

メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト 計画打合せ調査団報告書

平成5年4月

国際協力事業団
医療協力部

医 誌
J R
93-08

メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト 計画打合せ調査団報告書

平成5年4月

国際協力

9308

JICA LIBRARY



1106058(9)

25202

メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト
計画打合せ調査団報告書

平成 5 年 4 月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団

25202

序 文

メキシコ国は、全国平均で人口増加率2.3%（1987年）、乳児死亡率68（1988年）と高く、特に農村部では都市部に比べて家族計画・母子保健レベルがまだまだ低い状況にある。

さらに、近年農村人口の主要都市への移動により、主要都市の人口は飽和状態にあることから失業問題が起き、都市部に入り込めない人口が主要都市周辺部に巨大なスラム街を形成しつつあり、特にこの地域では家族計画・母子保健レベルが低く問題が深刻化している。

メキシコ国政府は人口の数量的問題及び国内の人口移動を是正調整することを一大目標とした「一般人口法」（1974年）を制定した。また、「国家開発計画」（1989年～1994年）の中で家族計画の位置付けは非常に高く、具体的重点項目として

- ①家族計画サービスの拡大（地方、スラム地区）
- ②家族計画教育の充実
- ③家族計画分野のIECの開発

があげられている。

以上のような背景から、墨国政府は、地域における家族計画・母子保健活動強化を目的とした人口家族計画プロジェクトの協力をわが国に要請してきた。

本要請を受け、わが方は1990年1月に基礎調査団および1991年4月に事前調査団を派遣し、要請の背景、協力内容、実施体制などの確認を行い、候補対象地区の調査を行った。

本基礎調査および事前調査の結果を踏まえ、プロジェクト方式の技術協力を開始すべく1992年1月実施協議調査団を派遣し、討議議事録（R/D）および暫定実施計画（TSI）を署名、交換し1992年4月から5年間にわたる協力を実施する運びとなった。

今般、本プロジェクトの進捗状況の把握および今後の技術協力計画策定のため、日本愛育総合研究所平山宗宏所長を団長とする計画打合せ調査団を1993年1月1日から同年1月23日まで派遣した。

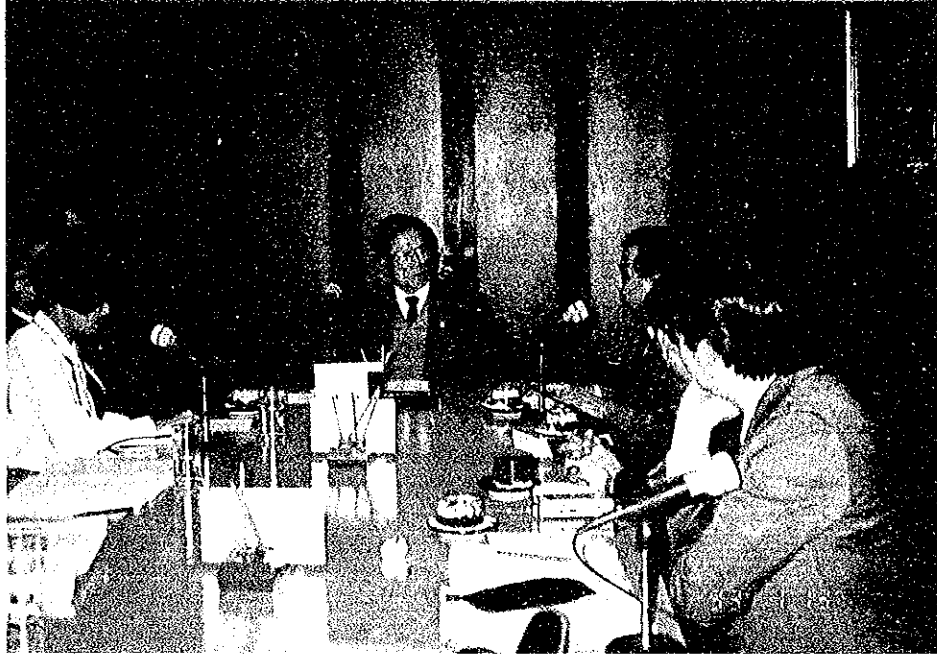
本報告書はこの計画打合せ調査の結果をとりまとめたものである。

ここに本プロジェクト形成にご尽力いただいた関係各位、本調査団の団員および調査団の派遣にご協力いただいた関係各位に対し深甚なる謝意を表するとともに、今後の本件プロジェクトの実施・運営にあたり関係各位の一層のご協力をお願いする次第である。

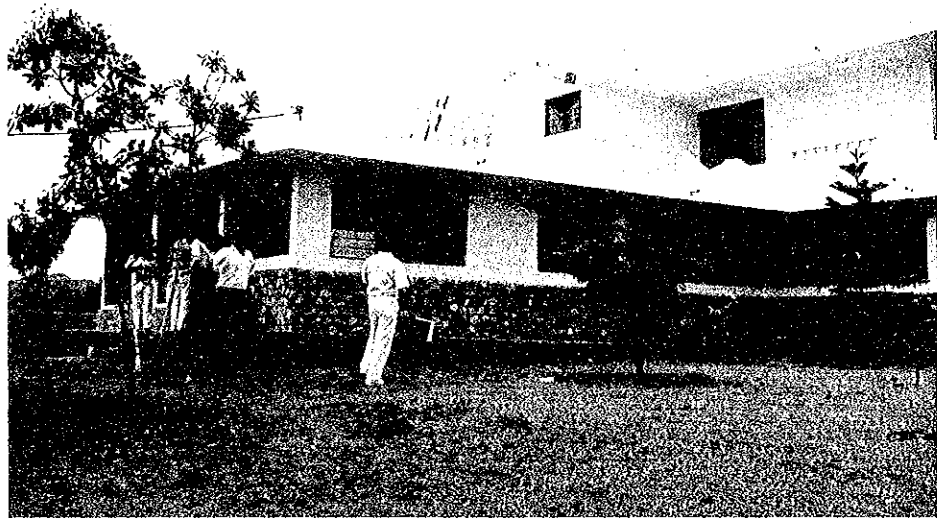
平成5年4月

国際協力事業団

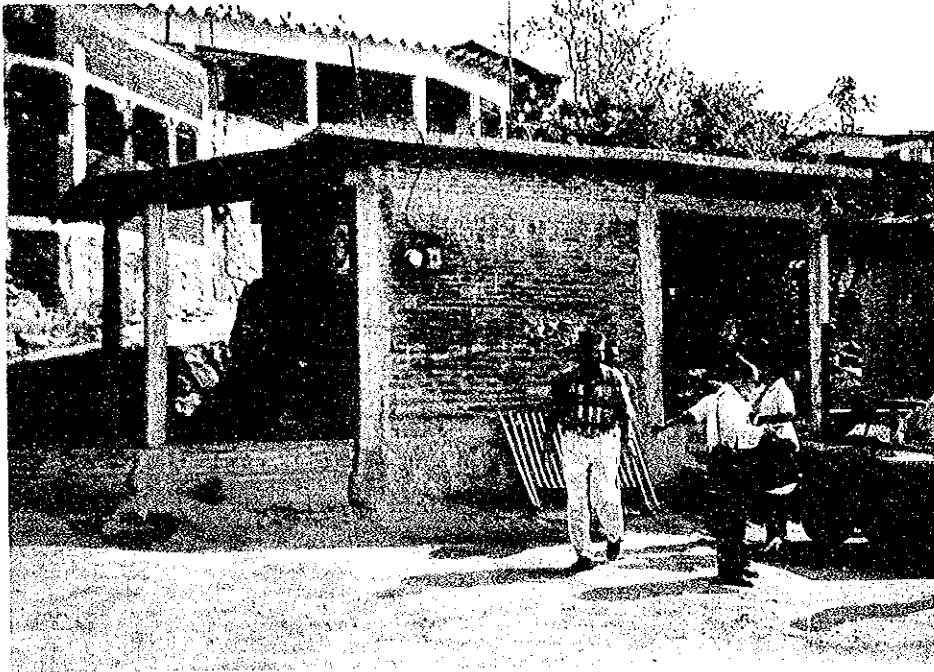
医療協力部長 小早川 隆敏



厚生大臣表敬



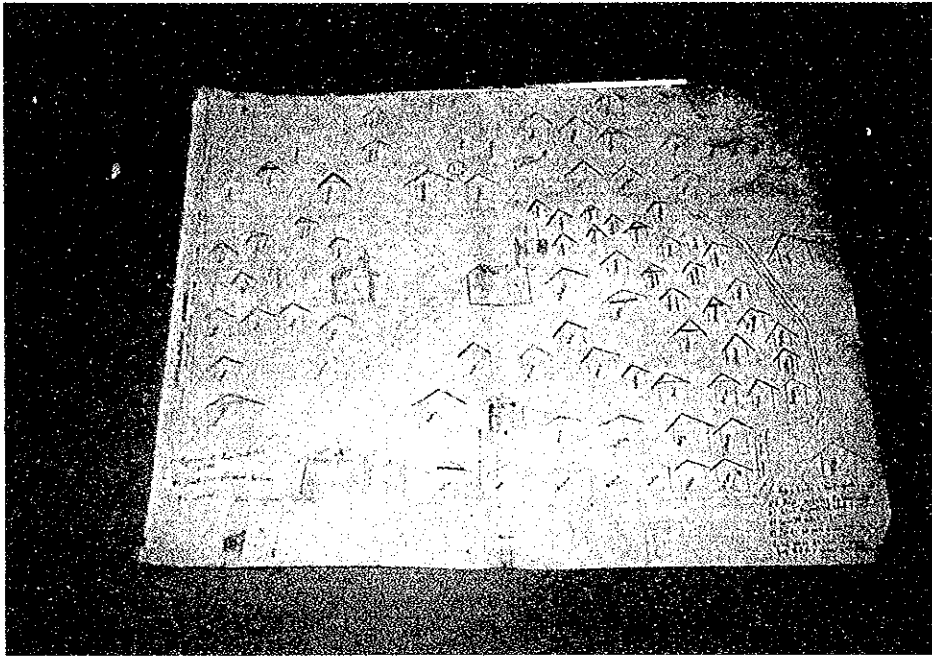
ゲレロ州コスタグランデ郡衛生局



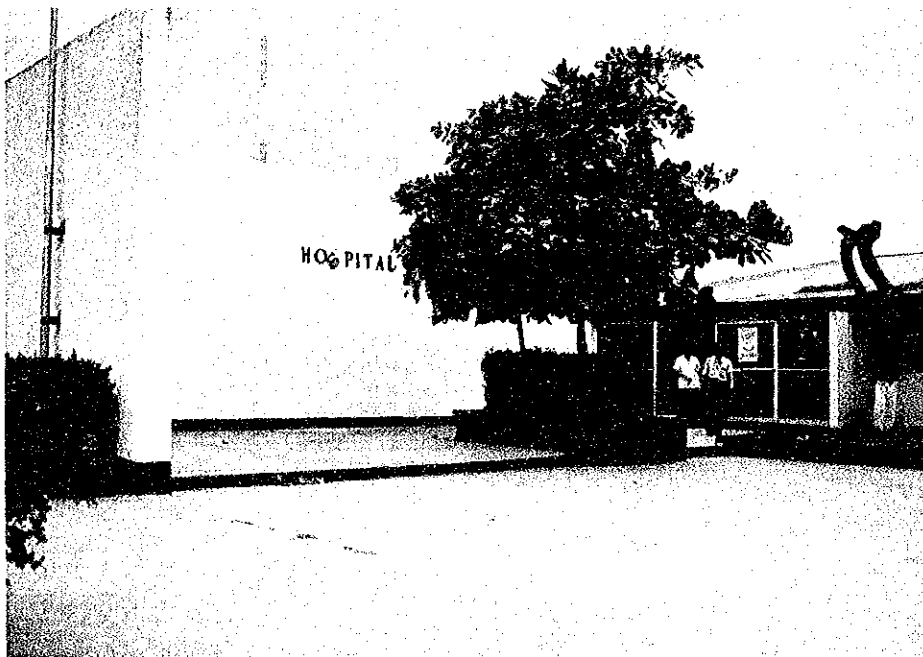
コスタグランデ郡 Casa de Salud (健康の家) 全景



Casa de Salud (健康の家) での保健助手との打合せ



保健助手の担当する地区の地図（ Casa de Salud ）



アトヤック総合病院

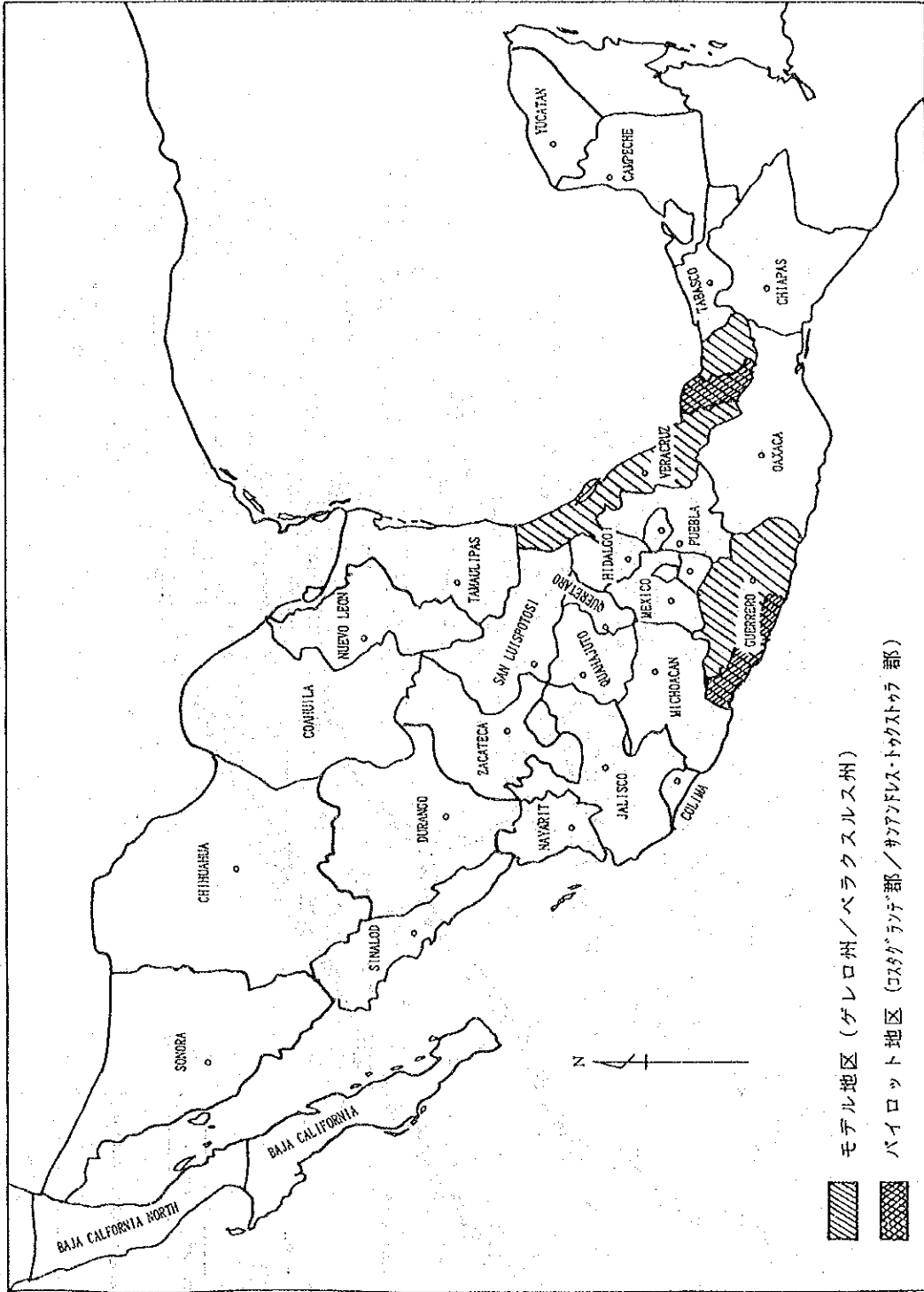


アカプルコ総合病院

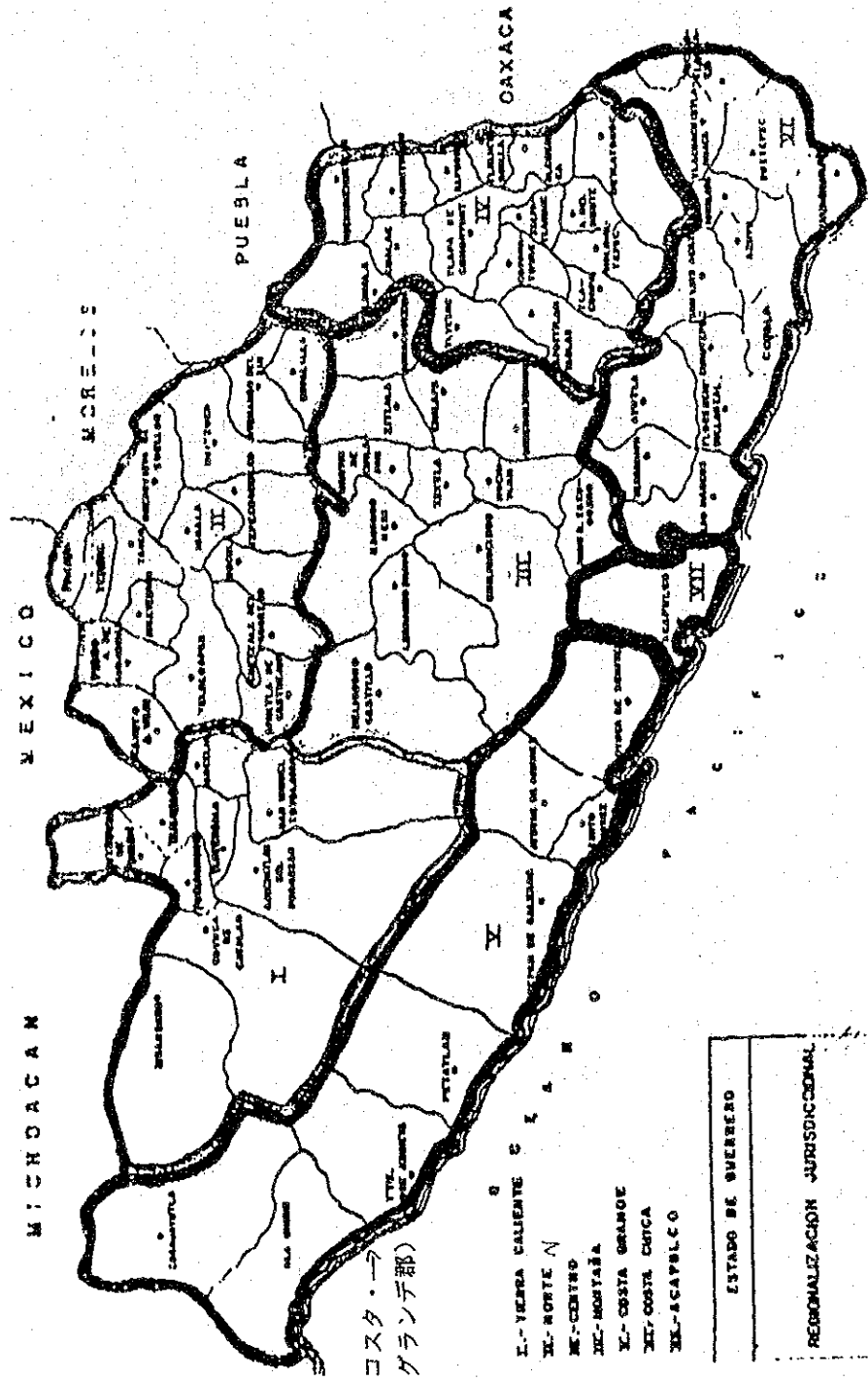


ミニッツ署名

メキシコ合衆国の地図



ゲレロ州の地図 (Vがパイロット地区/コスタ・グランデ郡)



