

K

F-10
A48

国別医療協力ファイル
メキシコ



JJICF
R615
907
HCA
BRARY

国別医療協力ファイル

メキシコ

JICA LIBRARY



1119466(9)

国際協力事業団

医療協力部

国際協力事業団

27836

目 次

	頁
目 次	i
表目次	iv
図目次	vii
略語表	ix
第1編 国別概況	1
1-1 一般概況	1
1-2 一般行政と国家開発計画	11
1-2-1 一般行政	11
1-2-2 国家開発計画	15
1-2-3 国家連帯計画	17
第1編参考資料	19
第2編 衛生行政	21
2-1 中央衛生行政と保健医療計画	21
2-1-1 中央衛生行政機構	21
2-1-2 国家保健計画	25
2-1-3 国家保健予算	28
2-2 地方衛生行政と保健医療計画	30
2-2-1 地方衛生行政機構	30
2-2-2 地方保健計画	32
2-2-3 地方保健予算	33
第2編参考資料	34
第3編 保健医療事情	35
3-1 指標	35
3-1-1 粗出生率・粗死亡率	36
3-1-2 乳児死亡率・5歳未満児死亡率	36
3-1-3 妊産婦死亡率	38
3-1-4 平均余命	38
3-2 人口	40
3-2-1 人口増加	40
3-2-2 人口構成	41
3-2-3 都市人口の比率	43
3-2-4 人口移動	44
3-3 疾病・死亡	46
3-3-1 総論	46
3-3-1-1 主要死亡原因	46

3-3-1-2	罹患の多い疾患	52
3-3-2	各論	53
3-3-2-1	感染症	53
3-3-2-2	成人病	70
3-3-2-3	その他の保健問題	75
3-4	保健対策活動	80
3-4-1	「子どものための世界サミット」関連の対策活動	80
3-4-2	感染症および媒介動物疾病対策プログラム	91
3-4-3	成人病対策プログラム	97
3-4-4	その他の対策プログラム	98
3-5	医療施設	103
3-5-1	医療施設の種類と数	103
3-5-2	主な病院	108
3-6	医療従事者	109
3-6-1	医療従事者の種類と数	109
3-6-2	医療従事者の養成	113
3-7	医薬品・医療器具・衛生材料	116
3-7-1	薬事行政	116
3-7-2	医薬品の生産・流通	116
3-7-3	生物製剤および試薬の生産プログラム	118
3-8	保健医療サービスの利用	119
3-8-1	保険非加入者を対象とした医療機関のサービスの利用	120
3-8-2	社会保険系の医療機関のサービスの利用	120
3-8-3	民間サービスの利用	121
3-8-4	伝統医療	121
3-9	保健・医療情報システム	122
3-9-1	保健省の州基本情報システム (Sistema Estatal de Informacion Basica, SEIB)	122
3-10	医療保険制度	124
3-11	環境衛生	127
3-11-1	安全な水	127
3-11-2	上下水道の普及率	128
3-11-3	衛生施設	130
3-11-4	ゴミ処理、廃棄物処理	130
3-11-5	公害	131
3-12	労働衛生	133

3-13	試験研究機関	135
3-13-1	国立公衆衛生院 (Institute Nacional de Salud Publica, INSP)	135
3-13-2	その他の保健省の研究機関	139
3-14	救急医療システム	140
3-14-1	救急車サービス	140
3-14-2	災害時の救急体制	141
	第3編参考資料	142
第4編	保健医療協力	145
4-1	協力要請機構	145
4-2	わが国を除く諸外国、国際機関、NGOの協力動向	146
4-2-1	最近の援助動向	146
4-2-2	保健医療分野での援助活動	149
4-2-3	諸外国の援助活動	150
4-2-4	国際機関の援助動向	152
4-2-5	NGOの活動	155
4-3	わが国の協力状況	157
	第4編参考資料	161

表目次

表1-1	メキシコ概況	1
1-2	気候	2
1-3	経済指標	3
1-4	既往の国家開発計画	15
2-1	保健セクターの予算の国内総生産および公共セクター予算に占める割合 1980～92年	28
2-2	プログラム、医療機関タイプ別支出 1987～92年	29
2-3	1992年度予算（実績）と連邦、州の負担割合	33
3-1	世界の中で見たメキシコの主な保健指標	35
3-2	粗死亡率と粗出生率の推移	36
3-3	乳児死亡率・5歳未満児死亡率の年次推移	37
3-4	妊産婦死亡率の推移	38
3-5	出生時の平均余命の推移	38
3-6	州別・男女別乳児死亡率、州別5歳未満児死亡率および妊産婦死亡率	39
3-7	メキシコの人口推移と人口増加率・合計特殊出生率	41
3-8	都市人口の比率の推移	43
3-9	1980～90年の主要死亡原因による死亡数	47
3-10	国家保健システムの保健医療機関における主要死亡原因 1992年	48
3-11	乳児死亡の主要原因 1992年	49
3-12	1～4歳児の主要死亡原因 1992年	49
3-13	5～14歳人口の主要死亡原因 1992年	50
3-14	15～64歳人口の主要死亡原因 1992年	50
3-15	65歳以上人口の主要死亡原因 1992年	51
3-16	新たに報告された症例の主要原因 1992年	52
3-17	国家保健システムの保健医療機関における主要入院原因 1992年	52
3-18	感染症報告件数	53
3-19	下痢性感染症の罹患率の年次推移 1980～92年	55
3-20	コレラの発症数と罹患率	55
3-21	急性呼吸器感染症の罹患率の年次推移	57
3-22	1歳未満児における予防接種による予防可能な感染症の罹患率	58
3-23	ポリオの罹患率の年次推移	58
3-24	麻疹の罹患率の年次推移（1980～90年）	59
3-25	百日咳の罹患率の年次推移と1歳未満児の死亡率	60
3-26	マラリアの罹患率の推移	61
3-27	デング熱の罹患率の推移	62
3-28	オンコセルカ症の罹患率の年次推移	63

3-29	肺結核の罹患率の年次推移	65
3-30	エイズの発症数・罹患率の年次推移と男女比	66
3-31	成人における感染経路の割合(%) 1989年まで	67
3-32	梅毒の罹患率の年次推移	69
3-33	淋病の罹患率の年次推移	69
3-34	種類別心疾患・血管系疾患の死亡数と退院者数 1992年	71
3-35	種類別悪性腫瘍による死亡者数(全国)と国家保健システムの 医療機関における死亡者数と退院者数 1992年	72
3-36	糖尿病による死亡数、死亡率および国家保健システムの機関における 死亡者数・退院者数 1992年	73
3-37	肝硬変・他の慢性肝疾患による死亡数、死亡率および国家保健 システムの機関における死亡者数・退院者数	74
3-38	栄養失調症による乳幼児の死亡 1990~92年	75
3-39	5歳未満児の指標別栄養失調の割合 1988年	76
3-40	妊産婦死亡の主要原因 1992年	77
3-41	1~4歳児の予防接種率の年次推移	81
3-42	15歳未満の子どもを対象とした歯科検診および予防教育活動、妊婦を 対象とした歯科予防検診および15歳以上を対象とした歯科検診の受診者数	84
3-43	母子保健プログラムの主な指標 1993年前期	85
3-44	方法別・年齢層別からみた家族計画実効率の推移 (1976~92年)	88
3-45	主な栄養補給プログラムによって食糧の補給を受けた家庭、子どもの数	89
3-46	地方別慢性栄養失調(年齢に対する身長)の割合と栄養補給プログラム 予算の向けられた割合	90
3-47	情報センターでサービスを受けた人の数、検査数とHIV抗体陽性率	92
3-48	中等、高等教育の学生における性別の薬物等の使用 1992年	99
3-49	タイプ別医療施設数 1992年	103
3-50	1次レベル医療ユニット規模基準	104
3-51	国家保健システムの医療施設数の年次推移 1980~90年	105
3-52	保険非加入者を対象とした保健医療機関	106
3-53	社会保険加入者を対象とした保健医療機関	106
3-54	民間医療施設 タイプ別・規模別	107
3-55	保険非加入者を対象とした保健医療機関の対10万人口の医療従事者数	110
3-56	社会保険系の保健医療機関の対10万人口の医療従事者数	110
3-57	医療機関のタイプ別医師・看護婦の数 1992年	110
3-58	医療機関別医療従事者数	111
3-59	メキシコにおける医師の雇用内訳 1986年	112
3-60	専門科ごとの課程入学前に必要な医学部卒業後研修と課程年限	114
3-61	国立公衆衛生試験所医薬品評価部に分析された製品 1989年	116

3-62	1992年における国内需要と生物製剤および試薬局による生産量	118
3-63	保険加入の有無、医療機関別外来サービスの利用	119
3-64	保険加入の有無別入院医療機関	119
3-65	保険非加入者を対象とした医療機関のサービスの利用 1992年	120
3-66	社会保険系の医療機関のサービスの利用 1992年	120
3-67	各社会保険機関がカバーする人口	125
3-68	飲料水の普及率	127
3-69	人の消費のために供給された水のうち、消毒された水の割合	128
3-70	上水・下水の普及率 1990年	129
3-71	下水道の普及率の年次推移	129
3-72	居住地域の人口サイズ別トイレの普及率 (%) 1992年	130
3-73	1993年1月～10月の労働災害の数	133
3-74	1993年1月～10月の労働災害による死亡	134
3-75	産業別重大な労働災害件数とその発生比率 1993年1月～10月	134
3-76	国立公衆衛生院の1993年度における成果	138
4-1	援助形態別ODA実績	146
4-2	セクター別援助流入内訳	148
4-3	保健医療分野への援助の内訳 1992年	149
4-4	DAC諸国によるメキシコへの保健医療分野における主な援助活動	150
4-5	国際機関によるメキシコでの主な保健医療プロジェクト	152
4-6	1992年度までの形態別協力の内容	158
4-7	プロジェクト方式技術協力	158
4-8	単独機材供与の実績	159
4-9	青年海外協力隊への医療分野での派遣要請	160

目 次

図1-1	気候帯	2
1-2	GDPの推移	4
1-3	輸出入の変化	4
1-4	ラテン・アメリカ諸国の1人当たりのGDP 1993年	5
1-5	ラテン・アメリカ諸国の消費者物価上昇率 1993年	5
1-6	メキシコ全図	6
1-7	国家行政組織図 1992年11月現在	12
1-8	州行政組織図（グアナフアト州）	14
2-1	メキシコの保健医療サービスの構造と各機関の対象人口（%）	22
2-2	保健省の組織図	23
2-3	国家保健システムの機関別・レベル別サービス体系	24
2-4	ベラクルス州公衆衛生調整局の組織図	31
3-1	人口の構成 1970～2010年	42
3-2	集落のサイズ別人口分布 1970年および90年	43
3-3	州を越えた人口移動の主な流れ 1965～70年	44
3-4	州を越えた人口移動の主な流れ 1985～90年	45
3-5	1985年から1992年の腸管感染症による5歳未満児死亡率の年次推移 ..	54
3-6	1985年から1992年の呼吸器感染症による5歳未満児死亡率の年次推移	56
3-7	ブルセラ症の罹患率の年次推移	62
3-8	狂犬病の罹患率 1980～90年	64
3-9	狂犬病による死亡率 1980～90年	64
3-10	エイズ累積症例の性別・年齢グループ別構成 1983～94年6月	67
3-11	輸血により感染したエイズ患者数 1987～94年6月	68
3-12	心疾患による死亡率の推移 1980～90年	70
3-13	癌による死亡率の年次推移 1980～90年	72
3-14	糖尿病による死亡率の年次推移 1980～90年	73
3-15	肝硬変・他の慢性肝疾患による死亡率の年次推移 1980～90年	74
3-16	地域および都市部/農村部別発育障害 （年齢に対する身長）の比率 1987年	76
3-17	傷害による死亡率の年次推移 1980～90年	78
3-18	傷害による年齢グループ別、性別死亡率 1990年	78
3-19	医薬品の生産スキーム	117
3-20	保健医療情報の流れ	123
3-21	患者の流れ	141
4-1	援助要請のための国内手続き	145

4-2	主要な二国間および国際援助機関	147
4-3	わが国の対メキシコODA実績	157

略語集

BCG	結核予防ワクチン Bacille de Calmette-Guerin
CONAPO	国家人口審議会 Consejo Nacional de Poblacion
CONASIDA	国家エイズ予防対策委員会 Consejo Nacional para la Prevencion y Control del SIDA
DDF	連邦区保健部 Departamento del Distrito Federal
DIF	統合的家族開発の国家システム Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DPT	三種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風） Diphtheria, Pertussis, and Tetanus
EEC	サービス領域拡大戦略 Estrategia de Extension de Covertura
EPI	予防接種拡充プログラム Expanded Programme on Immunization
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
IMF	国際通貨基金 International Monetary Fund
IMSS	メキシコ社会保険庁 Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	国家統計地理情報研究所 Instituto Nacional de Estadistica, Geografia e Informatica

ISSSTE	国家公務員共済庁 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IUD	子宮内避妊装置 Interuterine Device
PAHO	米州保健機構 Panamerican Health Organization
PEMEX	メキシコ石油公団 Petroleos Mexicanos
SDN	国防省 Secretaria de la Defensa Nacional
SIDA	免疫不全症候群、エイズ Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida (英語 AIDS)
SM	海軍省 Secretaria de Marina
SSA	保健省 Secretaria de Salud
WHO	世界保健機構 World Health Organization

第1編 国別概況

1-1 一般概況

表1-1 メキシコ概況

正式国名	(和文) メキシコ合衆国 (英文) United Mexican States
独立年月日	1821年9月27日 (但し独立記念日は9月16日)
旧宗主国	スペイン
政体	立憲民主制による連邦共和国
元首	エルネスト・セデージョ・ボンセ・デ・レオン大統領 (任期6年、1994年12月1日就任)
位置・面積	北緯 14度33分～32度43分：東経 86度48分～117度7分 1,958千平方メートル
首都	メキシコ市
総人口	87.9百万人 (1993年)
民族等	白人15%、混血(白人とインディオ) 60%、インディオ25%
公用語	スペイン語
宗教	カトリックが9割を超える
暦	<日本との時差> -15時間 <祝祭日> (1994年) 1月1日 新年 2月5日 憲法発布記念日 3月21日 建国の父ベニート・ファーレス誕生日 4月1～4日 イースター 5月1日 メーデー 5月5日 プエブラ戦勝記念日 9月1日 大統領教書発表日 9月16日 独立記念日 10月12日 アメリカ大陸発見の日 *11月2日 全聖人の日 11月20日 革命記念日 *12月12日 グアダルーペ聖母の日 12月24、25日 クリスマス (*は公式な祝日ではないが、広く祝われているもの)

出所：「国別協力情報ファイル メキシコ」 1994年、国家人口審議会資料より作成

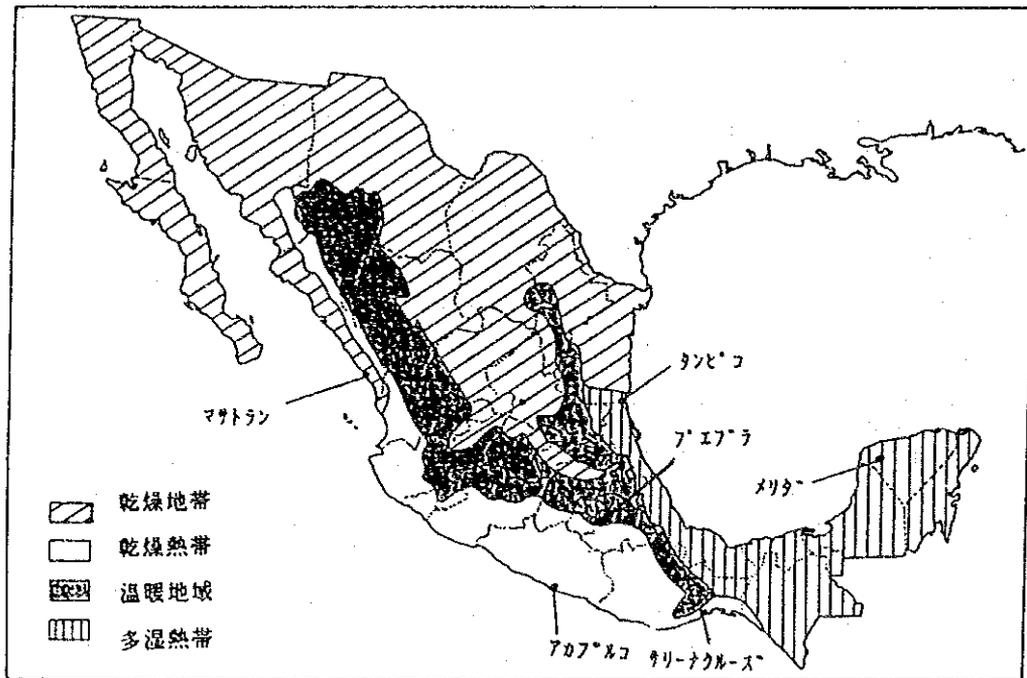
表1-2 気候

上段：平均気温（℃）
下段：降水量（mm）

観測地	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年降水量
マサトラン	20.1 35.5	19.6 5.4	20.7 6.9	22.2 0.7	24.7 1.9	27.5 30.9	28.7 187.9	28.9 228.8	28.0 251.9	26.9 63.9	23.5 21.3	20.8 22.0	857.1
タンピコ	18.1 23.3	19.4 21.4	22.0 15.6	24.3 15.1	26.4 38.9	27.9 155.0	28.1 102.1	28.1 124.1	27.4 218.3	25.5 107.0	22.0 41.2	20.4 48.3	910.3
メリダ	23.0 35.9	23.7 29.0	25.7 28.2	27.4 38.6	28.8 58.0	28.0 137.8	27.5 177.6	27.3 154.1	27.0 177.2	25.7 90.5	24.2 39.6	23.0 33.9	1,000.4
プエブラ	14.0 5.5	15.4 1.6	17.9 4.4	19.7 26.5	19.6 77.2	18.7 153.2	17.7 120.5	18.0 153.3	17.5 138.0	16.7 77.6	15.0 23.6	14.3 4.4	785.8
アカプルコ	26.1 5.7	26.1 1.0	26.4 3.6	27.0 5.7	27.6 21.8	28.4 270.5	28.6 248.7	28.5 245.0	27.1 400.4	28.4 140.9	27.7 25.4	26.7 10.6	1,379.3
サリーナ クルーズ	25.9 6.6	25.9 14.0	27.4 4.9	29.1 4.6	29.6 64.3	28.5 242.1	29.2 147.2	29.2 176.0	28.4 289.6	28.1 66.7	27.3 52.8	26.4 9.7	1,078.5

出所：「国別協力情報ファイル メキシコ」 1994年

図1-1 気候帯



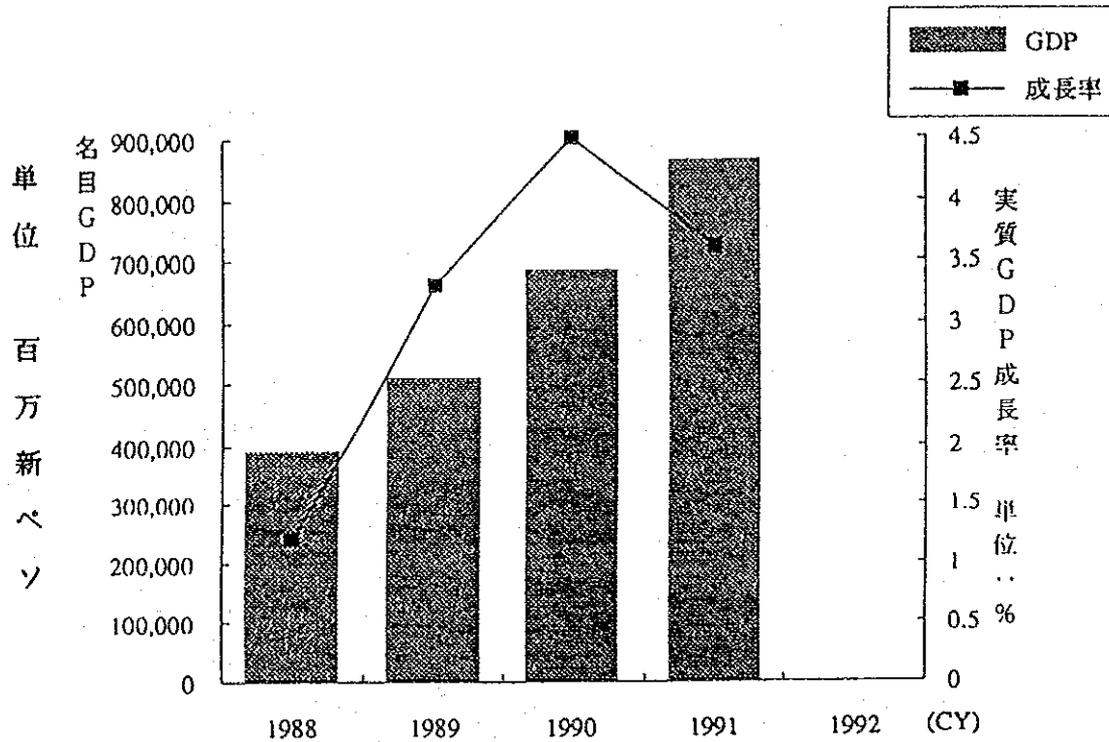
出所：世界環境会議提出メキシコレポート

表1-3 経済指標

主要経済指標 の推移	年	1990	1991	1992	1993
GDP(10億新ペソ)		686	865	1,018	1,037
一人当たりGNP(ドル)		2,490	3,030	3,470	N.A.
実質GDP成長率(%)		4.5	3.6	2.8	0.4
消費者物価上昇率(%)		26.7	22.7	15.5	10.0
失業率(%)		2.8	2.6	2.8	N.A.
貿易収支(百万ドル)		-4,433	-11,063	N.A.	N.A.
輸出額(FOB)		26,838	27,121	N.A.	N.A.
輸入額(FOB)		-31,271	-38,184	N.A.	N.A.
主要輸出入相手国		輸出(1992年)	米国(68.7%)		
		輸出(1992年)	米国(65.2%)		
経常収支(百万ドル)		-7,177	-13,282	N.A.	N.A.
対外債務残高 (百万ドル)		105,958	115,291	113,378	N.A.
債務返済比率(%)		26.3	30.2	44.4	N.A.
外貨準備高 (百万ドル)		10,217	18,052	19,171	N.A.
通貨	通貨単位：ヌエボペソ 1ドル＝5.20新ペソ(1995年1月17日 東京銀行調べ)				
会計年度	1月1日～12月31日				

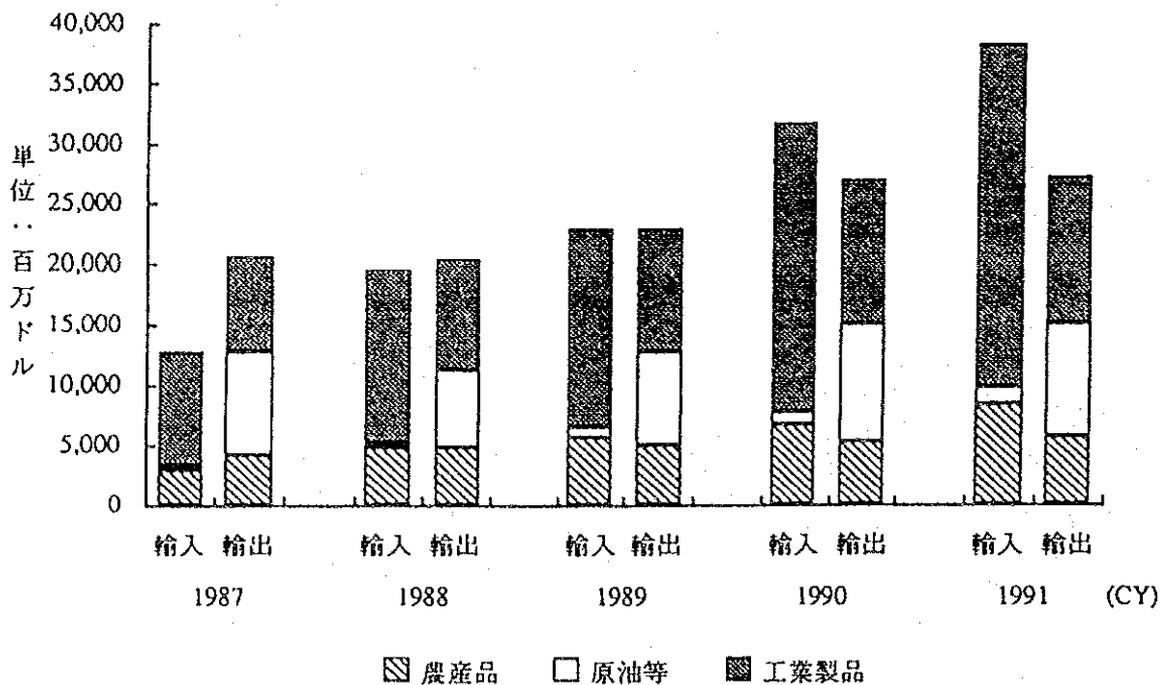
出所：「国別協力情報ファイル メキシコ」、EIU, Country Report 2nd Quarter, 1994

