

**コロンビア共和国**  
**地雷被災者を中心とした**  
**障害者総合リハビリテーション体制強化**  
**事前調査報告書**

平成 20年 8 月  
(2008年)

独立行政法人国際協力機構  
人間開発部

## 序 文

コロンビア共和国は、反政府組織コロンビア革命軍（FARC）をはじめとする非合法武装勢力と政府軍との武力衝突が40年以上にわたり続いており、そのなかで国内のほぼ全域にわたり地雷が埋設されてきた。2005年、2006年のコロンビアの地雷被災者数はカンボジアやアフガニスタンを抜いて世界一となり、一般市民の地雷被災が頻発している。

かかる状況下、コロンビア政府は地雷被災者支援を重要政策に位置づけ、喫緊の課題として取り組んでいる。しかしながら、被災直後の応急手当から病院での治療・リハビリテーションなどの各レベルでの医療技術の向上に加え、被災者を支援する制度の関係者内での周知徹底など、課題が多い。

このため同国政府は、障害者の中でも特に地雷被災者に焦点を当て、総合的なリハビリテーション体制の強化を図る協力を日本に要請した。

これを受けて、独立行政法人国際協力機構（JICA）は2008年1月から2月にかけて調査団を派遣し、コロンビア政府および関連機関との間で一連の協議を行い、プロジェクトの基本的枠組みについて合意した。

本報告書は、一連の協議内容および調査結果を取りまとめたものであり、今後のプロジェクトの実施にあたって活用されることを願うものである。

ここに、本調査にご協力いただいた内外の関係者の方々に深い謝意を示すとともに、引き続き一層の支援をお願いする次第である。

2008年8月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部 部長 西脇 英隆

# コロンビア共和国全図



出所： [http://www.questconnect.org/No\\_andes\\_colombia\\_home.htm](http://www.questconnect.org/No_andes_colombia_home.htm)

写真



コロンビアリハビリテーション統合センター (CIREC) で製作された義足ミニッツ署名



社会保障省での協議



サンビセンテデパウル大学病院 (アンティオキア県) の地雷被災者患者と調査団員



アラスデヌエボ (アンティオキア県) 外観



バジェ大学病院 (バジェ県) でのリハビリテーションの様子



フンダシオンイデアアル (バジェ県) の作業療法室の様子

## 略 語 表

Acción Social	Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Presidential Agency for Social Action and International Cooperation)	社会行動および国際協力のための大統領機構
ARS	Administradores del Régimen Subsidano (Subsidised Program Administrators)	公的扶助管理者
CBR (RBC)	Community Based Rehabilitation (Rehabilitación Basada en Comunidad)	地域に根ざしたリハビリテーション
CCC (JCC)	Comité Conjunto de Coordinación (Joint Coordinating Committee)	合同調整委員会
CDA (ASC)	Comité Directivo Antioquia (Antioquia Steering Committee)	アンティオキア県運営委員会
CDC (JSC)	Comité Directivo Conjunto (Joint Steering Committee)	合同運営委員会
CDV (VSC)	Comité Directivo Valle del Cauca (Valle del Cauca Steering Committee)	バジェ県運営委員会
CNSSSS	Consejo Nacional de Seguridad en Salud y Seguridad Social (National Advisory of Health and Social Security)	医療保障・社会保障国家審議会
CIREC	Centro Integral de Rehabilitación de Colombia (Colombia Integral Rehabilitation Center)	コロンビアリハビリテーション総合センター
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística (National Statistics Administrative Department)	国家統計管理局
DGPS-MPS	Dirección General de Promoción Social, Ministerio de Protección Social (General Department of Social Promotion, Ministry of Social Protection)	社会保障省社会促進総局
EPS	Entidades Promotoras de Salud (Health Promoting Institutions)	保健促進機関
ESE	Empresas Sociales del Estado (State Social Company)	公団
Fudación IDEAL	Fundación Ideal para la Rehabilitación Integral “Julio H. Calonje” (Ideal Foundation for Integral Rehabilitation “Julio H. Calonje”)	総合リハビリテーションのための フンダシオンイデアール「フリオH カロンヘ」
FONADIS	Fondo Nacional de la Discapacidad (National Fund of Disabled)	国家障害者基金
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía (Solidarity and Security Fund)	連帯保障基金
HUSVP	Hospital Universitario San Vicente de Paúl (San Vicente of Paul University Hospital)	サンビセンテデバウル大学病院
HUV	Hopital Universitario de Valle (Valle University Hospital)	バジェ大学病院
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Colombia Institution of Family and Welfare)	コロンビア福祉家族機構

ICD (CIE)	International Classification of Diseases (Clasificación Internacional de Enfermedades)	国際疾病分類・第10版
ICF (CIF)	International Classification of Functioning, Disability and Health (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud)	国際生活機能分類
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Health Service Providing Institutions)	医療サービス提供機関 (病院など)
JCPP	Japan-Chile Partnership Program	日本—チリ・パートナーシッププログラム
M/M	Minutes of Meetings (Minuta de Reunión)	協議議事録
MPS	Ministerio de Protección Social (Ministry of Social Protection)	社会保障省
PAHO (OPS)	Pan American Health Organization (Organización Panamericana de la Salud)	米州保健機構
PAICMA	Programa Presidencial de Acción Integral contra Minas Antipersonal (Presidential Program of Integral Action against Landmines)	副大統領府対人地雷総合アクション大統領プログラム
PDHDIH	Programa de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario (Program of Human Rights and International Humanitarian Law)	人権・国際人道法プログラム
PDM (MDP)	Project Design Matrix (Matriz de Diseño del Proyecto)	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PO	Plan of Operation (Plan Operativo)	活動実施計画表
POS	Plan Obligatorio de Salud (Health Obligation Plan)	医療義務計画
R/D	Record of Discussion (Registro de Discusiones)	討議議事録
RPLCPD		障害特性・地域特性情報化のための障害者統一登録
SDSA	Secretaría Departamental de Salud de Antioquia (Departmental Health Office of Antioquia)	アンティオキア県保健局
SDSV	Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca (Departmental Health Office of Valle del Cauca)	バジェ県保健局
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje (National Skills Training Service Authority)	国家職業訓練庁
SGSSS	Sistema Genrerar de Seguridad Social en Salud (General System of Social and Health Security)	社会・医療皆保障制度 (国民皆保険制度)
SISBÉN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios (Beneficiaries Identification System for Social Subsidy)	受給者特定システム
SPS	Sistema de Protección Social (Social Proteccion System)	社会保障制度
WHO (OMS)	World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)	世界保健機構

# 事業事前評価表

## 1. 案件名

コロンビア共和国「地雷被災者を中心とした障害者総合リハビリテーション体制強化」

## 2. 協力概要

### (1) プロジェクト目標とアウトプット（成果）を中心とした概要の記述

本プロジェクトは、コロンビア国（以下「コ」国）アンティオキア県およびバジェ県において、トップレファラル病院およびレファラル関係をもつ保健医療施設、地域医療で活発な活動を行う社会福祉法人、応急手当プロモータ（地雷被災者と家族を含む一般市民）などの多様なアクターとともに地雷被災者を中心とした障害者のための総合リハビリテーションシステムの改善を目指す。具体的には、以下の4つの成果実現に向けた活動を展開する。

① 機能回復リハビリテーションの技術の改善

② 総合リハビリテーションに必要な「リハビリテーション総合実施計画票」や「診療手順書」の整備

③ 地雷被災者のリハビリテーションサービスへのアクセシビリティの向上

④ 応急手当の知識普及による創感染<sup>1</sup>率<sup>1</sup>低減・二次障害予防

上述の活動を、日本チリパートナーシッププログラム（JCPP）によりチリのリソースも活用しつつ展開する。

### (2) 協力期間

2008年7月～2012年6月（4年間）

### (3) 協力総額（日本側）

約2.4億円

### (4) 協力相手先機関

副大統領府対人地雷総合アクション大統領プログラム  
社会保障省、県保健局（バジェ県・アンティオキア県）

### (5) 日本側協力機関

国立障害者リハビリテーションセンター、社団法人日本理学療法士協会、社団法人日本作業療法士協会、国際医療福祉大学

### (6) 裨益対象者及び規模など

#### ① ターゲットグループ

- 実施機関である、バジェ大学病院、サンビセンテデパウル大学病院、社会福祉法人フンダシオンイデアール、社会福祉法人アラスデヌエボで従事するリハビリテーション専門職人材。
- プロジェクトにおいて選定される保健医療施設（第1～3次水準）で従事する医療関係者。
- 応急手当ファシリテータとプロモータ（地雷被災者とその家族を含む）。

#### ② 最終裨益者

- 直接裨益者：アンティオキア県・バジェ県、両県のレファラル県（カウカ、ナリニョ、チョコ、キディオ、リサラルダ、コルドバ、カルダス、ウイラ、プトゥマヨ）における、地雷被災生存者約2,300人を含む約120万人の障害者とその家族。
- 間接裨益者：全国の障害者約260万人（2005年国勢調査）とその家族。

## 3. 協力の必要性・位置づけ

### (1) 現状及び問題点

「コ」国では40年にわたる反政府組織コロンビア革命軍（FARC）など非合法武装勢力と政府軍との国内紛争の中で国内32県のうち31県に地雷が埋設され、一般市民の地雷被災が頻発している。2005年には「コ」国の地雷被災者数は1,110人（死亡および負傷者）にのぼり（被災者の4割が一般市民、うち3割が子供、被害の97%が農村部貧困地域で発生）、アフガニスタン（848人）、カンボジ

1 創感染：創傷部に土や泥、植物片、壊死組織、血餅等の異物が入ることで引き起こされる細菌感染



ア（875人）を抜いて世界一地雷被災者が発生する国となった。「コ」国はオタワ条約（対人地雷の使用・貯蔵・生産・移転の禁止とその廃棄に関する条約）を2000年9月に批准しているが、国内紛争が続く中で地雷の完全除去には更に多くの時間が必要と見られており、被災防止と被災者支援が国家の優先課題となっている。

被災防止の面では、地雷被災予防教育に関する国家戦略（2005年～2009年）が策定され、UNICEF、UNDP、国内NGO、国際赤十字等の支援により、地雷の種類や危険性に関する情報提供、地雷被災危険地域で取るべき行動の指導を展開している。本プロジェクトの対象であるアンティオキア県を含む6県を対象においても地雷被災予防教育のパイロットプロジェクトが実施されるなど政府としての取り組みが始まっている。

一方、被災者支援の面では、政府は被災者が医療サービスを受けられるように「連帯保障基金（FOSYGA）」を設立し、被災直後の病院までの移送費やその後の治療費を支給するなど制度面での整備を図りつつあるものの、実際には多くの被災者が同基金の制度を承知していないばかりでなく、行政や病院側でも制度についての理解不足もあり、同基金は十分機能していないのが実情である。また、被災者が被災直後の応急手当に必要な正しい知識を持たないことから、病院到着時には損傷部が既に感染症に罹患し二次障害を起こすケースが多い。また、被災者が緊急搬送される1次・2次レベルの病院の医療関係者がリハビリテーションの概念を全く持たず、再建・機能回復を考慮せずに手術を行っていることも被災者の社会復帰の障害となっている。

更に、一命を取り留めた被災者がリハビリテーションを受ける第3次・4次レベルの病院は、理学療法士、作業療法士といったリハビリテーション専門職の量・質は一定程度確保されているものの、各専門職の協働体制、いわゆるチームアプローチがとられておらず、障害者ひとりひとりの日常生活活動（ADL：Activities of Daily Living）の向上を目指した適切なリハビリテーションが実施されていない。

以上のように、被災者支援の面では多くの問題が存在し、被災直後の応急手当から病院での治療やリハビリテーションなど各レベルでの医療技術の向上に加え、被災者を支援する制度の関係者内での周知徹底など総合的なリハビリテーション体制の強化が緊急の課題となっている。

## (2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

「コ」国は「憲法（1991年）」13条24条47条54条68条において障害者の保健医療サービス受給の権利と保護が保障されるとともに、1993年・法令100号「総合社会・医療保障制度（国民皆保険制度）」により、障害者すべてへの医療保障の実現を目指している。

また、「地雷被災者法（1997年法令418号、1999年548号、2002年782号）」を制定し、被災者と家族の医療サービスと人道支援受給の権利を定めている。対人地雷総合アクション大統領プログラムが、地雷被災の情報化と支援事業促進を進め、多様な関係者と協力し連帯保障基金やAcci\_n Social（社会行動および国際協力のための大統領機構）の人道支援基金を主要リソースに地雷被災者への医療・生活支援を促進するなど、地雷被災者支援は国家の重要政策として位置づけられている。

## (3) 我が国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置づけ

我が国は1997年12月にオタワ条約を批准し、第6条「国際的な協力及び援助」第3項に基づき、締約国として「地雷による被害者の治療、リハビリテーション並びに社会的および経済的復帰並びに地雷についての啓発計画のための援助の提供」を進めている。本プロジェクトは同条約の締結事項を遵守・実施するとともに、それを通じた「コ」国の平和構築と人間の安全保障を支援するものと考えられる。

また、JICAは「コ」国において平和構築に取り組み、地雷被災者・障害者を含む社会的弱者支援を優先的な開発課題としている。本プロジェクトは「JICA国別事業実施計画」（2007年3月）における援助重点分野「平和の構築」の「国内避難民等社会的弱者支援プログラム」に位置づけられる。

## 4. 協力の枠組み

### (1) 協力の目標（アウトカム）

#### ① 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

【プロジェクト目標】 バジェ県およびアンティオキア県において、地雷被災者を中心とした障害者に提供される総合リハビリテーションシステムの質が改善する

【指標】<sup>2</sup>

a) リハビリテーション総合実施計画票と診療手順書（プロトコル）に基づいたリハビリテーション実施状況

2 指標中の数値については、チーフアドバイザー着任後6カ月（2009年2月が目安）までにベースライン調査を実施し、設定する。



- b) 対象保健医療施設でリハビリテーションを受けた患者の日常生活活動（ADL）の向上程度と、受けたリハビリテーションへの意見
- c) 対象地域の地雷被災者のうち、リハビリテーションを受けた地雷被災者の割合（％）
- d) FOSYGAその他の公的医療保険を活用してリハビリテーションを受けた地雷被災者の割合（％）
- e) 損傷部を感染した地雷被災者のうち、感染に起因した二次障害を負った地雷被災者の割合（％）

② 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

【上位目標】 他県において地雷被災者を中心とした障害者に提供される総合リハビリテーションシステムの質が改善する

【指標】

- a) チームリハビリテーション技術を導入した病院の数
- b) リハビリテーション総合計画票・診療手順書（プロトコル）を導入した保健医療施設の数
- c) 地雷被災者のうち機能リハビリテーションサービスを受けた被災者の割合（％）

(2) 成果（アウトプット）と活動

【成果1】 対象保健医療施設（第1・2・3次）における、専門職人材の機能回復リハビリテーションの技術が向上する

【指標】 a) 研修を受講したバジェ大学病院、サンビセンテデパウル大学病院、フンダシオンイデアル、アラスデヌエボの専門職人材の技術理解度  
b) 研修を受講した第1・2・3次保健医療施設の人材の技術理解度

【活動】

- 1.1 リハビリテーション専門職の訓練ニーズを特定する。
- 1.2 バジェ大学病院、サンビセンテデパウル大学病院、フンダシオンイデアル、アラスデヌエボの専門職を対象として研修（チームリハビリテーション、視覚障害リハビリテーション処置技術、義肢装具適合判定技術など）を行う。（コロンビア国内、日本、チリ）
- 1.3 選定された第1・2・3次保健医療施設の専門職を対象として、チームリハビリテーション、機能回復・再建率を高める救急処置法についての研修を行う。
- 1.4 障害者ニーズに応じ、老朽・不適化したリハビリテーション機材のアップデートを行い、機材活用研修を実施する。
- 1.5 プロジェクトでリハビリテーションを受ける障害者の、日常生活活動（ADL）へのリハビリテーション効果測定を、定期的実施する。

【成果2】 リハビリテーション専門職チームが活用するリハビリテーション総合実施計画票と診療手順書（プロトコル）が整備される

【指標】 a) リハビリテーション総合実施計画票と診療手順書（プロトコル）を活用している対象保健医療施設の割合（％）  
b) 対象保健医療施設の専門職および医療従事者における、リハビリテーション総合実施計画票と診療手順書（プロトコル）の内容の理解度

【活動】

- 2.1 対象病院における既存のリハビリテーションに係る診療手順書（プロトコル）をレビューし、文書アップデートのニーズを分析する。
- 2.2 コロンビア人専門職チームを対象とし、地雷被災者を中心としたリハビリテーション総合実施計画票と診療手順書（プロトコル）の作成にかかわる研修を行う。
- 2.3 リハビリテーション総合実施計画票と診療手順書（プロトコル）の作成を行う。（国際生活機能分類（ICF）<sup>3</sup>に基づき、根拠に基づく医療（EBM）<sup>4</sup>を導入したもの）

3 国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）：

ICFは患者が経験している障害を医学的、心理的、社会的側面から多面的にとらえる概念であり、患者の生活機能（functioning：個人が自身の心身機能を発揮して日常生活活動、社会活動を行っている状態）を疾患（health condition）、心身機能・身体構造（impairment：四肢、躯幹、頭部、内臓と言った解剖学的な構造）、活動（activity）、参加（participation）、個人因子（personal factors）、環境因子（environmental factors）の要因によって分析・理解する概念である。

4 根拠に基づく医療（EBM: Evidence Based Medicine）：

リハビリテーション医療の経験的医療からの脱却は、チーム医療において用いられる医療情報、個人情報、生活情報をデータベース化し、リハビリテーション医療の帰結（outcome）を明らかにしたうえで、リハビリテーション医療の妥当性を検証し、診療ガイドラインを作成することにより達成される。このような医療実践を根拠に基づく医療（EBM）と言う。

- 2.4 作成したリハビリテーション総合実施計画票と診療手順書（プロトコル）を用いて、リハビリテーションを実施し、書式や内容のアップデートを行う。
- 2.5 対象の第1・2次保健医療施設を対象としたセミナーを定期的で開催し、リハビリテーション総合計画票と診療手順書（プロトコル）を配布し、活用方法の説明を行う。

