

グアテマラ共和国
人口・家族計画基礎調査団報告書

平成9年9月

JICA LIBRARY



J 1142369(6)

国際協力事業団
医療協力部

医協二

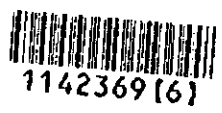
J R

97 - 21

グァテマラ共和国
人口・家族計画基礎調査団報告書

平成9年9月

国際協力事業団
医療協力部



1142369(6)

序 文

グアテマラ共和国は、面積 109 千平方キロメートル、人口約 1,000 万人、1 人当たりの GNP 1,190 ドルの低中位所得国に位置付けられています。

同国は途上国一般にみられる感染症に加え、熱帯地方特有の昆虫媒介性疾病により、中南米諸国の中でも劣悪な保健衛生状況にあり、乳児死亡率、平均余命も域内平均からかなり下回っています。また、医師 1 人当たりの人口は中南米平均の約 4 倍と保健医療従事者の不足が目立っています。特に出産時の保健員等の付き添いは中南米平均を大きく下回ることもあり、妊産婦死亡率は高く、妊産婦ケアが大きな課題となっています。一方、人口的な観点からは、同国は中米・カリブ諸国の中で最大の人口を擁し、人口増加率も中南米で最も高い国の 1 つであり、劣悪な保健状況と相まって同国経済発展の殊外要因となっています。

グアテマラ共和国は、地方における保健医療サービスの充実を地域住民の民生向上及び健全な労働力の創出の観点から重要な政策課題として掲げています。同国政府は、通算約 20 年にわたる我が国の熱帯病に係る研究協力の実績の活用を含め、地方の公衆衛生向上、母子保健の充実、人口増加率の低減等、保健・人口両面の観点から地域保健サービスの充実に対する我が国の協力を期待しています。

係る状況の下、グアテマラ共和国における保健医療行政の現状と方針を把握するとともに、保健医療・人口分野の基礎データを収集し、関係実施機関に対する聞き取り調査などの現地調査を行い、今後の技術協力計画の立案のための検討を行うことを目的として、平成 9 年 3 月、長崎大学医学部公衆衛生学教室の竹本泰一郎教授を団長とする基礎調査団を派遣しました。

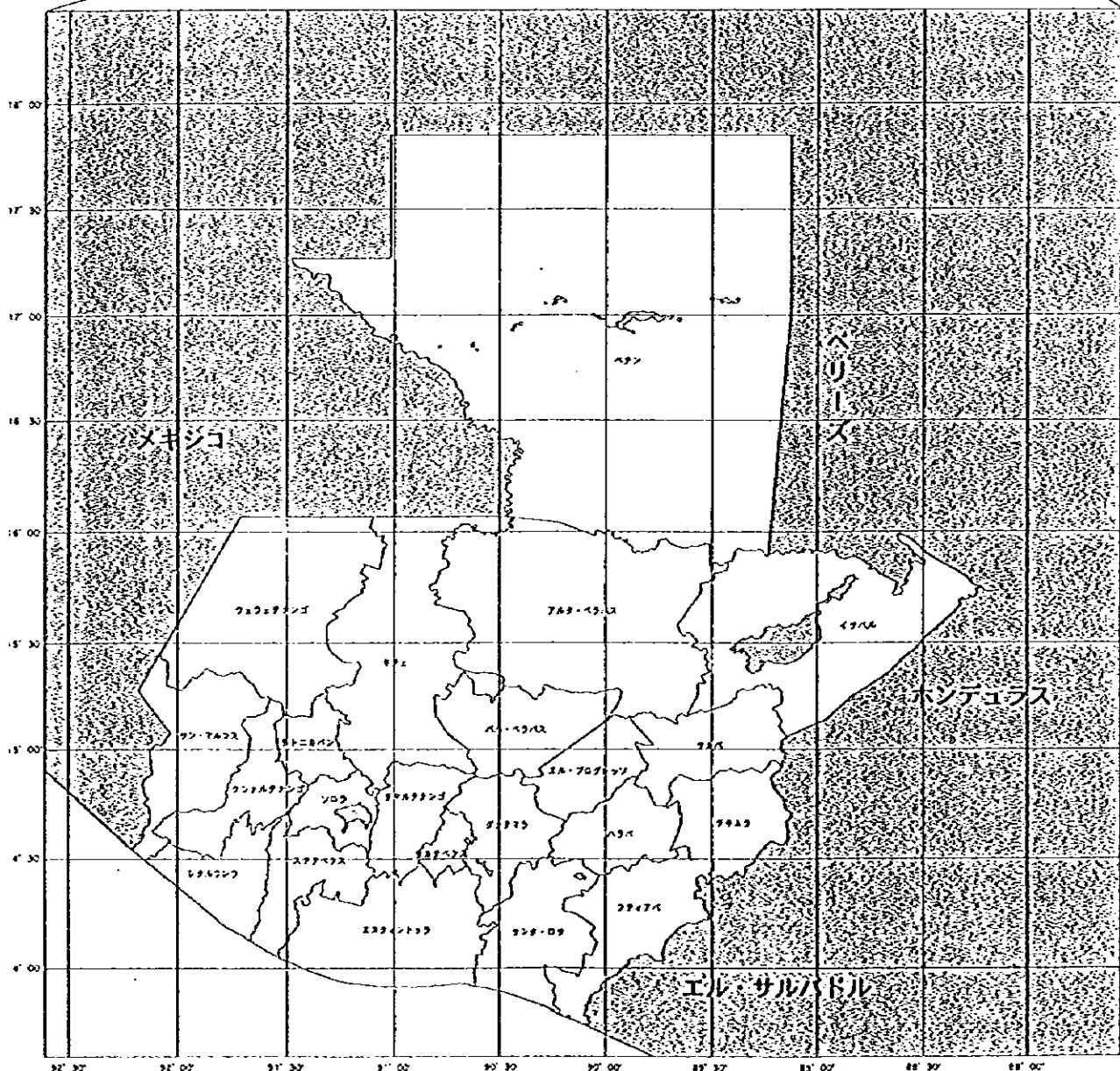
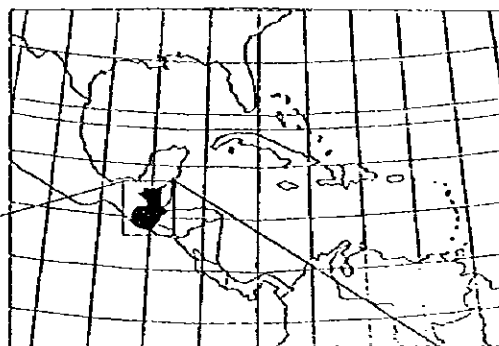
本報告書は同調査団の調査結果を取りまとめたものです。ここに本調査にご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表します。

平成 9 年 9 月

国際協力事業団
理事 小澤 大二

中央アメリカ

地図：グアテマラ共和国全図



0 50 100 km

目 次

序 文
地 図

1. 基礎調査団派遣	1
1-1 調査団派遣の経緯	1
1-2 調査団の構成	1
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	4
2. 一般概況	8
2-1 地理	8
2-2 歴史	8
2-3 文化・社会・宗教	9
3. 保健医療分野の一般概況	10
3-1 人口関連データ	10
3-1-1 人口・人口増加率	10
3-1-2 人口構成	11
3-2 保健医療関連データ	18
3-2-1 一般指標	18
3-2-2 母子保健関連データ	20
4. 国家開発計画	32
4-1 和平合意と平和へのプログラム／政府開発5カ年計画	32
4-2 国家開発計画の概要と保健政策の位置付け	32
4-2-1 国家開発計画の概要	32
4-2-2 国家開発計画における保健政策の位置付け	34
4-3 保健医療政策	34
5. 保健医療の現状	38
5-1 行政システム	38
5-1-1 中央レベル	38
5-1-2 地方レベル	39
5-1-3 保健情報処理システム	39
5-2 保健医療システム	41

5-3	医療機関の現状	44
5-3-1	第3次レベル(病院)	44
5-3-2	第2次レベル(保健所)	51
5-3-3	第1次レベル(保健支所)	57
5-3-4	コミュニティの状況	58
5-4	グアテマラの保健医療の現状における問題点	62
6.	保健医療分野における援助機関の動向	71
6-1	援助機関の動向	71
6-1-1	パン・アメリカン保健機構 (Organizacion Panamericana de Salud:OPS)	71
6-1-2	中米・パナマ栄養研究所 (Instituto de Nutricion de Centroamerica y Panama:INCAP)	72
6-1-3	米国国際開発庁 (US Agency for International Development:USAID)	72
6-1-4	欧州連合 (Union Europea:EU)	73
6-1-5	家族福祉協会 (Asociacion Pro Bienestar de la Familia:APROFAM)	74
6-2	「保健サービス統合計画 (S I A S)」と援助機関	76
6-2-1	保健サービス統合計画と援助機関の関係	76
6-2-2	保健サービス統合計画の実施上の問題点	78
7.	総括	80
7-1	引き続き調査すべき項目	80
7-2	保健医療分野での援助協力のあり方	80
7-3	結語	82
附属資料		
(1)	参考文献リスト	85
(2)	収集資料一覧	87
(3)	子供の発育管理カード	92
①	グアテマラ県南部保健局で使用のもの	92
②	サンタ・ロサ県クイラパ保健所で使用のもの	94
③	ソロラ県サン・マルコス・ラ・ラグナ村で使用のもの	96
(4)	月間診療報告フォーム(保健省使用のもの)	98
(5)	保健省組織改革後の組織図(暫定案)	100
(6)	「保健サービス統合計画」の第1次保健医療レベルの指針	101
(7)	グアテマラ・シティ南部保健管区概況	125
(8)	グアテマラ・シティ南部保健管区プロジェクト概要	127

<注>

- ・当報告書は保健医療分野を専門とする人以外の人々の目に触れることを考慮して、専門用語には注を付けた。また読みやすさを考え、注はすべて各ページの下に付けた（脚注）。
- ・文字のみでは把握しにくい現地の状況（第5章）の理解を助けるため、第5章の末尾に写真を貼付した。
- ・データの出典については、本文中では脚注に文献名、発行年、参照ページのみ示した。簡略化のため、著者や編集元は省略した。資料のデータは巻末の参考文献リストにすべて記載されているので、必要があれば参照願いたい。また、図表についてはそれぞれの図表の右下に出典を記入した。

1. 基礎調査団派遣

1-1 調査団派遣の経緯

グアテマラ共和国（以下、グアテマラと略す）は、面積 109 千平方メートル、人口約 1,000 万人、1 人当たりの GNP 1,190 ドルの低中位所得国に位置付けられている。

同国は途上国一般にみられる感染症に加え、熱帯地方特有のマラリア、シャーガス、オンコセルカ等の昆虫媒介性疾病により、中南米諸国の中でも劣悪な保健衛生状況にあり、乳児死亡率（出生数 1,000 当たり 1 歳になるまでに死亡する数）は 53 人、平均余命 65 と域内平均からかなり下回っている。また、医師 1 人当たりの人口は 4,000 人（中南米平均 1,043 人）と保健医療従事者の不足が目立っている。特に出産時の保健員等の付き添いは 51%（過去 10 年の平均）と中南米の平均 82% を大きく下回ることもあり妊産婦の死亡率（出生 10 万当たり死亡率）は 106 となっており、妊産婦ケアが大きな課題となっている。一方、人口的な観点からは同国は国土の狭隘な中米・カリブ諸国の中で最大の人口を擁し、人口増加率も 2.9% と中南米で最も高い国の 1 つとなっており、劣悪な保健状況と相まって同国経済発展の阻害要因となっている。

グアテマラの現政権は 1995 年 12 月末に国内の和平合意を達成する等民主的な政策を推進しており、特に地方における保健医療サービスの充実が地域住民の民生向上及び健全な労働力の創出の観点から重要な政策課題の 1 つとなっている。我が国はこれまでオンコセルカ症研究プロジェクト、マラリア対策、熱帯病研究プロジェクトと通算約 20 年にわたる熱帯病に係る研究協力を実施し、先方政府から高い評価を得ている。グアテマラ政府はこれら実績の活用も含め、地方の公衆衛生向上、母子保健活動の充実、人口増加率の低減等、保健・人口両面の観点から地域保健サービスの充実に対する我が国の協力を期待している。

本調査団は、グアテマラにおける保健・医療行政の現状と方針を把握するために、中央・地方における保健医療・人口分野の基礎データを収集し、更に関係実施機関に対する聞き取り調査などの現地調査を行い、今後の技術協力計画の立案のための検討を行う。

1-2 調査団の構成

担 当	氏 名	所 属
団長 総 括	竹本泰一郎	長崎大学医学部公衆衛生学教室教授
団員 保健医療	畝 博	福岡大学医学部衛生学教室教授
団員 公衆衛生	大城 等	鳥取大学医学部公衆衛生学教室助教授
団員 家族計画/WID	和田 泰志	アイ・シー・ネット株式会社コンサルティング部研究員
団員 業務調整	林 由紀	国際協力事業団医療協力部計画課職員
団員 通 訳	武井 光子	(財) 日本国際協力センター研修監理部研修監理員

1-3 調査日程

日 順	月 日	曜日	移 動 及 び 業 務
第1日	3/28	金	移動 東京 12:30~シカゴ 08:50 (JL-010) シカゴ 10:20~マイアミ 14:16 (AA-472)
2日	3/29	土	移動 マイアミ 10:55~グアテマラ・シティ 12:42 (AA-972)
3日	3/30	日	熱帯病研究プロジェクト表敬・専門家と打合せ
4日	3/31	月	09:30 大使館、JOCV事務所表敬・打合せ 12:00 中米・パナマ栄養研究所 (INCAP) 所長 15:00 保健省次官表敬、厚生総局長面談
5日	4/1	火	08:00 グアテマラ・シティ南部保健局管内視察 14:00 INCAP
6日	4/2	水	08:00 国立病院サン・ファン・デ・ディオス 14:00 JOCV 医療分科会 (協力隊事務所)
7日	4/3	木	09:00 クイラバ地方国立病院、保健支所、村落民家視察
8日	4/4	金	10:00 PATZUN (下記注参照) アクアラ病院、農村民家視察
9日	4/5	土	09:30 アティトゥラン湖周辺農村地域保健医療状況 聞き取り調査
10日	4/6	日	団内打合せ、資料整理
11日	4/7	月	09:00 社会保険庁病院 12:00 JOCV顧問医師との面談 14:00 The Population Council 15:00 APROFAM (英仮称: Association of Family Welfare) 17:00 サン・カルロス大学公衆衛生学部教授他面談
12日	4/8	火	09:00 OPS (WHO地方下部機構) 11:00 保健大臣 14:00 USAID 16:00~18:00 保健省母子保健課
13日	4/9	水	午前中 資料整理、団内打合せ 12:00 大使館中間報告 15:00 熱帯病研究プロジェクト報告 16:30 JOCV事務所へ中間報告
14日	4/10	木	移動 グアテマラ・シティ 07:15~マイアミ 11:44 (AA-928) マイアミ 13:28~ニューヨーク 16:29 (AA-932)
15日	4/11	金	移動 ニューヨーク 13:30~ (JL-005)
16日	4/12	土	成田着 16:10

(注) PATZUN : チマルテナンゴ州西部に位置する共同体

<コンサルタント団員のみ>

日順	月日	曜日	移動及び業務
第14日	4/10	木	08:00 郡地理局で資料購入 12:00 保健省母子保健局局长と会見
15日	4/11	金	08:00 USAID母子保健プログラム担当者との会見 11:00 国立統計局訪問(資料購入) 14:30 パン・アメリカン保健機構担当者との会見
16日	4/12	土	08:00 予防接種週間活動状況の視察 10:00 Chuarancho 保健所視察 12:00 San Raymundo 保健所視察 15:00 San Juan Sacatepequez 保健所視察
17日	4/13	日	資料整理
18日	4/14	月	09:00 UNICEF 保健栄養担当者との会見 11:00 Comision de Union Europea ミッション責任者及び母子保健プロジェクト責任者との会見 14:00 INCAP SIAS担当責任者との会見
19日	4/15	火	08:00 チマルテナンゴ地区衛生局 10:00 Chipata 保健支所 11:30 San Jose Joaquil 保健所 14:00 Comalapa 15:00 Paquixic 保健支所 16:00 San Martin Jilotepeque 保健所
20日	4/16	水	09:00 大使館最終報告 11:00 熱帯病研究プロジェクト報告 18:00 JOCV事務所へ中間報告
21日	4/17	木	移動 グアテマラ・シティ 07:15~マイアミ 11:44 (AA-928) マイアミ 13:28~ニューヨーク 16:29 (AA-932)
22日	4/18	金	移動 ニューヨーク 13:30~ (JL-005)
23日	4/19	土	成田着 16:10

1-4 主要面談者

(1) グアテマラ側

1) Ministro de Salud (保健省)

Marco Tulio Soza	保健大臣
Carlos Andrade	保健次官
Juan Carlos Castro	Asesor del Ministro de Salud
Hedi Deman, MsC	Coordinadora Subprograma III
M. Amelia Flores	Directora General
Karin Slowing	Secretaria Technical Cabinet Social
Ernest Velosquez Perez	Director PoomaNac Materno Infantil
Edmundo Eduardo C. R.	Medico, Materno Infantil
Edgar Hidalgo	INE
Edgar Sajquim	INE

2) Jefatura de Area Guatemala Sur (グアテマラ・シティ南部保健局)

Victor Merida	Jefe de Area Guatemala Sur
Juan de Dios Vettorazzi	Supervision, Medico Supervisor Especifico
Ileana Pinto de Posadas	Epidemiologa
Carmen de Vasquez	Medica y Cirujana
Omery Solis de Leiva	Enfermera Supervisora

3) UNDP (国連開発計画)

Reyna E. de Leon de Contreras Programas Area Desarrollo Humano

4) UNFPA (国連人口基金)

Gustavo Valdez	Coordinator of Project
Ruben Gonzalez	Coordinator
Sergio de Leon	Officer de Programa

5) Instituto de Nutricion de Centroamerica y Panama:INCAP (中米・パナマ栄養研究所)

Hernan L. Delgado	Director
Magda Fischer	External Relations
Benjamin Torun	Coordinator, Human Nutrition and Chronic Diseases
Olga Torres	Maternal and Child Health, Infectious Diseases
Francisco Chew	Coordinator, Maternal and Child Health

13) The Population Council

Marianne C. Burkhardt Representative

14) Asociacion de Pro-bienestar de Familia de Guatemala: APROFAM

German Peterson Director Ejecutivo

Francisco Mendez Pual Gerente Desarrollo Rural

15) Universidad de San Carlos de Guatemala (サン・カルロス大学)

Roberto Marengo Castillo Coordinator, Maestria en Salud Publica, Facultad de Medicina

Manuel Antonio Aldana y Aldana Coordinator Relations Internacionales

16) Organizacion Panamericana de la Salud: OPS

Jacobo Finkelman Representante

Gustavo Bergonzoli Health Promotion and Protection Consultant

17) U S A I D

Mary Mc Inerney Reproductive Health Advisor / TAACS

Stanley S. Terael Technical Advisor in HIV/AIDS

Baudilio Lopez Oficial Projector (Sector Publico)

18) U N I C E F

Nicte Yasmin Ramirez R. Programa de Salud y Nutricion

19) Comision de la Union Europea Paises del Istmo Centroamericano

Jean Marie Tromme Jefe de Mision Director Regional

Rolando Hernandez A. Director Regional

(2) 日本側

1) 在グアテマラ日本国大使館

村山比佐斗 特命全權大使

泉 章夫 参事官

2) J I C A 熱帯病研究プロジェクト

田原雄一郎 リーダー

武田 良子 調整員

3) JICA個別派遣専門家

水野 敬子

村田 敏雄

女子教育専門家

同上

4) JOCV事務所

田臥 彰三

近藤 慎一

所長

調整員

5) JOCV協力隊員

秋江百合子

今村 明子

木村 祐子

後藤 慶子

松井 千佳

町屋 広和

時安 淳子

看護婦

家政

栄養士

家政

家政

医療機器

看護婦

2. 一般概況

2-1 地理

北緯約 14 度から 18 度、西経約 89 度から 92 度に位置するグアテマラは、中央アメリカ諸国の中ではニカラグア、ホンデュラスに次ぐ 10 万 8,889 平方キロメートルの広さの国土を持つ。西部と北部をメキシコ、北東部をベリーズ、そして東部をホンデュラスとエル・サルヴァドルに接している。メキシコの太平洋側を縦断しているシエラ・マドレ山脈がグアテマラ西部へとつながり、これが中部でいくつかの山脈へと展開してグアテマラの中央高地を形成している。シエラ・マドレ山脈の高度は西部の 3,000 メートルから東に進むにつれて徐々に下がり、ホンデュラスやエル・サルヴァドル国境付近では、高いところでも 1,000 メートル前後となっている。ユカタン半島の一部をなすペテン州・アルタ・ベラパス県北部・イサバル県と太平洋岸には低地が展開している。国土の約半分が山地・高地、残りは低地平原によって占められており、比較的山間部の割合の多い国であるといえよう。

低地は低緯度のため熱帯性気候となっているが、中央高地はその高度のため温帯性気候がほとんどを占めている。西部の高地では冬期の気温はかなり下がり、霜が降りることも珍しくない。

2-2 歴史¹⁾

グアテマラには紀元前からマヤ族を中心とした先住民族が居住していたが、16 世紀半ばにスペイン人による侵略を受けた。スペイン王国はグアテマラのアンティグアにグアテマラ総督府を置き、中央アメリカの支配を行った。19 世紀初頭になってグアテマラはスペインからの独立を宣言し、後に中米連邦共和国を形成するが、連邦内の利害対立により崩壊し、1839 年に単独の政府として独立した。

独立後はドイツ資本によるコーヒー栽培が盛んとなり、それに伴ってドイツの経済的影響力が増大したが、第 1 次世界大戦頃から台頭してきた米国の経済進出とともに米国資本の影響力が増し、ドイツにとって代わることとなった。特にバナナの輸出に伴う独占的権限の許可は米国資本の影響力を強化する結果となった。

第 2 次世界大戦の勃発が契機となって世界的に広まった民主主義思想の波はグアテマラにも革新勢力の台頭という形で影響を与え、これに経済的困難という背景が加わって独立以来長らく続いていた長期独裁政治を 1944 年に終結させるに至った。その後 10 年間にわたり自由主義的・進歩的な政治が行われたが、特に農地改革をめぐる政府と地主・農民・カトリック教会等の保守勢力との間に対立が生まれ、また、米国資本のユナイテッド・フルーツ社の土地接収を契機に米国政府とも対立することになった。その結果、米国の支持を受けた国民解放運動の武装勢力の侵攻を受けて政権は崩壊し、1958 年イディオラス将軍が大統領に就任した。同政権がキューバ侵攻勢力の軍事訓練に国土を提供したことがきっかけとなり、1960 年に若手将校による反乱が発生した。反乱は鎮圧されたものの指導者グループは山中に潜伏し、後のグアテマラ・ゲリラの源流となった。

