

4. 討議議事録 (Record of Discussions) (西文・和文)

**REGISTRO DE DISCUSIONES
ENTRE LA AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DEL JAPÓN
Y LAS AUTORIDADES CONCERNIENTES DEL GOBIERNO DE
LA REPUBLICA DE NICARAGUA
SOBRE EL PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES DE NICARAGUA**

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominada como "JICA") a través del Representante Residente en Nicaragua, después del intercambio de opiniones y una serie de discusiones con las autoridades nicaragüenses involucradas en relación a las medidas deseables a ser tomadas por JICA y el Gobierno de Nicaragua, para la implementación exitosa del Proyecto para el Fortalecimiento de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Nicaragua.

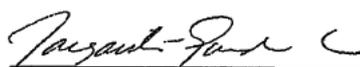
Como resultado de las discusiones y en base a lo establecido en "El Acuerdo sobre Cooperación Técnica entre el Gobierno del Japón y el Gobierno de la República de Nicaragua", suscrito en la ciudad de Managua el 30 de marzo del 2001 (en adelante denominado como "El Acuerdo"), JICA y las autoridades nicaragüenses concernientes acuerdan sobre los temas referidos en el documento adjunto a la presente.

Estos documentos están elaborados en inglés y español, ambos documentos serán igualmente auténticos. En caso de divergencias en su interpretación el documento en inglés será el que prevalecerá.

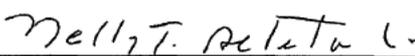
Managua, 9 de Septiembre del 2005



Lic. Akihiro YAMADA
Representante Residente en Nicaragua
Agencia de Cooperación Internacional
del Japón
Japón



Licda. Margarita Gurdian
Ministra
Ministerio de Salud
República de Nicaragua



Licda. Nelly Beteta Loaisiga
Directora General de Asia, África y Oceanía (a.i.)
Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Nicaragua

EL DOCUMENTO ADJUNTO

I. COOPERACIÓN ENTRE JICA Y EL GOBIERNO DE NICARAGUA

1. El Gobierno de la República de Nicaragua implementará el Proyecto para el Fortalecimiento de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Nicaragua (en adelante denominado como "El Proyecto"), en cooperación con JICA.
2. El Proyecto se implementará de acuerdo al Plan Maestro, el cual se adjunta como Anexo I.

II. MEDIDAS A SER TOMADAS POR JICA

En concordancia con las leyes y regulaciones vigentes en Japón y lo establecido en el Artículo III de El Acuerdo, JICA, como la agencia ejecutora de la cooperación técnica por el gobierno del Japón, será responsable por sus propias expensas, de las siguientes medidas, según los procedimientos normales del esquema de la cooperación técnica.

1. ENVÍO DE EXPERTOS JAPONESES

JICA proporcionará los servicios de los expertos japoneses como figura en la lista del Anexo II. Lo establecido en el Artículo IX de El Acuerdo, se aplicará a los expertos antes mencionados.

2. PROVISIÓN DE MAQUINARIA Y EQUIPO

JICA proporcionará alguna maquinaria, equipo y otros materiales (en adelante denominados como "El Equipo") necesarios para la implementación del Proyecto, como figura en la lista del Anexo III. Lo establecido en el Artículo VIII-1 de El Acuerdo, se aplicará al Equipamiento.

3. ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL NICARAGÜENSE EN JAPÓN

JICA recibirá al personal nicaragüense relacionado con el Proyecto para el Entrenamiento Técnico en Japón.

III. MEDIDAS A SER TOMADAS POR EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE NICARAGUA

1. El Gobierno de la República de Nicaragua tomará las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento sostenible del Proyecto, durante y después del período de cooperación técnica del Japón, a través de un involucramiento total y activo en el Proyecto, de todas las autoridades relacionadas, grupos de beneficiarios e instituciones.
2. El Gobierno de la República de Nicaragua asegurará que las tecnologías y conocimientos adquiridos por los nicaragüenses, como resultado de la cooperación técnica del Japón, contribuirán al desarrollo económico y social de la República de Nicaragua.
3. En base a lo establecido en el Artículo V y VI de El Acuerdo, el Gobierno de la República de Nicaragua concederá privilegios, exenciones y beneficios a los expertos japoneses y sus familias, referido en el inciso II-1 antes mencionado.



4. En base a lo establecido en el Artículo VIII de El Acuerdo, el Gobierno de la República de Nicaragua tomará las medidas necesarias para recibir y utilizar El Equipo proporcionado por JICA referido en el inciso II-2 antes mencionado y el equipo, maquinaria y materiales traídos por los expertos japoneses referido en el inciso II-1 antes mencionado.
5. El Gobierno de la República de Nicaragua tomará las medidas necesarias para asegurar que los conocimientos y las experiencias adquiridas por el personal nicaragüense, a través del Entrenamiento Técnico en Japón, sean utilizados efectivamente en la implementación del Proyecto.
6. En base a lo establecido en el Artículo V(b) de El Acuerdo, el Gobierno de la República de Nicaragua proporcionará los servicios del personal nicaragüense de contraparte y administrativo, referido en Anexo IV.
7. En base a lo establecido en el Artículo V(a) de El Acuerdo, el Gobierno de la República de Nicaragua proporcionará los edificios e instalaciones, como figuran en el Anexo V.
8. En concordancia a las leyes y regulaciones vigentes en la República de Nicaragua, el Gobierno de la República de Nicaragua tomará las medidas necesarias para suministrar o reemplazar por sus propias expensas la maquinaria, equipo, instrumentos, vehículos, herramientas, repuestos y cualquier otro material necesario para la implementación del Proyecto, que no formen parte del Equipamiento proporcionado por JICA, referido en el inciso II-2 antes mencionado.
9. En concordancia a las leyes y regulaciones vigentes en la República de Nicaragua, el Gobierno de la República de Nicaragua tomará las medidas necesarias para suministrar los gastos corrientes para la implementación del proyecto.

IV. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

1. La Ministra de Salud, como Directora del Proyecto, llevará la responsabilidad total de la administración e implementación del mismo.
2. El Director de la Dirección del Primer Nivel de Atención, como Administrador del Proyecto, el cual será responsable de los asuntos administrativos y técnicos del Proyecto.
3. El Asesor Principal japonés, proporcionará las recomendaciones necesarias y el asesoramiento al Director del Proyecto y al Director Ejecutivo del Proyecto, en cualquier asunto relacionado a la implementación del Proyecto.
4. Los expertos japoneses darán la guía técnica necesaria y el asesoramiento al personal nicaragüense de contraparte en asuntos técnicos relacionados a la implementación del Proyecto.
5. Para una exitosa y efectiva implementación de la cooperación técnica por el Proyecto, se establecerá un Comité Conjunto de Coordinación, cuyas funciones y composición se mencionan en el Anexo VI.



V. COMITÉ DE EVALUACIÓN

La evaluación del Proyecto será dirigida por JICA y las autoridades nicaragüenses involucradas en forma conjunta, en la etapa intermedia y durante los últimos seis meses del período de la cooperación, para evaluar el nivel de logros alcanzados.

VI. DEMANDAS EN CONTRA DE LOS EXPERTOS JAPONESES

En base a lo establecido en el Artículo VII de El Acuerdo, el Gobierno de la República de Nicaragua se hará responsable de las demandas, si se presentan algunas, contra los expertos japoneses encargados de la cooperación técnica en El Proyecto, que pudieren surgir durante el mismo, o resultantes del desempeño de sus funciones dentro del territorio de la República de Nicaragua, salvo en el caso de que tales demandas sean originadas por conducta intencional o negligencia grave de los expertos japoneses.

VII. CONSULTA MUTUA

Se realizarán consultas mutuas entre JICA y el Gobierno de Nicaragua en el caso de que surjan problemas de importancia o relacionados a los documentos anexos.

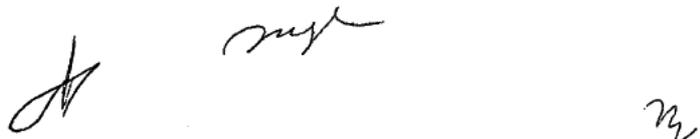
VIII. MEDIDAS PARA PROMOVER EL ENTENDIMIENTO Y EL SOPORTE DEL PROYECTO

Con el propósito de promover el apoyo para el Proyecto de parte de la sociedad nicaragüense, el Gobierno tomará las medidas apropiadas para hacer que el Proyecto sea extensamente conocido por la sociedad nicaragüense.

IX. PERIODO DE LA COOPERACIÓN

La duración de la cooperación técnica para el Proyecto de este documento adjunto será de cuatro (4) años contados desde el 1 de Noviembre de 2005.

ANEXO I	PLAN MAESTRO
ANEXO II	LISTA DE EXPERTOS JAPONESES
ANEXO III	LISTA DE MAQUINARIA Y EQUIPO
ANEXO IV	LISTA DEL PERSONAL NICARAGÜENSE DE CONTRAPARTE Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO
ANEXO V	LISTA DE EDIFICIOS E INSTALACIONES
ANEXO VI	COMITE DE COORDINACION



ANEXO I PLAN MAESTRO

1. NOMBRE DEL PROYECTO

Proyecto para el Fortalecimiento de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Nicaragua

2. OBJETIVO DEL PROYECTO

(1) Objetivo Superior

- 1 Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes (SSRA) en los Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) seleccionados
- 2 Reflejar las experiencias demostrativas en el Plan Nacional de Salud

(2) Objetivo del Proyecto

- 1 Los y las adolescentes en los SILAIS seleccionados toman actitudes apropiadas con conocimientos correctos de la SSR y utilizan los servicios de salud de buena calidad
- 2 Las experiencias en los SILAIS seleccionados se establecen como modelo de otros SILAIS

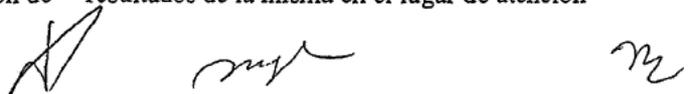
3. RESULTADOS Y ACTIVIDADES DEL PROYECTO

(1) Resultados del Proyecto

1. Brindados los servicios en forma continua, integral y de calidad en SSRA , en los SILAIS seleccionados
2. Fortalecida la red de promoción y prevención en SSRA entre escuelas, comunidades, ONGs, grupos con necesidades particulares y sector del servicio de salud público, en los SILAIS seleccionados.
3. Fortalecido el mecanismo gerencial por el cual se ejecutan las actividades de la SSRA eficaz y efectivamente, en el MINSA y los SILAIS seleccionados.

(2) Actividades del Proyecto

- 1-1) Revisar la estrategia, programa y normas de atención en el servicio de salud del MINSA para la SSRA
- 1-2) Evaluar la situación actual de los servicios de SSRA
- 1-3) Formar equipos, asegurar elaboración del plan de servicios de SSRA apropiado para responder a las necesidades diversas de cada grupo, implementación de capacitación y ejecución de resultados de la misma en el lugar de atención



- 1-4) Confirmar y complementar la necesidad de equipos y materiales de docencia en los servicios de la SSRA
- 1-5) Confirmar y complementar necesidades de equipo médico y no médico para SSRA
- 1-6) Fortalecer la elaboración y la reproducción de herramientas e instrumentos para SSRA
- 1-7) Ejecutar monitoreo en los servicios de la SSRA

- 2-1) Identificar grupo y localidad de prioridad y evaluar la situación actual (incluye el estudio de conocimiento, actitud y práctica) de la SSRA
- 2-2) Elaborar e implementar el Plan IEC en SSRA en ECACS
- 2-3) Formar equipos y asegurar la elaboración de plan de acción de promoción y prevención de la SSRA según necesidad de cada grupo, realización de capacitación e implementación de resultado de la misma en el lugar de atención
- 2-4) Confirmar la necesidad y ordenar equipamientos y materiales de docencia para promoción y prevención de la SSRA
- 2-5) Desarrollar promoción en SSRA en los servicios de salud
- 2-6) Promocionar la organización, mecanismos de participación y comunicación en SSRA
- 2-7) Promover y fortalecer las relaciones de colaboración en promoción y prevención de la SSRA con escuelas, ONGs, alcaldías, otras organizaciones comunitarias y otros sectores
- 2-8) Ejecutar monitoreo en promoción y prevención de la SSRA

- 3-1) Revisar la estrategia, procedimiento e instrumentos de gestión del MINSA
- 3-2) Aclarar la función y el mecanismo de equipo de gestión relacionado a la SSRA
- 3-3) Revisar y ordenar indicadores, vigilancia, estadísticas y sistema de información relacionados a la SSRA por capacitación al personal de la salud
- 3-4) Estudiar y ejecutar el registro de actividades y el sistema de informe sobre la SSRA por capacitación al personal de la salud
- 3-5) Revisar el mecanismo del planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de la SSRA, elaborar el plan para fortalecer este mecanismo y ejecutarlo por capacitación al personal de la salud
- 3-6) Evaluar impacto del Proyecto en la SSRA
- 3-7) Promover y fortalecer articulaciones con otros cooperantes externos de la SSRA
- 3-8) Sistematizar las experiencias demostrativas e intercambiarlas con otros SILAIS



4. ÁREA OBJETO

SILAIS de Granada y Boaco como experiencia demostrativa y territorio nacional
nicaragüense

5. PERIODO DEL PROYECTO

Cuatro (4) años



ANEXO II LISTA DE EXPERTOS JAPONESES

1. Expertos en los siguientes temas:

- (1) Asesor Principal / Salud de la Comunidad
- (2) Salud reproductiva adolescente
- (3) IEC

2. Se despacharán otros Expertos para promover una fluida implementación del Proyecto, cuando sea necesario y dentro del marco del Proyecto.

Nota: Se decidirán las especialidades, número y termino de asignación de expertos, tomando en cuenta el avance del Proyecto mediante consultas mutuas (en cada año fiscal japonés).



ANEXO III LISTA DE MAQUINARIA Y EQUIPOS

Maquinaria, equipos y otros materiales necesarios para la implementación eficaz del Proyecto, incluyendo vehículos, serán proporcionados por JICA dentro de las limitaciones presupuestarias.



ANEXO IV LISTA DEL PERSONAL NICARAGÜENSE DE CONTRAPARTE Y
PERSONAL ADMINISTRATIVO

1. Personal de Contraparte

(1) Director del Proyecto:

El/la Ministro/a del Ministerio de Salud

(2) Director Ejecutivo del Proyecto:

El Director de la Dirección del Primer Nivel de Atención

(3) Contrapartes:

-Dirección del Primer Nivel de Atención

-Dirección General de Planificación y Desarrollo

-Programa de ITS/VIH/SIDA de la Dirección de Epidemiología

-SILAIS Granada departamental y municipal

-SILAIS Boaco departamental y municipal



ANEXO V LISTA DE EDIFICIOS E INSTALACIONES

1. Tierra, edificios e instalaciones necesarios para el Proyecto
2. Ambientes y espacios necesarios para la instalación y almacenamiento de los equipos
3. Espacios para oficinas e instalaciones necesarios para los expertos en MINSA centro, SILAIS Granada, y SILAIS Boaco.
4. Electricidad, suministro de agua y medios de comunicación necesarios, incluyendo teléfono, fax y servicios de correo electrónico
5. Otras instalaciones, en base a mutuo acuerdo, cuando sean necesarias



ANEXO VI COMITÉ DE COORDINACIÓN

<COMITÉ DE COORDINACIÓN CONJUNTO>

1. Funciones

El Comité de Coordinación Conjunto se reunirá una vez al año y según las necesidades, y trabajará en:

- a) Discutir y aprobar el plan anual del Proyecto elaborado por el Comité Técnico de Implementación en el nivel del MINSA Central.
- b) Confirmar el avance del Proyecto, así como el logro de la meta determinada en el plan anual.
- c) Revisar e intercambiar opiniones en los principales asuntos que surjan en el Proyecto de cooperación técnica.
- d) Discutir cualquier aspecto de acuerdo mutuo que se considere necesario y concerniente al Proyecto.

2. Composición

Presidente: Ministro/a de Salud o su Delegado

Miembros de la parte nicaragüense:

Ministerio de Salud

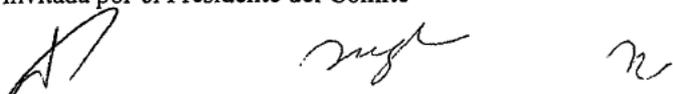
- Director de la Dirección del Primer Nivel de Atención
- Director de la División General de Planificación y Desarrollo
- Director de la División General Administrativa Financiera
- Director de la Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiología
- Director General de Regulación y Establecimientos, Regulación de Profesionales de Salud y Acreditación de Medicamentos y Alimentos
- Directores de los SILAIS Granada y Boaco

Miembros de la parte japonesa:

- Representante Residente de JICA en Nicaragua
- Expertos del Proyecto

Observadores:

- Representante de la Embajada de Japón en Nicaragua
- Cualquier persona invitada por el Presidente del Comité



<COMITÉ TÉCNICO DE IMPLEMENTACIÓN EN EL NIVEL DEL MINSA CENTRAL>

1. Funciones

El Comité Técnico de Implementación en el nivel del MINSA Central se reunirá una vez al mes y trabajará en:

- a) Elaborar el plan anual del Proyecto conforme al Resumen de Discusiones (R/D).
- b) Confirmar el avance del Proyecto mensualmente.
- c) Revisar e intercambiar opiniones en los principales asuntos que surjan en el Proyecto de cooperación técnica.
- d) Discutir cualquier aspecto de acuerdo mutuo que se considere necesario y concerniente al Proyecto.

2. Composición

Presidente: Director del Primer Nivel de Atención

Miembros de la parte nicaragüense:

Dirección del Primer Nivel de Atención:

- Coordinador de Atención Integral a la Mujer
- Coordinador de Atención Integral a la Adolescencia
- Encargado de la Promoción y Prevención de Salud

Dirección General de Salud Ambiental y Epidemiología:

- Encargado de ITS/VIH/SIDA

SILAIS:

- Director del SILAIS Granada
- Director del SILAIS Boaco

Miembros de la parte japonesa:

- Expertos del Proyecto
- Representante Residente de JICA en Nicaragua

Observadores:

- Cualquier persona invitada por el Presidente del Comité



<COMITÉ TÉCNICO DE IMPLEMENTACIÓN EN EL NIVEL LOCAL>

1. Funciones

Los Comités Técnicos de Implementación en el nivel del SILAIS Granada y Boaco y municipios se reunirán una vez al mes y trabajarán en:

- a) Elaborar el plan anual del SILAIS departamental y municipal según el plan anual del Proyecto aprobado por el Comité de Coordinación Conjunto.
- b) Confirmar el avance mensual del Proyecto y dar informe sobre este tema al Comité Técnico de Implementación en el Nivel del MINSA Central.
- c) Revisar e intercambiar opiniones en los principales asuntos que surjan en el Proyecto de cooperación técnica.
- d) Discutir cualquier aspecto de acuerdo mutuo que se considere necesario y concerniente al Proyecto.

2. Composición

Presidente: Director de cada SILAIS

Miembros de la parte nicaragüense:

SILAIS:

- Encargado de Atención Integral a la Mujer
- Encargado de Atención Integral a la Adolescencia
- Encargado de Promoción y Prevención de Salud
- Encargado de ITS/VIH/SIDA

Municipios:

- Encargado de Atención Integral a la Mujer
- Encargado de Atención Integral a la Adolescencia
- Encargado de Promoción y Prevención de Salud
- Encargado de ITS/VIH/SIDA

Miembros de la parte japonesa:

- Expertos del Proyecto

Observadores:

- Cualquier persona invitada por el Presidente del Comité



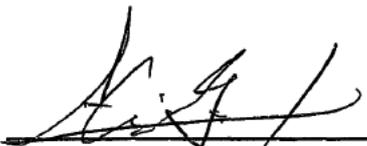
RECORD OF DISCUSSIONS
BETWEEN JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE REPUBLIC OF NICARAGUA
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR THE PROJECT FOR STRENGTHENING
ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH
IN THE REPUBLIC OF NICARAGUA

The Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") through its Resident Representative in Nicaragua, exchanged views and had a series of discussions with the Nicaraguan authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and Nicaraguan Government for the successful implementation of the Project for Strengthening Adolescent Reproductive Health in the Republic of Nicaragua.

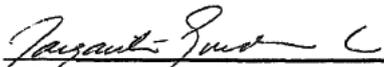
As a result of the discussions, and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of the Republic of Nicaragua, signed in Managua on May 30, 2001 (hereinafter referred to as "the Agreement"), the JICA and the Nicaraguan authorities concerned agreed on the matters referred to in the document attached hereto.

These texts were done in both English and Spanish, each text being equally authentic. In case of any divergence of interpretation, the English text shall prevail.

Managua, September 9th, 2005



Mr. Akihiko YAMADA
Resident Representative in Nicaragua,
Japan International Cooperation Agency,
Japan



Lic. Margarita Gurdian
Minister
Ministry of Health
The Republic of Nicaragua



Lic. Nelly Beteta Loásiga
General Director of Asia, Africa and Oceania (a.i.)
Ministry of Foreign Affairs,
The Republic of Nicaragua

THE ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN JICA AND THE NICARAGUAN GOVERNMENT

1. The Government of the Republic of Nicaragua will implement the Project for Strengthening Adolescent Reproductive Health in the Republic of Nicaragua (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with JICA.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provisions of Article III of the Agreement, JICA, as the executing agency for technical cooperation by the Government of Japan, will take, at its own expense, the following measures according to the normal procedures of its technical cooperation scheme.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

JICA will provide the services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provision of Article IX of the Agreement will be applied to the above-mentioned experts.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

JICA will provide such machinery, equipment and other materials (hereinafter referred to as "the Equipment") necessary for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provision of Article VIII-1 of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF NICARAGUAN PERSONNEL IN JAPAN

JICA will receive the Nicaraguan personnel connected with the Project for technical training in Japan.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF NICARAGUA

1. The Government of the Republic of Nicaragua will take necessary measures to ensure that the self-reliant operation of the Project will be sustained during and after the period of Japanese technical cooperation, through full and active involvement in the Project by all related authorities, beneficiary groups and institutions.



2. The Government of the Republic of Nicaragua will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Nicaraguan nationals as a result of the Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the Republic of Nicaragua.
3. In accordance with the provisions of Article V and VI of the Agreement, the Government of the Republic of Nicaragua will grant in the Republic of Nicaragua privileges, exemptions and benefits to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families.
4. In accordance with the provisions of Article VIII of the Agreement, the Government of the Republic of Nicaragua will take the measures necessary to receive and use the Equipment provided by JICA under II-2 above and equipment, machinery and materials carried in by the Japanese experts referred to in II-1 above.
5. The Government of the Republic of Nicaragua will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Nicaraguan personnel from technical training in Japan will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the provision of Article V (b) of the Agreement, the Government of the Republic of Nicaragua will provide the services of Nicaraguan counterpart personnel and administrative personnel as listed in Annex IV.
7. In accordance with the provision of Article V (a) of the Agreement, the Government of the Republic of Nicaragua will provide the buildings and facilities as listed in Annex V.
8. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Nicaragua, the Government of the Republic of Nicaragua will take necessary measures to supply or replace at its own expense machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided by JICA under II-2 above.
9. In accordance with the laws and regulations in force in the Republic of Nicaragua, the Government of the Republic of Nicaragua will take necessary measures to meet the running expenses necessary for the implementation of the Project.



IV. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

1. The Minister of Ministry of Health, as the Project Director, will bear overall responsibility for the administration and implementation of the Project.
2. The Director of the Office of First Level of Attention, as the Project Manager, will be responsible for the managerial and technical matters of the Project.
3. The Japanese Team Leader will provide necessary recommendations and advice to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
4. The Japanese experts will give necessary technical guidance and advice to Nicaraguan counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.
5. For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.

V. JOINT EVALUATION

Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Nicaraguan authorities concerned, at the middle and during the last six months of the cooperation term in order to examine the level of achievement.

VI. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provision of Article VII of the Agreement, the Government of the Republic of Nicaragua undertakes to bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the Republic of Nicaragua except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

VII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the Nicaraguan Government on any major issues arising from, or in connection with this Attached Document.



VIII. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING OF AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of the Republic of Nicaragua, the Government of the Republic of Nicaragua will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of the Republic of Nicaragua.

IX. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be four (4) years from November 1st, 2005.

- ANNEX I MASTER PLAN
- ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS
- ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
- ANNEX IV LIST OF NICARAGUAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
- ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES
- ANNEX VI JOINT COORDINATING COMMITTEE



ANNEX I MASTER PLAN

1. NAME OF THE PROJECT

Project for Strengthening Adolescent Reproductive Health in Nicaragua

2. OBJECTIVES OF THE PROJECT

(1) Overall Goal

- 1 To improve adolescent reproductive health (ARH) in the target SILAIS
- 2 To reflect experiences gained in the target SILAIS on the national health plan

(2) Project Purpose

- 1 Adolescents in the target SILAIS take appropriate behavior with proper knowledge of ARH and use high-quality healthcare services
- 2 The experiences gained in the target SILAIS is established as a model of other SILAIS.

