厚生大臣の承認が必要である。ただし、契約職員の解雇の場合、理由が明確な場合は県衛生局の決定で解雇し、中央にはその結果報告を行い、事後承諾というケースもある（人事部長の話）。

パラグアイでは、厚生省に限らず、要職についている人とのつながりで人の雇用が決定されることが多い。そのため、適切な人材配置ができず、一方では余分な人材がいたり、あるいは、名前だけで給料はもらうが、仕事に来ないなどの人事管理上の問題が多々指摘されている。これを長期的に是正していくために、現在、厚生省では新人の採用にあたり、ほとんどが1年の契約雇用となっている。これによって、契約の更新に際し、仕事の評価によっては解雇出来る機会を導入し、将来的な人材の削減と適材適所の配置を目指している。

厚生省ではそれぞれのレベルの施設において仕事の内容や必要性に基づいた人材配置の計画を始めたところで、今、その最初の案ができたところである¹。各所で起こっている人材不足や不適切な人材配置を是正していくための試みである。

¹ Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial, versión preliminar - en etapa de revisión, MSPyBS, October 1997. これの要約は添付資料に含む。

4.6 予算計上の仕組み

パラグアイの会計年度は各年1月から12月である。予算は、厚生省の各対策事業ごと、大臣直属の事務所、国立病院と専門病院や県衛生局別に立てられる。県レベルでは県衛生局が必要とされる年間予算をとりまとめ、中央の管理・財政総局に送る。同局で各県やその他の予算をもとに、厚生省全体の年間予算を国会に計上する。国会での予算審議を経て予算が決定される。当然のことながら、計上した予算が全て認められることはない。計上された予算と承認された予算の割合を出し、同じ割合で一律に各保健予算を調整し、それぞれの年間予算が決定される。しかし、人件費を除き、毎年、3月位にならないと、県での活動予算が届かない、あるいは、予算はついても実際には出ないなど、予算の執行は順調ではない²。県レベルでの実際の予算の執行にあたっては、各施設から県衛生局に会計の収支明細をまとめて提出し、それをもとに県衛生事務長監督の下で会計係が毎月の歳出の状況をまとめ、中央にそのコピーを送ることになっている。予算の内容等については、次の保健セクターの資源の中で述べる。

4.7 管理・運営と業務監督

各県では日常の業務運営については、診療所（PS）の看護助手、保健センター（CS）の所長などそれぞれの施設の長がその責任をもち、県衛生局が県全体の保健医療施設運営の監督にあたる。県内の患者のリファーマルと保健統計については、PS→CS→HR（地域病院）という流れになっているが³、監督にあたってはこのような段階的なシステムはなく、県衛生局が全ての保健・医療施設を定期的に訪問し、直接監督する⁴。ただし、県内の交通、通信手段の発展の度合いにより、状況は様々である。イタプア県の例をとると、県衛生事務長と看護婦その他がチームとなって、79の施設を監督する。2ヶ月に一回、全ての施設を訪問するというが、調査団の訪問したPSでは過去2年間一度も訪問を受けたことはないと言っていた。また、訪問した別のPSは看護助手が1ヶ月間休暇のため閉鎖されていたが、調査団を案内してくれた、そのPSのリファーマル先となっているCSの人はその事実を知らなかった。これ

² 予算の執行率は最近約80%と言われる（事務・会計総局局長の話）

³ 現在、HRとCSの中間的存在として郡病院（Hospital Distrial）を設立しており、幾つかのCSを格上げしている。この場合、ルファーマルの流れはPS→CS→HD→HRとなる。

⁴ 現在、監督の方法もレファーマルのように段階的に行うという方向に変わりつつある。つまり、CSがPSを監督し、RSが病院とCSの監督を行う。しかし、交通手段がないため、実行出来ない所が多い。

は、各施設間のコミュニケーションの貧弱さを浮き彫りにしている。一方、全ての保健従事者は県衛生局に毎月給料を取りに来る。この機会を利用して会議を開き、各施設の運営状況を話し合ったり、連絡事項を伝えたりすることが多いという。

4.8 地方分権化の現状と課題

地方分権化の実態は、上記のように、「計画立案とその実施と評価の面で県衛生局に責任が課されている」というもので、県衛生局には十分な独自の財源や人事に関する決定権はない。そのため、計画を立てても実行できない、また、人材が不足していても人を雇用することが出来ない（または解雇もできない）など、県衛生局が自主的に保健活動の改善をしようとしても資金面や制度面での制約が大きい。地方分権化は地方格差を是正する一つの戦略として挙げられているが、実際にはこのような状況であり、行政全体と保健行政との地方分権が並行して実現し、県レベルで予算や人事の決定権を持てるようにならない限り、この目標の実現は難しいと思われる。

一方、国家保健システムの実現に向け、米州保健機関（PAHO/WHO）、世銀や米州開発銀行（IDB）を中心に国際援助機関が保健分野の地方分権化を支持している。具体的には、県レベルでの協力であり、支援する県の県衛生局や保健従事者の運営管理能力の向上と保健サービスの改善である。また、UNICEFでは、今年から県衛生局に対し、直接、援助をする方式を試行している。つまり、UNICEFの支援する活動に関する県衛生局の要請（主に研修）に対して、UNICEFは日当・宿泊費などの資金、教材などを直接、県に提供する。ただし、このような方法は県衛生局の動機付けになる一方で、各県間の格差を広げる可能性もある。

4.9 地方自治体との関係

中央政府の地方分権化政策に伴い、地方自治体と県衛生局の間には、徐々にではあるが協力体制が出来つつある。各県庁に保健部が設置され、県衛生局の職員が県の職員と協力している。例えば、イタブア県では保健教育や環境衛生の責任者が県の保健部の仕事を兼任している。また、カアサバ県では、ある市で検査技師の給料を負担するようになった。

県はそれぞれいくつかの郡（distritos）や都市自治体（municipios）に分かれている。これらは地方自治の最小単位で、郡長や自治体の長は住民の選挙によって選ばれる（1990年までは任命制であった）。郡や自治体の機能には元来、公衆衛生に関連するものもいくつか含まれている。それらは、廃棄物の収集と処理、市場や屠殺場の整備、照明や給水・排水、埋

葬場の提供などである。

これら、県や郡、そして都市自治体は国家保健システムの導入によって県や地域保健審議会のメンバーになっており、その役割は今後より大きくなるものと期待されている。

4.10 民間との協力

民間医療施設との協力の例としては、予防接種拡大計画の協力（厚生省が民間の施設にワクチンを提供する）や患者のリファール上の協力がある。その他、イタプア県のある保健センターではイタイプ・ダム公団職員家族の予防接種や一次診療のために公団が日当を支払い、自治体が車両を提供し、保健センターが人を出す。また、ライオンズ・クラブなどNGOが地域の保健医療施設を支援している例もある。

4.11 住民参加

保健政策の一つの戦略として挙げられているのが、住民参加である。住民参加といっても様々な意味あいがあるが、現時点では保健推進員や伝統的産婆の訓練など厚生省の人員不足を補うために地域の人材を活用するという意味合いが強い。住民が自ら自分たちの保健問題について考え、組織的に行動を起こしていくという型の住民参加の実現はどこにおいても簡単なことではないが、ことに、パラグアイのように長期間にわたって独裁政治の続いたところでは、住民側にも行政側にも参加型活動の経験が乏しく、行政による住民参加支援の継続性に対しての不信感もあって、実現は難しい状況である。また、民主化によって、政党間の表立った対立が多くなり、住民間で何かの組織が作られるとそれが政党の派閥争いに利用されたり、そういう誤解を受ける事態を恐れることなどが住民参加、組織作りを阻害する要因となっている。

5. 保健セクターの資源（施設・財政・人材）

5.1 概要

パラグアイの保健サブセクター（公的、準公的、民間）ごとの情報は十分に集積されておらず、特に民間については情報の質量ともに乏しい。現場の視察やその他の限られた情報の中から指摘されることは、保健施設と人材の都市への集中である。全国的にみると首都近郊への集中がみられ、各県の中でも都市部に集中している。保健分野での公的投資は最近増加しているが、そのほとんどは依然として人件費であり、保健サービスに充てられる投資は少ない。しかも、その多くは病院での治療に使用され、農村部での予防サービスに十分に行き渡っていない。

このような状況の中で強調されている保健政策の一つは地域格差の是正であり、そのための施設、予算や人材の再配分である。現在は一次・二次レベルの施設の増加など改善の途上にある。人材育成についても養成基準の標準化などが開始された。しかし、現時点での大きな問題は、施設や人材を適正に配置しようにも、そのための情報が整っていないことである。この問題は国立保健院が責任を持ち、国際機関の協力を得て情報システムが整備される予定である。

なお、ここで使用する数値はほとんどが厚生省の資料による。数値をよく見ると合計が合わなかったり、同じ報告書の中で違う数値が引用されていたりするなど、情報の信頼性が低い。他の国際機関の報告書も同じ出典のものを使用している場合が多いため、あまり信用出来ない。しかし、二次情報に依存する限り、この他に情報はなく、正確ではないとしても一応の傾向は示すものと思うのであえて使用する。

5.2 保健サブセクターと人口のカバー率

次の表は各保健サブセクターに含まれる機関とそれぞれの推定された人口カバー率を示す。社会保険公団（IPS：給与生活者）や軍隊、警察など受益者の限られたものや民間の施設の利用できるもの以外は厚生省の保健医療施設に依存することになる。カバーする人口の比率からいうと、厚生省が一番多く、IPSがそれに続く。特に、農村部をカバーするのは厚生省以外になく、厚生省の重要性が指摘される。

表 5.1 保健サブセクターと人口のカバー率

サブセクター	人口カバー率
公的機関	
厚生省	60%
軍隊	7%
警察	1%
国立大学	2%
自治体	<1%
準公的機関	
社会保険公団 (IPS)	17%
赤十字	<1%
私立大学	<1%
民間	
営利目的のものと NGO や 薬局、診療所、検査施設など	10%前後

出典：Paraguay Situación de Salud, MSPyBS, 1997

5.3 公的および民間保健施設の概要

すべてのサブセクターを合わせると、1997年10月現在、全部で2391の診療施設、7934の病床がある。次の地図は各県ごとの保健サブセクターの持つ施設数を示す。厚生省、社会保険公団、軍隊は国内にそれぞれ一次から四次レベルまでの保健医療施設網を持っているが、それぞれ独立しており、連携はない。「国家保健システム」の構想の一つは現場でこれらの施設の相互利用を可能にしようというものであるが、前述のように、財源の違いから統合は難しい。なお、それぞれの施設の現状や保健サービスの質については次の「保健サービス」で述べる。

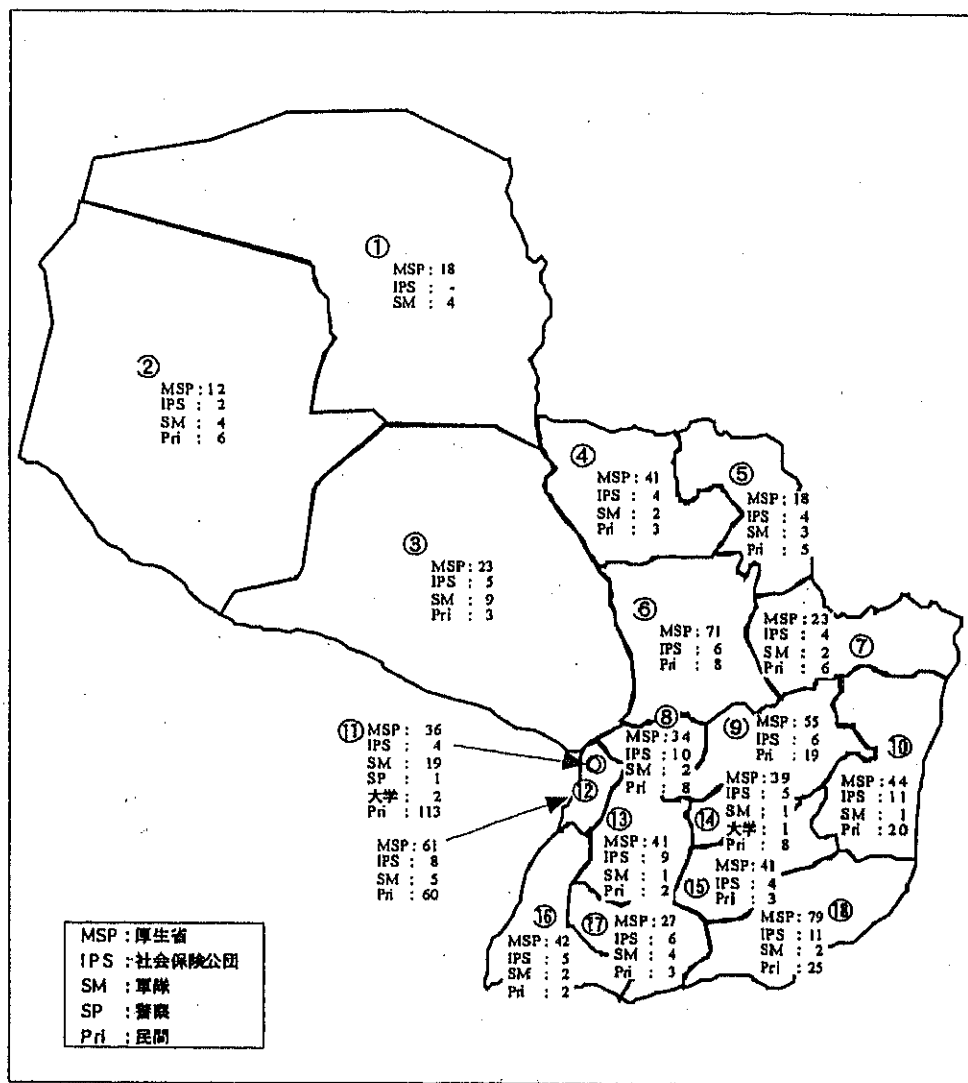
この他、民間の900の薬局と300の検査施設がある。民間の施設のほとんどは営利目的の施設であるが、中にはNGOが運営する営利を目的としないものもある。これらのNGOは約20ある。

血液銀行は厚生省の運営するものが14の県にあり、アスンシオンには国立輸血センターと、社会保険公団や赤十字など準公的機関の運営する6つの血液銀行がある。この他、民間の運営する血液銀行は全部で16あり、そのうち13は首都に集中している。その他、病理解剖の出来る施設は厚生省の7施設、社会保険公団と国立アスンシオン大学にある。厚生省の施設の分布を見ても国立病院、その他、8つのうちの7つの専門病院と、9つの母子専門病院はセントラル県とアスンシオンにある。このように、施設の多くが首都付近に集中している。

高度の医療サービスを提供する病院はリファーマルの最上位にあるため、交通機関の集ま

る首都付近に集中するのは理屈に合っているが、救急の場合、農村部の中には首都までの交通事情が悪いところも多く、結果的にこれらの病院の恩恵を受けるのはその周辺に住むものに限られる。また、そもそもこのように専門病院を数多く設立したことが人材の集中や、元々少ない保健財政にしわ寄せを起こす大きな要因となっている。

図 5.1 全国の医療施設（全セクター）



5.4 保健財政

保健財政はその国の保健サービスの質と量、ひいては国民の健康を左右する。従って、国の公的保健支出はその国がどれだけ保健セクターに力を入れているかの指標になる。世銀によると、保健全セクターの財源には税金、社会保険¹、民間医療保険、国民の直接の支出、外国からの借款や寄付の6種類がある。PAHO/WHOの推定では、保健全セクターの支出のうち20%が国の支出であり、社会保険公団は26%、残り54%は国民の直接の支出である。1980年代、パラグアイでは保健分野の公共支出は全国家予算の3-4%と低かった²。しかし、その後は以下に述べるように、公的保健支出が増加の傾向にある。

5.4.1 厚生省の財源

世銀やPAHO/WHOの報告によると、厚生省の財源は大きく分けて、国庫（税金）、イタイプ・ダムの使用料、受益者負担制度による収入、SENEPAへの特別財源（IPSへ支払う保険料のうち1.5%は法令によってSENEPAへ拠出される）、その他、国際協力が含まれる。ただし、その割合については年代が不明であったり、出典となっている厚生省の数値が不正確であったり、正確にはわからない³。一般的に、国庫からが約60%、イタイプ・ダム使用料が約15%、特別財源と受益者負担制度からの独自財源が約15%、国際協力（借款を含む）が約10%と推定される。厚生省の報告によれば厚生省の独自財源の割合は15%で、中央行政全体（6.5%）に比較すると2倍以上になっている。

5.4.2 厚生省の保健予算と歳出

1) 予算と歳出の推移

¹ IPSは基本的に被雇用者（収入の9%）、雇用者（14%）、国（3%）の3者の納入金で賄われる。その他、年金基金の投資から生じる収入もある。IPSの1997年の予算は4,866億ガラニだという。しかし、PAHO/WHOによると、その内、どれだけ保健セクターに使われているのかは情報が不足しており、正確な推定はできない。また、民間セクターの支出についても同じく情報が不足している。

² 公的な保健支出は1993年には国民総生産のわずか1.2%であり、近隣諸国に比較して低い。1990-1993の近隣国の保健分野への公共支出はチリ3.4%、ブラジル2.8%、アルゼンチン2.5%、ボリビア2.4%である。

³ それぞれの保健財源の割合は以下のようになっている。

	国庫	ダムの使用料	受益者負担	特別財政	その他
世銀	55%	23.0%	7.0%	7.0%	8.0%
PAHO/WHO 1996	64%	14.1%	6.0%	4.7%	11.2%

出典：世銀 MHC DP, Staff Appraisal Report 1996, PAHO/WHO Condiciones de Salud en Las Americas, 1998

1980年、1990年の国家総予算に対する保健予算はそれぞれ3.6%、4%と低かった。しかし、その後1992年から1997年までの保健予算は次の表に示すように着実に伸びており、政府が教育と保健を重点セクターとする公約を実行しようとする姿勢が伺える。この間の伸び率は人口増加率(3.8%)を超え、公式発表によるインフレの率も超えており、実質的に保健分野の予算が増えてきている。また、1996年には防衛費を初めて上回った(厚生省の報告による)。一方、1992年から1995年の歳出は次の表のようになっている。予算と支出の割合からわかるように予算の執行率も1992年の52%から1996年の77%と上昇している。

表 5.2 厚生省の予算と歳出

年度	国家予算に占める割合	前年度からの割合の伸び率	一人当たりの予算	歳出の予算に対する割合	歳出の割合の伸び率
1992	5.9	-	us\$ 13	52%	
1993	7.5	+27%		57%	+9%
1994	6.8	-10%		情報の信憑性が極めて低い	
1995	7.3	+7%		76%	+33%
1996	9.5	+30%	us\$ 33	77%	+1%

出典：Paraguay Situacion de Salud 1997, MSPyBS

2) 保健歳出の内訳(施設投資、人件費、物資)

運営費の中の人件費にかかる割合が非常に多いが、それでも、全体の支出に対する割合は1995年には減少し、比率的にも実質的にも施設などへの投資と薬品やその他の物資への支出が増加している。この傾向が現在も続いているのかどうかは資料が入手できず不明である。

(表5.3 参照)

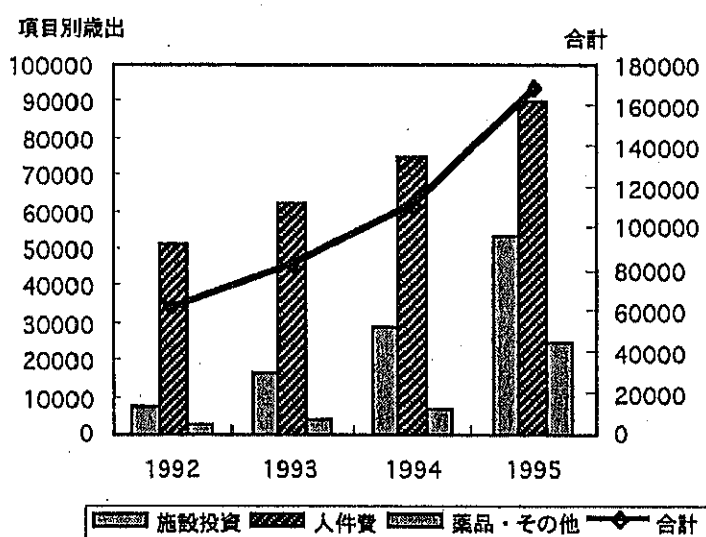
3) 保健医療サービスの予算と歳出

実際の保健サービスに当てられる予算は県衛生局の予算と病院(国立と専門病院)の合計と考えられる。県衛生局と専門病院や国立病院への予算配分は別々に行われるが、1997年の18県全部を合わせた予算と18病院を全部合わせた予算はそれぞれ34%と27%である(人件費を含む)。各県の予算のうち運営費の40%はさらに地域病院の他、治療に充てられている。これらと国立・専門病院の予算を合わせると全保健サービス予算の3分の2が治療に充てられていると考えられる。また、病院のほとんどがアスンシオンと同首都が位置するセントラル県にあるため、病院と県衛生局への予算を足すと保健サービス予算の約50%はこの2県に

集中している。これらに関する歳出の情報は入手出来なかったが、歳出についても類似した比率であると思われる。

保健歳出をさらに細かくみた場合、特徴として挙げられるのは保健従事者の研修に関する支出がほとんどないに等しいことである。JOCV 隊員の報告書によるとコンセプション県では研修費は県全体の予算の1%に過ぎず（支出は不明であるが、予算より多いことはあり得ない）、現地調査に訪れたイタプア県では研修に関する支出は0である。この分野においてはUNICEFなど国際協力の支援が極めて重要な位置を占めている。

表 5.3 保健歳出の内訳（単位：百万ガラニ）



出典：Paraguay, Situación de Salud 1997, MSPyBS

5.5 人材とその育成

保健分野の人材の質と量もまた、国の保健サービスや国民の健康状態を左右するため、保健分野の指標の一つとなる。また、それらの保健従事者がどのように養成されているかを理解することも保健分野の協力を考慮する場合に重要である。以下、保健従事者の数やその分布、養成の現状や人材育成の課題について述べる。

5.5.1 保健従事者の数と分布

保健セクターのうち公的、準公的保健サブセクターの保健従事者数は次の様である。民間については情報が整備されていないため不明である。

表 5.4 各機関の保健従事者の数

	厚生省	軍隊	警察	国立大学	IPS	赤十字
医師	1607	141	123	820	873	82
歯科医師	239	55	38	6	143	2
生化学	173	45	16	44	107	9
大卒看護婦	588	13	12	118	159	23
技術者レベル	880	15	23	41	315	9
助手レベル	3081	117	37	308	1516	89

出典：Paraguay, Situación de Salud 1997, MSPyBS

このうち厚生省の保健従事者は県、病院、中央とに分けると次のようになる（詳細は添付資料）。病院で仕事をするものの割合が18県全部を合わせたものとあまり変わらない。特に、医師、生化学（大卒薬剤師や臨床検査技師）、大卒の看護婦や助産婦は病院の方が多い。県衛生局管轄下と病院で従事するものを足すとアスンシオンとセントラル県に保健従事者全体の60%が集中している。

表 5.5 厚生省の保健従事者（事務職を含む）

	医師	歯科医師	生化学	大卒看護婦・ 助産婦	技術者	看護婦・ 助産婦助手	事務員	合計
県	756	200	81	292	452	2188	943	4724
病院	1018	71	161	321	428	893	1358	4254
中央	48	10	8	9	185	58	849	1167
Senepa	18	4	4	2	535	5	285	853
Senasa	4	1	13	1	267	4	229	519
合計	1844	286	267	625	1867	3148	3664	11717

注：数値は出典のとおりで、合計が合わないことがある。

出典：Paraguay, Situación de Salud 1997, MSPyBS

ところで、人口1万人に対する主な保健従事者の割合は以下のようになる。パラグアイでは医師のほうが看護婦より多いという中南米によくみられる形態である⁴。

⁴ コスト的な効率性を考慮すると医師より看護婦が多いのが世界的には一般的な形態である。開発途上国の平均は人口1万に対して医師1.7、看護婦2.1人、特にサブサハラの諸国では医師0.5、看護婦1.5人になっている(UNDP Human Development Report 1997)。ちなみに、アメリカ合衆国では同じく人口1万に対し、医師24.3人、看護婦78.5人、カナダでは医師18.6、看護婦78.6人である(PAHO/WHO Indicadores Basicos 1997)。

特に、PAHO/WHOによると大学卒の看護婦の率を近隣諸国と比較した場合、パラグアイはその率が一番低く、看護人材不足というパラグアイの保健サービスの問題を示している。この問題の背景には看護婦の地位や給料が低いため高校教育を受けた者には看護婦の希望者が少ないことや、保健財政上の制約で十分な就職先がなく、資格を持つ看護婦、特に看護助手レベルの人材が失業しているという実態がある。例えば、パラグアリ県やイタプア県の看護助手養成コースの卒業生のうち約30%は地元で就職したくても職がなく、彼らの中には保健推進員などのボランティアをしながら職の空くのを待っている者もいるという。

表 5.6 人口1万に対する保健従事者の数

	教育レベル					
	大卒		技術者レベル		助手レベル	
	実数	対1万の数	実数	対1万の数	実数	対1万の数
医師	3730	7.53	0	0	0	0
歯科医師	1279	2.58	165	0.33	21	0.04
看護婦	433	0.87	234	0.47	2914	5.88
助産婦	1547	3.12	526	1.06	0	0
化学・薬剤師	1875	3.78	403	1.02	48	0.10
生化学	892	1.89	0	0	0	0
公衆衛生	79	0.16	0	0	0	0

出典：Paraguay, Situación de Salud 1997, MSPyBS

5.5.2 正規の資格のない保健関連従事者（伝統的産婆、保健推進員など）

上記の他、地域の中には、正規の資格を得た保健従事者の他にも様々な人が保健に関連する仕事に従事している。保健推進員、伝統的産婆、伝統療法師と呼ばれる人達である。優先疾患対策の中で述べたように、多くの保健推進員や伝統的産婆が国際協力、特にUNICEFの支援によって研修を受けている。

保健推進員の研修を受ける人達はその地域に住む人で、小学校程度の基礎的教育があり、住民から信頼の高い人達が選ばれる。研修はテーマごとに1-2日と短いものを何回かにわたって行うことが多い。研修後はボランティアとして診療所（PS）や保健センター（CS）の保健従事者の手助けをする。内容は予防接種や母親クラブの人集めなどである。訓練後のモニタリングの方法が決まっておらず、また、出稼ぎなどで土地を離れるものも多いため活動状況は低迷している。

伝統的産婆はその土地で世襲的に分娩介助の方法を会得してきた者が多い。農村部では彼女ら伝統助産婦は重要な位置を占めており、多くの場合、金銭や物の報酬を受けて独立して

仕事をする。研修は2-3日ほどで全国共通の養成教材が使用されている。しかし、モニタリングがないために、研修の効果は不明である。

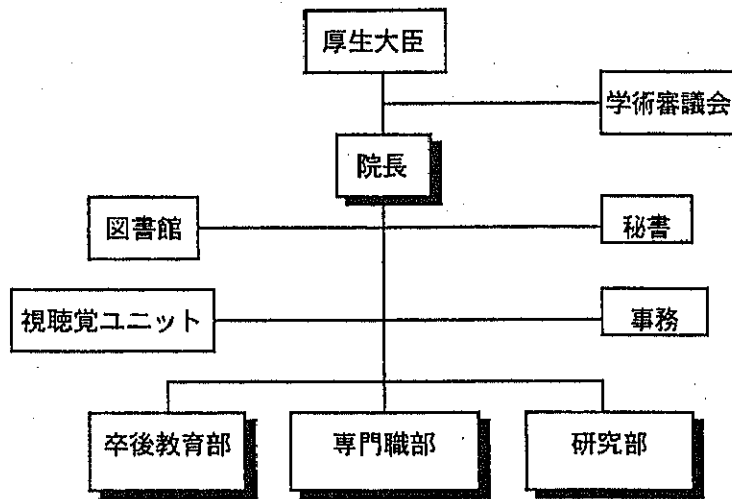
伝統療法師には祈祷師から薬草を処方するものまでいろいろいる。彼らの協力を得ようと、PAHO/WHOの支援で伝統療法師の研修や薬草の研究も進められている。しかし、中には、研修後、医師と名乗って薬品を処方するなど不法行為を行う者もあり、難しい側面もある。

5.6 国立保健院

保健従事者の養成は、大学レベルとそれ以外のレベル、基礎教育と現場従事者の研修に関し、それぞれ責任をもつ機関が明確に分かれている。大学レベルの基礎教育は各大学であるが、それ以外については（助手、技術者レベル、大学卒業教育、その他の研修）は一切国立保健院（Instituto Nacional de Salud: INS）が法的責任を持つ。

国立保健院の前身は1987年に厚生省、人事総局に付属して創設された保健人材教育センターで、1994年の法令によって厚生省大臣直属の独立した機関となった。国立保健院の目的は1) 人材育成と研修の促進・開発、2) 科学研究の促進と開発、3) 保健サービスの実施能力と質の向上である。具体的な機能は、1) 人材開発（カリキュラムの作成や技術者・助手レベルの保健従事者の養成、卒業教育の実施、生涯教育の実施など）、2) 技術者・助手レベルの保健従事者の養成施設や内容・計画の標準化、3) それらの施設の監督と助言、4) 科学技術情報の開発と普及、5) 応用研究の開発である。その組織は次の図のようになっており、総員45名がいる。国立保健院の運営にあたっては厚生省がその予算の大部分を持つ（1997年の予算は9億5579万2300ガラニ）。運営費の補充のために国立保健院は入学金、授業料やコースの監査費などを徴収している。大学や社会保険公団は国立保健院の学術審議会のメンバーとして関わっている。国際機関ではPAHO/WHOが技術的な面で協力しており、IDBが今後情報整備に協力する予定になっている（詳しくは国際協力を参照）。その他、FIORUZ（オズワルドクルツ財団）が技術面での協力をしている。

図 5.2 国立保健院の組織図

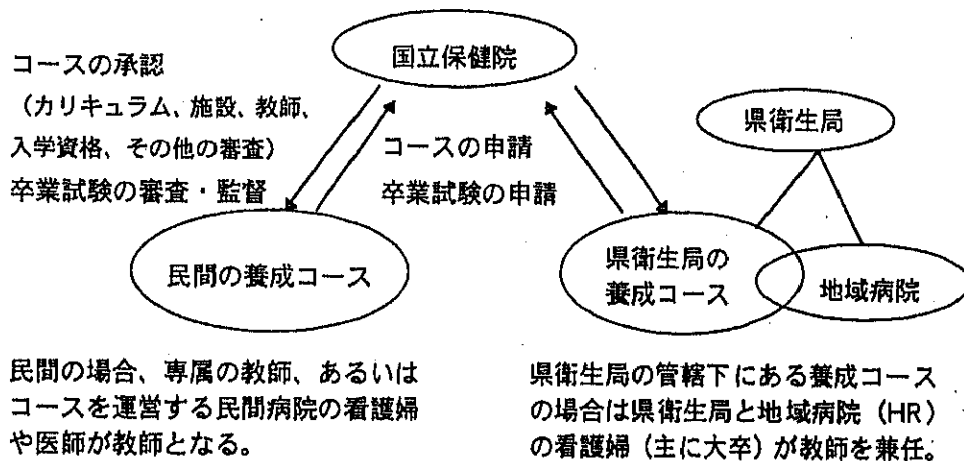


現在、国立保健院の機能のうち実施されているのは大学レベル以外の保健分野の人材育成であり、これは、国立保健院の最も重要な機能でもある。特に、農村部の一次・二次保健医療レベルで仕事に従事する技術者・助手レベルの育成を統率する立場にある。これまで、技術者や助手レベルは統一した基準もなく、様々な機関がばらばらにそれぞれの目先の必要に応じて育成してきたため、その質は低く、しかも標準とされる技術も不明という状態であったことを考えると、この国立保健院の機能の重要性が理解できる。国立保健院には実際に研修や養成を行う施設や人材は限られているが、次の様に全国の育成機関の監督と育成内容の標準化を実施している⁵。つまり、全ての育成機関（公的および民間）はあるコースを開始する前にコースの内容と期間、施設と設備、教師と教材、入学基準などをコース案として国立保健院に申請する。国立保健院ではこの内容を審査し、現地に行って設備や教材を調査する。審査に受かるとコース開催の許可が得られる。コース終了時にはそれぞれのコースで試験がされるが、その内容は前もって国立保健院の承認が必要であり、試験日には国立保健院から試験監視員が出向く。今でも育成コースに期間や開始時期などにばらつきがあるのは、このように各機関がその事情にそってコース計画を作るからであり、必要なことをカバーしてい

⁵ INSには地方に4ヶ所ほどの独自の拠点を設置したいという構想がある。PAHO/WHOもこの考えを支援していて世銀のプロジェクト（11. 国際協力を参照）との連携を考慮している。筆者の考えでは、むしろ、現在のようシステムで全国の保健従事者の標準化を行い、質の向上に力を注ぐのが良いと思う。そのためにはINS自体の機能強化をして、各県衛生局との連携を良くし、全国的なレベルで基礎教育や現場従事者の就業状況をモニタリングしていくほうが、地方に拠点をつくるより効果的であると思う。

る限り、自主性にまかせるという方針（そこまで介入する人的・資金的資源がないのも実状）を国立保健院がとっているからである。コースを開催するたびにこのプロセスを通さなければならない。現在、全国で10県、43の養成コース（公的14、民間29）が国立保健院の監督のもとに実施されている。一方、6ヶ月以上の研修も国立保健院に責任がある。1989年からこれまでに5576人の卒業生と1169人のセミナーの受講生がいる。これで見ると、国立保健院の人材開発の主体は基礎教育であり、現場従事者への研修は比重が小さい（人数的にみて18%が現職者の研修に当てられた）。

図 5.3 国立保健院と各看護助手養成コースの関係



5.7 保健従事者の育成の現状

大学レベルで養成されるのは医師、歯科医師、看護婦、助産婦、薬剤師、生化学技師、ソーシャルワーカー、心理学専門家などである。助手や技術者レベルで養成されるのは看護・助産助手、看護助手・看護技術者、保健教育、放射線技師、麻酔技師、血液療法技師、医療統計師、歯科技師、歯科助手、透析技師、薬剤助手などである。ここでは、地域保健に最も関連の深い医師、看護婦、助産婦について述べる。

5.7.1 医師 (Medico)

医師になるためには6年間の大学教育を受けなければならない。アスンシオン大学、カリリック大学の医学部が中心である。1996年からイタブア大学医学部も創設され、医師を育て始めた。6年間の医学教育の間に地域保健に関する講義は約50時間程度しか行われておらず、あまり重要な位置づけにはない（カリキュラムについては添付資料参照）。統一国家試験は

なく、卒業と同時に医師の資格 (Medico) が与えられる。卒業後に1年間のインターン研修があり、その中には3ヶ月の農村実習も含まれる。それは大学によって必須であったり、そうでなかったりする。アスンシオン大学の医学部の教授によると、医師達の多くはより高度の専門知識と技術を身につけることがキャリアにつながると考えており、地域保健や公衆衛生に関心がある医師は極めて少ないと言う。これは公衆衛生の専門家が少ないことにも反映されている (表 5.5 参照)。

表 5.6 医学部学生数

大学	学生数 (1学年)	農村実習
アスンシオン大学 (国立)	約 100 名	必須ではない
カソリック大学 (私立)	約 70 名	必須
イタプア大学*	約 20 名	開始されたばかりで不明

* イタプア大学については情報が十分に集まらなかったため不明な点が多い。

5.7.2 看護婦

看護婦の資格には、大卒 (Licenciada)、技術者 (Tecnico) と助手 (Auxillar) の3種類がある。

1) 大卒の看護婦 (Licenciada Enfermería)

大卒レベルの看護婦は以下の表に示すように3大学の看護学部で4年間の大学教育で養成される。どの学校も同じカリキュラムを利用する。入学できるのは高等学校 (12年間の基礎教育) を卒業した者で、入学試験がある。看護教育で最も歴史の古いアンドレ・バルベロ看護学校の校長によると、同校では化学、数学、生物学、スペイン語の試験に合格 (70%以上の成績) したものに入学資格を与えている。看護教育のカリキュラムには地域保健に関するものが約50%であるが、そのほとんどは理論で、実習は都市近郊に限られている。看護婦にも統一国家試験はなく、卒業と同時に看護婦の資格 (Licenciada Enfermería) を得る。3大学を合わせて1年間に約150名の卒業生が出る。

看護婦の不足は看護婦の間では重要な問題として捉えられており、その中でも特に、農村部で仕事に就く看護婦が少ないことが問題視されている。アンドレ・バルベロ看護学校の例をとると、学生の60%は地方出身者だが、卒業後に地方に戻る者は少ない。これは、教育に見合う職が地方にないことや、アスンシオンで結婚して定着し、家族や子どもを残して地方勤務をするほどのインセンティブがないこと、地方に行った場合の子どもの教育など様々な

問題がある。一方で、自分の出身地で仕事を希望するものは多い。そこで、この数年ほど前から各看護学部の分校が創設されてきており、将来的には大学レベルの看護婦が地方に増えてくることが期待されている。

表 5.7 看護婦の学生数

大学	学生数 (1 学年)	その他
アスンシオン大学看護学部 (国立) アンドレバルペロ看護学校 サン・エスタニスラアオ分校 コロネル・オビエド分校	約 50 名 約 10 名 約 20 名	まだ、分校では卒業生は出 ていない。(3 年生まで)
カソリック大学看護学部 (私立) アスンシオン本校 ピヤリカ分校 エンカネルシオン分校 ペドロフォンカバジョ	約 25 名 約 10 名 約 10 名 2 年生のみ 13 名	卒業前に 3 ヶ月の地方実 習をする。
エバンヘリカ大学保健科学科看護学校 (私立)	約 25 名	1993 年から開始。

この他、大卒助産婦の資格のみを持つ人を対象に看護婦の資格を与える補完コース (Post Grad.) があり、その数は約 300 名で、1999 年までには全員が看護婦の資格を持つようになる予定である。アンドレ・バルペロ学校では現在、53 名が修学中である。

2) 看護技術者 (Tecnico en Enfermería)

高卒 (12 年の基礎教育) の人を対象に 2-3 年の教育をして、看護技術者の資格を与える。現在は国立保健院が認めたコースで養成され、現在までに 136 名の看護技術者が新しいシステムで育てられている。以前からのコースの卒業者をいれると全国で 234 名いると言われるが、このレベルは看護職の中でもっとも数が少ない。これは、このレベルと助手レベルの間に待遇の差があまりないことと、大学に行く資格をもっているため看護技術者のなり手が少ないことと、なったとしても他の資格をとることが多いために定着しないからと言われる。

3) 看護助手 (Auxiliar de Enfermería)

中卒 (9 年間の基礎教育) 以上の人を対象にして、12-15 ヶ月のコースで養成される。現職の看護助手の 40% は高卒だといわれるが、中には小学校しか出ていないものもある。国立保健院が設立されて、各助手コースの標準化が進んでおり、新しいシステムで養成された看護助手は 2019 名である。現職の看護助手の中には養成コースに行かずに仕事の手伝いをし

ながら助手になったものもあり、現在そういう人達を対象に補完コースを行っている。

5.7.3 助産婦 (Obstetricia)

助産婦の資格にも大卒、技術者、助手の3種類がある。助手レベルの助産婦は農村助産婦 (Obstetricia Rural) と呼ばれる。

1) 大卒の助産婦 (Licenciada Obstetricia)

以前、助産婦を養成しているのは3年間の専門学校だけだったが、その後、4年間の大学教育における養成課程が開設された。これはさらに、現在の看護教育後1年間の助産婦専門課程へと変化してきている。分娩に関わる医療技術の変化や雇用体制の実状から助産婦の資格だけでは現状に即しなくなったためである。1校だけがまだ4年間の助産婦教育を行っている。専門学校の資格 (Tecnico とされる) を持つ人たちの資格を引き上げるための教育もされている。3大学が助産婦教育に携わっている。これらを卒業すると、大卒看護婦の資格を持っている人には Licenciada Enfermeria y Obstetricia の称号が与えられ、助産婦専門学校だけの資格を持っていた人には Licenciada Obstetricia の称号が与えられる。

表 5.8 現在の助産婦学生数

大学	学生数 (1学年)	期間	コースの種類と入学資格
アスンシオン大学 (国立) アンドロ・バルベロ看護学校	約 20 名	1 年間	Post Grad. (卒業後教育) 大卒看護婦であること
カソリック大学 (私立)	14 名	1 年間	上に同じ
北部大学 (Unl. de Norde-私立)			
アスンシオン校	50 名	2.5 年	専門学校卒の助産婦のための 資格引き上げ (nivelacion) 大学助産婦教育、高卒
カグアス校	28 名	2.5 年	
イタ校	48 名	4 年	

2) 助産技術者 (Tecnico en Obstetricia)

看護技術者と同様、高卒の人が3年間の助産婦教育を受けて得る資格。現在、このコースは1ヶ所のみで実施されており、減少する傾向にある。これは、看護技術者の場合と同様に雇用上の利点がありません。かつ、助産婦のみの資格ではキャリアにならないなど、助産婦の立場そのものの変化が背景にある。今後は技術者レベルでも大卒の助産婦同様に看護婦の資格を持ったものが専門職という形で助産婦の資格をとっていくのが主流となる。

3) 農村助産婦あるいは看護助産助手 (Obstetrica Rural, Auxillar de Enf. y Obst.)

