

2. 要請書 (西語及び和訳)

要請書 (西語) および和訳



REPUBLICA DE BOLIVIA
MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES Y CULTO

VPEX-DGAB-DEA-1823/2000 / 12 89 /

EL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO- Viceministerio de Política Exterior -, saluda atentamente a la Honorable Embajada del Japón, en la oportunidad de solicitar el financiamiento del programa de la "Red de Salud Regional para el Departamento de Santa Cruz", bajo la modalidad de cooperación técnica tipo proyecto.

La mencionada solicitud se la realiza a pedido del Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia.

EL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO- Viceministerio de Política Exterior-, a tiempo de agradecer transmitir lo anteriormente mencionado a las autoridades de su Gobierno, hace propicia la oportunidad para reiterar a la Honorable Embajada del Japón, las seguridades de su más alta consideración.



La Paz, 19 DIC. 2000

20 DIC 2000

A la Honorable
EMBAJADA DEL JAPON
Presente.-

| EMBAJADA DEL JAPON | |
|------------------------|------------|
| Embajador | Secretario |
| Hora 15:00 | |
| Fecha de Reg. 21-12-00 | |
| No. de Reg. | |



REPÚBLICA DE BOLIVIA
MINISTERIO DE HACIENDA
Viceministerio de Inversión Pública
Y Financiamiento Externo

La Paz, 14 DIC. 2000
VIPFE/DGFE/NEG-06972/2000

Señor
Emb. Jorge Soruco
Viceministro de Política Exterior
MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO
Presente

| | |
|---|--------------|
| AGENCIA DE COOPERACION INTERNACIONAL DEL JAPON | |
| JICA | |
| CORRESPONDENCIA RECIBIDA | |
| Fecha: | 15 DIC. 2000 |
| No. Registro: | Nº 1318 |
| Recibido por: | [Signature] |
| Entregado: | [Signature] |
| LA PAZ - BOLIVIA | |

**Ref.: PROYECTO "RED DE SALUD REGIONAL PARA
EL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ"**

Señor Viceministro:

Me refiero a la nota MSPS/1274/2000, mediante la cual el Ministerio de Salud y Previsión Social solicita se oficialice el financiamiento del proyecto de referencia.

Al respecto, le comunico que luego del análisis de dicho documento el mismo cuenta con el informe favorable de este Viceministerio, razón por la cual le agradeceré poner a consideración del Gobierno del Japón el financiamiento del proyecto antes mencionado, bajo la modalidad de cooperación técnica tipo proyecto.

Con este motivo, saludo a usted muy atentamente.

o/sica

BERNARDO REQUENA B.
Viceministro de Inversión Pública
y Financiamiento Externo
MINISTERIO DE HACIENDA

PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SALUD REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ

1. ANTECEDENTES:

1.1 Situación de Salud en Bolivia:

Bolivia a pesar de los avances logrados en materia de salud en los últimos años, mantiene aún altas tasas de mortalidad y morbilidad entre su población. Existen factores que contribuyen a mantener los indicadores de salud bajos, en relación a otros países de la Región, tales como:

- a) Geográficos.- extensa superficie territorial (1.098.581 Km²), con baja densidad poblacional, deficiente infraestructura caminera y zonas de difícil accesibilidad.
- b) Económicos.- altos índices de pobreza y marginalidad condicionados por una economía dependiente en un mundo globalizado y con una economía de libre mercado.
- c) Culturales.- diversidad étnica de la población con grandes diferencias en sus costumbres, modo de reaccionar ante la enfermedad, diversas lenguas y otros.
- d) Escasa oferta de servicios de salud.- centros de salud con infraestructura y equipamiento deficientes y con baja capacidad resolutive.

De acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH), Bolivia ocupa el lugar 117 entre todos los países del mundo, con un IDH de 0.60.

Principales Indicadores Demográficos, Económicos y Sociales

| | |
|---|---------------------------|
| Población | 8.328.700 hab. (INE 2000) |
| Población Urbana | 64.8% (I.N.E. 2000) |
| Tasa de crecimiento poblacional | 2.2 (I.N.E. 2000) |
| Tasa cruda de natalidad | 31,9 x 1000 (I.N.E. 2000) |
| Población en situación de pobreza | 69.8% (UDAPSO 98) |
| PIB per capita en \$us. | 1.010 (I.N.E. 1998) |
| Población con acceso a servicios de salud | 46.6. % (I.N.E. 92) |
| Tasa de mortalidad general | 10,1 por 1000 habitantes* |
| Tasa de mortalidad infantil | 68 por 1000 n. vivos* |
| Tasa de mortalidad en la niñez | 82,8 por 1000 n. vivos* |
| Tasa de mortalidad materna | 390 por 1000 n. vivos* |
| Esperanza de vida al nacer | 64,4 años* |

* SITUACIÓN DE SALUD EN LAS AMERICAS Indicadores Básicos 2000 OPS/OMS
Instituto Nacional de Estadística (INE) Tasa registrada por el país

1.2. Situación de Salud en el Departamento de Santa Cruz

El Departamento de Santa Cruz ubicado en la región oriental de Bolivia, cuenta con una superficie territorial de 370.621 Km² y comprende 14 provincias con 47 municipios. Tiene un alto índice de crecimiento poblacional (alrededor de 7%), debido sobre todo al constante flujo migratorio de población proveniente de la región de los valles y el altiplano, así como, de una marcada migración interna rural propia que hace que sean las tasas las más altas de crecimiento vegetativo en Bolivia (5.79 urbana y 4.16 departamental). Ello ha significado el surgimiento de nuevas comunidades rurales y una intensa ruralización de los principales ciudades provinciales.

De acuerdo al Censo Poblacional del año 1992, el departamento de Santa Cruz contaba con una población de 1.846.592 habitantes, de los cuales 1.082.272 habitantes (58,6%) viven en el área urbana y 764.320 habitantes (41,3%) en el área rural.

Cuenta con culturas externas como la quechua, aymará y nativas como la guaraní, ayorea y otras menores.

El Índice de Desarrollo Humano del departamento es de 0.75 y es el más alto a nivel nacional; sin embargo, existen grandes diferencias entre las distintas regiones que conforman el departamento.

La situación de salud de la población cruceña presenta altas tasas de Mortalidad Infantil y Materna e importantes patologías prevalentes de la región, como ser: desnutrición, enfermedades infecto-contagiosas y las transmitidas por vectores, constituyen las patologías de mayor prevalencia e incidencia.

Otras enfermedades llamadas antropozoonóticas como la Leptospirosis, Leishmaniasis, Hanta Virus, el Mal de Chagas, Triquinosis, Rabia, así como las parasitosis intestinales, las dermatológicas, las enfermedades rurales transmitidas por vectores como Malaria con sus cepa Vivax y Falciparum, el Mayaro, la Fiebre Amarilla en su forma selvática, el dengue con brotes a cepa I y II, constituyen problemas de salud pública en el departamento.

A esto se suma en los últimos años, una alta incidencia de patologías del orden de las enfermedades crónicas, degenerativas y otras propias de los países desarrollados, tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares y trauma (laborales y accidentes de tránsito).

Principales indicadores demográficos, económicos y sociales de Santa Cruz

| | |
|----------------------------------|----------------------------|
| Población | 1.846.592 hab. (SNIS 1999) |
| Población urbana | 1.082.272 hab. |
| Población rural | 764.320 hab. |
| Tasa de crecimiento poblacional | 4.2 (INE 96) |
| Tasa de natalidad | 34,5 x 1000 (INE 96) |
| Población en pobreza | 58% (UDAPSO 93) |
| Población con acceso a servicios | 64.4% (INE 92) |
| | |
| Tasa de mortalidad general | 10 por 1000 habitantes |
| Tasa de Mortalidad Infantil | 36 por 1000 n. vivos |
| Tasa de Mortalidad en la Niñez | 57 por 1000 n. vivos |
| Tasa de mortalidad Materna | 110 por 100.000 n. vivos |
| Esperanza de vida al nacer | 65 años |

- Fuente: Censo Nacional de 1992 y Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994

1.3. Organización del Sistema Boliviano de Salud

El sistema de salud está compuesto por diferentes proveedores de servicios, organizados en 4 subsectores: Sector Público, Seguridad Social, Organizaciones sin fines de lucro (ONG's) e Instituciones Privadas con fines de lucro. El sector público está representado principalmente por el Ministerio de Salud y Previsión Social, Prefecturas y Municipios, y presta atención de salud a un 45% de la población, aproximadamente.

Dentro del modelo de atención se definen 3 niveles de atención:

- El primer nivel constituido por los Puestos y Centros de Salud
- El segundo conformado por los Hospitales de Distrito
- El tercer nivel constituido por los Hospitales Generales Regionales y los Hospitales Especializados.

1.4. Regionalización y red de servicios en Santa Cruz

El Departamento de Santa Cruz se encuentra regionalizado en 5 distritos urbanos y 10 distritos rurales.

El Sector Público, posee los siguientes recursos respecto a infraestructura física:

- En el primer nivel de atención:
 - * 206 puestos de salud
 - * 103 centros de salud
- En el segundo nivel de atención
 - * 23 hospitales de distrito con 690 camas
- En el tercer nivel
 - * Hospitales Generales con 437 camas
 - * Hospitales Especializados con 283 camas

Fuente: SNIS 97

1.5. El Hospital Universitario Japonés (HUIJ)

El Hospital Universitario Japonés de Santa Cruz fundado en 1986, con la cooperación del Gobierno del Japón, es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud, perteneciente al subsector público y es considerado como un hospital de 2do. nivel de atención para los distritos 2, 3 y 5 de la ciudad de Santa Cruz, dentro de la regionalización del Sistema Sanitario Departamental y como un hospital de 3er. nivel de atención para todo el departamento de Santa Cruz.

La población comprendida dentro de los Distritos 2, 3 y 5 corresponde al 59% del total de la población urbana de la ciudad de Santa Cruz.

El nosocomio posee las 4 especialidades básicas de: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, desarrollando también una serie de subespecialidades.

Dentro de la medicina interna, oferta servicios de cardiología, gastroenterología, neurología, nefrología, neumología, medicina tropical, endocrinología, psiquiatría, dermatología, hematología y reumatología.

En lo que refiere a cirugía, oferta servicios de neurocirugía, traumatología, cirugía torácica, cirugía cardiovascular, cirugía urológica, cirugía endoscópica, oftalmológica, otorrinolaringológica, proctológica y cirugía plástica.

En lo que respecta al servicio de pediatría, ofrece servicios de cirugía y terapia intensiva, neonatología, gastroenterología pediátrica, neuropediatría y neurocirugía pediátrica.

Respecto a los servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento, posee servicios de laboratorio clínico para procesar exámenes de rutina y especializados. Brinda también servicios de electromedicina, radiología e imagenología y posee actualmente equipos de tomografía axial computarizada y angiografía.