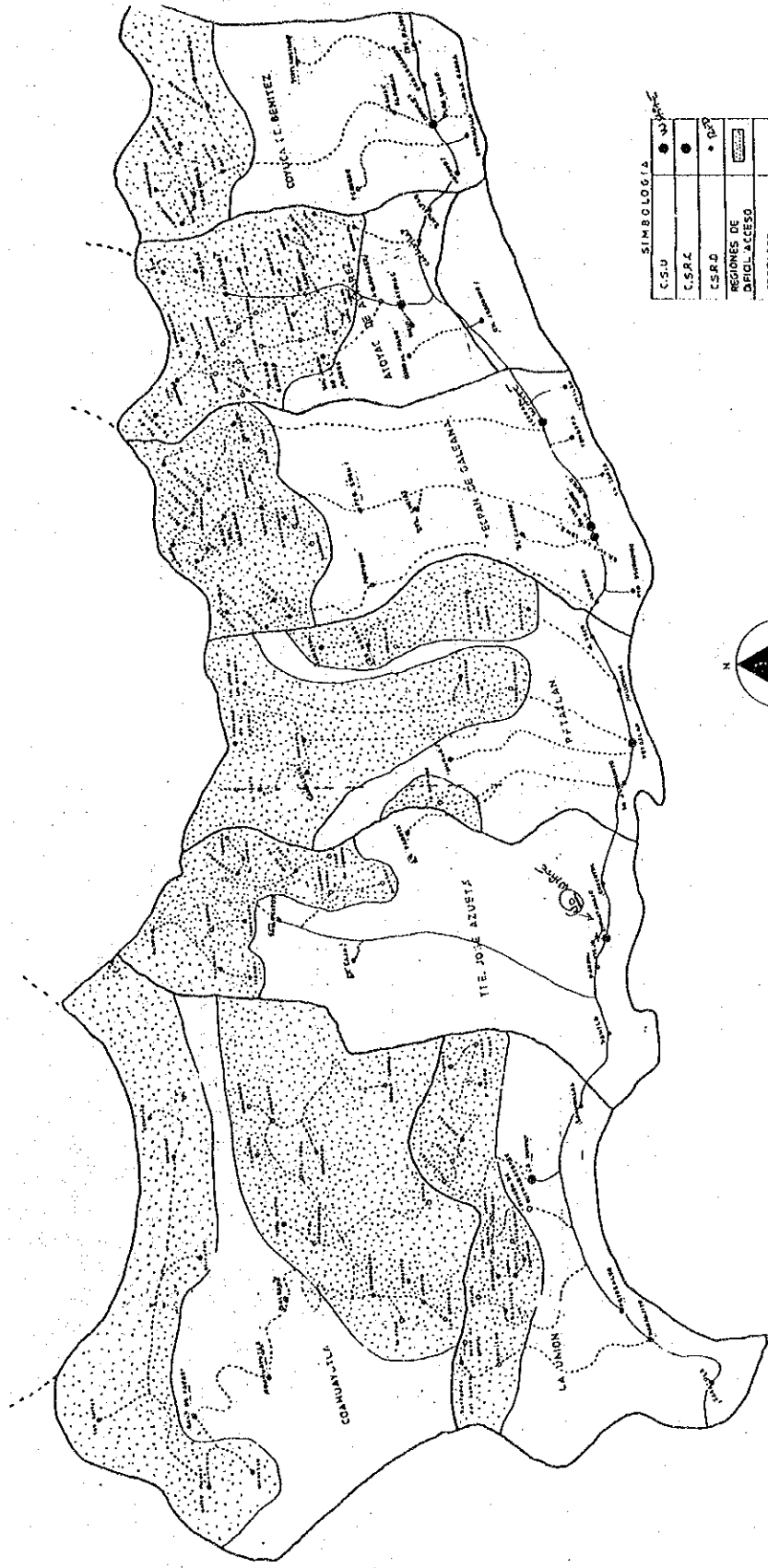
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

(コスタ・グランデ郡の地図)

JURISDICCION SANITARIA DE LA COSTA GRANDE

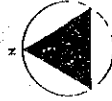
Tacpan de Galeana, Gro.

LOCALIDADES PROGRAMADAS PARA OPERAR EL PROGRAMA "OPERACION LIMPIEZA"



SIMBOLOGIA

CSU	●
CSRZ	●
CSR D	●
REGIONES DE DIFICIL ACCESO	□
FERRATERIA	○
LOCALIDADES DE DIFICIL ACCESO	●



Mapa de (COSTA GRANDE, TABASCO)

目 次

1. 計画打合せ調査団の派遣	1
1-1 派遣の経緯と目的	1
1-2 団員の構成	4
1-3 調査日程	4
1-4 主要面談者	5
2. 要 約	7
3. ゲレロ州の母子保健家族計画の現状	9
3-1 全体状況	9
3-2 病 院	10
3-3 保 健 所	11
3-4 コミュニティ活動	12
4. プロジェクト活動計画	15
4-1 EEC（サービス地域拡大戦略）	15
4-2 プロジェクト活動計画の概要	15
4-3 今後の課題	16
5. 国際援助機関の動向	19
5-1 UNICEF	19
5-2 UNFPA	19
5-3 USAID	19
6. その他の問題点	21
6-1 コミュニティ・センターの建設	21
6-2 ベースライン・サーベイの進展	21
別添資料	
ミニッツ（M/D）	25
メキシコ側人員組織図	39
両モデル州の基礎データおよび家族計画プログラムとEEC活動報告	43
石村専門家現地活動報告	49
討議議事録（R/D）	95
暫定実施計画（TSI）	106

1. 計画打合せ調査団の派遣

1-1. 派遣の経緯と目的

1-1-1. 計画打合せ調査団派遣にいたるまでの経緯

(1) 基礎調査団(1990年1月)

団員：近藤団長(JICA医療協力部長)、林(国立公衆衛生院保健人口学部長)、
安次嶺(沖縄県立中部病院総合診療部長)、稲福(沖縄県立中部病院産婦人科部
長)、小池(JICA医療協力部)、菅野(JOICFP)、池上(JOICFP)

面会者：家族計画局長 Dr. Urbina

家族計画局 研修部長 Dr. Amado 他

厚生省(SSA)本省で連日メキシコ側の主な政策(特に Casa de Salud の保健助手、
医学部6年生の実習配置を義務づけた農村地区人口過疎型保健所の活動等)を通じた「EE
C/地域医療サービス領域拡大戦略」活動)、医療システムの現状について説明を受け、メ
キシコの事情を理解するということに終始した。メキシコシティでの協議中は、その合
間を縫って国立周産期センター、国立小児病院等の施設を訪問した。そこでは設備、人員、
医療設備など誠にすばらしいものであり、日本国内の超一流の施設にもまさるとも劣らな
いほどで、団員を驚かせた。

その後現地調査(ゲレロ州、ベラクルス州)においては、アカプルコ総合病院、ベラク
ルス総合病院、各地の都市型、農村地区人口集中型、農村地区人口過疎型保健所、健康の
家(Casa de Salud)などを視察した。シティに比べ地方は予想されたごとく貧弱な医療設
備で、例えば総合病院でさえ簡単な超音波胎児心拍検出装置すらもなく、発表された統計
以上に母子死亡率が高いことが容易にうかがわれた。広い地域の中に小さな村落が散在す
る中でこれらを改善するためには、リフェラル・システムの整備及び機動力の重要性はも
ちろんのこと、末端においては医療施設に対する住民からの信頼を得るようになる方法な
どを考える必要性が痛感された。

当初メキシコ側はこのプロジェクトをオアハカ、ゲレロ、ベラクルス州等8州に対する
病院プロジェクトと考えていたようで、機材供与を通して技術移転を行い、かつ末端まで
広くその利益を受けられるような方向性を作りたいという日本側の考えをなかなかのみ込
めず、また当方はメキシコ側の統計に納得できない点が多々あり、議論がかみ合わないこ
とが度々であった。日本側は、モデルシステムを構築するために先方の希望する8州の中
からモデル地区を選定する必要がある旨のサマリーレポートを残した。

(2) 事前調査団 (1991年4月)

団員：村松団長、安次嶺 (沖縄県立中部病院総合診療部長)、稲福 (沖縄県立中部病院産婦人科部長)、後藤 (JICA医療協力部)、藤本 (JICA医療協力部)

面会者：家族計画局長 Dr. Zarate

家族計画局 研修部長 Dr. Amado 他

メキシコ側は Dr. Urbina が CONAPO (国家人口開発審議会) の長官になり、新しく Dr. Zarate が家族計画局長となったことから、改めて JICA の協力形態を説明し、理解を求めることから調査団の活動が始まった。現地視察は、先方よりモデル地区として選定された2州 (ゲレロ州、ベラクルス州) にて行われた。局長が代わったことにより、JICA の予算のシステムおよび日本側の協力方針を改めて説明し、理解を求める必要があったことから具体的な計画についての策定は十分になされたとは言えない。モデル地区 (ゲレロ州、ベラクルス州) およびその中の重点地区としてのパイロット地区 (コスタ・グランデ郡、サンアンドレス・トゥクストゥラ郡) の選定を行った。

(3) 実施協議 (R/D) 調査団 (1992年1月)

団員：平山団長 (母子愛育会日本総合愛育研究所所長)、稲福 (沖縄県立中部病院産婦人科部長)、山田 (国立病院医療センター医師)、藤本 (JICA医療協力部)

面会者：家族計画局長 Dr. Zarate

家族計画局 研修部長 Dr. Amado 他

メキシコ側の担当者には変更なく、話し合いがややスムーズに運び5年間の大まかなスケジュールが示され、R/Dの署名が行われた。協議結果は以下のとおり。

① 協力目的：地域社会 (保健所以下のレベル) における母子保健レベルの向上を図り、母子の死亡率を減少させる。

② 協力方式 (モデル地区方式)：

—モデル地区での活動実績を全国に適用して、将来的にメキシコ国全体の母子保健レベルを向上させる方式をとる。

—モデル地区は2州とし、さらにその中の1郡ずつをパイロット地区と定め、重点的に協力する。

—モデル地区とパイロット地区は、それぞれ以下のとおりとする。

ゲレロ州……………コスタ・グランデ郡

ベラクルス州……………サンアンドレス・トゥクストゥラ郡

—2つのモデル地区への機材供与は同時に同様に行うこととする。ただし、日本側が当面派遣できる専門家の数の関係から、専門家の直接的協力はゲレロ州を優先する。ベラクルス州へは日本側専門家の巡回指導、ある

いは州の担当者のゲレロ州への研修派遣等の方法を考慮する。

また、4月からの協力開始に向けて、メキシコ側からの要望機材リストが提出された。

現地視察の間にメキシコ側でも州レベルで医師、看護婦、健康プロモーター、ドライバーをひとつのチームとした管理中心のスーパーバイザーの役割を担った新しいチームの計画があることがわかり、プロジェクトを容易に押し進めるためにこれに集団検診（医学生等への臨床教育指導をかねて）及び住民への避妊指導、衛生教育の役割をつけ加えるように要望した。更にメキシコで使用されているながら有機的に利用されていないと思われる各種予防接種記録や妊娠記録等をまとめた、いわゆる母子手帳を作り、それを使えば併せて正確な統計が可能になることも日本の経験を踏まえて提案された。

ゲレロ州の視察において、長期専門家がコスタ・グランデ郡のテクパン衛生局に配置されるのが濃厚となったため、ベラクルス州の担当者は不満を表明していたが、2州同時に機材供与が行われることが確認され一応安心したようであった。しかし、ゲレロ州担当者に比べ、本プロジェクトの主旨を十分に理解しているとは思われず、一抹の不安が残った。

1-1-2. 計画打合せ調査団派遣の目的

(1) メキシコ国は年平均人口増加率2.3%、乳児死亡率60%（出生1000当り）と母子保健家族計画レベルが低く、農村部における家族計画と母子保健の活動強化を目的とした「メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト」が1992年4月より5年間の協力事業として開始された。

(2) プロジェクトは地域における母子保健サービスの向上を目的とし、モデル地区のゲレロ州 the state of Guerrero、ベラクルス州 the state of Veracruz に各々1郡ずつパイロット地区（Costa Grande, San Andres Tuxtla）を定め、重点的に支援協力を行うこととした。

(3) プロジェクト開始後8ヵ月を経過した時点で派遣される「計画打合せ調査団」はメキシコ側プロジェクト関係者およびJICA専門家チームと協議を行い、以下の活動を遂行することを目的とした。

- ①プロジェクト開始後の活動の進捗状況と問題点の把握
- ②プロジェクト終了までの具体的な活動計画の作成
- ③メキシコ側との協議内容に基づいたミニッツの作成

1-2. 団員の構成

	(担 当)	(氏 名)	(所 属)
・団 長	総 括	平山 宗宏	母子愛育会日本総合愛育研究所所長
・団 員	母性保健	稲福 恭雄	沖縄県立中部病院産婦人科部長
・団 員	小児保健	中村 安秀	東京都母子保健サービスセンター医長
・団 員	協力計画	藤本 正也	JICA医療協力部医療協力第二課職員

1-3. 調査日程

日 順	月 日	曜日	移 動 及 び 業 務
第1日	1/11	月	東京発→メキシコシティ着 (JL012)
2	12	火	JICA事務所打合せ 日本大使館表敬 保健大臣、家族計画局、国家人口審議会 (CONAPO) 表敬 USAID打合せ
3	13	水	移動 (メキシコシティ→ゲレロ、AM515) シワタネホ総合病院、保健所、小学校視察 サンヘロニミート保健所視察
4	14	木	コスタグランデ郡衛生局表敬、テクパン保健所視察 サンタデラクルス健康の家、アトヤック総合病院視察 ココカ保健所視察
5	15	金	CAAPS、アカプルコ総合病院視察 家族計画局長とプロジェクト基本方針について協議
6	16	土	資料整理
7	17	日	移動 (アカプルコ→メキシコシティ、AM304) プロジェクト活動計画作成作業
8	18	月	家族計画局長とプロジェクト活動計画作成
9	19	火	ミニッツ打合せ会議
10	20	水	ミニッツ調印 UNICEF、UNFPA打合せ
11	21	木	日本大使館、JICA事務所報告
12	22	金	メキシコ発 (JL011)
13	23	土	→東京着

1-4. 主要面談者

- ・厚生大臣
DR. JESUS KUMATE

- ・家族計画局
局長
DR. ARTURO ZÁRATE TREVIÑO
研修・スーパーバイズ部長
DR. FERNANDO AMADO
計画・評価部長
ACT. ELSA SANTOS PRUNEDA

- ・ゲレロ州政府
衛生局次長
DR. MARCO A ADAME
母子家族計画部長
DRA. GRACIELA LILIA SÁNCHEZ
アカプルコ総合病院院長
DR. CARLOS DE LA PEÑA PINTOR
コスタグランデ郡衛生局長
DR. SILVIO CHAVELAS CORTEZ
コスタグランデ郡コーディネーター
DR. RAYMUNDO MATEOS BERNAL

