

コロンビア国
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
強化プロジェクト
中間レビュー調査報告書

平成23年4月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
11-018

コロンビア国
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
強化プロジェクト
中間レビュー調査報告書

平成23年4月
(2011年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

コロンビア共和国では、40年にわたる反政府組織コロンビア革命軍（FARC）等非合法武装勢力と政府軍との国内紛争のなかで、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ます。2005年時点でコロンビアの地雷被災による死亡及び負傷者数は年間1,110人にのぼり、うち約4割が一般市民、その約3割が子どもでした。また、地雷被災の97%が農村部で発生しており、農村地域の貧困層かつ脆弱人口が最も多くの被害を受けている状況にあります。コロンビア共和国政府及び各国支援による地雷除去や啓発活動の結果、同国の地雷被災者は2008年に798人、2009年には674人と年々減少していますが、依然としてアフガニスタンに次ぎ世界で2番目に地雷被災が多発する国となっています。

地雷被災者支援はコロンビア共和国政府の重要政策のひとつであり、関係省庁・機関によりさまざまな取り組みが進められてきていますが、地雷被災直後医療施設を受診するまでの応急的処置から、医療施設を受診してからの治療、機能回復のためのリハビリテーションまでのルートにおいて、医療リハビリテーションに関連する技術面の向上と、地雷被災者支援に直結する被災者の権利・義務や支援のための制度に関する知識の普及等が課題となっていました。

かかる状況下、コロンビア共和国政府は、地雷被災者を中心とした障害者のための医療・社会面における総合的なリハビリテーション体制の強化という課題を解決すべく、わが国に支援を要請しました。

この要請を受け JICA は、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）、社会保障省（MPS）等合計8機関をカウンターパートとし、アンティオキア県及びバジェ県において、2008年8月から4年間の技術協力プロジェクトを開始しました。現在、長期専門家3名（チーフアドバイザー/総合リハビリテーション、住民参加/公衆衛生、業務調整）が現地で活動中で、各分野の短期専門家派遣と研修員の本邦受入れを中心に協力を展開しています。

今般、同プロジェクトの中間レビュー調査を行うことを目的として、2010年11月に調査団を派遣し、コロンビア共和国政府及び関係機関との間で、プロジェクトの進捗の確認と今後の方向性に係る一連の協議を行いました。

本報告書は、同調査結果を取りまとめたもので、今後のプロジェクトの展開に、さらには類似のプロジェクトに活用されることを願うものです。

ここに、本調査にご協力を頂いた内外の関係者の方々に深い謝意を表するとともに、引き続き一層のご支援をお願いする次第です。

平成23年4月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文
目 次
地 図
写 真
略語表
評価調査結果要約表

第1章 中間レビュー調査団の内容	1
1-1 プロジェクトの経緯と調査団派遣目的	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
1-5 調査の方法と項目	4
1-5-1 評価の方法	4
1-5-2 情報収集の手段	5
1-5-3 評価項目（評価5項目）	6
第2章 プロジェクト概要	7
2-1 プロジェクトの要約（PDM）	7
2-2 PDM改訂の経緯	7
第3章 プロジェクトの実績	9
3-1 投入実績	9
3-1-1 日本側の投入	9
3-1-2 コロンビア側の投入	10
3-2 活動実績	11
3-3 成果の達成状況	11
3-4 プロジェクト目標の達成状況	14
3-5 上位目標の達成状況	15
3-6 総 評	15
第4章 評価5項目による評価結果	17
4-1 妥当性	17
4-2 有効性（見込み）	19
4-3 効率性	20
4-4 インパクト（見込み）	21
4-5 持続性（見込み）	22
4-6 結 論	23

第5章 提 言	24
5-1 成果3、4の実施体制の整備	24
5-2 プロジェクト運営管理体制の強化	24
5-3 事業裨益者（地雷被災者を含む障害者）の事業実施への関与	24
5-4 プロジェクト広報の強化	25
5-5 その他	25
5-6 団員所感（医療リハビリテーション分野担当：岩谷力）	25

図表目次

表-1 対象者別情報の収集手段	6
表-2 年度別機材供与金額	10
表-3 現地業務費・日本側負担	10
表-4 現地業務費・コロンビア側負担	11
図-1 プロジェクト俯瞰図	27

付属資料

1. ミニッツ（M/M 和文）	31
2. ミニッツ（M/M 西文）	53
3. PDM 第1版、第2版	96
4. 実 績	104
4-1 カウンターパート・主要面談者リスト	104
4-2 専門家派遣実績	106
4-3 コロンビア国内外における研修・セミナー実績	107
4-4 供与機材リスト	112
4-5 ローカルコスト内訳【日本側・コロンビア側】	115
4-6 委員会等開催実績	117
5. PDM 新旧対照表	123
6. 評価グリッド	127
7. インタビュー記録	136



★ サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院
 ★ コミテ・デ・リハビリタシオン

★ 社会保障省
 ★ PAICMA

★ バジェ大学病院
 ★ フンダシオン・イデアアル



C/P が自主的に実施した総合リハビリテーション研修修了証



C/P 予算で整備したコミュニティ応急処置バッグとその中身



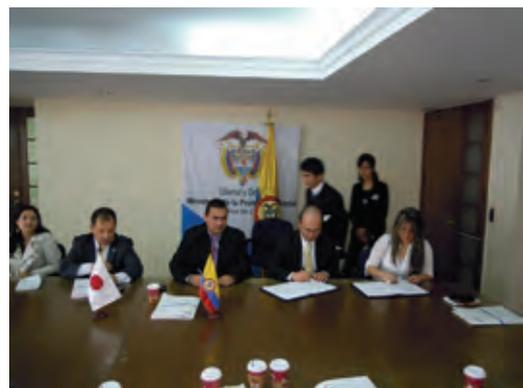
アンティオキア県 C/P との協議
(2010年11月17日)



C/P とのミニッツ協議 (2010年11月18日)



JCC で PDM の説明をする専門家
(2010年11月19日)



ミニッツ署名 (2010年11月19日)

略 語 表

ADL (AVD)	Activities of Daily Living (Actividades de Vida Diaria)	日常生活活動
ASC (CDA)	Comité Directivo Antioquia (Antioquia Steering Committee)	アンティオキア県運営委員会
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
COMITÉ	El Comité de Rehabilitación	コミテ・デ・リハビリタシオン
CONPES80	Consejo Nacional de Política Económica y Social	国家経済社会政策審議会政策文書
C/P	Counterpart	プロジェクトのカウンターパート
CRAC	Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos	成人視覚障害リハビリテーションセンター
DSSA	Dirección Seccional de Salud de Antioquia (Departmental Health Office of Antioquia)	アンティオキア県保健局
EPS	Entidades Promotores de Salud (Health Promoting Institutions)	保健促進機関（医療保険）
FG	Focus Group	フォーカスグループ（ディスカッション）
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía (Solidarity and Security Fund)	連帯保障基金
HI	Handicap International	ハンディキャップ・インターナショナル（NGO）
HUSVP	Hospital Universitario San Vicente de Paúl (San Vicente of Paul University Hospital)	サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院
HUV	Hospital Universitario del 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
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
IDEAL	Fundación IDEAL	フンダシオン・イデアル
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）
JCC (CCC)	Joint Coordinating Committee	合同調整委員会

	(Comité Coordinador Conjunto)	
JCPP	Japan-Chile Partnership Program	日本ーチリ・パートナーシッププログラム
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
JSC (CDC)	Joint Steering Committee (Comité Directivo Conjunto)	合同運営委員会
M/M	Minutes of Meetings (Minuta de Reunión)	協議議事録
MPS	Ministerio de la Protección Social	社会保障省
PAICMA	Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal	副大統領府対人地雷総合アクション大統領プログラム
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
R/D	Record of Discussion (Registro de Discusiones)	討議議事録
SAC	Steering Administrative Committee	運営管理委員会
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
SV	Senior Volunteer	シニアボランティア
VSC (CDV)	Valle del Cauca Steering Committee (Comité Directivo Valle del Cauca)	バジェ県運営委員会

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：コロンビア共和国	案件名：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
分野：社会保障	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署： 人間開発部社会保障課	協力金額：2.4 億円
協力期間（R/D）： 2008 年 8 月～2012 年 8 月 （4 年間）	先方関係機関：副大統領府対人地雷総合アクション大統領プログラム（PAICMA）、社会保障省（MPS）、バジェ県保健局、バジェ大学病院（HUV）、フンダシオン・イデアル（IDEAL）、アンティオキア県保健局、サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院（HUSVP）、コミテ・デ・リハビリタシオン（COMITÉ、旧称アラス・デ・ヌエボ）
	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
	他の関連協力：草の根・人間の安全保障無償資金協力
1-1 協力の背景と概要	
<p>コロンビア共和国（以下、「コロンビア」と記す）では、40 年にわたる反政府組織コロンビア革命軍（FARC）等非合法武装勢力と政府軍との国内紛争のなかで、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 年にはコロンビアの地雷被災者数は年間 1,110 人（死亡及び負傷者）にのぼり（被災者の 4 割が一般市民、うち 3 割が子ども、被害の 97%が農村部貧困地域で発生）、アフガニスタン（848 人）、カンボジア（875 人）を抜いて世界一地雷被災が多発する国となった。</p> <p>被災者支援の面では、コロンビア政府は被災者が医療サービスを受けられるよう「連帯保障基金（Fondo de Solidaridad y Garantía：FOSYGA）」を設立し、被災直後の病院までの搬送費やその後の治療費を支給する等制度面での整備を図りつつあるものの、地雷被災者の権利が十分認識されておらず、また被災直後の応急手当てに必要な正しい知識をもつ人が少ないことから、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くみられる。さらに、被災者が緊急搬送される第 1 次、第 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もたず、再建・機能回復を考慮せずに手術を行ってしまうことや、被災者がリハビリテーションを受ける第 3 次、第 4 次レベルの病院では、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、障害者一人ひとりの日常生活活動（Activities of Daily Living：ADL）の向上をめざした適切なリハビリテーションの実施が課題となっていた。</p> <p>こうした状況を踏まえ、2008 年 8 月より 4 年間の予定で、副大統領府対人地雷総合アクション大統領プログラム（Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal：PAICMA）、社会保障省（Ministerio de la Protección Social：MPS）、バジェ・デル・カウカ県（以下、「バジェ県」）保健局、アンティオキア県保健局はじめ全 8 機関をカウンターパート（Counterpart：C/P）とし、地雷被災者を含む障害者の総合リハビリテーション体制の強化を目</p>	

的としたプロジェクトを、バジェ県及びアンティオキア県において開始した。プロジェクト開始から2年3カ月が経過し、プロジェクトの達成度・進捗状況を把握し、残りのプロジェクト期間の軌道修正と活動の改善点を関係者らと協議するため、中間レビューが実施された。

1-2 協力内容

対象となるバジェ県及びアンティオキア県の対象4医療施設において、機能リハビリテーションに従事する専門職の能力強化を支援するとともに、地雷被災者を中心とした障害者がリハビリテーションサービスを受けるための権利普及と、医療施設受診前処置の改善を支援し、地雷被災者を含む障害者に対する総合リハビリテーションの質の向上を図る。

(1) 上位目標

地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションが国家経済社会政策審議会政策文書（Consejo Nacional de Política Económica y Social : CONPES80）に含まれている。

(2) プロジェクト目標

バジェ県及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のための総合リハビリテーションの質が改善する。

(3) 成果

成果1：バジェ県とアンティオキア県〔特にバジェ大学病院（Hospital Universitario del Valle : HUV）、フンダシオン・イデアル（Fundación IDEAL : IDEAL）、サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院（Hospital Universitario San Vicente de Paúl : HUSVP）、コミテ・デ・リハビリタシオン（El Comité de Rehabilitación : COMITÉ）〕において、機能リハビリテーションに従事する専門職人材の能力が強化される。

成果2：対象4医療施設（HUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ）において、切断や視覚障害のリハビリテーションのガイドが活用される。

成果3：対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者が、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利・義務・制度についての知識を得る。

成果4：対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、地雷被災者の感染軽減や二次障害予防のための医療施設受診前処置に関する知識が深まる。

(4) 投入（評価時点）

日本側：

- ・長期専門家
チーフアドバイザー（1名）
住民参加/公衆衛生（1名）
業務調整（1名）
- ・短期専門家派遣
チーフアドバイザー（1名）

- 総合リハビリテーション (1名)
- 視覚障害リハビリテーション (1名)
- 総合リハビリテーション (1名)
- 住民参加 (1名)
- ・運営指導 (2回)
- ・研修 (プロジェクト予算：本邦研修 18名、第三国研修 9名)

本邦研修

- 総合リハビリテーション (8名)
- 切断障害者への総合リハビリテーション (4名)
- 視覚障害者への総合リハビリテーション (2名)
- チームリハビリテーション (4名)

第三国研修

- 第2回 CBR (地域に根ざしたリハビリテーション：Community Based Rehabilitation) 国際会議 (7名)
- コスタリカ Kaloie プロジェクトフォーラム (2名)
- ・機材供与 (事務機器、ADL ルーム機材)：約 630 万 2,000 円
- ・在外事業強化費 約 2,273 万 5,000 円 (2008・2009 年度)

相手国側：

- ・C/P の配置
- ・専門家執務スペース (HUV 及び HUSVP)
- ・プロジェクト経費 2 億 584 万 2,000 コロンビアペソ (約 915 万 6,000 円)

(※会議・ワークショップ・モニタリング時の出張旅費・交通費・燃料代、消耗品費等)

2. 評価調査団の概要

調査者	団 長	吉元 清	JICA コロンビア支所 所長
	医療リハビリテーシ ョン	岩谷 力	国立障害者リハビリテーションセンター 総長
	協力企画	大野 純子	JICA 人間開発部社会保障課 ジュニア専門員
	評価分析	若杉 健次	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会 社 研究員
調査期間	2010 年 11 月 1 日～2010 年 11 月 21 日		評価種類：中間レビュー

3. 評価結果の概要

3-1 実績の確認

(1) 成果達成度

本プロジェクトの4つの成果のうち、成果1については、3回の本邦研修の実施を含む多岐にわたる研修実施等により、順調な成果の発現がみられる。一方、残りの3つの成果については、進捗はみられるが、中間レビュー時点では成果発現に至っていない。成果2については、切断及び視覚障害の総合リハビリテーションに関するガイドライン作成チームが組織され、ガイドの作成が進められている。成果3及び4については、権利啓発、医療施設受診前処置基本手順ガイドのドラフトが作成され、今後両県保健局の予算の執行を待って、地域活

動の実施に移る段階にある。

(2) プロジェクト目標達成状況（見込み）

今後、成果 3、4 に係る地域活動が着実に実施され、予定どおりの成果が発現されれば、プロジェクト終了時までには達成することが見込まれる。

(3) 上位目標達成状況（見込み）

国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES80）に総合リハビリテーションの概念が盛り込まれる形で改定が進められる方向にあり、上位目標達成可能性はあると考えられる。

3-2 評価結果の要約

(1) 妥当性

本プロジェクトは、コロンビアの障害国家政策と地雷被災者支援政策、日本の ODA 政策と整合的であり政策面での妥当性は高く、対象地域選定、裨益者ニーズとの整合性の点でも妥当である。一方、地雷被災者を中心とした障害者の権利啓発及び医療施設受診前処置においては、既に他ドナーが類似の活動を実施しており、技術的優位性は必ずしも高くない。ただし、当事者参加等の活動を実践することにより、権利啓発に関する JICA の技術的優位性を高めることは可能である。

(2) 有効性

本プロジェクトは、成果 1 については成果の順調な発現がみられる一方、成果 2、3、4 については、活動の方向性は示されているものの、中間レビュー時点では成果の発現には至っていない。医療施設内での活動である成果 1 及び 2 については、リハビリテーションが各医療施設の重要な事業の一角を成しており、スタッフの知識・能力も高く、プロジェクト期間内に成果の達成が見込まれる。成果 3、4 については、公衆衛生専門家・実施主体となる NGO・県保健局が連携をより強化し、今後の活動計画・モニタリング・評価の枠組みを整備し、着実に実行していくことが求められる。

(3) 効率性

チーフアドバイザーの派遣開始が遅れたこと等、効率性に影響を与える要因はあったものの、C/P が適切に配置され、本邦研修を中心とする各種研修・短期専門家の投入が適切なタイミングで実施され、成果を上げているほか、本プロジェクトで供与された機材が有効に活用されているうえ、草の根・人間の安全保障無償資金協力によるリハビリテーション機材の投入により相乗効果も発現していることなどから、本プロジェクトの効率性は高いと考えられる。なお、成果 3、4 に関しては活動の計画段階にあるが、計画どおり既存のリソースを活用して活動が実施されれば、効率性は維持されることが考えられる。

(4) インパクト

プロジェクト開始時、3 次レベルの医療機関である HUV では視覚障害リハビリテーションは実施されていなかったが、帰国研修員が中心的な役割を果たし、HUV が地域の医療施設や

NGO と連携し視覚障害の総合的リハビリテーションサービスの提供を開始するという予期せぬ正のインパクトがみられる。

また、上位目標の達成可能性について、現在 MPS は、国連の障害者権利条約・本プロジェクトの成果としての総合リハビリテーション・被災者法に整合する国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES80）の改定を提案しており、上位目標達成の可能性はあると考えられる。

(5) 持続性

対象医療施設におけるリハビリテーション専門職の知識・能力は高く、リハビリテーションは各組織の主要事業の一角を成しており、成果 1、2 の持続性は高いことが見込まれる。一方、対象医療施設における活動以外の部分（成果 3、4）に関しては、プロジェクト終了後も被災者の権利啓発活動・医療施設受診前処置の普及活動を継続するためには、PAICMA・MPS・両県保健局の積極的なコミットメントが必要となる。

3-3 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関すること

特に成果 1 に関して成果の順調な発現がみられているが、その要因のひとつとして、対象 4 医療施設のリハビリテーション従事者の高い知識・能力及び、専門職としての職業意識に基づいた高いコミットメントが挙げられる。

(2) 実施プロセスに関すること

各 C/P 機関の要職にある人物を第 1 回本邦研修に招へいすることにより、総合リハビリテーションの概念が日本において具体的にどのように実践されているかが示されたことで、各組織における総合リハビリテーションの実現の道筋をつけることができ、これにより現在まで対象医療施設において総合リハビリテーションが円滑に推進されてきたと考えられる。また、その後実施レベルのリハビリテーション専門職を順次本邦研修に一定数招へいしたことにより、各医療施設内で日本の総合リハビリテーションモデルに対する共通理解をもち、各施設における実践に効果的に活用している。

3-4 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 計画内容に関すること

本プロジェクトの対象地域は 2 県にまたがり、8 つの C/P 機関が存在し、対象医療施設も公立病院・私立病院・NGO と組織の立場・性質が異なっている。このため、計画・意思決定のための調整に多くの時間を要し、活動の進展に遅滞をもたらすこともあった。

(2) 実施プロセスに関すること

8 つの C/P 間の意思決定やコミュニケーションルートが必ずしも明確でなく、日常的な活動のモニタリング・フィードバックと子細な事項の意思決定を目的とした「運営管理委員会（Steering Administrative Committee : SAC）」を追加的に組織するなど、コミュニケーションの整備に多くの労力を費やしてきている。

4. 結論

本プロジェクトのプロジェクト目標は、成果3、4が今後着実に計画・実施され予定どおりの成果が発現されれば、プロジェクト終了時まで達成することが見込まれる。上位目標については、国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES80）に総合リハビリテーションの概念が盛り込まれる形で改定が進められる方向にあり、上位目標達成の可能性は高い。

本プロジェクトは、コロンビアの障害国家政策と地雷被災者支援政策、日本のODA政策と整合的であり、対象地域選定、裨益者ニーズとの整合性の点でも妥当である。また、有効性については、成果1に関し成果の順調な発現がみられている。効率性については、長期・短期専門家の適切な投入、本邦研修を中心とする各種研修の成果や供与された機材が有効に活用されていること、コロンビア側の適切な協力体制などより、本プロジェクトの効率性は高い。インパクトについては、上位目標の達成に向けた動きがみられており、HUVで視覚障害リハビリテーションに関するサービス提供が開始される等、正のインパクトがみられる。持続性については、リハビリテーションは各組織の主要事業の一角を成しており、技術面での持続性が見込まれる。

全C/P機関が組織として本プロジェクトの成果を活用し、中央レベルではPAICMAとMPSが連携し、地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションが障害国家政策に含まれることにより、本プロジェクトの成果がコロンビアの他地域にも普及されることが期待される。

5. 提言

(1) 成果3、4の実施体制の整備

今後県別・成果別のスケジュール・活動実施主体・モニタリング体制を明確に示した文書（実施手順書）等を作成するなど、活動を着実に実施していく必要がある。

(2) プロジェクト運営管理体制の強化

1) 委員会議事録の作成と共有

プロジェクトの共通フォーマットを用いた議事録を8つのC/P機関と適切な時期に共有することで、決定プロセス・役割・責任を明確にする必要がある。

2) コミュニケーション体制の強化

プロジェクト内で引き続き円滑なコミュニケーションを実施するための体制を明確化していく必要がある。プロジェクト指標に基づくモニタリングフォーマットの作成・共有、運営管理委員会による活動モニタリング・フィードバックなど、明確なモニタリング体制の構築が必要である。

(3) 事業裨益者（地雷被災者を含む障害者）の事業実施への関与

今後地域活動を実施する成果3において、活動の実施主体となるNGO（IDEAL、COMITÉ）等が中心となり、最終裨益者である地雷被災者を含む地域の障害者グループ・団体等のプロジェクトへの参加を促していくことが望まれる。

(4) プロジェクト広報の強化

1) 関係機関におけるプロジェクトの認知度向上

PAICMA・MPS・県保健局は、定期的に他ドナーのプロジェクトに関連する情報を本プロ

プロジェクト関係者に共有するとともに、関係機関における本プロジェクトの認知度を向上させ、更なる連携を図ることが期待される。

2) ホームページやパンフレット等を通じたプロジェクトの情報発信

ホームページや本プロジェクト活動紹介パンフレットなどの作成・その他各種媒体を利用し、本プロジェクトの成果をコロンビア国内外に発信することが期待される。

6. 教訓

(1) 連続して実施する本邦研修の組み立て

本プロジェクトでは、第1回目の本邦研修に各 C/P 機関のプロジェクト中心人物を招へいし、総合リハビリテーションの概念が日本で実践されている様子を実際に示した。これにより、プロジェクトを推進する各 C/P 機関の間で到達目標が共有され、各組織における総合リハビリテーションの実現への道筋がついた結果、対象医療施設において現在まで総合リハビリテーションが円滑に推進されてきている。このことから、連続して実施する本邦研修の第1回目については、C/P 機関においてプロジェクト全体を俯瞰する権限をもつ職務にある人物を選定し、プロジェクトの全体像・方向性を確認・共有することが有効であると考えられる。

(2) 多様な C/P 機関とともに実施するプロジェクトの運営管理

本プロジェクトでは、2県1都市にまたがる8つの C/P 機関が存在し、対象医療施設も公立病院・私立病院・NGO と、組織の立場・性質が異なっており、計画・意思決定のための調整に多くの時間を要している。一方、多様な C/P 機関がプロジェクトに参画することは、多角的な視点でプロジェクトの推進へ向けた議論をすることが可能となるというメリットもある。多様な C/P 機関の参加がプロジェクトに正の影響を与えるためには、各 C/P 機関の役割、意思決定・コミュニケーションルートの明確化、認識の共有等が重要となる。

(3) 政策官庁である C/P 機関の関与による持続性の向上

本プロジェクトでは、コロンビア側の8つの C/P 機関の調整を中央レベルの PAICMA が実施しており、MPS は当初 C/P 機関の1つとして技術的なアドバイスを提供する立場から関与していた。一方、中間レビュー時点では、MPS の本プロジェクトへの関与の度合いが高まっており、上位目標の達成や持続性の向上において MPS が果たすべき役割は拡大している。プロジェクトの成果をより広く普及していくには、政策官庁であり予算を有する機関のプロジェクトへの関与の比重を高めていくことは重要である。

第1章 中間レビュー調査団の内容

1-1 プロジェクトの経緯と調査団派遣目的

コロンビア共和国（以下、「コロンビア」と記す）では、2005年の国勢調査によると全人口4,209万人の6.3%に当たる265万人が障害者であるとされている。社会保障省（MPS）が障害者支援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、関連法律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（以下、「リハ」）は、第3次レベルの病院の一部と最高次レベルの病院のリハ科で行われているが、多くの障害者は農村部に居住しているため、通院など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が機能していない、医療リハに関する誤った理解などが原因となり、障害者が適切な医療行為を受けられず、自立した生活や、就労・社会参加が困難となっている。

一方、コロンビア特有の障害の原因として、地雷による被災が挙げられる。40年以上前から非合法武装勢力と政府軍との武力抗争が続くなかで対人地雷が使用されてきた結果、2005年のコロンビアの対人地雷・不発弾による被害者数は1,110人と、カンボジア・アフガニスタン抜いて世界一となった（2009年の地雷被災者数は674人に減少し、この数値はアフガニスタンに次いで世界で2番目である）。

対人地雷禁止条約（オタワ条約）に署名以降、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、被害者の数は依然として多く、1日平均3人以上が被災、被災者の4割が一般市民で、そのうち3割が子どもである。また、被害の97%が貧しい農村地域で起こっており、地雷被災者を含む障害者のリハ体制の強化が喫緊の課題となっている。

かかる状況下、コロンビア政府からの要請に基づき、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体制の質の改善を目的とした本技術協力プロジェクトが、2008年8月より開始された。対象地域には、①地雷被災者数が最も多いアンティオキア県、②地雷被災者数は少ないものの、コロンビア南西部における唯一の第3次レベルの病院としてリハの拠点になり得るバジェ大学病院（HUV）が所在するバジェ・デル・カウカ県（以下、「バジェ県」）の2県が選定された。

本調査では、4年間の実施期間のうち約2年が経過した本プロジェクトの進捗について評価したうえで、今後の展開に向けた活動内容・成果及びプロジェクト目標の再検討を行い、必要に応じたプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）及び活動実施計画表（Plan of Operation：PO）の改訂も含め、両国のプロジェクト関係者で合意形成を行うことを目的とした。

1-2 調査団の構成

【日本側】

担 当	氏 名	所 属
総 括	吉元 清	JICA コロンビア支所 所長
医療リハビリテーション	岩谷 力	国立障害者リハビリテーションセンター 総長
協力企画	大野 純子	JICA 人間開発部社会保障課 ジュニア専門員
評価分析	若杉 健次	三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株) 研究員

【コロンビア側】

氏 名	所 属	備 考
Soraida Delgado Sierra	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)	本プロジェクト担当
Rocio Gutierrez	社会保障省 (MPS)	本プロジェクト担当
Alvaro Jose Morales Vela	バジェ県保健局 (SDSV)	本プロジェクト副担当
Natalia Montoya	アンティオキア県保健局 (DSSA)	本プロジェクト担当
Belkys Angulo	バジェ大学病院 (HUV)	本プロジェクト担当
Lina Maria Osorio Vergara	バジェ大学病院 (HUV)	本プロジェクト副担当
Diana Maria Molina Montoya	サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院 (HUSVP)	本プロジェクト担当
Rodolfo Millan Muñoz	フンダシオン・イデアル (IDEAL)	本プロジェクト担当
Carlos Alberto Quintero Valencia	コミテ・デ・リハビリタシオン (COMITÉ)	本プロジェクト担当

1-3 調査日程

日順	月日	曜日	調査内容
1	11月1日	月・祝	評価分析団員 コロンビア着
2	11月2日	火	JICA コロンビア支所 打合せ プロジェクト専門家 打合せ、インタビュー
3	11月3日	水	PAICMA 担当者インタビュー MPS 担当者インタビュー
4	11月4日	木	メデジン移動 COMITÉ 担当者インタビュー
5	11月5日	金	HUSVP 担当者 インタビュー 医療従事者・帰国研修員 フォーカスグループ 来院患者 インタビュー
6	11月6日	土	地雷被災者 インタビュー
7	11月7日	日	資料整理

- | | | |
|----|----------------------------------|---------------------------|
| | Jose Luis Cuero Leon | 救急医療センター |
| 2) | バジェ大学病院 (HUV) | |
| | Maria Lucero Urriaga | 院 長 |
| | Belkys Angulo Brion | リハビリ科副部長 |
| | Lina Maria Osorio Vergara | 理学療法士 |
| | Olga Marina Hernández | 理学療法士/コーディネーター |
| | María Fernanda Sánchez Patiño | 作業療法士 |
| 3) | フンダシオン・イデアル (以下 IDEAL) | |
| | Rodolfo Millan Muñoz | ダイレクター |
| | Carlos Andrés Quiroz Mora | 理学療法士 |
| | Leonor Elena Sierra Bernal | 言語聴覚士 |
| | Alicia Mery Castro Quintero | ソーシャルワーカー |
| 3) | アンティオキア県 | |
| 1) | アンティオキア県保健局 | |
| | Carlos Mario Rivera | 保健局長 |
| | Natalia Montoya | 障害部門担当 |
| 2) | サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院 (HUSVP) | |
| | Diana María Molina Montoya | リハビリテーション医
リハビリテーション部長 |
| | Ariel Ramsés López Católico | リハビリテーション医 |
| | Néstor Raúl Buitrago López | 作業療法士 |
| | Juan Carlos Parra | リハビリテーション医 |
| 3) | コミテ・デ・リハビリタシオン (COMITÉ) | |
| | Blanca Cecilia Cano Restrepo | リハビリテーション医 |
| | Carlos Alberto Quintero Valencia | リハビリテーション医 |
| | Gloria Amparo Quiroz Cifuentes | ソーシャルワーカー |
| 4) | アンティオキア県地雷生存者協会 | |
| | Oscar Arias | 会 長 |
| | Luz Adriana Zapata | 代 表 |

【日本側】

(1) プロジェクト

高橋 競	チーフアドバイザー/総合リハビリテーション
板橋 宏暁	業務調整
黒川 正子	住民参加/公衆衛生

1-5 調査の方法と項目

1-5-1 評価の方法

今次評価では、DAC (OECD 開発援助委員会) 5 項目のうち妥当性・効率性・有効性及び阻

害・貢献要因に焦点を当て、「新 JICA 事業評価ガイドライン第 1 版（2010 年 6 月）」に沿って、各項目について以下のとおり調査を行った。

- (1) 妥当性については、プロジェクト開始時と現在を比較し、障害者への総合リハビリテーションに関する政策・優先順位づけに変更がないかを確認するとともに、日本人専門家より PDM 変更に関する経緯を確認し、プロジェクト中間時点での妥当性を検証した。
- (2) 効率性については、現時点における各成果の達成度・促進・阻害要因を検証した。成果 1 については、既に数多くの研修やセミナーが実施されており、研修で習得した知識・技術が、日常の診療においてどのように活用されているかを中心に検証した。成果 2、3、4 については、成果発現の促進・阻害要因について確認した。
- (3) 有効性については、残りのプロジェクト期間にプロジェクト目標を達成できる見通しについて検討した。特に成果 1 について、研修の実施や日常生活活動（ADL）評価表の導入によりどのような変化が生じ、こうした変化は患者やリハ専門職員に対して、どのような影響（メリット）があるのかを把握し、プロジェクトから生じたアウトプットに関する情報収集を行い、プロジェクト目標達成の可能性について検討した。
- (4) インパクトについては、総合リハビリテーションを含む障害国家政策の策定という上位目標の達成見通しについて、カウンターパート（C/P）及び専門家からの情報を基に検討した。
- (5) 持続性については、技術面、組織・財政面に焦点を当て、日本人専門家及び C/P 機関からの情報を基に検討した。

1-5-2 情報収集の手段

今次評価では、日本人専門家及び C/P 8 機関（PAICMA、MPS、バジェ県保健局、アンティオキア県保健局、HUV、HUSVP、IDEAL、COMITÉ）の人材へのインタビューを実施し、上記の点を踏まえて情報収集を行った。

また、C/P へのインタビュー調査に加え、対象 4 医療施設では、リハ専門職へのインタビュー、対象 4 医療施設で結成された ADL チームに対するフォーカスグループディスカッションを行い、研修で習得した知識・技術の日常の診療における活用、患者へのインパクト、実施上の課題等について把握した。

上記に加え、対象 4 医療施設でリハを受けている患者や、地雷被災者への聞き取りを行い、患者や被災者が抱える治療に関するニーズや満足度について情報収集を行った。

表－1 対象者別情報の収集手段

対 象	情 報 収 集 手 段
8C/P 機関の担当者	個別/グループインタビュー
対象 4 医療施設リハ専門職（帰国研修員を含む）	グループインタビュー
対象 4 医療施設の ADL チーム	グループインタビュー
地雷被災者/4 医療施設の来院患者	個別インタビュー

1－5－3 評価項目（評価 5 項目）

(1) 妥当性

「プロジェクト目標」「上位目標」がコロンビア国政府・実施機関・ターゲットグループの政策・ニーズと合致しているか。本分野における日本の優位性があるか。

(2) 有効性

「アウトプット（成果）」によって「プロジェクト目標」がどこまで達成されたか。

(3) 効率性

「投入」が「アウトプット（成果）」にどのようにどれだけ転換されたか。投入の質・量・手段・方法・時期は適切か。

(4) インパクト

プロジェクトが実施されたことにより生ずる直接的・間接的な正負の影響（計画当初に予想されなかった影響や効果も含む）。

(5) 持続性

JICA の協力終了後もプロジェクト実施による効果が持続されるか。

第2章 プロジェクト概要

2-1 プロジェクトの要約 (PDM)

プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) に示されるプロジェクトの概要は以下のとおりである。なお、本中間レビュー調査中に改訂版 PDM2 が承認されたが、プロジェクトでは中間レビュー調査の実施直前に PDM2 について C/P と大枠合意しており、今次評価では PDM2 を用いて評価を実施した。

【上位目標】

地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションが国家経済社会政策審議会政策文書 (CONPES80) に含まれている。

【プロジェクト目標】

バジェ県及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のための総合リハビリテーションの質が改善する。

【成果】

1. バジェ県とアンティオキア県〔特にバジェ大学病院 (HUV)、フンダシオン・イデアル (IDEAL)、サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院 (HUSVP)、コミテ・デ・リハビリテーション (COMOTÉ)〕において、機能リハビリテーションに従事する専門職人材の能力が強化される。
2. 対象4医療施設 (HUV、IDEAL、HUSVP、COMOTÉ) において、切断や視覚障害のリハビリテーションのガイドが活用される。
3. 対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者が、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利・義務・制度についての知識を得る。
4. 対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、地雷被災者の感染軽減や二次障害予防のための医療施設受診前処置に関する知識が深まる。

2-2 PDM 改訂の経緯

PDM 第0版は、2008年8月4日に JICA コロンビア支所長・大統領府ダイレクター・社会保障大臣により署名された討議議事録 (Record of Discussion : R/D) の添付文書として署名された。

2009年5月に実施された合同調整委員会 (JCC) において、日本側が作成しコロンビア側 C/P が改訂案を提示した PDM 第1版が承認され、改訂された (付属資料3)。

上述のとおり、本中間レビュー調査の実施直前に、PDM2 (案) については C/P と大枠合意してあったが、調査中に日本側調査団とコロンビア側の 8C/P 機関との間で PDM 改訂に関する協議を行い、プロジェクトの活動実態に沿った内容へと変更を行うとともに、測定可能となるように指標も整理し、最終的に中間レビュー調査最終日に開催された第2回 JCC において PDM 第2版として承認された。

今回の PDM 改訂では、上位目標の明確化、上位目標の指標1つの削除、プロジェクト目標に係る指標の追加・修正、成果2に係る指標の修正を行った (詳細は付属資料5「PDM 新旧対照表」

を参照)。今回の PDM 改訂は、プロジェクト目標や活動内容の変更を目的とする改訂ではなく、プロジェクト終盤に向けて、プロジェクトが実施した活動・成果をより客観的に評価するため、指標を整理・明確化するものであった。プロジェクト目標に係る指標の測定に関しては、モニタリングが重要な役割を果たすため、プロジェクトにおいて適切なモニタリング活動が実施されることが期待される。

第3章 プロジェクトの実績

3-1 投入実績

3-1-1 日本側の投入

(1) 専門家の派遣（詳細は付属資料4-2「専門家派遣実績」を参照）

長期専門家については、チーフアドバイザー/総合リハビリテーション専門家1名、住民参加/公衆衛生専門家1名、業務調整専門家1名の合計3名が現在まで派遣されている。短期専門家については、これまで延べ5回の短期専門家派遣が実施されている。長期及び短期専門家により実施されたコロンビア国内における研修には、延べ290名が参加している（詳細は付属資料4-3「コロンビア国内外における研修・セミナー実績」を参照）。

派遣のタイミングに関し、ヒアリングの際コロンビア側C/Pから指摘があったとおり、チーフアドバイザー/総合リハビリテーション専門家、住民参加/公衆衛生専門家の派遣は、当初の予定と比較し遅れがみられた。短期専門家については適切なタイミングで派遣されているほか、指導分野は成果1関連が最も多い。

コロンビア国内で実施された研修等の開催数をプロジェクトサイト別に見ると、カリ6回、メデジン11回となっており、分野別にみると、成果1に関する研修が17回と最も多く、成果3、4に関する研修はわずか1回である。地域間の研修回数の違いについては、カリでは、派遣されているチーフアドバイザー/総合リハビリテーション長期専門家と、対象医療施設の専門職が日常的に意見交換できる環境にあるため、メデジンにおける研修回数を多くし、両県C/P機関への研修機会提供のバランスがとられている。

(2) 本邦研修と第三国研修

これまでコロンビア側C/P延べ18名を本邦に派遣し、第三国には延べ9名を派遣している（詳細は付属資料4-3「コロンビア国内外における研修・セミナー実績」を参照）。

第1回目の本邦研修では、8つのC/P機関のプロジェクト責任者8名を派遣し、日本のリハ医療体制の実態や社会保障制度、地域社会への障害者の参加状況や支援制度等、総合リハの概念の実践状況に関する研修が実施され、プロジェクトを推進する各C/P機関の間でプロジェクトの到達目標が共有された。

第2回目の本邦研修では、各医療施設の実務レベルの専門職6名を派遣し、切断障害者・視覚障害者への総合リハについての研修を実施した。同研修では、障害者を雇用する企業の訪問や、障害当事者・リハ専門職との意見交換にも多くの時間を割き、日本とコロンビアにおけるリハの現状の比較検討、コロンビアにおける実施課題の特定・分析が可能となった。

第3回目の本邦研修では、各医療施設の実務レベルの専門職4名を派遣し、患者中心のチームリハを強化するために必要となる医療施設内における日常生活活動（ADL）評価の実施と共有、カンファレンスの実施、情報管理、他職種や他機関との連携等に関する研修内容を実施した。

3回の本邦研修を成果別にみると、第1回はプロジェクトのすべての成果に横断的に係る研修となっているが、第2回・第3回は成果1に関する研修である。

本プロジェクトでは、本調査時までには2回の第三国研修を実施している。第1回目は、

メキシコで開催された第2回 CBR 国際会議に7名を派遣し、地域における障害者の社会参加を支援するために必要な地域に根ざしたリハビリテーション（CBR）の視点を養う研修となっている。第2回目は、JICA がコスタリカで実施している「ブルンカ地方における人間の安全保障を重視した地域住民参加の総合リハビリテーション強化」、通称 Kaloie プロジェクトのフォーラムに2名を派遣し、当事者参加等に関して知見を深める研修であった。

実施された第三国研修を成果別にみると、第1回は成果1、3、4に横断的に係る研修であり、第2回は成果1、3に関する研修である。

(3) 供与機材（詳細は付属資料4-4「供与機材リスト」を参照）

供与機材の年度別金額は、表-2のとおりである。

表-2 年度別機材供与金額

(単位：コロンビアペソ)

年 度	2008	2009	2010	2011
金 額	83,757,520	57,926,694	0	0

供与機材は、調理用品・冷蔵庫・洗濯機等、地雷被災者を含む障害者が日常生活のなかで基本的な身の回りの動作を自立して行えるよう訓練する「日常生活活動（ADL）」に関する機材が中心である。本プロジェクトで供与した機材は、維持管理費をほとんど要しない類の機材である。

(4) 現地業務費（詳細は付属資料4-5「ローカルコスト内訳」を参照）

日本側が負担した現地業務費は表-3のとおりである。本プロジェクトは8つのC/P機関が3県にまたがって所在していることから、現地業務費の内訳は出張旅費が最も多く、次いで物品購入費となっている。

表-3 現地業務費・日本側負担

(単位：コロンビアペソ)

年 度	2008	2009	2010	総 額
現地業務費	152,601,392	339,324,401	103,766,808	595,692,601

3-1-2 コロンビア側の投入

(1) C/P等の配置

コロンビア側が本プロジェクトのために配置したC/Pの一覧は、付属資料4-1「カウンターパート・主要面談者リスト」を参照。

(2) 施設と資機材の提供

本プロジェクトにおいて、チーフアドバイザー/総合リハビリテーション専門家及び業務調整専門家の執務室が、HUV内に提供されている。また、住民参加/公衆衛生専門家の執

務室については、HUSVP内に提供されている。なお、HUSVPへの視覚リハ機材の新規導入に伴い執務室を引き渡すこととなり、アンティオキア県保健局内に代替となる執務室を要請している。

(3) ローカルコスト

コロンビア側が負担したコストについては、付属資料4-5「ローカルコスト内訳」を参照。

表-4 現地業務費・コロンビア側負担

(単位：コロンビアペソ)

年 度	2008	2009	2010	総 額
現地業務費	53,870,830	108,710,823	43,261,073	205,842,726

3-2 活動実績

プロジェクトの4つの成果のうち、対象医療施設内を中心とした活動である成果1に関しては、活動が順調に進捗しており、特に問題は生じていない。成果2、3、4に関する活動については、一部遅延がみられる。

