

コロンビア家族計画プロジェクト
協力計画策定専門家チーム報告書

1985年7月

国際協力事業団
医療協力部

コロンビア家族計画プロジェクト
協力計画策定専門家チーム報告書

JICA LIBRARY



1031870171

1985年7月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団	
受入 月日 '85. 9.24	705
	98.2
登録No. 11985	MCS

日本大使館表敬
藤本大使：中央



厚生大臣との会見
アマウリ大臣：中央



厚生副大臣表敬



厚生省との協議
牧野リーダー：左
レージェス医務局長：中央





厚生省との協議



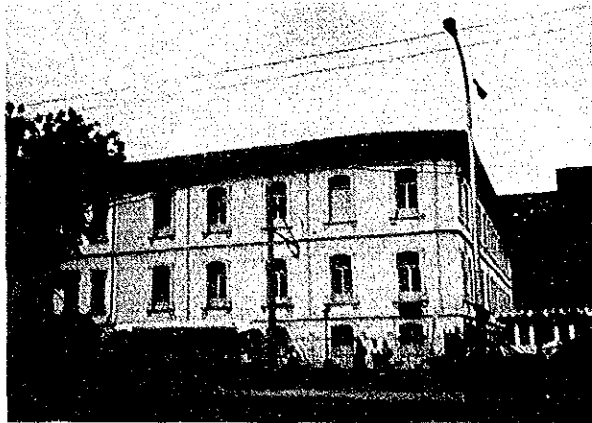
井関専門家：左

林 専門家：中央

フルタード母子保健部長：右



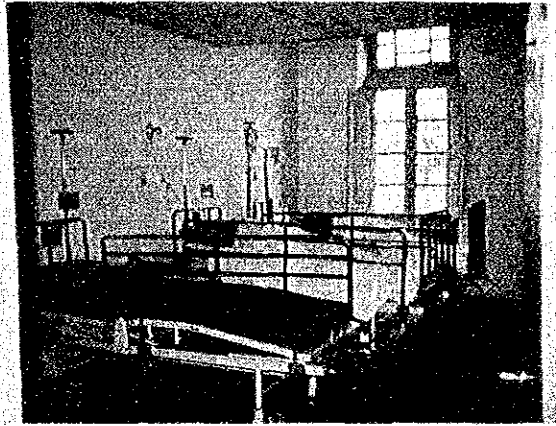
母子病院視察



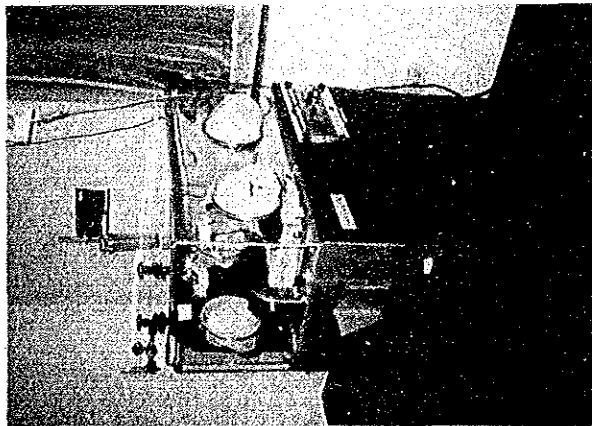
院長との協議

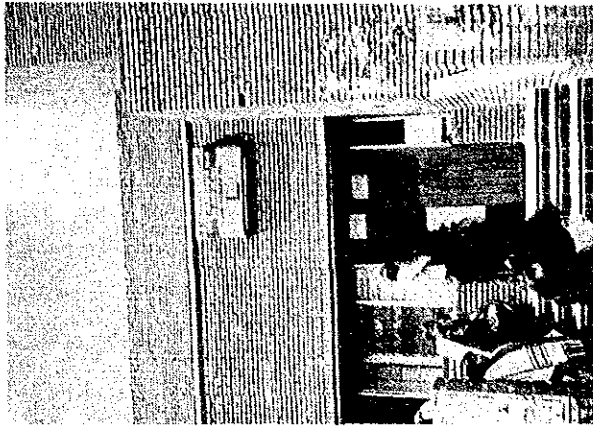


母子病院病室



未熟児保育器

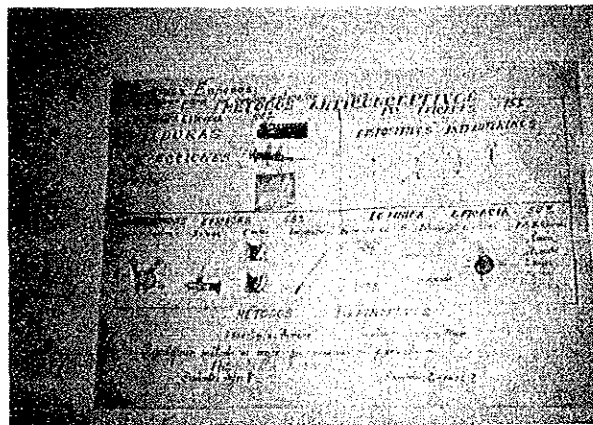




保健所視察



保健所長：左

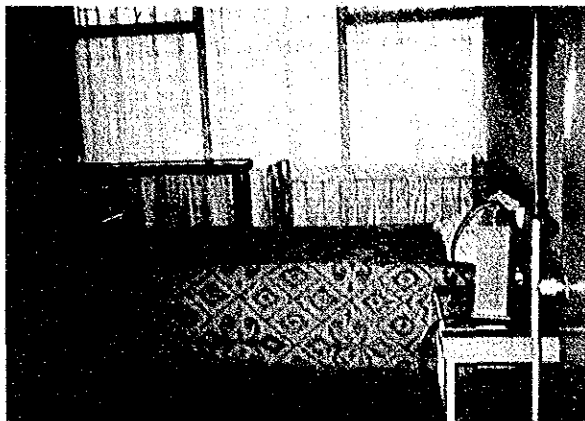


壁に掲示
された避妊法



ソアチャLocal Hospital
視察

病 室



ロザリオ大学視察



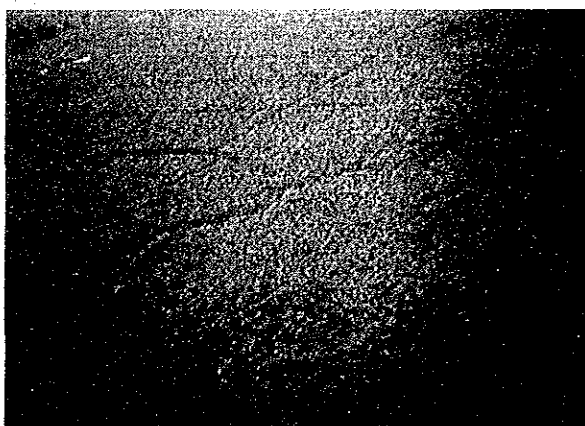
新 生 児 室



(メデジン 経由)

アパルタドール

付近のバナナ畑





インディオ保護区視察
(アバルタドール町か
ら車で30分・徒歩
20分の山中)



