

**ペルー共和国 人権侵害及び暴力被害住民への
包括的ヘルスケア強化プロジェクト**

事前評価調査団（第3回）報告書

2005年1月20日

独立行政法人 国際協力機構
人間開発部

目 次

略語表

第1章 事前評価調査の概要	103
1. 事前評価調査団（第3回）派遣の経緯と目的	103
2. 調査団員構成	103
3. 現地調査日程	104
4. 主要面談者	106
5. 調査項目	107
第2章 事前評価調査の結果	109
1. 現地調査結果サマリー（主要面談録は付属資料1. のとおり）	109
2. 今後のスケジュール	112
付属資料	
1. 主要面談録	117
2. 会議ミニッツ（10月29日）	169
3. 会議ミニッツ（12月9日）	173
4. 現地国内研修「女性と子ども、青少年の保護と発達」に関するミニッツ	193

略 語 表

APCI	: Agencia Peruana de Cooperacion Internacional	ペルー国際協力庁
C / P	: Counter Part	カウンターパート
DC	: Directive Committee	理事会
CVR	: Comision de la Verdad y Reconciliacion	真相究明和解委員会
DGSP	: Direccion General de Salud Personas	健康総局
DGPS	: Direccion General de Promocion de Salud	ヘルスプロモーション局
DISA	: Direccion de Salud	地方保健局
HPRT	: Harvard Program in Refugee Trauma	ハーバード難民トラウマチーム
IEMP	: Instituto Especializado Materno Perinatal	国立母子周産期研究所
JCC	: Joint Coordinating Committee	合同調整委員会
JICA	: Japan International Cooperation Agency	独立行政法人 国際協力機構
MEF	: Ministerio de Economia y Finanzas	財務省
MINSA	: Ministerio de Salud	保健省
OPI	: Oficina de Planificacion de Inversion	投資計画室
OPS/PAHO	: Organizacion Panamericana de la Salud (Pan-American Health Organization)	汎米保健医療機構
PCM	: Presidencia del Consejo de Ministros	大統領府
PDM	: Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・ マトリックス
PO	: Plan of Operation	活動計画
R / D	: Record of Discussion	討議議事録
SNIP	: Sistema Nacional de Inversion Publica	公共投資（審査）システム
TOT	: Training of Trainers	講師養成研修
UNMSM	: Universidad Nacional Mayaor de San Marcos	国立サンマルコス大学

第1章 事前評価調査の概要

1. 事前評価調査団（第3回）派遣の経緯と目的

派遣経緯：

標記案件に関しては、第1回事前評価調査団（2004年3月）において国立サンマルコス大学（UNMSM）、ハーバード難民トラウマチーム（HPRT）¹と、プロジェクトのフレームに関する意見交換を行ったが、その後の機構内での案件デザインの見直しを受け、同年9月に第2回事前評価調査団が派遣された。第2回調査団では、ペルー国際協力庁（APCI）、UNMSM、保健省（MINSA）との四者会合等を踏まえ、新たなプロジェクト案、今後のスケジュール等に関し関係者間で合意が得られた。

さらに2005年1月討議議事録（R/D）署名、3月のプロジェクトの本格開始をめざし、技術支援機関としてプロジェクトに参加する予定のHPRTとの協議、ペルー側関係者との協議・作業を行う必要があり、第3回事前評価調査団を派遣することとした。

派遣目的：

- (1) プロジェクトの心的外傷部分の協力における実施体制、活動内容等に関し、UNMSM－JICA間で合意形成を行い、技術支援機関であるHPRTとも調整する、
- (2) R/D署名、プロジェクトの速やかな開始に向け、UNMSM、MINSA等ペルー側関係者とプロジェクト活動内容等詳細に関し、共同作業・協議を行うことを目的とする。

2. 調査団員構成

担当分野	氏名	所属	派遣期間
団長／総括	橋爪 章	独立行政法人 国際協力機構 人間開発部 技術審議役	2004/10/27～11/05
副総括	宮崎 桂	独立行政法人 国際協力機構 人間開発部 保健行政チーム チーム長	2004/10/25～11/05
保健計画	瀧川 貴世	独立行政法人 国際協力機構 人間開発部 特別嘱託	2004/10/25～12/11
研修計画	坪井 創	独立行政法人 国際協力機構 人間開発部 保健行政チーム 職員	2004/10/25～11/12

1 HPRT連絡先: Richard Mollica, M.D., M.A.R., Massachusetts General Hospital, 22Putnam Ave. Cambridge, MA 02139 Tel:617.876.7879, Fax: 617.876.2360, e-mail; rmollica@partners.org

3. 現地調査日程

	月 日		日 程		宿 泊	
1	10月 25日	月	宮崎／坪井／瀧川団員：成田 17：20 発 JL062 LA 経由 LA601 LIMA23：45 着		機 中	
2	10月 26日	火	JICA 事務所打合せ、APCI 表敬・協議 1		リ マ	
3	10月 27日	水	橋爪団長： TEGUCIGALPA19：35 発 CM307 LIMA 22：58	宮崎／坪井／瀧川団員： 保健省健康総局（DGSP）表敬／協 議 1、UNMSM 表敬・協議 1	リ マ	
4	10月 28日	木	保健省精神保健担当部局、OPS ペルー、カエタノエレディア大学協議 2 UNMSM 協議 2		リ マ	
5	10月 29日	金	リマ・エルミリオバルデザイン精神病院視察 大使館報告、APCI 協議 2		リ マ	
6	10月 30日	土	国立野口英世精神衛生研究所視察		リ マ	
7	10月 31日	日	橋爪団長／宮崎副総括 LIMA 発 → MIAMI14：08 着 MIAMI15：3 発→ BOSTON18：45		リ マ	
8	11月 1日	月	↓	資料作成／整理	リ マ	
9	11月 2日	火		坪井／瀧川団員： 以下、UNMSM/MINSA／地方保健局 （DISA）等との計画作成協議	ボストン	
10	11月 3日	水	橋爪団長／宮崎副総括 HPRT との協議 BOSTON17：00 発 US2043 → WASHINGTON18：29 着 JICA 米国事務所への報告		ワシントン	
11	11月 4日	木	橋爪団長／宮崎副総括： WASHINGTON1 1：15 発 NH001		機 中	
12	11月 5日	金	橋爪団長／宮崎団員 成田 15：25 着			
13	11月 6日	土	↘			
14	11月 7日	日				
15	11月 8日	月				
16	11月 9日	火				
17	11月 10日	水				
18	11月 11日	木		坪井団員 LIMA 1：30 発 LA600 LA 経由 JL061		機 中
19	11月 12日	金		坪井団員 成田 16：25 着		

	月 日		日 程	宿 泊
20	11月 13日	土		瀧川団員 プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM)・活動計画 (PO) 等 詳細計画作成協議
21	11月 14日	日		
22	11月 15日	月		
23	11月 16日	火		
24	11月 17日	水		
25	11月 18日	木		
26	11月 19日	金		
27	11月 20日	土		
28	11月 21日	日		
29	11月 22日	月		
30	11月 23日	火		
31	11月 24日	水		
32	11月 25日	木		
33	11月 26日	金		
34	11月 27日	土		
35	11月 28日	日		
36	11月 29日	月		
37	11月 30日	火		
38	12月 1日	水		
39	12月 2日	木		
40	12月 3日	金		
41	12月 4日	土		
42	12月 5日	日		
43	12月 6日	月		
44	12月 7日	火		
45	12月 8日	水		
46	12月 9日	木		
47	12月 10日	金	瀧川団員 LIMA 1 : 30 発 LA600 LA 經由 JL025	機 中
48	12月 11日	土	瀧川団員 成田 18 : 50 着	

4. 主要面談者

〈日本側〉

在ペルー日本大使館

中村 克彦

二等書記官

JICA ペルー事務所

表 孝雄

所 長

小澤 正司

次 長

〈ペルー側〉

国立サンマルコス大学 (UNMSM) 医学部

Dr.Ulises Nunez Chavez

医学部長

Dr.Fausto Garmendia

暴力による被害者の統合的ヘルスケアプログラム
ダイレクター

Dr.Eva Miranda Ramon

同プログラム 研修・教育担当

Dr.Alberto Perales

同プログラム 包括的ケア及びメンタルヘルス担当

Dr.Pedro Mendoza

同プログラム 計画・管理・モニタリング／評価担当

Dr.Walter Calderon

同プログラム 感染症及び調査担当

Dr.Jorge Miano

同プログラム 運営管理・資機材担当

保健省 (MINSA)

Dr.Podesta

健康総局長

Dr.Julio Rivas

健康総局

Dr.Ricardo Bustamante

ヘルスプロモーション 局長

Dr.Tulio Quevedo

ヘルスプロモーション局

Dr.Julio Pedroza

国際協力室 課長

Dr.Luis Vergara

DISA リマ東部 局長

Dr. Marin Nizama

国立野口英世精神衛生研究所 院長

Dr.Luis J. Matos

国立野口英世精神衛生研究所

Dr.Francisco Ravo

リマ・エルミリオバルデザイン病院 院長

Dra.Edith V. Chero Campos

リマ・エルミリオバルデザイン病院 精神科医

Dr.Victor Cruz

国立母子周産期研究所 研修担当

Dr.Luis Meza

国立母子周産期研究所 副所長

ペルー国際協力庁 (APCI)

Mr.Oscar Schiappa

新長官

Mr.Mery Masuda Toyofuku

日本担当

吉田 充夫

JICA 派遣専門家 (援助企画調整)

真相究明和解委員会 (CVR)

Mr.Salmón Febres

委員長

Ms.Beatriz Alva

弁護士

カエタノエレディア大学

Ms. María Planes

精神保健ユニットコーディネータ

5. 調査項目

<p>(1) プロジェクトの精神保健部分に関する実施体制、活動範囲等に関する合意形成</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ プロジェクト全体の構想と、精神保健協力部分の内容協議 ○ JICA/UNMSM/HPRT の、プロジェクトにおける協力関係等説明 ○ 精神保健協力部分における目標・成果・活動等に関し、HPRTの協力内容を中心に整理 		<p>UNMSM HPRT</p>
<p>(2) JICA-HPRT 間協議</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ プロジェクトの変更、遅延に関しての説明 ○ 協力、契約形態に関して説明／協議 		<p>HPRT</p>
<p>(3) 実施体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ プロジェクト合同委員会について説明 ○ カウンターパート (C/P) (MINSA/UNMSM) (UNMSMの懸案の2名の処遇に関して、Dr.Garmendiaも交えて確認) ○ ト라우マ研修実施体制 (リマ、パイロットサイト) 	<p>MINSA UNMSM (APCI)</p>
<p>(4) プロジェクト内容に関して</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ PDM見直し UNMSM、MINSAとの合同作業 ○ 関係者間で目標／成果／活動等詳細について合意を得る 	<p>UNMSM MINSA</p>
<p>(5) 研修詳細</p>	<p>1) 精神保健 講師研修：①教材、②研修場所(ボストン／リマ)、③回数、④期間</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ リフレッシュ研修等を行うのか。 ○ どの時点で学生・保健医療従事者に教えだすのか。 <p>現職研修：①教材、②パイロットサイト決定、③参加人数、④参加者リクルート法、⑤時期、⑥期間、⑦研修項目決定に関して (ニーズ調査等行うのか、行うなら調査に関する詳細)、⑧HPRTの参加有無、かかわり方等</p> <p>2) 母子保健 ①研修項目等</p>	<p>UNMSM MINSA DISA MINSA</p>
<p>(6) 調査</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ プロジェクト開始前に必要な調査詳細 ○ プロジェクトスタート後に必要となってくる調査 	<p>UNMSM</p>
<p>(7) 予算</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ HPRT協力部分 ○ UNMSM ○ MINSA：研修経費 	<p>HPRT UNMSM MINSA</p>

(8) その他	<ul style="list-style-type: none"> ○ パイロットサイトの社会的リソース整理と現況 ○ カエタノエレディア大学(カナダの協力類似案件)に関する情報収集 ○ 真相究明和解委員会との意見交換 ○ 米国国際開発庁(USAID)との協力に関する情報収集 	
---------	---	--

第2章 事前評価調査の結果

1. 現地調査結果サマリー（主要面談録は付属資料1. のとおり）

現地調査は、以下のとおり2段階に分かれた。

第1段階（10月25～29日）：

ペルー側プロジェクト関係機関である国立サンマルコス大学（UNMSM）、保健省（MINSA）と、プロジェクトの概要、プロジェクト開始に係るペルー側手続き等について協議合意内容をミニッツ（付属資料2）に取りもとめた。その後調査団長、副団長が渡米し、ハーバード難民トラウマチーム（HPRT）と協議を行った。

第2段階（10月29日～12月11日）：

プロジェクト・デザイン・マトリックス（PDM）、活動計画（PO）等プロジェクトの詳細について協議し、協議合意内容及び今後早急に対処が必要な事項に関し、ミニッツ（付属資料3）にまとめた。

上記第1段階、第2段階における合意点サマリーは以下のとおり。

1-1 プロジェクト実施体制

プロジェクト実施に関し、調査団は、プロジェクトダイレクターやコーディネーターから構成される合同調整委員会（JCC）を設置することを提案した。MINSA、UNMSMは提案に同意したが、ペルー国際協力庁（APCI）は、プロジェクトの円滑な実施促進のために、少人数〔委員会メンバーはMINSA、UNMSM、大統領府（PCM）、APCI、JICA〕で、毎月集まる委員会の必要性、重要性を明らかにした。調査団は、委員会は、ペルー側のイニシアティブでつくられるべきであると述べた。

1-2 公共投資（審査）システム（SNIP）

ペルーでは、技術プロジェクトに対しても、SNIPによる審査を必要とする。よって、ペルー側、日本側両方で、本案件が研修を中心とする技術協力プロジェクトであり、施設の建設や機材の購入など、新たな管理費や維持費を必要とするものでないことを確認した。調査団は、両方で合意した計画に沿ってプロジェクトを開始することの重要性を述べ、カウンターパート（C/P）の協力を依頼し、C/Pは、迅速に開始できるよう協力することを了承した。

1-3 PDM、PO 合意

プロジェクト関係機関：調査団、UNMSM、MINSA：本省〔健康総局（DGSP）、ヘルスプロモーション局（DGPS）、国際協力室〕、リマ・エルミリオバルディザン病院、野口英世精神衛生研究所間での数回のワークショップを通し、付属資料3-1、3-2のとおりPDM、POの内容に関し合意した。

1-4 プロジェクトC/P

C/P機関はMINSA、UNMSMで、付属資料3-3のとおり、C/Pが選出された。

1-5 各成果の実施責任機関

以下のとおり、成果ごとに実施責任機関を任命した。

成果1：UNMSM

成果2：UNMSM/MINSA

成果3：MINSA〔国立母子周産期研究所（IEMP）〕

成果4：MINSA

1-6 機関間技術委員会の設置

付属資料3-4のとおり、プロジェクトの成果2、4に関し、関係機関間の技術者レベルで委員会を設置する。

本委員会は、MINSA本省、野口英世精神衛生研究所、リマ・エルミリオバルディザン病院、UNMSM代表から構成され、成果2、4に関する活動の計画／実施／モニタリング／評価の一連の作業を、中心になって推進する実務部隊である。

1-7 第三国における研修参加のための基本要件

研修参加に関する詳細な要件は、追って決められるが、関係者間で以下のとおり基本的な要件を合意した。

- ・プロジェクトへの貢献：帰国後、講師としてプロジェクト内で働くこと（大学機関／機関間技術委員会／プロジェクト内の研修活動関係者）
- ・研修受講に十分な語学能力（上級レベル）

1-8 日本人専門家

付属資料3-5のとおり、日本人専門家の専門分野、POについて合意した。JICAは、現地で合意した計画を基に、日本側の事情も考慮し、派遣計画を決定する。

1-9 年間活動計画

年間活動計画は、他の類似協力／活動等との重複を避けるため、関係者間合同でワークショップ等行う。

1-10 懸案事項

(1) JCC

現 状：

- ・JCCに関し、MINSA、UNMSMで合意したものの、APCIは、JCC内に、さらに、MINSA、UNMSM、PCM、APCI、JICA代表者からなる理事会（DC）を設置することを提案した。その役割としては、①包括的な視点から、プロジェクトの進捗を監視する、②プロジェクトの推進に障害となる状況が生じた場合、必要な措置をとり、提言等を行う。
- ・APCI案に関し、MINSAは合意した。
- ・UNMSMは、PCMの参加に異を呈し、また委員会には決定権をもたせるべきであるという意見を出した。
- ・JICAは、①DCは、プロジェクトの推進に寄与するべきものであり、APCIが提示した役

割を遵守すること、②プロジェクトの持続性、成果の普及等のために、政策、財政的に必要な支援を講じる（精神保健を診療報酬に加える、他ドナーの支援を得る等）、③プロジェクト活動等に関する決定権は、JCCや実施担当者にある、④DCの会合や管理運営に関しては、ペルー側のイニシアティブで行う、という4点に関し意見を出した。