3. OUTPUTS AND ACTIVITIES OF THE PROJECT

(1) Outputs of the Project

1. High-quality, continuous, and integrated healthcare services for ARH are provided at healthcare facilities in the target SILAIS
2. The network for promotion and prevention of ARH is reinforced among schools, regions, NGOs, groups with individual needs, and the public healthcare sector in the target SILAIS.
3. The network for promotion and prevention of ARH is reinforced among schools, regions, NGOs, groups with individual needs, and the public healthcare sector in the target SILAIS.

(2) Activities of the Project

- 1-1 Review strategies, programs, and medical care norms pertaining to ARH healthcare services of the Ministry of Health.
- 1-2 Evaluate the actual situation of ARH-related healthcare services.
- 1-3 Form teams, prepare plans pertaining to ARH healthcare services that meet the needs of each group, implement training, and ensure practical onsite application of training results.
- 1-4 Survey needs for equipment and materials necessary for training in ARH healthcare services, and supplement the equipment/materials.
- 1-5 Survey necessary medical equipment and other equipment needs, and procure the equipment.
- 1-6 Improve preparation and reproduction of teaching materials and tools pertaining to ARH healthcare services.



- 1-7 Monitor ARH healthcare services.
- 2-1 Identify priority groups and regions, and evaluate the actual situation of ARH (including KAP study).
- 2-2 Prepare and implement an IEC plan pertaining to ARH in line with ECACS.
- 2-3 Form teams, prepare activity plans pertaining to ARH promotion and prevention that meet the needs of each group, implement training, and ensure practical onsite application of training results.
- 2-4 Survey needs for equipment and teaching materials pertaining to ARH promotion and prevention, and develop said equipment/materials.
- 2-5 Promote ARH promotion when providing healthcare services.
- 2-6 Promote organizations, participatory frameworks, and communication pertaining to ARH.
- 2-7 Establish and strengthen cooperative relationships for ARH promotion and prevention with schools, NGOs, municipal offices, other regional organizations, and organizations of other sectors.
- 2-8 Monitor ARH promotion and prevention.
- 3-1 Review strategies, procedures, and tools pertaining to the management of Ministry of Health.
- 3-2 Clarify the functions and mechanisms of ARH-related management teams.
- 3-3 Study, provide training on, and develop indices, surveillance, statistics, and information systems pertaining to ARH.
- 3-4 Study, provide training on, and practically apply a system for recording and reporting ARH-related activities.
- 3-5 Study, prepare plans for, conduct training on, and implement the structure for planning, implementation, monitoring, and evaluation pertaining to ARH.
- 3-6 Measure the impact of the project on ARH.
- 3-7 Promote and reinforce liaison on ARH with other donors.
- 3-8 Systematize experiences that will serve as a model and provide instruction to other SILAIS.

4. TARGET AREAS

All of Nicaragua, and particularly SILAIS Granada and Boaco

5. DURATION OF THE PROJECT

Four (4) years



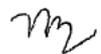
ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

1. Experts on:

- (1) Chief Advisor / Community Health
- (2) Adolescent Reproductive Health
- (3) IEC (Information, Education and Communication)

2. Other Expert(s) will be dispatched, when necessity arises, for the smooth implementation of the Project within the framework of the Project.

Note: The fields, number and terms of assignment of Experts will be decided in consideration of the progress of the Project through mutual consultations (in each Japanese fiscal year).



ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

Machinery, equipment and other materials necessary for the effective implementation of the Project, including vehicles, will be provided by JICA within budgetary limitations.



ANNEX IV LIST OF NICARAGUAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE
PERSONNEL

1. Counterpart Personnel

- (1) Project Director:
The Minister of Ministry of Health
- (2) Project Manager:
The Director of the Office of First Level of Attention, Ministry of Health
- (3) Counterparts:
 - Office of the First Level of Attention, Ministry of Health
 - STI/HIV/AIDS Program, Office of the Environmental Health and Epidemiology, Ministry of Health
 - General Department of Planning and Development, Ministry of Health
 - SILAIS Granada departmental and municipal
 - SILAIS Boaco departmental and municipal



ANNEX V LIST OF BUILDINGS AND FACILITIES

1. Land, building and facilities necessary for the Project
2. Rooms and space necessary for installation and storage of the equipment
3. Office space and necessary facilities for the experts in central MINSA and SILAIS Granada and Boaco
4. Electricity, water supply and necessary telecommunication facilities including telephone, facsimile and e-mail services
5. Other facilities mutually agreed upon, if necessary



ANNEX VI COORDINATING COMMITTEES

<JOINT COORDINATING COMMITTEE>

1. FUNCTION

The Joint Coordinating Committee will meet once a year and whenever the necessity arises and will work to fulfill the following functions:

- a) To discuss and to approve the Annual Work Plan of the Project formulated by the Technical Working Committee at the level of the Central MINSA.
- b) To review the overall progress of the Project as well as the achievements of the Annual Work Plan.
- c) To review and exchange views on major issues arising from technical cooperation project.
- d) To discuss any aspect in mutual agreement that is considered necessary and concerns the Project.

2. COMPOSITION

Chairperson: The Minister of Ministry of Health or its Delegate

Nicaraguan Members:

Ministry of Health

- Director of the Office of First Level of Attention
- Director of the General Department of Planning and Development
- Director of the General Department of Administration and Finance
- Director of the Office of Environmental Health and Epidemiology
- Director General of Regulation and Establishments, Regulation of Professionals of Health and Accreditation of Medicines and Foods
- Directors of SILAIS Granada and Boaco

Japanese Members:

Representative of JICA Nicaragua Office

Experts of the Project

Observer:

Representative, Embassy of Japan

Other personnel invited by the Chairperson

<TECHNICAL WORKING COMMITTEE AT THE LEVEL OF CENTRAL MINSA>

1. FUNCTION

The Technical Working Committee at the level of Central MINSA will meet once a month and



will work to fulfill the following functions:

- a) To formulate the Annual Work Plan of the Project according to the Record of Discussions(R/D).
- b) To review the overall progress of the Project monthly.
- c) To review and exchange views on major issues arising from technical cooperation project.
- d) To discuss any aspect in mutual agreement that is considered necessary and concerns the Project.

2. COMPOSITION

Chairperson: Director of the Office of First Level of Attention, Ministry of Health

Nicaraguan Members:

Office of First Level of Attention:

- Coordinator of Integral Attention to Women
- Coordinator of Integral Attention to Adolescents
- Manager of the Promotion and Prevention of Health

Office of the Environmental Health and Epidemiology:

- Manager of STI/HIV/AIDS

SILAIS:

- Director of SILAIS Granada
- Director of SILAIS Boaco

Japanese Members:

Experts of the Project

Representative of JICA Nicaragua Office

Observer:

Other personnel invited by the Chairperson

<TECHNICAL WORKING COMMITTEE AT LOCAL LEVEL>

1. FUNCTION

The Technical Working Committee at the level of SILAIS Granada and Boaco and municipalities will meet once a month and will work to fulfill the following functions:

- a) To formulate the Annual Work Plan of the departmental and municipal SILAIS according to the Annual Work Plan of the Project approved by the Joint Coordinating Committee.
- b) To review the monthly progress of the Project and to submit the report to the Technical Working Committee at the level of Central MINSA.
- c) To review and exchange views on major issues arising from technical cooperation project.



d) To discuss any aspect in mutual agreement that is considered necessary and concerns the Project.

2. COMPOSITION

Chairperson: Director of each SILAIS

Nicaraguan Members:

SILAIS:

- Manager of Integral Attention to Women
- Manager of Integral Attention to Adolescents
- Manager of the Promotion and Prevention of Health
- Manager of STI/HIV/AIDS

Municipality:

- Manager of Integral Attention to Women
- Manager of Integral Attention to Adolescents
- Manager of the Promotion and Prevention of Health
- Manager of STI/HIV/AIDS

Japanese Members:

Experts of the Project

Observer:

Other personnel invited by the Chairperson



5 . プロジェクト・ドキュメント

ニカラグア国
思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト
事前評価調査

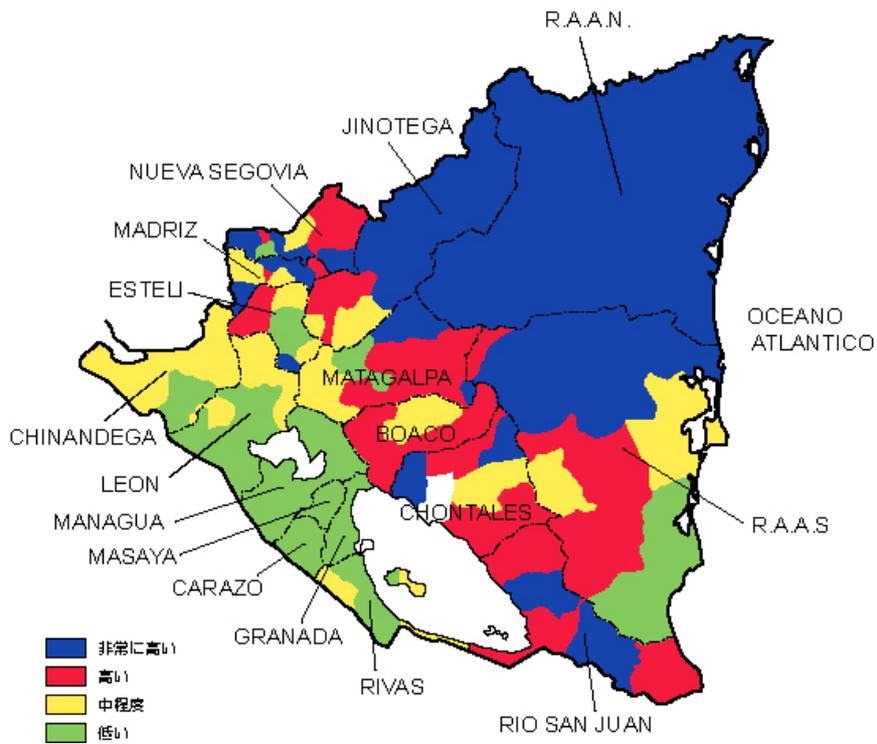
プロジェクト・ドキュメント

2005年4月

ドラフト



中米全図



(出典) MAPA DE POBREZA EXTREMA DE NICARAGUA, 2001

ニカラグア貧困地図

用語・略語

AIMNA	: Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia	女性、子ども、思春期統合ケア
AIMA	: Atención Integral a la Mujer y Adolescencia	女性と思春期統合ケア
AIM	: Atención Integral a la Mujer	女性統合ケア
AIN	: Atención Integral a Niñez	子どもの統合ケア
AIA	: Atención Integral a Adolescencia	思春期統合ケア
APN	: Atención Prenatal	妊婦健診（CPNの新名称）
ARICPN	: Acute Respiratory Infections Control Prenatal	急性呼吸器感染症妊婦健診
ENDESA	: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud	人口・保健調査
MAIS	: Modelo de Atención Integral de Salud	保健統合モデル
MDGs	: Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MIFAMILIA	: Ministerio de Familia	ミレニアム開発目標家族省
NGOs	: Non Governmental Organizations	非政府組織
PAI	: Programa Ampliado de Inmunización	予防接種拡大プログラム
PBSS	: Paquete Básico de Servicio en Salud	保健サービス基礎パッケージ
PAININ	: Programa de Atención Integral a Niñez Nicaragüense	子どもの統合ケア・プログラム
PROSIM	: Promoción de la Salud Integral de la Mujer	女性の統合保健推進プロジェクト
SGPRS	: Strengthened Growth and Poverty Reduction Strategy	成長強化・貧困削減戦略
SILAIS	: Sistema Local de Atención Integral a la Salud	地域統合保健サービスシステム
STI	: Sexually Transmitted Infection	性感染症

目次	
地図	
略語一覧	

1. 序	146
1.1. 要請の背景	146
1.2. プロジェクト・ドキュメントの目的	147
2. プロジェクト実施の背景	147
2.1. 当該国の政治・社会経済情勢	147
2.1.1. 政治情勢	147
2.1.2. 社会・経済状況	148
2.2. 当該国の保健分野全体の概況	149
2.2.1. 保健省組織	149
2.2.2. 保健セクター財政	150
2.2.3. 成長強化・貧困削減戦略（SGPRS）及び国家保健政策と重点分野	152
2.3. 日本の取り組み	157
2.4. 他ドナーの取り組み	158
3. 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の概況	161
3.1. 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の現状	161
3.1.1. 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野戦略	161
3.1.2. 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の課題	162
3.1.3. モニタリング・評価実施体制	165
3.2. 対象2県の思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の概況	166
3.2.1. 地域統合保健サービスシステム（SILAIS）の組織	166
3.2.2. 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の現状	169
3.2.3. 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の課題	171
3.2.4. モニタリング・評価の実施体制	174
4. プロジェクト戦略	176
4.1. プロジェクトの全体戦略	176
4.1.1. リプロダクティブ・ヘルス戦略に沿った活動	176
4.1.2. プロジェクトの展開	176
4.1.3. 他事業・他セクターとの連携	177
4.2. 各レベルにおける戦略	177
4.3. 各テーマにおける戦略	178
4.3.1. 安全な妊娠・出産	178
4.3.2. 家族計画	178
4.3.3. STI/HIV/AIDS予防	179
4.3.4. 家庭内暴力予防	179

5 . プロジェクトの基本計画	180
5.1 . プロジェクト目標	180
5.2 . 上位目標	180
5.3 . 成果と活動	180
5.4 . 投入	181
5.4.1 . 日本側の投入	181
5.4.2 . ニカラグア側の投入	181
5.5 . 外部条件の分析と外部要因リスク	182
5.6 . プロジェクトの実施・運営体制	182
5.7 . モニタリング及び評価の基本方針	183
5.7.1 . モニタリング	183
5.7.2 . 評価	184
6 . プロジェクトの必要性・妥当性	185
6.1 . 妥当性	185
6.1.1 . ニカラグア政策との一致	185
6.1.2 . 他ドナーとの協調	185
6.1.3 . パイロット県選定の妥当性	186
6.1.4 . 日本国の援助方針との一致	186
6.2 . 有効性	186
6.3 . 効率性	187
6.4 . 自立発展性	187
7 . 添付資料	188
7.1 . PDM (案)	188
7.2 . PO (案)	191
7.3 . TOR (長期専門家)	192
7.4 . カウンターパートに関する情報	193

1. 序

1.1. 要請の背景

ニカラグア共和国（以下、「ニ」国）は中米に位置し、人口約550万人、面積13万平方キロメートルで中米5カ国では最も広い国である。「ニ」国は、1980年代の内戦や自然災害被害の歴史的背景から、世界銀行基準においていまだ貧困国に属し、その保健指標は、妊産婦死亡率出生10万に対して250（2004年UNICEF）、乳児死亡率出生千に対して38.49（2004年UNICEF）と、近隣諸国と比較して必ずしも良い保健状況ではない。援助機関の支援のもと、妊産婦検診、施設分娩、家族計画は普及しつつあるが、妊産婦死亡率に大きな改善はみられない。

「ニ」国は、貧困削減戦略ペーパー（PRSP）において「保健」を重要課題の一つとし、保健分野の目標値として妊産婦死亡率改善、乳幼児死亡率改善、家族計画普及改善等を掲げており、各国政府や国際機関の支援を受け、母子保健やリプロダクティブ・ヘルスへの取り組みを行っている。2004年11月に終了したJICA技術協力プロジェクト「グラナダ地域保健強化プロジェクト」もその一つである。同プロジェクトでは、グラナダ県を対象とし、県保健局の能力強化や病院・保健センター間のレファラル強化、住民参加活動を通して母子保健において一定の成果を挙げた。しかし、同プロジェクト実施を通して、思春期リプロダクティブ・ヘルスの課題が明らかになった。

思春期の若者による妊娠は、妊産婦死亡や周産期死亡のリスクが高く、2003年に保健省に登録されている妊産婦死亡の34%、流産の約25%が思春期の妊娠で生じている。その背景には、初交年齢の低年齢化が進むものの、避妊について正しい知識を得て行動し、また必要に応じて保健サービスを利用する思春期の若者が少ないという現実がある。15歳から19歳の思春期後期の女性のうち、妊娠の経験のある女性の割合は約25%と、世界的にみて思春期の妊娠が多いとされる中米地域でも最も高い値である。一方、避妊や妊産婦ケアについて思春期の若者に提供されている保健サービスは、若者が利用しやすい（Youth-Friendly）ものになっていない。

同時に、正しい知識に基づかない性交渉は、思春期の若者のSTI/HIV/AIDSに対する脆弱性をも促進させる。「ニ」国は、中米においてHIV/AIDS報告数の比較的少ない国ではあるが、1999年以降急増し、現在ではHIV陽性症例の年間報告数が1990年代初めの10倍になっている。更に、その男女比が近年1：1に近づき、女性の症例が急増していること、HIV陽性妊婦の累積症例の25%が15歳から19歳の思春期の妊婦であることから、思春期の若者の直面するSTI/HIV/AIDSのリスクが現実のものとなってきている。

思春期の若者が直面しているリスクとしては、家庭内・性的暴力も挙げられる。「ニ」国では、合意に基づかない性行動がどの程度あるかについては近年注目されてきたところである。総出産数の1%強を占める¹10歳から14歳の出産の多くが家庭内もしくは知り合いによる性的暴力の被害の結果との指摘もある²。このように性的暴力の被害者は、HIV/AIDSなどの性感染症、望まない妊娠、外傷、トラウマ（精神的外傷）等のリスクを負うことになる。通常の保健

¹ 2004年保健省計画開発局統計課データより算出

² Plan Nacional de Salud 2004-2015, MINSA

サービスはこれらのニーズに応えるプログラムとなっておらず、暴力被害者への適切なケアの機会を失っていると言われている。

以上を踏まえた上で、要請された技術協力プロジェクトに関し、実施の妥当性、必要性を判断するため、また、プロジェクト基本計画策定のために必要な情報収集を「ニ」国側との協議を通じて行うことを目的とし、事前評価調査を実施した。

1.2. プロジェクト・ドキュメントの目的

本プロジェクト・ドキュメントは、事前調査(2005年1月～3月)期間中に開催されたPCMワークショップの結果、及び、「ニ」国保健省、グラナダ、ポアコ県保健局、JICA調査団によるプロジェクトデザインに関する協議内容を踏まえ、作成された。

本プロジェクト・ドキュメント作成の目的は以下の通りである。

- (i) 政治・社会・経済的背景、開発政策、保健セクター課題、県及び市における保健と思春期リプロダクティブ・ヘルスに関する課題の明確化
- (ii) プロジェクトの妥当性の分析
- (iii) プロジェクト実施のための基本情報の収集整理

本プロジェクト・ドキュメントは6章から成る。各章においては、第1章序、第2章プロジェクト実施の背景、第3章思春期リプロダクティブ・ヘルスの概況、第4章プロジェクトの戦略、第5章プロジェクトの基本計画、第6章プロジェクトの必要性・妥当性を示す。

2. プロジェクト実施の背景

2.1. 当該国の政治・社会経済情勢

2.1.1. 政治情勢

1990年の内戦終結以来、三回の公正な選挙を経て「ニ」国政府は着々と民主化政策を推進している。1990年親米保守派チャモ口政権、1996年立憲自由党(PLC)のアレマン政権はチャモ口政権の基本方針を継承しつつ右派系に進み、2002年にはクリーンなイメージで国民へアピールした同党ボラーニョス政権誕生により、雇用創出、汚職撲滅、行政機構改革、公務員・議員の倫理刷新、地方分権化の推進を図っている。現在右派のPLCと左派の最大野党FSLNが二大政治勢力を構成している。次回総選挙は2006年11月に行われ、新政権は2007年1月に発足する予定である。

地方政治については、市長は任期4年であり、2004年11月には市長選挙が実施され、多くのFSLN市長が誕生した。この事実は次回総選挙へ影響すると予想されている。

2.1.2 . 社会・経済状況

2003年の「ニ」国の総人口は550万人で、経済活動の中心は農業と軽工業である。輸出総額において、農業ではコーヒー・牛肉・ロブスターが、軽工業製品では製材・革製品・タバコ等が高い割合を占める³。

「ニ」国とラテン・アメリカ及びカリブ地域の社会・経済指標は表2-1に示す。

表2-1 「ニ」国社会・経済指標と中米諸国・ラテン・アメリカ及びカリブ地域社会・経済指標（2003年）

	ニカラグア	コスタリカ	エルサルバドル	グアテマラ	ホンジュラス	パナマ	ラテンアメリカ及びカリブ地域
総人口(million)	5.5	4.0	6.5	12.3	7.0	3.0	534
GDP (US\$, billion)	4.1	17.5	14.4	24.7	7.0	12.9	-
一人当たりGNI – Atlas Method US\$	730	4,280	2,200	1,910	970	4,250	3,260
Value added in agriculture (% of GDP)	17.8	8.3	9.4	22.3	13.5	5.6	-
Value added in industry (% of GDP)	24.9	28.9	31.8	19.3	30.7	13.6	-
Value added in services (% of GDP)	57.3	62.7	58.7	58.5	55.8	80.8	-
貧困（国家貧困ライン以下で生活する人口の割合%）	48*	-	-	56	-	37	-
出生時の平均余命（年）	69*	78	70	65	66	75	71*
妊産婦死亡（100,000人当たり）	230**	43	150	240	110	160	-
乳児死亡（1,000 出生当たり）	32*	9	33	36	32	19	28*
非識字率（対15歳以上%）	23*	4	20	30	20	8	11*
粗就学率（対就学年齢%）	105*	108	112	103	106	110	129*

出典： World Development Indicators Database. World Bank, 2004

* World Development Indicators Database. World Bank, 2004 (1997-2003年の間で入手可能なデータ)

**The State of World Population, 2004, UNFPA, 2000年データ

「ニ」国はラテン・アメリカ及びカリブ地域においてハイチに続く貧困国であり、一人当たりGNIは同地域平均値の4分の1以下、総人口の48%が貧困層である。しかし、1993年以来、貧困及び最貧困の状況は恒常的に改善しており、1993年には50.3%であった貧困層は2001年には45.8%に減少、最貧困層も19.4%から15.1%に減少⁴した。貧困層、最貧困層は依然として農村部に多く存在し、農村部の3分の2は貧困層、4分の1は最貧困層である。

また、表2-2に示すとおり、1993年から2001年における地域別貧困の改善度は、地域により異なる。1998年から2001年の変化を見ると、太平洋沿岸農村部、大西洋沿岸農村部、太平洋沿岸都市部、中央都市部において貧困度が改善している一方、マナグア市の一部とコーヒー生産地域である中央農村部での貧困状況は悪化している。特に中央農村部では1998年から2001年にかけて貧困層が1.1%、最貧困層は5.7%増加している。国際的なコーヒー価格の暴落により、同地域の小農家が影響を受け生計が逼迫し、貧困状況の悪化が生じた⁵ものと思われる。

³ ニカラグア案内、在ニカラグア日本国大使館、2004

⁴ Nicaragua Poverty Assessment, Raising Welfare and Reducing Vulnerability,2003

⁵ Nicaragua Poverty Assessment, Raising Welfare and Reducing Vulnerability,2003

表2-2 「二」国地域別貧困評価 1993, 1998, 2001

地域	貧困の発生及び変化 Headcount Index						最貧困の発生及び変化 Headcount Index					
	1993	1998	2001	変化 1993-98	変化 1998-01	変化 1993-01	1993	1998	2001	変化 1993-98	変化 1998-01	変化 1993-01
全国	50.3	47.9	45.8	-2.4	-2.1	-4.5	19.4	17.3	15.1	-2.1	-2.2	-4.3
都市部	31.9	30.5	30.1	-1.4	-0.4	-1.8	7.3	7.6	6.2	0.3	-1.4	-1.1
農村部	76.1	68.5	67.8	-7.6	-0.7	-8.3	36.3	28.9	27.4	-7.4	-1.5	-8.9
マナグア	29.9	18.5	20.2	-11.4	1.7	-9.7	5.1	3.1	2.5	-2.0	-0.6	-2.6
太平洋沿岸部												
都市部	28.1	39.6	37.2	11.5	-2.4	9.1	6.4	9.8	5.9	3.4	-3.9	-0.5
農村部	70.7	67.1	56.8	-3.6	-10.3	-13.9	31.6	24.1	16.3	-7.5	-7.8	-15.3
中央部												
都市部	49.2	39.4	37.6	-9.8	-1.8	-11.6	15.3	12.2	11.1	-3.1	-1.1	-4.2
農村部	84.7	74	75.1	-10.7	1.1	-9.6	47.6	32.7	38.4	-14.9	5.7	-9.2
大西洋沿岸部												
都市部	35.5	44.4	43	8.9	-1.4	7.5	7.9	17	13.1	9.1	-3.9	5.2
農村部	83.6	79.3	76.7	-4.3	-2.6	-6.9	30.3	41.4	26.9	11.1	-14.5	-3.4

出典：ニカラグアEMNV1993, 1998, 2001 (a) 地域別県：マナグアはマナグア都市部農村部含む。太平洋沿岸部はチナンデガ、レオン、グラナダ、カラソ、リーバス含む。中央部はヌエバ・セゴビア、ヒノテガ、大西洋沿岸部はリオ・サン・ファン含む。(b) ニカラグアの1998年の人口分布は、マナグア27.7%、太平洋都市部19.7%、太平洋農村部14.1%、中央都市部10.9%。

