

ニカラグァ国
保健医療プロジェクト
基礎調査団報告書

平成11年5月

国際協力事業団
医療協力部

序 文

ニカラグァ共和国は、ホンデュラス共和国とコスタ・リカ共和国に挟まれた中央アメリカ最大の面積を有する国です。1990年に約10年間続いた内戦の終結後、着実に経済復興が進んでいるものの、人口の約50%が貧困層で、保健医療水準も近隣地域に比較して低い状況にあります。保健医療サービスにおいても、施設の老朽化、管理運営能力の欠如および人材不足など深刻な問題を抱えています。

このような状況の下でニカラグァ共和国政府は、国民に公平で効率的な保健サービスを提供することを目的として、地域総合保健サービスシステムの強化や予防と治療の統合を含む保健セクターの改革を推進しています。

わが国は、内戦の終結と民主政権の成立を機に社会開発・貧困対策等を重点とする対ニカラグァ共和国援助を大幅に拡充し、保健医療の改善を支援しています。

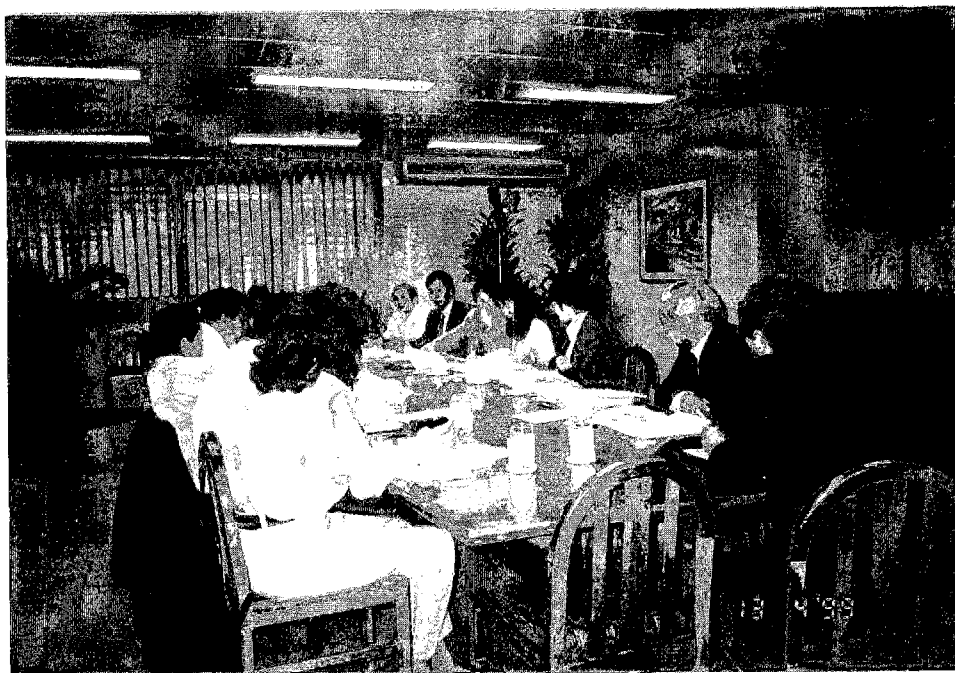
国際協力事業団は、ニカラグァ共和国における保健医療関連基礎情報の収集と、これに基づく技術協力プロジェクトの発掘を目的とする保健医療プロジェクト基礎調査団を平成11年4月9日から4月25日まで派遣しました。

調査団は、ニカラグァ共和国政府関係者および国際協力機関担当者との意見交換とグラナダ県内の保健医療施設の視察を中心とする調査を実施しました。本報告書は、現地調達で収集した資料の分析と関係者との意見交換の結果を取りまとめたものです。

今回の基礎調査の実施にあたり多大なご協力をいただきました関係者各位に対し、深甚なる謝意を表する次第です。

平成11年5月

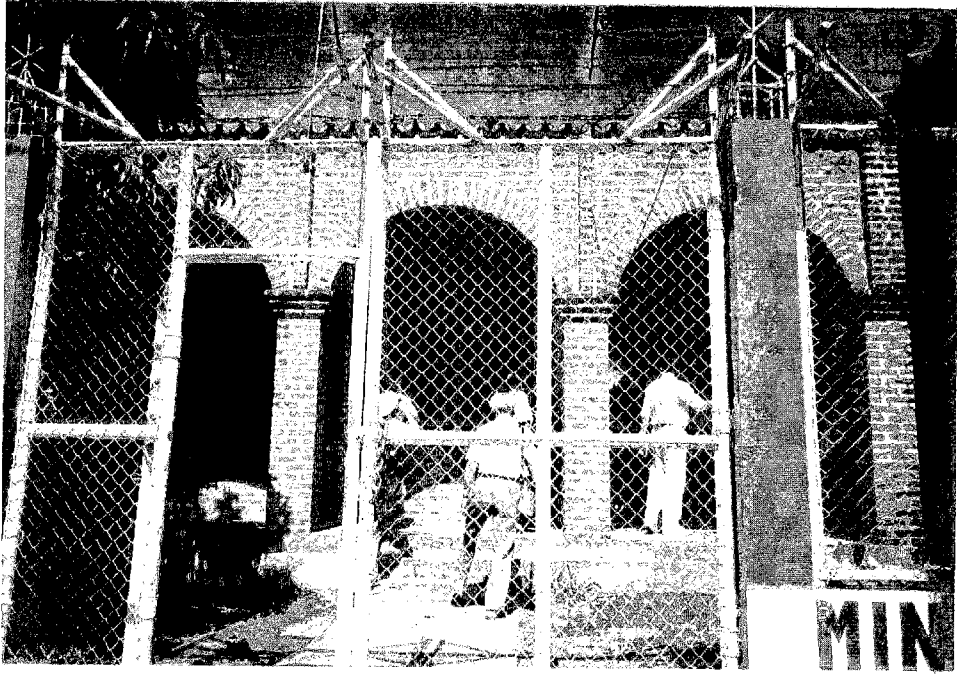
国際協力事業団
理事 阿部英樹



保健省協議風景



グラナダ病院緊急診療部風景



グラナダ SILAIS 事務所外観



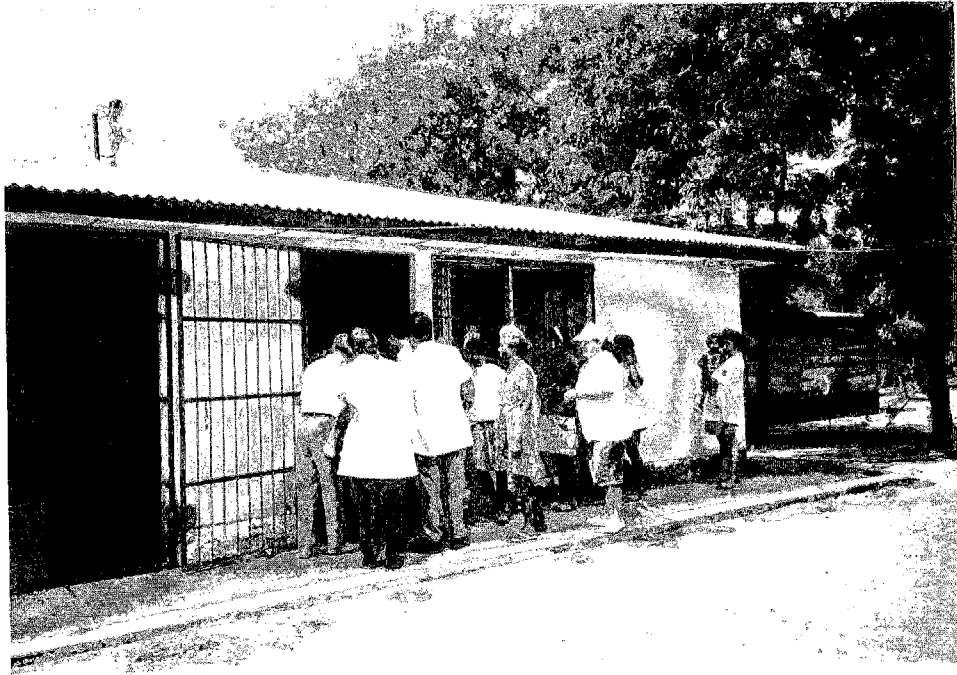
Los Breñas P/S(ナンダイメ Municipio)診察風景



Rommel Carrasquilla C/S(ナンダイメ Municipio)
患者待合風景



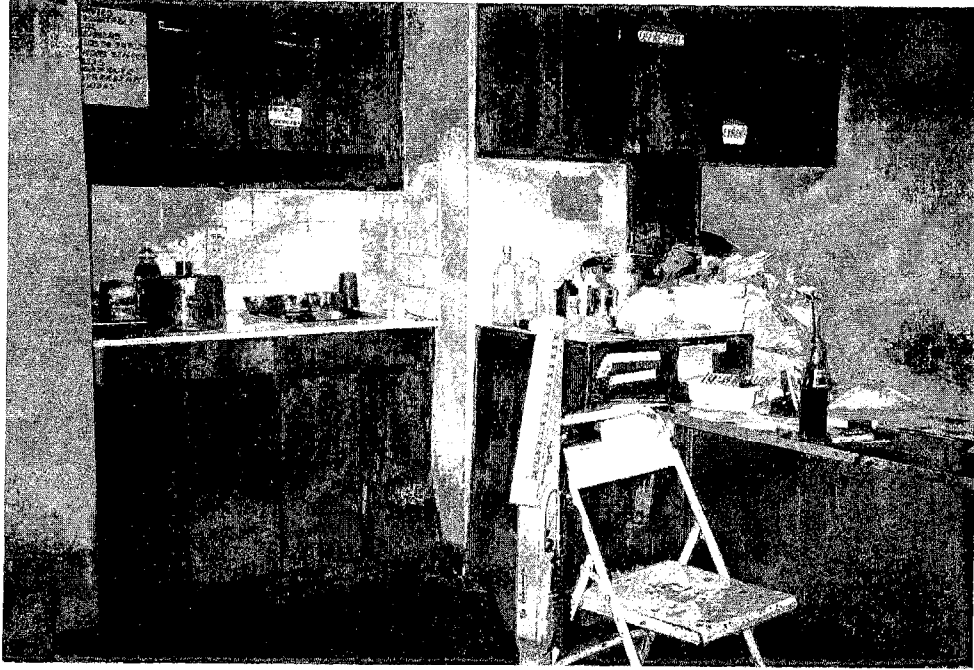
Rommel Carrasquilla C/S(ナンダイメ Municipio)診察風景



Cooperativa Bernardino Diaz Ochoa Casa Base
(ナンダイメ Municipio)



Presa Candelaria コミュニティ(ナンダイメ Municipio)



Malacatoya P/S(グラナダ Municipio)の診察室



Municipio 事務所から来た看護婦による指導風景
(Tepalon Casa Base、グラナダ Municipio)



Tepalon コミュニティ広場(グラナダ Municipio)



グラナダ市内の民間薬局(グラナダ Municipio)



グラナダ Municipio Jorge Sinforoso B. C/S
の経口補水治療室(ORU)



グラナダ Municipio Malacatoya 地区の共同井戸

ニカラグア共和国全図



出典：COUNTRY PROFILE 1998 - 99 NICARAGUA, THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED、1998

略語表 1 (西語 日本語)

略語	西語	日本語
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional	スペイン国際開発庁
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos	米国国際開発庁
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	子供の病気の統合的管理
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	米州開発銀行
CEMED	Centro de Mantenimiento de Equipo Médico	医療機器維持管理センター
CIES	Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud	保健医療調査研究所
CIPS	Centro de Insumos para la Salud	保健医療投入財センター
C / S	Centro de Salud	保健センター
DGNIM	Dirección de Normalización de Insumos Médicos y No Médicos	医療投入財標準化局
EIN	Empresa de Insumos No médicos	非医薬消耗品公社
EMAIN	Empresa Médico Alemán Nicaraguense	ドイツ・ニカラグァ医療公社
ETS	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	性感染症
FONMDT	Fondo para la Maternidad e Infancia Seguras	母子保険基金
INSS	Instituto Nicaraguense de Seguridad Social	社会保険庁
MINSA	Ministerio de Salud	保健省
OMS	Organización Mundial de la Salud	世界保健機関
OPS	Organización Panamericana de la Salud	米州保健機構
PAI	Programa Ampliado de Inmunización	予防接種拡大プログラム
P.ORIENT	Policlínica Oriental	ポリクリニック・オリエンタル
P / S	Puesto de Salud	診療所
RAAN	Región Autónoma Atlántico Norte	大西洋自治北部
RAAS	Región Autónoma Atlántico Sur	大西洋自治南部
SCE	Secretaría de Cooperación Externa	対外協力庁
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida	後天性免疫不全症候群
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud	地域総合保健サービスシステム
SIVIC	Sistema de Información y Vigilancia de Insumos Críticos	重要医薬品在庫管理システム

略語表 2 (英語 日本語)

略語	英語	日本語
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ARI	Acute Respiratory Infection	急性呼吸器感染症
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CPR	Contraceptive Prevalence Rate	避妊普及率
DHS	Demographic Health Study	人口統計・保健医療調査
DPT	Diphtheria, Pertussis and Tetanus	三種混合ワクチン (ジフテリア、百日咳、破傷風)
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大プログラム

略語	英語	日本語
ESAF	Enhanced Structural Adjustment Facility	拡大行動調整融資
EU	European Union	欧州連合
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GIS	Geographical Information System	地理的情報システム
GNP	Gross National Product	国民総生産
GTZ*	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力庁
HDI	Human Development Indicator	(UNDP) 人間開発指数
HIPC	Heavily Indebted Poor Country	重債務貧困国
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウィルス
IDA	International Development Association	国際開発協会
IDB	Inter-American Development Bank	米州開発銀行
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
IMCI	Integrated Management of Children Illness	子供の病気の統合的管理
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
IUD	Intrauterine Contraceptive Device	子宮内挿入避妊具
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力事業団
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	日本青年海外協力隊
KfW*	Kreditanstalt für Wiederaufbau	ドイツ復興金融金庫
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MMR	Measles, Mumps and Rubella Combined Vaccine	三種混合ワクチン(麻疹、流行性耳下腺炎、風疹)
NGO	Non-Government Organization	非政府機関
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OPV	Oral Polio Vaccine	経口ポリオワクチン
ORS	Oral Rehydration Salts	経口補水塩
ORT	Oral Rehydration Therapy	経口補水療法
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルスケア
PHN	Population, Health and Nutrition Program	人口・保健・栄養プログラム
STD	Sexually Transmitted Diseases	性感染症
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的助産婦
TFR	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
TT	Tetanus Toxoid	破傷風トキソイド
UNDP	United Nations Development Programmes	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WFP	World Food Programme	世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WID	Women in Development	開発と女性

* ドイツ語 日本語

目 次

序 文
写 真
地 図
略語表
要 約

1 . 基礎調査の概要	1
1 - 1 調査団派遣の目的	1
1 - 2 調査団の構成	1
1 - 3 調査日程	1
1 - 4 訪問先および面談者	2
1 - 5 ニカラグアの概要	5
2 . ニカラグアの保健医療の現状	8
2 - 1 保健医療行政	8
2 - 1 - 1 中央保健医療行政	8
2 - 1 - 2 保健予算	8
2 - 1 - 3 地方保健行政	8
2 - 2 国家保健政策	12
2 - 2 - 1 国家開発計画 (Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000)	12
2 - 2 - 2 国家保健政策 (Politica Nacional de Salud 1997-2002)	12
2 - 3 保健医療サービス供給の現状	13
2 - 3 - 1 保健医療施設および医療従事者の配置状況	13
2 - 3 - 2 医薬品・衛生材料およびワクチンの供給システム	14
2 - 4 保健医療にかかわる人材養成の現状	15
2 - 4 - 1 医療従事者の養成	15
2 - 4 - 2 地域の保健活動に従事するその他の人材の養成	17
2 - 5 人口・保健データ	17
2 - 5 - 1 人口、出生および死亡	17
2 - 5 - 2 疾病構造	18

2 - 5 - 3	母子保健、家族計画、リプロダクティブ・ヘルス	19
2 - 5 - 4	保健医療情報システム	21
3	グラナダ県の保健医療の現状と問題点	22
3 - 1	グラナダ県の一般事情	22
3 - 2	グラナダ県の人口・保健データ	22
3 - 2 - 1	人口、出生および死亡	22
3 - 2 - 2	疾病構造	24
3 - 2 - 3	母子保健、リプロダクティブ・ヘルス	25
3 - 3	グラナダ SILAIS の組織、人員、予算および政策の進捗状況	27
3 - 3 - 1	グラナダ SILAIS の組織および予算	27
3 - 3 - 2	グラナダ SILAIS の優先課題とプログラム	30
3 - 4	保健サービスの現状	30
3 - 4 - 1	保健医療施設および医療従事者の分布状況	30
3 - 4 - 2	一次レベルの保健医療サービスの現状と問題点	32
3 - 4 - 3	二次レベルのグラナダ病院の現状と問題点	37
3 - 5	住民参加	40
3 - 5 - 1	関係者からの聴取	40
3 - 5 - 2	住民参加に関する協力案	44
3 - 6	地域保健	45
3 - 6 - 1	グラナダ県の地域保健に関する考察	45
3 - 6 - 2	地域保健関連の社会・文化的状況と問題点	47
4	援助の動向	52
4 - 1	国際機関、二国間援助機関の動向	52
4 - 2	国際機関、二国間援助機関の地域保健への協力	53
4 - 2 - 1	UNICEF	53
4 - 2 - 2	PAHO/WHO	53
4 - 2 - 3	世銀	55
4 - 2 - 4	USAID (アメリカ合衆国)	57
4 - 2 - 5	GTZ (ドイツ)	58
4 - 2 - 6	AECI (スペイン)	58

4 - 2 - 7	World Vision	61
4 - 2 - 8	日本	62
4 - 3	他の援助機関との連携の可能性	64
5	結論と提言	65
5 - 1	グラナダ SILAIS における地域保健改善のニーズ	65
5 - 2	提言	66
5 - 3	プロジェクト方式技術協力実施にかかわる留意点	69
6	参考資料	71

附属資料

	グラナダ県全図	75
	Municipio 別地図および保健医療施設配置図	79
- 1	Granada Municipio (都市部)	79
- 2	Granada Municipio (農村部)	80
- 3	Nandaime Municipio	81
- 4	Diriomo Municipio	82
- 5	Diria Municipio	83
	Municipio 別保健医療施設の概要	84
1 - 1	Granada (都市部).....	84
1 - 2	Granada (農村部).....	85
2	Nandaime	85
3	Diriomo	86
4	Diria	86
	調査団英文レポート	87

図表目次

表 1 - 1	ニカラグアの一般事情	6
表 1 - 2	ニカラグアおよび近隣諸国の各種指標	7
表 2 - 1	SILAIS ごとの保健医療施設数 (1998)	14
表 2 - 2	主な医療従事者の養成機関、養成年数、入学資格および入学人数	16
表 2 - 3	1998 年の死亡原因の順位	18
表 2 - 4	百日咳、麻疹、髄膜炎、破傷風の発生件数および死亡数	19
表 2 - 5	10 代の女性の妊娠・出産	21
表 3 - 1	Municipio 別人口割合と都市人口比率 (%)	22
表 3 - 2	グラナダ SILAIS における子供の死亡数 (登録値)	24
表 3 - 3	グラナダ SILAIS における乳児・幼児の ARI、急性下痢症による死亡数	24
表 3 - 4	グラナダ SILAIS における疾病別公共医療施設受診数	24
表 3 - 5	年齢層別マラリア発生数と罹患率	25
表 3 - 6	妊婦検診を受診した割合 (%)	25
表 3 - 7	グラナダ SILAIS における病院と C/S における施設分娩数	26
表 3 - 8	1997 年と 1998 年における予防接種率 (%)	26
表 3 - 9	5 歳未満の急性下痢症の子供のうち ORS を利用した割合	27
表 3 - 10	5 歳未満の ARI の子供のうち抗生物質を利用した割合	27
表 3 - 11	グラナダ SILAIS の予算、実際に執行した額、その差額 (1998)	30
表 3 - 12	グラナダ SILAIS の人員配置状況	31
表 3 - 13	グラナダ SILAIS の公的医療施設	31
表 3 - 14	医療従事者に関する各種指標	32
表 3 - 15	グラナダ病院の概要	37
表 4 - 1	1999 年現在、実施されている援助内容	52
表 4 - 2	UNICEF のプロジェクトの概要	53
表 4 - 3	女性総合保健推進プロジェクト (PROSIM) の骨組み	58
表 4 - 4	保健医療分野の無償資金協力	62
表 4 - 5	保健・衛生関連分野の草の根無償資金協力	63

表 4 - 6	ニカラグアを協力の対象とするわが国の NGO	64
図 2 - 1	保健省組織図	10
図 2 - 2	17 SILAIS 区分地図	11
図 3 - 1	グラナダ SILAIS の組織図	29
図 3 - 2	グラナダ病院組織図	38

要 約

ニカラグア共和国（以下、ニカラグア）は、全国を17の保健行政地域（SILAIS）に区分し、それぞれの地域レベルで保健計画・実施能力を強化する地域総合保健サービスシステムを導入して保健行政の地方分権化を推進している。とはいえ、保健予算の配分に関しては、ほぼ全面的に中央政府が決定しているのが現状である。

ニカラグアの保健医療サービスの大半は公的な保健医療機関によって提供されており、ヘルスポスト（Puesto de Salud;P/S）とヘルスセンター（Centro de Salud;C/S）による一次医療サービスの提供、各県の病院による二次医療サービスに分類される。保健省は最近の組織改革において一次医療サービスを担当する部局と二次医療サービスを担当する部局を統合して1つの医療サービス総局の下に置き、一次と二次サービスの連携・統合を図っている。

保健医療にかかわる人材の不足は全国的に深刻で、特に看護婦の不足が著しい。しかし、保健財政の不足のため保健省は公的施設の医師数削減や新規雇用の制限を進めており、一部の医療技術者養成校では卒業生が就職できないため養成数を制限している。

近年の予防接種拡大計画（EPI）のカバー率の上昇等により乳幼児死亡は減少しつつあるが、国際的な比較では乳児死亡、妊産婦死亡とも高い。マラリア、デング熱等の昆虫媒介感染症、コレラを含む下痢症、急性呼吸器感染症（ARI）が重点課題として疫学サーベイランス・システムの下で監視されている。合計特殊出生率（女性1人当たりの子供数）は3.8と地域平均を大きく上回っている。特に10代の女性の妊娠・出産が高率である。

グラナダ県は、首都マナグアの南東約45kmに位置し、人口は約17万人で都市と農村にほぼ同数ずつ居住している。グラナダ県と地理的に一致する保健行政地域であるグラナダSILAISは、4つの地区（Municipio）に区分される。

グラナダSILAISの保健医療指標は、国内の平均よりも良好な数値を示しているが、都市部に保健医療施設が集中する一方、農村部には保健医療施設や人員の配置が少なく、水道・下水道等の衛生施設も整備されていない。SILAIS内の農村部ではマラリア、コレラの危険地域に指定されているMunicipioがある。

グラナダSILAISは、SILAIS事務所の下に4つのMunicipio事務所、ニカラグア・日本友好病院（グラナダ病院）、SILAIS間検査室、7C/S、26P/Sを有する。

わが国の無償資金協力によって移転・建設されたグラナダ病院は、「ニカラグア・日本友好病院」と命名され、1998年6月に開院したが、直後に行われた医師の全国ストライキ、スタッフ（特に看護婦）の不足、財政的困難による医薬品の不足、一次医療サービスをバイパスして来院する多数の外来患者等の問題に直面している。

