

**ニカラグア共和国
グラナダ地域保健強化プロジェクト
事前調査報告書**

平成12年10月
(2000年)

**国際協力事業団
医療協力部**

医協二

JR

00-58

序 文

ニカラグア共和国は、ホンジ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。平成2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諸国に比較して低い状況にあります。同国はこの問題を踏まえ、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、地域統合保健サービスシステムを導入し、地域における保健セクターの改革を推進しています。

しかし、施設の老朽化、管理運営能力の欠如及び人材や資機材の不足などのために保健サービスの普及は容易ではなく、地域保健水準の向上は困難な状況です。かかる状況のなか、ニカラグア共和国は平成11年10月に、地域保健分野の向上及び促進を図るため、同国グラナダ県における地域保健強化計画を策定し、我が国にプロジェクト方式技術協力を要請をしてきました。

これを受け、国際協力事業団は、プロジェクト方式技術協力による地域保健プロジェクト実施の可能性について調査すべく、平成12年2月28日から3月20日までの日程で、国際協力事業団国際協力専門員 花田 恭を団長として事前調査団を派遣しました。

本報告書は同調査団の調査結果を取りまとめたものです。ここに、本件調査にご協力を頂きました関係各位に対し、深甚なる謝意を表しますとともに、本プロジェクト実施に向けて、今後ともご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成12年10月

国際協力事業団

理事 阿部 英樹

目 次

序 文
目 次
略語表
地 図
写 真

| | |
|--------------------------------|----|
| 第1章 事前調査の概要 | 1 |
| 1 - 1 事前調査団派遣の経緯と目的 | 1 |
| 1 - 2 調査団の構成 | 1 |
| 1 - 3 調査日程 | 2 |
| 1 - 4 主要面談者 | 3 |
| 第2章 総 括 | 7 |
| 第3章 要請の背景 | 9 |
| 第4章 保健分野の開発計画 | 11 |
| 第5章 保健分野の現状と問題点 | 12 |
| 5 - 1 ニカラグアの保健医療の現状 | 12 |
| 5 - 2 グラナダ県の保健医療の現状 | 13 |
| 第6章 要請の内容 | 16 |
| 第7章 日本の他の協力との関係 | 17 |
| 第8章 第三国、国際機関の協力の概要（グラナダ県）..... | 18 |
| 第9章 プロジェクトの実施計画 | 19 |
| 9 - 1 プロジェクトの目的 | 19 |
| 9 - 2 プロジェクトの概要 | 19 |

| | |
|---------------------------------|----|
| 第10章 相手国のプロジェクト実施体制 | 20 |
| 10 - 1 実施組織 | 20 |
| 10 - 2 プロジェクト運営の体制 | 20 |
| 10 - 3 予 算 | 21 |
| 10 - 4 建物・施設 | 21 |
| 10 - 5 カウンターパート配置計画 | 22 |
| 第11章 プロジェクト協力の基本計画 | 23 |
| 11 - 1 協力の方針 | 23 |
| 11 - 2 協力の範囲と内容 | 23 |
| 11 - 3 投 入 | 24 |
| 第12章 専門家の生活環境 | 27 |
| 12 - 1 グラナダ一般事情 | 27 |
| 12 - 2 グラナダ個別事情 | 27 |
| 第13章 協議結果 | 29 |
| 第14章 技術協力実施の妥当性 | 30 |
| 第15章 協力にあたっての留意事項 | 32 |
| 第16章 提 言 | 33 |
| 第17章 参考資料 | 34 |
| 資料1 ニカラグアの一般事情 | 34 |
| 資料2 ニカラグアの主な健康保健指標 | 35 |
| 資料3 グラナダ県の一般事情 | 35 |
| 資料4 グラナダ県の保健医療分野の指標と問題の現状 | 38 |
| 資料5 グラナダ県の保健医療サービスの現状 | 50 |
| 付属資料 | |
| 1 . 協議議事録（英文及び西文）..... | 69 |

| | |
|--|----|
| 2 . 妊婦カード | 77 |
| 3 . 妊婦・周産期用カルテ | 79 |
| 4 . 子どもの統合ケアカード | 80 |
| 5 . 5 歳未満児カルテ（初診用及び再診用）..... | 82 |
| 6 . 一次保健医療施設から市保健局事務所への毎日の報告フォーマット | 85 |
| 7 . 一次・二次レベル間紹介状フォーマット | 86 |
| 8 . グラナダ県の保健医療に関わる actor 一覧 | 87 |

略 語 表

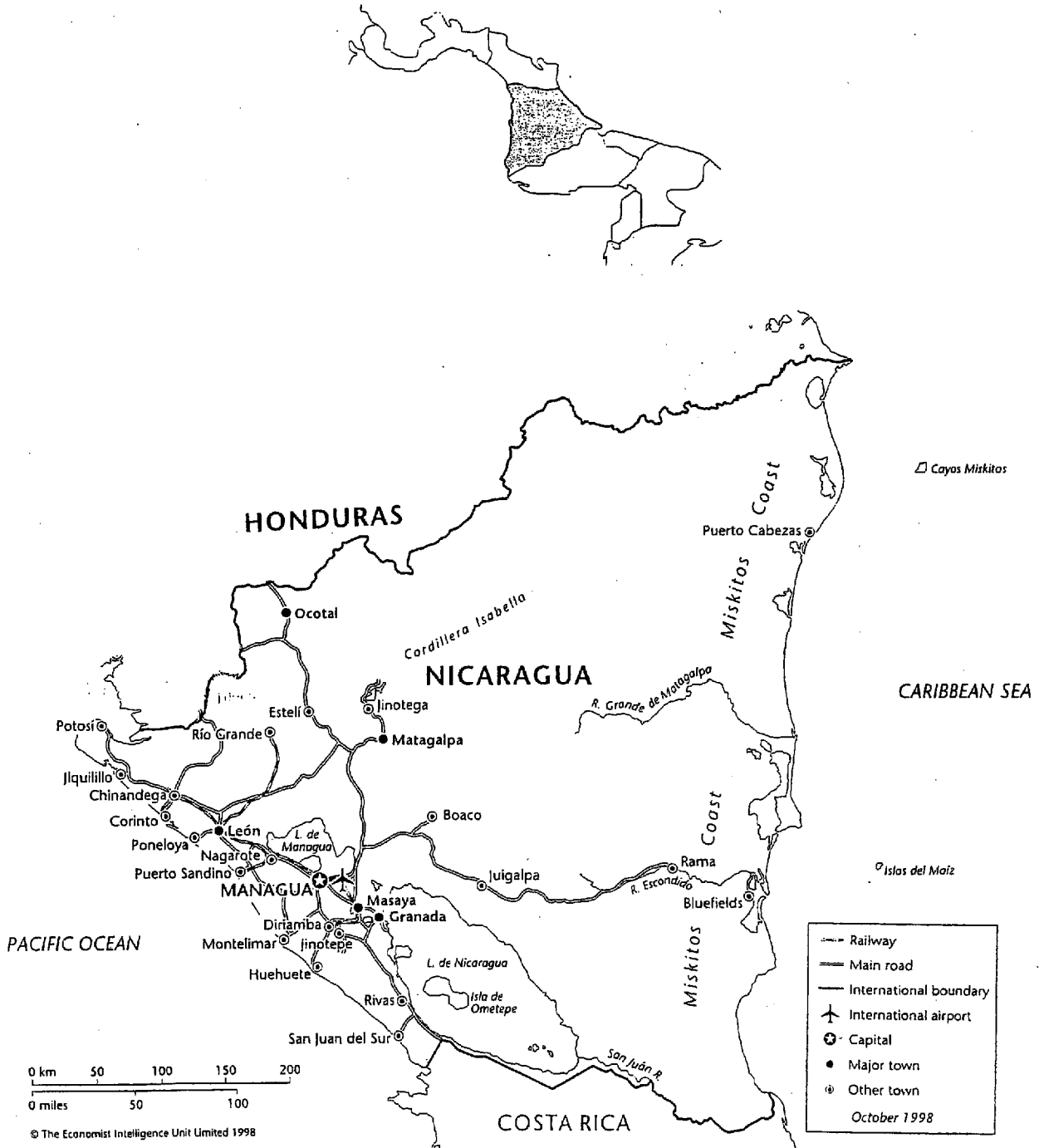
略語表 1 (西語 日本語)

| 略 語 | 西 語 | 日本語 |
|--------|---|--|
| C / S | Centro de Salud | 保健センター |
| 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 |
| P / S | Puesto de Salud | 保健ポスト |
| SILAIS | Sistema Locales de Atención Integral a la Salud | 地域統合保健サービスシステム / 保健行政地域 (組織を意味している場合、県保健局) |

略語表 2 (英語 日本語)

