

メキシコ合衆国
女性の健康プロジェクト
事前調査団報告書

平成10年10月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

メキシコ合衆国では経済水準に相応した保健医療サービスの供給が行われておらず、ことに母子保健サービスの改善が従来から課題となっていました。このためわが国はメキシコ合衆国政府の要請に基づいて、1992年4月から1997年3月までの5年間にわたり「家族計画・母子保健プロジェクト」を実施し、引き続き1997年4月から1年間フォローアップ協力を実施しました。同プロジェクトは妊産婦検診における超音波診断技術の導入や、メキシコ版母子手帳の試行的導入をはじめ、同国の母子保健サービスの向上に寄与しました。

一方、同国ではあらたに婦人科ガン、特に子宮頸ガンによる死亡が大きな課題となっており、25歳以上の女性のガンによる死亡件数のなかでは子宮頸ガンによるものが最も多く、1995年には女性の死亡原因全体のなかでも第3位を占めています。こうした状況を受け、メキシコ合衆国保健省は現在、リプロダクティブ・ヘルス分野の様々な取り組みのなかでも、子宮頸ガン対策を最重要課題の一つとしており、わが国に対して、子宮頸ガンの予防と早期発見に関する技術協力を要請してきました。

この要請を踏まえ、国際協力事業団は、1998年1月14日から1月28日までの日程で、メキシコ合衆国側の協力要請内容を確認することを目的に、京都大学大学院医学研究科教授中原俊隆氏を団長とする事前調査団を派遣しました。本報告書は、この調査および協議の内容と結果を取りまとめたものです。

ここに、調査にあたりご協力いただきました調査団員および関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表しますとともに、今後とも本件技術協力の成功のために、一層のご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成10年10月

国際協力事業団

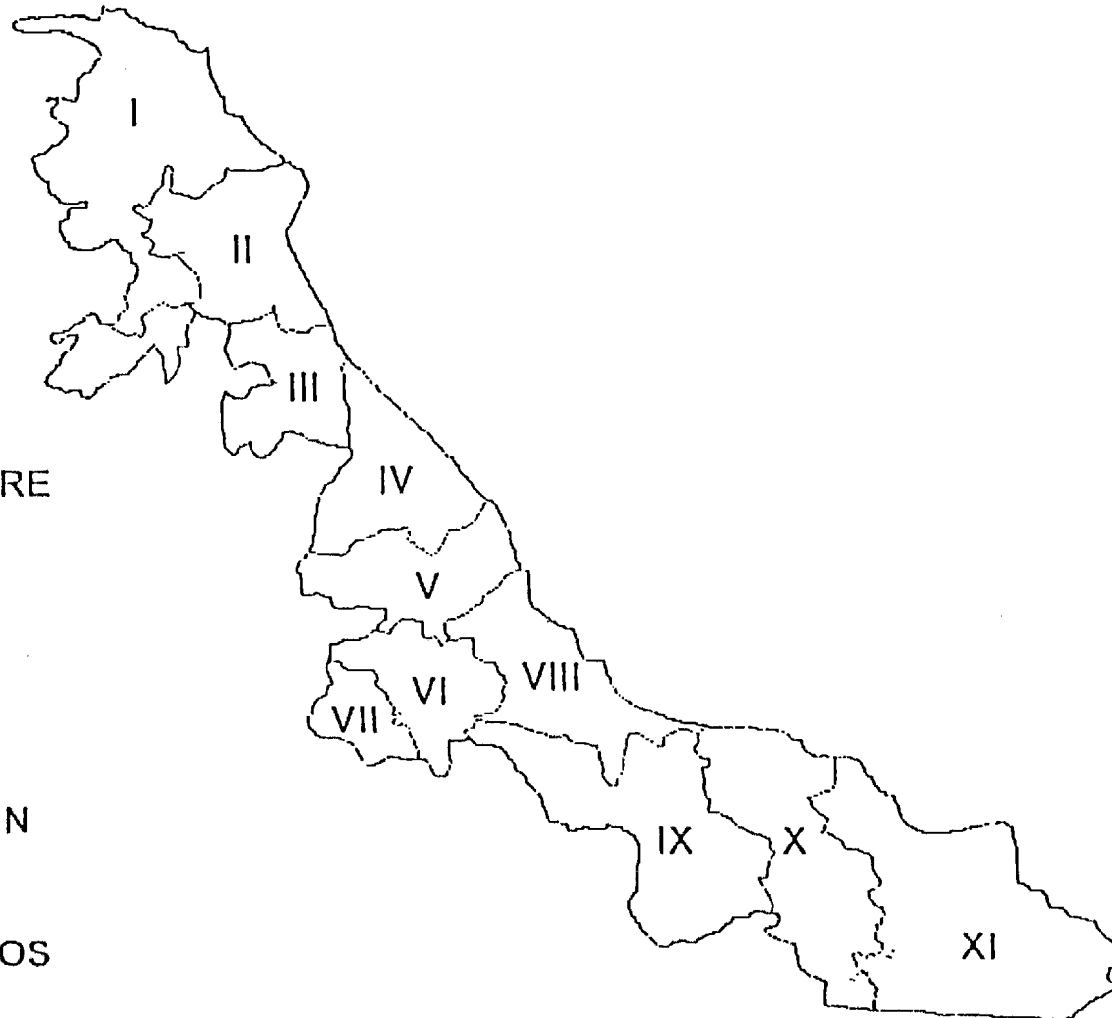
理事 阿部 英樹

メキシコ全図



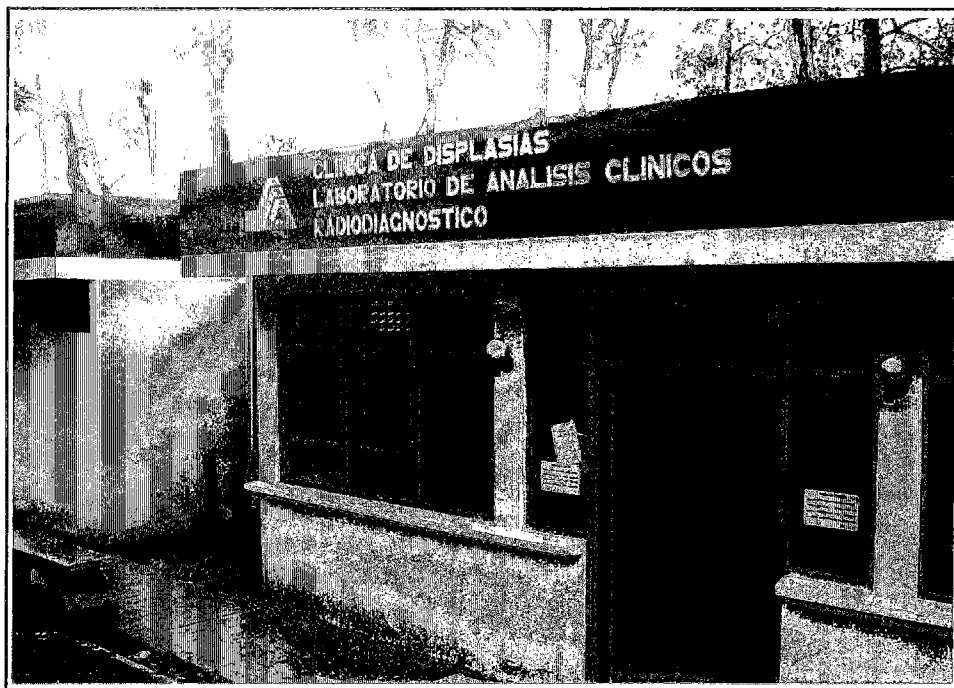
UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ESTADO DE VERACRUZ. 1998

- I.- PANUCO
- II.- TUXPAN
- III.- POZA RICA
- IV.- MTZ. DE LA TORRE
- V.- XALAPA
- VI.- CORDOBA
- VII.- ORIZABA
- VIII.- VERACRUZ
- IX.- COSAMALOAPAN
- X.- SAN ANDRES T.
- XI.- COATZACOALCOS





ベラクルス州保健局との協議



州保健局に隣接するディスプラジア・クリニック



メキシコ家族計画協会の健康教育用教材



リプロダクティブ・ヘルス月間(10月)に作成されたポスター



ミニッツ協議



ミニッツ署名

目 次

序 文

地 図

写 真

1. 事前調査団派遣	1
1－1 調査団派遣の経緯と目的	1
1－2 調査団の構成	2
1－3 調査日程	2
1－4 主要面談者	3
2. 協力分野の現状	6
2－1 公衆衛生	6
2－2 リプロダクティブ・ヘルス	7
2－3 開発と女性(WID)／地域開発／地域保健	9
3. 他のドナー等の協力および現地 NGO の活動	14
3－1 米国開発援助庁(USAID)	14
3－2 国連人口基金(UNFPA)	19
3－3 メキシコ家族計画協会(MEXFAM)	20
3－4 Safe Motherhood 委員会	25
4. 協力実施上の留意点	27
5. 総 括	29
5－1 協力分野の現状とプロジェクトとの関連	29
5－2 協力の目的・方針および実施計画の概要	29
5－3 技術協力の妥当性	31
附属資料	
① ミニッツ	35
② ベラクルス州におけるリプロダクティブ・ヘルス関連指標	38

1. 事前調査団派遣

1-1 調査団派遣の経緯と目的

メキシコ合衆国(以下、「メキシコ」と記す)は所得水準でみる限り高中所得国に位置づけられているが、地域間格差および階層間格差が大きく、また教育・保健等の社会指標を見ると同国よりも所得水準の劣る国々と同レベルかそれ以下であり、特に母子保健関連指標の低さが顕著である。このため、わが国はメキシコ政府の要請に基づき、ゲレロおよびベラクルスの2州をモデルとして1992年4月から5年間「家族計画・母子保健プロジェクト」を実施し、1997年4月からは1年間のフォローアップ協力を実施した。