対 応：

・UNMSM、MINSA、APCI、JICAで、至急会合をもつ。

(2) SNIP

現 状：

MINSA 国際協力室を通し、財務省（MEF）に内々に話をもっていく。

対 応：

プロジェクトの概要をまとめ、12月中旬にMEFと協議する。

* 1月25日現在の状況：

付属資料1.「主要面談録」からは、SNIP議論に関し現地関係者間でも混乱している様子が読み取れるが、現在JICA本部が把握している事実は以下のとおり。

→まず、案件をSNIP審査にかけるかどうかは、実施機関（本件の場合MINSA）内の投資計画室（OPI）が決定する。OPIがSNIPにかけると判断すれば、MEFに相談することになるが、現在はその前段階である。OPIの人員が12月初旬に一新したため、新たにMINSA国際協力室からOPIに案件の説明を行い、SNIPの申請に関し検討中。ただし、現地MINSA情報によると、もしOPIがSNIP申請を決定したとすれば、MINSA国際協力室が同時に、「例外措置」を申請することができる。そうすれば、取りあえず討議議事録（R/D）署名、プロジェクト開始は可能、とのこと（先方政府の予算措置等に支障が出ないか要確認事項である。現在確認中）。

(3) MINSAと野口英世精神衛生研究所、リマ・エルミリオバルデザイン病院、IEMP間の調整

現 状：

PDM、PO作成に関し、これまでUNMSM、MINSA本省、野口英世精神衛生研究所、リマ・エルミリオバルデザイン病院、IEMPと協議を重ねてきた。一方、最終的な調整はMINSA本省、UNMSMとのみ行った。根本的な変更はなかったが、関係者間で変更点等を確認しておくことが望まれる。

対 応：

MINSA/DGSPが野口英世精神衛生研究所、リマ・エルミリオバルデザイン病院、IEMPと12月中旬に会合をもつ。また、UNMSM内でも情報の共有を図る。

(4) IEMP活動予定地

現 状：

関係者間で、プロジェクト活動地域は暴力による被害地域と合意した。成果3の実施機関となるIEMPは、既に10県を選定しているが、真相究明和解委員会（CVR）によって暴力被害地域とされているのは9県のみである。よって、JICAはIEMPに2つの選択肢を出し、回答を求めることとした。

- ・他の暴力被害地域を選ぶ
- ・9県において行う

対 応：

DGSPを通し、12月16日までにJICAに回答する。回答が得られない場合、9県で活動する。

(5) 情報収集

現 状：

JICAは、プロジェクトに関するドキュメントを作成するために必要な以下の情報を、至急提出してもらうよう依頼した。

- ・MINSA（国際協力室、DGSP）に対して：

各パイロットサイトにおける住民人口、保健医療従事者数、MINSA組織図、DISAの組織図、また、MINSAとDISA、IEMP、リマ・エルミリオバルディザン病院、野口英世精神衛生研究所の関係が分かる図。

- ・UNMSMに対して：

パイロットサイトにおける暴力被害者数（パイロットサイトごとが難しい場合、県ごとの数）、UNMSM組織図と、UNMSMと暴力と人権プログラムの関係が分かる図。

- ・野口英世精神衛生研究所に対して：

暴力に関して、コミュニティーレベルへの介入を行うための方法論の要約（HPRTと、協力方法等に関して調整するため）

- ・バルディザン病院に対して：

野口英世精神衛生研究所と同様

(6) UNMSMによるベースラインサーベイ

現 状：

UNMSMは、JICAに対しワンカベリカ及びフニンにおけるベースラインサーベイの実施を申請した（リマ東部で実施済みのものと同様）。JICAは若干の修正をUNMSMに依頼し、UNMSMは再提出した。

対 応：

JICAペルー事務所が東京本部に書類を送付し、2005年1月からUNMSMは調査を開始する。

2. 今後のスケジュール

調査団帰国後、PDM、POに関しJICA本部でも合意を得、その後プロジェクトに関するドキュメントを作成し、理事会にかける。その後R/D案を現地に送付し、2005年1月末に署名予定。3月にはプロジェクト開始予定。

収集資料リスト：

- 1) Informe de Avance del Proyecto: Diagnóstico de la Atención Primaria y Violencia en la Disa
現地国内研修「女性と子ども、青少年の保護と発達」SICAP2004 報告書（西語）
- 2) Seguimiento de Actividades de Capacitacion-SICAP Convenio JICA-USAID-MINSA-IEMP 2003
- 3) 野口研究所のアヤクチョにおける精神保健活動レジュメ（西語）
- 4) Cayetano Heredia 大学 -McGill 大学精神保健 & 人間開発に関するプロジェクト概要（英語）
- 5) HPRT Project Bosnia&Herzegovina Evaluation,2003, International Centre for Migration and
Health
- 6) A Teacher/Student Guide, The Training of Health Care Providers in Bosnia and Herzegovina
(DRAFT), 2000, HPRT with University of Sarajevo

付 属 資 料

1. 主要面談録
2. 会議ミニッツ（10月29日）
3. 会議ミニッツ（12月9日）
4. 現地国内研修「女性と子ども、青少年の保護と発達」に関するミニッツ

1. 主要面談録

1 JICA 事務所 打ち合わせ

日時：2004年10月26日(火) 10時～12時

場所：JICA 事務所

参加者：表所長、小澤次長、添田所員、岸田所員、JICA 事前評価調査団員；宮崎、坪井、瀧川

宮崎副団長から今回の調査団の趣旨、プロジェクト開始に係る今後の予定スケジュール等説明。打ち合わせ要旨は以下のとおり。

(1) SNIP に関して

調査団：プロジェクトを速やかに開始するため、APCIにおいて、ペルー側の懸案事項であるSNIPに関し、R/D署名前に審査を通す必要があるのか、確認することが必須。

(2) UNMSM 人件費問題

調査団：前回の調査団において、C/Pの人件費問題は個別に解決したものの、菊地元専門家の心配は大きく、再度公の会合等での確認を希望している。
事務所：前回C/Pに関する説明等は公の会合で行い、先方も納得済みと理解する。もし再度率直に確認等行うのであれば、「以前非公式に、2名のC/Pに関しプロジェクトで雇用するという話があったと理解しているが、JICAプロジェクトの仕組み上難しい」という旨、再度申し伝え、確認をとるとのことでしょうか。

(3) HPRT に対する懸念 (HPRT との会議録は、後掲「11 HPRT 協議」参照)

調査団：HPRT の理解は、前回3月に実施された第一回事前評価調査時点で実質的に止まっている。ペルーの後、橋爪団長/宮崎副団長でポストンを訪問するが、その際の協議の結果如何で、プロジェクト準備が滞る可能性もあり、今回調査団の最大の懸案事項の一つでもある。もしHPRTが憤慨し、プロジェクトを降りるという場合でも、UNMSMはJICAとのプロジェクト実施を望むであろうか？

事務所：ペルー事務所もHPRTとの調査団協議に注目している。UNMSMに関しては、国立大学ということもあり、もともと予算も少ない。今回のようなプロジェクトが日本の支援で実現できるということに関し、HPRTに代わる技術的支援機関があるのであれば、特に問題ないのではないかという感触を持っている。

(4) プロジェクトパイロットサイトに関し

事務所：現在のところ、パイロットサイトとして先行活動を開始する中に、クスコが入っている。一方クスコは、テロリズムの被害が比較的少なか

った地域と理解しているが、何故クスコなのか？

調査団：当初ペルー側から上がってきた優先地域 5 県の中にクスコが入っていたこと、日本人専門家等が活動できる地域か否か等からクスコを選んでいる。一方、第一回事前調査でコンサルタントがクスコ入りした際、DISA クスコでは、心的外傷のみの研修に難色を示したという報告も残っており、そういう意味でも、今回母子保健の研修も組み合わせた形でのプロジェクト案を説明し、先方の意向も確認したいと考えている。

2 APCI 表敬/協議

日時：2004年10月26日(火) 15半～16時半

場所：APCI(Agencia Peruana de Cooperaciom International)

参加者：APCI：Squiapa(スキアパ)長官、Mery Masuda(メリー・マスダ)日本担当、吉田専門家(APCI 所属；援助調整)、JICA 事務所；添田所員、JICA 事前評価調査団；宮崎、坪井、瀧川、通訳；モリカワ氏

- APCI 長官から①午前に行われた大統領、第一首相等との会合で、“Atencion Integral de Violencia Politica (政治的暴力に関する包括的ケア)” に関し、ペルーでは大変重要な課題であり、また地域における重要性にも鑑み、ペルー国が中心となって進めていきたい旨確認されたこと、②HPRT モリカ教授から連絡があり、今回の JICA とのプロジェクトの成果を担保するためにも、日本 - ペルー - HPRT でプロジェクト管理委員会等を戦略的に作り、進めていくことの重要性等が確認された旨報告がある。
- 日本担当が交代。
- 以下、協議要旨。

(1) SNIP に関して

調査団：本来 SNIP 審査後、ドナーへの支援要請が行われるべきであると理解するが、今回はすでにプロジェクトの実施が決まっている。それでも SNIP を通す必要があるのか？

APCI：原則的に通す必要がある。プロジェクトの開始に向けての準備作業等行いつつ、並行して SNIP 審査のための手続きを始めることが实际的であろう。UNMSM には SNIP の経験等が全くないので、現地のコンサルタントを傭上し、書類作成を行うことを勧める。人選に関しては APCI が協力できる。但し、予算は確保できないので、JICA で費用を捻出することは可能か？

調査団：本来 SNIP はペルー側の手続きであり、ペルー側でコンサルタントを傭上すべきだと考えるし、これまで前例もなく困難である。MINSA でコンサルタントの傭上を含め、書類作成等行うことは可能か？

APCI：MINSA は当然参加してもらう必要はあるが、SNIP 手続きに係る一連の作業全てを任せることには無理があると思う。現地コンサルタントを雇うほうが得策であろう。

費用は、最初の 2 ヶ月が 2,000US\$、その後 2 ヶ月が 500US\$ であろう

か。財務省(MEF)への書類申請、その後のフォローアップに約4ヶ月かかるであろう。

調査団：現在の予定では、1月にR/D締結、3月プロジェクト開始であるが、開始が遅れることもやむを得ないということか。

APCI：48時間いただきたい。代替案等模索してみる。次回会合を、11月1日(月)とすることで如何か？

(2) 実施体制について

調査団：実施体制は今回調査の焦点の一つ。今後 UNMSM, MINSA との協議の結果を経て、再度 APCI とも相談させていただきたい。

APCI：了承。提案として、UNMSM、MINSA、HPRT、APCI(保健医療の質に関する専門家)、今 HPRT で学んでいる臨床心理士で、ペルーに近日帰国する人材等もいるので、そのような人材も含めることでどうかと思う。

調査団：アドミニストレーションに限った委員会への提案かと理解していたが、今後、専門知識を有する人材に関しても APCI に相談する必要があるだろうか？

APCI：プロジェクトに直接関わる専門人材ではなく、あくまで全体方針(政策的な面等)についての委員会人材の意味。

調査団：委員会に関しては、すでにペルー国精神保健委員会もあり、それとの整合性等にも配慮しつつ関係者と協議したい。また、プロジェクト管理委員会にかんしては、HPRT の参加は難しいであろう。本件はあくまで日本 - ペルーのプロジェクトであり、HPRT には技術支援機関として参加してもらう計画である。

APCI：了解

3 MINSA 表敬/協議

日時：2004年10月27日(水) 9～12時半

場所：MINSA

参加者：Dr. Julio Pedroza(ペドロッサ)(国際協力室課長)、Dr. Tulio Quevedo (DGPS 課長)、Prof. Dr. Vitor Bazul (IEMP 所長) Dr. Luiz Meza(IEMP 副所長)、Dr. Victor Cruz(IEMP 研修担当)、Dr. Fausto Garmendia UNMSM 暴力による被害者の包括的ヘルスケアプログラムダイレクター、Dr. Alberto Perales (同プログラム包括的治療及びメンタルヘルス担当)、Dr. Gilberto Renilla、Dr. Juancarlos Yafac リマ 東部地方保健局他、JICA 事務所；表所長、添田所員、岸本所員、JICA 事前評価調査団；宮崎、坪井、瀧川、通訳；森川氏

- 冒頭、副団長より今回の第三回事前評価の目的につき説明。少なくとも団長のリマ滞在中に PDM 上の目標と成果までは合意し、できればミニッツの署名まで行いたいことを説明。
- プロジェクトの目標と成果につき、MINSA 側は了承した。
- ペドロッサ部長より、プロジェクト開始に先立ち、JICA が協力している現

- 地国内研修(11月実施)において、UNMSMの協力により3日間の心的外傷ケアにかかるワークショップ式講座が行われることになったと紹介された。
- 議論の途中、MINSAのプレス担当者より、会議への出席者全員を対象としてインタビューが行われた。質問内容は、受益者数、プロジェクト総コスト、プロジェクトの実施方法（最終受益者がかなり文化/民族/言語的にも多様であることをどのように配慮して実施するか等）についてであった。
 - 他、議事要旨は以下のとおり。

(1) SNIP 手続きについて

ペドロッサ部長より、前日のAPCI長官との会見にてSNIP取り扱いについてどのような議論が行われたかにつき質問があり、調査団より説明した。(上記「2 APCI表敬/協議」参照)これに対し、MINSAから、本プロジェクトより多大な投資が必要となる案件に係るSNIP手続きの経験があるのでそれを活かすことができること、また、あくまで本案件は研修実施中心の案件であり、多少の機材供与が含まれているにせよ、老朽化した機材の更新等が中心であり新たな投資(経済的負担)が発生する予定がないこと、またこの機材供与については持続性も配慮されて選定されつつあることが強調された。さらにUNMSMから同様に、研修中心のプロジェクトであることと、これまで時間をかけて多くの書類を作成してプロジェクト開始に向けて準備してきたにもかかわらず、SNIPの審査手続きにより更に開始が遅れることに対する懸念が表明された。調査団から、APCIに対するMINSAやUNMSMからの働きかけを要望したところ、ペドロッサ部長より、11月1日のAPCIとの会見の際にはMINSAも同席したとの要望が出され、調査団もその申し出を歓迎した。

(2) IEMPにおける母子保健関連研修(現地国内研修「女性と子ども、青少年の保護と発達」)について(研修詳細は別添4参照)

IEMPから、JICA協力による標記研修コースについて、研修の運営は非常にうまくいっていること、前掲のとおりUNMSMと共同で、本年度コース中に取り入れる心的外傷ケアに係るワークショップ型講座につき紹介があった。

また、標記研修をJICAプロジェクトに組み入れるに際して、研修結果に関するモニタリングや評価等の実施に対する要望があった。

調査団からは、モニタリングについては本プロジェクトの成果3の活動部分に含まれており、考慮されている旨コメントした。

(3) プロジェクト対象地域について

IEMP: 研修コースは9県を対象に実施されているが、本プロジェクトは主に5県を対象とすると聞いており、またIEMPにて実施されている研修内容が、必ずしも政治的暴力被害者にとって関係が深いと言い切れないところがあり、整合性の確保が必要であろう。

調査団: 現在実施中の研修コースと本プロジェクトの対象県が一致していないことについては、心身両面における統合的ケアに関してはまず5県をパイロットサイトとして実施することにしたが、今後ニーズに応じて調整していく必要があると説明し、了解を得た。

調査団：プロジェクト要請当時からのプロジェクト対象地域にクスコ県が含まれているが、この県は比較的テロによる被害が少なく、対象地域として適当であるか。

MINSA：DGPS 課長より、MINSA による心的外傷ケアの取り組みの紹介があり、CVR の調査結果に基づき、テロリズムによる影響を受けた地域はその影響の大小により高度・中度・軽度とランク付けされているが、特に高い影響を受けた地域として9地域（アヤクチョ、ワンカベリカ、フニン、セロ・デ・パスコ、アバンカイ、サンマルティン、ウカヤリ、ワヌコ、クスコ）があり、これらの地域において MINSA は医師や心理学者など2,3名によって構成されたチームを派遣し、主に治療活動と人材育成の2点を行っているとの紹介があった。

UNMSM：クスコ県について、必ずしも UNMSM は優先地域として意識しているわけではないが、既に1年前からコンタクトし、セミナーを開催した経緯もあり、今からクスコ県を対象からはずすという選択肢はありえない。また、UNMSM が想定しているプロジェクトのコンポーネントはモデル地区を選んで学際的なアプローチを行うものであり、臨床的アプローチである MINSA の活動とは補完的なものであるとのコメントがあった。また、プロジェクト実施方法として、ペルーにおける地方分権化の流れもあり、地域医療従事者を集めて研修するよりも、現場に出向いて、地域医療従事者の経験も活かしつつ、その文化的・民族的・言語的多様性に考慮した心的外傷ケアの実施を行いたいと考えている。

調査団：本プロジェクトは、日本のプロジェクトチームとの共同作業になるが、日本側が立ち入りできない地域が含まれている場合、ペルー側だけで実施してもらうという選択肢になる。いずれにせよ現場で誰を対象に何を行うのか、活動内容を精査して対象地域について慎重に検討したい。