- ・CONAPO (国家人口開発審議会)
長官
DR. MANUEL URBINA FUENTES

- ・USAID
プログラムコーディネーター
BONNIE DEL PARDO DE OSEGUEDA

- ・UNICEF
所長
DR. JORGE JARA
プログラムコーディネーター
DR. RUTH S. FINNEY HAYWARD

- ・日本大使館
特命全権大使
田中常雄
二等書記官
渡隆弘

- ・JICAメキシコ事務所
所長
望月久
所員
加藤誠治

- ・プロジェクト専門家
リーダー
矢野博
調整員
宮脇章夫
母子保健
石村久美子

2. 要 約

- (1) 1992年4月よりスタートした「メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト」に関してメキシコ側関係者およびJICAチームと協議を行ない、プロジェクト活動の進捗状況と問題点の把握、プロジェクト終了までの具体的な活動計画の作成を目的とした。
- (2) 計画打合せ調査団は1993年1月11日より1月23日までフィールド調査、家族計画局長らとの話し合い、具体的な活動計画案の作成、JICA専門家チーム内の役割分担などを行なった。
- (3) メキシコ保健省の最重要課題の一つであるEEC（サービス地域拡大戦略）を全面的に強化支援することを本プロジェクトの具体的な目的にすることで合意した。プロジェクト活動を保健医療サービス提供、評価、トレーニング、普及啓蒙に分けて、1993年度の活動に関しては詳細な計画を作成し、1994年度以降は基本方針をミニッツに明記した。
- (4) ゲレロ州コスタグランデ郡のテクパン保健所の敷地内に、地域の保健医療従事者のトレーニングに資するため、プロジェクト基盤整備費によるコミュニティーセンターの建設の必要性が高いと判断された。ベースライン・サーベイに関しては、綿引専門家の作成した原案修正してゲレロ州コスタグランデ郡で実施することで合意した。
- (5) UNICEF、USAID、UNFPAに対してプロジェクトの概要を説明し、モデル地域における母子保健・家族計画分野において、互いに重複せずに協調しながら活動を進めていくことに賛意が得られた。具体的には、今後JICA専門家がドナー機関相互の連絡会議に参加していくことで合意した。

3. ゲレロ州の母子保健家族計画の現状

3-1. 全体状況

- ・メキシコ国は保健医療施設や基本的医療機材や保健医療マンパワーに関しては、かなり整備された中進国であるという基本的な認識が必要である。
- ・全体的に保健より医療志向型のシステムが出来上がっており、住民ニーズもプライマリ・ヘルス・ケアだけでなく医療ケアを要求していると思われる。(図1参照)
- ・このようなシステムは都市部ではほどほどに機能しているが、農村部に展開していくにはスーパーバイザー機能の充実が不可欠である。そのためには、交通手段や通信手段の整備、現状の人材に対する再教育の必要性などが挙げられる。

図1 メキシコ保健医療組織図

(行政区分)	(保健行政機関)	(保健省保健医療機関………例：ゲレロ州)
国 Nacional	保健局	
州 Estado	州衛生局	<p>ゲレロ州：人口2,56万人</p> <p>Acapulco General Hospital (300 beds)</p> <p>CAAPS</p>
郡 Jurisdiccion	郡衛生局	<p>コスタグランド郡：人口3.5万人</p> <p>Atoyac Hospital (30 beds)</p> <p>Zihuatanejo Hospital (60 beds)</p> <p>Urban Health Center 2</p> <p>Rural Health Center (concentrated) 7</p> <p>Rural Health Center (disperse) 64</p> <p>Centro de Salud (health house) 98</p>
市 Municipio		
集落 Comunidad / Localidad		
		(Human resources)
		Medical doctors 103
		Nurses 132
		Supervisor doctors 1
		Supervisor nurses 14
		Community health workers 115
		TAPS 43
		Traditional midwives ?

3-2. 病 院

・アカプルコ病院 Acapulco General Hospital

ゲレロ州全体をカバーする実質的な第3次的医療機関であるが、メキシコでは2次医療機関と定義されている。“Baby Friendly Hospital”を標榜し、斬新な取組みが積極的に行われていた。CAAPSとの密接な協力体制を確立し、地域に開かれた病院体制を推進しようという意欲が感じられた。

産科は異常分娩、ハイリスク妊婦、予定日を超過した妊婦を主に取り扱い、正常分娩はCAAPSで扱うといった役割分担が開始されたばかりであった。普通分娩なら出産後6~12時間で退院、帝王切開でも36時間で退院させる。母子同室を徹底し、母親が中心になって新生児をケアするシステムができていた。

小児科は母乳推進運動を積極的に展開していた。出産後すぐに赤ちゃんを抱っこしながら分娩室で初乳を与える。“子どもと母の友だち委員会”を作成し、母親や父親の参加の下で“Baby Friendly Hospital”プログラムを推進していた。病院内に、母乳推進、予防接種拡大計画（EPI）、新生児破傷風対策、家族計画の委員会があり、地域保健医療の拠点となっていた。

全体的な印象では、アカプルコ総合病院が特に前年までとは異なり非常に活気があり、ゲレロ州における最終的なリフェラル病院として、また研修のための基幹病院として、将来的に、TAPS（裸足の医師）、保健所医師等への指導機能も期待され得ることが確認された。また、車を利用した機動力のある集検教育システムを組み入れることにより母子死亡率の減少を期待できると思われた。母子手帳の導入に対しても様式その他まだまだ今後詰める必要があるが、最終的にはパイロット地区で試験的に行なってもよいとの感触が得られた。

・アトヤック病院 Atoyac Hospital

ベッド数30、産科医1名、小児科医1名。Liliaさんという非常に優秀な看護婦 general practical nurse が細かく指導しているため、清潔手技、備品管理をはじめ患者に対するケアが行き届いていた。出生時体重1950gの新生児は輸液などの適切なケアがなされていた。簡単な尿、血液一般、生化学などは検査できるが、顕微鏡は故障中。経済的に困窮している患者に対して、ソーシャルワーカーが対応していた。

なお、この病院でみたメキシコの健康小児発育平均値では、出生時体重が男児で3400g、女児で3220gと日本よりも高い数字であった。

・シワタネホ病院 Zihuatanejo Hospital

ベッド数60、常勤医師27名、契約医師8名、190名の看護婦を擁する中規模病院であり、内科・外科・小児科・産婦人科を中心に各科が揃っていた。

家族計画として女性不妊手術を月に20例ぐらい行っている。保健所で行う伝統的助産婦に

対するトレーニングに参加することはあるが、特に地域保健に関して特別のプログラムはなかった。

小児科は現在常勤医師1名、週3日の外来と入院を担当している。入院患児は4名、出生時体重2600gの新生児が保育器で観察中、2名の新生児が布でぐるぐる巻きにされていたのが印象的であった。

3-3. 保健所

・ C A A P S (Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud)

直訳すればPHC上級診療所である。病院機能よりもプライマリケアに重点を置き、保健所レベルよりは上級の診療を行なう実験的な施設である(メキシコ国内でまだ2ヵ所しかないという)。従来あった保健所を拡張拡充し、1992年12月11日に保健大臣の列席によりオープンしたばかりであった。

実際の活動は、地区活動 module (8ヵ所……1地区ごとに医師、看護婦、ヘルスプロモーターが1名ずつ配置され、500世帯のプライマリケア全般を担当する)と4つの機能別活動 module (産科・家族計画・簡易手術・経口補液)に大別される。アカプルコ病院との人的、実務的な連携により、重症やハイリスクの患者は速やかに車で10分のアカプルコ病院に転送される。

産科 module では、正常妊娠ならCAAPSを紹介し、リスクがあればアカプルコ病院を紹介する。CAAPSでは24時間対応ができるように、3交代制をとっている。

家族計画 module は、IUDや不妊手術を行うだけでなく、保健所スタッフのためのトレーニングも行っている。

簡易手術 module は、入院する必要のない簡単な手術を行い、12時間の術後ケアを実施している。

経口補液 module では、下痢症の脱水治療を行い、経口補液(ORS; Vita Sucros)と8時間以内の短時間の輸液を実施している。

・ 都市型保健所 Centro de Salud Urbano

(シワタネホ保健所) 一般診療の他に産科、歯科を行う。妊娠中の管理は行うが分娩は取り扱わず、近くのシワタネホ病院に紹介している。EPI、下痢症対策などに重点が置かれ、ちょうど訪問中にも感染症委員会(病院、保健所、獣医、検査技師など近隣地域の保健医療関係者で構成されている)が開かれていた。検査や消毒は簡単な器材が用いられていたが、AIDS検査などやや高度な技術を要するものは検体をアカプルコ衛生検査所に送ることにより対応しているという。

農村型保健所との連絡を目的とした無線連絡システムが整備されているが、実際には故障や

不十分なメンテナンスのために、あまり活用されていないようであった。

市の予算で、医師と歯科医師が同乗する巡回診療車が配置されていたが、日曜日のみ運行しているとのことであった。

(テクパン保健所) テクパン市のメイン通りに面している。裏庭に簡易テントを張り、TAPSの講習会が開かれていた。遠心器やオリンパスの顕微鏡があり、血算、一般尿検査、結核などの検査も行っている。別棟には、保健助手スーパーバイザー(3名)の部屋と地域リハビリテーション部屋があった。

・農村人口集中型保健所 Centro de Salud Rural Poblacion Concentrado

(コユカ保健所) 医師6名、看護婦6名、スーパーバイザー3名を擁し、1ヵ月に20件近くの分娩も扱う。24時間体制で診療が出来るように体制が組まれていた。最新の歯科診療台(メキシコ製)が“Solidaridad”(連帯)から寄贈されていた。

・農村過疎型保健所 Centro de Salud Rural Poblacion Disperso

(サンヘリミニト保健所) 農村部の田畑の真ん中にある。若い女性のパサンテ(医学部6年生)が1人で住み込む形で診療していた。いまは午前中はTAPSも診療に加わるという。1日約20人の患者を診療するが、主な医療器具は聴診器、血圧計、耳鏡だけ。検査はほとんど出来ない。

家族計画は一般外来の中で行なっており、避妊に関する情報は提供するが必ず患者の希望を聞いて自由意志で実施している。各種の避妊法(ピル、IUD、女性不妊手術、男性不妊手術、ホルモン注射、コンドーム)のパンフレットやポスターが用意されているが、実際にはピルが多いという。

妊婦管理については、妊娠3ヵ月までは月に1回、妊娠4~6ヵ月では月に2回、妊娠7ヵ月以後は週1回の定期的チェックを行うことになっているが、実際にハイリスクで上級の保健所に紹介したことはないという。

予防接種のキャンペーン中には予防接種(BCG:生下時、ポリオ&DPT:2ヵ月、4ヵ月、6ヵ月、麻疹:9ヵ月)を行うが、ふだんは人口集中型保健所で実施している。子どもに健診を週に20人ぐらい実施している。

月に1回、地区スーパーバイザー supervisors modulos が指導監督のためにやってくる。

3-4. コミュニティ活動

・健康の家 Casa de Salud

(ロス・ヤニトス) 世帯数42の集落を管轄するこの村の健康の家では、3年前に保健助手 Auxiliares de Salud になった主婦のマルチネスさんを中心に活動していた。村の健康委員会

として、村人皆で一緒に掃除したり、お金を出し合いベッドや机を購入したりして活動していた。子どもがよくかかる病気は、カゼ、発熱、下痢症、気管支炎、栄養失調であるという。医療器具としては保健助手バッグ（ハサミ、乳児用吊り体重計、メジャー、体温計、聴診器、手洗い用ブラシなどが入っていた）と若干の医薬品（アンピシリン、エリスロマイシン、アセトアミノフェン、メイダゾール、サソリ抗毒素、bregamin……主に解熱剤と抗生物質）が備わっていた。

（サンタ・デ・ラ・クルス）アトヤック市郊外のかかなり山奥にソコロさんという1992年に保健大臣の表彰を受けた保健助手が運営している健康の家がある。家の中には、村の全ての家が記された手描きの地図が壁に貼られている。コーヒーの収穫で忙しいなか、村の人たちがすばらしい鶏肉のメキシコ料理で歓迎してくれた。この健康の家では、きちんと役割分担がなされているわけではないが、保健助手が住民に対する健康教育や組織作りを行い、TAPSが基本的な医療を行っていた。医療器具としてはこわれかけた血圧計と聴診器、医薬品は解熱剤、鎮痛剤、なぜかペニシリン注射液があって経口の抗生物質は見当らなかった。医薬消耗品は包帯と弾性包帯だけであった。

・ T A P S (Tecnico Atencion Primaria a la Salud ; Primary Health Care Technician)
プライマリヘルスケア医療技術者

1992年から World Bank の資金を使って創められた新しい実験的な制度。高校卒業後1年間の研修を受け、自分の育った村や町で医療に従事する。第一線における簡単な診断、投薬、健康教育などの担い手として期待されている。コスタグランデ郡ではすでに43人の意欲的な若者が研修を終了した。今後の発展に期待したい。

4. プロジェクト活動計画

4-1. E E C (Estrategia de Extension de Cobertura ; Strategy for Extension of Coverage / サービス地域拡大戦略)

メキシコ国は、GNP約2000USドルの中進国であるが、国内における貧富の差、都市部と農村部の差が大きく、農村部の特に過疎地域における保健医療の充実は緊急の大きな課題の一つになっている。保健省では1986年よりE E Cを開始し、家族計画局の管轄の下、農村部への保健医療サービスの適正な提供を試みている。特に、I M S S (Instituto Mexicano del Seguro Social ; メキシコ社会保険庁……民間企業勤労者や工場労働者を対象にした社会保険加入者をカバーしている)、I S S S T E (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ; 国家公務員共済庁……国家公務員を対象に全国的な医療施設ネットワークをもっている)のカバーしていない open sector の人々で、人口500~2500人の小規模集落に住む住民がE E Cの直接の対象である。500以下の極小集落への保険医療サービスの提供は、コストがかかるために現時点での優先度が低い。具体的には、医師、看護婦などの保健省の正規職員が直接的に保健医療サービスを提供するのではなく、コミュニティーの人々(伝統的助産婦や主婦などの地域住民)が保健医療サービスの担い手となるのが基本方針である。

全国で約13000のコミュニティーに対してE E Cが実施されており、1200人のスーパーバイザー看護婦が月に2回各コミュニティーを訪問し、307人のスーパーバイザー医師が最低月に1回看護婦と一緒にコミュニティーを訪問指導することになっている。しかし、車などの移動手段が整備されていないために、辺境までバスやトラックを乗り継いで行かねばならず、財政的な困難さから交通費の支給が滞りがちである。E E Cのサービスの質を高めるためにはこのようなスーパーバイズ機能が不可欠であるが、そのための財政面と交通手段の確保が緊急の課題である。

4-2. プロジェクト活動計画の概要

1991年1月に調印されたR/D (the Record of Discussion)に基づき、より具体的な活動計画を双方で合意するのが今回の調査団の最大の目的であった。メキシコ保健省の最重要課題の一つであるE E Cを全面的に強化支援することを本プロジェクトの具体的目的にする提案が日本側からなされ、家族計画局からは熱意のこもった全面的な賛同を得ることができた。このE E C戦略強化という具体的目的に従い、具体的な5年間活動計画が非常に友好的な雰囲気の中で合同打合せ会議で議論された。その内容はミニッツの Annex 2と4にまとめられているが、以下に具体的活動計画の骨子と重要点を説明する。

- ・活動計画はメキシコ保健省の政策そのものを支援する性格のものであるので、JICAスキーム（専門家派遣、研修、機材供与）を解説する従来の方式は採用せず、プロジェクト活動を保健医療サービス提供、評価、トレーニング、普及啓蒙に分けて立案した。
- ・保健医療サービスに関しては、1992年度予算で病院を中心に機材供与することが決定されている。1993年はコミュニティーに近いレベル、具体的には過疎型保健所、健康の家などにシンプルな医療機材を供与するとともに、保健医療行政の強化のためにスーパーバイザーへの交通手段の供与、州・郡衛生局にIEC機材を供与することにした。1993年はパイロット地域であるコスタ・グランデ、サン・アンドレス両郡を中心に機材供与され、その使用状況などを評価した上で、1994年以降はモデル地域であるゲレロ州、ベラクルス州全体に供与範囲を拡大していく予定である。
- ・プロジェクト評価を円滑に実施するために、マイクロコンピュータを2台、保健省とJICAチームに供与することにした。プロジェクト開始当初から、終了時の評価のことを常に念頭において計画を立案していく必要がある。
- ・トレーニングに関しては、超音波診断装置の機材供与に対するトレーニングとして、総計30名の小児科医、産科医、一般医に対して、アカプルコ病院とベラクルス病院において各1週間のセミナーを実施することにした。このセミナーについては、目的、対象、期間、時期、講師、内容、評価方法といったトレーニングの詳細を明記した。
 伝統的助産婦のトレーニングは郡レベルで検討の後に詳細が決定されるが、メキシコ側がすでに決定されている研修予算とJICA側の予算を合わせてジョイント・トレーニングの形で実施される予定である。
- ・健康教育資材として、すでに作成されているポスター、パンフレット、小冊子などを購入することにした。

4-3. 今後の課題

・Project Director とJICAチームの機能と責任分担を明確にしたが、これはあくまでもR/Dに明記されていることの言い換えにすぎない。しかし、この合意に達するまでに調査団とメキシコ側で数日にわたり話し合ったプロセスが非常に重要であった。調査団長と Dr. Zarate を中心とした粘り強い話し合いでわかったことは、メキシコ側が専門家の派遣後に日本から押しつけを受けていると感じる場面があったこと、また、R/Dだけでは活動計画が全く作られていないと理解していたことなどが明確になってきた。

専門家が派遣され相手国のフィールドで仕事を始めれば、必ず異文化同士の衝突が生じる。今回はプロジェクト開始後の早い時期に相互の誤解や不信を明らかにし、じっくりと話し合うことにより誤解を解消するだけでなく、今まで以上の相互の理解に達し、それを双方同意のもとで文書に残すことができた。これは画期的なことであり、とくに文書に残したことの重要さ

を高く評価したい。今後は派遣専門家の方々がこの合意文書の精神を尊重して、メキシコ側と交渉されることを強く望みたい。

・石村専門家については年間活動計画を提示して、フィールド活動をしてほしいという強い希望が提出されていた。専門家のフィールド活動に伴い、メキシコ側スタッフの人件費など予算的なバックアップが必要だという理由である。メキシコ側の要求は当然と思えるので、石村専門家には大まかな Plan of Action の作成の仕方を指導した。あとは、現地の郡衛生局と相談したうえで、年間活動計画が早急に作成されるはずである。

・JICAに提出する業務報告書だけでなく、メキシコ側に報告書を定期的に提出すべきであることをJICA専門家チームに対して強調した。石村専門家には、年に2回、スペイン語の報告書を作成するように勧め、今回の分に関しては具体的に報告する内容や構成などについて指導した。