Con relación a su capacidad de hospitalización, el hospital tiene 186 camas, cuya distribución por servicios es la siguiente:

| Servicio | Nº de camas | Total |
|----------------------------------|-------------|-------|
| Medicina | | 49 |
| Salas | 32 | |
| Cuidados intermedios | 5 | |
| Cardiología | 6 | |
| Neurología | 6 | |
| Gineco-obstetricia | | 39 |
| Salas | 39 | |
| Cirugía | | 49 |
| Cuidados intermedios | 5 | |
| Pediatría | | 43 |
| Salas | 29 | |
| Neonatología | 8 | |
| Terapia Intensiva | 6 | |
| Terapia intensiva adultos | | 6 |
| Total | | 186 |

Los recursos humanos con los que cuenta son los siguientes:

| Categoría | Nº |
|---------------------------|------------|
| Médicos | 108 |
| Odontólogos | 3 |
| Bioquímicos-farmacéuticos | 13 |
| Enfermeras | 96 |
| Auxiliares enfermeras | 77 |
| Técnicos de Salud | 62 |
| Nutricionistas | 3 |
| Administrativos | 77 |
| Trabajadores manuales | 83 |
| Total | 522 |

Indicadores Hospitalarios 1998

| | |
|---|--------|
| % de ocupación de camas | 79.85 |
| Promedio de estancia | 6.5 |
| Consultas | 48.863 |
| Egresos | 6.934 |
| Emergencias | 29.815 |
| Tasa de mortalidad intrahospitalaria a. de 48 horas | 1.52 |
| Tasa de Mortalidad intrahospitalaria d. de 48 horas | 3.53 |

*Fuentes: SNIS 98 SEDES. Estadísticas de Salud – Hospital Universitario Japonés 98

Indicadores Hospitalarios 1999

| | |
|---|---------|
| % de ocupación de camas | 87.05 |
| Promedio de estancia | 6.48 |
| Consultas | 67.322 |
| Egresos | 8.973 |
| Emergencias | 27.1631 |
| Tasa de Mortalidad intrahospitalaria a. de 48 horas | 1.56 |
| Tasa de Mortalidad intrahospitalaria d. de 48 horas | 3.27 |

• Fuentes: Hospital Universitario Japonés 99

El Hospital Universitario Japonés en los 14 años de servicio, ha atendido a más de un millón de pacientes y en muchas áreas clínico quirúrgicas se ha constituido en un importante centro de referencia de medicina en el departamento de Santa Cruz y en el país, siendo así que ha sido pionero en los trasplantes de órganos a nivel nacional.

De igual manera, las cirugías cardíacas con circulación extra-corpórea, cirugías endoscópicas, radiología y endoscopio-intervencionista, microcirugía, (neurocirugía, oftalmología, etc.), cirugía estereotáxica, son servicios que se prestan únicamente en este nosocomio dentro del Departamento. Asimismo, es frecuente el tratamiento de malformaciones congénitas en pediatría.

Por otra parte, se ha organizado el servicio de atención especializada para pacientes con accidentes cerebro-vasculares y enfermedades coronarias.

El Hospital Universitario Japonés dentro de sus actividades de docencia e investigación, viene formando profesionales de alto nivel en medicina y cirugía. Siete universidades del

país, envían sus egresados para realizar el internado y residencia médica. Hasta la fecha se han formado más de ochenta especialistas en diferentes áreas de la medicina especializada y subespecializada, quienes trabajan en todo el país. Además, alrededor de cuatrocientos estudiantes de las diferentes carreras del área de ciencias de la salud concurren a este centro hospitalario para la realización de sus prácticas.

En 1998, el Hospital Japonés fue nominado por el Ministerio de Salud de Bolivia, como Hospital Universitario del Departamento de Santa Cruz y a la vez declarado como Hospital Escuela de la Universidad Católica Boliviana; en mérito a su apoyo a la formación de los estudiantes de medicina.

También es importante destacar, que en estos últimos años el Hospital ha desarrollado una importante gestión administrativo financiera, que le permite a través de la generación de fondos propios por la venta de servicios, cubrir sus gastos operativos correspondientes a insumos, reposición de equipos menores y personal no financiado por el Ministerio de Salud.

Para fines de 1999 las fuentes de financiamiento del hospital eran: el T.G.N. con 47.6%, el Gobierno Municipal con 12.4% y los ingresos propios que representaban el 40.1%.

En los últimos 3 años se ha producido un importante incremento gradual en lo que corresponde a ingresos propios, mostrando en los últimos 3 años, una situación de superávit (relación entre ingresos y egresos).

Asimismo, el Hospital Universitario Japonés ha desarrollado iniciativas importantes dentro del sistema de salud, tal es el caso del Plan Piloto Referencia – Contra-referencia, que viene realizando conjuntamente con el apoyo de la cooperación belga y el proyecto JICA.

Otra actividad importante que ha desarrollado el Hospital Universitario Japonés es la relacionada con su participación activa dentro del Sistema Integrado de Servicios Médicos de Emergencia (SISME), proyecto impulsado por JICA, que tiene como actividades principales:

- Investigación sobre la situación actual de la emergencia.
- Capacitación al personal de los servicios de emergencia de los hospitales.
- Desarrollo del sistema de información, servicios de ambulancia y cuidados pre-hospitalarios.
- Preparación contra desastres y accidentes en masa.

2. Justificación

Se ha establecido la necesidad de contar con una red de servicios bien estructurada y organizada en el departamento de Santa Cruz junto a un sistema de referencia y contra – referencia adecuado de pacientes, que permita a la población ingresar al sistema de salud por niveles y de acuerdo a la capacidad resolutive requerida en cada caso, optimizando de esta manera, los recursos humanos, físicos y económicos.

A pesar de contar con hospitales especializados, los mismos deben atender casos que no ameritan atención de especialidad, al margen de no contar con las unidades necesarias para brindar atención en las distintas áreas, debiéndose por tanto fortalecer este nivel de complejidad.

3. Objetivos:

3.1 Objetivo general

Fortalecer la red regional de salud del departamento de Santa Cruz, tomando como centro de referencia de tercer nivel de atención al Hospital Universitario Japonés, para brindar atención de salud especializada y con calidad a la población..

3.2 Objetivos Específicos

Objetivo Específico 1

Mejorar la capacidad de resolución del Hospital Universitario Japonés para el correcto desempeño de su rol de hospital de referencia de tercer nivel de atención, a través de la ampliación e implementación de nuevos servicios.

Actividades:

1. Construcción, ampliación y/o remodelación
2. Equipamiento
3. Organización de las siguientes unidades y servicios
 - Unidad de Gineco-obstetricia, neonatología y terapia intensiva pediátrica
 - Unidad de Quemados
 - Unidad de Hemodiálisis
 - Unidad de Anatomía Patológica y morgue
 - Unidad de fisioterapia y rehabilitación
4. Reposición de equipos mayores

Objetivo Específico 2

Crear un hospital de referencia segundo nivel de atención para los distritos 2, 3 y 5 del área urbana del Departamento de Santa Cruz, que cumpla las funciones que el HUIJ venía desempeñando dentro de su rol de hospital de referencia de segundo nivel en los distritos mencionados.

Actividades:

1. Construcción, ampliación y/o remodelación
2. Equipamiento
3. Organización de las siguientes unidades y servicios
 - Unidad de Medicina General
 - Unidad de Gineco-obstetricia
 - Unidad de Pediatría y Neonatología
 - Unidad de Cirugía General

Objetivo Específico 3

Hacer posible la referencia oportuna y adecuada de los pacientes y mejorar la integración de los diferentes niveles de atención dentro de la red de servicios, a través del desarrollo de un subsistema de referencia y contra-referencia entre los servicios de 1er nivel de atención de los distritos urbanos 2, 3 y 5; el hospital de segundo nivel creado, los hospitales de distrito del área rural y el Hospital Universitario Japonés.

Actividades:

1. Elaboración de normas de referencia para el 1er y 2do nivel de atención.
 - 1.1. Definición de patologías y lugar de atención de acuerdo a la capacidad resolutoria de los niveles.
 - 1.2. Definición de condiciones de referencia (bajo que cuidados deben referirse los pacientes de acuerdo al grado de gravedad que presentan).
2. Coordinación
 - 2.1. Reuniones de coordinación entre el personal de los centros de salud urbanos y el Hospital Universitario Japonés
 - 2.2. Reuniones de coordinación entre el personal del hospital de segundo nivel, los hospitales distritales rurales y el Hospital Universitario Japonés

3. Capacitación al personal de los servicios de 1er nivel de atención de los distritos urbanos 2, 3 y 5, al personal del hospital de segundo nivel, así como al de los hospitales de distrito del área rural.

Esta capacitación estará centrada en:

- Funcionamiento de subsistemas
- Roles y funciones de los diferentes niveles de atención dentro del Sistema de Salud.
- Difusión de manuales, normas, procedimientos, manejo de instrumentos.

4. Monitoreo, supervisión y evaluación

4.1. Reuniones de control de subsistemas

4.2. Reuniones para evaluación del desempeño de los servicios del 1er y 2do nivel

5. Capacitación al personal de los servicios urbanos del 1er nivel de atención, al personal del hospital de segundo nivel, así como al de los hospitales rurales, en aquellas áreas débiles específicas detectadas.

Objetivo Específico 4

Implementar un Programa de Información, Comunicación y Educación a la población sobre:

- a) Referencia y contra-referencia.

- Información sobre los recursos del Sistema de Salud y su organización
- Forma correcta de ingresar al Sistema, para recibir prestación de servicios. Ventajas de ingresar por el primer nivel de atención.

- b) Emergencias

- Prevención de accidentes
- Primeros auxilios
- A qué servicios acudir
- Distinción entre emergencia real y no emergencia

Actividades:

1. 1. Diseño y producción de material educativo
1. 2. Difusión por medios de comunicación masiva

1. 3. Realización en el hospital de jornadas educativas sobre primeros auxilios, dirigidas a la población.

Objetivo Específico 5

Proyectar al Hospital Universitario Japonés hacia la comunidad, a través de la prestación de servicios hospitalarios en algunas poblaciones del área rural, en beneficio sobre todo de la población de bajos recursos.

Actividades:

2.1. Traslado de equipos móviles del hospital hacia algunas poblaciones rurales, para detección, diagnóstico y en algunos casos, tratamiento de problemas de salud que requieran manejo de alta complejidad.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Análisis de la estructuración actual de la red de servicios de salud del municipio de la ciudad de Santa Cruz 1er. año
- Estudio de la actual oferta de servicios de salud de tercer nivel de atención. 1er. año
- Estudio de la demanda potencial 1er. año
- Ajuste de la gestión del Hospital Universitaria Japonés, acorde a un centro de tercer nivel de atención (Productividad, rendimiento, índice de ocupación de camas general y por servicios, estructura de costos, autosostenibilidad financiera, etc.) 1er. año
- Diseño final y proyecto arquitectónico de la ampliación hospitalaria 1er. año
 - 1. Levantamiento topográfico del terreno
 - 2. Estudio de suelos
 - 3. Programación arquitectónica
 - 4. Anteproyecto
 - 5. Proyecto Final, el mismo que incluye:
 - Maquetas.
 - Proyecto estructural
 - Proyecto de instalación sanitaria
 - Proyecto de instalaciones eléctricas
 - Proyecto de instalaciones electrónicas
 - Proyecto de eliminación y tratamiento de residuos
 - Cómputos y presupuesto
- Identificación de las necesidades futuras de personal para la ampliación hospitalaria 1er. año
- Definición del equipamiento de las ampliaciones 1er. año

- Análisis de sostenibilidad financiera 1er. año
- Identificación del grado de compromiso y aceptabilidad del proyecto por los diferentes actores: municipio, prefectura. 1er. año
- Presupuesto general de todo el proyecto 1er. año
- Elaboración del proyecto a diseño final 1er. año
- Construcción, ampliación y/o remodelación del Hospital Universitario Japonés 2º año
- Equipamiento del mismo
- Construcción, ampliación y/o remodelación del Hospital de segundo nivel, que reemplace al Hospital Universitario Japonés 2º año
- Equipamiento del mismo 2º año
- Organización de los servicios, tanto del Hospital Universitario Japonés como del Hospital de segundo nivel 2º año
- Implementación del sistema de referencia y contra-referencia 3er. año
- Proyección a la comunidad 3er. año
- Proyección a la comunidad 3er. año
- Proyección a la comunidad 4º. año
- Proyección a la comunidad 4º. año
- Evaluación del proyecto 5º año

PRESUPUESTO

Se estima que será necesaria una Cooperación No Reembolsable de parte del Japón de alrededor de \$us 5.000.000.- (cinco millones de dólares norteamericanos) para el desarrollo de las actividades del proyecto, monto que podrá ser reformulado una vez que se identifiquen todos los requerimientos necesarios para la implementación y puesta en marcha del proyecto.