（4）プロジェクト実施体制（プロジェクトのペルー側責任者や C/P の選定について）

- 調査団から、プロジェクト実施にあたってペルー側のプロジェクト実施体制（プロジェクトダイレクター、マネージャー、コーディネータ、合同調整委員会(JCC)も設置、そして C/P の選定等）について概要を説明し、早急な人選（具体名ではなく、役職名で可）を依頼し、MINSA 側から快諾を得た。
- MINSA ペドロッサ部長より、プロジェクト責任者となるダイレクターについては保健大臣が就任することを検討したいが、現在大臣が米国出張中につき、帰国してから相談の上決定したいとの発言があった。
- C/P については、MINSA からは、DGPS、DGSP、IEMP の3箇所から各1名、UNMSM から、暴力による被害者の包括的ヘルスケアプログラムに所属している6名が予定されるとの発言があった。

4 UNMSM 表敬/協議

日時：2004年10月27日(水) 15～19時

場所：UNMSM

参加者：UNMSM 暴力による被害者の包括的ヘルスケアプログラム Dr.Fausto Garmendia(Director)、Dr.EvaMiranda Ramon (研修・教育担当)、Dr. Alberto Perales(包括的治療及びメンタルヘルス担当)、Dr. Pedro Mendoza (計画・管理・モニタリング評価担当)、Dr. Walter Calderon (感染症及び調査担当)、Dr. Jorge Miano (運営管理・資機材担当)、JICA 事務所；表所長、添田所員、岸本所員、JICA 事前評価調査団；宮崎、坪井、瀧川、通訳；モリカワ氏

- 副団長から、今回の調査団派遣目的を簡単に説明。特に調査団長のリマ滞在中に PDM の目標と成果（1～4のうち、1と2が UNMSM を実施機関とするコンポーネントであるため、1と2について協議）までは合意しておきたいこと、また、団長及び副団長が帰路ポストンに立ち寄って HPRT と協議することから、特に HPRT の関わる部分を中心に詳細な活動計画案を承知しておきたいと表明。
- PDM の上位目標とプロジェクト目標、成果については（細かいスペイン語の表現ぶりの修正依頼はあったものの）調査団が提示した案にて合意。
- プロジェクトの実施体制（プロジェクトダイレクターをはじめとするプロジェクト運営責任者について、JCC の設置、及び C/P の配置等）について説明し、できるだけ早い時期に具体的な候補者名を挙げてもらえるよう依頼。翌日の協議の際に更に内容を詰めることとした。
- 他、特記すべき事項としては以下のとおり。

(1) C/P への給与補填問題

UNMSM Dr. Perales：3月に第一回事前評価調査団が来た際に、UNMSM のメンバー3人程度については大学を退職し、プロジェクト専従の担当者となるべく JICA が雇用（契約）する案が出されていたが、これについて実現性はどうか。

調査団：JICA は C/P の雇用や給与補填は行えないことになっているので、実現は困難。但し、地方でセミナーや調査実施の際に、C/P の旅費や日当・宿泊費の負担がペル一側にて困難である場合、その必要性につき JICA に別途相談いただければ検討は可能。

(2) プロジェクトにおける UNMSM の位置付けについて

UNMSM Dr. Calderon：プロジェクトの生みの親は UNMSM で、全体の責任も UNMSM が負うはずであったのに、MINSA に変わってしまったことについて納得がいかない。

調査団：前回の調査団が説明したとおり、本プロジェクトは心的外傷ケアに特化した当初案から心身両面での地域保健サービスの向上をめざした内容にデザインを組替え、全体の調整はその役目を担うべきである

MINSAに行ってもらったこととしたもの。

事務所：デザインを変えたことについては日本側の事情がある。つまり、予算当局に本案件の正当性を説明するためには、心的外傷ケアだけでは説得性が不足したことから、包括的なヘルスケアプロジェクトとする必要があった。

5 MINSA 協議

日時：2004年10月28日(木) 9～12時

場所：MINSA

参加者：ペルー国精神保健委員会メンバー：Dr.Ricardo Busmante（委員長/保健省 DGPS 局長）、Lic.María Planas（カエタノエレディア大学精神保健ユニットコーディネータ）、Dr.María Baca（PAHO アドバイザー）、JICA 事務所；岸本所員、JICA 事前評価調査団；橋爪、宮崎、坪井、瀧川、通訳；モリカワ氏

- 冒頭、ペルー国精神保健委員長より、CVRによる80年代の暴力被害調査～ペルー国精神保健アクションプラン正式承認(2004.8)等に至る流れ、本分野に係る優先課題、問題等が説明された（別添 1-1, 1-2 参照）。
- このほか議事要旨は以下のとおり。

（1）ペルー国における精神保健

- 当該国において精神保健は保健省の10優先課題の一つにあげられており、国家精神保健委員会(保健省をヘッドに他関連省庁、大学、国際機関等も名を連ねている)を中心にペルー国精神保健戦略が作成され、本年8月に正式承認された。
- CVR から出された「健康の回復のための統合的計画」に呈されている優先取り組み課題は、1.保健医療分野人材の訓練、2.コミュニティへの介入からの統合的健康回復、3.医療行為からの統合的健康回復、4.保健医療へのアクセスの改善(サービスの改善、統合社会保険)、5.啓蒙&予防。
- 同計画実施優先地域：1.アヤクチョ、2.アプリマック、3.ワンカベリカ、4.ワヌコ、5.フニン、6.サンマルティン、次に、7.パスコ、8.ウカイヤリ、9.クスコ(コンベンション)
特に上位6地域の精神保健ネットワークの強化が言われている。
- 上記うち7地域で地域精神保健委員会が設置されている。
- 各地域の DISA、診療圏ネットワーク・小診療圏には、精神保健担当者が配置されるようになったが、担当者は専門が同分野というわけではなく、また他の課題もみるため、十分な活動ができない状況。

（2）活動 2005 年について

- 一次/二次レベルの保健医療人材の技術強化、ケア提供のため、特別巡回グループが活動する
- 上記優先地域 DISA にて、精神保健常駐グループ設置 (EU との協定 PASA)

- 統合社会保険予算で、地域の精神保健グループの予算、ケアの提供等行う(←社会保険予算は逼迫しており、実施困難も予想される)

(3) ペルーの現状に鑑みた、本件を実施するに当たっての留意点

- 人材が不足しており(例えば国にいる500人の精神科医のうち400人はリマ、うち80%がMINSAの精神病院勤務)、精神保健に関しては医師中心の介入を考えるよりも、専門的医療行為を行わない保健医療人材(ソーシャルワーカー、心理士、助産師等)を中心にした訓練の必要性が強調された。
- 研修は今までも数多行われているが、研修を受けた人材が実際現場でその知識・技術を適用すること、そのモニタリング・評価が決定的に不足している。是非研修だけでなく、それが実際に活かされる仕組みを作り出してほしい。特にコミュニティベースの介入による精神保健へのケアアプローチが肝要。

(4) その他

- カエタノエレディア大学は、カナダ CIDA の資金援助、カナダ McGill 大学の技術支援等により、同分野で JICA プロジェクトと類似プロジェクトを 2003 年 11 月まで約 6 年に亘りを実施していた。時間の制約上、本プロジェクトに関し詳細を聴取することはできなかったが、後日面談を行うことで合意。

6 UNMSM 表敬/協議

日時：2004年10月28日(木) 15～18時

場所：UNMSM

参加者：UNMSM Dr.Ulises Nunez Chabez (医学部長)、UNMSM 暴力による被害者の包括的ヘルスケアプログラム Dr.Fausto Garmendia (Coordinator)、Dr.EvaMiranda Ramon (研修・教育担当)、Dr. Alberto Perales(包括的治療及びメンタルヘルス担当)、Dr. Pedro Mendoza (計画・管理・モニタリング評価担当)、Dr. Walter Calderon (感染症及び調査担当)、Dr. Jorge Miano (運営管理・資機材担当)、JICA 岸本所員、JICA 事前評価調査団；橋爪団長、宮崎、坪井、瀧川、通訳；モリカワ氏

- 団長より、ホンジュラス出張からリマ入りしたこと、そしてホンジュラスにおいて4年間にわたるカウンセリングサービスの向上に取り組んだ活動を見てきたばかりであることから、この経験も活かして本プロジェクト形成に役立てたいとの説明を行った。
- 副団長から、昨日の協議に引続いてプロジェクトの実施体制確立の必要性について説明し、できるだけ早い時期に具体的な候補者名を挙げてもらえるよう依頼。但し、プロジェクト全体の調整に関わることであり、MINSAとも相談の上決定して欲しい旨伝えた。
- 他、UNMSM と HPRT からそれぞれ提出された活動計画をもとに、調査団側で両者の案を並列させたものと、これらをもとに日本側で作成した案を提示し、議論を行った。この中で特筆すべきことは以下のとおり。

(1) UNMSM 教員の HPRT における研修について

調査団：UNMSM の 50 名もの教員を HPRT において研修するという案になっているが、この 50 名とは誰か。どのような根拠に基づいて 50 名という数字が出てきたのか。

UNMSM：5 学科から各々 10 名、計 50 名を 1～2 週間程度 HPRT にて研修させることを想定。本プロジェクトに対する効果を考慮して、第一年次に 50 名すべてを受け入れてもらうことを希望。1 回ごとの受入人数や受入時期については HPRT のキャパシティに応じて考えたい。

調査団：研修員受入の選考方法に関し、資格要件等どのように考えているか。50 名という数字を対外的に説明できるようにしておく必要がある。

UNMSM：なるべく若手の教員で英語を解する人材を選考したいと考えている。

調査団：研修員を受け入れる立場に立って考えると、研修員が医師や看護師かによって、研修内容を調整する必要があると考えるが、どう考えるか。

UNMSM：医師とそれ以外の専門職の 2 種類でよい。詳細はカンボジアやボスニアの経験を持つ HPRT のノウハウを参考にしたい。

調査団：研修員を受け入れる立場から考えると、1 名受け入れるのも 10 名受け入れるのも手間はあまり変わらない。よって、HPRT が 50 名一度に受け入れたいと主張する可能性があるがどうか。但し、その場合は UNMSM 医学部から 50 名もの教員が一度にいなくなって、学部が立ち行かなくなるのではないかと心配であるがどうか。

UNMSM：医学部には 1200 名もの教員がいるので 50 名程度一度に研修に行っても問題ない。あるいは休みの時期（1 月末から 2 月にかけて、あるいは 8 月の始めと終わり）にあわせて実施すれば問題ない。

UNMSM：HPRT では英語で研修を受けることになるが、研修前にペルーにて英語研修を受講することは可能か。

調査団：JICA が実施する研修でそういう語学研修を実施する例はある。しかし、大学の教員が研修員となる案件に対する英語研修を実施することについて対外的に説明が不可能であり、実施は困難。

(2) ペルー国精神保健政策における国際アドバイザーについて

調査団：国レベルの精神保健政策において、国家精神保健委員会と技術グループ、国際アドバイザーが核となって方針を定めているが、その中の国際アドバイザーとして McGill 大学（カナダ）が参加しているとの情報を得ているが、ご存知か。

UNMSM：初耳である。

調査団：同じくエモリー大学（米国）の名前もあがっているがこちらはどうか。

UNMSM：かつてカエタノエレディア大学に勤務していたペルー人精神科医の Dr. アラルコンがエモリー大学にいたので、この関係でエモリー大学の名前が含まれたのだと思う。

7 エルミリオ パルディサン病院(Hospital of Hermilio Valdizan) 視察

日時：2004年10月29日(金) 9～12時

場所：Hermilio Valdizan 病院

参加者：Dr. Francisco Javier Bravo (病院長)、Dr. Carlos Alberto (行動分析変容課長) 他、JICA 事務所；岸本所員、JICA 事前評価調査団；橋爪、宮崎、坪井

国内に2つある第3次精神病院の1つ(もう一つはラルコエレラ病院)で、リマ東部地区のレファラル病院となっているバルディサン病院を訪問。病院長から病院の概要(300床、外来患者数200-300名/日、医師、看護師、臨床心理士等職員約450名)につき説明を受けた。特に最近では家族の協力のもとでの治療やコミュニティレベルの取り組みに力を入れていること、また最近保健省の方針に基づき、サンマルティン、ワヌコ、ワンカヨ、アヤクチョへ医師、看護師、臨床心理士等それぞれ1チームの合計4チームを送ることとなった。つい今週ワヌコへ初のチームを派遣したばかりであるとのことであった。

団長から UNMSM との関係について尋ねたところ、同病院の多くの医師が UNMSM の客員教授であるなど緊密な関係があり、多くの学生が同病院で実習しているとの回答があった。また、財政的には公立病院であることから無料診療が基本であるが、入院する場合など負担の必要な料金については収入に応じてレベル分けされ、料金が決まっている。また、社会保険加入者やセミナー開催などからの収入を得ることで病院としては不足気味の財源を賄っている。この他質疑応答の後、施設視察を行った。

8 在ペルー日本大使館 表敬/協議

日時：2004年10月29日(金) 15時～15時半

場所：在ペルー日本大使館

参加者：大使館：成田大使、中村書記官、JICA：小澤次長、JICA 事前評価調査団；橋爪、宮崎、坪井、瀧川

(1) SNIP 審査に関して

調査団：SNIP について、APCI、MINSa 双方の意見が若干食い違っているように思う。MINSa は本案件についてソフト支援が主体となっていることから、SNIP に通さない方を希望しており、APCI は原則として SNIP による審査は案件内容に関わらず通すことが必要との見解を持っている模様。

成田大使：SNIP についてはタイミングを見つつ、APCI 長官と必要な段階で MEF に働きかける必要もあるだろう。なお、本件が SNIP の対象となる/ならないについても、方針決定を文書で取り付けたほうが安全。

(2) HPRT ならびに菊地元専門家について

成田大使：HPRT とのミーティングについて進捗如何。

調査団：当初テレビ会議を想定していたが HPRT から OK が出ず中止した。ただし、調査結果はメールで知らせている。

小澤次長：本邦コンサルタントへの業務指示の段階で HPRT への再委託を特命

随意契約とできるのか？

調査団：JICA 内で調達部とも相談していかねばならないだろう。

成田大使：欧米のコンサルタントとの契約実績は有るか？

調査団：開発調査で有り。

調査団：菊地元専門家からは HPRT のメンバーに入って本案件に参加したいとの希望が寄せられている。ただし、同専門家自身が推進した案件であることから、HPRT の一員として参加することのリスクについてはこちらから説明済みだが充分理解いただけてない模様。

成田大使：菊地元専門家は本邦コンサルタントあるいはプロジェクト全体の統括のような立場で入ると思っていた。私からも菊地元専門家には注意喚起の意味で連絡を入れるようにしたい。

9 APCI 表敬/協議

日時：2004年10月29日(金) 17時～18時

場所：APCI

参加者：APCI：スキアパ長官、メリー・マスダ日本担当、吉田専門家(APCI 所属；援助調整)、MINSA:ペドロッサ部長、ルルデス職員、JICA:添田所員、JICA 事前評価調査団；橋爪、宮崎、坪井、瀧川、通訳；モリカワ氏

- 冒頭 APCI 長官から、「①本プロジェクトの金額（予算）が少なくなってきたこと、②MINSA を巻き込んだプロジェクトデザインとしたことで、プロジェクトの焦点がぼやけてきたのではないか」との懸念が表明された。
- 以下、協議要旨。

(1) APCI 長官から示された 2 点の懸念について

吉田専門家：スキアパ長官発言を補足したい。CVR に応える形でプロジェクトの準備を進めてくれればよかったが、その点で巻き込み不足だったのではないか。

調査団：国家精神保健委員会の代表でもある Dr.ブスタマンテ (MINSA/DGPS 局長) から説明のあった、CVR 報告書を受けた精神保健の流れ、またそれに関係した活動としても本プロジェクトが位置付けられていることを確認している。よって、ご懸念の必要はないといえる。

APCI 長官：このプロジェクトは CVR の報告書を受けた活動として位置付けるべき。焦点がずれて来ていないかが懸念される。調査団がいる間に CVR と話をする機会を持つことが重要。地域やアプローチについての重複を無くし、他の機関やドナーに任せられる部分(母子保健等)は本プロジェクトの中で扱わずに、それらへ任せるべき。

調査団：プロジェクトの枠組みについては、前回調査時に既に合意できていると理解。今回の調査団の役割は詳細設計である。予算も積み上げ式なので、活動計画の充実に伴い、結果的に、UNMSM の担うパートは充実した。精神保健の部分での協力内容も、住民により届く内容になっ

ている。決して規模が小さくはなっているのではない。

我々が重きを置いているのは、最も住民に近いところで働く医療職の人たちを研修することである。最前線のスタッフが、末端のヘルスサービスの中でニーズに応えられる（妊婦検診、出産・分娩技術、若年層の妊娠、家族計画や感染症など）技能を身につけ、また最低限必要な精神保健の知識と技能を身につけることが必要。保健医療従事者の技術を向上させ、日常のヘルスサービス活動を通じて精神保健のニーズと接点を持つことが可能になることが、暴力被害地域の住民に裨益すると考えている。

