

II 短期調査員報告書

1. 短期調査員派遣

1-1 調査員派遣の経緯と目的

メキシコは、経済水準に比して高い妊産婦死亡率および乳幼児死亡率が問題となっている。わが国で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、引き続き1年間のフォローアップ協力を実施した。この間、超音波技術の移転、地域保健従事者の研修、へき地への巡回訪問の導入、メキシコ版母子手帳の作成・試行等の活動を行った。

これらの活動のうち、超音波診断技術およびへき地への巡回訪問については十分な成果が得られたが、地域保健従事者の育成に係る州全域への波及と母子手帳の定着には更に活動の強化を要する。

この間、1994年のカイロ世界人口開発会議などを機にリプロダクティブ・ヘルスに対する関心、ニーズが高まり、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を統合してリプロダクティブ・ヘルス局を設置、より統合的な政策を実施している。

このような状況の下、同国政府は「家族計画・母子保健プロジェクト」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、女性の健康上の重要課題となっている子宮頸ガン、乳ガンの予防のためのシステムづくり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。

これを受けて、わが国は1998年1月に事前調査団を派遣し、今後の協力の可能性を検討し、以下の項目で合意した。

- ・妊産婦および新生児に対するケアの向上。
- ・子宮頸ガン、乳ガンの予防と早期発見による女性のガン対策。
- ・コミュニティー・レベルでのリプロダクティブ・ヘルスの推進。

今回の短期調査では、開始予定のプロジェクトの準備として、保健省リプロダクティブ・ヘルス局、ベラクルス州衛生局、およびベラクルス州内における病院、保健所、細胞診実験室等の医療機関を訪問し、リプロダクティブ・ヘルスに関する現状を調査した。調査結果を受け、ベラクルス州関係機関および保健省リプロダクティブ・ヘルス局の担当者とProject Cycle Management (PCM)ワークショップを開催し、プロジェクト目標の設定と活動内容の整理、評価方法の設定をPCM手法を用いて行った。作成されたProject Design Matrix (PDM)により、プロジェクトの方向性、活動内容等を、先方政府と確認した。

1 - 2 調査員の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	リプロダクティブ・ヘルス	貫戸 朋子	東京女子医大国際環境・熱帯医学教室助手
団員	参加型計画手法	大迫 正弘	日本国際協力センター研修監理員
団員	協力計画	田中恵理香	JICA 医療協力部医療協力第二課特別嘱託

1 - 3 調査日程

1998年10月1日～10月17日

日順	月 日	曜日	移動および業務
1	10月1日	木	成田発(JL012)、メキシコ着
2	10月2日	金	JICA 事務所、外務省、保健省領域拡大戦略総局、UNFPA、MEXFAM、保健省リプロダクティブ・ヘルス局
3	10月3日	土	ベラクルスへ移動(MX629)、団内打合せ
4	10月4日	日	ハラッパへ移動、団内打合せ
5	10月5日	月	ベラクルス州衛生局、Sr. Rafael Lucio 病院、サンアンドレス・トゥクストゥラへ移動
6	10月6日	火	サンアンドレス・トゥクストゥラ保健区衛生局、コミュニティー・センター、Dr. Bernardo Pena 病院、カテマコ病院、EEC ビクトリア地区「健康の家」、EEC ポソラパン地区「健康の家」
7	10月7日	水	IMSS 病院、MEXFAM、オリサバへ移動
8	10月8日	木	オリサバ保健所、ノガレス保健所、リオブランコ病院・ディスプラジア・クリニック、オリサバ保健区事務所
9	10月9日	金	ソナマンカ PAC 事務所、地区ラジオ局、IMSS-Solidaridad ソンゴリカ病院、テキーラ町保健集会
10	10月10日	土	ハラッパへ移動
11	10月11日	日	PCM 団内打合せ
12	10月12日	月	ベラクルス州衛生局(PCM ワークショップ)
13	10月13日	火	ベラクルス州衛生局(PCM ワークショップ)
14	10月14日	水	メキシコシティへ移動(MX622) 保健省リプロダクティブ・ヘルス局
15	10月15日	木	Safe Motherhood 委員会、保健省リプロダクティブ・ヘルス局 大使館、JICA 事務所
16	10月16日	金	メキシコ発(JL011)
17	10月17日	土	成田着

1 - 4 主要面談者

(1) メキシコ側関係者

1) 外務省

Sra. Cristina Ruiz Ruiz	科学技術協力局技術協力部長
Lic. Efrain del Angel Ramirez	科学技術協力局プログラム担当次長
Sra. Monica Barajas Cedillo	科学技術協力局日本担当課長

2) 保健省リプロダクティブ・ヘルス局

Dr. Gregorio Perez-Palacios	リプロダクティブ・ヘルス局長
Lic. Yolanda Varela Chavez	総務部長
Dr. Josue Garza Flores	顧問
Lic. Agustina Sanchez Curiel	国際総局開発副部長
Dr. Miguel Angel Martinez Romero	国際総局情報管理課長
Dr. Angel S. Catalan Ojeda	周産期技術支援部長
Dra. Raquel Espinoza Romero	子宮頸ガン・乳ガン予防副部長
Dr. Ramiro Moreno Ponce	女性保健部長
Dr. Adrian Delgado Lara	周産期保健副部長
Dr. Francisco Loera Sanchez	周産期ケア副部長
Dr. Hector Morales Valerdi	周産期・妊産婦死亡委員会委員長

3) 保健省領域拡大戦略総局

Act. Jose Luis Palma Cabrera	領域拡大戦略局計画部長
------------------------------	-------------

4) ベラクルス州衛生局

Dra. Edit Rodriguez Romero	衛生局長
Dr. Alejandro Escobar Mesa	予防部門副部長
Dra. Rosa Ma. Ortiz Campos	リプロダクティブ・ヘルス課長
Dra. Rosa Aguilar y Mesa	ガンプログラム担当責任者
Dr. Mauricio Fidel Mendoza Gonzalez	周産期ケア担当責任者

5) サン・アンドレス・トゥクストゥラ保健区衛生局

Dr. Maria Gonzalez	衛生局長
Dr. Erasmo Dominguez	リプロダクティブ・ヘルス課長

- 6) Sr. Rafael Lucio 病院
 Dr. Juan Gerardo Neme Kuri 病院長
 Lic. Maria Gomez 栄養学担当
 Dr. Hugo Perez 産科部長
 Dr. Angelina Sanchez 青年総合プログラム担当
 Dra. Lacena Perez 予防医学・感染症担当
- 7) Dr. Bernardo Pena 病院
 Dr. Juan Fernan Suarez 病院長
 Sra. Maria Teresa Tepach Baxin 看護婦長
- 8) カテマコ病院
 Dr. Emiliano Delgado Paxtian 病院長
 Sra. Blanca Pretelin Lucho 看護婦長
- 9) EEC ビクトリア地区「健康の家」
 Sra. Lrene Dominguez 保健助手
- 10) EEC ポソラパン地区「健康の家」
 Sra. Marta Taxilaga Villegas 保健助手
- 11) IMSS 病院
 Dr. Alfonso Garcia 病院長
 Dr. Ramon Rodrigues 地域医療部長
- 12) オリサバ保健所
 Dr. Gilberto Falcon 保健所長
 Dra. Magdalena Leyna 医師
 Dr. Andolape Cerano Sanchez 医師
 Sr. Vilginia Cardenas 看護婦
 Sra. Josefina Cica 看護婦

13) ノガレス保健所

Dr. Maria de Lourdes	保健所長
Dra. Maria Mendez	医師
Sra. Aida Candelaria	看護婦

14) リオブランコ病院・ディスプラジア・クリニック

Dra. Yolanda Jananillo Cosme	リオブランコ病院病院長
Dr. Enrique Gonzalez Puebla	リオブランコ病院産科部長
Dr. Jesus Andrade Jallejo	ジャネガ病院病院長
Dr. Heliodoro Heruer Medecigo	ウアツスコ病院病院長
Dr. Leonardo Velovsco	リオブランコ病院医科副部長
Dr. Mario Vivalio	ソングリカ病院副病院長
Dr. Rivas Merelles	リオブランコ病院小児科部長
Sra. Mara Torres	リオブランコ病院看護婦長