村の学校

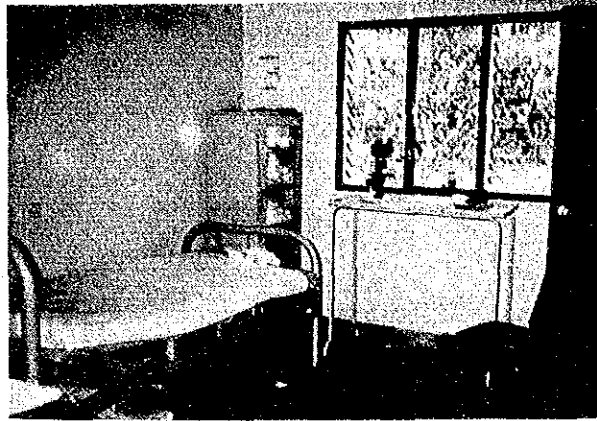


村長：中央
プロモーター：右



保健所視察

診 療 室



アパルタドール
Regional Hospital
視 察

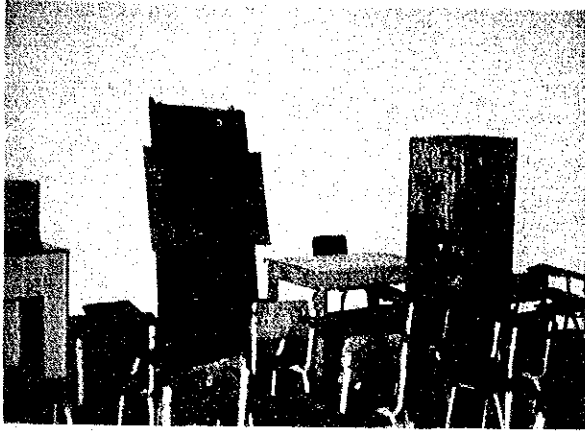


アパルタドール
Regional Hospital
視 察 ・ 打 合 せ
院 長 : 中 央



看 護 学 校 視 察



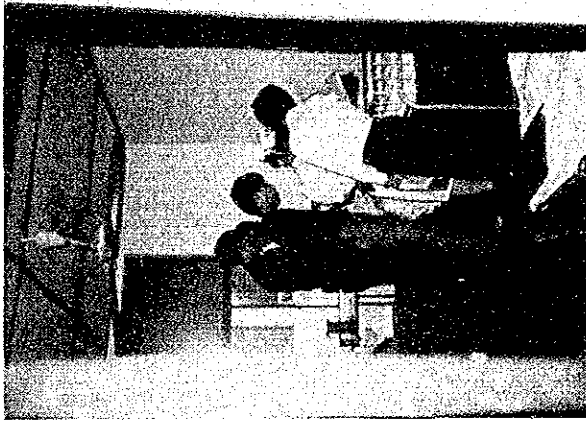


視 聴 覚 教 室



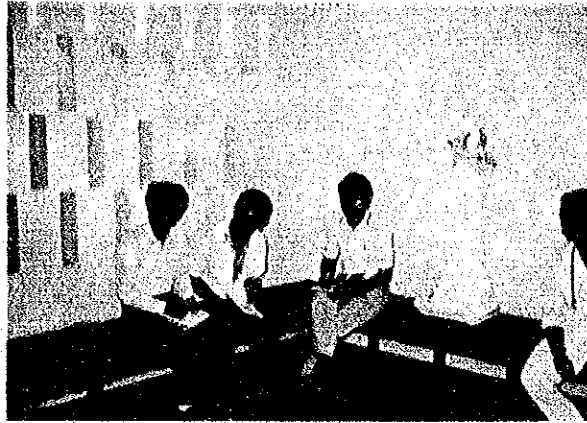
ウルボ Local Hospital

視 察



ツルボLocal Hospital

視 察



メデジン

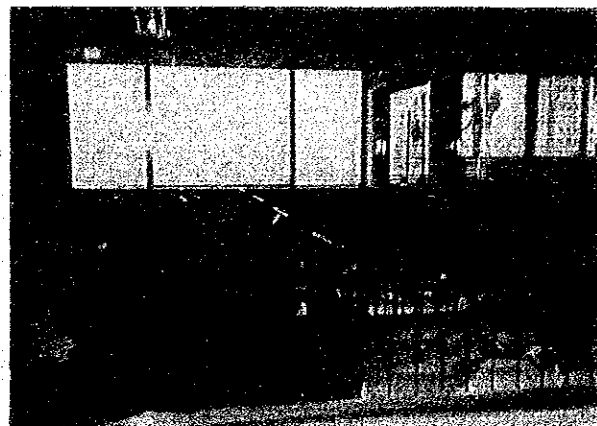
国立病院視察



中 央：院長



新 生 児 室



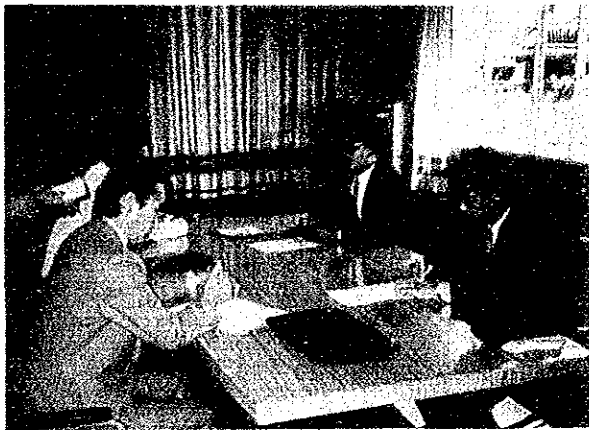


厚生省共同体参加
局教育課（支部）
視聴覚機材のソフ
ト作成部門

：中央

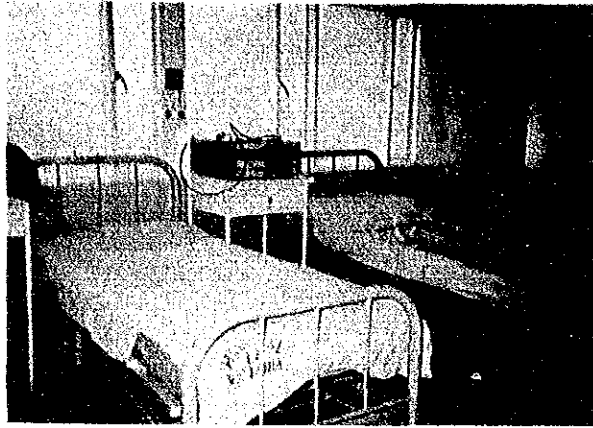


ラ・ビクトリア
病院視察



病室

病 室



ラ・ビクトリア病院
家族計画相談室



厚生大臣への報告



厚生省次官への報告





大使館への報告



企画庁への報告

協力計画策定専門家チーム派遣の経緯 ― はしがきに代えて

1983年12月3日から12月18日まで派遣された事前調査団の調査結果に基づき、今後の家族計画・母子保健分野でのプロジェクト協力実施の方向で検討していた。

その後、厚生大臣及び実務窓口であった母子保健・人口動態部長が交替したこともあり、その要請内容を再確認する必要が生じた。通常の場合には事前調査実施後、内部検討し、プロジェクト協力実施のため実施協議調査団を派遣し、協力開始のための討議議事録(R/D)の締結という段階を踏むこととなるが、上述の経緯から協力計画策定を目的とした専門家チームを今般派遣することとなった。

慶応大学医学部牧野恒久氏をリーダーとする専門家チームは約2週間にわたり、コロンビアに滞在し、厚生省側と日本に対する要請内容等の聴取、協力内容についての協議を行い、又、母子病院等関連機関12ヶ所の視察・意見聴取を行い、その結果に基づきコロンビア側と協議しつつ、次のようなプロジェクト協力計画の大枠を策定した。

プロジェクトの目的は家族計画及び母子保健の向上である。具体的には、(1)5才未満の乳幼児死亡率の低減 (2)妊娠・出産児の妊産婦死亡率の低減 (3)家族計画教育の促進、を図るものである。又、協力期間は5年として計画する。

この協力計画策定専門家チームが持ち帰った協力内容及び協力計画は、日本国内で関係機関・関係者の中で検討され、R/D草案が作成され、実施協議調査団の派遣へと結びつくことが期待される。

終わりに、このプロジェクトを成功裡に導くため、関係機関、関係各位の一層のご協力を仰ぎたく、今後もしよろしくお願ひ申し上げる次第である。

1985年7月

国際協力事業団医療協力部長

長谷川 豊



目 次

協力計画策定専門家チーム派遣の経緯 ―はしがきに代えて

I 専門家チーム構成	1
II 調査日程	2
III 関係者一覧	3
IV 調査内容	5
1. 母性小児衛生(林 謙 治)	5
2. 小児保健(井 関 幹 郎)	12
3. 総 括(牧 野 恒 久)	17
V 添付資料	23
1. 組 織 図(コロンビア厚生省)	25
2. 保健医療システム	26
3. 「プロジェクト1300」(和訳)	27

I 専門家チーム構成

- (1) 牧野 恒久 総括, 母子保健
慶応大学医学部講師
- (2) 林 謙治 母性小児衛生
国立公衆衛生院母性小児
衛生学部学校衛生室長
- (3) 井関 幹郎 小児保健
慶応大学医学部助手
- (4) 山川 清利 社会政策
上智大学大学院外国語学研究科
- (5) 成田 明敏 協力計画
JICA医療協力部