この間、1994年にカイロで国際人口開発会議が行われ、リプロダクティブ・ヘルスへの関心、ニーズはますます高まっており、メキシコ政府も「リプロダクティブ・ヘルス・家族計画プログラム1995年～2000年」を策定しつつ、保健省の家族計画局と母子保健局とを統合してリプロダクティブ・ヘルス局を設置、より総合的なアプローチを行っている。

このような状況の下、同国政府はこれまでのプロジェクトの成果を更に深化・普及させるべく、農村部における妊産婦および新生児の疾病率・死亡率の低下のためのモデルシステムを作成するとともに、同国の女性の健康上の重要課題となっている「子宮頸ガン・乳ガンの予防」についてのシステムづくりに資することを目的としたプロジェクトを計画、再度わが国に対し協力を要請した。

今回の調査においては、保健省リプロダクティブ・ヘルス局およびベラクルス州保健局との協議および関連施設の視察、また他ドナーやNGOとの意見交換を通じ、以下の項目を中心に、メキシコ側の協力要請内容を確認するとともに、プロジェクトの概要を検討することとした。

- (1) メキシコ保健省およびベラクルス州の、リプロダクティブ・ヘルス分野における取り組みについて調査、確認する。
- (2) 協力対象州をベラクルス州に絞ることについて確認するとともに、要請されている2つの協力分野(「周産期ケア」と「乳ガン・子宮頸ガン」)について、特に国家レベルでの保健政策との整合性を確認しつつ、協力の必要性に関する協議を行う。
- (3) プロジェクトで実施する具体的活動内容について、州が現在実施している活動との整合性や役割分担について協議し、プロジェクトの活動範囲を確認する。
- (4) プロジェクトにおける保健省とベラクルス州との役割分担について協議、確認する。
- (5) 他ドナーや現地NGOが行っているリプロダクティブ・ヘルス分野の現在の活動状況および今後の活動方針等について聴取し、当方プロジェクトを計画するうえで参考とする。

1-2 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	公 衆 衛 生	中原 俊隆	京都大学大学院医学研究科 教授
団員	産 科	稲福 恭雄	沖縄県立中部病院 産婦人科部長
団員	WID/NGO 連携	池上 清子	(財)家族計画国際協力財団調査事業部長
団員	リプロダクティブ・ヘルス	貫戸 朋子	東京女子医科大学 助手
団員	援 助 政 策	服部 孝	外務省経済協力局技術協力課事務官
団員	協 力 計 画	鈴木 彰	国際協力事業団医療協力第二課 職員

1-3 調査日程

日順	月日	曜日	時刻	(A) 中原団長、池上/服部/鈴木各団員	(B) 貫戸団員	(C) 稲福団員
1	1月14日	水	17:20 東京発 (JL062) 9:55 ロサンゼルス着 12:20 ロサンゼルス発 (MX901) 18:00 メキシコシティ着			
2	1月15日	木	9:30 JICA事務所打合せ 11:15 在メキシコ日本大使館表敬 12:15 メキシコ外務省表敬 14:30 保健省リプロダクティブ・ヘルス局表敬 16:30 家族計画・母子保健プロジェクト専門家との打合せ			
3	1月16日	金	9:00 保健省リプロダクティブ・ヘルス局との協議 午後 中原、服部、鈴木 池上、貫戸 13:30 UNFPA 13:30 USAID 15:30 Safe Motherhood委員会 15:30 メキシコ家族計画協会 (MEXFAM)			
4	1月17日	土	10:55 メキシコシティ発 (MX623) 11:45 ベラクルス着			
5	1月18日	日	移動 (ベラクルス→ハラッパ) 団内打合せ			
6	1月19日	月	9:00 ベラクルス州保健局との協議 14:30 ハラッパ総合病院およびDisplasia Clinic視察 移動 (ハラッパ→ベラクルス)			
7	1月20日	火	8:30 ベラクルス総合病院視察 12:00 カテマコ保健所視察 14:30 サン・アンドレス・トゥクストゥラ郡保健局との協議、 コミュニティー・センター視察			
8	1月21日	水	9:00 ベラクルス州保健局との協議 18:00 ベラクルス発 (MX626) 18:50 メキシコシティ着			17:20 東京発 9:55 ロサンゼルス着 12:20 ロサンゼルス発 18:00 メキシコシティ着
9	1月22日	木	ミニッツ協議 (保健省、ベラクルス州保健局合同)	8:40 メキシコシティ発 10:30 ロサンゼルス着 13:10 ロサンゼルス発		団員 (A) に同じ
10	1月23日	金	10:00 保健省領域拡大総局との協議	17:45 東京着		団員 (A) に同じ
11	1月24日	土	団内打合せ			
12	1月25日	日	団内打合せ			
13	1月26日	月	9:00 ミニッツ署名、大使館報告 12:00 保健省次官表敬			
14	1月27日	火	9:15 メキシコシティ発 (JL011)			
15	1月28日	水	17:00 東京着			

1-4 主要面談者

(1) メキシコ側関係者

1) 保健省

Dr. Roberto Tapia Conyer 次官

① リプロダクティブ・ヘルス局

Dr. Gregorio Perez-Palacios 局長

Ms. Yolanda Varela Chavez 総務部長

Dr. Arturo Vega Saldana 家族計画部長

Dr. Ramiro Moreno Ponce 女性保健部長

Dr. Angel Salvador Catalan Ojeda 周産期保健部長

Dra. Joaquina Ramirez de Santini 国際プロジェクト調整官

Dr. Adrian Delgado Lara 妊産婦・周産期死亡予防・対策次長

② 領域拡大総局

Dra. Alba Moguel Ancheita 局長秘書官

2) ベラクルス州

州保健局

Dra. Edit Rodriguez Romero 局長

Dra. Rosa Maria Ortiz Campos リプロダクティブ・ヘルス部長

① ハラッパ総合病院

Dr. Colonel 病院長

② ベラクルス総合病院

Dr. Manoel Castelan Fernandez 病院長

Dra. Gloria Mendoza 副院長

Dr. Roberto Gonzalez 産婦人科部長

③ サン・アンドレス・トゥクストゥラ郡保健局

Dra. Maria Luisa Gonzalez Miranda 局長

Dr. Elasmo Dominguez リプロダクティブ・ヘルス課長

④ カテマコ診療所

Dr. Merida Hernandez 所長

3) UNFPA メキシコ事務所

Dr. Rainer F. Rosenbaum 所長

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Mr. Alfonso Sandoval | プログラム・オフィサー |
| Dr. Javier Dominguez | プログラム・オフィサー |
| Mr. Jacqueline Eckhardt | プログラム・オフィサー |
| 4) USAID メキシコ事務所 | |
| Ms. Marie Mcleod | 人口開発アドバイザー |
| 5) メキシコ家族計画協会 (MEXFAM) | |
| Mr. Alfonso Lopez Juarez | 会長 |
| Mr. Ruben Ramirez Sanchez | 保健サービス・コーディネーター |
| 6) Safe Motherhood 委員会 | |
| Dra. Maria Estela Fernandez Ramirez | 代表 |
| Dra. Ana Langer | Population Council 中南米地域代表 |
| Dra. Maria del Carmen Elu | 技術アドバイザー |
| 7) メキシコ外務省 | |
| 科学技術協力総局 | |
| Mr. Cristina Ruiz Ruiz | 技術協力受入部長 |
| (2) 日本側関係者 | |
| 1) 在メキシコ日本国大使館 | |
| 新井 辰夫 | 参事官 |
| 丸井 康順 | 書記官 |
| 2) JICA メキシコ事務所 | |
| 木下 建 | 所長 |
| 半谷 良三 | 次長 |
| 立原 佳和 | 所員 |
| 3) JICA 家族計画・母子保健プロジェクト専門家チーム | |
| 平林 武尚 | リーダー |
| 小林 育夫 | 業務調整員 |

愛甲 浩志
和田 知代
八鳥 知子

専門家
専門家
専門家

2. 協力分野の現状

2-1 公衆衛生

メキシコの中央・地方の保健関係者は「既に保健システムはできているので、それをいかに効果的、効率的に運営するかが問題である」との認識で一致しているようであるが、調査期間中に納得できる場面が多かったのは事実である。

例をあげると、子宮ガン検診の実施体制について、国家計画による子宮ガン検診の受診率は70%に設定されているが、年1回の検診を受け、2回続けて陰性であれば、3年に1回の検診で良いとするような検診受診の基準が定められており、わが国の受診率目標である30%に比べて見かけほど高い目標設定ではないことがわかる。また、その実施に要する検査施設の整備については全国的に5箇所を整備が行われ、その養成に2年間を要するサイトスクリーナー（細胞診技術者）の養成についても、年間1人が8,400件検査するとして、年間100万件の検査に対応できる人員の養成は既に行われている。更に、陽性と出た検体については100%、陰性の場合には抽出により10%の再検査が行われるほか、6か月ごとにはサイトスクリーナーに対するキットによるブラインド検査による正確度の判定システムもあり、このような精度管理システムはわが国では制度化されておらず、むしろメキシコから学ぶべき点である。

また、健康教育の実施面について例をあげると、検診受診者について、家族計画指導や分娩のため医療機関を受診するチャンスが多い若い人の受診が多く、45～64歳の受診率が低いことや、農村地域の住民、都市部の貧困層などに問題が多いことがわかっているため、検診受診者の重点化が既に行われており、例えば、1998年は45～64歳の年齢層に対する受診キャンペーンに重点を置き、1999年には35～44歳、2000年には25～34歳に重点を置く方針が既に決定されている。更に、35歳以上については未受診者が多く、継続して受診する人が少ないことも明らかとなっており、保健助手を通じたパンフレットなどによる啓蒙活動、予防接種実施時などを利用した看護婦など保健関係者による啓蒙活動、受診しやすくするため受診時間の制限をなくしたり、ズボンの着用を認めるなどの対策は既にとられており、このような点ではわが国と同水準の保健活動が既に行われているといえる。

