

ペルー国  
保健省  
国立サンマルコス大学

ペルー国  
人権侵害および暴力被害住民への  
包括的ヘルスケア強化プロジェクト  
ファイナルレポート

平成 20 年 3 月  
(2008 年)

独立行政法人  
国際協力機構 (JICA)

システム科学コンサルタンツ株式会社

人間
JR
08-006



# プロジェクト対象地位置図



▶ 調査対象地位置図

## プロジェクト活動写真



JCC 会議の様様



ハーバード大学難民プログラム (HPRT) の  
指導者養成研修参加者



サンマルコス大学の Dr. Garmendia と  
HPRT の Dr. Mollica



ディプロマコース教員の定例会議



ディプロマコース中のグループディスカッション



ディプロマコース中のグループワーク(ワイカン)



ディプロマコース受講者による家庭内暴力  
被害者ケアのロールプレイ(アヤクチョ)



ディプロマコース講師への感謝





INMP での母子保健研修



暴力被害対策の取り決めに  
自治体の署名式(フニン)



ロールプレイを通じて暴力被害者へのケアを学ぶ  
保健プロモーター



研修を修めた保健プロモーター(ワイカン)



健康祭りにおける無料健康診断の  
テント(ワイカン)



ルーレットゲームを用いて暴力に関する  
啓発を行う保健プロモーター(ワイカン)



健康祭りにおける平和文化をテーマにした  
絵画コンテストの優勝者(ワイカン)



道化師を通じて子供たちへ  
暴力に関する啓発を行う(ワイカン)

## プロジェクト主要指標一覧

＜プロジェクトサイト 5 地域の基礎統計＞			
- 総人口 (2005)			239,707 人
- 5 歳未満人口 (2005)			27,150 人
- 20 歳未満人口 (2005)			96,269 人
- 生殖可能年齢女性人口 (15 歳-49 歳: 2005)			51,310
- 政治的暴力被害者数 (1980-2000 年: ベースライン調査結果)			約 25,000 - 30000 人

＜プロジェクト目標＞	2005 年 8-12 月	2006 年 1-12 月	2007 年 1-12 月
<b>暴力被害者の把握件数: 計</b>	<b>2,404</b>	<b>5,881</b>	<b>14,546</b>
保健プロモーターによる件数	319	185	253
保健医療機関による件数	2,013	3,378	10,497
その他地域機関による件数	72	2,318	3,796
<b>暴力被害者へのケア提供件数: 計</b>	<b>2,310</b>	<b>5,783</b>	<b>13,832</b>
保健プロモーターによる件数	311	137	196
保健医療機関による件数	1,935	3,340	9,935
その他地域機関による件数	64	2,306	3,701
<b>暴力被害者の関連機関への紹介(リファー)件数: 計</b>	<b>486</b>	<b>2,048</b>	<b>2,815</b>
保健プロモーターによる件数	298	25	149
保健医療機関による件数	163	352	1,192
その他地域機関による件数	25	1,671	1,474

＜成果 1: サンマルコス大学カリキュラム改変＞	2005 年 12 月	2006 年 12 月	2007 年 12 月
- HPRT により訓練を受けた UNMSM 教員数 (カッコ内は MINSa 職員との兼任講師を含む)	19 (23) (2006 年 1 月・2 月)	-	-
- UNMSM5 学科のカリキュラムうち包括的ヘルスケア の内容を含む科目数 / 含むべき科目数	30 / 82 (37%)	37 / 82 (45%)	51 / 82 (62%)

＜成果 2: 現職保健医療従事者研修 (ディプロマコース)＞	2005 年 4 月- 2006 年 3 月	2006 年 4 月- 2007 年 3 月	2007 年 4 月- 2008 年 3 月
- 1 年次に HPRT により訓練を受けた UNMSM/保健省 職員数	50 (2006 年 1 月・2 月)	-	-
- 保健医療従事者研修参加者数(累計)	実施せず	192	392

＜成果 3: 現職保健医療従事者研修(母子保健)＞	2005 年 4 月- 2006 年 3 月	2006 年 4 月- 2007 年 2 月	2007 年 4 月- 2007 年 12 月
- 母子保健研修修了者数(累計) / 受講者数(累計)	46/46 (100%)	71/71 (100%)	146/146(100%)
- 研修習得技術の 80%以上を活用している受講者割合	59%	66%	82%
- 伝達講習参加者数(累計)	224 人	2,404 人	4,591 人

＜成果 4: 地域保健活動＞	2005 年 4 月- 2006 年 3 月	2006 年 4 月- 2007 年 2 月	2007 年 4 月- 2007 年 12 月
- 啓発ワークショップ実施 DISA 数 / プロジェクト対象 DISA 数	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
- ワークショップ参加保健プロモーター数	147	214	192
- ワークショップ/研修参加ノンプロフェッショナル保健医療従事者 数	-	97	143
- 地域保健活動実施 DISA 数	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)

(出典: 各 DIRESA, UNMSM, INMP の報告による。)

# 目 次

プロジェクト対象地位置図 .....	i
プロジェクト活動写真 .....	ii
プロジェクト主要指標一覧 .....	iv
目 次 .....	v
表 目 次 .....	vii
図 目 次 .....	viii
略 語 .....	ix
はじめに .....	1
<b>1. 総括 .....</b>	<b>2</b>
1.1. プロジェクトの概要 .....	2
1.2. プロジェクトの実績・成果 .....	5
1.3. 支援活動実施の意義 .....	11
1.4. JICA専門家チームの主な支援活動の成果 .....	12
1.5. プロジェクト管理・運営面での指導・監理および技術移転 .....	16
1.6. 教訓と提言 .....	17
1.7. 技術協力成果品 .....	18
<b>2. プロジェクトの概要 .....</b>	<b>20</b>
2.1. プロジェクトの目的および成果 .....	20
2.2. プロジェクト実施体制 .....	20
2.3. 本プロジェクトで対象とする暴力の定義とペルーにおける精神保健の状況 .....	21
2.4. プロジェクト活動対象地域 .....	23
2.5. プロジェクト対象者数 .....	24
2.6. プロジェクト活動計画（プロジェクト期間全体） .....	26
<b>3. 成果 1～4 の全体に係る活動の結果 .....</b>	<b>27</b>
3.1. 合同調整委員会JCC・技術委員会TCの実施 .....	27
3.2. インセプションレポートの説明・協議 .....	28
3.3. ベースライン調査の実施 .....	29
3.4. PDMの変遷 .....	29
3.4.1. 第1回変更（第1版から第2版） .....	29
3.4.2. 第2回変更（第2版から第3版） .....	30
3.5. HPRTへの再委託業務 .....	30
3.5.1. 1年次 .....	30
3.5.2. 2年次 .....	31
3.5.3. 3年次 .....	32
3.6. UNMSM医学部教員/MINSA保健医療従事者研修(HPRTによる指導者養成研修) .....	32
3.7. プロジェクト全国大会開催 .....	37
3.8. ペルー国内団体によるプロジェクト評価 .....	38
3.9. プロジェクト終了時評価 .....	39
3.10. プロジェクト国際セミナー開催 .....	39
3.11. 広報活動 .....	42

<b>4. 成果 1 にかかる活動の結果</b> .....	<b>43</b>
4.1. サンマルコス大学医学部カリキュラム・シラバス・教案の改変 .....	43
4.2. ディプロマコースカリキュラムの大学による承認 .....	43
<b>5. 成果 2 にかかる活動の結果</b> .....	<b>44</b>
5.1. 2年次の活動 .....	44
5.1.1. 保健医療従事者研修プログラム・教材等の作成 .....	44
5.1.2. パイロットサイト保健医療従事者研修実施 .....	44
5.1.3. 保健医療従事者研修評価およびフォローアップ .....	46
5.2. 3年次の活動 .....	47
5.2.1. 保健医療従事者研修プログラム・教材等の作成 .....	47
5.2.2. パイロットサイト保健医療従事者研修実施 .....	48
5.3. 5小診療圏ネットワーク内経験共有ワークショップの開催 .....	49
5.4. 保健医療従事者コースニュースレターの発行支援 .....	50
<b>6. 成果 3 にかかる活動の結果</b> .....	<b>51</b>
6.1. 1年次 .....	51
6.1.1. 母子保健研修プログラム、教材作成、モニタリング評価メカニズム考案 .....	51
6.1.2. 1年次：第4回研修実施結果 .....	52
6.1.3. 1年次：第5回研修実施結果 .....	53
6.1.4. 母子保健研修に関するフォローアップ活動・評価実施：1年次 .....	55
6.1.5. 1年次全体のまとめ .....	56
6.2. 2年次 .....	56
6.2.1. 母子保健研修プログラム、教材の改変 .....	56
6.2.2. 2年次：第6回研修実施結果 .....	57
6.2.3. 2年次：第7回研修実施結果 .....	57
6.2.4. 母子保健研修に関するフォローアップ活動・評価実施：2年次 .....	58
6.3. 3年次 .....	59
6.3.1. 母子保健研修プログラム、教材の改変 .....	59
6.3.2. 3年次：第8回研修 .....	59
6.3.3. 3年次：第9回研修 .....	60
6.3.4. 母子保健研修に関するフォローアップ活動・評価実施：3年次 .....	60
6.4. 参加者内訳（3年間分：第4回から第9回研修） .....	62
<b>7. 成果 4 にかかる活動の結果</b> .....	<b>64</b>
7.1. 対象コミュニティにある社会的リソースマッピング .....	64
7.2. 住民参加型地域保健活動の年間活動計画作成 .....	64
7.2.1. 1年次 .....	64
7.2.2. 2年次 .....	65
7.2.3. 3年次 .....	66
7.3. 住民参加型啓発ワークショップ実施 .....	66
7.3.1. 1年次 .....	66
7.3.2. 2年次 .....	68
7.3.3. 3年次 .....	72
7.4. 非大卒医療従事者研修 .....	74
7.5. 住民参加型地域保健活動 .....	77
7.5.1. 1年次 .....	77
7.5.2. 2年次 .....	77



7.5.3.	3年次	82
7.6.	住民参加型保健活動モニタリング、内部評価支援	84
7.6.1.	1年次	84
7.6.2.	2年次	84
7.6.3.	3年次	87
7.6.4.	3年間の推移	88

## [添付資料]

1. プロジェクト実施体制
2. JICA 専門家チーム組織図
3. カウンターパート一覧
4. PDM (第1版、第2版、第3版)
5. JCC 議事録 (第1回から第11回)
6. プロジェクト終了時評価報告書
7. カジエタノ大評価報告書
8. 投入実績

## 表 目 次

表 1	指導者養成研修参加者内訳 (機関別・職種別)	6
表 2	UNMSMカリキュラム改変進捗	7
表 3	ディプロマコースモジュール一覧	7
表 4	プロジェクト成果品一覧	19
表 5	プロジェクト活動対象地域	24
表 6	プロジェクト対象者数	25
表 7	合同調整委員会JCCの開催状況	27
表 8	技術委員会CTの開催状況	27
表 9	機関別HPRT指導者養成研修参加者配分	33
表 10	機関別・職種別HPRT指導者養成研修参加者内訳	33
表 11	HPRTによる指導者養成研修カリキュラム	35
表 12	ペルー国内団体によるプロジェクト評価の概要	38
表 13	プロジェクト国際セミナーの実施計画概要	40
表 14	UNMSM医学部の教員訓練・カリキュラム・シラバス改定の進捗	43
表 15	ディプロマコース実施日程 (プロジェクト2年次)	45
表 16	ディプロマコース受講生内訳 (プロジェクト2年次)	45
表 17	ディプロマコース実施ワーキンググループの活動状況	46
表 18	5地域からの指導者養成研修参加者の活動状況	46
表 19	ディプロマコース参加者選定基準 (第3年次): 第8回JCC決議	47
表 20	ディプロマコース実施計画 (プロジェクト3年次)	48
表 21	ディプロマコース受講生内訳: 所属別 (プロジェクト3年次)	49
表 22	ディプロマコース受講生内訳: 性別別 (プロジェクト3年次)	49
表 23	ディプロマコース受講生内訳: 職種別 (プロジェクト3年次)	49
表 24	第4回・第5回INMP母子保健研修カリキュラム比較	54
表 25	9地域フォローアップ結果比較表 (2005年9-10月実施分)	56
表 26	第6回INMP研修カリキュラム	57
表 27	第7回INMP研修カリキュラム	58
表 28	2006年度第1回INMP研修フォローアップ結果	59

表 29	第8回INMP研修カリキュラム	60
表 30	母子保健研修最終フォローアップ結果(2007年11月実施)	61
表 31	INMP研修参加者内訳(地域別)	62
表 32	INMP研修参加者内訳(所属別)	62
表 33	INMP研修参加者内訳(職業別)	63
表 34	INMP研修参加者内訳(性別)	63
表 35	INMP研修プレテスト・ポストテスト結果	63
表 36	各地域の啓発ワークショップ実施結果(2005年度)	67
表 37	5地域の啓発ワークショップ実施結果(2006年度)	70
表 38	5地域の啓発ワークショップ実施結果(2007年度)	72
表 39	非大卒医療従事者を対象とした5地域での研修実施結果(2007年度)	75
表 40	5地域の地域保健活動実施結果(2006年度)	80
表 41	5地域の地域保健活動実施結果(2007年度)	82
表 42	保健プロモーター・保健医療施設・地域内暴力関係機関/組織によって把握・ケア・他機関紹介された暴力被害者数(2005年8月-12月)	84
表 43	保健プロモーター・保健医療施設・地域組織/NGO/行政機関等によって把握・ケア・他機関紹介された暴力被害者数(2006年1月-12月)	86
表 44	保健プロモーター・保健医療施設・地域組織/NGO/行政機関等によって把握・ケア・他機関紹介された暴力被害者数(2007年1月-12月)	87
表 45	5パイロットサイトの暴力被害者把握・ケア・紹介件数総数(2005年-2007年)	88

## 目 次

図 1	プロジェクト目標と各成果	3
図 2	プロジェクト実施体制	4
図 3	5パイロットサイトの暴力被害者発見・ケア・紹介件総数	5
図 4	母子保健研修フォローアップ結果(2007年11月実施)	9
図 5	暴力対策協議会の構成組織例	9
図 6	暴力被害者ケアフローチャート例(クスコ県)	10
図 7	プロジェクト活動計画	26
図 8	母子保健研修最終フォローアップ結果(2007年11月実施)	61
図 9	5パイロットサイトの暴力被害者発見・ケア・紹介件数総数(2005年-2007年)	88

## 略 語

略語	和訳	非省略形
CBO	住民組織・地域組織	Community-based Organization
CVR	真相究明和解委員会	Comisión de la Verdad y Reconciliación [西語]
DISA/DIRESA	地域保健局	Dirección (Regional) de Salud [西語]
EU	ヨーロッパ共同体	European Union
HPRT	ハーバード難民トラウマプログラム	Harvard Program in Refugee Trauma
INMP	母子周産期研究所	Instituto Nacionalizado Materno Perinatal [西語]
JCC	プロジェクト合同調整委員会	Joint Coordination Committee
JICA	国際協力機構	Japan International Cooperation Agency
MINSA	保健省	Ministerio de Salud [西語]
NGO	非政府組織	Non-Governmental Organization
PTSD	心的外傷後ストレス障害	Post-Traumatic Stress Disorder
R/D	実施協議議事録	Record of Discussion
TC	技術委員会	Technical Committee
UNMSM	サンマルコス大学	Universidad Nacional Mayor de San Marcos [西語]

## はじめに

ペルー共和国（以下「秘国」）は、1980年から2000年にかけて、センデロ・ルミノソに代表されるテロリストグループと政府との対立により、特に貧困層が集中する山岳地帯を中心に、地域社会をも巻き込んだ破壊活動が行われた。その結果、暴力被害を受けた住民およびその家族は、心的外傷後に精神的あるいは身体的健康障害に陥り、貧困と暴力被害の二重苦を負っている。

このような中、秘国政府は、2001年にテロリスト活動の結果に対する真相究明和解委員会（以下「CVR」）を設置した。CVRの調査により、被害状況が明らかになった。特に、被害者に女性・子供が多かったこと、およびその被害が深刻であったことが判明した。

このような背景の下、秘国政府は、暴力被害を受けた地域における住民が、より良い質の保健医療サービス享受し、物理（身体）／心理／社会的な健康を獲得できる環境作りを目標とし、アカデミックなシステムと保健医療サービス提供の連携も視野に入れたプロジェクトの実施を我が国に要請した。

これを受け国際協力機構（以下「JICA」）は、数次にわたる事前評価調査を実施し、2005年1月31日にはペルー政府と実施協議議事録（R/D）に署名した。

R/Dに基づき、JICAは2005年3月、プロジェクトの実施を支援するための専門家チーム（技術協力プロジェクトチーム）を派遣した。またプロジェクト実施主体として、サンマルコス大学（UNMSM）、保健省（MINSA）および関連団体と、JICAおよびJICA専門家チームからなるプロジェクト合同調整委員会（JCC）を編成した。（プロジェクト実施体制を添付資料1、JICA専門家チーム編成を添付資料2に示す。）プロジェクト開始以降、同委員会の会合は11回開催された。本ファイナルレポートは、2005年3月から2008年3月までのプロジェクト全期間の活動の実績を報告することを目的に、JICA専門家チームおよびそのカウンターパート（一覧を添付資料3に附す）が作成した。



# 1. 総括

## 1.1. プロジェクトの概要

### (1) プロジェクト名

「ペルー国人権侵害および暴力被害住民への包括的ヘルスケア強化プロジェクト」

### (2) プロジェクト期間

2005年3月から2008年3月（3ヵ年）

### (3) プロジェクトの背景

ペルー共和国は、1980年から2000年にかけて、センデロ・ルミノソに代表されるテロリストグループと政府との対立により、特に貧困層が集中する山岳地帯を中心に、地域社会をも巻き込んだ破壊活動が行われた。その結果、暴力被害を受けた住民及びその家族は、心的外傷後の精神的あるいは身体的健康被害に陥り、貧困と暴力被害の二重苦を負っている。このような中、ペルー国政府は、2001年にテロリスト活動の結果に対する真相究明和解委員会（CVR）を設置した。同委員会の調査により被害状況が明らかになり、特に、被害者に女性・子どもが多かったこと、及びその被害が深刻であったことが判明した。

このような背景の下、ペルー国政府は暴力被害を受けた地域における住民が、より質の高いサービスを享受し、物理的（身体的）/心理的/社会的な健康を享受できる環境作りを目標とし、アカデミックなシステムと保健医療サービス提供の連携も視野に入れたプロジェクトの実施をわが国に要請した。これを受け、国際協力機構（JICA）は、数次にわたる事前評価調査を実施し、2005年1月31日に、ペルー国政府と実施協議議事録（R/D）に署名、2005年3月プロジェクトが開始された。

### (4) プロジェクト目標・成果

#### 1) 上位目標

暴力によって影響を受けたパイロットサイトの住民の健康が包括的に改善される。

#### 2) プロジェクト目標

パイロットサイトにおける暴力によって影響を受けた住民が、包括的ヘルスケアサービスを利用できるようになる。

#### 3) 期待される成果

成果 1：サンマルコス大学(UNMSM)医学部に、暴力により影響を受けた住民へ包括的なヘルスケアを提供するための人材養成に係る常設プログラムが確立される。

成果 2：暴力により影響を受けた人々へ包括的ヘルスケアを提供するために、一次/二次レベルの保健医療従事者の技能が向上する。

成果 3：対象県の一次/二次保健医療スタッフ(医師、看護師、助産師)が、母子保健に関する技能を向上させる。

成果 4：住民組織や非政府組織(NGO)が参加し、暴力により影響を受けた住民が受益者となる地域保健活動が推進される。

暴力被害者が包括的なヘルスケアを受けられるようにするため、プロジェクトにおいては、4つの成果に向けて活動を行った。成果1としては、大学医学部教育において、医療従事者学生が暴力被害者ケアのテーマを学習できるようシラバスの改変を行った。このように中長期的な人材養成を行う一方、暴力被害者地域で活動する現職医療従事者に対して、ディプロマコースを通じて研修を行ったほか（成果2）、母子保健研修においても暴力被害者ケアの内容を含めるようカリキュラムの改変を行い、現職医療従事者の研修を行った（成果3）。

これら、医療サービスの供給側を強化する一方、成果4においては、啓発活動や研修を通じて、暴力被害者やその家族、および暴力被害地域の社会資源（保健ボランティア、行政機関、NGOなど）を強化して、暴力被害者が保健医療サービスのほか、警察や司法機関、女性支援機関などから包括的な支援を受けられる体制を強化した。

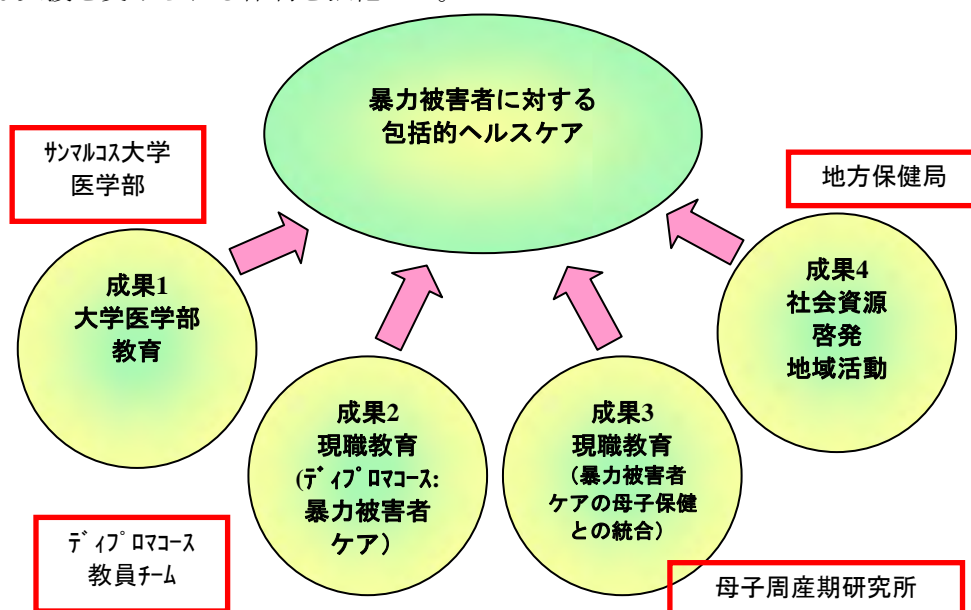


図 1 プロジェクト目標と各成果

### (5) プロジェクト実施体制・機関

プロジェクトの意思決定の場および関係機関の調整の場として、ペルー側および日本側関係機関によりプロジェクト合同調整委員会(Joint Coordination Committee: JCC)を設置した。3年間のプロジェクト実施期間中に、計11回の会合を開催し、プロジェクトの活動計画の承認や、進捗のモニタリング、活動方針や実施上の課題について協議を行った。JCCの構成機関は以下の通りである。

[ペルー側]

- 国立サンマルコス大学 (UNMSM)
- 保健省 (MINS) 本省
- MINS 関係機関
  - 国立母子周産期研究所 (INMP)
  - 国立野口英世精神衛生研究所 (野口研)
  - 国立エルミリオ・バルティサン病院
  - パイロットサイト地域保健局 (DISA/DIRESA)

[日本側]

- 国際協力機構 JICA
- システム科学コンサルタンツ株式会社
- ハーバード難民トラウマプログラム (HPRT) [業務再委託先]

また、プロジェクト活動の実施機関として技術委員会 Technical Committee: TC を組織し、JCC 同様、3年間で11回の会合を開いたほか、プロジェクト対象5地域代表者による経験共有ワークショップを実施し、各プロジェクトサイトでの経験の共有を促進することによって各地域での自立的活動を支援した。

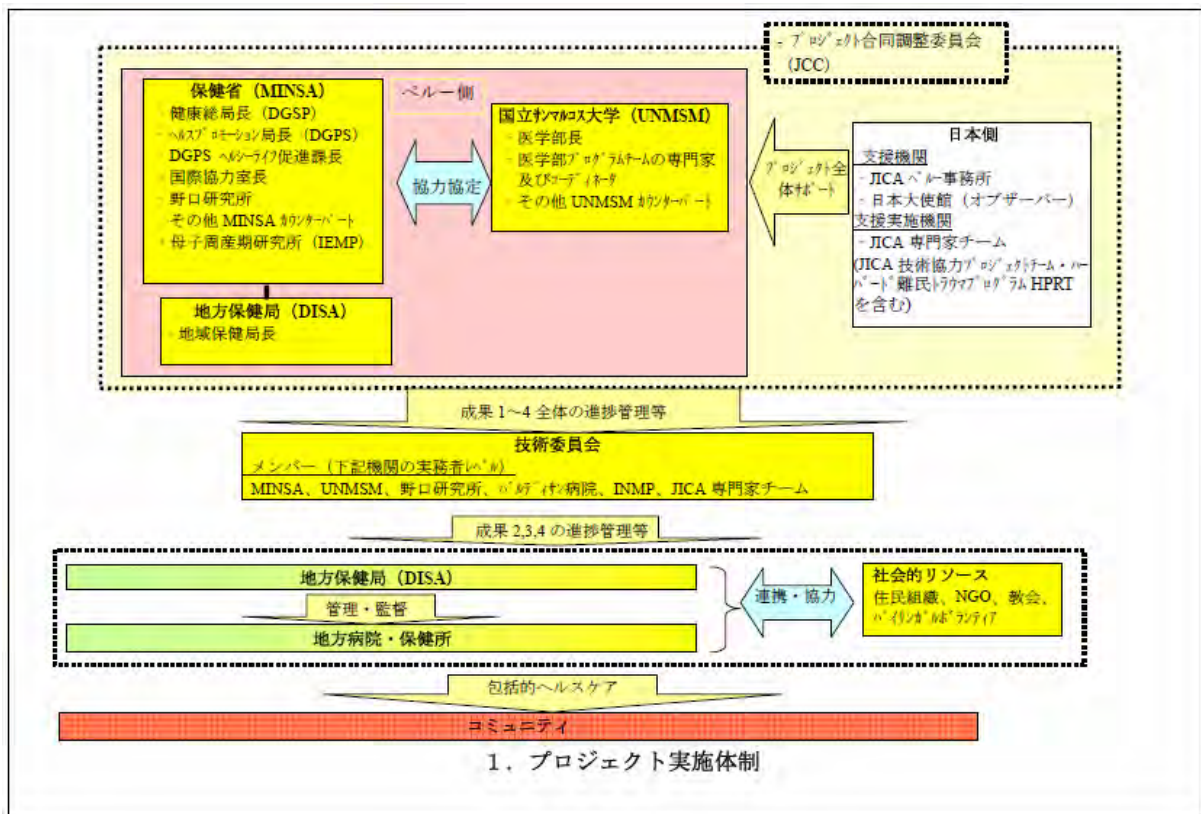


図 2 プロジェクト実施体制

## (6) プロジェクト対象地域

ペルー国真相究明和解委員会 (CVR) が暴力被害地域に指定した13県のうち5県を選定し、それぞれの県から1小診療地区をプロジェクトの対象地域として選定した。

- 1) リマ東部：ワイカン小診療地区
- 2) アヤクチョ県：ベレン小診療地区
- 3) クスコ県：テチョ・オブレロ小診療地区
- 4) フニン県：サン・マルティン・デ・パンゴア小診療地区
- 5) ワンカベリカ県：アセンシオン小診療地区

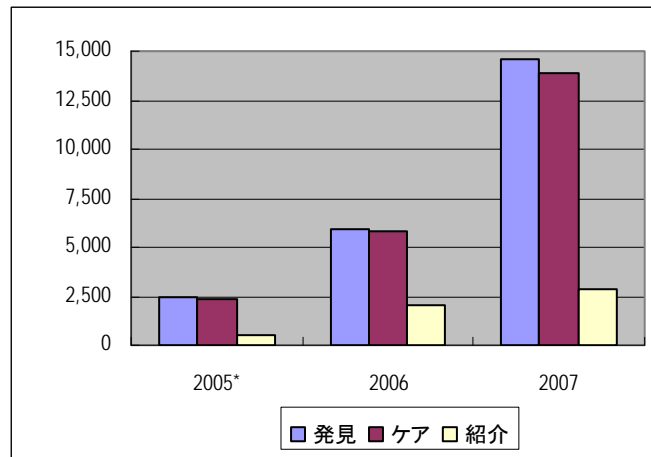
また、成果3の母子保健研修に関しては、上記5県に加え、ロレト県、カハマルカ県、アンカシュ県、ワヌコ県を対象とした。

## 1.2. プロジェクトの実績・成果

### (1) プロジェクト目標の達成実績

「パイロットサイトにおける暴力によって影響を受けた住民が、包括的ヘルスケアサービスを利用できるようになる」というプロジェクト目標に鑑み、目標達成度の評価指標として、各パイロットサイトにおける「保健医療機関」「保健プロモーター」「地域住民組織・NGO・行政機関」による、暴力被害者の「発見」「ケア提供」「他機関への紹介」件数をモニタリングした。

これらの件数はプロジェクト期間を通じて増加し、暴力被害者に対する包括的ヘルスケアが徐々に形作られて、活動が活発化していることを示している。



\*2005年8月から12月(5ヶ月間)

(出典：5地域年間活動報告書)

図3 5パイロットサイトの暴力被害者発見・ケア・紹介件総数

(なお詳細な数値に関しては、本文「表45 5パイロットサイトの暴力被害者把握・ケア・紹介件数総数(2005年-2007年)」(88ページ)を参照のこと。)

また、具体的なケア改善の例として、カジェタノ大学が実施した第三者プロジェクト評価(質的評価)において、以下のようなサービス利用者の意見が明らかになった。

シクアニの女性(30歳)は、妊娠したことにより夫の暴力がひどくなると恐れ、ヘルスポストの助産師に相談した。助産師に誰もあなたに暴力を振るうべきではない、暴力があれば必ず自分に相談するようにと言われた。それにより、自分が暴力を許さないという気持ちを持つ受容性を認識し、同じ状況にある女性たちと暴力について話すようになった。ヘルスポストでは、「以前と違い、助産師は私の暴力の問題を深刻に受け止め、対応してくれた」と言う。