成果2については、計画段階では、JICAが以前実施したチリ国「身体障害者リハビリテーション」プロジェクトのリソースを活用し、チリ人専門家の協力を得たガイドライン作成を予定していたが、本プロジェクト開始後、チリからの協力体制の見直し、MPSによる国家ガイドライン指針の提案など、プロジェクトをとりまく環境が変化したため、具体的な成果物に対する関係者間の合意形成に1年近くの時間を要した。なお、本調査時点では、成果1による取り組みの集大成として、4 医療施設のリハ専門職が中心となって視覚障害と切断障害に関するガイドラインを作成することで関係者間の合意は成立しており、ガイドライン作成作業も開始され、特に大きな問題は生じていない。

成果3、4に関しては、住民参加/公衆衛生専門家の着任の遅れ(6カ月)、治安上の理由により当初計画されていた地域で活動を実施できないこと、日本側・コロンビア側の活動の実施形態や当事者参加に関する意識の違い等もあり、進捗に遅れがみられた。しかし、中間レビュー時点では、成果3の地域活動実施に必要な教材や、成果4の医療施設受診前処置基本手順ガイドのドラフトは完成しており、また両県保健局において、地域活動の実施のための予算も確保される見通しが立っており、今後本格的に成果3、4に関する地域活動の実施が期待される。

3-3 成果の達成状況

本中間レビュー調査では、成果・プロジェクト目標・上位目標の達成度を測定するための指標は、今般改訂されたPDM第2版を用いた。また、達成度の測定に関しては、長期専門家から入手した定量的・定性的データ及び、プロジェクト関係者に実施したインタビューの結果を活用した。各成果の進捗については、以下のとおりである。

【成果1】 バジェ県とアンティオキア県(特にHUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ)において、機能リハビリテーションに従事する専門職人材の能力が強化される。

成果 1 については、以下の 2 つの指標が設定されている。指標 1.1.は順調に成果が発現しており、指標 1.2.については、今後本格的な活動が実施される段階にある。

指 標	中間レビュー時（2010 年 11 月）までの実績
<p>1.1. 対象医療施設（HUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ）において、プロジェクトで研修を受けた専門職人材の 80%が、習得した知識を毎日の診療に適用している。</p>	<p>本指標については、以下の理由により、望ましい方向に進んでいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療施設内での診療への適用を前提としたリハ専門職を対象とする研修が、コロンビア国内外あわせて 15 種類 23 回実施されており、知識移転に十分な回数であると判断される。 ・対象 4 医療施設の 1 つでは、本邦研修後、ADL 評価を実施する際の指示書（マニュアル）の改訂を行った。また患者に対しても、以前は筋肉を動かすといったリハを行っていたが、現在は ADL と結びつけ「何ができるようになるか」という観点でリハを実施するようになるなど、リハの実施方法やリハ専門職の姿勢が変化してきており、研修の成果が表れているといえる。
<p>1.2. 選定医療施設において、プロジェクトで研修を受けた専門職人材の 80%以上が、機能リハビリテーション（日常生活活動評価、切断リハビリテーション、視覚障害リハビリテーション、等）に関する知識が向上したと回答する。</p>	<p>本指標については、進捗は限定的であり、今後の成果発現が期待される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県保健局を中心に 2 県内の地域医療施設（Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud : IPS）の選定が進められている。アンティオキア県では、被災者が多いバホ・カウカ郡の 4 市にある 1 次から 3 次レベルの IPS が選定された。バジェ県では、地雷被災があり、また将来的な成果普及を視野に入れ県内に均等に分布する 5 市が対象地域として選定された。 ・選定医療施設への研修実施計画が立案されている。計画は HUSVP と HUV が立案した。HUSVP は、地域の医療従事者を対象としたオンライン研修を実施後、まとめとして 2 日間集中的に研修する形式で実施する一方、HUV は週に数回の講義を継続的に行うコース形式での実施を提案している。

【成果 2】対象 4 医療施設（HUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ）において、切断や視覚障害のリハビリテーションのガイドが活用される。

成果 2 についても、以下の 2 つの指標が設定されている。中間レビュー時点では、ガイドの作成段階にあり、今後ガイドが計画どおりに完成し、対象医療施設においてガイドに基づいた診療が実施されることが期待される。

指 標	中間レビュー時（2010年11月）までの実績
2.1. 対象4 医療施設（HUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ）において、切断リハビリテーションガイドに基づいた診療が実施されている。	本指標については、進捗は限定的であり、今後の成果発現が期待される。 ・切断リハガイドは、HUSVP に既にあるガイドのフォーマットを基に、日本人専門家より構成等に関する助言を得て、HUV が中心となり本邦研修参加者4名と協力し、総合的なガイドを作成している。
2.2. 対象2 医療施設（HUV、HUSVP）において、視覚障害リハビリテーションガイドに基づいた診療が実施されている。	本指標については、進捗は限定的であり、今後の成果発現が期待される。 ・視覚障害リハガイドは、HUSVP が中心となり本邦研修参加者2名と協力し、外部機関である成人視覚障害リハビリテーションセンター（Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos : CRAC）等とも連携して作成予定である。

【成果 3】 対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者が、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利・義務・制度についての知識を得る。

成果3の指標は以下の1つである。中間レビュー時点では、研修を実施するために必要なコミュニケーション教材の作成やメディアの選定段階にあり、今後教材が完成し、適切なメディアを活用して、研修及び啓発活動が実施されることが期待される。

指 標	中間レビュー時（2010年11月）までの実績
3.1. 研修受講者のうち60%以上が、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利・義務・制度に関する知識が向上したと回答する。	本指標については、進捗は限定的であり、今後の成果発現が期待される。 ・研修教材は、施設（Institution）レベルとコミュニティレベルの2種類が作成されており、おおむね完成している。内容の大枠は、PAICMA・MPS・長期専門家が作成し、詳細についてはMPSがドラフトを作成した。 ・研修の実施スケジュールの大枠は2010年5月に作成されており、実施主体である両NGOにより予算面を中心とした計画が立てられ、2011年4月ごろからの活動実施が予定されている。

【成果 4】 対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、地雷被災者の感染軽減や二次障害予防のための医療施設受診前処置に関する知識が深まる。

成果4の指標は以下の1つである。中間レビュー時点では、研修を実施するために必要な医療施設受診前処置基本手順ガイドの作成段階にあり、今後当該ガイドが完成し、対象地域においてガイドに基づいた研修実施が期待される。

指 標	中間レビュー時（2010年11月）までの実績
4.1. 研修受講者のうち60%以上が、地雷被災者のための医療施設受診前処置に関する知識が向上したと回答する。	本指標については、進捗は限定的であり、今後の成果発現が期待される。 <ul style="list-style-type: none"> ・医療施設受診前処置基本手順ガイドは、ドラフトが完成しており、コミュニティが理解しやすい言葉遣いへの変更・絵の挿入等の作業が必要な段階まで進捗している。 ・研修計画については、2010年5月に活動計画の大枠を作成し、詳細についてはバジェ県ではIDEALが、アンティオキア県では県保健局が立案し、2011年4月ごろの活動開始が予定されている。

3-4 プロジェクト目標の達成状況

【プロジェクト目標】 バジェ県及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のための総合リハビリテーションの質が改善する。

プロジェクト目標については、以下の4つの指標が設定されている。中間レビュー時点では、指標1及び2の観点からは、順調な進捗がみられている。一方、成果3に関係する指標3や成果4に関係する指標4については、今後関連する地域活動が実施される段階にあり、進捗は限定的である。よって、プロジェクト目標については、成果3、4が今後着実に実施され、予定どおりの成果が発現されれば、プロジェクト終了時までには達成することが見込まれる。

指 標	中間レビュー時（2010年11月）までの実績
1. プロジェクト対象医療施設（HUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ）が、総合リハビリテーション（チームリハビリテーション、日常生活活動評価、切断リハビリテーション、視覚障害リハビリテーション）について身に付けた知識の普及活動を実施している。	本指標については、以下の理由により望ましい方向に進んでいる。 <ul style="list-style-type: none"> ・本邦研修に参加した対象医療施設の作業療法士へのインタビューでは、同僚への詳細な報告に加え、大学の同僚教員・学生に対して普及を行っているとのことであった。具体的には、総合リハビリテーションについて、日本では実際にどのように実践されているのか、写真等で実例を示し、実現可能であることを示す等、普及活動が効果的に実施されている。
2. プロジェクトで裨益する地雷被災者を中心とした障害者を対象とした満足度調査で、機能リハビリテーションに関し、80%以上の項目について肯定的な回答が得られる。	本指標については、以下の理由により望ましい方向に進んでいる。 <ul style="list-style-type: none"> ・対象4医療施設でリハを受けた/受けている地雷被災者を含む障害者へのインタビューでは、リハを通じて、自立して行えるADLの種類が増え、またリハの内容や職員の態度にも満足しているとの回答が多数であった。

<p>3. プロジェクトで研修を受講した関係者の半数以上が、法律で定められたサービスにアクセスするための権利、義務、制度について身に付けた知識の普及活動を実施している。</p>	<p>本指標についての進捗は限定的である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・成果3の指標の項で述べたとおり、研修に必要な教材の作成・メディアの選定段階にあり、研修の詳細計画については作成の途上にある。
<p>4. プロジェクトで研修を受講した関係者の半数以上が、医療施設受診前処置について身に付けた知識の普及活動を実施している。</p>	<p>本指標についての進捗は限定的である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・成果4の指標の項で述べたとおり、研修に必要なガイドの校正途中にあり、研修の詳細計画については作成の途上にある。

3-5 上位目標の達成状況

【上位目標】地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションが国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES80）に含まれている。

上位目標については、中間レビュー時点では、その目標の性格から、明確な結論を述べるのは困難であるが、以下に示すとおり、目標達成に向け、順調な進捗がみられている。

指 標	中間レビュー時（2010年11月）までの実績
<p>1. 障害国家システム関係機関が、地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションを含む国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES80）を推進している。</p>	<p>本指標については、以下の理由により望ましい方向に進んでいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・MPS へのインタビューでは、MPS は国連障害者権利条約・プロジェクト成果としての総合リハビリテーション・被災者法に整合する国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES80）の改定を提案しているとのことであった。

3-6 総 評

投入実績に関しては、長期専門家の着任の遅れはあったものの、適切なタイミングでの短期専門家の派遣、機材の供与、長期・短期専門家を中心とする研修の実施がなされており、日本側の投入はおおむね適切であったと考えられる。コロンビア側の投入に関しては、一部のC/P機関において、本プロジェクトに従事する非正規職員の出張旅費等の費用負担が難しい状況にはあるものの、おおむね投入のレベルは適切であると考えられる。

活動実績に関しては、4つの成果のうち、対象医療施設内での活動を中心とする成果1の活動については順調に進捗している一方、成果2、3、4の活動については一部遅延がみられる。

成果の達成状況に関しては、活動の進捗同様、成果1に関しては既に成果の発現がみられるものの、成果2、3、4については、当該指標で成果をみた場合、成果の発現には至っていない。

プロジェクト目標の達成状況については、4つの指標のうち、対象医療施設内での活動を中心とする2つの指標については順調な進捗がみられ、残る2つの指標に関しては、今後成果3、4に関連する地域活動が実施される段階にあり、進捗は限定的である。

上位目標の達成については、MPSが国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES80）の改定を提案しており、目標達成に向け順調な進捗がみられている。今後、成果2、3、4に関する活動が着実に実施されるとともに、進捗や成果等実績を正確に把握するための適切な体制を整備し、モニタリングが確実に実施されることを期待したい。

第4章 評価5項目による評価結果

4-1 妥当性

本プロジェクトは、コロンビアの障害政策・日本の ODA 政策とプロジェクトの整合性・対象地域選定の妥当性・裨益者のニーズとの整合性・日本の支援・技術の優位性といった観点から、引き続き妥当であると結論づけられる。

(1) コロンビアの障害政策との整合性

コロンビアでは、憲法第13条、47条、54条、68条において、障害者にかかわる基本的な権利が記され、社会・経済・文化的な自己実現と社会統合のための権利を有すると規定している。1993年法律100号で定められた保健にかかわる社会保障制度では、健康増進、病気予防、総合的なリハと対応のための活動を方向づけている。同法の方針や2004年 CONPES80で採択された障害者にかかわる公共政策に従い、障害者への総合リハビリテーション活動の実施が必要とされている。

他方、コロンビアにおける障害者のための国家の責任と義務については、第2期アルバロ・ウリベ・ベレス大統領政権の国家開発計画において、貧困緩和のために拡充が必要と言及されている。また、コロンビアは国連障害者権利条約を批准しており、障害者の権利保障を行う責務を明らかにすると共に、自治体での取り組み強化をめざしている。

地雷被災者に関しては、1997年法律418号で定められ、その後1999年法律548号、2002年法律782号、2006年法律1106号で変更・修正・追記された規定に従い、被災防止・被災者支援が進められている。上記法律では、共生と有効な司法をめざしたいくつかの手段が定められている（第2部：被害者対応）。2000年法律554号では、対人地雷禁止条約（オタワ条約）の発効が定められ、2002年法律759号によりコロンビアにおける対人地雷総合活動が制度化された。その後、対人地雷と不発弾に対する総合対策国家計画（2004-2009）が定められ、2007年大統領令2150号を通じて、人権と国際人権法にかかわる大統領プログラムの対人地雷観測所に代わり、対人地雷総合アクション大統領プログラム（PAICMA）が創設された。対人地雷総合対策の戦略的全体像は、国家政策（2009-2019）（2008年に対人地雷対策のための横断的全国委員会により承認）に定められ、これは国家経済社会政策審議会（CONPES）により、2009年政令3567号として承認されている。

PAICMA は本プロジェクトの実施機関であり、地雷の除去だけでなく被災者支援を強化しており、一貫して地雷被災者を含む障害者の権利の擁護・強化を進めてきている。コロンビアは、2009年には対人地雷禁止条約（オタワ条約）第2回検討会議（カルタヘナ・サミット）をホスト国として開催し、国際的にも地雷被災者支援への高いコミットメントを示している。

以上のことから、本プロジェクトはコロンビアの障害政策及び地雷被災者支援政策との高い整合性を示しているといえる。

(2) ターゲット地域・対象医療施設選定の妥当性

PAICMA によると、1990年から2010年9月までの期間、コロンビア全土での地雷被災登録者数は累計8,619名に達しており、被災防止と被災者支援は重要な課題となっている。

本プロジェクトでは、アンティオキア県及びバジェ県の2県がプロジェクト対象地域とし

て選定されている。アンティオキア県は、コロンビア国内で地雷被災者数が最も多い県の 1 つである。バジェ県は、アンティオキア県と比べ地雷被災者数は少ないものの、コロンビア南西部の地雷被災者のリハの拠点である HUV が存在し、周辺の県からのレファラルの中核となっているため選定された。

プロジェクト対象医療施設の選定に関しては、アンティオキア県では、リハサービス提供において他県の第 3 次病院より優れたサービスを提供しており、今後モデルとなり得る HUSVP 及び、同病院とレファラル関係があり地域リハの推進役である COMITÉ が選定された。バジェ県では、HUV は、バジェ県と周辺県の地雷被災者のレファラル病院としての機能に加え、日本政府の草の根・人間の安全保障無償資金協力によりリハ機材が供与されており、供与機材と連携した支援の継続が考慮され選定された。IDEAL は、コミュニティにおけるリハ活動の長い歴史が考慮され選定された。

両県内の地域活動の対象地域については、県保健局を中心に選定が進められた。アンティオキア県では、地雷被災者が多いバホ・カウカ郡の 4 市が選定されたが、その条件として、他のプロジェクトによる支援が入っていないこと、道路等のインフラ面でアクセス可能な地域であること、1 次から 3 次レベルの異なるレベルの地域医療施設が含まれることが考慮された。

バジェ県では、選定条件として、地雷被災があり、県中心へのアクセスが可能であり、プロジェクトの推進役となり得る地域医療施設が存在することが考慮され、将来的に県内での成果普及が可能となるよう県内に均等に分布する 5 市が対象地域として選定された。

以上により、ターゲット地域の選定及び対象医療施設の選定は妥当である。

(3) 裨益者ニーズとの整合性

本プロジェクトの直接裨益者は対象医療施設のリハ専門職であり、最終裨益者は地雷被災者を中心とした障害者である。

対象医療施設のリハ専門職へのインタビュー調査でも明らかなように、対象医療施設はリハを重要な事業の 1 つと位置づけており、リハ専門職は患者を中心とした総合リハビリテーションにつながる専門分野の知識や技術習得への高い関心とリハの質向上への高い意欲がある。

地雷被災者を中心とした障害者に関しては、地雷被災者へのインタビューでは、被災者の権利が十分に普及・認識されておらず、適切な医療施設受診前処置がとられていない現状が示されており、被災者の権利へのアクセス向上、適切な医療施設受診前処置へのニーズがあることが確認された。なお、被災者の多様なニーズのなかには、医療リハ終了後社会のなかで自立し生計を立てていくための起業や職業教育を通じた就労支援のニーズも確認されているものの、本プロジェクトのスコープを超えていると考えられる。

以上より、対象医療施設におけるリハの質向上は、対象医療施設のリハ専門職及び地雷被災者を中心とした障害者双方のニーズにかなっていると考えられる。

(4) 日本の ODA 政策との整合性

本プロジェクトの最終裨益者はコロンビアの地雷被災者を中心とした障害者であり、同国の紛争による被災者に対し日本が支援を行うことは、ODA 大綱の基本方針の 1 つである「人

間の安全保障」の視点に合致する。

また、2008年8月に現地 ODA タスクフォースとコロンビア政府との経済協力政策協議において確認された重点分野の1つに平和構築が掲げられている。平和構築の1つとして、紛争の結果生じる社会的・経済的問題への対応が挙げられており、地雷被災者を中心とした障害者に対するリハの質の向上はこの点に合致する。

さらに、日本の対コロンビア国事業展開計画（2010年8月）においては、平和構築プログラムのなかで紛争の被害者である地雷被災者に対する包括的支援を掲げている。

以上より、本プロジェクトは日本の ODA 政策と整合的であるといえる。

(5) わが国の技術や経験の優位性

日本は障害者福祉制度を開拓・発展させてきた長い歴史をもち、国際生活機能分類（ICF）の導入・活用においても、厚生労働省が積極的に取り組み、医療・福祉関係者の間で概念の理解・臨床活動への応用が進んでいる。また、日本では医療施設における総合リハビリテーション実施体制が整備され、障害者の医療・福祉支援体制が社会的に機能している。

一方、地雷被災者を中心とした障害者の権利の啓発及び応急処置においては、既にコロンビア赤十字等の他機関が類似の活動を実施しており、技術的優位性は必ずしも高くない。ただし、障害当事者参加等の活動を実践することにより、権利の啓発に関する部分でも JICA の技術的優位性を高めることは可能であり、日本が支援を行うことは妥当であるといえる。

4-2 有効性（見込み）

本プロジェクトは、成果1については成果の順調な発現がみられる一方、成果2、3、4については活動の方向性は示されているものの、中間レビュー時点では成果の発現には至っていない。特に成果3、4については、今後活動計画・モニタリング・評価の着実な実行が求められる。

(1) 成果及びプロジェクト目標の発現

本プロジェクトの4つの成果のうち、成果1については順調な進捗がみられ、成果が発現している。一方、残りの3つの成果については進捗はみられるが、中間レビュー時点では成果発現に至っていない。

成果2については、計画段階において、日本-チリ・パートナーシッププログラム（Japan-Chile Partnership Program : JCPP）の枠組みによるチリ人専門家の協力を得たガイドラインの作成が予定されていたが、その後、チリからの協力体制の見直し、MPSによる国家ガイドライン整備の提案など、方向性が定まらない状況が続いた。最終的には、2009年6月の運営指導調査時に、成果1の活動の集大成として切断及び視覚障害の総合リハビリテーションに関するガイドラインを作成することを関係者間で合意し、実施計画が策定され、現在は関係者間で活動内容・タイムフレーム・担当者等が明確になっており、着実な進捗がみられる。

成果3及び4については、計画が策定され、今後両県の予算の執行を待って地域活動の実施に移る段階であり、着実な実施を期待したい。プロジェクト目標については、成果3、4が今後着実に実施され、予定どおりの成果が発現されれば、プロジェクト終了時までには達成することが見込まれる。

(2) 成果とプロジェクト目標の関係

成果 1、2 については、プロジェクト目標である総合リハビリテーションの質の向上に直接的に関係している。一方、成果 3 とプロジェクト目標の関係については、地雷被災者を中心とする障害者が、成果 3 の活動を通じて権利や権利にアクセスするための制度についての知識を得ることで、間接的に総合リハビリテーションの質の向上と結びついている。また、成果 4 については、地雷被災後の感染症等の二次災害を防ぐことにより、その後のリハプロセス・社会参加が容易になることが考えられ、広い意味で総合リハビリテーションの質の向上とリンクしていると考えられる。

(3) 諸要因の分析

現時点において、プロジェクト目標の達成に影響を及ぼす大きな阻害要因はないが、対象地域での治安状況については、引き続き留意が必要である。また、現在までのところプロジェクト関係者の顕著な異動はなく、プロジェクト実施上の支障はないが、継続性の観点から今後も引き続きプロジェクト担当者の異動は最小限であることが望ましい。異動の際は、新たな着任者に対して本プロジェクトの意義が理解されるように、十分な説明が必要だと考える。

4-3 効率性

専門家派遣に関し、チーフ専門家の派遣が遅れたこと等、効率性に影響を与える要因はあったものの、C/P が適切に配置されたこと、本邦研修を中心とする各種研修、短期専門家の投入が適切なタイミングで実施され成果を上げていること、また供与された機材が有効に活用されていることなどより、本プロジェクトの効率性は高いと考える。

(1) 長期・短期専門家派遣

長期専門家については、プロジェクトの開始からチーフ専門家の着任まで約 9 カ月、住民参加/公衆衛生専門家の着任まで 6 カ月を要し、その分ベースライン調査・対象医療施設に対する指導・医療機関受診前基本手順に係る情報収集の進捗が遅れたが、着任後の技術指導は着実に進んでおり、成果が発現しつつある。

専門家の任期に関しては、プロジェクト期間を 1 年以上残した段階でチーフ専門家・住民参加/公衆衛生専門家の任期が満了となるため、一部の C/P から懸念が示されている。

短期専門家については、適切なタイミング・期間・人員で派遣されている。

(2) 機材供与

機材供与のタイミングについて、一部 C/P から、よりプロジェクトの進捗に合わせて対象医療施設に供与するのが望ましかったとの指摘があったが、投入された供与機材は、対象医療施設へのインタビューにおける肯定的な評価、機材が実際に患者に利用されている状況から、適切であったと考えられる。

(3) カウンターパートの配置

コロンビア側で配置された C/P の人員体制は適切であると考えられる。プロジェクトの進

捗に合わせて C/P の増員が図られるなど、必要に応じ適切な人員が確保され、効果的に配置がなされるよう配慮がされている。

(4) 本邦研修・第三国研修・コロンビア国内研修

本プロジェクトでは、これまでに3回の本邦研修、メキシコで行われた第2回 CBR 国際会議やコスタリカ Kaloie プロジェクトフォーラムへの参加等、第三国研修が実施されている。

特に本邦研修に関し、コロンビア側より高い評価を受けているだけでなく、研修内容が実際に日常業務で生かされるとともに、帰国研修員が所属する機関の内外に普及されている。対象医療施設へのインタビューでは、本邦研修を通じて、所属団体が掲げる総合リハビリテーションの概念の方向性が正しかったこと、また実現可能であることを確信できたという心的な変化だけでなく、ADL 評価を実施する際の指示書を改訂する等、日常のリハ診療に直接的な効果が発現している。また、研修の成果は、対象医療施設内で共有されているだけでなく、帰国研修員が講師を務める大学の教員や学生に対しても共有されており、研修の波及効果がみられる。

また、長期・短期専門家を中心に、コロンビア国内で ADL や視覚障害リハ等 9 種類の国内研修・セミナーが実施されており、延べ 540 名を超える参加者を得ており、対象医療施設へのインタビューでも、研修の有効性は高く評価されている。

(5) その他

本プロジェクトの効率的な実施に貢献する要因として、HUSVP に対する草の根・人間の安全保障無償資金協力による視覚障害リハ機材の投入がある。同機材は、本プロジェクトの短期専門家の助言により選定され、同病院のリハ部門内に設置されており、地雷被災者等、切断と視覚障害の2つの障害をもつ患者が1カ所でリハを受けることが可能となっている。

一方、効率的な実施の阻害要因として、8つの C/P 機関間の調整の難しさが挙げられる。C/P 機関のオーナーシップの強さは本プロジェクトの長所の1つと考えるが、地理的に離れ性質の異なる機関が円滑にプロジェクトを実施していくためには、意思決定のメカニズムやコミュニケーションルートの明確化、議事録等意思決定の記録の整理・モニタリングの強化など、プロジェクトの運営管理体制の強化が求められる。

また、本プロジェクトの成果4の実施主体である NGO は、コミュニティ活動において豊富な経験を有するものの、リハビリテーションを専門とする医療施設であり、医療施設受診前処置等の経験及び知識をもたないことから、活動の効率性が必ずしも確保されない可能性がある。

4-4 インパクト（見込み）

本プロジェクトのインパクトについて、現時点で上位目標の達成に向けた動きがみられる。また、HUV で地域医療施設と連携して視覚障害リハサービス提供が開始される等、プロジェクトの正のインパクトも発現している。

上位目標の達成可能性について、現在 MPS は、国連の障害者権利条約・プロジェクト成果としての総合リハビリテーション・被災者法に整合する国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES80）の改定を提案している。同様に、MPS は国家経済社会政策審（2010年～2014年）

に障害政策を盛り込むことも提案している。

本プロジェクトの正のインパクトの1つとして、HUVにおける視覚障害リハの開始がある。プロジェクト開始時、HUVでは視覚障害リハは実施されていなかったが、HUV・成人視覚障害リハビリテーションセンター（CRAC）、バジェ視覚・聴覚障害児センターの3機関が協定を結び、HUVはCRACから専門職の派遣を受け、視覚障害リハを開始した。同視覚リハは、4カ月間、5つのプログラムから構成されており、うち2つをHUVが、残り3つを隣接するバジェ視覚・聴覚障害児センターが担当し、まもなく第1回目のプログラム参加者がリハの全工程を終了する予定である。3次レベルの医療機関であるHUVが地域の医療施設やNGOとの連携により視覚障害の総合的リハサービスを提供できるようになったという点が特筆に値する。

4-5 持続性（見込み）

対象医療施設のリハ専門職の能力は高く、リハは各施設の重要な事業の一角を成しており、成果1、2の持続性は高いと見込まれる。一方、対象医療施設における活動以外の活動を含む成果3、4に関しては、プロジェクト終了後も被災者の権利啓発活動及び医療施設受診前処置の普及活動を継続するためには、MPS・PAICMA・両県保健局の積極的なコミットメントが必要となる。

(1) 政策面での持続性

政策面での持続性は、地雷被災者を含む障害者への総合リハビリテーションの質の改善が障害国家政策に含まれ、MPSが関係機関との調整において主導的な役割を果たすことで保障されると考えられる。また、被災者の診療に際し連帯保障基金（FOSYGA）により適切なタイミングで医療機関に支払いがなされることによっても持続性が保障される。

ADL評価表を活用し、チームリハの実践を通じた質の高いリハをめざしている対象医療施設が質の高い医療・リハを持続していくためには、質の高いリハに対する評価（診療点数を上げる等）を行う等、政策及びシステムとしての支援が望まれる。

(2) 制度（人材・組織体制・予算）面での持続性

人材について、成果1、2に関係する対象医療施設においては、チームリハを実施するために必要な専門職が確保されている。また、リハは各組織の主要事業の一角を成しており、組織体制・予算の面でも、持続性は高い。一方、今後県内のIPSに対するプロジェクト成果の普及メカニズムを構築することが望まれる。

成果3、4については、地域活動の実施がこれからの段階にあり、持続性を判断するのは難しい。一方、本プロジェクトの成果4の実施主体であるNGOは、コミュニティ活動の豊富な経験を有するものの、リハビリテーションを専門とする医療施設であり、医療施設受診前処置等の経験・知識をもたないことから、持続性が必ずしも確保されない可能性がある。プロジェクト終了後も成果3、4の活動を継続するためには、国レベルではMPS・PAICMA、県レベルでは両県保健局の積極的なコミットメントが必要である。

(3) 技術面での持続性

対象4医療施設のリハ専門職の能力は高く、本プロジェクトを通じて得られた知見・技能が各施設で活用され、現場の状況に合わせて改良され、患者を中心としたチームリハが実践・

継続される可能性は高い。また、対象医療施設の技術伝達者は、プロジェクト終了後も県内の IPS に対し研修セッションを独自でファシリテートする技術的能力を有している。実際、対象医療施設のなかには、総合リハに関するガイドラインを独自に改訂し、研修の成果を提携する大学の教員や学生に普及するなどの取り組みがみられており、技術面での持続性は高いと考える。

4-6 結 論

以上の点にかんがみ、本プロジェクトのプロジェクト目標は、成果 3、4 が今後着実に実施され、予定どおりの成果が発現されれば、プロジェクト終了時までには達成することが見込まれる。上位目標については、国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES80）に総合リハビリテーションの概念が盛り込まれる形で改定が進められる方向にあり、上位目標達成の可能性はあると考えられる。

本プロジェクトは、コロンビアの障害国家政策と地雷被災者支援政策、日本の ODA 政策と整合的であり、対象地域選定・裨益者ニーズとの整合性の点でも妥当性は高い。有効性については、成果 1 で成果の順調な発現がみられている。今後は、特に成果 3、4 について着実な実施が期待される。効率性については、長期・短期専門家の適切な投入、本邦研修を中心とする各種研修の成果や供与機材が有効に活用されていること、コロンビア側の適切な協力体制などにより、本プロジェクトの効率性は高いと考えられる。インパクトについては、上位目標の達成に向けた動きがみられており、また HUV で地域医療施設と連携して視覚障害リハに関するサービス提供が開始される等、正のインパクトがみられる。持続性については、対象医療施設のリハ専門職の能力は高く、リハは各機関の重要事業の一角を成しており、技術面での持続性が見込まれる。全関係機関が組織としてプロジェクト成果を活用し、中央レベルでは PAICMA と MPS、県レベルでは県保健局がリーダーシップをとり、地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションが障害国家政策に含まれることにより、プロジェクト成果がコロンビア全土に普及されることが期待される。

第5章 提 言

5-1 成果3、4の実施体制の整備

4 医療施設内における実績が見えやすい成果1と比較して、成果3、4は地域における活動であり、関係するアクターが多く、その実施形態もバジェ県及びアンティオキア県で大きく異なる。

今後、住民参加/公衆衛生専門家が中心となり、両県の技術チームとともに、県別・成果別のスケジュール、活動実施主体、モニタリング体制を明確に示した文書（実施手順書）を作成し、関係するアクターと共有することにより、着実に活動を実施していく必要がある。

5-2 プロジェクト運営管理体制の強化

(1) 委員会議事録の作成と共有

本プロジェクトは、2県1都市にまたがり8つのC/P機関を有しているため、機関同士の意見調整及び意思決定の円滑化のため、R/Dで合意された運営管理体制に基づき、各レベルにおける委員会が定期的実施されている（付属資料4-6「委員会等開催実績」参照）。複数にわたる関係機関内の円滑なコミュニケーションを保障し、プロジェクト自体のアカウントビリティを向上するためには、プロジェクトの共通フォーマットを用いた議事録をすべてのC/P機関と適切な時期に共有し、決定プロセス、役割、責任を明確にすることが必要である。

(2) コミュニケーション体制の強化

当プロジェクトでは、R/Dで合意された3つのレベルの委員会に加え、日常的な活動のモニタリング・フィードバックと子細な事項の意思決定を目的とした「運営管理委員会(SAC)」を暫定的に組織している。この委員会の設立により、意思決定が迅速になり、また日本人専門家が各C/P機関と委員会を媒介する役割を担うこととなった。この委員会がより機能するためには、プロジェクト内で円滑なコミュニケーションを実施するための体制を、専門家が中心となって明確化していく必要がある。

(3) モニタリング体制

日本人専門家が、プロジェクト指標に基づくモニタリングフォーマットを提案し、C/P機関と共有する。運営管理委員会が活動のモニタリング・フィードバックを保障することが必要である。

5-3 事業裨益者（地雷被災者を含む障害者）の事業実施への関与

JICA 人間開発部では、課題別指針「障害者支援」を定め、「事業裨益者としての障害者の完全参加」の重要性を掲げている。当プロジェクトでも、地雷被災者を中心とした障害者を最終裨益者としている。ベースライン調査及び成果3における地雷被災者を中心とする障害者の参加を記録する必要がある。また、今後地域活動を実施する成果3において、計画された地域活動の実施主体となるNGO（IDEAL・COMITÉ）等が中心となり、地域の障害者グループ・団体等の参加を促していくことが望まれる。

5-4 プロジェクト広報の強化

(1) 関係機関におけるプロジェクトの認知度向上

コロンビア国内には地雷被災者にかかわるプロジェクトが複数存在しており、特にアンティオキア県においては被災者対応のプロジェクトも多い。一方、担当者、機関、セクターが異なると情報が十分共有されないことが多く、活動内容や対象地域が類似していても、それらのプロジェクト間の効果的な連携が図られているとはいえない。

PAICMA、MPS、県保健局は、他ドナーのプロジェクト情報の収集が可能な立場にあることから、定期的に関連する情報を交換していくことが望ましい。

また、関係機関における当プロジェクトの認知度を向上させることが重要であり、関係機関のプロジェクト担当者がその役割を担うことが期待される。

(2) ホームページやパンフレット等を通じたプロジェクトの情報発信

昨今、国際協力事業のアカウントビリティの一層の向上が求められており、JICAでも全技術協力プロジェクトのホームページを立ち上げ「ODAの見える化」サイトに掲載するなど、プロジェクト広報強化の方針が打ち出されている。

今後、ホームページやプロジェクト活動紹介パンフレットなどの作成、その他各種媒体を利用し、プロジェクトの成果をコロンビア国内外に発信することが期待される。

5-5 その他

プロジェクトの各機関は、プロジェクト開始時の合意に基づき活動を実施していくことが必要である。JCC・合同運営委員会（Joint Steering Committee：JSC）・バジェ県運営委員会/アンティオキア県運営委員会（VSC/ASC）など各レベルの委員会への参加に係るC/Pの出張旅費は、本来コロンビア側の負担とされており、今後の持続性も考慮し、コロンビア側の負担が促進されていくべきである。

5-6 団員所感（医療リハビリテーション分野担当：岩谷力）

本プロジェクトに調査段階から関係してきた1人として、これまでの活動について、以下の3点の課題を認識していた。

- (1) 4 医療施設の活動は順調で当初の見込みから遅れはあるものの、C/Pが自律的に事業を実施し成果を上げることが見込まれる。
 - (2) 県保健局の活動は実体が見えない。
 - (3) PAICMA・MPSのプロジェクトにおける立場が不明確。
- 今回の調査では、特に上記(2)、(3)について特別関心を寄せていた。

(1) 4 医療施設の活動について

総合リハビリテーション、チームアプローチ、ADLについて、リハ専門職個々人並びに組織としての理解は進み、診療システムの改善が始まっている。これは見込みどおりの経過である。ADL評価表の臨床利用には今後評価表の修正が必要となると考えるが、日本側が主導することは不要で、折にふれて助言し実体化を支援すればよいと考える。今後、このセクターの成果を県・中央レベルの省庁・機関で活用していくうえで、データを登録・分析する体

制の整備が必要である（例：患者登録台帳、ケースサマリーシート、研究交流会企画）。

(2) 県保健局の活動について

今回3回目のプロジェクト訪問となるが、県保健局の活動は明確に把握できなかった。

バジェ県では保健局長が交代し、活動が円滑に継続されるかどうかについて不安を感じた。チームの再構成も念頭に、チーム内の意思統一を図る必要があるのではないかと感じる。

アンティオキア県では、医療・福祉セクターの一体感が薄いように感じられた。県保健局が活動するための予算的裏づけが十分でないとの印象を受けたが、プロジェクトの全体構図のなかで具体的な役割が明確にされていないことが要因と感じられた。

成果3の達成により障害者のプロジェクトへの参画・参加が推進されるものであるが、医療機関の父権主義的な態度を一気に変えることは困難である。わが国においても、当事者と医師との関係においてはいまだに父権主義が強く、医療行為そのものに当事者の選択・好みは反映される場面は限定的である。患者と医師の関係性は、社会の発展と密接に関係している。コロンビアの医療の場面における患者と医療専門職との関係性について、今後情報を収集し分析して、医療機関の関係者とのあつれきを起ささないように配慮し活動を進める必要がある。一方、NGOの活動においては当事者の参加は促進的に働く。当事者参加はNGOの活動場面から発展させることが望ましいと考える。

成果4については、アウトプットを数的データで示すことは極めて困難である。活動実績を示すにとどまるであろうが、国際赤十字など他の支援機関との協力関係を強化し、公衆衛生的視点から活動領域や内容を調整するなどして、地雷被災者の救出・搬送・応急処置などの領域の体制整備に貢献していることが示されればよいのではないかと考える。

(3) PAICMA・MPSについて

1) PAICMAの活動について

PAICMAが4医療施設の成果をどう生かすか、また生かそうとしているかが大きな関心であった。ダイレクターが交代し、新任ダイレクターの着任が遅れている段階であり、プロジェクト担当のSoraida氏の活動の評価が定まらず、PAICMAの存在感が薄れ、士気低下に影響するのではないかと心配された。現場のデータをどのように収集・分析し、施策に反映させていくかの筋道が立っていないことが、PAICMAの役割が明確にされない原因となっているのではないかと感じる。Soraida氏のプロジェクト運営管理へのかかわりの実績は、PAICMAの役割として評価できるものである。地方のC/Pがまとめるデータを収集・分析・フィードバックするとともに、その結果をPAICMAが行う他のプログラム（例えばパンフレットやホームページコンテンツなどによる広報活動）において利用するならば、PAICMAとしての役割として十分に評価されるのではなかろうか。

MPSのプロジェクト担当Rocio氏の言によると、現在、地雷被災者を含む障害者の救済法の整備が進められているが、PAICMAとMPSが連携して本プロジェクトの成果を救済法に反映させるように活動しているとのことであった。

2) MPSの活動について

当初計画ではMPSは主要なアクターではなく、プロジェクト前半でも成果2の国家ガイ

ドライン策定の方針変更を主張するなど、プロジェクト活動を混乱させる要因の1つであった。中間評価の段階では、プロジェクトの成果を障害者福祉制度の改革（法改正）、医療制度施策（国家が策定する診療ガイドライン整備）に反映させる意思が強いことを確認した。MPSが4医療施設が生み出す成果を施策に反映させるならば、このプロジェクトの成果は地雷被災者を含む障害者の福祉の向上に寄与することとなり、上位目標が達成されることが期待できる。今後は、プロジェクトとしてMPSとの連携を強め、成果を国の施策に反映させる戦略に取り組むことが望まれる。

3) PAICMAとMPSによる施策への反映を推進するために

地方のC/Pが行った成果を収集・分析する仕組みが必要である。この体制を整備することは、JICA、PAICMA、MPSから成る運営管理委員会の重要な任務である。提言5-2(3)に述べられているモニタリング体制を早急に整備し、結果を分析してC/Pにフィードバックし、C/Pの活動の発展に役立てるとともに、法整備・医療制度改革などの障害者施策の推進に役立てる戦略に結びつけることが重要と考える。

付記：プロジェクト俯瞰図の提案

今回の調査を通じて、本プロジェクトの主要アクター・活動領域・活動成果などを俯瞰するイメージを以下に示す。関係者間で検討し共有することにより、チームの一体感を発展させることに役立てば幸いである。

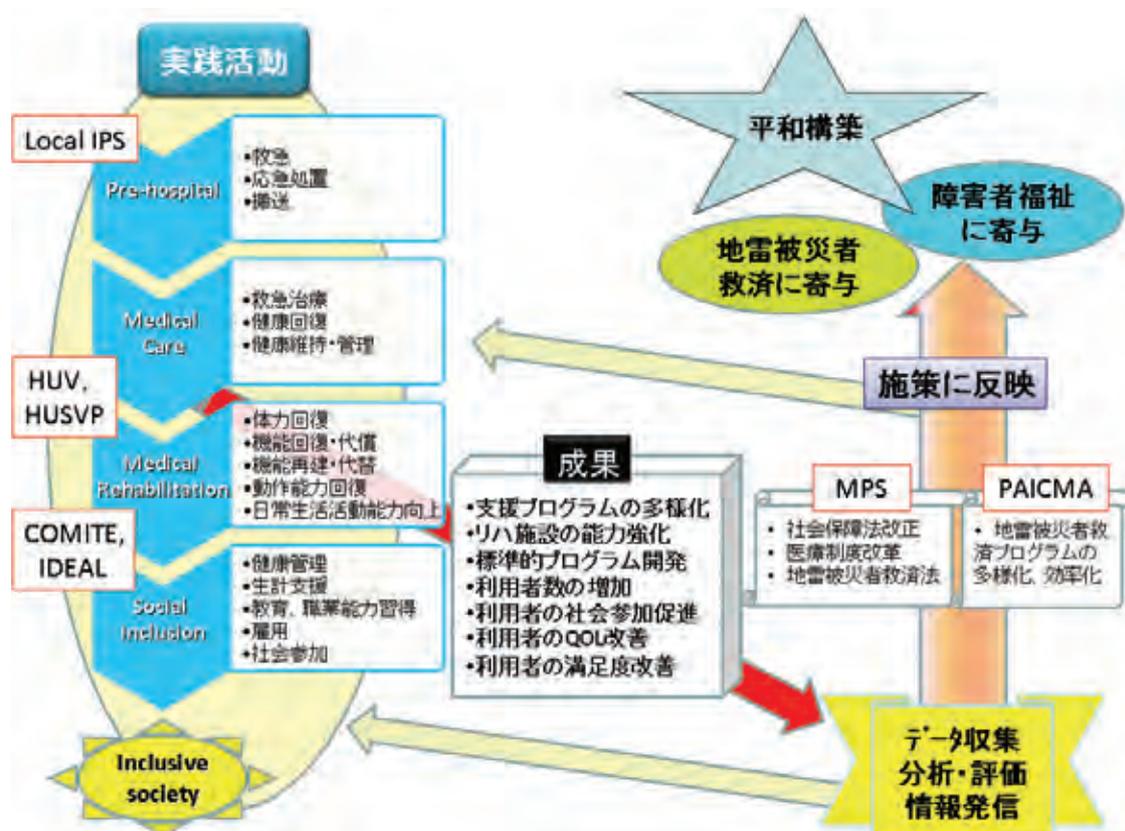


図-1 プロジェクト俯瞰図

付 属 資 料

1. ミニッツ (M/M 和文)
2. ミニッツ (M/M 西文)
3. PDM 第1版、第2版
4. 実 績
 - 4-1 カウンターパート・主要面談者リスト
 - 4-2 専門家派遣実績
 - 4-3 コロンビア国内外における研修・セミナー実績
 - 4-4 供与機材リスト
 - 4-5 ローカルコスト内訳【日本側・コロンビア側】
 - 4-6 委員会等開催実績
5. PDM 新旧対照表
6. 評価グリッド
7. インタビュー記録