図1-2 GDPの推移



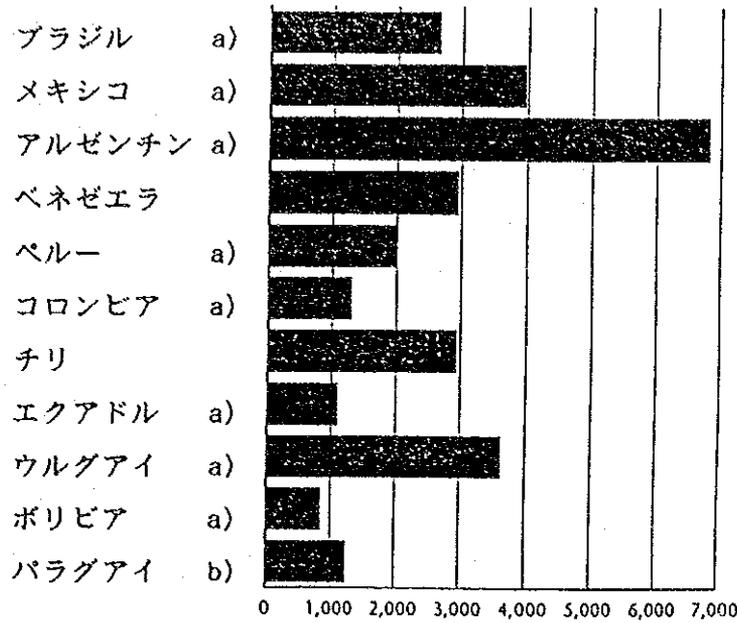
出所：「国別協力情報ファイル メキシコ」 1994年

図1-3 輸出入の変化



出所：「国別協力情報ファイル メキシコ」 1994年

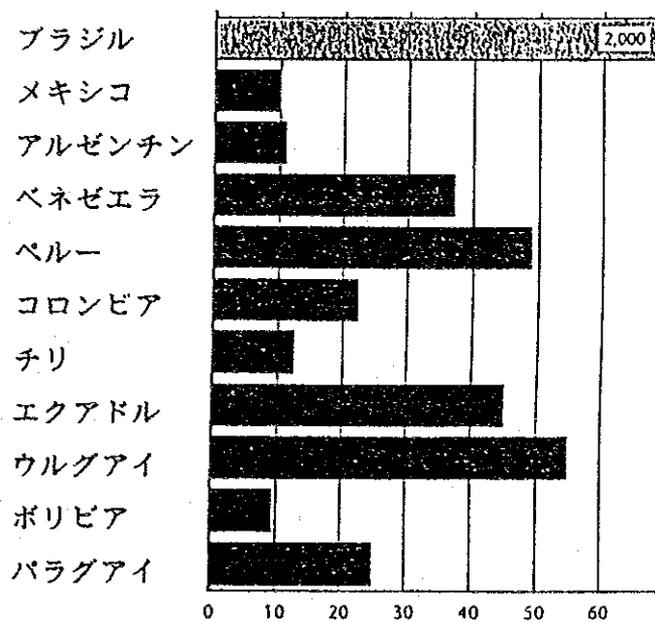
図1-4 ラテン・アメリカ諸国の1人当たりのGDP 1993年
(単位：米ドル)



a)は1992年、b)は1991年の数字

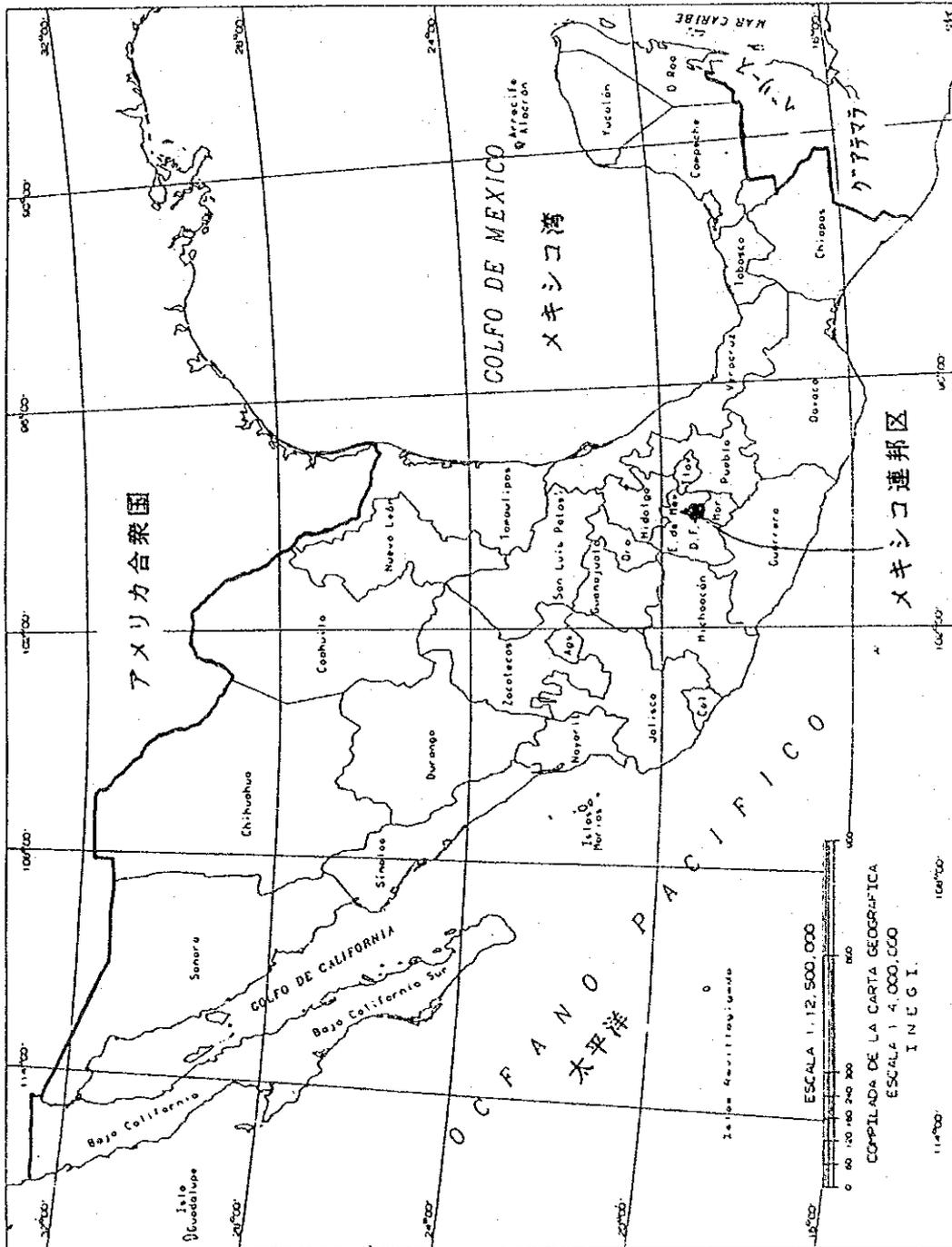
出所：EIU, Country Report Mexico 2nd Quarter, 1994, p. 16

図1-5 ラテン・アメリカ諸国の消費者物価上昇率 1993年
(前年比、%)



出所：EIU, Country Report Mexico 2nd Quarter, 1994, p. 16

図1-6 メキシコ全図



出所：INEGI, Fecundidad, 1990

(1) 自然環境

メキシコの面積は日本の約5倍、北半球に位置し、北はアメリカ合衆国、南は中米のグアテマラおよびベリーズと国境を接する。太平洋岸に沿って北西から南東に走る西シエラ・マドレ山系とメキシコ湾岸に平行して走る東シエラ・マドレ山系との二大山系がメキシコ市南方でV字型に合流し、この両山系の間に逆三角形の高原地帯を形成している。高原地帯は北部高原地帯と中部高原地帯に分けて呼称され、北部高原地帯にはいくつかの盆地が存在し、産業の中心となっている。

メキシコは気候の上からは大きく4つに分けられる。すなわち、乾燥地帯、乾燥熱帯、温暖地域、多湿熱帯である。南に行くに従い湿度が高く、低地から高地に移るに従って高温から温暖地域に移る。高度3,500メートルを超える山岳地帯では寒冷地帯となる。太平洋の海流は、メキシコ北西部に乾燥した風をもたらす。カリフォルニア半島及び北部諸州では、雨量は極めて少なく、高温乾燥地帯となっている。北部諸州には半砂漠的な地帯が多い。反対にメキシコ湾の海流は、カリブ海の熱帯性の温湿な風を伴い、メキシコ湾に面する低地は一般的に高温多湿で雨量も多い。内陸の高原では、一般的に温和で、5～10月の雨期とその他の乾期に分けられる。

(2) 政治

与党、制度的革命党(PRI)が1929年の結成以来、65年にわたって事実上の一党独裁を続けている。

1988年、歴史上前例のない与野党伯仲の選挙で選ばれたサリーナス大統領(任期:1988年12月～94年11月)は、「民主主義の拡大」、「物価安定下での経済再建」、「国民生活レベルの向上」を主な政策課題とし、憲法改正をふくむ選挙制度の改正、債務再交渉、腐敗の是正、銀行および国営企業の民営化等、積極的な政策を展開した。また、貧困対策として、「国家連帯」を推進し、それら政策に対する評価は、同大統領の信任投票と言われた91年8月総選挙での与党の得票率アップとなって表れた。北米自由貿易協定(The North America Free Trade Agreement, NAFTA)の発効でスタートした最後の1年は、南部チアパス州での先住民族の武装蜂起、3月のコロシオ大統領候補暗殺事件、9月のマシエPRI幹事長暗殺事件など影を落とした。

1994年12月就任のセディージョ新大統領は、拡大する社会格差の是正や政治の民主化など、多くの課題を引き継ぐこととなった。

(3) 経済

メキシコは一人当たりのGNPが3,000ドルを超え、比較的所得水準が高く中進国に位置づけられ、中南米諸国の中ではリーダー的存在である。しかし、富の分配といった面では依然として不公平が際立っている。

メキシコは1950年代以降、持続的経済成長と工業化を達成した。1970年代半ばに大量の埋蔵石油の発見があり、オイルショックに伴う石油ブームに便乗して、石油資源をあてにした公共支出重視の経済政策を採用、その結果、82年の金融危機に端を発する経済危機へと繋がっていった。

1982年に就任したデラマドリ大統領は、経済の再編成を公約に掲げ、非石油産業の振興と輸出促進などを軸にした経済改革を実施した。その内容は公営企業の効率化と、86年のGATT加盟などを含む経済自由化推進であった。しかし、85年のメキシコ市大地震、原油価格の低迷、民間資本の逃避により財政赤字は拡大し、インフレの上昇、通貨の下落傾向により、債務返済は一層困難となった。

1988年に就任したサリナス大統領の経済引き締め政策が功を奏し、1987年に131.8%、88年に114.2%であったインフレ率は、89年20.2%、90年26.7%、91年22.7%、92年15.5%と沈静化し、1993年には6月には「一桁」台インフレが20年ぶりに達成された。

1995年1月にペソは大暴落した。米国による500億ドルの金融支援もあったが、ペソ下落による通貨危機は長期化し、メキシコ国内経済や中南米諸国の市場のみならず世界経済にも影響を及ぼしている。

(4) 民族

スペイン人と先住民インディオの混血、メスティーソが約65%、インディオ25%、白人10%と言われている。経済社会的地位は、肌の色合いに比例するとも言われ、先住民は貧困層に組み込まれている。

1994年1月1日、南部チアパス州の先住民系農民数百人が武装蜂起し、1917年から始まったメキシコ革命の英雄エミリアノ・サパタにちなんだ「サパティスタ国民解放軍」(EZLN)を名乗り、先住民の深刻な生活条件の改善、差別の撤回、政治参加を要求した。サリナス政権は対話による和解措置をとってきた。

(5) 宗教

独立後間もない19世紀中頃、メキシコ政府は教会財産の没収令を出した。これは植民地時代から、カトリック教会が信者に対して収入の1割献金を義務づけてきたため、教会収入は国庫収入を上回り、最大の地主となっていたためであった。この財産没収に対してローマ法王はメキシコを破門、その後法王庁との和解が成立したものの、1917年に制定された憲法では政治と宗教は分離され、宗教団体の法人格は認められていなかった。現実には信仰の自由は認められており、政治活動禁止のほか幾つかの制約はあったものの、宗教活動はほぼ自由であった。1992年の憲法改正により、宗教団体の法人格が認められ、1993年現在900の教会、宗教団体が法人格を取得している。

このように早くから政教分離が確立されているが、カトリックの影響は依然強く、国民の9割がカトリック教徒であり、国民一般、特に地方農村部におけるその精神的影響力は

大きい。1990年の国勢調査では、カトリック(89.7%)、プロテスタント(4.9%)、ユダヤ教(0.1%)、その他(1.4%)、無宗教(3.2%)となっている。

(6) 言語

公用語はスペイン語である。1990年の国勢調査によると、メキシコの5歳以上の総人口は7,056万2,202人で、このうち528万2,347人(7.5%)が何らかの先住民の言語を話す。このうち80.2%はスペイン語も話す。5歳以上の人口のうち先住民言語を話す人口の割合が高

い州は、オアハカ、チアパス、ベラクルス、ユカタン、プエブラで、それぞれ19.6%、13.6%、11.0%、9.9%、9.5%である。

一般的には60以上の先住民の言語があると言われているが、これらの言語しか話さない人口は減少している。これは、公的教育制度の普及により、スペイン語を話す人口が増加してきたことが主な理由と考えられる。

(7) 教育

メキシコ革命後の歴代政府は、教育の普及と文盲撲滅に力を入れており、15歳以上の非識字率は、1970年25.8%、1980年17.1%、1990年12.4%と着実に向上している。就学率の点でも、15歳以上で全く教育を受けていない人口は、1970年の31.6%から1990年には13.4%、初等教育を終了していない人口は、1970年の38.9%から1990年には22.8%と向上している。しかし、政府が力を入れている初等・中等教育の面では就学機会の不均衡、教育施設の未整備、教師の給与水準の低さ等課題は多い。教育制度は、日本と同じく初等6年、中等3年、高等3年である。義務教育は以前は初等の6年であったが、1992年に中学までを義務教育化することが決定され、93年9月の学期から適用された。しかし、社会経済的事情で初等教育を終了できない子供も多く、現実とのギャップはまだ大きい。

(8) 女性の状況

メキシコは、1981年に国連の女性に対するあらゆる差別撤廃条約を批准している。

開発への女性の参加を妨げる文化的、宗教的要因はほとんどないと言われているが、マチスモと呼ばれる男性優位の伝統も一部の面では残っているとも言われている。

識字率では、6～14歳では男女差は見られないものの(男性86.9%、女性87.3%)、15歳以上では、男性90.2%、女性84.8%と差が見られる。就学率において6～14歳では男性86.5%、女性85.1%と差は見られないが、13、14歳と年齢が上がるに従って女性の就学率の方が低くなっている(1990年センサスによる)。

女性の就業者数を見ると、12歳以上で何らかの職業を持つ率は、1970年の17.6%から1990年の19.6%とやや上昇している。また、1990年の労働人口の31%を女性が占めている。しかし、職域を見ると、女性が多いのは、家事労働、教育、事務系と、男性に比べて偏っ

ている。農業生産に従事している女性は、男性が職を求めて家にいないことなどから、重労働を行い、かつ家庭における仕事を行っている場合が多い。

議会における女性の割合は、1991年に12%であった。

メキシコにおいては、開発と性別の問題よりも、開発と先住民民族などのマイノリティをいかに開発計画から取り残さないような施策が採れるかが極めて重要な問題となっていると言われている。

(9) 環境

首都圏においては、従来より大気汚染が深刻であり、地理的条件と相まって、大気逆転現象（汚染された大気が夜間の冷え込みによって冷却され、重いために地表近くに留まる現象）が起こるなど乾季のメキシコ・シティの大気は劣悪であると言われている。その対策の1つとして、車のナンバー・プレートの色により、使用できない曜日を設け、交通量を減らす対策、鉛汚染対策としてガソリンを鉛入りのNOVAから鉛を除去したMAGNA SINへと移行する対策がとられているが、効果のほどを疑問視する声もある。大気汚染の健康への影響の中で、最も深刻なものは呼吸器系疾患で、喘息や気管支炎などは老人や幼児などの弱い人々にしばしば見られる。また、光化学スモッグによる目の痛みなども頻発するようになっている。

その他にも全国的に産業排気ガス・排水、一般および産業廃棄物、重金属汚染、水質汚濁等の問題が日々深刻さを増しているのが実状と言われている。

環境担当機関は、従来は環境省(SEDUE)であったが、92年の行政改革によってSEDUEは解散し、新たに設置された社会開発省(SEDESOL)のもとで環境庁(INE)が設置され、より協力的な環境政策の立案および実施の体制が固まりつつある。さらに、94年1月の北米自由貿易協定(NAFTA)の発足にともない、米墨国境地域における有害廃棄物等の管理政策が求められており、今後益々環境問題への対応が強化されてゆくものと言われている。

(10) 所得分配、地域格差

世界銀行によると1984年の所得階層別人口分布は、上位20%が全所得の55.9%を得て、うち上位10%が39.5%を得ている。下位20%が得ている所得の割合は4.1%に過ぎず、貧富の差の大きいことが分かる(The World Bank, World Development Report, 1993, p.297)。

地域格差に関しては、大都市圏とそれ以外の地域の経済格差が著しく、それが人口の都市集中化をもたらす原因ともなっている。貧困地域は、グレロ、オアハカ、チアパス、イダルゴ、プエブラといった中部・南部の諸州に集中している。また、人口の集中する首都圏周辺には、スラム地域の問題が存在する。

政府は「国家連帯計画」等により、地方および下・中階層をターゲットとした資金還流計画を進めているが、格差の是正には至っていない。

1-2 一般行政と国家開発計画

1-2-1 一般行政

1-2-1-1 中央行政

メキシコ合衆国は連邦共和制で、全国31州と1連邦区（メキシコ連邦区）に分かれている。大統領は、国家元首、行政府の長、三軍の総指令長官を兼ねている。国民の直接選挙により6年任期として選出され、再選は認められない。大統領の下に18名の大臣が置かれているが、副大統領や首相の制度はない。1920年以降クーデターにより政権交代はなく、選挙によって政権交代が行われており、中南米で最も政情の安定した国の1つである。

立法府（連邦議会）は上院（任期6年、定員128名）、下院（任期3年、定員500名）からなり、議員の連続再選は認められない。与党は制度的革命党（Partido Revolucionario Institucional, PRI）が絶対多数を占めている。1929年の結党以来、大統領はPRIから選出されている。

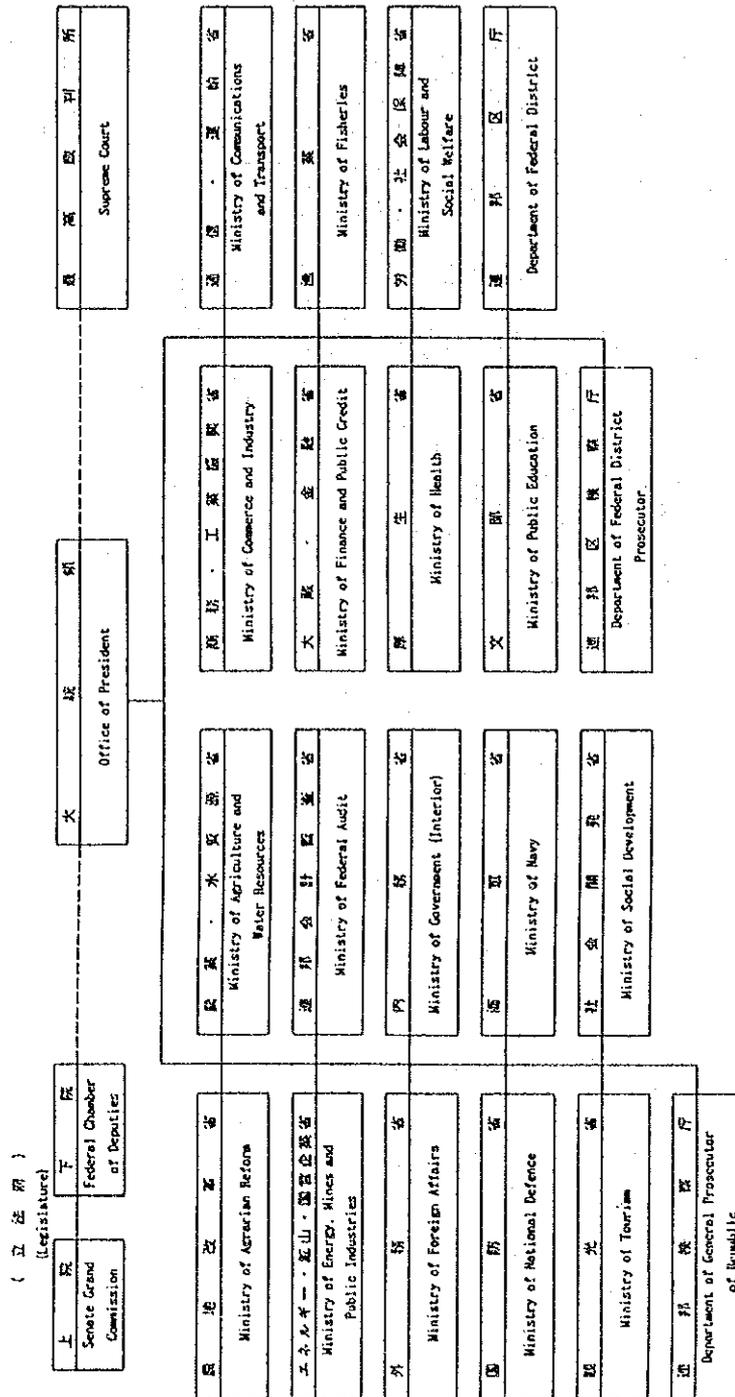
中央行政としては、大統領を国家元首としている。大統領には法律の公布、大臣及び連邦区長官の任命、軍人及び官吏の任命、軍の指揮権、条約の締結権をはじめとする広い権限が与えられている。

司法は最高裁判所の下に12の高等裁判所と、68の地方裁判所が置かれている。

政党は、与党の制度的革命党の他に、中産階級を支持基盤とする国民行動党（PAN）、左派の民主革命党（PRD）、労働党（PT）、人民社会党（PPS）、国家再建カルデナス戦線（PFCRN）、メキシコ真正革命党（PARM）などがある。

国家行政組織を図1-7に示す。

図1-7 国家行政組織図 1992年11月現在



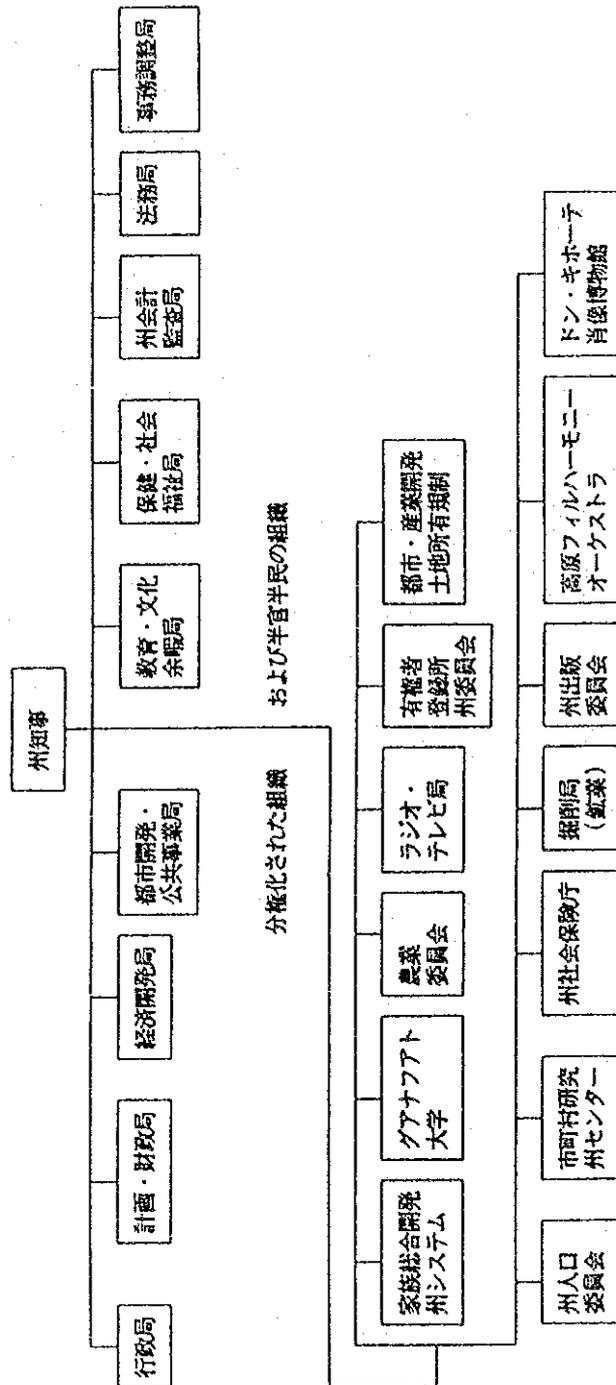
出所：「国別協力情報ファイル メキシコ」 1994年

1-2-1-2 地方行政

31州と1連邦区に区分され、各州には州知事を長とする州政府、州議会（一院制）と州最高裁判所及び地方裁判所がある。各州知事は州民の直接選挙によって選出され、連邦区の長官のみ大統領によって任命される（1997年より大統領の任命権に一定の制約が課される）。州政府の下には市町村政府がある。