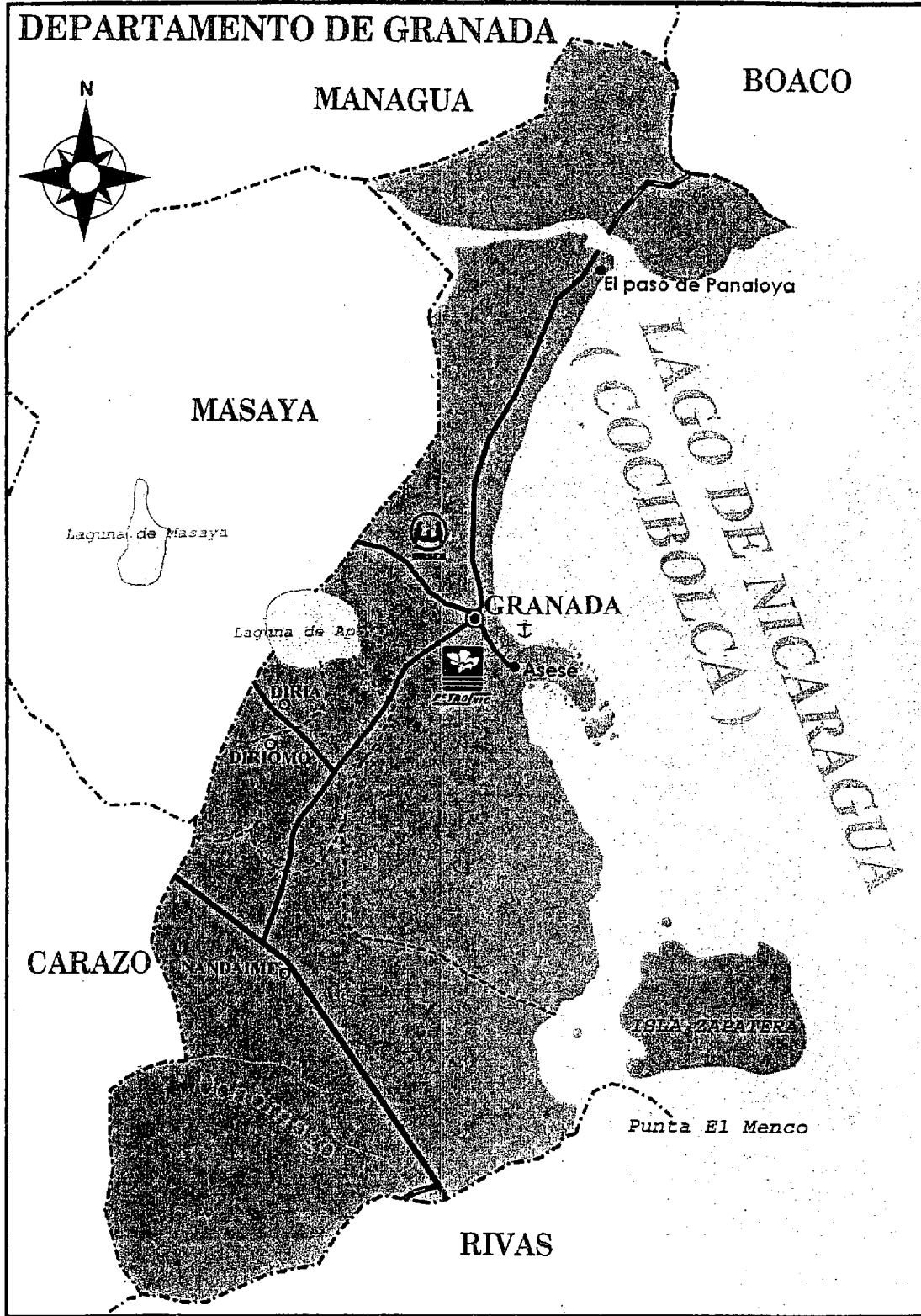
| 略 語 | 英 語 | 日本語 |
|--------|--|------------------------------|
| DHS | Demographic Health Survey | 人口保健調査 |
| EPI | Expanded Programme of Immunization | 予防接種拡大プログラム |
| GNP | Gross National Product | 国民総生産 |
| H / P | Health Post | 保健ポスト (診療所) |
| ICU | Intensive Care Unit | 集中治療室 |
| IMCI | Integrated Management of Childhood Illness | 子どもの病気の統合的管理 (西語 : AIEPI) |
| IMF | International Monetary Fund | 国際通貨基金 |
| 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 |
| NGO | Non-Governmental Organization | 非政府組織 |
| ORS | Oral Rehydration Salts | 経口補水塩 |
| PAHO | Panamerican Health Organization | 米州保健機構 |
| PCM | Project Cycle Management | プロジェクト・サイクル・マネージ メント |
| PDM | Project Design Matrix | プロジェクト・デザイン・マトリッ クス |
| R / D | Record of Discussions | 討議議事録 |
| SD | Standard Deviation | 標準偏差 |
| TBA | Traditional Birth Attendant | 伝統的助産婦 |
| 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 |
| WHO | World Health Organization | 世界保健機関 |

ニカラグア共和国全図



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

グラナダ県全図

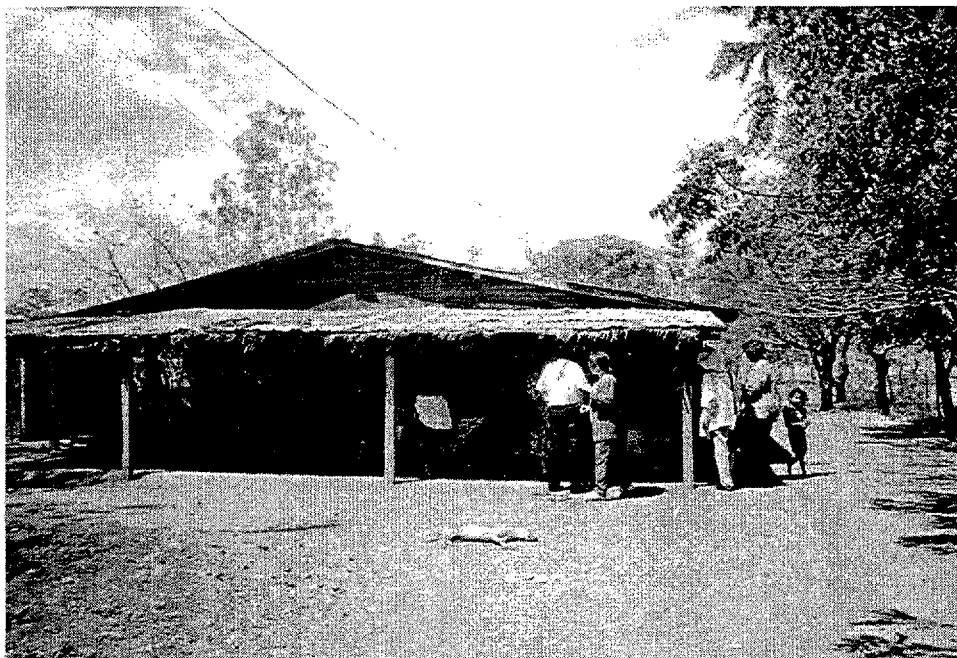




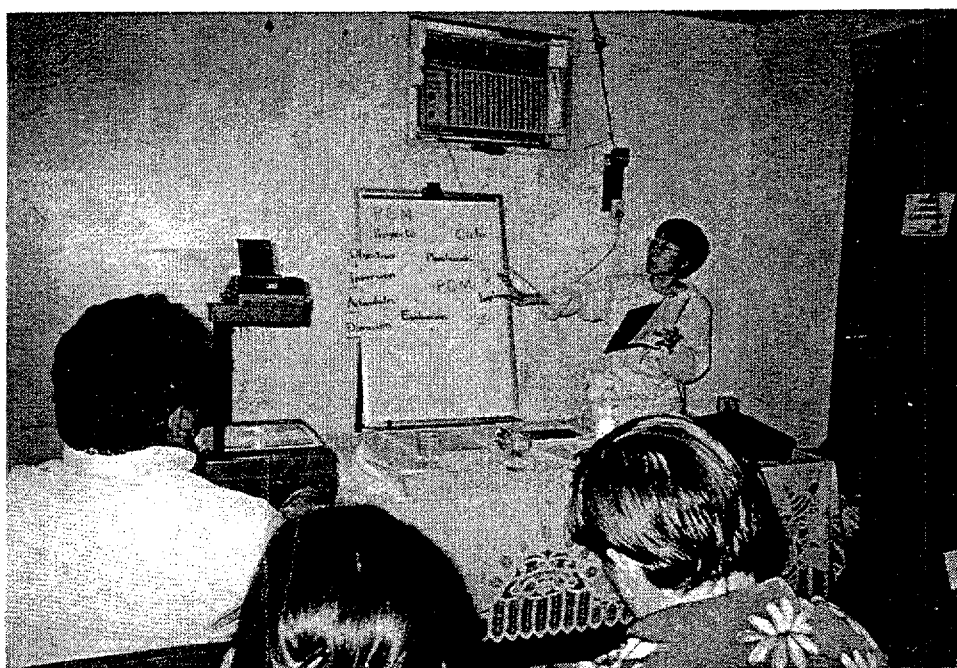
保健省ミニッツ署名



グラナダ SILAIS 事務所の倉庫（改装予定）



カサ・バセ



PCM 導入ワークショップ

第1章 事前調査の概要

1-1 事前調査団派遣の経緯と目的

国際協力事業団（JICA）は、ニカラグア共和国（以下、「ニカラグア」と記す）における保健医療分野の技術協力プロジェクトのニーズを調査し、プロジェクトの発掘を行うことを目的として、1999年4月に保健医療プロジェクト基礎調査団を派遣した。同調査団は、我が国の無償資金協力で移転・建設された日本ニカラグア友好病院（旧サン・ファン・デ・ディオス病院、通称グラナダ病院、以下、「グラナダ病院」と記す）の所在地であるグラナダ県を中心に調査を行い、グラナダ保健行政地域（SILAIS）の保健センターや保健ポストを含む地域保健システムの改善を目的とするプロジェクトの実施を提言した。

これを受けてニカラグア政府は、1999年10月に「グラナダ地域統合保健サービス強化プロジェクト要請書」を在ニカラグア日本大使館に提出した。

本調査団は、上記の要請に基づき、プロジェクトの背景にかかわる情報を収集するとともに、その目的、成果等について関係機関と協議を行い、プロジェクト方式技術協力実施の妥当性、実施可能性を確認し、併せて協力方針と協力計画の概略を策定することを目的に派遣された。

なお、本件はニカラグアにおいて初めてのプロジェクト方式技術協力であり、その実施に伴う手続きや援助の内容に関してニカラグア側関係諸機関の理解を得るために、資料の提示と説明を併せて実施した。

1-2 調査団の構成

| 担当 | 氏名 | 所属 |
|----------------|-------|----------------------------|
| 団長／総括 | 花田 恭 | JICA 国際協力総合研修所 国際協力専門員 |
| 協力計画 | 北林 春美 | JICA 医療協力部 医療協力第二課 課長 |
| 地域保健 | 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 |
| プロジェクト運営 管理 | 谷保 茂樹 | JICA 医療協力部 医療協力第二課 特別嘱託 |
| 通 訳 | 宇山 寿子 | （財）日本国際協力センター 研修監理員 |