一方、一次保健医療施設であるC/SやP/Sでは、機材、人員数、医薬品等の不足が目立ち、地

域住民の保健活動への参加も部分的なものにとどまっている。グラナダ病院と一次医療施設とのリファレル・システムは、参加分野において取り組みが開始されているが、十分に機能しているとはいえない。

ニカラグアに対する保健医療分野の援助は、WHO/PAHO、世界銀行（以下、世銀）等国際機関、USAID、スペイン等他の二国間機関、NGO等多くの機関が実施している。多くの援助はSILAISを単位とする地域保健システムの強化や運営管理能力の向上を含む内容となっている。わが国も1990年代の内戦終結と民主化の推進の支援の一環として青年海外協力隊員（JOCV）の派遣や無償資金協力を実施してきた。

調査団は、今回の調査の結果、わが国の無償資金協力で建設されたグラナダ病院と連携したグラナダSILAISの地域保健向上を目的とし、一次保健医療サービスの質の向上、SILAIS事務所およびMunicipio事務所の管理・指導能力向上、一次保健医療施設と病院との連携強化（特に妊産婦ケアにおける）、地域社会の保健活動への参加の強化を内容とする技術協力プロジェクトの試案を作成し、ニカラグア保健省に提案した。ニカラグア政府は、この提言を検討し、修正・追加したうえでわが国に対して技術協力を要請することとしたいと回答した。

これまで、どの分野でもプロジェクト方式技術協力が実施されておらず、先方政府にわが国の援助のやり方を理解してもらうことには今後とも時間を要するものと思われる。また、財政的困難のため先方政府の自己負担（人員、オペレーション・コスト支出）を引き出すことにも困難が予想されるが、他の援助スキームとの連携、他の援助機関との協力を進めることによってニカラグアの地域保健の向上に対して効果をあげることが期待される。

1 . 基礎調査の概要

1 - 1 調査団派遣の目的

ニカラグアは、国民に公平で効率的な保健医療サービスを提供することを目的として、地域総合保健サービスシステム（SILAIS）の強化、疾病の予防と治療の総合化を含む保健セクターの組織改革を推進している。

日本政府は、1991年から複数の公立病院の医療機材の供与や診療所施設の改善、1997年にはグラナダ病院の改築のための無償資金協力を実施してニカラグアの保健医療サービスの改善を支援してきた。

本調査団は、SILAISの強化を通じて住民の健康の向上に寄与する技術協力プロジェクトの実現可能性を調査し、プロジェクトの概要案をJICAに提言することを目的として派遣された。調査団は、ニカラグア滞在中に、SILAISの現状と改善のためのニーズを把握するための情報を収集し、グラナダSILAIS内の病院と保健医療施設を視察し、ニカラグア政府機関、国際保健援助機関やNGOと意見を交換した。

1 - 2 調査団の構成

担当	氏名	所属
団長・総括	北林 春美	国際協力事業団医療協力部第二課課長
住民参加	山下 政一	(財)アジア保健研修所理事
地域医療	高木 史江	東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教室助手
公衆衛生	渡慶次重美	(株)大和総研社会開発情報本部
通 訳	宇山 寿子	(財)日本国際協力センター

1 - 3 調査日程 (1999年4月9日から4月25日まで)

月日	曜日	移動および業務
4・9	金	12:00 成田発 (JL006) 11:20 ニューヨーク着
10	土	9:35 ニューヨーク発 (TA571) 14:50 マナグア着 16:30 JICA事務所打合せ
11	日	9:00 グラナダ病院視察
12	月	9:30 日本大使館表敬 11:00 対外協力庁表敬、保健省表敬 (情報提供依頼) 14:00 保健省協議
13	火	8:00 保健省協議 14:00 USAID / 保健省 14:30 PAHO 15:30 UNICEF 17:30 GTZ

14	水	9:00 グラナダSILAIS事務所訪問・協議 11:00 グラナダ病院 14:30 グラナダSILAIS事務所協議	
15	木	8:00 ナンダイメMunicipioのRommel Carrasquilla C/S(有床)、Los Jinones P/S(無医)、Cooperativa Bernardino Diaz Ochoa Casa Base、Presa Candelariaコミュニティの視察 9:00 グラナダMunicipioのJorge Sinforoso Bravo C/S(無床)、Malacatoya P/S(医師在)、Tepalon P/S(無医)、Casa Base,Tepalonコミュニティの視察	
16	金	9:00 World Vision-Masaya 14:00 POLISAL / 世界銀行 16:30 AECI 17:00 CIES	
17	土	10:00 協力隊員との意見交換・懇親会	
18	日	報告書作成	山下団員：マナグア発（4/20成田着）
19	月	11:00 保健省協議 14:30 日本大使館・JICA事務所報告 19:00 日本大使館主催の懇親会	
20	火	資料整理 15:00 保健サービス総局一次レベルケア局協議 17:00 対外協力庁資料収集	北林・高木・宇山団員マナグア発（4/22成田着）
21	水	8:00 グラナダSILAIS事務所 9:00 ナンダイメMunicipioのRommel Carrasquilla C/S、Los Breñas P/S(無医)、Los Jinones P/S(無医)、近くのコミュニティの視察 15:30 World Vision-Managuaへ資料受取り	
22	木	9:00 人事教育総局教育・研修・研究局協議 10:30 対外協力庁資料収集 13:30 企画・情報システム総局統計局協議 16:00 JICA事務所へ報告書提出	
23	金	渡慶次団員マナグア発（4/25成田着）	

1 - 4 訪問先および面談者

(1) ニカラグア関係者

1) 対外協力庁

Sr.Mauricio Gómez Lacayo	対外協力庁管理総局長
Sra.Dalia Dalie	対外協力庁管理総局顧問
Sra.Maria Auxiliadora Vindel	対外協力庁管理総局アジア、アフリカ、オセアニア担当

2) 保健省

Dr.Federico Prado	事務局長
Lic.Anamaría Cerulli	対外協力総局長
Lic.Magaly Echegoyon	対外協力総局管理・計画局長

Lic.Aura Rosa Ortíz	対外協力総局プレ投資局
Dr.Mario Ortíz M.	対外協力総局プレ投資局
Dr.Stanley Atha	保健サービス総局長
Dr.Enrique Alvarado	保健サービス総局一次レベルケア局長
Dr.Francisco Delgado	保健サービス総局二次レベルケア局長
Dr.Abrahan Villanueva	人事教育総局教育・研修・研究局長
Sr.Roberto Chacón López	企画・情報システム総局統計局
3) グラナダ SILAIS	
Dr.Lombardo Talavera	所長
Lic.María Mercedes Aragón Gutiérrez	看護局長
Dra.Maribel Rivas Vivas	保健管理局長
Dra.Sara Moraga Amador	疫学局長
Lic.Brenda Gutiérrez Villalobos	医薬消耗品局長
Lic.Juana I. Espinosa	財務担当
4) グラナダ病院	
Dr.Fernando Reyes	院長
Dr.Moe Campos C.	副院長
Lic.Norma Tapia	事務長
Dr.José Santos Meza	緊急医療部、医師
5) Nandaime Municipio	
Dr.Wilmer Beteto López	Nandaime Municipio 長および Rommel B.Carrasquilla C/S 長
Dra. Ana Regina Romero Sandino	同 C/S の医師
Dr.Martin Guevara	Los Breñas P/S の週 1 回巡回医師
Sra.Mina Cruz	Los Breñas P/S の看護婦
Dra.Marta Romero	Los Jinones P/S の週 1 回巡回医師
Sra.Matha Acosta	Los Jinones P/S の看護婦
6) Granada Municipio	
Dra.Josefina Lugo	Granada Municipio 長および Jorge Sinforoso C/S 長
Dr.Jorge A Prado Espinoza	Granada Municipio の疫学担当課長
Sr.Pablo Morales	” 医薬消耗品担当課長
Lic.Sara Méndez Bermúdez	” 看護・女性・子供・青少年担当課長
Lic.Mazarello Castro	” 教育・研修担当課長

Sra. María del Carmen Bustamante G.	"	統計担当課長
Dr. Feliciano Rocha Cano		Malacatoya P/S の医師
Sr. Mateo Castillo		Tepalon P/S の看護師
Sra. Sonia Muñoz Pérez		Casa Base Tepalon の近くの主婦
7) POLISAL		
Lic. Bertilda Delgado		学校長
8) CIES		
Dr. Julio Piura		センター長

(2) 国際機関および二国間機関

1) USAID		
Sra. Karen J. Nurick		社会セクター担当課長
Sr. Earle Lawrence		保健担当
2) AECI		
Sr. Vicente Sellés		所長
Dr. Angel Vega		DMAS社コンサルタント/プログラムマネジャー
Sra. Ethel Brooks		DMAS社コンサルタント
3) GTZ/PROSIM 事務所		
Dra. Regine Meyer		調整員
4) UNICEF		
Dra. Janette Chavarría		健康と栄養担当
5) PAHO		
Dr. Delmin Cury		伝染病顧問
Sr. Anselmo Aburto Araica		栄養担当
Sra. Silvia Narváez F.		WID・精神衛生担当
6) World Bank		
Dr. Diego Delgadillo		プロジェクトコーディネーター
Dr. Silvio Morales P		病院コンポーネント・コーディネーター
Dr. Jorge Orochena S		一次レベルコーディネーター
7) World Vision		
Dra. Zorayda Gómez Salgado		健康プログラム担当
Ing. Eduardo Morales García		緊急および復興担当
Lic. Sonia Martínez Ríos		プロジェクト技術担当

(3) 日本側関係者

1) 在ニカラグア日本国大使館

鈴木康久	参事官
植松 聡	二等書記官
黒須良玄	医務官

2) JICA 駐在員事務所

米沢耕三郎	JICA 所長
石原尚子	JOCV 医療調整員
吉水直保	JOCV 調整員

3) JICA 専門家

有本 稔	対外協力庁
小林 司	グラナダ病院

4) 青年海外協力隊 (JOCV)

高須清子	グラナダ県グラナダ病院 (看護婦)
飯坂由紀子	グラナダ県グラナダ病院 (看護婦)
小池牧子	リバス県 SILAIS リバス支局 (看護婦)
笹原正臣	リバス県ガスパルガルシア病院 (放射線技師)
平石香保里	リバス県 SILAIS リバス支局病院 (助産婦)
佐藤 峰	ボアコ県市役所 (村落開発普及)
小川由紀子	リバス県市役所 (村落開発普及)
後藤典子	国際農牧学校 (村落開発普及)

1 - 5 ニカラグアの概要

(1) ニカラグアの一般事情

ニカラグアは中央アメリカで最も大きい国で、北はホンデュラス、南はコスタ・リカに挟まれている。

ニカラグアは、1502年コロンブスに発見され、1821年までスペインによる植民地時代が続いた。その後、ハリケーンや地震などの自然災害によって甚大な被害を受け、また一方では独裁政治に翻弄されてきた。1980年代の内戦によって国民生活は貧困と混乱に陥った。その後遺症は尾を引き、1990年内戦が終結し、新政権に代わってからは、政治的な和解や経済の建て直しをはじめ、国の復旧政策が図られている。以下、表1 - 1にニカラグアの一般事情をまとめた。

表 1 - 1 ニカラグアの一般事情

国名	ニカラグア共和国 (República de Nicaragua)	
独立	1821年9月15日	
首都	マナグア (Managua)	
国土面積	13km ² (中米7諸国の中では最も大きい)	
地勢	マナグア、レオン、グラナダなどの主要都市のあるニカラグア低地、太平洋岸の火山地帯、北部の中央高原地帯、カリブ海と東部の平原部の4つに分けられる。	
気候	12～4月が乾季、5～11月が雨季	
歴史	1502年：コロンブスにより発見 / 1821年：グアテマラ総督府諸州として独立 1838年：共和国として独立 / 1936年：ソモサー族の独裁政権 1979年：サンディニスタ革命 / 1987年：現行憲法の公布 1990年：チャモ口新政権発足 / 1996年～：アレマン政権	
政治	政体	共和制
	国家元首	アルノルド・アレマン大統領 (Arnoldo Alemán)
	政党	民主党
	行政区画	15のDepartamento (県) と2つの自治州 (大西洋北部-RAANと大西洋南部-RAAS) がある。県はさらに、145の市町村 (Municipio) に分かれる。
国民	人口	4,357,099人 (1995年の国勢調査結果)
	民族	メスティーソ (白人と先住民の混血) 70%、白人17%、黒人9%、先住民4%
	言語	スペイン語 (公用語)。大西洋岸では、英語、ミスキート語なども話されている。
	宗教	キリスト教90% (カトリック教徒73%)
経済	通貨	コルドバ (C\$) (US \$ 1 = 11.35C\$)
	1人当たりGNP	380US\$ (1996年)
	年間インフレ率	12%
	主要輸入品	原材料、燃料、消費材
	主要輸出品	コーヒー、綿花、牛肉
	産業別人口	農業 (40%)
	失業率	18% (不完全就労者51万人、全労働人口の33%に相当する。) 1995年

出典：・世界再発見 8：北アメリカ・中央アメリカ、同朋舎出版、1992
 ・地球の歩き方：中米 1999-2000 年版、(株)ダイヤモンド社、1998

(2) 社会指標

表 1 - 2 ニカラグアおよび近隣諸国の各種指標

		対象年	単位	ニカラグア	ホンデュラス	コスタ・リカ	地域平均*	
人口指標	人口	1997	1,000人	4351	5981	3575	486711	
	粗出生率	1997	/人口1,000	34	34	24	23	
	粗死亡率	1997	/人口1,000	6	5	4	6	
	人口の年平均増加率	1990～97	%	2.8	2.9	2.3	1.7	
	平均寿命	1997	歳	68	70	77	70	
	都市人口の年間平均増加率	1990～97	%	3.7	4.4	3.3	2.3	
社会経済指標	1人当たりGNP	1996	US \$	380	660	2640	3861	
	年間インフレ率	1990～96	%	71	20	18	286	
	成人識字率	男	1995	%	65	73	95	88
		女	1995	%	67	73	95	85
	安全な飲料水を手に入る人の比率	都市	1990～97	%	88	-	100	87
		農村	1990～97	%	32	62	92	42
	適切な衛生施設をもつ人の比率	都市	1990～97	%	34	-	95	81
農村		1990～97	%	35	57	70	44	
子供の健康指標	乳児死亡率	1997	/出生1,000	42	36	12	33	
	5歳未満児死亡率	1997	/出生1,000	57	45	14	41	
	低出生体重児出生率	1990～97	%	9	9	7	9	
	予防接種率	BCG	1995～97	%	100	98	91	96
		三種混合	1995～97	%	94	94	91	82
		ポリオ	1995～97	%	100	93	93	87
	麻疹	1995～97	%	94	89	99	89	
ORTの使用率	1990～97	%	54	32	31	58		
女性の健康指標	妊産婦死亡率	1980～97	/出生10万	160	220	29	-	
	合計特殊出生率	1997		3.9	4.4	3.0	2.7	
	妊産婦への破傷風の予防接種率	1995～97	%	95	100	90	57	
	保健員の介助付き出産の比率	1990～97	%	61	61	98	82	
	避妊法の普及率	1990～98	%	49	50	75	65	

出典：世界子供白書 UNICEF、1999

* ラテンアメリカとカリブ海諸国 33カ国を含む

2 . ニカラグアの保健医療の現状

2 - 1 保健医療行政

2 - 1 - 1 中央保健医療行政

ニカラグアの保健医療行政の統括官庁は保健大臣を長とする保健省（Ministerio de Salud: MINSAL）であり、1999年4月現在の保健省の組織は図2 - 1のとおりである。

1998年8月に組織改正があり、中央局は3 Direcciones Generales（総局）と3 Divisiones Generales（局）であったのが、1999年2月に2 Divisiones Generalesが追加され、現在の組織になった。組織改正において注目すべき点として、従来には異なる総局の管轄のもとにあった一次医療サービスと二次（病院）医療サービスが新組織では保健サービス総局の下に統合されたことがある。今回、改正間もないということもあって、最新の保健省の組織の機能に関しての正式文書は入手できなかった。

2 - 1 - 2 保健予算

1999年の国家予算（推定）の保健省への配分は全体の5.3%で、1人当たりの保健予算は187.25C\$（1US\$ = 11.36C\$）である。

保健省の主な財源は、一般税収と援助機関からの資金であり、1999年の両者の比率はおおよそ3:2である。

2 - 1 - 3 地方保健行政

1995年に全国を17カ所（図2 - 2、行政の県区分と同じである）の保健行政地域に分け、それぞれの地域レベルで計画・実施能力を強化する政策、地域総合保健サービスシステム（Los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud: SILAIS）を掲げ、患者に対するサービスの向上、病院の診療機能の向上、病院の医療機材等の向上、医療機関相互の連携強化、諸外国からの援助の積極的導入の5つの目標を設定した。各SILAISはSILAIS事務所をもち、その下に、いくつかのMunicipio事務所が置かれている。Municipioは、地方自治体（市）を指す用語でもあるが、ニカラグアの場合、保健単位としてのMunicipioは市町村行政単位とは別の保健省の地方機関としての名称であり、両者の地理的境界は同じではなく、組織的なつながりはない。Municipioが地域保健の最小単位になり、地域保健計画立案と活動の中心となっている。各Municipio事務所には3～4人の職員が勤務しており、Municipio事務所長（医師）がヘルスセンター（Centro de Salud; C/S）の所長を兼任していることが多い。また、C/Sの管轄下にはヘルスポスト（Puesto de Salud; P/S）がある。

保健セクターの地方分権化の推進により、SILAISの権限は計画立案の面で大きく前進した

が、予算面では中央政府に依存している現状がある。さらに、人事に関して、SILAIS事務所の所長は中央の任命によるが、SILAIS内の人事は所長が人事権（雇用と解雇）をもっている。

一時、感染症の対策の管轄がMunicipio事務所に移されたが、このことによって資源が分散し、業務監督の水準が低下するという事態が生じたため、現在は対策の主体をSILAISレベルに移し、中央化を図っている。

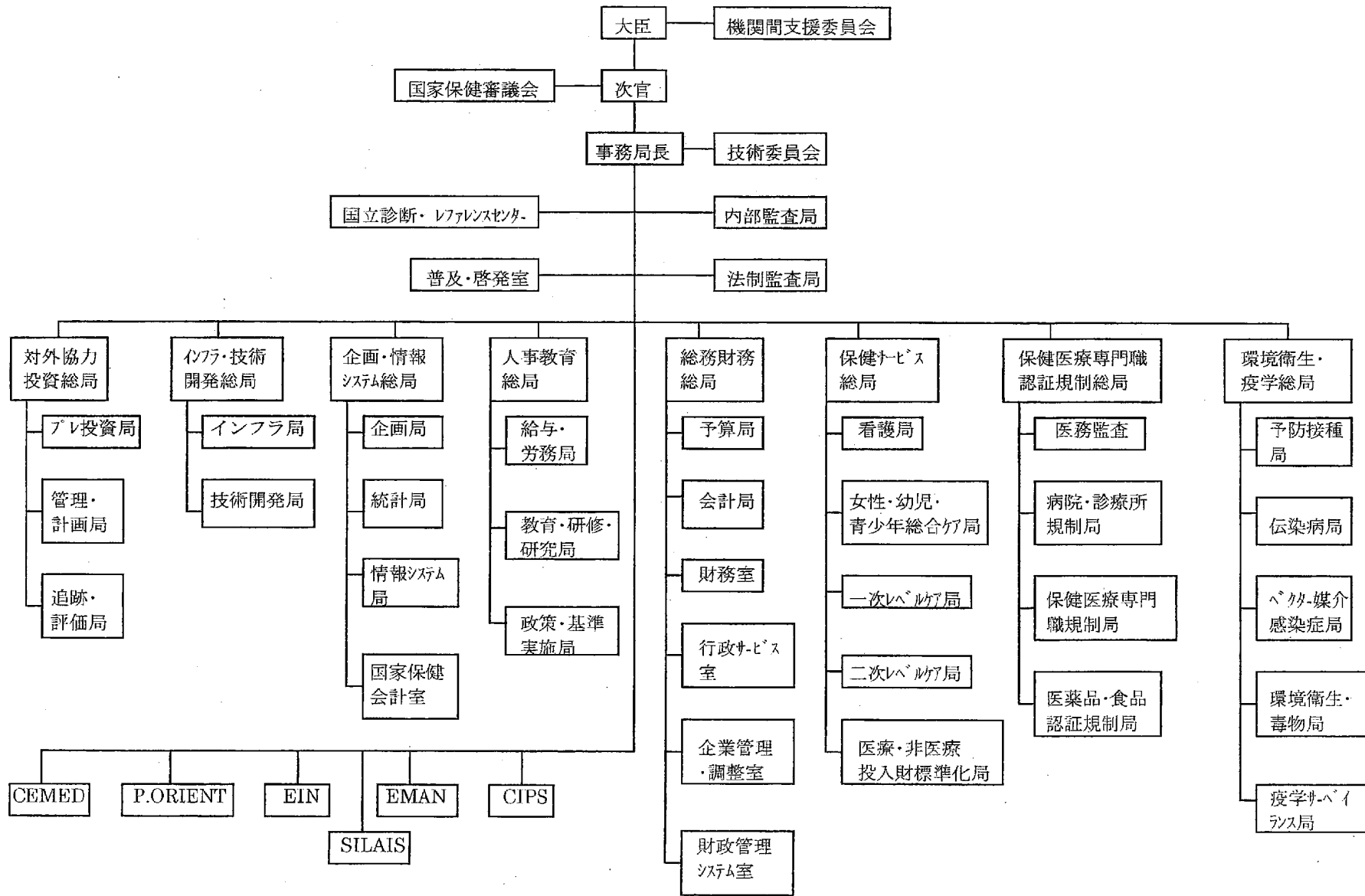


図 2 - 1 保健省組織図 (1999.3 現在)

NO.	SILAIS名	NO.	SILAIS名
1	Nueva segovia (ヌエバ・セゴヴィア)	10	Rivas (リヴァス)
2	Madriz (マドリズ)	11	Boaco (ボアコ)
3	Esteli (エステリ)	12	Chontales (チョンタレス)
4	Chinandega (チナンデガ)	13	Matagalpa (マタガルパ)
5	Leon (レオン)	14	Jinotega (ヒノテガ)
6	Managua (マナグア)	15	RAAN (大西洋岸北部)
7	Masaya (マサヤ)	16	RAAS (大西洋岸南部)
8	Granada (グラナダ)	17	Rio San Juan (リオ・サン・ファン)
9	Carazo (カラソ)		