看護助手の資格をもつ者は6ヶ月の教育で農村助産婦の資格が与えられる。国立保健院の設立後、450名が卒業している。現在、国立保健院では看護助手のカリキュラムの母子保健の中に分娩介助を含めることによって、全ての看護助手が正常分娩の介助もできるようにすべく教育方針が変わっている。つまり、看護助手と農村助産婦の一体化である。しかし、だからといって、看護助手の教育期間が長くなったわけではない。分娩介助の改善は農村部の母子保健問題の改善に重要な意味があるので、一体化された看護助産助手の教育内容の充実化が求められる。

看護助手養成の実際 - 現場視察から

イタプア看護助手学校 (厚生省管轄) :

県衛生局が運営するが、その始まりはGTZの支援(1987-89年)だった。現在の学生数は20名。教室は一つで病院の一角にある。コース開始以前には2ヶ月の適正コースがあり、その参加者の中から数学、社会学、スペイン語、適正コース中の理論と実習の結果の良いものが入学を許される。学生は高卒、中卒、小卒と様々である。先生は県衛生局や病院で仕事を兼任する6人。従って、授業は午後のみ。学生は6万G(ガラニ)の入学金、7万Gの授業料を払う(これは先生方への謝礼となる。)コースの内容は国立保健院の審査を受けている。9ヶ月の授業(病院実習75%、理論25%)とそれ以後、3ヶ月間PSで現場実習を行う。これが終わると資格を得る。卒業試験は現場研修以前にある。現在までに159名が卒業している。去年の卒業生の50%は厚生省施設、20%は民間、30%は地元で職がなく、仕事につけない。

基礎教育の他にも、34名を対象に6ヶ月間(週末のみ)の資格引き上げのコースを実施している。必要に応じ、母子保健の研修や農村助産婦の養成を行う。1996年には34名の農村助産婦を養成した。この他、保健推進員や伝統的産婆の訓練も実施することがある。

教材は学校側が参考書として指定したものを、学生が購入したり、コピーしたりして利用する。人体のモデルや分娩介助実習用のモデルがある。古くなっているが十分に活用されているように見える。

ドイツ病院付属看護助手学校 (民間) :

民間病院経営で1996年に開始された新しい学校で、施設は教室一つと職員室、準備室からなる。3名の専属教師がいる。学生や他の教師の都合で授業は夜間6-9:30pmに行われる。13万Gの入学金、毎月15万の授業料を学生は支払う。学生は中卒で数学、歴史、スペイン語、コミュニケーションの試験に合格した者。1996年に12名の卒業生が出て、現在も12名の学生がいる(19名の学生で開始したが成績不良その他で7名が辞めた)。コースは12ヶ月の学校での授業と1ヶ月の現場研修からなる。カリキュラムは国立保健院の要項にそって母性、小児、成人看護を教える。正常分娩の介助も含む。卒業生は90%就職した。民間が70%、厚生省30%の割合。

施設、教材全てが新しい。スライドやビデオなどの視聴覚教材もある。

5.7.4 看護教育のカリキュラム

看護教育のカリキュラムは数年ごとに見直される。現在は国家保健システムの法的導入により、カリキュラムの見直しが進行している。大学の看護教育のカリキュラムは厚生省（看護局）と文部省（大学側）の共同作業で行われる。技術者や助手レベルについては国立保健院が責任を持ち、標準的なカリキュラムを作成する（添付資料参照）。看護助手コースでは母子保健や衛生教育に重点が置かれているが、看護助手養成コースで教えるある先生は現在のカリキュラムに不足しているのは地域活動の始め方、コミュニケーションだと言っていた。

5.7.5 現場従事者の研修

現職に就く保健従事者の研修は彼らの知識や技術の向上、動機付けなど様々な理由で実施される。前述したように県衛生局には研修に関する予算がなく、疾患対策別に厚生省の関係各課に予算が付く。ほとんどの場合、厚生省の予算は不十分なので、優先対策には国連機関が資金的（日当、宿泊代の供与）、物質的（教材）に協力している。

一般的な現場研修のやり方は、中央から県に人が派遣され、県事務所が集めた者に対して2-3日の研修を行うもの。研修の対象者はある一定のレベルに限ることもあれば、違った職種やレベルが一緒にされることもある。これら、研修を受けた人達はそれぞれの職場で研修したことを同僚に広めることが期待されている。この方法の問題は、県の事情を知らない人が教えるので現状にそわなったり、理論に偏りがちになることである。看護助手のレベルではスペイン語のわからないものもあり、一般的に研修の効果はあまりないと現場の人達は評価している。

上記のような分析に基づき、JICAのカアサバ県地域保健強化プロジェクトで行っている研修方法では、県衛生局の者が研修の計画を立てる。そこで県の実状にあった研修内容ができるとともに、教える人の多くは業務監督を行う立場にある人たちなので研修後の業務監督を通して研修のモニタリングが理論的に可能である。また、研修を受ける人も選んでおり、研修を受けて成績が良いと同僚を教える指導者兼推進者（ファシリテーターと呼ばれる）になる。これが動機付けとなり、彼らは職場の同僚に研修で学んだ事を広めることが期待されている。また、このプロジェクトでは研修前後のテストを行い、研修による効果測定を行っている。同じ様なテストを将来繰り返すことで効果の維持を測定することが出来るが、現時点では実施されていない（モニタリングの方法については現在計画中である）。

研修の方式の比較	
<p>＜従来の方法＞</p> <p>中央から人が来て研修を行う。その研修を受けた人が同僚に研修内容を教えていくことが期待されている。</p> <p>☆研修内容が全国的に統一される。 ★内容が現場の事情に沿わないこともある。 ★理論に偏りがちになる。 ★スペイン語がわからない。 ⇒受け身の研修になり、効果が低い</p>	<p>＜カアサバ地域保健強化プロジェクトの方式＞</p> <p>県衛生局が計画・立案をする。研修を受けた者の中で成績の良い者が選ばれてファシリテーターとなる。このファシリテーターが同じ職種の人達に研修内容を広めていくことが期待されている、つまり2段階で研修を実施する。</p> <p>☆現場の事情にあった内容になる。実習も十分に取り入れることが出来る。 ☆教材も自分達で作る、研修のオーナーシップを持つことが出来る。 ☆業務監督をする立場にある人材が研修に携わるので研修後のモニタリングが出来る。 ☆研修を受ける者にとって、ファシリテーターとなることで動機付けが出来、意欲が増す。 ⇒研修の効果が高いと期待されている。(まだ、評価はされていない) ★県衛生局の主導者達の考え方に影響される。 ★県には研修の予算が乏しい。 ★ファシリテーターと同僚の間に摩擦ができる可能性もある。</p>

もちろん、カアサバのような研修方法を他の県で行うには予算上の問題がある。しかし、この点についてはUNICEFが中央を通しての研修の効率の悪さを指摘しており、カアサバを第一の例として県に直接の支援をする方針に変えたという事実がある。今年から世銀の支援で県レベルでの支援が開始され、IDBも同様の計画があるなど、今後、県レベルで県が主体性を持った研修をする可能性は高い。

むしろ、研修の一番大きな問題は研修後のモニタリングである。特に、業務監督が前述したように不十分な現状では、研修後のモニタリングは難しい。そして、もう一つの問題は研修の内容が活かされるような環境にすることである。もちろん、そのためには研修内容が現実的であることが前提となる。多くの研修がされたが、その効果について十分な評価がされていなかったり、あるいは、保健推進員や伝統的産婆の研修のように効果は少ないと推定されながら同じ研修が繰り返されているのが現状である。

5.8 人材ニーズの予測と対策

現在は地域のニーズや保健政策に基づいた保健人材の必要数の予測は存在しない。国立保健院は PAHO/WHO の協力を得て、1998 年からその現状分析、ニーズ予測を行い、それ

に基づいた人材育成計画を立てる予定である。

5.9 人材とその育成における課題

以上、パラグアイの人材の特徴をまとめると、次のようなことが挙げられる。

- ・ 医師数に比較すると正看護婦数が低い。しかも、十分な基礎教育を受けた看護婦の数が極端に少ない。(人口1万に対し、医師7.5人、正看護婦0.8人、看護技術者0.5人、看護助手5.9人)
- ・ 都市部に人材が集中している。(医師79%、看護婦82%、看護助手46%)
- ・ 地方では失業している看護助手が多い。(エンカルナシオンの場合30%)
- ・ 医師や検査技師など公的機関と民間と掛け持ちで仕事をする者が多い⁶(医師の病院不在と信頼の喪失という問題が生じる)。
- ・ 民間の薬局で仕事をする者、伝統的産婆や伝統医師の役割が大きい。

一方、研修を受けた伝統的産婆や保健推進員などボランティアに関しては次の問題がある。

- ・ 定住しない(出稼ぎなど)
- ・ モニタリングが欠如しているため、彼らを最も必要とする診療所で、十分な活用がされていない(もっとも、期待しすぎる面もある)。

これらの問題の背景には、人材情報が整備されていないことや、人材育成が計画的に行われていないことがある。厚生省に限ることではないが、低賃金、昇進するシステムがないなどによる問題も多い。それはまた国の社会経済の状況を反映している。以下に人材開発を考慮する上での課題をまとめる。

1) 看護助手・助産助手の質の向上

パラグアイの保健状況を考えた場合、重要な位置を占めるのは農村部の第一次、第二次レベルで仕事をする看護婦や助産婦、特に、技術者や助手レベルである。現状を考えるととりあえず、今、必要で現実的なのは現職者の質の向上である。一方、基礎教育の中でカリキュラムや教授法の改善によってより質の高い看護婦や看護助手を育てることも重要である。量的拡大は、雇用体制が整わない限り、農村部の保健問題の改善にはあまり寄与しないだろう。長期的には看護助手の基礎教育レベルの向上も必要になる。この分野で責任を持つのは国立保健院であり、国立保健院がこれらの活動の中心となるため、その強化が必要である。

2) 県レベルでの研修

カアサパの例にみられるように、県を主体とした研修に変わって行く方向にある。しかし、

⁶ 人材資源についての調査は1985年にPAHO/WHOが行ったものだけである。それによると、61%の医師は2つ以上の職に就いている。

県レベルで仕事をする人たちには研修をどのように進めていったらよいか知らない人も多い。そういう人達への教授法の研修も必要であり、国立保健院と県側との連携が求められる。国立保健院には現場で実際に教授したり、モニタリングをする人材がいないし、その責任もない。従って、国立保健院と県とが協力すれば、お互いに補完しあうことができる。

3) 業務監督を通じたモニタリングの強化

いくら研修したところで、それが実際に生かされないことには意味がない。そのためにはモニタリングを十分に行う必要がある。現在、業務監督が十分に実施されていない理由を調査し、より現実的な業務監督の方法が施行される必要がある。

4) 保健サービス提供の環境の改善

研修後、それらを現場で生かしていくために必要なことの一つとして、まず、研修内容が現状に沿ったものでなくてはならない。あるいは、新しい技術やサービスの導入であればそれを提供するのに必要な物（器材、薬品）が実際に職場になければならない。動機付けを行うためにも期待される保健サービス提供が出来る環境の整備が必要となる。

5) 人材の情報整備

前述したように現在は人材に関する情報や計画がない。これはこれから国立保健院がPAHO/WHOやIDBの協力を得て進めていくことになっている。

6) 潜在する有資格者の利用

パラグアイの人材配置の不均衡が指摘される一方で、せっかく資格をとっても予算がないために職につけない人が多いというのも事実である。この打開策として、今後県レベルでの人材の採用が検討されていくべきであろう。カアサバ県の例もあるように国家保健システムの枠内で十分に可能性がある。

7) 地域保健に対する意識の改善

厚生省や大学の政策レベルで仕事をする人達の意識改革、つまり、地域保健の重要性を認識し、その実践を推進するという態度が必要である。政策決定レベルでは医師が多いが、高度の医療と同様に地域保健や公衆衛生も重大なキャリアであるという認識が必要である。そのためには、医学教育のカリキュラムの改善や、国立保健院で実施している公衆衛生コースの充実化とその拡大（コースの数や学生数を増やすこと）が望まれる。

6. 保健サービス供給システム

6.1 保健医療施設（公的、準公的及び民間）の現状

概要：国立病院、アスンシオン国立大学付属病院、IPS病院、赤十字病院、アドベンチスト病院、CEPEP（人口問題研究所）の病院を実際に視察した結果をまとめたものである（各医療施設の詳細は表 6.1 を参照）。

- ・パラグアイの保健医療サービスに携わっている医療機関として、公共の厚生省管轄の医療施設、準公共のIPS（社会保険公団）管轄の施設、民間の病院等があるが、それぞれが独自に診療活動を行っている。特に、厚生省管轄の医療施設とIPSとは同じ地域に一次レベルから三次レベルの医療施設をもちながら両者はまったく交流はない。
- ・厚生省管轄の医療施設はIPSや民間の病院と比較して、物資や医薬品が常に不足しているのが現状である。
- ・国立病院について留意すべき点は、地方における三次レベルで対応出来ない患者や民間病院で対処出来ない重症患者を対象とすべき国立病院に一次・二次レベルで対処可能な患者が全体の6割も占めている。つまり、医療の分業化体制（レファール体制）がうまく働いていない。さらに、交通の便が悪いため、人材や設備を十分に活用出来ていない。
- ・厚生省管轄の保健センター以上の医療施設、準公共部門の大学付属病院や民間の総合病院には、24時間の緊急体制が敷かれているが、担当するスタッフが不十分である。
- ・膨大なデータが記録にとどめておく程度になり、整理され、公表されることなく眠っており、医療の質の向上、医療サービスの質の向上や評価に何ら貢献していない。

パラグアイの医療サービスを提供する保健セクターは下記の通りである。

- a. 公共部門：厚生省管轄の医療施設、アスンシオン国立大学、警察衛生部軍衛生部、市の衛生部、
- b. 準公共部門：社会保険公団管轄の医療施設、カトリック大学医学部と付属病院、赤十字病院、
- c. 民間部門：民間の病院、療養所、診療所、薬局及び製薬会社の研究所

1997年現在、3部門全体の医療施設の数は1,190カ所で、その内訳は下記の通りである。

表 6. 1 医療施設の視察及び聞き取り調査結果 一 国立病院一

1. 国立病院：1990年フランスの借款で建設・現在も支払いが続いている

(1)	①診療科目	内科/小児科/外科/産婦人科/成人救急治療/成人救急眼科/耳鼻科/歯科	
施設内容	②診療時間	7:00~13:00	
	③救急医療	有 30~40人/1日 (そのうち10%が本日の緊急)	
	④ベッド数	370床	
	⑤スタッフの数	医師(382), 看護婦(206), 看護助手(252), 歯科医(11), 技師(80), 技師助手(29), 生化学(42), その他(591), 総計 1,543人	
	(2)	①患者数 外来/入院	1209 (97年7月) / 8406 (97年7月)
患者データ	②出生率	369 (97年5月)	
	③手術件数	179 (97年4月)	
	④死亡数	81 (97年4月)	
	(3)	①予算	収入：国家予算95% 診察費等の患者からの収入5% 支出：人件費65% 医薬品等購入20% その他15%
	予算・他	②医薬品の供給	Farmacia Social による管理・運営によるが、量を6割ほどカバーできている
③医療費患者負担・診察料		診察料3000G 無料の対象となる患者の割合70%(医薬品等代金を除く)	
④レファレンス体制		一次、二次レベルの患者6割も含め、本来の三次レベルの機能を十分生かしていない	
(4)		①検査室	検査件数250/1日, 検査項目(生化学, 血清, 細菌, 血液, 免疫等) レントゲン室
設備		②診察室	集中治療室 5人用 2室あり
	③手術室	8室あり	
	(5)	①カルテ室	記録をとるのみでまとめられていない
情報管理	②データのまとめ具合	受け付けのデータ(患者No, 氏名, 年齢)はコンピュータ入力済み	
	(6)	①設備としてリハビリ用の器具や器材がある	
その他	②スタッフの白衣や制服等は院内で作られている		
	③給食は職員用・患者用とがある(栄養士が2人いる)		
	④歯を作る設備あり		
	⑤血液銀行(有)		

表6. 1 医療施設の視察及び聞き取り調査結果 - I P S病院 -

2. I P S病院：保険加入者本人及びその家族が診療の対象である

(1)	①診療科目	内科／小児科／外科／産婦人科／歯科／眼科等
サービス内容	②診療時間	7：00～13：00
	③救急医療	有
	④ベッド数	561床 稼働率（75%）
	⑤スタッフの数	医師(770), 看護婦(800), ラボ・X線(30), その他(900), 総計2,500人
	①患者数 外来／入院	22,020 / 22,128 (1997.1月～11月まで)
患者データ	②出生率	5,048 (1997.1月～11月まで) 1日平均16人
	③手術件数	データなし
	④死亡数	499(1996年)
(8)	①予算	I P S全体の予算：1996年(26,300,785US\$)の9%
	②医薬品の供給	入札委員会にて医薬品の種類と量を決定し入札する。薬局委員会が薬局を管理・運営。すべてのIPSの医療施設へ配給する。
(4)	③医療費患者負担・診察料	診察費・手術費・医薬品費・検査費はすべて無料。院内にない医薬品を患者が外部で購入した場合は現金支給される。
	①検査室	データなし
	②診察室	診察室, 集中管理治療室
(5)	③手術室	手術室(5)
	①カルテ室	カルテの整理は、記録のみで整理はされていない。入院患者のカルテと外来患者のカルテは別々の場所に保管している
情報管理	②データのまとめ具合	数値についてはまとめられている
(6)その他	①ゴミは民間と契約して、燃えるゴミ(一般)と医療器具は別々に出している。	

1997年12月17日現在

表 6. 1 医療施設の視察及び聞き取り調査結果 - アスンシオン国立大学付属病院 -

3. アスンシオン国立大学付属病院

(1)	①診療科目	内科/外科/歯科/小児科/産婦人科/眼科/皮膚科/耳鼻科等	
4-1 内容	②診療時間	7:00~13:00	
	③救急医療	有(70人/1日)	
	④ベッド数	500床, 稼働率: 74.6%	
	⑤スタッフの数	2000人	
	(2)	①患者数 外来/入院	外来患者数 167,463/入院患者数 15,399. 稼働率 74.6%, 入院平均日数 9.3日, (1996年)
患者データ	②出生率	出生数 3,067(内 91 死産) 多胎 66, 流産 410, 妊産婦死亡 76, (1996年)	
	③手術件数	外科手術 10,089件, (1996年)	
	④死亡率	院内死亡率 3.9% (1996年)	
	(3)	①予算	文部省が全額支給
	予算・他	②医薬品の供給	学部の運営委員会が中心となって医薬品等の入札を行い、farmacia central に管理・運営を任せている。 ・ストックにある医薬品について無料。 ・寄付や薬品会社からの供給(援助)により farmacia social があり、お金の無い人に医薬品を無料提供している。
③医療費患者負担・診察料		診察費は 2,500 G, 検査(レントゲンも含む), 手術に必要な物品等は患者負担である。全患者のうち 40%は無料, 50%半額, 10%全額支払い	
④レファレンシャル体制		三次レベルの医療サービスを提供する反面, 一次レベルの患者(主として貧しい人々)も診療を受けている	
(4)	①検査室	検査室(生化学, 血清, 微生物細菌, 血液, 免疫 ガス, 尿, 便, その他) 24時間検査体制, 404,120件数	
	②手術室	手術室 2, 集中治療室 4.	
(5)	①カルテ室	各科毎にカルテを管理保存している	
	②データのまとめ具合	月別年別の患者数, 検査項目別件数, 出生数, 数値に関しては, こと細かくデータはまとめられている。	

1997年12月16日現在

表6. 1 医療施設の視察及び聞き取り調査結果 - アドベンティスタ病院 -

4. アドベンティスタ病院

(1) サービス内容	小児科/産婦人科/内科/胃腸科/一般外科/形成外科/神経・精神科/泌尿器科/循環器科 他
	①診療科目
	②診療時間 8:00~13:00, 15:30~19:00
	③救急医療 有(10人/1日)
	④ベッド数 32床
	⑤スタッフの数 100人、医師24人、看護婦30人、その他46人
(2) 患者データ	①患者数、外来/入院 外来患者:小児科8,751人、産婦人科8,040人、内科13,268人、その他8,041人(1996年) 入院患者:6,182人(1996年)
	②出生率 出生数267人(1996年)
	③手術件数 手術件数:53人(1996年)
(3) 予算・他	①予算 収入:患者からの診察料で84年を除いてほぼ黒字状態。 支出:40%人件費、15%医薬品等購入、設備維持・機材購入15%、雑費30% *黒字になれば設備投資をする
	②医薬品の供給 医薬品は入院患者のみの薬局あり(薬剤師1人)・外来患者は医師の処方箋をもって外の薬局で購入。
	③医療費患者負担・診察料 診察料20US\$一律、無料となる患者は5%以下である。
	④レフアラール体制 循環器関連の大きな手術はIPS病院に送る
(4) 設備	①検査室 検査室30/1日(1997年)
	②手術室 手術室(2)、集中治療室(4)
	③病室 病室は別室個室でトイレ・シャワ、電話やテレビ付で70US\$/1日
(5) 情報管理	①カルテ室 8万件、カルテはわかりやすく整理している。 ②データのまとめ具合 特にまとめられたデータはない。
(6) その他	①医師の学会発表は積極的に実施、毎年1回奨励。毎年レジデント医師に奨学金を与えている。看護婦の専門の研修あり(今年4人) ②ゴミは分別して出している

1997年12月15日現在

リフレアルシステム	コロネル ボガド 保健センターか県病院移送する。手術の必要のある患者 50 人を毎年県病院へ送っている	診療所を通さずに当センターへ直接来るケースが多い。県病院へは入院患者の 1% くらいで、ほとんど当センターで治療をしている
主な疾患	<p>外来患者：3260(100%) IRA(1800,55.2%), 寄生虫及びそれに伴う貧血(690,21.2%), 性病(250,7.7%), ジストマ症(200,6.1%), 下痢(170,5.2%), 糖尿病(150,4.6%), 入院患者：540(100%) IRA(100,18.5%), 高血圧症(70,13.0%), 低栄養(60,11.1%), 脱水(50,9.3%), 下痢(50,9.3%), 神経症(35,6.5%), 糖尿病(30,5.6%), 事故(20,3.7%), 癌(10,1.9%), その他(115,21.3%)</p>	まとまったデータなし
診療活動以外の活動	<ul style="list-style-type: none"> ・予防接種 ・母親学級：疾病の予防や妊娠について 3 ヶ月に 1 回、20 人くらいの母親が対象、看護婦や助産婦が講師。 ・市町村の車を借りて妊娠への健康教育と巡回指導（医師による） 	<ul style="list-style-type: none"> ・予防接種 ・診療所と共同して母親クラブやキャンペーンを実施 ・学校訪問して基礎的な衛生、性教育について学生に指導している。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・設備は十分整っているようであるが、それを十分に使いきっていない。 ・人材の質的・量的な不足。 ・ポスターやパンフレットは、家族計画、癌、AIDS、ARI、下痢について多少ある 	<ul style="list-style-type: none"> ・記録用紙を十分に整理しておらず、本人らも全体像がつかめないでいる。

1997年12月10日現在

表 6. 1 医療施設の視察及び聞き取り調査結果 - 赤十字病院 -

5. 赤十字病院：半官半民、医師のストライキと医師の長期休暇のため、11月、12月は患者が少なく(診察する患者を制限している)

新しく建物や設備がスペースの援助によって1997年完成(改築・増築)

(1)	①診療科目	産婦人科と小児科
サービス内容	②診療時間	8:00~13:00
	③救急医療	有
	④ベッド数	157床
	⑤スタッフの数	362人。(医師87人, 看護婦117(内94人助手), その他158人)
	①患者数 外来/入院	外来患者: 800~1,000人(1997年10月)
(2)	②出生率	361(帝王切開158(43.8%)/1997年10月)
(3)	①予算	収入: 厚生省より人件費のみ, その他は国際赤十字本部より補助を受ける
	②医薬品の供給	薬局はないが, 多少のストックを持つ。ワクチンは厚生省から来る。
	③医療費患者負担・診察料	診察費 3,000 G, 普通分娩 40US \$(24時間以内で退院), 帝王切開手術 50US \$(3日間) ・薬代や手術で使う器具は患者側で準備する。
(4)	④レファーマル体制	他の医療施設より移送 15~18%(妊婦), 20%(新生児・乳幼児)
	①検査室	検査室血液, 生化学, 生化学
	②手術室	手術室(3), 分娩室(2) 集中治療室(4)
(5)	③病室	病室 20人大部屋, ベッドとベッドの間に何のしきりもなし。 小児 4室(3~4床), 感染の危険のある妊娠のための手術及び入院室(1), 妊産婦の部屋(2)
	①カルテ室	2万件数ある。
情報管理	②データのまとめ具合	まとめられたデータが少ない

1997年12月17日現在

表6. 1 医療施設の視察及び聞き取り調査結果 - CEPEP 病院 -

6. CEPEP 病院(Centro Paraguaya de Estudios de poblacion)	
(1) サイナス内容	<p>①診療科目 産婦人科と小児科, 一般内科</p> <p>②診療時間 8:00~13:00</p> <p>③救急医療 無</p> <p>④ベッド数 入院設備はなし. 一時休憩のための部屋がある.</p> <p>⑤スタッフの数 10人. (医師(4), 助産婦(1), 看護助手(2), その他3人)</p>
(2) 患者データ	<p>①患者数 外来/入院 外来患者 38~40人/1日(1997年)</p> <p>②出生率 出産は取り扱わない</p>
(3) 予算・他	<p>①予算 CEPEP 本部より補助が来る.</p> <p>②医薬品の供給 妊娠テスト関係の医薬品以外は薬局で購入.</p> <p>③医療費患者負担・診察料 診察費 5,000 G. 外来患者のうち 1.5%が一部負担できないが, まったく無料になることはない.</p> <p>④レファラル体制 国立病院やアスンシオン大学病院へ患者を送ることもある.</p>
(4) 設備	<p>①検査室 別の検査センターに検体を送る</p> <p>②診察室 家族計画のための部屋があり</p>
(5) 情報管理	<p>①カルテ室 カルテはまとめて整理している</p> <p>②データのまとめ具合 データは毎月に本部へ報告しなければならぬので, 数値についてはまとめてある</p>
(6) その他	<p>①ゴミはまとめて一緒に出している</p>

1997年12月18日現在

表 6.2 3 部門全体の医療施設の数

医療施設	数
病院	80
保健センター	133
保健所 (UNIDADES SANITARIAS)	45
療養所	96
診療所 (PUESTO DE SALUD)	545
専門サービス機関	2
衛生所 (PUESTO SANITARIAS)	72
医務室	46
医院	171
薬局	900
検査施設	300

出典：厚生省「PARAGUAY, SITUACION DE SALUD, 1997」

保健行政区別機関別医療施設数を表 6.3、保健行政区別機関別医療施設の病床数を表 6.4 にそれぞれ示した。

以下、3 部門について説明する。

a. 公共部門

①医療施設の種類の数

厚生省管轄の医療施設は全体で705カ所ある。まず、入院設備のない施設として、診療所（看護助手や助産婦助手等が常駐している）、国立食品栄養研究所（INAN）、緊急医療サービス施設（SENAEMPRES）がある。

次に入院設備のある施設として、診療所（12カ所）、県病院（15カ所）、母子病院（9カ所）、専門病院（7カ所）、国立病院（1カ所）がある。

②地域保健医療体制

全国18の保健行政区（REGION SANITARIA）を単位として、その下に県病院、保健センター、診療所の施設がある。県病院はセントラル県とボケロン県を除く16の保健行政区に設置され、人口2万から10万人を対象に、その地域の第三次レベルの医療サービス（内科、小児科、歯科、産婦人科、外科等の複数の専門的医療）を提供するとともに、以下の保健センターや診療所の業務内容及びスタッフの監督と指導する立場にある。病床数は10床から100床と幅がある。

表6. 3 保健行政区別機関別の医療施設数 —1997—

	保健行政区	機関										民間病院	総計
		厚生省	I.P.S	軍関連	警察関連	アソシオン大学	赤十字	カリク大学					
1	コナトシヨ	41	4	2	0	0	0	0	0	0	3	50	
2	サハトド	71	6	0	0	0	0	0	0	0	8	85	
3	コナトイシ	34	10	2	0	0	0	0	0	0	8	54	
4	グア	39	5	1	0	0	0	0	0	1	8	54	
5	カガ	55	6	0	0	0	0	0	0	0	19	80	
6	カガ	41	4	0	0	0	0	0	0	0	3	48	
7	イア	79	11	2	0	0	0	0	0	0	25	117	
8	シカ	27	6	4	0	0	0	0	0	0	3	40	
9	ハカ	41	9	1	0	0	0	0	0	0	2	53	
10	アハ	44	11	1	0	0	0	0	0	0	20	76	
11	セカ	61	8	5	0	0	0	0	0	0	60	134	
12	セカ	42	5	2	0	0	0	0	0	0	2	51	
13	アハ	18	4	3	0	0	0	0	0	0	5	30	
14	カニシ	23	4	2	0	0	0	0	0	0	6	35	
15	アハ	23	5	9	0	0	0	0	0	0	3	40	
16	ホカ	18	0	4	0	0	0	0	0	0	0	22	
17	アハ	12	2	4	0	0	0	0	0	0	6	24	
18	アハ	36	4	19	1	1	1	1	1	1	113	177	
総計		705	104	61	1	1	1	1	1	1	294	1169	

出典：厚生省 計画評価局「Situacion de Salud, 1997」

表6. 4 保健行政区別機関別の医療施設のベッド数 —1997—

保健行政区	機関										総計
	厚生省	I.P.S	軍関連	警察関連	アスンソン大学	赤十字	カトリック大学	民間病院			
1 コンセプション	178	111	36	0	0	0	0	0	0	325	
2 サン・ペドロ	199	38	0	0	0	0	0	34	0	271	
3 コルティンイェ	105	11	8	0	0	0	0	24	0	148	
4 グアヤ	143	58	10	0	0	0	30	24	0	265	
5 カグアス	193	54	0	0	0	0	0	52	0	299	
6 カアサハ	169	19	0	0	0	0	0	50	0	238	
7 イタア	283	52	10	0	0	0	0	156	0	501	
8 ミオネス	65	37	19	0	0	0	0	10	0	131	
9 ハラガア	337	6	10	0	0	0	0	10	0	363	
10 アル・ハラナ	201	126	0	0	0	0	0	138	0	465	
11 セントラル	720	60	37	0	0	0	0	143	0	960	
12 ネンブク	88	40	4	0	0	0	0	38	0	170	
13 アマンハイ	97	32	0	0	0	0	0	42	0	171	
14 カニンデシュ	52	14	0	0	0	0	0	40	0	106	
15 フレステンアジス	76	0	30	0	0	0	0	26	0	132	
16 ボケロン	41	0	0	0	0	0	0	0	0	41	
17 アルハラガア	32	0	0	0	0	0	0	234	0	266	
18 アスンソン	851	511	513	80	600	120	43	406	0	3124	
総計	3830	1169	677	80	600	120	73	1427	0	7976	

出典: 厚生省 計画評価局「Situacion de Salud, 1997」

次ぎに、保健センターは、人口2000人を対象として、第二次レベルの医療サービスを提供するとともに、診療所のスタッフと協同して巡回診療や住民教育等の業務も担っている。1保健行政区につき、2カ所から15カ所配置されているが、医師、看護婦、助産婦、検査技師、薬剤師等のスタッフがそろっており、病床数は20床前後である。

さらに、診療所は人口2000人を対象とし、入院や手術設備をもたないが、末端の第一次レベルの医療をサービスすることが期待されている。看護助手や農村助産婦が一般的な問診及び二次・三次レベルの患者の移送、予防接種や家族計画、住民教育等の業務を担っている。ベットを有し、助産婦のいる診療所では正常分娩にも対応している。

③人材

厚生省の医療施設に従事しているスタッフは全体で4,916人で、その内訳は下記の通りで、助手レベルが5割、医師が3割をそれぞれ占めている。

表 6.5 厚生省の医療施設に従事している医療従事者

医療従事者	人数 (割合)
医師	1,607 (32.7%)
歯科医師	239 (4.9%)
検査技師及び薬剤師	173 (3.5%)
看護婦及び助産婦	588 (12.0%)
助手	2,309 (47.0%)

