

ホンジュラス共和国における保健活動
—家庭保健チームの活動推進を通して—

宮本 純子

Health Activity in Republic of Honduras
—Promotion of Family Health Team—

Junko Miyamoto

姫路大学看護学部紀要

第9号

平成30年3月31日発行

ホンジュラス共和国における保健活動 —家庭保健チームの活動推進を通して—

宮本 純子^{*1}

Health Activity in Republic of Honduras —Promotion of Family Health Team—

Junko Miyamoto^{*1}

要旨

筆者は、青年海外協力隊員として2014年7月から2016年6月末までホンジュラス共和国レンピーラ県レパエラ市保健センターで保健活動を行った。ホンジュラスでは2013年より2018年の期間で、ホンジュラス保健省と国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）が共に「国家保健モデル」に基づくプライマリーヘルスケア体制プロジェクトの推進を行っている。筆者はこの活動を推進するための取り組みを10段階のプロセスを経て、現地スタッフと共に活動の基盤を構築した。これらの活動を推進していく上で重要と思われるのは、データの視覚化と意見交換の場作り、現地スタッフを中心とした伝達講習会の実施、収集したデータの信頼性の担保と記載基準の統一、迅速なアセスメントとデータの更新、活動成果の共有、JICA ボランティアの活動期限がある立場を理解した上での関わり方である。今後の課題は、現地スタッフによる地域の特性に合わせたサービス提供の変化であり、最終的には住民の行動変容を目標として継続した活動実践に繋げていくことである。

キーワード: 家庭保健、プライマリーヘルスケア、ホンジュラス共和国

1. はじめに

ホンジュラス共和国は中南米地域ではニカラグアに次ぐ貧困国であり、乳幼児死亡率(20.4人/千人)(2015年)^[1]や妊産婦死亡率(129人/10万人)(2015年)^[2]は、中南米・カリブ地域全体の平均と比較すると依然として高い地域である。「ホンジュラスの保健医療施設では、治療が重視され予防やプロモーションを含めたプライマリーヘルスケア (Primary Health Care : PHC) に関連した活動は十分には行われておらず、2013年より2018年の5年間の期間で「国家保健モデル」に基づくプライマリーヘルスケア体制強化プロジェクトとして、ホンジュラス保健省と国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency: JICA) が共にプライマリーヘルスケアの推進を行っている。中南米におけるPHCの推進は、米州保健機構 (Pan American Health Organization: PAHO) のイニシアティブの下、家庭保健を中心とするPHCが各国で順次導入されている。」^[3]。筆者は2014年7月1日～2016年6月30

日の2年間の任期で青年海外協力隊看護師隊員として、ホンジュラス共和国レンピーラ県レパエラ市保健所で保健活動を行った。上記プロジェクトの活動対象地域であり活動要請内容にもプロジェクトとの連携が求められていた。そこで、特に活動中期から後期にかけてPHC推進に関連するプロジェクトに関わったので活動を報告する。

2. 活動概要

家庭保健を中心とするPHCがホンジュラスでも導入され、筆者が赴任した際には保健所内で医師、看護師、プロモーターをメンバーとする家庭保健チームが構成され、担当地域を訪問する診療や予防活動が行われていた。また、筆者の赴任時の2014年8月には赴任地にて家庭訪問調査票を用いた全戸調査が開始された。この家庭訪問調査票を用いた活動はプロジェクト地域となっているホンジュラス西部地域のレンピーラ県と、東部地域のエルパライス県でホンジュラス全土に先駆けてプロジェクトとして実施されている。レパエラ市はプロジェクト開始から少し遅れて対象地域となった。レパエラ市はプロジェクト対象地域の中で地方分権化が進んでいる地域であり、地方分権化を進め