1) この項は在グアテマラ日本国大使館がまとめた「グアテマラ共和国概観」を参考にして執筆した。

その後グアテマラはゲリラによるテロ活動に苦しむことになる。ゲリラは山岳地帯を中心に活動し、先住民を巻き込んだために、先住民の被った精神的・肉体的・経済的損害は非常に大きかった。30余年を経た1996年12月、ついに和平協定が締結されたが、山岳部を中心とする被害のフォローはこれからというのが実情である。

2-3 文化・社会・宗教

グアテマラは、ラテンアメリカではペルーやボリビアと並び先住民人口の割合が高い国である。1994年のセンサスによると先住民の人口は42.8%となっている。先住民のほとんどはメソアメリカの高地マヤ系インディヘナ²⁾であり、22の民族集団を形づくっている。

マヤ族は中央アメリカを代表する最も重要なインディヘナ集団である。紀元前から紀元後1世紀にかけて古代文明「マヤ文明」を築き上げたマヤ族の子孫であるといわれている。現在でも先住民文化・習慣を保っており、人口も多い³⁾。グアテマラに見られるマヤ族は「高地マヤ族」といわれ、その大部分がマム系（マム、イシル、アグアカテカなど）かキチェ系（キチェ、カクチケル、ツトゥヒル、ポコマム、ウスパンテコ、ケクチなど）である。

マヤ系インディヘナは山間地帯に共同体を形成し、トウモロコシを中心とする自給作物の生産に従事してきたが、近年地域によっては換金作物の生産や土産物の生産、観光産業に従事することも多くなっている。

宗教はキリスト教が大部分を占めるといわれているが、実際にはスペイン人がほとんど強制的に植え付けたキリスト教とマヤ民族の伝統宗教との融合であると考えてよい。

インディヘナ人口を除いた総人口の5割強は白人と混血によって占められている。ほとんどは混血で全体の48%を占め、白人は8%に過ぎない。インディヘナ以外の住民の言語はスペイン語であり、これがグアテマラの公用語となっている。宗教は基本的にカトリックであるが、近年プロテスタントの割合も増加しており、現在2割程度はプロテスタントであるという。

スペイン人による侵略から5世紀を経た現在においても自己の民族文化や習慣を保っているインディヘナの多くは、アクセスの難しい生活条件の劣悪な山間部に居住している。

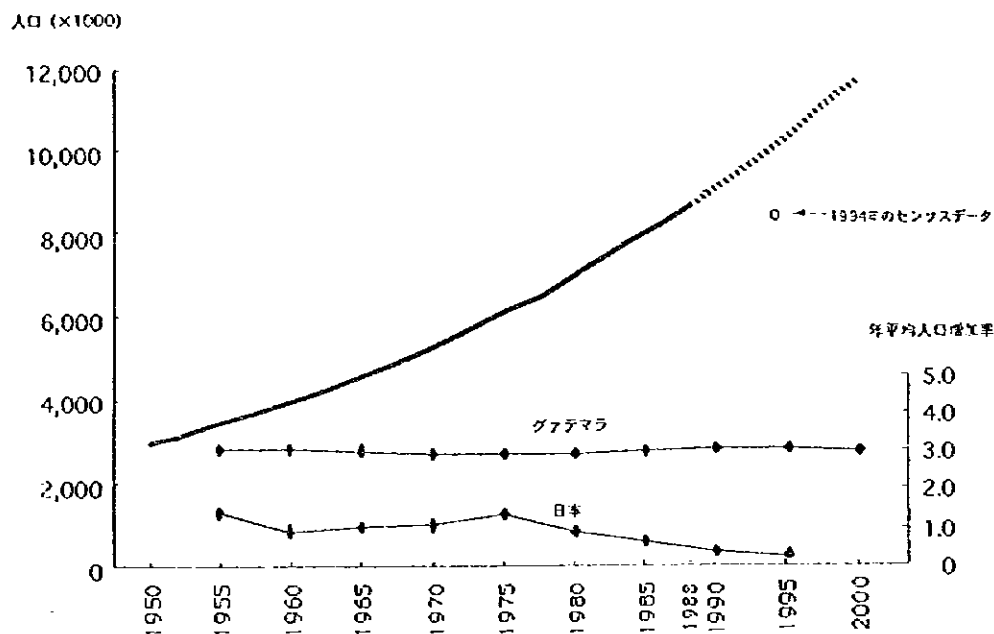
2) 一般にアメリカ大陸の先住民を指す「インディオ」という言葉は、ラテンアメリカの諸国では差別用語として公的には使用されていない。本調査報告書でもこれに準じ「インディオ」ではなく「インディヘナ」という言葉、あるいは「先住民」に統一することにする。

3) 現在マヤ語を使用する人は250万人といわれている。

3. 保健医療分野の一般概況

3-1 人口関連データ

3-1-1 人口・人口増加率



出典：La Vejez en Guatemala: Un estudio demográfico, IUVG, 1992, p.23ならびに「国民衛生の動向1996年版」より算出

図3-1 人口及び人口増加率の推移

上図は1950年からのグアテマラの人口を表したものである。また、この人口数から算出したグアテマラの年平均人口増加率の推移を示している。参考のため、日本の人口増加率を挿入した。

年平均の人口増加率が示しているとおりに、グアテマラの人口は急激に増え続けている。年平均の人口増加率は3.0%から3.1%で推移しており、増減はほとんどみられない。これは20余年で現在の人口の2倍になるほどの高い増加率である。最も新しいセンサスデータによると1981年から1994年の年平均の人口増加率は2.5%となっているが、これは1994年の人口が833万人と、おそらく実際よりも低い数値となっているためと考えられる。しかしながらこれまでの人口増加の傾向をみると、ここ数年で人口が急激に減少するとは考えにくい。複数の報告書の分析²⁾でも、1994年における

1) 1988年以降のデータは推測値である。

2) 1992年に発行された大学の研究機関の報告書、UNICEFで発行している統計データ、そして国家統計局や保健省を中心にまとめられた母子保健に関するアンケート調査報告書でも1994年に実施されたセンサスの数値を修正して、この時点での人口を約1,000万人としている。以下に文献名と該当ページを記す。

- ・ La Vejez en Guatemala: un estudio demográfico, 1992, p.23.
- ・ Estado Mundial de la Infancia, 1997, p.80
- ・ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1996, p.6

グアテマラの人口は1,000万人程度となっており、グアテマラ保健省でもおよそ1,000万人を1994年の時点でのグアテマラの総人口であると認めている。家族計画の実施や都市・村落人口の割合など、人口増加率を左右する諸条件に大きな変化がない以上、グアテマラにおける年平均の人口増加率は、現在も高い数値を保っていると考えられる。図3-1に示されているように1997年のグアテマラの人口は、1,100万人に近いのではないかと推測される。

3-1-2 人口構成

(1) 年齢グループ別の人口構成

以下のグラフ(図3-2~3-4)は1994年のセンサスデータを基にして作成した年齢グループ別の人口構成である。高い人口増加率を反映して15歳未満の人口の割合が44%を占める人口ピラミッドを形成し、一見して人口が増加し続けていることがわかる人口構成となっている。老年人口(65歳以上)、生産年齢人口(15~64歳)はそれぞれ3.8%、52.2%を占めている。

人口構成を都市部と村落部に分けて年齢グループ別の人口構成をみると、それぞれの特徴が現れている。都市部では1980年代から出生数の増加が止まっているのに対し、村落部の出生数は現在も増加傾向が続いている。村落部では出生したすべての子供の出生登録が行われているわけではないため、実際の出生数はグラフに現れているよりも多いと考えてよい。都市部への人口の流入を考慮しても村落部における出生数の増加は急激である。合計特殊出生率も都市部の3.8に対し村落部では6.2と、両者の間には2.4の差があり、都市部と村落部の出生数の相違を裏付けている。

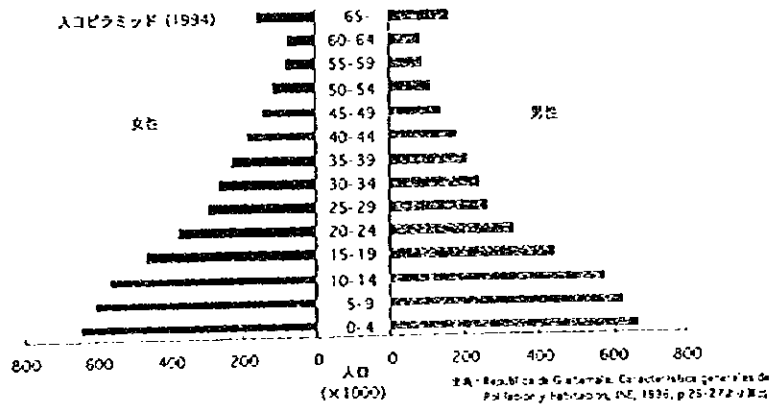


図3-2 人口構成(全体)

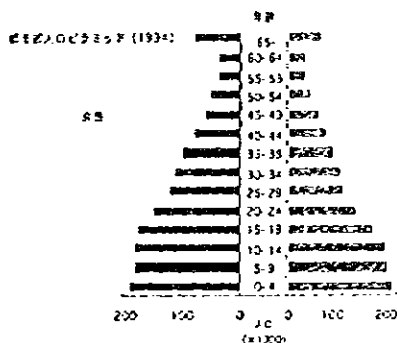


図3-3 人口構成(都市部)

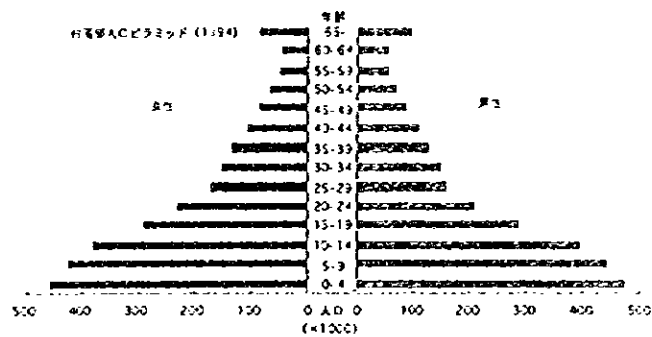


図3-4 人口構成(村落部)

(2) 出生率

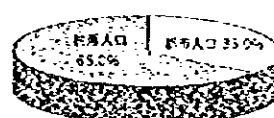
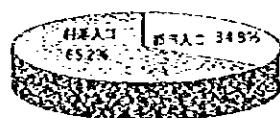
グアテマラにおける1995年の粗出生率は37.0（人口1,000人当たり）であった。中央アメリカ・カリブ諸国の数値をみると、メキシコ26.3、エル・サルヴァドル32.6、ホンデュラス35.1、ニカラグア38.6、コスタ・リカ25.3、パナマ23.8、ハイティ34.7、ジャマイカ20.8、ドミニカ25.5、キューバ16.1である。米国と日本の数値はそれぞれ15.3、10.2であるから、グアテマラの粗出生率はかなり高く、中央アメリカ・カリブ地域内においてもニカラグアに次いで高い。

(3) 都市人口の割合

都市への集中化の割合を1987年と1994年で比較したものが図3-5である。この図を見てわかるようにほとんど割合に変動はみられない。データが確かならば1987年から1994年の間に人口の都市への集中が進んでいないことになる。グアテマラも他のラテンアメリカ諸国と同様、都市部への集中化の傾向がみられるものの、都市人口の割合は、ラテンアメリカの平均値と比較するとかなり低い。表3-1から明らかなようにグアテマラの都市人口の比率は1950年代のラテンアメリカの都市人口の割合とほぼ同じであり³⁾、他のラテンアメリカ諸国に比べ、都市への人口の集中化が進行していない現状が窺える。

都市人口と村落人口の割合（1987）

都市人口と村落人口の割合（1994）



出典：Republica de Guatemala Característica Generales de Población y Habitación, INE, 1996, p. 25より算出

図3-5 都市人口と村落人口の割合：1987年と1994年の比較

表3-1 ラテンアメリカ・メキシコ・ブラジルにおける都市人口の割合

	(単位：%)						
	1920	1940	1950	1960	1970	1980	1990
メキシコ	31	35	40	51	58	66	
ブラジル			36.2	45.1	55.9	67.6	75.5
ラテンアメリカ			41	49	57	63	

出典：「ラテンアメリカの巨大都市」、1994年を参照

3) ラテンアメリカ・メキシコ・ブラジルの「都市」を2,500人以上の集落としているのに対し、グアテマラのセンサスではそれを「公的に都市カテゴリーと認識されているもの」と非常に曖昧な分類をしているため、上記の都市・村落人口の割合は1つの参考と考えていただきたい。

(4) 先住民（インディヘナ）人口の割合

1994年に実施されたセンサスの結果によると、グアテマラの先住民（インディヘナ）の全体に占める割合は42.8%で、キチェ・カクチケル・ケクチ・マムなどの言語を使用している。村落部ではこれらの言語を話す人々が多く、特に女性は母語である民族言語のみを話す割合が高い。

各県の総人口に占めるインディヘナの割合は、北部や北西部で高く、北東部・南東部・南部そしてグアテマラ県においては低くなっている。チマルテナンゴ県やキチェ県では8割前後が、ソロラ県、トトニカパン県、アルタ・ベラパス県では9割前後の住民がインディヘナで占められている。反対にエスキントウラ県・フティアパ県では6%前後、サカパ県では5%弱、そしてサンタ・ロサ県やエル・プログレソ県では全体のわずか2%前後のインディヘナが居住するに過ぎず、インディヘナの割合の地域的な格差は大きい。

インディヘナの割合を次ページの図3-7に示す。これを見ても明らかなように、全体に占めるインディヘナの割合は地域によって大きく異なっており、一般にインディヘナが多いと考えられているウェウエテナンゴ県やキチェ県よりも、中央部に近いソロラ県やトトニカパン県におけるインディヘナの割合が高いことがわかる。

(5) 貧困人口

貧困層⁴⁾の割合は1980年代を通じて増え続けており、1989年には全体の79.9%が貧困層に属するに至っている。特に全体の59.3%は極度な貧困状態にあり、村落部においては全体の71%が極度な貧困層に属すると考えられている。貧困層の推移を以下の図3-6に示す。

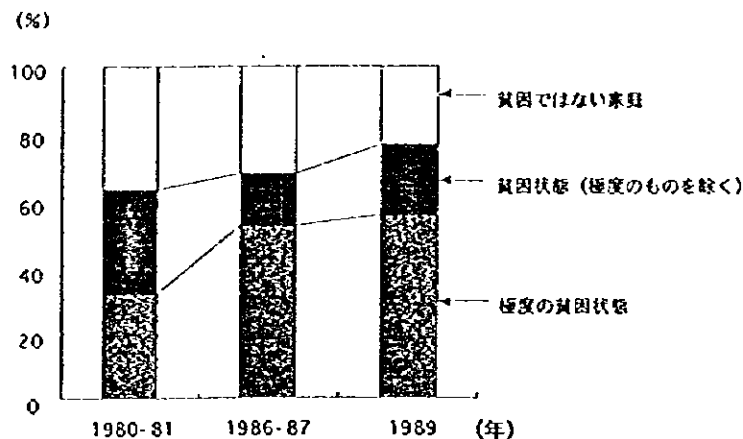


図3-6 貧困層の推移

4) 貧困層とは貧困ライン (Poverty Line) 以下に属する人々の層を意味している。この貧困ラインとは一般に途上国側が最低限必要な栄養摂取量や収入、並びにその他の社会指標を用いて設定している。グアテマラの貧困ラインについては具体的なデータが入手できず、どういった貧困ラインを設定しているかは不明であるが、一般に275米ドルから370米ドルを貧困ラインと設定している (世界銀行、1990年)。

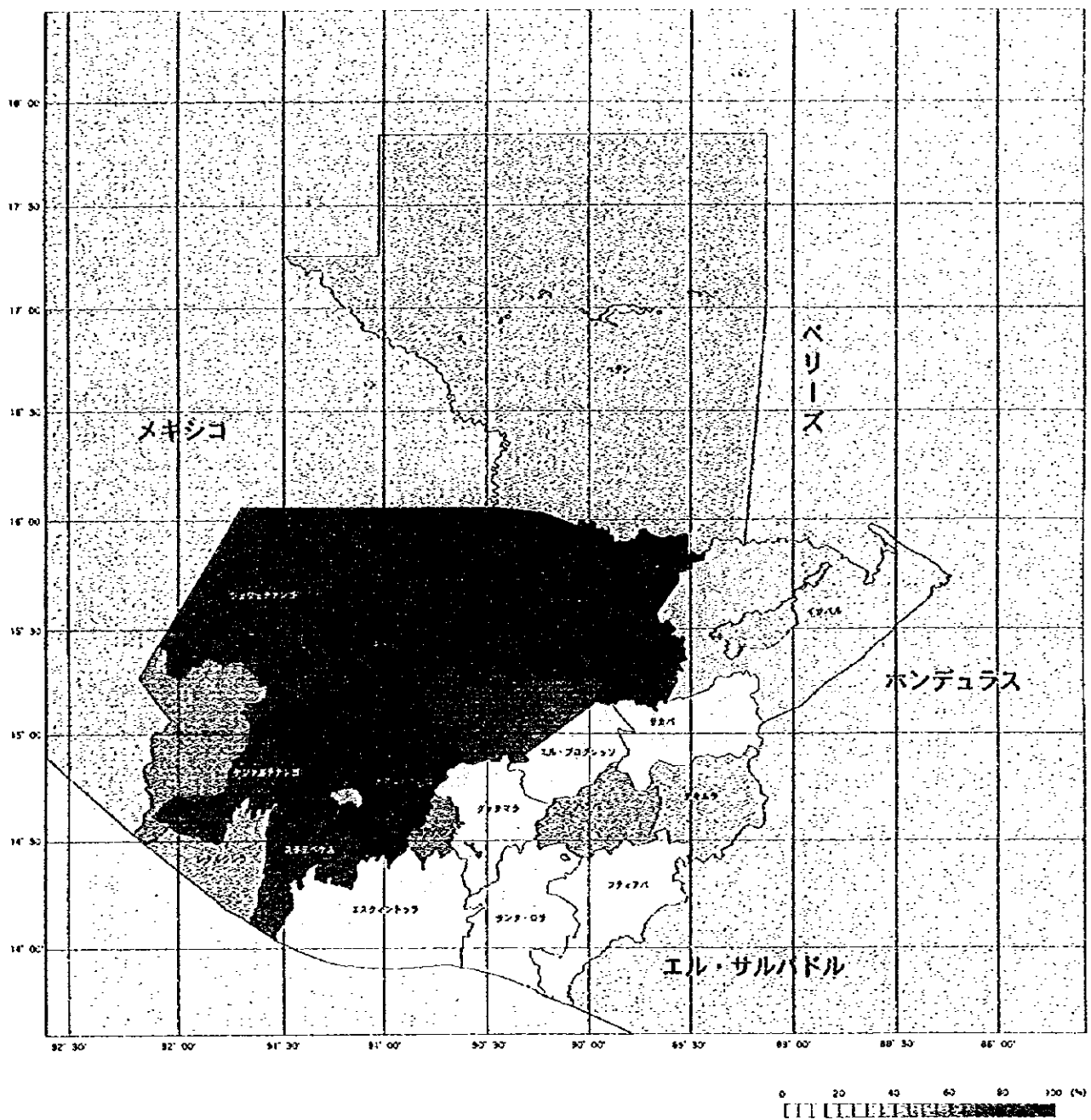


図3-7 各県における先住民の全体に占める割合

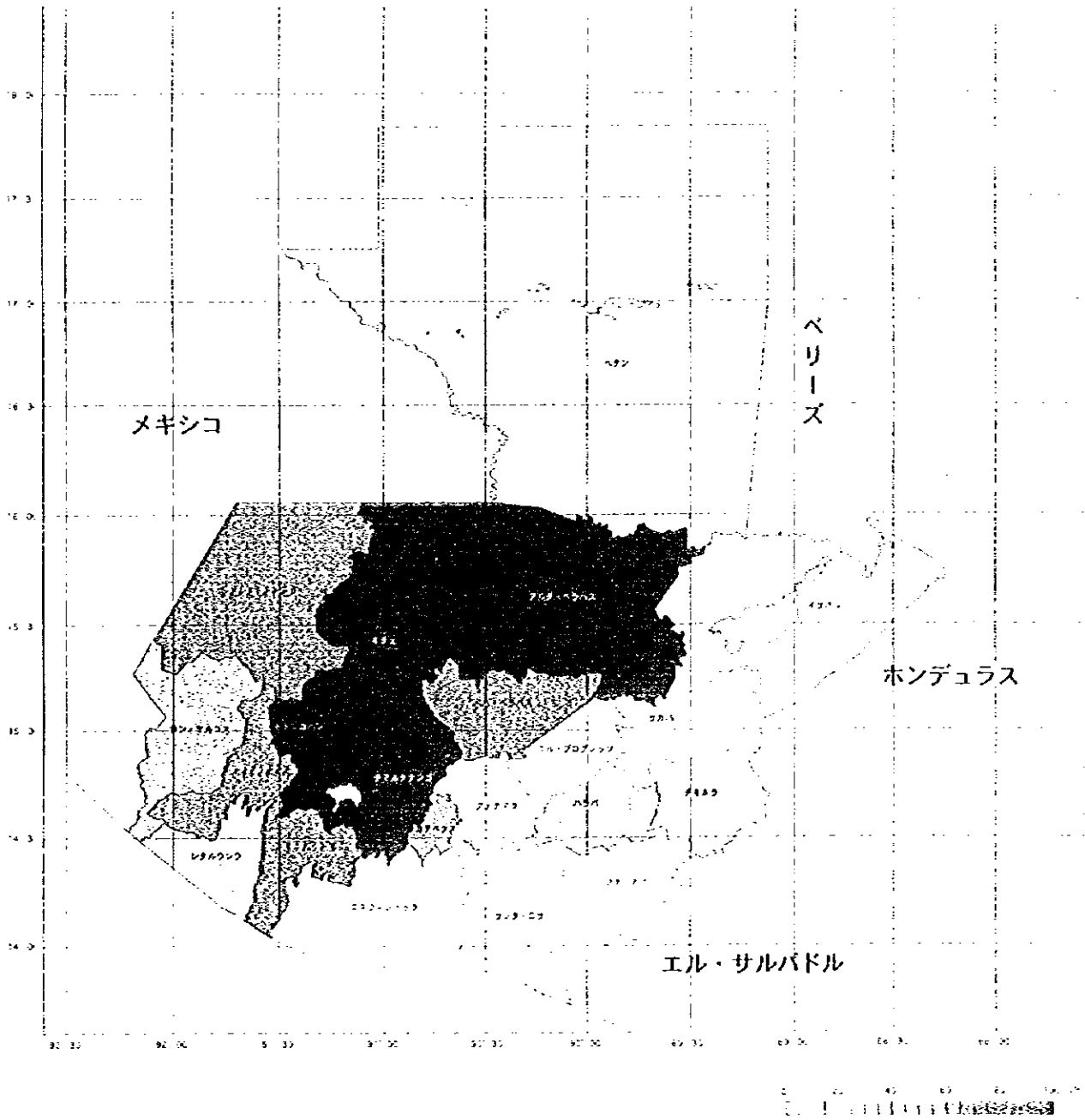


図3-7 各県における先住民の全体に占める割合

(6) 識字率

都市部と村落部における非識字率の割合を図3-8に示した。一見してわかるように村落部の非識字率は都市部よりも高い。また程度に差があるにせよ、都市部も村落部も女性の方が非識字率が高い。男女の非識字率の差は、都市部では年齢が若くなるに従ってその差が縮まってきているのに対し、村落部では年齢が若くなくてもそれほど男女の差は変わっていない。この傾向は無学歴の割合と当然ながら酷似している（図3-9）。