「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」

のための技術協力に関する

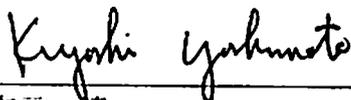
日本側中間レビュー調査団とコロンビア共和国側関係者との中間レビュー議事録

独立行政法人国際協力機構が組織し、吉元清を団長とする日本側中間レビュー調査団は、「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」(以下「プロジェクト」という)に関し、技術協力の実施状況と今後の実施計画の確認を行うことを目的として、2010年11月2日から19日までの日程をもって、コロンビア共和国において中間レビューを実施した。

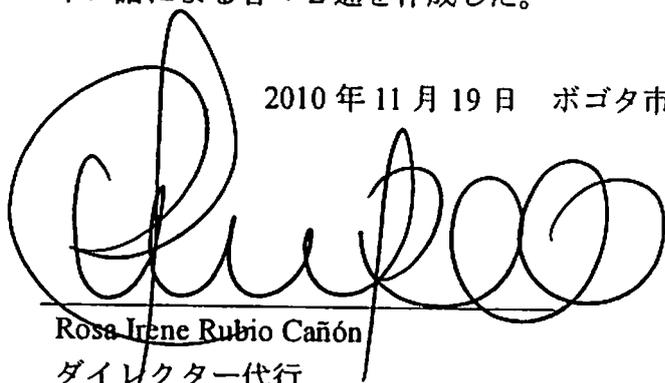
コロンビア共和国滞在中、日本側調査団は、コロンビア共和国関係機関とプロジェクトの有効な実施のために意見を交換し、一連の協議を行った。協議の結果、双方は付属文書に記載する諸事項について確認した。

本議事録は等しく正文である日本語、スペイン語による各々2通を作成した。

2010年11月19日 ボゴタ市



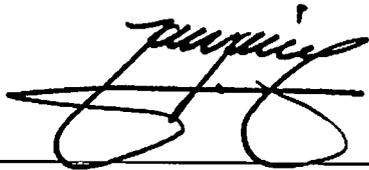
吉元 清
中間レビュー調査団 総括
独立行政法人 国際協力機構
日本国



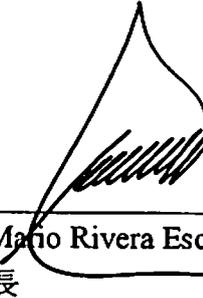
Rosa Irene Rubio Cañón
ダイレクター代行
副大統領府対人地雷
総合アクション大統領プログラム



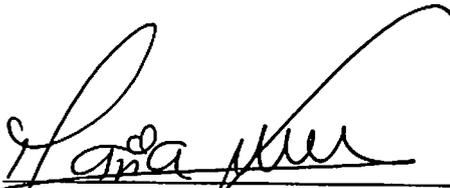
Susanna Helfer-Vogel
局長
社会保障省社会促進局
コロンビア共和国



Javier Hernán Parga Coca
保健局長
バジェ・デル・カウカ県保健局
コロンビア共和国



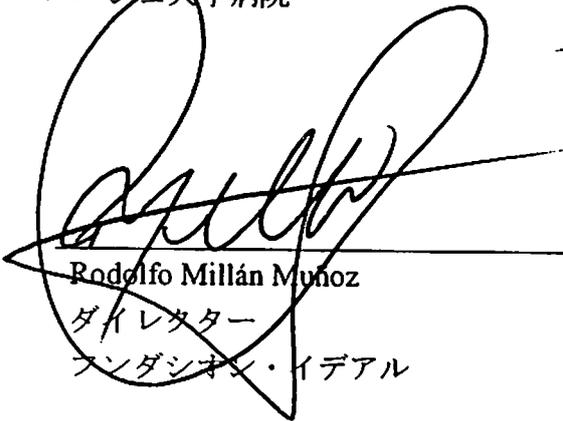
Carlos Mario Rivera Escobar
保健局長
アンティオキア県保健局
コロンビア共和国



María Lucero Uriago-Cerquera
院長
バジェ大学病院



Julio Ernesto Toro Restrepo (代筆)
院長
サンビセンテ財団



Rodolfo Millán Muñoz
ダイレクター
フンダシオン・イデアル



Andrea Escobar Hoyos
ダイレクター
コミテ・デ・リハビリタシオン

証人



Sandra Alzate Cisantes

大統領府高級アドバイザー

社会行動及び国際協力のための

大統領機構(アクション・ソシアル)

**コロンビア
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
合同中間レビュー報告書（抜粋）**

平成 22 年 11 月
(2010 年)

略 語 表

ADL (AVD)	Activities of Daily Living (Actividades de Vida Diaria)	日常生活活動
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 Coordinador Conjunto (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
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
DSSA	Dirección Seccional de Salud de Antioquia (Departmental Health Office of Antioquia)	アンティオキア県保健局
EPS	Entidades Promotores de Salud (Health Promoting Institutions)	保健促進機関
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・パウル大学 病院
HUV	Hospital Universitario del 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
ICF (CIF)	International Classification of	国際生活機能分類

	Functioning, Disability and Health (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud)	
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 la Protección Social	社会保障省
PAICMA	Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal	副大統領府対人地雷総合アクシ ョン大統領プログラム
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
R/D	Record of Discussion (Registro de Discusiones)	討議議事録
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

目 次

第1章 中間レビュー調査の内容

- 1-1 プロジェクトの経緯と調査団派遣目的
- 1-2 調査団の構成
- 1-3 調査日程
- 1-4 調査の方法と項目
 - 1-4-1 評価の方法
 - 1-4-2 情報収集の手段
 - 1-4-3 評価項目（評価5項目）

第2章 評価5項目による評価結果

- 2-1 妥当性
- 2-2 有効性（見込み）
- 2-3 効率性
- 2-4 インパクト（見込み）
- 2-5 持続性（見込み）
- 2-6 結 論

第3章 提 言

- 3-1 成果3、4の実施体制の整備
- 3-2 プロジェクト運営管理体制の強化
- 3-3 事業裨益者（地雷被災者を含む障害者）の事業実施への関与
- 3-4 プロジェクト広報の強化
- 3-5 その他

添付資料

- 1) PDM 第2版
- 2) PDM 新旧対照表
- 3) 活動計画（PO）第2版
- 4) 面談者リスト

第1章 中間レビュー調査の内容

1-1 プロジェクトの経緯と調査団派遣目的

コロンビア共和国（以下、「コロンビア」と記す）では、2005年の国勢調査によると全人口4,209万人の6.3%に当たる265万人が障害者であるとされている。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、関連法律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科で行われているが、多くの障害者は農村部に居住しているため、通院などが困難な状況にある。さらに、自治体や医療施設のスタッフの能力不足、医療機関間のネットワークが機能していない、医療リハビリテーションに関する誤った理解などが原因となり、障害者が適切な医療行為を受けられず、自立した生活や、就労、社会参加が困難となっている。

一方、コロンビアに特有の障害の原因として、地雷被災が挙げられる。40年以上前から非合法武装勢力と政府軍との武力抗争が続くなかで対人地雷が使用されてきた結果、2006年のコロンビアの対人地雷・不発弾による被害者数は1,123人と、カンボジア、アフガニスタンを抜いて世界一となった。オタワ条約に署名以降、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、被害者の数は年々増えており、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割が子どもである。また、被害の97%が貧しい農村地域で起こっており、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。

かかる状況下、コロンビア政府からの要請に基づき、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体制の質の改善を目的とした本技術協力プロジェクトが、2008年8月より開始された。対象地域には、①地雷被災者数が最も多いアンティオキア県、②地雷被災者数は少ないものの、コロンビア南西部における唯一の第3次・第4次レベルの病院としてリハビリテーションの拠点になり得るバジェ大学病院が所在するバジェ・デル・カウカ県の2県が選定された。

今次調査では、4年間の実施期間のうち約2年半が経過した本プロジェクトの進捗について評価のうえ、今後の展開に向けて活動内容、成果及びプロジェクト目標の再検討を行い、必要に応じてプロジェクト・デザイン・マトリックス（Project Design Matrix：PDM）及び活動実施計画表（Plan of Operation：PO）の改訂を行うことも含め、両国のプロジェクト関係者で合意形成を行うことを目的とした。

1-2 調査団の構成

【日本側】

担 当	氏 名	所 属
総 括	吉元 清	JICA コロンビア支所 所長
医療リハビリテーション	岩谷 力	国立障害者リハビリテーションセンター 総長
評価分析	若杉 健次	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング
協力企画	大野 純子	JICA 人間開発部社会保障課 ジュニア専門員

【コロンビア側】

氏 名	所 属	備 考
Soraida Delgado Sierra	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)	本プロジェクト担当
Rocio Gutierrez	社会保障省 (MPS)	本プロジェクト担当
Alvaro Jose Morales Vela	バジェ県保健局 (SDSV)	本プロジェクト副担当
Natalia Montoya	アンティオキア県保健局 (DSSA)	本プロジェクト担当
Belkys Angulo	バジェ大学病院 (HUV)	本プロジェクト担当
Lina Maria Osorio Vergara	バジェ大学病院 (HUV)	本プロジェクト担当
Diana Maria Molina Montoya	サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院 (HUSVP)	本プロジェクト担当
Rodolfo Millan Muñoz	フンダシオン・イデアル	本プロジェクト担当
Carlos Alberto Quintero Valencia	コミテ・デ・リハビリタシオン	本プロジェクト担当

1-3 調査日程

日順	月 日	曜日	調 査 内 容
1	11月1日	月・祝	評価分析団員 コロンビア着
2	11月2日	火	JICAコロンビア支所 打合せ プロジェクト専門家 打合せ、インタビュー
3	11月3日	水	PAICMA 担当者インタビュー 社会保障省 担当者インタビュー
4	11月4日	木	メデジン移動 コミテ・デ・リハビリタシオン 担当者インタビュー

5	11月5日	金	サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院 担当者 インタビュー 医療従事者・帰国研修員 フォーカスグループ 来院患者 インタビュー
6	11月6日	土	地雷被災者 インタビュー
7	11月7日	日	資料整理
8	11月8日	月	コミテ・デ・リハビリタシオン 医療従事者・帰国研修員 フォーカスグループ 来院患者 インタビュー
9	11月9日	火	アンティオキア県保健局 局長・担当者インタビュー 評価分析団員 カリ移動 協力企画団員 カリ到着
10	11月10日	水	バジエ県保健局 担当者インタビュー
11	11月11日	木	フンダシオン・イデアル 担当者 インタビュー 医療従事者・帰国研修員 フォーカスグループ 来院患者 インタビュー
12	11月12日	金	バジエ大学病院 担当者 インタビュー 医療従事者・帰国研修員 フォーカスグループ 来院患者 インタビュー
13	11月13日	土	資料整理
14	11月14日	日	評価分析・協力企画団員 メデジン移動 統括、医療リハビリテーション団員 メデジン到着
15	11月15日	月・祝	団内打合せ：ミニッツ内容
16	11月16日	火	アンティオキア県プロジェクト関係者との協議
17	11月17日	水	全団員 ボゴタ移動 PAICMA ダイレクター代行インタビュー 団内打合せ
18	11月18日	木	ミニッツ協議：評価結果報告、内容確認
19	11月19日	金	合同調整会議（Joint Coordinating Committee：JCC）実施 在コロンビア日本国大使館報告 コロンビア発

1-4 調査の方法と項目

1-4-1 評価の方法

今次評価では、DAC（OECD 開発援助委員会）5 項目のうち、妥当性、効率性、有効性及び、阻害・貢献要因について焦点を当て、調査を行った。

- (1) 妥当性については、コロンビアにおいて、プロジェクト開始時と現在を比較し、障害者への総合リハビリテーションに関する政策、優先順位づけに変更がないかを確認するとともに、日本人専門家より、PDM 変更に関する経緯を確認し、プロジェクト中間時点での妥当性を検証した。
- (2) 効率性については、現時点における、各成果の達成度、促進、阻害要因を検証した。成果 1 については、既に数多くの研修やセミナーが実施されており、研修で習得した知識、技術が、日常の診療において、どのように活用されているかを中心に、検証した。成果 2、3、4 については、成果発現の促進、阻害要因について確認した。
- (3) 有効性については、残り約半分のプロジェクト期間に、目標を達成できる見通しについて検討した。特に、成果 1 について、研修の実施や日常生活活動（Activities of Daily Living : ADL）評価表の導入により、どのような変化が生じ、こうした変化は、患者やリハビリテーション専門職員に対して、どのような影響（メリット）があるのかを把握し、プロジェクトから生じたアウトプットに関する情報収集を行い、プロジェクト目標達成の可能性について検討した。
- (4) インパクトについては、総合リハビリテーションを含む障害国家政策の策定という上位目標の達成見通しについて、カウンターパート及び専門家からの情報を基に検討した。
- (5) 持続性については、技術面、組織・財政面に焦点を当て、日本人専門家及び、カウンターパート機関からの情報を基に検討した。

1-4-2 情報収集の手段

今次評価では、日本人専門家及び、カウンターパート 8 機関（PAICMA、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、サン・ビセンテ・デ・パウロ大学病院、フンダシオン・イデアル、コミテ・デ・リハビリタシオン）の各カウンターパートへのインタビューを実施し、上記の点を踏まえ、情報収集を行った。

また、カウンターパートへのインタビュー調査に加え、対象 4 医療施設では、リハビリテーション専門職員へのインタビュー、対象 4 医療施設の ADL チームに対するフォーカスグループディスカッションを行い、研修で習得した知識・技術の、日常の診療における活用、患者へのインパクト、実施上の課題等について把握した。

上記に加え、対象 4 医療施設の患者及び地雷被災者への聞き取りを行い、患者や被災者が抱える治療に関するニーズや満足度について情報収集を行った。

対象者別情報の収集手段

対 象	情報収集手段
8 カウンターパート機関の担当者	個別/グループインタビュー
対象4 医療施設リハビリテーション専門職員（本邦研修参加者を含む）	グループインタビュー
対象4 医療施設の ADL チーム	グループインタビュー
地雷被災者/来院患者	個別インタビュー

1-4-3 評価項目（評価5項目）

(1) 妥当性

「プロジェクト目標」「上位目標」がコロンビア国政府・実施機関・ターゲットグループの政策・ニーズと合致しているか。本分野における日本の優位性があるか。

(2) 有効性

「アウトプット（成果）」によって「プロジェクト目標」がどこまで達成されたか。

(3) 効率性

「投入」が「アウトプット（成果）」にどのようにどれだけ転換されたか。投入の質、量、手段、方法、時期は適切か。

(4) インパクト

プロジェクトが実施されたことにより生ずる直接的、間接的な正負の影響（計画当初に予想されなかった影響や効果も含む）。

(5) 持続性

JICA の協力終了後もプロジェクト実施による効果が持続されるか。

第2章 評価5項目による評価結果

2-1 妥当性

本プロジェクトは、以下の理由から、コロンビア国の障害政策、日本のODA政策とプロジェクトの整合性、対象地域選定の妥当性、裨益者のニーズとの整合性、日本の支援・技術の優位性といった観点から、引き続き、妥当であると結論づける。

(1) コロンビア国の障害政策との整合性

コロンビアでは、憲法第13条、47条、54条、68条において、障害者にかかわる基本的な権利が記され、社会、経済、文化的な自己実現と社会統合のための権利を有すると規定している。1993年法律100号で定められた保健にかかわる社会保障制度は、健康増進、病気予防、総合的なリハビリテーションと対応のための活動を方向づけている。同法の方針や2004年のCONPES 80号文書（国家経済社会政策審議会政策文書）で採択された障害者にかかわる公共政策に従い、障害者への総合リハビリテーション活動の実施が必要とされている。

他方、障害者のためのコロンビア国家の責任と義務については、第2期アルバロ・ウリベ・ベレス大統領政権の国家開発計画において、貧困緩和のために拡充が必要と言及されている。また、コロンビアは、国連の障害者権利条約を批准したことで、障害者の権利保障を行う責務を明らかにするとともに、自治体での取り組み強化をめざしている。

地雷被災者に関しては、1997年法律418号で定められ、その後、1999年法律548号、2002年法律782号、2006年法律1106号で変更・修正・追記された規定に従い、被災防止・被災者支援が進められている。上記法律では、共生と有効な司法をめざしたいくつかの手段が定められている（第2部：被害者対応）。2000年法律554号では、対人地雷禁止条約（オタワ条約）の発効が定められ、2002年法律759号により、コロンビアにおける対人地雷総合活動が制度化された。その後、対人地雷と不発弾に対する総合対策国家計画（2004-2009）が定められ、2007年大統領令2150号を通じて、人権と国際人権法にかかわる大統領プログラムの対人地雷観測所に代わり、対人地雷総合アクション大統領プログラム（PAICMA）が創設された。対人地雷総合対策の戦略的全体像は、国家政策（2009-2019）（2008年に対人地雷対策のための横断的全国委員会により承認）に定められ、これは国家経済社会政策審議会（CONPES）により、2009年政令3567号として承認されている。

対人地雷総合アクション大統領プログラム（PAICMA）は本プロジェクトの実施機関であり、地雷の除去だけでなく、被災者支援を強化しており、一貫して、地雷被災者を含む障害者の権利の擁護・強化を進めてきている。コロンビアは、2009年にはホスト国として対人地雷禁止条約（オタワ条約）第2回検討会議（カルタヘナ・サミット）を開催し、国際的にも地雷被災者支援への高いコミットメントを示している。

(2) ターゲット地域、対象医療施設選定の妥当性

PAICMAによると、1990年から2010年9月までにコロンビア国全土で地雷被災者として登録された累計人数は8,619名に達しており、被災防止と被災者支援は重要な課題となっている。本プロジェクトでは、アンティオキア県及びバジェ県の2県がプロジェクト対象地域として選定されている。

アンティオキア県は、コロンビア国内で地雷被災者数が最も多い県の1つである。バジェ県は、アンティオキア県と比べ、地雷被災者数は少ないものの、コロンビア国南西部の地雷被災者のリハビリテーションの拠点であるバジェ大学病院が存在し、周辺の県の中核となっているため選定された。

プロジェクト対象医療施設の選定に関しては、アンティオキア県では、リハビリテーションのサービス提供において他県の第3次病院より優れたサービスを提供し、モデルとなり得るサン・ビセンテ・デ・パウル大学病院及び、同病院とレファレンス関係があり、地域のリハビリテーションの推進役であるコミテ・デ・リハビリタシオンが選定された。バジェ県では、バジェ大学病院は、バジェ県と周辺県の地雷被災者のレファレンス病院としての機能に加え、日本政府の草の根・人間の安全保障無償資金協力により機材が導入されており、こうした機材と連携した支援の継続が考えられ選定された。フンダシオン・イデアルは、リハビリテーション活動、コミュニティ活動の長い歴史があり選定された。

県以下のレベルの対象地域については、県保健局を中心に選定が進められ、アンティオキア県では、被災者が多いバホ・カウカ郡の4市が選定された。対象市は、他のプロジェクトによる支援が入っていない地域、かつ、道路等のインフラ面でアクセス可能な地域であり、1次から3次レベルの異なるレベルの地域医療施設が含まれるよう配慮された。

バジェ県では、地雷被災者の存在があり、県中心へ地理的にアクセスが可能であり、プロジェクトのカウンターパートとなり得る医療施設が存在し、将来的に県内での成果普及が可能となるよう、県内に均等に分布する5市が対象地域として選定された。

以上より、ターゲット地域の選定及び、対象医療施設の選定は、妥当である。

(3) 裨益者ニーズとの整合性

本プロジェクトの裨益者は、対象医療施設のリハビリテーション専門職員及び地雷被災者を中心とした障害者である。本プロジェクトの直接の裨益者である対象医療施設のリハビリテーション専門職員へのインタビュー調査でも明らかのように、対象医療施設はリハビリテーションを重要な事業の1つと位置づけており、リハビリテーション専門職員には、患者を中心とした総合リハビリテーションにつながる専門分野の知識や技術習得への高い関心及び、リハビリテーションの質向上への意欲がある。

地雷被災者を中心とした障害者に関し、地雷被災者とのインタビューでは、被災者の権利が十分に普及・認識されておらず、適切な医療施設受診前処置がとられていない現状が示されており、被災者の権利へのアクセス強化、適切な医療施設受診前処置

には、引き続きニーズがある。上記に加え、被災者とのインタビューでは多様なニーズが示され、特に、医療リハビリテーション終了後、社会のなかで自立し、生計を立てていくため、起業や職業教育を通じた就業に対する支援へのニーズも示された。

以上より、本プロジェクトの最終裨益者である、地雷被災者を中心とした障害者のニーズは多様であり、本プロジェクトのスコープを超えるニーズの存在が認められるが、対象医療施設におけるリハビリテーションの質向上は、対象医療施設のリハビリテーション専門職員及び地雷被災者を中心とした障害者双方のニーズにかなっていると考えられる。

(4) 日本のODA政策との整合性

本プロジェクトの最終裨益者は、コロンビア国の地雷被災者を中心とした障害者であり、同国の紛争による被災者に対し、日本が支援を行うことは、ODA大綱の基本方針の1つである「人間の安全保障」の視点に合致する。また、2008年8月に現地ODAタスクフォースとコロンビア政府との経済協力政策協議において確認された重点分野の1つに平和構築が掲げられている。平和構築の1つとして、紛争の結果生じる社会的・経済的問題への対応が挙げられており、地雷被災者を中心とした障害者に対するリハビリテーションの質の向上は、紛争の結果生じる社会的問題への対応と合致する。さらに、2007年3月に改定されたJICAの国別事業実施方針においては、平和構築のなかで、地雷被災者等の身体障害者に対するリハビリサービス向上支援、職業訓練を通じた経済的自立支援等を中心テーマとして協力の展開検討を掲げている。以上より、本プロジェクトは日本のODA政策と整合的であるといえる。

(5) わが国の技術や経験の優位性

日本は、障害者福祉制度を開拓・発展させてきた長い歴史をもち、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF）の導入・活用においても、厚生労働省は積極的に取り組み、医療・福祉関係者のなかに概念の理解、臨床活動への応用が進んでいる。また、日本では医療施設における総合リハビリテーション実施体制が整備され、障害者の医療・福祉支援体制が社会的に機能している。一方、地雷被災者を中心とした障害者の権利の啓発及び応急処置においては、既に他機関が類似の活動を実施しており、技術的優位性は必ずしも高くない。ただし、当事者参加等の活動を実践することにより、権利の啓発に関する部分でもJICAの技術的優位性を高めることは可能であり、日本が支援を行うことは妥当であるといえる。

2-2 有効性（見込み）

本プロジェクトは、成果1については、成果の順調な発現がみられる一方、成果2、3、4については、活動の方向性は示されているものの、中間レビュー時点では成果の発現には至っていない。特に、成果3、4については、今後、活動計画、モニタリング、評価の着実な実行が求められる。

(1) 成果及びプロジェクト目標の発現

本プロジェクトの4つの成果のうち、成果1については、順調な進捗がみられ、成果が発現している。一方、残りの3つの成果については、進捗はみられるが、中間レビュー時点では成果発現に至っていない。成果2については、計画段階において、日本・チリ・パートナーシッププログラム（Japan-Chile Partnership Program : JCPP）の枠組みによるチリ人専門家の協力を得たガイドラインの作成が予定されていたが、その後、チリからの協力体制の見直し、社会保障省によるガイドライン整備の提案など、方向性が定まらない状況が続いた。最終的には、2009年6月の運営指導調査時に、切断及び視覚障害の総合リハビリテーションに関するガイドラインを作成することを関係者間で合意し、実施計画が策定され、現在は、関係者間で活動内容、タイムフレーム、担当者等が明確になっており、着実な進捗がみられる。成果3及び4については、計画が策定され、今後、両県の予算の執行を待って地域活動の実施に移る段階であり、着実な実施を期待したい。プロジェクト目標については、成果3、4が今後、着実に実施され、予定どおりの成果が発現されれば、プロジェクト終了時までには達成することが見込まれる。

(2) 成果とプロジェクト目標の関係

成果1、2については、プロジェクト目標である総合リハビリテーションの質の向上に直接的に関係している。一方、成果3とプロジェクト目標の関係については、地雷被災者を中心とする障害者が、成果3を通じて、権利や権利にアクセスするための制度についての知識を得ることで、間接的に総合リハビリテーションの質の向上と結びついている。また、成果4については、地雷被災後の感染症等の二次災害を防ぐことにより、その後のリハビリテーションプロセス、社会参加が容易になることが考えられ、広い意味で総合リハビリテーションの質の向上とリンクしていると考えられる。

(3) 諸要因の分析

現時点において、プロジェクト目標の達成に影響を及ぼす大きな阻害要因はないが、対象地域での治安状況については、引き続き留意が必要である。また、現在までのところ、プロジェクト関係者の顕著な異動はなく、プロジェクト実施上の支障はないが、継続性の観点から今後も引き続きプロジェクト担当者の異動は最小限であることが望ましい。異動の際は、着任者に対して、本プロジェクトの意義を理解頂けるよう、十分な説明が必要だと考える。

2-3 効率性

専門家派遣に関し、チーフの長期専門家の派遣が遅れたこと等、効率性に影響を与える要因はあったものの、カウンターパートが適切に配置されたこと、本邦研修を中心とする各種研修、短期専門家の投入が適切なタイミングで実施され、成果を上げている。また、供与された機材が有効に活用されていることなどより、本プロジェクトは十分効率的であ

ると考える。

(1) 長期・短期専門家派遣

長期専門家については、チーフ専門家の着任まで約9カ月、住民参加/公衆衛生専門家の着任まで6カ月、その間、対象医療施設に対する指導の進捗が遅れたが、着任後、技術指導は着実に進んでおり、成果を上げている。専門家の任期に関しては、プロジェクト期間を1年以上残した段階で、チーフ専門家、住民参加/公衆衛生専門家の任期満了となるため、一部のカウンターパートから懸念が示されている。短期専門家については、適切なタイミング、期間、人員で派遣されている。

(2) 機材供与

機材供与のタイミングについて、一部カウンターパートから、よりプロジェクトの進捗に合わせ、対象医療施設に供給するのが望ましかったとの指摘があったが、投入された供与機材は、対象医療施設へのインタビューにおける肯定的な評価、機材が実際に患者に利用されている状況から、適切であったと考える。

(3) カウンターパートの配置

コロンビア側により配置されたカウンターパートの人員体制は適切であると考えられる。プロジェクトの進捗に合わせて、カウンターパートの増員が図られるなど、必要に応じ、適切な人員が確保され、効果的に配置がなされるよう、配慮がされている。

(4) 本邦研修・第三国研修・コロンビア国内研修

本プロジェクトでは、これまでに、3回の本邦研修、メキシコで行われた第2回CBR国際会議やコスタリカKaloieプロジェクトフォーラムへの参加が実施されている。特に、本邦研修に関し、コロンビア側より高い評価を受けているだけでなく、研修内容が実際に日常業務で生かされるとともに、研修生が所属する機関の内外に普及されている。対象医療施設へのインタビューでは、本邦研修を通じて、所属機関が掲げる総合リハビリテーションの概念が正しく、かつ実現可能であることを確信できたという心的な変化だけでなく、ADL活動を実施する際の指示書を改訂する等、日常のリハビリテーション診療に直接的な効果が発現している。また、研修の成果は、対象医療施設内で共有されているだけでなく、研修生が講師を務める大学の教員や学生に対しても共有されており、研修の波及効果がみられる。

また、長期・短期専門家を中心に、コロンビア国内で、日常生活活動や視覚障害リハビリテーション等、8種類の国内研修・セミナーが実施されており、延べ540名を超える参加者を得ており、対象医療施設のインタビューでも、研修の有効性について高く評価されている。

(5) その他

本プロジェクトの効率的な実施に貢献する要因として、サン・ビセンテ・デ・パウエル大学病院に対する草の根・人間の安全保障無償資金協力による視覚障害リハビリテーション機材の投入がある。同機材は、本プロジェクトの短期専門家の助言により、同病院のリハビリテーション部門内に設置されており、地雷被災者等、切断と視覚障害の2つの障害をもつ患者が、1カ所でリハビリテーションを受けることが可能となっている。一方、効率的な実施の阻害要因として、8機関間の調整の難しさが挙げられる。カウンターパート機関のオーナーシップの強さは本プロジェクトの長所の1つと考えるが、地理的に離れ、性格の異なる機関が円滑にプロジェクトを実施していくためには、意思決定のメカニズムやコミュニケーションルートの明確化、議事録等意思決定の記録の整理、モニタリングの強化など、プロジェクトの運営管理体制の強化が求められる。

2-4 インパクト（見込み）

本プロジェクトのインパクトについて、現時点で上位目標の達成に向けた動きはみられている。また、バジェ大学病院で、地域医療施設と連携して視覚障害リハビリテーションに関するサービス提供が開始される等、プロジェクトの正のインパクトも発現している。

上位目標の達成可能性について、現在、社会保障省は、国連の障害者権利条約、プロジェクト成果としての総合リハビリテーション、被害者法に整合する国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES 80）の改定を提案している。同様に、社会保障省は、2010年から2014年の開発計画に障害政策を盛り込むことを提案している。

本プロジェクトの正のインパクトの1つとして、バジェ大学病院における視覚障害リハビリテーションの開始がある。プロジェクト開始時、バジェ大学病院では、視覚障害リハビリテーションは実施されていなかったが、バジェ大学病院、成人視覚障害リハビリテーションセンター（Centro de Rehabilitacion para Adultos Ciegos : CRAC）、バジェ視覚・聴覚障害児センター（Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca）の3機関が協定を結び、バジェ大学病院はCRACから専門職の派遣を受け、視覚障害リハビリテーションを開始した。視覚リハビリテーションは、期間4カ月、5つのプログラムから構成され、2つをバジェ大学病院で実施し、残り3つを隣接するバジェ視覚・聴覚障害児センターが担当し、まもなく第1回目のプログラム参加者がリハビリテーションを終了する予定となっている。3次レベルの医療機関であるバジェ大学病院が地域の医療施設やNGOとの連携により視覚障害の総合的リハビリテーションサービスを提供できるようになったという点が特筆に値する。

2-5 持続性（見込み）

対象医療施設において、リハビリテーション専門職の能力は高く、リハビリテーションは、各機関の重要な事業の一角を成しており、成果1、2の持続性は高いと見込まれる。一方、対象医療施設における活動以外の部分（成果3、4）に関しては、プロジェクト終了後も被災者の権利啓発活動、医療施設受診前処置の普及活動を継続するためには、両県保健

局の積極的コミットメントが必要となる。

(1) 政策面での持続性

政策面での持続性は、地雷被災者を含む障害者への総合リハビリテーションの質の改善が障害国家政策に含まれ、社会保障省が関係機関との調整において主導的な役割を果たすことで保障される。また、被災者の診療に関して、連帯保障基金（Fondo de Solidaridad y Garantía : FOSYGA）により適切なタイミングで医療機関に支払いがなされることにより持続性が保障される。

ADL評価表を活用し、チームリハビリテーションの実践を通じた質の高いリハビリテーションをめざしている医療施設が、質の高い医療・リハビリテーションを持続していくためには、プラスの評価（診療点数を上げる等）をする、政策及びシステム的な支援が望まれる。

(2) 制度面（人材、組織体制、予算）での持続性

人材について、成果1、2に関係する対象医療施設においては、チームリハビリテーションを実施するために必要な専門職員が確保されている。また、リハビリテーションは、各組織の主要事業の一角を成しており、組織体制、予算の面でも、持続性は高い。県内の医療サービス提供機関（Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud : IPS）に対し、プロジェクト成果の普及メカニズムを構築することが望まれる。成果3、4については、地域活動の実施がこれからの段階にあり、持続性を判断するのは難しい。プロジェクト終了後も成果3、4の活動を継続するためには、両県保健局の積極的コミットメントが必要である。

(3) 技術面での持続性

技術面での持続性について、対象4医療施設のリハビリテーション専門職の能力は高く、本プロジェクトを通じて得られた知見・技能が活用され、現場の状況に合わせて改良され、患者を中心としたチームリハビリテーションが実践、継続される可能性は高い。また、プロジェクト終了後、対象医療施設の技術伝達者は、県内のIPSに対し、研修セッションを独自でファシリテートする能力を有している。実際、対象医療施設のなかには、総合リハビリテーションに関するガイドラインを独自に改訂し、研修の成果を提携する大学の教員や学生に普及するなどの取り組みがみられており、技術面での持続性は高いと考える。

2-6 結 論

以上の点にかんがみ、本プロジェクトのプロジェクト目標は、成果3、4が今後、着実に実施され、予定どおりの成果が発現されれば、プロジェクト終了時まで達成することが見込まれる。上位目標については、国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES 80）に総合リハビリテーションの概念が盛り込まれる形で改定が進められる方向にあり、上位目標

達成の可能性はあると考えられる。

本プロジェクトは、コロンビア国の障害国家政策と地雷被災者支援政策、日本のODA政策と統合的であり、対象地域選定、裨益者ニーズとの整合性の点でも妥当である。また、有効性については、成果1に関し、成果の順調な発現がみられている。今後は、特に成果3、4について、着実な実施が期待される。効率性については、長期短期専門家の適切な投入、本邦研修を中心とする各種研修の成果や供与された機材が有効に活用されていること、コロンビア側の適切な協力体制などより、本プロジェクトの効率性は高いと考える。インパクトについては、前述のとおり、上位目標の達成に向けた動きがみられており、また、バジェ大学病院で、地域医療施設と連携して視覚障害リハビリテーションに関するサービス提供が開始される等、正のインパクトがみられる。持続性については、対象医療施設において、リハビリテーション専門職の能力は高く、リハビリテーションは、各機関の重要事業の一角を成しており、技術面での持続性が見込まれる。全関係機関が組織としてプロジェクト成果を活用し、中央レベルではPAICMAと社会保障省、県レベルでは県保健局がリーダーシップをとり、地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションが障害国家政策に含まれることにより、プロジェクト成果がコロンビア全土に普及されることが期待される。

第3章 提 言

3-1 成果3、4の実施体制の整備

4 医療施設内における実績が見えやすい成果1と比較して、成果3、4は地域における活動であり、関係するアクターが多く、その実施形態もバジェ県及びアンティオキア県で大きく異なる。

今後、住民参加/公衆衛生専門家が中心となり、両県の技術チームとともに、県別・成果別のスケジュール、活動実施主体・モニタリング体制を明確に示した文書（実施手順書）を作成し、関係するアクターと共有することにより、着実に活動を実施していく必要がある。

3-2 プロジェクト運営管理体制の強化

(1) 委員会議事録の作成と共有

当プロジェクトは、2県1都市にまたがり8つのカウンターパート機関を有しており、機関同士の意見調整・意思決定のため、討議議事録（Record of Discussion：R/D）で合意された運営管理体制に基づき、各レベルにおける委員会が定期的実施されている。複数にわたる関係機関内の円滑なコミュニケーションを保障し、プロジェクト自体のアカウントビリティを向上するためには、プロジェクトの共通フォーマットを用いた議事録をすべてのカウンターパート機関と適切な時期に共有し、決定プロセス、役割、責任を明確にすることが必要である。

(2) コミュニケーション体制の強化

当プロジェクトでは、R/Dで合意された3つのレベルの委員会に加え、日常的な活動のモニタリング・フィードバックと子細な事項の意思決定を目的とした「運営管理委員会（SAC）」を暫定的に組織している。この委員会の設立により、意思決定が迅速になり、また日本人専門家が各カウンターパート機関と委員会を媒介する役割を担うこととなった。この委員会がより機能するためには、プロジェクト内で円滑なコミュニケーションを実施するための体制を、専門家が中心となって明確化していく必要がある。

(3) モニタリング体制

日本人専門家が、プロジェクト指標に基づくモニタリングフォーマットを提案し、カウンターパート機関と共有する。運営管理委員会が活動のモニタリング・フィードバックを保障することが必要である。

3-3 事業裨益者（地雷被災者を含む障害者）の事業実施への関与

JICA 人間開発部では、課題別指針「障害者支援」を定め、「事業裨益者としての障害者

の完全参加」の重要性を掲げている。当プロジェクトでも、地雷被災者を中心とした障害者を最終裨益者としている。

ベースライン調査及び成果 3 における地雷被災者を中心とする障害者の参加を記録する必要がある。また、今後地域活動を実施する成果 3 において、計画された地域活動の実施主体となる NGO（フンダシオン・イデアル、コミテ・デ・リハビリタシオン）等が中心となり、地域の障害者グループ・団体等の参加を促していくことが望まれる。

3-4 プロジェクト広報の強化

(1) 関係機関におけるプロジェクトの認知度向上

コロンビア国内には地雷被災者にかかわるプロジェクトが存在しており、特にアンティオキア県においては被災者対応のプロジェクトも多い。一方、担当者・機関・セクターが異なると情報が十分共有されないことが多く、活動内容や対象地域が類似していても、それらのプロジェクト間の効果的な連携が図られているとはいえない。

PAICMA、社会保障省、県保健局は、他ドナーのプロジェクト情報の収集が可能な立場にあることから、定期的に関連する情報を交換していくことが望ましい。

また、関係機関における当プロジェクトの認知度を向上させることが重要であり、関係機関のプロジェクト担当者がその役割を担うことが期待される。

(2) ホームページやパンフレット等を通じたプロジェクトの情報発信

昨今、国際協力事業のアカウントビリティの一層の向上が求められており、JICAでも全技術協力プロジェクトのホームページを立ち上げ「ODAの見える化」サイトに掲載するなど、プロジェクト広報強化の方針が打ち出されている。

今後、ホームページやプロジェクト活動紹介パンフレットなどの作成、その他各種媒体を利用し、プロジェクトの成果をコロンビア国内外に発信することが期待される。

3-5 その他

プロジェクトの各機関は、プロジェクト開始時の合意に基づき活動を実施していくことが必要である。JCC、合同運営委員会（Joint Steering Committee : JSC）、バジェ県運営委員会/アンティオキア県運営委員会（VSC/ASC）など各レベルの委員会への参加に係るカウンターパートの出張旅費は、本来コロンビア側の負担とされているが、今後コロンビア側が負担していくことを検討されたい。

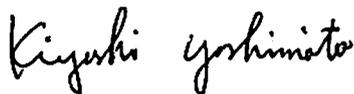
MINUTA DE DISCUSIONES
ENTRE LA MISION JAPONÉS DE REVISIÓN INTERMEDIA
Y
LA PARTE RELACIONADA COLOMBIANA
SOBRE
LA COOPERACION TECNICA PARA EL PROYECTO DE
“FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ESPECIALMENTE VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES CON MINAS ANTIPERSONALES” EN COLOMBIA

La Misión Japonés de Revisión Intermedia conformada por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, y liderada por el señor Kiyoshi YOSHIMOTO ha visitado la República de Colombia del 2 al 19 de noviembre de 2010 y ha realizado la revisión intermedia con el fin de confirmar el avance de la cooperación técnica y el plan de operación que se va a realizar de aquí en adelante del “Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación Integral para Personas con Discapacidad, especialmente Víctimas de Accidentes con Minas Antipersonales”, denominado en adelante el “Proyecto”.

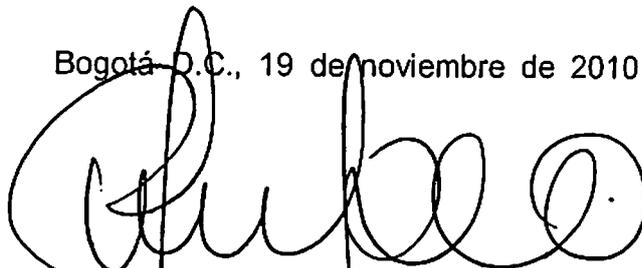
Durante la estadía en la República de Colombia, la Misión intercambió opiniones y sostuvo una serie de discusiones con las autoridades colombianas relacionadas sobre el Proyecto. Como resultado de las discusiones, ambas partes confirmaron los puntos que se describen en el documento adjunto.

Se elaboró la presente minuta de discusiones duplicada y en idioma japonés y en idioma español, teniendo el mismo valor en ambos idiomas.

