

保健セクター情報収集・確認調査

グアテマラ共和国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所
株式会社タック・インターナショナル

人間
JR
12-135

保健セクター情報収集・確認調査

グアテマラ共和国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所
株式会社タック・インターナショナル

外国為替交換レート

1 米ドル=79.45 円

1 グアテマラ・ケツアル=10.377 円

(2012 年 7 月 JICA 精算レート)

本報告書の内容は、対象各国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を各国個別及び総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の可能性に対する提言を行い、同セクターにおける JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的にまとめられたものです。各国保健セクター全般についての調査を行ったことや、原則現地調査を行わずに文献調査によりまとめられたものであることから、本報告書の実際の活用にあたっては各国特有の事情も勘案することが必要である点ご注意ください。

はじめに

<本調査の背景>

途上国における保健セクターを取り巻く環境は、2000 年に入って大きく変化してきている。各途上国のミレニアム開発目標（MDGs）達成に向かって、「マクロ経済と健康¹」等の提言により、援助各国からの保健セクターへの投入が大きく増え、2001 年に 109 億米ドルだった政府開発援助が、2007 年には 218 億米ドルと 2 倍に増えている²。また、ローマ（2003 年）、パリ（2005 年）、アクラ（2008 年）において行われた援助調和化のためのハイレベルフォーラムにより、援助の調和化に関する各国共通の枠組みを作って支援していく体制が整えられた。

こうした途上国の保健セクターにとっては、好ましい環境の変化が起こっているのにもかかわらず、特にサハラ以南のアフリカにおいては、2015 年までのミレニアム開発目標 4（子どもの死亡削減）、5（妊産婦の健康状態の改善）及び 6（HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）の達成見通しが立たないなど、期待された成果が見えていない国や地域が多く存在する。これらのことから、途上国の保健セクターの新たな課題として、資金投入を増やして全ての人々が医療サービスを受けることが出来るユニバーサルカバレッジ³を達成させると同時に、経済的に困窮しない資金投入の仕組み（More Money for Health⁴）への継続的な取り組みのみならず、保健セクターへの投入レベルで、いかに保健サービスのカバレッジや質や成果のレベルを向上させるか（More Health for Money⁵）についても重視されてきている。

以上のような途上国の保健セクターの環境の変化の中、JICA において国全体のマクロ分析とセクター分析を行う国別分析ペーパー（Analytical Work）の作成を進めており、JICA の協力のより明確な方向性を示して行こうとしている。本調査は、このセクター分析に貢献するものとの位置づけである。これまでも、JICA は、特定の国の特定の課題を中心に分析し協力内容を進めてきたが、これまでの同セクター情報は既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があるため、改めてより一層の幅広い情報を収集する機会が必要であると認識された。

<本調査の目的>

保健セクター分析は、国ごとの保健状況やその決定因子の理解、及び保健セクターの実施能力についても理解するのに役立つ、また、問題の分析に基づいた優先度の高い介入プログラムやプロジェクトの形成、また実施に必要な政策策定や計画策定に貢献することが出来る。逆説的には、ニーズに即し、インパクトや優先度の高いプログラムやプロジェクトを形成し、それらの実施により高い効果を得るためには、質の高いセクター分析が一度のみならず、定期的に行われる必要があるということである。こうした状況や理解を踏まえ、対象 23 か国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を国別及び総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の方向性に対する提言を行い、JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的として、この保健セクター調査が行われた。

<報告書の構成>

この報告書は、第 1 章で、各国の社会経済的な概況を分析し要約した。第 2 章では、国の保健セクター強化の取り組みを示した国家開発政策や計画の中身を精査した。第 3 章では、国民の健康状況を経年的に分析し、“Where are we now?”を明らかにした。第 4 章と第 5 章では、保健セクターのサービス及びシステムを、セクターの機能ごとに効率性、質、平等性の観点から分析を試みた。第 4 章では、医療サービス供給機能、第 5 章では、保健人材開発、保健情報、保健医療施設・機材・医薬品供給、保健財政、及び管理・監督などの機能における現状把握と分析を行った。第 6 章では、ドナーの協力状況を把握し、上記分析の結果を踏まえ、第 7 章で JICA に対し保健セクターへの支援・協力の可能性を示した。

¹ 2000 年 12 月に WHO が発表した“Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”において提唱された保健・医療問題の改善を貧困削減と社会経済開発の中心的介入ととらえ、マクロ経済的分析を通じて開発における保健セクターの役割の重要性を提唱したもの。（<http://www.who.int/macrohealth/en/>）

² Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J. R. et al.; June 2009, Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, the Lancet 373: 2113-2132.

³ WHO によると「全ての人々が、十分な質の保健サービス（増進、予防、治療、リハビリテーション）に、必要に応じて、かつ経済的に大きな負担となることなくアクセスできるようにすること」と定義されている。（http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html）

⁴ World Health Report 2010 (WHO) において、国家政策における優先順位を上げる、税収や保険制度、その他財源の創出など、保健セクターへの財源を増加させる手段を講じる必要性が提唱されている。

⁵ 同レポートにおいて、保健システムを効率化することによって保健セクターへの投入効果を効率的に発現させ、サービスを拡大させることの必要性が提言されている。

用語集

略語	英語あるいはスペイン語	日本語
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	スペイン国際開発庁
AINM-C	Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria	コミュニティ母子包括診療
CAIMI	Centros de Atención Integral Materno Infantil	母子総合診療センター
CAP	Centros de Atención Permanente	常設診療センター
CARSI	Central America Region Security Initiative	中米安全保障イニシアティブ
CC	Centro Comunitario	コミュニティセンター
CCT	Conditional Cash Transfers	条件付現金給付
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病予防管理センター
CENAPA	Centros de Atención del Paciente Ambulatorio	救急患者治療センター
CNE	Centro Nacional de Epidemiología	国家疫学センター
CS	Centro de Salud	保健センター
DAS	Area de Salud Departamental	県保健局
DMS	Districto Municipal de Salud	市保健事務所
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus	ジフテリア・百日せき・破傷風（混合ワクチン）
ELCSA	Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria	食糧安全保障栄養ラテンアメリカ・カリブ・スケール
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida	国民生活調査
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil	母子保健全国調査
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
EU	European Union	欧州連合
FAO	Food and Agriculture Organization	国連食糧農業機関
FTF	Feed the Future	食糧安全保障（米国大統領イニシアティブ）
G13	Group 13 / Grupo 13	（対グアテマラ対話国会合）
GCC	Global Climate Change	世界気候変動
GNI	Gross National Income	国民総所得
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IDB	Inter-American Development Bank	米州開発銀行
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguro Social	グアテマラ社会保険協会
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
INE	Instituto Nacional de Estadística	国家統計局
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud	包括保健サービスモデル

略語	英語あるいはスペイン語	日本語
MARN	Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales	環境・自然資源省
MBS	Modelo Básico de Salud	基礎保健モデル
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	保健省
Mifapro+	Mi Familia Progresa	私の家族の進展
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
OAS	Organization of American States	米州機構
PAHO	Pan American Health Organization	汎米保健機構
PEC	Programa de Extensión de Cobertura	保健サービスカバー拡大プログラム
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional	食糧安全保障と栄養対策プログラム
PS	Puesto de Salud	保健ポスト
PSF	Puestos de Salud fortalecidos	強化保健ポスト
RENAS	Registro Nacional de las Personas	国民登録
SEGEPLAN	Secretaría de la Planificación y Programación de la Presidencia	大統領府経済企画庁
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional	食糧安全保障栄養庁
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud	保健情報管理システム
SIVIM	Sistema de Vigilancia de la Malnutrición en Guatemala	グアテマラ栄養不良監視システム
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
UM	Unidades Mínimas	ミニマム・ユニット
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	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
WFP	World Food Programme	国連世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関



出典： http://www.freemap.jp/download.php?a=south_america&c=sa_guatemala_all より調査団作成

グアテマラ共和国

要約

1. グアテマラは長年に亘る内戦が 1996 年の「和平協定」締結により終息したが、政治及び社会状況が不安定な状況が続いている。国民の 75%が貧困ライン以下の生活をしている一方で貧富の差が激しい。大統領の再選は禁じられており、政権は 4 年毎に変わる。2012 年 1 月にペレス・モリーナ政権が発足したが、保健省では本調査が実施された 2012 年 6 月までの間に大臣が二度交代しており、組織変更が続いている。
2. ペレス・モリーナ政権の政府計画（Plan de Gobierno）では、先住民と貧困層に照準を合わせた社会開発を重視し、貧困削減や治安の改善、外国投資の誘致など対外的な経済関係の強化や近隣諸国との連携強化を基本方針としている。2011 年 2 月に発表された「政策の戦略的方向性」では、保健及び栄養が 7 つの優先分野に含まれている。

2012 年 2 月に発表された「中期保健戦略ガイドライン 2012-2015」では、食糧安全と栄養、リプロダクティブヘルス、水と衛生、性感染症対策、デング熱・マラリア・結核対策などが優先課題として掲げられているとともに、保健省の監督機能、監視・管理及び保健サービスの 3 つを柱とした基礎保健モデル（MBS）を提唱し、同年 5 月に策定された「国家保健戦略計画 2012-2016」においてそれぞれの柱に沿って重要課題を挙げている。栄養問題については、国家の重要かつ分野横断的な課題として、多セクターによる 13 の対策からなる「飢餓ゼロ（Hambre Zero）」プログラムが開始されている。

3. 近年の非感染性疾患の蔓延が進む中においても、感染症疾患の割合は大きく、両疾患群が混在する疾病構造となっている。

母子の健康状態は、妊産婦死亡率は先住民が高く、子どもの死亡率については都市部と農村部の間で大きな格差がある等、居住地域や民族間での格差が見られる。合計特殊出生率が中南米地域において最も高く、若年層の妊娠が多い。5 歳未満児の死亡率は近隣諸国よりも高く、都市部と農村部で大きな差がある。また、母親の教育レベルが高いと死亡率は低い傾向がみられる。

HIV/エイズは、特に主要幹線道路沿いや観光地に新規感染数が増加してきており、年齢層別にみると 25 歳から 29 歳の感染率が最も高い。水系感染症やマラリアやデング熱も依然として健康を脅かしている。子どもの栄養状態については、5 歳未満の子どもの約半数が慢性栄養失調となっている。

4. プライマリヘルスケア（PHC）については、特に農村部では「保健サービスカバー拡大プログラム（PEC）」が実施されており、ドナーによる資金援助によって非政府組織（NGO）に委託されている。現在、保健省と関連ドナーでは、地方保健行政機関及び施設を活用した包括的保健サービスモデル（MAIS）についても検討されている。

産前健診を 1 回以上受けた妊婦の割合は 6 割程度で、助産専門技能者の介助による出産の割合は周辺諸国より低い。避妊法の普及については、農村部において啓発活動が進んでいることが示唆される。

また、国家の重要課題となっている栄養問題においては、「飢餓ゼロ」プログラムの一環として、条件付現金給付（CCT）である「私の確かなボーナス（Mi Bono Seguro）」を開始し、さらに妊産婦

と2歳未満児を対象とする対策を「千日間の窓口（Ventana de 1000 días）」プログラムとして戦略的に実施する計画である。

5. 人口1万人あたりの公的機関の医師数は3.8人、看護師数は9.7人で絶対数が不足している。保健省での保健人材の雇用形態は約半数が契約職員となっており、安定的な人材の確保が難しい状況である。保健人材が首都圏に集中する等、人材の確保と配置において課題を抱えている上、人材養成機関において中途退学率が高い等、人材育成においても改善の余地がある。

保健医療施設は、国家リファラル病院、専門病院と地域リファラル病院が三次施設とされ、二次施設として入院施設のない保健センターなどがあり、その下に保健ポストがある。一次及び二次施設には、プログラムに応じて設置された、様々な名称及び役割を担う施設が混在している。保健省管轄施設以外に、社会保険協会（IGSS）管轄の施設や保健省がライセンスを発行する民間施設があるが、これらの施設と保健省管轄の施設との間に密な連携はなく、保健情報システムにも含まれていない。

2010年の国内総生産における保健支出の割合は6.9%であり、中南米地域の中でも低い数値である。保健省支出の6割程度を人件費と消耗品費が占め、保健医療施設等の整備費の占める割合は低い。総保健支出における患者個人負担の割合は高く、国民の負担は大きい状況である。

6. ドナー協調では、G13・グアテマラ政府ハイレベル間の協議において、保健セクターは優先的に援助協調を推進する6分野の一つとされ、関連ドナーが設置した「保健セクター」及び「食糧安全保障と栄養対策」の2つの課題別会合にJICAも参加している。新政権発足を受け、各ドナーと保健省との間で今後の支援内容等についての調整が進められている（2012年6月時点）。
7. 国民の健康における重要課題として、都市部への人口の流入による保健サービス需要の増加や、農村部における施設や人材の不足等が挙げられ、こうした状況に対応するために保健サービス提供の強化によるカバーの拡大を促進する必要があると考えられる。施設の整備や人材開発にも課題があり中長期的な計画が必要である。併せて、保健医療施設サービス網の再構築やPHCモデルの構築等、ソフト面での課題もある。日本としては、栄養対策やこれまでの実績を活かして、病院の整備等インフラ支援の協力において可能性があると考えられる。

保健セクター情報収集・確認調査
保健セクター分析報告書
グアテマラ共和国

目次

はじめに

用語集

地図

要約

第1章	一般概況	1-1
第2章	開発政策	2-1
2.1	国家開発政策	2-1
2.2	保健セクター開発計画	2-1
第3章	国民の健康状態	3-1
3.1	概況	3-1
3.2	母子の健康	3-3
3.2.1	母親の健康	3-3
3.2.2	子どもの健康	3-4
3.3	感染症の状況	3-5
3.3.1	性感染症（HIV/エイズを含む）	3-5
3.3.2	ベクター媒介感染症	3-7
3.3.3	結核	3-7
3.3.4	水と衛生（腸管感染症と呼吸器感染症）	3-7
3.4	栄養と健康	3-8
3.4.1	子どもの栄養状況	3-8
3.4.2	子どもの貧血	3-9
3.4.3	女性の貧血	3-9
3.5	非感染性疾患の状況	3-10
第4章	保健サービス提供の状況	4-1
4.1	プライマリヘルスケア（PHC）の現状	4-1
4.2	母子保健サービスの状況	4-2
4.2.1	妊産婦ケア・サービス提供と利用の状況	4-2
4.2.2	家族計画	4-4
4.2.3	予防接種拡大計画（EPI）サービスの状況	4-4
4.3	感染症対策の現状	4-5
4.3.1	性感染症及び HIV/エイズ対策	4-5
4.3.2	ベクター媒介感染症対策	4-5
4.4	栄養問題対策	4-6

第5章	保健システムの状況	5-1
5.1	保健行政	5-1
5.1.1	保健省	5-1
5.2	保健人材	5-1
5.3	保健医療施設	5-2
5.3.1	保健医療施設ネットワーク	5-2
5.3.2	サービスへのアクセスの状況	5-5
5.3.3	保健医療施設の管理	5-5
5.3.4	医療機材及び医薬品供給システム	5-5
5.4	保健財政	5-6
5.4.1	保健財政の概況	5-6
5.4.2	社会保護政策	5-7
5.5	保健情報供給システム	5-7
第6章	ドナーの協力状況	6-1
6.1	援助協調の枠組み	6-1
6.1.1	グアテマラにおける援助協調	6-1
6.1.2	保健セクターのドナーの動向	6-1
6.1.3	主要ドナーの動向	6-1
6.2	日本の協力実績	6-3
第7章	保健セクターにおける優先課題と提言	7-1
7.1	グアテマラの保健セクターにおける優先課題	7-1
7.1.1	国民の健康課題における重要問題	7-1
7.1.2	背景にある要因（ボトルネック）	7-2
7.1.3	グアテマラ政府及びドナーの取り組み	7-2
7.2	グアテマラ保健セクターに対する支援の可能性	7-3