出典：厚生省「PARAGUAY, SITUACION DE SALUD, 1997」

保健行政地区別の医療従事者数を表 6.6 に示した。

④その他の公共部門での医療施設

・軍隊の衛生部 (53カ所) :

首都アスンシオンに中央病院が1カ所、二次レベルの軍病院 (HOSPITAL DIVISIONARIOS) が3カ所、一次レベルの施設として保健室 (UNIDADES SANITARIOS) が25カ所、医務室が24カ所存在する。病床数は713床で、軍関係者のみが利用できる。

スタッフは全体で387人で、内訳は下記の通りである。

医師：141人、精神分析医：1人、歯科医：55人、

検査技師及び薬剤師：45人、看護婦及び助産婦：13人、技師職：15人、

助手：117人

表6. 6 保健行政区別医療従事者数 —1997—

保健行政区	医師 (%)	歯科医師 (%)	検査技師及び 薬剤師 (%)	看護婦及び 助産婦 (%)	看護助手及び 助産婦助手 (%)	技師 (%)	事務員 (%)	総計
1 コンセプション	32 12.40	6 2.33	3 1.16	14 5.43	114 44.19	26 10.08	63 24.42	258
2 サン・パドロ	22 8.40	2 0.76	1 0.38	6 2.29	146 55.73	34 12.98	51 19.47	262
3 コルティンジェラ	63 19.38	9 2.77	2 0.62	24 7.38	164 50.46	49 15.08	14 4.31	325
4 グアティ	32 12.60	7 2.76	5 1.97	14 5.51	138 54.33	23 9.06	35 13.78	254
5 カグアス	42 15.05	4 1.43	7 2.51	16 5.73	162 58.06	19 6.81	29 10.39	279
6 カアサハ	11 6.63	3 1.81	0 0.00	5 3.01	104 62.65	8 4.82	35 21.08	166
7 イボア	87 17.51	6 1.21	5 1.01	30 6.04	226 45.47	55 11.07	88 17.71	497
8 ミジョナス	25 10.16	6 2.44	6 2.44	10 4.07	111 45.12	23 9.35	65 26.42	246
9 ハラガアリ	49 16.33	14 4.67	7 2.33	18 6.00	167 55.67	9 3.00	36 12.00	300
10 アルト・ハラナ	80 17.43	14 3.05	11 2.40	34 7.41	160 34.86	50 10.89	110 23.97	459
11 セントラル	81 13.04	51 8.21	14 2.25	68 10.95	270 43.48	9 1.45	128 20.61	621
12 ネンツク	17 10.30	2 1.21	1 0.61	5 3.03	94 56.97	16 9.70	30 18.18	165
13 アマンハイ	35 18.52	5 2.65	6 3.17	6 3.17	74 39.15	13 6.88	50 26.46	189
14 カニテンジュ	16 11.43	1 0.71	1 0.71	5 3.57	69 49.29	12 8.57	36 25.71	140
15 プレステンテンジエス	25 24.27	4 3.88	2 1.94	5 4.85	15 14.56	24 23.30	28 27.18	103
16 ボケロン	6 20.00	1 3.33	0 0.00	2 6.67	13 43.33	4 13.33	4 13.33	30
17 アルトハラガアリ	2 4.55	0 0.00	0 0.00	0 0.00	26 59.09	3 6.82	13 29.55	44
18 ワンソオン	131 22.82	65 11.32	10 1.74	30 5.23	135 23.52	75 13.07	128 22.30	574
総計	756 15.39	200 4.07	81 1.65	292 5.94	2188 44.54	452 9.20	943 19.20	4912

出典: 厚生省 計画評価局 [Situacion de Salud, 1997]

- ・警察の衛生部（23カ所：内務省に属する）：

首都アスンシオンに警察複合病院が1カ所、第一次レベルの医療サービスを提供する医務室（PUESTO DE ENFERMERIAS）が22カ所ある。病床数は80床で、対象者は警察関係者や服役囚に限定している。

スタッフは全体で249人で、医師が123人、歯科医が38人、検査技師及び薬剤師が16人、看護婦及び助産婦が12人、技師職が23人、助手が37人である。

- ・アスンシオン国立大学：詳細は表 6.1 を参照

- ・市の衛生部：

首都アスンシオンに市の複合病院が1カ所、都市の周辺部に保健所（PUESTO SANITARIOUBICADOS）が6カ所存在している。

b. 準公共部門

準公共部門には、加入者の保険金で運営している社会保険公団（IPS）、パラグアイ赤十字の病院、カトリック教大学病院がある。

① IPS

1943年に設立され、中央と地方とに組織と機能をもつ。全体で1240床で、提供する医療サービスの内容から、下記の5つに分類される。

レベル1（PUESTO SANITARIOSのタイプB）は、施設の診療所に相当し、一次レベルの医療サービスを提供し、全体で43カ所ある。

レベル2（PUESTO SANITARIOSのタイプA）は、保健センターに相当し、医師や歯科医師等が駐在し、29カ所ある。

レベル3（UNIDADE SANITARIAS）は、保健センターと県病院に相当し、一般から専門（心臓科、胃腸科等）まで機能し、入院・手術施設が充実している。20施設ある。

レベル4（HOSPITAL REGIONAL）は、県病院に相当し、地域での三次レベルの医療サービスを提供し、全体で9カ所ある。

レベル5（HOSPITAL CENTRAL）は、首都アスンシオンより車で30分程の郊外に位置する中央病院で、第三次レベルの医療サービスを提供している。

22の専門科を有し、ベット数は550床である。

尚、保健行政地区別のIPSの施設数を表 6.7 に示した。

スタッフの数は全体で3,113人で内訳は下記の通りである。

表6. 7 保健行政区別IPSの医療施設数 -1997-

	保 健 行 政 区	中央病院	県病院	保健所	衛生所	総 計
1	コンセプション	0	1	2	1	4
2	サン・ペドロ	0	0	2	4	6
3	コルディジェラ	0	0	2	8	10
4	グアイラ	0	1	2	2	5
5	カガス	0	1	1	4	6
6	カアサパ	0	0	1	3	4
7	イタブア	0	1	2	8	11
8	ミシオネス	0	1	1	4	6
9	パラグアリ	0	0	0	9	9
10	アルト・パラナ	0	1	2	8	11
11	セントラル	0	0	1	7	8
12	ネエンブク	0	1	0	4	5
13	アマンバイ	0	1	1	2	4
14	カニンデジュ	0	0	1	3	4
15	プレスデンテアジェス	0	1	1	3	5
16	ボケロン	0	0	1	1	2
17	アルトパラグアイ	0	0	0	0	0
18	アスンシオン	1	0	3(*)	0	4
	総 計	1	9	20	72	104

(*)郊外にある診療所を含む

出典：厚生省計画評価局「Situacion de Salud, 1997」

表 6.8 I P S 病院の医療従事者と人数

医療従事者	数 (割合)
医師	873 (28.0%)
歯科医	143 (4.6%)
検査技師及び薬剤師	107 (3.4%)
看護婦及び助産婦	159 (5.1%)
技師職	315 (10.1%)
助手	1516 (48.7%)

出典：厚生省「PARAGUAY, SITUACION DE SALUD, 1997」

②その他の医療施設

その他の医療施設としてパラグアイ赤十字が運営・管理している母子病院（詳細は表 6.1 を参照）と 1989 年に設立されたカトリック教大学付属病院がアスンシオンに 1 カ所（43 床）、グアイラ県に 1 カ所（30 床）ある。

c. 民間病院

表 6.3 に示したように、民間の医療施設数は全体で 294 カ所（400 床）あり、全体の施設数の 38.4% が首都アスンシオンに集中している。

(3) 厚生省管轄のイタプア県の保健医療システムの現状

イタプア県の医療センター（2 カ所）、診療所（1 カ所）を視察した結果をまとめたものである（詳細は表 6.9 参照）。

- ・地方においては末端の医療施設である診療所（PUESTO DE SALUD）がその機能を十分果たしていない。その理由として、医薬品等の不足やスタッフ（看護助手か助産婦助手）の技術の質が住民に信用されていないことにある。
- ・ドイツの援助により施設や設備が整っている二次機能を持つ保健センターが人材の不足のために、その機能を十分に果たしていない。
- ・それぞれの医療施設が一次、二次レベルでの機能を十分に果たしていないので、三次レベルの県病院に患者が集中している。つまり、地方においてもレファール体制が機能していない。
- ・3ヶ月毎に厚生省から保健行政区へと医薬品等の現物支給が行われているが、実際には常に物資が不足している状態である。
- ・薬品の不足に対して、県衛生局（REGION SANITARIA）では県からの補助を受けて、FARMACIA SOCIAL を独自に作って患者へ安い医薬品の供給に努めている。

表 6. 9 クルネイ診療所の概要

保健センターからの距離	2.2 Km(20分)
電話の有無	なし
スタッフ	看護助手 1人(30才 女性)
設備	ベッド(1), 机と椅子(1), 冷蔵庫, 自宅の1室を使用中
水, 衛生施設, ゴミ処理	井戸水, 隣の自宅のトイレ(水洗), 焼却か埋める
移動手段	徒歩
外来患者数	120人/月 分娩数1人/月
ワクチンの接種率	Polio30~60%, BCG100%(新生児対象), DPT30%
患者のリファラル	心臓疾患, 高血圧症, 危険度の高い妊娠の患者を、保健センターや県病院へ移送 15~20人/月; その際まったく記録もとらず、後のフォローも不十分である
主な疾患	風邪 20~30人/月, 下痢 10人/月, 高血圧症 5~6人/月, 気管支炎 3~4人/月
医療器具	検診台, 聴診器, 血圧計, 体温計, 分娩セット(ハサミ, ハリと糸内診器, ゴム手袋, パパニコロ)
医薬品等	ピル, コンドーム, O.R.S, ワクチン(DPT, Polio, 破傷風). *衛生区に申請するがもらえない. 必要な薬は患者が薬局で購入. 常に不十分な状況.
ポスターやパンフレット	・ワクチン, 下痢, ARI 用について数枚ある. ・子どもの発育, 母性(妊娠・家族計画)についてはまったくない.
統計データの整理状況	P.S.Servicior Prestados Archivo という所定の記録用紙があるが、きわめて不十分
保健活動状況	・ワクチンのノルマを果たすために数ヶ月に1回, 予防接種(集団)を実施. ・学校にて、個人の衛生, 成長期の発育, 性教育を実施. ・母親学級の開催 (ARI, 下痢, 家族計画)
保健センターとの密接度	・月に1度患者状況等について保健センターにレポートを提出する義務があるが、直接業務内容や実際面での指導はない. ・数ヶ月に1度保健センターの看護婦と共に予防接種, 癌予防キャンペーンで仕事することもある
その他	・個人の家の1室を診療所として使っているが、近いうちに新しい診療所(徒歩数分)へ移る予定. ・医薬品等の不足から十分な対応ができない状況にある. ・十分な医薬品量の充実と専門職としての自覚と訓練が必要

1997年12月11日現在

表 6. 9 2 保健センターの概要

	カルメン デ パラナ 保健センター	コロネル ボガド 保健センター
県立病院からの距離(時間)	3.3 Km(30分)	4.7 Km(45分)
診療所の有無	なし	あり(2)
緊急車の有無	なし	あり
電話の有無	あり	あり
オートバイの有無	あり(1台は故障中)	なし
設備	水道水(24時間使用可)	水道水(24時間使用可)
衛生施設	入院患者用と職員用(水洗トイレ)・外来患者用共同トイレ	入院患者用と職員用(水洗トイレ)・外来患者用共同トイレ
ゴミ処理	焼却。不燃物は一緒にして集配する	焼却。不燃物は一緒に埋めて捨てる
検査室の有無とその機能	有 血液検査 尿検査	有 検査設備が不十分なので他へ依頼
手術室の有無とその機能	有 設備はかなり整っているが年に数回使う程度。	有 設備はかなり整っている
薬局(farmacia/Social)の有無	有(品質管理はなし)	有(品質管理はなし)
ベッド数	11床	16床
外来患者/入院患者	400人/1ヶ月/25人/1ヶ月	1100人/1ヶ月/30人/1ヶ月
出生数(死産数)	10人/1ヶ月(1997年は0人)	20人/1ヶ月(1997年は1人)
スタッフの内訳と人数	医師(1),看護婦(1),看護助手(5),X線技師助手(1),統計士(1),薬剤師助手(1),助産婦助手(4),歯科医師(1),事務員(2),その他(4)	医師(7人:2人常勤,5人週1回非常勤),歯科医師(1),看護婦(1),看護助手(3),助産婦(3),助産婦助手(1),検査技師(1),統計士(1),事務員(2),その他(2)
カバーしている人口	2,300人くらい	12,000~55,000人
主な医療器具と使用状況	遠心機,電子顕微鏡,殺菌器,手術設備(ベッド,電気,冷房設備)手術室以外よく使用されている。	殺菌器,手術設備(ベッド,電気,冷房設備)は、かなり使用されている。
ワクチンを保管している冷蔵庫	有(温度管理2~8°Cで保っている)	有(温度管理なし)
ワクチンの接種率	1才以下(Polio:80%, DPT:80%, BCG:80%) 破傷風の接種(新生児:80%, 妊婦:70%)	明確なデータなし
統計データの整理	ほぼ整理されている	記録があるが不明確でまったく整理されていない

6.2. 医薬品・衛生材料等の供給システム

(1) 公共部門における医薬品供給と課題

a. 医薬品等の処方、調達システム

各衛生行政地区が作成した見積書（年間の患者数及び使用する医薬品等の名称と量等）をもとにして、国全体で必要な医薬品等の種類と量を算定し、予算を計上する。予算が認められると、毎年12月から1月にかけて医薬品等の購入の入札を実施する。その後、入札された製薬会社は30%の品目を30日以内、残り70%を90日以内に納入することになっている。

ただし、国立病院は独自に厚生省に予算を申請し、直接製薬会社と入札・購入を行っており、種類や量は院長が決定権を握っている。

さらに、アスンシオン国立大学付属病院は学部間の運営委員会を通して、予算を文部省に提出して、運営委員会が入札・購入を決定している。

尚、厚生省から各保健行政区衛生局及び医療施設へ現物供与される必須医薬品は650品目、その他の医療器具は63項目である。

b. 供給、分配システム

3ヶ月毎に各衛生行政区へ医薬品等の供給が行われる。7割が現物支給で、残りの3割が現金（小切手）で送られる。さらに、各衛生行政地区からそれぞれの県病院、保健センター、診療所へ医薬品等が分配される。

c. 在庫管理状況

1997年はエル・ニーニョの影響で地方での災害が多発したため、予想以上に、医薬品や医療器具等の臨時供給が行われた。そのため、8月以降在庫が極端に減り、供給・分配がとどまっている。12月上旬、注射器や手袋、脱脂綿等の医療器具は在庫に残っているが、一部医薬品の不足が生じている。

d. 医療器具の保守・管理システム

3ヶ月毎に地方へ技師を派遣することになっているが、現実には1年に1度業者の電気技師が巡回している。必要に応じての医療器具の修理等が出来る人材が不足しており、新しい機器や故障した機器が数カ月も放置されている。そのため、この分野の人材の育成と管理体制の強化が望まれるところである。

(2) 民間部門

大小さまざまな薬局がいたるところにある。一般的に個人で薬局を開設する場合は厚生省に届け出る必要があり、責任者が4年大学の化学出身で薬剤師か

検査技師であることが条件となっており、1人で2カ所まで代理可能である。

薬局では、かなり自由に医薬品が購入できるが、「MEDICAMENTO CONTROLが資金を供給することによって社会薬局 (FAMACIAS SOCIALES) が設立され、原価に近い値段で住民が医薬品を購入できる。しかし、社会薬局に置いていない医薬品や医療器具等は外の薬局で購入しなければならない。民間の外来患者は病院外にある薬局で医薬品等を購入している。

6.3 保健医療サービスの利用

①医療施設数からみた利用

医療施設数から人口カバー率 (厚生省計画評価局の1997年統計より) を推定すると、公共部門で65.7% (769カ所)、準公共部門で9.2% (107カ所)、民間部門で25.1% (294カ所) である。

②住民側からみた利用の状況

国勢調査局が1995年に実施した調査結果 (DIVULGACION POPULAR DELA ENCUESTA DE HOGARES, 1995) によると、調査実施期間より1カ月以内に病気になった人の割合は都市部で10.6%、農村部で10.9%と差がないが、何らかの医療施設を受診したという人は前者が68.4%、後者が57.1%となっている。さらに、最もよく受診する施設については下記の通りである。

表6.10 最もよく受診する施設

	都市部	農村部
IPS病院	12.0	4.4
県病院	14.1	11.5
医療センター	15.7	23.0
民間病院	31.1	22.9
薬局	10.8	10.7
伝統医療 (クランデーロ)	5.8	15.9
その他	10.6	11.5

出典：国勢調査局「DIVULGACION POPULAR DE ENCUESTA DE HOGARES, 1995」

都市部では、厚生省管轄の医療施設の45.22%の利用率に対して、IPSや民間病院の利用も多い (両者合わせて44%)。農村部では厚生省管轄の医療施設の利用が34.5%であり、伝統医療 (15.9%) への受診も多い。都市部、農村部とも

に薬局の利用が10%占めている。

今回、地方にて数人の住民に聞き取り調査をする機会を得たが、「病気になった時、どうするか」という質問に対して、「まず、家の近くにある薬草を飲む。次に、薬局に行って薬を購入して飲む。どうしても駄目な場合は設備や人材の整った民間病院に高額の金額を支払っても行く」と答えていた。一般的に、設備や医薬品の蓄えの不足している厚生省管轄の診療所への住民の信頼は特に薄く、若い看護助手のやる気のなさや経験不足がさらに、住民に不信感を抱かせている。

③伝統医療

伝統医療を施す人、クランデーロは医師の免許なしに医療行為を行う者で上記したように、農村部での伝統医療に助けを求める人は全体の15.9%と高い。しかし、その実態については公にされたものはないが、近くにある厚生省管轄の診療所には薬がないので、直接クランデーロを頼りにし、また、薬局や薬屋が患者を相手に独自に診察して、薬を処方している。薬は医薬品であったりするが、伝統的な薬草も多い。

④医療費受益者負担

厚生省管轄の診療所の診察、投薬等はすべて無料である。保健センター、県病院、国立病院等は一律の診療料を受け取っているが、払えない患者もかなりいる。例えば、無料の対象になる患者の割合は国立病院では7割、アスンシオン国立大学付属病院では4割である。しかし、病院に在庫のない医薬品や手術に必要な薬や器具等の購入は患者自身の負担である。

民間病院の診察費は厚生省管轄の医療施設の10倍以上するところもあり、最低賃金の1割ぐらいに相当するため、何の保険にも加入していない住民が民間病院に支払う医療費の負担は大きい。

6.4 医療保険制度

日本のような一般地域居住者を被保険者とする国民皆保険制度はなく、IPSが厚生省と完全に独立し、独自に保険金を徴収し、その資金を運用し、被保険者本人とその家族を対象にサービス（医療、傷害、生活保障、年金等）を提供している。IPSに加入している人口は家内工業や自営業を含めないために、国民全体の18%のみである。分担金は雇用者が14%、被雇用者が9%、政府が3%となっているが、政府から支払われたことはなく、保険金の合計金額は2630万ドルで、その内、9%の237万ドルが医療費に支払われている。

表 6.11 1994年のIPSに関する統計

・IPSの被保険者増加率	: 4.3%
・納入額増加率	: 25.4% (92—93年) 44.4% (93—94年)
・人口カバー率	: 22.9%
・経済活動人口(11—64才)に占めるIPS被保険者の割合	: 13.4%

出典：厚生省「PARAGUAY, SITUACION DE SALUD, 1997」

6.5 救急医療システム

夜間・休日の入院治療を必要とする救急患者の医療サービスを提供するために、厚生省管轄の保健センターや県病院、民間の総合病院が確保されている。

さらに、脳卒中、心筋梗塞、頭部・腹部損傷等の重症な救急患者を直接あるいは上記の医療施設から受け入れるために、国立病院、アスンシオン国立大学付属病院、各専門病院等がある。しかし、現在のところ、各医療施設の空床の有無、手術の可否、専門医の有無等に関する救急医療情報システムがうまく連携していないため、広域範囲の救急医療サービスを円滑に進めるためにも、その整備が期待される。

厚生省で、救急時の患者の搬送の際の救急車の利用サービス (SERVICIO NACIONAL DE EMERGENCIA MEDICA Y PREHOSPITALARIA: 救急医療と入院前の国立医療サービス) を整備している。救急車が配置されている医療施設は設備の良い患者の利用が多い保健センター、県病院、あるいは辺境地帯でかつ戦略的見地から必要とされる保健センターである。そのため、患者の利用の少ない辺鄙で舗装されていない道の悪い保健センターには設置されていない。国の救急車以外にIPS、警察、軍、民間の総合病院などが独自に救急車を持っていたり、あるいは、救急患者を搬送する業務をする民間会社と連携をとっているところがある。

上記した厚生省管轄の救急車は原則として無料だが、遠距離の場合は燃料費の負担を患者に課すこともある。救急車に乗車するスタッフは医師1人、看護助手1人、運転手1人、運搬者1人であるが、患者の搬送のみの場合は医師を除いて3人となる。

アスンシオン市内で救急車を利用する理由として、7割が事故で、2割が母子関連、1割がその他である。さらに、1997年1月から11月までの利用者12,135人のうち、市内の医療施設への搬送が62.6%、市外が24.7%、国外が2.7%で、11%が搬送途中で死亡している。

6.6 試験研究機関

パラグアイ国において、検査、研究、教育・研修、保健医療情報の収集及び分

析・解析等を総合的な機能を具備し、衛生行政の技術施策の総合的企画、調整及び効率的な遂行を果たすのに中核となる試験研究機関は今のところ存在しない。しかし、検査、研究の機能を有する研究所に厚生省中央研究所 (Laboratorio Central de Salud Publica) とアスンシオン大学付属保健科学研究所 (IICS: Institute de investigaciones en ciencias de la salud) がある。地方には、アスンシオンから3時間程行ったカアパサ県にJICAの支援でできた研修・検査センターがあるが、その他の地方では、設備や人員の不備等で検査・研究機能は十分ではない。

(1) 厚生省中央研究所 (Laboratorio Central de Salud Publica)

日本の無償資金協力によって、Laboratorio Centrao と Hospital de enfermedades Infecciosas y Tropicales が併せて建設され、5年間 (1980-1985) の技術協力、1年(1989年)のフォローアップと2年 (1995-1997) のアフターケアが実施され、施設内の機材が整備され、さらに、研究者や技術者の質も向上してきたが、1996年の組織改編によって Laboratorio Central は Instituto de Medicina Tropical から分離独立した。業務の大部分が臨床検査 (細菌、緊急、血液、化学、尿一般、血清、薬物) であるが、シャーガス、リーウシュマニアなどの熱帯感染症の研究も行っている。厚生省の検査施設の中心的な存在であり、社会福祉政策としての無料検査が実施 (検査収入のうち4割) されているが、予算に計上されたお金が実際に下りてこないため、検査に必要な試薬や消耗品等が購入できないことからくる検査の未実施、また老朽化した機器の更新ができていないという問題が生じている。

今後は、厚生省の検査施設の中心的機能を果たしつつ、地方における検査室への検査技術の研修・教育、地方検査室からの検査検体の運搬システムの構築、他の研究所間との共同研究を進めることが望まれる。

(2) 保健科学研究所 (Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud)

アスンシオン大学付属研究所の一つである本研究所は、3部局 (事務、サービス、研究)、22部門からなり、98人の正職員と30人の技術員及び秘書がいる。主な業務は検査と研究であるが、臨床検査、放射性免疫、液生免疫、病理、微生物、画像解析等の部門などの広範囲で高い水準の検査を行っている。また、研究分野でも幅広く活動しており、業績が次第に国際的にも認められている。しかし、国家予算が不足していることやその他の研究機関との連携がないことなどに対する改善が必要であろう。さらに、今後、地域に根ざした研究活動の推進と技術者や研究者の育成の強化が期待される。

(3) カアパサ県研修・検査センター

本センターはJICAの地域保健強化プロジェクトの整備費によって1997年9月に建設されたが、カアパサ県やその周辺地域の研修・検査センターとして大いに期待されている。研修については、医療従事者や健康推進員らの技術研修が実施されており、かなり評価されている。また、検査は血清、臨床検査、寄生虫、細菌、血液などについて行われており、血液銀行としての機能も有している。

7. 健康教育への取り組み

公衆衛生の中に健康教育を導入しようということで、1993年厚生省の中に「啓発予防衛生教育総局 (Dirección General De Promoción, Prevención y Educación)」が設置された。これは一つには、パラグアイにおいて、住民の健康教育の促進によって、予防可能となる疾病の有病や死亡が依然として高いという背景がある。

まず、1994年に出された国家計画の中で保健教育の分野で強調している点、次に実際に健康教育の指揮をとっている「啓発予防衛生教育総局」の活動目的、最後に、啓発予防衛生教育総局が実施した調査及びその結果について記述する。

7.1. 国家計画

1994年に打ち出された国家計画の中で、健康教育の重要性を強調し、国としての健康教育への取り組みについて下記のようにまとめている。

- ・啓発予防衛生教育総局の権限を強化し、役割を明確にする
- ・インフラの整備と強化
- ・外国の援助の中に健康教育活動を盛り込むこと
- ・人材の養成として研修を充実させること
- ・セクター間の調整（文部省、農牧省、市町村で協力して活動を実施する
例：厚生省の現行基準にあった学校の教育内容の見直し）
- ・それぞれの場（学校、職場、飲食店等）における健康教育に関する計画策定の支援
- ・監督（健康促進及びソーシャル・コミュニケーションの履行をモニタリングする監督システムの確立や地方の教育者との情報交換システムの開発）
- ・健康教育を促進するための調査の実施とその評価を行う

7.2. 啓発予防衛生教育総局の目的と活動

- ・国民の健康を促進するための現状把握と現存する人的・物的資源を活かして、健康教育の促進に向けての計画の策定、実施、評価を行う。
- ・健康促進、コミュニケーション、地域の問題解決のために、政策、戦略、基準、資源配分を決定する。
- ・健康の促進、保健教育のために人材養成の総合的計画を作成し、全国保健地域教育者登録制度を創設、管理する。

- ・健康の促進、保健教育分野で収集された情報を中央で管理し、現場に活かす。

上述の目的を達成するために、まず、地域や病院に散在する医療従事者（医師、看護婦、助産婦、心理学者等）からなる健康（衛生）教育者の育成に着手した（1994年に86人）。次に、上述した健康教育者が中心となって、地方にいる厚生省管轄の医療施設の職員、学校の教師、健康推進員（ボランティア）らを通信教育で研修を行った（1997年には30人修了）。その成果として、毎年、受講生の数が増え、地域住民や学校等での健康教育、啓蒙活動に一役かっている。さらに、それぞれの場で健康教育で用いる資料やパンフレット等を精力的に作成しており、病院、学校に無料配布している。しかし、健康教育の重要性を認識しながらも、「啓発予防衛生教育予防総局」の活動を支えるだけの予算がないというのが現状である。

7.3. 啓発予防衛生教育予防総局が実施した調査及びその結果について

「危険地域に住む住民への保健・衛生に関する知識」や「母親や経口補液療法推進の責任者への経口補液療法の知識について」の調査がここ数年に実施されたが、その結果より下記のことが示唆された。

- ・性行為感染症やエイズ等について、母親の大多数が感染経路、予防手段、治療方法等を知らない。
- ・麻薬、アルコール、煙草はすべての年齢層で問題となっている。
- ・住民はコレラの予防方法を知りながらも、不適切なゴミ処理、不衛生な衛生施設、下水道の欠如という衛生状態にある。
- ・9割の母親が経口補液療法の知識をもっていたが、補液として汚染された水や自家製の水を使用している。
- ・下痢の子供らに食事を減らしており（元気になって下痢が止るまで）、栄養失調を助長させている。

以上の結果より、住民、特に母親に保健・衛生に関する情報を提供すると同時に生活環境を整備していくことが重要であると言える。

8. 環境衛生

8.1 パラグアイの環境の現状

パラグアイは森林、沃土、水資源等の天然資源が比較的豊かな国であるが、無計画でかつ無謀な開発のため、人々の健康と無数の動植物の存在をも脅かされている。例えば森林伐採により、東部地区では、1945年に60%も森林で被われていたにもかかわらず1991年にはわずかに15%のみに減少している。また、西部地区のチャコ地方は砂漠化と塩化がより深刻な問題となっている。

さらに、ラッシュ時のアスンシオン市内の車から排気ガスから出る鉛の量はアメリカの許容基準の4倍であるという報告もされている。

憲法では、「健康で生態的にも均衡のとれた環境に居住する権利」を保障している。また、保健法では厚生省に大気、水、土壌の汚染物質の発生と廃棄のための許容基準を決める権限や環境保全のための労働・工業・商業、輸送活動を調整する基準を設定する権限を与えている。

8.2 環境衛生局 (SERVICIO NACIONAL DE SANEAMIENTO AMBIENTAL: SENASA)

1972年に創設され、国全体の環境衛生活動を計画し、実施、評価し、環境保全のための管理、監督を行っている。各保健行政区にスタッフが派遣されている。実際には4000人以下の人口をもつ農村地域に水道事業、衛生施設、ゴミ処理を中心に活動を行っており、大気汚染や水質汚濁に関する実態の把握とその規制作りに着手したばかりである。

大気汚染に関しては、数年前にアスンシオン市役所が断片的に実態調査をしたことがあるのみで、法律はなく、規制及び基準値設定はこれからの課題である。

水質汚濁に関しては、工場排水の基準値を設定しているが、事業主の努力目標になっており、放置されているのが現状である。最近、ウパカライ湖の汚染が深刻になり、湖周辺の県が河川汚染の対策に積極的に動き出した。

8.3 環境事業の現状

(1) 飲料水

上水道は、1996年に全体で24%の着手率で、2030年までに30%を目標としている。費用の60%を住民が負担し、残り40%を政府が負担することになっている。

人口4000人以上の人口を対象に、上下水道事業を実施している環境事業公団 (CORPORACION DE OBRAS SANITARIAS: CORPOSANA) は、アスンシオン市内だけで7割の人々にサービスを提供しており、水源地を海や河川より確保しているため、上記の厚生省とは完全に独立している (政府からの補助は一切ない)。

農村部における下水道事業はこれから着手する地域が多く、現状は垂れ流しの状態である。

(2) 衛生施設

チャコ地方（3県：アルトパラグアイ県、ボケロン県、プレシデンテ・アージュス県）を除いたCEPEPが実施した調査結果によると衛生施設の普及率は下記の通りである。

表 8.1 衛生施設の普及率

様式	都市部	農村部	全体
水洗トイレ	68.8	11.6	41.2
便壺のあるトイレ	7.5	9.7	8.6
堀穴式トイレ	23.3	77.5	49.3

出典：CEPEP「Encuesta nacional de Demografía y Salud Reprodu

(3) ゴミ

首都アスンシオン市では、週に3回、地方の都市部では週に2回ゴミの収集作業が実施されている。ほとんどの地方では独自に焼却あるいは埋めるなどの処理を行っている。

病院内で出る廃棄物処理に関しては市内にある一部の病院については燃えるゴミと不燃物ゴミとに分別回収を業者に依頼して行っているが、最終的にはゴミ捨て場では一緒に捨てている状況にある。ゴミ捨て場周辺に住む住民がゴミを分別し、不燃物ゴミを再利用している。

9. 人口・保健情報

9.1. 人口静態 (1995)

パラグアイ国の人口静態は下記のように要約できる。

- ・人口増加率が依然として高い
- ・都市への人口集中が激しい

表 9.1 パラグアイ国の人口静態 (1995)

総人口	:	5,085,328人 (男女比=101.6:100)
世帯数 (1992)	:	855,547 (4.85人/世帯)
人口増加率	:	2.84%
地域別人口	:	都市部人口 (52.8%)
労働力人口 (1992)	:	51.0% (12才以上人口) (男性:78.4%女性:23.8%)

出典: 企画庁「CENSO DE NACIONAL Y VIVIENDAS 1992」

「ESTIMACION Y PROYECCION DE POBLACION, 1996」

9.1.1. 総人口

1997年パラグアイの総人口は、5,085,328人、男性2,563,191人、女性2,522,137人 (男性:女性=101.6:100) である。

人口の推移を国勢調査年でみると表9.2の通りで、1950年から1992までの42年間に人口は2,824,136人増加し、1950年に比べて総人口は3.13倍となっている。人口増加率は、1950年から1982年まで毎年減少してきたが、1992年に多少上昇した。その後、1997年に2.84%の増加率となっている。

表 9.2 人口の年次比較

	人口	人口密度(人/K m ²)	年平均増加率 (%)
1950	1,328,452	3.3	—
1962	1,819,103	4.5	3.08
1972	2,357,955	5.8	2.96
1982	3,029,830	7.4	2.85
1992	4,152,588	10.2	3.71
1997**	5,085,328	12.5	2.84

*出典：企画庁 国勢調査，統計局 「Resumen Censo Nacional de poblacion y viviendas」 1992

**推定人口

9.1.2. 地域別人口

都市部への人口集中が進み、1990年には都市部と農村部との人口の割合がそれぞれ48.6%、51.4%であったのに対し、1993年にはその割合が逆転し、1997年には都市部が52.8%、農村部が47.2%になった

(表9.3)。さらに、2025年にはその割合が都市部が65.2%、農村部が34.8%になると企画省は推定している。

表 9.3 都市部と農村部の人口及び割合

	総計	都市部	農村部
1990	4,218,732	2,052,204 (48.6)	2,166,528 (51.4)
1991	4,334,186	2,134,012 (49.2)	2,200,174 (50.8)
1992	4,452,800	2,219,083 (49.2)	2,233,717 (50.8)
1993	4,574,660	2,307,543 (50.4)	2,267,117 (49.6)
1994	4,699,855	2,399,531 (51.1)	2,300,324 (48.9)
1995	4,828,476	2,495,186 (51.7)	2,333,290 (48.3)
1996	4,955,237	2,588,514 (52.2)	2,366,723 (47.8)
1997	5,085,328	2,685,334 (52.8)	2,399,994 (47.2)

出典：企画庁 国勢調査，統計局 「Estimacion y proyeccion de la Poblacion Nacional y por Departamento, Segun Area Urbana Rural, Sexo y Grupos de Edad」 1996

9.1.3. 年齢別人口

1995年の年齢人口分布図は図9.1の通りで、すそが安定している型で、依然として人口増加が大きいことを物語っている。

1990年、1995年、2000年の年齢3区分別総人口は(表9.4)、年少人口(0~14才)が減り、老年人口(65才以上)は停滞傾向にある。

1995年の年齢3区分別人口の構成割合は、年少人口が41.6%、生産年齢人口(15~64才)が54.9%、老年人口が3.5%である。

表9.4 年齢別人口の推移

	人口	年少人口(0~14才)	生産年齢人口(15~64才)	老年人口(65才以上)
1990	4,218,732	1,771,454 (47.0)	2,291,513 (49.3)	155,765 (3.7)
1995	4,828,476	2,009,482 (41.6)	2,647,958 (54.9)	171,036 (3.5)
2000	5,496,450	2,172,720 (39.5)	3,132,784 (57.0)	190,946 (3.5)

出典：企画庁 国勢調査、統計局「Estimacion y proyeccion de la Poblacion Nacional y por Departamento, Segun Area Urbana - Rural, Sexo y Grupos de Edad」1996

都市部と農村部での年齢3区分別人口の構成割合は、老年人口に差はないが、都市部において、年少人口の割合は農村部より小さくなっているが、逆に生産年齢人口の割合は大きくなっている(表9.5)。

表9.5 都市部と農村部の人口構成 -1995-

	総数	年少人口(0~14才)	生産年齢人口(15~64才)	老年人口(65才以上)
都市部	2,495,290	931,666 (37.3)	1,470,686 (59.0)	92,834 (3.7)
農村部	2,333,290	1,077,726 (46.2)	1,177,362 (50.4)	78,202 (3.4)

出典：企画庁 国勢調査、統計局「Estimacion y proyeccion de la Poblacion Nacional y por Departamento, Segun Area Urbana - Rural, Sexo y Grupos de Edad」1996