TIEMPO DE DURACION

El tiempo de duración del proyecto es de cinco años

CONTRAPARTE NACIONAL

La contraparte nacional estaría dada fundamentalmente por la dotación de Recursos Humanos a través del Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz, dependiente de la Prefectura del Departamento (Anexo 1) y todo lo referente a instalaciones, equipos, material de escritorio, etc.; así como gastos operativos y de mantenimiento (agua, luz, teléfono, gas, oxígeno, etc.) por parte del Municipio de Santa Cruz (Anexo 2).

RESULTADOS ESPERADOS

1. Se incrementará la cobertura de atención especializada a la población del departamento de Santa Cruz.
2. Se logrará promover el adecuado y correcto uso de los diferentes niveles de atención, dentro de criterios de eficiencia y optimización de recursos disponibles.
3. Se establecerá una red de servicios bien estructurada, organizada por niveles e integrada, con un sistema de referencia y contra-referencia adecuado.
4. Se incrementará la confianza en el sistema de salud por parte de la población, al ofertar atención de salud oportuna, con calidad y capacidad de resolución.
5. Se mejorará la calidad del Recurso Humano, a través de su capacitación y fortalecimiento de sistemas de gestión.
6. Se pretende establecer la interconexión de la red, a través de un sistema de comunicación informatizado.

Anexo 1

**DETALLE DE GASTOS CUBIERTOS CON FONDOS DE LA
PARTICIPACION POPULAR POR AÑO
H.A.M. SANTA CRUZ
(en bolivianos)**

| | |
|---|-------------------|
| Sueldos | 24.500 |
| Consumo de agua | 240.000 |
| Consumo de Luz | 1.190.000 |
| Consumo de teléfono | 160.000 |
| Consumo oxígeno | 1.200.000 |
| Consumo gas | 80.000 |
| alimentos | 420.000 |
| Inversión (ampliación infraestructura.) | 6.685.500 |
| | 10.000.000 |
| TOTAL PARA 5 AÑOS | 50.000.000 |

ANEXO I

RELACION DE RECURSOS HUMANOS QUE TRABAJAN EN LA JURISDICCION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONES SANTA CRUZ DE LA SIERRA

DISTRITO II

| Nº | CARGOS | NUMEROS |
|----|-------------------------|-----------|
| 1 | Directora | 1 |
| 2 | Médicos | 10 |
| 3 | Dentista | 5 |
| 4 | Lic. Enfermería | 5 |
| 5 | Técnico de Laboratorio | 2 |
| 6 | Secretaría | 2 |
| 7 | Recepcionistas | 5 |
| 8 | Limpieza | 3 |
| 9 | Auxiliar de Enfermería | 17 |
| 10 | Auxiliar de Laboratorio | 2 |
| 11 | Encargado de Farmacia | 1 |
| 12 | Auxiliar de Oficina | 1 |
| 13 | Chofer | 1 |
| 14 | Dec. Com. | 1 |
| 15 | Jefe. de Area | 5 |
| | TOTAL | 61 |

ANEXO 1**RELACION DE RECURSOS HUMANOS QUE TRABAJAN EN LA
JURISDICCION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JAPONES
SANTA CRUZ DE LA SIERRA****DISTRITO V**

| Nº | CARGOS | NUMEROS |
|-----------|-------------------------|----------------|
| 1 | Director | 2 |
| 2 | Médicos | 17 |
| 3 | Bioquímica | 1 |
| 4 | Enfermera | 6 |
| 5 | Dentista | 2 |
| 6 | Encargado de Farmacia | 1 |
| 7 | Auxiliar de Laboratorio | 1 |
| 8 | Auxiliar de Enfermería | 28 |
| 9 | Auxiliar de Estadística | 1 |
| 10 | Secretaría | 1 |
| 11 | Oficinista | 1 |
| 12 | Recepcionistas | 3 |
| 13 | Limpieza | 6 |
| 14 | Conductor de Vehículo | 1 |
| 15 | Auxiliar de Mucama | 1 |
| 16 | Sereno | 1 |
| | TOTAL | 73 |

ボリヴィア共和国
外務開発省

VPEX-DGAB-DEA-1823/2000/12891 (発信番号)

外務開発省行政外務局として日本大使館に対し、プロジェクトタイプの技術協力の形式に則り「サンタクルス県のための地域保健ネットワーク」計画に関する資金調達要請を行うとともに、この機会に敬意をもってご挨拶いたします。

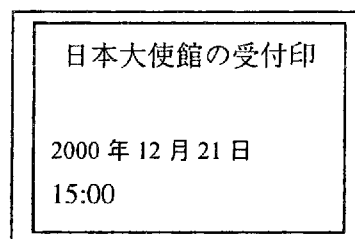
前述の要請はボリヴィアの保健年金省の依頼により実現されたものです。

行政外務局外務開発省として、前述を貴国政府幹部に連絡いただくことにつき感謝し、いっそう関連されることに関し重ねて御礼申し上げます。

ラ・パス 2000年12月19日
2000年12月20日



日本大使館宛



ボリヴィア共和国
財務省公共投資外資調達局

ラ・パス 2000年12月14日
VIPFE/DGFE/NEG-06972/2000 (発信番号)

外務開発省
行政外務局長
ホルヘ・ソルコ殿

JICA ボリヴィア事
務所の受付印
2000年12月15日

件名：サンタクルス県のための地域保健ネットワーク

局長殿

MSPS/1274/2000 に関し、保健年金省より添付のプロジェクトの資金調達を正式なものとするよう要請ありました。

協議の結果、当局としても同別添資料につき推進するよう伝えると同時に、プロジェクトタイプの技術協力形式に則り前述プロジェクトの資金調達を行う日本政府に対し敬意を表する。

以上のことに便乗し、貴職に挨拶させていただく

コピー/JICA

ベルナルド レケナ B.
財務省公共投資外資調達局長

プロジェクト：サンタクルス県地域保健ネットワークの強化

1. 背景

1.1 ボリヴィアにおける保健状況

近年ボリヴィアは、保健設備が整備されてきたにもかかわらず、人口比では高い死亡率および罹病率を保っている。南米諸外国においても低い保健指標を保っておりその原因は以下のとおり：

- a) 地理 - 広大な国土 (1,098,581km²)、低い人口密度、不完全な道路設備、アクセスの困難な地域
- b) 経済 - 高い貧困数値、グローバル化された世界経済状況に帰属する一端として、また、自由市場経済
- c) 文化・習慣 - 病気に対応するためには、多民族すぎる。習慣が大きく違う、色々な言語や他のこと。
- d) わずかに提供される保健サービス - 保健センターにおける不十分な施設と機材、低い解決能力

人間開発指数 (IDH) によるとボリヴィアは世界の国々の中で 117 番目に位置し、IDH は 0.60

人口、経済、社会の基本的な指標

| | |
|------------------|------------------------|
| 人口 | 8,323,700 人 (INE2000) |
| 都市人口 | 64.8% (INE2000) |
| 人口増加率 | 2.2 (INE2000) |
| 出生率 | 31.9 x 1,000 (INE2000) |
| 貧困人口 | 69.8% (UDAPSO2000) |
| PIB のドル数値 | 1,010 (INE1998) |
| 保健サービスにアクセス可能な人口 | 46.6% (INE1992) |
| 粗死亡率 | 1,000 人中 10.1* |
| 乳児死亡率 (1 才未満) | 1,000 人中 68* |
| 乳幼児死亡率 (5 才未満) | 1,000 人中 82.8* |
| 妊産婦死亡率 | 1,000 人中 390* |
| 平均寿命 | 64.4 年* |

*アメリカ諸国における保健状況、基本指標 2000OPS/OMS
INS 国家統計局の国の率の登記

1.2 サンタクルス県の保健状況

サンタクルス県はボリビア国の東に位置し、370,621km²の土地面積、14の郡、それは47の市からなる。高い人口増加指標（約7%）、谷（峰）や高地からの継続的な移住、それは国内移住として際立つもので、ボリビア国内において居住地拡大率最大数値（都市5.79、県4.16）を示している。これは、周辺新居住地や基本的な地方都市の周辺化を助長することを意味する。

1992年の人口統計によると、サンタクルス県の人口は1,846,592人で、その内都市人口は1,082,272人（58.6%）で、周辺人口は763,320人（41.3%）であった。

それは、外部文化のケチュア族、アイマラ族、もともとの土着文化グアラニ族、アヨレア族その他の少数部族を含むものである。

県の間開発指数（IDH）0.75は国内最高値であり、したがって、県を構成する差異の大きい地域間に、大きな格差が存在する。

サンタクルス人の保健状況は示す、乳児と妊産婦の高い死亡率、病理学が地域に広がる重要性、栄養失調、感染症-伝染性および地域間で感染、病理学のようなものがほとんどに広がる、またはその出来事を構築する。

その他、人畜病と呼ばれるハンセン病、レーシュマニア、ハンタウィルス、チャーガス病、旋毛虫症、狂犬病、消化器系回虫、皮膚病学、都市周辺の地域間で感染するヴィバックスやファルシバルンを大元とするマラリア、マヤロ熱病、ジャングル性の黄熱病、IやIIを元に発生するデング熱、県の公的保健問題を構築する。

近年これらの結果として、慢性症、麻痺症疾病および先進国特有のもの、糖尿病、心臓脈管症、外傷（労働中の、または交通事故の）等が多発している。

サンタクルスの人口、経済、社会の基本的な指標

| | |
|------------------|------------------------|
| 人口 | 1,846,562 人 (SNIS1999) |
| 都市人口 | 1,082,272 人 (INE2000) |
| 周辺人口 | 764,320 人 |
| 人口増加率 | 4.2 (INE1996) |
| 出生率 | 34.5 x 1.000 (INE1996) |
| 貧困人口 | 58% (UDAPSO1993) |
| 保健サービスにアクセス可能な人口 | 64.4% (INE1992) |
| 粗死亡率 | 1,000 人中 10 |
| 乳児死亡率 (1才未満) | 1,000 人中 3 |
| 乳幼児死亡率 (5才未満) | 1,000 人中 57 |
| 妊産婦死亡率 | 100,000 人中 110 |
| 平均寿命 | 64 年 |

1992 人口統計と 1994 国家保健指標

1.3 保健のポリヴィアシステム組織

保健システムはそれぞれのサービス調達者により整備されており、4 組織：一般セクター、社会保証、不利益目的民間機関 (ONG's)、利益目的。一般セクターは、保健年金省、県、市に代表され、人口の約 45%に対応している。

対応のモデルは 3 つの対応レベルに定義される。

- ・ 第 1 レベルはヘルスポストとヘルスセンターにより構成される
- ・ 第 2 レベルは保健区の医療施設により構成される
- ・ 第 3 レベルは地域の総合病院、専門病院により構築される

1.4 サンタクルスの地域化とサービス網

サンタクルス県は 5 都市管区と 10 郊外管区に地域化されている。

一般セクターは施設に関し以下の財を所有する。

- ・ 第1対応レベル
 - *206のヘルスポスト
 - *103のヘルスセンター
- ・ 第2対応レベル
 - *保健区医療施設は23で、690床のベット
- ・ 第3レベル
 - *幾つかの総合病院と437床のベット
 - *幾つかの専門病院と283床のベット

Fucnte: SNIS97

1.5 日本大学病院

サンタクルス日本大学病院 1986、日本政府との協力による、国家保健システムの制定となった、一般セクター傘下として、第2レベル対応の病院として、サンタクルス市の第2、3および5管区を対象とし、県保健（衛生）システム地域化において、全サンタクルス県の第3対応レベル病院として。

第2、3および5管区内の人口は、サンタクルス市都市部の人口の59%にあたる。

病院は基本的な4つの専門を所有する：内科、消化器疾患科、産婦人科、小児科、その他準専門分野も開発中

内科において、心臓病科、消化器疾患科、神経病科、腎臓病科、呼吸器病科、熱帯病科、内分泌症科、精神症科、皮膚病科、血液病科、リウマチ症科、のサービスを提供している。