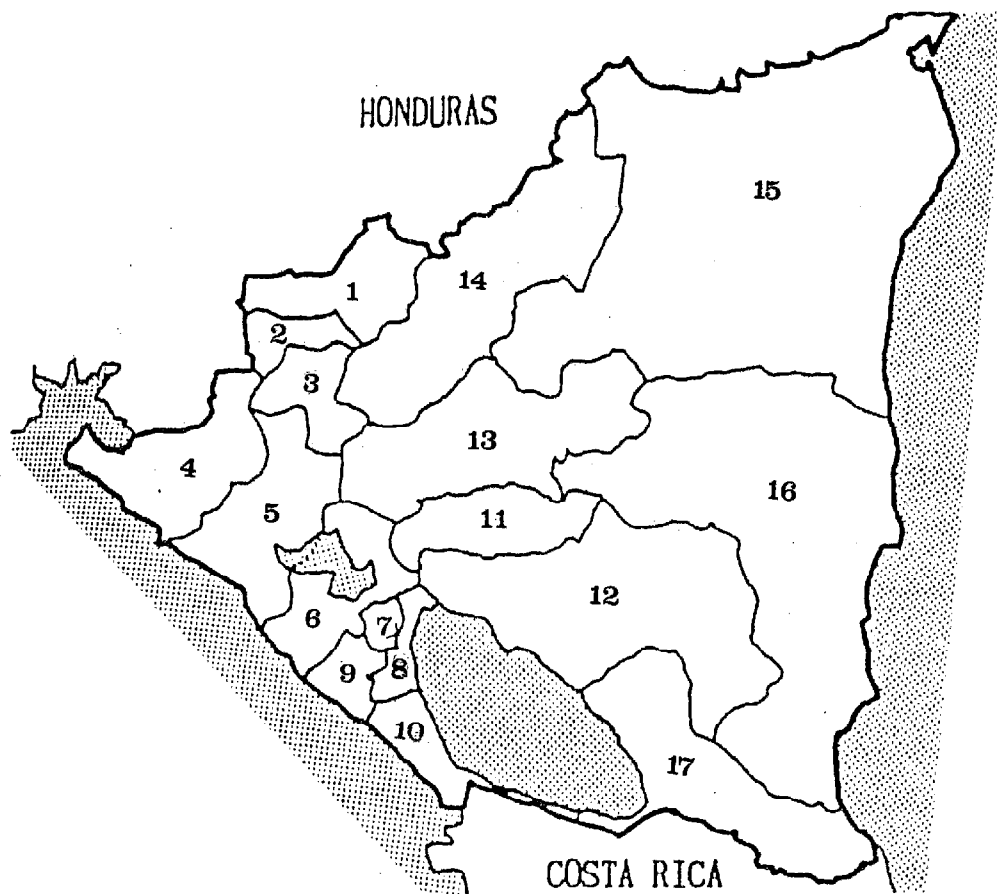


図 2 - 2 17 SILAIS 区分地図

2 - 2 国家保健政策

2 - 2 - 1 国家開発計画（Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000）

ニカラグア政府の国家開発計画は、貧困からの脱却を念頭に置いて、人的資源の開発を最重要項目とし、経済成長と社会との均衡のとれた開発をめざしている。この戦略として、下記の7項目を推進している。

市町村組織の強化、 地方分権化の推進、 社会保障の充実、 健康の増進、 貧困の撲滅、 人口増加率の減少、 教育の普及

2 - 2 - 2 国家保健政策（Politica Nacional de Salud 1997-2002）

1997年に策定された国家保健政策は、SILAISを中心とした保健制度確立の流れを汲み、より広範囲な保健セクターの改革と組織の強化を目的としている。政策の主旨は、「全国民の心身の健康を保障するために、より公平で効率的な保健サービスの提供が保健省の使命である。そのために2002年までに国民のニーズに対し、質のよい人材、効率性と適正技術をもって応じることのできる保健システムを確立する」である。5つの政策とその主な内容は下記のとおりである。

1) 保健セクターの近代化

保健省、民間セクターの役割の明確化

2) 保健省の強化

各レベルの役割と機能の明確化、保健財政や人材の見直し、医薬品供給や情報システムの強化、計画立案や運営管理の改善、社会参加の促進、サービスの質の向上

3) 病院機能の強化

独立採算性の促進、施設設備の改善、運営強化、一次レベル施設との連携の強化、住民への情報公開、サービスの質の向上、救急サービスの情報整備とその利用

4) 公衆衛生の新戦略

予防と治療の統合化、一次レベルの強化、啓蒙、感染症対策

5) 社会保障の改革

社会保険制度の拡大、医療従事者のリスクの保障、年金制度の検討

さらに、上記の政策に沿って、1998年から保健セクター近代化プログラム（Programa de Modernizaci3n de Sector Salud 1998-2002）が世銀の支援で実施されている。

2 - 3 保健医療サービス供給の現状

2 - 3 - 1 保健医療施設および医療従事者の配置状況

(1) 保健医療施設

ニカラグアの保健医療サービスは保健省のほか、民間、NGOの経営する施設によって提供されているが、保健省が外来診療の69%、予防サービスの87%、入院に関するサービスの94%を担っている。民間施設が提供するものは全サービスの約15%のみで、その多くは都市およびその周辺部に集中している。NGOの規模は小さく、家族計画分野に偏っている。

ニカラグアの公共の保健医療施設は医療レベルに応じて、一次レベルと二次レベル以上に分けられる。前者は基礎的な診療と予防サービスを提供する施設で、C/SおよびP/Sがこれに該当する。後者は病院で、一次レベル施設からのリファレル先として各SILAISに最低1つ設置され、専門的な医療を提供している。さらに、首都のマナグアには全国のリファレル病院である国立病院や専門病院がある。

一次レベルの保健医療施設はそれぞれの施設が提供できるサービスの内容で分類されるが、その区別はあいまいなところも多い。C/SにはA：専門医がおり、有床（約30床）、B：専門医がいるが、無床の2種類ある。また、P/Sには医師のいる施設（A）、いない施設（B）の2種類ある。

リファレル体制は、P/S C/S 病院 国立病院・専門病院という流れになっているが、実際には患者が直接C/Sや病院の救急外来に直接行く例が少なくない。その理由として、末端の保健医療施設において医薬品が不足していること、患者や家族がよりよいサービスを受けたいとするためである。そのため、末端の保健医療施設で十分である患者がより高度な医療施設を利用することにより、本来の機能が麻痺するという弊害が生じている。さらに、一次レベルの保健医療施設と二次レベルの病院との連携が弱く、リファレルした患者の経過や治療後の追跡等は困難である。

なお、1998年末のSILAISごとの保健医療施設（公共部門のみ）を表2 - 1に示した。私立病院、プライベート・クリニックに関する統計は存在しない。

(2) 医療従事者の配置状況

ニカラグア全体の医療従事者の具体的な数値を得ることができなかったが、PAHOの報告によると、1995年の医師数は4551人、看護婦2577人、准看護婦4817人、歯科医師1099人、薬剤師は1099人であった。

ニカラグアの医療従事者の配置の現状と問題点としては、まず、医師と看護婦の不合理な比率があげられる。正看護婦の数が医師の数に比較して少なく、1990年には医師1人に対して正看護婦1人の比率であったが、1995年には0.38人減少している。医師の養成数が着実

に増加している一方で、看護婦およびその他の医療技術者の養成数は減少の傾向にある。

次に、医師や看護婦が都市部や病院に集中していることである。1995年の保健省の統計によると、一次レベル（963施設）と二次レベルの病院（29施設）の医療従事者の比率は1：1.5となっており、二次レベルの施設に人材が偏っている。特に専門医はほとんど二次レベル施設にしか配置されていない。地方における人材の不足は深刻である。

表 2 - 1 SILAIS ごとの保健医療施設数（1998）

SILAIS名	人口*	Municipio の数	P/S		C/S		病院	施設数 合計
			A	B	A	B		
1. Nueva segovia	169,519	11	10	40	2	3	1	56
2. Madriz	119,434	9	-	18	-	9	1	28
3. Esteli	196,113	6	7	30	2	4	2	45
4. Chinandega	398,243	13	-	73	3	12	2	90
5. Leon	374,321	10	48	35	1	12	2	98
6. Managua	1,233,967	7	87	35	2	21	10	155
7. Masaya	247,787	8	-	27	-	9	1	37
8. Granada	174,596	4	**10	15	1	5	1	32
9. Carazo	198,737	9	-	19	-	9	2	30
10. Rivas	153,853	10	-	28	2	8	1	39
11. Boaco	151,169	5	13	7	-	6	1	27
12. Chontales	369,073	13	25	33	4	8	1	71
13. Matagalpa	527,605	15	-	60	2	13	1	76
14. Jinotega	305,660	7	6	36	1	7	1	51
15. RAAN	193,321	6	5	73	4	2	1	35
16. RAAS	95,842	7	-	14	-	7	1	22
17. Rio San Juan	71,029	5	-	30	-	5	1	36
全国	4,980,469	145	201	583	24	140	30	978

出典：保健省企画・情報システム総局統計局、1998

*1999年の人口データ ** グラナダ SILAIS 資料によると A：10、B：15となっている。

2 - 3 - 2 医薬品・衛生材料およびワクチンの供給システム

(1) 医薬品・衛生材料等の供給システム

まず、末端の保健医療施設から提出された医薬品等の1年分の需要予測をSILAISがまとめ、SILAISや病院より提出された需要をDGNIM（Dirección de Normalización de Insumos Medicos y No Medicos、保健省医療・非医療投入財標準化局）が調整・決定する。購入・調達は公開入札によりCIPS（Centro de Insumos para la Salud、保健医療投入財センター）が実施する。

通常、1カ月に1回、SILAISに在庫がない場合のみ、各施設がSILAISを通じて必要量をCIPSへ請求する。CIPSから毎月各病院、各SILAIS倉庫（または、C/SおよびP/S）に送付される。医薬品倉庫のないSILAIS（マナグア、RAAN、マサヤ、カラソ、リバス、グラナダ、ポアコ）では、直接C/SおよびP/Sへ送られる。

ニカラグアの医薬品等の供給体制はよく整備され、汚職も少なく、供給過程でのロスもきわめて少ないという評価を受けているが、末端レベルでの絶対的な医薬品の不足が深刻である。これは、保健省の財源不足により医薬品購入を制限していることと、保健医療施設での需要予測の仕方に問題があると指摘されている。

医薬品供給のモニタリングは、SILAISレベルで6カ月に1度、一次レベルの医療施設では毎月実施されることになっているが、実際は交通手段の都合等でそう頻繁には実施されていない。

1997年現在約900の民間薬局があり、売買されている医薬品の総額は公共セクターの約9倍（5400種類登録されているうち4320種類が出回っている）とされている。末端の保健医療施設にて医薬品が不足しているため民間薬局の利用は増加している。

(2) ワクチンの供給体制

ワクチンの供給は保健省の環境衛生・疫学局が責任を負い、ワクチンの需要予測、供給システムおよびモニタリングは前記の医薬品の場合と同様である。ワクチンの購入に関しては、PAHOワシントン事務所を通じて国際入札を行い、できるだけ安価で質のよいワクチンを購入している。このシステムは他の中南米諸国も利用している。

ニカラグアは1996年より予防接種計画に使用するワクチン（BCG、DPT、麻疹、ポリオ）をすべて自己資金で調達している。

2 - 4 保健医療にかかわる人材養成の現状

2 - 4 - 1 医療従事者の養成

主な医療従事者の養成機関、養成年数、入学資格および入学人数などは表2 - 2に示した。医師、歯科医師、看護婦、薬剤師は卒業試験合格が資格となり、保健省で登録制度がある。看護助手、その他の医療従事者は卒業と同時に卒業証明書が授与され、登録制度はない。なお、医師、歯科医師および薬剤師は卒業後、1年間病院でインターンを終了した後で1年間の農村での社会サービスの義務がある。これらの人材養成は保健省の人事教育総局教育・研修・研究局が管轄している。

今回、視察したマナグアにあるニカラグア国立自治大学医学ポリテクニカ研究所（UNAN-POLISAL:Universidad Nacional Autonomo de Nicaragua Instituto Politécnico de la Salud）では、看

看護婦（Lic./Enfermera）、検査技師、麻酔士、食事療法士のほかに、看護婦の専門コース（母子、臨床医学）、各技師のLic.（学士）修得コース、公衆衛生コースも設けている。教授陣は専任20人ほどで、15年以上のキャリアと保健医療分野での学位が必要である。同POLISALの卒業生の就職率は85%前後である。

ラボ関連の実験室や機器は各ドナーからの援助による供与があるため、かなり充実していたが、看護コースの実習の教材は貧弱である。

さらに、科学研究、大学院教育、研修や技術指導を行うことを目的とした保健医療調査研究所（CIES：Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud）では、専門分野（保健セクター改革、保健と環境、公衆衛生教育等）における国やSILAISレベルの政策研究所としての機能をもっている。同研究所は1991年、保健省から教育省傘下の自治大学に移管され、スペインの援助を受けて設備はかなり充実している。ここの公衆衛生の修士課程を修了した人材が行政レベルや医療施設で活躍することが期待されている。現在実施中の主な研究事業には下記のものがある。

- ・ニカラグアにおけるマラリア対策戦略の費用対効果に対する評価（1997～2000）
- ・保健セクターの改革が結核、マラリア、予防可能な疾患などの必須プログラムに与える影響について（1998～2000）
- ・ニカラグアにおける妊産婦死亡の疫学サーベイランスの評価について（1999）

プロジェクト開始にあたって、オペレーション・リサーチの共同調査・研究も可能であろう。

表 2 - 2 主な医療従事者の養成機関、養成年数、入学資格および入学人数

職種	養成機関	養成年数	入学資格	入学人数 / 年
医師（Medico）	マナグア大学 レオン大学	6年	高卒 （11年）	100～200人
歯科医師（Odontologo）	レオン大学	5年	高卒	50～60人
看護婦 （Licenciada de Enfermería）	UNAN-POLISAL 技術大学	2年	E.Profesional の有資格者	50人
看護婦 （Enfermera Profesional）	5つの保健省管轄の 看護学校	3年	高卒	50～120人
薬剤師（Farmaceutico）	レオン大学	5年	高卒	35人
看護助手 （Auxiliar de Enfermería）	8つの保健省管轄の 看護助手学校	1年	小卒（6年）	150～200人
臨床検査技師 / 麻酔士 / 食事・理学療法士 / 病理技術士*	UNAN-POLISAL	3年	高卒	5～20人

出典：保健省の人事教育総局教育・研修・研究局，UNAN-POLISAL-MANAGUA

* 臨床検査技師：Técnico de Laboratorio Clínico / 麻酔士：Técnico Anestésista /
食事・理学療法士：Técnico Alimentación・Fisio-terapeuta / 病理技術士：Citotecnólogo

2 - 4 - 2 地域の保健活動に従事するその他の人材の養成

地域の保健活動に従事する人材としてPartera（パルテラ：伝統的産婆）、ブリガディスタがいる。前者は地域において出産、妊婦や新生児のケア等に携わっており、現在各SILAISに60～100人ほどいる。彼女らは交通のアクセスの悪い地域に住む貧しい女性に最低限のケアを提供することを期待されている。保健省は財政難の苦策として保健医療施設を新設する代わりにParteraの人員を増やし、研修を強化しようとしている。

後者は地域の保健ボランティアで多くは家庭の主婦や学生であり、援助機関や保健省による2週間ほどの研修を受けた後、週に1～2回の頻度でP/Sに出入りし、あるいは自宅の一室（Casa Baseと呼ばれている）を開放して、近隣地域での住民への啓蒙活動を行ったり、経口補水塩（ORS）等を配布しているものもいる。予防接種キャンペーンの際には個別訪問による予防接種活動に動員される。

ブリガディスタの活動内容はSILAISによって異なる地域の保健活動を支える中心的な人材として期待するのは難しい。ただし、保健医療施設や地域保健事務所から何らかの援助や監督を持続的に受けているブリガディスタの場合は、その地域の保健予防活動を活発に行っている。

2 - 5 人口・保健データ

2 - 5 - 1 人口、出生および死亡

(1) 人口

1998年の全人口は482万4945人で、性別年齢別人口構成は低年齢層が幅広い典型的な途上国型の人口ピラミッドである。

人口の年間増加率（1998年）は2.6%で、ラテンアメリカおよびカリブ海諸国の平均1.7%を上回っている。開発の進んだ太平洋側では都市への人口集中が進み、太平洋側での都市人口の割合は70%となっている（全国平均54%）。首都マナグアには全人口の25%、約100万人が住んでいる。人口密度は全国平均34人/km²（1997年）であるが、地域差が大きい（RAANでは6.6人/km²に対し、マサヤでは395人/km²）。

経済の悪化に伴い、隣国コスタ・リカへの出稼ぎや移住者の数が増加しており、約35万人がコスタ・リカに（不法）滞在していると推計されている。

(2) 出生

ニカラグアの粗出生率は人口1000人当たり、1970年の48から1998年の33へと減少傾向にある。1998年の合計特殊出生率は3.8で、ラテンアメリカおよびカリブ海諸国の平均2.7を上回っている。

平均寿命は1970年の54歳から1998年の68歳まで延び、男性は66歳、女性は71歳である。

(3) 死亡

1) 死亡の動向と死亡原因

ニカラグアの粗死亡率は人口1000人当たり、1970年の14から1998年の6に減少している。死因は表2 - 3のとおりである。さらに、保健省の報告では、死亡の約半数が45歳以上で、循環器疾患、事故、悪性腫瘍、糖尿病が主な死亡原因である。ただし、乳幼児の死亡原因は呼吸器感染症、下痢症など感染症が大部分を占めている。

表2 - 3 1998年の死亡原因の順位

順位	死因（割合）	順位	死因（割合）
1	急性心筋梗塞（6.7%）	7	その他の心疾患（4.0%）
2	脳血管疾患（6.0%）	8	肝疾患（4.0%）
3	呼吸器系疾患（5.7%）	9	原因不明の疾患（3.3%）
4	下痢症（4.9%）	10	腎不全（3.1%）
5	糖尿病（4.7%）		その他（51.5%）
6	肺炎（4.3%）	総計	14,106人（100.0%）

出典：DIVISION GENERAL DE PLANIFICACION Y SISTEMAS DE INFORMACION, DIVISION DE ESTADISTICA, 1998

2) 妊産婦死亡

保健省の報告によると、1998年の妊産婦死亡率は124/10万出生である。

3) 乳児・幼児死亡

1998年の乳児死亡率は47/1000出生、5歳未満児死亡率は66/1000出生である。乳児、幼児死亡で最も多い死因はいずれも下痢症、ARIである。

2 - 5 - 2 疾病構造

(1) 主要疾病分布

PAHOは、ニカラグアの主要疾病は感染症の割合が減少し、循環器疾患、悪性腫瘍、糖尿病などの生活習慣病が増加する傾向にあると報告しているが、保健省は、ニカラグアの主要疾病として下痢症、ARI、肺炎をあげている。

(2) 感染症

表2 - 4に1990年と1995年の百日咳、麻疹、髄膜炎、破傷風の発生件数および死亡数を示した。EPIの推進によって、予防可能な小児感染症の罹患、死亡は大きく減少した。ジフテリアは1989年以来症例はない。また、ポリオも1981年以来症例はなく、ニカラグアを含めた中南米地域では1994年にPAHOが小児麻痺根絶を宣言した。

結核の罹患率は、63/人口10万（1998）、AIDSの有病率は、4.2/人口10万（1997～98）である。また、ニカラグアのHIV/AIDSの発生は他の中米諸国と比べて低いが、未報告がかなりあると指摘されている。

マラリアは1993年以降、増加傾向にあり、1998年には約3万2000例（人口1000当たり6.64）が報告されている。ほとんどが三日熱マラリアであるが、熱帯熱マラリアの増加（特に大西洋岸地域と中北部において）が懸念されている。熱帯熱マラリアによる症例の比率は1998年のサーベイランス報告によれば全国平均で9%であるが、SILAISによって0.07～33.73%の幅がある。

表2 - 4 百日咳、麻疹、髄膜炎、破傷風の発生件数および死亡数

	百日咳		麻疹		髄膜炎		破傷風*	
	症例	死亡数	症例	死亡数	症例	死亡数	症例	死亡数
1990	242	2	18,225	772	2	0	51 (15)	11 (11)
1995	8	0	0	0	6	-	8 (4)	2 (2)

出典：環境衛生・疫学総局、保健省、1999

()：新生児の破傷風

2 - 5 - 3 母子保健、家族計画、リプロダクティブ・ヘルス

(1) 女性に対する活動

女性に対する活動は、リプロダクティブ・ヘルスを中心に保健サービス総局の女性・幼児・青少年総合ケア局が担当している。主に家族計画、妊婦検診、分娩のケア、産後検診、子宮がんの検診サービスの提供である。

1) 妊婦検診

妊婦検診の受診の割合は70%と報告されている（都市部で82%、農村部で65%）。

2) 分娩のケア

家庭で伝統的産婆や家族の介助で出産している割合は全体の約3割を占めている。農村部では約半数である。

3) 産後検診

産後検診の受診の割合は30%と報告されている（都市部で44%、農村部で15%）。

母親の産後検診の認識は徹底していない。

4) 子宮がんの検診

35%の女性が過去に子宮がんの検診を受けたことがあるが、このサービスはまだ普及していない。

(2) 子供に対する活動

現在、保健省は子供の保健サービスとして、予防接種、子供の発育モニタリング、ビタミンA剤の投与、下痢やARI対策などを実施している。1996年より女性・幼児・青少年総合ケア局が中心となって、PAHO/UNICEFが推奨している「子供の病気の統合的管理（Integrated Management of Children Illness : IMCI、スペイン語ではAIEPI）」を導入した。

(3) 栄養問題

1) 低出生体重児

低出生体重児の割合は1990～97年で9%と報告されている（出典：世界子供白書、UNICEF、1999）。

2) 子供の栄養状態

栄養不良の5歳未満児の比率は、低体重（中・重度：年齢相応の体重をもつ基準集団の体重の中央値からの標準偏差が-2以下のもの）が12%、消耗症（中・重度：身長相応の体重をもつ基準集団の体重の中央値からの標準偏差が-2以下のもの）が2%、発育障害（中・重度：年齢相応の身長をもつ基準集団の身長の中央値からの標準偏差が-2以下のもの）が24%である（出典：世界子供白書、UNICEF、1999）。

3) 栄養対策

1994年に下記の7項目の栄養政策が発表された。

母乳栄養による育児の促進、微量栄養素欠乏症の予防と治療、栄養教育の推進、発育モニタリングの推進、栄養のサーベイランスの設置、栄養に起因する疾病の予防、食品の衛生と品質管理

(4) 家族計画

ニカラグアは、国民の大部分がカトリックであるが、家族計画に関してはリベラルな政策をとっている。しかし、家族計画の普及率は低く、全国平均で49%と報告されている（出典：世界子供白書、UNICEF、1999）。家族計画の方法としては、女性の不妊手術（26%）が最も多く、ピル（14%）、IUD（9%）と続いている（1998年DHS）。10代の女性の妊娠が総妊娠数の3割を占め、望まない妊娠のため中絶も多いことから家族計画に関する教育と啓蒙活動が強化されなければならない。

表 2 - 5 10代の女性の妊娠・出産

年齢・居住地	出産経験あり (%)
15	5.1
16	12.4
17	22.4
18	33.1
19	42.4
都市部 (15~19)	18.8
農村部 (15~19)	27.9%

出所：Encuesta Nicaragua de Demografia y Salud 1998

2 - 5 - 4 保健医療情報システム

保健医療情報を統括しているのは、保健省の企画・情報システム総局で、SILAIS（一次レベル）の保健医療施設や各病院から送られた保健医療情報を収集、保健医療情報システムの整備と監督、保健計画の立案等を行っている。SILAISから保健サービスの利用者の年齢、性、診断名、ARIや下痢に対する抗生物質やORSの使用頻度、予防接種状況、子供の発育モニタリングと栄養状態の評価、妊婦検診や家族計画に関する情報があり、病院から、各科別の入・退院、治療に関する情報が集まってくる。

現在、保健省中央での情報の集計は遅れがちで、時宜をえた保健医療対策の実施に十分に生かされていない。

感染症サーベイランスはPAHOの中米地域情報コミュニケーションプロジェクトの指導の下で全国的に展開されており、保健省疫学サーベイランス室が各SILAISからの報告を疫学週報（Boletin Epidemiologico）として取りまとめ、配布している。この週報は、全国の主要感染症発生数と死亡数を週単位で取りまとめるほか、下痢症、コレラ、ARI、マラリア、妊産婦死亡、 Dengue出血熱についてはSILAIS別に集計、前年度と比較している。