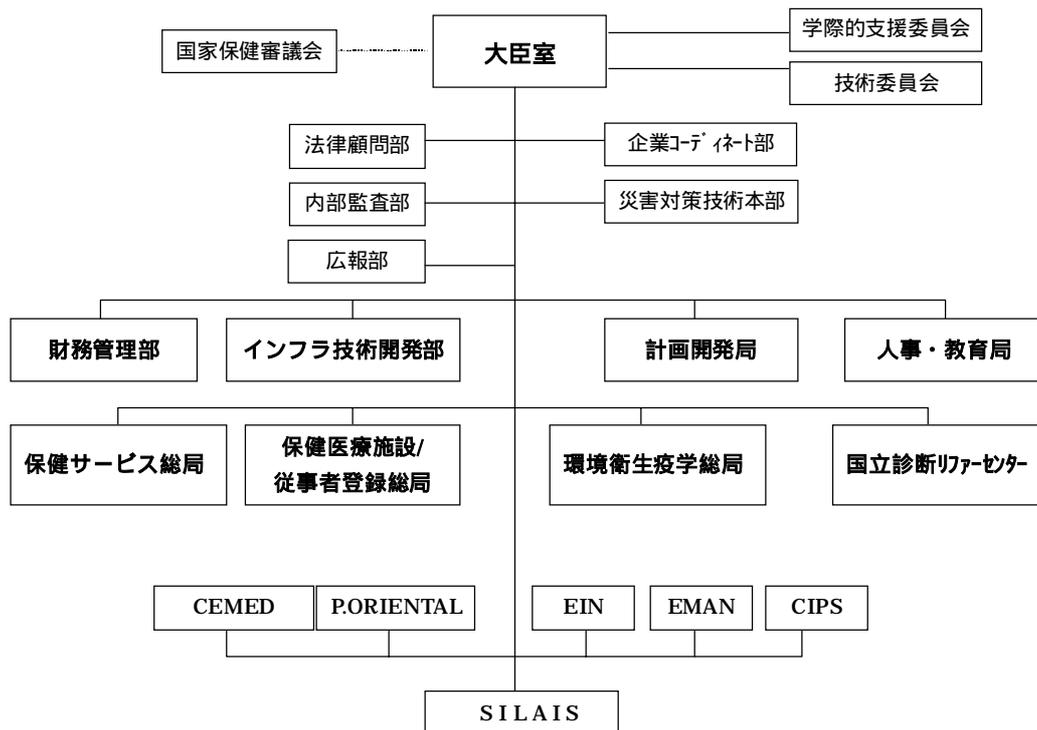
出典：Nicaragua Poverty Assessment, Raising Welfare and Reducing Vulnerability, 2003, p5

2.2 . 当該国の保健分野全体の概況

2.2.1 . 保健省組織

現在、保健省は、大臣、副大臣、事務次官からなる大臣室を筆頭とする管理体制にある。各局、各県保健局(SILAIS)は大臣室の下に置かれる。この保健省内の構造は法的に定められたものであり、2001年の政令発布以降変更はない。しかし、より効果的・効率的な組織体制を確立するため、また現実に即した構造を確立するために、現在、保健省は組織改編に向けて準備を進めている。2005年度内には保健省内にて組織改編案の最終決定を行った後、国会決議を求めて国会へ本案の提出を行う予定である。

図2-1は現在、法で定められた保健省の組織図を示す。



出典：保健省計画開発局

図2-1 保健省組織図（2005年）

現行の保健行政において、思春期リプロダクティブ・ヘルス分野に関する業務を実施するのは、一次医療局（組織図上、保健サービス総局の中の部局）及びSILAISである。組織図上ではSILAISは大臣室直轄であるが、その業務の性質上、一次医療局が管理指導する。

2.2.2 . 保健セクター財政

2002年から2005年の保健省への予算配分は表2-3の通りである。2002年以降の予算額全体及び保健省予算は増加傾向を示す。また保健省の国家予算全体に占める割合も2005年には15%を超え、過去4年間で最高となっている。

表2-3 保健省予算配分2002年～2005年

1 US\$ = 16.33コルドバ（2005年4月現在）

	2002	2003	2004	2005
国家予算額	12,787,342,676	13,685,642,827	15,676,142,197	15,785,536,819
保健省予算額(C\$)	1532245596	1,828,043,861	1,994,697,047	2,401,155,415
%	12.0%	13.4%	12.7%	15.2%

出典：二国国家資産・金融省データより算出

2005年の国家予算の配分の詳細については表2-4に示す通りである。2005年の国家予算は約157.9億コルドバで、保健省への予算配分は15.2%と地方機関及び他の公的組織への分配に次いで大きい。このことから、国家予算配分において保健省の優先度が高いことがわかる。

表2-4 国家予算配分2005年

予算配分先	2005年度予算	全体支出に占める割合
国会	295,703,222	1.9%
司法高等裁判所	681,343,840	4.3%
高等選挙審議会	191,465,518	1.2%
国家会計監査	111,529,821	0.7%
大統領府	185,490,222	1.2%
内務省	823,684,104	5.2%
外務省	267,026,513	1.7%
国防省	565,369,244	3.6%
国家資産・金融省	77,260,506	0.5%
推進・工業・商業省	193,682,227	1.2%
教育・文化・スポーツ省	2,102,096,870	13.3%
農牧・森林省	417,945,086	2.6%
交通・インフラ省	1,198,512,276	7.6%
保健省	2,401,155,415	15.2%
労働省	86,525,632	0.5%
環境・自然資源省	163,107,700	1.0%
家族省	325,312,868	2.1%
地方機関及び他の公的組織への分配	4,477,333,239	28.4%
一般執務予算	24,875,129	0.2%
市政推進インスティテュート	205,413,086	1.3%
不測事態対応予算	1,000,000	0.0%
公的負債予算	989,704,301	6.3%
国内利子	518,282,384	3.3%
国内手数料	1,247,735	0.0%
国外利子	330,463,307	2.1%
国外手数料	139,710,875	0.9%
支出計	15,785,536,819	

通貨=コルドバ

出典：二国国家資産・金融省データより算出

また、表2-5は保健省の2005年の予算を示す。保健省全体予算は2,215百万コルドバで、通常予算が約74.4%、その他の財源による特別予算が残りの25%強を占める。

予算と主な財源の詳細は、以下の通りである。

表2-5 保健省2005年の主な財源と予算

プログラム	通常予算	特別予算*	合計
中央における活動	391,726,412	9,000,000	400,726,412
中央におけるプロジェクト	0	103,225,113	103,225,113
人への保健サービス	1,249,297,370	454,178,302	1,703,475,672
保健環境サービス	6,728,218	0	6,728,218
計	1,647,752,000	566,403,415	2,214,155,415
借り入れ	1,130,252	47,759,835	48,890,087
使途別借り入れ	100,000,000	0	100,000,000
借り入れ・IDB帳消し分	0	49,346,475	49,346,475
借り入れ・パリ・クラブ帳消し分	417,500,000	4,000,000	421,500,000
対外有償資金協力	0	137,906,798	137,906,798
対外無償資金協力	0	327,390,307	327,390,307

通貨=コルドバ

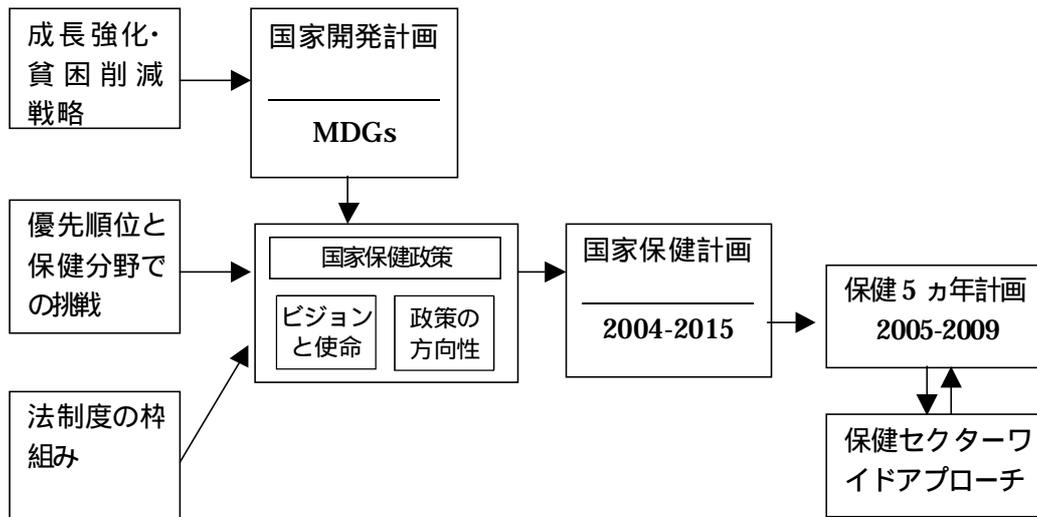
*特別予算には有償資金協力や無償資金協力などを含む。

出典：二国国家資産・金融省

Note：表2-3,2-4の保健省への国家予算配分とは異なるが、いずれも2005年国家資産・金融省の公式データである。

2.2.3 . 成長強化・貧困削減戦略（SGPRS）及び国家保健政策と重点分野

「二」国保健省にとって、重要な戦略、政策、計画は、1)成長強化・貧困削減戦略(SGPRS)、2)国家開発計画、3)国家保健政策2004-2015、4)国家保健計画2004-2015、5)保健5カ年計画2005-2009である。各戦略、政策、計画の位置付けは以下のように図表化される。



出典：保健省計画開発局

図2-2 各戦略、政策、計画の位置付け

「二」国は2001年にSGPRSを策定し、重要な国家戦略として位置づけている。SGPRSでは、(1)農村開発に伴う雇用の創出による経済成長と構造改革、(2)貧困層の人的資源への投資と教育の普及、(3)自然災害、身体的、家庭的問題からの社会的弱者層の保護、(4) グッド・ガバナンスと行政組織強化を基本戦略に、経済発展と貧困削減を図ることを目指す。

特に保健分野においては、リプロダクティブ・エイジにある女性、思春期の若者、子どもを主な対象とし、一次レベルの保健医療の強化を目指し、2005年を国家目標年と定め、1) 妊産婦死亡率（MMR）の減少、2) 乳児死亡率（IMR）及び5歳未満児死亡率（U5MR）の減少、

3) リプロダクティブ・ヘルス・ケアへのアクセス改善を目標に、中間指標を定めている。上位目標と中間指標は以下の通りである。

表2-6 SGPRSのゴール、目標値、中間指標マトリックス

国家目標	国家目標年 2005年	中間指標	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	MDGs
妊産婦死亡の減少	妊産婦死亡率が1999年の148/1,000人から129/1,000人に減少する	施設分娩が1999年の47%から62%に増加させる(年平均3,700人の増加2000-2005)	47.0	52.4	54.6	55.9	57.2	59.4	61.7	妊産婦死亡率を2015年には1994年の値から4分の3削減させる。
		妊婦健診率が1999年の71.6%から2005年には86%に増加する(2000-2005年平均3,800件増加)	71.6	78.6	80.6	81.4	82.2	84.3	86.5	
		早期妊婦健診受診率が1999年の31.9%から2005年の44%に増加する(年平均3,400人の増加)	31.9	35.9	37.7	38.9	40.1	41.9	43.8	
		2002年に公立学校の生徒への教育プログラムとノンフォーマルプログラムを開始する。				開始	終了			
乳児死亡、5歳未満児死亡の減少	乳児死亡率が1998年の40/1,000人から32/1,000人に減少する。5歳未満児死亡率が1998年の50/1,000人から37/1,000人に減少する。	1歳未満児の予防接種率が増加する(%): 1d. De BCG 3d antipolio	99.0	99.0	99.0	99.0	99.0	99.0	99.0	乳児死亡率、5歳未満児死亡率を2015年には1994年の値から3分の2削減させる。
		3d 5-in-1	91.0	91.0	91.0	92.0	93.0	94.0	94.5	
		7.0	90.0	90.0	91.0	92.0	93.0	94.0		
		5歳未満児のポリオ予防接種率が1998年の83.3%から2004年には94%に増加する(EMNVによる指標入手)	83.8	(1998)	92.5			94.0		
		5歳未満児の下痢症の発症が1998年の21.9%から2004年には16%に減少する。	21.9		19.0			16.2		
5歳未満児ARI発症率が1998年の27.3%から2004年には20.8%に減少する(指標データ入手はEMNV)	27.3	(1998)	24.0			20.8				

リプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセス	15-19歳のパートナーを持つ女性の家族計画サービス・アンメット・ニーズが1998年の27.1%から24.8%に減少する。 20-24歳のパートナーを持つ女性の家族計画サービス・アンメット・ニーズが1998年の19.7%から18%に減少する。	1998年には27.1%だった15-19歳のパートナーを持つ女性の家族計画サービス・アンメット・ニーズが2001年には26.1%、2005年には24.8%に減少する。	27.1 (1998)		26.1				24.8	適正年齢にあるすべての個人にリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセスを準備する。
		1998年には19.7%だった20-24歳のパートナーを持つ女性の家族計画サービス・アンメット・ニーズが2001年には18.9%、2005年には18%に減少する。	19.7 (1998)		18.9				18.0	
		子育て期にある女性のリプロダクティブ・ヘルス・ケア・サービスへのアクセスの割合が1999年の21%から2005年には23%に増加する (2000-2005年の年平均14,000人増加)	21.0	21.0	22.0	22.0	23.0	23.0	23.0	
		公立学校の生徒への教育プログラム及びノンフォーマル教育プログラムが2002年に開始する。				導入	終了			

出典：成長強化・貧困削減戦略（2001）

その後、SGPRPで掲げた目標に関するモニタリング・評価を行う過程において、「二」国政府は、経済成長の強化の重要性を再認識し、国家開発計画を策定するに至った。国家開発計画は、経済開発の推進、包括的かつ持続性のある社会政策の推進、インフラ整備、地域の潜在的ニーズとマージナライゼーションの公平化、公的資金支出の新アプローチの推進、組織・制度改革の推進を重点項目に置く。

重点項目である包括的かつ持続性のある社会政策の推進においては、統合性、持続性、地域性、社会的弱者に配慮した上で、参加型による対応や地方分権化、市政強化、公平性を基本方針としている。また、貧困削減や社会的弱者の保護、社会セクター政策（教育、保健、社会的保護、住宅政策）に力点を置いている。

保健分野における課題としては、妊産婦死亡、乳児死亡、急性呼吸器感染症（ARI）、寄生虫、ベクター媒介感染症、性感染症（STI）の増加等を挙げている。また、保健サービスの視点からは、保健サービスのアクセスビリティと質、予防と治療活動のバランスを課題として挙げている。これらの改善のために1) 保健サービスのアクセスと質の改善、2) 予防のための家庭における習慣の改善、3) 保健セクター近代化を掲げている。

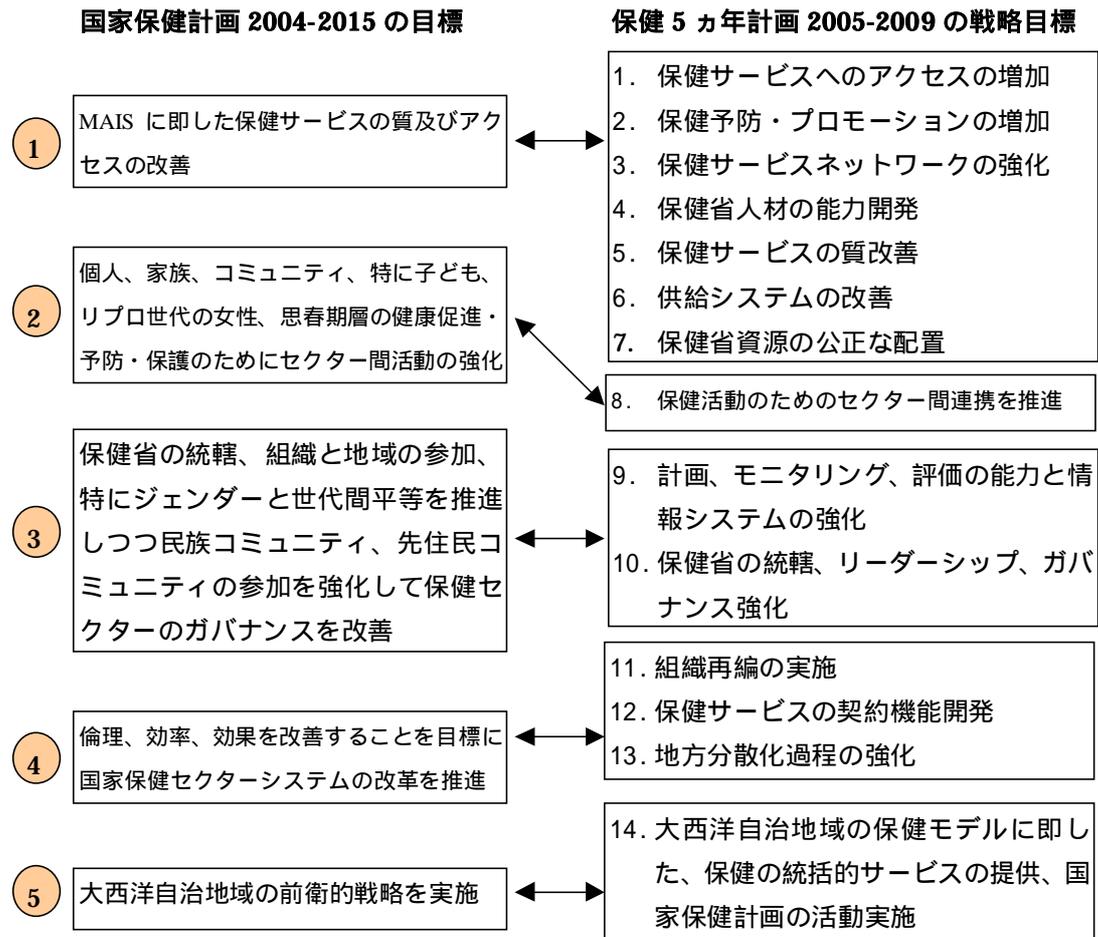
国家保健政策2004-2015は、上記の国家開発計画で策定された保健分野における基本政針に沿って、ミレニアム開発目標（MDGs）の目標値達成のための施策を再考した。

本政策では、貧困・最貧困層の多いRAAN、RAAS、ヒノテガ、リオ・サン・ファン、チョンタレス、ヌエバ・セゴビア、マドリス、チナンデガを重点地域と定め、また優先度の高い課題として妊産婦死亡、感染症、精神病、暴力を挙げている。特に、これら課題の解決にあたってはジェンダーの視点の重要性を挙げており、他セクターとの連携が重要視されている。社会的弱者としてケアを必要とするグループとしては、女性と子ども、思春期の若者を挙げている。特に、思春期の若者に関しては、若年妊娠や薬物使用、アルコール中毒、自殺、性的ハラスメント、STI/HIV/AIDSなどに関連して社会的弱者として捉えられている。

国家保健計画2004-2015では、国家保健政策で策定された重点7項目を整理し直し、5項目に重点の絞り込みを行った。国家保健計画2004-2015の重点5項目は以下の通り。

- 1) 保健統合ケアモデル（MAIS）に則った保健サービスの質及びアクセスの改善
- 2) 個人、家族、コミュニティ、特に子ども、リプロダクティブ・エイジの女性、思春期の若者を対象とした健康促進・予防・保護に関するセクター間活動の強化
- 3) 保健省の統轄、組織と地域の参加、特にジェンダーと世代間平等を推進しつつ民族コミュニティ、先住民コミュニティの参加を強化した保健セクターのガバナンスの改善
- 4) 倫理、効率、効果を改善することを目標にした国家保健セクターシステムの改革の推進
- 5) 大西洋自治地域の前衛的戦略の実施

保健5ヵ年計画では、政策、計画に沿って財源を確保、戦略を展開することを目的とする。保健5ヵ年計画と国家保健計画2004-2015との整合性は図2-3に示す。



出典：保健 5 カ年計画

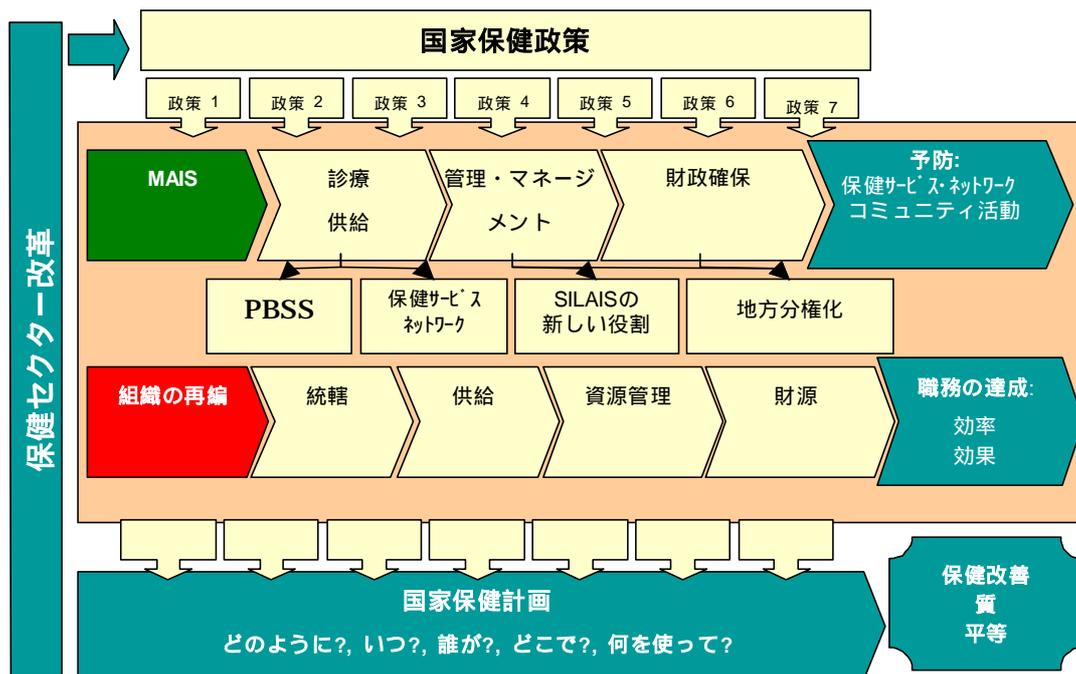
図2-3 国家保健計画と保健 5 カ年計画の整合性

国家保健政策を実施するために、現在保健省は、保健統合ケア・モデル（MAIS）と、保健サービス基礎パッケージ（PBSS）を検討中である。

MAISは、すべてのニカラグア国民の生涯にわたる健康を保障するために、一次および高次レベルにおける診療に関するさまざまな規範等を示している。また、個人、家庭、地域に対する予防、プロモーション、リハビリテーションの活動についても明記している。

特に、農村部や貧困者といった社会的弱者に対して公正に統合保健サービスを提供するための戦略としてPBSSが位置づけられている。

図2-4に、国家保健政策、国家保健計画、MAIS、PBSSの関係を示す。



出典：保健省計画開発局

図2-4 MAISとPBSSの位置付け

2.3 . 日本の取り組み

日本の「ニ」国に対する協力は、外務省対ニカラグア国別援助計画に基づく。外務省対ニカラグア国別援助計画は、1994年及び1997年に派遣された政策評議団と「ニ」国政府の協議の結果、(1)社会開発・貧困政策、(2)社会インフラ、(3)経済インフラ、(4)環境、(5)民主化・経済安定化支援の5つの援助重点分野が合意され、その後、1999年のハリケーン・ミッチ被災後の政策協議により(6)防災が加わり、2002年に策定された。

2002年に改定されたJICA国別事業実施計画によれば、JICAによる支援は上記6分野の中でも技術移転としての成果が期待できる(1)農業・農村開発、(2)保健・医療、(3)教育、(4)防災の4分野を優先し、貧困削減や雇用創出を目的に協力を行うこととしている。

特に保健・医療分野では、保健医療システムの充実により、保健医療サービスにアクセスが困難な国民が身近に医療を享受できる環境作りを目指す⁶。(1)地域住民への保健衛生教育による病気予防と環境保全、(2)プライマリーケアの充実とアクセスの確保、(3)上水道開発・普及に伴う衛生環境の向上を協力の重点に、以下の協力を実施してきている。

⁶ 平成14年度版JICA国別事業実施計画、ニカラグア国

表2-7 日本の保健分野における協力

期間	協力スキーム	実施協力名	供与額
1991-1992	無償資金協力	医療機材整備計画	9.93億円*
1996-1997	無償資金協力	グラナダ病院建設	17.63億円*
1998	無償資金協力	児童保健強化計画I	9.57億円*
2000	無償資金協力	児童保健強化計画II	4.86億円*
2000-2004	技術協力プロジェクト	グラナダ地域保健強化プロジェクト	
2001-2003	無償資金協力	大西洋側地域医療センター - 整備計画	11.15億円**
2004	無償資金協力	児童保健強化計画III	4.3億円*
2004(E/N)	無償資金協力	西部2県保健医療センター整備計画	8.28億円*
2004	無償資金協力	看護教育機材整備計画	2.42億円