添付資料

- 添付1： 保健分野主要指標
- 添付2： 参考文献リスト

図表目次

図 1-1	グアテマラ共和国 地域による区分.....	1-2
図 3-1	男女別主要死因 (%)	3-2
図 3-2	母親の教育レベル・民族・住居地区別の妊産婦死亡率の割合 (%) (2011)	3-3
図 3-3	県別の 5 歳未満児死亡率 (出生 10 万対) (2011 年 1 月—11 月)	3-4
図 3-4	地域別 HIV/エイズ累計新規感染率 (人口 10 万対) (1984-2010 年累計)	3-5
図 3-5	幹線道路と HIV 感染者数との関連性 (1984 年から 2010 年までの累計感染報告数) ..	3-6
図 3-6	性別及び年齢層別の HIV 累積感染者数 (1984-2009 年)	3-6
図 3-7	県別の慢性栄養失調障害の子ども (6-59 ヶ月) の割合.....	3-8
図 3-8	子ども (6-59 ヶ月) の月齢層別の貧血症 (Hb<11g/gL) の割合	3-9
図 3-9	女性 (15-49 歳) の居住地区別の貧血症の割合.....	3-10
図 3-10	非感染性疾患による死因の内訳 (2011 年) の割合.....	3-10
図 4-1	MAIS 優先地域.....	4-2
図 4-2	女性 (15 歳-49 歳) の避妊方法の有知識率の推移.....	4-4
図 5-1	保健省組織図.....	5-1
図 5-2	保健医療施設のリファラル体制.....	5-3
図 5-3	保健支出の推移 (単位: 百万ケツツアル)	5-6
図 5-4	疫学情報ネットワーク	5-7
図 7-1	グアテマラの保健セクターにおける課題とその背景.....	7-1
表 1-1	グアテマラの主要指標等	1-1
表 2-1	保健セクターに関連する政策の戦略的方向性.....	2-1
表 2-2	中期保健戦略の優先課題	2-1
表 3-1	初診における主要疾患 (2011 年)	3-1
表 3-2	MDG4、5、6 の達成予測状況	3-2
表 3-3	合計特殊出生率の推移	3-3
表 3-4	住居地区、地域、民族、母親の教育レベル別乳児死亡率と 5 歳未満児死亡率 (2008-2009)	3-5
表 3-5	下痢症と急性呼吸器疾患の推移.....	3-8
表 3-6	子どもの居住地区及び身体的成長に見る栄養不良の割合.....	3-9
表 4-1	妊婦の住居地区、地域、民族、教育レベル、経済レベルによる 産前健診の場所 (%) (2008-2009)	4-3
表 4-2	出産介助者別の割合と居住地区別の助産専門技能者による出産介助の割合 (%) の推移.....	4-4
表 4-3	5 歳未満児における予防接種率.....	4-5
表 5-1	保健省に所属する保健人材の職種別の人数の推移.....	5-2
表 5-2	保健専人材育成機関の概要	5-2
表 5-3	保健省管轄の保健医療施設の分類及び施設数.....	5-4
表 5-4	IGSS 管轄の保健医療施設分類.....	5-4

表 5-5	各保健セクターのカバー人口（2006年）	5-5
表 5-6	保健財政指標の推移	5-6
表 6-1	主要ドナーの主な支援分野	6-1

第1章 一般概況

グアテマラ共和国（以下、グアテマラ）では、長年に亘り内戦が続いていたが、1986年に16年ぶりに民政移管が実現した。1996年、政府と反政府ゲリラ（グアテマラ国民改革連合）との間で「和平協定」が署名され、36年間に亘って継続した中米最長の内戦に終止符が打たれた。

人口や国土面積は中米の中で最も大きく、経済的にはエルサルバドルと共に中位グループに属する。治安や政治において社会は不安定な状態にある。一般の犯罪や暴力組織による殺人で、2008年には6,232人が死亡し、400人以上が誘拐された。火山国であり地震や雨季の水害等、災害の脅威も恒常的にある。

大統領再選を禁じるグアテマラでは、2011年に実施された4年毎の大統領選によって、右派の（前政権は中道左派）愛国党が与党となり、2012年1月に現ペレス・モリーナ政権が発足した。国民総生産の4分の1、また輸出の3分の2を農業が占める農業国で、労働人口の半分が農業に従事している。

表 1-1 にグアテマラの主要指標等を示す。

表 1-1 グアテマラの主要指標等

指標	数値	年
人口（人）	14,389,000	2010
人口増加率（%）	2.5	2010
平均寿命（出生時平均余命）（歳）	70.8	2010
粗出生率（人口千対）	32.3	2010
粗死亡率（人口千対）	5.5	2010
一人あたりの国民総所得（GNI）（米ドル）	1,810	2010
経済成長率（%）	2.8	2010
初等教育就学率（%）	98.6	2010
人間開発指標	0.66*	2011
人間開発指標の順位（187カ国中）	131*	2011

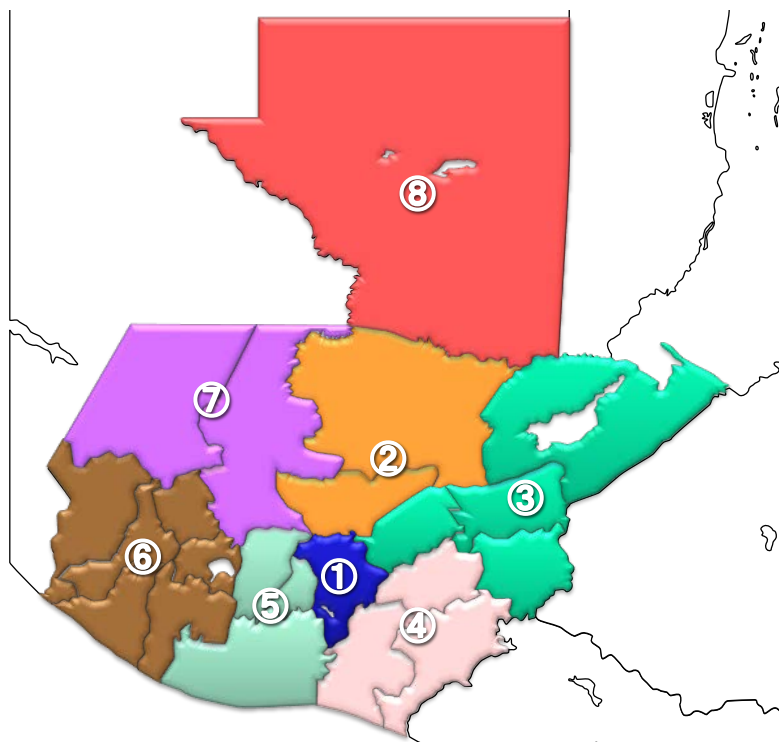
出典： World DataBank [1]

*Human Development Reports [2]

貧困問題が恒常化しており、国民の約75%が貧困ライン以下の生活をしていると推定されている [3]。貧富の差は激しく、人口の10%が国民全体の所得の42.6% [1]を占める一方、先住民の90%以上が貧困層に属している [3]。

1976年のグアテマラ大地震や内戦により農村部人口の多くが都市部に移住したものの、人口の51%は農村部に居住する [1]。なお、人口の40%近くを占めるマヤ系先住民は北西部にモザイク様に定住している。

グアテマラは22の県（Departamentos）、334の市（Municipio）の地方行政区に区分されており、殆どの主要都市は国の南部に位置している。1985年より地方分権化政策が進められており、地方分権の中心的自治体は市である。一方、地方開発においては、1県あるいは複数県で構成される8つの地域（Región）を制定している（図 1-1）。



	地域	県
1	首都圏	グアテマラ県
2	北部	アルタ・ベラパス県、パバ・ベラパス県
3	北東部	エル・プログレソ県、イザバル県、サカパ県、チキムラ県
4	南東部	サンタ・ロサ県、ハラパ県、フティアパ県
5	中央部	チマルテナンゴ県、サカテペケス県、エスクイントラ県
6	南西部	ソロラ県、トトニカパン県、ケツアルテナンゴ県、スチテペケス県、レタルレウ県、サン・マルコス県
7	北西部	ウェウエテナンゴ県、エル・キチェ県
8	ペテン	ペテン県

図 1-1 グアテマラ共和国 地域による区分

第2章 開発政策

2.1 国家開発政策

2012年1月に発足したペレス・モリーナ政権の「政府計画 (Plan de Gobierno)」は、先住民及び貧困層のニーズに基づく社会開発の推進に重点を置きつつ、国民対話を通じた国づくりの必要性を強調している。基本方針は、(1) 連帯：貧困や経済格差削減、社会インフラ整備等、(2) 統治能力：組織犯罪・マラス（青少年犯罪集団）対策等による治安の改善、司法の強化による法治主義の確立等、(3) 生産性：外国投資誘致・輸出促進等、及び(4) 外交：米国・近隣諸国との連携強化等の4つからなる [4]。

また、政府計画公表の前年（2011年2月）に大統領府経済企画庁（SEGEPLAN）から発表された、「政策の戦略的方向性 (Orientaciones Estratégicas de Política) 2012-2014」によれば、戦略的に方向付けるべき分野として、経済発展、食糧と栄養の保障、教育、保健、安全と司法、地方開発と民主化、及び環境の7つを挙げている [5]。

表 2-1 に保健セクターに関連する政策の戦略的方向性を示す。栄養に関する課題については、上記戦略的方向性の中の、食料と栄養の保障においてその戦略が示されている。

表 2-1 保健セクターに関連する政策の戦略的方向性

戦略的方向性
<ul style="list-style-type: none">・ サービス拡大、医薬品供給、疫学的監視及び栄養状態を考慮した包括的小児保健の強化・ 予防接種カバー率の拡大と保健サービス提供者への医薬品等消耗品の確保・ 疾患対策、母乳銀行の拡大や HIV 母子感染予防を通じた新生児死亡率の低減・ 疫学監視、医薬品確保、技術能力の向上や効果的な組織間調整を通じた妊産婦死亡率の低減・ 施設分娩の質の向上・ 規定を遵守し、モニタリング・スーパービジョン・評価のプロセスの強化を通じた妊産婦健診の質の向上

出典：Orientaciones Estratégicas de Política 2012-2014, SEGEPLAN [5]

2.2 保健セクター開発計画

2012年1月のペレス・モリーナ政権発足後、2度の保健大臣の交代に伴い、保健省の各局の責任者も交代した。2012年7月現在、3人目の保健大臣の下、保健省は新たな保健戦略計画や保健プログラムの策定及び見直しを行なっている。

2012年2月に発表された保健省の「中期保健戦略ガイドライン (Lineamientos Estratégicos del MSPAS) 2012-2015」では、表 2-2 に示す優先課題を掲げている [6]。また、保健省の監督機能、保健の監視・管理及び保健サービス、の3つを柱とした基礎保健モデル (MBS) を提唱している。

表 2-2 中期保健戦略の優先課題

<ul style="list-style-type: none">・ 食糧安全保障と栄養対策・ リプロダクティブヘルス・ 水と衛生・ 性感染症対策（特に HIV）・ デング熱、マラリア及び結核対策・ 小児及び青少年の包括的健康管理・ ジェンダーと異文化間対応
--

出典：Lineamientos Estratégicos del MSPAS 2012-2015 [6]

2012年5月に策定された「国家保健戦略計画 2012-2016（暫定版）（Plan Estratégico Nacional de Salud 2012-2016 (Documento Preliminar)）」によれば、表 2-3 に示す通り MBS の 3 つの柱に沿って重要課題を列挙している。

表 2-3 国家保健戦略計画 2012-2016(暫定版)の重要課題

保健省の監督機能
・ 組織能力の向上
・ 保健人材の戦略的開発
・ 保健機関内外及び他セクターとの調整
・ 保健財政の強化
保健の監視・管理
・ 医薬品及び食品の管理と登録
・ 安全な水と環境衛生
・ 信頼性の高い疫学監視
保健サービス
・ サービス提供
・ 必須ジェネリック医薬品
・ 伝統的医療

出典：Plan Estratégico Nacional de Salud (Documento Preliminar) 2012-2016 [7]

なお、栄養問題については、「政策の戦略的方向性 2012-2014」において、保健セクターを含めセクターワイドに取り組むべき重要な国家課題としている。2012年3月に大統領府食糧安全保障庁長官や保健大臣をはじめ、社会開発大臣や農牧食糧大臣で構成される食糧安全保障審議会により、「飢餓ゼロ (Hambre Zero)」プログラムが開始された。同プログラムは、4年後に慢性栄養失調率を 10%削減することを目標とし、関連する省庁が移動式学校食堂や肥料提供など、13 の対策を実施している⁶。

⁶ 保健省による対策については 4.4 参照。

第3章 国民の健康状態

3.1 概況

中南米地域では、全死亡における非感染性疾患による死亡の割合が 72.0%（2008 年） [3]と、疾病構造の転換が起こっている。グアテマラにおいては、感染症の割合は減少してきているものの、全疾病の 4 割を占め、死亡原因の第 1 位となっている [8]。一方で、非感染性疾患も増加しており、2010 年の非感染性疾患による死亡の、全死亡に対する割合は 47%となっている [9]。母子の死亡率は高く、例えば、表 3-2 に示すように、乳児死亡率（出生千対）は 2011 年に 24.8 と中南米地域の開発途上国の平均（18.1、2011 年）に比べ高い数値を示している [1]。また、後述のように、暴力による殺傷も国民の健康に脅威を与える一因となっている。

保健省の保健情報管理システム（SIGSA）のデータによる、2011 年の全保健施設における初診総数 4,490,279 件における男女別の主要疾患は表 3-1 の通り [10]。

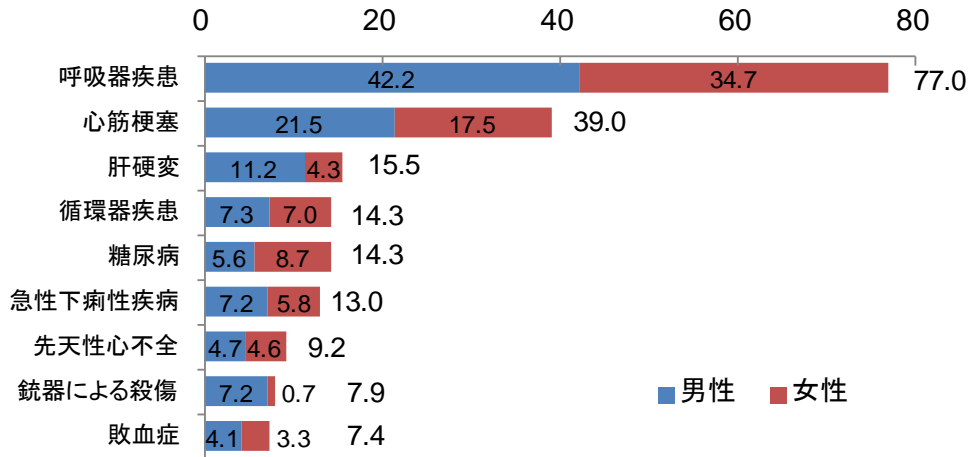
表 3-1 初診における主要疾患(2011 年)

疾病名	女（初診件数）	男（初診件数）	計（初診件数）
急性呼吸器疾患	1,234,579	903,224	2,137,803
寄生虫症	304,669	147,003	451,702
胃炎	254,182	145,667	399,849
尿管炎	242,913	61,754	304,667
急性下痢症	144,398	126,247	270,645
貧血	119,751	41,521	161,272
頭痛	126,755	32,942	159,697
結膜炎	54,029	38,491	92,520
皮膚炎	53,092	38,125	91,217
アレルギー	51,214	32,338	83,552
計	2,745,294	1,744,985	4,490,279

出典： Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

初診総数における主要疾患の 48%を急性呼吸器疾患が占めている。また、表中全ての疾病において、男性よりも女性の初診件数の方が多くなっている [10]。県別ではウェウエテナンゴ県、エスクイントラ県及びグアテマラ県における件数が多い [10]。

国民登録（RENAS）から SIGSA に入力された、2011 年 1 月から 11 月のデータによる男女別の主要死因を図 3-1 に示す。



出典： Sistema de Información Gerencial en Salud, MSPAS [11]

図 3-1 男女別主要死因(%)

死因の第一位は呼吸器疾患であり、死亡率は 77.0（人口 10 万対）である。これは第 2 位の心筋梗塞の死亡率 39.0 の約 2 倍であり、突出している。男女差をみると、第 3 位の肝硬変で男性が女性の 2.6 倍、第 8 位の銃器による殺傷では男性が女性の約 10 倍となっている。

表 3-2 は、ミレニアム開発目標（MDGs）のうち、保健セクターに関する指標の推移を示したものである。乳児及び 5 歳未満児の死亡率は改善されているが、MDG4 の目標値に対して隔たりがある。母親の健康をターゲットにした MDG5 も、妊産婦死亡率 110（出生 10 万対）は 2000 年から横ばいの状況であり、目標達成は困難な状況である。また、感染症対策に関わる MDG6 においては、結核の状況は改善しているが、HIV 感染率は改善が見られない [12]。

表 3-2 MDG4、5、6 の達成予測状況

MDG	MDG の指標	1990	2000	2010	MDG 目標値 (2015)
4	5 歳未満児死亡率（出生千対）	77.9	48.5	31.8	27
	乳児死亡率（出生千対）	56.3	37.3	24.8	24
	1 歳未満の麻疹の予防接種率（%）	68	86	93	95
5	妊産婦死亡率（出生 10 万対）	140	110	110 (2008)	55
	助産専門技能者による出産介助率（%）	-	-	51.3 (2009)	65
6	15-49 歳における HIV 感染率（人口 10 万対）	0.1	0.5	0.8 (2009)	-
	結核罹患率（人口 10 万対）	74.0	68.0	62.0	-
	マラリア有病率（人口 10 万対）	-	-	184 (2008)	-

出典： Millennium Development Goals Indicators, United Nations, [13]
World DataBank, [1]

3.2 母子の健康

3.2.1 母親の健康

合計特殊出生率は4.2（先住民では6.2）で、中南米地域内では最も高い値である。表3-3は、国家統計局（INE）が5年毎に実施している母子保健全国調査（ENSMI）による合計特殊出生率を示したものである。経年的に低下しているが、都市部に比べて農村部は高い数値となっている。