この情報は、PAHOニカラグア事務所のホームページを通じて公開されている（アドレス：<http://www.ops.org.ni/~d-vigepi/boletines/>）。

3 . グラナダ県の保健医療の現状と問題点

3 - 1 グラナダ県の一般事情

グラナダ県は、首都マナグアの南東約45kmに位置する面積1039km²の県で、1524年にスペイン人がニカラグアで最初に創設した街である。ニカラグア最大のニカラグア湖の北西端に位置し、古くからオメテペ島などの島や対岸への水上交通の要所としても栄えた。また、コスタ・リカやカリブ海方面へ陸路で向かう場合の交通の拠点ともなっている（グラナダ県の全図は附属資料を参照）。

グラナダ県は、年間の気温は26～32、湿度は年平均77%以上で、年間を通じて高温多湿の熱帯性気候である。5月から11月までが雨季の時期で、年間の降雨量は1300～1500mmである。

なお、グラナダ県は4つのMunicipio - Granada、Nandaime、Diriomo、Diriaに分かれている。人口の62%は最大の面積を有するグラナダMunicipioに居住しており、最小のディリアMunicipioの人口はわずか4%である。

表 3 - 1 Municipio 別人口割合と都市人口比率（%）

Municipio	人口の割合	都市	農村
Granada	62	66	34
Nandaime	21	47	53
Diriomo	13	41	59
Diria	4	40	60
SILAIS全体	100	49	51

出所：Granada SILAIS

3 - 2 グラナダ県の人口・保健データ

3 - 2 - 1 人口、出生および死亡

(1) 人口

1998年のグラナダ県の人口は16万9968人で、都市人口の割合は約50%（最新値では57%）である。人口密度は163人/km²である。1995年の国勢調査に基づく推計値によれば、人口の約43%は15歳未満であり、高出生率を反映した若い年齢構成になっている。また、出産可能年齢（15～49歳）の女性は約4万2000人で、総人口の約4分の1を占める。

グラナダSIL AISの資料によれば、人口の16.8%は基礎的なサービスへのアクセスを欠く状況にあり、9.3%は極度の貧困状況にあると推計されている。6～12歳の子供のうち4割が非就学児である。

(2) 出生

1998年の粗出生率は人口1000人当たり34（登録出生数5737）であり、全国平均33を少し上回っている。合計特殊出生率（女性が生涯に産む子供数）は、1998年DHSによれば全国平均3.9（都市部3.1、農村部5.4）に対してやや低い3.6となっている。

(3) 死亡

1) 粗死亡率と死因

1998年の粗死亡率は人口1000人当たり3（登録死亡数550）であり、全国平均6を下回っている。主な死因は、心疾患、悪性腫瘍、事故、高血圧性疾患、糖尿病であり、この5疾患で全死亡の4割を占めている。

死亡数の年齢層別割合は、乳児（1歳未満）15%、1～4歳児2%、5～14歳児2%、15～64歳29%、65歳以上52%となっている。子供の死亡原因については後で述べるが、死亡率の低下と人口構成の変化に伴って非感染症による死亡の比率が増加する傾向にあると思われる。

2) 妊産婦死亡

1998年の妊産婦死亡率は66/出生10万である。ただし、死亡の実数は2人である。1997年には5人が死亡しており（妊産婦死亡率128）、出生数が少ないので妊産婦死亡率は年による変動幅が大きいと考えられる。

3) 乳児・幼児死亡

グラナダSILAISの公式統計によれば、1998年の乳児死亡率は8.54/出生1000、5歳未満児死亡率は11.5/出生1000であり、これを信じるならば、保健省発表の全国平均（1995年53）に比較してきわめて良好な状況（コスタ・リカと同程度の水準）にあることになる。全国で最も保健水準の良好なマナグアSILAISの1997年の乳児死亡率が20.52（マナグアSILAIS資料）であること、過去のデータからグラナダSILAISもほぼ同じ死亡率の水準であると考えるのが妥当であり、グラナダSILAIS統計からは死亡数の登録もれが疑われる。たとえばSILAIS内の民間病院における死亡は統計値に含まれていないものと思われ、隣接するSILAISの保健医療施設での死亡はそれらのSILAISの住民統計に計上されている可能性が高い。

ただし、1990年代に推進されたEPIの成果によって乳児死亡率が全国的に低下していることは十分に考えられる。

統計値のばらつきの原因については、今次調査では十分に比較検討することはできなかった。周産期、乳幼児の登録死亡数は以下のとおりである。

表3 - 2 グラナダSILAISにおける子供の死亡数（登録値）

	死亡登録数	1997年	1998年
(1)	胎児死亡数*	39	34
(2)	早期新生児死亡数(0~6日)	35	58
(3)	周産期死亡数(1)+(2)	74	92
(4)	乳児死亡数	62	84
(5)	1~4歳児死亡数	13	9
(6)	5歳未満児死亡数(4)+(5)	75	93

出所：Granada SILAIS

乳児・幼児の主な死亡原因は、ARI、急性下痢症、肺炎、栄養不良、寄生虫症で、成人の死因と対照的に感染症が大部分を占めている。1997年と1998年の乳児・幼児のARI、急性下痢症による死亡数を表3 - 3に示した。

表3 - 3 グラナダSILAISにおける乳児・幼児のARI、急性下痢症による死亡数

	ARIによる死亡数		急性下痢症による死亡数	
	1997	1998	1997	1998
乳児	3	0	6	13
1~4歳児	3	3	8	7

出典：ANALISIS SITUACIONAL CARACTERISTICAS DEL SILAIS,
グラナダSILAIS事務所、1998

3 - 2 - 2 疾病構造

(1) 主要疾病分布

グラナダSILAIS事務所の集計によると、医療機関を訪れる患者の主要疾病は、ARI、寄生虫症、急性下痢症が全疾病の3割を占めていると報告している。

表3 - 4 グラナダSILAISにおける
疾病別公共医療施設受診数

疾病	1998年の受診数
ARI	50,584
IVU	12,080
寄生虫症	7,716
急性下痢症	7,527
高血圧	6,774
リューマチ	4,350
糖尿病	3,613
貧血	2,179
外傷	1,987
T.Lux.Esq	1,629
その他の原因	83,537
合計	181,976

出所：SILAIS Granada

(2) 感染症

ARIや急性下痢症以外で問題である感染症は、デング熱、マラリアであり、1998年にデング熱が474件、マラリアが1632件発生している。保健省昆虫媒介感染症課の統計によるグラナダSILAIのマラリア症例数は以下のとおりである。マラリア患者の9割以上がグラナダMunicipioで発生している。熱帯熱マラリアの発生は1件のみで、他はすべて三日熱マラリアである。

表3 - 5 年齢層別マラリア発生数と罹患率

年	発生数					罹患率
	0歳	1～4歳	5～14歳	15歳以上	合計	
1995	36	237	686	1,071	2,030	8.60/1000
1996	23	210	624	1,162	2,019	10.14/1000
1997	19	173	671	1,239	2,102	10.48/1000

出所：Direction General de Higiene y Epidemiologia(mimeo)

(3) 衛生環境

水道の普及は都市部で80%、農村部では8%であり、下水道はまったく完備されていない。また、家庭内にトイレがない人口が6割を占めている。コレラを含む下痢症は1997年に8400件、1998年に7500件が登録されている。

3 - 2 - 3 母子保健、リプロダクティブ・ヘルス

(1) 女性

1) 妊婦検診

1997年と1998年で妊婦検診を受診した割合を表3 - 6に示したが、地域差が大きい。

表3 - 6 妊婦検診を受診した割合 (%)

Municipio	妊婦検診を受診した割合	
	1997	1998
GRANADA	17.9	41.4
NANDAIME	85.6	73.0
DIRIOMO	85.3	63.3
DIRIA	77.0	95.0
SILAI全体	43.3	54.3

出典：ANALISIS SITUACIONAL CARACTERISTICAS DEL SILAI, グラナダ SILAI 事務所、1998

2) 施設分娩

1998年、グラナダSILAI事務所に届け出があった分娩数は5737件で、そのうち一次

保健医療施設に登録された分娩は2925件（51%）であった。SILAIS事務所の説明によれば、この中には一次施設に報告された自宅分娩（全体の3～4割）も含まれている。同年のグラナダ病院での出産数は2217件、有床のヘルスセンターであるC/S Rommel Carrasquillaで354件であった。

表3 - 7 グラナダ SILAIS における病院と C/S における施設分娩数

	1997年	1998年
グラナダ病院	2,445	2,217
C/S Rommel Carrasquilla	337	354
合計	2782 (53.3%)	2571 (45.0%)

出典：Estadísticas SILSI Granada

グラナダ病院における出産2217件のうち、正常分娩は1758件、分娩合併症は19件、帝王切開440件（19%）、死産40件、流産・妊娠中絶253件であった。また、上記施設分娩のうち27.5%（709件）は母親の年齢が10代であり、国内の他地域と同じく若年の妊娠・出産の比率が高い。

3) 家族計画

グラナダSILAISの15～49歳の既婚または男性と同居している女性のうち、60.4%が近代的な避妊法を実施していると推計される。（DHS1998）

(2) 乳幼児

1) 予防接種

1997年と1998年における予防接種率は表3 - 8のとおりである。ほぼすべてのMunicipioで90%を超える接種率を達成している。

表3 - 8 1997年と1998年における予防接種率（%）

	B.C.G.		O.P.V.		D.P.T.		M.M.R.
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1998
GRANADA	31.6	29.7	98.5	110.2	95.9	100.9	116.2
NANDAIME	50.0	33.0	102.1	92.8	102.5	92.3	87.3
DIRIOMO	74.5	93.4	122.1	110.5	125.0	110.5	172.3
DIRIA	77.5	78.1	98.5	90.3	96.5	87.8	96.7
SILAIS全体	79.7	87.9	99.8	104.9	97.7	99.0	110.6

出典：ANALISIS SITUACIONAL CARACTERISTICAS DEL SILAIS, グラナダ SILAIS 事務所、1998

2) 急性下痢症、ARI への取り組み

子供のARIと急性下痢症に関するケアは、女性と子供の健康統合プログラムにおける重点課題として実施されている。下痢症対策としては脱水症による死亡を予防するためのORSの使用が推進され、C/SにORTユニットを設置して下痢症治療を行っている。1997年と1998年の5歳未満の急性下痢症の子供のうちORSを利用した割合をMunicipio別に表3 - 9に示した。同様に、ARIにおいては抗生物質の使用の改善（濫用防止教育）が取り上げられ、1997年と1998年の5歳未満のARIの子供のうち抗生物質を利用した割合がMunicipio別にモニターされている（表3 - 10）。

表3 - 9 5歳未満の急性下痢症の子供のうち
ORSを利用した割合

Municipio	5歳未満の急性下痢症の子供のうちORSを利用した割合（％）	
	1997	1998
GRANADA	66.0	58.6
NANDAIME	36.4	26.3
DIRIOMO	85.0	60.0
DIRIA	71.0	95.7
SILAIS全体	57.0	49.0

出典：ANALISIS SITUACIONAL CARACTERISTICAS DEL SILAIS, グラナダ SILAIS 事務所、1998

表3 - 10 5歳未満のARIの子供のうち
抗生物質を利用した割合

Municipio	5歳未満のARIの子供のうち抗生物質を利用した割合（％）	
	1997	1998
GRANADA	53.0	51.2
NANDAIME	52.4	54.0
DIRIOMO	36.2	28.9
DIRIA	36.6	33.4
SILAIS全体	50.0	47.7

出典：ANALISIS SITUACIONAL CARACTERISTICAS DEL SILAIS, グラナダ SILAIS 事務所、1998

3 - 3 グラナダ SILAIS の組織、人員、予算および政策の進捗状況

3 - 3 - 1 グラナダ SILAIS の組織および予算

SILAISは保健医療分野における政策の優先順位に基づいて保健計画を作成する権限をもつが、予算については分権化されておらず、また給与関連の職員台帳を保健省が中央レベルで

一元管理しているため、人員数に関する決定権は実質上ない。運営費（燃料、日当、文房具、日用品消耗品等）資金についてはかなり決定権がある。

グラナダSILAISの組織は図3 - 1のとおりで、6課と4 Municipio事務所、1 SILAIS間検査室（Rivas, Karaso, Granada, Masayaの4 SILAISを担当する共同施設）、グラナダ病院から成る。

SILAIS事務所には所長の下に財務課、保健行政課、疫学課、女性・子供・青少年総合ケア課、看護課、医薬・消耗品課が置かれている。各課の担当と業務内容は以下のとおりである。

(1) 財務課

会計、財務、人事に関する業務を担当する。

(2) 保健行政課

保健計画の策定と評価、各保健医療施設の指導・監督、統計・医事記録、人材の教育・研修等を担当するほか、非感染症・慢性疾患対策プログラム、口腔保健、精神保健、リハビリテーション等他の課の所掌に属さない事業の実施を担当する。

(3) 疫学課

結核対策、STD/AIDS対策、昆虫媒介感染症（マラリア、デング、シャガス）対策、環境衛生および人獣共通感染症対策、殺虫剤散布、EPI、疫学サーベイランスを担当する。

疫学サーベイランスに関しては、PAHOの指導のもとで主な感染症の発生、マラリア、ARI、下痢症の発生と死亡、妊産婦死亡に関する情報が週単位で取りまとめられ、FAXで保健省に報告されている。報告の結果は疫学週報（Boletin Epidemiologico）として各SILAISにフィードバックされている。また、コレラとマラリアのアウトブレイクの際の検査等を含めた対応もSILAISで実施している。

(4) 女性・子供・青少年統合ケア課

保健省の母子統合保健局に対応した女性の保健事業、子供の保健事業、青少年保健事業を担当する。各Municipio事務所にはこれに対応した係（女性・子供・青少年統合ケア係）が置かれており、C/Sにも女性ケア外来（妊婦検診、家族計画、子宮がん検査を含む）や思春期外来などが置かれている。

(5) 看護課

各Municipio看護係長と（組織規定上）グラナダ病院看護部長を指導・監督する。看護職員の研修や地域レベルのボランティアの研修・監督もSILAISとMunicipioの地域保健担

当の看護職員の役割となっている。

ボランティアとしては、パルテラと呼ばれる伝統的産婆（TBA）が52名、プリガディスタが200名登録されている。ほかに、主にマラリア対策を担当するCol-Volと呼ばれるボランティア、World Visionやプロ・ファミリア等との協力プロジェクトの中で創設されたプロモートル/プロモトーラといったボランティアが存在するとのことである。

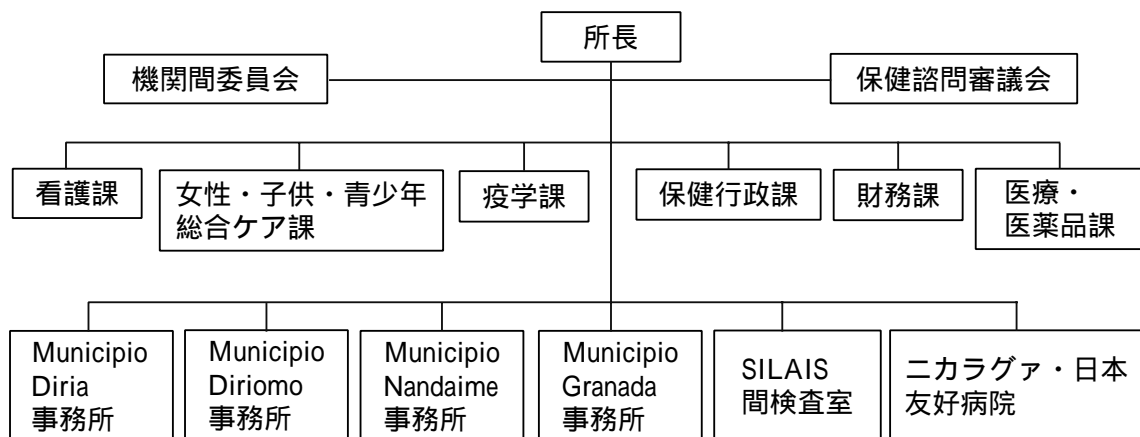
(6) 医薬消耗品課

医薬消耗品課は、SILAIS内の各施設で使用される薬品、試薬の供給に関する計画策定、中央薬品倉庫からの入手、配布、品質管理等について責任を有する。グラナダにはSILAIS医薬品倉庫はなく、保健省中央倉庫（CIPS）から受け入れた医薬品は各Municipioの薬品倉庫に直接配布され（実際には各Municipioから受け取りに来るらしい）、そこから各施設（C/S、P/S）に配布されている。SILAIS間検査室で使用される試薬もこのルートで調達される。

グラナダMunicipioの薬品倉庫はSILAIS事務所に隣接して設置されているが、機材倉庫として建設された建物を転用しているようで、空調や間仕切りなどはない。

(7) その他

SILAIS所長に対する支援・諮問機関として、J.I.S.（Junta Interinstitutional de Salude、セクター間保健委員会）とC.C.S.（保健審議会）が設置されている。J.I.S.は教育省、家庭省、内務省、軍、上下水道庁、社会行動省等保健に関連する各省の代表によって構成され、保健問題についての協調を促進する役割を担っている。C.C.S.は市民社会の代表としてSILAISの活動を支援すべく設置されており、地元の企業経営者や名士が任命されることが多いようである。C.C.S.の設置は前の保健大臣の指示によって創設されたものであるが、審議の内容や責任について明確な規則がないのが現状である。なお、グラナダ病院および各Municipioにもそれぞれ独自のC.C.S.が設置されている。



出典：EVALUACION ANUAL PLAN DE SALUD,SILAIS GRANADA 1997-1998, 1998

図3 - 1 グラナダSILAISの組織図

グラナダSILAIIS全体の1998年の予算、実際に執行した額、その差額を表3 - 11に示した。予算の執行額の61.8%を人件費で占め、次いで医療消耗品（現物支給で殺虫剤やワクチンなども含む）の18.9%、現金支給の運営費の13.3%である。

予算予定額と実際の執行額の差額が最も大きい支出項目は、各ドナーの供与物資の移転費である。全体では、予算予定額と実際の執行額の1.2倍に相当する。

表3 - 11 グラナダSILAIISの予算、実際に執行した額、その差額（1998）

項目	予定額（%）	執行した額（%）	差額
人件費（給与のみ）	6,437,173.68（63.6）	7,516,850.22（61.8）	1,079,676.54
光熱費・電話料金	450,438.10（4.5）	561,316.39（4.6）	10,878.29
運営費（現金払い）	1,583,282.01（15.6）	1,615,800.50（13.3）	32,518.49
医薬消耗品	1,621,925.89（16.0）	2,296,471.66（18.9）	674,545.77
移転費	29,901.90（0.3）	174,149.25（1.4）	144,247.35
合計	10,122,721.58（100.0）	12,164,588.02（100.0）	2,041,866.44

出典：ANALISIS SITUACIONAL CARACTERISTICAS DEL SILAIS、グラナダSILAIIS事務所、1998

3 - 3 - 2 グラナダSILAIISの優先課題とプログラム

グラナダSILAIISも国家保健政策に従って、保健政策を計画・実施しているが、予算の制約上、優先順位の高い、出産年齢の女性や5歳未満の子供のケア、伝染性疾病対策に重点的に実施する傾向にあり、中高年者への総合ケアの対応が遅れている。

また、母子保健政策も保健省が実権を握っており、予算が少ないために基本的サービスも十分に提供できない状況である。

保健省においてプログラムとして標準化されている活動（女性・子供・青少年統合ケア、EPI、等）に関してはSILAIIS、Municipio事務所を通じて指導・監督が行われ、C/S、P/Sにおいて実施されている。

SILAIIS事務所が最近作成した1997～98年度の事業評価資料では、保健医療分野の重点課題として、妊産婦死亡、ARIによる乳児死亡、急性下痢症による乳児死亡、マラリア罹患率、周産期死亡をあげ、これらの問題に対する対策を優先度の高い活動としている。

現在、日本を除いて、グラナダSILAIISの保健医療活動を支援している機関および内容は、PAHOのマラリア・デング熱対策、EPI、殺虫剤対策プログラム、UNICEFの女性と子供の総合ケア活動、世銀の保健スタッフへの研修事業と資金供与等がある。

3 - 4 保健サービスの現状

3 - 4 - 1 保健医療施設および医療従事者の分布状況

グラナダSILAIIS全体の職員は1998年末において882人で、そのうち741人（84%）が医療従

事者を含む専門技術職、残り141人が事務職である。また、882人のうち、一次レベルの保健医療施設（C/S、P/S）従事者は450人（51%）、グラナダ病院が422人（48%）、SILAIS事務所職員が35人（6%）、SILAIS間検査室が28人（3%）で、二次レベルの病院1カ所に人材が集中している。

表3 - 12 グラナダSILAISの人員配置状況

	専門技術職	一般職	合計
Granada Municipio	158	22	180
Nandaime Municipio	100	22	122
Diriomo Municipio	35	5	40
Diria Municipio	24	4	28
SILAIS間検査室	18	10	28
SILAIS事務所	30	22	52
グラナダ病院	378	54	432
合計	743	139	882

出所：Recursos Humanos SILAIS

グラナダSILAISには、一次医療サービスを提供する公共の医療施設として7カ所のC/P、26カ所のP/Sがある。二次医療施設として、1998年に日本の無償資金協力により移転・建設された病院が1カ所ある。他に私立のCocibolca病院がグラナダ病院の近くにあるが、今回は訪問することができなかった。また、公的施設の勤務医やSILAISの医師スタッフは勤務時間外に自宅等でクリニックを開業している。

表3 - 13 グラナダSILAISの公的医療施設

施設		A	B	C	合計
病院	1	-	-	-	1
Centro de Salude	-	1	3	3	7
Puesto de Salude	-	13	13	-	26
検査ラボラトリー	1	-	-	-	1

出所：SILAIS Granada

注 C/S A：有床、専門医配置あり。B：無床、専門医配置あり。C：無床、専門医配置なし。
P/S A：医師常駐。B：医師は駐在せず、C/Sから巡回。

1998年末現在、グラナダSILAISの医療従事者のうち、医師が144人（うち45人が専門医）、看護婦が266人（うち103人が正看護婦）である。公的部門に勤務する医療従事者に関する指標を表3 - 14に示した。SILAISでは民間部門の医療施設や人員に関する登録・把握は実施しておらず、保健部門全体の事情は不明である。

表 3 - 14 医療従事者に関する各種指標

医師 / 正看護婦比	1.4
正看護婦 / 准看護婦比	0.7
人口 1 万人当たりの医師の数	8
人口 1 万人当たりの看護婦の数	7
人口 1 万人当たりの准看護婦の数	10

出典：EVALUACION ANUAL PLAN DE SALUD, SILAIS
GRANADA 1997-1998, 1998

3 - 4 - 2 一次レベルの保健医療サービスの現状と問題点

今回、グラナダMunicipioとナンダイメMunicipioの一次レベルの保健医療施設（位置および概要は附属資料 を参照）を2グループに分かれて、視察した。

(1) グラナダ Municipio

グラナダMunicipioは最も人口（1999年で10万8694人）の多いMunicipioであり、南北に長く、都市部と農村部とに地理的にも分かれている。ニカラグア湖に沿って北上した比較的奥地にあるMalacatoyaなどは雨季のころ、洪水被害を受けやすく、アクセスが悪い地域も多い。