プロジェクト全体に関する英文の報告書も1年に1回は必要である。プロジェクトの公的な開始からもうすぐ1年になるので、リーダーにより近々まとめられるであろう。

5. 国際援助機関の動向

5-1. UNICEF

ユニセフはメキシコでは、プライマリヘルスケア、女性の地位向上、水供給と環境衛生の3つを重点的に取り組んでいる。とくにゲレロ州は重要な活動拠点であり、Dr. Adame らの州衛生局関係者と3ヵ月おきに定期的な Jointly Technical Meeting を開催し、monitoring, programming, problem-oriented solution などを実施している。JICAチームもこの会合に参加することを歓迎する旨が述べられ、ユニセフとJICAチームによる事前協議が2月11日に行われることを約束した。ユニセフと保健省からの情報を総合すると、ゲレロ州では、母乳推進、下痢症対策、新生児破傷風、妊産婦死亡対策などに焦点を当てて活動しているようである。

5-2. UNFPA

メキシコにおける活動歴は長く、1974年の「一般人口法」以来、人口問題を中心に取り組んでいる。UNFPA所長は、メキシコの抱える人口問題は、少数の都市部に人口集中する一方、住民の多くは非常に孤立した村落に住んでいることであると分析する。また、活動面での問題は、避妊具や医薬品のロジスチックの悪さ、交通手段に乏しいためにスーパーバース機能が働かず人的資源が有効に活用できていないこと、PHCでは住民が満足できずもう少し進んだ保健医療システムの開発が必要なことだと、非常に明確にメキシコの状況を分析していた。しかし、ラテンアメリカでは最も家族計画の進んだ国でもあるという。

具体的には、保健省に年1.2百万US\$、メキシファミなどに年1百万US\$を拠出しており、拠出金のうち50%は家族計画に、残りの50%はセンサス、IEC、移住プログラムなどに提供しているとのことであった。

UNFPA所長の経験では、community participation に成功した例はメキシコでは非常に乏しいので、石村専門家のゲレロ州での集団健康教育にいたく関心を示していた。

また、USAID、ユニセフ、世界銀行など家族計画・母子保健にかかわるドナー機関関係者が昨年は5回の非公式ミーティングを開いて情報交換を行ったという。JICAチームも次回からは参加するようにアレンジしてくれることを約束した。

5-3. USAID

1977年から協力の経験をもつ。1993年度からは年間11~13百万US\$の規模で家族計画を中心に3州(ゲレロ、ベラクルス、グアナファト)で協力を開始し、9州にまで拡大する予定である。協力内容としては、家族計画に焦点を当て、保健省やCONAPO(人口

審議会)などの政府機関だけでなく、MEXFAM、FEMAPなどのNGOの支援も行っている。具体的には、アメリカ合衆国の大学やコンサルタントを使い、training for trainers, clinical FP proceures, logistic management, mass communication などに重点を置き活動しているという。

6. その他の問題点

6-1. コミュニティ・センターの建設

アカプルコから海岸沿いの道を西北に100km、コスタグランデ郡の中心都市テクパンにテクパン保健所と石村専門家が常駐する郡衛生局とがある。テクパン保健所は都市型保健所であり、管内の17ヵ所の農村型保健所を指導する役割もあり、それらを含めた管轄人口は約6万人にのぼる。従来から、伝統的助産婦やTAPSのトレーニングなど地域の保健医療従事者の教育機関としての役割も果たしている。しかし、十分な部屋や教育機材がなく、今回の視察の間も青空の下で研修を行っていた。

今回、プロジェクト基盤整備費によるコミュニティセンターの建設に関しては、メキシコ側と協議の結果、テクパン保健所を第1候補とすることにした。日本人専門家の活動地域内であり、パイロット地域のコスタグランデ郡の中央に位置していること、保健所の敷地内に建設可能な用地があること、従来からトレーニングを積極的に行っていることでメキシコ側の人的確保ができていること、などがその理由である。1993年3月初旬までに、目的、建設場所、基本デザイン、部屋の数と目的、材料の概算などをJICA側に提出し、1994年3月までには完成する必要があることをミニッツに明記した。また、完成後には、メキシコ側がすべてのランニングコストを負担することを了承した。

6-2. ベースライン・サーベイの進展

調査部の Mr. Figueroa の下で実務を担当している Mr. Ricardo Aparicio とベースライン・サーベイの細部について打ち合せを行った。綿引専門家の作成した原案のままでは、1600万円ぐらいの予算に見積られることから、原案を大幅に修正して実施することで合意した。

- ①目的……プロジェクト終了時にプロジェクト活動内容を評価するために行う
- ②調査地域……ゲレロ州コスタグランデ郡のみとする
- ③質問項目……大幅に減少する、保健所状況調査は行う必要がない
- ④Health indicators……別表のような指標を設定する
- ⑤サンプル抽出方法……3段階のランダムサンプリング
- ⑥標本規模……1300世帯（とくに5才未満児と結婚状態にある12～49才の女性）
- ⑦コンサルタント……いくつかのメキシコのコンサルタント会社にあたり、JICA予算内で調査の全ての工程が終了できるように手配することを保健省は確約した。

また、1993年3月までに契約を終了する必要があることをミニッツに明記した。

ベースライン・サーベイについて

調査部の Mr. Figueroa の下で実務を担当している Mr. Ricardo Aparicio とベースライン・サーベイの細部について打ち合せを行った。綿引専門家の作成した原案のままで見積もりを行うと 1600 万円ぐらいになるとのことであった。従って、綿引原案を大幅に修正して以下のような要領で実施することで合意した。

- ①目的……プロジェクト終了時にプロジェクト活動内容を評価するために行う
- ②調査地域……ゲレロ州コスタグランデ郡のみとする
- ③質問項目……大幅に減少する、保健所状況調査は行う必要がない
- ④Health indicators……次のような指標を設定する
 - Birth rate
 - Total fertility rate
 - Contraceptive use
 - Contraceptive Continuation rate
 - Infant Mortality Rate
 - Prenatal care (who, when, where)
 - Delivery care (where, birth attendants, cutting)
 - Postpartum care (40days, where)
 - Breast feeding
 - Food habits
 - Malnutrition (weight, height)
 - Immunization rate
- ⑤サンプル抽出方法……3段階のランダムサンプリング
 - 1) コスタグランデ郡で3～4ヵ所の modules を選ぶ
 - 2) 1つの module の中で、さらに数ヵ所の localities を選択する
 - 3) locality ごとに households を抽出し、質問表による調査を行う
- ⑥標本規模……1300世帯（とくに5才未満児と結婚状態にある12～49才の女性）
- ⑦コンサルタント……DIPLAFAC, Berumen Company などいくつかのメキシコのコンサルタント会社にあたり、JICA 予算内で調査の全ての工程が終了できるように手配することをメキシコ側は確約した。また、1993年3月までに契約を終了する必要があることをミニッツに明記した。

別 添 資 料

- ・ミニッツ（M/D）
- ・メキシコ側人員組織図
- ・両モデル州の基礎データおよび家族計画プログラムとE E C活動報告
- ・石村専門家現地活動報告
- ・討議議事録（R/D）および暫定実施計画（T S I）

・ミニッツ (M/D)

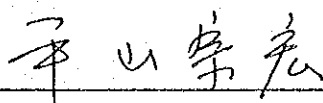
MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE CONSULTATION SURVEY TEAM
AND THE OFFICERS OF THE MINISTRY OF HEALTH OF MEXICO
REGARDING THE TECHNICAL COOPERATION PROJECT ON
FAMILY PLANNING AND MATERNAL AND CHILD HEALTH

The Japanese Consultation Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Munehiro Hirayama, visited Mexico from January 11, 1993 throughout January 23, 1993 for the purpose of reviewing the activities concerning the Family Planning and Maternal and Child Health Project (hereinafter referred to as "the Project") and discussing the future implementation plan of the Project.

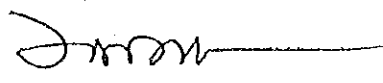
During its stay, the Team exchanged opinions and had a series of discussions with the Mexican authorities concerned about the activities and implementation of the Project.

As a result of the discussions, both sides agreed upon the matters related in the document which is attached hereto.

Mexico City, January 20, 1993



Dr. Munehiro Hirayama
Leader,
Consulting Survey Team,
Japan International
Cooperation Agency,
JAPAN



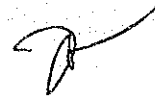
Dr. Arturo Zárate
Director General,
General Direction of
Family Planning,
Ministry of Health,
MEXICO

I. GENERAL REVIEW

The Project has started from the first of April 1992 for five years for the purpose of improving family planning and maternal and child health activities in Mexico by promoting community participation and strengthening the health services as well as reference and counter-reference system. The Project also supports activities in the pilot areas and other determined model areas.

In accordance with the Record of Discussions signed by both sides on January 22, 1992, JICA has dispatched three long-term experts and one short-term expert to Mexico and has accepted two Mexican officers as counterpart in Japan.

Both sides reviewed the activities already performed regarding the implementation of the Project. On the basis of this progress both sides accepted to continue the cooperation between the Japanese and Mexican governments in order to pursue the accomplishment of the Project.



II. SUMMARY OF DISCUSSIONS

In accordance with the Record of Discussions, both sides agreed upon the following matters:

1. Functions and responsibilities of the Project Director and the JICA team (ANNEX I).
2. The specific objective of the Project is to strengthen the activities in the "Estrategia de Extensión de Cobertura- SSA" (Strategy for Extension of Coverage-Ministry of Health).
3. The Implementation Plan of the Project (ANNEX II).
4. The construction plan of the community center of Tecpan Health Center should be sent to Japan by the beginning of March 1993. The construction should be terminated by the end of March 1994.
5. The baseline survey to establish health indicators and evaluate the Project activities at the end of the Project, should be initiated by the end of February 1993.
6. The first request of equipment has been already accepted by JICA and the equipment will be shipped from Japan by the middle of June 1993.
7. Human resources to support the administrative activities of the JICA team will be allocated on the basis of the internal regulations of the SSA and the availability of budget resources.



III. CARRIED OUT ACTIVITIES OF THE PROJECT

The technical cooperation activities of the Project until the end of December 1992 are presented in ANNEX III.

IV. TENTATIVE SCHEDULE FOR THE PROJECT ACTIVITIES

The Timetable of the Implementation Plan of the Project is presented in ANNEX IV.

A handwritten mark consisting of a circle with a stylized symbol inside, possibly a signature or initials.A handwritten signature in cursive script.

ANNEX I

FUNCTIONS AND RESPONSIBILITIES OF THE PROJECT DIRECTOR AND THE JICA TEAM

- All activities related directly with the Project should be approved by the Director of the Project.
- JICA team may propose new activities for discussion to improve the Project, but always as part of the Implementation Plan of the Project.
- Local authorities of the Sanitary Jurisdiction should request the equipment each year. This request ought to be analyzed by the Director and JICA team in order to reach the final resolution before it is sent to Japan.
- Annual program has to be established every year to plan the activities.
- Human and physical resources provided by the Ministry of Health are determined by the availability of resources of its annual budget.
- Performance, administration, supervision and evaluation of the Project will be the responsibility of the Ministry of Health.
- JICA team will advice, suggest and make recommendations in order to improve the Project.



ANNEX II

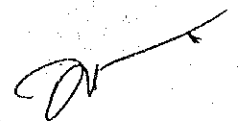
THE IMPLEMENTATION PLAN OF THE PROJECT

Specific Objective:

-Strengthen the activities in the EEC "Estrategia de Extensión de Cobertura-SSA" (Strategy for Extension of Coverage - Ministry of Health)

1. Service Delivery:

- General Hospital (Acapulco, Veracruz)
As second referral hospitals and training centers through their departments of Obstetrics and Pediatrics, medical equipment is provided according to the 1992 JFY (Japan Fiscal Year) budget
- Local Hospital (Atoyac, Zihuatanejo, Acayucan, Catemaco)
As second referral hospitals, medical equipment is provided according to the 1992 JFY budget
- Centro de Salud (Health Center)
Urbano (Urban); medical equipment is provided according to the 1992 JFY budget.
Concentrado (Concentrated); medical equipment is provided according to the 1992 JFY budget.
Disperso (Disperse); medical equipment will be provided according to the JFY 1993.
- Casa de Salud (Health House)
Auxiliares de Salud (Community health workers); kits.
Supervisores módulos (Supervisor nurses); motor bikes with four wheels or similar.
- Servicios Estatales de Salud en Guerrero y Veracruz (Health Services in the states of Guerrero and Veracruz)
IEC (Information, Education and Communication) equipment.
- Jurisdicción Sanitaria Costa Grande y San Andrés Tuxtla (Sanitary Jurisdiction Costa Grande and San Andrés Tuxtla)
IEC equipment.
Vehicles with medical equipment for local screening of pregnant women and children with risk.



Most of the equipment will be provided according to the 1993 JFY budget. Equipment for strengthening EEC activities will be provided in the model areas during and after 1994.

2. Evaluation

- Two microcomputers and software will be provided to the survey team of SSA and the JICA team to support the evaluation.

3. Training

- Ultrasonography training (see addendum)
one seminar in each state hospital for a total of 30 physicians.
- Parteras tradicionales (Traditional midwives)
one training course in each pilot area for a total of 40 persons.

4. Promotion

- Brochures.
- Posters.
- Booklets.

Addendum.

Training: Training Course in Ultrasonography

Objective: To acquire knowledge for the use of the equipment and the interpretation of images

Participants: Physicians (Obstetrician, Pediatrician and General Practitioners)

Period: August 1993 (after equipment arrival), 5 days in each hospital

Site: Acapulco General Hospital and Veracruz General Hospital

Contents:

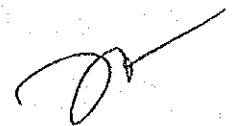
- (1) How to use the ultrasonography.
- (2) Diagnosis.
- (3) Abdominal ultrasonography.
- (4) Clinical training.



Trainers: One expert from Mexico, Dr. Yasuo Inafuku and Dr. Hirotugu Matsumoto

Evaluation:

- (1) Output; number of trainees, days of training.
- (2) Test for comprehension.
- (3) Progress report; diagnosis by ultrasonography.

A handwritten symbol consisting of a circle with a stylized character inside, possibly a signature or a mark.A handwritten signature or mark, possibly a name, written in a cursive style.

ANNEX III

LIST OF JICA EXPERTS DISPATCHED TO MEXICO

Team Leader

1. Dr. Hiroshi Yano 92.10.08. - 94.10.07. (Long term)

Coordinator

2. Mr. Fumio Miyawaki 92.04.13. - 94.04.12. (Long term)

Maternal and Child Health Expert

3. Ms. Kumiko Ishimura 92.07.27. - 94.07.26. (Long term)

Survey Expert

4. Mr. Nobuyoshi Watahiki 92.08.20. - 92.09.20. (Short term)

LIST OF MEXICAN OFFICERS AS COUNTERPART VISITING JAPAN

1. Dr. Arturo Zárate 92.05.23. - 92.06.01.

2. Dr. Fernando Amado 92.12.04. - 92.12.17.



EQUIPMENT ACCORDING TO THE 1992 JFY BUDGET

1. ADMINISTRATIVE EQUIPMENT

Items	Number
Copy machine	2
Facsimile	3
Locker	1
Cabinet	2
Desk	3
Air Conditioner	1
Chair	2

2. MEDICAL EQUIPMENT

Items	Number
Ultrasonography	2
Portable ultrasonography	10
Kits for pregnant examination	40
Centrifuge	8
Height scale	10
Weight scale (adults)	10
Weight scale (baby)	10
Sterilizer	10
Doppler fetal heart detector	16
Obstetric delivery table	6
Infant warmer	4
Incubator	4



ANNEX IV

TIMETABLE OF THE IMPLEMENTATION PLAN OF THE PROJECT

	JFY 1992	JFY 1993	JFY 1994	JFY 1995	JFY 1996
Japanese Experts		Team leader Coordinator			
Long term		Statistics MCH			
Short term		Ultrasoundography Health education Neonatology	Short term experts (several persons)	Short term experts (several persons)	Short term experts (several persons)
Mexican Fellow in Japan	4 persons	3-4 persons	3-4 persons	3-4 persons	3-4 persons
Equipment	- Medical Equipment for hospitals - Others	- Equipment for EEC Activities	- Equipment for EEC Activities	- Equipment for EEC Activities	- Equipment for EEC Activities
Training in the Model areas		- Training for Ultrasonography		- Refreshing training for Ultrasonography	- Training for EEC activities
Japanese Mission	- Planning and consultation	- Advisory	- Mission	- Mission	- Evaluation

・メキシコ側人員組織図

ORGANIGRAMA DE GUERRERO Y VERACRUZ (AREA PILOTO)

DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION FAMILIAR		
Dr. Arturo Zárate Treviño	Director General	598 56 17
Dr. Fernando J. Amado y Lueza	Director de Coordinación y Apoyo a la Capacitación	5988246 5636876
Act. Elsa Santos Pruneda	Director de Programación y Evaluación	5981651 5985182 5988246
Act. Juan G. Figueroa Perea	Director de Investigación	5985950
Dr. Héctor Higuera de Orta	Subdirector de Coordinación y Apoyo a la Capacitación	5989873
Dr. Alejandro Rosas Solís	Jefe de Departamento Grupo II	5987680

NIVEL ESTATAL					
GUERRERO (CHILPANCINGO)			VERACRUZ (JALAPA)		
Dr. Virgilio Gómez	Presidente Ejecutivo de los Servicios Estatales de Salud Acapulco	91748 52070	Dr. Rafael Velasco Fernández	Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública	91281 54901
Dr. Marco Antonio Adams Aguilera	Director General Operativo de los Servicios Estatales de Salud	91747 27174	Dr. Oscar Díaz Sánchez	Subjefe de los Servicios	91281 54173
Dr. César Piña Cámara	Jefe de 1er. Nivel de Atención Médica	91747 27174	Dr. Alfonso Camacho Alcantara	Jefe del Departamento de M.I. y P.F.	91281 55986
Dra. Graciela Lilia Sánchez	Responsable del Programa de Planificación Familiar	91747 27174	Dra. Luz María Medina Mariscal	Responsable del Programa de P.F.	91281 55986