外科においては、神経外科、内視鏡外科、眼科、耳鼻咽喉科、肛門科、整形外科のサービスを提供している。

小児科では外科、腸治療科、新生児科、小児消化器疾患科、小児神経外科のサービスを提供している。

診断と治療に対する支援のサービスに関し、一般および特別な試験を行うための医療実験室を所有する。電気医学、レントゲンと画像診断、さらに現在はコンピュータ化されたレントゲン断層撮影機にアンギオグラフィーを所有する。

入院許容量に関し、病院は 186 床と以下のセクションに分けられたサービスを所有する。

| サービス科 | ベット数 | 合計 |
|--------|------|-----|
| 内科 | | 49 |
| 一般 | 32 | |
| 中間集中室 | 5 | |
| 心臓病科 | 6 | |
| 神経科 | 6 | |
| 産婦人科 | | 39 |
| 一般 | 39 | |
| 外科 | | 49 |
| 中間集中室 | 5 | |
| 小児科 | | 43 |
| 一般 | 29 | |
| 新生児科 | 8 | |
| 中間集中室 | 6 | |
| 成人用集中室 | | 6 |
| 合計 | | 186 |

所有する人材は以下のとおり

| カテゴリー | 数 |
|-------|-----|
| 医師 | 108 |
| 歯科医 | 3 |
| 薬剤師 | 13 |
| 正看護婦 | 96 |
| 准看護婦 | 77 |
| 保健技師 | 62 |
| 栄養士 | 3 |
| 事務管理者 | 77 |
| 一般労働者 | 83 |
| 合計 | 522 |

病院対応指標 1998

| | |
|----------------------|--------|
| ベット使用% | 79.5 |
| 平均滞在日数 | 6.5 |
| 外来数 | 48,863 |
| 退院数 | 6,934 |
| 救急 | 29,815 |
| 48時間の病院内対応 a における死亡率 | 1.52 |
| 48時間の病院内対応 b における死亡率 | 3.53 |

資料基：SNIS98 SEDES 保健指標-日本大学病院 98

病院指標 1999

| | |
|----------------------|---------|
| ベット使用% | 87.05 |
| 平均滞在日数 | 6.48 |
| 診察 | 67,322 |
| 退院数 | 8,973 |
| 救急 | 27,1631 |
| 48時間の病院内対応 a における死亡率 | 1.52 |
| 48時間の病院内対応 b における死亡率 | 3.27 |

資料基：日本大学病院 99

日本大学病院は 14 年にわたり百万以上の患者に対応し、国レベルの臓器運搬の舵取りをしつつ、外科の多くの分野におけるレファラルの重要なセンターをサンタクルス県に築いた。

同じように、心臓外科、特別な肉体の循環、内視鏡外科、レントゲン、内視鏡検査技師、顕微鏡外科（神経外科、眼科、等）鉛毒外科については、県において、この病院でのみのサービスである。また、小児科においては、度々先天性障害者への対応を行っている。

一方、脳脈管や（心臓）環状動脈性疾患について、特別な対応を行うサービスを組織した。

日本大学病院では、その数々の活動と研究の一環として、医療と外科のプロフェッショナルを育成してきた。国の7つの大学から、

それぞれの卒業生が送られ、医療レジデントとして迎え入れられた。今日までに様々な医療分野における 80 名以上のスペシャリストと準スペシャリストが育成され、現在全国で勤務している。さらに、約 400 名の学生が保健の科学の様々な分野において各専攻を実施するため、この大学センターに集っている。

1998 年、日本病院はボリヴィアカトリック大学病院学校と同時に、厚生省により、サンタクルス県大学病院として任命され、医療分野学生育成に功績を上げている。

さらに、近年病院は重要な財務管理が開発され、サービス料のみの資産を統合化することにより、運営資金：投資資本、小額機材の交換、厚生省から支払われない人件費、の支出を覆うことができたことを表明することは重要である。

1999、病院予算の支出は、国庫 47.6%、市（区）12.4%、それに前述の自己収入からの支出は 40.1%であった。

ここ 3 年、自己収入によって重要かつ段階的な増加を産出した。

また、日本病院は保健システムにおいて、重要な初期のものを開発した。パイロット計画-レファラル-逆レファラル、ベルギー協力と日本プロジェクトからの支援を現実化してきたことにより

その他の日本大学病院が開発した重要な活動は「救急医療サービス包括システム（SISME）」における参加による関係であり、この計画は JICA により推進され、基本活動は以下のとおり

- 救急の現況についての調査
- 病院の救急のサービスの人材の育成
- 情報システム、救急車と準介抱者の開発
- 土砂崩れ、大量事故に対する準備

2. 解決

所有する必要が広まった、サントクルス県において良く按配され組織されたサービス網と、レファラル-逆レファラルシステム、患者に合致した、各レベルの人が支払い可能なシステム、それぞれの状況に応じて負担可能な、このような最上の方法で、人材、設備、経済。

専門病院を有している中、専門な対応は不必要なものも同じく対応すべきで、必要なチームを考慮しない環境において、多数エリアにおけるサービスを提供する他、このレベルの吹く合成を強化すべきである。

専門な対応を必要としない場合についても同様に対応すべきで、必要なチームを考慮しない一環で、それぞれ違ったエリアにおける対応の実現、複雑なるこのレベルを強化していくことによって、(???)

3. 目的：

3.1 統括目的

サントクルス県の保健の地域網を強化する、日本大学病院を第3レベル対応レファラルセンターとして位置付け、特別化された良質の保健の対応を住民に提供するため。

3.2 具体的目的

具体的目的 1

日本大学病院の解決能力を改善する、第3対応レベルレファラル病院の役割を正しく履行する、拡張と新しいサービスの投入をもって。

活動

1. 建設、拡張と/あるいは改築
2. 機材設置
3. 以下のチームやサービスの組織化
 - ・産婦人科、新生児科、小児消化器科のチーム
 - ・火傷症科のチーム
 - ・血液希釈症科のチーム
 - ・解剖学、病理学、形態学のチーム
 - ・物理治療とリハビリテーションのチーム
4. ほとんどの機材の補充

具体的目的 2

レファラル第2レベル対応の病院を造る、サントクルス県都市部第2、3および5管区における、日本大学病院としての機能を果たし、レファラル第2レベル病院の役割において前述の管区の中で行うことを目的に。

活動

1. 建設、拡張と/あるいは改築
2. 機材設置
3. 以下のチームやサービスの組織化
 - ・一般内科のチーム
 - ・産婦人科のチーム
 - ・小児科、新生児科のチーム
 - ・一般外科

具体的目的 3

可能な限り適切且つ患者に合致したレファラルと、サービス網の中のそれぞれの対応レベルの包括を改善する。都市部第2、3および5管区のレファラル、逆レファラルのサブシステムの第一対応レベル；造られる第2レベル対応病院、エリア周辺の管区の病院および日本大学病院の発展によってもたらせられる

活動

1. 第1および2対応レベルのためのレファラルの法規を作成する。
 - 1.1.各レベル解決能力に合わせた病理学と対応場所を定義する。
 - 1.2.レファラル条件を定義する（対応は、患者の症状（の善し悪し）による）。
2. 調整
 - 2.1.都市部の保健センターと日本大学病院の人の調整の集会
 - 2.2.第2レベル病院、周辺管区の病院、および日本大学病院の人の調整の集会

3. 都市部第2、3および5管区の第1対応レベルのサービスの人の研修、同じく周辺管区の病院について。

この研修は以下に集中して：

- サブシステムの機能
 - 保健システムにおける各対応レベルの役割と機能
 - マニュアル、法規、行程、機器取り扱い書の配付（普及）
4. モニター、指導、評価
 - 4.1. サブシステムの管理の集会
 - 4.2. 第1および第2レベルのサービスの履行の評価の集会
 5. 都市部第1対応レベルサービスの人員、第2対応レベルサービスの人員、同じく周辺の病院、弱いことが明確に判明された向こうのエリア。

具体的目的4

以下についてIECのプログラムを設置する；

a) レファラルと逆レファラル

- ・保健システムとその組織の資産に係る情報
- ・正しい方法によるシステムへの収入、サービスの提供を受けるために、第1対応レベルによる収入の利益

b) 救急

- ・事故のための準備
- ・第1救急
- ・馳せつけるサービス
- ・本当の救急と、救急でないものを見分ける

活動

- 1.1. 教育教材のデザインと作成
- 1.2. 放送メディア（大衆コミュニケーション）による流布

1. 3. 病院における一般に向けた第1救急に係る1日教育の実施

具体的目的 5

全ての貧困住民の福祉に関し、日本病院が農村部のいくつかのエリアの住民へ病院サービス提供の実施をするように計画する

活動

2. 1. 病院の車輛機材を移動する、幾つかの周辺エリアに向けて、探知・診断・色々な状況のため、非常に複雑なものの運営とも言える保健の問題への対応

開発される(べき)活動

- > サンタクルス市管区における保健サービス網の現在の構造の調査 1年目
- > 第3対応レベル保健サービス提供の現状の調査 1年目
- > 第3対応レベルのセンターであるための日本大学病院の準備の調整(生産性、効率性、サービスのための一般ベット使用指数、料金形態、経営維持等) 1年目
- > 病院拡張の建築プロジェクトの最終デザイン 1年目
 1. 土地の地形図作成
 2. 土地の調査
 3. 建築計画
 4. 下準備
 5. (建築)プロジェクト最終段階、以下を含む
 - ・ 模型
 - ・ 構築プロジェクト
 - ・ 衛生隊員配置プロジェクト
 - ・ 電気(電気設備)配置プロジェクト
 - ・ 電子(電子設備)配置プロジェクト
 - ・ 廃棄物排除と処理プロジェクト
 - ・ 勘定と予算
- > 病院拡張のため将来必要となる人の確認 1年目
- > 拡張の機材の決定 1年目

| | |
|---|-----|
| >財務的に維持できるかどうかの調査 | 1年目 |
| >各管区、県のそれぞれ違った立場の人について、プロジェクトに関しをどの程度約束を果たすか、また受け入れるかを確認する。 | 1年目 |
| >プロジェクト全体統括予算 | 1年目 |
| >プロジェクト最終デザインの作成 | 1年目 |
| >日本大学病院の建設、拡張と/あるいは改築 | 2年目 |
| >同（日本大学病院）の機材設置 | |
| >日本大学病院に代わる第2レベル病院の建設、拡張と/あるいは改築 | 2年目 |
| >同（日本大学病院に代わる第2レベル病院）の機材設置 | 2年目 |
| >日本大学病院のような第2レベル病院のサービスの組織 | 2年目 |
| >レファラルの整備（設置） | 3年目 |
| >地域へのプロジェクト（のアプローチ） | 3年目 |
| >地域へのプロジェクト（のアプローチ） | 3年目 |
| >地域へのプロジェクト（のアプローチ） | 4年目 |
| >地域へのプロジェクト（のアプローチ） | 4年目 |
| >プロジェクトの評価 | 5年目 |

予算

金額については、投入と心に決めたプロジェクト推進のために必要な要求（内容）が一度判明してから改定されるものとして日本から約 5,000,000 ドル（5 百万米ドル）の返還されない協力が必要。

継続時間

プロジェクトの継続時間は 5 年間

国（ボリビア側）のカウンターパート

基本的な人材配置が、サンタクルス県庁（添付 1）に帰属するサンタクルス県保健局により行われることを前提とし、関連の設置（配置）、機材、事務用品等；運営経費、保守費用（水、電気、ガス、電話、酸素、等）はサンタクルス管区（サンタクルス市）（添付 2）側による。