*1: 姫路大学看護学部

*1: Himeji University School of Nursing

ているホンジュラスにおいて今後ホンジュラス全土にPHCを推進していく上でモデルケースになると考えられ対象地域とされた。

2.1 活動の過程

2014年8月に赴任地であるホンジュラス西部レンピーラ県レパエラ市の保健所に着任し活動を開始した。レパエラ保健所では3つの家庭保健チームが存在し各チームは担当する地域を定期的に訪問し、妊婦訪問、 Dengue熱予防の啓発活動、コミュニティのヘルスボランティアが行う子どもの身体計測のサポート等を行っていた。そして、筆者が赴任した時期から家庭訪問調査票を使用した家庭訪問調査が開始された。家庭訪問調査とは保健所が管轄する家庭の環境や家族構成、既往歴や疾患等を聞き取り調査し、家庭保健チームのデータベースとなるものである。家庭訪問調査票の内容は、①プロフィール、②住居環境、③家族に関する情報、④昨年家庭内の死亡者、⑤リスクアセスメント、⑥家庭関係図の6つのパートに分かれている。プロフィールの部分は、世帯主のID番号と氏名、住所、地域番号、連絡先(電話番号)、都会/田舎の区別、近隣の保健所の名称、によって構成されている。住居環境の部分は、不適切な住居環境の有無、かまどの煙突の有無、室内での動物の飼育の有無、バクテリアの有無、水の供給場所、飲料水の取り扱い方法、トイレの種類、ゴミ処理の方法、電気の有無、1つのベッドに何人の家族が寝ているか、金銭の保護を受けているか、で構成されている。家庭に関する情報の部分は、家族全員の名前、性別、年齢、続柄、学歴、仕事(子どもの場合は学年)、ワクチン接種の有無、既往歴や健康に関するリスク(選択項目あり)、避妊の有無、によって構成されている。昨年家庭内の死亡者の部分は、該当者が有の場合は氏名、年齢、死亡原因を記載する構成になっている。リスクアセスメントの部分は、身体(既往歴や健康に関する部分)衛生、経済の3つの視点からリスクを評価する項目で構成されている。家庭関係図は家族関係を図で示す構成になっている。

2014年8月から開始された家庭訪問調査票(Ficha Familiar de Salud: ホンジュラス保健省とJICA専門家が作成)のデータ収集は4ヶ月が経過した12月頃には、ほぼ全部のコミュニティのデータを収集し終えていた。しかし、家庭訪問調査票のデータは一部のデータ提出の為に使われたのみで、その後使われることなく袋やダンボールに入れられ保健所の隅に放置されていた。

筆者は赴任当初よりこのデータを使用して活動を行いたいと思っていたが、当時はスペイン語も不十分な

状況であり、まずはコミュニティや同僚が行っている仕事を知ることが必要だと考え、家庭訪問や学校での啓発活動などに同行し状況を把握することに努めた。また、教材を作成し保健所内やコミュニティで手洗いや生活習慣病に関する講習会を同僚と共に実施していた。

赴任から1年の間に家庭訪問調査に関する講習会が保健省主催で開催された。プロジェクト地域の成果発表会や、データベースの使い方などの講習会が行われ、徐々にホンジュラス保健省とJICAが共に推進している、「国家保健モデル」に基づくプライマリーヘルスケア体制強化プロジェクトの内容を理解していった。

3. 活動の実際

(家庭訪問調査票を用いた活動の推進)

「国家保健モデル」に基づくプライマリーヘルスケア体制強化プロジェクトに基づく「家庭保健チームの家庭訪問調査票を使用した活動プロセスの構築」に関して、10段階のプロセスを経て活動の基盤を構築した。プロセス①家庭訪問調査票の整理整頓、②家庭訪問調査票の疾患データの入力、③家庭訪問調査票のデータ結果のプレゼンテーションと意見交換、④家庭訪問チームを推進する為の伝達講習会の開催(コミュニティの評価と分析方法、各家庭の優先順位付け、継続訪問のプロセスについて)、⑤新しい家庭訪問調査票のデータ収集とデータの見直し、⑥家庭訪問調査票の記載に関する共通認識確認の為に会議の実施、⑦新しい家庭訪問調査票に対する優先順位の決定と訪問計画立案、⑧優先順位に沿った訪問と記録、⑨成果発表会と地域との連携、⑩データ収集の継続と活動の引継ぎというプロセスを経て、家庭訪問調査票のデータを使用した活動の基盤を構築した。

3.1 家庭訪問調査票の整理整頓(プロセス1)

ダンボールに入ったまま虫に食われ、倉庫に放置されている調査票を、コミュニティ毎に分け、棚に整理した。専門家から活動の進行具合を質問された同僚は、調査票の収集に関して100%のデータ収集を行ったと答えていたが、調査票を整理整頓した結果、各コミュニティの家庭の数と調査票の数が合わないことが判明した。

3.2 家庭訪問調査票の疾患データの入力(プロセス2)

家庭訪問調査票の疾患データの入力では、1年前に収集した更新されていないデータではあったが、実際に自分達が取ったデータがどのようなデータであるのかを知ってもらい、この結果をもとに活動を前へ進め