地方行政組織（グアナファト州の例）を図1-8に示す。

図1-8 州行政組織図 (グアナファト州)



出所：グアナファト州行政局提供資料

意」の章について概要を示す。

「価格安定を伴う経済回復のための国民的合意」

経済戦略の基本を、経済活動の伸びと一般物価の動向という2点に絞り、次のような具体的目標を掲げている。

- (1) 本国家開発計画の終了年である1994年にかけて、年6%近くまでの堅実な経済成長を漸次達成、雇用需要への充足と失業の排除を図る。
- (2) インフレ水準を国際収支均衡の図式下、為替安定状況に応じ減少させる。本国家開発計画の期間中(1989～94年)、現在5%に近い国際インフレ水準への漸次引き下げを図る。

具体的方針としては、以下の3つを挙げている。

1) 経済の持続的安定

歳入政策：課税対象の拡大、不当な税制優遇措置の排除、法人所得税率の国際水準化等租税体制を整備する。公共料金の見直し、国際水準化

歳出政策：財政資金の有効活用、社会・経済インフラへの優先支出

金融政策：物価安定のための通貨供給量の調整、金利の調整

為替政策：為替レート of 安定に努める

2) 生産性投資資金の拡充

国内資金の強化

金融の近代化：金融機関の効率化と自立能力の強化、関連規則の見直し

対外支払いの縮小

3) 経済の近代化

農業の近代化：農民の生活向上を目指す

漁業の近代化：食料の補完および外貨獲得を支援する

天然資源、特に水資源、森林、石油、鉱物の有効利用と節度ある開発

経済インフラの近代化、民間資本の参加

電気通信の近代化、技術革新の推進

エネルギー供給の確保

国際経済への参加拡大

観光の近代化：重要な外貨獲得源として推進

外国資本導入促進：雇用促進、輸出促進、技術移転に貢献

官僚主義の撤廃と手続きの簡素化、新規参入企業への障壁等排除、競争の活発化

公営企業の強化：戦略的優先部門の効率化

技術革新への政策対応

抜本的教育改革の実施

地方分散化・分権化の推進

「生活水準向上のための国民的合意」

経済成長と安定は、同時に平等性、生活の向上、貧困問題の解決をもたらすことを目的としなければならないとし、以下の2つを挙げている。

(1)生産的な雇用の増大と労働者の生活水準の維持

雇用の増大と実質賃金の向上は経済の持続的安定によってもたらされるものとし、経済政策の社会的正当性を述べている。

(2)社会福祉における優先順位

飲料水、住宅、教育、医療、社会保障、道路舗装、電力、都市交通を挙げた後、医療および人口問題については以下のように述べている。

1)医療・生活保護および公衆衛生

以下の4点に戦略的重点を置く。

- ・医療サービスの質の向上
- ・社会的弱者への対応
- ・医療、公衆衛生体制の近代化
- ・医療機関間の調整強化と全国情報システムの設置

2)人口問題

急激な人口増とその移動は国家開発の上で根本的な問題であるとし、以下の2つを施策として挙げている。

- ・家族計画の普及を強化することなどにより、出生率の低下を引き続き促進する。
- ・地域開発を規定する人口の基準を設定し、開発の可能性のある地域に人口を引き留め、人口の密集地から他の地域への人口の移動を促す。

1-2-3 国家連帯計画

国家連帯計画は、1988年12月、政府の主要な社会政策として企画され、国家開発計画に組み込まれたが、その目的は極端な貧困を根絶することにある。他の制度的計画と異なり、住民の生活条件の改善と関係のある要求に直ちに応じることができるという、大統領の約束を取り付けてその活動を開始した。

社会グループの積極的参加、発案を尊重し、資金は3つのレベルの政府（連邦、州、市町村）が提供し、コミュニティーは労働力、材料、金銭面で寄与する。活動には3つの側面がある。

(1) 社会福祉のための連帯

保健、教育、栄養と食糧の供給、住宅、都市施設などの整備を支援する。

(2) 生産のための連帯

農牧業活動支援のためのインフラ整備事業、農民への資金配分、小企業の振興を支

援する。

(3) 地域開発のための連帯

特定の地域の経済、社会、文化的特性を考慮し、総合的開発戦略を実施することにより、これらの地域の極端な貧困の一掃を目指す。

国家連帯計画は、独自の制度的な組織は作らず、初めは計画・予算省に、この省の廃止後は大蔵省に依存していたが、1992年5月に社会開発省（SEDESOL）が設立され、計画の調整、協調、実施を行うこととなった。また、国内には13万以上の連帯委員会があり、コミュニティと行政とのパイプ役を果たしている。

1989年から92年までの4年間の主な成果として、次のことが挙げられている。

- 1) 新たに600万人以上のメキシコ人が保健サービスを受けられるようになった。
- 2) 新たに800万人以上の人々が飲料水の供給を受けられるようになった。
- 3) 1万のコミュニティ、1,100万人の人々が新たに電気の供給を受けられるようになった。
- 4) 3,000以上の都市および農村の道路に舗装工事が行われた。
- 5) 140万人の子供のために新しい教育施設を建設した。
- 6) 40万人以上の子供に奨学金、食糧および保健サービスを提供した。
- 7) 700万人近くの子供が牛乳を飲むように大衆牛乳店の数を倍増した。
- 8) 400万人の住民のため郵便業務を拡大した。
- 9) 1,650の企業の創設を可能にした。

(国際協力事業団青年海外協力隊事務局 「メキシコ合衆国隊員派遣事前調査報告書」
1993年から抜粋)

第1編 参考資料一覧

- ・ 外務省中南米局 「中南米諸国便覧」 外務省中南米局 1993
- ・ 国際協力事業団 「国別協力情報ファイル メキシコ」 国際協力事業団 1994
- ・ 国際協力事業団 国際協力総合研究所 「任国情報 メキシコ」 国際協力事業団 1994
- ・ 国際協力事業団 「メキシコ家族計画母子保健プロジェクト事前調査報告書」 国際協力事業団 1991
- ・ 国際協力事業団 青年海外協力隊事務局 「メキシコ合衆国隊員派遣事前調査報告書」 国際協力事業団 1993
- ・ 在メキシコ日本大使館 「1989～94年国家開発計画 (概要)」 在メキシコ日本大使館 1989
- ・ 在メキシコ日本大使館 「第5次大統領年次教書(要旨)」 在メキシコ日本大使館 1993
- ・ メキシコ経済社 「メキシコ経済年間 1992年版」 メキシコ経済社 1993
- ・ メキシコ日本商工会議所 「変貌するメキシコ」 メキシコ日本商工会議所 1992
- ・ 朝日新聞 「多くの課題積み残し メキシコのサリナス大統領退陣」 1992年12月2日 13版 朝日新聞
- ・ Comision Nacional de Ecologia, Informe Nacional del Ambiente (1989-1991) para la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, CONADE, 1992
- ・ Consejo Nacional de Poblacion, Conferencia Internacional sobre la Poblacion y el Desarrollo, CONAPO, 1994
- ・ The Economist Intelligence Unit Limited, Country Report 2nd Quarter, EIU, 1994

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Fecundidad, INEGI, 1990
- Secretaría de Programación y Presupuesto, Plan Nacional de Desarrollo 1989~94 S P P, 1989
- Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, La Situación de la Salud en los Estados, S S A, 1992
- The World Bank, World Development Report, Oxford, 1993
- グアナファト州行政局提供資料

第2編 衛生行政

2-1 中央衛生行政と保健医療計画

2-1-1 中央衛生行政機構

2-1-1-1 国家保健システム

メキシコの保健医療サービスは、公的セクターと民間セクターを通して行われている。メキシコの公的保健医療システムは国家保健システムと呼ばれ、以下の組織がその構成機関である。保健省 (Secretaria de Salud, S S A) は、国家保健システムのコーディネーターであり、保健医療行政の総括官庁であると同時に、社会保険にカバーされない国民 (poblacion abierta) に保健医療サービスを提供する機関でもある。保健省は、保健医療行政を総括するが、各組織の運営は、個々の組織に任されている。

国家保健システムの構成組織

(1) 保険非加入者を対象とした機関

保健省 (Secretaria de Salud, S S A)

統合的家族開発の国家システム (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, D I F)

連邦区保健部 (Departamento del Distrito Federal, D D F)

メキシコ社会保険庁連帯 (後述のメキシコ社会保険庁の一部、I M S S - Solidalidad)

(2) 社会保険加入者を対象とした機関

メキシコ社会保険庁 (Instituto Mexicano del Seguro Social, I M S S)

国家公務員共済庁 (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, I S S S T E)

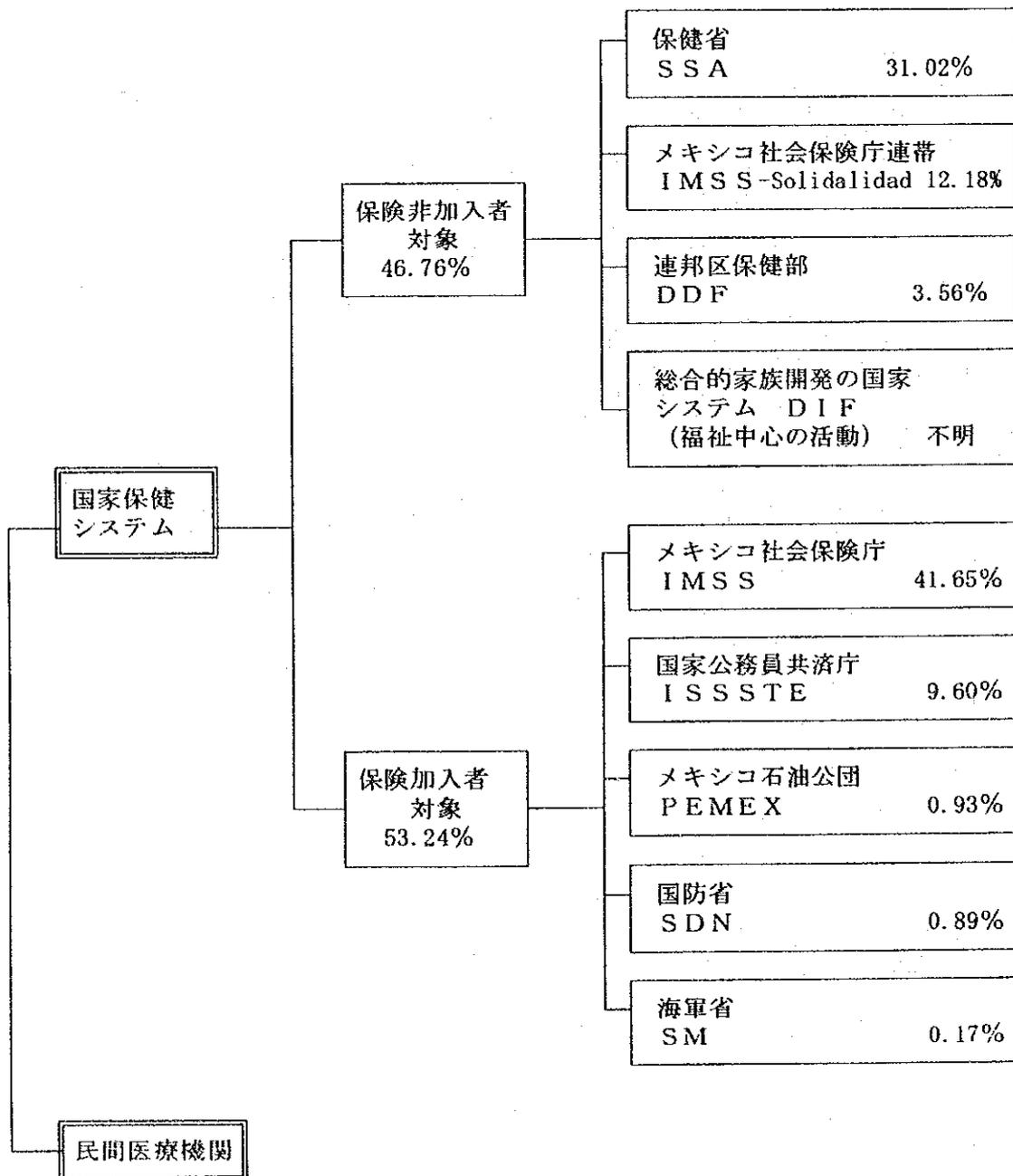
メキシコ石油公団 (Petroleos Mexicanos, P E M E X)

国防省 (Secretaria de la Defensa Nacional, S D N)

海軍省 (Secretaria de Marina, S M)

メキシコにおける保健医療サービスの構造と各機関の対象人口 (%) を図 2-1 に示す。

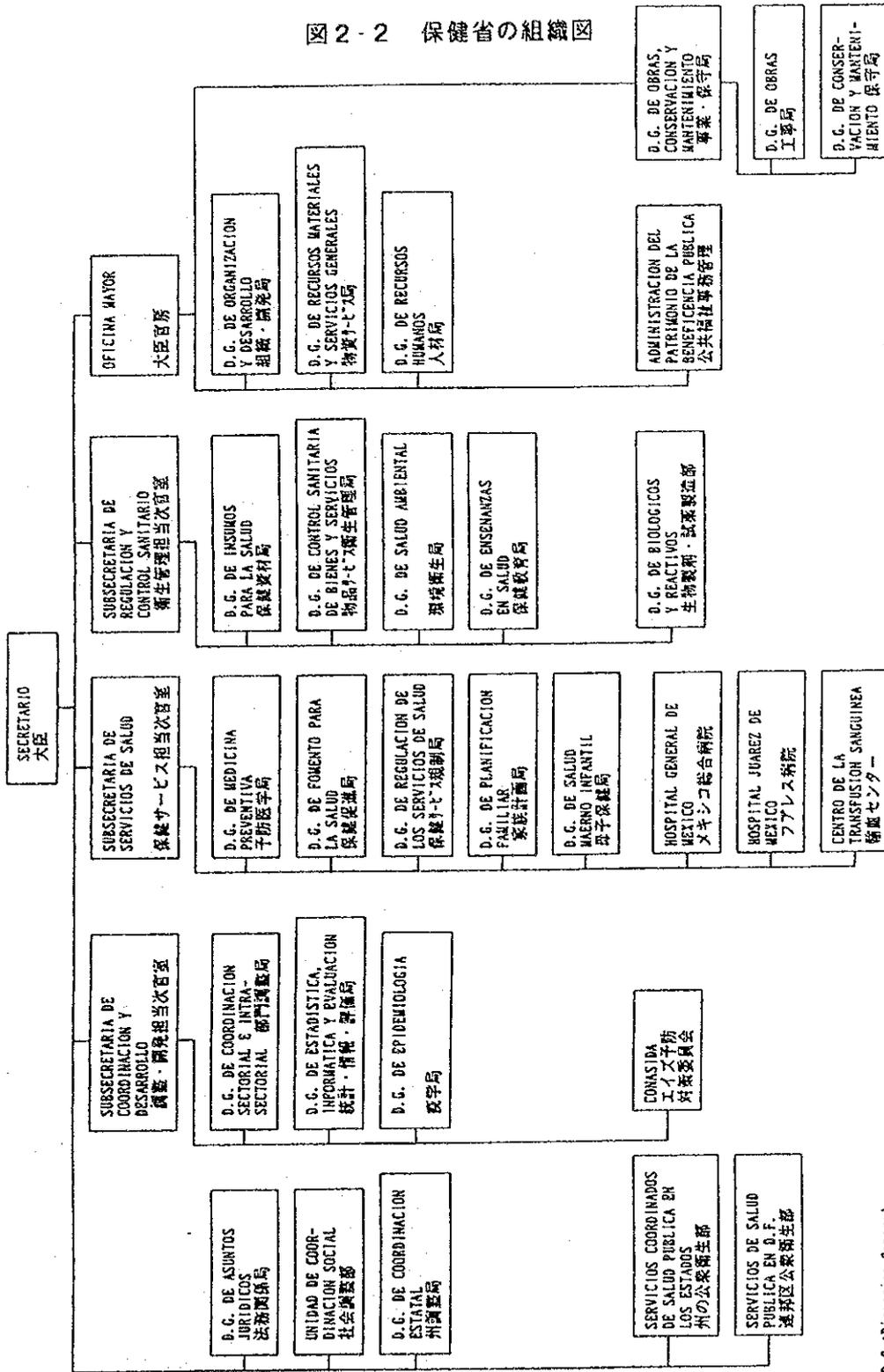
図 2-1 メキシコの保健医療サービスの構造と各機関の対象人口 (%)



(Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística No.12, 1992 p. 5, 11より作成)

保健省の組織図を図2-2に示す。

図2-2 保健省の組織図



保健省組織図 1983年11月現在

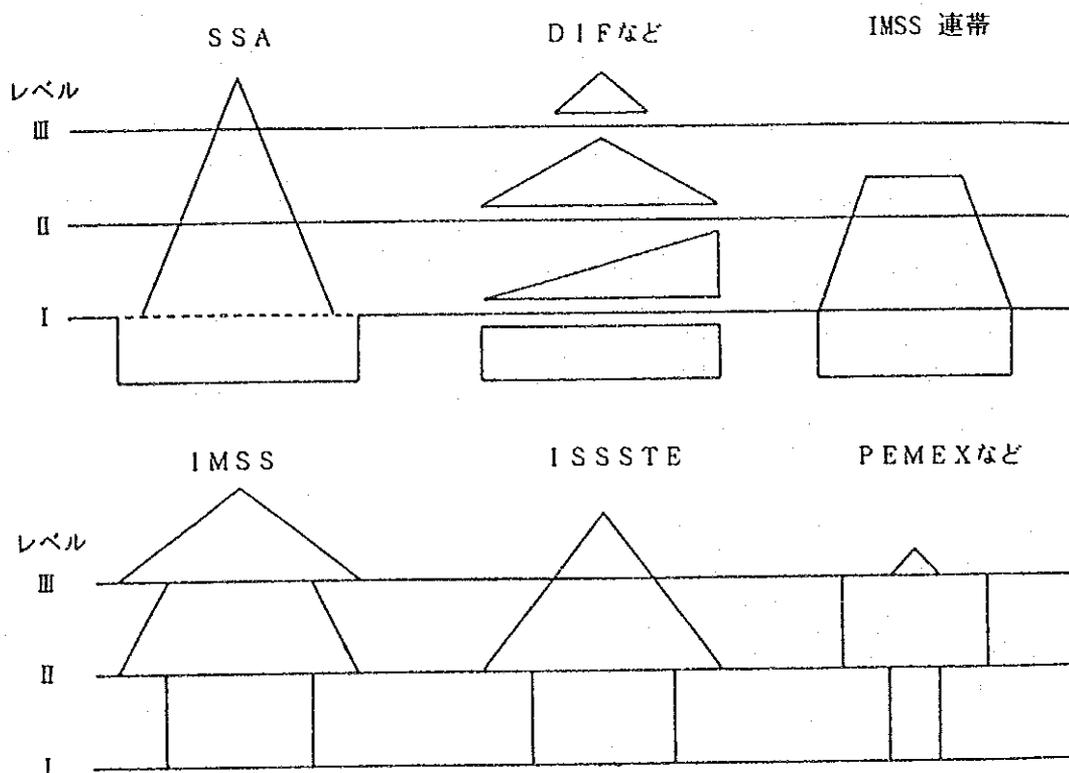
出所：保健省提供資料

D. G.: Dirección General

2-1-1-2 リファール・システム

複数の医療機関が1～3次レベルの医療をそれぞれ供給しており、しばしば重複が起こり、医療資源が有効に利用されていないとの批判もある。リファールは、原則として各保健医療機関内で1次レベルから2次、3次レベルになされることにはなっているが、地理的事情等の理由で医療施設を選ぶことが多く、あまり機能していない。

図2-3 国家保健システムの機関別・レベル別サービス体系



出所：国際協力事業団 「メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト事前調査報告書」
1991, p. 126

2-1-2 国家保健計画

2-1-2-1 国家保健計画

現行の国家保健計画（1990～94年）は、現行の国家開発計画に基づいて作成された。1994年12月に新大統領が就任することにより、また新たな国家開発政策、国家保健計画が作成されることになるが、1994年時点のものを記述する。国家保健計画には、国家保健システムの医療機関（保険非加入者を対象とした機関と社会保険加入者を対象とした機関）および民間の医療機関が参加するものとしている。具体的数値目標は示さず、「向上させる」、「推進する」などの表現が多い。重点事項としては、医療サービスを受けられる地域の拡大、疫学的監視の強化、保健情報システムの強化、地方保健システムの拡充が挙げられている。構成は、以下のようになっている。

第1部 メキシコの保健の状況診断

- (1) 人口学的変遷
- (2) 死亡率と有病率
- (3) 保健を左右するファクター
- (4) 変遷と主要な問題

第2部 基本目標、政策および戦略

(1) 全般目標

社会福祉条件の向上へ向けて全てのメキシコ人に適切、効率的、公平かつ人道的なサービスを提供する。その効果的方法として、コミュニティ、3つのレベルの政府（連邦、州、市町村）が協力して必要なリソースを確保する。

(2) 政策

- 1) 保健文化の推進—疾病を予防するだけでなく、住民の健全な生活を育成する。そのため、学校や職場等で保健に関するキャンペーンを実施し、住民に対する教育活動を推進する。
- 2) 全ての人々が公平に保健医療サービスを受けられるようにし、サービスの質を高める。
- 3) 疾病および事故の予防とコントロール
- 4) 環境保護と基本的衛生の向上
- 5) 人口増加の調整への貢献
- 6) 社会福祉の推進

(3) 戦略

1) 国家保健システムの機能的な調整

国家保健システムの各機関間の活動を密に計画し、活動の重複を避け、資源の効率的な利用を図る。

- 2) 保健医療のローカル・システムの強化
ローカル・サービスを強化し、国中に拡大する。
- 3) 保健サービスの地方分権化
- 4) 事務管理 (administration) の近代化と簡素化
- 5) セクター間の調整
- 6) 地域参加

第3部 行動プログラム

- (1) 健康文化の推進
 - 1) 健康教育プログラム
 - 2) 栄養と健康のプログラム
 - 3) (アルコール、タバコ、麻薬などへの) 依存症対策プログラム
- (2) 全ての人々に平等で質の高い保健サービスを提供
 - 1) 医療プログラム
 - 2) 母子保健プログラム
 - 3) 学校保健推進プログラム
 - 4) リハビリテーション・プログラム
 - 5) 歯科衛生プログラム
 - 6) サービス地域拡大プログラム
- (3) 疾病および事故の予防対策
 - 1) 感染症および動物媒介症の予防対策プログラム
 - 予防接種
 - 結核対策
 - ハンセン病対策
 - 急性呼吸器感染症対策
 - 下痢症の予防対策
 - 性行為感染症の予防対策
 - エイズ予防対策
 - マラリア予防対策
 - デング熱対策
 - オンコセルカ症対策
 - シャーガス病対策
 - リーシュマニア症対策
 - 狂犬病対策
 - ブルセラ症対策
 - サソリの被害対策
 - 2) 成人病対策プログラム
 - 3) 事故の予防プログラム
- (4) 災害時の保健ケアプログラム
- (5) 精神保健プログラム

- (6) 環境保健および衛生管理プログラム
 - 1) 環境リスクの予防および衛生管理
 - 2) 基本衛生
 - 3) 労働保健
 - 4) 物品およびサービスの衛生管理
- (7) 人口増加の調整プログラム
 - 1) 家族計画
- (8) 社会福祉の推進プログラム

第4部 サポート・プログラム

- (1) 財政プログラム
- (2) 人材育成および開発プログラム
- (3) 保健研究プログラム
- (4) 衛生材料プログラム
- (5) 保守、維持プログラム
- (6) 情報および評価プログラム

第5部 戦略的プロジェクト

- (1) ユニバーサル予防接種
- (2) 食品の衛生管理
- (3) 事務処理の簡素化
- (4) 国立の保健医療研究機関と専門病院の構外活動
- (5) 郡衛生局の開発
- (6) 保健インフラの整備と開発
- (7) 生物製剤および試薬の生産
- (8) 国立および州立の輸血センター
- (9) 国家臓器移植プログラム