期待される結果

1. サンタクルス県住民に対する専門化された対応の覆いを増やす
2. 的確で正しい各種レベル対応の使用を助長することをやり遂げる。利用しえる財源の有効な基準と有効化の中で、
3. 良く構成され、各種レベルが包括されたサービス網の整備（配置）と、的確なレファラルシステム。
4. 適切な保健対応の提供、解決の質と（量に係る）能力により、住民側の保健システムに対する信用が増える。
5. 研修と管理（処置、運営）システム強化により人材の質が改善される。
6. 情報通信化されたシステムを介し、網を相互に繋げたものの整備がこころみられる

添付 1

国民参加資金による年間の一般参加基金により賄われた支出の詳細
 サンタクルス市役所 (Honorario Alcaldía Municipal)
 (ポリヴィアーノスによる)

| | |
|-----------|--------------------------|
| 給料 | 24,500 |
| 水使用料 | 240,000 |
| 電気使用料 | 1,190,000 |
| 電話 | 160,000 |
| 酸素 | 1,200,000 |
| ガス | 80,000 |
| 食事 | 420,000 |
| 投入 (施設拡張) | 6,685,000 |
| 5年間の合計 | 10,000,000 50,000,000 |

(1 ポリヴィアーノス=17.637 円：JICA 送金レート 00.12.18)

添付 1

日本大学病院の管轄において勤務する人材関連
サンタクルス市

管区 II

| 番号 | 職位 | 数 |
|----|------------|----|
| 1 | ダイレクター | 1 |
| 2 | 医師 | 10 |
| 3 | 歯科医 | 5 |
| 4 | 正看護婦 | 5 |
| 5 | 実験室における技師 | 2 |
| 6 | 秘書 | 2 |
| 7 | 受付担当者 | 5 |
| 8 | 清掃夫 | 3 |
| 9 | 准看護婦 | 17 |
| 10 | 検査室補助要員 | 2 |
| 11 | 薬局担当者 | 1 |
| 12 | 事務における補助要員 | 1 |
| 13 | 運転手 | 1 |
| 14 | 通信局長 | 1 |
| 15 | エリアの長 | 5 |
| | 合計 | 61 |

添付1

日本大学病院の管轄において勤務する人材関連
サンタクルス市

管区V

| 番号 | 職位 | 数 |
|----|--------------|----|
| 1 | ダイレクター | 2 |
| 2 | 医師 | 17 |
| 3 | 化学者 | 1 |
| 4 | 看護婦 | 6 |
| 5 | 歯科医 | 2 |
| 6 | 薬局担当者 | 1 |
| 7 | 検査室補助要員 | 1 |
| 8 | 准看護婦 | 28 |
| 9 | 統計（疫学関連）補助要員 | 1 |
| 10 | 秘書 | 1 |
| 11 | 事務員 | 1 |
| 12 | 受付担当者 | 3 |
| 13 | 清掃夫 | 6 |
| 14 | 車輛の運転手 | 1 |
| 15 | 補助の女中 | 1 |
| 16 | 警備員 | 1 |
| | 合計 | 73 |

3. 関係省庁との面談録

関係省庁との面談録

I 保健年金省(Ministerio de Salud y Previsión Social) (3月15日)

面談者： Lic. Eddy Jimenez B. (Directora General de Planificación, Proyectos y Gestión Social)
社会改善企画部長
Lic. Gualberto Roríguez San Martín (Jefe de Relaciones Internacionales) 外務課長
Dra. Rival (Dr. Rodorígues 事務室において調整業務を担当) (Relaciones Internacionales) 外務課職員

1. 団からのプロジェクト活動方針に係る説明

- 1) 正式要請書の内容には日本大学病院強化と2次医療施設強化が含まれているが、本件は技術協力プロジェクトであり建設等については非常に限られた支援となる。
- 2) 本件プロジェクトはこれまでの JICA プロジェクトの成果を発展させるようサンタクルス県の地方における保健医療状況改善に関わる協力活動を行う。具体的にはサンタクルス近郊での人口増加に伴う問題に対応するものとして、その地域の保健所の解決能力が高まるようレファラルを整備し、また住民の医療施設へのアクセスが高まるよう啓蒙活動を行い、最終的にはこれらの活動を行うための人材を育成することが主な活動であると思われる。
- 3) モデル地域に日系移住地を含めることを日本側の方針としている。

2. Lic. Eddy Jimenez B.からのサンタクルス県保健医療行政方針に係る説明

- 1) ボ国における地方分権化と保健医療行政を世界的に取り巻く状況の変化により、現在は Segro Basico を重点とした Plan Estrategico de Salud を重要視する方針にあり、諸活動は国際協力機関と協議の上計画がなされている。
- 2) 前述の計画を取り纏めたものが Modelo Ordenador de la Inversión en Salud (別添の小冊子) であり、各国際協力機関は Modelo Ordenador de la Inversión en Salud に記載された活動に沿って事業を行い、また責任をも担うこととしている。
- 3) 今般日本側が提示する活動方針は、Modelo Ordenador de la Inversión en Salud の20頁目に記載された7つの活動項目(別添訳)に即したものである
- 4) サンタクルス県における具体的な活動地域と主な活動は、以下の地域において入院可能な2次医療施設の設置、住民啓蒙、人材育成を行うことである。
 - a. サンタクルス市の西側(経済的に富める地域)へのアプローチ
 - b. サンタクルス市の東側(貧困層を含む地域)へのアプローチ
 - c. サンタクルス市の南西側へのアプローチ
 - d. サンタクルス市周辺地域へのアプローチ
- 5) 本件プロジェクトのモデル地域選定および活動項目(案)策定については日本側が上記の d. に日本側移住地をモデル地域とする方針であることも含め、サンタクルス県保健局、ベルギー政府協力機関、JICA の三者で協議の上確定されることとし、3月20日の会議には保健年金省から Lic. Rodorígues がサンタクルス市へ出張し会議に参加する。
- 6) また、サンタクルス県における保健医療行政において、サンタクルス県保健局はベルギー政府協力機関を最重要視しており、本件 JICA プロジェクト活動を検討するにはベルギー政府協力機関との調整が必要である。
- 7) ボリヴィア国保健医療行政の抱える問題として、医療機材の保守が上げられる。現在ボ国には、各国の協力ドナーよりそれぞれの国で生産された機材が投入されており、更に世界銀行からアメリカ製の機材購入を借款の条件とされている中、これらの保守にあたる予算の捻出は当面困難とされている。前回プロジェクト(サンタクルス医療供給システム)時に計画頓挫したメンテナンスセンターの構想に係る進捗状況についてはサンタクルス県保健局にて確認願いたい。

8) 2次医療施設に設置予定の機材リストが出来上がっており、後日提出する。

II 大蔵省外資公共投資局(Viceministerio de Inversión pública y Financiamiento Externo, Ministerio de Hacienda: VIPFE) (3月15日訪問)

面談者: Lic. Maria Eugenia Jurado 日本担当

Lic. Roberto Ticona (Consultor VIPFE) VIPFE 補佐官

当方よりプロジェクト活動方針に係る説明を行った後、先方より以下が述べられた。

1. 本件プロジェクトについて
 - 1) これまでのプロジェクトの成果を元に構築されるべき。
 - 2) 厚生年金省の政略に従い構築されるべき。
 - 3) 県保健局の政策に従い構築されるべきことを望む。
2. 大蔵省のプロジェクトの関与について
 - 1) 大蔵省は公的機関の行う各種プロジェクトの評価を行う。
 - 2) 大蔵省はプロジェクト実施機関の投入が国際協力ドナーと国内実施機関との間の協定にもとづき行われているか監視する。なお、プロジェクト終了後も同様である。
3. 地方分権化について
 - 1) 中央省庁より各地方の行政機関へ予算と責任が移管された。
 - 2) 特に教育と保健については市(Municipio)へ移管された。
4. 国家予算の立案について
 - 1) 現在のところ Tesoro y Credito というセクションで国家予算の分配作業を行っている。

III サンタクルス県庁(Prefectura del Departamento Santa Cruz) (3月19日訪問)

面談者: Ing. Ramón Prada Vaca Díez(Prefecto y Comandante del Departamento) 知事

Dr. Cleto Cáceres Arce(Director Departamental de Salud Santa Cruz) サンタクルス県保健局長

1. 団から調査目的と日程の説明の後、県知事より以下のコメントがあった。
 - 1) サンタクルスには2次医療施設が不足しており1次医療施設から3次医療施設にリファーされ、結果3次医療施設は飽和状態となっている。今般日本側の援助はこの点において我々の助けとなるだろう。
 - 2) 協力はどのような形態のものであっても構わない。その協力が600万ドルであっても、1千ドルであっても我々にとっては大きな支援となるだろう。
2. また、県保健局長より以下のコメントがあった。
 - 1) ベルギー政府協力機関は10月に活動を終了し引き上げる予定である。
3. これを受け団から以下の説明が行われた。
 - 1) 本件は技術協力のプロジェクトであり、そのスキームにおいて活動を行う。
 - 2) これからベルギー政府協力機関(於:サンタクルス)と協議の上調整する予定である。

4. JICA 事務所との面談録

JICA 事務所との面談録

I JICA ボリヴィア事務所（3月14日訪問）

面談者： 杉山 光男 次長
木村 聡 所員
カルロス オモヤ 現地職員

団から調査目的および日程の説明が行われた後、以下が確認がされた。

1. モデル地域に移住地を含めることについて
 - 1) モデル地域にオキナワとサンファン両方の日系移住地を含め、極力均等に活動することを方針とする。
 - 2) 日系移住地の診療所はボ側の公的医療施設ではないため、本件プロジェクトでの直接的な関わりは避ける（日本政府により運営されていた日系移住地の診療所は、現在日系団体が日本政府の助成金を受けつつ運営している。将来的には規模を小さくした上ボ側に移管する方針ではあるが、当面助成金は細々と続くものと思われる）。
 - 3) プロジェクト活動はモデル地域における保健所を中心に展開されることと思われる。
2. 沖縄県庁が計画している母子保健手帳に係る活動との関連について
沖縄県庁の母子保健手帳に係る活動は、本件プロジェクトの「サンタクルス県の保健医療分野の現状を改善する」という同じ目的に向けられたものであるため、活動を分担するなどの調整は多分に可能であると思われる。なお、沖縄県庁の活動は平成13～14年度に開始される見込みである。
3. 日本大学病院との関わりについて
本件プロジェクトでは日本大学病院を主要なカウンターパート機関にしない方針であるが、プロジェクト活動として保健医療従事者への研修を行う場合、ボ側が新たに研修機関を設けるとは考えにくい。ため、現在研修機関の機能を持つ日本大学病院を活用せざるをえないと思われる。
4. モデル地域およびプロジェクト活動の大枠に係るサンタクルス県保健局（注1）およびベルギー政府協力機関（注2）との協議（3月20日）について
 - 1) 3月20日に予定される協議は今般調査全行程の要点になるとと思われる。ボリヴィア事務所の木村所員もしくはカルロス・オモヤ所員がサンタクルス市に赴き協議に参加するよう調整を図る。
 - 2) 前述の1.～3. はあくまで日本側の方針であり、今般調査でボリヴィア側に日本側の方針の理解を求めつつ PDM（案）作成までを行うには、ボリヴィア側の意識を高めることが肝要と思われる。

II PRSPに係る説明（於：JICA ボリヴィア事務所、3月16日訪問）

面談者： 吉田充夫企画調査員

団から調査目的の説明が行われた後、企画調査員より PRSP について以下の説明があった。

1. 国家補償政策（Politica Nacional de Compensacion）について
ボリヴィア政府への公的協力資金、国庫の資金、中央政府の省庁機関の財およびボリヴィア政府の資金で機能する全ての財を対象に統括基金（DUF: Directorio Unico de Fondos）とし、その7割りを全土314の市町村（Municipalida）（全国）に振り分け、残り3割りを全土9県に均等に振り分ける。何れの配当基準も国家統計局の「満たされない需要」（NBI: Necesidad Basica Insatisfecha）における貧困指数を使用する。3割りを受けた各県は更に「満たされない需要」に元づき県下の市町村に再配布し、県に予算は残らない。
2. 人口5000人以下の市町村について
小規模市町村では他市町村と自治共同体（Mancomunidad）を結ばなければプロジェクトを申請できない。なお、統括基金の配当金は期限内の申請により執行されることとなっている。