家族計画や母子保健活動の実施に当たって直接の働きかけの対象となる15歳から49歳の女性（再生産年齢）の場合を考えると、都市部の若い女性のうち10人に9人が、45歳から49歳の女性でも3人に2人強の女性は字が読めることになる。これに対し村落部では若い女性でも3人に1人、45歳から49歳の女性では10人中7人強は字が読めないことになる。実際には地域によって状況に差があると考えられ、一般に都市部では字を使った教材の使用やセミナーがある程度可能だと思われるが、村落部では字を使わない働きかけ、並びにスペイン語の通じない地域も少なくないことから、それぞれの地域に固有の言語による活動の展開も考慮に入れるべきである。

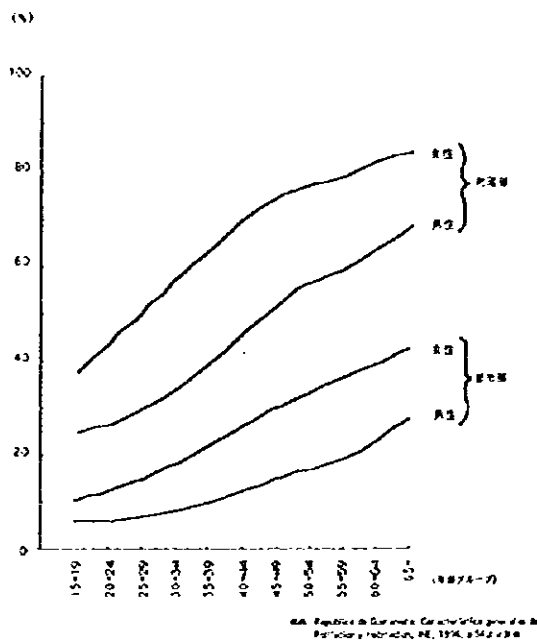


図3-8 非識字率の割合

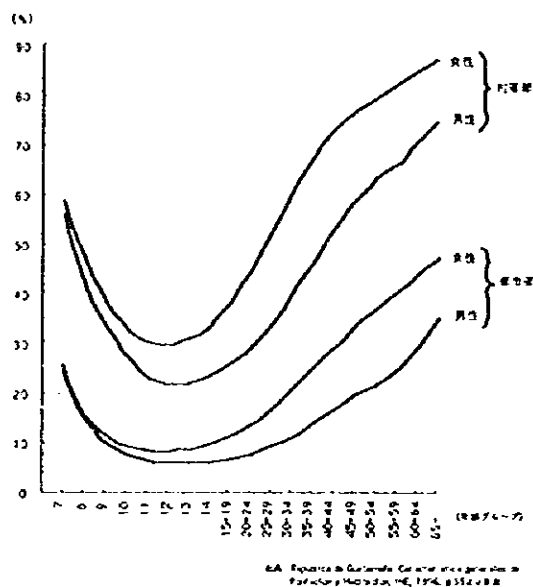


図3-9 無学歴の割合

3-2 保健医療関連データ

3-2-1 一般指標

(1) 平均寿命

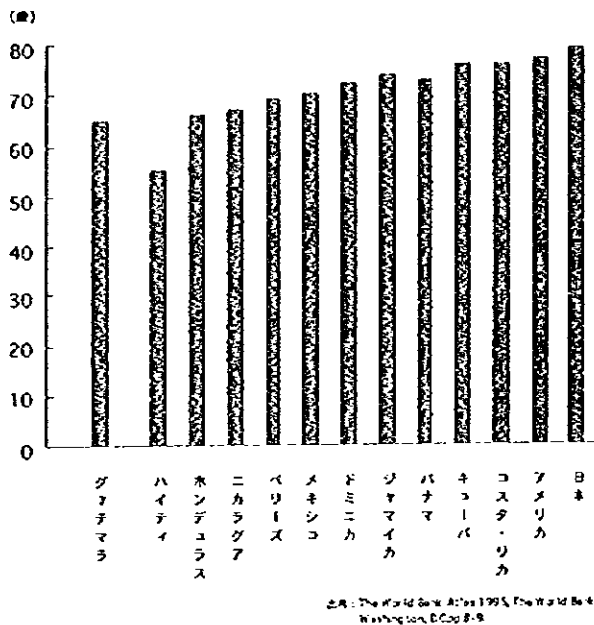


図 3-10 中央アメリカ諸国の平均寿命

1992年における平均寿命は男性 62.4 歳、女性 67.3 歳であった。1950 年代初頭の平均寿命が男性 41.3 歳、女性 41.6 歳であるから、この数字を見る限り状況は改善されているとよい。とはいえ、これを中央アメリカ諸国の数値と比較してみるとグアテマラの状況は決してよいとはいえない。

中央アメリカ諸国の平均寿命を図式化したものが図 3-10 である。グアテマラはハイティに次いで平均寿命の短い国で、中央アメリカ諸国の中では最も低い。

上図に見るように、グアテマラの平均寿命はホンデュラスやニカラグアとほぼ同じレベルにあるが、同じ中央アメリカでもコスタ・リカやパナマと比較すると約 10 歳ほど低い数値となっている。

(2) 死亡原因⁶⁾

表 3-2 は 1986 年から 1990 年までの主要死亡原因の推移を示したものである。死亡原因の第 1 位と第 2 位はそれぞれ消化器感染症、呼吸器感染症で、上記 5 年間に順位の変化はない。消化器感染症による死亡の割合は、1986 年の約 20% から 1990 年の 14.5% へと減少傾向にあるのに対し、呼吸器感染症の割合は 1986 年の 9% 弱から 1990 年の 10.7% へと増加傾向にある。周産期における感染症は 6% から 8% の間を上下しており、はっきりとした増減の傾向は現れていない。また、栄養失調は 5.5% から 6.5% へと増加している。これを反映して 1990 年には栄養失調は死亡原因の第 3 位となっており、貧困層の増加を裏付けている (3-1-2 (5) の「貧困人口」の項を参照)。

5) Boletín Epidemiológico Nacional, Sistema Coordinado de Salud, 1996, p.7.

6) 死亡原因の割合は Estadísticas Vitales, defunciones generales, 1993 に記載されたデータを使用して算出した。

7) これらの割合は Estadísticas Vitales, defunciones generales, 1993 のデータから算出した。

表 3-2 主要死亡原因の推移

1986	1987	1988	1989	1990
消化器感染症	消化器感染症	消化器感染症	消化器感染症	消化器感染症
呼吸器感染症	呼吸器感染症	呼吸器感染症	呼吸器感染症	呼吸器感染症
周産期における感染症	周産期における感染症	周産期における感染症	周産期における感染症	栄養失調
一般症状 (分類不的確)	一般症状 (分類不的確)	原因分類が不的確な罹患・死亡	原因分類が不的確な罹患・死亡	周産期における感染症
原因分類が不的確な罹患・死亡	原因分類が不的確な罹患・死亡	一般症状 (分類不的確)	栄養失調	原因分類が不的確な罹患・死亡
栄養失調	栄養失調	栄養失調	一般症状 (分類不的確)	一般症状 (分類不的確)

出典：Estadísticas Vitales: defunciones generales, INE, 1993

(3) 罹患率

保健省のデータ⁸⁾によると急性呼吸器感染症はここ数年の主要な罹患原因の1つとなっており、1994年には13万8,550件が報告されている。10万人当たりの急性呼吸器感染症の罹患率は1,342.28となっている。1995年には17万8,355件、罹患率は1,337.04と、ほとんど前年と変わらない。

罹患の2番目に位置するのは下痢症である。1994年には8万4,932件、1995年8万3,643件で、10万人当たりの罹患率はそれぞれ822.83、552.04であった。

結核は1993年に4,897件、1994年に3,365件あり、その大部分が肺結核である。10万人当たりの罹患率は32.6(1994年)、29.2(1995年)で、結核の発生した県は、発生件数順にグアテマラ県(1,690件)、ケツアルテナンゴ県(556件)、スチテペケス県(264件)、イサバル県(193件)、エスクイントウラ県(125件)となっている。

予防接種によって予防できる疾患に関するデータでは、ポリオ・ジフテリアの罹患は1990年、1991年と記録されていない。1994年には2件のジフテリア罹患があった。はしかは1994年に68件が罹患、うち34人が死亡している。1995年には64件のはしかと62件の百日咳が報告された。1995年、はしかはグアテマラ県の16件を筆頭にキチェ県12件、ウェウエテナンゴ県8件、アルタ・ベラパス県5件、そしてチマルテナンゴ県、エル・プログレソ県、エスクイントウラ県の各3件が記録されている。

8) ここに述べられているデータは Boletín Epidemiológico Nacional, Sistema Coordinado de Salud, 1996, p.17 に基づいている。

3-2-2 母子保健関連データ

(1) 乳児死亡率

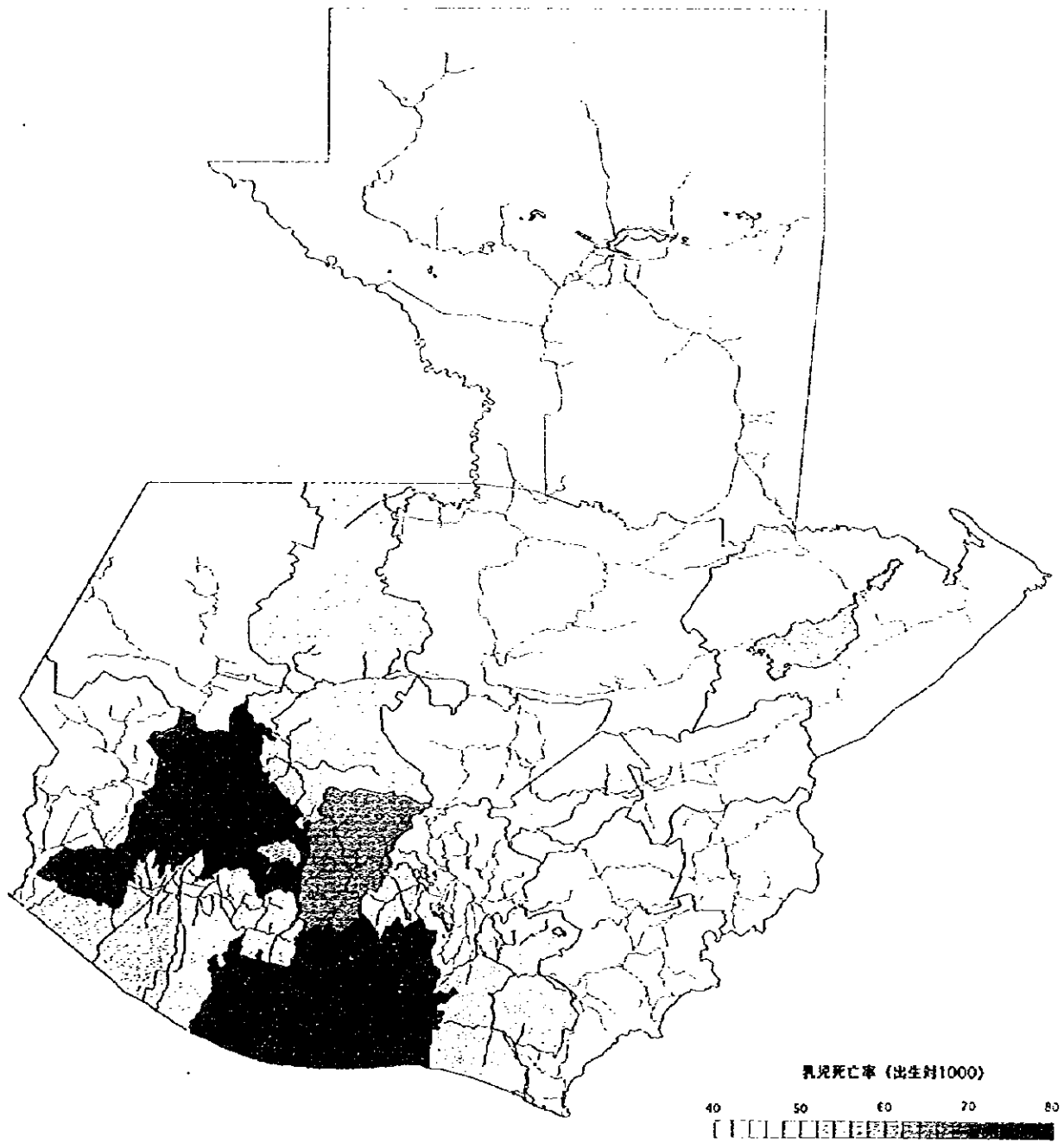
グアテマラには乳児死亡率に関して異なるソースのデータがいくつかある。それらを地図上に示したものが図 3-11、図 3-12、図 3-13 である。図 3-11、図 3-12 は Boletín Epidemiológico Nacional; Sistema Coordinado de Salud のデータを使用して作成したもので、図 3-11 は 1993 年のもの、図 3-12 は 1994 年のものである。また図 3-13 は 1995 年の母子保健アンケート調査報告書のデータ⁹⁾を参照して作成したもので、1994 年のデータである（なお、ペテン県はこの調査の範囲に入っていないためデータがない）。

普通、医療事情が劣悪でアクセスの悪い地域の乳児死亡率は高くなる。地図中の赤い線は年間を通じて車両の通行が可能な道路（未舗装道路を含む）を示している。仮に「アクセスの悪い地域の乳児死亡率は高くなる」と考えると、交通網の整備されていない（つまり赤線の少ない）地域の乳児死亡率が高くなるはずである。しかしながら図 3-11、図 3-12 ではそういう傾向は認められず、むしろ逆に交通網の整備されている地域の乳児死亡率の方が高く現れている。交通網の未発達な地域の方が当然正確なデータが集まりにくいと考えられ、これらのデータを額面どおりに受け止めるのは困難であるといわざるを得ない。

参考のため、以下に UNICEF の資料¹⁰⁾を基にして作成した中央アメリカ諸国の乳児死亡率のグラフ図 3-14 を記載する。

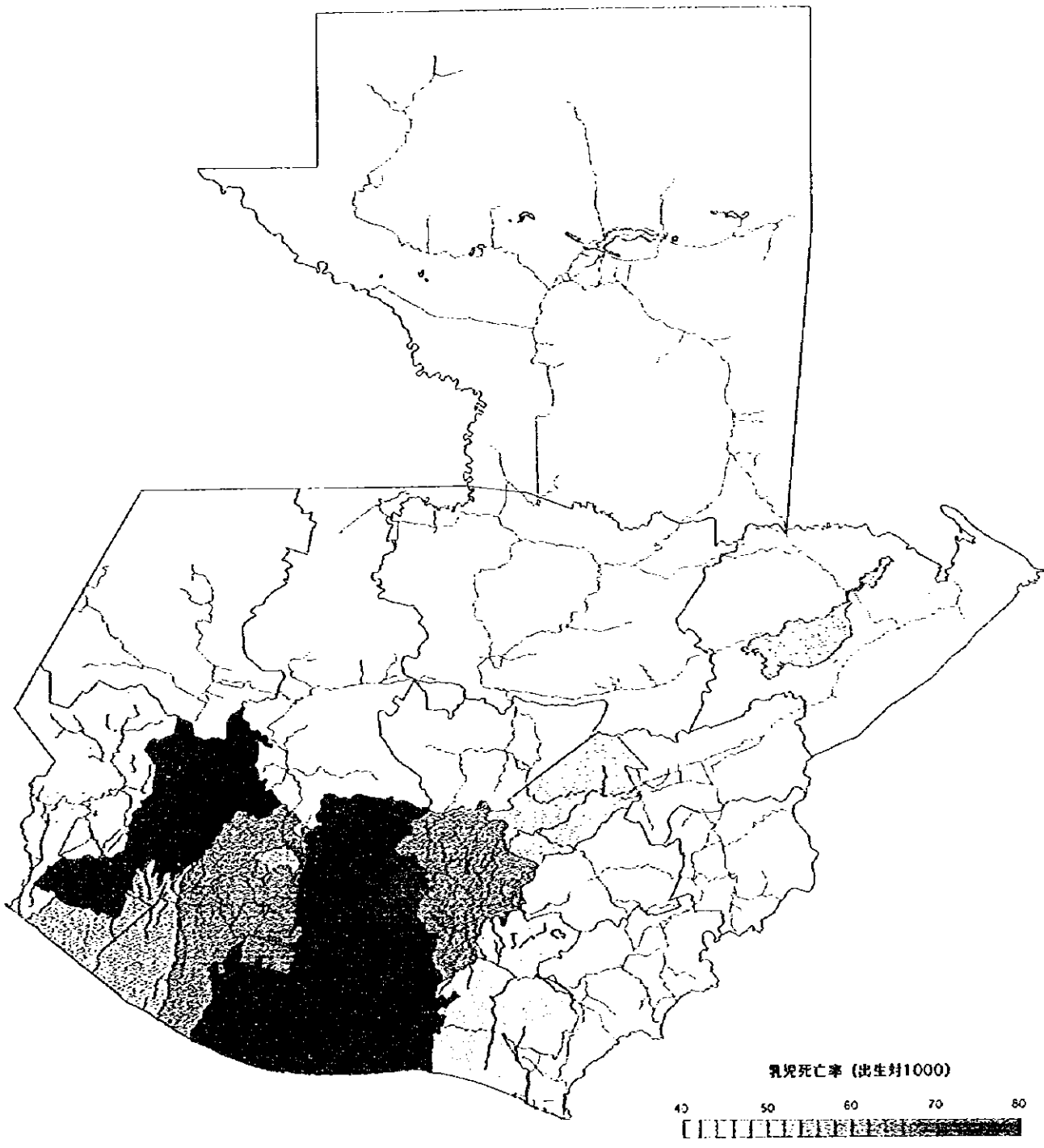
9) 今回の調査で面接した保健省の関係者（保健サービス総局局長・副局長、母子保健局局長、SIAS プログラム担当官）や国際機関（パン・アメリカン保健機構局長、保健対策・振興部長、UNICEF 保健栄養プログラム担当官）、援助機関（USAID 公衆衛生母子保健担当、ヨーロッパ・ユニオン母子保健プロジェクトダイレクター）、NGO（INCAP 母子保健・栄養部部長）などが、色々なデータの中で「1995 年の母子保健アンケート調査報告書（Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995）」が最も現実に近いデータと考えている、と言っていた。

10) *Estado Mundial de la Infancia 1997*, 1997, pp.80-81 参照。



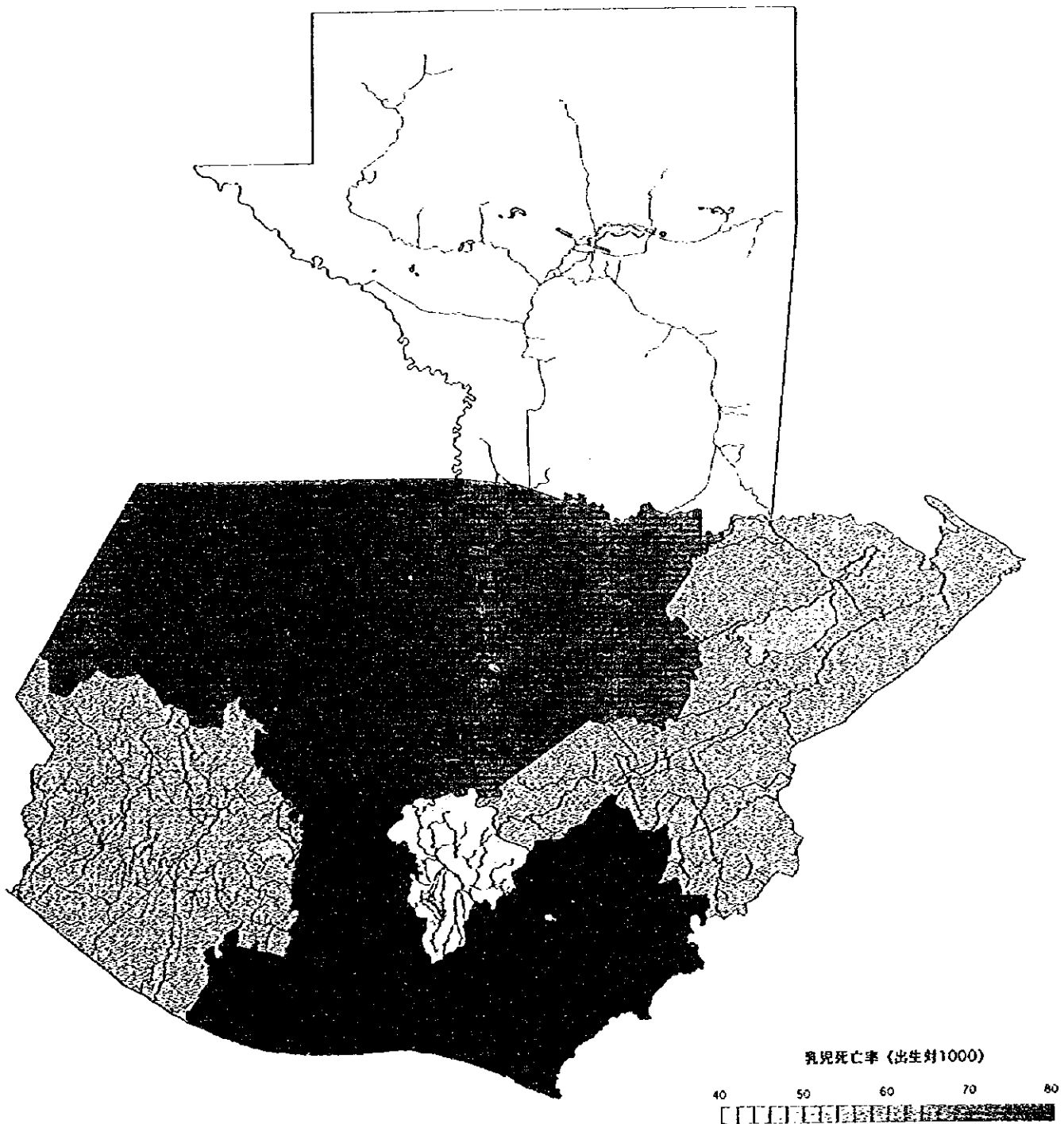
出典：Boletín Epidemiológico Nacional, p.10

図 3-11 県別に見た乳児死亡率 (1993)



出典 : Boletín Epidemiológico Nacional, p.10

図 3-12 県別に見た乳児死亡率 (1994)