【成果3】地雷被災者の、リハビリテーションサービスへのアクセシビリティが向上する

- 【指標】
- a) 地雷被災者のリハビリテーションに活用可能な医療保険・基金・人道支援情報をとりまとめた文書の有無
  - b) 地雷被災者の権利と行政・保健医療施設側の義務に関する知識を得た対象地域の保健医療施設数および住民の数
  - c) FOSYGA基金、Acción Social人道支援基金を認知している、保健医療施設の割合（%）、被災障害者・家族の割合（%）

【活動】

- 3.1 地雷被災者が活用可能な、リハビリテーション医療に適用される医療保険・基金・人道支援について調査し、情報をとりまとめる。
- 3.2 上3.1の情報普及のための戦略（広報ツール、広報対象地域）を策定する。
- 3.3 上戦略に基づき保健医療施設・地域役場へ広報を行い、制度を周知させる。
- 3.4 上戦略に基づき被災者と家族を含む一般市民へ定期的に広報し、彼らの権利を周知させる。
- 3.5 対象県の地雷被災者の医療サービスへのアクセシビリティの現状を調査し、課題を抽出し、関係者とともにアクセシビリティ向上のための戦略を策定する。

【成果4】感染低減・二次障害予防のための応急手当の知識が広まる

- 【指標】
- a) 育成された応急手当ファシリテータ、プロモータの数
  - b) 応急手当講習の実施地域と受講者数の数
  - c) 講習受講者の応急手当の目的と方法の理解度

【活動】

- 4.1 応急手当の知識を普及する村を特定し、普及スケジュールを策定する。
- 4.2 応急手当ファシリテータとプロモータの候補者を選定する。
- 4.3 選定されたファシリテータに感染低減・二次障害予防のための応急手当の研修を行う。
- 4.4 ファシリテータにより、応急手当プロモータに対して講習を実施する。
- 4.5 応急手当プロモータにより、対象地域へ応急手当セミナーを定期的実施する。

(3) 投入（インプット）

① 日本側投入

<専門家派遣>

・日本人長期専門家 3名

- 1) チーフアドバイザー／総合リハビリテーション
- 2) 公衆衛生／住民参加
- 3) 業務調整

・日本人短期専門家 6名（1-2名／年）

- 1) リハビリテーション総合実施計画票・診療手順書（プロトコル）開発
- 2) リハビリテーション機材計画
- 3) 障害評価・リハビリテーション効果測定
- 4) 視覚障害リハビリテーション
- 5) 医療保険・基金調査／情報普及
- 6) 機能回復・再建率向上のための第1・2次病院への救急処置法

・チリ人短期専門家10名（2-3名／年）

- 1) 地域医療サービスへのアクセシビリティ向上戦略策定
- 2) チームリハビリテーション導入
- 3) ICF／EBM導入／リハビリテーション総合実施計画票・診療手順書（プロトコル）開発
- 4) 障害評価・リハビリテーション効果測定
- 5) 在宅・地域継続リハビリテーション促進

<本邦・チリ国研修実施と経費（以下分野のコロンビア研修生の受け入れ）>

- 1) チームリハビリテーション
- 2) 視覚障害者リハビリテーション治療

### 3) 義肢装具製作・適合判定技術

#### <プロジェクト活動経費の一部>

研修経費、文書開発経費（コピー用紙・印刷代含む）、広報ツール作成経費、広報活動経費、リハビリテーション機材費、セミナー・ワークショップ実施経費等の必要経費。

#### ② チリ側投入

チリ人専門家派遣とチリ研修実施に係わるチリ国際協力庁とチリ厚生省の協力（経費はJICA負担）

#### ③ コロンビア側投入

##### <人材（カウンターパート人員）>

##### ・運営管理人材

1) プロジェクトダイレクター（副大統領府対人地雷総合アクション大統領プログラム（PAICMA）局長）

2) 障害者医療政策アドバイザー（社会保障省社会促進総局（GDPS-MPS）局長）

3) バジェ県プロジェクトマネージャー（バジェ県保健局長）

4) アンティオキア県プロジェクトマネージャー（アンティオキア保健局長）

##### ・技術専門人材

各カウンターパート組織より必要な分野に必要な人数。

##### <施設>

1) プロジェクト活動に活用される施設

2) 日本人・チリ人専門家執務室（バジェ大学病院・サンピセンテデパウル大学病院）

##### <プロジェクト活動経費>

コロンビア側各人材の給与（各組織が負担）、合同調整委員会（JCC）／合同運営委員会（JSC）／運営委員会（SC）のための交通費・日当等の必要経費。

#### (4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

##### ① 成果（アウトプット）達成のための外部条件

a. プロジェクト実施関係者のモチベーションとコミットメントが維持される。

b. 対人地雷総合アクション大統領プログラムと社会保障省がプロジェクト展開において必要なフォローアップと技術支援を行う。

c. 地雷被災者の政策課題に対するチリ政府の協力支援の意向が維持される。

##### ② プロジェクト目標達成のための外部条件

対象県政府が、本プロジェクトの展開および障害者のためのリハビリテーションサービス強化政策を維持する。

##### ③ 上位目標達成のための外部条件

中央レベルで包括的リハビリテーションサービスの内容の標準化政策・基準整備の方針が維持される。

## 5. 評価5項目による評価結果

### (1) 妥当性

本プロジェクトは、以下の理由により妥当性が高いと判断できる。

#### ① 「コ」国政府国家政策上の位置づけ

本プロジェクトは3. (2) で述べたとおり、「コ」国の障害者医療政策、地雷被災者支援政策に合致している。「コ」国政府が地雷被災者支援の制度整備や被災予防教育に取り組む一方で、地雷被災者を中心とした障害者の医療サービスへのアクセシビリティの問題は深刻であり、その改善およびリハビリテーションの質の向上を目指す本プロジェクトは、「コ」国政府の取り組みを支援するものといえる。

#### ② JICAの対コロンビア協力量針との関連性

本プロジェクトは「JICA国別事業実施計画」における援助重点分野「平和の構築」の「国民避難民等社会的弱者支援プログラム」に位置づけられ、JICAの「コ」国支援方針と合致するものである。

#### ③ 対象県の選定

アンティオキア県は地雷被災者数が最も多い県であり、1990年～2008年2月までの累積被災者数（生存者および死亡者）数は1,555人と全国の22%を占めることから、対象県として妥当である。

他方、バジェ県は「コ」国南西部唯一の第3次レベルの病院であるバジェ大学病院を有し、同病院には2004年に草の根・人間の安全保障無償資金協力により、院内のリハビリテーションセンタ

一の改築とリハビリテーション機材の供与がなされている。同県でプロジェクトを実施することにより草の根無償との相乗効果を生み、他県に対する効果的なモデルを構築しうることから、対象県として妥当である。

また、裨益対象県（バジェ県、アンティオキア県と周辺のレファラル地域）のほとんどが、障害者人口密度が全国平均を超える県であり、地雷被災者に限らず障害者のリハビリテーション医療へのニーズが高い県であるといえる。

## (2) 有効性

本プロジェクトは以下の理由により高い有効性が見込まれる。

### ① アプローチの適切性

プロジェクトアプローチを選定するにあたり、調査の結果から地雷被災者を含む障害者が直面する問題は複雑・多様であることが判明した。特に以下が指摘される。

- 1) 救急医療・リハビリテーションサービスへのアクセシビリティが不十分である
- 2) 多くの地雷被災者が医療費を確保できずリハビリテーション医療へのアクセスの財源や手段が得られていない
- 3) 100%の救急被災患者が損傷部を創感染し二次障害の原因となっている
- 4) リハビリテーション医療専門職にチームアプローチの知識と技術が未発達である
- 5) 対象保健医療施設における既存の診療処置手順書の内容が不十分である
- 6) 地雷被災者には視覚障害を伴う重複障害者が多いにもかかわらず視覚障害リハビリテーション技術・体制が未発達である
- 7) 義肢・装具の提供が不足しており多くの被災者が義肢・装具の提供を得られずにいる
- 8) 多くの患者が適切な義肢・装具を必要としているが、義肢・装具の原材料の確保が困難、補修・再交付制度の未整備、義肢装具士の製作・適合判定技術が未熟等の問題がある

本プロジェクトでは、これら課題に多面的に取り組み、各アウトカムの相乗効果を狙った活動を行うために、多様なアクターを巻き込む。すなわち、県保健局、リハビリテーションの拠点となりうる4つの医療施設、第1・2・3次保健医療施設、応急手当ファシリテータ・プロモータ（地雷被災者と家族を含む一般市民）が活動に参加する。このアプローチは、障害者および地雷被災者の喫緊のニーズに応えるものであり、効果的な戦略であると判断される。

### ② ターゲットグループの適切性

技術協力の対象となるターゲットグループについては、以下のとおり適切なアクターが選定された。

#### (i) バジェ大学病院（バジェ県）、サンビセンテデパウル大学病院（アンティオキア県）

バジェ大学病院は2004年に草の根・人間の安全保障無償資金協力により、院内のリハビリテーションセンターの改築とリハビリテーション機材の供与がなされており、プロジェクト実施の基本的な体制が整っている。また、医学モデルに加え社会モデルを考慮した総合リハビリテーションサービスを実施している点で他県の第3次病院より優れ、効果的なモデル構築の主導的役割を果たす可能性が高い。サンビセンテデパウル大学病院はアンティオキア県のトップレファラル病院として視覚障害リハビリテーションに着手し始めたことから、切断と視覚の重複障害を多数かかえる同県におけるニーズに応える病院となることが期待できる。

#### (ii) フンダシオンイデアル（バジェ県）、アラスデヌエボ（アンティオキア県）

両者は周辺第1・2次保健医療施設からの地雷被災者に対するレファラル施設でもあるとともに、バジェ大学病院とサンビセンテデパウル大学病院のレファラル施設でもある。地域リハビリテーション医療の推進役であり、地雷被災者連盟への支援経験等を通じ多くの知識を有する。両者がトップレファラル病院と連携することで、総合リハビリテーションの実現に効果的な役割を担うと期待できる。

#### (iii) 第1・2・3次保健医療施設（特に救急医療処置を行う病院）

障害者の機能回復・再建・日常生活活動の向上を促進する取り組みとして、救急医療におけるリハビリテーションの概念の導入は重要である。したがって、これら保健医療施設に対し（選定はプロジェクト開始後に行う）、必要な知識の普及を行う。

#### (iv) 応急手当ファシリテータとプロモータ

ファシリテータとプロモータはプロジェクト開始後に選定するが、地雷被災者とその家族からも人材候補を選定する予定である。被災当事者は、被災経験から得た知見を活用し、効果的な応急手当の知識普及の役割を担うと期待できる。

## (3) 効率性

設定された成果と活動内容は、日本側予算約2.4億円／4年間の実施として適切である。投入計画の量・質に関しては、配置予定人材の分野が活動に合わせて的確に選定され、人材規模も適切であ

る。活動費目と経費に関し日本側負担事項とコロンビア側負担事項が合意され、経費執行には問題がないと考えられる。

対象県が2県にわたることを考慮し、中央での合同調整委員会、各県の運営促進委員会と合同運営促進委員会が設置された。これにより、関係者間および中央と県レベル間での情報・グッドプラクティス・知見の共有や課題検討が可能となり、関係者間の共通理解の促進が図られる。

実施運営管理については、プロジェクトダイレクターに地雷総合アクション大統領プログラムの就任が合意され、地雷被災者への医療提供を確実に監督し技術的支援が得られるように配慮された。以上より、本プロジェクトは効率的な実施が見込める。

#### (4) インパクト

本プロジェクトの上位目標として、他県においても地雷被災者を中心とした障害者に提供される総合リハビリテーションシステムの質が改善することが期待される。地方分権化の進む「コ」国におけるプロジェクト成果の他県への普及は、各県保健局の方針によるところが大きい。上位目標の達成は、本プロジェクトの4つの成果の有効性が他県保健局にも認識されることが前提となる。

プロジェクトの波及効果としては、①一般市民に対し、地雷被災者を含む障害者の医療保険・基金等受給の権利と、それを守るための医療関係者の義務に関する広報を行うことで、障害者の権利全般にかかわる意識向上が図られること、②未成年や若年層の障害者・地雷被災者が多いことから、彼らの社会・経済活動参加の促進により社会・経済の活性化がもたらされること、③応急手当の知識普及により広く公衆衛生が促進されること、などが期待される。

#### (5) 自立発展性

本プロジェクトの自立発展性は以下の通り見込まれる。

##### ・政策・制度面からの持続可能性

社会保障省は医療専門職の技術の標準化を目指しており、プロジェクト実施中には技術導入の政策的支援を得ることが可能である。他方プロジェクト終了後に、本プロジェクトで取り組む診療処置手順書やチームアプローチの導入が、中央政府および県政府・保健局において中長期的な戦略として取り組まれるためには、プロジェクト終盤期に、社会保障省や県保健局とこれに関する戦略案を検討する必要がある。

本プロジェクト成果の他県への展開は、第一に確実な成果が確認されることが前提となるが、県保健局を含む地方自治体の役割と他県との連携のフィージビリティを分析する必要がある。本件のアクターであるバジェ県・アンティオキア県の医療専門職人材が、他県の医療関係者への2次的な技術移転を行うことのフィージビリティも確認されなければならない。したがって、プロジェクト終盤期に対人地雷総合アクション大統領プログラム・社会保障省・県保健局を含め、モデル展開のフィージビリティと戦略案を検討することで、政策・制度面での自立発展性の確保が期待される。

##### ・組織・財政面の持続可能性

4つのプロジェクト実施機関はいずれも組織・財政面で安定しており、プロジェクト終了後も技術の活用を妨げる大きな問題はない。他方、応急手当の知識普及活動については、プロジェクト終了後も継続するためには県保健局の活動として組み込まれるなど具体的な財源確保が必要となる。

##### ・技術面の持続可能性

導入技術は医療現場の専門職により活用されるものであり、持続性について懸念はない。4つのプロジェクト実施機関は、いずれもリハビリテーションサービス提供を施設運営の重要な柱とすることから技術導入のモチベーションが高く、技術の着実な定着が期待できる。

#### 6. その他の社会・文化的配慮事項

##### ・地方分権化政策・県の特性への配慮とプロセスマネジメント

本プロジェクトには多くの関係者が関わり、対象地域も2県にわたるため事業のモニタリングには大きな労力を要すると想定される。活動を円滑に進めて適切なマネジメントを行うためには、バジェ県とアンティオキア県の県行政や医療技術レベルの相違を考慮した、PDM枠内における柔軟な年間活動計画の策定が必要となろう。実施については、両県の活動にはある程度の時間差を設けて行うことで、日本人・チリ人専門家の技術指導が同等レベル・内容で両県に行われるように配慮する必要がある。専門職人材への活動・投入の時間設定に関しては、総合リハビリテーションの技術面で優位にあると思われるバジェ県から開始し、続いてアンティオキア県で行うことが効率的であろう。

#### 7. 過去の類似案件等からの教訓の活用

##### (1) JICA事業

チリ国「身体障害者リハビリテーションプロジェクト」(2000年7月-2005年7月)は、期待する成

果や活動に本プロジェクトと共通した内容をもつ。本プロジェクトでは、日本チリパートナーシッププログラム（JCPP）の枠組みを活用し、同プロジェクトのカウンターパートを専門家として受け入れる予定である。特にリハビリテーション医療におけるチームアプローチの導入に関しては、知見や教訓の活用が可能でありかつ有効である。

(2) 他ドナー事業

国際赤十字は「コ」国における地雷被災者の医療サービス受給の支援を行っており、医療保障情報や地雷被災予防教育に関する広報活動を展開している。同機関からは協働について積極的意向が示されており、成果3の活動において同機関が有するリソースの活用が可能である。

また、欧州連合（EU）は、複数の医療施設をカウンターパートとして地雷被災障害者に注目した診療マネージメントガイドラインの開発支援を行っているため、情報共有と意見交換の機会を定期的に持つことが重要である。

8. 今後の事業評価計画

- (1) 運営指導調査（中間評価）：プロジェクトの中間期（2010年7月を予定時期とする）
- (2) 終了時評価調査：プロジェクト終了時の6カ月前（2012年1月を予定時期とする）

# 目 次

序文

コロンビア共和国全図

写真

略語表

事業事前評価表

第1章 事前調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団員の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
第2章 対象分野の現状と協力の背景	7
2-1 障害者医療の行財政・関連法・社会保障制度	9
2-1-1 リハビリテーション医療行政・監督組織	9
2-1-2 障害者・地雷被災者の権利保護に関わる法令	12
2-1-3 障害者リハビリテーション医療政策	13
2-1-4 社会保障・医療保険・福祉制度	14
2-2 最終裨益者の実態	17
2-2-1 統計から見た障害者の実態	17
2-2-2 統計から見た地雷・不発弾被災者の実態	20
2-2-3 現地調査による障害者と地雷被災者の実態	22
2-3 対象県におけるリハビリテーション医療体制	27
2-3-1 水準別医療施設数	27
2-3-2 医療ネットワーク	28
2-3-3 第1次・2次医療施設のリハビリテーション医療サービス概況	31
2-4 プロジェクト実施医療施設のリハビリテーションサービス概況	34
2-4-1 リハビリテーションサービス種と人材規模	34
2-4-2 リハビリテーション専門職人材の技術水準	36
2-4-3 リハビリテーション患者の障害・疾病種別の初診者割合と平均年齢	43