3. JICA プロジェクト方式技術協力との関連について
JICA プロジェクト方式技術協力の活動地域に該当する市町村では、本来の統括基金の配当額から日本政府の協力資金を差し引いて配当される。
4. 実施時期について
世銀の予算年度開始の本年7月に間に合うようボリヴィア国の国会本年4月にて承認される可能性有り。その場合本年4月以降に開始されるプロジェクトについては上記の3が適応される可能性有り。
5. 他協力ドナーの動向
 - 1) アメリカ合衆国は当初このシステムに協調しない方針であったが、その後加わることを表明した。
 - 2) フランス、イタリア、およびスペインはこのシステムに加わらないとしている。

III JICA サンタクルス支所（3月19日訪問）

面談者： 永野 征一 支所長
中島 敏博 現地職員

1. 団から調査目的と日程の説明の後以下のコメントがあった。
 - 1) 当初短期調査を2度行うよう計画していたものが今般の調査1回となった。プロジェクト開始時期は本年10月を予定としている。
 - 2) 本件プロジェクトではインフラや巨額機材の投入は行わないことをボリヴィア側に説明している。
 - 3) 今回の調査で要請書の内容を改め、次回調査で R/D 調印となることを考慮すると、今回調査で作成される PDM 案はフレキシブルなものが望まれる。
 - 4) 現地摘要化事業費にて人材育成を行うことが考えられる。
 - 5) モデル地区はワルネス市、モンテロ市、オキナワ移住地、市の周辺部などが想定される。
 - 6) PRSP に定義される統括基金のシステムが執行される可能性を考慮すると、カウンターパートは複数としモデル地区も数カ所とした方が安全かもしれない。
2. JICA サンタクルス支所から以下のコメントがあった。
 - 1) モデル地区にサンファン移住地を含めることを希望するものの、既にイチロ（サンファン移住地含む）にて活動しているベルギー政府協力機関との重複を避けることが優先されるだろう。
 - 2) 日系移住地のみが目立つ活動は好ましくない。
 - 3) オキナワ移住地の日ボ協会が運営する診療所をボ側に移管することについては、日ボ協会の190万ドルの預金も併せてボ側に渡すこととなるため、現段階では現実的ではない。
 - 4) 本件調査の会議および作業のスペースについて、日本大学病院および癌病院から提供すると連絡があったが現在カウンターパートが確定していないため支所の会議室等を使用した方が良いと思われる。

5. 医療施設視察状況

医療施設視察状況

I 第1次医療施設

これには保健センター（Centro de Salud）と保健ポスト（Puestro de Salud）があるが、主に前者を中心に市内9ヶ所、市外8ヶ所の調査を行なった。その結果を要約すると以下ようになる。

<資料1>

1. 一般的に言って、保健センターは、24時間開き、分娩はできるが、手術はできない、レントゲンや超音波検査はできない、歯科治療はできる、というのが機能である。
2. そして、特に基礎健康保険に関する薬剤不足はあまりない、と思われる。
3. 地方では検査室を設置している例が多く、市では超音波検査を医師の持込で行なっている例が散見される。
4. しかしながら、詳細に見ると、分娩台もなかったり、超音波はあれども使われていなかったり、薬も足りなかったり、酸素がなかったり、と保健センターにより実際に受けられる医療サービスが異なり、特に一部の保健センターでは必要な機材が全くないところもあった。

<資料2> ☆1つが10人を表わす。

1. これに伴ない、各保健センターの診療活動は異なり、外来患者数、予防接種数、分娩数は施設により異なる。
2. サンプリングのバイアスが掛かっている可能性があるが、サンタクルス市ではディストリートVの活動が高いように見える。

<資料3>

1. 人員配置は一部、患者数と釣り合わない施設も見られ、
2. 多くの施設で、Año de provincia（卒後地方勤務制度）で働く医師がワークフォースの大きな割合を占めていることがわかる。

<資料4>

1. 通信手段としては、電話、地方では無線、を備えている例が見受けられるが、どちらもなく、保健センター前の公衆電話を使う例も多く見られる。
2. さらに中には、料金未納のため電話が使えない例や、無線はあるが使えない例、電話も無線も無く、連絡手段が全くない施設も見られた。
3. 保健センターでは救急車はなく、SISMEもほとんど利用されておらず、患者搬送にタクシーを使うところも多い。
4. 検査のレファラル先に関しては、サンタクルス市ではレファラル保健センターに、地方ではCENTROPという所が目立つ。ただ、レファラル保健センターが遠く、しかもサンタクルス市中心部のため、患者に任せる例も見られた（ディストリートIII）。
5. 患者レファラル先では、地方からの患者は、北部ではモンテロ口病院に送られる例も多いが、日本病院、サンファンデ・ディオス、母子病院のどこでも空いているところに送られ、第3次病院が満床で送り返される例もあった。
6. サンタクルス市内でもレファラル担当地域に関わりなく、空床のある施設に送るのが多い。

II 第2次医療施設

サンタクルス市内に第2次医療施設はなく、第3次医療施設が2次機能も果たしている。第2次医療施設とは、内科、外科、小児科、産婦人科の4科がある施設を言う。

II-1 モンテロー病院 (4月2日)

ボリビア病院評価で最下位となった施設であるが、機材も比較的豊富に整っており、一部専門治療のできる 2.5 次的な立場にある。ただし機材供与とそのメンテナンスは半年に一度来るノースカロライナのメソジスト系の協力による。モンテローにはこの他小児病院があるが、ここが手術のできる唯一の病院である。しかしながら脳外科はなく、サンタクルスに送っている。

1. 64床。外来患者数 90-120 人/日。ベッド占有率 68%。薬剤の不足なし。
2. 機材：内視鏡 3 台 (胃、大腸、膀胱)、透析器 2 台 (これから導入) などの新しいものの他、レントゲンはベルギーからの中古 (15 人/日)、超音波 2 台 (1 台は故障、経膈プローブあり)。
3. 臨床検査：一般的検査はすべてできる。
4. 手術室：3 室、麻酔医 3 名。4-6 例/日。麻酔器、無影灯、モニターなど機材フル装備。
5. 救急車 4 台、無線あり。
6. 運営委員会はなかったが、今度作る。その実効性については院長は懐疑的。

II-2 ワルネス病院 (3月23日)

1 年半ほど前まで私立病院。総じて、第 2 次医療施設としては高度機能が脆弱で、地理的にもモンテロー市とサンタクルス市に挟まれ、重症患者はどちらかに取られているようである。第 2 次医療施設として機能するには機材面における支援も必要である。

1. 34 床 (以前は 50 床)。小児科、産婦人科、歯科を持つ。医師数も 12 人と多い。外来患者数 50-60 人/日。
2. 薬剤：CNS、基礎健康保険、Revolving fund (回転資金) 用と 3 つの薬局があるが、200 種類と豊富で、どこも薬の不足はない。
3. 検査：臨床検査は血算、生化、血清、細菌、尿、便を行なっている。レントゲンの器械は米軍の朝鮮戦争時代の器械を使っており、雨漏りする部屋も含めて稼動しているが老朽化している。超音波は 10 例/日ほど行なっている。
4. 手術室 (2 床) はあるが、腰椎麻酔のみ (27-30 例/月)。帝王切開、虫垂切除、乳房疾患などが対象。分娩は行なっている (40 例/月で、うち 8 例は帝王切開)
5. 救急車を備え、電話はあるが電話料金滞納のため通じない。

III 第 3 次医療施設

III-1 サンタクルス日本大学病院 (3月21日)

1. 規模：サンタクルスのディストリート II, III, IV の第 2 次医療施設として 4 科、56 万人をカバーしている。またサンタクルス全体の第 3 次医療施設として 33 専門科がある。186 ベッド。
2. 病院統計：
 - 1) 年間外来患者数 66,870 人、救急患者数 24,875 人、ベッド占有率 90%、平均在院日数 7 日。2) 外来患者数は減少傾向、入院は増加傾向。内科 1,500 人、外科 1,550 人、小児科 1,476 人、産婦人科 3,847 人。
 - 3) 死亡率は、内科 10.46%、外科 1.74%、小児科 10.16%、産婦人科 0.05%、ICU29.17%。
 - 4) 入院疾患：①正常分娩、②帝王切開、③妊娠中絶、④頭部外傷、⑤急性下痢症、⑥虫垂炎、⑦胆石症、⑧脳血管障害、⑨結核、⑩腎不全。
 - 5) 手術件数：大 2,362 例、中 1,082 例、小 275 例、最小 30 例。
 - 6) 検査：輸血 3,749 例、臨床検査 47,764 例、超音波 6,013 例、内視鏡 1,173 例、レントゲン 16,262 例、CT3,158 例、ECG2,435 例、EEG248 例。

- 7) 財務：支払免除の率は約 40%。支出では政府給与分を除いて、人件費に約 31%。SB には入っている。産婦人科の 99.9%は SB。
3. 院内視察：研修教育室、救急外来、レントゲン検査室などを中心に視察したが、学生から授業料を取れることもあり、学生教育はかなり積極的になされ、教室の増築も予定されている。CT などのあり機能はしているが、すべての機材が老朽化してきている。
4. 病院側が認識している問題点：
- 1) 建物が小さく、患者数が多く、250 人の人員では対応できず、90 人は病院収入分から雇っている。ICU は 100%を超えた。
 - 2) レファラル・システムがうまくいっていない。
 - 3) 医療機材が老朽化してきている (1986 年からの機械)。
5. 院長の見解：サンタクスの医療ネットワークの中で日本病院は重要な立場にある。場所が無いところにどうして患者を送るのでしょうか。第 1 次、2 次のみならず、第 3 次医療施設にも協力すべきである。また SEDES は政治的で人事の異動が激しく、プロジェクトは失敗する。日本病院は日本の今回の援助を待っている。
6. 印象：訪問直後のポリビア全土の病院評価で 1 番になったように、患者数からも十分機能していることが見て取れる。また SEDES などの保健行政機関が不安的で、カウンターパートとして望ましくないことも理解はできる。

III-2 母子病院 (3 月 26 日)

1. 150 床。産婦人科と小児科 (新生児、乳児中心)。
2. ICU：5 床。手狭。平均 3 床入院。人工呼吸器 1 台、モニター 4 台 (うち 2 台故障)、吸引器 2 台、麻酔器 1 台、心電図 1 台、CTG1 台 (古い)。酸素中央配管。隣の High risk room は 9 床。しかしながらほとんど機材なし。
3. Labo：5-6 部屋あり、かなり広い。血算 (マニュアル)、生化、などがあり、血液ガス、電解質は器械が壊れて検査できない。細菌もない。検査は小児病院に送っている。
4. 救急室：3 床。80 人/日。ベッドと点滴架台のほか、ほとんど機材も酸素も点滴などの医薬品もない。点滴が必要なら、隣の分娩室にもらいに行く。重症患者は一応救急室に入り、その後すぐに ICU に入る。
5. 分娩室：2 室 4 床。正常分娩 20 例/日、帝王切開 17 例/日。吸引分娩やカンシ分娩は行っていない。1 日 12 本の点滴を用意しているのみ。
6. 手術室：4 部屋。硬膜外麻酔が一般的で、全身麻酔器は 1 台のみ。15 例/日。
7. 新生児室：Incubator 12 台、クベース 7 台。ほぼ満床。ここで生まれた新生児のみ扱っている。NICU4 床：人工呼吸器 4 台、MobileX-P1 台。
8. 検査：Echo2 台 (AM40 件、PM15-18 件)。放射線科なし。
9. 印象：救急外来・ICU を見る限り、救急患者に迅速・適切に対応できていないと思われる。新生児室については産婦人科の設備とは対照的にかなりの医療レベルにあると見受けられる。