たいと思いデータを視覚化した。保健省、JICA プロジェクトで共通のデータベースを作成中ということであったが暫くは完成の見通しがたないことが判明した為、JICA 専門家にも相談した上でオリジナルの簡単なデータベースを作成し、1,765 世帯、7,632 人（レパエラ保健所全世帯の 68% に相当）の疾患データを入力した。項目は家族番号、性別、年齢、家庭訪問調査票に記載されている疾患番号（リスク、疾患、障害）の簡単なものであった。

3.3 家庭訪問調査票のデータ結果のプレゼンテーションと意見交換（プロセス 3）

全てのデータを入力した後に、家庭訪問調査票のデータ結果のプレゼンテーションを同僚に対して行った。どれだけの家庭訪問調査票の情報を収集できているかを表で視覚的に分かるように提示した。1つのコミュニティでは沢山のデータが不足しており、他のコミュニティではデータ収集したにもかかわらず、全ての調査票を紛失したことが明らかになった。家庭訪問調査票のデータを 100% 収集したということではあったが紛失したこともあり、全世帯の 68% のデータが所属先にあることがわかった。次に各コミュニティに健康に関するリスク「読み書きが出来ない」等のリスクをどれだけの人が持っていて、疾患に関しては高血圧、糖尿病等の疾患を持っている住民の人数を示した。高血圧、糖尿病、気管支喘息など慢性疾患に関してはスタッフも日頃から患者台帳を作成している疾患であり、会議でこれらの結果を発表し意見交換を行った。同僚の意見としては、「リスクの高いグループにはもっと訪問すべき」「慢性疾患台帳と家庭訪問調査票のデータの照合をする」「データは信頼できるものであるが妊婦の高血圧・糖尿病と、若者についてのデータが欠けている」など普段の自分達の活動と比較しながら意見が挙げられた。しかしその半面で、このデータは信頼できるデータではないと感じている同僚も存在し、「新しくデータ収集する前に一つ一つの項目についての話し合いをするべき」というような意見も挙げられた。

3.4 家庭訪問チームを推進する為の伝達講習会の開催（コミュニティの評価と分析方法、各家庭の優先順位付け、継続訪問のプロセスについて）（プロセス 4）

家庭訪問調査票の結果の発表と意見交換の後に、家庭保健チームの活動を促進する為の伝達講習会を実施した。この講習会は保健省と専門家が実施したコミュニティの評価と分析方法、各家庭のリスク評価と優先順位付け、継続訪問のプロセスについての内容を含んだ講習であった。医師がこの講習会に代表者として参

加していたが、学んだプロセスを職場で実施するためには全ての保健所スタッフが家庭訪問調査票のデータをどのように分析し活用するかを理解する必要があった。そのため、講習内容をよく理解している医師が伝達講習会の講師の役割を、筆者は伝達講習会の日程の設定、キーパーソンとなるスタッフとの調整、物品や資料を準備し裏方の役割を担い講習会を実施した（図 1）。



図 1 伝達講習会の様子

3.5 新しい家庭訪問調査票のデータ収集とデータの見直し（プロセス 5）

調査票の改定により項目の一部が変更したことや、データが古くなっていること、一つのコミュニティでは全てのデータを紛失したこともあり、調査票全てを紛失したコミュニティから、再度データ収集を始めた。新しいデータを収集した後すぐにデータの見直しを実施した。見直しをする中で、人によって質問項目に対する考え方や答え方が違っていた為、データ収集に関する共通認識を話しあう必要があると考えた。

3.6 家庭訪問調査票の記載に関する共通認識確認の為の会議の実施（プロセス 6）

家庭訪問調査票の記載に関する共通認識を確認する為の会議を開催した。例えば、質問項目の 1つ「現在の仕事の有無」に関して「はい」と「いいえ」をどのように考えるかは人によって違っており、「主婦」を「はい」にしている人と「いいえ」にしている人がおり、「仕事」に関しては、「資格のない労働者」に分類されている人が多く、具体的な内容が分かりにくかった。その為、「資格のない労働者」に分類されていた主婦や学生には新たな選択肢を設けた。このようなディスカッションの中で、スタッフから調査票をより自分達が使いやすいように妊婦・褥婦がいる家庭の調査票の

表紙には三角の印を記入すること、保健所にある他の情報と関連付けるため、家庭訪問調査票とスタッフが作成した家の配置図の番号、保健所の診察番号を記載することなどの様々な意見が挙がり、それらの取り組みを実施した(図2)。