出典：*外務省ホームページ、ODA白書1997,2000

**JICAニカラグア駐在員事務所 事務所概要

さらに2005年度には無償資金協力によるボアコ県病院建設計画実施に向けての調査が予定されている。

また、青年海外協力隊は2004年12月現在60人、シニア・ボランティアが4名派遣されており、うち7名が看護師など保健分野に関わる協力を行っている。このうち上記他スキームとの連携に関しては、無償資金協力にて老朽化した病院を再建設した「日本ニカラグア友好病院」に、2003年7月より薬剤師（協力隊員）が1名、2004年4月より臨床検査技師（協力隊員）が1名派遣されているほか、栄養士の隊員の要請も挙げられている。また、グラナダ県におけるグラナダ地域保健強化プロジェクトが終了したが、同プロジェクトの地域における青少年活動の推進者として平成16年度春募集で4名の隊員が要請され、2005年に派遣される予定である。

2.4. 他ドナーの取り組み

他ドナーは、これまで思春期リプロダクティブ・ヘルスに関連したさまざまな支援を行ってきた。主な国際機関と二国間ドナーは、国連人口基金（UNFPA）、世界保健機構（WHO/PAHO）、国連児童基金（UNICEF）、世界銀行（WB）、米国国際開発庁（USAID）、ドイツ技術協力公社（GTZ）、ルクセンブルグなどである。しかし、現在ニカラグアにおける保健分野への支援は過渡期にあり、1990年代～2000年頃に開始したプロジェクトは終了時を迎える。特に、UNFPAの国家リプロダクティブ・ヘルス・プログラム（PNSSR）、GTZの女性の統合保健推進プロジェクト（PROSIM）、ルクセンブルクのMACARIプロジェクトは思春期リプロダクティブ・ヘルスに関連した活動を支援してきたが、既に終了することが決定している。未だリプロダクティブ・ヘルスに関して高いニーズを有する「ニ」国にとって、極めて厳しい状況である。

また、国際機関に関しては、世界銀行（WB）と米州開発銀行（IDB）が保健セクター近代化プログラムの中で、妊産婦死亡と乳児死亡の低減に取り組む母子保健への支援を行ってきたが、2005年6月に終了する。現在フェーズ2が準備されている最中である。次期フェーズは、WB、IDB、スウェーデン、フィンランド、オランダによるセクターワイドアプローチ（SWAp）で実施される。UNFPAは、英国国際開発省（DfID）、カナダ国際開発庁（CIDA）、ノルウェー開発協力庁（NORAD）などからの支援を得て、サブ・セクターに特化したミニSWApとして国家リプロダクティブ・ヘルス・プログラム（PNSSR）を実施し、政策策定やパイロットとしてのデモンストレーション・プロジェクトを展開してきたが、PNSSRは2005年に終了を予定している。今後、UNFPAはルクセンブルクとの連携により、主に緊急産科ケアに焦点を当てたプロジェクトを行う予定である。WHO/PAHOは、現在、STI/HIV/AIDS、思春期関連のプログラムとして、モニタリング・コントロール、予防・プロモーションに重点を置いた支援を実施している。特に、今年からは「強い家族（Familia Fuerte）」というプロジェクトを実施し、家庭内暴力への取り組みも試験的に行う。UNICEFはヌエバ・セゴビア、エステリ、マドリス、大西洋自治地域を対象に、思春期リプロダクティブ・ヘルスとHIV/AIDS予防を重点的に支援する他、教育・文化・スポーツ省（MECD）と連携して「フレンドリーな学校」プロジェクトを実施する。

二国間支援に関しては、USAIDが、ヒノテガ県、マタガルパ県など貧困比率の高い山岳地域を重点対象地域とし、保健サービスの質の向上、保健サービスのマネジメント強化、リプロダクティブ・ヘルス分野におけるプロモーションの強化について、ローカルNGOを活用した支援を行う。GTZは2001年より実施しているPROSIMにおいて、質の改善、思春期の若者の健康推進、HIV/AIDS予防を重点的に支援しているが、2005年8月にプロジェクトは終了する。ルクセンブルグは、MACARIプロジェクトをマサヤ県、カラソ県、リーバス県で展開し、保健省及びSILAISの計画を全面的に支援した。また、思春期リプロダクティブ・ヘルスに関してもSILAISの枠組みの中で支援を行う。本プロジェクトは2005年に終了するが、同様の支援を継続する方向で準備を進めている。

他ドナーにより行われる具体的な支援は以下の通り。

表2-8 他ドナーの主な協力

	保健分野における主な支援	思春期リプロダクティブ・ヘルスに関連する主な戦略・活動	対象地域
UNFPA	<p>セクターに特化したミSWAp (CIDA、NORAD、DfID、コロンビア、ビルゲイ財団)</p> <p>1)リプロダクティブ・ヘルス 2)人口・開発戦略 3)アドボカシー 4)コーディネーションとプログラム支援</p>	<p>思春期の若者の自己予防習慣の増加と質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセス増加、思春期向けの性とリプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供と質の改善、避妊具の供給システム支援</p>	ヒナカ、マカ、RAAN
WHO/PAHO	<p>1) 一次医療 2) 保健分野における不平等と疎外 3) 保健と病気の決定要因 4) 保健能力とインフォメーション・システム改善</p>	<p>STI/HIV/AIDS及び思春期関連のプログラムでは、モニタリング・コントロール、予防・プロモーションに重点を置き支援</p> <p>MINSA、市役所と連携して「強い家族」(Familia Fuerte)プロジェクトが2005年より実施されるが、テーマは主に家庭内暴力を取り扱い、当初はマナグアを対象地域としファミリーテーターを研修し、SILAISとコミュニティでの活動を担う人材を養成する。</p>	<p>全国 Familia Fuerte: マナグア</p>
UNICEF	<p>保健省中央及び地方レベルの組織強化</p> <p>1)ポリシー策定と実施 2)安全な出産イニシアティブ 3)IMCI (小児疾患の包括的管理) 4)EPI (予防接種拡大プログラム) 5)特に思春期の若者への情報提供を通じた妊娠・STI/HIV/AIDS感染の予防 6)PROSILAISフェーズIII(既に終了)</p>	<p>リプロダクティブ・ヘルス分野では思春期とHIV/AIDSの2コンポーネントがある。思春期のコンポーネントでは、妊娠、HIV/AIDSなどのテーマを中心に予防活動を展開。特に思春期リプロダクティブ・ヘルスを扱う中でHIV/AIDSは重点分野である。</p>	ヌエバ・セゴビア、エステリ、マドリス、大西洋自治地域
世界銀行/IDB	<p>保健セクター近代化プログラムフェーズI</p> <p>1)プライマリー・ヘルス・ケア 2)病院機能の近代化 3)保健省行政強化 4)社会保障システムの近代化</p>	<p>思春期を対象を絞っていないが、1)プライマリー・ヘルス・ケアにおいてSILAISを強化するとともに母子保健(妊産婦死亡・乳児死亡)改善を図る中で思春期妊産婦も支援</p>	貧困地域48市
USAID	<p>1) 情報システム改善、2) 質の改善、3) 避妊具配布、4) 自然避妊法普及 5) PASMO、6) PASCAの6つのプロジェクトを展開。</p>	<p>特に思春期を対象としていないが、左記プロジェクトの対象に思春期の若者を含む</p>	ヒナカ、マカ、等山岳地域中心
GTZ	<p>PROSIMプロジェクトを通じた支援</p> <p>1)質の改善 2)思春期の若者の健康推進 3)HIV/AIDS 4)健康と病気の要因 5)情報・衛生能力実施 6)子宮ガン健診</p>	<p>思春期の若者の健康推進では、予防活動を中心に青少年クラブへの研修、教材支援</p>	マナグア、チナンデガ、レオン、リーバス
Lux - Development	<p>MACARIプロジェクトによる対象SILAIS(3県)への包括的支援</p>	<p>SILAISが実施する思春期の若者を対象とした活動への包括的な支援(研修、教材、機材など)</p>	マサヤ、カラソ、リーバス
Finland	<p>SARED (リプロダクティブ・ヘルス、平等、権利)プロジェクト</p>	<p>サ・グループのニーズに沿ったIEC活動とSRH統合サービス推進のためコミュニティ・組織のネットワーク確立支援</p>	カリ、フォンラス、RAAS
CIDA	<p>1)赤十字、2) 大学との連携による遠隔教育、3)PNSSR支援</p>	<p>国家リプロダクティブ・ヘルスプログラムを支援。主にPBSS作成に支援したが、2005年3月のプログラム終了時に支援終了を予定</p>	保健省中央レベル

出典：調査団作成

3. 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の概況

3.1. 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の現状

3.1.1. 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野戦略

思春期リプロダクティブ・ヘルス分野における基本方針・戦略は、上位政策・計画のフレームワークに沿って策定されたリプロダクティブ・ヘルス政策・計画に従う。1) 国家人口政策のための活動計画 (Plan de Acción de la Política Nacional de Población 2001-2005)、2) 政策宣言：保健セクター・リフォームにおける性とリプロダクティブ・ヘルス国家プログラムに向けて (Declaración de Políticas: Hacia un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva dentro de la Reforma del Sector Salud)、3) 家庭内暴力予防のための国家計画 (Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intra-Familiar y Sexual) は、リプロダクティブ・ヘルスに関連して特に重要である。

1) 国家人口政策のための活動計画 (Plan de Acción de la Política Nacional de Población 2001-2005)

本計画の3本柱は、(1)人口と性についての教育、(2)性とリプロダクティブ・ヘルス、(3)人口配分である。特に農村部の社会的弱者、サービスへのアクセスの悪い地域、最貧困層を優先する。特に教育へのアプローチの一環として、保健省(MINSA)と教育・文化・スポーツ省(MECD)は、教師の研修、性とリプロダクティブ・ヘルスに関するテーマに協力することで合意した。しかし、MECD中央における保守的な方針から、性とリプロダクティブ・ヘルスに関する組織的な連携の進捗は遅いが、県及び市における現場レベルでは連携しているケースが多く見られる。

2) 政策宣言：保健セクター・リフォームにおける性とリプロダクティブ・ヘルス国家プログラムに向けて (Declaración de Políticas: Hacia un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva dentro de la Reforma del Sector Salud)

この政策宣言は、成人男女と思春期のための性とリプロダクティブ・ヘルス統合ケアを提唱する。この宣言の後、リプロダクティブ・ヘルス分野国家戦略 (Estrategia Nacional de Salud Reproductiva)が策定され、これまでの個人を対象とした診療から、社会的責任と人間開発に焦点を当て、グループを対象に包括的なプロセスを採ることを掲げ、リプロダクティブ・ヘルスのコンポーネントとして、(1)安全な妊娠・出産、(2)安全な避妊、(3)STI/HIV/AIDS、(4)生殖器官の癌、(5)不妊治療、(6)暴力を定める。リプロダクティブ・ヘルス分野国家戦略 (Estrategia Nacional de Salud Reproductiva)の基本概念は、リプロダクティブ・ヘルス分野の活動指針として活用されているが、現在のところ戦略ペーパーは配布用に印刷されておらず、現場で活用されるに至っていない。

3) 家庭内暴力予防のための国家計画 (Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intra-Familiar y Sexual)

暴力の加害者及び被害者に働きかけて、ジェンダー暴力への予防とケアのための統合システムの確立・強化を目的とする。民間、公的機関との連携及びセクター間の連携を通じて、ジェンダー問題に基礎を置く暴力の予防、発見、ケア、懲罰、組織開発を目指す。

3.1.2 . 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の課題

「ニ」国では、思春期の若者の人口は総人口の23.5%を占める。表3-1に見られるように、中米地域は全世界的に見て15歳から19歳の女性1,000人当たりの出産が多い。その中米地域においても「ニ」国は特に高い値を示す。特に農村部思春期層・若者の出生率は都市部のそれを60%以上上回るとの報告もある。

表3-1 15～19歳の女性1,000人当たりの出産

	アフリカ	アジア	アラブ諸国	ラテン・アメリカ及びカリブ地域	中米地域	コスタリカ	エル・サルバドル	グアテマラ	ホンジュラス	ニカラグア	パナマ
15-19歳の女性1,000人当たり出生	107	35	48	72	76	78	87	111	103	135	89

出典：The State of World Population, 2004, UNFPA

表3-2に示すとおり、思春期層の出産登録数が出産登録総数に占める割合は2001年以降減少傾向にあるが、10歳から14歳の出産登録数は2002年以降増加しており、初交年齢の低年齢化が進んでいるといえよう。2004年の疫学局のデータによれば、初交年齢は男性の8割以上が18歳以下、女性の5割弱が18歳以下との報告もある（図3-1）。

また、「ニ」国においては、2003年の妊産婦死亡総数100件⁷のうち、34件⁸が思春期層の妊娠であり、妊産婦死亡減少の目標を掲げる「ニ」国にとって、思春期の若者のリプロダクティブ・ヘルスは重要な課題である。

表3-2 思春期層出産登録の割合（2001-2004）

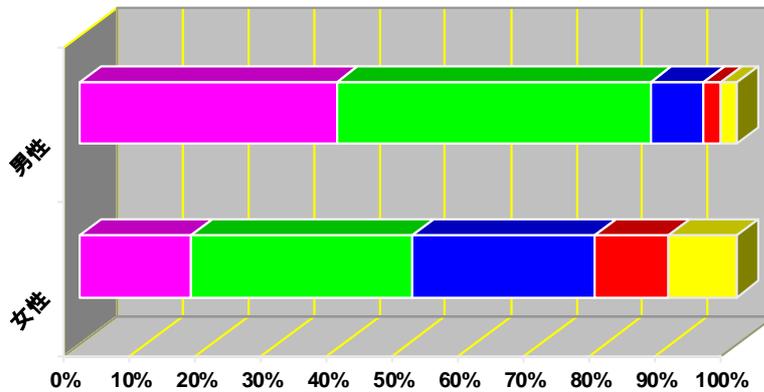
	10歳未満	10-14歳		15-19歳		10-19歳		出産総数
		出産数	全体に占める割合	出産数	全体に占める割合	出産数	全体に占める割合	
2001	0	1,170	0.96%	34,537	28.47%	35,707	29.43%	121,310
2002	0	1,033	0.85%	33,150	27.32%	34,183	28.17%	121,361
2003	2	1,130	0.94%	31,813	26.36%	32,943	27.29%	120,704
2004	1	1,285	1.18%	29,458	26.98%	30,743	28.16%	109,189

出典：保健省計画開発局統計課データより算出

⁷ 2003年保健省計画開発局統計課

⁸ Promoviendo la Salud en Nicaragua, OPS, 2004 データ出典は2003年保健省

■ 15歳以下 ■ 18歳以下 ■ 20歳以下 ■ 22歳以下 ■ 25歳以下



出典：疫病モニタリング・コントロール、STI/HIV/AIDS、2004年、保健省疫学局STI/HIV/AIDSプログラム

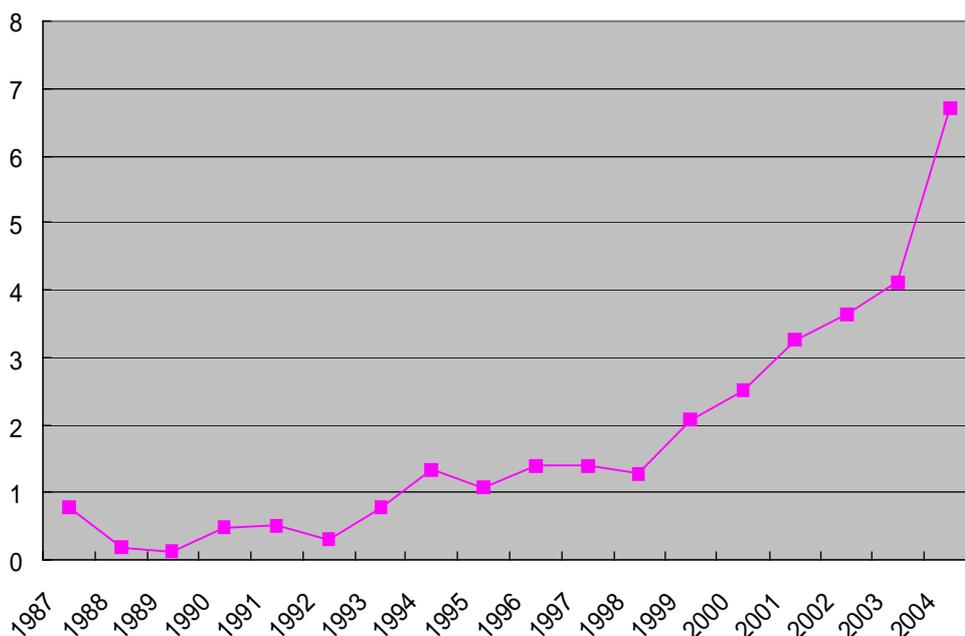
図3-1 初交年齢

また、初交年齢の低年齢化が進んでいるにも関わらず、思春期の若者に正しい知識は浸透していない。15～19歳の思春期層の半数近くが性交渉を持つにもかかわらず、避妊具を使用しておらず⁹、性感染症への感染も見られる。特に15～24歳の男女に多く見られる性感染症は、淋病による尿道疾患であり、コンジロームと梅毒が続く。HIV/AIDSについては、現在「ニ」国全体において感染数は累計1607件と他の中米諸国に比べて少なく、同様に思春期層の感染報告も累計124件¹⁰と少ないが、性産業従事者の40%が18歳以下であるとの報告もあり¹¹、「ニ」国の観光産業化、国内外での出稼ぎ労働、貧困などを背景に今後の感染率上昇が懸念されている。実際、年間報告数は1999年以降急激に増加しており、現在、1990年代初めに比して10年で約10倍になった。男女比は累積症例では3：1であるが、近年急激に1：1に近づいている。HIV陽性妊婦は2004年までの累積症例で60件、その25%は15歳から19歳の思春期の妊婦である。

⁹ Política Nacional de Salud,p12

¹⁰ 疫病モニタリング・コントロール、STI/HIV/AIDS,2004年、保健省疫学局STI/HIV/AIDSプログラム

¹¹ Plan Nacional para la prevencion de la violencia intrafamiliar y sexual,2001,TESISアソシエーションによる調査より引用



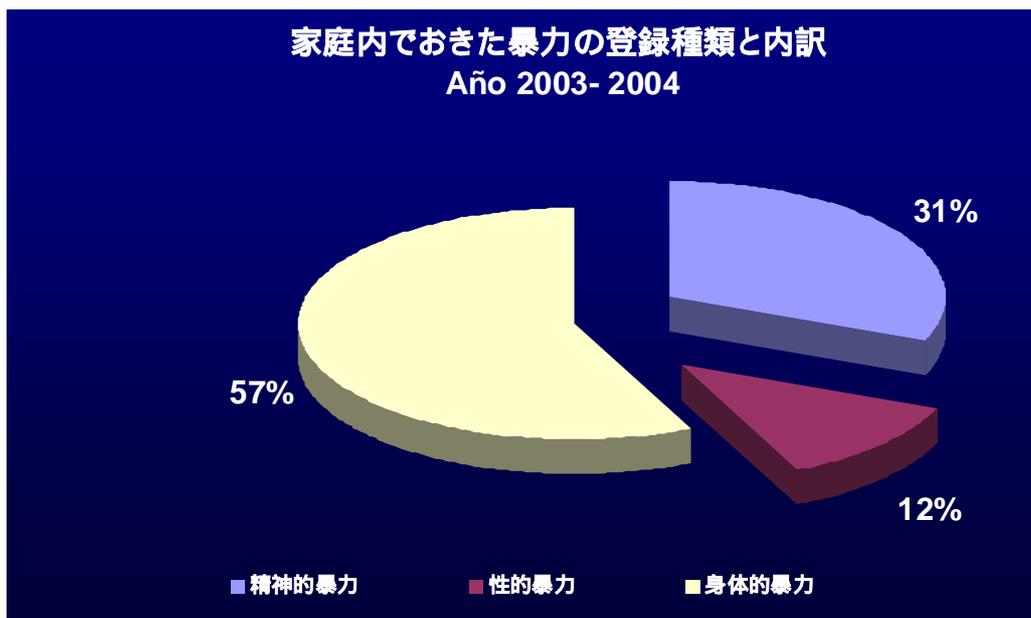
出典：疫病モニタリング・コントロール、STI/HIV/AIDS、2004年、保健省疫学局STI/HIV/AIDSプログラム

図3-2 HIV/AIDS感染率（100,000人当たり）（1987-2004）

暴力は社会・経済的な背景の異なるサブ・グループに関係なく起きている。しかし、家庭の中で起きるほとんどの暴力は警察に届けられることなく、保健施設で治療を受けることもないため、公の事実として捕らえることが難しい状況にある。1998年に実施されたアンケート調査（ENDESA）によれば、29%の女性がパートナーによる性的・身体的暴力を経験しており、そのうちの36%は妊娠中であったと答えている。また、犯罪の被害者の10%は18歳以下であり、42.7%は女性と少女であることも報告されている。犯罪の多くは、傷害と婦女暴行を含む性的暴力である¹²。

また、年齢による分析はなされていないが、2003年から2004年に登録されている家庭内での暴力被害の内訳は、身体的暴力が57%と最も多く、次いで31%が精神的暴力、12%が性的暴力である。

¹² Plan Nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual, 2001, 1999年国家警察データより引用



出典：Levantamiento de Fuentes de Registro de la Violencia Intrafamiliar en el Ministerio de Salud

図3-3 家庭内でおきた暴力の登録種類と内訳（2003-2004年）

3.1.3 . モニタリング・評価実施体制

思春期リプロダクティブ・ヘルスに関するモニタリング・評価は、一次医療局が担当する。一次医療局の下には女性の統合ケア及び思春期の統合ケアを担当する部署が存在し、思春期リプロダクティブ・ヘルス分野のモニタリング・評価は本部署が担当する。また、ミニSwap国家リプロダクティブヘルス・プログラムが保健省一次医療局内において一部署としての機能も果たしている。また、SWApの枠組みに入らないドナーも含め、ドナーによるリプロダクティブ・ヘルスに関連する協力の実施やモニタリングに関与し、他の部署との連携を図っている。

指標に関わる統計データについては、既存の保健省統計システムに加えSIMINSAというシステムが存在する。それぞれのシステムにおける情報は同じだが、既存の保健省統計システムが各レベルでのデータ入力を必要としたのに対し、SIMINSAでは各市、県に同システムを導入し、各レベルで入力された統計データが中央で一括して管理できるシステムになっている。しかし、実際には同システムには問題が多く、完全に機能するには至っておらず、既存保健省統計システムとSIMINSA両方を利用している状況である。また、HIV/AIDS関連のデータについては、もともとプライバシーや人権の問題から、通常の統計システムの中で取り扱われてこなかった背景から、現在も疫学局STI/HIV/AIDSプログラムの中でデータ収集・分析が行われている。

その他、モニタリング指標については、一次医療局でMDGsの関連指標データを収集し、計画開発局で取りまとめを行っている。また、2005年には保健5ヵ年計画が策定され、2005年からはMDGs指標データに加えこれらの指標データが収集される。保健5ヵ年計画に定められる思春期リプロダクティブ・ヘルス関連の指標と目標値は以下に示すとおりである。しかし、下記指標に見られるように思春期の若者についてのデータはほとんど収集されない。現在一次医

療局下の女性の統合ケア及び思春期の統合ケア担当部署が思春期の若者の指標データの収集を目指しており、各県から思春期に関する報告書の提出を求めているが、全国レベルで同じ指標をとるようなシステム化は今のところ整備されていない。

表3-3 保健5ヵ年計画2005-2009におけるリプロ関連インパクト、国家目標、成果指標のマトリックス

インパクト	国家目標	成果指標	人口	2003年 現状	目標値					
					2005	2006	2007	2008	2009	2010
乳児死亡、栄養不良、感染症、特にHIV/AIDSの問題などの優先課題について、貧困・最貧困層への対応能力を高めることによりニカラグア全体の健康を向上させる	保健の平等化により、健康状況の悪い国民の妊産婦死亡率、乳児死亡率を減少させる	妊産婦死亡率	x100千	96.6	85.0	83.0	75.0	67.0	65.0	63.0
		乳児死亡率	x1000	33.0	31.0	31.0	31.0	31.0	30.0	29.0
		5歳未満児死亡率	x1000	43.0	41.0	40.0	39.0	38.0	37.0	36.0
		5歳未満児の栄養不良率	x100	20.2	17.5	16.5	15.5	14.5	13.5	12.5
		対象人口の早期新生児死亡(1週間以内)								
	感染症とHIV/AIDSの新規感染率を減少傾向にする	淋病感染率	x100千	40.0	42.0	42.0	42.0	42.0	42.0	42.0
		梅毒感染率	x100千	14.7	13.1	13.1	13.1	13.1	13.1	13.1
		15-24歳の若者のHIV感染率		6.2	7.0					
		HIV新規感染率	x100千	4.1	6.2	7.0	7.8	8.5	9.4	10.1
		HIV感染率	x100千	13.8	15.6	16.1	16.6	17.0	17.5	18.0
暴力、事故、障害につながる中毒を抑制、減少傾向に変える	思春期層のドラッグ中毒のケースの割合(%)	%	2.1	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.5	
	思春期層のアルコール中毒のケースの割合(%)	%	1.0	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4	
		AIDS孤児の数	No	443.0	468.0					