1 - 3 調査日程

期間：2000年2月28日～3月20日

| 日順 | 月 日 | 曜日 | 移動及び業務 |
|----|-------|----|--|
| 1 | 2月28日 | 月 | 移動 16:50 成田発 (NH008) 8:50 サンフランシスコ着 |
| 2 | 2月29日 | 火 | 移動 10:42 サンフランシスコ発 20:43 マナグア着 |
| 3 | 3月1日 | 水 | 8:30 JICA ニカラグア駐在員事務所 (以下、JICA 事務所) 打合せ 9:30 日本大使館表敬 11:00 外務省対外経済協力庁表敬、調査主旨説明 16:00 保健省表敬、調査趣旨説明 |
| 4 | 3月2日 | 木 | 8:30 保健省関係局打合せ、日程調整 14:00 世界銀行 (以下、世銀) プロジェクト事務所表敬 |
| 5 | 3月3日 | 金 | 9:00 グラナダ県保健局協議 (調査趣旨説明等) 14:00 私立コシボルカ病院視察 15:00 グラナダ県広域ラボラトリー視察 |
| 6 | 3月4日 | 土 | 団内打合せ |
| 7 | 3月5日 | 日 | 資料整理 |
| 8 | 3月6日 | 月 | 9:00 ディオリモ市保健課事務所、管内視察 12:00 ディリア市保健課事務所、管内視察 |
| 9 | 3月7日 | 火 | 9:00 ナンダイメ市保健課事務所、管内視察 14:00 PROFAMILIA (プロファミリア、NGO 団体) グラナダ支部視察 |
| 10 | 3月8日 | 水 | 9:00 グラナダ病院視察 14:00 グラナダ県教育局打合せ |
| 11 | 3月9日 | 木 | 9:00 グラナダ市保健課事務所協議 (要請内容の確認等) 14:00 グラナダ市役所打合せ |
| 12 | 3月10日 | 金 | 9:00 グラナダ保健局協議 (要請内容の確認等) |
| 13 | 3月11日 | 土 | 団内打合せ 北林団員：マナグア発 (3月13日成田着) |
| 14 | 3月12日 | 日 | 資料整理 |
| 15 | 3月13日 | 月 | 8:30 保健省・グラナダ県保健局合同協議 |
| 16 | 3月14日 | 火 | 9:00 グラナダ都市部保健ポスト (2か所) 視察 13:00 IXCHEN (イチェン、NGO 団体) グラナダ事務所視察 |
| 17 | 3月15日 | 水 | 9:00 グラナダ県保健局事務所にてプロジェクト・サイクル・マネージメント (PCM) 導入ワークショップ開催 |
| 18 | 3月16日 | 木 | 9:00 保健省にてミニッツ案作成、協議 |
| 19 | 3月17日 | 金 | 15:00 ミニッツ署名式 (署名者：保健大臣、外務省対外経済協力庁、調査団長) |
| 20 | 3月18日 | 土 | 8:45 マナグア発 (3月20日成田着) |

1 - 4 主要面談者

(1) ニカラグア側関係者

1) 外務省対外経済協力庁

| | |
|---------------------------------|------------|
| Lic. Salvador Stadthagen Icaza | 長 官 |
| Lic. Mauricio Gómez Lacayo | 管理総局長 |
| Licda. Isolda Frixione M. | 二国間協力総局長 |
| Licda. Mariá Auxiliadora Vindel | 管理総局アジア担当官 |
| Licda. Dalia Dalie | 日本担当技術協力顧問 |

2) 保健省

| | |
|-----------------------------|------------|
| Licda. Martha Mc Coy | 保健大臣 |
| Licda. Mariángeles Argüello | 保健副大臣 |
| Dr. Mario Ortíz M. | 対外協力顧問 |
| Dr. Enrique Alvarado A. | 一次レベル医療局長 |
| Dr. Erwin Ali Bonilla | 一次レベル医療局員 |
| Dra. María Lourdes Martínez | 母子医療局（女性） |
| Dra. Polanca M. Vilner | 母子医療局（子ども） |

3) グラナダ県保健局

| | |
|------------------------------------|------------|
| Dr. Lombardo Talavera | 事務所長 |
| Licda. María Mercedes Aragón G. | 看護局長 |
| Licda. Juana Isabel Espinosa | 財務担当 |
| Licda. Brenda Gutiérrez Villalobos | 医薬消耗品局長 |
| Dra. Gema J. Romero | 疫学局長（代理） |
| Dra. Emilia Zeledoy Castilla | 保健管理局长（代理） |
| Licda. Juana Isabel Gonzalez | 母子医療担当 |
| Licda. Rai Reyes | 母子医療担当 |

4) グラナダ県関係機関

グラナダ県教育局

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Licda. Rosa Bonilla Ciobillo | グラナダ県保健局長 |
| Licda. Reina Julia Gutiérrez Brenes | グラナダ県保健教育担当 |

私立コシボルカ病院

| | |
|-------------------------|-----|
| Dr. René Sandigo Ortega | 病院長 |
|-------------------------|-----|

グラナダ県広域ラボラトリー

| | |
|-----------------|-----|
| Lic. René Leiva | 所 長 |
|-----------------|-----|

グラナダ水道公社

Ing. Julio Solís C. 技術部長
Ing. Rolando Martínez 水道管担当
Lic. Domingo Mirales 総務部長

グラナダ市庁

Ing. Geroido Espinoza 環境部長
Dr. Próspero Gutiérrez 戸籍部長

5) グラナダ県保健局管轄地区

ディリオモ市保健課

Dr. Manuel Espinales López 課長
Dra. Margarita Dolores Rivas 疫学担当

ディリア市保健課（付属 Virgen de los Desamparados 保健センター）

Dra. Maria Auxiliadora Réyes 課長（センター長兼任）
Licda. Heredia Molina Hernández 看護婦長
Licda. Maria Eugenia Gutiérrez 疫学長

ナンダイメ市保健課

Dr. Wilmer Beteta López 課長
Licda. Martha L. Campos 看護婦（元 DESAPER プロジェクト担当）
Sra. Gloria Cruz Obando 伝統的助産婦
Sra. Yolanda Jiménez Vado 伝統的助産婦
Sr. Mercedes Chávez López ブリガディスタ
Dr. Eddi Gutiérrez Azana 付属センター産婦人科医
Dr. Humberto Zruela 付属センター産婦人科医

グラナダ市保健課

Dra. Josefina Cabrera Lugo 課長
Licda. Maria Mazarello Castro 教育担当
Licda. Maria del Carmen Bermúdez 統計担当
Licda. Sora Méndez Bermúdez 看護担当
Licda. Eunia Opoza Joaquin 総務担当
Dra. Yelba María Lugo V. 付属センター長
Licda. Juana Morales Heroes y Marteles 保健ポスト長
Dra. Carma Martínez Eddy Ruz 保健ポスト長

カサ・バセ (Puntadiagra)

| | |
|--------------------------------|---------|
| Srta. Elena Galay | ブリガディスタ |
| Sra. Yohanna Galay | ブリガディスタ |
| Srta. María Cristina Mayorquís | ブリガディスタ |

6) 日本ニカラグア友好病院 (グラナダ病院) 関係

| | |
|-----------------------------|-----------|
| Dr. Noe Campos C. | 副院長 |
| Dr. Rodolfo Torres | 人材教育部長 |
| Dra. Magdalena Vásquez | 疫学部長 |
| Dra. Maria Espinoza Gerrero | 世銀プロジェクト |
| Licda. Maria Rebeca Crur | E.M.P. 局長 |
| Licda. Francisca Aleman | 事務部長 |

7) 援助機関

世銀プロジェクト

| | |
|-----------------------|--------------|
| Dr. Raul Rivera | プロジェクト技術調整員 |
| Dr. Silvio Morales P. | 病院調整員 |
| Dr. Rodolfo Correa | プライマリーヘルス調整員 |

プロファミリア (NGO 団体) グラナダ支部

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| Dra. Claudia Gutiérrez | 所長 (産婦人科医) |
| Licda. Lucía de Fatuma Logo | 総務次長 |
| Dra. Claudia Bermúdez Q. | マラカトーヤプロジェクト担当医 |
| Licda. Olimpia Auxiladora Bonilla | 青少年プログラム担当 |

イチエン (NGO 団体) 女性センターグラナダ支部

| | |
|---------------------|-------|
| Dra. Claudia Cajina | 支部担当医 |
|---------------------|-------|

(2) 日本側関係者

1) 在ニカラグア日本国大使館

| | |
|-------|--------|
| 伊藤 勝 | 特命全権大使 |
| 鈴木 泰久 | 参事官 |
| 植松 聡 | 一等書記官 |

2) JICA ニカラグア駐在員事務所

| | |
|--------------------------------------|---------|
| 米澤 耕三郎 | 所長 |
| 高木 繁 | (後任) 所長 |
| Licda. Elizabeth Hernández Gutiérrez | 事務所顧問 |

成田 千秋

重富 恵子

3) JICA 専門家

有本 稔

小林 司

担当所員

企画調査員

開発計画（対外経済協力庁配属）

病院監理（グラナダ病院配属）

第2章 総括

ニカラグアの保健行政は中央集権であり、医療従事者は一定程度確保されている。また、同程度の経済水準にある国との比較のうえでのことであるが、施設も比較的整備されており、医薬品も不十分ながら確保の努力がなされている。しかし絶対量の不足や質の問題はある。一方、公衆衛生については、住民側と行政側のギャップが大きいといえよう。例えば、予防接種拡大プログラム（EPI）ではこれまで国の予算で購入し、戸別訪問して接種し、接種率を高く維持している。分娩は産科医による施設分娩を推進しているが、一方、パルテラといわれる伝統的助産婦（TBA）も多くいる。アジアの多くの国のように、正常出産は助産婦が行うという制度がない。また、農村部の保健ポストでは、医療従事者がその集落の住人ではない。地方分権の方向にあるが、地方自治体に権限が移管するのではなく、保健省の地方局へ権限が委譲されるという分権化であるので、この傾向は続くであろう。

JICAのプロジェクト方式技術協力にとり、人材・施設がある程度確保されている一方、医療技術の向上や公衆衛生知識の現場での適応という面での技術移転が必要なので、プロジェクトの実施は妥当である。これまで、世銀、WHO、イタリア政府などが散発的に協力した経験から、グラナダ島の4市全部を対象とすること、機材の選定は協議すること、試験的实施ではなく実際面での協力であることを強く要望しているが、どれもJICAの協力にとっては当然のことである。JICAのプロジェクト方式技術協力は当国では初めてであり、いくつかの懸念があったようであるが、基礎調査と事前調査を通じて理解が深まってきたといえよう。グラナダ県保健局ではプロジェクトに対する期待と熱意が高まってきており、短期調査と実施協議を速やかに実施すべきである。