プロジェクト内で UNMSM が HPRT の支援を得ずに行うべき部分については HPRT の関与を減らした計画案を作成しているので、実際に HPRT へ委託する規模・金額は減ることになるかもしれない。地域の住民に裨益する効果的な投入を目指し、ペルー人材のキャパシティディベロップメントを主目的に、ペルー側 C/P の活動を中心にしたデザインへと変更することとなった。デザインの変更については、緒方貞子理事長とも協議し、了承を得たものである。

緒方理事長はじめ我々 JICA は人間の安全保障の推進を掲げており、本テーマもその方針の下に重要な課題として認識されている。本案件については、ペルーにおいて高いプライオリティーに位置付けられる CVR の提言を受けた要請として、我が国で正式に実施を決定したものであることから、その要請を全うする覚悟であるので信じて欲しい。

APCI 長官：了解した。緒方理事長については、我々も甚大な敬意を払っており、本テーマについての取り組みもそのように認識する。

(2) SNIP の審査について

ペドロッサ部長：本プロジェクトは他と比較して、SNIP 審査にかける必要なしと考える。本内容は技能向上を主としており、何ら経済活動等に関わるものではない。当然、法令は遵守するが、協力内容を踏まえた対応を考えたい。

APCI 長官：SNIP については、早速 APCI 法律顧問と MINSA で協議し、可能な対応策を提示できるようにしたい。

ペドロッサ部長：了解した。できれば調査団がいる間に両機関で調整し、必要な場合は調査団のサポートを得たい。

10 野口英世精神保健研究所(野口研究所) (IESM HD-HN) 表敬/協議

日時：2004年10月30日(土) 午前10時～12時

場所：野口英世精神保健研究所 (IESM HD-HN)

参加者： IESM HD-HN : Dr. Marin Nizama 院長他約10名、JICA 事務所；
添田所員、岸本所員、JICA 事前評価調査団；橋爪、宮崎、坪井、瀧川、
通訳；モリカワ氏

➤ 冒頭、院長より、JICA が以前プロジェクト方式技術協力にて同研究所に対

- し行ってきた協力に関する概要説明及び謝辞が述べられた。
- 調査団より、野口研究所の精神保健分野での活動状況および暴力被害地域への関わりなどについて情報提供を求めた。また、本プロジェクトのコンセプト及びデザイン概要、これまでの作業経緯を説明し、プロジェクトデザイン並びに実施体制の詳細設計にあたり、精神保健の専門的見地からの率直なコメントを求めた。
 - 以下、協議要旨。

(1) 野口研究所の活動について

調査団：ペルーの精神保健における貴研究所のポジションならびに、医療従事者特に地方部の医療従事者に対する研修活動等の実績について教えて欲しい。

IESM：まず、精神保健における本研究所の位置付けは、ペルーのトップレファラル病院且つ最高峰の調査研究機能を有した専門機関である。勿論このような活動のベースは日本の協力によって築かれたことも事実。また、暴力被害地域に対する支援としては、1年前よりアヤクチョへの専門家チーム（精神科医、看護師、心理カウンセラー）を毎月1回派遣してきており、これまでに約1000人に対するケアを行ってきた（詳細は別途パワーポイント資料にて説明あり）。CVRにも報告を行っている。アヤクチョへの支援活動については、MINSАからの予算配分があるわけでもなく、独自の活動としてカトリック教会組織およびボランティアグループと協力して進めてきた。結果として、官憲に対し根強い不信感を抱いている暴力被害地域の住民にとってはより受容度の高いアプローチとなった。

調査団：アヤクチョへのチーム派遣のF/U如何。

IESM：チームの現地滞在期間は2、3日程度。研究所での通常業務に支障が出ないようにしているので、主に週末を利用している。次の訪問までのあいだ、活動地域では借家（協会組織の支援で借用）を用いてボランティア（看護師および看護技士）がカウンセリングやナーシング、薬剤の提供などを行っている。薬剤についても、安価で提供している。研究所のスタッフとはいつもインターネットや携帯電話で連絡を取りあっている。

調査団：現地スタッフのトレーニング用教材などはあるか？

IESM：ある。また、住民に配布するパンフレットやラジオ放送なども実施。ビデオも作成している。パンフレット類はアヤクチョでケチュア語への翻訳をボランティアが行っている。

調査団：活動の持続性をどのように維持していくか？

IESM：持続性を考えればMINSА/DISAがフォローをしていくべきだろう。例えばMINSАの病院やヘルスセンターに診療室を設けるなど。MINSАが予算をつけて5年～10年先を見据えたプランニングをすべきであり、それを支援する人材は研究所やラルコエレラ病院、バルティザン病院などの精神病院でも有している。なお、MINSАとの調整は、徐々に進んでおり、現在は精神保健のナショナルレベルのプロトコル作成作業を、

研究所とラルコエレラ病院、バルティザン病院で協力して進めている。以前は3機関ともライバル関係にあったが、今は協力関係を保ち、且つ MINSA の要請のもと地方部の暴力被害地域への精神保健ケアサポートを行っていくことになっている。

調査団：貴研究所が行っている調査研究作業でわが方協力に関係してくる部分を他に紹介してほしい。

IESM：例えば、現在 PTSD のプロトコル作成に取り掛かっている。また、ペルーは地域によって社会的文化的に特徴が見られることから、精神保健に関する基礎調査を地域別に進めており、既に海岸(コスタ)地域、山岳(シエラ)地域での調査研究を終え、現在は熱帯(セルバ)地域での調査を行っている。暴力被害地域の精神保健に関する基礎データも有しており、これら科学的根拠に基づいた協力デザイン、アプローチの検討をお願いしたい。

(2) プロジェクトデザイン及び実施体制へのコメント

調査団：現段階でのプロジェクトデザインならびに実施体制についてコメントをお願いしたい。

IESM：プロジェクト案については以前より伝え聞いていた。まず、ペルー国内の暴力被害地域は貧困地域であり、そこで暴力被害者ケアというテーマに取り組む姿勢として疑問を持っている。それは、2000年3月に開催された国際セミナー(JICA主催)についての印象であるが、セミナー会場及び参加者の宿泊場所でもあった華美なスイスホテルに支払われているのか、また HPRT にどれだけの金額が流れたのか、その費用でどれだけの被害者をケアできるか、ということを考えていただきたい。これは、カトリック教会の支援を受けつつ、手弁当で週末を利用しながらアヤクチョへの支援活動を行っている我々の意見である。

また UNMSM は、我々のアヤクチョにおける取り組みを知っていながら意図的に我々を無視しているように感じる(これまでに何の相談もない)。MINSA との間では精神保健に関する取り組みについて、研究所を含めたコーディネーションが始まったばかりであるが、このプロジェクトについても、我々を含めて既に本テーマでの取り組みを行っている関係機関が一堂に会するようなミーティングをセットし、透明性を高めるべきであろう。我々を含めたペルー国民からも妥当と思えるように、作業プロセスに透明性を持たせ、進めていってほしい。

UNMSM はペルーで最も歴史があり、多くの卒業生を輩出していることからその影響力は大きいですが、決して唯一無二ではなく、アヤクチョを例に出しても暴力被害地域にある地元の大学(サンマルティン大学、ワマンガ大学など)も協力機関として排除すべきでないだろう。また、我々のように実践を行っている現場の者からいえば、UNMSM のチームは多分に学術的であり、実践面では困難が出るように思う。我々の多くが UNMSM の卒業生であり又院長が研究所における同大学とのコーディネータを兼任していることから、このような発言を行うことの意味を十分察していただきたい。

調査団：プロジェクトの実施にあたり大きな変更を現段階で行うことは困難かもしれないが、活動その他の部分でより実際的なアクターと協力して進めていくようなデザインにすることはできると考える。

IESM：本テーマでプロジェクトを進めるにあたり、日本の協力によって育てられた当研究所が何らかの形で参加することは可能か。日本の協力終了後、10年以上この分野での努力を続けてきた我々からの強い希望である。プロジェクトを進めるにあたり、我々のアヤクチョでの経験から2点指摘したい。一つは「コミュニティを如何に巻き込んでいくか」、もう一つは「本テーマに関する諸機関（保健、教育、行政など）の調整」である。たとえ、外国の大学が技術支援のためにペルーに来て、これらに留意しなければ成功はあり得ない。その意味で、調査団のいう「プロジェクト実施体制の調整は最終段階」とのコメントは当たっておらず、「これから調整が必要」であろう。

11 HPRT 協議

日時：2004年11月3日(水) 9時～12時半

場所：HPRT

参加者：HPRT：Prof. R. Mollica(HPRT Director)、Mr. J.Lavelle(HPRT Int'l Coop.担当)、Ms.Svang Tor (Senior Clinician and Consultant,カンボジア案件担当者)、Ms.Carolina Benavides-Piaggio (HPRT インターン,心理学者) Elizabeth Di Stefano (HPRT Financial Manager)、JICA 事前評価調査団；橋爪、宮崎

- 冒頭、団長から、本案件の立ち上げが遅れていることを謝罪した後、3月の第一次事前評価調査団派遣以後、JICA 内にて理事長レベルまで含めてプロジェクトの内容につき検討を重ねた結果、最終受益者である暴力による被害者の心身両面における健康状態の向上をめざし、プロジェクトのデザインをより包括的なものへと変更したこと、また、JICA は途上国への開発援助実施機関であり、ペルー政府と日本政府との間の取り決めに基づき協力を行うこと、従ってペルー側の積極的な関与や当事者意識なしにプロジェクトの詳細に至るまで協議することが困難であることを説明した。
- また、最終受益者に本プロジェクトの成果たる適正な保健医療サービスが到達するためにはペルー保健省の関与が不可欠であること、また現場での経験が豊富で、文化の違いを理解し、聖職者やコミュニティとの関わりの強い NGO との連携が必要であることについて説明し、了解を得た。
- 今後のタイムスケジュール（11月中の R/D 署名用関係資料作成の完了、1月の R/D 署名、3月のプロジェクト開始予定）につき説明した。但し、これは日本側の手続きであり、ペルー側で SNIP 審査が必要となる可能性があり、この審査に時間を要する場合は3月のプロジェクト開始が遅れる可能性があることにつき強調し、理解を得た。
- HPRT との契約方法については、JICA が HPRT と直接に契約するのでは

なく、全体の調整を行うために JICA が日本の民間会社（コンサルティング会社）と契約をし、同民間会社が HPRT と UNMSM への技術支援機関としての位置付けにて契約することになることを説明し、理解を得た。尚、HPRT としては、国際金融機関（世銀等）や USAID や JICA などの公的開発援助機関との契約よりも、民間会社との契約の方が手続きが簡便であり、歓迎するとの言葉があった。調査団から、民間会社が HPRT に提示するであろう契約書（コスト積算のイメージも含む）を提示し、JICA が契約する民間会社による一般的な契約方法や積算方法（直接費と間接経費があること、教材作成や研修場所借用の際には最後に領収書による精算が必要であること、直接人件費については、活動計画に基づき、現地（ペルー）と国内（米国）で必要な作業期間に対し人月を積み上げ、これに単価を掛けて算出すること等説明し、理解を得た。なお、これまで HPRT 側から提示された見積もりを参考に当方から 3000 万円程度の積算をした例を提示しつつ説明を行ったが、あくまで HPRT が日本の民間会社と行う契約交渉は、JICA と同会社による契約に基づいて行われるものであり、今回提示したものはサンプルでしかなく、この金額についても JICA が HPRT に保証するものではないことを強調し、理解を得た。

- 全体的に HPRT 側は JICA 側の説明につきめざすべき方向性が同じであること、今後のタイムスケジュールが明らかとなったことを歓迎し、友好的に協議は終了した。
- HPRT 側から出たコメントは以下のとおり。

（１） 過去作成した PDM の位置付けについて

モリカ教授から、今回調査団が持参した活動計画書に関し、「PDM を作成してプロジェクトを実施するという方法は JICA の基本である」はずであり、何故過去 HPRT が UNMSM と共同で作成した PDM 案を尊重せずにいきなり活動計画案につき議論をするのか、との質問があった。

これに対し、調査団より、そもそも PDM とは日本がペルー側と合意して署名する R/D に添付すべき資料であり、まだ作成段階であること、そしてその作成段階において、ペルー側には本案件に関係すべき機関が数多く存在し、まだこれらの機関との調整がついていないこと、そのために 3 月以降プロジェクト形成に時間がかかったことを説明した。

（２） プロジェクトのコンセプトについて（最終受益者に真に協力成果が届く案件にするためのディスカッション）

JICA のプロジェクトデザインの変更に関し、暴力被害者に対するケアの最終責任者は MINSA が担うべきであるとの認識につき説明したところ、HPRT 側は過去カンボジアやボスニア・ヘルツェゴビナにおける心的外傷ケアの経験からも、MINSA の関わりなくして本プロジェクトの成功はありえないとの発言があった。また、特に地方の保健医療従事者について、心的外傷ケアを行うにあたり、給与の保証（上乘せ）や研修の機会の授与など、それなりのインセンティブなしでは機能させることが難しいことから、JICA には本プロジェクト実施にあたり、これら末端の保健医療従事者に対して給与補填を含めた何らかの配

慮を求めたいとの発言があった。これに対し、調査団側から、JICA の協力方法として給与補填はできないものの、研修の機会を与えるなどの方法により工夫は可能であること、むしろ保健省側に末端の地域保健医療従事者に対する配慮につき働きかけることが重要であるとの説明を行った。

(3) ペルー側関係機関の関与・調整の必要性について NGO との連携

調査団より、ペルーにおいての本テーマの最高研究機関とされる野口研究所の訪問について報告した。すなわち、野口研究所では2年前から個人の自己負担で、8人程度からなる医師・看護師・臨床心理士などからなるチームがアヤクチョ県に月1回のペースで入り、最も暴力被害の大きい同地域において聖職者やコミュニティリーダーと共に被害者をケアしていること、また既に同地域においてベースラインサーベイを始めていることを紹介し、これら先行事例を活かすことが本プロジェクトの成功のために不可欠であると説明し、理解を得た。

なお、HPRT 側は野口研究所を訪問したことがなく、同研究所によるアヤクチョ県の活動についても知識がなかったほか、同研究所と協力していたカエタノエレディア大学がペルー国内にて同分野で最も権威がある存在であることも承知していなかった。よって、今後同研究所やバルディサン病院などの活動も活かしつつ、プロジェクトを実施する必要があることにつき HPRT 側の理解は得られたと思われる。

また、本年3月にペルーで開催した国際セミナーに関し、ペルーの NGO に近い筋から、華美であり、その経費の一部でもフィールド活動に回すことができれば効果的であったのにとのコメントが出されたことを調査団から披露した。

(4) (終了時) 評価の方法について 科学的評価実施の必要性について

HPRT は、当初 HPRT 側が提示してきた4年間のプロジェクト案に対し、JICA が評価のためにもう1年を追加して5年間とするとの説明を受けたとのことであったが、当方より今回は3年間のプロジェクトとし、JICA のきまりとして終了6ヶ月前にペルー側と JICA による合同評価を実施し、プロジェクト終了後の方針につき決定することになっていると説明した。

これに対し、HPRT は理解したものの、科学的評価実施の可能性につき質問してきたため、団長より、研究資金援助であれば科学的評価は必須であるものの、JICA は開発援助機関であり、協力の結果に評価の焦点をあてており、科学的評価について多額のコストをかける必要はないと説明した。また、仮に科学的評価が必要である場合は、他の援助機関などから資金を得て、別を実施することも可能で、他の案件でこのような評価が実施されているケースもあることを紹介した。

(5) 活動計画表(それぞれ UNMSM と HPRT から提出されていた計画表を調査団が合体し、UNMSM の了承を得たもの) について

HPRT 側は、少し(1,2週間)時間をもらい検討するとの断りを入れた上で、HPRT と UNMSM の活動内容につき以下のとおりコメントを行った。

概ね活動内容はいいように思うが、特に WEB ページの作成部分については精神保健の教育の成果をペルー国内外に普及・啓蒙する上で重要であると考えて

いること、そしてWEBページの作成のみならず、広報誌などの作成が効果的であろうとのコメントがあった。

また、UNMSM 医学部の5学科からそれぞれ10名ずつをHPRTで研修を行い、特に初年度にそれを計画していることについて、UNMSMの教員の研修→UNMSM学生への研修→現職保健医療従事者の研修というカスケード方式を考えており、初年度に多くのUNMSM教員をHPRTで集中して研修することに意味があると思うと調査団側から述べたところ、まったくそのとおりであるとのコメントがHPRT側よりあった。

(今後1,2週間程度で同計画表に対するHPRTからのコメントが得られる予定)

12 APCI 表敬/協議

日時：2004年11月10日(水) 10時20分～11時

場所：APCI

参加者：APCI：スキアパ長官、メリー・マスダ日本担当、吉田専門家(APCI所属；援助調整)、調査団；坪井

(1) 実施体制について

APCI 長官：ミニッツ案等調査団より送付いただいた資料について意見がある。合同調整委員会(JCC)の構成を見る限り、人数が多く、機能的でない。また、このテーマは政治的に非常に重要であることから、実務的な人間が多く入っている委員会ではなく、ステアリングコミッティ(ST,スペイン語でComite Drectivo)として立ち上げを行うべきであろう。構成員としては、UNMSM、MINSA,大統領府、APCIから代表者が一人ずつが妥当であり、そのような会議を毎月実施しつつ、プロジェクトの舵取りを行うようにしたい。