ワンカベリカの女性(48歳)は政治的暴力によって夫を失い、うつ症状に悩まされていた。コミュニティーリーダーがそういう問題をもつ人はヘルスセンターに行くようにと声をかけていたので、自分も訪ねてみた。これまで、骨折など見た目に急を要する患者ばかり先に診るので、精神的問題を持つ人たちは何時間も待たせ、病院を去り、そうした経験から病院へ行かなくなっていた。今は、精神的問題も後回しではなくなった。医師は優しく1時間、話を聞いてくれ、精神科医に紹介された。今



治療を受けているところだという。医師の質問は適切で、自分で気づけなかったことに気づかされることもある。心理士や精神科医はまだ足りず、診療の場所も十分とはいえないが、彼らがだんだん良い診察をしてくれるようになって良かったと話す。

そのほかにも、以下のような意見があげられた。

- 病院で臨床心理士が暴力問題の相談に乗ってくれることを知った。相談によってうつ症状が軽減した。
- (望まない) 妊娠のことで病院を訪れた女性が、驚いたことに精神的なトラウマがあるからと心理士にリファーされた。親切で適切な相談により、子どもを生むことについての迷いはなくなった。望まない妊娠をした多くの女性が、自殺や子どもを見捨てることを考えるので、心理士のところへ行って良かった。
- 精神保健に対応できる医療従事者が増え、心理士も配置されるようになった。病院が精神保健を重視しているのがわかる。

全体として、プロジェクト対象地域における、医療従事者や住民の暴力問題に対する意識が高まり、暴力被害者が保健医療機関等に相談するようになったり、保健医療従事者が暴力問題に注意を払って日ごろの活動を実施するようになった。必要に応じて、専門家や他の暴力関連機関に紹介するようにもなり、暴力被害者からも、精神保健を含めたケアが強化されていることが認知されるようになってきている。

## (2) 指導者養成研修

プロジェクトの各成果を達成するための活動としてさまざまな研修を実施し人材養成を行う必要があった。本プロジェクトでは、まず初めにこれら各種研修を実施する指導者を養成するための研修(指導者養成研修)を実施し、研修を受けた指導者がプロジェクトの各成果の研修を実施するという、「カスケード研修方式」を採用した。

指導者養成研修は、2006年1月から2月にかけて、米国ハーバード難民トラウマプログラム HPRT において実施され、プロジェクトの主要参加機関である、サンマルコス大学 UNMSM、保健省 MINSA 本省、国立精神病院、母子周産期研究所 INMP、およびプロジェクト対象地域の地域保健局 DISA/DIRESA や保健医療機関の代表として 50 名の保健医療従事者が参加した。指導者養成研修を通じて、参加者の意識やモチベーションが強化され、プロジェクト実施の大きな推進力となった。

表 1 指導者養成研修参加者内訳 (機関別・職種別)

機関	精神科医	その他医師	臨床心理士	看護師・助産師	計
UNMSM	4	10	1	4	19
MINSA	1	3	0	1	5
5 地域保健局 DISA	1	6	1	1	9
精神保健専門機関	8	0	1	4	13
母子周産期研究所 INMP	0	2	0	2	4
計	14	21	3	12	50

(出典：指導者養成研修参加者リスト)

### (3) 成果1：サンマルコス大学医学部における暴力被害者ケア教育

暴力被害者に対する包括的ヘルスケアの意義や技術が国内の医療従事者に根付くためには、医療従事者の教育課程において、暴力被害者ケアの内容がシラバスに組み込まれ、学生教育が実施されることが重要である。プロジェクトにおいては、このような中長期的な人材養成を目的とし、ペルー国の最高学府である国立サンマルコス大学医学部の5学科および大学院において、「暴力被害者に対する包括的ヘルスケア」の内容を含むようシラバスの改変を行った。

ベースライン調査によると医学部5学科には「暴力被害者に対する包括的ヘルスケア」の内容を含むにふさわしい科目が82科目あることが判明したが、プロジェクト期間を通じて2007年12月までに、そのうち51科目(62%)のシラバス改変が行われた。

表 2 UNMSM カリキュラム改変進捗

学科	包括的ヘルスケアに関連する科目数	カリキュラム改変済み科目数					
		2005		2006		2007	
医学	20	9	(45%)	13	(65%)	15	(75%)
助産	20	9	(45%)	10	(50%)	16	(80%)
看護	12	5	(42%)	6	(50%)	8	(67%)
医療技術	19	6	(32%)	6	(32%)	8	(42%)
栄養	11	1	(9%)	2	(18%)	4	(36%)
<b>計</b>	<b>82</b>	<b>30</b>	<b>(37%)</b>	<b>37</b>	<b>(45%)</b>	<b>51</b>	<b>(62%)</b>

(出典：UNMSM)

また、成果2の医療従事者研修として実施しているディプロマコース「暴力被害者に対する包括的ヘルスケア」については、2007年2月、サンマルコス大学学長により、大学の正式なディプロマコースとして設置することが承認された。これによりプロジェクト終了後も、本プロジェクトを通じて開発した教材を活用して、大学がディプロマコースを実施できる基盤が整った。

### (4) 成果2：現職医療従事者研修（ディプロマコース）

暴力被害地域において、被害者に対する保健医療サービスの中心となるのが、保健所や地方病院で働く医師や看護師、臨床心理士などの医療従事者である。これら暴力被害地域で働く現職医療従事者に対する研修として、ディプロマコース「暴力被害者に対する包括的ヘルスケア」を実施した。

実施に当たっては、指導者養成研修受講者がカリキュラム及び教材を作成し、また教員チームを組んでプロジェクトサイトを巡回し、講義、受講生との討議、現地暴力対策関連機関との活動を実施した。6つから成るモジュールはそれぞれ自習期間と現地講習期間を合わせて4週間から6週間で、自習期間には受講生は教材を読みグループで討議をし課題をこなしている。

表 3 ディプロマコースモジュール一覧

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- モジュール 1: 暴力被害者に対する保健医療ケアにおける人間性の質と倫理</li> <li>- モジュール 2: 健康増進と平和文化</li> </ul> |
|--|

- モジュール3: 暴力被害を受けた小児・青少年に対する包括的ヘルスケア
- モジュール4: 暴力被害を受けた女性に対する包括的ヘルスケア
- モジュール5: 暴力被害を受けた成人・高齢者に対する包括的ヘルスケア
- モジュール6: 医療従事者自身のための精神的ケア・マネジメント

ディプロマコース受講者からは「人権に配慮した医療ケアの概念などを知ることで目からうろこが落ちた」など、研修内容に大変触発されたという感想が出ており、ディプロマコースへの参加が、各地での包括的ヘルスケア強化に向けた大きな推進力になった。また教員チームは、大学や病院での勤務の合間を縫った多忙な中でのスケジュール調整やプロジェクトサイトまでの長時間の移動などの困難にも関わらず献身的に講習を続け、彼らにとっても研修の実施を通じて暴力被害地域の医療従事者との交流や、暴力対策関係機関との協議から学ぶことが多いとの感想が出た。

ディプロマコースは、プロジェクト2年次及び3年次に1コースずつ、計2回実施した。受講者は各地域で約80名、5地域で延べ392名にのぼり、プロジェクトサイトの保健省の保健医療機関で働く医師、看護師、助産師、臨床心理士などのほか、3年次からは（ケアを必要とする暴力被害者のリファーマスターとなる）地域の中核病院の医療従事者や、地方大学の教員、またプロジェクトサイト周辺の保健医療従事者も対象に含めることにより、より重層的に医療従事者を研修できるようになった。

これらディプロマコースに参加した医療従事者が、精神科医などの少ない地方で、暴力被害者にケアを提供したり、住民や他の医療従事者に対して暴力被害者ケアに関する啓発や教育の中核的人材として活動する体制が整えられた。

### (5) 成果3：現職医療従事者研修（母子保健）

暴力被害地域で活動する現職医療従事者向けとして、上記のディプロマコース研修のほか、既存の母子保健研修に暴力被害者ケアの内容を含めるようカリキュラムを改変し、研修を実施した。

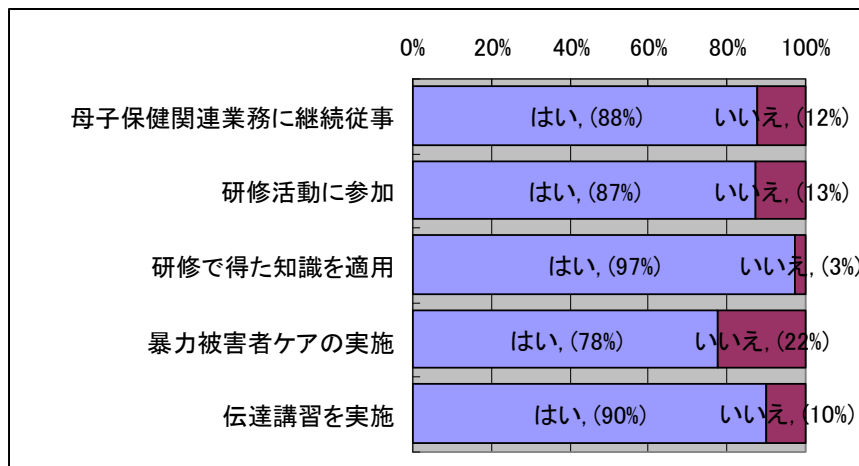
ペルー国母子周産期研修所 INMP は、本プロジェクト開始前から JICA・USAID の支援によって母子保健研修を実施していたが、本プロジェクトの開始に伴い同研修がプロジェクトに編入された。暴力被害者ケアの内容を含めるカリキュラムの改変に当たっては、INMP の教員が前述の指導者養成研修を受講し、「女性や子供の暴力被害者のケア」に関する教材を開発した。新研修カリキュラムにおいては、狭義の母子保健技術のほか、母子保健サービスを提供する過程で特に妊産婦や乳幼児の暴力被害者の発見やケアができるよう研修を実施した。

3年間のプロジェクト期間中、6回の研修が実施され、通算で147名の医師・看護師・助産師が研修を受講し修了した。

研修後には、INMP および MINSa の担当者によるフォローアップ訪問が行われ、研修修了生が、暴力被害者地域において研修で学んだことを活用しているかどうか、同僚や近隣の保健医療従事者に伝達講習を実施したかどうかなどをモニタリングし、研修受講者の支援を行った。

2007年11月に実施された、最終フォローアップ訪問によると、訪問時に129名(88%)の研修修了生が引き続き暴力被害地域で保健医療サービス業務を実施しており、また121名(82%)が研修で

学んだことの 80%以上を活用していた。また延べ 4,591 名の保健医療従事者に対し、研修受講者から伝達講習が行われていた。



(出典：INMP フォローアップ報告書)

図 4 母子保健研修フォローアップ結果(2007年11月実施)

#### (6) 成果 4：住民・保健ボランティア・暴力対策地域機関の啓発・組織化（地域保健活動）

暴力被害者が包括的なヘルスケアを受けるようになるためには、保健医療従事者の能力が強化されるだけでなく、暴力被害者やその家族の意識の変化や、保健医療サービス以外の地域の様々な暴力対策関連の社会資源が連携して支援できる体制を整える必要がある。

本プロジェクトでは、まず各プロジェクトサイトにおいて、暴力被害者を支援する社会資源のリスト化・マッピングを行った。その結果、主な社会資源として、住民組織（保健プロモーター、青年団、母親クラブ、母子・貧困者への給食事業を行うグループなど）や NGO、教会や学校、地方行政機関（警察、調停所、女性省機関、市役所）などが挙げられた。これらのグループや機関は、各プロジェクトサイトにおいて暴力対策協議会を結成し、暴力対策に関する社会資源のネットワークを形成、これらが地域における暴力被害者ケアの基盤となった。

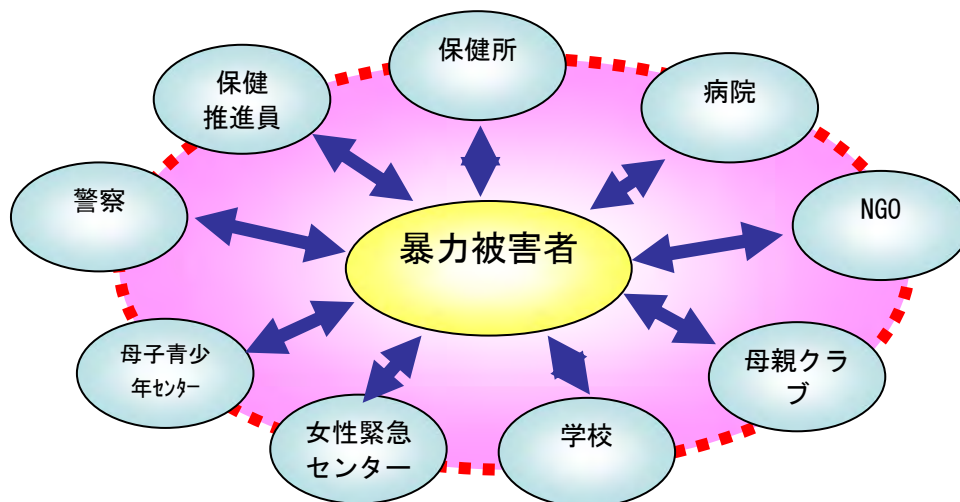


図 5 暴力対策協議会の構成組織例

プロジェクトでは、指導者養成研修を受けたパイロットサイトの保健医療従事者が中心となり、



保健プロモーターや暴力対策協議会のメンバーを対象とした啓発ワークショップを実施した。ワークショップにおいては、地域における暴力問題の現状や、被害者ケアの方法について学んだり、暴力対策の地域活動の実施計画を作成した。

その結果として、保健プロモーターが近所の暴力被害者に保健所や関係機関での支援を受けるように助言できるようになったほか、関係機関間で暴力被害者を紹介する際のフローチャートが作成され、関連機関が連携して暴力被害者を包括的に支援するしくみが強化された。

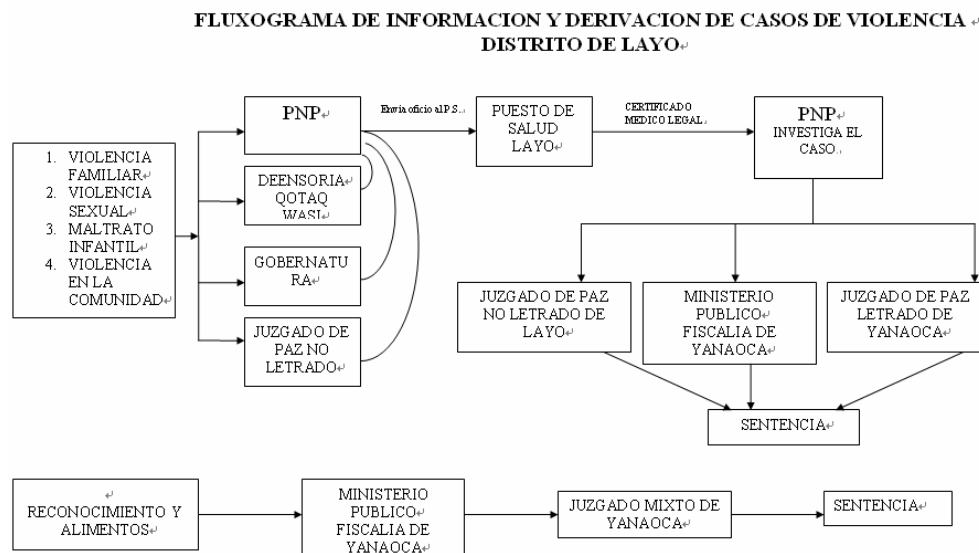


図 6 暴力被害者ケアフローチャート例（クスコ県）

暴力被害者を含む地域住民に対する啓発活動として、プロジェクトサイトの保健医療機関が暴力対策協議会の参加機関と共同で住民への啓発キャンペーン（健康福祉まつり）を実施したり、ラジオで啓発メッセージを流したり、学校や母親クラブ等の住民組織の会合において啓発活動を実施した。

また、プロジェクトの実施過程において、准看護師等を中心とした大卒資格を持たない医療従事者（ペルー国では「ノンプロフェッショナル医療従事者」と呼ばれる）の重要性が明らかになってきた。彼らの多くは保健ポストなど住民にとって一番近いところで働いているにもかかわらず、大卒資格を持たないためディプロマコース（成果2）や母子保健研修（成果3）の受講が出来なかった。そのためプロジェクトにおいては当初、保健プロモーター等を対象とした「啓発ワークショップ」を通じて、これら「ノンプロフェッショナル医療従事者」の研修を行った。しかし、ディプロマコースが実施され、地方にも暴力被害者ケアについてノンプロフェッショナルを教育できる保健医療従事者が増えてきたため、プロジェクト3年次においては、ノンプロフェッショナルの研修を別立てで行った。

指導者養成研修を修了した地方の医療従事者やバルディサン病院の職員が中心となって教材を作成し、これら教材作成者や昨年度のディプロマコース参加者が中心となって、各地域において研修を実施した。参加者の多くは研修について「研修内容が自分たちの置かれた状況や持っている知識に即しており、わかりやすく習ったことを実施に移しやすい」と評価した。

これら成果 4 の活動の実施に当たっては、指導者養成研修の参加者のほか、ディプロマコース受講者(成果 2)や母子保健研修修了者(成果 3)が参加し、これらの研修成果を発揮しながら、暴力被害地域における包括的ヘルスケアシステムが強化された。

### 1.3. 支援活動実施の意義

#### (1) プロジェクト全体の枠組み

JICA による国際協力の歴史の中で、政治的暴力を含む暴力被害対策にかかる人材養成への取り組み、特に精神保健面に焦点を当てたプロジェクトは初めてであった。ペルー国においては、精神科医・臨床心理士などの精神保健分野に関わる専門医療従事者はリマ首都圏に集中しており、当該プロジェクトの対象となった暴力被害者の多い地方部、特に貧困地域においては、こういった専門人材は少なく、今後も短期的にこの専門医療従事者の偏在状況を大幅に改善することは困難であると考えられる。

このような制約条件の下で、本プロジェクトにおいては、長期的な人材養成として医療系学生教育課程に暴力被害対策を盛り込み、短期的には暴力被害地域の一般医療従事者養成に力点を置いた。医療従事者の養成にあたっては、精神保健のみの研修を行うのみでなく、母子保健など従来の保健サービスに暴力被害者ケアの取り組みを組み合わせる、包括的ヘルスケアを目指したものであった。このような保健医療サービスの改善に加えて、暴力被害者および被害者を支援する社会的リソースを組織化することにより、暴力被害者を地域ぐるみで支えるボトムアップ方式を導入した。

この包括的ヘルスケア形成に向けての各種研修・ワークショップなどの活動を効率的・効果的に進めるにあたって、ペルー国保健省(MINSA)、サンマルコス大学(UNMSM)医学部、各地方関係機関および社会的リソースなど多くの関係機関が一体となって問題解決に臨み、プロジェクトを成功させた意義は大きいといえる。この成果を基に、各種人材養成モデルがペルー国全体へ普及し、ラテンアメリカにおける優れた参考事例として適用されることを期待するものである。

#### (2) プロジェクトをとりまく環境の変化

当該プロジェクトは、2006 年 3 月から 2008 年 3 月までの 3 年間にわたるプロジェクトであった。JICA 専門家チームは、ペルー側プロジェクト実施機関である保健省(MINSA)および国立サンマルコス大学(UNMSM)のプロジェクト運営を支援する役割を担った。JICA 専門家チームは、日・秘両国で合意された国際約束に沿って、実施機関がプロジェクトの目標達成・成果別活動を滞りなく完了するよう支援を行ってきた。

当該プロジェクトは、トレド前政権が真相究明和解委員会(CVR)の報告書に基づき最重要政策課題として掲げていた政治的暴力被害者救済を目指した活動の一環として位置づけられていた。しかし、既に政治テロが終結して 10 年近くが経過し、政治的暴力被害とその他の暴力被害の明確な判別が困難になっており、ペルー国社会のニーズは政治的暴力から暴力全般にわたるものに変質していた。ペルー社会では、政治的暴力被害と農村地域における貧困問題が複雑に絡み合っており、暴力被害者救済を精神保健と母子保健を含む包括的ヘルスケアシステム整備により解決しようとする機運が生まれていた。

プロジェクト開始前の数次にわたる事前調査段階では、当初はプロジェクトの実施機関は UNMSM で、米国ハーバード難民トラウマプログラム(HPRT)の支援を受け、政治的暴力被害にかかる医療従事者を養成するという簡潔な図式が設計されていた。しかし、プロジェクト実施においては上記の現実的ニーズを反映することとし、MINSA およびその関係専門機関・UNMSM・地方関係機関と実施主体が多様化し、母子保健と精神保健による包括的暴力被害者対策という複合プロジェクトとして進めることになった。

## 1.4. JICA 専門家チームの主な支援活動の成果

### (1) カウンターパート機関による合意形成の重視

プロジェクト形成の歴史的生成過程を重視する UNMSM と、現在から将来に向けての総合的な暴力被害者ケアに重点を置く MINSA およびその関係機関・地方関係組織間の合意形成いたるまでに多大の労力と時間を費やした。専門家チームは、この合意形成過程で、関係機関間の意見の調整を行うことにより、ペルー側関係機関への支援業務を達成し得た。

### (2) ペルーの状況に合わせたプロジェクトが対象とする暴力の拡張

過去の政治的暴力への反省をきっかけにしたプロジェクトであるが、専門家チームは、「未来志向のアプローチをとり、暴力の定義を広げ、政治的暴力に限らず女性や子どもへの暴力にも重点をおき、次世代の健康や平和まで視野に入れること」を提案し JCC で合意された。

「暴力」はいつの時代にも、また世界のいずれの地域においても、その強度の差はあれ普遍的な課題のひとつである。本プロジェクトはこの暴力の問題を健康との関連でとらえ、また対象とする「暴力」の範囲を当初の「政治的暴力」のみから家庭内暴力、性的暴力、社会的暴力などに広げたこと、かつ単にメンタルヘルスという観点に限定せず包括的ケアという観点から取り組んだことで母子保健を中心とする医療関連の各分野のみならず学校・警察・司法や女性支援機関および様々な NGO の参加・協力が功を奏した。

これは、ペルー政府の「国家保健戦略」における重点課題 10 項目のひとつである「精神保健と平和文化」とも合致しており、ペルー社会における平和文化の創成にむけて本プロジェクトが貢献できた意義は大きい。

### (3) リファラルシステムの整備とカスケード研修の同時展開

本プロジェクトにおける人材養成においては、カスケード方式を導入した。カスケード方式とは、滝の水が流れるようにマスタートレーナーたちが同僚やヘルスシステムの次のレベルにある医療人材に研修を実施し、その人たちがさらに次のレベルの医療従事者に研修を実施する人材養成モデルである。当プロジェクトでは、まず初めに、サンマルコス大学、保健省やその関連機関、および暴力被害地域の地域保健局などの人材 50 人が「ハーバード難民トラウマプログラム (HPRT)」の指導者養成研修を受講し、この 50 人がマスタートレーナーとして、次のレベルの医療従事者を研修し、さらにその受講者たちがその次のレベルの医療従事者を養成した。

一般的にこのカスケード方式による研修は、そのもともとの意図に反し、マスタートレーナーが研修を受け修了証を自分のオフィスに飾ったところで終わることが多い。しかし、本プロジェ

クトでは、HPRT 研修受講者（第 1 段階）がプロフェッショナル医療従事者にディプロマコースや母子保健研修（第 2 段階）を実施し、さらに、これら研修の受講者が HPRT 研修受講者の支援を受けながら、准看護師等のノンプロフェッショナル医療従事者や、地域のボランティアである保健プロモーターへの研修（第 3 段階）を開発・実施するに至った。

このように研修がすべてのレベルの医療従事者等に達した背景の一つには、プロジェクトの活動を通じ、同時並行的に地域での暴力被害者のレファラルシステムが整備され、医療施設等へのレファラルが機能し始めていたことがあげられる。レファラルシステムが整備されたことにより、地域の医療従事者が暴力被害者ケアに携わる機会が徐々に増えていくにつれ、ディプロマコース受講者や母子保健研修受講者（第 2 段階の研修受講者）にもレファラルシステムにおけるノンプロ医療従事者及び保健プロモーター（第 3 段階の研修受講者）の役割の重要性が認識されていった。人材養成は、学びを発揮するシステム整備により、より大きなモチベーションと効果に繋がっており、そうした機会を掴んで実施することが重要である。

#### **(4) HPRT による指導者養成研修の受講者選定基準および研修内容への助言**

カスケード研修の第 1 段階にあたる HPRT による指導者養成研修は、プロジェクト実施の中心となるリーダーを研修するものであったが、研修の成果を以後のプロジェクト活動に確実に反映させられるよう、その参加者の人選には、政治的な忖度を排除し、研修受講後の現場への持続的適用を重視し、各関係機関へ慎重な人選を依頼した。専門家チームは人選基準を提案しプロジェクト合同調整委員会(JCC)にて慎重な協議を行い合意にこぎつけた。

初期の案においては、50 名の参加者のすべてをサンマルコス大学から選出するものであったが、専門家チームは、保健省やその関連病院・研究所、およびプロジェクト対象地域の医療従事者を大幅に入れるよう提案し、それを受け参加者配分が JCC にて軌道修正された。その結果、指導者養成研修のインパクトが大学内部にとどまらず、実際のサービス実施を担う保健省やその関連機関、および暴力被害地域自体に、研修の効果が広がっていった。

また、本プロジェクト前から既にペルー国内で暴力被害者のケアを展開してきたバルディサン病院や野口研究所などからの参加も、プロジェクトの質を大きく高め、カスケード方式の研修がスムーズに流れていくための、重要な人的資源になったと思われる。保健省については政権交代により人材が異動しやすいため継続性には確かに問題があるが、保健行政の指導者層に暴力による健康被害問題についての啓発効果をもたらしたことは有意義であった。

HPRT のレクチャーおよびその教材自体は、その対象が戦災および天災後のトラウマを主なものとするものであり、政治暴力終結から数年以上が経過し、また家庭内暴力や社会的暴力も対象とする本プロジェクトには必ずしもきちんとマッチしたものではなかったが、ペルー側参加者の半数以上が精神保健以外の分野であったこと、ペルー側参加者の多くがそれぞれの分野で指導的な立場の人物であったことを考えると HPRT のプログラムはペルー側参加者の啓蒙に大きく寄与し、その後のプロジェクトの運営・実施のうねりでペルー側参加者のモチベーションと相互連携に深く寄与したと言える。また「人権に配慮したケア」や「支援者自身のセルフケア」などの概念は参加者に深い印象を与えた。

一方精神科臨床についての講義は精神保健以外の医療従事者が臨床的実践を行うには不十分で、

その後のモジュール研修に至るまで、研修受講後の臨床実践への応用には課題を残した。

#### (5) ディプロマコースの実施および人選基準に対する助言

指導者養成研修に続く第2段階の研修のひとつとして、暴力対策地域であるプロジェクトサイトの医療従事者を対象としたディプロマコースを実施した。専門家チームは、この研修成果を持続的なものとするために、研修参加者の人選基準作成にも関与し、JCCでの協議を支援した。

研修の実施に当たっては、HPRTによる指導者養成研修修了者が、ペルーの暴力被害やケアの実情に合わせてモジュールテキストを編集し、その編集者自身が直接パイロットサイトに訪問・滞在して行われた。ディプロマコースは各パイロットサイトのほとんどの保健医療専門職をカバーし、またリマ在住の専門家が直接講義や討論を行ったことは、パイロットサイトの保健医療従事者に対し、専門知識を伝達しただけでなく、暴力被害者ケアの実施を強く動機付け、専門職スタッフ間の連携を深めた。また今後、ディプロマコース受講者が暴力被害者にケアを提供する際の相談・紹介先として、リマ在住のディプロマコース講師陣との関係強化に寄与すると期待される。

しかしこの研修のみでは、精神保健の専門家で無い一般医療従事者が臨床的ケア、特に精神科治療を実施するには甚だ不十分で、リマの専門医・心理士との十分な照会システムの確保またはさらなる臨床研修の機会を要する。この点に関しては、HPRT指導者養成研修参加者のほか、野口研やバルディサン病院などのペルー国内の地域精神医療部門の専門家をより多く含め、既にペルー国内で20年以上に亘り蓄積された英知を生かすべきではなかったかと考える。

また3年次には地域の実情に合わせて研修対象を警察官や新聞記者等にも拡大したが、これは地域での暴力対策協議会を含む連携強化に大きく寄与したとされ、今後の研修参加者の選考基準を策定する際に、非保健医療セクターの人材参加あるいは警察・司法関係機関スタッフへの啓発セミナーも考慮される必要がある。

#### (6) 母子保健研修への暴力被害を含む包括的アプローチ導入効果：

本プロジェクトの開始前から、母子周産期研究所(INMP)により母子保健研修が実施されていたが、暴力被害者への包括的ケアとのつながりは薄かった。しかし、母子保健研修が本プロジェクトに組み込まれることにより、周産期における暴力の問題の重要性が認識されるようになった。そして研修受講者の伝達講習や各地域での地域研修センター設立活動により、プロジェクトサイトのみならず全国で行われる母子保健研修に暴力に関する内容が組み込まれるようになったこと、家庭内暴力の発見に向けて被害者がもっとも身近な保健医療従事者からいつでも被害者ケアにアクセスできるようなCall me Projectが始められたことなどは、本プロジェクトの当初の目的を超える成果と言えるだろう。今後これらの活動への重点的な支援を行うことは、暴力の連鎖や世代間伝達を止める上でもコストベネフィットが高いと思われる。

トラウマに関しては、暴力を受けた被害者への包括的ケアはもちろん大切だが、暴力をなくし被害者を減らすという予防活動が何よりも重要である。そういう意味では周産期のみならず、小児・思春期における暴力防止の働きかけも非常に重要と考えられる。今回開発された非大卒医療従事者研修（ノンプロフェッショナル保健医療従事者研修）を、学校関係者に向けて行うことなども有用であろう。