我が国の無償資金協力により建設されたグラナダ病院は、経営が改善されてきており、一次医療とのレファラルシステムを含めて世銀の近代化プロジェクトのモデル病院に選定されたので、世銀の協力との重複は避けるべきである。したがって、プロジェクトの対象というよりは、研修などのリソースとして活用すべきであり、プロジェクトへの協力機関として位置づけられるのが適当である。なお、現在は病院管理の個別専門家が派遣されているが、むしろ機材保守の専門家が必要である。病院に青年海外協力隊（JOCV）も派遣されているが、ルーティンワークに組み込まれており、むしろNGOや保健所等の地域住民と接する場所への派遣の方が適当であろう。

プロジェクトの個別成果は以下のとおり合意された。

（1）一次医療サービスの質の向上

保健ポストの設置など、量的にも自助努力をしているが、女性と子どもの統合ケア及び増加傾向にある慢性疾患のケアについて、特にサービスの質の向上が必要である。

(2) ベクター媒介感染症対策の向上

グラナダ県保健局管内は湖に沿っており、沼沢が多く、蚊のほかにも羽虫等が大量発生している。薬剤噴霧、グッピー放流、ニームの木の植栽などを進めているが、蚊帳の普及等、多くの方法を組み合わせる必要がある。

(3) 地域での健康教育への住民参加の促進

住民の健康への意識は高くない。保健省では学校保健を進めようとしている。ボランティアのブリガディスタは弱体である。パルテラの把握は十分ではない。カサ・バセは拠点になる可能性はあるが、現在のところ研修が不足しており、簡易な機器もない。これらの強化から始めて、住民参加を推進する必要がある。住民への健康教育が必要である。有力な NGO もいくつかあり、連携活動が考えられる。

(4) 住民、特に女性と子どもの医療に関するレファラル / カウンターレファラルシステムの機能強化

カウンターレファラルが機能していない。レファラルについても患者の搬送などで機能強化の必要がある。また、個別に努力されているが、全体のシステムとして機能させる必要がある。基礎調査が契機となって、専門医の巡回診療はなされるようになった。

(5) グラナダ県保健局及び市保健課の運営管理能力の向上

選挙のたびに幹部は人事異動せざるを得ない事情があり、また医療で手一杯の状態、地域保健としての公衆衛生行政が弱体である。

協力期間は、ニカラグア政府の規則であり、また、目標を達成できる期間として、4年で合意した。ただし、現場のグラナダ SILAIS 側からは、場合によっては延長したいとの希望があった。

3月17日にマナグアの保健省で、調査団長とマルタ・マコイ保健大臣及びサルバドール・シュタットゥハーゲン・イカザ外務省対外経済協力庁長官との間で、上記内容及び双方の義務、監理委員会などについて協議し、合意を得たのでミニッツに署名した。

第3章 要請の背景

ニカラグアは、1990年の内戦終結以後、社会・経済の復興と国民の健康水準の向上を目的として、保健省組織の改革や保健サービスシステムの地方分権化を含む保健セクターの改革を実行している。国家開発計画（1995～2000年）では、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、教育の普及を重点項目として、経済成長と均衡のとれた開発をめざしている。

しかし、中米・カリブ地域の他の諸国と比較して乳児死亡率や妊産婦死亡率で示される健康水準は依然として低く、人口増加率は高い水準にある。加えて1998年のハリケーン等の自然災害により保健インフラの被害やコレラ等感染症の流行が発生し、保健医療セクターの更なる負担となっている。

国家保健政策（1997～2002年）では、公平で効率的な保健サービスの提供を目的として、保健セクターの近代化（公共部門と民間部門の役割の明確化）、保健省の強化、病院機能の強化、公衆衛生の新戦略（予防と治療の統合、一次レベルケアの強化等）、社会保障の改革を推進している。

ニカラグア政府は地方保健行政強化の一環として、全国を17の保健行政地域（SILAIS）に区分して、保健省の業務を分権化する地域統合保健サービスシステム（SILAIS）を導入し、その強化を進めている。SILAISは「県」に相当するDepartamentoに対応しており、それぞれに保健省の地域支局である県保健局事務所が設置され、予防、治療、リハビリテーション等を統合した保健医療活動を実施している。

グラナダ県は人口約17万5,000人、面積は1,039km²で、首都マナグアの南東約45kmに位置している。都市人口と農村人口の比はほぼ1：1であり、農村部の住民のなかには基礎的保健医療サービスへのアクセスを欠く者もあり、保健施設へのアクセスが可能な場合でも十分な予防、治療、教育等のサービスを受けていない。

グラナダ県内の公的保健医療施設は、総合病院1、保健センター6、保健ポスト27、及び近隣県と共同の検査ラボラトリー1である。グラナダ県を管轄する地域保健事務所であるグラナダ県保健局は、4つの市（Municipio）事務所を通じてこれらの保健医療施設の諸活動を管理・運営する立場にある。一次施設における基礎的設備や医療機器の不足、医薬品供給の不足、人材に対する現職研修や指導監督の不足、保健ボランティアや伝統的助産婦を通じた地域レベルの保健活動・健康教育活動の低迷に加え、ハリケーンに伴う洪水被害による下痢症の流行等の問題が、住民への適切な保健医療サービス提供における問題点・障害となっている。

我が国は、1990年代以降、保健医療分野を含む対ニカラグア援助を拡大してきており、無償資金協力、JOCV派遣、個別専門家派遣等のプログラムが実施されている。

1999年4月に保健医療プロジェクトの発掘・形成を目的とする基礎調査団が派遣された。調査の結果、1996/97年度の我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の所在地であるグラナダ県における地域保健強化のための技術協力のニーズが確認された。

上記調査の結果を受けて、ニカラグア政府は我が国に対してグラナダ県地域保健強化プロジェクトに対する協力を要請してきたものである。

第4章 保健分野の開発計画

ニカラグアは、1990年の内戦終結以後、社会・経済の復興と国民の健康水準の向上を目的として、保健省組織の改革や保健サービスシステムの地方分権化を含む保健セクターの改革を実行している。国家開発計画（1995～2000年）では、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、教育の普及を重点項目として、経済成長と均衡のとれた開発をめざしている。

しかし、中米・カリブ地域の他の諸国と比較して乳児死亡率や妊産婦死亡率で示される健康水準は依然として低く、人口増加率は高い水準にある。加えて1998年のハリケーン・ミッチ等の自然災害により保健インフラの被害やコレラ等感染症の流行が発生し、保健医療セクターの更なる負担となっている。

国家保健政策（1997～2002年）では、公平で効率的な保健サービスの提供を目的として、保健セクターの近代化、保健省の強化、病院機能の強化、公衆衛生の新戦略、社会保障の改革を推進している。このにおいて、保健省の機構的下部組織（地域媒介者）としての地域統合保健サービスシステム（SILAIS）を導入する県保健局（SILAIS）の保健医療サービス上の地方分権化の推進を打ち出している。この政策では、中央保健省と市保健課及び病院との中間組織としての位置づけでこの県保健局を定義し、それぞれ組織単位での強化項目として、分権と自治性・予算、人材、医薬品、研究、情報システム、計画と投入、実施管理、社会参加並びに診療の質があげられている。このにおいては、病院自立性の促進や施設機材の整備と並んで一次医療施設との連携を課題項目としている。この政策では、治療サービスから統合医療へとサービスモデルを再構築する政策に続いて一次医療施設の質の向上を掲げ、コミュニティーレベルでの問題解決をその戦略としている。

以上のことから、ニカラグア政府が我が国に要請してきたプロジェクト方式技術協力は、この保健医療分野での開発計画を十分に網羅した形でグラナダ県における地域統合保健サービスシステム（SILAIS）を強化するものといえる。

第5章 保健分野の現状と問題点

5 - 1 ニカラグアの保健医療の現状

ニカラグアは重債務最貧国の一つである。一人当たりのGNPは中米7か国のなかで最低の410米ドル(1997年)と、サハラ以南のアフリカ諸国と同程度であり、対外債務がGNPに占める比率は306%と世界第3位の高さである。そのため基礎社会サービスの財源も援助に依存しなければならないにもかかわらず、5歳未満児の年間死亡率は57/出生1,000で、191か国中、71位と奮闘している(1999年UNICEF)。

ニカラグアは15県と2自治州の保健行政地域に分けられ、保健計画及び実施は各地域の地域統合保健サービスシステム(SILAIS)によって行われている。1999年の人口は498万469人で、太平洋側の7県に人口の約6割、なかでも首都マナグアには全人口の約4分の1が集中している。都市と農村の保健医療サービスへのアクセスの格差が、地域の健康指標の格差となって現れている。1998年人口保健調査(DHS)の5歳未満児死亡率をみると、ニカラグア平均56.0、都市48.8・農村64.3、17県・自治州では39.6～97.3のばらつきがあり、北部、中部、大西洋側の県・自治州の健康指標の悪さが指摘されている。

1998年の公的保健医療施設の数、一次レベルの保健ポスト778、保健センター164(うち有床24)、二次レベルの病院29である。1995年の医療従事者数は、医師4,551人、看護婦2,577人、准看護婦4,817人、歯科医師1,099人、薬剤師1,099人である(PAHO、1998年)。医療従事者は病院に集中し、地方における人材不足は深刻である。医師と看護婦の比率も不合理である。1999年には世銀の指導の下、保健省下の現職医師に自主退職の奨励を試みたが、成果をあげることはできなかった。

公的保健医療施設では医療費は無料である。保健省は貧困層の保健医療へのアクセスをよくすることを第一に考えているという理由で、今のところ有料化は検討していない。政治的な理由からも、今後も有料化導入の可能性は非常に低いであろう。国民皆保険制度に相当するものはなく、民間の保険制度と雇用者が加入する社会保険庁(INSS)の保険制度がある。しかし、この制度を利用できる保健医療施設も、保険に登録している人も限られている。

このような状況のなか、1997～2002年の国家保健政策では、「全国民の心身の健康を保障するために、より公正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」という趣旨の下、保健セクターの近代化、保健省の強化、病院機能の強化、公衆衛生の新戦略、社会保障の改革の5つの政策を定めた。これに従って世銀等の支援によるプログラムが進行している。

5 - 2 グラナダ県の保健医療の現状

1999年の推計統計では人口は17万4,596人で、このうち0歳5,346人(3.1%)、5歳未満2万6,851人(15.4%)、14歳以下7万5,569人(43.3%)、15～49歳の出産可能年齢の女性4万2,176人(24.2%)である。65歳以上の人口は4.4%、農村部人口は36.5%であった(1998年の推計統計より)。妊娠出産に関する1999年の推計数は、妊娠数6,558、分娩数5,909、生産数5,880である。

