

ボリヴィア共和国プロジェクト形成調査 (保健医療分野) 報告書

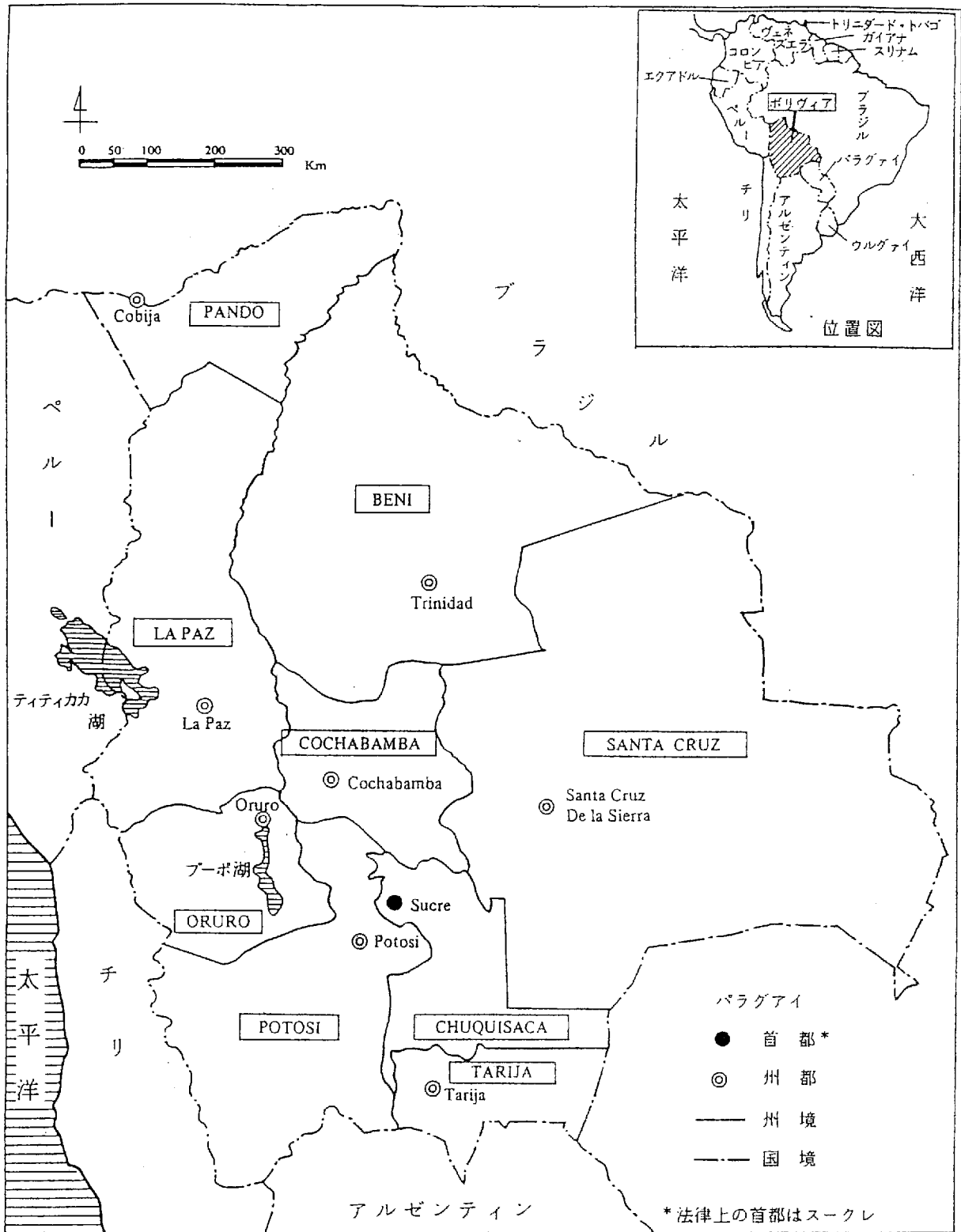
平成14年11月
(2002年)

国際協力事業団
中南米部

地 三 南
CR(3)
02-18

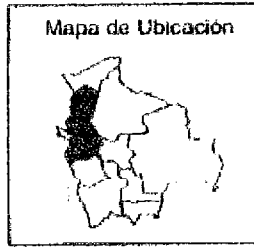
地図

ボリヴィア行政区分図

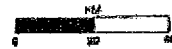
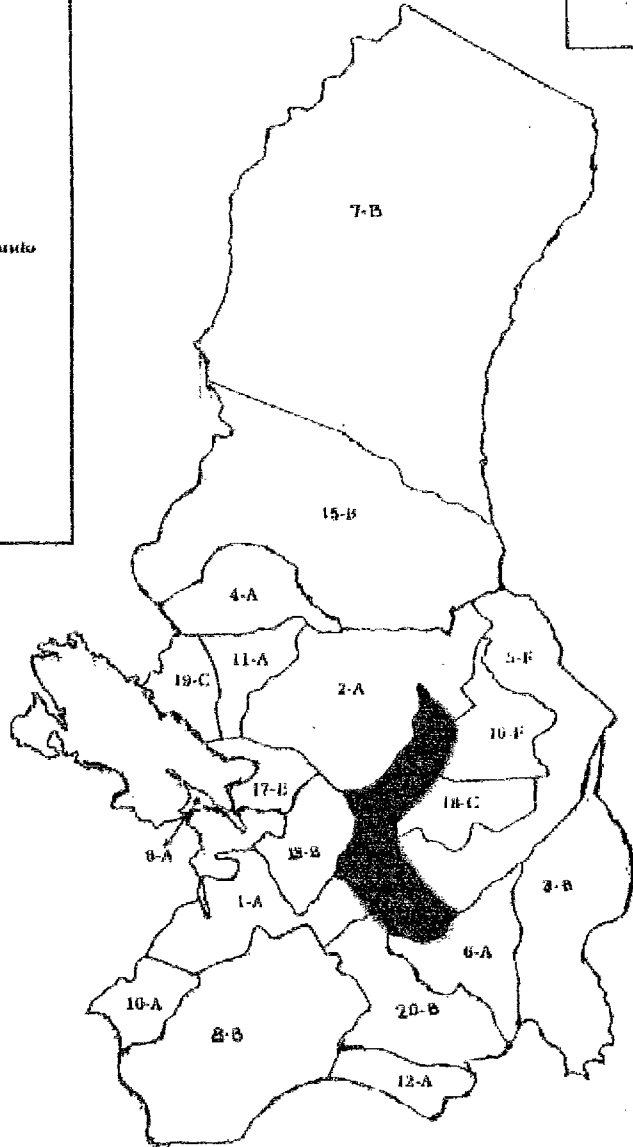


但し、行政、経済、社会的にラパスが事実上の首都となっている。

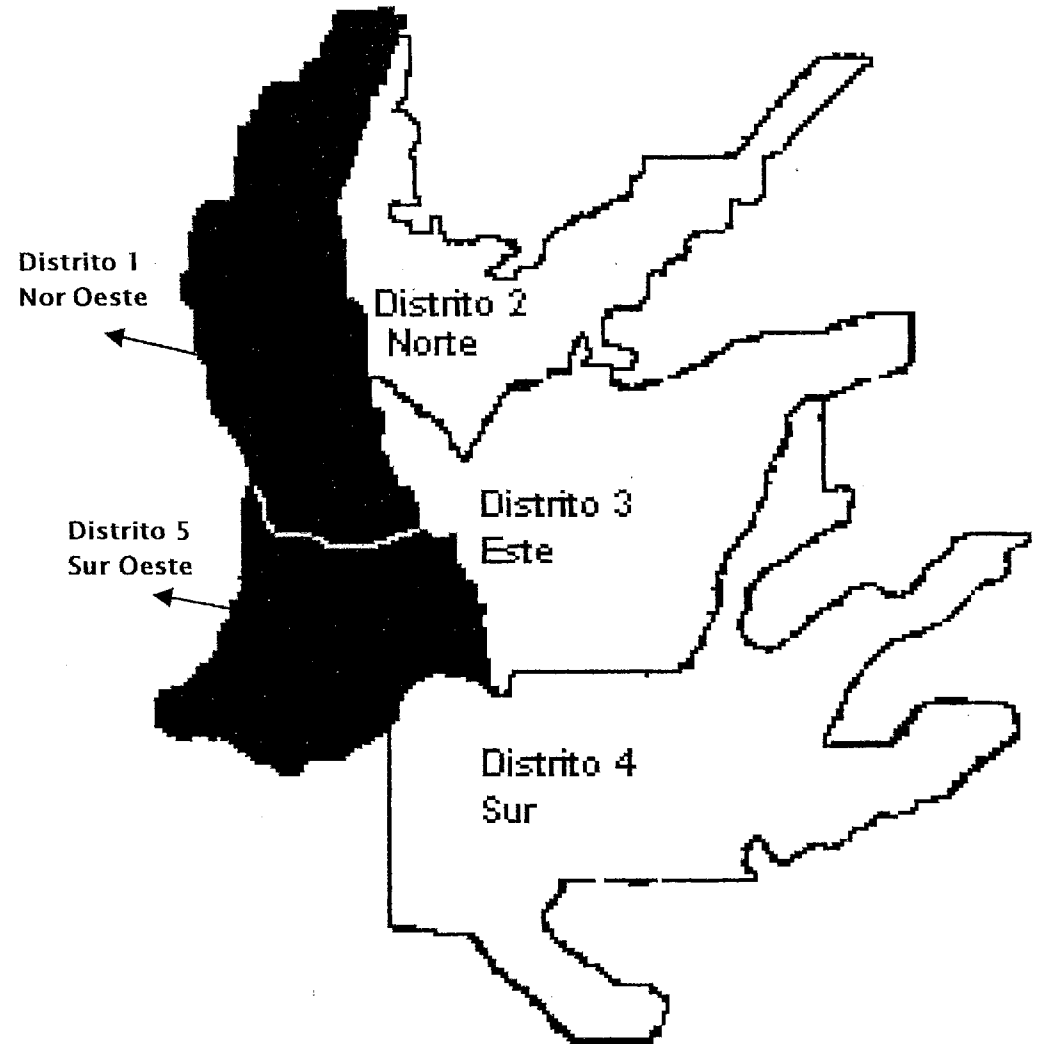
ラパス県
LA PAZ



- DEPARTAMENTO DE LA PAZ
- 1-A Ingavi
 - 2-A Tarabaja
 - 3-B Itiquivi
 - 4-A Bautista Saavedra
 - 5-E Sur Yungas
 - 6-A Esaya
 - 7-B Abel Iturralde
 - 8-B Pacajes
 - 9-A Muro K'apac
 - 10-A Gral. José Manuel Pando
 - 11-A Muñecas
 - 12-A Gualberto Villarroel
 - 13-B Las Andes
 - 14-C Morillo
 - 15-B Franz Tamayo
 - 16-F Curumavi
 - 17-E Umanuyas
 - 18-C Nor Yungas
 - 19-C Camacho
 - 20-B Aroma



ラパス市保健管区



略 語 表

英語 日本語

略 語	英 語	日 本 語
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ARI	Acute Respiratory Infection	急性呼吸器感染症
BHN	Basic Human Needs	基礎的生活分野
CDF	Comprehensive Development Framework	国際協力の新しい枠組み
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
DfID	Department for International Development	英国国際開発省
DHS	Demographic Health Study	人口統計・保健医療調査
DPT	Diphtheria, Pertussis and Tetanus	三種混合ワクチン（ジフテリア、百日咳、破傷風）
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大プログラム
EU	European Union	欧州連合
FPS		ボリビア国社会投資基金
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GIS	Geographical Information System	地理的情報システム
GNP	Gross National Product	国民総生産
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (独語)	ドイツ技術協力公社
HDI	Human Development Indicator (UNDP)	人間開発指数
HIPC	Heavily Indebted Poor Country	重債務貧困国
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IDA	International Development Association	国際開発協会
IDB	Inter-American Development Bank	米州開発銀行
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
IMCI	Integrated Management of Children Illness	子どもの病気の統合的管理
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
IMR	Infant Mortality Rate	乳幼児死亡率
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
JPO	Junior Professional Officer	ジュニア専門員
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (独語)	ドイツ復興金融金庫
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MMR	Measles Mumps and Rubella Combined Vaccine	三種混合ワクチン(麻疹、流行性耳下腺炎、風疹)
NGO	Non-Government Organization	非政府機関
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助

略 語	英 語	日本語
OPV	Oral Polio Vaccine	経口ポリオワクチン
ORT	Oral Rehydration Therapy	経口補水療法
PAHO		米州保健機構
PDD		開発計画書
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルス・ケア
PRSP	Poverty Reproductive Strategy Paper	貧困削減戦略ペーパー
STD	Sexually Transmitted Diseases	性感染症
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的助産婦
TRR	Total Rertility Rate	合計特殊出生率
UNDP	United Nations Development Programmes	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WFP	World Food Programme	世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WID	Women in Development	開発と女性

スペイン語 日本語

略 語	スペイン	日本語
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la infancia	子どもの病気の統合的管理
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	米州開発銀行
BRISAS	Brigada de Servicio Aambolante de Salud	巡回医療チーム
CG	Consultative Group	顧問グループ
CNS	Caja Nacional de Salud	国家健康保険基金
CS	Centro de Salud	保健センター
DUF	Directorio Unico de Fondos	総括基金
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	人口・保健調査
ETS	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	性感染症
EXTENSA		国の基礎健康保険を拡大するプロジェクト
FIS	Fondo de Inversión Social	社会投資基金
INE	Instituto Nacional de Estadísticas	国立統計院
INSS	Instituto Nacional de Seguro Salud	社会保険庁
MPSSP	Ministerio de Previsión Social y Salud Pública	保健年金省
OMS	Organización Mundial de la Salud	世界保健機構
OPS	Organización Panamericana de la Salud	米州保健機構
OTB	Organizaciones Territoriales de Base	地域基礎共同体
PAI	Programa Ampliado de Inmunización	予防接種拡大プログラム
POA	Programa Operativo Annual	年間活動計画
PROCOSI	Programa de Coordinación en Salud Integral	保健医療 NGO のネットワーク / コーディネーションプログラム
PROSIN	Programa en Salud Integral	保健総合プロジェクト
PROSALUD	Protección a la Salud	保健保護団体
PS	Puesto de Salud	診療所
SBS		基礎健康保険
SEDES	Servicio Departamental de Salud	保健作業局
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Acquirida	後天性免疫不全症候群
SNIS	Subsistema Nacional de Información en Salud	国家保健情報サブシステム

目 次

地 図
写 真
略語表

第1章 調査の概要	1
1 - 1 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団の構成	2
1 - 3 調査日程	2
1 - 4 面談者リスト	4
1 - 5 一般概要	8
1 - 5 - 1 地理・民族・宗教	8
1 - 5 - 2 政治・行政・経済・産業	9
1 - 5 - 3 インフラ・貧困率・教育	9
第2章 保健医療分野の現状	12
2 - 1 保健医療分野の現状と課題（概要）	12
2 - 1 - 1 保健医療行政及び国家保健政策	12
2 - 1 - 2 ラパス県の保健医療サービス供給体制の現状	13
2 - 1 - 3 その他	13
2 - 2 保健医療行政、保健予算及び保健政策	14
2 - 2 - 1 中央保健医療行政	14
2 - 2 - 2 地方の保健医療行政	14
2 - 2 - 3 保健予算	16
2 - 2 - 4 保健セクターにおける保健政策	16
2 - 3 保健医療サービス供給の現状	19
2 - 3 - 1 保健医療施設の分布及びレファラル体制	19
2 - 3 - 2 ラパス県の医療施設の分布及びレファラル体制	21
2 - 3 - 3 医療従事者の分布	22
2 - 3 - 4 ラパス県の医療従事者の分布	23
2 - 4 母子保健分野の現状	23
2 - 4 - 1 母子の健康状況	23

2 - 4 - 2	母子保健プログラム	24
2 - 5	人口・保健医療データ	26
2 - 5 - 1	人口、出生及び死亡	26
2 - 5 - 2	保健の概況	28
2 - 5 - 3	主な疾病構造	31
第3章	現地踏査結果の概要	32
3 - 1	行政機関及び医療施設の概要	32
3 - 1 - 1	保健年金省との協議内容	32
3 - 1 - 2	ラパス県	33
3 - 1 - 3	サンタクルス県	36
3 - 1 - 4	コチャバンバ県	37
3 - 2	第1、第5保健管区での調査結果	39
3 - 2 - 1	ラパス市、第1、第5保健管区のそれぞれの特徴	39
3 - 2 - 2	保健管区別第一次レベルの公共医療施設の現況	42
3 - 3	その他の保健管区の特徴	44
第4章	保健医療分野における援助動向	46
4 - 1	概要	46
4 - 2	国際機関による協力の実績と動向	47
4 - 2 - 1	世界銀行	47
4 - 2 - 2	米州開発銀行（IDB）	47
4 - 2 - 3	国連人口基金（UNFPA）.....	48
4 - 2 - 4	国連児童基金（UNICEF）	49
4 - 2 - 5	WHO、OPS / PAHO（世界保健機構 / 米州保健機構）	50
4 - 3	二国間協力の実績と動向	51
4 - 3 - 1	米国国際開発庁（USAID）.....	51
4 - 3 - 2	日本	53
4 - 3 - 3	オランダ	53
4 - 3 - 4	英国国際開発省（DfID）.....	54
4 - 3 - 5	ベルギー	54
4 - 3 - 6	カナダ国際開発庁（CIDA）	54

4 - 4	NGO による協力の実績と動向	54
4 - 4 - 1	Population Concern (PC).....	54
4 - 4 - 2	PROCOSI	56
4 - 4 - 3	Pro Mujer (エルアルト市の NGO)	56
4 - 4 - 4	出産のヒューマニゼーションに関する NGO	58
4 - 4 - 5	第一次レベル保健・医療を提供する NGO	59
4 - 4 - 6	その他の NGO	61
第5章	今後の我が国の協力の可能性	62
5 - 1	我が国の協力の基本的方向性	62
5 - 2	協力案	63
5 - 2 - 1	問題点の整理	63
5 - 2 - 2	協力ニーズの特定	68
5 - 2 - 3	協力枠組み	69
5 - 2 - 4	協力案件概要及びスケジュール	70
5 - 2 - 5	今後のスケジュール	78
5 - 3	協力にあたっての留意事項	78
付属資料		
1 .	第1回ワークショップ記録	81
2 .	第1、第5保健管区調査結果	83
3 .	現地収集資料リスト	95
4 .	議事録	97
5 .	質問票	111

第 1 章 調査の概要

1 - 1 調査団派遣の経緯と目的

ボリヴィア共和国（以下、「ボリヴィア」と記す）では、近年、保健サービス状況や公衆衛生水準は改善されているものの、まだ全般的に低く、特に貧困層の衛生状態や地方の医療体制の未整備が問題となっている。

保健医療に関する指標を見ると、ボリヴィアの状況は、ラテンアメリカ及びカリブ海諸国の平均よりも劣っている。特に母子保健状況は悪く、妊産婦死亡率（MMR）は出生 1,000 人当たり 390 人（出所：World Bank “ World Development Indicators 2000 ”）と高くなっており、また乳幼児死亡率（IMR）も 1,000 人当たり 82.8 人（出所：同上）と高い。保健年金省の 1999 年統計における人口 1 万人当たりの医師数は 3.3 人、看護師数は 1.4 人でラテンアメリカとカリブ海諸国の平均をかなり下回っている。

一方、ボリヴィア政府としては、1983 年に第一次医療機関となる保健所の創設を開始し、その後、保健医療セクターの構造改革、第二次及び三次医療・母子保健・地域医療の強化を実施してきているところである。また、2001 年 6 月には、世界銀行、国際通貨基金（IMF）理事会で承認された貧困削減のための戦略指針である貧困削減戦略ペーパー（PRSP）において、保健医療セクターが「貧困層の能力向上」のなかで位置づけられており、「医療条件とアクセスの改善」が目標にあげられ、特に医療サービス網の拡充については、喫緊の課題とされている。

我が国は、これまで伝統的に医療組織強化の分野に、その主要な協力を行ってきた。なかでも、特に第二次及び第三次医療の拠点づくりを行ってきた。これらの協力は十分な効果を発揮しているが、患者の集中により第一次医療レベルの診療も行っており、高度医療の機能を十分に果たせない現状にある。2001 年度国別事業評価において指摘されているように、今後は、妊産可能年齢の女性と子どもに焦点を当て、更に患者の分散や適正な診療を行うことを目的にして、これら拠点を活用したネットワークづくりを行う必要がある。

このような背景の下、我が国のこれまでの協力実績を踏まえ、他ドナーの動向も注視しつつ、MMR などの改善に視点を置いた母子保健にかかわる医療ネットワークモデルを形成することを目的とする。

1 - 2 調査団の構成

担当	氏名	所属
統括/団長	鈴木 達男	国際協力事業団中南米部南米課 課長
保健医療計画	建野 正毅	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力第一課 課長
国民参加推進	三牧 純子	国際協力事業団青年海外協力隊事務局 海外第二課
母子保健	小貫 大輔	NGO (チルドレンズ・リソース・インターナショナル: CRI)
地域医療	渡慶次重美	国際環境科学研究所
協力計画	吉田 憲	国際協力事業団中南米部 南米課

1 - 3 調査日程

2002年9月12日(木)～10月15日(火)

日順	月日	曜日	活動内容			
			総括/保健医療計画/国民参加推進	母子保健	地域医療	協力計画
1	9月12日	木				19:00 成田発 (JL048)
2	9月13日	金				13:10 ラパス着 (RG8880)
3	9月14日	土				10:00～14:00 JICA ボリヴィア事務所打合せ
4	9月15日	日				資料整理
5	9月16日	月	19:00 成田発 (RG8837)			10:00～12:00 JICA ボリヴィア事務所打合せ (調査方針について)
6	9月17日	火	13:10 ラパス着 (RG8880)			
7	9月18日	水	9:30 保健年金省計画局長との打合せ 14:00 JICA ボリヴィア事務所打合せ 15:30 ラパス県保健作業局との協議 (ラパス県での技術協力プロジェクトについて) 17:00 在ボリヴィア日本国大使館表敬 (経協班) 19:00 安藤青年海外協力隊 (JOCV) 隊員 (助産師) との打合せ (於: JICA ボリヴィア事務所)			
			10:00 NGO (Population Concern) との協議 (第1・第5保健管区での活動に関する情報入手及びラパス県での技術協力プロジェクトに関する意見交換) 11:00 ラパス市第5保健管区視察 (コタウマ母子病院及び周辺保健所等) 15:00 ラパス市第1保健管区視察 (第1管区病院及び周辺保健所等、草の根無償サイト含む)			
9	9月20日	金	7:00 ラパス発～8:00 サンタクルス着 (LB931) 10:00 サンタクルス県保健作業局長表敬訪問 10:30～12:00 「サンタクルス地域保健ネットワーク強化プロジェクト」意見交換 15:30 ワルネス郡保健局との協議 19:00 宮越 (看護師)・宮沢 (保健師) 両 JOCV 隊員との打合せ			
10	9月21日	土	資料整理			
11	9月22日	日	12:50 サンタクルス発～13:35 コチャバンバ着 (LB928)			
12	9月23日	月	10:00 公衆衛生専門学校機材供与式 (永井 JICA ボリヴィア事務所長、鈴木 団長出席) 他団員は団内打合せ 15:00 保健作業局、国連人口基金 (UNFPA)、公衆衛生学校、大学との意見交換 (「コチャバンバ母子医療システム計画」を参考としたネットワーク化について)			
13	9月24日	火	15:00 プロムヘル (エルアルト市の NGO) での打合せ [池田 JOCV 隊員 (看護師) の活動報告も含む]			
14	9月25日	水	10:00～12:00 米国国際開発庁 (USAID) と日米合同プロジェクト形式に関する協議 14:30～16:30 保健年金省での協議 (外国協力課長 Dr.Victor Calderon)			