1) 保健医療サービス

都市部に無床のC/Pが4カ所、医師在のP/S(A)が2カ所、無医のP/S(B)が2カ所あり、農村部に医師在のP/S(A)が5カ所、無医のP/S(B)が3カ所ある。職員数は183人で、そのうち医療従事者は医師28人（一般医師23人、精神科医師2人、歯科医師3人）、看護婦47人（准看護婦が33人）、検査技師4人、理学療法士6人、心理学者4人、衛生士6人等である。

Municipio事務所は、医師でC/S所長を兼務する事務所長の下に財務・経理担当、看護担当、統計担当、疫学担当等の係が置かれている。事務所長は、事務所・C/Sに必要なものとして、以下の4項目をあげていた。まず、施設インフラで業務に必要なスペースの確保、次に、最低限の機器、機材等の確保、さらに、移動、輸送手段の確保、最後にスタッフや住民への研修実施費用と必要機器である。

2) 各種保健医療施設

Jorge Sinforoso B C/S（以下、J.S.C/S）

グラナダの町中に、SILAIS事務所から車で約10分ほどのところに、グラナダMunicipio事務所とJ.S.C/Sが同じ敷地内に隣接している。近くには品揃えのよい薬局やプライベートクリニックもある。

診療時間は午前8時から午後4時半まで（時間外診療はしていない）で、産婦人

科、精神保健課、口蓋顎外科（口蓋裂の手術と設備がないので歯治療）の専門医がいる。

診療科（外来を置いているもの）の活動として、下痢症のORS治療ユニット、小児科（下痢以外）、青少年科（10～19歳を対象）、女性の総合ケア科（妊婦管理、家族計画、PAPスメア採取など）、慢性疾患科、精神保健科（グループセラピー、心理療法など）、リハビリ科（主に整形外科の患者を対象）、歯科、EPI科、結核・STD科、ベクター媒介感染症科、環境衛生・人畜共通感染症科（水の検査、サンプリング調査も含む）がある。なお、リハビリ科と精神科はイタリアの援助によって数年前に施設の建設が行われたものである。

外来患者総数は、180人/日で診察のみが100人/日である。予防接種以外のプログラム対象者は80人/日である。尿、便、血液、痰の検査が可能であるが、デングの検査はマナグアの国立リファレンスラボラトリーに、コレラの確定診断はSILAIS間検査室へサンプルを送る。35人/日、90件/日（検体採取のみ）の検査がある。

水、トイレ、電気、通信機器は一応整っている。医療廃棄物も特に分別せず、一般ゴミと一緒に市が集めている。

医療器材のうち、血圧計、聴診器は故障し使用不能である。専門家がいても、設備がないために活動できない状況である。

C/Sの医薬・消耗品は半月に1度グラナダSILAIS事務所の倉庫に取りに行く。薬局は狭く、エアコンや冷蔵庫はない。よく処方される薬は、抗生剤、下痢用の薬、駆虫剤、慢性疾患の薬（高血圧、糖尿病、心疾患）、向精神薬などである。

Malacatoya P/S（医師在）

グラナダ市街地から北に車で1時間弱のところにある。このP/Sは県境にあるため、Boacoなど他県を含む周辺コミュニティの住民も来ており、実際には1万人前後が診療サービスの対象となっている。そのため、対象人口から割り当てられる予算ではP/Sを十分運営していけないのが現状であるとのことであった。

医師（大卒後5年の総合医）1人、看護婦1人、准看護婦2人、臨床検査技師1人の合計5人が勤務している。医師はP/S内の一室（もともとは診療用のスペースであったもの）に宿泊して、週末にはMasaya県の実家に帰宅するという生活をおくっているとのことであった。職員宿舎等の付属施設はない。

井戸水、電気は使用でき、無線機がある。廃棄物は掘った穴に入れて焼却するが、ディスクの針などは事務所から回収に来て、グラナダで針用の焼却炉で処分される。

主な医療機器としては、診察台、分娩台、滅菌器、ワクチン用冷蔵庫、身長計、体重計（大人用、小児用）、聴診器、血圧計、耳鏡、簡単な外科処置ができる器具があ

る。しかし、老朽化したものや、顕微鏡、遠心分離機、簡単な外科セットは壊れて使えない。医薬品、衛生用品は40種類以上置いてある。

活動時間は8：00～12：00、13：00～17：00で、活動内容は、診療、テパロンP/Sへの出張診療、予防接種、外科処置、各種プログラム対象者への対応などである。検査部では尿、便、血液の検査ができ、コレラの確定診断はSILAIS検査室にサンプルを送る。

利用者数は、平均40～50人/日。多い疾患はARI、下痢症で、雨季の5～7月や自然災害後に患者数が増える。

現在、分娩は基本的には業務としていない。しかし、施設分娩をすすめる行政方針があり、32週以降の妊婦はグラナダ病院にリファーする。その後は病院が出産までフォローすることになっているが、初回の病院の健診で問題なしと言われると安心して、その後の健診を受けずに、自宅で分娩しようとするケースが多い。自宅分娩の現状については不明である。病院に間に合わなかった場合には、P/S内で分娩介助している。このようなケースは、1998年の10月から12月の3カ月で18件あった。分娩台が診察室の窓際に間仕切りもないまま置かれており、「分離した分娩室があれば、P/Sでの分娩希望者も増えるだろう」と医師はコメントしていた。

所定の記録書があり、毎日の診療活動をまとめてMunicipio事務所に無線で報告している。

Malacatoya P/S（無医）

Malacatoya P/S（医師在）から車で約10分ほどにあり、1部屋（水まわりの設備はなく、トイレは広場の共用）のP/Sである。ここでの保健活動は、もともと修道女グループが実施していたものを、保健省が協力するようになり、人員配置がなされてP/Sに格上げされたものである。また、周囲のコミュニティの人たちの支援もある。このP/S（無医）の対象人口は約1900人である。

通常は准看護師1名が常駐し、Malacatoya P/Sの医師が週1回、出張診療に来る。近くの住民でボランティア4名がP/Sの掃除をしてくれる。

予防接種用のワクチンが運搬用クーラーボックスに入っている。冷蔵庫の温度管理がされた電気冷蔵庫がある。身長計、体重計、簡単な外科処置ができる器具がある。

週1回の医師の出張診療のときに使用する医薬品や衛生用品が30種類以上置いてある。

活動時間は8：00～12：00、13：00～17：00で、午前の受診が多い。活動内容は、各種プログラム対象者への対応、予防接種、ORT、母親のケア、簡単な外科処置である。近隣のCasa BaseへのORSや塩素の配給も行う。

利用者数は、医師の出張診療の時は60人/日だが、それ以外の日はプログラム対象者が主で20人/日である。多い疾患はARI、下痢症で、雨季の5～7月や自然災害後に患者数が多くなる。

医師が行った診療の記録は、医師が持ち帰り報告するが、それ以外の日の利用者の記録は、看護師がP/S（医師在）に報告する。出張診療以外の日で、コレラが疑わしい患者が出るなど非常事態が生じたときは、Malacatoya P/S（医師在）まで連絡し、そこから無線で事務所に連絡する。

テパロン Casa Base

Malacatoya P/S（医師在）から車で約20分のところに、Casa Baseがある。建物の所有者は別の人だが、コミュニティの共有で借りている。

対象家族は井戸水殺菌用の塩素剤支給対象が50家族、ORS支給対象の子供がいるのが20家族である。

10年以上前からCasa Baseをしている32歳になる女性はTBAではないが、分娩介助、注射の仕方、自然医学などの研修を受けている。主な活動内容は、ORSや塩素の配布、妊婦教育で、ORSで間に合わない患者には、上述のP/Sに行くようにすすめる。

Casa Baseの敷地には手押し井戸やトイレがあるが、机の上には塩素剤、ORS、前日にNGOから寄付された鍋などが雑然と置かれていた。ORSや塩素の補給はテパロンP/Sで受ける。

(2) ナンダイメ Municipio

ナンダイメMunicipioはグラナダSILAISの南部に位置し、グラナダMunicipioに次ぐ2番目に人口の多い（1999年で3万6592人）Municipioである。都市人口は1万7118人で47%、農村人口は1万9027人で53%で、人口が都市に集中する傾向にある。

1) 保健医療サービス

同地の保健医療施設は、有床のC/Sが1カ所、P/Sが6カ所（そのうち2カ所が医師駐在）、民間の医療施設が数カ所ある。なお、Casa Baseが12カ所存在している。

医師が13人、看護婦が38人（准看護婦24人）、その他の医療従事者が72人いる。Municipio長およびC/P長は、ナンダイメMunicipioにおいて保健医療上で最も問題としていていることとして、周産期死亡（1997年の16.7/1000、1998年の26.5/1000）と乳児死亡（1997年の10.5/1000、1998年の26.9/1000）が高いこと、マラリアとデング熱の発症の増加をあげている。

2) 各種保健施設の概要

Rommel Carrasquilla C/P（有床）

ナンダイメMunicipioの都市部に位置し、グラナダSILAISで唯一ある有床（32床）のC/Pである。

診療時間は平日の8：00～16：00までであるが、それ以外は緊急診療部があり、24時間体制を維持している。診療科目は、内科、小児科、外科、歯科、産婦人科があり、一般医と専門医が配置されている。それぞれの診察室のほかに、手術室、レントゲン室、観察室、薬局、検査室、救急車の設備を有している。

外来患者は年間約4000人で、そのうち60～70人をグラナダ病院に移送している。入院患者は月平均150人で、出産数は月平均40～60人である。

検査室には常時3人の技師がおり、ナンダイメMunicipioのほとんどの保健医療施設からきた検査を行っている。一部、 Dengue熱の確定診断のための検査はグラナダ病院に依頼している。

基本的な設備（水、電気、トイレ、通信機器）は整っており、リファー用として救急車が1台、事務所兼用のトラックが1台ある。

医療機器として、手術室、レントゲン室の機材が不足し、現在は使用されていない。

無料診察が原則であり、予算はすべて保健省に依存しており、人件費がかなりの部分を占めている。医薬品は常に不足しており、同施設の問題のひとつである。

主な入院患者の病名はARI、下痢症、慢性疾患（循環器系疾患、糖尿病、気管支喘息）などである。

Los Jinones P/SとLos Brenas P/S

両P/SはRommel Carrasquilla C/Pから車で20～30分の距離にあり、フェンスで取り囲まれた建物は、盗難防止と遠距離からでもP/Sだとわかるためである。

最初に訪問した際は予防接種月間ということで、スタッフが屋外に出ていたため、P/Sの施設内は見学できなかった。後日訪問した際には、准看護婦のほかに、週1日診察を受け持つ医師がいた。日ごろ20～40人くらいの患者しか来院しないP/Sに2倍以上の患者が医師の診察を受けるためやっていた。

同施設の主な医療機器としては、診察台、分娩台、冷蔵庫、身長計、体重計、聴診器、血圧計、子供用のベッド、簡単な外科処置ができる器具がある。医薬品等は常に整理され、取り出し自由な棚に並べられている。

両P/Sでは、簡単な外科処置、予防接種、ORTの指導、母親や乳幼児のケア、各種プログラム等のサービスを提供している。いずれのP/Sにもボランティアやブルガディスタの主婦数名が週に1～2回やってきて、室内の掃除から予防接種の手伝いをしている。診療記録や来院した患者の記録は整然と整理されている。

一般的に、P/Sは診療時間（平日の8：00～16：00ごろまでが多い）および受けられ

るサービス、スタッフ数、設備、外見の建物敷地の広さ等で上記のC/Sとは格段の差がある。

Cooperativa Bernarido Dies Ochoa Casa Base

ドイツの植林プロジェクトの組合集会所の隣にあって、自宅の一部をCasa Baseにしている他の事例とは異なっている。そこには、4人のボランティアがあり、そのうち1人はTBAで、3人がブリガディスタである。

サービスの内容は、管轄している人口300人の住民の啓蒙活動が主な仕事であり、そのほかに保健医療施設への紹介を行っている。何らかの症状を訴えてきた患者の8割を近くのP/SやC/Pに紹介している。

地域住民の問題として、洪水、高い失業率（地域住民の8割）をあげていた。

3 - 4 - 3 二次レベルのグラナダ病院の現状と問題点

同病院は1998年にわが国の無償資金協力により建設され、同年6月に、グラナダSILAIS事務所に近い市内中心部から移転した。グラナダ病院の概要を表3 - 15にまとめた。

表3 - 15 グラナダ病院の概要

診療科目（病床数）	内科（18）、外科（24）、整形外科（12）、婦人科（8）、産科（24）、小児科（39）、新生児（12）、ICU（11）、歯科 全体で148床
診療時間	8：00～13：00
救急外来	24時間体制、約150人／日
職員数	353人（医師56人、看護婦152人のうち45人が准看護婦、検査技師13人、レントゲン技師9人、理学療法士4人、薬剤師8人、栄養士2人、統計士13人、その他）
患者数	外来患者数：27,324人（1997）、15,986人（1998） 救急外来患者：54,000人（1997）、32,437人（1998） 入院患者：9,270人（1997）、8,001人（1998）
手術件数	1,564件（1997）、1,415件（1998）
出生数	2,441件（1997）、2,217件（1998）
死亡数	120人（1997）、137人（1998）
予算	8割保健省、残り2割寄付
医薬品の供給	無料診療用と有料患者用と別に薬局がある。
医療費負担	保険加入者以外は無料

出典：グラナダ病院統計、1999

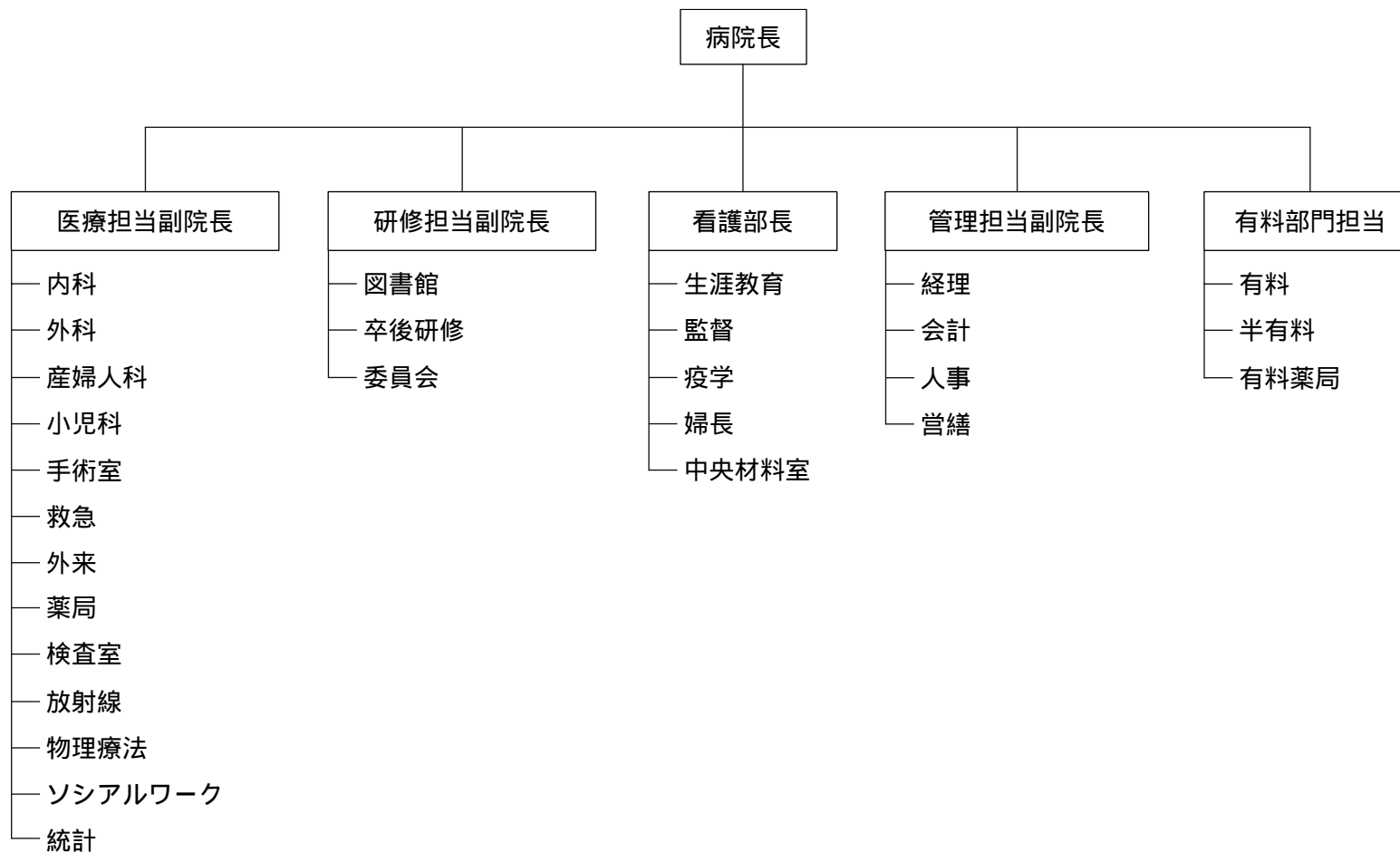


図 3 - 2 グラナダ病院組織図

1998年に移転が行われて一時診療を中止したこと、昇級を求める医師のストライキが全国規模で実施されて機能が麻痺したこと等の理由により1998年の実績は1997年を下回っている。

グラナダ病院は人口17万のグラナダ県の二次医療の機能と地域の中核病院としての役割を期待されているが、一次レベルの保健医療施設からの紹介なしに直接患者が来院し、本来業務を麻痺させているのが現状で、リファレルシステムは十分に機能していない。例として、救急外来患者は1日平均150人（7：00～15：00まで）だが、これは他の外来患者数の約2倍で、病院側の分析によれば本来同病院を必要とする患者は10%のみであるとのことである。

一次レベルの患者が同病院に来院する理由として同病院院長は下記のように分析している。

- ・C/SやP/Sには専門医が不在であり、設備がそろっていないので十分な医療行為を受けられないという患者側の認識があり、上記の末端の保健医療無施設への不信感があるため。
- ・医薬品の不足で、医薬品を十分にもらえないので、医師の診療行為を受けても患者は満足できないため（よい医療サービス＝医薬品の配布という患者の意識が根強い）。

上記の問題を改善する策として、同病院とSILAIS事務所との協議により、末端の保健医療施設への専門医の派遣を実施しているが、効果のほどは把握されていない。

今回の調査では病院の各診療部門の医療活動の調査は実施していないため、各部門の技術水準、サービスの質について具体的に分析することはできなかった。

保険加入者およびその家族、一部の中流所得階級の患者以外は原則として無料診療・検査・手術等を実施しており、赤字経営は避けられない。その打開策として、医療保険事業（Expensa Medica Provisionales；EMP）と称する、社会保険庁とパッケージ契約を締結して保険加入者およびその家族に対する医療サービスに対する支払いを受ける施設となっている。そのため、EMP患者用の受付、外来診療、入院部屋、薬局を無料患者と区別して別棟に設けている。なお、医療保険事業の管理・運営、責任者は同病院とは独立しているが、同事業の収益を病院の経営に当てている。その他、病院の赤字経営を立て直すために、企業からの寄付を募ったりバザーの開催を積極的に行っている。これは、経営改善と中流階級を対象とした診療の質の改善のためであるが、公的病院として貧困層や社会的弱者が利用できる環境づくりのための対策にも取り組むべきである。

経営の改善が診療の質と関連していることは事実であるが、もっと人材のトレーニング、P/S、C/Sとの連携の改善について対策を検討すべきである。そのほかに、同病院の赤字経営を憂えるあまり、高額な料金を要する検査を無料患者には避ける傾向があり、不正確であいまいな診断で治療を行わざるを得ない状況にある。さらに、診療費用の有料化（1998.7.2まで施行）等の政策に振り回され、独自の病院経営方針を実施できないでいる。

人材の不足、特に看護婦の不足は深刻な問題であり、人材不足は現在政策として行われているリストラでさらに厳しくなると予想される。限られた人材で質のよい診療を行うためには、

臨床に関するトレーニングが必要である。

施設・医療機器・消耗品の不足は事実であるが、維持管理能力が悪いために活用されていないものが非常に多い。臨床能力とは別に、維持管理について各セクションの部長クラスのスタッフはトレーニングも必要である。

問題の多くは多岐にわたり、それぞれが複雑に関与しているため、グラナダ病院だけでは解決できないことが多い。グラナダ病院は、グラナダSILAIS事務所と定期的な会議をもち、地域保健の現場の視点から保健省への政策提言もすべきである。

3 - 5 住民参加

3 - 5 - 1 関係者からの聴取

(1) グラナダ病院長からの聞き取り

グラナダ病院長が強調していた諸点の中で最も印象的であったのは、病院経営上の財政的困難と、周辺に存在する他の医療機関との競争的な状況であった。国立病院として政府から課された種々の制約の中で上記の問題に対処し、病院の特色を出すためには、最新の医療機器を設置することが必要であるというのが院長の考えであった。

財政的困難に対する一方策として、1998年度にはグラナダ県内の企業からの寄付を募り、また、企業の協力を得て「バザー」を開催したことが述べられた。

以上のことから「経営環境の大変化とニカラグア・日本友好病院」について下記の2点が考えられた。

1) 新しい「ニカラグア・日本友好病院」のビジョンづくりと住民参加

医療機器の充実を求める理由は、院長の医療サービスの対象として住民の中上階層を指向していることに関係があるように思われた。つまり、最上階層は国外に治療を求めて行き、最下層は福祉対策の対象になり、両社会階層を病院経営の視点からみて、主要な医療サービスの対象からはずす経営方針をもっているように思われた。したがって医療機器の充実と同病院の経営面からみて主要な要素であり、必要なものになる。

もちろん、上記の理解は短絡的なものであり、病院長の医療機器の要望はそれが医師看護の技量や各部局の経営的仕組み、職員の志気や協調性、さらに病院のビジョン・使命などの理解浸透度（職員のみならず地域社会への浸透度を含めて）等を分析したうえでのことである。

ただ気になったのは、住民はこの病院に何を特別に期待するのだろうかということである。推測であるが、おそらく建物、医療機器や医薬品以上に「医療サービスの充実」を期待しているのではないだろうか。この点で、今後のわが国の協力においては、病院の新しい総合ビジョン・使命の「形成」について協同的な作業の必要性を特に感じた。

その作業の中に住民参加、つまり地域社会に根ざした・地域住民に支持された病院形成のビジョンとともに医療・保健の当該地域での使命を検討する必要がある。

2) Consultative Council 構成員と機能の拡大

すでに院長は赤字経営を立て直すために同病院のConsultative Council（議長・病院長、委員8名）と協議して、企業に訴えて寄付を募り、バザーへの出店を要請して、かなりの成果をあげたと聞く。これは医療サービスそのものを地域社会に持ち込んだケースではないにしても、医療サービス以外の点で地域住民との接点を拡充したことは評価できる。つまり、

市民の代表である同病院のCouncilメンバーに財政的困難が共有され、その問題解決のひとつの策としての寄付を募り、さらにバザーの開催を決めたことは現時点の諸々の制約の中での住民参加の一例として評価されてよい。

Councilメンバーはライオンズクラブ等市民の特定階層の「名士」らによって構成されており、これは、病院長の理念として強いて病院の対象者階層を住民の中上位30%に絞りたい考えがあることとも一致している。

国立病院である限り病院長の権限や現行のCouncil諮問委員会の役割や権限が政策によって定められているのは当然であるが、たとえば病院長の権限において「病院の医療サービスの向上」のために（病院の「経営」への住民参加ではない）より積極的な「住民参加」 - たとえば企業、労働組合、社会奉仕クラブ、地域住民、婦人会、患者、病院職員等の代表を構成員として病院の「サービス向上のための委員会」の組織化 - の可能性はないのだろうか。もちろんそのためには何よりも病院が地域社会・住民を単に医療サービスの対象（受け手）としてみるのではなく、地域社会・住民が住民の保健・医療ニーズを考える姿勢を当事者に醸成して、結果的には住民によって支えられる病院になるという発想の転換によるビジョン・使命観の形成が必要である。