第6部 組織編成上の留意点

政府の義務、保健省の調整機能、他の保健医療機関、社会福祉機関等との協力について触れている。

2-1-2-2 国家人口計画

国家開発計画の中で「人口の増加、移動、分布は国家開発の上で根本的な問題である」とし、国家保健計画とは別に、国家人口計画（現行のものは1989～94年）が国家人口審議会によって作成されている。以下の2つが主な施策である。

- (1) 人口教育、家族計画の推進によって出生率を抑え、人口増加を緩やかなものにする。
- (2) 首都圏への人口集中を抑制し、開発の可能性のある地域への人口の流れを促す。

2-1-3 国家保健予算

1980～91年の大蔵省会計報告および1992年の第4次大統領教書に発表された保健医療セクターが国内総生産および公共セクター予算に占める割合を表2-1に示す。UNICEFの「世界子供白書」によると政府支出中の保健セクターの占める割合は、2% (1986～91)であるが、これは、保健省の予算のみを示しているようだ。メキシコでは保健省の他に社会保険庁等の機関も政府予算を受けて保健医療活動を行っているため、この違いが生じてくるものと思われる。1992年度の歳出の内訳を見ると、保健省1.6%、社会保険庁 (IMSS) 9.5%、国家公務員共済庁 (ISSSTE) 2.6%であった。ただし、IMSSおよびISSSTEは雇用保険、年金支給等の活動も行っているため、これらの機関の予算全てが保健予算ではない。

表2-1 保健セクターの予算の国内総生産および公共セクター予算に占める割合
1980～92年

	国内総生産に占める割合 (%)	公共部門予算に占める 割合 (%)
1980	3.4	13.2
1981	3.4	14.8
1982	3.6	13.5
1983	2.8	12.6
1984	2.5	11.4
1985	2.5	12.4
1986	2.5	13.8
1987	2.3	13.3
1988	2.2	14.6
1989	2.5	17.2
1990	2.7	18.4
1991	2.7	15.6
1992	2.8	16.2

出所：Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística, No. 12,
Vol. 1, 1992, p. 26

保健分野の支出の推移を表2-2に示す。表では便宜上(1)を保険非加入者対象、(2)を社会保険系と表記するが、(2)社会保険にカバーされる人口を対象とした機関の方が(1)社会保険にカバーされない人口を対象とした機関よりも多くの支出をしており、その差は年を追うごとに広がっていることがわかる。

表2-2 プログラム、医療機関タイプ別支出 1987~92年

(単位：百万ドル)

医療機関のタイプ	合計	予 防	治 療	福利厚生	その他
1987 合計	4,406.9	199.5	2,523.7	97.7	1,586.1
保険非加入者対象	876.4	121.3	384.6	11.3	359.1
社会保険系	3,530.6	76.7	2,135.2	2.4	1,316.3
1988 合計	3,511.0	163.9	2,276.0	135.0	936.1
保険非加入者対象	785.6	51.3	384.6	7.0	342.7
社会保険系	2,637.6	110.5	1,887.0	76.0	564.2
1989 合計	4,184.1	221.4	2,938.7	64.8	959.2
保険非加入者対象	939.3	93.2	463.0	64.8	318.2
社会保険系	3,151.2	124.7	2,468.2	-	558.3
1990 合計	5,892.7	288.3	3,623.6	265.6	1,715.2
保険非加入者対象	1,122.6	123.2	551.8	12.4	435.1
社会保険系	4,615.6	165.1	3,071.8	138.7	1,240.1
1991 合計	7,546.3	343.4	4,441.3	414.8	2,152.9
保険非加入者対象	1,408.4	152.8	665.2	12.3	578.0
社会保険系	5,957.2	190.5	3,746.1	281.6	1,515.1
1992 合計	9,255.1	435.4	5,443.0	495.4	2,622.3
保険非加入者対象	1,748.7	189.8	831.1	13.2	714.7
社会保険系	7,294.4	245.6	4,611.9	343.8	1,834.0

出所：Sistema Nacioanal de Salud, Boletin de Inforamcion Estadistica No.12,
Vol.1, 1992, p.25

2-2 地方衛生行政と保健医療計画

2-2-1 地方衛生行政機構

保健行政には、連邦（国）レベル、州レベル、ローカル・レベルの3段階がある。メキシコでは1985年から国家行政の分権政策が実施されており、保健医療分野においても分権化の政策がとられている。分権化は保健省の調整のもとで国家保健システムをより合理的かつ平等に強化するのに役立つものであると言われている。現在地方分権化されている州は全国32州のうち14州あり、それらは以下の通りである。

アグアスカリエンテス、バハ・カリフォルニア・スル、コリマ
グアナフアト、グレロ、ハリスコ、メキシコ、モレロス、ヌエボ・レオン
ケレタロ、キンタナ・ロー、ソノーラ、タバスコ、トラスカラ

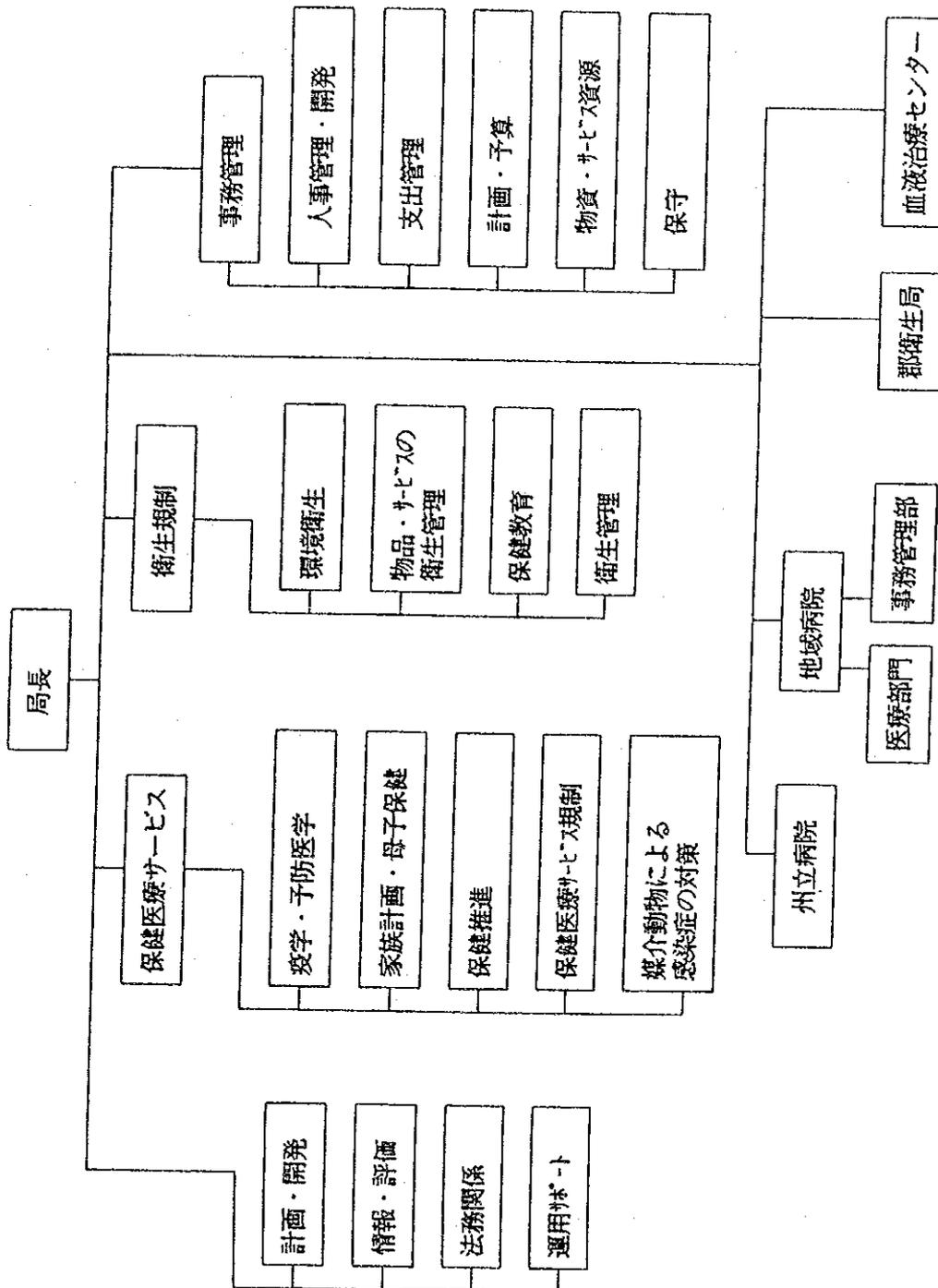
地方分権州(estados descentralizados)でない州は分散州(estados desconcentrados)と呼ばれる。地方分権州では、その州の保健局（Servicio Estatal de Salud）が、社会保険によってカバーされない人口への保健医療サービスのため運用されている施設、人材など全リソースについて責任を持つ。分散州では、中央保健省の管轄下の公衆衛生調整局（Servicios Coordinados de Salud Publica）が管轄する保健医療施設の他、社会保険庁連帯(IMSS Solidaridad)の医療施設が、社会保険によってカバーされない人口への保健医療サービスを提供する。どちらの場合も保健予算は中央政府と州政府が分担し、その割合は、州の財政事情によって異なる。

ローカル・レベルでは、郡の衛生局が州の保健局、または公衆衛生調整局の指導の下、担当地域の事務・人事管理、一次レベルの医療施設（保健所など）および一部の二次レベルの病院を管轄する。一般には二次レベルの病院は、州が管轄する。郡は複数の市町村から成っており、1つの郡衛生局がカバーするのは、面積にして2,000から5万6,000km²、人口にして10万から100万以上と、まちまちである。各医療施設は市町村政府からも資金面・人事面での援助・指導を受ける。

図2-4にベラクルス州公衆衛生調整局の組織図を示す。ベラクルスは分散州で、以前は保健省の管轄下にある公衆衛生局と州知事の管轄下にある保健部がそれぞれ州の保健行政を担当していたが、現在は統合され、一人の衛生局長の下で保健行政が行われている。

図2-4 ベラクルス州公衆衛生調整局の組織図

(1994年9月現在)



出所：ベラクルス州公衆衛生調整局提供資料

2-2-2 地方保健計画

国家開発計画に基づき中央保健省が国家保健計画を作成し、州保健局はその範囲のなかで各州の特徴を配慮し、州の保健計画を作成、実施する。中央、州、ローカル・レベルの代表会議が必要に応じて開かれ、連絡、指導、調整が行われる。モニタリング、評価は、全国共通のフォーマットを用いて、人口、環境、死亡・疾病に関して行う。例として、ベラクルス州の保健医療計画を以下に示す。

ベラクルス州は、面積が5番目に広い州であり、気候的には熱帯、亜熱帯に属する地域が多く、領土の98%がマラリアの感染地域である。1992年に報告された全疾病例の39.0%が感染症であり、感染症対策が重視される州である。農村人口が43.8%と、全国平均の28.7%(1991年国勢調査)よりも高く、先住民の居住する地域も点在している。この州の保健計画の特徴は、以下の5点である。

- (1) 予防の重視
- (2) 低コストの適正技術の使用
- (3) 教育の重視
- (4) 積極的な地域参加
- (5) 伝統医療の統合

サブ・プログラムとして、以下の8項目を重要事項に挙げている。

- (1) 母子保健
- (2) 家族計画
- (3) 予防接種によって予防可能な疾病のコントロール
- (4) 栄養と健康
- (5) 感染症のコントロール
- (6) 疾病の早期発見
- (7) 保健教育
- (8) 医科および歯科診療

戦略として、以下の7点を挙げている。

- (1) セクター間の調整
- (2) 運営の地域化
- (3) 領域拡大戦略の地域の強化
- (4) 既存の保健インフラの強化
- (5) 地域参加
- (6) 伝統医療の統合
- (7) 先住民言語による保健サービスの普及と推進

数種類の先住民言語による症状・治療方法などの説明の仕方についての本を作成利用している。

2-2-3 地方保健予算

州の保健局（地方分権州）または公衆衛生局（分散州）の予算は連邦政府と州政府が分担している。市町村レベルでは、州の保健局または公衆衛生局から郡衛生局を通じて指導、物資を受けながら、市町村政府からの予算も受ける。表2-3に州別の予算と連邦、州の負担割合を示す。分権州の方が連邦の負担割合が少ないとは限らない。

表2-3 1992年度予算（実績）と連邦、州の負担割合

	合計額 (千新ペソ)	連邦 (%)	州 (%)
国全体	906,098.4	48.8	51.2
連邦区	326,363.7	100.0	0.0
アグアスカリエンテス *	11,068.1	52.4	47.6
バッハ・カリフォルニア	10,749.7	87.4	12.6
バッハ・カリフォルニア南 *	2,968.6	77.6	22.4
カンペチェ	584.7	51.0	49.0
コアウイラ	279,840.0	1.3	98.7
コリマ *	4,599.9	9.3	90.7
チアパス	6,332.3	53.8	46.2
チウワウア	6,510.6	50.2	49.8
ドゥランゴ	2,162.0	85.8	14.2
グアナフアト *	30,337.0	10.7	89.3
ゲレロ *	3,190.6	50.2	49.8
イダルゴ	4,051.7	1.9	98.1
ハリスコ *	23,274.2	17.9	82.1
メキシコ *	66,899.8	28.3	71.7
ミチョアカン	28,732.6	1.2	98.8
モレロス *	2,777.2	27.4	72.6
ナヤリ	467.2	100.0	0.0
ヌエボ・レオン *	8,641.5	6.5	93.5
オアハカ	24,499.8	91.0	9.0
プエブラ	8,558.0	88.4	11.6
ケレタロ *	2,264.0	43.4	56.6
キンタナ・ロー *	1,923.6	16.1	83.9
サン・ルイス・ポトシ	1,727.4	47.3	52.7
シナロア	12,745.4	60.6	39.4
ソノラ *	7,009.0	8.0	92.0
タバスコ *	4,610.8	11.6	88.4
タマウリパス	6,763.1	90.0	10.0
トラスカラ *	264.2	100.0	0.0
ベラクルス	8,837.5	45.5	54.5
ユカタン	8,852.1	49.7	50.3
サカテカス	1,492.1	53.2	46.8

* 印は地方分権州

出所：保健省 統計情報評価局提供資料

第2編 参考資料一覧

- ・国際協力事業団 「国別協力情報ファイル メキシコ」 国際協力事業団 1994
- ・国際協力事業団 「メキシコ家族計画母子保健プロジェクト事前調査報告書」 国際協力事業団 1991
- ・メキシコ経済社 「メキシコ経済年鑑」 1992年版 メキシコ経済社 1993
- ・UNICEF 「世界子供白書」 UNICEF 1995
- ・Consejo Nacional de Poblacion, Programa Nacional de Poblacion 1990~94, CONAPO, 1990
- ・Secretaria de Salud, Direccion General de Estadistica, Informatica y Evaluacion, "La Situacion de la Salud en los Estados 1992" 発行年不明
- ・Secretaria de Salud, Programa Nacional de Salud 1989~94, S S A, 1989
- ・The World Bank, World Development Report, Oxford, 1993
- ・保健省統計情報評価局提供資料
- ・ベラクルス州公衆衛生調整局提供資料

第3編 保健・医療事情

3-1 指標

メキシコの主な保健指標を世界の中で見てみると、表3-1のようになる。全般に、開発途上国の平均と先進工業国の平均の間にあることがわかる。他国との比較のためユニセフの発表している指標を示したが、後で示す保健省などの機関の発表しているものとは異なっている場合がある。これは、登録されない出生・死亡の問題があり、実際に登録された出生・死亡数に基づいて推定されるため、発表する機関によって同じ指標が異なってくることによる。

全体的な傾向としては、どの指標においても、この30年間で国民の健康状況はめざましく向上しており、特に乳児死亡率、5歳未満児死亡率は大きく改善している。

表3-1 世界の中で見たメキシコの主な保健指標

	粗出生率		粗死亡率		乳児死亡率		5歳未満児死亡率		妊産婦死亡率	出生時平均余命		合計特殊出生率
	人口1000対		人口1000対		出生1000対		出生1000対		出生10万対	(年)		1993
	1960	1993	1960	1993	1960	1993	1960	1993	1980~92	1960	1993	1993
メキシコ	45	28	13	5	98	27	141	32	110	57	70	3.1
グアテマラ	49	38	19	8	137	53	205	73	200	46	65	5.3
コスタリカ	47	26	10	4	80	14	112	16	36	62	76	3.1
ベネゼエラ	45	26	10	5	53	20	70	24	-	60	70	3.1
アルゼンチン	24	20	9	9	57	24	68	27	140	65	71	2.8
米国	23	16	9	9	26	9	30	10	8	70	76	2.1
日本	18	11	8	8	31	5	40	6	11	68	79	1.7
後発開発途上国	48	44	25	15	171	111	286	173	-	39	50	5.9
開発途上国	42	29	20	9	137	69	217	102	-	46	62	3.6
先進工業国	21	13	9	10	36	9	45	10	15	69	76	1.8
フィンランドと カリブ海諸国	42	26	13	7	105	38	157	48	-	56	68	3.0

出所：ユニセフ 「世界子供白書」 1995年 p.66, 67, 74, 75, 78, 79, 84, 85

3-1-1 粗出生率・粗死亡率

出生、死亡の登録もれの問題があるため、単純に他の国のデータと比較することはできないが、少産少死への傾向がみられる。

出生率は1960年、1993年とも開発途上国のほぼ平均値である。政府が家族計画推進を打ち出した1970年代以降低下傾向にある。

粗死亡率は30年間で36%に減少した。

表3-2 粗死亡率と粗出生率の推移

年	粗死亡率 (%)	粗出生率 (%)
1960	45.0	11.5
1970	43.1	10.1
1980	34.4	7.5
1985	34.1	5.3
1990	28.7	5.4

出所：INEGI, Estadísticas Historicas, 1992, p.188

3-1-2 乳児死亡率・5歳未満児死亡率

メキシコの乳児死亡率・5歳未満児死亡率は開発途上国の平均よりかなり低いですが、先進国の平均、コスタ・リカと比べるとまだ2倍くらい高い。

保健省、国家人口審議会が発表した乳児死亡率および保健省が発表した5歳未満児死亡率を表3-3に示す。保健省のレポートによると、1990年度の保健省と国家人口審議会の発表した乳児死亡率には30%程度の差があるが、これは、後者がその年の登録もれを約30%と推定したことによるものと思われると書かれている。

乳児死亡率は地理的及び社会経済的条件によって異なってくる。全国サーベイでは1980年代初めまで農村部での乳児の死亡可能性は首都圏の2.8倍であった。1989～91年で、乳児死亡率は農村部の44（対1,000登録出生）に対して人口2,500人以上の都市部では31.6であった（CONAPO, Informe sobre la Situación Demografica de Mexico, 1994, p. 10）。

表3-3 乳児死亡率・5歳未満児死亡率の年次推移

	乳児死亡率 *		5歳未満児 死亡率 ** 保健省の推定
	保健省の 推定	国家人口審 議会の推定	
1960		90.3	
1970		75.2	
1980	39.9	50.9	43.3
1981	35.7		38.6
1982	34.4		37.0
1983	30.9		33.5
1984	30.6		33.1
1985	26.1	43.2	28.7
1986	24.4		26.7
1987	23.0		25.3
1988	23.6		25.7
1989	25.7		28.0
1990	23.9	35.8	26.3
1991	20.7		22.3
1992	18.8		20.1
1993		33.7	
1994		33.0	

* 対1,000登録出生

**対1,000・5歳未満児人口

出所：Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, 1994, p.158CONAPO, Informe Nacional sobre Poblacion en Mexico, 1994, p.9

3-1-3 妊産婦死亡率

メキシコの妊産婦死亡率は開発途上国の平均よりはかなり低い、先進工業国の平均（UNICEF 1993年のデータでは出生10万対で15）と比べると、まだ7倍くらい高く（UNICEF 1993年のデータでは出生10万対で110）、最も先進国との差が目立つ指標である。傾向としては、妊婦ケアの推進により、妊産婦死亡率は低下してきている。

保健省が発表しているデータはUNICEF発表のデータとかなり開きがある。理由としては、前述の出生・死亡の登録もれの推定の仕方の違いが考えられる。

表3-4：妊産婦死亡率の推移（対10万登録出生）

年	妊産婦死亡率
1980	95
1981	87
1982	90
1983	82
1984	83
1985	64
1986	65
1987	55
1988	54
1989	58
1990	54
1991	51
1992	50

出所：保健省他、Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, 1994, p. 158 & 162,

3-1-4 平均余命

平均余命は、1992年時点で70歳であり、先進工業国の平均76歳に近づいている。

表3-5 出生時の平均余命の推移

年	出生時の平均余命
1960	57.5
1970	61.2
1985	66.7
1990	70.8
1993	71.5

出所：CONAPO, Informe Nacional sobre Poblacion en Mexico, 1994, p.9

表3-6 州別・男女別乳児死亡率、州別5歳未満児死亡率および妊産婦死亡率

	乳児死亡率 *			5歳未満児 死亡率 **	妊婦死亡 率 ***
	全体	男	女		
国全体	18.8	21.0	16.4	20.1	50
連邦区	21.4	23.9	18.8	22.0	51
アグアスカリエンテス	21.3	24.7	17.8	22.4	32
バハ・カリフォルニア	21.3	24.0	18.4	22.3	15
バハ・カリフォルニア南	16.1	16.9	16.3	17.5	21
カンペチェ	17.6	18.9	16.0	18.6	55
チアパス	13.0	14.9	11.2	14.2	63
チウアウア	19.9	22.8	16.8	19.8	37
コアウイラ	13.7	15.0	12.0	16.0	13
コリマ	18.3	19.7	16.5	21.0	24
ドゥランゴ	5.4	6.2	4.4	5.9	17
グアナフアト	2.4	30.3	22.3	27.8	59
ゲレロ	4.2	4.7	3.7	5.4	45
イダルゴ	21.5	25.6	17.5	23.1	74
ハリスコ	19.0	21.3	16.5	20.2	33
メキシコ	27.2	30.6	23.6	28.5	54
ミチョアカン	13.7	15.9	11.4	14.7	52
モレロス	17.4	19.2	15.4	18.6	61
ナヤリ	7.9	8.9	6.8	8.9	30
ヌエボ・レオン	15.4	16.9	13.8	16.0	14
オアハカ	16.6	17.8	15.3	19.8	96
プエブラ	31.9	35.4	28.4	34.5	78
ケレタロ	24.5	28.2	20.4	26.1	55
キンタナ・ロー	21.3	23.5	19.0	22.6	68
サン・ルイス・ポトシ	18.5	21.1	15.7	20.0	79
シナロア	5.4	5.7	5.1	5.9	18
ソノラ	19.6	22.0	17.1	20.5	44
タバスコ	17.6	20.3	14.9	19.2	16
タマウリパス	12.9	14.2	11.2	13.6	12
トラスカラ	34.0	36.3	31.5	35.4	73
ベラクルス	13.1	14.6	11.6	14.4	61
ユカタン	19.7	21.2	16.1	20.8	58
サカテカス	18.8	20.1	17.2	19.9	34

* 対1,000登録出生 ** 対1,000・5歳未満児人口

*** 対10万登録出生

出所：保健省他、Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, 1994, p.162

ゲレロ州はJICAの家族計画・母子保健プロジェクトのモデル・エリアであるが、乳幼児死亡率が全国平均よりもかなり低くなっている。これは実際の死亡が少ないことによるのではなく、広い農村部を抱え、登録もれ、保健データ・システムの不徹底がより深刻であることによるものと考えられる。

3-2 人口

20世紀の間、メキシコ全体の人口は約6倍、すなわち1900年の1,360万人から1993年には8,790万人となった。現在、世界で11番目に人口の多い国であり、アメリカ大陸ではアメリカ合衆国、ブラジルに次いで3番目に人口の多い国である。

政府の人口政策には、1972年に大きな転換があった。すなわち、1936年以来続いてきた人口増加助長的政策傾向から、開発と歩調を合わせて人口増加の幅を抑えるため、家族計画を推進する政策に変わったのである。1974年には国家人口審議会(Consejo Nacional de Poblacion, CONAPO)が国家の人口政策の責任機関として設立され、1977年にはその第1次計画(国家人口計画 1977~82年)が採択され、出生率の低下と地域開発に見合った人口の地理的分布が目指された。その後の1984~88年、現行の1989~94年の国家人口計画でも政策に大きな変更はない。メキシコ政府は、1970年代以来「全ての国民は自由にその責任、裁量をもってその子供の数と出生間隔を決定する権利を持つ」(メキシコ合衆国政治憲法第4条の改正、追加条項)、いわゆるリプロダクティブ・ライトを擁護する立場をとっており、カイロの人口会議の決議内容も支持しており、会議後も政策には変更はない。