日順	月 日	曜日	活動内容			
			総括 / 保健医療計画 / 国民参加推進	母子保健	地域医療	協力計画
15	9月26日	木	14:00 ~ 17:00 ワークショップ【対象者:保健年金省 (Viceministro)、保健作業局、全ドナー及び NGO 等、 於: アウディトリオ、テーマ: 調査団による結果報告及び意見交換】			
16	9月27日	金	9:00 ~ 10:00 大蔵省 (VIPFE) 報告 10:30 ~ 12:00 JICA ボリヴィア事務所打合せ 13:55 建野団員ラパス発 (RG8881) 15:00 ~ 16:00 在ボリヴィア日本国大使館報告 (参事官)			
17	9月28日	土	10:00 ~ 12:00 JICA ボリヴィ ア事務所との協議 13:00 三牧団員ラパス発	NGO 協議		10:00 ~ 12:00 JICA ボリ ヴィア事務所との協議
18	9月29日	日	13:55 鈴木団長ラパス発	資料整理		13:55 ラパス発
19	9月30日	月		ドナー協議		
20	10月1日	火	12:50 鈴木団長成田着	USAID		12:50 成田着
21	10月2日	水		14:00 ~ 17:00 ワークショップ(テーマ:ラパス 県における新プロジェクトについて)		
22	10月3日	木		第5保健管区現地調査		
23	10月4日	金		第5保健管区現地調査		
24	10月5日	土		13:55 ラパス発	第5保健管区現地調査	
25	10月6日	日		SP 保健作業局との協議	資料整理日	
26	10月7日	月		SP 発	ドナー協議	
27	10月8日	火			第1保健管区現地調査	
28	10月9日	水		成田着	第1保健管区現地調査	
29	10月10日	木			第1保健管区現地調査	
30	10月11日	金			10:00 ~ 12:00 保健年 金省との協議 14:30 ~ 15:30 JICA ボ リヴィア事務所報告 16:30 ~ 17:30 在ボリヴィ ア日本国大使館報告	
31	10月12日	土			第1保健管区現地調 査・資料整理	
32	10月13日	日			13:55 ラパス発 (RG8881)	
33	10月14日	月				
34	10月15日	火			成田着	

1 - 4 面談者リスト

ボリヴィア側

大蔵省	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Mr. Victor Hugo Bacarreza ・ Ms. Maria Eugenia Jurada ・ Ms. Ximena Ostria 	<ul style="list-style-type: none"> 対外融資総局長 対外融資局日本担当 対外融資局書記官（保健担当）
保健年金省	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. Javier Orozco Merisalde ・ Dr. Cristian Fuentes ・ Dr. M.Teresa Siles ・ Dr. Victor Calderon ・ Dr. Roger Tapia 	<ul style="list-style-type: none"> 計画局長 公共保険・保健総局長 SNIS（国家保健情報サブシステム）課長 外国協力課長 基礎保険課
ラパス県保健作業局（SEDES）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. Beatriz Peinado ・ Dr. Johnny Mollinedo Viveros ・ Dr. Wilfredo Pasten Girona 	<ul style="list-style-type: none"> 保健作業局長 秘書官 保健担当
ラパス市市役所	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. Carlos Hurtado ・ Dr. Ignacio Cabellero T. ・ Mr. Jose Omar Mendaz M. ・ Mr. Edgar Torrez 	<ul style="list-style-type: none"> 助 役 保健担当 保健担当 教育担当
ラパス市チャスキパンパ地区シアセ診療所	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. Miguel Alay ・ Mr. Alfred Barrientos 	<ul style="list-style-type: none"> 院 長 事務長
ラパス市サン・カリスト大衆給食総合センター	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Ms. Cristina del Carpio 	<ul style="list-style-type: none"> 事務長代理
ラパス市第1保健管区	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. Rosse Mary Yopanqui ・ Mr. Santos Paz Velasquez ・ Mr. Rodolfo Jimenez M. ・ Mr. Armando Claros ・ Mr. Alfredo Andrade ・ Mr. Maria Eugenia Mayta ・ Dr. Carlos Barboza ・ Dr. Abel Melgarejo Trujillo ・ Dr. Maria del Carmen Medrano M. ・ Dr. Elizabeth Caros ・ Dr. Fernando Zapata Diez ・ Ms. Elsa Alarcon 	<ul style="list-style-type: none"> 第1保健管区長 事務長 教育・調査長 医学協力長 主任医師 主任看護師 地区病院ラパス院長 CS(保健センター)Materno Infantil Chamoco Chico 医師 同 CS 医師 CS Munaypata 医師 CS La Portada 医師 同 CS 看護師

ラパス市第 1 保健管区	
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Raul Esobar L. • Ms. Lucrecia Popa Mamani • Dr. Andres Laura R. • Ms. Susana Lanavi • Dr. Edqay Echenque Mirande • Dr. Ana C.Gamarra Hurfado • Dr. Gomez Miranda • Dr. Rosmary Seujiwai • Dr. Aydee Campero B. 	CS El Tejar 医師 同 CS 看護師 CS Chijini 医師 同 CS 准看護師 CS Panticirca 医師 同 CS 歯科医師 CS Ciudadela 医師 CS Said 医師 CS J.Pinto 医師
ラパス市第 2 保健管区	
<ul style="list-style-type: none"> • Mr. Alfred Andrade • Dr. Franz Concharti Munoz 	第 2 保健管区医師 ラパス市女性病院産科医師
ラパス市第 5 保健管区	
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Victor Jimenez A. • Dr. Angel Saavedra Lopez • Dr. Alvin Valencia Alzicm • Ms. Adelaida Callejas • Dr. Hortencia Orellana J. • Dr. Roberto Diaz • Dr. Ramaro Mamanl Callisaya • Dr. Julio R. Rollano Leño • Dr. Monoraia Guirin • Dr. Marca Del Carmanossio T. • Dr. Llizabeth Castro Pena • Dr. Edqar Guillermo Merlo • Dr. Flienou Tarque M. 	第 5 保健管区長 CS Materno Infantil Tembladerani 医師 CS Materno Infantil Villa Nueva Potosi 医師 同 CS 婦長 CS Bajo Tacogua 医師 CS Llojeta 医師 CS Pasankery 医師 CS Cotauma 医師 CS La Gruta 医師 CS Alcoreza 医師 CS Nino Kollo 医師 CS Biblioteca 医師 CS Bajo San Pedro 医師
サンタクルス県保健作業局 (SEDES)	
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Erwin Saucedo 	県保健作業局局長
サンタクルス県ワルネス郡	
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Shirley Cerriadas W. • Mr. Juan Marcos Tardaya M. • Ms. Flora Tanecara R. • Ms. Hilda Quino P. 	郡保健局長 区保健局長 看護師 看護師
コチャバンバ県母子医療システム計画関係者	
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Moises Martinez Z. • Ms. Rosario Zambrana P. • Dr. Gaston Osorio Q. • Dr. Angel Maida Terceros • Dr. Jimmy Montaña 	公衆衛生学校校長 公衆衛生学校講師 ヘルマンウルキジ母子病院事務長 ヘルマンウルキジ母子病院院長 ヘルマンウルキジ母子病院医師

コチャバンバ県母子医療システム計画関係者	
<ul style="list-style-type: none"> • Mr. Jenny G. Almanza Arandia • Dr. Walter Salines Argandoña • Dr. Antonio Espada Teran • Dr. Freddy Gumucio • Mr. Edgar Arduz • Dr. Cresencio Fuentes Arze • Dr. Ruth Carvalio S. 	<ul style="list-style-type: none"> アルカレディア市市長 オルシンキ医学大学 オルシンキ医学大学 コチャバンバ県 SEDES 局長 SEDES 計画企画長 コチャバンバ市健康・教育局長 コチャバンバ CS 医師

援助機関・NGO

国連人口基金 (UNFPA)	
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Pedro Pablo Villanueva • Dr. Daniel Lopez Arteché 	<ul style="list-style-type: none"> 代 表 プログラム担当
米国国際開発庁 (USAID)	
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Jorge Velasco W. • Dr. Susan K. Brems • Ms. Sonia Aranibar 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機材、活動コーディネーター 副所長 協力プログラムコーディネーター
国連児童基金 (UNICEF)	
<ul style="list-style-type: none"> • Ms. Magaly de Yale 	<ul style="list-style-type: none"> 保健・栄養担当
保健医療 NGO のネットワーク / コーディネーションプログラム (PROCOSI)	
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Roger J. Dupuis • Dr. Jose Ignacio Carreno A. 	<ul style="list-style-type: none"> 局 長 技術部門責任者
PC (Population Concern)	
<ul style="list-style-type: none"> • Ms. Emme Donlan • Mr. Nery Humberto Ortega • Ms. Magali Terrazas • Ms. Irene Dibbits 	<ul style="list-style-type: none"> アンデス地域のプログラム責任者 ボリヴィア・コーディネーター 調査員 (trab. social) 教育家、保健に関するコーディネーター
プロムヘル	
<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Maria luisa Rea Machado • Dr. Mariel Floras • Dr. Sandra Villareal • Ms. Maria Lopez • Ms. Saiko Chiba Cornale 	<ul style="list-style-type: none"> 1 地区の区長 医 師 医 師 調整員 コンサルタント
TAHIPAMU	
<ul style="list-style-type: none"> • Mr. Ineke Dibbits 	<ul style="list-style-type: none"> 所 長
CSUTCB (Confederacion Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia)	
<ul style="list-style-type: none"> • Ms. Alicia Aliago Yana 	<ul style="list-style-type: none"> 技術責任者
CIES	
<ul style="list-style-type: none"> • Mr. Alfrdo Machicao • Mr. Pilar Laserna 	<ul style="list-style-type: none"> 技術部門長 (エルアルト) プログラム調整長

PROSALUD (Protección a la Salud)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Ms. Maria Julia Carasco ・ Ms. Cintia Paredes 	医療サービス調整 准看護師
CSRA (Consejo de Salud Rural Andino)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Mr. Nathan Robison Carttar ・ Ms. Maria Elena Ferrel Zelada 	所 長 技術責任者
Sociedad Catolica de San Jose	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Ms. Monica Zalles Flossbach ・ Dr. Pedro Paredes ・ Ms. Aida Maman ・ Mr. Fidel Canasas ・ Mr. Jaquelinne Roma 	所 長 医 師 看護師 Alpacoma の所長 La lomas の所長
IICA (Instituto de Lapua y Cultura Ayuara)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Mr. Denise Armoid 	技術責任者
Centro Comunal EL Carmen	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Dr. Maria Amparo Carvajai ・ Dr. Denise Arnold 	創設責任者 医 師

日本側

在ボリヴィア日本国大使館	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 佐々木 肇 ・ 水口 尚恵 ・ 桃井 拓真 ・ 小野 孝幸 	大 使 二等書記官 二等書記官 二等書記官
JICA ボリヴィア事務所	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 永井 和夫 ・ 前田 英男 ・ 佐藤 真司 ・ 山本 裕子 ・ 杉野 美礼 ・ 吉田 充夫 ・ Dr. Guido H. Monasterio 	所 長 次 長 職 員 調整員 医療調整員 企画調査員 在外専門調整員 (前保健年金省計画局長)
JICA ボリヴィア事務所サンタクルス支所	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 中嶋 敏博 	副主任
サンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 明石 秀親 	チーフアドバイザー

青年海外協力隊	
・安藤 みか ・池田 さくら ・宮越 幸代 ・宮沢 多恵子 ・下田 敬子	助産師、ラパス県ロスアンデス郡アユニブカラニ病院所属 看護師、ラパス県エルアルト市プロムヘル所属 看護師、サンタクルス市ガブリエルレネモレノ大学所属 保健師、サンタクルス市カブリエルレネモレノ大学所属 看護師、コチャバンバ県ギリアコージョ市農村地域医療プログラム協会（ASPAR）
その他	
・金城 進 ・水谷 博	サンタクルス県ワルネス郡、ボランティア（臨床検査技師） サンタクルス県ワルネス郡、シニア海外ボランティア（臨床検査技師）

1 - 5 一般概要

1 - 5 - 1 地理・民族・宗教

(1) 地理

- 1) 首都：憲法上の公式首都はスクレ（Sucre）だが、事実上の首都は政府中枢機関があるラパス（La Paz）。
- 2) 面積：109万8,581km²（日本の約3倍）
- 3) 位置：南米大陸のほぼ中央に位置し、北と東でブラジルに、南でパラグアイとアルゼンティンに、そして西でペルーとチリに国境を接している。
- 4) 気候：複数の異なる気候区をもつ。アンデス山脈は涼しく乾燥しており、ユンガスとオリエンテは温暖又は高温多湿である。バリェスは比較的乾燥している。雨期は12月から2月である。

(2) 民族

- 1) 人口：832万9,000人（2001年国勢調査結果）
- 2) 民族：ケチュア族、アイマラ族のインディヘナが55%、メスティソ32%、ヨーロッパ系12%、その他1%。比率は地域差が大きい。
- 3) 言語：住民にケチュア族、アイマラ族が多いので、スペイン語、ケチュア語、アイマラ語、グアラニ語が公用語になっている。

(3) 宗教

ローマ・カトリック66%、残りをプロテスタントやユダヤ教などが占める。また、古くからの土着宗教も残っている。

1 - 5 - 2 政治・行政・経済・産業

(1) 政治

1982年から民政が続いており、直接普通選挙法による立法共和制である。大統領の任期は4年であり、2002年6月に選挙が実施され、Gonzalo Sanchez de Lozada氏（サンチェス・デ・ロサーダ）が現大統領である。

(2) 行政

行政の長は大統領であり、その下に16の省が補佐している。

地方行政は9つの県(Departamentos)に分かれ、各郡(Provincias)に区分されている。郡は市町(Municipios)に区分され、更に市町は村(Cantones)に分かれている。

(3) 経済・産業

ボリヴィアの経済は、スズや天然ガスを主要産品とする鉱業と農業に支えられているが、その経済発展は低く、南米大陸でパラグアイと並んで最も低開発の貧しい国である。

- 1) 通貨：ボリビアーノ (Boliviano : Bs.)
- 2) 国民総生産 (GNP)：1人当たり1,010米ドル (1999年)
- 3) 経済成長率：2.8% (2002年)
- 4) インフレ率：3.5%
- 5) 失業率：4.2% (1996年、国立統計院：INE)
- 6) 途上国区分：低中所得国、重債務貧困国 (HIPC)

1 - 5 - 3 インフラ・貧困率・教育

(1) インフラ

1) 交通

現在道路は、主要幹線道路と市街道路のみであり、一部の砂利敷道のほかは土道である。地方では、橋が掛かっていない川が多く、雨期には降雨で渡れない。

ボリヴィアには、電車、地下鉄などはなく、ほとんどの交通はバス、タクシー、自家用車のみである。

現在、主要都市間及び隣接国への交通手段は、そのほとんどが長距離バス及び航空便である。

2) 電気

電気の普及率 (2001年、INE) は、全国で69.3%であるが、都市部では94.2%に対して、農村部では28.4%と地域格差が大きい。

3) 上下水道

全国の水供給率（屋内、敷地内、及び共同の給水管利用、2001年、INE）は71.3%であり、河川・雨水が10.8%、井戸水が13.4%となっている。都市部の水供給率は88.8%、農村部では42.6%である。

全国の公共下水道普及率（2001年、INE）は31.1%であり、都市部では48.4%、農村部では2.6%である。

いずれの普及率も都市部と農村部とで大きく格差があり、人口が集中している都市部の普及率が高い。

4) 衛生設備

全国の衛生設備の普及率（2001年、INE）は68.1%であり、都市部では85.1%、農村部では40.4%である。

5) 通 信

全国の電話の普及率（2001年、INE）は23.7%であり、都市部で37.3%、農村部で1.4%である。

(2) 貧困率

ボリヴィア全体の貧困率は、1992年の70.5%から2001年の58.6%へと減少している。各県ともに貧困の状況は改善されているが、格差もかなり大きい。サンタクルス(Santa Cruz)県の22%に対して、ポトシ(Potosi)県の貧困の状況は1%しか改善しておらず、最貧困が10%も占めている。

ボリヴィアは最下位のホンデュラス(74%)に次ぐ貧困率である。

表 1 - 1 貧困の状況

	貧困率		貧困の度合い(2001)				
	1992	2001	良 好	やや貧困	貧 困	かなり貧困	最貧困
全 国	70.5	58.6	16.6	24.8	34.2	21.7	2.7
ラパス (La Paz)	71.1	66.2	15.4	18.4	35.9	28.3	2.1
オルロ (Oruro)	70.2	67.8	12.9	19.3	38.9	27.3	1.6
ポトシ (Potosi)	80.5	79.7	5.6	14.7	32.8	36.1	10.8
チュキサカ (Chuquisaca)	79.8	70.1	13.8	16.1	29.3	34.6	6.2
コチャバンバ (Cochabamba)	71.1	55.0	18.9	26.1	33.0	18.7	3.4
タリハ (Tarija)	69.2	50.8	18.7	30.5	35.9	14.6	0.3
サンタクルス (Santa Cruz)	60.5	38.0	23.3	38.7	31.1	7.0	0.02
ベニ (Beni)	81.0	76.0	6.5	17.5	48.8	25.7	1.6
パンド (Pando)	83.8	72.4	7.3	20.3	40.5	31.8	0.2

出所：Anuario Estadístico 2001, INE, 2002

(3) 教 育

義務教育は、初中等教育（基礎5年、中等3年）の8年間であり、更に、高等学校（通常4年）、大学（3～5年）が存在する。成人識字率（表1 - 2）は男性93.3%、女性81.1%である。

就学状況には男女間格差とともに地域間格差も大きく、農村女性の就学水準は非常に低い。

表 1 - 2 成人識字率

(%)

	男 女	男 性	女 性
全 体	87.1	93.3	81.1
都市部	93.8	97.6	90.3
農村部	74.8	86.0	62.9

出所：Anuario Estadístico 2001, INE, 2002

第2章 保健医療分野の現状

2 - 1 保健医療分野の現状と課題（概要）

2 - 1 - 1 保健医療行政及び国家保健政策

(1) 2002年8月に新政権が発足したが、保健医療行政及び保健政策はこれまでの流れと大きく異なることはないとし、2003年以降の保健政策の優先課題として、母子保健の拡大、保健セクターへの住民参加の促進、地方自治体を基本とした保健サービスと医療施設のネットワークの強化、健康の推進をあげている。

(2) 拡大HIPC（重債務貧困国）イニシアティブ適用の要件となるボリヴィア貧困削減戦略ペーパー（PRSP）が2002年6月に国際通貨基金（IMF）及び世界銀行に正式に承認され、主要目標は、貧困層の雇用と収入の機会拡大、貧困層の能力拡大、貧困層の安全と保護の拡大、貧困層の社会参加促進となっている。特に、保健医療の重点課題は、プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）、ワクチン、呼吸器系疾患、重症腸内感染症、母体ケア、風土病対策、栄養問題である。現場においては、HIPCの資金でこれまで不在あるいは不十分だった医療従事者を一次医療施設に駐在させている。

(3) 2001年7月から適用された国家補償政策（Politica Nacional de Compensacion）は、「公平配分」、「地方分権支援」、「貧困対策支援」を目的とし、生産・社会投資資金（FPS）を介せずに個々の市町村に投入された“公の無償の資金協力”は、同配当枠から減額されるものである。

(4) 農村部に属する51の保健管区において、巡回医療チーム（BRISAS）の派遣を促進し、医療サービスを提供し、国の基礎健康保険を拡大するプロジェクト（EXTENSA）が2001年より世界銀行の支援を受け、開始されている。これは、優先順位を受けている保健管区のみで、ラパス市、エルアルト市、県都のある保健管区は対象外である。BRISASのほかに、Asistentes Local de Salud と呼ばれる有償の報酬を受けた人々が現地に駐在し、予防、基本的なケア、普及活動を実施している。彼らは、保健管区職員と協力して、予防、普及、啓発、地域の情報収集に努める地域のボランティア組織を形成、維持、強化していく役割も担っている。

(5) Medico Traditional（伝統医）と呼ばれる人々は、それぞれ専門分野をもっているとされ、ボリヴィア全体で800人くらいいるのではないかと推定されている。先住民族の伝統

医への信頼は厚く、広く利用されていることから、伝統医の診療行為に先住民族への基礎健康保険(Seguro de Basuco de Ingenio Original)の導入をエルアルト市で計画している。その診療対象は、下痢症、急性呼吸器感染症(ARI)、皮膚病、眼病、出産、胃腸疾患などである。

2 - 1 - 2 ラパス県の保健医療サービス供給体制の現状

- (1) 大衆参加法や地方分権化法の導入後、国から保健医療施設の建物及び機材を委譲された市町村がその維持・管理を一任されている。しかし、委譲された時点で施設・機材が既に老朽化している状況で、市町村は対応しきれないでいる。
- (2) 保健医療施設及び医療従事者が都市部に集中する傾向にあり、都市部と農村部の格差は大きくなる一方である。また、人事の異動が激しく、政治的かつ個人的な要因で1年ごとに代わるが多いため、新人への再教育に費やす時間と労力が浪費されている。
- (3) 基礎健康保険の適応が拡大され、貧困層に属する妊婦、母親や5歳未満の乳幼児が保健サービスを受けられるようになっている。
- (4) 保健センター(CS)のサービスの質に満足できない住民は、直接、二次・三次レベルの病院を受診する傾向にあり、レファラルシステムはあまり機能していない。

2 - 1 - 3 その他

- (1) 国家保健情報サブシステム(SNIS)は保健年金省企画局の管轄下にあり、1991年より活動を開始している。現在、5種類(一般診療統計データ、疫学サーベイランスデータ、検査データ、血液銀行データ、10か所の食品衛生データ)の情報をすべての公共医療施設、社会保険庁経営病院、NGO 経営病院、民間病院(全体の50%のみ)から収集している。末端から提出されたデータの質をチェックするシステムが確立されていない。米国国際開発庁(USAID)の支援で、現在、すべての保健管区にはコンピューターが導入されている。
- (2) ボリヴィア全体の保健関連指標は、近年、改善されてきているが、乳児死亡率(2001年は55 / 出生千)や妊産婦死亡率(2001年は290 / 出生10万)は、チリ、パラグアイ、ペルーの他の南米諸国に比べると高く、依然として母子の保健状況が悪いといえる。

2 - 2 保健医療行政、保健予算及び保健政策

2 - 2 - 1 中央保健医療行政

保健医療行政の統括官庁は、保健年金省（Ministerio de Salud y Prevision Social）である（図 2 - 1）。保健年金省の最高責任者は保健年金大臣であり、その下に保健次官（Viceministro de Salud）と年金次官（Viceministro de Prevision Social）がいる。前者は保健サービス行政、後者は年金や社会保険行政を担当している。

保健年金省の主な役割は、保健医療分野における基本政策、重点課題、保健プログラム立案及び評価、保健セクターの再建計画の立案・実施、保健医療分野の人件費の負担、研究及び政策開発などであり、前記した大衆参加法や地方分権化法の施行により、実際の保健政策・保健プログラムの実施は、すべてそれぞれの地方自治体に移管されている。

2 - 2 - 2 地方の保健医療行政

地方行政区は、県（Departamentos）、郡（Provincias）、市町（Municipios）、村（Cantones）であり、地方の保健医療行政は、県（地方行政区と同様）、県知事の管轄下の保健作業局（SEDES）、更に、SEDES の管轄下の保健管区（Distrito）がある。郡と保健管区は必ずしも一致していない。