15) オリサバ保健区事務所

Dr. Sadoc Jimenez	保健区事務所長
-------------------	---------

16) ソナマンカ PAC 事務所

Dr. Pedro Erraras	医師
Dr. Joventino Santoval	医師
Sr. Amparo Valagan	保健助手

17) IMSS-Solidaridad ソングリカ病院

Dr. Fernando Bello Fernandez	病院長
Dr. Carlos Javier Yeo Canales	オリサバ第一地区医療コーディネーター
Dra. Martha Ogulera Reyes	ソングリカ病院教育コーディネーター
Dr. Fernando Perez Ramos	ソングリカ病院疫学監視コーディネーター
Srta. Irene Ortega Alvarado	看護婦スーパーバイザー
Sr. Domingo Velazquez Reyez	コミュニティ活動スーパーバイザー
Sra. Ana Rosa Coyohun Tequihquihua	ソングリカ病院看護婦長
Ing. Miguel R. Huez Lopez	医療技師長

18) UNFPA

Dr. Javier Dominguez del Olmo プログラム・オフィサー

19) MEXFAM(メキシコシティ)

Sr. Alfonso Lopez Juarez 会長

20) MEXFAM(ベラクルス)

Dr. Roberto Baron Valencia ディレクター

Lic. Amparo Tornez Duran プログラム・ディレクター

Dr. Carlos Lara メディカル・ディレクター

Srta. Maria Teresa Texilaga 看護婦

Srta. Isaura Puncheta Ixtapan 看護婦

Srta. Silvia Paxtian プロモーター

Srta. Secudina Piuga プロモーター

Sr. Pedro Ramirez Lopez プロモーター助手

Sra. Martita Ramirez プロモーター

Sr. Herald Sanchez プロモーター

Sr. Felipe Miuquiz Toto プロモーター

Sta. Teo Gracia Ramirez Lopez プロモーター

21) Safe Motherhood 委員会

Dra. Maria del Carmen Elu 技術担当

Sra. Elsa Santos Pruneda

Sra. Martha N. Murdock Family Care International

中南米担当コーディネーター

Sr. Ma. Estela Fernandez Ramirez メキシコ社会学研究所ディレクター

2. 調査結果総括

中央政府保健省リプロダクティブ・ヘルス局、ベラクルス州衛生局、関係機関との協議およびPCMワークショップの結果、今回のプロジェクトの最優先事項は、子宮頸ガンであることに一致をみた。

これに基づき、プロジェクトでは、子宮頸ガンに焦点をあてることが妥当と考えられる。一方で、母子保健を含むリプロダクティブ・ヘルス全体の向上に対する包括的アプローチが求められている今日、子宮頸ガンを中心とした活動のなかに、妊産婦死亡、周産期死亡をどのように取り込んでいくか、という課題は十分に検討されるべきである。したがって、プロジェクトでは、子宮頸ガンに関する保健教育活動を推進するにあたり、これまでの母子保健推進メカニズムを最大限に活用することが不可欠である。活動過程で母子保健と子宮頸ガンのメカニズムを統合強化し、そのうえで母子保健にも直接間接に貢献していくことをめざすことが必要であろう。

具体的に例えば、メキシコでは妊産婦検診に来た女性に子宮頸ガン検診を受けることを奨励しているが、こうした機会をとらえ、妊娠、出産に関する知識と子宮頸ガンに関する知識との同時普及を図っていくことなどが考えられる。母子保健と乳ガンのIEC(Information, Education, Communication)を取り込むことも十分可能である。ただし、リプロダクティブ・ヘルスの問題は、広く深いものであるから、あまり資源や人材を分散させずに焦点を絞ってじっくりと取り組むことが適切であろう。

なお、ガンの治療に関しては、ベラクルス州内には、ガンの本格的治療ができる第3次レベルの病院が存在しないこと、メキシコ政府の方針として治療より早期発見に重点を置いていること、プロジェクトでの予算と時間が限られていることから、今回は治療には踏み込まないことが適切と判断される。

主な活動としては、早期発見のための細胞診の向上、住民に対する検診のプロモーション活動、等が考えられる。チーフアドバイザーは産婦人科と公衆衛生に通じた人材、長期専門家は、異なった視点からアプローチできるように、細胞診の専門家とプロモーションの専門家の2人が望ましい。ただし、細胞診専門家の派遣については、メキシコでどのような研修と資格認定制度が存在し、教官の資格要件が規定されているかを、更に詳細に確認しておく必要がある。

また、ベラクルス州全体を対象とするが、これは同時網羅というのではなく、戦略的拠点(例えば検査施設のある地域)を決めてそこから拡大していく手法をとる必要がでてくるであろう。

3. リプロダクティブ・ヘルスの現状と訪問機関の状況

3-1 メキシコ政府機関

(1) 保健省領域拡大戦略総局

領域拡大戦略総局は、政府の基本方針である保健推進と地域開発との統合を、行政管理面から監督する中央政府保健省に位置する局である。保健推進と地域開発のプログラム6つを監督している。

1) EEC : Estrategia de Extensión de Cobertura(医療サービス拡大戦略)

医療施設から離れた農村地域に、優先性の高いサービスがいきとどき根づくことを目的としたプログラムである。家族計画、妊娠分娩産褥の管理、予防接種、5歳未満乳幼児の成長発達管理を主眼においている。これらのサービスは、地域の保健医療委員会が住民のなかから推薦した保健助手が、直接に提供している。保健助手の役割は、これらのサービスの提供の他に、教育啓蒙活動や予防医療活動を通じて住民参加や意識づくりに努め、感染症に関する最新の情報統計を入手し、末端のサーベイランスの役割を果たすことである。また、地域当局とのコミュニケーションを図り協力することがあげられている。

このプログラムの構造は、1集落に1人の保健助手がおり、10程度の集落を一つのモジュールとして、1人の保健助手指導員が配置されるものである。保健助手指導員は看護婦で、保健助手の仕事の監督、助言、研修の提供、必要な資材の提供などの援助を行う。4人の保健助手指導員に対して、1人の郡調整医師がつき、地域と郡衛生局との間を調整し、プログラムの実施、管理、フォローの責任をもつ。

2) PAC : Programa de Ampliación de Cobertura(医療サービス拡大プログラム)

世界銀行の支援により開始され、現在一部郡(Municipality : 市・郡レベルの自治体)も負担して機能的拡大と地理的拡大を図っているプログラムである。機能的拡大のなかに、保健所(Centro de Salud)の修復と設備の整備、専門職と技術者の契約と教育、勤務時間の延長、委員会の設立、基本スタッフの充実があげられている。また、地理的拡大としては、巡回医療チーム、保健助手の配置、委員会の開催、地図作成、ラジオ設備整備、ロジスティックサポートなどをあげている。1998年の時点で、このプログラムにより、先住民の郡487、人口400万人をカバーしている。

* EEC と PAC の関係

EEC はコミュニティが提供した施設(健康の家 : Casa de Salud)を基盤とし、PAC は公的施設を基盤としている。EEC と PAC は、お互いを補完することをめざしており、PAC

の統括部門が1997年にリプロダクティブ・ヘルス局から領域拡大戦略総局に移管され管理が一本化された。実務面の医療チームはそれぞれ異なるスキームで動いており、この2つのプログラムの両方、少なくともどちらか一方で過疎地がカバーされるようにしている。プログラムに従事する保健助手は、EEC 1万3,000人、PAC 8,000人であるが、重複して従事している者もいる。この2つのプログラムは統合過程にあり、世界銀行の出資が終了する2000年までに国家プログラムから州政府プログラムとなり、EECに一本化され、理想的にはPACによりカバーされてきた地域やサービス内容が、EECに吸収統合されることになる。

3) PROGRESA : Programa de Educación, Salud y Alimentación(教育・保健・栄養プログラム)

貧困世帯のために、教育、保健、栄養の3要素を統合し、生産性のある開発と生活水準の向上および社会への適応をめざして、適切な機会を保障することを目的としたプログラムである。初等教育への奨学金支給、保健のベーシック・パッケージ提供やインフラ整備、2歳以下の幼児と妊婦および授乳婦への栄養補給を実施している。

4) Programa de Cirugia Extramuros(移動手術プログラム)

メキシコ電電公社、個人の寄付、外科医のボランティアによるプログラムで、白内障、斜視、口唇口蓋裂、内反足、その他一般外科手術を出張で行っている。

5) Programa de Atención a Zonas Indigenas(先住民地域プログラム)

PAC、PROGRESAを補うプログラムで、住民の70%以上を先住民が占める303の郡を対象としている。設備、機材の強化や学校施設の小児の保健推進に重点を置いている。

6) Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas(農業従事者支援プログラム)