2-4-4	外来リハビリテーション患者の平均通院期間・平均受診日数	46
2-4-5	リハビリテーション患者の診療費支払い状況	48
2-4-6	リハビリテーション患者の通院手段	49
第3章	プロジェクトデザインに関わる技術的課題と協力ニーズ	50
3-1	地雷被災者の被災から社会復帰へ至るプロセスで発見された問題	50
3-1-1	コロンビア国における地雷被災者治療の流れと担当組織	50
3-1-2	各関係者の関心事項	50
3-1-3	各関係者が抱える問題	52
3-2	技術協力で取り組む事項	54
3-2-1	チームアプローチの導入と診療処置技術の向上	54
3-2-2	回復・再建をできる限り可能にする救急処置知識の普及	55
3-2-3	リハビリテーションサービスへのアクセスビリティ向上のための 社会保障制度の情報整備	56
3-2-4	リハビリテーションサービスへのアクセスビリティ向上のための 医療施設間の連携強化	56
3-2-5	応急手当の知識普及による感染予防と創感染率の低減	57
3-2-6	視覚障害リハビリテーション技術の育成	57
3-2-7	切断者に対する適切な義肢の供給と義肢製作技術の向上	58
第4章	技術協力プロジェクトの基本設計	59
4-1	基本方針	59
4-2	運営管理体制	61
4-3	プロジェクトの目標	62
4-4	期待される成果と活動	63
4-5	投入計画	65
4-5-1	日本側投入	65
4-5-2	チリ側投入	66
4-5-3	コロンビア側投入	66
4-6	考慮すべき他組織事業と具体的な連携の検討	67
4-6-1	国際赤十字 (IRC)	67
4-6-2	欧州連合 (EU)	68
4-6-3	ハンディキャップインターナショナル (HI)	68

4 - 7	外部条件	68
4 - 8	期間中に実施される事業評価調査と実施の時期	69
第5章	プロジェクトの評価	70
5 - 1	妥当性	70
5 - 2	有効性	72
5 - 3	効率性	74
5 - 4	インパクト	75
5 - 5	自立発展性	76
5 - 6	協力実施にかかる他の留意点	78
5 - 6 - 1	実施プロセスにおける地雷被災者患者の確実な把握	78
5 - 6 - 2	地方分権化政策・県特性への配慮とプロセスマネージメント	78
5 - 6 - 3	フィージブルな活動の設定	78
5 - 6 - 4	構築モデルの他地域での展開の検討	79
5 - 6 - 5	地雷被災者登録情報システムの修正	79
5 - 7	結論	80
添付資料		
添付資料1	連帯補償基金・アクションソシアル人道支援の厚生サービス受給内容	85
添付資料2	対象医療施設の組織体制	89
添付資料3	対象医療施設の経営実績	93
添付資料4	対象医療施設の専門職人材に関する補足情報（卒業大学・所属学会）	95
添付資料5	対象医療施設が有する診療手順・管理に関わる文書名一覧	97
添付資料6	対象医療施設の診療費（一部）	99
添付資料7	プロジェクト・デザイン・マトリック（PDM-version 0） （ミニッツAnnex 1）	100
添付資料8	収集資料・参考資料一覧	104
添付資料9	署名ミニッツ文書（英語・西語）コピー	107

# 第1章 事前調査の概要

## 1-1 調査団派遣の経緯と目的

コロンビア共和国（以下、コロンビア国）では、2005年の国勢調査によると、全人口約4,200万人の6.3%にあたる約260万人が障害者であるとされている<sup>1</sup>。同国では社会保障省が障害者の政策担当省として関連機関やその他の省庁との調整を行っており、また障害関連法が定められているものの、実際には十分な社会保障や医療保障を受けられないケースが多い。また、障害者への医療リハビリテーションは、第3次レベルの病院の一部と第4次レベルの病院のリハビリテーションセクションで行われているが、多くの障害者は農村部に住むために通院が困難な状況にある。さらに、自治体や医療機関のスタッフの能力不足、医療機関間のネットワークの不備、リハビリテーションに関する誤った理解等が原因となり、障害者が適切な医療行為を受けられず、身体機能・生活活動能力の回復・向上のみならず、教育や就労など社会参加と自立の実現が困難となっている。

一方、コロンビア国に特有な障害原因として地雷被災があげられる。40年以上前から非合法武装勢力と政府軍との武力衝突が続くなかで対人地雷が使用されてきた結果、2005年と2006年のコロンビア国の対人地雷・不発弾による被災者数（生存者と死亡者）は1,122人および1,161人と、カンボジアとアフガニスタンを抜いて世界一となり、1990年～2008年2月までの被災者は計6,802人となった。オタワ条約に署名以降、コロンビア国政府は貯蔵地雷の破壊と埋没地雷の除去を開始したものの、被害者数は年々増加傾向にあり、1日平均3名以上が被災、被災者の4割が一般市民で、そのうち3割が子供、被害の97%が貧しい農村地域で起こっている<sup>2</sup>。

かかる状況下、地雷被災者を含む障害者のリハビリテーション体制の強化が喫緊の課題となっている。2005年以降、広域企画調査員（国内避難民を含む社会的弱者支援）による案件形成ワークショップやチリ人専門家による案件形成調査により、特にリハビリテーションに従事する組織間のネットワーク改善が課題であることが明らかにされた。それら結果を踏まえ、コロンビア国政府は2006年8月、我が国に対し解決に向けた協力を要請した。

対象地域として、地雷被災者数が最も多いことからアンティオキア県、また、地雷被災者数はアンティオキア県に比して少ないものの、南西部の第3次レベル病院としてリハビリテーションの拠点となりうるバジェ大学病院が所在することからバジェ県、の2県が選定されている。

こうした背景のもと、本調査団は以下の主要事項の調査実施を目的として、派遣された。

(1) コロンビア国からの要請内容を確認し、関連行政、対象県の第3次・4次レベル病院、1

1 出所：2005年国勢調査、コロンビア共和国統計管理局

2 地雷総合アクション大統領プログラム・Estadísticas Sistema de Información-IMSMA, 2008年2月

次・2次の下位医療機関、プロジェクト対象予定県の障害者の生活現状を包括的に分析する。

- (2) 我が国が協力可能な事項（PDMおよびPO）および今後のスケジュールに関する大統領府地雷総合アクションプログラム、社会保障省、および関係機関と協議を行う。
- (3) プロジェクト実施の前提条件（実施・責任体制、両国の負担事項等）を協議する。
- (4) 評価5項目に基づき、上述協力内容（プロジェクトデザイン）の合同評価を行う。
- (5) 上調査結果と合意事項を協議議事録（M/M）に取りまとめ、双方で署名を行う。
- (6) 帰国後、調査結果に基づき事前調査報告書および事業事前評価表を作成する。

### 1-2 調査団員の構成

担当	氏名	所属・役職
団長／総括	林 和範	JICAコロンビア駐在員 所長
医療リハビリテーション	岩谷 力	国立身体障害者リハビリテーションセンター総長
協力計画	越智 薫	JICA人間開発部・第2グループ・社会保障チーム
評価分析	小島 京子	インテムコンサルティング(株) 社会開発部シニアコンサルタント

### 1-3 調査日程

月	日	曜	総括	協力企画	評価分析	医療リハビリテーション
			林 和範	越智 薫	小島 京子	岩谷 力
1	26	土	/	/	21:40	ボゴタ着 (CO 883)
1	27	日			終日	調査準備
1	28	月			9:00	JICA事務所打ち合わせ
					10:30	社会保障省表敬：質問表回答収集・社会保障省および職業訓練庁ヒアリング調査、他
					15:30	副大統領府・地雷総合アクション大統領プログラム事務所表敬：質問表回答収集・ヒアリング、他
					17:00	CIREC（身体障害者リハビリテーションセンター）訪問・ヒアリング調査
1	29	火			8:15	移動：ボゴタ (AV 8231)→カリ 9:15着
					10:30	バジェ県保健局訪問：質問表回答収集・ヒアリング調査、調査日程確認
					14:00	バジェ大学病院視察：質問表回答収集・ヒアリング調査
1	30	水			8:30	バジェ県内の一次・二次レベル病院の視察
					12:00	Fundacion Ideal 視察：質問表回答収集・病院職員および利用患者のヒアリング調査
					16:30	SENA（職業訓練庁）訪問・ヒアリング調査
1	31	木			6:20	移動：カリ (AV 8525)→メデジン 7:10着
					10:30	アンティオキア県保健局訪問：質問表回答収集・ヒアリング調査・調査日程確認
			15:00	サンビセンテデパウル大学病院視察：質問表回答収集・職員・利用者ヒアリング調査、他		
2	1	金	8:30	アラスデヌエボ視察：質問表回答収集・職員・利用患者のヒアリング調査・調査日程確認		
			14:30	Handicap International 訪問・CBR ワーカーおよび利用者のヒアリング調査		

2	2	土	17:10	成田発 (CO 006)	17:20	移動：メデジン (AV 8439)→ボゴタ 18:10 着			
			21:40	ボゴタ着		資料整理、団内会議・1週目調査結果の取りまとめ、PDM 素案作成			
2	3	日	終日	団内会議 (1週目調査結果報告)					
2	4	月	10:30	国際赤十字訪問・ヒアリング調査	9:00	追加調査 (社会保障省訪問)	9:00	移動：ボゴタ発 (CO 882)	
			14:00	地雷廃絶キャンペーン、生存被災者ネットワーク・ヒアリング調査		1週目調査結果分析・2週目協議資料作成・PDM 案作成	13:15	ヒューストン着	
2	5	火	8:30	EU 訪問・ヒアリング調査		団内会議 (1週目調査結果分析・2週目協議資料作成・PDM 素案作成)	10:45	ヒューストン発	
2	6	水	9:00	JICA コロンビア駐在員事務所打合せ				15:45	成田着
			15:00	副大統領府表敬 団内会議 (協議準備)					
2	7	木	9:00-	社会保障省訪問：キックオフミーティング (協議1日目)					
			13:00	参加者：大統領府プログラム関係者・社会保障省訪問・調査団・JICA 事務所 協議内容：①技プロと評価方法の説明 (調査団)、②1週目調査結果報告 (調査団)、 ③プロジェクトで取り組む課題とプロジェクト効果、④中央省・監視局の役割・活動と中央におけるプロジェクト実施体制、⑤PDM 案、他					
2	8	金	6:50	移動：ボゴタ (AV 9304)→メデジン 7:45 着					
			9:30-	アンティオキア保健局訪問・関係者との協議 (協議2日目)					
		終日		参加者：アンティオキア保健局・サン・ビセンテ・デ・パウル病院・アラスデヌエボ・Handicap International 代表者・調査団・JICA 事務所 協議内容：①技プロと評価方法の説明 (調査団)、②1週目調査結果報告 (調査団)、 ③プロジェクトで取り組む課題とプロジェクト効果、④アンティオキア県でのプロジェクト活動と実施体制、⑤アンティオキア県側の投入、⑥PDM 案、他					
2	9	土	終日	団内会議 (アンティオキア県協議結果の取りまとめ、PDM 案修正、五項目評価案作成、ミニッツ案の作成)					
2	10	日	12:40	移動：メデジン (AV 43)→カリ 13:30 着 調査結果とりまとめ					
2	11	月	9:00-	バジェ県保健局訪問・関係者との協議 (協議3日目)					
		終日		参加者：バジェ保健局・バジェ大学病院・Fundacion Ideal 代表者・調査団・JICA 事務所 協議内容：①技プロと評価方法の説明 (調査団)、②1週目調査結果報告 (調査団)、 ③プロジェクトで取り組む課題とプロジェクト効果、④バジェ県でのプロジェクト活動と実施体制、⑤バジェ県側の投入、⑥PDM 案、他					
			17:22	移動：カリ (AV 8414)→ボゴタ 18:22 着 団内会議：ミニッツ案修正					
2	12	火	9:00-	JICA コロンビア事務所訪問：合同評価会議・1日目 (協議4日目)					
			17:00	参加者：大統領プログラム関係者・社会保障省・バジェ県保健局・アンティオキア県保健局・バジェ大学病院代表者・サンビセンテデパウル大学病院代表者・アラスデヌエボ代表者・調査団・JICA 事務所 協議内容：①2週目調査結果の報告 (調査団)、②プロジェクトで取り組む課題とプロジェクト効果、③実施体制 (ボゴタと2県)、④PDM 案、⑤5項目評価案 (調査団)、⑥ミニッツ案					
2	13	水	11:00-	JICA コロンビア事務所訪問：合同評価会議・2日目 (協議5日目)					
			16:00	参加者：大統領プログラム関係者・社会保障省・バジェ県保健局・アンティオキア県保健局・調査団・JICA 事務所 (必要であれば、バジェ大病院代表者・サンビセンテデパウル病院代表者) 協議内容：①ミニッツ最終案					
2	14	木	11:00	ミニッツ署名式					
			14:00	外務省・Accion Social (ソーシャルアクション国際協力庁) 表敬・報告					
			15:00	JICA 事務所報告、大使館報告					
			23:25	移動：ボゴタ発 (AV 097)→					
2	15	金	7:00	サンティアゴ着					
			10:00	JICA チリ駐在員事務所訪問・調査結果報告					
			15:00-	チリ国際協力庁 (AGGI) 訪問・関係者との協議					
			17:00	参加者：チリ厚生省・AGGI・ペドロアグレセルダ国立リハビリテーション病院 (INRPAC) 協議内容：①調査結果報告、②チリ側投入、③実施体制、他					
2	16	土	終日	和文報告書作成					
			21:05	移動：サンティアゴ発 (LA 530)					
2	17	日	7:30	ニューヨーク着					
			12:25	ニューヨーク発 (JL 005)					
2	18	月	16:35	成田着					

## 1-4 主要面談者

### 【コロンビア共和国】

#### (1) 在コロンビア日本大使館

増岡 宏司

在コロンビア日本大使館 二等書記官

#### (2) JICAコロンビア駐在員事務所

高瀬 直文

JICAコロンビア駐在員事務所 次長

山田 真美

JICAコロンビア駐在員事務所 企画調査員

秋山 慎太郎

JICAコロンビア駐在員事務所 企画調査員

#### (3) 副大統領府 対人地雷総合アクション大統領プログラム (PAICMA)

Andrés Dávila Ladrón de Guevara Director, Presidential Program for Integral Action  
Against Landmines (PAICMA)

Jhonn Fredy Rey B. Advisor, PAICMA

Manany Monroy S. Advisor, PAICMA

Soraida Delgado Sverra Asistant Advisor, PAICMA

#### (4) 社会保障省 (MPS)

Susana Helfer-Vogel Director, General Department of Social Promotion  
(GDPS), MPS

Oswaldo Grosso Unviersity Professor, Social Promotion, GDPS-MPS

Luz Myriam Urrego Coorinator for Disability, GDPS-MPS

Ricardo Luque Advisor, Department of Public Health (DSP), MPS

Maria Clara Escobar Chief, International Relation and Cooperation Office  
(OCRI), MPS

Guillermina Audelo Matías Officer, OCRI-MPS

Ligia Patricia Arroyo Officer, Department of Service Quality (DSQ), MPS

Claudia Guevara Consultant, Medicine Group, DSQ- MPS

Jaime E. Perez Officer, General Department of Economical Security  
and Pension (DGSEP), MPS

Claudia Patricia Rojas Coordinator, General Department of Finance (GDF), MPS

- Oscar Ariel Barragan Rivas                      Officer of Training, General Department of Human Resource Analysis and Policy (GDHRAP), MPS
- (5) 外務省社会行動および国際協力のための大統領機構 (Acción Social)
- Jorge Enrique Prieto Cardozo                      Vice-director, Development Office, International Cooperation Department, Social Action
- Carolina Porras    Advisor, Social Action
- (6) バジユ県保健局 (SDSV)
- Hector Fabio Useche de la Cruz                      Director, SDSV
- Mercedes Paredes B                                      Coordinator, Health Service and Medical Care, SDSV
- Maria Eugenia Bokeños                                  University Professor, Comprehensive Service Management, SDSV
- Maria Lary Mwe O    Coordinator Specialist, Comprehensive Service Management, SDSV
- (7) アンティオキア県政府
- Andres Julián Redon                                      Secretary, Antioquia Government (GDA)
- Hector Faiwe Garro Yepe                                  Deputy, Antioquia Assembly, GDA
- Alejandro Gestrepo Pérez                                  Advisor for Cooperation Affairs, GDA
- Natalia Mantaya Palao                                      University Professor, Health Sector Department, GDA
- Jose David Hestreop    Psicologist, Health Sector Department, GDA
- Juan Carlos Villegas Q                                      APM Program Advisor, Program for Human Rights and Internatinal Humanitarian Law (DDHH and DIH), GDA
- Carlos Vally O    Officer, DDHH and DIH, GDA
- (8) アンティオキア県保健局 (SDSA)
- Carlos Mario Revera    Director, SDSA
- Alberno Vacencia    Public Health Department, SDSA
- Maria Cristina Franco    Professor, Antioquia University, Officer of Mental Health Projects, SDSA



(9) バジエ大学病院 (HUV) (バジエ県)

Belkys Angulo	Medical and Rehabilitation Doctor, Vice-director, Physical Medicare and Rehabilitation Unit (UMFR), HUV
Rodorigo Jimenez	Medical and Rehabilitation Doctor, UMFR, HUV
Javier Mauricio Moreno	Medical and Rehabilitation Doctor, UMFR, HUV
Maria Isabel Pavas	Occupational Therapist, UMFR, HUV
Claudia Navas	Fonoaudiographer, UMFR, HUV
Lina Maria Osorio	Physio Therapist, UMFR, HUV
Jorge García	Head, Physio Therapy, UMFR, HUV
Hector Montes	Medical Doctors Department, Health Service, HUV
Jairo Alarcón	Medical Doctors Department, Health Service, HUV
Luis Rodoriguez	Administrative Department, HUV
Nestor Baron Carrillo	Head, Planning Department, HUV
James Villalba	Office of Advisory, HUV
Ligia Elvila Viáfara	Professional Assistance Department, HUV
Maria Fernanda Sanchez	Health Sector Professional Office, HMFR, HUV
Luz Marina Cuéllas	Head, Communication Department, HUV

(10) フンダシオンイデアル (Fundación IDEAL) (バジエ県)

Marta Cecilia Jaramillo Mejía	Executive Director, Fundación IDEAL
Rodolfo Millán Muñoz	Director, Technical Administration, Fundación IDEAL

(11) サンビセンテデパウル大学病院 (HUSVP) (アンティオキア県)