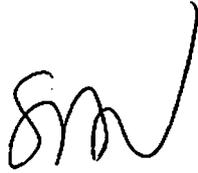
Bogotá D.C., 19 de noviembre de 2010



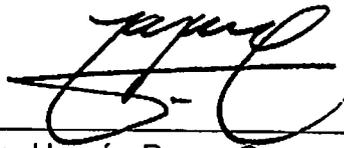
Kiyoshi Yoshimoto
Líder de la Misión de la Revisión
Intermedia
Agencia de Cooperación
Internacional del Japón
Japón



Rosa Irene Rubio Cañón
Directora (E)
Programa Presidencial para la
Acción Integral contra Minas
Antipersonal
República de Colombia



Susanna Helfer-Vogel
Directora General de Promoción
Social
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



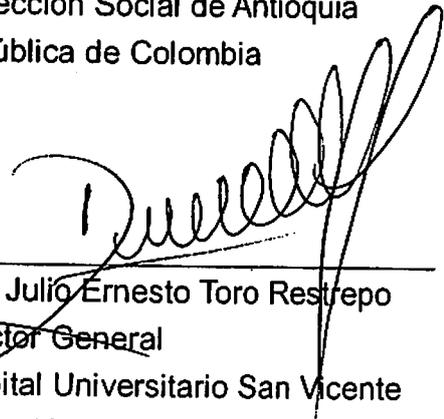
Javier Hernán Parga Coca
Secretario de Salud
Secretaria de Salud Departamento
del Valle del Cauca
República de Colombia



Carlos Mario Rivera Escobar
Secretario de Salud y Protección
Social
Dirección Seccional de Salud y
Protección Social de Antioquia
República de Colombia



María Lucero Uriago Cerquera
Directora General
Hospital Universitario del Valle
República de Colombia



Por : Julio Ernesto Toro Restrepo
Director General
Hospital Universitario San Vicente
Fundación
República de Colombia

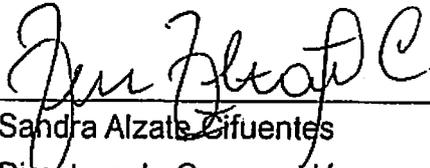


Rodolfo Millán Muñoz
Director Ejecutivo
Fundación IDEAL
República de Colombia



Andrea Escobar Hoyos
Directora Ejecutiva
El Comité de Rehabilitación
República de Colombia

Testigo:



Sandra Alzate Cifuentes
Directora de Cooperación
Internacional de Acción Social
Agencia Presidencial para la
Acción Social y la Cooperación
Internacional
República de Colombia

**Informe de revisión Intermedia Conjunta
del Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación
Integral para Personas con Discapacidad, especialmente
Víctimas de Accidentes con Minas Antipersonales en Colombia**

Noviembre de 2010

Departamento de Desarrollo Humano
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Abreviación

AVD (ADL)	Actividades de Vida Diaria (Activities of Daily Living)
CCC (JCC)	Comité Coordinador Conjunto (Joint Coordinating Committee)
CDC (JSC)	Comité Directivo Conjunto (Joint Steering Committee)
CDV (VSC)	Comité Directivo Valle del Cauca (Valle del Cauca Steering Committee)
CDA (ASC)	Comité Directivo Antioquia (Antioquia Steering Committee)
CIF(ICF)	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (International Classification of Functioning, Disability and Health)
CIREC	Centro Integral de Rehabilitación de Colombia (Colombia Integral Rehabilitation Center)
DSSA	Dirección Seccional de Salud de Antioquia (Departmental Health Office of Antioquia)
EPS	Entidades Promotores de Salud (Health Promoting Institutions)
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía (Solidarity and Security Fund)
HUSVP	Hospital Universitario San Vicente de Paúl (San Vicente of Paul University Hospital)
HUV	Hopital Universitario del Valle (Valle University Hospital)
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Colombia Institution of Family and Welfare)
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Health Service Providing Institutions)
JCPP	Japan-Chile Partnership Program
M/M	Minuta de Reunión (Minutes of Meetings)
MPS	Ministerio de la Protección Social
PAICMA	Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal
PDM (MDP)	Matriz de Diseño del Proyecto (Project Design Matrix)
PO	Plan Operativo (Plan of Operation)
RBC (CBR)	Rehabilitación Basada en Comunidad (Community Based Rehabilitation)
R/D	Registro de Discusiones (Record of Discussion)
SDSV	Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca (Departmental Health Office of Valle del Cauca)
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje (National Skills Training Service Authority)

Índice

CAPÍTULO 1: CONTENIDO DE LA REVISIÓN INTERMEDIA

- 1-1. Antecedentes del Proyecto y el Objetivo del envío de la Misión
- 1-2. Estructura de la Misión
- 1-3. Agenda de la Revisión Intermedia
- 1-4. Metodología de la Revisión
 - 1-4-1. Método de Evaluación
 - 1-4-2. Forma de Recopilar la información
 - 1-4-3. Aspectos de Revisión (5 aspectos de evaluación)

CAPÍTULO 2: RESULTADO DE LA REVISIÓN SEGÚN LOS 5 ASPECTOS DE EVALUACIÓN

- 2-1. Pertinencia
- 2-2. Efectividad
- 2-3. Eficiencia
- 2-4. Impacto
- 2-5. Sostenibilidad
- 2-6. Conclusión

CAPÍTULO 3: PROPUESTAS

- 3-1. Establecer el sistema de ejecución de los resultados 3 y 4
- 3-2. Fortalecimiento del sistema de administración y operación del proyecto
- 3-3. Participación de beneficiarios (personas con discapacidad incluyendo víctimas de minas antipersonal) en la ejecución del proyecto
- 3-4. Fortalecimiento de la actividad de promoción del proyecto
- 3-5. Otros

ANEXOS

- 1) Matriz de Diseño del Proyecto (PDM ver.2)
- 2) Listado de comparación de PDM anterior y PDM modificada
- 3) Plan Operativo (versión 2)
- 4) Listado de personas entrevistadas

CAPITULO 1 CONTENIDO DE LA REVISIÓN INTERMEDIA

1-1 ANTECEDENTES DEL PROYECTO Y EL OBJETIVO DEL ENVIO DE LA MISIÓN

Según el censo nacional de 2005, en Colombia, el 6.3 % de 42,09 millones de toda la población colombiana, es decir, 2,65 millones son personas con discapacidad. A pesar de que el Ministerio de Protección Social, como gestor de política pública, coopera con otros ministerios y entidades relacionadas y las leyes y normas relacionados están establecidas, en realidad, hay casos en que personas con discapacidad no han podido acceder a la protección social o a la atención médica suficientemente.

La rehabilitación médica para personas con discapacidad se realiza en algunos hospitales de tercer nivel y la sección de rehabilitación de hospitales de cuarto nivel. Sin embargo, muchas personas con discapacidad viven en zonas rurales y tienen la dificultad de trasladarse hasta el hospital que ofrece este tipo de servicios. Además, debido a la falta de capacidad de funcionarios municipales o de instituciones de salud, función insuficiente de la red entre entidades de salud, mal entendimientos acerca de la rehabilitación medica, entre otras causas, las personas con discapacidad no han podido recibir servicios médicos adecuados, por la consecuencia de ello, resulta difícil llevar la vida independiente, tener empleo y participar a la sociedad.

Por otro lado, como una causa de discapacidad propia de Colombia, se puede mencionar el accidente con minas antipersonal. Como en el conflicto armado que continúa entre las fuerzas militares y grupos armados al margen de la ley durante más de 40 años se ha venido utilizando minas antipersonal, en el año 2006 se registraron 1.123 personas como víctimas de MAP y MUSE, con lo cual Colombia se ha convertido en el primer país que tiene mayor número de víctimas de MAP y MUSE en el mundo, superando Camboya y Afganistán.

Después de haber firmado la Convención de Ottawa, aunque el gobierno colombiano inició la eliminación de las minas almacenados y enterrados, el número de víctimas viene aumentando año tras año. En promedio al día se accidentan más de 3 personas por MAP y MUSE, el 40% de las víctimas son

civiles, de los cuales el 30% son menores de edad. Además el 97% de los hechos se registra en zonas rurales de escasos recursos. En ese sentido, el fortalecimiento del sistema de rehabilitación para personas con discapacidad especialmente víctimas de minas antipersonal es una de las tareas más prioritarias.

Ante esta situación, con base en la solicitud del gobierno colombiano, en mes de agosto de 2008 se inició un proyecto de cooperación técnica que busca mejorar la calidad del sistema de la rehabilitación integral para las personas con discapacidad especialmente víctimas de minas antipersonal.

Como zonas objeto, fueron seleccionados el 1) Departamento de Antioquia, donde se concentra mayor número de víctimas de minas antipersonal, y el 2) Departamento de Valle del Cauca, aunque tiene menos víctimas que Antioquia, existe el Hospital Universitario del Valle como centro de referencia de rehabilitación de víctimas de MAP y MUSE de la región suroccidente de Colombia.

El objetivo de esta revisión intermedia, es revisar el contenido de las actividades los resultados y la meta del proyecto y formular un acuerdo sobre el direccionamiento del desarrollo del proyecto que se dará de aquí en adelante, incluyendo la realización de ajustes en la Matriz de Diseño del Proyecto y el Plan de Operación, con base en la evaluación del avance del proyecto, en se encuentra en la mitad del período del proyecto de 4 años.

1-2 ESTRUCTURA DE LA MISIÓN

【Parte Japonesa】

Nombre y apellido	Cargo	Entidad
Kiyoshi YOSHIMOTO	Líder de la Misión	Representante Residente de la Oficina Colombia, JICA
Tsutomu IWAYA	Rehabilitación médica	Presidente del Centro Nacional de Rehabilitación para Personas con Discapacidad
Kenji WAKASUGI	Evaluación y análisis	Consultor, Mitsubishi UFJ Research & Consulting
Junko OHNO	Planeación de la cooperación	Experta asociada, División de Seguridad Social, Departamento de Desarrollo Humano, JICA

【Parte Colombiana】

Nombre y apellido	Entidad	Cargo
Soraida Delgado Sierra	PAICMA	Encargada del Proyecto
Rocío Gutiérrez	Ministerio de la Protección Social	Encargada del Proyecto
Álvaro José Morales	Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca	Encargado del Proyecto
Natalia Montoya	Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia	Encargada del Proyecto
Belkys Beatriz Angulo Lina María Osorio	Hospital Universitario del Valle	Encargadas del Proyecto
Diana María Montoya	Hospital Universitario San Vicente Fundación	Encargada del Proyecto
Rodolfo Millán Muñoz	Fundación IDEAL	Encargado del Proyecto
Carlos Alberto Quintero	El Comité de Rehabilitación	Encargado del Proyecto

1-3 AGENDA DE LA REVISIÓN INTERMEDIA

Fecha	día	Contenido
1 de nov.	Lunes	El encargado de análisis y evaluación llega a Colombia
2 de nov.	Martes	Reunión en la oficina de JICA en Colombia Reunión con expertos del proyecto, entrevista
3 de nov.	Miércoles	Entrevista con las personas encargadas de PAICMA Entrevista con las personas encargadas del Ministerio de Protección Social
4 de nov.	Jueves	Traslado a Medellín Entrevista con las personas encargadas del El Comité de Rehabilitación
5 de nov.	Viernes	Entrevista con las personas encargadas del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl Entrevista con funcionarios médicos, ex becarios de la capacitación en Japón, Grupo de enfoque, usuarios
6 de nov.	Sábado	Entrevista con víctimas de minas antipersonal
7 de nov.	Domingo	Organizar documentos
8 de nov.	Lunes	El Comité de rehabilitación Entrevista con funcionarios médicos, ex becarios de la capacitación, Grupo de enfoque, usuarios
9 de nov.	Martes	Entrevista con el Secretario y con la persona encargada de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Encargado de evaluación y análisis se traslada a Cali Encargada de planeación de cooperación se traslada a Cali
10 de nov.	Miércoles	Entrevista con la persona encargada de la Secretaria de salud de la gobernación de Valle del Cauca
11 de nov.	Jueves	Entrevista con la persona encargada de la Fundación IDEAL Entrevista con funcionarios médicos, regresados de la capacitación, Grupo de enfoque, pacientes
12 de nov.	Viernes	Entrevista con la persona encargada del Hospital Universitario del Valle Entrevista con funcionarios médicos, regresados de la capacitación, Grupo de enfoque, pacientes

Fecha	día	Contenido
13 de nov.	Sábado	Organizar documentos
14 de nov.	Domingo	Encargado de evaluación y análisis, Encargada de planeación de cooperación se trasladan a Medellín Líder de la misión, encargado de rehabilitación medica llegan a Medellín
15 de nov.	Lunes	Comité de la misión interna
16 de nov.	Martes	Reunión con las personas encargadas del proyecto en la Gobernación de Antioquia
17 de nov.	Miércoles	Todo el equipo de la misión se traslada a Bogotá Entrevista con la Directora (E) del PAICMA Reunión interna de la misión
18 de nov.	Jueves	Comité para la minuta: Informe del resultado de la evaluación, confirmación del contenido
19 de nov.	Viernes	Comité de coordinación conjunta Informe a la Embajada del Japón Salida de Colombia

1-4 METODOLOGÍA DE LA REVISIÓN

1-4-1 MÉTODOS DE EVALUACION

En esta ocasión, se llevó a cabo la revisión enfocada a la Pertinencia, la Efectividad y la Eficiencia, de 5 aspectos de evaluación, y adicionalmente se analizaron factores de impedimento y contributivo.

1) Pertinencia

Se realizó el análisis de pertinencia en la mitad del periodo de proyecto a través de confirmar si ha habido algún cambio en la política y/o la prioridad acerca de la rehabilitación integral para personas con discapacidad, comparando con la etapa inicial del proyecto, y a su vez, a través de confirmar razones por las cuales se han modificado la Matriz de Diseño del Proyecto (MDP) con los expertos japoneses.

2) Efectividad

Se analizó el grado de logro de cada resultado esperado, causas de dificultad y progreso

en este momento. Para el resultado 1, se averiguó principalmente cómo se han aplicado en la atención médica diaria los conocimientos y técnicas adquiridos a través de varios cursos de capacitación realizados hasta la fecha. En cuanto a los resultados 2, 3 y 4 se revisaron los factores promotores y de impedimento para lograr la materialización de los resultados.

3) Eficiencia

Se realizó el análisis sobre la proyección sobre el logro de la meta dentro de la mitad del periodo restante. En especial, en cuanto al resultado 1, se identificó qué tipo de cambio se ha generado por la realización de cursos de capacitación y la implementación del formato de evaluación AVD, y qué tipo de beneficios y ventajas se pueden dar a los pacientes y profesionales de Rehabilitación por esos cambios. Luego, se analizó sobre la posibilidad de lograr la meta del proyecto, a través de recopilar informaciones sobre los efectos generados del proyecto.

4) Impacto

Se llevó a cabo el análisis basado en las informaciones adquiridas por expertos japoneses y entidades de contraparte, sobre la posibilidad de lograr la meta superior, la cual es la implementación de la política pública nacional para la discapacidad incluyendo la rehabilitación integral.

5) Sostenibilidad

Se hizo el análisis basado en las informaciones adquiridas por expertos japoneses y entidades de contraparte, enfocando a la sostenibilidad técnica, organizacional y presupuestal.

1-4-2 FORMA DE RECOPIRAR LA INFORMACION

Para esta evaluación, se recopiló informaciones a través de entrevistas con expertos japoneses y las ocho entidades de contraparte, las cuales son el PAICMA, el Ministerio de Protección Social, la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, la Dirección seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, el Hospital Universitario del Valle, el Hospital Universitario San Vicente Fundación, la Fundación IDEAL, y El Comité de Rehabilitación, teniendo en cuenta los puntos mencionados anteriormente.

Además, se realizaron la entrevista con profesionales de rehabilitación y la discusión grupal enfocado del equipo AVD de las 4 instituciones de salud objeto, con el fin de aclarar el grado de aplicación de los conocimientos y técnicas adquiridos en los cursos de capacitación en la atención diaria, el Impacto hacia los pacientes y dificultades que se encuentran en la ejecución del proyecto.

Adicionalmente, se llevó a cabo la recopilación de informaciones sobre la necesidad y el grado de satisfacción acerca de la atención para pacientes y víctimas, a través de entrevistas con pacientes y víctimas de minas antipersonal en las 4 instituciones de salud objeto del proyecto.

Forma de recopilar informaciones por objeto

Objeto	Forma de recopilar informaciones
Encargado de 8 entidades de contraparte	Entrevista individual / grupal
Funcionarios especializados en rehabilitación en 4 instituciones medicas de objeto (incluye participantes a cursos de capacitación)	Entrevista grupal
Equipo ADL de 4 instituciones medicas de objeto	Entrevista grupal
Víctimas de minas antipersonal/ pacientes ambulantes	Entrevista individual

1-4-3 ASPECTOS DE REVISIÓN (5 ASPECTOS DE EVALUACIÓN)

Pertinencia: Se revisa si el objetivo del proyecto y la meta superior del proyecto coinciden con la política y necesidad del gobierno de Colombia, de la entidad ejecutora y el grupo objeto del proyecto. También se revisa si se reconoce la ventaja de Japón en el área objeto.

Efectividad: Se revisa hasta qué grado se ha logrado el objetivo del proyecto, a través de los resultados obtenidos.

Eficiencia: Se revisa qué tanto de la inversión se ha convertido en productos. También se analiza si la calidad, la cantidad, los métodos, las maneras y el momento de la inversión fueron adecuados.

Impactos: Se identifican los impactos directos e indirectos, positivos y negativos que se han generado por la implementación del proyecto (incluyendo las influencias y los efectos que no se esperaban en la etapa inicial de la planeación).

Sostenibilidad: Se revisan si los impactos generados por la implementación del proyecto se mantienen después que finalice la cooperación de JICA.

CAPITULO 2 RESULTADO DE LA REVISIÓN SEGÚN LOS 5 ASPECTOS DE EVALUACIÓN

2-1 PERTINENCIA

Se concluyó que este proyecto sigue siendo pertinente por las siguientes razones, teniendo en cuenta la política nacional de Discapacidad de Colombia, la coincidencia del proyecto con la política de la Asistencia Oficial de para el Desarrollo (AOD) del Japón y la necesidad de los beneficiarios, la pertinencia en la selección de las zonas objeto del proyecto y la ventaja del apoyo y la técnica de Japón:

(1) Coincidencia con la Política Nacional de Discapacidad de Colombia

En Colombia, se han establecido derechos fundamentales para personas con discapacidad en los artículos 13, 47, 54, 68 de la Constitución Política y se define que tienen derecho a la realización personal y la integración socioeconómica, social y cultural. El Sistema de Seguridad Social en Salud establecido mediante la Ley 100 de 1993, cuya rectoría se encuentra en el Ministerio de la Protección Social, orienta las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación integral en salud; en ésta misma línea y de acuerdo a lo establecido en la Política Pública de Discapacidad adoptada mediante el documento CONPES 80 de 2004, fortalece la necesidad de las acciones de rehabilitación integral a las personas con discapacidad.

De otra parte, las responsabilidades y obligaciones del Estado colombiano hacia las personas con discapacidad, se reforzaron en la línea de mitigación de la pobreza extrema y vulnerabilidad en el Plan de Desarrollo Nacional del segundo periodo del gobierno del Presidente Álvaro Uribe Vélez. Finalmente, es de precisar que Colombia ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, reiterando su compromiso con la garantía de los derechos de las personas con discapacidad y generando mayores demandas a las entidades territoriales. .

En cuanto a las víctimas de minas antipersonal, Colombia ha adelantado programas de apoyo a las víctimas de MAP y MUSE y la prevención de accidentes de MAP y MUSE, Ley 418 de 1997, Prorrogada, modificada y adicionada por las leyes 548 de 1999, 782 de 2002, 1106 de 2006. Ley en la que se consagran unos instrumentos para la búsqueda de la convivencia y la eficacia de la justicia. (Título II Atención a Víctimas). La ley 554 de 2000 que reglamenta la entrada en vigor de la convención sobre la prohibición de Minas Antipersonal (Convención de Ottawa); la institucionalización de la Acción Integral Contra Minas Antipersonal en Colombia por medio de la Ley 759 de 2002; la adopción del “Plan Nacional de Acción Integral contra Minas Antipersonal y Municiones sin Explotar (2004 –

2009); la creación del Programa Presidencial para la Acción Integral contra las Minas Antipersonal (Decreto 2150 de 2007), en reemplazo del Observatorio de Minas Antipersonal del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario; La perspectiva estratégica de la Acción Integral contra Minas Antipersonal se encuentra determinada por la Política Nacional 2009-2019 (aprobada por la Comisión Intersectorial Nacional para la Acción contra Minas Antipersonal en 2008) y en el Documento 3567 de 2009, aprobado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES).

PAICMA es la entidad ejecutora de este proyecto, y a través de sus actividades se ha fortalecido no solamente la eliminación de minas antipersonal, sino también la atención a las víctimas. En ese sentido, el gobierno colombiano se ha venido adelantando constantemente el fortalecimiento y la protección de los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo las víctimas de minas antipersonal. En 2009, en Colombia sede de la Segunda Conferencia de Revisión de la Convención de Ottawa (Cumbre de Cartagena). De esta manera, Colombia ha demostrado internacionalmente un compromiso firme para apoyar a las víctimas de minas antipersonal.

(2) Pertinencia en la Selección de Instituciones de Salud Objeto y las Zonas Objeto

Según el PAICMA, el número total de víctimas por minas antipersonal registradas en Colombia desde 1990 hasta septiembre de 2010 alcanza a 8.619 personas, por lo tanto, la prevención y la atención a las víctimas son los retos más importantes. En este proyecto, se han seleccionado los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca como zonas objeto del proyecto.

El departamento de Antioquia es uno de los departamentos que tiene mayor número de víctimas de minas antipersonal. En caso de Valle del Cauca, aunque tiene menos víctimas que Antioquia, existe el Hospital Universitario del Valle como centro de referencia de rehabilitación de víctimas de MAP y MUSE de la región suroccidente de Colombia.

Como las entidades de salud objeto del proyecto, fueron seleccionados: 1) el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, porque se considera que se pueda convertir en un modelo de referencia, debido a que ofrece un servicio de rehabilitación de nivel más alto que los otros hospitales de tercer nivel de otros departamentos, y 2) El Comité de Rehabilitación, porque se considera como promotor de rehabilitación regional y tiene la relación de referencia con el hospital anteriormente mencionado.

En Valle del Cauca, como entidades de salud objeto del proyecto, fueron seleccionados: 1) el Hospital Universitario del Valle, porque tiene la función como hospital de referencia para

víctimas no solamente de Valle del Cauca, sino también de departamentos vecinos, además, pensando en la realización del apoyo articulado con la donación de equipos bajo el Programa de Asistencia Financiera no Reembolsable para Proyectos Comunitarios de Seguridad Humana (APC), y 2) la Fundación IDEAL, porque tiene larga experiencia y trayectoria en actividades comunitarias y de rehabilitación.

En cuanto a la selección de las zonas objeto en los dos departamentos mencionados, se ha adelantado el proceso de selección principalmente por parte de las secretarías de salud departamentales. En el departamento de Antioquia, se seleccionaron cuatro municipios de la zona de Bajo Cauca donde se concentran víctimas, donde no había llegado ni apoyo ni cooperación de otros donantes, que sean accesibles por las condiciones de la infraestructura, y teniendo en cuenta que existan entidades de salud regionales de distintos niveles de I a III.

En el Valle del Cauca, fueron seleccionados cinco municipios distribuidos geográficamente, donde haya presencia de víctimas de minas antipersonal, en que haya acceso al centro del departamento y haya entidades de salud que puedan ser contraparte del proyecto, para que en el futuro la divulgación del resultado dentro del Departamento sea más fácil.

Por lo anterior, se considera que la selección de las zonas objeto y las entidades de salud objeto del proyecto han sido pertinentes.

(3) Coincidencia con la necesidad de beneficiarios

Los beneficiarios de este proyecto son profesionales de rehabilitación de las entidades de salud objeto del proyecto y personas con discapacidad, incluyendo víctimas de minas antipersonal.

En cuanto a profesionales de las cuatro entidades de salud objeto del proyecto, los cuales son los beneficiarios directos, como muestra el resultado de las entrevistas realizadas con esos profesionales, estas entidades consideran que la rehabilitación es una de las actividades importantes de su entidad y los profesionales muestran alto interés en la adquisición del conocimiento y la técnica relacionada con la rehabilitación integral basada en los pacientes.

En cuanto a personas con discapacidad incluyendo víctimas de minas antipersonal, en las entrevistas realizadas con víctimas de minas antipersonal, se reveló la situación real en que los derechos de las víctimas no se han divulgado ni reconocido suficientemente ni la atención prehospitalaria se realiza de manera adecuada. Por lo tanto, aun existe la necesidad de fortalecer el acceso a los derechos de las víctimas y la atención prehospitalaria adecuada. Además, en las entrevistas con víctimas de minas antipersonal

se expresaron diversas necesidades; especialmente la necesidad del apoyo para la generación de ingresos a través del emprendimiento o la formación laboral, para que puedan lograr la independencia económica y social, después de terminar el proceso de rehabilitación.

Así las necesidades de las personas con discapacidad, principalmente de víctimas de minas antipersonal, beneficiarios finales de este Proyecto, son diversas y se han detectado necesidades que superan el alcance de este proyecto. Sin embargo, se considera que de acuerdo con la necesidad tanto de los profesionales de rehabilitación de las entidades de salud objeto del proyecto y como de personas con discapacidad incluyendo víctimas de minas antipersonal, se requiere el mejoramiento de la calidad de rehabilitación en las entidades de salud objeto del proyecto.

(4) Coincidencia con la política de AOD de Japón

Los beneficiarios finales de este proyecto son personas con discapacidad incluyendo víctimas de minas antipersonal en Colombia. En ese sentido, brindar apoyo a las víctimas del conflicto armado en este país coincide con la visión de la “seguridad humana”, la cual es una de las políticas básicas de La Carta de la Asistencia Oficial para el Desarrollo de Japón. Por otro lado, una de las aéreas prioritarias acordadas en la reunión sobre la política de cooperación económica realizada en agosto de 2008 entre el equipo japonés de AOD y el gobierno colombiano, fue la construcción de paz y una de las medidas para la construcción de paz es la atención a los problemas socio-económicos generados por la consecuencia del conflicto. Por lo tanto, el mejoramiento de la calidad de rehabilitación para las personas con discapacidad incluyendo víctimas de minas antipersonal coincide se considera como una manera de la atención a problemas socio-económicos generados por el conflicto. Además, los lineamientos para la ejecución de proyectos por país, establecidos por JICA y modificados en marzo de 2007, buscan desarrollar la cooperación para la construcción de paz alrededor de unos temas principales tales como el apoyo al mejoramiento de la calidad de los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad incluyendo víctimas de minas antipersonal y el apoyo a la independencia económica a través de la formación laboral.

Por lo tanto, se puede decir que este proyecto coincide con la política de AOD de Japón.

(5) Ventaja de la técnica y la experiencia de Japón

Japón tiene una historia larga del desarrollo del sistema de bienestar para las personas con discapacidad y el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social ha venido trabajando activamente en la implementación y el aprovechamiento de La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), por lo cual entre los actores de

los sectores médico y de bienestar se ha difundido el conocimiento sobre el concepto y la aplicación del concepto en actividades clínicas. Además, en Japón, se ha establecido el sistema de realización de la rehabilitación integral en las entidades de salud y está funcionando socialmente el sistema de la atención médica y bienestar para las personas con discapacidad. Por otro lado, en cuanto a la divulgación de los derechos de las personas con discapacidad y los primeros auxilios para personas con discapacidad incluyendo víctimas de minas antipersonal, se pierde la ventaja técnica de Japón, debido a que otros organismos ya habían realizado actividades similares. No obstante, es posible elevar la ventaja técnica de JICA en la divulgación de los derechos realizando actividades con la participación de personas con discapacidad, por lo tanto se considera que brindar apoyo de Japón es pertinente.

2-2 EFECTIVIDAD (PROYECCIÓN)

En este proyecto, aunque se ha visto el avance positivo en el resultado esperado 1, en el momento de la revisión intermedia no se han materializado los resultados 2, 3 y 4, aunque se ha aclarado el direccionamiento de las actividades. En especial, en cuanto a los resultados 3 y 4, se requiere la realización firme del Plan de Operación, el monitoreo y la evaluación.

(1) Materialización de los resultados y el objetivo (la meta) del proyecto

De los cuatro resultados de este proyecto, en cuanto al resultado 1, se ve el avance positivo y se ha materializado el resultado. Sin embargo, no se han materializado otros tres resultados en el momento de la revisión intermedia, aunque se puedan reconocer sus avances. En cuanto al resultado 2, en la etapa de planeación estaba prevista la elaboración de la guía, con el apoyo de expertos chilenos en el marco del Programa de Asociación Chile-Japón. Sin embargo, hubo una época en que no se definía el direccionamiento, debido a la solicitud de revisión del sistema de cooperación de parte de Chile, y la propuesta de elaborar guías con la metodología establecida por el Ministerio de Protección Social. Al final, cuando se realizó el estudio para la orientación y la consultoría del proyecto en junio de 2009, entre los actores relacionados llegaron a un acuerdo de elaborar una guía acerca de la rehabilitación integral para personas amputadas y personas con discapacidad visual, luego se estableció el plan de operación. Por lo tanto, actualmente están claramente definidos el contenido de las actividades, el cronograma y la responsabilidad para este fin, mostrando unos avances firmes. En cuanto a los resultados 3 y 4, ya se ha definido la estrategia y está en espera de la asignación del presupuesto por parte de ambas gobernaciones para iniciar actividades locales. En ese sentido, se espera

la ejecución firme. En cuanto al objetivo del proyecto, si se realizan los resultados 3 y 4 tal como se esperan, se puede proyectar que se logre el objetivo del proyecto al culminar el período del proyecto.

(2) Relación entre los resultados y el objetivo del proyecto

Los resultados 1 y 2 están relacionados directamente con el mejoramiento de la calidad de la rehabilitación integral, el cual es el objetivo del proyecto. El resultado esperado 3 está conectado indirectamente con el objetivo del proyecto, ya que personas con discapacidad incluyendo víctimas de minas antipersonal podrán tener conocimiento de sus derechos y de los mecanismos para acceder a ellos indirectamente a través del Resultado 3. Se puede considerar que el resultado 4 está relacionado con el objetivo del proyecto desde un punto de vista global, dado que se puede disminuir las secuelas y evitar la discapacidad secundaria después del accidente por minas antipersonal, por lo tanto se facilita el proceso de rehabilitación y la participación social posterior.

(3) Análisis de diferentes factores

En este momento, no encuentra ningún factor grave que pueda afectar el logro del objetivo del proyecto. Sin embargo, es necesario estar atento sobre la situación de seguridad de las zonas objeto del proyecto. Por otro lado, hasta ahora no se ha presentado la rotación relevante del personal relacionado con el proyecto, y es deseable que la rotación del personal encargado del proyecto sea mínimo con el fin de asegurar la sostenibilidad del proyecto. En caso de que se presenta la rotación del personal, es necesario que se realice el empalme suficiente para que el nuevo personal pueda entender el sentido de este proyecto.

2-3 EFICIENCIA

A pesar de que existieron factores que hayan afectado a la eficiencia del proyecto, tales como el retraso del envío del experto de largo plazo, asesor jefe del proyecto, se ha asignado el personal de contraparte adecuadamente y se han realizado oportunamente diferentes cursos de capacitación incluyendo el curso en Japón y el envío de expertos de corto plazo, mostrando resultados positivos. También, los equipos donados están utilizados efectivamente, por lo tanto, se puede pensar que este proyecto es eficiente.

(1) Envío de Expertos de Corto y Largo Plazo

Debido a la demora en el envío de los expertos del proyecto, durante aproximadamente 9 meses y el envío de la experta en participación comunitaria y salud pública durante 6 meses, no se pudo adelantar la orientación a las instituciones de salud objeto del proyecto. Sin embargo, después de la llegada de los expertos, se ha avanzado firmemente la orientación técnica, generando resultados. En cuanto al período del envío de los expertos de largo plazo, el experto asesor jefe del proyecto y la experta de la participación comunitaria y salud pública culminan su período dejando más de un año hasta la terminación del proyecto. Por lo tanto, algunas contrapartes han manifestado sus inquietudes. El envío de expertos de corto plazo se considera adecuado en momentos, periodos y cantidad.

(2) Donación de Equipos

Algunas contrapartes han manifestado que habría sido mejor que la donación de equipos se hubiera realizado a las instituciones de salud objeto, de acuerdo con el avance del proyecto. Sin embargo, con base en las opiniones positivas expresadas en diferentes entrevistas y el uso real dado para pacientes se considera que los equipos donados fueron adecuados.

(3) Asignación del Personal de Contraparte

Se considera que la asignación del personal de contraparte fue adecuada. Según el avance del proyecto se ha aumentado el número del personal. Así se ha puesto atención adecuada para asegurar el número del personal necesario y que esté asignado adecuadamente.

(4) Curso de Capacitación en Japón, en Tercer País y en Colombia

En el marco de este proyecto, se han realizado tres cursos de capacitación en Japón, y la participación en el segundo congreso internacional RBC en México y en el foro del proyecto KALOIE de Costa Rica. En especial, los cursos de capacitación en Japón, no solamente se han valorado altamente de parte de Colombia, sino también el conocimiento adquirido en los cursos se ha aplicado en la práctica de sus trabajos diarios y se ha divulgado ampliamente dentro y fuera del sitio de trabajo.

En entrevistas con las instituciones de salud, se ha expresado que a través del curso de capacitación en Japón, los participantes no solamente pudieron confirmar que el concepto de rehabilitación integral que tiene su entidad era correcto y su meta es alcanzable, sino también han introducido cambios en la atención de rehabilitación diaria, por ejemplo, se

han modificado los instrumentos de las actividades de vida diaria (AVD). El resultado de los cursos de capacitación se ha compartido no solamente con las instituciones de salud objeto, sino con docentes y estudiantes de las universidades donde algunos participantes dictan cursos.

Por otro lado, se ha realizado ocho tipos de cursos y seminarios en Colombia, por ejemplo sobre las actividades de vida diaria, la rehabilitación para personas con discapacidad visual por parte de los expertos de corto y largo plazo. Hasta hoy, han participado más de 540 personas en total. En las entrevistas se han evaluado muy positivamente la efectividad de estas actividades de capacitación.

(5) Otros

Uno de los factores que contribuya para la ejecución efectiva de este proyecto es la donación de equipos para la rehabilitación para personas con discapacidad visual que se realizó para el Hospital universitario San Vicente de Paúl bajo el Programa de Asistencia Financiera no Reembolsable para Proyectos Comunitarios de Seguridad Humana (APC). Estos equipos se han instalado dentro de la sección de rehabilitación de dicho hospital gracias a la sugerencia del experto de corto plazo. Por lo cual es posible que un paciente que tenga discapacidad visual y amputación reciba ambos servicios de rehabilitación en un sitio.

Por otro lado, como un factor que pueda afectar a la ejecución eficiente del proyecto es la dificultad de coordinación y concertación entre ocho entidades contrapartes del proyecto. La iniciativa firme de las entidades de contraparte es una de las fortalezas de este proyecto. Sin embargo, para que el proyecto se desarrolle sin tropiezo entre las entidades de diferentes características y distanciadas geográficamente, se requiere fortalecer el sistema de administración y operación del proyecto, aclarando el mecanismo de toma de decisiones y la ruta de comunicación, organizando registros y actas sobre la toma de decisiones, y fortaleciendo el monitoreo.

2-4 IMPACTO (PROYECCIÓN)

En este momento, se ven algunos movimientos hacia el logro de la meta superior. Se han generado impactos positivos, por ejemplo, en el Hospital Universitario del Valle se inició el servicio de rehabilitación para personas con discapacidad visual articulado con instituciones de salud regionales.

En cuanto a la posibilidad de lograr la meta superior del proyecto, el Ministerio de

Protección Social ha propuesto: la actualización y ajuste de la Política Nacional de Discapacidad (CONPES 80), acorde con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Colombia, los resultados del proyecto en lo relacionado con la rehabilitación integral y lo planteado en el actual proyecto de Ley de Víctimas del Estado colombiano. De igual forma, el Ministerio de la Protección Social ha propuesto el tema del ajuste de esta política Pública en el Plan de Desarrollo 2010-2014.

El hecho de que la rehabilitación para personas con discapacidad visual se haya iniciado en el Hospital Universitario del Valle es uno de los impactos positivos de este proyecto. Cuando comenzó el proyecto, este hospital no contaba con dicho servicio. Luego de haber establecido el convenio entre el hospital universitario del Valle, Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos (CRAC), y el Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca, este hospital inició la rehabilitación para personas con discapacidad visual, con el apoyo del personal profesional de CRAC. La rehabilitación visual consiste en 5 componentes con duración de 4 meses, de los cuales 2 componentes se llevan a cabo en el Hospital Universitario del Valle, y los otros tres se realizan en el Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca. Dentro de poco los participantes del primer programa terminarán la rehabilitación. Cabe destacar que el Hospital Universitario del Valle, institución de salud de tercer nivel pueda ofrecer servicios de rehabilitación integral para la discapacidad visual, gracias la coordinación con otras instituciones de salud regionales y ONGs.

2-5 SOSTENIBILIDAD (PROYECCIÓN)

Puede pensar que la sostenibilidad de los resultados 1 y 2 es alta, ya que en las instituciones medicas objeto, la capacidad de profesionales de rehabilitación es muy alta y la rehabilitación es una de las actividades principales de cada entidad. Sin embargo, en cuanto a las actividades que se realizan fuera de las instituciones de salud (resultados 3 y 4) se considera que para garantizar la sostenibilidad de las actividades de divulgación de derechos de victimas y la atención prehospitalaria se requiere la voluntad política de los gobiernos locales en cada departamento después de la terminación del proyecto.

(1) Sostenibilidad en la Política

Se considera que la sostenibilidad política se garantizará al incluirse en la política nacional de discapacidad el mejoramiento de calidad de la rehabilitación integral para las personas con discapacidad incluyendo las víctimas de minas antipersonal. De igual forma, el acceso a la atención en salud a las víctimas se garantizará con el reconocimiento oportuno de los pagos por el FOSYGA a las instituciones prestadoras de los servicios. El Ministerio de

Protección Social, entidad rectora de la política nacional de discapacidad será el responsable de la articulación interinstitucional para la modificación de este documento. Las instituciones de salud trabajan para realizar rehabilitación de alta calidad a través de la práctica de la rehabilitación en equipo, aprovechando el formato de evaluación AVD. Para que mantenga el servicio de salud y la rehabilitación de alta calidad, se espera que haya apoyo político y que haya un sistema de evaluación que valore positivamente (por ejemplo, ofrecer puntaje más alto, etc.) para los servicios de alta calidad.

(2) Sostenibilidad en el Sistema (Personal, Organización, Presupuesto)

En las instituciones de salud objeto, relacionadas con los resultados 1 y 2, se ha asegurado el personal profesional necesario para llevar a cabo la rehabilitación en equipo. Como la rehabilitación es una de las actividades importantes en cada entidad, la sostenibilidad en la parte organizacional y presupuestal, es también alta. Sin embargo, es deseable implementar mecanismos de divulgación de los resultados en IPS de cada departamento.

En cuanto a los Resultados 3 y 4, es difícil analizar la sostenibilidad en este momento, ya que no se ha comenzado la ejecución de actividades locales. Se considera que para garantizar la sostenibilidad de las actividades mencionadas se requiere la voluntad política de los gobiernos locales en cada departamento después de la terminación del proyecto.

(3) Sostenibilidad Técnica

La sostenibilidad técnica se considera muy probable, ya que los profesionales de rehabilitación que trabajan en las cuatro instituciones de salud objeto tienen la capacidad muy alta y pueden aplicar los conocimientos y técnicas adquiridos por este proyecto, introducir mejoramiento según el caso y realizar la rehabilitación en equipo basada en los pacientes.

Después de finalizar el proyecto, los profesionales de las instituciones de salud objeto tendrá la capacidad técnica para divulgar los conocimientos adquiridos. De hecho, en algunas instituciones de salud ya se ven actividades para divulgar los resultados de la capacitación a los profesores y estudiantes de universidades vinculadas, estableciendo lineamientos originales acerca de la rehabilitación integral. En ese sentido, la posibilidad de la sostenibilidad técnica es muy alta.

2-6 CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta el análisis mencionado, se considera que el objetivo de este proyecto puede lograr al finalizar el proyecto, si los resultados 3 y 4 se ejecutan firmemente generando efectos esperados. Acerca de la meta superior, también es posible lograrla, puesto que se está adelantando el proceso de modificación del documento de la política pública nacional de Discapacidad (Conpes 80) para incluir el concepto de la rehabilitación integral.

Este proyecto coincide con la política nacional de discapacidad y atención y asistencia de víctimas MAP/MUSE de Colombia y política de AOD de Japón. También ha sido pertinente la selección de las zonas objeto y coincide con la necesidad de los beneficiarios. El resultado 1 ha generado resultados positivos. Hacia el futuro, se espera la ejecución firme de los resultados 3 y 4.

La eficiencia de este proyecto se considera que es muy alta, debido al envío de expertos corto y largo plazo, y se han aprovechado eficazmente los resultados de los cursos de capacitación principalmente en Japón y los equipos donados. Igualmente la contraparte colombiana ha demostrado compromiso con el proyecto.

También se ven impactos positivos, por ejemplo, hay movimientos para lograr la meta superior, como se mencionó anteriormente, y en el Hospital Universitario del Valle inició el servicio relacionado con la rehabilitación para la discapacidad visual bajo la coordinación con las instituciones de salud regionales.

Por otro lado, los profesionales de rehabilitación que trabajan en las instituciones de salud objeto del proyecto tienen la capacidad técnica, además la rehabilitación es una de las actividades importantes de cada entidad. Por esta razón, se puede esperar la sostenibilidad técnica del proyecto.

Bajo la iniciativa de las autoridades nacionales (PAICMA y MPS) y las autoridades departamentales (Secretarías de Salud) se espera que los resultados del proyecto frente a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad especialmente víctimas de MAP/MUSE se incorporen en la Política Nacional de Discapacidad y se difundan en todo el país. Previamente todas las instituciones objeto del proyecto tienen el compromiso de difundir los resultados del proyecto al interior de la misma.