このような活動をコミュニティ・レベルで展開するための地域保健に関するシステムとしては、医療サービス拡大戦略(EEC)や医療サービス拡大プログラム(PAC)などと略称されるシステムが既にかなり長い歴史をもって展開されており、改良、改善を加えられて継続されている。また、これらに対する予算の配分などについても国家的見地から調整する仕組みが整えられている。

このように例をあげていくと、わが国のごとく、発展計画なくして発展してきた国とはかなり違うアプローチがなされており、むしろ健康政策的にはメキシコから学ぶべき点も多いような感を覚える。

本プロジェクトにおいては、このようなメキシコの状況を更に詳細に調査して、活用できるシステムについて積極的に援助するなど、メキシコの国情に合わせた援助を実施すべきであると考ええる。

2-2 リプロダクティブ・ヘルス

(1) 実施機関の組織と上位機関の支援体制

「新しい連邦主義」政策で、保健セクターにおける地方分権化が、ベラクルス州でも進められ、今回の調査の時点において、一応分権化が成立したとのコメントを、ベラクルス州保健局長から得た。したがって、同州において、これまで保健省と IMSS-Solidaridad プログラムによってカバーされていた社会保険非加盟層への保健サービスは、今回の地方分権化により、州政府に移管されたこととなり、日本への技術協力の要請は、この州政府が対象とする低所得者層で農村部中心の人口の保健サービスに対してのもの、すなわち州政府が提供するサービス向上への技術協力要請である。

地方分権化により、保健サービスの直接運営実施機関は、あくまでも州政府となり、金融財源を直接管理運営し、サービスへのニーズおよび優先性に応じて配分も行い、また、国家保健政策の設計と策定に直接参加すること等が、分権化の原則としてあげられている。一方、保健省のリプロダクティブ・ヘルス局の役割は、政策策定、規則規格化、上位機関として州政府のフォロー、評価を行うことである。州保健局長の分権化への肯定的答えがあり、良い感触を得たといえるが、この移管のプロセスと支援体制が、現実としてどこまで進み、成熟しつつあるかは、今後の協力の過程での評価と対応が必要とされる。

先住民族居住地が多く、農村部のへき地に分散した集落に居住する人口は、セクター調整次官内局の領域拡大総局のプログラム PAC が適用される。したがって、州レベルで PAC との協力体制についても、今後検討する必要があると考える。

また、上位体制として、連邦政府と地方当局との間の調整業務を行う、同じくセクター調整次官内局の国家保健審議会事務局との対話も必要であろう。

(2) プロジェクトの組織および施設

妊産婦死亡の軽減と子宮頸ガンの予防サービスを、統合した形で提供する。ゼロから新しいものを構築するのではなく、今日までに築かれてきた構造とメカニズムを基盤としてサービスが提供されるべきであり、周産期と子宮頸ガンの疫学的特徴を考慮すると、第1次レベルおよびそれ以下の「健康の家」、草の根での統合と展開は全く合理的である。第2次レベルのサービスも既存の施設に既に組み込まれ始めている。

ハラッパ、ベラクルス、リオ・ブランコの3箇所に既に起動しているディスプラジャ・ク

リニックがあり、南部のオリサバが1か月後に開設予定、北部ボサ・リカに計画中である。細胞診検査施設の強化と検査技師の人材養成、細胞診カバーの拡大と採取者の養成を行い、ディスプラジア段階での早期発見と治療(完治)を目的としている。

訪問した第2次レベルのハラッパ総合病院に、リプロダクティブ・ヘルス局の管轄下(病院の管轄下ではない)のディスプラジア・クリニックが開設され、リプロダクティブ・ヘルス局下の職員により、国家プロトコールに沿って検査と治療が既に開始されている。ここで注目に値する点は、メンタリティーの変革を目標に、子宮鏡、電気メス療法、凍結療法を有料化していることである。ソーシャルワーカーが1名配属されているが、カウンセリングの分野も今後の強化が必要であるとの印象を受けた。なお、病院の治療部門は、基本的な化学療法が通院治療として行われているが、放射線療法は、コバルト線源がなく機能していない状況であった。ガン専門病院としての最低限の治療サービスは、政府の義務であり、日本の協力としては、あくまでも予防にとどめるべきである。

同じく第2次レベルのベラクルス総合病院では、過去5か月間に細胞診598件、子宮鏡522件、生検122件、円錐切除53件が施行された。

第1次レベルの診療所の細胞診は、サン・アンドレス郡の検査施設で診断され、必要な例はハラッパあるいはベラクルスのディスプラジア・クリニックに紹介されるシステムがとられ、これまではすべての患者が受診している。

乳ガンの年間死亡数は子宮頸ガンの半数であるが、州保健局としては、One Chance Two Opportunities、サービス提供部門は一つであり、受益者も同一人物であるとの考えから、啓蒙と自己診(触診)を指導する方針である。

妊産婦死亡の軽減には、州保健局では、最優先事項をコミュニティーの意識とキャパシティー・ビルディング、第2事項として、伝統的助産婦(TBA)と第1次レベルの医療従事者の合併症予知とハイリスク早期発見能力の育成としている。紹介を受け取る側のベラクルス総合病院の観点からは、妊婦本人への情報提供と、妊産婦検診の充実と受診率向上、第1次レベルでのハイリスクの適確な診断と転送体制、コミュニティーの医療従事者の教育と彼らとの協力体制づくりを重要事項としてあげている。第1次レベルの診療所は、TBAとコミュニティーの保健助手のハイリスクのタイミングの良い診断と紹介、つまりコミュニティーとのコーディネーションが最優先とのコメントであった。

(3) カウンターパートの配置計画

プロジェクト・サイトを州全域とするか、単数あるいは複数のパイロット・エリアを設け、スケーリングをめざすかは、検討の必要がある。州保健局としては、州全体を希望しているが、不可能なら妊産婦死亡の高い郡を優先させたいとのコメントがあった。

(4) 要請内容の整合性

子宮頸ガン分野での協力が、中央政府リプロダクティブ・ヘルス局の国家キャンペーンによる独断の要請でなく、プロジェクト・サイトのニーズでもあることが、州保健局長との面談と医療施設の訪問・面談で確認された。

子宮頸ガンが1995年、国全体の25歳以上の女性の死因の第1位、女性10万人に対し全国平均21.5人、ベラクルス州28.5人である。州全体で年間450人の女性が、子宮頸ガンにより死亡している。ハラッパ総合病院のガンユニット女性患者の80%が子宮頸ガンで、年間の新患が180例であり、そのうちの70人が既に進行ガンで、45人が1年以内に死亡する。5年生存率は、50%である。また、患者の平均年齢は45歳である。これらを総合判断しても、子宮頸ガンの問題の重大さは、容易に推し量れる。州保健局長によると、子宮頸ガン対策の強化が懸案であり、ポリティカル・ウィルを必要としていたところに、国家プログラムとの一致ができた、とのコメントであった。

妊産婦死亡の軽減と子宮頸ガン予防プログラムの統合は、以下の観点から可能であり、適切な戦略といえる。子宮頸ガンの疫学的特徴を考慮すると、妊産婦死亡軽減の戦略、人口家族計画との共通点を多く見いだす。

対象年齢の不一致と考えられがちだが、事実早婚社会においては、ハラッパ総合病院の入院患者（進行ガンが多い）の平均年齢が、45歳であることを鑑みると妊産婦の意識向上は不可欠であり、ディスプラジア段階での発見と完治をめざすのであれば、20代、30代のカバーの必要がある。リプロダクティブ・エイジを広くとらえ、リスクの自己確認をいう啓蒙が重要である。また、リプロダクティブ・ヘルスを女性の健康として包括的にとらえることも肝要である。また、サービスを提供する最前線の人間とオペレーションは一つであり、その受け手となる人間も同一人物である。

このような観点から、統合は積極的に試みられるべきである。また、乳ガンに関して、ベラクルス州においては、疫学的に子宮頸ガンと比較して問題性がそれほど切迫していないが、教育、自己診等の教育プログラムを検討する価値は存在する。

2-3 開発と女性(WID)／地域開発／地域保健

(1) 概観

「国家開発計画1995年～2000年」を受けて、5つの基本目的を達成するための各種の国家プログラムが設定されてきた。そのなかで、直接今回の事前調査の内容に関連するのは、以下の3種の国家プログラムである。WID分野では「国家女性プログラム」、保健全般分野では「保健セクター改革プログラム」、リプロダクティブ・ヘルス分野では「リプロダクティブ・ヘルスおよび家族計画プログラム」である。

「国家女性プログラム」のなかで保健分野のプログラムを運営しているのは、保健省のリプロダクティブ・ヘルス局であり、不妊、閉経期後に関するプログラムを実施するための特別予算を得ている。また同局は、保健統計の整備やジェンダーの視点からの死亡率の分析に重点を置いている。「保健セクター改革プログラム」は、人員と予算を州政府へ移管する、いわゆる地方分権化による保健サービスの実施および正規の医療サービスへのアクセスを持たない層（約1,000万人と推定されている）を対象とした領域拡大戦略とに焦点を当てている。「リプロダクティブ・ヘルスおよび家族計画プログラム」は、家族計画の推進、周産期保健の充実、妊娠前のリスクおよび不妊や生殖器関連の腫瘍の早期発見を含む女性の健康の推進、エイズを含めた性感染症の予防と処置等の具体的な課題をあげている。