グラナダ県はグラナダ市、ナンダイメ市、ディリオモ市、ディリア市の4つの市から成り、市単位で保健活動の計画立案・実施が行われている。それらを強化、監督することが県保健局の役割である。しかし独自の財源はなく、予算は中央政府に依存している。

公立の保健医療施設は、二次レベルでは日本の無償資金援助で1998年に建てられた148床の総合病院(グラナダ病院)が1つ、一次レベルでは保健センター6(うち有床1)と保健ポスト27の合計33と、グラナダ県と近隣県を担当し、専門性の高い臨床検査を行う第4保健地区ラボラトリーが設置されている。グラナダ病院は赤字経営や機材の維持管理ができないなどの問題を抱えている。一次保健医療施設では施設の老朽化や基本的医療器材の不足の問題がある。一次、二次保健医療施設ともに医薬消耗品の不足は深刻である。

保健医療スタッフは、グラナダ病院では医師75人(うち専門医46人、歯科医2人)、看護職177人、技師46人(2000年グラナダ病院資料。看護職には世銀から派遣された9人を含む)で、一次レベルでは医師59人(うち専門医8人、歯科医7人)、看護職108人である(1999年県保健局資料)。人口1万人当たり医師7.7人、看護学士・正看護婦5.0人、准看護婦7.3人であるが、人材の多くは病院に集中している。予算不足のために一次の保健医療スタッフの研修は十分行われていない。二次と一次レベルの連携では、定期的な検討会をもち、専門医のいない保健センターへの専門医の出張診療を実現させるなどの成果をだしている。

民間(有料サービスを提供するNGOも含む)では、25床の病院1、クリニック35、歯科10、検査7、薬局34があるが、これらも都市に偏在している(1999年県保健局資料)。

公的保健医療機関では診療から薬剤まで、基本的には無料とされているが、現実には保健省の予算不足のため、救急車の燃料代や、不足した検査試薬や医薬品に対しては自費で調達しなければならない。グラナダ県でINSSの医療保険制度を活用できる医療保険事業(EMP)に登録されている医療機関は、グラナダ病院と民間病院1の合計2つの病院だけである。また、2000年7月までにINSSに加入しているグラナダ県の人材は2,169人にすぎない(2000年INSS資料)。

保健週間のキャンペーン活動のほかに、日常的な地域保健活動には、看護婦が1か月に最低4日は行うことになっている家庭訪問と、保健活動にかかわるコミュニティーの人材をとおしての活動の2つの方法がある。彼らを対象に、担当看護婦が1～3か月ごとに勉強会や報告会を行っているところもある。保健省が行う保健活動にかかわるコミュニティーの人材には、解熱薬や経口補水塩(ORS)を配置するために自分の家を提供しているカサ・バセ99人、ブリガディスタ(保

健ボランティア)321人、パルテラ(伝統的助産婦)118人、コルボル(マラリア対策活動員)80人がいる。1人が複数の役割を担ったり、NGOの活動員を兼任していることもある。これらの人々は保健活動の実施だけでなく、一次保健医療施設へのケースの紹介や報告の役割ももつ。

1998年DHSによれば、グラナダ島のほとんどの保健指標は、17県・自治州のうちで上位を占めている。しかし、登録出生数と登録死亡数を人口統計からの推計数と比較することによって得られる登録のカバー率は、グラナダ県(1995年)ではそれぞれ72.9%と49.1%である。このように実際よりも少ない登録数に基づいて、現場の保健活動は計画立案、実施、評価が行われている。例えば、グラナダ県保健局の統計によれば1998年の乳児死亡率は85.4/出生1,000(死亡登録数26)だが、1998年DHSのグラナダ県の乳児死亡率は32.7/出生1,000である。また、1999年の妊産婦死亡については、登録死亡数は1人で、率にすると30.9/出生10万である。ニカラグアの全国平均が160であることを考えると、3~4人の未報告例の存在が推測される。また、出生数が少ないので妊産婦死亡率による評価では変動が大きくなる。

1999年の登録死亡数522の内訳は、早期新生児46、新生児50、乳児77、5歳未満児83、5~14歳8、15~34歳52、35~49歳55、50~64歳84、65歳以上240であった。

主な死亡原因は循環器系疾患(脳卒中、心疾患)、糖尿病、悪性腫瘍である。慢性疾患は50歳以上の半数以上を占める。生後1か月以降の乳児と1歳以上5歳未満児の死因の第1位は肺炎である。急性下痢症は、生後1か月以降の乳児の大きな死因の一つ(肺炎5、急性下痢症4)であるが、1歳以上5歳未満児では死亡は0である。

乳児の慢性的な低栄養状態(年齢に対する身長による評価)については、1998年DHSによると-2標準偏差(SD)が24.6%、-3SDが7.8%で、全国平均の24.9%と9.2%よりもよい値であるが、まだ改善できる要素があると思われる。

1999年に疾病を理由に公的保健医療施設を受診した患者の総受診数は25万1,546であった。主要疾病は、急性呼吸器感染症、尿路感染症、高血圧症、寄生虫症、急性下痢症が上位5疾病で、総受診数に対する比率はそれぞれ26%、6%、4%、4%、3%である。

予防接種の予防接種率は極めて高く、ほとんどが95%以上の接種率であった(1998年DHS)。ベクター媒介感染症では、1999年にはマラリアが1,996件、デングが80件登録されているが、死亡は0である。マラリアはほとんどすべてが三日熱マラリアで、薬剤耐性については特に問題になっていない。コレラも一部の地域の水源では菌が検出されるが、患者の発症はほとんどゼロとコントロールされている。性感染症主要5疾患の1999年登録患者数は129であり、実際よりかなり少ないと思われる。HIV/AIDSについては患者8、死亡3が登録されている。

近代的な避妊法を実施している女性は、グラナダ県の15~49歳の既婚又は男性と同居している女性のうちの60.4%で、合計特殊出生率は3.6である(1998年DHS)。公共保健医療施設のサービスが主に利用されているが、民間やNGOの有料サービスを利用する人もいる。保健省は全分

娩を施設分娩にする方針を出している。1999年に県保健局に登録された分娩数は3,297件で、このうち施設分娩は86.3%、家庭分娩は13.7%であった。しかし、1998年DHSによると、グラナダ県では施設分娩は66.9%、家庭分娩は31.4%と推計されている。1999年の一次保健医療施設で行われた妊婦健診1万3,003件のうち10歳代の妊婦は31.8%で、1998年のグラナダ病院での分娩のうち27.5%(709件)は母親の年齢が10歳代であった。10歳代の妊娠出産は社会的な問題を有することが少なくない。

徐々に進行する高齢化とともに、慢性疾患の問題が懸念されている。県保健局の統計によれば、1998年の時点では高血圧と糖尿病を理由に公共医療施設を受診している人の合計は、急性下痢症の患者数の1.4倍にもものぼる。しかし、慢性疾患プログラムは存在するものの、医薬品供給は絶対量が不足しており、予防活動はほとんど行われていない。

グラナダ県の保健医療はニカラグアのなかではかなり高い水準である。プロジェクトでは、サービスの質を向上させることや、現在の保健サービスシステムを享受していない人々の特徴とその理由の分析に基づいたアプローチが重要である。またプロジェクト終了後の持続発展性を確保するためには、政治・経済的な側面や社会・文化的な状況も十分考慮しなければならない。

第6章 要請の内容

調査団は、現地調査結果及びニカラグアとの協議結果を踏まえて、我が国が協力可能な項目をまとめた。その結果、双方が合意した要請の内容は以下のとおりである。ただし、今後行われる短期調査においてPCMワークショップを実施し、その結果をプロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）として新たにまとめあげることについても合意した。

(1) プロジェクトの名称

グラナダ地域保健強化プロジェクト

(2) 協力期間

討議議事録（R / D）の署名日から4年間

(3) プロジェクトの目的

グラナダ県におけるグラナダ保健行政地域（SILAIS）の保健センターや保健ポストを含む地域保健システムを改善する。

(4) 協力内容

- 1) 一次保健医療サービスの向上
- 2) ベクター感染症対策の改善
- 3) 健康問題への取り組み・解決へのコミュニティの参加の向上
- 4) 管内の住民、とりわけ女性と子どもに対する総合ケアの一次レベルと二次レベル間のレファラル/カウンターレファラルシステムが効果的に機能する。
- 5) SILAIS 本部事務所及び各地区事務所の保健管理チームの管理運営能力が向上する。

(5) ニカラグア側実施機関

グラナダ県保健局

第7章 日本の他の協力との関係

グラナダ県には、我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があり、1998年6月に現在の場所（グラナダ市街地から約1km西方）に移転し、開院した。同病院は病床数148床の総合病院で、内科、外科、産科、婦人科、小児科、眼科、耳鼻科、泌尿器科、整形外科、形成外科、歯科、理学療法の専門診療科を有している。同病院はグラナダ県内唯一の公的病院であり、1か月平均約6,000人の外来患者が診療を受けている。

同病院には、1999年1月から小林 司 医師が個別専門家（病院管理）として派遣中であり、手術室とICUにはJOCVの看護隊員が各1名、検査室には臨床検査技師隊員が派遣中である。また、1999年10月からは世銀の融資による「保健セクター近代化プログラム」のモデル病院に選定され、経営管理の強化のための活動が開始されている。

本プロジェクトにおけるグラナダ病院の役割について関係者から意見や計画を聴取するとともに、一次医療サービスを中心とするプロジェクトの内容と二次医療サービスを担当する病院の役割の効果的な連携の可能性についても調査するために、調査団は病院を訪問し、副院長ほか関係者と意見交換を行った。

第 8 章 第三国、国際機関の協力の概要（グラナダ県）

1990年の内戦の終結後、ニカラグア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。また、保健セクターの地方分権化に伴って、県保健局（SILAIS）を支援の単位とする傾向があり、支援分野に多少の違いがあるが、全国すべての県保健局が何らかのドナーの支援を受けている。