Ⅱ 調査日程

月日	曜日	
1/30	水	東京発 JL-062 ロスアンジェルス着
31	木	ロスアンジェルス発 EA-518 ボゴタ着
2/ 1	金	大使館表敬, 企画庁表敬・打合せ
2	土	資料収集
3	日	休
4	月	厚生大臣表敬, 副大臣表敬, 厚生省との協議
5	火	厚生省との協議
6	水	母子病院・保健所・ソアチャ地方病院及びロザリオ大学視察
7	木	ボゴタ発 → メデジン経由 → アバルタード着 インディオ保護区・保健所視察, アバルタード地域病院視察
8	金	看護学校・タルボ地方病院視察
9	土	アバルタード発 → メデジン着, メデジン国立病院視察 メデジン発 → ボゴタ着
10	日	専門家内での協議・マスタープラン作成作業
11	月	厚生省との協議, 厚生省共同体参加局教育課視察
12	火	ラ・ビクトリア地域病院視察, 厚生省との協議 厚生大臣との会見, 次官との会見
13	水	厚生省との最終協議, 大使館への報告, 企画庁への報告
14~16		ボゴタ発 → ニューヨーク → 東京着

III 關係者一覽

- Feb. 1, at D.N.P. (Departamento Nacional de Planeación)
Mayte Fadul (Jefe de la División Especial de
Cooperación Técnica Internacional)
Yolanda Ramírez (Técnica, División de Cooperación
Técnica Internacional)
Nelcy Paredes C. (Jefe, División de Salud)
- Feb. 4, at the Ministry of Health
5, Amaury García Burgos (Ministro de Salud)
Fernando Reyes (Director de Atención Médica), Dr.
Magda Palacio Hurtado (Jefe, División Materno
Infantil), Dra.
Luz Helena Martínez de Duque (Jefe, Sección de
Dinámica de Población), Lic.
Mary Luz Mejía (Enfermera, Sección de Dinámica
de Población), Lic.
Norma Patrón de Acosta (Estadística, División
Materno Infantil), Lic.
Clara de González (Nutricionista, Sección Atención
Materna), Lic.
- Feb. 6, Hospital de Materno Infantil
Luis Eduardo Santamaría Páez (Director General), Dr.
Martha de Guerrero (Director Administrativo), Dr.
Santiago Currea (Coordinator Unidad de Adaptación
Neonatal), Dr.
- at Centro de Salud
Pablo Solano (Director del Centro de Salud), Dr.
- at Hospital Lorencita Villegas de Santos (Univ. de
Rosario)
Jaime Pedraza (Director del Hospital) Dr.

Francisco Aldana (Vicedirector) Dr.
Domingo Alfaro (Director Administrativo) Dr.

- Feb. 7, at Hospital Regional de Urabá
Luis Carlos Sandino (Director del Hospital y
región) Dr.
- Feb. 8, at Escuela de auxiliares de enfermería
Carmen Sanchez (Directora de la Escuela)
at Hospital Local San José de Turbo
Antonio José Restrepo (Director del Hospital) Dr.
Zurma del Campo Tabores (Jefe de enfermería)
at una comunidad indígena KATIOS
Horacio Bailarín (Promotor de salud)
- Feb. 9, at Hospital General de Medellín
Bernald Gabiría Puerta (Director general del
Hospital) Dr.
José De Los Rios Osorio (Coordinator Técnico,
Servicio Seccional de Salud de
Antioquia) Dr.
- Feb. 11, at Ministerio de Salud Pública (Publicación)
Pilar Vargas de Bello (Jefe de Dirección de
Participación de Comunidad)
Rafael Mayorga (Jefe de División de educación)
- Feb. 12, at Hospital La Victoria
Herman Uribe Correa (Director del Hospital) Dr.
Edgar Montoya (Jefe del departamento de pediatría)
Dr.
Esperanza Rodríguez (Jefe enfermera, consulta
externa)
at Ministerio de Salud
Francisco José Yepes (Secretario General) Dr.

Ⅳ 調査内容

1. 母性小児衛生

この度、コロンビア国に対する家族計画および母子保健の技術協力の目的で、協力計画策定専門家チームの一員に加わったので、訪問経過および結果について報告したい。

家族計画の推進はいずれの国においても歴史的、文化的背景を配慮しつつおこなう必要があることは言うまでもなく、したがって冒頭では一般論として留意すべき二、三の事項について触れ、その後これらの事項とわれわれの任務との関連を見い出しつつ述べていきたい。

コロンビアをはじめ、一般に中南米の特徴的な歴史背景として以下の3つが挙げられている。

1. 植民地時代に成立した大地主制度（ラティフンディウム）が存続したため工業発展の障害となったこと。
2. 借金奴隷制や私有奴隷制など工業発展に適さない労働組織が支配したこと。
3. カトリック教会が経済的、政治的、社会的に大きな力を持ち発展の障害となったこと。

過去に比べると、上記の歴史的3条件は現在ではそのままあてはまらないが、しかしその影響は大きく現在のコロンビア国情にもよく反映されており、今回チームの任務を遂行するにあたりこれらを考慮すべきことを痛感した。

具体的に言えば貧富の差が大きく、医療の分野においても地区により医療水準の格差がきわめて大きいことがまず挙げられよう。首都ボゴタ市にはわが国で期待し得る最高の医療水準と同レベルの施設を持つロザリオ病院をはじめいくつかの医療機関が存在する一方、ボゴタ市南部スラム街の中におそらく貧弱な診療所が稼働している現状である。高水準の医療機関においては一部の富裕者以外はそのサービスを受けることが困難である。

地方に目を転じれば、ブラジル、ヴェネズエラ、エクアドル、パナマ等の国境周辺地域においては衛生環境が劣悪ばかりでなく、医療施設、マンパワー等が質的にも量的にも水準が低いため、住民は現代医学の恩恵を受けることができない。こうした状況のもとで国境周辺地域における反政府ゲリラの活動が伝えられている。

家族計画は母子保健と表裏一体の関係にあるが、文化的にカトリックによる影響大きいコロンビアでは現在でも教会は強大な発言力を持つため、当国厚生省としては家族計画の重要性を認識しつつも母子保健を前面に押し出さざるを得ない事情がある。こうしたいきさつから家族計画の地域保健活動は従来もっぱら民間団体の Profamilia に譲り行政的な取組は医療施設内に限定されていた。

以上の隘路を打開すべく施策として、コロンビア厚生省は「健康の公平を目指して」なるスローガンを掲げ壮大な母子保健プログラム「コロンビア 1300」を企画し、母子保健を前面に押しながら家族計画の地域活動を展開しつつある。

今回チームはコロンビアの事情に考慮を払う一方、厚生省と実質交渉に入る前に基本方針として次の3条件を設定した。すなわち

1. 家族計画を重点にすること
2. コロンビア側に主体性のある技術協力であること
3. 評価が可能となるようパイロット・エリアを設定すること

などである。

当然のことながら、上記3条件はコロンビア側の国情および施策方針と潜在的に相入れない部分が存在することが懸念される。まず第一に家族計画を前面に押し出すことに対してコロンビア側に躊躇する理由が存在すること、第二に「健康の公平を目指して」をスローガンにしている以上きわめて限定されたパイロット・エリアを設定した時に生ずる問題点である。

幸い団長報告にもあるごとく、実質協議に入る前に厚生大臣 Amauri Garcia 氏と会見する機会を得、家族計画を重点にすることについて賛意を得ることができた。チームとしては、したがって技術協力の内容は家族計画を重点にするが、それを前面に押し出すか否かはコロンビア側の行政的な問題であると判断した。パイロット・エリアの設定についてはチームの視察しない地域は技術協力の対象としないことを付帯条件に比較的狭い地域に限定することができた。視察した地域の中でも不適当と思われる所は対象外とした。以上の努力により、チームが当初ふまえた基本方針はほぼ全面的に受け入れられたと判断した。

コロンビア国の施策方針

1. 家族計画について

コロンビア全国の出生率は低下傾向にあり1964年では7.04であったが、最近(1980年)では3.09のレベルにいたっている。しかし国内地域格差は依然として大きく低所得開発途上国のパターンを示している。

政府は教会との摩擦を避けるために家族計画指導については従来病院・診療所のみ活動に限定してきたが、今後地域活動としても展開することを表明している。医療施設における家族計画指導は今の所全国の要指導対象人口の5パーセントをカバーしているに過ぎないが、数年以内の目標として20-25パーセント程度を目指している。現在指導を受けている者のうち経済的理由によるもの40パーセント、医学的理由によるものが20パーセントであり、年齢構成別みると半数以上(58.7パーセント)が20-29歳の年齢層に当たり次いで30-39歳に多く(23パーセント)、20歳以下が14.4パーセントを占めている。

最近注目すべき現象として10代女性の出生率が増加の傾向にあり、この事は言うまでもなく合計特殊出生率を押し上げる可能性を潜在的に秘めていることから、対策として家族計画のほか思春期保健プログラムを別に検討している。また農村地域における人工妊娠中絶の増加が顕著であり、対策が急がれている。