Jorge Luis Jimenez R	General Director, HUSVP
Juan Tom Mayo	Director, Medical Doctors, HUSVP
Ana Maria Molino	Rehabilitation Unit (UR), HUSVP
Mario Giraldo	Rehabilitation Doctor, UR, HUSVP
Diana Vahos	Chief of Nurses, UR, HUSVP
Marta Cecilia Velez	Head, Office of Cooperation and Assistance Organizations, HUSVP
Valeria Boteno B	Projects Analyst, EU Project, HUSVP

(12) アラスデヌエボ (アンティオキア県)

Margarita María Álvarez Betancur	Executive Director, adn alas de nuevo
Blanco Cecilia Cano Restrepo	Director, Technique and Science, adn alas de nuevo
Angela María Giraldo Correa	Administrative Coordinator, adn alas de nuevo
Claudia Ruiz	Labor Market Anlyst, adn alas de nuevo

(13) バジェ県 第1次・2次病院

Rubén Zapata F	Sub-gerente, Red del Salud del Oriente, Prestació de Servicios, Hospital Carlos Holmes Fosillo (HCHF) (1次)
Javier Arevalos	Gerente, HCHF (1次)
María Eugenia Mejía	Directora Médica, Fundación Infantil Club Norte (2次)

(14) アンティオキア県 第2次病院

Luis Bayron Gill	Gerente, Hospital San Juan de Diós
------------------	------------------------------------

(15) ハンディキャップインターナショナル (HI)

Dominique Delvigne	Director, HI Colombia
Erika M. Duque B.	Coordinator, Natinal CBR, HI Colombia
Johanna A. Huertas Refes	National Coordinator for Integral Action against Landmines, HI Colombia

(16) 国家職業訓練庁 (SENA)

Angela M. Rodríguez	Advisor, International Cooperation, SENA
Sandra Angarita	Advisor, International Cooperation, SENA
Evelio Cortés	Professor, SENA
Esperanza Adriana Ramos Rodriguez	Directora Regional, SENA Regional Valle

(17) コロンビア身体障害者リハビリテーションセンター (CIREC)

Jeannette Perry	President, CIREC
Germán Ruiz Z.	Director, CIREC

---

3 JCCメンバーリストは添付資料4を参照。

(18) 欧州連合 (EU)

Manuel de Revera Lamo Cooperation Expert, EU

(19) 国際赤十字 (ICRC)

Andy Wheatley Regional Advisor of Minas and Reg, ICRC  
Michael Rechesteiner Protesista/Ortesista (義肢装具士), ICRC  
Jacqueline Duarte Officer, ICRC

(20) カンパーニャ・コロンビア (CC) (地雷廃絶キャンペーン)

Alvaro Jimenez Millan National Coordinator, CC  
Maria HInez Victim Assistance Groupm CC

【チリ国】

(1) JICAチリ駐在員事務所

河野 文男 JICAコロンビア駐在員事務所 所長  
西木 広志 JICAコロンビア駐在員事務所 次長  
小林 としみ JICAコロンビア駐在員事務所 所員

(2) チリ国際協力庁 (AGCI)

大場 三穂 JICA Expert  
Gabriela Leon Sepulveda Triangle Coopeartion Unit, AGCI

(3) チリ保健省

Alfredo Bravo 国際協力室長代行  
Hernan Soto 障害担当

(4) ペドロアギレセルダ国立リハビリテーション病院 (INRPAC)

Alberto Vargas Peyreblanque Vice-director (副院長), Medical Doctors Unit, INRPAC

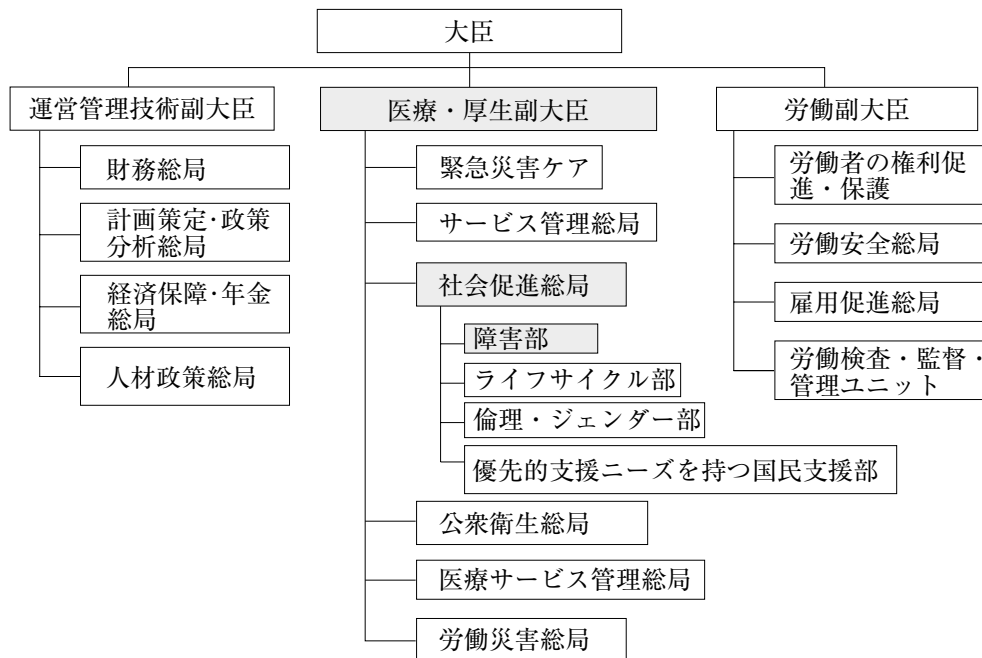
## 第2章 対象分野の現状と協力の背景

### 2-1 障害者医療の行財政・関連法・社会保障制度

#### 2-1-1 リハビリテーション医療行政・監督組織

##### (1) 社会保障省

社会保障省は、障害者のリハビリテーション医療政策を含む、保健医療・労働セクターの政策策定組織である。障害者のリハビリテーション医療政策は、医療・厚生副大臣下部局で担われる。本プロジェクトでは社会促進総局長が、障害政策技術アドバイザーとして就任するとともに、同総局下の障害部とともに、県での障害者医療サービスや医療保障制度にかかる活動の技術的支援を行う。



注：主な局部を記載

出所：社会保障省2008年1月

図2-1 社会保障省組織体制

表2-1 社会保障省運営事業費の実績

(単位：百万、コロンビアペソCOP、レート：1COP = 0.053円 = US \$ 0.000543米ドル)

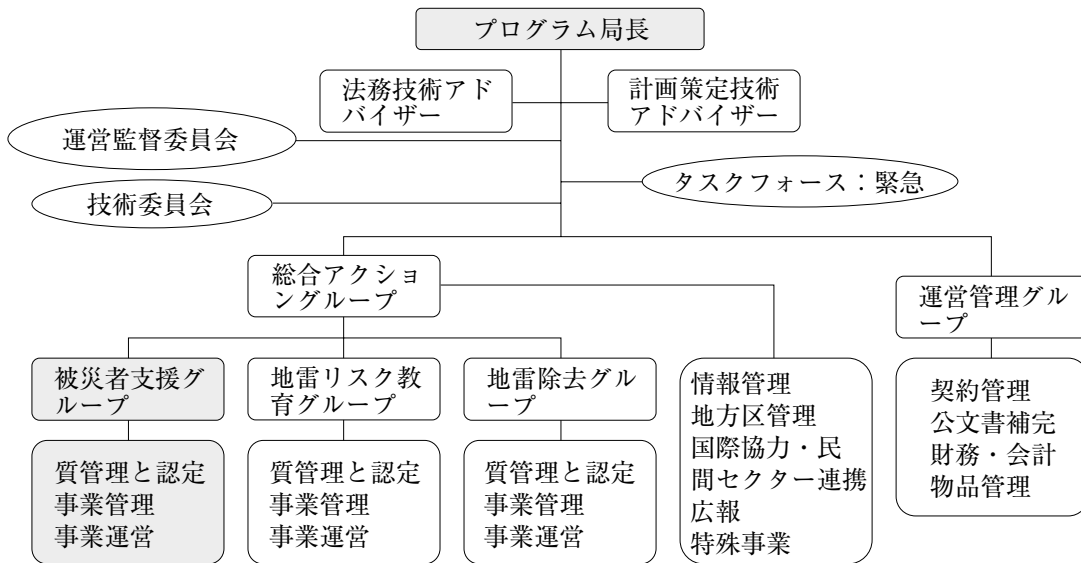
年度	2006年度実績	2007年度実績	2008年予算
省総額 (US \$)	COP13,983,166 (US \$ 7,593)	COP14,365,000 (US \$ 7,800)	COP18,488,278 (US \$ 10,039)
内・障害者支援事業	10,000	17,019	7,450
総額における割合 (%)	0.07%	0.001%	0.04%

出所：Ministerio de Hacienda y Crédito Público 財務省、社会保障省質問紙票調査回答2008年1月

(2) 副大統領府対人地雷総合アクション大統領プログラム

オタワ国際条約<sup>3</sup>の批准後、2001年1月に、大統領府人権・国際人道法プログラム (Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario) 内に、オタワ条約決議内容の遂行を目的として設置された機関である。設立当初は地雷監視局 (Observatorio de minas) であったが、2007年6月の大統領令 (第215号) により独立した大統領プログラムに昇格した。

主な機能は、①被災者の支援 ②予防・啓発事業の実施 ③地雷除去人道事業の実施 ④情報管理と制度化 ⑤国家地雷活動計画 (Plan Nacional de Acción contra Minas) の推進である。同プログラムは内務省、外務省、社会保障省、防衛省および他の関連組織<sup>4</sup>と国家セクター間委員会 (Comisión Nacional Intersectorial) を構成し、オタワ条約決議の施行と地雷被災情報のデータベース化、被災者支援事業のモニタリングを行う。プロジェクトでは局長がプロジェクトダイレクターとして実施監督を担い、被災者支援グループ職員が調整業務を担当する。



出所：質問紙票調査回答、2008年1月

図2-2 対人地雷総合アクション大統領プログラム組織体制

表2-2 PAICMA運営事業費の実績と予算

(単位：百万、コロンビアペソCOP、レート：1COP = 0.053円 = US \$ 0.000543米ドル)

年度	2006年度実績	2007年度実績	2008年度予算
プログラム総額 (US \$)	COP 2,562 (US \$ 1.39)	COP 2,665 (US \$ 1.45)	COP 2,771 (US \$ 1.50)

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

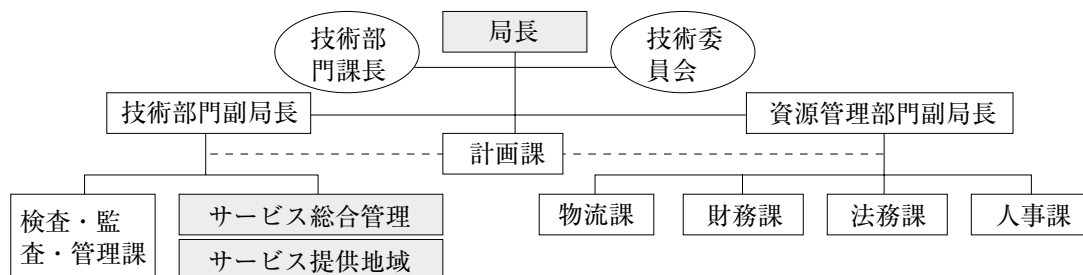
3 対人地雷の使用・貯蔵・生産・移転の禁止とその廃棄に関する条約 (対人地雷全面廃止条約)。日本の批准は1997年12月で、2008年2月現在の批准国は156カ国、コロンビアは2000年9月に批准した。

4 副大臣、国家計画局長、人権・国際人道法プログラム長、平和構築高等諮問会長、国民擁護官、国家総合検事官、国家行政監察官、国防相長、地雷被災者支援事業に従事するNGO団体の代表者。

(3) 県保健局

県保健局は、社会保障省の地方局として、県の保健医療政策策定と事業の監督を担う。地方分権化が進むコロンビアでは、中央省は多くの行政業務を県保健局に委譲している。そのため、県の保健医療政策も県特性による相違があり、組織体制も異なる。

両県保健局長は本プロジェクトで各県プロジェクトマネージャーに就任し、県における事業進捗の監督と技術的支援を行う。



出所：質問紙票調査回答、2008年1月

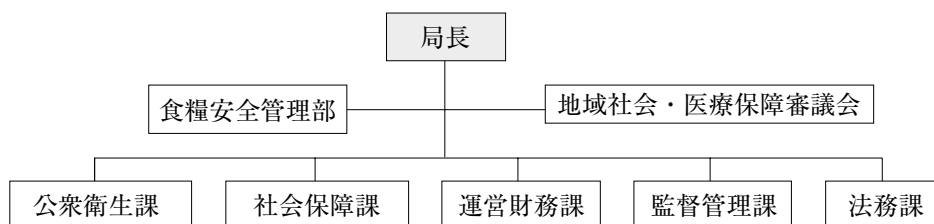
図2-3 バジェ県保健局

表2-3 バジェ県保健局運営事業費の実績と予算

(単位：百万、コロンビアペソCOP、レート：1COP = 0.053円 = US \$ 0.000543米ドル)

年度	2007年度実績	2008年度予算
局総額 (US\$)	COP 275,973 (US\$ 150)	COP 322,583 (US\$ 175)
内・障害者支援事業	489	830
局総額における割合 (%)	0.017%	0.28%

出所：質問紙票調査回答2008年1月



出所：質問紙票調査回答、2008年1月

図2-4 アンティオキア保健局組織体制

表2-4 アンティオキア県保健局運営事業費の実績と予算

(単位：百万、コロンビアペソCOP、レート：1COP = 0.053円 = US \$ 0.000543米ドル)

年度	2006年度実績	2007年度実績	2008年度予算
局全体	583,267 (US\$ 317)	528,000 (US\$ 287)	300,000 (US\$ 163)
内・障害者支援事業	n.a.	1,162	3,000
局総額における割合 (%)	n.a.	0.22%	1.0%

出所：質問紙票調査回答 Dirección Financiera DSSA、Antioquia 2008年1月

## 2-1-2 障害者・地雷被災者の権利保護に関わる法令

### (1) 障害者の権利保護にかかる主な法令

#### 1) 共和国憲法（1991年）

障害者の社会文化、保健医療、経済活動の権利と保護は憲法（1991年）において保障されており、13条、24条、47条、54条、68条に記載されている。

表2-5 憲法における障害者保護条項（抜粋）

13条	国家は経済的・身体的・精神的な状態においてハンディキャップを持つ人々を特に保護し、その者達への虐待や不適切な扱いを罰するものとする。
47条	国家は身体・視聴覚・精神障害者のための予防・リハビリテーション・社会復帰政策を推進するものとする。彼らには必要な特殊医療が提供されるものとする。
54条	国や雇用主は、必要とする者に専門技術の養成や研修の提供を行う義務を負う。国家は、労働人口にあたる人々に対し就労支援を行う義務を持ち、および心身障害者に彼らの健康状態に応じた労働の権利を保障する義務を負う。

出所：コロンビア憲法（Constitución Política 1991）

#### 2) 法令361号（1997年）

障害者の雇用保障に関し、法令361号（1997年）第22項、26条、27条において言及され、障害者の就労にかかる社会参加の保障、市場競争に参加不可能な障害者を支援する雇用プログラムの策定義務、が明記されている。

### (2) 地雷被災者の権利保護にかかる主な法令

#### 1) 対人地雷被災者法（Derechos de las víctimas de Minas Antipersonal）

1997年・法令418、2002年・法令782の合意事項として、対人地雷被災者と起爆装置被災者、およびその家族が支援サービス、支援賠償金、人道援助を受給する権利を保障する法令として設定された。対人地雷被災者法に基づく賠償金やサービスの支給は、後述する社会保障省管轄下の連帯保障基金と社会行動および国際協力のための大統領機構人道支援基金が財源として用いられている。

#### 2) オタワ条約（対人地雷の使用・貯蔵・生産・移転の禁止とその廃棄に関する条約）

2000年9月に批准した同条約では、締約国の「地雷による被害者の治療およびリハビリテーション（社会的および経済的復帰を含む）にかかる援助の提供に全力を尽くすことを希望する」（前文）ことが明記され、コロンビア国の地雷被災者支援政策の根拠であるとともに地雷被災者支援に対する国際赤十字を含む国際機関・他政府援助機関から



の支接受入れの根拠でもある<sup>5</sup>。

### 2-1-3 障害者リハビリテーション医療政策

#### (1) 障害理解と政策方針

障害者のリハビリテーション医療政策は、関連法令とコロンビア国の障害概念に基づき策定される。障害は個人の身体機能の特性として理解される（医療モデル）のではなく、社会復帰・参加の観点から理解され（社会モデル）、効果的な社会復帰・社会参加には、障害者個人と取り巻く人々（家族・コミュニティ）への総合的介入が必要であると考えられる。したがって、保健・教育・雇用・文化・運輸交通等、多様なセクターと一般市民・サービス提供機関・コミュニティリーダー・企業など多様なアクターの連携が重要である。こうした障害理解を背景として、障害者のリハビリテーション医療は、医療と教育・労働など社会参加を含む包括的な社会復帰プロセス（総合リハビリテーション）のコンポーネントとして把握される。

こうした理解を背景に、社会保障省社会促進総局障害グループは国家障害技術支援委員会（Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación）と協力し、多様な地方障害支援事業の把握と中央レベルでの調整を行っている。

#### (2) 「国家保健医療計画2007～2010年」

2007年法令1122号により国家保健医療計画（Plan Nacional de Salud Pública）の4年ごとの策定が定められ、現在2007年に発表された計画が施行中である。同計画は現行の「国家開発計画」（Plan Nacional de Desarrollo 2006～2010年）に基づき、その目的は①国民の健康増進、②疾病症状の進行・悪化の予防、③高齢化・人口動態変動への対応、④国民の保健医療の公正の実現である。障害者へのリハビリテーション医療は、リスク（疾病・障害）予防、健康回復・疾患克服の戦略、労災予防の戦略として言及されている。

本計画書は、国としての方針を示すもので、具体的なプログラムの詳細やタイムラインについての記載はなく、具体的な県における事業の策定は各県保健局に任されている。バジェ県とアンティオキア県保健局は現地調査時に策定中であり、詳細を確認することはできなかった。