出典：Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995, p.56

図 3-13 地域別にみた乳児死亡率

注：グアテマラを8つの地域に分け、その平均を出したものを、各県の数値ではないことに注意。
またペテン県のデータは出ていないため表示されていない。

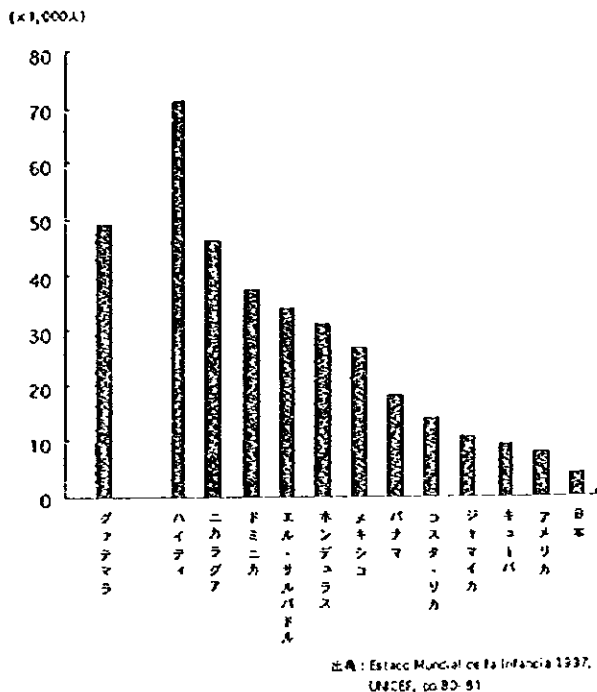


図 3-14 中央アメリカ諸国の乳児死亡率

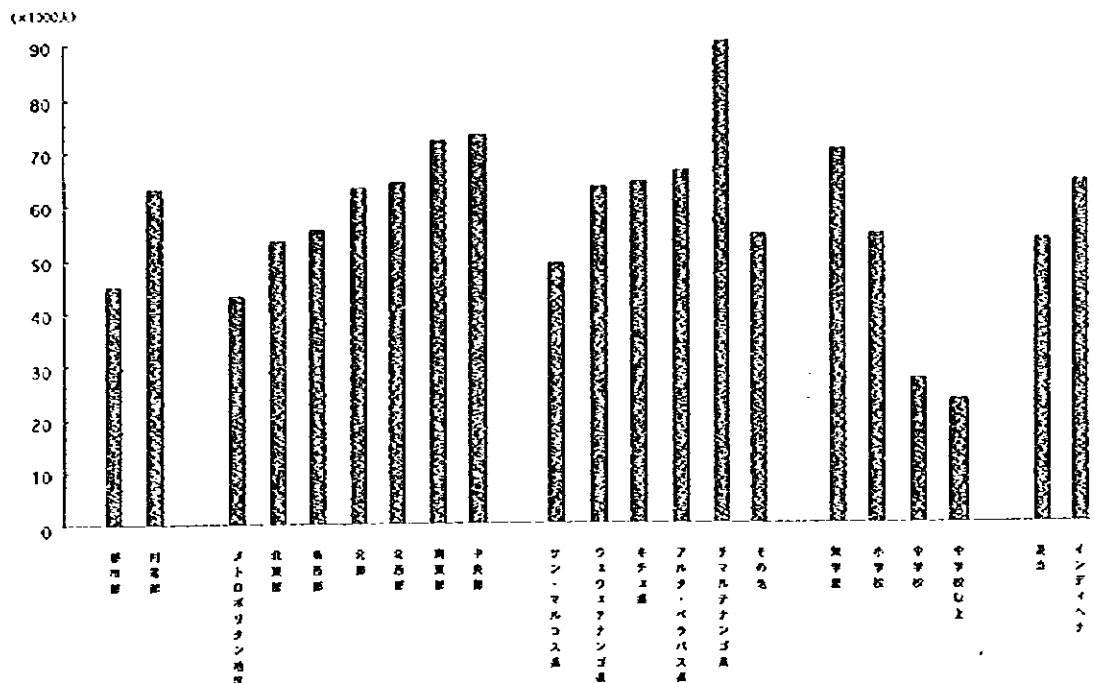
図 3-15 は乳児死亡率の相違を、都市-村落別、地域別、県別、学歴別及び混血-インディヘナ別にみたものである。

グアテマラにおける乳児死亡率はハイティに次いで高い。前述の 1995 年の母子保健アンケート調査の調査結果によるとグアテマラの乳児死亡率は 57 であるから、UNICEF の数値 49 はこれよりもかなり低い。UNICEF の数値が 1997 年の推測値であるということを考慮しても、この 3 年で数値がこれほど下がるほどの活動はグアテマラでは行われていないため、実際には UNICEF の数値よりも乳児死亡率は高いと考える方が妥当であろう。

Boletín Epidemiológico Nacional-Sistema Coordinado de Salud によると、1994 年の乳児死亡の原因の第 1 位は周産期における感染症で、全体の半数以上を占めており¹¹⁾、肺炎 (17.1%)、消化器疾患 (8.8%) がこれに続いている。これは Estadísticas Vitales; Defunciones Generales のデータ (1986・1990) とも一致している¹²⁾。

11) Boletín Epidemiológico Nacional, Sistema Coordinado de Salud, 1996, p.12

12) Estadísticas Vitales: Defunciones Generales, 1993 参照。



出典：Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995, p.56

図 3-15 異なった分類でみる乳児死亡率の比較

上図を見ると明らかなように、乳児死亡率は都市部と村落部で、また教育水準によって大きく異なることがわかる。地域格差も無視できないほどの格差がある。一方、この調査では混血とインディヘナの相違がそれほどはっきりとは出ていない。

(2) 妊産婦死亡率

1995年の母子保健アンケート調査の結果から推測した妊産婦死亡率は221.1（出生10万当たり）であった。1994年の母体の死亡原因は次のようになっている¹³⁾。

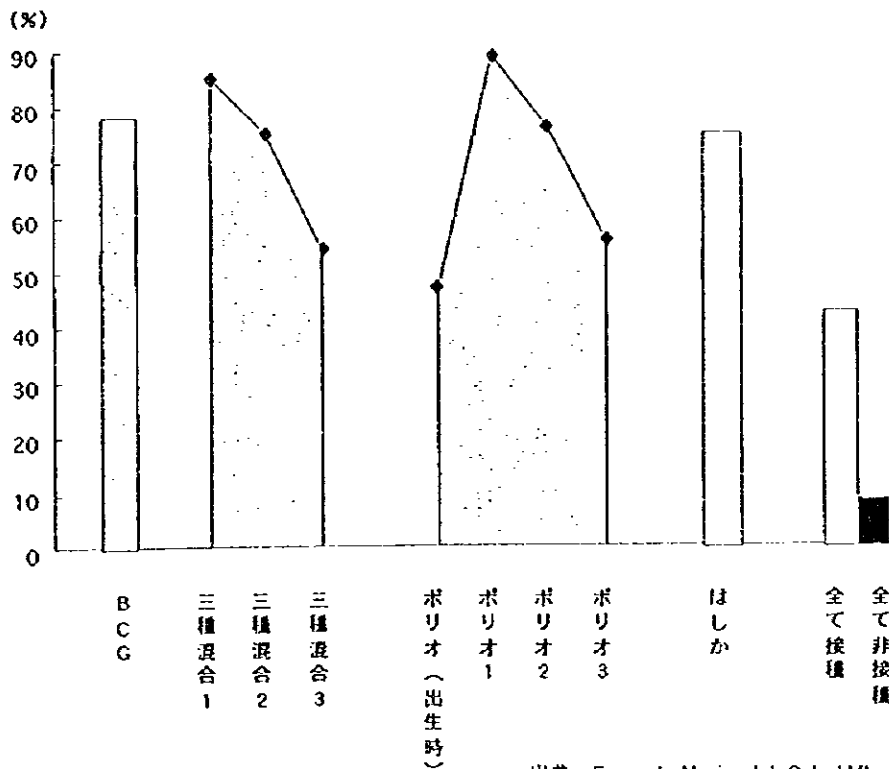
- ① 異常分娩 (29.7%) ⑤ 流産 (7.3%)
- ② 遺残胎盤 (13.7%) ⑥ 子宮裂傷 (5.3%)
- ③ 産褥期敗血症 (10.9%) ⑦ 分娩後出血 (5.3%)
- ④ 子癇 (10.9%) ⑧ 出血多量 (2.5%)

なおメキシコの10万人当たりの妊産婦死亡率は約110人、またホンデュラスは約220人となっている¹⁴⁾。

13) Boletín Epidemiológico Nacional-Sistema Coordinado de Salud, 1996, p.15

14) とともに厚生省発行の「開発途上国の母子保健」を参照。

(3) 予防接種率



出典：Encuesta Nacional de Salud Mterino Infantil 1995.

p.40-41 の資料を基に作成した。

図3-16 予防接種の種類別接種率

図3-16は12カ月から23カ月までの子供の全国レベルの予防接種率を種類別に示したものである。グアテマラでは日本と異なり、ツベルクリンを新生児期に、ポリオも新生児期に初回接種した後で、更に3回の接種を行う（後に追加接種がもう1回ある）。はしかとDPT三種混合¹⁵⁾（以下「DPT」と略す）は接種時期がはっきりしないので何ともいえないが、回数は日本の予防接種の方法と同じである。

ポリオやDPTは接種が2回目、3回目になるに従って接種率が減少する傾向がみられる。DPTについては、この調査結果が2歳未満の子供の接種率を算出しているのに対し、DPTの接種時期が3カ月から90カ月と2歳以上にわたっているためと考えることもできる。ポリオの初回接種（新生児期）の割合が低いのは、グアテマラでは産婆が分娩介助を行うケースが非常に多い、という事情によるものと理解できるが、ポリオ1、2、3については1歳半までに接種を終了するはずであるから、予防接種率は決して高いとはいえない。はしかも4人に1人は予防接種を受けていないという状況にとどまっている。

15) DPTは、百日咳・ジフテリア・破傷風の3種類のワクチンを混ぜ合わせたもので、普通、単に「DPT」あるいは「三種混合」と呼ばれる。

予防接種の割合を都市部-村落部別、学歴別、混血-インディヘナ別にみたものが、以下のグラフ図3-17、図3-18、図3-19である。都市部-村落部の接種率の差はそれほど大きいものではないのに対し、学歴と混血-インディヘナ別の差は比較的大きい。

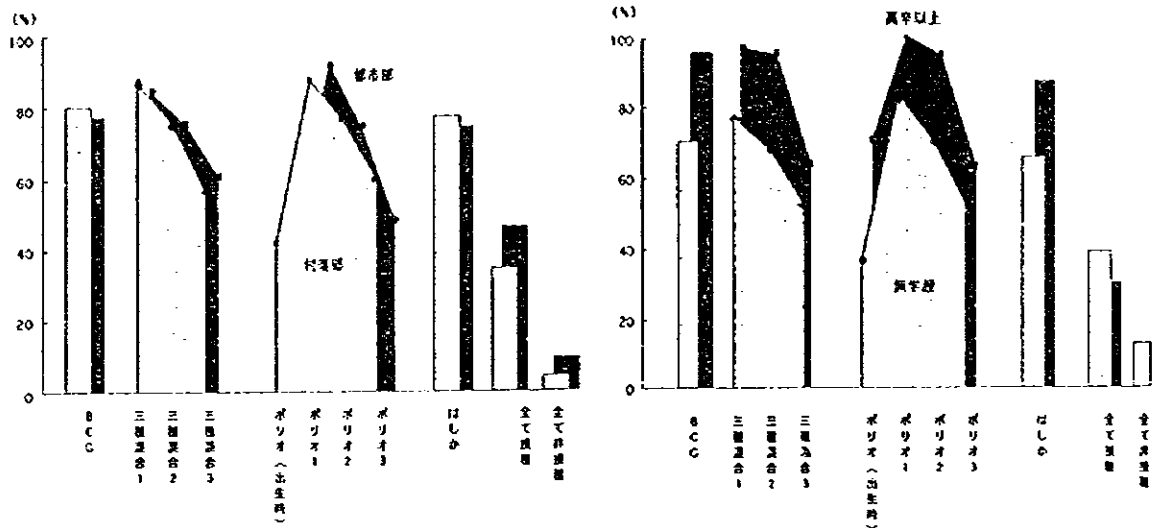


図3-17 都市部-村落部別の接種率

図3-18 学歴別の接種率

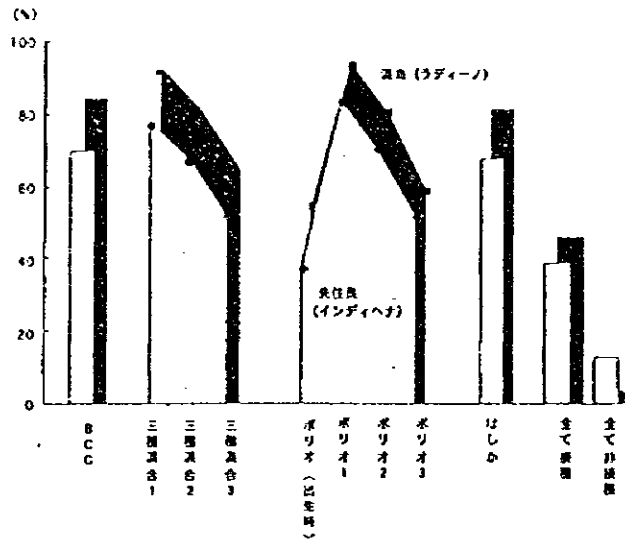


図3-19 混血-インディヘナ別の接種率

予防接種は出産後、最初に医療関係者から渡されるカードによって管理されているが、カードを保存している母親はわずか54%であるといわれている¹⁶⁾。「カルネット」と呼ばれるこのカードは場所によって色々な種類があり、この種類の違いによる混乱が指摘されている。今回の調査で入手した3種類の予防接種用「カルネット」を末尾に添付する。1番目はグアテマラ県南部保健局で使用されているもの、2番目がサンタ・ロサ県クイラパ保健所で使用されているもの、そして3番目がソロラ県サン・マルコス村で使用されているものである。1番目と2番目は似ているが、3番目は一応の共通点はあるものの、他の2点と体裁だけでなく内容にも相違点がある。混乱を招く一因と考えられる。

(4) 合計特殊出生率¹⁷⁾

1993年から1995年におけるグアテマラの合計特殊出生率は全国平均で5.1とかなり高い数値が出ているが、村落部においては6.2(都市部では3.8)と更に高い。都市部との差は2.5に近い。今回の調査で、保健所や保健支所に勤務する医師や看護婦から、村落部に住む女性の間では避妊への抵抗が非常に強い、という話を幾度も聞いた。家族計画を実施しないことが村落部における高い合計特殊出生率の主たる原因と考えられるが、「家族計画を実施しない理由」については最も重要なファクターであるが、今回の調査では明らかにできなかった。更に詳しい社会調査(KAP調査¹⁸⁾など)を実施して原因の解明を行うことが望ましい。

16) Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995, p.40 を参照。

17) 合計特殊出生率(Total Fertility Rate:TFR)とは、ある年次における再生産年齢(15~49歳)の女性の年齢別の特殊出生率の合計である。1人の女性が一生に生む平均子供数を表すものと考えられている。

18) 家族計画の実施に関しては、避妊法を知っているか知らないか(Knowledge)、方法を知っているかそれを使用するか使用しないか(Attitude)、そして避妊法の実践(Practice)という3つのレベルが考えられる。これらのレベルを認識した調査をそれぞれの頭文字を取ってKAP調査と呼んでいる。

4. 国家開発計画

4-1 和平合意と平和へのプログラム/政府開発5カ年計画

前述したように、グアテマラは長期にわたる反政府ゲリラとの紛争に苦しんできた。1990年代初頭より紛争の終結を目指して反政府ゲリラとの対話が続けられてきた結果、ついに最終的な合意を得るに至った。1996年12月のことである。対話の中で特に問題となったのは、地方の劣悪な状況であった。一般に「和平合意」と呼ばれているのは、これらの対話の中で得られた数々の合意の集大成なのである。

政府はこの「和平合意」を受けて「平和へのプログラム (Programa de la Paz)」を作成するとともに、企画庁 (Secretaria General de Planificacion) を通し、各省庁にそれぞれの分野での平和実現のプログラムの策定を要請した。各省によって策定されたプログラムによって政府開発5カ年計画はつくられている。「平和のプログラム」も「政府開発5カ年計画」も和平合意に基づいていることから、特に強調されているのは、開発の中で取り残されてきた人々への支援となっている。

4-2 国家開発計画の概要と保健政策の位置付け

4-2-1 国家開発計画の概要

グアテマラ政府の発表した「政府プログラム」の中で、アルス政権¹⁾は国民に向かって次のような公約をしている。「我々の根本的な公約は、グアテマラを自由、責任、安全、尊敬、公正、連帯のある平和の国にすることである」²⁾。その上で、次の4項目を政府が取り組むべき基本的なテーマとして提案している。

- ①統合的な民主主義の強化
- ②法治国家の実現
- ③機会の平等の推進
- ④悲惨な現状の払拭と貧困の撲滅

上述の公約及びテーマの実現のために、アルス大統領の率いる政府は「政治的公約」、「社会的公約」、「経済的公約」とそれらの詳細を発表した。次の図はこれを図式化したものである³⁾。

1) アルス政権は、現在のグアテマラの大統領であるアルバロ・アルス・イリゴジェン (Alvaro Arzu Irigoyen) の率いる政権である。1996年1月に実施された大統領選挙によって選出され、同14日に大統領に就任した。任期は4年。

2) Programa del Gobierno de la Republica 1996-2000: Juntos Tenemos la Oportunidad de Transformar Guatemala, 1996, p.11 を参照。

3) 同上、p.13 参照。

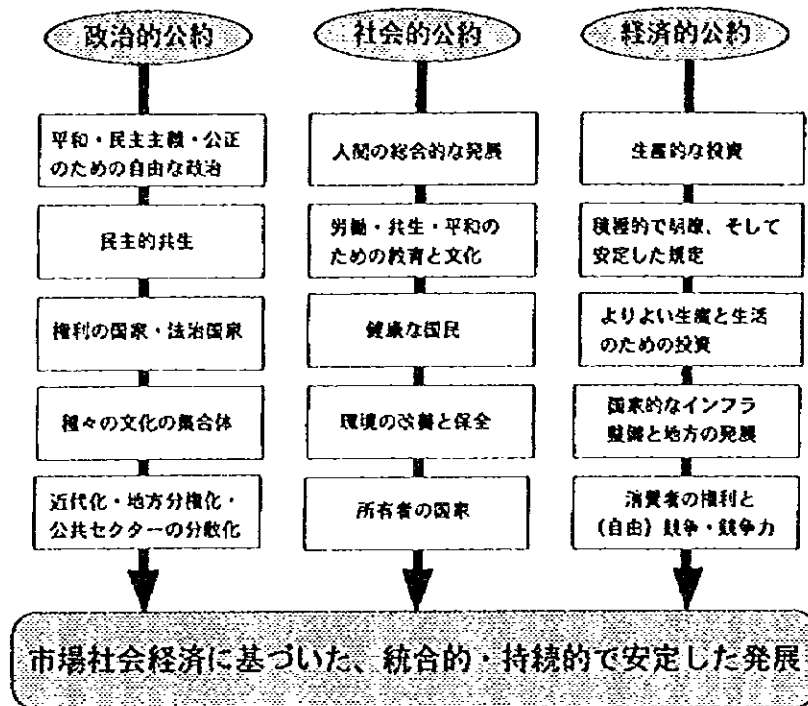


図 4-1 政府公約

政府プログラムの中で、政府は統合的で支持される持続的な発展のために、21 世紀に向かって生活レベルとその質の向上、特に貧困の解消に全力で取り組んでいく、と表明している。そのためには政府による政治的な支援が以下の点について不可欠であるとしている。

- ①文化的・政治的・経済的な意味での国際化の推進
- ②民主主義の強化・基本的人権の確立
- ③経済の近代化の推進（自由市場経済・効率的な経済は経済成長を可能にし、ひいては雇用の創出につながる）
- ④社会的公正さの追求（社会的弱者のため）

同プログラムの中で、政府は「これら政府の挑戦の成否は、グアテマラ社会が必要としている徹底的な変革が国民の支持・同意を得て、推進できるかどうかにかかっている。政府はそのために調停者・仲介者としての役割を担う」として、国民に協力を呼びかけている。また「生産性の向上は貧困解消のための強力な手段である」という考えに基づいて、生産性向上のカギである教育と保健の改善への支援を約束している。

4-2-2 国家開発計画における保健政策の位置付け

保健政策は政府公約の中の「健康な国民」の項と直接的な関連がある。アルス政権は政治的・社会的・経済的の各公約の中でも、特に和平合意と直接の関係を持つ社会的公約に力を入れている。政府プログラムの中の「健康な国民」の項では、グアテマラにおける保健医療状況の現状を説明し、それらの問題が以下に述べる項目に起因するとまとめている。

- ①サービス領域の狭さ
- ②中央主義と非効率性
- ③予防サービス—治療間、村落—都市間のアンバランスな財政の投入
- ④栄養失調
- ⑤基本的衛生の不十分さ
- ⑥保健セクターの組織的責任の無秩序さ

こういった状況を改善し、社会的公約の第1番目にある「統合的な人間の発展」を実現していくためには、保健が単に治療に終わらず、予防とともに機能することによって初めて実現される肉体的・精神的・社会的に健全な人間の成長が必要であり、そのためには国家保健セクター（具体的には保健省）の改革が必要であると、同プログラムは述べている。

4-3 保健医療政策

アルス政権は政府プログラムとは別に「社会開発と平和の構築」と題された1996年から5年間の活動計画を発表し⁴⁾、具体的な指針を示している。その中で述べられている主要な指針と目標を以下に記する。

(1) 指針 (抜粋)

- 1) 基本的保健医療サービスの領域を広げる。特に村落部とスラム地区、そして保健医療サービスの最も必要な人々（妊婦、授乳婦や6歳以下の子供）に対するサービスを広げる。
- 2) 予防と保健の推進に的を絞った活動の実施。その際には地域状況や村落部の価値観・社会観に十分留意する。
- 3) リスクのある集団の栄養失調の管理、処置、リハビリテーションの強化。
- 4) 様々なグループに対する保健推進活動の強化。
- 5) 保健問題の解決に欠かせないコミュニティ・NGO・民間企業の参加を促進するための、公共セクターと社会組織との関係の見直し。
- 6) 保健プログラムの計画・実施・管理に関する地域やコミュニティの参加の奨励（これは地域の自主的な発展に役立つ）。

(2) 目標

- 1) 乳児死亡率を25.5（出生1,000当たり）に減少させる。
- 2) 5歳未満児死亡率（U5MR）を50（出生1,000当たり）に減少させる。
- 3) 下痢症による5歳未満児の死亡率を5（出生1,000当たり）に減少させる。

4) Desarrollo Social y Construcción de la Paz, 1996

- 4) 妊婦死亡率を 100 (出生 10 万当たり) に減少させる。
- 5) 新生児死亡率を 13 (出生 1,000 当たり) に減少させる。
- 6) 新生児期を除いた乳児死亡率を 12.5 (出生 1,000 当たり) に減少させる。
- 7) 5 歳未満児の急性呼吸器感染による死亡率を 6 (出生 1,000 当たり) に減少させる。
- 8) 保健省の「成長の管理プログラム」を保健推進戦略として 100 % 実施する。
- 9) 6 歳児以下の成長管理のカバー領域を 60% に広げる。
- 10) 5 歳未満児の経口補液 (脱水症対策) の使用を 80% に広げる。
- 11) 1998 年までに新生児破傷風を撲滅する。