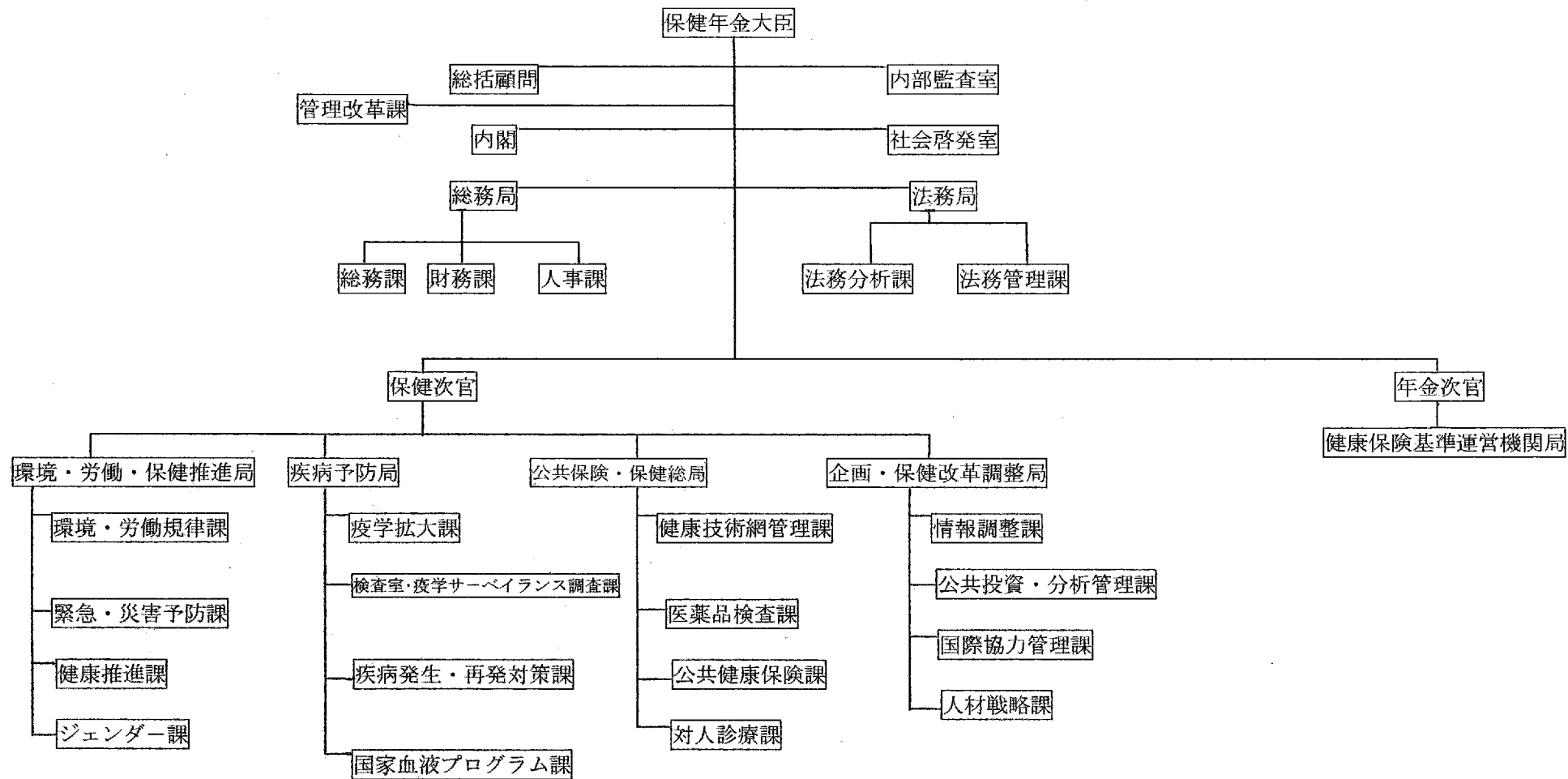
政府は、地方行政の実施の権限と義務を、更に県レベルから地方自治体レベルへと推進しているが、県が人事権を握っていることから、市役所、保健管区の権限は弱い。

ラパス県の保健行政は以下のとおりである

（1）県 SEDES

県全体の保健プログラムの計画・立案、事務職員以外の人事の配置、保健管区の指導・監督責任がある。2002 年の予算は、人件費を除いたおよそ 139 万米ドル（28 万米ドルが一般経費で医療サービスからの収入、111 万米ドルが国庫からの交付）である。SEDES の職員数は 140 名で、医療職は 32 名（医師 30 名、看護師 2 名）である。

SEDES、市役所及び保健管区の三者協議は半年に 1 回の頻度で実施されているが、お互いの利害問題（基礎保険の資金が振り込まれていない、人事の配置が不適切、施設の機材がないなど）が多岐にわたっていて、お互いの合意が得られず、長期的展望に立っての協議ができていない。



このほかに保健康年省管轄の下部組織として、国家保健情報サブシステム (SNIS)、国立保健検査研究所、保健技術学校、国立精神医学研究所、国立心理教育学研究所、国立熱帯病センター (CENETROP)、国立職業衛生研究所、国立核医学研究所、国立高地生物学研究所、保険作業局 (SEDES)、CEASS、保健総合プロジェクト (PROSIN)、国家障害者委員会、視覚障害研究所、福祉衛生全国宝くじ事業、健康保険(石油健康基金、国民健康基金、銀行健康基金、道路健康基金)などがある。

出所：保健康年省

図 2 - 1 保健康年省の組織図 (2002 年 10 月現在)

(2) 保健管区

ラパス県には 24 の保健管区があり、ラパス市に 5 つ、エルアルト市に 4 つ、農村部に 15 の保健管区がある。それぞれの保健管区は、そのなかでの保健プログラムの計画と実施、管轄の医療施設の指導・監督を実施している。詳細は「第 3 章 現地踏査結果の概要」を参照のこと。

(3) 市役所

保健分野における市役所の役割は、医療施設及び機材の維持管理、建設計画、健康保険適用の医薬品購入資金の管理と運営などである。

県 SEDES や保健管区が作成する年間活動計画 (POA) の内容に関しては、今のところ関与していない。

市役所全体の職員は 1,400 名で、保健専属担当職員が 27 名 (医師 2 名、歯科医 1 名) である。市役所の 2002 年の予算は 8,000 万米ドルで、そのうち、保健予算は 300 ~ 400 万米ドル (市役所全体の予算の 4 ~ 5 % に相当) である。

2 - 2 - 3 保健予算

2002 年の公共部門全体の確定予算は、2 億 5,569 万 9,378 ボリビアーノ (Bs.) (1 米ドル = 7.2Bs.) で全予算の 3.8% に相当している。さらに、外国からの投資が保健予算全体の 45.7% を占めている。支出のなかで、資産、機材、投資用計画調査費用等が全体の 28.3% を占め、人件費は 16.7% である。

2 - 2 - 4 保健セクターにおける保健政策

(1) 新保健年金大臣 (Dr. Javier Torres Goitia C.) が 2002 年 9 月に保健年金省の目的、戦略の提案、プロセスの効果、期限及び日程、方法論などを公表した。

1) 保健年金省の目的提案

- ・保健政策の決定における共同体の参加の増加を達成する。
- ・妊婦及び 5 歳以下乳幼児に対する公共的な安全を確立、強化する。
- ・地方自治体 (市役所) の地方分権化のコントロールレベルにて風土病を減少させる。
- ・過疎の農村地域に専門的な医療サービスを拡大する。
- ・保健システムの使命を分かち合う保健組織を活性化させる。
- ・社会保険の幅広い改革を実施する。

2) 戦略の提案

- ・ケアモデル再策定

- ・ 調達資金の国家管理をパッケージごとに行う：母子保健など
- ・ 地方自治体（市役所）の保健管理の強化
- ・ 公共の健康保険の拡張
- ・ 情報を系統的に分析し、管理するための技術の開発
- ・ 感染症予防線の強化
- ・ 生産性に基づいた人的資源の組織化（制度化）
- ・ 外国の協力を保健年金省の戦略方針に導く

3) プロセスの効果

- ・ 県保健作業局（SEDES）は、国家目標を管下の地方自治体に下ろすことをめざした方針を有する。
- ・ SEDES は、各々の業務計画を開始できる。
- ・ 保健作業省は、その戦略について業務を行い、かつ大きな統合プログラムを設定できる。
- ・ 地方自治体（市役所）の開発局は、その参加的企画プロセスを開始できる。
- ・ 協力機関は、目的やプログラムへの支援を取り極めるとともに、それを導くための統合予算を決めることができる。

4) 期 限

- ・ 2002年9月：決定が同意された目標
- ・ 今後2週間：全国及び地方レベルのPOA作成のために外国協力機関との会議
- ・ 2002年9月25日：保健年金省のPOA（提案）作成
- ・ 2002年9月30日：SEDESのPOA（提案）作成のための中央レベルの支援
- ・ 2002年10月7日：POA調整の会議（単一、多項目）

5) 日 程

- ・ 2002年9月25日までに国家（全国）レベルの企画
- ・ 2002年9月30日までに地方レベルの企画
- ・ 2002年10月7日から10月10日までにPOA調整会議

6) 方法論の提案

- ・ 年齢、人種、性別、種族、又は文化に差別なく、全国民の生活品質を改善する戦略、及び一般目標に寄与するために達成しようとしている目的や効果を表示する。
- ・ 定量化はできなくとも計ることが可能であるなら、具体的に作成する。
- ・ 極めて広範的（長い）内容でもなく、極めて概要的（短い）内容でもない。
- ・ 少なく、かつ、総合性をもたらすもの。

(2) 2002年8月に新政権が発足したが、保健医療行政及び保健政策はこれまでの流れと大きく異なることはないとし、2003年以降の保健政策の優先課題として、母子保健の拡大、保健セクターへの住民参加の促進、地方自治体を基本とした保健サービスと医療施設のネットワークの強化、健康の推進をあげており、2007年までの行動目標を下記のように設定している（調査団の質問に対する回答書より）。

- ・基礎健康保険の一般的な拡大（先住民族への基礎健康保険を適用）
- ・妊産婦死亡率（MMR）を200 / 出生10万まで軽減（2001年は290 / 出生10万）
- ・乳幼児死亡率（IMR）を50 / 出生千まで軽減（2001年は55 / 出生千）
- ・5歳未満の乳幼児の低栄養を3%まで軽減（2001年は7.4%）
- ・施設分娩を70%まで増加（2001年は54%）
- ・院内新生児死亡率を9 / 出生千まで軽減（2001年は12 / 出生千）

(3) 2003年度の保健年金省 POA の基本方針（2002年9月30日現在）を下記のように公表した。

- ・保健サービスの需要の増加
- ・良質な保健サービスのアクセスの向上、特に先住民、農民、女性と子どもにおいて。
- ・地方自治体領域において、保健年金省、県庁、市役所、及び地域共同体が一体となった公衆衛生の管理運営の設立
- ・主な疾病の軽減（コントロールできるレベルまで減少させる）
- ・予防接種で予防可能な疾病に対して予防接種の普及に努める（現状維持）。
- ・疎外された集団を優先して、子ども、女性、家庭の社会リスク（危険）の軽減
- ・人々の健康を害する環境リスクの軽減
- ・2歳以下の乳幼児の低栄養の軽減
- ・良質で効果のある、安全な医薬品を適正価格で準備し、住民が利用できるよう確保する。

(4) 拡大 HIPC の イニシアティブ適用のための要件となるボリヴィア PRSP が 2002年6月に IMF 及び世界銀行に正式に承認され、主要目標は、貧困層の雇用と収入の機会拡大、貧困層の能力拡大、貧困層の安全と保護の拡大、貧困層の社会参加促進となっている。特に、保健医療の重点課題は、PHC、ワクチン、呼吸器系疾患、重症腸内感染症、母体ケア、風土病対策、栄養問題である。現場においては、HIPC の資金でこれまで不在あるいは不十分だった医療従事者を一次医療施設に駐在させている。

(5) 母子分野での行動計画として、BRISAS プロジェクトによる、離散した住民への基礎保険の拡大、HIPCs 資金による農村部における医療従事者の確保、共同体保健要員の訓練とコミュニティー担当の人選、医療施設の医薬品の充実、市をベースにした農村部のネットワークの構築、保健に対する共同体の参加の促進をあげている(調査団の質問に対する回答書より)。

2 - 3 保健医療サービス供給の現状

2 - 3 - 1 保健医療施設の分布及びレファラル体制

(1) 保健医療施設の分布

公共の保健医療施設は、サービスのレベルに応じて、3段階に分類される。つまり、健康促進・予防接種や初期治療などのサービスを提供する第一次レベルは、診療所(PS)、保健センター(CS)が該当する。次に、4つ(内科、産婦人科、小児科、歯科)の基本的専門診療の外来・入院サービスを提供し、かつ第一次レベルの保健医療施設を支援する第二次レベルは、県病院(Hospital Básico)が該当する。さらに、最も専門的かつ高度医療を提供できる第三次レベルは、総合・専門病院(Hospital General y Institute Especializado)が該当する。

レベル別の保健医療施設やサービスの基準は、地域によって多少異なっていることもあり、委譲された市町村によって、保健医療施設の施設基準が設定されている。

2001年の保健医療施設数は、全国で2,492か所あり、そのうち、公共の医療施設が1,980か所で全体の79.5%を占めている(表2-1)。さらに、公共の医療施設のなかで第一次レベルの施設が94.8%を占めている。

表2-1 保健医療施設数

レベル	第一次		第二次	第三次		合計
	PS	CS	県病院	専門病院	総合病院	
公共	1,273	605	69	25	8	1,980
社会保険関連	14	105	22	3	13	157
NGO	32	135	6	0	0	173
教会関連	18	63	11	0	1	93
民間	2	54	25	4	4	89
全国	1,339	962	133	32	26	2,492

出所：ESTADISTICAS DE SALUD 2001, SNIS, 2002

(2) レファラル体制

保健医療サービス機構は、PS・CS 県病院 総合・専門病院というレファラル体制が

できている。しかし、PS・CSを経由しないで、県病院や総合・専門病院へ直接受診することがあり、特に都市部ではその傾向が強い。

農村部では公共保健医療施設における保健医療サービスの質の低下、つまり医療従事者の不在や医療機材の不備から満足のいく保健医療サービスが受けられないというほかに、交通上のアクセスの悪さや文化的な事情で保健医療施設への受診を少なくしている。

1年間に公共の医療施設を利用する回数(表2-2)は、5歳未満で数回、一般となると1回にも満たないという結果が出ている。さらに、5歳未満の外来サービスの再診療率(表2-3)も、都市部、農村部あるいは県ごとに格差が大きい。

表2-2 1年間に公共の医療施設を利用する回数

県名	5歳未満	一般
ラパス	1.2	0.10
オルコ	1.7	0.13
ポトシ	2.2	0.07
チュキサカ	3.1	0.11
コチャバンバ	1.1	0.05
タリハ	2.0	0.07
サンタクルス	1.7	0.08
ベニ	1.8	0.06
パンド	2.5	0.07
全国	1.9	0.08

出所：ANUARIO ESTADISTICO 2001, INE, 2002

表2-3 5歳未満の外来サービスの再診療率

県名	1998年	1999年	2000年*
全国	41.3	47.0	43.7
都市部	54.0	62.7	55.8
農村部	20.8	21.0	23.7
ラパス	49.7	54.4	45.8
オルコ	41.4	44.1	44.9
ポトシ	28.3	31.9	23.0
チュキサカ	37.2	35.9	32.6
コチャバンバ	41.6	59.8	64.0
タリハ	36.7	40.5	36.1
サンタクルス	41.6	49.7	48.9
ベニ	44.3	45.8	47.0
パンド	24.5	31.5	27.7

* 推定値

出所：ANUARIO ESTADISTICO 2001, INE, 2002

2 - 3 - 2 ラパス県の医療施設の分布及びレファラル体制

第三次レベルの公共医療施設はラパス市に集中し、農村部の医療施設の7割(236施設)は第一次医療施設のPS(准看護師のみ駐在)で占めている(表2-4)。

表2-4 市、農村部別レベル別保健医療施設数

レベル	第一次		第二次	第三次		合計
	PS	CS	県病院	専門病院	総合病院	
ラパス市	0	106	3	7	9	125
エルアルト市	0	54	8	0	0	62
農村部	236	87	12	0	0	335
全国	236	247	23	7	9	522

出所：ESTADISTICAS DE SALUD, La Paz, 2001, SNIS

ラパス市とエルアルト市には、第一次医療施設として医師が駐在するCSのみが設置されている。市街地と農村部とで医療施設が提供できる保健サービスの質に差がある。また、市、市街地には民間病院、社会保険庁経営病院の多くが分布している。

住民は、第一次レベルの医療施設を経由せず、第二次レベルの病院、第三次レベルの総合・専門病院へ直接受診し、レファラルシステムは十分に機能していない。特に都市部ではその傾向が強い。

また、妊産婦及び5歳未満乳幼児を対象とした診療・治療の無料化(基礎健康保険の導入)が受けられるにもかかわらず、保健サービスの利用が低い〔国立統計院(INE)の統計で全国で25.8%〕理由として、保健年金省は、医療技術が低い、アクセスが困難、経済的理由(金銭的負担)、地勢的に困難、文化的ギャップの5項目をあげているが(INFORME DE GESTION 1997-2002, MSPS, 2002)、病気が、事故に遭った場合、医療機関に行ったり、医療従事者からの医療サービスを受ける人は1999年から2000年にかけて都市部、農村部ともに減少し、何もしないという人が増えている(表2-5)。

「何もしなかった理由」として、都市部では、「お金がなかった」が4割以上いる。「提供される医療サービスが悪い」が1999年には0であったのが、2000年には3.4%に増えている。農村部では、2000年には「お金がなかった」が3割以上いる。「施設が遠い」と答えた人が1999年の14.0%から2000年は18.8%に増えている。

表 2 - 5 病気が、事故に遭った場合医療サービスを受ける・受けない理由

	全 体		都市部		農村部		
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	
健康である	83.1	83.2	86.8	84.2	76.9	81.6	
病気が、事故に遭った	16.9	16.8	13.2	15.9	23.1	18.4	
病気が、事故に遭った場合、どうしたか	・医療施設へ行った	45.8	43.8	59.6	51.7	32.5	31.9
	・その他	40.4	34.3	30.1	27.9	50.5	44.0
	・何もせず	13.8	21.9	10.4	20.4	17.0	24.1
だれからサービスを受けたか	・医療従事者	46.4	44.0	61.2	52.3	32.0	31.6
	・その他	39.9	34.1	28.4	27.3	51.0	44.0
病気が、事故に遭った場合、何もなかった理由	・軽症だった	20.8	32.0	29.0	36.9	15.9	25.6
	・提供される医療サービスが悪い	4.2	3.4	0.0	3.4	6.7	3.3
	・お金がない	36.9	40.6	51.0	44.3	28.6	35.8
	・医療サービスを受けられる時間帯でなかった	0.6	0.5	0.6	0.7	0.6	0.2
	・施設が遠い	8.8	8.7	-	0.7	14.0	18.8
	・自分で対処できた	14.9	12.9	1.3	10.7	22.9	15.7
	・その他	13.9	2.1	18.1	3.2	11.3	0.6

出所：ANUARIO ESTADISTICO 2001, INE, 2002

2 - 3 - 3 医療従事者の分布

2001年の公共保健医療施設に従事する保健医療従事者は1万4,359名である(表2-6)。医師と看護師の比率は、医師1人に対して看護師(准看護師も含めて)は2人と非常に低い(日本では、ほぼ6である)。看護師レベルの保健医療サービスを医師が担っているのは、非常に高いサービス料を支払っていることになる。

表 2 - 6 県別の公共保健医療施設に従事する人材

県 名	医 師	歯科医師	看護師	技術者*	補助員**	事務職
ラパス	772	93	269	160	930	1,012
オルコ	134	17	86	28	174	196
ポトシ	195	30	102	44	421	277
チュキサカ	277	30	158	84	304	405
コチャバンバ	395	32	158	127	566	589
タリハ	193	24	157	88	274	372
サンタクルス	678	71	266	200	906	834
ベニ	182	36	58	95	359	240
パンド	40	8	11	39	92	62
全 国	2,866	341	1,265	865	4,026	3,987

* 臨床検査技師、放射線技師、環境衛生士、統計士、物理療法士、その他の技師

** 准看護師、検査補助士、診察補助士、統計補助士、その他の補助士

出所：ESTADISTICAS DE SALUD, 2001, SNIS

県庁所在地のある市には、第二次及び第三次医療施設が集中し、医師や看護師の7割が集中している。人口の分布状況で人員の定員を決定するため、過疎県に該当する県などはここ数年、定員数の増員がないため、HIPCの資金を活用し、CSに医師を配置させている。

2 - 3 - 4 ラパス県の医療従事者の分布 (表 2 - 7)

ラパス県全体では、医師1人当たり住民2,999人に対して、ラパス市では1,433人、エルアルト市で5,314人、農村部では8,177人と、市と農村部とで医師の分布に差がある(看護師・准看護師1人当たり住民数はラパス県全体で2,014人、ラパス市で1,264人、エルアルト市で4,002人、農村部で2,425人である)。

医師と看護師・准看護師の比は、ラパス県全体では1:1.5であるが、ラパス市では1:1.3、エルアルト市では1:1.3、農村部では1:3.3である。一般的に医師の数に対して、看護師・准看護師の数が少ないが、特に農村部では、看護師・准看護師が多くの保健サービスを担っている。

表 2 - 7 ラパス県の市、農村部別職種別医療従事者数

	ラパス市	エルアルト市	農村部	合計
医師	554	119	113	786
歯科医師	57	15	16	88
看護師	182	33	37	252
准看護師	446	125	344	915
技師	25	27	30	82
その他*	1,025	132	141	1,298
合計	2,289	451	681	3,421

* 秘書、運転手、事務関係者も含めている。

出所: ESTADISTICAS DE SALUD, GESTION 2001, SEDES DE LA PAZ, 2002

2 - 4 母子保健分野の現状

2 - 4 - 1 母子の健康状況

国連児童基金 (UNICEF) の統計データによると、5歳未満の乳幼児の主な死亡原因は、下痢症 (32%)、ARI (25%)、栄養失調 (14%)、予防接種で予防可能な感染症 (4%) などである。

妊産婦死亡率は、2001年は290 / 出生10万 (1994年では390 / 出生10万) であり、都市部の274に対して、農村部は524で地域格差が大きい。1999年のINEの報告によると、妊産婦死亡の主な死因は、出血 (39%)、子癇 (21%)、中絶 (10%) などである。

2 - 4 - 2 母子保健プログラム

(1) 子どもの病気の統合的管理 (AIEPI) の導入

下痢症、ARI、マラリア、予防接種による予防可能な感染症、栄養失調などの、子どもの主な疾病や死亡原因となる疾患に統合的に取り組む AIEPI が、世界保健機関 (WHO) / 米州保健機構 (PAHO)、UNICEF、米国国際開発庁 (USAID) の支援で 1996 年から導入されている。

都市部、農村部とも、3 歳未満の乳幼児への予防接種率は、2000 年を境に減少している (表 2 - 8)。さらに、予防接種で予防可能な感染症の患者数の推移 (表 2 - 9) は、年によって変動が大きい。

表 2 - 8 地域別予防接種 (3 歳未満の乳幼児) カバー率
(単位: %)

	1999 年	2000 年	2001 年 *
全 体 ポリオ	87.2	89.9	71.0
DPT (3 回)	63.9	68.7	60.5
都市部 ポリオ	89.9	91.6	73.6
DPT (3 回)	66.9	71.2	64.7
農村部 ポリオ	83.7	87.6	67.6
DPT (3 回)	60.3	65.2	55.1

* 推定値

出所: SNIS, ESTADISTICAS DE SALUD 2000, 2001

表 2 - 9 予防接種で予防可能な感染症の患者数の推移
(単位: 人)

	1996 年	1997 年	1998 年	1999 年	2000 年 *	2001 年 *
麻 疹	153	92	917	1,457	78	332
ジフテリア	5	-	4	-	22	3
百 日 咳	115	165	83	27	10	82
破 傷 風	28	31	24	3	12	16

* 推定値

出所: SNIS, ESTADISTICAS DE SALUD 2000, 2001

(2) リプロダクティブ・ヘルス

リプロダクティブ・ヘルスは、女性の総合的診療プログラム、性・生殖に関する保健プログラム、家族計画プログラムが計画・実施されている。

USAID、ドイツ技術協力公社 (GTZ)、国連人口基金 (UNFPA) などがリプロダクティブ・ヘルスを支援しており、産前検診、産後検診、流産後のケア、家族計画のための診療