メキシコ政府がめざしている方向は、女性の地位向上、地方分権化、予防に重点を置いた新しい保健医療体制づくり、更に医療サービスを受けられない社会階級（特に農村地域住民と先住民）へのサービス拡大であることが推測できる。したがって、今回メキシコ側より提案があったプロジェクト内容、および事前調査団との協議の内容、すなわち、ベラクルス州政府をプロジェクト実施カウンターパート（C／P）とすること、住民参加による農村地域住民（先住民）への健康教育、保健分野での女性の自己決定力を強化することや女性の健康の観点からの妊産婦死亡率の低下、子宮頸ガンの早期発見は、メキシコ政府の方針やニーズと基本的に合致すると思われる。

（2）地域開発における保健推進関連プログラム／体制

保健を推進することと地域開発とを統合して、保健医療サービスのアクセスを拡大する方針が基本政策であることは既に述べた。この分野を総合的に監督しているのは、保健省のなかでは領域拡大局である。この点今回のプロジェクトの実施C／Pがベラクルス州政府であることは、幸運であるといえる。つまり、中央政府の保健省レベルでは、局が2つにまたがる場合の調整は難しい場合が多い。一方、州政府レベルでは、リプロダクティブ・ヘルス局と領域拡大局とが管轄する活動項目が、州保健省として一つにまとまっているため、調整する煩雑なプロセスを省くことができるからである。以下の説明は、領域拡大局が実施する6つの保健推進関連のプログラムであるが、特に今回のプロジェクトの実施にとって協力体制を組む必要があると思われるEECを中心にまとめた。

1) EEC（全国32州で実施）

EECは、国家医療制度下にある医療施設から遠く離れた環境にある過疎農村地域において優先性の高い医療プログラムが根づくようにするための手段である。この戦略は、地域に住む保健助手と医療サービスを連携し、住民に医療の基本的サービスを提供しようとするものである。この種のプログラムはその原型として1950年代に始まり Rural Health

Program と呼ばれ、巡回指導のみを実施していたが、1974年には家族計画を強化するために保健助手(主に村の女性)を養成してきた。この流れの延長として、アクセスを持たない住民に対応し、更に医療の基本サービスを提供するシステムとして、保健省により EEC プログラムと 1985 年に名称を変えて開始された。その主な活動内容はやはり家族計画であった。この時以来、家族計画局が州政府並びに郡衛生局との連携を図りながら、この EEC の規範づくり、フォロー、評価に責任をもってきた。1994 年には名称を変えずに組織変更があったため、EEC の管轄はリプロダクティブ・ヘルス局(以前の家族計画局)から領域拡大局へと移った。この時点から保健助手は家族計画だけでなく健康教育全般を扱うようになった。

EEC は過疎農村地域に住む住民の基本的ニーズを満足させるために企画された総合的なプライマリー・ヘルスケア・サービス提供システムである。これらのサービスは同じコミュニティに住む住民の一人である、「保健助手」と呼ばれる人を通して提供される。トレーニングを受けた保健助手は技術的支援を受けるために定期的に正規の看護婦の訪問を受ける。この看護婦の監督・指示を通して必要な場合には正規の医療サービスとの連携を図ることができるようになっている。一般に保健助手はそのコミュニティ生まれでそのコミュニティに住んでいる女性である。主な選考の基準はリーダーシップが取れることと識字者であることである。

保健助手の主な業務は下記のとおりである。

- ① 農村地域に住む住民に家族計画並びにプライマリー・ヘルスケア・サービスを提供する。
- ② コミュニティーの医療に関するニーズを満足させるために住民参加を達成する。
- ③ 教育活動や予防活動を通して医療保健に関する意識づくりに貢献する。
- ④ 感染症に関する統計の最新情報を入手し、簡単な状況把握フォロー業務を行う。
- ⑤ コミュニティー活動を実現するためにローカルの当局と協力する。

平均にして 10 の農村過疎集落を集めて一つのモジュールを形成し、各モジュールには保健助手指導員(Enfermera Supervisora De Auxiliares De Salud)という名称の看護婦が 1 名配置される。この保健助手指導員は保健助手たちを監督、研修、そして保健助手がサービス提供する場合にアドバイスを行う。また、保健助手たちが仕事に必要な資材を提供するという責任をもっている。したがって、EEC の人員構成は、保健助手、保健助手指導員、郡調整医師から成る。業務体系としては、1 名の郡調整医師は 4 名の保健助手指導員を部下にもち、この保健助手指導員 1 名は 10 名の保健助手を監督・指示するという形態をとっている。保健助手は EEC の業務体系のなかでは基本的な存在で、各コミュニティの保健医療委員会(Comite De Salud)が選り推薦する。

保健助手指導員は農村コミュニティでの仕事の経験が豊富で特に研修と監督業務に優れた経験をもっている看護婦が選ばれる。この保健助手指導員はコミュニティと郡衛生局が行う医療サービスの公的な構造とを結ぶ橋であるので大変に重要な存在である。EECプログラムの成功は彼女たちの活動内容やその質によるところが大変に大きい。郡調整医師はEECと郡衛生局との間の活動を調整する役目を担う。EECで実施するプログラム、活動の実施やフォロー、管理の責任をもつ。

2) PAC (18州で実施)

1994年に家族計画など12の活動項目をもつPASPAが、世界銀行の支援で開始された。その目的は保健医療サービスにかかる資金のなかでも特にインフラ整備(保健所建設および医療機材)において、州政府を補助することであった。1996年にPACと名称を変更し、その内容はインフラ整備と巡回医療となった。その監督・責任は1997年にリプロダクティブ・ヘルス局から領域拡大局に移行されている。

3) PROGRESA (10州で実施)

1997年に大統領の指示で始められたもので、へき地の保健向上および食事提供により就学率の向上をめざしている。大統領府の予算である。保健所で健康教育を受けた小学校児童(特に女子)が小学校へ行くことを条件に、奨学金を出すこと、また母親に対して子供たちに栄養ある食事を作るための資金補助を行うことが主な活動である。

4) PASI (10州で実施)

各州政府の資金で、先住民への支援(保健医療費の補助)を実施しているのがこのプログラムの内容である。

5) 移動手術プログラム

メキシコ電話公社、個人の寄付等で賄われているプログラムで、簡単な外科手術を移動クリニックで実施する。動く外科クリニックとして外科的医療サービス領域の拡大を目的としている。

6) 農業日雇い人支援プログラム

季節労働者に対する保健推進のために、メキシコ社会保険庁(IMSS)や季節労働者の雇用主が資金を出して、労働者が保健所やIMSSの1次医療クリニック(IMSS-Solidaridad)に行って健康管理検査を受けられるようにしたシステムである。

(3) プロジェクトの実施計画への提案

1) EEC／NGOとの協調

プロジェクトを効果的に実施していくためには、まず既存のシステムを活用していくことが基本となろう。そこで上記の EEC との連携は欠くことができない。保健所の看護婦が保健助手を監督・指示する現在の体制のなかで、2種の人材養成(看護婦に対するトレーニングと保健助手に対するトレーニング)を通して、住民に対する健康教育が実施できると思われる。特に乳ガンや子宮頸ガンに関しては、その検査を受ける理由が一般の村の女性にはわかりにくい。つまり予防活動の難しさである。したがってその動機を作っていくためには、地域住民に信頼されている人を通しての情報提供が重要となるが、この際に保健助手による健康教育に期待ができる。同時に地域で活動する NGO との連携も、成功の鍵となろう。

また現行の JICA プロジェクトでは州政府と協力して母子健康手帳を既に開発している。この手帳を使用する妊婦に対して健康教育を実施する際にも、保健助手の役割は大きいと思われる。

WID やプロジェクトの持続可能性の視点からも、EEC の保健助手は大きな役割を担うことを期待できる。村の女性が保健助手になることが多いので、より多くの保健助手の養成は女性に力をつけていくことにもつながる。メキシコの文化的価値観の一つである「マチョ」に対して、多くの女性が保健助手になることの効果は大きい。村の中で、男性と対立するのではなく、男性にその力や専門性を示すことによって、男性を巻き込んでいくことが可能となる基礎を築くことができよう。また、上記現行の領域拡大局の6つのプログラムのなかで、EEC 以外は資金がなくなると活動ができなくなるというおそれを抱えていることがわかる。したがって EEC の保健助手のように、村のなかに保健要員を育てていく視点が、プロジェクトの持続可能性につながるとと思われる。

2) 南々協力

メキシコは経済協力開発機構(OECD)のメンバーでもあり、中南米の他諸国への南々協力の核となる国である。そこで、今回のプロジェクトを実施するにあたっては、初めから南々協力を踏まえた計画づくりが重要となろう。具体的には南々協力のためのトレーニングの企画やその実施手引書づくりが考えられるが、そのためにはプロジェクト進捗の詳細な記録やデータの収集が求められる。