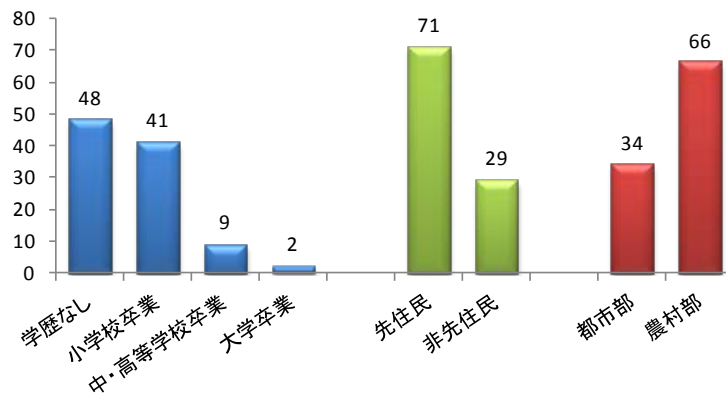
表 3-3 合計特殊出生率の推移

調査名 調査対象年	ENSMI 1987 1983-1987	ENSMI 1995 1992-1995	ENSMI 1998/99 1995-1998	ENSMI 2002	ENSMI 2008/09
都市部	4.1	3.8	4.1	3.4	2.9
農村部	6.5	6.2	5.8	5.2	4.2

出典： ENSMI2008-2009, MSPAS, INE, [14]

2008年の妊産婦死亡率110（出生10万対）は中南米地域内平均の85.5より高い[1]。保健省の「国家リプロダクティブヘルス・プログラム（Programa Nacional de Salud Reproductiva）」の報告によれば、2011年の妊娠、出産、産褥に関わる女性の死亡件数は計383件である。県別では、多い順にアルタ・ベラパス県（53件）、ウェウエテナンゴ県（52件）、エル・キチェ県（42件）、サン・マルコス県（34件）であり、これら4県の合計が全体の約47%を占めている。これらの県はグアテマラの北西部に位置し、マヤ系先住民が多く定住している地域である[10]。

2011年に保健省が発表した国家妊産婦死亡調査（Estudio Nacional de Mortalidad Materna）の結果によれば、妊産婦死亡率は139（出生10万対）であり、死亡数の7割が先住民である。また、年齢層では、40歳から44歳までの妊産婦死亡率が622と最も高く、次いで35歳から39歳までが341となっている[15]。妊産婦死亡の第一の原因は産褥出血（40%）であり、続いて高血圧（26%）、敗血症（11%）である。若年層の妊娠も問題となっており、ENSMI 2008-2009において15歳から24歳の女性を対象に行なった調査結果では、最初の妊娠年齢が15歳未満であったのが9.5%、15歳から17歳までは25%、18歳から19歳までは25%となっている。若年層（10歳から14歳）の妊産婦死亡率も219.1と高く、その死因は、高血圧、産褥出血、敗血症となっている。図3-2に示すように、2011年に死亡した妊婦の9割近くが初等教育以下の教育レベルである。民族別では7割が先住民であり、住居地区別では6割が農村部である[14]。

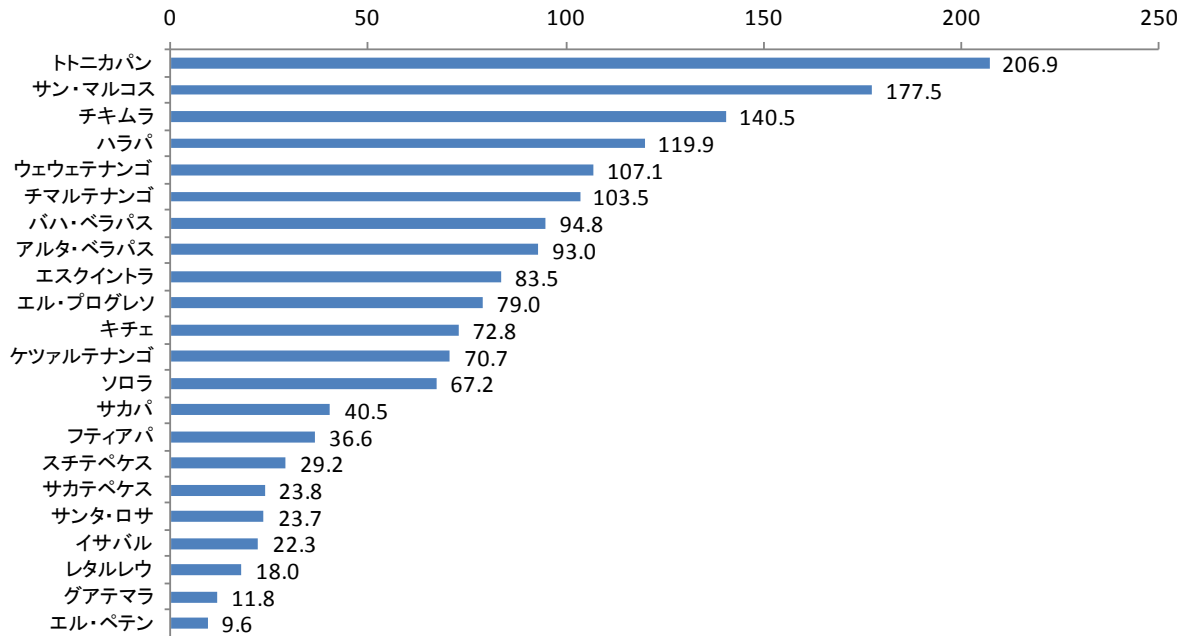


出典： Estudio Nacional de Mortalidad Materna [15]

図 3-2 母親の教育レベル・民族・住居地区別の妊産婦死亡率の割合（%）（2011）

3.2.2 子どもの健康

5歳未満児の死亡率は166（出生10万対）⁷であり、近隣諸国であるエルサルバドル（87）、ホンジュラス（142）およびニカラグア（159）と比較しても高い値を示している。県別ではトトニカパン県（206.9）、サン・マルコス県（177.5）、チキムラ県（140.5）、ハラパ県（119.9）において高くなっている（図3-3）[10]。これらはグアテマラ県の11.8の10倍以上の数値であり、地域間の格差が大きい。



出典：Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

図 3-3 県別の5歳未満児死亡率（出生10万対）（2011年1月—11月）

乳児及び5歳未満児の疾病の8割以上が呼吸器疾患を中心にした感染症である。5歳未満児の死因の第一位は呼吸器疾患であり、死亡率は164（出生10万対）である。次いで感染症及び寄生虫症が66、周産期に起因する疾病が37となっている[10]。保健省の国家疫学センター（CNE）による統計では、5歳未満児の死因の7位に栄養不良（全体の2.6%）が挙げられている。

表3-4は、ENSMI 2008-2009による住居地区別、地域別、民族別及び母親の教育レベル別の乳児死亡率と5歳未満児死亡率を示したものである。都市部に比べて農村部、また非先住民に比べて先住民の死亡率が高く、特に5歳未満児死亡においてこの傾向がより明確にみられる。地域別では、西部、東部、北部とペテン県において比較的高くなっている。母親の教育レベルとの関係では、母親の教育レベルが高いと死亡率は低い傾向にある。

⁷ 2011年1月から11月

表 3-4 住居地区、地域、民族、母親の教育レベル別乳児死亡率と5歳未満児死亡率(2008-2009)

		乳児死亡率 (出生千対)	5歳未満児死亡率 (出生千対)
住居地区	都市部	17	34
	農村部	19	51
地域	首都部	10	19
	北部	22	50
	北東部	19	51
	南東部	24	50
	中央部	14	33
	南西部	21	55
	北西部	19	53
	ペテン	23	51
	平均	18	45
民族	先住民	21	55
	非先住民	16	36
母親の教育レベル	無学歴	24	65
	小卒	17	40
	中卒以上	12	20
平均		18	45

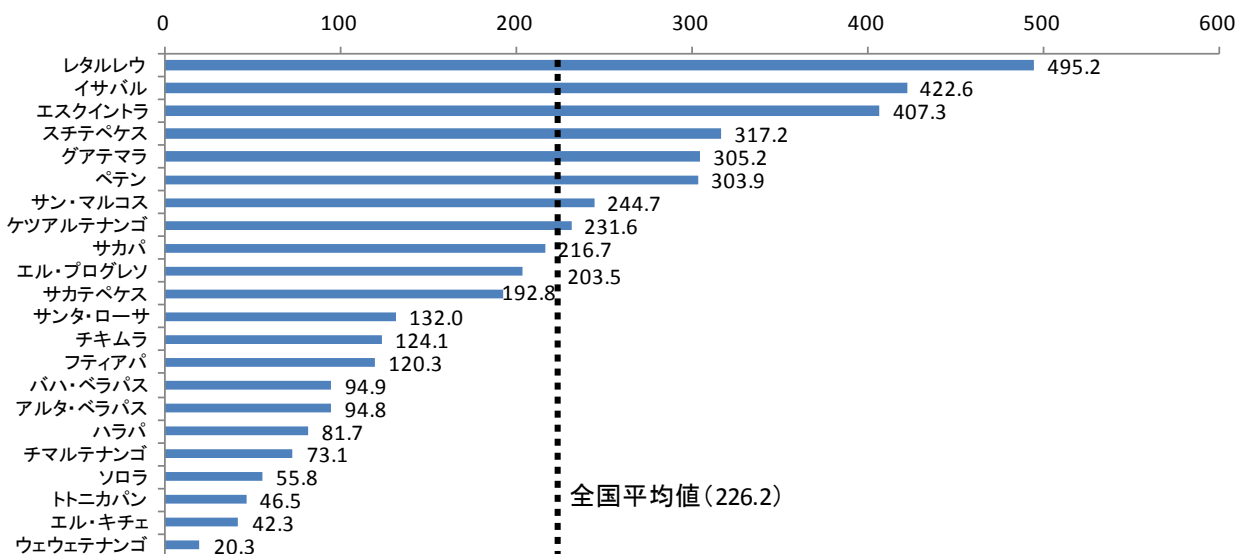
出典：Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS, INE, [14]

3.3 感染症の状況

3.3.1 性感染症（HIV/エイズを含む）

15歳から49歳におけるHIV感染率は0.8%であり、これは中南米地域平均の0.5%より高い [16]。CNEによれば、1984年から2011年までの感染者数の累計は26,927件となっており、2011年のHIV新規感染報告数は2,315件、エイズ発症が確認されたのは684件であった [17]。地域別に、人口10万人あたりの新規エイズ発症報告数をみると、2011年のデータでは上位からケツアルテナンゴ県(6.6)、イサバル県(4.2)、エスクイントラ県(2.6)となっている [10]。

1984年から2010年の累計で見ると、図3-4に示す通り、新規感染率が全国平均では226.2(人口10万対)であるのに対し、レタルレウ県は2倍以上の495.2である。

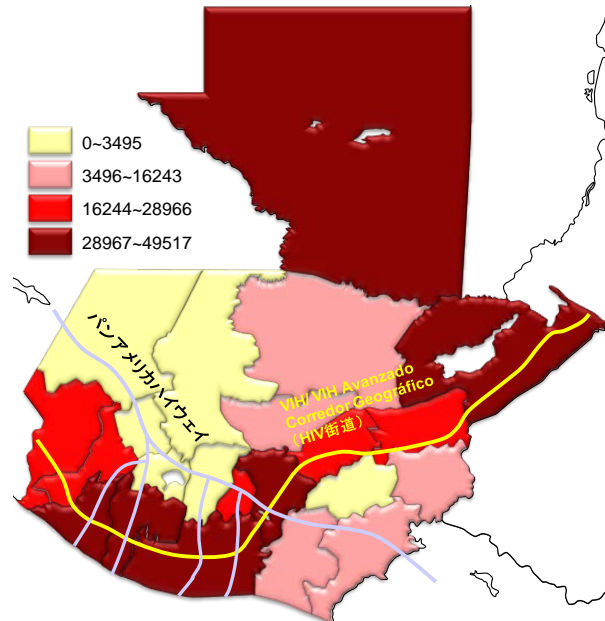


出典：Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud, MSPAS, CNE [18]

図 3-4 地域別 HIV/エイズ累計新規感染率(人口10万対)(1984-2010年累計)

観光地や商業都市を抱えるレタルレウ、イサバル、エスクイントラ、スチテペケス、グアテマラ及びケツアルテナンゴの各県からの感染報告数が全体の75%を占めている。

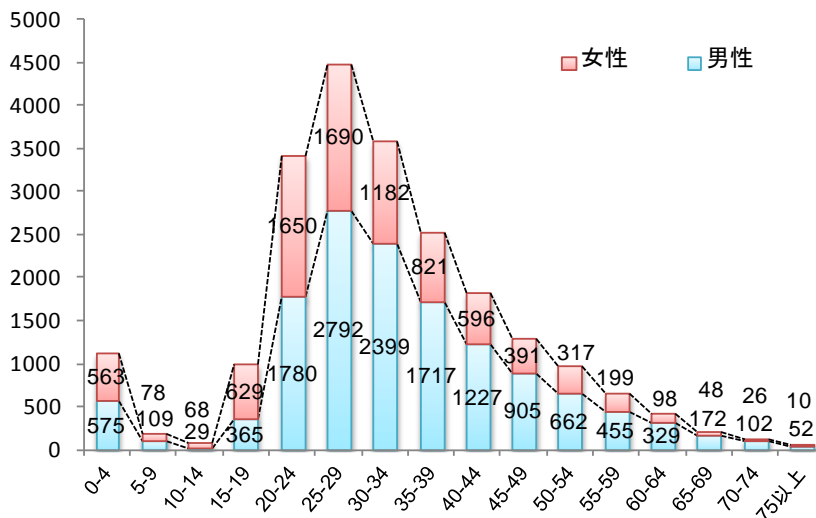
図 3-5 は、保健省が HIV 感染の状況と幹線道路との関連性を示し、HIV 感染が多い地域を通る幹線道路を「HIV 街道 (VIH corredor geografico)」として示したものである [19]。幹線道路沿線では大型車の運転手等、長距離移動を行う人々を顧客とする性産業が発展する傾向にあり、図 3-5 が示すように HIV 街道沿線の感染者数が多い。こうした人々を対象とした予防対策が講じられてはいるものの、数は少なく規模も小さい [20]。



出典：Estadísticas VIH y VIH avanzado Guatemala enero 1984-diciembre, MSPAS (2010) [19]

図 3-5 幹線道路と HIV 感染者数との関連性(1984 年から 2010 年までの累計感染報告数)

感染者数を年齢層に見ると、2011 年データでは、25 歳から 29 歳までの感染者数が最も高く全体の 19% であり、20 歳から 24 歳と 30 歳から 34 歳までがそれぞれ 15% となっている [10]。図 3-6 に示す通り、1984 年から 2009 年の累計でも同様の傾向である。



出典：Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud, MSPAS, CNE (2010) [18]

図 3-6 性別及び年齢層別の HIV 累積感染者数(1984-2009 年)

3.3.2 ベクター媒介感染症

(1) マラリア

保健省によると、約43,000のコミュニティに住む約350万人がマラリアのリスク人口とされている。2011年におけるマラリア罹患率は22（人口10万対）で、発生した2,664件のうち、エスクイントラ県 Gomela 市が全体の64%、サカパ県 Gualán 市が24%と両地区に集中した。また、この内98%が Plasmodium Vivax による三日熱マラリアであった [10]。

(2) シャーガス病

シャーガス病の媒介虫であるサシガメの生息地は全国22県の内21県に亘っており、リスク人口は400万人と言われている。2005年には約73万人が感染しており、毎年約3万人が新たに感染している。輸血等他の感染ルートはあるが、約80%が媒介虫による感染である [21]。

(3) デング病

グアテマラのデング熱は血清型 D1、D2 および D4 の3タイプであり、D1 のものが最も多い。県別では、エスクイントラ県、エル・キチェ県、チキムラ県及びパバ・ベラパス県での発症率が高い。年齢層では25歳から35歳までが最も多く、次いで10歳から14歳までとなっている。2011年には3,281件のデング熱様の症状が報告され、この内の78%が保健施設で検査を受けた。687件がデング熱と診断され、内29件が出血性デング熱で、11人が死亡した [10]。

3.3.3 結核

2011年の罹患率は14（人口10万対）で、結核と診断された患者は計2,025人であった。県別では、エスクイントラ県、アルタ・ベラパス県、サン・マルコス県、ウェウエテナンゴ県、ケツアルテナンゴ県及びスチペペケス県に多発している [10]。新規患者の3.0%、再治療患者の26%が多剤耐性であると推計されており、この背景には治療成功率が世界保健機関（WHO）の目標値（85%）に達していないこと⁸等があると考えられる。HIVとの重複感染については、結核患者の69%が自身のHIV感染の有無を知っており、そのうち12%が重複感染者であった（2011年） [22]。

3.3.4 水と衛生（腸管感染症と呼吸器感染症）

水資源は豊富であるが、表層水の90%が汚染されている。国民の4割が安全な水へのアクセスが無い状況であり [10]、子どもの健康状態や栄養状態に大きく影響する下痢症の罹患率が高くなっている。環境・自然資源省（MARN）の報告では、下水網に接続している家庭は全体の36%であり、トイレ設備のある家庭の割合は、都市部が60%、農村部は5%である。家庭からの廃棄物が適切に処理されている割合は35%で、適切に処理されていないこうした廃棄物も水の汚染の一因となっている [23]。また、農村部の86%が調理用に炭や木材を使用していることが呼吸器感染症にも関連性があると保健省は指摘している。CNEのデータによれば、下痢症と急性呼吸器疾患の近年の推移は表3-5の通りである。

⁸ 2009年は新規患者において83%、再治療患者で64%

表 3-5 下痢症と急性呼吸器疾患の推移

	2008	2009	2010
下痢症	518,848 件 (37)	560,473 件 (39)	397,286 件 (27)
急性呼吸器疾患	2,192,230 件 (156)	2,567,541 件 (158)	2,004,779 件 (136)