## **(7) 非専門医療従事者に対する研修の追加および教材作成支援**

精神保健関係専門医療従事者がほとんどいない地方では、地域住民にとって最も身近なのは、准看護師等の非専門医療従事者（ノンプロフェッショナル）である。しかし、ペルー側の当初の計画においては、これら非専門医療従事者（ノンプロフェッショナル）に対する研修が含まれておらず、ディプロマコースや母子保健研修などプロフェッショナルを対象とした研修にも、社会的リソースの啓発ワークショップなどにも、正規のメンバーとして参加機会を得られていなかった。専門家チームは、専門医療従事者と患者をつなぐ重要な役割を担うノンプロフェッショナルの存在を重視し、JCCにてノンプロフェッショナルに対する研修を提案し、承認された。

また、教材作成に当たっては、教材作成に関する注意点（シンプルな言葉を使う、簡潔に書く、臨床的に応用できるよう Step-by-step のサマリーを追加する、フォームの説明を必ずつける等）をバルディサン病院や各地方代表による教材作成チームに説明し、ガイドラインとして印刷、配布した。各担当者が臨床家であったこともありよく理解し、また教材作成の経験が多いバルディサン病院の HPRT 研修受講者の支援もあり、予想以上に実践的で簡潔な教材が出来上がった。

ノンプロフェッショナルは、組織内での職種間差別にも悩んでいたが、彼らに対する研修が、専門知識を付与したモチベーションを高め、またセルフケアの大切さを意識化したことは、当プロジェクトの最も大切な成果のひとつである。

## **(8) コミュニケーション技法の強化**

地域住民にとって最も身近なのは、保健ボランティアであるプロモーターと医療施設内のノンプロフェッショナル医療従事者である。JICA 専門家チームは、彼らが「傾聴」を中心としたコミュニケーション技術を取得することが暴力被害者の発見、心理的サポートの提供に必須と考え、研修項目として追加することを提案し、プログラム開発・教材作成の実施を支援した。パイロットサイトでの暴力被害者ケアが本格化されてゆくに従い、この傾聴技術が非常に重要である事が認識されていき、コミュニケーション技術トレーニングはのちに、母子保健研修でも JICA 専門家が実施し、以後研修プログラムに追加された。

## **(9) 地域内の暴力関連機関の連携活動・リファラルシステム強化支援**

成果 1、2、3 が中央の組織を通じたトップダウン方式の保健医療従事者の人材養成に焦点を当てているのに対し、成果 4 の活動は、パイロットサイトにおける、暴力被害者ケアに関する住民や関連組織の啓発、および地域での暴力被害者ケアシステム整備といったボトムアップの活動をカバーした。

具体的には、地域住民の啓発活動とともに、これまで独自に活動してきた暴力被害者ケア、平和文化構築に関わる施設・団体をまとめ、「暴力対策評議会」として組織した。さらに、行政、NGO、教会、警察、司法局など暴力被害者発見の鍵となるリソースを医療施設と繋ぎ、被害者が適切な医療ケアを受けるための暴力被害者リファラルシステムを整備した。地域の大学やメディアなども予防やシステムの啓発活動に協力し、これにより、研修を受けた医療人材が、より多くの人々にケアを提供できることになった。

## **(10) 暴力被害者対象プロジェクトにおけるモニタリング・評価**

暴力被害者を対象としたプロジェクトのモニタリング・評価には、他の保健プロジェクトに見



られない独特の難しさが存在した。

ひとつは、プロジェクト対象者である暴力被害者の把握が困難である点である。暴力被害者は被害者が自ら申し出がない限り、あるいは適切な目撃証言がない限り把握が非常に困難であるが、報復などを恐れ、このような申告や証言を得ること自体が難しく、プロジェクトの対象者を正確に把握することが困難であった。

また、暴力被害者の定義が一定しないことも、プロジェクト効果のモニタリングや評価を複雑化した。プロジェクトとしては、JCC を通じて WHO による暴力の定義を適用し、プロジェクトが対象とする暴力の範囲を定義したほか、モニタリングにおいては、現行の保健省の保健情報システムにおける定義を使用した。しかし、プロジェクトの進行過程で、カウンターパートが必要と判断して、その定義を超えたケースも暴力被害として捕らえている場合もあり、例えば、クスコでは予防注射が必要とわかっていながら受けさせていない場合、子どもは、親による子どもの人権侵害（Child neglect）の被害者として記録された。紛争の形態、人間関係、家族関係が多様化する現在、暴力の定義も変化していくものである。当プロジェクトにおいて「人権への配慮」が浸透したことを良い結果と評価するとともに、採用した定義が時代とともに変化することを認識しなければならなかった。

したがって、プロジェクトの成果を評価する際には、暴力被害者の発見・ケア・紹介の件数のみでなく、実際に患者発見・ケア・リファーマのシステムがどのように変わったかを詳細に質的に評価することに努め、プロジェクト3年次にはペルー国内の外部専門機関であるカエタノ大学に委託し質的調査を実施して、暴力被害者発見及び被害者ケアの具体的状況を明らかにした。

## 1.5. プロジェクト管理・運営面での指導・監理および技術移転

### (1) 保健省関連機関における政治的な影響を受けた頻繁な人事異動

保健省 MINSA およびその関係機関、また地方保健局 DISA/DIRESA など、JCC メンバーの中核となるカウンターパート機関における頻繁な人事異動が起り、保健省や地方保健局においてカウンターパートがリーダーシップを発揮する上で問題があった。しかし、最終的には、サンマルコス大学のチーフコーディネーターの強力なリーダーシップや、パイロットサイト自体における医療従事者および地域の暴力問題に関連する社会的リソースを結集させた暴力対策協議会などの現場の力がこの障害を乗り越える原動力となった。

### (2) HPRT との契約交渉

プロジェクト初年度(2005年3月から2006年3月)における契約交渉は難航し、HPRT 研修は半年遅れの初年度末(2006年1月・2月)にずれ込んだ。この大幅な遅れがあったものの、プロジェクト実施方法および実施工程の大幅な見直しなどにより、成果を達成することができた。この最大の原因は、プロジェクト遂行に技術協力プロジェクトの国際約束に基づく業務のみでは処理しきれない政治的な影響があったことである。そのため二国間協力でありながら、現実には日・秘・米の三国間の調整を伴った。二国間協力において第三国の教育機関などの支援がプロジェクトの正否に大きく影響する場合は、その重要業務に関し国際競争入札方式を取り入れ、応札機関の知識・経験・コストなどを総合的に判断できるよう配慮すべきであろう。

### **(3) カウンターパート機関への管理業務移転**

ディプロマコース研修のように多くの機関・地域（講師約 40 名、受講者約 400 名）が関係する研修では、研修計画作成、研修実施体制整備、研修スケジュール管理およびコスト管理についてプロジェクト管理のノウハウ移転に多大の時間と労力を要する。専門家チームの管理グループのカウンターパートとしてプロジェクト管理ユニットを設置し、専門家チームがその支援を行なう方式を提案する。特に、医療従事者は運営管理業務などのロジ管理能力に疎く、この管理ユニット設置およびその人材養成は今後持続的な研修事業を遂行していく上で重要な意味を持つであろう。

## **1.6. 教訓と提言**

### **(1) 訪問不可の地域をプロジェクトサイトにするのは無理がある**

5つのプロジェクトサイトのうち、2サイト（フニン及びワンカベリカ）は、治安上の制約から日本人専門家が訪問できなかった。CVR の報告に基づきペルー側が選んだサイトであるため、それを尊重する意義は深い。しかしながら、現地からの報告に基づく支援だけでは、やはり実際に何が起きているのか、変化があるとすればそれがどのように受け止められているのかなどを理解するのが困難であった。プロジェクトサイトとしては訪問可能な地域に絞り、そのなかでの受益者数を増やし、より細かく関わって活動を詳しく記録・分析することにより、パイロットサイトとして他地域の同様のプロジェクトに情報や学びを提供することも意味があるのではないかと考える。

### **(2) JICA 専門家とカウンターパートが直接働く機会が必要である**

各専門家に対しカウンターパートは一応存在したが、本プロジェクトでは専門家がチームとしてペルー側に専門的助言を行った。しかし、各専門家がより密接にカウンターパートと直接働くことにより、専門分野について細かい部分も議論できるだけでなく、研修や各種セミナー等の計画や実施について、ペルー側の主体性を尊重しつつ、日本人はサイドからの支援を強化できる。もう少し積極的に現場に関わることにより、アウトカムをペルー、日本両サイドでもっと明確にすることができたはずであり、またロジも含め準備過程を一緒に担うことにより、その部分の技術移転も可能だと考える。

### **(3) サンマルコス大学ディプロマコース制度定着への期待**

サンマルコス大学でのカリキュラムの改変やディプロマコースの設置が実現されたことは大きな意義があった。しかし、現在は暴力問題への関心が高まっているとしても、関係する教員の士気を維持し、コースをとる受講生の数を維持することは簡単ではない。改変したカリキュラム改変を永続的に使用し、ディプロマコースを学内で継続させてゆくためには、今後とも継続的な努力が必要である。また地方大学において類似のコースを設置することも有意義であると考えられる。

#### **(4) 外部リソースの活用効果および国内リソースによる自立的研修体制構築**

本プロジェクトは、HPRT に研修を委託して行われた。研修内容はおおむね妥当であったが、スペイン語圏の文献やテキストブックへの言及がないことなど、ペルーでの国内研修に向けては、改善も必要な部分もあった。ハーバードのネームバリューは大きく、渡米して研修を受けたことも参加者のその後の活動への重要な動機付けとなり、効果はあったと考える。本プロジェクト終了後、ペルー関係者が独自にこのプロジェクトの成果を発展させていくために、動機付けを維持しフォローアップを行っていく方法については、保健省や地方政府の政策等により暴力被害者ケア活動が引き続き支援されることのほか、カウンターパート間での継続的な協議が必要であると考える。

#### **(5) ディプロマ研修教材作成の価値と教材の活用**

ディプロマコースの実施のため、HPRT 研修生自身がペルー国内の状況に合わせたモジュール教材を作成したが、このモジュールを作るプロセス自体が、執筆者にとって非常に大切な学習の機会になった。HPRT で研修を受けるだけでなく、それを自分たちで咀嚼し、次に教える側に立ち教材を作りそれをもとに実際に研修を行うという方法は、最も効率の高い指導者養成の方法であるともいえ、技術移転として適切な方法であったと考える。

モジュールの全体的な質としては、他のラテンアメリカ諸国にモデル事業として紹介していくには改善の余地が見られる。改訂にあたっては、地域での研修参加者からのフィードバックや、他のラテンアメリカ地域の専門家からの意見などが有用であろうし、また参考文献のアップデートや有用なインターネットサイトの紹介なども役立つものとする。プロジェクト実施中にも 2 年次のディプロマコースの結果に基づき 3 年次に向け教材の改定を行ったが、今後とも継続的な改定が望まれる。

#### **(6) 複雑なカスケード方式研修システムの体系化と今後の課題：**

カスケード方式の研修の流れを途中で止めず、順調に各地域の多くの保健専門家及び非専門家にまで行き渡らせることは容易ではなく、また本プロジェクトでは非常に多くの機関が関与したうえ首都リマと地方との人材格差が存在し、より大きな困難が伴った。今後も本研修で適用したような研修を続け、その成果が現場で活用されるようになるためには、ペルー政府・保健省による暴力被害者ケアおよび人材養成に対する予算と人材の確保が不可欠である。

### **1.7. 技術協力成果品**

本プロジェクトの成果品として、主に以下の報告書・教材類を作成した。

表 4 プロジェクト成果品一覧

報告書名	主な内容	本報告書の参照項目
ベースライン調査報告書	本プロジェクトの開始前および開始直後にプロジェクト対象 5 地域の保健関連状況・暴力被害状況を調査したもの。	29ページ： 3.3ベースライン調査の実施
HPRT 指導者養成研修教材	本プロジェクトにおけるカウンターパート研修のうち、最上位の指導者を養成するため、米国ハーバード大学難民トラウマプログラム HPRT により行われた指導者養成研修の教材。	32ページ： 3.6UNMSM 医学部 教員 /MINSa 保健医療従事者研修(HPRTによる指導者養成研修)
全国セミナー報告書 (2 年次：2006 年 12 月実施)	本プロジェクトのほぼ中間地点において、プロジェクト進捗・成果をペルー国内の暴力対策関連機関と共有するため実施した「プロジェクト全国セミナー」の報告書。	37ページ： 3.7プロジェクト全国大会開催
インテリムレポート (2006 年 12 月)	本プロジェクトの活動開始から中間地点 (2 年次：2006 年 12 月) までの、プロジェクト進捗をまとめたもの。	
国際セミナー報告書 (3 年次：2008 年 2 月実施)	本プロジェクトの終了時に、プロジェクト成果を、中南米各国やペルー国内の暴力対策関連機関と共有するために実施した「暴力被害者に対する包括的ヘルスケアに関する国際セミナー」の報告書。	39ページ： 3.10プロジェクト国際セミナー開催
UNMSM 教育ガイドライン (講師用)	カウンターパート機関であるサンマルコス大学 UNMSM が実施した、医学部 5 学科等で実施したカリキュラム改定の概要をまとめたもの。	43ページ： 4.1サンマルコス大学医学部カリキュラム・シラバス・教案の改変
UNMSM 教育/研修教材 (ディプロマコース モジュール)	カウンターパート機関であるサンマルコス大学や保健省職員などが実施した、暴力被害地域の現職医療従事者研修 (サンマルコス大学のディプロマコースとして実施) の教材。	44ページ： 5成果 2 にかかると活動の結果
非大卒専門職に対する 研修教材	暴力被害地域で活動する准看護師等の非大卒医療従事者向けに作成された研修コース向け教材。上記ディプロマコースの教員等が作成した。	74ページ： 7.4非大卒医療従事者研修

## 2. プロジェクトの概要

### 2.1. プロジェクトの目的および成果

#### (1) 上位目標

暴力によって影響を受けたパイロットサイトの住民の健康が包括的に改善される。

#### (2) プロジェクト目標

パイロットサイトにおける暴力によって影響を受けた住民が、包括的ヘルスケアサービスを利用できるようになる。

#### (3) 成果

成果 1：サンマルコス大学(UNMSM)医学部に、暴力により影響を受けた住民へ包括的なヘルスケアを提供するための人材養成に係る常設プログラムが確立される。

成果 2：暴力により影響を受けた人々へ包括的ヘルスケアを提供するために、一次／二次レベルの保健医療従事者の技能が向上する。

成果 3：対象県の一次／二次保健医療スタッフ(医師、看護師、助産師)が、母子保健に関する技能を向上させる。

成果 4：住民組織や非政府組織(NGO)が参加し、暴力により影響を受けた住民が受益者となる地域保健活動が推進される。

### 2.2. プロジェクト実施体制

#### (1) プロジェクト合同調整委員会 (Joint Coordination Committee: JCC)

##### 1) 役割と機能

- Plan of Operation に沿ったプロジェクト年間活動計画(Annual Work Plan)作成
- 上記年間計画達成目標およびプロジェクト計画見直し
- プロジェクト課題などに関し意見交換
- プロジェクト必要事項について日秘双方で協議を経て合意

##### 2) 構成メンバー：秘側 (MINSAs、UNMSM、他関係機関)、日本側 (JICA 専門家チーム、JICA 事務所、オブザーバー：日本大使館)

- 委員長 (President)：プロジェクト・ディレクター
- 副委員長(Vice-president)：日本人専門家チーム(JICA 技術協力プロジェクトチーム)の総括
- 秘書(Secretary)：プロジェクト・コーディネータ (MINSAs および UNMSM から各 2 名)

##### 3) 会議開催頻度：少なくとも年に一回開催する。

#### (2) 技術委員会 (Technical Committee :TC)

##### 1) 役割と機能

- グループ内部規約の作成（旅費基準等）
  - 活動計画作成
  - パイロットサイトで活動するチーム管理
  - ベースライン調査の見直し
  - 成果 2 に関する教材の実用化
  - 成果 4 に関する教材等の作成
  - ニュースレターの作成
  - HPRT 研修参加者の選定
  - 成果 2、3、4 に関するモニタリングの合意
  - 成果 2、3、4 に関する活動実施に係るスーパービジョン
  - 成果 2、3、4 の評価
  - 報告書の作成
- 2) 構成メンバー：MINSА、UNMSM、野口研究所、バルディサン病院、INMP、JICA 専門家チーム、DISA(必要に応じて参加)
- 3) 会議開催頻度：少なくとも月に 1 回開催する。また、必要に応じて DISA を召集する。

### (3) 5 地域別ワーキンググループ

技術委員会 TC の指導の下、プロジェクト対象 5 地域の DISA が中心となり、地域別ワーキンググループを設置する。地域別ワーキンググループは DISA および地域保健委員会 Regional Health Committee など既存の地域組織の代表からなり、このワーキンググループは成果 4 の活動を住民の参加を得ながら効率的・効果的に進めるための調整機関としての役割を果たす。

## 2.3. 本プロジェクトで対象とする暴力の定義とペルーにおける精神保健の状況

秘国真相究明和解委員会(CVR)策定の「政治的暴力に起因するトラウマ改善政策」に基づき、秘国保健省(MINSА)は、保健分野における政策目標および計画を「精神保健および平和社会構築に向けての国家保健戦略(National Sanitary Strategy of Mental Health and Peace Culture)」および「CVR による保健補償の包括的計画(Integral Plan of Health Reparation from the Truth and Reconciliation Commission)」に取りまとめている。

2005 年 8 月 26 日に開催された第 3 回プロジェクト合同調整委員会(JCC)会合では、本プロジェクトが扱う「暴力」を以下の通り定義することが確認された。

本プロジェクトが扱う「暴力」は、秘国法における暴力および世界保健機構(WHO)の定義をもとに、定義および分類することとする。

バルディサン病院が、「ワイカン・ワークショップ向け運営計画」(2005 年)のなかで提唱した「暴力」の定義および説明は以下の通りである。MINSА として統一的に認知された「暴力」の定義は



ないが、MINSA は当該プロジェクトの対象とする「暴力」の範囲として適当であるとしている。

暴力は、広範囲にわたる心理的・社会的な諸問題の集合体と定義される。過去 20 年間、暴力、虐待、抑圧方法の新たな波が世界を襲った。その原因は多岐に渡り複雑であるが、確かなことは、暴力とは我々が日々目撃する（政治、経済、家庭などすべての人間関係に関する）非人間的な生活状況の劇的な表明だということである。

「精神保健に関する行動概要(Outline for the Action in Mental Health)」(MINSA,2004 年)では以下のように述べている。「暴力は、恥や屈辱といった内面的な感情や、自分に優ると感じられる人に対する劣等感といった感情によって引き起こされる。(中略)暴力は複雑であり、殺人、自殺、テロリズム、誘拐、死刑など、さまざまな形態をとる。その要因は多岐に渡るものの、生物学的要因、心理的要因、社会経済的要因の 3 種類に大別できる。このうち心理的要因と社会経済的要因が多くを占める。

これまでの情報に基づき、暴力の問題を 4 つのグループに分類した。ただし、複数のグループに含まれる問題もあるほか、これらのグループは互いに関連し合っている。」

1. 家庭内暴力（家庭における子供の虐待、女性への暴力、老人への暴力）
2. 性的暴力（近親相姦をふくむ）
3. 政治的暴力
4. 社会的暴力（犯罪、差別などによるもの）

## (1) 家庭内暴力

### 1) 児童虐待

Anicama の研究(1999)によると、リマ在住の秘国人のうち 3 人に 1 人は自分の子供に対して心理的虐待を加えている(36.2%)ほか、4 人～5 人につき 2 人(43.2%)は身体的暴力を加えている。また Ponce の研究(1995)によると、身体的虐待を受けている子供は全子供数の半数以上に達し(52.3%)、うち 20.4%は鋭利な器具でたたかかれている。

### 2) 女性への暴力

2000 年版人口保健調査(ENDES 2000)によると、秘国の女性のうち 41%が、体を押される、たたかれる、攻撃されるなどの被害を一度は受けたことがあると答えている。また ENDES 2004 によると、現在も 35%がこうした暴力を受けていると回答している。また Anicama の調査によると、心理的暴力については「無視またはネグレクト」といった方法で家庭内の男性が女性を支配しており、また「お前といると疲れる、俺は出て行く」といった言葉で脅されるといった状況が報告されている。また秘国議会の調査によると、調査対象者の 82%が、暴力の被害を受けた女性が知り合いにいと回答している。公的機関に女性が相談するのは、主に身体的暴力を受けた場合である一方、回答した女性の 3 分の 2 が「女性にとって最も深く傷つくのは心理的暴力である」としている。

## (2) 性的暴力

### 1) 性的暴力

秘国法医学研究所の情報によると(2001)、性的暴力の被害者については女性の 73%、男性

の94%が17歳未満である。性的暴力の最大の被害者は幼児と思春期の若者である。1997年にリマ市の高校生を対象に行った研究によると、男子生徒の9%、女子学生の22%の初の性体験が暴力によるものであった。

## 2) 近親相姦

一般的な統計にはなかなか表れにくいものの、性的暴力の多くが父、兄弟、叔父、義父といった近親者によるものであることが示唆されている。この点で近親相姦は予防対策と特別な対処が必要であると最も強く認識されている性的暴力である。きわめてプライベートな問題であり、報告事例も少ないことから、MINSAでは正確な数字を把握していない。

## (3) 政治的暴力

現在判明している数字によると、秘国では数十年にわたり政治的暴力が続いた結果、25,967名が死亡、435,000名が避難（うち68,000名前後がもとの居住地に戻っている）、9,000名が（多くの場合は誤って）警察により逮捕拘留された。

CVRの最終報告書によると、1980年から2000年までの期間における死亡者は約69,280名前後と推定され、その大半は貧困層か追放者、または両方であった。また、死亡者のうち75%はケチュア語を母語とした。ケチュア族は経済的、社会的、精神的に被害を受けており、なかでも政治的暴力によって恐怖心と不信感を植え付けられているほか、深刻なストレス反応や、うつ・心的外傷後ストレスによる心身症を伴う適応障害が見られる。

## (4) 社会的暴力

公共省によると(2001)、都市部では暴力による死亡者の5人に2人が交通事故(42.44%)、15%が殺人である。その他の暴力行為としては強盗(15.2%)、強盗未遂(10.5%)がある。

精神保健に関する目下の社会問題のうち、暴力行為を多数生むものとしては、若年ギャング等の問題があげられる。秘国国家警察市民参加部(Direction of Civic Participation)(2000年2月)はリマおよびカヤオ(Callao)地域で400のギャングに所属する計12,950名の若年者および成人を摘発した(精神保健レポート2000)。ギャングの多くが、アヤクチョなど政治的暴力の被害を受けた地域で結成されたものである。

家族や社会の構成員が暴力を犯した場合、日常の安全がより脅かされることになる。こうした暴力の被害者は、100%が女性や子供である。暴力はさまざまな面から秘国社会を侵食していることから、個別的な事実ではなく公衆衛生に関する問題として扱う必要がある。

## 2.4. プロジェクト活動対象地域

プロジェクトはリマ市を活動拠点とするが、対象地域（パイロットサイト）を以下表の通り選定し、プロジェクトの効率的・効果的实施を目指すものとする。対象地域の選定にあたっては、CVRの暴力被害に関する調査、MINSAの暴力被害支援対象地域を考慮し、さらに将来の普及期も視野に入れ、文化的（ケチュア/アシャンカなどの文化圏）、地理的な生活環境（山岳農村地帯/リマ郊外）にも偏りの無いよう選定された。

2005年5月6日開催の第2回プロジェクト合同調整委員会(JCC)では、協議の上パイロットサイトを以下の通り決定した。

- DISA 東部リマ： ワイカン小診療地区（ヴィタルテノラ・モリナ診療地区）  
DISA アヤクチョ： ベレン小診療地区（ワマンガ診療地区）  
DISA クスコ： テチョ・オブレロ小診療地区（シクアニを含むカナス・カンチス・エスピナレス診療地区）  
DISA フニン： サン・マルティン・デ・パンゴア小診療地区（サティポ診療地区）  
DISA ワンカベリカ： アセンシオン小診療地区（ワンカベリカ診療地区）

表 5 プロジェクト活動対象地域

	CVRの調査により暴力被害地域として特定された地域	パイロットサイト (成果 1, 2, 4 の対象地域)			母子保健研修 (成果 3 の対象地域)	
		JICA 専門家 チーム 現地活動地域	現地コンサルタント 等の活動地域	研修 実施 場所	研修対象 地域	研修実施 場所
リマ市	CVR 拠点	当該プロジェクト拠点	当該プロジェクト拠点	●	当該プロジェクト拠点	●
東部リマ	●	●ワイカン 小診療地区	×	●	●	×
クスコ県	●	●テチョ・オブレロ 小診療地区	×	●	●	×
ワンカベリカ県	●	×	●アセンシオン 小診療地区	●	●	×
アヤクチョ県	●	×	●ベレン 小診療地区	●	●	×
フニン県	●	×	●サン・マルティン・デ・ パンゴア 小診療地区	●	●	×
ロレト県	×	×	×	×	●	×
カハマルカ県	×	×	×	×	●	×
ワヌコ県	●	×	×	×	●	×
アンカシュ県	×	×	×	×	●	×
アプリマク県	●	×	×	×	×	×
サンマルチン県	●	×	×	×	×	×
パスコ県	●	×	×	×	×	×
ウカヤリ県	●	×	×	×	×	×

注) ● 対象とする。× 対象としない。

## 2.5. プロジェクト対象者数

各プロジェクト活動対象地域における最終受益者人口および関連保健指標・暴力被害件数(2006

年2月までの収集データによる) は以下のとおりである。

表 6 プロジェクト対象者数

地域保健局 DISA/DIRESA パイロットサイト	5 地域計	東部リマ ワイカ	クスコ チヨオブレ	ワンカペリカ アセンシオン	アヤクチヨ ペレン	フニン サンマルティン デパンゴア
<b>人口</b>						
人口	<b>239,707</b>	105,306 <sup>1</sup>	38,556 <sup>4</sup>	28,867 <sup>5</sup>	35,967 <sup>6*</sup>	31,011 <sup>8</sup>
5歳未満人口	<b>27,150</b>	8,262 <sup>1</sup>	4,641 <sup>4</sup>	3,945 <sup>5</sup>	3,917 <sup>6*</sup>	6,385 <sup>8</sup>
20歳未満人口	<b>96,269</b>	35,303 <sup>1</sup>	17,352 <sup>4</sup>	9,980 <sup>5</sup>	16,762 <sup>6*</sup>	16,872 <sup>8</sup>
生殖可能年齢女性人口(15歳-49歳)	<b>51,310</b>	18,865 <sup>1</sup>	8,875 <sup>4</sup>	6,421 <sup>5</sup>	9,265 <sup>6*</sup>	7,884 <sup>8</sup>
<b>母子保健指標</b>						
妊産婦死亡率(妊産婦死亡数)	-	0.2 <sup>1</sup>	38 <sup>4</sup>	(905) <sup>5</sup>	(3) <sup>7</sup>	(5) <sup>9</sup>
乳児死亡率(乳児死亡数)	-	0 <sup>1</sup>	23 <sup>4</sup>	N/A <sup>5</sup>	(3) <sup>7</sup>	(1) <sup>10+</sup>
5歳未満児死亡率(5歳未満児死亡数)	-	0 <sup>1</sup>	6.6 <sup>4</sup>	N/A <sup>5</sup>	(0) <sup>7</sup>	(4) <sup>10+</sup>
<b>暴力被害件数</b>						
家庭内暴力被害者数	<b>1,811</b>	1,060 <sup>2</sup>	431 <sup>4</sup>	128 <sup>5</sup>	60 <sup>7</sup>	132 <sup>11</sup>
性的暴力被害者数	<b>62</b>	38 <sup>2</sup>	4 <sup>4</sup>	N/A	10 <sup>7</sup>	10 <sup>11</sup>
社会暴力被害者数	<b>22</b>	0 <sup>2</sup>	0 <sup>4</sup>	N/A	0 <sup>7</sup>	22 <sup>11</sup>
政治的暴力被害者数[2005年]	<b>76</b>	-	2 <sup>4</sup>	-	52 <sup>7</sup>	22 <sup>11</sup>
政治的暴力被害家族数[1980-2000年](ベースライン調査)	<b>965</b>	108 <sup>3</sup>	86 <sup>3</sup>	130 <sup>3</sup>	641 <sup>3</sup>	-
政治的暴力被害者数[1980-2000年](ベースライン調査:推計値)	<b>20,000</b>	-	-	-	-	20,000 <sup>3</sup>

(数値は特に記載のない限り 2005年現在のもの。\*:2006年<sup>+</sup>:2004年)

(出典)

1. Huaycan Microred. (2005)
2. Huaycan Microred, Hospital Hermilio Valdizan. (2005)
3. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2005). Estudio de Línea de Base.
4. Dirección Estadística e Informática DIRESA Cusco e INEI. (2005)
5. ASIS 2005 Microred Ascension. (2005)
6. Censo Local. (2006)
7. Oficina de Estadística DIRESA Ayacucho. (2006). HIS.
8. Estadística e informática OGEI-MINSA. (2005)
9. Epidemiología DIRESA Junin. (2005)
10. Estadística Hospital San Martín de Pangoa. (2004)
11. Estrategia sanitaria de salud mental DIRESA Junin. (2005)