NIVEL JURISDICCIONAL					
COSTA GRANDE (TECPAN DE GALEANA)			SAN ANDRES TUXTLA		
Dr. Silvio Chávelas Cortéz	Jefe Jurisdiccional	91742 50511	Dr. Augurio Condado Avendaño	Jefe Jurisdiccional	91294 214 53 22099
Dr. Raymundo Mateos Bernal	Coordinador Médico	91742 50108	Dr. Juan Jorge Ferman Suárez		21457
Enf. Miana Navarrete Villegas	Supervisora de Enfermería				

HOSPITAL					
ACAPULCO			VERACRUZ		
Dr. Carlos de la Peña Pintor	Director	91748 90366	Dr. Fernando J. Soza Llanes	Director	9129 322705
Dr. Manuel Sánchez Cabrera	Jefe de Gineco		Dr. Roberto González Vergara	Jefe de Gineco	
Dr. José Hernández	Jefe de Pediatría		Dr. Manuel Castelon Fernández	Jefe de Pediatría	
Lic. Elena Cervantes Ramos	Jefa de Enfermería		Lic. Martha Carballan Merín	Jefa de Enfermería	317848 ext. 43
ZIHUATANEJO			ACAYUCAN		
Dr. Hernandez Moscoso	Director	91753 43436 Conur. 43828	Dr. Ricardo Moreno Gilbon	Director	91294 50045
Dr. José Raúl Suroe Méndez	Jefe de Gineco	43650	Dr. Silvio Ramírez Rodríguez	Jefe de Gineco	50045
Dr. Angel Godínez T.	Jefe de Pediatría	43650	Dr. Macario Vázquez Ribera	Jefe de Pediatría	50045
Enf. Ana Bertha Gómez García	Jefa de Enfermería	43650	Enf. Florencia Valdéz López	Jefa de Enfermería	50045
ATOYAC			CATEMACO		
Dr. Juventino Rodríguez Garza	Director	91742 32150	Dr. Héctor Miguel Moreno M.	Director	91294 30247
	Jefe de Gineco			Jefe de Gineco	30034
	Jefe de Pediatría			Jefe de Pediatría	
Enf. Lidia Monteche Ruiz	Jefa de Enfermería	32150	Enf. Aida Cobos Andrade	Jefa de Enfermería	30247
CENTRO DE SALUD					
TECPAN			SAN ANDRES TUXTLA		
Dr. Alejo Gutiérrez	Director-Hospital Jefa de Enfermería	91742	Dr. Gabriel Pérez Moreno	Director	91294 20659
			Enf. Francisca Acua Xolo	Jefa de Enfermería	
CASA DE SALUD					
	Enfermera			Enfermera	

・両モデル州の基礎データおよび
家族計画プログラムとE E C活動報告

GUERRERO

DATOS DEMOGRAFICOS

De acuerdo con los resultados del XI Censo General de Población y Vivienda 1990, habitan 2'620,637 personas, lo que representa 3.2% de la población total del país. Un poco más de la mitad de esta población reside en localidades urbanas, porcentaje inferior al del nivel nacional que es de 71.3%. El crecimiento demográfico es semejante al del promedio nacional, por lo que Guerrero ocupa el 13o. lugar entre los estados con menores tasas de crecimiento poblacional, a pesar de que el promedio de hijos nacidos vivos (2.8) es superior al del promedio del país.

	<u>ESTADO</u>	<u>NACIONAL</u>
POBLACION TOTAL	2'620,637	81'249,645
% de mujeres	51.1	49.1
% de hombres	48.9	50.9
% de urbana	52.3	71.3
% de rural	47.7	28.7
TASA DE CRECIMIENTO		
PROMEDIO ANUAL 1970-1990	2.5	2.6
NUMERO DE LOCALIDADES	6,008	156,602
% de urbanas	1.8	1.7
% de rurales	98.2	98.3
PROMEDIO DE HIJOS		
NACIDOS VIVOS 1990	2.8	2.5

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA (enero-septiembre 1991)

La Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) cuenta con el siguiente personal: 12 coordinadores médicos jurisdiccionales, 60 supervisoras de auxiliares de salud y 628 auxiliares de salud. Del total del presupuesto asignado al *Programa de Planificación Familiar*, aproximadamente 64.6% se destina al apoyo de la EEC. Durante el periodo enero-septiembre 1991, el número de atenciones de planificación familiar e infantiles otorgadas al mes en cada comunidad fue inferior al del promedio nacional; sin embargo, el cumplimiento de meta de de usuarios nuevos y activos fue superior, por lo que Guerrero se sitúa en el 5o. lugar nacional en los últimos dos años.

PRODUCTIVIDAD MENSUAL POR COMUNIDAD	<u>ESTADO</u>	<u>NACIONAL</u>
Total de atenciones otorgadas	43.8	48.1
Atenciones de planificación familiar	10.1	11.1
Atenciones maternas	2.6	2.2
Atenciones infantiles	7.4	11.0
Partos atendidos	0.1	0.1
Niños con esquema de vacunación completo	0.6	1.2
Usuarios activos (promedio por comunidad)	16.2	15.2
Niños en control (promedio por comunidad)	38.3	31.3
 % DE CUMPLIMIENTO DE METAS DE PF		
Nuevos usuarios	58.9	42.0
Usuarios activos	98.3	54.3

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR Y DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA EN GUERRERO, 1991

PLANIFICACION FAMILIAR

) Usuarios nuevos

Durante 1991 mensualmente se incorporaron cuatro aceptantes en cada unidad médica y uno cada dos meses por comunidad, lo que presentó un total de 32,005 nuevos usuarios en el año y un cumplimiento de meta de 78.5%, indicador que resultó 8.5 puntos porcentuales mayor que el promedio nacional. Con relación a 1990, el número de nuevos aceptantes bajó 11.1% debido al decremento en ambos componentes.

) Usuarios activos

La cifra total de usuarios activos al finalizar 1991 fue 89,871, de los cuales 83% correspondía al componente institucional y 17% al comunitario. En cada unidad médica se tenían en control 146 usuarios activos en promedio, cifra que sólo asciende a 17 en cada comunidad. La meta total se cubrió en 98%, por lo cual el estado ocupó el 15° lugar en comparación con el resto de las entidades del país. Con respecto a 1990, el número de usuarios en control aumentó 9%, debido a que la tasa de retención de usuarios es aceptable (78.7%), en ambos componentes, lo que permitió el aumento de 8% en el institucional y de 19% en el comunitario. Del total de usuarios activos, 90.7% regulaba su fecundidad con alguno de los métodos de mayor efectividad como son los quirúrgicos, el dispositivo intrauterino y los hormonales, lo que indica que el uso de métodos locales y de apoyo es inferior al promedio nacional en 30 puntos porcentuales. El logro de usuarios activos en esta entidad representa 22.3% del total de mujeres en edad fértil unidas, porcentaje que representa dos veces el promedio nacional (11.1%).

) Consultas

Durante 1991 se otorgaron 225,924 consultas en las unidades médicas, de las cuales 11% fueron de primera vez y 89% subsecuentes. Este logro representó un cumplimiento de meta de 97%, lo que situó al estado en 10° lugar nacional. Por tipo de atención, se cubrió 100% de la meta anual de consultas de primera vez y 105% de la de subsecuentes. El personal médico participó en 43% del total de consultas proporcionadas.

) Programa de anticoncepción posparto

El centro estatal de adiestramiento es el Hospital General de Acapulco; el servicio de anticoncepción posparto se inició en septiembre y en los últimos cuatro meses de 1991 se logró una cobertura de 49.5%, que es la más alta del país obtenida hasta la fecha.

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

De enero a diciembre de 1991 en todas las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) en el estado se proporcionaron 478,684 atenciones, lo que representa un promedio mensual de 45 en cada comunidad. Del total de atenciones, 23% fueron del programa de planificación familiar, 6% de atención materna, 16% de atención infantil y el resto de otros servicios básicos de atención primaria a la población. La auxiliar de salud participó en 86% de estos servicios y el médico en menos de 1%. Con relación a 1990 hubo aumento en el total de atenciones, 40 más en cada comunidad por el incremento de 6% en atención materna y 9% en planificación familiar.

CONCLUSIONES

El programa de planificación familiar ha tenido un avance constante y sostenido desde hace seis años, por lo que el estado se ha destacado entre los mejores del país. Sin embargo, para seguir aumentando la cobertura es importante impulsar el programa de anticoncepción posparto en todas las unidades hospitalarias que atienden eventos obstétricos. El avance en la EEC también es satisfactorio y la productividad estatal es superior al promedio nacional en planificación familiar y atención infantil, pero la participación del médico en la prestación de servicios es casi nula, lo que indica que se requiere un mayor apoyo de este personal.

VERACRUZ

DATOS DEMOGRAFICOS

De acuerdo con los resultados del XI Censo General de Población y Vivienda 1990, habitan 6'228,239 personas, lo que representa 7.7% de la población total del país. Más de la mitad de esta población reside en localidades urbanas, porcentaje inferior al del nivel nacional que es de 71.3%. El crecimiento demográfico es inferior al promedio nacional, por lo que Veracruz ocupa el 12o. lugar entre los estados con menores tasas de crecimiento poblacional, a pesar de que el promedio de hijos nacidos vivos (2.6) es superior al del promedio del país.

	<u>ESTADO</u>	<u>NACIONAL</u>
POBLACION TOTAL	6'228,239	81'249,645
% de mujeres	50.6	49.1
% de hombres	49.4	50.9
% de urbana	56.2	71.3
% de rural	43.8	28.7
TASA DE CRECIMIENTO		
PROMEDIO ANUAL 1970-1990	2.5	2.6
NUMERO DE LOCALIDADES	17,390	156,602
% de urbanas	1.4	1.7
% de rurales	98.6	98.3
PROMEDIO DE HIJOS		
NACIDOS VIVOS 1990	2.6	2.5

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA (enero-septiembre 1991)

La Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) cuenta con el siguiente personal: 22 coordinadores médicos jurisdiccionales, 166 supervisoras de auxiliares de salud y 1637 auxiliares de salud. Del total del presupuesto asignado al *Programa de Planificación Familiar*, aproximadamente 82.3% se destina al apoyo de la EEC. Durante el período enero-septiembre 1991, el número de atenciones otorgadas al mes en cada comunidad y el cumplimiento de meta de usuarios activos en septiembre fue superior a la del promedio nacional por lo que Veracruz se sitúa en el 9o. lugar nacional en los últimos dos años.

<u>PRODUCTIVIDAD MENSUAL POR COMUNIDAD</u>	<u>ESTADO</u>	<u>NACIONAL</u>
Total de atenciones otorgadas	70.4	48.1
Atenciones de planificación familiar	13.8	11.1
Atenciones maternas	3.0	2.2
Atenciones infantiles	24.0	11.0
Partos atendidos	0.06	0.1
Niños con esquema de vacunación completo	1.0	1.2
Usuarios activos (promedio por comunidad)	16.1	15.2
Niños en control (promedio por comunidad)	34.5	31.3
<u>% DE CUMPLIMIENTO DE METAS DE PF</u>		
Nuevos usuarios	70.7	42.0
Usuarios activos	85.8	54.3

**RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR Y DE
LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA EN
VERACRUZ, 1991**

PLANIFICACION FAMILIAR

a) Usuarios nuevos

Durante 1991 mensualmente se incorporaron 6 aceptantes en cada unidad médica y uno cada dos meses por comunidad, lo que representó un total de 38,622 nuevos usuarios en el año y un cumplimiento de meta de 91%, indicador que resultó 21 puntos porcentuales mayor que el promedio nacional. Con relación a 1990, el número de nuevos aceptantes subió 10%, debido al incremento de más de dos mil en el componente comunitario.

b) Usuarios activos

La cifra total de usuarios activos al finalizar 1991 fue 98,941, de los cuales 68% correspondía al componente institucional y 32% al comunitario. En cada unidad médica se tenían en control 191 usuarios activos en promedio, cifra que sólo asciende a 20 en cada comunidad de la EEC. La meta total se cubrió en 101%, por lo cual el estado ocupó el 10º lugar en comparación con el resto de las entidades del país. Con respecto a 1990, el número de usuarios en control aumentó 4.5%, debido a que en el componente comunitario, el incremento fue de más de cuatro mil activos. Del total de usuarios activos, 86% regulaba su fecundidad con alguno de los métodos de mayor efectividad como son los quirúrgicos, el dispositivo intrauterino y los hormonales, sin embargo en esta entidad el uso de métodos definitivos y de dispositivos es menor en comparación con el promedio nacional. El logro de usuarios activos representa 9.5% del total de mujeres en edad fértil unidas del estado, porcentaje menor 1.6 puntos porcentuales al promedio nacional (11.1%)

c) Consultas

Durante 1991 se otorgaron 201,048 consultas en las unidades médicas, de las cuales 14% fueron de primera vez y 86% subsecuentes. Este logro representó un cumplimiento de meta de 120%, lo que situó al estado en 2º lugar nacional. Por tipo de atención, se cubrió 80% de la meta anual de consultas de primera vez y 131% de la de subsecuentes. El personal médico participó en 46% del total de consultas proporcionadas en el estado.

d) Programa de anticoncepción posparto

El Hospital General de Veracruz es la sede estatal para el adiestramiento; la atención a usuarios se comenzó a proporcionar en noviembre y para el mes de diciembre se alcanzó una cobertura de 3.7% con un ligero predominio de las oclusiones tubarias bilaterales.

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

De enero a diciembre de 1991 en todas las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) en el estado se proporcionaron 1'329,282 atenciones, lo que representa un promedio mensual de 70 en cada comunidad. Del total de atenciones, 20% fueron del programa de planificación familiar, 5% de atención materna, 34% de atención infantil y el resto de otros servicios básicos de atención primaria a la población. La auxiliar de salud participó en 88% de estos servicios y la supervisora en el resto. Con relación a 1990 hubo 72,000 atenciones más en el total; excepto en atención infantil, los demás programas tuvieron incremento, principalmente el de planificación familiar.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en 1991 en esta entidad muestran que hubo avance en el Programa de Planificación Familiar; el logro de usuarios activos aumentó respecto al año anterior y se rebasó la meta programada, sin embargo se recomienda aumentar la promoción del dispositivo intrauterino a fin de disminuir el uso de hormonales y de métodos locales. El Programa de Anticoncepción Posparto sólo se está llevando en el hospital general y la cobertura que se obtuvo es muy baja por lo que se recomienda reforzar las acciones a este respecto e impulsar el programa en todas las unidades hospitalarias que atienden eventos obstétricos, lo cual contribuirá a aumentar la cobertura de población MEFU. En la EEC hubo un buen incremento en el logro de todos los programas y la productividad por comunidad es superior al promedio nacional, pero la participación del médico en la prestación de servicios es nula, lo que señala que se deben definir estrategias para que la auxiliar de salud cuente con el apoyo de este personal.

Dirección General de Planificación Familiar

・石村専門家現地活動報告

1. 指導相手方

(1) カウンターパート

保健省家族計画局

(2) モデル地区、パイロット地区

モデル地区：ゲレロ州、ベラクルス州

パイロット地区：ゲレロ州コスタ・グランデ郡 → 居住

ベラクルス州サン・アンドレス・トゥクストゥラ郡→巡回、研修等

2. ゲレロ州コスタ・グランデ郡の状況

(1) 配属機関の名称

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, JURISDICCION SANITARIA, COSTA

GRANDE (コスタ・グランデ郡衛生局、以下、郡衛生局)

(2) 郡衛生局の住所、TEL、FAX

住所：Domicilio Conocido Tecpan de Galeana, C. P. 40900, Guerrero, Mexico

TEL：91-742-50444、 91-742-50511

FAX：91-742-50511

(3) 郡衛生局の環境・状況

市の中心地であるセントロ及びテクパン保健所より約2 km離れた、民家の少ない、自然に囲まれた所にある。普通の二階建ての民家を賃借している。1年中暑い気候のため窓ガラスがなく自然の風を最大限に取り入れているが、反面、虫や埃も入りやすく、朝出勤すると机の上には虫の死骸と埃が散乱している。扇風機が数台あり重宝されているが、書類が飛び散るので丸い石を拾ってきて重しに利用している。

一階玄関より、スーパービソーレス・ソナーレス（地区スーパーバイザー）の医師、看護婦達次いで秘書、会計担当がいる。隣の部屋に統計、情報担当者がおり、そして健康促進担当、一番奥の部屋に公衆衛生に関する担当者がいる。二階は局長と秘書がおり、ベランダには会議等に使用する大きめの机と椅子がある。

ここ、郡衛生局には保健所の職員、社会医学生、州都であるチルパンシngo等から頻繁に来客があり、日中はかなり騒々しい中で仕事をしている。

電気・水に関しては9月から10月の雨季のシーズンは毎日のように停電・断水が見られたが現在は良好である。

電話は1本しかなく、いつも“使用中”といった状況であったが、11月初めにもう1本

増加されたため改善されつつある。

勤務時間は朝8時より午後3時30分である。しかし各セクションの上司は一度帰宅し昼食を取り、夕方6時より9時まで働いている。週末も必要に応じて勤務しており、よく働いている。

(4) 職員について

職員数は約60名で、ほとんどが正規の保健省職員である。しかしスーパーバイザーの医師8人は契約採用である。

局長：3年前迄はメキシコ市で麻酔科医をしていたが持病のため帰省し現職に至っている。

以下、9つのセクションに分かれている。

- | | |
|--------------------|-------------------|
| ①主に感染症の担当（下痢・コレラ等） | （医師1名） |
| ②スーパーバイザー、健康情報に関して | （医師9名、看護婦10名、他4名） |
| ③公衆衛生の規制と推進（含 飲水） | （医師2名、他1名） |
| ④統計情報 | （医師1名、他6名） |
| ⑤教材等の配布 | （他1名） |
| ⑥教育・推進 | （医師1名） |
| ⑦会計・機械等 | （他18名） |
| ⑧家族計画とE E C | （医師1名） |
| ⑨内部調整 | 不在 |