注：括弧内は人口千対

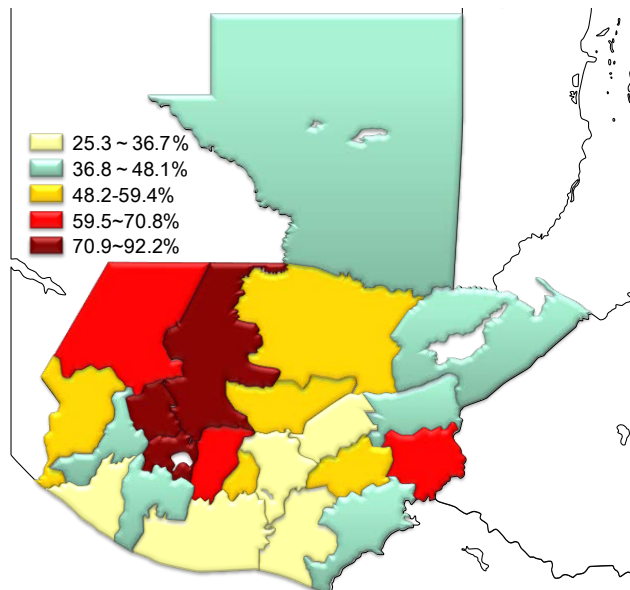
出典：Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud, MSPAS, CNE (2010) [24]

3.4 栄養と健康

2012年2月に国連世界食糧農業機関（FAO）グアテマラ事務所は、食糧安全保障栄養庁（SESAN）に対し、食糧安全保障栄養ラテンアメリカ・カリブ・スケール（ELCSA）とグアテマラの生活条件調査局が2011年に合同で実施した面接調査の報告書を提出した。同報告書では、国民の80.8%の食糧安全が確保されておらず、全家庭の92%が貧困及び絶対的貧困にあると指摘している。県別では、北西部を中心に、ソロラ県、トトニカパン県、エル・キチェ県、ウェウエテナンゴ県、サン・マルコス県、ペテン県の順で食糧問題が深刻であると報告している。食糧不足の度合いが深刻な家庭が全体の14.4%、中程度の食糧不足の家庭が27.1%とされた。食糧不足が特に深刻な家庭について、同報告書では、一日一食が摂れない家庭もあり、各家庭の購買能力の強化も含めた対応が急がれる、としている [25]。

3.4.1 子どもの栄養状況

5歳未満の子どもの49.8%が中度の発育障害⁹で、21.2%が重度の発育障害である [14]。民族別にみると非先住民の子どもにおける割合が30.6%であるのに対し、先住民の子どもでは58.6%である。居住地区別でみると都市部の子どもでは28.8%であるのに対して、農村部では51.8%である。県別でみると、図3-7の通り慢性栄養失調の割合が非常に高いのは、パパ・ベラパス県、トトニカパン県及びソロラ県の3県である。これに次いで高い割合（59.5-70.8%）を示している県を合わせると、北西部及び南西部地域に相当し、先住民の割合が多い地域と合致している。また、北東部地域のホンジュラスとの国境を接するチキムラ県も高い割合に入るが、ここも先住民の割合が高い地域である [14]。



出典：Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, INE, [14]

図 3-7 県別の慢性栄養失調障害の子ども(6-59ヶ月)の割合

⁹ 発育障害—WHO の“WHO Child Growth Standards”の基準基準による年齢相応の身長を持つ基準集団の身長の中央値からの標準偏差がマイナス2未満である生後0-59ヶ月児の割合。慢性栄養失調の状態。

出生時低体重（2,500 グラム以下）の割合は 20% であり、6 ヶ月未満の乳児における完全母乳育児の割合は 3 分の 1 程度となっている。

慢性栄養失調（発育障害、身長／年齢）、急性栄養失調（低体重、体重／年齢）及び一般栄養失調（消耗症¹⁰、体重／身長）の状況は表 3-6 の通りである。

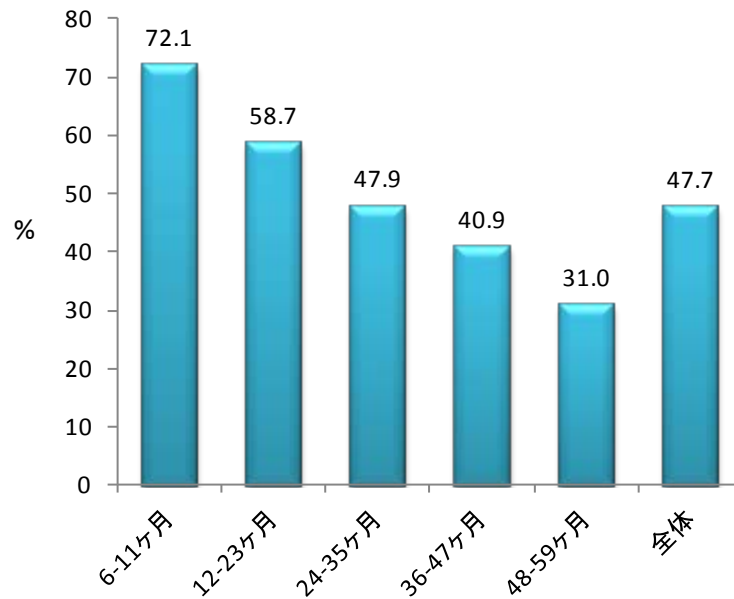
表 3-6 子どもの居住地区及び身体的成長に見る栄養不良の割合

		慢性栄養失調 (%)	急性栄養失調 (%)	一般栄養失調 (%)
居住地区	都市部	34.3	1.0	8.2
	農村部	58.6	1.6	15.9
月齢層	3-5 ヶ月	23.5	0.5	4.6
	6-11 ヶ月	33.5	0.9	9.6
	12-23 ヶ月	52.3	2.8	16.1
	24-35 ヶ月	55.4	1.5	13.6
	36-47 ヶ月	54.5	0.9	13.7
	78-59 ヶ月	51.7	0.8	12.9

出典： Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, INE, [14]

3.4.2 子どもの貧血

ENSMI 2008/2009 によれば、生後 6-59 ヶ月の子どもの約半数の 47.7% は貧血状態にある。図 3-8 に示すように、生後 6-11 ヶ月では 72.1% と、その割合が特に高い [26]。



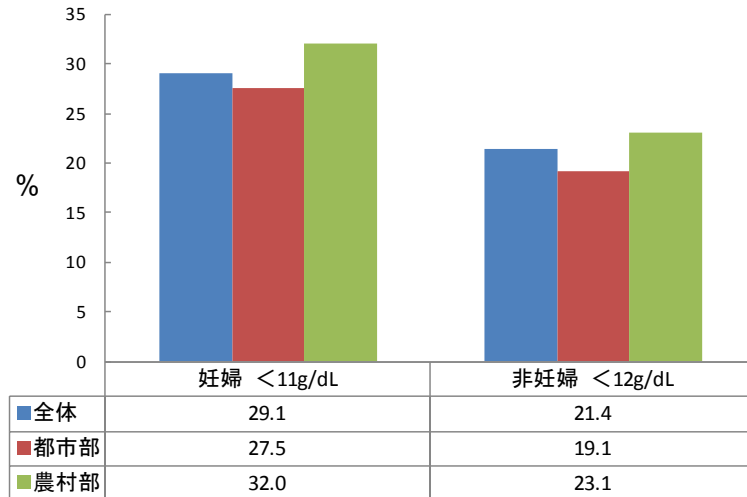
出典： Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje, UNDP (2010) [26]

図 3-8 子ども(6-59 ヶ月)の月齢層別の貧血症(Hb<11g/gL)の割合

3.4.3 女性の貧血

ENSMI 2008/2009 によれば、15-49 歳の女性における貧血症の割合は約 2 割 (21.4%) である。図 3-9 に示すように、妊産婦における割合は平均約 3 割 (29.1%) である。居住地区別では、都市部に比べて農村部の方が貧血症の割合が高い [26]。

¹⁰ WHO の“WHO Child Growth Standards”の基準による身長相応の体重を持つ基準集団の体重の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満 (中度) / マイナス 3 未満 (重度) である生後 0~59 ヶ月児の割合。急性栄養失調の状態。
低体重-上記基準による年齢相応の体重の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満 (中度) / マイナス 3 未満 (重度) である生後 0 ~ 59 ヶ月児の割合。

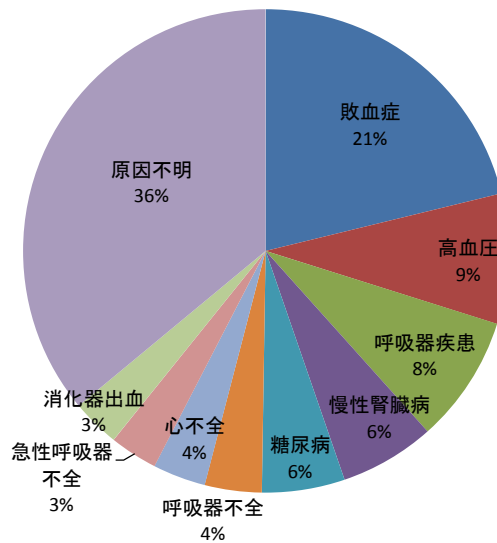


出典：Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje, UNDP (2010) [26]

図 3-9 女性(15-49 歳)の居住地区別の貧血症の割合

3.5 非感染性疾患の状況

グアテマラ社会保険協会 (IGSS) 統計部によって 2011 年に記録された、3,630 件の非感染性疾患による死因の内訳を図 3-10 に示す。



出典：IGSS 統計部データ [27]

図 3-10 非感染性疾患による死因の内訳(2011 年)の割合

急性心不全、循環器疾患や糖尿病等、慢性疾患の割合が増えているが、背景には国民の大都市への移動とそれに伴う環境、生活習慣及び行動様式の変化による不健康な食習慣、ストレス等があると指摘されている。また、成人女性 (15 歳から 54 歳まで) の死亡原因を見ると、第一位が呼吸器疾患 (7.16、人口 10 万対)、続いて急性心不全 (5.12) と糖尿病 (4.7) となっている [10]。

第4章 保健サービス提供の状況

2012年1月に新政権が発足し保健大臣以下の担当局長も一新されたが、その後、半年の間に保健大臣は2度交代している。これに伴い、局長等の要職も交代した。今後新たな保健サービスの枠組みが策定されるものと考えられ、政策の継続性が不透明な部分もあるが、前政権の実績等を中心に、本章を記載する。

4.1 プライマリヘルスケア（PHC）の現状

グアテマラのPHCの概念は、「保健サービスカバー拡大プログラム（PEC）」に基づいている。同プログラムは1996年のグアテマラ和平協定によって、先住民の多く住む農村地域への基礎保健サービスを確保するとされたことが契機となって始まった。PECによって実施される基礎保健サービスとは、予防接種や母子保健、家族計画、栄養等に関わるヘルスプロモーションとなっており、コミュニティへの定期的な訪問診療サービスも含まれている。保健省の発表によれば、1999年には、PECによって全人口の約2割近い350万人に基礎保健サービスが提供された。これを、ターゲットとしている農村地域人口に対する割合に換算すると、76.8%がカバーされたことになる。なお、PECでは基礎保健サービスの費用を住民1人あたり年間8-9米ドルと設定し、米州開発銀行（IDB）が中心となり、世界銀行、米国国際開発庁（USAID）等の資金援助により、77の非政府組織（NGO）へ委託して実施されている [28]。

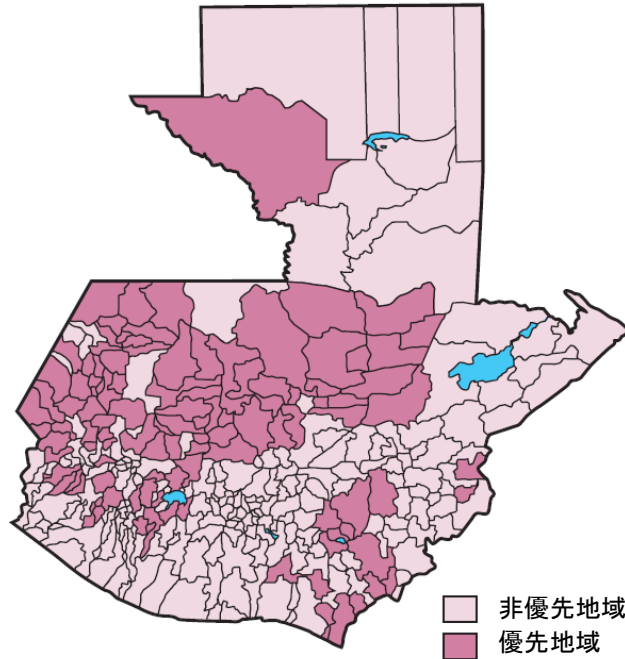
PECの課題として、和平協定によって緊急に施行されたプログラムであることから、委託されたNGOの活動（予防接種の実施時期や診療にあたる保健職種等）に統一性がなく、監督する保健省の管理体制が十分でないことが挙げられる。サービスの分野は母子保健に限定されており、産前健診を含む訪問診療等の頻度が月に一度では十分なサービスが提供できないことがドナー側から指摘されている [29]。

また、アルマアタ宣言¹¹の25周年にあたる2003年の世界保健機関（WHO）総会においてPHCの強化へ向けた提言¹²がなされたのを受け、中南米地域においては、汎米保健機構（PAHO）主導の作業部会活動の成果として、保健システム改革を基盤とする新たなPHCの方向性を示したモンテビデオ宣言が2005年に発表された [30]。

上述の動き及び地方分権化の方向性を受け、2011年にはスペイン国際開発庁（AECID）がイニシアティブを取り、現在の地方保健行政機関や地方保健医療施設を活用した包括保健サービスモデル（MAIS）がドナー側より提案され、保健省との間で検討されている。図4-1に示すMAIS導入における優先地域（125市、人口約670万人）は、2006年の国民生活調査（ENCOVI）での貧困指数と、母子保健全国調査（ENSMI）2008/09の結果による子ども慢性栄養失調症の分布状況に基づいて選択された [31]。

¹¹ 1978年9月6日から12日にかけて現在のカザフスタン共和国・アルマティ(当時は、ソビエト連邦、アルマアタ)で開催された第一回プライマリヘルスケアに関する国際会議（WHO、UNICEF主催）で採択された、プライマリヘルスケアについての宣言文。

¹² 第56回総会において、PHCの定義、戦略、今後の方向性を見直し、WHOの全ての活動にPHCの概念を取り入れる努力を継続することが各地域に求められた。



出典：Serie de documentos de análisis, Boletín No. 6, Contamos!, UNICEF (2011) [31]

図 4-1 MAIS 優先地域

新ペレス・モリーナ政権の保健省担当部局である保健サービス包括システム (SAIS)¹³局は、2012 年に、MAISは複数ある選択肢の一つであり、その推進を検討中であると表明している。一方、PECを継続支援しているIDBは、グアテマラにける保健セクター改革の推進には、持続性のある保健サービス包括システムの構築が重要と報告している [32]。

なお、国連児童基金 (UNICEF) によると、PEC の代替として MAIS を全面的に導入した場合、591 の保健ポスト (PS) の増築あるいは改築と 1,583 人の準看護師の雇用が必要となり、総額 2,012 百万ケツツアルが必要となるが、この増額は対国民総生産比では 0.26%に過ぎないと試算している [31]。一方、保健省国際協力課の試算では、168 の PS と 441 の保健センター (CS) が不足しており、これを補うための建設費 (9,271 百万ケツツアル) と人件費 (4,030 百万ケツツアル) の総額 13,301 百万ケツツアルが必要であるとしている [17]。

4.2 母子保健サービスの状況

保健省では、各レベルの保健施設に対して「リプロダクティブヘルス診療規定 (Normas de Atención, Salud Reproductiva)」を配布しており、関連するサービスは同規定に沿って提供されている [33]。

4.2.1 妊産婦ケア・サービス提供と利用の状況

表 4-1 は産前健診を受けた場所を、妊婦の住居地区、地域、民族、教育レベル、経済レベルの別に示したものである。

¹³保健省が監督機能を発揮して運営する、財源 (予算) に裏付けられた新たな保健サービスシステムを指す。

表 4-1 妊婦の住居地区、地域、民族、教育レベル、経済レベルによる
産前健診の場所(%) (2008-2009)