調査団：JCCの役割について、明確にしておきたい。プロジェクトの実施チームはC/Pを核とした人達であり、細かな活動等の協議は実務担当者による実施委員会(IC)的メカニズムで決めていくことになる。一方、JCCはペルー側、日本側双方がプロジェクト活動の成果の伸展ならびに定着を目的とした方向確認や協議をする場として位置付けている。その規準で、あまりに高いレベルの政治的ポジションの方のみで構成するのでなく、あくまで当該分野で今後も核となる実務責任者クラスをチョイスした案を作成し、MINSA,UNMSMともに合意している。尚、長官の意図されているような委員会は、プロジェクト内で立ち上げるより、プロジェクトを超えた、ペルー政府の国家プログラムの取り組みに対応した委員会として立ち上げるのが妥当ではないか。本プロジェクト以外に様々な機関が既にCVRの報告を受けたF/U活動に取り組みつつあり、本テーマのペルーにおける重要性に鑑みれば、そのような委員会をペルー側で立ち上げていただくことには全く異論ない。そこに対し本プロジェクトから報告を適宜行うなどは充分可能。逆に長官が意図するSTの役割や、なぜ本プロジェクトに付随して立ち上げ

るべきなのかが不明確なように思う。尚、現在の案では APCI とのミーティングが行えなかったため、APCI をメンバーに入れていない。勿論、APCI から JCC への参加があることについては、異論なし。

吉田専門家：委員会が2つから3つになると複雑になる。長官の提案したポジションの人も統合した委員会構成にするのがよいのではないか。

APCI 長官：現在リストアップされている、若干低いポジションの人たちが多く参加する委員会については疑問である。今後引き続き JICA 事務所とも相談したい。なお、ST の提案は前回橋爪団長も同席した会議で、当方より発言していることであるが、ミニッツに記載が無い。付け加えるべき。

調査団：了解。記載が抜けているのであれば、APCI で加筆した上で同案を返送頂きたい。文面としては「APCI が～と提案した」という記載でよいのではないか。

APCI 長官：早急に加筆してメリー担当より送付させる。

調査団：本日夜に帰国するので、同案を事務所あてに送付いただき、後は事務所でフォローすることとなる。直接、署名済みドキュメントを持ち帰れず残念であるが、早急に送付願う。

APCI 長官：ミニッツの別添に「プロジェクトサマリー」しか添付されないのは少なすぎるのではないか。

調査団：ミニッツはあくまで調査団第一週の協議内容を纏めたものである。その後の活動は、年明け1月に署名予定の R/D 及び我が方手続きに必要な詳細設計、文書作成などを主眼としており、各種協議もそれらを詰めていくものとして位置付けている。作業途中であるが、「R/D」「プロジェクト運営体制」「PDM」「PO」のドラフトを参考としてお渡しする。ただし、あくまでも作業途中であり、これから加筆修正されることを理解頂きたい（上記ドラフトを紙で手交）。

APCI 長官：電子データでも入手したい。送付願う。

調査団：事務所より別途送付する。なお、SNIP について、橋爪団長帰国時の会議で長官より「SNIP に関し、APCI 法務室と MINSA で早急に協議を持ち対処方針を立てるようにする」と発言があった後、10 日間以上も具体的な進展が見られず、何ら新たな情報が寄せられていないのは残念である。

APCI 長官：調査団から情報が少ししか提出されていないこともあるのでは。

調査団：我々としては作業途中の情報も APCI 担当者へ送付している。SNIP については基本的にペルー側の手続きであるから、当初の約束どおり、まず APCI と MINSA で対処方針を明確にし、我々へ伝えたいうえで、我々からどのような協力、情報提供をすればよいか教示いただければ、情報提供その他できることは喜んでご協力する。

APCI 長官： APCI はこれまでどおり常に協力的に本件を進めていく所存。

(2) SNIP に関して

- APCI 法務室 (Oficina Julidica) にて；法務室担当、メリー日本担当、坪井
- メリー担当より、法務室担当者へ SNIP に関する説明を求めた。

法務室：SNIPに関するAPCIの役割は「専門的見地からの審査」ではなく、あくまで手続き上の橋渡し役に過ぎない。基本的に、SNIPによる審査を必要とする案件であるか否かの判断は、当該実施機関乃至官庁内にある、OPI（投資計画室）が担う業務である。（EUが協力を行う他の案件の事例を見せながら）実施機関内で、国際協力担当がOPIへ案件情報を提出し、その情報を元に、OPIが費用対効果や実施負担経費などの観点から（内部の）事前評価を行う。その結果が、「本件については、追加的な人員配置や予算投入を大きく必要としないことから、SNIPの審査を必要としない」となれば、MEFへの提出を行わない。そこで「審査が必要」となれば、MEFへ提出する。つまり、まずは当該実施機関内部での審査がSNIPへ通すか否かの判定場所となる。

調査団：了解した。そのような手続きに関し、ペルー側各省の国際協力部門は明確に理解しているのか？APCI法務室による今回のような説明は少なくとも我々にははじめてであり、また、APCI内でも統一的理解は欠けているように思うが。

法務室：おそらく理解は浸透していない。通常、SNIPに関するOPIとの手続きは、「国際協力事業」に関しては徹底されておらず、結果として、実施機関内でも「国際協力事業をSNIPにかけるか否かの事前判定手続きをどのようにやったらよいか」がわかっていない状態。それ自体は問題視している。自分もこちらへ来たばかりだが、本件に関するAPCIの役割も明確ではない。

調査団：今後、本件のみならず我々ドナーにとっても各協力事業の円滑な実施のためには、実施機関内できちんとした理解をもって手続きを進めてもらう必要がある。APCIの業務として、各省の国際窓口へそのようなオリエンテーションをする必要があるのではないか。

法務室：確かにそうである。

調査団：一点確認したいのは、OPIでの内部審査にどの程度の情報が必要かということ。通常、JICA案件の場合、実施協議・R/D署名直前にデザインが明確になってくる。そのタイミングでの提出とすべきか、またはそれ以前の早い段階に出さねば、R/D署名を待たねばならないのか。

法務室：R/Dなどの二国間協力の手続きとの時間的關係についてはよく分からないが、SNIPに通すか否かの審査には、案件デザインに関する具体的情報が必要である。また、R/D署名そのものは出来ると思うが、併行した内部審査の結果「要SNIP」となった場合に、ペルー側でプロジェクトに関する予算措置や人員措置などの取り組みが遅れるということになる可能性はある。

調査団：MINSAペドロッサ部長またはルルデス担当と連絡を取り、MINSA内でOPIとその作業を進めてもらうよう調整して欲しい。

APCI担当：本プロジェクトについて、省内OPIと進めるよう、MINSA国際協力室へ説明する。については、先ほど見せてもらった（EUの）事例の写しをいただきたい。

13 第2回関係4機関調整会議

日時：2004年11月18日(木) 9時半～11時半

場所：JICA

参加機関：UNMSM、MINSA、野口研究所、バルディザン病院、JICA 事務所；
岸本所員、調査団；瀧川、 APCI；スキアパ長官助手

- 当初の本会議の目的は、①UNMSM がすでに申請しているプロジェクト開始前の基礎調査に関し、他機関の調査と重複がないようにすること、②PDM 成果 4(コミュニティレベルでのケア活動)に関し、既存の活動を行っている機関と、プロジェクト内でどう連携をとっていくかも含め、活動内容を計画する、③PDM 全体についての意見聴取、であった。
- 結果としては最終合意まで辿り着かず会議を終了したが、今後プロジェクトを進めていく上で、重要な留意点が何点か明らかになった。
- 以下、議論の焦点の要旨、及びそれについての所見を記す。

(1) 調査について

UNMSM：政治的暴力に関し、被害者マップ等も含めた小診療地区レベルの調査を行う申請を出しているが、他機関でも各種調査が行われていると思う。重複を避ける意味でも、各機関から発言いただきたい。

MINSA：MINSA としての精神保健に関する調査は野口研究所が中心となって実施しているので発表はそちらに譲りたいが、政治的暴力という観点からは、CVR の各種レポートに記述があり、また NGO も様々な調査を行っていると感じている。

IESM：政治的暴力被害地域に関しては、政治的暴力被害者に限らず、精神保健全般に係る基礎調査は実施している(例えばリマは2002年)。また、社会文化的配慮から、地域別にコスタ、シエラ、セルバという区切りで調査を行っている。コスタ・シエラ(10月)は終了し、今はセルバに着手している。政治的暴力被害者に焦点を絞った特別なものは全国レベルでは実施していないが、アヤクチョ(特に Huamanga)に関しては、特に被害の大きかった地域でもあり、またケアプログラムも行っている関係からも、かなり詳細に調査しており、12月18日に調査結果を発表する予定。必要があれば資料は提供する。

バルディザン病院：リマ東部ワイカン地区に関しては、6年前からケアプログラムも実施しており、かなり詳細に調査している。また、アヤクチョのプキオでもケアを始めており、基礎的なデータはある。

UNMSM：今回特に、フニンのサティポ、ワンカベリカのアコバンバを考えている。

(所見)

- UNMSM プロジェクト開始前調査実施予定小診療圏における、政治的暴力に焦点を当てた調査は特別には行われていないようである。また、インター

ベンションをその後行うことに鑑みると、調査スコープも他とは若干違うものであると思われる。よって、今般申請のあった調査 2 箇所に関しては、特に問題ないと思料する。但し、基礎的な既存データは充分調べ、随時活用することを条件としたい。

- プロジェクト開始後に予定されているアヤクチョに関する調査については、野口研究所が 12 月に発表を行う調査との調整が必要であろう。

PDM 等プロジェクト全体について、主に以下のような 2 点の議論があった。

(2) 成果 3(母子保健に関する研修)について：

野口研究所：成果 3 に関して、本件の他の成果とはかけ離れているように思うがどうということか。母子に関する問題が大切でないとは言わないが、時間にも資源にも限りがあるプロジェクトとしては、もっと焦点を絞って実施されるべきではないか。

UNMSM：本プロジェクトは、2003 年から UNMSM のイニシアチブで始まり JICA との間で暖められてきたが、2004 年に JICA ミッションが来た時に合意された PDM でも母子保健関連の協力部はなかった。その後、連絡が一切途切れたと思ったら、9 月に来たミッションで、JICA 側の方針の問題ということで、元々当方が申請していた成果 3(コミュニティでの活動)が切られていて、代わりに現在の成果 3(母子保健関連)が付いていた。今回のミッションでは成果が 4 つで、今までの申請どおりコミュニティレベルでのケアも含まれている、と様々な変化はあるが、このプロジェクトが JICA と UNMSM のプロジェクトであることに変わりはなく、我々の間で結ばれた協定によって行われる。大学には備品等も JICA の供与によってすでに揃えられ、JICA のファンドでワイカン地区の調査も行われている。よって、他機関の協力は歓迎する。

調査団：本件は確かに、UNMSM のイニシアチブで始まったことだが、まず、JICA と UNMSM の間に協定はなく、これは政府と政府の間でサインが交わされて始まる、ペルーのための JICA プロジェクトである。よってペルー側 C/P は UNMSM のみでなく、この場合 MINSA も同格の C/P である。また、成果については、確かに UNMSM の言うとおり変更があった。まず 3 月の時点での PDM を東京に持ち帰り、出てきた懸念は以下のとおり。①JICA には本テーマに関する過去の協力があまりない、②西語を操る日本人専門家も少ない、ということから協力期間を 5 年から 3 年とし、その成果を見つつ実施することになった。また、③包括的ヘルスケアのためには、心身両面からのケアにより地域の保健医療サービスの質の向上を図ることが必要であろう、ということから、以前から JICA が協力を行ってきている IEMP の研修を、地域を暴力被害地域に揃え実施することとした。また、UNMSM が大学機関であり、協力期間も 3 年としたことから、コミュニティレベルでの活動で成果を挙げるのは困難ではないかということから、一度は成果 3 を削除した経緯がある。しかし、その後野口研究所やバルディザ

ン病院等の活動もあるということがわかり、試行的に成果 4 を展開することとした。

(3) HPRT の米国での研修について :

IESM : 他の機関、例えば我々(野口研究所)やバルディザン病院からの、HPRT 研修参加はあり得るのか?

UNMSM : UNMSM は、当学の 50 名の教員を研修することを第一と考えている。すでに JICA とも協議済みである。

IESM : 他機関を排他的に考える必要はないのではないか? 例えば 1 名でも、2 名ずつでも加えるという配慮は期待できるか? UNMSM 50 名の教員研修も結構だが、教員は、臨床の人材ではない。一方実際にコミュニティで患者のケアに当たる人材こそ研修の必要があると思うが。

UNMSM : 考えておこう。

調査団 : JICA としては、UNMSM の教員 50 名のみということにはこだわらない。HPRT からコメントが入り、HPRT は他機関からの研修参加も受け入れる用意があるとのこと。それよりも、参加資格のクライテリアを設けることが必要であろう。

成果 4 に関する議論に移ったが、時間的制約もあり、調査団のほうでファシリテートを行い別添のとおり成果 4 を作成。しかし、参加者全員で合意を得るまではいたらず。

(全体所見)

- 本会議は、UNMSM オーナーシップを尊重し、会議進行を UNMSM に任せることとしたが、会議中一貫して、UNMSM の態度は非常に高圧的であった。他機関の参加者も、一部(野口研究所の Dr.Mato 及び Dra.Romi(精神科医))を除いては、UNMSM の元医学部長に物申すのは困難なようである。
- JICA-UNMSM 間協定の話や、あたかも JICA が UNMSM にファンドをし、自分達が実施を完全に任されているのだという考えを参加者の前で発表する等、当方をかなり驚かすものであった。プロジェクト内容等の変更、実施責任等についても、JICA と UNMSM の間で、経緯/理解を共有しているとは言いがたく、参加者の面前で真っ向から否定することは憚られたが、別途説明・協議が必要なことは明らかである。

14 エルミリオバルディサン病院(Hospital of Hermilio Valdizan) 協議

日時 : 2004 年 11 月 19 日(金) 9~10 時半

場所 : Hermilio Valdizan 病院

面会者 : Dr. Francisco Javier Bravo (病院長)、Dr. Dra. Edith V. Chero Campos、
Dr. Gloria Cueva Vergara、調査団 ; 瀧川

面談の目的 :

前日の 4 機関会議を受け、プロジェクト・現状に関し正確な理解を求め、今後の方針に関し協議を行う。

(1) 当方からの説明点

① プロジェクト開始にいたる道程：

現在はプロジェクト開始前の計画段階であり、当方の滞在中に、PDM、PO に関し関係者間で合意をとりたい。その後 1 月にペルー政府との R/D 署名を行う予定で、3 月頃の開始を目指している。(UNMSM-JICA 間に協定は存在せず、プロジェクトは開始していない)

② MINSA/UNMSM と HPRT、JICA のプロジェクトにおける関係：

確かに、UNMSM は主要な C/P の一機関。しかしそれは保健省も同様であり、プロジェクト進行に関し上下はない。また HPRT は、プロジェクトの一部に関し技術的支援を行うサポート機関となる。

③ 内容の変更に到る経緯：

④ 成果 4 に関し JICA が求めるところ：

当初 UNMSM が大学機関であること、MINSA のイニシアチブ、現地での実際の活動に不明な点も多かったことから、3 年で成果 4 まで求めることは無理と考えていた。しかし野口研究所の活動や貴病院の活動もあり、プロジェクトサイトとも一致していることから、試行的に活動を支援することは、プロジェクト目標にとっても、国の動きにとっても、実際苦しんでいる住民にとってもプラスと考えている。しかしそれは MINSA、野口研究所、バルディザン病院等の協力なしにはありえない。内容から考えても、成果 4 は MINSA がイニシアチブを取るべきパートであると思う。バルディザン病院、野口研究所には、成果 4 に関する実施協力専門部隊としての役割を期待している。

(2) 議論のポイント

バルディザン：すでに、142 人の保健医療従事者に対し研修を行ってきており(フニン:30 人、アヤクチョ(プキオ):55 人)、患者 190 人にケア活動を行っている。

バルディザン：MINSA のイニシアチブで始まった研修・ケアプログラム(野口研究所:アヤクチョ(ワマンガ)、ラルコエレラ:アヤクチョ(ワンタ)、バルディザン:アヤクチョ(プキオ)等)は、本年 12 月までは予算がついているが、来年分は未定(怪しい)という状況であり、今回の JICA のプロジェクトはその点からも、大歓迎である。

調査団：現在はプロジェクトの計画段階であるが、変更可能な点と困難な点があり、すでに活動パイロットサイトは決定している。その点では、今のところバルディザンに関してはワインカンが一致サイトなのであるが、すでに活動を 6 年行っていると理解している。その点からも、今回のプロジェクトがどのように現場に貢献できるか不安なのであるが。