を基礎健康保険の対象内にしている。

レベル別・施設別産前検診率（表 2 - 10）、レベル別・施設別産後検診率（表 2 - 11）から、産前検診は公共でかつ第一次レベルの医療施設を、産後検診は公共の第二次・第三次レベルの医療施設を利用していることが分かる。さらに、第一次レベルで産前検診を受け、第二次、第三次レベルの医療施設で分娩している妊婦が多い（表 2 - 12）。

妊産婦死亡の要因になっている中絶（死因のほぼ 10%に相当）は、宗教上の理由から合法化されていないため、正確な中絶件数は把握されていないが、年間 4～5 万件と推測されている。中絶で緊急搬送された妊婦も基礎健康保険の対象内とし、不幸な死亡や傷害を避けるべき処置がとられている。

表 2 - 10 レベル別・施設別産前検診を受診する割合

レベル		施設	
第一次レベル	70%	公共	62%
第二次レベル	17%	社会保険庁	16%
第三次レベル	13%	NGO	19%
		民間	3%

出所：ANUARIO ESTADISTICO 2001, INE, 2002

表 2 - 11 レベル別・施設別産後検診を受診する割合

レベル		施設	
第一次レベル	40%	公共	74%
第二次レベル	26%	社会保険庁	44%
第三次レベル	34%	NGO	10%
		民間	5%

出所：ANUARIO ESTADISTICO 2001, INE, 2002

表 2 - 12 産前検診を受診した妊婦のうち、レベル別施設分娩の割合

ボリヴィア全体	42.6%
第一次レベル	23.6%
第二次レベル	66.8%
第三次レベル	116.8%

出所：ANUARIO ESTADISTICO 2001, INE, 2002

（3）栄養問題

1980～1998年の慢性的栄養失調の発生調査（INE）によると、3歳未満の子どもの慢性的栄養失調は38%から26%に減少したが、5歳未満かつ2歳以上の子どもの半数と2歳未満の4分の3が鉄欠乏性貧血であり、そのうち6割が中程度から重症のビタミンA欠乏

症であると報告している。

その対策として、母乳保育の推進、離乳食や栄養に関する指導や教育、検診時の鉄とビタミンAの投与を実施している。

2 - 5 人口・保健医療データ

2 - 5 - 1 人口、出生及び死亡

(1) 総人口と人口構成

2001年の国勢調査結果(INE)によると、2001年のボリヴィアの総人口は827万4,325人であり、男性412万3,850人、女性415万475人である。人口性比(女性100に対する男性)は、99.4である。

2001年の都市部人口は516万5,882人(62.4%)、農村部人口は310万8,443人(37.6%)である。都市部と農村部の人口分布に差異が大きく、都市部に人口が集中する傾向にある。INEが推定した2001年の人口ピラミッドは、若年層が多く、すその広い釣鐘型である(図2-2)。同年の年齢3区分別人口の構成割合は、年少人口(0~14歳)が39.6%、生産年齢人口(15~64歳)が56.4%、老年人口(65歳以上)が4.0%である。

(2) 将来推移人口

UNICEFの統計によると、年平均人口増加率(1990~1998年)は2.4%であり、国際連合は、ボリヴィアの将来人口の中位推定として、50年後の2050年には1,697万人に達すると予測している(図2-3)。

(3) 県別人口の分布

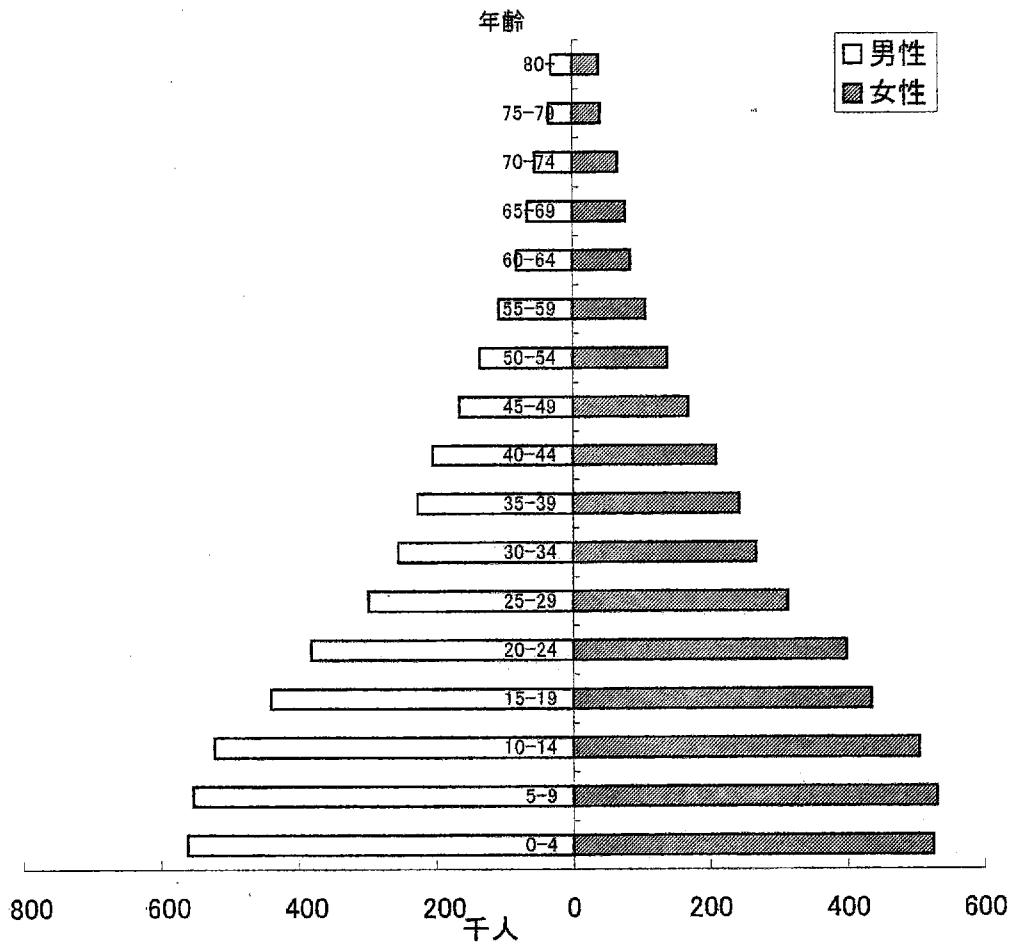
2001年の県別人口分布は、ラパス県(28.4%)、サンタクルス県(24.5%)、コチャバンバ県(17.5%)の3県に集中し、全人口の70.4%を占めている。

2002年の人口密度が最も高い県は、コチャバンバ県の26.2であり、次いでラパス県の18.4、タリハ県10.4である。逆に、低い県は、パンド県の0.8、ベニ県の1.7である。人口密度の全国平均は7.6である。

(4) 出生と平均寿命(INE)

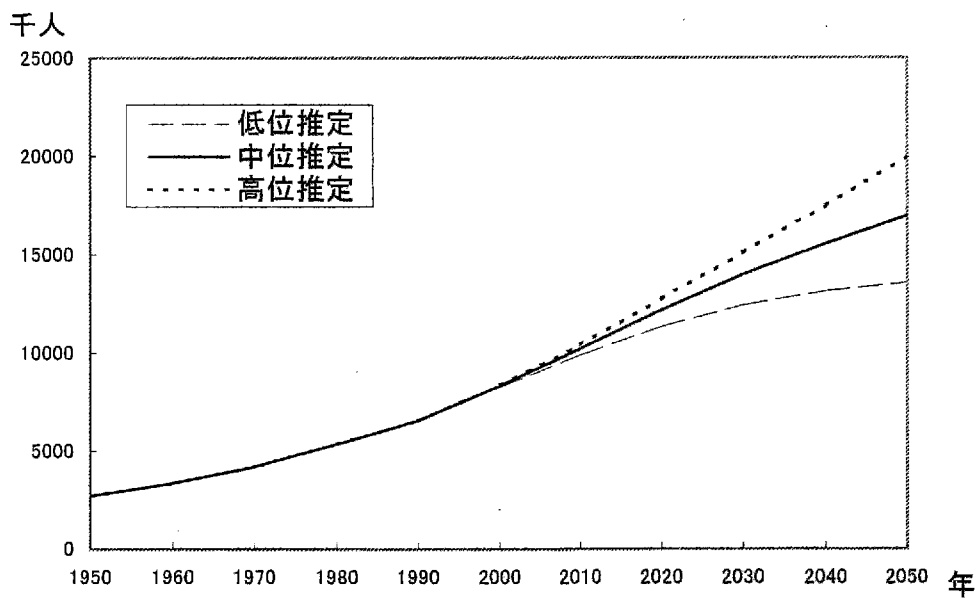
2001年のボリヴィアの粗出生率は31.9/人口千であり、特殊合計出生率(1人の女性が出産する子どもの数)は4.1である。

2001年にINEが推定した0歳の平均余命(平均寿命)は、62.4歳である。



出所：ANUARIO ESTADÍSTICO 2001, UNE, 2002

図 2-2 ボリヴィアの人口ピラミッド、2001 年



出所：世界人口予測 1950～2050、1996

図 2-3 ボリヴィアの人口予測、1950～2050 年

(5) 死 亡

2001年の粗死亡率は、8.6 / 人口千である。

2001年の乳児死亡率、5歳未満乳幼児死亡率は、それぞれ55 / 出生千、72 / 出生千である。さらに、妊産婦死亡率は、290 / 出生10万(2001年)である。

第二次、第三次レベルの医療施設で7日以内で死亡した新生児死亡率は、8.4 / 出生千(2000年、SNIS統計)である。

2 - 5 - 2 保健の概況

(1) 保健状況

2000年のボリヴィア全体の保健関連指標(表2 - 13)は、近年、改善されてきているが、乳児死亡率や妊産婦死亡率を例にとっても、チリ、パラグアイ、ペルーの他の南米諸国に比べると高く、依然として母子の保健状況が悪いといえる。

(2) 県別保健関連状況

県別保健関連状況(表2 - 14)をみると、ラパス県、コチャバンバ県、サンタクルス県の3県とオルコ県、ポトシ県、ベニ県の3県との保健状況の地域格差が大きく、後者3県の平均寿命、乳児死亡率は最下位3位に入っている。

表 2 - 13 ポリヴィア、他の南米諸国の保健関連指標

各種指標		対象年	単 位	ポリヴィア	チ リ	パラグアイ	ペルー
人口指標	人 口	'98	千 人	7,957	14,824	5,222	24,797
	粗出生率	'98	/人口千	33	20	31	25
	粗死亡率	'98	/人口千	9	6	5	6
	人口の年間増加率	'90 ~ '98	%	2.4	1.5	2.7	1.7
	平均寿命	'98	歳	62	75	70	68
	都市人口の年間平均増加率	'90 ~ '98	%	3.5	1.6	3.5	2.0
衛生指標	安全な飲料水を 都市	'90 ~ '98*	%	95	99	-	84
	入手できる人の比率 農村	'90 ~ '98*	%	56	41	-	33
	適切な衛生施設を 都市	'90 ~ '98*	%	82	90	65	89
	もつ人の比率 農村	'90 ~ '98*	%	35	-	14	37
母子の健康指標	乳児死亡率	'98	/出生千	66	11	27	43
	5歳未満児死亡率	'98	/出生千	85	12	33	54
	低出生体重児出生率	'90 ~ '97	%	5	5	5	11
	予防接種率 BCG	'90 ~ '98*	%	85	96	83	96
	(1歳児) DPT	'90 ~ '98*	%	42	93	81	99
	ポリオ	'90 ~ '98*	%	33	93	81	99
	麻疹	'90 ~ '98*	%	51	93	-	90
	経口補水療法 (ORT) の使用率	'90 ~ '98*	%	48	-	33	55
	妊産婦死亡率 (MMR)	'80 ~ '98*	/出生10万	390	23	190	270
	合計特殊出生率	'98		4.3	2.4	4.1	2.9
	妊産婦への破傷風接種率	'90 ~ '98*	%	27	-	32	57
	保健員の介助付き出産の比率	'90 ~ '98*	%	59	100	61	56
避妊法の普及率	'90 ~ '98*	%	48	43X	59	64	

注 : *はデータが指定の期間内に入手できる最新年のものであり、Xはデータが指定の年次や期間以外のもの、標準的な定義によらないもの、国内の一部の地域のものであることを示す。

出所 : 『世界子供白書 2000』、UNICEF、2000

表 2-14 県別保健関連状況

保健関連状況指標	年度	ラパス	オルロ	ポトシ	チュキサカ	コチャバンバ	タリハ	サンタクルス	ベニ	バンド	全国
粗出生率 (／人口千)	2000	30.3	29.2	32.6	34.5	32.7	31.9	32.0	35.1	31.4	31.9
粗死亡率 (／人口千)	2000	8.9	11.4	11.8	9.5	8.8	6.9	6.2	8.5	8.2	8.6
平均寿命 (歳)	2000	62.6	58.1	57.5	61.2	62.1	66.3	66.7	60.9	61.6	62.5
特殊合計出生率	2001	3.9	3.8	4.7	4.7	4.2	4.1	4.0	4.7	4.6	4.1
乳児死亡率 (／出生千)	2000	58.2	82.2	85.1	67.7	60.8	48.9	46.7	68.8	66.1	60.6
低出生体重児の割合 (%)	2001	6.7	5.3	6.9	8.3	6.9	5.2	4.5	4.7	5.2	5.9
予防接種率 ポリオ (%)	2000	92.1	77.7	95.6	96.1	92.1	94.0	93.7	80.9	83.0	89.0
(1歳未満) DPT (%)	2000	77.5	98.5	95.8	96.4	93.3	92.5	92.6	84.6	83.0	89.0
BCG (%)	2000	86.3	95.2	93.4	97.4	97.4	84.2	107.2	79.9	103.2	94.7
麻疹 (%)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
栄養失調罹患率 (%)	2001*	6.0	5.6	6.9	9.7	7.7	3.9	5.4	6.9	5.3	7.4
医療施設当たり住民数	2001*	4,503	2,840	1,755	1,954	3,762	2,492	4,974	2,339	1,079	3,320
病床当たり住民数	2001*	885	922	1,237	553	1,003	847	1,690	799	991	1,002
施設分娩率 (%)	2001*	44.1	58.0	44.4	53.4	51.4	56.7	76.0	54.8	50.4	55.0
貧困率 (%)	2001	66.2	67.8	79.7	70.1	55.0	50.8	38.0	76.0	72.4	58.6

* 推定値

出所：ANUARIO ESTADÍSTICO 2001, INE, 2002

2 - 5 - 3 主な疾病構造

全国規模でまとまった疾病統計は現在のところなく、病院統計から間接的に情報を入手できる。ラパス県第1、第5保健管区の疾病構造（表2 - 15）に関する報告によると、両保健管区ともに感染性下痢症及び消化器系疾患と腎疾患で全体の19.4%から26.5%を占めている。

主な感染症の発症の推移は表2 - 16に示す。USAID、世界銀行などの支援を受けて各種疾病対策プログラム（結核、マラリア、シャーガス病など）が実施されている。

表2 - 15 第1、第5保健管区の疾病構造（2001年）

第1保健管区			第5保健管区		
1	感染性下痢症及び消化器系疾患	4,638人（9.8%）	1	腎疾患	5,332人（15.8%）
2	腎疾患	4,575人（9.6%）	2	感染性下痢症及び消化器系疾患	3,611人（10.7%）
3	咽頭炎	3,952人（8.3%）	3	ARI	2,396人（7.1%）
4	気管支炎	2,290人（4.8%）	4	肺炎	1,925人（5.7%）
5	ARI	1,911人（4.0%）	5	過度の生理困難	1,127人（3.3%）

出所：ESTADISTICAS DE SALUD, GESTION 2001, SEDES DE LA PAZ, 2002

表2 - 16 主な感染症の発症の推移

	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年*	2001年*	多発県 (全体の6割を占める)
結核	6,908	7,345	7,601	7,848	7,180	6,768	ラパス、サンタクルス、コチャバンバ
マラリア	55,504	58,629	87,672	56,230	41,009	24,717	ベニ、チュキサカ、サンタクルス
シャーガス病	715	1,090	1,367	1,914	1,808	1,708	ベニ、チュキサカ
リウシュマニア	2,350	2,053	2,318	2,489	2,041	2,043	ラパス
淋病	4,311	5,480	5,395	5,653	5,972	-	ラパス、コチャバンバ、タリヤ
梅毒	2,352	2,642	2,696	3,064	4,463	2,261	ラパス、コチャバンバ

* 推定値

出所：SNIS, ESTADISTICAS DE SALUD 2000, 2001

第3章 現地踏査結果の概要

3 - 1 行政機関及び医療施設の概要

3 - 1 - 1 保健年金省との協議内容

団長より、本調査のスケジュール、我が国の立場、現地 JICA 事務所の援助方針（地域ネットワークを推進）、今後の協力分野及び内容〔第三次レベルを中心としたものから第一、第二次レベルへの支援を考慮すること、ボリヴィアの保健医療の現状から妊産婦死亡率(MMR)が依然高く、日本はその減少に寄与したいと同時に、出産の現場に「人間的な出産」を浸透させたい〕、ここに至る経緯について説明した。

プロジェクトを計画するにあたって、以下の確認を行った。

(1) 国家補償政策、減額措置について

国の管轄下にある第三次医療施設の建設・機材の供与などは同政策の対象外となるが、それ以外、市が管轄する第一次・第二次医療施設に関する供与は減額対象となる。

(2) 事前に調査団が依頼した質問票への回答内容について

保健年金大臣が任命した人物（公共保険・保健総局長 Dr. Cristian Fuentes）が回答した内容であり、2003年以降の国家保健政策の課題項目及び2007年までの目標値ほか、回答内容は保健年金省の統一見解とみなしてよい。

(3) 新たに作成された保健プログラム〔新政権発足後にドナー会議を実施した際に公表され、全保健作業局（SEDES）局長も参加〕

前政権と比べて、今回のプログラムが異なる点は、母子に係る基礎健康保険の拡充、投入の強化、市役所との連携を更に密に行うこと、地方分権化を推進し、市の権限を強化することなどがある。なお、地方の医療従事者の人事権及び給与支払いは県にあり、一部、市の事務・管理部門の職員の場合は市に権限がある（部分的な地方分権化）。また、人材の配置や異動は県と市の関係者とで協議され、決定される（人口の増減などに従って）。

(4) 基礎健康保険の財源確保について

財源のひとつである大衆参加資金（金額は人口に比例している）のうち、6.4%を医療保険に使うことができるが、この割合を7.0%に増やすことが検討されている（新政権では税法改革、社会保険改革を強く打ち出している）。さらに、診療報酬、医薬品購入収入で民間病院へ流れる収入（30%）が、患者を同保険の対象に組み込むことで、同保険の新たな

財源になるだろう。

(5) 第一次医療施設への設備投資

大衆参加資金を使って設備投資などが行われる。しかし、国の政策(第一次医療施設の強化)と市の意向が一致しない場合についても、市は拡大重責務貧困国(HIPCs)イニシアティブ、総括基金(DUF)などから第一次医療施設の強化を実施する(ドナーが個々に第一次医療施設整備に協力すれば、大衆参加資金減額の対象になる)。

(6) 県、市レベルでそれぞれが作成する開発計画書について

国の政策に基づいて、県が5年間の開発計画書(PDD)を作成し、県の戦略計画に基に市レベルでプロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)が作成される。さらに、県と市がPDDとPDMを基に年間活動計画書(POA)を共同で作成する(2003年度は2003年10月までに作成される予定)。そのため、国の政策や計画は県SEDESを通して市まで伝わり、市の計画も中央に生かされる仕組みになっている。なお、計画立案と実行能力に欠ける小規模な自治体は地方連合体を結成させ、POA作成の指導を県SEDESが実施している。

(7) DUFへの申請は各年度提出され、決定は3月と8月にある。新政権になり、その手続きが簡易化されつつある。

(8) 「人間的な出産」という概念は現地の産科医に受け入れられるだろうかという質問に対して、最適な出産が実現できればよいので問題はない、という計画局長の回答があった。特に、ラパスにおいては、都市部では施設分娩が主流となり、農村部では伝統的助産婦(TBA)、准看護師への訓練で自宅分娩、という形が望ましいとの意見が出た。

(9) 市民の権利の自覚を促進させ、住民のニーズをつかんでプロジェクトに生かすことができるようにしたいという計画局長の意見に住民が実際に参加し、住民の意見を汲み取っていくのは難しいが、大切なことである。

3 - 1 - 2 ラパス県

(1) 行政機関

1) 県 SEDES (主として、質問に対する回答と協議内容から)

・保健分野での優先課題

妊産婦死亡率(MMR)、乳幼児死亡率(IMR)の軽減、特定の地域(Caranani、Tipuani、

エルアルト)の結核、リウマチ症、寄生虫症、下痢症対策、低栄養(30%)の軽減などである。

- ・母子保健プログラムの進捗状況

施設分娩の増加(2002年9月現在で7.5%増の49.1%)、基礎健康保険の利用の推進(ラパスでは66%、エルアルトでは45%)、予防接種の効果(2000年から麻疹の発生は0であり、出生時の破傷風が1994年以降発症していない)

- ・医療従事者に関する課題

組合が改革案に反対していること、他の原因でスタッフの配置異動が激しい、専門医療職の資質が住民の疾病を解決するのに適切ではない(技術不足、知識不足など)、農村部の人口に比べて、農村部で従事する医療従事者が少ない、人的資源が都市部に集中(80%)しており、インセンティブ(動機づけ)が行われていない。

- ・医療施設の課題

現在の保健センター(CS)の配置が住民の需要に応じられていない(必要な所にCSがなかったり、特に必要でない所にCSが配置されているなど)、施設自体の問題(非常に狭い、サービスを提供するだけの設備がない)、機材が劣化しているにもかかわらず、市役所が機材を更新する資金がない、診療報酬が保険分野に戻らず、他の部門へ行っている。

- ・ラパス県の弱点

公共、民間、NGOなどの医療施設間のネットワークがないこと、レファラルシステムが貧弱であり、第二次・第三次の医療施設へ患者が集中し、本来のそれぞれの施設の機能を生かしていない、第一次レベルの患者が第二次・第三次に殺到し、第二次・第三次施設の維持管理を高額・困難なものにしていること。ちなみに、第一次から第二次への患者の搬送率は4%、第二次から第三次へは0.3%である。

- ・第一次医療施設の整備について

日本からの供与により国家補償政策、減額措置につくことになるが、DUFを利用して、第一次医療施設の整備を実施できるかどうかという団長の質問に対して、市担当は「可能だが、正式には市長に返答してもらいたい」と回答した。

- ・プロジェクト開始にあたっての人材、拠点となる施設の確保

人材はSEDES、施設とインフラは市の管轄であるが、両者が中心となって協議していくことになる。

- ・第1、第5保健管区の特徴について

回答を表3-1にまとめた。

表 3 - 1 第 1、第 5 保健管区の特徴

第 1 保健管区	第 5 保健管区
管轄人口：20 万 5,032 人	管轄人口：17 万 4,081 人
<ul style="list-style-type: none"> ・商業活動が活発であり、昼間と夜間人口の差が大きい。 ・エルアルトからの住民が昼間、多数流入している。 ・第二次医療施設が 1 か所存在する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・人口が最も集中し、低下層に位置する。 ・出産施設（第二次・第三次）がなく、アクセスが悪い。 ・自宅分娩が多い。 ・市中でも危険地域である。

2) 保健管区 (Distrito)

ラパス市に 5 つの保健管区、エルアルト市に 4 つの保健管区、農村部に 15 の保健管区がある。それぞれの保健管区は、そのなかでの保健プログラムの計画と実施、管轄の医療施設の指導・監督を実施している。

第 1 保健管区

同保健管区は地区病院ラパスと隣接している。この地区はかなり広範囲（14 地域、人口 20 万）をカバーしており、人口集中の激しい地区になる。同保健区には、13 の CS（そのうち 3 つは母子センターと併設している）と 1 つの第二次医療施設の地区病院が所在している（14 地域にそれぞれ配置している）。同保健管区での問題としては、この第二次医療施設に患者が集中し、レファラルシステムは機能せず、病院の維持管理の負担は大きいこと、商業中心の地区で、人々の流入が激しいこと、交通渋滞が悪化し、迅速に緊急患者を搬送できないこと、各医療施設の機材の老朽化、人材の不足、医療従事者への訓練の機会がないことなどである。