		公立 病院	保健セ ンター (CS)	保健ポ スト (PS)	コミュニ ティセン ター (CC)	IGSS	民間 病院	民間診 療所	NGO 施設	TBA 施設 ¹⁴	面会 所 ¹⁵	他
住居地区	都市部	13.3	27.2	9.0	1.4	11.3	27.2	13.4	2.8	27.4	7.1	1.7
	農村部	5.0	26.5	20.8	26.4	3.7	8.1	4.1	1.8	36.7	12.9	3.4
地域	首都部	10.0	28.3	7.2	0	14.0	25.2	17.5	2.9	30.3	3.3	1.8
	北部	4.6	23.9	5.5	49.0	3.6	5.0	6.3	1.9	11.7	21.8	6.7
	北東部	5.4	30.4	15.2	20.4	9.5	15.9	9.1	0.4	24.6	10.3	0.9
	南東部	3.7	35.5	13.0	24.1	1.8	11.0	7.6	3.3	41.1	6.5	3.5
	中央部	8.7	16.6	10.6	3.6	19.2	23.2	8.8	7.5	47.6	1.6	1.3
	南西部	7.2	31.7	19.3	12.7	4.5	17.4	5.1	1.4	35.1	12.0	2.0
	北西部	8.6	20.2	31.2	18.0	0.0	8.4	2.4	0.0	39.7	16.3	3.3
	ペテン	37.7	18.9	39.6	9.1	0.0	14.3	2.8	1.8	39.5	6.4	1.8
民族	先住民	3.1	27.4	19.3	26.0	2.1	8.7	4.3	1.2	30.8	20.0	3.3
	非先住民	11.7	26.3	14.3	10.1	9.8	20.0	10.0	2.9	35.0	4.1	2.4
妊婦の教育 レベル	無学歴	4.2	21.4	21.4	29.0	1.3	4.1	0.5	0.6	38.9	17.1	3.5
	小等教育 修了	9.0	30.5	19.0	18.2	3.3	10.4	6.9	2.0	37.7	11.1	3.1
	中等教育 修了	10.6	27.5	8.3	5.1	17.3	28.6	13.2	4.5	22.8	5.4	1.8
	高等教育 修了以上	5.4	8.0	1.0	0	15.4	65.0	25.6	1.4	4.6	0	0
経済レベル	1 (低)	2.9	21.7	22.5	35.2	0.2	1.4	0.3	0.0	33.3	15.3	4.7
	2	9.4	29.9	19.0	25.3	2.1	6.1	3.6	3.1	40.5	17.0	3.0
	3 (中)	4.7	35.5	24.3	6.7	7.7	15.7	5.2	0.6	32.6	10.0	2.1
	4	18.0	29.6	3.8	2.4	13.1	26.1	14.9	5.3	29.2	1.2	2.0
	5 (高)	8.9	12.6	2.1	0	17.7	46.8	25.0	3.5	25.6	3.0	0.5
全国		8.1	26.8	16.4	17.0	6.6	15.3	7.6	2.2	33.2	10.7	2.8

注1：複数選択可で調査していることから合計が100%より上回るケースもある。

出典：Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS, INE [14]

全妊婦の60.4%が産前健診を1回以上受けているが、高学歴層ではこの割合が90%以上となる。健診受診施設は、都市部の妊婦は公立病院とCS及び民間病院が多く、農村部では伝統的産婆(TBA)施設、CS及びPSが多い。また、高等教育修了以上の妊婦はTBA施設の利用度が顕著に低い[14]。

WHOの報告によると、助産専門技能者の介助による出産の割合は51%であり、これは近隣のエルサルバドル(84%)、ホンジュラス(67%)及びニカラグア(74%)より低く、中南米地域においてはハイチに次いで低い数値である[16]。出産介助者別の割合及び居住地区別の助産専門技能者による出産介助の割合の推移を表4-2に示す。

¹⁴ 「TBA施設」とは、伝統的助産師の家(Casa de Comadorona)のことである。

¹⁵ 「面会所」とは、村の公共施設(Casa de Entrevistada)のことである。

表 4-2 出産介助者別の割合と居住地区別の助産専門技能者による出産介助の割合(%)の推移

		ENSMI 1987	ENSMI 1993	ENSMI 1998/99	ENSMI 2002	ENSMI 2008/09
出産 介助者	医師	25.5	31.4	36.9	37.0	47.0
	看護師	3.7	3.4	3.7	4.4	4.5
	TBA	60.0	55.1	50.0	47.5	42.4
	家族・知人等	7.8	7.7	7.3	10.2	5.7
	介助なし	3.0	1.9	1.4	0.8	0.5
居住 地区	都市部	59.6	63.4	66.1	65.6	77.0
	農村部	17.9	21.1	24.9	29.5	36.5

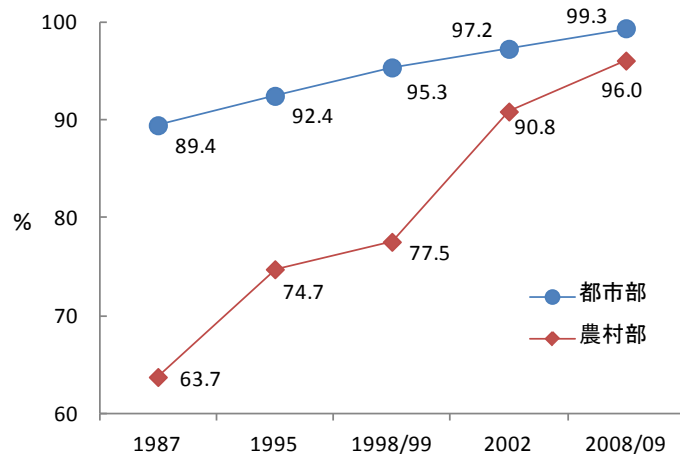
出典：Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS, INE [14]

医師による介助の割合が増えるにつれて TBA による介助の割合は減少している。また、助産専門技能者による出産介助の割合における都市部と農村部との差は縮小されつつあるものの、ENSMI2008/09 においても 2 倍以上の差がある。

上記より、産前健診において 33.2%、分娩介助において 42.4%の妊婦が TBA に依存しており、その存在が大きいことが示唆される。

4.2.2 家族計画

図 4-2 は、ENSMI による、15 歳から 49 歳までの女性の避妊方法についての知識の保有率の推移である。1987 年には都市部に比べて農村部はかなり低い状況であったが、2008/09 年の結果では殆ど差異はなくなっており、特に農村部では啓発活動が進んでいることが示唆される。しかし、グアテマラにおける避妊法の使用率は 43.3%で、近隣のエルサルバドル(72.5%)、ホンジュラス(65.2%)及びニカラグア(72.4%)に後れをとっている [16]。



出典：Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, INE, [14]

図 4-2 女性（15 歳-49 歳）の避妊方法の有知識率の推移

4.2.3 予防接種拡大計画（EPI）サービスの状況

2008-09 年の報告による 5 歳未満児における予防接種率は表 4-3 の通りである。BCG、5 種混合、ポリオ及び麻疹の予防接種を全て受けた子どもの割合は 78.6%となっている。一方、これらを全く受けていない子どもの割合は 1.5%であった。また、生後 12-23 ヶ月の子どもの予防接種率は、ENSMI1987 では 22.2%であったのが ENSMI 2008/09 では 71.2%まで改善している [14]。

表 4-3 5歳未満児における予防接種率

ワクチン	接種率 (%)
BCG	96.1
DPT/5 種混合 1	95.9
DPT/5 種混合 2	91.7
DPT/5 種混合 3	85.7
ポリオ 1	96.8
ポリオ 2	92.6
ポリオ 3	86.4
麻疹	87.8

出典：Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS, INE [14]

4.3 感染症対策の現状

4.3.1 性感染症及び HIV/エイズ対策

グアテマラでは、性感染症及び HIV/エイズ対策は、「Three Ones¹⁶」の原則によって実施されている。戦略計画については 2012 年 7 月時点において策定中であった¹⁷。マルチ・セクター委員会には、保健省をはじめ、教育省、インフラ・住宅省、防衛省、内務省及び労働省が参加し、それぞれのセクターについての分担計画を策定し、活動実績を共有して新たな計画にフィードバックしている [8]。

保健省では、「性感染症・HIV/エイズ国家プログラム」を設置し、規制・監視・管理担当や保健サービス担当等として多くの部局が関わっている。各レベルの保健施設には「HIV/エイズ診療規定 (Normas de Atención, VHI/SIDA)」を配布している。抗レトロウィルス療法を提供する保健省管轄の施設として、8 病院が指定されている [33]。

4.3.2 ベクター媒介感染症対策

ベクター媒介感染症対策に関しては、基本的には各リスク地域で対策プログラムを策定し、保健省が技術指導や必要に応じた技術チームの編成をすることになっている。以下に保健省の個別プログラム概要による疾病毎の対策をまとめる [34]。

(1) マラリア対策

保健省のマラリア対策プログラムによれば、以下の基本方針の下、対策の各種ガイドブックやポスターを感染の危険がある地域へ配布している。

- ・ 三日熱マラリア原虫による発症の抑制及び熱帯熱マラリア原虫による発症の撲滅
- ・ コミュニティにおける疫学監視の強化
- ・ マラリア発症状況の評価
- ・ 流行地の特定とリスク地域状況の把握

¹⁶ 「1つ」の国家戦略計画、「1つ」のマルチ・セクター委員会及び、「1つ」の国家モニタリング評価システム、の「3つの「1つ」」。途上国の HIV/エイズとの闘いを効果的に進めていくための原則で、2004 年 4 月 25 日に国連合同エイズ計画 (UNAIDS) と英米両国政府が共催して開いたワシントン会合で承認された。

¹⁷ 「性感染症・HIV/エイズ予防・治療・管理国家戦略計画 (Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VHI y SIDA) 2006-2010」が最新のものである。

(2) デング熱対策

デング熱対策プログラムでは、以下の方針の下、各種情報の発信、ガイドブックやマニュアル、ビデオ教材を感染の危険がある地域へ配布している。

- ・ 出血性デング熱の死亡を 1%に抑えるとともに恒常的なデング熱危険地域における発症率を 10%以内に抑える。
- ・ 監視とコントロールの規定を策定し、実施及びモニタリング評価を実施する。
- ・ 保健人材への特別研修を実施する。

(3) シャーガス病対策

2010 年までに中米におけるシャーガス病の伝播を中断する、という広域目標を掲げる中米シャーガス病対策イニシアティブにより、媒介虫の駆除と疫学監視システムの強化の 2 本立てで対策を推進している。2003 年に、ホンジュラス及びエルサルバドルとの国境に位置するチキムラ県において PAHO 主催によるグアテマラ・ホンジュラス・エルサルバドル 3 国間の国際会議が開催された。保健省は、この結果を受けてシャーガス病の診断及び治療の基準マニュアルを取りまとめた [21]。

4.4 栄養問題対策

栄養問題について多セクターからのアプローチによって取り組む、「飢餓ゼロ」プログラムが 2012 年 2 月より開始された。全国で最も栄養失調の子どもの割合が高いとされるウェウエテナンゴ県サン・フアン・アティラン市から、栄養失調が深刻な国内 10 県（ウェウエテナンゴ県、サン・マルコス県、エル・キチェ県、エスクイントラ県、ソロラ県、トトニカパン県、ケツアルテナンゴ県、チマルテナンゴ県、チキムラ県及びアルタ・ベラパス県）の 166 の自治体（市）で順次実施される予定となっている。同プログラムを担当する食糧安全保障栄養庁（SESAN）によると、同プログラムには 20 億ケツアル（約 200 億円）が充てられ、慢性的栄養失調率を 4 年間で 10%改善するとの目標を掲げている。

同プログラムは 13 のコンポーネントからなり、補助金（300 ケツアル/月）支給、食糧配給袋支給、移動学校食堂、肥料提供等が含まれている。補助金は、2012 年 4 月に開始された条件付現金給付制度である「私の確かなボーナス（Mi Bono Seguro）」の一貫として支給されるものであり、身長・体重測定等に応じた保健の補助金（1 ヶ月当たり 150 ケツアル）と同額の教育補助金の 2 種類ある。「私の確かなボーナス」は社会開発省が管轄している。

「飢餓ゼロ」プログラムのコンポーネントの一つとして、保健省では、妊婦（9 ヶ月）と 2 歳未満児（24 ヶ月）が健康的な食事に確実にアクセスできるよう、妊娠中から生後 24 ヶ月まで¹⁸を対象とした、「千日間の窓口（Ventana de los 1000 días）」を展開する計画を策定した。これには、104 百万ケツアルの [35] の予算が必要とされている。

栄養対策に関する保健省内のプログラムとしては、食糧安全保障と「栄養対策プログラム（PROSAN）」がある。同プログラムには、微量栄養素補給、母乳授乳、栄養補給、母乳銀行、栄養状態の監視、成長のモニター、診療プロトコールの策定と調査、女性への栄養指導等が含まれる [36]。

¹⁸ 妊娠中の 9 ヶ月と生後 24 ヶ月で約 990 日間となる。

なお、子どもの慢性栄養失調への対策強化を目的として、2009 年から PEC に、コミュニティ母子包括診療（AINM-C）が導入された。

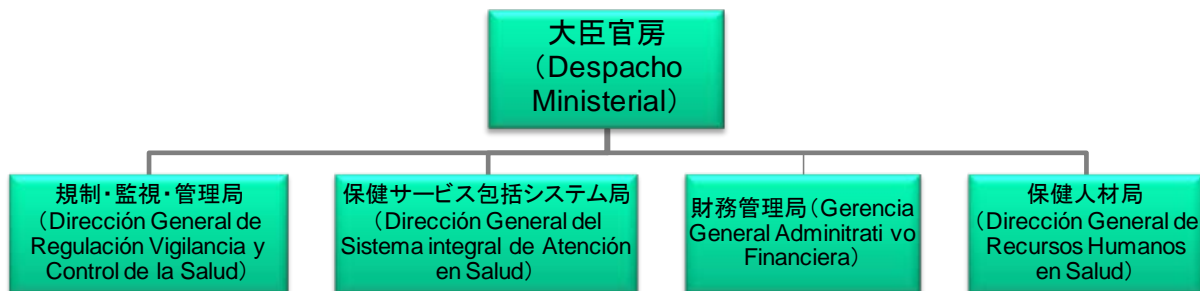
第5章 保健システムの状況

5.1 保健行政

中央に保健本省、地方においては、全国 22 県にそれぞれ県保健局（DAS）及び各県の全国 334 市に市保健事務所（DMS）を配した体制となっている。

5.1.1 保健省

保健省では大臣の下に事務担当副大臣（Viceministerio Administrativo）、技術担当副大臣（Viceministerio Técnico）及び病院担当副大臣（Viceministerio de Hospitales）が配置されている。また保健省の組織は図 5-1 に示す通り、規制・監視・管理局（Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud）、保健サービス包括システム局（Dirección General de Sistema Integral de Atención en Salud）、財務管理局（Dirección General de Administrativo Financiero）及び保健人材局（Dirección General de Recursos Humanos en Salud）の 4 局制となっている。



出典： 聴き取りにより調査団作成

図 5-1 保健省組織図

規制・監視・管理局は、食品や医薬品等の流通品の規制や監視及び、ガイドラインに沿った保健医療施設や医療機材の管理等を担当する。また、母子保健やマラリア対策等、各種保健プログラムの規定の策定も担当しており、各プログラムに専任スタッフが配置されている。24 あるプログラムのうち、ドナー等から直接予算が給付される食糧安全保障と栄養対策プログラム（PROSAN）については、同局が規定の策定に加え、プログラム活動の実施も行っている。

保健サービス包括システム局には、上記 24 のプログラムの活動の実施を担当する保健サービス開発部、国家疫学センター（CNE）を管轄する疫学部、保健教育・プロモーション部、スーパービジョン・モニタリング・評価部や災害医療部がある。また、県保健局や病院の管理・監督も担当している。市保健事務所の管理は県保健局が担当している。

5.2 保健人材

表 5-1 は、保健省管轄の保健医療施設における保健人材数の推移である。2009 年から 2010 年にかけて、1 万人以上の保健人材が雇用されており、特に準看護師職は 4 千人、事務職は 6 千人程度増加している。これは一次及び二次保健サービスの強化計画によるものであった。2011 年の人口 1 万人に対する公的セクターの医師は 3.4 人、看護師は 1.5 人となっている [10]。表 5-5 に示すように、公的セクターが人口

の48%をカバーしていることを考慮すると、中南米地域平均である、人口1万人に対する医師22.5人、看護師61.5人 [16]に比べて、大幅に不足していると推察される。また、保健省管轄の保健人材の半数以上、グアテマラ社会保険協会（IGSS）所属の保健人材の8割が首都圏で業務に従事しており¹⁹、人口の51%が農村部に居住していることから、保健人材の配置は偏在していると考えられる。

表 5-1 保健省に所属する保健人材の職種別の人数の推移

カテゴリー	2008		2009		2010		2011	
	人数	人口1万対*	人数	人口1万対*	人数	人口1万対*	人数	人口1万対*
医師	3,176	2.32	3,178	2.27	4,484	3.12	5,058	3.43
看護師	1,274	0.93	1,278	0.91	1,991	1.38	2,212	1.50
準看護師	6,619	4.84	6,621	4.72	10,507	7.30	11,308	7.66
事務職	6,683	4.88	6,711	4.78	12,356	8.59	12,732	8.63
サービス補助	5,587	4.08	5,638	4.02	5,648	3.93	5,607	3.80
合計	23,339		23,426		34,986		36,917	
人口	13,690,846		14,033,623		14,388,929		14,757,316	

*人口1万対は調査団算出

出典： Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]
人口のみ World DataBank [1]

保健省では、母子保健サービス強化のためには、医師、看護師及び出産介助が可能な准看護師の3人1組の保健人材が、人口千人あたり1組必要であるとしている。これによると、この3職種で計36,784人が必要であると試算されているが、2011年の合計は18,578人で、大幅に不足している。保健省予算の人件費費目によると、保健人材を含めて全体の半数以上が常勤ではなく、契約や特別活動のための臨時の雇用である。

保健省によると、保健人材育成機関にも卒業率の低さといった課題があると指摘している。例えば、グアテマラ最大の保健関連の学部を有するサン・カルロス大学においては81.46%が、私立大学においては40%が、それぞれ中途退学している。看護学校の中途退学率は15%程度である [14]。