バルディザン：ワインカンでは 99 年から活動を開始し、現在は①家庭内暴力・抑鬱に対するケアニーズの満足度を高める、②保健医療従事者、コミュニティ住民、学校(教師/生徒/父母)に対するヘルスプロモーションという 2 つの観点から活動している。すでに、暴力ネ

ットワーク/病院/ヘルスセンター/教会/地方政府/女性省ともネットワークを形成し、活動を行っている。しかし、保健医療従事者は常に入れ替わりもあり、彼らに対するトレーニングは常に必要性があるし、活動も、モデルとして確立していきたいと考えている。よって、今回のように、5パイロットサイトで同様の手法を使い試行的に活動を行っていきこうとするものは、当方の意思とも合致し、まさに実施協力部隊という位置づけは好ましいものである。

調査団：例えば昨日出した案のように、4機関(MINSA/UNMSM/野口研究所/バルディザン病院)で委員会を作り、コミュニティレベルでの活動に関し計画を作ったり実働部隊を管理したり、というのは実効性があると思うか？実際現地でペルー人の手で動き出した時に、機関同士のギクシャク等がおきないか不安もある。

バルディザン：非常に重要なもので、もし巧く調整できれば理想的なものになると思う。どこがイニチアチブをとるかはペルー側の問題でもあり、我々の中で解決せねばならない問題である。

調査団：ラルコエレラ病院についてはどういう意見をお持ちか？

バルディザン：将来的にはわからないが、今のところ彼らは何の活動も行っていない、キャパシティ的にも難しいものがあると思う。(野口研究所でも全く同じ意見が出た)

調査団：もし上手く計画通り成果4を実施することとなった場合でも、5ヶ所のパイロットサイトというのは、実行可能性としてどう思うか？(2,3ヶ所に絞ることも考えるべきか？)

バルディザン：もう少し他の成果の活動とも比べて考えねばならないが、野口研究所と当機関も入って成果4を行う場合、決して難しいとは思わないし、是非やりたいところだ。

調査団：本来なら、成果2(保健医療従事者研修)についても、大学の教員グループのみでなく、野口研究所や貴機関のような臨床に携わっている講師陣の協力も必要だと思うのだが。

バルディザン：それはそのとおりで、我々も不安ではある。大学で学生に教授するのと現職医療従事者への研修は自ずと違う。我々は、常にサポート体制にある。

(3) 今後に関して

昨日のような UNMSM の強い態度は、プロジェクトへのやる気の表れとも思われ、ある意味心強い。一方、JICA と UNMSM の間に、手続き問題等も含め理解の相違があることも明らかになり、以下について UNMSM と話し合いたい。

- ① UNMSM と上記「(1) 当方からの説明①～④」について確認する
- ② 米国での研修について：UNMSM に参加者決定権があるわけではなく、参加資格要件を設けることについての確認

その上で、以下の会合を関係者に申し入れたい

- ① 成果4に関し、活動詳細等の議論と合意：技術者レベル

② PDM 全体に関する合意：プロジェクト主要関係者

15 野口研究所 面談

日時：2004年11月19日(金) 1~2時
場所：野口英世精神衛生研究所（野口研究所）
面会者：Dr.Louis Mato、Dr. Romi (精神科医)、調査団；瀧川

面談の目的：

前日の4機関会議を受け、プロジェクト・現状に関し正確な理解を求め、今後の方針に関し協議を行う。

(1) 当方からの説明点

①プロジェクト開始にいたる道程：

現在はプロジェクト開始前の計画段階であり、当方の滞在中に、PDM、PO に関し関係者間で合意をとりたい。その後1月にペルー政府とのR/D署名を行う予定で、3月頃の開始を目指している。(UNMSM-JICA間に協定は存在せず、プロジェクトは開始していない)

②MINSA/UNMSMとHPRT、JICAのプロジェクトにおける関係：

確かに、UNMSMは主要なC/Pの一機関。しかしそれはMINSAも同様であり、プロジェクト進行に関し上下はない。またHPRTは、プロジェクトの一部に関し技術的支援を行うサポート機関となる。

③内容の変更に到る経緯：

④成果4に関しJICAが求めるところ：

当初UNMSMが大学機関であること、MINSAのイニシアチブ、現地での実際の活動に不明な点多かったことから、3年で成果4まで求めることは無理と考えていた。しかし野口研究所の活動や貴病院の活動もあり、プロジェクトサイトとも一致していることから、試行的に活動を支援することは、プロジェクト目標にとっても、国の動きにとっても、実際苦しんでいる住民にとってもプラスと考えている。しかしそれはMINSA、野口研究所、バルディザン病院等の協力なしにはありえない。内容から考えても、成果4はMINSAがイニシアチブを取るべきパートであると思う。バルディザン病院、野口研究所には、成果4に関する実施協力専門部隊としての役割を期待している。

(2) 議論のポイント

野口研究所：Dr.Garmendiaの非常に強い態度には正直驚いた。成果4は、MINSAが責任主体であるべきであろう。その上でMINSAが、実施は当機関やバルディザン病院に任せるのが流れ。大学の教員は臨床をやっているものとは違う。彼らがコミュニティで実際ダイレクトに患者と接することは無理だし、本来なら行ってほしくない。質問表があったとしても、それをどう扱うかを知っているのは、経験を積んだ専門家だけ。そんなに簡単なものではない。

野口研究所：成果2にしる4にしる、当に当方が実施していることで、協力で

きることは多々ある。第一、MINSA や我々の支援がないと成り立たないと思う。しかし、昨日の UNMSM の態度では、支援は困難であろう。

調査団：4 機関(MINSA/UNMSM/野口研究所/バルディザン病院)で委員会を作り、コミュニティレベルでの活動に関し計画を作ったり実働部隊をマネージングしたり、というのは実効性があると思うか？

野口研究所：実効性はあるし、非常に重要なもの。もし巧く調整できれば、理想的なものになると思う。MINSA が音頭をとるべき。

調査団：ラルコエレラ病院はどうか？

野口研究所：将来的にはわからないが、今のところ、参加するだけのキャパシティがないと思う。

調査団：もし上手く計画通り成果 4 を実施することとなった場合でも、5ヶ所のパイロットサイトというのは、実行可能性としてどう思うか？(2,3ヶ所に絞ることも考えるべきか？)

野口研究所：バルディザンと当機関も入って成果 4 を行う場合、決して難しいとは思わないし、是非やりたいところ (Dr.Romi)。

野口研究所：絞ったほうがよい。勿論、目標設定にもよるので議論が必要。(Dr.Mato)

16 保健省 ヘルスプロモーション局 面談

日時：2004年11月19日(金) 17～18時

場所：保健省

面会者：Dr.Tulilo Quevedo、調査団；瀧川

バルディザン病院、野口研究所と同様の説明を行い、全て了解。MINSA としては、全面的支援を約束するとのこと。

17 保健省 国際協力室 面談

日時：2004年11月19日(金) 18時～18時半

場所：保健省

面会者：MINSA ペドロッサ部長 Lic.Lourdes Rivas、調査団；瀧川

第三回事前評価調査団に関するミニッツに関して：

調査団：これまでのプロジェクト経緯、APCI 長官 HPRT 訪問等に関して説明。

ペドロッサ部長：すべて了解。月曜夕方 APCI を訪問することを約束する。

Comite Directivo について、保健省としての見解を主張し、上手くおさめたいと思う。変な形での政治的介入は必要ないし、正式に取り交わす文書には今後も充分注意していきたいと思う。

ペドロッサ部長：PDM については、出来れば 11 月末に関係者間で合意を行い

たいと考えるがどうか。

調査団：今のスケジュールでは、11月30日に技術者レベルの会合を行い、その後PDMの合意を関係者間で行いたいと考える旨伝え、了承を得る。

18 DISA クスコ、シクアニ病院 表敬/協議

日時：2004年11月21(日)～23(火)

場所：DISA クスコ、シクアニ病院

面接者：調査団；瀧川

- 調査団員からプロジェクトの内容、開始までのスケジュール等について説明し、DISA クスコ局長は了承。

シクアニ病院の担当者は、以前3月のJICA調査団以来連絡が途絶えた状況であったということで、非常に不安に思っていたという。

- 担当者(ヘルスプロモーション)は、シクアニ病院に14年間勤務している。
- この10年の変化で最も大きな問題は、特に青少年の自殺、若年女子の妊娠、アルコール依存症の増加である。貧しく、教育程度も低く、将来に悲観するものが非常に多い。
- 暴力被害者に関しては、担当者も、前回3月の事前評価調査時、初めて面談した。彼ら自身社会とほとんど繋がりを持っていないため、病院関係者も気にかけていなかったというのが正直なところ。前回面談して、非常に惨めな状態であることに気づいた。
- 暴力被害者も含め、住民が最も必要としているのは、安定した雇用である。

調査団：今回のプロジェクトは、雇用問題まで広げることにはできないが、被害者や、その家族の心の重荷の軽減、また、心のケアや母子保健に関する保健医療従事者への研修、青少年や家族等を対象にした地域保健活動を中心に行っていく計画である。

19 UNMSM 面談

日時：2004年11月23(火) 15時半～17時

場所：JICA

面会者：Dr.Fausto Garmendia、Dr. Alberto Perales、調査団；瀧川

面談の目的：

- 11月19日(金)に実施した4機関会議を受け、UNMSMに再度、JICAプロジェクト等現状に関し正確な理解を求め、MINSAとの関係等、今後の方針に関し協議を行う。
- 調査団員から、先に帰国した橋爪団長を始めとするミッションが、HPRTとの会議、JICA内部の協議も終えてのコメントとして、以下の点を説明する。

(1) 当方からの説明点

③ プロジェクト開始にいたる道程：

現在はプロジェクト開始前の計画段階であり、当方の滞在中に、PDM、PO に関し関係者間で合意をとりたい。その後 1 月にペルー政府との R/D 署名を行う予定で、3 月頃の開始を目指している。(UNMSM-JICA 間に協定は存在せず、プロジェクトは開始していない)

④ 保健省/UNMSM と HPRT、JICA のプロジェクトにおける関係：

プロジェクトは MINSA、UNMSM を主要な C/P 機関とし、両者の間には、プロジェクト進行に関し上下はない。また HPRT は、プロジェクトの一部に関し技術的支援を行うサポート機関となる。

⑤ 成果 4 に関し JICA が求めるところ：

当初 UNMSM が大学機関であること、MINSA のイニシアチブ、現地での実際の活動に不明な点多かったことから、3 年で成果 4 まで求めることは無理と考えていた。しかし野口研究所の活動やバルディザン病院の活動もあり、プロジェクトサイトとも一致していることから、試行的に活動を支援することは、プロジェクト目標にとっても、国の動きにとっても、実際苦しんでいる住民にとってもプラスと考えている。しかしそれは MINSA、野口研究所、バルディザン病院等の協力なしにはありえない。内容から考えても、成果 4 は MINSA がイニシアチブを取るべきパートであると思う。バルディザン病院、野口研究所には、成果 4 に関する実施協力専門部隊としての役割を期待している。

(2) 議論のポイント

(1) 上記①～③ポイントに関して

UNMSM：①、②に関し、全て了解済み。これまでのミッションでも繰り返して述べられてきており、我々も納得、同意している。

UNMSM：③に関しても、MINSA が同意するなら特に異論はない(MINSA は人員の入れ替わりが激しいのが難だが)。我々大学側は、患者への治療等は勿論行えないし、その意味でも、野口研究所やバルディザン病院の支援なしに成果 4 を実施できないことは重々承知している。

前回の 4 機関会議では、UNMSM は随分強気なように感じたのだが、との問いには、「あのような皆が集まる場では、UNMSM の立場を守ることも大切」とのコメント。

UNMSM：野口研究所の Dr.Mato 等は多くの知見を持っていると我々もわかってきたし、是非一緒にやって行きたいと思う。ただモデルは、UNMSM で構築するモデルを、プロジェクト内で一貫して使っていきたい。

調査団：同様の手法を、パイロットサイトで実施し、現地での適用化を図る、ということは、野口研究所、バルディザン病院とも同意している。

(3) 米国での研修に関して

調査団：米国での研修の件で、野口研究所 Dr.Mato が、各関係機関からも何名か参加させることは可能か、との問いに、UNMSM 優先とほのめかすよう

な回答をされたように思えたのだが、JICAとしては、どの機関から 50 人、60 人というより、きっちりとした参加基準を設けることが先決だと考えている。

UNMSM：勿論だ。Dr. Mato の言うことも理解したが、誰でも彼でも参加するわけにはいかない(クライテリアが必要だ)と言いたかった。

UNMSM：通訳がつくと理解しているが、どうか？大学の間人だけでなく、現場の看護婦や心理士等、英語ができなくとも参加させ、HPRT の臨床の現場を是非見せたいのだが。

調査団：基本的にはつけない方向で JICA は考えている。勿論、現場を見ることは重要なことだが、費用対効果ということも同時に考えるポイントになる。何十人も英語のわからない人を送るより、数人でも英語ができる人が行き、こちらで伝達研修するという方法もある。

UNMSM：尤もだが・・・何とかならないか・・・

(4) 事前基礎調査に関して

調査団：前回のワイカンの調査と照らし合わせてみて、内容的に必要なもの、また、プロジェクトの活動内容と重複するものも見られるが、説明していただきたい。

UNMSM：申請を出したときは、プロジェクトの詳細もまだ考えていなかったため、重複部が出てきていると思われる。そのようなことがおきないように、可能なら一緒に精査してもらいたい。

お互い作業し、下記 30 日の会合後、詳細を固めていくことで合意。調査実施は、来年 1, 2, 3 月を予定とのこと。

(5) 今後のスケジュール

- 11 月 30 日 9～11 時、MINSA/DGPS、UNMSM、野口研究所、バルディザン病院、(可能なら MINSA/DGSP；現在人事異動中で未確定)と共に、成果 4 の責任機関、及び活動内容等についてのワーキンググループ会を開催予定。
- その後 PDM 全体に関し関係者間で了承を得るための会合を持つことで合意。

(6) その他留意点

- UNMSM から、2004 年 3 月に実施したラテンアメリカセミナーに関する報告書本(500 冊)に関し、JICA から各国に送付すると、JICA-UNMSM 間で約束があったが、それが履行されていないようだ、どうしたものか、と申し立てがあった。一方、JICA には報告書本 500 冊は保管されておらず、引継ぎもなかったようなので、再度 UNMSM に確認が必要。確認した後、対応を考えるとすることとする。←各国に JICA 事務所から送付済。

20 プロジェクト成果4 調整会議

日時：2004年11月30日(火) 9時～12時半

場所：JICA

参加機関：UNMSM(Dr.garmendia, Dr.Perales, Dr.Calderon)、野口研究所(Dr.Mato)、バルディザン病院(Dra.Cueva, Dra.Chero、JICA 事務所；岸本所員、調査団；瀧川

- 本会議の目的は、①成果4に関する実施担当機関として MINSA を任命し、関係者にも周知をはかる、②PDM 成果4(コミュニティレベルでのケア活動)に関し、詳細計画を作成する、③同成果を促進するための機関間調整グループの設置について、④同成果に対する日本人専門家投入に関しての希望聴取、⑤米国での研修参加への基本的要件、⑥PDM 全体(特にプロジェクト目標とその指標)に関する確認、であった。
- 以下、議論の焦点の要旨、及びそれについての所見を記す。

(1) 成果4に関する実施担当機関について

調査団：本成果は、患者への直接のケアや DISA や MINSA 関連機関との調整も多く、JICA としては MINSA に担当してほしいと考えている。昨日出席を確認したにも関わらず MINSA の出席がないため、本件の決定は先に延ばしたいと思うがいかがか。

UNMSM：以前から主張しているが、MINSA は常に人の異動が激しく、持続性に欠ける。今日のようなことが今後もあるであろうし、今 MINSA 自体、大臣の交代問題で非常に不安定である。また、DGPS の局長(ブスタマンテ氏)等会合に出てきたこともない。それら事実を考えても、大学が責任を持つほうが活動が促進されることは間違いない。

調査団：確かに、今日のようなことが続くのは問題であるし、省庁の人事異動はプロジェクトにとって不安定要素ではある。だが、MINSA 自体がなくなることは考えられないし、国の、テーマの責任機関を巻き込まないということは、考えられない。当方が出来る提案としては、成果4(プロジェクト全体)について再度認識を促し、実施担当となる意思があるかどうかを率直に聞くような会合を申し込もうと思うが、いかがであろう。

UNMSM：了解。もし彼らがプロジェクトコンセプトを理解できない、プロジェクトへの貢献を確約できないのであれば、UNMSM がその役割を担いたい。MINSA には、きっちり文書で残してもらいたいと思う。

(所感及び対応)

- 事前に各所を回り、今回の会合は成果4を保健省に任せるためのものだと調整していたにも関わらず、MINSA の欠席に、UNMSM は、やはり大学機関が責任を持つべきではないかという反応。野口研究所も、「継続性の面からは、大学のほうが確かだ」と苦笑。
- 翌日(12/1)MINSA 国際協力室部長と面会し、事情を説明(下記「21 保健省国

際協力局面談」参照)、MINSA として調整するとの回答を得る。

- 同日、12月2日にMINSA 内で本件に関する会合が設定されたと連絡あり。

(所感)