季節移動農業労働者を対象とする保健推進プログラムで340万人、100万世帯が対象となっている。そのうちの31%が25歳以下の父親であり、30%が先住民出身で、差別を受け、栄養状態は悪く、基本的な医療サービスも住居も供給されていない。基本的第1次レベル医療が受けられることを目的としている。

(2) サン・アンドレス・トゥクストゥラ保健区衛生局

1) 保健区の概要

同保健区の人口は59万6,000人。うち約60%(35万8,000人)が保健省の対象者である。

2) 保健行政体制

管轄の保健区には、病院が4、保健所(Centro de Salud)が27ある。衛生局と同じ建物に保健所があり、ディスプラジア・クリニックが開設されている。サービスの基本単位は、Nucleo Basicoと呼ばれるもので、医師1人、看護婦2人、歯科医1人、プロモーター1人からなるチームで、保健所での診療と移動診療を共に行う。3,000人に1単位の割合でNucleo Basicoを配置することを目標としている。この衛生局がカバーする人口が36万人であるから、168単位が理想であるが、現在実働しているのは、100単位である。また、この保健区は、大統領府直轄のPROGRESAの対象地域にもなっており、医師1人、看護婦1人で500世帯をみており、この2つのシステムで対象人口の約80%をカバーしている。

母子保健向上のため、妊婦検診を5回受ければ、分娩費が正常異常にかかわらず、帝王切開でも無料になるインセンティブを設けている。妊婦検診受診回数の平均は、ペラクルス州で3.0回、全国平均2.9回である。保健省管轄の医療施設での分娩料は、正常分娩100ペソ、帝王切開300ペソ(1ペソ=約13円:1999年4月レート)である。施設分娩をせずに、伝統的助産婦が介助する家庭分娩は、40%を占めている。伝統的助産婦の平均年齢は、60歳である。

3) JICA コミュニティー・センター

保健区衛生局事務所に隣接して「家族計画・母子保健プロジェクト」で建設されたコミュニティ・センターがある。主として保健助手、伝統的助産婦の研修に活用し、1回25～30名の研修ができる。次回は11月に保健助手の研修を予定している。

4) 母子手帳

母子手帳は保健区内の14市のうちの2市で利用している。基本的には患者のリファーには保健省の周産期カードが必要であるため、既存のカードを手帳のポケットに挟んで利用している。州衛生局では、将来的に手帳の中に周産期カードを印刷したいとしている。

(3) オリサバ保健区衛生局

1) 保健区の概要と活動

28の市・郡(municipality)、772の集落(locality)があり、人口では全体の52%が保健省の管轄である。28のうちの22箇所が農村地域の特徴を備えており、6箇所が都市型である。農村地域22箇所のうちの18箇所がナワトル語を話す先住民の町で、地理的にもアクセスが非常に困難である。この22箇所の農村地域は、上下水道等公共インフラが依然整備されておらず、識字率も低く、家庭経済の状況も悪い。

住民参加の健康プログラムを通じた健康な保健区を目標にあげ、住民への浸透に取り組んでいる。2000年に向かい基本サービスの提供、住民参加の促進を実践している。また、現在14単位あるEECのPACへの統合が進められている。これまでの努力により、住民への浸透は非常に良いと評価している。保健スタッフは、28郡全部に入っており、地域社会に受け入れられている。

PACの導入により、コミュニティーに1人いる保健助手への支援の提供など、住民への医療サービスが様々な機能をもつようになった。また感染疾患の減少、施設分娩の増加、訓練を受けた伝統的助産婦が増えた。問題は世界銀行のPACプログラムが終了した後の維持をどうするかである。

2) リプロダクティブ・ヘルス

この保健区では妊産婦死亡率は州平均より有意に低い。妊産婦死亡を更に低下させるためには、まず人材とインフラが必要であるといえる。第1次レベル医療施設に産婦人科医が必要であり、リファーマン病院として、第2次レベル医療施設とは別個に妊産婦専門病院の設置が必要である。教育用教材、医療器具が絶対的に不足している。

家族計画における問題は、農村地域では男性の反対が依然根強いことである。PACによる住民への啓蒙活動で改善していくことを期待している。

子宮頸ガンに関して、保健区全体で、1996年は6,326例の細胞診を行い、ディスプラジア（前ガン状態）は5例、ガンは2例であった。1997年は3,872例の細胞診、ディスプラジアは3例、ガンは1例であった。また、死亡診断書によれば、1996年の子宮頸ガンによる死亡は26例であった。現状での問題点は、子宮頸ガンプログラムに対する予算がないこと、細胞診断士がオリサバにいないためプレパレートはリオ・ブランコ病院に送るが、結果が返ってくるまで4～5か月かかること、等である。

3) テキーラ町保健向上集会

オリサバ保健区医療関係者と保健区内のテキーラ町の町民による健康のためのセクター間会合の閉会式に参加した。

保健、教育、またこれらサービスの利用者であるナワトル語を話す先住民など様々な関係者からの発表があり、住民の必要としている保健課題が検討された。会場には大勢の住民が出席し、多くが女性であるが、男性の姿も見られ、会場の外にも人々が溢れていた。閉会后、住民が用意した土地の料理が出席者全員に配られるなど、住民全体による運営の姿勢が感じられた。

4) オリサバラジオ局

この地域の先住民言語であるナワトル語とスペイン語の放送局である。毎日 30 分間、オリサバ地元紙(Mundo de Orizaba)、地方紙(La Jornada)、サテライト共同ニュースからの抜粋や地元、州、メキシコ、世界の情勢、人権、健康等の話題で構成されている。コマーシャルはいっさいなく、政党、宗教のニュースは取り上げないように配慮している。職員 10 名のうち、ディレクター(スペイン語のみ)を除き、バイリンガルである。

保健省のサービスの内容や、家族計画、結核、予防接種等について、劇の形式等で放送し協力している。放送料は無料である。

3 - 2 医療関係機関

(1) Dr. Rafael Lucio 病院

1) 病院の概要

産婦人科部門の政策目標として、サービスの質の向上、個別サービスの提供、領域拡大、をあげている。また、妊産婦死亡軽減のプログラムとして、病院スタッフがコミュニティを訪問して、第 1 次レベルの医療従事者や伝統的助産婦にトレーニングを提供している。

リプロダクティブ・ヘルスの向上のため、次の 2 点で一層の強化が必要であるとしている。まず、第 1 次レベル医療施設の器材の充実と医療従事者の訓練、次に、レファレンスとカウンター・レファレンスの確立(リスク・ファクターの診断とコミュニティからのアクセスを確立する「カスケード・システム」の充実)である。

症例の分析と保健システムの分析の結果、これまでの失敗の重大な点は以下にあるとしている。第一に、コミュニティに浸透していく技術が欠如していた。特に文化的な要素に十分な配慮がなされず、またセルフ・ケアの教育がされていなかった。第二に、レファレンスとカウンター・レファレンスのシステムは紙の上にかかれたものにすぎず、実際は機能していなかった。第三に、ベラクルス州の地理的アクセスの問題に対する解決策がとられていなかった。第四に、青少年、特に若い女性に対する啓蒙と意識向上のためのアプローチが十分でなかった。

2) ディスプラジア・クリニック

この病院は産婦人科外来にディスプラジア・クリニックを開設している。1 日に 20 ~ 30 人の受診があり、そのほとんどが本人の意志による直接の来院であり、紹介患者は少ない。診断は 2 人の細胞診断士が行い、1 人の病理学者が監督している。結果は、8 ~ 10 日間で診断され、再来院した本人に知らされる。異常の際にはクリニックのディレクターである医

師から説明がなされる。外部からのプレパラートの確定診断も引き受けている。

当クリニックの問題点として、機材不足(膣鏡が不足、検体採取のためのブラシがない、オートクレーブ、診察台の不足)、外来における人材の不足(検体採取は、看護婦や医学生 of インターンが行っている、ソーシャルワーカーや心理学者がいない)があげられる。

3) 病理室(検鏡室)

細胞診断士 1 名が全プレパラートを検鏡し、病理学者 1 名が監督している。細胞診断士の不足と顕微鏡の不備が問題であるとのことであった。

(2) Dr. Bernardo Pena 病院

1) 病院の概要

産婦人科、小児科、内科、一般外科、麻酔科をもつ、第 2 次レベルの貧困層のための病院である。研修病院でもあり、現在 5 名のレジデントと 8 名の卒業後社会奉仕(学校卒業後に義務づけられている病院での実習)の看護婦が働いている。