表 5-2 は、保健人材養成機関の概要である。

表 5-2 保健専人材育成機関の概要

学校名	養成内容
USAC (Universidad de San Carlos de Guatemala) 公立	医学部、公衆衛生（修士）、専門医コース（29コース）
UMG (Universidad Mariano Gálvez) 私立	医学部、看護学部、準看護師コース
UVG (Universidad del Valle de Guatemala)	看護学、生物学、生化学、微生物学、栄養学、修士：心理学、精神医療、看護
GALILEO	看護師、準看護師、医療事務、修士：労働保健、家庭医療
FRANCISCO MARROQUIN	医学部、栄養学部、歯学部、放射線技師、ICU 技師

出典： 聴き取りにより調査団作成

5.3 保健医療施設

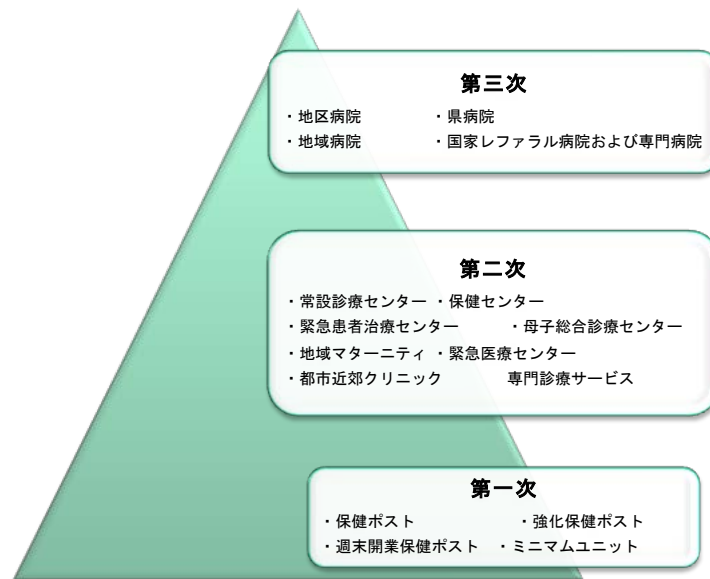
5.3.1 保健医療施設ネットワーク

保健医療施設は、保健省管轄施設、IGSS 管轄施設及び民間セクター施設の3つに大別される。以下、その3つについて概要をまとめる。

¹⁹ 保健省及び IGSS からの聞き取りによる。

(1) 保健省管轄施設

保健省管轄施設のリファラル体制を図 5-2 にまとめる。



出典： 聴き取りにより調査団作成

図 5-2 保健医療施設のリファラル体制

保健省管轄の施設をこのリファラル体制に沿って表 5-3 にまとめる。施設数の 74%が一次、23%が二次、残りの 3%が第三次の施設となっている²⁰。

一次施設は保健ポスト（PS）、二次は保健センター（CS）がそれぞれ主な施設であるが、その他に幾つもの種類の施設が存在しているのは、保健省主導で実施される多種の保健プログラムに応じて設置されているものもあるためである。

三次施設の病床数は合計 7,718 床である。保健省管轄の三次施設だけで見ると人口 10 万人あたりの病床数は 51 となっている。計 45 の病院の内 1990 年代に新設されたのは 8 件のみで、1998 年以降は新設がなく、多くの病院は老朽化している。

一次施設は最も農村コミュニティに近い存在であり、かつ他の IGSS や民間セクターが補完することが難しい地域をカバーし、疾病予防やヘルスプロモーションの役割を担うことになっている。しかし、人材不足のために、患者の治療に追われている状況である。配置されている専門職は準看護師のみであり、治療の内容にも限界がある。現実的に、疾病予防やヘルスプロモーションを行っているのは、「保健サービスカバー拡大プログラム（PEC）」である²¹が、PEC の活動と一次施設との連携は殆どない。

二次施設は基本的に入院施設がなく、外来治療が主な活動である。医師や看護師等専門職が配置され、ある程度の専門治療も可能である。母子総合診療センター（CAIMI）等には、産科用の病床が計 1,200 床程度ある。

²⁰ 一般に、基礎診療科目のみ有する病院を二次施設、専門診療科目をも含む病院を三次施設と分類する国が多いが、グアテマラでは二次施設でも基礎診療科目のサービスが十分ではなく、三次保健サービスに、基礎診療科目と病棟を有する病院の活動を全て同分類に含めている。

²¹ PEC は 415 所管地域にある 4,618 箇所の集会所等を利用しているが、この集会所は保健省所有のものではない。

表 5-3 保健省管轄の保健医療施設の種類及び施設数

	施設名	施設数
一次施設	保健ポスト (PS)	777
	週末開業保健ポスト (PSF/FS)	245
	強化保健ポスト (PSF)	64
	ミニマム・ユニット (UM)	15
	小計	1,101
二次施設	常設診療センター (CAP)	180
	保健センター (CS)	110
	救急患者治療センター (CENAPA)	40
	母子総合診療センター (CAIMI)	5
	地域マタニティ (Maternidad Cantonal)	4
	緊急医療センター (Centros de Urgencia Médica)	3
	都市近郊クリニック (Clínicas Periféricas)	2
	専門診療サービス (Servicios Especializadas)	2
	小計	346
	三次施設	地区病院 (Hospitales Distritales)
県病院 (Hospitales Departamentales)		10
地域病院 (Hospitales Regionales)		13
国家リファラル病院及び専門病院 (Hospitales de Referencia Nacional o de Especialidades)		9
小計		45
総計		1,492

出典：Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

(2) グアテマラ社会保険協会 (IGSS) 管轄施設

IGSS 管轄の保健医療施設の種類は表 5-4 の通りであり、計 125 施設が都市部を中心に全国に配置されている。

表 5-4 IGSS 管轄の保健医療施設分類

施設名	施設数
病院 (Hospitales)	23
ポリクリニック (Policlinicas)	1
診療所 (Consultorios)	36
診療センター (Centros de Atención)	4
診療ユニット (Unidades Asistenciales)	2
保健センター (Centros de Salud)	44
付属診療所 (Salas Anexas)	2
都市近郊ユニット (Unidades Periféricas)	2
救急ポスト (Puestos de Promeros Auxilos)	11
小計	125

出典：Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

IGSS の加入者数は 1,154,378 人 (2011 年) で、加入者の家族等を合わせて約 278 万人 (人口の約 2 割) を IGSS 管轄の保健医療施設がカバーしていることになる。IGSS では腎臓病の患者の透析治療の受入れ先として保健省管轄の施設を利用する等、保健省との限定的な協定はあるが、保健省管轄施設のリファラル体制下には入っていない。

(3) 民間のサービス提供施設

民間の保健医療施設については、保健省がライセンスを発行して管理している。ライセンスを発行している施設は検査室を含めて7千近くあり、この内、入院患者の受け入れが可能な民間の病院は71ある。

5.3.2 サービスへのアクセスの状況

保健医療施設での患者受入れの実績から計算した、各セクターのカバー人口は表 5-5 の通りとなる。なお、IGSS、民間及びその他のセクターではその管轄の保健医療施設が診療した患者数をそれぞれの対象人口としている [32]。

表 5-5 各保健セクターのカバー人口(2006年)

セクター	対象人口 (千人)	カバー人口		未カバー人口	
		人口(千人)	割合(%)	人口(千人)	割合(%)
保健省	9,424	6,100	48.0	3,324	26.2
IGSS	2,044	2,044	16.1	0	0.0
民間	1,100	1,100	8.7	0	0.0
その他(軍病院等)	132	132	1.0	0	0.0
計	12,700	9,376	73.8	3,324	26.2

出典：PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA, IDB, (2007) [32]

この表によれば、人口の26%がどのセクターからもカバーされていない計算になる。近年、人口は増加しているものの、保健医療施設の数が増加していないこと、さらにプライマリヘルスケア（PHC）サービスの内容が不十分であると指摘されている PEC の対象人口も含んでいることを考慮すると、国民の保健サービスへのアクセスは悪化していると推察される。

5.3.3 保健医療施設の管理

保健医療施設の状況は、米州開発銀行（IDB）の調査によると、保健省管轄下の70%の施設において老朽化等の問題があり、改修等の必要があるとされている [32]。一例として国のトップリファラル病院の一つであるルーズベルト病院は、1955年開院で1,200床、60専門診療科、24の手術室、3千人以上のスタッフを有している。同病院は老朽化の上に規模が肥大しており、運営管理上の難点を指摘する声もある。

5.3.4 医療機材及び医薬品供給システム

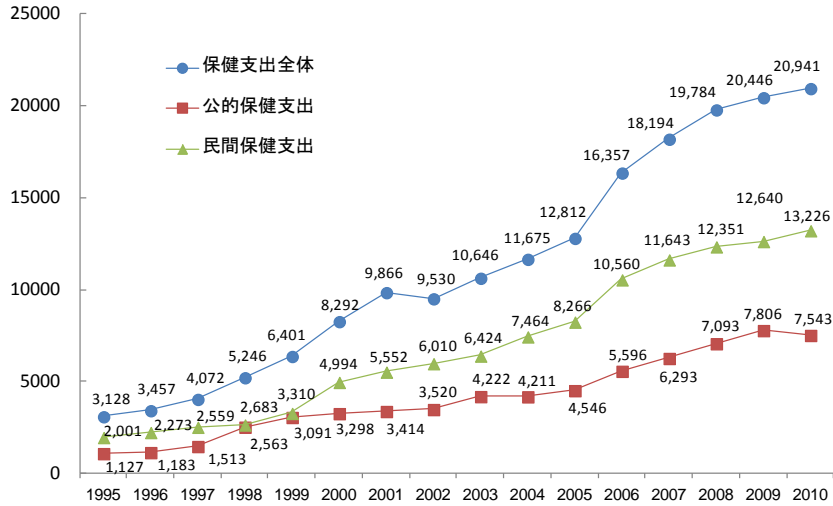
保健医療施設の機材の更新も、施設の老朽化と同様に遅れている。医薬品に関しては、標準医薬品リスト等のガイドラインがなく、各レベルの保健医療施設における整備計画が合理的に策定できない状況である。

三次施設の医療機材とその備品、消耗品及び試薬や医薬品は、各施設が独自に調達しており、その他の保健医療施設向けの機材や消耗品は保健省が一括で調達して配布している。これら配布用の資機材のために、保健省では中央倉庫を持っている。比較的保管スペースが必要となる予防接種拡大計画（EPI）用のワクチン等の多くは PEC が利用しており、PEC を請け負う各非政府組織（NGO）がこれを調達及び管理している。

5.4 保健財政

5.4.1 保健財政の概況

総保健支出は、1995年の30億ケツアルから2010年には200億ケツアルへと増加しており(図5-3)、年平均41%増加してきた計算となる。2010年における国内総生産に対する総保健支出の割合は6.9%で、汎米保健機構(PAHO)の報告によれば中南米地域の中で最も低い数値である。



出典：Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

図 5-3 保健支出の推移(単位: 百万ケツアル)

表 5-6 は、保健財政指標の推移である。国内総生産に対する総保健支出の割合は2000年の5.5%から2010年には6.9%へと上昇しているが、総保健支出における公的支出の割合は39.8%から35.8%へと低下している。また、この10年間で国民一人あたりの保健支出は2倍以上に増加している。保健省の報告によれば、国民一人あたりの保健支出1,455ケツアルの内、公的支出は524ケツアル(保健省212ケツアル、社会保険247ケツアル)であり、民間支出の919ケツアルのうち個人負担は815ケツアルとなっている。

表 5-6 保健財政指標の推移

	2000	2010
国内総生産における保健支出の割合	5.5%	6.9%
総保健支出における公的支出の割合	39.8%	35.8%
民間支出の内、家計による直接支出の割合	89.7%	84.0%
公的保健支出の国家支出全体に占める割合	16.7%	16.2%
総保健支出における外部資金の割合	3.4%	1.7%
公的保健支出における社会保険支出の割合	—	48.0%
一人あたりの保健支出	95.1 米ドル	196.2 米ドル
一人あたりの公的保健支出	38 米ドル	69 米ドル

出典：World Databank, [1]

2009年度の保健省の財務諸表によると、予算総額約3,149百万ケツアルのうち、約10%がドナーによる融資(約325百万ケツアル)または無償資金(約5百万ケツアル)である。また支出総額の3分の1が人件費、3分の1が消耗品費であり、保健医療施設の工事・機材費は総額の10分の1程度である。保健セクター改革の中心テーマであるPHCの中心的役割を担っているPECは、IDBの融資を資金源と

して、NGOに委託されることにより実施されており、財源がグアテマラ政府自身による財政支出でないことや、運営における保健省の関与が小さいことなどを考えると、財政及び運用面におけるPHC推進の持続性に大きな不安がある。

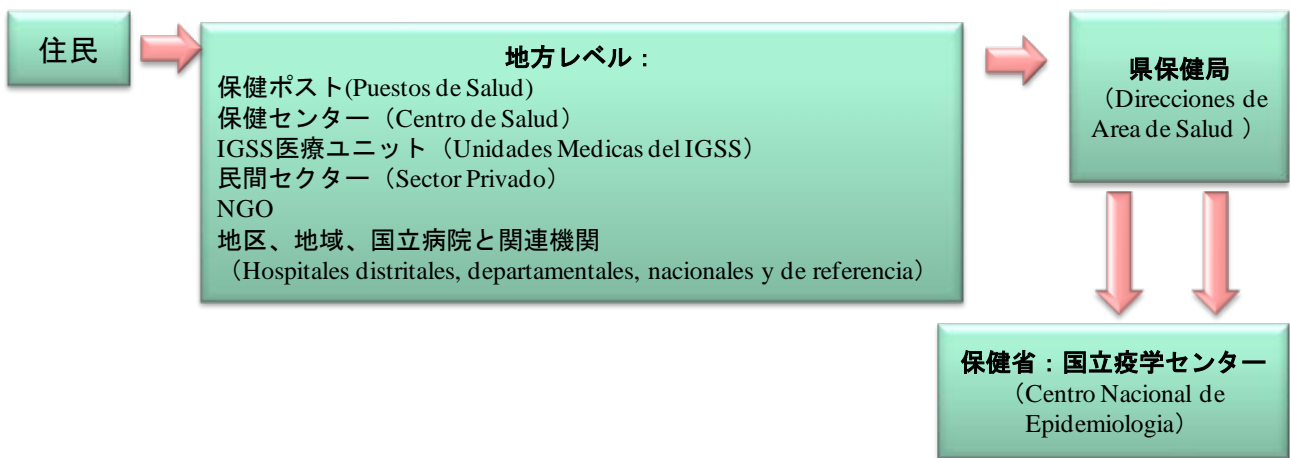
5.4.2 社会保護政策

「飢餓ゼロ」プログラムの1つのコンポーネントである、「私の確かなボーナス (Mi Bono Seguro)」の補助金支給は、社会保護政策としての条件付現金給付 (CCT) の一種である。これによって、同プログラムでは母子の栄養対策における高い費用対効果を目指している。なお、コロン政権²²においても同様に保健と教育を対象にした「私の家族の進展 (Mifapro+)」があった。

5.5 保健情報供給システム

国家統計局 (INE) が国民生活調査 (ENCOVI) を5年毎に行なっている。この調査結果は、保健省の各種施策や保健プログラムの策定に活用されている。

図5-4に保健省の疫学情報ネットワークを示す。保健省管轄の保健医療施設の診療実績等の情報は定期的に各施設から保健省に上げられ、保健情報管理システム (SIGSA) に集約されているが、IGSSや民間セクターからの情報及びPECによるコミュニティ保健活動に関する情報は含まれていない。疫学情報に関しては、保健省のCNEが管理する国家疫学監視システム (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica) がある [37]。



出典： 聴き取りにより調査団作成

図 5-4 疫学情報ネットワーク

保健省はホームページを通じて、SIGSAに集積された保健情報を定期的にアップデートして開示しており、疫学情報に関しては定期的（月例）に刊行物を発表している。SIGSAに蓄積される情報量は多く、CNEが取りまとめているデータ及びその分析結果は、保健事業の計画や活動のモニタリング・評価に活用できるものである [18]。

²² 2008年から2011年

第6章 ドナーの協力状況

6.1 援助協調の枠組み

6.1.1 グアテマラにおける援助協調

援助協調は、1996年の和平協定及び1999年の中米復興に関する支援国会合で採択されたストックホルム宣言を契機に、主要援助国及び国際機関をメンバーとするグループが形成され、現在はG13と呼ばれるグループによって行われている。現在のメンバーは、カナダ、ドイツ、イタリア、オランダ、ノルウェー、スペイン、スイス、米国及び日本の9カ国と、世界銀行、米州開発銀行（IDB）、国際通貨基金（IMF）、国連開発計画（UNDP）、欧州連合（EU）及び米州機構（OAS）の6つの国際機関である。G13・政府ハイレベル間の協議においては、現在までに保健、教育、治安及び司法、環境と水、農村開発及び食糧栄養安全保障の6セクターについて優先的に援助協調を推進していくことで合意している。

6.1.2 保健セクターのドナーの動向

汎米保健機構（PAHO）の報告によれば、グアテマラにおける主要な保健セクターの支援ドナーとして、以下を挙げている [38]。

- ・ 国際機関： PAHO、国連世界食糧計画（WFP）、UNDP、国連児童基金（UNICEF）、国連人口基金（UNFPA）
- ・ 多国間機関： 世界銀行、IDB
- ・ 二国間機関： 米国国際開発庁（USAID）、JICA
- ・ 非政府組織（NGO）： ワールドビジョン