- 議論中、当方としては、本プロジェクトの成果の一つ一つが一つのプロジェクト並みの重さを持っていることを強調。それによって、自分達にどれだけの仕事が増えるか、他機関も含めうまく調整していく必要があることへの理解を求めたかった。野口研究所等はよく理解しているようで、成果4だけでもプロジェクトだぞ・・・ということで意見も实际的である。UNMSM の中でも意見はわれているが、トップの Garmendia 氏が非常に理想家で、他が「大変では・・・」と躊躇することも、押し切ってしまう。実際彼は大学のラインを離れているため、様々な会合への出席率等はよいが、今後 UNMSM チームと大学本体との調整、他機関との関係も含め、外部からの調整が重要であろう。

(3) 成果4 機関間調整グループ設置について

- 成果4では、UNMSM/MINSA(DGSP)/野口研究所/バルディザン病院が活動に参加するが、実際の活動を促進するためにも、機関間の調整グループを設置することとした。
- 協議の中で、本グループは成果4のためだけでなく、プロジェクト全体に係るグループであるべきだという意見が総意となり、以下のような役割・メンバー構成で合意した。

役割 : 1. 成果4に関する活動実施体制等作成する
2. プロジェクトの活動実施を管理する

メンバー : 各機関から代表者1名

1. MINSA/DGSP
2. MINSA/DGPS
3. UNMSM
4. 野口研究所
5. バルディザン病院

(所感及び対応)

- 全体的な会議の流れの主導権は、数で勝る UNMSM、どうしても Dr.Garmendia が握るのだが、活動計画等を立てる上では、実際活動している野口研究所、バルディザン病院が意見を出すことになる。プロジェクトが活動を始めると、今の UNMSM ペースも、次第に流れが変わるのではないかと思われる。
- 上記役割に関し、協議中は時間の関係もあり、詳細を十分に議論できなかった。しかし、本グループがプロジェクト全体を動かす調整部隊となるには、メンバー構成、役割の見直しが必要であることは明らかであった。
- 結局、以下のとおり関係者と合意した。
- 実務者調整グループは、成果2,4に 関する調整を行うこととし、メンバーは、UNMSM、MINSA 本省、野口研究所、バルディザン病院、JICA 専門家チ

ームから各1名。

➤ 役割:

1. 内部規定を作成する
2. 調整グループの活動計画を作る
3. パイロットサイトで活動するグループの調整
4. ベースライン調査の見直し(アヤクチョ・クスコ)
5. 教材の現地適用化(成果 2)
6. 教材の作成(成果 4)
7. ニュースレターの発行
8. 米国での研修参加者の選定
9. モニタリング/評価システムの合意
10. プロジェクト活動のスーパーバイズ
11. 評価を行う
12. 報告書の作成

(4) 米国での研修

会議参加者全員、米国研修参加者選定に関し基準を設けることで合意。詳細決定はプロジェクト内で行うが、基本的に以下の2点が合意された。

- 1) プロジェクトへの貢献; 帰国後、講師としてプロジェクト内で働くこと(大学機関/機関間技術委員会/プロジェクト内の研修活動関係者)
- 2) 英語上級レベル

(5) 日本人専門家

以下の2点のコメントが強調された。

- 保健医療サービスの質の改善専門家の重要性: 一次レベル医療のケアの質の改善を基本とし、暴力問題等をどのように取り込んでいくのが効果的か、また、コミュニティヘルスケアの効果的な活動のための指導・助言を期待する。
- 精神保健専門家について: HPRTの強みは、政治的暴力、難民へのケアである。よって、重複をなくすためにも、日本からの専門家には、災害被災者ケア、家庭内暴力問題、アルコールリズム等の課題に対処するに当たっての専門性を期待したい。
→UNMSMからのコメントだが、注意が必要なのは、6人いるメンバー各人の意見が異なることである。それだけ、HPRTのコースの詳細を誰も把握していないということであろう。

(6) PDM見直し

- 「包括的ヘルスケア」、「暴力」に関するプロジェクト内定義案を提示し、了承を得る。

(所感)

- プロジェクト目標、その指標に関し議論紛糾。成果3をどのように見るかで、ペルー側関係者は、決して納得はしていない。当方からは、再度、暴力被害地を対象とし、保健医療従事者の全体的な技術的向上もはかる(特に母子保

健)ことは、包括的ヘルスケアを目指すプロジェクトにとって必要性があること、暴力被害者も女性・子どもが多く、そのケアに従事する人間が人々への信頼を得るに足る技術を修得する必要があることを説明する。

(7) その他

UNMSM カルデロン氏に、各パイロットサイト(小診療圏)毎の暴力被害者の数(公式発表)を整理し、提出してもらうことを依頼。

21 MINSA 国際協力室 面談

日時：2004年12月1日(水) 12時半～1時半

場所：MINSA

面談者：Dr.Pedroza Lic.Lourdes Rivas、調査団；瀧川

(1) プロジェクトに関する MINSA 内の調整について

冒頭、①プロジェクト成果4の詳細を議論し、同成果の実施担当責任機関を決めようとする会議に、MINSA 出席の確認をとっていたにも関わらず、MINSA の代表出席がなかったこと、②プロジェクトダイレクターを選出しようという部局(DGSP)に人事異動があり、プロジェクト説明のために会合を再三申し込んでいるにも関わらず、肯定的な応えがないこと、③常に異なった人物が会合に出席する、プロジェクトを全く知らずに参加する等、JICA としては本件に関し、MINSA の更なる貢献を期待しているのだが、上記のような対応では、今後のプロジェクトの進行に支障をきたしかねず、相談したい旨伝える。加えて、昨日の会議で、UNMSM から、MINSA は人事異動が常にあり、持続性にも欠けることから、大学が実施担当に責任を持ちたいとの申し入れがあったことも伝え、会議出席者の総意としては、「MINSA がプロジェクト成果4への理解も示し、プロジェクトへの貢献を確約できないのであれば、成果4の実施責任はUNMSM が持つ」という結果になったことを述べる。

ペドロッサ部長：

まず、MINSA 内で昨今様々な異動、変動があり、それがミッションに負の影響を与えていることはお詫びする。また、MINSA 内部(主に DGSP)でのやりとりの中で、本件に関し保健省の介入が少なすぎるとの声があり、当方は当方で危惧している。本件に関しては、内部で調整し、自分が責任を持って6日(月)(PDM の合意会)迄に DGSP、DGPS を召集し、プロジェクトの説明をし、MINSA の意思も纏めておく。DGSP の新たなダイレクターに話しをしてからでないと確約はできないが、MINSA としては、DGSP からプロジェクトダイレクター、DGPS からコーディネータを出す予定に変わりはない。一方、技術部会に入る MISA 代表としては一名、Dr.Quevedo である。

(2) APCI からの提案の Comité Directivo について

調査団：JICA はあくまで技術援助プロジェクトを実施する機関であり、プロジェクトが当該国の政策を変更しかねないような仕掛けは、出来るだけ

プロジェクト内から排除したいと考えている。以前も調査団員が、ペルー国として本テーマに関する委員会をプロジェクト外に作り、それがプロジェクトを後押ししてくれるような仕組みは歓迎すると説明していたと思う。ただ、今回の APCI 提案の委員会の役割を見ると、決定権等を持つものではなく、プロジェクトの進捗を監視するという要素が強そうだ。それをどう捉えるかは、ペルー側の決定を尊重したいと考えている。東京に APCI 提案を送りコメントを得るのだが、MINSA、UNMSM の意見もコメントとして添付したいと思うがいかがか。

ペドロッサ部長：

1. まず、理由はどうあれ長官が APCI としてペーパーを出したからには、それなりの理由をつけないと提案を却下するというのは困難であろう。
2. 当方が危惧していたのは、JCC と全く別に違う委員会をつくり、決定権争い等がおこることで、今回のようにプロジェクトの JCC の中に置くということであれば、特に不都合は生じないと思われる。
3. EU、スイスの協力は同様の仕組みを持つが、どちらも APCI が会合等に出てくるのは情報収集のためで、特にプロジェクトの進行の妨げになっていないとは思えない。寧ろ、スキアパ長官が本件に興味を強く抱き、APCI という組織として参加したいと考えているのであれば、喜ばしいことかもしれない。個人的にネガティブなパワーで参加しようとするのは排除すべきだが、組織としてプロジェクト促進のために参加すると
4. 特に日本の協力の場合、PDM,PO もきっちりあり、実施方針を決めていくのは MINSA であり、UNMSM であると理解する。

勿論 JICA 東京の決定、UNMSM の意見も尊重したいが、以上を鑑みるに、MINSA としては基本的に APCI の提案を受け入れる用意はある。(若干の言葉の修正はしたい)

(3) SNIP に関して

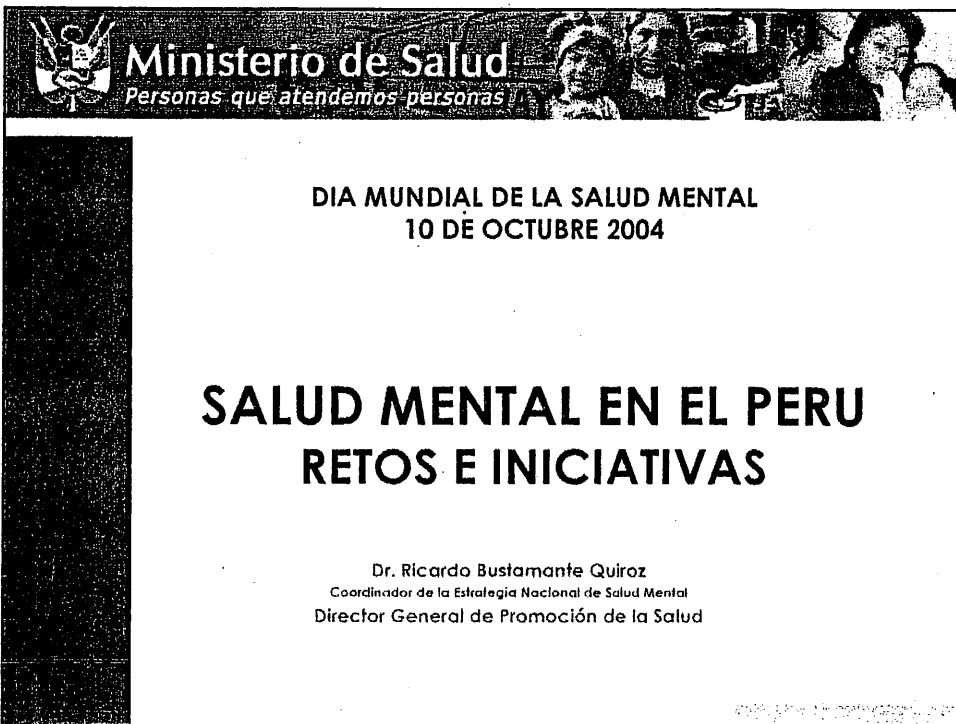
MEF に正式ではなく、面会の約束をとりつけているところ。国際協力室のほうで、簡単なプロジェクトペーパーを作り、相談しようと考えているので、任せたい。

(所感)

上記のようなコメントだったが、本当に約束取り付け中かどうか少々疑問に感じた。定期的に進捗状況を聞いていくほうがよさそうである。

(4) PDM 合意会について

12 月 6 日(月)10 時からで合意。参加者は、JICA、MINSA(国際協力室/DGSP/DGPS)、UNMSM、APCI。場所は MINSA 国際協力室。



Pertinencia de una Estrategia Sanitaria Nacional

- Los trastornos mentales comprenden cinco de las diez causas principales de carga de morbilidad en todo el mundo.
- Se prevé que el porcentaje de la morbilidad mundial atribuible a los trastornos mentales y del comportamiento aumente del 12% en 1999 al 15% en el año 2020 y que este aumento será particularmente pronunciado en los países en desarrollo, debido a factores tales como el envejecimiento de la población y la rápida urbanización.
- Los problemas de salud mental entrañan costos económicos y sociales claros.
- Los trastornos mentales influyen en el curso y el pronóstico de afecciones comórbidas crónicas, tales como el cáncer, la cardiopatía coronaria, la diabetes y el VIH/SIDA.
- Algunos grupos de la sociedad como las poblaciones indígenas, los expuestos a los desastres y la guerra, los desplazados, las personas que viven en pobreza absoluta o relativa y las que afrontan enfermedades crónicas como el VIH/SIDA, son más vulnerables a la aparición de problemas de salud mental.



Ministerio de Salud

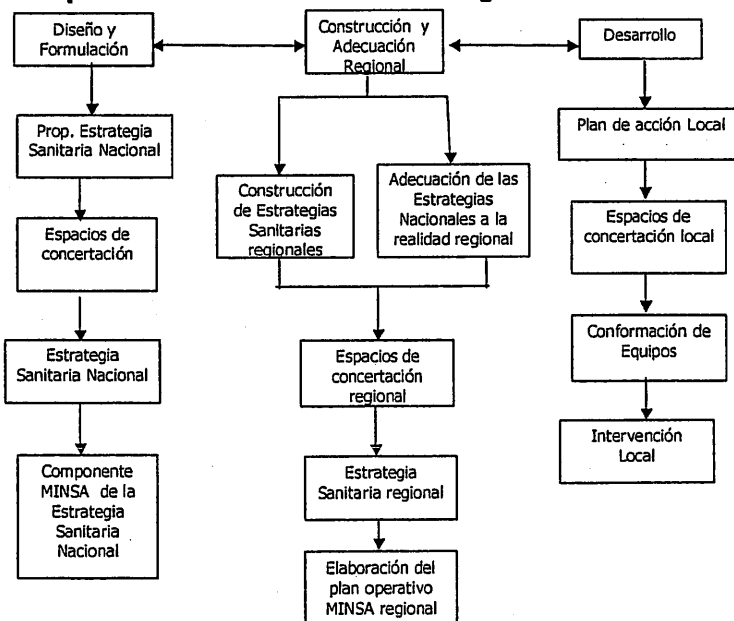
Personas que atendemos personas



ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD MENTAL

- La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental permitirá el abordaje, control, reducción, erradicación o prevención de los daños/riesgos priorizados y el logro de objetivos sobre las Prioridades Sanitarias, en función de las políticas nacionales (basadas en las prioridades Nacionales) y el mejoramiento de la salud de las personas.
- Se centrará en objetivos, que requieren la acción concertada, rápida y limitada en el tiempo, de diferentes actores sociales e instituciones (MINSA, ESSALUD, otros Ministerios, gobiernos locales, ONGs, organizaciones sociales y comunitarias, entre otras).
- Tendrá como características principales el estar basada en las prioridades de salud mental, Esta Estrategia atravesará todos los ciclos de vida.

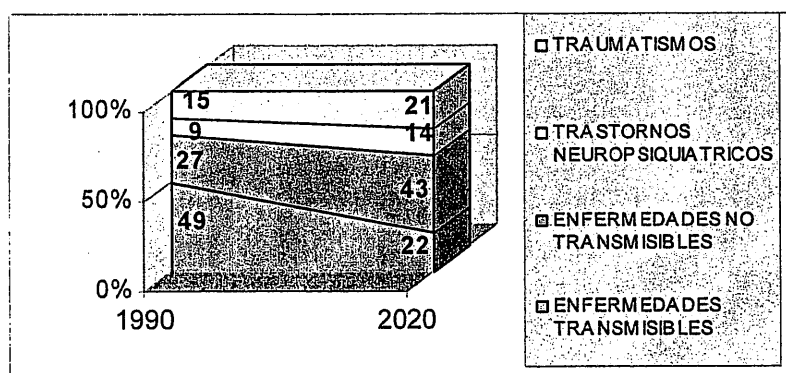
Operacionalización las Estrategias Sanitarias



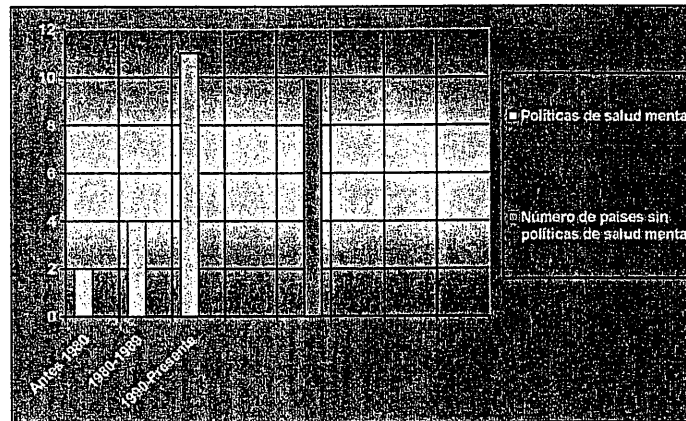
FACTORES CRÍTICOS PRIORIZADOS

- Ausencia del ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud en las acciones de salud mental en el país.
- Estigmatización de la salud mental en la comunidad en general y exclusión de la agenda prioritaria en salud.
- Persistencia de un modelo de atención inadecuado, basado en el hospital psiquiátrico y aislado de la comunidad.
- Recursos humanos insuficientemente capacitados y deficientemente distribuidos para la atención de la salud mental.
- Poca accesibilidad de las personas con trastornos mentales a recibir un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y eficiente.