CAPITULO 3 PROPUESTAS

3-1 ESTABLECER EL SISTEMA DE EJECUCION DE LOS RESULTADOS 3 Y 4

Comparando con el resultado esperado 1 cuyo efecto es más visible en las 4 instituciones de salud, en los resultados 3 y 4 intervienen diferentes actores y la ejecución en cada departamento es distinta. Se recomienda, que bajo el liderazgo de la experta en la participación comunitaria/salud pública, se consolide con los equipos técnicos responsables en cada departamento para estos resultados, un esquema de trabajo donde se visualice el cronograma, los responsables de las actividades, las acciones de monitoreo y evaluación, con los insumos ya existentes; se socialice con las instituciones objeto del proyecto y se ejecuten de acuerdo a lo planeado.

3-2 FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROYECTO

(1) Elaboración y Compartimiento del Acta de comité

Este proyecto abarca dos departamentos y el Distrito Capital en que participan ocho entidades como contraparte. Por lo tanto, se reúnen periódicamente comités de diferentes niveles de acuerdo con el sistema de administración y operación, establecido por la Minuta de Discusión, con el fin de coordinar opiniones entre entidades y tomar decisiones. Sin embargo, para garantizar la comunicación fluida entre diferentes entidades relacionadas e incrementar el rendimiento del del proyecto mismo, es fundamental que se socialicen oportunamente las actas de las reuniones en un formato único entre todas las instituciones objeto del proyecto y que quede claramente establecido la toma de decisiones, los compromisos y los responsables.

(2) Fortalecimiento del Sistema de Comunicacion

En este proyecto, además de los comités de tres niveles establecidos en la Minuta de Discusión, se ha organizado provisionalmente el Comité Administrativo, con el fin de realizar el monitoreo y la retroalimentación sobre las actividades diarias y tomar decisiones sobre los aspectos detallados. Gracias a implementación de este comité, se ha agilizado la toma de decisiones, y los expertos japoneses asumieron la función de facilitador entre las entidades de contraparte y dicho comité. Para que este comité funcione mejor, es necesario identificar un sistema para realizar la comunicación fluida dentro del proyecto, por la iniciativa de los expertos japoneses.

(3) Sistema de Monitoreo

Los expertos japoneses propondrán un formato único para el monitoreo de las actividades de acuerdo a los indicadores establecidos para cada una de ellas, socializado y analizado en todas las instituciones objeto del proyecto. El Comité Administrativo debe garantizar el seguimiento, retroalimentación y monitoreo de las actividades con todos los actores e instituciones del proyecto.

3-3 PARTICIPACION DE BENEFICIARIOS (PERSONAS CON DISCAPACIDAD INCLUYENDO VICTIMAS DE MINAS ANTIPERSONAL) EN LA EJECUCION DEL PROYECTO

El Departamento del Desarrollo Humano de JICA da importancia sobre la “participación completa de personas con discapacidad como beneficiario del proyecto”, estableciendo el lineamiento por tema “apoyo a personas con discapacidad”. En este proyecto se ha definido que las personas con discapacidad principalmente víctimas de minas antipersonal son beneficiarios finales.

Se recomienda sistematizar la participación de personas con discapacidad en el levantamiento de la línea de base y la construcción del documento de derechos y deberes. Igualmente se sugiere impulsar la participación de grupos o entidades regionales de personas con discapacidad beneficiarias del proyecto, de acuerdo a una planeación realizada con las instituciones involucradas en las actividades del resultado 3.

3-4 FORTALECIMIENTO DE LA ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN DEL PROYECTO

(1) MEJORAMIENTO DE NIVEL DE RECONOCIMIENTO SOBRE EL PROYECTO EN LAS ENTIDADES RELACIONADAS

En Colombia, existen proyectos de atención a víctimas de MAP/MUSE, algunos de ellos en el departamento de Antioquia. Sin embargo, en algunos casos no se han compartido suficientemente la información entre diferentes personas, entidades o sectores. Por lo tanto, es difícil decir que exista articulación efectiva entre esos proyectos, aunque el contenido de las actividades y las zonas objeto sean similares.

Puesto que el PAICMA, el Ministerio de Protección Social y las Secretarías departamentales de salud pueden recopilar la información de proyectos de otros donantes, es recomendable que haya intercambio de información periódica. También es importante mejorar el nivel de reconocimiento de este proyecto en las entidades relacionadas. Para eso, se espera que el personal encargado de este proyecto de cada entidad desempeñe esa función.

(2) DIVULGACION DE INFORMACION DEL PROYECTO A TRAVES DE LA PAGINA WEB, FOLLETO ENTRE OTROS

Actualmente en el contexto de la cooperación internacional se requiere mejorar el rendimiento de cuentas de proyectos de cooperación. En tal sentido, JICA ha establecido un lineamiento para adelantar la promoción de sus proyectos, por ejemplo, se han montado una páginas WEB de los proyectos de cooperación técnica, y se han colocado en el sitio "Visualización de AOD". Se recomienda la difusión del proyecto y sus actividades a través de diferentes herramientas como página WEB, folletos, entre otros.

3-5 OTROS

Se recomienda que todas las actividades que se ejecuten en el marco del proyecto se ajusten a lo planeado y acordado por las instituciones objeto del proyecto. Así mismo se recomienda que la parte colombiana asuma los gastos de viáticos que le corresponden para participar en los diferentes comités como CCC, CDC, CAV, y CAA.

Anexo1: Matriz de diseño del Proyecto (MDP) versión 2

Título del proyecto: Fortalecimiento del sistema de rehabilitación integral para personas con discapacidad, especialmente víctimas de accidentes con minas antipersonales

Duración: Agosto de 2008 a agosto de 2012 (4 años)

Sitio del proyecto: Departamentos del Valle del Cauca (en adelante denominado como "Valle") y Antioquia

Entidades que colaboran al proyecto: Programa Presidencial para la Atención Integral Contra Minas Antipersonal (PAICMA), Ministerio de Protección Social, Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca (SDSV), Hospital Universitario del Valle (HUV), Fundación IDEAL, Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA), Hospital Universitario San Vicente de Paul (HUSVP), El Comité de Rehabilitación (anterior adn alas de nuevo)

Grupos o objeto del proyecto: HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación, Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) focalizadas y comunidades en los Departamentos del Valle y de Antioquia

Beneficiarios finales: personas con discapacidad, especialmente víctimas de MAP/MUSE/AEI en Valle y Antioquia

RESUMEN DEL PROYECTO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
<p>Meta global (proyección a 2012)</p> <p>Se cuenta con una política nacional de discapacidad (COMPES)¹ que incluye la rehabilitación integral tanto para las personas con discapacidad como para las víctimas de MAP/MUSE/AEI</p>	<p>1. Las instancias del sistema nacional de discapacidad², conocen y difunden la política nacional de discapacidad que ha involucrado la rehabilitación integral tanto para las personas con discapacidad como para las víctimas de MAP/MUSE/AEI</p>	<p>Actas de consejo nacional y comités territoriales Los medios de difusión de las instancias del sistema</p>	

¹ El documento en que se registra las decisiones y recomendaciones del consejo nacional de política económica y social. El consejo lo integra el presidente de la república y sus ministros.
² Las instancias del sistema nacional de discapacidad (SND) creado por la ley 1145 de 2007 son : primer nivel ministerio de la protección social como ente rector del sistema; segundo nivel consejo nacional de discapacidad como organismo consultor, asesor institucional y de verificación, seguimiento y evaluación del SND y de la política pública nacional de discapacidad; en el tercer nivel los comités departamentales y distritales de discapacidad como niveles intermedios de concertación, asesoría consolidación y seguimiento de la política pública en discapacidad; en el cuarto nivel los comités municipales y locales de discapacidad como responsables de la deliberación, construcción y seguimiento de la política pública en discapacidad.

RESUMEN DEL PROYECTO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
<p>Objetivo del proyecto (proyección a 2012)</p> <p>La calidad de rehabilitación integral³ para personas con discapacidad, especialmente víctimas de MAP/MUSE/AEI, ha mejorado en los Departamentos del Valle y Antioquia</p>	<ol style="list-style-type: none"> Las IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación) han implementado las actividades para difundir los conocimientos adquiridos en rehabilitación integral (rehabilitación en equipo, evaluación de Actividades de Vida Diaria (AVD), rehabilitación para personas con amputación, rehabilitación visual) Se ha obtenido las opiniones afirmativas en más del 80% de ítems de cuestionario sobre rehabilitación funcional en las encuestas de nivel de satisfacción de las personas con discapacidad, especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI usuarios en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación) Más de 50% de las personas encuestadas que han recibido la capacitación han implementado las actividades para difundir los conocimientos adquiridos en derechos, deberes y mecanismos para que las personas con discapacidad especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI accedan a los servicios que estipula la ley Más de 50% de las personas encuestadas que han recibido la capacitación han implementado las actividades para difundir los conocimientos adquiridos en la atención prehospitalaria 	<p>Evaluación realizada por expertos japoneses (informe de avances del proyecto, documento clínico de evaluación del impacto de la rehabilitación, etc.)</p> <p>Cuestionario para personas con discapacidad, especialmente víctimas de MAP/MUSE/AEI</p> <p>Documentos de monitoreo, informes a las Secretarías Departamental de Salud, etc.</p> <p>Documentos de monitoreo, informes a las Secretarías Departamental de Salud, etc.</p>	<p>Se mantiene a nivel central la voluntad política de promover en otros regiones del país los productos y las metodologías resultantes del proyecto</p> <p>Las fuentes de financiación del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) garantizan el pago de los servicios de atención y rehabilitación de las personas con discapacidad, especialmente víctimas de MAP/MUSE/AEI</p>
Resultados			

³ La "rehabilitación integral" para efectos de este proyecto, se entiende como los primeros auxilios que se dan para evitar la infección y la discapacidad secundaria, los servicios de rehabilitación funcional para incrementar el nivel de independencia de las actividades de vida diaria (AVD) principalmente de las personas con amputaciones y las personas con discapacidad visual, mejorar el acceso a la información sobre derechos y deberes de las personas con discapacidad especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI.

RESUMEN DEL PROYECTO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
<p>1. Se ha fortalecido la capacidad de intervención de los profesionales que trabajan en rehabilitación funcional⁴ en los departamentos de Valle y Antioquia, especialmente en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)</p>	<p>1.1 El 80% de los profesionales capacitados en el proyecto de las IPS objeto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación) aplican en su trabajo diario los conocimientos adquiridos</p> <p>1.2 Más del 80% de los profesionales de rehabilitación de las IPS focalizadas capacitados en el proyecto afirma que ha incrementado el conocimiento sobre la rehabilitación funcional (evaluación de AVD, rehabilitación de amputación y discapacidad visual, etc.)</p>	<p>Monitoreo y evaluación realizados por parte de expertos japoneses y cuestionario</p>	<p>Hay permanencia dentro de las instituciones de las personas capacitadas</p>
<p>2. Se han definido e implementado las guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)</p>	<p>2.1 Se ha implementado la atención de rehabilitación basada en la guía de rehabilitación de amputación en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)</p> <p>2.2 Se ha implementado la atención de rehabilitación basada en la guía de rehabilitación en discapacidad visual en las 2 IPS objeto del proyecto (HUV, HUSVP)</p>	<p>Monitoreo y evaluación por parte de expertos japoneses</p>	
<p>3. Los actores involucrados, en los municipios focalizados, conocen los derechos, deberes y mecanismos para que las personas con discapacidad especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI accedan a los servicios que estipula la ley</p>	<p>3.1 Más del 60% de los actores involucrados, capacitados afirma que ha incrementado el conocimiento sobre derechos, deberes y mecanismos para que las personas con discapacidad especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI accedan a los servicios que estipula la ley</p>	<p>Informe de avances del proyecto por expertos japoneses (sobre las veces de capacitación, la población objeto, el contenido y el número de participantes) y cuestionario</p>	
<p>4. Se ha fortalecido el conocimiento de los actores involucrados, en los municipios focalizados, frente a la atención prehospitalaria a las víctimas de MAP/MUSE/AEI para mitigar la infección y prevenir la discapacidad secundaria</p>	<p>4.1 Más del 60% de los actores involucrados capacitados afirma que ha incrementado su conocimiento frente a la atención prehospitalaria a las víctimas de MAP/MUSE/AEI</p>	<p>Informe de avances del proyecto por expertos japoneses (sobre las veces de capacitación, la población objeto, el contenido y el número de participantes) y cuestionario</p>	

RESUMEN DEL PROYECTO	APORTES	SUPUESTOS IMPORTANTES
----------------------	---------	-----------------------

⁴ La "rehabilitación funcional" de este proyecto se consiste en la rehabilitación de amputación y discapacidad visual que son comunes entre las víctimas de MAP/MUSE/AEI y la evaluación de AVD para fortalecer rehabilitación en equipo interdisciplinario

RESUMEN DEL PROYECTO	APORTES		SUPUESTOS IMPORTANTES
<p>Actividades</p> <p>[Resultado 1: Desarrollo de profesionales]</p> <p>1.1 Identificar necesidades de capacitación de los profesionales</p> <p>1.2 Capacitar a los profesionales de las instituciones objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación) en rehabilitación integral (trabajo en equipo, rehabilitación de amputación y discapacidad visual, etc.) y como Equipo Multiplicador</p> <p>1.3 Capacitar las IPS focalizadas en atención integral para personas con discapacidad, especialmente víctimas de MAP/MUSE/AEI</p> <p>1.4 Modernizar equipos de rehabilitación obsoletos</p> <p>1.5 Evaluar periódicamente el impacto de la rehabilitación en el mejoramiento de las AVD de pacientes receptores de los servicios de rehabilitación incluidos en el proyecto</p>	<p>De la parte japonesa y JICA</p> <p>(1) Recursos humanos</p> <p><u>Personas técnico y administrativo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Asesor Jefe/ rehabilitación integral - Participación comunitaria/salud pública - Coordinador <p><u>Personal técnico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expertos japoneses de corto plazo: <ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitación integral - Rehabilitación visual - Rehabilitación en equipo - Otros temas <p>(2) Costo de la capacitación en</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación integral • Rehabilitación de amputación • Rehabilitación visual • Rehabilitación en equipo <p>(3) Otros costos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en Colombia • Elaboración de documentos • Desarrollo de herramienta de información • Promoción de la información • Equipos de rehabilitación • Seminarios y talleres • Encuestas, etc. 	<p>De la parte colombiana</p> <p>(1) Recursos humanos</p> <p><u>Personal administrativo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Director del Proyecto (PAICMA) • Asesor técnico general de políticas de salud para personas con discapacidad (DGPS-MPS) • Gerente del Proyecto en el departamento de Valle del Cauca (SDSV) • Gerente del Proyecto en el departamento de Antioquia (DSSA) <p><u>Personal técnico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PAICMA • MPS • SDSV • DSSA • HUV • HUSVP • Fundación IDEAL • El Comité de Rehabilitación <p>(2) Costos de personal y otros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salarios del personal colombiano (a cargo de la respectiva institución) - Costo para asistir las reuniones de comités de CCC, CDC y CD - Otros costos necesarios <p>(3) Instalaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oficina para el proyecto - Espacio de oficina para los expertos japoneses 	<p>No se agrava la situación de orden público en los municipios en los cuales se está trabajando</p>

RESUMEN DEL PROYECTO	APORTES		SUPUESTOS IMPOR- TANTES
<p>[Resultado 2: Elaboración de guías de rehabilitación]</p> <p>2.1 Conformar el equipo de elaboración de guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual</p> <p>2.2 Elaborar las guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual</p> <p>2.3 Implementar las guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)</p> <p>2.4 Monitorear la implementación de las guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)</p>			
<p>[Resultado 3: Ampliación del acceso a los servicios]</p> <p>3.1 Diseñar la estrategia de información, educación y comunicación IEC (institucional y comunitaria) sobre derechos y deberes de las personas con discapacidad, especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI, y los mecanismos para que accedan a servicios estipula la ley</p> <p>3.2 Implementar la estrategia de información, educación y comunicación IEC (institucional y comunitaria) sobre derechos y deberes de las personas con discapacidad, especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI, y los mecanismos para que accedan a servicios que estipula la ley</p> <p>3.3 Hacer seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de información, educación y comunicación IEC (institucional y comunitaria) sobre derechos y deberes de las personas con discapacidad, especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI, y los mecanismos para que accedan a servicios que estipula la ley</p>			

RESUMEN DEL PROYECTO	APORTES		SUPUESTOS IMPORTANTES
<p>[Resultado 4: Fortalecimiento de atención prehospitalaria]</p> <p>4.1 Elaborar la guía de orientaciones básicas en atención prehospitalaria para la atención de víctimas de MAP/MUSE/AEI, por el primer respondiente comunitario, en los municipios focalizados</p> <p>4.2 Diseñar el plan de capacitación de la guía de orientaciones básicas en atención prehospitalaria para la atención de víctimas de MAP/MUSE/AEI, por el primer respondiente comunitario, en los municipios focalizados</p> <p>4.3 Implementar la capacitación de la guía de orientaciones básicas en atención prehospitalaria para la atención de víctimas de MAP/MUSE/AEI, por el primer respondiente comunitario, en los municipios focalizados</p> <p>4.4 Hacer seguimiento, monitoreo y evaluación de la capacitación de la guía de orientaciones básicas en atención prehospitalaria para la atención de víctimas de MAP/MUSE/AEI, por el primer respondiente comunitario, en los municipios focalizados</p>			

Anexo 2: Listado de comparación de PDM anterior y PDM modificada

PDM Actual		PDM Modificada		Razón de modificación
Meta Global	Se cuenta con un sistema nacional de rehabilitación integral para las personas con discapacidad, que garantiza la atención a las víctimas de MAP/MUSE/AEI	Se cuenta con una política nacional de discapacidad (CONPES) que incluye la rehabilitación integral tanto para las personas con discapacidad como para las víctimas de MAP/MUSE/AEI	Se ha especificado más.	
Propósito del proyecto	La calidad del Sistema (procesos) de rehabilitación funcional integral para personas con discapacidad, especialmente víctimas de MAP/MUSE, ha mejorado en Valle del Cauca y Antioquia.	La calidad de rehabilitación integral para personas con discapacidad, especialmente víctimas de MAP/MUSE/AEI, ha mejorado en los Departamentos del Valle y Antioquia	Se debe unificar la expresión.	
Resultados	1	Se ha fortalecido la capacidad de intervención de los profesionales que trabajan en rehabilitación funcional en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS-nivel I, II y III) objeto del proyecto	Se ha fortalecido la capacidad de intervención de los profesionales que trabajan en rehabilitación funcional en los departamentos de Valle y Antioquia, especialmente en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)	Se ha especificado más.
	2	Se han estandarizado los principales subprocesos de atención de PCD con énfasis en víctimas de MAP/MUSE	Se han definido e implementado las guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)	Se ha especificado más.
	3	Los actores involucrados, en los municipios focalizados, conocen los derechos, deberes y mecanismos para que la población en situación de discapacidad, (especialmente las víctimas de MAP, y MUSE) accedan a los servicios que estipula la ley.	Los actores involucrados, en los municipios focalizados, conocen los derechos, deberes y mecanismos para que las personas con discapacidad especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI accedan a los servicios que estipula la ley	Se debe unificar la expresión.
	4	Se han fortalecido componentes del sistema de atención prehospitalaria (articulación Primeros auxilios y traslado etc.) para la atención a víctimas de MAP/MUSE para mitigar la infección y prevenir la discapacidad secundaria en las regiones objeto del proyecto	Se ha fortalecido el conocimiento de los actores involucrados, en los municipios focalizados, frente a la atención prehospitalaria a las víctimas de MAP/MUSE/AEI para mitigar la infección y prevenir la discapacidad secundaria	Se debe unificar la expresión.

PDM Actual		PDM Modificada		Razón de modificación
Resultados 1 Actividades	1.1	Identificar necesidades de capacitación de los profesionales	Identificar necesidades de capacitación de los profesionales	No hay cambio.
	1.2	Capacitar a profesionales de HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, adn alas de nuevo, (en rehabilitación basada en el enfoque de trabajo en equipo, rehabilitación visual, evaluación para la adaptación de P.O. etc.) y como Equipo Multiplicador	Capacitar a los profesionales de las instituciones objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación) en rehabilitación integral (trabajo en equipo, rehabilitación de amputación y discapacidad visual, etc.) y como Equipo Multiplicador	Se ajustó la frase de acuerdo con las actividades reales.
	1.3	Capacitar las IPS focalizadas en atención integral para PCd, especialmente víctimas de MIP y MUSE, con énfasis en rehabilitación funcional con enfoque interdisciplinario y en el manejo de la intervención temprana, para mejorar la tasa de recuperación en procesos post-quirúrgicos y rehabilitación.	Capacitar las IPS focalizadas en atención integral para personas con discapacidad, especialmente víctimas de MIP/MUSE/AEI	Se ajustó la frase de acuerdo con las actividades reales.
	1.4	Modernizar equipos de rehabilitación obsoletos y brindar capacitación en el manejo de nuevos equipos	Modernizar equipos de rehabilitación obsoletos	No se requiere la capacitación sobre el manejo de nuevos equipos, por lo tanto se eliminó la parte correspondiente.
	1.5	Evaluar periódicamente el impacto de la rehabilitación en el mejoramiento de las AVD de pacientes receptores de los servicios de rehabilitación incluidos en el proyecto.	Evaluar periódicamente el impacto de la rehabilitación en el mejoramiento de las AVD de pacientes receptores de los servicios de rehabilitación incluidos en el proyecto	No hay cambio.
Resultados 2 Actividades	2.1	Capacitar a los equipos profesionales objeto del proyecto en la construcción de orientaciones técnicas para la intervención inclusiva	Conformar el equipo de elaboración de guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual	Se ha especificado más.
	2.2	Formular guías y protocolo (orientaciones técnicas para la rehabilitación)	Elaborar las guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual	Se debe unificar la expresión.
	2.3	Prestar los servicios de rehabilitación por medio del empleo de las orientaciones técnicas formulados	Implementar las guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)	Se debe unificar la expresión.
	2.4	Monitorear las orientaciones técnicas	Monitorear la implementación de las guías de rehabilitación de amputación y discapacidad visual en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)	Se debe unificar la expresión.

PDM Actual		PDM Modificada		Razón de modificación
Resultados 2 Actividades	2.5	Realizar seminarios periódicos con los participantes de las IPS focalizadas para distribuir las orientaciones técnicas con instrucciones para su uso.		Se elimina esta actividad, ya que el documento elaborado se destina a las 4 instituciones médicas contrapartes del proyecto.
	Resultados 3 Actividades	3.1	Diseñar las estrategias (institucional y comunitaria) de difusión y capacitación sobre los derechos y deberes de las personas con discapacidad, con énfasis en las víctimas de MAP y MUSE, y los mecanismos para que accedan a servicios de rehabilitación	Diseñar la estrategia de información, educación y comunicación IEC (institucional y comunitaria) sobre derechos y deberes de las personas con discapacidad, especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI, y los mecanismos para que accedan a servicios estipula la ley
		3.2	Implementar la estrategia de difusión de los derechos y deberes de las personas con discapacidad con énfasis en las víctimas de MAP/MUSE y de los mecanismos para que accedan a servicios de rehabilitación	Implementar la estrategia de información, educación y comunicación IEC (institucional y comunitaria) sobre derechos y deberes de las personas con discapacidad, especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI, y los mecanismos para que accedan a servicios que estipula la ley
Resultados 4 Actividades	3.3	Hacer seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de difusión y capacitación sobre los derechos y deberes de las personas con discapacidad y los mecanismos para que accedan a servicios de rehabilitación	Hacer seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de información, educación y comunicación IEC (institucional y comunitaria) sobre derechos y deberes de las personas con discapacidad, especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI, y los mecanismos para que accedan a servicios que estipula la ley	Se debe unificar la expresión.
	4.1	Estandarizar los protocolos de atención prehospitalaria de víctimas de MAP/MUSE	Elaborar la guía de orientaciones básicas en atención prehospitalaria para la atención de víctimas de MAP/MUSE/AEI, por el primer respondiente comunitario, en los municipios focalizados	Se debe unificar la expresión.
	4.2	Diseñar la estrategia de capacitación de los protocolos de atención prehospitalaria, en los municipios focalizados	Diseñar el plan de capacitación de la guía de orientaciones básicas en atención prehospitalaria para la atención de víctimas de MAP/MUSE/AEI, por el primer respondiente comunitario, en los municipios focalizados	Se debe unificar la expresión.
	4.3	Implementar la estrategia	Implementar la capacitación de la guía de orientaciones básicas en atención prehospitalaria para la atención de víctimas de MAP/MUSE/AEI, por el primer respondiente comunitario, en los municipios focalizados	Se debe unificar la expresión.
	4.4	Fortalecer integración entre instituciones del área de influencia		Se elimina.

PDM Actual		PDM Modificada		Razón de modificación
Resultados 4 Actividades	4.5	Evaluar periódicamente metodología y resultado de capacitación planteado 4.3 y 4.4	Hacer seguimiento, monitoreo y evaluación de la capacitación de la guía de orientaciones básicas en atención prehospitalaria para la atención de víctimas de MAP/MUSE/AEI, por el primer responsable comunitario, en los municipios focalizados	Se debe unificar la expresión.
Indicador de la Meta Global	1	Existencia de una política pública orientada al funcionamiento de un sistema nacional de rehabilitación integral para las personas con discapacidad, que involucre resultados de este proyecto	Las instancias del sistema nacional de discapacidad, conocen y difunden la política nacional de discapacidad que ha involucrado la rehabilitación integral tanto para las personas con discapacidad como para las víctimas de MAP/MUSE/AEI	Se ha especificado más.
	2	Porcentaje (%) de víctimas de MAP/MUSE con discapacidad que han completado los procesos de rehabilitación funcional		Se elimina porque no se puede medir
	3	Situación actual de implementación de trabajos de equipo en las IPS		Se elimina porque se encuentra incluido en los indicadores del Propósito del Proyecto.
	4	IPS que han incorporado las orientaciones técnicas		Se elimina, porque la distribución y el uso de las orientaciones técnicas se limitan en cuatro instituciones médicas contrapartes del proyecto.
Indicadores sobre el propósito del proyecto	1	Mejoramiento en el nivel de independencia en las Actividades de Vida Diaria (AVD) de los pacientes receptores de los servicios de rehabilitación incorporados en las IPS objeto del proyecto		Se elimina.
	2	Nivel de satisfacción de los usuarios frente a los procesos de rehabilitación funcional integral	Se ha obtenido las opiniones afirmativas en más del 80% de ítems de cuestionario sobre rehabilitación funcional en las encuestas de nivel de satisfacción de las personas con discapacidad, especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI usuarios en las 4 IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación)	Se especificó más. El valor objeto se estableció según el resultado del Estudio de Línea Base.
	3	El progreso de la aplicación de las guías de manejo en el cuidado y las prácticas de rehabilitación		Se elimina.
	4	Porcentaje (%) de víctimas de MAP/MUSE en la región objeto del proyecto que han recibido los servicios de rehabilitación.		Se elimina.
	5	Porcentaje (%) de víctimas de MAP/MUSE en la región objeto del proyecto que han recibido los servicios de rehabilitación.		Se elimina.

PDM Actual		PDM Modificada	Razón de modificación
Indicadores sobre el propósito del proyecto		Las IPS objeto del proyecto (HUV, Fundación IDEAL, HUSVP, El Comité de Rehabilitación) han implementado las actividades para difundir los conocimientos adquiridos en rehabilitación integral (rehabilitación en equipo, evaluación de Actividades de Vida Diaria (AVD), rehabilitación para personas con amputación, rehabilitación visual)	
		Más de 50% de las personas encuestadas que han recibido la capacitación han implementado las actividades para difundir los conocimientos adquiridos en derechos, deberes y mecanismos para que las personas con discapacidad especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI accedan a los servicios que estipula la ley	
		Más de 50% de las personas encuestadas que han recibido la capacitación han implementado las actividades para difundir los conocimientos adquiridos en la atención prehospitalaria	
		Más de 50% de las personas encuestadas que han recibido la capacitación han implementado las actividades para difundir los conocimientos adquiridos en la atención prehospitalaria	
Indicadores del Resultado 1	1.1	Nivel de competencia en aplicación de las técnicas aprendidas por parte de los profesionales capacitados (HUV, HUSVP, Fundación IDEAL, y adn alas de nuevo)	Se especificó más.
	1.2	Nivel de competencia en aplicación de las técnicas aprendidas por parte por los profesionales capacitados de las IPS focalizadas.	Se especificó más.
Indicadores del Resultado 2	2.1	Número de IPS focalizadas con adherencia a las Orientaciones Técnicas	Se elimina.
	2.2	Conocimiento integral adquirido por los profesionales y trabajadores de las IPS focalizadas sobre las Orientaciones Técnicas	Se limita el uso solamente en las cuatro instituciones médicas contrapartes del proyecto.

		PDM Actual	PDM Modificada	Razón de modificación
Indicadores del Resultado 3	3.1	conocimiento de los actores involucrados sobre los derechos, deberes y mecanismos para que la población en situación de discapacidad y las víctimas de MAP y MUSE accedan a los servicios que estipula la ley	Más del 60% de los actores involucrados, capacitados afirma que ha incrementado el conocimiento sobre derechos, deberes y mecanismos para que las personas con discapacidad especialmente las víctimas de MAP/MUSE/AEI accedan a los servicios que estipula la ley	Se especificó más. El valor objeto se estableció según el resultado del Estudio de Línea Base
	3.2	Porcentaje (%) de las IPS y de víctimas de MAP/MUSE y sus familias que conocen del FOSYGA y de la ayuda humanitaria prevista por Acción Social.		Se elimina.
Indicadores del Resultado 4	4.1	Número de capacitados y número de sitios donde se realizó capacitación de primeros auxilios y traslado	Más del 60% de los actores involucrados capacitados afirma que ha incrementado su conocimiento frente a la atención prehospitalaria a las víctimas de MAP/MUSE/AEI	Se especificó más. El valor objeto se estableció según el resultado del Estudio de Línea Base.
	4.2	Nivel de competencia de los participantes de la capacitación		Se elimina.

Fortalecimiento del sistema de rehabilitación integral para personas con discapacidad especialmente víctimas de minas antipersonales
Listado de las personas entrevistadas

ANEXO 4

#	Nombre	Organización	Cargo	Nota
1	Rosa Irene Rubio Cañon	Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal (PAICMA)	Directora (E)	
2	Soraida Delgado Sierra	Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal (PAICMA)	Asesora	
3	Hilda María Fierro Valencia	Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal (PAICMA)	Asesora	
4	Rocio Gutierrez	Ministerio de la Protección Social	Asesora técnica	
5	Yenny Maritza Alvarado	Ministerio de la Protección Social	Asesora técnica Asistente	
6	Clemencia Nieto Alzate	Ministerio de la Protección Social	Encargada de Discapacidad	
7	Mercedes Paredes Bravo	Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca	CRUE, Coordinador	
8	Alvaro Jose Morales Vela	Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca	CRUE Profesional universitario	
9	Jose Luis Cuero Leon	Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca	CRUE Tecnólogo en Atención Prehospitalaria	
10	María Lucero Urriaga	Hospital Universitario del Valle	Directora General	
11	Belkys Angulo	Hospital Universitario del Valle	Médica Fisiatra / Subdirectora	
12	Lina María Osorio Vergara	Hospital Universitario del Valle	Fisioterapeuta/Coordinadora	Equipo de Amputación
13	Olga Marina Hernandez	Hospital Universitario del Valle	Fisioterapeuta	Equipo de AVD
14	Stefanie Tonguino	Hospital Universitario del Valle	Fisioterapeuta	Equipo de AVD
15	Rosa Virginia Mora	Hospital Universitario del Valle	Fonoaudióloga	Equipo de AVD
16	Liliana Loaiza	Hospital Universitario del Valle	Terapeuta Ocupacional	Equipo de AVD
17	Nestor Orlando Alzate	Hospital Universitario del Valle	Médico Fisiatra	Equipo de AVD
18	María Eugenia Guerrero	Hospital Universitario del Valle	Trabajadora Social	Equipo de AVD
19	María Fernanda Sánchez Patino	Hospital Universitario del Valle	Terapeuta Ocupacional	Equipo de RH visual
20	Rodolfo Millán Muñoz	Fundación IDEAL	Director	Equipo de AVD
21	Carlos Andrés Quiroz Mora	Fundación IDEAL	Fisioterapeuta	Equipo de AVD Equipo de Amputación
22	Leonor Elena Sierra Bernal	Fundación IDEAL	Fonoaudióloga	Equipo de AVD
23	Rosa María España Scarpetta	Fundación IDEAL	Educadora Especial	Equipo de AVD
24	Antonio Salazar Bustamante	Fundación IDEAL	Psicólogo	Equipo de AVD
25	Lady Isbeth Jovel Vanegas	Fundación IDEAL	Psicóloga	Equipo de AVD
26	Alicia Mery Castro Quintero	Fundación IDEAL	Trabajadora Social	Equipo de AVD

Fortalecimiento del sistema de rehabilitación integral para personas con discapacidad especialmente víctimas de minas antipersonales
Listado de las personas entrevistadas

ANEXO 4

#	Nombre	Organización	Cargo	Nota
27	Carlos Mario Revera	Dirección Seccional de Salud de Antioquia	Secretario Seccional de Salud y Protección Socialde	
28	Natalia Montoya	Dirección Seccional de Salud de Antioquia	Encargada de Discapacidad/Coordinadora de Programa de Discapacidad	
29	Diana María Molina Montoya	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Médica Fisiatra	Equipo de AVD
30	Ariel Ramses Lopez Catolico	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Médico Fisiatra/Jefe Medicina Física y Rehabilitación	Equipo de Amputacion
31	Nestor Raul Buitrago Lopez	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Terapeuta Ocupacional	Equipo de RH visual
32	Wilmar Babativa Bejarano	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Fisiologo	Equipo de RH visual
33	Olga Lucia Medina	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Terapeuta Ocupacional	Equipo de RH visual
34	Juan Carlos Parra	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Médico Fisiatra	Equipo de AVD
35	Sandra Patricia Torres	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Fonoaudiologo	Equipo de AVD
36	Nhora Cecilia Jaramillo	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Psicóloga	Equipo de AVD
37	Lilliana Garcia Lopez	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Enfermera	Equipo de AVD
38	Marcela Ávila	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Fisioterapeuta	Equipo de AVD
39	Natalia Marin Velez	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Enfermera	Equipo de AVD
40	Mario Alfonso Giraldo Prieto	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Médico Fisiatra	Equipo de AVD
41	Dolly Murcelu Zapata García	Hospital Universitario San Vicente de Paul	Fisioterapeuta	Equipo de AVD
42	Blanca Cecilia Cano Restrepo	El Comité de Rehabilitación	Médico Fisiatra	Equipo de AVD
43	Carlos Alberto Quintero Valencia	El Comité de Rehabilitación	Médico Fisiatra	Equipo de Amputacion Equipo de AVD
44	Eugenia Aristizabal Gomez	El Comité de Rehabilitación	Terapeuta Ocupacional	Equipo de AVD
45	Juan Gonzalo Orozco Upegui	El Comité de Rehabilitación	Fisioterapeuta	Equipo de AVD
46	Zoraida Rios	El Comité de Rehabilitación	Psicologa	Equipo de AVD
47	Bibiana Lucia Londoño Valderama	El Comité de Rehabilitación	Fonoaudiologa	Equipo de AVD
48	Gloria Amparo Quiroz Cifuentes	El Comité de Rehabilitación	Trabajadora Social	Equipo de AVD
49	Oscar Arias	Asociación de Sobrevivientes de minas antipersonal en Antioquia (Sobrevimap)	Presidente	
50	Luz Adriana Zapata	Asociación de Sobrevivientes de minas antipersonal en Antioquia (Sobrevimap)	Representante	
51	3 víctimas de minas antipersonal	Asociación de Sobrevivientes de minas antipersonal en Antioquia (Sobrevimap)		
52	4 usuarios en HUV			
53	4 usuarios en Fundación Ideal			
54	5 usuarios en HUSVP			
55	3 usuarios en Comité de Rehabilitación			

プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM) 第1版

プロジェクト名称:コロンビア国・地雷被災者を含む障害者総合リハビリテーション体制強化
 協力期間:2008年8月-2012年8月(4年間)

プロジェクトサイト:アンティオキア県、バジェ県

プロジェクト協力機関:副大統領府対人地雷総合アクション大統領プログラム(PAICMA)、社会保障者(MPS)、バジェ県保健局(SDSV)、バジェ大学病院(HUV)、フンダシオン・イデアール、アンティオキア県保健局(DSSA)、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院(HUSVP)、アラス・デ・ヌエボ(和文のみ記載)
 ターゲットグループ:バジェ大学病院、フンダシオン・イデアール、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ、アンティオキア県、バジェ県の対象病院とレファラル関係にある対象医療機関(IPS)、応急処置フェシリテーター及びプロモーター
 最終裨益者:対人地雷・不発弾被災者(以下、地雷被災者)を中心とした身体障害者及びその家族(アンティオキア県、バジェ県、コロンビア南西部)

2009年5月12日承認

3. PDM 第1版、第2版

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
<p>[上位目標]</p> <p>地雷被災者を中心とした障害者の治療を保障する「障害者のための国家総合リハビリテーションシステム」ができていく。</p>	<p>a) 本プロジェクトの成果を反映した「障害者のための国の総合リハビリシステム」が機能することを目指した存在する法令等が整備される。 b) 地雷被災者のうち機能リハビリサービスを受けた割合(%) c) チームリハビリテーション実施状況 d) プロジェクトによって作成された技術指針を導入した医療機関(IPS)</p>	<p>a) 公文書確認(プロジェクトによって作成された技術指針の反映を確認) b),c),d) 医療機関へのアンケート調査と PAICMA からの情報収集</p>	
<p>[プロジェクト目標][2012年]</p> <p>バジェ県及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。</p>	<p>a) プロジェクトにかかわる医療機関で総合リハビリサービスを受けた患者の、日常生活活動の自立性が向上する。 b) 総合リハビリプロセスによって治療を受けた患者、その他利用者の満足度 c) プロジェクトによって作成された技術指針に基づいたリハビリテーションの実施状況 d) 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割合(%) e) 第1・2次病院へ緊急搬送された地雷被災者のうち、感染・二次障害を負った地雷被災者の割合(%)</p>	<p>a),b) プロジェクト進捗報告書、各対象病院での効果測定結果資料、地雷被災者・家族、PAICMA、県保健局(SDSV、DSSA)、患者その他利用者へのインタビュー c),d) 対象県保健局、バジェ大学病院、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、フンダシオン・イデアール、アラス・デ・ヌエボ、第1・2次病院への質問票調査 e) 地雷被災者に初期治療を行った対象病院へのインタビュー、対象リハビリ専門職へのインタビュー</p>	<p>中央レベルで、プロジェクトの成果物や方針を他地域に広める政治意思が維持される。</p>

1本プロジェクト活動は「総合リハビリテーションシステム」概念のうち被災者の損傷部の感染や二次障害予防のための応急処置、機能回復と再建をできる限り可能とする救急医療、日常生活活動向上のための補装具提供と機能リハビリテーション、地域や在宅での継続的な機能リハビリテーションとこれらサービスクセス環境に焦点を当てる。

<p>[成果]</p> <p>1. プロジェクト対象機関（第1次・2次・3次医療機関）における、専門職人材の機能リハビリテーション²処置技術の能力が育成される。</p> <p>2. 地雷、不発弾被災者を含む障害者対応の主要なプロセスが標準化される。</p> <p>3. プロジェクト対象地域における関係機関や関係者のあいだで地雷被災者を中心とした障害者がリハビリサービスを受けられるための権利、義務、制度についての知識が広がる。</p> <p>4. 対象地域における地雷、不発弾被災後の感染や二次障害予防のための医療機関受診前システム（応急手当、搬送）の内容が補強される。</p>	<p>1.a) 研修を受講した専門職人材（バジェ大学病院、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、フンダシオン・イデアアル、アラス・デ・ヌエボ）の技術理解度</p> <p>1.b) 研修を受講した専門職人材〔アンティオキア県、バジェ県の対象病院とレプアラル関係にある対象医療機関(IPS)〕の技術理解度</p> <p>2.a) プロジェクトによって作成された技術指針を活用している対象医療機関の数</p> <p>2.b) 対象医療機関（第1次・2次・3次）の専門職及び医療従事者における、プロジェクトによって作成された技術指針内容の理解度</p> <p>3.a) 地雷被災者を中心とした、障害者がリハビリサービスを受けられるための権利、義務、制度についての知識を得た関係機関・住民人口</p> <p>3.b) FOSYGA 基金、Acción Social 人道支援基金を認知している、対象医療機関の数、地雷被災者・家族の数</p> <p>4.a) 応急・搬送、その他の講習実施地域と受講者数</p> <p>4.b) 応急・搬送、その他の講習の受講者理解度</p>	<p>1.a) b) 日本人・チリ人専門家、及び研修指導者の評価結果</p> <p>2 日本人・チリ人専門家、及び研修指導者の評価結果</p> <p>3.a) プロジェクト活動進捗報告書</p> <p>3.b) 地雷被災者及びその家族、PAICMA プロジェクト対象県保健局へのアンケート調査</p> <p>4) プロジェクト活動進捗報告書と受講者へのアンケート調査</p>	<p>対象県政府が、障害者への、サービスマシンのための政治意思を維持する。</p> <p>医療保険会社や FOSYGA 基金等の医療費支払い機関が障害者に対するリハビリ医療経費にかかわる支払いをスムーズかつ確実にを行うことを保障する。</p>
---	--	---	---