第 5 保健管区

第 5 保健管区の保健プログラムの実施行政機関である。同保健管区には、2 つの母子病院（第一次医療施設）、11 の CS（第一次医療施設）が配置されている。同区には緊急車はなく、一般車両を緊急用に使用している。

3) 市役所

第一次・第二次レベルの医療施設の維持・管理にあたっての計画、実施機関。県 SEDES や保健管区が作成する POA には一切関与していない。市役所全体の職員は 1,400 名で、保健専属担当職員が 27 名（医師 2 名、歯科医 1 名）である。市役所の下部組織に区役所があつて医師が 1 名おり、学校衛生、施設の改善への助言を行っている。

市役所の 2002 年の予算は 8,000 万米ドルで、そのうち保健予算は 300 ~ 400 万米ドル（市役所全体の予算の 4 ~ 5 % に相当）である。

3 - 1 - 3 サンタクルス県

(1) 行政機関

1) 県 SEDES (協議内容から)

- ・サンタクルス県の SEDES から日本政府への要請プロジェクト「農村部における医療ネットワーク強化プロジェクト」(県内第二次病院の機材整備計画)に関して

新任の局長は全く知らなかった様子で、県全体の保健活動計画、POAでの位置づけについては回答できなかった。そのため、後日、即急に検討し、2003年度のPOAに組み込みたいとの回答。今後明石リーダーと協議し、結果を出す。

さらに、団長より、上記の要請書については、日本がぜひ援助したいということではなく、実施機関がプロジェクトの内容をPOAでどのように位置づけしているのかを確認したうえで、更に検討するとの発言に対して、局長は「県としては、上記プロジェクトの内容は優先度が高い。第二次医療施設が必要にもかかわらず、現在第二次医療施設がないこと。第二次医療施設がないことからくる第三次医療施設への患者集中をなんとかして解消したい」との回答であった。さらに、「第二次レベルの医療施設への機材供与は国家補償政策、減額措置の対象になるため、DUFから申請した方がよいのではないか」というコメントがあった。

2) ワルネス郡保健局

ワルネス保健管区(Distrito)は、オキナワ市(Municipio)とワルネス市とに分かれた。人口(2002年国勢調査結果)は1万7,872人で、10年間でおよそ7,000人の増加である。ミニプロジェクト「サンタクルス公衆衛生向上計画プロジェクト(1996~1999年)」が1999年に終了したあとも、専門家であった金城進氏(純粋に個人的なボランティア)を中心として、活動が今も続いている。さらに現在、プロジェクト方式技術協力「サンタクルス地域保健ネットワーク強化プロジェクト」が2001年11月から開始され、ワルネス保健管区も同プロジェクトの市街地サイトとして入っている。

スライドでの説明は以下のとおりである。

主な活動

10のコミュニティの組織(地域基礎共同体:OTB)を強化し、OTBを中心に、情報・教育・コミュニケーション(IEC)活動、5歳以下の子どもたちへのケア、妊産婦ケア、学校検診、一般の人々への健康上の問題に対処していくことである。

5歳以下、及び学童への学校検診での貧血、回虫検査結果(対象数1万3,000人)

5歳以下の子どもの40%から76%が回虫保有者であり、最高53%もの貧血患者がいることが分かり、治療を進めるなか、住民への健康教育指導、トイレ造りの促進などの活動が地域住民を中心に行われつつある。

教師を巻き込んだの学校検診活動（POAにも盛り込まれる）

児童の低栄養、貧血、下痢症に対する現状把握、治療、予防のための健康教育が実施されている。

日本側の要望

母子検診の際に必要な母子手帳の配布については、現JICAプロジェクトのチームとの協議が必要であること、今後ラパス市でのパイロットプロジェクトを立ち上げるにあたって両者が情報交換し、それぞれの成果でより良い地域の医療ネットワークづくりに貢献する旨を伝えた。

（2）医療施設（ワルネス市病院）

同病院は、上記保健局と隣接しており、1976年に建設され、医師6名、看護師8名、准看護師2名、ベット数45床の第二次医療病院である。

出産件数は1か月40～60件。手術室は2部屋あり、ごく簡単な手術が実施されているが、複雑でかつ高度な手術はサンタクルス病院へ搬送している。

検査室は細菌学検査以外（細菌学検査はサンタクルス病院の検査室に依頼）、血液検査、尿検査が1日15～20件実施されている。ヴィエトナム戦争時代に供与されたとされるレントゲンも稼働している。

3 - 1 - 4 コチャバンバ県

（1）公衆衛生学校（視察・協議内容から）

同学校は1982年に「レントゲン技師、ラボ技術者、准看護師の育成」を目的とし、日本の無償にて建設された。

2002年の予算は21万5,000米ドル、職員数は58名（教師26名）、年間の生徒数328名（2001年）であり、これまでに4,200名の卒業生を出している。

人材育成学校は全国に12か所存在するが、同学校はパラメディカルの医療従事者を養成する機関としてボリヴィアの中心的な役割を果たしている。

構内は築20年とは思えないほど建物が整備されており、丁寧に使われているのが印象的であった。

現在、同学校の増築が計画され、基礎工事10万米ドルは準備できたが、機材・施設の整備のための費用（10万米ドル）は他の援助機関と国からの補助を期待している。スペインからの支援が期待できそうである。

(2)コチャバンバ県 SEDES、公衆衛生学校、大学関係者との協議内容は以下のとおりである。

団長より、現在進行中のプロジェクト(サンタクルスの地域保健ネットワーク強化、ベニ県地域医療システム再構築)のほかに、ラパス県でも医療ネットワークを強化するプロジェクトを開始する経緯、今後の本学校の支援も他の支援状況を考慮して、積極的に検討したい意向を伝えた。

要請が提出されている「レファラルシステムネットワーク強化プロジェクト」に関して緊急医療センターの構築にあたっては、人件費(運転手、電話交換手など)やガソリン代(救急車)などの経費負担は大きいと、考慮しているかという質問に対して、「3か所のセンターの構築を予定しており、人件費及び消耗品は調達可能である」との回答であった(このあと、3か所といわず、全国で展開したらどうかという意見が出て、話は中断された)。

コチャバンバでも、第三次施設に患者が集中している。その要因として、第2次施設が24時間体制ではないこと、適切なサービスができないことをあげている。さらに、保健年金省より、それぞれのレベルの機能と役割を明記した文書があるが、遵守されていない。

機材供与したあとは継続的な協力が必要であり、保守・管理の人材養成は早急に進めなければならない。日本には、「カリキュラム、実習室の設計」などの技術移転を期待したい。同学校にて、現職にある90名の看護師、120名の准看護師を対象に「院内医療廃棄物の対策研修」を実施した経験がある。さらに、「性と生殖・人間的な出産」のコースを計画している。

日本側の要望

多くの医師が集団、地域医療に関心を示さない。医師が変わらなければ、組織、システムは変わらないので、新しいプロジェクトは、大学関係者や住民など多くの参加を得るものにしてほしいと要望した。

医療統計について

各保健施設で診療を受けた患者がどこから来たのか、第三次施設へどこから患者が来ているのかという情報の把握は、基礎健康保険のみが実施している。国家保健情報サブシステム(SNIS)が1996年から開始されているが、公共の医療施設からの情報のみで、民間、NGOからの情報は入ってこない。

「一次レベルの問題」

協議後、個人的に聞き取りをしたコチャバンバ県SEDESの局長は、一次レベルの問題として、各医療従事者の認識不足、管理・運営能力不足、施設内の機材の不備、データの取り方を知らないなどをあげていた。さらに、人口が集中し、患者数が多い施設から

施設・機材の整備が実施されるため、人口が過疎で、かつ、患者数の少ない施設の整備が取り残されてしまっている。新政権後、住民から出発しなければならないという認識から、積極的に一次レベルの問題点を把握しようと動いている。世界銀行からの資金提供で、それぞれの地域から地域普及員を募り、政府の政策、各システムの運転状況などの情報を適時住民に伝えることを2002年10月より開始する予定である(SEDESの監督下にて)。また、大学では、医学生1年生からコミュニティーに入って実習を行っている。

3 - 2 第1、第5保健管区での調査結果

3 - 2 - 1 ラパス市、第1、第5保健管区のそれぞれの特徴

第1保健管区(以下、第1)は商業地区であり、住民の生活レベルも第5保健管区(以下、第5)と比べていくぶん高いようである。他方、商業地区であるために他地域からの昼間流入人口も多く、コミュニティーとしての意識が成り立ちづらい面がある。そのことを反映してか、第1で第一次レベル医療を実施するNGO(CIES、PROSALUD)は外来クリニックとしての性格が強いのに対して、第5では地域に根ざした総合的活動(保育園、学童保育、女性支援など)に診療所を加えたNGOが活動している。

第1の保健局スタッフは、ラパス病院(第二次レベル病院)があることもあって、人員も豊富である。第5の保健・医療はラパス病院のサポート(産前健診の血液検査、出産のケアなど)を前提に成立している面があり、第5だけ別にして実施するプロジェクトは成立しないであろう。他方、第5の方が住民の保健サービス利用状況が低く、今後のプロジェクトの進展次第では状況改善がしやすい面があるだろう。

ひとつの方策としては、第1では出産に関する活動を中心に、第5では住民教育などの活動を中心に据えたプロジェクトから開始することができるのではないだろうか。

(1) 出産に関するレビュー、施設・自宅分娩を経験した妊婦へのインタビュー調査結果

今回、NGOの1つであるPopulation Concern(PC)に依頼した調査は、これまでにボリヴィアで実施された出産に関する調査のレビュー、公共の医療施設で分娩した女性80人(第1で40人、第5で40人)と自宅で出産した女性80人(第1で40人、第5で40人)へのインタビュー調査である。かなり厳しい調査条件(調査実施の依頼から調査結果の提出期限まで1か月程度しかなく、予算も限られていた)のなかで、今回の調査では、地域の女性をランダムサンプリング手法で抽出しなかった、地域ごとの施設分娩率などを調べることができなかったなどの問題点があったが、施設分娩と家庭での出産の経験の間で、どのような違いがあるかについて調べることができ、それなりの調査結果が得られた。

家庭分娩では、多くの場合、夫又は母親が介助しており、TBAが介助した場合はわずか

(第1で12%、第5で15%)であった。それでも家庭での出産介助者に対する信頼感が高く(95%以上が家庭での出産介助者に信頼・安心感をもったと答えて、施設の場合は約3分の2であったのより高かった)満足度の指標も高かった(「何でも頼めばやってくれた」と答えたものが第1で85%、第5で82.5%と、施設分娩の場合(第1で60%、第5で45%)より多かった)。これまでポリヴィアで実施された他の調査でも、分娩時に利用者と医療者との間で文化的な衝突があり、そのことが施設の利用率を低くしていることが指摘されていたが、今回の調査でも同様の傾向を物語るエピソードが数多く報告されている。医療者側としても、その状況について繰り返し指摘を受けているが、実際の医療現場での意識や行動の変容につながっていないという問題点がある。

今後、第1と第5の間でプロジェクトの実施地域を選定するためには、医療従事者や住民グループ、母親グループ、TBAたちなど、その2つの地区でプロジェクトのカウンターパートとなっていく関係者を対象としたフォーカス・グループ・ディスカッションなどを実施し、それらの人たちの問題意識を確認し、プロジェクトの必要性、方向性に関する意見を聴取する必要があるだろう。

プロジェクト地域が決定された段階では、医療者へのトレーニングや施設の改築などのインターベンションをいくつかの施設で実際に実施して、その結果、意識や行動がいかに変容するかについて調べることも重要であろう。また、プロジェクトが実施されることになる地域でベースライン調査を実施することで、地域の施設分娩率や妊産婦死亡率などの正確な値を求めることも重要であるが、人口統計・保健医療調査(DHS)など、全国レベルの大掛かりな調査の一環として、プロジェクト地域の状況が全国と比較できる形で実施されることが望ましい。

(2) 第2回ワークショップのまとめ(第1回目は付属資料1.を参照)

日 時：2002年10月3日 14:00～17:00

場 所：第1地区病院(第1保健管区にある)

参加人員：約60名

内 容：第一次レベル保健・医療と出産のケアの改善について

1) 参加者から出た主な意見

- ・JICA(日本のボランティア、専門家)からの協力に期待するのは保健サービスの質の改善である。質の改善とは何かというと利用者の「acceptacion」と「satisfacion」の向上である。ポリヴィアでは文化的な違いがあるために保健・医療従事者と利用者間にギャップがあって、それが困難な点である。(医師、CP)
- ・ポリヴィアではラパスでも自宅分娩が多く、これをどうサポートしていくかが重要

な課題である。家庭の文化は先住民の文化であり、夫や家族が立ち会う出産をしている。部屋を暖かくするなどの配慮も重要である。医療者の文化を変えていかなければいけない。(産科医、ラパス病院)

- ・先住民の文化と医療者の文化の違いを乗り越えていくためには、コミュニティでの活動、住民とともに活動することが重要である。これまでポリヴィアではIMRが下がってきているが、それはサービスのカバレッジが高まったこと、下痢症対策が進んだこと、予防接種が進んだことによる。これからは妊婦の健康の問題に取り組む必要がある。(医師、CP)
- ・住民への健康教育が重要である。現在の第一次レベル保健・医療は「asistencial(治療中心主義)」で教育活動、予防活動を重視せず、また、仕事も多すぎて教育活動をしている時間もない。学生などを使うといいのでは。(医師、ラパス病院、看護師、CS)
- ・健康教育は医療関係者だけがすることではない。テレビやラジオを通じて、しかも先住民の言語でやる必要がある。(医師、NGO-PROSALUD)
- ・妊産婦とその家族は、出産のときにどのような兆候があると危険なのか、よく知っていなければいけない。また、何かあったときにはどのようにして、どの病院に駆けつけなければならないのか、計画をもっていなければいけない。(産科医、ラパス病院)
- ・住民の教育から第一次、第二次レベルの保健・医療者の意識改革まで、すべて重要である。現在は何でも第三次レベルの医療施設に行ってしまう傾向があり、これを改める必要がある。(看護師、ラパス病院)
- ・第一次レベル施設の役割は何なのか、第二次レベル施設の役割は何なのか、第三次レベル施設の役割は何なのか、それを保健・医療関係者自身がよく考え、よく定義し直す必要がある。(医師、ラパス病院)
- ・准看護師は、いつも医療者と住民の間にはさまって大変である。(准看護師、CP)

2) まとめ

保健・医療のネットワークをよく整備して、そのなかでは基本的な方針に従事者全員が理解して「同じ言葉で話す」ようではいけない。それができるためには、住民の文化をよく理解し、住民と一緒に保健・医療の基本方針を築いていくようではいけない。それができて初めて、住民の健康教育もうまくできるようになるのだろう。住民を交えてシステムをつくっていかなければならない。ここで、保健・医療従事者というのは、医師、看護師だけでなく、受付や門番まで、全員のことである。

(3) MMRが高い理由

ボリヴィアのMMRは10年前の数値であるが、390 / 出生10万とハイティに次いで中南米で2番目に高い。2001年の国勢調査の結果を踏まえて、MMRに関する「バーバル・オートプシー」を現在実施中であるが、300 / 出生10万の近辺の数値が出そうで、10年間であまり改善がみられていない。

ボリヴィアのMMRが高い理由としては、一般に施設分娩率の低さ、妊婦健診受診率の低さが指摘される。施設分娩率は1994年に約4分の1程度だったものが、基礎健康保険(SBS)の導入などもあって、現在は半数を超えるようになった。いまでも家庭で出産しているのは、主に先住民の女性で、それは農村部に限らず、都市部で生活する先住民女性についても同様である。ただし、先住民の女性でも、都市部で育った女性は施設分娩を望む傾向があるといわれ、今後、農村部から都市部に流入した先住民の世代交代が進展するにつれて、施設分娩率は緩やかに上昇することが予測される。

ボリヴィアの出産ケアの問題点は、国民の約半数が家庭で出産しているにもかかわらず、家庭での出産へのサポート体制が全く整備されていない点にあるといえる。出産する女性本人や家族、地域の保健リソース(TBAなど)への教育も重要であるが、緊急時の搬送体制、施設の側での受入態勢などが改善される必要がある。

また、施設での出産ケアの質も、他の中南米の国々と比べて大変低い。第二次レベル、第三次レベルの医療施設での出産時死亡率は100 / 出生10万を超えており、これはセーフマザーフード[「20世紀末までに妊産婦死亡を半減させる」ことを目標に、1987年世界保健機関(WHO)が始めた「安全に母親になる」運動]で1つの国のMMRが全体で100 / 出生10万より低くなければいけない、とされる目標値にも達していない。施設分娩の質の低さは、施設面、技術面の問題というよりも、出産のケアに関する合理的フローのビジョンが不足していること、特に貧しい女性の生殖・性の権利に対する意識が医療者の間で低いことが原因ではないだろうか。

3 - 2 - 2 保健管区別第一次レベルの公共医療施設の現況

第1では、13か所のCSのうち9か所と地区病院、第5では、14か所のCSのうち10か所を視察した(付属資料2.)。結果は以下のとおりである。

保健管区の保健施設の設備や機材、人材は第1の方が第5に比べて比較的良く、あるいは豊富である(表3-2、表3-3)。第1にある地区病院(第二次レベル)に来院する患者の半数が第5、エルアルト市からであり、第2、3、4保健管区からの来院は少ない。

第1には、民間の第三次医療施設が2か所、第5には、社会保険庁、NGO、民間の第二次・第三次医療施設が18か所ある。

表 3 - 2 第 1、第 5 保健管区別管轄人口、組織、予算、職員数、支援ドナー状況

	第 1 保健管区	第 5 保健管区
管轄人口 (2001)	20 万 2,804 人	17 万 2,153 人
組 織	管区長の下に、技術部門 (医師監督官、看護師、統計担当) 事務部門のほかに、現場に栄養士、ソーシャルワーカー、心理専門士がいる。	管区長の下に、技術部門 (疫学、看護師、統計担当) 事務部門のほかに、現場に栄養士、ソーシャルワーカーがいる。
予算 (2002 年)	91 万 8,959 ボリビアノ (Bs.)(6 割は基礎保険分、4 割は自己収入金)	52 万 2,940 Bs.(8 割は基礎保険分、2 割は自己収入金)
職員数	12 名	10 名
管轄医療施設数	第 2 次レベル 1 か所、CS 13 か所	CS 14 か所のみ
支援ドナーの有無	JICA、米国国際開発庁 (USAID)、国連人口基金 (UNFPA)	米州保健機構 (PAHO) / 世界保健機構 (OPS)、CIES、CARE、赤十字など
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ HIPC s 資金から医師 6 名、准看護師 7 名が雇用されている (午後、夜間の部) ・ 部屋が狭い (医薬品を保管する倉庫がない、コールドチェーンの本部を移している) ・ 30 分以上かかる施設がある ・ 日本での看護研修受講者が 2 名いる ・ 管区長は 1 か月前に赴任 	<ul style="list-style-type: none"> ・ HIPC s 資金から医師 6 名、看護師 2 名、准看護師 3 名が雇用されている ・ 部屋が狭い ・ すべての公共医療施設から車で 15 分の距離にある ・ 管区長は赴任して 5 年になる

表 3 - 3 第 1、第 5 保健管区別第一次レベルの公共医療施設の現況

	第 1 保健管区	第 5 保健管区
医療施設数	13 か所 (9 か所を視察)	14 か所 (10 か所を視察)
医療従事者	医師 1 名、準看護師 1 名体制で、サービスに応じて歯科医、産婦人科	医師 1 名、準看護師 1 名体制で、サービスに応じて歯科医、産婦人科
移動手段	なし : 13	なし : 14
通信設備	専属電話 : 4、公衆電話 : 2、なし : 9	公衆電話 : 3、ラジオ : 4、なし : 14
歯科設備	あり : 5、なし : 8	あり : 4、なし : 10
出産設備	あり : 3、なし : 10	あり : 2 *、なし : 12
検査室	あり : 1、なし : 12	あり : 2、なし : 12
24 時間体制	あり : 4、なし : 9 (12 時間体制の施設 2 か所)	あり : 2、なし : 12 (8:30 ~ 14:30)
ドナーの支援	あり : 13、なし : 0	あり : 3、なし : 11
問題点 (視察したなかであがった)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 建物が狭い (6 か所) ・ 不十分な医療機器・機材 (4 か所) ・ 職員の不足 (2 か所) ・ 設備 (歯科や出産) の不備 (2 か所) ・ インフラの整備 (2 か所) ・ 環境が悪い (2 か所) ・ 医薬品の不足 (2 か所) ・ アクセスが悪い (1 か所) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不十分な医療機器・機材 (9 か所) ・ 建物が狭い (8 か所) ・ 設備 (歯科や出産) の不備 (6 ~ 8 か所) ・ アクセスが悪い (3 か所) ・ 健康保険対象の医薬品の不足 (2 か所) ・ インフラ (上下水道、道路) の未整備 (2 か所) ・ 電気が止められている (1 か所)

* CS Maternidad Villa Nuevo Potosi は 1 週間前から産婦人医が他のプログラムに参加し、10 月 4 日現在も不在で、代理の医師の予定もなし。

3 - 3 その他の保健管区の特徴

保健管区別人口、医療施設数、保健医療関連などの特徴を表 3 - 4 にまとめた。

第 1 保健管区は、2 番目に人口が多いが、人口が密集し、出生数が最も多く、貧困率が 80% であり、先住民族が最も多く (70%) 住んでいる地域である。

第 2 保健管区は、最も人口が多いが、第二次・第三次医療施設が集中し、貧困率が 70% であり、混血が多く (70%) 住んでいる地域である。

第 3 保健管区は、人口が最も少なく (第 1 と第 2 の半分)、貧困率が 85% であり、先住民族が 30% 住み、公立・私立学校が最も多い地域である。

第 4 保健管区は、第 3 と同程度の人口をもち、出生数が最も少なく、貧困率が最も低い (40%) 地域である。

第 5 保健管区は、3 番目に人口が多い地域であり、貧困率が 60% で、混血が 70% 住む地域である。

表3-4 ラパス市保健管区別人口、医療施設数、その他の保健医療関連の現況調査

入手先：SEDES/DISTRITO

入手日時：2002年10月9日

保健管区	人口(2002年)*1			人口密度	出生数	医療施設数*2			ドナー・NGOの活動の有無	貧困率	人種	住民組織の有無	公共施設の有無
	全人口	0～5歳	15～49歳(女性)			一次	二次	三次					
1	204,876	20,000	60,350	19	1,773	17 (13)	1 (1)	2 (0)	PATHFINDER, UNFPA, JICA (3)	80%	先住民族 70% 混血 30%	OTB140 擁護会 14 母親クラブ 15	公立学校 80 市立学校 20 運動場 25
2	204,956	20,007	60,374	16	425	20 (16)	3 (0)	15 (9)	PATHFINDER, CARE, CEMSE, FUNDACION ARCO IRIS, CESDIM (5)	70%	混血 70% 白人 30%	OTB180 擁護会 9 母親クラブ 15	公立学校 92 市立学校 23 公立大学 1 市立大学 3 運動場 12
3	106,289	10,376	31,309	—	—	11 (8)	1 (0)	5 (0)	FUNDACION LA PAZ, CIES (2)	85%	混血 60% 先住民族 30% 白人 10%	OTB76 擁護会 16 母親クラブ 13 監視委員会 4	公立学校 106 市立学校 106 運動場 13
4	112,144	10,948	33,035	15	214	16 (11)	5 (0)	1 (0)	CIASE, WINAY, FUNDACION DIVINO MAESTRO, AVANCE COMUNITARIO (4)	40%	混血 70% 白人 30%	OTB106 擁護会 3 母親クラブ 50 監視委員会 4	公立学校 47 市立学校 47 市立大学 7 運動場 15
5	173,912	16,978	51,229	—	483	25 (14)	11 (0)	7 (0)	CIES, CARE, EL CARMEN, CRUZ ROJA, BOLIVIANA (4)	60%	混血 70% 白人 30%	OTB70 擁護会 7 母親クラブ 5	公立学校 50 市立学校 20 市立大学 4 運動場 4