出典：保健5ヵ年計画2005-2009

表3-4 保健5ヵ年計画2005-2009におけるリプロ関連戦略目標、大枠、成果指標のマトリックス

戦略目標	大枠	成果指標	人口	2003年 現状	目標値					
					2005	2006	2007	2008	2009	2010
家族、コミュニティ、環境の健康予防・プロモーション・保護を強化しつつ、MAISに即した保健サービスの質とアクセスが向上する大西洋自治地域の保健戦略を実施する	保健サービスへのアクセスを増大する	公的施設分娩のカバー率	ER/MM	50.0	54.6	57.7	60.2	62.6	64.0	66.0
		4回以上の妊婦健診受診率	PFR	53.0	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0
		早期妊婦健診受診率	ER	31.9	36.3	38.0	40.0	42.0	44.0	44.0
		妊婦ケアカバー率	ER	69.6	76.8	78.0	80.0	81.0	83.0	84.2
		1歳以下のBCG予防接種率	ER	93.9	99.0	99.0	99.0	99.0	99.0	99.0
		1歳以下のポリオ予防接種率	ER	86.3	91.0	92.0	93.0	94.0	94.5	96.5
		1歳以下の5種予防接種率	ER	86.0	91.0	92.0	93.0	94.0	94.5	96.5
		1歳以下のMMRカバー率	MM	92.7	93.0	93.5	94.0	94.5	95.0	
		HIV/AIDS感染者の治療へのアクセス率(%)	MM/Rev	7.0	56.6					20.3
		保健サービスの質を改善する	産科性の出血で保健施設で治療を受けた利用者の率(%)	BID	0.53	0.47	0.46	0.46	0.45	0.45
施設分娩で新生児呼吸困難のため病院に運ばれた率(%)	BID		1.6	2%以下	2%以下	2%以下	2%以下	2%以下	2%以下	
病院での帝王切開	MS		25.3	23.0	22.8	22.3	22.0	21.5	21.0	
保健施設で治療を受けた低体重出生の新生児の率(%)	MS		11.7	10.7	10.4	10.0	9.8	9.6	9.4	
リプロ世代女性の安全な避妊具使用率	ENDESA		64.1	65.0	66.0	67.0	68.0	69.0	70.0	
保健予防とプロモーションを増加する	HIV陽性発見	MS	9.3	11.5	12.7	13.8	15	16.2	17.3	
		MS	191	328					463	

出典：保健5ヵ年計画2005-2009

3.2 . 対象2県の思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の概況

3.2.1 . 地域統合保健サービスシステム(SILAIS)の組織

本プロジェクトの対象であるグラナダ県およびボアコ県の県保健局SILAISにおける人材は、以下の表に示すとおりである。ボアコ県の医師は、正規職員以外に社会ファンド、社会サービスという契約による非常勤職員を31名含む。どちらも保健省中央からの予算配分により雇用されているが毎年の予算の保証はなく、県・市ではいつ予算が削減されるかが毎年の懸念事項となっている。

表3-5 グラナダ県職員の数

		医師	正・準看護師	他の職員	合計
グラナダ県	SILAIS	5	3	44	52
	グラダ市	19	52	87	158
	ナダイ市	12	32	61	105
	ティラ市	8	18	16	42
	ティリア市	2	8	16	26
グラダ県合計		46	113	224	383

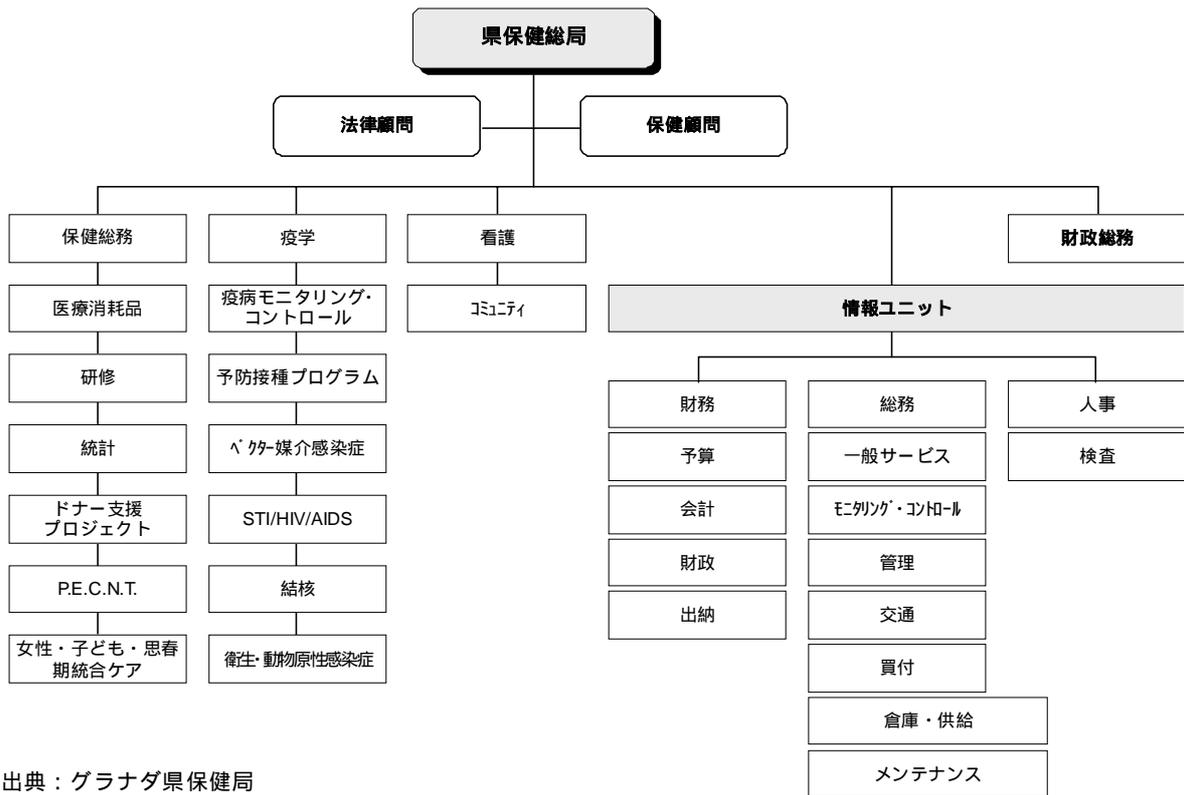
出典：グラナダ県保健局

表3-6 ボアコ県職員の数

		医師（正職員・非常勤含む）	正・準看護師	他の職員	合計
ボアコ県	SILAIS	6	3	30	39
	ボアコ市	15	31	37	83
	カモアパ市	17	19	22	58
	サン・ロソ市	10	21	40	71
	ティステ市	10	11	24	45
	サン・ホセ・デ・ロス・レマテ市	6	7	12	25
	サンタ・ルシア市	4	7	11	22
ボアコ県合計		68	99	176	343

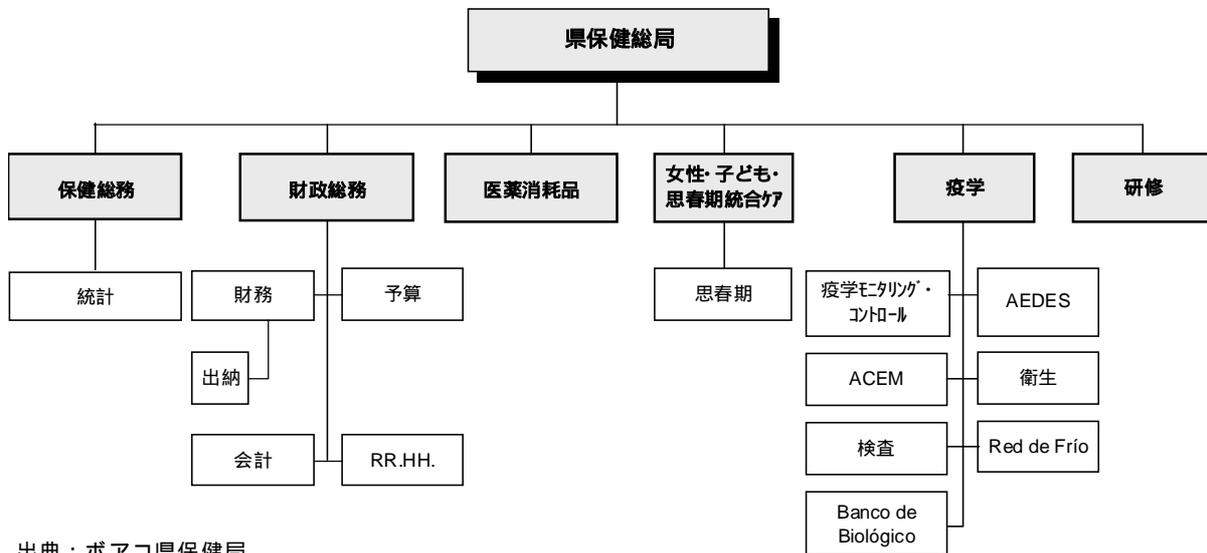
出典：ボアコ県保健局

また、日本側事前調査団が各県・市で行った聞き取り調査によれば、人材不足（特に医師）、財源不足により十分な保健サービスを提供できていないという現状がある。すべての保健ポストに医師を配置できないほか、思春期の若者向け外来サービスを提供することにより、思春期の若者のニーズに即したサービスが行えることを認識しているものの、スペース、人材の問題から実施できないというジレンマがあった。また、アクセスの悪い地域においては、家庭訪問を行うことを必要としているが、交通費等の予算不足から十分な活動が行えていない。各県保健局SILAISの組織図は以下に示す。



出典：グラナダ県保健局

図3-4 グラナダ県SILAIS組織図



出典：ボアコ県保健局

図3-5 ボアコ県SILAIS組織図

3.2.2 . 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の現状

2001年から2004年の思春期の若者の出産の割合は、ボアコ県、グラナダ県ともに27%から30%前後であり、「ニ」国全体とほぼ同様である。2004年のグラナダ県における10～14歳の出産の件数・割合ともに2003年から大きく増加していることは特記すべき事実である。

表3-7 県別思春期出産登録の割合（2001～2004）

		10歳未満	10-14歳		15-19歳		10-19歳		出産総数
			出産数	全体に占める割合	出産数	全体に占める割合	出産数	全体に占める割合	
2001	Boaco	0	31	0.91%	1006	29.43%	1037	30.34%	3,418
	Granada	0	32	0.82%	1108	28.45%	1140	29.27%	3,895
	Nicaragua	0	1,170	0.96%	34,537	28.47%	35,707	29.43%	121,310
2002	Boaco	0	43	1.26%	980	28.73%	1023	29.99%	3,411
	Granada	0	21	0.57%	994	26.79%	1015	27.36%	3,710
	Nicaragua	0	1,033	0.85%	33,150	27.32%	34,183	28.17%	121,361
2003	Boaco	0	31	0.88%	937	26.75%	968	27.63%	3,503
	Granada	0	29	0.80%	970	26.89%	999	27.70%	3,607
	Nicaragua	2	1,130	0.94%	31,813	26.36%	32,943	27.29%	120,704
2004	Boaco	0	23	0.77%	810	26.96%	833	27.72%	3,005.00
	Granada	0	50	1.51%	904	27.22%	954	28.73%	3,321.00
	Nicaragua	1	1,285	1.18%	29,458	26.98%	30,743	28.16%	109,189

Note：出産登録は生後数年間にわたって行われ、日々登録件数は増え続けるため、あくまでも収集日のデータである。
出典：保健省計画開発局統計課データより算出（2001年～2003年は3月10日現在、2004年は3月8日現在データ）

思春期の若者の妊娠はハイリスク妊娠であることが多く、施設分娩が望ましい場合が多いが、2003年データにおいて妊娠全体における自宅分娩に比べ、思春期の妊婦の施設分娩の割合が高くなっている。しかし、ボアコ県では全体的に自宅分娩の割合が高く、平均して4割近くが自宅分娩であり、改善が必要である。

表3-8 グラナダ県市別施設分娩の割合(2003)

	10-14歳			15-19歳			妊娠全体		
	合計	施設分娩	自宅分娩	合計	施設分娩	自宅分娩	合計	施設分娩	自宅分娩
グラナダ県	100%	92.6%	7.4%	92.6%	89.1%	10.6%	100%	86.2%	13.6%
グラナダ市	100%	94.4%	5.6%	94.4%	93.9%	5.9%	100%	91.5%	8.4%
サンタイム市	100%	100.0%	N.A	100.0%	83.6%	15.8%	100%	83.8%	16.0%
ティオモ市	100%	50.0%	50.0%	50.0%	65.7%	25.9%	100%	62.4%	37.3%
ティリア市	100%	100.0%	N.A	100.0%	75.0%	25.0%	100%	69.0%	31.0%

出典：グラナダ県保健局2005年2月現在

表3-9 ポアコ県市別施設分娩の割合(2003)

	10-14歳			15-19歳			妊娠全体		
	合計	施設分娩	自宅分娩	合計	施設分娩	自宅分娩	合計	施設分娩	自宅分娩
ポアコ県	100%	60.7%	39.3%	100%	62.8%	37.0%	100%	60.6%	39.4%
ポアコ市	100%	62.5%	37.5%	100%	65.1%	35.2%	100%	65.3%	35.5%
カモアパ市	100%	45.5%	54.5%	100%	46.6%	52.2%	100%	44.8%	54.2%
サン・ルシア市		100.0%	0.0%	100%	87.8%	12.2%	100%	83.4%	16.6%
サン・ロレンソ市	100%	50.0%	50.0%	100%	75.2%	24.8%	100%	67.6%	31.8%
サン・ホセ・デ・ロス・レメテス市		0.0%	100.0%	100%	54.1%	45.9%	100%	54.6%	45.4%
テウステペ市	100%	100.0%	0.0%	100%	73.6%	26.4%	100%	66.7%	33.3%

出典：ポアコ県保健局2005年2月現在

家族計画については、各県ともに思春期の女性の割合が3割近くを占める一方、男性についてはデータがほとんど取れていない。また、唯一データが取れているポアコ県思春期の男性の家族計画実施数は、女性の10分の1にも満たない。

初回の妊婦健診登録数に占める思春期の若者の割合はグラナダ県37.1%、ポアコ県26.9%である。2004年の思春期の若者の出産の占める割合はそれぞれ28.7%、27.7%であるので、グラナダ県の思春期の妊婦の健診率は高いといえる。他方、妊婦健診の平均受診回数については、グラナダ県では全体で3.8回、思春期層で3.6回と思春期層の方がやや健診回数が少ないことが分かる。ポアコ県では全体で3.6回、思春期層で3.7回と思春期層の平均健診回数が多少上回る。

表3-10 県別思春期リプロダクティブ・ヘルス指標(2004)

指標	全年齢層		思春期青少年層			
	数 (a)	カバー率 または パーセンテージ	各年齢グループの数			全年齢層のケース に対する思春期層 のケースの割合(%) (b)/(a) × 100
			10-14	15-19	10-19 (b)	
家族計画実施女性(登録)						
グラナダ県	5113	10.6%			1520	29.7%
ポアコ県	5863	15%	371	1300	1671	28.5%
家族計画実施男性(登録)						
グラナダ県	NHI				NHI	
ポアコ県			25	125	150	
妊婦健診登録(初回受診の数)						
グラナダ県	3895	58.9%			1446	37.1%
ポアコ県	4218	65%	84	1052	1136	26.9%
妊娠早期(妊娠第1期)の 初回妊婦健診						
グラナダ県	1993	51.2%			NA	
ポアコ県	2112	50.1%	37	566	603	28.6%
(直近の妊娠で)4回以上 の妊婦健診を受けた女性						
グラナダ県	2055	52.8%			NA	
ポアコ県	2271	53.8%	NHI	NHI	NHI	
妊婦健診平均受診回数						
グラナダ県	3.8				3.6	
ポアコ県	3.6		1.3	3.6	3.7	
産後健診						
グラナダ県	2927	49%			853	29.1%
ポアコ県	3810	65%	21	626	647	17.0%

出典：グラナダ県保健局、ポアコ県保健局2005年2月現在

また、暴力については2004年よりデータを取り始めたばかりで思春期の若者のデータとしては纏められていない。グラナダ県に比べボアコ県の暴力登録件数は半数近く少ないが、これはボアコ県各市の聞き取り調査で明らかになったように（表3-11参照）登録の有無の問題も関係し、必ずしも暴力が少ないことを意味しない。グラナダ県の特徴は性的暴力の割合が高いことであり、他方ボアコ県の特徴は身体的暴力の割合が高いことにある。

表3-11 県別暴力の種類とその内訳（2004）

2004	身体的暴力		精神的暴力		性的暴力		暴力合計	
	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
全国	1545	39.0%	1863	47.1%	551	13.9%	3959	100%
グラナダ県	24	30.0%	26	32.5%	30	37.5%	80	100%
ボアコ県	30	65.2%	9	19.6%	7	15.2%	46	100%

出典：2004年保健省計画開発局統計課データより算出

3.2.3 . 思春期リプロダクティブ・ヘルス分野の課題

2004年の妊産婦死亡は、グラナダ県で4件、ボアコ県で3件あった。そのうち思春期層妊産婦死亡についてはグラナダ県のみが入手可能で1件であった。また、2004年の母親年齢別周産期死亡及び後期新生児死亡については、グラナダ県のみデータが入手可能であった。グラナダ県全体での周産期死亡のうち思春期層が占める割合は31.7%と3割強である。

表3-12 グラナダ県母親年齢別周産期死亡及び後期新生児死亡（2004）

妊産婦の年齢	グラナダ市					ナンダイマ市					デリオモ市					ディリア市					県全体				
	MFT	MNP	MP	%	MNT	MFT	MNP	MP	%	MNT	MFT	MNP	MP	%	MNT	MFT	MNP	MP	%	MNT	MFT	MNP	MP	%	MNT
10-14	0	1	1	2.94%	0	0	0	0.00%	0	0	0	0	0.00%	0	0	0	0	0.00%	0	0	1	1	1.67%	0	
15-19	4	9	13	38.24%	1	2	1	3	20.00%	0	2	0	2	20.00%	0	0	0	0.00%	0	8	10	18	30.00%	1	
20-24	3	2	5	14.71%	1	6	0	6	40.00%	0	3	1	4	40.00%	0	1	0	1	100%	0	13	3	16	26.67%	1
25-29	5	2	7	20.59%	0	2	0	2	13.33%	0	0	3	3	30.00%	0	0	0	0	0.00%	0	7	5	12	20.00%	0
30-34	2	3	5	14.71%	0	2	1	3	20.00%	0	1	0	1	10.00%	0	0	0	0	0.00%	0	5	4	9	15.00%	0
35-39	1	0	1	2.94%	1	1	0	1	6.67%	0	0	0	0	0.00%	0	0	0	0	0.00%	0	2	0	2	3.33%	1
40+	1	1	2	5.88%	0	0	0	0	0.00%	0	0	0	0	0.00%	0	0	0	0	0.00%	0	1	1	2	3.33%	0
Total	16	18	34	100%	3	13	2	15	100%	0	6	4	10	100%	0	1	0	1	100%	0	36	24	60	100%	3
10-19	4	10	14	41.18%	1	2	1	3	20.00%	0	2	0	2	20.00%	0	0	0	0	0.00%	0	8	11	19	31.67%	1

MFT：後期胎児死亡 MNP：早期新生児死亡 MP：周産期死亡 MNT：後期新生児死亡

出典：グラナダ県保健局

各県・市において行った聞き取り調査で明らかになった思春期層の主な問題については、以下の表に要約する。

表3-13 県・市別思春期層の主な問題

県	市	主な問題
グラナダ県	県全体	97年以降思春期層の妊娠件数が増加傾向。シングル・マザーも多い。また、暴力、STIのケースも認められており、STIはグラナダ市に多い。
	グラナダ市	思春期層の妊娠が多く、特に早期に健診に来ないこと、妊娠中毒が問題である。暴力については昨年からデータを取り始めたが、現在のところは特に目立ったケースはない。
	ナグアイ市	15-16歳の妊娠が多く妊娠中毒症も多い。女生徒は妊娠すれば学校を辞めなければならない、また学校に行かない場合、多くの17-24歳の女性が縫製工場に働きに行く。これらは青少年の将来を奪うことになり問題である。また、家庭内暴力も存在する。
	ディリ托市	2004年には妊娠総数の34%が思春期層の妊娠であった。また、ドラッグ、アルコールの消費も問題であり、進学などへ影響している。STI/HIV/AIDSについては、今年22歳の若者の感染患者も見つかっている。
	ディリア市	思春期層の妊娠は全体の28-35%を占め、増加傾向にある。STIのケースもある。暴力については、警察に行くが保健医療施設には来ないケースが多い。また、NGOへ行くケースもある。
ボアコ県	県全体	若年妊娠が問題である。特に農村部では女性は12歳位、男性でも15歳位で結婚することが多い。また、思春期層の妊娠ケースでは自殺もあり、性的暴力による妊娠も報告される。文化的背景から避妊具使用への圧力が存在する。思春期外来のサービス提供は2年ほど前から実施している
	ボアコ市	思春期層の外来受診は増加している。場所は確保してあるものの、思春期層だけを担当する医師がいない。思春期層の診察の12%が妊娠による受診である。農村部での女性の婚姻・非婚姻同居の年齢は12-14歳頃から徐々に増えるが、都市部では15歳位である。農村部では思春期向けのサービスがなく思春期妊娠も多い。
	カモアバ市	思春期層の妊娠が問題である。都市部農村部ともに14-17歳の女性が結婚もしくは非婚姻同居により性生活を開始するが、彼らの妊娠の90%がハイリスク妊娠である。暴力については女性のための委員会はなく、NGOが支援をするのみである。
	サン・ロレンソ市	ドラッグ、アルコール中毒などが問題。非識字問題を背景に思春期層の妊娠も上昇傾向にある。女性の結婚もしくは非婚姻同居の平均的な年齢は、農村部12-13歳、都市部19歳頃である。暴力のほとんどは家庭内のもので、2004年には11件が報告されているが、警察に訴えた後取り下げるケースがほとんどである。これは一旦家族内で問題が解決される他、その後の暴力に怯えて取り下げるためである。
	テスタヘ市	思春期層の妊娠が問題であり、2004年の妊娠数のうち約33%が思春期層の妊娠であった。暴力については警察に訴えて保健医療施設に送られてくるケースがほとんどであるが、多くは訴えることもなく隠れている。
	サン・ホセ・デ・ロス・レメス市	性生活の開始時期が農村部では12-13歳、都市部で14-15歳と早く、家族・親族間での結婚が多く家庭での出産も多い。またコスタリカ、USAへの出稼者が多いが、STIは思春期層では見られない。2002年以来、すべての妊婦及びTB検査時に本人の了解を得てHIV/AIDS検査を実施するよう配慮しているが、現在までHIV/AIDSの感染例はない。暴力の登録件数は少ない。まず警察に行き、警察から保健施設にくるケースがほとんどである。
	サンタ・ルシア市	レクリエーションがなく、思春期層の楽しみがないことが問題である。結婚また非婚姻同居は都市部・農村部ともに16歳以降であり、これは他地域に比べ多少遅めであるが、厳しい宗教的な社会・文化背景による（エバンジェリコ）。暴力はほとんど存在しない。

出典：調査団作成

思春期リプロダクティブ・ヘルスについては、各県、各市においてほとんどの保健センター、保健ポストに青少年クラブが設置され、青少年クラブを中心に予防活動を行っている。また、県保健局、市保健課の多くは学校との連携により学校保健活動を実施するほか、市役所及び地域で活動するNGO、GOと連携して市開発計画の策定、ピア教育の実施、キャンペーン活動などを行っている。