2) リプロダクティブ・ヘルス

正常分娩は年間 600 ~ 700 例扱っている。異常妊娠、異常分娩、流産が大きな問題である。ガン患者の来院は少ない。予防活動は、第 1 次レベルの医療施設の役割とされているため、この行政上の理由からこの病院では子宮頸ガン細胞診は行っていない。患者に保健所での検査を勧めても、患者の動きとして、第 2 次レベルの病院から第 1 次レベルの保健所に戻ることは非常に少ない。したがって、病院の受診者がその場で検査が受けられるようになれば、こうした「失われた機会」の回復になると考えている。検査に必要な人材とスペースは病院にあるため、行政面と財源面の障害を解決したうえで、設備を整え検査体制を作り、「失われた機会」の回復ができるよう希望している。

なお、当病院は、UNICEF の指定する「母と子の仲良し病院」になっている。

3) スタッフと住民の訓練

週に 1 つのテーマを決め、まず病院の医療スタッフを訓練し、そのスタッフが外来患者、入院患者、学校やコミュニティーの住民に対し啓蒙活動を行っている。住民との関係は良好であると考えているが、女性の健康を考えるうえで、根強いマチスモがボトルネックになっているとのことである。以前 JICA がこの病院に派遣していた協力隊の活動は非常に有効であったと評価していた。

(3) カテマコ病院

1) 病院の概要

外来診療と基本的な外科手術(帝王切開、虫垂炎、ヘルニア等)のできる、第1次と第2次の中間に位置する医療施設であり、12床の入院設備をもつ。地理的に非常に重要な位置にある。産婦人科、小児科、内科、一般外科、歯科があり、ベーシック・パッケージ(Paquete Basico de Servicios de Salud)の提供を政策としているが、診療の中心は産婦人科と小児科である。統計的な情報は衛生局と連携し、重症患者の転送は主に Dr. Bernardo Pena 病院と連絡している。

2) リプロダクティブ・ヘルス

1998年4月より母子手帳を使用している。

子宮頸ガンに関しては、早期発見(Detección Oportuna de Cancer : DOC)に取り組んでいる。

住民に対するプロモーションとして、病院の待合室で話をする、町役場のリーダーや伝統的助産婦へ話をする、看護婦や保健婦が家庭訪問をして話をする、などの活動を行っている。細胞採取は、病院の外来診療で行う場合と看護婦が健康の家へ出張して行う場合がある。

プレパレートは、サン・アンドレスのアカユカン病院へ送っている。診断は3週間から1か月で返送される。結果は次回来院時に通知されるが、異常の際には、保健助手を通じて来院が促され、ハラッパあるいはベラクルスに精査のため紹介される。その際のカウンセリングは、婦長によって行われている。

1991年の検査数は40件であったが、1997年から1998年8月までの1年間で、500件、月当たり約50件に伸びている。

問題点は、コミュニティでの啓蒙活動が特に40歳以降の女性に対して必要であり、そのために女性医師が必要とされている。社会人類学的意識調査を一度してみる必要がある、コルポスコピーがこの地方に1台もない、といった点である。

(4) Rio Blanco 病院

1) 病院の概要

ガン治療もある程度できる第3次レベルに近い病院である。内科、外科、産婦人科、小児科の4大部門に加え、救急医療、麻酔、外傷、ガン、病理、新生児、耳鼻咽喉、歯口腔、皮膚の専門を置いている。病床数は、120床と簡易ベッド70床である。この病院と他の4病院でこの地区(Zona)を管区としている。この地区には、56の市・郡と1,530の集落があり、全人口は120万人で、保健省下の5病院の対象人口は40万人である。リオ・ブランコ病院

が中心となり、5病院間のネットワークを形成している。この地区の問題は、山間部の地理的にアクセスの悪い貧農地帯をかかえていることで、妊産婦死亡率の高い14の郡がある地域に4病院を配置し、当病院が紹介の受入先になっている。

リプロダクティブ・ヘルスをコーディネートする目的で、母と子の委員会として、院内、5病院、保健区、州の各レベルにおいてコミッティを組織している。またこの地区では、病院長、2つの保健衛生区の区長、疫学者等で機関間委員会が構成され、この病院の病院長が委員長を務め、2か月に1回会合を開いている。

リオ・ブランコ病院は、地域のレファラル病院の責務として、質の良い総合的医療サービスの提供を行うだけでなく、長期的視野によるコミュニティー改善という、地域のプライマリー・ヘルスケアにおける指導的役割を担っている、と自負している。そのためには、他の4病院も含めて設備の充実が必要であり、協力をお願いしたいとの要望が口頭であった。

2) リプロダクティブ・ヘルス

地域の母子保健分野における目標は、州の中央山岳部の妊産婦死亡と周産期死亡を低下させる、文化に適応した医療を行う、ことであるとし、そのために、サービスの再編成とトレーニング、ハイリスク患者が病院でケアを受けること、人々にサービスについて知らしめること、等を戦略としている。

新生児の健康に関しては、後期新生児死亡は低下してきているが、周産期死亡は改善されていない。新生児蘇生委員会を組織し、医師を対象に訓練をしており、低酸素症、無酸素症の症例の低下がみられている。

妊産婦死亡はその81%が本来は防げるものである。死亡原因は、47%が子癇前症(妊娠中毒症)、21%が出血、13%が敗血症である。また、死亡者は、ハイリスク郡の出身者に集中している。重症化してから第1次レベル医療施設のファーストエイドを経ずに、またもともと保健所で妊婦検診を受けていないまま、直接病院へ来院する例が多い。これは、医療従事者、妊娠管理側の責任と、地理的アクセスの問題である。この病院の1998年1～8月のデータでは、妊産婦死亡の原因の33.8%が子癇前症、22.5%が出血で、敗血症はない。管理側の問題への取り組みとして、5病院でコミッティを作り、ワークショップを開催している。第1次レベル施設の管理職に対して、管理者として何が問題か、何が必要かなどの教育も行っている。

これらの努力により達成してきたこととして、地域コミッティの形成、子癇前症の診断と治療のプロトコール化、病院間の情報交換とフィードバック、第1次レベルでの妊娠中毒症に関する研修、出血の取り扱いのワークショップ、妊娠性高血圧症の研

究プロトコール作成、 リスクに合わせた地域化の研究、があげられている。

3) ディスプラジア・クリニック

産婦人科医 2 名(もう 1 名が 6 か月の研修中)と看護婦で構成され、ソーシャルワーカー等は置いておらず、患者への説明は医者が行っている。コルポスコープ 1 台、凍結療法器 1 台、電気凝固器 1 台が設置されている。診察台は 1 台。直接来院する受診者と紹介されて来る患者の両方がある。治療としては、プロトコールにのっとっているが、経過観察・再診に来ない患者がほとんどであり、外来での切除術は積極的に行っている。

4) 病理室(検鏡室)

1 名の細胞診断士がすべてのプレパラートを検鏡し、1 名の病理学者が診断士の監督を行っている。ほかに手術標本担当の病理学者と、腫瘍学者が各 1 名いるが、細胞診断には全く関与していない。陽性検体のすべてと陰性のうちランダムに抽出した 5%を病理学者が検鏡して、質のコントロールを行っている。最終診断を出すまでに 4 週間かかる。診断士の再訓練が病理学者により行われている。院内の検体が 20%で、外部施設からの検体が 80%を占める。問題点は、検体の採取時点での質に問題があること、細胞診断士が不足していること、写真装置付き顕微鏡、教育用スコープなどが無いことである。

(5) オリサバ保健所、ノガレス保健所(Centro de Salud)

1) サービスの概要

対象人口は、オリサバが都市部 4 万 2,800 人、ノガレスが農村部 7,985 人であり、ともに第 1 次レベルの施設である。医師 1 人、看護婦 1 人が基本単位(Nucleo Basico)で家庭医の診療を受け、必要なら同保健所内の専門部門(産婦人科等)に紹介する。紹介に関してはこれら保健所は地理的に比較的恵まれており、リオ・ブランコ病院などに紹介、転送する。健康の家はオリサバ保健所管轄下にはないが、農村地域を対象としているノガレス保健所管轄下には 4 箇所あり、看護婦による指導が週に 1 回行われている。また、Nucleo Basico がフィールド訪問も行っている。Nucleo Basico 一単位が 600 世帯を担当して、保健所とフィールドの両方で診療している。また、住民も参加した保健委員会(Comite de Salud)を地域で組織している。なお農村地域は、保健省下のノガレス保健所のほか IMSS-Solidaridad と PROGRESA でカバーされている。