*1：0～5歳、15～49歳の人口は全人口の9.8%、29.6%として算出されている。

*2：()内は公共の医療施設数

第4章 保健医療分野における援助動向

4-1 概要

現在、ボリビアの保健分野で実施されているプロジェクトは表4-1のとおりで、主な国際機関及び援助国は、世界銀行、米州開発銀行（IDB）、米州保健機構（PAHO / OPS）、国連児童基金（UNICEF）、国連人口基金（UNFPA）、米国国際開発庁（USAID）、日本、オランダ、ベルギーなどである。

ラパス市の保健管区を支援している主な国際機関及び援助国（表4-2）は、UNFPA、JICA、USAIDのほかに、CARE、CIES、PATHFINDER INTERNATIONALなどのNGOがあり、すべての保健管区が何らかの支援を受けている。

表4-1 ボリビアの保健分野で実施されているプロジェクト

（単位：米ドル）

プロジェクト名	支援機関・国	支援の形態	資金額
1. 保健政策	世界銀行	借 款	41,785,320
2. 保健総合プロジェクト(PROSIN)	USAID	供 与	16,793,447
	PL480	借 款	20,488,207
3. 保健改革にて疫学的保護と支援	IDB	借 款	13,869,080
4. 保健改革の支援、他	OPS	供 与	84,700
	IDB	借 款	48,767,438
5. マラリア対策	PL480	借 款	174,250
	OPS	供 与	118,000
6. 結核対策国家プロジェクト	英国国際開発省 (DfID)	供 与	2,348,183
7. 基礎医薬品	オランダ	供 与	7,360,548
8. 緊急、再発防止	OPS / OMS	供 与	229,000
合 計			

PL480：米国の「農産物貿易促進及び援助法」（公法第480号）の通称

出所：保健年金省企画局

表 4 - 2 保健管区別保健分野における主な国際機関、援助国及び NGO

管 区	ドナー及び NGO 名	活動内容
1	<ul style="list-style-type: none"> ・ PATHFINDER INTERNATIONAL ・ UNFPA ・ JICA 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 青少年への性とリプロダクティブ・ヘルス教育 ・ 医療従事者と住民への性とリプロダクティブ・ヘルス教育 ・ 保健センター（CS）と地区病院への基本サービスのための機材供与
2	<ul style="list-style-type: none"> ・ PATHFINDER INTERNATIONAL ・ CARE ・ FUNDACION ARCO IRIS ・ CEMSE ・ CESDIM 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 青少年への総合ケア ・ 青少年への性とリプロダクティブ・ヘルス教育 ・ 子どもへの総合ケア、基礎健康保険サービス ・ 保健総合ケア ・ 保健総合ケア
3	<ul style="list-style-type: none"> ・ FUNDACION LA PAZ ・ CIES 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民の健康教育とプログラムの拡大 ・ 性とリプロダクティブ・ヘルス教育
4	<ul style="list-style-type: none"> ・ CIASE ・ FUNDACION DIVINO MAESTRO ・ WINAY ・ AVANCE COMUNITARIO 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民への保健総合ケア、基礎健康保険サービス ・ 住民への保健総合ケア、基礎健康保険サービス ・ 住民への保健総合ケア、基礎健康保険サービス ・ 児童への総合ケア、母子保健ケア
5	<ul style="list-style-type: none"> ・ CIES ・ CARE ・ EL CARMEN ・ CRUZ ROJA BOLIVIANA 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健総合ケア、性とリプロダクティブ・ヘルス教育 ・ 青少年への性とリプロダクティブ・ヘルス教育 ・ 住民への保健総合ケア ・ 飲料水の改善、子どもの病気の統合的管理（AIEPI）

出所：SEDES DE LA PAZ

4 - 2 国際機関による協力の実績と動向

4 - 2 - 1 世界銀行

1990年保健総合開発計画をきっかけに保健分野の支援を開始した。

世界銀行はボリヴィア国社会投資基金（FPS）の最大の資金拠出機関であり（1998年から2002年までに2億4,000万米ドルを支援予定）、国家児童ケアプログラム（表4 - 3）、FPS保健プログラム（第一次保健サービス網の強化、及びシャーガス、マラリア対策支援）、及び衛生プログラム（農村地域の安全な飲料水確保とトイレ整備、固形廃棄物処理）等への資金援助も実施している。

4 - 2 - 2 米州開発銀行（IDB）

1964年からボリヴィアへの支援を開始し、FPSをとおりて国家児童ケアプログラム（表4 - 3）に資金拠出しているほか、感染症対策（全国監視システム、ラポネットワーク、血液銀行の強化）、保健改革（市役所レベルにて）、インフラの整備、栄養などの活動支援に協力している（表4 - 1）。

表 4 - 3 国家児童ケアプログラム

プロジェクト名	国家児童ケアプログラム
期 間	1998 ~ 2002 年
実施機関	ボリヴィア国社会投資基金 (FPS)
支援総額 (主資金源)	総額 8,700 万米ドルのうち世界銀行が 5,000 万米ドル、IDB が 2,000 万米ドル、世界食糧計画 (WFP) が 1,700 万米ドルを支援。
対象地域	全 国
支援分野	貧困家庭にある 6 歳以下の乳幼児の心身発達に対するケアの実施
裨益人口	5 万から 10 万人

出所：Project Appraisal Document on a Proposed Adaptable Program Credit for Health Sector Project, 1999, WB

4 - 2 - 3 国連人口基金 (UNFPA)

リプロダクティブ・ヘルスを中心としたソフト面の活動を主とし、保健年金省以外に、教育省、開発省等と連携して活動を実施している。活動の目的は、望まない妊娠と中絶の減少と、妊産婦死亡率 (MMR) の低下、ジェンダー不平等の是正、家庭内暴力の防止に対する支援、中央及び地方自治体レベルにおける開発政策、開発プログラム及び資源配分にかかわる決定過程に人口を統合させ、国民全体における生活の質の向上を図ること、である。

協議内容は以下のとおりである。

(1) JICA への要望

まず、2003 年から 5 年間計画として、リプロダクティブ・ヘルスを共同してやっていく他ドナーを探しており、JICA にもお願いしたい。次に、出産の「Humanization」については、ラパス市で実施できることがあるが、資金不足 (40 万米ドルほど) で JICA に支援してほしい。

これに対し、UNFPA への日本青年海外協力隊 (JOCV) の派遣は今すぐには無理だが、検討したいと回答。さらに、ジュニア専門員 (JPO) の派遣は外務省の管轄なので、UNFPA の意向を外務省へ伝えると回答。また、MMR の減少のための活動資金がかなり不足しており、日本への支援がほしいとの意見には、JICA は資金提供機関ではないので資金提供は無理だが、活動費として、小規模に連携できるかもしれないと回答した。

(2) MMR の減少について

女性の地位の向上、生活改善と向上、教育、リプロダクティブ・ヘルス、出産での文化の適合化を進めるなどの活動を実施している。

(3) プログラム形成のプロセス

3つの段階があり、2002年10月1日までに国別プログラム（戦略と成果をまとめたもの）を計画し、ボリヴィア側の承認とUNFPAの理事会承認を受け（1段階）、10月30日までにサブ・プログラム（アンケート調査、研究計画も含む）を作成、ニューヨークにあるUNFPA本部（南米局）の承認を受け（2段階）、11、12月にボリヴィアのUNFPA事務所にて具体的なプロジェクト方針を決定する（3段階）ことになっている。

(4) ラパス市の第1、第5保健管区でのJICAのプロジェクトについて

一緒に活動できる分野があれば一緒にやりたいというJICAの意向を伝える。

(5) UNFPAのスタッフ

3人のシニア（ガン、家族計画、リプロダクティブ・ヘルス）、8県に8名のコーディネーター、5名のコンサルタント（リプロダクティブ・ヘルス、ジェンダー、教育）、4名の専門家などがいるので、これらの人材を大いに活用してほしい。

(6) MMRの分析結果

2002年11月に最終結果が出る。

(7) DHSについて

2003年2、3月に人口統計・保健医療調査（DHS）が実施される予定で、費用の負担を各ドナーと協議中である。150万米ドルの費用がかかる予定である。この調査は1994年、1998年にも実施されている。

(8) その他

JICAと同じ建物内にあり、行きやすいこともあるので、JICA事務所と密なコミュニケーションを図り、要望や意見は直接JICA所長に伝えた方がよいとの提案をした。

4 - 2 - 4 国連児童基金（UNICEF）

UNICEF本部の常勤職員は6名、保健作業局（SEDES）や地方事務所に30名ほど駐在している。主な活動は、政策分野、基礎保険、感染症対策である。詳細は下記のとおりである。

(1) 政策分野

5歳未満の乳幼児の治療、女性のケア、栄養と微量栄養素摂取の必要性についての研修

と教育を実施している。当国における低栄養の指標が改善されていないため、2歳未満の乳児への母乳奨励、微量栄養素の補給を政策に導入するよう推奨している（Politica de Nacional de Alimencion Y Nutricion）。さらに、情報の分析が不十分であるので、国家保健情報サブシステム（SNIS）の強化、地方自治体の分析能力の強化に努めている。

（2）基礎保険

基礎保険を導入する以前から、UNICEFは政府を支援していたが、人々への無料診療という経済的障害を取り除いたものの、他の障害、つまり多文化観があるということが分かった。また、予防接種、歯の治療、乳幼児検診など子どもの保健サービスには母親は満足している。ところが、産前検診、出産、出産後ケアには、男性医師への抵抗、出産の体位、出産の進め方に屈辱や不満を感じているようだ。

（3）感染症対策

予防接種拡大プログラム（PAI）、ベニ県、パンド県を対象にマラリア対策プロジェクトを実施している。全国予防接種キャンペーンが2002年10月10日に実施され、UNICEFは、ロジスティック、広報、日当の支払いなどを支援した。

（4）MMRが依然高い理由

特別の訓練を受けた人の介助なしで自宅分娩が行われており、緊急の事態に対処できないためである。

（5）日本に期待する分野

人材育成、SNISや市役所の能力強化、農村地域での住民参加の推進、微量栄養素摂取の推進である。

4 - 2 - 5 WHO、OPS / PAHO（世界保健機構 / 米州保健機構）

1950年から保健分野の支援を開始し、主として必須医薬品プログラム、PAI、AIEPI、感染症対策、健康増進、政策及び保健システムの開発などの分野において、技術支援やモニタリングを実施している。

2001年から2005年までに実施中のプロジェクトは、シャーガス病対策（支援金額：250万米ドル）、マラリア対策と研究（273万米ドル）、PAI（1,976万米ドル）、疫学監視（1,976万米ドル）、環境対策（42万米ドル）である。

4 - 3 二国間協力の実績と動向

4 - 3 - 1 米国国際開発庁 (USAID)

1961年から保健分野の支援を開始し、ガン・心疾患、糖尿病対策、安全な食糧(栄養、母子保健:MCH、水と衛生、教育)のほかに、NGOへの支援を実施している。今後、疫学監視、PAI、結核対策、貧困撲滅、環境対策などを実施する予定である。

USAIDとの協議内容は下記のとおりである。

(1) どのような分野で共同できるか

日米共同は半年前から聞いており、更にここ数週間、その意向は強まったと聞いている。現時点で新政権となり、ひとつのネットワークに沿った医療システムの改善を考えているので、このテーマについて議論することは良い機会である。ボリヴィア側ともどのような分野を各市で実施可能かについて協議し、調整会議にて、20の活動が実施されていることが判明した。

(2) 現在の保健年金省の見解

50%の先住民民族が保健サービスにアクセスできていない。各事業が需要に追いついていないのではないかと。先住民民族住民の保障について、供給、需要について、今後5年間のテーマになるだろう。

(3) 保健関連のネットワーク

公共の医療施設のみならず、NGO、民間すべてを含めてのネットワークづくりは大切である。USAIDは過去にポトシ県、オルロ県、パンド県、ラパス市の農村部において保健ネットワークづくりを推進する活動をしてきた。

(4) 大臣との協議において

保健年金省は2003年より、MMRやIMRの減少、マラリア、結核、シャーガス病への対策へのネットワークが重点課題としている。また、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)/後天性免疫不全症候群(AIDS)が他国から入ってきているので、まだ爆発的な発症はないが、予防対策を練る必要がある。さらに、地方分権化の推進と市役所への地方行政の移行を支援する。

(5) コモン・バスケットについて

日本は、コモン・バスケットについてはどの程度効果があるのか疑問視しており、状況

をみている。USAID も、成果、条件、資金の運営、資金の流れなど不明な部分が多いので、コモン・バスケットには全面的に賛成していないが、援助協調は同じ地域でお互いの領域を侵すことなく、活動をしていけばよいと考えている。

(6) ラパス市の MMR、IMR の減少のために活動について

USAID が資金提供している NGO があり、特に PROCOSI (保健医療 NGO のネットワーク/コーディネーションプログラム: ポリヴィアの 24 の NGO がまとまった組織) には、他ドナーからの支援も受け、活動を大きくするよう通達しており、日本も大いに活用できる。NGO の活用として、日本側は新プロジェクトのなかで住民への啓発活動、医療従事者への研修などに、一緒に活動を考えている。母子保健分野で「Humanization」に対応して活動している NGO として、PROSALUD があり、ほかに CIES もリプロダクティブ・ヘルスを中心に活動している。分娩が基礎健康保険にて無料になったので、産前検診、医療施設での分娩を支援している。

(7) PROCOSI への日本からの資金提供について

JICA は技術協力を支援する機関であり、資金を提供する機関ではないこと、技術協力をするうえで必要な活動費の支給、機材供与、研修の実施などを行っていること、などを説明した。

(8) AIDS 対策で日本ができる支援について

AIDS 対策の重点地域はアフリカであり、ポリヴィアは優先順位が低い。しかし、プロジェクトの一部あるいはセミナー開催等の小規模な協力であれば、JICA は可能である。USAID 側は、AIDS 患者が特殊な階層から一般階層へ広がりつつあることを強調した。

USAID も、HIV / AIDS 対策はアフリカ中心であり、ポリヴィアで実施する十分な資金を確保できない。AIDS 対策は大統領の関心事である。

(9) USAID のラボ関連の支援状況について

マラリア対策として、第一次レベルにて顕微鏡の供与と研修をバンド県、ベニ県で実施している。また、結核対策として、第一次レベルに顕微鏡を供与、研修を実施。さらに、シャーガス病については、第二次から第三次レベルにおいて診断用の機材を供与した。しかし、必要な機材がなかったり、適切な機材は入っているが、試薬などの消耗品が確保できないという状況にあり、診断と品質管理にまだ問題が残されている。

(10) AIDS、マラリア、シャーガス病対策について

この分野において、USAID 側は、車両、機材の供与が日本に比較優位があるとした。JICA の技術協力のほかに外務省管轄の無償資金協力があるため、機材供与に関し、外務省へは USAID の考えを伝えると回答。

(11) 日米合同プロジェクトについて

今後、現地 JICA 事務所がローカルコンサルタントを使い、具体的にどの分野でどのような協力ができるのか調査し、協議する機会を設ける。その結果、合意が得られた場合は 2003 年 1、2 月ごろ、プロジェクト実施のための調査団を出す予定である。

(12) その他

教育大臣との協議のなかで、公立学校に、生徒 30 人に対して 1 台のコンピューターを普及させたいという意向があり、日本と共同でコンピューターを供与することは可能かという質問に対して、現実的に多量の中古コンピューターを確保するのは困難ではないかと回答した。

4 - 3 - 2 日本

1974 年から保健分野の支援を開始（技術協力は 1978 年より）し、これまでに無償資金協力として、トリニダット母子病院建設、サンタクルス総合病院建設、ラパス母子保健病院医療機材供与、コチャバンバの国立公衆衛生専門学校建設、プロジェクト方式技術協力として、消化器疾患対策、サンタクルス総合病院、サンタクルス医療供給システムが実施された。

現在、開発調査「ベニ県地域保健医療システム強化計画」、プロジェクト方式技術協力「サンタクルス県地域保健ネットワーク強化計画(2001～2006年)」が実施中であり、専門家(5名)、JOCV 隊員(8名)、ボランティア(2名)がそれぞれの保健医療分野で活躍している。

4 - 3 - 3 オランダ

1992 年から保健分野で支援を開始し、これまでにエルアルト市での第一次レベルのケア(1992～2000年)や病院建設(1997年)、その他全国レベルでの基礎医薬品の供与、広報活動などを実施している。

オランダは、今後保健分野での支援をストップし、地方分権化、大衆参加、教育、農村開発などの分野で協力する方針である。また、保健分野への政治の介入が強いとし、二国間の調整を緊密にとる必要があると指摘している。

4 - 3 - 4 英国国際開発省 (DfID)

1997年から保健分野の支援を開始し、主として、全国レベルでの感染症対策(結核、マラリア)、エルアルト市やラパス市、スクレ市、タリフ市における青少年への性とリプロダクティブ・ヘルスに関する教育・啓発活動を実施している。

複雑な課題に対して、政府とドナーとの二者間調整に何らかの方法を見いだす必要があると指摘している。

4 - 3 - 5 ベルギー

ベルギー国際協力庁(DGIC)、ベルギー技術協力(BTC)が、それぞれ1974年、2000年から保健分野の支援を開始し、前者は協力計画、戦略政策、資金額の決定、直接・間接的の二国間プロジェクトの計画とフォローアップ、後者は直接的二国間プロジェクトの策定、実施、モニタリングなどを実施している。

熱帯医学研究と訓練(国立熱帯病センター:CENTROP、CUMETROP)、サンタクルスの農村部と市街地でのSILOSの強化、血液銀行のラボとネットワークの強化を実施した。今後、SILOSを全国展開あるいはエルアルト市で実施し、熱帯医学研究と訓練、ラボのネットワーク、血液銀行のネットワークを全国展開する予定である。

4 - 3 - 6 カナダ国際開発庁(CIDA)

1970年代の後半から保健分野の支援を開始し、30のプロジェクトを実施していたが、現在は4つの分野(大衆参加、都市開発、公共部門の改革、マラリア対策)に絞っている。

現在、ベニ県、パンド県対象にマラリア対策プロジェクト、ベニ県、パンド県、タリ八県、チュキサカ県対象にインフラ整備と病院建設・機材供与プロジェクトを実施している。

4 - 4 NGOによる協力の実績と動向

保健年金省に登録されている保健医療分野で活動しているNGOは99あり、そのなかで主要なNGOは、PROCOSI、PROSALUD、CIESなどである。

ラパス市の第1保健管区、第5保健管区で活動しているNGOは、上記のPROSALUD、CIESのほかに、CCC、CEPROSI、COOPI、PATHFINDER INTERNATIONAL、SCSJがある。

4 - 4 - 1 Population Concern (PC)

PCは、1991年イギリス家族計画協会の管轄の下で設立されたNGOであるが、リプロダクティブ・ヘルスを中心に、青少年に向けた性教育、母子保健、安全な母性、HIV/AIDSサービスの性とリプロダクティブ・ヘルスへの融合プログラムなどを実施している。1999年にラパ

ス市に事務所を開設し、活動を開始した。現在、管理と技術部門で4名の専任スタッフが常駐している。

今回、3項目の調査（出産に関するこれまでの資料、データ、文献の分析、第1及び第5保健管区におけるアンケート調査、及びインタビュー、出産シーンの録画）を依頼した。

主として、調査の進捗状況（出産シーンの録画を除いてほぼ70%を終了し、2002年9月26日には最終報告ができる）の報告がなされた。

以下、中間報告は以下のとおりである。

（1）対象医療施設

第1及び第5保健管区に所在する医療施設50か所（公共：30、教会関連：9、NGO：5、社会保険庁：4、民間：2）に出産に関するアンケート調査を実施した。なお、過去に似たような調査を保健年金省でも実施済みである（後日の追加調査にて確認できなかった）。

（2）過去の出産場所について（正常分娩した40人対象）

施設分娩が第1保健管区（以下、第1とする）で80%、第5保健管区（以下、第5とする）で40%であった。さらに、回答した大部分の妊産婦は施設分娩の満足度が低かった。この結果は、情報不足、教育の不足、出産施設的能力不足が考えられる。ポリヴィアのMMRを下げるために、政府は施設分娩を奨励し、無料にしているにもかかわらず、第5では施設分娩率は低い。これは、アクセス、経済的な問題というよりも、人々の文化的な要因が大きい。アンデス社会文化というのは、出産を社会的行事のひとつと考え、出産を親しい人々と一緒に分かち合いたいと考えている。そして、施設での現場の非人間的な対応が妊産婦に無力感を感じさせている。

（3）医療従事者の対応について

実際の出産に立ち会う医療従事者は、望ましい処置についてよく知らない。例えば、保健年金省の省令にて、「陰毛カット」や「浣腸」を中止するよう通達しているが、調査結果によると、「陰毛カット」や「浣腸」をされた妊産婦は第1で24%、第5で39%となっている。さらに、「陣痛促進剤」や「会陰切開」は必要の場合（10%から20%のみが該当する）以外やらないように通達されているが、「陣痛促進剤の使用」が第1で54%、第5で45%であり、「会陰切開」については、第1で76%、第5で58%も実施されている。また、膣内触診は通常1～2回とされているが、調査結果によると、60～70%の妊産婦が通常以上、30%の妊産婦が6～10回も膣内触診をさせられ、その大多数がインターン生により触診されている。

4 - 4 - 2 PROCOSI

PROCOSI (保健医療 NGO のネットワーク / コーディネーションプログラム) は、24 (9つは米国、1つはカナダ、14 がボリビア) の NGO から成り、PROCOSI 自体はプログラムの計画、資金確保、NGO 間の調整を主な業務としている。年間 200 万米ドルの資金供与を USAID から受け、各プログラムの費用の 75% を PROCOSI が出し、残り 25% (このうち 5 ~ 10% を市役所が負担している) をそれぞれの 24 の NGO 自身が出して活動している。2002 年は USAID のほかに Save the Children から 100 万米ドルの資金提供があった。現在、7 つのプログラム (性とリプロダクティブ・ヘルス、統合された保健サービス、感染症、栄養、ジェンダー、住宅改築、青少年育成) が実施されている。

PROCOSI では、ボランティア・プロモーターと呼ばれる無償の人材を地域住民の仲介者として、情報の収集、住民の啓発に積極的に活用している。彼らは、まずコミュニティーが 25 歳以上かつ無償で働く意思のある人を選出し、PROCOSI 関連の NGO 職員によって訓練され、現場で活動している。10 年前はほとんどのボランティア・プロモーターは男性であったが、現在女性が 4 割ほどを占めている。また、都市部には、ブロックごとに連絡係と称する女性があり、彼女らを訓練し、保健年金省の情報を地域住民に伝えることを任されている。

日本と協調して実施できそうな活動として、地域住民に対する調査、地域住民の啓発活動、パンフレット・教材作りなどをあげている。

現在、PROCOSI の開発責任者が JICA 研修「地元 NGO 構築能力の開発」を日本 (2002 年 9 ~ 10 月の 2 か月間) で研修中であり、日本の NGO が PROCOSI の中に入る可能性を探っている。

4 - 4 - 3 Pro Mujer (エルアルト市の NGO)

エルアルト市 (10 か所) を拠点に、コチャバンバ市、タリハ市、スクレ市にも支部があり、1991 年、女性への研修・訓練から活動を開始した。その過程にて、女性の要望から 1996 年「貸付事業」が開始された。その後、プロムヘル (NGO) で研修・訓練を受けた女性が公共の第一次施設において満足に扱われない (冷遇や差別を受けたなど) ということもあって、1998 年、独自の保健サービス (基礎健康保険と保健年金省との協定を結び、女性と 5 歳以下の子どもを対象とした無料診療ほか) を提供する診療所を開設し、現在に至っている。