グラナダ県保健局もこの例外でなく、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、ナンダイメ市におけるリプロダクティブヘルス）、プロファミリア（家族計画）等が実施していたが、これらは既に終了しているか、あるいは中央政府の個別プログラムの一部として実施されているにすぎない。一方、グラナダ市に位置する1996/1997年の我が国の無償資金協力で建設整備されたグラナダ病院は、世銀の保健セクター近代化プロジェクトの全国モデル病院の一つに選ばれ、1999年10月25日に締結された業務提携書に基づいて、プロジェクトから病院へ専門家が派遣され、病院情報管理システムの技術移転から開始されている。また、同病院へはJICAからも個別派遣で病院管理の専門家が2001年1月までの任期で派遣中のほかに、看護等の分野でJOCV隊員も3名派遣されている。さらに、グラナダ県は1998年10月に当国をも含めて多大な被害をもたらしたハリケーン・ミッチの直後に派遣されたJICA緊急援助隊医療チームの活動拠点の一つでもあった。

現在、グラナダに事務所等の拠点をもつNGOも様々な分野で活動しているが、特に保健医療で特出しているものに上記のプロファミリアとイチェンがあり、診療活動をとおして家族計画、家庭内暴力や女性の問題対策をめざしている。

第9章 プロジェクトの実施計画

要請の内容に基づき、グラナダ県保健局及び保健省と協議を行った結果、以下のとおり合意した。ただし、プロジェクトの具体的な計画については、短期調査時にPCMワークショップを実施して策定することとした。

9 - 1 プロジェクトの目的

本プロジェクトの目的は、グラナダ県における地域統合保健サービスシステム(SILAIS)の強化である。SILAISは、グラナダ地域保健事務所の活動すべてを包含する地域保健システムを意味し、公的保健医療サービスの提供（一次レベル、二次レベルすなわち病院レベル、予防、治療、リハビリテーション等）と地域住民のそれら活動への参画をも含む広範な概念である。

しかし、本プロジェクトでは、これらの活動のうち、行政部門、一次レベル、及び地域住民参加を中心に、その活動の強化、改善を主たる目的として実施する。二次レベルケアへの関与は、一次レベルとのレファラル、カウンターレファラル（病診連携）の強化と、これにかかわる人材の研修・訓練を中心とする。

9 - 2 プロジェクトの概要

(1) 期待される成果

- 1) 一次保健医療サービスの質が向上する。
- 2) ベクター感染症対策が改善される。
- 3) 健康問題への取り組み・解決へのコミュニティの参加が向上する。
- 4) 管内の住民、とりわけ女性と子どもに対する統合ケアの一次レベルと二次レベル間のレファラル/カウンターレファラルシステムが効果的に機能する。
- 5) グラナダ県保健局及び各市保健課の保健管理者の管理運営能力が向上する。

上記の各成果は、基本的にニカラグア側の作成した要請書の内容に沿ったものであり、グラナダ県保健局において優先事項として解決が望まれているものである。ただし、個々の項目についての具体的な問題点、改善・解決に向けた方策、ニカラグア、日本双方のとるべき措置等については、今次調査において十分な協議を行うことができなかったため、それらについては短期調査及び実施協議調査によって双方で確認しつつ、計画を策定することとする。

第10章 相手国のプロジェクト実施体制

10 - 1 実施組織

プロジェクトの実施運営にあたる実施機関は、保健行政の統括官庁であり、保健大臣を長とする保健省（Ministero de Salud : MINSA）である。保健省内でプロジェクト活動に直接かかわってくる部門は、計8総局に分かれる部門のなかで保健サービス総局と対外協力投資総局である。保健サービス総局は、1998年及び1999年の組織改編で一次医療サービスと二次（病院）医療サービスが統合された部門であり、保健医療活動の総合的アプローチが行いやすい組織構造となった。一方、保健政策の一つでもある諸外国からの援助受入れの窓口となるのが、ニカラグア外務省対外経済協力庁との調整機関でもある対外協力投資総局である。対外協力投資総局では、諸外国との援助プロジェクトとの定期的な調整会議を開催し、また保健事業に関するドナー間会議も実施する。したがって、プロジェクトにおいても、対外協力投資総局を本省での会議の窓口とし、活動に応じて保健サービス総局からの担当官をも交えて定期的な調整会議を実施することになる。

さらに、プロジェクト・サイトであるグラナダ県には、保健省は地方行政の拠点としてグラナダ県保健局（SILAIS）を設置し、一次医療施設を管理する4つの市保健課や二次医療施設であるグラナダ病院、さらにグラナダ県広域検査ラボラトリーを管轄させている。これらが、プロジェクトの実施主体となる。

10 - 2 プロジェクト運営の体制

グラナダ県保健局の組織は、保健局本部の6課と4つの市保健課、グラナダ県広域検査ラボラトリー、グラナダ病院から成っている。保健局事務所内の6つの課とは、財務課、保健行政課、疫学課、女性・子ども・青少年総合ケア課、看護課、医薬・消耗品課であり、それぞれがグラナダ県全体の担当分野の総括的管理運営を担い、また保健局長を通じて本省の担当部との連携をとる役割をもっている。市保健課とは、県内を4分割するグラナダ市、ディリア市、ディリオモ市とナンダイメ市の公的保健医療活動を実施する事務所であり、特にそれぞれの地区にある保健センターや保健ポストなどの一次医療施設の管理が重要な機能である。グラナダ県広域検査ラボラトリーは、グラナダ県を中心に近隣のマサヤ県、カラソ県とリバス県の4県を対象に、各医療施設から持ち込まれる患者の検体を検査するラボラトリーであり、グラナダ市内に位置する。また、グラナダ病院は、小児専門病院であったグラナダ県唯一の公的病院が我が国の無償資金協力によって移設整備された総合病院であり、グラナダ県全体の二次医療施設としての機能をもっている。より高次の医療が必要とされる患者は、ここから首都部の専門病院へ移送される組織となっている。

また、グラナダ県保健局に対する支援、諮問機関としてセンター間保健委員会（Junta

Interinstitucional de Salud : JIS) と保健審議会 (Consejo Consultivo de Salud : CCS) がある。センター間保健委員会は、保健に関する各省の県出先事務所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もつ。保健審議会は、地元の企業経営者や名士が市民の代表として任命され、県保健局の活動を支援する目的をもつ。また、各市保健課やグラナダ病院にもそれぞれ独自のこれら支援、諮問機関が設置されている。

10 - 3 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%、一人当たりの保健予算は187.25コルドバ(1米ドル=11.36コルドバ)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、1999年の両者の比率はおよそ3:2である。

保健セクターの地方分権化の推進により、県保健局は保健医療分野においての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ようになったが、予算については分権化されていない。そのため、県保健局内の人事については県保健局長が人事権をもつが(局長は中央保健省の任命)、人員数に関する決定権はなく、保健省が給与関連の職員台帳を中央レベルで管理している。人件費だけでなく、光熱費・電話料金、医療消耗品、運営費などの予算も中央政府に依存している現状がある。また、病院は組織上、グラナダ県保健局の下に属しているが、予算や人事は県保健局と分離している。医薬品の需要予測や供給も県保健局が行う。ニカラグアの医薬品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極めて少ないという評価を受けているが、末端レベルでの医療品の絶対量の不足が深刻である。これは、保健医療施設での需要予測の仕方と、保健省の財源不足による供給不足に問題があると指摘されている。

10 - 4 建物・施設

プロジェクトのサイトは、グラナダ県全域となっている。したがって、プロジェクトに関係する建物あるいは施設は、グラナダ県保健局が管轄する全管理事務所並びに公共医療施設ということになる。管理事務所としては、グラナダ県保健局である本部事務所と4つの市の市保健課がある地区事務所がある。公共医療施設としては、グラナダ病院、グラナダ県広域検査ラボラトリーが比較的大きな建物としてあり、そのほかに6つの保健センターと27の保健ポストが県全域に散在している。

県保健局本部事務所は、グラナダ市内に位置し、平屋造りの一軒家である。そこに35人のスタッフが所狭しとデスクを構えており、部署間の敷居も明確に区切れないような状況である。週1回の課長会議や諮問機関との会議も局長室で行う状況で、参加人数が多い場合には病院や検査ラボラトリーの会議室を借りることになる。また、研修会のようにまとまった参加がある場合には、ホテルなどの会議室を賃借することになる。さらに、4つの市保健課に至っては、事務所と

いうより保健センター内にわずかなスペースを確保しているにすぎない。

県保健局では、本部事務所に隣接する2棟の保健局管轄の医薬品、資機材倉庫を整理し、そのうちの1棟を改修して、事務所の拡張、会議室や研修所の確保を計画しているが、その予算確保が困難な状況である。プロジェクトでは、この計画にのっとり、プロジェクト活動のためのスペースも確保するような処置をすべきである。

10 - 5 カウンターパート配置計画

プロジェクトのカウンターパートは、活動サイトであるグラナダ県の県保健局管轄の職員から選ばれることになっている。

全体の職員数は882人である。その内訳は、保健医療従事者を含む専門技術職が741人で全体の84%を占め、事務職が残り16%の141人である。882人のうち、一次レベルの保健医療施設、すなわち保健センターや保健ポストの従事者が450人(全体の51%)、グラナダ病院が422人(48%)、県保健局事務所員が35人(4%)、グラナダ県広域検査ラボラトリーが28人(3%)と、二次レベルの病院1か所に人材が集中している。

カウンターパートは、グラナダ県保健局事務所員や、各市保健課幹部を中心にその配置を計画することになるが、活動内容に応じて、特定施設の特定専門職員がカウンターパートともなり得るので、プロジェクトの責任者間で十分に調整をとりつつ、配置計画を進めるべきであろう。ちなみに、日本側のチーフアドバイザーの直接のカウンターパートは、グラナダ県保健局長であり、業務調整員の直接カウンターパートも県保健局職員のなかから任命されることになっている。

第 11 章 プロジェクト協力の基本計画

11 - 1 協力の方針

本プロジェクトの目的は、ニカラグア保健省の国家保健政策に沿ってグラナダ地域統合保健サービスシステム(SILAIS)を強化することであり、既に保健省において策定されている各種ガイドライン、基準を尊重しつつ、グラナダ県内の優先的保健問題に重点を置いて実施することとする。

プロジェクトの実施地域がグラナダ県内に限定されており、グラナダ県保健局長がニカラグア側における実質上のプロジェクト責任者となるが、二国間協力に関する先方政府の責任については、保健省保健サービス総局長が全体的な責任を負うこととする。この点については、本調査ミニッツにおいてプロジェクト実施体制として確認を行った。現在のところ、保健省(本省)内に日本人専門家が常駐する必要はないと考えられるが、今後プロジェクトの進捗に従って本省との交渉・協議の必要が生じた場合、必要に応じてコミュニケーションがとれる状況を確保することが必要である。