以上述べた目標を達成するために、保健省は新しい保健政策を策定した。1997 年より一部で既に実施されているこの保健政策は、「保健サービス統合計画 (Sistema Integral de Atencion en Salud)」の名称で呼ばれている。

保健サービス統合計画 (Sistema Integral de Atencion en Salud)

保健サービス統合計画は、第 1 次・第 2 次・第 3 次の保健医療活動の強化を大目的としているが、最も重要視されているのが第 1 次保健医療サービスレベルの向上である。というのは、現在グアテマラにおいて保健サービスを受けられるのは全人口の 54% に過ぎず、残りの 46% は未だに保健医療サービスを受けることができないからである。保健省では特にこうした人々に保健サービスを提供することによって、基本的サービスの領域の拡大と質の向上を目指している。次に示す図 4-2 はサービス領域の拡大のために考案されたシステムの構成の概念図である。

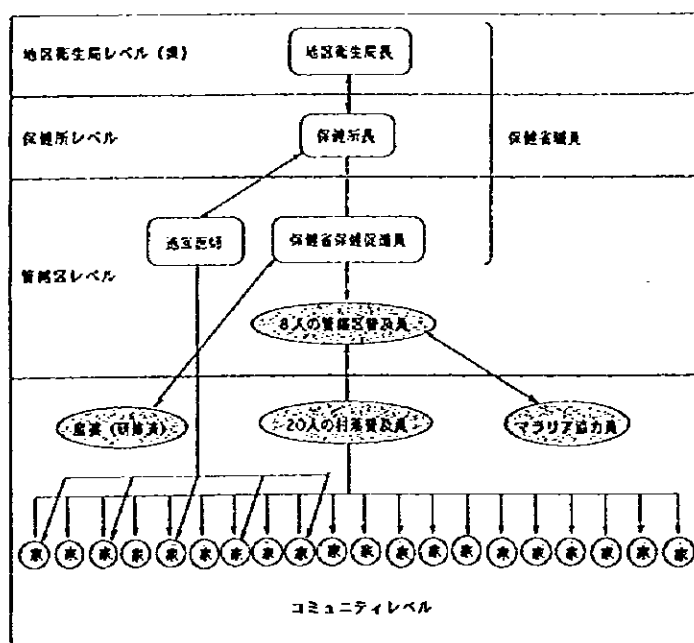


図 4-2 保健サービス統合計画の実施システム

既に述べたように、この政策では、システムを通しての基本的な保健医療サービス領域の拡大が1つの主要目標になっている。これまで保健所レベル以下のレベル、すなわち管轄区以下のレベルには保健スタッフは存在しなかった。ここに保健促進員のほか、管轄区普及員、村落普及員、マラリア協力員を選出してシステムの中に組み込み、彼らの働きによってサービスの領域を大きく広げよう、というのがこの計画のねらいである。

コミュニティから選出された8人の管轄区普及員は、保健促進員⁵⁾による指導・調整を受けながら、一方では20人の村落普及員を受け持ち、彼らの教育や指導に当たる。また村落普及員は、それぞれが20戸の家庭を受け持つことになっている。したがって、間接的にはあるが、1人の管轄区普及員は400家族を、1人の保健促進員は3,200家族を受け持つということになる。グアテマラの合計特殊出生率は全国平均で5.1なので、少々乱暴だがこれに両親分の2人を加え1家族を7人と考えると、1人の保健促進員が管轄区普及員・保健推進員を通して実に2万2,400人を受け持つ計算になる。仮に現在ある250の保健所すべてにこの保健促進員を配属したとすると、これら250人の保健促進員の受け持つ人数の合計は560万人となり、グアテマラの総人口の半数を超す。実際には様々な障害が考えられるが、実現できれば計算上はすべての人々に基本的な保健医療サービスが広がることになる。

システム内の人員の主な役割を簡単に紹介すると、以下のようになる⁶⁾。

①村落普及員の役割

- ・担当地区の地図を作成する。
- ・担当家族のセンサスを実施する。
- ・保健状況やリスク・ファクターを把握する。
- ・管轄区普及員とともに、活動計画や活動に必要なとされる物品についての計画を立てる。
- ・予防接種や診察、栄養失調のケアの際に保健促進員を支援する。
- ・下痢、コレラ、急性呼吸器感染症の手当を実施する。
- ・2カ月に1回、担当する家庭を訪問し、経口補液の有無の確認やツベルクリンの処置等を実施する。保健促進・教育を実施する。家族構成の変化を確認する。
- ・救急事態や事故の際に救急処置を実施する。
- ・処置ができない場合は巡回医や保健所へ紹介する。

②産婆（研修済）

- ・妊娠中の健康管理を実施する（異常がない場合。異常があれば医療機関に紹介する）。
- ・単純分娩の介助を実施する。
- ・ハイリスク妊婦や罹患した妊婦を医療機関・医師へ紹介する。
- ・産褥期の介護を行う。
- ・新生児のケアを行う。

5) 保健所の保健促進員には、現在保健所や保健支所に配属されている村落保健技術員や准看護婦が当てられる。

6) すべて主要なものを抜粋してある。詳しくは Sistema Integral de Atención en Salud-Lineamientos para el Nivel Primario de Atención を参照にされたい。

- ・母親への妊娠の間隔（インターバル）を取るよう勧める、妊娠中や授乳期の栄養摂取の指導を行う、母乳や1歳までの子供の栄養摂取の指導を行う、など。

③管轄区普及員

- ・担当コミュニティの地図を作成する。
- ・保健促進員、コミュニティの組織やその他の組織の代表者とともに、コミュニティの状況について話し合う。
- ・保健促進員、コミュニティの組織、その他の組織の代表者や村落普及員とともに、保健サービス活動を実施し、その活動の視察や活動の評価を行う。
- ・保健促進員、村落普及員とともにプログラムを作成・評価する。
- ・上位医療機関への紹介、地域レベルでの村落普及員への患者のケアを継続する。
- ・救急と疾病のケアをする、など。

④保健省の保健促進員

- ・管轄区の地図を作成する。
- ・既存のコミュニティ組織をみつけ、システムに取り込む。
- ・地区の年間活動計画の作成に参加する。
- ・保健状況と実施活動について管轄区や地区の組織グループとの連携を保つ。
- ・監督下にあるコミュニティ組織や、産婆、村落普及員、管轄区普及員などへの教育、視察やそれらの活動の評価を行う。
- ・上位医療機関への紹介、地域レベルでの管轄区普及員への患者のケアを継続する。
- ・産婆から紹介されてきた妊婦の管理を行う。
- ・産婆の活動を視察し産婆に対する指導を実施する。
- ・新生児へのツベルクリンとポリオの予防接種を実施する。

⑤巡回医師

- ・管轄するコミュニティや管轄区への月ごとの訪問を計画する。
- ・必要に応じて疾患や救急の処置を行う。
- ・保健推進員、産婆、管轄区普及員及び村落普及員からの紹介の患者の診療を行う。
- ・ハイリスク分娩の介助の場所を決める。
- ・保健省所定のフォームに診療の記録を取る。
- ・対応ができない場合は他のレベルへ紹介する。
- ・ハイリスクのケースは戸別訪問を実施し、処置を継続する。
- ・特別なケアが必要な場合には、管轄区普及員や村落普及員に対しの確な指示を出す。

5. 保健医療の現状

5-1 行政システム

5-1-1 中央レベル

前章で述べたように、「総合的な人間の発展」の実現のため、現在保健省では国家開発計画の実施に伴う大幅な組織改革が進行している。現在のところ、保健省の組織が将来どういった形に落ち着くかを予測するのは難しい。保健サービス総局長によると、すべての部局を統括していた保健サービス総局（Dirección General de Servicios de Salud）が廃止され、いくつかの部門に分割される模様だという。これまであった部局についても統廃合が進んでいるが、その中で母子保健局だけは組織改革後も存続することが決定しているといわれている。

保健省特別補佐官で INCAP 所属のデマン女史¹⁾から 1997 年 5 月 29 日に入った連絡によると、保健省の組織改革は図 5-1 のようになるということであった。参考のため暫定案を末尾に添付しておく。

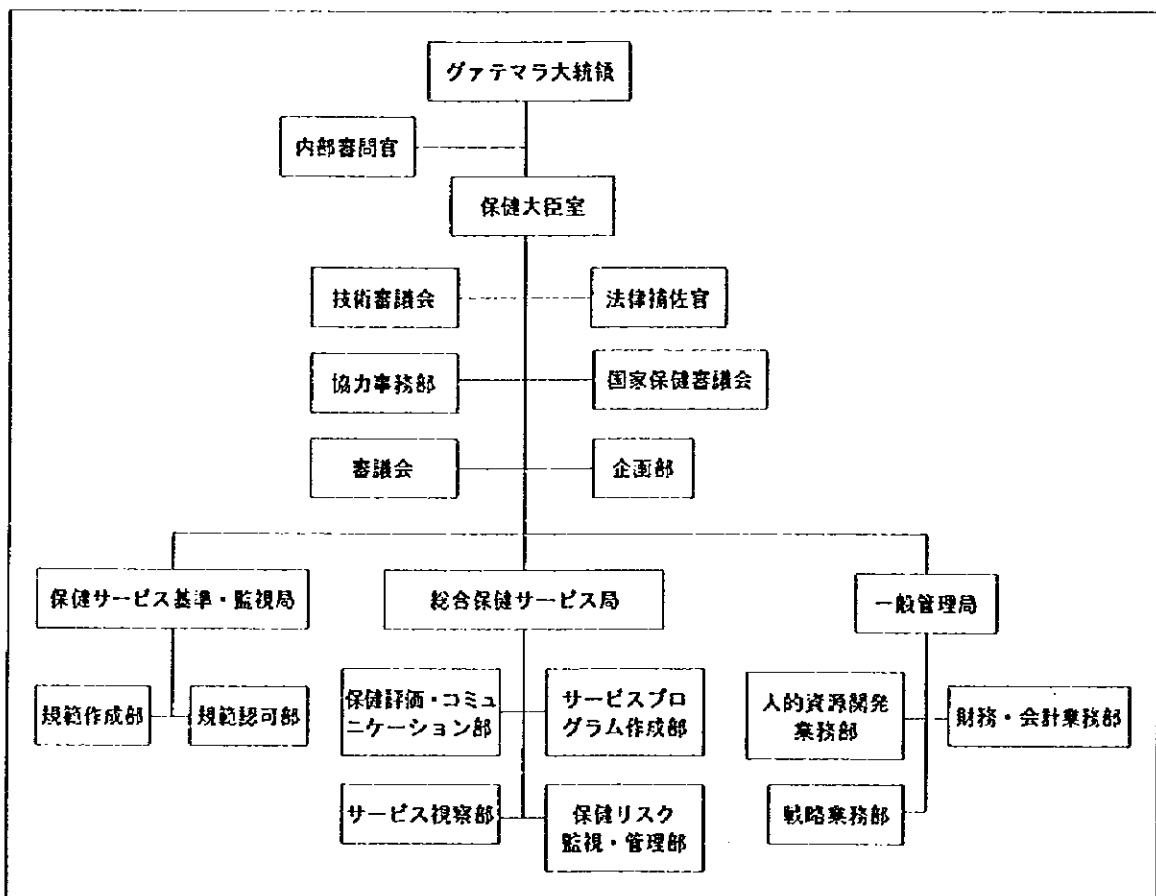


図 5-1 組織改革後の保健省組織図（1997 年 5 月 29 日現在の暫定案）

1) デマン女史 (Lic. Hedi Deman) は、中米・パナマ栄養研究所に所属し、保健省の特別補佐官も務める。保健省では保健サービス改善計画の第 3 計画部コーディネーターの肩書きを持ち、「保健サービス統合計画」の保健省代表として、援助機関・NGO との交渉に当たっている。保健サービス統合計画におけるグアテマラ保健省の実質的な代表者。

5-1-2 地方レベル

地方保健行政区は27に分かれており、それぞれの地区に衛生局が配置されている。地区の衛生局が地区内のすべての病院・保健所・保健支所とその人員を統括しており、この各衛生局を中央省庁である保健省が監督するという形がとられている。

5-1-3 保健情報処理システム

(1) グアテマラにおける保健情報処理システムの概要

グアテマラには2種類の情報システムが存在し、独自に情報を収集している。

1つは国立統計研究所 (Instituto Nacional de Estadística; INE)、他の1つは保健社会福祉省 (the Ministry of Health and Social Welfare) の一部門である「情報部 (Unidad de Informática)」である。

1) 国立統計研究所 (Instituto Nacional de Estadística; INE)

出生証明書及び死亡証明書のデータの収集、集計、公表を担当している。この情報の収集は3年遅れでなされており、国の保健政策には全く用いられていないということである。この遅れの原因としては、職員の不十分な研修に加え、人的資源や設備の不備が挙げられる。この人口動態統計に含まれる情報は、妊産婦死亡、乳児、小児死亡の原因とリスク・ファクターを完全に理解するためには不十分である。40～50年前に作られた死亡証明書と出生証明書の形式が未だに用いられている。

情報源は、郡自治体の住民登録 (registro civil) である。なお、グアテマラでは22の地域 (departamentos) に330の郡 (municipalidades) が存在し、郡自治体は住民登録をすることを法的に義務付けられている。

2) 保健社会福祉省情報部 (Unidad de Informática)

情報部は死亡と出生に関する報告に、国立統計研究所とは異なった情報源を用いている。過去においては、国立統計研究所からの出生、死亡証明書の情報を手書きで複写していたが、現在では地方保健システムが全国の死亡者についての情報を独自の書式で報告している。

(2) 出生及び死産、死亡情報の収集と公表

1) 出生

郡自治体 (municipalidades) が出生及び死産、死亡情報の収集を行うことになっている。出生については、両親が48時間までに新生児を登録しなくてはならない。郡自治体は情報を収集し、グアテマラ・シティにある国立統計研究所本部に送る。出生証明書には出生児の体重、親の年齢と民族なども含まれているが、両親の健康状態などは含まれていない。

集められたデータは国立統計研究所においてまとめられている。

2) 死産及び死亡

死産及び死亡証明書は、出生証明書と同様、郡自治体によって収集されている。この時収集される情報を以下に示す。

① 死産証明書を記録した者に関する情報

死産証明書を提出した者の氏名、年齢、住所

② 死亡者の情報

死亡者の居住場所、性別、死亡年月日、死亡時間、年齢、民族、身分 (civil status)、職業、父母の氏名、死因、立会人〔医師、産婆 (traditional birth attendants)、死亡場所 (病院、保健所、自宅など)、死亡登録者 (医師、医師以外、資格所持者など)

以上の情報は、国立統計研究所によって集計、公表される。

(3) 特定の疾病の発生率について

保健社会福祉省 (the Ministry of Health and Social Welfare) は報告義務疾患 (Notificacion Obligatoria) についての情報を収集している。報告義務疾患とは、免疫的に予防できる疾患 (麻疹、破傷風、水痘など)、消化器系疾患 (コレラ)、性感染症、肝疾患などである。これらの疾患については、毎週月曜日と火曜日に、①末端部である保健支所から保健所へ、そして保健所から地区衛生局へ、また②地区病院から地区衛生局へ、定められた書式により報告されている。図 5-2 はこの流れを図式化したものである。保健社会福祉省の The national health system によりまとめられたデータは水曜日ごとに保健社会福祉省の疫学及び疾病コントロール部門 (the Division of Epidemiology and Disease Control) に送られ、ここで全国の情報が分類・分析され、数カ月毎に1度、全国疫学公報 (Boletin nacional Epidemiologico) の形で発行・公表されている。

なお、データの基となっているのは、保健支所・保健所の外来診察の記録であることから、伝統医療 (呪術師や伝統的治療師) による治療は収集データの中には入らない。また、一般保健所からの訪問診察は実施されていないため、これらの医療機関へのアクセスを持たない住民のデータは収集されない。

(4) まとめ

まず、情報収集システムが2種類あることは、情報の整合性及び効率的な情報収集の妨げになっていると思われる。このことは、年度により大幅に報告数が異なっていることがあることなど、精度に反映していると思われる。統計資料の公表は3年後が通例となっているようであり、保健政策へ利用されているとはいいがたい。人口動態を中心とした情報の内容については必要な項目を含んでいると思われるため、今後情報の収集の精度及び解析システムの確立が重要と考えられる。

なお、本節は国立サン・ファン・デ・ディオス病院に併設されている、母子保健疫学センターのセンター長である、Dr. Edgar Kestlert 氏への質問状に対する回答を基に作成した。

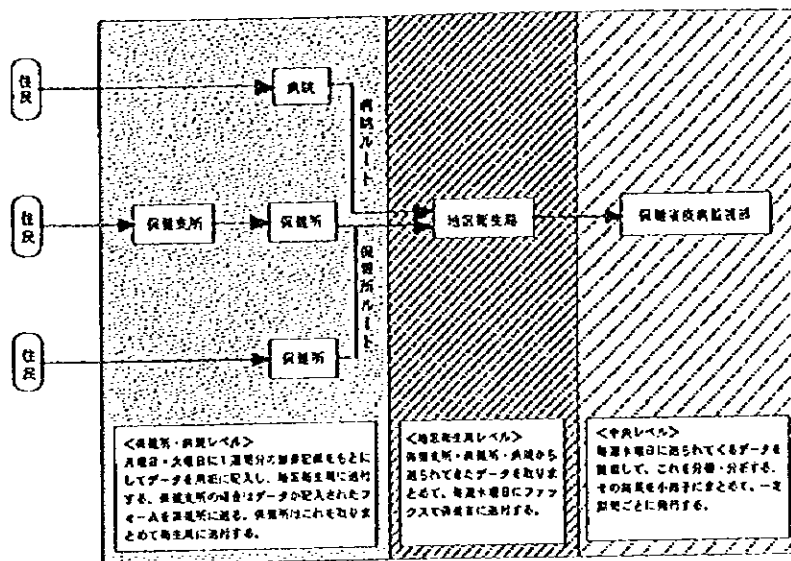


図 5-2 保健医療データの流れ

5-2 保健医療システム

グアテマラは現状に適した効果的・効率的な医療サービスの提供を目指して、1980年代後半より紹介システムの強化を試みてきた。紹介システムの効果的な実施のため、医療機関は3つのレベル（第3次医療は、ルーズベルト国立病院とサン・ファン・デ・ディオス国立病院が地方病院の上部医療機関となっているので、正確には4つのレベルということになる）に類別され、それぞれが異なった役割を担うことになっている。

以下にグアテマラにおける保健医療システムの概要を示す。以下に述べるのは、あくまでこのシステムが「こう機能することを期待して作成された」というものであって、現在「このように機能している」というわけではない。

左の図 5-3 は3つの保健医療のレベルを図式化したものである。第1次医療レベルとは保健支所が実施する保健医療サービスのレベルを指しており、第2次医療レベルは保健所（タイプA及びタイプB）が、そして第3次医療レベルはそれぞれの地方並びに中央病院が実施する医療サービスを指している。

第1次レベルの保健支所には中学校卒業後、10カ月間の研修を受けた準看護婦が配置されるが、実際には人員の不足のため配置されていない保健支所が相当数あるという。保健支所には準看護婦のほか、実習を行う医学生（Ejercicio Profesional Supervisado:EPS）や村落健康技術

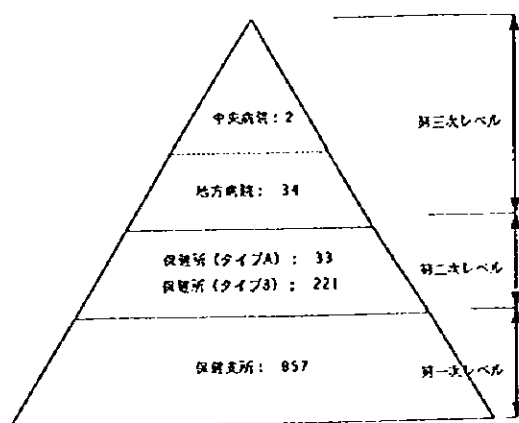


図 5-3 保健医療レベルの区分

員 (Tecnico de Salud Rural:TSR) が配置されることもある。第1次医療機関としての機能は重要であるが、医師は配置されていない。

第2次レベルの保健医療サービスは、タイプAとタイプBという2種類の保健所で対応している。タイプA・タイプBの両保健所とも、医師（一般医）が常駐し、正看護婦が配置されている。保健所では一般診療のほか母子ケアを常実施している。タイプAには入院設備（病床）があるが、タイプBにはない。これがタイプAとタイプBの唯一の相違である。タイプAには入院施設があるとはいえ、その使用は婦人科の患者や他の医療機関に紹介される場合などの短期的な使用（原則として72時間以内）に制限されている。

第3次医療機関は一般に各県の中心的な町に建設されている。病院には内科・外科・産婦人科・小児科等の専門の科があり、それぞれ専門医が配置されている。他のレベルから紹介された患者の受け入れも実施しており、地域保健医療の核としての役割を担う。

保健省の管轄する保健所・保健支所はそれぞれ254カ所、857カ所あり、全国に展開している。既に述べたような紹介システムの考え方に従って、第1次医療機関である保健支所から第2次・第3次医療機関へとスクリーニングが行われることになっている。

次ページの表5.1に各レベルの活動を簡単に記した。

表 5-1 各レベルの医療機関の実施すべき業務内容

第1次レベル	第2次レベル	第3次レベル
1) 一般診療 ・単純診療 ・単純救急 ・患者の紹介	1) 一般診療 ・診療 ・救急 ・患者の紹介	1) 以下の活動を総合的に実施する。 ・保健のプロモーション ・予防 ・健康の回復 ・リハビリテーション
2) 母体ケア ・出産前ケア・管理 ・産褥期ケア ・家族計画	2) 母体ケア ・出産前ケア・管理 ・産褥期ケア ・家族計画	2) すべてのレベルから紹介された患者の受け入れ
3) 小児ケア ・成長管理 ・母乳 ・早期診療 ・経口補液による処置 ・予防接種 ・急性呼吸器感染症の管理	3) 小児ケア ・成長管理 ・母乳 ・早期診療 ・経口補液による処置 ・予防接種 ・急性呼吸器感染症の管理	
4) 疫病の監視	4) 疫病の監視	
5) 衛生教育	5) 衛生教育と研修	
6) 村落ボランティア(保健プロモーターや産婆)の研修への参加	6) 村落ボランティア(保健プロモーターや産婆)の研修への参加	
7) 村落の住民参加	7) 村落の住民参加	
8) 村落リーダーとの調整	8) 村落リーダーとの調整	
9) ハイリスクの住民に対する戸別訪問	9) 環境衛生	
	10) 戸別訪問	