2) リプロダクティブ・ヘルス

分娩は扱っていないが、オリサバ保健所ではすべて第 2 次レベルに紹介し、施設分娩さ

せている。産褥期の経過観察やケア、新生児ケア、予防接種、母乳栄養・離乳食指導、家族計画指導、等保健所で行う。産褥検診に戻ってこない場合、家庭訪問する。一方ノガレス保健所では、施設分娩を勧めると同時に、清潔な分娩(Parto Limpio)の指導を伝統的助産婦にしている。アクセスの悪い山間部に関してノガレス保健所では、5歳以下乳幼児、妊産婦、授乳期の女性を特に重点対象者としている。

子宮頸ガン・乳ガン対策は、原則として妊婦検診で来院したすべての人に細胞診検査を行っている。また、乳ガンの自己検診を指導している。検体は、リオ・ブランコ病院などに送られるが、1～2か月、遅いときには、3～4か月かかる。細胞診については、20年間行ってきたが、その長年の保健教育の成果がこの5年間で出始めてきており、50歳以上の女性の自発的な検診がみられてきている。オリサバでは月に60件の細胞診を行っている。

3) 保健教育活動

保健教育も活発で、セルフケア管理と衛生状況の改善に主眼を置いている。ノガレス保健所のある地区では、健康の家の保健助手が簡単な住民の健康記録をつけているが、保健所の看護婦が週1回保健助手を指導し、家族カルテ(Carpeta Familiar)を作成し、住民の健康を家族単位で管理している。カルテは保健所に保管されている。これにより、住民と保健所の関係が良くなった、としている。また、「母親クラブ」や「妊婦クラブ」を組織し、保健所受診者にクラブに入ってもらい、家族計画、栄養、衛生等の教育を行っている。母子手帳は使っていない。このほか、学校を訪問して、子供の教育と子供を通しての親への情報提供をめざしている。また、学校や町の行事を利用して啓蒙活動をしている。

(6) EEC ビクトリア地区健康の家(Casa de Salud)、EEC ポソラパン地区健康の家(Casa de Salud)

1) 保健助手のプロフィール

それぞれの健康の家で1名ずつの保健助手と面談した。

1名は中学校卒業23歳、もう1名は小学校中退42歳と、保健助手は学歴年齢など様々であり、採用にあたっては識字能力があれば学歴は問わない。無給であるが、ビクトリア地区は交通費として月150ペソ支給している。それぞれの保健助手の勤続年数は2年および16年で、保健助手全体の平均継続年数は5年程度といわれている。インタビューした保健助手は、仕事を続けている理由を、「好きだから」としていた。

2) 保健助手の活動状況

健康の家で体温測定、下痢に対する対応(経口補水液(ORS)の投与)、家族計画の指導な

ど、来訪者のケアを行っている。開放時間はビクトリア地区が毎日9時から12時、ポソラパン地区が週3日、9時から12時30分。1日1人～3人来訪する。ビクトリア地区で1,800人、ポソラパン地区で688人をカバーしている。町が近いので健康の家には来訪せず、直接保健所に行く人がいる。

保健助手はそれぞれ1日2～4件、4～5件の家庭訪問を実施している。1件当たり30分程度で、家族計画、栄養指導、産前産後指導を行っている。同様の課題で、保健助手自身が教育計画を立て住民を集め保健教育を行うが、問題は人が集まらないことである。

3) 保健助手に対する指導・訓練

保健助手に対しては、採用時に3日～1週間の訓練を行う。その後、毎月1日、年に2週間の研修を実施する。研修内容は子宮頸ガンに関する情報も含まれている。

このほか、保健助手指導員(看護婦)が月に1～2回訪問指導をする。ただし、保健助手指導員は訪問時に、ワクチン投与、妊婦の検診、細胞診検体採取などの業務に追われている様子で、本来の目的である保健助手への指導・訓練が十分に行われているかどうかは明らかではない。

4) その他

ポソラパン地区では、保健助手と伝統的助産婦の間で軋轢があり、地区担当のリプロダクティブ・ヘルス担当医が仲裁している。

健康の家の建物は集落で共同して建てることになっているが、この両地区では、町から提供された建物を使っている。ポソラパン地区では、その前15年間保健助手の自宅を使っていた。

ビクトリア地区で、「家族計画・母子保健プロジェクト」でJICAが供与した保健助手キットを見せてもらったが、新品同様の器具もあり、十分活用されていない様子であった。

(7) ソナマンカ地区 PAC 診療所(Casa de Salud)

1) PAC 診療所の概要と活動

PAC とは 1996 年より世界銀行の資金で実施されている、診療所と移動診療による医療サービス拡大プログラムである。保健区内に 14 の診療所があり、視察した診療所の管轄には 18 のコミュニティー(集落)がある。各コミュニティーに保健助手 1 名(保健助手は、PAC と EEC を兼任している場合もある)が配置されている。

PAC 医療チームは、医師 3 名、歯科医、看護婦、検査技師、エンジニア、運転手兼プロモーターから構成されている。医療の方針として、治療より予防に重点を置いている。

診療所が監督の拠点となっており、周辺の14のコミュニティーを訪問して活動している。週の4日間は診療所で診察し、診療時間は8～14時、16～20時である。移動診療でチームが不在の日には、この地区の保健助手がサービスを提供している。診療所には、一般診療と妊産婦診療、歯科診療があり、分娩、入院、薬局、基礎的な検査の設備、薬剤物品の保管室もあり、ハイリスク分娩にも対応できるようにしている。また、伝染病の監視の役割も果たしている。ラジオが備えられており、緊急の場合他の施設、衛生管区とラジオ通信で連絡を取りあう。なお、拠点となる条件は、365日アクセスできる、水がある、電気がある、である。

2) リプロダクティブ・ヘルス

妊産婦ケアの方針として、適時の異常妊娠分娩の発見と診断をあげている。事前に予測・診断可能なハイリスクは、分娩予定日3か月前に第2次レベルの病院へ紹介、転送するようにしている。現時点では、分娩の80%が正常、20%が異常である。この適時の診断のための戦略として、100%妊婦を見出して把握しておくことと毎月検診を受けさせるようにすることをあげている。診療所で受診しない場合は、家庭訪問を受けさせるようにすることをあげている。診療所で受診しない場合は、家庭訪問を行っている。約半数が診療所で分娩をするようになってきているが、家庭分娩の習慣を変えることは困難だとしている。しかしながら、ハイリスク妊娠分娩を患者と家族そして伝統的助産婦に理解させることについては、近年かなり成果が見られてきている。そのための戦略として、伝統的助産婦全員を探しだして訓練する。家族を啓蒙して清潔な分娩(Parto Limpio)の概念を普及する、等をあげており、簡単な分娩キットを渡すこともある。なお、転送が必要とされる場合、第2次レベルへの移送手段が課題となっている。

子宮頸ガン検診に関しては、妊婦検診に来た受診者に説明をして、同意のうえで施行しているが、検査結果が返送されるまで、2～3か月かかる。検査に必要な器具の不足も問題である。細胞診検査数は、月15～20程度である。また、乳ガンの自己検診を指導している。更に、5歳以下の幼児を探しだし、予防接種状況の把握、発育成長状況の把握(これは難しい)を行っている。

(8) サン・アンドレス IMSS 病院

1) 病院の概要

第2次レベル病院で、2万5,000人の社会保険加入者を対象としてきたが、1995年のIMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social : メキシコ社会保険庁)法の改正と1997年7月の同法の施行により、ワクチン接種、家族計画、子宮頸ガン早期発見を実施、歯科については、非

加入者に対しても医療サービスを提供している。

2) リプロダクティブ・ヘルス

妊娠可能年齢の女性(14～44歳)の調査の結果、妊娠分娩産褥、家族計画、女性のガンについて12の課題が明らかとなったが、その中の最優先事項が、家族計画、子宮頸ガン、乳ガンである。

3) 子宮頸ガン早期発見に関して

細胞診検査を実施しているが、細胞診断士がハラッパに異動し後任がないため、プレパートをアカユカン病院まで送っている。結果は1か月後に知らせるが、異常時はソーシャルワーカーを通じて患者に電話等で連絡をとる。

子宮頸ガンの検査の必要性は明らかに増大している。ぜひともディスブラジア・クリニックをもちたい、との意向である。しかしながら、人材(病理学者と細胞診断士)のリクルートが難しい。細胞診断士の訓練プログラムを実施しているにもかかわらず、訓練終了後の人材が、大都市の魅力のある職場に流れてしまうという問題がある。子宮頸ガン早期発見(DOC)のための魅力のある施設にして、意識の高い人材を集め、患者にとり受診しやすい施設にしたい、としている。