病院長の許しを得て若干名の外来患者および看護婦長と面談することができたが、若干名の外来患者（主として歯科治療のために待っていた外来患者）は、この病院を選んだ理由についての質問に答えて「患者の扱い」のよさに言及した。たとえそのような答えが僅少なものであったにしても積極的に評価したい。その後、看護婦長との面談のうちに彼女がカトリックのシスターであり、看護婦部門の責任者であるのみならず、病院管理について学位をもっていることに着目して、日常的に最も配慮している点は何か、可能であれば実施したいことは何かの質問に答えて、については、患者の中にイエスキリストの姿を見て仕える看護（最も小さいものに仕える）はキリストに仕えることであるとの答えが返ってきた。この姿勢はキリスト教的看護の最初であり終局でもあるに違いない。さらに について願っていることの一つは、訳語で「Human Relation」の研修コースを

実施したいということであった。それは受療者（入院・外来患者）はもちろんのこと、その家族、さらに病院を中心にした地域社会との関係を含めた人間関係の向上を意図していると明確に伝えてくれた。詳細については聞き進むことができなかったが、医療サービスの向上を病院関係者だけの課題ではなく地域社会全体の課題にしたいという「もうひとつの視点・芽」である。

(2) グラナダSILAISでの聞き取り

誰が住民の医療と保健に責任をもっていると考えているのだろうか。

制度的にはグラナダ病院や後に訪問したナンダイメMunicipioにおいても病院長やSILAIS所長を議長とする8名の「Consultative Council」（諮問協議会）が設置され機能していることが理解された。もちろん「住民参加」については「方針」に掲げられているものの、具体的活動については理解できる聞き取りが十分にできなかった。最近グラナダSILAISでの協議会で審議された議題が「予防接種を中心にした保健強調月間（4月12日～5月12日）プログラム」の執行に関することと理解した。このキャンペーンの立案・実施計画・ボランティアの動員等の一連の協議に若干名であるにしても住民の代表が関与して保健・予防プログラムを住民にもたらしている。

つまり、このキャンペーンでは年間でただひとつの「HEALTH SERVICE IS BROUGHT TO THE PEOPLE」であったにしても、住民にサービスを持ち込むことによって接種率が上がったことを当事者たちが評価していることは医療・保健サービスの向上にとって嬉しいことである。こうした経験を重ね、経験を分析評価することによって、また新しい課題を発見し、住民参加の利点が認識されていく。聴取できなかったが、住民参加の視点から今後の課題のひとつとして想定されることはボランティアに関するビジョン（理念・使命）の明確化であり、その理念・使命に基づいたボランティア育成計画と指導者の育成が急務であるが、その点について対話することができなかった。

治療にしても予防接種にしても保健センターに「住民の来所」を待つ姿勢からはサービスの向上の基本的課題は生まれず、「住民参加」の課題は生まれない。

巡回医療サービスにはいくつかの問題点があるにしても、出かけることが住民の信頼を確保する唯一の方法であるように、日本の経験（昭和40年代の地域保健の推進者（若月俊一、稲葉峰雄、菊池武雄らの経験）やフィリピンのDr. J. Yen（Go to the People）の経験からも強調されてよい。

(3) ナンダイメMunicipio所長からの聞き取りおよびCasa Base（La Cooperativa Bernardino Diaz Ochoa）での女性たちからの聞き取り

住民参加の視点からナンダイメSILAISの活動については訪問当日に出動直前の「予防接種」キャンペーン隊を見送ることができたが、直接彼ら（ボランティア）の意見を聴取することはできなかった。

グラナダMunicipio管内の社会的状況とナンダイメMunicipio管内の違いの点では、ナンダイメ管内の方が農村部が多いことであり、したがって環境衛生においても都市部の多いグラナダMunicipioとは異なった課題（トイレ、飲料水、伝統的産婆依存傾向の前年比で死亡率の増加傾向など）がある。したがっていわゆるPHCの8つの課題への住民の取り組みが必要である。

Casa Baseでは伝統的助産婦（パルテラ）1名、プロモーター4名（うち男性1名）を含めた10数名の中年女性が待っていた。Casa Baseの施設建設の経過を詳細に理解するまでにはいかなかった。女性たちとの種々のやりとりから、この女性たちの組織化度合いの高さを感じた。それはこの地から男性の80%がコスタ・リカに出稼ぎしている状況の中で女性の家族や地域社会での責任を具体的に担っている「結束力」の結果であると思った。

当然地域保健活動においても主体的に責任を果たしていこうとする意欲が感じられたので、次の「絵」を示してこのような状況は空想的なものか現実にあるのかの間に、現実であると答えた。さらに、その解決を行政に期待するか、自分たちの責任で実施するかの紋切り型の質問に、一斉に「自分たち」との返答があった。

この木霊をどのように理解すればよいのか。つまり「絵」に示された状況を「私的」な状況と理解するので自分たちの責任として行動するのか、あるいはもしこの状況を「公」の状況と判断した場合にはどうなのだろうか。住民は自分たちの声をまとめて行政に状況改善を求める行動を起こすのではないだろうか。もしそうであるとすれば、「私」と「公」とを区別するものは何だろうか。可能であれば、次回の調査団にはぜひこの地域および女性グループについての詳細な住民意識・責任や住民参加について「対話」を提案したい。



3 - 5 - 2 住民参加に関する協力案

予想していたように「住民参加」は医療・保健行政の方針として存在しているが、実際に医療・サービス当事者の内発的課題とはなっていない。しかし、「芽」が潜在的にある。その可能な「芽」を変化してきた政治的状況の中でまた新しい「競争状況」の中で適切に育てるには内外の熟慮された知性が何よりも必要である。

(1) 病院経営およびSILAIS理念の確立（ビジョンづくり）

すべてにかかわる重要なことは「病院や保健行政の理念の確立」である。その作業は未だ十分ではなく、直接的に病院に関係するもののみならず地域住民も理念確立に参画できる仕組みの形成を考慮しながら進めるべきである。

(2) Human Ware（対人・社会技術）の重要性

看護婦長が指摘しているが、特に病院や保健所のような「人間」を扱う施設においては、人間的な心地よさやイメージのよさという主観的満足度を満たすヒューマンウェアの役割は医療・保健サービスのハードおよびソフトウェアとともに重要になってくる。同時に「競争社会」という状況理解において行政の医療・保健サービスが地域社会によって支持されるためにも、「住民参加」は欠かせない視点であり、ぜひ関係各位が考慮すべきである。

(3) ニカラグア・日本友好病院の設立の役割の検討

さまざまな政府が、それぞれの「友好病院」をそれぞれの流儀に従って支援していることだろう。今回の調査団の役割が新しい協力の領域・方法を新しい視点から発見しようとする意図を含むものであるならば、ぜひ考慮してほしい点は、病院長やSILAIS所長らが表現したJICAへの要請を手がかりにして彼らの抱えている諸問題を一緒に背負っていく姿勢を示すことである。医療・保健のマクロ・ミクロの状況理解から、病院、SILAIS経営の理念の詳細な検討（部局の採算ベース、人事の配置等の検討を含めて）、職員の研修、さらには地域社会の病院、C/Sの役割理解を浸透させるPublic Relations、住民に状況を知らせ、また住民の声に配慮する姿勢づくり等についてのJICA専門家と現地関係者との「対話」が必要であり、実現が望まれる。

(4) ニカラグア医療・保健サービスにおける住民参加、地域医療、公衆衛生等の重要性

保健省がそれらの領域を「治療」と同じように重要であることを認識し、そのための活動体制づくりをするための協力が必要である。もちろん保健省としては住民参加、地域医療、公衆衛生の必要性を認識していることは当然である。なぜ現状ではそれらがminorな位置に

ならざるを得ないのか。そのことがいかに保健医療状況の向上に負の影響を及ぼしているのかなどを検討する必要がある。こうした検討には、保健医療調査研究所（CIES）を交えた協議を提案したい。

さらに次回の調査においては上記の点および保健省内の人材教育・研修担当部局との協議を含めることが望ましい。

3 - 6 地域保健

3 - 6 - 1 グラナダ島の地域保健に関する考察

一般的にニカラグアで保健状況が悪い地域としては北部や大西洋岸側の県があげられ、南部に位置するグラナダ島の保健状況は悪くないとされている。

グラナダSILAISは疫学情報から、グラナダ島のプライオリティの高い健康問題として、妊産婦死亡、乳児のARIによる死亡、乳児の急性下痢症による死亡、マラリア、周産期死亡をあげている。また、グラナダSILAISは、アクセスの悪い農村部においては、保健医療従事者や基本的な医療機器の不足と、医療技術のレベルの低さを指摘している。さらに都市部においては、医療施設がかなり充足された地域であっても、サービス内容やマネジメント能力の低さが問題であると指摘している。

地方分権化政策で計画立案の主体はグラナダSILAISになってきている。しかし、予算面では中央政府に依存している部分が大きく、グラナダSILAIS独自の活動を企画できない状況である。

グラナダ島で唯一公的な二次医療を担うグラナダ病院は、1998年に日本の無償資金協力で建設された病院である。しかし、医療施設や医療機器は十分活用されておらず、他方、病院長は特定の目的の施設や医療機器が「不足」していると訴える。医療技術や維持管理についての人材のトレーニングが必要である。病院長によれば最も深刻な問題は赤字の病院経営だという。一次医療施設をバイパスしてくる多数の患者も財政難をさらに悪化させている。経営改善のために、一部の患者の有料化や、地域組織や企業を巻き込んでのさまざまな活動が試みられているが、効果は明らかでない。

一次医療施設では基本的な医療機材でさえ整備されていない。人員の訓練・研修も定期的には行われていない。ある農村の保健施設の医師は、限られた機材・人材のなかで毎日大勢の患者を診察することに終始していた。このような状況では地域の健康状況について配慮し、他のスタッフに指導・研修を行う時間的・精神的余裕をもつことができない。P/S、C/Sの設置基準も本当に妥当なものか疑問が残る。医師には専門医と総合医がいるが、その役割分担や求められる能力については明らかな基準はないようである。

一次二次医療間のリファレルシステム、カウンター・リファレルシステムは十分機能してい

ない。その理由として、グラナダ病院は組織上SILAISの下に位置するが、予算上も人事上もSILAISから独立しているという構造的な一次二次医療の連携の悪さがある。また、グラナダSILAIS所長とグラナダ病院長の間で十分なコミュニケーションがなく、コーディネーションが不十分なためでもある。

地域社会と保健施設の連携・協力関係は希薄で、予防接種月間における大規模なボランティアの動員を除いては地域社会における保健活動はそれほど活発に行われていない。過去に行われた援助プロジェクトは、それが終了したあとも保健ボランティアやCasa Baseが活動を継続していることは多くない。保健についての地域の相互扶助活動もあまり活発ではない。

保健医療の人材については、保健政策によって短期間に医師数は増加したが、コ・メディカルの養成は遅れている。看護婦の数が少ないため、医師の仕事量は多く、また医療経済も圧迫している。公的医療施設の医師の給料は低く、給料1000%アップを要求するデモがある一方で、保健分野の人件費削減のために現在大規模なリストラが進められている。公的医療施設に働く医療従事者は、低賃金を補うために、個人のクリニックや民間病院で兼業することも少なくない。医療従事者や保健活動にかかわる住民の意識は低くないが、活動が与えられなければ動かないという印象がある。

民間セクターについては、薬局は登録義務があるが、医療施設には登録義務がない。そのため、グラナダ県内の民間医療施設の数や診療内容などの正確な情報はない。診療費は自由裁量で決められている。グラナダ病院の近くにグラナダ病院が移転する前から存在する民間病院がある。この民間病院は保険制度を利用できる地域内人口、すなわち診療収入の見込める患者（約2500人とその家族）の約9割をすでに確保してしまっている。民間セクターと公的医療施設では情報の交換等していない。民間セクターと公的医療施設の両方を含めると、グラナダ県においても医療施設、医療従事者の都市集中はますます顕著になる。

患者が保健施設を受診する理由のひとつであり、また、患者の満足度を左右する因子が医薬品である。医薬品の供給については、汚職もなくよく整備された体制であると評価を受けているが、中央の財源不足のため保健施設の需要予測どおりには供給されない。医薬品の不足に対しては、保健施設間で融通をきかせるなどの対処を行い、患者の信頼を失わないように工夫している。しかし、保健省の基礎医薬品だけでは患者の多様なニーズに対応しきれず、市中の民間の薬局は十分な品揃えと丁寧な説明で顧客を獲得している。抗生物質の適正使用に関しては、使用指針の作成と研修によって改善され、乳児ARI死亡率の改善をもたらしたとグラナダSILAISは分析している。ワクチンのコールドチェーンは末端までよく機能している。

診療費については、保健省の方針が頻回に変わるため、住民の中には漠然と「支払いができない」ことを理由に保健施設を利用しない者もいる。しかし利用者負担を全くしないで保健施設・制度を維持していくのは今や不可能である。現在の保険制度には、民間の保険制度と社会

保険庁（INSS）の保険制度がある。INSSの保険制度は、被雇用者とその家族を対象とするが、一部の人々、特に都市部の人々に偏っている。

地域医療情報システムについては、一次二次医療施設からSILAIS事務所へ報告された情報は保健省に送られる。weekly reportとしてフィードバックされる結果は地域別疾患別の前年度比較も可能で、特に疫学サーベイランスに活用されている。しかし、それがタイムリーに行われているかはわからない。また、地域保健を考えると時には、保健施設を利用していない人も含めたすべての人々を対象にするべきであるが、グラナダ県でもそれは大変困難である。保健施設を利用していない人についての情報を得るシステムがないからである。保健施設を利用していない人は健康上の問題がないからではなく、アクセスしない、またはできない理由があるために、利用したくてもできない人も少なくない。出生、死亡に関する届け出は市役所でされている。グラナダ県では確認していないが、他県では移動についての届け出は義務ではないところもある。また、その他のsocio-demographic dataも市役所がもっているが、組織的にSILAISと全く独立しているため、情報を活用できていない可能性がある。

1980年代ニカラグア政府（サンディニスタ政権）は、アルマ・アタ宣言議定書に基づいて包括的プライマリー・ヘルスケア（PHC）を率先して実行し、住民の積極的な参加を通して国の保健指標を著しく改善させたことで、WHOから賞賛された歴史がある。政治的な理由からこの政権と活動は短命に終わった。1990年に現政権に代わり、1991年からSILAISの構想が取り入れられ、今また住民参加を重要なコンポーネントとして位置づけているが、今回PHCという言葉は全く耳にしなかった。これはニカラグア政府だけでなく、援助機関も同様である。政治的背景は異なるにしても、それほど遠くない昔の自国の経験から、「住民参加」について学び得ることや、さらに発展させていくべきものがあるのではないかと思われる。

住民はよりよい質の保健サービスを求め、グラナダSILAISはすべての人の健康を保障するためにより公平で効率的な保健サービスを提供するいろいろな改革を試みている。ここで確認しなければいけないことは、誰のために何をしようとしているのかである。医療の「質」とは何かを明らかにすることである。それは、保健政策を決める人や医療従事者にとっての概念ではなく、住民のための「質」であり、そのなかでも援助プロジェクトの対象となるべき住民は、忘れられがちな人々（アクセスの悪い地域の人々、貧困者、女性、子供、老人、障害者）でなければならない。

3 - 6 - 2 地域保健関連の社会・文化的状況と問題点

地域保健はその地域ごとに個別の問題をもつ。地理的に近くても状況が全く異なる場合も少なくない。また、地域保健を考えるときは、現在の状況だけではなく、今後の地域保健に影響を与える社会的な因子にも配慮しなければならない。さらに、住民の保健行動が変わるために

は、習慣、価値観、伝統などの文化的な事項にも配慮しなければならない。

ここでは、報告書の他のところで記載されなかった社会・文化的な事項について記載した。
(他県ではあるがJOCV村落開発の隊員からの情報も参考にした。)

(1) 人口移動

グラナダSILAISによれば、グラナダ県では内戦や自然災害による大規模な国内難民は生じておらず、農村地域では昔からのコミュニティ組織を有していると思われる。しかし、ナンダイメの一部の地域では乾季3カ月間にコスタ・リカへの大規模な出稼ぎがあり、コミュニティの人々がいなくなってしまうところもある。他県や都市への人口移動はそれほど急激ではない。

(2) 交通

かなり農村までバスが運行されているが、本数が少なく、路線は保健施設へのアクセスにとって不便ことが多い。また、道路状況が悪く、雨季には不通になるところもある。

(3) 土地所有

政権が代わる度に土地所有に関する法律が変わり、土地の所有権があいまいなままになっている。このため都市では企業の誘致が難しく、農村ではコミュニティ帯を大地主が所有し住民を雇っている所もある。しかし、住民にしてみると、自分の土地になると今度は税金がかかるためか、土地についてのあらわな不満は聞かれなかった。大土地所有者は意識の高い人ばかりではなく、また、農村の場合必ずしもそこに住んでいないことが多いので、コミュニティ活動のための場所を獲得することも容易ではない。

(4) 環境

最近、河川や湖の汚染が進んでいる。また、ゴミや医療廃棄物はグラナダで大きな問題になっている。人々にはゴミをゴミ箱に捨てる習慣がない。ゴミは市役所が必ずしも集めているわけではない。市販の薬局で自由に注射器を買うことができ、ふつうゴミと一緒に捨てられている。ゴミ捨て場には牛が餌を求めてきている。

行政の対応は遅い。

(5) 都市と農村

今回はグラナダ県の農村を中心に視察を行ったが、グラナダ市の市街地ではホームレスと思われる母子やストリートチルドレンも目にした。SILAISの説明では都市における問題は

特に言及されていなかったが、問題が存在しないのではなく、取り上げられていないのだと考えられる。また、隣接する農村でさえ、コミュニティ内の相互扶助の程度の違いがあるので、住民参加を主要なコンポーネントとするにしても、都市や農村各々のコミュニティの状況に応じた戦略をとらねばならないと思われる。

(6) 地方行政

ニカラグアでは地方一般行政とSILAIS(地域総合サービスシステム)とINAA(Nicaraguan Institute of Water Supply and Sewerage System)がそれぞれ異なる組織であるため、保健活動に重要な住民情報が得にくいことがあり、効率的な活動計画や予算を組むことができない。

(7) 教育

グラナダ県の就学率の詳細の情報は確認していない。かなりの農村でも小中学校はあったが、壮年男性でも読み書きできない人がいた。

(8) コミュニケーション

メディアの種類や普及率の情報は確認していない。農村部では口コミやコミュニティ広場で情報交換がされているようだが、コミュニティ内で組織だったものになっているかはわからない。保健医療サービスの情報についても、情報がいきわたりにくだけでなく、間違っただ情報が広まる可能性も否定できない。

(9) 宗教

都市には大きな教会があるが、農村では一見ふつうの家が教会である。シスターの説教を聞くために大勢の人が集まることもある。キリスト教系のNGOがしばしば支援活動をしている。宗教と政治の関係はあまりないようである。

(10) 未来感・人生観

長く繰り返された内戦と災害の歴史のせいか、一般にあまり先のことを考えたくないようである。あまり遠い未来のことを考えても意味がないという刹那的な雰囲気も感じられる。

(11) 生活・ライフスタイル・ライフサイクル

これらについての情報は確認していない。

(12) 疾病概念・解釈モデル・受療行動

これらについての情報は確認していない。

(13) 健康問題に対する認識

これまでは疫学情報の視点から指摘された問題点をもとに、プログラムやプロジェクトが行われてきたが、住民の視点からは、理解しがたい概念かもしれない。乳児死亡率や妊産婦死亡率が高いといっても、お互いの顔を知っているのはせいぜい100人程度のコミュニティにおいて、そのエピソードを住民は実感しがたい。実感できない問題に対して動機をもち、活動を維持することは難しい。

コレラのリスクエリアのひとつであるテパロンは、今でも近代的な上水施設をもたず、個別井戸が飲料水の水源だが、塩素剤の使用やサーベイランス等の活動で、去年は災害時以外はコレラゼロにコントロールできるようになった。この地域の住民が「水」を家族の健康問題としてあげていたことは注目すべきことである。

(14) 家庭・家族機能

都市と農村では大きく異なると予想されるが、十分な情報は得られなかった。家族や血縁者間の助け合いの関係は強い。農村では通常10人以上の家族であるが、家族に占める子供の割合は大人よりも小さい。男性が外で働き、女性が家事育児を分担していることが多い。家族内で発言権が強い人・決定権をもつ人が存在しているかについては、十分な情報は得られなかった。複数の妻をもつ男性は少なくないらしい。家庭内の父親による暴力が問題として取り上げられるようになり、いろいろな援助機関がプロジェクトを始めている。

(15) コミュニティ内の政治性

コミュニティの中でもリベラル派、サンディニスタ派と分かれることがある。保健政策が政治の道具として使われることもある。

(16) コミュニティにおけるリーダーと組織化

コミュニティによってどのようなリーダーがいて、どのように組織化されているのかには、さまざまな段階がある。村の問題を陳情として市役所にもってくるところでは、その人がリーダーである可能性が高い。市役所に陳情に来る人は男性であることが多く、学校の先生のこともある。経済的・時間的な余裕がないと村の人をまとめることができないからか、陳情のために町までバスに乗って来る経済的・時間的余裕がある人で、一見大きい家の人が多い。

このように住民たちで問題をまとめることができるコミュニティには、既存の組織があることが多いので、リーダーにアプローチすることでいろいろな活動を展開しやすい。また、組織化されていなくてもリーダーがいると、少しの働きかけでまとまりやすい。

他方、リーダーやまとめ役がいらないところでは「開発」からどんどん取り残され遅れていく。

(17) コミュニティにおける問題へのアプローチの方法

現在、多くの住民が自分たちの要望を実現するためにとる方法は、陳情とデモである。これは、自分たちで問題を見いだしているが、解決は行政に依頼するという発想である。また、問題から活動の形にしプロポーザルを書く技術をもっている人は一般住民の中にはほとんどいない。NGOの活動が入ったところでは、この技術を指導しているようである。一方、自分たちのできることにについて組織化し問題に取り組む活動がどれほどされているかはわからない。しかし、あるコミュニティでは、毎週のようにコミュニティの集会をもったり、コミュニティの母親たちが中心になって就学前の子供に昼食をあげる活動を何年も前から続けているなどのケースをみることができた。このようなコミュニティの結束に基づく活動は、農村、女性によるものが多いと思われた。

(18) 保健セクター以外での住民参加の動き

市役所でも外国支援のもと行政改革が行われ、公聴会や予算公開などを始めているところがある。また、農業専門学校など地域産業にかかわる職能学校でも、単なる技術指導や技術移転ではなく、村落支援のコンポーネントを含むカリキュラムが増えつつある。このような動きが、住民参加の底辺を確かなものにしつつあると思われる。

4 . 援助の動向

4 - 1 国際機関、二国間援助機関の動向

同国に対しては多くの国際機関、各国が保健医療分野で協力している。1998年の保健省に対する国外からの支援額は約3400万ドルで、同年の予算全体のおよそ3割にあたる。

協力の動向として、まず、保健セクターの地方分権化に伴って、SILAISを支援の単位とする傾向がある。1998年、支援分野に多少の違いがあるが、すべてのSILAISが何らかのドナーの支援を受けている。次に、多くのドナーは物資の供与、研修、技術支援を組み合わせ、システムの確立および強化をめざしている。