2.6. プロジェクト活動計画（プロジェクト期間全体）

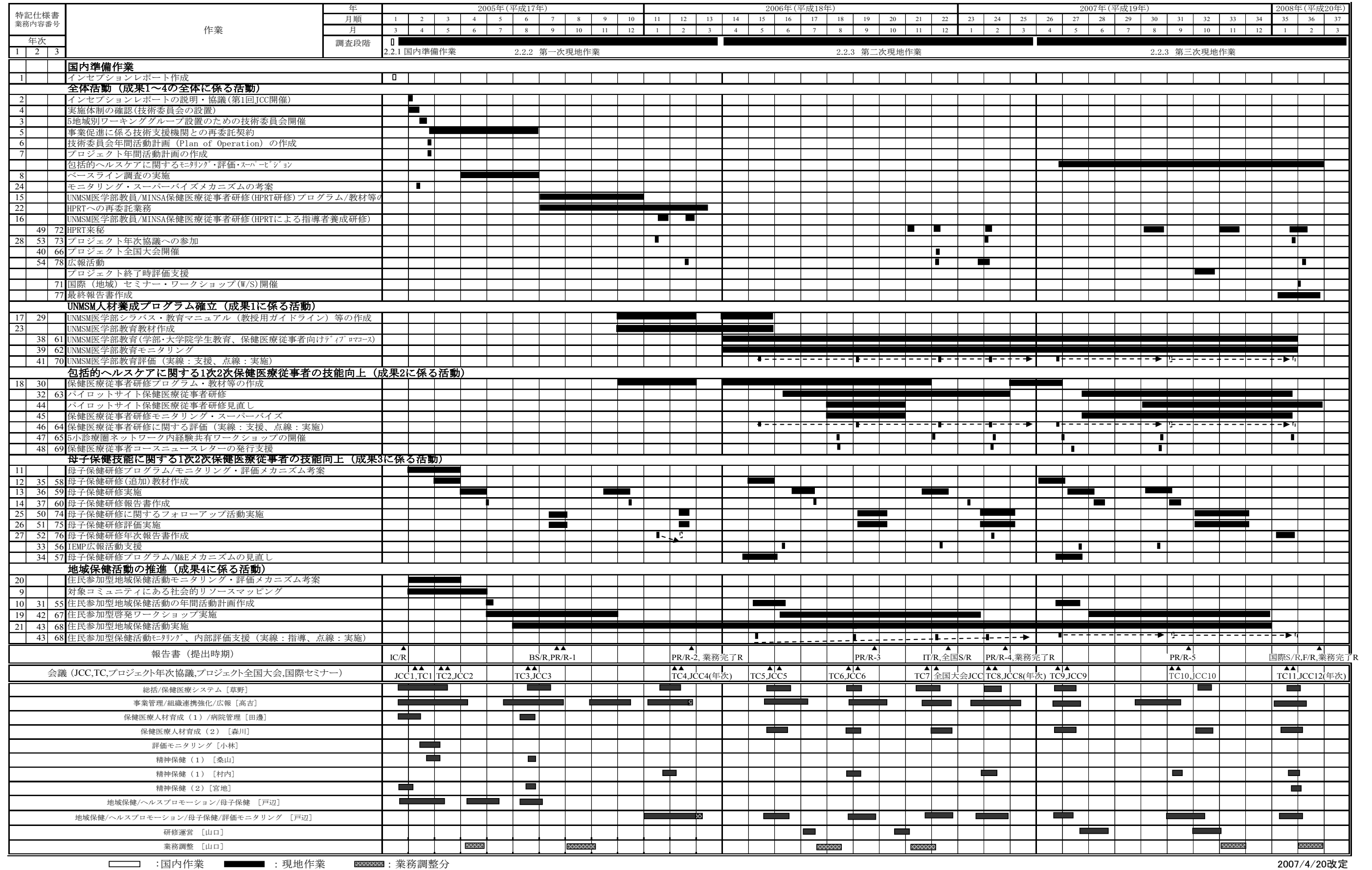


図 7 プロジェクト活動計画

2007/4/20改定

### 3. 成果 1～4 の全体に係る活動の結果

#### 3.1. 合同調整委員会 JCC・技術委員会 TC の実施

本報告書の「2.2 プロジェクトの実施体制」に定めるように、プロジェクト実施に冠する協議の場として、合同調整委員会 JCC・技術委員会 TC を実施した。2005 年 4 月のプロジェクト開始から 2008 年 3 月までに、JCC および TC を 11 回ずつ開催した。各会議の実施日、開催場所、参加者数は以下の通りである。また全 JCC の議事録を添付資料 5 に附す。

表 7 合同調整委員会 JCC の開催状況

回数	開催日	開催場所	参加者数
第 1 回	2005 年 4 月 5 日	保健省	23
第 2 回	2005 年 5 月 6 日	保健省	18
第 3 回	2005 年 8 月 26 日	保健省	16
第 4 回	2006 年 2 月 6 日	保健省	22
第 5 回	2006 年 6 月 1 日	保健省	23
第 6 回	2006 年 8 月 29 日	保健省	20
第 7 回	2006 年 12 月 4 日	保健省	22
第 8 回	2007 年 2 月 4 日	保健省	28
第 9 回	2007 年 5 月 4 日	保健省	20
第 10 回	2007 年 10 月 19 日	リマ市	35
第 11 回	2008 年 2 月 1 日	保健省	30

(出典：各 JCC 議事録)

表 8 技術委員会 CT の開催状況

回数	開催日	開催場所	参加者数
第 1 回 (1)	2005 年 4 月 8 日	保健省	16
第 1 回 (2)	2005 年 4 月 11 日	Hotel Las Americas	21
第 2 回	2005 年 5 月 3 日	保健省	10
第 3 回	2005 年 8 月 18 日	保健省	22
第 4 回	2006 年 2 月 2 日	保健省	14
第 5 回	2006 年 5 月 29 日	保健省	17
第 6 回	2006 年 8 月 28 日	保健省	12
第 7 回	2006 年 11 月 29 日	保健省	9
第 8 回	2007 年 2 月 2 日	保健省	22
第 9 回 (1)	2007 年 4 月 27 日	保健省	9
第 9 回 (2)	2007 年 5 月 9 日	保健省	11
第 10 回	2007 年 8 月 9 日	JICA ペルー事務所	8
第 11 回	2008 年 1 月 24 日	保健省	12

(出典：各 TC 議事録)



### 3.2. インセプションレポートの説明・協議

第1回プロジェクト合同調整委員会(JCC)は2005年4月6日に開催され、インセプション・レポート(IC/R)の原案について協議し承認した。以下に議論の概要を示す。

- 母子保健を精神保健に含める必要性は、非常に高いと考えられる。また、ハーバード難民トラウマプログラム(HPRT)による研修への参加者選定基準を定める必要がある。
- 秘国保健省(MINSA)は暴力被害者に対し統合的ヘルスケアモデルを作成しており、現在これを実際の秘国社会に適用しようとしている段階である。同モデルではサンマルコス大学(UNMSM)、HPRT、国立野口英世精神衛生研究所(野口研)、バルディサン病院、母子保健研究所(INMP)、地域組織、暴力被害者が参加してのプロジェクト成果を含むものである。
- アカデミックレベルでの訓練は UNMSM が担当する。1次・2次医療機関の保健医療従事者に対する研修、およびヘルスケアの実施については MINSA が担当する。
- INMP によると、秘国では暴力が頻発しているが、保健医療従事者には家庭内暴力を含む暴力被害者のふるいわけ、発見、治療を行う技術がなく、また暴力被害者のケアをするなかで心理的に影響を受けてしまう医療従事者もなかには見られる。暴力被害者に対する保健医療サービスの提供が最優先されるべき点から、研修候補者は現時点において保健医療サービスに従事している者から選出すべきである。
- 地域保健局(DISA)代表者からの指摘によると、各地方で働く保健医療従事者の大半は地方大学の卒業生である以上、地方大学の学部および学生もプロジェクトの研修対象に含めるべきだとのことである。DISA の中には暴力に関するベースライン調査を行ったところもある。
- JICA 専門家チームからの助言
  - 政治的暴力の長期的影響は、家庭内暴力、薬物中毒・アルコール中毒、自殺、失業などさまざまな形で表面化する。
  - 政治的暴力の被害者の多くは自分が政治的暴力の被害者だという事実を明かさないため、政治的暴力の被害者を他の種類の暴力被害者と区別することは困難であり、また臨床上の意義も少ない。
  - MINSA からの提案にもあるように、秘国で政治的暴力が発生してから長い年月が経過していることから、医療系学生に対する研修は精神保健・心的外傷ケアに対する長期的恩恵を目的とし、政治的暴力以外にも、家庭内暴力、性的暴力、非行、虐待、自殺など、秘国での発生率が高いことが研究で明らかとなっている他の種類の暴力にも対処できるよう、研修で扱う暴力の範囲を広げる必要がある。
  - 政治的暴力は、その心的外傷による症状や病態の面で他の種類の暴力と共通項が多い。よってプロジェクトでは政治的暴力から暴力一般に対象を広げても、アプローチに大きな変化はないと考えられる。HPRT の研修プログラムでも、政治的暴力以外の暴力も含まれるだけの柔軟性がある。
  - プロジェクトに母子保健を含める件については、暴力の世代間連鎖を断ち切るためにもきわめて重要である。
  - 扱う暴力の範囲を拡大することで、秘国全体の精神保健政策における、本プロジェクトの重要性がいつそう増すであろう。

### 3.3. ベースライン調査の実施

国立サンマルコス大学（UNMSM）医学部に設置された「暴力被害者に対する統合的ケア常設研修プログラム」は、UNMSM 医学部 5 学科（医学/看護/医療技術/栄養/産科）の暴力及び心的外傷に関するカリキュラム・シラバス調査を実施した。

また「ペルー共和国人権侵害及び暴力被害住民への包括的ヘルスケア強化プロジェクト」の対象 5 地区が地域保健局（DISA）により選定され、この 5 地区に対し、以下の目的のためにベースライン調査を実施した。

- 1) 被害者の身元確認と住所の確認（暴力被害者マッピング）
- 2) 現況の保健状態を評価し、心的外傷による影響の臨床的側面を明確化（暴力被害者の現状把握）
- 3) 統合的ケアの必要性の把握
- 4) 被害者を診察すべき第一次医療システムの現状把握（プライマリレベル保健医療現状調査）
- 5) 被害者へ統合的のケアを行う専門家研修の必要性確認（同レベル保健医療従事者技能調査・研修ニーズ調査）
- 6) これらの活動を遂行する方法についての評価

この調査結果は「ペルーの暴力及び人権侵害被害者に対する統合的ケア強化プロジェクト」において、暴力及び人権侵害被害者のニーズに応じた適切な統合的ケアを担うべき専門家養成のための研修プログラム策定に活用された。

ベースライン調査報告の概要は 2005 年 8 月 26 日の第 3 回プロジェクト合同調整委員会（Joint Coordination Committee）へ説明され、その内容について承認された。

### 3.4. PDM の変遷

プロジェクト期間全体を通じて、PDM は 2 度変更された各変更の経緯及び内容を以下に示す。また PDM 各版（第 1 版から第 3 版）を添付資料 4 に附す。

#### 3.4.1. 第 1 回変更（第 1 版から第 2 版）

2006 年 1 月 JICA 専門家チームは JCC/TC に対し、以下の理由から、本プロジェクトのプロジェクト・デザイン・マトリックス(Project Design Matrix)の改定を提案し、2006 年 2 月に承認された。

- 対象となる暴力の定義を広げた。[本プロジェクトが対象とする暴力の範囲が改定されたため（政治的暴力のみでなく、女性や子供に対する暴力や性暴力なども対象に含むようになった）]
- プロジェクト指標および指標入手先を明確化した。[成果や進捗をモニタリング・評価するためにより詳細に決定する必要があるため]
- プロジェクト活動の欄を再編した。[プロジェクト開始後に JCC によって決定された活動計画に基づき、プロジェクト活動の欄を再編する必要があるため]

### 3.4.2. 第2回変更（第2版から第3版）

2007年5月に実施された第9回JCCにおいて、プロジェクトの進捗にあわせ、評価指標、評価項目等を一部修正した。主な修正点は以下のとおりである。

- ノンプロフェッショナル（準看護師等、大学を卒業していない医療従事者）に対する研修を、成果2から成果4に含める。[実施主体がUNMSM・MINSА等ディプロマコース教員グループから、5地域に移ったため。]
- 成果2の指標として、ディプロマコース実施のためHPRTにより指導者養成研修を修了した人数を評価指標として追加。[MINSАなどUNMSM以外の機関からのHPRT研修に参加者を評価する指標が含まれていなかったため。]
- 成果4の実施主体として、ノンプロフェッショナル医療従事者、保健プロモーター、地域機関を明示する。[成果4の活動の中でこれら実施主体のかかわりの必要性が大きくなり、地域保健活動に積極的に関与するようになったため。]
- 暴力被害者の保健医療施設利用者や包括的ヘルスケアに関するプロジェクト目標の指標から、「X人が利用する」という文言を除く。[地域における暴力被害者数が明確でなく（把握が困難）、また何人が利用すれば妥当であるかという数値目標も設定できないため。]

## 3.5. HPRTへの再委託業務

### 3.5.1. 1年次

本プロジェクトの実施促進のため、技術支援機関としてハーバード難民トラウマプログラム Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT)と再委託契約交渉を実施し、2005年9月1日付けで契約した。

HPRTによる再委託業務の実施結果を以下に示す。

#### (1) 5地域保健年間活動計画(成果4)のレビュー及び技術的アドバイス

- 1) UNMSM および MINSА は HPRT への相談無しに研修モデルを組み立てている。プログレス・レポート1の表5において、「すべてのプロジェクト対象地域を医療従事者研修対象に含む」としているが、その方法論が明確にされていない。各地域の保健医療従事者の尊敬と信頼を得ることは非常に難しいことから、これらの方法は非常に複雑で微妙な問題である。ベースライン調査もこのことを大きな障壁であると示している。
- 2) HPRT は UNMSM が 5 地域での医療従事者研修に関して、国の中心的機関 Center of Excellence になるべきであると、プロジェクトの当初から推奨している。上記表5からは、その中心機関がどこにおかれるのか（リマか各地域か）また誰が資金を提供するのかが明確でない。HPRT の見解としては、地域保健医療従事者は、継続的なフォローアップと支援を受ける必要がある。これらが誰によってどこで行われるのかが明確でない。
- 3) 米国やその他の発展途上国における HPRT の経験として、保健省の職員や政策決定者は頻繁に交代するため、長期にわたる本プロジェクトのフォローアップや資金提供元として機能し

ないと考えられる。この点に関し、MINSA としてはどう対処する計画なのか。

- 4) UNMSM と MINSA のプロジェクトリーダーは、今後臨床的、学術的および科学的能力をどのように高め、地域に普及させるつもりなのか。
- 5) 本年間活動計画は、評価の特異度 Specificity を有していない。
- 6) プログレス・レポート 1 の Appendix 5-2 (「DISA クスコ 地域保健活動 年間活動計画」)において、MINSA は暴力被害者の登録システムを構築することを考慮しているが、HPRT としては、この登録制度は暴力被害者への偏見を助長するものであるため、登録をする人がいないのではないかと憂慮している。暴力被害者の登録については倫理的・臨床的な問題が含まれている。(ベースラインサーベイの結果において) 暴力被害者の登録件数が少ないのはそのためではないかと考える。

## (2) 秘国暴力被害者特定問診表作成支援

HPRT が作成した暴力被害者特定問診表(うつおよび心的外傷後ストレス障害[Posttraumatic Stress Disorder: PTSD]簡易評価票)の主な構成は以下のとおりである。

うつおよび心的外傷後ストレス障害簡易評価票(ペルー版)

Simple Evaluation of Depression and Posttraumatic Stress Disorder (Peruvian Version)

ホプキンス症状チェックリスト Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25)

Part 1: 不安症状 Anxiety Symptoms

Part 2: うつ症状 Depression Symptoms

ハーバードトラウマ質問票 Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

Part 1: トラウマ体験 Trauma Events

Part 2: 個人的な体験 Personal Description

Part 3: 頭部の外傷 Head Injury

Part 4: トラウマ症状 Trauma Symptoms

Part 5: 拷問の体験 Torture History

## (3) UNMSM 医学部教育に関する教材等の作成支援および保健医療従事者への研修プログラム・教材作成支援

HPRT は UNMSM 医学部教育(成果 1)、および 1 次 2 次保健医療従事者研修(成果 2)の研修プログラム、教材作成支援の一環として、保健医療者向けのツールキットを作成し、下記指導者養成研修においても、使用法の講義を行った。

## (4) UNMSM 医学部教員/MINSA 保健医療従事者研修(HPRT による指導者養成研修)

本報告書 3.7 に記す。

### 3.5.2. 2 年次

JICA 専門家チームは HPRT と 2006 年 7 月 1 日付で業務実施再委託契約を締結した。特にプロ

プロジェクト成果 1 および 2 に関する活動を支援するため、HPRT はペルーへ少なくとも 3 回渡航し 60 人日以上滞在することに合意した。渡航期間と目的については以下の通りである。

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| 1) 2006 年 11 月 3 日から 12 日 | -ディプロマコースモジュールの内容に関する協議<br>-プロジェクトサイトの訪問   |
| 2) 2006 年 12 月 2 日から 9 日  | -プロジェクト全国大会への参加<br>-プロジェクトサイトの訪問<br>-5 地域経験共有ワークショップへの参加<br>-ディプロマコースモジュールの内容に関する協議<br>-サンマルコス大学カリキュラム改変への助言 |
| 3) 2007 年 2 月 5 日からの週     | -第 8 回 JCC 会議（プロジェクト年次協議）への参加<br>-プロジェクト 3 年次の活動計画   |

HPRT は、上記業務を実施し、その結果は業務完了報告書にまとめられた。

### 3.5.3. 3 年次

プロジェクト 3 年次においても、プロジェクトは HPRT と再委託契約を実施し、以下の活動に関し支援を得ることとした。

- 保健医療従事者への研修実施支援（ディプロマコースのカリキュラム・教材改善支援、ディプロマコース補助教材としての診療事例集の作成支援、非大卒専門職を対象とする研修カリキュラム・教材作成支援）
- プロジェクト対象各地における取り組みの共通性および特異性の分析
- 特別講義の提供（ペルー国で実施）
- JCC 会合へのオブザーバ出席
- 5 小診療圏ネットワーク内経験共有会合へのオブザーバー出席
- プロジェクト年次協議へのオブザーバー参加
- プロジェクト全国大会/国際(地域)セミナー・W/S への出席

上記活動の実施のため、HPRT は 2007 年 9 月（1 回目）、10 月（2 回目）および 2008 年の 1 月から 2 月（3 回目）の計 3 回来秘し、活動を実施した。

## 3.6. UNMSM 医学部教員/MINSA 保健医療従事者研修(HPRT による指導者養成研修)

本プロジェクトの 4 つの成果の実施主体における指導者的立場にあるペルー人 50 名に対し、2006 年 1 月および 2 月に HPRT において、人権侵害および暴力被害住民への包括的ヘルスケア強化に向けた指導者養成研修を実施した。本研修は、本プロジェクトにおけるカスケード方式研修のうち、最上流をなす人材を養成するものである。

### (1) 研修目的

- 内戦後の状況において精神保健ケアを実施する保健医療従事者に、より進んだ臨床的知見に関する訓練を提供すること
- 保健医療従事者が職務上必要な組織的資源等の開発を行えるよう支援すること

### (2) HPRT 研修対象者の人選

#### 1) JCC による人選基準

2005年5月開催の第2回JCCで決定された人選基準は以下の通りである。

- 保健医療専門職（例：医師、看護師、助産師、臨床心理士等）で精神保健についての知見を有すること。大学の職員には限定しない。また精神保健の専門家である必要はないものとする。
- 中級程度の英語の能力を有すること。
- 精神保健の推進に対し人道的な強い動機を有すること。
- ペルー帰国後研修で得た知識や能力を普及する責任を果たせること。
- 良好な健康状態を有すること。

#### 2) JCC による機関別研修員配分

同じく第2回JCCにおいて、関係機関ごとの参加人数配分が以下の通りに決定された。

表 9 機関別 HPRT 指導者養成研修参加者配分

機関	参加者数
UNMSM	19名
MINSA	4名
5 地域保健局 DISA	10名 (=2名×5地域)
精神保健専門機関	13名 (野口研5名, バルディサン病院5名, ラルコ・エレ ーラ病院3名)
母子周産期研究所 INMP	4名
計	50名

(出典：HPRT 研修参加者リスト)

#### 3) 職種別参加者数

最終的に選定された研修参加者の、機関別・職種別内訳は以下の通りである。

表 10 機関別・職種別 HPRT 指導者養成研修参加者内訳

機関	精神科医	その他医師	臨床心理士	看護師・助産師	計
UNMSM	4	10	1	4	19
MINSA	1	3	0	1	5
5 地域保健局 DISA	1	6	1	1	9
精神保健専門機関	8	0	1	4	13
母子周産期研究所 INMP	0	2	0	2	4
計	14	21	3	12	50

(出典：HPRT 研修参加者リスト)

#### 4) 選定結果の概要

##### a) 参加者の職種について

参加者全員が、上記、JCC にて決定された基準「保健医療専門職（例：医師、看護師、助産師、臨床心理士等）で精神保健についての知見を有すること。大学の職員には限定しない。また精神保健の専門家である必要はないものとする。」を満たしていると言える。

##### b) 参加者の英語能力について

研修時の講義やディスカッションを通じ、英語－西語同時通訳を配置することとなったため、参加者の英語能力についての基準は必要なくなった。尚、同時通訳を配置し、また研修教材も全て西語へ翻訳したのは、ペルー人全般の英語能力へと、特に地方から来る参加者への配慮であった。

##### c) 研修後のプロジェクトへの関わり（人選への反映）

###### ▶MINSА

本プロジェクト開始当時のカウンターパート、また、省内にて母子保健を担当する職員が優先的に選ばれている。本プロジェクト対象地区の DIRESA もしくは DISA の人選は、それぞれの地区に一任されたが、MINSА の判断より、局長は参加不可とした。これは、研修後のポストトレーニングに実際に時間を割ける現場の人材を選択すべき、という判断と、また大統領選等に伴っての人事異動の影響をなるべく少なくする、という観点からである。

###### ▶UNMSM（サンマルコス大学）

医学部内に設置されている「暴力被害者に対する包括的ケア常設研修プログラム」チームのメンバーから優先的に選出している。当該チームは、本プロジェクト成果1である医学部内のカリキュラム改変を推進している。

###### ▶精神科専門病院・機関（バルディサン病院、野口研、ラルコエレラ病院）

既に、前述の MINSА/EU プログラムにおいて地方巡回チームメンバーとして、地方への精神科訪問医療活動を行っている人材から選出している。尚、ラルコエレラ病院は本プロジェクトの関係機関として認知はされていない（JCC/TC の参加機関でない）が、リマ市内最大床を誇る保健省立の精神病院であり、かつ訪問医療活動の実績があることから、本研修に参加すべきである、との判断が MINSА 側よりなされた。

###### ▶INMP

今年度より、本プロジェクト活動の一部となった母子保健研修の実施に深く関与している職員が優先的に選出されている。

#### (3) 研修実施期間

研修は 50 名を、25 名ずつの 2 グループに分け実施した。実施期間は以下の通りである。

第 1 回：2006 年 1 月 22 日から 2006 年 2 月 1 日 まで（うち講義は 1 月 23 日から 1 月 30 日まで）

第 2 回：2006 年 2 月 19 日から 2006 年 2 月 28 日 まで（うち講義は 2 月 20 日から 2 月 27 日まで）

うち第 1 回目の研修は、医師を中心としたグループ向けに実施し、第 2 回目はその他医療従事



者を中心としたグループ向けに実施した。

(4) 研修内容（カリキュラム・講師）及び実施状況

研修のカリキュラムおよび講師は以下の通りである。

表 11 HPRT による指導者養成研修カリキュラム

日数	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目
第 1 回	1/23	1/24	1/25	1/26
第 2 回	2/20	2/21	2/22	2/23
7:30 – 8:30	朝食	朝食	朝食	朝食
8:30 – 9:00	スケジュール確認	復習	復習	復習
9:00 – 10:30	試験	講義 2 ツールキット (Richard Mollica)	講義 4 うつと悲嘆 (Mauricio Fava)	講義 6 睡眠の健康 (Ulman [1 月] Karen Carlson [2 月])
10:30 – 11:00	休憩	休憩	休憩	休憩
11:00 – 12:30	講義 1 イントロダクション (Richard Mollica)	講義 3 暴力被害者スクリーニング問診票 (James Lavelle)	講義 5 PTSD (Dr. Mark Pollack)	講義 7 薬物とアルコール中毒 (Michael Bierer [1 月], Ron White [2 月])
12:30 – 2:00	昼食	昼食	昼食	昼食
2:00 – 3:30	指導者養成研修モデルパネルディスカッション	グループディスカッション 2(症例検討 I)	グループディスカッション 3(症例検討 II)	グループディスカッション 4(症例検討 III)
3:30 – 4:00	休憩	休憩	休憩	休憩
4:00 – 5:30	グループディスカッション 1(指導者養成研修モデル)	グループディスカッション 2(症例検討 I)	グループディスカッション 3(症例検討 II)	グループディスカッション 4(症例検討 III)
5:30	休憩・夕食	休憩・夕食	休憩・夕食	休憩・夕食

日数	5日目	6日目	7日目	8日目
第1回	1/27	1/28	1/29	1/30
第2回	2/24	2/25	2/26	2/27
7:30 – 8:30	朝食	朝食	自由時間	朝食
8:30 – 9:00	復習	復習	自由時間	復習
9:00 – 10:30	講義 8 向精神薬の使用 (David Henderson)	講義 12 指導者養成モデル (Richard Mollica)	自由時間	講義 15 プロジェクト評価 (Paul Bolton)
10:30 – 11:00	休憩	休憩	自由時間	休憩
11:00 – 12:30	講義 9 向精神薬の使用 (David Henderson)	講義 13 指導者養成モデル	自由時間	講義 16 家庭内暴力 (Bonnie Zimmer)
12:30 – 2:00	昼食	昼食	昼食	昼食
2:00 – 3:30	講義 10 精神科プライマ リーヘルスケア (Greg Fricchione)	自由時間	講義 14 文化人 類学的診断と暴 力 (Yasushi Kikuchi)	講義 17 性的暴力と女性の 健康 (Susan Bennett)
3:30 – 4:00	休憩	自由時間	休憩	休憩
4:00 – 5:30	講義 11 精神科プライマ リーヘルスケア (Greg Fricchione)	自由時間	グループディスカ ッション 5(指導者 養成モデルまと め)	講義 18 産後うつ病 (Judy Bass)
5:30	休憩・夕食	自由時間	休憩・夕食	6-7: 研修後評価テスト 8:00: 修了式

- 基本的に 18 の講義と 5 回のグループディスカッションが行われた。
- 講義のテーマとしては、(1) HPRT による暴力被害者ケア指導書（ツールキット）、暴力被害者発見・診断問診票などの総論、および(2)うつ、PTSD、向精神薬使用法、家庭内暴力、性的暴力、文化人類学的視点を踏まえた暴力被害者ケアなどの各論が行われた。総論の講義は主に HPRT グループの専任スタッフ（モリカ氏・ラベル氏など）により行われ、各論の講義はハーバード大医学部教授や客員教授、マサチューセッツ総合病院[ハーバード大医学部付属病院のひとつ]職員等により行われた。
- グループディスカッションはペルー人研修生と HPRT メンバーを 2 つのグループに分け、テーマとしては(1)指導者養成モデル（カスケード方式研修モデル）、および(2)暴力被害者症例について討議が行われた。
- 研修の前後に評価テストとして「参加者による能力自己評価」「症例検討問題」が行われ、主観的・客観的な能力評価が実施された。参加者全員が研修を修了した。
- 講義内容は暴力に関連する精神障害を概説し、また文化人類学的視点をも含む、まさに包括的なプログラムである。ただ、薬物療法については精神科医向けのより専門的な内容であるにも拘わらず、非精神科医療職がプライマリーケアの中で精神保健サービスを実施するうえで必要な症候論（精神症状の捉え方）についての内容は希薄で、ペルー国内での研修では改善を要する。

#### (5) 研修全般に関するペルー人参加者の意見

研修に参加したペルー人は、一様に今回の研修について非常に満足している。2006年2月2日の第4回技術委員会 TC において HPRT 研修参加者（第1回目）から出された意見は以下の通りであった。

- HPRT やその他ハーバード大関係者など、暴力被害者ケアに対する第一線の研究者・臨床家から高いレベルの講義受け助言を得られたことが良かった。
- 講義やグループワーク、コーヒープレイクなどの時間を通じて各種機関からの参加者間で今後のプロジェクト活動について議論が深められ、プロジェクトに対して一丸となって取り組もうという意思が高まり有意義であった。
- 今回の研修でカバーできなかったテーマについての講義や、実際に秘国内での人材養成が始まった際のスーパーバイズを今後 HPRT に期待する。
- HPRT を主宰するモリカ氏の暴力被害者ケアに対する情熱にはカリスマ性を感じた。

### 3.7. プロジェクト全国大会開催

2006年12月5日から6日にかけて、第1回プロジェクト全国大会を実施した。サンマルコス大学、保健省、INMP、バルディサン病院、野口研、プロジェクト対象5地域の代表のほか、INMP 研修対象地域、他ドナーなど、2日間で計91名が参加した。

#### (1) 目的

- 5 地域で実施されている暴力被害者に対する包括的ヘルスケア強化活動の成果を共有するとともに、サンマルコス大学や保健省などの支援を受け、どのようにプロジェクトの継続性を維持するかに関し討議する。

#### (2) 内容

##### [1 日目]

午前：開会式、プロジェクト進捗の発表

午後：グループディスカッション

- テーマ1：「プロジェクト対象地域においてどのように、またどの程度まで暴力被害者に対する包括的ヘルスケアが提供できるようになったか」
  - テーマ2：「プロジェクト対象地域は、サンマルコス大学や保健省などの支援を受け、今後どのようにプロジェクト成果・活動の継続性を維持するか」
- 劇「ロサ・クチーヨ」（政治的暴力被害者に関する）

##### [2 日目]

討議結果発表（5 地域、サンマルコス大学、保健省）

HPRT による講義「暴力被害者にかかわる保健医療従事者のセルフケア」

討議の内容・結果に関しては、インテリムレポート報告書「1. 総括」（1.1 プロジェクト活動の成果、1.2 今後の課題）および「プロジェクト全国大会報告書」に示すとおりであった。

### 3.8. ペルー国内団体によるプロジェクト評価

プロジェクトの評価・モニタリングは、基本的に PDM に示された指標に基づいて実施されている。特にプロジェクト評価指標として、保健医療機関や保健プロモーター、地域組織等による暴力被害者の発見、ケア、リファーマ数を収集しているが、このような量的データだけでは、その数字の背景として実際に地域でどのようなことが起こっているのかが十分把握できていなかった。