---

5 第6条「国際的な協力および援助」第3項：締約国は、可能な場合には、地雷による被害者の治療、リハビリテーション並びに社会的、経済的復帰および地雷についての啓発計画のための援助を提供する。この援助は、特に、国際連合およびその関連機関、国際的、地域的もしくは国の機関、赤十字国際委員会、各国の赤十字社および赤新月社、国際赤十字・赤新月社連盟もしくは非政府機関を通じてまたは二国間で提供することができる。

### (3) 「障害特性・地域特性情報化のための障害者統一登録」

「障害特性・地域特性情報化のための障害者統一登録」(RPLCPD)は、上記の障害概念を基本コンセプトとして、世界保健機構(WHO)の国際生活機能分類(ICF)<sup>6</sup>の障害分類に基づき、国家統計管理局(DANE)の主導のもとで2002年より開始した障害情報化システムである。RPLCPDは、障害者を総合リハビリテーションの観点からとらえるとともに、国際標準化された分類により障害状況の国際比較を可能にする、という政策的目的である。2007年までの登録状況は60万192人で、国勢調査による把握数の約4分の1にとどまっており、今後の区市町村での情報収集・提供の活性化が期待されている。

### (4) 医療専門職の資格認定・医療活動の監督

省と県保健局における障害者リハビリテーション医療分野における重要な活動の一つは、医療専門職人材の資格認定および施設における医療活動の監督である。コロンビア国での専門職人材の認定は大学・専門大学での必要課程修了と自己申告により、国家試験が課せられないため、技術水準の標準化が現在の課題である。

### (5) 地域に根ざしたリハビリテーション(CBR)

コロンビア国の地方においては多くの国内外の非営利団体や非政府組織によりCBR活動が展開されており活動や方法論は多様である。社会保障省はCBRに関する定義や方策を特にもっておらず、CBRリソース機関を歓迎しながら、活動は各組織の自主的な役割に任せており、組織・事業・活動や進捗の把握は行われていない。

## 2-1-4 社会保障・医療保険・福祉制度

### (1) 医療皆保険制度

1993年・法令100号施行により、コロンビアでは「社会・医療皆保障制度(国民皆保険制度)」(Sistema General de Seguridad Social en Salud: SGSSS)が設置され、全国民への社会保障と医療サービスの実現を目指してきた。同制度の主目的は、国民とりわけ社会的弱者の貧困状況緩和や生活の質的向上であり、最低限の医療保障<sup>7</sup>、年金保障、雇用機会保障をねらいとしている。

6 国際生活機能分類ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)は、患者が経験している障害を医学的、心理的、社会的側面から多面的にとらえる概念であり、患者の生活機能(functioning:個人がもつ心身機能を、発揮して日常生活活動、社会活動をしている状態)を疾患(health condition)、心身機能・身体構造(impairment:四肢、躯幹、頭部、内臓といった解剖学的な構造)、活動(activity)、参加(participation)、個人因子(personal factors)、環境因子(environmental factors)の要因に分析、理解する概念である。

7 法令100号・第156条により、全国民は医療総合保障制度に加入しなければならないことが定められている。

コロンビアでは、障害者の医療・社会保障システムで医療サービスへのアクセスと給付を保証するため、「医療保障と社会保障の国家審議会」(Consejo Nacional de Seguridad en Salud y Seguridad Social : CNSSSS)を通して、健康増進活動・疾病予防・健康回復とりわけリハビリテーション医療サービスを、障害者市民へ分け隔てなく提供する義務 (Plan Obligatorio de Salud : POS、法令100号・第162条)が定められている。

国民皆保険においては、主に以下2つの保険プログラムが設けられている。なお、小額の保険料支払いも不可能で上記いずれにも加入できない国民の場合には、国と直接契約を結んだ医療サービス提供施設において医療サービスを受けることが可能とされる。

#### 1) 加入者保険プログラム (Regimen Contributivo)

就業する中所得者以上の被保険者が、雇用先をとおして毎月定額保険料を支払い、公的医療サービス、年金などを受ける、社会保障プログラムである。自営業者もここに加入する。

#### 2) 扶助保険プログラム (Regimen Subsidiado)

一定額の保険料支払いが困難な低所得者が加入し、国家が医療費・年金等を全額、或いは一部負担する、公的扶助に基づく社会保障プログラムである。都市部や地方部の貧困層が加入者となる。

### (2) 連帯保障基金

連帯保障基金Fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA)は、社会保障省が管轄し、暴力・自然災害・交通災害の被災者を対象として設置された医療保障基金である。前述の対地雷被災者法を根拠として、地雷・不発弾被災者の医療サービスに適用されている。

地雷被災者支援を目的とした同基金の主な受給内容は、①医療センターへの移送費支給(災害発生年における平日給与の10日分を最高額とする)②診療・通院・入院③心身リハビリテーションによる被災者の自立支援など、医療を含む総合リハビリテーションの支援である。

公民の全医療施設は地雷被災者を無条件・即座に受入れ医療サービスを提供する義務が定められており<sup>8</sup>、医療サービス内容には、入院・人口骨等外科医療資材・輸血・検査・X線撮影等など、すべての必要な診療処置が含まれる。

診療費は上限なく被災者に必要な処置すべてをカバーすることを原則とするが、事故発生後6カ月以内の申請が条件であり、基本として医療サービスは1年間である(医師の診

---

8 法令100号・第168条により、全国民は支払い能力にかかわらず救急医療サービスを受ける権利をもつ。診療報酬は連帯保障基金(FOSYGA)によりカバーされる。

断により6カ月の延長が可能)。

連帯補償基金の受給内容詳細について、添付資料1を参照。

### (3) 社会行動と国際協力のための大統領機構・人道支援基金

社会行動と国際協力のための大統領機構（通称：Acción Social、旧名称：社会団結ネットワーク）が行う、対人地雷被災者法を根拠とした人道無償支援であり、各県庁所在地に設置された地方事務所を通して、地雷・不発弾被災者あるいは家族が、以下の政府人道無償支援を受給できる。

被災児童の教育保障、住居保障、被災児童の養護保障、雇用保障に関わる支援では、該当セクターの関連省庁の協力を得て行われる。

- 1) 永続的障害が認められた被災者への支援金支給
- 2) 被災死亡者家族への支援金支給
- 3) 永続的障害ではないが財産を喪失した者に対する支援金支給
- 4) テロ行為被害児童への教育支援金支給（教育省との協力）
- 5) 車両修繕費、機材・家具・家財道具費、住宅資金（環境住宅土地開発省との協力）
- 6) 被災児童の養護（コロンビア家族福祉庁との協力）
- 7) 職能養成機会の提供（国家職業訓練庁との協力）
- 8) 被災者に対する雇用情報の提供（国家職業訓練庁との協力）

人道支援基金の受給内容詳細について、添付資料1を参照。

### (4) 技術支援銀行（Banco de Ayudas Técnicas）

障害者の自立生活の実現と生活の質的向上には、日常生活活動を促す義肢装具・車椅子・杖・特殊日用品などの補装具・介護機器・福祉用具が大きな役割を持つ。技術支援銀行（Banco de Ayudas Técnicas）は加入者保険プログラム（Regimen Contributivo）に加入できないか、扶助保険加入者のうちで最も経済的に困窮する障害のある市民に対して、補装具・介護用具・福祉用具を一時的あるいは永久的に提供することを目的に、社会保障省によって設立された。実施の監督は、県保健局が行う。

バジェ県においては、支援銀行の財源は社会保障省と県保健局から出資されるが、業務は県所在の公団（Empresas Sociales del Estado）に委託されている。援助を希望する障害者は公団へ必要書類を揃え申請を行い、承認後には公団が障害者に代わって購入手続きを行う。障害者が申請した支援は、現物給付となる。

給付後には公団は、給付対象の障害者と補助具・福祉用具等機器の使用状況についての定期的なモニタリングを行うことが義務づけられている。

技術支援銀行の財源は、個人申請の障害者だけではなく、内外の非営利団体や他政府の国際協力機関もアクセス可能である（出所：「技術支援銀行」バジェ保健局2007年3月）。

社会保障省によれば、技術支援銀行の目的は明確なものであるが、医療行政の地方分権化により活用制度・条件は全国で統一されたものでなく、県の財政状況により措置状況にも相違がみられる。

## 2-2 最終裨益者の実態

### 2-2-1 統計から見た障害者の実態

#### (1) 国勢調査（2005年）

2005年の国勢調査に基づく障害者情報によると、全人口約4,200万人中の約260万人が一つ以上の恒常的な生活活動の制約（障害）があるとされ、全人口のおよそ6.4%にあたる。

主な活動制約（障害）種は、視覚43.2%、歩行・移動29.5%で、障害者のうち活動制約が1種類である障害者は71.2%、2種以上の重複障害者は14.5%、3種が5.7%、4種以上は8.7%とされる。性別割合では表2-6で示される全制限種別について85歳未満の全年代で男性が女性を上回る<sup>9</sup>。

表2-6 恒常的な活動制約（障害）がある者（障害者）の割合

恒常的制約（障害）の種別	左記制限がある者（%）
眼鏡・人工レンズを使用したうえでの視覚	43.2
歩行・移動	29.5
他	19.0
補聴器等を使用したうえでの聴覚	17.4
上肢動作	14.9
発話（言語障害）	13.2
学習・理解（知的障害）	12.3
人間関係の構築	9.8
自立生活のための自己管理や自己抑制	9.5

注：障害数は障害者数とは異なり重複障害者がいるため割合合計は100%とならない。

出所：Censo 2005, Boletín sobre discapacidad, Personas con limitaciones permanentes, DANE

対象県のバジェ（Valle del Cauca）県とアンティオキア（Antioquia）、県および支援対

9 出所：2005年国勢調査、国家統計管理局、資料：Boletín de discapacidad, Foro Annual de Así Vamos en Salud deliberó sobre la situación de la discapacidad en Colombia, 2007年10月、Inofrmación Estadística：Proyecciones de población departamentales por área 2005～2008、DANE

象病院のレファラルエリアである他9県における「1種以上の恒常的障害のある障害者の人口密度」をみると、ChocóとCordoba県を除く9県で、障害者人口密度が国平均を超える市町村を抱えており、Huila県、Quindío県、Nariño県、Cauca県では80%以上が全国平均を超えている。

すなわち、本プロジェクトの裨益対象県のほとんどが、リハビリテーション医療のニーズがきわめて高い地域であるといえる。

表2-7 裨益対象県における恒常的な障害のある者の人口密度指数

裨益対象県	である市町村割合 (%) IILP < 1	である市町村割合 (%) IILP = 1	である市町村割合 (%) IILP > 1	市町村数
Huila	3	8	89	37
Quindio	8	8	83	12
Nariño	17	2	81	64
Cauca	12	7	80	41
Caldas	19	7	74	27
Risaralda	14	14	71	14
Antioquia	31	7	62	125
Putumayo	15	23	62	13
Valle del Cauca	29	21	50	42
Choco	65	3	32	31
Cordoba	71	11	18	28

注：IILP (Índice de intensidad de población con limitaciones) 障害者人口密度指数

IILP > 1：市町村での1種以上の恒常的障害のある障害者人口の割合が、国平均より大きい

IILP = 1：市町村での1種以上の恒常的障害のある障害者人口の割合が、国平均と同じ

IILP < 1：市町村での1種以上の恒常的障害のある障害者人口の割合が、国平均より小さい

出所：2005年国勢調査 Censo 2005 DANE 'Algunos resultados generales por prevalencia e índice de intensidad'

## (2) 「障害特性・地域特性情報化のための障害者統一登録」(2007年)

RPLCPDでは、身体機能面から特性・数を把握する不調(障害)別集計、日常生活活動面から特性・数を把握する日常生活活動の困難(障害)別集計(表)があり、国勢調査と分類別占有率に(相違が見られる<sup>10</sup>。年齢階級別では日本ほどではないが高齢者のシェアが大きく<sup>11</sup>、50歳以上が51%を占める。

10 国勢調査とRPLCPDの結果には10%~14%の変動が認められとされる。資料：Informe misión JCPP Colombia, Asesoría desarrollo propuesta PDM-0 "Proyecto de rehabilitación de víctimas de minas antipersonal", July 2007

11 日本の場合、2001年調査統計では肢体不自由者・視覚障害者・聴覚言語障害者・内部機能障害者約330万人中で70歳以上は45%、50歳以上では86%を占める。出所：厚生労働省・統計要覧(資料：障害保健福祉部「平成13年身体障害児・者等実態調査」)

表2-8 日常生活活動の困難（障害）がある者（障害者）の割合

日常生活活動の困難（障害）の種類	左記の困難がある者（％）
歩行・走行・跳躍	51.0
思考・記憶	37.6
眼鏡・人工レンズを使用したうえでの光の認知・人や物の認識	31.4
心肺呼吸障害をとともう短距離での移動	29.4
会話・意思疎通	20.4
手を用いた、起き上がり・動作・物の使用	18.1
姿勢の変更・維持	16.2
補聴器を使用したうえでの聴覚	14.0
他者・周囲の人との関係の構築	12.9
食物の咀嚼・嚥下・消化吸収	11.8
自分一人による洗面・食事	9.8
排尿・排泄と処理・性的関係をもつこと・子供をもつこと	9.2
他	5.1
肌・髪の手入れ・衛生の維持	4.9
味覚・臭覚の区別	2.7

注：障害数は障害者数とは異なり重複障害者があるため割合合計は100％とにならない。

割合（％）＝困難別登録数（人）÷登録総数600,192（人）×100

出所：障害者の障害特性・地域特性情報化のための統一登録（RPLCPD）、国家統計管理局

表2-9 年齢階級別障害者の割合

年齢層	占有率（％）
0～4歳	2.7
5～9歳	5.4
10～14歳	6.4
15～19歳	5.1
20～24歳	4.4
25～29歳	4.3
30～39歳	9.3
40～49歳	11.6
50～59歳	13.0
60～64歳	7.2
65～69歳	7.8
70歳以上	22.8
年齢情報なし	0.02
計（人）	100

出所：障害者の障害特性・地域特性情報化のための統一登録（RPLCPD）国家統計管理局2007年



## 2-2-2 統計から見た地雷・不発弾被災者の実態

コロンビア国はラテンアメリカ諸国における唯一の地雷散布が継続する国であり、1990～2008年1月まで18年間の被災者総計は6,674人にのぼり、2006年度統計で世界一となった。

表2-9 1990～2008年1月までの被災事故・事件数（累積）

県	被災事故数*	爆発・器物発見数*	計
<b>ANTIOQUIA</b>	<b>920</b>	<b>1,463</b>	<b>2,383</b>
META	339	913	1,252
BOLIVAR	262	859	1,121
CAQUETA	271	565	836
SANTANDER	157	572	729
ARAUCA	190	429	619
NORTE DE SANTANDER	229	356	585
CAUCA	162	368	530
CUNDINAMARCA	84	375	459
TOLIMA	130	313	443
NARIÑO	156	257	413
CALDAS	112	209	321
PUTUMAYO	73	235	308
BOYACA	40	230	270
CESAR	51	201	252
GUAVIARE	40	167	207
<b>VALLE DEL CAUCA</b>	<b>53</b>	<b>153</b>	<b>206</b>
HUILA	54	141	195
CASANARE	36	154	190
SUCRE	26	120	146
MAGDALENA	14	89	103
VAUPES	22	66	88
LA GUAJIRA	9	70	79
CORDOBA	40	34	74
CHOCO	28	41	69
RISARALDA	13	51	64
BOGOTA DC	9	31	40
QUINDIO	6	17	23
VICHADA	2	11	13
ATLANTICO	3	9	12
GUAINIA	2	2	4
AMAZONAS	0	2	2
計	3,533	8,503	12,036

注 (1) 太文字の県は裨益対象県（対象県と対象医療施設のリハビリテーション患者レファラル県）

(2) \*被災事故数とは、生存あるいは死亡被災者をともなう事故数。事件数は被災者・死亡者をともわない爆発物武器等発見数を意味する。ただし事故1件における被災者数は1名とは限らない。

出所：Estadísticas Sistema de Información-PAICMA 2008年1月

地雷・不発弾の散布および被災・事件発生はコロンビア国西部の山岳地帯に集中し、アンティオキア県は被災・事故発生最頻県であり、全国の被災・事件発生約20%を占める。RPLCPDによれば、障害者原因のうち地雷事故を含む武装・紛争・武器に因る障害者は2007年10月時点で全体の約0.6%である。

表2-10 1990～2008年2月までの被災障害者と死亡者数（累積）

県	民間人		軍人		小計（人）		総計（人）
	生存障害者	死亡者	生存障害者	死亡者	生存障害者	死亡者	障害+死亡
<b>ANTIOQUIA</b>	<b>526</b>	<b>145</b>	<b>737</b>	<b>147</b>	<b>1263</b>	<b>292</b>	<b>1555</b>
META	192	53	322	92	514	145	659
CAQUETA	83	18	351	66	434	84	518
BOLIVAR	119	22	319	49	438	71	509
NORTE DE SANTANDER	91	17	261	106	352	123	475
ARAUCA	94	20	210	58	304	78	382
TOLIMA	31	11	188	115	219	126	345
CAUCA	90	27	177	47	267	74	341
NARIÑO	151	36	47	45	198	81	279
SANTANDER	111	20	103	32	214	52	266
CALDAS	32	9	105	22	137	31	168
PUTUMAYO	24	9	81	41	105	50	155
CUNDINAMARCA	36	9	74	24	110	33	143
CESAR	42	18	37	38	79	56	135
<b>VALLE DEL CAUCA</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>70</b>	<b>41</b>	<b>85</b>	<b>50</b>	<b>135</b>
GUAVIARE	39	4	49	14	88	18	106
HUILA	10	8	74	13	84	21	105
BOYACA	17	6	41	8	58	14	72
CASANARE	4	10	40	16	44	26	70
SUCRE	12	5	30	23	42	28	70
CORDOBA	21	7	29	9	50	16	66
CHOCO	21	4	16	14	37	18	55
LA GUAJIRA	3	10	4	24	7	34	41
MAGDALENA	13	10	10	7	23	17	40
VAUPES	7	7	14	3	21	10	31
QUINDIO	6	1	14	5	20	6	26
RISARALDA	10	5	4	3	14	8	22
BOGOTA DC	2	8	5	1	7	9	16
ATLANTICO	7	1	0	0	7	1	8
VICHADA	2	4	0	0	2	4	6
GUAINIA	3	0	0	0	3	0	3
計	1814	513	3412	1063	5226	1576	6802