III-3 サンファン・デ・ディオス病院 (3 月 26 日、4 月 5 日)

1. 救急室：最近、改装されたらしく整っている。医師は外科、整形外科、麻酔科、神経外科、内科がチームとしており、6 つのチームがあり、体制はしっかりしている。人工呼吸器、カウンターショック、モニターなどがある。70 人/日を診て、うち 15 人ほどが入院する。
2. レントゲン：2 台あるも 1 台は 6 ヶ月前から故障。
3. 検査室：血算 (マニュアル)、生化 (スペクトロフォトメーター)、細菌などがあり、かなりスペースはゆったりしている。細菌検査室の女性技師は日本の結核研究所で

研修経験有り。セイフティ・キャビネットを希望。

4. ICU：7 床。すべてにモニターあり（スペイン借款）。CVP も入れている。清潔の区別はかなりうるさい。西洋人シスターが指導。
5. 手術室：12 部屋あるうち、いくつかにはスペインの借款による無影灯、麻酔器、手術台などが数台ずつ入っていたが、他の機材はあまりなく、部屋全体も手入れされているとは思われない。
6. 呼吸器病棟：40 床。呼吸器のレファレンス病院として、肺結核のみならず、肺炎、肺癌、肺気腫、肺膿瘍などが入院しており、手術も行なっている。結核に関しては合併症のある患者が中心で、ろう孔、血痰などがある。合併症の治った患者は送ってきた医療施設に返すが、基本的には病院周辺の患者が多い様子。一応、病棟併設の外来室で DOTS を行なっている。最近では DAWN（ドイツの NGO）がライ病の援助に入って結核に回ってきた。最近では多剤耐性結核が問題になってきている（ここでも AIDS が出てきている）。赤十字が薬剤感受性試験をやっている。問題点として挙げられたのは、手術室が不適切、器具がない、気管支鏡がない、などの病院の問題と、連携がない、薬の投与が無茶苦茶、新しい薬の副作用情報がない、などの全体の問題が指摘された。

III-4 子供病院（3 月 26 日）

1. ICU：6 床。しかし故障した医療機材も多く、人工呼吸器 7 台、輸液ポンプ 8 台、Incubator 2 台など、非常に問題である。
2. 臨床検査室：180-200 検体/月。他からも検査依頼で来る。
3. レントゲン：透視は使えず、単純撮影のみ。ポータブルや自動現像機も壊れている。
4. 救急室：3 床。患者がなくなり、医療過誤の疑いでテレビ局が取材に来ていた。
5. 手術室：2 床。麻酔器なし。
6. その他：熱傷中心のベッドが 5 床。改装した後だが、あまり使われていない。薬はボランティアも入り、一応ある。

III-5 癌病院（3 月 28 日）

1. 院長（女医）は病院統計等ちゃんと把握しており、非常にできる印象である。実際に県や市の人事枠ではなく、医師会の試験に受かって院長になっている実力のある人物と思われる。また医療機材管理についての見識も高く、その必要性を十分認識している。
2. 医療機材情報管理室：エンジニアは 1 人。機材を直しに行くことはあっても、市は人員を付けていない。機材登録はまだなされていない様子。機材のワークショップは施設の片隅で、修理機材もまとまっていない。裏にワークショップ新設の用地はあるが、まだ増築されていない。院長の認識が高いとはいえ、非常に脆弱。
3. 子宮頸癌検査網：パパニコロウ検査をサンタクルス全体に広げつつある様子で、そのための検査室、登録台帳、などかなり整備している。これは Segro Basico de Salud（基礎健康保険）に含まれる。ただ 15 歳くらいの女性も受けており、その対象の適切さについては疑問も残る。

6. 他協力ドナーとの面談録

他協力ドナーとの面談録

I PAHO/WHO (3月16日訪問)

1. PAHO は7つの課題に重点を置いている。それは、

- 1) 医療政策強化
- 2) 医療環境の改善
- 3) 医療システムの開発
- 4) 予防接種
- 5) 情報収集とその活用
- 6) 保健啓蒙
- 7) 感染症対策

である。このうちで特別なプログラムを行なっている。それには、医療の改善、地方分権化、システムの強化、が含まれる。

2. JICA は SEDES を活用して、市役所の Administration の問題解決が出せる、ネットワーク作りをやったらどうか。ネットワークは2つの分野に行き着き、①医療のネットワーク（技術、Administration）、②社会的ネットワーク（住民教育、感染症対策）である。

3. 具体的な分野としては母子保健（妊産婦死亡率 MMR、乳児死亡率 IMR を下げたい）

II MSH (3月16日訪問)

面談者： Dr. AnaMaria Aguilar（代表、小児科医師）、Dr. Mario Lagrava Burgoa（疫学）、Mr. Erico Antezana Jimenez（教育）、Lic. Jamie Browder（看護師、HIS）

1. 3つのプロジェクトを計画している。

- 1) IMCI (Integrated Management of Child Illness: AIEPI) Basic を政府が決めたサンタクルス以外の17ヶ所を対象に5月から始める。IMCI は、サンタクルス（日本病院、モンテロ病院、Prosalud）ではすでにカバーされている。
- 2) ムニシピオやディストリートの管理、質、リーダーシップ強化を USAID の援助で始める予定だが、コチャバンバのコンパス（家族計画の NGO）やサンタクルスの Prosalud で CORE（Cost に関するパッケージ）を行なうつもり。詳細未定。
- 3) HIS（保健情報システム）の強化。コンピューターなどを使うのではなく、既存の用紙、指標、書類の記録を整えさせる。これまでサンタクルスのヤパカニ、モンテロ、サラ、サンフリアンの4ヶ所で行ない、ベルギーとも緊密な協力をして院内カサについて活動を行なった。

2. 薬剤マネジメントについては、家族計画、HIV に関し、消耗品の調査（6 県 21 ディストリート）を、薬剤は 100 保健センターで調査した。国→県→病院の各レベルで問題があった。例えば、Micro-hospital の在庫管理、ガソリン代、偽薬などの諸問題があった。偽薬については回転資金のため安い薬を買う傾向にあり、国内生産薬を使わせる方向。（保健省のテレッサ・フェルナンデス氏が知っている）

III ベルギー協力庁ボリビア事務所 (3月16日訪問)

面談者： Mr. Manolo Demeure（代表、日本に留学経験あり、日本との意見交換を望んでいた）

1. 具体的なことはサンタクルスのプロジェクト事務所と相談して欲しい。
2. 現在活動を見直し中。思い切った活動も受け入れたい。
3. 援助の方向性：ソフトではシステム作る、ハードでは新しい建物を作ることはせず、機材や人材に力を入れている。

4. サンタクルスでもディストリート IV, V やイチロやサラの貧しい地域では建物が不十分である。それぞれの機関同志の調整が必要。サンタクルスのプロジェクトのうち、イチロ・サラはあと 4 年、CENETROP と SILOS は 9 月に終了するが、継続される今後のプロジェクト内容は、今月末には内容がわかる予定である。
5. PRSP については大使館に任せてある。
6. 日本の援助戦略として先方に伝えた事項：①ラパス―コチャバンバーサンタクルスの中心から周りに広げる（例：ベニ県）。②ハードからソフトへ（システムへ）。③ NGO などとの連携（慶応大学、沖縄との連携）。

IV ベルギー協力庁サンタクルス・プロジェクト事務所（3 月 19 日（月）訪問）

面談者： Dr. Michel Bossuyt（代表）, Dr. Roberto Torrez F（SEDES 職員兼務）, Dr. Juan Herteleer, Dr. Jan Coenen

1. 日本のプロジェクトの内容、可能なことについての質問（特に施設、機材に関する）が多かった。一般的質問を除く、それに対する日本側の方針に関する回答：
 - 1) 新しい第 2 次医療施設の建設はできない。
 - 2) 機材供与は保健センター・レベルは可能だが、第 2 次病院丸ごとの機材は不可能。
 - 3) 医療施設を新設はできないが、10 ベッドから 20 ベッドへの増床とか、手術室を作るとかの改築はできるかもしれない。
 - 4) 研修施設はできるかもしれない。（コチャバンバのような学校を作る気はない）
 - 5) 医療機材メンテナンス・センターは金額上新築は無理。既存の強化はできるかもしれない。
 - 6) シャーガス、マラリア、結核、予防接種などはプロジェクトのコンポーネントとして含められる。
2. ベルギーの方針確認
 - 1) サンタクルスへの国内移住者が増加し、医療サービスの拡大と質の改善が問題となっている。
 - 2) この結果、サンタクルス市内でも医療サービスを提供できない所がでてきている。
 - 3) また、日本病院が満床で入院できない事態が起きてきている。
 - 4) ディストリート V（東地区）では、これまでやってきた 3 つの保健センターでは帝王切開ができないため、第 2 次病院（もしくは、帝王切開ができるようにすること）を、またその周りに小さな保健ポストが必要になってきている。
 - 5) 市としては、医療者が市街地に過剰気味なので、周辺部に移してきている。
 - 6) 9 月で SILOS が終了後については政府から申請中で、新しい形でやりたい。固めるのに 6 ヶ月くらい掛かる予定で現在調整中だが、内容的には検査、血液銀行を含む医療サービス・ネットワーク強化を考えている。
 - 7) JICA とベルギーとの関係については、良い協力・調整をしつつ協調することは可能である。
 - 8) サンタクルス市であれば、例えば 2 つあり
 - ① 東地区で JICA が既存の医療施設の機材と人材育成、ベルギーが住民と HIS を受け持つ。
 - ② 西南地区（ディストリート IV）を日本がやり、東地区をこれまで通りベルギーがやる。
 - 9) イチロ・サラでは SILOS を田舎で行なっているもので、違うのは他のプロジェクト（農業、公衆衛生）といっしょに進んでいる。また周辺のいくつかの NGO と調整している。
 - 10) 市以外については責任者と調整して欲しいが、SEDES の調整委員会で調整すれば問題ない。

V オランダ PAP (Programa de alivio a la pobreza) (NGO、3月30日(金)訪問)

面談者：副所長

オランダ政府とサンタクルス市との協議に基づき、1998年より開始されたプロジェクトは2001年12月をもって終了予定。についてはその後継援助機関を捜しているため、JICA ラパス事務所に接触を求めてきた。オランダは今後、PRSP に則したコモン・バスケット方式の援助に移管する方針である。

プロジェクト内容は、貧困者層の多いサンタクルス市の行政区6、7、8、12地区(保健区では2の一部外側、5の外側、3の一部外側に位置する)に、住民参加(成人男、女、若年男、女の4グループに分かれた話し合い)による問題点の発見→その解決に向けた活動の決定→住民一部負担と援助側の多くの資金援助による問題解決、という内容が含まれる。具体的には、教室や保育施設のニーズが高いため、PAPが資金提供して住民参加により施設を建設し、同時に住民に雇用機会を提供する、などがある。

保健医療分野は活動の1要素を構成しているが、第8行政区(ディストリートV)にベルギーと共同して3つの新しい保健センター建設を考えており、ベルギーとPAPが施設建設、ベルギーが6か月分の人件費、市が機材、SEDESが人の庸上(Itemをつける)、住民が消耗品、をそれぞれ担当に1施設当り55,000US\$(内、ベルギー30,000US\$、PAP23,000US\$)を経営している。これに関して言えば、「SEDESがItemを付ける」、「援助側が人件費を6ヶ月支給する」、「新しい保健センターを建設する」など、デザイン上不適切と思われる内容が多く、JICAが引き継ぐことは問題である。

VI UNFPA サンタクルス (4月5日)