3. 他のドナー等の協力および現地 NGO の活動

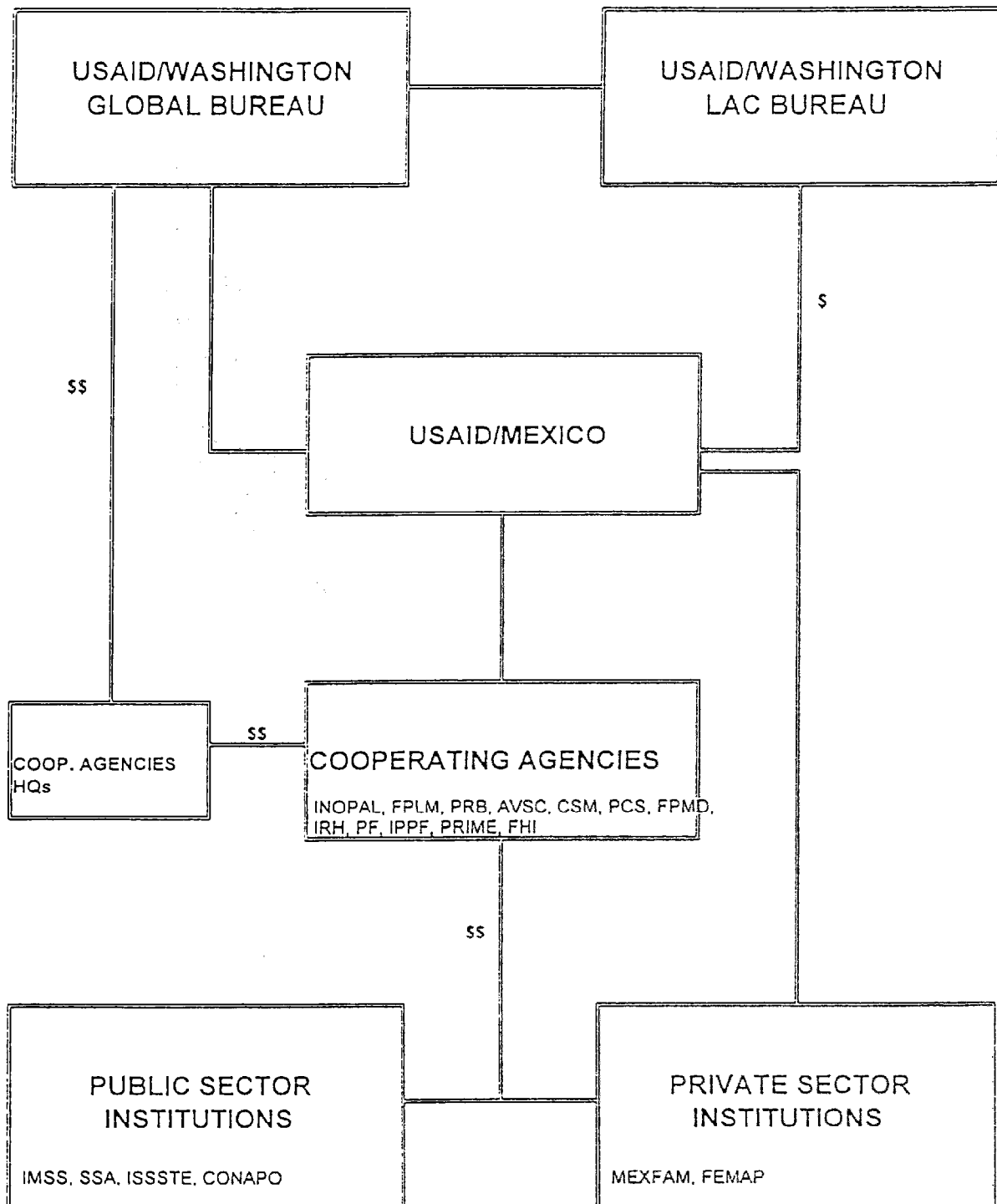
3-1 米国開発援助庁 (USAID)

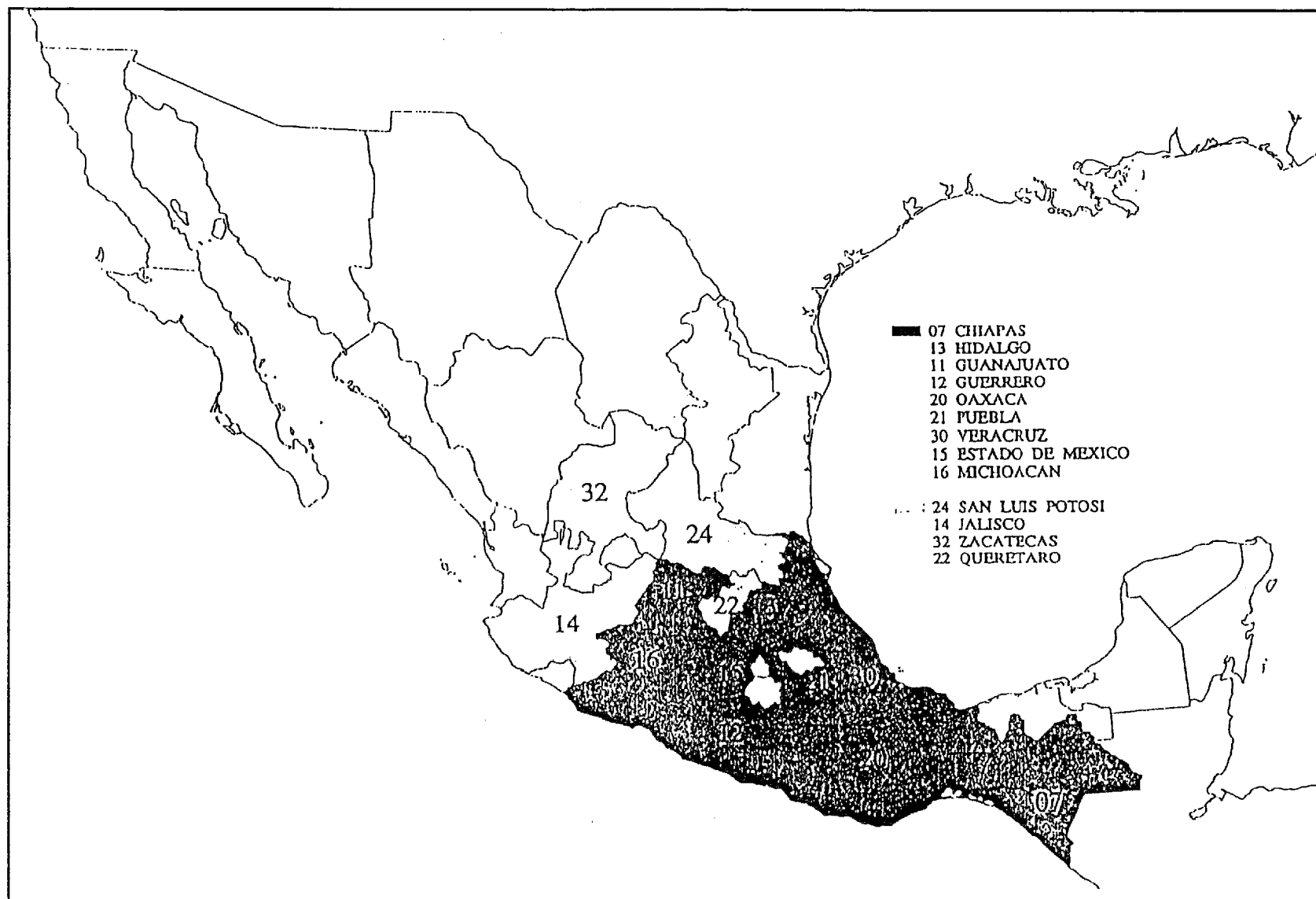
USAID の人口・家族計画分野における活動は、終息段階に入っている。このため現行のプロジェクトサイクル(1992年～)は、その焦点を「自立」にあててきた。

1992年からの活動内容は、(1) 公的機関への支援と(2) NGO への支援に分けられる。(1) に関しては、保健省、メキシコ社会保険庁(IMSS)、国家公務員共済組合(ISSSTE)、国家人口審議会(CONAPO)に対する支援であり、パスファインダー(アメリカの NGO)を通じて資金が流れている。支援内容は家族計画推進員のトレーニングや避妊薬(具)の供与およびその管理等である。(2) については、メキシコ家族計画協会(MEXFAM)とメキシコ家族保健連合(FEMAP)の2つのローカル NGO に対する支援であり、国際家族計画連盟(IPPF)メキシコ事務所がプログラムおよび資金管理の窓口となっている。内容は家族計画推進キャンペーン、クリニックの管理強化、ソーシャル・マーケティング等である。

(1) は1998年10月、(2) は同年9月までの支援となっているが、現在1999～2003年のプロジェクトサイクル継続がワシントン DC の本部へ提案されている。1998年4月頃には、その結果が出るとのことであるから、長期調査のなかでフォローアップしてほしい点である。現在(1)および(2)も、ベラクルス州を優先州(別添地図参照)のなかに含めていることを考えると、引き続き情報交換は必要であろう。具体的な協力が可能であるかどうか、仮に可能である場合にはその内容についての検討は、USAID の新プロジェクト・サイクルの実施が決定してからのことになる。