3-2-1 人口増加

人口増加率は、1970年にピークに達し3.2%であったが、1974年の政府人口政策の転換を契機に下降線をたどり、1990年には2.0%、1993年には1.8%であった。

合計特殊出生率(女性一人が生涯に産む子供の数)も、1960年代終わりに6.8であったものが、1980年に4.7、1990年に3.4、1994年には3.0と下降した。その理由としては、避妊手段の普及が挙げられる。しかし、この出生率の低下は全ての女性に同一ではなく、居住地域が都市部か農村部かどうか、教育レベルによって差がある。1987年に実施された全国出生率・保健調査では、合計特殊出生率は人口2,500人以上の都市部で約3人だったのに対し、人口2,500人未満の農村部では、約6人であった。1991年の調査では、両地域の差は2人程度まで縮まった。

表3-7 メキシコの人口推移と人口増加率・合計特殊出生率

年	人口 (百万人)	人口増加率 (%)	合計特殊出生率
1950	25.8	2.7	6.1
1955			6.5
1960	34.9	3.1	6.8
1965			6.8
1970	48.2	3.2	6.8
1975			5.9
1980	66.8	2.5	4.7
1985			3.9
1990	81.2	2.0	3.4
1993	87.9	1.8	3.1
1994			3.0
2000	98.9		

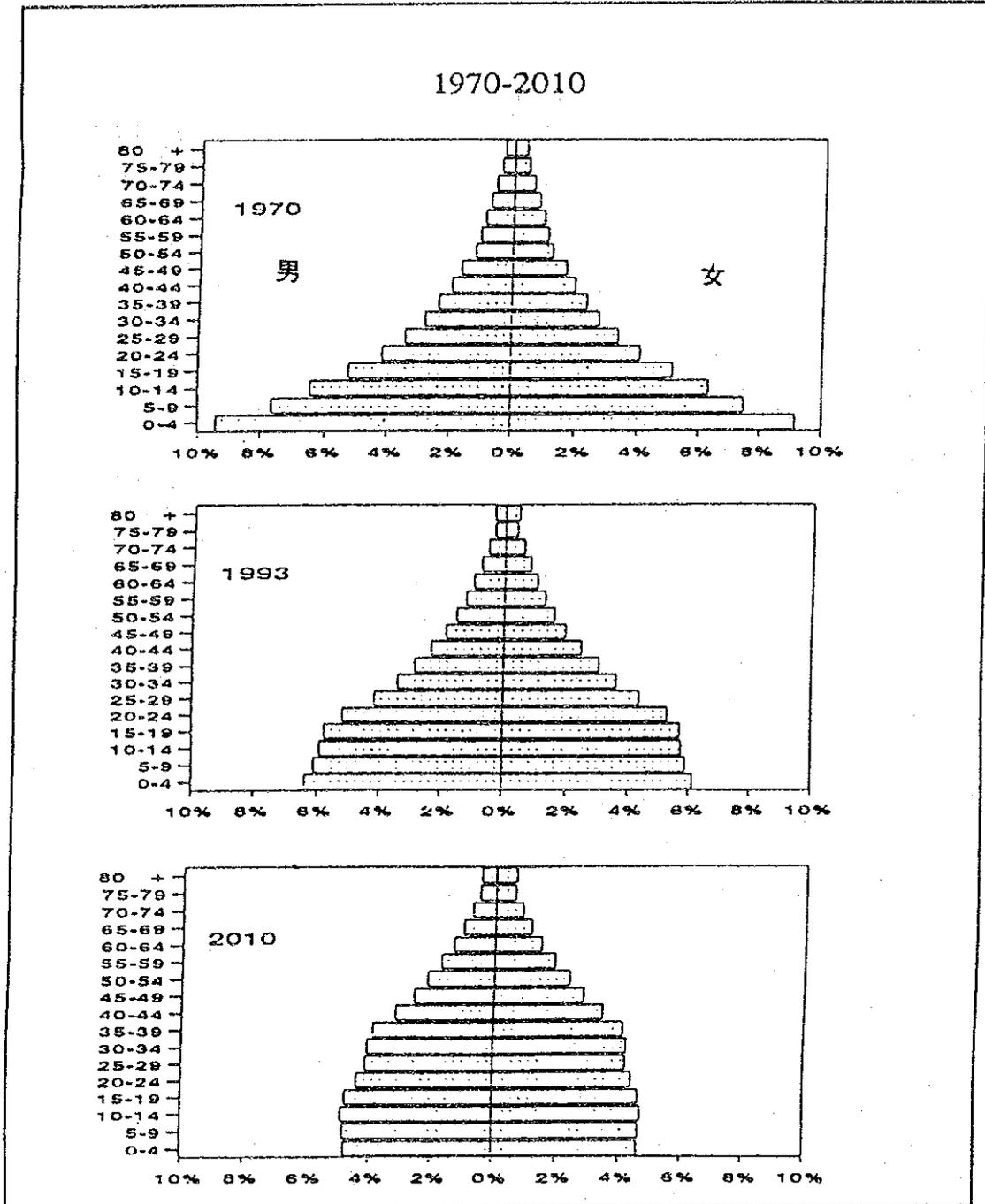
出所：CONAPO, National Report on Population, 1994, p. 12

CONAPO, Informe sobre la Situacion Demografica de Mexico, 1994, pp. 3, 4

3-2-2 人口構成

1940年代から1970年代にかけては高い出生率と死亡率の減少の結果、若い人口が多くなった。1970年には人口の年齢中央値はほぼ17歳であり、15歳未満の人口が46.2%、15歳から64歳の人口が50.1%、65歳以上は3.7%であった。1993年には年齢中央値は21.2、15歳未満の人口が36.1%、15歳から64歳が59.7%、65歳以上は4.2%と人口の加齢傾向が見られる。

図3-1 人口の構成 1970～2010年



出所：CONAPO, Informe sobre la Situación Demografica de Mexico, 1994, p.16

3-2-3 都市人口の比率

メキシコの人口調査においては「都市人口」は人口2,500人以上の集落(localidad)に居住する人口と定義されており、UNICEFの「世界子供白書」やUNFPAの「人口白書」でもメキシコについてはこの定義を用いている。これに従うと、都市人口の比率の推移は以下ようになる。1992年の都市人口の比率は74%で、ラテン・アメリカ諸国の平均が同年73%であるから、ほぼ平均に近いことになる。

表3-8 都市人口の比率の推移

年	1970	1990	1991	1992
%	58.6	71.3	72 *	74**

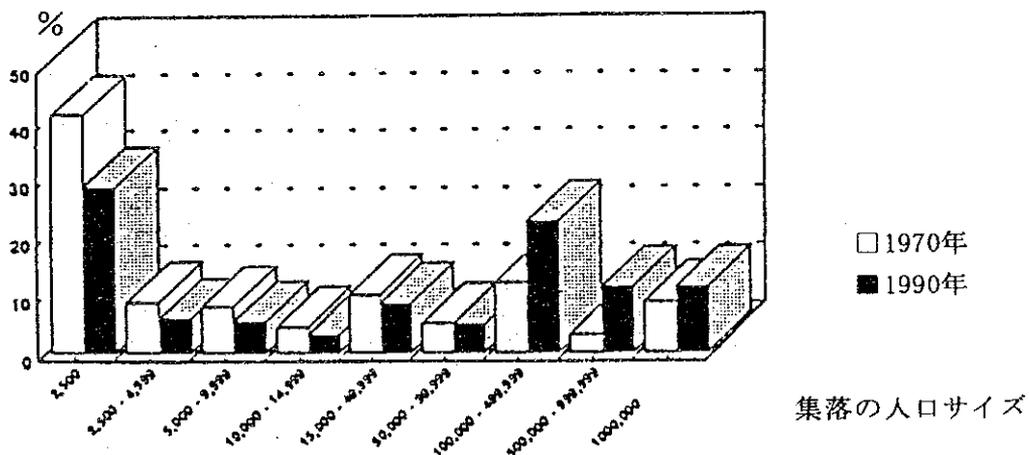
出所：CONAPO, Informe sobre la Situacion Demografica de Mexico, 1994, pp. 11

* UNICEF 「世界子供白書」 1993、** UNFPA 「世界人口白書」 1994

人口の分け方に関しては別の分け方もあり、国家人口審議会の用いる定義では、人口1万5,000人以上の集落に居住する人口を都市人口とし、それ以外を居住する集落の人口のサイズによって3つに分けている。すなわち、人口5,000人未満を農村(rural)、人口5,000人以上1万人未満を半農村(mixta rural)、人口1万人以上1万5,000未満を半都市(mixta urbana)としている。この定義に従うと、都市人口の比率は1970年に38%、1990年に57%になる。また、実際の人口統計では、さらに細かく分けられている。

集落の人口サイズ別人口の分布を図3-2に示す(1970年および1990年国勢調査より)。1970~90年の間に人口10万人以上の大都市の人口が増加し、農村人口が減少しているのがわかる。

図3-2 集落のサイズ別人口分布 1970年および90年



出所：CONAPO, Informe sobre la Situacion Demografica de Mexico, 1994, p. 16

3-2-4 人口移動

(1) 国内の人口移動

1940年代からの工業化と商業作物農業の推進政策により、農村部から都市部への移動が促進され、人口の流れは特に中部のメキシコ市、グアダハラ、モンテレイ、プエブラ、北部国境付近のティファナ、フアレス市といった主要都市に向かった。

この傾向は1965-70年にも続き、州別にみると、この期間に人口はミチョアカン、サカテカス、オアハカ、グアナフアト、ゲレロなどの開発の遅れた、農村部の多い州から、メキシコ、連邦区、ヌエボ・レオン、キンタナロー、タマウリパスといった大都市を抱える州に流れた（図3-3）。

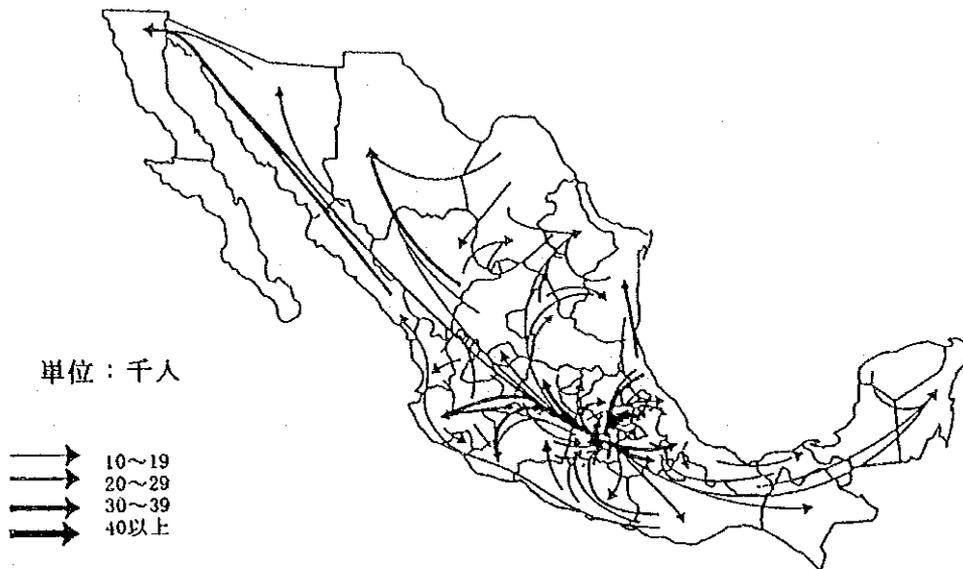
1985年から90年にかけては、変化がみられた。すなわち、連邦区には相変わらず人口が移入したが、ゲレロ、ベラクルス、オアハカ、ドゥランゴなどの州へも人口の流れが向かったのである。これは、一部には中小規模都市への人口の流れによるものと言われている（図3-4）。

図3-3 州を越えた人口移動の主な流れ 1965～70年



出所：CONAPO, Informe sobre la Situacion Demografica de Mexico, 1994, p.14

図3-4 州を越えた人口移動の主な流れ 1985～90年



出所：CONAPO, Informe sobre la Situación Demográfica de México, 1994, p. 15

(2) 国際的人口移動

国際的人口移動の主な流れは2つある。すなわち、伝統的なアメリカ合衆国への移動と、近年重要性を増した中南米からの移動である。

アメリカ合衆国への移動は永住希望者、一時労働者の2種類に分けられ、どちらの場合も不法入国者の占める割合が多いため、正確な数をつかむのは困難である。アメリカの国勢調査に基づいた推定によると、1970年には約80万人、1990年には約440万人のメキシコ生まれの移住者がいたと言われている。

中南米からの移動には、4つのタイプがある。すなわち、一時労働者、第3国への移住希望者、不法移住者、グアテマラからの難民である。一時労働者は主にグアテマラからチアパスなど国境付近の州のコーヒー、バナナ、砂糖きびなどの産地にくる農民である。正確な数は分かっていないが、1992年の推定によると、同伴者を考えず、約7万人であった。第3国への移住希望者は、アメリカ合衆国への移住を希望して許可なく入国してくるグループで、主にグアテマラ、エル・サルバドル、ニカラグア、ホンデュラスからの人々であるが、最近の傾向として、南米、アジア系の人々が増えてきている。グアテマラからの難民は1980年代に暴力から逃れてやってきたインディオが大半で、1984年には4万6,000人に達し、1993年時点でも4万人を超える難民が残っている。

3-3 疾病・死亡

3-3-1 総論

メキシコでは感染症及び栄養失調に関わる疾患が、恵まれない層の人口に大きな影響を及ぼし続け、主要死因、疾患にいまだ現れてくる。全国の疫学的プロフィールでは心疾患、事故、癌が突出しているものの、リスク・ファクターや社会経済的要因と結びついた感染症の存在が特徴的である。

中でも、下痢症と急性呼吸器感染症は主要死因の中に位置し続けている。対策プログラムによってこれらの疾患による死亡は減ってきているが、報告された新しい症例の主要原因を見ると、全年齢層にわたって、急性呼吸器感染症が原因の第1位、下痢症が第2位を占めている。特に、生活条件の悪い過疎地、都市部スラム地域では罹病率が高い（S S A, Atlas de Salud, Informe de Labores 1991-92）。

3-3-1-1 主要死亡原因

1980年以來の主要死亡原因では、心臓病、悪性新生物、糖尿病、脳血管疾患、肝硬変の成人病の増加が目立つ。また、傷害は1980年以來死亡原因の上位3位内に入っている。インフルエンザ・肺炎および腸管感染症による死亡は、1980年以來減ってきているものの、1990年でそれぞれ上位6位、7位に入っている（表3-9）。国家保健システムの保健医療機関における主要死亡原因では、周産期障害、悪性新生物、心臓病が上位になっている（表3-10）。

表 3-9 1980～90年の主要死亡原因による死亡数

年	心臓病	悪性新生物	傷 害	糖尿病	周産期障害	インフルエンザ・気管支・肺炎	腸管感染症	脳血管疾患	肝硬変	他 殺
1980	51,905	26,423	48,059	14,625	26,399	38,318	41,340	15,212	14,883	12,217
1981	51,856	28,031	54,962	15,429	25,480	34,019	36,163	15,636	14,902	12,596
1982	50,072	29,476	52,839	16,775	26,310	28,318	35,271	15,898	16,001	13,323
1983	50,940	30,648	45,890	18,880	23,899	27,246	38,282	16,361	16,609	12,918
1984	51,328	31,885	46,242	19,418	23,398	27,349	33,538	17,177	16,515	12,473
1985	52,174	34,974	45,504	20,918	21,025	26,251	30,786	18,164	17,270	14,961
1986	51,041	36,053	43,814	23,239	19,320	21,475	29,558	17,811	16,098	15,909
1987	52,274	37,362	42,726	24,070	20,451	21,091	29,838	18,257	16,361	15,704
1988	55,857	39,378	41,626	25,092	22,080	19,390	25,644	19,564	17,010	15,204
1989	58,102	40,628	40,154	25,678	23,607	22,506	23,852	20,266	17,114	15,399
1990	59,742	41,168	39,400	25,782	23,063	22,205	22,196	19,760	17,902	14,497

出所：SSA, Atlas de Salud, 1992, p. AE3

表3-10 国家保健システムの保健医療機関における主要死亡原因 1992年

	原因	死亡数	%
1	周産期障害	7,702	11.0
2	悪性新生物	7,480	10.6
3	心臓病	7,005	10.0
4	糖尿病	6,545	9.3
5	脳血管疾患	5,206	7.2
6	肝硬変・他の慢性肝疾患	3,513	5.0
7	事故	2,928	4.2
8	肺炎・インフルエンザ	2,587	3.7
9	腎炎・ネフローゼ	2,420	3.4
10	先天異常	2,336	3.3
	死亡総数	70,262	100.0

出所：Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística No.12, Vol.2
p.174

〔死亡データの信憑性について〕

1992年には年間全国で409,814人の死亡が報告され、うち、死亡の際医療ケアを受けた割合は73.6%であった。死亡した場所別では、医療施設が39.6%(162,140人)、家庭が42.9%(175,890人)、その他が10.2%(41,737人)、不明が7.3%(30,047人)であった(S S A, Mortalidad 1992, p.312)。死亡を証明した人の割合は以下のものであった。(S S A, Mortalidad 1992, p.27)

治療した医師	法医学者	その他の医師	医師以外	不明
35.6%	13.3%	45.9%	2.6%	2.6%

報告された死亡のうち、国家保健システムの保健医療機関の施設での死亡は70,262人であった。その他の死亡(339,552人)は民間の保健医療施設(91,878人)、または病院外で起こったことになる。登録されない死亡の問題もある。

年齢層別の主要死亡原因(1992年)は、乳児では周産期障害、肺炎・インフルエンザ、先天異常、腸管感染症が上位を占め、1～4歳児では、事故、腸管感染症、肺炎・インフルエンザが上位を占めている。5～14歳の学童年齢では死亡数は少なく、原因の1位は事故である。15～64歳の生産年齢では、事故および成人病による死亡が多くなっている。65歳以上では、上位4位までは心疾患、悪性腫瘍、糖尿病、脳血管疾患と成人病が占めるが、5位が肺炎・インフルエンザ、6位が栄養失調症となっている。

主要死亡原因を年齢グループ別に示す(表3-11~3-15)。これは国家保健システムの保健医療機関のみならず、全ての登録された死亡についてのデータである。

表3-11 乳児死亡の主要原因 1992年

	死亡原因	死亡数	死亡率*
1	周産期障害 (うち低酸素、仮死、その他の呼吸器病態)	21,759 (13,102)	777.8 (468.4)
2	肺炎・インフルエンザ	6,980	249.5
3	先天異常	6,963	248.9
4	腸管感染症	5,153	184.2
5	栄養失調症	1,715	61.3
6	事故	1,239	44.3
7	急性呼吸器感染症	1,147	41.0
8	慢性および定義されない気管支炎 気腫、喘息	737	26.3
9	敗血症	567	20.3
10	心疾患	343	12.3
	死亡総数	52,502	1,876.8

*対10万登録出生

出所: Subsecretaria de Coordinacion y Desarrollo, Direccion General de Estadistica, Informatica y Evaluacion, Mortalidad 1992, p. 73

表3-12 1~4歳児の主要死亡原因 1992年

	死亡原因	死亡数	死亡率*
1	事故	2,142	25.1
2	腸管感染症	2,062	24.2
3	肺炎・インフルエンザ	1,255	14.7
4	先天性異常	716	8.4
5	栄養失調症	676	7.9
6	悪性腫瘍	417	4.9
7	慢性気管支炎	359	4.2
8	急性呼吸器感染症	215	2.5
9	他殺・他者の故意による傷害	204	2.4
10	敗血症	148	1.7
	死亡総数	11,054	129.6

*対10万1~4歳児人口

出所: Subsecretaria de Coordinacion y Desarrollo, Direccion General de Estadistica, Informatica y Evaluacion, Mortalidad 1992, p. 78

表3-13 5～14歳人口の主要死亡原因 1992年

	死亡原因	死亡数	死亡率*
1	事故	3,059	14.8
2	悪性腫瘍	911	4.4
3	腸管感染症	545	2.6
4	他殺・他者の故意による傷害	415	2.0
5	先天性異常	342	1.7
6	肺炎・インフルエンザ	335	1.6
7	栄養失調症	225	1.1
8	心疾患	213	1.0
9	貧血	148	0.7
10	脳性小児麻痺・その他の麻痺症候群	139	0.7
	死亡総数	8,665	42.0

*対10万5～14歳人口

出所：Subsecretaria de Coordinacion y Desarrollo, Direccion General de Estadistica, Informatica y Evaluacion, Mortalidad 1992, p. 79

表3-14 15～64歳人口の主要死亡原因 1992年

	死亡原因	死亡数	死亡率*
1	事故	25,528	49.0
2	悪性腫瘍	19,802	38.0
3	心疾患	15,335	29.4
4	他殺・他者の故意による傷害	14,807	28.4
5	肝硬変・その他の慢性肝疾患	13,888	26.6
6	糖尿病	11,712	22.5
7	脳血管疾患	5,532	10.6
8	腎炎・ネフローゼ	3,710	7.1
9	肺炎・インフルエンザ	2,799	5.4
10	肺結核	2,650	5.1
11	腸管感染症	2,585	5.0
12	エイズ	2,458	4.7
	死亡総数	156,982	301.2

*対10万15～64歳人口

出所：Subsecretaria de Coordinacion y Desarrollo, Direccion General de Estadistica, Informatica y Evaluacion, Mortalidad 1992, p. 79

表3-15 65歳以上人口の主要死亡原因 1992年

	死亡原因	死亡数	死亡率*
1	心疾患	39,271	1,178.9
2	悪性腫瘍	22,361	671.3
3	糖尿病	16,452	493.9
4	脳血管疾患	15,539	466.5
5	肺炎・インフルエンザ	7,252	217.7
6	栄養失調症	6,038	181.3
7	慢性気管支炎	5,867	176.1
8	事故	5,748	172.6
9	肝硬変・その他の慢性肝疾患	5,002	150.2
10	腎炎・ネフローゼ	4,915	147.5
	死亡総数	178,053	5,345.2

*対10万65歳以上人口

出所：Subsecretaria de Coordinacion y Desarrollo, Direccion General de Estadistica, Informatica y Evaluacion, Mortalidad, 1992, p.80

3-3-1-2 罹患の多い疾患

1992年に新たに報告された症例の主要疾患を見ると、罹患の多い疾患の1位は急性呼吸器感染症、2位が下痢症であり、全年齢層でこの2つの疾患の順位は同様である。3位は45～64歳および65歳以上の年齢層では高血圧症であるが、若年齢層ではアミーバ赤痢である。

また、入院理由としては、正常分娩が1位であるが、産科的直接原因と流産を併せるとかなりの比率になる。

表3-16 新たに報告された症例の主要原因 1992年

	原因	症例数
1	急性呼吸器感染症	9,264,520
2	下痢症	2,492,830
3	アミーバ赤痢	1,052,566
4	回虫症	471,651
5	皮膚真菌症	350,284
6	損傷および中毒	334,260
7	高血圧症	211,428
8	連鎖球菌アンギナ	182,905
9	疥癬	180,258
10	蟻虫症	153,950

出所：Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística No.12, Vol.2
p.3

表3-17 国家保健システムの保健医療機関における主要入院原因 1992年

	入院原因	入院数	率(対10万)
1	正常分娩	758,941	1,804.6
2	産科的直接原因	559,861	1,331.0
3	損傷および中毒	229,020	544.5
4	流産	124,805	296.7
5	循環器疾患	122,316	290.8
6	泌尿器疾患	114,757	272.8
7	骨折	101,427	241.1
8	消化器感染症	85,321	202.8
9	骨筋肉・結合組織系疾患	79,692	189.5
10	糖尿病	77,463	184.2
	入院総数	3,449,848	8,201.6

出所：Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística No.12, Vol.2
p.89

3-3-2 各論

3-3-2-1 感染症

保健省疫学局の週報に発表される感染症の報告件数を以下に示す。急性呼吸器感染症、下痢性疾患が多いのが目立つ。マラリア、デング熱などの熱帯感染症は減少傾向にはあるが、毎年かなりの罹患がある。淋病、梅毒といった性病の減少は緩やかで、エイズは罹患が増えている。

表3-18 感染症報告件数

	1982～88年平均	1992年	1993年
アメーバ赤痢	1,041,787	1,094,997	892,466
細菌性赤痢	13,228	12,093	12,298
腸チフス	14,302	10,331	6,271
その他のサルモネラ感染症	89,296	94,290	70,010
コレラ	--	8,095	10,919
その他の腸管感染症	2,466,721	2,797,514	2,216,192
「下痢を伴う感染症」の合計	3,664,577	4,057,498	3,231,675
ウイルス性肝炎	12,893	11,991	9,342
肺結核	12,145	11,465	9,899
急性呼吸器感染症	9,668,348	11,346,773	10,126,236
連鎖球菌感染症	171,411	187,686	124,995
リウマチ熱	1,884	1,079	714
肺炎・気管支肺炎	85,261	85,571	66,785
デング熱	7,384	11,889	2,540
マラリア	23,501	15,583	16,313
淋病	19,502	24,986	18,260
梅毒	3,625	2,404	1,337
先天性梅毒	71	177	32
エイズ	1,090	3,046	4,821
ブルセラ症	2,564	3,775	2,791
疥癬	165,789	143,670	91,040
結核性髄膜炎	186	182	83