図2 新しい家庭訪問調査票 (Ficha Familiar de Salud) (ホンジュラス保健省と JICA 専門家が作成)

3.7 新しい家庭訪問調査票に対する優先順位の設定と訪問計画立案 (プロセス7)

新しく収集した家庭訪問調査票を使って各家庭の優先順位付け(赤:リスクが高い、黄:リスクは中程度、緑:問題なし)を実施した(図3)。その後、分類した家庭に対してなぜリスクが高いと考えたのかを発表しグループ内のリスクの判断に対し全体での見直しを行い、訪問計画を立案した。



図3 家庭訪問調査票のアセスメント

3.8 優先順位に沿った訪問と記録 (プロセス8)

今までのプロセスで実施したリスクの高い家庭を優先的に訪問し、治療や観察、予防啓発活動を実施し、

活動後は新たな記録やデータの更新を行った。

3.9 成果発表会と地域との連携 (プロセス9)

上記の活動プロセスについては、年度末に行われるグッドプラクティスの成果発表会で同僚と共に発表する機会を得た。また、その後地元の市役所と保健部門の連携に関する話し合いの場で保健分野の活動として同様の発表を行った。

3.10 データ収集の継続と活動の引継ぎ (プロセス10)

上記の活動プロセスを実践しながら、他のコミュニティの新しいデータ収集に取り組んだ。

同時に筆者の任期終了時期を見据え、家庭訪問調査票に関するミーティングを実施する際の司会進行は、ホンジュラス人医師に任せた。また、当初は筆者が役割を担っていたデータ入力においても、スーパーバイザーの立場である看護師にデータ入力・管理の役割を移譲することを目的に、データ入力、グラフ作成などを共に実施した(図4)。



図4 データ入力の引継ぎ

4. 考察

4.1 データの視覚化と意見交換の場作り

データの視覚化により紛失したデータの存在が判明し、新たなデータを収集しようというスタッフの動機付けに繋がった。データの紛失に関してはスタッフも多くの労力を使って収集したものであったため、紛失はショックな事実であり、ノルマという形で目標値を

設定して活動を行っているホンジュラス人スタッフにとって「欠けているデータは集めなければならない」という義務感に訴えかける部分であったと思われる。また、「数量的方法論は明示的であり適切な過程をふんで情報を提示すれば、その情報はだれもが認める事実として、次の段階（解決のために何をするか）へ進む出発点として役に立つ」⁴⁾のものであり、様々なディスカッションを促すことができ、活動の活性化に繋がった。

また、活動を推進する上で多くのスタッフが参加できる意見交換の場を意識的に設けたが、これはスタッフ各自が問題点への気付きや、今後どのように活動を進めていくかを考え、意見を共有する場になっていったと思われる。現状を自分達のこととして捉え、スタッフ自身が自律的に活動に関わっていきけるよう動機付けするためにも、議論の場を持つことは有用なことでありと考える。

4.2 伝達講習会の実施

活動を推進していく上で重要となるのが職場で行う伝達講習会である。保健省や JICA が進めようとしている内容を講習会に出席した代表者が、いかに現場のスタッフに内容を伝達し実行に移していけるかが活動推進の鍵になると思われる。

伝達講習会での JICA ボランティアの役割は、ホンジュラス人スタッフを中心とした伝達講習会を行えるようにマネジメントすることにあると考える。筆者は JICA ボランティアという立場で各地域の代表者が参加する講習会に参加しており、保健省や JICA 専門家が考えている内容を理解する機会を得ている為、準備が進めやすいという利点を生かし事務的な裏方の役割を担ったことで、スムーズな講習会実施へと繋がったと思われる。

4.3 データの信頼性の担保と記載基準の統一

収集したデータをアセスメントして保健活動に繋げる為には、まず信頼性のあるデータを収集することが重要である。その為には、スタッフ全員がデータ収集の方法、言葉の定義などについて共通認識を持つことが重要と思われた。苦勞してデータ収集をしても収集する人によって違いがでるデータは信頼性に欠ける。また、空白欄などに関してもすぐに確認すれば収集したスタッフに確認ができるため、データの見直しは迅速に行う事が重要である。今後多くのデータを取る初期の段階でスタッフ間の認識の違いや、疑問点、データを取る際の留意点を確認し合うことでより質のいいデータを取ることに繋がる。

また、他人が見ることを意識したうえで記録をする

ことも重要な事と思われた。なぜなら、文字が汚くて読めない文字は記録として意味をなさないからである。このことも、他人の記録を見ることで意識付けをすることができたと思われる。