そのため、ノンプロフェッショナル医療従事者、ヘルスプロモーター、地域機関・NGO 等により、どのようなサービスが実施されているか、また患者として、これらサービスについてどのように感じているか、サービス利用行動がどのように変わったかなどに関して情報を収集し、プロジェクトの各成果（特に成果 2,3,4）が、5つのプロジェクトサイトでどのように統合され、プロジェクト評価指標の変化につながったのかを、特に質的な面から明らかにするため、ペルー国内の団体によって評価調査を実施した。

表 12 ペルー国内団体によるプロジェクト評価の概要

実施団体	カジェタノ大学公衆衛生学部
実施期間	2007年5月～10月
目的	保健医療従事者や保健プロモータ、地域関連機関によって実施されている暴力被害者に対する包括的ヘルスケアについて、サービス提供者の認識について、特に質的な情報を集め分析する。
対象地域	プロジェクトサイト5小診療地区
評価設問	<p>[主設問]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 暴力被害者に対するケアの提供における変化 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 研修後に実施した活動・行動</li> <li>- 学びをどのようにサービス提供に生かしたか</li> </ul> </li> <li>2. 暴力被害者の紹介（リファーマルシステム）の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 各種フォーム（紹介票）など</li> <li>- どのように紹介システムが機能しているか</li> <li>- システムの中での各保健医療従事者の役割</li> </ul> </li> <li>3. 暴力被害者ケアにおける態度の変化 <ul style="list-style-type: none"> <li>- ケア提供における自信</li> <li>- ケア提供における技術的・心理的困難</li> <li>- ケア提供における施設としての課題・困難</li> </ul> </li> </ol> <p>[補足的設問]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 暴力被害者の自身が受けたサービスに対する認識</li> <li>● サービス提供にかかる他の要素 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 暴力被害者ケアに対する地域での政策</li> <li>- 暴力被害者ケア予算</li> <li>- その他の資源（薬、人員、機材）</li> </ul> </li> </ul>
方法	プロジェクトに参加した地域医療従事者、保健プロモータ、地域関連機関に対する、インタビュー、質問票、フォーカスグループディスカッション

カジェタノ大学は 2007 年 7 月に 5 地域においてフィールド調査を実施し、9 月 14 日に調査報告書を提出した。（添付資料 7）

サービス利用者から見た暴力被害者ケアに関する意見として、次のようなものがあげられた。

1) 夫から暴力を受けていたシクアニの女性（30 歳）は、妊娠したことによりさらに夫の暴力がひどくなるのではないかと恐れ、ヘルスポストの助産師に相談した。女性は助産師から、誰もあなたに暴力を振るうべきではない、そういうことがあれば必ずここに話に来ようと言われた。それによって自分自身が暴力を許さないという気持ちが大切であるということ認識し、同じような状況の女性たちと暴力について話すようになったという。ヘルスポストでの体験について、

「以前はそうではなかったが、助産師は私の暴力の問題をもっと深刻に考え、対応してくれた」と言っている。（啓発教育、改善された対応）

2) 36歳のフニンの女性は、別の健康問題で病院に来た時に心理士が精神保健の対応をすると知り、娘（年齢不明）を連れて来た。1994年、夫がテロリストに殺され、子どもふたりを連れて国内避難民となった。以後、女性自身はうつ症状等に悩まされ、娘は物の置き場を忘れるなど、何もかも忘れるようになったという。心理士のケアを受けて、女性は「自分に起こっていることについてどのように考えればいいのかわかった」と言っている。女性のうつ症状は軽減され、娘は忘れ物をしなくなった。このサービスを知らない女性や子どもがたくさんいるので、ラジオなどで宣伝してほしいと言っている。（暴力被害者ケアの宣伝、啓発教育）

3) ワンカベリカの女性（48歳）は政治的暴力によって夫を失い、うつ症状に悩まされて地元のヘルスセンターを訪れた。地域政府による政治的暴力被害者の登録ワークショップに出かけたところ、その過程で当時を再体験する結果となり、さらに落ち込んだという。コミュニティリーダーがそういう問題をもつ人はヘルスセンターに行くようにと声をかけていたので、自分も訪ねてみた。これまでは、骨折など見た目に急を要する患者ばかり先に診るので、精神的問題を持つ人たちは何時間も待たなければ病院を去り、そういう経験があるので以後は病院へ行かないという感じだった。しかしながら、今は精神的問題を持つ患者も少しは待つがすぐに見てくれる。「精神科医にリファーしてくれ、今セラピーを受けているところ」だという。医師は優しく暖かく対応してくれ、適切に質問するので、自分でも気づかなかったことに気づかされることもある。「医師は1時間、私の話を聞いてくれた」、そして鬱と診断した。心理士や精神科医はまだ足りず、診療の場所も適切とは言えないが、彼らがだんだん良い診察をしてくれるようになって良かったと話す。（精神保健問題の重視、改善された対応、機能しているレファラル）

4) 妊娠とそれに伴う心理的問題のため18歳の女性はワイカン病院を訪れた。驚いたのは、女性は子どものことで病院に来たのに、女性には精神的なトラウマがあるからと心理士にリファーされたこと、心理士は親切で問いかけがうまく、話したあと、女性の「子どもを生むことについての迷いはなくなった」。望まない妊娠をした多くの女性が、自殺や子どもを見捨てることを考えるので、心理士のところへ行って良かったという。問題は、待ち時間が非常に長かったということ。しかしながら、非常に多くの女性や子どもが心理士を必要としているので仕方がないとも考えている。心理士は15分間非常によく話を聞いてくれ、次回の予約も入れてくれた。病院が精神保健を重視しているのがわかる理由は、「以前は精神保健に対応できるプロフェッショナル医療従事者は少なく、心理士もいなかった」という。（母子保健ケアにおける精神保健ケア、機能しているレファラル、改善された対応）

### 3.9. プロジェクト終了時評価

2007年10月9日から2007年10月26日にかけて、プロジェクトの終了時評価が実施された。調査団による評価の結果は第10回JCCにおいて協議され、合同評価報告書が作成された（添付資料6）。終了時評価の際に作成されたプロジェクト終了時までの活動に対する提言については、2008年2月開催の第11回（最終）JCCにおいて、その活動結果が発表された（添付資料4.11）。

### 3.10. プロジェクト国際セミナー開催

プロジェクト3年次において、本プロジェクトによる成果や教訓を、ペルー国内や中南米諸国

の保健医療関係者、暴力問題関係者と共有するため、「プロジェクト国際セミナー」を開催し、150名以上が参加した。セミナープログラムの概要は以下のとおりである。

表 13 プロジェクト国際セミナーの実施計画概要

目的	暴力被害者に対する包括的ヘルスケアに関し、本プロジェクトを通じて得た成果および教訓を、ペルー国内や中南米諸国の保健医療関係者、暴力問題関係者と共有する
日時	2008年2月4日（月）から5日（火）
場所	ペルーリマ市
出席者	<ul style="list-style-type: none"> <li>- サンマルコス大学</li> <li>- 保健省</li> <li>- 保健省関連機関（INMP、野口研、バルディサン精神病院、ラルコエレラ精神病院）</li> <li>- 地域保健局代表</li> <li>- 5プロジェクトサイト代表</li> <li>- 中南米諸国16カ国 暴力問題関係者代表（基本的に各国2名）</li> <li>- Argentina, Honduras, Bolivia, México, Brasil, Nicaragua, Colombia, Panama, Costa Rica, Paraguay, Chile, Uruguay, Ecuador, Venezuela, El Salvador, Guatemala.</li> <li>- ペルー国内関連ドナー（USAID, WHO/PAHO, GTZ など）</li> <li>- ペルー国際協力庁 APCI</li> <li>- JICA ペルー事務所</li> <li>- 日本大使館</li> <li>- JICA 専門家チーム</li> <li>- HPRT</li> </ul>
プログラム	<p>[1日目：2008年2月4日（月）]</p> <p>8:00 - 8:30 参加者受付</p> <p>8:30 - 8:40 開会祝辞(JICA ペルー事務所長)</p> <p>8:40 - 9:00 サンマルコス大学学長挨拶</p> <p>9:00 - 9:15 セミナー開催の言葉(保健大臣)</p> <p>9:15 - 10:00 「プロジェクトの概要」 (JICA 専門家チーム・チーフアドバイザー)</p> <p>10:00 - 10:15 休憩</p> <p>10:15 - 10:45 「ペルー国精神保健の先進性と今後の課題」 (国立野口英世精神衛生研究所所長)</p> <p>10:45 - 11:15 「ペルーおよびラテンアメリカにおける暴力」(UNMSM)</p> <p>11:15 - 11:45 「ハーバード難民トラウマプログラムによるプロジェクトの活動概要と発展」(HPRT)</p> <p>11:45 - 12:15 「包括的な視点からのプロジェクト評価結果」 (カエタノ・エレディア大学)</p> <p>12:15 - 12:30 セミナー実施方法の説明</p> <p>12:30 - 14:00 昼食</p> <p>14:00 - 17:00 グループ協議：各プロジェクト成果の発表・協議</p> <p><b>グループ1:</b> 成果 4（プロジェクト対象地区におけるコーディネーター）</p> <p><b>グループ2:</b> 成果 1 および 2.（サンマルコス大学） 成果 3（INMP）</p> <p>17:00 - 19:00 国外および国内からの参加者間における経験共有</p> <p>[2日目：2008年2月5日（火）]</p> <p>8:00 - 11:00 グループ協議：各プロジェクト成果の発表・協議</p> <p><b>グループ1:</b> 成果 1 および 2.（サンマルコス大学） 成果 3（INMP）</p> <p><b>グループ2:</b> 成果 4（プロジェクト対象地区におけるコーディネーター）</p>

11:00 - 12: 30	グループ協議:暴力被害者に対する包括的ヘルスケアに関するコンセンサス及び提言
12:30 - 14: 00	昼食
14:00 - 16: 00	暴力被害者に対する包括的ヘルスケアに関するコンセンサス及び提言
16:00 - 16:15	休憩
16:15 - 17: 00	閉会の辞 (保健副大臣)

セミナーの最後には、暴力被害者に対する包括的ヘルスケア推進のためのコンセンサスが形成された。

### 第一回国際セミナー：暴力被害者に対する包括的ケア

2008年2月4日～5日

ペルー国 リマ市

### コンセンサス

- 暴力を定義する際には、政治的暴力のみならず暴力一般（セクシュアルな暴力、子供に対するネグレクト等）を含むことを検討すること。
- コミュニティーにおいては、暴力に関する問題を扱っている機関をマルチセクター的に取り込むこと。
- 包括的ヘルスケアモデルは、医療従事者自身の燃え尽き(Burnout)を防ぐためのセルフケアも含むものである。暴力被害者が暴力を受けた後における精神の回復期にある段階で、これら医療従事者自身をもケアすることは必要不可欠である。
- 人材育成の点から言っても、医療従事者に対してのフォローアップやモニタリングは基本である。また、研修を受けた後も、講師と研修生の関わりは持続していかなくてはならない。
- 地方自治体および国政府は、精神保健に関するプログラムの持続性について責任を負うこと。
- 最も重要なのは、大学学部や大学院教育の場において、暴力の予防とケアのための人材育成には、医療従事者だけでなくそれ以外のプロフェッショナル育成も念頭に置くべきということである。大学学部長連合は、大学カリキュラムに暴力のトピックを含むよう積極的に働きかけるべきである。
- 地方・国そして国際的レベル間においてのコミュニケーションを強化するため、(例えば、指導者養成研修の修了生やディプロマコースの卒業生同士)グループを形成するなどしたネットワーキングを行い、人材育成やコミュニティでの活動・実施についての経験を共有していくこと。

### 提言

- コミュニティーにおける暴力の予防とケアのため、永続的に予算が配分（人材、薬剤、ロジ面において）されるよう法整備を行うこと。
- プロジェクト対象 5 地域に対するフォローアップとモニタリングのため、予算の持続的配分を確保すること。
- 暴力に関する教材は、文化に対する配慮を伴ったものでなければならないこと。
- 地方大学の人材参加を得て、地方大学におけるカリキュラム改変を拡大すること。
- 文化に配慮した暴力対策のモデルを確立すること。
- 暴力に関して取り組んでいる全ての機関を束ねた、国家・地方・コミュニティレベルでの調整委員会を創設すること。
- 国の精神保健政策が、地方やコミュニティでの保健政策に取り入れられること。
- 異なる機関を包括的に束ねるため、マルチセクターな人材のためのワークショップを実施すること。
- 活動の妥当性を示すための科学的な調査が実施されること。
- 他のプログラムや活動からの成功体験（統合的小児疾病管理 IMCI のケースなど）を参考にしながら、暴力被害者のための包括的プロジェクトの組織化を促進すること。
- 保健省の既存の方針を具体化し、大学や NGO、協同組合、暴力の影響を受けた人々で構成されるアドバイザー委員会を設立すること。



### 3.11. 広報活動

本プロジェクトのマスコミ媒体等を通じた広報活動は以下のとおりである。

(1) 2005年8月19日

ワイカン小診療地区で行われた啓発ワークショップにて 地元ラジオ局からの取材。地元コミュニティ紙の取材

(2) 2006年1月31日

El Comercio (ペルー最大部数を誇る一般紙) 電子版が HPRT 研修について掲載

(3) 2006年1月20日

Prensa Nikkei (一般紙) が HPRT 研修について掲載 (ワイカンでのワークショップの様写真付)

(4) 2006年1月20日

ペルー新報 (一般紙) が HPRT 研修について掲載 (ワイカンでのワークショップの様写真付)

(5) 2006年2月16日

El Comercio から HPRT 研修参加者個別インタビュー依頼。対象者としてバルディサン病院カンボス医師、JICA 専門家チームから戸辺が取材に対応した。

(6) 同上

上記2名がリマ市内のラジオ番組に生出演。

(7) 2006年11月20日から22日

2006年11月20日から22日にかけて、東京品川で開催された「第8回アジア太平洋災害医療学会 The 8<sup>th</sup> Asia Pacific Conference on Disaster Medicine」において、JICA 専門家チームの森川専門家と戸辺専門家が、本プロジェクトに関し発表を行った(演題「暴力被害者に対する長期的な精神保健・心理ケア Long-term Mental Health and Psychological Care for the Victims of Violence」)。

(8) 2007年12月

UNMSM のガルメンディア氏は、ペルーの医学誌『診断 DIAGNOSTICO』2006年10-12月号(Vol. 45(4) pp. 157-162)に、本プロジェクトの経験を参考に「暴力の基礎知識と一般的病理 Propedéutica y Patología General de la Violencia」を発表した。

上記のほかにも、主に UNMSM 教員による関連学会での発表や、MINSA ホームページを通じ、プロジェクトの進捗が共有された。

## 4. 成果 1 にかかる活動の結果

### 4.1. サンマルコス大学医学部カリキュラム・シラバス・教案の改変

UNMSM 医学部は、5 学科のカリキュラム・シラバスの見直しを実施し、学部・大学院課程のどの科目が人権と包括的ヘルスケアの内容を含むべきかの選定を実施した。その結果 5 学科にある 12 教室のうち 9 教室が改変すべき科目を実施していることが判明したため、カリキュラム改変計画を作成し、改変のためのワークショップに向けてのツールの作成、ワークショップの方法論やプログラムの作成を実施してきた。

UNMSM 医学部においては、学部課程のカリキュラム改変に加え、大学院の専門医養成過程においても、すべての学生が、暴力被害者への包括的ヘルスケアについて学ぶようカリキュラムの改変を行った。医学部 5 学科には 174 の科目があるが、このうち 82 科目が包括ヘルスケアを含むべきであるとされている。2007 年 12 月現在、このうち 47%にあたる 38 科目のカリキュラム改変が終了した。

表 14 UNMSM 医学部の教員訓練・カリキュラム・シラバス改定の進捗

学科	包括的ヘルスケアに関連する科目数	カリキュラム改変済み科目数					
		2005		2006		2007	
医学	20	9	(45%)	13	(65%)	15	(75%)
助産	20	9	(45%)	10	(50%)	16	(80%)
看護	12	5	(42%)	6	(50%)	8	(67%)
医療技術	19	6	(32%)	6	(32%)	8	(42%)
栄養	11	1	(9%)	2	(18%)	4	(36%)
<b>計</b>	<b>82</b>	<b>30</b>	<b>(37%)</b>	<b>37</b>	<b>(45%)</b>	<b>51</b>	<b>(62%)</b>

(出典：UNMSM)

### 4.2. ディプロマコースカリキュラムの大学による承認

2007 年 2 月 9 日、ディプロマコースは「暴力被害者に対する包括的ヘルスケア」は、サンマルコス大学学長により、正式にサンマルコス大学のディプロマコースとして承認を受けた。

## 5. 成果 2 にかかる活動の結果

### 5.1. 2 年次の活動

#### 5.1.1. 保健医療従事者研修プログラム・教材等の作成

##### (1) ディプロマコース参加者の選定基準

2006 年 5 月 29 日実施の第 5 回 TC において、MINSA はディプロマコース研修参加者選定基準として、以下の基準案を示し、第 5 回 JCC において、協議ののち承認された。

- 5 プロジェクトサイト内で活動する大卒保健医療従事者であること
- 各地域から 40 人ずつとすること
- 契約職員ではなく、終身雇用職員が望ましいこと
- ディプロマコース終了後もプロジェクト対象地域で働き続ける意思を有すること
- 電子メールを利用できること

##### (2) ディプロマコースのモジュールおよび教科書

2006 年 5 月 29 日実施の第 5 回 TC において、ガルメンディア氏はディプロマコース「暴力被害者に対する包括的ヘルスケア」のカリキュラム案を示した。2006 年 12 月 4 日の第 7 回 JCC までに、6 モジュールの教材作成が完了した。

コースは以下の 6 つのモジュールから成る。

- モジュール 1: 暴力被害者に対する保健医療ケアにおける人間性の質と倫理
- モジュール 2: 健康増進と平和文化
- モジュール 3: 暴力被害を受けた小児・青少年に対する包括的ヘルスケア
- モジュール 4: 暴力被害を受けた女性に対する包括的ヘルスケア
- モジュール 5: 暴力被害を受けた成人・高齢者に対する包括的ヘルスケア
- モジュール 6: ケア・マネジメント

##### (3) ディプロマコース講師グループ

50 人の HPRT 研修生のうち、地方在住の 10 人を除くリマ在住の 40 人が、専門性毎に 6 つのグループを編成し、教科書の作成と地方での講義を実施した。

#### 5.1.2. パイロットサイト保健医療従事者研修実施

##### (1) 日程

プロジェクト 2 年次のディプロマコースの各モジュールの実施日程は、以下の通りであった。

表 15 ディプロマコース実施日程（プロジェクト2年次）

DISA (Microred)	フェーズ	モジュールⅠ		モジュールⅡ		モジュールⅢ	
		開始	終了	開始	終了	開始	終了
LIMA ESTE (Huaycan)	自習期間	2006/6/26	2006/7/14	2006/7/22	2006/8/18	2006/8/26	2006/9/24
	現地講習期間	2006/7/17	2006/7/21	2006/8/21	2006/8/25	2006/9/25	2006/9/30
HUANCAVELICA (Ascencion)	自習期間	2006/7/3	2006/7/30	2006/8/4	2006/9/1	2006/9/7	2006/10/8
	現地講習期間	2006/7/31	2006/8/2	2006/9/4	2006/9/6	2006/10/9	2006/10/11
CUSCO (Techo Obrero)	自習期間	2006/7/10	2006/8/9	2006/8/14	2006/9/13	2006/9/17	2006/11/22
	現地講習期間	2006/8/10	2006/8/12	2006/9/14	2006/9/16	2006/11/24	2006/11/26
AYACUCHO (Belén)	自習期間	2006/7/17	2006/8/11	2006/8/17	2006/9/17	2006/9/21	2006/10/20
	現地講習期間	2006/8/14	2006/8/16	2006/9/18	2006/9/20	2006/10/23	2006/10/25
JUNIN (San Martín de Pangoa)	自習期間	2006/7/24	2006/8/30	2006/9/4	2006/9/30	2006/10/5	2006/11/28
	現地講習期間	2006/8/31	2006/9/2	2006/10/2	2006/10/4	2006/11/29	2006/12/1

DISA (Microred)	フェーズ	モジュールⅣ		モジュールⅤ		モジュールⅥ	
		開始	終了	開始	終了	開始	終了
LIMA ESTE (Huaycan)	自習期間	2006/10/1	2006/11/12	2006/11/18	2007/1/7	2007/1/13	2007/2/4
	現地講習期間	2006/11/13	2006/11/17	2007/1/8	2007/1/12	2007/2/5	2007/2/9
HUANCAVELICA (Ascencion)	自習期間	12710/2006	2006/11/28	2006/11/30	2007/1/22	2007/1/26	2007/2/13
	現地講習期間	2006/11/27	2006/11/29	2007/1/23	2007/1/25	2007/2/14	2007/2/16
CUSCO (Techo Obrero)	自習期間	2006/11/27	2006/12/6	2006/12/10	2007/1/29	2007/2/2	2007/2/21
	現地講習期間	2006/12/7	2006/12/9	2007/1/31	2007/2/1	2007/2/22	2007/2/24
AYACUCHO (Belén)	自習期間	2006/10/26	2006/11/19	2006/11/23	2007/2/2	2007/2/8	2007/2/23
	現地講習期間	2006/11/20	2006/11/22	2006/2/5	2007/2/7	2007/2/26	2007/2/28
JUNIN (San Martín de Pangoa)	自習期間	2006/12/2	2006/12/13	2006/12/16	2007/2/21	2007/2/25	2007/3/4
	現地講習期間	2006/12/14	2006/12/15	2007/2/22	2007/2/24	2007/3/5	2007/3/7

(出典：ディプロマコース実施記録[プロジェクト2年次])

## (2) 受講者内訳

プロジェクト2年次のディプロマコース受講者の内訳は以下の通りであった。

表 16 ディプロマコース受講生内訳（プロジェクト2年次）

地域	計	プロジェクトサイト		性別		専門							
		地域内	周辺地域	男	女	一般医	産科医	看護師	助産師	心理士	ソーシャルワーカー	検査技師	歯科医
Ayacucho	40	32	8	5	35	7	0	14	11	1	4	2	1
Cusco*	40	33	5	2	36	4	0	18	12	3	0	0	1
Huancavelica	40	10	30	18	22	12	3	14	4	3	0	0	4
Huaycan	40	32	8	11	29	13	0	13	9	1	1	0	3
Junin	32	7	25	13	19	8	1	10	2	8	2	0	1
計	192	114	76	49	141	44	4	69	38	16	7	2	10

(出典：ディプロマコース受講者名簿[プロジェクト2年次])

## (3) HPRT 指導者養成研修受講者の活動状況

HPRT により実施された指導者養成講習の受講生の、ディプロマコース実施への参加状況や、各地域におけるプロジェクトへの参加状況に関して、フォローアップ調査を2007年2月に実施した。

HPRT 指導者養成研修に参加した50名のうち、リマ在住の参加者41名 (UNMSM、MINSA、INMP、

野口研、バルディサン病院、ラルコエレラ病院、INMP からの参加者) はディプロマコース実施ワーキンググループを結成した。

上記ワーキンググループメンバー41名のうち、35名(85%)がマニュアルの作成に参加し、37名(90%)が5地域に出向いて授業を実施し、37名(90%)がワーキンググループの会議に参加した。人事異動により、本プロジェクトにまったく参加しなくなったのは、MINSA から参加の2名(5%)のみである。

表 17 ディプロマコース実施ワーキンググループの活動状況

機関	メンバー計	ディプロマコース教科書の作成		地域に出向いて授業を実施		教員チーム会議への参加		異動により左記活動に参加していない	
UNMSM	19	18	95%	18	95%	18	95%	0	0%
MINSA	5	3	60%	3	60%	3	60%	2	40%
バルディサン病院	5	3	60%	4	80%	5	100%	0	0%
INMP	4	4	100%	4	100%	4	100%	0	0%
野口研	5	4	80%	5	100%	4	80%	0	0%
ラルコエレラ病院	3	3	100%	3	100%	3	100%	0	0%
Total	41	35	85%	37	90%	37	90%	2	5%

(出典：指導者養成研修フォローアップ調査[2007年2月])

また、地方から参加した9名のうち、5名(56%)がディプロマコース実施のコーディネーションを実施し、5名(56%)が地域保健活動のコーディネーションを実施し、5名(56%)が暴力被害者のケアに実際に当たっている。人事異動によりまったくプロジェクトに参加していないのは、3名(33%)であった。

表 18 5地域からの指導者養成研修参加者の活動状況

地域	参加者計	地域でのディプロマコース授業実施の調整		暴力被害者への地域保健活動の実施		暴力被害者の直接診療		異動により左記活動に参加していない	
Huancavelica	2	1	50%	1	50%	1	50%	1	50%
Ayacucho	2	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
Cuzco	1	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%
Junin	2	1	50%	1	50%	2	100%	0	0%
Lima Este	2	2	100%	2	100%	1	50%	0	0%
Total	9	5	56%	5	56%	5	56%	3	33%

(出典：指導者養成研修フォローアップ調査[2007年2月])

### 5.1.3. 保健医療従事者研修評価およびフォローアップ

ディプロマコースの評価については、以下のようなものが行われた。

#### (1) 講師による研修生の能力の評価

- 研修開始時の試験：模擬患者のビデオ「標準化患者に対する包括的ケア計画」を使ったテストを実施

- 各モジュールの課題：グループ学習、自己学習、小テストなど
  - 出席
  - 研修終了時の試験：研修開始時と同じテストを使って実施
- (2) 受講者による研修講師・テキストの内容等に対する評価
- モジュールごとに終了時に生徒によるアンケート調査を実施

## 5.2. 3年次の活動

費用負担の問題等から、3年次において、大卒医療従事者を対象とした研修プログラムを、昨年同様、ディプロマコース等形で実施するかそれとも一般的な研修として実施するかについて、議論が行われた。議論は長期にわたったが、2007年8月の第10回TCにおいて、本年度もディプロマコースとして実施することが最終的に決定された。

### 5.2.1. 保健医療従事者研修プログラム・教材等の作成

#### (1) ディプロマコース参加者の選定基準

2007年2月の第8回JCCにおいて、第3年次のディプロマコース参加者の選定基準を以下のよう定めた。基本的な選定基準に変更はないが、補足基準および選定手順を定めた。

表 19 ディプロマコース参加者選定基準（第3年次）：第8回JCC決議

<p><b>[基本基準]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ プロジェクト5サイトで働く大卒保健医療従事者 profesional de salud が最優先である</li> <li>➢ 恒久雇用職員 personal permanente であることが望ましい</li> <li>➢ 1次二次レベルの保健医療機関で働いていること</li> <li>➢ 暴力被害者へのケアを実施することを約束すること</li> <li>➢ インターネットへのアクセスがあること</li> <li>➢ 同時に他の研修を受けないこと</li> </ul> <p><b>[補足基準]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ プロジェクトサイト隣接の暴力被害を受けた小診療地区・診療地区 microredes / redes の保健医療従事者を含んでも良い</li> <li>➢ ディプロマコース参加後、他のディプロマコース参加者からの相談を受けると言う条件のもと、地方大学の医学部・看護学部・助産学部・社会福祉学部・心理学部の教員を含んでも良い</li> <li>➢ 地域の暴力関連機関に働く保健医療従事者を含んでも良い（例：社会保険病院、女性緊急センター、家族福祉センター、警察、市役所）</li> </ul> <p>参加者選定に当たっては、以下のプロセスを踏む</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 事前に研修について十分に周知すること</li> <li>➢ 選定に当たっては、本人の参加意志のみで決めるのではなく、面接や履歴書審査などの選考をすること</li> <li>➢ DISA-DIRESA は公式な参加許可書を発行し、受講生の出席を保障すること</li> </ul>
---

#### (2) ディプロマコースのモジュール・教科書

2年次のコースが終了した後、ディプロマコース講師陣は、講師グループによる振り返りや JICA 専門家チームおよび HPRT からの助言を受け、3年次に向けたディプロマコースモジュールの改

定を行った。基本的に、6 モジュールの構成と大まかな流れについて変更はない。

### (3) ディプロマコース講師グループ

2年次同様、50人のHPRT研修生のうち、地方在住の10人を除くリマ在住の40人が、専門性毎に6つのグループを編成し、地方での講義を実施した。

## 5.2.2. パイロットサイト保健医療従事者研修実施

### (1) 日程

2007年9月現在の、プロジェクト3年次におけるディプロマコースの各モジュールの実施日程(計画)は、以下の通りである。

表 20 ディプロマコース実施計画 (プロジェクト3年次)

DISA (Microred)	フェーズ	モジュール I		モジュール II		モジュール III	
		開始	終了	開始	終了	開始	終了
LIMA ESTE (Huaycan)	自習期間	06/08/2007	26/08/2007	30/08/2007	18/09/2007	22/09/2007	16/10/2007
	現地講習期間	27/08/2007	29/08/2007	19/09/2007	21/09/2007	17/10/2007	19/10/2007
HUANCAVELICA (Ascencion)	自習期間	06/08/2007	26/08/2007	30/08/2007	18/09/2007	22/09/2007	16/10/2007
	現地講習期間	27/08/2007	29/08/2007	19/09/2007	21/09/2007	17/10/2007	19/10/2007
CUSCO (Techo Obrero)	自習期間			08/09/2007	26/09/2007	30/09/2007	24/10/2007
	現地講習期間	05/09/2007	07/09/2007	27/09/2007	29/09/2007	25/10/2007	27/09/2007
AYACUCHO (Belén)	自習期間			16/09/2007	03/10/2007	07/10/2007	07/11/2007
	現地講習期間	13/09/2007	15/09/2007	04/10/2007	06/10/2007	08/11/2007	10/11/2007
JUNIN (San Martín de Pangoa)	自習期間			22/09/2007	10/10/2007	14/10/2007	22/11/2007
	現地講習期間	19/09/2007	21/09/2007	11/10/2007	13/10/2007	23/11/2007	25/11/2007