保健省、教育省、女性省の要請により、1998年から5年のプロジェクトとして開始した。市内ディストリートIV、市外5郡(ヤパカニ、ワルネス、モンテロ、トレノ、サンフレンテ)を中心に活動を行なっている。母子保健の中でも基礎健康保険がきちんと使えるようにやっている。戦略としては、母子保健サービスの強化、プロモーション、人材育成(学校教師を通して学生教育に、カハクラブを通してコミュニティーに)が含まれる。これまで教師4000人については育成が済んだが、地方代表や学生・成人の組織化はされていない。また医療スタッフの強化はまだ行なわれておらず、医療はこれからである。

機材や人材は援助しておらず、母子保健部で計画された活動について援助しているが、県の教育局長はわかってくれているが、県保健局長は4回も換わっているのでわかっていない。3つの機関の医療ネットワークの管理的なシステムを強化する必要がある。

7. その他の医療機関との面談録

その他の医療機関との面談録

I Prosalud 事務所 (3月22日(木)訪問)

面談者： Dr. Oscar La Fuente Zerain (代表：兄弟が日本病院の ICU で医師をしている)

1. Prosalud は、Social marketing を行ない、活動内容を決定した。(例：“医療は白”から他の色に)。Prosalud は公的医療機関より医療サービスの質を改善し、プライベートより安く提供する。原則は、①質のいい医療、②薬をそろえる、③きちんと給与を払う、④きちんと納税する、である。
2. 資金は USAID の援助で始まったが、診療収入などの自前予算だけでの運営を目指しているが、現在、アメリカに USAID とボリビア側が 5 億円の供託金を作り、その運用益も運営資金に当てている。両方で 78%を占め、残りは USAID の援助を受けている。今年は株安などの影響で供託金からの運用益がなく、苦しい。また、収入の多い Prosalud から低い Prosalud に財政援助する形になっている。Prosalud はいつまで続くのかと思うが、公的機関がちゃんと機能するまで続ける。
3. 施設は市の物で、職員は Prosalud が雇っているため、ストがない。院長、看護婦、薬剤師、検査技師、事務員は給与を貰い、医者は契約ベースで、診察料の取り分は、医師：施設＝40%：60%になっている。医師は、Prosalud 以外に開業や他の施設の医師（サンファン・デ・ディオス、CNS、友好病院など）を兼務していることが多い。
4. Segro Basico は加入していない。貧困者は分娩には公的機関を利用し、その後 Prosalud に検診に来るなど行っており、収入が“中の下”位の人利用できる料金である。
5. 重症患者は日本病院と協定を結び、レファールしている。これには施設間の金銭のやり取りはない。現在のレファラル・システムの問題点は、①患者がレファラル先でお金を払わなければならない、②患者を受け取る医師が Prosalud の悪口を言う、③結果として患者が戻ってこない、がある。
6. 人材育成は以前はサンタクルスに研修センターがあったが、ラパスの Prosalud でやっている（結核、下痢、ARI などについて）。時にラパスの職員を日本病院で研修してもらったりしている。現在ラパスでは、技術のある人に報奨制度を始めている。また、Prosalud を行っている各国の職員向けに、看護婦に対する人間関係コース、医師に対するマネージメント・コースなどを考えており、他の機関の人の教育を請け負うことも可能である。
7. 機材管理は問題で、逆に大きな機材はない。現在修理は買ったところに持ってゆく。
8. これまでの経験からわかったこと：①運営管理システムの強化が必要である、②病気を治療するだけでなく、人間的に対応できる必要がある。

II Prosalud (El Carmen 診療所)

1. 専門科としては内科、産婦人科、小児科のほかに、歯科、眼科、耳鼻科などもある。検査は臨床検査（血算、尿、結核塗沫、便）、Echo（医師が持ち込む）、ECG（同左）などである。
2. 入院は基本的にはなく、5床あるベッドは点滴や分娩後（48時間）のため。
3. 基礎健康保険が始まってから分娩患者が減った（月：約40人→10人）。
4. 3日以内だと再診料はいらない。患者満足度調査票を全員に配布している。

III 赤十字 (4月6日)

SEDES と赤十字により、検査室、外来を中心に活動を行なっているが、検査室はサ

ンタクルス県全体のレファレンス・ラボとして機能している。

1. 検査室：ここでは塗沫検査、培養、感受性検査を行っており、ドイツの NGO から試薬は供給されている。30-50 検体/日、顕微鏡 2 台。品質管理は 2000 プレパレートからサンプリングする形で行なわれるが、質の問題はあまりない。データはコンピューターが壊れているので自分のコンピューターに入力している。検査室は 100 ヶ所ほどあり、昨年から市外の人員の教育を行なった。
2. 外来：患者数 350-370 人/年。サンタクルス市内の患者が 43%。週 1 回 4 つの地域をスライドを持って巡回し、症状や治療を止めるとどうなるかを家族に知らせ、患者の治療中止率が下がった (1996 年には 24%→1999 年 6.2%)。1997 年から DOTS 導入。レントゲン検査も行なっている (間接撮影) が、無料で、15-20 人/日。
3. 研修は SEDES が計画し、それに協力化する。

8. 日系移住団体との面談録及び日系移住地医療施設視察状況

日系移住団体との面談録および日系移住地医療施設視察状況

I オキナワ移住地

I-1 オキナワ移住地日ボ協会（3月24日（土）訪問）

面談者：日ボ協会会長、事務長、以下。

オキナワ地域を開拓したのが日本人であり、ディストリート・ワルネスから分離したがポリビア人を中心とする村役場には運営管理能力は乏しいため、日ボ協会（日系移住者の集まり）は道路改修機材や資金などを融通している。保健医療についても、保健センターが脆弱で、やはり同様に役場に頼ることはできない。

オキナワ地域では会員の保険制度を導入し、かなり上手くいっている。これによってオキナワ診療所は維持されているが、今後日本からの設備投資に関わる資金援助が減ると、資材更新ができない可能性があり、日本から援助を続けて欲しい。

次期プロジェクトに期待することは、人材育成である。

II-2 オキナワ診療所（3月24日（土）訪問、3月25日井上医師からの聞き取り）

県保健局の管轄になく、いわば私立の位置付けである。外来、入院診療を行っており、臨床検査のほか、レントゲン透視、超音波、内視鏡機材を整えている。内科系中心の施設であり、手術などが必要な場合、患者をモンテロ病院に送っている。薬はリボルピング・ファンドを使っている。外来数は30人/日。外来疾患では肺炎、下痢、皮膚炎、入院疾患では肝炎、胆嚢炎、食中毒（ひまわりの種）等が多い。

診療費徴収を行っており、会員（日系人）は半額自己負担である。会員以外にとっては割高とも取れるが、実際には地域の信頼は厚い印象で、現在のところ診療の回転資金は上手く行っている。国の基礎健康保険は導入していない。それはかなり安いお金しか払い戻してもらえないからである。担当者は基礎健康保険が失敗する可能性は否定できない、としている。

周辺の医療状況としては、サンタクルスの北部地域は結核が多く、モンテロは特に多い（高地から降りてくる人が多いせいと思われる）。

II サンファン移住地

II-1 サンファン移住地日ボ協会（4月4日）

オキナワ移住地と違い保険制度は導入していない。オキナワ地区よりも移住者の平均所得が低いように見受けられる。

II-2 サンファン移住地診療所（4月4日）

ここも県保健局の管轄になく、私立の位置付けであるが、近くの保健センターとはうまくやっている。8300人/昨年の受診あり。入院費はオキナワより安く、外科系（外科、整形外科など）中心であり、腹腔鏡下手術（料金\$400ほど）も行なっている。レントゲン、内視鏡、超音波などもあるが、脳外科や循環器はサンタクルスに送っている。

日本から19万ドルの資金援助があり、毎年6万ドルをレントゲンや超音波用に積み立てしている。JICAプロジェクトには技術援助を希望している。

9. 四者会議会議録

四者会議会議録

3月27日10:50～14:00、於：旧サンタクルス開発公社会議室

サンタクルス県保健局 (SEDES)

| | |
|--------------|---------------------------------|
| 局長 | Dr. Cleto Caceles A. |
| 病院担当コーディネーター | Dra. Dolly Montaña |
| 企画 | Dr. Erick Martinez |
| 広報啓蒙担当長 | Dra. Patricia M. Padilla Sivelo |

サンタクルス市保健局

| | |
|----|-----------------------|
| 企画 | Dr. Aroldo Cuellor R. |
|----|-----------------------|

ベルギー政府協力機関

| | |
|-----------------------|----------------|
| Silos (地域名) プロジェクト責任者 | Michel Bossuyt |
| Silos プロジェクト技術補佐 | Juan Herteleer |

JICA ボリビア事務所

| | |
|------|----------|
| 所員 | 木村 聡 |
| 現地職員 | カルロス オモヤ |

JICA サンタクルス支所

| | |
|------|-------|
| 現地職員 | 中島 敏博 |
|------|-------|

官団員

総括、地域医療、地域看護、医療機器、協力計画、計画分析

1. 調査団からの対応方針説明

概要

SEDESからの要請をもとにサンタクルス県の保健システムの強化を目的とした協力を行う。
なお、本件は専門家派遣、研修員受入れ、技術移転に必要な機材の供与を柱とするプロジェクト方式技術協力というスキームであり、特にインフラ整備は詳細な増築を除き行わないこととし、これを踏まえ既存の1次医療施設および2次医療施設を中心に活動を展開する。

活動

母子保健、成人病、外傷、感染症、その他必要とされるテーマを本会議で選定した上、同テーマを切り口として以下を行う。

- ・システム整備（レファラルシステム、救急システム、機材メンテナンスシステム）
- ・行政強化（広報・啓蒙、人材育成）

モデル地域

活動範囲としてサンタクルス県全体を対象とするのは広すぎるため、以下の条件により市内と市外にモデル地域を選定し活動する。

- ・大きな問題を抱えていること
- ・サンタクルス市の医療施設とレファラルを行える距離にあること
- ・本件以外のプロジェクト実施地域と重複しないこと

カウンターパート

SEDES、DMS、SISME、メンテナンスセンター、1次・2次医療施設等それぞれの協力活動に合わせた公的機関の関連部署がカウンターパートとなる。

機材供与

- ・市周辺部モデル地域の既存1次医療施設においてレファラルシステム整備に必要とされるもの
- ・地方（市から1時間程度）モデル地域の既存2次医療施設においてレファラルシステム整備に必要とされるもの
- ・モデル地域における救急システム整備および機材メンテナンスシステム整備に関わるもの
- ・行政強化に関わるもの

については、テーマとモデル地域の2点につき本会議にてそれぞれ候補を上げ、明日以降は本会議の結果を踏まえ引き続き調査を行い、後日開催予定のPCMワークショップに向けることとする。

2. 協議結果

テーマ

大枠として母子保健と結核を取り上げることとする。

なお、それぞれに関するコメントは以下のとおり。

母子保健：

- ・基礎保健(Seuro Basico)と関連している (SEDES)。
- ・性病対策も母子保健に含めるべき (ベルギー政府協力機関)。

結核：

- ・結核の国家対策は患者追跡(Seguimiento de Enfermo)である (SEDES)。
- ・現在診断、検査の機関が不足している (SEDES)。

モデル地域

日本大学病院をトップレファラルとする市の東側とする。

なお、コメントは以下のとおり。

- ・ベルギー政府協力機関の活動地域との重複は、それぞれの活動を補い合うことができ、また相乗効果もあるため望ましいことである (ベルギー政府協力機関)。

その他のコメント

- ・SISME について：現在独立した機関となるよう手続きが進められ、既に SEDES の議会で承認されており、今後 DMS、Directorio、Asesor Regar、Perfectura と承認され手続きが完了する手筈である (SEDES)。
- ・市内病院の機材メンテナンスシステムについて：JICA の援助を得てメンテナンスセンター設立を考えている。そうでない場合は機材メンテナンスを民間に外注するよう考えている (市保健局)。