細胞診検査のための第1次レベル医療施設は、社会保険加入・非加入を問わず、患者にとり最も近くて便利な施設を利用できるようにし、第2次と第3次レベルの医療が必要となった際に振り分ければよい、との方針である。

住民に対する普及方法は、加入・非加入を問わず原則は同じであると考えている。同地区は地理的に難しい地域である。住民とのコミュニケーションは改善されつつあり、ラジオ、テレビ、新聞なども活用し始めている。政治的に利用されないよう留意しつつ、家族計画のノウハウを用い、子宮頸ガン対策を拡充していきたい、としている。また、この病院の直接の対象は保険加入者であるが、加入者への啓蒙が非加入者へも波及することを期待している。今後の早期発見のための細胞診検査の政策として、妊娠可能年齢(妊婦検診受診者)人口の受診の徹底、再来細胞診受診数の維持、初診細胞診受診者の開拓、をあげている。

(9) IMSS-Solidaridad ソンゴリカ病院

1) 病院の概要

ソンゴリカ病院は農村地域における第2次レベルの医療施設である。職員は医師、看護婦、技師、事務職、その他サービス職、計111名を擁し、加えて研修指定病院なので、卒

業後社会奉仕や6か月の大学院研修で来る医師がいる。分娩、救急外来、開腹手術に対応できる。外来、救急医療、入院を扱っており、外来は、家庭医学とファースト・エイド、専門外来(内科、外科、産婦人科、小児科、麻酔科)がある。特に転送患者、合併症の対応を重要な役割としている。検査室、薬局、レントゲン検査室をもっている。病床数は、44床認可されているが、現在実働しているのは、大人17床、小児4床、新生児の保育器4床の25床のみである。

外来診療数は月3,500例あり、家庭医学1,100例/月、妊婦検診305例/月、救急診療445例/月、その他の専門外来398例/月、などである。また、分娩90例/月、外科手術150例/月、予防医学の診断1,600例/月、となっている。検査は月3,000例、うちレントゲン検査340例、家族計画170例、子宮頸ガン細胞診160例、乳ガン検診300例である。

管轄の3つの地域に40の農村医療単位(Rural Medical Unit)があり、対象人口は15万8,000人、その大半が先住民で、妊娠可能年齢の女性は3万7,000人である。農村医療単位とは、医師1名と看護婦2名からなる診療所で、5,000人を目安として、徒歩で60分範囲内の2~3の集落をカバーするように配置されている。診察室、分娩室(簡易ベッドが2床)、待合室、医師の宿泊施設からなっている。

2) 政策

IMSS-Solidaridadでは先住民地域、農村地域などの、貧困でサービスの遅れた地域を対象に、総合的基本医療サービスを行っている。住民によるセルフケアを推進している。

1998年の優先事項には、子宮頸ガン検査に重点を置いた婦人科、家族計画、性行為感染症(STD)、妊娠の管理に重点を置いた青少年保健プログラム、情報の共有と同意に重点を置いた妊産婦死亡と家族計画に対する提言、をあげている。また、集落住民の基本的衛生管理(水の扱い、トイレ、ゴミ処理等)につき、優良なら証明書を与えることも行っている。

3) 問題点と対策

妊産婦死亡に関しては、先住民に対する教育活動を行うなかで状況分析する必要がある。教育活動において、言葉の問題が啓蒙と相互理解の壁になっていた。1995年により新たな戦略を展開し、10箇所の母子寮を設け、妊婦と5歳以下の子供を収容し、質の高い医療サービスと食事を提供している。合併症のある場合や遠距離からの来所の場合は、家族もこの母子寮に宿泊できる。分娩直前になると分娩施設に紹介される。この施設で産婦と掛かり付けの伝統的助産婦が、分娩を介助することができ、清潔な分娩(Parto Limpio)の機会となっている。伝統的助産婦に対しては、分娩施設のスタッフがOn-the-Job-Trainingをする。伝統的助産婦は、ソングリカ山系で200名おり、この病院ではそのうちの126名と連携して

いる。伝統的助産婦は習慣的に習得してきた方法で分娩介助をしており、器具を使わず素手で行っている。清潔な分娩介助のため、必要最小限の器具、資材が必要である。また、読み書きができないので、IECで視聴覚に訴える教材が必要である。こうしたことから、ドブラー胎児心音探知機や1,600名の保健助手の教材、マニュアルが必要である。しかしながら、こうした教材と器具の財源がない。

なお、この病院では、妊産婦死亡委員会を組織し、保健管区、地域での死亡を把握することに努めている。また、新生児死亡に関しては、新生児の蘇生の教材を作り、教育を行っている。

コミュニティーと当局とのコミュニケーションづくりのため、保健委員会(Comite de Salud)を組織している。委員はコミュニティー全体の会議で選出される、総裁1名に保健、衛生、教育、下水、栄養、監視の委員をおく。また、ボランティアによるソーシャルプロモーターをおいており、1人のプロモーターが15家族を担当している。更に、基本サービスがいきとどくよう農村保健助手が、簡単な医療サービスの提供、集落生産プログラムの監視を行っている。

このほか、衛星通信を利用して、105箇所テレビ中学校システムを導入し、若者に対し、STD、若年妊娠、コミュニケーションや意思決定について教育している。また、毎年調査を実施し、次の年の集落生産プログラムを策定している。栽培、畜産、養殖等の生産プログラムのほか、例えば、コミュニティーを清潔にし健康な生活を送るための、トイレづくりのプログラム、ゴミ処理のプログラム、栄養教育のプログラムなどがある。このプログラムは住民の資金によって運営されている。医療は、薬、検査、レントゲン撮影、外科治療等を含めてすべて無料であるかわりに、住民は自分たちの資金でプログラムを実行し、セルフケアを推進することで、病院側を支援するという関係を作り出している。

課題として、伝統的医術師、伝統的助産婦との関係を見直すこと、保健省と協力してPROGRESAを遂行すること、があげられる。

4) 子宮頸ガン対策

本年始まったばかりのプログラムで、したがって住民への浸透が問題である。目標は早い時期に検査をすることである。当病院で細胞診断検査ができないため、IMSSオリサバ病院に送るが、結果が返るまで6か月から1年以上かかる。検査施設の設備を切望している。細胞診検査ができないことの妥協点として、Visualization(前処置をして細胞診の適用症例を選びだす)法の採用を考慮している。

3 - 3 援助機関

国連人口基金(UNFPA)

貧困順位の高い、チアパス、イダルゴ、オアハカ、ゲレロ、プエブロの5州で、特に先住民、思春期人口に重点を置いて、家族計画、妊産婦ケア、STDを中心としたリプロダクティブ・ヘルスに包括的に取り組んでいる。子宮頸ガンは重要事項として視野に入れているが、独立したプログラムはない。

国連人口基金メキシコ事務所の、子宮頸ガンに関する優先事項は、1)細胞診検体採取者の訓練、診断者(細胞診断士)の養成と訓練、2)細胞診検査施設、設備、機材の普及と向上、3)治療の専門家と治療施設の設備、機材の充実としている。

プログラムオフィサーのDr. del Olmoの見解では、最優先事項として、検体採取者と細胞診断士の訓練、農村地域住民、特にインディヘナ住民の啓蒙と医療施設へのアクセスの向上をあげている。子宮頸ガンに関して現在は都市住民へのアプローチのノウハウを有するのみで、インディヘナを対象とした固有のものが開発されていない。妊産婦死亡の改善、家族計画、青少年プログラムを包括的に行うことが必要である。また、社会奉仕カリキュラムに在籍する学生を活用すること、伝統的助産婦を取り込むことが必要、との指摘があった。

JICAとの関連では、同基金は家族計画と妊産婦死亡率の低下を中心として活動しており、またベラクルス州は対象としていないため、今回の調査で提案されたプロジェクトと重複等の問題はない一方、情報提供面での協力ができるとのことであった。

3 - 4 NGO

(1) MEXFAM 本部

MEXFAM(Fundación Mexicana para la Planificación Familiar)では、子宮頸ガン対策として原則として妊婦検診受診者は全員細胞診の対象としている。メキシコ全土のMEXFAMの診療所からメキシコシティの本部にプレパラートを送り、すべて専属の病理学者が診断して結果を送り返している。新しい目標として、早期発見による前ガン状態での治療をあげている。

最優先事項として、第一に細胞診断士の養成、診断機材の充実、結果伝達のシステムの確立とロジスティック、第二に前ガン状態の治療ができるための施設と機材の整備、をあげている。