家族計画に対する政府の包括的方針として3本の柱が立てられており、すなわち

1. 地域活動のための人的資源を確保する
2. 医療施設における家族計画の指導対象人口を拡大する
3. 政府は全国保健システムを通じ、プログラムの遂行を監督しかつ評価を行う。この中に避妊器具の品質管理が含まれる。

第一の事項については農村・へき地におけるプライマリ ケアの展開を目指したものであり、従来の伝統的な助産夫(婦)を公務員としての最低賃金で雇用することを指す。現在全国ですでに5,000人ほど活躍しており、Health promotor と称されているが、中国のはだしの医者に相当する者と思われる。地域ではHealth promotor に対する教育訓練がすでに行われており、家族

計画のほか母子保健の指導、衛生教育その他地区の文盲一掃の任にあっている。ただし不妊手術は医師でなければ行うことができない。

第二に掲げられた方針の目指す目標は1986年までに要指導対象20パーセントをカバーしたいとしており、具体的なプロジェクトは「コロンビア 1300」の中に盛り込まれている。

第三の全国保健システムとは地域のセンター病院, Regional Hospital, Local Hospital, 保健所(マラリア・センター), Health Promotor といった一連の連続した末端へと拡大する医療保健システムを指している。医師は地域センター病院にて研修を行い、保健所スタッフおよび Health Promotor の訓練はこれら医師があたる仕組みになっている。なお、保健所によってはマラリア・センターとして設置されているが実際の活動内容は栄養指導をはじめ衛生教育、家族計画指導が包括されている。

避妊器具の普及は廉価販売によって推進されており、たとえばピル周期分2ペソ、IUD5ペソで入手可能である。不妊手術は所得に応じて無料かあるいは2百-2千ペソで受けられることになっている。コンドームはアメリカ合衆国から輸入しているため割高になっており1コにつき5ペソで普及度は低い。

以上3つの柱がコロンビア政府の施策方針となっており、主な内容は啓蒙活動および保健医療スタッフの教育訓練であることから視聴覚機器の末端までの浸透を計りたいとしている。

2. 母子保健について

1982年コロンビア全国の出生率は人口千対2.7、人口増加率2.1パーセントである。妊産婦死亡率は出産千対1.7と高く、また多産多死の傾向を反映して乳児死亡率は1980年全国サンプリング調査結果によると出生千対6.0.9に達している。また1975年にも同様な全国調査を行っているので粗再生産率と共に表1に示した。

表 1

地域名	1975年		1980年	
	粗再生産率	乳児死亡率	粗再生産率	乳児死亡率
Atlancia	5.1	5.9.8	4.1	5.6.6
Oriental	5.1	6.0.9	4.0	5.3.5
Central	4.1	7.4.1	3.5	6.1.9
Pacifica	4.6	9.0.4	3.3	8.9.2
Bogota	2.8	4.5.3	2.8	4.5.3

上の表から明らかなように、太平洋岸(Pacifica)の乳児死亡率はきわめて高く、特にチョコ州では9.2を越え、全国で最高率を示している。

乳児死亡についてはすでに前回調査報告書で述べられており、また今回井関団員からさらに詳しい報告がなされているので割愛する。妊産婦死亡については妊娠、出産時の合併症によるものが大半であると発表されており、より詳しい内容は明らかでない。したがって本部分ではコロンビア政府の母子保健に対する予算の裏づけを中心に述べてみたい。

1976年における母子保健の予算は500億ペソであったが、1983年においては2,700億ペソが計上され伸び率はきわめて高い。中央政府の予算のほか地方予算も組まれており、その場合財源の一部は間接税からまかなわれる。地方予算の財源構成は中央から80パーセント、州から15パーセント、市町村が5パーセント分担することになっている。中央政府母子保健予算の枠とは別にヘルスマンパワーの人件費（通常の給料以外の投資として）として1億6千万ペソが計上されており、これは主としてHealth Promotorの人件費にあてられる。

国際機関からの資金供与は国連の14カ月プランに関するものがあり、総額106万ドルの規模である。また1985年度にUNICEFから2億ペソの供与が予定されている。上記の資金はすべて「コロンビア 1300」プロジェクト実行のために運用される予定の財源である。

予算の構成についてチームがもっとも関心を抱いた点は、他の国際機関からの資金援助による事業とJICAのそれとが別個に独立しうるか否かである。さらにたとえ事業が独立し得るとしても、プロジェクト全体のモニタリングおよび評価において他の国際機関の影響を受ける可能性があるかどうかであり、すなわち国際協力の二重性に抵触しないよう十分慎重に検討すべきであることを申し入れた。

コロンビア厚生省当局の説明によると、「コロンビア 1300」のプロジェクト内容はきわめて豊富であり、かつ事業は多岐にわたっているため他の国際機関の事業とJICAのそれとを厳密に区別することができる。UNICEF資金に関するモニタリングや評価はコロンビア側に委ねられており、国連資金についてはOPS（Oficina Pan americana de Salud：全米保健事業部）が予算配分のモニタリングに関するとのことであった。従ってJICAとの技術協力は「コロンビア 1300」プロジェクトのなかから他の国際機関のそれと交錯しない部分を選択すれば解決でき、困難でないとして述べており、JICA事業のモニタリングや評価については日本、コロンビア両国が当たることに合意した。

さらにコロンビア側からモニタリングや評価の継続性、円滑な事務処理を保証するために両国から一定人数で構成される委員会を設置することが提案された。委員会の設置により委員の一部がたとえば配置転換、辞職の場合があっても委員会の任務が遂行できるということである。

パイロット エリアの設定ならびに視察地域の实情について

ボゴタ市は人口500万を数え、全国人口の5分の1以上を占めている。近年就職の機会を求めて農村部からの人口流入が激しく、市南部に一大スラム街を形成するに至っている。このような限定された人口密集地区での家族計画・母子保健活動は大変効率が高いものと判断しパイロット エリアの一つに設定した。

農村地域では出生率・乳児死亡率を指標とすれば太平洋岸のチョコ州にニーズとして最も高い州に列せられるが、個人所得が全国最低であることやInfrastructureの不整備等を考慮してこの地域は家族計画以前の問題が山積みされていると考えられる。したがって個人所得が全国中位であり、Infrastructure等もある程度整備され加えて中央政府との交流も十分可能な地域を念頭にニーズの高い州を検討した結果アンティオキア州（Antioquia）が適当であると思われた。

アンティオキア州はチョコ州に隣接し、州北部はカリブ海に臨み海路一時間たらずでパナマ国境に達する。今回パイロット エリアと設定したのは北部アパルタード市（Apartado）およびタル

ボ市 (Turbo) であり、両市は車で約30分程度で往来できる。両市の人口は併せてほぼ50万程度である。以上視察した両パイロット エリアの具体的状況について述べる。

1. ボゴタ市

(a) Hospital de Materno Infantil

本病院はボゴタ市南部の母子保健中核病院として機能する国立病院であり、現在機構改革中であるが将来ボゴタ市全体のハイリスク患者の2分の1を扱うことを目指している。現在190床のうち110床は新生児用であり、1983年の1年間に取り扱った出産件数は1万2千に達しほとんどがハイリスク症例であることが強調された。したがって市南部の小病院および診療所からの紹介患者が多い。

産科・新生児科の教授陣を中心とする30名のティチング・スタッフを擁し、その他専門医・研修医を併せると総勢90名の医師団から構成されている。またパラメディカル スタッフ500名が従事しており付属看護婦学校も持っている。

ハイリスク症例に占めるおもな疾患は敗血症、妊娠中毒症、出血、早産であり、帝王切開率は15パーセント月間150例弱である。これは全国平均6~7パーセントをはるかに上回る数字である。

家族計画指導は道一つ隔てた別組織である市立衛生センターが担当しており、啓蒙教育が中心となっている。一日の平均利用者数は40人前後でありIUDの指導が主である。教材はポスター以外皆無で視聴覚教育はもっぱら対面の国立病院に依存している実情である。

(b) Hospital de La Victoria, Hospital Local de Soacha

両病院はいずれも南部スラム街に位置するが、ラ・ビクトリア病院についてはすでに前調査団報告書にて詳しく紹介されており、スラム街の病院にしては設備が比較的整っている。これに比してスワチャ病院はむしろ診療所と言ったほうが正確であり、設備は貧弱である。ここで発生したハイリスク症例は上記の国立病院に搬送されることになっているが、救急車等の搬送手段が確立されておらず個人的に手配するしかない。不妊手術に必要なLaparascopyは一セットしかなく手術を受けるには数カ月待たされる。