活動内容は、Pro Mujer に入会した女性グループ (4 ~ 5 人) への貸付事業、職業訓練、第一次レベルの診療サービス提供 (対象は 1 万 5,000 人) であり、現在の会員は全国で 3 万人である。

活動資金は主として PROCOSI で、専属職員は、女医 1 名、看護師 8 名、事務職員 2 名などである。

NGOとして、SNISに毎月10か所の診療所のデータを提出しており、年度末年間報告書で中央から情報が戻ってくる。

以下、質問に対する回答、協議内容である。

(1) 分娩について

人間的な出産をめざし、訓練を受けた人の介助による自宅分娩も実施している。現在、施設と自宅での分娩は半々である。また、自宅分娩で出産に立ち会うことの多い女性は妊産婦と知り合いということが多く、出産後報酬を受ける。彼女らは技術的に個人差が大きく、経験を多くすることで出産の事故を防いでいる。

(2) エルアルト市で評判の高いCSについて

公共施設のCS Villa Doloresであり、自分の好みの姿勢で、かつ夫立ち会い出産が可能である(子どもたちは出産後すぐに会える)。そのCSで上記のような人間的な出産を始めた経緯はよく知らないが、1年前から開始している。ただし、保健年金省などが、「Humanization」の研修・セミナーを開催しており、10年前から公衆衛生の訓練なども受けられるようになっている。

(3) エルアルト市が別の市と異なる点

まず、教育水準が低いこと、次に人々の流出入が大きいこと、アンデスの文化が根強く残っていること。アンデスの文化とは、人々が非常に保守的で、懐疑的で、根強い習慣をもっていることである。新しいことを吸収するのに時間がかかる。地域住民アイマラ族の文化では、人が病気をすると、自然の不均衡が生じたと考え、呪いや祈禱師によるお払いをする。それで病気が治れば良しで、もし治らなければ医療施設へ行くということである。さらに、身体を夫以外に見られるのを良しとしないこと、胎盤を夫が埋めるなどの習慣がある。

(4) 第一次医療を改善するための新しいプロジェクトに対する考え

人々の研修が必要であり、第一次から第三次に至るすべてのレベルにおいて、医療従事者の意識を変える必要がある。医師・看護師にはメンタリティー、奉仕精神が必要であり、教育改革が必要である。また、女性の意識が高められ、自覚すれば社会は変わるだろう。事業を開始したら、すぐに結果を求めず、じっくり見ることも大切である。裨益人口の入り口に入るためには、地域普及員の人材を活用すべきである。日本には、ソフト面(研修や訓練)の技術移転を期待したい。

(5) 協力隊員として派遣されている池田看護師の意見

以前供与された機材（エコー）は医師が使用方法を知らないため使用されていないので、今後機材供与には研修も必要である。

(6) 現在直面している問題

基礎健康保険のお金が支給されるようになっていない、維持・管理の問題、サービス自体の問題、基礎的な機材がなく、サービスが十分提供できない。

(7) エルアルト市での貸付事業

現在、エルアルト市での貸付事業はうまくいっており、市中の銀行の不良債権率 20% に対して、この不良債権率は 0.83% である。貸付事業の対象は商業サービス従事者が多く、毎年 30% の割合で会員が増えている。年間 210 万米ドルの事業資金をもち、貸付事業の収益は、全部門の運営資金を差し引いて、次の貸付事業に回している。ラパス県において、エルアルト市のみ活動を限定しているのは、以前ラパス市のエテハル地区にて、多くの不良債権が残り、貸付事業がうまくいかなかったためである。

バングラデシュから我々も学ぶことが多く、貧しい人々への貸付事業はひとつの賭けであったが、ここボリヴィアでも成功している。貸付事業の全国展開の結果、ペルー、ニカラグア、メキシコへと事業が取り上げられている。

なお、同 NGO の事務所は 5 階にあり、3 階は診療所、4 階は訓練・研修室となっている。

4 - 4 - 4 出産のヒューマニゼーションに関する NGO

(1) REBOHUPAN (Red Boliviana para la Humanización del Parto y el Nacimiento)

出産のヒューマニゼーションを訴える団体及び個人がメンバーとなってつくる連絡会的性格のグループである。JICA の技術協力プロジェクトの一環として 2000 年にフォルタレーザで開かれた国際会議で生まれた「RELACAHUPAN (ラテンアメリカ及びカリブ海諸国・出産のヒューマニゼーション・ネットワーク)」の一部を成す。

参加団体は 5 つ、個人メンバーは約 30 名。文化人類学者、伝統的助産婦 (TBA)、医師、看護師、理学療法士のほか、母親としての参加も目立つ。参加団体は TAHIPAMU、ILCA、TARI、PC、MAAMA。

REBOHUPAN の参加団体である 3 つの NGO、TAHIPAMU、ILCA (Instituto de Lengua y Cultura Aymara)、TARI (Talleres Abiertos sobre Reciprocidad y Interculturalidad) は、それぞれ異なった団体であるが、その活動は似通っていて、文化人類学的な見地から先住民民族、特にアイマラ族の風俗・習慣について研究してきたグループである。どのグループも

出産の風習に関して、これまでに多くの出版物を出しており、ポリヴィアの保健・医療に影響を与えてきた。どのグループもアイマラ語を解するスタッフをもっている。TAHIPAMUの代表(Ineke Dibbits)はREBOHUPANの代表でもある。TARIは月に2回、エルアルト市でTBAのミーティングを開いている。

(2) Population Concern (PC)

やはりREBOHUPANの参加団体であるこの団体はイギリスに本部を置き、ポリヴィア・オフィスからペルーでの活動も監督する広域NGOである。性・生殖保健の権利に関する活動を主とする。大きなプロジェクトの管理部門の経験が豊富である。

(3) MAAMA

(中産階級の)母親たちがつくるグループで、母乳保育をはじめ、女性と子どもを中心に据えた出産のケアを医療セクターに求める活動を続けている。

4 - 4 - 5 第一次レベル保健・医療を提供するNGO

(1) CIES

第1保健管区に第一次レベルのクリニック(出産はできない)を開いている。CIESはポリヴィア人の数人の女性たちが「Centro de Investigacion y Educacion de Salud」としてつくったものだが、現在は性と生殖の保健に特化したサービスを提供するようになっている。バンド以外の全国に合計9か所の保健センター(CS)をもつ。教育活動としては、「コミュニティ・エンパワーメント」のコンセプトで教育者と医師の両方でチームを組んで地域を回っている。

CIESが全国で運営する9か所のクリニックのうち、4つでは出産のケアを行っているが、そのうちの1つはエルアルト市にあって帝王切開もできるようになっている。現在は有料クリニックで、出産にも150ポリビアーノ(Bs.)以上かかるが、2002年10月中には基礎健康保険(SBS)がもらえるようになるので、多数の項目(出産を含む)が無料になる。現在の出産件数は月に15~18件だが、3倍ほどになるだろう。情報化が進んでいて、患者、治療内容、収支などがコンピューターで管理されて、すべてひと目で分かるようになっている。資金は60%がUSAIDからの支援で、残りが診療活動による収入である。

エルアルトのクリニックの院長は出産のヒューマニゼーションのことをよく理解して、その大部分を実践している。REBOHUPANの代表を務めるIneke Dibbits(TAHIPAMU)の協力を得て、先住民の出産に関する知識を得てきた。出産時の妊婦は自分の好みの服を着ることができ、夫の立ち会いが認められていて、出産の姿勢も自由。飲み物は飲んでも

よい。産後はすぐに授乳するように勧めていて、胎盤は女性に返している。流産の処置は吸引法を使っている。

(2) PROSALUD

第1保健管区に第一次レベルのクリニック(出産はできるが帝王切開はできない)を開いている。

PROSALUDは1985年にサンタクルスで生まれ、現在、32のCSを運営している。そのうちサンタクルスのものだけが第二次レベルの医療施設である。ラパスには7か所、エルアトルにも7か所のCSを開いている。

ラパスの第1、第5保健管区の中では、Villa Victoria(ラパス病院のすぐ上の地域)で診療所を開いている。1990年に開いたCSである。正常分娩の出産ができて、130Bs.以上かかる(月当たり7~10件)。SBSについては、現在協議中である。出産のヒューマニゼーションについては、ある程度の理解はあるようだ。夫又は家族の1人までなら立ち会えることになっている。

(3) Centro Comunal El Carmen

第5保健管区に第一次レベルのクリニック(出産はできない)を開いている。1976年に創設。教育を主な目的に始められたが、最初から第一次レベルの保健・医療活動をやってきた。保健・医療活動に必要な資金は診療活動の収入で賄っている。医師と歯科医が毎日診療にあたっていて、だれでも診療を受けることができる。産前健診は有料(15Bs.から)だが、2002年9月には8人が健診を受けている。主に、子どものときからこの診療施設を利用している妊婦が産前健診に来る。El Carmenでは診察しかできないので、血液検査などはラパス病院で、出産の多くはLa Mujer病院でやっている。

(4) Sociedad Catolica de San Jose

第5保健管区に第一次レベルのクリニック(出産はできない)を2か所(Centro Integral de Desarrollo Infantil San Jose de Las Lomas及びCentro Integral Santa Maria Alpacoma)開いている。

カトリックの背景のあるこの団体は、地域に根ざした総合的な活動をめざしていて、チャイルド・ケア(保育、学童保育)の活動と、青少年育成の活動のほかに、第一次レベルの保健・医療活動や法律相談など、子どもの家族のための活動も行っている。Las Lomasでは0歳から20歳の子ども、青少年を2,064人、Alpacomaでは3歳から18歳までの子ども、青少年を269人預かっている。Las Lomasでは水曜以外の毎日9時から17時まで医

師と看護師がいて、水曜日は同じ医師と看護師が Alpacoma に行っている。出産のケアはしていない。産前健診は Las Lomas の方だけでやっていて、2002 年 9 月には 7 人の妊婦が健診に来た。診察はすべて無料である。カトリックの団体であるために家族計画はやっていない。

San Jose の運営資金としては、独自の資金のほかに Christian Children's Fund や国連からの資金が入っていて、PAN からも現物支給がある。

4 - 4 - 6 その他の NGO

(1) Consejo de Salud Rural Andino (CSRA)

CSRA はアルティプラノの 3 市とサンタクルス の 1 市で、戸別訪問による保健情報収集をベースにした保健・医療行政の改善を行っている。ブラジルでいう Agente Comunitaria de Saude の活動に似たことを、市の病院の准看護師にやらせている。住民のほぼ 1,200 人 (約 240 家庭) に 1 人の割合で准看護師に家庭訪問させて、それぞれの家庭の保健状況を調べ、保健・医療セクターにつなげていく活動である。資金は 59% が PROCOSI (USAID) など様々なドナーから、31% が保健年金省から、5% が市から出ている。その他は SBS などである。

「文化性」を中心に据えた性と生殖に関する活動をアルティプラノで始めたばかりで、公共の保健・医療のサービスに「文化的に適切」なプラクティスを入れていくような改善を進めているところである。

(2) Confederacion Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB)

CSUTCB は、アルティプラノで遠隔地に住む先住民のために活動しており、現在、先住民の保健・医療の知恵を活用するプロジェクト「Fortaleza」を計画中である。OPS で長く働いた経験がある公衆衛生医 Dr. Alicia Aliago は、このプロジェクトを OPS と協力して実施したいと考えている。出産に関しても、このプロジェクトのなかで、先住民の知恵を整理していく予定である。

第5章 今後の我が国の協力の可能性

5 - 1 我が国の協力の基本的方向性

今般調査は、ボリヴィアに新政権が発足し、保健年金省をはじめ各県保健作業局(SEDES)の責任者が着任後間もなく、次年度事業計画の策定に着手している時期にあたったため、前政権時の責任者がまとめた我が国への協力要請案件の内容と開発計画全体のなかでの位置づけについて、詳細を聴取することは容易でない面はあったが、新政権は保健医療分野の政策強化を打ち出しており、既に要請が提出されている案件は同政策に合致するものであることは確認できた。

これら要請された案件を含めて、今後保健医療分野で協力を展開すべき全体プログラムとして、JICA ボリヴィア事務所は「地域医療ネットワーク改善計画」(PROFORSA)の構想を策定しているが、ドナー間の援助調整のなかで、我が国が保健医療分野の協力を重点を置き、主導権を確保するためには、かかる総合的な取り組み構想の下に個別案件を検討していくことが必要であると、政府機関や他ドナーとの協議におけるやり取りのなかで感じられた。

同構想について、調査団から概略を紹介した限りでは、政府機関、他ドナー、NGOから異論はなく、第一次医療に軸足を置いてネットワークを強化する方向性を評価する声が多数であり、我が国が保健医療分野の協力を更に力を傾注するとの印象を植え付けることができたと思われる。

ボリヴィアへの保健・医療分野における協力で、我が国はこれまで主に第三次レベル医療の拠点づくりに貢献してきた。他方、今日のボリヴィアにおける保健・医療の問題点としては、第一次レベルのサービスの不備から国民の基本的な保健が改善されず、第三次レベル医療機関も、そこに不必要に患者が集中して、本来の機能を発揮できていないことがあげられる。

これらの状況にかんがみて、JICA が2001年に実施した国別事業評価では、保健・医療分野におけるボリヴィアへの協力として(妊娠可能年齢の女性と子どもに焦点を合わせて)、第一次レベルの保健・医療サービスを改善し住民からの信頼を得ること、また、第一次レベルからみた保健・医療ネットワークを改善することで、患者の分散や適正な診療を行うことが今後の基本的方針とされた。

よって、保健・医療分野における我が国の今後の協力の基本的方向性としては、第一次レベルのサービスの改善を中心に、第一次レベルからみた第二次、第三次レベルのサービスの改善、及びネットワークの強化を主な目的とするものとする。

今回調査の主目的である「ラパス首都圏における医療ネットワーク強化計画(仮称)」案件(案件内容後述)の実施可能性については、上記全体構想の一部を構成するものとして説明を行い、協議を行った関係者の賛同と支持を得られた。案件の詳細は、今後詰める必要はあるが、実施機関となる保健年金省、ラパス県、ラパス市、第1保健管区、第5保健管区のすべてが、案件実施に積極的な姿勢を示している。

NGO、国連人口基金（UNFPA）などの支持もあり、他機関との連携を活用した事業が期待できる。本件案件の早期開始に向けて、計画内容を策定する短期専門家の年度内派遣が必要である。上記案件以外の案件に関する所感は次のとおりである。

（１）米国国際開発庁（USAID）との連携案件

USAID は、連携案件の優先実施の方針は承知していたものの、具体的アイデアはなく、2003年早期の合意形成に向けて、今後JICA事務所との共同作業で案件検討を行うこととした。

（２）「医療ネットワーク強化のための人材養成プロジェクト」

要請元であるコチャバンバ公衆衛生専門学校は、建設から20年が経過しているにもかかわらず、施設機材は良好に維持活用され、良好な運営が行われ、卒業生は全国各地で活躍している。本案件の実施効果は高いと思われる。

（３）「コチャバンバ市レファラルシステム構築に係る医療ネットワーク強化プロジェクト」

今後無償資金協力により完成する施設が有効活用されるために、母子病院、ピエドマ病院の運営状況を短期専門家により調査する必要があると思われる。

（４）「サンタクルス県農村部における医療ネットワーク強化プロジェクト」

現在実施中のサンタクルス地域医療ネットワーク強化プロジェクトにおいて、本案件の実施意義、効果をまず検討すべきと思われる

5 - 2 協力案

5 - 2 - 1 問題点の整理

ボリヴィアは、貧困削減戦略ペーパー（PRSP）で基礎的生活の充実、能力開発を通じて貧困削減を図っていくという目標を掲げ、その一環として保健セクター改革を進め、主だった保健指標の改善に努力している。予防接種実施率など、改善の進む指標（表5 - 1）がある一方、いまだ妊産婦死亡率（MMR）が際立って高く、また乳幼児死亡率（IMR）が下がるにつれて新生児死亡率の高さが目立つようになってきている（表5 - 2）。

表 5 - 1 重債務貧困国 (HIPC) 関連指標

(単位：%)

	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年
1. 施設分娩率	42.7	46.7	51.7	55.4	55.3
2. 下痢症治療率 (5歳未満)	-	28.5	31.3	37.2	36.4
3. 肺炎治療率 (6歳未満)	-	6.9	6.9	7.5	10.4
4. ポリオ接種率 (1歳未満)	-	75.7	88.7	89.0	92.7
5. DPT 接種率 (1歳未満)	-	76.3	87.0	89.0	93.5
6. BCG 接種率 (1歳未満)	-	87.6	94.7	94.7	97.7
7. はしか接種率 (12～23か月)	-	139.0	142.8	123.7	-
8. 対シャーガス噴霧率	-	17.7	34.5	-	-

出所：SNIS 2000, 2001

表 5 - 2 1歳未満及び5歳未満乳幼児死亡率の推移

(単位：/出生千)

	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年
1歳未満児死亡率	89	80	75	67	62	55
5歳未満児死亡率	131	120	116	92	89	72

出所：Informe de gestion 1997-2002

次に、「保健年金省5か年報告書(1998～2002年)」によれば、医療サービスに対する住民の不信の要因として、医療技術が低い、アクセスが困難、経済的理由(金銭的負担)、地勢的に困難、文化的ギャップ、の5項目があげられているが、病気が、事故に遭った場合、医療機関に行ったり、医療従事者からの医療サービスを受ける人は1999年から2000年にかけて都市部、農村部ともに減少し、何もしないという人が増えている(表5-3)。「何もしなかった理由」として、都市部では、「お金がなかった」が4割以上いる。「提供される医療サービスが悪い」が1999年には0であったのが、2000年には3.4%に増えている。農村部では、2000年には「お金がなかった」が3割以上いる。「施設が遠い」と答えた人が1999年の14.0%から2000年は18.8%に増えている。

表 5 - 3 病気が、事故に遭った場合医療サービスを受ける・受けない理由

	全 体		都市部		農村部		
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	
健康である	83.1	83.2	86.8	84.2	76.9	81.6	
病気が、事故に遭った	16.9	16.8	13.2	15.9	23.1	18.4	
病気が、事故に遭った場合、どうしたか	・医療施設へ行った	45.8	43.8	59.6	51.7	32.5	31.9
	・その他	40.4	34.3	30.1	27.9	50.5	44.0
	・何もせず	13.8	21.9	10.4	20.4	17.0	24.1
だれからサービスを受けたか	・医療従事者	46.4	44.0	61.2	52.3	32.0	31.6
	・その他	39.9	34.1	28.4	27.3	51.0	44.0
病気が、事故に遭った場合、何もなかった理由	・軽症だった	20.8	32.0	29.0	36.9	15.9	25.6
	・提供される医療サービスが悪い	4.2	3.4	0.0	3.4	6.7	3.3
	・お金がない	36.9	40.6	51.0	44.3	28.6	35.8
	・医療サービスを受けられる時間帯でなかった	0.6	0.5	0.6	0.7	0.6	0.2
	・施設が遠い	8.8	8.7	-	0.7	14.0	18.8
	・自分で対処できた	14.9	12.9	1.3	10.7	22.9	15.7
	・その他	13.9	2.1	18.1	3.2	11.3	0.6

出所：ANUARIO ESTADISTICO 2001, INE, 2002

第一次レベルの保健・医療サービスの主な内容は、予防接種、小児保健（成長と発育、下痢症対策や気管支炎・肺炎対策など）、妊婦健診（及び出産のケア）、歯科診療、一般外来であるが、予防接種、小児保健の改善がみられるのに対し、妊婦健診で4回健診を受ける妊婦の率が伸び悩んでいるほか、出産のケアについては、いまだに半数近くの女性が直接第二次レベルあるいは第三次レベルの医療機関で出産するか、あるいは家庭で出産しているのが現状である（表5-4、表5-5）。

表 5 - 4 妊婦健診を1回以上受けた妊婦に対する4回以上健診を受けた妊婦の比率の推移
（単位：％）

	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年
妊婦健診4回受診率	23	27	26	28	30	31	33	36

出所：保健年金省

表 5 - 5 施設分娩率の比較

(単位：%)

	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年
全 国	42.7	46.7	51.7	55.4	55.3
ベ ニ	51.7	50.1	58.1	58.0	55.5
チュキサカ	51.2	54.8	56.9	61.0	59.2
コチャバンバ	29.8	31.7	40.9	51.8	53.8
ラパス	34.5	38.1	40.8	44.1	45.1
オルコ	47.1	46.8	50.2	59.0	58.3
バンド	35.7	48.5	61.1	63.2	56.2
ポトシ	37.5	42.1	45.7	48.7	48.5
サンタクルス	57.8	67.0	72.1	71.0	67.9
タリハ	57.8	56.6	60.4	60.3	58.2

出所：SNIS 2000, 2001

これは、第一次レベルのサービスが住民の信用を得ていないことが理由としてあげられるが、同時に第三次レベルのサービスについても利用者の満足度は低く、医療サービスに対する不信感が家庭での出産の高さに結びついていることも、大きな要因と推測される。家庭での出産も適切な訓練を受けた助産者に介助され、緊急時の搬送・受入態勢があれば十分安全であるが、自宅分娩は多くの場合、助産者の介助もなく家族のみによって介助されており、緊急時に医療のネットワークと連携する態勢も極めて不十分である。

首都ラパス市においては、第三次医療施設の存在、首都市内の交通の利便性にかんがみ、医療技術が低い、アクセスが困難、地勢的に困難、といった要因は他都市と比較し、その問題点としての重要性は低いと考えられる。また基礎健康保険制度(SBS)の拡充により、母子サービスに関しては、経済的理由の重要性は薄れてきていると思われる。

そこで、医療サービスに対する住民の不信感は、医療従事者と(特に先住民族の)住民との間に文化的なギャップが大きいことが原因であると推察される。保健年金省も、保健・医療サービスの「文化的適正化」の必要性を訴えているが、これは利用者の文化・言語に配慮すると同時に、医療従事者が利用者を「人間的に扱うこと(ヒューマニゼーション)」を意味するものである。すなわち、保健・医療サービスが「文化的適正化」、「ヒューマニゼーション」に欠けることが大きな要因となり、予防的医療行為や疾病の初期処置のために医療機関を利用せず、疾病が深刻化してから初めて第二次、第三次レベルの医療機関を「やむなく」利用するという結果につながっているのではないかと推察される。その問題が端的に現れるのが出産の場面である。特に先住民族にとっては、出産は疾病ではなく重要なライフ・イベントのひとつであり、ファミリー・イベントであるために、文化的配慮を欠き、非人間的扱いを受ける医療

サービスを我慢して受けることを望まないことが指摘されている。

他方、出産が疾病ではなく、その生理学的なプロセスを尊重すべきものであることは近年、科学的証明に基づいた医学（EBM）でも明らかになっており、世界保健機関（WHO）も、出産のケアのモデルを医療モデルから助産モデルに変えることの必要性を訴えている。ボリヴィアでは、出産のケアについて2000年に保健年金省省令により、EBMによる「ヒューマニゼーション・モデル」への転換を図ろうとしているが、いまだ遅々として進んでいない状況である*。

* 参考：WHOの「正常出産のケア」に関するレポート

産科医学の世界では、「分娩はいつ異常を来すか分からない」という表現が伝統的によく使われてきた。その考え方は、多くの国で「正常分娩も異常分娩のときと同じように扱わなければならない」という姿勢を生み、その結果、正常な出産の過程が医学化（メディカライズ）され、女性の望む形での出産体験が困難になり、不必要な介入が増え、出産が高度な病院に集中してコストが高くなる、などの問題を生んできた。

このような状況を改善するため、WHOは1996年に専門家会議を開き、EBMによる「正常出産のケア」に関するレポートをまとめ出版した。『Care in Normal Birth』と題されたこのレポートでは、産科医療でしばしば行われる59の行為について、明らかに有効で推奨されるべきケア、明らかに害があるか無効であって排除されるべきケア、などと区別して分類した。そのレポートの結論は、医療モデルと異なった助産のモデルの重要性（介助者による心の通ったケア、女性が選んだ人が同伴すること、侵襲的でなく薬剤に頼らない痛みを和らげる方法を使うこと、陣痛・娩出期に自由な姿勢をとることなどの科学的有効性）を訴えるものともいえ、世界各地の出産のケアに大きな影響を与えつつある。