9.1.4. 労働力人口

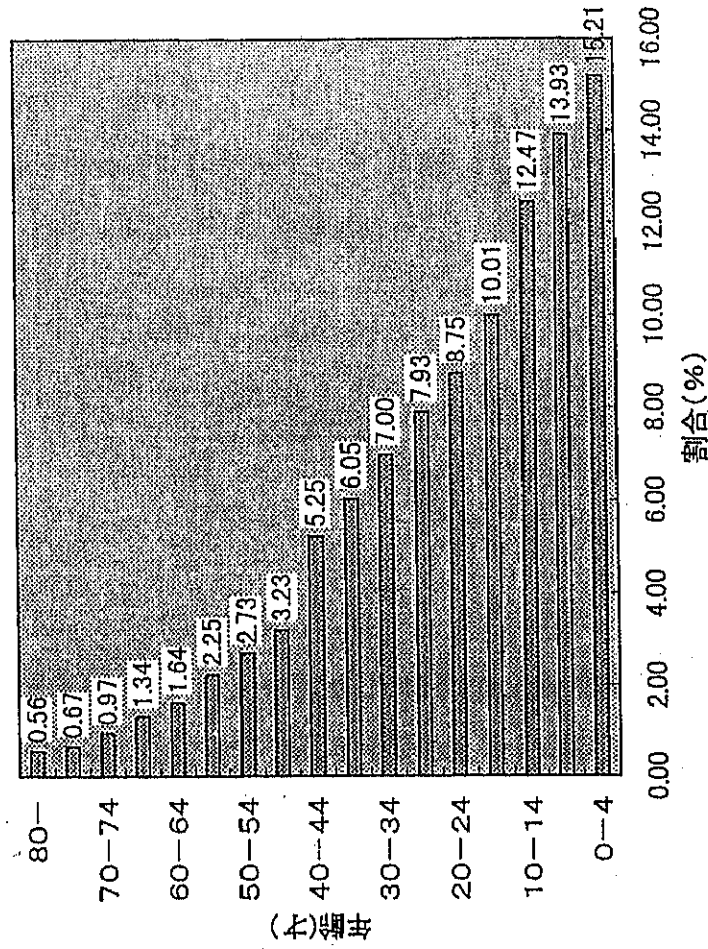
1992年の国勢調査結果より、労働力人口(就労者と未就労者の合計)は、全体で1,390,580人で、男性が1,065,226人、女性が325,354人(表9.6)である。

12才以上人口に占める労働力人口の割合(労働力人口比率)は全体で

パラグアイの年齢別人口分布図, 1995

年齢	数	割合
0-4	734582	15.21
5-9	672574	13.93
10-14	602326	12.47
15-19	483314	10.01
20-24	422729	8.75
25-29	382712	7.93
30-34	338194	7.00
35-39	292336	6.05
40-44	253377	5.25
45-49	155771	3.23
50-54	131634	2.73
55-59	108804	2.25
60-64	79087	1.64
65-69	64738	1.34
70-74	46621	0.97
75-79	32442	0.67
80-	27235	0.56

図9.1 パラグアイの年齢別人口分布図, 1995



出典: 企画庁国勢調査統計局 [Estimacion y Proyeccion de la Poblacion Nacional y por Departamento, Segun Area Urbana - Rural, Sexo y Grupos de Edad 1996]

51.0%、男性が78.4%、女性が23.8%である。

表 9.6 労働力人口

		総数	男	女
12才以上人口		2,724,249	1,358,472	1,365,777
労働力人口	総数	1,390,580	1,065,226	325,354
	就業者	1,360,996	1,040,948	320,048
	失業者	29,584	24,278	5,306
非労働力人口		1,329,171	290,398	1,038,773
不明		4,498	2,848	1,650
労働力人口比率		51.0%	78.4%	23.8%

出典：企画庁 国勢調査，統計局 「Resumen Censo Nacional de poblacion y viviendas」 1992

9.1.5. 将来推定人口

1996年、国勢調査局が推定した将来人口は2000年には5,496,450人になり、2025年には9,355,222人に達すると推定されている(表9.7)。人口の年齢構成は、年少人口の割合が減少し、老年人口の割合が増加する傾向にある。

表 9.7 推定人口

年度	年齢区分人口(割合)			
	年少人口(0-14才)	生産年齢人口(15-64才)	老年人口(65才以上)	総計
2000	2,172,720 (39.5)	3,132,784 (54.0)	190,946 (3.5)	5,496,450
2005	2,327,857 (37.4)	3,659,298 (58.9)	228,793 (3.7)	6,215,948
2015	2,646,872 (34.1)	4,795,412 (61.7)	330,807 (4.3)	7,773,091
2025	2,860,759 (30.6)	5,912,406 (63.2)	582,057 (6.2)	9,355,222

出典：企画庁 国勢調査，統計局 「Estimacion y proyeccion de la Poblacion Nacional y por Departamento, Segun Area Urbana-Rural, Sexo y Grupos de Edad」 1996

9.1.6. 世帯数

1992年の国勢調査によると、世帯数は855,547で一世帯当たりの平均家族数は4.85人である。都市部の家族数は4.71人で、農村部では5.01人である。

9.1.7. 保健行政区別人口の動向

1997年の保健行政区別推定人口（表9.8）が最も多い県はセントラル県の1,174,212人、次いで、アルトパラナ県、アスンシオン、イタプア県、カグアス県である。5万人以下の保健行政区はボケロン県、アルトパラグアイ県である。

人口増加率はセントラル県が最も大きく5.88%で、次いでネエンブク県の4.41%、プレスデンテアジェスの3.17%である。

アスンシオン市の人口密度は4,701.1人（/Km²）で、都市への集中が見られる。

9.2. 人口動態（1995）

パラグアイ国の人口動態は下記のように要約される。

- ・妊産婦死亡が高い

表 9.9 パラグアイ国の人口動態（1995）

	発生件数	発生比率	
出生	: 79,591	13.48	(人口千対)
死亡	: 16,069	3.33	(人口千対)
自然増加*	: 63,522	13.16	(人口千対)
新生児死亡	: 783	9.84	(出生千対)
乳児死亡	: 1,570	19.74	(出生千対)
妊産婦死亡	: 104	130.67	(出生10万対)

注 *年間出生数一年間死亡数

出典：厚生省「INDICADORES DE MORTALIDAD - 1994,1995」

表 9.8 保健行政区別人口 (1997)

	保健行政区	1997年の推定人口	人口密度 (人/K m ²)	人口増加率 (%)
1	コンセプション	185,496	15.5	0.75
2	サン・ペドロ	332,926	16.6	1.20
3	コルディジェラ	215,663	43.6	2.88
4	グァイラ	173,668	45.1	0.05
5	カグアス	442,161	40.7	0.14
6	カアサパ	141,559	14.9	0.61
7	イタプア	454,757	27.5	0.61
8	ミシオネス	98,607	10.3	2.66
9	バラグアリ	247,675	28.5	0.67
10	アルト・パラナ	595,276	40.0	0.00
11	セントラル	1,174,212	476.4	5.88
12	ネェンブク	86,965	7.1	4.41
13	アマンバイ	127,011	9.8	0.57
14	カニンデジョ	133,075	9.1	2.60
15	プレスデンテアジェス	77,145	1.1	3.17
16	ボケロン	35,241	0.4	2.62
17	アルトパラグァイ	13,831	0.1	3.03
18	アスンシオン	550,060	4,701.4	2.05
	総 計	5,085,328	12.5	2.63

出典：企画庁 国勢調査，統計局「Estimacion y proyeccion de la Poblacion Nacional y por Departamento, Segun Area Urbana-Rural, Sexo y Grupos de Edad Periodo 1990-2000, 1996」

9.2.1. 出生

(1)出生の動向

1990年から1995年までの出生数と出生率（／人口千）を表.9.10、出生率の年次推移（1990～1995）を図9.1にそれぞれ示した。

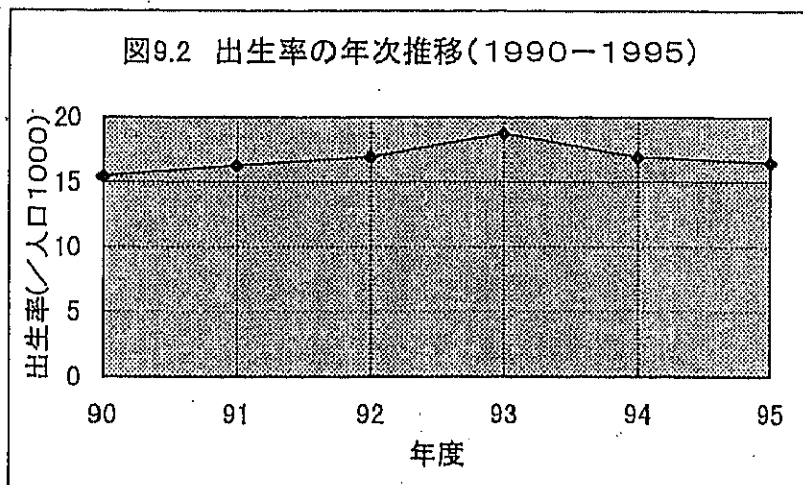
1993年の出生率の18.78をピークに出生率は減少傾向にある。

1995年の合計特殊出生率（15才から49才までの女性の年齢別出生率を

表9.10 出生数及び出生率(1990-1995)

年度	出生数	出生率
1990	65313	15.48
1991	70554	16.28
1992	75376	16.93
1993	77991	18.78
1994	79575	16.93
1995	79591	16.48

* 出生率は人口千人対



出典:厚生省、計画評価局、統計部「INDICADORES DE MORTALIDAD, 1994, 1995」

合計したもので、一人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとした時の平均子供数は、4.17である。しかし、上記の数値はラテンアメリカの平均（3.1%：1990-1995）をかなり上回っている。

都市部と農村部での合計特殊出生率には大きく差があり、前者が3.6に対して、後者は6.1である（ENDE, 1990）。また、教育レベルが上昇するにつれ、出生率が減少する傾向（0～3年の学業を卒業した女性で6.1、10年以上で2.6）が報告されている（BENITEZ, F. BRIZUELA, 1994）。

1995年の保健行政区別出生数及び出生率を表9.11に示した。

出生率が最も高い保健行政区はミシオネス県の21.07で、次いでセントラル県の20.96、コンセプション県の20.56である。

表9.11 保健行政区別出生数及び出生率（/人口1000）（1995）

	保健行政区	出生数	出生率
1	コンセプション	3,722	20.56
2	サン・ペドロ	3,134	9.97
3	コルディジェラ	4,825	15.34
4	グアイラ	2,910	13.51
5	カグアス	6,070	14.16
6	カアサパ	2,544	18.20
7	イタブア	6,047	14.02
8	ミシオネス	2,050	21.07
9	パラグアリ	3,941	15.92
10	アルト・パラナ	6,945	13.08
11	セントラル	22,567	20.96
12	ネエンブク	1,214	14.12
13	アマンバイ	1,909	15.83
14	カニンデジュ	1,164	9.31
15	プレスデンテアジェス	1,126	15.38
16	ボケロン	9	0.68
17	アルトパラグアイ	294	8.86
18	アスンシオン	9,007	16.63
	総計	79,478	16.46

出典：厚生省 計画評価局 統計部 「Indicadorer de Mortalidad -1995-」

9.2.2. 死亡の動向

(1) 死亡率の年次推移

下記に示したように、1990年から1995年の死亡者数は増加したが、人口千人対の粗死亡率には大きな変動はない。

表 9.12 死亡率の年次推移

年度	死亡者数	粗死亡率 (／人口千人)
1990	14,337	3.40
1991	12,698	2.93
1992	14,271	3.44
1993	15,751	3.44
1994	15,667	3.33
1995	16,069	3.33

出典：厚生省「INDICADORES DE MORTALIDAD - 1994、1995」

(2) 年齢別男女別死亡率

下記に示したように、1995年の年齢別死亡率は、最初、0～4才の死亡率が2.75と高く、その後、死亡率は低下し、5～14才で最低(0.82)となる。再び45才～54才よりゆるやかに上昇し、65才以上の死亡率が46.99と最も高くなる。

男女別年齢別死亡率は、どの年齢層の死亡率をみても男性が女性より高く、15才以降男女差が大きくなる。

表 9.13 男女別年齢別死亡率 (1995)

年齢	0～4	5～14	15～24	25～34	35～44	45～54	55～64	65～
全体 数	1948	340	744	759	970	1270	1816	8038
率	2.75	0.27	0.82	1.05	1.78	4.42	9.67	46.99
男性 数	1069	186	533	494	588	742	1041	400

	率	2.86	0.29	1.16	1.36	2.11	5.09	11.67	56.29
女性	数	879	154	211	265	382	528	775	4030
	率	2.43	0.25	0.47	0.74	1.43	3.73	7.85	40.37

出典：厚生省「INDICADORES DE MORTALIDAD - 1994, 1995」

(3) 死亡率の国際比較

OPS/OMSが発表している基礎指標 (SITUACION DE SALUD EN LAS AMERICAS, 1996、表 9.14) によると、ラテンアメリカ及びカリブ海諸国の国々 23カ国のうち、パラグアイの死亡率は、5.4 (人口千対で1990年から1995年の推定) で、死亡率の低い国から5番目に位置している。

ちなみに、近隣諸国のブラジルは7.1、ボリビアは9.1、アルゼンチンは7.9、ウルグアイは10.4の死亡率である。

9.2.3 死因別にみた死亡の状況

表 9.15 1995年の死因順位

順位	死因	死亡数	死亡総数に占める割合 (%)
1	心疾患	3, 524	21.93
2	脳血管疾患	2, 013	12.53
3	悪性新生物	1, 930	12.01
4	呼吸器疾患	1, 115	6.94
5	事故	1, 092	6.80
6	糖尿病	630	3.92
7	周産期疾患	623	3.88
8	殺人	515	3.20
9	下痢症	403	2.51
10	敗血症	291	1.81

資料：厚生省「INDICADORES DE MORTALIDAD - 1995」

1995年、心疾患、脳血管疾患、悪性新生物の上位3疾患で死亡全体の46%を占めている。ここ6年間(1990-1995)の死因(表 9.16)は順位にほとんど変動はない。

表9. 14 死亡率及び平均寿命に関する基礎資料

国名	死亡率 (/人口千)	妊産婦死亡率 (/出生10万)	乳児死亡率 (/出生千)	平均寿命	
				計	男性 女性
1. アルゼンチン	7.9	44	22.2	73.2	69.6 76.8
2. バルバドス	8.8	20	9	76.4	73.6 78.7
3. ペリース	4.3	139	26	74.7	73.4 76.1
4. ポリビア	9.1	390	68	61.5	59.8 63.2
5. ブラジル	7.1	114	39	67.1	63.4 71.2
6. チリ	5.6	25	15	75.3	72.3 78.3
7. コロンビア	5.6	35	35	70.9	68.2 73.7
8. コスタリカ	3.8	20	12	76.8	74.5 79.2
9. キューバ	7	33	7.9	76	74.2 78
10. ドミニカ	5.3	67	14	77.6	74.7 80.6
11. エクアドル	6	150	47	69.8	67.3 72.5
12. エルサルバドル	6	140	40	69.5	66.5 72.5
13. グアテマラ	6.7	190	51	67.2	64.7 69.8
14. ハイチ	12.8	460	74	54.4	52.8 56
15. ホンジュラス	5.4	221	37	69.8	67.5 72.3
16. ジャマイカ	5.8	82	13	74.6	72.4 76.8
17. メキシコ	5.1	48	25.9	72.5	69.5 75.5
18. ニカラグア	5.8	130	47	68.2	65.8 72.3
19. パナマ	5.1	60	22	73.9	71.8 76.4
20. パラグアイ	5.4	131	36	69.7	67.5 72
21. ペルー	6.4	265	47.9	68.3	65.9 70.9
22. ウルグアイ	10.4	38	17	72.9	69.6 76.1
23. ベネズエラ	4.7	66	22	72.8	70 75.7

死亡率、妊産婦死亡率、平均寿命(1990-1995)、乳児死亡率(1996)

出典:OPS/OMS,[SITUACION DE SALUD EN LAS AMERICAS INDICADORES BASICOS 1997]

表9.16 死因別死亡者数及び死亡率(／10万)の年次推移(1990-1995)

死因	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率
1. 心疾患	3211	76.11	2933	67.67	3570	85.97	3809	83.26	3638	77.41	3524	72.98
2. 脳血管疾患	1652	39.16	1573	36.29	1741	41.93	1785	39.02	2055	43.72	2013	41.69
3. 悪性新生物	1546	36.65	1435	33.11	1640	39.49	1816	39.70	1872	39.83	1930	39.97
4. 呼吸器系疾患	1033	24.49	792	18.27	998	24.03	1311	28.66	1077	22.92	1115	23.09
5. 事故	817	19.37	781	18.02	922	22.20	998	21.82	992	21.11	1092	22.62
6. 周産期疾患	620	14.70	596	13.75	647	15.58	645	14.10	645	13.72	623	12.90
7. 糖尿病	375	8.89	337	7.78	427	10.28	596	13.03	597	12.70	630	13.05
8. 下痢症	510	12.09	370	8.54	328	7.90	533	11.65	585	12.45	403	8.35
9. 殺人	239	5.67	218	5.03	308	7.42	356	7.78	459	9.77	515	10.67
10. 先天性異常	204	4.84	213	4.91	273	6.57	263	5.75	264	5.62	259	5.36
11. 腎疾患	138	3.27	203	4.68	249	6.00	263	5.75	231	4.92	248	5.14
12. 敗血症	299	7.09	241	5.56	244	5.88	293	6.40	266	5.66	291	6.03
13. 髄膜炎	138	3.27	120	2.77	137	3.30	156	3.41	110	2.34	130	2.69
14. 栄養不良及び貧血	143	3.39	129	2.98	137	3.30	130	2.84	115	2.45	88	1.82
15. 結核	128	3.03	104	2.40	125	3.01	145	3.17	121	2.57	150	3.11
16. 代謝性異常	168	3.98	123	2.84	103	2.48	89	1.95	39	0.83	52	1.08
17. ヘルニア及び腸閉塞	71	1.68	62	1.43	80	1.93	83	1.81	72	1.53	64	1.33
18. 妊娠・出産の合併症	98	2.32	117	2.70	75	1.81	96	2.10	111	2.36	104	2.15
19. 原因不明	1912	45.32	1551	35.79	1304	31.40	1197	26.17	1269	27.00	1649	34.15
20. その他	1035	24.53	800	18.46	963	23.19	1185	25.90	1149	24.45	1189	24.62
総計	14337	339.84	12698	292.97	14271	343.67	15751	344.31	15667	333.35	16069	332.80

9.2.4 保健行政区別にみた死亡の状況

(1) 死亡率の年次推移

1995年、死亡率が最も高い保健行政区（表9.17）は、アスンシオン（543.09／人口10万）、次いでコルディジェラ県（528.80）、ミシオネス県（450.28）である。1994年と比較して、コルディジェラ県、カグアス県、ミシオネス県、セントラ県、ネエンブク県、ボケロン、アルトパラグアイ県、アスンシオンの保健行政区は増加傾向にある。

表9.17 保健行政区別死亡率（／人口10万）（1994～1995）

	保 健 行 政 区	1994		1995 ^{a)}	
		数	死 亡 率	数	死 亡 率
1	コンセプション	681	381.26	583	322.05
2	サン・ペドロ	570	186.69	524	166.64
3	コルディジェラ	1,089	284.63	1,139	528.80
4	グアイラ	612	356.70	594	344.52
5	カグアス	1,066	252.83	1,108	258.44
6	カアサパ	466	335.94	461	329.78
7	イタプア	1,100	262.09	1,121	259.87
8	ミシオネス	433	448.70	438	450.28
9	パラグアリ	1,112	450.40	1,106	446.71
10	アルト・パラナ	1,219	243.83	1,160	218.53
11	セントラル	3,260	316.91	3,636	337.70
12	ネエンブク	338	396.38	380	442.13
13	アマンバイ	410	349.81	449	372.29
14	カニンデジュ	206	170.53	195	156.03
15	プレスデンテアジェス	113	158.73	176	240.32
16	ボケロン	3	9.33	6	45.19
17	アルトパラグアイ	8	61.67	22	66.28
18	アスンシオン	2,949	548.50	2,942	543.09
	総 計	15,667	333.35	16,069	332.80

出典：厚生省 計画評価局 統計部 「Indicadorer de Mortalidad -1994, 1995-」

(2) 死因状況

死因（表 9.18）の第一位は、カアパサ県が脳血管疾患、プレスデンテアセイとアルトパラグアイは悪性新生物、その他の保健行政区の第一位は心疾患が占めていた。すべての保健行政区において、心疾患、悪性新生物、脳血管疾患が死因の第三位まで占めている。

9.2.5 妊産婦死亡

(1) 妊産婦死亡率の年次推移

1995年の妊産婦の死亡率は130.67（出生10万対）である（表 9.19、図 9.3）。1990年以降妊産婦死亡率は多少増減をしながら、横ばい状態である。

(2) 原因別妊産婦死亡の年次推移

1990年には出血が妊産婦の死因の第一位を示していた（表 9.19）が、1995年には流産に入れ替った。次いで、敗血症、妊娠中毒症の順位になっている。上位3原因で死亡全体の69%を占めている。

(3) 保健行政区別妊産婦死亡率

1995年の保健行政区別妊産婦死亡率（表 9.20）が最も高い保健行政区はカアパサ県の275.16（／出生10万）、次いでサン・ペドロ県（255.26）、アルドパラナ県（230.38）、カグアス県（214.17）である。ネエンブク県、ボケロン県、アルトパラグアイ県は死亡数が0である。

表9.18 保健行政区別死因別死亡者数(1995)

死因	総計	保健行政区																		外国人
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. 心疾患	3,524	138	117	235	110	267	69	206	120	294	154	810	124	73	27	26	1	1	743	9
2. 悪性新生物	1,930	50	62	130	58	119	41	121	57	145	102	461	44	43	23	30	1	3	438	2
3. 脳血管疾患	2,013	61	54	213	107	180	103	132	45	186	111	386	53	40	14	20	0	0	307	1
4. 呼吸器系疾患	1,115	40	44	91	45	75	39	84	26	82	88	206	17	28	11	10	1	3	225	0
5. 事故	1,092	48	43	51	29	93	16	85	27	45	140	252	14	34	15	15	0	3	175	7
6. 周産期疾患	623	33	19	42	40	38	25	65	31	33	74	123	18	13	8	1	0	3	54	3
7. 糖尿病	630	13	13	18	22	35	8	36	15	35	28	149	15	10	3	7	0	1	222	0
8. 下痢症	403	25	11	23	19	46	10	39	6	15	61	70	4	19	13	6	0	2	34	0
9. 殺人	515	32	29	21	13	40	20	31	8	18	112	54	3	47	33	6	0	0	44	4
10. 敗血症	291	10	9	15	6	19	12	22	8	10	48	60	8	5	3	1	0	0	55	0
11. 先天性異常	248	4	9	10	11	8	4	12	3	11	18	79	5	9	6	5	0	0	54	0
12. 腎疾患	259	16	6	10	15	18	4	18	14	19	5	52	8	6	0	3	1	1	63	0
13. 髄膜炎	130	4	3	10	4	12	3	22	2	8	16	26	0	2	1	2	0	0	15	0
14. 結核	150	10	5	14	4	7	2	14	6	11	12	24	1	8	0	4	1	3	24	0
15. 栄養不良及び貧血	88	7	1	2	4	8	3	7	2	9	7	17	7	3	2	1	0	1	7	0
16. 妊娠・出産の合併症	104	2	8	4	4	13	7	12	2	5	16	13	0	4	4	1	0	0	9	0
17. 代謝異常、免疫不全	52	1	1	3	3	0	1	2	0	2	0	15	1	2	2	1	0	0	18	0
18. ヘルニア及び腸閉塞	64	3	3	5	5	7	0	6	3	4	1	13	1	0	0	1	0	0	12	0
19. 原因不明	1,649	48	37	164	49	46	62	135	37	75	85	560	38	45	19	18	0	0	231	0
20. その他	1,189	38	50	78	46	77	32	72	26	99	82	266	19	58	11	18	1	1	212	0
総計	16,069	583	524	1,139	594	1,108	461	1,121	438	1,106	1,160	3,636	380	449	195	176	6	22	2,942	29

出典:厚生省、計画評価局統計部「INDICADORES DE MORTALIDAD, 1994, 1995」

表9.19 死因別妊産婦死亡(／出生10万)の年次推移(1990-1995)

死因	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率
1. 流産	15	22.96	20	28.35	21	27.86	26	33.72	24	30.16	30	37.69
2. 妊娠中毒症	24	36.75	31	43.94	16	21.23	19	24.64	21	26.39	17	21.36
3. 出血	27	41.34	29	41.1	12	15.92	18	23.35	27	33.93	14	17.59
4. 敗血症	8	12.25	11	15.59	8	10.61	13	18.86	15	18.85	25	31.41
5. その他	24	36.75	26	36.85	18	23.88	20	25.94	24	30.16	18	22.62
総計	98	150.05	117	165.83	75	99.5	96	124.51	111	139.5	104	130.67

出典:厚生省、計画評価局統計部「INDICADORES DE MORTALIDAD 1994,1995」

図9.3 死因別妊産婦死亡率の年次推移
(1990-1995)

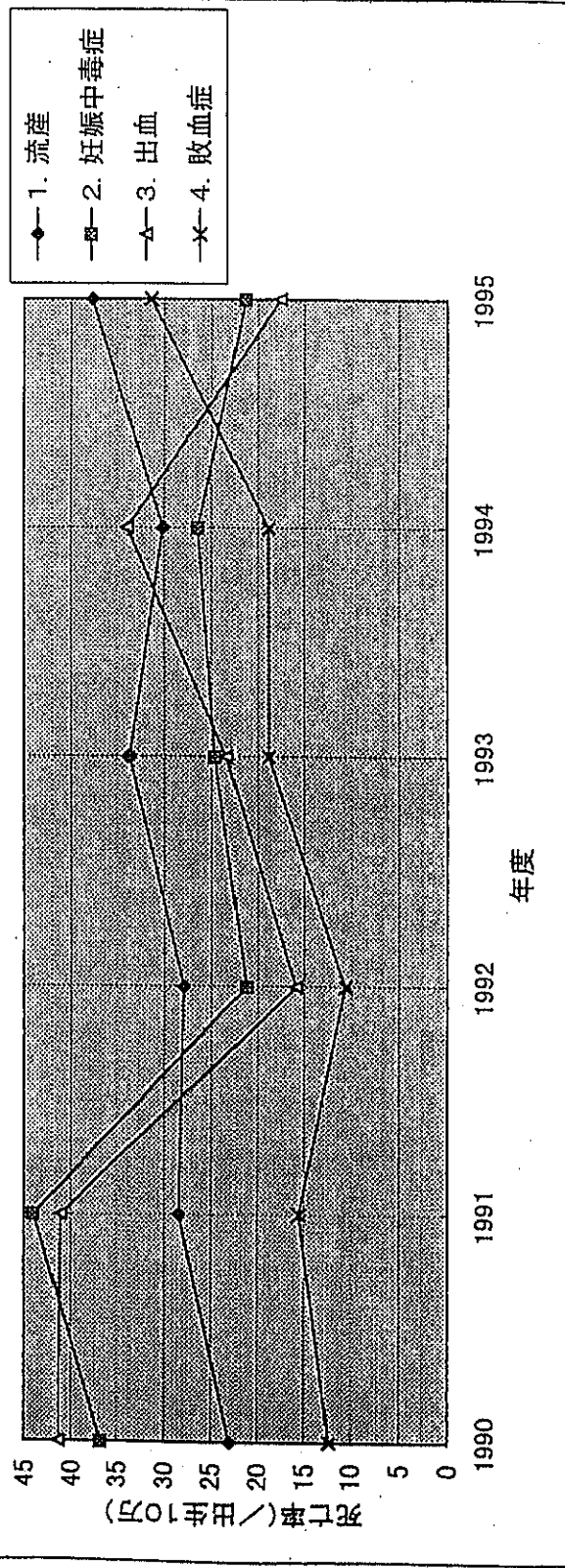


表 9.20 保健行政区別妊産婦死亡率 (1995)

	保 健 行 政 区	妊 産 婦 死 亡	死亡率(／出生10万)
1	コンセプション	2	53.73
2	サン・ペドロ	8	255.26
3	コルディジェラ	4	82.90
4	グアイラ	4	137.46
5	カグアス	13	214.17
6	カアサパ	7	275.16
7	イタプア	12	198.45
8	ミシオネス	2	97.56
9	パラグアリ	5	126.87
10	アルト・パラナ	16	230.38
11	セントラル	13	57.61
12	ネェンブク	0	—
13	アマンバイ	4	209.53
14	カニンデジュ	4	34.36
15	プレスデンテアジェス	1	88.81
16	ボケロン	0	—
17	アルトパラグアイ	0	—
18	アスンシオン	9	99.92
	総 計	104	130.67

出典：厚生省 計画評価局 統計部 「Indicadorer de Mortalidad -1995-」

(4) 妊産婦死亡率の国際比較

OPS/OMSが発表している基礎指標(表9.10)のうち、妊産婦死亡率(1990年~1995年の平均)は近隣諸国アルゼンチンが44、ブラジルの114、ウルグアイの38と比較するとパラグアイの妊産婦死亡率は高い(131)。

9.2.6. 新生児(生後1カ月未満)死亡

(1) 動向

1995年の新生児死亡数は783人で、死亡率は9.84(出生千対)である(表9.21、図9.4)。1990年から1995までの新生児死亡率の推移は、年々減少傾向にある。

(2) 死亡原因

1995年の新生児死亡の原因の第一位(表9.21)は、「出生時の外傷」で、次いで、「出生時の感染」、「未熟児」である。上記三大死因で全体の70%を占めている。

(3) 保健行政区別新生児死亡

1995年、新生児の死亡率が最も高い保健行政区(表9.22)はミシオネス県の18.05で、次いで、ネェンプク県の16.47、グアイラ県の15.81、カアパサ県の12.58、イタプア県の12.24である。ポケロン県は死亡数が0である。

表9.22 保健行政区別乳児死亡率及び新生児死亡率(1995)

保 健 行 政 区	乳児死亡(／出生1000)		新生児死亡(／出生1000)	
	数	死亡率	数	死亡率
1 コンセプション	66	17.73	35	9.40
2 サン・ペドロ	46	14.68	22	7.02
3 コルディジェラ	90	18.65	50	10.36
4 グアイラ	74	25.43	46	15.81
5 カグアス	106	17.46	46	7.58
6 カアサパ	56	22.01	32	12.58
7 イタプア	146	24.14	74	12.24

表9.21 死因別新生児死亡率(1990-1995)

死因	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率
1. 出生時の外傷	361	5.53	326	4.62	341	4.52	300	4.01	326	4.1	294	3.69
2. 出生時の感染	130	1.99	164	2.32	139	1.84	165	2.14	156	1.96	139	1.75
3. 未熟児	128	1.96	117	1.66	124	1.65	120	1.56	114	1.43	116	1.46
4. 先天性異常	77	1.18	85	1.2	101	1.34	104	1.35	103	1.29	92	1.16
5. 肺炎、インフルエンザ	24	0.37	20	0.28	11	0.15	20	0.26	12	0.15	5	0.06
6. 下痢症	16	0.24	19	0.27	11	0.15	4	0.05	5	0.06	7	0.09
7. 新生児破傷風	29	0.44	18	0.26	10	0.13	14	0.18	19	0.24	13	0.16
8. 不明	103	1.58	74	1.05	51	0.68	42	0.54	43	0.54	41	0.52
9. その他	69	1.06	74	1.05	77	1.02	78	1.01	57	0.72	76	0.95
総計	937	14.35	897	12.71	865	11.48	856	11.1	835	10.49	783	9.84

出典:厚生省、計画評価局統計部「INDICADORES DE MORTALIDAD,1994,1995」

図9.4 死因別新生児死亡率(1990-1995)

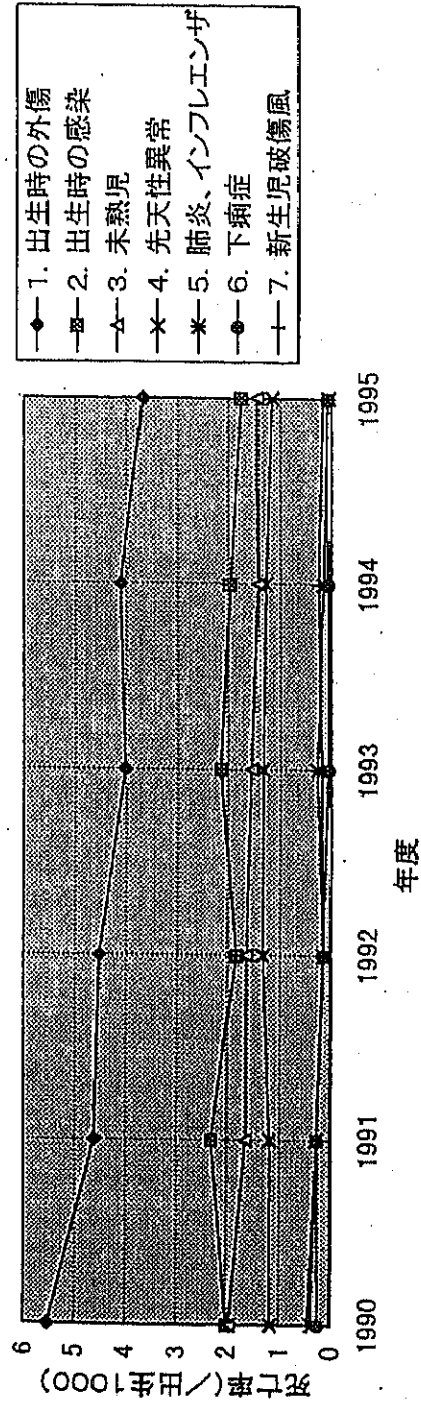
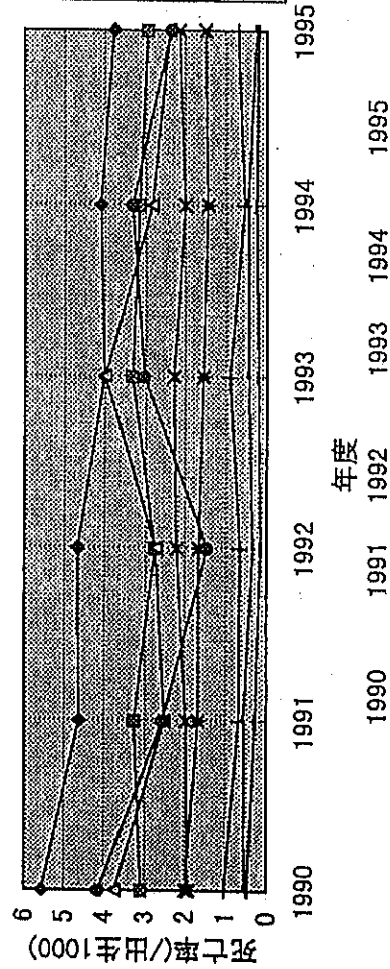


表9.23 死因別乳児死亡率(1990—1995)

死因	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率	数	死亡率
1. 出生時の外傷	365	5.56	326	4.62	350	4.67	309	4.01	326	4.1	300	3.77
2. 出生時の感染	202	3.09	230	3.26	207	2.75	256	3.32	251	3.15	233	2.93
3. 肺炎、インフルエンザ	244	3.74	177	2.51	206	2.73	308	4	224	2.82	190	2.39
4. 先天性異常	125	1.91	139	1.97	167	2.22	177	2.3	159	2	171	2.15
5. 未熟児	130	1.99	118	1.67	126	1.67	120	1.56	115	1.45	120	1.51
6. 下痢症	271	4.15	180	2.55	110	1.46	133	3.02	265	3.33	187	2.35
7. 髄膜炎	67	1.02	47	0.67	48	0.64	69	0.89	42	0.53	54	0.68
8. 低栄養、貧血	33	0.51	39	0.55	25	0.33	34	0.44	36	0.45	19	0.24
9. 破傷風	30	0.46	20	0.28	10	0.13	15	0.19	20	0.25	14	0.18
10. 不明	294	4.5	197	2.79	145	1.92	131	1.7	121	1.52	126	1.58
11. その他	229	3.51	222	3.15	217	2.88	258	3.35	166	2.09	156	1.96
総計	1988	30.44	1695	24.02	1611	21.37	1910	24.77	1725	21.68	1570	19.73

出典：厚生省、計画評価局統計部「INDICADORES DE MORTALIDAD,1994,1995J」

図9.5 死因別乳児死亡率(1990-1995)



- ◆ 1. 出生時の外傷
- 2. 出生時の感染
- ▲ 3. 肺炎、インフルエンザ
- × 4. 先天性異常
- * 5. 未熟児
- 6. 下痢症
- ┆ 7. 髄膜炎
- 8. 低栄養、貧血
- 9. 破傷風

8	ミシオネス	55	26.83	37	18.05
9	パラグアリ	68	17.25	31	7.87
10	アルト・パラナ	225	32.40	89	12.81
11	セントラル	363	16.09	182	8.06
12	ネェンブク	32	26.36	20	16.47
13	アマンバイ	43	22.52	19	9.95
14	カニンデジュ	30	25.77	9	7.73
15	プレスデンテアジェス	16	14.21	4	3.55
16	ボケロン	0	—	0	—
17	アルトパラグアイ	5	17.01	2	6.80
18	アスンシオン	146	16.21	82	9.10
	総計	1,570	19.74	783	9.84

出典：厚生省 計画評価局 統計部 「Indicadorer de Mortalidad -1995-」

9.2.7. 乳児（生後1年未満）死亡

(1) 動向

1995年の乳児死亡率は1570人で、死亡率は19.73（出生千対）である。1990年から1995年までの乳児死亡率は（表9.23、図9.5）、新生児死亡率と同様、減少傾向にある。