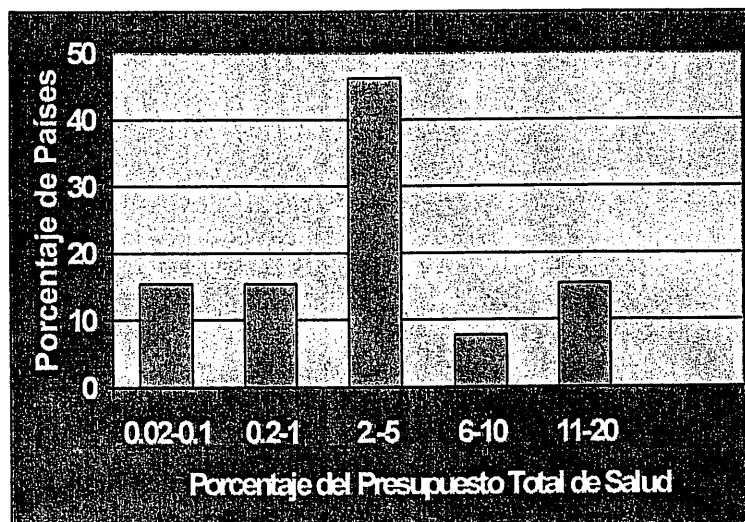
Carga global de las enfermedades en 1990 y 2020 por grupos de enfermedades en los países en desarrollo



Políticas de salud mental Situación de 28 países en las Américas



PRESUPUESTO DE SALUD MENTAL VS. PRESUPUESTO TOTAL DE LA SALUD





LINEAS ESTRATEGICAS

1. Fortalecimiento de la capacidad rectora del MINSA.
2. Integración de la salud mental en la atención integral de salud.
3. Reorientación de los servicios de salud mental priorizando la intervención comunitaria.
4. Impulso a las medidas de promoción y prevención de la salud mental fomentando la participación ciudadana y la concertación intersectorial.



OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. Asumir el rol rector del Ministerio de Salud en la elaboración y conducción de las políticas, planes y estrategias de salud mental en el país.
2. Posicionar a la salud mental como un derecho humano y un componente indispensable para el desarrollo nacional sostenible.
3. Implementar el Modelo de Atención Integral Comunitaria en Salud Mental y Psiquiatría.
4. Fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental.
5. Garantizar el acceso equitativo y uso racional de medicamentos necesarios para la atención psiquiátrica.

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Objetivo 1

Asumir el rol rector del Ministerio de Salud en la elaboración y conducción de las políticas, planes y estrategias de Salud Mental en el país.

Resultados

- 1. Formulación y aplicación de los principios y orientaciones de la política pública de salud mental.**
- 2 Creación de la Unidad Orgánica de Salud Mental en el Ministerio de Salud, responsable de la formulación, conducción y desarrollo de los planes y programas pertinentes.**
- 3 Integración de las normas y planes del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) en una Política Nacional de Salud Mental,**
- 4. Concertación intersectorial en todas las acciones de salud mental.**

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Objetivo 2

Posicionar a la salud mental como un derecho humano y un componente indispensable para el desarrollo nacional sostenible.

Resultados

- 1 El estado genera y promueve relaciones sanas y reparadoras en el ámbito público y privado, promociona y fortalece la conciencia y ejercicio del derecho a la salud mental de las personas y su inclusión social.**
- 2 Desarrollo de acciones orientadas a vencer las barreras estructurales y actitudinales estigmatizantes que existen en la población sobre los aspectos relativos a la salud mental.**
- 3 Redes de usuarios, familiares y organizaciones civiles funcionando en la comunidad y coordinando intersectorialmente.**
- 4 Estrategias nacional y regionales de salud mental incorporadas en los acuerdos de gestión y desarrolladas.**
- 5 Sistema de Comunicación en Salud Mental desarrollado y liderado por el Ministerio de Salud.**

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Objetivo 3

Implementar el Modelo de Atención Integral Comunitaria en Salud Mental y Psiquiatría

Resultados

1. Atención integral en salud mental y psiquiatría desarrollada según modelo comunitario y niveles de complejidad.
2. Redes de atención integral de salud mental y psiquiatría descentralizadas.
3. Recursos asignados a salud mental, optimizados y redistribuidos orientados a la implementación del modelo de atención integral comunitaria en salud mental y psiquiatría.
4. Componente de salud mental incorporado al Seguro Integral de Salud y a otros sistemas previsionales.
5. Componente de salud mental incorporado eficientemente en el Sistema Nacional de Información del MINSA.

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Objetivo 4

Fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental

Resultados

- 1 Fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental.
- 2 Recursos humanos formados y capacitados adecuadamente, y con perfeccionamiento en salud mental.
- 3 Líneas de investigación en salud mental desarrolladas de acuerdo a prioridades nacionales.

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Objetivo 5

Garantizar el acceso equitativo y uso racional de medicamentos necesarios para la atención psiquiátrica.


Resultados

1. El Ministerio de Salud mejora el acceso y la disponibilidad de los medicamentos necesarios para la atención de los trastornos mentales.
2. Se desarrollan estrategias que mejoran el uso racional y la seguridad de los psicofármacos.



RETOS 2005 - 2010

- Posicionamiento político: Plan Nacional
- Promoción de la salud mental con enfoque de derechos.
- Reorientación del modelo de atención.
- Descentralización de la atención en salud mental.
- Priorización de acciones en poblaciones más afectadas: Plan de reparaciones en salud.
- Desarrollo de normas y protocolos para patologías prevalentes: depresión, violencia y adicciones.



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas


DIAGNÓSTICO DE LA COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN EN SALUD

Plano personal:

- Miedo, desconfianza.
- Daños en la salud mental: depresión, estrés postraumático, problemas psicosomáticos.
- Daños a la identidad personal.
- Conductas maladaptativas: alcoholismo, violencia intrafamiliar, pandillaje juvenil, suicidios.

Plano colectivo:

- Afectación o desintegración de los vínculos familiares y comunitarios.
- Desprotección y vulnerabilidad.
- Alteración de la convivencia.
- Estigmatización.



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD

PLAN INTEGRAL DE REPARACIONES

2004



ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD (2004)

Objetivo

Contribuir a elevar la calidad de vida de las poblaciones afectadas por el conflicto armado interno, a través de una atención integral de salud mental, con énfasis en el abordaje psicosocial, con un enfoque intercultural y de género, que sea producto de un trabajo conjunto y comprometido del sector salud, las instituciones en general y la comunidad



LÍNEAS DE ACCIÓN PROPUESTAS POR LA COMISION DE LA VERDAD Y RECONCILIACION PARA EL PLAN INTEGRAL DE REPARACIONES EN SALUD

1. CAPACITACION DEL PERSONAL DE SALUD
2. RECUPERACION INTEGRAL DESDE LA INTERVENCION
COMUNITARIA.
3. RECUPERACION INTEGRAL DESDE LA INTERVENCION CLINICA.
Atención clínica en por problemas en salud mental
4. ACCESO A LA SALUD.
Seguro Integral de Salud
Mejoramiento de servicios
5. PROMOCION Y PREVENCIÓN.

Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

AVANCES DEL SECTOR EN LAS LÍNEAS DE ACCIÓN

CAPACITACIÓN

- 7 Talleres de Formulación de planes estratégicos regionales en Salud Mental en Ayacucho, Huancavelica, Abancay y Andahuaylas, Huánuco, San Martín, y Junín con participación de la sociedad civil organizada.
- Elaboración de un **MÓDULO EDUCATIVO EN SALUD MENTAL Y DESARROLLO HUMANO**, con 09 fascículos, para capacitar a trabajadores de Primer Nivel de Atención.
- Convenio con la Universidad Mayor de San Marcos y Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) para Capacitación de Atención Integral de Víctimas de Violencia Política, dirigido al personal de salud.
- 08 Becas de **MAESTRIA** y 13 becas de **DIPLOMADO EN SALUD MENTAL Y POBLACIONES** para personal de Salud de las Regiones de Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica con apoyo de la Cooperación Europea.

Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

DIRECCIONES REGIONALES DE SALUD INTERVENIDAS PARA APLICAR EL PLAN DE REPARACIONES

N° DISAs :	06
HOSPITALES:	26
N° CENTROS DE SALUD:	199
PUESTOS DE SALUD:	1303

Se está considerando como Regiones con población afectada a:
Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Huánuco, Junín y San Martín, y luego Pasco, Ucayali, Cuzco (La Convención).

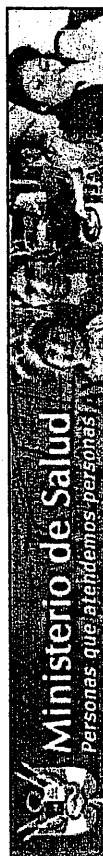


Ministerio de Salud

Personas que atendemos personas

RECUPERACIÓN INTEGRAL DESDE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA (02)

- Conformación de 07 Comités Regionales de Salud Mental en las regiones afectadas.
- Visita del Relator de Derechos Humanos en Salud, Dr. Paul Hunt, de la Comisión de Derechos Humanos de la Naciones Unidas, a la ciudad de Lima y Huamanga en Ayacucho.
- Fortalecimiento de seis REDES DE SALUD MENTAL, instaladas en las Regiones de Ayacucho, Huancavelica, Abancay, Junín, Huánuco y San Martín.
- Celebración Central del Día Mundial de la Salud Mental en Huamanga (Ayacucho) el 10 de Octubre con la participación conjunta de los Sectores del Estado y de la Sociedad Civil.
- Campaña Nacional para la celebración del Día Mundial de la Salud, priorizando los nueve departamentos afectados por violencia política.



Ministerio de Salud

Personas que atendemos personas

RECUPERACIÓN INTEGRAL DESDE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

- Un Diagnóstico Basal de la Situación de los servicios de Salud Mental en la Región de Salud Ayacucho.
- Reuniones de Trabajo con el Consorcio Nacional de Organizaciones Víctimas del Terrorismo y la Violencia Política con sede en Lima.
- PORTAL DE EXPERIENCIAS (web) para sistematizar información nacional de instituciones que trabajan el tema de salud mental en zonas afectadas por Violencia Política con apoyo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.



**RECUPERACIÓN INTEGRAL
DESDE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA**

- 40,000 personas atendidas en el Primer Nivel de Atención, del ámbito de estas regiones en casos de Violencia Familiar, Depresión, Ansiedad, Esquizofrenia y Consumo de Sustancias.
- 20,000 visitas domiciliarias para atender problemas de violencia intrafamiliar, trastornos depresivos y abuso de alcohol.
- 1,000 atenciones especializadas por un equipo itinerante del Instituto Especializado Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, en la región Ayacucho.
- Desde Octubre 2004:
 - Psiquiatra contratado en forma permanente en la DISA Ayacucho.
 - Equipos itinerantes de dos Hospitales Psiquiátricos (Larco Herrera y Hermilio Valdizán), desarrollando actividades en Pucúto y Huanta, Junín, Huánuco, y San Martín.



**ATENDIDOS POR PATOLOGÍAS EN SALUD MENTAL EN LAS REGIONES DE
SAN MARTÍN, AYACUCHO, HUANCABELICA, APURÍMAC I, APURÍMAC II,
JUNÍN Y HUÁNUCO (Enero - Julio 2005)**

N°	TOTAL
Violencia intrafamiliar	9,285
Depresión	6,057
Consumo de alcohol/drogas	4,284
Intento de suicidio	326
Ansiedad	4382
Psicosis	237
Otras	9844
TOTAL	34,525



ACCESO A LA SALUD

Seguro integral de salud

- Por recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se ha incorporado a las víctimas y/o familiares de las violaciones de derechos humanos amparados por Decretos Supremo N°005-2002-JUS. Dentro de este marco se están atendiendo 85 niños y adolescentes, dentro del Plan B, en su mayoría.
- Se ha incluido en el Plan E a las personas indultadas inocentes. Se atendieron a 158 miembros de la ASFASEP (Asociación de Familiares de personas secuestradas y desaparecidas).
- Para el año 2005 y siguientes se ha programado atender 22,000 familias y 132,000 personas víctimas directas o indirectas de la violencia política incluyendo tratamiento psiquiátrico y psicológico para la recuperación de la salud mental. Se ha solicitado un presupuesto de S/. 34, 419, 000.00.



ACCESO A LA SALUD (4) INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE SERVICIOS CONVENIO MINSA-AMARES (Cooperación Europea)

- Diagnóstico situacional del estado de la infraestructura y equipamiento de 205 establecimientos de salud identificados como críticos.
 - Plan de intervenciones que comprende una inversión de 340,000.00 Euros, que incluye Construcción de 10 puestos de salud con tecnología apropiada y Mejoramiento y mantenimiento de 50 establecimientos.
 - Equipamiento de establecimientos : 1,049,877 euros invertidos en el año 2004 que benefician 104 establecimientos en las regiones afectadas.
- CONVENIO MINSA-PNUD
- Servicios de rehabilitación de sistemas de Electricidad y agua (Huamanga y Huancavelica) por un monto de S/. 807,500.00




PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- Talleres de Habilidades Sociales dirigidos a la población adolescente, en prevención de la Violencia y Adicciones con una cobertura de más de mil beneficiarios al primer semestre.
- Proyecto "Cultura de Buen Trato y Prevención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil y del Adolescente" con auspicio de UNICEF en la Región Abancay.
- Programa de "FAMILIAS QUE PROMUEVEN LA SALUD", desarrollado en el ámbito de la Dirección de Salud Ayacucho.
- Programa de Promoción de la Salud en los Centros Educativos en 221 Centros Educativos, en el marco del convenio con Ministerio de Educación.
- Implementación del piloto de la Estrategia de Metodología de Educación para adultos y participación comunitaria en Maternidad Saludable, en dos microrredes priorizadas de las DISAS Huanuco, Ayacucho, Huancavelica.
- Cobertura control CRED en niños menores de 05 años al 75.29%.



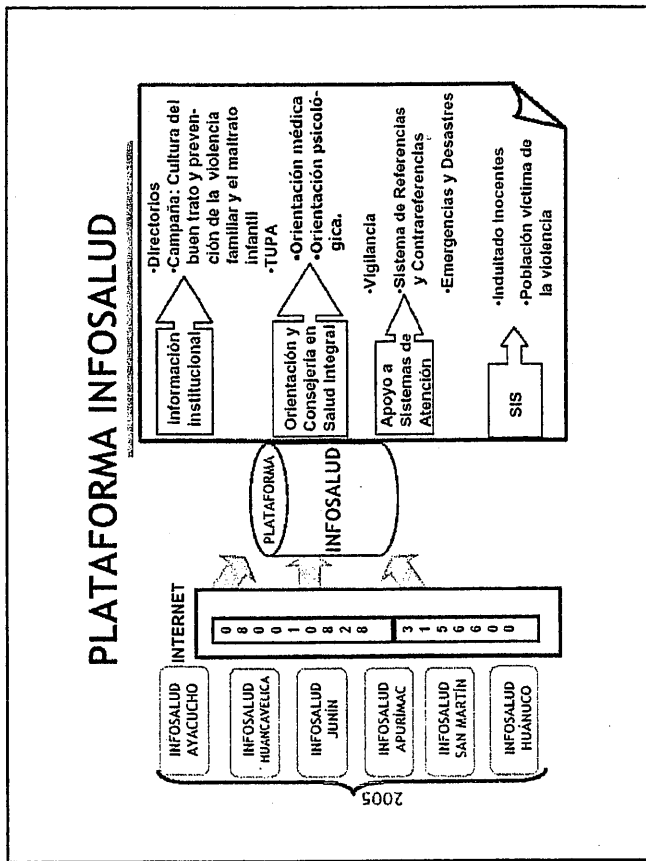
PROYECTOS DE INVERSION VIABLES PARA LA ADECUACION Y REMODELACION DE LA INFRAESTRUCTURA

REGION	N° DE PROYECTOS	INVERSION (S/.)
SAN MARTIN	10	3,200,088
AYACUCHO	19	15,632,533
JUNIN	2	1,301,587
HUANUCO	22	15,295,993
APURIMAC	21	44,582,042
TOTAL	74	80,012,243



PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (2)

- El Ministerio de Salud brinda un Servicio de CONSEJERÍA y ORIENTACIÓN especializada en salud VIA TELEFÓNICA a través de la línea gratuita 0800 108 28 a nivel nacional desde cualquier teléfono fijo o público y ahora también a través de INTERNET.
- Servicios: información institucional, orientación médica, orientación psicológica, derivación de quejas y denuncias, apoyo en situación de emergencias





ACCIONES PARA EL AÑO 2005

- Equipos itinerantes especializados para realizar atenciones y capacitación que permitan fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud del primer y segundo nivel de atención
- Equipos permanentes de Salud Mental instalados en las Direcciones Regionales de Salud de las zonas afectadas. – Convenio PASA (Cooperación Europea)
- Financiamiento del SIS, Equipos de Salud mental instalados en cada región que permitan optimizar las coberturas y brinden atención en reparaciones en salud.