(c) Hospital Universitario Lorencita de Rosario

本院はコロンビアにおいて周産期医療の最高水準を誇る私立の大学病院であり、米国ジョンス・ホプキンス大学との技術交流が盛んである。1970年より家族計画指導に力を入れているが、有名大学だけに教会からの圧力が強かったそうである。家族計画指導の内容は啓蒙、IUD、ピルのほか特に不妊手術を多く行っており1984年を例にとると市北部患者596件、南部148件計744件施行している。大学予算は年間約6億ペソで政府から5パーセントの補助を受けている。わが国とは生殖生理に関する技術交流を強く希望している。

(d) Hospital General de Medellin National

本病院はアンティオキア州の最大都市メデジンにある国立の中核病院であり、同州に勤務する大部分の医師を育成しかつ再研修の場でもある。予算は中央政府55パーセント病院収入45パーセントの割合で編成されている。年間出産取り扱い件数は1万9千件に達し、低所得患者が80パーセントを占める。ティチング スタッフ6名を含め勤務医師数計24名である。

家族計画指導は1日60名前後で視聴覚機材としてベータマックスを導入しているが、待合室

に一台だけ設置されており篤志家の寄付により購入したそうである。また職員を対象に年4回の院内研修を行っている。

(e) Hospital Regional de Apartado, Hospital Local San Jose de Turbo
両病院ともにアンティオキア州における末端最前線病院として機能し、前者のほうが多規模が大きい。いずれもカリブ海ウラバ湾に近いため海路を通じて西側の隣州チョコからの患者も少なくない。また東州境コルドバ州側からの患者もある程度受け入れている。

現地はボゴタ市と異なり高温多湿で熱帯雨林地域であるため、マラリア・デング熱等の熱帯病が蔓延しているばかりでなく一般衛生状態が劣悪である。こうした環境は当然母子保健水準に影響を与えずにはいない。例を挙げるとすれば、入院乳幼児患者の大半は下痢による重症脱水症であり、また新生児黄疸の原因第一位はマラリアによる垂直感染から溶血性黄疸をおこしたもので、わが国とくらべきわめて異質である。

この地方では現在家庭内出産が多く、入院出産となるケースはいずれも何らかの重篤な合併症を有する者ばかりである。また逆に入院施設の絶対数そのものが不足していることから重症患者しか収容できないこともまた言えるのである。これを裏づける事実として、アバルタードの看護学校は就職病院が求められないため現在閉鎖しており、施設は代わりに Health Promotor の教育訓練に当てられている実態がある。

以上述べた低い医療水準のため当地ではプライマリ・ケアが重視されるゆえんとなり、保健所(マラリアセンター)活動や Health Promotor の活躍が期待されるところである。特に後者は各部落から推薦された伝統的な助産夫(婦)であり、広大な地域をカバーしかつマチスモ(男性優位主義)、インディアン集落の存在など文化の障害を乗り越えるために家族計画を含む活動に起用されたことは施策として十分評価できるものである。これら末端スタッフの教育訓練は病院医師が担当している。

予算面での裏づけはすでに紹介したが、アバルタード病院はそのほかオランダ政府から援助をうけており、しかし1984年5月をもって終了になる。タルボの病院は予算規模がさらに小さく、家族計画指導のために購入したベータマックスをはじめ未熟児用保育器等をパーティ開催によって得られた利益で充当している。

技術協力の内容に対する具体的なアプローチ

以上コロンビアの国情および視察地域の概況をふまえ、技術協力の内容について検討し、具体的な項目は团长報告に示されたとおりである。

考え方としては医療系列を重視し、ボゴタ市ではハイリスク症例を扱う国立病院を筆頭に衛生センター、ラ・ビクトリア病院、スワチャ診療所等市南部の末端医療保健施設までを1つの系列として扱い、アンティオキア州ではメデジンの国立病院をはじめその傘下にあるアバルタード、タルボの病院をやはり1つの系列としてとらえるとともにプライマリ・ケアの活動に力点を置いた。

ここで問題となるのは将来の評価と絡むエリアの設定であると思われる。今回の案では評価を病院統計に限るならもちろん問題はないが、エリアを行政区分によらず医療圏として設定したためエリア全体としての評価では完全性を欠けるそしりは免れない。その意味で今後検討しかつ留意すべき事項は2つあると思われる。第一に幸い今回設定したエリアはボゴタ市南部およびアンティオキア州

北部を中心とした地域に限られ、今後部分的な修正により基礎人口の把握が可能な行政エリアに再設定が可能である。第二に家族計画および母子保健水準が問題となる地域ではそもそも基礎人口の把握が困難であるため、正確な評価を期すあまりきわめて小さいエリアに限られるおそれがある。これは技術協力が「実験的」とであると受け取られる危惧があり、その上コロンビア側の「健康の公平を目指して」という施政方針と相入れない部分が生じうる。

以上の観点から今後上記の2つの問題点を配慮しつつ、調和の取れた最終的な結論が出されることを期待すると共にわが国のコロンビアに対する技術協力が実り豊かなものとなることを祈ります。

2. 小児保健

(1) はじめに

1985年2月、JICA 派遣のコロンビア人口家族計画プロジェクト協力計画策定専門家の一員としてコロンビア共和国を約2週間訪れる事が出来た。この国において日本からの国際協力が可能となった場合の提案を含め、小児保健 (Infantile Health) の面を中心に今回の訪問より得られた情報、実際に視察し確認し得た現状を報告する。

(2) コロンビア国における国民衛生の現況

厚生省医務局長 Dr. Fernando Reyes, 同母子保健部長 Dra. Magda Palacio Hurtado 及びそのチームのメンバーより説明されたものを中心に母子衛生の現況をまとめると、1982年には出生1,000人あたり57人であった推定乳児死亡率は最近の調査では出生1,000人に対し40人まで改善されている。同様に1~4歳の幼児死亡率は出生1,000人に対し1982年の7人より5.7人へと減じており、同国における乳幼児医療・保健の著しい改善がうかがわれる。(我国の乳児死亡率6.2人/出生1,000人, 1982年)

乳児医療・保健の改善に伴い乳児死亡の原因にも変化が見られている。1977年には乳児の死亡原因は、第1位：消化器伝染病、第2位：急性呼吸器感染症、第3位：周産期における死亡の順であったものが、1981年には第1位：周産期における死亡、第2位：消化器伝染病、第3位：急性呼吸器感染症の順と変化している。これは消化器伝染病に対して、環境衛生の改善及び経口補液剤の使用による脱水症の予防指導キャンペーン、呼吸器疾患に対して居住環境改善指導、予防接種の普及、体位変換法による喀痰排出の指導など厚生省を中心とした保健衛生行政の成果と考えられる。一方、1981年に乳児死亡原因第1位となった周産期における死亡の内には、出産時外傷、先天性心疾患、新生児重症感染症、その他の疾患が確定診断されぬまま原因不詳として含まれていると予測され、診断技術の改善、剖検数の向上などにより、この項目は今後さらに細分化されるものと思われる。また、診断技術向上の余地が同国には十分残っている事が厚生省より強調された。

コロンビア国内の地域別の乳児死亡率は、1980年の調査ではボゴタ地域では出生1,000人対45.3人と全国平均60.9人に比し低いが、国境周辺地域、大平洋地域、カリブ海(太西洋岸)地域、マグダレナ川流域等の政府行政サービスを受けにくい地域では乳児死亡率は高く、出生1,000人対90人と高い値を示している地域も存在する。またこの様な地域の出生率は高い。これらの地域の小児保健の改善は厚生省の最重点項目に挙げられている。

コロンビア全国規模の出生体重の統計は得られていない。同国では妊婦が妊娠初期より医療機関を訪れる割合はいまだに低く、妊娠女性の受診率は約50%と推定されている。従って医療機関が関与せず自宅などで分娩する者も多く正確な出生体重の統計は得にくい現況にある。ボゴタ地域に限って出生体重を見ると、全出生の25%が低出生体重児(出生体重2500g以下)と報告されている(我国の低出生体重児出生率、男5.2%、女6.0%)。この一つの原因としてボゴタ地区は海拔2,600mの高地である為、低地に比し大気酸素分圧が低く、母親の動脈酸素分圧は低下し、その為胎児も低酸素状態にさらされ胎内発育不良に至ると考えられている。この種の例としては米国のデンバースタディーが有名である。もう一つの原因として母体の低栄養状態の関与が想定されている。ボゴタ地区で比較的社会的経済状態の良い地区の出生体重の方が、社会的経済状態の良くない