注：太文字の県は、裨益対象県（プロジェクトサイトとレファラルエリア）

出所：Estadísticas Sistema de Información-PAICMA 2008年2月

副大統領府対地雷総合アクション大統領プログラム（PAICMA）によれば、1日平均3名が地雷被災に遭い、うち約36%が一般市民、死亡被災者と生存被災者の比率は1対3から1対2で死亡に至る確率は高く、生存被災者においては多様・重篤な障害を負うとされる。他方、これら被災者情報は行政役場や医療機関からの自主的な提供に依存しており、危険地域でのフィールド調査の方法の問題もあり、情報の精度には疑問が残る<sup>12</sup>。また情報提供された被災者の医療サービス受給の経過を把握する公的なメカニズムは存在せず、総合的リハビリテーションと社会復帰の実態は明らかではない。

### 2-2-3 現地調査による障害者と地雷被災者の実態

#### (1) 障害者の生活状況と課題

現地調査において、バジェ県の80人とアンティオキア県の24人、計104人の障害者を対象とした質問紙票調査を行った。対象者の68%が18～45歳の労働力人口に属する若年層で、17歳以下の未成年は10%である。対象者104人中の19%（14人）が重複障害者で、視・聴覚言語障害を含まない肢体不自由者は78%（81人）であった。なお104人中の26人は対象者でない家族あるいは同居者による回答である。

表2-11 調査対象者の年齢構成

5歳以下	6	6%
6歳~17歳	4	4%
18歳~45歳	71	68%
46歳以上*	23	22%
計（人）	104	100%

注 46歳以上の対象者は46歳から49歳が20人、50代、70代、80代が各1人、60代2人である。

出所：質問紙票調査回答2008年1月

表2-12 調査対象者の性別構成

男性	69	66%
女性	35	34%
計（人）	104	100%

出所：質問紙票調査回答2008年1月

12 プロジェクト形成調査によれば、被災者の損傷・障害状況は切断損傷34%、重傷24%（脊髄損傷含む）、軽傷20%、眼系損傷10%、骨折6%、その他6%であるが、これも医療機関からの情報提供によるもので正確なものといえない。

表2-13 調査対象者の障害状況

肢体不自由・視覚・聴覚言語の重複障害者	2	2%
肢体不自由・視覚の重複障害者	3	3%
聴覚言語・視覚の重複障害者	4	4%
肢体不自由・聴覚の重複障害者	5	5%
肢体不自由者	81	78%
視覚障害者	6	6%
聴覚障害者	3	3%
計(人)	104	100%

出所：質問紙票調査回答2008年1月

表2-14 回答者

障害者本人	78	75%
父母	11	11%
夫・妻	1	1%
息子/娘(子)	5	5%
兄弟姉妹	5	5%
孫	1	1%
祖父/祖母	1	1%
家族・親族でない同居者	2	2%
計(人)	104	100%

出所：質問紙票調査回答2008年1月

自分で行える活動を選択する質問(質問A)では①整容・洗面 ②食事 ③用便 ④更衣 ⑤入浴 ⑥外出・移動の日常生活活動のうち自立による活動遂行が最も困難なのは⑥外出・移動で、これは肢体不自由者、聴覚障害者、視覚障害者の三者に共通していた。活動すべてで「1人で遂行不可能」と回答した者は8人であった。

さらに、「希望するができない活動」の質問(質問B)でも「外出・移動」に類する回答が最多数で65人、続いて上記活動の①～⑤にあたる活動の回答が53人、スポーツ競技・運動が47人、就業が46人であった(注：複数回答。以下表を参照)。

これに対応するように「医療関係者から得たい支援」を問う質問(質問C)では、身体機能向上のための訓練を希望する数が多数に及んだ。義肢・義足・義手の適合調整を希望する者は12人であるが、5歳未満1人、6～12歳1人、18～24歳2人、25～34歳2人、35～45歳4人、46歳以上1人であり、全年齢層にわたりニーズがみられる。

質問A「あなたが自分で行える活動を選択してください」(複数回答)  
・肢体不自由者の方

自分で顔を洗い、髪を整えることができる。	75
自分でスプーンやフォークを持ち食事をすることができる。	80
自分でトイレに行き用を足すことができる。	61
自分で服を着替えることができる。	50
自分でシャワーを浴びて体を清潔に保つことができる。	57
自分で外出し、移動することができる。	33

・聴覚言語障害者の方

自分で顔を洗い、髪を整えることができる。	10
自分でスプーンやフォークを持ち食事をすることができる。	8
自分でトイレに行き用を足すことができる。	8
自分で服を着替えることができる。	8
自分でシャワーを浴びて体を清潔に保つことができる。	8
自分で外出し、移動することができる。	6

・視覚障害者の方

自分で顔を洗い、髪を整えることができる。	14
自分でスプーンやフォークを持ち食事をすることができる。	14
自分でトイレに行き用を足すことができる。	13
自分で服を着替えることができる。	12
自分でシャワーを浴びて体を清潔に保つことができる。	15
自分で外出し、移動することができる。	8

質問B「自分自身であることを希望するができない活動は何ですか？」(複数回答)

外出・移動	上手に歩く・散歩する・杖なしで歩く	29	65
	1人で移動・外出する	25	
	階段を上り降りする	9	
	1人でバスに乗る	1	
	広い通りを横切る	1	
自己ケア	早く・上手に入浴する	28	50
	1人で顔を洗う・髪をとく・お化粧する	6	
	1人でトイレに行く・用を足す	5	
	自分で衣服を着替える	5	
	自分で食事する	2	
	洗濯・洗い物をする	1	
	掃除する	1	
	きれいに歯の手入れをする	1	
	爪を整える	1	
スポーツ・運動	スポーツ競技・サッカー・水泳・釣りをする	23	47
	踊る	11	
	走る	10	
	跳びはねる	3	
仕事	外・会社で仕事をする	45	46
	コーヒーを収穫する	1	

学習・発話・見聴・記憶	勉強する・通学する	16	37
	はっきり話す	10	
	読書する	3	
	コンピューターを使う・インターネットする	2	
	手で字を書く	2	
	ちゃんと見えるようになる	3	
	ちゃんと記憶できるようになる	1	
娯楽・趣味・社会生活	友人と遊ぶ・レクリエーションをする	7	19
	自由に旅行する	2	
	異性と時間を過ごす・性的関係をもつ	2	
	社会生活をする	2	
	縫いものをする	2	
	人と出会う・人に自分を見てもらう	2	
	日焼けする	1	
	劇を見て楽しむ	1	
運転	バイク・車を運転する	9	13
	自転車・馬に乗る	4	
基本動作	体の動きをコントロールする	5	11
	かがむ・膝を突く	2	
	座る	1	
	ものを掴む	1	
	体の平衡を保つ・体をまっすぐにする	1	
	子どもを抱く	1	
自立	独立する・経済的自立をする	6	8
	1人で暮らす・家を購入する	2	
他	熟睡する	3	5
	家族の家事を手伝う	2	

質問C「あなたが医療関係者から得たい支援は何ですか？」（複数回答）

身体機能を向上させるための訓練をしてほしい。	60
話を聴いてもらいたい（カウンセリングを受けたい）。	36
義肢・義足・義手が体に合わないので、調整してほしい（整形外科治療を受けたい）	18
体調が悪く原因がわからないので診察をして調べてほしい。	11
職業リハビリテーションを受けたい。	4
記憶力の改善を助けてほしい。	1
どのようにしたら身体機能が向上するか 医者から指導・情報を提供してほしい。	1

## (2) 地雷被災者の障害特性と課題

地雷・不発弾被災による障害者の障害特性は、四肢切断（脚足・腕手・指）、視覚障害（両目や片目失明）、皮膚損傷（火傷および爆発物破片による損傷）、脊髄損傷（強度の打撲による損傷）、聴覚障害（爆発時の爆音や爆発物破片による損傷）、心肺機能障害などがあげられる。また、視覚障害と四肢切断、聴覚障害と四肢切断など、重複障害者が多い。現地調査でも、面談した地雷被災による障害者14人中の7人が四肢切断を、5人が視覚障害を、2人が聴覚障害を、3人が脊髄損傷を、1人が肺機能障害を負っていた。

アンティオキア県で、障害者患者のうち地雷被災患者が約60%を占めるサンフアンデディオス病院（第2次レベル）へのインタビュー調査によれば、病院へ緊急搬送される100%の地雷被災者が搬送時に損傷部を感染した状態であり、感染がない場合には必要としない範囲の切断手術を行うことで障害程度の拡大や2次障害を引き起こす患者が多い。

## (3) 公的医療保障への不安定なアクセシビリティ

国民皆保険制度に基づき、政府は国民すべての医療保障の実現を目指しているが、2007年現在で措置状況は約79%である。障害者に特化すればいずれの保険制度にも加入しない者は29.7%になる。さらに、地雷被災者の場合、1990～2007年にかけて対人地雷総合アクション大統領プログラム情報システムに登録された地雷被災者の78.7%が地雷被災者法で保障された連帯保障基金や人道支援の受給を得ていないとされる。すなわち、障害者は一般市民よりも保健医療サービス受給・アクセスを可能とする財源手段を持たないケースが多く、地雷被災者の場合この問題はさらに深刻であると概要できる。

表2-15 いずれの保険制度にも未加入である人口の割合 (%)

年度	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	43.99	43.34	43.86	42.42	32.91	25.9	20.73

出所：社会保障省、国家統計管理局、2007年10月

表2-16 障害者の保険加入状況

保険制度名	加入者保険 Contributivo	扶助保険 Subsidiado	特殊保険 (特殊法人・民間)	未加入	未詳
加入割合 (%)	19.1	49.3	1.6	29.7	0.3
小計	70			30	

出所：国家統計管理局「障害特性・地域特性情報化のための障害者統一登録」2007年10月

地雷被災者が、法令に基づいた連帯保障基金（FOSYGA）の受給が困難である背景としては、同基金の申請が事故発生後6カ月以内という期間制限、事故発生地行政役場の証明書など必要書類提出など受給条件がある。事故発生前に連帯・補償基金を知らないこと、事故現場が危険地帯のため確認証明が困難であることも理由となっている。医療サービス提供機関は地雷被災者法に基づき被災者に無条件で診療を行う義務が定められているが、受給条件を満たさなければ診療報酬を得られないという問題が発生する。すなわち、医療保障制度の問題は被災当事者のみならず、医療サービス提供者が直面する問題となっている。

## 2-3 対象県におけるリハビリテーション医療体制

### 2-3-1 水準別医療施設数

保健医療施設の水準は社会保障省1990年法令1760号に定められ、診療サービス提供対象者（患者）の疾患状況、数、専門技術水準、医療機材水準、施設規模、施設の特質などが判断基準となる。

表2-17 水準の法的定義の概要

水準区分	主な基準	機能	単位地域
1次 (法令6条)	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村の基礎人口、所在市の患者へのケア提供規模、対象行政区画内で医療ケアがカバーできない市町村の疾病患者へのケア提供の規模。</li> <li>施設が提供するサービスと整合する健康問題（疾患）の発生頻度。</li> <li>外来診療・入院・救急医療・支援サービスの診断・治療の低水準技術。</li> <li>一般的医療分野の専門職・技術士・補助職員によるケアの実施。</li> </ul>	住民の健康管理、日常的に多発する一般的疾病への対応	市町村
2次 (法令8条)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設が提供するサービスと整合する健康問題（疾患）の発生頻度。</li> <li>複数市の患者を対象とし第1次医療施設がケア提供する地域をカバー。</li> <li>専門医療サービス提供に必要となる専門医療職人材によるケアの実施。</li> <li>医療管理・外来診療・入院・救急・診断に必要な中級水準の技術。</li> <li>ケアニーズにより複数の行政区画の、広範囲規模の患者を対象とする。</li> <li>対象医療分野の社会経済研究開発と国内他の開発促進地域への技術移転の存在</li> </ul>	都市・周辺地域にわたる広域社会生活圏での、比較的専門性の高い保健医療サービスの提供	広域行政区画圏 (小規模の医療網)
3次 (法令9条)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設が提供する医療サービスと整合する疾患症状・健康問題発生頻度。</li> <li>対象行政地域での大規模な対応患者数。</li> <li>第1次、2次病院をカバーする複数行政区画におけるケア対象地域規模。</li> <li>対象医療分野での特殊医療専門職および副特殊医療専門職によるケア提供の実施と、国内の開発促進地域への技術移転の存在</li> </ul>	専門性が高く、高度特殊な保健医療サービスの提供	県全域 必要な場合他県も

出所：社会保障省の質問紙票回答、2008年1月



対象県における水準別の医療施設数は表2-18のとおり。保健局での公的登録で4次病院はないが、3次病院にはバジェ大学病院とサンピセンテデパウル大学病院など、診療科の技術水準で4次相当の病院がある。

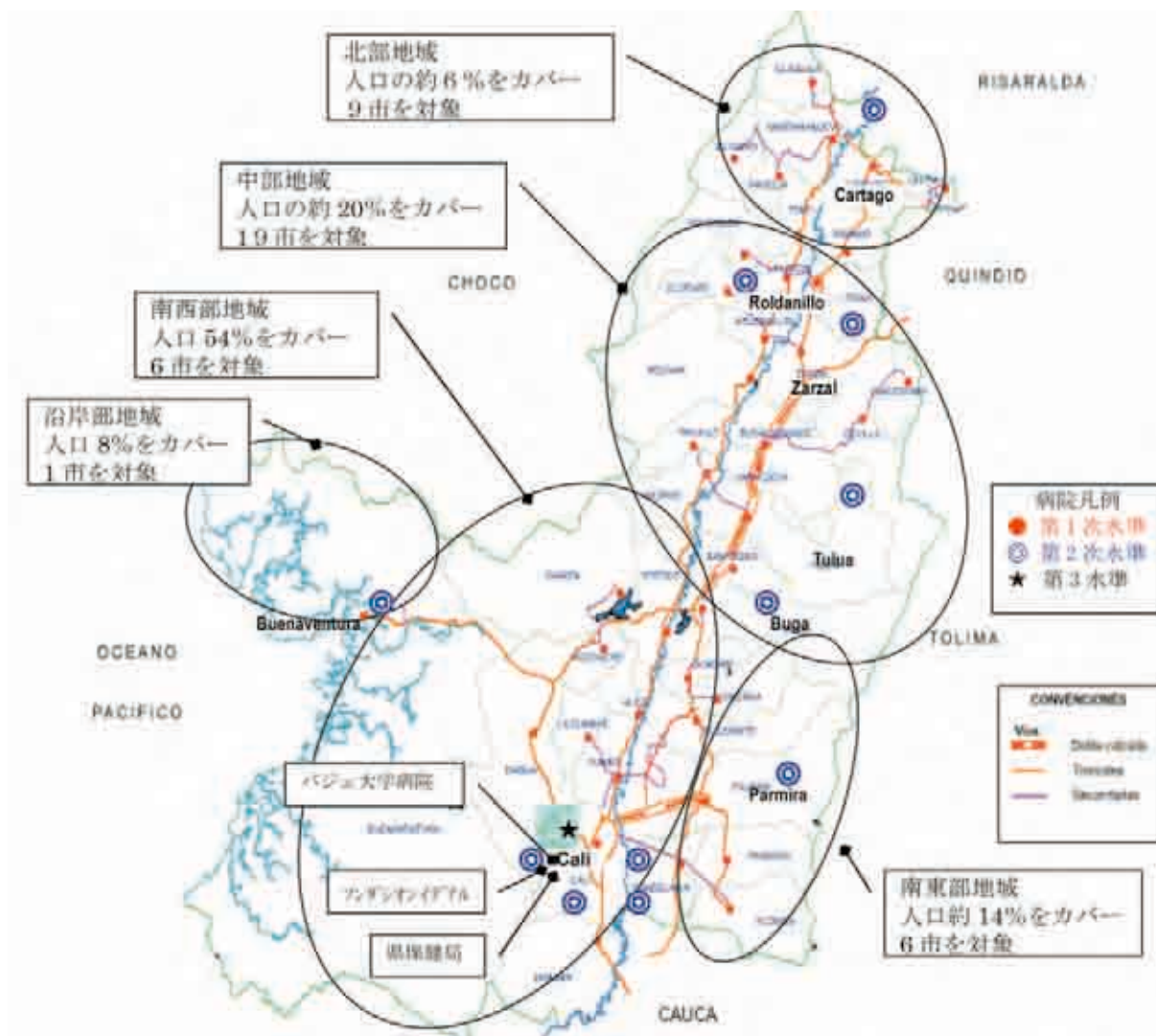
表2-18 対象県の水準別病院

医療水準	バジェ県	アンテリオキア県	計
第1次	44	136	180
第2次	11	19	30
特殊（3次相当）	2（精神・小児）	8	11
第3次	1		
計	58	163	221

出所：両県の県保健局、質問紙票調査回答結果、2008年1月

### 2-3-2 医療ネットワーク

各県は地理的エリアに基づく地域ごとの医療ネットワークをもつ。第1次水準医療施設において、技術や機材・施設水準が理由で第2次水準施設での診療が必要となった場合には、基本的には小規模ネットワークエリア内の上位水準施設へ、必要に応じた患者のレファラルが行われる。診療ニーズに応じ、治療可能な他地域・他県の病院へ患者をレファラルすることについての制限はない。



出所：バジェ県保健局 2008 年 2 月

図 2-5 バジェ県の医療ネットワーク

レファラル／カウンターレファラル（referral／counter-referral）については、2007 年社会保障省・省令第 4747 号で次のように定義される（第 1 項・目的と定義）。