当方で今回計画中のプロジェクトに関しては、パイロット地区方式をとると投資が片寄り過ぎるおそれがあるので、広い地域を対象とした方が良いが、2つの手法の合体として、まず戦略地域をいくつか設定して、そこから拡大していく方法をとることができる、との示唆があった。また、メキシコは、伝統的に絵画の文化にすぐれ、一方先住民人口は識字率が低い。したがって文字は全く使わずに絵だけの教材や人形を用い、住民が考え、話をするようにし

むける手法をとり、成功してきたとのことであった。更に、貧しい地域での最良の方法は、地域住民に無給で長い間ボランティアを続けさせること、またそうさせるに十分魅力のある活動を展開することである、としている。成功するプログラムとは、他の組織がしていないことを捜して、独自の方法を編み出して、効率を上げることである。長所、短所はすべて組織の単純さ、複雑さにかかっている、とのコメントがあった。

(2) MEXFAM カテマコ診療所

1) 政策とシステムと活動の概要

活動は、コミュニティー・プロモーター、フィールド技術者(看護婦)、移動医療チーム、クリニックの4つのレベルで行っている。

新しいコミュニティーでプログラムを開始するにあたり、まず、フィールド技術者をコミュニティーに送り込み、簡単なセンサスと調査を行い、そこでの必要事項、優先課題を見いだす。そして、他機関との重複を避けて課題を決定する。

看護婦はプロモーターの監督、助言、補助をし、プロモーターのネットワーキングをしている。医療チームが看護婦に同様の支援をする。プロモーターは、活動の意志がありコミュニティーに奉仕できる、経済的見返りを期待しない、秘密を守れる、自らがロールモデルとなれる人物である、といった基準で地域住民のなかから選んでいる。家庭を1件ずつ訪問して、健康の価値観、行動様式、また政府がすべてやってくれる(Paternalism)という意識を変えていける人が望ましい。識字能力は問わないが、非識字者のプロモーターには識字能力のある助手がつく。選出にあたっては、住民に任せると有力者の影響などで恣意的に選出されるおそれがあるので、事前に看護婦に人材を発掘させ、その人材が選出されるように働きかけている。これは、一見民主主義的手法を試みると、逆に、結果が不正となる場合があるので、ある程度 MEXFAM の価値を押し付けるほうが良い、という方針からである。選出されたプロモーターに対しては、低コストでトレーニングを実施した後、2～3か月間活動をさせてみる。問題がなければ本格的に投資する。プロモーターは無給である。社会的な価値、自己達成の満足感、トレーニングの機会等のインセンティブが大きい。また、移動診療チームの料金の一部を受け取ったり、独立採算システムとして、注射、経口補液、紹介につきいくらか受け取れるようにしている場合もある。フィールド技術者(看護婦)は医療チームから月に1度トレーニングを受けている。

各レベルの活動はそれほど多種ではない。4つの基本プログラムは、家族計画、寄生虫、細胞診検査(DOC)、性教育(Gente Joven: 青少年グループ)であり、すべてのレベルでサービスが提供されている。外科はクリニックのみで、特殊外来は週に1度、専門医を1日契約で招いている。コミュニティーでもプロモーターの能力にもよるが、基本的に

前述した4プログラムを推進している。

MEXFAMでは、伝統的に課題を2項目ずつ組み合わせて活動に取り組んでいる。組み合わせには、家族計画と寄生虫、すなわち家族計画だけでは独立採算がとれないので、住民にとって差し迫った日々の重大な健康問題である寄生虫と組み合わせる、アルコール中毒問題を、必ずしも中毒患者ではない青少年活動に取り組ませる、子宮頸ガン早期発見をハイリスク妊娠から導入する、といったものがある。これには2つの理由がある。第1点は、独立採算の観点、第2点は、包括的アプローチの観点である。

医療サービスはすべて有料であり、住民が支払い可能なものにするため、コミュニティで住民に料金を設定させている。コミュニティの集会で問題について話し合い、サービスの料金(例えば細胞診検査料金)、緊急薬品の数量、資材などを決定する。料金はプロモーターに集金させる。移動診療の料金は、5～20ペソで、コストを回収できないかの額である。非常に貧困な地域では料金をごく低額にしたり、無料にすることもある。

2) 住民に対する啓蒙活動

文字を使わない映像、絵、人形劇等で、住民に考えさせ、話をさせる手法をとっている。言語は、先住民言語、スペイン語どちらでも行う。プロモーターとして、夫と妻、母と息子などのペアで働くことも重要であり、家庭やコミュニティに大きな効果をもたらす。性の価値観、性による家庭や社会での役割の変革をもたらそうとしており、また、性についての啓蒙教育にも重点を置いている。青少年に対しては、サッカーやバレーボールのスポーツ活動や映画上映会を通して教育をしている。

3) 子宮頸ガンに関する活動

細胞採取はクリニック、移動医療チーム、看護婦が採取する。プロモーターのなかに一部細胞採取する者もいる。器具は厳重に滅菌するか使い捨てを用いる。検体は、メキシコシティのMEXFAMの実験室に送られ、病理学者が診断する。結果が返ってくるまでに30日を要する。住民には、次の巡回診療の際に通知する。ただし、異常があれば直ちに通知する。クリニックでコルポスコピーは持っていない。精査が必要な場合は、保健省の病院に紹介する。

新たに子宮頸ガン検診(細胞診検査)を導入する際は、移動診療チームが出向いて行う。事前の啓蒙に加えて、検査の前に器具を見せて説明をしてから行う。女性だけでなく、夫に対しても教育するようにする。第1回目は抵抗があり簡単ではないが、繰り返し実施するうち人々はやってくるようになり、次第に住民側から要求するようになる。

4) プロモーターへのインタビュー

訪問時に出席していたプロモーターからの聞き取りの主な内容は下記のとおり。

母(および息子): 母親は字が読めないが息子が補助している。以前は、夫に恐れを抱いていたが、今は自信がついて夫に意見を言えるようになり、夫も聞くようになった。

女性: 謝礼はないが仕事があるので12年間続けている。自己発展がある。フィールド技術者がとてもよく助けてくれる。

男性: このプログラムがないときには、コミュニティにはクリニックもなく、全く医療に手が届かなかった。MEXFAMに信頼をもって活動している。

男性: コミュニティーで唯一のプロモーターなので、現在は6年目であるが、家族計画や分娩の介助まで行っており、住民から感謝されている。

夫(と妻): 夫と妻で役割分担しながら活動している。紹介・転送先のクリニックの対応がよいので、プロモーターの我々が住民から感謝される。そのことにより、社会サービスに従事しているという充実感がある。MEXFAMは教会がしてくれなかったことを我々にしてくれた。

(3) Safe Motherhood 委員会

1993年のメキシコにおける「リスクのない母性に関する会議」での合意事項を実施する目的で設立されたNGOである。母性保護という共通の目的のためパートナーシップを掲げ、政府機関、国際機関、NGO、女性団体等により、委員会が構成されている。活動の分野は、啓蒙、IEC、診療、プログラムのデザインとテストなどを行っている。プログラムの実施機関ではない。

この機関の特記すべき役割は、プログラムのデザインとテストである。これまでも政府側の依頼を受け、新しい分野での調査、試験を行ってきた。例えば、「女性がなぜ子宮ガン検診に行かないのか」という調査などがある。メキシコシティの本部に加え、ベラクルス州を含み、重点地方として8州に州委員会を設置し、州レベルでもパートナーシップを推進し活動している。予定されているプロジェクトにおいて、連携の可能性を検討する価値は、十分にあると考えられる。

4. PCM ワークショップの結果

4 - 1 ワークショップ実施日程

下記の日程で PCM ワークショップを開催した。

- 10月11日(日) 日本側調査団内ワークショップ
- 10月12日(月) 於ベラクルス州衛生局
午前：ワークショップの目的・作業手順説明
PCM 概要説明
参加者分析
午後：問題分析
- 10月13日(火) 於ベラクルス州衛生局
午前：目的分析
午後：プロジェクトの選択
PDM の作成
- 10月15日(木) 於保健省リプロダクティブ・ヘルス局
午前：PDM の内容確認・修正

4 - 2 ワークショップ参加者

ワークショップ参加者は次のとおり。

ベラクルス州衛生局：計 19 名(附属資料 参照)