DISA (Microred)	フェーズ	モジュール IV		モジュール V		モジュール VI	
		開始	終了	開始	終了	開始	終了
LIMA ESTE (Huaycan)	自習期間	20/10/2007	20/11/2007	24/11/2007	18/12/2007	22/12/2007	23/01/2008
	現地講習期間	21/11/2007	23/11/2007	19/12/2007	21/12/2007	24/01/2008	26/01/2008
HUANCAVELICA (Ascencion)	自習期間	20/10/2007	20/11/2007	24/11/2007	18/12/2007	22/12/2007	23/01/2008
	現地講習期間	21/11/2007	23/11/2007	19/12/2007	21/12/2007	24/01/2008	26/01/2008
CUSCO (Techo Obrero)	自習期間	28/10/2007	28/11/2007	1/12/2007	16/12/2007	20/01/2008	13/02/2008
	現地講習期間	29/11/2007	31/11/2007	17/01/2008	19/01/2008	14/02/2008	16/02/2008
AYACUCHO (Belén)	自習期間	11/11/2007	05/12/2007	9/12/2007	25/01/2008	27/01/2008	20/02/2008
	現地講習期間	06/12/2007	08/12/2007	24/01/2008	26/01/2008	21/02/2008	23/02/2008
JUNIN (San Martín de Pangoa)	自習期間	26/11/2007	08/01/2008	12/01/2008	05/02/2008	09/02/2008	03/03/2008
	現地講習期間	09/01/2008	11/01/2008	06/02/2008	08/02/2007	04/03/2008	06/03/2008

注) 日付は日/月/年の順

(2) 受講者内訳

プロジェクト3年次のディプロマコース受講者の内訳は以下の通りである。

表 21 ディプロマコース受講生内訳：所属別（プロジェクト3年次）

地域	計	所属					
		プロジェクト対象 小診療地区	周辺地域	病院	DIRESA	大学	その他
Ayacucho	40	8	10	11	0	4	7
Cusco *	36	7	15	5	0	2	7
Huancavelica	40	2	31	2	1	4	0
Huaycan	40	14	1	2		0	5
Junin	44	5	34	3	2	0	0
計	200	36	91	23	3	10	19

(出典：ディプロマコース受講者名簿[プロジェクト3年次])

表 22 ディプロマコース受講生内訳：性別別（プロジェクト3年次）

地域	計	性別	
		男	女
Ayacucho	40	30	10
Cusco *	36	24	12
Huancavelica	40	23	17
Huaycan	40	-	-
Junin	44	29	15
計	200		

(出典：ディプロマコース受講者名簿[プロジェクト3年次])

表 23 ディプロマコース受講生内訳：職種別（プロジェクト3年次）

地域	計	職種														
		医師	産科 医	看護 師	助産 師	臨床 心理 士	ソシ ャ ル ワ ー カ ー	臨床 検査 士	歯科 医	ジャー ナ リス ト	社会 学 士	医療 技 師	栄養 士	大学 教 授	弁護 士	警察
Ayacucho	40	4	0	15	8	3	7	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Cusco *	36	7	0	9	12	1	2	0	0	1	0	0	1	1	1	1
Huancavelica	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Huaycan	40	2	0	9	2	5	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Junin	44	9	1	20	4	7	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	200															

(出典：ディプロマコース受講者名簿[プロジェクト3年次])

### 5.3. 5小診療圏ネットワーク内経験共有ワークショップの開催

プロジェクト1年次よりJCCの予備会談として、5地域代表とJICA専門家チームとで、各地域の活動状況の報告、意見交換の場を設けてきたが、プロジェクト2年次(2006年)からは「5小診療圏ネットワーク内経験共有ワークショップ」として、同様の場を設けている。同ワークショップでの議事内容は、JCCにおいて報告された。



#### 5.4. 保健医療従事者コースニュースレターの発行支援

2006年8月、保健医療従事者研修コースのニュースレター（第1号）を英語・西語で作成し、プロジェクト関係者および他ドナー等に配布した。第1号ではプロジェクトの概要とディプロマコース開講の様子を紹介した。

その後、年2回（約6か月ごとに）ニュースレターを発行し、ディプロマコースなどプロジェクトの進捗を紹介した。

## 6. 成果 3 にかかる活動の結果

### 6.1. 1 年次

#### 6.1.1. 母子保健研修プログラム、教材作成、モニタリング評価メカニズム考案

##### (1) 研修モジュール

2005 年 5 月 3 日開催の第 2 回 TC は国立母子周産期研究所(*Instituto Nacional de Materno Perinatal: INMP*)における第 4 回（本年度第 1 回）母子保健研修プログラムの概要を以下の通り定め、JICA 専門家チームはこの概要に従い INMP 研修用教材の作成を支援した。

本年度より本研修が暴力被害者に対する統合的ヘルスケア強化を目的とする本プロジェクトの一部となったため、前回までの研修で扱っていた母子保健に関する内容に加え、新たに暴力・人権・多文化的理解・ジェンダー間の平等、地域保健、教育研修法を研修内容に加える。

母子保健等の保健医療研修を、地方分権化政策に基づき各 DISA が独自に実施できるようにするため、「地域研修センター」の設立を推進していくことが保健省の方針として決定している。本プロジェクト終了後も持続的な人材養成が実施されるよう、INMP 研修はこの構想に則り実施するものとし、3 年間全 6 回の研修のうち、初回を各地域において「地域研修センター」を設立するための核となる担当者を養成することにあて、残りの 5 回の研修で設立担当者を支援する指導者を養成することとした。

##### (2) 研修生の選定条件

2005 年 5 月開催の第 2 回 TC では、INMP 研修候補生の詳細を以下の通り定めた。

第 4 回 INMP 研修（本年度第 1 回研修）に参加する研修生については、DISA の人材養成および母子保健の部門に勤務する保健医療専門職（医師・正看護師・助産師）のなかから選定する。研修生は INMP 研修終了後、保健所（Health Center）・保健支所（Health Post）に勤務する一次保健医療従事者に対して伝達講習を行う。第 5 回（本年度第 2 回）以降の研修生については、病院や大規模保健所などの二次医療機関に勤務する保健医療従事者のなかから研修生を選定する。研修生は、各地域の 1 次・2 次保健医療従事者に対し、同様の伝達講習を行う。

第 3 回 JCC では、INMP 研修のフォローアップ訪問、地域研修センター計画について、以下のとおり決定、確認した。

##### (3) フォローアップ訪問

INMP および MINSa は、第 4 回研修のフォローアップとして、2005 年 9 月に研修生の出身サイトを訪れ、各地域における地域人材養成センター設立及び伝達講習実施状況に関するモニタリ

ング・スーパーバイズ・評価を行った。

#### (4) 地域研修センター

各 DISA は、地方分権化の方針に基づき、本プロジェクトを含む外部ドナー(米国国際開発庁(USAID)、ドイツ技術協力公社(GTZ)、非政府組織(NGO)など)の支援を通じ、地域研修センターの設立を行う責任を有する。研修センター開発の進捗については、上記のフォローアップ訪問によってモニタリングと評価を行う。

INMP 研修フォローアップに関して、インセプション・レポートにおいては、INMP 研修修了生をリマに呼んで実施する方針であったが、効果・効率性の観点から、INMP および MINSa 担当者が研修生の出身サイトを訪問し、実態を調査しながら現地の関係者 (DISA や職場の責任者等) を巻き込みながらフォローアップ・評価を実施する方針に変更し、第 2 回 TC および第 2 回 JCC で承認された。また実施時期についても、研修効果発現までの期間を十分に空けるため、第 4 回研修修了後から 3 ヶ月後に行うこととした。

#### 6.1.2. 1 年次：第 4 回研修実施結果

2005 年 8 月 18 日開催の第 3 回 TC において、INMP は 2005 年 6 月から 7 月にかけて実施した第 4 回研修結果、および次回以降の研修、モニタリング・評価計画について、以下の通り報告した。

INMP は 2005 年 6 月 13 日から 7 月 9 日にかけて、第 4 回 (本年度第 1 回) 研修「母子青少年の育成・発達」コースを実施した。10DISA から計 27 名が参加し、全員が無事に研修カリキュラムを修了した。本コースは今回より本プロジェクトの成果 3 の一部として実施されたことから、母子保健に加え、女性や子供に対する暴力、ジェンダー間の平等、教育研修法、地域保健なども含むよう改変を加えた上で行われた。

本研修は、地方における保健医療人材育成を持続的に実施するための地域研修センターの設立に向け、各地域においてリーダーとして活動できる人材を養成することを目的として実施された。研修生は各 DISA において、地域の実情に合わせた人材養成システムを構築し、各地域において一次・二次保健医療従事者に対して研修を行うことになる。このため、各 DISA は第 4 回研修に参加する研修生として、DISA または地域の主要病院に勤務する管理・行政職レベルの保健医療従事者を選出するよう要請した。にもかかわらず、この条件を満たした研修生は全体の 3 分の 1 に過ぎず、残りは地方病院・保健センターに勤務する現業の保健医療従事者であった。この結果、第 4 回研修では十分な人数の地域リーダーを育成することができなかった。このため、第 5 回 (本年度第 2 回) 研修でも第 4 回と同じカリキュラムを用い、地域リーダーの育成を目指す。

第 6 回研修以降 (2006 年～2008 年) では、INMP は現業の保健医療従事者を対象とする研修

を行う。参加者は地域のリーダーと協力しながら、各地域の保健研修センターを設立してゆく。研修のカリキュラムについても見直し、HPRT 研修の成果を踏まえ、女性や子供の精神保健の扱いを増やす。

また第3回 JCC は、研修生選択にかかる上記の反省を踏まえ、第5回（本年度第2回）の研修生の選別方法に関し以下のように決定した。

第5回研修（本年度第2回研修）は2005年11～12月に開催する。同研修では第4回同様、地域リーダーを対象に、地域研修センター設立に向けた研修を行うことを目的とする。前回の研修の結果を踏まえ、第5回研修の候補者は2005年9月からのフォローアップ訪問時にINMPとMINSaが直接選定し、想定通りの人材が参加するようにする。

### 6.1.3. 1年次：第5回研修実施結果

2005年11月21日から12月17日にかけて、第5回目のINMP母子保健研修が行われ、9DISAからの22名の参加者が研修を修了した。（23名が参加する予定であったが、アヤクチョ県からの参加者が研修直前になりキャンセルした。）

第5回研修は、第4回研修と同じく、各地域における人材養成センター(*Centro de Desarrollo de Competencia: CDC*)において、母子保健研修を実施するための行政的リーダーを養成することを目的として実施された。研修において、研修実施のための能力が養成されたが、実際のコース実施のためには、各DISAの主体的な取り組みが必要とされた。

第5回研修のカリキュラム内容について概要を取りまとめ、第4回研修（前回）と比較した。

表 24 第 4 回・第 5 回 INMP 母子保健研修カリキュラム比較

No.	モジュール	講義内容	時間数(時間・%)			
			第 5 回研修		第 4 回研修	
1	政治的・家庭内暴力、人権	人権・リプロダクティブライツ・患者の人権・暴力のコントロールに重点を置いた母子保健サービス・カウンセリング法。	35	19%	14	9%
2	ヘルス・プロモーション	母子保健における健康増進・予防・地域活動に関する技術、方法論、研修実施法。	16	9%	6	4%
3	教育技術	各 DISA 内(診療地区・小診療地区レベル)での教員としての教育法・指導技術。	40	22%	40	25%
4	研修計画立案	各 DISA 内(診療地区・小診療地区レベル)での研修実施計画立案。	19	10%	16	10%
5	研修管理	各 DISA 内(診療地区・小診療地区レベル)での研修ニーズの把握、研修計画の立案、モニタリング・研修管理法。	24	13%		
6	母子保健(ワークショップ)	母子保健に関する主要な技術・知識のアップデート。	15	8%	24	15%
7	母子保健(技術実習)	母子保健技術の実習・見学。	25	14%	50	31%
8	モニタリング・評価	本研修(第 5 回 INMP 研修)自体のモニタリング・評価。	10	5%	10	6%
	計		184	100%	160	100%

注) 研修時間には夜間学習時間は含まれていない。

(出典：第 4 回・第 5 回 INMP 研修実施計画書)

### (1) 前回との相違点

- 暴力・人権をテーマにしたモジュール向けの時間割りあてが増えた(前回：14 時間(9%)→今回：35 時間(19%))
- 地域保健(ヘルスプロモーション)の時間数が増えた(前回：6 時間(4%)→今回：16 時間(9%))。ただし前回計画して時間の都合で実際には実施しなかったコミュニティー訪問は、今回は初めから含まれていない。
- 教育技術(研修における教員としての教育法)の時間に変化はない(40 時間)。
- 地域での研修実施方法・管理方法の時間が増えた(前回：16 時間(10%)→43 時間(23%))。
- 母子保健に関する知識・実習の時間がともに減った(前回：計 74 時間(46%)→今回：40 時間(22%))。

### (2) 評価

暴力に関する講義時間・講義時間全体に占める割合がともに増えている。内容的にも、UNMSM による政治的暴力の講義のみでなく、外部講師による人権や各種暴力(家庭内暴力・女性に対する暴力・青少年が関与する暴力)、暴力被害者の発見や診断、面接法など、暴力についての幅広い内容が含まれており、よりプロジェクト全体の趣旨に沿った母子保健研修が実施された。

本研修は、前回に引き続き、DISA や中核病院の母子保健・研修管理セクションに各地での研修実施におけるリーダーを育て、来年以降に養成される研修講師をとりまとめて地域の実情に合った研修を実施できる人材を養成することを目的としている。研修計画立案・研修管理のモジュールに当てられる時間がさらに増えたことは、この目的と合致している。

逆に、母子保健の知識や技術のアップデートにかかるモジュール(No. 6・7)について(すなわち昨年まで INMP が JICA 研修の主眼においていたもの)は、時間数・全体に占める割合が減っている。この「狭義の母子保健」を内容とするモジュールの時間が減少したことも、今回の研修対象者や研修目的の変更(現場レベルの中堅人材の技術力向上ではなく、DISA 等地方の中央機関

の研修担当行政官の研修企画・実施能力の向上)を考慮すると、妥当であると考え。

すなわち本研修における「狭義の母子保健」モジュールの目的は、研修対象者自身の臨床知識・技術の向上にある、というよりは、研修対象者が地域の研修リーダーとして今後母子保健研修を企画運営していく際に必要な知識・技術を把握しておくことにあり、また暴力や地域保健など母子保健を取り巻く分野も含め包括的な枠内で母子保健を捕らえることに研修全体の主眼が置かれていることから、「狭義の母子保健」モジュールの時間数・全体研修時間に占める割合は、今回の研修でさらに妥当なレベルまで下がったと考えられる。

#### 6.1.4. 母子保健研修に関するフォローアップ活動・評価実施：1年次

INMP 研修参加者への第1回目のフォローアップ・評価訪問が、2005年9月から10月にかけて、全9地域に対し実施された。ワヌコ、アヤクチョ地区からの参加者、計2名を除くすべての参加者を訪問し、評価が行われた。結果として、暴力、多文化への配慮、ジェンダーや人権に関する講義の割り当て時間を、次回の研修から増加する必要性が見られた。また訪問中に、第5回の参加候補者の見極めが行われ、適切な職位についている候補者が選定された。

第2回目の訪問は、2006年2月から3月にかけて行われた。

以下に対象9地域フォローアップ結果比較表を示す。

表 25 9 地域フォローアップ結果比較表 (2005 年 9-10 月実施分)

指標	Ayacucho	Huancavelica	Ancash	Cajamarca	Cusco	Iquitos	Junin	Huanuco	Lima Este	計(実施 DISA 数)	
<研修習得技能の適用>											
1. 地域研修センター実施計画の作成	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9	100%
2. 上記計画の DISA への提出	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9	100%
3. DISA による上記計画の承認	×	×	×	×	○	×	×	×	×	1	11%
4. 計画の実施(計画の作業工程の達成度)	33%	83%	33%	83%	67%	67%	83%	33%	60%		
5. 上記計画の地域保健活動の実施	×	×	×	○	○	×	×	×	×	2	22%
6. 女性・子供の人権の啓発活動の実施	×	×	×	○	×	○	×	×	×	2	22%
7. 文化的多様性への配慮に向けた活動の実施	○	○	×	×	○	×	○	×	×	4	44%
8. 暴力被害者発見活動の実施	×	×	×	○	×	○	○	○	×	4	44%
9. 暴力被害者ケアの実施	×	○	×	○	×	○	○	○	×	5	56%
10. 研修の起案や企画委員会への参画	○	○	○	○	○	○	×	○	○	8	89%
11. 母子保健技能の向上	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9	100%
実施項目数(4.計画の実施を除く)	5	6	4	8	7	7	6	6	4	5.9	
項目の実施度(4.計画の実施を除く 10 項目)	50%	60%	40%	80%	70%	70%	60%	60%	40%	59%	
<伝達講習の実施>											
伝達講習の実施	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9	100%
伝達講習実施回数(参加者リストが保存されているもの)	1	3			4		1			9	
伝達講習参加人数(同上)	5	72			108		39			224	

注) ○：実施、×：未実施 を示す。(研修参加者に対するインタビュー、報告書の提出および技能テストによって評価した。)  
(出典：2005 年度第 1 回 INMP 研修フォローアップ評価訪問報告書)

### 6.1.5. 1 年次全体のまとめ

1 年次の研修は対象 9DISA の地域人材養成センター設立を促進し、各地域で母子保健研修を実施するためのリーダー格の人材を養成すること、また暴力被害者の発見やケアのための講義をカリキュラムの中に盛り込めるようにすることが目的であったが、基本的にその目的が達成できるよう研修カリキュラムが作成され、その目的沿った研修参加者の人選が行えるようになった。

2 年次以降は、各地域の 1 次 2 次医療従事者を養成し、各パイロットサイトでの母子保健サービスの向上を図るほか、本年度の 2 回の研修で養成されたリーダーを中心に地方人材養成センターの実現をサポートできるようにする方針で研修を実施してゆくこととした。

## 6.2. 2 年次

### 6.2.1. 母子保健研修プログラム、教材の改変

INMP は、成果 3 の活動である母子保健研修の対象を、第 2 年次からは当初の計画通り、プロジェクトサイト内で実際に患者に接している 1 次 2 次医療従事者とすることとした。研修参加者

は、母子保健に関する一般的な知識技術のほか、暴力被害者に対するケアの方法を習得し、また第1年次の研修生と共同で各地域に地域研修センターを設立するための方法を学ぶ。本年度1回目（通算で第6回目）の研修は6月26日から4週間し、第2回目（通算で第7回目）のコースは2006年11月・12月にかけて実施された。

HPRT 研修修了後、INMP は女性に対する暴力のケアモデルを作成し、第6回目以降のコースで使用している。このケアモデルは、INMP から HPRT 研修に参加した職員が、研修での学びを元にペルーでの状況を加味して作成したものである。

### 6.2.2. 2年次：第6回研修実施結果

2006年6月26日から7月22日にかけて、INMPにおいて、第6回の母子保健研修「女性・子供・青少年の保護と発達」コースが実施され、9地域から、医師5名、看護師7名、助産師13名、計25名が参加した。本コースは昨年度のコースとは異なり、各プロジェクトサイトで働く1次2次医療従事者を研修対象としている。（昨年度は地方研修センター設立のリーダー格の人材を養成するため、DISA/DIRESAの母子保健・人材養成担当や、県の中央病院の医療従事者を対象とした。）研修内容の概要を以下の表に示す。

表 26 第6回 INMP 研修カリキュラム

No.	モジュール	内容	時間数 (時間, %)	
			第6回	
1	戦略的活動計画の作成	各地域の現状を踏まえ問題分析を行い、研修ニーズを明らかにすることにより、本研修の研修計画、および各地方での研修センター設立計画を作成する。	20	9%
2	暴力 I,II,III	性暴力、児童虐待、青少年への暴力、女性への暴力の現状 精神保健、暴力被害の診断とケア 地域における女性に対する暴力の診断 精神保健と暴力に焦点を当てた女性に対する包括的ヘルスケア	17	8%
3	母子保健サービス I-V	母子・周産期に関する技術の習得 妊娠・分娩・周産期への女性、新生児への包括的ヘルスケア 夜間実習 母乳育児と家族計画法の指導	179	83%
	計		216	100%

(出典: INMP (2006). 第6回研修報告書 Informe de la Pasantía del VI Curso Nacional "Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente")

### 6.2.3. 2年次：第7回研修実施結果

2006年11月22日から12月19日にかけて、INMPにおいて第7回母子保健研修「女性・子供・青少年の保護と発達 Protección y desarrollo de la mujer, niño y adolescente」が実施された。

研修カリキュラムは以下の通りである。



表 27 第7回 INMP 研修カリキュラム

No.	モジュール	内容	時間 (時間, %)	
			第7回	
1	暴力 I, II, III	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 暴力全般の現状</li> <li>➤ 精神保健：精神保健の現状、診断、治療</li> <li>➤ 人権と衛生法規、患者の人権</li> <li>➤ 女性に対する暴力の現状</li> <li>➤ 「女性よ、私に相談して！」モデル（女性に対する包括的ケアモデル）</li> <li>➤ 小児および青少年に対する暴力</li> <li>➤ 性暴力被害者への対処</li> </ul>	27	19%
2	診療記録法	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 診療記録 SIP2000 のマネージメントと記載法</li> </ul>	4	3%
3	戦略的保健活動計画策定法	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 保健戦略の作成</li> <li>➤ 戦略に基づく保健活動計画策定法：問題分析、目標設定、活動計画プログラム</li> <li>➤ 研修ニーズの把握：テーマ、研修対象</li> <li>➤ 研修実施場所の決定</li> <li>➤ SICAP モデル（研修生一人ひとりのニーズに合わせた研修プログラム作成）</li> </ul>	18	12%
4	養子について	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 秘国内での養子にかかるシステム</li> </ul>	5	3%
5	母子保健疫学	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 母子保健にかかる予防疫学</li> </ul>	4	3%
6	母子保健技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 文化多様性への配慮、女性への配慮、保健増進活動</li> <li>➤ 母子保健関連疾病の罹患率</li> <li>➤ 人間的なお産</li> <li>➤ 助産技術</li> <li>➤ ハイリスク妊婦への対応</li> <li>➤ 新生児救急法</li> <li>➤ 母子保健技術実習</li> </ul>	70	48%
7	成人教育技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 成人教育の技術</li> </ul>	4	3%
8	周産期モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 早産の予防</li> </ul>	5	3%
9	コミュニケーション技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 積極的コミュニケーションと傾聴</li> </ul>	8	6%
	計		145	100%

(出典: INMP (2006). 第7回研修報告書 Informe de la Pasantía del VII Curso Nacional "Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente")

#### 6.2.4. 母子保健研修に関するフォローアップ活動・評価実施：2年次

INMP および MINSA は 2006 年 9 月から 10 月にかけて、第 4・5・6 回研修の受講生 71 名を対象とした、研修後フォローアップを行い、59 名を訪問した（訪問時に不在で、情報のみ収集した人数を含めると、全部で 67 名の情報を収集）。今年度から、評価の基準として、

- 地域での研修計画の作成、研修の実施を行ったか（20 点）
- 研修で学んだ母子保健に関する知識・技術を職務で使用したか（30 点）
- 暴力被害者のケアや精神保健活動を行ったか（20 点）
- 伝達講習を行ったか（30 点）[何人に対して実施したか]

の 4 項目を中心に評価を行った。それぞれの項目に点数を配分し、活動評価を数量化して示している。結果として、80 点（100 点満点）以上の評価を得たものが 47 名(66%)おり、「研修参加者の 50%以上が、研修で学んだことの 80%以上を活用して業務を行う」という、評価指標を満たしていることがわかった。

2年次第 2 回目の訪問は、2007 年 2 月から 3 月にかけて行われた。

表 28 2006 年度第 1 回 INMP 研修フォローアップ結果

評価基準	第 4・5・6 回コー ス参加 者数	訪問時 面接	研修への 関与 (20%)		学んだ知 識・技術の 適用(30%)		暴力被害 者・精神保 健ケアの実 施 (20%)		伝達講習 の実施 (30%)		伝達講習 参加者数	研修の学 びを 80%以 上活用	
	人数	人数	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	人数	(%)
Huanuco	7	6	5	71%	5	71%	5	71%	6	86%	154	5	71%
Huancavelica	7	6	6	86%	6	86%	4	57%	5	71%	660	6	86%
Cusco	8	8	8	100%	7	88%	7	88%	7	88%	111	7	88%
Ancash	9	7	9	100%	9	100%	6	67%	9	100%	1,004	9	100%
Junin	9	6	9	100%	9	100%	2	22%	5	56%	-	5	56%
Iquitos	8	7	6	75%	7	88%	1	13%	0	0%	-	0	0%
Lima Este	7	6	6	86%	5	71%	5	71%	5	71%	100	5	71%
Ayacucho	7	7	6	86%	7	100%	7	100%	7	100%	353	7	100%
Cajamarca	9	6	7	78%	8	89%	8	89%	4	44%	22	3	33%
TOTAL	71	59	62	87%	63	89%	45	63%	48	68%	2,404	47	66%

(出典：2006 年度第 1 回 INMP 研修フォローアップ報告書)

### 6.3. 3 年次

#### 6.3.1. 母子保健研修プログラム、教材の改変

プロジェクト 3 年次は、基本的に 2 年次のプログラム・教材を踏襲して使用した。研修対象者にも、基本的に変化はない。

#### 6.3.2. 3 年次：第 8 回研修

2007 年 5 月 2 日から 5 月 29 日にかけて、INMP において第 8 回母子保健研修「女性・子供青少年の保護と発達 Protección y desarrollo de la mujer, niño y adolescente」が実施された。

研修カリキュラムは次表の通りであった。

表 29 第 8 回 INMP 研修カリキュラム

No.	モジュール	内容	時間 (時間, %)	
			第 8 回	
1	暴力 I, II, III	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 暴力全般の現状</li> <li>➢ 精神保健：精神保健の現状、診断、治療</li> <li>➢ 人権と衛生法規、患者の人権</li> <li>➢ 女性に対する暴力の現状</li> <li>➢ 「女性よ、私に相談して！」モデル（女性に対する包括的ケアモデル）</li> <li>➢ 小児および青少年に対する暴力</li> <li>➢ 性暴力被害者への対処</li> </ul>	20	10%
2	診療記録法	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 診療記録 SIP2000 のマネージメントと記載法</li> </ul>	4	2%
3	戦略的保健活動計画策定法	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 保健戦略の作成</li> <li>➢ 戦略に基づく保健活動計画策定法：問題分析、目標設定、活動計画プログラム</li> <li>➢ 研修ニーズの把握：テーマ、研修対象</li> <li>➢ 研修実施場所の決定</li> <li>➢ SICAP モデル（研修生一人ひとりのニーズに合わせた研修プログラム作成）</li> </ul>	16	8%
4	母子保健疫学	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 母子保健にかかる予防疫学</li> </ul>	4	2%
5	文化多様性への配慮、女性への配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 文化多様性への配慮、女性への配慮、</li> <li>➢ 保健増進活動</li> </ul>	4	2%
6	母子保健技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 母子保健関連疾病の罹患率</li> <li>➢ 人間的なお産</li> <li>➢ 助産技術</li> <li>➢ ハイリスク妊婦への対応</li> <li>➢ 新生児救急法</li> <li>➢ 母子保健技術実習</li> </ul>	120	60%
7	成人教育技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 成人教育の技術</li> </ul>	16	8%
7	周産期モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 早産の予防</li> </ul>	8	4%
8	コミュニケーション技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 積極的コミュニケーションと傾聴</li> </ul>	8	4%
	計		200	100%

(出典: INMP (2007). 第 8 回研修報告書 Informe de la Pasantía del VIII Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente”)

### 6.3.3. 3 年次：第 9 回研修

2007 年 8 月 6 日から 8 月 31 日にかけて、INMP において第 9 回母子保健研修「女性・子供青少年の保護と発達 Protección y desarrollo de la mujer, niño y adolescente」が実施された。研修カリキュラムは基本的に第 8 回のものから変更は無かった。

### 6.3.4. 母子保健研修に関するフォローアップ活動・評価実施：3 年次

第 8 回 JCC において、INMP の次年度の活動計画が提案され承認された。研修は 5 月と 8 月の 2 回実施し、フォローアップに関しては 10 月から 12 月にかけての 1 回の実施とし、プロジェクト期間中に実施した第 4 回から第 9 回までの研修生全員のフォローアップ評価を実施した。

評価は、昨年と同様、「訪問時に母子保健活動に従事しているか」のほか、技術面からは「研

修計画活動に参加したか」「研修で得た知識を適用できているか」「暴力被害者ケア・精神保健ケアを実施しているか」「研修で学んだことを周囲の医療従事者に伝達講習したか」の4点から評価した。

結果として、9割近い研修参加者が引き続き母子保健活動に従事していたほか、どの技術的評価項目においても8割近い研修参加者が研修で学んだことを活かして活動を実施していた。

表 30 母子保健研修最終フォローアップ結果 (2007年11月実施)

評価指標	はい	いいえ	計*
母子保健関連業務に継続従事	129 (88%)	18 (12%)	147 (100%)
研修活動に参加	128 (87%)	19 (13%)	147 (100%)
研修で得た知識を適用	143 (97%)	4 (3%)	147 (100%)
暴力被害者ケアの実施	114 (78%)	33 (22%)	147 (100%)
伝達講習を実施	132 (90%)	15 (10%)	147 (100%)
学んだことの80%以上を活用	121 (82%)	26 (18%)	147 (100%)

\*第4回(2005年)研修時にはプロジェクト対象地域外に勤務しその後プロジェクト対象地に異動した1名も含めて調査。  
(出典：2007年度INMP研修フォローアップ報告書)