ニカラグアは一人当たり GNP が約 380 米ドル(1996 年)、政府の保健医療支出が一人当たり 20 米ドル未満(187.25 コルドバ)と中米・カリブ海地域でも極めて貧しい国であり、保健省においても人員の合理化や病院経営の改善等が進行中である。したがって、本プロジェクトの実施に際してカウンターパートとなる人員の増員を期待することは現実的ではないため、行政部門、一次医療部門とも現行人員の活動の効率化によって各種サービスの拡大、質の改善をめざすことになる。なお、グラナダ SILAIS では、プロジェクト実施に際して運転手と秘書の配置を要請しており、2001 年度予算(2001 年 1 月開始)以降に実施されることが期待される。

同様に、プロジェクト実施に際して施設整備、教材作成、研修実施等に係る予算措置も極めて困難な状況にあるため、ニカラグア側が現在自己予算で実施している活動を阻害せず、自助努力を損なわないことを念頭に入れつつも、ローカルコスト負担に配慮する必要がある。

11 - 2 協力の範囲と内容

上記のとおり、グラナダ県保健局管内における保健医療サービスの優先事項に対応して、人材研修・訓練、施設・機器整備、計画立案・運営管理・評価にかかわる活動、及び地域住民ボランティアの活動支援、健康教育活動等が具体的な活動内容となる。また、グラナダ県保健局からは特に機材保守管理に関する専門家の派遣と現地人材の研修を要望され、ミニッツに記載した。

なお、グラナダ県内には、グラナダ病院への個別専門家派遣、JOCV 派遣が実施されているほか、グラナダ市役所への環境衛生分野の JOCV 派遣等、関連の技術協力が進行中である。それら現在派遣中の専門家、JOCV との連携・協力を積極的に進めることとする。

11 - 3 投 入

(1) 専門家派遣計画

ニカラグア側からの要請に基づき、これまでに合意された専門家の分野は以下のとおりである。

長期専門家

チーフアドバイザー（プロジェクト・コ・ディレクター）

プロジェクト業務調整員（プロジェクトの運営・財務調整）

公衆衛生専門家

短期専門家

機材保守専門家

これ以外に、母子保健医療、健康教育、教材製作、媒介昆虫対策、学校保健、疫学等の専門家が必要になる可能性が高い。これら専門家の必要性については、PDM、活動計画(PO)等の具体化に伴って確定される。

なお、ニカラグア側からは専門家の要件として、西語に堪能なことを求められており、事実上英語の通訳をなし得るカウンターパートが存在しない。また、先方の専門家に対する便宜供与（事務所、秘書、運転手の提供）やカウンターパートの配置能力を勘案すると、長期専門家チームは少なくともプロジェクト開始時点には上記3名ないし4名程度とするのが適当だと考えられる。

(2) 機材供与

ニカラグア側から要請されている機材は以下のとおりであり、おおむね妥当な選択であると思われる。ただし、具体的な選定にあたっては、設置施設のスペースの有無や電気、水道等のインフラストラクチャー整備状況（特に電圧変動が大きいので注意を要する）、操作・使用する人材配置の有無を各施設ごとに確認する必要がある。

機材配布対象は、SILAIS 中央事務所、地区事務所、保健センター、保健ポスト等である。

ニカラグア側からは、現在保健省が一次医療施設が配備すべき医療機器リストの基準を策定中であり、供与される医療機材もこの基準に従って選定してほしいとの要望があったため、この旨をミニッツに記載した。

管理関連機器 車両、コンピューター

一次医療施設用機器

産科：診察台、滅菌器、体重計、血圧計、外科用器具等

小児科：新生児用体重計、身長計、血圧計、診察用ベッド等

視聴覚機器

拡声器、ビデオデッキ、OHP、白版、ビデオカメラ等

ベクター媒介感染症対策機器 噴霧器

無線通信機 保健ポスト、保健センター間通信用無線機

疫学システム機器 コンピューター、プリンター、ファックス

(3) カウンターパート研修

本邦におけるカウンターパート研修員の受入れは、年間2、3名とする。研修の内容は、地域保健行政、健康教育、疫学情報システム等に関するものが考えられる。西語の通訳付き研修とならざるを得ないため、本邦における研修は集団コース参加は不可能で、短期間の視察中心の研修とならざるを得ない。

今後の検討事項として、近隣諸国で実施中の第三国研修(メキシコ「リプロダクティブヘルス」等)への優先的参加、国別特設コース設置による西語による研修(地域保健行政、地域保健リーダー養成等)をプロジェクトと並行して実施することなどが考えられるので、JICA本部中南米部、在ニカラグア日本大使館等との連携が必要となる。

なお、保健省対外協力投資総局からは、保健省本省スタッフの研修参加についてもプロジェクトに含めるようコメントがあったので、プロジェクトに参加するカウンターパートである場合には検討の対象となる旨を回答した。

(4) ローカルコスト負担

プロジェクト活動を実施するうえで、以下の支援が必要だと考えられる。

1) 人材研修に必要な教室、実習室の建設に必要な経費(現地適用化事業費/施設等整備費、又は貧困国対策費)

現在の県保健局事務所及び各市保健課事務所のスペースは、スタッフの打合せを行うスペースを確保するのがやっとの状態で、セミナー、ワークショップ等は、ドナーの支援が得られた場合にはホテルの会議室を借り上げて実施している。またグラナダ病院には会議、教育用の部屋が一室あり、病院が使用していないときには借用可能であるが、地理的に離れていることもあって使い勝手が極めて悪い。

人材研修については、農村部の施設に勤務する人員の研修方法、研修場所等については今後効率的な方法を検討すべきであるが、参加型計画、モニタリング等にかかわるワークショップ開催を含めてSILAIS中央事務所で集会、セミナー、研修会を開催するとともに、教育用機器の盗難を防ぐための保管庫が必要である。

必要な施設の規模、建設コストは短期調査時に具体化する。土地はグラナダSILAISが提

供する。

ほかに、一次医療施設（保健ポスト等）のうち、一部施設において施設老朽化のために基本的なサービスが提供できないものについては、LDC 特別現地業務費による支援が望ましい。

2) 人材研修実施に必要な教材開発・作成費

これまでに多くのドナーによって各種の教材が作成されており、なかには現場での使用に必ずしも適さないものもあるが、小規模なパイロットプロジェクトでよい成果を収めたものもある。しかし、多くの場合、作成部数が限られているため、本来教材を使用すべき末端の保健医療施設スタッフ全員に配布できないままになっているものもあり、これら教材を見直し、必要なものについては簡易版として配布することが有効だと考えられる。また、地域社会のボランティアに対する教育教材や日々の業務ガイドラインも十分に供与されていない状況にあるため、これら教材を作成するための支援は人材育成のために必須だと思われる。

3) その他人材養成活動に必要な経費

グレナダ県は地理的には比較的まとまっているので、研修を受けるために長距離の旅行を必要とするスタッフは少ない。しかし、一部農村部からの参加者に対する交通費や外部講師招へいに伴う諸費用等については予算措置がされていないため、支援が必要であろう。

4) 住民参加に関する活動に必要な経費

プロジェクトにおける住民参加、ボランティアの活動活性化については、今後の計画策定を待たなければならないが、ベースライン調査、住民組織や現地 NGO と連携した普及活動等を実施する場合には、現地適用化事業費（現地適用化活動費）による支援が必要となる。

第12章 専門家の生活環境

12 - 1 グラナダ一般事情

プロジェクトの拠点となるグラナダ市は、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り、プロジェクト・サイトとなるグラナダ県の県庁所在地である。マナグアが首都になったのは中米でもいちばん最新の1858年であり、それまでは植民地時代行政の中心であったホンジュラス寄りのレオン市と双壁の関係にあったのが、コスタリカ寄りのグラナダ市である。1931年と1972年の大地震に見舞われ、そのたびに現代様式へと変貌せざるを得なかったマナグアに比べて、古都としての歴史と風格を有したグラナダはその外観も対照的な存在である。

グラナダは首都の南東約45kmに位置する。首都・グラナダ間は以前は鉄道が主な交通手段であったが、マナグア市の道路整備計画によって廃止された。これに代わって、中間に位置するマサヤ県を横切る幹線道路は車の急速な普及と並行して首都への通勤や商業線ともなっており、車で1時間以内といわれているマナグア・グラナダ間も朝夕には予測を上回るような交通渋滞が深刻化し、現在道路拡張工事が進行中である。首都方向とは逆のグラナダ東方には、琵琶湖の約11倍もの広大な面積のニカラグア湖が東西にコスタリカ国境まで広がっており、グラナダは古くからオルテペ島など大小310の島や対岸への水上交通の要所ともなっている。

グラナダ県の面積は1,039km²であり、このニカラグア湖の西岸に張り付いて南北に長いひょうたんの形をしている。グラナダ市はそのひょうたんのくびれに位置し、ひょうたん上部のマラカトーヤ地区、下部のナンダイメ市南方は、気温26～32℃、湿度平均77%の熱帯県のなかでも特に典型的な高温多湿地区であり、かつアクセスも悪い。またアクセス面では、湖上のサパテラ島をはじめ、小舟が交通手段となっている島々も県下には存在する。

12 - 2 グラナダ個別事情

(1) 治安状況

中米全体に急増する誘拐、殺人などの凶悪犯罪、ニカラグア北部山岳地帯における革命時の武器所有残党の政府軍との小競り合いや民間人に対する強窃盗や誘拐、更には内戦で埋設された地雷問題、マナグア市における少年ギャンググループ等による犯罪の凶悪化のなかで、グラナダは比較的安全であるといわれている。しかし、重要なのはこのような背景に囲まれていることと、それによって犯罪のソフトターゲットとなり得ることを常に心掛けることである。また、過去に甚大な被害を受けたマナグアのみならず、グラナダも世界有数の地震多発地帯の延長線上に位置していることだけでなく、首都を結ぶ幹線道路のすぐ近くにあるマサヤ火山は観光化されるほど現在も活動していることもあり、もし、幹線道路がこの火山活動によって遮断されることになれば、首都との交通に支障が起きることも留意すべき点である。