表 3-1 USAID/MEXICO: POPULATION STRATEGY

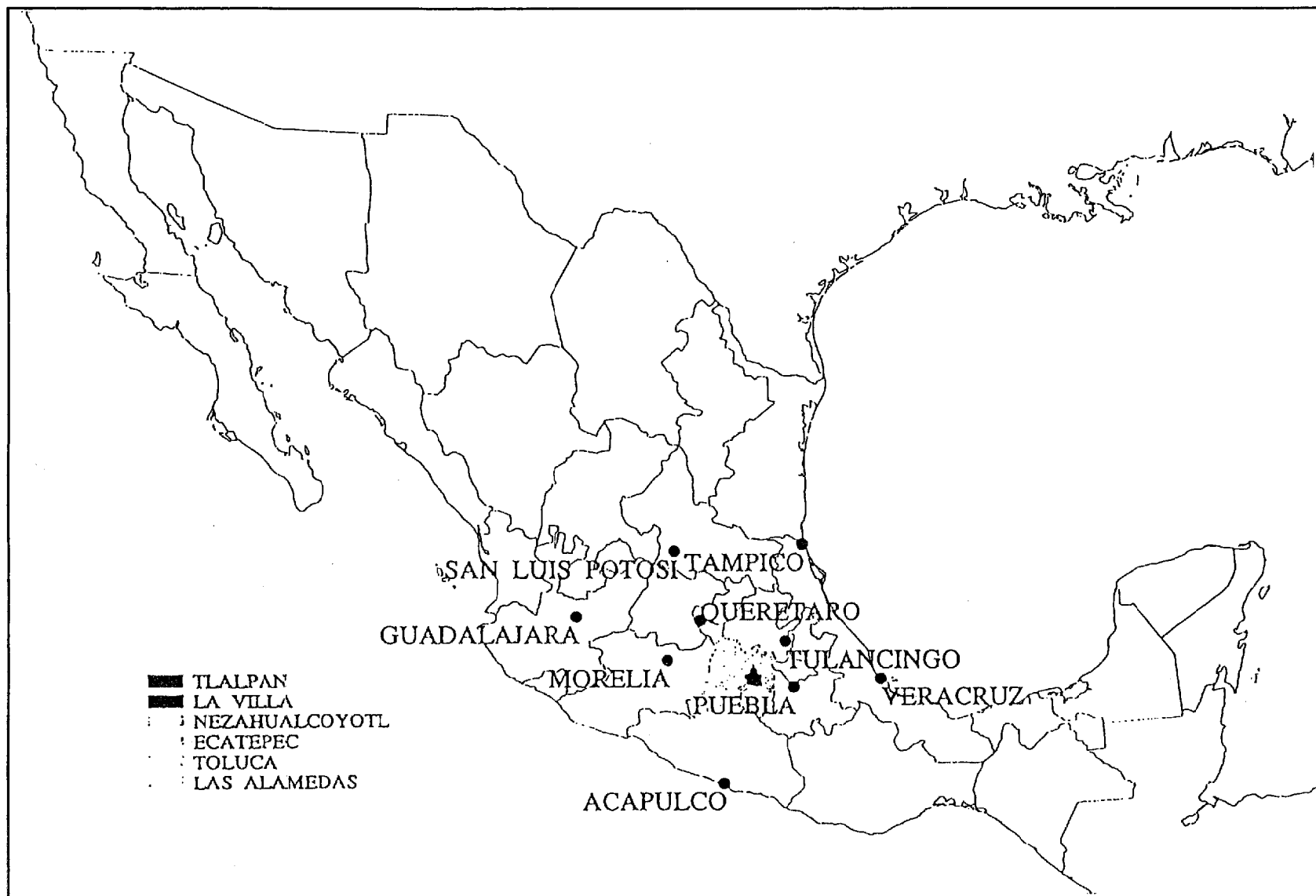




地图 3-1 USAID/Mexico Population Strategy : Public Sector Target Areas



地图 3-2 USAID/Mexico Population Strategy : Private Sector Target Areas - FEMAP



地図 3 - 3 USAID/Mexico Population Strategy : Private Sector Target Areas - MEXFAM

3-2 国連人口基金 (UNFPA)

UNFPA の主な活動は従来は「家族計画普及」であったが、昨今の世界的潮流にもれず、最近は「リプロダクティブ・ヘルス」へとシフトしており、例えば MEXFAM が実施する思春期性教育への支援などを実施している。

従来、UNFPA の主たる協力相手は中央政府 (国家人口審議会や保健省の各局) だったが、近年のメキシコにおける地方分権化の流れのなかで、協力相手機関にも変更が見られる。すなわち、地方分権化でメキシコ中央政府自体が「州を中心とした協力」を望む傾向にあること、また UNFPA の都合としても、メキシコが経済発展や人口増加率の減少に伴い最優先国ではなくなったため、メキシコへの予算配分が削減され協力範囲を絞らざるを得なくなっていることによる。

「協力対象の絞り込み」は具体的には3つの要素から成っている。第一に、優先的に取り組む州をチアパス、オアハカ、ゲレロ、プエブラ、イダルゴの5州に限定している。第二に、上記のとおり活動分野の重点を「リプロダクティブ・ヘルス」に定めている。第三に、対象層を貧困層や先住民に絞り、ある州へ協力を行う際にも郡の選出の際に考慮している。

リプロダクティブ・ヘルス分野での活動目標は、①リプロダクティブ・ヘルスサービスの質の向上、②リプロダクティブ・ヘルスサービスのアクセスの向上 (サービスを享受する人口の拡大)、③啓蒙活動 (意識改革) の3つである。

UNFPA のプログラムは、1プログラムが5年間のサイクルで実施される。現在のプログラムは、1997年から2001年までの間で行われることとなっており、優先州を対象に5つのサブプログラム (1つのサブプログラムはいくつかのプロジェクトで構成される) で合計1,550万ドルが予定されている。このうち1,050万ドルについてはUNFPAの独自資金だが、500万ドルについてはマルチ・バイ協力資金が必要とされており、わが国が実施している人口家族計画特別機材もこの中に含まれる。

UNFPA のプロジェクトのスキームは無償資金協力および技術協力であり、技術協力については中南米地域に対してはチリのサンチャゴに専門家拠点を置いている。これらの専門家の派遣や、各国で国内外のコンサルタントを活用して保健医療従事者に対する研修・訓練を実施したり、また少額の機材を供与したりしている。

UNFPA から調査団に対する提案として、①メキシコにおける地方分権化の流れを踏まえ、協力の実施にあたっては地方の人材の強化を重視すべき、②ドナー間の連携・情報交換を促進し、同一地域における同一分野のプロジェクトの実施等、活動の重複を回避する一方、人口家族計画特別機材のように共同で実施可能なことは積極的に進めるべき、③メキシコ保健省あるいは他ドナーの優先州であるか否かにかかわらず、プロジェクトの実施にあたっては前述のとおり先住民対策にも配慮すべき、等が提言された。

本件「リプロダクティブ・ヘルス・プロジェクト」の実施サイトのベラクルス州はUNFPAの優

先州には含まれていないため、活動が重複することはないが、プロジェクトの実施にあたっては UNFPA との密な情報交換が重要であろう。

3-3 メキシコ家族計画協会 (MEXFAM)

MEXFAM は 1965 年に創立された IPPF の加盟団体である。

MEXFAM はその使命・目的を、「メキシコ国民のうち最も家族計画サービスが届きにくい層、つまり貧困者へ、一人一人の生活の質を向上させるために、サービス提供を率先して行う」と述べて、以下の 6 つの戦略を用いている。

(1) コミュニティー・クリニック活動 (Community Clinic)

このモデルは、クリニックからの距離が半径にして 5～6km の人口が 1 万から 2 万人の都市型スラム地域で用いられているモデルである。健康推進員 (ボランティア) と連携して、地域住民に対して基本的保健医療および家族計画サービスを小規模な診療所を拠点として提供する医療活動である。このモデルで働く医師は、コミュニティ・ドクター (1997 年には全国で 206 人) と呼ばれ、開業にかかわる一切の費用は MEXFAM からの補助金によって賄われ、医療資機材および家族計画を含む基礎保健の医療トレーニングを定期的に受けることができる。しかし、数年間のうちにコミュニティ・ドクターは、有料の医療サービス拡充を行い、経営的に自立することが求められる。家族計画の記録は、MEXFAM のものとしてカウントされている。

(2) 地域保健の推進の活動 (Community Health Promotion)

この活動は、人口 5 万人以下の 20km 以内の地域で、かつ高い出生力、家族計画サービスの供給が小さく、実行率が 50% 以下の地域を対象に行われている。ここでは、MEXFAM 独自の保健推進員ボランティア (1994 年には全国で 1,256 人) をトレーニングし、また、その地域で既に活動している医師や看護婦に協力を呼びかけ、家族計画サービスを他の基礎医療サービスとともに住民に提供している。ここで、重要なことは、プライマリー・ヘルスケアの枠組みのなかで、家族計画への住民の意識を高めることである。保健推進員は、ボランティアとしての関わりであり、MEXFAM からの給与の支払いはない。しかしながら、避妊器具の販売は有料であり、その一部が保健推進員の収入となる。

(3) ヘンテ・ホーベン (若者) プログラム (Gente Joven Program)

「ヘンテ・ホーベン・プログラム」(ヘンテ・ホーベンはスペイン語で若者の意) は、十代の若者に対して、「リプロダクティブ・ヘルス」や「セクシュアリティ」についての情報提供や相談を、トレーニングを受けたやはり同年代のスタッフを学校、職場、溜まり場へ派遣して

行う、アウト・リーチ型プログラムである。プログラムは、「家族のダイナミクスとコミュニケーション」、「思春期とは何か?」、「若者とセクシュアリティ」、「感染症および HIV / AIDS」および「望まない妊娠を防ぐためには? 避妊法のいろいろ」の5つのモジュールに分かれている。各モジュールは2時間の内容となっている。「性に関する情報・知識は、同年代の仲間の方が、はるかに伝達・共有されやすい」という考えの下、積極的に上記性教育を行っている。また、この性教育モデルが広く一般に普及されるよう、教師に有料でトレーニングを行っている。

(4) 家族計画センター (Family Planning Center)

家族計画センターは、32州中7州に計12センターが設置されている。これらのセンターは、前述のコミュニティー・クリニックおよびそのドクターが手に負えない比較的専門性の高い家族計画実行者を対象としている。施設的にも高度なものとなっている。対象となる家族計画実行者も中流層であり、黒字経営を続けるための診療料金が設定されている。

(5) 工場における健康教育・家族計画推進プログラム (Industrial Program)

このプログラムは、関心のある工場と契約し、MEXFAM が家族計画の内容を含む健康教育を行うものである。こうした、特にリプロダクティブ・ヘルスに関連した健康増進のためのサービスを通じて、工場従業員の生産性を高めるのが狙いである。UNFPA の資金でプログラムが展開されている。

(6) 公的セクターとの協力プログラム (Institute Support Program)