各市における思春期の若者を対象とした活動と他の組織の活動・連携は以下の通りである。

表3-14 県・市別思春期対象活動と他の組織の活動・連携

県	市	主な活動	他組織の活動・連携
グラナダ県	県全体		La Casa de la Niñez, Ixchen, Casa de la Mujer, Calitas, Vision Mundial, MIFAMILIA, NochariなどのNGOが県内で活動する他組織であり、特にLa Casa de la Niñez, Ixchen, Casa de la Mujerは目立った活動をしている。
	グラナダ市	青少年クラブは2保健センターにそれぞれに存在し、運営されている。それぞれ1人のリーダーの下、15-25人くらいのメンバーを持つ。特に保健教育に関するお話し会や現状分析を行っている。	Vision Mundial, Caritas, Ixchenなどがそれぞれ事業を展開。Caritasは家族計画に力を入れている。現在学校で行う活動では家族計画には触れないことになっている。
	カンタレマ市	青少年クラブ、思春期の妊産婦クラブの運営をしているが、モニタリングは十分にできていない。社会劇の上演、スポーツ活動や教育活動も行っている。青少年クラブは40人程度のものが1つあるが、他は小さいものがたくさんあり、すべてを把握していない。	MIFAMILIAが思春期層対象に事業展開。
	ティリオ市	4つの青少年クラブが活動している。リプロダクティブ・ヘルス関連のテーマに加え、ベクター媒介感染症他の健康問題を取り扱う。思春期の若者専用のクリニック、スペースはない。また、クラブとは別にイベントを開催しており、クラブのメンバー以外にも働きかけを行っている。	ワールド・ヴィジョン、市役所、Casa de la Mujer(NGO)、教育省が活動しており、各組織と連携する。ワールド・ヴィジョンとは青少年クラブ関連で連携・協力し、市役所主催の子どものための委員会に参加、Casa de la mujer(NGO)では研修で連携、教育省は青少年クラブ、疫病対策で協力する。町のお祭りでのHIV/AIDS検査キャンペーン実施には PASMO, ASONVISIDA(NGO), CERPRESI(NGO)の支援を受ける。
	ティリア市	ピア・エデュケーターによるピア教育は、特に農村部で展開し、学校での保健教育を実施している。青少年クラブは都市部に1つ、農村部に2つあり、ビデオ教材などによる保健教育を実施。	MIFAMILIAが思春期層対象に事業展開。学校での保健教育を実施。
ポアコ県	県全体	青少年クラブでの妊娠、出産、暴力、HIV/AIDSなどに関する保健教育の実施。50人にトレーニングを行った。お話し会では流産、STI/HIV/AIDSに関するテーマへのニーズが高い。都市部ではビデオを見せたりするが、農村部では電気、アクセスの問題などにより都市部とは異なりシンプルなアプローチをとる。	学校では教育省と連携してSTI、妊娠・出産などのリプロダクティブ・ヘルス関連のテーマの他、ドラッグの使用などについても保健教育を実施。都市部では避妊具については使用推進としてではなく、妊娠をいかに避けるかという点に焦点を当てて話すことで学校側から合意を得ている。
	ポアコ市	STI/HIV/AIDS、リプロダクティブ・ヘルス関連の保健教育を実施。青少年クラブは保健省のクラブが2つ。中等教育で保健教育を実施、ラジオ番組などでの啓発も行うほか、昨年はHIV/AIDS対策のキャンペーンの一環としてロックコンサートを開催した。	青少年クラブは保健省以外にNGO 4つ (Proafamilia, ACJ:Asociacion Christiana Jovenes, Grupo de Acciones contra SIDA, Casa de la Mujer)に存在し、連携をとる。学校保健での活動実施。

カモアパ市	青少年クラブは都市部に1つ、農村部に3つ存在し活動している。活動内容は織物などの手工芸を教えたり情報提供を行ったりする。また思春期妊婦グループには妊婦の注意事項などを指導するが、農村部ではアクセスの問題のほか、カソリックが80%を占める社会文化背景のため活動は難しい。	小学校、中学校では教育省との連携によりお話を実施。学校側からは避妊について話をするのは問題ないが、コンドームは配らないでほしいとの要望があった。 MIFAMILIAがPAININを思春期層も対象に加え事業展開し、コミュニティのネットワーク作り、プロモーターの育成などを行う。Santo Just Solidariは2003年4月から1年のプロジェクトを実施したが、2004年4月に延長し2005年4月まで実施している。
サン・ロレンソ市	思春期対象クリニックを2003年以降展開しており、思春期層のデータ集計を別途行っている。青少年クラブは2つ活発なクラブがあり、他に3つほどあまり活発でないクラブが存在する。各クラブは保健教育の他、スポーツ活動を実施。思春期妊婦クラブは2クラブあり、他に3クラブあまり活発でないところが存在する。教育省との連携では学校でお話を実施しているが、学校側との意見の相違などは今のところない。	市役所が思春期層を支援。MIFAMILIAはAIDEP(NGO)に委託してPAININを実施。5歳以下の子どもを対象とするほか、青少年クラブの組織化、妊産婦対象の活動も行う。ピースコーは保健省の青少年クラブに協力している。市役所レベルでは子どものための委員会が存在するが、財源はない。
テウスヘパ市	思春期向けサービスの提供を1名の医師が担当。ただし、慢性疾患も担当している。都市部の青少年クラブは1つ、約15名が参加し積極的な活動を行う。農村部には6つのクラブが存在するが、都市部に比べ積極的ではない。お話はSTI、家族計画、流産の予防、ドラッグなどをテーマに2ヶ月に1度行う。	中等教育で教育省と連携するが、現在校長が家族計画に抵抗を示しているため、他のテーマのみを扱っている。保健省がPAININを展開、6歳児以下を対象にした活動の他、妊婦への活動も行う。保健省から交通手段などで支援している。Profamilia(NGO)が家族計画の普及を行う。市役所では開発委員会でセクター間での連携を図っている。
サン・セルデ・ロスマテス市	青少年クラブは1つ、また3つの思春期妊婦クラブがある。思春期向けのクリニックはない。	HIV/AIDS、家族計画などのテーマで学校で保健教育を行うほか、MIFAMILIAのPAININと連携し青少年クラブでの健康教育を実施。
サンタ・ルシア市	思春期向けクリニックは存在しない。15人程度の参加者の青少年クラブが13クラブ存在し、お話をなどを実施。思春期妊婦クラブは1つ存在。1名の医師が思春期層を担当しておりセミナー等開催しているが、親の理解を得るには至っていない。	市役所には開発委員会があり、セクター間の連携をとる。

出典：調査団作成

3.2.4 . モニタリング・評価の実施体制

市保健課、県保健局では毎年実施計画を策定し、計画に沿って予算申請を中央に提出する。保健省中央から県保健局に予算確定があり、それに合わせて実施協定が取り交わされる。この実施協定には指標を含めた計画が含まれており、市保健局、県保健局の年間の実施計画となる。

モニタリング・評価については、「ニ」国の統計システム、指標データ収集システムの関係上、現在のところ各県が独自に収集する指標データが存在するのみであり、包括的に思春期層の現状・問題を把握できる状況にない。グラナダ県においては、思春期について特にデータ収集を

行っていない。他方、ボアコ県は独自に思春期層外来診療について、各市から年次データを収集している。2004年の思春期外来診療の主な内容は以下の通り。

表3-15 ボアコ県思春期外来診療の内訳（2004）

		10-14歳	15-19歳	男性	女性	初回受診	継続受診	合計
県全体	CPN	106	4,104	0	4,210	1,137	3,073	4,210
	細胞検査	22	571	0	593	386	207	593
	産褥	21	818	0	839	647	192	839
	家族計画	202	5,850	168	5,884	1,308	4,744	6,052
	心理相談	28	12	7	33	39	1	40
	病気	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	合計	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
ボアコ市	CPN	34	1,532	0	1,566	421	1,145	1,566
	細胞検査	3	133	0	136	108	28	136
	産褥	7	280	0	287	283	4	287
	家族計画	20	2,329	0	2,349	441	1,908	2,349
	心理相談	0	0	0	0	0	0	0
	病気	4,387	4,212	2,428	6,171	8,173	426	8,599
	合計	4,451	8,486	2,428	10,509	9,426	3,511	12,937
アバ市	CPN	32	930		962	299	663	962
	細胞検査	9	109		118	116	2	118
	産褥	8	207		215	179	36	215
	家族計画	81	1,143	48	1,176	392	832	1,224
	心理相談							0
	病気	2,571	1,876	1,482	2,965	2,579	1,868	4,447
	合計	2,701	4,265	1,530	5,436	3,565	3,401	6,966
サン・ルソ市	CPN	28	533	0	561	154	407	561
	細胞検査	3	91	0	94	28	66	94
	産褥	2	122	0	124	45	79	124
	家族計画	58	841	78	821	102	797	899
	心理相談	28	12	7	33	39	1	40
	病気	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	合計	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
アステ市	CPN	9	676	0	685	209	476	685
	細胞検査	1	171	0	172	118	54	172
	産褥	2	124	0	126	105	21	126
	家族計画	9	1,034	29	1,014	286	757	1,043
	心理相談							0
	病気	1,346	1,384	1,020	1,710	1,140	1,590	2,730
	合計	1,367	3,389	1,049	3,707	1,858	2,898	4,756
サン・ホセ・ロス・レオネス市	CPN	2	137	0	139	42	97	139
	細胞検査	1	13	0	14	12	2	14
	産褥	1	31	0	32	29	3	32
	家族計画	14	214	13	215	79	149	228
	心理相談	0	0	0	0	0	0	0
	病気	880	656	601	935	908	628	1,536
	合計	898	1,051	614	1,335	1,070	879	1,949
サンタ・ルシア市	CPN	1	296	0	297	12	285	297
	細胞検査	5	54	0	59	4	55	59
	産褥	1	54	0	55	6	49	55
	家族計画	20	289	0	309	8	301	309
	心理相談							0
	病気	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	合計	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

出典：ボアコ県保健局各市保健課

4. プロジェクト戦略

4.1. プロジェクトの全体戦略

4.1.1. リプロダクティブ・ヘルス戦略に沿った活動

本プロジェクトでは、思春期の若者のリプロダクティブ・ヘルスの向上を目指し活動を展開するが、「ニ」国における思春期リプロダクティブ・ヘルス分野における基本方針・戦略は、上位政策・計画のフレームワークに沿って策定されたリプロダクティブ・ヘルス政策・計画に従うことになっている。本プロジェクトにおいても、プロジェクトの持続性に鑑み、「ニ」国において既に策定されているこれらリプロダクティブ・ヘルスに関する保健政策、戦略に沿った形でプロジェクト活動を展開する。一方、保健省が掲げるリプロダクティブ・ヘルス戦略においては、不妊の問題や子宮頸がんなど思春期の若者が直接関わらないテーマも含まれており、プロジェクトのスコップとしては、思春期の若者に重要な以下4つのテーマに絞って取り組むこととする。

- ・ 安全な妊娠・出産（Safe motherhood）
- ・ 家族計画（安全な避妊）
- ・ STI/HIV/AIDS予防
- ・ 家庭内暴力対策

また、思春期の若者は、多様なサブグループ（非/就学生、性産業従事者、ホモセクシャル、農村部/都市部等）を有する。本プロジェクトでは、従来の母子保健のアプローチではカバーできなかったこれら思春期の若者の個別のニーズを有するグループにも焦点をあてる。

4.1.2. プロジェクトの展開

本プロジェクトは、「ニ」国において、思春期リプロダクティブ・ヘルスに関するサービスの質を向上させ、思春期リプロダクティブ・ヘルスに関するプロモーションを強化し、またこれらの活動を効率的、効果的に実施するためのマネジメントの仕組みを強化することで、思春期の若者がARHについて、正しい知識のもと、適切な行動をとり、質の良い保健サービスを利用することを目指す。

本プロジェクトは全国の17の保健行政地域（15県および2自治州）のうち、2県（グラナダ県、ポアコ県）をパイロット県として選択し、特に県保健局及び一次保健施設におけるモデルを作り、その経験や成果が他地域に適用されることを目指したアプローチをとる。住民のニーズに応じたきめの細かい保健活動を展開するためには、地方保健行政機関の能力を向上させることが不可欠であるが、一方、地域での活動の多くは保健省中央主導のプログラムに則って展開されているため、保健省中央のプロジェクトへの積極的関与が重要である。したがって、本プロジェクトでは、地方保健行政機関の能力強化を図ると共に、保健省中央の思春期リプロダクティブ・ヘルスへの取り組みの強化を行う。

また、本プロジェクトでは、本邦研修を通して日本の思春期保健に関わる経験を「ニ」国の思春期のリプロダクティブ・ヘルスの向上に活用する。具体的な経験としては、日本の保健に関する法制度や中央から地方までの一貫した保健行政システム、地域のニーズに応じたサービスの提供を可能にする仕組み、情報と経験の文章化などが考えられる。

4.1.3 . 他事業・他セクターとの連携

「ニ」国においては、他援助機関やNGO等がリプロダクティブ・ヘルスに関して協力を行ってきた経験がある。本プロジェクトで目指す思春期の若者のリプロダクティブ・ヘルス向上を図るにあたっては、本プロジェクトによる投入のみならず、これら他援助機関やNGOの経験やリソースを有効に活用することが不可欠である。特にUSAIDとの連携は、本プロジェクトを「保健分野における日米パートナーシップ」の候補案件として、パートナーシップの有効的側面を「ニ」国保健省とともに検討し、効果・効率的なプロジェクト実施を目指す。

また、思春期リプロダクティブ・ヘルスに関する問題は、文化的、社会的な要素と深く関連しているため、保健省内の組織のみならず、教育省や家族省等の他セクターとの協力や、家族、地域組織等のコミュニティとの協力を積極的に図っていく必要がある。

4.2 . 各レベルにおける戦略

本プロジェクトでは、「ニ」国全土へプロジェクトの成果を裨益させるために保健省（中央）を重要なカウンターパートとする。また、パイロット県として選択したグラナダ県とボアコ県の県保健局・市保健課を地域レベルのカウンターパートとする。

各レベルにおける戦略は以下のとおりである。

< 保健省（中央） >

- ・ リプロダクティブ・ヘルス戦略における思春期リプロダクティブ・ヘルスの優先度を明確にする。
- ・ 合同調整委員会と中央技術委員会を通して組織内の連携を強化し、「ニ」国側のオーナーシップを育てる。
- ・ 思春期リプロダクティブ・ヘルスに関する情報管理とその活用を強化する。
- ・ 他援助機関との連携を強化する。
- ・ 経験を体系化、文章化するしくみを強化する。

< 地方レベル >

- ・ 県・市技術委員会を通して、計画立案・実施・モニタリングを行うと同時に、多様な活動の統合性を確保する。
- ・ 思春期リプロダクティブ・ヘルスに関する情報管理、経験の記録、およびその活用のしくみを強化する。
- ・ 現場における他援助機関（GO,NGO）および他セクターとの連携を強化する。
- ・ 思春期の若者を含む地域住民や地域組織の参加を促進する。
- ・ 2県間の技術交換を行い、経験を共有するとともに、効果的な技術交換の方法を検討する。
- ・ グラナダ県においては過去の成果と経験を活用する。
- ・ ボアコ県においては、プロジェクトのはじめに、思春期リプロダクティブ・ヘルスの活動を展開する前提として、地域保健に必要な基本的な機材の整備と基本的な人材トレーニングを行う。

4.3. 各テーマにおける戦略

本プロジェクトでは、思春期リプロダクティブ・ヘルスの中でも、安全な妊娠・出産、家族計画（安全な避妊）、STI/HIV/AIDS、家庭内暴力について取り組むこととしている。テーマ毎の戦略は以下のとおりである。

4.3.1. 安全な妊娠・出産

- ・ 安全な妊娠・出産に関連する保健省の戦略、規範、プログラムに沿って活動を展開する。
- ・ 思春期の若者にフレンドリーな（Youth Friendly）妊産婦ケアサービスについて明確にし、現場において実践する。
- ・ 思春期の妊娠・出産の現状を把握するための情報システムを強化する。
- ・ 一次保健施設におけるサービスと、家庭訪問等の地域に出向いて行うサービスの整合性、連続性を強化する。
- ・ 思春期の若者の安全な妊娠と出産を保障するために、本人だけでなく、家族へのアプローチを重要視する。
- ・ 思春期の妊産婦ケアの継続性を確保するために、病院との連携を強化する。
- ・ 思春期妊婦の妊娠早期の登録、危険な兆候の発見と保健施設へのレファラーのために、地域の参加を強化する。
- ・ 保健省の地域におけるプロモーション活動や情報システムのしくみ（ECACS、ピア・エデュケーター、SICOなど）を活用する。
- ・ 思春期の若者に関わる他セクター（教育省、家族省など）と連携し、プロモーションを行い、カウンセリングのニーズに対応する。
- ・ 遠隔地や社会的に妊産婦ケアへのアクセスの悪いグループなど、個別のニーズを有するグループについては、経験の豊かなNGOとの連携を検討する。
- ・ 安全な妊娠・出産に関わる他の援助機関と連携し、保健省としてのアプローチを統合化、体系化する。

4.3.2. 家族計画

- ・ 家族計画に関連する保健省の戦略、規範、プログラムに沿って活動を展開する。
- ・ 思春期の若者にフレンドリー（Youth Friendly）な家族計画サービスについて明確にし、現場において実践する。
- ・ 病院における家族計画の指導と導入を強化し、また、同サービスを一次施設で継続するためのしくみを強化する。
- ・ 思春期の若者の家族計画の現状を把握するための情報システムを強化する。
- ・ 思春期の若者が家族計画へアクセスしやすいサービス環境を改善する。
- ・ 思春期の若者に関わる他セクター（教育省、家族省など）と連携し、プロモーションを行い、カウンセリングのニーズに対応する。
- ・ 遠隔地や社会的にアクセスの悪いグループなど、個別のニーズを有するグループにつ

いては、経験の豊かなNGOとの連携を検討する。

- ・ 保健省の地域におけるプロモーション活動のしくみ（ECACS、ピア・エデュケーターなど）を活用する。
- ・ 家族計画に関わる他の援助機関と連携し、保健省としてのアプローチを統合化、体系化する。

4.3.3 . STI/HIV/AIDS予防

- ・ 保健省のSTI/HIV/AIDSに関するプログラムに沿って活動を展開する。
- ・ 疫学局STI/HIV/AIDSプログラムと一次医療局との連携を強化する。
- ・ 全国レベルおよび地方レベルで、STI/HIV/AIDSに関する活動を展開している組織・団体のネットワークに参加する。
- ・ 思春期の若者に関わる他セクター（教育省、家族省など）と連携し、プロモーションを行い、カウンセリングのニーズに対応する。
- ・ 個別のニーズを有するグループについては、経験の豊かなNGOとの連携を検討する。
- ・ 保健省の地域におけるプロモーション活動のしくみ（ECACS、ピア・エデュケーターなど）を活用する。
- ・ STI/HIV/AIDSに関する保健サービスの質とアクセスの向上のために、カウンセリング、診療、検査、治療のフォローアップの点で強化する。

4.3.4 . 家庭内暴力予防

- ・ 家庭内暴力予防のための国家計画に沿って、公的機関、民間、NGO、セクター間の連携を通して、家庭内暴力の予防、発見、ケアの統合的なしくみの構築を試みる。
- ・ 保健省のみでは、とりくむことが困難なテーマであるが、他セクターに比べて地域との接点が密である特徴を生かし、現場レベルで保健の分野から積極的に働きかけ、地域のしくみを強化する。
- ・ 家庭内暴力について保健省（本省および地方）が果たすべき機能を明確にし、強化する。
- ・ 思春期の暴力被害者がアクセスしやすい保健サービスを明確にし、現場において実践する。
- ・ 思春期の暴力被害者の発見およびケアの継続性を強化するために、病院との連携を強化する。
- ・ 保健省の地域におけるプロモーション活動や情報システムのしくみ（ECACS、ピア・エデュケーター、SICOなど）を活用する。
- ・ 過去に家庭内暴力に取り組んできた実績のある組織の経験から学び、しくみ作りの教訓とする。

5. プロジェクトの基本計画

5.1. プロジェクト目標

- ・パイロット県の思春期の若者が、RHについて正しい知識のもと、適切な行動をとり、質の良い保健サービスを利用する。
- ・パイロット県の経験がモデルとして確立される。

5.2. 上位目標

- ・パイロット県の思春期の若者のリプロダクティブヘルス（ARH）が向上する。
- ・パイロット県の経験が国家保健計画に反映される。

5.3. 成果と活動

【成果1】

パイロット県の保健施設において、ARHに関する質のよい継続的・包括的な保健サービスが提供される。

活動：

- 1-1) 保健省のARHの保健サービスに関する戦略、プログラム、診療規範をレビューする。
- 1-2) ARHに関する保健サービス（保健施設および地域活動）の現状を評価する。
- 1-3) チームを編成し、各グループのニーズにあったARHの保健サービスに関するプランの作成、研修の実施、現場における研修成果の実践を確保する。
- 1-4) ARHの保健サービスに関して研修に必要な資器材のニーズを調査し、補完する。
- 1-5) 必要な医療機材およびその他の機材のニーズを調査し、整備する。
- 1-6) ARHの保健サービスに関して教材やツールの作成および再活用を強化する。
- 1-7) ARHの保健サービスに関してモニタリングを実施する。

【成果2】

パイロット県において、学校、地域、NGO、個別のニーズを有するグループと公的保健セクターの間で、ARHのプロモーションと予防のためのネットワークが強化される。

活動：

- 2-1) プライオリティをおくグループと地域を同定し、ARHの現状を評価する。
- 2-2) ECACSに沿ってARHに関するIECのプランを作成し、実施する。
- 2-3) チームを編成し、各グループのニーズにあったARHのプロモーション・予防に関する活動のプランを作成し、研修を実施し、現場における研修成果の実践を確保する。
- 2-4) ARHのプロモーション・予防に関して機材及び教材のニーズを調査し、整備する。
- 2-5) 保健サービス提供時のARHのプロモーションを促進する。
- 2-6) ARHに関して組織、参加のしくみ、コミュニケーションを促進する。
- 2-7) ARHのプロモーション・予防に関して学校、NGO、市役所、地域組織、他セクターの組織との協力関係を築く。
- 2-8) ARHのプロモーション・予防に関してモニタリングを実施する。

【成果3】

保健省、県保健局においてARHに関する活動を効率的効果的に実施するためのマネジメントの仕組みが強化される。

活動：

3-1) 保健省のマネジメントに関する戦略、手順とツールをレビューする。

3-2) ARHに関するマネジメント・チームの役割としくみを明確にする。

3-3) ARHに関する指標、サーベイランス、統計、情報システムを検討し、研修し、整備する。

3-4) ARHに関する活動の記録と報告のシステムを検討し、研修し、実践する。

3-5) ARHに関する計画、実施、モニタリング、評価のしくみを検討し、プランを作成し、研修し、実施する。

3-6) ARHにおけるプロジェクトのインパクトを測る。

3-7) ARHに関して他ドナーとの連携を築き、また強化する。

3-8) モデルとなる経験を体系化し、他県に教示する。

5.4. 投入

本プロジェクトの実施にあたり、日本及び「ニ」国両国はプロジェクト目標達成のため、最適な投入を行う。想定される投入は以下の通りである。

5.4.1. 日本側の投入

本側による投入は、専門家派遣、機材供与、研修員受け入れ、現地活動費の4つのカテゴリにより行われる。想定される投入の詳細は以下の通りである。

(1) 専門家派遣：

チーフアドバイザー、業務調整員、思春期保健、IEC、カウンセリング、ピア教育、地域保健、学校保健、臨床検査、STI/HIV/AIDS、プロジェクト管理、調査、等

(2) 供与機材：

研修用機材 / IEC教材、基礎的医療機器、パソコン等事務機器、車輛等

* 供与機材の内容に関しては、プロジェクトによる機材のニーズ調査の結果に基づいて決定する。

(3) 研修員受け入れ（本邦及び第三国研修）：

思春期保健、IEC、ピア教育、地域保健、カウンセリング等

(4) 現地活動費：

研修実施にかかる経費、現地コンサルタント等活用費

5.4.2. ニカラグア側の投入

「ニ」国による投入は、以下の通りである。

(1) カウンターパートの配置

(2) 保健省及びグラナダ県、ボアコ県におけるプロジェクト事務所の提供（電気、水、通信な

どの基本インフラを含む)

(3) 日本側から供与される機材の維持管理費

(4) その他プロジェクト運営経費

5.5. 外部条件の分析と外部要因リスク

外部条件とは、プロジェクトではコントロールできないが、プロジェクトの成否に影響を与える外部要因を指す。プロジェクトとは、開発課題の解決に貢献するために、ある基準で選択された1つの手段である。したがって、問題解決に必要なすべての要因を対象にしたものではない。プロジェクトを計画する際には、できるだけ実現する確率が高い目標を設定するが、現実には、プロジェクトではコントロールできない様々な外部要因の影響がある。これらを外部条件として計画段階でPDM上に特定することにより、目標の設定、活動内容の妥当性を検討するとともに、実施中はモニタリングの対象としてその影響を注視していくことが必要になる。

本プロジェクトにおける外部条件は以下の通りである。

(1) 成果からプロジェクト目標達成のための外部条件

- ・ グラナダ県及びボアコ県で実施されている他のプログラム・プロジェクトが遅滞無く計画遂行される。

(2) プロジェクト目標から上位目標達成のための外部条件

- ・ HIV/AIDSが流行する新たな要因が出現しない。
- ・ 「ニ」国で実施されている他のプログラム・プロジェクトが遅滞無く計画遂行される。

(3) 達成された上位目標が維持されるための外部条件

- ・ 社会経済状況が激しく悪化しない。
- ・ 新たな感染症の流行がない。

5.6. プロジェクトの実施・運営体制

プロジェクトでは、「ニ」国の地域統合保健サービスシステム(SILAIS)を通して、思春期リプロダクティブ・ヘルス活動を展開する。プロジェクトの実施体制としては、実質的にSILAISを管理している一次医療局を保健省(中央)の管理技術面の責任者とし、グラナダ県保健局、ボアコ県保健局が各県におけるコーディネーションや運営管理を担当する。一方、「ニ」国全体の保健政策・保健計画との整合性、他援助機関との連携、STI/HIV/AIDSプログラム等に関しては、一次医療局の責任の範囲を超えることがあるため、それらの担当部署である開発計画総局、疫学局STI/HIV/AIDSプログラムもカウンターパートとする。