地区のそれに比し重い傾向にある事は、上記の仮説を支持するものと考えられている。

この様な現況を踏まえ同国厚生省は、母子健康の増進及び家族計画を主眼とした強力な政策を準備し(プロジェクト 1300)その一部はすでに実施に移りその成果が期待されている。

(3) 小 括

以上の様な情報より、同国に対する家族計画・母子保健に関する我国よりの協力は次の点を基本とする事が望ましいと判断した。1.協力は4～5年間継続出来るものである事。2.家族計画及び母子保健に対象をしぼって協力する事。3.モデル地域を設定し、その地域に重点的に協力を行なう事。これらにより、我国の協力がより能率的かつ効果的に同国に作用する事が期待され、また効果の判定をより明確にする事が可能と考えられる。

(4) モデル候補地の現況

モデル地域として都市部1地域及び地方1地域を選定し、実際に現地を視察しモデル地としての適否を検討した。この際モデル地域を行政区画にとらわれず、たとえその地域が複数の州市町村にまたがっていても現実にその地域の住民が1つの中心的医療機関によりサービスを受けていると判断した場合には、それ全体を1つの機能的モデル地域として考えた。

1) ボゴタ地区

Hospital de Materno Infantil

ボゴタ都立の産院で、道路をへだてた向い側にあるボゴタ都立総合病院の産科・新生児科の役割も有し、High Risk Pregnancy, High Risk Baby を中心にボゴタ地区の南半分をカバーしている。分娩数は12,000/年でその内15%は帝王切開による分娩、10%は吸引分娩である。その他に、少なくとも1日に1例は他院(保健所、個人病院など)より紹介転送され入院している。また1日外来300人の小児科患者を診察している。小児科用には190ベッドを有し、その内110ベッドをHigh Risk Baby に使用している。医療スタッフは教授30名(産科22名、小児科5名、病理2名、放射線科1名)、その他に専門医として産科29名、小児科27名、小児外科3名、麻酔科8名、その他テクニシャン20名を有し医療にあたっている。新生児病棟の勤務は、教授1名、小児科医師3名、インターン+卒後訓練医2～3名で1チームを構成し、この構成を有する5チームが、1日3交代で24時間医療体制をひいている。この様に人員的な医療水準は非常に高い。

小児科部長 Dr. Edger Rey に案内されて病棟を見学した。病棟内は清潔で整備されているが、小児科用の医療器材、例えば心電図モニター、微量補液ポンプ、光線療法ユニット等は極端に少なく、病院全体で各1～3台程度しか保有していない。呼吸管理はレスピレーターが1台あるのみで、他の呼吸管理器具は酸素マスク及びアンビューバッグのみである。血液ガス分析器は1台設置され正しく作動していた。

現場医師の職業的使命感はきわめて高く、必ずしも十分とは云えぬ器材を用いながらも高い水準の医療を保っていると感じられた。ただ、彼等の医療水準を以ってしても、患者が搬送されて来た時点ではすでに回復不能の状態にまで症状が重篤化している例も多く、住民の疾患及び病状に対する教育の重要性が痛感された。

現場医師の能力を十分に生かすだけの器材が不足している実情が現場より熱心に訴えられた。今一つの問題点は、同国の関税、貿易障壁の為部品の調達が見つかず、せっかく導入した医療器

材が故障した場合に修理する事が難かしい現況にある点である。この事は、同国へ医療器材協力が今後行なわれる場合特に注意すべき点と思われる。即ち協力器材は現地に代理店があり保守点検、故障部品の調達が可能である事が絶対に必要で、また標準ガス、試薬などを必要とする高度精密機器（血液ガス分析器など）は、現在同国で最も多く用いられている機種と同一のものを準備し、共通の標準ガス、試薬などの利用を可能にすべきである。

Población de Soacha-Sur

ボゴタの北隣にある郊外町で、住民の多くは職を求めて地方より出て来た人々である。この病院には小児科専門医は勤務しておらず、小児科の入院施設は正常児が退院までの間とどまる分と、一般小児用のものが数ベッドあるのみで、設備も十分とは言えない。即ち、Primary Careの為の最小限の設備を有しているにすぎず、ここでより高度の治療を要す病児が出産した場合又は搬入された場合は、ボゴタの病院まで自動車か一般路線バスで搬送する。

ロサリオ大学

ボゴタ市街の北部に位置し、ボゴタ市北部 $\frac{1}{4}$ の分娩をカバーしている。同大学は創立30年を経た私立大学で、古くより家族計画問題にも取り組み成果を上げている。分娩数は600/月で、未熟児の出生率は約10%と説明された。院内は設備もとのっており保育器、レスピレーターも十分準備されていた。同大学の産科は医療水準が特に高く、我国からの超音波断層診断技術の導入及び人材の交流の拠点として適切であると考えられる。

Hospital La Victoria

ボゴタ市の南部に位置する都立病院で同市の $\frac{1}{5}$ の面積、80万人の人口をカバーするボゴタ都立としては3番目の規模を持っている。小児科は36ベッドを有し、その他に保育器10台を持っている。分娩数は約5500/年でその内10%が未熟児である。外来の新生児の患者数は80/月で、その内の5%が他院より搬入される病児である。小児科医師は10名で、新生児専門医が昼・夜交代の24時間体制で各1名ずつ勤務についている。小児科・新生児病棟は清潔感があり保育器も米国Ohio社製の新式のものに配備されていた。新生児の呼吸管理は、病室内に搬入した酸素ボンベから保育器内または酸素テント、マスクに酸素を補給する。同院には血液ガス分析器がなく、どうしても血液ガス分析が必要な場合は車で約20分を要する前出のMaterno Infantil 病院まで検体を搬送し検査している。現場医師は血液ガス分析器の必要性を強調していた。

ii) アンティオキア地域

アンティオキア州は北端はウラバ湾、カリブ海に面し、東はコルドバ州、西はチョコ州と接する同国東北部の中心的な州で、州都は同国第2の都市メデジンである。

Hospital Regional de Apartadó

アパルタドは、アンティオキア州の北部にある人口8万の市で、州都メデジンよりプロペラ機で1時間の地点にある。同市は極低海面レベルにある為、気候は熱帯雨林気候でマリアの流行地であり、その他の伝染病、風土病の発生率も高い。同市はパナマ国境にも近く、市郊外ではゲリラの活動も散発的に見られ同地区の住民は政府の医療サービスを必ずしも十分には受け難い状況にある。この病院はアパルタドにある地区病院で、医師14名（うち小児科専門医1名）が勤務している。小児科の外来患者数は1才以下のみで2100/月で、小児科病棟は24ベッド（う

ち新生児用8ベッド), その他に保育器3台を有する。小児科疾患は急性腸炎・脱水, 肺炎, マラリアが大部分をしめ, 新生児仮死による死亡率は60~70%の高率に及んでいる。ここでは新生児体温調節の為の保育器の必要性が強調された。高度脱水と思われる乳児がショック様脱水顔貌で救急室で補液を受けていた姿は, 今も目に残っている。

Katios村(アパルタド近郊のインディオ部落)

カティオス村はアパルタド市街よりジープで約1時間の距離にあり, 戸数16戸, 人口61人の規模のインディオ部落である。村の入口から集落までは車を使用する事は出来ず, 馬又は徒歩で集落に到達する。

コロンビア国には Promotor の制度がある。Promotor とは村又は町の保健担当者で, 簡単な外傷の処置, 応急薬の投与, 分娩の介助, 家族計画の指導など住民にとっては最も身近な医療サービスの提供を行なう。

我々が訪れたカティオス村の Promotor, Harocio Bailarin氏より現地で説明を受けた。同地では, 女性は15~16才ごろより妊娠し始め, 一生の内10~12回妊娠するようである。その内4~5回は出産する。分娩様式は一種の座産で, 木の横棒におおいかぶさる様にしてその木を腹部に当て妊婦はうつぶせの型で分娩する。臍帯は結び目を作り結紮する。胎盤は娩出後土の中に埋めて処分する。氏はすでに2度, 同村の分娩の介助を行なっている。

家屋は上床式で植物の葉で屋根はふいてあり, 一部屋のみでその広さは日本間の約10畳程度と思われる。その一角に寝台があり(広さ約2畳)そこで家族全員(約5名)が眠る。他の一角にかまどが作られており, そくに2~3個の鍋釜がおかれている。