ボリヴィアの保健・医療の改善のためには、第一次レベルのサービスの改善が必要であるが、同時に、第一次レベルからみた第二次レベル、第三次レベルのサービスの改善、及びネットワークの強化も必要である。ボリヴィアのMMRは、中南米諸国のなかでも第2番目に高いが、それは単に自宅分娩率が高いからだけでなく、第二次、第三次レベルでの母体婦死亡率も100 / 出生10万を超えている（表5 - 6）。これには、第二次、第三次レベルの医療機関自体の問題と、自宅分娩や第一次レベルからの搬送のシステムが不備であることが大きな要因としてあげられるだろう。

いずれにしろ、前述の医療サービスに対する住民の不信の要因を地域・民族ごとに把握することが肝要である。

表5 - 6 第二次レベル、第三次レベル医療機関における母体死亡率、ボリヴィア及び各県（1999年）

	第二次レベル医療機関			第三次レベル医療機関		
	出生数	母体死亡数	母体死亡率 (対10万)	出生数	母体死亡数	母体死亡率 (対10万)
全 国	35,066	39	111	49,330	54	109
ベ ニ	3,769	3	80	2,099	1	48
チュキサカ	2,330	4	172	2,862	2	70
コチャバンバ	4,895	4	82	8,364	23	275
ラパス	9,481	17	179	10,194	11	108
オルコ	34	0	0	3,710	6	162
バンド	632	0	0	0	0	0
ポトシ	2,762	2	72	2,662	4	150
サンタクルス	8,637	6	69	16,405	6	37
タリハ	2,526	3	119	3,034	1	33

出所：SNIS, 1999

5 - 2 - 2 協力ニーズの特定

ボリヴィアの貧しい人々の保健を改善するためには、必要に応じた医療施設の利用を高めることであり、そのためにも第一次レベルの保健・医療サービスの改善が重要である。それは、第一次レベルの医療機関を施設面、サービス面から改善することだけでなく、第一次レベルからみた第二次レベル、第三次レベルの医療機関の改善、並びに3つのレベルの医療機関のネットワークの強化を図ること、及び情報提供を含めた保健・医療の側からの住民への働きかけ、住民の側からの保健・医療機関への働きかけを推進し充実させるなど、総合的なアプローチを必要とするものである。

また、第一次レベルの保健・医療サービスは、その大部分が母子を対象としたサービスであり、ボリヴィア政府も母子の保健を重視して、それに関するサービスを無料で提供することにしている。母子保健の主な指標のうち、子どもの保健に関する指標は、世界銀行、米州開発銀行(IDB)及び他の援助機関も特に力を入れて改善の努力を続けているところであり、過去5年ほどにわたって改善が進んでいる。他方、母親の保健、特に妊産婦の保健に関する指標はいまだに悪く、他の援助機関もこれといった対策をとっておらず、新たな投入が必要とされるところである。

ボリヴィアは広大な国土に様々な民族、文化、言語が共存する国であり、それぞれの地域、それぞれの民族・文化に合わせた施策がなされる必要がある。第一次レベルの保健・医療改善への取り組みとして、我が国はこれまでにサンタクルスでプロジェクト方式技術協力、コチャバンバで無償援助、ベニで開発調査の形で協力してきたが、今後はこれらの活動の連携を図るとともに、その中心となる活動を首都のラパスで始めることが望まれる。ラパスはボリヴィア

の政治の中心であるために、そこでの活動は全国的なインパクトが望めること、各ドナーとの連携を図るためにも情報交換が容易であること、サンタクルス、コチャバンバ、ベニとは異なった文化・風土をもつ地域であり、今後の全国展開を図るうえでも、代表的な4都市での協力の知見を整理するためにも意義があると考ええる。

5 - 2 - 3 協力枠組み

出産をエントリーポイントとして、第一次レベルの保健・医療サービスをヒューマニゼーションの観点から改善していく。そのためには、地域を限定したモデル・プロジェクトと全国的なインパクトをねらった啓発活動を実施する。

5 - 2 - 4 協力案件概要及びスケジュール

プロジェクト名：「ヒューマニゼーションの観点からの一次レベル保健・医療の改善
～ 出産ケアの改善をエントリー・ポイントとして」(仮称)

実施期間：2002～2005年

プロジェクト・サイト：ラパス市

ターゲットグループ：第一次レベル保健・医療従事者

作成日：2002年10月23日

プロジェクトの要約	指 標	指標データ入手手段	外部条件
上位目標 ボリヴィアの第一次レベル保健・医療サービスが改善されること。			
プロジェクト目標 ボリヴィアの第一次レベル保健・医療サービスの質を、ヒューマニゼーションの観点から改善すること。			
成 果 1．ラパス市内にモデル・プロジェクトが形成され、第一次レベル保健・医療サービスが地域に根ざした総合的なアプローチをもって実施されるようになる。 2．上記のモデル・プロジェクト地域を囲む母子保健サービスのネットワークの効率性が見直され、ネットワークが再構成されて第一次、第二次、第三次レベルの医療機関がネットワーク内でそれぞれの役割に応じた機能を発揮できるようになるための施策・方針が形成される。 3．保健年金省の省令0496号、世界保健機関(WHO)の「正常出産のためのガイドライン」、及び科学的根拠に基づいた出産のケアに関する知識が、全国の保健・医療機関及び医科大学、看護大学の関係者間で普及する。また、同様の知識が、より簡潔な形で一般の妊産婦及びその家族の間でも普及する。 4．出産のケアに関するサービスの質をヒューマニゼーションの観点から改善することについて全国でリーダーシップをとれる人材が、1年間のスペシャリゼーション・コース(大学院レベル)で30～40名養成される。 5．全国の主だった医学、看護の教育機関に、出産のシミュレーション・モデル、ビデオなどの教育機材を揃えた実習室が設置される。 6．産科医療のうち正常分娩に関する部分の医学教育のカリキュラムが、最新の科学的知識に基づいて改良される。 7．今後ボリヴィア政府がどのような国家政策をもって職業助産師を創出していくかについて方針が定まる。			

活 動	投 入	
<p>成果 1 .の達成のための活動（活動 1 .「モデル・プロジェクト」）</p> <p>モデル・プロジェクトでは、シニア隊員 1 ～ 2 名と協力隊員 4 名から成るチームが地域の保健局に派遣され、そのチームが中心となって現地の NGO や国連機関の協力を得て活動することとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - 1 . ラパス市内にプロジェクト地域を選定（第 1、第 5 の保健管区のどちらか一方ないし両方） 1 - 2 . プロジェクト地域の保健局スタッフ、及び地域で活動するその他の保健・医療、教育関係者を対象としたトレーニング実施 1 - 3 . 地域のリーダー（伝統的助産婦など）を集めて母と子の健康増進について話し合うミーティングを定期的開催 1 - 4 . 地域の住民を対象とした産前クラス、母親ミーティング、栄養教室、子育て教室などの教育活動を実施 1 - 5 . モデル・プロジェクトとその他の地域に根ざした全国の活動が、それぞれの学びを共有するセミナーを定期的開催 1 - 6 . 以上の活動のなかから明らかになってくる地域のニーズに応じて、必要な活動を策定し随時実施していく。 <p>成果 2 .の達成のための活動（活動 2 .「医療ネットワーク改善」）</p> <p>医療ネットワーク改善のためには、各地域の保健局及び保健年金省が中心となってつくる「医療ネットワーク改善委員会」が改善計画を策定し、JICA 専門家、現地 NGO、国連機関がこの過程に協力するものとする。合意のできた改善計画に必要とされる施設の改築や機材の供与は、JICA が日本国大使館とも協力して実施するものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 - 1 . 上記モデル・プロジェクトを囲む保健・医療サービスのネットワークの効率性を見直す委員会の設置 2 - 2 . 「医療ネットワーク改善」委員会の審議に JICA、現地 NGO、国連機関が情報を提供するなどの協力 2 - 3 . 策定された改善計画に基づく施設改築の実施 2 - 4 . 機材の開発（分娩用ベッドなど） 2 - 5 . 機材の供与 2 - 6 . モデル・プロジェクト以外に「医療ネットワーク改善」を実施する地域（市）を選定（全国から改善計画案を公募する） 2 - 7 . 選定された地域の保健・医療サービスのネットワークの効率性見直しと改善計画策定 2 - 8 . 策定された改善計画に基づく施設改築の実施、及び機材の供与 		
<p>成果 3 .の達成のための活動（活動 3 .「啓発普及」）</p> <p>保健・医療関係者及び一般市民に向けた啓発普及活動は、JICA の委託を受けた NGO（ボリヴィア・ヒューマニゼーション・ネットワーク）が、JICA 専門家及び大統領夫人室 Safe Matherfood 委員会内「文化的適切化小委員会」、保健年金省、UNFPA、米州保健機構（PAHO）と協力して実施するものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3 - 1 . 日本や他のラテンアメリカからエキスパートを集めて、戦略策定会議を開催 3 - 2 . エキスパート・ミーティングで策定された戦略に従って、保健・医療関係者を対象とした国内会議、国際会議、セミナー、ワークショップを開催 3 - 3 . エキスパート・ミーティングで策定された戦略に従って、一般市民を対象とした教育活動、宣伝活動を実施 		前提条件
<p>成果 4 .の達成のための活動（活動 4 .「スペシャリゼーション・コース」）</p> <p>「スペシャリゼーション・コース」は、JICA の委託を受けた NGO が、JICA 専門家及び「文化的適切化小委員会」、保健年金省、UNFPA、PAHO と協力して実施するものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 4 - 1 . 日本や他のラテンアメリカからエキスパートを集めて、スペシャリゼーション・コースの実施方針を決定する会議を開催 4 - 2 . エキスパート・ミーティングで決定された実施方針に従って、カリキュラムを作成し参加者を選定 4 - 3 . スペシャリゼーション・コースを実施 		

活 動	投 入	
<p>成果5 .の達成のための活動（活動5 .「実習室の設置」）</p> <p>「実習室の設置」のためには、実習室を設置する教育機関の選定など政策にかかわる活動と、実習室に配備する教材などの開発という技術的な活動とが必要とされる。政策にかかわる部分は、大統領夫人室セーフマザーフード委員会及び保健年金省が中心になって進め、技術的な部分はJICAの委託を受けたNGOが、JICA 専門家と協力して実施するものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 - 1 . 実習室を設置する教育機関の選定、設置条件などの決定 5 - 2 . 教材の開発及び他の言語で存在する既存の教材の翻訳 5 - 3 . 出産モデルなど教材の供与 <p>成果6 .の達成のための活動（活動6 .「医学教育のカリキュラム改善」）</p> <p>「医学教育のカリキュラム改善」はボリヴィアの主要な医学教育機関から選出された委員がつくる「カリキュラム改善委員会」が進め、JICA 専門家、現地NGO、UNFPA、PAHOがこの過程に協力するものとする。改良されたカリキュラムは、JICAの委託を受けたNGOが、JICA 専門家及び「文化的適切化小委員会」、保健年金省、UNFPA、PAHOと協力して全国に普及させるものとする</p> <ul style="list-style-type: none"> 6 - 1 . カリキュラム改善委員会の設置 6 - 2 . カリキュラム改善委員会に対して情報提供などの協力提供 6 - 3 . 改良されたカリキュラムの普及を目的としたトレーニングの実施 <p>成果7 .の達成のための活動（活動7 .「職業助産師創出のための国家レベル政策決定」）</p> <ul style="list-style-type: none"> 7 - 1 . 職業助産師創出に関する政策決定への支援 7 - 2 . 助産教育に関する国際会議の開催 		

PROYECTO: MEJORA INTEGRAL DE LA ATENCION AL EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO. Propuesta preliminar (3).

Objetivo general:

- Contribuir a la reducción acelerada de la mortalidad materna y perinatal, a través del ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos e interculturalidad, proporcionando una atención integral a la mujer gestante.

Objetivos específicos:

- Favorecer el ejercicio de los derechos humanos en general y los derechos sexuales y reproductivos en particular.
- Proporcionar una atención integral de calidad:
 - uso de tecnología y prácticas apropiadas a la atención del embarazo, parto y nacimiento,
 - interculturalidad,
 - práctica de medicina basada en la evidencia científica,
 - mejora de la capacidad resolutoria de los servicios,
 - mejora relación interpersonal,
 - instalaciones, insumos y equipamiento apropiados.
- Disminuir la medicalización innecesaria en la atención del embarazo – parto y nacimiento, con la consiguiente disminución de complicaciones iatrogénicas y la reducción del gasto sanitario.
- Favorecer la activa participación de la comunidad en el logro de una maternidad segura, mediante la movilización comunitaria, etc.
- Incrementar la participación y el reconocimiento de las parteras tradicionales en la atención al embarazo, parto y nacimiento. La partera como vínculo entre comunidad y servicio de salud, reconocimiento de signos de alarma, recomendaciones sobre buenas prácticas (higiene, nutrición), acompañamiento de la embarazada, participación en el parto y nacimiento en domicilio cercano a centro hospitalario o en instalaciones sanitarias (casa de parto).

Actividades:

- (A) Información y difusión sobre los derechos de las/os usuarias/os, el enfoque intercultural, “humanización” del parto y nacimiento a la población general.**
- (B) Información y difusión sobre los derechos de las/os usuarias/os, el enfoque intercultural, “humanización”, mejora de la calidad de atención al personal de salud, responsables sanitarios (SEDES, distritos, centros sanitarios) y aliados estratégicos.**
- (C) Sensibilización y capacitación al personal de salud. Difusión de normas.**
- (D) Introducción en la curricula.**
- (E) Elaboración de Guías de Maternidad Segura, al menos por cada una de las 3 ecoregiones.**
- (F) Favorecer la activa participación de la comunidad a favor de la maternidad segura.**
- (G) Parteras tradicionales.**
- (H) Equipamiento e insumos.**
- (I) Rehabilitación de servicios de maternidad con enfoque intercultural y de derechos.**

(A) Información y difusión sobre los derechos de las/os usuarias/os, el enfoque intercultural, “humanización” de la atención al embarazo, parto y nacimiento a la población general.

- Campañas de comunicación.
- Materiales adaptados culturalmente y en diferentes idiomas autóctonos. Materiales escritos y radiodifusión.
- Con la participación de diversos ministerios.
- Despacho Primera Dama – Consejo Interinstitucional por una maternidad segura.
- Comités Departamentales y Municipales de SSR y maternidad segura.
- Redes y Medios de comunicación.

(B) Información y difusión sobre los derechos de las/os usuarias/os, el enfoque intercultural, “humanización”, mejora de la calidad de atención al personal de salud, responsables sanitarios (SEDES, distritos, centros sanitarios) y aliados estratégicos (Ctes Maternidad Segura, ONG’s, etc).

- Talleres nacionales, departamentales, municipales y comunitarios.
- Advocacy, búsqueda de apoyos, obtención de compromisos.
- Preparación del Plan Anual de Actividades a favor de la maternidad segura, en ámbitos departamental, municipal y comunitario.

(C) Sensibilización y capacitación al personal de salud. Difusión de normas.

- Creación de grupo de expertos para la sensibilización y capacitación al personal de salud. Participación expertos nacionales e internacionales.
- Preparación y adaptación de materiales.
- Organización de cursos para el personal de salud en activo. Componente teórico y práctico. Ámbito nacional y departamental.
- Aprovechamiento de experiencias exitosas y lecciones aprendidas en otros países. Study tours. Visita a Bolivia de expertos regionales.
- Creación de servicios de maternidad “modélicos” en los que se practique una atención de calidad integral (“humanización”) y que sean los centros de capacitación y difusión para el resto de personal de salud.

Fase inicial: Establecimiento de 6 centros “regionales”:

- Santa Cruz: Departamentos de SCZ, Trinidad y Pando.
- Cochabamba.
- Sucre: Chuquisaca y Tarija.
- Potosí: aprovechando proyecto Willakquna – HDB.
- La Paz y El Alto: Departamentos de La Paz y Oruro.

(D) Introducción en la curricula.

- Introducción de la “humanización” en la curricula de las diferentes carreras relacionadas: medicina, enfermería, auxiliares de clínica, etc.
- Introducción de la Medicina Basada en la Evidencia. Difusión de practicas costo-efectivas.
- Realizar estudio sobre la conveniencia de establecer la carrera de matronas (sostenibilidad económica?). Valorar la transformación de auxiliares de clínica en matronas. Desarrollo de curricula.

(E) Elaboración de Guías de Maternidad Segura, al menos por cada una de las 3 ecoregiones.

Proceso participativo. Las guías proporcionarían las estrategias fundamentales para actuar de forma eficaz y eficiente en cada una de las regiones, con un enfoque intercultural y de derechos. Recogerían las creencias y percepciones sobre salud, maternidad, enfermedad y muerte. Tendrían en cuenta las peculiaridades dentro de los pueblos indígenas.

(F) Favorecer la activa participación de la comunidad a favor de la maternidad segura.

- Movilización comunitaria, favorecer la adopción de estrategias comunitarias en apoyo de embarazadas, traslado en caso de emergencia, etc.

- Materiales con enfoque intercultural y en idioma autóctono sobre derechos, cuidados durante el embarazo y parto, signos de alarma, etc.

(G) Parteras tradicionales.

- Realizar investigación sobre rol de las parteras tradicionales en la atención al parto. Percepción de la comunidad.
- Formas de mejorar su reconocimiento e interrelación con los servicios médicos.
- Capacitación: áreas: signos de alarma, prácticas saludables (higiene, nutrición).
- Apoyo y acompañamiento durante embarazo, parto y nacimiento. Participación en la atención al parto y nacimiento.

(H) Equipamiento e insumos.

- Para asegurar una atención de calidad, prevención de complicaciones, mejora de la capacidad resolutive caso de complicaciones obstétricas, etc.
- Equipamiento con enfoque de derechos e intercultural (cama, silla parto, etc).

(I) Rehabilitación de servicios de maternidad con enfoque intercultural y de derechos.

□ **Instituciones involucradas:**

- MSPS: en ámbito central y descentralizado.
- Viceministerio Asuntos Indígenas.
- Consejo Interinstitucional Maternidad Segura / Despacho Primera Dama.
- JICA.
- Comités Departamentales y Municipales de SSR y Maternidad Segura.
- Agencias de NN. UU.: UNFPA, OPS/OMS, UNICEF.
- Red Boliviana Humanización del Parto y Nacimiento.
- Universidades y Centros Sanitarios.
- Organizaciones comunitarias de base, CIBOD. CSUTCB, organizaciones de pueblos indígenas, de mujeres, entre otras.
- Parlamento.

□ **Participación UNFPA:**

- Oficina de País – Componente Salud – Coordinadores Departamentales – Equipo Bialfabetización – Componente Educativo – Proyecto Adolescentes.
- Equipo de Apoyo Técnico - México y Unidad Técnica Sede – Nueva York.

UNFPA, La Paz, Septiembre de 2002.

5 - 2 - 5 今後のスケジュール



5 - 3 協力にあたっての留意事項

地域住民の参加と賛同が得られるよう、住民との対話を十分に行うこと。

パイロット地区の保健管区（第1と第5）と、そうでない保健管区（第2、3、4）とのプロジェクト開始前の現況を把握しておくこと。

第一次医療施設の改善にあたっては、現地側も積極的に参加することを前提とすること。特に市役所の協力と同意は必要である。

保健年金省、ラパス県 SEDES、保健管区、市役所の3者の連携を密にすること。

人材の配置が政治的・個人的な意図に左右されないようにすること。

現在実施中の他県プロジェクト関係者との情報交換を密にし、経験を活用するようにすること。

地元NGO、地域共同体などの組織、ボランティアなどの、それぞれの長所、短所を把握して、十分活用すること。

派遣される専門家や青年海外協力隊（JOCV）の役割分担を明確にし、適切な人材を確保できるようにすること。

付 属 資 料

- 1 . 第 1 回ワークショップ記録
- 2 . 第 1、第 5 保健管区調査結果
- 3 . 現地収集資料リスト
- 4 . 議事録
- 5 . 質問票

1. 第1回ワークショップ記録

資料 1

JICAの協力の新しいプロジェクトの提案に関するワークショップ

主催： ボリヴィア国プロジェクト形成調査調査団(保健医療分野)

日時： 平成14年9月26日(木) 午後2時から午後5時まで

場所： Auditorium

参加者名(添付)： 保健年金省、ラパス市 SEDES、市役所関係者、第1,5保健管区関係者、
各ドナー、NGO、JICA 関係者、調査団

司会： 小貫 大輔

内容の概略(プログラムは添付)：

1. プロ形調査鈴木団長より開催の挨拶
新しいプロジェクトに関して皆さんの率直な意見を下さい。
2. 保健年金省 Dr.Victor の保健大臣を代表しての挨拶
一次レベルの強化を目指し、貧困層が優先して、サービスが受けられるようになるシステム作りに支援を下さい。
3. 自己紹介(輪になって手をつなぎ、カップルになってお互い挨拶をする。さらに、一人ずつ自己紹介をそれぞれがする)
4. 新プロジェクトの説明(小貫 大輔)
質問として、具体的に何をするのか、協力期間は何年くらいか、パイロット期間は何年か、プロジェクトを開始する前に、調査や研究を実施しないのか、NGO の役割は何かなどが出た。
5. 保健年金省の代表からの今後保健年金省が課題としていることについて説明
現在、保健年金省は、基礎健康保険の普及、原住民への保健サービスの提供について考えている。前者は妊産婦と5歳以下の乳幼児対象に同保険の対象項目を拡大することである。後者は、原住民への保健サービスの提供する手段として、原住民がよく活用している伝統祈禱師、漢方医などを訓練し、資格を与え、原住民の保健サービスを担うことである。具体的に今年の10月に全国レベルで伝統祈禱師、漢方医への資格授与、漢方薬の製造から販売を規格化することの計画が、高地に属するエルアルト市で実施される予定である。しかし、会場からは、農村部での伝統祈禱師、漢方医の活用は有益だが、都市部では、医師などの医療従事者との葛藤が起り、混乱するのではないかという意見が出た。

6.意見交換

- ・ NGO である PC 関係者は、調査結果が地域によって大きく異なるので1つの地域に限定して活動し、その成果を次の地域に活かすべきである。
- ・ 今までのプロジェクトは三次レベルが多かったが、新しく予定されているプロジェクトはサービスの入り口である一次レベルの改善から入るのは非常に大切なことで大歓迎である。

7.「日本での自宅分娩」の様子ビデオを紹介。ナレーションは JOCV の安藤みきさん。

8. NGO の PC の調査結果報告

- ・ 自宅分娩で出産した女性の方が、施設分娩で出産した女性よりも、「満足度が高く」、「出産そのものを容易かった」、「自分の好きな体位で出産できた」と回答している。
- ・ 第 1,5 保健管区でも自宅分娩の割合、妊婦の出産における満足度、出産に対する感じかた、医療従事者による不適切なケアの違いが大きくでている(第 1 保健管区の妊婦の出産状況は良好)。
上記の調査結果に対して、新生児に関する調査として、新生児の感染率を実施した方がよいのではという提案が出た。

9.意見交換

- ・ PC の出した調査結果は女性が出産をどのように考えているか、女性の要望が出ている。そのため、保健年金省は、女性が必要とすることを必要に応じて、普及すべきサービスを考えるべきである。
- ・ 出産の「HUMANIZATION」については、施設分娩と自宅分娩が対立するものではなく、両者において、安全で有意義な出産ができるよう対策を練るべきである。
- ・ どのような人が住んでいるかということよりもどんな考え、価値観を持っているのかを考えてほしい。文化の違いからくるものを理解してほしい。我々にあうものを実施してほしい。

10.永井 JICA 所長の挨拶:

一次施設の改善を目指し、二次、三次のネットワークの構築、出産の「HUMANIZATION」を全国展開することなどを網羅した新しいプロジェクトに対して対して、関係者始め地域住民の協力をお願いしたい。