2 ここで意味する機能リハビリテーションの対象者は、切断患者・視覚障害者などを含み、高次脳機能障害の患者を含まない。

[活動]	[投入]	
<p>【成果1: 専門職の能力育成】</p> <p>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。</p> <p>1.2 バジエ大学病院、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、フンダシオン・イデアール、アラス・デ・ヌエボに対し研修（チームリハビリテーション³、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）</p> <p>1.3 選定された第1・2・3 次保健医療機関の専門職を対象として、チームリハビリテーションや救急処置法についての研修を行う。</p> <p>1.4 老朽・不適化したリハビリ機材の改善を行い、機材活用研修を実施する。</p> <p>1.5 プロジェクトのリハビリサービスを受ける患者及び利用者に対する、日常生活活動へのリハビリ効果測定を、定期的に実施する。</p>	<p>【日本/JICA 側】</p> <p>(1) 人材</p> <p>【技術・運営管理人材】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 日本人長期専門家 1) チーフアドバイザー/総合リハビリテーション 2) 業務調整 3) 公衆衛生/住民参加 <p>【専門技術人材】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 必要な分野の日本人短期専門家 - 必要な分野のチリ人短期専門家 <p>(2) 本邦・チリ国研修経費</p> <ul style="list-style-type: none"> - 以下分野のコロンビア研修生の受け入れ - チームリハビリテーション - 視覚障害者リハビリテーション - 義肢装具適合評価など <p>(3) その他の経費</p> <ul style="list-style-type: none"> - コロンビア国内の研修経費 - 文書開発経費 - 広報ツール作成経費 - 広報活動経費 - リハビリテーションシミュレーション機材 - セミナー・ワークショップ実施経費 - 調査経費、など <p>■ チリ側（経費は、JICA 負担）</p> <p>1) チリ国国際協力庁、チリ保健省の協力</p> <ul style="list-style-type: none"> - 上記チリ人専門家の派遣 	<p>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。</p> <p>対人地雷・不発弾被災者の政策課題に対するチリ政府の協力を支援の意向が維持される。</p> <p>活動を行っている地域の治安が悪化しない。</p>
<p>【成果2: リハビリテーションプロセスの標準化】</p> <p>2.1 プロジェクト C/P 機関を対象として技術指針作成のための研修を行う。</p> <p>2.2 技術指針の作成を行う。</p> <p>2.3 作成した技術指針を用いて、リハビリテーション診療を実施する。</p> <p>2.4 技術指針のモニタリングを実施する。</p> <p>2.5 選定された第1次・2次医療機関を対象としたセミナーを定期的に開催し、技術指針を配布し、活用方法の説明を行う。</p>	<p>【コロンビア側】</p> <p>(1) 人材</p> <p>【運営管理人材】</p> <ul style="list-style-type: none"> - プロジェクトダイレクター (PAICMA) - 障害者医療政策技術支援 (MPS) - 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) - バジエ県プロジェクトマネージャー (バジエ県保健局) <p>【専門技術人材】</p> <ul style="list-style-type: none"> - PAICMA - MPS - SDSV-DSSA - HUV - Fundacion Ideal - HUSVP <p>(2) 人件費とその他の経費</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)、合同運営委員会の交通費と日当 - その他、必要な経費 <p>(3) 施設</p> <ul style="list-style-type: none"> - プロジェクト活動に活用される施設 - 日本人・チリ人専門家執務室 	<p>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。</p> <p>対人地雷・不発弾被災者の政策課題に対するチリ政府の協力を支援の意向が維持される。</p> <p>活動を行っている地域の治安が悪化しない。</p>
<p>【成果3: リハビリテーションサービスなどへのアクセス向上】</p> <p>3.1 地雷被災者がリハビリサービスを受けられるようにするた</p>		

3 チームリハビリテーションとは、各職種（ソーシャルワーカー、リハビリ専門職、看護師、医師など）が共通言語を用いながら連携し、地域での生活につながる患者中心のリハビリサービスを提供することをさす。

<p>め、各関係機関、コミュニティに対し権利、義務、制度についての研修を行うための戦略を立てる。</p> <p>3.2 啓発活動を実施する。</p> <p>3.3 啓発活動や活動の定期的なモニタリングや評価を行う。</p> <p>【成果4: 医療機関受診システムの改善】</p> <p>4.1 地雷被災者の医療機関受診前に受ける応急処置プロトコルを標準化する。</p> <p>4.2 医療機関受診前の応急処置プロトコルに関する研修の戦略をたてる。</p> <p>4.3 戦略を実施する。</p> <p>4.4 対象地域における、医療機関間のネットワークを強化する。</p> <p>4.5 4.3、4.4の研修方法や成果について、定期的に評価する。</p>	<p>- チリにおける研修準備</p>	<p>[前提条件]</p> <p>チリ政府がプロジェクト実施とマネジメントへの支援を約束する。</p> <p>治安の悪化により日本からの協力継続に支障を来さない。</p>
--	---------------------	---

プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM) 第2版

2010年11月19日

プロジェクト名称: コロンビア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

協力期間: 2008年8月-2012年8月(4年間)

プロジェクトサイト: バジェ・デル・カウカ州(以下、バジェ県)、アンティオキア県

プロジェクト協力機関: 副大統領府対地雷総合アクション大統領プログラム(PAICMA)、社会保障省、バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデア、アンティオキア県保健局、サン・ピエ・デ・パウマル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン(旧称アラス・デ・ヌエボ)

ターゲットグループ: バジェ大学病院、フンダシオン・イデア、サン・ピエセンテ・デ・パウマル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン、バジェ県・アンティオキア県の選定された医療施設(IPS)及び地域

最終受益者: バジェ県・アンティオキア県の対地雷・不発弾・即席爆発装置被災者(以下、地雷被災者)を中心とした障害者

上位目標 (2017年)	指標	指標データ入手手段	外部条件
地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションが国家経済社会政策審議会政策文書(CONPES 80)に含まれている	1. 障害国家システム関係機関 ² が、地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションを含む国家経済社会政策審議会政策文書(CONPES 80)を推進している	国家委員会と地域委員会の会議事録、関係機関が政策を広める手段・媒体	
バジェ県及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のための総合リハビリテーションの質が改善する	<ol style="list-style-type: none"> プロジェクト対象医療施設(バジェ大学病院、フンダシオン・イデア、サン・ピエセンテ・デ・パウマル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)が、総合リハビリテーション(チームリハビリテーション、日常生活活動評価、切断リハビリテーション、視覚障害リハビリテーション)について身に付けた知識の普及活動を実施している プロジェクトで裨益する地雷被災者を中心とした障害者を対象とした満足度調査で、機能リハビリテーションに関し、80%以上の項目について肯定的な回答が得られる プロジェクトで研修を受講した関係者の半数以上が、法律で定められたサービスにアクセスするための権利、義務、制度について身に付けた知識の普及活動を実施している プロジェクトで研修を受講した関係者の半数以上が、医療施設受診前処置について身に付けた知識の普及活動を実施している 	<ol style="list-style-type: none"> 日本人専門家による評価(プロジェクト進捗報告書、リハビリテーション効果を評価した診療記録、等) 地雷被災者を中心とした障害者への質問票 モニタリング文書、県保健局への報告書、等 モニタリング文書、県保健局への報告書、等 	中央レベルで、プロジェクトの成果物や方針を他地域に広める政治意思が維持される 保健分野の社会保障総合システム(SGSSS)関係機関が、地雷被災者を中心とした障害者への診療・リハビリテーションサービスの費用支払いを保障する
プロジェクト目標 (2012年)			
バジェ県及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のための総合リハビリテーションの質が改善する	<ol style="list-style-type: none"> プロジェクト対象医療施設(バジェ大学病院、フンダシオン・イデア、サン・ピエセンテ・デ・パウマル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)が、総合リハビリテーション(チームリハビリテーション、日常生活活動評価、切断リハビリテーション、視覚障害リハビリテーション)について身に付けた知識の普及活動を実施している プロジェクトで裨益する地雷被災者を中心とした障害者を対象とした満足度調査で、機能リハビリテーションに関し、80%以上の項目について肯定的な回答が得られる プロジェクトで研修を受講した関係者の半数以上が、法律で定められたサービスにアクセスするための権利、義務、制度について身に付けた知識の普及活動を実施している プロジェクトで研修を受講した関係者の半数以上が、医療施設受診前処置について身に付けた知識の普及活動を実施している 	<ol style="list-style-type: none"> 日本人専門家による評価(プロジェクト進捗報告書、リハビリテーション効果を評価した診療記録、等) 地雷被災者を中心とした障害者への質問票 モニタリング文書、県保健局への報告書、等 モニタリング文書、県保健局への報告書、等 	中央レベルで、プロジェクトの成果物や方針を他地域に広める政治意思が維持される 保健分野の社会保障総合システム(SGSSS)関係機関が、地雷被災者を中心とした障害者への診療・リハビリテーションサービスの費用支払いを保障する

¹ 国家経済社会政策審議会による決定と提言がまとめられた文書。同審議会は大統領や大臣により構成される。

² 法律2007年1145号によりつくられた障害国家システム関係機関として、システムのリダーとしての社会保障省(第1レベル)、障害国家システムや障害国家政策のモニタリングや評価を実施する専門的助言機関としての障害国家委員会(第2レベル)、障害政策のモニタリングや強化を中央と地域の間で協調する県レベルの障害委員会(第3レベル)、障害政策の検討、作成、モニタリングの責任者としての市町村レベルの障害委員会(第4レベル)がある。

³ 本プロジェクトにおける総合リハビリテーションとは、損傷部の感染や二次障害予防のための応急処置、切断障害者や視覚障害者を主な対象とする日常生活活動自立度向上のための機能リハビリテーションサービス、地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務に関する情報アクセス改善に焦点を当てたものである。

成果	プロジェクト要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
<p>1. バジエ県とアンティオキア県(特にバジエ大学病院、フンダシオン・イデア、サン・ピセンテ・デ・パウウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)において、機能リハビリテーションに従事する専門職人材の能力が強化される</p>	<p>1.1. 対象医療施設(バジエ大学病院、フンダシオン・イデア、サン・ピセンテ・デ・パウウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)において、プロジェクトで研修を受けた専門職人材の 80%が、習得した知識を毎日の診療に適用している</p> <p>1.2. 選定医療施設において、プロジェクトで研修を受けた専門職人材の 80%以上が、機能リハビリテーション(日常生活活動評価、切断リハビリテーション、視覚障害リハビリテーション、等)に関する知識が向上したと回答する</p>	<p>日本人専門家によるモニタリング・評価、質問票調査</p>	<p>研修人材が流出しない</p>	
<p>2. 対象 4 医療施設(バジエ大学病院、フンダシオン・イデア、サン・ピセンテ・デ・パウウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)において、切断や視覚障害のリハビリテーションのガイドが活用される</p>	<p>2.1 対象 4 医療施設(バジエ大学病院、フンダシオン・イデア、サン・ピセンテ・デ・パウウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)において、切断リハビリテーションガイドに基づいた診療が実施されている</p> <p>2.2 対象 2 医療施設(バジエ大学病院、サン・ピセンテ・デ・パウウル大学病院)において、視覚障害リハビリテーションガイドに基づいた診療が実施されている</p>	<p>日本人専門家によるモニタリング・評価</p>		
<p>3. 対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者が、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利、義務、制度についての知識を得る</p>	<p>3.1 研修受講者のうち 60%以上が、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利、義務、制度に関する知識が向上したと回答する</p>	<p>プロジェクト活動進捗報告書(研修実施回数、対象者、内容、受講者数)、質問票調査</p>		
<p>4. 対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、地雷被災者の感染軽減や二次障害予防のための医療施設受診前処置に関する知識が深まる</p>	<p>4.1 研修受講者のうち 60%以上が、地雷被災者のための医療施設受診前処置に関する知識が向上したと回答する</p>	<p>プロジェクト活動進捗報告書(研修実施回数、対象者、内容、受講者数)、質問票調査</p>		

4 本プロジェクトにおける機能リハビリテーションでは、地雷被災者に多い切断や視覚障害のリハビリテーション、他職種によるチームリハビリテーション強化に必要な日常生活活動評価に焦点を当てる。

プロジェクト要約	投入	外部条件
<p>活動</p> <p>【成果1：専門職の能力育成】</p> <p>1.1 リハビリテーション専門職の研修ニーズを特定する</p> <p>1.2 対象医療施設（バジェエ大学病院、サン・ピゼンテ・デ・パウル大学病院、フンダシオン・イデア、コミテ・デ・リハビリタシオン）のリハビリテーション専門職を技術伝達者チームとして任命し、総合リハビリテーション（チームリハビリテーション、切断リハビリテーション、視覚障害リハビリテーション、等）に関する研修を実施する</p> <p>1.3 選定された医療施設に、地雷被災者を中心とした障害者への総合処置に関する研修を実施する</p> <p>1.4 老朽化したリハビリテーション機材を更新する</p> <p>1.5 対象医療施設においてリハビリテーションサービスを受ける患者の日常生活活動の改善インパクトを定期的に評価する</p>	<p>【日本/JICA 側】</p> <p>(1) 人材</p> <p>【技術・運営管理人材】</p> <p>日本人長期専門家</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ チーフアドバイザー/総合リハビリテーション ・ 住民参加/公衆衛生 ・ 業務調整 <p>【専門技術人材】</p> <p>日本人短期専門家</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 総合リハビリテーション ・ 視覚障害リハビリテーション ・ チームリハビリテーション ・ その他 <p>(2) 本邦研修実施と経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 総合リハビリテーション ・ 切断リハビリテーション ・ 視覚障害リハビリテーション ・ チームリハビリテーション <p>(3) その他の経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コロンビア国内研修経費 ・ 文書開発経費 ・ 広報ツール作成経費 ・ 広報活動経費 ・ リハビリテーションマシン機材 ・ セミナー実施経費 ・ 調査経費、他 	<p>【コロンビア側】</p> <p>(1) 人材</p> <p>【運営管理人材】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクトダイレクター (PAICMA) ・ 障害者保健政策テクニカルアドバイザー (社会保障省) ・ バジェエ県プロジェクトマネジャー (バジェエ保健局) ・ アンテオキア県プロジェクトマネジャー (アンテオキア保健局) <p>【専門技術人材】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 副大統領府対地雷総合アクション大統領プログラム (PAICMA) ・ 社会保障省 ・ バジェエ保健局 ・ アンテオキア県保健局 ・ バジェエ大学病院 ・ サン・ピゼンテ・デ・パウル大学病院 ・ フンダシオン・イデア ・ コミテ・デ・リハビリタシオン <p>(2) 人件費とその他の経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コロンビア側各人材の給与 (各組織が負担) ・ JCC、JSC、SC 出席のための費用 ・ その他、必要な経費 <p>(3) 施設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プロジェクト活動に活用される施設 ・ 日本人専門家執務室
<p>【成果2：リハビリテーションガイドの作成】</p> <p>2.1 切断と視覚障害のリハビリテーションガイド作成チームを形成する</p> <p>2.2 切断と視覚障害のリハビリテーションガイドを作成する</p> <p>2.3 対象 4 医療施設（バジェエ大学病院、フンダシオン・イデア、サン・ピゼンテ・デ・パウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン）において、切断と視覚障害のリハビリテーションガイドを活用する</p> <p>2.4 対象 4 医療施設（バジェエ大学病院、フンダシオン・イデア、サン・ピゼンテ・デ・パウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン）において、切断と視覚障害のリハビリテーションガイドの活用状況をモニタリングする</p>		<p>活動を行っている地域が治安が悪化しない</p>

プロジェクト要約	投入	外部条件
<p>【成果3：サービスへのアクセス拡大】</p> <p>3.1 地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーション(施設レベル、地域レベル)の戦略を立てる</p> <p>3.2 地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーション(施設レベル、地域レベル)の戦略を実施する</p> <p>3.3 地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーション(施設レベル、地域レベル)の戦略の実施モニタリング、評価、フィードバックを行う</p>		<p>【前提条件】</p> <p>治安の悪化により日本からの協力継続に支障を来さない。</p>
<p>【成果4：医療施設受診前処置の強化】</p> <p>4.1 対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドを作成する</p> <p>4.2 対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修計画を立てる</p> <p>4.3 対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修を実施する</p> <p>4.4 対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修の実施モニタリング、評価、フィードバックを行う</p>		

4. 実績

4-1 カウンターパート・主要面談者リスト

コロンビア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 カウンターパート・主要面談者リスト

番号	氏名	所属	役職	追記
1	Rosa Irene Rubio Cañon	副大統領府対地雷総合アクション大統領プログラム (PAICMA)	ダイレクター 代理	
2	Soraida Delgado Sierra	副大統領府対地雷総合アクション大統領プログラム (PAICMA)	アシスタントアドバイザー	プロジェクト担当 (ダイレクター代理)
3	Hilda María Fierro Valencia	副大統領府対地雷総合アクション大統領プログラム (PAICMA)	アシスタントアドバイザー	
4	Rocio Gutierrez	社会保障省	テクニカルアドバイザー	プロジェクト担当
5	Yenny Maritza Alvarado	社会保障省	アシスタントテクニカルアドバイザー	
6	Clemencia Nieto Alzate	社会保障省	障害担当官	
7	Mercedes Paredes B	バジェ県保健局	救急医療センターコーディネーター	プロジェクト担当
8	Álvaro José Morales Vela	バジェ県保健局	救急医療センター	プロジェクト副担当
9	Jose Luis Cuero Leon	バジェ県保健局	救急医療センター	プロジェクト成果4担当
10	María Lucero Urriaga	バジェ大学病院	院長	
11	Belkys Angulo Brion	バジェ大学病院	リハビリ科副部長	プロジェクト担当
12	Lina Maria Osorio Vergara	バジェ大学病院	理学療法士	プロジェクト副担当 切断障害者チーム
13	Olga Marina Hernández	バジェ大学病院	理学療法士/コーディネーター	ADLチーム
14	Stefanie Tinguino	バジェ大学病院	理学療法士	ADLチーム
15	Rosa Virginia Mora	バジェ大学病院	言語聴覚士	ADLチーム
16	Liliana Loaiza	バジェ大学病院	作業療法士	ADLチーム
17	Nestor Orlando Alzate	バジェ大学病院	リハ医	ADLチーム
18	María Eugenia Guerrero	バジェ大学病院	ソーシャルワーカー	ADLチーム
19	María Fernanda Sánchez Patiño	バジェ大学病院	作業療法士	視覚障害者チーム
20	Rodolfo Millan Muñoz	フンダシオン・イデアル	ダイレクター	プロジェクト担当 ADLチーム
21	Carlos Andrés Quiroz Mora	フンダシオン・イデアル	理学療法士	ADLチーム 切断障害者チーム
22	Leonor Elena Sierra Bernal	フンダシオン・イデアル	言語聴覚士	ADLチーム
23	Rosa Maria Espana Scarpetta	フンダシオン・イデアル	特殊教育	ADLチーム
24	Antonio Salazar Bustamante	フンダシオン・イデアル	心理士	ADLチーム
25	Lady Iisbeth Jovel Vanegas	フンダシオン・イデアル	心理士	ADLチーム
26	Alicia Mery Castro Quintero	フンダシオン・イデアル	ソーシャルワーカー	ADLチーム
27	Carlos Mario Rivera	アンティオキア県保健局	保健局長	
28	Natalia Montoya	アンティオキア県保健局	障害部門担当	プロジェクト担当
29	Diana Maria Molina Montoya	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	リハ医、リハ部長	プロジェクト担当 ADLチーム
30	Ariel Ramsés López Católico	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	リハ医	切断障害者チーム
31	Néstor Raúl Buitrago López	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	作業療法士	視覚障害者チーム
32	Wilmar Babativa Bejarano	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	作業療法士	視覚障害者チーム
33	Olga Lucia Medina	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	作業療法士	視覚障害者チーム
34	Juan Carlos Parra	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	リハ医	ADLチーム
35	Sandra Patricia Torres	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	言語聴覚士	ADLチーム
36	Nhora Cecilia Jaramillo	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	心理士	ADLチーム
37	Lilliana Garcia Lopez	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	看護師	ADLチーム
38	Marcela Áviló	サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院	作業療法士	ADLチーム

番号	氏名	所属	役職	追記
39	Natalia Marín Velez	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	看護師	ADLチーム
40	Mario Alfonso Giraldo Prieto	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	リハ医	ADLチーム
41	Dolly Murcelu Zapata García	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	作業療法士	ADLチーム
42	Blanca Cecilia Cano Restrepo	コミテ・デ・リハビリタシオン	リハ医	プロジェクト担当(旧) ADLチーム
43	Carlos Alberto Quintero Valencia	コミテ・デ・リハビリタシオン	リハ医	プロジェクト担当(新) 切断障害者チーム ADLチーム
44	Eugenia Aristizabal Gomez	コミテ・デ・リハビリタシオン	作業療法士	ADLチーム
45	Juan Gonzalo Orozco Upegui	コミテ・デ・リハビリタシオン	理学療法士	ADLチーム
46	Zoraida Rios	コミテ・デ・リハビリタシオン	心理士	ADLチーム
47	Bibiana Lucia Londoño Valderama	コミテ・デ・リハビリタシオン	言語聴覚士	ADLチーム
48	Gloria Amparo Quiroz Cifuentes	コミテ・デ・リハビリタシオン	ソーシャルワーカー	ADLチーム
49	Oscar Arias	アンティオキア県地雷生存者協会	会長	
50	Luz Adriana Zapata	アンティオキア県地雷生存者協会	代表	
51	その他地雷被災者3名	アンティオキア県地雷生存者協会		
52	リハビリテーション患者 4名	バジェ大学病院に通院		
53	リハビリテーション患者 4名	フンダシオン・イデアルに通院		
54	リハビリテーション患者 5名	サン・ピセンテ・デ・パウル病院に通院		
55	リハビリテーション患者 3名	コミテ・デ・リハビリタシオンに通院		

コロンビア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 専門家派遣実績

1. 長期専門家

氏名	指導分野	派遣期間	成果
高橋 競	チーフアドバイザー/ 総合リハビリテーション	2009年5月7日～2011年5月6日	成果1、2
黒川 正子	住民参加/公衆衛生	2009年7月12日～2011年7月11日	成果3、4
板橋 宏暁	業務調整	2008年8月25日～2011年8月24日	

2. 短期専門家

氏名	指導分野	派遣期間	成果
岩谷 力	チーフアドバイザー	2008年12月8日～21日	成果1
	総合リハビリテーション	2010年5月31日～6月12日	成果1、2
仲泊 聡	視覚障害リハビリテーション	2009年10月16日～25日	成果1
高橋 競	総合リハビリテーション	2009年3月12日～22日	成果1、2
黒川 正子	住民参加	2009年2月1日～14日	成果3、4

4-3 コロンビア国内外における研修・セミナー実績

コロンビア国地震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
コロンビア国内外における研修・セミナー実績

1) 国内研修・セミナー

研修名	実施期間	実施場所	講師	参加機関	参加職種	参加人数	成果
1 国際生活機能分類	2009年5月28日～30日	カリ	Flor Esperanza Rodríguez Ferro (Universidad del Rosario)	PAICMA、社会保健省、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、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	リハ医、理学療法士、作業 療法士、言語聴覚士、看護 師、心理士、インターン、 ソーシャルワーカー、等	35名	1
2 障害関連公共政策	2009年7月23日～24日	カリ	Diego Oswaldo Álvarez Lozano, Ligia de Salazar (バジェ大学), Soraida Delgado, Hilda María Fierro (PAICMA), María Fernanda Tovar (バジェ県保健局), Liliana Gallo (カ リ市保健局)	PAICMA、社会保健省、バジェ県保健局、バ ジェ大学病院、フンダシオン・イデアル、バジェ 県・カリ市障害委員会、サンチアゴデカリ大学、 等	リハ医、理学療法士、作業 療法士、言語聴覚士、心理 師、インターン、ソーシャル ワーカー、等	48名	1
3 障害関連公共政策	2009年7月29日	メデジン	Soraida Delgado, Hilda María Fierro (PAICMA), Rubén Darío Gómez (国家公衆衛生局), Josué Lucio Robles Ojarte (社会保健省)	PAICMA、社会保健省、アンティオキア県保健 局、サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院、アラ ス・デ・ヌエボ	リハ医、理学療法士、作業 療法士、言語聴覚士、看護 師、心理士、ソーシャルワ ーカー、等	59名	1
4 評価・指標	2009年9月16日～18日	メデジン	Diego Villegas Navarro (Corpoeducación)	PAICMA、社会保健省、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、サン・ビ センテ・デ・パウル大学病院、フンダシオン・イ デアル、コミテ・デ・リハビリタシオン※	リハ医、理学療法士、作業 療法士、言語聴覚士、心理 師、インターン、ソーシャル ワーカー、等	22名	1
5 視覚障害リハビリテーシ ョン	2009年10月21日	メデジン	仲泊 聡 短期専門家(視覚障害リハビリテー ション)	サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院、バジェ大 学病院(TV会議による遠隔講義)	視覚障害リハスタッフ、眼科 スタッフ、リハ医、理学療法 士、作業療法士、言語聴覚 士、看護師、心理士、ソ シアルワーカー、等	約20名	1

研修名	実施期間	実施場所	講師	参加機関	参加職種	参加人数	成果
6 日常生活活動	2009年11月12日～13日	カリ	高橋 競 チーフアドバイザー	ファンダシオン・イデア	リハ医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士、ソーシャルワーカー、等	53名	1
	2009年11月20日	メデジン	高橋 競 チーフアドバイザー	コミテ・デ・リハビリタシオン	リハ医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士、ソーシャルワーカー、等	71名	1
	2009年12月10日	カリ	高橋 競 チーフアドバイザー	バジェ大学病院、ファンダシオン・イデア、バジェ県視覚・聴覚障害児センター	リハ医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士、インター、ソーシャルワーカー、等	44名	1
	2010年1月20日	メデジン	高橋 競 チーフアドバイザー	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	リハ医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、心理士、ソーシャルワーカー、等	26名	1
	2010年2月25日～26日	メデジン	高橋 競 チーフアドバイザー	社会保障省、バジェ大学病院、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、ファンダシオン・イデア、コミテ・デ・リハビリタシオン	リハ医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士、ソーシャルワーカー、等	13名	1
	2010年5月14日	メデジン	高橋 競 チーフアドバイザー	社会保障省、バジェ大学病院、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、ファンダシオン・イデア、コミテ・デ・リハビリタシオン	リハ医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士、ソーシャルワーカー、等	13名	1
7 教育手法	2010年3月20日～22日、4月20日～22日、5月12日～13日	メデジン	Teresa Díaz Domínguez, Pedro Alfonso Alemán (ESUMER Institución Universitaria)	PAICMA、社会保障省、バジェ県保健局、アンピオキア県保健局、バジェ大学病院、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、ファンダシオン・イデア、コミテ・デ・リハビリタシオン	リハ医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士、ソーシャルワーカー、等	32名	1, 3, 4

研修名	実施期間	実施場所	講師	参加機関	参加職種	参加人数	成果
8 日常生活活動評価	2010年6月3日	カリ	岩谷 力 短期専門家(総合リハビリテーション)	PAICMA、バジェ県保健局、バジェ大学病院、フ ンダシオン・イデアアル	リハ医、理学療法士、作業 療法士、言語聴覚士、心理 士、ソーシャルワーカー、等	約25名	1
	2010年6月8日	メデジン	岩谷 力 短期専門家(総合リハビリテーション)	PAICMA、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病 院、コミテ・デ・リハビリタシオン	リハ医、理学療法士、作業 療法士、言語聴覚士、心理 士、ソーシャルワーカー、等	約25名	1
9 折り紙	2010年6月18日	カリ	田中節子(JICAシニアボランティア ア)	バジェ大学病院、フンダシオン・イデアアル	作業療法士、特殊教育専門 家、等	22名	1
	2010年8月20日	メデジン	田中節子(JICAシニアボランティア ア)	コミテ・デ・リハビリタシオン	作業療法士、特殊教育専門 家、等	20名	1
	2010年8月21日	メデジン	田中節子(JICAシニアボランティア ア)	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、地雷被災 者協会	作業療法士、理学療法士、 心理士、言語聴覚士、ソ シヤルワーカー、看護師、等	15名	1
						延べ参加人数	約543名

※アラス・デ・ヌエボは、2009年9月よりコミテ・デ・リハビリタシオンに改称

2)本邦研修

研修名	実施期間	実施場所	参加者氏名	所属	役職	成果
1 本邦研修(第1回) 「総合リハビリテーション」	2009年2月10日～27日	日本 (東京)	DELGADO SIERRA Soraida	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)	本案件プロジェクトダイレクター代行	1,2,3,4
			GUTEIRREZ MENDEZ Rocío	社会保障省	社会促進部長・社会的弱者及び障害者担当官	
			USECHE DE LA CRUZ Hector Fabio	ハジェ県保健局	保健局長	
			MONTOYA PALACIO Natalia	アンティオキア県保健局	県障害者プロジェクトリーダー	
			MOLINA MONTOYA Diana Maria	サン・ピセンテ・デ・バウル大学病院	リハビリテーション部長 リハ医	
			ANGULO BRION Belkys	バジェ大学病院	リハビリテーション科副部長 リハ医	
			MILLAN MUÑOZ Rodolfo	フンダシオン・イデアル	ダイレクター ソーシャルワーカー	
			CANO RESTREPO Blanca Cecilia	アラス・デ・ヌエボ	技術科学部長(ダイレクター) リハ医	
			Lina Maria OSORIO VERGARA	バジェ大学病院	リハビリテーション・ユニット コーディネーター 理学療法士	
			Carlos Andrés QUIROZ MORA	フンダシオン・イデアル	リハ訓練ユニット神経リハビリプログラム・理学療法士	
2 本邦研修(第2回) ①「切断障害者への総合リハビリテーション」	2010年2月11日～3月5日	日本(東京・関西)	Ariel Ramsés LÓPEZ CATÓLICO	サン・ピセンテ・デ・バウル大学病院	リハビリテーション科 医師	1
			Carlos Alberto QUINTERO VALENCIA	コミテ・デ・リハビリタシオン	リハビリテーション・障害認定部 医師	
			María Fernanda SÁNCHEZ PATIÑO	バジェ大学病院	リハビリテーション科 作業療法士	
			Néstor Raúl BUITRAGO LÓPEZ	サン・ピセンテ・デ・バウル大学病院	リハビリテーション科 作業療法士	
3 本邦研修(第3回) 「チームリハビリテーション」	2010年2月11日～3月5日	日本(東京・東北)	HERNÁNDEZ OROBIO Olga Marina	バジェ大学病院	リハビリテーション・ユニット 理学療法士/コーディネーター	1
			SIERRA BERNAL Leonor Elena	フンダシオン・イデアル	言語療法テクニカルコーディネーター/言語聴覚士	
			PARRA PELAEZ Juan Carlos	サン・ピセンテ・デ・バウル大学病院	リハビリテーション科 リハビリテーション医師	
			QUIROZ CIFUENTES Gloria Amparo	コミテ・デ・リハビリタシオン	ソーシャルワーカー	
			述べ参加人数 18名			

3) 第三国研修

研修名	実施期間	実施場所	参加者氏名	所属	役職	成果
1 第2回CBR国際会議	2010年3月3日～5日	メキシコ	Clemencia Nieto Alzate	社会保障省	障害担当官	1,3,4
			Álvaro José Morales Vela	ハジエ県保健局	救急医療センター コーディネーター	
			MONTOYA PALACIO Natalia	アンテオキア県保健局	県障害者プロジェクトリーダー	
			HERNÁNDEZ OROBIO Olga Marina	ハジエ大学病院	リハビリテーション・ユニット 理学療法士/コーディネーター	
			Nhora Cecilia Jaramillo González	サン・ビセンテ・デ・バウル大学病院	リハビリテーション科 心理士	
			Alicia Mery Castro Quintero	フンダシオン・イデアアル	テケンダマ施設長 ソーシャルワーカー	
2 コスタリカKaloieプロジェクトフォーラム	2010年9月20日～24日	コスタリカ	Bibiana Londoño Valderama	コミテ・デ・リハビリタシオン	言語聴覚士	1,3
			MILLAN MUÑOZ Rodolfo	フンダシオン・イデアアル	ダイレクター ソーシャルワーカー	
			Carlos Alberto QUINTERO VALENCIA	コミテ・デ・リハビリタシオン	リハビリテーション・障害認定部 医師	
述べ参加人数 9名						

4-4 供与機材リスト

コロンビア国地震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
供与機材リスト

No.	品目		仕様・規格	2008年度		2009年度		供与先	成果
	日本語	スペイン語		数量	金額(ペソ)	数量	金額(ペソ)		
1	デスクトップ型PC	PC (Mesa)	HP Pavillon Slimline PC s3610ia	1	1,950,000			プロジェクト事務所	1.2.3.4
2	デスクトップ型PC	PC (Mesa)	HP Pavillon Slimline PC s3610ia	1	1,950,000			プロジェクト事務所	1.2.3.4
3	ノート型PC	PC (Portatil)	HP Pavillon DV5-1143	1	2,850,000			プロジェクト事務所	1.2.3.4
4	ビデオカメラ	Video Camara HDD	Sony DCR-SR45	1	1,088,000			プロジェクト事務所	1.2.3.4
5	デジタルカメラ	Camara Digital	Sony DSC-W110	1	379,000			プロジェクト事務所	1.2.3.4
6	マルチプリンター	Fotocopiadora (Multifuncion)con separador	Toshiba ESTUDIO3511	1	9,048,000			プロジェクト事務所	1.2.3.4
7	キャビネット 1.8m x 2台	Folderamas	1.8x1.05x0.45 Almendra	1	1,136,800			プロジェクト事務所	1.2.3.4
8	冷蔵庫	Nevera	Challenger CR233	1	519,000			ファンダシオン・イデアール	1
9	洗濯機	Lavadora	LG WF-T7706TP	1	679,000			ファンダシオン・イデアール	1
10	オーディオコンポ	Equipo de sonido	Challenger DS-600	1	499,000			ファンダシオン・イデアール	1
11	電子レンジ	Horno Microhonda	LG MS 0746T	1	149,000			ファンダシオン・イデアール	1
12	テレビ 21INCH	Televisor 21 pulgadas	CHALLENGER TC-2133	1	259,000			ファンダシオン・イデアール	1
13	DVD	DVD	LG DV 350 DVD-P	1	100,000			ファンダシオン・イデアール	1
14	ESTIMULADOR ELECTRICO	Estimulador Clinico	GHATTANOOGA Intellect transport-2783	1	7,380,000			ファンダシオン・イデアール	1
15	LESER TERAPEUTICO	Laser Terapeutico	GHATTANOOGA Intellect transport Light.PGK-2920	1	8,820,000			ファンダシオン・イデアール	1
16	上肢理学療法用キット	Mesa para Trabajo de Miembros Superiores		1	10,092,000			ファンダシオン・イデアール	1
17	ユニットキッチン	Cocina integral		1	4,554,100			ファンダシオン・イデアール	1
18	トイレ資材(便器、便座等)	Articulos del baño	洋式トイレ	1	1,922,200			ファンダシオン・イデアール	1
19	木製玩具(15品目・23品)	Articulos didacticos de madera (30 articulos)		1	1,062,500			ファンダシオン・イデアール	1
20	アスレチックジム用自転車(立脚式)	Bicicleta Eliptica (Trotador uso parado)	Sportop E-5000	1	3,360,000			バジェ大学病院	1
21	アスレチックジム用自転車(立脚式)	Bicicleta Eliptica (Trotador uso parado)	Sportop E-5000	1	3,360,000			バジェ大学病院	1
22	アスレチックジム用自転車(シート背もたれ付き)	Bicicleta Recumbet (Uso sentado)	Sport Fitness SEG-9366	1	2,400,000			バジェ大学病院	1
23	アスレチックジム用自転車(シート背もたれ付き)	Bicicleta Recumbet (Uso sentado)	Sport Fitness SEG-9366	1	2,400,000			バジェ大学病院	1
24	婦人科診療台(婦人科リハ用機材)	Mesa Ginesorogia	3 Planos con gabinete	1	1,212,250			バジェ大学病院	1
25	エレクトロミオグラフィ台	Mueble de Electromiografia		1	2,105,400			バジェ大学病院	1

No.	品 目		仕様・規格	2008年度		2009年度		供与先	成果
	日本語	スペイン語		数量	金額(ペソ)	数量	金額(ペソ)		
26	聴覚療法リハビリシステムソフト	Software para terapia auditoria	ALEGRA TERAPEUTA	1	3,480,000			バジェ大学病院	1
27	上肢理学療法用キット	Mesa para Trabajo de Miembros Superiores		1	10,092,000			バジェ大学病院	1
28	調理用品(21品目・日常生活リハ用)	Articulos de cocina(Varias piezas)		1	391,270			バジェ大学病院	1
29	冷蔵庫	Nevera	ICASA 209 Lts.Negra	1	509,000			バジェ大学病院	1
30	ノート型PC	PC (Portatil)	HP 4310S			1	2,260,000	プロジェクト事務所	1.2.3.4
31	Office Small ライセンス	Licencia de Office Business	Ofece Small Business 2007			1	640,000	プロジェクト事務所	1.2.3.4
32	沸騰式殺菌機器	ROYALAN® SPINT PAN MODEL 200 DE SAMMONS PRESTON	Royal Splint Pan Model 200 Sammons Prston			1	8,300,000	サン・ピセンテ・デ・パウウル大学病院	1
33	ミニステップパー エクササイズ	PULSOXIMETRO DE MESA	Mini Stepper Sammons Prston			1	750,500	サン・ピセンテ・デ・パウウル大学病院	1
34	聴覚療法リハビリシステムソフト	MINI STEPPER EXERCISER	Multi-Usuario1Habilidades Cognitivas			1	5,652,000	サン・ピセンテ・デ・パウウル大学病院	1
35	電子脈拍計	LINEA DE HABLA Y VOZ	PULSOMETRO DE MESA NELLOR			1	2,088,000	サン・ピセンテ・デ・パウウル大学病院	1
36	洗濯機	Lavadora	Whirpoll 19L			1	599,000	バジェ大学病院	1
37	子ども用リハビリ機材(バランス)	ISLAS TEXTURIZADAS	ISLAS TEXTURIZADAS			1	490,000	バジェ大学病院	1
38	子ども用リハビリ機材(バランス)	CAMINO ONDULADO	CAMINO ONDULADO			1	761,000	バジェ大学病院	1
39	木製玩具(15品目・23品)	Articulos didacticos (22 articulos)				1	1,221,000	バジェ大学病院	1
40	アイロン	Plancha	B y D			1	79,900	バジェ大学病院	1
41	サンディッチメーカー	Sandichera	Oster			1	143,500	バジェ大学病院	1
42	電子レンジ	Horno Microhonda	B y D			1	179,900	バジェ大学病院	1
43	オーブントースター	Horno Tostador	LG 1.1F			1	199,900	バジェ大学病院	1
44	アイロン台	Mesa de Plancha				1	48,500	バジェ大学病院	1
45	洗濯機	Lavadora	Samsung 15L (WB15U3)			2	1,199,800	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
46	冷蔵庫	Nevera	Centrales 252L (CCE2525U07)			2	1,118,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
47	木製遊具	Parque infantil	Model No.12			1	2,580,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
48	ボールプール	Piscina Pelotas	3m x 3m			1	5,800,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
49	ルームランナー	Banda sin fin	LIFE SPAN TR500			2	5,550,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
50	室内ジムキット	Gimnacio Multifuncional	MULTIFUNCIONAL 1097			1	6,298,800	コミテ・デ・リハビリタシオン	1

No.	品目		仕様・規格	2008年度		2009年度		供与先	成果
	日本語	スペイン語		数量	金額(ペソ)	数量	金額(ペソ)		
51	アスレチックジム用自転車	Bicicleta	Reclumant Anatomic EX0018			1	2,112,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
52	アスレチックジム用自転車	Bicicleta	Upright Magnetic 101			1	2,112,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
53	日常生活訓練室整備費	Cuarto de Actividad Vida				1	2,645,294	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
54	食堂セット	Comedor	Una mesa cuatro puestos			2	600,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
55	ベッド	Cama	Sencilla uni personal			2	630,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
56	スプリング	Colchon	Sencilla uni personal			2	290,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
57	衣料タンス	Cajonera Gavetero	4段			2	760,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
58	ソファアー	Sofa Boston	2人用			2	368,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
59	リビング用いす	Silla Boston				2	742,400	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
60	リビングテーブル	Mesa Auxiliar				2	162,000	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
61	枕	Almohada				2	16,900	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
62	はしご	Escalera	4段アルミ			2	175,800	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
63	テーブル	Mesa Exporto	プラスチック			2	129,800	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
64	折りたたみ式物干し	Tendero Abatible	金属製			2	49,800	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
65	電話機	Telefono				2	53,800	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
66	シーツセット(ダブル)	Juego de Cama	Doble			1	45,900	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
67	シーツセット(シングル)	Juego de Cama	Sencilla			1	39,900	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
68	ジュースー	Licudora	速度可変6段			2	113,800	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
69	電気炊飯器	Olla Arroquera				2	91,900	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
70	アイロン	Plancha				2	88,400	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
71	調理用品(34品目・日常生活リハ用)	Articulos de cocina(Varias 34 piezas)				2	739,200	コミテ・デ・リハビリタシオン	1
			合計	29	83,757,520	61	57,926,694		

コロンビア国地震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
ローカルコスト内訳

日本側投入実績 (コロンビアペソ)

年度	出張旅費		業務契約 ローカルコンサル タント	謝金報酬 スタッフ以外	会議費 セミナー・研修等 開催費	一般業務費 事務用品・公用車 燃料費等	物品購入 プロジェクト投入	通訳・翻訳		年度合計
	航空券・宿泊費等							資料作成等		
2008*										
第1四半期	18,247,958				1,822,550	7,133,150			4,577,500	
第2四半期	21,240,602	4,000,000				4,226,140	87,633,492		3,720,000	
小計	39,488,560	4,000,000			1,822,550	11,359,290	87,633,492		8,297,500	152,601,392
2009										
第1四半期	16,403,575			4,400,000		2,682,940				
第2四半期	39,293,876			7,600,000	1,332,500	13,179,470			480,000	
第3四半期	26,403,397	11,136,000				3,794,290			2,853,600	
第4四半期	86,592,459	16,704,000		26,762,500	1,528,800	13,939,300	57,825,194		6,412,500	
小計	168,693,307	27,840,000		38,762,500	2,861,300	33,596,000	57,825,194		9,746,100	339,324,401
2010**										
第1四半期	44,235,401	15,257,454			2,927,150	7,814,350			4,746,720	
第2四半期	14,730,537	6,542,546			422,800	5,268,650			1,821,200	
小計	58,965,938	21,800,000		0	3,349,950	13,083,000	0		6,567,920	103,766,808
総計	267,147,805	53,640,000		38,762,500	8,033,800	58,038,290	145,458,686		24,611,520	595,692,601