彼等の主食は, 村の周囲で栽培しているトウモロコシで, 馬, ニワトリなども飼育している。

この様な村5~6ヶ所を1つの保健所が管理している。カティオス村を管理する保健所も訪問した。そこには村の家屋配置, 住民数を示す地図が貼られ, マラリア患者は色分けされて示されていた。同保健所では住民の血液検査を行ないマラリア患者の把握に努めている。保健所の壁に貼られているポスターは, 部屋をきれいに清掃する事, 入浴し身体を清潔に保つ事が健康の為に重要である事を強調していた。

Hospital Local San José de Turbo

アパルタドの北方ウラバ湾に面する町タルボにある地方病院で, 分娩数約1800/年; 5歳以下の小児の入院数900/年で, 医師は一般医のみ7名が勤務している。かなり多数の人口をこの病院はカバーしていると思われ外来は病人でこった返していた。現場医師からは, 子供の栄養, 下痢の対策, 妊娠中の栄養などがさししまった問題で, 保育器の不足が訴えられた。

Hospital General de Medellin

アンティオキア州の州都メデジンの中心部に存在する総合病院で, メデジンに3校ある医学部の教育病院ともなっている。分娩数1800/月で出産の5%が低出生体重児である。小児科は85ベッドを有し, うち30床は保育器である。病棟内は清潔で未熟児室ではガラス張りの大きな窓越しに児と面会出来る。同病院では出生時体重600gの未熟児も生存しており, 医療水準の高さが想像できた。

(5) まとめ及び提言

コロンビア国の医療水準は高く, メディカル及びパラメディカルの職業的使命感は, 我国のそれ

に優るとも劣らぬものが感じられる。この国に日本からの家族計画・母子保健の協力が実現すれば、それは必ず同国の保健・医療の向上、ひいては両国の友好を高める一助となる事は疑いのない所である。

小児保健のみについて述べると、小児医療の現場では、医療サービスへの住民の需要は高く、その需要に必ずしも十分な供給が行なわれているとは言えない様に感じられる。特に人的医療資源に比し、医療器材の数的、質的な遅れがある様に思われる。

JICAの基本方針である技術指導を含む人的交流をこの協力で生かす為には、協力の中心となる技術において日本が秀れ、かつ協力対象国がその技術を必要とし、その協力による成果が、所期の目的である家族計画・母子保健の改善に寄与する事が必要である。その様な意味において、本プロジェクト事前調査団報告書で述べられている様に、超音波断層診断装置の供与とその診断技術の指導は最も適切な協力項目と思われる。それと同時に同国の医療の最前線で必要としている医療機器の協力は、きわめて効果的な役割を果たし得ると確信する。

今後このプロジェクトが今回の調査団の経験を踏まえ、最も適切な国際協力へと発展する事を心から願うものである。

3. 総 括

コロンビア国に対する1985年度の国際協力事業団の医療協力チームは別紙の如くの団員構成をもって1月30日より2月16日までの期間、当該機関との協議・調査活動を行った。

折からコロンビア国には本チーム到着1カ月前、日本国閣僚として初めて安倍外相が訪問し同国のフンギート蔵相と水力発電所向け供与として206億円の借款に調印した直後であり、両国間の国際協力が拡大基調にある背景のもとでの医療協力協議のチームであった。

初めに本チームに課せられた性格を明らかにしておきたい。本チームは国際医療協力の中でもコロンビア国との協力にあたっては、とくに家族計画・母子保健に関する事項を中心として可能性を探ること、協力実施にあたっては我が国の約3倍の面積をもつコロンビア国に明確な拠点を設けること、出来れば次回チームをいわゆるR/D Missionとすべく以上の目的を盛り込んだR/D formの素案作りをcounterpartであるコロンビア国厚生省と協議することなどが主たる任務であった。

成果を先に記せば、本チームは上の課題を充分に果して帰国したものであると思われる。以下にその成果と今後の留意すべき点を総括的にまとめた。

まず第一に今回のJICA医療協力チームのコロンビア側の実質協議者を整理しておかねばならない。本チームは幸いにもコロンビア国厚生省の長であるAmauri Garcia Burgos 厚生大臣に実質協議直前と協議終了直後の二回にわたって会見の機会を得ることが出来た。初回の会見の際には日本側から本JICAチームが家族計画・母子保健を協力の主眼としたいこと、コロンビア国内の協力の拠点を明確にしたいこと、協力期間を約5年としたいことの三点を申し入れたことに対し大臣から明らかな賛同が得られた。約2週間後の実質協議終了直後の再会見の際も、協議の成果を評価する旨の発言があり、厚生省の長との意志疎通が充分はかられたものと解釈した。本チームは他に同国厚生省の副大臣 Dra. Beatriz De La Vega, 次官である Dr. Francisco Yepes Lとも精力的に会見し、意志の統一に努めた。一方、実質協議者としては医務局長である Dr. Fernando Reyes Romero と終始、細部のつめを行った。本官はまた今回のチームの地方視察にも同行し、コロンビア国内の地方における医療協力についても本省の担当行政官と現地で細部を協議することが可能であった。さらに医務局長下にある母子保健部長 Dra. Magda Palacio Hurtado, 人口動態部長(家族計画部長) Lic. Luz Helena Martinez De Duqueらが医務局長との実質協議の際つねに同席し、実質者レベルとの意志徹底をはかった。このほか本チームはコロンビア国の国際協力の窓口である同国企画庁に対しても前後2回訪問し、本チームの目的と協議成果を報告した。

第二に本チームの実質的成果について説明を加えたい。

本チームは限られたコロンビア滞在中に家族計画・母子保健に関する向う5年間の医療協力の骨子を作り上げることが出来たが、これは以下の点に留意して行われた。

- (1) 医療協力はコロンビア国土全体に行われるものでなく、必要度を認め、かつ効果が期待しうる地域に焦点を定めること。
- (2) 技術指導を伴う器材の供与。
- (3) 人的交流のプログラム作り。
- (4) 家族計画・母子保健に関するコロンビア国内における中堅技術者養成研修セミナーに対する協力。

(5) R/Dの素案作り。

(1)についてはボゴタ市南部のスラム地区とパナマ国境に近い国境周辺地域の二点に拠点を絞ることに成功した。いずれの地域もいわゆる現代医療の恩恵に浴する機会の少ない地域であるが、前者は中南米独特のいわゆる大都市にみられるスラム地域であり、電気・上下水道その他生活の基本的条件も充分ではない。その対象人口は約100万人と思われる。後者は高温多湿の国境周辺であり具体的にはChoco州、Artioquia州、Cordoba州のとくに北端の地域である。三州にまたがっているがいわゆる行政区画とは別に、実際の医療サービスは中央に位置するArtiquia州がこれら国境周辺地域をカバーしている現状をふまえて判断した。実際の医療協力はこの二地域にあまねく行うものではなく、協力の効果を最大に引き出すために、彼の地の医療行政の系列を重要視し、これを利用することとした。すなわち、これら二地域は大病院→Regional Hospital→Local Hospital→保健所→Promotorという機能的連がりが存在する。ここでPromotorとは、必要最少限の薬剤・器剤をバッグにつめて戸別訪問して歩く最先端の人間をさす。ボゴタ市南部スラム地区では国立大学医学部母子センター(Hospital Materno Infantil Nacional)とCentro de Salud→La Victoria Hospital→Hospital Local de Soachaという系列、後者ではHospital General de Medellin→Hospital Regional de Apartado→Hospital Local San José de Turbo→promotorという医療施設の系統に沿って供与器材の種類と人的交流の程度を定めた。またボゴタ市内のロザリオ大学医学部については同校がコロンビアにおける最も程度の高い医療水準を維持している医学部であり、将来のhigh levelの人的交流を側面から支持することを期待して追加した。

(2)の供与器材については、本チームが最も腐心したのは医療協力にあたって、たんなる器材供与にとどまらず、供与された器材に人的交流が伴うものとするのであった。このため母子保健関係では一例をあげれば、産科関係の超音波断層画像診断装置(Ultrasonography)を供与することとした。同装置はわが国のhigh technologyの所産であり、後に診断技術の指導・交流という余地が充分あり、実際コロンビア国においても要求度のもっとも高い器材であった。尚、器材供与リストは本Missionが該当する全ての地域・医療施設について実施検分した結果を総合的に判断して決めたが、器材リスト作成後はコロンビア側にこれを呈示し5年間の供与優先順位を打診し、その要求に沿えるよう努力した。高度の器材以外にも家族計画・母子保健の最末端で活躍するpromotorに5年間で合わせて1,000バッグ分の簡易器材等を提供し、末端での医療協力の浸透をはかった。