計 医師が16名、看護婦が10名、その他が30名余りである。

尚、組織図に関しては来年早々若干の変更の予定がある。

(5) 体制について

- | | | |
|----|--------------|-------------------------|
| 国 | ナショナル | (NACIONAL) |
| 州 | エスタード | (ESTADO) |
| 郡 | フリスディクション | (JURISDICCION) |
| 市 | ムニシピオ | (MUNICIPIO) |
| 集落 | コムニダー（ロカリダー） | (COMUNIDAD / LOCALIDAD) |

モデル地区であるゲレロ州は7つの郡に分かれ、各郡にフリスディクションが設置されている。

パイロット地区であるコスタ・グランデ郡の衛生局はテクパン市にあり、No.5と呼ばれている。

尚、コスタ・グランデ郡は8つの市に分かれている。（表2参照）

(6) 保健所

コミュニティ (集落) 人口15,000人以上：都市型保健所(Centro de Salud Urbano ; C. S. U) 以下C. S. U. と称する。

コミュニティ 人口5,000~15,000人：農村人口集中型保健所 (Centro de Salud Rural Poblacion Concentrada ; C. S. R. P. C.) 以下C. S. R. P. C. と称する。

コミュニティ 人口2,500~5,000人：農村人口過疎型保健所 (Centro de Salud Rural Poblacion Dispersa ; C. S. R. P. D.) 以下C. S. R. P. D. と称する。

コミュニティ 人口2,500人以下：健康の家 (Casa de Salud)

〈保健所の数と型〉

- C. S. U. → 2カ所 (テクパンとシワタネホである。)
- C. S. R. P. C. → 7カ所 (コユッカ、アトヤック、サンヘロニモ、サン・ルイス・ローマ、サンベドロ、ペタトラン、ウニオンである。)
- C. S. R. P. D. → 64カ所あったが、1992年9月に18カ所増設され82カ所となった。

現在、保健所の総数は、コスタ・グランデ郡内に91カ所である。

- ・ C. S. U. のテクパン保健所は総スタッフが40人弱で、医師5人が交代で一応24時間体制をとり、診療、相談、簡単な手術 (帝切はアヤトック病院へ)、予防接種、リハビリ、検査等も行っている。

シワタネホ保健所は近くにシワタネホ病院があるため主に相談部門に重きを置いている。

- ・ C. S. R. P. C. の保健所は総スタッフ数が医師・看護婦を合わせて4~5人の少数運営である。

診療時間は月曜日から金曜日の午前8時から午後3時30分のみである。

- ・ C. S. R. P. D. の保健所になると、その大半が医師1人と看護婦1人とでまかなっている。81カ所に81人の医師が働いているが医師の内訳をみると、パサンテと呼ばれる社会医学生 (医学生6年生) が34人、コントラートと呼ばれるパサンテを終了した医師に対して半年毎に契約更新する医師が30人、正規職員医師が17人となっている。以前はパサンテが100%カバーしていたが、現在、医学生の数が増え、一方保健所が増加している為どこでもパサンテ不足らしい。その不足を補うためにコントラートで繋ぎを頼んでいる状態である。田舎になればなるほど僻地手当がついてはいるが希望者は少ないようである。

この3種類の医師の内、コントラートと正規職員の勤務時間は月曜日から金曜日の午前

8時から午後3時30分である。しかし、パサンテは社会実習生のため24時間、週末も働くようなシステムになっている。しかし、この保健所の大半を占める、住民に最も近い所で医療サービスを提供できるC. S. R. P. D. が実際には十分に機能していない。訪問してみるとスタッフ不在で閉まっていることが多く、時に活動している医師に出会うと感動を覚えてしまうほどである。

パサンテの場合、任期が1年の為、集落とのコミュニケーションや信頼関係が不十分だったり、慣れた頃に終了するという事情や、管轄区での指導が不十分だったりする原因がある。(先日、保健所を指導する医師と看護婦2名のスーパーバイザーチームと一緒に郡衛生局より約100km離れた保健所へ行く機会があった。出先保健所を指導する郡衛生局の職員がそこを訪れたのは3年ぶりであった。)このように距離は約100kmでも山道のため約半日を要し、雨季には訪問不可能。車がないと、バスやトラック(その場頼み)を利用し、日帰りはむずかしいと、各地に散らばった81ヵ所のC. S. R. P. D. に十分に目を光らせて指導することは、最低条件として車と連絡手段がないと非常に困難である。

(7) 健康の家(カサ・デ・サルー/Casa de Salud)

1992年10月現在

医師コーディネーター	1人	(郡衛生局勤務)	去年までは4人
↓			
保健助手指導員	14人	(サン・ヘロニモとベニート・ホワレスを除く各7市の代表保健所に常勤)	
↓			
保健助手	115人	(98ヵ所の集落のカサ・デ・サルー又は自宅)	

コスタ・グランデ郡管内の98集落に115人の保健助手が働いている。カサ・デ・サルーのない集落は保健助手の自宅が仕事場になっている。カサ・デ・サルーは保健助手指導員が来た場合や健康委員会がある時に利用され大半は自宅で相談や与薬・処置等を行うことが多いようである。

1人の保健助手指導員が担当している保健助手は約8.2人、集落は7ヵ所、担当人口は4,550人である。

1人の保健助手の担当人口は約554人となっている。

このモドゥロと呼ばれる領域拡大戦略(EEC)は1986年より開始され現在7年目である。それ以前、1978年より「プログラマ・サルー・ルーラル」と称され小規模ながらEECと同じ方策が採られ14年に至っている。これによって農村の過疎地域の保健状況はかなり改善されてきたとの衛生局の関係者の話しである。

E E Cの書類を見ると以下のようになっている。

- 目的は
- ・僻地における家族計画と一次的な簡単な医療サービスの普及
 - ・地域にマッチした健康に関する情報・サービスの充実
 - ・健康教育と予防教育を通して健康レベルアップに貢献する
- 対象者は
- ・家族計画の必要な者
 - ・妊婦・出産及び産後
 - ・5才以下の乳幼児
 - ・その他

1990年の保健助手の活動は、

メキシコ中に12,966人の保健助手が存在しており、

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 1. 乳幼児への指導、予防接種、経口補液投与 | → 3,647,982件 |
| 2. 家族計画 | → 2,152,178件 |
| 3. 妊婦・出産及び産後の指導 | → 441,759件 |
| 4. その他（訪問、医師への紹介、処置、施注等） | → 5,870,526件 |
| 計 | 12,112,445件 |

単純に計算しても1人当たり年間935件の何等かの相談や処置を行ったことになる。1ヵ月当りにすると78件、30日で割ると1日当たり2.6件を担当したことになる。

又、仕事の内容は半分以上が母子が対象になっている。

彼女達の活動は地道ではあるが、住民に最も近い所でサービスを提供することが可能である。又、ターゲットが5才以下の乳幼児・妊産婦に絞られており彼女達の活動を支援していくことが非常に大切である。

コスタ・グランデ郡内での保健助手の配置状況を見ると、人口約34万人。500人以下の集落が全体の899集落の内、746集落（85%）を占めている。この746集落の中の98ヵ所（12.8%）に115人の保健助手が配置されている。

具体的な活動は、各保健所にいるスーパービソラ・モドゥロと呼ばれる保健助手指導員が担当の保健助手を月に2回訪れ指導している。継続的に経過を見ているのは妊婦、5才以下の乳幼児、家族計画を実行している者である。一枚の用紙の個人表を用い、次回の予約日を記入しチェックしていく方式である。マラリヤや天狗熱の疑いがあればスライドに血液を塗布し、保健助手指導員に渡したり、簡単な処置・頭痛・咳止め・寄生虫・抗生剤等の与薬を行っている。1日に3件から6件当りの相談・与薬処置をおこなっており、月に1度は少なくとも担当の集落を全数訪問している。その為、各集落の様子は良く把握しており、自分の手に負えない問題を保健助手指導員が来た時に相談し、必要があれば一緒に訪問したりしている。年齢は15から50才代と幅広く、未婚者も含まれている。学歴は小学校を中退か卒業していればいい方である。従って、字の読み書きが難しい人も多い。

定期的な研修は半年から1年毎に1～2週間のコースが設けられているが、その時の予算次第らしく、今秋に予定されていたが流れてしまった。参加者の交通費や食事・宿泊代も支給するとなるとかなりの金額になるようである。又、参加する保健助手の方も家族の面倒等大変なことが多いようである。

自宅のすぐ近くにかサ・デ・サルーがあったり、少し離れた所や自宅そのものが兼用になっていたりする。CASA DE SALUD の建物は会議や講習がある時に利用する程度で保健助手も自宅にいることが多く、従って患者や必要な人は保健助手の自宅にまず訪れる。

薬品類等必要な物の大半は自宅に置いている人が多い。

カサ・デ・サルーの入り口には村の家の所在地の地図が貼られ、家族計画の方法を示した展示物や教育用ポスター等が貼られていてそれらしい雰囲気を出している。さすがにどこへ行っても家族計画用の器具（コンドーム、ピル、注射）と経口補液剤のスエロ・オラールだけはある。しかし頻度の多い駆虫剤、下痢止め、風邪薬、咳止め、鎮痛剤、抗生物質等は常時不足気味である。又、さそりによる被害もあるのでその注射液も欲しいとよく聞く。保健助手にとってせっかく患者が自分の所へ来ても、必要な薬がない場合には対応に困る。

一応、薬や他の消毒用品等消耗品がなくなったら保健助手指導員へ不足を訴え、指導員が帰って保健所長に伝え、保健所のストックがあればそれを持って行き、なければ郡衛生局からもらうシステムになっているが、郡衛生局の倉庫にもいつも充分にストックがあるという訳でもないで、このあたりの循環が難しい所である。

保健助手の給料は月5万ペソ（16ドル）で村の人々のために実際よくやっていると思うが、保健助手としての教育期間が短く、必要なアドバイスを適切に行うとなるとかなり難しい。

保健助手指導員の仕事内容は、

自分の受け持ち地区である（5～9集落）保健助手を月に2度訪れ、指導援助し必要な知識や方法を伝授するものである。個人表のチェックや必要なデータを持ち帰ったり、自分のやり方を見せて妊婦への計測方法や指導方法等を学習させる機会を与えている。

コスタ・グランデ郡内の14人の保健助手指導員達は以前は保健所内で看護婦をしていた人が多く、年齢層は新卒の若い人から勤続30年といったベテランもあり、平均年齢は30代半ばといった感じである。4人程が現在の仕事につき3～4年未満、10人は6～10年の経験者である。

年齢も様々なら意欲や能力もかなり様々である。最低のノルマだけこなす人やノルマさえこなしきれない人、ノルマ以上をこなし健康教育等にも熱心に取り組んでいる人等である。郡衛生局やテクパン保健所長によると半分は仕事をしていない怠け者だそうである。

彼女達は月平均14日程を保健助手への訪問に当てており、近い所は日に2ヵ所回れるが、だいたい日に1ヵ所を基本に回っている。残りの5～6日を書類を書いたり集計等に当てて

いる。

同保健所に2～3人の仲間がいても協力して何かを行う、同伴訪問をするというような習慣はなく、もっぱら1人の単独行動である。同じ職場の仲間がどのような教育材料を持っているかも知らないし、貸し借りをする習慣もない。

朝8時30分頃に保健所を出発して、バスとトラックと徒歩によって昼前に目的地に着く。まずは保健助手を訪れ、自宅がカサ・デ・サルーにて乳幼児、妊婦のチェック(乳児の体測、子宮底、児心音等)をごく簡単に行い、30分から1時間弱で帰途に着く。“健康委員会”を各集落毎に作るように指導する義務が彼女達には課されているが、まだない所もあり、私達が行くと健康委員会のメンバーが始終付き添って色々な健康問題を話す所があれば、呼びに行っても来ないような所もある。集落の中の学校の先生や健康委員会等の人的資源を有効活用するというような方法論は持ち合わせていない。

幹線道路沿いはバスが利用できるが、そこからは個人のトラックが通り掛かるのを待って頼んで乗せてもらいお金を払い、歩くという方法しかない彼女達を見ていると、私が小学校の時に見た「孤島の太陽」に出てくる戦後の保健婦を見ているようである。足がない為、帰りの時刻も気になるし、必要な薬品類や教育材料もおのずと最低限になり、運びにくい状況である。

彼女達の給料が月に約120万ペソ(400ドル)であるが、それに交通費が毎月54万ペソ(180ドル)加算されるのだが、これがいつも遅滞され、いつ交通費が支給されるかが彼女達の大きな関心事である。

EECや我々のプロジェクトとも大きく関与する、この14人の保健助手指導員の存在は非常に重要である。しかしかなり仕事内容に差があり、この彼女達を補佐し指導する者がキーポイントである。1年前までは医師コーディネーターと呼ばれる、彼女達の指導者が4人であったのに対し現在は1人に減り、ほとんど書類の仕事のみである。4人の頃は一緒に訪問にも行き、もう少し細かく指導監督できていたようである。

テクパンの隣のアトヤック市に今年の5月に大臣表彰を受けたゲレロ州の代表、ソコロという人がいる。彼女はこの仕事について3～4年ほどで年齢は40才ぐらいである。非常に熱心で訪問だけに終わらせず、衛生教育を合わせて行ったり、集落の健康委員のメンバーや伝統的な助産婦をも巻き込み教育を行い、保健助手や他のボランティア養成も行い、村全体で健康の問題を考えようという趣がある。彼女の担当している保健助手は一応に明るく自信と誇りを持って仕事をしているように感じられる。保健助手指導員が熱心な所は自然と保健助手もそれにならうようである。確かに彼女を見ているとやり方がうまく、彼女なら十分に日本でも優秀な保健婦として通用するのではないかと思ってしまう。しかし、残念なことに彼女を見習って同じように何か企画立案しようという人は他には見当たらず同じ事を繰り返している人が多い。

(8) テクパン保健所について

職員数は約36人である。

医師が所長を含めて5人で、午前3人、午後1人、夜間1人が診療に当たっている。看護婦は14人で、内訳は一般看護婦5人、助手4人、実習生1人、保健助手の卵4人である。1日に約100人近い診療、相談、予防接種を行っている。

テクパン市の代表保健所であるここも器械類、備品類などは全体的に乏しく1日に2~3件ある出産も産婦の衣類もなく裸に近い状態で分娩している。

車は以前1台あったが、現在は故障のまま放置されている。

保健助手指導員が3人おり、20集落、11,794人そして23人の保健助手を担当している。

この保健所は診療業務以外にも重要な役割を担っており、医療従事者の教育現場にもなっている。しかし、なにぶん部屋もなく教育材料も黒板とスライド映写機ぐらいである。プロジェクト予算でこの保健所に会議室兼講習室のような部屋が出来、視聴覚教材が入れば随分恩恵を被る人が多いと考える。例えば、TAPSと呼ばれる裸足の医者研修、月に1度開かれる保健助手指導員の会議、研修、月に1度は書類を持って集落から出てくる各保健所の医師達や、郡衛生局の職員など、又、保健助手や産婆さん達の研修にも利用が考えられ、有効活用できると考える。

(9) TAPS (Técnico Atención Primaria a la Salud) について

タプスは今年度よりの新しい制度であり、メキシコ国の数州で試みられている。ゲレロ州もその数州の中に入り、養成されている。医師の資格はないが技術的には医師に近いことをする“裸足の医者”のような存在である。中学卒業以上の者に1年間、保健所と病院で研修・実習をさせ、各任地に着き、仕事をしながら勉強を続けて行くシステムである。

3週間各地で働き、1週間は各市の代表保健所等で研修を受ける。

コスタ・グランデ郡にもこの10月に1年の研修を終了した43人の若者がそれぞれの自宅や保健所、カサ・デ・サルーにも配属され活動を開始しかけたばかりである。

仕事の方法や目的は保健助手とほとんど同じで、僻地医療の第一次的なサービスを行い、必要な者は代表保健所や病院へ送るといった形態を取っている。しかし、大きく違うのは保健助手がほとんど教育らしい教育をうけていないのに対し、タプスのメンバーは中学あるいは高校を卒業し、1年間それなりに研修を受け、白衣をまとい、かなりしっかりしていることである。タプスのメンバーも自宅で働く者が多く、地域のこともよく把握しており、給料も420ドルと保健助手指導員と変わらず、若いだけに意欲や知識欲に満ちており、なかなかよい制度だと考える。

(10) スーパービソーレス・ソナーレス（地区スーパーバイザー）について （8台の車）

保健助手指導員はスーパービソーレス・モドゥロと呼ばれており、この他にもスーパービソーレスと呼ばれている人達がいる。このシステムは去年の10月より始まり、準備や研修期間を要し、今年10月になってようやく本来の仕事に取掛かったようである。彼等は郡衛生局に属し、医師1人、看護婦1人の2人が1チームとなり担当地区のすべての保健所・TAPS・保健所助手指導員等を指導監督に巡回していく方式である。8チーム16人のメンバーがこれにあたっている。

メキシコの仕事の方法は、各々に目標の数が決められており、その達成率をチェックし、評価していくものが多い。従って彼等はまず保健所へ行き、月別そして3ヵ月毎などの目的達成率の用紙をチェックし、達成率の低い者から、原因や対策等を伝授し、不足な知識や勤務状況などをチェックし、代表保健所所長に報告し、改善を図るというものである。

各保健所の業務内容には、集落の巡回訪問（診療や教育等）も含まれており本来はやらねばならないのだが、実際は行われていない。特に過疎型の保健所になるとこの仕事が非常に重要になってくるのだが、若い社会医学生や医師だと方法論を持ち合わせていなかったり意欲がなかったりする。従ってこのスーパービソーレス・ソナーレスのチームが定期的に巡回指導し、彼等に集落への働き掛けをうまくきっかけを作り誘導していけば医療環境が大きく改善されるものと考えられる。