* 2010年8月～2009年3月

** 2010年4月～9月

コロンビア側投入実績 (コロンビアペソ)

年度	出張旅費		業務契約	謝金報酬	会議費	一般業務費	物品購入	通訳・翻訳	年度合計	人件費(注2)
	航空券・宿泊費等	ローカルコンサルタント	スタッフ以外	セミナー・研修等開催費	事務用品・公用車燃料費等	プロジェクト投入	資料作成等			
2008*	22,505,053	0	0	4,462,162	19,403,615	7,500,000	0	0	53,870,830	67,929,288
2009	55,261,912	0	3,846,000	5,823,450	43,779,461	0	0	0	108,710,823	121,930,629
2010**	15,655,508	0	0	8,240,000	19,365,565	0	0	0	43,261,073	66,957,453
総計	93,422,473	0	3,846,000	18,525,612	82,548,641	7,500,000	0	0	205,842,726	256,817,370

* 2010年8月～2009年3月

** 2010年4月～9月

注1 上記データは、8C/P機関のうち、社会保障省・アンティオキア保健局・フンダシオン・イデアルを除いた5機関のデータ

注2 PAICMA・バジエ保健局・サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院のプロジェクト担当者の契約料を人件費として積算

4-6 委員会等開催実績

コロンビア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委員会等開催実績

1) 合同調整委員会 Joint Coordinating Committee : JCC

日時	参加機関	参加者	主な議題
2009年5月12日	PAICMA	Andres Davila Ladron de Guevara、Soraida Delgado Sierra	<ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト進捗状況：PDM、活動計画、日本研修での学び ・予算・会計報告 ・PDM、活動計画の承認 ・その他：チリから送付されたミニッツ案についての協議
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez、他2名	
	バジェ県保健局	Hector Fabio Useche de la Cruz	
	バジェ大学病院	Belkys Angulo Brion、院長など他2名	
	フンダシオン・イデアル	Rodolfo Millan Muñoz	
	アンティオキア県保健局	Carlos Mario Rivera Escobar、Natalia Montoya Palacio	
	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	Diana Maria Molina Montoya	
	アラス・デ・ヌエボ	Blanca Cecilia Cano Restrepo、Juan Guillermo Gutierrez Toro	
	Accion Social	日本担当1名	
	JICAコロンビア支所	吉元所長、高瀬次長、田中職員	
プロジェクト専門家	高橋、板橋		

2) 合同運営委員会 Joint Steering Committee : JSC

日時	参加機関	参加者	主な議題
2009年1月21～23日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	PDM改訂
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	バジェ県保健局	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela	
	バジェ大学病院	Belkys Angulo Brion, Lina Maria Osorio Vergara, María Fernanda Sánchez Patiño	
	フンダシオン・イデアル	Rodolfo Millan Muñoz, Alicia Mery Castro Quintero	
	アンティオキア県保健局	Natalia Montoya Palacio	
	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	Diana Maria Molina Montoya, Natalia Londoño	
	アラス・デ・ヌエボ	Blanca Cecilia Cano Restrepo	
	JICAコロンビア支所	田中職員	
	プロジェクト専門家	板橋	
2009年7月8～10日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	チリプロジェクト、活動計画の見直し、成果1活動計画案の発表、イスラエル研修、本邦研修
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	バジェ県保健局	Álvaro José Morales Vela, Maria Fernanda Tobar	
	バジェ大学病院	Belkys Angulo Brion	
	フンダシオン・イデアル	Rodolfo Millan Muñoz	
	アンティオキア県保健局	Natalia Montoya Palacio	
	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	Diana Maria Molina Montoya, Natalia Londoño	
	アラス・デ・ヌエボ	Blanca Cecilia Cano Restrepo	
	プロジェクト専門家	高橋、板橋	
	2009年9月15日	PAICMA	
社会保障省		Rocio Gutierrez Mendez	
バジェ県保健局		Mercedes Paredes	
バジェ大学病院		Lina Maria Osorio Vergara	
フンダシオン・イデアル		Rodolfo Millan Muñoz	
アンティオキア県保健局		Natalia Montoya Palacio	
サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院		Diana Maria Molina Montoya, Natalia Londoño	
コミテ・デ・リハビリタシオン※		Blanca Cecilia Cano Restrepo	
プロジェクト専門家		高橋、黒川、板橋	
2009年10月26～27日		PAICMA	Soraida Delgado Sierra
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	バジェ県保健局	Mercedes Paredes	
	バジェ大学病院	Lina Maria Osorio Vergara	
	フンダシオン・イデアル	Rodolfo Millan Muñoz	
	アンティオキア県保健局	Natalia Montoya Palacio	
	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	Diana Maria Molina Montoya, Natalia Londoño	
	コミテ・デ・リハビリタシオン	Blanca Cecilia Cano Restrepo	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	

日 時	参加機関	参加者	主な議題
2009年11月27日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	社会保障省ガイドラインについての発表、成果2 活動検討、成果4 活動検討
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez, Yenny Maritza Alvarado, Johanna Castrillón	
	バジェ県保健局	Mercedes Paredes	
	バジェ大学病院	Belkys Angulo Brion	
	フンダシオン・イデアル	Rodolfo Millan Muñoz	
	アンティオキア県保健局	Natalia Montoya Palacio	
	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	Diana Maria Molina Montoya, Natalia Londoño	
	コミテ・デ・リハビリタシオン	Blanca Cecilia Cano Restrepo	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
2010年3月11～12日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	ベースライン調査結果の共有、メキシコCBR国際会議報告、本邦研修参加者による研修成果発表、成果1の活動進捗状況と今年度活動計画の確認
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	バジェ県保健局	Mercedes Paredes	
	バジェ大学病院	Belkys Angulo Brion	
	フンダシオン・イデアル	Rodolfo Millan Muñoz	
	アンティオキア県保健局	Natalia Montoya Palacio	
	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	Diana Maria Molina Montoya	
	コミテ・デ・リハビリタシオン	Blanca Cecilia Cano Restrepo	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
2010年10月26日	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	PDM改訂案の発表、中間レビュー情報の共有、各成果進捗状況と今後の活動の確認
	バジェ県保健局	Álvaro José Morales Vela	
	バジェ大学病院	Belkys Angulo Brion, Lina Maria Osorio Vergara	
	フンダシオン・イデアル	Rodolfo Millan Muñoz, Carlos Quiroz	
	アンティオキア県保健局	Natalia Montoya Palacio	
	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院	Diana Maria Molina Montoya	
	コミテ・デ・リハビリタシオン	Blanca Cecilia Cano Restrepo, Carlos Quintero	
		プロジェクト専門家	

※アラス・デ・ヌエボは、2009年9月よりコミテ・デ・リハビリタシオンに改称

3) アンティオキア県運営委員会 Antioquia Steering Committee : ASC

日時	参加機関	参加者	主な議題
2009年3月25日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Natalia Montoya, Diana Molina, Blanca Cecilia Cano, Meydiz Hincapié	本邦研修報告等について
2009年4月16日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Natalia Montoya, Diana Molina, Blanca Cecilia Cano, Meydiz Hincapié	プロジェクト対象医療機関の選定等について
2009年4月24日	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Diana Molina, Blanca Cecilia Cano, Meydiz Hincapié	PDMの内容確認等について
2009年4月30日	アンティオキア県保健局、アラス・デ・ヌエボ	Natalia Montoya, Blanca Cecilia Cano	プロジェクト対象医療機関の選定等について
2009年5月15日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Natalia Montoya, Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	プロジェクト研修経費負担について
2009年5月21日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Natalia Montoya, Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	チリとの連携案件の内容検討
2009年6月4日	PAICMA、アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Soraida Delgado Sierra, Natalia Montoya, Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	評価研修の内容協議
2009年6月12日	PAICMA、アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Soraida Delgado Sierra, Natalia Montoya, Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	評価研修の日程、会場等に関する協議
2009年6月18日	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	2009年活動計画変更について
2009年6月19日	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	María Eugenia Sierra, Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	成果2について
2009年7月2日	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	成果1、対象医療機関への研修について
2009年7月16日	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	成果1、対象医療機関への研修について、成果2の代替案について
2009年7月23日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Masako Kurokawa, Natalia Montoya, Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	評価研修実施に関する詳細協議
2009年7月29日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Kyo Takahashi, Masako Kurokawa, Natalia Montoya, Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	プロジェクト対象選定医療機関の選定条件再確認等について
2009年8月12日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Natalia Montoya, Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	プロジェクト対象選定医療機関の選定条件再確認等について
2009年8月27日	サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Diana Molina, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	評価研修実施に関する詳細協議
2009年9月3日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、アラス・デ・ヌエボ	Masako Kurokawa, Natalia Montoya, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	評価研修実施に関する詳細協議
2009年10月1日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、コミテ・デ・リハビリテーション	Masako Kurokawa, Natalia Montoya, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	成果3に関する委託内容等について
2009年10月29日	アンティオキア県保健局、サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院、コミテ・デ・リハビリテーション	Natalia Montoya, Natalia Londoño, Blanca Cecilia Cano	成果2の代替案の内容について

4)バジェ県運営委員会 Valle del Cauca Steering Committee : VSC

日 時	参加機関	参加者	主な議題
2009年3月24日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	詳細不明	本邦研修報告等について
2009年4月14日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, Belkis Angulo Brion, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Alicia Mery Castro Quintero, Hiroaki Itabashi	本年度研修内容の確認等について
2009年4月21日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, María Fernanda Tobar, María Fernanda Sánchez Patiño, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Alicia Mery Castro Quintero	詳細不明
2009年4月28日	PAICMA、バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, María Fernanda Tobar, María Fernanda Sánchez Patiño, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Alicia Mery Castro Quintero	今年度研修計画の再確認等
2009年5月5日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, María Fernanda Tobar, María Fernanda Sánchez Patiño, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Alicia Mery Castro Quintero	ICF研修に関するロジ作業分担について
2009年5月19日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, María Fernanda Tobar, María Fernanda Sánchez Patiño, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Alicia Mery Castro Quintero	ICF研修に関するロジ作業分担について
2009年7月4日	バジェ県保健局、バジェ大学病院	Álvaro José Morales Vela, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Hiroaki Itabashi	ICF研修に関する打合せ
2009年7月15日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Álvaro José Morales Vela, Belkis Angulo Brion, María Isabel Pavas, Fernanda Sánchez Patiño, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Rodolfo Millan Muñoz, Kyo Takahashi, Hiroaki Itabashi	公共福祉政策に関する研修について
2009年7月23日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Álvaro José Morales Vela, Belkis Angulo Brion, María Isabel Pavas, Fernanda Sánchez Patiño, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Rodolfo Millan Muñoz, Kyo Takahashi, Hiroaki Itabashi	公共福祉政策に関する研修について
2009年7月31日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Álvaro José Morales Vela, Belkis Angulo Brion, María Isabel Pavas, Fernanda Sánchez Patiño, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Rodolfo Millan Muñoz, Kyo Takahashi, Hiroaki Itabashi	本年度、本邦研修の研修内容について等
2009年8月29日	PAICMA、バジェ県保健局、バジェ大学病院	Soraida Delgado Sierra, Álvaro José Morales Vela, Kyo Takahashi, Masako Kurokawa, Hiroaki Itabashi	ベースライン調査について等
2009年9月4日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, María Fernanda Sánchez Patiño, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Alicia Mery Castro Quintero	成果1、選定医療機関への研修実施の詳細について
2009年9月11日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, María Fernanda Tobar, María Fernanda Sánchez Patiño, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Alicia Mery Castro Quintero	本邦研修の研修内容について、ADL活動について
2009年11月3日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, Belkis Angulo Brion, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Alicia Mery Castro Quintero, Kyo Takahashi, Hiroaki Itabashi	プロジェクト対象医療機関の選定等について
2009年11月10日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, Belkis Angulo Brion, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Rodolfo Millan Muñoz, Alicia Mery Castro Quintero, Kyo Takahashi, Hiroaki Itabashi	成果4に関して、メキシコCBR会議等について
2009年11月17日	PAICMA、バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Soraida Delgado Sierra, Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, Belkis Angulo Brian, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Rodolfo Millan Muñoz, Kyo Takahashi, Hiroaki Itabashi	プロジェクト進捗状況について、ベースライン調査の実施内容について
2010年1月19日	バジェ県保健局、バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル	Mercedes Paredes, Álvaro José Morales Vela, Belkis Angulo Brion, Lina Maria Osorio Vergara, Olga Marina Hernández, Rodolfo Millan Muñoz, Kyo Takahashi, Hiroaki Itabashi	成果4の進捗状況について

5) 運営管理委員会 Steering Administrative Committee : SAC

日時	参加機関	参加者	主な議題
2010年1月15日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	活動確認
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
	JICAコロンビア支所	田中	
2010年1月22日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	活動確認
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川	
2010年2月12日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	活動確認
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
	JICAコロンビア支所	田中	
2010年2月24日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	プロモーター研修打合せ
	社会保障省	Yenny Maritza Alvarado	
	プロジェクト専門家	高橋	
2010年3月5日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	活動確認、合同運営委員会準備
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	JICAコロンビア支所	田中	
	プロジェクト専門家	黒川、板橋	
2010年3月25日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	活動確認、イデアルイベント出席
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
2010年4月9日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	活動確認
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	JICAコロンビア支所	田中	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
2010年4月20日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	成果2と4
	社会保障省	Yenny Maritza Alvarado	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川	
2010年5月6日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	活動確認
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	JICAコロンビア支所	田中	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
2010年6月10日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	成果2、運営指導
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
	JICAコロンビア支所	田中	
	運営指導調査団	大野、岩谷	
2010年6月11日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	予算
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
	JICAコロンビア支所	田中	
2010年7月10日	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	活動確認、国際赤十字と情報共有
	JICAコロンビア支所	田中	
	プロジェクト専門家	高橋、板橋	
2010年9月10日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	活動確認
	プロジェクト専門家	高橋、板橋	
2010年10月1日	PAICMA	Soraida Delgado Sierra	PDM改訂
	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez	
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	
2010年10月15日	社会保障省	Rocio Gutierrez Mendez、Clemencia Nieto Alzate、Lucio Robles	PDM改訂
	プロジェクト専門家	高橋、黒川、板橋	

5. PDM 新旧対照表

PDM 新旧対照表

PDM第1版		PDM第2版(改訂版)	改訂の背景
上位目標	地雷被弾被災者を中心とした障害者の治療を保障する「障害者のための国家総合リハビリテーションシステム」ができています	地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションが国家経済社会政策審議会政策文書(CONPES80)に含まれている	具体的に記載
プロジェクト目標	バジェ県及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、総合機能リハビリテーションシステムの質が改善する	バジェ県及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のための総合リハビリテーションの質が改善する	記載ぶりの統一
成果	1	プロジェクト対象機関(第1次・2次・3次医療機関)における、専門職人材の機能リハビリテーション処置技術の能力が育成される	具体的に記載
	2	地雷、不発弾被災者を含む障害者対応の主要なプロセスが標準化される	具体的に記載
	3	プロジェクト対象地域における関係機関や関係者のあいだで地雷被災者を中心とした障害者がリハビリサービスを受けられるための権利、義務、制度についての知識が広まる	記載ぶりの統一
	4	対象地域における地雷、不発弾被災後の感染や二次障害予防のための医療機関受診前システム(応急手当、搬送)の内容が補強される	記載ぶりの統一
成果1 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	変更なし
	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・ヌエボに対し研修(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、義肢装具適合評価など)を行う。(コロンビア国内、日本、チリ)	実際の活動に合わせた内容に変更
	1.3	選定された第1・2・3次保健医療機関の専門職を対象として、チームリハビリテーションや救急処置法についての研修を行う	実際の活動に合わせた内容に変更
	1.4	老朽・不適化したリハビリ機材の改善を行い、機材活用研修を実施する	「機材活用研修」は必要性がなく実施していないため削除
	1.5	プロジェクトのリハビリサービスを受ける患者及び利用者に対する、日常生活活動へのリハビリ効果測定を、定期的実施する	変更なし

	PDM第1版	PDM第2版(改訂版)	改訂の背景	
成果2 活動	2.1	プロジェクト C/P 機関を対象として技術指針作成のための研修を行う	切断と視覚障害のリハビリテーションガイド作成チームを形成する	具体的に記載
	2.2	技術指針の作成を行う	切断と視覚障害のリハビリテーションガイドを作成する	記載ぶりの統一
	2.3	作成した技術指針を用いて、リハビリテーション診療を実施する	対象4 医療施設(バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル、サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)において、切断と視覚障害のリハビリテーションガイドを活用する	記載ぶりの統一
	2.4	技術指針のモニタリングを実施する	対象4 医療施設(バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル、サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)において、切断と視覚障害のリハビリテーションガイドの活用状況をモニタリングする	記載ぶりの統一
	2.5	選定された第1次・2次医療機関を対象としたセミナーを定期的に開催し、技術指針を配布し、活用方法の説明を行う		対象4 医療機関における活用を目的とするため削除
成果3 活動	3.1	地雷被災者がリハビリサービスを受けられるようにするため、各関係機関、コミュニティに対し権利、義務、制度についての研修を行うための戦略を立てる	地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーション(施設レベル、地域レベル)の戦略を立てる	記載ぶりの統一
	3.2	啓発活動を実施する	地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーション(施設レベル、地域レベル)の戦略を実施する	記載ぶりの統一
	3.3	啓発活動や活動の定期的なモニタリングや評価を行う	地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーション(施設レベル、地域レベル)の戦略の実施モニタリング、評価、フィードバックを行う	記載ぶりの統一
成果4 活動	4.1	地雷被災者の医療機関受診前に受ける応急処置プロトコルを標準化する	対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドを作成する	記載ぶりの統一
	4.2	医療機関受診前の応急処置プロトコルに関する研修の戦略をたてる	対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修計画を立てる	記載ぶりの統一
	4.3	戦略を実施する	対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修を実施する	記載ぶりの統一
	4.4	対象地域における、医療機関間のネットワークを強化する		削除
	4.5	4.3、4.4 の研修方法や成果について、定期的に評価する	対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修の実施モニタリング、評価、フィードバックを行う	記載ぶりの統一

PDM第1版		PDM第2版(改訂版)	改訂の背景	
上位目標指標	1	本プロジェクトの成果を反映した「障害者のための国の総合リハビリシステム」が機能することを目標とした存在する法令等が整備される	障害国家システム関係機関が、地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションを含む国家経済社会政策審議会政策文書(CONPES 80)を推進している	具体的に記載
	2	被災者のうち機能リハビリサービスを受けた割合(%)		測定不能なため削除
	3	チームリハビリテーション実施状況		プロジェクト目標指標に含まれるため削除
	4	プロジェクトによって作成された技術指針を導入した医療機関(IPS)		技術指針の配布と活用は対象4医療機関に限定するため削除
プロジェクト目標指標	1	プロジェクトにかかわる医療機関で総合リハビリサービスを受けた患者の、日常生活活動の自立性が向上する		削除
	2	総合リハビリプロセスによって治療を受けた患者、その他利用者の満足度	プロジェクトで裨益する地雷被災者を中心とした障害者を対象とした満足度調査で、機能リハビリテーションに関し、80%以上の項目について肯定的な回答が得られる	より具体的に記載 目標値はベースライン調査結果を参考に設定
	3	プロジェクトによって作成された技術指針に基づいたリハビリテーションの実施状況		削除
	4	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割合(%)		削除
	5	第1・2次病院へ緊急搬送された地雷被災者のうち、感染・二次障害を負った地雷被災者の割合(%)		削除
			プロジェクト対象医療施設(バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル、サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)が、総合リハビリテーション(チームリハビリテーション、日常生活活動評価、切断リハビリテーション、視覚障害リハビリテーション)について身に付けた知識の普及活動を実施している	
			プロジェクトで研修を受講した関係者の半数以上が、法律で定められたサービスにアクセスするための権利、義務、制度について身に付けた知識の普及活動を実施している	
			プロジェクトで研修を受講した関係者の半数以上が、医療施設受診前処置について身に付けた知識の普及活動を実施している	

PDM第1版		PDM第2版(改訂版)	改訂の背景	
成果1 指 標	1.1	研修を受講した専門職人材(バジェ大学病院、サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院、フンダシオン・イデアル、アラス・デ・ヌエボ)の技術理解度	対象医療施設(バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル、サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)において、プロジェクトで研修を受けた専門職人材の80%が、習得した知識を毎日の診療に適用している	より具体的に記載
	1.2	研修を受講した専門職人材[アンテイオキア県、バジェ県の対象病院とレファラル関係にある対象医療機関(IPS)]の技術理解度	選定医療施設において、プロジェクトで研修を受けた専門職人材の80%以上が、機能リハビリテーション(日常生活活動評価、切断リハビリテーション、視覚障害リハビリテーション、等)に関する知識が向上したと回答する	より具体的に記載
成果2 指 標	2.1	プロジェクトによって作成された技術指針を活用している対象医療機関の数		削 除
	2.2	対象医療機関(第1次・2次・3次)の専門職及び医療従事者における、プロジェクトによって作成された技術指針内容の理解度	対象4 医療施設(バジェ大学病院、フンダシオン・イデアル、サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院、コミテ・デ・リハビリタシオン)において、切断リハビリテーションガイドに基づいた診療が実施されている 対象2 医療施設(バジェ大学病院、サン・ビセンテ・デ・パウウル大学病院)において、視覚障害リハビリテーションガイドに基づいた診療が実施されている	対象4 医療機関に限定
成果3 指 標	3.1	地雷被災者を中心とした障害者がリハビリサービスを受けられるための権利、義務、制度についての知識を得た関係機関・住民人口	研修受講者のうち60%以上が、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利、義務、制度に関する知識が向上したと回答する	より具体的に記載 目標値はベースライン調査結果を参考に設定
	3.2	FOSYGA 基金、Acción Social 人道支援基金を認知している、対象医療機関、地雷被災者・家族の数		削 除
成果4 指 標	4.1	応急・搬送、その他の講習実施地域と受講者数	研修受講者のうち60%以上が、地雷被災者のための医療施設受診前処置に関する知識が向上したと回答する	より具体的に記載 目標値はベースライン調査結果を参考に設定
	4.2	応急・搬送、その他の講習の受講者理解度		削 除

6. 評価グリッド

コロンビア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
評価グリッド

評価項目	評価設問		中間評価結果	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	データ収集方法	
	大項目	小項目						
実績の検証	上位目標の達成度(見込み)	地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションを含む障害者国家政策ができる。	地雷被災者を中心とした障害者への総合リハビリテーションを含む障害者国家政策が策定される可能性は高いか。	○現在、MPSは、国連の障害者権利条約・プロジェクト成果としての総合リハビリテーション・被害者法に整合する国家経済社会政策審議会政策文書(CONPES 80)の改定を提案している。 ○MPSは、2010年から2014年の開発計画に障害政策を盛り込むことを提案している。 以上より、総合リハビリテーションの概念を含む障害者国家政策が策定される可能性はある。	法案策定のための組織の設立等	プロジェクトの成果が反映された公的文書、関係者の意見	MPS PAICMA 日本人専門家	資料レビュー 関係者へのインタビュー
プロジェクト達成度	バジェ県及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への総合リハビリテーションの質が改善する。	対象医療施設において、リハ専門職の機能リハに関する知識が向上し、知識が実践されているか。	○長期・短期専門家を中心に、コロンビア国内で、日常生活活動(ADL)や視覚障害リハ等8種類の国内研修・セミナーを実施し、延べ540名を超える参加者を得ている。こうした研修の成果実践について、対象医療施設のリハ専門職に対するヒアリングで、切斷・視覚障害・ADL評価に係る研修で得た知識を実践しているとの回答を得た。	研修参加者の機能リハに関する知識向上の認識度合い、実践状況	研修受講者のリスト 研修受講者の認識	対象4医療施設(HUV、HUSVP、IDEA、COMITÉ)の研修受講者、日本人専門家	資料レビュー 関係者へのインタビュー ADLチームへのフォーカス・グループ・ディスカッション(FGD)(または質問票)	
		対象地域における機能リハサービスが継続されるか。	○対象4医療施設では、リハは事業の重要な一角を形成しており、また、組織の戦略・方針のなかリハが位置づけられており、持続性は担保されている。 ○IPS・関連する大学の教員・学生に対する成果の普及も実施されている。	C/Pのコミットメント、人材等の体制、資金が確保されているか。	C/P機関の体制関係者の意見	PAICMA、MPS、県保健局 日本人専門家		
		総合リハビリテーションに対する障害者の満足度は向上したか。	○本中間レビュー調査ではベースライン調査と同様の定量的調査は実施しておらず、満足度が10%上昇したかどうかは判断できない。しかし、対象4医療施設の患者に対するヒアリングでは、提供されるサービスに対して非常に高い満足度が示されており、障害者の満足度向上に本プロジェクトの活動・成果が寄与していると考えられる。	障害者の満足度が10%上昇する。	総合リハビリテーションを受けた障害者の認識	リハビリを受けた障害者		
成果の達成度	1. バジェ県とアンティオキア県(特にHUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ)において、機能リハに従事する専門職人材の能力が強化される。	対象医療施設において、プロジェクトで研修を受けた専門職人材が、習得した知識を毎日の診療に適用しているか。	○ヒアリングを行った対象4医療施設の研修を受けた職員は、切斷・視覚障害・ADL評価の実施において、研修の成果を活用しているとの回答しており、研修で得た知識が毎日の診療に適用されていることが確認された。	対象医療施設における研修受講者の80%が習得した知識を毎日の診療に利用していると回答する。	研修受講者のリスト 研修受講者の認識	プロジェクトのモニタリング・評価報告書 インタビュー(日本人専門家、対象4医療施設のリハ専門職)、質問票回答結果	資料レビュー、関係者(リハ専門職)へのインタビュー(または質問票)	
		選定医療施設において、プロジェクトで研修を受けた専門職人材の機能リハ(日常生活活動評価、切斷リハ、視覚障害リハ、等)に関する知識は向上しているか。	○プロジェクト対象となる2県において、研修の対象地域の選定が実施されていることが確認された。 ■他方、本活動はこれから研修を行う段階であり、中間レビュー調査時点では成果発現に至っていない。	選定医療施設において、プロジェクトで研修を受けた専門職人材の80%以上が、機能リハ(日常生活活動評価、切斷リハ、視覚障害リハ、等)に関する知識が向上したと回答する。	研修受講者の認識			
	2. 対象4医療施設(HUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ)において、切斷や視覚障害のリハのガイドが活用される。	対象4医療施設において、切斷リハガイドが活用されているか。	○切斷リハガイドの作成を担当するHUVにおいて、ガイド作成チームが形成されていることが確認された。 ■他方、本活動はこれからガイドの作成を行う段階であり、中間レビュー調査時点ではガイドの活用には至っていない。	切斷リハガイドの活用状況	対象4医療施設におけるガイド活用状況	インタビュー(日本人専門家、対象2医療施設のリハ専門職)結果	資料レビュー 関係者へのインタビュー	
		対象2医療施設(HUV、HUSVP)における、視覚障害リハガイドが活用されているか。	○視覚障害リハガイドの作成を担当するHUSVPにおいて、ガイド作成チームが形成されていることが確認された。 ■他方、本活動はこれからガイドの作成を行う段階であり、中間レビュー調査時点ではガイドの活用には至っていない。	視覚障害リハガイドの活用状況	対象2医療施設におけるガイド活用状況			
	3. 対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利、義務、制度についての知識が広まる。	対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利、義務、制度についての知識が広まる。	○地雷被災者の権利啓発において、コミュニティ用と医療施設用の2種類の啓発媒体のドラフトが作成されていることが確認された。 ○地雷被災者を含む障害者の参加を何らかの形で確保する用意があることが、普及を実施するNGO関係者との協議から明らかになった。 ■他方、本活動はこれから地域活動の詳細計画を策定し、モニタリング方法を決定し、地域活動を行う段階であり、中間レビュー調査時点では成果の発現に至っていない。	研修受講者のうち60%以上が、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利・義務・制度に関する知識が向上したと回答する。	研修受講者の認識	インタビュー(日本人専門家)結果		
		4. 対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、地雷被災者の感染軽減や二次障害予防のための医療施設受診前処置に関する知識が深まる。	対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、医療施設受診前処置に関する知識が深まっているか。	○医療施設受診前処置に関する文書のドラフトが作成されていることが確認された。 ○地域活動の実施に必要な予算が、県保健局によって確保されることが明らかになった。 ■本活動は、これから地域活動の詳細計画を策定し、モニタリング方法を決定し、地域活動を行う段階であり、中間レビュー調査時点では成果の発現に至っていない。また、コロンビア予算年度の都合から予算の執行は2011年の4月以降となるため、地域活動の実施自体も早くても2011年4月以降となる。	研修受講者のうち60%以上が、医療施設受診前処置に関する知識が向上したと回答する。	研修受講者の認識		

評価項目	評価設問		中間評価結果	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目					
投入の実績	日本側 1. 長期専門家3名 2. 短期専門家5名 3. 本邦研修 4. 必要な資機材 5. 必要な現地活動費	投入量、投入の質及び時期は計画どおりか。	日本側 1. 長期専門家 3名 2. 短期専門家 延べ5名 3. 本邦研修 本邦研修(第1回)「総合リハビリテーション」 本邦研修(第2回) ①「切断障害者への総合リハビリテーション」 ②「視覚障害者への総合リハビリテーション」 本邦研修(第3回)「チームリハビリテーション」 4. 必要な資機材 機材供与:約630万2,000円 5. 必要な現地活動費 5億9,569万2,000円(約2,649万8,000円)	計画と進捗の比較	時期、投入量、投入の質	報告書 関係文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局、対象4医療施設の各C/P)結果	資料レビュー 関係者へのインタビュー
	コロンビア側 1. プロジェクトダイレクター(PAICMA局長) 2. 障害者医療政策アドバイザー(GDSP-MPS局長) 3. バジェ県保健局長 4. アンティオキア県保健局長 5. 各C/P機関のプロジェクト関係者 6. プロジェクト事務所及びその他プロジェクトに必要な施設(各病院内の専門家執務室を含む) 7. プロジェクトに必要な現地活動費(人件費、JCC等に係るC/Pの宿泊費、日当等)		1. プロジェクトダイレクター代理(PAICMAアシスタントアドバイザー) 2. 障害者医療政策アドバイザー(MPSテクニカルアドバイザー(含む3名)) 3. バジェ県保健局長(交代あり。また2011年に再度交代の予定) 4. アンティオキア県保健局長 5. 各C/P機関のプロジェクト関係者 6. 専門家執務スペース(HUV及びHUSVP) 7. プロジェクトに必要な現地活動費:2億584万2,000円(約9,15万6,000円) (※会議、ワークショップ、モニタリング時の出張旅費、交通費、燃料代、消耗品費等。人件費を除く)				
前提条件	中央レベルで、プロジェクトの成果物や方針を他地域に広める政治意思が維持される。		○リハを含む地雷被災者支援はPAICMAの主要な役割の1つであり、今後も被災者支援政策を継続・強化していく意思が確認された。 ○MPSは、プロジェクト成果としての総合リハビリテーション・被害者法に整合する国家経済社会政策審議会政策文書(GONPES 80)の改定を提案しており、他地域に成果を普及する政治的意思は維持されていることが確認された。		関係者の意見	報告書 関係文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局、対象4医療施設の各C/P)結果	資料レビュー 関係者へのインタビュー
	医療保険会社やFOSYGA基金等の医療費支払い機関が障害者へのリハサービスの費用支払いを保障する。		○関係医療施設のリハ従事者及び患者へのヒアリングから、FOSYGA基金等を通じて障害者へのリハサービスの費用支払いが保障されていることが確認された。 ■他方、地雷被災者に対するヒアリングからは、権利・制度を知らなかったため基金を活用できなかった事例も確認されたほか、診療に付随する交通費等はカバーされない問題点が指摘された。		関係者の意見		
	研修人材が流出しない。		○研修(本邦・現地国内)を受けた人材は、おおむね職務にとどまっており、対象4医療施設では、入選条件を厳しく定めたことなどから研修人材の離職は非常に少ないことが確認された。 ■研修を受けた人材のうち、バジェ県保健局長が政治的理由により離職したことが確認された。		研修を受けた人材の離職数		
	活動を行っている地域の治安が悪化しない。		○関係者のヒアリングから、プロジェクト対象地域の治安状況に大きな変化は見られておらず、依然として注視する必要があることが確認された。		治安情報	現地報道情報 日本人専門家、IDEAL、COMITÉへのヒアリング	現地報道情報 関係者へのインタビュー
実施プロセスの検証	計画の進捗状況 成果1:対象医療施設において機能リハに従事する専門職の能力が強化される。 1.1 リハ専門職の研修ニーズを特定する。		○バジェ県とアンティオキア県のリハ専門職とプロジェクト担当により研修ニーズが特定され、同結果を短期専門家によりレビューし、更に日本人長期専門家の関係機関への訪問視察により研修ニーズが最終的に特定された。	達成度、達成時期などの確認及び計画との比較	達成度、達成時期	報告書 関係文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局、対象4医療施設の各C/P)結果	資料レビュー 関係者へのインタビュー
	1.2 対象医療施設(HUV、HUSVP、IDEAL、COMITÉ)のリハ専門職を技術伝達者チームとして任命し、総合リハビリテーション(チームリハ、切断リハ、視覚障害リハ、等)に関する研修を実施する。		○2008年度、2009年度、2010年度と3回にわたり、C/Pを対象とする本邦研修が実施された。 ○コロンビア国内では、以下の研修が実施されたことが確認された。 ・国際生活機能分類(ICF)、障害関連公共政策、評価・指標、教育手法等に関する研修を実施した。 ・短期専門家により、視覚障害リハ、ADL評価に関するセミナーを実施した。 ・国際赤十字主催の「下肢切断の理学療法コース」に一部のC/Pが参加した。 1. ICF 35名 2. 障害関連公共政策 48名 3. 障害関連公共政策 59名 4. 評価・指標 22名 5. 視覚障害リハ 約20名 6. ADL 延べ220名 7. 教育手法 32名 8. ADL評価 延べ50名 9. 折り紙 延べ62名 ○第三国研修については、メキシコ国際CBR会議、コスタリカKaloieプロジェクトが主催するリハフォーラムへ研修生を派遣した。				
	1.3 選定された医療施設に、地雷被災者を中心とした障害者への総合処置に関する研修を実施する。		○対象地域の選定が両県のC/P機関により実施されたことが確認された。				
	1.4 老朽化したリハ機材を更新する。		○対象4医療施設に対し、ADL関連リハ機器(ADL訓練用機器)約630万2,000円相当を、2008年度・2009年度の2年度にわたり供与した。				
	1.5 対象医療施設においてリハサービスを受ける患者の日常生活活動の改善インパクトを定期的に評価する。		○長期専門家によるADLに関する研修を実施した。これを機に、各医療施設にADLチームが結成され、各機関で使用するADL評価表を作成した。このADL評価表は短期専門家(岩谷氏)によるレビューを受けた。 ○チームリハをテーマとした本邦研修を実施し、ADLチームがADL評価表を用いたチームアプローチを実践できることをめざした。 ■ADL評価表は各C/P医療施設で導入され始めた段階であり、患者のADL改善インパクトについてはまだ評価を実施できていない。			インタビュー(日本人専門家)、ADLチーム	関係者へのインタビュー、ADLチームへのFGD

評価項目	評価設問		中間評価結果	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目					
成果2:対象4医療施設(HUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ)において、切断と視覚障害のリハのガイドが活用される。 2.1 切断と視覚障害のリハガイド作成チームを形成する。 2.2 切断と視覚障害のリハガイドを作成する。 2.3 対象4医療施設(HUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ)において、切断と視覚障害のリハガイドを活用する。 2.4 対象4医療施設(HUV、IDEAL、HUSVP、COMITÉ)において、切断と視覚障害のリハガイドの活用状況をモニタリングする。 成果3:対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、地雷被災者を中心とした障害者が法律で定められたサービスへアクセスするための権利、義務、制度についての知識が広がる。 3.1 地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーション(IEC、施設レベル、地域レベル)の戦略を立てる。 3.2 地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーション(施設レベル、地域レベル)の戦略を実施する。 3.3 地雷被災者を中心とした障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーション(施設レベル、地域レベル)の戦略の実施モニタリング、評価、フィードバックを行う。 成果4:対象地域におけるプロジェクト関係機関や関係者のあいだで、地雷被災者の感染軽減や二次障害予防のための医療施設受診前処置に関する知識が深まる。 4.1 対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドを作成する。 4.2 対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修計画を立てる。 4.3 対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修を実施する。 4.4 対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修の実施モニタリング・評価・フィードバックを行う。 活動の促進要因、阻害要因はあるか。 追加・中止された活動はあるか。またその理由は何か。	○短期専門家による草立て・構成案を基に、文書の内容を確定した。 ○視覚障害のリハについては、HUSVPを中心に、切断障害のリハについては、HUVを中心に文書の作成を進めることが決定し、作成チームが形成された。 ■本活動はこれからガイドの作成を行う段階にあり、これは当初の予定より遅れている。 ■本活動はこれからガイドの作成を行う段階であり、中間レビュー調査時点ではガイドの活用には至っていない。 ■本活動はこれからガイドの作成を行う段階であり、中間レビュー調査時点ではガイドの活用・モニタリングは実施されていない。 ○地雷被災者と障害者の権利・義務に関する文献を、コロンビア国内及び中南米地域から収集した。 ○上記の文献のうちプロジェクト内で研修活動を行う内容を選定し、文書化した。 ○業者によりIEC教材を作成中であり、啓発メディアについても検討している。 ■当初、2010年6月完成を予定していたが、進捗が遅れている。 ■当初、2010年5月から研修を開始する予定であったが、開始が遅れている。県予算が執行される2011年4月以降の実施が予定されている。 ○関係者との協議により、最終裨益者である地雷被災者が何らかの形でモニタリングに関与することの合意がとれたことが確認された。 ■当初、2010年8月からの活動を予定しており、進捗が遅れがみられる。 ○医療施設受診前処置基本手順ガイドにかかわる文献レビューを実施した。特に、他機関・組織によって作成されているガイドとの重複がないよう配慮がなされた。 ○パジェ県保健局のC/Pを中心に委員会を編成し、医療施設受診前処置基本手順ガイドを作成した。 ○研修実施計画の案が作成された。詳細計画・予算等については現在進行中。 ■当初、2010年8月からの活動を予定しており、進捗が遅れがみられる。実際の活動は県予算が執行される2011年4月以降の見込み。 ○今後、住民参加/公衆衛生専門家を中心となり、両県の技術チームとともに、県別・成果別のスケジュール、活動実施主体・モニタリング体制を明確に示した文書(実施手順書)を作成し、関係するアクターと共有することにより、着実に活動を実施していくことが提言された。 ■当初、2010年8月からの活動を予定しており、進捗が遅れがみられる。	報告書 関係文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局、対象4医療施設の各C/P)結果	資料レビュー 関係者へのインタビュー				
	活動の促進要因、阻害要因はあるか。	■阻害要因について、立場や性質が異なる8機関がC/Pとなるプロジェクトであるため、意思決定・コミュニケーションに時間を要するなどの問題があった。 ○上記を改善すべく、「運営管理委員会(SAC)」を暫定的に組織する等、専門家が中心となりプロジェクト内の円滑なコミュニケーション体制の明確化の動きが見られている。	促進要因・阻害要因の有無	活動実績 関係者の意見			
	追加・中止された活動はあるか。またその理由は何か。	■成果2について、当初日本・チリパートナーシッププログラム(JCPP)の枠組みによるチリ人専門家の協力を得たガイドラインの作成が予定されていたが、その後、MPSによる国家ガイドライン整備の提案などによりガイドライン自体の位置づけが見直され、チリ人専門家の協力を得たガイドラインの作成は中止された。	追加・中止された活動の有無	活動計画 活動実績 関係者の意見	日本人専門家		
	専門家とC/Pとの関係	相互に信頼関係が醸成されているか。 相互の満足度は高いか。 相互コミュニケーションは十分に行われているか。	○関係機関に対するヒアリング結果より、長期専門家、特に医療施設内で活動を行うチーフ専門家・短期専門家に対するC/Pの信頼が厚いことが確認された。 ○プロジェクトの各階層別に、中間レビュー調査実施までに以下の会議が開催されており、相互にコミュニケーションをとる体制が構築されていることが確認された。 ・合同調整委員会(JCC):1回 ・合同運営委員会(JSC):7回 ・アンティオキア県運営委員会(ASC):19回 ・パジェ県運営委員会(VSC):17回 ・運営管理委員会(SAC):15回	関係者の意見 プロジェクト内会議の頻度	報告書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局、対象4医療施設、IDEAL、COMITÉの各C/P)結果	インタビュー	
	プロジェクトチームと他のステークホルダーとの関係	コロンビアにおいて障害者へのリハに係る支援を実施する他ドナーとの接点はあるか。接点がある場合、協力・補完関係は考慮されているか。	○国際赤十字が切断等のテーマで協力を実施しており、赤十字のプロジェクト担当者との情報交換している。また、ハンディキャップ・インターナショナル(HI)はメデジンにオフィスを有し、地雷被災者を対象とした協力を実施しているが、GBRや権利啓発が中心で医療リハは実施しておらず、活動の重複はない。 ○国際・コロンビア赤十字に関しては、試行的な部分を重視しており、本プロジェクトと補完関係を築いている。また、機能リハの分野で、専門家や本邦研修生が講師として赤十字主催の切断リハのコースに参加するなど、双方	障害者へのリハに係る他ドナーの支援実施の有無	関係者の意見		インタビュー
	相手国実施機関のオーナーシップ	C/Pは主体的にプロジェクト活動の計画及び実施に参加しているか。	○PAICMAは調整機関としての役割を果たしており、MPSは上位目標達成に向けた活動を展開している。 ○県保健局は、主に成果3、4の予算の確保を行う等の役割を果たしている。 ○対象4医療施設は、研修に職員を派遣し、成果を日常業務に取り入れている。	C/Pが主体的に実施している業務内容	活動実績 関係者の意見	インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局の各C/P)結果	インタビュー
		MPS・PAICMA・県保健局はプロジェクトの活動状況を十分に把握しているか。	○SAC等を通じて、プロジェクトの活動状況を把握することができる体制が整えられている。		関係者の意見		
		先方予算は計画どおり確保、支出されているか。	○関係者に対するヒアリングから、コロンビア側予算はほぼ計画どおり支出され、プロジェクトの進捗に大きな問題は来していない。 ■プロジェクトの会議出席に係るC/Pにかかる費用は原則C/P負担であるが、C/Pの担当のなかには正職員ではなく契約職員もあり、こうした職員に対して旅費を支給できない規定等もあり、本来負担されるべきC/Pコストの一部が負担されていないケースも見られた。	プロジェクト予算の計画と支援実績の比較	プロジェクト予算の計画と支援実績	報告書 関係文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、県保健局の各C/P)結果	資料レビュー インタビュー