(3)の人的交流については、わが国に受け入れる研修者は年間2名、5年間で約10名とし、わが国から派遣する専門家も年間2~3名とすることで合意をみた。とくにわが国から派遣する専門家は初年度は器材供与が始まる前でもあり、家族計画の技術・研究に関する専門家が望ましいと思われた。

(4)のコロンビア国における研修セミナーに対する協力については、厚生省がJICAの医療協力が今回初めてであり、中堅技術者養成研修セミナーに対するJICAの援助にいくつかの制約のあることを充分納得させることに重点をおいた。この件については、協力の実施開始後、いくつかの具体例の要求が行われるものと思われる。

(5)最後に本医療協力に関して近い将来、締結、調印されるべきR/Dの素案作りの成果をまとめたい。締結・調印文へのコロンビア側の署名者が誰になるか現時点では決定をみていない。

Annex を含めて他項目は鋭意、各所を説明し、本チームとの協議の時点では厚生省との間で大きな対立はみられなかった。今後調印までに両国の専門家による文章細部のつめに期待する。

尚、R/D には文章として盛り込まれていないが本医療協力は国際連合（UN）を含めて他の国際協力とは一線を画し、独立して行われる旨、協議の場で確認した。

限られた期間であったが、向う5年にわたり、わが国とコロンビアの医療協力の骨子がここに作りえたものと確信する次第である。

第三にわが国の医療協力とラテン・アメリカ諸国の関係、とくにコロンビア国を対象とする意義について記したい。コロンビアに限らずラテン・アメリカ諸国に共通した問題としては、いわゆる第1次石油ショックを境にとくに著明となってきた先進国との隔差の問題がある。現在、中南米全体の債務総額は3,500億ドル以上ともいわれ、輸出収入の大部分は債務支払いに消えてしまうのが現状である。その結果、ラテン・アメリカの多くの国々は増加する対外債務と返済期間の圧迫があり、国内的には極端な経済不振と著しいインフレ、人口の都市集中化が顕著になってきた。具体的には出生率や乳幼児死亡率の増加を含む人口問題や現政治体制に不満をもつゲリラ組織に手をやく国々も少なくない。加えてアメリカ合衆国の援助は医療協力に限っても次第に減少の傾向にあり、UNを含めて他の国際機関からの援助・協力も現状維持が精一杯で大きな増加は見込めない。

この中であってコロンビアは他の南米諸国に比していくつかの点で比較的安定している国家といえる。外貨準備高も僅かであるが黒字であり、途上国としては珍しく累積債務問題が深刻ではない。また外交政治の立場は、中米紛争の包括的和平を追求するコンタドーラ・グループ（コロンビア、メキシコ、ベネズエラ、パナマ）の中心的役割を果たしている。コロンビア国内に目を転じると、この国は南米大陸の北端に位し、パナマ、ベネズエラ、ブラジル、エクアドル、ペルーと国境を接し、わが国の約3倍の国土を有する。しかしながら真に文化的生活を営めるのは標高2,000mを越えるいわゆる「ユンガ」あるいは「シェーラ」地帯と呼ばれる地域に限られ、海拔0mに近い地域は赤道直下の高温地帯となっている。1982年の人口は約2,800万人、紀元2000年における推定人口は約3,800万人とされている。人口増加率は1.9～2.2%、人口密度24人/km²、出生率26、乳幼児死亡率63、死亡率7、一人当たり年間所得約1,000米ドル、文盲率18%となっている。

以上を総括してみると、わが国の家族計画・母子保健に関する医療協力の対象としては、そのサイズを考えると、まず適当な大きさと条件を有していると考えられる。さらに、これまでわが国の家族計画に関するプロジェクトがアジアに偏っていたのに反し、今後その対象地域を中南米に広げる際に最初の協力国として種々の条件が一応揃っているものと思われる。

第四に本医療協力を受け入れるコロンビア側の素地であるが、折から厚生省を中心に「Asistencia Técnica Financiera Programa Materno Infantil Y Dinamica de la Poblacion」と称する一大Projectを展開中であり、その骨子は多産・多死という同国、人口統計が抱えている状態の改善、とくに乳幼児死亡低下を主眼とするものである。そのため今回の家族計画・母子保健に関する医療協力は時流に極めて一致したものである。同国のこのprojectは、その書類番号にちなんでproject 1300（Proyecto Colombia 79/PO/UNFPA/1300）と呼ばれ、大都市のスラムと同国の国境周辺地域をとくに対象としたものである。前述の如くコロンビアの1982年の人口動態統計の中で出生率は26（日本12.8）、乳児死亡率は63（日本6.6）であるが、全人口の70%が都市に集中しスラムを形成し、国境周辺地域では医療の恩

恵に浴さない地域も散在し、これら地域は統計上の出生率・乳幼児死亡率の数値を遙かに上まわる状態であることは想像に難くない。

本 Mission の協議成果は以上であるが、協力実施後、留意すべき点も以下にまとめておきたい。

その第一はコロンビア側の政治体制の変化である。中南米諸国の中では現在、比較的、政治的安定を標榜するコロンビアであるが、現ベタンクール体制は一応 1986 年 5 月までであり、同月には全国選挙が予定されている。この国の大統領は国民の直接選挙で選ばれるが、厚生大臣を含めた閣僚に関しては、大統領任期中に何度か交替して来ている。本チームと前チームとの間に厚生大臣も Dr. Jaime Arias から Dr. Amauri Garcia Burgos に替っており、局長以下の実務担当者も幾度か更迭された。本国際協力も counterpart が替る度に提案される新しい project にいたずらに振り廻されることなく、初期の目的の完遂を心がけることが肝要と思われる。各年度に派遣されるチームはこの目的の遂行のため常に最良の方法を探る修正チームであることを期待する。

第二に中南米における北米とくにアメリカ合衆国の影響である。コロンビアは本国スペインを除くと最も正統的なスペイン語を話すいわゆるスペイン語圏諸国の一つである。しかしながら厚生大臣はじめ厚生省の要職にある者の多くは何んらかの形でアメリカ合衆国で学んだことがあるか、あるいはアメリカの医学教育の影響下にあったと判断出来る。本国際協力の実施にあたって、しからばコロンビア側に米国式の機能主義を期待しうるかと言えば答は否であり、日本式の根まわし主義があてはまるかと言えば、これも否である。コロンビアはあくまでコロンビアであり、将来の国際協力もラテン・アメリカの文化を充分理解することから始めねばなるまい。この国では東京での机上での計画やアメリカ式ビジネスに慣れた者の提案がそのまま受け入れられる可能性はまず零と思わなければならない。

第三に供与器材に関する二、三の問題である。その一は器材とくに高度技術の盛り込まれた器材の保守・点検修理の問題があげられる。メンテナンス・サービスなくしてこれら器材の初期の性能は期待出来ないからである。その二は器材に付随した記録紙・ポラロイドフィルムなどの補給の問題である。施設によるとこれら付属品の購入が必ずしもスムーズに行くことが期待出来るとは限らない。その三は器材のコロンビアにおける関税・荷上げ・通関の問題がある。国際収支を睨んでほとんどの外国製品の輸入を制限しているコロンビアでは R/D 調印後も必ずしも供与器材がわが国の常識の速度で使用現場まで到達出来ないことを懸念する。

第四は中堅技術者養成対策費すなわち研修セミナーなどへの協力の問題がある。本チームは機会あるごとに JICA のこれに対する協力量針について理解を求めてきたが、ラテン・アメリカでは日本式の旅費や滞在費に対する参加者全員の領収書という概念が理解されにくい。運用の仕方によっては多大な成果をあげうる研修セミナーであるから今後も可能な協力が続けられるよう各チームの努力に期待したい。

最後に、この種の家族計画・母子保健に係わる国際協力の場合、一挙に最良の方法を見出すことは必ずしも可能ではなく、協力が実施したのちもある程度の軌道修正は必要であろう。このためにも、現地の家族計画にきめの細い配慮を行うことは不可欠で、以後のチームの団員構成にも、わが国の臨床の最前線で実際に家族計画・母子保健に携わる各層の人々、とくに助産婦・看護婦を加えて今一度細部を検討することも必要であろう。

最後に本チームに参加していただいた団育各位に深謝の意を表したい。もし本医療協力が成功裏に行われたとしたら、団員各位の現地における日夜の努力を多としたい。