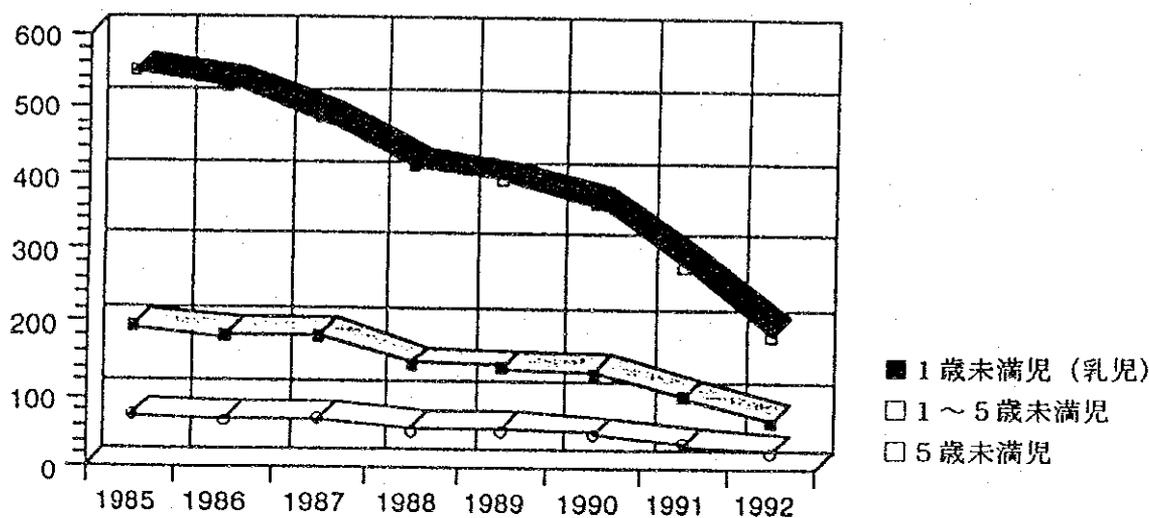
出所：在メキシコ日本大使館 「メキシコの医療事情」 1994, p. 5

(1) 下痢症

下痢症疾患は、報告が義務づけられている疾患の中では、急性呼吸器疾患に次いで罹患の多い疾患であり、メキシコの重要な公衆衛生上の問題の1つであり、乳幼児で特に重要な疾患である。1990年には乳児の死亡原因の第2位、1～4歳児の死亡原因の第1位であったが、下痢症対策が功を奏してこの疾患による死亡は減少し、1992年には乳児の死因の第4位、1～4歳児の死亡原因の第2位であった。

経口補水液療法の普及、衛生教育などの結果、1992年における1歳未満児の下痢による死亡率は、全国で184.2(対10万出生)であったが、同死亡率の高い州は、中央部に位置するトラスカラ(379.8)、グアナフアト(337.7)、プエブラ(317.0)、南東部のチアパス(348.8)、オアハカ(302.5)の諸州であった。同年の1～4歳児の下痢による死亡率は、全国で23.4(対10万1～4歳児人口)、死亡率の高い州は、オアハカ(96.5)、チアパス(87.1)、プエブラ(50.9)であった。1985年から1992年の腸管感染症による5歳未満児の死亡率の年次推移および1980年から1992年の下痢性感染症の罹患率の年次推移を以下に示す。

図3-5 1985年から1992年の腸管感染症による5歳未満児死亡率の年次推移 (対10万人)



出所: Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, 1994, p.44

表3-19 下痢性感染症の罹患率の年次推移 1980～92年

年	症例数	罹患率
1980	1,152,702	1,661.1
1981	1,697,805	2,382.9
1982	2,010,675	2,749.7
1983	2,348,753	3,132.5
1984	2,412,304	3,141.4
1985	2,716,254	3,459.1
1986	2,401,468	2,995.5
1987	2,590,247	3,192.3
1988	2,630,770	3,180.3
1989	2,466,721	2,927.1
1990	2,492,830	2,905.9
1991	4,155,884	4,685.3
1992	2,567,079	-

* 対10万人口

出所：保健省、疫学局

(2) コレラ

1991年6月に第1例が報告されてから、92年6～10月、93年6～8月をピークにして季節的変動をともなう常在の疾患となった。主に水、食物（特にコレラ患者や保菌者の排泄物で汚染された水を経由した魚介類、保菌者によって調理された食物等）を媒介として経口感染する。雨期（6～9月）の発症数が多くなっている。海岸部ではセビッチェと呼ばれる魚介類を生で調理して食べる習慣があり、これらの魚介類が汚染された場合感染源となり易い。

1993年の発症数は、10,712例、うち入院を要したものは8,941例であった。コレラによる死亡は、1992年には69例であった。

コレラの対策は国家下痢症対策プログラムの中に位置づけられている。

表3-20 コレラの発症数と罹患率

	発症数	罹患率
1991	2,690	3.01
1992	8,162	9.41
1993	10,712*	-

出所：SSA, Danos a la Salud, 1992, p.22

*在メキシコ日本大使館提供資料より

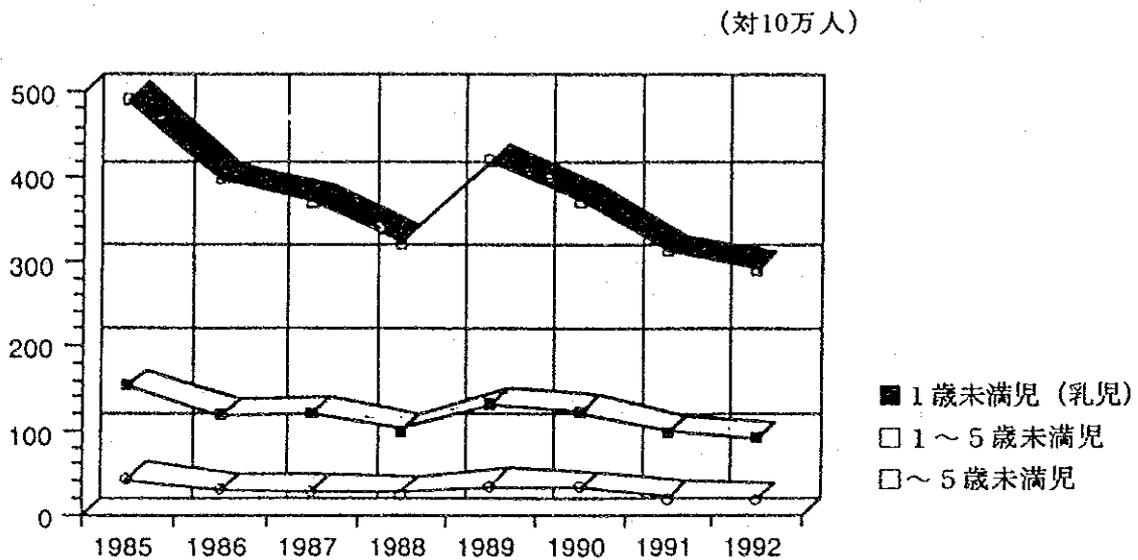
(3) アメーバ赤痢

特に中央高原から太平洋岸にかけて多い。この大腸寄生を放置すると、アメーバ性肝膿瘍に進行することが少なくない。メキシコでは急速な皮膚崩壊を伴うアメーバ性の皮膚浸潤が見られることがある。予防は他の下痢性疾患と同様食事と飲料水に注意することである。確定診断には糞便検査を4、5回繰り返す必要がある。治療薬剤としてはメトロニダゾール(metronidazole - Fragyl)が用いられるが、妊婦への投与は禁じられている。

(4) 急性呼吸器感染症

報告が義務づけられている疾患の中で最も罹患の多い疾患である。この疾患による死亡は、下痢症と同様減少する傾向にあるが、主要死亡原因の中に位置し続けている。肺炎・インフルエンザを含めた呼吸器感染症による5歳未満児の死亡率は、1992年には89.7(対10万5歳未満人口)で、1980年から1992年の間に約63%減少した。1992年における1歳未満児の呼吸器感染症による死亡率は、全国で290.5(対10万出生)であったが、同死亡率の高い州は、中央部のトラスカラ(810.2)、メキシコ(729.2)、プエブラ(616.2)、グアナフアト(480.4)であった。1985年から1992年の同疾患による死亡率の年次推移および1980年から1992年の罹患率の年次推移を図3-6に示す。

図3-6 1985年から1992年の呼吸器感染症による5歳未満児死亡率の年次推移



出所：Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, 1994, p. 52

表3-21 急性呼吸器感染症の罹患率の年次推移

年	症例数	罹患率 *
1980	2,313,197	3,333.5
1981	4,025,442	5,649.8
1982	4,721,683	6,457.2
1983	5,791,483	7,734.7
1984	7,158,759	9,322.3
1985	8,502,817	10,828.3
1986	7,554,083	9,422.7
1987	8,700,519	10,722.9
1988	9,899,699	11,967.5
1989	9,668,848	11,473.3
1990	9,264,520	10,799.8
1991	11,723,215	13,731.9
1992	11,558,839	13,320.5

* 対10万人

出所：保健省、疫学局資料

(5) 予防接種による予防可能な感染症

予防接種拡充プログラム（EPI）によって予防接種率が格段によくなったことにより、予防接種で防ぐことができる子供の感染症は、全国的に罹患率が低下している。

表3-22 1歳未満児における予防接種による予防可能な感染症の罹患率

年	1990		1993 (11月まで)	
	症例数	罹患率*	症例数	罹患率*
ポリオ	5	0.03	0	0
百日咳	308	15.6	76	3.9
麻疹	9,402	477.1	7	0.4
ジフテリア	0	0	0	0
新生児破傷風	145	7.0	79	4.0

* 対10万登録出生

出所：Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, 1994, p. 37

1) ポリオ

1980年から1990年の罹患率の年次推移は表3-23のとおりである。

1985年には148例、全国ポリオ予防接種デーが設置された1986年には65例が報告されている。1991年10月以降は患者は報告されていない。予防接種率は全国で73.6%（1990年、1～4歳児）、北部諸州及び南東部のタバスコ州で接種率は高く、南東部のオアハカ、チアパス、グレロ、カンパチェ、ユカタン州などで接種率は全国平均を下回っている。

表3-23 ポリオの罹患率の年次推移

年	症例数	罹患率*
1980	682	1.0
1981	186	0.3
1982	98	0.1
1983	232	0.3
1984	128	0.2
1985	148	0.2
1986	65	0.1
1987	81	0.1
1988	21	0.03
1989	27	0.03
1990	7	0.01
1991	0	-
1992	0	-

* 対10万人口

出所：保健省、疫学局提供資料

2) 麻疹

1980年から1992年の麻疹による罹患率の推移を表3-24に示す。4～5年おきに麻疹の流行が見られる。麻疹による死亡は1990年には1歳未満児で2,813人、1～4歳児で1,013人で、それぞれの年齢グループの死亡原因の第2位であった。1992年には死亡数は1歳未満児で9人、1～4歳児で6人と格段によくなっている。1991年の予防接種率は全国で87.3%（1～4歳児）であった。

表3-24 麻疹の罹患率の年次推移(1980～92年)

年	症例数	罹患率*
1980	10,546	15.1
1981	11,136	15.6
1982	6,364	8.7
1983	3,368	4.5
1984	5,158	6.8
1985	19,460	25.0
1986	8,883	3.9
1987	3,156	4.6
1988	3,789	4.6
1989	20,381	24.2
1990	68,782	80.2
1991	5,059	5.9
1992	846	1.0

* 対10万人口

出所：保健省、疫学局提供資料

**INEGI, Estadísticas Históricas de México Tomo I, 1992, p. 192

3) 百日咳

罹患、死亡ともに減少してきている。南東部太平洋岸のオアハカ、チアパス州で罹患率、死亡率とも全国平均を上回っている。特にチアパス州では1991年に54例が報告されており、対10万人2.1の罹患率であり、全国平均の10倍であった。1992年の百日咳による死亡数は全国で63人、1歳未満児で33人、1～4歳児で15人であった。

表3-25 百日咳の罹患率の年次推移と1歳未満児の死亡数

年	症例数	罹患率*	1歳未満死亡数**
1980	3,048	4.4	
1981	3,977	5.6	
1982	2,000	2.7	
1983	1,227	1.6	199
1984	1,753	2.3	378
1985	2,231	2.9	550
1986	1,035	1.3	419
1987	914	1.1	218
1988	659	0.8	118
1989	1,978	2.4	305
1990	1,078	1.3	270
1991	163	0.2	36
1992	136	0.2	33

* 対10万人口

出所：保健省、疫学局

** INEGI, Estadísticas Historicas de Mexico Tomo I, 1992, p. 192

4) 破傷風

1980年以降罹患率、死亡率ともに低下傾向にある。1992年には168例、1993年には140例の発症が報告されている。1992年の破傷風による死亡数は156人で、特に15～64歳の年齢グループで95人と多くなっている。

新生児破傷風の登録は、1988年に始められた。1990年以降罹患率は低下する傾向にある。1992年には133例、1993年には90例が報告されている。この疾患による死亡率も、1990年の0.05(対1,000登録出生)から1992年には0.03と低下した。

(6) 主な媒介動物感染症

1) マラリア

太平洋岸およびユカタン半島の一部の地域で罹患率が高くなっている。1980年から1988年にかけて増加が見られた。1988年に報告された症例の56%がオアハカ、チアパス、ゲレロ州に集中しており、ミチョアカン、シナロア、ベラクルス、カンペチェ、ナヤリ、プエブラ、タバスコ、キンタナロー、コリマ、モレロス、ユカタン州が続く。国内の人の移動（臨時労働者）、南部国境諸州での国内外の人の移動が問題を深刻にしている。1992年には16,170人が新たに罹患している。従来症例の99%は三日熱マラリアの患者と言われてきたが、1992年にはクロロキン耐性の熱帯熱マラリアも200例ほどが報告されている。

表3-26 マラリアの罹患率の推移

年	症例数	罹患率*
1980	25,734	36.9
1981	42,102	59.0
1982	52,094	71.3
1983	75,029	100.4
1984	85,501	112.0
1985	133,698	171.5
1986	130,915	164.6
1987	102,938	126.9
1988	116,230	140.5
1989	101,241	120.1
1990	44,513	54.9
1991	25,565	31.1
1992	16,170	18.6

* 対10万人

出所：保健省、疫学局提供資料

2) デング熱

アルボウイルスが病原体でシマ蚊により伝搬される。発熱、頭痛、関節痛、発疹が主な症状である。時に出血傾向を伴い、副腎出血のために死亡する流行性出血熱(Dengue Hemorrhagico)もある。デング熱の媒介蚊は1964年にメキシコ国土から駆除されたが、1965年に再度北部および南部国境から入ってきた。太平洋岸およびメキシコ湾岸の諸州に多く見られる。1980年以来罹患は減少を続けてきている。1993年は2,431人と、対策プログラムが効果を上げてきた。流行性出血熱は1990年代に入ってから報告されていない。

表3-27 デング熱の罹患率の推移

年	症例数	罹患率*
1980	51,406	73.8
1981	17,046	23.9
1982	32,640	44.7
1983	19,028	25.5
1984	27,645	36.2
1985	13,688	17.6
1986	17,708	24.8
1987	13,371	16.5
1988	10,526	12.7
1989	7,120	8.5
1990	9,516	11.1
1991	5,863	6.9
1992	11,925	13.7

* 対10万人

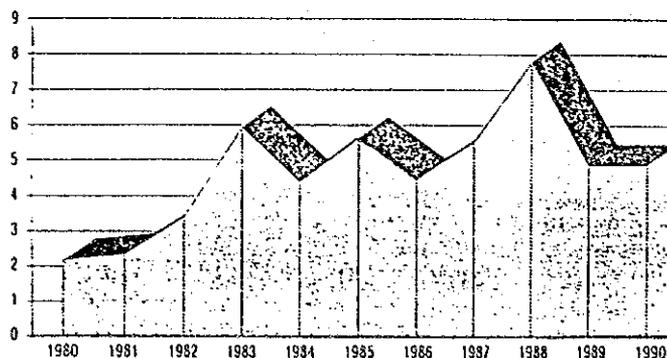
出所：保健省、疫学局提供資料

3) ブルセラ症

Brucella属の細菌によって起こる伝染病で、発熱、発汗、衰弱、疼痛を特徴とする。罹患動物との直接の接触や菌が寄生した肉、ミルク、チーズの摂取によってヒトに感染する。特に獣医、農夫、屠殺場従業員によっては危険であり、慢性で長期間にわたる廃疾をもたらすことがある。牛、豚、山羊が主要感染源である。1960年から1986年の間、牛乳の国内生産および消費の49%は生乳で、衛生管理から漏れており、経済的に恵まれない層の人々に消費され、感染源となったことが知られている。中央高原のケレタロ、グアナファト、ミチョアカン州に多くみられる。

1992年には4,012例が報告されている。この疾患による死亡は、1990年で33人、1992年に31人であった。

図3-7 ブルセラ症の罹患率の年次推移 (対10万人)



出所：SSA, Atlas de Salud, p.30

4) オンコセルカ症

回旋糸状虫による感染症で、皮膚腫脹、丘疹状皮膚炎および眼合併症をおこし、失明をおこす場合もある。1987年以降毎年1,000～2,000の新しい症例が報告されている。チアパス、オアハカ州のコーヒー栽培地に多くみられ、これらの地域では25万6,529人がこの疾患のリスクにさらされている。1992年時点で治療を受けている患者は2万3,421人にのぼる。

表3-28 オンコセルカ症の罹患率の年次推移

年	症例数	罹患率
1980	0	0.0
1981	0	0.0
1982	187	0.3
1983	0	0.0
1984	18	0.0
1985	0	0.0
1986	0	0.0
1987	2,905	3.6
1988	960	1.2
1989	1,395	1.7
1990	1,221	1.5
1991	1,238	1.4
1992	1,138	1.3

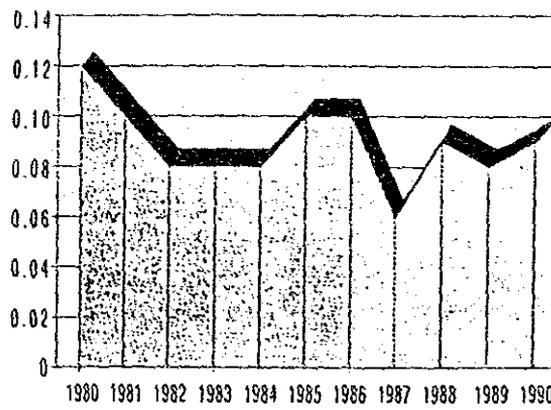
* 対10万人

出所：保健省、疫学局

5) 狂犬病

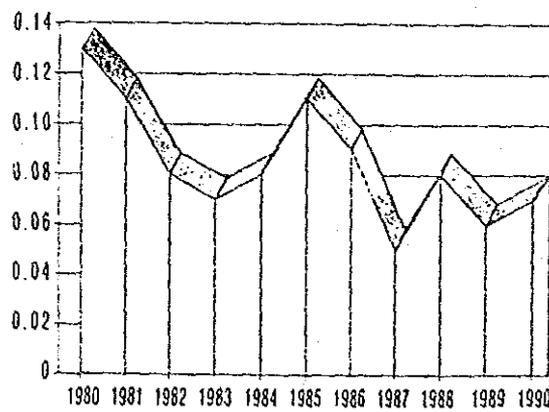
1980年から1988年には632例の人狂犬病患者が報告された。1988年には72例が報告されており、これは同年の南北アメリカ大陸全体の人狂犬病症例の50%近くに相当する。1991年に48例、92年に35例、93年に26例の発症が報告されている。人口密度の高い州に集中しており、メキシコ、プエブラ、ドゥランゴの3州で50%の症例が発生している。5歳から14歳の年齢層での発症が全体の50%を越えている。

図3-8 狂犬病の罹患率 1980～90年
(対10万人)



出所：SSA, Atlas de Salud, 1992, p. 31

図3-9 狂犬病による死亡率 1980～90年
(対10万人)



出所：SSA, Atlas de Salud, 1992, p. 31

6) 結核

肺結核は1980年以来一定のレベルが続いており、年間1万人前後罹患している。結核性の髄膜炎も100例前後ある。メキシコではツベルクリン反応をせずにBCG接種を行う。BCG接種は、出生直後、3カ月、5カ月、7カ月に追加接種を行い、その後1年後に必要であれば追加接種をする。さらに5年ごとに15歳まで接種を続けるのが原則であるが、現実の運用は出生直後と小学校入学前の2回である。

表3-29 肺結核の罹患率の年次推移

年	症例数	罹患率*
1980	11,215	16.1
1981	12,651	17.7
1982	8,265	11.3
1983	11,506	15.4
1984	12,609	16.5
1985	11,211	14.4
1986	11,455	14.4
1987	12,906	15.9
1988	16,573	20.0
1989	13,406	15.9
1990	12,242	14.3
1991	12,554	14.7
1992	11,855	13.7

* 対10万人

出所：保健省、疫学局提供資料

7) ハンセン病

ハンセン病の罹患は1980年から1985年の間に急激に減少し(人口10万対0.92から0.30へ)、その後横這いを続けている。この疾患による問題は、全国の罹患の80%が10州に集中している。そのうち太平洋岸のシナロア、コリマの2州では、1987年の有病者率は人口1,000人に対して1を超えていた。シナロア、ナヤリ、コリマの3州では、1990年に全国の罹患率が人口10万対0.24であったのに対して、人口10万対1.33を超えていた。

8) ウイルス性肝炎

ウイルス性肝炎には、A型、B型、C型、その他のタイプがある。A型は経口感染、B型、C型は血液感染と考えられている。1992年にはA型肝炎が8,927例、B型肝炎が496例、その他の肝炎が2,729例報告されている。A型肝炎の感染経路は、主にカキなどの貝類の生食によるものと考えられている(在メキシコ大使館「メキシコの医療事情」1994, p.8)。

9) エイズ

1981年にメキシコで最初のエイズ患者が報告され(WHO, La situación de Salud en las Americas, Mexico, 1990)、1986年以降に増加の一途をたどり、1994年5月1日までに18,560の発症例が報告されている。性別では、男女比は6対1、年齢別では、15～64歳の生産的年齢層で多くなっている。地方別では、中央部、中西部、北部、中東部、南部の5つの地方に分けてみると、首都圏を含む中央部での発症率が高くなっている。

1992年の死亡統計を見ると、エイズによる死者数は2,554、死亡率は人口10万に対して2.9で、第19位の死亡原因になっている。特に、1991、92年の25～34歳の男性では、第4位の死亡原因になっている。

感染経路を見ると、男性では性行為、女性では1991年までは輸血による感染が大半を占めている。

輸血による感染の予防対策により、1992年以降輸血による感染は減る傾向にある。

表3-30 エイズの発症数・罹患率の年次推移と男女比

年	発症数	罹患率 *	男女比 男:女	女性の比率 (%)
1983	6	0.07	6:0	0.0
1984	6	0.07	6:0	0.0
1985	29	0.3	14:1	6.9
1986	246	2.9	30:1	3.2
1987	518	6.6	12:1	7.9
1988	905	10.6	6:1	13.5
1989	1,607	18.3	6:1	15.2
1990	2,588	31.8	5:1	16.2
1991	3,167	37.9	5:1	15.4
1992	3,220	37.5	6:1	15.2
1993	5,095	58.5	6:1	14.8
1994**	1,173		6:1	13.6
1983-94累計**	18,560		6:1	14.7