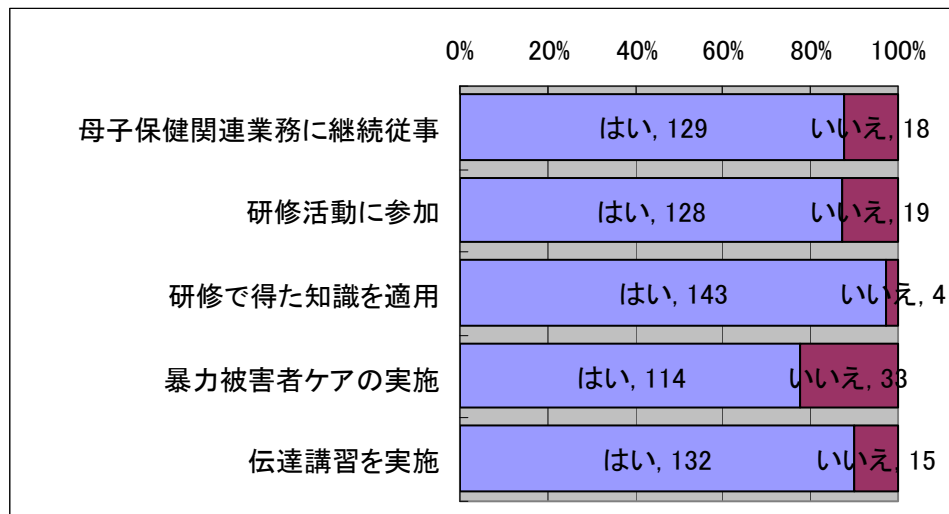


図 8 母子保健研修最終フォローアップ結果 (2007年11月実施)

#### 6.4. 参加者内訳（3年間分：第4回から第9回研修）

プロジェクト全体を通じた、INMP 研修参加者の内訳は以下の通りである。

表 31 INMP 研修参加者内訳（地域別）

地域 / コース	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Total
Huanuco	3	3	2	2	2	2	14
Huancavelica	1	2	3	3	3	3	15
Cusco	3	2	3	3	3	4	18(18)
Ancash	3	3	3	3	3	3	18(18)
Junin	3	3	3	3	3	3	18
Loreto	3	2	3	3	3	2	16(16)
Lima Este	2	2	3	3	3	3	16(16)
Ayacucho	3	2	2	3	3	3	16(16)
Cajamarca	3	3	3	2	2	2	15(16)
<b>TOTAL</b>	<b>24*</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>146</b>

\*研修には25名参加したが、1人はプロジェクト対象地域外であったため内訳では計上していない。

(出典: INMP (2005-2007). 第4-9回研修報告書 Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente”)

表 32 INMP 研修参加者内訳（所属別）

所属 / コース	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Total
<b>行政職</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>33</b>
DIRESA	7	17	0	0	0	0	24
病院	2	3	2	0	0	0	7
保健所	0	0	2	0	0	0	2
<b>医療技術職</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>113</b>
DIRESA	0	1	0	0	0	0	1
病院	12	0	12	16	15	16	71
保健所	3	1	9	9	10	9	41
<b>計</b>	<b>24*</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>146</b>

\*研修には25名参加したが、1人はプロジェクト対象地域外であったため内訳では計上していない。

(出典: INMP (2005-2007). 第4-9回研修報告書 Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente”)

第1年次（第4・5回目研修）は、地域研修センター体制を整えるリーダー職（DIRESA および地方病院の母子保健・研修担当）を対象とし、第2年次（第6・7回目研修）は、プロジェクトサイトの一次二次医療従事者を対象とした（表の各網掛け部が対象）。

表 33 INMP 研修参加者内訳（職業別）

職業 / コース	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Total
医師	4	3	6	5	8	8	34
看護師	4	8	7	12	9	10	50
助産師	16	7	12	8	8	7	58
ソーシャルワーカー	0	2	0	0	0	0	2
その他	0	2	0	0	0	0	2
計	24*	22	25	25	25	25	146

\*研修には 25 名参加したが、1 人はプロジェクト対象地域外であったため内訳では計上していない。

(出典: INMP (2005-2007). 第 4-9 回研修報告書 Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente”)

表 34 INMP 研修参加者内訳（性別）

性別 / コース	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Total
女	21	18	20	21	20	17	117
男	3	4	5	4	5	8	29
計	24*	22	25	25	25	25	146

\*研修には 25 名参加したが、1 人はプロジェクト対象地域外であったため内訳では計上していない。

(出典: INMP (2005-2007). 第 4-9 回研修報告書 Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente”)

また、研修修了状況、および各研修の前後に実施した研修前テスト、終了時テストの結果（第 4 回から第 8 回）は以下の通りである。

表 35 INMP 研修プレテスト・ポストテスト結果

コース	IV	V	VI	VII	VIII	IX
参加者	24*	22	25	25	25	25
修了者	24*	22	25	25	25	25
研修前テスト (点)*	8.5	8.9	7.6	7.5	7.5	7.5
終了時テスト (点)	15.3	14.0	13.9	14.2	14.2	14.2
差 (点)	6.8	5.1	6.3	6.7	6.7	6.7

\* 満点は 20 点。

\*研修には 25 名参加したが、1 人はプロジェクト対象地域外であったため内訳では計上していない。

(出典: INMP (2005-2007). 第 4-9 回研修報告書 Informe de la Pasantía del IV-IX Curso Nacional “Protección y Desarrollo de la Mujer, Niño y Adolescente”)

## 7. 成果 4 にかかる活動の結果

### 7.1. 対象コミュニティにある社会的リソースマッピング

2005年5月、JICA 専門家チームは、社会的リソースマッピングの作成要領を以下の通り作成し、各 DISA は 2005年9月までに社会的リソースマップを作成した。

#### 社会的リソースマッピング作成要領

(1) 目的

- プロジェクト対象地域（小診療区）において、暴力の予防および暴力被害者ケアに携わっている、様々なセクターの機関・人材を特定する
- 作成された地図やリストを関係者・関係機関に配布することで、暴力被害者に対する地域保健活動を実施する際の、相互紹介やコーディネーションを強化する。

(2) 社会的リソースの定義

社会的リソースとは、プロジェクト対象地区において暴力の予防および暴力被害者ケアに携わっている、様々なセクターの機関・人材のことを指す。ソーシャルリソースの例としては以下のものがあげられる。

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| - 保健プロモーター（病院・保健所・保健支所・市役所・教会・NGO 所属など） | - NGO                      |
| - 女性省機関（女性保護シェルターなど）                    | - 教育機関（学校など）               |
| - 市役所機関（DEMUNA など）                      | - 報道機関（地方ラジオ局など）           |
| - 警察                                    | - 各種協議会（暴力対策協議会、貧困対策協議会など） |
| - 調停所                                   | - 青少年グループ                  |
| - 教会                                    |                            |

(3) 社会的リソースマッピングの内容

- 地図（ソーシャルリソースの位置・記号の凡例を付ける）
- 関係機関リスト
  - 機関の種類（DISA、保健機関、教育機関、調停所、女性省機関、警察、市役所、NGO、教会、報道機関など）
  - 機関の住所
  - 担当者
  - 電話
  - 実施しているサービスの概要
- 保健プロモーターリスト
  - 所属機関（病院・保健所・保健支所・市役所・教会・NGO など）
  - プロモーター氏名
  - 住所
  - 電話
  - 使用言語（スペイン語・ケチュア語など）

### 7.2. 住民参加型地域保健活動の年間活動計画作成

#### 7.2.1. 1年次

2005年5月、JICA 専門家チームは、成果 4(住民参加型地域保健活動)の年間活動計画作成ガイドラインを以下の通り作成し、各 DISA は 2005年9月までに活動計画を作成した。

## 地域保健活動年間計画の構成

- 第1章 地域保健プロジェクトの枠組み
  - 1 プロジェクト対象地域の基本情報
  - 2 プロジェクト対象地域の保健状況
  - 3 既存の精神保健・母子保健戦略・施策
  - 4 地域での主要活動主体
  - 5 プロジェクト実施機関の構成
  - 6 プロジェクトの構成
  
- 第2章 プロジェクトの目標
  - 1 3年間のプロジェクト目標・指標
  - 2 各年のプロジェクト目標
  
- 第3章 プロジェクト活動
  - 1 地域ワーキンググループの設置
  - 2 年間活動計画の策定
  - 3 地域保健活動のモニタリング・評価方法策定
  - 4 社会リソースマッピング
  - 5 統合的保健についての啓発ワークショップの実施
  - 6 参加型地域保健促進活動の実施
  - 7 地域保健活動のモニタリング
  - 8 地域プロジェクト報告書
  
- 第4章 プロジェクト工程表

### 7.2.2. 2年次

暴力被害者が暴力や精神保健に関する保健医療サービスが受けられるよう支援するとともに、地域が心理社会的ケアを提供し平和文化を構築できるよう支援するため、プロジェクト成果4では、各プロジェクトサイトのワーキンググループが、地域を代表する組織や機関とともに暴力や精神保健に関する啓発ワークショップと地域保健活動を実施するよう提案している。6月1日実施の第5回JCCにおいて、JICA 専門家チームは、成果4に関する年間活動計画のフォーマットを示し、各地域の成果4ワーキンググループに対し6月末までに提出するよう依頼した。

またJICA 専門家チームは、本年度の啓発ワークショップにおいて、コミュニケーション技術に焦点を当てて実施し、保健プロモーターやNGO・地域住民組織・地域行政機関のメンバーが暴力被害者からの基本的な相談に乗ったり、心理社会的ケアを実施するうえでの基本的なコミュニケーション能力を習得できるよう支援することを提案した。さらに成果2の保健医療従事者研修として実施されているディプロマコースにおいて、非大卒の保健医療従事者が対象にならないことから、彼らを本啓発ワークショップの対象に含めることで、ディプロマコース非対象者が精神保健や暴力に関し研修を受ける機会を得られるよう提案した。

DISA 東部リマにあるワイカン病院のピアリアル氏は、本年は4つのフェーズから成る保健医療関係者の研修計画を作成したと報告した。研修は、ワイカンで活動するASPEM(Association for the emergent countries: Asociación para países emergentes)というNGOのモジュールをベースとし、保健



プロモーターや非大卒保健医療従事者に対するコミュニケーション技術に関する啓発ワークショップの部分に関しては、JICA/MINSA 提案の方法を考慮すると述べた。

クスコ・シクアニのイエペス氏は、プロジェクト対象地域で開発中の暴力被害者ケアの集計表フォーマットを発表した。このフォーマットはプロジェクトが提案したプロジェクト指標データの報告書式を基にしており、保健プロモーター、保健医療機関、地域組織等による暴力被害者ケアの実施件数を月ごとに示すものである。また、プロジェクト対象のテチョオブレロ小診療地区は、シクアニ牧師会 la Vicaría de Sicuani およびシクアニ暴力対策協議会と密に連携をとるようになり、両組織とも、プロジェクトとの連携に意欲的で、両組織がカバーする、プロジェクト対象地域（テチョオブレロ小診療地区）以外の地域でも、プロジェクト同様の活動を展開するようになったと報告した。

第5回 JCC の後、各 DISA、DIRESA はプロジェクト成果4に関する年間活動計画を作成した。

### 7.2.3. 3年次

2007年5月3日の5地域ワークショップにて、各地域から本年度の年間活動が発表された。計画の内容としては、啓発ワークショップおよび健康祭りなどの地域保健活動に関しては、基本的に昨年と同様である。

本年度よりの新たな活動としては、5地域が主体となって准看護師等のノンプロフェッショナルに対する研修を実施することとした。ノンプロフェッショナルに対しては、昨年度までは、保健プロモーターなどと一緒に、暴力被害者ケアに関する研修の機会を設けていたが、一般住民によるボランティアである保健プロモーターと、医療職であるノンプロフェッショナルの間に、理解度や役割の差が見られたため、分けて研修を行うこととした。

## 7.3. 住民参加型啓発ワークショップ実施

### 7.3.1. 1年次

本プロジェクトの成果4の活動の一環として、地域内の(1)保健プロモーターおよび(2)住民組織やNGOなどを含む暴力関係機関に対する啓発ワークショップが実施され、5パイロットサイトにおいて、8月および11月にワークショップが開催された。

5地域の啓発ワークショップの概要を以下の表に示す。

表 36 各地域の啓発ワークショップ実施結果 (2005 年度)

DISA/DIRESA	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチャ	フニン
パイロットサイト(小診療地区)	ワイカン	テチョ・オブレロ	アセンシオン	ベレン	サンマルティン・デ・パンゴア
実施日	8/19, 8/20	8/15	11/10, 11/11	11/24, 11/25	8/26, 11/10, 11/30
内容	- 保健プロモーター研修 - 包括的ヘルスケア推進キャンペーン(地域機関の参加を含む)	- 保健プロモーター・地域保健医療従事者・地域内暴力関連機関の啓発研修	地域内暴力関係機関への啓発ワークショップ(保健プロモーターの参加無し)	- 保健プロモーター研修(地域機関の参加を含む) - 包括的ヘルスケア推進キャンペーン	- 地域内暴力関係機関への啓発集会 - 保健プロモーター研修
参加保健プロモーター数	53	11	0	40	43
うちバイリンガル	6	11	0	17	3
参加住民組織数	6	0	9	6	3
参加 NGO 数	7	1	5	1	2
活動計画の策定	策定	策定	策定	研修後に策定する予定	策定

(出典：各地域 2005 年度地域保健活動 年間活動報告書)

リマ東部のワイカン小診療地区で成果 4 のモデル・ワークショップ（啓発ワークショップ）が 2005 年 8 月 19 日・20 日に、開催され、保健プロモーターの研修ワークショップ、健康増進キャンペーン（暴力被害者および一般を対象とした無料診療および保健教育）、健康増進フェア（保健推進を目的とした文化的・教育的活動）が行われた。研修ワークショップでは 72 名の保健プロモーターが、地域の暴力被害者をサポートするための基礎知識について研修を受けた。また健康増進キャンペーンには延べ 460 名が参加し、精神科、心理相談、小児科、産科、歯科、一般医学などの診療や助言等を保健医療従事者から受けた。460 名のうち約半数が暴力被害者であった。

ワークショップの開催により、プロジェクトについて以下の教訓が得られた。

- 教会、NGO、警察、教育現場など、セクターを超えたさまざまな地方組織が協力することの重要性。
- 保健プロモーターは地域のほぼ全域に配置され、住民にとってアクセスしやすいことから、地域保健活動の要となる人材である。

クスコ県では、2005 年 8 月に保健プロモーター、地域保健医療従事者、および地域組織を対象とした啓発ワークショップが、本プロジェクトのパイロットサイトであるテチョオブレロ小診療地区内で実施された。地域内での精神保健推進活動計画が作成された。また精神保健の推進が、県 Region レベル、および郡 Province レベルの地域保健協議会の年間活動計画に組み込まれた。

ワンカベリカ県では、地域組織向けの啓発ワークショップが 2005 年の 11 月 10・11 日に実施され、地方政府機関のほか 9 つの住民組織、5 つの NGO を含む総計 30 の団体が参加した。ワークショップにおいては、暴力被害者に対する各機関の取り組みが話し合われ、それぞれの団体の活動計画に、暴力被害者対策を盛り込むことが決まった。各機関の活動計画の詳細は 2006 年に決定される。本年度は、保健プロモーターに対するワークショップは実施されなかった。

アヤクチョ県においては、11月に保健プロモーター対象の啓発ワークショップが行われ、地域教育担当機関の代表者等も出席した。翌日は、保健プロモーターによる、精神保健・暴力被害者対策キャンペーンが実施された。

フニン県では、地域ワーキンググループが、暴力関連の団体（政府機関、非政府機関を含む）に対する啓発ワークショップを2005年8月に実施し、精神保健の推進に関する決議書が県 Region レベル、および小診療地区 Microred レベルで採択された。

保健プロモーターに対するワークショップは、(1)精神保健に関する知識の向上、(2)地域での精神保健推進における保健プロモーターの役割の明確化、(3)地域での精神保健推進活動計画の作成、を目的に、2005年11月10日および30日に開催された。

ワークショップ後、保健プロモーターは各地域に帰り、地元の住民と精神保健計画を作成した。

全体として、プロジェクト対象地域において予定通りワークショップが実施され、保健プロモーターや地域の住民組織や NGO、政府機関等に対し、(1)国の精神保健政策の概略、(2)政治暴力や母子に対する暴力などの暴力に対する概論、(3)保健プロモーターや地域機関としてどのような活動を行うべきかなどの講義や討議が行われ、最終的に活動計画を作成できた。

### 7.3.2. 2年次

各地域の保健プロモーター、非大卒医療従事者を対象とした啓発ワークショップの実施計画、実施結果に関し、各地域から第6回 JCC にて以下の報告があった。

ワイカン病院は、8月4日から9月1日にかけて、NGO および JICA 専門家チームの協力をえて、保健プロモーターおよび非大卒保健医療従事者を対象とした包括的ヘルスケアについての啓発ワークショップを実施した。ワークショップは以下の5つのモジュールから構成された。

モジュール1: 「暴力の定義、起源、世界およびペルー国内における発生状況」

モジュール2: 「暴力被害者ケア」

モジュール3: 「積極的コミュニケーションと傾聴」

モジュール4: 「国内での暴力に関する法的側面」

モジュール5: 「暴力被害者ケアガイドラインの作成」

このうちモジュール3に関し、JICA 専門家チームが直接支援した。

モジュール3は8月25・26日にワイカン病院において、JICA 専門家チームの森川氏の技術支援、および、テリョ氏のファシリテーションのもと実施された。参加者は31名であり、内訳は、ヘルスプロモーター13名、準看護師9名、NGO 所属の社会学者1名、ワイカン病院警備員2名、他の本プロジェクトサイトの医療従事者6名であった。

ワークショップにおいて、参加者は「積極的なコミュニケーションとは何か」「傾聴とはどういうことか」などを実習を交えて学ぶとともに、グループで一人の架空の人物を設定し、メンバ

一自身の暴力被害の経験や現状を投影しながら一人の人物の過去・現在・未来の状況に関するストーリーを作っていく過程でメンバー間の体験や意識を共有するという生活史作成の技術を学んだ。

ワークショップの評価の一環として実施した研修受講後のアンケートでは、「今後どのように責任ある態度で仕事をしてゆきますか？」という問いに対し、「患者に接するときはいろいろなことに配慮しながら接しなければならない」「地域全体を良くしていくことが私の仕事だと思った」「今回学んだすべての技術を適用してゆきたい」などの感想が得られた。

今回の研修参加者は、今後、9月および11月に実施する地域健康祭りに参加すること、および、地域内の医療機関や住民組織・NGOに対し、伝達講習を実施することによって、今回の研修での学びを広めることになっている。

JICA 専門家チームは、今回作成した教材等を配布し、他地域でのワークショップ実施の際に活用できるよう支援した。また啓発ワークショップ参加者へのフォローアップを実施し、ワークショップでの学びを補強するよう助言した。

2006年度に5地域において実施された啓発ワークショップの概要を以下の表に示す。

表 37 5 地域の啓発ワークショップ実施結果 (2006 年度)

DISA/DIRESA	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチヨ	フニン
プロジェクトサイト	ワイカン	テチヨ・オブレロ	アセンシオン	ベレン	サンマルティン・デ・パンゴア
実施日	2006 年 8 月・9 月	2007 年 1 月 24-25, 26-27, 29-30 日	2006 年 11 月 15-16 日	2006 年 8 月・9 月	通年
場所	ワイカン病院	マランガニ保健所 シクアニ青少年会館 ラヨ市役所	アセンシオン小診療区講堂	ベレン保健所	サンマルティン・デ・パンゴア保健所
内容	- 5 モジュールに基づく講義 - 学んだ内容を劇で示す。 - 住民組織に対し、伝達講習を実施。	- 暴力の種類、原因、その他の影響 - 女性に対する暴力 - 青少年による暴力 - 参加者による劇 - 活動計画の作成	- ト라우マ経験の傾聴法 - 暴力被害のさまざまな波及的影響 - 暴力被害者のリファールシステム	- 積極的コミュニケーションと傾聴 - 暴力被害者の発見とリファー	- 家庭内暴力の予防とケア - 暴力被害者の精神保健の回復 - サンマルティン・デ・パンゴア内での自助グループ結成。
成果	- 保健プロモータおよび准看護師の教育・啓発 - 他の地域住民のメンバーの暴力問題に対する意識が高まった。	- 暴力関連の地域行政組織の参加があった。 - 暴力対策の 1・3・5 カ年計画を作成した。 - 上記計画は、3 地域の地方自治体の参加型予算書に含まれる予定である。	- 保健プロモータの活動の中に精神保健のテーマが組み込まれた。 - 暴力被害者のリファール活動に保健プロモータが組み込まれるようになった。 - 家庭内暴力被害者のための施設ができた。	- 保健プロモータと保健医療従事者が、暴力被害者の発見に参加するようになった。 - 保健プロモータが暴力被害者のリファールシステムについて学んだ。 - 保健医療従事者が、母子保健担当の保健医療従事者とともに、暴力被害者ケアを開始した。	- 43 名の保健プロモータを研修し、精神保健活動を実施した。
困難だった点	- 参加者の所属先から、参加許可を得るための調整が不十分だった。 - 講師陣の時間に限りがあり、同じ講師陣で繰り返し実施するのは難しい。	- シクアニ地区では、100%の准看護師の研修への参加を達成できなかった。	- 参加者が多く、会場が狭かった。 - マルチメディアプロジェクターがなかった。	- (地域側の)予算・機材が限られており、配布も遅かった。	- 地形や天候の状況により、決まった時間に人を集めるのが難しい。 - (地域側の)予算・機材が限られており、配布も遅かった。
提言	- これら活動が、DISA 東部リマ研修計画に組み入れられるよう、MINSa および DISA が、暴力対策を本格化してほしい。	- テチヨ・オブレロ保健所でも、本ワークショップを実施したい。	- 地域精神保健活動の情報システムを改善する必要がある。 - リファールシステムを強化する必要がある。 - 今回研修した参加者のフォローアップを実施する。	- 活動計画に沿った予算作成が必要。 - 他の保健医療従事者および保健プロモータの啓発を継続的に実施する。	

DISA/DIRESA	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチヨ	フニン
プロジェクトサイト	ワイカン	テチヨ・オブレロ	アセンシオン	ベレン	サンマルティン・デ・パンゴア
<b>参加者数</b>					
ヘルスポモーター	23	58	28	62	43
(うちバイリンガル)	-	(58)	(28)	(62)	-
準看護師	15	8	12	62	0
大卒医療従事者	0	22	0	0	0
住民組織	2	16	1	0	8
NGO	1	0	1	0	0
地方政府機関	0	30	0	0	0
公的機関	0	10	0	0	0
看護学生	0	12	0	0	0
教会	0	5	0	0	0
新聞記者	0	3	0	0	0
<b>参加組織数</b>					
住民組織	2	11	0	0	8
NGO	1	0	1	0	0
地方政府機関	0	7	0	0	0
宗教的組織	0	10	0	0	0

(出典：各地域 2006 年度地域保健活動 年間活動報告書)

### 7.3.3. 3年次

年間活動計画に従い、2007年6月から9月にかけて、プロジェクト対象地域で、主に保健プロモーターを対象とした啓発ワークショップが実施された。これらワークショップの講師として、従来のINMP研修参加者のほか、2年次に実施されたディプロマコースの参加者が加わった。

表 38 5地域の啓発ワークショップ実施結果 (2007年度)

DISA/DIRESA	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチョ	フニン
プロジェクト サイト	ワイカン	テチョオブレロ	アセンシオン	ベレン	サンマルティン・デ・パン ゴア
実施日	9月19,20,21日	6月30日 8月18日、11月25日	8月20,21,22日	6月7日、8月22,23日	6月19,21,29日
場所	ワイカン広場(中心部より はなれた地域)	マランガニ地区 シクアニ地区	アセンシオン小診療区	ベレン保健所	サンマルティン・デ・パンゴア 保健所
内容・成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ワイカンの中でも中心部から離れた地域(地理的条件から病院での保健サービスへのアクセスが悪い)のプロモーターを対象とした研修を実施した。</li> <li>・暴力被害者のリファーマルフォームを改定した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・暴力被害者の発見法</li> <li>・暴力被害者ケースの紹介(リファーマル)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健プロモーターが包括的ヘルスケアに関する研修を受講</li> </ul> <p>[内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭内暴力の予防と対処法</li> <li>・保健所職員と家庭内暴力、児童虐待を減らすための連携方法、および暴力被害者を発見したときの紹介方法について話し合いを行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・59名のプロモーターに対して、暴力に関する研修を実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自尊心、家庭内暴力についての講義を受講。</li> <li>・地域において、地域にどのような精神保健の問題があるか、住民を対象とした教育を実施する計画を立てた。また地元の有力者に研修への参加や、政治的暴力被害者への支援を要請する。</li> </ul>
困難だった点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健プロモーターは非常にやる気があるが、経済的な理由から活動が継続できない人がいる。</li> <li>・男性の参加を得るのが難しかった。</li> <li>・INMP研修参加者等のプロフェッショナルの参加が得られなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・能力の変化を調べる簡易テストを実施する予定であったが、実施できなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健プロモーターに向けた、統一的な教科書がなく、その都度作らなければならなかったこと。</li> <li>・保健施設の上司から、保健プロモーターとの活動をもっと積極的にすることに対する支援があまりないこと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地勢的・地理的な理由から、田舎のほうで働くプロモーターにとって研修場所に来るのに困難が伴った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地勢的・地理的な理由から、田舎のほうで働くプロモーターにとって研修場所に来るのに困難が伴った。</li> </ul>

DISA/DIRESA	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチヨ	フニン
プロジェクト サイト	ワイカン	テチョオブレロ	アセンシオン	ベレン	サンマルティン・デ・パン ゴア
プロジェクト終了後の活動計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>同様の研修を、ワイカン全地域、特にプロモーター以外の暴力関連機関の職員に広げてゆく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>暴力問題のある家族の継続的発見に努める。</li> <li>暴力被害者の家庭への訪問を実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修を受けたプロモーターが、暴力被害者に対する地域での活動を継続する。</li> <li>すべての保健プロモーターが研修を受けられるよう、研修を継続する。</li> <li>保健プロモーター以外の地域住民に対する啓発活動を広げる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療従事者（精神保健専門職員およびディプロマコース参加者）が講師になることにより、今後も4ヶ月ごとくらいに、同様の研修を実施する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域内の関係機関（村役場、学校など）に対する暴力被害者対策の研修を実施する。</li> <li>保健医療機関における活動を継続的にモニタリングする。</li> <li>保健プロモーターの表彰を行う。</li> </ul>
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民の暴力問題に対する関心が高まった。その背景には、暴力が身近な問題であることがある。</li> <li>参加保健プロモーターの100%が、研修終了時テストに合格した。また、研修方法が良かったと回答した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健プロモーターのやる気や能力が伸び、今後とも暴力被害者ケアを実施することが確認された。</li> <li>今まで暴力をテーマにした研修を受けたことが無い人が多く、良い動機付けになったようである。</li> <li>保健プロモーターが暴力被害者の発見や紹介において、重要な役割を担っていると、プロモーター自身が自覚でき、自身の役割に自信を持った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域内には全部で120人の保健プロモーターがおり、全員に研修を受けさせられるようにしたい。</li> <li>参加したプロモーターの多くにとって、暴力をテーマとした研修が初めてであり、今後の活動に対し強いやる気を示した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>この地域のプロモーターは研修の機会が少なく、暴力被害者に接する能力を強化するためには、更に研修を実施してほしいと要望が出た。</li> </ul>	
参加保健プロモーター数	24	50	30	59	29
講師数（ディプロマコース参加者/INMP研修参加者）	2/0	3/3	2/2	3/3	1/0

(出典：5 パイロットサイト年間活動報告書 2007 年度)



## 7.4. 非大卒医療従事者研修

保健医療従事者のうち、「ノンプロフェSSIONナル」と呼ばれる非大卒医療従事者（主に准看護師）に対して、プロジェクトでは2年次まで、保健プロモーターなどと一緒に啓発ワークショップを通じて、研修を行ってきた。しかし、教育程度の差や期待される役割の違いから、別に研修を行う必要性が明らかになってきたため、プロジェクト3年次においては、5地域が中心となって、各地域で非大卒医療従事者を対象とした研修を実施することとした。

研修教材は、HPRT研修を受けたプロジェクト対象5地域の医療従事者、及び地域での保健サービスや医療従事者教育の経験の深いバルディサン病院のスタッフによって作成された。JICA専門家チームも、教材作成にかかる配慮事項に関するアドバイスを行うなど、技術的な観点から作成を支援した。

教材の内容は以下の通りである。

### 「非大卒保健医療従事者のための暴力被害者に対する包括的ヘルスケアガイド」

- 第1章 暴力の概要
  - 暴力とは
  - 暴力の種類
  - 暴力はどのように起こるのか
  - 暴力によって引き起こされる問題
  - 暴力を予防するには
  - 被害者ケアの流れ
- 第2章 精神保健上よく起こる問題とその対応法
  - アルコール中毒
  - うつ
  - 痛み
  - 不安
  - 心的外傷後ストレス障害
- 第3章 暴力被害者ケアにおいて医療技術者（ノンプロフェSSIONナル）ができること
  - 問題の解決法
  - 感情のコントロール法
- 第4章 医療従事者のセルフケア
  - セルフケアとは
  - セルフケアをしないとどうなるか
  - セルフケアの大切さ
  - セルフケアの実施の仕方
- 第5章 人権
  - 人権とは
  - 人権の特徴
  - 人権に関する国内法規
- 第6章 情報の記録
  - 家庭内暴力・児童虐待評価記録表
  - 患者紹介票

本教材を利用した研修が、8月から9月にかけてプロジェクト対象地域で実施された。概要を次表に記す。

表 39 非大卒医療従事者を対象とした5地域での研修実施結果 (2007年度)