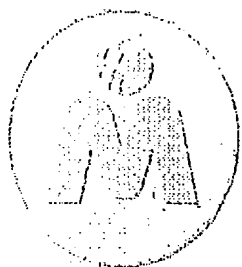
これは、家族計画サービスを行っている公的機関との取極めで、公的機関のサービスが届きにくい地域へ MEXFAM が率先して家族計画推進活動を行うというものである。

MEXFAM の活動のもう一つの特徴は、直接的なサービス提供にとどまらず、教育・啓蒙活動 (IEC) に力を入れていることであり、その教育製作能力の高さにある。16mm、ビデオ、ラジオ番組、パンフレット、ポスター、フリップ・チャート、コミック・ブック等多数作られている。特に、エイズに関するメキシコで初めての視覚教材は、MEXFAM によって製作されている。

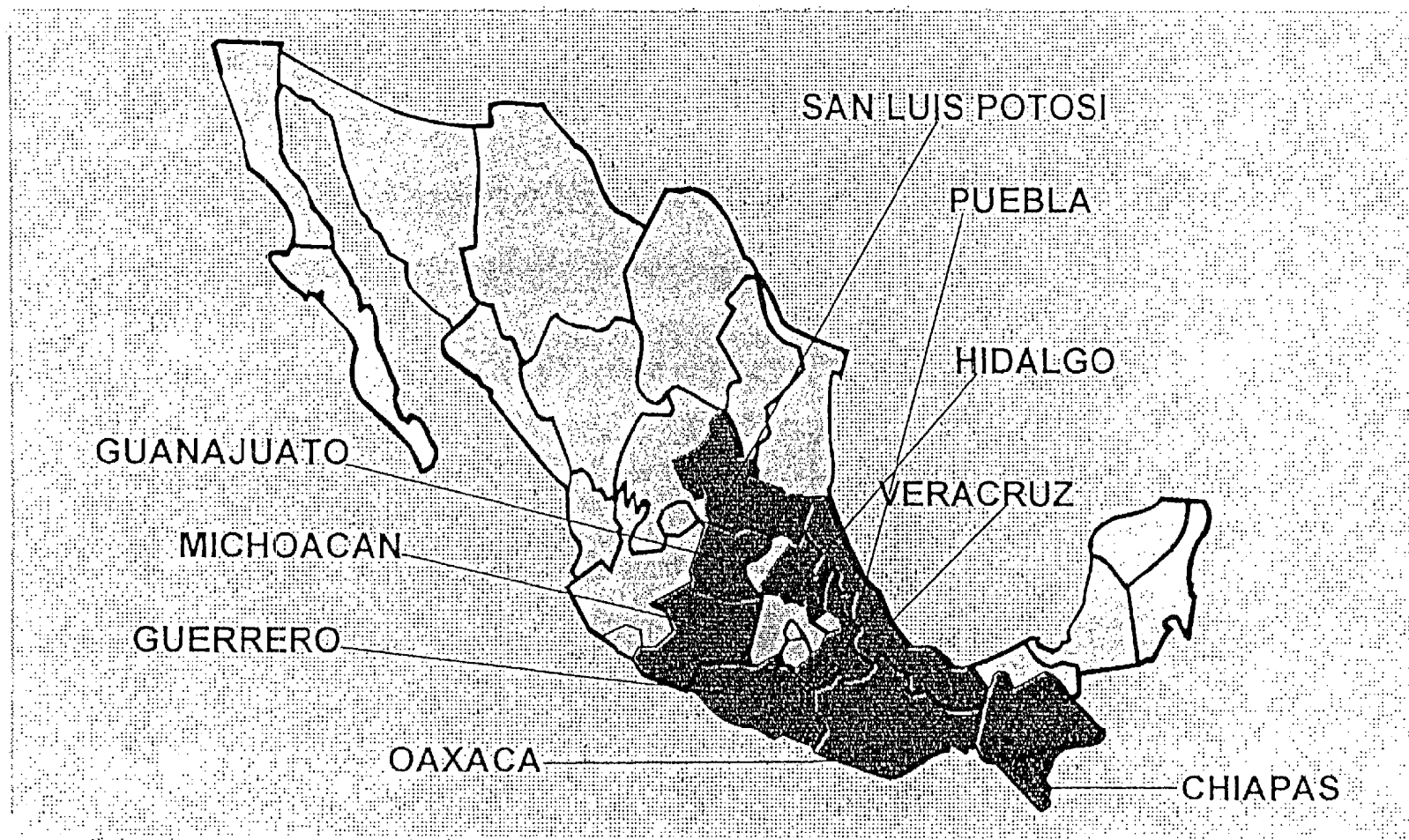
事務局長の話によると、「今後の課題は大きく2つあって、第1は先住民や農村地域住民の間にある『子供の数は多い方が良い』という古い価値観を変えていくこと、第2はカトリックの宗教的反対に対応していくこと」とのことである。

JICA との協力関係は、1998年度から開発福祉支援事業を MEXFAM が実施することになって、プロジェクトベースの継続的な協力が始まった。しかし、これ以前にも人口・家族計画特別機材の

スキームにより、UNFPA メキシコ事務所経由で視聴覚機器を供与されている実績の他、JICA が実施する国際家族計画セミナーに、近年 3 年続けて MEXFAM 職員を送ってきている。また、現行の「母子保健・家族計画プロジェクト」が対象州としているゲレロ州とベラクルス州のうち、特にゲレロ州では、プロジェクト方式技術協力と連動している草の根展開事業費も受けたことがある。このような実質的な協力実績に基づき、JICA（メキシコ事務所および本部）と MEXFAM との間に信頼関係が築かれてきた。ベラクルス州、特にカテマコには MEXFAM の調整員がいて、クリニックを中心に家族計画推進活動を展開している。カテマコ保健所とも良い協力関係を作りあげている実情を踏まえて今後更なる協力関係の推進が可能であろう。



MEXFAM PRIORITY STATES



地图 3-4 MEXFAM PRIORITY STATES

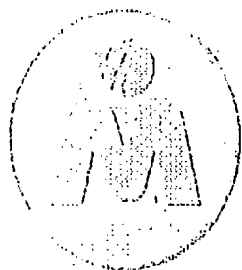


表 3 — 2 RESULTS ACHIEVED BY MEXFAM IN 1997

RESULTS ACHIEVED BY MEXFAM IN 1997

◆ New family planning users:	297,770
◆ Couple years of protection:	257,992
◆ Well informed users:	439,179
(young people under 20)	382,637
◆ Medical services:	603,773

3-4 Safe Motherhood 委員会

Safe Motherhood 委員会は、1993 年に開催された「メキシコにおける『リスクのない母性』に関する会議」での合意事項を実施にうつすために設立された NGO であり、①リプロダクティブ・ヘルスに関する問題意識の向上、②母親の疾病・死亡に関する現状の把握、③政府機関と NGO との間のリプロダクティブ・ヘルスに関する対話の促進、④妊産婦死亡の低減のための調査・研究および対策の実施、などを活動内容としている。委員会を構成する団体は、政府機関、NGO、国際機関、女性団体、等で、メキシコシティに本部を置くほか、チワワ、ゲレロ、モレーロス、オアハカ、ケレタロ、サン・ルイス・ポトシ、ベラクルス、チアパスの各州に、州レベルの委員会を設けている。

委員会が開催する会議や、セミナー・ワークショップで取り上げられるテーマは様々だが、(妊産婦に対する)ケアの質の向上、出産後および中絶後の家族計画、リプロダクティブ・ヘルス促進のためのマス・メディアの参画、ジェンダー、妊産婦に対する暴力、子宮頸ガン、帝王切開、等がある。

保健教育用の教材の配布、教育キャンペーン、広報活動等も日常的に行っており、毎年、5月28日の国際「女性の健康」の日や、メキシコにおける「リプロダクティブ・ヘルス月間」である10月には、特に重点的に活動を行っている。

Safe Motherhood 委員会が実施した(あるいは現在も実施中の)代表的なプロジェクトは以下の4つである。

(1) 妊産婦の健康ポスト

一種の巡回診療で、移動診療所を設け、リスクのある妊産婦を特定する。

(2) オアハカ州の季節労働農業者の妊産婦(あるいは出産可能年齢にある女性)へのケア

一種の農村医療で、季節労働を行う家族(多くは先住民)の女性の妊娠等へのケアを行う。

(3) 帝王切開

メキシコでは帝王切開の多さが問題となっており、その実態調査を行う。現在、公共病院で行われる出産の40%が帝王切開となっておりかなりの経済負担となっているが、公立病院では帝王切開しても高額収入は得られないので、高い帝王切開率は財政的理由ではないと想定される。医師の側が「手術を学びたがる」か、あるいは自然分娩の際の事故を「こわがって」、安易に帝王切開を行っているかと推測されている。

(4) 妊産婦死亡理由(インタビュー調査による理由の特定)

メキシコでは妊産婦死亡が多いが、どのような背景・状況で死に至ったかの記録が乏しく、

フィードバックが確立していない。このため、ゲレロ、ケレタロ、サン・ルイス・ポトシの各州で、医療従事者や家族等に対するインタビューを通じ妊産婦死亡事例の詳細をまとめた。ベラクルス州からも同様の調査の実施についての関心表明がなされているとのこと。

Safe Motherhood 委員会の財源は、ドナー各国や国際機関、国際 NGO であり、現在のところ、事務局の運営経費はフォード財団、セミナー・ワークショップの経費はフォード財団と UNICEF から支出されている。その他の活動経費はプロジェクトごとにドナーを探している。本プロジェクトにおいても、例えば「草の根展開支援費」を活用するなどして、連携の可能性を求めることは検討に値すると思われる。