- ①レファラル／カウンターレファラルは患者への適切な内容・質の医療を提供するための技術的・管理的プロセスで、医療ネットワークの医療施設間で行われる。
- ②レファラルとは医療施設から別の医療施設に対し必要な医療ニーズに応じて患者を紹介すること、もしくは診断にかかる支援を与えることを意味する。
- ③カウンターレファラルとは、レファラルにより患者を受入れた医療施設側が、レファラルを行った医療施設に対して行うもので、紹介・移送側の医療施設へ再度患者を移送、もしくは医療ケアや診断に関して情報を提供することを意味する。

社会保障省によれば、バジェ県とアンティオキア県とで、医療ネットワークとレファラ

ル／カウンターレファラルの概念と方法論の相違はないとのことである。

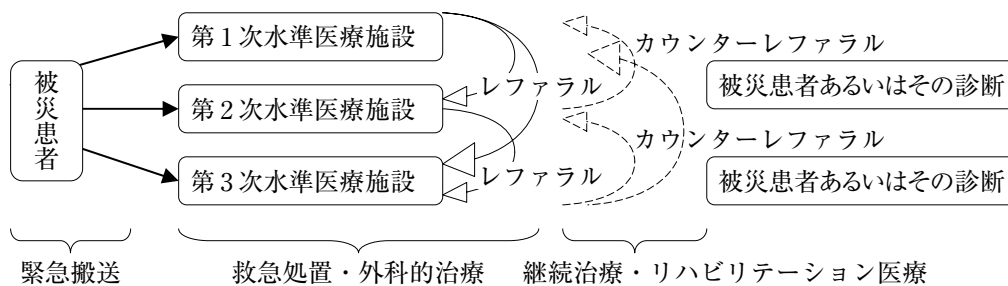
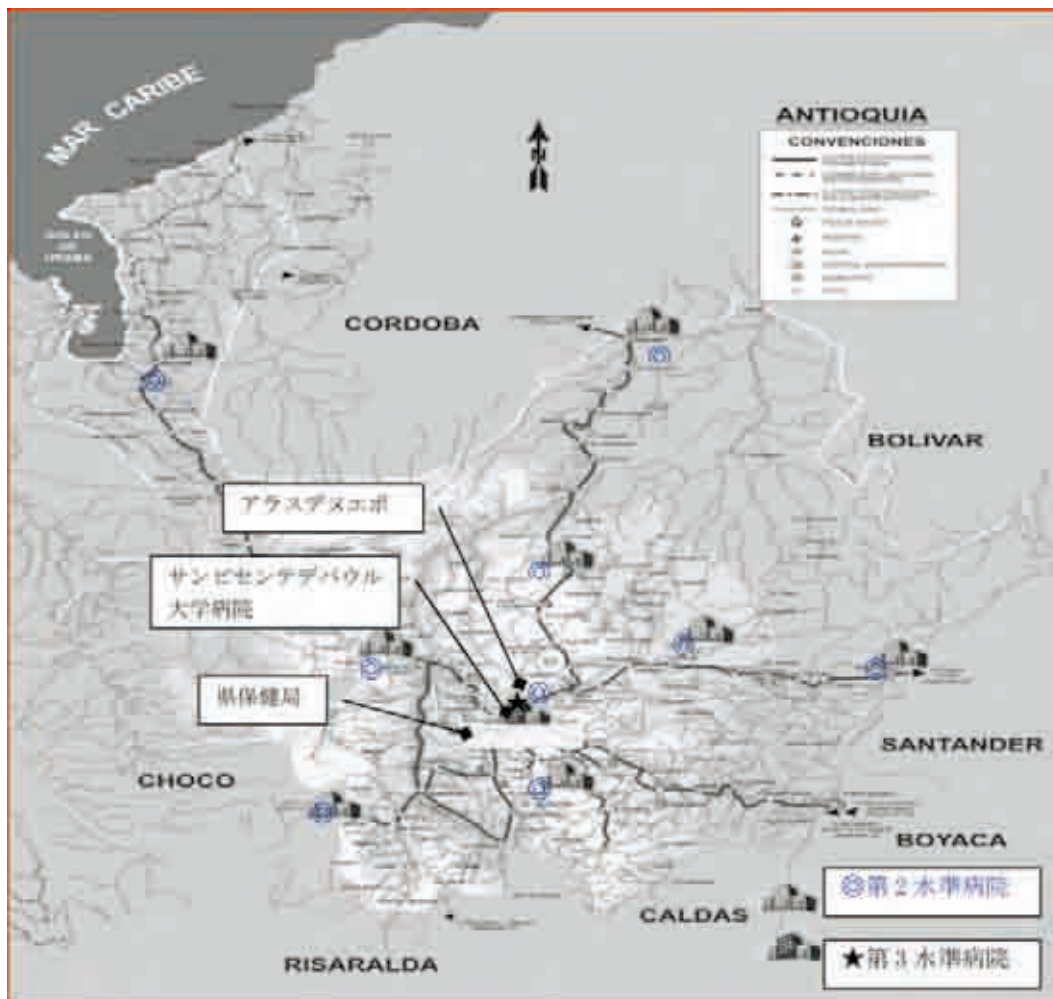


図2-6 地雷被災者を例とした場合の単純なレファラル／カウンターレファラルのコンセプト



注1：アンティオキア県については、第2次水準と第3次水準病院の位置について上図にある一部のみ把握。

注2：コロンビア国政府からのプロジェクト要請書（2006年8月）における「アンティオキアリハビリテーション委員会（Comité de Rehabilitación de Antioquia）」は、「アラスデヌエボ（adn alas de nuevo）」に名称が変更された。

出所：アンティオキア県保健局2008年2月

図2-7 アンティオキア県の医療ネットワーク

### 2-3-3 第1次・2次医療施設のリハビリテーション医療サービス概況

#### (1) 質問紙票調査結果による概況

バジェ県とアンティオキア県の第1次・2次病院の医療内容と水準を把握するため質問紙票調査を行った。アンティオキア県からは計50の施設から回答を得たが、バジェ県からは各1施設ずつのみとなった。

アンティオキア県の回答による病院における医師数は、第2次病院で3人（精神科専門病院）から80人（救急をともなう総合病院）の幅があり、第1次病院で看護師と薬剤師のみ従事する医師0人（地域診療所）から16人（救急をともなう総合病院）までの幅がある。バジェ県の回答による医師数は、第2次病院で80人（リハビリテーション診療を多くもつ児童専門病院）、第1次病院は医師25人（救急・入院をともなう）でアンティオキア県平均より人材規模が大きい。

表2-19 質問紙票調査回答数

バジェ県	アンティオキア県	計	
1次水準	1	41	42
2次水準	1	9	10
計	2	50	52

病院によりサービス種は異なり、サービスを行わない病院もあるが、両県ともにもリハビリテーション医療サービスを行う第1次・2次病院は存在し、運動機能障害リハビリテーションを提供する病院が最も多く、続いて精神機能障害リハビリテーション、精神運動発達障害である。

専門職人材についても義肢・装具士以外の主なりハビリテーション医療人材が従事しており、最も多いのが理学療法士で、続いて呼吸訓練士、視能訓練士（特に眼科）である。

第1次・2次病院では、義肢・義手・補装具製作を行う病院はないため、これが必要となった場合にはサービス提供を行う上位水準の病院（バジェ大学病院、サンビセンテデパウル病院、メデジン私立総合病院）や第2次病院では同等水準医療施設（アラスデヌエボなど）に患者を紹介している。

【質問紙票調査回答結果概要】 出所：第1次・第2次病院への質問紙票調査回答2008年2月

質問A「あなたの病院が提供するリハビリテーション医療サービスはどれですか」

リハビリテーション医療サービス種	サービスを有する 第2次病院の数	サービスを有する 第1次病院の数	計
精神機能障害リハビリテーション	1	10	11
学習障害リハビリテーション	1	0	1
知的障害・社会適応障害リハビリテーション	2	2	4
コミュニケーション障害リハビリテーション (聴覚言語障害含む)	1	4	5
精神運動発達障害リハビリテーション	4	5	9
運動機能障害リハビリテーション	8	4	12
中枢神経障害リハビリテーション	2	1	3
陣痛障害リハビリテーション	1	1	2
脊髄損傷障害リハビリテーション	0	1	1
切断・熱傷障害リハビリテーション	2	0	2
姿勢障害リハビリテーション	2	0	2
義肢・義手・補装具製作	0	0	0

注：上は回答した病院数であり人数ではない。

質問B「あなたの病院で勤務するリハビリテーション医療の専門職は何ですか」

専門職人材	人材を有する 第2次病院の数	人材を有する 第1次病院の数	計
理学療法士 (PT)	9	6	15
作業療法士 (OT)	2	1	3
言語聴覚士 (ST)	3	2	5
視能訓練士 (ORT)	9	0	9
呼吸療法士 (RT)	7	2	9
義肢装具士	0	0	0
ソーシャルワーカー (SW)	5	3	8
臨床心理士・カウンセラー	2	6	8

質問C「これまで来院・通院していた患者を他病院へ移送・紹介したことがありますか。ある場合の理由は何ですか」

• 有無

	第2次病院	第1次病院	計
無い	4	2	6
有る	6	40	46
計	10	42	52

• 理由（複数回答）

理 由	第2次病院	第1次病院	計
当病院ではできない追加的／専門的治療が必要となったため (医療技術・医療機材がないなど)	7	27	34
義肢・義足を作り、リハビリテーションを行う必要があったが、 こちらの病院では、そのサービスを行っていないため。	8	4	10
職業リハビリテーションを受けるため	1	0	1
NGO（ハンディキャップインターナショナル）に障害評価を依頼したため	0	1	1

質問D「あなたの病院は地域に根ざしたリハビリテーション（CBR）の活動団体との活動の協力関係がありますか？有る場合、CBR団体名を教えてください」

• CBR団体との協力関係の有無

	第2次病院	第1次病院	計
無い	9	36	45
有る	1	6	7
計	10	42	52

• 活動を持つCBR団体名

県	CBR活動実施団体
アンティオキア県	アラスデヌエボ Fundación Mi Sangre ハンディキャップインターナショナル Hospital San Juan de Dios（第1次病院）（自病院）
バジェ県	フンダシオンイデアル、カリ・サンチャゴ大学、バジェ・リハビリテーション地域共 同体

質問D「あなたの病院では連帯補償基金（FOSYGA）を知っていますか。また、これまで同基金で患者を治療したことがありますか？」

•FOSYGAの知識

	第2次病院	第1次病院	計
知らない	0	0	0
知っている	10	42	52

•FOSYGAによる治療実績

	第2次病院	第1次病院	計
無い	0	11	11
有る	10	30	40
未詳	0	1	1
計	10	42	52

(2) 視察・インタビュー調査結果による概況

バジェ大学病院およびサンビセンテデパウル大学病院とレファラル関係にあり救急医療サービスを有する第2次水準のCarlos Holmes Fosillo病院（バジェ県）、Sa Juan de Dios病院（アンティオキア県）の視察を行った。両病院は各県の第2次医療機関の中でも医療施設と機材および人材規模条件の良い病院であることが関係者から伝えられたが、視察結果から判断すれば、第2次病院の救急医療のレベルはコロンビア国の平均水準を満たしていると考えられる。

2-4 プロジェクト実施医療施設のリハビリテーションサービス概況

2-4-1 リハビリテーションサービス種と人材規模

本プロジェクトでは、バジェ県のバジェ大学病院とフンダシオンイデアル、アンティオキア県のサンビセンテデパウル大学病院とアラスデヌエボの4医療施設が、活動の中心的役割を担う。バジェ大学病院とサンビセンテデパウル大学病院は3次あるいは4次水準の病院として、各県のトップレファラルとしての役割を担う。フンダシオンイデアルとアラスデヌエボは、各県における第2次水準相当の医療福祉法人であり、地域におけるリハビリテーション活動に力を入れている。

過去1年のリハビリテーション患者における地雷被災者の割合は、最も多いサンビセンテデパウル病院で約3%にとどまる。

表2-20 対象医療施設におけるリハビリテーション患者の居住範囲・年間患者数と地雷被災者の割合

所在県	バジェ県		アンティオキア県	
施設名	バジェ大学病院 (県立病院)	フンダシオンイデア (非営利社会福祉法人)	サンビセンテデパウル 大学病院 (医療法人)	アラスデヌエボ (非営利社会福祉法人)
水準	第3次	第2次に相当	第3次	第2次に相当
利用患者の主な居 居(患者レファラル地域)	Valle del Cauca県(約94%) 以下南西部他県(約6%) 主にCauca県、Nariño県 少数で Putumayo県、Huila県	Valle del Cauca県 Cauca県 Nariño県	Antioquia県 Chocó県 Córdoba県 Caldas県 Risaralda県 Quindío県	Antioquia県 Chocó県 Córdoba県 Caldas県 Risaralda県 Quindío県
全医療従事職員	約1,500人	87人	約1,200人	60人
ベッド数	690	0	670	0
救急診療科	月～金24時間	なし	なし	なし
過去1年のリハビリ テーション患者数	約9,583人	7,000人	5,190人	15,767人*
上記内 地雷被災者数と割合	0.4% (38人)	0.02% (2人)	3% (148人)	0.5% (78人)

出所：各組織からの質問紙票調査への回答結果、2008年1月

注：\*アラスデヌエボは、地雷被災者連盟ココルナの会員への心理カウンセリングなどを含む、多くの地域コミュニティにおける保健医療サービスを提供しており、患者数には通院しない地域における患者数が含まれている。

表2-21 対象医療施設のリハビリテーションサービス種

●：サービス提供あり

所在県	バジェ県		アンティオキア県	
施設名	バジェ大学病院	フンダシオンイ デア	サンビセンテ デパウル病院	アラスデヌエボ
提供リハビリテーションサービス名				
精神機能リハビリテーション	●		●	●
学習障害リハビリテーション	●	●	●	●
知的障害・社会適応障害リハビリテーション	●	●		●
コミュニケーション障害リハビリテーション (聴覚言語障害含む)	●	●	●	●
精神運動発達障害リハビリテーション	●	●	●	●
運動機能障害リハビリテーション	●	●	●	●
中枢神経障害リハビリテーション	●	●	●	●
陣痛障害リハビリテーション	●	●	●	●
脊髄損傷障害リハビリテーション	●	●	●	●
切断・熱傷障害リハビリテーション	●	●	●	●



姿勢障害リハビリテーション	●	●	●	●
義肢・義手・補装具製作	腕の装具		腕の装具	
心肺機能リハビリテーション	●		●	
腫瘍・癌疾患リハビリテーション	●		●	
視覚障害（低視力・失明）リハビリテーション			●	
労災リハビリテーション				●
難聴治療の診断の支援				●

注：HUVおよびHUSVPでは腕の補装具の調整を行うが、4施設とも製作は外部民間企業等に発注している。  
出所：各組織からの質問紙票調査への回答結果、2008年1月

表2-22 主なリハビリテーション専門職員数

所在県	バジェ県		アンティオキア県	
	バジェ大学病院	フンダシオン イデアアル	サンビセンテデ パウル病院	アラスデヌエボ
専門職人材				
リハビリテーション医師数	12	3	7	4
理学療法士（PT）	11	13	7	11
作業療法士（OT）	3	9	4	9
言語聴覚士（ST）	4	9	2	4
視能訓練士（ORT）	0	0	0	0
呼吸療法士（RT）	1	0	5	0
義肢装具士	0	1	0	0
臨床心理士	0	2	3	6
メディカルソーシャルワーカー（MSW）	1	2	8	7
精神保健ソーシャルワーカー（PSW）	1	1	1	0
リハビリテーション専門教師	0	7	1	8
計	33	47	38	49

注\*：サンビセンテ病院では理学療法士、作業療法士および他の専門職員が視覚障害者患者へのケアを担当する。  
出所：各組織からの質問紙票調査への回答結果、2008年1月

#### 2-4-2 リハビリテーション専門職人材の技術水準

コロンビア国における医療専門職人材の養成システムは、養成・教育機関（大学・専門学校）における課程の履修後に自己申告登録により公的な資格取得がされ、日本における国家試験に該当する質の標準化を図るシステムはない。現地調査期間中に、全国共通国家試験の導入計画が社会保障省で検討されていることが明らかにされたが、具体化に至っていない。

技術移転の対象となる人材の技術水準を把握するため、プロジェクト実施医療施設のリハビリテーション医療専門職を対象に質問紙票調査を行い、計119人からの回答を得た。

表2-23 質問紙票調査回答者と人数

	所在地 職種 \ 施設名	バジエ県		アンティオキア県		回答 数計 (人)
		バジエ大学病院	フンダシオン イデア	サンビセンテデ パウル大学病院	アラスデヌエボ	
1	リハビリテーション医師	10	2	7	4	23
2	整形外科医	8	2	0	0	10
3	理学療法士	8	7	6	9	30
4	作業療法士	1	5	3	8	17
5	言語聴覚士	4	5	2	2	13
6	呼吸器療法士	2	0	5	0	7
7	臨床心理士	0	1	1	5	7
8	ソーシャルワーカー	0	1	1	4	6
9	特殊教育専門員	0	0	1	5	6
	計 (人)	33	23	26	37	119

- 注1) 本集計は、各施設から提出された回答のうち、リハビリテーション部門でリハビリテーション医療に従事し、本プロジェクトの技術移転の対象者となる予定の専門職からの回答に限定した集計である（他部門で従事する精神科医、眼科医等の回答は集計から削除した）。
- 2) 回答がない専門職人材を機関が有しないことを意味しない。
- 3) 「大学卒業」は4～5年間の総合大学あるいは専門大学を意味する。

(1) 学歴・職歴

最終学術水準では、92%の109人が大学卒業（4～5年）であった。職歴については、所属施設での勤続年数、専門職の勤務年数、リハビリテーション医療従事年数のすべてで平均年数が多いのはサンビセンテデパウル大学病院の専門職である。

表2-24 学歴別回答者数

回答数計 (人)	博士課程修了	修士課程修了	大学卒業 (総合普通・専門)	ディプロマ取得
119	2	7	109	1

(2) 質問紙票調査回答結果概要

表2—25 対象医療施設の質問紙票調査回答集計

■バジエ大学病院 (バジエ県)