さらに、生存期間別乳児死亡数の割合は、出生当時が206人（13.1%）、1～6日間で413人（26.3%）、7～27日間で164人（10.4%）、28日～1年未満が787人（50.1%）である。

(2) 原因

1995年、死亡原因の第一位（表9.23）は新生児死亡の原因と同様、「出生時の外傷」で、次いで「出生時の感染」、「肺炎・インフルエンザ」となっている。上記の三大死因で死亡全体の46%を占めている。

(3) 保健行政区別乳児死亡

1995年、乳児死亡で最も高い保健行政区（表9.22）は、アルトパラナ県の32.40、ミシオネス県の26.83、グアイラ県の25.43、イタプア県の24.14、ネェンブク県の26.36、カニンディ県の25.77である。ボケロン県は死亡数が0であった。

(4) 国際比較

OPS/OMSが発表している基礎指標（表9.10）のうち、乳児死亡率が36（1996）に対して、厚生省が出した1995年の乳児死亡率が19.73になっており、両者は大きく異なっている。

ちなみに、近隣諸国のアルゼンチンが22、ブラジルの39、ウルグアイの17である。

9.2.8. 平均寿命

0才の平均余命である平均寿命は1980年で63才、1991年で66才である。国勢調査局の報告（厚生省、計画評価局、「SITUACION DE SALUD, 1997 PARAGUAY」）によると、1995年から2000年までの平均寿命の推定値は、全体で68.51才、男性67.47才、女性71.99才である。

近隣諸国のブラジルでは男性63.4才、女性71.2才、アルゼンチンでは男性69.6才、女性76.8才、ウルグアイでは男性69.6才、女性76.1才である（表9.10）。

9.2.9 疾病及び傷害状況

住民の疾病や傷害の状況を正確に把握するために、死亡の原因から間接的に推定する方法があるが、風邪や下痢症、高血圧症などといった直接の死因にはなりにくい疾病については推定は困難であり、また、死因と疾病と傷害の患者状況は一致しないことが多い。また、各医療施設においても登録を義務づけられた感染症以外に、外来患者数や入院患者数について詳細に疾病毎のデータを入手することは困難である。さらに、入院一外来患者について、1年間の男女別年齢別疾病別患者数というデータを収集することは現実的には無理なことが多い。

しかし、地域の実状にあつたきめ細かい保健行政を推進し、対策を練るためにも住民の疾病や傷害の状況を的確に把握することは不可欠であり、今後この方面での情報収集システムの整備が必要であろう。

(1) 疾病構造

厚生省国際協力室の報告によると、1995年の患者数及び割合（表9.24）は急性呼吸器感染症が225、311人で、全体の47%も占め、次いで寄生虫症が12.8%、下痢が8.9%で、上記3疾病で全体の68.7%を占めている。

さらに、1995年登録を義務づけられた感染症の患者数（表9.25）の第一位はマラリアの63.8人で全体の58.1%を占めている。

表9.24 疾病構造(1995)

疾病名	数	割合(%)
1. 急性呼吸器感染症	225,311	47
2. 寄生虫症	61,263	12.8
3. 下痢症	42,880	8.9
4. 貧血	32,084	6.7
5. 寄生虫による貧血	26,249	5.5
6. 高血圧症	22,004	4.6
7. 事故	12,407	2.6
8. カイセン	12,366	2.6
9. 尿路感染症	10,481	2.2
10. 膿皮症	9,976	2.1
11. 交通事故	9,163	1.9
12. ジストマ症	9,052	1.9
13. 低栄養	6,222	1.3
総計	479,463	100

出典:厚生省国際協力室

表9.25 登録を義務づけられた感染症の患者数(1995)

疾病名	数	割合(%)
1. マラリア	638	58.1
2. リーシュマニア	175	15.9
3. 食中毒	94	8.6
4. 農薬中毒	67	6.1
5. 百日咳	40	3.6
6. 急性弛緩麻痺	19	1.7
7. 髄膜炎	18	1.6
8. 破傷風	16	1.6
9. 新生児の破傷風	11	1.5
10. 腸チフス	10	0.9
11. 狂犬病	6	0.5
12. コレラ	4	0.4
総計	1098	100

出典:厚生省国際協力室

(2) 予防可能な感染症(聞き取り調査よりまとめたもの)

a. マラリア、リーシュマニア症、シャーガス病：

厚生省のマラリア撲滅局 (SERVICIOS NACIONAL DE ERRADICACION DE PALUDISMO:SENEPA) のプログラムで重点的に患者発見、登録、予防・治療を行っている。

- ・マラリアはパラグアイの内でもカグアス、アルトパラナ、カニンデシュが重要な流行地であり、カグアスだけで患者の6割も占めている。
- ・リーシュマニア症は東部のサンペドロ、カニンデシュ、アルトパラナ、アマンバイを中心に毎年700～1500例発生しており、特に皮膚・粘膜リーシュマニア症が多い。
- ・シャーガス病は、チャコ地方に局限しているが、献血者の抗体陽性率は2.8%～11.5%という報告もある。

b. AIDS：

- ・AIDSのレファランス・センターとして厚生省中央研究所が機能している。現在(1996年3月)、発病者206人、陽性者475人、エイズによる死者は136人に達している。現在1993年をピークに減少傾向にある。感染経路は66%(性交)、11%(輸血と薬物中毒)である。

c. 結核：

- ・結核のレファランス・センターとして、JUAN MAX BOETTNER 専門病院が機能している。罹患率は人口10万の40で、チャコ地方に患者が集中(60%)している。死因統計では結核による死亡は第15位(死亡率が3.1/人口10万)である。

d. 急性呼吸器系感染症 (IRA) や下痢症：

- ・冬季の6～9月頃、IRAの患者が最も多く、乳幼児の肺炎などの重症患者が1～2割発生している。
- ・下痢症は夏季の12～2月頃、発生のピークがあるが、脱水症状を起こす患者は経口輸液の普及や人々の啓蒙活動の成果で減少している。

e. 寄生虫症：

貧血の原因となる鉤虫は全地域で見られる。回虫やランブル鞭毛虫、アメリカ鉤虫、大腸アメーバ等も検査数の1割～2割いる。

9.3. 保健情報

9.3.1. 国勢調査

人口統計は10年毎の国勢調査によって収集され、今年1997年の人口は1992年に実施された国勢調査のデータを補正して算出された推定人口値である。調査の計画、実施、コンピューターへのデータ入力及び分析、調査の評価等の一連の業務を担当しているのは、企画庁の統計調査局である。

国勢調査の終了2カ月後に国勢調査のカバー率を調査したところ、95%という高い数値が報告されているが、電話による聞き取り調査で、その調査方法に多少問題がある。

毎年2500～5000人を対象とし、保健・医療分野を含めた多分野に及ぶ調査が実施されている。特に、EPIや母子保健情報、栄養や発育状況等の調査が1996年の8月に実施され、1998年3月には結果が出版されることになっている。

上述の調査データはすべてコンピューターに入力されるが、予算や人材の不足によって一部のデータ結果のみが公表される。そのため、政府機関や国際機関からの予算と特別の依頼があれば、データを提供しているので今後十分活用したい。

尚、1992年の国勢調査の質問項目は以下の通りである。

- I. 地理条件：住所等
- II. 住居の情報：家屋の形態、世帯主の職業、家屋の作り、水源の場所と供給源、燃料、ゴミ処理方法、
- III. 世帯の情報：台所・寝室の有無、部屋数とベット数、トイレのタイプ、所有している電気製品、使用している言語、家族数（性、17才以下の子供の数、18才以上の大人の数）
- IV. 個人データ：続柄、性、年齢、死亡した数、出生した数とその出生場所、教育レベル、10才以上対象（宗教、婚姻関係、職業）、14才以上の女性対象（子供の有無とその数、死産した回数、最近の出産した年度）

9.3.2. 出生・死亡データ

出生、死産及び死亡については、その家族が保健行政区衛生局と法務労働省の出先機関（REGISTRO CIVIL：市民登録所）に届出（その書類はA4サイズの大きさを2部に分かれており、記入後、それぞれの場所を切り放して提出するようになっている）することを義務づけられている。死亡に関しては48時間以内に届けることになっているが、法的な強制力がない。

上記の衛生局に届けられた書類は毎月まとめて、アスンシオン市内にある事務代行事務所に運ばれ、最終的に厚生省の統計局に集まる。書類はWHOが勧告しているICD（国際疾病分類）の分類コード等のデータのコーディング処理された後、15人程いるスタッフによってコンピューターへデータ入力される。分析や解析はそれぞれの関係する局や部が担当する。

問題点及び対策は下記の通りである。

- ①届出に法的な強制力がないことと住民の理解が得られていないこと等から未登録が多い（前述した統計国勢調査局の調査結果から死亡に関しては「40%が未登録」と推定されている）。期限付きの強制力を強化するとともに住民の理解をが得られるよう啓蒙活動を展開すべきであろう。

- ②医師の診断書が付いている書類は全体の60～70%であり、その他は家族の供述をもとに死因を特定している。医師の診断書付きを義務づける必要がある。

- ③月末に提出することになっている届出の書類が数カ月遅れて到着するのでそれだけ分析作業が遅れている。この理由としては、衛生局が自ら簡単なデータ集計を手計算で行っていることが挙げられる。それぞれの衛生局にてデータ入力が可能になれば、フロッピーディスクのやり取りで厚生省での作業も円滑に進むのではないかと思われる。そのためには、衛生局にコンピューターとデータ処理のできる人材を配置し、事務処理の能力アップする必要がある。

10. 保健セクターへの協力の現状と動向

10.1 パラグアイへの協力の特徴

パラグアイに対しては農業、環境と自然資源、インフラ、産業、教育や保健など多方面での協力が国際機関、二国間協力、NGO を通して実施されており、その形態も無償資金協力、技術協力、借款など様々である。パラグアイに対する ODA の総額は 1996 年の場合、2 億 2180 万ドルになり、日本政府（総額の 31%）、ドイツ（22%）、ヨーロッパ連合（17%）、中国（14%）などとなっている¹。このうち保健分野は総額 970 万ドルで全分野の 4% である²。

保健分野の 1996 年の実績によると、日本政府、スペイン政府、中国、アメリカ合衆国、国連機関が協力している。1997 年には世界銀行からの借款による母子保健プロジェクトが始まり、1998 年には米州開発銀行（IDB）、ドイツ技術協力公社（GTZ）やスペイン政府の協力が開始される予定となっている。

保健分野の協力は、PAHO/WHO が実質的にその調整をしている。協力は大きく保健システム全般に対する協力と、特定の保健問題を中心とした対策別の協りに分けられる。現在の動向として目立つのは国家保健システムの実現に向け、県衛生局の強化や地方分権化を通しての地域保健の充実である。従って、協力が中央の厚生省に対してではなく、県を単位とした協力になり、協力機関の間でそのすみ分けがなされている。対策別協力としては母子保健、あるいはそれを統合したリプロダクティブ・ヘルスが主流である。器材・設備整備の協力もあるが、新しい物をつくるのではなく、既存の施設の充実、器材管理に焦点が定められている。

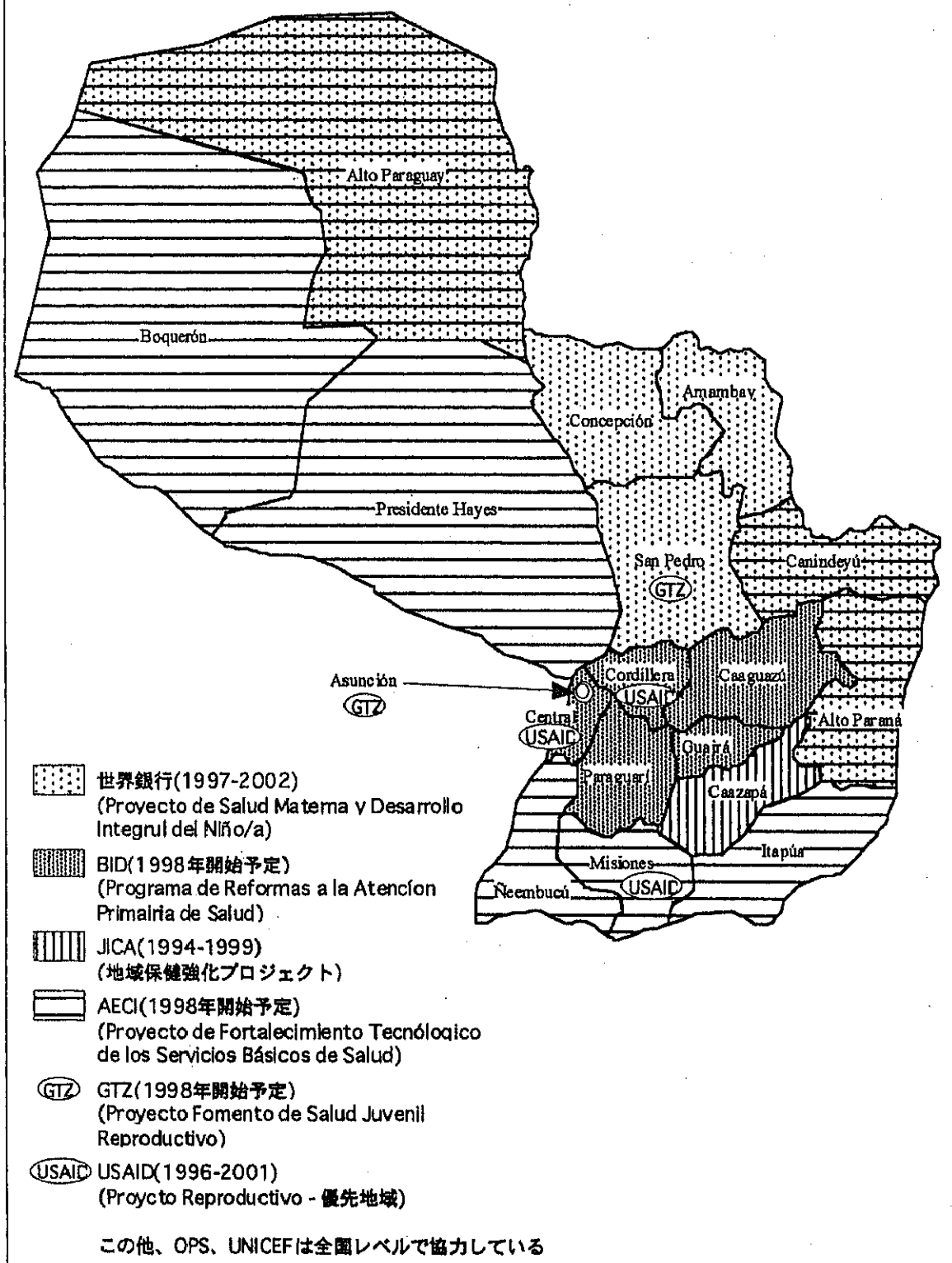
一方、協力実施上の問題としては実施機関である厚生省の受け入れ能力の不足が各機関から指摘されている。

保健分野の県レベルで実施されている協力を地図に表すと次のようになる。

¹ 1994 年の統計では ODA の総額は 1 億 4600 万ドルである（DAC,1996）。これはパラグアイの GNP の 1.9% になり、一人当たり US\$ 30 となっている（UNDP Human Development Report 1997）。パラグアイに対する ODA は量的には増加する傾向にある。

² 1997 年の保健分野の国際協力の実績は総計 1600 万ドルである（厚生省副大臣秘書との面談より）。

図 10.1 パラグアイ保健分野における主な国際協力



注：OPSはPAHO、BIDはIDBのスペイン語

出典：各協力機関の報告書、代表者との面談や電話によるインタビューの結果をもとめたもの

10.2 協力調整

パラグアイの国際協力の窓口は企画庁であるが、厚生省には保健分野の協力を調整する機関として厚生大臣のもとに国際協力プロジェクト事務所 (Dirección General de Proyectos de Cooperación Internacional) が設置されている。これを窓口として保健分野の協力をとりまとめ、より効果的に投入資源の調整を行い、協力の効率を高めようとするものである。しかし、地域保健強化プロジェクトの専門家の話によると、厚生省内の政治的な影響でこの事務所の位置づけが不明であったり、各援助機関にはそれぞれ違った方針や実施方法（会計期、器材購入に関する規則など）があるために、現在は十分にその機能を果たしていない。一方、協力機関の間では国際技術協力委員会、特定の活動の調整を行うドナー間調整委員会（例えば予防接種やAIDS対策）もある。

10.3 国際機関の協力実績と動向

主な国際機関の協力状況の概略を述べる。各協力機関の政策や協力実施の方針等についてはここでは省略し、現在実行中の協力内容に焦点を定める。

10.3.1 PAHO/WHO（米州保健機関、スペイン語では OPS/OMS）

PAHO/WHO は WHO（世界保健機構）の協力機関でその北・南米を担当する地域事務所の機能を果たしている。パラグアイの厚生省に対して政策や保健計画の分野に協力する一方、それらの政策や計画に沿って国際協力の調整を行う。その意味で PAHO/WHO は厚生省への影響力が大きい。感染症対策など国境を超えた協力をするのも PAHO/WHO の特徴である。予算規模は 100 万ドルである。

現在、PAHO/WHO は次のようなプロジェクトを実施している。1) 保健機構改革の支援、2) 国家間技術協力、3) 保健システムや保健サービスの開発への支援（人材育成を含む）、4) 感染症対策（保健情報システムの強化を含む）、5) 安全な水の供給と衛生、6) 口蹄病対策、7) 食料保護、8) 家族・地域保健、9) 健康推進、10) SENASA 機構開発。これらの内容としては研修や活動計画立案が多い。

上記の各プロジェクトの中で PAHO/WHO が最も重点をおいているのが地方分権化の推進、国家保健システムの実現の支援と人材育成への支援である。この分野で現在、世界銀行や IDB の県衛生局を中心としたプロジェクトの調整を行っている。JICA に対しても同様に地方分権を促進するもの、地域保健サービスの充実化に対する協力を期待している。

PAHO/WHO の分析によれば、協力の質の向上への主な阻害要因は官僚主義、プロジェクト形成と計画実行のために配置された人材の不足、能力の不足である。

10.3.2 世界銀行 (IBRD)

世銀はこれまでにパラグアイで「水の供給」プロジェクト、アスンシオンの下水プロジェクトや教育関係のプロジェクトを行ってきたが、1997年より、保健サービスの分野で協力を開始した。この国で世銀が厚生省を実施機関としてプロジェクトを行うのは今回が初めてである。

このプロジェクトは「母性保健と子どもの発育プロジェクト(Proyecto de Salud Materna y Desarrollo Integral del Niño/a)」と呼ばれ、北部6県(アルト・パラグアイ、アルト・パラニャ、アマンバイ、カニンデユ、コンセプション、サン・ペドロ - 全人口の27%)とアスンシオンを対象に行われる。6年にわたり、総額2280万ドルの借款によって実行される³。プロジェクトの目的は母子保健の改善とそのための母子保健サービスの改善である。プロジェクトの概要は次の通り。

表 10.1 世銀、母性保健と子どもの発育プロジェクト

協力内容	活動項目
1. 母子保健プログラムの強化 (総予算の74%)	1.1 施設の修復と器材の補修 1.2 医薬品の供給 1.3 保健従事者の研修 1.4 IECの強化
2. 地方分権化の支援 (総予算の4%)	2.1 情報システムと研修(管理・運営) 2.2 保健サービスの監督 2.3 県の活動計画
3. 子どもと家族の福祉センター (総予算の8%)	3.1 40のセンターの開設 3.2 社会福祉総局の強化

保健サービス施設の改善については、施設の新設はせず、あくまでも既存の施設の修復を行う。プロジェクトの開始にあたり、各県は器材や施設の維持係を指名し、それが出来たところから支援を開始する方針をとっている。保健医療施設(特に第一次・二次レベル)の医薬品の供給をするにあたり、プロジェクトは独自で国際入札を行い、より安価な薬品の購入

³ プロジェクトの全体予算は3120万ドルと推定されている。世銀からの借款に加え、パラグアイ政府が860万ドルと住民が80万ドルという内訳になっている。

をする⁴。もう一つの特徴は保健サービスの改善と並行して、地域に対する情報・教育・コミュニケーション活動（IEC）の強化により意識的に需要の創出を行うことである。

厚生省内にプロジェクト事務所を置き、各県に県調整事務所を設立し、調整員を1名おき、県衛生事務所と協力してプロジェクトを実施する。

10.3.3 米州開発銀行（IDB、スペイン語ではBID）

米州開銀は「プライマリー・ヘルス・ケア改革プログラム（Programade Reformas a la Atención Primariade Salud）」に対する融資を決定し、現在、議会の承認を待っている。プロジェクトの総額はパラグアイ政府の支出も含め、4600万ドルである。1年後の開始を目途にしており、5カ年の計画で、対象となるのは5県（コルディエラ、セントラル、カグアス、パラグアリ、グアイラー総人口の44%）である。

プロジェクトの目的は、保健機構改革への支援を通して保健サービスの質の向上を目指すことであり、これによって、重要な保健問題である母子保健問題の軽減に寄与する。具体的には1) 地方分権化の促進、2) 「国家保健システム」の中での厚生省の役割の強化、3) 予算配分や人材配置の地域格差の是正、4) 県や地域レベルにおける運営・管理能力の強化、5) 他機関との協調を図りながらの、質の良い基礎的サービスの普及一となっている。

表 10.2 プライマリー・ヘルス・ケア改革プログラム

協力内容	活動項目
1. 保健機構の近代化	1.1 地方自治の強化 1.2 「優秀な人材」イニシアティブ ⁵ 1.3 人口統計の改善
2. PHCの改善	2.1 人材開発 2.2 医薬品その他の供給システムの改善 2.3 既存の施設の修復 2.4 リファーマル・システムの強化 2.5 IECの強化

このプロジェクトの一部として、国立保健院（INS）の情報整備強化の支援が行われることになっている。

⁴ 現在、厚生省は国内の業者から薬品を購入しているが、国内価格は国際的な相場と比較すると数倍高い（IBRD-1996）。このプロジェクトが順調にいけば、今後、厚生省の新しい薬品購入の道を開くことになる。

⁵ 人材が不足した所に若い医師を送るためのインセンティブを設けるシステムをつくる。

10.3.4 UNICEF

UNICEFは保健と社会分野で主に女性と子どもを対象とした事業を支援している。従って、支援する機関は厚生省だけではなく、教育省、女性庁さらにはNGOも支援している。

保健分野では、母子保健を中心に多くの支援をしている。具体的プロジェクトとしては、1) 予防注射拡大計画、2) 下痢症対策、3) 急性呼吸器感染症 (IRA) 対策、4) 子どもの発育・成長観察、5) 「赤ちゃんにやさしい病院」プロジェクト (母乳栄養促進)、6) 安全な母性- (「カンガルーのお母さん」と名付けられた未熟児保育のプロジェクトと「お母さんにやさしい助産婦」の名称で伝統的産婆 (Empirica) の研修を通して危険の早期発見、安全なお産、新生児の病気の早期発見と適正なケアを促進するプロジェクトを含む)、7) 安全な水の供給、8) ヨード失調症対策-がある。これらのプロジェクトでは、主に研修に必要な資金の支援、予防接種のワクチン、IRAの治療に使用する抗生物質、経口補水塩、分娩キットなどの物資的支援を行っている。実際、厚生省の母子保健対策の多くがUNICEFの物資供給に依存しているといっても過言ではない (疾患対策参照)。

UNICEFは5年周期で活動計画を立てており、現在は1995年から開始した活動の中間期にあたり、中間評価を行ったところである。その結果、1998年からは活動の仕方が中央レベルから県レベルへ、保健従事者から自治体や住民へと大きく変更されることになった。つまり、これまでは中央レベルを介して各活動を実施しており、研修の対象は医師や看護婦が多かった。しかし、厚生省には全てを実施していくキャパシティーに欠けることや、全国に均等に支援をするよりはより必要性の高いところを選んで集中的に支援を行ったほうが良いという評価結果による。

10.3.5 国連人口基金 (UNFPA、スペイン語ではFNUAP)

1994年から3カ年計画で家族計画・リプロダクティブ・ヘルス支援を実施している。厚生省の家族保健総局にUNFPAのプロジェクト事務所がある。プロジェクトの内容は1) 医師や看護婦の研修、2) 管理・運営の改善、3) 避妊具や避妊薬の供給、4) 住民参加の推進、特に女性の組織づくり、5) IEC活動のための教材、ポスター、ビデオの作製などである。

このプロジェクトは終了間際で現在プロジェクト終了評価の準備をしている。UNFPAはこれまでの経験から次のようなことを指摘している。1) リプロダクティブ・ヘルスの重要性について上部の人達の意識が低い、2) 一方、末端レベルで仕事をする人達の間では関心があるので、そういう人達へ直接支援をしたい、3) 地方自治体の参加が必要である、4) 国家リ

プロダクティブ・ヘルス審議会が出来て、国家リプロダクティブ・ヘルス計画が作成されたが、今後はこの審議会がどのようにその実行を調整していくかが課題である。また、UNFPAは厚生省の施設で使用されるほとんど全ての避妊具・避妊薬をこれまで支給してきたが、厚生省は今後、自給しなくてはならない。しかし、1998年に関しては必要なストックがあり、USAIDが不足の分を支援する予定になっているので、いつ実際に自給するようになるのか不明であると担当官は話していた。

UNFPAは1998年から軍隊を対象とした人口と教育およびリプロダクティブ・ヘルス教育プロジェクトを開始する。

10.4 二国間援助の実績と動向

10.4.1 日本

日本政府は現在までに、無償資金協力や技術援助を数多く行ってきた。終了したプロジェクトにはライ病対策計画(1970-1981)、厚生省中央研究所プロジェクト(1980-1987、現在アフターケア実施中)、シャーガス病等寄生虫症研究所プロジェクト(1988-1993)がある。無償資金協力では中央研究所・熱帯病病院建設とアマンバイ地域医療センターの建設の実績がある。

現在、地域保健強化プロジェクトがカアサバ県(総人口の3%)で実施されている。5年間のプロジェクトで、1994年に開始された。プロジェクトの目的はパラグアイにおける保健システムと保健サービスを強化するため、選定地域において、全国の地域保健プログラムのモデルを開発することである。住民調査、保健問題に関する知識・態度・行動の調査を行い、ラジオを使用した啓蒙活動を実施している。保健サービスの改善には人材養成、母子手帳の開発が実施され、また、研修センターと臨床検査室が整備された。今後の課題は住民参加の実現と移動検診システムの構築となっている。5名の長期専門家と、これまでに延べ9名の短期専門家を派遣、9名の研修員受け入れが行われた。詳しくは当該プロジェクトの報告書を参考にされたい。全国展開をするためのモデル作りを意識したプロジェクトで、厚生省内にプロジェクト事務所を設置し、中央レベルとの意志疎通を図っている。他機関との協力も盛んで、意見交換や現場視察が行われている。今後、新しいプロジェクトの形成にあたっては、このプロジェクトの経験を十分に生かしていくべきである。

一方、日本政府はパラグアイに対する無償資金協力として、アスンシオン大学病院に母子保健センターを建設する予定である。その他、パラグアイではJOCVの看護婦や助産婦隊員

が各地で活躍している。

10.4.2 ドイツ

ドイツの協力は無償資金協力や借款はドイツ経済開発公社（KFW）、技術協力はドイツ技術協力公団（GTZ）を通して行われる。

現在、ドイツは保健分野の協力は実施していないが、過去の実績には次のようなものがある。KFWは南部3県（ネアンプク、ミシオネス、イタブア）を対象にして保健医療施設の修復と新設、器材の補填のプロジェクトを行った⁶。今回の調査でそのいくつかを視察することが出来た。立派な施設ができていますが、人材不足で十分に機能を果たしていない。使用の仕方が不明なために放置されている器材もあるという。

GTZは過去8年間（1981-1987年）にわたって5県（パラグアリ、ニエンブク、サン・ペドロ、アマンバイ、コンセプション）でPHC強化のプロジェクトを行った。医療施設や器材の整備、人材養成、保健サービスを向上させるための応用研究などを実施した。イタブアでは地方保健システムプロジェクトが実施され、看護助手の養成と現場の仕事につく保健従事者や伝統的産婆、保健ボランティアの研修システムを構築した。この成果は今でも看護助手養成コースとして継続されている。1986年からは、アスンシオン大学保健科学研究所（IICS）で研究所の機能強化のプロジェクトを実施し、シャーガス病の試薬の開発などに貢献した。現在、このプロジェクトは終了したが、試薬は国産され、アルゼンチンなどに輸出されている。

GTZは1998年2月からサン・ペドロとアスンシオンで青年男女を対象としたリプロダクティブ・ヘルスのプロジェクトを開始する（Proyecto Fomento de Salud Juvenil Reproductivo）。第一期は3年の計画で社会学の専門家が長期派遣される予定である。

10.4.3 米国

米国はパラグアイの民主化とともに協力を増加している。米国国際開発庁（USAID）が実施機関であり、厚生省の組織強化のための管理・運営の研修を行ってきた。1996年から現在までリプロダクティブ・ヘルスの分野で協力している。

⁶ このプロジェクトの残金で、これからイタブア県とネアンプク県で前回のプロジェクトの対象とならなかったHRとCSの改修工事が行われる。

「リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト（以前は家族計画と呼んでいた）」の目的は家族計画の自主的利用を増やすことである。目的や活動は以下の通り。

表 10.3 USAID リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト

プロジェクトの中間目的	活動項目
1. 家族計画へのアクセスを拡大する。	1.1 青年男女と成人男性を啓蒙する。 1.2 農村部や都市周辺部の恵まれない人達へのサービスを拡大する。 1.3 避妊具や避妊薬のロジスティックの管理を強化する。
2. 優先地域に於ける家族計画サービスの質を向上する。	2.1 質の良いサービス提供の場を増やす。 2.2 管理・運営の改善をする。
3. 継続的な家族計画サービスの提供をする。	3.1 サービス提供の効率を良くし、コストを下げる。 3.2 継続を支える政策を策定する。

USAIDの特徴は、厚生省の他に米国とパラグアイのNGOを実施機関として多く起用していることである。このプロジェクトに参画する米国の機関はリプロダクティブヘルス局（Division of Reproductive Health, CDC）、ジョンズホプキンス大学、パスファインダー、ジョンズノー社など8機関（うち7つはNGO）、地元ではCEPEP（後述）が主なものである。USAIDは厚生省に対する政策支援をするかたわら、それぞれの機関と特定の分野ごとに契約を結び活動の統率、評価をする方法をとっている。例えば、パスファインダーは地元のNGOであるPSIと一緒に青年男女や成人男性への啓蒙活動を請け負っており、アルテ・イ・パルテ（Arte y Parte）という23名の青年からなる家族計画推進コミュニケーション・グループを組織してドラマなどを通しての啓蒙活動を実施している。

USAIDが優先地域としているのはミシオネス、セントラル、カルディエラの3県で、この地域で家族計画サービスに関する管理・運営のモデルをつくり、世銀や米州開銀、UNFPAのプロジェクトと協力しながら、その全国への展開を考えている。

USAID保健専門家の指摘する問題点は、厚生省の職員の短い就労時間、安い給料のために動機付けが難しいこと、地域によって能力ややる気が一様でないこと、地方分権が形骸化していることなどである。同専門家は新しい保健分野の協力をする場合、厚生省の打ち出した地方分権化を実現するための支援、オペレーショナル・リサーチの起用、ドナー間の協力の

HRとCSの改修工事が行われる。

必要性を示唆した。

10.4.4 スペイン

二国間協力はスペイン国際協力事業団 (AECI) が実施する。最近終了したプロジェクトには赤十字病院 (母子保健センター) の修復工事と器材整備がある。この他、地元 NGO のジャスミン財団の保健医療活動の支援をしている。

現在、計画中のプロジェクトは2件ある。一つは学校保健教育で1998年2月から2年間の予定でサン・ペドロ県のチョレ郡の小・中学校の生徒3500名を対象に実施される。学校の教師、教育委員会のメンバーの研修と教材開発を行う。予算は40万ドル。

もう一つは9県 (プレシデンテ・アヤス、アルト・パラグアイ、バキロン、アスンシオン、アルト・パラニャ、カニンデユ、ネアンブク、ミシオネス、イタプア) を対象に病院を含めた保健医療施設の機器材整備とその維持管理を実施する。基本的保健サービスの技術強化プロジェクト (Proyecto de Fortalecimiento Tecnológico de los Servicios Básicos de Salud) という。これは総予算3500万ドルの借款で実施される予定であり、現在は議会の承認を待っている。受益人口は総人口の29%となる。人口が極端に少ないために今まであまり国際協力の恩恵を受けていない西部3県を対象として含めているのが特徴である。

10.4.5 その他

中国は1996年に18台の救急車を寄贈した。また、韓国政府は保健ボランティアを各地に送っている。

10.5 NGOの協力実績と動向

パラグアイでは独裁政治のためNGOの発達は遅れていたが、民主化とともにNGOの数が急速に増えている。その中には保健分野を中心に活動しているものもある。ここでとりあげるのは、多くのNGOの歴史が浅い中で30年以上の歴史をもつパラグアイ人口問題研究所 (CEPEP) と、女性問題を中心にリプロダクティブ・ヘルスの政策レベルで活躍する女性問題研究サービス (SEFEM) の2機関である。その他、保健活動に従事しているNGOのリストとその中の主なNGOの活動概要は添付資料に含めた。

10.5.1 パラグアイ人口問題研究所

パラグアイ人口問題研究所(Centro Paraguayo de Estudios de Poblacion, CEPEP)はパラグアイの人口問題を研究する機関として1966年に発足した。1971年から国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation, IPPF)の永久メンバーとなっている。CEPEPの活動は1) リプロダクティブ・ヘルスのサービスの提供(家族計画、妊婦検診、癌の検診)、2) 管理・運営の改善、3) IEC活動、4) 政府に対する働きかけ(調査に基づく正確な情報の提供、広報活動を含む)の4つに大きく分かれる。サービスの提供のため自営の家族計画クリニックを4ヶ所と関連クリニック10ヶ所、1つの臨床検査所を持ち、400名の地域家族計画推進員がいる。他、180名の医師や看護婦が雇用(ごく一部)あるいはボランティアとして関わっている。CEPEPは厚生省が避妊具や避妊薬の使用を禁止していた時代(1979-1988年)に、全国でそのサービスを提供していたただ一つの機関である。現在、CEPEPのサービスを利用している女性は家族計画利用者のうち12.5%である⁷。この他、USAIDやCDCの協力を得て「人口・リプロダクティブ・ヘルス」の調査を実施しており、この分野の情報源として重大な位置づけを保っている。

CEPEPの資金源はIPPF、UNFPA、USAIDなどの国際機関と家族計画サービス提供からの売り上げ金である。これからはUNFPAの支援が終了するので自己資金を調達していかなければならない。このため、CEPEPのクリニックでは診療費の値上げをせざるをえない状況で利用者への影響が心配されている。一方、CEPEPでは1996年に管理部門の機構改革と人事が一新され、現在の代表は前厚生大臣である。これは管理部門で問題があったためということである。

10.5.2 女性問題研究サービス

女性問題研究サービス(Servicio de Formación y Estudios de la Mujer, SEFEM)は1981年に設立された機関で女性問題についての研究機関であり、また、現在は同様の分野で活動するNGOネットワークの中心的機関となっている。1992年の憲法改正にあたり、リプロダクティブ・ヘルスに関する女性の権利の条項を始め43の女性の権利に関する条項の設定にあたり大きな役割を果たしている。現在は5人の女性の専門家(人口学者、社会学者、法律家(2名)、コミュニケーションの専門家)が仕事を進めている。プロジェクトごとに国際

⁷ 家族計画のサービス提供は薬局(26%)、民間(22%)、公共機関(31%)、CEPEP(12.5%)、ブラジルやアルゼンティン(6.8%)その他となっている。ENDSR 95/96, CEPEP/USAID/CDC.