また、プロジェクト関係者の円滑な情報共有、意見交換を図ると共に、プロジェクトの効果的かつ効率的なプロジェクトを実施するために、以下のとおり、定期的に合同調整委員会、中央技術委員会、県・市技術委員会を開催し、情報の流れを一元化すると共に、責任の所在を明確化する。

(1) 合同調整委員会

合同調整委員会は年1回ごとに開催されるほか、必要に応じて召集され次の任務にあたる。

- ・中央技術委員会によって作成されたプロジェクトの年間計画案に関して協議の上、承認する。
- ・プロジェクトの進捗を確認するとともに、年間計画で定められた目標の達成度を確認する。
- ・技術協力において生じる重要な課題を見直し、意見交換を行う。
- ・プロジェクトに関連し、双方によって必要性が認められるいかなる事項についても議論する。

(2) 中央技術委員会

中央技術委員会は月1回、次の事項に対処すべく、組織される。

- ・R/Dに沿ってプロジェクトの年間計画案を作成する。
- ・月毎のプロジェクトの進捗を確認する。
- ・技術協力において生じる重要な課題を見直し、意見交換を行う。
- ・プロジェクトに関連し、双方によって必要性が認められるいかなる事項についても議論する。

(3) 県・市技術委員会

県保健局及び市保健課技術委員会は、月1回、次の事項に対処すべく、組織される。

- ・合同調整委員会において承認された年間計画を参照し、県保健局及び市保健課の年間計画を作成する。
- ・月毎のプロジェクトの進捗を確認し、中央技術委員会へ報告する。
- ・技術協力において生じる重要な課題を見直し、意見交換を行う。
- ・プロジェクトに関連し、双方によって必要性が認められるいかなる事項についても議論する。

5.7. モニタリング及び評価の基本方針

5.7.1. モニタリング

本プロジェクトでは、上述のとおり（「5.6.プロジェクトの実施・運営体制」）、地方レベルと中央レベルに委員会を設置するが、各委員会は、プロジェクトの実施運営管理を担うと共に、プロジェクトの内部モニタリングを行う機能を備える。

また、内部モニタリングは、達成目標値を設定したPDMやPOを基礎として、プロジェクトの活動進捗状況や目標達成度について月毎、年毎に確認を行う。なお、PDMの各指標の達成目標値は、プロジェクト開始後にプロジェクトにおいて実施されるベースライン調査の結果を基に決定する。

プロジェクトのモニタリングのメカニズムを、図5-1に示した。

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
県・市技術委員会			<u><各技術委員会></u> ・ <u>月毎の進捗状況の確認</u> ・ <u>翌月の活動予定</u> ・ <u>両委員会の討議結果の共有</u> ・ <u>懸案事項の検討</u>								・ <u>年間進捗状況の確認</u> ・ <u>翌年の年間計画</u>	
中央技術委員会												
合同調整委員会											・ <u>進捗状況の確認</u> ・ <u>翌年の年間計画案の承認</u> ・ <u>懸案事項の検討と対応支援</u> ・ <u>活動結果に基づく国</u>	

* 合同調整委員会の開催月は、プロジェクトの開始後に決定する。

* 調査団作成

図5-1 プロジェクトモニタリング

5.7.2 . 評価

本プロジェクトでは、プロジェクト実施期間中に2回の評価（中間評価、終了時評価）を実施する

中間評価は、プロジェクトの中間地点において実施し、それまでのプロジェクトによりモニタリングの結果を基に、総合的な評価の視点からプロジェクト全体を検証した上で、プロジェクト目標に向かって活動が適切に展開されているかどうか、適切な指標が設定されているかどうか等、軌道修正に必要な情報を提供するものである。中間評価の結果は、プロジェクトの中間地点で計画内容を見直すツールとして活用する。

終了時評価は、プロジェクト終了の約6ヶ月前に実施し、プロジェクト実施による効果やインパクト、自立発展性を中心に評価を行うことにより、本プロジェクトのみならず類似プロジェクトの立案やプログラムの検討に有益な情報を提供するものである。

6. プロジェクトの必要性・妥当性

6.1. 妥当性

6.1.1. ニカラグア政策との一致

一般的に思春期リプロダクティブ・ヘルスは社会的・個人的にもその費用対効果が高いことが認められている。思春期リプロダクティブ・ヘルスによる社会的効果は、医療コスト節約、女性の収入・就学機会の増加による税収の増加、貧困削減などが挙げられる一方、個人的効果はハイリスク妊娠の回避、妊娠による収入・就学機会喪失の回避、出生率の減少、貧困悪循環の回避などが期待できる。

また、上述の通り（2.2.3 成長強化・貧困削減戦略及び国家保健政策と重点分野）、妊産婦死亡は国家最優先課題であり、協力すべき重要課題である。保健省が妊産婦死亡の背景として挙げているのは、思春期層の若年妊娠、リプロダクティブ・ヘルスに関連した保健サービスのアクセスと質の問題である。特に、2003年の流産の約25%を思春期層が占め、思春期妊産婦死亡数が34件報告される（2003年妊産婦死亡100件）など、思春期層の妊娠はリスクが高い。また、初交年齢は低年齢化傾向にあるが、保健サービスの質やアクセスの問題から、性感染症や避妊に関する正しい知識を得て行動する思春期層は少なく、妊娠のみならずSTI/HIV/エイズ感染へのリスクが高まっている。このように思春期層を対象にリプロダクティブ・ヘルスへの支援を行うことはハイリスク妊娠やSTI/HIV/エイズ感染のリスク減少という保健医療分野における効果が期待できるのみならず、社会・経済的視点からも裨益効果が高く、また「二」国の優先課題に合致することから、本案件実施は妥当である。

6.1.2. 他ドナーとの協調

思春期リプロダクティブ・ヘルスの重要性についてはどの援助機関も認識しているが、思春期リプロダクティブ・ヘルスに特化し、包括的な支援を行っているドナーはいない。他ドナーの支援は、リプロダクティブ・ヘルスあるいは母子保健の枠組みの中で思春期を対象とするか、思春期に特化した場合は暴力やピア教育などにテーマ・活動を絞り込んだプロジェクトが多い。従って、本プロジェクトでは各ドナーの個別経験を有機的に結びつけることにより、効果的な活動ができると期待できる。

また、上述の通り（2.4他ドナーの取り組み）、本プロジェクトの対象地域は、基本的に他ドナーの支援地域と重ならず妥当である。しかし、現在世界銀行の保健セクター近代化プロジェクト・フェーズ2において、ポアコ県の3市（サン・ホセ・デ・ロス・レマテス市、サンタ・ルシア市、テウステペ市）が拡大対象地域候補として挙げられていることから、本プロジェクト実施時には、保健省が開催するコーディネーション会議を活用し、より具体的な協調・連携が求められる。援助の効率化を図るためには、活動の重複を避けることが必要である。

6.1.3 . パイロット県選定の妥当性

本プロジェクトでは、一次レベルのモデル構築を行うにあたり、パイロット県としてグラナダ県、ボアコ県の2県を選択した。対象県の選定に関しては、以下の4点から妥当性が高いと思われる。

グラナダ県は都市部人口が多く、また、観光産業等の発展の顕著な地域として、ボアコ県は山岳部の「標準的」な地域としてモデル構築を行うパイロット県に選択できる。ボアコ県は6市から構成されており、高度の貧困と分類される市を有する。

2県はいずれも首都から約1時間の距離にあるため、保健省中央と連絡を密にとることが可能であり、パイロット県となった2県間で技術交換をするには適当な距離である。グラナダ県では、前プロジェクトの経験や人脈が本プロジェクトにおいても活かされるものと期待される。ボアコ県は、無償資金協力による二次病院建設の準備を進める過程で、日本の技術協力プロジェクトへの理解関心を深めている。

本プロジェクトは、コミュニティ活動及び一次レベルを中心としたプロジェクトではあるが、指標の改善のためには、二次病院との連携が重要であり、無償資金協力にて二次病院建設を行ったグラナダ県、また行う予定であるボアコ県を選択することは、モデル構築を検討する環境として妥当である。

6.1.4 . 日本国の援助方針との一致

我が国は人間の安全保障と貧困削減の観点から、社会開発、特に保健の分野の協力を重点においており、妊産婦ケアを含むリプロダクティブヘルスは、ODA中期政策の中では地球規模問題への取組み（人口・エイズ）という観点から、重点課題として掲げられ、対「二」国別事業実施計画の中でも保健・医療分野は援助重点分野の一つとして挙げられている。特にプライマリーケアの充実とアクセスの確保はJICA事業実施計画において重点事項であり、思春期リプロダクティブ・ヘルスはプライマリーケアの重要な要素である。

6.2 . 有効性

1つ目のプロジェクト目標である「対象県の思春期の若者が正しい知識のもと、適切な行動をとり、質の良い保健サービスを利用する」を達成するためには、【成果1】保健施設のサービスの質の向上と、【成果2】ARHプロモーション（望まない妊娠や性感染症の予防プロモーション・保健サービス利用促進のプロモーション）の発展とが同時に図られることが必須である。特に、多様なサブグループ（非/就学生、性産業従事者、ホモセクシャル、農村部/都市部等）を有する思春期の若者を対象にしたプロモーションに関しては、保健医療施設のみならず、学校、コミュニティ、NGO等他組織を巻きこんだ取り組みが必要である。また、成果3として取り組む保健省・県保健局の能力強化は、成果1・2の持続性を担保すると共に、二つ目のプロジェクト目標である「対象県の経験がモデルとして確立される」を達成するためにプロジェクトの経験を制度化し他県に普及させるにあたって必要不可欠である。本プロジェクトでは、これらが包括的に組み込まれており、プロジェクト目標の達成は可能であると判断される。指標については、保健省内で活用されている現行の情報管理システムから入手するため、その

使用可能性・測定方法の実用性は高い。ただし、ARHのデータに関しては収集システムが確立されていないことから、ARHに関するデータの収集・分析についてはプロジェクトの活動の一つとして組み込むことになる。

6.3．効率性

上述のとおり、本プロジェクトのパイロット県2県のうち、グラナダ県に関しては、2000年から2004年まで母子の健康状態の改善を目指した「グラナダ地域保健強化プロジェクト」が実施されており、現地での人脈が築かれている。更に「グラナダ地域保健強化プロジェクト」の後半にはARHの問題が認識され、この点に焦点を当てた取組みを実施しており、それらを基盤とした効率的な活動が期待される。また、無償資金協力により保健センターの改修工事が予定されており、相乗効果が期待される。

もう1つのパイロット県であるボアコ県に関しても、無償資金協力による県病院建設が予定されており、本プロジェクトを通じた一次医療サービスの質の向上、リファラル先である二次病院の機能強化、更には一次・二次医療施設が一貫した出産前・後の家族計画プロモーション等の実施の強化という相乗効果が見込まれ、より高い効率性が期待される。

更に、本プロジェクトでは他ドナーとの連携を視野に入れた活動を検討している。他ドナーの協力により作成された既存の教材等は最大限活用し、また協力できる分野においては他ドナーとの活動の連携を検討しており、その点でも効率的な実施が期待されている。

6.4．自立発展性

「二」国に対する他ドナーの事業は、SWApに代表されるように、プロジェクト要員を雇用し、資金の提供、資材の提供等を中心としており、短期間での成果は期待できるものの持続性という観点からは懸念が残ると考えられる。一方、本プロジェクトは、中央及び地方を含む保健省の正規職員をカウンターパートとし能力開発(Capacity Development)の視点を重視して実施するものであり、成果の発現に時間がかかる面は否めないものの、持続性・自立発展性については多いに優位性が認められる。

本プロジェクトでは、保健省中央内の複数の部署に散らばっているARHに関わる担当者を当初から巻き込み、合同調整委員会、中央技術委員会の設置を通してARHに統合的に取り組む組織体制作りを行っている。また、本プロジェクトの運営に関しては、保健省中央、グラナダ県、ボアコ県とが一丸となった計画・モニタリング・評価体制が計画されており、グラナダ県における前プロジェクトの教訓である中央の関与を確保した統合的な取り組みの工夫がなされている。

本プロジェクトでは、プロジェクト目標の2つ目に、国内他県への成果の裨益を掲げ、プロジェクトの成果を他県にも普及するメカニズムが計画されている。その結果、プロジェクトの成果が「二」国及び他援助機関のプロジェクトで適用されることとなり、プロジェクトが終了した後も、その成果が自立発展的に拡大・継続していく可能性が高くなると考えられる。

暫定プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)

プロジェクト名: ニカラグア国思春期リプロダクティブ・ヘルス強化プロジェクト*
 対象地域: ニカラグア全国を対象とし、特にグラナダ県とボアコ県をモデル県とする
 対象グループ: 10歳から19歳までの思春期の若者

期間: 2005年8月から2009年7月

プロジェクト要約(マスタープラン)	指標	指標(入手手段)	外部条件
<p>上位目標 対象県の思春期の若者のリプロダクティブヘルス(ARH)が向上する。 対象県の経験が国家保健計画に反映される。</p>	<p>1-1 思春期層の妊産婦死亡と新生児死亡が減少する。 1-2 10歳から19歳の思春期層の妊娠が減少する。 1-3 思春期層の STI/HIV/AIDS の新規症例が抑制される。 1-4 暴力による思春期層の妊産婦死亡と周産期死亡が減少する。 2-1 国家保健計画に影響を与えたプロジェクトの経験リスト</p>	<p>1.1 MINSА 統計, BL 1.2 MINSА 統計 1.3 EPITS/VIH/SIDA, FE 1.4 FMM, FMP 2.1 プロジェクト報告書</p>	<p>社会経済状況が激しく悪化しない。 新たな感染症の流行がない。</p>
<p>プロジェクト目標 対象県の思春期若者が、RH について正しい知識のもと、適切な行動をとり、質の良い保健サービスを利用する。 対象県の経験がモデルとして確立される。</p>	<p>1-1 思春期若者の RH に関する正しい知識が増加する。 1-2 思春期層のコンドーム利用率が増加する。 1-3 家族計画利用者数が思春期層で増加する。 1-4 妊産婦健診受診者数が思春期層で増加する。(カバー率/妊娠早期の初診/4回以上) 1-5 思春期層の施設分娩へのアクセスが増加し、安全な妊娠・出産が強化される。 1-6 思春期層の産後健診カバー率が増加する。 1-7 思春期層の新生児健診カバー率が増加する。 1-8 思春期層でリスクの高い性行動をとるグループ(MSM, 性産業従事者)の HIV/AIDS の検査利用数が増加する。 1-9 思春期層の STI の診療・治療へのアクセスが増加する。 1-10 暴力被害を受けた思春期層の保健施設へのアクセスが増加する。 2-1 他の地域に影響を与えた当プロジェクトの経験のリストと内容</p>	<p>1.1 BL 1.2 BL 1.3 MINSА 統計 1.4 MINSА 統計 1.5 SIMINSА 1.6 SIMINSА 1.7 HRD 1.8 BL 1.9 HNO, SVE 1.10 SVE, HRD 2.1 プロジェクト報告書</p>	<p>HIV/AIDS が流行する新たな要因が出現しない。 ニカラグア国で実施されている他のプロジェクトが遅滞無く計画遂行される。</p>

<p>成果</p> <p>1) 対象県の保健施設において、ARH に関する質のよい継続的・包括的な保健サービスが提供される。</p> <p>2) 対象県において、学校、地域、NGO、個別のニーズを有するグループと公的保健セクターの間で、ARH のプロモーションと予防のためのネットワークが強化される。</p> <p>3) 保健省、県保健局において ARH に関する活動を効率的効果的に実施するためのマネージメントの仕組みが強化される。</p>	<p>1-1) 思春期層の保健施設利用者満足度</p> <p>1-2) ARH に関連した診療規範にそった診断、検査、治療の実施率(%)</p> <p>1-3) RH に関してカウンセリングを受けた思春期層の割合(%)</p> <p>1-4) 思春期層におけるハイリスク妊娠、暴力、毒物の誤用・乱用の症例で、上位の医療施設にレファラルされた率(%)</p> <p>1-5) 思春期層で上位の医療施設で診療治療を受け、カウンターレファラルされた率(%)</p> <p>1-6) 思春期層に対して総合診療モデルに沿って保健サービス基礎パッケージを提供している保健施設の割合(%)</p> <p>2-1) ARH のプロモーションと予防のネットワークに参加している人の数と、それらのプロフィールと活動</p> <p>2-2) ARH のプロモーションと予防のネットワークに参加している NGO と GO の数と、それらのプロフィールと活動</p> <p>2-3) ARH のプロモーションと予防に関する活動の実施率(%)と、活動の内容</p> <p>2-4) 目標値に対する ARH について研修を受けた思春期プロモーターの数</p> <p>2-5) コミュニティ活動に参加している思春期の若者の数</p> <p>2-6) GO と NGO によってメディアを介して行われた ARH 関連の IEC 活動の数</p> <p>3-1) POA で定めた ARH に関連した活動の実施率(%)</p> <p>3-2) ARH に関連して定めた指標の入手率(%)</p> <p>3-3) ARH に関連したモニタリング、評価の実施数</p> <p>3-4) ARH に関連した他の組織とともに実施した市保健計画の成果物のリストと内容</p> <p>3-5) ARH に関連したマネージメント・ツールのリストと内容</p> <p>3-6) 他の SILAIS に普及した経験のリストと内容</p>	<p>1.1 BL (質問票調査)</p> <p>1.2 EC</p> <p>1.3 EC</p> <p>1.4 LR, EC</p> <p>1.5 LR, EC</p> <p>1.6 質問票調査</p> <p>2.1 BL</p> <p>2.2 BL</p> <p>2.3 BL</p> <p>2.4 BL</p> <p>2.5 BL</p> <p>2.6 協定</p> <p>3.1 GEPAIMA, 質問票調査</p> <p>3.2 プロジェクト評価報告書</p> <p>3.3 プロジェクト報告書(プロジェクトによる調査)</p> <p>3.4 会議議事録</p> <p>3.5 質問票調査、プロジェクト報告書</p> <p>3.6 プロジェクト報告書</p>	<p>グアナダ県及びボアコ県で実施されている他のプロジェクトが遅滞無く計画遂行される。</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

EPITS/VIH/SIDA = Estadística Programa de ITS/VIH/SIDA: STI/HIV/AIDS プログラム統計
 FE= Ficha Epidemiológica: 疫学カード
 RL=Reporte de laboratorio: 検査レポート
 FMM=Ficha de Mortalidad Materna: 妊産婦死亡カード
 FMP=Ficha de Mortalidad Perinatal: 周産期死亡カード
 CD= Certificado de Defunción: 死亡証明書
 BL= Baseline: ベースライン調査
 HNO=Hoja de notificación obligatoria: 届出疾患票
 SVE=Sistema de vigilancia epidemiológica de municipio y SILAIS: 疫学サーベイランスシステム
 EC=Expediente clinica: 診療カルテ
 LR=Libro de registro: 登録台帳
 GEPAIMA=Güfa de evaluación de PAIMA: 女性と思春期の統合ケア・プログラム評価ガイド

<p>活動</p> <p>1-1) 保健省の ARH の保健サービスに関する戦略、プログラム、診療規範をレビューする。 1-2) ARH に関する保健サービスの現状を評価する。 1-3) チームを編成し、各グループのニーズにあった ARH の保健サービスに関するプランの作成、研修の実施、現場における研修成果の実践を確保する。 1-4) ARH の保健サービスに関する研修に必要な資器材のニーズを調査し、補完する。 1-5) 必要な医療機材およびその他の機材のニーズを調査し、整備する。 1-6) ARH の保健サービスに関して教材やツールの作成および再生産を強化する。 1-7) ARH の保健サービスに関してモニタリングを実施する。</p> <p>2-1) プライオリティーをおくグループと地域を同定し、ARH の現状を評価する。(KAP 調査を含む) 2-2) ECACS にそって ARH に関する IEC のプランを作成し、実施する。 2-3) チームを編成し、各グループのニーズにあった ARH のプロモーション・予防に関する活動のプランを作成し、研修を実施し、現場における研修成果の実践を確保する。 2-4) ARH のプロモーション・予防に関して機材および教材のニーズを調査し、整備する。 2-5) 保健サービス提供時の ARH のプロモーションを促進する。 2-6) ARH に関して組織、参加のしきみ、コミュニケーションを促進する。 2-7) ARH のプロモーション・予防に関して、学校、NGO、市役所、その他の地域組織、他セクターの組織との協力関係を築き、また強化する。 2-8) ARH のプロモーション・予防に関してモニタリングを実施する。</p> <p>3-1) 保健省のマネージメントに関する戦略、手順、ツールをレビューする。 3-2) ARH に関するマネージメント・チームの役割としきみを明確にする。 3-3) ARH に関する指標、サーベイランス、統計、情報システムを検討し、研修し、整備する。 3-4) ARH に関する活動の記録と報告のシステムを検討し、研修し、実践する。 3-5) ARH に関する計画、実施、モニタリング、評価のしきみを検討し、プランを作成し、研修し、実施する。 3-6) ARH におけるプロジェクトのインパクトを測る。 3-7) ARH に関して他ドナーとの連携を築き、また強化する。 3-8) モデルとなる経験を体系化し、他の SILAIS に教示する。</p>	<p>投入</p> <p>日本側の投入：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 専門家派遣 - 研修員受け入れ(本邦または周辺国) - 機材供与 - 現地活動費 <p>ニカラグア側の投入：</p> <ul style="list-style-type: none"> - カウンターパートの配置 - 保健省およびグラナダ県、ポアコ県におけるプロジェクト事務所の提供(電気、水、通信などの基本インフラを含む) - 日本側から供与される機材の維持管理費 - その他プロジェクト運営経費 	<p>グラナダ・ポアコ県保健局の予算が計画通り配分され、必要な医薬品、検査試薬、各種様式用紙、人件費が確保される。</p> <p>様々なレベルで保健スタッフの交代が頻繁に行われない。</p> <p>ニカラグア国の RH 政策が遅滞無く実施される。</p> <p>前提条件</p> <p>ニカラグア国の保健省が RH 政策にプライオリティーを持ち続ける。</p> <p>ニカラグア国の RH 活動を阻害する政治的・社会的要因が増大しない。</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* 本プロジェクトでは ARH の中でも、安全な妊娠・出産、家族計画、STI/HIV/AIDS 予防、家庭内暴力対策に取り組む。

7.3 . TOR (長期専門家)

チーフアドバイザー

プロジェクトの日本人側チームの責任者

プロジェクト全体の計画、実施、モニタリング・評価をC/Pとともに管理する。

合同調整委員会と中央および地方の技術委員会を通して組織内の連携の強化を支援する。

思春期リプロダクティブ・ヘルスに関する情報管理とその活用の強化を支援する。

他援助機関との連携のしくみの強化を支援する。

国内技術交換（モデル県間、他県への拡大）の企画、実施を支援する。

プロジェクトの経験の体系化、文章化するしくみの強化を支援する。

中央および地方の技術作業委員会に参加し、担当分野における助言をする。

専門家 1：思春期保健

保健省のARHの保健サービスに関連した戦略、規範、プログラムが現場レベルで持続的に展開されるように指導を行うと共に、保健省へフィードバックを行う。

思春期の若者のニーズにあった保健サービスについてCPと検討の上、実践を支援する。

保健スタッフの思春期の若者への「人間的な対応」を指導する。

保健施設におけるサービスと、地域に赴くサービスとの整合性の強化を支援する。

保健サービスの継続性を確保するために、病院との連携の強化を支援する。

担当分野において他組織・団体との連携を促進するために助言をする。

担当分野におけるプロジェクトの経験の文章化を支援する。

中央および地方の技術作業委員会に参加し、担当分野における助言をする。

ボアコ県においては、思春期リプロダクティブ・ヘルスの活動を展開する前提として、地域保健に必要な基本的な機材の整備と基本的な人材トレーニングを支援する。

専門家 2：ヘルス・プロモーション、IEC

思春期の若者に対するヘルス・プロモーションとIECに関してC/Pが正しく理解し、ツールを適切に活用できるように指導する。

現場において、C/Pが地域住民、地域組織、援助機関（GO,NGO）、他セクターとの連携を強化するための効果的な集会・会議をデザインできるように指導する。

保健省のECACSが現場レベルで発展的・持続的に展開されるように、現場における指導を行うと共に、保健省にフィードバックを行う。

担当分野において他組織・団体・セクターとの連携を促進するために助言をする。

担当分野におけるプロジェクトの経験の文章化を支援する。

中央および地方の技術作業委員会に参加し、担当分野における助言をする。

7.4 . カウンターパートに関する情報

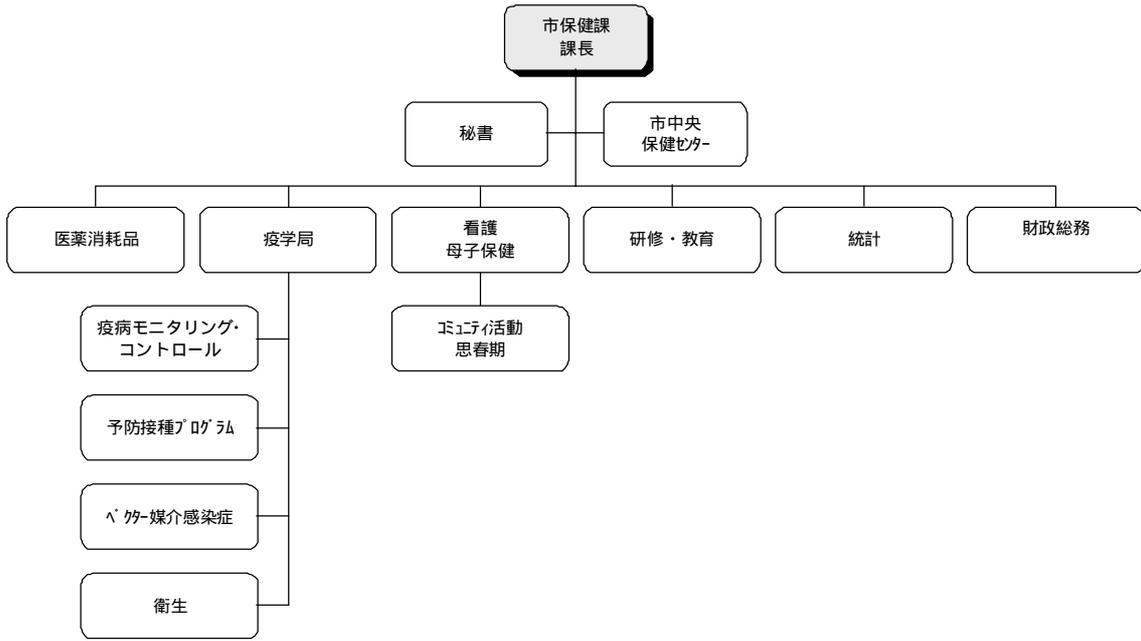
保健省中央における実施体制では、思春期リプロダクティブ・ヘルスにおいては一次医療局下の女性の統合ケア、思春期の統合ケアが担当する。