住民、保健助手、保健助手指導員、州衛生局職員、
保健省リプロダクティブ・ヘルス局職員、日本側調査団

保健省リプロダクティブ・ヘルス局：計 9 名

保健省リプロダクティブ・ヘルス局職員、日本側調査団

4 - 3 プロジェクトの枠組み

本プロジェクトの協力内容として、事前調査段階から、子宮頸ガン対策および周産期ケアの2点があがっていた。これら目標の異なる2つの協力内容をプロジェクトとしてどのように一つにまとめるかが懸案であったが、今回の調査並びに協議の結果、子宮頸ガン対策をプロジェクトの主たる目的とし、その活動を通して直接・間接に周産期ケアにも貢献する、ということでメキシコ側との合意にいたった。

この結果を受けて、PCMワークショップにおけるプロジェクトの枠組みは、ベラクルス州全域を対象とした子宮頸ガン対策とした。

4 - 4 参加者分析

プロジェクトの参加者を、次のとおり、直接受益者、間接受益者、実施者の3つに分析した(附属資料 参照)。

直接受益者：女性、夫、子供、その他

間接受益者：細胞診断士、細胞学者、病理学者、その他

実施者：細胞診断士、保健助手、保健助手指導員、その他

4 - 5 問題分析

中心問題を、「子宮頸ガンによる女性の死亡が多い」とし、その直接原因を、(1)子宮頸ガンの早期発見ができていない、(2)適切・適宜な治療が行われていない、(3)子宮頸ガンの発生が多い、とした(附属資料 参照)。

4 - 6 目的分析

中心目的を、「子宮頸ガンによる女性の死亡が減少する」とし、問題解決のための直接手段を、(1)子宮頸ガンが早期発見される、(2)適切・適宜な治療が行われる、(3)子宮頸ガンの発生が減少する、とした(附属資料 参照)。

4 - 7 プロジェクトの選択

子宮頸ガンの発生および治療は本プロジェクトの範囲としないことで合意にいたり、プロジェクトは子宮頸ガンの早期発見をめざすものとなった。すなわち Apr.(アプローチ)1 ~ 4 をプロジェクトの候補から削除した。

子宮頸ガンを早期に発見するためには、住民へのプロモーション(Apr. 7)と検体採取技術の向上(Apr. 6)と細胞診断の質の向上(Apr. 5)の三者が総合的に改善されることが必要である。そこで Apr. 5 + 6 + 7 がまずプロジェクト候補としてあがった。しかし、プロジェクトの投入に関する制約を考慮すると、三者すべてを手がけることは困難である。そのため、検体採取技術の向上(Apr. 6)はベラクルス州衛生局が独自に行うこととし、住民へのプロモーション(Apr. 7)と細胞診断の質の向上(Apr. 5)をプロジェクトが受け持つことで合意にいたった。すなわち、Apr. 5 + 7 がプロジェクトとして採択され、Apr. 6 は PDM で外部条件に入れられることとなった(附属資料 、 附属資料 参照)。

なお、保健助手によるプロモーションの促進アプローチ(Apr. 8)は、既存のプロモーション・システムの強化であり、すでにベラクルス州衛生局で手がけられているところから、アプローチとしては採用されなかった。ただし、住民へのプロモーション(Apr. 7)を保健助手抜きで考えることは不合理であり、Apr. 7 を実施するということは、結果として Apr. 8 を相当程度取り込むことになると思われる。

4 - 8 プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)

時間不足から、前提条件、外部条件、投入についてはワークショップで協議することができなかった。添付した PDM に記載されているものは、ワークショップ終了後、調査団内で協議のうえ記入したものである(附属資料 参照)。

プロジェクト目標の指標並びに上位目標とその指標は、ワークショップで暫定的に設定したが、医療統計的観点から再検討する必要があるということで、メキシコ側の了承を取って日本に持ち帰った。

ワークショップで暫定的に設定した上位目標、プロジェクト目標はそれぞれ次のとおり。

上位目標 「浸潤子宮頸ガンの症例が減少する」

指 標 「ベラクルス州における浸潤子宮頸ガンの症例がプロジェクト終了後5年の時点でX%減少する」

プロジェクト目標 「子宮頸ガンの早期発見が増える」

指 標 「ベラクルス州における子宮頸ガンの早期発見数がプロジェクト終了時までにX%増加する」

これらの目標並びに指標の問題点は次のとおり。

- (1) プロジェクトが成功すればするほど、子宮頸ガンに関する診断率が向上し、以前では見つからなかった症例が早期に発見され、結果的には統計上の有病率が上昇することになる(lead time bias)。
- (2) 全子宮頸ガン = 早期子宮頸ガン + 浸潤子宮頸ガンと考えると、上記の2つの目標は同じことを言っていることになる。

これらの問題点に関して医療統計専門家の意見を聴取し、帰国後、調査団内で新たに設定した上位目標、プロジェクト目標はそれぞれ次のとおり。

上位目標 「子宮頸ガンが発見された患者の生存率が高まる」

指 標 「ベラクルス州において、子宮頸ガンが発見された患者の5年生存率が、プロジェクト終了後5年の時点で、明らかな上昇傾向を示している」

プロジェクト目標「子宮頸ガンの早期発見が増える」

指 標 「ベラクルス州において、子宮頸ガンが発見された集団のうちの早期子宮頸ガン(0期～IaI期)の割合が、プロジェクト終了時までX%増加する」

これらの指標においても依然として lead time bias の問題は残る。したがって、指標の具体的な数値(X%)を決定する際、および評価時の統計解析に際しては、lead time bias を考慮に入れた数値設定および解析を行う必要がある。なお、この問題は上記2つの指標以外にもあてはまるので注意を要する。

添付したPDMにはこれらの目標および指標を記載した。

活動3-1について：細胞診の実施範囲を拡大するためには細胞診断士の数を増やす必要があるが、そこには次の2つの問題がある。1)細胞診断士の資格は公的資格であるため、プロジェクトが実施する研修で資格付与できるか、2)細胞診断士が低賃金であるため、継続的勤務並びに志望者の確保が難しい、という点である。1)については、保健省が実施している現行の細胞診断士養成研修(1年/無給)と同等の研修内容であれば資格付与できる旨、保健省担当者から説明はあったが、更なる調査が必要である。

なお、現行の細胞診断士養成研修のベラクルス州割当枠(現在4名が研修中)を拡大できる旨、保健省の確認は取った。したがって、仮にプロジェクトで養成できなくとも、現行のシステム内で数を増やすことはできる。問題は、送り出し側のベラクルス州で志望者を確保できるかという、2)に関連した問題である。2)については、資格、技術、知識、やりがいといった、賃金以外のインセンティブを強調する等の手段を考える必要がある。これらの問題に関しては、PDMの前提条件、外部条件、投入にそれらを反映した記載を入れた。

先に4-3で述べた周産期ケアの位置づけに関しては、PDMのなかに位置づけることができないため、欄外に注記として記載した。

4-9 ワークショップについて

ワークショップ前日の10月11日(日)に日本側調査団内でワークショップを行った。これは、(1)日本側参加者のPCMに関する理解を深めておくことによって当日のワークショップの円滑な進行を期するため、(2)当日のワークショップの展開についてある程度の予測をつけておくため、(3)それまでに収集した情報や協議の内容を整理するため、といったことを目的としたものである。

当日のワークショップは、時間不足から両日とも夜間におよんだが、メキシコ側、日本側ともに最後まで熱心に参加した。

住民と保健助手の方々は、子供連れで、バスで片道2時間という遠方からやって来てくれた。議論の内容が、子宮頸ガンという狭い分野に特化したものであったことと、PDMの作成までという、かなりプロジェクトの具体的内容に踏み込んだものであったことから、住民の方々に積極的に議論に参加してもらうことは難しかった。しかし、彼女らのニーズや意見を可能な限り引き出す努力は、モデレーターはもとより、他のワークショップ参加者も協力して行ってくれた。理想的には、住民や保健助手のみを対象とした、ニーズ調査に特化したワークショップを別途開ければ望ましいが、今回は時間的制約のなかで不可能であった。しかしながら、彼女たちが楽しんでワークショップに参加していた様子が見受けられた。将来、開始されたプロジェクトの活動に何らかの形でかかわったとき、「これは私たちが計画したプロジェクトだ」と彼女たちが感じられれば望ましいであろう。

なお、今回は、通訳を介してワークショップを行ったため、2日間では時間不足であった。省けるものは省き、必要最小限の作業しか行わなかったが、それでも上述のとおりPDMの一部を積み残した。十分なプロジェクト計画を立案するためには、通訳なしで、通常30時間は必要とされている。