仕事の内容は1) 人口統計などの調査、2) 政府機関や国際機関などに対する「女性と開発」分野のコンサルタント業務、3) 厚生省と共同で実施する家族計画のプロジェクトである。3) についてはパラグアイの政府機関とNGOが合同で事業を行う初めてのケースであり、関心が寄せられている。具体的には厚生省の施設の家族計画サービスの改善を目標としているが、そこで仕事をする保健従事者と住民への研修をSEFEMが行うというやり方である。研修の内容は保健従事者に対する地域保健計画 (programación local) の方針に従った計画立案・管理・運営、リプロダクティブ・ヘルスの考え方、住民にはリプロダクティブ・ヘルスの権利や社会開発等についての研修を行う。

面談に応じてくれた代表の話によると、貧弱な家族計画サービスの根本的な問題は保健従事者の利用者に対する思いやりのない態度であるという。それが、家族計画を必要としている人達の利用を阻害する一番の問題だと指摘していた。

10.5.3 その他のNGO

主なものにはジャスミン財団、ライオンズクラブなどがある(添付資料参照)。NGOの中には実力や組織網の違いがあるため一概にはいえないが、保健分野の公共投資が限られている現状のなかで、NGOの活動は今後、重要性を増すであろう。JICAなどの二国間援助においても質の良い地元NGOの積極的な利用を考慮する必要があると思われる。

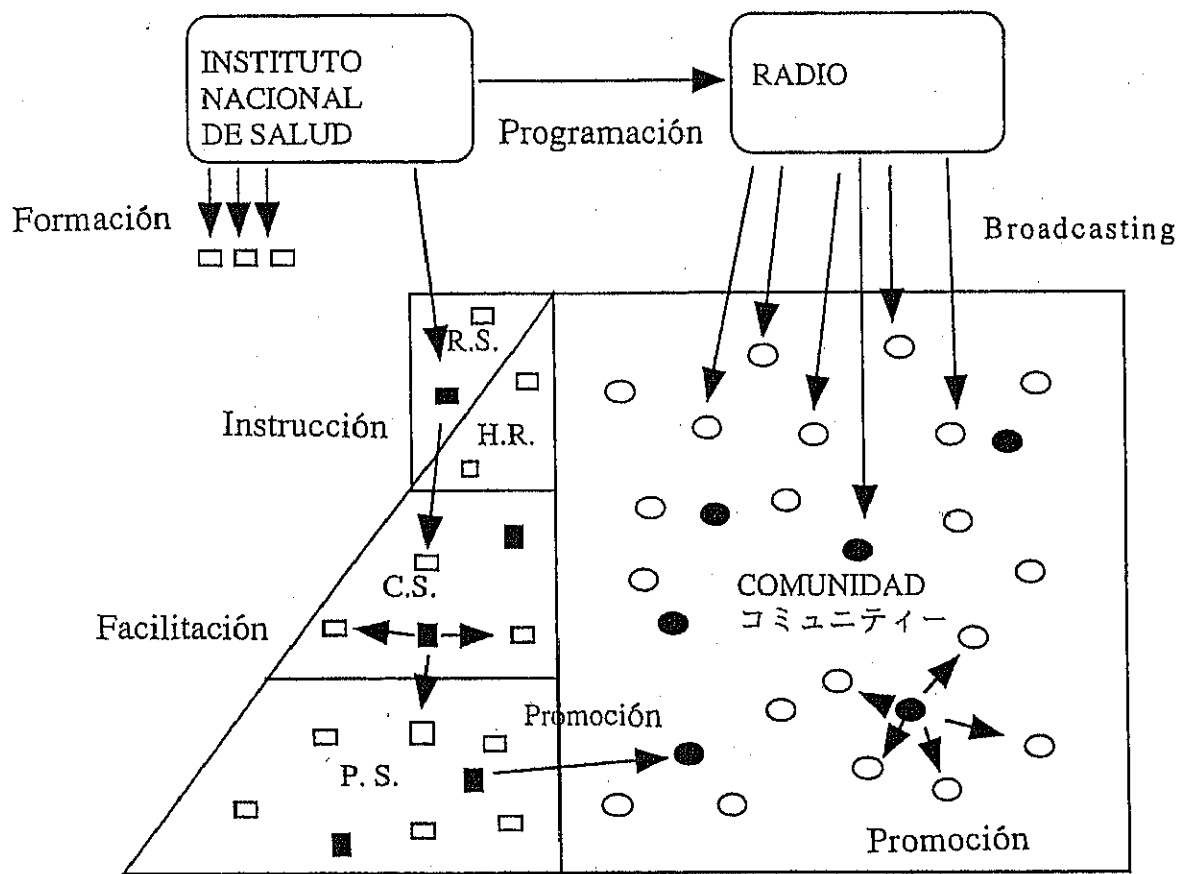
1.1. 保健医療分野の案件形成に際しての留意点

これまで述べてきたように、パ国の保健医療制度は近年いちじるしく整備されたものの、いまだ機能するに至っていない点に問題がある。今後5年間は機能的確立の時期であろう。制度的には地方分権化の定着が最大の課題であり、それを技術的にささえる地方の質的向上が緊急課題である。本調査で判明したように、職員の生涯教育を担当している保健省の国立保健院の機能充実が、全国的な人的資源向上に資するものである。

JICAがカアサバ県で行ってきた「地域保健強化プロジェクト」は上記に関して、先駆的かつ包括的なアプローチを提示したものとして、内外の評価を受けている。特に以下の点が注目される：（1）中間技術者層をTOTのトレーナーとして養成し、かつ活用したこと、（2）レベルに応じたIEC方法を開発したこと、（3）ラジオ番組を積極的に利用して普及につとめたこと、（4）母子保健手帳を作成して技術者の日常業務の質の向上を計ったこと。

ただしこれまでの実績は全国18県のうち1県において試行したにすぎず、全国展開にもちこむのに十分な情報を蓄積したとはいえない。議事録に示すように、厚生省側からも全国普及は時期尚早であり、複数県での拡大パイロット・プロジェクトを必要とする、との意見が述べられた。かかる拡大パイロット・プロジェクトを通じて、以下の点を確立する必要がある：（1）国家レベルの技術者、助手に対する生涯教育の政策、とくに「国家保健システム」関連する対策の統合（5.1参照）における各業種の所掌の明確化、（2）伝統的産婆、健康推進員、伝統的療法師との連携の強化、（3）住民への普及効果の判定にもとづいたメッセージや普及方法のしほり込み、（4）現場の経験を踏まえた大学教育内容の改善。

中南米諸国のなかでもパ国は国民意識の統一がある点で、日本人による技術協力が比較的容易である、と考えられる。すなわち過去に有力な地主ファミリーを駆逐し、混血を進めて社会階層を平準化した経緯があり、現在非ヨーロッパ系のグアラニ語を第二の共通語として採用している点で、特異な国である。またカトリック・ミッションがグアラニ系原住民のコンミュニオンを支援した歴史もユニークなものである。かかる社会的素地をいかに活用して全国展開に導くかが、上述の拡大パイロット・プロジェクトの要となろう。



C.S. = Centro de Salud 保健センター
 H.R. = Hospital Regional 県病院
 P.S. = Puesto de Salud 診療所
 R.S. = Region Sanitaria 県衛生局

□ 技術者+助手 (未研修)
 ■ 技術者+助手 (研修済み)
 ○ 住民
 ● 民間診療者

パラグアイにおける保健普及のイメージ図
 情報の流れにさまざまな段階と名称があることを示す
 太字はカアサパ・プロジェクトの成果

カアサパ地域保健プロジェクトの経験およびINSとの協議による

国際協力専門員・山形洋一

12. 我が国協力の可能性

12.1 調査結果の総括

中南米地域は、他の地域に比較して、旧宗主国から独立後、民主化が立ち遅れたために富の不均衡が著しい国が多く、そのために、マクロ経済的には順調な発展途上にある国においても、都市と農村部の経済的格差や教育・保健医療などの社会セクターが立ち遅れているケースが多く見られる。パラグアイ共和国もそのような問題を抱える南米諸国の一つと位置付けられる。

同国において3・9年ぶりの文民政権と位置付けられるワスモシ政権（93年8月～98年8月）は、持続的な成長、社会福祉の向上等を開発の基本的な目標として掲げているが、このような目標に従い、同国厚生省は、「民主化、地方分権、住民参加」を基調とした保健セクターの改革を推進している。このような改革への努力の結果として、96年12月には、法令第1032号により「国家保健システム」を設立した。同システムにおいては、官民各界の代表者の意見交換の場と位置付けられている国家・地域・市町村の各保健審議会が中心的な役割を担うことが期待されている。地方のレベルの保健審議会については設立の途上にあるため、現状では未だ具体的な活動を行っていない。しかしながら、これまで同国で長く続いた独裁政権下での中央集権体制においては全く見られなかった動きであるので、今後とも注目していくべきであろう。

調査団は当地に滞在中、アルベルト・デュジャク副大臣をはじめとする厚生省の関係者、及び当地のUNICEF及びPAHOを始めとする保健医療セクターの関係者と、地域保健医療への取組みについて意見交換をする機会を得た。この中で、「パ」政府も国際機関も同様に、都市部と農村部との保健医療サービスの格差是正を当面の重点課題としていることが確認できた。

厚生省副大臣は、「パラグアイの重要な保健問題として、妊産婦死亡率や乳児死亡率の高さがあげられるが、それらは農村部（地方）での母子保健サービスの普及度や質の低さが大きな要因であり、その是正をするためには農村助産婦のような人材の確保が必要である」と述べ、調査団側と共通した問題分析を示した。「適切な人材の育成を通しての農村部の地域保健の改善が重要である」との認識を明確にした上で、今後のプロジェクトについて、副大臣及び国立保健院長は次のように述べた。

- ・人材育成は保健セクターの重要項目であり、厚生省では国立保健院がその責任を持つ。
- ・国立保健院を強化し、地方に人材養成の拠点（例えば、カアサバ県におけるJICAプロジェクト研修センターのようなもので東部に4カ所ほど）を設ける案を提案したい。
- ・それらのセンターではアシスタントや技師レベルの保健従事者の養成、卒後研修を行う。
- ・教える人材はそれぞれのセンターに所属するものの他、アスンシオンから補強する。
- ・現在は、地方での保健従事者は民間の学校で育成されている。国立保健院は、それら民間の施設から委託を受け研修を行うこともある。厚生省直轄の研修センターが出来れば、より効果的な人材の育成が可能である。
- ・国立保健院そのものも人材育成の能力を強化する必要がある。そのためには技術協力やインフラの整備も必要と考えられる。
- ・その他、公共・民間の保健セクター全体の情報収集や、その処理及びフィードバックを迅速に行うための技術協力の可能性についても言及があった。

また、調査団は、カアサバ県で実施中のプロ技「地域保健強化プロジェクト」が、これらの関係者から高い評価を得ていることを確認した。同プロジェクトの専門家から人材育成方法等につき現状を聴取したところ、カアサバ県の県衛生局（RS）を拠点として、いわゆるTOT方式（すなわち、まず、インストラクターを育成し、彼らがファシリテーターを訓練する。次に、ファシリテーターが他の同僚を訓練する。）で人材育成を実施しており、それが具体的な成果に結び付いていること、また、これまで「バ」厚生省は地方での人材育成についてこのような方式を取り入れていないことなどを確認した。

アスンシオン大学医学部に対し、我が国の無償資金協力により母子センターの建設が予定されていることを踏まえ、調査団は、同無償案件と今後の技術協力との連携の可能性を探るために、同大学の関係者と地域保健医療の人材育成について意見交換を実施したが、同医学部の附属機関となっているアンドレス・バルベロ看護学校の教育活動を除いては、直接的な関係がないという事実を確認した。地域保健医療分野の人材育成に係るアスンシオン大学医学部及び附属病院の教育・研究に関し、当該分野では、附属看護学校では地方に分校があり地域保健医療に関する教育・訓練機能が充実しているが、医学部及び附属病院では、最高次レベルでの医学教育・研究を主として行っていることから、地方での保健医療分野の人材育成を実施することに関しては消極的であった。

なお、興味深い事実として、同看護学校で学ぶ地方出身の学生の多くが地方に戻らず、首都のアスンシオンに就職していることを同校の校長から聴取した。

このような状況から、同国の地域保健医療の改善のために特に必要とされている准看護婦や農村助産婦の質的向上及び人材育成のためには、地方での人材育成が不可欠との認識を踏まえ、当地での評価が高いカアサパでのモデル・プロジェクトを全国レベルで普及させるシステムを構築するための技術協力が、今後の協力として最も望ましいとの結論を得た。

先方実施機関については、厚生省側の意向も踏まえ、従来から地域保健従事者の研修を担当している厚生省国立保健院（INS）が我が方の技術協力の拠点に成り得ると判断されたため、「INSがカアサパのモデルプロジェクトをベースとして、カアサパ県に隣接し、かつ、他ドナー・国際機関からの支援もあまり行われていない3つの県（ネエンブク、ミシヨネス、イタブア）に対し、人材育成及び啓蒙普及活動を展開する」との協力の基本的なコンセプトについて先方関係者と協議を実施したところ、先方からも我が方の将来の協力に対し強い期待が表明されると共に、協力内容について基本的な合意を得た。

12.2 パラグアイ国地域保健医療の向上に資する協力案

調査団の基本的立場は、保健医療サービスにおける地域格差の是正を目的とした地域保健医療従事者の人材育成、特に質の向上への協力案を検討することであり、その実現のためには、INSを地方での人材育成の拠点と位置付けた次のような協力構想案が考えられる。その要点は以下のとおり。

(1) 案件仮称：地域保健強化拡充計画

(2) カウンターパート機関：厚生省国立保健院（INS: Instituto Nacional de Salud）

INSは人材育成、研究の促進、および、保健サービスの質の向上を目的としており、各種保健従事者（大学レベルを除く）の養成コースを実施しているとともに、民間を含む地方の養成コースの監督も行っている。今回の調査の焦点となっている準看護婦や農村助産婦の養成コースは、現在10の県衛生局（RS）で行われている。各養成コースの内容や資格の授与について、INSは、基準の設置・監督およびQuality Controlの責任を持っている。基礎教育（Formación）の他、現場で従事している人材の研修（Capacitación）も行うなど、INSが地方で従事する人材育成の拠点であることを確認した。

(3) 協力内容案 (図12.1参照)

<JICAの技術協力対象項目案>

ア. 人材育成計画及びIECの推進計画を普及させるためのINSと地方(RS)とのネットワーク

イ. 地方での人材育成計画に係る計画、実施、モニタリング及び評価

ウ. 地方でのIEC活動に係る計画、実施、モニタリング及び評価

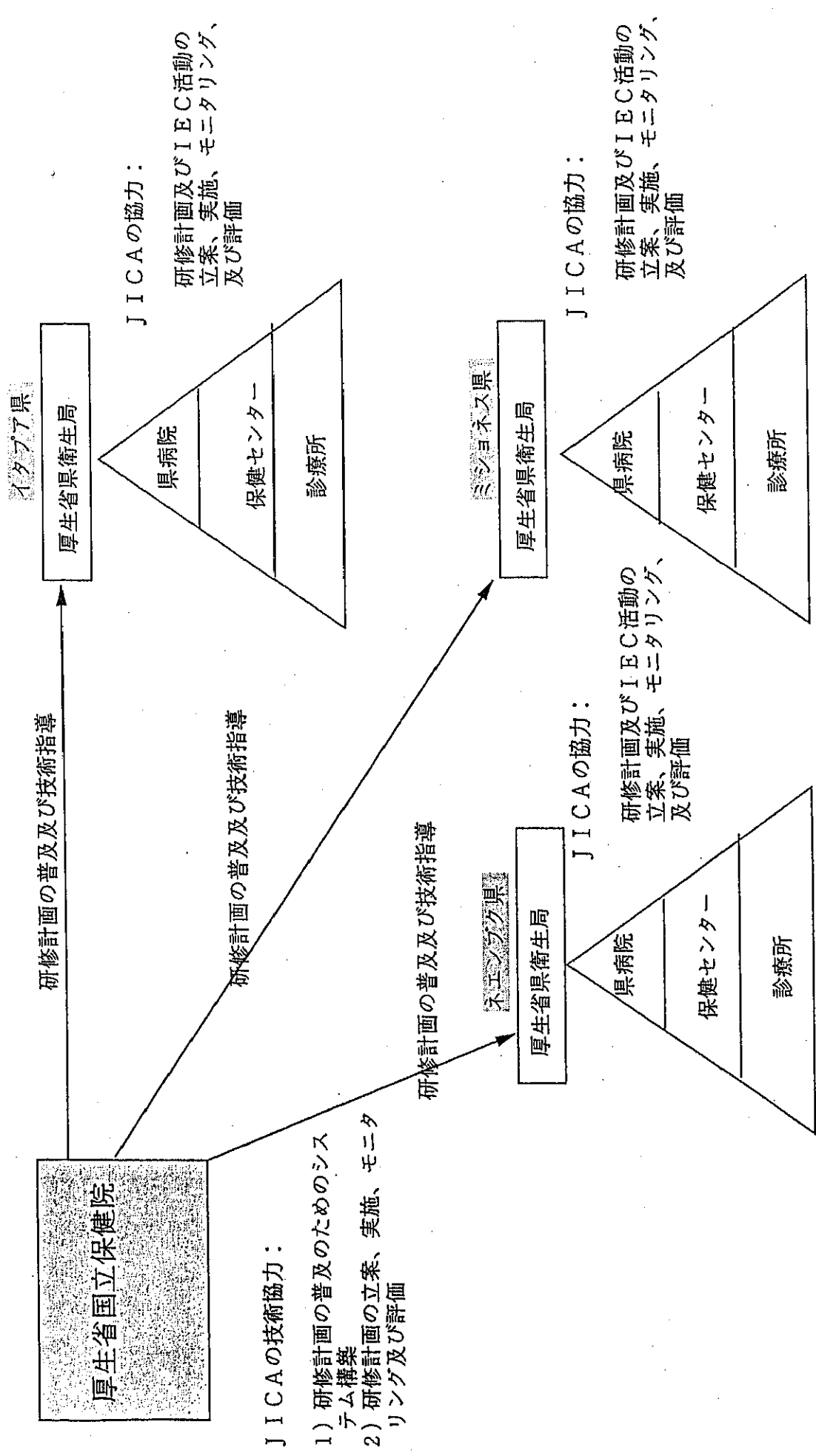
エ. INSの機能強化

- ・ 地方での人材育成及びIEC活動を推進するに当たり、INSが中心的役割を担う形で、いくつかの県で具体的な活動を実施することとする。
- ・ 基本的に、RSを拠点にした研修を行う。その際、カアサパの地域保健強化プロジェクトの成果をできる限り活用することとする。
- ・ 地方展開の拠点の数については、予算と実施の面から3カ所くらいが妥当な規模と考えられる。更に、他の援助機関(特に世銀及び米州開銀)の協力との重複をさけること、及び人材も含め全く基盤のないRSでの実施は難しいこと等を考慮すると、Neembucu、Misiones及びItapuaの3県が考えられる。Neembucuは、この中では最も経済発展が立ち遅れており、また、保健医療サービスの問題を抱えているのでニーズが高い一方で、実施体制の面でも一番弱いというのがINS側の意見である。
- ・ 現場で働く保健従事者の質の向上が主な目的であるが、新たな人材の養成については、INSに具体的計画があるならば検討する。
- ・ 既存の施設の利用を考慮する。技術協力プロジェクトの予算枠内での検討は可能であるが、施設の建設などは前提としない。
- ・ INSは民間の学校に対する支援も実施しているが、JICAの協力では、公的機関への協力が基本である。
- ・ INSには専門家の派遣が必要と考えられる。地方展開に際し、各RSに派遣、または、巡回指導という形態も考えられる。また、RSには専門家と一緒に仕事をするカウンターパートが必要である。
- ・ INSの人材育成を含む同機関の機能強化も十分考慮することとする。

(4) その他

INSが現在実施している地方での人材育成に係る問題点としては、地方での関係機関（RSや民間の看護学校など）の申請に基づき人材養成コースを実施する形態をとっていることであり、今後は、省令で規定されている役割を果たすべく、地域保健医療に係る人材育成については積極的なイニシアティブをとって行くことが期待される。なお、啓蒙分野（IEC）については十分な意見の交換がされていないので、この点については、今後、明確にする必要がある。

図12.1 バラグアイ国地域保健強化拡充計画(案)



附 属 資 料

1. 主要面談者リスト
2. 収集資料リスト

厚生省

Dr. Roberto Dullak 副大臣
Lic. Herminio Caceres 副大臣秘書
Dra. Teresa de Aguayo 国立保健院長
Dra. Cecilia Rivas Quevedo 保健局プログラム・コーディネーター
Ing. Oscar Siluero 入札部長SENSA
Lic. Blanca Mancuello 計画部長、看護局
Lic. Nancy de Cardozo 普及局局長代理
Lic. Rosa Favaloyses de rojas 促進、予防及び衛生教育局
Dra. Gloria Caciros de Gonzales 中央衛生所
Lic. Maria Adela Miltos Roa 産科局長
Maros Isabelino Barreto W. 事務局長
Dr. Hermino Maldonado Charruff 人材局長
Lic. Pilar Estera Gaona de Bentez 統計局長
Lic. Victor Mora Martivez 計画技術局秘書
Lic. Catebbeke de Divas 地域保健局長

厚生省カアサバ衛生行政区

Lic. Beatriz Balbuena 区長
Dra. Luz Romero de Molinas 疫学課長
Dra. Laura Acosta de Baez 検査センター長
Lic. Susana Oasiero de Feruandes 看護課長

厚生省カアサバ地域病院

Dr. Gini 病院長

厚生省環境衛生局

大久保義一 JICA個別派遣専門家
Ing. Aparicia Yustavo Araujo Lexcano 所長、環境保全局
Carlos Favon Cano 水道技師
Ing. Yilda Ma. Lorres T. 衛生工学・環境専門家

厚生省環境衛生局イタプア地域

Sr. Federico B. Dereira Rios 監督官

厚生省中央研究所

鈴木政人 JICA専門家

企画庁

Yrene OCAMPOS 国際協力局長

Pedro SOSA 国際協力局プロジェクト管理課長

Sergio VON HOROCH 国際協力局プロジェクト管理課職員（日本担当）

梅谷重夫 JICA専門家（開発計画）

OPS/OMS事務所

Ing. Dieg Victoria 代表（所長）

Lic. Glorial Briceno 保健分野人材開発コンサルタント

Dr. Florentino Garcia Scarponi 保健サービス開発コンサルタント

Dr. Ruben Figueroa 疫学分野コンサルタント

ユニセフパラグアイ事務所

Sra. Carmen Frutos de Almada 保健栄養プログラムオフィサー

Dra. Angela Espinola 保健コンサルタント

アスンシオン大学Andres Barbero看護学校

Lic. Nohemi K. de Sarubbi 校長

Lic. Maria L. de Velusquir 看護学科長

アスンシオン大学医学部及び付属病院

Prof. Roul B. Alla 学部長

Dr. Francisco Morians 副学部長

Dr. Carlos E. Rodriguez G. 付属病院長

Lelbert Ledet 付属病院長秘書

アスンシオン大学保健科学研究所（IICS）

Dr. Moreno Azorero 所長

Dra. Elena Kasamatsu 病理学部門長

Dra. Antonieta Rojas de Arias 熱帯医学部門長

Dr. Pablo Morikawa 画像医学部門長

国立保健院 (INS)

Dra. Teresa Gayoso de Aguayo 院長
Dra. Ofelia Arias 研究部長
Dra. Cecilia Rivas 保健局プログラム・コーディネーター
Dr. Jorge Placios Lugo 卒後教育部部長
Lic. Clotilde Valinott 専門課程局長

第7衛生区 (エンカルナシオン)

Dr. Osvaldo Liggier Rios 衛生区長
Lic. Maria Antonia Aquino A. 看護婦養成学校教師

地域病院 (エンカルナシオン)

Dr. Manuel Cudas 院長
Lic. Gladys Florentin 看護婦長
Lic. Digna Caceres de Coyosu 看護婦長
Lic. Delia Mercedes martinez Cantero 看護婦
Iria Fatima Louenzo 看護助手

シニア海外ボランティア

葛木ミドリ 栄養指導

CHAIPE村水道委員会

Sr. Francisco Solano 委員長

SANITARIO ALEMAN付属看護学校

Sra. Zunida Goleano 教師

KOICAボランティア

安 恵 珍 看護婦

CORMEN DEL PARAMA保健センター

Dra. Cecilia Mancini センター長

Zulma Aguero 秘書兼統計担当

Eliosa Eleuteria Candia Gomes 事務担当者

Rosa Gihina Jonoz 看護助手

CORONEL BOGADO保健センター

Dr. Marcilino Augusto Rodriguez センター長

Lic. Hermelinda H de Bogarin 看護婦

Lic. Mari Isabel Michalzuk 看護婦

San Juan 看護助手

CORONEL BOGADO診療所

Mirta Sanaeria 看護助手

アドベンティスタ病院

Dr. Enrique F. Manrique 院長

Dr. Pablo Morikawa 胃腸専門医

国立病院

Dr. Carlos Terreira Russo 院長

Dra. Maria Cristina Cameras 情報・評価部長

BID

Dra. Astrio Bucio 社会セクター専門家

赤十字病院

Dr. Jose Negrete Villate 院長

Dr. Jose T. Negata 副院長

Dr. Alberto Noguera Caballero 事務長

小山裕子 海外協力隊員

IPS病院

Dr. Carlos Kunzle 院長

Lic. Lelia Molinas de Villagra 薬剤師

SEFEM

Lic. Maria Victoria Heikel 調整員

NGO・CEPEP

Dra. Cynthia Prieto 理事長

USAID

Dr. Osualdo Benitez 公衆衛生専門家

GTZ

Dra. Elke Schaub 代表

BANCO MUNDIAL

Sr. Solano Rehnfeldt R. 代表

CEPEP病院

Dr. Felix B. Fexin 外科医

Lic. Maria Gregoria Viveros 助産婦

国連人口基金 (UNFPA)

Rogedio Fernandez - Castilla ペルー、パラグアイ、チリ担当事務所長

Huge Oddone パラグアイ事務所副代表

日本大使館

久保光弘 大使

中井智昭 二等書記官

JICA地域保健強化プロジェクト

松口素行 プロジェクトチームリーダー

松本博富 業務調整員

斎藤 奨 長期専門家 (寄生虫学)

岩崎恵美子 長期専門家 (地域保健)

大西真由美 長期専門家 (保健婦)

山口一郎 短期専門家 (臨床検査医学)

JICAパラグアイ事務所

榎下信徹 所長

室沢智史 次長

小泉高子 職員

JICAエンカルナシオン支所

菅原正志 支所長

水口康広 技術協力担当

収 集 資 料

- 1 Salud Compromiso de todos, Abril de 1997, Año1, No.1,Asuncion, Paraguay
- 2 Salud Compromiso de todos, Julio de 1997, Año1, No.2, Asuncion, Paraguay
- 3 Salud Compromiso de todos, Octubre de 1997, Consejo Nacional de Salud, , Asuncion, Paraguay
- 4 Paraguay Situation de Salud,1997
- 5 Revision A Mitad de Periodo Programa de Cooperacion 1995-1997, Asuncion, 3 y 4 de Octubre de 1997
- 6 Poder Legislativo Ley No. 1032, Que Crea El Sistema Nacional de Salud (1996)
- 7 Manual Guia de Organizacion y Funcionamiento de Los Servicios de Enfermeria de Los Puestos de Salud, Paraguay 1997
- 8 VI Region Sanitaria, Puesto de Salud Emiliano-Re Equipamientos 1997, (sin & con sala de parto)
- 9 Instrumento para la Supervision de los Servicios y Monitoreo de los Programas
- 10 Situacion del Sarampion en Paraguay 1997
- 11 OPS/OMSで刊行されている資料
- 12 人材に関する資料
- 13 OPSの資料 (計画)
- 14 国際機関の協力に関する資料
- 15 国立保健院 (INS) に関する資料 ①
- 16 国立保健院 (INS) に関する資料 ②
- 17 Programa Nacional de Desarrollo 1995-1998 (国家開発計画、実施要領)
- 18 厚生省に関する資料 ①
- 19 厚生省に関する資料 ②
- 20 厚生省に関する資料 ③
- 21 地域保健強化プロジェクト -研修に関する資料-
- 22 Necesidades Basicas Insatisfechas, Direccion General de Estadica, Encuentas y Censos(DGEEC), 1995

- 23 Paraguay, Principales Indicadores Socio-Demograficos y Economicos por Departamento, 1996
- 24 CEPEPに関する資料
- 25 Salud Publica Sistema Nacional de Salud
- 26 NORMAS PARA CAPACITACION DE PARTERAS EMPIRICAS
- 27 MANUAL DE ATENCION DEL PARTO LIMPIO PARA PARTERAS EMPIRICAS
- 28 PUESTOS DE SALUD
- 29 BIBLIOGRAFICA PRODUCCION Temas Referidos a la Mujer
- 30 Libreta de Salud Materna
- 31 Manual de la Libreta de Salud Materna, Proyecto fortalecimiento de la Salud Comunitaria, 1996
- 32 Salud y Derechos Reproductivos
- 33 Planificacion Familiar
- 34 Situacion de la Mujer
- 35 LOGROS CONSTITUCIONALES
- 36 PARAGUAY: Las POLOTICAS de POBLACION en un NUEVO TIEMPO POLITICO 3
- 37 SER MUJER EN PARAGUAY SITUACION SOCIO-DEMOGRAFICA Y CAMBIOS REGISTRADOS EN EL PERIODO INTERCENSAL
- 38 LOGROS CONSTITUCIONALES desde la perspectiva de genero
- 39 POLITICA Y POBLACION EN EL PARAGUAY El debate en los Partidos Politicos
- 40 Encuesta Nacional de Demografia y Salud Reproductiva (1995-1996)
- 41 PERFILES DE ALGUNAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN EL PARAGUAY
- 42 パラグアイ共和国：主なNGO団体の概要
- 43 DIRECTORIO DE ORGANIZACIONES PRIVADAS DE DESARROLLO EN EL PARAGUAY 1995
- 44 DIRECTORIO DE ORGANIZACIONES PRIVADAS DE DESARROLLO EN EL PARAGUAY 1997
- 45 Del Excelentísimo Señor Presidente de la Republica del Paraguay

- 46 COOPERACION TECNICA INTERNACIONAL EN PARAGUAY
SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS
- 47 *Servicios de Formacion y Estudios de la Mujer*
- 48 Manual Guía de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enfermería Centro de Salud
- 49 Manual Guía de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enfermería Hospital Regional
- 50 Manual Guía de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enfermería Hospital Regional Encarnacion
- 51 INDICADORES DE MORTALIDAD-1994
- 52 INDICADORES DE MORTALIDAD-1995
- 53 DIVULGACION POPULAR DE LA ENCUESTA DE HOGARES 1995
- 54 RESUMEN: CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVENDAS 1992
- 55 ESTIMACION Y PROYECCION DE LA POBLACION NACIONAL Y POR DEPARTAMENTO, SEGUN AREA URBANA-RURAL, SEXO Y GRUPOS DE EDAD
- 56 ENCUESTA DE HOGARES 1996
- 57 MANUAL DE PROGRAMACION ESTRATEGICA LOCAL DE SALUD
- 58 SEMINARIO SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA VI REGION SANITARIA - CAAZAPA
- 59 SITUACION DEL SARAMPION EN PARAGUAY
- 60 ASPECTOS RELEVANTES DE LA SITUACION DE ENFERMERIA EN EL PARAGUAY
- 61 PROYECTO DE SALUD MATERNA Y DESARROLLO INTEGRAL DEL NINO/A, 1997
- 62 INFORMA ANUAL ESTADISCO, HOSPITAL DE CLINICAS, 1996
- 63 イタプア県の基礎データ 1997
- 64 PROGRAM DE INTEGRACION ENTRE EL MSP Y BS, ITAPUA
- 65 MANUAL GUIA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA, 1996
- 66 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL SERVICIO NACIONAL DE SANAMIENTO AMBIENTAL, 1997

- 67 THE STUDY ON THE SOLID WASTE MANEGEMENT FOR METROPOLITAN AREA OF ASUNCION FINAL REPORT VOL.I, EXECUTIVE SUMMARY, 1994
- 68 THE STUDY ON THE SOLID WASTE MANEGEMENT FOR METROPOLITAN AREA OF ASUNCION FINAL REPORT VOL.II, EXECUTIVE SUMMARY, 1994
- 69 MOVIMIENTO COMUNIDADES SALUDABLES, COMITE EJECUTIVO INTERINSTITUCIONAL, GUIA DE DIFUSION COOPERACION OPS Y OMS, 1997
- 70 COMITE EJECTIVO INTERINSTITUCIONAL DE APOYO AL MOVIMIENTO DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES, PLAN ESTRATEGICO 1997-2000, 1997
- 71 EDUCACION PARA LA SALUD, 1994
- 72 MANUAL DEL PROMOTOR VOLUNTARIO DE SALUD, 1995
- 73 INICIATIVA DEL CONO SUR, LA ELIMINACION DE T. INFESTANS Y LA INTERRUPCION DE LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA TRANFUSIONAL
- 74 ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD REPRODUCTIVA (1995-1996),1996
- 75 MANUAL PARA VOLUNTARIOS RESPONSABLES DE LAS UNIDADES DE REHIDRATACION ORAL COMUNITARIOAS(U.R.O.)
- 76 MODULO DE CAPACITACION A NINAS Y NINOS DE 4,5 Y 6 GRADOS, PREVINIENDO EL SIDA
- 77 CARTILLA PARA PADRES DE NINOS DE 9 A 12 ANOS, PREVINIENDO EL SIDA
- 78 CARTILLA PARA NINAS Y NINOS DE 9 A 12 ANOS, PREVINENDO EL SIDA
- 79 MANEJO DE LOS PACIENTES CON COLERA
- 80 MANEJO DE L PACIENTE CON DIARREA
- 81 ATENCION DEL NINO CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA
- 82 CENTRO DE SAKUD
- 83 LA PROMOCION DE LA EDUCACION PARA LA SALUD AMERICA LATINA, UN ANALIS SECTORIAL - PARAGUAY
- 84 SISTEMA ESTADISTICO NACIONAL

添 付 資 料

1. パラグアイおよび近隣諸国の主な社会保健指標
2. 南部3県とカアサパの基礎情報
3. 厚生省の妊婦検診カード
4. 国家保健システム (スペイン語)
5. 厚生省予算1997年
6. 厚生省保健医療施設 レベル毎の規定 (案)
7. 厚生省の人材分布
8. 国立保健院人材育成の実績1989-1996
9. 国立保健院の監督下のある看護助手コース (1997年) 民間
10. アスンシオン大学医学部カリキュラム
11. 看護技術者カリキュラム
12. 看護助手養成コースカリキュラム
13. パラグアイにおける保健分野で活動する主なNGO
14. パラグアイ：国際機関のリスト (保健分野)

パラグアイおよび近隣諸国の主な社会保健指標

	パラグアイ	ボリビア	ブラジル	ウルグアイ	アルゼンチン
<人口・経済・教育>					
人口 (百万人)	5.0	7.4	27.9	3.2	34.6
人口増加率(1980-1995)	3.1	2.2	1.9	0.6	1.4
GNP 一人当たり(US\$)	1580	770	2970	4660	8110
識字率(%) 男性/女性	94/91	91/76	83/83	97/98	96/96
<保健>					
乳児死亡率 (対 1000 出生)	28	66	51	19	24
5 歳未満児死亡率(対 1000)	34	105	60	21	27
低体重児出生率 (%)	5	12	11	8	7
麻疹の予防接種率(0-12ヶ月: %)	75	80	88	80	76
栄養不良児:低体重(0-4 歳: %)	5	17	8*	9*	-
発育阻害率(0-4 歳: %)	17	28	16*	16*	-
甲状腺種の罹患率(6-11 歳: %)	49	21	14*	-	8
平均余命	71	60	67	73	73
合計特殊出生率	4.1	4.6	2.8	2.3	2.7
避妊法の普及率(%)	48	45	66*	-	74*
保健従事者の出産介助率(%)	66	47	81	96*	97
妊産婦の死亡率(対 10 万人)**	160	650	220	85	100
安全な飲料水の普及率(都市/農村: %)	70/10	87/36	85/69	85/5*	77/29
適切な衛生施設普及率(都市/農村: %)	65/14	72/32	55/4	60/65*	73/37
保健サービスの普及率(都市/農村: %)	90/38*	77/52	--	82(全国)	80/21
<保健人材>					
人口 1 万に対する医師数	7.5	3.4	13.1	35.6	26.8
人口 1 万に対する正看護婦数	0.9	1.7	4.2	6.8	5.4

*情報が標準的な定義ではないものか、国内の一部の地域のもの。

**1990年の情報。他は全て1995年のもの。

出典：ユニセフ「世界子供白書 1997」、保健人材については OPS「Indicadores Basicos 1977」

南部3県とカアサバの基礎情報

	イタプア	ミシオネス	ネアンプク	カアサバ
人口	442,988	97,954	86,470	140,696
面積 Km ²	16,525	9,556	12,147	9,496
都市部人口率	29.3%	49.6%	45%	12.9%
1992				
人口増加率	3.69%	1.4%	-0.08%	1.68%
1982-1992				
合計特殊出生率	5.12	4.64	3.9	5.67
乳児死亡率	42.5	42.8	35.3	42.2
1990-1995、出生 1000				
妊産婦死亡率	125	147	28	131.3
出生 100,000				
分娩介助率	?	87.2%	65.8%	26.7%
安全な水の供給	10.4	23%	6%	7%
衛生設備普及度	50	30%	3.4%	27%

出典：

人口から乳児死亡率 Paraguay, Principales Indicadores Socio-Demograficos y Economicos por Departamento, DGEEC 1996