職種	回答数	最終学術水準			職歴 (平均年数)			学習/研修歴と知識 (有1、無0)			研究実績 (有1、無0)					
		博士課程 修了	修士課程 修了	大学卒業	ディプロ マ取得	所属組織で の勤続年 数	専門職の 就業年数	リハビリ医療 の就業年数	ICFの学習 経験者数	EBMの学 習経験者数	CBRについ ての知識	地域医療活 動従事経験	学会所属	研究発表 経験		
1 リハビリ医師	10	0	0	10	0	8.5	17.3	11.5	6	6	10	8	10	5		
2 整形外科医	8	1	1	6	0	15.6	22.3	5.9	0	4	0	1	8	7		
3 理学療法士	8	0	2	6	0	12.5	14.8	15	8	3	5	7	1	6		
4 作業療法士	1	0	0	1	0	16.7	18	18	1	0	1	0	0	0		
5 言語聴覚士	4	0	0	4	0	4.7	7.5	5.7	3	0	4	3	0	3		
6 呼吸器療法士	2	0	0	2	0	7.2	8.1	7.7	1	0	1	1	0	1		
7 臨床心理士	0															
8 ソーシャルワーカー	0															
9 特殊教育専門員	0															
計 (人)	33	1	3	29	0	7.2	9.8	7.1	19	13	21	20	19	22		
平均年数											57.6%	39.4%	63.6%	60.6%	57.6%	66.7%
											計人数および全回答数に対する割合 (%)					

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

■フンダシオインデアアル (バジエ県)

	職種	回答数	最終学術水準				職歴 (平均年数)				学習/研修歴と知識 (人) (有1、無0)				研究実績 (有1、無0)	
			博士課程 修了	修士課程 修了	大学卒業	ディプロ マ取得	所属組織で の勤務年	専門職の 就業年数	リハビリ医療 の就業年数	ICFの学習 経験者数	EBMの学 習経験者数	CBRについ ての知識	地域医療活 動従事経験	学会所属	研究発表 経験	
1	リハビリ医師	2	0	0	2	0	7	17.6	7	1	2	2	1	0		
2	整形外科医	2	0	0	2	11.3	16.3	20.2	0	1	2	2	2	1		
3	理学療法士	7	0	1	6	3.4	5.4	5.4	5	0	7	5	0	2		
4	作業療法士	5	1	0	4	2.3	3.3	3.3	4	1	5	3	1	1		
5	言語聴覚士	5	0	0	5	3.4	7.3	7.2	5	0	5	3	1	0		
6	呼吸器療法士	0														
7	臨床心理士	1	0	0	1	2	2	2	1	0	1	1	0	1		
8	ソーシャルワーカー	1	0	1	0	15	15	15	1	0	1	1	1	1		
9	特殊教育専門員	0														
	計 (人)	23	1	2	20	6.3	9.6	8.6	17	2	22	17	6	6		
平均年数										73.9%	8.7%	95.7%	73.9%	26.1%	26.1%	
計人数及び全回答数に対する割合 (%)																

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

■サンビセンテデパウナル大学病院（アンテイオキア県）

職種	回答数	最終学術水準			職歴（平均年数）			学習／研修歴と知識（人）（有1、無0）				研究実績（有1、無0）			
		博士課程 修了	修士課程 修了	大学卒業	ダイプロ マ取得	所属組織で の勤続年 数	専門職の 就業年数	リハビリ医療 の就業年数	ICFの学習 経験者数	EBMの学 習経験者数	CBRについ ての知識	地域医療活 動従事経験	学会所属	研究発表 経験	
1 リハビリ医師	7	0	0	7	0	3.4	7	6.9	4	5	7	7	6	5	
2 整形外科医	0														
3 理学療法士	6	0	1	5	0	21.5	23	23.3	3	2	7	7	3	5	
4 作業療法士	3	0	0	3	0	4.1	9.5	8.7	2	1	3	3	1	2	
5 言語聴覚士	2	0	0	2	0	6.8	9.3	9.3	0	1	0	0	0	2	
6 呼吸器療法士	5	0	0	5	0	2.5	5.3	3.4	0	1	2	1	0	3	
7 臨床心理士	1	0	0	1	0	20.1	27.2	27.2	1	0	1	1	0	1	
8 ソーシャルワーカー	1	0	0	1	0	16.2	16	16	0	0	1	0	0	0	
9 特殊教育専門員	1	0	0	1	0	0.5	3.5	3.5	0	0	1	1	0	1	
計（人）	26	0	1	25	0	9.4	12.6	12.3	10	10	22	20	10	19	
				平均年数				38.5%		84.6%		76.9%		73.1%	
												計人数及び全回答数に対する割合（%）			

出所：質問紙調査回答、2008年1月

■アラスデスエボ（アンティオキア県）

職種	回答数	最終学術水準				職歴（平均年数）			学習／研修歴と知識（人）（有1、無0）				研究実績（有1、無0）	
		博士課程 修了	修士課程 修了	大学卒業	ディプロ マ取得	所属組織で の勤続年 数	専門職の 就業年数	リハビリ医療 の就業年数	ICFの学習 経験者数	EBMの学 習経験者数	CBRについ ての知識	地域医療活 動従事経験	学会所属	研究発表 経験
1 リハビリ医師	4	0	1	2	1	10.1	17.7	14.9	4	2	4	3	4	3
2 整形外科医	0													
3 理学療法士	9	0	0	9	0	4.4	7.3	7.3	8	0	1	7	0	5
4 作業療法士	8	0	0	8	0	12.0	4.9	4.1	6	0	8	6	0	7
5 言語聴覚士	2	0	0	2	0	1.8	6.5	6.5	2	0	0	2	0	2
6 呼吸器療法士	0													
7 臨床心理士	5	0	0	5	0	3.4	6.4	5.6	2	0	2	2	0	4
8 ソーシャルワーカー	4	0	0	4	0	3.1	5.3	3.8	2	0	4	4	0	4
9 特殊教育専門員	5	0	0	5	0	9.0	9.3	8.5	3	0	4	4	0	1
計（人）	37	0	1	35	1	6.3	8.2	7.2	27	2	23	28	4	26
平均年数									73.0%	5.4%	62.2%	75.7%	10.8%	70.3%
計人数及び全回答数に対する割合（%）														

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

### (3) 国際生活機能分類（ICF）概念の導入状況

回答数が少ないために明確な比較は難しいが、4施設のうち総合リハビリテーションおよび地域リハビリテーションで活発な活動を行うフンダシオンイデアル（74%）とアラスデヌエボ（71%）が、バジェ大学病院（57.6%）、サンビセンテデパウル大学病院（38.5%）より、ICFの知識を有する人材比率が高い。

対象組織のうちICF分類を全面的に活用している組織はない。バジェ大学では国際保健機構（WHO）のICD-10分類（International Classification of Diseases / Clasificación Internacional de Enfermedades : ICE、国際疾病分類・第10版）を主とし、サンビセンテデパウル大学病院では一昨年に機能評価においてICFを一部導入したが全面的なものではない。フンダシオンイデアルは、患者の初診における総合計画でICFと総合治療計画様式（FPTI Vi / 09 / 03）を用いている。アラスデヌエボでは、初診の患者の総合計画立案にICFを一部活用している（出所：各施設への質問票調査回答、2008年1月）。

### (4) 根拠に基づく医療（EBM）の導入状況

バジェ大学病院とサンビセンテデパウル大学病院においては、根拠に基づく医療（EBM）<sup>13</sup>の考えを患者への処置マネージメントに導入し処置ガイドの作成を始めている。サンビセンテデパウル大学病院ではEBMの考えのもとに診療手順書（プロトコル）作成を開始し、治療サービスに関わる文書をこれに基づき改定することを目指している。フンダシオンイデアルでは、管理指針書（マネージメントガイド）においてこれを導入しているとされる。

アラスデヌエボとの意見交換ではEBMの導入必要性について診療報酬の政府からの支払いの条件として診療手順書（プロトコル）の提出が求められ、そこにEBMに基づく手順の記載が必要となる、との説明があった。このほかアラスデヌエボからは、専門職人材の技術の質に格差がある現状でEBMの導入ニーズの説明がされたが、専門職人材への調査回答では同施設がもっともEBMの知識を有する人材が少ない（31人中のリハビリテーション医師2人）。

コロンビア国における診療手順書（プロトコル）は、社会保障省が標準化の意向を示しているが、実質的には標準化されたものがなく、医療施設により記載項目や内容の質に多様性があるとのことである。関係の医療機関からの診療手順書（プロトコル）の説明からも、

---

13 リハビリテーション医療の経験的医療からの脱却はチーム医療において用いられる医療情報、個人情報、生活情報をデータベース化しリハビリテーション医療の帰結（outcome）の明らかにしたうえで、リハビリテーション医療の妥当性を検証し治療ガイドラインを作成することにより達成される。このような医療実践を根拠に基づく医療（EBM）という。

その理解も統一されていないことが判明している。

#### (5) 地域に根ざしたリハビリテーション（CBR）と地域保健への参加

フンダシオンイデアルは総合リハビリテーション（Inclusive rehabilitation）を運営の中心的なコンセプトとして、4施設の中でもっともCBR活動を積極的に行っているが、質問紙票調査結果でもこの特質が見られる。アラスデヌエボは積極的な精神保健衛生分野での活動を含めた地域医療保健のサービスを行っているが、総合リハビリテーションと呼べるCBRの活動の明確な戦略策定には至っていないとみられた。

なお表2-25で言及される最終学歴教育機関と所属学会については、添付資料4を参照。

#### 2-4-3 リハビリテーション患者の障害・疾病種別の初診者割合と平均年齢

最近1年間の全リハビリテーション患者数における、主要な障害別・初診患者についての割合を示す。

なお、初診患者の平均年齢の情報は、バジェ大学病院とフンダシオンイデアルの一部のみ入手可能であった。

##### (1) バジェ大学病院（バジェ県）

障害・疾患名	占有率 (%)	平均年齢 (歳)
身体障害		
骨関節損傷	19.8	37
脳血管疾患	2.2	49
関節疾患（リウマチを含む）	2.6	54
脊髄損傷	3.7	31
脳性麻痺	5.7	17
四肢切断	2.3	37
筋肉・腱損傷	19.4	43
抹消神経損傷	14.0	41
言語発達障害	4.9	15
神経系疾患	4.8	35
脳性障害	4.5	31
心身発達障害	3.3	4
心臓血管疾患	3.0	54
神経系障害	1.8	41
認知障害	1.6	8
火傷後遺症	0.9	30



呼吸器疾患	0.9	47
生殖・泌尿器疾患	0.4	38
聴覚障害	0.2	24
視覚障害	0.1	33
他	0.7	
精神障害		
統合失調症	0.8	25
高次脳機能障害	1.2	40
先天性精神遅滞	0.2	35
躁鬱症	1.0	35
	100	

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

(2) フンダシオンイデアール（バジェ県）

障害・疾患名	占有率 (%)	平均年齢 (歳)
身体障害		
骨関節損傷	12.6	n.a. (16-80)
脳血管障害	8.0	n.a. (25-92)
関節疾患（リウマチを含む）	12.6	n.a. (16-80)
脊髄損傷	0.8	29
脳性麻痺	2.2	n.a. (20-60)
四肢切断	2.6	n.a. (31-77)
腰椎疾患	36.7	29
手根骨脱臼症	16.9	29
パーキンソン病	0.7	26
他	2.8	
精神障害		
非定型行動・情緒複合障害	2.5	n.a. (4-6)
適応障害	1.6	n.a. (5-47)
計	100	

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

注：（ ）内は初診患者の年齢幅

## (3) サンビセンテデパウル大学病院 (アンティオキア県)

障害・疾患名	占有率 (%)	平均年齢 (歳)
身体障害		
骨関節損傷	32.2	n.a.
脳血管障害	11.1	n.a.
関節疾患 (リウマチを含む)	0.9	n.a.
脊髄損傷	0.8	n.a.
脳性麻痺	1.1	n.a.
四肢切断	1.2	n.a.
脳障害	21.1	n.a.
心臓疾患	23.8	n.a.
火傷後遺症	4.9	n.a.
精神障害		
Esquizofrenia 統合性失調症	0.5	n.a.
高次脳機能障害	1.3	n.a.
先天性知能障害	0.9	n.a.
計	100	

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

## (4) アラスデヌエボ (アンティオキア県)

障害・疾患名	占有率 (%)	平均年齢 (歳)
身体障害		
骨関節損傷・関節疾患 (リウマチを含む)・坐骨・頸骨神経症	52.0	n.a.
骨折・脱臼	9.1	n.a.
脳血管・大動脈障害	4.9	n.a.
脳性麻痺	1.2	n.a.
上腕切断	1.0	n.a.
発話障害	1.5	n.a.
発達障害	2.0	n.a.
他	1.7	n.a.
精神障害		
先天性知能障害	23.0	n.a.
学習障害・自閉症・多動性注意欠陥障害・精神発育遅滞	3.6	n.a.
	100	

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

#### 2-4-4 外来リハビリテーション患者の平均通院期間・平均受診日数

通院期間と受診日数は、同じ障害・疾患種に対しても医療施設によりかなりの違いが見られるが、脳血管障害や脳性麻痺など脳障害に類する障害患者の診療はいずれの施設でも長期が必要である点など、共通点も見られる。

各施設の主要な障害・疾患別による外来患者の通院期間・平均受診日数の概要は以下のとおり。

##### (1) バジエ大学病院（バジエ県）

障害・疾患名	平均通院期間	平均受診総日数
身体障害		
骨関節損傷	4カ月	85
脳血管疾患	24カ月	584
関節疾患（リウマチを含む）	3カ月	50
脊髄損傷	12カ月	196
脳性麻痺	36カ月	876
四肢切断	9カ月	293
筋肉・腱損傷	4カ月	85
抹消神経損傷	12カ月	246
言語発達障害	24カ月	208
神経系疾患	24カ月	584
脳性障害	24カ月	584
心身発達障害	24カ月	584
心臓血管疾患	3カ月	50
神経系障害	24カ月	584
認知障害	12カ月	104
火傷後遺症	6カ月	148
呼吸器疾患	0.5カ月	10
生殖・泌尿器疾患	4カ月	32
聴覚障害	12カ月	156
視覚障害	2カ月	24
精神障害		
統合性失調症	24カ月	522
高次脳機能障害	12カ月	730
先天性精神遅滞	12カ月	172
躁鬱症	12カ月	500

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

## (2) フンダシオンイデアール (バジエ県)

障害・疾患名	平均通院期間	平均受診総日数
身体障害		
骨関節損傷	2カ月	15
脳血管障害	3カ月	20
関節疾患 (リウマチを含む)	6カ月	20
脊髄損傷	6カ月	30
脳性麻痺	1年	30
四肢切断	N.A	N.A
腰椎疾患	3カ月	15
精神障害		
非定型行動情緒複合障害	2カ月	10
適応障害	2カ月	10

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

## (3) サンビセンテデパウル大学病院 (アンティオキア県)

障害・疾患名	平均通院期間	平均受診総日数
身体障害		
骨関節損傷	1カ月	5
脳血管障害	9～12カ月	50
関節疾患 (リウマチを含む)	1カ月	10
脊髄損傷	9～12カ月	60
脳性麻痺	12カ月	20
四肢切断	3～6カ月	20
脳障害	9～12カ月	50
心臓疾患	3～6カ月	20
火傷後遺症	12～24カ月	15
精神障害		
統合性失調症	n.a.	n.a.
高次脳機能障害	n.a.	n.a.
先天性知能障害	2カ月	10

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

(4) アラスデヌエボ (アンティオキア県)

障害・疾患名	平均通院期間	平均受診総日数
身体障害		
骨関節損傷・関節疾患 (リウマチを含む)	1カ月	10
脳血管障害	3カ月	30
脊髄損傷	3カ月	30
脳性麻痺	3年	(プログラムによる)
精神障害		
先天性知的障害	10年	(プログラムによる)

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

2-4-5 リハビリテーション患者の診療費支払い状況

リハビリテーション患者の診療費支払い状況は施設ごとに大きな差が見られる。保険適用の患者の割合にばらつきがある点が特徴的である。概要は以下のとおり。加入保険以外の方法で支払う割合がもっとも多いのは、バジェ大学病院である。

(1) バジェ大学病院 (バジェ県)

支払い状況	割合 (%)
保険を活用して受診する患者	22.6
100%自費により受診する患者	0
自身で支払いが不可能で、政府基金や、慈善団体の支援金で受診する患者	77.4
支払う手段がなく、病院が負担する患者	0
計	100

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

(2) フンダシオンイデアル (バジェ県)

支払い状況	割合 (%)
保険を活用して受診する患者	45
100%自費により受診する患者	30
自身で支払いが不可能で、政府基金や、慈善団体の支援金で受診する患者	15
支払う手段がなく、病院が負担する患者	10
計	100

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

(3) サンビセンテデパウル大学病院（アンティオキア県）

サンビセンテデパウル大学病院からは、他3施設と同形式での回答は得ることができず、代わって、病院側の診療報酬収入種別の割合が回答された。

病院側への診療報酬（支払い）費目	割合（％）	
患者の加入保険者からの支払い	49.2	85.8
県保健局（扶助保険含む）からの支払い	36.6	
患者個人の自費による支払い	8.80	
他	5.40	
計	100	

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

(4) アラスデヌエボ（アンティオキア県）

支払い状況	割合（％）
保険を活用して受診する患者	90
100%自費により受診する患者	0.5
自身で支払いが不可能で、政府基金や、慈善団体の支援金で受診する患者	7
支払う手段がなく、病院が負担する患者	2.5
計	100

出所：質問紙票調査回答、2008年1月

#### 2-4-6 リハビリテーション患者の通院手段

外来リハビリテーション患者の通院手段についての調査によると、4施設いずれもほとんどの患者がバス、タクシー等の公共交通手段を利用し、ケースにより患者の所有車により通院する者もいる。いずれの施設も、通院車両などは所有していない。

障害者患者にとって通院は非常に負担の大きいものであり、経済的な事情で公共交通手段を利用できない患者にとって、リハビリテーションサービスへのアクセスの機会とリハビリテーション効果に影響する問題となっている。