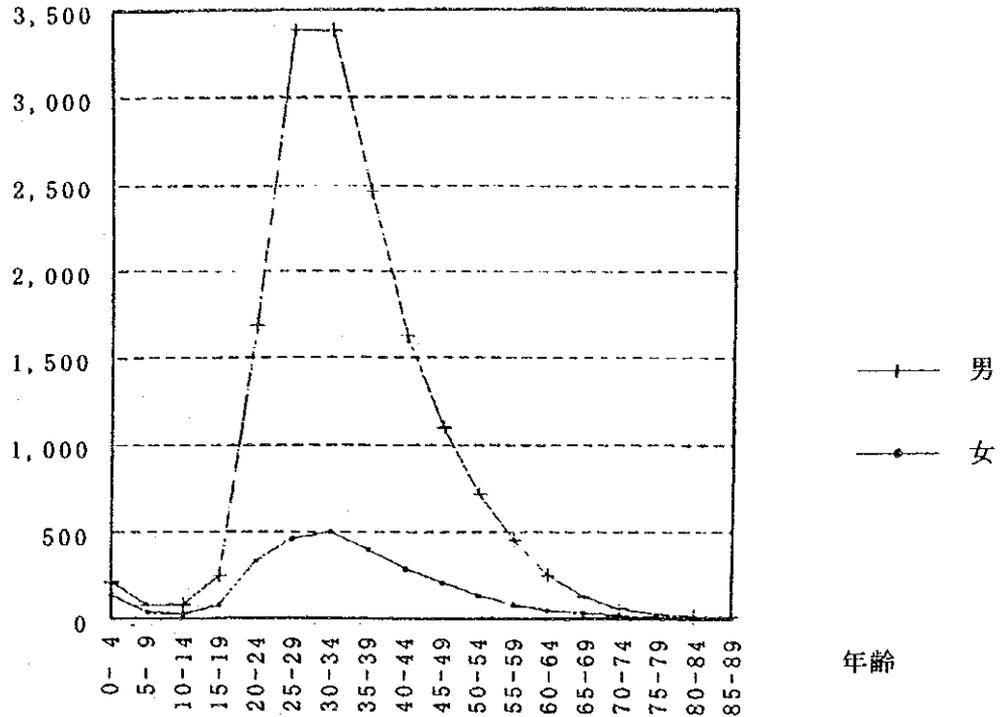
* 対10万人

** 1994年は5月までのデータ

出所: INDRE. Boletín Mensual SIDA/ETS Vol. 8, No. 5, May 1994 p. 2656-2673

図3-10 エイズ累積症例の性別・年齢グループ別構成 1983~94年6月

人数



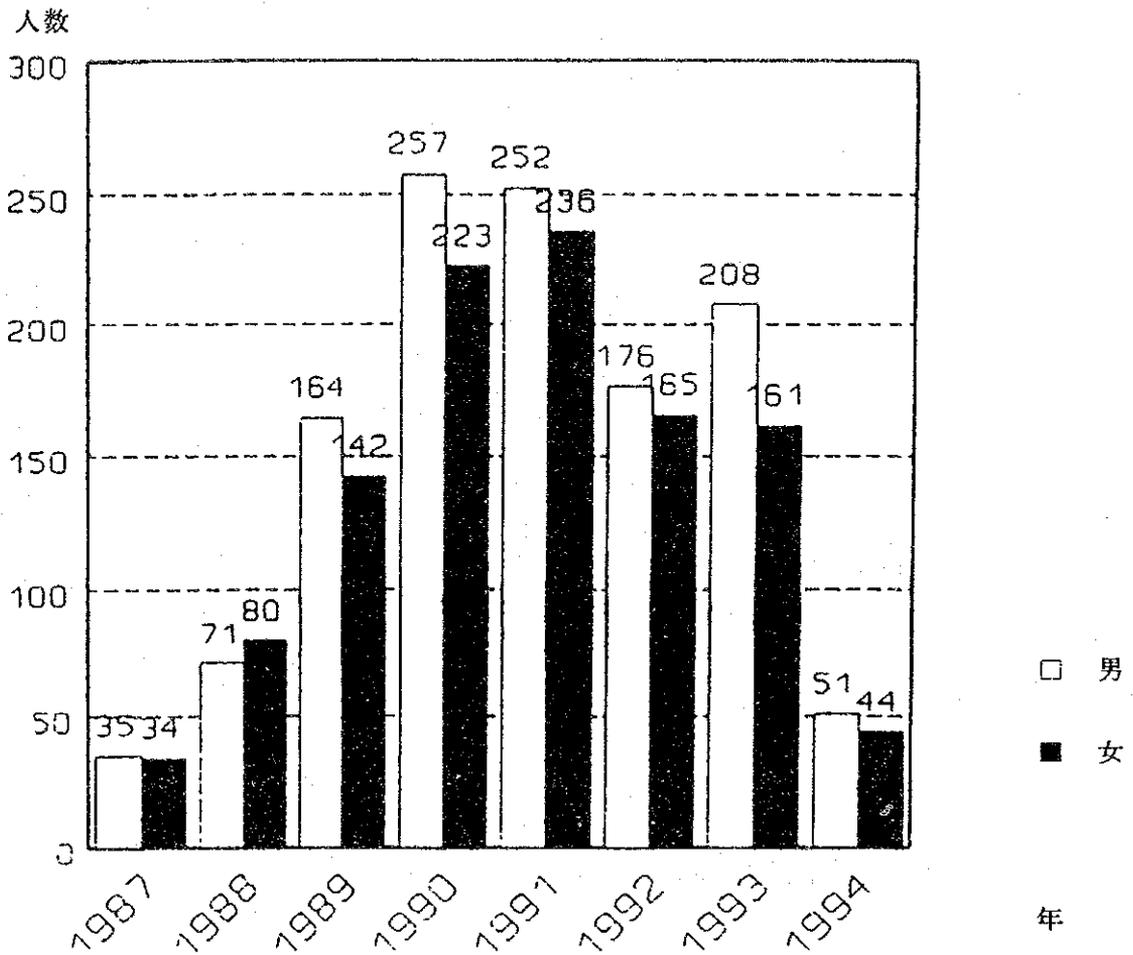
出所： CONASIDA提供資料

表3-31 成人における感染経路の割合(%) 1989年まで

	男性	女性
同性間性行為	49.6	-
両性間性行為	27.1	-
異性間性行為	15.7	32.0
輸血	5.1	67.6
血液製剤	1.1	0.3
麻薬静脈注射	0.4	-
同性間性行為または麻薬静脈注射	0.9	-

出所： CONASIDA, Programa Nacional para la Prevencion y Control de SIDA, Mexico, 1990-94,

図3-11 輸血により感染したエイズ患者数 1987～94年6月



出所：CONASIDA提供資料

10) その他の性行為感染症

梅毒が毎年2,000人以上、淋病が2万人前後報告されている。

表3-32 梅毒の罹患率の年次推移

年	症例数	罹患率
1980	8,931	12.9
1981	7,376	10.3
1982	6,773	9.3
1983	5,176	6.9
1984	6,396	8.4
1985	5,547	7.1
1986	4,844	6.1
1987	4,109	5.1
1988	6,712	8.1
1989	4,294	5.1
1990	3,685	4.3
1991	2,630	3.1
1992	2,553	2.9

* 対10万人

出所：保健省、疫学局提供資料

表3-33 淋病の罹患率の年次推移

年	症例数	罹患率
1980	31,546	45.3
1981	24,924	34.9
1982	25,354	34.7
1983	24,868	33.3
1984	19,302	25.3
1985	16,534	21.2
1986	14,306	18.0
1987	17,259	21.3
1988	19,961	24.1
1989	16,558	19.7
1990	19,870	23.2
1991	16,083	18.8
1992	19,609	22.6

* 対10万人

出所：保健省、疫学局提供資料

3-3-2-2 成人病

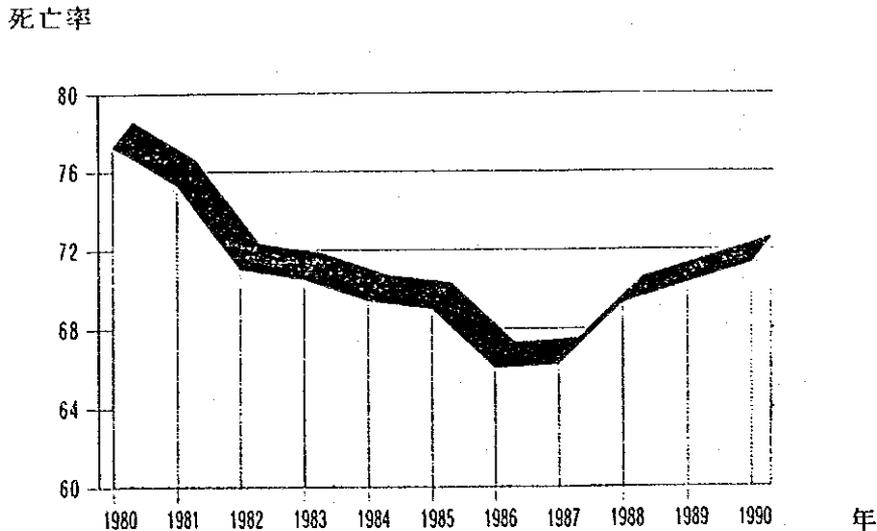
(1) 心疾患・血管系疾患

心疾患は、患者発生の届け出が義務づけられていないため、死亡者数および国家保健システムの保健医療機関施設での退院者数を見るしかない。

1992年の心疾患による死亡者数は、55,606人（対10万人で64.1）で、同年報告された全死亡者数の13.6%を占めている。うち虚血性心疾患による死亡が32,154人（対10万人で37.1）であった。1980年から1990年の心疾患による死亡率の推移を表3-12に示す。

高血圧症はこの国の公衆衛生上の重要な問題の1つであり、慢性疾患対策プログラムによって早期発見、早期治療、患者のコントロール、罹患率・有病率・死亡率に関する知識の向上が図られている。26歳を超える人口の10%が軽・中・重程度の高血圧症に罹っていると推定されている。1988～92年に罹病率の高かった州は、北部のパツハ・カリフォルニア南、チウアウア、中央部のコリマ、ケレタロ、タマウリバスであった。

図3-12 心疾患による死亡率の推移 1980～90年
(対10万人)



出所：SSA, *Atlas de Salud*, 1992, p. 35

表3-34 種類別心疾患・血管系疾患の死亡数 と退院者数 1992年

	国全体	国家保健システムの医療機関	
	死亡数	死亡数	退院者数
心疾患合計	55,606	7,005	68,167
リウマチ熱・他の心臓 リウマチ疾患	513	354	4,883
急性リウマチ熱	56	9	301
慢性心臓リウマチ疾患	457	345	4,582
高血圧症	2,928	1,049	17,557
高血圧性心疾患	1,308	282	2,242
その他	1,620	767	15,315
虚血性心疾患	18,026	3,100	23,062
心筋梗塞	14,955	1,894	6,776
その他	3,071	1,206	16,286
肺循環・他の心疾患	9,703	2,989	22,665
肺梗塞	447	329	662
不整脈	2,949	487	3,201
その他	6,307	2,173	18,802

出所：SSA, Mortalidad 1992, p. 43～50

Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística

No. 12, Vol. 2, 1992 p. 26～45, 110～129

(2) 悪性腫瘍 (癌)

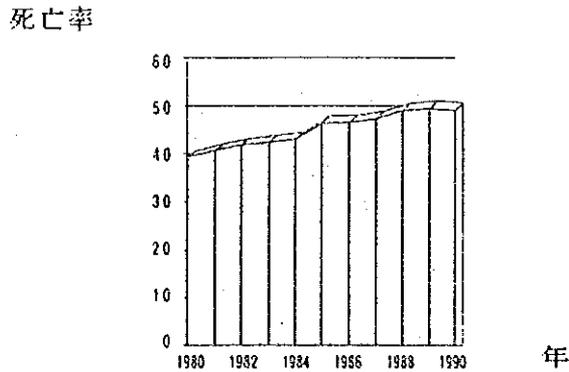
癌は1989年以来死亡原因の第2位を占めている。1992年の癌による死亡者数は4万3,692 (対10万人50.4)であった。癌による死亡の中で多いのは、気管・気管支・肺癌、胃癌、子宮頸癌の順である。

近年の死亡率データによると、20歳の女性では子宮頸癌が死亡原因の第1位である。この疾患の登録を向上するため、研究が増やされ、1991年11月から1992年10月の間に114万6,895件の細胞学的検査が行われた。メキシコ癌対策学会 (Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer, A.C.) の協力を得て、婦人科細胞学の研修も行われている。

乳癌は、女性の悪性腫瘍による死亡の中で2番目に多い。1991年11月から1992年10月の間に136万4,166件の乳癌検診が行われている。

1980年から1990年の癌による死亡率の推移を図3-13に示す。

図3-13 癌による死亡率の年次推移 1980～90年
(対10万人)



出所：SSA, Atlas de Salud, 1992, p. 37

表3-35 種別別悪性腫瘍による死亡者数(全国)と国家保健システムの医療機関における死亡者数と退院者数 1992年

	国全体	国家保健システムの医療機関	
	死亡者数	死亡者数	退院者数
悪性腫瘍合計	43,692	7,480	70,252
気管・気管支・肺癌	5,450	951	4,261
胃癌	4,521	772	2,409
子宮頸癌	4,346	575	8,960
乳癌	2,559	365	4,913
前立腺癌	2,470	317	3,001

出所：SSA, Mortalidad 1992, p. 43～50

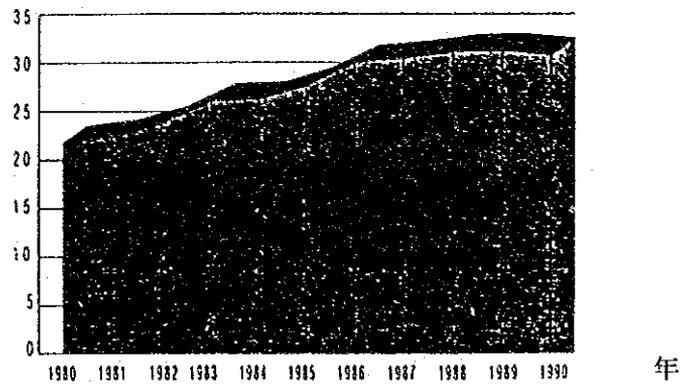
Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística
No. 12, Vol. 2, 1992 p. 26～45, 110～129

(3) 糖尿病

糖尿病は増加傾向にあり、毎年25,000人以上がこの疾患で亡くなっている。1990年には死亡原因の第4位を占め、人口10万に対して31.7の死亡率であった。最も死亡率の高かったのは連邦区の54.6で、最も低かったのは、キンタナ・ロー州の10.1であった。1992年には138万1,078件の検査が行われ、4万4,548の新たな患者が見つかった。現在8万8,658人の患者が保健医療機関で治療・経過観察を受けている。

図3-14 糖尿病による死亡率の年次推移 1980~90年
(対10万人)

死亡率



出所：SSA, Atlas de Salud, 1992, p. 39

表3-36 糖尿病による死亡数、死亡率および
国家保健システムの機関における死亡者数・退院者数
1992年

国 全 体		国家保健システムの機関	
死亡者数	死亡率	死亡者数	退院者数
28,304	32.6	6,545	77,463

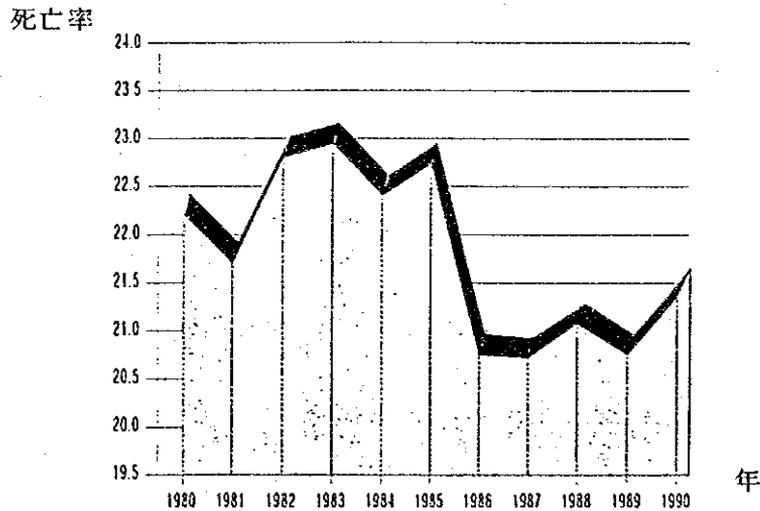
出所：SSA, Mortalidad 1992, p. 43~50

Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística
No. 12, Vol. 2, 1992 p. 26~45, 110~129

(4) 肝硬変およびその他の慢性肝疾患

肝硬変およびその他の慢性肝疾患は主要死亡原因の1つで、1990年には1万7,902人がこの疾患によって死亡し、死亡率は対10万人口で22.0であった。死亡率の高い州は、中央部のイダルゴ、プエブラ、トラスカラ、メキシコ、連邦区であった。

図3-15 肝硬変・他の慢性肝疾患による死亡率の年次推移 1980～90年
(対10万人)



出所：SSA, Atlas de Salud, 1992, p. 40

表3-37 肝硬変・他の慢性肝疾患による死亡数、死亡率および
国家保健システムの機関における死亡者数・退院者数 1992年

国 全 体		国家保健システムの機関	
死亡者数	死亡率	死亡者数	退院者数
19,105	22.0	3,513	11,656

出所：SSA, Mortalidad 1992, p. 43～50

Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística
No. 12, Vol. 2, 1992 p. 26～45, 110～129

3-3-2-3 その他の保健問題

(1) 栄養失調

UNDPのHuman Development Report 1994によれば、メキシコにおける1日の1人当たりのカロリー摂取量は1988～90年で3,060カロリーで、必要量を100とした場合、132であった。また、母胎の栄養状況に大きく影響される低出生体重児（2.5kg以下）の発生率は5%（1985～90）となっている。しかしながら、栄養失調に関わる疾患は、恵まれない層の人口に大きな影響を及ぼし続け、主要死因、疾患にいまだに現れてくる。

栄養失調症は、1992年の主要死亡原因の第11位を占め、死亡者数は1万238人、死亡率は人口10万人に対して11.8であった。特に乳児、1～4歳児では、ともに第5位の死亡原因、5～14歳人口で第7位の死亡原因になっており、若年層で重要な問題である。

表3-38 栄養失調症による乳幼児の死亡 1990～92年

	1歳未満児		5歳未満児	
	死亡者数	死亡率*	死亡者数	死亡率*
1990	2,626	96.0	3,884	37.1
1991	2,187	79.3	3,061	29.4
1992	1,715	61.3	2,391	22.3

* 対10万人

出所:Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, p. 75

栄養失調は、タンパク質・エネルギー欠乏によるものと、ビタミンA、ヨード、鉄分など微量栄養素の欠乏によるものに大きく分けられる。後者については、次の保健対策活動の項で述べることにする。

1988年に実施された全国栄養調査によると、5歳未満児のタンパク質・エネルギー欠乏による栄養失調の割合は、表3-39の通りであった。地域による差、都市部、農村部による差も見られる。

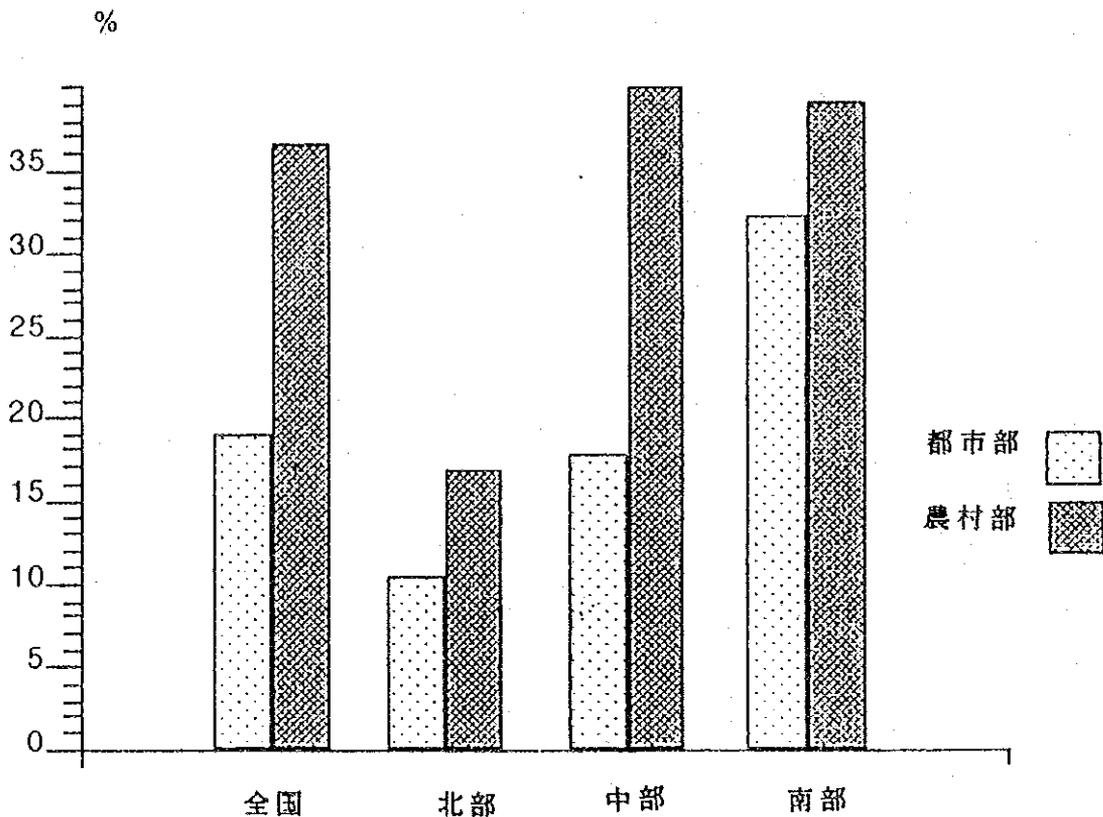
乳児の栄養失調の重要な原因は母乳育児を早くやめてしまうことである。PAHO/WHOによるとメキシコ市のスラム地域では、生後3カ月間授乳を続ける母親は、18～38%に過ぎない。また、この国の南東部では、寄生虫によって栄養失調が起こる場合が多く、寄生虫対策が重要である(PAHO/WHO, Las Condiciones de Salud en las Americas, Mexico, 1990, p. 220)。

表3-39 5歳未満児の指標別栄養失調の割合 1988年

指 標	栄養失調の割合
年齢に対する体重	13.9%
年齢に対する身長（慢性栄養失調）	22.9%
身長に対する体重（急性栄養失調）	6.3%

出所：SSA, Atlas de Salud, 1992, p.13

図3-16 地域および都市部/農村部別発育障害（年齢に対する身長）の比率
1987年（%）



出所：国立公衆衛生院提供資料

(2) 妊産婦死亡

妊産婦死亡は、1992年では1,399例で、対10万登録出生では50であった。減少傾向にはあるものの、1987年以降減少の仕方は緩やかである。農村部の登録もれの問題（保健医療施設を含めて）があり、実際の死亡率はこれより高いだろうと言われている。1992年の出産の場所を見ると、68.5%が病院またはクリニック、25.9%が自宅分娩であった。出産を介助した人別では、68.6%が医師、25.9%が看護婦または産婆で、特に農村部では、伝統的産婆が自宅分娩を介助するケースが多く、彼女達をトレーニングして、清潔な分娩、ハイ・リスク妊娠・分娩の病院へのリファールを確実に増やしていくことが妊産婦死亡減少の重要なカギの一つを握っている。妊産婦死亡率の高い州は、オアハカ(96)、サン・ルイス・ポトシ(79)、プエブラ(78)、イダルゴ(74)である。主な妊産婦死亡の原因を表3-40に示す。

表3-40 妊産婦死亡の主要原因 1992年

	原因	死亡数	死亡率*
1	直接産科的死亡	1,288	46
	妊娠・出産時の出血	379	14
	妊娠中毒症	350	13
	産褥の異常	115	4
	その他	444	16
2	流産	98	4
	自然流産	2	0
	非合法人口中絶	2	0
	合法的人口中絶	1	0
	その他	93	3
3	間接産科的死亡	13	0
	合計	1,399	50

* 対10万登録出生

出所：Programa NacionaI de Accion, Tercera Evaluacion, 1994, p.168

(3) 事故

メキシコでは事故や暴力による傷害が入院、障害、死亡の重要な原因になっている。事故による死亡は1992年には主要死亡原因の第3位を占め、同年の死亡者数は3万8,246、対10万人口の死亡率は44.1であった。このうち、自動車事故による死亡者数は1万3,947、死亡率は16.1であった。南部国境の州キンタナ・ローでは、死亡原因の

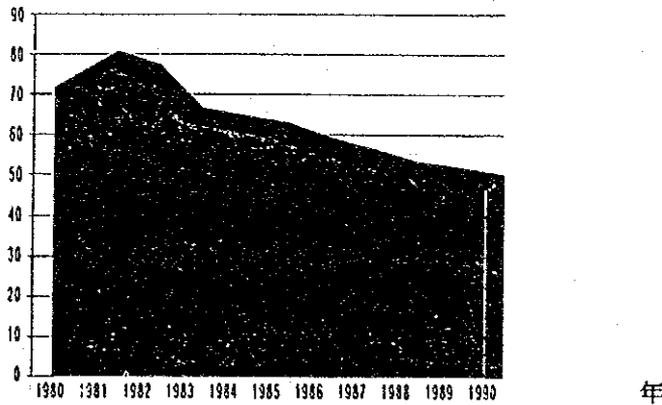
第1位であった。

1992～94年の目標を設定して国家事故予防プログラムがスタートした。

傷害による死亡率の年次推移と、1990年の年齢グループ別、性別死亡率を図3-17、18に示す。

図3-17 傷害による死亡率の年次推移 1980～90年
(対10万人)