又、保健助手指導員への巡回指導を行えば、その地で一番の問題点の環境改善などの相談や企画もでき、おのずと仕事内容も充実され、それがひいては保健助手へのレベルも向上できるきっかけを与えることが可能ではないかと大きく期待できると考える。

しかし、現在の方法では残念ながら効果が薄いと思われる。何故ならばテクパン・チームだと16の保健所と8人のTAPSの所へ、月に1回は回らなければならないが、現況ではほとんど無理だからである。車がない為、彼等も又、保健助手指導員達と同じく、バス・トラック・徒歩である。

保健助手指導員よりも担当範囲が広く、例え車があっても日帰りが不可能な場所がたくさんある中で、目標の最低月1回訪問はかなり無理がある。半日掛けてトラックを乗り継ぎ、それから数時間歩いてたどり着けば保健所の医師はいず、そのまま、又、途中の開いている保健所を見付けたり、それが不可能な場合は見知らぬ民家に泊めてもらうような状況では、あまりにも労働の割りに非効率である。最低限1チームに1台の車と連絡手段がないとせっかくのこのシステムも効果が期待できない。

連絡手段に関しては、電話は今すぐには無理だろうが、無線機がすべての保健所と郡衛生局に配置されている。しかし、アンテナがなかったりバッテリーがすぐに消耗したりし、使用できない状態にある。必要な設置を行い、維持管理していくとなると余分な予算が必要になってくるのであろうが早急に必要であると考えられる。

車に関しては、11月のイスタパでの会議で大臣が8チームのために来年は車を入れると発言したそうであるが、関係者に聞くといつもそうだからと、あまり当てにしていないうである。しかし本来、このシステムが出来た当初より、1チームに車1台、チームメンバーは医師1人、看護婦1人、健康プロモーター1人そして運転手1人のチームをイメージして作られたものである。車がないと努力だけでは補えない。もし来年に入るとしても保健省の予算は1~3月は届かず、4月に入るので早くとも6月以降だろうという話である。

車が入れば運転手に関しては恐らく問題はないと考えられる。

健康プロモーターは現在4人しかおらず、足りない4人はTAPSの一部をプロモーターに養成するらしい。

医師と看護婦のチームに何が一番困るかと聞くとまず車がないことと、保健所のスタッフ等が指導しても、その通りにやらなかったり、仕事をしないことだそうである。

従って、各代表保健所所長も現状の把握や問題のある保健所への指導強化等も必要になってくる。

尚、車が到着するまでの非常手段として、郡衛生局にある3台の車の内1台を彼等のためと言っているが現実的には難しい問題がある。(1台は局長車、1台は会計課長車)

(11) 保健状況について

1991年のデータ：人	口	353,300人
	面積	14,760 km ²
	人口密度	23.9 / km ²

東西に長く、約300kmに渡っている。人口は1km²当たり23.9人と非常にまばらで、主要幹線沿いは椰子の木、マンゴー、とうきび畑等が延々と続いている。コスタと呼ばれる海岸地帯と平地の少ない山岳地帯に大別される。海岸沿いや町の中心部には観光客や地元相手に飲食業者や商売人、勤労者、公務員が居住し、山の方へ入ると牛などの家畜業や椰子・マンゴー・パパイヤ・コーヒー等を栽培している農家が多い。

11月、12月のコーヒーの収穫期になると、アトヤックの病院等は受診者は大きく減るそうである。

定期的な現金収入のある勤労者が少なく、何等かの保険証を持っている者が全体の2~3割だろうといわれている。

コスタ・グランデ郡で最も質の高い医療を受けられるのが、アカブルコにある社会保険庁の、一般にセグロと呼ばれている病院である。診療科目・専門医も充実しており、勤労者及びその両親と子供は、地元の病院で埒が開かない時、緊急時にはいつでも利用できるようになっている。

各市にだいたい1カ所ずつある社会保険庁の診療所は医師が2名、診療に当たり、患者数

も多く、保健所に比べると、清潔で必要最低限の器械等も揃っている。ひとえに資金の差であろうと思われるが……。残りの7～8割がSSAの対象者である。

メキシコの過疎医療対策は、まず住民の住む身近な所で一次的なサービスを受けられるように保健助手やTAPSの配置、そして過疎型保健所にて診療を受けられるようになっており、必要に応じて、代表保健所や病院へ送るようなシステムが取られている。

今まで見て感じるのは、このシステムそのものは非常によく、メキシコも田舎の医療のために頑張っているという思いが伝わってくるのだが、いかんせん、せっかくあるシステムが充分機能していないのである。

身近なところで医療を受けられるようにと、C. S. R. P. D. の保健所を増やしても患者が訪れた時に肝心の医師が不在では役に立たない。

田舎の人は1～2度訪れた時に医師がいなければもう頼りにしない。「あなたはいつ行ってもいない。」というわけである。C. S. R. P. D. の保健所は数の上からも大半を占め、住民の最前線にいる医療チーム(1～2人)であるから、増やすことも大切であるが、現在あるものを十分に有効活用することを考えなければならない。住民にサービスを提供する時間や質の向上等である。従ってスーパービソーレス・ソナーレスの8チームの強化や保健所長等の応援が必須になってくると考える。

保健所の医師が不在だから、あるいは夕方3時30分までだからという理由で、必要な時に診療を受けられなかったり、いつ来るかわからない分娩等は不安だからとお金を工面して個人の病院へ行ったり、産婆さんの所で出産するという状況を生み出している。

(電気・水道・トイレについて)

電気は55,796軒(79.4%)と大半のところにある。

水は家の中に設備のある者が61.4%と半分以上を占めている。残りの38.6%はバケツを持って川の水などを運んでくる。

だいたい電気の来ている集落では川の水をモーターで汲み上げ、それを各戸へ流している所が多いようだ。その水を20～40分煮沸させて飲んでいる家もあれば、バケツ一杯当りクロロを4～5滴落して暫く放置させて飲んでいる家もあり、まだコスタ・グランデ郡はコレラと下痢に大きく頭を悩ませている。そうかと思えば山の集落でも20ℓ入りの煮沸消毒した飲み水を買って(1ドル程)利用している所もある。そういう所はたいていマリファナか何かを作ってかなりの現金収入がある所だそうである。いくら衛生教育してもやはり経済状況に比例するものだろうか。生活環境設備や改善は教育と経済支援がマッチしなければむずかしいようである。

トイレは水洗の形になっている所が35.8%、穴を掘ったものが22.1%、残りの42.1%はトイレがない家である。トイレはまだ必需品ではないらしい。又、あっても利用せず、戸外で済ます所も多いようである。尚、町の中心部にある小学校以外はまだトイレ

のない学校がほとんどである。小用はその辺で済まし、大便のみ自宅に帰るといふ先生の話してある。

(教育レベルについて)

文盲が16.6%、字の読み書き可が27.6%、小学校中退16.7%、小学校卒業24.3%、それ以上になると14.8%である。

現在、文盲を少なくしようと字の読み書きを教えているプログラムがあるが、まだ山の集落へ行けば読み書きの出来ない人が多いと聞く。

尚、今年よりゲレロ州は義務教育が小学校から中学校に引き上げられた。又、教育の中に性教育も盛り込まれるようになり、小学校3年生の教科書にはかなり詳しい性器の解剖学的な図が入っている。正しい知識を与えていくことにより、益々不必要な妊娠が減り、若い女性の死亡率の低下にも大きく貢献していくものと思われる。

(乳幼児)

全体的に多い疾患は、生活環境を改善すれば大半は予防できる。下痢、寄生虫症、皮膚疾患、栄養障害、風邪、肺炎等の呼吸器疾患である。

住民も予防できることや予防の大切さは漠然とはわかっているようであるが、それを具体的に生活のなかでどうするのかということになるとなかなか結び付かないらしい。

保健助手や健康委員会を通じて村全体の意識のレベルを上げ、ゴミやトイレ、飲み水の問題にも触れながら、家の中からできる細かいことにも対応が必要だと考える。

3. プロジェクト業務進行状況

8月半ばに任地に入り、10月初めにメキシコ・シティへ上京するまでは主に既存のデータの収集、作成や、集落での事業があればそれに出席したり、全体の流れを見ていたが、どこに誰がいて、どういう仕事をしているか、おおよその概略がつかめて来たので活動を開始した。

3-1. 保健助手指導員とその会について

各保健所にいる14名の保健助手を指導するスーパービソーラ・モドゥロと当局にいるスーパービソーレス・ソナーレスの接点は何もなく名前も知らない同志が多いので、お互い、まずは親しくなり、情報交換や協力ができるのではないかと考え、打合わせ、会議を行い、OKをもらい、月に1度の各保健所の指導員の会に、当局のスーパービソーレス・ソナーレスにも出席してもらうことにした。

10月30日(金)に初回の合同会議が開かれた。10AM~14PM。まず、自己紹介より始まり、Dr. Matcos より合同会議の主旨や目的の説明、併せてプロジェクトの現段階での方針や状況の説明を行い、今までに作成したデータ表等を説明し渡した。

参加者は、外出している2人以外は全員出席で、全体に好評で、ムードもよかったので、

毎月、会の主催者である Dr. Mateos と相談しながら、会の中身も計画を立て、毎日の仕事に刺激の与えられるものにしていくつもりである。

3-2. 教材の活用及び母子手帳について

指導員達の活動をみていると既存の教材を活用しない。せっかくある紙芝居タイプのものも埃を被っている。又、当局内だけでも、一体誰がどういう教材や利用できる資料を持っているのか不明であったため、指導員の医師コーディネーターと看護婦達に視聴覚教育のメリットを説明し、倉庫や健康促進担当室にある教材のチェック、リストを作成配布した。指導員達にもみんなで少ない教材を有効活用するよう勧めている。又、必要な物は各自が持てるような方法を検討していく予定である。

ビデオ（VHF）やOHP、スライド等もあり、車での移動が可能な折りは利用できる。

現在ある資料はP/F、下痢、水、衛生、妊娠中の注意等、対象に限りがあるので、必要度の高いものからパンフレットの作成も必要である。一番多い寄生虫のパンフレットをアトヤックの指導員に頼まれ作成し、併せて彼女の担当の伝統的助産婦と保健助手、健康委員会にも配布した。

母子手帳の効用及び医療側にも母子側にも使いやすいメリットのあるものの必要性を説明し、メキシコが作成している母と子のカードやその他の必要なデータ、パンフレットの収集を行い、徐々に分析検討し、必要などころからアドバイスを聞きながら作成の段階にはいっていきたいと考えている。

11月より毎月1回 Comite de Librete de M. I. (母子手帳委員会)を開催し検討を重ねる予定である。メンバーは6人、ドクターが3人(テクパン保健所長、医師コーディネーター、母子担当)、ナースが2人(保健所のスーパーバイザー、当局のスーパーバイザー)と私である。局長はアドバイザーである。

3-3. 集団訪問について

指導員達はバス、トラック、徒歩で訪問しており、移動に時間を取られ、重い教材を選び住民に見せるというようなことは難しい。1人の指導員を除きほとんどが通常の業務のみを遂行しており、なにか企画をするというような行動はあまり見られない。訪問指導の内容が濃くなればEECやプロジェクトの目的にも大きく弾みがつく。現実的には人員の確保や車等、難しい面もあるが、彼女達にも何か企画してやれる方法から工夫をするというきっかけになればと思い、企画してみた。

1人でやれば出来ないことも協力しあえば仕事に広がりが出る為、車1台に医師・看護婦(郡衛生局)と指導員で訪問し、診療・相談・衛生教育を行うのはどうかと持ち掛け、打合わせを行い集団訪問を行った。

時 期	11月4日(水) 9 a m ~ 6 p m
場 所	ラス・メサス(テクパンより約50 km)
人 口	約500人(60軒)
特 徴	指導員が言うには、この集落の人はいくら説明しても効果がないと半ば匙を投げているほど、衛生状態が悪く、関心の低い所である。
内 容	医師による相談・診療・与薬 → カサ・デ・サルーにて 衛生教育「衛生(手洗い・飲水等)」 → 小学生に紙芝居を使用 妊娠・育児教育 → 未婚・既婚女性にスライドを使用

訪問したのは、担当保健助手指導員、テクパンの指導担当チームの医師と看護婦、医師コーディネーターと私、それに自分も参加したいということでテクパン保健所長の計6人のチームになった。

診療・相談は約40人程の患者が訪れ、そのうち1人はテング熱と1人は三日熱マラリアの疑いも含まれていたが、大半は婦人の頭痛・めまい等の貧血の疑い、幼児の寄生虫症等であった。

この地の保健助手は15才と若く、まだ助手になって日も浅い。健康委員会もなく、全体的に見て収入も少なく、衛生への関心も低いように見受けられる。診療・与薬は無料にせず1人2,000ペソ(1ドル弱)を徴収し、保健助手に健康委員会を作成し、希望者の多いさそりの抗毒素の注射液をかうなり相談して使用するようにと渡した。

診療の終わった人から小学校へ移動し、20人程の婦人が妊娠・出産・育児についてスライドを見ながら看護婦・医師の説明を聞いた。

又、小学生に看護婦が紙芝居を見せながら基本的な生活習慣の大切さを話し、帰ったら母親にも伝えるようにと締め括った。

住民にとっては医師の来訪と薬が目当てなのだが、普段見られない視聴覚教材を用い、徐々に意識の改革をしていくことが非常に大切である。

カサ・デ・サルーで昼食を御馳走になり帰宅した。

参加者にも意見を聞くと一度にいろんなことがやれて効果的だということで、可能な場合はやっ行ってこうという話しになった。

しばらくして同じ保健助手指導員が違う集落でもやりたいと申し出て来たので、何をするかは今回は自分で考えるようと言うと、2~3日してビデオでコレラについて上映したいとの話しがあった。関係者に了承を得、今回は一番近い保健所の医師を巻き込み訪問する予定である。

3-4. 総 括

過疎医療の末端のレベルアップを図り、必要な時に必要な医療サービスをうけられるよう

に援助していくことがプロジェクトの目的を達成していく一つの大きな要因である。底辺の底上げをしていくには、まず一番の防波堤である保健助手とTAPSのメンバーを補助していくことである。そのためには彼等にまず機材の充実を図り、血圧計と身長・体重計が必要であると考え。郡内115人の保健助手と43人のTAPSにすべてに一度に支給するのは困難であるから、徐々にテクパンを中心に配布出来れば良いと考える。彼等への継続的な教育は、TAPSについては任務についた後2年間は月に1週間、研修するようなシステムが作られているが、保健助手に関してはその時の予算次第である。今までは郡を東西に二分し、小学校を借り、1週間の研修を行ってきたそうである。

又、郡内に数十人いるといわれている産婆さんへの教育も年に一度、1週間のコースで小学校にて行われている。彼女らへの教育の講師は主に郡衛生局の医師や看護婦が交代で担当している。

従って、テクパン保健所に教育用の部屋が出来、資料の保管やオーディオ機械等を取り入れた研修が行えれば非常に効果的である。

月に1回開かれている保健助手指導員の会も郡衛生局の2階にて行われているが、ベランダのため陽射しが強く、携行機材として持参した胎児の発育のビデオを見せようとしても絵が写らないという事態になってしまった。郡衛生局にほかに部屋もなく、落ち着いた研修・会議の出来る部屋がテクパンの保健所に出来れば便利である。

指導員や保健所のスタッフを巡回指導する郡衛生局の医師と看護婦チームの活躍も始まったばかりであるが、非常に期待できるシステムだと思うが、しかし、肝心の車と無線機がないとどうにももちがあかない。来年の夏に幾台かはいることを期待しつつ、プロジェクト予算で1台入れ、彼等の訪問専門車にすれば少しは改善されるのではないかと考える。尚、無線機の修理・設置作業のいくらかの費用を負担できないものだろうか。

又、出来れば車をもう1台、テクパンの保健所へ入れ、医師・看護婦と担当の保健助手指導員の3人で訪問し、車の中へ機械を積み、保健助手の所へ行き、検診を行うようにする。保健所長によると、集落へでかけて行き指導・診療することも大切な仕事であるし、人的には充分可能であるそうである。テクパンには月に約100件程の分娩があり、この方法だと全員を月に一度はチェックできるのではないかと考える。又、母子手帳を配布した後、定期的に血圧・検尿・体重・貧血検査・児心音のチェック等も可能である。

4. 生活環境

平日はテクパンの郡衛生局から車で15分程の所で下宿生活をしている。食事もついており、朝はコーヒーと果物を取り、昼食は帰宅後の午後4時30分にトルティージャとスープと主菜を食べている。夕食は遅く、9時頃にコーヒーと菓子パンが出るが、私は昼食が遅い為、空腹感がなくもっぱらいろいろな薬草類のお茶を受用している。

気候はさすがに暑く、11月に入れば幾分ましになるかと期待していたが日中の陽射しは厳しく30度はもっぱらあるようである。加えて湿度が高く、1年中暑い所に住むのははじめてなので、多少暑さにはうんざりしている。しかし11月に入り、朝晩は空気が冷たくなり、シャワーをするのに、お湯を沸かして浴びるようになっただけでも夏の頃とはやはり違うようである。一番困るのは、高温多湿のため虫が多いことである。蚊はまだよいとしてもブヨが多く、このためどんなに暑くとも長袖とズボンが必須である。職場に着いた第1日目にスカートをはいていたため1時間もしないうちにブヨにさされ、酷い目にあったが、すぐ看護婦が薬局へ連れて行って薬を買ってくれ、その他の人もアルコールやレモン等を塗ると良いからと机の上に並べ、それ以降ずっと親切でいろいろと気を使ってくれている。こちらの人は昼食をゆっくりとにぎやかにしゃべりながら取るのが好きなので、結構一緒に食事をする機会もある。当初はA型肝炎が怖かったが、一度3日程食中毒様の症状があったのみで、現在のところ大丈夫なようである。