4. 協力実施上の留意点

1. メキシコ側の実施体制

- (1) メキシコ側の実施体制としては、当初わが方が想定していたとおり、保健省リプロダクティブ・ヘルス局とベラクルス州保健局のラインにてプロジェクトを実施(保健省はプロジェクトの監督責任を負い、ベラクルス州は保健省の支援・監督の下でプロジェクトの実施責任を負う)することでメキシコ側と合意し、今後ベラクルス州内のプロジェクトサイトの選定について、長期調査等を踏まえてメキシコ側と調整していくことになる。基本的には、前プロジェクトで構築した体制を引き継ぐ形となることから、先方実施体制面については特に問題はないと考える。体制はしっかりしているので、必要最小限のインプットを行いその方向性を見誤らなければ、プロジェクトとしては効率的に最大限の成果を得ることのできる優良案件となり得よう。
- (2) また、今回の調査を通じて保健省リプロダクティブ・ヘルス局もベラクルス州保健局も非常にしっかりしているとの印象を受けたが、いずれの組織もトップの局長がしっかりしておりトップダウンの指揮系統が組織として定着しているためと思われた。そういう意味から、トップの局長が異動すると組織としての方向性も変わってしまう可能性があるが、1998年秋にベラクルス州知事選挙が予定されており、選挙終了後にベラクルス州保健局長以下の幹部人事が一新されるとのことであり、今後プロジェクトを実施するまでのプロセス(長期調査、実施協議調査)において、新局長体制下によるベラクルス州側の方向性を注視していく必要があると思われる。

2. 日本側の現地実施体制

プロジェクトリーダー・業務調整員をどこに配置するか、つまりプロジェクトのオフィスをどこに構えるかについては、今後メキシコ側と詰めていくことになる。前プロジェクトにおいては、プロジェクト・リーダーと業務調整員は保健省リプロダクティブ・ヘルス局に配置され、他の個別分野の専門家はベラクルス州とゲレロ州に配置されていた経緯があるが、実際のプロジェクト・サイトであるベラクルス州にリーダーが常駐していなかったことによるプロジェクト実施上の問題点も指摘されており、日本側の実施体制について専門家の配置をどのようにするかは、今後更に議論していく必要があるだろう。

3. 南南協力への視点

- (1) メキシコにおける保健医療水準は周辺国と比べても非常に高く、また今後わが国が技術移転した内容について、自助努力により更に同国全体に広げていくだけの力を既に備えている

と思われる。わが方の協力は、正に技術協力の原点である自助努力を促すための協力に徹するべきであろう。

- (2) メキシコにおけるわが国の技術協力を考えるうえで、将来的に同国が周辺国への技術移転（南南協力）を行う可能性を視野に入れてプロジェクトを実施していくことが重要であり、いかに日本の顔が見える協力を進めていくかとの観点から案件形成を行っていく必要がある。既に前プロジェクトにおいて導入された母子手帳の普及などは、日本の経験を生かすという意味で好事例であり、次期協力についてもそのような観点で実施していくことが望まれる。

5. 総 括

5－1 協力分野の現状とプロジェクトとの関連

本プロジェクトは、メキシコ側からのリプロダクティブ・ヘルスに関する援助要請に対して計画されたものである。リプロダクティブ・ヘルスは、1994年国際連合によって主催されたカイロにおける人口会議において提唱された概念であり、いわば政治的、行政的につくられた新しい用語であるため、言葉が先走りして内容が明確ではないのが現状である。したがって、その言葉の定義について日墨両国間で共通理解を得る必要があり、そのためには被援助国たるメキシコの考え方を理解し、その概念がわが方にとって受け入れられるものであるかを吟味する必要がある。また、メキシコは政府部内にリプロダクティブ・ヘルスに関する専門部局を設置したことをもって、リプロダクティブ・ヘルスに関して世界の最先進国との意識をもっており、したがって政策的に国家プロジェクトとして推進せざるを得ない状況となっている。

このような条件を考えるならば、本プロジェクトの成否は、日本側が提供しうるものをメキシコが受け入れられるかどうかについて考えるのではなく、メキシコ側の考えていること、すなわちメキシコ側が既に作成している政策に従った援助を日本側が提供するかどうか、あるいは、そのような状況下にあるプロジェクトを立ち上げるのにやぶさかではないか否かという判断にかかっていると考えられる。また、本プロジェクトはメキシコの政策決定責任者との緊密な協力なくしては、立ち上げることも、遂行することもできないのであり、成功するか否かもこの点にかかっている。

結論的にいえば、本事前調査により、メキシコ側政策決定責任者は極めて周到に政策を練り上げており、プロジェクト・サイトとの齟齬はみられず、その統率力も強いことが看取でき、今後のプロジェクトの遂行にあたって極めて強い指導力を発揮することが期待できるため、本プロジェクトは所期の目的を達し、成功裏に終了する可能性は極めて高いといえる。本プロジェクトの日本側にとっての大きな課題は、このような状況のなかで日本側の独自性や主体性をプロジェクトのなかでいかに確保するかという点になると考えられる。

5－2 協力の目的・方針および実施計画の概要

本プロジェクトは、メキシコのリプロダクティブ・ヘルスの向上を目的としている。ただし、メキシコは既にリプロダクティブ・ヘルスに関する国家計画をもっており、更にその実施のための地方組織をももっているだけでなく、一部ではその実施も始まっている。このような状況のなかで、メキシコ側がわが方に具体的に何を期待しているかが問題であるが、中央・地方を通じてメキシコ側の意思は統一されており、齟齬は見られない状況であった。

すなわち、本プロジェクトに対するメキシコ側の要望は、「既にシステムは存在しており、その

システムの質の向上に対する援助を望む」というものであり、中央・地方を通じてC／Pは非常にしっかりしており、実施体制は整っているといえる。メキシコ側の本プロジェクトに対する具体的目標は、

(1) 周産期ケアの向上(妊産婦死亡率および新生児死亡率の低減)

(2) 女性のガン対策(子宮頸ガンおよび乳ガンの予防)

である。特に(2)については、健康教育の実施等によるその発生予防(1次予防)と検診の実施等による早期発見(2次予防)であり、ガンの治療体制については援助を求めていることが明らかとなった。具体的には周産期ケアの一環としての妊産婦検診およびガン検診とを保健サービスの末端において統合したプログラムとして実施し、検診実施体制の拡充・向上および検診受診率の向上をめざし、このため、人材の教育・訓練、健康教育、機材供与などを要請している(表1)。

本プロジェクトは、当初からプロジェクト・サイトに擬せられているベラクルス州で実施するものと想定するならば、首都からの距離、すなわち中央政府との意思疎通の容易さとベラクルス州の治安や道路状況等を勘案するならば、日本側長期専門家および業務調整員はプロジェクト・サイトに常駐するのが適切である。ただし、州全体をプロジェクト・サイトとするか重点実施地区を決めるかの選択はあり得るが、国家プロジェクトの一環として実施される事業に対する援助であるため州の行政機構を活用した援助となることが確実であり、援助項目も上記にとどまる限りは、プロジェクトの効果を高めるためにも州全体を対象とするのが好ましい。また、プロジェクトの実施に関するメキシコ側の意思決定が行われる場所に常駐するのが好ましいことはいうまでもないが、中央政府は権限としては法令や基準の整備、国家レベルでの計画策定、予算の配分、総合調整等であり、本プロジェクトについては中央レベルで意思決定する部分はプロジェクト発足以前の段階で終わっており、具体的な事業の実施に関する権限、すなわち予算の執行権限は州にあるため、日本側人員は州都たるハラッパの州政府内に事務所を置き、そこを活動拠点とするのが望ましい。しかし、わが国を含めて、このような地方分権体制はえてして地方に権限があるように見えながら、予算の配分等を通して実質的権限は中央にあることも多く、また、本プロジェクトが独自の新しいシステムを構築するのではなく、既存のシステムの質の向上にあることをみても、本プロジェクトは中央政府たるリプロダクティブ・ヘルス局と緊密な連携を保つことは極めて重要である。

以上のことを考慮すると、実施計画の概要として次のことがあげられる。

- ①日本側が派遣する長期専門家および業務調整員はベラクルス州ハラッパの州保健局内に置かれる事務所を拠点とし、州の行政機構を活用しつつ、州全体を対象として、表1に示される援助項目について援助活動を行う。
- ②C／Pの長は医師であることから、リーダーは医師であることが望ましい。できれば、産婦人科を専門とする医師で、公衆衛生活動に経験のある人が良い。また、コミュニティー・

レベルでの人材養成や住民教育などの活動が想定されるため、保健婦または助産婦の長期専門家の派遣が望まれる。

- ③リーダーおよび業務調整員は、中央政府のリプロダクティブ・ヘルス局と日常的に緊密な連携をとる必要がある。

表 1 要請項目

1) 医療従事者・検診従事者に対する教育・訓練
(1) プライマリー・ヘルスケア(1次医療)レベルの医師・看護婦の再訓練
(2) 保健助手、伝統的助産介助者などの教育
(3) 検体採取に従事する医師・看護婦・保健助手指導員等の訓練
2) 住民教育
(1) 妊産婦検診の受診促進のための啓蒙活動
(2) 乳ガンの自己検診の普及
(3) 一般的な健康教育
3) 機材供与
(1) 検体検査所のうち現在未整備の検査所に対する検査用機材の供与
(2) 健康教育、一般広報用教材

5-3 技術協力の妥当性

本プロジェクトは、メキシコのリプロダクティブ・ヘルスに関する国家計画の一部をなすものであるが、その内容のすべてはわが国の公衆衛生活動として長年実施されてきたことであり、わが国の経験を十分生かして技術移転することの可能な分野である。したがって、本プロジェクトはメキシコ側の意志を十分尊重し、円滑な運営を図るならば、良好な結果をもたらさうるプロジェクトであろう。