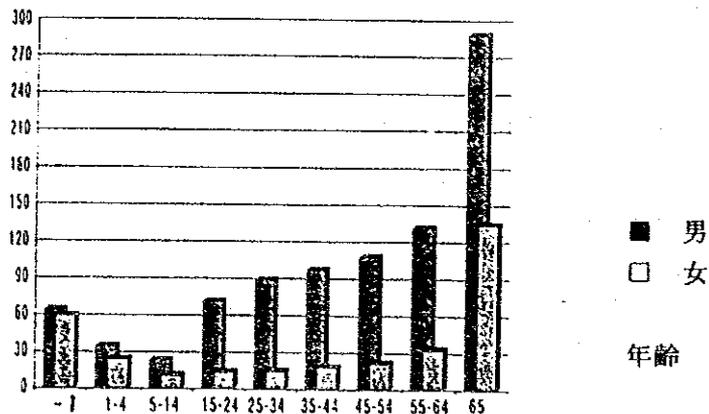
死亡率



出所：SSA, Atlas de Salud, 1992, p. 41

図3-18 傷害による年齢グループ別、性別死亡率 1990年
(対10万人)

死亡率



出所：SSA, Atlas de Salud, 1992, P. 41

(4) 精神保健

人口の10%が人生の何らかの段階で精神保健の問題に影響されると推定される。深刻な精神疾患（精神分裂症・情動性精神病）の頻度は1%近く、精神遅滞の頻度は2%程度と推定される。都市化、失業、貧困、日常生活のストレスの増加によって、精神疾患は増加の傾向にあると言われている（1990～94年国家保健計画より）。国家保健計画のプログラムの中に精神保健プログラムがあるが、州レベルでの精神保健組織化のための指導、地域保健への組み込み等が書かれているのみである。

また、薬物等への依存症対策に精神保健分野の機関、スタッフが参加している。

メキシコ連邦区には保健省の精神科の病院が国立精神医学研究所の他3カ所あり、28の民間団体がメンタル・ケア、メンタル・リハビリテーションなどの活動を行っている。

3-4 保健対策活動

3-4-1 「子どものための世界サミット」関連の対策活動

1990年、世界のほとんど全ての政府が「子どものための世界サミット」で2000年までに達成すべき目標について合意した。メキシコのサリナス前大統領はこのサミットの6人の提唱者の内の1人であった。計画を調整する保健大臣や教育大臣ら政府高官から成る「サミットの目標実現のための国家委員会」が設けられ、1991年に1990年の基準データ、1994年と2000年の目標、進展監視制度に関する勧告から成る行動計画が承認された。そのうち、保健分野の主なプログラムについて以下に述べる。UNICEFメキシコ事務局長によれば、メキシコは「子どものための世界サミット」の合意事項を守っている数少ない国の1つであり、そのための政府予算も増額されているということであった。

3-4-1-1 予防接種拡充プログラム (EPI)

国民の健康を守る上で予防接種は最も重要なプログラムの一つであり、政府は全ての乳幼児に予防接種が行き届くように働きかけている。

1989～94年の国家保健計画では、1992年10月までにEPIによって全ての5歳未満児に6種類の病気に対する予防接種を行き渡らせることを挙げている。この6種類とは、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、麻疹、結核であるが、さらに、破傷風については、出産可能年齢の女性（特に妊婦）、農業・漁業労働者、庭師、建築労働者、軍従事者も含むこととしている。

そのための戦略として、次の5点を挙げている。

- (1) クリニック、保健所で、平常的に予防接種活動を行う
- (2) 「全国予防接種デー」の活動の強化
- (3) 「州の予防接種デー」の設置
- (4) 疫学的監督・研究の向上
- (5) 保健医療機関のスタッフの研修の促進

また、1990年の世界子供サミットに沿って、メキシコは、次の目標を設定している。

- (1) 1995年までにポリオを撲滅する。
- (2) 1995年までに新生児破傷風をなくす。
- (3) 1995年までに予防接種プログラム開始前と比べて麻疹による死亡を95%、症例を90%減少させる。
- (4) ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、麻疹、結核、および出産可能年齢の女性に対する破傷風の予防接種の予防接種普及率を高める（少なくとも2000年までに1歳未満児の普及率を90%までに上げる）。

1～4歳児の予防接種率は、1990年と比較して、1991年以降の予防接種率は、表3-41のように向上している。

表3-41 1～4歳児の予防接種率の年次推移

	1990	1991	1992	1993*
基本スキーム	46.0	78.0	92.5	90.1
ポリオ	73.1	85.3	95.4	93.7
三種混合	60.1	84.4	95.0	93.1
BCG	73.6	83.3	96.6	96.1
麻疹	85.4	87.3	94.9	92.3

*1993年6月まで

出所：Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, 1994, p.38

1歳未満児の予防接種については、出産した保健医療施設での指導によって、全出生児の70%近くが出生直後に予防接種を受けていると考えられている。これと平行して市民登録局、民間の医師、伝統的助産婦、教会に彼らは何らかのサービスを提供した1歳未満児のリストを保健医療機関に提出するよう協力を求めている。

[予防接種デー]

1993年では、2月と4月に予防接種デーが設けられ、2千万単位（ドース）以上のワクチンが投与された。また、10月には全国保健週間(Semana Nacional de Salud)において、全国で学校、保健所などの施設を利用して、集団接種が行われた。この週の間には、1,850万ドースの麻疹、45万7,000ドースの三種混合、5万ドースのポリオ、14万ドースのBCG、78万1,000ドースの破傷風の予防接種、合計で約2,000万ドースが投与されたと報告されている。また、この週間には、国家保健システムの医療機関が協力して活動を行なった。

[ワクチンの管理]

冷蔵庫への保管、日に3度の温度チェックが義務づけられている。農村部では、雨期になると停電が頻繁にあり、また、地域によっては電圧が一定ではなく、冷蔵庫の温度管理が難しい。ガス式の冷蔵庫を使用している保健所もある。冷蔵庫のない場所で接種するときは、アイス・ボックスに入れて運搬するが、熱帯地域では温度管理が難しく、有効性が議論されることもある。こういった有効性を考慮し、地域によっては一通り終了しても、5歳までは毎回予防接種デーの際にはポリオ・ワクチンを飲む（経口）よう指導している所もある。

[予防接種カード]

接種すべき予防接種名および発育曲線が記載してあるカードで、国家保健システムの保健医療機関で入手できる。予防接種を受ける際に持参することになっているが、農村部ではあまり徹底していない。

3-4-1-2 下痢症対策

全国下痢症対策プログラム(Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas, PRONACED)があり、以下のように目標を設定している。

- (1) 2000年までの目標
5歳未満児の下痢による死亡を50%減らし、下痢の発症率を25%減らす。
- (2) 1994年の目標
 - ①ORSの使用率を80%に上げる。
 - ②下痢症による死亡率を50%低下させる。

下痢症の対策活動は、経口補水塩(ORS)の普及活動を中心として、住民の教育、保健医療従事者の研修を行っている。

WHO、PAHO、USAID、米国疾病予防センター、ハーバード大学およびUNICEFの専門家チームが1994年9月に実施した評価の結果によると、1990～93年の3年間に下痢症による5歳未満児の死亡が56%減少した。これは、経口補水療法(ORT)の使用率を1995年までに80%に高めるという1990年の「子どものための世界サミット」の目標達成のための努力の結果で、これまでに約3万人の5歳未満児のこの疾患による死亡を防ぐことができたことを意味する。

1993年末までに500万人以上の母親がORTの訓練を受けた。保健省は下痢症による子どもの死亡が最も多い地域で約100万人の女性を訓練して保健補助員として、彼女らを通じてコミュニティの母親達に治療法を教えるようにした。訓練はできるだけ簡単なものとし、1)下痢中も食事を与え続けること、2)頻りに飲み物を与え続けること、3)必要なときには医師の手を借りるの3つを基本とした。

全国的なORTの日や子どもの健康週間を設けて、1)2)3)の基本メッセージをほぼすべての市町村に広げるのに役立った。1993年だけでORTの広報がテレビで12万回、ラジオで230万回以上放送された。また、同年には「最善の解決 - Solucion Mejor」という見出しで約800万枚のポスターやパンフレット、ちらしが配られた。

また、医療従事者向けのビデオも作成され、地域病院や保健所で働く医師・看護婦、保健助手の指導にあたる医師や保健助手指導員が下痢症の正しい処方についての研修を受けた。

ORTのキャンペーンによる需要の増加に応じるため、1989年には900万袋だったORSの生産を1993年には8,300万袋に増加し、ORTの使用率は、65%から80%以上に

高まった。

以上の努力の結果、下痢症は完全にはなくなっていないものの、5歳未満児の下痢は年平均3.5回から2.2回に減り、この疾患による死亡は確実に減ってきている（UNICEF「世界子供白書」1995年 p.24）。

3-4-1-3 急性呼吸器感染症対策

(1) 2000年の目標

急性呼吸器感染症による5歳未満児の死亡数を3分の1減らす。

(2) 1994年の目標

急性呼吸器感染症による乳児死亡率を33%減少させる。

5歳未満児と65歳以上の人口が特にこの疾患の影響を受けている。この年齢層の本疾患による死亡を減らすことと、合併症の減少を目的とし、1次レベルのヘルス・スタッフの研修を行い、施設やコミュニティーでの早期診断・治療を促す対策がとられている。1次レベルのユニットの医師の90%、看護婦の70%、保健助手の50%が診断・治療の質を向上するための研修を受けている。

この疾患の重要な兆候を早期に判断するため、ポスター、パンフレット、テレビ・スポットなどが制作されている。1993年後半には、このような教育教材の地域における効果の程度を知るため、サカテカス州で評価が行われた。

予防対策の指導活動がこの疾患の影響の大きい地域を中心に行われ、研究では国立呼吸器疾患研究所の調整のもとに、ウイルス病因学的研究が行われている。評価活動としては、急性呼吸器疾患対策評価全国大会が開催されている。

3-4-1-4 歯科衛生対策

2000年の目標は次のとおりである。

- (1) 中期的に、都市部・農村部の子どもの虫歯指標を60%低下させる。
- (2) フッ素添加塩の普及を第1段階で人口6,000万人、第2段階で7,700万人に広げる。

虫歯はこの国の人口の95%に影響を与えている公衆衛生上の重要な問題である。12歳未満の子どもには平均5本の虫歯があると言われている。15歳では、93%に虫歯があり、35歳までの失歯の1番の原因になっている。また、歯周病は10~15歳人口の9%、10~35歳の10~30%、50歳以上の97%に認められる(PAHO, Las Condiciones de Salud en las Americas, 1990, p. 225)。

全国歯科衛生プログラムは、罹患の多い口内病を減らすため、口内病予防統合システムの確立を推進している。

1991年にフッ素添加塩の供給が18州で開始され(うち2州では実行できず)、1992年には28州(うち4州では実行できず)、1993年には7,200万人をカバーするに至った。1992年におけるフッ素添加塩の生産は、4社の製塩業者の報告によると、9億9,809万3,355Kgであった。

同プログラムによって行われた15歳未満の子どもを対象とした歯科検診および予防教育活動、妊婦を対象とした歯科予防検診および15歳以上を対象とした歯科検診の受診者数を表3-42に示す。

表3-42 15歳未満の子どもを対象とした歯科検診および予防教育活動、妊婦を対象とした歯科予防検診および15歳以上を対象とした歯科検診の受診者数

	1990	1991	1992
15歳未満歯科検診受診者数	2,711,120	2,897,584	3,116,592
15歳未満予防教育活動参加者数	5,329,150	5,202,433	5,637,464
妊婦歯科予防検診受診者数	103,982	167,971	232,239
15歳以上歯科検診受診者数	2,430,356	2,469,990	2,464,879

出所: Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, 1994, p. 57

3-4-1-5 母子保健 (妊産婦ケアを中心として)

母子保健プログラムの主な指標を表3-43に示す。

表3-43 母子保健プログラムの主な指標 1993年前期

介助された出産の割合	54.8%
介助された分娩のうち帝王切開の割合	29.3%
1歳未満児の受診率	150.2%*
1～4歳児の受診率	40.3%
登録されている産婆のうち訓練を受けた者の割合	89.4%

*複数回受診する子どももいる一方、一度も受診しない子どももいる。

出所：Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, p.65

(1) 妊産婦ケア2000年の目標

全ての妊婦が出産前ケアを受け、訓練されたスタッフによって分娩介助を受け、ハイ・リスクの妊娠、産科的緊急事態には診療サービスを受けられるようにする。

(2) 妊産婦ケア1994年の目標

- 1) 妊婦の80%が訓練されたスタッフによって出産前ケアを受けられるようにする。
- 2) 分娩の80%が訓練されたスタッフによって介助されるようにする。
- 3) 産褥期ケアの普及を50%にする。
- 4) ハイ・リスクの妊娠、産科的緊急事態の80%が診療サービスを受けられるようにする。
- 5) 出産を介助するユニットの100%に宿泊設備を設置する。
- 6) 100%の2次・3次医療レベルの病院が「母子にやさしい病院」になるのに必要な措置をとるようにする。

上記の目標達成のため、保健省がUNICEFの協力を得て行っている主な活動は、伝統的産婆の訓練と「母子にやさしい病院」プログラムの推進である。

1) 「母子にやさしい病院」プログラム

WHOとUNICEFが1991年に発表した世界的キャンペーンに基づいている。WHOとUNICEFが作成した「母乳育児成功のための10カ条」の基準を守る病院が公式に「母子にやさしい病院」に認定される。10カ条は、次のとおりである（ユニセフ「世界子供白書」1992年 p.32）。

- a) 母乳育児の方針を文書にして、すべての保健要員に定期的に伝達する。
- b) この方針を実施するうえで必要な知識と技術について、すべての保健要員を訓練する。

- c) 妊婦に母乳育児の利点やその方法を知らせる。
- d) 母親を助けて出産後30分以内に母乳育児を始めさせる。
- e) 母親に母乳育児の指導をし、母子を別室に收容する必要がある場合でも母親に母乳の分泌を維持する方法を教える。
- f) 医学的に必要でない限り、新生児に母乳以外の栄養や水分を与えない。
- g) 24時間、母子同室を実施する。
- h) 乳児の要求に応じていつでも母乳を与える。
- i) 母乳育児中の乳児にゴムの乳首やおしゃぶりなどを与えない。
- j) 母乳育児支援グループを育成し、母親が病院や診療所を退院するときに、それらを紹介する。

1993年までに全国で543の病院が、「母子にやさしい病院」に登録している。そのうち234は保健省の病院、142が社会保険庁（IMSS）、54がIMSS連帯、34が国家公務員共済庁（ISSSTE）、12が民間の病院である。

2) 伝統的産婆のプログラム

このプログラムは保健省の領域拡大戦略の一環として、農村部、特に人口2,500人未満の農村部では伝統的産婆によって分娩介助を受ける割合が高いことから、彼女らを訓練して適切な産前ケア、出産・産褥期のケアを可能にしようとするものである。1993年には7,000人の伝統的産婆が新たに研修を受け、その60%に医療キットが配布された。1993年までに累計で1万5,365人の伝統的助産婦が訓練を受けた。

3-4-1-6 家族計画

(1) 国家家族計画プログラムの目標

- 1) 2000年までに全てのカップルが若すぎる妊娠、出産間隔が狭すぎる妊娠、高年齢における妊娠、子どもの数が多すぎる妊娠を避けるための知識やサービスを受けられるようにする。
- 2) 1994年末までに家族計画実行率を63.8%までに引き上げる。

人口の項(第3編3-2)でも述べたように、1972年の人口政策転換、1973年の国家人口審議会（CONAPO）設立以降、保健省（SSA）、社会保険庁（IMSS）、国家公務員共済庁（ISSSTE）など公的機関における家族計画サービス業務が開始となった。国家人口審議会は人口・家族計画における政策をまとめると同時に、人口教育および人口に関わるキャンペーン活動に関しては直接の実施機関となっている。人口教育は1)調査・研究、2)教育・トレーニング、3)教材制作の3つの活動に分類される。人口に関わるキャンペーン活動としては、避妊方法についてのラジオ・キャンペーン（1991～92年）およびテレビの公共放送時間帯を用いての家族計画キャンペーン（1993～94年）などが行われている。

国家人口審議会、保健省、社会保険庁、国家公務員共済庁はそれぞれ人口・家族計画重

点州を設けているが、4つの機関が家族計画実効率の低い9州（チアパス、グアナフアト、ゲレロ、イダルゴ、オアハカ、プエブラ、ベラクルス、メキシコ、ミチョアカン）を共通に重点州として挙げている。

メキシコでは女性が婚姻関係（同棲も含めて）に入る年齢は比較的若く、2回の人口調査からの推定によると、初婚の中央値は19歳程度と推定されている。農村部では、さらに若く、女性の初婚の平均年齢は、17歳から18歳の間と言われている。

家族計画を受け入れるカップルは確実に増えており、1人の女性が生涯に産む子どもの数も減少してきている。今後の課題としては、未成年者を対象とした望まない妊娠を避けるための教育活動、人口2,500人未満の農村部でのサービス拡充（サービス地域拡大政策）の強化が挙げられる。

(2) 家族計画サービスに関わる予算

家族計画プログラムへの予算は、大蔵省の報告によれば、1994年に404.6百万新ペソ（約1億ドル）であり、配分は保健省に20%、IMSS、ISSSTEにそれぞれ40%となっている（外務省「地球的規模問題に関する基礎調査報告書 メキシコ合衆国」（未公開））。

(3) 家族計画実行率の推移

表3-44より、出産可能年齢（15-49歳）の既婚女性の家族計画実行率は、1976年の30.2%（伝統的方法も含む）から1992年には63.1%に上昇していることがわかる。国家家族計画プログラム1990～94年の目標は、1994年末までに家族計画実行率を63.8%までに引き上げることであったので、この目標はほぼ達成されたことになる。しかしながら、近代的避妊法に限っていえば実行率は55.0%であり、未だ約8%に当たる女性が信頼性の低い伝統的な方法に頼っているのが実状である。

また、家族計画実行率が上昇し、家族計画を一度も実行したことがない女性の割合が小さくなる一方で、過去に実行はしたものの継続していない、「元実行者」（いわゆるドロップ・アウト）の割合は過去15年間大きく変化していない。

方法別では近年ピルの使用率は減少し（1992年時点で15.3%）、女性不妊手術が最も多く用いられる方法となっている（1992年時点で43.4%）。これは、保健省が分娩後のIUD挿入または卵管結紮による避妊を推進していることと関連していると思われる。IUDおよびホルモン皮下注射の割合は、過去20年間あまり変化していない。伝統的避妊法も、1976年の23.3%と比べるとその割合は低くなったが、それでも家族計画を実行する女性のうち約12%がこの方法を用いている。

表3-44 方法別・年齢層別からみた家族計画実効率の推移(%) (1976~92年)

	1976年 EMF	1979年 ENP	1982年 END	1987年 ENFS	1992年 ENADID
女性全体(15~49歳)					
近代的方法実行者	不明	21.4	26.3	29.0	35.3
その他の方法も含む実行者	不明	25.2	30.2	33.9	40.2
既婚女性(15~49歳)					
近代的方法実行者	23.1	32.0	41.5	44.8	55.0
その他の方法も含む実行者	30.2	37.8	47.7	52.7	63.1
元実行者	不明	14.0	11.3	17.6	15.9
未実行者	不明	48.2	41.0	29.7	21.0
家族計画実行者の内訳 (避妊方法別)					
ピル	35.9	33.3	29.7	18.2	15.3
IUD	18.7	16.1	13.8	19.4	17.7
女性不妊手術	8.9	23.5	28.1	36.2	43.3
男性不妊手術	0.6	0.6	0.7	1.5	1.4
皮下注射	5.6	6.7	10.6	5.3	5.1
コンドームおよび殺精子剤	7.0	5.0	4.1	4.7	5.0
伝統的方法	23.3	15.1	13.0	14.7	12.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
既婚女性の年齢層別実行者					
15~19	14.2	19.2	20.8	30.2	36.4
20~24	26.7	37.4	45.7	46.9	55.4
25~29	38.6	44.5	56.5	54.0	65.7
30~34	38.0	49.6	59.8	62.3	70.1
35~39	37.9	42.8	57.6	61.3	72.6
40~44	25.1	33.3	42.9	60.2	67.4
45~49	11.8	16.3	22.1	34.2	50.5
合計	30.2	37.8	47.7	52.7	63.1

EMP:Encuesta Nacional de Fedundidad; ENP:Encuesta Nacional de Prevalencia
 END:Encuesta Nacional Demografica; ENFS:Encuesta Nacional de Fecundidad y
 Salud; ENADID:Encuesta Nacional de la Dinamica Demografica

出所: CONAPO, Informe sobre la Situacion Demografica de Mexico, 1994 p.8

外務省 「地球的規模問題に関する基礎調査報告書 メキシコ合衆国」(未公開)

(4) その他

どこで避妊手段を得ているか見てみると、公的機関でサービスの提供を受けている女性の割合が増えていることが分かる。1979年には公的機関で避妊手段を得ている女性の割合は50%程度であったが、1992年には67%になっている。最も多く利用されているのは、社会保険庁の施設で、1992年には41.6%が利用している。次に多いのが、民間セクターの薬局で、18%強が利用している(CONAPO, Informe sobre la Situacion

Demografica de Mexico, p. 9)。

メキシコでは人口妊娠中絶は非合法であるが、望まない出産を防ぐ手段としてかなりの数で行われていると推定されている。違法であるため、その実態を把握することは極めて難しいが、実態調査が始められている。グレロ州母子保健担当官によれば、全妊娠数のうち約25%は中絶に終わると言われているが、このうちのかなりの数が人口妊娠中絶によるものと推定され、非合法ゆえ安全でない場所で行われることも多く、懸念されるとのことであった。年間人口妊娠中絶数約53万件という推定もある（JOICFP「世界と人口」1994. 7. p. 36）。

3-4-1-7 栄養問題対策

2000年の目標は次のとおりである。

1990年から2000年の間に5歳未満児の栄養不良を3分の1減らす。

母子の栄養問題は、政府の重要事項の1つであり、1990～94年の全国栄養プログラムには公的保健医療機関から構成される全国栄養委員会(Comision Nacional de Alimentacion, CONAL)を中心に政策、戦略、活動を展開するものとしている。また、「健康は家から」をスローガンに、主婦の栄養に関する教育を推進している。

(1) 栄養補給プログラム

貧困層に直接食糧を供給するプログラムとしては、家庭に基本的食糧を供給するプログラム、幼稚園・小学校の児童に給食を実施するプログラム、12歳未満の子どものミルクを供給するプログラムの3つが主なものである。これらのプログラムにより、食糧の供給を受けた家庭、子どもの数を表3-45に示す。

表3-45 主な栄養補給プログラムによって食糧の補給を受けた家庭、子どもの数

	1990	1993
基本的食糧の供給を受けた家庭の数	982, 100	1, 213, 300
食事の供給を受けた児童の数	620, 000	675, 000
ミルクの供給を受けた12歳未満の子どもの数	4, 800, 000	6, 743, 700

出所：Programa Nacional de Accion, Tercera Evaluacion, pp. 72～74

[栄養補助プログラムの問題点]

栄養補助プログラムの約半分は栄養問題があまり深刻でない連邦区におけるプログラムにあてられており、より問題が深刻な南部地方には15%程度しかあてられていない。

表3-46 地方別慢性栄養失調（年齢に対する身長）の割合と
栄養補給プログラム予算の向けられた割合

地 方	連邦区	北部	中央部	南部
慢性栄養失調症の割合 (%)	8.7	7.8	33.6	49.9
栄養補給プログラム予算の 向けられた割合 (%)	51.1	16.9	16.6	15.1

出所：国立公衆衛生院提供資料

(2) 鉄欠乏による貧血の予防

全国栄養調査によると、12歳から49歳の女性の13.8%が程度に差はあるが貧血症と診断されている。この改善のため、国家保健システムの関係機関では、妊婦・授乳している女性に貧血予防のためルーティンとして鉄剤を処方している。

また、地域レベルで保健助手、産婆など保健補助員を訓練し、妊婦の栄養指導を促している。

(3) ヨウ素欠乏症の予防

ヨウ素の不足は、子どもではクレチン症、心理・運動機能の発達遅延、おとなでは甲状腺腫を引き起こす。甲状腺腫予防全国プログラムは、1960年にこの問題を示した11州において、ヨウ素欠乏症を減少させることを目的としている。対策としては、食塩へのヨウ素添加であり、キロ当たり30mgのヨウ素添加を推進している。ユニセフの「世界子供白書」によれば、メキシコの6～11歳児の甲状腺腫の罹患率は15%（1980～92年）であった。

(4) ビタミンA欠乏症

ビタミンAの欠乏は、視力低下、発育阻害、免疫低下などを引き起こす。国家保健システムの関係機関は、1993年の10月の全国健康週間において、ビタミンA不足の深刻な887の市町村の3～4歳児にビタミンAを補給した。