週末は車で2時間(100km)のアカプルコにアパートを借りており、金曜日の夕方より月曜日の朝5時30分頃までを過ごしている。幸い観光客の多い地域のため、アパートも安全なようである。1日は買物や料理等をし、1日は同じ職場のアカプルコに住んでいる人と出掛けたりして過ごしている。一人で出掛けるのは買物ぐらいのためか幸い今まで怖い思いをしたこともなく過ごしている。

5. 資 料

- ① ゲレロ州
- ② コスタ・グランデ郡保健所及び病院
- ③ 保健助手・指導員の配置人員
- ④ TAPSの配置人員
- ⑤ コスタ・グランデ郡衛生局組織図
- ⑥ テクパン保健所組織図
- ⑦ 保健所の種類と数
- ⑧ 一般状況 No. 1
- ⑨ 病院の数
- ⑩ 人的資源
- ⑪ 一般状況 No. 2
- ⑫ 年齢別人口
- ⑬ 健康教育 MATERIAL. 一覧
- ⑭ 現有機材使用状況一覧
- ⑮ 現在の母子保健医療の大まかな活動状態と普及度

① SERVICIOS ESTATALES DE SALUD ゲレロ州 < Estado de Guerrero >
 JURISDICCION SANITARIA "COSTA GRANDE"

- 7つの郡
- I. Tierra Caliente (チイエラ カリエンテ)
 - II. Norte (ノルテ)
 - III. Centro (セントロ)
 - IV. Montaña (モンターニャ)
 - V. Costa Grande (コスタ グランデ)
 - VI. Costa Chica (コスタ チカ)
 - VII. Acapulco (アカプルコ)

①~⑦

Numero de Jurisdicción

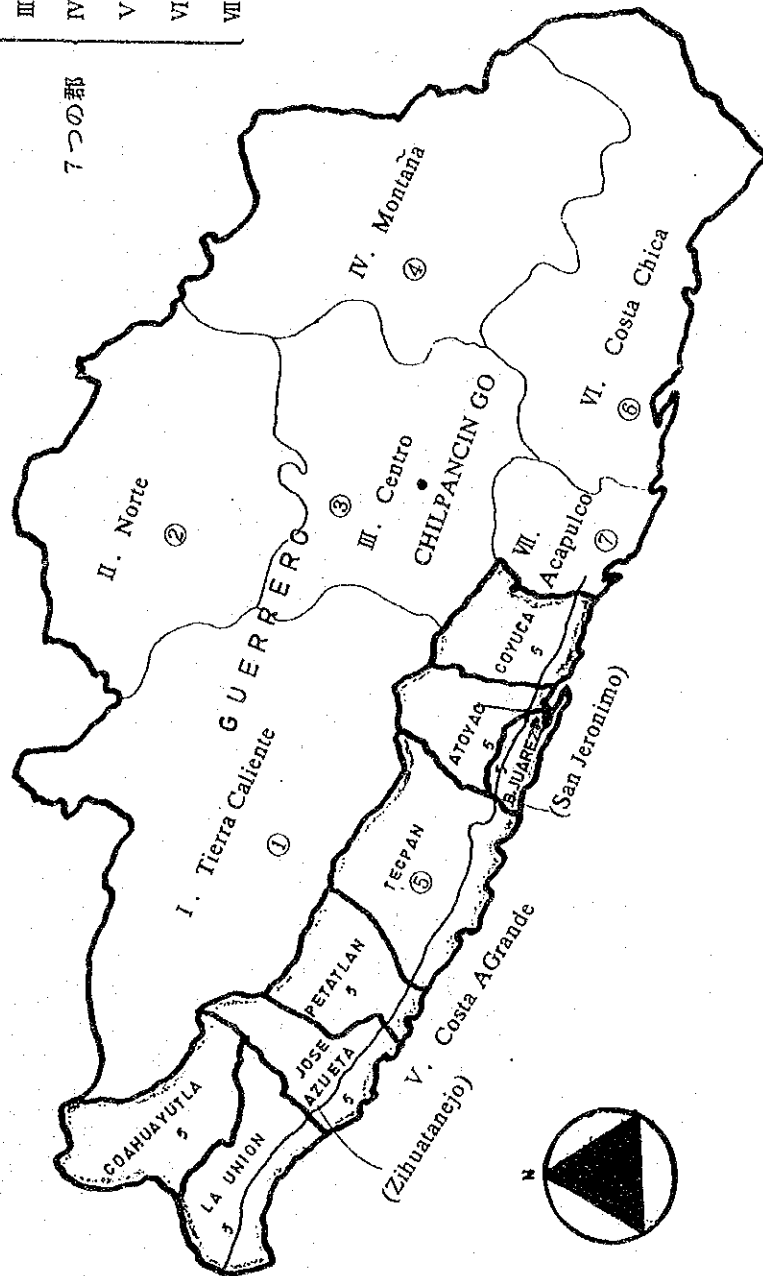
(衛生局)

CHILPANCINGO

(チルパパンシゴ)

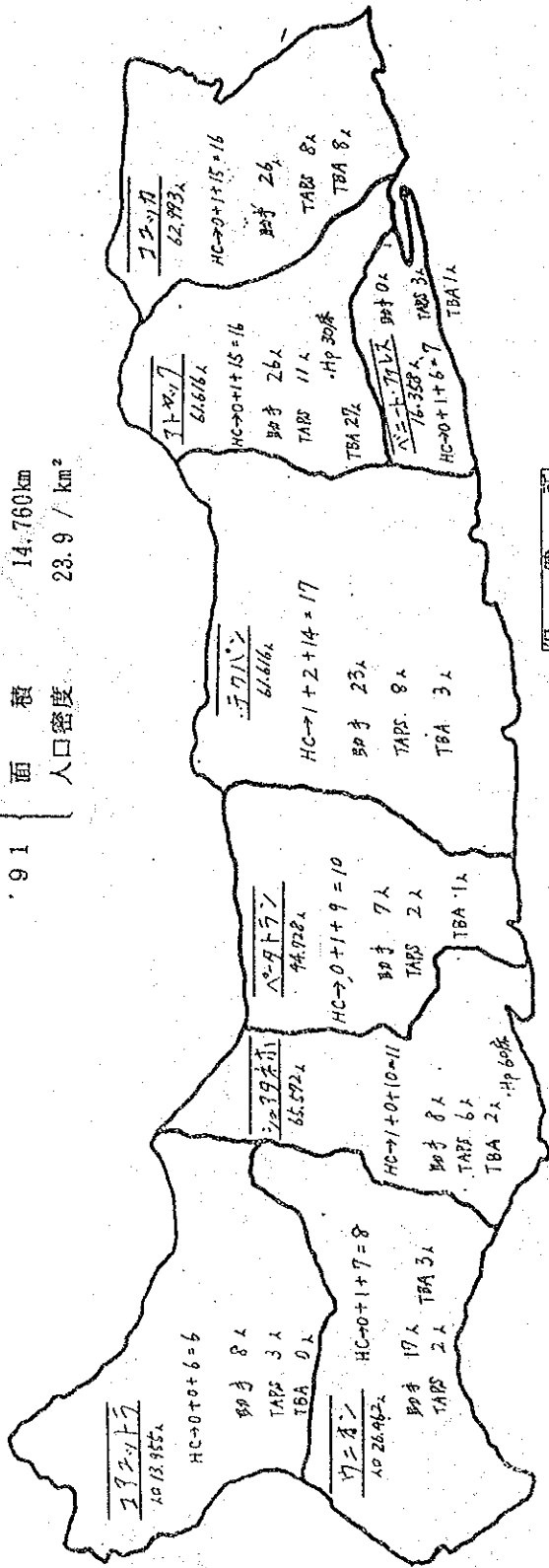
• Capital de Guerrero

(州 都)



コスタグランデ郡

人口計 353,300人
面積 14,760km²
人口密度 23.9 / km²



保健所

保健所	都市型	人口
CSU	都市型	人口15,000人
CSRPC	農村人口集中型	人口5,000~15,000
CSRPD	農村人口過疎型	人口2,500~5,000
		計91カ所

健康の家
保健助手 (115人) → 98集落 人口2,500人 ↓
(63,718人)
1人当り 554人担当

裸足の医者 (48人)
TAPS (48人)
保健所内か
1人で働いている

HIP

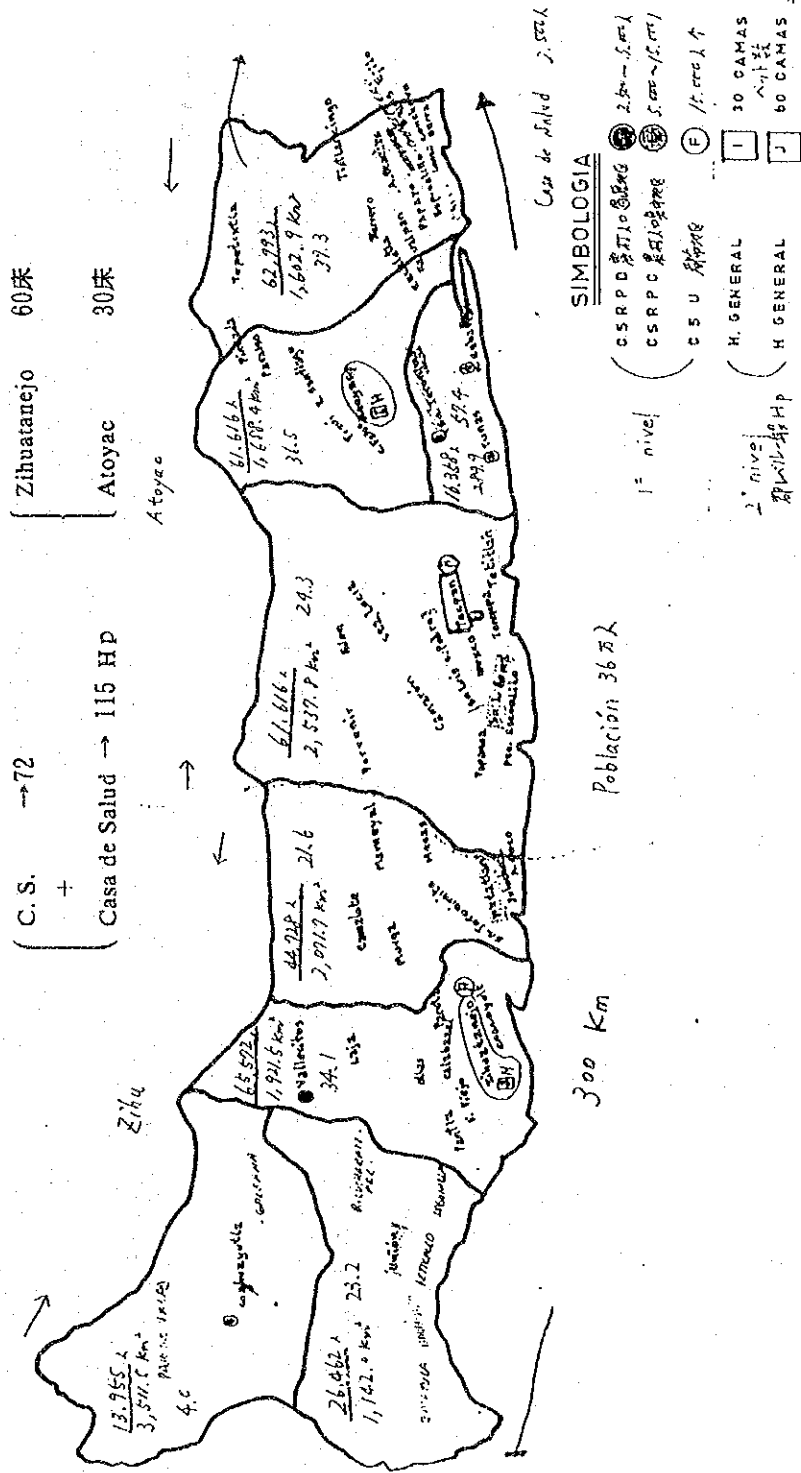
シユータネホ Hp-60床
アトヤック Hp 30床

保健助手指導員

(14人)
1人当り 8~9人の保健助手を担当
7カ所の集落

② コスタグラランデ郡保健所及びHP

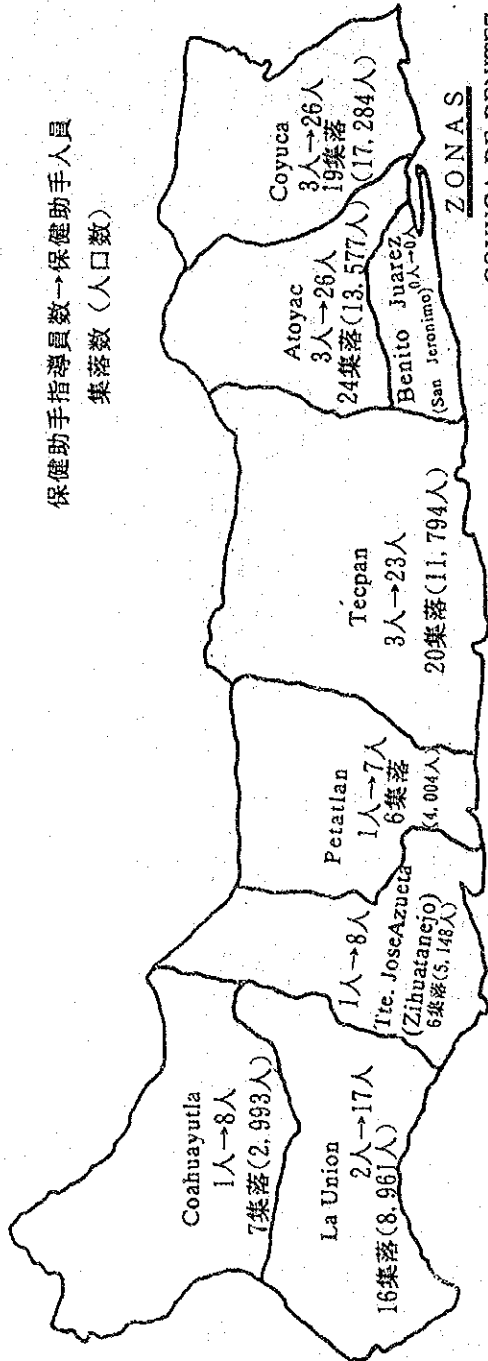
UBICACION DE UNIDADES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION



REGIONALIZACION JURISDICCIONAL Y ZONAL (ゲレロ州コスタグランダ郡)

③ E E C (領域拡大戦略) による

〈保健助手〉〈保健助手指導員〉の配置人員



ZONAS

- COYUCA DE BENITEZ
- ATOYAC DE ALVAREZ
- BENITO JUAREZ (SAN JERONIMO)
- TECPAN DE GALEANA
- PETATLAN
- TTE. JOSE AZUETA (ZIHUVATANEJO)
- LA UNION
- COAHUAYUTLA

保健助手指導員	14人	1人の保健助手指導員	8.2人の保健助手
保健助手	115人	7カ所の集落	担当人口4,550人
集落	98	担当人口	554人
人	口 63,718人	1人の保健助手	担当人口 554人

④ (TAPSの配置人員)

地方分割 管轄権の 帯状の
REGIONALIZACION JURISDICCIONAL Y ZONAL

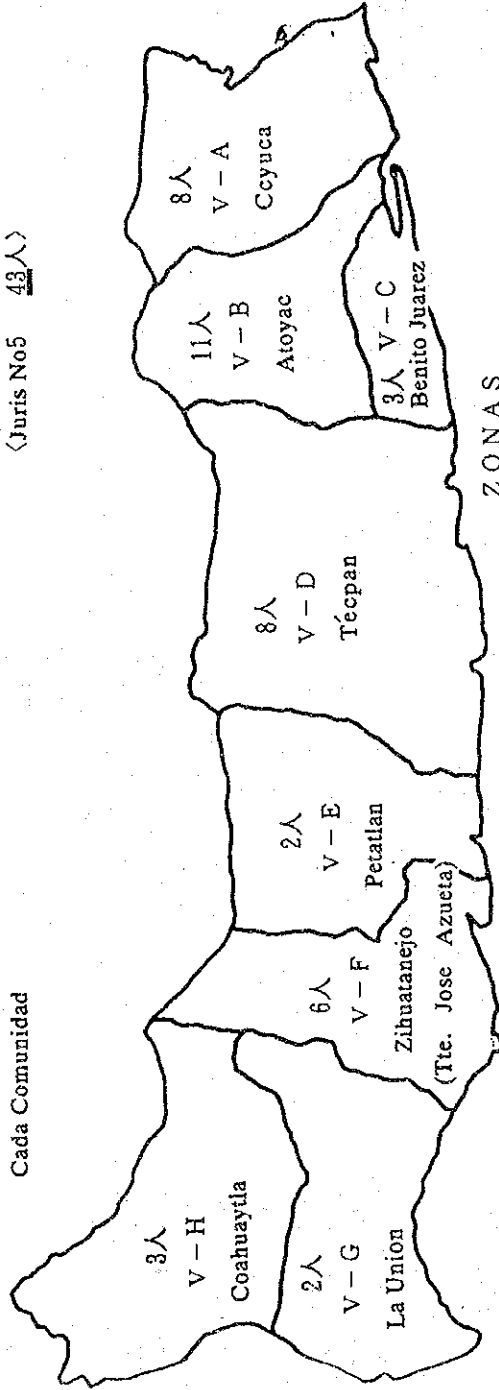
T A P S → Tecnico Atencion Primaria a la Salud

'92. 9月より4州にて活動開始 (裸足の医者)

3 Y 勉強 (Guerrero 377人)

Cada Comunidad

(Juris No5 43人)



ZONAS

- V - A — COYUCA DE BENITEZ
- V - B — ATOYAC DE ALVAREZ
- V - C — BENITO JUAREZ (San Jeronimo)
- V - D — TECPAN DE GALEANA
- V - E — PETATLAN
- V - F — TTE. JOSE AZUETA (Zihuatanejo) (Teniente)
- V - G — LA UNION
- V - H — Coahuaytla

municipal 8 つ

① コスタケランデ郡衛生局組織図

ORGANIGRAMA DE LA JURISDICCION SANITARIA