(2) 住宅事情

首都マナグアにおいては、1990年の政権交代以降、滞在する外国人の数が増え、これに呼応するようにホテルも増え、また住居についても次第にその市場ができつつある。しかしグラナダではこのような動きがなく、外国人旅行者のための20部屋程度のホテルが2つのほかに、規模の小さい宿が数軒あるにすぎない。一般の住居はすべてコロニアル風の平屋であり、大きなものは伝統的なパティオ(中庭)を囲む形の家屋となっている。いくつかの教会をはじめ、実際に植民地時代の建物も多く残っており、当国保守派の中心地であったことが街の外観からもうかがえる。このようななかで専門家は、住居についても不動産業者をとおして探すだけでなく、カウンターパートらの知人からも情報を入れてもらうべきであろう。専門家はニカラグア初のプロジェクト方式技術協力からの派遣であるため、ホテルを含めた住居の契約には先行派遣の調整員の意見を十分に取り入れるべきであろう。

(3) 食料事情

グラナダ市街地のほぼ中心に100年以上の歴史を有する中央市場があり、住民の食材供給源となっている。最近では比較的近代的な大型スーパーマーケットも1店舗オープンし、冷蔵食品なども入手できるようになった。グラナダを代表する伝統料理として豚皮の揚げ物とユカ芋の盛り合せのピゴロンが有名であり、そのほかにも隣接するニカラグア湖で獲れる淡水魚のグアポーテのフライは地元で勤められる料理である。

(4) 医療事情

特に義務づけられている予防接種はないが、念のため、狂犬病、破傷風、更に黄熱病の予防注射は受けておいた方がよい。また、ニカラグアでも有数のマラリアの発生地であるため、蚊避けの薬を常備するなどの工夫が必要である。グラナダ唯一の公立病院で、1998年に我が国の無償資金協力によって新築され機材も整備されたグラナダ病院が、グラナダ市外れの首都への幹線道路沿いにある。民間セクターをも含めて、設備的にも当地での限られた人材のなかで比較的専門医も多く配置されていることから、普段から健康相談ができる程度の人間関係をつくっておくべきであろう。

第13章 協議結果

最終的な協議の結果は付属資料1．協議議事録に取りまとめたとおりであり、基礎調査団派遣後に提出された当国の正式要請書に基づき、グラナダ県における統合保健サービスの地域システムの強化のために、一次医療サービスの質の向上、ベクター感染症対策の改善、コミュニティーレベルにおける保健教育の促進、特に女性と子どものケアに関してレファラル/カウンターレファラルシステムの効果的機能とグラナダ県保健局並びに市保健課における運営管理能力の向上が協力内容の中心となった。

以下は、両者が協議した「実施計画」を要約したものである。

- (1) 補足調査の実施と、ニカラグア側との合同でのプロジェクト計画の策定のために、日本側は短期調査を実施する。
- (2) プロジェクトの詳細な計画を双方の合意の下に策定するため、日本側は短期調査時にPCMの専門家を派遣し、ニカラグア関係者を交えてPCMワークショップを実施する。
- (3) 短期調査の結果を踏まえてプロジェクトの詳細について協議し、その結果を討議議事録(R/D)として取りまとめ、署名・交換するために、実施協議調査団を派遣する。
- (4) プロジェクト実施において、機材管理分野の技術移転についても考慮する。
- (5) 資機材供与計画においては、ニカラグア保健省が定める一次医療サービスのための機材ガイドラインを考慮する。
- (6) グラナダ県保健局、日本人専門家チーム及び保健省は、プロジェクトの技術評価を定期的
に実施する。

なお、専門家派遣計画、研修員受入計画及び資機材供与計画の詳細については、技術協力内容及び当国側の必要度に見合った計画に修正し、再度短期調査員によって協議されることとなった。

第 14 章 技術協力実施の妥当性

1999年4月の基礎調査で、地域保健プロジェクトの必要性については、既に確認されているところである。今回の調査では、現場であるグラナダ県保健局管内の、都市部や農村部の保健センターや保健ポスト、また、カサ・バセやNGOを訪問した。

ニカラグアは一人当たりGNPが、380米ドル(1996年)と極めて貧しい国であるが、同程度から1,000米ドル程度までの国と比較しても、施設や人材面で遜色がない。施設も絶対数は不足しているが、建物の維持に努力していることがうかがわれた。機材も他のドナーの援助が大きいものの、そこそこ存在している。医薬品はワクチンを自前で購入しているのをはじめ、不足がちではあるが最低限、確保する努力がなされている。人材も医師が少なからず確保されている。ただし、医師は卒後1年間は地方の公的機関に勤務することが義務づけられており、そのような若い医師を含めてのことである。この意味で、一次医療面においては、その潜在的能力は大きく、我が国の無償資金協力で新築されたグラナダ病院から、二次医療機関としての協力も考慮に入れて、技術協力があれば、この潜在能力は容易に顕在化されよう。例えば、この程度の経済開発水準の国にはめずらしく、保健所レベルでも歯科医が常駐しているが、機材がほとんどなく、抜歯をしているにすぎない。総じて、医療従事者の研修、不足している機材の供与、レファラルシステムの完備等の技術協力は可能であり、効果的かつ効率的であろう。

一方、住民参加活動は、特に農村部については、貧困であるために簡単ではないことが想定される。住民と医療従事者の乖離が大きいといえよう。また、保健省の政策が医療中心であることも影響している。例えば、産科では産科医による施設分娩を進めており、グラナダ保健局管内で6割と推定されているが、これは比較的高い数値である。しかし、残りはパルテラ(伝統的助産婦)によるものであり、問題が大きい。アジア諸国であると、教育年限は短いにしても、地域に居住する助産婦が出産介助をする。したがって、ハイリスクの妊婦でなければ、自宅分娩でも問題は小さい。保健ポストに勤務する看護婦や準看護婦も、都市部では地域に居住している者の勤務が推奨されているようであるが、農村部では通勤してくる者であり、雨期には通勤が困難な地区も多い。

EPIでは、農村部においては巡回チームが一軒ずつ訪問して実施しているという。また、準看護婦は保健ポストに来ない家庭を定期的に訪問している。これは、行政側が積極的であることを示してはいる。しかし、交通が不便で来所が困難であるという事情はあるにせよ、住民側の意識の低さの表れでもあろう。これまで、ブリガディスタ、コルボル、カサ・バセ、パルテラを育成しようとしてきたが、ドナーがそれぞれ独自に行ったり、散発的であったりした。組織的な統一のとれた育成の必要がある。また、健康教育として学校保健を始めている。これらは、現在のところ活動水準が低いといえるが、技術協力の拠点となるべきものであり、住民参加活動の芽は

出ているといえる。したがって、一次医療の協力を先行しつつ、住民へ技術協力への理解が浸透してきたら、住民参加活動に重点を移行していくのも、一方法かと思われる。NGOについては、USAIDの支援を受けているもの、独自のもの、女性を対象とするもの、子どもを対象とするものなど様々あるが、SILAISと協力関係にある。有力な者がおり、そこと連携した活動も有望である。

地域保健の水準向上のための努力は、地域住民のエンパワーメントと、地域保健行政側の支援の双方が大切である。本プロジェクトは、行政側が比較的整備されているのを利用しつつ、地域住民の保健に関するエンパワーメントを追求するという基本戦略に立つのが妥当であると考え。

第 15 章 協力にあたっての留意事項

ニカラグアでは各分野を通じて、プロジェクト方式技術協力は初めてである。同国保健省は、ローカルコスト負担について、努力することを約束している。可能な限り我が国のプロジェクト方式技術協力の実施方法の理解を得て、実施すべきである。例えば、日本人専門家とカウンターパートとの共同プロジェクトであることは、活動が開始されれば実態に即して理解されていくことであるが、他のドナーとの相違点であり、円滑なプロジェクトの立ち上げのためには、繰り返し説明が必要である。

グラナダ県保健局管内の 4 市全域を対象にしてほしいという強い要請があった。これは今までのドナーの協力が一部を対象にした、散發的なものであったことからきてもいるが、貧困ゆえに他との比較をいつもしていることにもよるであろう。地域によって実施が容易な地域と困難な地域があるが、できるだけ成果が同じにできるよう、投入の配分を考慮することは大切であろう。

選挙のたびに地方の保健行政の幹部が異動するとのことである。サステナビリティを考慮すると、中堅以下に投入の重点を置いた方がよいであろう。また、住民参加活動はそのような人事異動に影響を受けにくいので、その点からも推進すべきである。専門家も家族の事情等がなければグラナダに居住すべきである。

グラナダの成果を保健省を通じて全国に普及させることは、地域保健の性格上困難であるが、保健省への広報や他のドナーとの連携は積極的に行うべきである。また、草の根無償資金協力、現地国内研修などを通じて、グラナダの範囲をある程度越えた普及を図ることはできよう。

中央集権であり、地方分権化が進められているとはいえ、地方局への権限移譲であり、地方自治体への権限移管ではない。この点で、地方政治に巻き込まれるおそれは少ないが、一方、町長等の理解が必要な住民参加活動について、アドボカシーが必要となろう。

マチズム、カトリックの影響、祈祷治療師が多いことなど、伝統文化に配慮する必要がある。また女性に対する家庭内での暴力が多いという報告がある。ジェンダーや貧困をクロスカッティング・イシューとして留意せざるを得ないであろう。例えば、行政機関内で男性の長がいる場合、指導力をマチズムで発揮しているが、その根回しは次長等の女性が実権を握っている場合がある。このようなラテン系の権力構造を分析する必要がある。

第16章 提 言

- (1) グラナダ県保健局事務所内には、日本人専門家用のスペースと研修室がない。プロジェクト基盤整備費等により、早急に整備する必要がある。
- (2) グラナダ病院は、プロジェクトの実施機関ではなく、協力機関である。病院への個別派遣専門家の現在の任務は病院管理であるが、機材保守の専門家が望ましい。JOCV 隊員は病院へ派遣されてルーティンワークに組み込まれているが、プロジェクト方式技術協力と連携するのであれば、保健所及び NGO への派遣が望ましい。
- (3) 見返り資金、草の根無償資金協力等、他のスキームとの連携を検討すべきであり、日本大使館との緊密な連絡が必要である。
- (4) プロジェクト立ち上げ当初は、少数の長期専門家と多数の短期専門家の組み合わせが望ましく、住民健康教育活動等の進展に伴い、長期専門家を逡増させる。
- (5) 長期専門家は西語の習得に努力する必要がある。この点からも、長期専門家は可能な限り、任期を延長すべきである。