支援の実施を困難なものにしている要因として、保健省の人事異動が多いこと、保健省、SILAISレベルでの人材不足と能力不足、保健財源の緊縮による保健省側の資金投入の遅延等が指摘されている。1999年現在、実施されている援助内容は表4 - 1のとおりである。

表4 - 1 1999年現在、実施されている援助内容

援助国名・機関名	プロジェクト名	支援総額(C\$)
ドイツ/GTZ	・女性総合保健促進	4,020,000
デンマーク/DANIDA	・基礎医薬品プログラム	3,157,900
フィンランド	・女性リプロダクティブ・ヘルスプログラム	4,190,450
オランダ	・Chontalesプライマリー・ヘルスケア計画(1996-1999)	4,501,825
アメリカ/USAID	・健康家族プログラム	35,000,000
スペイン/AECI	・医薬品の合理的利用の推進 ・Chinandega SILAISでの保健総合ケア支援(第二期)	380,119 65,444
フランス	・Mascota, Eertha, Calderón病院、国立放射線療法機関への機材供与プログラム	5,000,000
日本	・グラナダ病院機材供与	7,407,488
スウェーデン/ASDI (SIDA)	・PROSILAIS(第二期)	11,000,000
ルクセンブルク /Luxdevelopment	・C/Sのコールドチェーン支援プログラム ・F.V.P.、La Mascota病院の改修	3,222,856
小計		77,880,638
PAHO(WHO)	・技術協力プログラム	17,744,500
FNUAP(UNFPA)	・家族計画の保健サービス支援プログラム ・青少年のためのリプロダクティブ・ヘルスのサービス	1,700,633 532,900
UNICEF	・健康と栄養プログラム(1996-2001)	1,489,000
UE(EU)	・保健システムの強化	12,962,963
BID(IDB)	・保健サービスとセクターの組織の強化	960,000
BM(世銀)	・保健セクター改革プログラム ・保健セクター近代化プログラム	18,900,000 30,500,000
小計		84,257,096

出典：保健省対外協力総局の資料、1999

4-2 国際機関、二国間援助機関の地域保健への協力

地域保健へ支援している援助機関、NGOについて、今回訪問あるいは情報収集できた機関は下記のとおりである。

4-2-1 UNICEF

現在、1996年に開始された「栄養と健康プログラム」が実施中であり（2001年に終了する予定）、プライマリー・ヘルスケアプロジェクト（1998～2001）とスウェーデン政府との連携（資金源はスウェーデン政府、実施機関はUNICEFとWHO）であるPROSILAIS（第2期、1998～2001）とPROSERBI（1998～99）がある。PROSILAISは、保健水準、サービスの最も低い北部5県とRAASを対象にして保健セクターのみを対象として実施している。保健施設が極端に不足している地域事情に応じて、車両や機器の整備、プリガディスタの活動強化・支援（有給）やSILAIS、Municipioの財務管理能力強化等を行っている。PROSERBIは、Municipioの市長をカウンターパートとする地域開発活動として教育、衛生を含めたプログラムの1コンポーネントとして実施している。

プロジェクト担当者はプロジェクトを実施するにあたっての問題点として、地方レベルの人材が常に不足し、政権交代（1997～99年の間に保健大臣が3人交替）で人材が頻繁に代わることをあげていた。概略は下記のとおりである。

表4-2 UNICEFのプロジェクトの概要

プロジェクト名	実施期間	支援分野	対象地域
プライマリー・ヘルスケア	1998-2001	母子保健プログラムの強化	全国
PROSILAIS	1998-2001	SILAISの組織強化	6 SILAIS*_
PROSERBI	1998-1999	Municipioレベルでの保健サービスの改善	5 SILAIS*_にある30のMunicipio

出典：保健省対外局資料、UNICEFプロジェクト資料

*_MADRIZ, NUEVA SEGOVIA, ESTELI, CHINANDEGA, LEON, RAAS

*_MADRIZ, NUEVA SEGOVIA, ESTELI, LEON, MATAGALPA

4-2-2 PAHO/WHO

PAHO/WHOが中南米で提唱した地域保健システムは、ニカラグアでは1991年にSILAISとして導入された。PAHO/WHOはSILAISの活動についても毎年独自に調査を行い報告書をだしている。PAHOニカラグア事務所において、主に栄養・住民参加の担当者から話を聞いた。

(1) PAHO/WHOの活動の概要

PAHO/WHOがニカラグアで力をいれている部門は保健と環境衛生の部門だが、ニカラ

グア政府のプライオリティに基づいて全国レベルで展開している4つのプログラムがある。

伝染性疾患および非伝染性疾患、 環境衛生、 保健医療サービスの強化、 保健と開発

上記のプログラムを実施するにあたって、ニカラグア政府のプライオリティに基づいたコンポーネントがある。各々のプログラムには住民参加のコンポーネントがある。

(2) 住民参加

貧困地域の6つのSILAISでスウェーデン政府と協力してPROSILAIS（上記UNICEFと合同で実施）のプロジェクトを行っていたが、3週間前にスウェーデンの調査ミッションが現地を訪問し、プロジェクトが継続されることになった。SILAISの活動推進のための課題は住民参加である。Municipioレベルでは、保健医療スタッフの人材研修、市の保健委員会の設置、委員会による住民に対する教育、ブリガディスタとCasa Baseとの連携による予防保健活動・公衆衛生の啓蒙・医療活動などが、住民参加を通して行われる。

住民参加の活発なSILAISでは地方分権化も進んでおり、プロジェクトの計画・実施・モニタリング・評価においても分権化を進めている。地方分権化の地域プロジェクトでは、PAHO/WHOはいくつかの民間セクターやNGOの調整役をしている。

ニカラグアでは家族内の父親による暴力が深刻で、コミュニティの女性の地位向上のための会や父親の役割を考えるための男性の会をつくる活動が全国レベルで行われている。また、施設およびコミュニティレベルでハリケーン・ミッチ後の精神衛生プロジェクトや、インディオの健康増進のための活動も展開されている。これらの活動には、すべて住民参加が大切であるとPAHO/WHOはいつも指摘している。個人が自分自身の健康を自分たちで守るという意志の改善が大切である。

社会的な改革を進めることも大切で、最近では市が健康都市宣言を行っている。これは市が市民の健康促進の役割を積極的に担うことを唱えたもので、市民の健康を守るための合意事項が定められる。PAHO/WHOは市の活動をコーディネートする。活動は市、市民グループ、関係行政機関、NGOなどが協力して行われている。

リバス県のサン・ホアン・デル・スール市とカルデナス市では、栄養に関する市民グループが栄養改善の活動を行い、貧困対策のひとつの柱としている。それぞれの市民グループは理事会をもち、活動の承認や実施の機能をもつ。いろいろなNGOもこれらの市民活動を支援している。また、健康都市同士の協力関係もできつつある。

PROSILAISが実施されていたレオン県のいくつかの市は健康都市になっていて、独自の保健プランをもっている。この保健プランは、市、住民グループ、NGO、関係行政機関の合意でできたものである。住民グループには青年によるグループ、女性によるグループなどさ

さまざまなものがある。リバス県の2つの都市とレオン県のケースはグラナダ県のプロジェクトの参考になるのではないか。

(3) 住民参加の成功例の分析、持続性

レオン県のプロジェクトが始まったのが1994年で、リバス県の2都市で始まったのが1995年であり、住民参加が定着するまでに約5年を要している。また、同じようなプロジェクトを行ったにもかかわらず、住民参加がうまくいかなかったところもある。その理由は、プロモートルなどのプロモーターが自分の仕事をきちんと認識できなかったために、住民の意識を変えることができなかったためではないかと思われる。住民の意識を変えるためには、社会的文化的なところから考慮して研修を考えなければならない。

PAHO/WHOはファシリテーターの役割を果たしているので、資金面では一部の人件費と研修経費などの援助をするのみである。システムやネットワーク化ができてきたので、新しいプロジェクトを支援するドナーも出てきている。回転資金として資金が援助されている場合もある。また、コミュニティが自ら案件を発掘して直接ドナーにアプローチするようになってきている。

4 - 2 - 3 世銀

世銀の保健セクター近代化プロジェクトの概要について、病院改革、一次医療改革、母子保健ケア基金構想の3部門の担当者から聞き取りを行った。

(1) 病院組織改革コンポーネント

現在は保健省の強力な管理下にある病院の経営を分権化し、各病院の内部組織の改善と独立性を強化して、2～3年の間に医療サービスの改善が実現することを目的として実施される。本計画では国内の病院から5カ所をモデル病院として選定し、病院および県レベルのマネジメント研修、施設の改修等によって病院経営を改善するとともに、病院を統括する保健省の（行政的）技術水準の強化を行う。

保健大臣からの呼び掛けの文書に応じてすでに国内23病院がモデル病院に応募しており、その中にはグラナダ病院も含まれている。4月22日に公式の評価が実施され、正式にモデル病院5カ所が決定する予定である。

当方からは、グラナダ病院が選定されれば、日本の資金協力との連携の点から望ましいことであり、現在グラナダ病院に派遣中の小林専門家による技術協力も世銀プロジェクトと補完的に病院経営改善に資することができるのではないかと述べた。

(2) 一次レベル医療コンポーネント

本コンポーネントは、過去に実施したプロジェクト（グラナダSILAISを含む）に引き続き、医療サービスに栄養のサブコンポーネントを追加して実施するものである。サブ・コンポーネントは5項目 - 統合的母子保健ケア、栄養、「妊婦の家」、疫学サーベイランス、モニタリングと評価 - である。

統合母子保健ケアは、グラナダ県ではすでに実施を終了しているが、他の対象県の一次医療施設の基本的な機材の整備や施設の増改築を実施する。「妊婦の家」は、遠隔地の妊婦が施設で出産する際に出産を待つ間滞在するための中間施設で、比較的アクセスのよいグラナダ県には設置されていない。疫学サーベイランスでは、マラリア、デングなど保健省が指定した疾病の発生動向の監視と、国レベルの検査機関の強化等を含む活動を行うほか、感染症のアウトブレイク対策用の検査機器、車両、薬剤散布等を援助する予定である。

(3) 母子ケアのための新しいコンセプト（母子保健ケア基金）

本コンポーネントは、国内の乳児、妊産婦ケアのアクセスとカバー率を拡大することを目的として実施される実験的な試みで、本件の実施には世銀の日本特別基金（Japan Special Fund）からも支援を受けている。

計画では、世銀、IDB、保健省およびその他のドナーからの拠出と、コミュニティからの負担（全体の5%を目標とする）によって設立される基金を財源として、母子保健のパッケージ・サービスを提供する医療機関との契約を締結する。医療機関は公立、民間、NGOのすべてを対象として一定の条件を満たす施設を当面20施設選定する。正常分娩、妊娠合併症、1歳未満児の疾患等一定のサービスを支払い対象とするパッケージ契約に基づいてサービスを提供することによって、各施設は基金から担当する対象母子の数に応じた支払いを受け、この支払いは契約数に応じて3カ月ごとに前払いされる。支払いがサービスの種類や量に応じた出来高払いではなく、担当する母子の数に応じた人頭払い（Capitation）を採用するので、医療施設の側がコストの高い医療（たとえば妊娠合併症の治療）よりも効率的で低コストのケア（妊婦の産前ケア）をより熱心に行うようになるというインセンティブが働くことを期待している。

コミュニティの負担に関しては、当初から基金の5%を負担してもらうことは困難と予想されるので、最初は金銭以外の労働提供等から始めて徐々に負担を拡大していくことになるだろう。

(4) その他

当方から、一次医療施設のバイパス問題についての見解を尋ねたところ、一次医療レベル

施設の機材、人材、薬品の不足、不備が共通した問題であり、また住民教育の不足による部分もあるとのことであった。また、グラナダ病院の場合には、新設の病院であるということと新しいもの好きな国民が押し寄せているという面と、政治的に病院とSILAISの間で綱引きが行われ連携が不足しているために、結果として一次レベルのケアまで病院が提供しているという事情があるのではないかとの意見が述べられた。

このような問題の解決においては、スペイン政府がチナンデガ県で実施しているプロジェクトの手法が参考になるのではないかとの示唆があった。このプロジェクトでは病院の医療サービス担当の中間管理職（婦長、部長レベル）を対象にした意識改革、動機づけを行っている。病院では院長などトップは頻繁に異動するが、中間管理職の医師は通常、長年勤務するものが多く、運営管理の核となり得るとのことであった。

4 - 2 - 4 USAID（アメリカ合衆国）

USAIDの対ニカラグア援助戦略は、民主的制度の確立、すそ野の広い経済成長、母子保健の向上、初等教育の拡充となっており、保健セクターでは母子を主たる対象としたプログラムを実施している。保健セクター支援プログラムの予算は1998年から2002年までの5年間で3500万USドルであり、1999年は約500万ドルを予定している。保健医療分野にて進行中のプロジェクトは、保健省を通じた3 SILAIS（Jinotega, Matagalpa, Boaco）の強化プロジェクト（Pro-Salude）、地元NGO「プロファミリア」への委託によるリプロダクティブ・ヘルスプログラム、避妊具・避妊薬のソーシャル・マーケティング、食料支援プログラム、マラリア対策、NGO支援等である。子供の予防接種に関しては、PAHOを通じて資金を提供している。

USAID担当官の保健省に対する評価はよいが、予算や政策決定における中央集権が強いこと、政治的な環境によって頻繁に変わる政策や人材等に振り回されていることが問題点として指摘されていた。さらに、医師が多く、看護婦が絶対的に少ない医療現場において実施されている病院中心の保健医療サービスを一次レベルの保健サービスの充実へと変えていくことは非常に困難であり、根本的な政府の政策や予算配分等の改革が必要であると厳しく分析している。また、建物を建設し、機材を供与しても、その後のニカラグアの建物・機材の維持・管理の部分が貧弱なため、本来メンテナンスが継続して実施されていればかなりの期間使用できる建物・機材を結局無駄にしている点を指摘していた。

今回調査団が「グラナダSILAIS」をプロジェクト・サイトとして選択したことに対して、首都マナグアに近いことから中央との連携もたいたいにおいて良好であり、他のドナーが入っていないという点でやりやすいのではないかと、ただグラナダSILAIS内でも地域格差が大きいので、質的な管理が必要であろうと助言した。

1997年に約1万5000人の出産可能年齢の女性を対象とした人口保健調査（DHS）が全国にお

いて実施され、近日中にも詳細な分析結果が出版される予定である。

4 - 2 - 5 GTZ (ドイツ)

女性総合保健推進プロジェクト(表4 - 3)が1996年より開始され、来年の2000年10月にフェーズ1が終了する。活動目的、内容は表のとおりである。

同国において、リプロダクティブ・ヘルス分野で活動の障害となるのは、宗教よりも中南米に根強い男性優位主義である。そのため、女性と配偶者関係にある男性への働きかけも重要である。家庭内暴力の防止と青少年に対する責任ある性と生殖教育にも力をいれており、ニカラグア国内の女性NGOとの連携による活動では、家庭内暴力に対する警察官の意識向上など幅広い活動を行っている。

プロジェクトを管理・運営するにあたって、カウンターパートの確保には苦心したが、2名のローカル・エキスパートを雇用し、プロジェクトは順調に進んでいる(プロジェクト責任者のみドイツ人社会学博士)。

表4 - 3 女性総合保健推進プロジェクト(PROSIM)の骨組み

目的	性・生殖に関する健康の分野での女性の状況の改善
目標	選定した地域での性・生殖に関する健康を認識する総合保健モデルを立案、実施、評価し、全国モデルに普及できるための条件をつくる。
プロジェクトタイプ	二国間技術協力
コンポーネント	<ul style="list-style-type: none"> ・保健医療、教育、行政、NGOなどの関係者に対するリプロダクティブ・ヘルスに関する研修 ・さまざまな対象集団(女性、男性、青少年、受刑者、セックス・ワーカーおよび顧客など)へ向けたリプロダクティブ・ヘルスに関する情報、教育、啓蒙(IEC)の計画、実施および評価 ・参加型研修、モニタリングの実施、評価手法の作成 ・オペレーション・リサーチ、定量・定性調査に関する指導
プロジェクト・サイト	Managua SILAIS、Leon SILAIS、Chinandega SILAISの10 Municipios
期待される成果	<ul style="list-style-type: none"> ・女性の総合保健推進プロジェクトの効率的な運営管理の実施 ・性と生殖に関する健康に対する総合的アプローチからのサービスの供給の改善 ・性と生殖に関する健康促進活動実施能力の向上 ・性と生殖に関する健康をめぐるセクター間・機関間の連携の強化 ・女性のエンパワーメントを通じた家庭内暴力への取り組みにかかるサービスの推進

出典：PROSIM：BREVE DESCRIPCION DEL PROYECTO, GTZ, 1998

4 - 2 - 6 AECI (スペイン)

スペインが行っている援助の概要と、医療システム強化のプロジェクトでチナンデガの事例

について、AECI代表とコンサルタント会社のプロジェクト担当者から話を聞いた。

(1) スペインの援助

スペインの援助の枠組みは、技術協力・贈与と 借款の大きく2つに分かれる。これらはスペイン外務省が担当で、その下位組織のひとつがAECIである。借款の窓口は大蔵省である。

以前に二国間資金協力で、ニカラグアの保健省のプライオリティに従って、テナンデガSILAIISとエステリSILAIISに二次レベルの病院建設を行った。病院建設の後は技術協力の枠を使って技術指導を開始した。これは大きく2つのフェーズに分けることができる。

第1フェーズは病院組織の管理運営の改善で、組織の構築、人材育成、訓練などを含む。第2フェーズは病院と一次診療レベルの連携の改善で、病院と一次診療施設間のリファレルシステムを構築することが目的である。各診療レベルのクライテリアを明確にし、補完的な器材供与と研修などを行った。第3フェーズがあるとすれば第2フェーズの関係をさらに強化することである。

エステリSILAIISでは第1フェーズから第2フェーズに移行する段階で、チナンデガSILAIISでは第2フェーズの終わりごろの段階で昨年10月のハリケーン・ミッチの被害を受けたために、現在は当初の目的に整合性をもたせつつ、復興のための支援も行っている。緊急援助と復興のための援助で、スペイン国民からの義捐金のほか、スペイン政府から資金協力3000万ドルと技術協力800万ドルを行った。この中にはチナンデガSILAIISのC/Sの改修、復興が含まれている。今後、資金協力にて北部各SILAIISを主たる対象とするプロジェクトを実施予定で、案件発掘のための調査団を派遣した。グラナダSILAIISで協力することになれば、日本と協調して協力を進めたい。

(2) チナンデガSILAIISにおけるプロジェクトの事例

このプロジェクトは、かなり以前からニカラグアで活動しこの国の保健医療システムについて精通している民間コンサルタント会社（DMSA社）の専門家によって実施された。

プロジェクトの目的は資金協力で建設された病院活性化のための支援である。ニカラグアの病院の問題としては病院組織や機関の理解が前時代的であることがあげられ、企業としての病院といった病院の現代的ビジョンをもってもらうことが戦略である。

第1フェーズでは「エンタープライズ・プラン」で、病院の役割使命について理解してもらい、誰がどのような役割をもつか、リソースは何か、果たすべき機能は何かなどのマトリックスを作成した。各サービス部門の部長レベルの人々に基本的な研修を行い、経営のコンセプトをもってもらった。受付書類管理部門を改善し、さらには内部コンピューターを

ネットワーク化したいとも考えている。このようにして、運営管理能力はある程度のレベルに到達することができた。

しかし、病院はできたが、本来ならば一次診療レベルで診療されるべき患者も病院に殺到したために病院本来の機能を果たすことができなかった。一次診療レベルと病院間の組織上のつながりがなく、保健省とSILAISがその調整をすべきであるが、最近まで保健省内の組織も病院部門と一次診療レベルに分かれていたため困難であった。そして第2フェーズでは、病院と一次診療施設間のリファレルシステムを構築するために3つの活動を行った。

(1) 一事

1) 一次レベルの診療の質改善

一次レベル施設に勤務する総合医に継続的な医療研修を行うとともに、各診療レベルで果たされる機能の整備のため、研修内容に応じた機材を整備した。

2) 異なるレベルのシステムをつなぐためのリファレル、カウンター・リファレルシステムの導入

3~4カ所のC/Sと病院をインターネットでつないだリファレル患者の予約制の導入、ニーズ調査、病院の専門医の一次レベルへの出張診療、SILAIS内に専門診療室の配置などを行った。

3) 所長を含むSILAIS人員の研修

SILAISの役割について、明確な意識をもつことを目的とする。これらの活動のための3つの手法は下記のとおりである。

SILAISと病院間で部長レベルおよびMunicipio代表を含めた会議をもつ。

住民参加。上記の会議への住民代表の参加。注意すべきは、保健省が唱えている「住民参加」はSILAISや病院でつくられている審議会に代表されるように、制度についての支援のために上からつくられたものであって、住民にとっての本当の意味での住民参加ではない点である。審議会も保健省の命令によって全SILAIS、病院に設置されたが、メンバーは各々SILAIS所長と病院長の任命である。活動としては、審議会の人々を巻き込んでSILAISについての研修を行った。

病院および一次診療レベル共通の財務プランを作成する。共同購入やSILAIS内部で支出の内訳を比較検討する。

第3フェーズを行うとすれば、総合医と専門医でどこまでが各々の役割かを明確にし、その研修を設計することであろう。基本的にスペインのプロジェクトは、臨床サービスの向上よりも、システムの改善を主眼として実施している。

(3) その他

保健省に対して実施しているその他の協力として、以下の2つを実施している。

疫学ネットワークの強化（スペインのNGOがSILAISに協力）

薬品の合理的使用（医薬情報センターを設置して、エッセンシャル・ドラッグに関するプロトコールを作成したり、新薬情報を提供する。新薬事法の策定への協力）

(4) その他

一般に総合医による医療サービスの提供の障害として、給与が低い、給与以外のインセンティブがない（研修機会など）、勤務する施設の予算、設備が貧弱なこと、本当の意味での、医療の質のスーパーバイズ・管理プログラムがないことが考えられる。

4 - 2 - 7 World Vision

World Vision Internationalの一翼として自治的に活動しているNGOであり、目的は、緩やかなキリスト教宣教の意図をもちつつ、地域（Barrioを基本的ユニットとしながら現状では広域を念頭にして）総合開発のために住民の能力向上（capacitation）を意図した活動体である。

方法として、Barrio内でWorld Visionのプログラムに賛同する若干数の「両親」を単位にし、それを核にして複数のBarrioを結集するArea Development Committeeを組織して住民の問題解決能力向上を推進している点に特色がある。

主な活動主体はPadre（スペイン語では「父」の意）となっているが、実際には父親のボランティアの参加は困難と聞くので母親を中心としたプログラムで、たとえば初期には児童の日常的保健・衛生習慣形成から母親の育児への補助的活動までの広範なプログラムが実施されている。

研修・教育プログラムでは住民参加方式を取り入れ、保健、地域社会の総合開発、児童の健全な成長に貢献する指導性の向上、地域の組織化、組織運営法などを通じて住民の自立能力を高めるために実施されている。

USAIDとの共同出資プログラムのひとつである「子供の生存プログラム」をグラナダSILAISで実施し、1998年に終了したばかりである。主な活動は子供に多い疾病（ARI、急性下痢症）の予防、予防接種の推奨と実施、母乳保育を含めた母子に対する総合ケアの推進である。「子供の生存プログラム」の重要な成果は下記のとおりであった。

- ・ コミュニティレベルでの保健情報システムの運営・管理マニュアルの作成。
- ・ 母乳栄養推進グループ間で実施された学習を通してメンバー間に強い結束が生まれた。
- ・ プロジェクトのスタッフと保健省の職員との良好な協力関係を築けた。
- ・ ARI教育の結果、母親の行動の変化（子供を診察に連れて行く）により病状の悪化を防