妊産婦死亡率以下 Matas Regionales Para Alcanzar La Salud de Todos en el Año 2000 a Traves de la Estrategia de Atencion Primeria de la Salud, MSPyBS/OPS, 1994

厚生省の妊婦検診カード

CLAP - OPS / OPS - HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE - ESTABLEC.										N° H. C.									
NOMBRE _____										EDAD años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
DOMICILIO _____										ESTADO CIVIL: casado, estable, soltera, o/a									
LOCALIDAD _____ TEL. _____										menor de 15 <input type="checkbox"/> mayor de 15 <input type="checkbox"/>									
ANTECEDENTES FAMILIARES		PERSONALES				OBSTETRICOS				OTROS									
diabetes <input type="checkbox"/>		diabetes <input type="checkbox"/>				abortos <input type="checkbox"/>				nacidos vivos <input type="checkbox"/>									
TBC pulmonar <input type="checkbox"/>		hipertensión crónica <input type="checkbox"/>				partos <input type="checkbox"/>				nacidos muertos <input type="checkbox"/>									
hipertensión <input type="checkbox"/>		cirugía pélvico-uterina <input type="checkbox"/>				cesáreas <input type="checkbox"/>				muertos 1° sem. <input type="checkbox"/>									
gemelares <input type="checkbox"/>		infertilidad <input type="checkbox"/>				ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/>				muertos 2° sem. <input type="checkbox"/>									
otras <input type="checkbox"/>		otras <input type="checkbox"/>				algún RN menor de 2500g <input type="checkbox"/>				después 1° sem. <input type="checkbox"/>									
						gemelares <input type="checkbox"/>				RN con mayor peso <input type="checkbox"/>									
EMBARAZO ACTUAL										OTROS									
PESO ANTERIOR <input type="text"/> kg										GRUPO Rh <input type="checkbox"/>									
TALLA (cm) <input type="text"/>										FUMAR <input type="checkbox"/>									
EX. CLINICO normal <input type="checkbox"/>										HOSPITALIZACION no <input type="checkbox"/>									
EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/>										TRASLADO no <input type="checkbox"/>									
EX. ODONT. normal <input type="checkbox"/>										lugar: _____									
PELVIS normal <input type="checkbox"/>										VORL - <input type="checkbox"/>									
PAPANIC. normal <input type="checkbox"/>										+ <input type="checkbox"/>									
COSPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/>										CERVIX normal <input type="checkbox"/>									
fecha de la consulta 1/ / 2/ / 3/ / 4/ / 5/ / 6/ / 7/ / 8/ / 9/ /																			
semanas de amenorrea																			
peso (kg)																			
tensión arterial máxima (mm Hg)																			
sit. uterina / present. / puls. fondo / F.C.P. / (actividad)																			
ABORTO										INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION									
EDAD GEST. <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>									
PRES. cel. <input type="checkbox"/>										amb. múltiple <input type="checkbox"/>									
TAMAÑO FETAL <input type="checkbox"/>										hipert. previa <input type="checkbox"/>									
INICIO esp. <input type="checkbox"/>										preclampsia <input type="checkbox"/>									
MEMB. int. <input type="checkbox"/>										eclampsia <input type="checkbox"/>									
TERMINACION espont. <input type="checkbox"/>										cardiopatía <input type="checkbox"/>									
forpape <input type="checkbox"/>										diabetes <input type="checkbox"/>									
cesárea <input type="checkbox"/>										infecc. urinaria <input type="checkbox"/>									
otra <input type="checkbox"/>										anemia clónica <input type="checkbox"/>									
hora <input type="text"/>										rot. pos. memb. <input type="checkbox"/>									
min. <input type="text"/>										infecc. puerp. <input type="checkbox"/>									
dia <input type="text"/>										hem. puerp. <input type="checkbox"/>									
mes <input type="text"/>										otras <input type="checkbox"/>									
año <input type="text"/>																			
PARTO										PATOLOGIAS									
MUERTE intraut. <input type="checkbox"/>										paracetosis <input type="checkbox"/>									
si <input type="checkbox"/>										R.C.I.U. <input type="checkbox"/>									
no <input type="checkbox"/>										amen. parto prem. <input type="checkbox"/>									
EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/>										desprop. cel. pelv. <input type="checkbox"/>									
si <input type="checkbox"/>										hemorragia 1° ltrm. <input type="checkbox"/>									
no <input type="checkbox"/>										hemorragia 2° ltrm. <input type="checkbox"/>									
ALUMB. espont. <input type="checkbox"/>										hemorragia 3° ltrm. <input type="checkbox"/>									
si <input type="checkbox"/>																			
no <input type="checkbox"/>																			
DESGARROS <input type="checkbox"/>																			
si <input type="checkbox"/>																			
no <input type="checkbox"/>																			
PLACENTA compl. <input type="checkbox"/>																			
si <input type="checkbox"/>																			
no <input type="checkbox"/>																			
RECEN NACIDO																			
N° H. C. RN <input type="text"/>																			
PARTO <input type="checkbox"/>																			
NEONATO <input type="checkbox"/>																			
SEXO										EXAMEN FISICO									
masculino <input type="checkbox"/>										ninguna <input type="checkbox"/>									
femenino <input type="checkbox"/>										otras SOR <input type="checkbox"/>									
PESO AL NACER <input type="text"/>										infecciones <input type="checkbox"/>									
TALLA <input type="text"/>										otras <input type="checkbox"/>									
EDAD POR EX. FISICO <input type="text"/>										ALUM. CONJUNTO <input type="checkbox"/>									
PESO E.G. <input type="text"/>										HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/>									
APGAR 1º <input type="text"/>																			
APGAR 5º <input type="text"/>																			
REANIM. RESPIR. <input type="checkbox"/>																			
VORL <input type="checkbox"/>																			
EXAMEN FISICO normal <input type="checkbox"/>																			
anormal <input type="checkbox"/>																			
PATOLOGIAS <input type="checkbox"/>																			
EGHSD EN: hora <input type="text"/>																			
dia <input type="text"/>																			
mes <input type="text"/>																			
sano <input type="checkbox"/>																			
tratado <input type="checkbox"/>																			
con patol. <input type="checkbox"/>																			
fallece <input type="checkbox"/>																			
ALIMENTO pecho <input type="checkbox"/>																			
mixto <input type="checkbox"/>																			
artificial <input type="checkbox"/>																			
PESO AL EGRESO <input type="text"/>																			
FECHA DE PARTO <input type="text"/>																			
sano <input type="checkbox"/>																			
tratado <input type="checkbox"/>																			
con patol. <input type="checkbox"/>																			
fallece <input type="checkbox"/>																			
ANTICONCEPCION condon <input type="checkbox"/>																			
ninguna <input type="checkbox"/>																			
referida <input type="checkbox"/>																			
ligadura <input type="checkbox"/>																			
tubercia <input type="checkbox"/>																			
otro <input type="checkbox"/>																			

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se ubica en la gráfica correspondiente un punto en su intersección con el valor obtenido





PODER LEGISLATIVO

LEY No. 1032

QUE CREA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

EL CONGRESO DE LA NACION PARAGUAYA SANCIONA CON FUERZA DE LEY

**CAPITULO I
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Artículo 1o.- Créase el Sistema Nacional de Salud, en adelante "el Sistema", en cumplimiento de una política nacional que posibilite la plena vigencia del derecho a la salud de toda la población.

Artículo 2o.- El Sistema tiene el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el Sector Salud, y a través del mismo se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de la enfermedad de individuos y comunidades, dentro del territorio de la República.

Artículo 3o.- El Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo.

Artículo 4o.- El Sistema operará mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes.

Artículo 5o.- El Sistema tendrá como pilar básico, el concepto científico de atención integral de la salud, que armoniza como un todo, las funciones de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo, y lo incorpora como estrategia capaz de controlar las causas bio-socio-económicas y culturales de la enfermedad.

Artículo 6o.- El Estado es responsable de mantener la igualdad de los deberes y derechos de los ciudadanos para lo cual desarrolla el Sistema, como ente integrador y regulador de las instituciones y servicios con el fin de establecer una cobertura integral de la salud, que dé a todos los individuos la posibilidad del pleno acceso a los recursos del mismo.

**CAPITULO II
DE LA ORGANIZACION DEL SISTEMA**

Artículo 7o.- Serán incorporadas al Sistema, a más de lo establecido en el Artículo 4o. de la presente Ley, otras nuevas formas de prestaciones de servicios de salud creadas o a crearse, para lo cual deberán estar acreditadas, según las normas vigentes.

Artículo 8o.- El Sistema da plena vigencia al derecho a la salud mediante, la extensión de cobertura, facilitando la accesibilidad, eficiencia y calidad, sin discriminación para lo cual implementa:

- a) La coordinación de todas las acciones de los organismos y servicios del Sector Salud, con las otras áreas y sectores del gobierno y fuera de él;



PODER LEGISLATIVO

Hoja No. 2/9

LEY No. 1032

b) Un sistema de atención médica que garantiza equidad, eficiencia y eficacia, y que optimice el uso de los recursos disponibles;

e) Asistencia técnica a institutos y servicios de salud públicos, privados o mixtos y de las universidades, así como de seguros de salud públicos, privados o mixtos para el diseño de organización y funcionamiento de los recursos de salud en sistemas abiertos, teniendo como mecanismo administrativo básico, la descentralización de funciones y responsabilidades a través de redes regionales y locales, con el fin de garantizar la accesibilidad, la coordinación y la complementación de los servicios.

La asistencia técnica se regirá por un reglamento elaborado por el Comité Ejecutivo del Sistema y se hará a solicitud de las instituciones del sector;

d) La redefinición de rol del Hospital Público para la atención médica integral, docencia e investigación en salud que le son propias.

Los programas y normas serán elaborados por el área técnica respectiva del Sistema, y debidamente aprobados para su vigencia en los niveles de complejidad adecuados de servicios;

e) Mecanismos de incorporación de las instituciones del sector salud, a la red del Sistema, para la acreditación de acuerdo a las normas técnicas administrativas y operativas que se establezcan según el nivel de complejidad que le corresponda;

f) Estrategias y programas de atención primaria de la salud, como base fundamental de extensión de cobertura a toda la población urbana y rural;

g) Mecanismos de desarrollo y fortalecimiento de Sistema Locales de Salud (SILOS), mediante la reglamentación e implementación de una descentralización financiera y operacional eficiente y conveniente para el país; y,

h) La institucionalización del método de Control Total de Calidad (C.T.C.) en todos los servicios del Sistema.

Artículo 9o.- El Sistema debe erradicar, evitar o disminuir los riesgos de enfermar y morir, mediante acciones sanitarias sostenidas y concertadas, entre instituciones sectoriales, extrasectoriales, gubernamentales y no gubernamentales, preferentemente dirigidas a poblaciones de mayor pobreza estructural y a aquellas de máximo riesgo, todo esto mediante:

a) Promoción y estímulo a la investigación socio-epidemiológica con el fin de conocer el estado de salud de la población, las necesidades insatisfechas y la demanda oculta de atención médica y sanitaria;

b) Campañas nacionales destinadas a prevenir, controlar o erradicar enfermedades endémicas y epidémicas con trascendencia social;

c) Programas de protección y prevención de riesgos dirigidos a los grupos vulnerables;

d) Estimulo y desarrollo de la investigación y producción de agentes biológicos y farmacológicos destinados a prevenir y tratar patologías prevalentes; y,



PODER LEGISLATIVO

Hoja No. 3/9

L E Y No. 1032

e) Coordinación y participación con otras instituciones en las tareas de conservación y mejoramiento del ambiente, programas de saneamiento y equilibrio ecológico tendientes a mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población.

Artículo 10.- El Sistema debe redefinir y orientar el rol del subsistema de salud dependiente del Estado, para que cumpla función rectora y protagónica en el marco político global bajo la conducción del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ejerciendo eficientemente las funciones que le competen. Para ello las acciones básicas a implementar son:

a) Adecuar la estructura del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social apuntalándolo para desarrollar las estrategias del Sistema, y garantizar acciones sanitarias efectivas a todos los habitantes de la República;

b) Promover la articulación intra y extrasectorial, movilizar recursos nacionales e internacionales, implementar la planificación estratégica en normatización, en fiscalización y conducción superior;

c) Contratar, vender, adquirir, transferir, trasladar, concertar, complementar servicios y recursos físicos, financieros, de equipos y materiales necesarios para obtener resultados eficaces y eficientes de las acciones en salud a menores costos, en el más corto plazo y sin duplicar los esfuerzos del Sistema en ninguno de los sub-sistemas operantes;

d) Desarrollar un sistema de información para el adecuado proceso de decisiones, para el monitoreo, supervisión y control de las acciones políticas, de planes y programas administrativos y operativos que se realizan;

e) Adecuar el proceso de desarrollo de los recursos humanos a la realidad sanitaria nacional, regional y local, mediante la formación, capacitación, calificación y cuantificación de los diferentes integrantes del equipo de salud que el país necesita para alcanzar los grandes objetivos de cobertura del Sistema;

f) Optimizar el uso de los recursos financieros disponibles, sistematizando los mismos en todos los organismos integrados o adscriptos, asegurando la agilidad y transparencia en el manejo de los fondos;

g) Promover el desarrollo y utilización de tecnologías apropiadas a la realidad del medio, a la calidad de la atención médica y sanitaria definida como necesaria y evitar la distorsión del gasto en atención médica;

h) Implementar mecanismos adecuados de autorización, registro, normatización, control epidemiológico y de vigilancia y fiscalización de drogas, medicamentos y alimentos, con el fin de proteger la salud de la población;

i) Fomentar el desarrollo científico, técnico y de investigación de todo lo relacionado a la atención integral de la salud; y,

j) Consolidar la participación en el accionar sanitario de los actores del Sistema a través de los Consejos: nacionales, regionales y locales así como en la propuesta y elaboración de planes y programas estratégicos.



PODER LEGISLATIVO

Hoja No. 4/9

L E Y No. 1032

Artículo 11.- Las organizaciones de salud dependiente de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional tendrán a su cargo funciones y programas en áreas específicas definidas por el Comité Ejecutivo del Sistema, excepto las que le encomiende el mismo, ante situaciones especiales.

Artículo 12.- El Sistema impulsará el proceso de la descentralización de los servicios público por niveles de complejidad, mediante mecanismos de convenios, contratos y complementación de instituciones y recursos, concertación de planes y programas con los municipios y gobiernos departamentales.

CAPITULO III DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA

Artículo 13.- Las instituciones del Sector Salud como componentes del Sistema se estructuran bajo dos formas o regímenes legales: las integradas o incorporadas y las adscriptas o coordinadas.

Artículo 14.- Son entidades integradas o incorporadas:

a) Las entidades de derecho público actuales y las que se creen en el futuro cuya función primordial consiste en prestar servicio de salud a la comunidad;

b) Las dependencias que presten dichos servicios y que pertenezcan a entidades de derecho público cuyo objetivo principal no es la prestación de servicios de salud; y,

c) Todas las entidades que figuren como componentes del Sistema en los cuales, para desarrollar sus actividades de salud, se utilicen muebles, instalaciones, equipos, personal o financiación suministrados en su mayor parte por el Estado (más del 50%) o por alguna entidad de derecho público.

Artículo 15.- Las entidades integradas o incorporadas al Sistema son aquellas que:

a) Dependen administrativamente de los organismos de dirección del Sistema;

b) Cuyos planes y programas son elaborados y desarrollados en forma articulada a los nacionales, regionales y locales de salud;

c) Cuyas actividades deben someterse a las disposiciones que regulen los subsistemas nacionales de planificación, información, inversiones, suministros, investigación y del personal; y,

d) Deben participar en el desarrollo de los planes de capacitación y formación de personal que requiera el Sistema.

Artículo 16.- Son entidades adscriptas o coordinadas: las entidades de derecho privado que presten servicios de salud a la comunidad, tengan o no fines de lucro.

Artículo 17.- Las entidades sin fines de lucro deben:

a) Informar de sus planes y programas, al organismo competente de la dirección del Sistema;

b) Suministrar la información en materia de salud y las que les sean solicitadas por los organismos del Sistema;

[Handwritten signatures and initials]



PODER LEGISLATIVO

Hoja No. 5/9

L E Y No. 1032

c) Informar al organismo competente del Sistema, para la importación de productos, instrumentales y equipos de salud; y,

d) Vincular su personal a las normas técnicas del Sistema.

Artículo 18.- Las entidades con fines de lucro adscriptas o coordinadas la sistema deben:

a) Tener vigente la acreditación y habilitación para el funcionamiento;

b) Presentar al organismo respectivo de dirección del Sistema los proyectos de construcción, ampliación y remodelación de las instalaciones destinadas a prestar servicios de salud, para facilitar la coordinación con otras entidades del Sistema y no duplicar recursos;

c) Cumplir las disposiciones del subsistema público nacional de información y de normas aprobadas por el Ministerio de Salud, para la prestación de los servicios de salud;

d) Cumplir con los acuerdos y normas establecidos por el Sistema Nacional de Salud dentro de la política nacional de salud; y,

e) Cumplir con la atención de: diagnóstico, tratamiento médico y de rehabilitación a individuos que le soliciten de cualquier subsistema, regulando sus acciones, mediante normas, acuerdos y convenios establecidos por el Sistema.

CAPITULO IV DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Artículo 19.- El Consejo Nacional de Salud es un organismo de coordinación, consenso y participación inter-institucional del sector público y privado de la salud.

Artículo 20.- El Consejo Nacional de Salud fija su domicilio en la Capital de la República del Paraguay.

Artículo 21.- El Consejo Nacional de Salud está integrado por un representante de las siguientes Instituciones:

- Ministerio de Salud Pública y bienestar Social.
- Ministerio de Hacienda.
- Ministerio de Educación y Culto.
- Comisión de Salud Pública de la H. Cámara de Diputados.
- Comisión de Salud de la H. Cámara de Senadores.
- Secretaría Técnica de Planificación.
- Facultad de Ciencias Médicas.
- Facultad de Odontología.
- Facultad de Enfermería.
- Facultad de Ciencias Químicas.
- Instituto de Previsión Social.
- Asociación de Sanatorios y Hospitales Privados.
- Consejo de Gobernadores.
- Organización Paraguaya de Cooperación Intermunicipal.
- Asociación de Juntas Departamentales.
- Circulo Paraguayo de Médicos.
- Circulo de Odontólogos del Paraguay.

JA X



PODER LEGISLATIVO

Hoja No. 6/9

L E Y No. 1032

- Federación de Químicos del Paraguay.
- Asociación Nacional de Enfermeras.
- Centrales Sindicales.
- Centrales Patronales.
- Trabajadores de la Salud.
- Corposana.
- Senasa.
- Sanidad Militar.
- Sanidad Policial.
- Organizaciones no Gubernamentales.
- Organizaciones Campesinas a Nivel Nacional.

Artículo 22.- El Consejo Nacional de Salud está constituido por la reunión general de todos los representantes del mismo que se reúnen en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria las veces que sea necesaria.

La mesa directiva está integrada por el Presidente que será ejercido por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, el Vice-Presidente y tres vocales que serán designados en la primera reunión general. Se reunirá cada quince días, en forma ordinaria, pudiendo reunirse en forma extraordinaria las veces que sea necesaria.

DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD

Artículo 23.- El Consejo Regional de Salud está constituido por la reunión general de los representantes de las diferentes instituciones relacionadas al sector. El Consejo se reunirá en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria, las veces que sea necesaria. La mesa directiva estará integrada por el presidente, que será ejercido por la Secretaría de Salud de la Gobernación, el Vice-Presidente y tres vocales designados en la primera reunión general y se reunirá por lo menos cada quince días.

Todas aquellas instituciones que tengan interés en incorporarse al Consejo, deberán solicitarlo por escrito, a la mesa directiva y en el mismo debe de mostrar su relación con el sector salud. La mesa directiva debe responder en un plazo no mayor a quince días; si no hubiere respuesta dentro de este plazo aquella institución se incorporará automáticamente.

DEL CONSEJO LOCAL DE SALUD

Artículo 24.- El Consejo Local de Salud está constituido por la reunión general de los representantes de las diferentes instituciones relacionadas al sector. El Consejo se reunirá en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria las veces que sea necesaria. La mesa directiva estará integrada por el presidente, que será ejercido por la Dirección de Higiene y Salubridad de la Municipalidad, el Vice-Presidente y tres miembros electos en la primera reunión general y se reunirá por lo menos cada quince días.

Todas aquellas instituciones que tengan interés en incorporarse al Consejo, deberá solicitarlo por escrito, a la mesa directiva y en el mismo debe de mostrar su relación con el sector salud. La mesa directiva debe responder en un plazo no mayor a quince días; si no hubiere respuesta dentro de este plazo aquella institución se incorporará automáticamente.



PODER LEGISLATIVO

Hoja No. 7/9

LEY No. 1032

CAPITULO V DE LOS FINES DE LOS CONSEJOS

Artículo 25.- Los Consejos tiene como objetivos:

- a) Impulsar el Sistema Nacional de Salud, mediante la concertación y coordinación interinstitucional de planes, programas y proyectos de interés nacional, regional y local, en directa relación con las prioridades detectadas en las diversas áreas de acción sanitaria, y asegurar a toda la población la atención integral y solidaria en calidad y equidad;
- b) Participar en la formulación de los lineamientos de la política y estrategia nacional, regional y local de salud, acorde con la política nacional de desarrollo;
- c) Evaluar periódicamente la aplicación de la política y estrategia nacional, regional y local de salud y formular las recomendaciones pertinentes al Comité Ejecutivo;
- d) Realizar, en niveles e instancias pertinentes, propuestas para que los demás sectores del país adecuen sus actividades a la política y estrategia Nacional de Salud y Bienestar Social; y,
- e) Considerar y fiscalizar el cumplimiento del plan nacional de salud y su ejecución presupuestaria.

Artículo 26.- El funcionamiento de los Consejos, en los tres niveles de su organización, se ajustará a procedimientos que precautelen la activa participación de los representantes de instituciones u organismos que la integran, propendiendo a la sistematización de los mismos a través del registro de las actuaciones realizadas y total transparencia en el sistema de información hacia dentro y fuera de la organización.

CAPITULO VI DEL COMITÉ EJECUTIVO

Artículo 27.- El Comité Ejecutivo es un organismo dependiente del Consejo Nacional de Salud y tiene la responsabilidad de conducir, orientar, decidir, normatizar y controlar el funcionamiento del Sistema, implementar el Plan Nacional de Salud y su presupuesto correspondiente.

Artículo 28.- Está integrado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, quien lo preside, y podrá delegarlo al Vice-Ministro, el Presidente del Instituto de Previsión Social, un representante de la Secretaría Técnica de Planificación, un representante del Ministerio de Hacienda, un representante de las instituciones médicas privadas, un representante de las gobernaciones, un representante de los municipios y un representante del gremio médico.

Artículo 29.- Asistirá al Comité Ejecutivo Nacional un gabinete técnico asesor, propuesto por el Comité Ejecutivo Nacional, y nombrado por el Consejo Nacional de Salud e integrado por expertos en diversas áreas del Sector Salud y será su función dar asesoramiento técnico.

Artículo 30.- El Comité Ejecutivo informará al Consejo Nacional de Salud sobre la ejecución del Plan Nacional de Salud, de su presupuesto, de sus logros y las dificultades en su desarrollo, cada dos meses.

CAPITULO VII DE LAS DIRECCIONES EJECUTIVAS DEL SISTEMA

Artículo 31.- El Comité Ejecutivo organizará una dirección médica nacional, otra del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Artículo 32.- Los Directores Generales serán nombrados por el Consejo Nacional de Salud en base a ternas presentadas por el Comité Ejecutivo Nacional, en base a concurso de méritos y aptitudes. El



PODER LEGISLATIVO

Hoja No. 8/9

LEY No. 1032

Artículo 33.- La Dirección Médica Nacional es el organismo técnico de normatización y gerenciamiento del Sistema de Servicios. El Fondo Nacional de Salud será el órgano encargado de desarrollar la política de financiamiento del sector y la organización y administración del seguro médico nacional. La superintendencia de salud tendrá a su cargo la acreditación y el control de la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema.

CAPITULO VIII DE LOS COMITES EJECUTIVOS REGIONALES Y LOCALES

Artículo 34.- En las regiones y distritos se organizarán los Comités Ejecutivos Regionales y locales respectivamente y representaran el primer nivel de coordinación y concertación de todos los subsistemas.

Artículo 35.- Serán responsabilidades de los Comités Ejecutivos Regionales y locales, el monitoreo y la evaluación de la ejecución del plan nacional de salud, en sus respectivos niveles.

Artículo 36.- El Comité Ejecutivo Regional está integrado por la dirección de la Región Sanitaria quien lo preside, la Secretaría de Salud de la Gobernación, un representante del gremio médico regional y un representante de los servicios médicos privados y un representante de los usuarios, cuya representación será reglamentada por el Comité Regional de Salud.

Artículo 37.- El Comité Ejecutivo Local está integrado por el Director del Centro de Salud quien lo preside, la Dirección de Higiene y Salubridad de la Municipalidad, un representante de las Comisiones de Fomento Urbano electo por sus pares, un representante del Consejo Local de Salud y un representante del gremio médico local.

CAPITULO IX DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

Artículo 38.- El Plan Nacional de Salud es la expresión de la política gubernamental en materia de salud, por lo cual es parte del plan nacional de desarrollo económico y social.

Artículo 39.- El Plan Nacional de Salud deberá incorporar a través de la coordinación y concertación del Consejo Nacional de Salud, los aportes de los diferentes componentes del sector del nivel nacional.

CAPITULO X DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA

Artículo 40.- El Fondo Nacional de Salud, es la Dirección Ejecutiva Financiera encargada de desarrollar la política del financiamiento del Sistema, previa aprobación del Consejo Nacional de Salud.

Artículo 41.- El financiamiento del Sistema se basa en los recursos presupuestarios establecidos para cada sub-sistema o entidad que lo integra.

Artículo 42.- El Comité Ejecutivo del Sistema deberá reglamentar la definición del Sistema de financiamiento intrasectorial público, el cual deberá incluir:

- a) El presupuesto intrasectorial, los mecanismos de transferencia de recursos a las regiones, establecimientos del sub-sector público y a los profesionales proveedores de servicios al sector;
- b) La definición de los mecanismos de pagos a los ofertores de servicios, establecimientos o profesionales;
- c) Normas sobre los mecanismos de compras de bienes y servicios; y,
- d) Las políticas sectoriales en lo referente a recuperación de costos.

V // | X



PODER LEGISLATIVO

Hoja No. 9/9

L E Y No. 1032

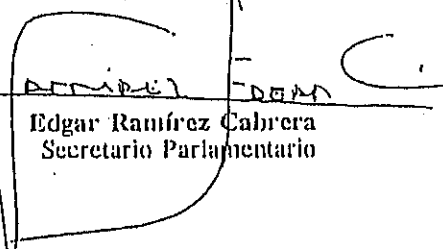
**CAPITULO XI
DISPOSICIONES TRANSITORIAS**


Artículo 43.- El Comité Ejecutivo del Sistema establecerá los niveles de atención del sub-sector público, en base a la descentralización administrativa, operativa y ejecutiva.

Artículo 44.- El Seguro Médico Nacional, será creado por Ley.

Artículo 45.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobada por la H. Cámara de Diputados el veintidós de agosto del año un mil novecientos noventa y seis y por la H. Cámara de Senadores, sancionándose la Ley, el veintisiete de noviembre del año un mil novecientos noventa y seis, de conformidad a los Artículos 206 y 211 de la Constitución Nacional.


Edgar Ramírez Cabrera
Secretario Parlamentario

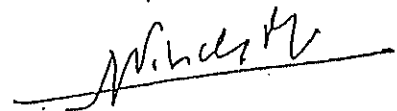

Atilio Martínez Casado
Presidente
H. Cámara de Diputados

Asunción, 30 de *diciembre* de 1996

Téngase por Ley de la República, publíquese e insértese en el Registro Oficial.

El Presidente de la República


Juan Carlos Wasmosy


Andrés Vidovich Morales
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

厚生省予算 1997年

		割合
全体の予算	297,791,832,320	100.0%
県衛生事務所の予算	102,530,206,000	34.4%
PRIMERA REGION SANITARIA	5,796,345,500	
SEGUNDA REGION SANITARIA	5,984,093,000	
TERCERA REGION SANITARIA	7,146,126,600	
CUARTA REGION SANITARIA	5,947,791,200	
QUINTA REGION SANITARIA	6,363,332,700	
SEXTA REGION SANITARIA	4,236,208,000	
SETIMA REGION SANITARIA	8,645,554,200	
OCTAVA REGION SANITARIA	4,442,819,600	
NOVENA REGION SANITARIA	5,301,126,600	
DECIMA REGION SANITARIA	8,598,386,800	
UNDECIMA REGION SANITARIA	10,117,894,800	
DUODECIMA REGION SANITARIA	4,195,696,900	
DECIMOTERCERA REGION SANITARIA	3,743,057,400	
DECIMOCUARTA REGION SANITARIA	2,976,735,000	
DECIMOQUINTA REGION SANITARIA	4,262,416,000	
DECIMOSEXTA REGION SANITARIA	10,002,135,500	
DECIMOSETIMA REGION SANITARIA	2,470,290,300	
DECIMOCTAVA REGION SANITARIA	2,300,195,900	
病院、その他の機関の予算	84,013,437,700	28.2%
CENTRO MEDICO NACIONAL	34,139,326,000	
CENTRO DE REABILITACION Y REINTEGRACION SOCIAL	750,000,000	
HOSP. BARRIO OBRERO	5,029,874,500	
HOSP. BARRIO SAN PABLO	4,503,577,700	
HOSP. DE LOS PRIMEROS AUXILIOS	7,890,253,100	
HOSP. LOMA PYTA	2,430,397,600	
HOSP. MATERNO INFANTIL DE FERNANOO	1,211,850,000	
HOSP. MATERNO INFANTIL DE LAMBARE	1,171,860,000	
HOSP. MATERNO INFANTIL DE LIMPIO	1,061,860,000	
HOSP. MATERNO INFANTIL DE ROQUE ALONZO	1,086,860,000	
HOSP. MATERNO INFANTIL DE SAN LORENZO	1,211,860,000	
HOSP. TRINIDAD	4,353,656,400	
INST. DE MEDICINA TROPICAL	4,656,776,500	
INST. DEL CANCER Y DEL QUEMADO	7,189,939,000	
INST. NAC. DE ALIMENTACION Y NUTRICION	817,239,600	
INST. NAC. DE SALUD	955,792,300	
INST. NAC. NEFROLOGIA	1,452,221,600	
LABORATORIO CENTRAL	4,100,093,400	
対策に対する予算	111,248,188,620	37.4%
PROG. DE ASENTAMIENTOS RURALES	687,500,000	
PROG. DE ATENC. Y PREV. DEL ALCOHOL	145,800,000	
PROG. DE PASANTIA RURAL	1,671,866,600	
PROG. DE PREV. DEL ABUSO DEL ALCOHOL Y/O SUST	740,000,000	
PROG. NAC. DE CONTROL DE LEPRO	1,290,354,700	
PROG. NAC. DE LUCHA CONTRA EL DIABETE	952,000,000	
SALUD MATERNA Y DESARROLLO INF.	1,025,260,000	
SALUD MENTAL	220,230,000	
SALUD MENTAL P.J. CABALLERO	104,130,000	
ATENCION DE ENF. BRONCOPULMONARES	3,818,745,620	
CONSOLIDACION DE COLONIA	2,100,731,400	
CONST. Y RECONSTRUCCION DE SERV. DE SALUD	14,958,242,200	
DIREC. DE SALUD BUCA DENTAL	7,310,773,900	
DIRECCION GRAL. DE EPIDEMIOLOGIA	6,304,509,500	
SERV. NAC. DE EMERG. PREHOSPITALARIA	1,480,975,200	
SERV. NAC. DE ERRAD. DEL PALUDISMO (senepa)	18,608,020,000	
SERV. NAC. DE SANEAMIENTO AMBIENTAL (SENASA)	10,147,860,500	
ABAST. DE AGUA Y SANEAMIENTO AMB.	21,461,941,000	
ABAST. DE AGUA Y SANEAMIENTO AMBIEN	18,219,248,000	

出典：厚生省 管理・財政総局

厚生省保健医療施設 レベル毎の規定 (案)

機能	医療レベル	施設	施設の売渡 度のランク	対象人口	人材	薬品・衛生材料
健康の推進と病気の予防 一般的に多い病気の基礎的ケアと 助手レベルによる正常分娩	1. 第一次 (プライマリ)	Puesto de Salud	1	5,000人以下	3人 助手レベル (詳しくは 附人材-1)	附 薬品-1を参照
	2. 基礎的レベル	Centro de Salud	2	5,000~15,000人	17人 専門レベル 技術者レベル 助手レベル (詳しくは 附人材-2)	附 薬品-2を参照
健康の推進と病気の予防 外来と一般入院 技術的に基礎レベルの診断と治療	3. 中等レベル	Hospital Distrital	3	アスンシオンで は人口10万以上 15,000 ~ 40,000 人	33人 同上 (詳しくは附人材-3)	附 薬品-3を参照
	健康の推進と病気の予防 外来と4つの基礎的専門科目の入院 (小児科、産科、内科、外科) 技術的に中/基礎レベルの診断と 治療	Hospital Regional	4	150,000人以上	186人 同上 (詳しくは附人材-4)	附 薬品-4を参照
健康の推進と病気の予防 外来と4つの基礎的専門科目及びそ の他の優先科目の入院 技術的に中レベルの診断と治療	4. 専門的レベル	Hospital General	5	全国	1,300人 病院のサイズにより 50~300人	それぞれの専門で 必要とされるもの
		Hospital Especiali zado	6			

出典： Organization de los Servicios de Salud en el Macro de la Reforma Sectorial MSPy BS 1997

附 人材-1 (P/S)

1. Auxiliar de Obstetricia Rural (1)
2. Auxiliar de Enfermeria (1)
3. Personal de Servicio (1)

附 人材-2 (C/S)

1. Medico Director (1)
2. Medico General (1)
3. Licenciada en enfermeria (1)
4. Odontologo (1)
5. Aux. de obstetricia (3)
6. Aux. de enfermeria (3)
7. Estadigrafo (1)
8. Auxiliar Administrativo.(1)
9. Limpiadora (1)
10. Peon de patio (1)
11. Inspector de Saneamiento ambiental (1)
12. Chofer de ambulancia.(1)
13. Cocinera (1)

附 人材-3 (H/D)

1. Medico Director (1)
2. Medico Clinico o General (1)
3. Medico Pediatra (1)
4. Medico Gineco-obstetra (1)
5. Medico Cirujano (1)
6. Bioquimico (1)
7. Licenciada en enfermeria u obstetricia. (2)
8. Aux. de enfermeria y obstetricia (6)
9. Tecnico de laboratorio. (1)
10. Odontologo (1)
11. Aux. tecnico radiologia (1)
12. Aux. Odontologia (1)
13. Aux. farmacia (1)
14. Estadigrafo (1)
15. Tecnico Anestesista (1)

16. Tecnico Trafusionista (1)
17. Tecnico Radiologo (1)
18. Administrador (1)
19. Operador de computadora (1)
20. Limpiadora (2)
21. Chofer (1)
22. Radioperador (1)
23. Peon de patio (1)
24. Lavandera/planchadora (1)
25. Tecnico en saneamiento ambiental (1)
26. Educador en Salud (1)
27. Cocinera (1)

附 人材-4 (H/R)

1. Director: Especialista en Salud Publica. Adrnistrador Hospitalario. (1)
2. Jefe de Servicios Asistenciales. (1)
3. Sub Director Medico (1)
4. Jefe de Servicios Administrativos. (1)
5. Jefe de Selvicios de Enfermeria. (1)
6. Jefe de Dpto. Clinica medica. (1)
7. Jefe Dpto. de cirugia. (1)
8. Jefe Dpto. Ginecologia y obstetricia. (1)
9. Jefe Dpto. de Pediatria. (1)
10. Jefe de radiologia e imagenologia. (1)
11. Jefe de laboratorio clinico. (1)
12. Jefe de Banco de Sangre. (1)
13. Jefe de Cuidados Intermedios (1)
14. Jefe Central de Esterilizacion. (1)
15. Jefe de mantenimiento.(1)
16. Medico general, 6 horas, Clinica medica (4)
17. Medico pediatra 24 hs. (3)
18. Pediatria 6 hs. (4)
19. Pediatria 4 hs (2)
20. Gineco-obstetra 24 hs. (3)
21. Gineco-obstetra 4 hs. (2)
22. Gineco-obstetra 6 hs.(4)

23. Cirujano. 6 hs. (4)
24. Traumatologo. 4 hs. (2)
25. Radiologo medico. (1)
26. Medicos otras especialidades:
27. Oftalmologo (1)
28. Otorrino (1)
29. Dermatologo (1)
30. Cardiólogo (1)
31. Odonologo (2)
32. Medico pasante rural. (2)
33. Quimico farmaceutico. (1)
34. Bioquimico. (1)
35. Enfermera Graduada (4)
36. Obstetra graduada (4)
37. Enfermera de salud publica (1)
38. Trabajador social. (2)
39. Educador en Salud. (4)
40. Tecnico de Rayos X. (4)
41. Tecnico de Laboratorio. (2)
42. Tecnico de mantenimiento. (2)
43. Tecnico anestesista. (6)
44. Estadistico. (1)
45. Tecnico de estadistica. (1)
46. Secretaria (1)
47. Auxiliar de Enfermeria polivalente. (60)
48. Auxiliar de Laboratorio. (1)
49. Auxiliar de Estadística. (1)
50. Auxiliar Administrativo. (1)
51. Perceptor (6)
52. Recepcionista. (2)
53. Telefonista. (3)
54. Chofer. (3)
55. Mucama. (10)
56. Lavanderia. (2)
57. Cocinera. (1)
58. Ayudante de cocina. (1)
59. Camillero. (4)

60. Vigilante. (3)

61. Peon. (2)

附 藥品-1 (P/S)

Acido acetilsalicilico (c)

Alnoxilina (s)

Antiespasmodico (c)

Domperidona (c)

Domperidona (g)

Mebendazol (c)

Mebendazol (s)

Metronidazol (c)

Metronidazol (j)

Paracetamol (c)

Paracetamol (g)

Penicilna benzatina 1,200,000 (i)

Penicilina benzat. 2,400,000 (i)

Sulfametoazol + trimetroprim (c)

Sulfametoazol + trimetroprim (s)

Sulfato ferroso (c)

Multivitaminas (c)

Xilocaina

Venda cambay

Suero derehidratacion oral

Vacunas

Alcohol rectificado Algodon

Casa y gasa enyesada

Cinta adhesiva

Dg 6 (desinfectante)

Suero antiofidico

Agua oxigenada

Tintura de iodo

Agujas p/sintesis

Guantes

Hiro de algodón, nylon y catgut.