<リファアの流れ>

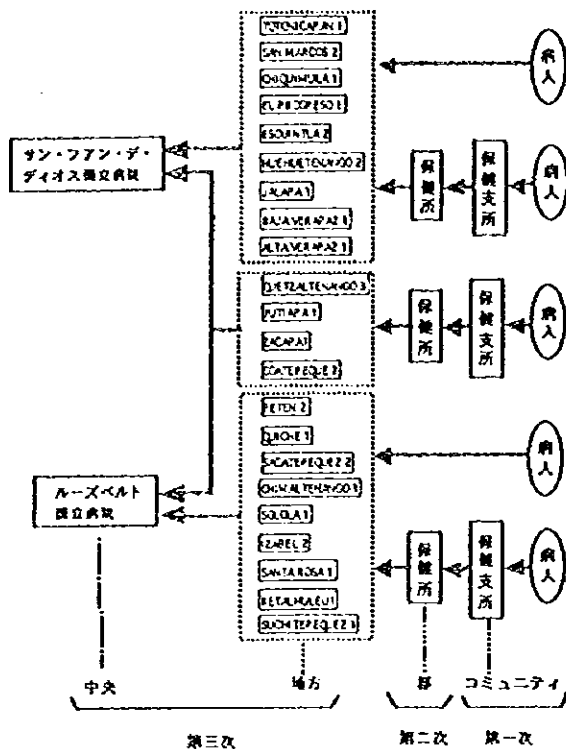


図 5-4 紹介システム概念図

左に示されているのは地域レベルから中央レベルへの患者紹介の流れを概念的に示したものであり、各地方病院は紹介先の中央病院まで定められている。具体的に紹介の流れがシステム上ではどうなっているのかをみると次のようになる。

地域レベルで病人が発生した場合、まず付近の保健支所で第1次医療が実施される。第1次医療レベルで対応可能な病人については当然このレベルで対応し、対応できない場合に限り患者に第2次レベルの医療機関、つまり保健所へ行くように指示する。その際、紹介用紙を患者に渡す。

保健所でも同様の対応を行い、最終的に地方病院（第3次医療機関）へと至る。ここで対応できない特殊なケースのみが中央病院へと紹介されることになる。繰り返しになるが、これは紹介システムがこのように機能することを期待されているということであって、現在このように機能しているというわけではない。

5-3 医療機関の現状

5-3-1 第3次レベル（病院）

(1) サン・ファン・デ・ディオス国立病院（院長へのインタビューから）

サン・ファン・デ・ディオス国立病院は、第3次医療機関に位置付けられ、保健省管轄としてはルーズベルト国立病院とともにグアテマラの医療機関の最高峰を成している。サン・ファン・デ・ディオス国立病院はグアテマラ 22 県の約半分を担当²⁾するほか、病院の立地場所からグアテマラ・シティの北部地域の住民の診療も受け持っている。サン・ファン・デ・ディオス国立病院には約 2,500 人の職員が働いており、うち 350 人が医師³⁾である（150 人はインターン医師）。高度な心臓手術などは実施しないが、すべての専門があり、あらゆる種類の治療を行っている。

2) 担当する県は一応決められているようであるが、実際の診療はその担当県のみを行っているわけではない。実際は有名無実な担当県の区分となっている。この区分については Red de Establecimiento del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, 1995, p.19 を参照。

3) 医師はその大部分が4時間の半日勤務で、午後は他の病院や自分の診療所で仕事をしている。これは保健省の給料が低いためにおこるものである。一般的に公務員の給料は他の民間企業の給料に比べて低いが、保健部門の給料はその中でも更に低いということであった（院長談）。

1日の外来数は救急（約200人）を含め1,000人程度で、うち約300～400人が女性と子供である。診療は基本的に無料で行われているが、レントゲンや内視鏡診断は別に料金を取っている。疾病状況をみると、子供は呼吸器感染症や消化器感染症（特に腸疾患＝下痢症）が多く、大人では消化器疾患・潰瘍・ヘルニア・外傷が多い。また1日当たり50件の分娩が行われており、そのほとんどがハイリスク分娩⁴⁾となっている。

紹介システムはあることはあるが、機能しておらず、紹介のための用紙もあるが誰も使用していないというのが実状である。紹介元の医療機関への診療内容の記入用紙もあるが、実際にはほとんど使用されていない。現在改善しようと考えているという。ちなみに外来の約3割が紹介された患者であるが、残りの7割は村落部・都市部を問わず直接病院を訪れる患者である。

サン・ファン・デ・ディオス国立病院の中には血液銀行がある。グアテマラの血液銀行は、保健所に2つ、ルーズベルト国立病院に1つ、社会保険庁の病院に合計4つ、そしてこのサン・ファン・デ・ディオス国立病院に1つの合計8つある。

グアテマラでは献血が行われておらず、輸血の必要が生じた場合は患者の家族から採血を行っている。採血された血液は、肝炎・シヤーガス・エイズ・梅毒などの検査が行われた後、異常がなければ保存される。ちなみにエイズの罹患率は0.62%である。血液が足りなくなった場合には、赤十字やその他の血液銀行を持っている関係機関に連絡を取って調達してもらっている。

(2) クイラパ国立病院（院長へのインタビューから）

クイラパ国立病院は、サンタ・ロサ県の県庁所在地クイラパにある地方国立病院である。サンタ・ロサ県の住民に限らず、近隣県からの患者も多い。病院内には内科・外科・産婦人科・小児科があり、それぞれ専門医がいる。院長を含め、36人の医師、12人の医学生、12人の正看護婦、78人の準看護婦が勤務している。

外来は1日平均70人前後であり、来院の原因は骨折等の外傷、大腸菌による尿路感染症が多く、これらだけで全体の5割を越す。

救急の原因は、周産期関係、外傷・ケガ、下痢症、骨折、尿路感染症が上位を占めている。

この病院は200の病床を持っており、65%が使用されている。各専門ごとの病床数は内科44、外科62、小児科52、産婦人科42で、産婦人科のものが最も使用率が高いという。入院の原因の上位は、単純分娩、異常分娩（この病院では月に平均250件の分娩が行われている）、産婦人科疾患、下痢、骨折などで占められている。

診療費は無料だが、外来患者のみ処方箋に従って薬局で薬を買わなければならない。入院患者の薬は無料である。

紹介システムは機能していない。この病院では外来のわずか5%が紹介された患者である。紹介された患者がすべて記入された紹介用紙を持ってくるわけではなく、ここでは無理だから病院

4) 外来については払える人は25センターボ（約5円）を徴収している。

5) 他の県や首都圏地区の種々の医療機関で対応できずに紹介されてくるため、ハイリスク分娩が集中することになる。分娩は紹介されてくることが多いという。

に行くようにといわれただけの場合も多いという。また、技術的な問題やこの病院には必要とされる専門の科がないという理由で、外来患者の2～3%を上部病院（ルーズベルト国立病院）に紹介している。

クイラパ国立病院は大学と連携をされており、医学生の受け入れも行っている。周囲の住民からは「レベルの高い病院」と認識されているということで、サンタ・ロサ県のみならず、隣県からの患者も多い。こういった評判もあって、外来患者が保健支所や保健所にかずに直接病院に来るため、病院では専門性を高めることができず、これが病院の質を高める上で大きな問題となっている。

(3) 県レベルの保健医療の現状

今回の調査では、県レベルとしてはサンタ・ロサ県及びチマルテナンゴ県の地区衛生局を訪問し、各衛生局長や関係者へのインタビューと資料の収集を行った。収集したデータのうち、保健医療の状況を表していると思われるデータをまとめ、以下に図表の形で示した。

サンタ・ロサ県の保健医療の現状⁶⁾

1) 医療従事者数

表 5-2 サンタ・ロサ県における保健省の医療機関従事者数

	衛生局	地方病院	保健所	保健支所	合計
医師	1	27	13	0	41
歯科医	0	2	1	0	3
正看護婦	1	21	12	0	34
準看護婦	0	90	57	63	210
ソーシャル・ワーカー	1	1	2	0	4
衛生環境監視員	1	0	11	0	12
村落保健技術員	2	0	12	0	14
検査技師	0	6	4	0	10
事務員	1	14	12	0	27

2) 罹患状況と死亡原因

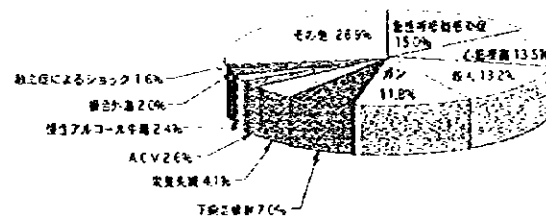
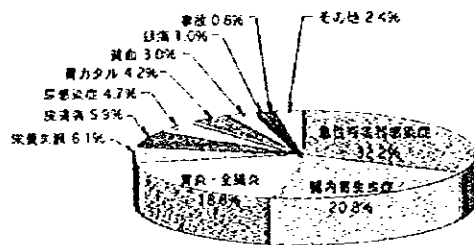


図 5-5 一般罹患の割合

図 5-6 死亡原因の割合

6) この項に含まれる情報は、すべて Salud para todos los Santarrosenos Perfil Diagnostico 1995-Plan Operativo 1996 による。

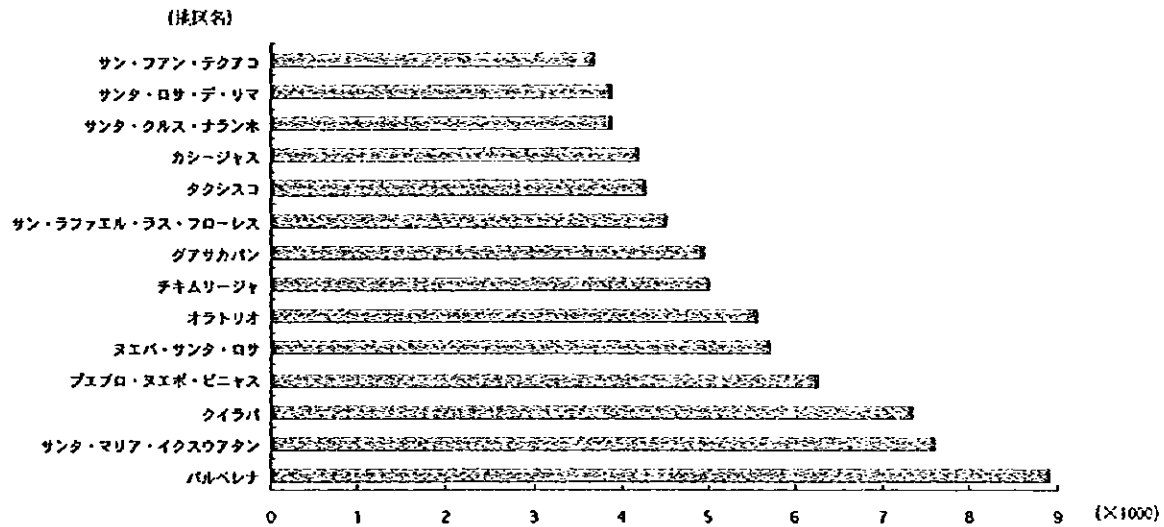


図 5-7 死亡率の地区別の比較

3) 乳児の罹患と乳児死亡

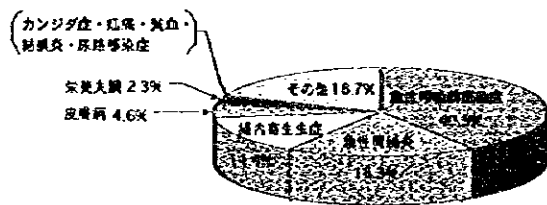


図 5-8 乳児の罹患原因の割合

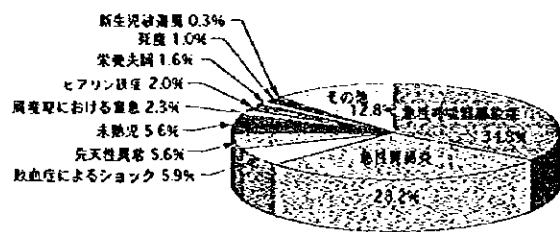


図 5-9 乳児の死亡原因の割合

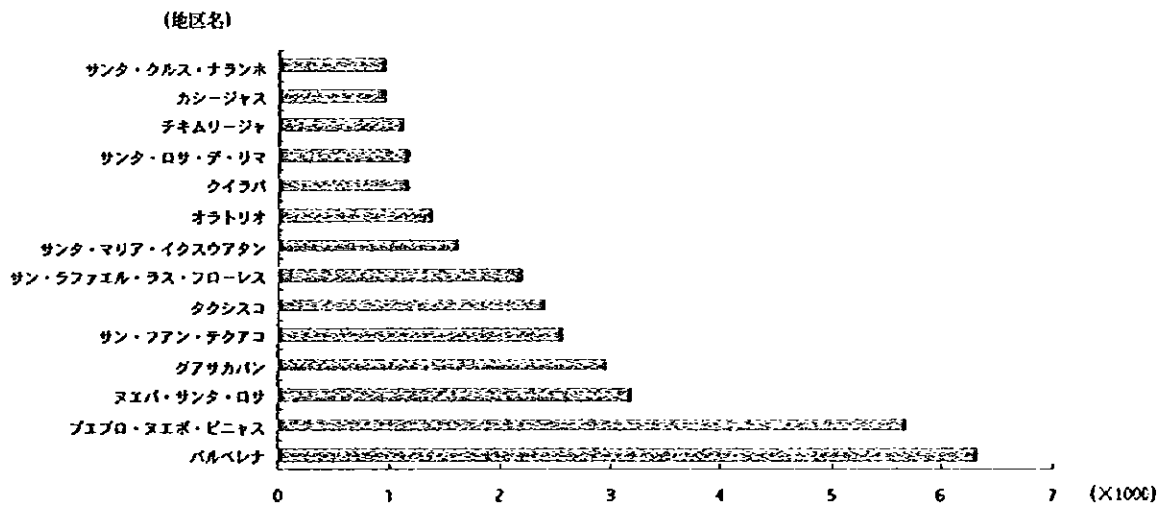


図 5-10 5歳未満児の下痢症による死亡率の地区別の比較

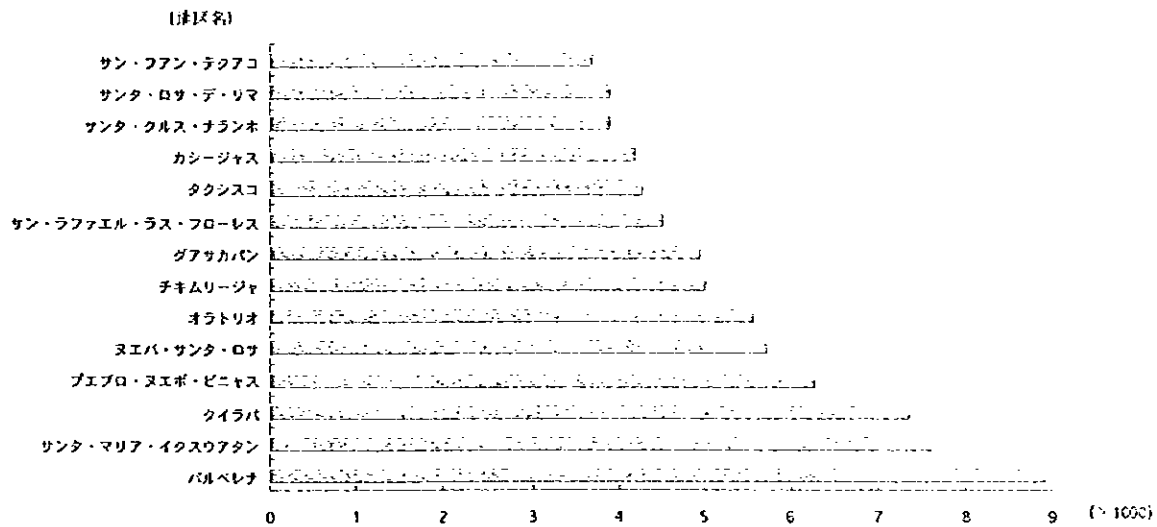


図 5-7 死亡率の地区別の比較

3) 乳児の罹患と乳児死亡

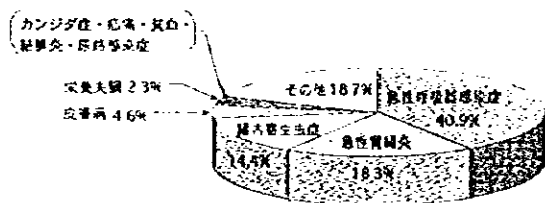


図 5-8 乳児の罹患原因の割合

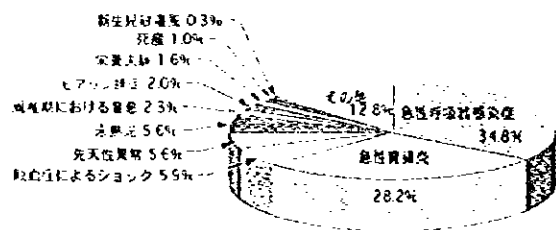


図 5-9 乳児の死亡原因の割合

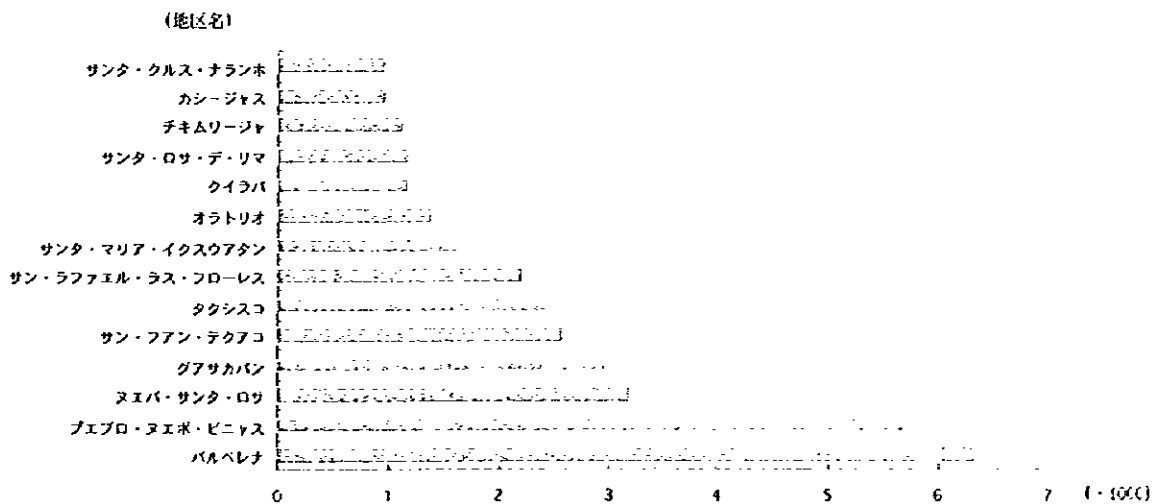


図 5-10 5歳未満児の下痢症による死亡率の地区別の比較

表 5-3 サンタ・ロサ県における乳児死亡の原因の推移

1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
急性胃腸炎	急性胃腸炎	急性胃腸炎	肺炎	肺炎	急性胃腸炎	肺炎	肺炎
肺炎	肺炎	肺炎	急性胃腸炎	急性胃腸炎	肺炎	急性胃腸炎	急性胃腸炎
先天性異常	敗血症	敗血症	敗血症	敗血症	寄生虫症	敗血症	敗血症
敗血症	周産期の窒息	栄養失調	死産	死産	敗血症	寄生虫症	先天性異常
寄生虫症	栄養失調	破傷風	栄養失調	栄養失調	不明	栄養失調	未熟児

5-3-2 第2次レベル (保健所)

(1) チュアランチョ保健所 (グアテマラ県北部山間地帯)

チュアランチョ (Chuarancho) はグアテマラ県北部のパハ・ベラパス県に近い山間地にある町である。グアテマラ・シティから車で約1時間半と比較的近いが、約1万1,000人の人口の大半はインディヘナであるといわれている。途中の町であるサン・ライムンドからは未舗装であるため、この町に至るまでの道路は雨期には通りにくい状態になる。山の尾根に沿って造られた道路 (未舗装だが訪問時の状況は良好。【写真1】を参照) 沿いに民家が続いているため、町は横に広がっておらず縦に4キロメートルにわたって続いている。その細長い町のほぼ中心にチュアランチョ保健所は位置している。

タイプBのチュアランチョ保健所には一般医が1人、準看護婦が2人、村落保健技術員が1人の合計4人が勤務している。医師はかなり年輩で70歳になるという。保健所が開いているのは月曜日から金曜日までで、土曜日と日曜日には医療サービスは受けられない。ここに勤務している医師は、週末には車で1時間ほど離れた自宅に帰ってしまう。

訪問時には予防接種週間であったが保健所を訪れる人はなく、ひっそりとしていた。1日に訪れる患者は30~40人くらいで、その半数以上は女性と子供である。主な症状は呼吸器感染症、下痢症、寄生虫症で、この3つが患者の大部分を占める。薬品類は、解熱剤を除いて十分な量が配備されているという (解熱剤は医師が申請書を出していなかったために不足しているものとわかった。【写真2】参照)。

紹介が必要な場合には紹介用紙に記入の上、ルーズベルト国立病院に送る。しかし患者が病院での診療の記録を記入する用紙を持って戻ってきたことは、今まで1度もないそうである。

<所感>

チュアランチョ保健所は荒れてほこりをかぶっている部屋も多く、管理がいきとどいていない印象を受けた。患者の診療記録用紙もほこりをかぶっており、使用されているようには見えない。この保健所を管轄する衛生局の職員に聞いたところ、この医師は働く気力に欠けていて、それが問題になってはいるが、こういう交通の便の悪い町の保健所の勤務を希望する医師はほかにはいないため、どうしようもないとのことであった。倉庫には国際援助機関 (どの国際機関かは不明) から寄贈された四輪バイクが動かないまま放置されていた。

(2) サン・ライムンド保健所（グアテマラ県北部山間地帯）

サン・ライムンドは人口1万7,000人の町でタイプBの保健所がある。山間部にある平地に位置し、町は基盤の目のように区画されている。グアテマラ・シティからここまでは舗装道路が敷かれており、雨期・乾期を問わずアクセスは良い。またこの町には水道が敷設されており、水源近くのパモカという村に建設された貯水槽（〔写真3〕参照）から水を引いている。給水能力の問題から時間給水になっているが、乾期でも（何か事故がない限り）1日中水が出ないということはないそうである。

保健所には15人のスタッフが勤務しており、前述のチュアランチョ保健所との差異が目についた。スタッフは以下のとおりである。

・一般医	1人	・ソーシャルワーカー	1人
・歯科医	1人	・衛生指導員	1人
・正看護婦	1人	・秘書	1人
・準看護婦	6人	・村落保健技術員	1人
・検査技師	1人	・守衛	1人

患者は1日に約40人が来所し、うち約6割はインディヘナであるという。また、患者の80%は子供である。症状の中で多いのが呼吸器感染症で、全体の7割程を占める。次に下痢症（2割）、寄生虫症・皮膚病が続く。

この町に限っていえば、妊婦全体の90%が妊婦管理を受けている。しかし、出産後の管理は妊婦管理を受けていた女性の1割ほどが実施しているに過ぎない。村落部の女性については、保健所に来ないため実態がつかめないという。