保健省中央における一次医療局の役割は、2001年に発布された政令により（政令117-2001号、213号：一次医療局）以下の通り定められる。

1. プログラムとサービスに関する組織、実施、コントロールに関連する規範の策定
2. 規範実施のための研修、助言、モニタリングとフォロー
3. 一次医療局のサービスモニタリング指標を定め、実施する
4. 保健サービス・ネットワークにおける医療職務の明確化と確立
5. 運営計画にける社会参加の推進
6. 保健サービス・ネットワークの拡大をモニタリング・コントロールするために保健サービス・ユニットにおける資源と機材の基本ニーズを調査
7. 保健サービス提供と質、人材のコントロールと調整のため、人口統計と疫病プロファイル、その対象人口の条件要因の特徴把握
8. 組織的な開発と予防とプロモーション活動の推進
9. 情報システムとプログラムを開発するためにプロモーション、予防、治療、リハビリテーション活動の計画、組織化、コーディネーション、コントロール
10. すべてのプログラムについて研修・教育・調査の過程を補助、推進

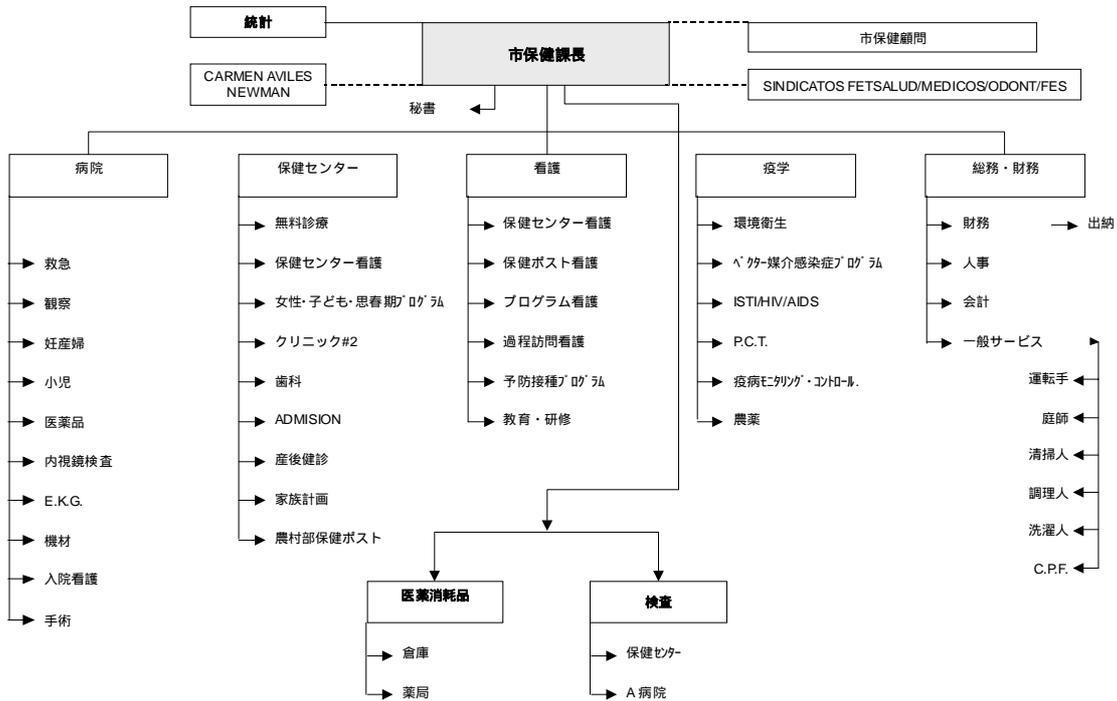
また、一次医療局の役割から分かる通り、SILAISレベルの活動との連携が重要であり、実際には一次医療局とSILAISが連携して二国一次医療を支えている。保健省中央及びグラナダ県・ボアコ県の組織図は本文中に示すとおりである。

市保健課は県保健局の下に位置する。各市には思春期のみを担当するユニットはほとんどないが、女性・子ども・思春期統合ケアとして思春期を担当することが多い。各市保健局の組織図は以下に示すとおりである。



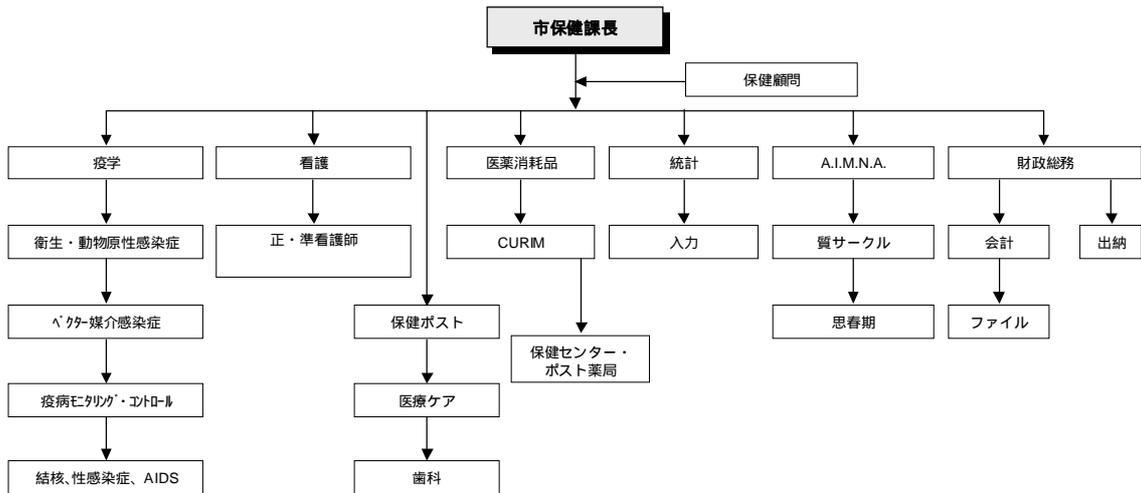
出典:グラナダ県グラナダ市保健課

図7-1 グラナダ県グラナダ市保健課組織図



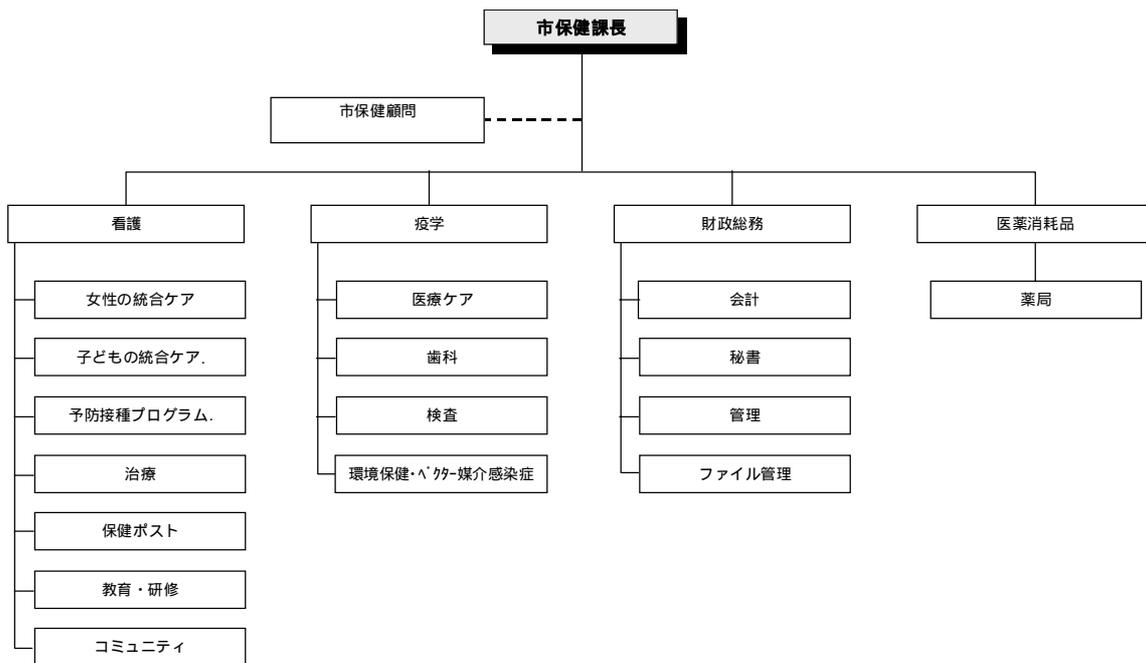
出典:グラナダ県ナンダイメ市保健課

図7-2 グラナダ県ナンダイメ市保健課組織図



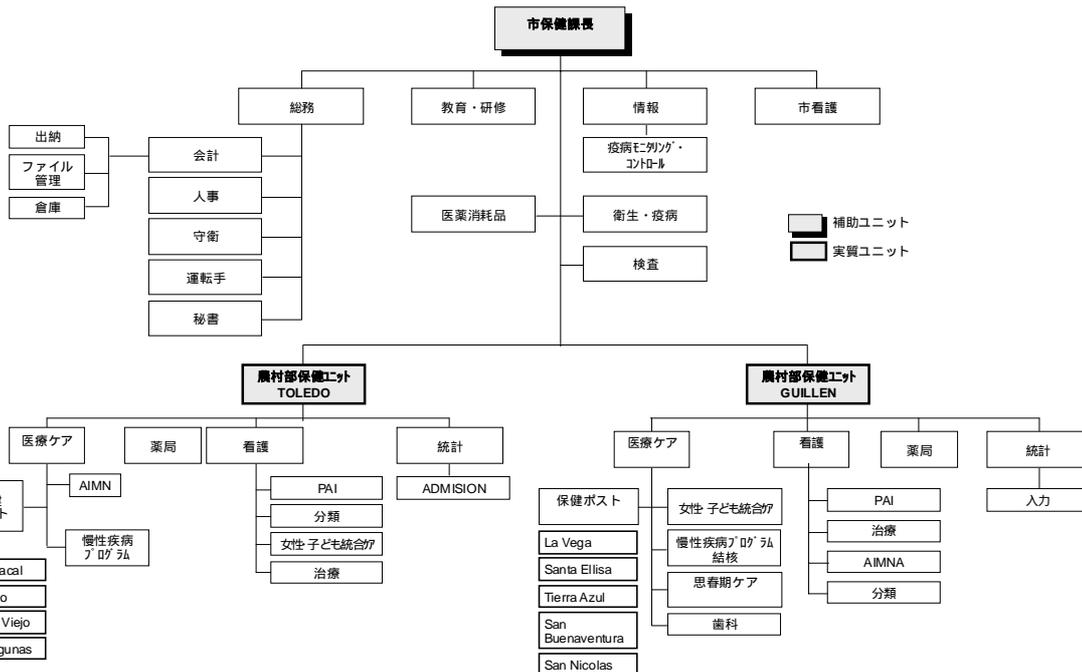
出典:グラナダ県ディリオモ市保健課

図7-3 グラナダ県ディリオモ市保健課組織図



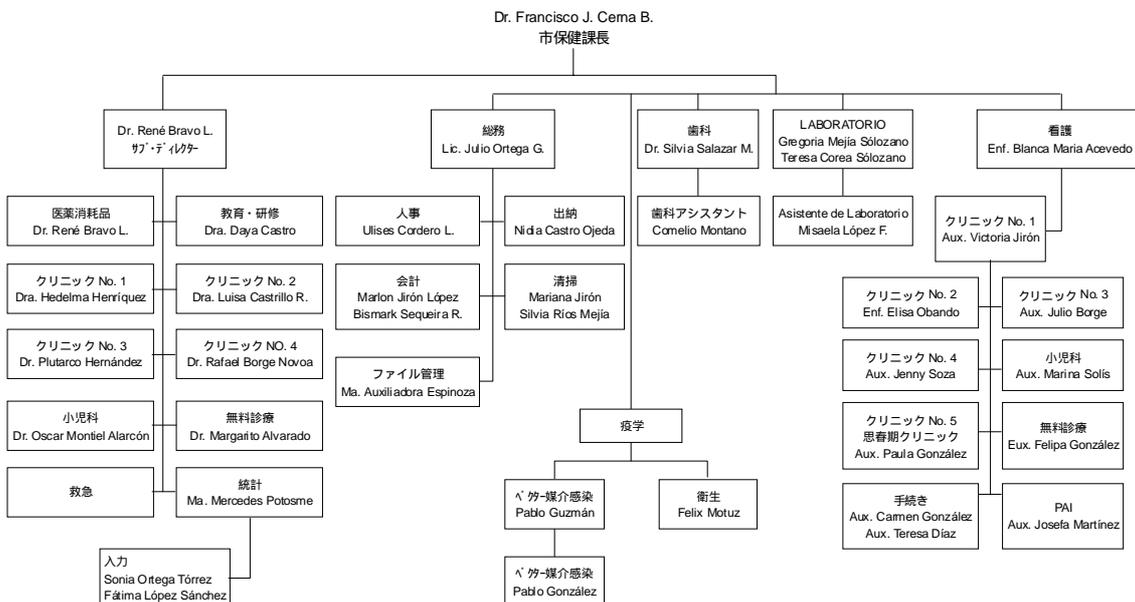
出典:グラナダ県ディリア市保健課

図7-4 グラナダ県ディリア市保健課組織図



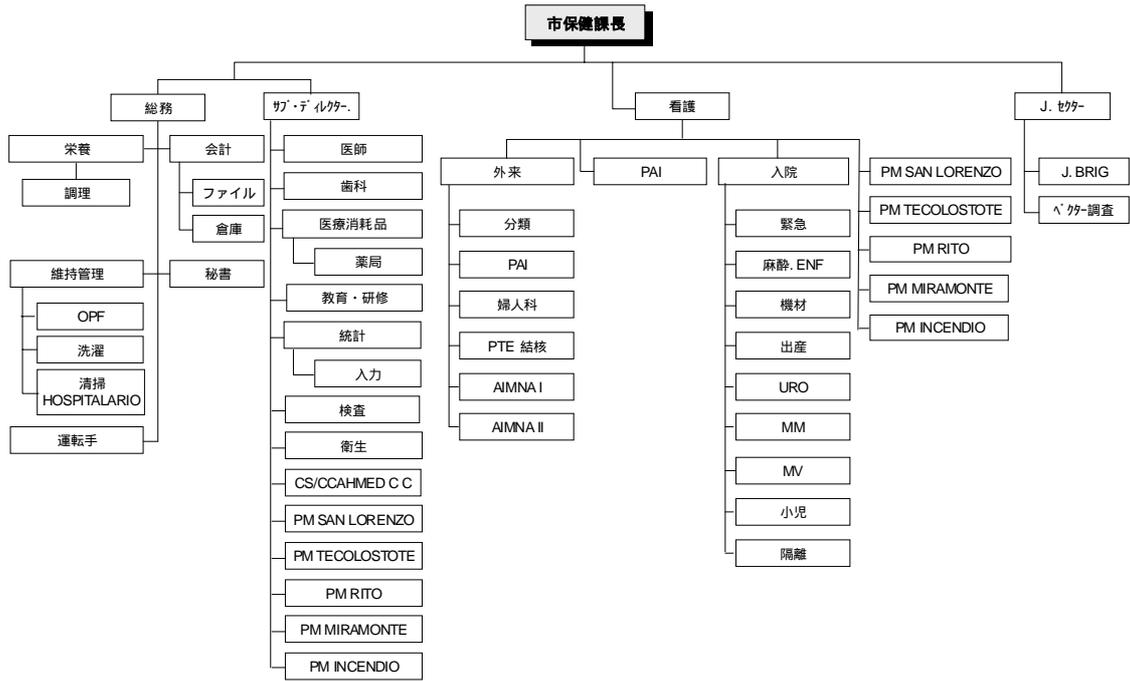
出典:ポアコ県ポアコ市保健課

図7-5 ポアコ県ポアコ市保健課組織図



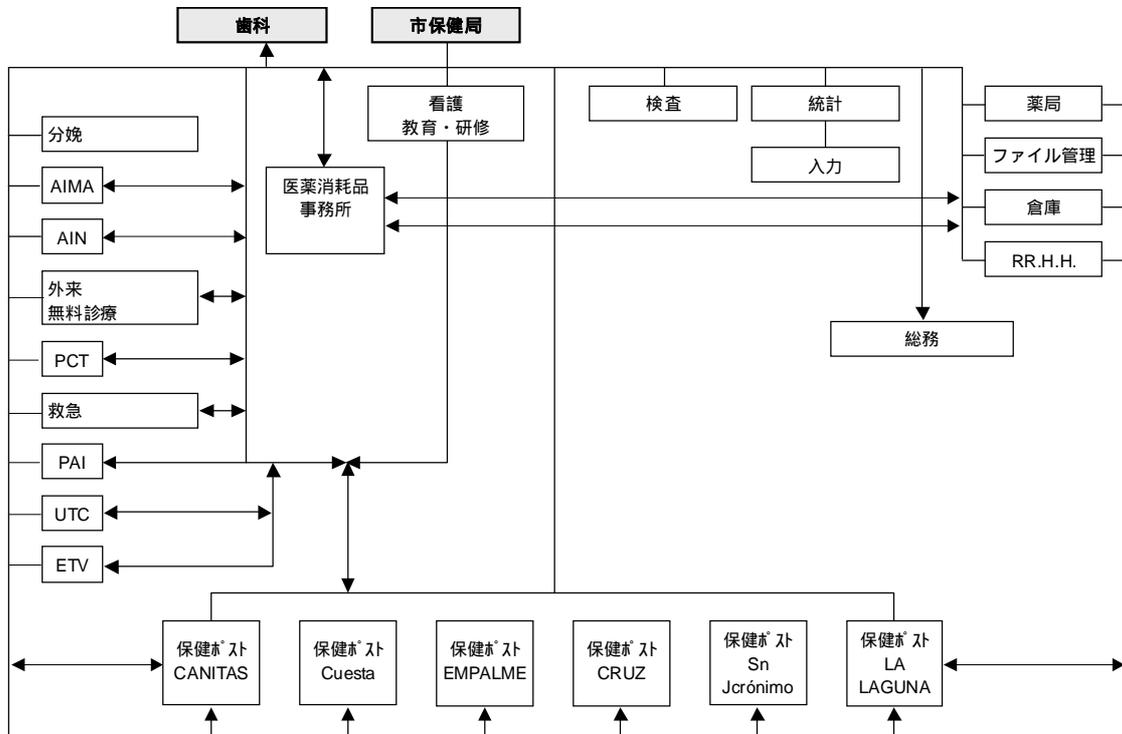
出典:ポアコ県カモアパ市保健課

図7-6 ポアコ県カモアパ市保健課組織図



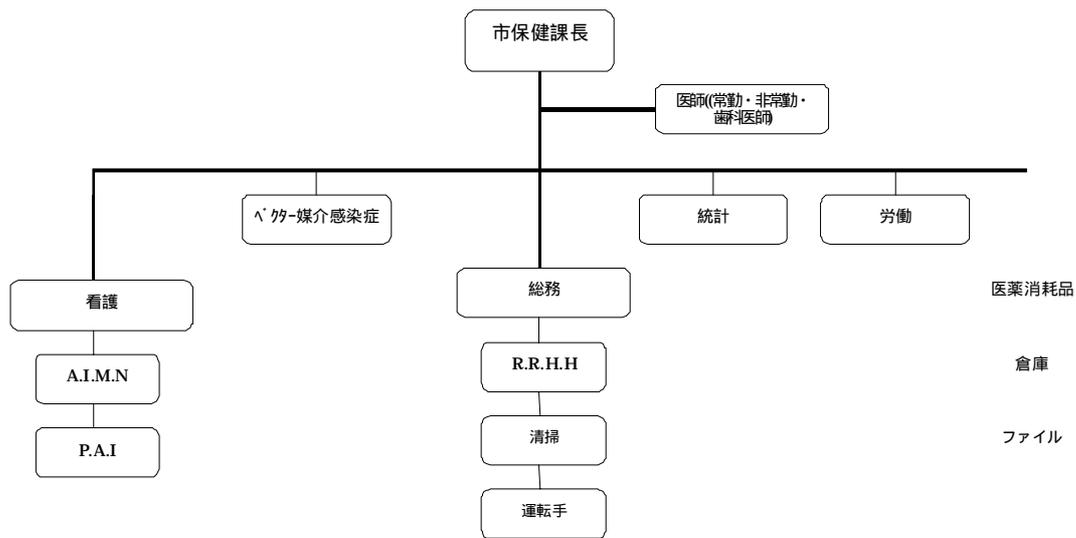
出典:ポアコ県サン・ロレンソ市保健課

図7-7 ポアコ県サン・ロレンソ市保健課組織図



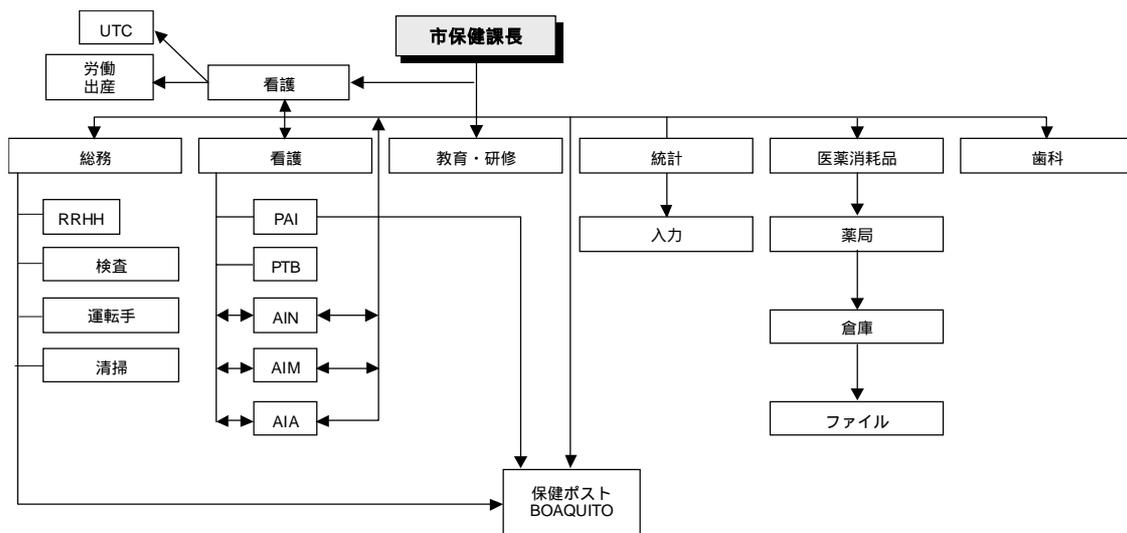
出典:ポアコ県テウステペ市保健課

図7-8 ポアコ県テウステペ市保健課組織図



出典:ポアコ県サン・ホセ・デ・ロス・レマテス市保健課

図7-9 ポアコ県サン・ホセ・デ・ロス・レマテス市保健課組織図



出典:ポアコ県サンタ・ルシア市保健課

図7-10 ポアコ県サンタ・ルシア市保健課組織図