6.1.3 主要ドナーの動向

主要ドナーの援助動向について表6-1にまとめ、以下に概要を記述する。なお、栄養対策支援については、主なカウンターパート機関が保健省であるとしているものについてのみ述べる。2012年6月時点において、PAHOをはじめとする各ドナーは保健省と援助支援内容等について調整中であった。

表 6-1 主要ドナーの主な支援分野

ドナー	プログラムの期間	規模 (百万米ドル)	重点地域	主な支援分野							
				子どもの健康	女性の健康	栄養	エイズ/HIV	結核	マラリア	PHC	保健システム強化
世界銀行	2009-2012	49	農村地域の70市町村	○	○					○	
IDB	2010-2014	85		○		○					○
世界基金		127					○	○	○		
PAHO				○	○						○
UNICEF	2010-2014			○	○	○					
UNDP	2002-	6.5					○			○	
WFP	2010-2014	7.5	ウェウエテナンゴ県とトニカパン県の農村	○	○					○	
米国	2012-2016	15 (年間平均)	西部5県 (栄養不良監視システム)	○	○	○					

出典： 各ドナー資料、ウェブサイト及び聞き取り（以下参照）

(1) 世界銀行

2009年から2012年の対グアテマラ支援計画の中で、49百万米ドル規模の母子保健支援を実施している。優先課題として、農村地域での70市町村を対象に2歳未満児の慢性栄養失調対策や母子に対する診療サービスを提供している35の保健センター（CS）の整備を掲げている [39]。

(2) IDB

「保健サービスの向上プログラム」の中で2012年までに50百万米ドルの支援を実施している。また、2010年から4年間で、「保健サービスと栄養対策へのアクセスと質の向上プログラムフェーズ1」（総額35百万米ドル）を開始している。その他、以下のプログラムがある。

- ・ 病院ネットワーク強化：3病院の新設と13病院の改修（50百万米ドル）
- ・ メゾアメリカ保健イニシアティブ：ビル&メリンダ・ゲイツ財団等の支援による、メキシコからパナマにかけての母子保健サービスの向上を目的としたイニシアティブ（対グアテマラ：7百万米ドル）

(3) 世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）

対グアテマラ支援総額約127万米ドルの内、HIV/エイズ対策が約84百万米ドルと66%を占め、マラリア対策が20%近くを占めている。

(4) PAHO

グアテマラにおけるプログラムとして、技術協力調和・協調、民族文化を尊重した各階層の家族・個人の健康、健康阻害因子の情報・監視・予防・管理システム、保健システムの機能強化、及び健康促進の要因の5つの分野で活動している [40]。

(5) UNICEF

2010年から2014年までの支援計画に基づき活動を実施している。急性栄養失調対策支援、微量栄養素補給支援、母乳育児支援等のプログラムがある。

(6) UNDP

2002年から「保健サービス向上プログラムフェーズⅡ（PMSSⅡ）」を総額6.5百万米ドルで実施している。内容は「保健サービスカバー拡大プログラム（PEC）」支援である。また、性感染症・HIV/エイズ対策に係る研修等の技術支援を実施している。

(7) UNFPA

2010年から5カ年支援計画に基づき、ミレニアム開発目標（MDGs）の達成を重点目標として母子保健分野の支援を実施している。内容は、リプロダクティブヘルスと避妊具供給に係るロジスティクス・プログラム、妊産婦死亡の改善のためのリプロダクティブヘルス・プログラム等である。

(8) WFP

2010年から2014年のプログラムとして、ウェウエテナンゴ県及びトトニカパン県の優先度の高い農村地域において母子保健を中心としたPEC推進を支援している。総予算は7.5百万ドルである。

(9) 米国

グアテマラはアメリカ大統領イニシアティブの中の食糧安全保障（FTF）、国際保健イニシアティブ（GHI）、中米安全保障イニシアティブ（CARSI）及び世界気候変動（GCC）の重点国となっている。この内、保健セクターに関わるものはGHIとFTFであり、この両者を含めた2012年から2016年の対グアテマラ支援5年計画を取りまとめている。これによれば、本計画の年平均予算は、母子保健に450万ドル、家族計画に650万米ドル、及び栄養対策に400万米ドルを計上している[29]。この母子保健と栄養対策に関してUSAIDは、米国疾病予防管理センター（CDC）と共同で、グアテマラ栄養不良監視システム（SIVIM）を構築する計画であり、西部高原の5県²³をパイロット地域として調査結果を取りまとめている。

(10) NGO

プライマリヘルスケア（PHC）のサービス提供者の主要アクターは70以上のNGOである。ワールドビジョンのような国際NGOだけでなく、内戦時に組織されて活動している国内NGOも多い。支援の内容は、Médicos de Mundoのように複数県で広範囲に亘って支援をしている団体、Médicos Descalzosのように伝統的産婆（TBA）への研修を通じた積極的な保健参加への促進といった伝統医療の取り入れを支援する団体等、様々である。

6.2 日本の協力実績

日本の対グアテマラ支援において重点分野としている持続的開発において、JICAは、地域間格差の是正と環境管理の2つの開発課題を取り上げている。地域間格差是正のため、貧困層の分布が高い地域を選択し、「西部高原地域²⁴農村生活改善プログラム」と、「北部地域²⁵貧困削減プログラム」の2つのプログラムを、セクターワイド且つ多様なスキームを活用した支援を実施している。

保健セクターにおける支援では「西部高原地域農村生活改善プログラム」に含まれる「母と子どもの健康プロジェクトフェーズ2」を実施中である。同プロジェクトは、西部高原地域の3つの県の保健医療施設において、サービス提供者が質の高い保健サービスを女性と乳児に対して提供できるようになることを目的として実施されている。これは、2005年から4年間に亘り実施された「子どもの健康プロジェクト」によって、保健医療施設での乳児受診や乳幼児健診の増加が認められた経験に基づいている。同プロジェクトには、「中米カリブ地域看護基礎・継続教育強化プロジェクト」も含まれていたが、2011年に終了した。

「シャーガス病対策プロジェクトフェーズ2」では、地方生活の脅威の一つであった感染症のシャーガス病の対策協力を、保健省の能力強化の視点から長年に亘って実施し、持続性の高い監視システムを強化して感染中断の達成に貢献した。この実績によって、JICAはシャーガス病対策の域内会議やPAHO評価に参画し、域内協力の活性化によって、ホンジュラス等近隣諸国へと同分野での協力を拡大した[41]。

また、日本は保健セクターの支援として以下のインフラ整備や機材供与の実績がある。

²³ サン・マルコス県、ケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ウェウエテナンゴ県及びエル・キチェ県

²⁴ ケツアルテナンゴ県、ソロラ県及びトトニカパン県

²⁵ ウェウエテナンゴ県、エル・キチェ県、アルタ・ベラパス県及びバハ・ベラパス県

- ・ 2000年：医療従事者訓練校改修計画（2.13億円）
- ・ 2002年：国立プエルト・バリ奥斯病院建設・医療機材整備計画（14.3億円）
- ・ 2006年：首都圏主要国立病院整備計画（8.99億円）

第7章 保健セクターにおける優先課題と提言

7.1 グアテマラの保健セクターにおける優先課題

6章までの現状分析から、グアテマラの保健セクターにおける課題とその背景を図7-1に示すと共に、以下にまとめる。

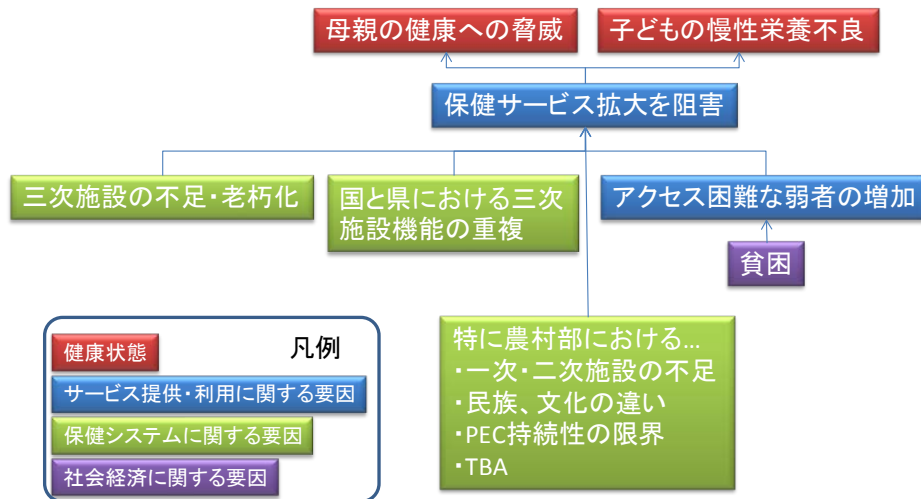


図 7-1 グアテマラの保健セクターにおける課題とその背景

7.1.1 国民の健康課題における重要問題

保健指標やデータから、北西部における妊産婦死亡率が高い、農村部における合計特殊出生率が高い等、母親の健康の脅威は高いと考えられる。さらには北西部を中心とした子どもの慢性栄養失調も深刻な状況である。また、貧困問題が恒常化している中で、1人あたりの保健支出が過去10年間で倍増する等、国民の保健サービスへの負担が大きくなり、保健サービスへのアクセスが困難な弱者が益々増える傾向にある。

都市部においては、高次施設（リファラル病院）をはじめとする保健医療施設の利用者数も増加している。農村部の貧困層の流入等による都市部の人口増加に伴い、周辺部でも人口が増加し、保健サービスに対する需要が高まっている。特に救急診療や総合診療の提供が可能な三次施設（地区病院、県病院及び地域病院）が不足している。都市部においては、感染症等に加え、暴力やHIV/エイズも健康への脅威となってきており、多様な健康問題への対応がより重要になってきている。

農村部においては、住民にとって身近な一次及び二次施設が不足している上に、保健サービス利用に関する知識の不足等のために、住民側から保健医療施設へアクセスする意思が乏しいという状況も多く、保健サービスの拡大を妨げている要因の一つとなっている。農村部には、突発する自然災害やデング熱等の感染症の流行も見られ、疫学的な監視活動の強化も重要である。

上述から、国民の健康課題に取り組む上で、人材や施設など保健サービス提供体制を拡充することによってサービスのカバレッジを拡大するとともに、住民側に対して利用の促進を働き掛けることが重要となっていると考えられる。

7.1.2 背景にある要因（ボトルネック）

都市部における保健サービスの拡大に必要となる、地区病院等の三次施設の新設や改修、及び特に都市郊外における二次施設の整備には多額の資金が必要となるため、こうした保健医療施設の整備に関する中長期的な計画が必要である。この計画においては、リファラル体制の見直しも併せて検討する必要がある。現状では第三次施設に国のリファラル病院、専門病院に加え、これらとはサービス提供体制やレベルが異なる地域（県、地区等）のリファラル病院が含まれている。また、一次及び二次施設には様々な種類の施設が混在している。上述の保健医療施設整備計画策定にあたっては、これらの保健医療施設が担うべき役割と現状を把握したうえで、リファラル体制を再構築することが望ましい。

保健省では、国のトップリファラル病院及び専門病院の運営体制や費用について懸念を抱いており、地方分権化の進行に伴い、地域のリファラル病院については運営及び管理を地方自治体に移管することによって保健省の運営並びに財政面での負担を軽減させること等について検討する必要もあると考えられる。

施設の整備に伴い、これらの施設においてサービスを提供する保健人材についても、計画的に育成及び確保するための戦略や計画が必要である。

農村部においては、「保健サービスカバー拡大プログラム（PEC）」の事業費の大半が米州開発銀行（IDB）等の援助を資金源として、非政府組織（NGO）に委託することによって実施されていることから、財政及び運営面の持続性に不安があり、保健省及びドナーにおいては新たなモデルを構築すべきとの意見もある。現在、国連児童基金（UNICEF）等ドナーが提案している、包括保健サービスモデル（MAIS）等新たなプライマリヘルスケア（PHC）の提供モデルの構築と導入について検討する必要がある。この検討に際しては、中長期的な資源（人材、資金、物資）確保の計画が必要であり、担当局である保健サービス包括システム局が高い指導力を発揮することが期待される。こうした、PEC から新たなモデル導入への移行に関する方針及び具体的な計画の策定においては、PEC を支援している IDB 等のドナーとの調整も重要である。保健人材に関しては、特に農村部では、妊産婦への保健サービスにおいて伝統的産婆（TBA）への依存度が大きく、安全な出産を推進するためにも、助産専門技能者によるサービス提供の拡大への移行について十分に検討する必要がある。

7.1.3 グアテマラ政府及びドナーの取り組み

2012年1月の新政権発足から半年間に保健大臣が2度交代しており、保健省の組織改編が続いている。これに伴い、ドナーも支援の方向性を模索している。

こうした状況においても、課題に対する取り組みは継続されており、三次施設の拡充に関しては、IDBが「病院網強化プログラム」としてコロン政権時代に検討した内容で支援を表明している。しかし、現在のところ表明されたのは、3病院の新設と13病院の改修に留まっている。

また、農村部におけるPHCサービス提供については、2012年は既にコロン政権の予算枠組みで決定しており、ドナーもPECへの継続支援を決定していることから、2012年においては現状のPHC提供体制が維持されると考えられる。しかし、保健省及び一部のドナーからは、今後はプライマリヘルスケア（PHC）の民間への委託を解消すべきとの意見も聞かれ、関係者間の調整も必要になると考えられる。

飢餓と栄養に関しては、社会全体の問題であるとの認識から、多セクター間の連携によってこの問題に取り組むとし、2012年2月より、「飢餓ゼロ」プログラムを実施している。これに合わせて多くのドナーが、栄養対策等への支援を実施・表明している。保健セクターにおいては、PHC との調整や連携が重要になってくると考えられる。

7.2 グアテマラ保健セクターに対する支援の可能性

日本の対グアテマラの保健セクターにおける実績を踏まえて、次の2つの支援の可能性が考えられる。一つは現在実施中のプログラムにおける技術協力について、もう一つはインフラ支援についてである。

(1) 地域開発プログラムの軌道修正（プログラム支援）

現在実施している2つの地域開発のプログラムは、グアテマラ政府の地域開発重視の政策に合致している。これらのプログラムに、飢餓と栄養に関する課題への取り組みを統合させることにより、より包括的な取り組みが可能になると考えられる。

特に、「西部高原地域農村生活改善プログラム」においては、保健セクターでの支援が既に組み込まれている。現行の技術協力である、「母と子どもの健康プロジェクトフェーズ2」の受益者は、保健省が今後推進する予定である栄養問題対策の中心プログラムである、「千日間の窓口 (Ventana de los 1000 días)」の対象でもあり、既にプロジェクト活動の一つとして、第一次・第二次レベルの施設が行う妊婦の栄養指導と母乳栄養促進活動を支援することになっている。また、ボランティア活動として栄養指導の青年海外協力隊 (JOCV) も配置されていることから、「飢餓ゼロ」プログラムとの連携をより一層強化させることが有効と考えられる。

(2) 病院ネットワーク網の強化（インフラ支援）

日本は対グアテマラへの保健セクターの支援において、首都圏での病院整備や地域病院の建設の実績がある。病院整備への支援を表明している IDB と病院のインフラ支援の情報を共有し、グアテマラ全体の病院ネットワークの強化を支援することが考えられる。支援の内容の多くは既存病院の改修となるが、前述した通り、病院カテゴリーの再編成や病院を分権化によって地方自治体の管理下にする等、保健省の中長期的な展望の議論にも参画していく必要がある。

添付資料

- 添付 1 保健分野主要指標
- 添付 2 参考文献リスト

添付1:保健分野主要指標(グアテマラ共和国)