Jeringa descartable

附 薬品-2 (C/S)

A.A.S. (C)
Amoxicilina (C)
Amoxicilina (S)
Antiespasmodico (C)
Domperidona (C)
Domperidona (G)
Mebendazol (C)
Mebendazol (S)
Metronidazol (C)
Metronidazol (J)
Paracetamol (C)
Paracetamol (G)
Penicilina Benzatina 1,200,000 (I)
Penicilina Benzat. 2,400,000 (I)
Sulfanletozaxol+ Trimetroprim (C)
Sulfametozaxol + Trimetroprim (S)
Stilfato Ferroso (C)
Multivitaminas (C)
Cloranfenicol (C)
Cloranfenicol (I)
Maleato De Ergometria (C)
Maleato De Ergometria (I)
Ocitocina (I)
Stiero Antiofidico
Salbutamol Mg.
Salbutamol 4 Mg.
Cloranfenicol (Colirio)
Furosemida (I)
Hemocron (I)
Ketoconazol (C)
Alfametildopa (C)
Ampicilina (I)
Adreualina (I)
Alfa Metil Dopa (C0)
Amikacina (I)
Ampicilina (I)
Antiespasmodico (I)

Atropina (I)
Cefalexina 500 (C)
Dexametasona (I)
Gentamicina 20 Mg (I)
Gentamicina 400 Mg (I)
Nifedipina (C)
Penicilina Cristalina 10,000,000 (I)
Penicilina Cristalina 1,000,000 (I)
Venda Cambray
Suero De Rehidratacion Oral
Suero Glucosado 5%
Vacunas
Alcohol Rectificado
Algodon
Gasa
Cinta Adhesiva
Dg 6 (Desinfectante)
Suero Antiofidico
Agua Oxigenada
Tintura De Iodo
Agujas P/Sintesis
Guantes
Hilo De Algodon
Jeringa Descartables
Suero Fisiologico
Cateter Intravenoso
Equipo P/Venocclisis Macrogotero y
Microgotero.
Hilo Catgut Cromado
Hilo Catgut Simple
Perilla De Succion
Oxigeno
Hoja De Bisturi
Maripositas
Sonda Nasogastrica Sonda Foley

附 薬品-3 (H/D)

A.A.S. (C)

Amoxicilina (C)	Dexametasona (I)
Amoxicilina (S)	Gentamicina 20 Mg (I)
Antiespasmodico (C)	Gentamicina 400 Mg (I)
Domperidona (C)	Nifedipina (C)
Domperidona (G)	Penicilina Cristalina 10,000,000 (I)
Mebendazol (C)	Penicilina Cristalina 1,000,000 (I)
Mebendazol (S)	Venda Cambrey
Metronidazol (C)	Suero De Rehidratacion Oral
Metronidazol (J)	Vacunas, Alcohol Rectificado
Paracetamol (C)	Algodon, Gasa
Paracetamol (G)	Cinta Adhesiva
Penicilina Benzatina 1,200,000 (I)	Dg 6 (Desinfectante)
Penicilina Benzat. 2,400,000 (I)	Suero Antiofidico
Sulfametoazol + Trimetroprim (C)	Agua Oxigenada, Tintura de Iodo
Sulfametoazol + Trimetroprim (S)	Agujas P/Sintesis
Sulfato Ferroso (C)	Guantes Hilos De Algodon, nylon.
Multivitaminas (C)	Jeringa Descartables
Cloranfenicol (C)	Suero Fisiologico
Cloranfenicol (I)	Cateter Intravenoso
Maleato De Ergometria (C)	Equipo P/Senocllisis Macrogotero y
Maleato De Ergometria (I)	Microgotero.
Ocitocina (I)	Hilo Catgut Cromado
Suero Antiofidico	Hilo Catgut Simple
Salbutamol Mg.	Perilla De Succion
Salbutamol 4 Mg.	Oxigeno Hoja De Bisturi, Mariposita
Cloranfenicol (Colirio)	Sonda Nasogastrica
Furosemida (I)	Sonda Foley
Hemocron (I)	
Ketoconazol (C)	附 薬品-4 (H/R)
Alfametildopa (C)	A.A.S. (C)
Ampicilina (I)	Amoxicilina (C)
Adrenalina (I)	Amoxicilina (S)
Alfa Metil Dopa (C0)	Antiespasmodico (C)
Amikacina (I)	Domperidona (C)
Anpicilina (I)	Domperidona (C)
Antiespasmodico (I)	Mebendazol (C)
Atropina (I)	Mebendazol (S)
Cefalexina 500 (C)	Metronidazol (C)

Metronidazol (J)	Diazepan (I)
Paracetamol (C)	Enobarbital 0,010 Mg. (C)
Paracetamol (G)	Fenobarbital 100 Mg. (C)
Penicilina Benzatina 1,200,000 (I)	Lactato De Calcio
Penicilina Benzat. 2,400,000 (I)	Sulfato Fe Magnesio
Sulfametozaxol + Trimetroprim (C)	Venda Cambrai
Sulfametozaxol + Trimetroprim (S)	Suero De Rehidratacion Oral
Sulfato Ferroso (C)	Vacunas
Multivitaminas (C)	Alcohol Rectificado
Cloranfenicol (C)	Algodon
Cloranfenicol (I)	Gasa
Maleato De Ergometria (C)	Cinta Adhesiva.
Maleato De Ergometria (I)	DC 6 (Desinfectante)
Ocitocina (I)	Suero Antiofidico
Suero Antiofidico	Agua Oxigenada
Salbutamol Mg.	Tintura De Iodo
Salbutamol 4 Mg.	Agujas P/Sintesis
Cloranfenicol (Colirio)	Guantes
Furosemida (I)	Hilo De Algodon
Hemocron (I)	Jeringa Descartables
Ketoconazol (C)	Suero Fisiologico
Alfametildopa (C)	Cateter Intravenoso
Ampicilina (I)	Equipo P/Venocllisis Macrog.
Adrenalina (I)	Hilo Catgut Cromado
Alfa Metil Dopa (CO)	Hilo Catgut Simple
Amikacina (I)	Perilla De Succion
Ampicilina (I)	Oxigeno
Antiespasmodico (I)	Hoja De Bisturi
Atropina (I)	Mariposita
Cefalexina 500 (C)	
Dexametasona (I)	
Gentamicina 20 Mg (I)	
Gentatnicina 400 Mg (I)	
Nifedipina (C)	
Penicilina Cristalina 10,000,000 (I)	
Penicilina Cristalina 1,000,000 (I)	
Cefazolina (I)	
Cefotoxina (I)	

厚生省の人材分布

衛生行政区	人口(1996年)	%	医師	%	歯科医	%	生化学	%	大学卒 看護婦、 助産婦	%	助手 看護婦、 助産婦	%	技術者	%	事務員	%	全体の人材
1 Concepcion	183,280	3.7	32	12.6	6	2.4	3	1.2	14	5.5	114	45.1	26	10.3	63	24.9	253
2 San Pedro	323,608	6.5	22	8.5	2	0.8	1	0.4	6	2.3	146	56.2	34	13.1	51	19.6	260
3 Cordillera	215,565	4.3	63	19.4	9	2.8	2	0.6	24	7.4	164	50.5	49	15.1	14	4.3	325
4 Guaira	173,070	3.5	32	12.5	7	2.7	5	2.0	14	5.5	138	53.9	23	9.0	35	13.7	256
5 Caaguazu	435,461	8.8	42	15.1	4	1.4	7	2.5	16	5.7	162	58.1	19	6.8	29	10.4	279
6 Caazapa	140,696	2.8	11	6.6	3	1.8	0	0.0	5	3.0	104	62.3	8	4.8	35	21.0	167
7 Itapua	442,988	8.9	87	19.2	6	1.3	5	1.1	30	6.6	226	49.9	55	12.1	88	19.4	453
8 Misiones	97,954	2.0	25	12.1	6	2.9	6	2.9	10	4.9	111	53.9	23	11.2	65	31.6	206
9 Paraguari	247,674	5.0	49	17.5	14	5.0	7	2.5	18	6.4	167	59.6	9	3.2	36	12.9	280
10 Alto Parana	564,216	11.4	80	17.8	14	3.1	11	2.4	34	7.6	160	35.6	50	11.1	110	24.4	450
11 Central	1,124,583	22.7	81	11.3	51	7.1	14	1.9	68	9.5	270	37.6	9	1.3	128	17.8	719
12 Neembucu	86,470	1.7	17	10.7	2	1.3	1	0.6	5	3.1	94	59.1	16	10.1	30	18.9	159
13 Arambay	123,788	2.5	35	19.1	5	2.7	6	3.3	6	3.3	74	40.4	13	7.1	50	27.3	183
14 Canindeyu	128,985	2.6	16	12.1	1	0.8	1	0.8	5	3.8	69	52.3	12	9.1	36	27.3	132
15 Villa Hayes	74,990	1.5	25	16.2	4	2.6	2	1.3	5	3.2	15	9.7	24	15.6	28	18.2	154
16 Alto Paraguay	13,523	0.3	6	20.0	1	3.3	0	0.0	2	6.7	13	43.3	4	13.3	4	13.3	30
17 Boqueron	34,422	0.7	2	4.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	26	59.1	3	6.8	13	29.5	44
18 Capital	545,964	11.0	131	22.8	65	11.3	10	1.7	30	5.2	135	23.5	75	13.1	128	22.3	574
合計	4,957,237	100.0	756		200		81		292		2,188		452		943		4,924
病院																	
Cancer y Quemado			88	24.8	0	0.0	8	2.3	19	5.4	76	21.4	50	14.1	114	32.1	355
Cruz Roja			84	25.5	2	0.6	8	2.4	24	7.3	90	27.3	33	10.0	85	25.8	330
Barrio Obrero			95	28.1	11	3.3	12	3.6	27	8.0	81	24.0	18	5.3	94	27.8	338
M. Roque Alonso			20	39.2	4	7.8	0	0.0	5	9.8	11	21.6	3	5.9	8	15.7	51
Limpio			18	34.0	2	3.8	1	1.9	8	15.1	14	26.4	5	9.4	5	9.4	53
San Lorenzo			36	27.7	8	6.2	4	3.1	6	4.6	40	30.8	12	9.2	24	18.5	130
Loma Pyta			27	32.5	5	6.0	2	2.4	10	12.0	20	24.1	11	13.3	8	9.6	83
Fernando de la Mora			24	27.3	6	6.8	1	1.1	5	5.7	23	26.1	3	3.4	26	29.5	88
Lambare			34	54.8	2	3.2	0	0.0	1	1.6	0	0.0	0	0.0	25	40.3	62
Lacimet			52	14.5	0	0.0	58	16.2	14	3.9	47	13.1	73	20.3	115	32.0	359
Santisima Trinidad			48	31.6	8	5.3	1	0.7	7	4.6	35	23.0	16	10.5	37	24.3	152
Santa Isabel			9	13.8	1	1.5	2	3.1	3	4.6	14	21.5	2	3.1	34	52.3	65
Juan Max Boettner			29	14.2	1	0.5	5	2.5	10	4.9	44	21.6	12	5.9	103	50.5	204
Primeros Auxilios			70	19.9	2	0.6	8	2.3	14	4.0	94	26.7	44	12.5	120	34.1	352
San Pablo			99	29.7	11	3.3	2	0.6	13	3.9	77	23.1	35	10.5	96	28.8	333
Nacional			285	21.9	8	0.6	49	3.8	155	11.9	227	17.5	111	8.5	464	35.7	1,299
合計			1,018		71		161		321		893		428		1,358		4,254
Nivel Central			48	4.1	10	0.9	8	0.7	9	0.8	58	5.0	185	15.9	849	72.8	1,167
Senepa			18	2.1	4	0.5	4	0.5	2	0.2	5	0.6	535	62.7	285	33.4	853
Senasa			4	0.8	1	0.2	13	2.5	1	0.2	4	0.8	267	51.4	229	44.1	519
合計			70		15		25		12		67		987		1,363		2,539
総合計			1,844	15.7	286	2.4	267	2.3	625	5.3	3,148	26.9	1,867	15.9	3,664	31.3	11,717

注：出典の数値をそのまま用いたため、合計計算は合わない場合がある。

出典：MSPYBS R Sanitarias 1997, URS/USAID 04/95

国立保健院人材育成の実績 1989-1996
 コース、セミナー及びワークショップを通じた人材の養成と研修

コースの種類及び卒業生数

CURSOS DE AUX. DE ENF. Y OBSTETRICIA (看護産科助手コース)	450
CURSOS DE AUXILIARES DE ENFERMERIA (看護助手コース)	2,019
CURSOS DE TECNICOS EN ENFERMERIA (看護技術者コース)	136
CURSOS DE POST-GRADO EN SALUD PUBLICA (公衆衛生卒後コース)	97
CURSOS DE POST-GRADO EN EPIDEMIOLOGIA (疫学卒後コース)	146
CURSOS DE EDUCACION SANITARIA (保健教育コース)	84
CURSOS TECNICOS EN RADIOLOGIA (放射線技師コース)	237
CURSOS TECNICOS EN ANESTESIA (麻酔技師コース)	178
CURSOS TECNICOS EN HEMOTERAPIA (血液療法技師コース)	74
CURSOS DE BIOESTADISTICA (生物統計コース)	66
CURSOS DE MECANICO DENTAL (歯科技師コース)	767
CURSO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA (歯科助手コース)	120
CURSO DE TECNICO EN DIALISIS (透析技師コース)	29
CURSOS DE MASAJE TERAPEUTICO (マッサージ療法コース)	264
CURSO DE COSMETOLOGIA (美容術コース)	48
CURSOS DE IDONEO DE FARMACIA (薬剤師適正コース)	861

セミナーとワークショップの種類及び受講者数

CURSOS DE DESARROLLO GERENCIAL (管理者開発コース)	413
CURSO BASICO DESARROLLO DE REC. HUMANOS (公報基礎開発コース)	39
SEMINARIOS SOBRE DESENO CURRICULAR (カリキュラム設計セミナー)	40
CURSOS DE CAPACITACION PEDAGOGICA (METODOLOGIA DE ENSEÑANZA NO TRADICIONAL. EVALUACION DEL APRENDIZAJE. ARTICULACION DE AREAS DE CURRÍCULO)	
(教育研修コース--非伝統的教授法、習得度評価、カリキュラム分野の分化)	153
SEMINARIOS DE ALTA GERENCIA (上級管理者セミナー)	178
TALLERES SOBRE PROGRAMACION LOCAL (地域計画についてのワークショップ)	100
TALLERES SOBRE SISTEMA DE INFORMACION (情報システムについてのワークショップ)	60
SEMINARIOS SOBRE MANTENIMIENTO DE CALIDAD (品質維持についてのセミナー)	40
SEMINARIO - TALLER PARA INVESTIGADORES (研究者のためのセミナー ワークショップ)	2 ワークショップ 各 30
CURSO DE PROMOTORES VOLUNTARIOS DE SALUD (ボランティア保健プロモーターコース)	86

APOYO A CURSOS Y SEMINARIOS REALIZADOS POR LAS DIRECCIONES GENERALES DEL M.S.P. Y B.S. CON ENFASIS EN EL AREA SALUD FAMILIAR, BIENESTAR SOCIAL, Y EPIDEMIOLOGIA. (家族保健、福祉、疫学に焦点を当てて厚生省の各局が実施したコース及びセミナーへの援助)

総 計 : 卒業生 5,576 + 受講者 1,169 = 6,745

国立保健院の監督する看護助手コース (1997年) 民間

学 校 名	所 在 地
INSTITUTO DEL SABER	Cnel Bogado c/ Espana
MISION DE AMISTAD	Gral. Santos c/ Europa
MARIA AUXILIADORA (Loma Pyta)	Ruta trans-Chaco Km. 12/2
INSTITUTO GREGORIA M. DE SALDIVER	Mcal. Estgarribia Km 8 Fdo de la Mora
SANIDAD MILITAR	Don Bosco y gral. Diaz
SAGRADO CORAZON	Ruta 2t Tte. Martinez
FLORENCE NIGHINGALE	Ceferino Ruiz c/ Francisco d Figueroa (Zona Sur)
MARIA AUXILIADORA (NEMBY)	Pai-Nu (Nemby)
SAN IGNACIO DE LOYALA (PARAGUARI)	19 de enero c/ Ytororo
I. F. A. P. SITRAMIS	F. R. Moreno 1098 y Brasil
COLONISA UNIDAS (OBLIGADO)	Obligado Itapua
MINGA GUAZU	Minga GuazU Km. 16 (Surtidor)
INSTITUTO PRIVADO EN CIENCIAS DE LA SALUD	Cnel. Romero c/ J. Miranda
I. F. I. S.	Stma. Trinidad 3295
RICARDO ALMEIDA ROJAS	Montevideo 837 y Humalta
YALVE SANGA	Yalve Sanga (Chaco)
CENTRO DE SALUD LUQUE	Independencia y Digno Gonzalez

看護助手コース (1997年) 県衛生事務所管轄 (国立保健院監督)

学 校 名	所 在 地
CONCEPCION - 第1衛生区	Concepcion
CORDILLERA - 第3衛生区	Caacupe
GUAIRA - 第4衛生区	Villarica
CAAGUAZU - 第5衛生区	Oviedo
ITAPUA - 第7衛生区	Encarnacion
CENTRAL - 第9衛生区	San Lorenzo
ASUNCION - 第18衛生区	Asuncion
AMAMBY - 第13衛生区	Pedro J. Caballero

アスンシオン大学医学部カリキュラム

PRIMBR CURSO (1年目)

Anat. Descrip. y Topog. (解剖学)

Histologia, Embriol. Biol. y Genética (病理、生物学、遺伝)

Medic ma de la Comunidad (地域医療)

SF.CIUNDO CURSO (2年目)

Estadística y Demografía (統計と人口学)

Socioantropología (社会文化人類学)

Biofísica (生物学)

Bioquímica (生化学)

Fisiología (生理学)

TERCER CURSO (3年目)

Epidemiología y Ecología (疫学、生態学)

Fisiopatología (生体病理学)

Microbiología (微生物学)

Anatomía patológica (解剖病理)

CUARTO CURSO (4年目)

Farmacología (薬学)

Patología Quirúrgica I (外科病理)

Semología Médica (内科症候学)

Medicina por Imágenes (画像診断法)

Patología Médica I (内科病理 I)

Patología Médica II (内科病理 II)

QUINTO CURSO (5年目)

Clínica Médica (内科)

Neumología (脳神経学)

Toxicología (毒物学)

Clínica Quirúrgica (臨床外科)

Patología Quirúrgica II (外科病理 II)

Semiología Quirúrgica (外科)

Anatomía y Téc. Quirúrgica (解剖、外科技術)

Ortopedia y Traumatología (整形外科、外傷)

Medicina Legal y Ética Médica (医療倫理、法律)

SEXTO CURSO (6年目)

Salud Publ y Adm Hospitalaria (公衆衛生、病院管理)

Obstetricia (産科)

Pediatría (小児科)

Oftalmología (眼科)

Dermatología (皮膚科)

Urología (泌尿科)

Otorrinolaringología (耳鼻咽喉科)

Psicología y Psiquiatría (心理学、精神科)

Ginecología (婦人科)

看護技術者カリキュラム

	時間
<u>Primer Curso (1年目)</u>	
1. Area Científico Básico (基礎科学分野)	
Biología (生物学)	60
Microbiología y parasitología (微生物学及び寄生虫学)	36
Farmacología (薬学)	60
Nutrición y Dietética (栄養、食事)	46
Deontología (歯科)	40
Idioma Oficial (Castellano) (公用語)	40
2. Area Científico profesional (専門科目分野)	
Introducción en la Enfermería (看護学一般)	24
Tecnología en Enfermería (看護技術)	150
Enfermería Materno - Infantil I (母子看護 I)	60
Enfermería en Salud del Adulto I (成人保健看護 I)	140
Total Horas (合計時間数 1+2)	556
<u>Segundo Curso (2年目)</u>	
1. Area Científico Básico (基礎科学分野)	
Farmacología I (薬学 I)	120
Sicología (社会学)	40
Salud Pública (公衆衛生)	20
Administración (管理)	20
2. Area Científico Profesional (専門科目)	
Enfermería Materno - Infantil II (母子看護 II)	60
Enfermería en Salud del Adulto II (成人保健看護 II)	180
Enfermería en Salud Pública I (公衆衛生看護 I)	30
Total Horas (合計時間数 1+2)	370
<u>Tercer Curso (3年目)</u>	
1. Area Científico Básico (基礎科学)	
Epidemiología (疫学)	30
Realidad Nacional (全国の事情)	30
2. Area Científico Profesional (専門科目)	
Enfermería en Salud del Adulto II (成人保健看護 II)	40
Enfermería en Siquiatria y Salud Mental (精神医学、看護)	50
Administración en Servicio de Salud y Enfermería (保健看護サービスの行政)	40
Medicina Legal - Biótica (医学法律)	40
Total Horas (合計時間数 1+2)	290

3年目の内、理論は1,216時間である。

看護助手養成コースカリキュラム
(エンカルナシオン看護助手養成コースの例)

時間数 : 1,428

	25%理論=357時間	75%実習=1,071時間	
		クラスでの 実習	現場での 実習
Introducción (入門)	4	-	-
ENFERMERIA BASICA (基礎看護)	80	80	128
Anatomía/Fisiología (解剖生理学)	18	-	-
Estadística (統計)	8	4	16
Histora de Enfermería (看護の歴史)	2	-	-
Enferm. transmisibles (伝染病学)	18	36	-
include. Microbiología (微生物学を含む)	(4)	(4)	-
SALUD INFANTIL (小児保健)	24	40	64
P. A. I. (予防接種)	12	14	24
C. E. D. (下痢症支援)	12	14	16
I. R. A. (急性呼吸器感染症)	11	14	-
Control crecim./desarrollo niño (子供の発達)	12	16	24
SALUD MATERNAL (母性保健)	40	64	96
SALUD PUBLICA (公衆衛生)	32	76	48
Educación san. (衛生教育)	12	64	-
Saneamiento amb. (環境衛生)	8	28	-
PRIM. AUXILIOS (救急処置)	24	32	64
Nutrición (栄養)	22	66	-
Huerta familiar (家庭菜園)	4	22	-
Higiene personal (個人衛生)	5	5	-
Etica (倫理学)	3	-	-
Mantenimiento del servicio (保健サービスの維持)	6	-	16
	357	575	496

パラグアイにおける保健分野で活動する主なNGO

	NGO 名称	組織概要
1	Asociacion Para Prevencion Y Recuperacion Del Enfermo Alcoholico(アルコール依存症の予防と回復の為の協会)	1. 所在地 Av. de la Victoria y Auaucano, Barrio SanPablo, Asuncion 2. 発足年 1990年5月7日 3. 活動目的 (1) アルコール依存症の予防と回復 (2) 地方の青年達のアルコール中毒問題に対する教育キャンペーンの強化 (3) 患者の更正心を妨げるような周囲の蔑視を排除する 4. 活動分野 上記と同じ 5. 受益者 アルコール依存症患者とその家族、青年層 6. 地理的活動範囲 アスンシオンとその周辺地域、都市部 7. 資金源 国内：個人的寄付 8. 保健に関するプロジェクト 青年のアルコール中毒予防計画
2	Fundacion Jazmin (ジャスミン財団)	1. 所在地 SantiisimaTrinidad y Pellegrini No 495, Asuncion 2. 発足年 1994年 3. 活動目的 特殊プロジェクトを通じて福祉と教育の領域において社会的な支援事業—利益享受の賦与と慈善活動の実現 4. 活動分野 (1) 文化 (2) 教育 (3) 福祉 (4) ソーシャルワーク 5. 受益者 地方と同様にアスンシオンにも多くいる物質的に恵まれない家族と人々 6. 地理的活動範囲 全国各地 7. 資金源 国内： (1) 公的機関からの援助：DIBEN（厚生福祉局） (2) 個人的寄付：財団創立者や会員による寄付と資産の提供と報酬の返戻 8. 保健に関するプロジェクト 福祉と教育に対する援助計画 （恵まれない人々への経済的支援を含む医療の提供）

	NGO 名称	組織概要
3	Fundacion Kuna Atay (クニャ・アタイ財団)	<p>1. 所在地 Tte Arce Rosa esq/Teodoro S. Mongelos</p> <p>2. 発足年 1993年 (1994年に法人化)</p> <p>3. 活動目的 女性への総合的支援：法律上の助言とサービス、精神的・社会的援助等、特に産婦人科における相談と援助</p> <p>4. 活動分野 (1) 全女性への支援 (2) 女性、子供等に対する技術的援助 (3) 家族計画における研修 (4) 一般的法律相談 (5) 民主主義、政治参加と公民教育、共同体の女性リーダーの在り方等のトピックの研修 (6) 当分野におけるプロジェクトの企画、管理、交渉</p> <p>5. 受益者 農婦、家族、都市・近郊・地方の女性、教員、物資に恵まれない子供達</p> <p>6. 地理的活動範囲 アスンシオン、主要都市、Nemby (ニエンブ)・カニャディーター、地方都市</p> <p>7. 資金源 国内： (1) 民間企業からの援助 (2) 個人的寄付 (3) 自己資金 国外： (1) 民間企業からの援助 (2) 個人的寄付</p> <p>8. 保健に関するプロジェクト 医学的分野、精神面、法律面での援助計画 (産婦人科、社会科学、心理学、法律の相談)</p>
4	Fundacion Marco Aguayo De Lucha Contra El Sida (マルコ・アグアージョ AIDS 基金)	<p>1. 所在地 Andrade 1610 e/San Martin ler piso Asuncion</p> <p>2. 発足年 1994年</p> <p>3. 活動目的 エイズ患者に対する総合的支援</p> <p>4. 活動分野 (1) エイズ患者に対する総合的支援 (2) 国民のエイズに関する知識と自覚を促すキャンペーン</p> <p>5. 受益者 エイズ患者</p> <p>6. 地理的活動範囲 全国各地</p> <p>7. 資金源 国内： (1) 個人的寄付 (2) 活動資金収集の為の活動：チャリティーショー、ダンスパーティー、街路上での資金収集のキャンペーン、クリスマスカードの販売、パラグアイ伝統料理のディナー等</p> <p>8. 保健に関するプロジェクト エイズ患者の為の診療所建設</p>

	NGO 名称	組織概要
5	Fundacion Providencia (プロビデンス基金)	<p>1. 所在地 Mariscal Estigarribia 1536 e/ Peru Asuncion</p> <p>2. 発足年 1984 年</p> <p>3. 活動目的 (1) 住宅建設の促進と援助 (2) 社会福祉事業への援助 (3) 法律上の援助 (4) ガン患者への援助プログラム</p> <p>4. 活動分野 法律相談所、福祉に関する援助、ガン患者への援助プログラム</p> <p>5. 受益者 地方の農業従事者を始めとする一般国民</p> <p>6. 地理的活動範囲 アスンシオン、全国各地</p> <p>7. 資金源 国内： (1) 民間企業からの援助 (2) 他 NGO からの援助：関連 NGO (3) 個人的寄付 (4) 他友好組織との連携を通しての資金調達と仕事の委託 国外 (1) 他国からの寄付：米国国際開発事業団からの医療用機器の寄付 (2) 民間企業からの寄付 (3) 個人的寄付 (4) Iglesia Ecumenicas (エクメニカス教会) からの寄付</p> <p>8. 保健に関するプロジェクト (1) ガン患者への援助プログラム (2) アレグア療養所</p>
6	Gobernaciones De Clubes De Leones Del Distrito "M" Praguay (ライオンズ・クラブ)	<p>1. 所在地 Milano e/ 14 de Mayo, Edificio Mirasoles Torre 1, Oficina E2 Asuncion</p> <p>2. 発足年 1952 年</p> <p>3. 活動目的 (1) 成人の識字教育 (2) 食料補給 (3) 文化 (4) 環境 (5) 麻薬中毒 (6) 生活環境 (7) メルコルース等の分野に関するサービスを一般市民に提供する</p> <p>4. 活動分野 地域社会へのサービスの提供</p> <p>5. 受益者 国に保護されていない全ての住人</p> <p>6. 地理的活動範囲 全国各地</p>

	NGO 名称	組織概要
6		<p>7. 資金源 国内：</p> <p>(1) 公的機関からの援助：DIBEN より 4 億ガラニーの寄付</p> <p>(2) 民間企業からの援助</p> <p>(3) 個人的寄付（会費も含む）</p> <p>(4) 他友好組織との連携を通しての資金調達と仕事の委託</p> <p>国外</p> <p>(1) 民間企業からの寄付</p> <p>8. 保健に関するプロジェクト</p> <p>Primero la Vista (First Sight キャンペーン)</p>
7	<p>Liga Paraguaya De Los Derechos De La Muer (パラグアイ女性の権利連盟)</p>	<p>1. 所在地 Ayolas 1136 e/ Ygatumi e Ibanes del campo- Asuncion</p> <p>2. 発足年 1951 年</p> <p>3. 活動目的 教育（女性の法的権利、幼児健康管理等）、技術研修、啓蒙活動を通して、女性の権利を社会に理解させ、女性の社会的・経済的立場を向上させる</p> <p>4. 活動分野</p> <p>(1) 当組織の運営する法律事務所</p> <p>(2) 技術、職業訓練</p> <p>(3) 活動目的を達成するためのプロジェクトの実施</p> <p>(4) 調査</p> <p>(5) 啓蒙活動</p> <p>(6) 家族を対象とした生活の為の教育</p> <p>5. 受益者 地方の女性を中心とした、女性一般</p> <p>6. 地理的活動範囲 全国各地</p> <p>7. 資金源 国内：</p> <p>(1) 個人的寄付（会員の会費も含む）</p> <p>(2) 他友好組織との連携を通しての仕事の委託</p> <p>(3) 弁護士のボランティア</p> <p>国外</p> <p>(1) 国際技術援助組織からの寄付：USAID よりのプロジェクト支援</p> <p>8. 保健に関するプロジェクト 新生児、幼児の健康管理や保健、現行法に関する教育の浸透</p>

	NGO 名称	組織概要
8	Pre-Ver Promocion De La Salud (健康の先取り・促進グループ)	1. 所在地 EE UU 1717 e/5ta y 6ta Proyectadas Asuncion 2. 発足年 1992年 3. 活動目的 麻薬とエイズ対策中心の健康管理促進 4. 活動分野 (1) 研修 (2) 普及活動 (3) 調査研究 (4) 書類作成 (5) 看護 5. 受益者 青年、教員、父兄、コミュニティーのリーダー、政治家 6. 地理的活動範囲 全国 7. 資金源 国内： (1) 他友好組織との連携を通じた資金の導入と仕事の委託 国外 (1)他国からの寄付 8. 保健に関するプロジェクト 精神的健康、麻薬、セックス、エイズについて市民一般及び若年層への自覚の助成

出典：de Contrera KI, Perfiles de Algunas Organizaciones No Gubernamentales en el Paraguay, Asuncion 1996

パラグアイ：国際機関のリスト（保健分野）

Agencia de Cooperacion Internacional del Japon (JICA)
 (Director Residente)
 Presidente Franco y Ayolas, Edificio Ayfra 11° P, C.C. 1120 , Asunción
 Tel: 491154-7 Fax: 448152

Agencia de la Orden Soberana de Malta
 (Consejero)
 Mcal. López 2307, Asunción
 Tel: 602-130

Agencia Española de Cooperacion Internacional (AECI)
 (Coordinador Gral. de Cooperacion)
 Yegros 437 c/25 de Mayo, piso 6° , of. 2, Asunción
 Tel: 446-636 Fax: 447-314

Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID)
 (Representante)
 Mcal. López 1776, Asunción
 Tel: 218-728

Asociacion Suiza para el Desarrollo y la Cooperacion (HELVETAS)
 (Dir. Programacion)
 Azara 2159 el 22 de Setiembre y Mayor Bullo, C.C. 1803, Asunción
 Tel: 202-321 Fax: 214-424

Asociacion de Voluntarios para el Servicio Internacional Italian Cooperation for Development
 (AVSI)
 (Responsable de Proyecto)
 Sanatorio Italiano, C.C. 1718, Asunción
 Tel: 334-650

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
 (Representante)
 Caballero 223, Edif. Auroral, piso 2, C.C:1209, Asunción
 Tel: 492-061/5 Fax: 446-537

Catholic Relief Services (CRS)
 (Director)
 Iturbe 753 c/Herrera, Asunción
 Tel: 444-049

·CHP International Inc./Paraguay (Centro de Entrenamiento del Cuerpo de Paz de los Estados Unidos de America)

Vi a Férrea y Gral. Duarte, Areguá, Paraguay.

Tel:(0291) - 403 Fax: (0291) - 523

Cuerpo Internacional de Servicio Ejecutivo (IESC)
(Directora)

Taruma 275 e/1 a y 2a, C.C.703, Fdo. de la Mora

Tel: 555-311 /674-374 Fax: 555-311

Cuerpo de Paz

(Directora)

Chaco Boreal 162 c/Mcal. López, Asunción

Tel: 600-115, 662-871/2, 603-924 Fax: 606-650

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)

(Director del GTZ-SAP).

Adela Speratti 1541 , C.C.1 859, Asunción

Tel.: 203-176 Fax: 213-886

Fundacion Friedrich Naumann

(Representante)

Cnel. Du Graty 5166 y Cruz del Chaco, C.C.1365, Asunción

Telefax: 660-867

Fundacion Hans Seidel

(Representante)

Gonzalez Rioboo 680 y Pacheco, C.C.83, Asunción.

Tel: 610-372/3 Fax: 610-374

Fundacion Konrad Adenauer

(Representante)

El Dorado 212 c/Kubitschek, C.C.3249, Asunción

Telefax: 214-100

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

(Oficial de Programacion) Monseñor Bogarín 1771 c/ India Juliana, Asunción

Tel: 660-087 Fax: 611-015

Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas (FNUAP-UNFPA)

(Presidente Representante)

Estrella 345 y Chile, 2° piso, Asunción

Tel: 493-025/7

Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)
(Representante)
J.E. O' Leary 409, p.5, Of.5 1 6, C.C.287, Asunción
Tel:490-740/441 -650 Fax :445-048

Organización de los Estados Americanos (OEA)
(Director)
Mcal. López 992, C.C.774, Asunción
Tel: 202-185, 213-976, 213-700 Fax: 213-660

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
(Jefe de Misión)
O' Leary 409 c/Estrella, Edif. Parapiti 2° P, Of. 203, C.C. 1028, Asunción
Telefax: 446-914 Telex: 44227 OIM ASU PY

Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS)
(Representante)
Mcal. Lopez 957 e/EEUU, C.C. 839, Asunción
Tel: 450-495/6 Fax: 450-498

Plan Internacional Paraguay
(Director)
Alonso Rodriguez 217 e/Guarani y Carios, C.C. 2150, Asunción
Telefax: 554-982

Programa de las NNUU para el Desarrollo (PNUD)
(Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas en Paraguay)
Estrella 345 y Chile, 2° P, Asunción
Tel: 493-025/7

Servicio Informativo y Cultural de los Estados Unidos de América (USIS)
(Director)
Mcal. López 1776, Asunción
Tel: 213-715 Fax: 213-728

(JICA 地域保健強化プロジェクト、ヘルスレビューより)

JICA