家族計画（避妊）は、特にインディヘナの抵抗感が強い。また、エバンヘリコ（Evangelico）と呼ばれるプロテスタント宗派も家族計画を受け付けないという。

5年前にコレラが流行したことがあり、この際に保健所の医師が家から家を廻って、手を洗うこと・生水を飲まないこと・調理には殺菌済みの水を使うことなどを説明したが、生活習慣はなかなか改善されなかった。この経験から「特に拒絶の激しい家族計画については、受け入れられるまでに長い期間を要するのではないか」とこの医師は語っていた。

<所感>

サン・ライムンド保健所の医師は非常に活発な人物で、積極的にいくつかのNGOに働きかけ、ついに保健所の裏手に新しい建物を建設するにまで至った。ここに簡単な入院施設を作りたいという（〔写真4〕参照）。設備の充実のため、現在もいくつかのNGOに働きかけをしているそうである。保健所の運営や所内の機材・診断記録の管理もきちんとしており、規模が同じくらいであったこともあって、前述のチュアランチョ保健所との違いが印象的であった。

(3) サン・ファン・サカテペケス保健所（グアテマラ県北部山間地帯）

サン・ファン・サカテペケスは人口6万9,000人のこの地区の中心的な町である（〔写真5〕参照）。グアテマラ・シティから舗装道路が続いているため、アクセスは年間を通じて極めてよく、問題なく行き来できる。保健所はタイプBではあるが、規模はこれまでに見た2つの保健所よりも大きく、19人のスタッフを抱えている。

・一般医	2人	・ソーシャルワーカー	1人
・歯科医	1人	・衛生指導員	2人
・正看護婦	1人	・秘書	2人
・準看護婦	7人	・村落保健技術員	1人
・検査技師	1人	・守衛	1人

1日に訪れる患者の数は80人程度（うち一般診療：約40人、検査：約25人、歯科：約15人）で一般診療の8割は母子関係の診療である。患者の主要な症状は、呼吸器感染症、下痢症、皮膚病が上位を占めている。寄生虫症が少ないことについて質問したところ、6カ月ごとに駆虫剤を子供に投与していると返答があった。

妊婦管理は月平均70人実施されている。また地域内にいる140人の産婆の集会在月に1回、地区の集会場や教会で開かれ、そこで衛生教育が行われる。この集会には140人中、毎回100～80人の参加者がある。この集会の際に産婆から保健所側に活動の報告が渡される。衛生教育の内容は、①衛生処置、②処置方法・技術、③分娩セットの使用法となっている。

この保健所は私立フランシスコ・マロキン大学医学部と連携しており、6人の医学生が管轄下にある保健支所に配置されている。保健所長はこれらの医学生とともに人口統計の改善に取り組んでいる。常に正確な住民数を把握するために、次に述べるような方法をとっている。

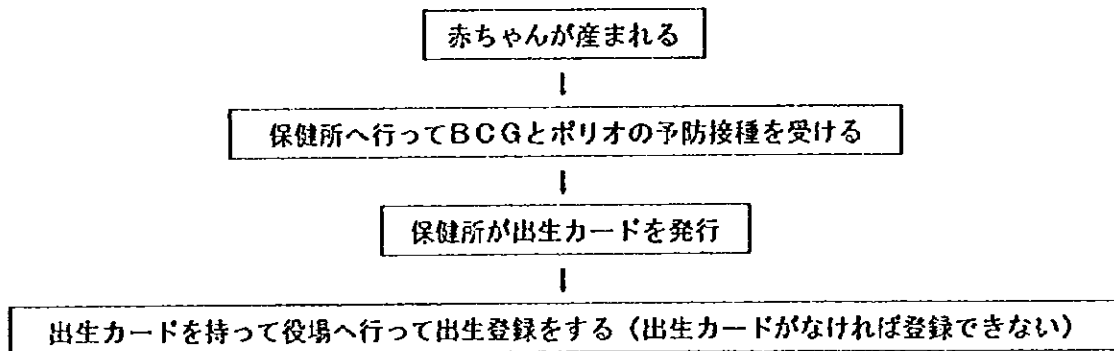


図 5-11

<所感>

この保健所もサン・ライムンド保健所と同様、きちんとした管理が行われているように思えた。診療室も清潔で、機材も薬品もよく整頓されていた（〔写真6〕参照）。保健所長は正確な情報の収集を非常に重要視しており、上記のような独自の方法を用いて現状の把握に努めている。この保健所の所長は以前チュアランチョ保健所の所長をしていたことがあり、その当時は管轄する村を歩き回って戸別訪問をし、データを集めていたという。あまり派手ではないが、

こつこつと地道ながら着実に業務を遂行しているようにみえた。サン・ライムンド保健所の所長にも同様のことがいえるが、各保健所の所長のやる気次第、考え方次第で、状況は良くも悪くもなることを感じた。

(4) サン・ホセ・ホアキル保健所 (チマルテナンゴ県北部山間地帯)

サン・ホセ・ホアキルは国道から北西に12キロメートルほどいったところにある町である(〔写真7〕参照)。国道から1キロメートルほど舗装されているが、それ以降は未舗装道である。山間地だがそれほど険しいわけではなく、比較的なだらかな丘陵地には畑が広がっている(〔写真8〕参照)。この地域一帯は反政府ゲリラが侵入・破壊を行った地域で、このため地域住民の相当数が地域外に出ていったといわれている。

サン・ホセ・ホアキル保健所は人口1万8,000人のこの地区を管轄する保健所であり、6つの保健支所を管轄している(うち2つは人員不足のため閉鎖中)。地区人口は上述のとおりだが、住民が地区内に分散して居住しているため、この町の中に居住するのは3,500人ほどである。

保健所のスタッフは9人である。なお、このうち衛生指導員(Inspector de Saneamiento)は現在欠員となっている。

・一般医	1人	・衛生指導員	0人
・正看護婦	1人	・秘書	1人
・準看護婦	3人	・村落保健技術員	1人
・検査技師	1人		

この保健所には1日に平均30~40人の患者が訪れる。子供と女性が大半で、症状は呼吸器感染症・下痢症・寄生虫症・栄養失調などである。その他、妊婦の管理は常時70人程度が受けている。

(5) コルプス・クリスティ・デ・アクアラ病院 (チマルテナンゴ県西部の高原地域)

コルプス・クリスティ・デ・アクアラ病院は保健省管轄の病院でも社会保険庁管轄の病院でもない。町の共同体(NGO)の経営する私立病院である。保健省の主導による地域医療サービスの改善計画が始められようとしている今日、村落部でどのように医療活動を展開し、どのように活動の継続性を作り出していくか、という観点から参考になる点が多いため、概要を紹介する。

1) コミュニティの団結の経緯

約3万人の死者を出した1976年の大地震があるまで、この地区では各人が個人的に働いていた。しかし地震による被害を前にして、住民が団結して回復に当たった。輸出用の農産物の生産が始まったのはこの地震の後のことである。長期にわたった内戦の時期も、地震の際にできた組織が役立ち、生産も続いていたので、それをベースに地域コミュニティが自治を守ったため、戦乱にも巻き込まれずに困難を乗り越えることができた。

その後、輸出用作物の生産をする農家が500軒ほどの規模になり、組織化が進んだこともあって、住民1人1人が個別に生産物の売買をするのではなく、住民組織が輸出商社(INAPSA)と生産物の値段の交渉を行うようになった。それまでは言いなりだった農家から商品の値段の引き上げを要求された商社側は、他の農家と契約を結ぶ一方でこれらの農家との契約を打ち切り、種子の配給をストップした。現在は個人的に小規模輸出業者と契約し生産を続けている。

この地域の主要輸出商品であるブロッコリーは、生鮮食品としての価値が保てる期間が約15日と非常に短い。そのために冷凍加工のできる設備が切望されている。現在、カナダの援助機関に打診中ということである。

地震や内戦という経験を通して住民は「産業の発展と現金収入の獲得は、コミュニティが発展していくためのベースである。教育も保健の改善もこれがなければ実施できない」という意識を持つに至っている。

2) 病院の歴史

この病院には18年の歴史がある。院長はこの病院に来た（というより帰ってきた）初代の医師で、現在もこの医師が院長として勤務している。初めは診療所として活動を開始した。病院になって6年目である。病院の土地は町の教会所有のものを寄付してもらい、建物は米国の援助機関の援助で、そして運営は住民委員会によって行われている。外来・救急（24時間）・検査室・レントゲン設備・入院設備（18床）・簡単な手術が可能な手術室2室を持つ。スタッフは10人で以下のような構成になっている。

- ・医師 2人（院長が月曜日から金曜日まで、もう1人の医師が土曜日と日曜日を担当している）
- ・検査技師 1人
- ・掃除係 1人
- ・レントゲン技師 1人
- ・警備係・庭掃除 2人（15日ずつのローテーション）
- ・会計士 1人

その他は不明

3) 運営システム

スタッフの給料は基本的に患者からの診療費によって賄われている。ただ、医師に対しては町の住民委員会の方から支払われている。

4) 当地に多い疾病

- ① 呼吸器感染→肺炎が多い（喘息は滅多にない）。原因はほこりが多いこと、気温の変化の激しい気候、住宅事情（壁に問題がある）である。
- ② 栄養失調
- ③ 皮膚病→当地の重要な換金作物はブロッコリーとさやいんげんの栽培である。ブロッコリーの栽培には多量の農薬（除虫剤）が必要であり、当地でもその散布が行われている。しかし散布に際して農薬が本人にかかることを防ぐ手段を講じていないため、直接皮膚にかかることが多く、それが重なることによって皮膚病がおこっているという。
- ④ 下痢症→予防衛生のためには教育が非常に重要である。現にこの町では昔は下痢症が3番目くらいに位置するほど多かったが、現在では10番目くらいになっている。これはこれまでの教育の効果であるといえる。

5) アルコール中毒の増加

換金作物である野菜の栽培ができるようになって現金収入を得られるようになった反面、現金収入によるアルコール中毒が増加している。これはマイナスの効果である。自殺も大きな問

題 7) になっており、昨年は 10 人が農薬を飲んで死亡している。この数値は病院で診療を行った患者のみの数字であることから実際にはもっと多いのではないかと院長は話していた。

6) 妊婦管理

妊婦管理は病院ではほとんど実施されていない。妊婦の管理を実施するのは実際には産婆であるため、この病院ではこれらの産婆の教育を重視している。産婆は月に 1 回の研修を受けているというが、研修の実施機関・システム等は不明である。分娩時の衛生環境や産前産後の管理などが研修の内容になっているということであるが、具体的な内容はわからない。おそらくコミュニティが実施していると考えられる。住民主体の良いモデルになり得ると考えられるので、更に詳しい調査が望まれる。

7) 教育

子供の教育は、コミュニティの発展のために保健と並んで重要な要素であると考えられている。このコミュニティでは教育が受けられない子供のために、米国の Christian Foundation for Children を通してフォスター・プラン (Foster Plan) ⁸⁾ を利用している。

8) 予防について

予防接種などの国の活動は、町の保健所と協調して実施している。このほかに、父母に対する集会を持って普及活動を行っている。テーマは母子保健分野のものが多いが、そのときどきの保健問題（例えば寄生虫が出ればそれをテーマとする）を取り上げ、集会を開いているという。

9) 紹介システム

この病院では複雑な処置はできない。したがってそれぞれの状況によって、チマルテナンゴの病院に移送するかグアテマラ・シティあるいはアンティグアの病院に移送するかを決める。

紹介する数は月に 3 件程度である。

10) 今後の夢

院長は今後の夢を次のように語った。「この病院を発展させて総合病院にしたい。18 年前には医者も誰もいなかった。今は医者もいるし建物も機材もある。以前に比べて随分良くなってきている。更に良くしていきたいと考えている。」

11) 援助状況

先に述べたように、この病院は基本的に独立採算性をとっている。しかしながら設備投資の資金はとてども捻出できず、この部分については援助を受けている。古くは USAID が中古のレントゲン機器（〔写真 9〕参照）を入れているし、検査室の機材も援助機関の供与品と思われる。病院の建物は、既に述べたように米国のキリスト教系 NGO 「Corpus Cristi」の援助によって建設され、救急車として利用されているバンもこの団体からの供与品である。

7) なぜ自殺をするのかという質問に対し、「家族になにか重大な問題があったり、その他の問題があるところに酒を飲んで酔っぱらうと、自殺することが唯一の解決策のように思えるのではないかと」院長は話していた。

8) 開発途上国の子供たちの里親制度。

<所感>～院長との個人的な話から～

病院訪問の後に村落を訪問した際、院長と話す機会を得た。院長はルーズベルト病院で勤務した後故郷に帰ってきたわけであるが、病院を作っていくに当たっているいろいろな病院を見学してきたそうである。援助団体やNGOの協力によって運営されている病院も数多く見てきたという。院長はそれらの経験をもとにして援助機関との関係を築いていこうと考えている。その思想の根底にあるのは「自立・自治」である。

そのために診療費を取り始めた。初めは1ケツアルから、そして徐々にその金額を上げてきた。住民には何回も説明を繰り返し、診療費を取ることにに対する理解を求めた。運営に関する自治・自立は何とか達成されつつあるが、設備投資については全くの自主運営は困難である。そこでその部分については援助機関への協力を求めることにしている。

援助は「必要な部分に利用する」のであれば効果が望めるが、「援助に依存する」ようになると負の効果（つまり弊害）しか出てこない。したがって責任ある援助を実施するためには対象、この場合には住民組織の育成を同時に行わなければならない。それを援助機関ではなく、住民自ら行ったところにこの共同体の素晴らしさがある。現在のところ、それが院長の人格、あるいはカリスマ性に基づいているようにみえるので、今後は後継者の育成がこの共同体の更なる発展のための重要な課題となろう。

5-3-3 第1次レベル（保健支所）

(1) チパタ保健支所（チマルテナンゴ県北部山間地域）

チパタ保健支所はパン・アメリカン・ハイウェイから7、8キロメートル入った丘陵地にある保健支所である。この保健所には現在サン・カルロス大学の医学生（6年生：最終学年）が配置され、実習を行っている。この医学生の他には医療関係者はいない。6カ月間実習を行うという。サン・カルロス大学医学部は保健省と連携を持ち、医学生の実習をこういった保健支所で行う場合もある。昨年より医学実習生の配置が開始されたチパタ保健支所でインタビューを行った医学生は、この保健支所では2人目の実習生であった。この保健所のあるテクパン地区では合計7人、その隣のポアキル地区では3人、更にコマラパ地区では7人の医学生が実習生として活動している。これらの医学生の保健支所への派遣は5年間続く。

チパタ保健支所ではチパタ村を含め、周辺の5、6カ村を担当している。診療は月曜日から金曜日までの午前8時から12時まで、午後は2時から4時まで行っている。土曜日と日曜日の診療はない。また前述の医学生は、金曜日の診療後にグアテマラ・シティに帰ってしまう。1日の診療人数は8人から10人くらいであるという。

保健支所の機材は不十分で、予防接種用のワクチンを保存する冷蔵庫も壊れて使えない。薬品類も十分ではない。保健支所には血圧計や耳鼻鏡のみならず、聴診器さえないという。現在使用している機材はすべて彼の私物である。

こういった具合で、住民には十分な治療を行えない。「薬がない」というと住民は怒って帰ってしまうし、保健活動にも非協力的であるという。こういった事情の中で、この医学生は村落に住み込みながら少しずつコミュニティにとけ込む努力をしている（〔写真10〕）。

妊娠の管理は基本的に産婆が行っており、妊婦が保健支所で管理を受けることはまずない。何

か異常が起こった場合には、産婆が保健支所に連れて来ることになっている。産婆には研修を受けるように勧めているが、「研修を受けたいくらいもらえるのか」といわれたそうである。医学実習生は産婆の能力に問題があるといっていた。実際、今年（1997年）の2月に3件の死産があったという。その3件とも初産だった。

(2) パキクシク保健支所（チマルテナンゴ県北部山間地帯）

パキクシク保健支所も前述の保健支所と同じようにサン・マルコス大学の医学生が実習をしていた。パキクシク村は人口が500人ほどの畑の中に家屋が点在する小さな村である（〔写真11〕及び〔写真12〕参照）。

保健支所に来る患者の大部分が女性で、1日7人から15人程度であるという。症状は急性呼吸器感染症と下痢症がほとんどである。診療のほかに妊婦に対する管理を行っており、その数は10人から20人ほどということであった。この村では女性は5人から9人の子供がいるが、避妊に対しては否定的でほとんど受け付けない。

この村には3人の産婆はいるが、その能力はいずれも低い。大抵の場合、手遅れになるまで何もしない。保健支所を訪れた時には手の施しようがなく、ほとんどの場合、胎児・新生児は死亡する。

この医学生は女性であることもあり、村の女性との関係は良いという。機材もそこそこ揃っている（〔写真13〕参照）が、薬品類は不足している。

5-3-4 コミュニティの状況

(1) パツツン近隣村落

訪問した村落はパツツンから更に山地に入ったところにあった。パツツンに比べ気温が低く、かなり標高が高いと思われる。質問したところ7,200フィート（2,000メートル少々）であるという。山間に畑が広がっており、家屋が点在している（〔写真14〕参照）。水は山の湧き水を貯水タンクにため、それを水道管を通して各家庭に分配している。女性は全員民族衣装を身に付けており、男性も年輩の人は民族衣装である。グアテマラでは最近インディヘナの男性が民族衣装を着ることは非常に少なくなってきている現状を考えると、現在も男性が民族衣装を着用しているこの村の文化的な保守性は高いのかもしれない。

民家を数軒訪れて内部の様子を見せてもらった。家屋は窓が少なく、中は薄暗い。木材を組み合わせ、間に泥を詰めて壁にする。屋根はトクンが最も一般的で、ほとんどの家庭で使用されている（〔写真15〕）。コンクリートやタイルで床を作ることはなく、ほとんどすべて土間である。台所は土壁でなく、竹を用いることもある。これは薪を使用する際に出る煙の排出を容易にするためであろう。

ちょうどわれわれが訪問した時期、改良かまど⁹⁾の普及が進められているところで、初めに訪問した家庭では4カ月前に改良かまどが作られたばかりであった（〔写真16〕参照）。どうい

9) 改良かまどは材料が Vision Mundial の援助で、住民はその据え付けと据え付けに必要な材料の用意をする。

う点が良くなったかを質問したら「薪が少なくて済む」という答えが返ってきた。村落部では燃料に薪を使う割合が多く、このところ薪の入手が困難になってきていると聞いているので、薪の量が少なくて済む改良かまどの普及は大きな意義がある。しかし改良かまどではおいしいトルテイージャ（この地域の主食。トウモロコシをひいて丸くうすく伸ばしたものを焼いたもの）を焼けない、という欠点もある。その点について質問したところ、やはり味が落ちるということであった。まだ改良かまどの普及がすべて終わっておらず、訪れたいくつかの家庭ではまだ昔ながらのかまどが使用されている（〔写真 18〕参照）。

このような村落部では普通、食事に食卓を使うことはなく、食事はこのかまどを囲んで食べる。直接土間に座ることもあるし、小さな椅子を使用することもあるが、どちらにしても食事を入れた皿は直接土間に置く。

16年の活動経験を持つこの村の産婆から話を聞いた（〔写真 17〕参照）。この集落に限らず分焼は普通自宅で行われ、分焼介助は産婆によって行われるという。昨年は1年間に24件の分焼介助をしたという。異常分焼（Parto Complicado）は年間に1件程度で、分焼が始まって2時間経っても進展がみられない場合には医療機関に移送しているそうである。月に1回、産婆に対する研修が実施されている。

産婆は集落で選出されるもので、世襲ではない。院長の話では、この村には前述の Vision Mundialのほか、ノルウェーの赤十字が援助に入っているということである。

(2) サンタ・クルス・ラ・ラグナ (Santa Cruz La Laguna)

ソロラ県、アティトゥラン湖に面する観光地パナハチェルからボートで20分ほど西に走ったところにサンタ・クルスはある。沿岸の集落の多くがそうであるように、この集落もまた勾配のきつい山の中腹に位置している。船着場から坂道を15分ほど登ると集落の中心部に到着する。集落の中心部には村役場、教会、そして保健支所が中央広場（Parque Central）を囲むように建てられていた。保健支所はUSAIDの援助によるものであった。訪問したのが土曜日であったため、配属の看護婦に会うことはできなかった上、内部を見ることもできなかった。村長も会議のために外出しており面接できなかったので、村長の家についてそこにいた人に話を聞いた。話の内容は以下のとおりである。

1) 人口

確かな数字はわからないが、人口は約1,000人くらいとのことである。

2) 言語

日常の会話はすべてカクチケル語で行われている。事前の情報ではスペイン語はほとんど通じないということだったが、日常会話程度ならほとんど問題なく通じる。難しい討論をするのでなければさほど支障はないと思われる。

3) 水

集落の上部に建設された貯水タンクからパイプを通して、山の湧き水を全集落に配布している。中央公園のそばには共同洗濯場がつくられており、常時水が出ている。乾期にも水は枯れない。

4) 電気

電気はあるが、すべての住宅に配給されているわけではない。数十戸の家庭が電気を使っているに過ぎない。村長の家には電気があり、テレビやラジオカセットが大切そうに机の上に置かれていた。

5) 燃料

燃料は基本的に薪である。普通、台所は母屋から独立しているようである。改良かまどが入っていた（〔写真 19〕参照）。

6) 男性と女性の仕事

男性は2月から4月にかけて畑を耕し、作付けの準備を行う。4月後半にトウモロコシとフリホール豆¹⁰⁾の作付けを行い、刈り入れは11月頃である（6月から8月はおそらく雑草を引き抜いたり除虫剤を散布する作業が入る）。農繁期には畑に出るが農閑期には日雇い労働者として、主として農場に雇われる。

畑は山の急斜面にあるため、役畜の使用はできない（〔写真 20〕参照）。すべて手作業によって行われていると思われる。畑の急斜面での農作業は重労働である。トウモロコシやフリホール豆の栽培は基本的に自家消費のために行われており、現金収入は日雇い労働と後に述べる女性の民芸品の販売によっている。

女性は時としてコーヒーの収穫のために集落から出ることが希にあるが、基本的に外には出ず、炊事・洗濯・育児・民芸品作りを行う。女性は村で生まれ、村で結婚する。この村では女性は民芸品を作り販売するため、いくつかの民芸品を作るグループを形成している。しかしこの村は観光船の定期便のルートに含まれていない¹¹⁾ため、民芸品を思うように売ることができないとインタビューに答えてくれた女性がいていた。民芸品を販売している出店を見たが、かなり多くの商品は他から仕入れてきたもので、この集落独自のものではなく品質も悪い。しかしこういった女性の組織をうまく連携させて品物の品質を向上し販売ルートを開けば、自主発展の道が開ける可能性はあると思われる。

7) 保健支所 (Puesto de Salud)

アティトゥラン湖の沿岸に位置する集落には保健支所が1つずつあるそうである。この集落にも中心部に保健支所があった（〔写真 21〕参照）。内部は見ることはできなかったが、予防接種や軽いケガの処置程度を実施しているということであった。看護婦（準看）はサン・ペドロから月曜日から金曜日まで通ってくるそうである。支所の開いている時間は午前9時から4時までである。

10) 中米・メキシコで非常に一般的な食材。大豆大の小豆と考えればわかりやすいが、大きさや色の異なる数十種類のものがあり、味も微妙に異なる。日常的に肉類を摂らないインディヘナ（先住民）にとっては重要なタンパク源となっている。