国名: グアテマラ共和国 (Republic of Guatemala)				MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region		
0 基礎情報	0.1 人口動態	0.1.01	人口	Population, total		WDI	8,923,131	11,237,101	14,389,000	2010	582,551,688	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.1.02	人口増加率 (直近10年間の平均)	Population growth (annual %)		WDI	2.3	2.4	2.5	2010	1.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.1.03	出生時平均余命	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	62.3	67.7	70.8	2010	74.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	39.1	36.6	32.3	2010	18.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	8.8	6.5	5.5	2010	5.9	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	41.1	45.1	49.5	2010	79.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
	0.2 経済・開発状況	0.2.01	一人あたり国民総所得	GNI per capita, Atlas method (current US\$)		WDI	950	1730	2740	2010	7,741.0	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI	3.2	3.5	2.8	2010	6.4	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.2.03	初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI		86.7	98.6	2010	95.1	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.2.04	初等教育就学率における男女比	Ratio of female to male primary enrollment (%)	3.1	WDI		89.3	95.5	2010	96.7	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.2.05	成人識字率	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)		WDI			74.5	2009	91.1	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.39	0.65	0.66	2011	0.73	(2011)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	109 / 160	114 / 173	108 / 187					
		0.2.08	1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	Poverty gap at \$1.25 a day (PPP) (%)		WDI		4.6	4.7	2006	3.3	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)	
	0.3 水と衛生	0.3.01	安全な水を使用する人口の割合	Improved water source (% of population with access)	7.8	HNP Stats	70	80	88	2010	94.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		0.3.02	改善された衛生設備を使用する人口の割合	Improved sanitation facilities (% of population with access)	7.9	HNP Stats	18	22	27	2010	78.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
	1 受益者の健康の状況	1.1 疾病構造	1.1.01	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable		GHO			225	2008	72	(2008)	Americas
			1.1.02	非感染性疾患で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Noncommunicable		GHO			471	2008	455	(2008)	Americas
1.1.03			負傷で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries		GHO			130	2008	63	(2008)	Americas	
1.1.04			感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する率	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)		HNP Stats			35.2	2008	16.4	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)	
1.1.05			非感染性疾患で死亡する率	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)		HNP Stats			47.1	2008	72.0	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)	
1.1.06			負傷で死亡する率	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			17.8	2008	11.6	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)	
1.1.07			感染症による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable		GHO			45	2008	20	(2008)	Americas	
1.1.08			非感染性疾患による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable		GHO			31	2008	59	(2008)	Americas	
1.1.09			負傷による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			24	2008	21	(2008)	Americas	
1.2 母子保健		1.2.01	妊産婦死亡率	Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	5.1	MDGs	140	110	110	2008	85.5	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		1.2.02	青年期 (15-19歳) 女子による出産率	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	5.4	MDGs		117.7	104.3	2010	71.9	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		1.2.03	5歳未満児死亡率	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	4.1	MDGs	77.9	48.5	31.8	2010	23.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		1.2.04	乳児死亡率	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	4.2	MDGs	56.3	37.3	24.8	2010	18.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		1.2.05	低体重児出生率	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats			11.4	2008	8.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		1.2.06	合計特殊出生率	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	5.6	4.8	4.0	2010	2.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
1.3 感染症		1.3.01	15-24歳のHIV感染率 (男性)	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.5	2009				
			15-24歳のHIV感染率 (女性)	b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.3	2009				
		1.3.02	マラリア有病率	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			184	2008				
		1.3.03	マラリアによる死亡率	a) Malaria death rate per 100,000 population, all ages	6.6	MDGs Database			0	2008	1	(2009)	Latin America and the Caribbean	
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			0	2008	3	(2009)	Latin America and the Caribbean	
		1.3.04	結核有病率	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	134	124	110	2010	58	(2009)	Latin America and the Caribbean	
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	74	68	62	2010	43	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		1.3.06	結核による死亡率	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	6.9	MDGs	4.4	5	3.9	2010	3.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		1.3.07	15-49歳の推定HIV感染率	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)		HNP Stats	0.1	0.5	0.8	2009	0.5	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		1.3.08	AIDSによる推定死亡数	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)		HNP Stats	100	1,200	2,600	2009				
1.3.09		HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database									
1.3.10		GFによる優先度スコア (HIV)	GFによる優先度スコア (HIV)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (HIV)		GF			6	2012				
	GFによる優先度スコア (マラリア)		Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			4	2012					
	GFによる優先度スコア (結核)		Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			6	2012					
1.4 栄養不良	1.4.01	5歳未満児における中・重度の低体重の比率	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats		3.7	1.1	2009					
2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database			51.3	2009	88.0	(2009)	Latin America and the Caribbean	
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section (%)		GHO			16.3	2009	35.2	(2011)	Americas	
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs			54.1	2009	74.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		2.1.04	産前健診 (1回以上)	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats			93.2	2009	96.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		2.1.05	産前健診 (4回以上)	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)	5.5	HNP Stats					88.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		2.1.06	家族計画の必要性が満たされていない割合	Unmet need for family planning, total, percentage	5.6	MDGs Database			27.6	2002	9.9	(2008)	Latin America and the Caribbean	
		2.1.07	麻疹の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Measles	4.3	Childinfo	68	86	93	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean	
		2.1.08	結核の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Tuberculosis		Childinfo	62	95	99	2010	96	(2010)	Latin America and Caribbean	
		2.1.09	ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の割合	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)	Childinfo	86	94	96	2010	96	(2010)	Latin America and Caribbean		
				b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)	Childinfo	66	81	94	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean		
		2.1.10	ポリオの予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Polio		Childinfo	74	80	94	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean	
		2.1.11	B型肝炎の予防接種を3回受けた乳児の割合	Percentage of infants who received three doses of hepatitis B vaccine		Childinfo			94	2010	90	(2010)	Latin America and Caribbean	

添付1:保健分野主要指標(グアテマラ共和国)

国名: グアテマラ共和国 (Republic of Guatemala)			MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region		
2.2 感染症対策	2.2.01	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率 (男性)	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), male	6.2	MDGs								
	2.2.02	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率 (女性)	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), female	6.2	MDGs								
	2.2.03	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15-24歳の割合 (男性)	Men 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database								
	2.2.04	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15-24歳の割合 (女性)	Women 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database								
	2.2.05	10-14歳のエイズ孤児でない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率	Ratio of school attendance of orphans to school attendance of non-orphans aged 10-14 years	6.4	MDGs Database								
	2.2.06	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合	Use of insecticide-treated bed nets (% of under-5 population)	6.7	HNP Stats								
	2.2.07	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合	Children under 5 with fever being treated with anti-malarial drugs, percentage	6.8	MDGs Database								
	2.2.08	DOTSのもとで発見され治療された結核患者の割合	Tuberculosis treatment success rate under DOTS, percentage	6.10	MDGs Database		86	83	2008	77	(2008)	Latin America and the Caribbean	
	2.2.09	抗レトロウイルス薬による治療を受ける感染者の割合	Antiretroviral therapy coverage (% of people with advanced HIV infection)	6.5	MDGs			44.0	2009				
	2.2.10	HIV検査・カウンセリングを受けた15歳以上の割合	People aged 15 years and over who received HIV testing and counselling, estimated number per 1,000 adult population		GHO			32	2010				
	2.2.11	人口10万人あたりのHIV検査・カウンセリング施設数	Testing and counselling facilities, estimated number per 100,000 adult population		GHO			3.8	2010				
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO			21	2010				
	2.2.13	HIV陽性妊婦のうちARTを受ける割合	Percentage of HIV-infected pregnant women who received antiretroviral drugs to reduce the risk for mother-to-child transmission (Mid point)	6.5	MDGs Database								
	2.2.14	結核患者発見率	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats	57.0	38.0	37.0	2010	80	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
	2.2.15	結核治療成功率	Tuberculosis treatment success rate (% of registered cases)	6.10	MDGs		86.0	83.0	2009	77	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)	
2.3 栄養不良対策	2.3.01	5歳未満児に対するビタミンA補給率	Vitamin A supplementation coverage rate (% of children ages 6-59 months)		HNP Stats			36.0	2010		Latin America & Caribbean (developing only)		
	2.3.02	ヨード添加塩使用世帯の割合	Consumption of iodized salt (% of households)		HNP Stats			76.0	2007	84.2	(2000)	Latin America & Caribbean (developing only)	
2.4 質とカバレッジ	2.4.01	公的セクターによるサービスカバレッジ	Estimate of health formal coverage		ILO			72.6		69.2		Countries of medium vulnerability	
	2.4.02	財源不足のためにカバーされない割合	Population not covered (%) due to financial resources deficit		ILO			68.1		39.4		Countries of medium vulnerability	
	2.4.03	人材不足のためにカバーされない割合	Population not covered (%) due to professional health staff deficit		ILO			0.0		27.3		Countries of medium vulnerability	
3 保健システムの状況	3.1 保健人材	3.1.01	人口10万人あたりの医師数	Physicians (per 100,000 people)		HNP Stats	0.78			1.8	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		3.1.02	人口10万人あたりの母子保健看護師数	MCH Nurses (per 100,000 people)		HNP Stats							
		3.1.03	人口10万人あたりの看護師数	Nurses (per 100,000 people)		HNP Stats							
		3.1.04	人口10,000人あたりの歯科医師数	Dentistry personnel density (per 10,000 population)		GHO			1.8	1999	12	(2005)	Americas
		3.1.05	人口10,000人あたりの薬剤師数	Density of pharmaceutical personnel (per 10,000 population)		GHO					6.9	(2005)	Americas
	3.2 保健財政	3.2.01	国内総生産における保健支出の割合	Health expenditure, total (% of GDP)		HNP Stats		5.5	6.9	2010	7.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.02	保健支出全体における公的支出の割合	Health expenditure, public (% of total health expenditure)		HNP Stats		39.8	35.8	2010	50.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.03	保健支出全体における民間支出の割合	Health expenditure, private (% of total health expenditure)		HNP Stats		60.2	64.2	2010	49.8	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.04	民間支出のうち家計による直接負担の割合	Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)		HNP Stats		89.7	84.0	2010	74.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.05	公的保健支出の国家支出全体に占める割合	Health expenditure, public (% of government expenditure)		HNP Stats		16.7	16.2	2010	9.0	(2004)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.06	保健支出における外部資金の割合	External resources for health (% of total expenditure on health)		HNP Stats		3.4	1.7	2010	0.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.07	公的保健支出における社会保障支出の割合	Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health		GHO			48.0	2009	72	(2009)	Americas
		3.2.08	一人あたりの保健支出	a) Health expenditure per capita (current US\$)		HNP Stats		95.1	196.2	2010	670.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
			b) Per capita total expenditure on health (PPP int. \$)		GHO		191	337	2009	3,346	(2009)	Americas	
	3.2.09	一人あたりの公的保健支出	Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$)		GHO		38.0	69	2009	1,566	(2009)	Americas	
3.3 施設・機材・医薬品等	3.3.01	必須医薬品: ジェネリック医薬品の入手可能状況	a) Median availability of selected generic medicines (%) - Public		GHO								
			b) Median availability of selected generic medicines (%) - Private		GHO								
	3.3.02	必須医薬品: ジェネリック医薬品の平均価格	a) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Public		GHO								
			b) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private		GHO								
3.3.03	人口1,000人あたりの病床数	Hospital beds (per 1,000 population)		HNP Stats	1.1		0.6	2010	1.9	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)		

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 08/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 08/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 08/2012)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 08/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 08/2012)

GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 08/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 08/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 08/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 08/2012)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Partial Prioritization Score is composed of the income level score for the country and the disease burden score for the particular disease in the country. The minimum score is 3 and the maximum score is 12.

2.4.01 Estimate of health formal coverage is indicated as percentage of population covered by state, social, private, company-based, trade union, mutual and other health insurance scheme.

2.4.02 Population not covered (%) due to financial resources deficit (based on median value in low-vulnerability group of countries) uses the relative difference between the national health expenditure in international \$ PPP (excluding out-of-pocket) and the median density observed in the country group with low levels of vulnerability as a benchmark for developing countries. The rate can be calculated using the following formula:

Per capita health expenditure not financed by private households' out-of-pocket payments (PPP in int. \$) [A]

Population (in thousands) total [B]

Total health expenditure not financed by out of pocket in int. \$ PPP (thousands) [C = A x B]

Population covered by total health expenditure not financed by out-of pocket if applying Benchmark* (thousands) [D = C + Benchmark]**

Percentage of the population not covered due to financial resources deficit (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]

*Benchmark: Total health expenditure not financed by out-of-pocket per capita = 350 international \$ PPP.

**This formula was partially modified from the original in the source to suit an actual calculation.

2.4.03 Population not covered (%) due to professional health staff deficit uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given countries and its median value in countries with a low level of vulnerability. The rate can be calculated using the following formula:

Total of health professional staff [A = B + C]

Number of nursing and midwifery personnel [B]

Number of physicians [C]

Total population (in thousands) [D]

Number of health professional per 10,000 persons [F = A ÷ D x 10]

Total population covered if applying Benchmark* (thousands) [E = A + Benchmark x 10]

Percentage of total population not covered due to health professional staff deficit [G = (D - E) ÷ D x 100]

Benchmark: 40 professional health staff per 10,000 persons.

添付 2 : 参考文献リスト (グアテマラ共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	World dataBank (Web)	World Bank	Finance http://databank.worldbank.org/ddp/home.do	2012
2	Human Development Report2011	UNDP	http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Complete.pdf	2011
3	Poverty Reduction and Equity, Guatemala: An Assessment of Poverty (Web)	World Bank	http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPA/0,,contentMDK:20207581~menuPK:443285~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430367,00.html	2011
4	Plan de Gobierno 2012	SEGPLAN		2012
5	Orientaciones Estratégicas de Política 2012-2014	SEGEPLAN	http://www.segeplan.gob.gt/downloads/politicas_publicas/Orientaciones%20Estrat%C3%A9gicas%20de%20Pol%C3%ADticas.pdf	2011
6	Lineamientos Estratégicos del MSPAS 2012-2015	MSPAS	http://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=lineamientos%20estrat%C3%A9gicos%20del%20mipas%202012-2015&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.segeplan.gob.gt%2Fdownloads%2Fclearinghouse%2Fpoliticas_publicas%2Fsalud%2FLineamientos%2520estrategicos%2520MSPAS%25202012-2015.ppt&ei=8XmTUNn_MKyeiAe0joHgCw&usg=AFQjCNEToDEngo0xMfRmjuDuCFvbaPGITA	2012
7	Plan Estratégico Nacional de Salud (Documento Preliminar)2012-2016			2012
8	Guatemala: Análisis de la Situación de País	United Nations	http://cms.fideck.com/userfiles/onu.org.gt/File/24013273440119718.pdf	2008
9	Noncommunicable Diseases, Country Profile 2011	WHO	http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf	2011
10	Diagnóstico Nacional en Salud, marzo	MSPAS	http://sigsa.mipas.gob.gt/	2012
11	Sistema de Información Gerencial en Salud	MSPAS	http://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=sistema%20de%20informaci%C3%B3n%20gerencial%20en%20salud&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fsigsa.mipas.gob.gt%2F&ei=nn2TUPG2BJCXiQf5r4DQAQ&usg=AFQjCNH3DUVak-Exs8V8eZllvAqaMz1Big	
12	Tercer Informe de avances Objetivos de Desarrollo del Milenio	SEGEPLAN		
13	Millennium Development Goals Indicators	United Nations	http://mdgs.un.org/unsd/mdg/	2012
14	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009	MSPAS, INE	http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe_ENSMI2008_2009.pdf	2009

添付 2 : 参考文献リスト (グアテマラ共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
15	Estudio Nacional de Mortalidad Materna		http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?view=article&catid=25%3Aultima&id=766%3Apresentan-estudio-nacional-de-mortalidad-materna&format=pdf&option=com_content&Itemid=115	2011
16	World Health Statistics 2011	WHO	http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf	2011
17	Diagnóstico Nacional de Salud	MSPAS	http://sitios.usac.edu.gt/ipn_usac/wp-content/uploads/2011/08/Diagnostico-Salud-marzo-2012.pdf	2012
18	Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud	MSPAS, CNE		2010
19	Estadísticas VIH y VIH avanzado Guatemala enero 1984-diciembre 2010	MSPAS	http://www.osarguatemala.org/userfiles/Boletin%20VIH-VIHavanzado%20enero2011.pdf	2010
20	Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: Guatemala: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic	World Bank	http://siteresources.worldbank.org/INT/HIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINAL.pdf	2006
21	Manual de diagnóstico y atención para la enfermedad de Chagas	MSPAS		2005
22	Tuberculosis Profile, Guatemala	WHO	https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=GT&outtype=html	2012
23	Informe año 2009	MARN		2010
24	Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores	MSPAS	http://www.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=179&Itemid=72	
25	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011 (ENCOVI)	ELCSA	http://www.ine.gob.gt/np/encovi/encovi2011.htm	2012
26	Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje	UNDP	http://www.pnud.org.gt/data/publicacion/cuaderno_malnu_final.pdf	2010
27	IGSS (Web)	IGSS	http://www.igssgt.org/sobre_nosotros/historia_igss.html	
28	GUATEMALA : LA EXPERIENCIA EXITOSA DE LA EXTENSION DE COBERTURA	MSPAS	http://www.funsalud.org.mx/red-jlb/pdf/guat-mex.pdf	2001
29	Guatemala Best Action Plan for Family Planning, MNCH and Nutrition	USAID	http://transition.usaid.gov/gt/docs/best_action_plan.pdf	2011
30	Renewing Primary Health Care in the Americas	PAHO	http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf	2007
31	Serie de documentos de análisis, Boletín No. 6, Contamos!	UNICEF	http://www.unicef.org.gt/1_recurso_s_unicefgua/publicaciones/Contamos%206_Salud.pdf	2011
32	PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA	IDB	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=929489	2007
33	Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VHI y SIDA 2006-2010	MSPAS	http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/prevention/resources/national_strategic_plans/Guatemala_06-10.pdf	2006

添付 2 : 参考文献リスト (グアテマラ共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
34	Sistema de Vigilancia de la Malnutrición en Guatemala	USAID		2012
35	Respuesta de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para reducir la Mal Nutrición	MSPAS		2012
36	Plan Operativo	MSPAS, PROSAN		2012
37	Normas y Procedimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Guatemala	MSPAS	http://epidemiologia.mspas.gob.gt/vigepi/SINAVE%20MSPAS.pdf	2007
38	Cooperación Internacional en Salud en Guatemala- Situación y antecedentes en el trabajo conjunto y mapeo actualizado	PAHO	http://psynmi.org/portal.mspas.gob.gt/images/stories/informacion_institucional/cooperacion_internacional/mapeo_cooperacion_internacional_en_salud.pdf	2008
39	Country Partnership Strategy for the Republic of Guatemala August	World Bank	http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/09/04/000334955_20080904033550/Rendered/PDF/447720CASOP110150and0IFC1R200810290.pdf	2008
40	WHO Country Cooperation Strategy at a glance: Guatemala	WHO	http://www.paho.org/english/d/csu/BriefGUAEng.pdf	
41	対グアテマラ国別援助計画	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/10_databook/pdfs/06-08.pdf	