DISA/DIRESA	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチャ	フニン
プロジェクト サイト	ワイカン	テチャオブレロ	アセンシオン	ベレン	サンマルティン・デ・パンゴ ア
実施日	9月21, 28日 10月5, 12, 19日	8月15, 16, 17日	9月17, 18, 19日	8月29, 30, 31日	9月3, 4日
場所	ワイカン病院講堂	シクアニ病院	アセンシオン公会堂	ベレン保健所	サティボ公会堂
成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・15人のノンプロが参加し、5日間ともすべて出席した。</li> <li>・暴力被害者の発見のため20人の来院者のトリアージを実施し、13人の暴力被害者を発見した。</li> <li>・研修受講者が、病院待合室で患者に暴力に関する教育を実施した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケースを使ったケア・フォローアップ実習を実施した。</li> <li>・ノンプロの参加者から、啓発された、動機付けられた、などの意見が出た。今後、同僚を研修したり、患者へのケアやフォローアップを実施するとの約束が得られた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加者たちが、地域での活動に参加を組織し実施できるようになった。</li> <li>・リファーマルシステムの一部として機能できるようになった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・53名の准看護師が受講した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・50%の准看護師を研修した。</li> </ul>
困難だった点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・15人修了者のほか6名のノンプロが参加したが、すべてのコースに参加できなかった。</li> <li>・地方でのこのような研修活動に対する中央からのサポートが無かった。それにより、研修のフォローアップを計画したが、他の活動に比べて実施できなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ノンプロのうち、休暇中のものの参加が無かった。</li> <li>・終了時テストを実施できなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健医療従事者のストライキがあり、計画の実施が遅れた。</li> <li>・非大卒医療従事者の役割を見直す必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地震の影響により、MINSAGが被災地に講師（バルディサン病院職員）を派遣したため、ベレン地域に講師を派遣できなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（配属先で患者へのサービスを提供しなければならないので）一度にすべての准看護師を研修に送ることができないため、50%が研修をまだ受けていない。</li> </ul>
プロジェクト 終了後の活動 計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・暴力被害者へのケアを、臨床心理士の協力を得て継続する。</li> <li>・ワイカンの暴力対策協議会への参加を継続する。</li> <li>・待合室での患者教育を継続する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の病歴を聞く際などに、暴力被害家族の発見をする。</li> <li>・暴力被害者に対する家庭訪問を実施する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・暴力被害地域の医療従事者のすべてを研修する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ディプロマコース修了者や精神保健専門職により、研修を継続する（4ヶ月ごとに実施する）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的に研修を行い、研修受講後の活動をモニターする。</li> </ul>

DISA/DIRESA	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチャ	フニン
プロジェクト サイト	ワイカン	テチャオブレロ	アセンシオン	ベレン	サンマルティン・デ・パンゴ ア
参加者による 評価	(実施せず)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育法がよかったため、面白かった。</li> <li>・ダイナミックで、意見の交換ができてよかった。</li> <li>・わかりやすい言葉で教えてくれたため、理解しやすかった。</li> <li>・みんなが積極的に参加できた。</li> <li>・実施に移しやすい内容だった。</li> <li>・どのように暴力被害者に接すればよいかよくわかった。自分の身に置き換えて考えることができた。</li> <li>・家庭で実行に移せる内容だった。</li> <li>・現実によくある例を示してくれた。</li> </ul>	(実施せず)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今回研修を受けた人のうち、28%が、さらに（今回受けられなかった）バルディサン病院職員による研修を受けたいとした。</li> </ul>	(実施せず)
<b>参加者数</b>	15	23	30	53	22
<b>講師数（ディプロマコース参加者/INMP研修参加者）</b>	02/0	4/0	2/0	9	1/0

(出典：5パイロットサイト年間活動報告書 2007年度)

## 7.5. 住民参加型地域保健活動

### 7.5.1. 1年次

リマ東部のワイカン地区においては、2005年8月の啓発ワークショップのあと、バルディサン病院が、毎週定期的に地域を訪問する機会を利用して、保健プロモーターとの継続的な集まりが持たれ、保健プロモーターに対し、精神保健セルフケア法に関する研修が行われた。2006年1月にはこの研修の修了式が行われ、その中で関連機関へ暴力被害者を紹介する際の紹介票を導入することを提案した。

フニン県では、保健プロモーターがいるすべての地域で精神保健を推進することが決定された。また、地域内の臨床心理士により、暴力被害者に対する精神保健ケアの記録体制が整えられた。さらに、県内のペルー中央国立大学 *Universidad Nacional Centro del Peru* の医学部（医学科・看護学科）のカリキュラムに、暴力や精神保健の内容が付け加えられた。

本年はプロジェクトの初年度ということもあり、精神保健について地域での推進活動を実施した経験のあるプロジェクト対象地区が少なかったことから、各地域とも、基本的な精神保健への理解促進や、暴力被害者対策関連機関の連携を深まるための活動に主眼をおいたところが多かった。

2年度以降は、成果2で地域内での医療従事者が養成され、サービスが充実することを踏まえ、その利用促進へ向けた活動が望まれた。また、暴力被害者ケアの記録体制が整備されていない地域が多いため、その体制整備が必要とされた。

### 7.5.2. 2年次

暴力被害に対する包括的ヘルスケアに向けた地域保健活動は、各地域の今までの保健推進への取り組みや利用可能な社会資源、暴力被害者の状況により多様性が見られる。8月29日開催の第6回JCCにおいて、各地域が2年次の地域保健活動の進捗と今年度の計画を発表した。

#### (1) ワイカン（東部リマ）

2005年までは、ワイカン地区における地域保健活動は、バルディサン病院がセニョーレス・デ・ロス・ミラグロス保健所で実施している精神保健ケアが主であった。しかし2006年2月にワイカン病院の職員がHPRT研修に参加した結果、ワイカン病院からの研修参加者が中心となって、暴力対策戦略計画および（その一部としての）地域保健活動計画を作成した。暴力対策戦略計画は以下の4つのフェーズから成る。

フェーズ1：啓発プランの作成および暴力被害者ケアのための診療相談室の設置

フェーズ2：ワイカン地区内の保健医療施設における精神保健ケアプログラムの開発

フェーズ3：暴力予防、暴力被害者発見、ケア、マネジメント、フォローアップのためのコミュニティ、地域機関との協定

#### フェーズ4：暴力被害の予防、暴力被害者の発見、支援、フォローアップに関する保健プロモーターの研修プログラムの作成

ワイカン地区が作成した地域保健活動計画は上記暴力対策戦略計画の中のフェーズ3・4と密接な関連があり、またフェーズ2は成果2のディプロマコースとの関連している。

8月4日から9月1日まで、ワイカン地区は保健プロモーターおよび非大卒保健医療従事者に対し、暴力や暴力被害者ケアに関する啓発ワークショップを実施した。また、その後9月23日、および11月（世界非暴力の日）に地域健康祭りを実施した。

#### (2) アヤクチョ：

2006年6月より、ベレン小診療地区およびアヤクチョ病院は本プロジェクトに対する合同委員会を設立し、プロジェクト成果2・3・4にかかる活動を実施している。この小診療地区と病院との戦略的統合によって以下のような成果が生まれた。

成果2に関しては、小診療地区からのみでなく、病院の医療従事者8名もディプロマコースに参加することにより、小診療地区からの患者紹介先としての病院を戦略的に強化することになった。

成果3に関しては、INMP研修に参加した病院職員が、病院内に地域人材育成センターを設立し、母子保健および母子に対する暴力に関する研修を地域で実施するようになり、その研修に非大卒医療従事者（ノン・プロフェッショナル保健医療従事者）が参加するようになった。

成果4に関しては、ベレン小診療地区内で暴力対策も含めた健康祭りを実施する計画を立てている。健康祭りの第1回は9月9日に実施し、小診療地区、病院職員、INMP研修参加者、NGO、地域機関や栄養改善や母親クラブなどの住民組織が参加した。またアヤクチョ大学コミュニケーション学部の協力を得て、精神保健サービスの広報のためのラジオ・テレビスポットを作成し、県内で放送した。

#### (3) シクアニ（クスコ）：

シクアニ地区では、シクアニ地区暴力対策協議会が、テチョオブレロ小診療地区もふくめた周辺地域の暴力関連機関の連携の場として機能している。本協議会は暴力被害者のケアと紹介のフローチャートを作成した。このフローチャートでは、暴力被害者を3つにグループ分けし、その担当機関を以下のように定めている。

(1) 育児怠慢（栄養不良も含む）：母子青少年センターDEMUNAへ紹介

(2) 児童虐待・女性に対する暴力：女性緊急センターCEM・保険医療機関・検察官事務所・家族警察署へ紹介

(3) 性暴力：家族警察署へ紹介。

7月2日以来、シクアニ地区内のテチョオブレロ小診療地区（プロジェクト対象地区）およびラヨ小診療地区において、地域精神保健ケア活動を開始し、シクアニ病院の臨床心理士が、コミュニティーを訪問している。また9月13日・14日には、ディプロマコース参加者によるヘルスプロモーターおよび非大卒医療従事者に対する研修が実施され、地域貧困対策協議会、女性緊急センターCEM、シクアニ牧師会の代表も研修にした。また、保健プロモーターにも暴力に対する意識の変化が見られ、予防接種を子供に受けさせないことは広義の暴力の一部であると考え、住

民に予防接種を勧奨するようになった。暴力対策を強化するため、シクアニ地域暴力対策協議会は、シクアニ地区に精神科医を配置するよう求めている。

(4) フニン:

プロジェクト開始後、DIRESA フニンは家庭内暴力や人権侵害、包括的ヘルスケアや暴力被害者スクリーニング法などの研修を医療機関を対象に実施しているが、これらの研修は、プロジェクト対象地区であるサンマルティン・デ・パンゴア地区のみでなく、周辺の5診療地区でも実施している。2005年5月から2006年8月までの間に、DIRESAは暴力に関する活動として、患者スクリーニング1,838件、診察3,746件、健康教育を235回、6689人を対象に実施した。また、サティボ病院の8人の大卒保健医療従事者が、非大卒保健医療従事者向けの暴力被害および精神保健に関する研修教材を作成した。

2006 年度に、5 地域において実施された地域活動の結果の概要を以下の表に示す。

表 40 5 地域の地域保健活動実施結果 (2006 年度)

DISA/DIRESA	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチョ	フニン
プロジェクト サイト	ワイカン	テチョ・オブレロ	アセンシオン	ベレン	サンマルティン・デ・パソコア
日時	10/7, 12/15	7/2, 29, 7/18, 7/30, 7/25, 8/22	11/3-4	11 月・12 月	11/30 12/1-2
場所	ワイカン病院	プロジェクトサイト内 4 地域: Pitumarca, Herca, Tinta, Techo obrero	アセンシオン中央広場	プロジェクト内 2 地域: Pilacucho y cuchipampa	サティボ内暴力被害地域
活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 暴力に関するゲーム</li> <li>- 地域内の暴力関連組織の紹介</li> <li>- 緊張や暴力を減らすための、運動や音楽を子供や大人に紹介</li> <li>- 養子に対してクリスマスプレゼントを贈呈</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 無料診療・心理相談サービス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 無料精神科診療・心理相談</li> <li>- 健康教育</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 年齢グループごとのスポーツ大会(子供・青年・大人・高齢者)</li> <li>- 啓発教材の配布</li> <li>- 劇の上演</li> <li>- ストレスコントロール技術</li> <li>- 積極的コミュニケーションと傾聴</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 政治的暴力被害者への心理学的面接</li> <li>- 自尊心・家庭内暴力をテーマとした健康教育</li> <li>- 自尊心に関するフォーカスグループワークショップ</li> </ul>
成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ワイカンの中の地域組織・機関が暴力予防のためにまとまった。</li> <li>- 地域の住民代表、保健医療従事者が参加した。</li> <li>- 住民の暴力問題に関する関心を高めた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 政治的・家庭内暴力被害者への無料診療・心理相談を、住民の居住地に出向いて実施した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 政治的暴力被害者に対して包括的な、予防・健康活動を実施した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 暴力被害者に対する健康福祉フェアをつうじたコミュニティのエンパワーメントを実施した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 48 人に対し、面接を実施</li> <li>- 98 人が精神保健の専門家によるケアを受けた。</li> <li>- 健康教育を 2 回実施</li> <li>- ワークショップを 1 回実施</li> </ul>
困難だった点	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 主催者が遅れたため、時間通りに始まらなかった。</li> <li>- 学校などとの連携が十分でなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- うつ患者のための治療薬がなかった。</li> <li>- 全国予防接種キャンペーンに時間がとられ、十分活動できなかった。</li> <li>- プロジェクト対象周辺地域の暴力被害者へのサービス実施が困難。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 予算、啓発教材、視聴覚機材の不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 音響機材が故障していた。</li> <li>- 職員の参加が不足していた。</li> <li>- 視聴覚機材購入のための予算の不足。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 精神科医がいない。</li> <li>- 僻地の住民に対して、活動を周知するのが困難。</li> </ul>

DISA/DIRESA	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチョ	フニン
プロジェクト サイト	ワイカン	テチョ・オブレロ	アセンシオン	ベレン	サンマルティン・デ・パンゴア
提言	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 学校との連携の上で、このような活動を今後とも実施したい。</li> <li>- 暴力の予防をワイカンの医療機関の主要なテーマとするし、保健増進活動を強化する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 包括的健康保険 SIS が暴力被害者とその家族を対象に含めるべきである。</li> <li>- 小診療地域 Microred で作成した活動計画が、診療地域 Red により認められる必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 地域行政機関や関連機関との連携、およびその協定の文書化が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 音響機材の修理。</li> <li>- 職員の啓発。</li> <li>- 年間活動計画に対する資金援助。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 常駐精神科医の雇用。</li> <li>- 他プロジェクトによって派遣されていた精神科チームが常駐化すること。</li> </ul>

(出典：各地域 2006 年度地域保健活動 年間活動報告書)



### 7.5.3. 3年次

プロジェクト3年次も、前年に引き続き、啓発ワークショップ参加者である保健プロモーター、地域暴力対策協議会、ディプロマコースや INMP 研修修了者により、地域での保健活動が実施された。

表 41 5 地域の地域保健活動実施結果 (2007 年度)

DISA/DIRES A プロジェクト サイト	東部リマ	クスコ	ワンカベリカ	アヤクチョ	フニン
	ワイカン	テチョ・オブレロ	アセンシオン	ベレン	サマルティン・デ・パンゴア
日時	9月29日	6月30日(マランガニ地区) 8月18日、11月25日(シク アニ地区)	2007年4月-10月	7月15日から9月15日	7月29日(サティポ地区) 11月18, 19日(パンゴア地区)
場所	ワイカンZ地区 (チャンチータ・デ・インベ ルメット Canchita de Invermet)	マランガニ地区 シクアニ地区	アセンシオン地区	域内14地区(Río Seco, Cuchipampa, Pilacucho, Yuraq Yuraq, Belén Alto, Belén Bajo, Quinuapata, Barrios Altos, Morro de Arica, Huascahura, Rancho, Santa Ana, Socos, Luyanta.) ベレン老人クラブ	サティポ地区: シランパリ パンゴア地区: 市役所
活動	・保健福祉祭りの実施	・暴力被害者に対する包括的 ケア提供	家庭内暴力に対する包括的健 康福祉ケア祭り	健康福祉祭りの実施	健康福祉祭りの実施
成果	・7地域の貧困者へ給食活動 グループの参加による暴力被 害者ケアに関する啓発活動の 実施。 ・地域住民の啓発 ・市役所、NGO、警察、ワイ カン病院、貧困者への給食サ ービスグループ Comedor Populares、女性省機関などの 地域機関の参加を得た。	・85名に対するケア実施 ・65名の女性、55人の子供の 参加 ・専門ケアの提供	・暴力、精神保健、障害者関 連のさまざまな地域内機関 (公的・私的機関)、の参加 があった。	・計画した健康祭りを100% 実施した。 ・小児・青少年・成人・高齢 者など各ライフサイクルから それぞれ参加があった。 ・保健医療従事者、保健プロ モーター、住民がグループに なって活動する意識が醸成さ れた。	・臨床心理士による面接 ・政治的暴力被害者スクリーニ ング(うつ、不安、家庭内暴力 など) ・カウンセリング ・精神科医へのリファー・診察 ・健康教育(自尊心・家庭内暴 力など)
困難だった 点	特になし	・住民の参加者が期待してい たより少なかった。 ・地域機関の中には、期待さ れた役割を果たさないものが あった。	・午前中のケア提供に十分な 人材が集まらなかった。 ・啓発やケア提供に十分な予 算が無かった。	特になし	記録なし

DISA/DIRES A プロジェクト サイト	東部リマ ワイカン	クスコ テチヨ・オブレロ	ワンカベリカ アセンシオン	アヤクチヨ ベレン	フニン サンマルティン・デ・パソコア
提案	暴力被害者が各種機関を相談する際に、同行する活動を、地域全体に広げる。	-	・人権に配慮した人道的なケアを継続的に提供する。	暴力被害者に対する包括的なケアを促進するため、地域住民、保健プロモーター、保健医療従事者が共同して行う活動を強化する。	記録なし
評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民からは、ケアの広がりへの期待の声が聞かれた。</li> <li>・すでに把握されたケースのフォローアップ活動に関する心配の声が聞かれた。</li> <li>・研修を受けた人材が暴力被害者活動を引き続き実施できるよう、時間の確保などについて保健省など中央からの支援が必要である。</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域機関からの積極的参加が得られた。(警察、女性警察官、女性緊急センター、心理ケアセンター、NGO、ワンカベリカ暴力被害者協会、障害者協会など)</li> <li>・家庭内暴力被害女性への福祉支援センターにより、法的・社会福祉的支援が提供された。保健プロモーターはこのセンターの活動も担っていることが多い。</li> <li>・保健省病院や社会保険病院の保健医療従事者の参加があった。</li> </ul>	・よく出来た。	記録なし
<b>参加者 スタッフ数</b>	保健医療従事者 15名 HPRT 研修参加者 2名 NGO 18名 地域機関(貧困者への給食サービスグループ)、市役所、警察など) 220名	260名(参加住民とスタッフの合計)	計600名(参加住民とスタッフの合計) うち ディプロマコース参加者8名 ヘルスプロモーター30名 ノンプロ保健医療従事者55名 HPRT 研修参加者1名	保健医療従事者109名 (うちディプロマコース参加者3名) 保健プロモーター17名 地域機関代表6名	512名

(出典：地域保健活動活動報告、2007年)

## 7.6. 住民参加型保健活動モニタリング、内部評価支援

### 7.6.1. 1年次

啓発ワークショップの後、ワークショップに参加した保健プロモーターや地域機関により、暴力被害者への発見や相談、関連する地域内の社会資源（地域内の医療機関や暴力被害者対策活動を実施している NGO や政府系機関）への紹介・利用促進活動が実施された。各地域の暴力被害者対策の活動結果を以下の表に示す。ただし、後述の次年度のモニタリング結果とあわせ、これらの数値の意味合いおよび変化の要因に関する検証は今後の課題とされた。

表 42 保健プロモーター・保健医療施設・地域内暴力関係機関/組織によって把握・ケア・他機関紹介された暴力被害者数 (2005年8月-12月)

DISA/DIRESA	東部 リマ	クスコ	ワンカ ベリカ	アヤク チョ	フニン	計
パイロットサイト	ワイカン	テチョ オブレロ	アセン シオン	ペレン	S.M. バンゴア	
<b>保健プロモーター活動</b>						
保健プロモーターにより把握された暴力被害者数	288	0	-	1	30	<b>319</b>
保健プロモーターによる暴力被害者ケア件数	288	0	-	1	22	<b>311</b>
保健プロモーターによる地域機関への紹介件数	288	0	-	0	10	<b>298</b>
<b>保健医療機関</b>						
保健医療機関により把握された暴力被害者数	1,060	914	-	19	20	<b>2,013</b>
保健医療機関による暴力被害者ケア件数	1,060	838	-	19	18	<b>1,935</b>
保健医療機関による他機関への紹介件数	38	108	-	2	15	<b>163</b>
<b>地域内プロジェクト参加機関(保健医療機関を除く)</b>						
地域内他機関により把握された暴力被害者数	0	-	-	2	70	<b>72</b>
地域内他機関による暴力被害者ケア件数	0	-	-	2	62	<b>64</b>
地域内他機関による地域内機関への紹介件数	0	-	-	2	23	<b>25</b>
<b>計</b>						
把握された暴力被害者数	1,348	914	0	22	120	<b>2,404</b>
暴力被害者ケア件数	1,348	838	0	22	102	<b>2,310</b>
他機関への紹介件数	326	108	0	4	48	<b>486</b>

- : 情報収集体制が整わず把握せず

(出典：各地域 2005 年度地域保健活動 年間活動報告書)

### 7.6.2. 2年次

#### (1) 暴力被害者に対する活動件数の登録

2005年に、JICA 専門家チームは、PDM のプロジェクト目標指標に沿い、(1)保健プロモーター、(2)保健医療施設、(3)住民組織や NGO/地域行政機関の 3 種のグループによる、暴力被害者の発見、ケア、紹介件数を登録するための報告書式を作成し、各地域で登録を開始した。今年度保健省の保健情報システムが改定され、暴力問題に対するケアの分類が細分化されたことに伴い、プロジェクトの指標として収集している保健医療施設におけるケアの実施件数に関しても、保健省の定義にあわせて報告書式を改定し、保健省の情報システムのデータをそのまま使用できるようにし

た。また、実際に指標に関するデータを収集する過程で、保健プロモータによる暴力被害者の発見、ケアの定義を明確にする必要が浮き彫りになった。

## (2) 暴力被害者紹介システム

各プロジェクトサイトにおける暴力被害者の紹介システムの整備状況は以下の通りであった。

ワイカン：啓発ワークショップ（モジュール5）において、昨年度バルディサン病院が作成した暴力被害者紹介票を改定する。

クスコ：地域暴力対策協議会に参加している地域組織・行政機関により、暴力被害者紹介のフローチャートを作成した。また暴力被害者紹介票を作成し、ケアの記録を残すとともに機関間での被害者数の重複カウントを避けるようにした。

フニン：保健省が策定した包括的ヘルスケアモデルによって制定されている患者紹介票を使用している。

アヤクチョ：アヤクチョ病院とベレン小診療地区が作成した紹介票を利用に向けて検討している。

## (3) プロジェクト目標指標の推移

プロジェクト指標として、保健プロモーター、保健医療機関、および住民組織・NGO・地域行政機関などによる暴力被害者の把握数、ケア実施件数、他機関への紹介件数を収集している。2006年1月から12月にかけての結果は以下の通りであった。

表 43 保健プロモーター・保健医療施設・地域組織/NGO/行政機関等によって把握・ケア・他機関紹介された暴力被害者数 (2006年1月-12月)

DISA/DIRESA	東部 リマ	クスコ	ワカ ペリカ	アヤクチヨ	フニン	計
パイロットサイト	ワイカン	テチヨ オブレロ	アセン シオン	ペレン	S.M. パンゴア	
<b>保健プロモーターによる</b>						
暴力被害者の把握数	10	15	12	19	129	185
暴力被害者ケア件数(相談等)	10	15	0	19	93	137
地域機関への紹介件数	10	15	0	0	0	25
<b>保健医療機関による</b>						
暴力被害者の把握数	1,630	1,257	97	71	323	3,378
暴力被害者ケア件数	1,630	1,257	97	71	285	3,340
R456. 暴力に関する問題	0	1,257	97	71	327	1,752
T7411. 夫婦間の身体的暴力	66	15	72	13	262	428
T7412. 子供に対する身体的暴力	26	6	9	2	69	112
T742. 性暴力	28	15	1	27	12	83
T743. 心理的暴力	974	0	0	18	165	1,157
Z654. 犯罪やテロ、拷問の被害	0	35	4	0	89	128
他種類の問題	335	273	202	0	0	810
他機関への紹介件数	0	352	0	0	0	352
<b>地域組織・NGO・行政機関等による</b>						
暴力被害者の把握数	0	2,179	1	0	138	2,318
暴力被害者ケア件数	0	2,179	1	0	126	2,306
他の機関への紹介件数	0	1,555	0	0	116	1,671
<b>計</b>						
把握された暴力被害者数	1,640	3,451	110	90	590	5,881
暴力被害者ケア件数	1,640	3,451	98	90	504	5,783
他機関への紹介件数	10	1,922	0	0	116	2,048

(出典：各地域 2006 年度地域保健活動 年間活動報告書)

上記統計のうち、保健医療機関による暴力被害者ケア件数に関しては、保健省の保健情報システムの統計データに基づいて報告することになっている。しかし保健省の基準自体が十分に明確ではないため、地域によっては（クスコ県）他の県より暴力の定義を広げて暴力被害者ケア活動を実施しているところがあることがわかった。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> クスコ県での暴力被害者の把握・ケア・紹介件数が、他の地域より多い背景には、ほかの県では暴力として捕らえていないような問題（例えば予防接種をまったく受けさせないことを小児虐待の一環として捕らえるなど）を、暴力問題の一環として捉え活動したことが、ひとつの要因として挙げられる。しかしクスコ県は、暴力関連機関のネットワーク形成や地域を巡回しての精神保健相談などが最も活発に行われた地域のひとつであり、上記の暴力の定義の拡大解釈のみが、この地域の指標が高いことの原因とは考えにくい。むしろ、この定義を拡大しようという活動自体が、暴力問題への意識が高まったことでより幅広い健康問題を暴力に関連付けて対応していこうという積極的姿勢の表れのひとつであり、プロジェクトを通じて暴力対策活動全体が積極化したことが、指標数値の増加につながったと考えることが実際の状況に近い。（参照：15 ページ「1.4 JICA 専門家チームの主な支援活動の成果 (10) 暴力被害者対象プロジェクトにおけるモニタリング・評価」)

### 7.6.3. 3年次

2007年1月から12月にかけての、プロジェクト指標の結果は以下の通りであった。

表 44 保健プロモーター・保健医療施設・地域組織/NGO/行政機関等によって把握・ケア・他機関紹介された暴力被害者数 (2007年1月-12月)

DISA/DIRESA	東部 リマ	クスコ	ワカ ペリカ	アヤクチヨ	フニン	計
パイロットサイト	ワイカン	テチヨ オブレロ	アセン シオン	ペレン	S.M. ハンゴア	
<b>保健プロモーターによる</b>						
暴力被害者の把握数	27	44	23	95	64	253
暴力被害者ケア件数(相談等)	10	44	2	95	45	196
地域機関への紹介件数	18	44	3	72	12	149
<b>保健医療機関による</b>						
暴力被害者の把握数	3,352	1,609	943	4,342	251	10,497
暴力被害者ケア件数	3,352	1,609	430	4,342	202	9,935
R456. 暴力に関係する問題	92	1,609	430	13	43	2,187
T7411. 夫婦間の身体的暴力	234	84	68	55	51	492
T7412. 子供に対する身体的暴力	28	64	19	23	71	205
T742. 性暴力	23	21	6	4	25	79
T743. 心理的暴力	837	516	161	131	49	1,694
Z654. 犯罪やテロ、拷問の被害	3	11	0	0	52	66
他種類の問題	943	463	19	4,116	514	6,055
他機関への紹介件数	442	561	0	148	41	1,192
<b>地域組織・NGO・行政機関等による</b>						
暴力被害者の把握数	144	2,746	12	782	112	3,796
暴力被害者ケア件数	93	2,746	12	782	68	3,701
他の機関への紹介件数	13	911	0	478	72	1,474
<b>計</b>						
把握された暴力被害者数	3,523	4,399	978	5,219	427	14,546
暴力被害者ケア件数	3,455	4,399	444	5,219	315	13,832
他機関への紹介件数	473	1,516	3	698	125	2,815

(出典：地域保健活動活動報告、2007年)

#### 7.6.4. 3年間の推移

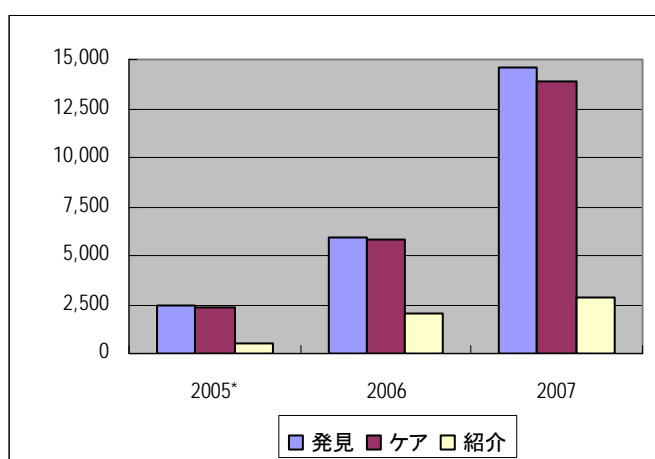
プロジェクト目標指標の3年間の推移を見ると、保健プロモーター・保健医療機関・その他地域機関の合計の、暴力被害者の把握件数、ケア件数、他機関への紹介件数とも、順調に増加しており、特に2年次(2006年)から3年次(2007年)にかけての伸びが著しい。この背景には、保健医療従事者の暴力問題に対する意識が高まるにつれ、地域で暴力被害者を把握するための活動を行ったり、2年次にディプロマコースの1回目を実施され、医療機関における暴力被害者ケアの把握、ケアの件数を実施する体制が整ったことなど、全体として暴力被害者ケア関連活動全体が活発化したことが挙げられる。

表 45 5パイロットサイトの暴力被害者把握・ケア・紹介件数総数(2005年-2007年)

	2005年*	2006年	2007年
<b>暴力被害者の把握件数:計</b>	<b>2,404</b>	<b>5,881</b>	<b>14,546</b>
保健プロモーターによる件数	319	185	253
保健医療機関による件数	2,013	3,378	10,497
その他地域機関による件数	72	2,318	3,796
<b>暴力被害者へのケア提供件数:計</b>	<b>2,310</b>	<b>5,783</b>	<b>13,832</b>
保健プロモーターによる件数	311	137	196
保健医療機関による件数	1,935	3,340	9,935
その他地域機関による件数	64	2,306	3,701
<b>関連機関への紹介件数:計</b>	<b>486</b>	<b>2,048</b>	<b>2,815</b>
保健プロモーターによる件数	298	25	149
保健医療機関による件数	163	352	1,192
その他地域機関による件数	25	1,671	1,474

\*2005年8月から12月まで

(出典：地域保健活動活動報告 2005-2007年)



\*2005年8月から12月まで

(出典：地域保健活動活動報告 2005-2007年)

図 9 5パイロットサイトの暴力被害者発見・ケア・紹介件数総数(2005年-2007年)