11) 観光船のルートに含まれているのは沿岸集落 13 のうちの Panajachel (出発点)、Santiago Atitlan、San Pedro la Laguna の 3 つのみである。その他の集落に観光客が来るのは特別に船をチャーターした場合だけであるため、民芸品の販売は安定した収入源となりにくい。

8) 紹介

保健支所では簡単な治療しか行わず、また日中しか診療していないため、少し大きなケガや重い病気、夜間の治療のためにはソロラ (Solola) の地方病院までいかなければならない。まず支所でスクリーニングをした上で紹介されるというのではなく、住民の方で治療の場所を選択しているようである。村にはボートを持った人がいるので、救急の場合にはボートの持ち主に頼んでパナハチェルまでボートを出してもらおう。もちろん特別の料金がかかる。

9) 分娩

集落の産婆の介助による自宅分娩が普通であり、医師や医療関係者による介助は非常に希であるという。産婆は村の委員会で選出される。産婆の世襲制はない。

10) トイレ

この集落には簡易便所がほとんどの家につくられている。改良かまど同様、NGOか他国の援助機関の活動によるものと考えられる。

(3) サン・マルコス・ラ・ラグナ (San Marcos La Laguna)

サン・マルコスはサンタ・クルスから更に奥に20分ほど舟で走ったところにある集落である。サンタ・クルスよりもなだらかな斜面に集落があるが、それでもやはり山の中腹まで登らなければならない。村役場は集落の最も低い部分につくられており、保健支所はその上につくられていた。集落の性質は先に述べたサンタ・クルスとほとんど同じである。項目の中で性質に特に相違がみられないものは省略してある。

1) 人口

人口を知っている人がいなかった。家屋数は329戸。人口は1,500から2,000人くらいではないかと思われる。

2) 子供の数

平均すると5、6人程度という話であるが、確かではない。この村で最も子供の数の多い家族は9人の子供を持っているという話だった。

3) 紹介

サンタ・クルスと基本的には同じ。しかしこの集落にはボートを持った人がいないので、サン・ペドロまで電話をかけて(電話は1つだけある)ここまでボートを出してもらおう。1回ボートを出してもらおうと100ケツツアルかかるそうである。当然、患者が負担する。

4) 分娩

村の女性の分娩は、異常がない限りすべて自宅で行われる。村には産婆が5人いて、分娩介助を行っている。産婆は村の集会で選ばれており、世襲制ではない。月に1回、産婆に対する研修が開かれているという。

5) 女性

村の女性は基本的に長期間にわたって村から出ていくことはないという。まれにコーヒーの収穫作業のために出稼ぎに出ることはあるらしい。掃除、洗濯、炊事、育児等の家事は女性の仕事とされており、その合間をみつけて民芸品を作っている。

6) トイレ

この村のほとんどの家庭が「レトリナ」と呼ばれる穴を掘っただけのトイレを屋外に持っているということだった。排泄物を堆肥として使用する習慣はここにはなく、一杯になってしまったらまた別の穴を掘ってトイレを設置する。

5-4 グアテマラの保健医療の現状における問題点

本章では、ここまでグアテマラにおける保健医療サービスの現状と村落の状況を、今回の調査の経験の中から概観してきた。それらを基にして、この節ではグアテマラの保健医療サービスの問題点を指摘したい。

今回の調査で訪問したグアテマラの保健所レベル（第2次医療レベル）の保健医療設備では、配備されている機材や薬品類、また人員やその構成などをみると、保健所としての基本的なサービスを地域住民に提供できるレベルにあると考えられる。また、地方国立病院や中央の国立病院（第3次医療レベル）をみても同様で、それぞれに期待されているレベルのサービスの提供は可能であろう。一方、保健支所の現状は、今回の調査では訪問した数が少なく一般化はできないが、保健支所が閉鎖されていることの多い状況や準看護婦の能力や数の不足状況、そして機材や薬品類の不足状況などを合わせて考えてみると、1次医療レベルとしての機能面に不安が残る。

グアテマラには 857 の保健支所が全国に展開しており、第1次医療施設としての役割を担っている。簡単に計算するとおよそ1万人を1つの保健支所が担当していることになる。ここには普通、中学校を卒業した後10カ月の研修を受けただけの準看護婦が1人だけ配置されている。保健省や地区衛生局でのインタビューでも指摘されていたように、保健支所の設備は十分でなく、また医薬品・処置用品・処置器具も不足がちである。今回の調査中に訪問した保健支所でも同様であった。この保健支所が（あくまで計算上では）1万人の住民を担当しているのである。ひいきみにみても無理があることは明らかである。その結果、こういった事態が生じているのだろうか。

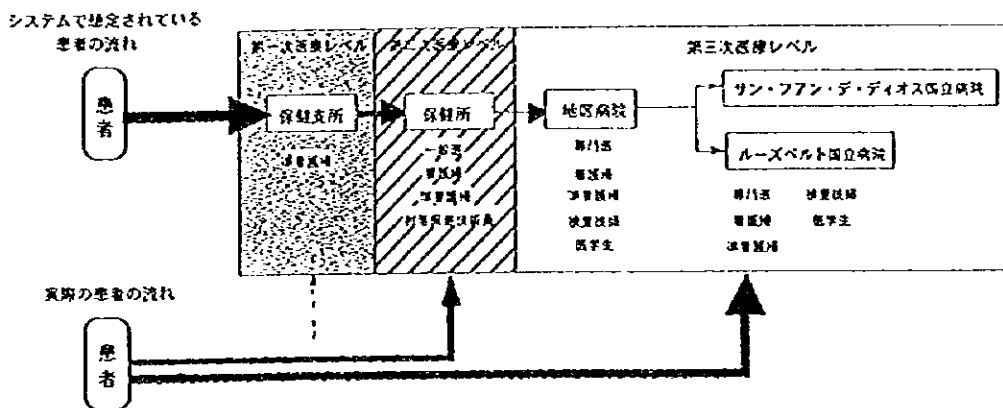


図 5-12 第2次・第3次医療機関の抱える現状

図 5-12 はグアテマラにおける医療レベルの区分を示す図である。システムでは上部の矢印に示したような患者の流れが想定されているが、実際には保健支所では十分な治療が受けられないことが多いため、人々は直接保健所や地域の病院、場合によっては首都の国立病院にまでいってしまう。救急の場合はまず間違いなく保健支所・保健所をとばすそうである。この結果、当然患者は第2次・第3次医療機関に集中することになるため、これらの病院は簡単なケガや病気から複雑な手術・治療までを実施せざるを得ず、したがって医療機関のレベルに応じた専門性を高めることができない。こういった状況は医療サービスのレベルを高める上で大きな問題となっている。

この状況を改善するためには、第1次レベルでの医療サービスの向上が不可欠となろう。そのためには人的能力の向上と、治療器具・機材の充実が必要であり、紹介システムの整備・強化も重要な課題である。

以上が保健医療サービスを提供する側の問題である。しかしグアテマラ政府が実現を目指している「健康な国民」は、医療サービスのレベルアップだけでは達成できない。それとともに住民の中で衛生環境の改善や衛生教育の推進といった「予防」への努力がなければ状況は変わらない。サン・ファン・デ・ディオス国立病院の院長もこの点を強調していた¹²⁾。

既にみたように、グアテマラにおける乳児死亡の原因は消化器系・呼吸器系疾患がその大きな割合を占めている。これらは清潔な衛生環境を作ることによって予防が可能な疾病であると思われる。また乳児の死亡原因の実に半数を占めている母体の感染についても同様のことがいえよう。

第1次医療レベルの低さと疾病を予防する環境を持たない現状が、これまでにみてきたような保健医療の現状を作り出している。

12) サン・ファン・デ・ディオス国立病院の院長 Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes は、インタビューの際に「保健医療レベルの向上（その目的は保健事情の改善であり、各種死亡率の低下である）のためには、①保健教育の実施、②予防保健の推進、③第1次医療レベルの改善、の3つのことが行われなければ実現できない。」と述べ、医療サービスの改善とともに予防の重要性を強調した。



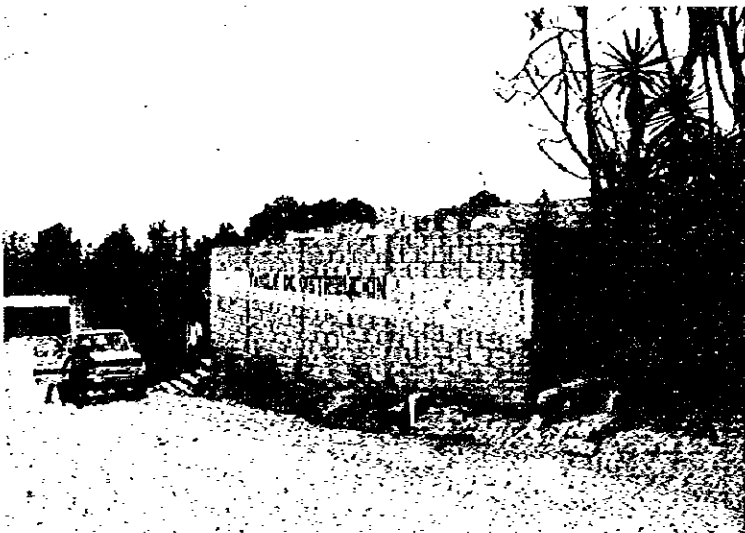
〔写真1〕

チュアランチョの町を通る幹線道路。山の尾根に造られている。訪問時は乾期であったため、通行に支障はなかった。



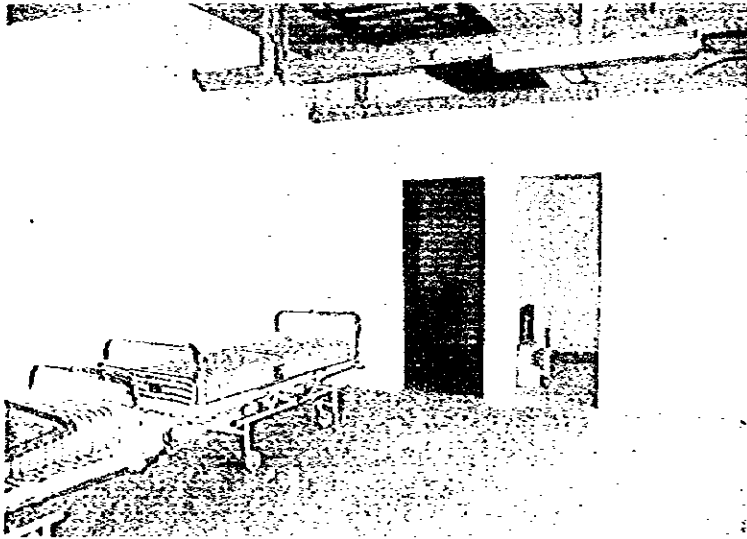
〔写真2〕

チュアランチョ保健所の薬品棚。基本的な薬品は揃っており、数も十分にあった。



〔写真3〕

サン・ライムンドの町から車で10分ほどのパモカという村に作られた貯水タンク。1993年に完成した。水源はこの村の更に上方にある湧き水であるという。村に作られる貯水槽としては規模が大きい。サン・ライムンドの町に水を供給している。



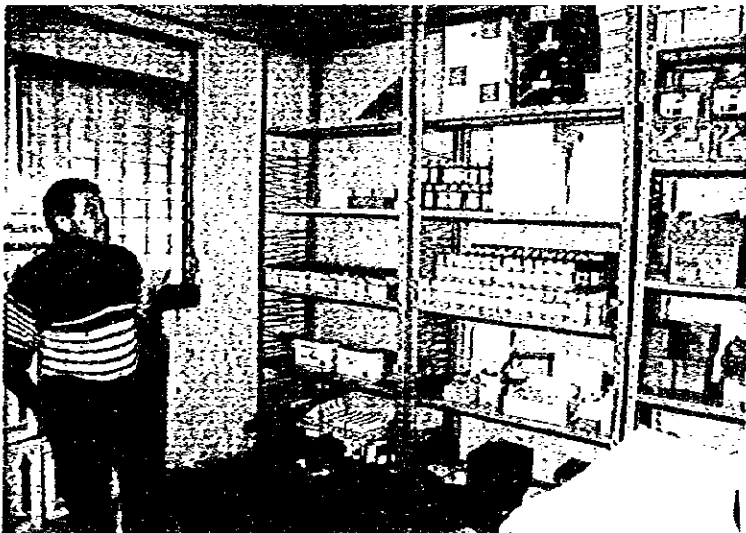
〔写真4〕

サン・ライムンド保健所の裏に建設された病床用の部屋。この建物の建設に当たっては保健省の資金を全く使わず、保健所長のNGOへの働きかけのみで建設を実現した。



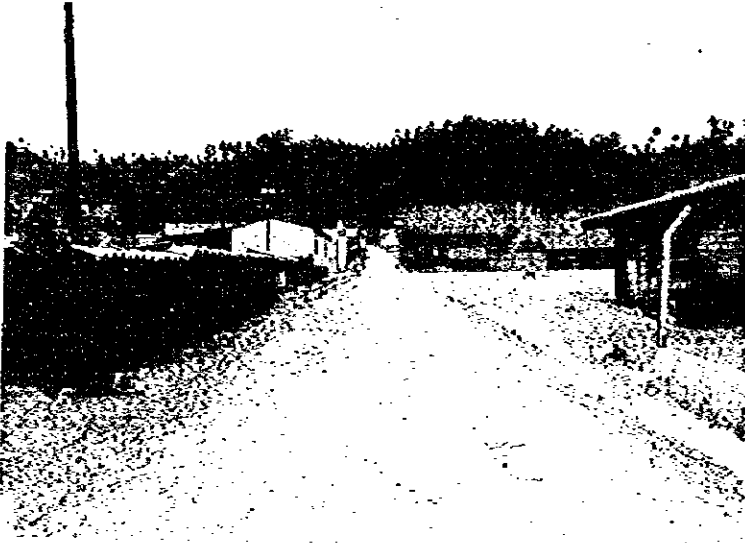
〔写真5〕

サン・ファン・サカテペケスの町並み。この町は近辺で最も大きな町である。人口も多い。



〔写真6〕

サン・ファン・サカテペケス保健所の倉庫内の薬品棚。保健所長によると申請した薬品類はきちんと補充されるということであった。



〔写真7〕

サン・ホセ・ホアキルの町。この地区の中心的な町であるが、町というよりは、少し規模の大きな村といった方が適當。周辺には険しい起伏はなく、比較的なだらかな丘陵地が広がっている。



〔写真8〕

この近辺では、比較的なだらかな土地を利用しての換金作物の栽培が、近年盛んになっている。主な作物は「さやいんげん」（写真手前及び奥手）と「プロッコリー」（写真中央部）である。よく見ると畑の中にスプリンクラーが設置されているのがわかる。



〔写真9〕

USAIDに寄贈されたレントゲン撮影機。1960年代に製造されたもので機材としては非常に古いが、病院長は「使用できればそれでいい」と言っていた。レントゲン室はなく、倉庫の片隅を使用している。



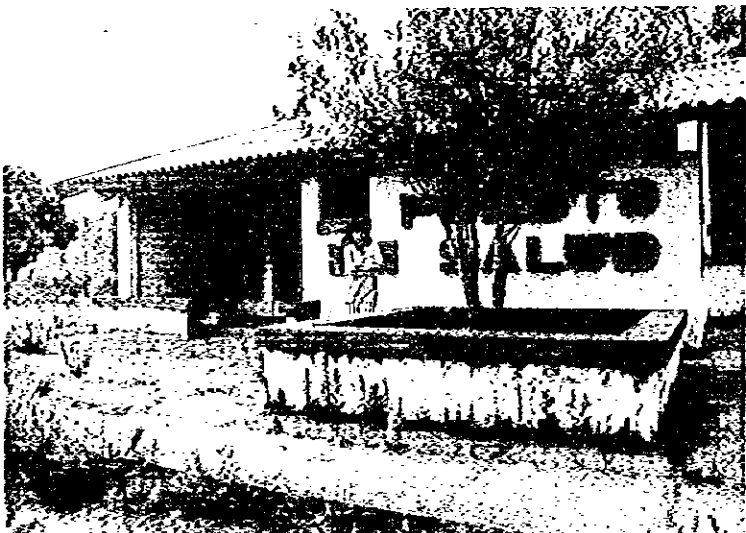
〔写真 10〕

チマルテナンゴ県北西部のテクパン地区にあるチパタ保健支所。保健支所は村の小学校の隣につくられている。中央白衣の男性が、サン・カルロス大学の医学実習生で、この保健所に寝泊まりして診療を行っている。



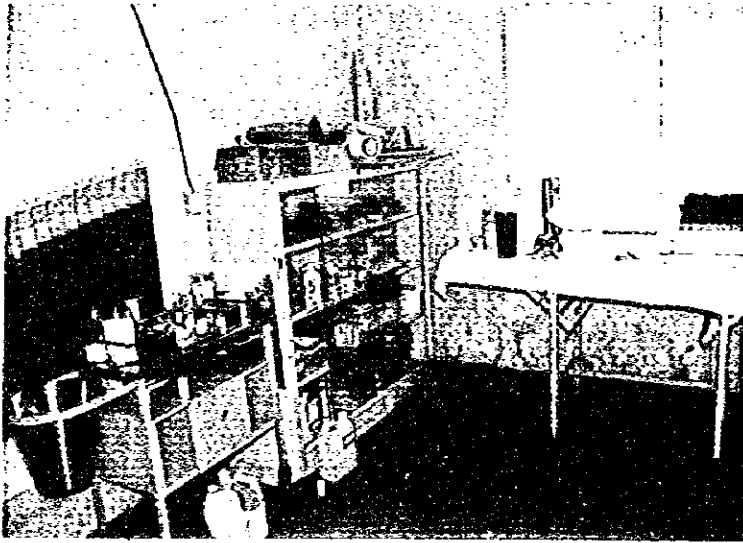
〔写真 11〕

チマルテナンゴ北部の山間地帯にあるパキクシク村。人口 500 人ほどの小さな村である。住民は片言のスペイン語を話す程度である。



〔写真 12〕

パキクシク村にある保健支所。ここにも医学実習生（中央の女性）が配置されていた。女性の医学実習生ということで、村の女性の信頼を得ているという。



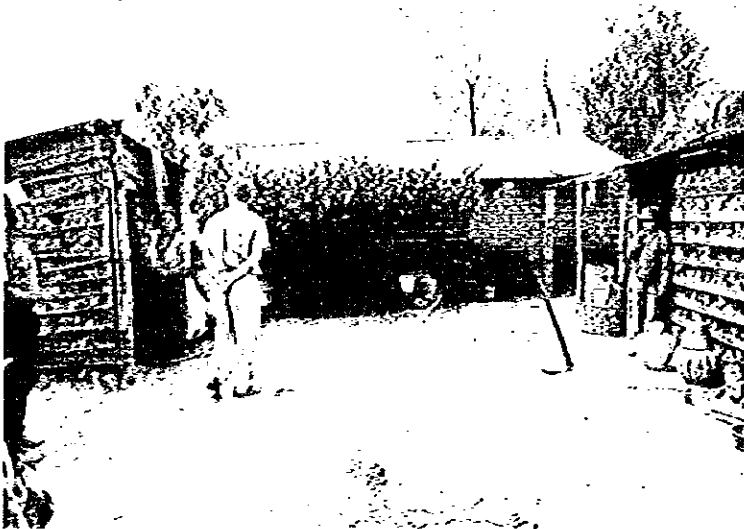
〔写真 13〕

パキクシツ保健支所の診療室。基本的な機材は一応揃っているが、常に医薬品の不足に悩んでいるという。



〔写真 14〕

パツツンから車で30分ほど山地に入った村落。丘陵地に畑と家屋が点々としている。ここも換金作物の栽培をしている。高度が2,000メートル以上あり、1年で最も暑い時期であったにもかかわらず、ひんやりと涼しかった。



〔写真 15〕

パツツン近隣村の民家。木材で枠を組、その間に泥を詰めて壁をつくり、トタンを付けるというのが最も一般的な住居の造りである。窓はないことが多い。

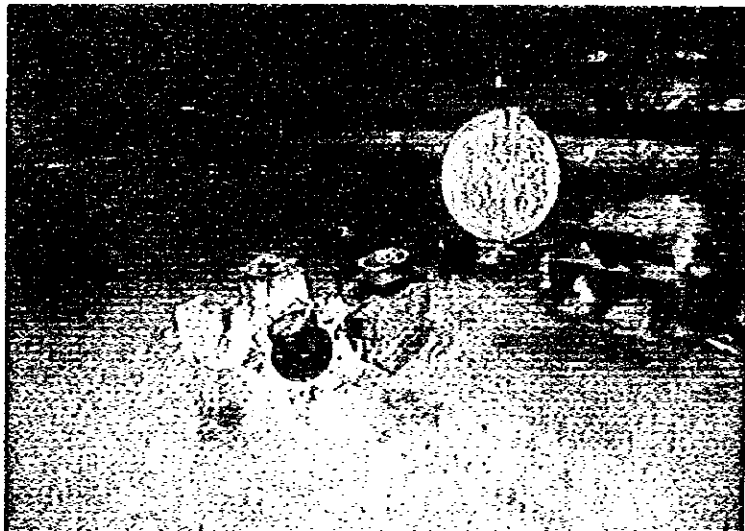


〔写真17〕→

この村の産婆。村で推薦されて産婆になって16年経つという。右目は失明している。スペイン語はほとんど通じない。彼女に限らずこの村ではカクチケル語が話されている。彼女に向かって右側に立っている白いワイシャツの男性が、アクアラ病院の院長で、彼がスペイン語ーカクチケル語の通訳をしてくれた。

←〔写真16〕

できたばかりの改良かまど。手前の黒い扉から薪を入れる。鍋の大きさに合わせて中央の鉄板の大きさを覚えて使用する。奥に見える煙突が付けてあるため、煙が部屋の中に充満しない。



〔写真18〕

昔ながらのかまど。普通大きな石や煉瓦が3つ置いてある。この上にコマル(写真奥の丸い素焼きの板)を上に乗せて、彼らの主食であるトルテージャを焼く。家の中で焚き火をしているような感覚がある。写真右手並びに奥に置いてある小さな椅子は、食事の際に使用する。



〔写真 19〕

ここにも改良かまどは設置されていた。前出のものと違い、このかまどには煙突が付いていない。写真ではよくわからないが、台所に入ると相当煙い。改良かまどの普及は進んでいるようである。サンタ・クルス・ラ・ラグナ近辺では、ロータリークラブがこの改良かまどや生活改善の支援を行っていた。



〔写真 20〕

アティトゥラン湖周辺にはほとんど平地はない。畑は山の中腹のかなり勾配の高いところにつくられている。人が登るのが精一杯といったところもかなりあり、役畜の使用は不可能である。



〔写真 21〕

サンタ・クルス・ラ・ラグナ村の保健支所。1976年にUSAIDの援助でつくられたものであった。訪問したのが土曜日であったため、残念ながら内部や活動を見ることはできなかった。この保健支所に勤務する準看護婦は他の村から毎日通ってくるという。