ぎ、地域住民がP/Sへの信頼関係を深めるに至ったこと。

問題点のひとつとして、保健省の頻繁な人事異動があげられていた。

今後、具体的に地域に入って、住民参加を促進するプログラムを実施する場合はWorld Visionの経験からJICAへの示唆として、SILAISの活動において比較的弱い領域である予防・環境衛生の領域を特に考慮してほしいことや青少年の課外育・活動においては「性教育」の必要を強調していた。

4 - 2 - 8 日本

わが国は、従来ニカラグアに対しては技術協力（主として研修員受入れ）および災害援助を中心に実施してきたが、1990年4月の内戦終結と民主政権の成立を機に援助を大幅に拡充してきており、社会開発（保健医療サービスの向上を含む）・貧困対策分野、社会・経済インフラ整備、環境（水供給、下水、排水対策）、民主化、経済安定化支援、の4分野を重点として援助を実施している。1997年に実施されたニカラグア政府との経済協力政策協議において、ニカラグア政府からは上記の中でも農牧、保健・衛生、地方格差是正の取り組みについて要望が出されている。

無償資金協力は内戦終結後協力を拡充し、医療・保健、基礎インフラ整備を中心に実施している。1991年以降の保健医療分野の実績は以下のとおりである。医療機材整備計画は、ニカラグア国内21の公立病院のうち13病院を対象とする医療機材と救急車の整備を内容とするものである。

表4 - 4 保健医療分野の無償資金協力

年度	案件名	金額（億円）
1991	医療機材整備計画（1/2期）	4.53
1992	医療機材整備計画	5.40
1996	グラナダ病院建設計画（1/2期）	8.23
1997	グラナダ病院建設計画（2/2期）	7.92

出所：外務省経済協力局「我が国の政府開発援助」

さらに、平成10（1998）年度には「子供の健康無償」プロジェクト形成調査団が派遣され、この結果に基づいてニカラグアのEPIの実施を支援するためのワクチン等の供与を内容とする案件が実施される予定である。

また、小規模のプロジェクトを対象とする草の根無償資金協力事業においては、保健・衛生関連分野で1996、97年度に以下の案件が実施されている。

表 4 - 5 保健・衛生関連分野の草の根無償資金協力

年度	案件名
1996	身体障害児施設排水設備整備計画 エイズ検査及び医療支援計画 小児ガン治療計画 マナグア市第4区基礎衛生支援計画 ドゥルセ・ノンブレ・デ・ヘスス共同体井戸整備計画 国立病院環境整備計画 エルピエッホ市サパタ地区上水道整備計画 マサヤ市フローレス地区上下水道環境整備計画
1997	赤十字地雷除去作業支援計画 地雷被害者支援計画 赤十字救急車整備支援計画ヌエバ・セゴビア県プライマリー・ヘルスケア支援計画 マタガルバ母子保健支援計画 リプロダクティブ・ヘルス支援計画 レオン貧困区の持続可能な食糧安全保障支援計画 視覚障害者支援計画 女性や子供に対する暴力根絶支援計画

出所：外務省経済協力局「我が国の政府開発援助」

JOCV隊員の派遣は、1991年に青年海外協力隊派遣取極が締結されてから1999年3月までに累計で154名が派遣され、54名が派遣中である。このうち保健医療関連分野では、保健省傘下のSILAISや病院に8名（看護婦5名、助産婦1名、診療放射線技師1名、その他1名）が派遣されているほか、村落開発普及、公衆衛生、環境教育等の分野の隊員が市役所等に派遣され、地域保健の向上に関連する活動を行っている。

技術協力専門家派遣は、1991年に開始され、1999年2月現在、6名の長期専門家が派遣中である。保健医療分野では、1999年1月から無償資金協力で建設されたグラナダ病院に病院運営管理専門家として医師の小林司氏が派遣中である。

また、1998年10月に中南米諸国を襲ったハリケーン・ミッチの直後には緊急援助隊医療チームが派遣され、被災地区の住民に対する医療活動を実施した。

NGO活動推進センター編「NGOダイレクトリー98」によれば、ニカラグアを事業対象としている日本のNGOは以下の4団体である。

表 4 - 6 ニカラグアを協力の対象とするわが国のNGO

団体名	活動内容
名古屋ニカラグアに医療品を送る会	(1) 地域共同体支援(保育所、衛生教育、職業訓練) (2) ストリートチルドレン施設支援 (3) 文化活動センター支援
日本国際飢餓対策機構	国連機関との協力の下に東南アジア、中南米、アフリカ等で飢餓と貧困で苦しむ人々のために緊急援助、自立開発援助、学校教育援助等の活動を展開している。 ニカラグアでの活動は不明。
(財)日本フォスター・プラン協会	アジア・アフリカ・中南米の子供たちを取りまく環境を改善し、基本的な生活条件を整える。 ニカラグアでの具体的な活動は不明。
日本ラテンアメリカ協力ネットワーク	ラテンアメリカ・カリブ海地域において社会的・経済的に困難な状況に置かれながらも、それをはねかえすために運動している人々とのネットワークを築き、相互理解を深め、直接あるいは間接的に支援活動を行う。 協力団体にニカラグア大西洋岸自治大学。

4 - 3 他の援助機関との連携の可能性

ニカラグアに対する保健医療分野の協力を実施している国際機関、二国間援助機関は主なものだけでも世銀、WHO、UNICEF、EU、アメリカ合衆国、スウェーデン、ノルウェー、スペイン、イタリア、ドイツ、オランダ等多数あり、このほかに多くの国際NGOが援助機関・国との連携あるいは独自の活動を行っている。今回の調査では過去の調査報告・資料から主として地域保健の向上に関連する分野での活動を行っている組織および調査対象地域であるグラナダ県を対象とするプロジェクトを実施指定団体を選んで聞き取り調査と資料収集を実施した。

対象とする地域の状況の違いによって活動の方法には若干の差異があるようであったが、各組織とも共通してSILAISの強化、特に運営管理能力の強化を強調していた。そのための方法として各ドナーが実施し、よい成果を収めたものを参考としていくことが望ましい。

特にスペインがチナンデガ県で実施した病院レベルの管理の改善、人材研修とリファレリシステムの整備については、機会があれば現地視察を含めてその手法を研究すべきであろう。

また、地域社会の参加と地方自治体(市/Municipio)の能力向上に関しては、UNICEFが支援するPROSILAISやWorld Vision Internationalのプロジェクトが参考となる。

グラナダSILAISにおいては、過去に世銀(統合母子保健サービス)、USAID/World Vision(子供の生存)、PAHO(マラリア、サーベイランス、ナンダイメMunicipioにおけるリプロダクティブ・ヘルス)、PROFAMILIA(家族計画)等が実施されているが、これらはすでに終了しているかあるいは中央政府の個別プログラム(vertical program)の一部として実施されている。したがって、今次提言したプロジェクトとは補完的な関係にあるといえよう。また、スペインは将来グラナダを対象とするプロジェクトの実施を予定しているとのことで、これについては日本が協力を行う場合は十分に調整・連携したいとの発言がAECI事務所長からあった。

5 . 結論と提言

5 - 1 グラナダ SILAIS における地域保健改善のニーズ

今回の調査では、保健省対外協力局の調整の下に短期間ではあったが効率的にグラナダ県内の保健医療施設を視察し、同県における保健医療事情を理解することができた。

ニカラグア国内では、大西洋側や北部国境地帯の県に比較して保健水準は良好といわれているグラナダ県ではあるが、農村部においては基本的な保健サービスが行き届かない地域も存在し、高い妊産婦、周産期死亡率が認められるなど保健医療分野におけるニーズは非常に高いことが確認された。また、地域によってはコレラやマラリアなどの感染症が発生し、危険地域として特別な監視と対策の対象となっている地区が9カ所存在する。

ニカラグアに共通する貧困と財政難による保健医療施設の運営難、活動資金の不足はグラナダ SILAISの各施設においても同様であり、短期的な改善を期待することは困難と思われる。保健省から割り当てられる予算の大部分が人件費で占められ、医薬品購入予算の不足に加えて、人員の訓練や指導・監督等の事業予算がほとんど計上されていないため、保健省で策定された各種の事業の実施も末端レベルでは機能が滞っているものが多いように見受けられた。

SILAISおよびMunicipio事務所の要員数、一次レベルの施設の人員数も十分とはいえない。病院では看護婦数の大幅な不足が各種の医療サービス活動の実施の阻害要因になっている。しかし、現状では人員の増員は困難と思われ、逆に保健省は同省の雇用する医師を削減する計画を立てている由である。

各保健施設に勤務する要員に対する研修・訓練は、多くの場合、援助プロジェクトによる散発的なものにとどまっている。母子統合保健サービスにおけるガイドライン策定、サービスや施設の標準化などは行われているが、このガイドラインを実施に適用して質の高いサービスを実施するための知識や技術が備わっていない場合が多い。また一次レベルの施設に勤務する医師や看護婦自身も研修・訓練によって自己の技術を高めたいという要望をもっている。

SILAISおよびMunicipio事務所では、少ない人数で管轄地域の保健活動の計画立案、運営管理、活動のモニタリング等を実施している。現在のところ保健セクターの地方分権化は部分的なものにとどまっており、財政面でも人事面でもSILAISレベルの決定権は限定的なものにとどまっている。今後地方分権化がさらに進み、中央政府から各種の責任がSILAISに委譲されることが望まれるが、これに伴ってSILAISおよびMunicipio事務所の人員の管理運営能力の向上が必要となってくる。財務、情報、人材研修、物品等の各分野において効率的な運営管理を行うことは、SILAISシステムの機能強化の必須要件であり、そのための研修・訓練が必要となろう。

グラナダ病院においても、病院の運営管理面での問題が強く認識されており、特に財政上の困難に対応するための諸方策が検討されている模様である。保健省が公的な医療機関における診療

費の徴集の中止を命じたとのことで、病院、一次医療施設とも無料で診療を行っているが、医薬品を含む消耗品購入費は十分に配布されず、物品や患者情報管理のシステムも確立していない。一次レベルの施設のサービスに対する住民の信頼は低く、都市部においては一次医療施設をバイパスして病院の外来で直接受診するという診療行動が広く認められ、病院の外来部門の混雑と財政難をさらに悪化させていると考えられる。

世銀の保健セクター近代化プロジェクトでは、近くモデル病院5カ所を選定して、これまで中央政府の直接の管理下にあった病院の自立的経営と経営近代化のパイロットプロジェクトを行うとのことであり、グラナダ病院がこの5施設のひとつに選定されれば、運営管理面の改善を図るよい機会であると考えられる。

グラナダSILAISを対象として昨年まで世銀の母子統合ケアプログラムが実施されたとのことで、一部施設の拡充や機材の整備が行われた模様であるが、今回視察した各施設においては、聴診器、血圧計といった基本的な医療機材すら整備されていない（あるいは使用不能の状態にある）施設もあり、人員の訓練・研修に加えてこれらの基本的な機器を整備することが必要と考えられる。一次レベル施設のサービスの改善とこれに伴う住民のサービスへの信頼増加は、二次レベル施設（病院）の外来の混雑の緩和と財政負担を軽減することにもつながる。

グラナダSILAIS事務所とグラナダ病院との関係は必ずしも良好とはいえない。組織上グラナダ病院はSILAISの下に位置するが、予算上も人事上もSILAISから独立しており、相互のコミュニケーションも少ない。連携を強化するためには相互の組織の長をはじめ、中間レベルの管理者間のコミュニケーションの強化が前提となろう。1998年には母子統合ケアプログラムの下で、妊産婦死亡減少をテーマにした合同会議が数回開催され、県内の妊産婦死亡例の分析等を実施したとのことであり、このようなテーマを定めた協力・協調を管理者レベルと実務レベルで並行して推進していくことを通じて病院と一次レベル施設、SILAIS事務所との間のコミュニケーションが図られることはきわめて重要である。

地域社会と保健施設の連携・協力関係は希薄で、予防接種デーにおける大規模なボランティア（ブリガディスタ）の動員を除いては地域社会における日常の保健活動はそれほど活発に行われていない模様である。過去の援助プロジェクトにおいて養成された地域の保健ボランティアや保健連絡所（Casa Base）も、継続的な援助・指導や地域の組織的な支援がないために活動が停滞している場合が多いようである。地域社会の活動に関しては、わが国の事例等を踏まえて地域社会の組織化による自主的な活動を活性化し、行政組織と地域を結ぶ中堅レベルの人材の養成が効果的ではないかと考えられる。

5 - 2 提言

上記の調査結果に基づき、調査団は調査報告書を作成して保健省関係者に提出した（附属資料

)。報告書の結論として、グラナダSILAISを対象として、一次保健医療施設のサービスの質の向上、SILAIS事務所およびMunicipio事務所の管理・指導能力の向上、一次保健医療施設と病院との特に妊産婦ケアおよび出産に関する連携の強化、地域社会の保健活動への参加の強化を目的とする以下の技術協力プロジェクト概略案を作成し、ニカラグァ側にてこれを検討し、検討後ニカラグァ側にて最終プロポーザルを作成して日本大使館へ提出するよう依頼した。

本案に対してニカラグァ保健省からは、基本的に同意するが、一部修正・追加を加えたうえで正式要請書を日本大使館に提出したい旨コメントがあった。

技術協力プロジェクト概要案

・プロジェクトの上位目標

グラナダSILAISの住民、特に女性と子供の健康を向上させる。

・プロジェクトの全体目標

グラナダSILAISのヘルス・ケアシステムを強化する。

・個別目標

- 1 . 下痢症や急性呼吸器感染症等の母子保健に重点を置いてヘルスセンター、ヘルスポストのケアの質を向上させる。
- 2 . SILAISとMunicipio事務所の運営管理、監督、モニタリング、人材訓練能力を向上させる。
- 3 . 病院と一次レベル施設のリファレル、カウンター・リファレルのシステムを（特に母性保健および産科救急分野で）改善する。
- 4 . コミュニティの参加とコミュニティ・レベルの健康教育を高める。

・活動

- 1 - 1 一次ケア・レベルのヘルスワーカーの訓練と監督を行う。
- 1 - 2 ヘルスセンターとヘルスポストに基本的な医療機器を配備する。
- 2 - 1 ヘルスポストとヘルスセンターにおける一次ケアの状況を分析する。
- 2 - 2 一次レベル施設の人員の訓練と監督計画を策定する。
- 2 - 3 ヘルスワーカーと地域住民のための教育用教材を作成する。
- 2 - 4 監督のための車両を配備する。

- 2 - 5 訓練、教材作成、情報分析に必要な機器を配備する。
- 3 - 1 SILAISと病院間において定期的に運営および技術的な会合を開催し、問題の発見と相互に整合性のある活動計画を策定する。
- 3 - 2 一次レベルと二次レベルの双方で母性ケアの質と効率を高めるための共同活動を含む活動計画を実施する。
- 3 - 3 リファレル、カウンター・リファレルのシステムを機能させるために一次および二次レベルの人員の研修を行う。
- 4 - 1 地域住民の知識、態度、および行動に関する状況分析を行う。
- 4 - 2 地域住民を対象に、安全な水の供給、環境衛生、病気の予防等に関する教育を行う。
- 4 - 3 地域の組織を活性化する。

．プロジェクトの運営

(1) 責任機関

保健省保健サービス総局（または同局内の部）は、プロジェクトの運営と保健省内の調整に責任を負う。

(2) 実施機関

グラナダSILAIISは、他の関連機関と協力してプロジェクトを実施する。

．ニカラグァ側のインプット

(1) 人員の配置とその給与

プロジェクト・ディレクター
プロジェクト・マネージャー
日本人専門家のカウンターパート
事務および補助スタッフ

(2) プロジェクト・オフィス

(3) プロジェクト実施費用

電気、水道、ガス、電話

．日本側インプット

(1) 専門家

チーフ・アドバイザー
調整員

以下の分野の専門家：母性ケア、小児ケア、保健教育 / IEC、地域の組織化と訓練

その他必要な分野

(2) 機材

基本的医療機器

車両

視聴覚教育機器

教材

コンピューター

その他必要な機器

(3) カウンターパートの研修

分野：地域レベルの保健行政

地域看護、公衆衛生看護

地域の組織化 / リーダーシップ

(4) ローカルコスト支援

ヘルスワーカーの研修

教材作成

セミナー / ワークショップ

現状分析調査 / オペレーショナル・リサーチ

保健施設の軽微な改修

5 - 3 プロジェクト方式技術協力実施にかかわる留意点

ニカラグアでは、分野を問わず過去にプロジェクト方式技術協力は実施されていない。このため、JICAの実施するプロジェクト方式技術協力の概要については、保健省訪問の1日目に調査団から説明を行い、資金協力と異なりインフラの建設は実施できないこと、プロジェクトの実施にあたってはニカラグア側の負担事項（カウンターパートの配置、人件費、プロジェクト・オフィス、光熱費負担等）を提供すべきこと等について述べたが、当国で初めてのプロジェクト方式技術協力ということもあって先方の理解は若干心もとない面がある。この点については今後調査団が派遣されるごとに繰り返し説明をして理解を得る必要がある。

実際、プロジェクト実施に際しては先方のローカルコスト負担（事務所の提供、研修経費の一部負担等）が相当困難と予想され、協力の内容と規模の設定にあたっては十分に留意することが必要である。現在のSILAIS事務所は十分な会議スペースも不足している状況であり、専門家の事務室や人材訓練を実施する場合の教室の確保は難しい状況にある。プロジェクト基盤整備費等を活用した支援が必要となろう。

また、農村部における地域給水施設（共同井戸等）の改善や、ヘルスポストなど一次医療施設

の増改築など技術協力だけでは十分に対応できないインフラ改善のニーズについては他の援助スキームとの連携が必要かつ効果的であり、今後の検討課題のひとつである。

プロジェクト対象地域はグラナダSILAIS内の4つのMunicipio全体として人員の研修・訓練を実施することが望ましいが、地域社会の参加と住民の組織化については、特定のモデル地区を選定することが必要になる。

グラナダ病院の運営能力の強化は、それだけでひとつのプロジェクトとなり得るほどの課題を抱えており、かつきわめて流動的なニカラグアの保健セクターの諸制度・政策と深くかかわっている問題が多い。しかし、国内の他地域に比較して医療サービスの面では恵まれている都市部住民の利用が多いグラナダ病院のみを対象とするよりは、グラナダ病院もSILAISシステムの一構成組織として捉えて農村部の保健医療水準の劣悪かつアクセスの悪い地区を含めた全SILAISを対象として全体的な底上げを目的とするほうが妥当と判断し、5 - 2のプロジェクトを提案した。

特定のテーマ（案では母子保健や安全な出産）を一次、二次施設共通のテーマとして取り上げ、一貫性のあるサービスの質の改善を行うことを通じて病院の運営の改善にも資するとのアイディアである。グラナダ病院には現在、病院運営管理の小林専門家が派遣中であり、問題点の把握に努めておられる。また、手術室とICUにはJOCVの看護隊員が派遣されている。こうした協力と連携を保ち、相互に協力していくことがきわめて重要である。

6. 参考資料

A. MINSA 関連

1. POLITICA NACIONAL DE SALUD 1997-2002, MINSA, 1997
2. MEMORIA DE LA COOPERACION EXTERNA 1997, MINSA, 1998
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA CIRCLAR, MINSA, 1999
3. MANUAL DE LA PARTERA, MINSA, 1990
4. LISTA BASICA DE MEDICAMENTOS, MINSA, 1998
5. PROGRAMA DE MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD, 1998-2002,
MINSA, 1998
6. NORMAS DE EQUIPAMIENTO BASICO DE LAS UNIDADES DEL PRIMER
NIVEL DE ATENCION, MINSA, 1998
7. MODELO NORMATIVO DE CENTROS DE SALUD ACTUALIZACION, MINSA,
1998
8. BOLETIN EPIDEMIOLOGICO :SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE LOS
PRINCIPALES EVEVTOS DE 1998, OCURRIDOS POSTERIOR A LOS EFECTOS
DEL HURACAN MITCH, MINSA, 1998
9. NORMAS PARA LA ATENCION PRENATAL PARTO DE BAJO RIESGO Y
PUERPERIO, MINSA, 1997
10. ESTANDARES DE ENFERMERIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
DE LA ATENCION, MINSA, 1996
11. NORMA DE PLANIFICACION FAMILIAR, MINSA, 1996

B. グラナダ病院関連

12. EVALUACION ANNUAL COMPARATIVO 1997/1998, GRANADA HOS., 1999
13. EMPRESA MEDICA PREVISIONAL, HOSPITAL DE GRANADA, 1998

C. GRANADA SILAIS 関連

14. ANALISIS SITUACIONAL CARACTERISTICAS GENERALES DEL SILAIS,
GRANADA SILAIS, 1998
15. EVALUACION ANNUAL PLAN DE SALUD SILAIS GRANADA 1997-1998,
GRANADA SILAIS, 1998
16. MINISTERIO DE SALUD MUNICIPIO DE GRANADA SILAIS GRANADA,
MUNICIPIO DE GRANADA, 1999

D. UNICEF 関連

17. PROSILAIS, UNICEF, 1998
18. PROSILAIS:1 PARTERAS EN LOS SILAIS DE NICARAGUA , UNICEF, 1998
19. PROSILAIS:2 CAPACITACION A PERSONAL DE SALUD Y AGENTES
COMUNITARIOS VOLUNTARIOS, UNICEF, 1998

20. PROSILAIS:3 BRIGADAS MEDICAS MOVILES EN NICARAGUA, UNICEF, 1998

E. WB 関連

21. PROYECTO MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD 1998-2002, WORLD BANK, 1999

F. USAID 関連

22. ENCUESTRA NICARAGUENSE DE DEMOGRAFIA Y SALUD, 1998, ENDESA-98 (INFORME PRELIMINAR), DHS, USAID, 1998

G. GTZ 関連

23. PROSIM: BREVE DESCRIPCION DEL PROYECTO, GTZ, 1998

24. PROSIM: BOLETIN, EJEMPLAR NO.1, GTZ, 1998

25. PROSIM: BOLETIN, EJEMPLAR NO.2, GTZ, 1998

26. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 1, PROSIM, GTZ, 1998

H. AECI 関連

27. AGENCIA ESPANOLA DE COOPERACION INTERNACIONAL 1990-1997 NICARAGUA, AECI, 1998

28. INFORME DE BALANCE AYUDA HUMANITARIA DE EMERGENCIA DE LA AECI HURACAN MITCH EN NICARAGUA, AECI, 1999

29. NOTA INFORMATIVA COOPERACION ESPANOLA EN NICARAGUA, AECI, 1998

I. WORLD VISION 関連

30. VISION MUNDIAL NICARAGUA: REPORTE DEL ESTUDIO DE LINEA DE BASE SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN SUPERVIVENCIA INFANTIL, WB, 1997

31. VISION MUNDIAL INTERNACIONAL NICARAGUA PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL INFORME SOBRE LA ENCUESTA FINAL, WB, 1998

32. PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL DEPARTAMENTO DE GRANADA IV REGION, NICARAGUA, WORLD VISION, 1998

J. POLISAL 関連

33. METOLOGIA DE INGRESO A LA UNAN-MANAGUA CURSO ACADEMICO 1998, 1998

34. POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DEL INSTITUTO POLITECNICO DE LA SALUD DR. LUIS FELIPE MONCADA UNAN MANAGUA, POLISAL, 1997

K. CIES 関連

35. PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE FORMACION 1999 Y CAPACITACION, CIES, 1999