4.4 迅速なアセスメントとデータの更新

データは使う為取るものであり、取るだけで満足しないようにスタッフの行動を意識づける必要があった。以前に収集した調査票のデータは、収集されただけで使われることがなく、保健所の隅に埃を被って保管されていた為である。新しく取ったデータはまさに現在の各家庭の状況を表しているものであり、そのデータを元に家庭の状況をアセスメントし、保健活動に繋げることが活動の目標であり、活動を展開していく上で肝になる部分であった。

また、状況は変化していくものであり、収集したデータも活用しながら更新を加え常に使えるデータとしておくことも重要なことである。

4.5 活動成果の共有

積極的に活動を推進していた時期にプロジェクト地域が集まり、成果発表会が開催された。その際には、同僚である医師と看護師を巻き込み、発表を行った。これは現在の取り組みのまとめ、活動の評価を確認する作業、また活動への達成感や今後のモチベーションに繋がったと思われる。

4.6 JICA ボランティアの役割

新たな活動を始める際は、JICA ボランティア自らが実践して示すことや、リーダーになり活動を牽引する時期もあるが、常に JICA ボランティアには期限がありその場から去る存在であることを認識し、JICA ボランティアが担った役割を現地スタッフが実施できるように技術を引き継ぎながら役割の委譲を行うことが重要である。

家庭調査票を用いた活動の推進において、各家庭の優先順位をアセスメントする会議の実施も徐々にホンジュラス人医師主導に移行していった。当初は筆者が担っていたデータ入力に関しても、スーパーバイザーの立場にある看護師にデータに関する管理的責任を果たしてもらうこと、自分達のデータであることを実感してもらうことを目的に役割を移譲していった。このような経過の中で、筆者が入力の際に省略していたデータに関しても、ホンジュラス人スタッフ自身が使いやすいようにカスタマイズを行い、自分の地域のデータとして受け入れていたように思われる。

また、引継ぎに際しては現地スタッフをサポートできる時間的余裕を持ちながら、役割を引き継いでいく

ことも重要なことである。

4.7 今後の課題

具体的な課題は担当地域全部のデータ収集と、タイムリーなデータの更新である。そして、そのデータから地域分析と比較、分析結果を反映させたコミュニティでの啓発活動の実施、診療録等との連携、年間計画との整合性、市の計画との連携など、他の活動とリンクさせて計画立案し活動していくことが重要であると思われた。

5. まとめ

スタッフは普段の活動においても様々な情報を収集しているが、データをもとに活動を行うプロセスが確立されていなかった。ここで目標とされるのは家庭訪問調査票で収集したデータを分析し活動に繋げていくことである。プロジェクトへの取り組みを通して、保健所スタッフがデータ収集を行い、そのデータをどのように活用するのかという活動プロセスを理解し、分析、優先順位などの意識を持ち、取り組み始めていることは大きな成果である。「家庭保健チームの家庭訪問調査票を使用した活動プロセスの構築」の最終的な目標はすべての地域の、①家庭訪問調査票のデータ収集とデータ入力、そして、②医療従事者の分析能力の向上から、③地域の特性に合わせたサービスの提供の変化であり、最終的には、④住民の行動変容を目標として継続した活動実践に繋げていくことである。筆者の活動期間終盤においては、②、③のプロセスに辿り着きつつある状態であった。最終的な目標である、「住民の行動変容」を目標として現地のスタッフには家庭訪問調査票を活用した活動サイクルを継続させることを期待する。

謝辞

本活動にあたり現地のカウンターパート、スタッフの皆様、JICA プロジェクトの専門家の方々に多くのご助言を賜りましたこと深謝いたします。特に活動を推進するにあたって中心的な役割を担ってくれた Dr. Mellisa Sevilla, Lic. Jorge Benitez なしにはこの活動推進は成し得ませんでした。2年間、共に活動を行ったすべての方々に感謝いたします。

引用文献

[1] THE WORLD BANK (2017.9.21) : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>

- [2] THE WORLD BANK (2017.9.21) : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>
- [3] 独立行政法人国際協力機構ホームページ (2017.9.15) : <https://www.jica.go.jp/project/honduras/002/outline/index.html>
- [4] 丸井英二, 森口育子, 李節子編; 国際看護・国際保健; 弘文堂, pp13 (2012) .

参考文献

- [5] 日本国際保健医療学会編; 国際保健医療学第3版; 杏林書院、(2013)