評価項目	評価設問		中間評価結果	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目					
JOCVとの連携	相互の情報提供や側面支援など活動における連携はあるか。		○ホゴタに理学療法士の隊員があり、研修を実施する際は研修に呼んでいるほか、報告書等の文書は同隊員が所属するNGOと共有している。 ○カリの日系SVと協力し、作業療法の一環として折り紙の研修を実施した。 ○2011年春から、JOCV2名がC/PNGO (IDEAL) に派遣される予定である。	JOCVとの連携業務の有無	連携の実績	報告書 インタビュー(日本人専門家)結果	資料レビュー インタビュー
モニタリング・評価のプロセス	プロジェクト活動のモニタリング・評価は効果的に実施されているか。	プロジェクト全体の進捗管理をモニタリングする体制は整備されているか。 対象医療施設、選定された医療施設での研修の理解度に関するモニタリング・評価体制は整備されているか。 患者の日常生活活動の改善インパクトに関するモニタリング・評価体制は整備されているか。 対象4医療施設において、切断と視覚障害のリハビリの活用状況に関するモニタリング体制は整備されているか。 障害者の権利と義務、法律で定められたサービスへのアクセスするための制度に関する情報・教育・コミュニケーションの戦略実施に係るモニタリング、評価、フィードバック体制は整備されているか。 対象地域で処置を行う人材のための、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する研修の実施モニタリング、評価、フィードバック体制は整備されているか。 障害者のニーズを反映させる仕組み(障害当事者のプロジェクトのプロセスへの参加等)はあるか。	○R/Dで合意された3つの階層の委員会に加え、日常的な活動のモニタリング・フィードバックと子細な事項の意思決定を目的としたSACを暫定的に組織している。 ■ただし、中間レビュー時点では、モニタリングのシステムを明確化したフォーマットは作成されていない。 ○上記を受けて、日本人専門家がプロジェクト指標に基づくモニタリングフォーマットを提案し、C/P機関と共有し、SACが活動のモニタリング・フィードバックを実施することが提言された。 ■専門家へのヒアリングでは、現時点では研修の理解度に関するモニタリング・評価体制は確立していない。 ■専門家へのヒアリングでは、現時点ではモニタリング・評価体制は確立していない。 ■専門家へのヒアリングでは、現時点ではモニタリング・評価体制は確立していない。 ■専門家へのヒアリングでは、現時点ではモニタリング・評価体制は確立していない。 ○成果3、4について、被災者を含む障害者のプロジェクトへの参加を促進することで、関係機関と合意している。	モニタリングツールの有無 モニタリング実施頻度 モニタリング結果のフィードバック状況	モニタリング・評価の実施方法、実施体制、活動実績	報告書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、県保健局、対象4医療施設の各C/P)結果	資料レビュー インタビュー
プロジェクト内の意思決定プロセス	プロジェクト内の意思決定プロセス	プロジェクトC/P間の関係は良好か？C/Pの間の相互コミュニケーションは十分か？ プロジェクト内の意思決定プロセスは明確になっているか？各C/Pが意思決定プロセスを正確に理解しているか？	○ヒアリングからは、C/P間の関係はおおむね良好であることが強調された。 ■一方、組織の利益・発展を中心にしていない組織があり、全員が同じ方向を向いているわけではないとの指摘もあった。 ■関係機関のヒアリングでは、C/P機関である複数の医療施設の担当者から、意思決定プロセスが明確ではないとの指摘があった。 ○R/Dで合意された3つのレベルの委員会に加え、日常的な活動のモニタリング・フィードバックと子細な事項の意思決定を目的とした「運営管理委員会(SAC)」を暫定的に組織し、意思決定の明確化を図っている。	関係者の認識 意思決定プロセスの有無 関係者の認識	関係者の意見 意思決定プロセスが示されたチャート等の資料、関係者の認識	報告書 関係文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局、対象4医療施設の各C/P)結果	資料レビュー インタビュー
阻害要因及び貢献要因	活動進捗、成果達成、目標達成に阻害、貢献する要因はあるか。	C/Pの組織体制、組織間連携、スタッフの経験・能力に起因する問題点はあるか。(問題があれば適切な対応がなされているか。 日本側の協力体制に起因する問題点はあるか。 その他の阻害、貢献要因はあるか。	○関係者のヒアリングによると、政治情勢(選挙等)の影響により要職のC/Pが異動になった場合、C/Pの方針・予算配分等に影響が出る可能性がある。 ○成果3、4の実施主体となるNGOはリハ専門の医療施設であり、地域コミュニティにおける医療施設受診前処置等の経験・知識をもたないことから、活動の効率性・持続性が確保されない可能性がある。 ○C/Pから厚い信頼を得ているチーフアドバイザー専門家がプロジェクト期間半ばで任期満了・帰国することにより、C/Pのモチベーションの低下やコミュニケーション齟齬等が生じる可能性がある。 ○関係機関からのヒアリングでは、阻害要因について、特段の指摘はなかった。 ○貢献要因について、HUSVPIにおいて、草の根・人間の安全保障無償資金協力で提供された機材が、視覚リハの分野でプロジェクト目標の達成に貢献し得ることが確認された。	C/Pの組織体制、組織間連携、スタッフの経験・能力に起因する問題の有無 日本側の協力体制に起因する問題点の有無	関係者の意見 関係者の意見	報告書 インタビュー(日本人専門家)結果 インタビュー(PAICMA、MPS、県保健局、対象4医療施設の各C/P)結果 報告書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、県保健局、対象4医療施設、IDEAL、COMITÉの各C/P)結果	資料レビュー インタビュー
妥当性	必要性	プロジェクト目標とコロナ側(ターゲット・グループ)のニーズは一致しているか。 リハ研修の内容は、リハを受ける障害者のニーズと合致しているか。	■日本人専門家チームでは受講者リストを作成しているが、研修に関するアンケートはC/Pが独自に実施しており、アンケート結果の集計・分析等研修成果の測定は、中間レビュー時点では実施されていない。今後、日本人専門家・C/P合同による追跡調査を実施することが予定されている。 ○研修のデザインは、研修ニーズ一覧表をC/Pが作成し、同リストを岩谷短期専門家がレビュー・整理し、また、チーフ専門家自身によるC/P視察・事前調査結果・PAICMAからの情報等を基に決定するプロセスを経ていくこと、関係者からのヒアリングにおいて、実施された研修に対し高い評価のコメントが多数聞かれたことから、リハ専門職のニーズと合致していたものと考えられる。 ○本調査では、定量的に障害者の満足度を測定する調査を実施していないが、対象4医療施設でリハサービスを受ける患者へのヒアリング結果より、障害者のニーズとも合致した研修が提供され、日常業務に活用されていることにより、患者のリハサービスに対する高い満足度が得られていると考えられる。	リハ専門職の満足度 障害者の満足度	リハ専門職の満足度 障害者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、対象4医療施設の各C/P)結果 研修で学んだ内容の実践度 関係者の意見	資料レビュー インタビュー 質問票

評価項目	評価設問		中間評価結果	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目					
優先度	上位目標、プロジェクト目標とコロンビアの国家開発計画との整合性はあるか。	障害者へのリハビリ医療をリスク予防・健康回復・疾病克服の戦略と位置づけた「国家保健医療計画」(PNSP)に変更はないか。	OMPS等関係者へのヒアリングの結果、PNSPに大きな変更はなく、引き続き障害者へのリハビリを強化する方針であることが確認された。		国家計画での障害者リハビリの位置づけ関係者の意見	PNSP 報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPSのC/P)結果	資料レビュー インタビュー
		その他、障害者へのリハビリ医療に係る政策レベルの計画、戦略はあるか。	○国家経済社会政策審議会政策文書(ONPES 80)に総合リハビリテーションの概念を含む方向で改定がなされるよう計画されており、新政権の国家開発計画(2011~2014年)においても、障害政策の記載がなされるよう計画されている。	新たな政策の有無		報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局のC/P)結果	
	プロジェクトと日本の援助政策、JICA国別事業実施計画との整合性はあるか。	日本の対コロンビア援助重点課題、JICA国別事業実施計画に変更はないか。	○重点分野の1つに平和構築が掲げられている。平和構築の1つとして、紛争の結果生じる社会的・経済的問題への対応が挙げられており、地雷被災者を中心とした障害者に対するリハビリの質の向上は、紛争の結果生じる社会的問題への対応と合致する。 ○さらに、日本の対コロンビア事業展開計画では、平和構築のなかで、地雷被災者等の身体障害者に対するリハビリサービス向上支援を中心テーマの1つとして掲げており、中間レビュー時点では同方針に変更はみられない。		日本の対コロンビア援助政策	「ODA大綱」「ODA中期政策」等援助政策文書 JICA国別事業実施計画	資料レビュー
手段としての適切性	プロジェクトのアプローチは適切だったか。	総合リハビリテーションの質改善というプロジェクト目標達成のためのアプローチとして、プロジェクトの構造は適切か。	■プロジェクト目標構造の論理性については、C/Pらはお互い理解しているが、成果3、4とプロジェクト目標の直接的関係性が弱いとの指摘もあった。 ○一方、成果3は、被災者が権利について理解することで権利を要求することができるようになり、これによりサービスの質が向上する点、成果4については、地雷被災の二次災害を防ぐことにより機能低下を抑えることができ、その後の社会参加が容易になるという点で、総合リハビリテーションの質向上に貢献しているとの指摘もあった。 ○指標については、測定不可能な指標があったため、客観的に測定可能な指標に変更され、関係者間で合意された。 ○国際赤十字が切断等のテーマで協力を実施しており、赤十字のプロジェクト担当者や本プロジェクト関係者は適宜情報交換している。また、HIはメデジンにオフィスを有し、地雷被災者を対象とした協力を実施しているが、医療リハビリは実施しておらず、CBRや権利の啓発を行っており、活動の重複はない。	他事業との重複がなく、プロジェクト目標構造の論理性と指標の妥当性が認められるか	他ドナーの動向 コロンビア政府、両県の独自事業実施状況	インタビュー(日本人専門家、MPS、PAICMA、県保健局のC/P)結果	資料レビュー インタビュー
		長期専門家派遣による技術移転活動は技術移転の手段として適切か。	○関係機関へのヒアリングにより、特に4医療施設での活動において、長期専門家(長期/短期)による技術移転が適切な手段であるとの認識が示された。	C/P及び専門家の認識	プロジェクト活動 報告書 関連文書 類似案件実績 関係者の意見	資料レビュー インタビュー	
		C/P側の専門家受入れ体制は適切か。	■成果3、4を担当する黒川専門家のオフィスが、同活動と直接的に関係ないHUSVPに設置された。今後アンティオキア県保健局にオフィスを移す予定であるが、実現していない。	専門家の認識			
	対象地域の選定は適切か。	対象地域選定のプロセスは適切か、根拠は明確か。	○アンティオキア県は、コロンビア国内で地雷被災者数が最も多い県の1つである。バジェ県は、アンティオキア県と比べ地雷被災者数は少ないものの、コロンビア国南西部の地雷被災者のリハビリの拠点であるHUVが存在し、周辺の県のレファラルの中核となっているため選定されており、選定根拠は明確である。	C/P及び専門家の認識	選定経緯、根拠 関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPSのC/P)結果	
	ターゲットグループの選定は適切か。	ターゲットグループ選定のプロセスは適切か、根拠は明確か。	○本邦研修受講者の選定は、TORの草案を専門家で作成してC/Pに選定を依頼し、専門家がC/Pの選定を確認するプロセスを経て選定することで、研修テーマに合う人材が選定されるようにしており、プロセスの適切性、根拠は明確である。	C/P及び専門家の認識	選定経緯、根拠 関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、対象4医療施設の各C/P)結果	
	ターゲットグループ以外への波及性はあるか。	ターゲットグループ以外へ波及した事例はあるか。	○4医療施設の帰国研修員は、同僚に対する報告に加え、兼務する大学の教員や学生に対して成果の普及を実施している。	専門家及び関係者の意見	波及事例	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、対象4医療施設の各C/P)結果	
	効果の受益は公平に分配されるか?	研修の成果等を関係者に広げる仕組み、工夫はあるか。	○4対象医療施設内では、毎週の職員定例会議等、研修成果が共有される仕組みが整っている。 ○本邦研修には、4医療施設から研修員が選定されており、選定プロセスの公平性も確保されている。	専門家及び関係者の認識	関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、対象4医療施設の各C/P)結果	
	日本の協力としての優位性はあるか。	日本が実施した他国の総合リハビリテーション協力プロジェクトの経験が生かされているか。	○コスタリカのリハビリ案件(Kaloieプロジェクト)に専門家と両NGOのC/P2名を派遣しており、プロジェクトへの障害当事者の参加が保証されている事例を視察することで、本案件でも当事者参加を促進することに活用した。 ○コスタリカでは公開セミナーを多数実施しており、広報のやり方等を本プロジェクトの参考にしている。	他の総合リハビリテーション協力プロジェクトの経験活用の有無	類似案件の実績 関係者の意見	関連文書 インタビュー(日本人専門家)結果	
		日本の総合リハビリテーションの経験が生かされているか。	○切断・視覚障害・ADL評価において、帰国研修員が中心となりチームリハビリの取り組みが進められており、医療施設内で日本の経験が生かされている。	日本の総合リハビリテーションの経験活用の有無	日本の総合リハビリテーションの協力実績、関係者の意見		
	プロジェクトをとりまく環境の変化	プロジェクト実施環境に当初想定していなかった変化はあるか。	■バジェ県保健局長(本邦研修参加者)の離任	プロジェクト環境の変化の有無	関係者の認識	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家)結果	
	障害者のための総合リハビリテーションを含む障害国家政策の策定を推進するにあたり、MPS・PAICMAとの共通認識はあるか。		OMPSが主導的に障害者の総合リハビリテーションを含む国家経済社会政策審議会政策文書(ONPES80)の策定を推進しているが、SAC等の場で情報共有が図られており、共通の認識があると考えられる。	MPS、PAICMAの認識の比較	関係者の意見	インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPSのC/P)結果	インタビュー

評価項目	評価設問		中間評価結果	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	データ収集方法	
	大項目	小項目						
有効性(予測)	プロジェクト目標の達成予測	プロジェクト目標は適切か。	○対象医療施設における技術移転は進んでおり、指標1及び2については順調な進捗がみられている。 ■指標3及び4については、中間レビュー時点では、地域活動の実施に至っておらず、進捗は限定的であるが、地域活動に関する予算は、両県保健局において確保されており、今後(2011年4月以降)活動実施が予定されている。 以上から、今後、成果3、4の地域活動が着実に実施されることにより、プロジェクト目標である両県における総合リハビリテーションの質改善はプロジェクト終了時までには達成することが見込まれる。	プロジェクト目標の達成度	投入活動実績 成果の達成度 関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家)結果	資料レビュー インタビュー	
		プロジェクト目標指標の設定レベルは適切か。	○指標1(知識の普及活動の実施)は、両県における総合リハビリテーションの質改善というプロジェクト目標と直接的に關係しており、対象医療施設のリハ専門職により積極的に普及活動が実施されていることから、設定内容・レベルとも適切である。 ○指標2(被害者の満足度)は、定量的に測定可能な目標設定がなされており、プロジェクト目標との関係性、中間レビュー時点での被害者(地雷被災者を含む障害者)へのインタビュー結果より、設定内容・レベルとも適切である。 ○指標3(半数以上が権利の普及活動を実施)は、活動がこれからの段階にあり、設定レベルの適切性を判断するのは難しい。プロジェクト目標との関係性に関しては、地域活動経験豊富なNGOが指標について合意していることから、設定内容・レベルとも適切であると考えられる。 ○指標4(医療施設受診前処置の普及活動)は、活動がこれからの段階にあり、設定レベルの適切性を判断するのは難しい。測定可能な指標を設定しており、プロジェクト目標との関係性は、地域活動経験豊富なNGOが指標について合意していることから、設定内容・レベルとも適切であると考えられる。		現時点での達成度 上記目標との因果関係			
因果関係	プロジェクトのアウトプットはプロジェクト目標達成に貢献しているか。	リハ専門職員が研修で学んだ内容を実践しているか。	○対象4医療施設のインタビューにおいて、切断・視覚障害・ADL評価に係る研修で得た知識を実践しているとの回答を得ており、研修内容は実践されていると考えられる。	リハ専門職員による研修内容の業務への活用度合い	関係者の意見	報告書 インタビュー(日本人専門家)結果、ADLチームへのFGDの結果	資料レビュー インタビュー ADLチームへのFGD、または質問票	
		MPS・県保健局・対象医療施設代表がリハ専門職の総合リハビリテーションの実践を支援しているか。	■国・県による総合リハビリテーション実施支援制度はない。 ○4医療施設独自の予算や他ドナーの支援により、リハ専門職の能力向上に係る研修の実施・参加・普及活動がなされている。	MPS、県保健局、対象医療施設代表による支援内容の有無		インタビュー(日本人専門家、MPS、県保健局、対象4医療施設のC/P)結果	資料レビュー インタビュー	
		切断・視覚障害のリハガイドの活用は、総合リハビリテーションの質改善に貢献しているか。	・リハガイドは作成段階にあり、質改善に貢献し得るか、中間レビュー調査時点では判断できない。	リハガイドの活用状況		インタビュー(日本人専門家、対象2医療施設のリハ専門職員)結果		
		障害者が法律で定められたサービスにアクセスするための権利・義務・制度に関する知識の普及は、総合リハビリテーションの質改善に貢献しているか。	○成果3では、被災者が権利について理解することで権利を要求することができるようになるとのロジックに基づいており、これが達成されれば、リハサービスの質向上に貢献し得ると考えられる。	権利、義務、制度に関する知識の普及状況		インタビュー(日本人専門家)結果		
		医療施設受診前処置基本手順ガイドの普及は、総合リハビリテーションの質改善に貢献しているか。	○成果4については、地雷被災の二次災害を防ぐことにより機能低下を抑えることができ、その後の社会参加が容易になるとのロジックに基づいており、これが達成されれば総合リハビリテーションの質向上に貢献していると考えられる。	医療施設受診前処置基本手順ガイドの活用状況		インタビュー(日本人専門家)結果		
		プロジェクト目標達成を阻害する要因はあるか。	プロジェクト予算が適切に支出されたか。(外部条件)	○日本側予算について、計画・詳細が分かりづらいとの意見はあるものの、予算の支出については適切に行われているとの認識が関係者へのヒアリングで確認された。 ○コロンビア側予算についても、一部R/Dの記載どおり執行されていないものを除き、おおむね予定どおり適切に執行されている。	プロジェクト予算の計画と支援実績の比較	プロジェクト予算の計画と支援実績	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、県保健局のC/P)結果	資料レビュー インタビュー
	他の技術協力や他のプロジェクトの活動から干渉されなかったか。(外部条件)	○関係者からのヒアリングでは、特段の発言はなく、他プロジェクトからの干渉はなかったと考えられる。	他プロジェクトからの干渉の有無	関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家)結果			
	C/P幹部、職員及び対象医療施設のリハ専門職が異動・離職しなかったか。(外部条件)	■バジェ県保健局長(本邦研修参加者)の離任	プロジェクト関係者の離職者数	関係者の意見	関連文書 インタビュー(日本人専門家、対象4医療施設のC/P)結果			
	障害者へのリハ政策に関する大きな政策変更があったか。(外部条件)	○障害者へのリハ政策は、内容を拡充する方向でMPSを中心に活動している。	政策変更の有無	関係者の意見	関連文書 インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局のC/P)結果			
	その他の外部条件はあるか。	■成果2について、MPSより国家基準のガイドライン整備の提案がなされ、方向性が定まらない状況が続いたが、現在は関係者間で成果2についての合意が形成されている。	その他の外部条件の有無	関係者の意見	インタビュー(日本人専門家)結果	インタビュー		

評価項目	評価設問		中間評価結果	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目					
効率性 成果の達成度	成果は計画どおり達成しているか。阻害要因があるかどうか。		■本プロジェクトの4つの成果のうち、成果1については順調な進捗が見られ、成果が発現している一方、残りの3つの成果については、進捗はみられるものの計画と比較してやや遅れており、中間レビュー時点では成果発現に至っていない。 ■活動遅滞の理由として、成果2については、MPSより国家基準のガイドライン整備の提案がなされたことにより方向性が定まらない状況が続いたことが主な要因であり、成果3、4については、活動内容・形態・地域に関する関係者間の認識の相違により活動計画・調整に時間を要したこと、県保健局の予算執行時期等が要因として考えられる。	実績と計画(目標値)の比較	計画の達成度、時期、関係者の意見	モニタリング報告書、関連文書、インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPS、県保健局のC/P)結果	資料レビュー インタビュー
		因果関係 成果を産出するために十分な活動であったか。	ニーズ調査の結果は研修モジュール作成に寄与したか。	○研修内容は、研修ニーズ一覧表をC/Pが作成し、リストを岩谷短期専門家がレビュー・整理し、さらにチーフ専門家自身によるC/P視察・事前調査結果・PAICMAからの情報等を基に決定するプロセスを経てデザインされており、ニーズ調査結果は研修モジュール作成に寄与している。	ニーズ調査の活用有無	ニーズ調査の活用実績	ニーズ調査結果 インタビュー(日本人専門家)結果
		本邦研修、コロンビア国内研修及び第三国における研修・セミナーはリハ専門職の能力強化に寄与しているか。	○ヒアリングの結果、対象4医療施設の研修を受けた職員は、切迫・視覚障害・ADL評価の実施において研修の成果を活用していると回答しており、研修は対象4医療施設のリハ専門職の能力強化に寄与している。	本邦研修、コロンビア国内研修への満足度	関係者の意見	関連文書 インタビュー(日本人専門家、対象4医療施設のリハ専門職)結果	資料レビュー 対象4医療施設におけるリハ職員へのインタビューまたは、質問票結果
		障害者の権利・義務・制度の啓発活動に關し、中南米諸国の文献整理は、研修の立案に寄与したか。	○中南米諸国の文献整理は、啓発内容の大枠の策定に活用された。	他国事例に関する文献から得た情報の活用有無	活用実績	収集情報 インタビュー(日本人専門家、IDEAL、COMITÉのC/P)結果	資料レビュー インタビュー
		障害者の権利・義務・制度の啓発活動に關し、教育・コミュニケーション戦略は、受益者ニーズ・関係者の理解レベルに対して適切であったか。	・啓発活動実施前であるため、啓発活動の資料に関する受益者・関係者の理解レベルに対して、文書のレベルが適切であったかを判断するのは難しい。 ○一方、資料の作成にあたっては、NGO等啓発活動実績のある団体の知見を活用し、プレテストの実施・障害当事者による評価を受ける計画もあるなど、受益者ニーズや関係者の理解レベルにとって適切となるよう配慮がなされている。	啓発資料に関する受益者・関係者の理解度	関係者の認識		
		応急手当プロトコルの文献レビューは、医療施設受診前処置プロトコルの作成に寄与したか。	○応急手当プロトコルの文献レビューは、医療施設受診前処置プロトコルの作成において一部内容の抽出に活用された。	応急手当プロトコルの文献レビュー結果の活用有無	レビュー結果の活用実績		
		地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドは、受益者ニーズ・関係者の理解レベルに対して適切であったか。	・活動実施前であるため、受益者・関係者の理解レベルに対して、文書のレベルが適切であったかを判断するのは難しい。 ○一方、資料の作成にあたっては、NGO等啓発活動実績のある団体の知見を活用し、プレテストの実施・障害当事者による評価を受ける計画もあるなど、受益者ニーズや関係者の理解レベルにとって適切となるよう配慮がなされている。	手順ガイドの受益者・関係者の理解度	関係者の認識		
	達成されたアウトプットから見て投入の質、量、タイミングは適切か。	専門家派遣人数・専門分野・派遣時期は適切か。	○事前調査時の計画では、長期専門家3名、短期専門家1~2名/年となっており、ほぼ計画どおりの投入がなされていることから、専門家の派遣人数は適切であると考えられる。 ○派遣分野についても、C/P機関へのヒアリング結果からも適切であったと考えられる。 ■派遣時期については、チーフ専門家が9カ月、公衆衛生専門家が6カ月、計画より派遣時期が遅れている。	専門家派遣計画と実績の比較	関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、対象4医療施設の各C/P)結果	資料レビュー インタビュー
		供与機材の種類・量・設置時期は適切か。	○納入された機材は有効活用されており、種類・量は適切である。 ■設置時期については、一部関係者から、プロジェクトの進捗にもっとよく合わせて供与されるべきであったとの指摘があった。	機材稼働状況	納入機材リスト 関係者の意見		
		コロンビア国内研修の分野・研修内容・研修時期・期間は適切か。	○成果1に関して実施された研修内容・期間は、C/Pが作成した研修ニーズ一覧表をベースに構成・デザインされており、適切である。 ■成果3、4に関しては、研修計画の詳細が未確定のため、研修時期の適切性については判断できない。	研修計画と実績の比較	研修実績 関係者の意見		
		本邦研修の分野・研修内容・研修時期・受入時期は適切か。	○関係者へのヒアリングでは、本邦研修の参加者・構成・内容に対する満足度は非常に高く、内容・時期・期間の面で適切だったと考えられる。	本邦研修、コロンビア国内研修への満足度	研修員受入実績 関係者の意見		
		日本側及びコロンビア側の現地活動費は適切か。	○2010年9月末時点において、日本側：約2,649万8,000円、コロンビア側：2億584万2,000ペソ(約915万6,000円)を負担している。C/Pに対するヒアリングからも、現地活動費は適切であるとのコメントを得ている。	プロジェクト予算の計画と支出実績の比較	C/P在籍状況 プロジェクト経費 関係者の意見		
	外部条件の影響	活動地域の治安に変化があるか。(外部条件)	○プロジェクト対象地域の治安状況に大きな変化は見られておらず、依然として注視する必要があることを関係者のヒアリングから確認した。	プロジェクト開始時との比較	活動地域の治安情報、関係者の認識		
コスト	類似プロジェクト及びアプローチとの比較	障害者の権利・義務・制度の啓発活動に關し、教育・コミュニケーション戦略は、投入コストに見合ったものか。代替手段はなかったか。	○戦略作成に關しては、本邦研修や短期専門家の投入を行うことなく長期専門家と現地リソースのみで行ってきたため、投入コストは低く、効率性は高いといえる。	類似プロジェクトにおける類似活動への投入との比較	類似プロジェクトの投入及び、啓発に係る投入	JICA本部、日本人専門家	
		地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドは、投入コストに見合ったものか。代替手段はなかったか。	○長期専門家・C/Pという、ローカルリソースを最大限に活用して作成しており、投入コストは低く、効率的であると考えられる。		類似プロジェクトの投入及び、手順ガイドに係る投入		
プロジェクトの実施プロセスの効率性に影響を与えている要因	ローカル資源を有効に活用しているか。	コストリカの総合リハビリテーション強化支援(研修、教材等)、他総合リハビリテーション強化案件の経験を有効に活用しているか。	○プロジェクトへの障害者の参加を保障しているコストリカの案件を視察し、本プロジェクトの当事者参加の促進に活用した。 ○コストリカでは公開セミナーを多数実施しており、広報のやり方等を本プロジェクトの参考にしていく。	コストリカ案件の経験の活用有無	活用実績	報告書 インタビュー(日本人専門家)結果	
		その他効率性の貢献要因、阻害要因はあるか。	○対象4医療施設では、リハは各組織の主要事業の一角を成しており、リハ従事者のプロジェクトへの高いコミットメントがみられることが研修等の成果発現を容易にしている。	既存施設にプロジェクトオフィスを設ける等、有効に活用しているか。	既存施設の活用状況	関係者の意見	その他効率性の貢献要因、阻害要因の有無

評価項目	評価設問		中間評価結果	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	データ収集方法	
	大項目	小項目						
インパクトの達成見込み(予測)	投入・成果の実績、活動の状況から、上位目標の達成可能性は高いか。上位目標とプロジェクト目標は乖離していないか。外部条件に変化はないか。		○現在MPSは、国連の障害者権利条約・プロジェクト成果としての総合リハビリテーション・被災者法に整合する国家経済社会政策審議会政策文書(CONPES 80)の改定を提案している。また、国家開発計画(2010~2014年)に障害政策を盛り込むことを提案している。したがって、総合リハビリテーションの概念を含む障害国家政策が策定される可能性はあると考えられる。 ○上位目標とプロジェクト目標の関係について、コロンビアではプロジェクトの成果を対象地域以外に展開するには、法律・政策の後盾が必要であるが、法律の策定には時間を要する一方、政策については、障害国家政策等既存の政策の更新であれば比較的ハードルが低い。よって、現行のプロジェクト目標の次のステップとして、上位目標に政策文書の改定を挙げることは大きな乖離ではないと考えられる。 ○関係者へのヒアリングにより、外部条件については大きな変化はみられない。	障害国家政策策定へのインパクトの有無	関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家)結果	資料レビュー インタビュー	
		上位目標達成に必要な、プロジェクト以外の要因が満たされる可能性は高いか。	「国家保健医療計画」(PNSP)における障害者へのリハビリ医療の位置づけが維持されているか。	○MPS等関係者へのヒアリングの結果、PNSPに大きな変更はなく、引き続き障害者へのリハビリを強化する方針であることが確認された。		PNSP 関係者の意見	PNSP 報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家)	
			その他上位目標達成に必要な活動はあるか。	○障害政策全体での地雷被災者の位置づけが必ずしも明確ではないとの指摘もあり、MPSに対して、地雷被災者を明示的に障害政策に含めるよう働きかけることも必要だと考える。	上位目標達成に必要なその他の活動の有無	関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家) PAICMA、MPSのC/P)結果	
			上位目標の達成を阻害する要因はあるか。		阻害する要因の有無	関係者の意見		
波及効果	上位目標以外の正負の効果・影響があるか。		○プロジェクト開始時、3次レベルの医療施設であるHUVでは視覚障害者リハビリは実施されていなかったが、帰国研修員が中心的な役割を果たし、HUVが地域の医療施設やNGOと連携し視覚障害者の総合的リハビリサービスの提供を開始するという予期せぬ正のインパクトがみられた。		関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家)結果		
持続性(見込み)	政策支援は協力終了後も継続される可能性は高いか。		○MPSは、国連の障害者権利条約・プロジェクト成果としての総合リハビリテーション・被災者法に整合する国家経済社会政策審議会政策文書(CONPES 80)の改定を提案しており、また国家開発計画(2010~2014年)に障害政策を盛り込むことも提案している。これらの活動により、リハビリ医療の質の改善は、MPSの優先課題であり続けると考えられる。	障害者のためのリハビリに係る政策レベルの計画、戦略	関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家) PAICMA、MPSのC/P)結果	資料レビュー インタビュー	
			MPS・県保健局はプロジェクト終了後のリハビリ専門職への総合リハビリテーションに関する研修の継続に係る戦略をもっているか。	■中間レビュー調査時点では、具体的な戦略は策定されていない。しかし、対象4医療施設に対するヒアリングでは、総合リハビリテーションを継続していく意思が表明されている。一部のC/P医療施設では組織の意思決定機関からの承認を得て、独自の研修を計画するなど、高い持続性を示す活動を展開しつつある。	リハビリに関する研修の継続に係る戦略の有無	関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、県保健局の各C/P)結果	
			総合リハビリテーションを含む障害国家政策の策定につながる活動が行われているか。	○MPSは、国連の障害者権利条約・プロジェクト成果としての総合リハビリテーション・被災者法に整合する国家経済社会政策審議会政策文書(CONPES 80)の改定を提案している。	障害国家政策策定に向けた活動の有無	関係者の意見	インタビュー(日本人専門家、PAICMA、MPSのC/P)結果	
			HUV及びHUSVPIにおける教育機関としての機能のなかで、総合リハビリテーションに関する研修が実施される可能性はあるか。	○研修人材が大学講師を務めていることも多く、提携する大学の教員や学生に対して、総合リハビリテーションに関する知識・技術の普及を公式・非公式に実施しており、今後も普及が期待できる。	研修実施の意思、予算確保見通しの有無	関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、県保健局の各C/P)結果	
組織・財政面	C/Pは主体的にプロジェクト活動の計画及び実施に参加しているか。		○C/Pは主体的にプロジェクト活動の計画・実施に参加しており、その意味においてオーナーシップは高く、プロジェクトに対してそれぞれ立場・意見・要望をもっており、プロジェクトに対してコミットしているといえる。		関係者の意見 組織体制	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家)結果		
			C/Pに、プロジェクト終了後も研修やモニタリングを実施するための体制・人材維持に関する戦略・計画はあるか。	○成果1、2に関係する4対象医療施設においては、チームリハビリを実施するために必要なリハビリ専門職人材が確保されている。また、リハビリは各組織の主要事業の一角を成しており、特にHUSVP等は戦略を有しており、組織体制・予算の面でも持続性は高い。 ■一方、リハビリサービスの質の向上(チームリハビリアプローチ)に対する保険医療報酬がないこと、人材育成への投資は各医療施設の裁量に任されていることなどが、持続性の面での懸念として挙げられる。 ■成果4に関しては、研修を実施するNGOは医療受診前措置を実施してきておらず、各NGOにおける持続性は低いといわざるを得ないが、MPS・PAICMA・両県保健局が研修実施手法を経験として蓄積することにより、他地域での応用が可能となり、持続性が高められることが期待される。	研修やモニタリングを実施するための体制・人材維持に関する戦略の有無	関係者の意見	報告書 関連文書 インタビュー(日本人専門家、県保健局、対象4医療施設)結果	
			コロンビア政府による研修・モニタリングに係る財源確保は実施されるか。	○成果1、2に関しては、対象医療施設においては、リハビリは各組織の主要事業の一角を成しており、組織体制・予算の面でも持続性は高い。 ・成果3、4に関しては、研修・モニタリングの実施体制の計画が立てられている段階であり、持続性確保のための戦略・計画の有無については確認できていない。	予算確保に係る戦略の有無	関係者の意見	インタビュー(日本人専門家、県保健局の各C/P)結果	

評価項目	評価設問		中間評価結果	判断基準・方法	必要なデータ	情報源	データ収集方法
	大項目	小項目					
技術面	技術伝達チームの能力開発は十分に行われているか。	技術伝達チームが視覚障害・切断リハ・ADL評価のアプローチを十分に理解しているか。	○研修参加者は日常業務において習得したアプローチを活用しており、研修内容については十分に理解されていると考えられる。	C/P側研修講師の視覚障害・切断リハ、日常生活活動評価に係る理解度	研修講師の内容理解に関する認識	研修講師に対する研修実績、関係者(日本人専門家)の意見	
		技術伝達チームに研修セッションをファシリテートする能力が十分に備わっているか。	○ヒアリングの結果から、プロジェクト終了後、技術伝達者は研修セッションを独自でファシリテートする能力は、十分に備わっている。		関係者の意見		
		技術伝達チームに研修を計画・運営・管理する能力が十分に備わっているか。	○予算があり、モチベーションが継続すれば、研修を計画・運営・管理する能力は十分備えている。 ■逆に言うと、適切な予算の確保がなければ、継続は難しい。		関係者の意見		
		対象医療施設に研修関連活動をモニタリング・評価する能力が十分に備わっているか。	■モニタリング・評価の経験はあまりなく、この点については、両県の保健局等外部機関が関与(指導・モニタリング)すべき分野であると考えられる。		モニタリング・評価活動実績 関係者の意見		
		資機材の維持管理は適切に行われるか。	○現在、提供資材は適切に管理されている。また、資機材の特性上、維持費を要求するものではなく、特別な維持管理も不要であり、維持管理上の問題は少ないと考えられる。	資機材の維持管理状況、予算確保の見通し	関係者の意見		
社会・文化・環境面	持続的効果を阻害する要因はあるか。	対象医療施設における職員の離職によるプロジェクトへの影響はあるか。	○現在までのところ、対象医療施設における研修人材の離職はない。	対象医療施設における職員の離職によるプロジェクトへの影響の有無	関連情報	報告書 インタビュー(日本人専門家、対象4医療施設の各C/P)結果	
		その他の阻害する要因はあるか。		その他の阻害する要因の有無	関係者の意見		
その他	今後の展開の方向性	今後の展開に向けて、留意していかなければならないことは何か。	継続的な技術移転にあたり組織・財政・技術面での持続性はあるか。 ○成果1、2に関係する4医療施設においては、リハが各組織の主要事業の一角を成しており、組織体制・予算の面でも、技術面での持続性は高い。 ■成果3、4については、地域活動の実施がこれからの段階にあり、持続性を判断するのは難しい。プロジェクト終了後も成果3、4の活動を継続するためには、両県保健局の財源を含めたコミットメントが必要である。		関連情報		

インタビュー記録

1-1. 副大統領府対地雷総合アクション大統領プログラム (PAICMA)

日時: 2010年11月3日 10:00-12:00

場所: PAICMA

面談者: Ms. Soraida Delgado Sierra, イルダ・フェイル

訪問者: 若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (マルタ氏)

(1) 実施プロセス

- 専門家は本プロジェクトに誠実に、精力的に取り組んでおり、良好な関係を築けていると考える。ただし、言語的な相違や、文化的背景の違いにより、相互が本質的な理解を形成することが難しいこともある。コロンビアにはコロンビアのやり方があり、日本の価値観で判断、行動することが最善ではないこともあり得ることに留意いただきたい。
- カウンターパート (C/P) 8 機関内のコミュニケーションについては、地理的に離れていること、対象 4 医療施設の技術レベルの差、各機関の利益の相違等はあるが、おおむね良好なコミュニケーションができてきている。
- PAICMA の体制について、PAICMA 内には 45 名のスタッフ (4 名が正規雇用、41 名が契約ベース) がおり、自身 (Soraida 氏) が本プロジェクト担当として活動しており、イルダ氏の支援を受けている。本件における予算の執行や人員配置に問題はないと認識している。
- ダイレクターの交代は確かにあり、次期ダイレクターは 2011 年 1 月に着任予定であるが、こうしたダイレクターの変更はプロジェクト実施上の支障とはなっていないと考える。その他、コロンビア側では、El Comite のプロジェクト責任者が交代するが、交代した人物も、帰国研修員であり、変更のプロジェクトへの影響はないと考える。
- プロジェクトレベルでは合同調整委員会 (JCC) を 1 年に 1 度開催しており、昨年は 5 月に実施し、プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) の変更を承認した。JCC に加え、合同運営委員会 (JSC) を年 2 回開催しており、本年 1 回目は、上期に実施し、2 回目は 1 週間前に実施した。その他、バジェ県では、毎月 1、2 回程度 (VSC にて)、アンテオキア県でも毎月 1 度はプロジェクトの進捗に関し協議 (ASC にて) している。組織の性格の違いによる調整の難しさや、定義等について、正確な理解を共有することの難しさ (例: 成果 2 の「ガイドライン」を巡る解釈の違い) が課題として挙げられる。また、意思決定についても、決定後に変更が生じるなどの課題がある。
- 他ドナーの支援の有無、連携に関し、PAICMA は支援を受け多数のプロジェクト

トを実施しており、一例を挙げれば、EU が支援するハンディキャップ・インターナショナル (HI) による支援がある。プロジェクト間の重複等が生じないよう、調整を行っており、本プロジェクトとは補完的な関係を築けていると感じている。

- 日本側の予算、人員等の体制に関し、他ドナーのプロジェクトでは予算の見通しが示され、計画することが可能だが、本プロジェクトでは、3 カ月ごとの予算開示となっており、年間の予算計画を立てられない点や、短期専門家の派遣について、事前の計画がない (長期専門家からの情報のみ) 点が課題だと感じている。
- 外部条件である治安について、両県の市内の治安に問題はない。ただ、プロジェクト対象地域の一部の市町村については、治安の問題が依然として存在している。

(2) 妥当性

- コロンビアは、国連で採択された障害者権利条約を批准しており、同条約の要件を満たすため、暴力の犠牲者に関する法令も 8 月に策定している。また、1997 年に策定された障害者に関する包括的な法律は 4 年ごとに更新されており、2010 年 12 月に更新予定である。今回の更新には、暴力による被害者の支援強化が含まれており、現在、議会で協議中である。
- コロンビアでは、国民は、異なる医療保険に加入しており、無保険者は国の補助を行っている。暴力の被害者には、特別な医療扶助があり、地雷被災者のための基金 (FOSYGA) が存在しており、支払いが実施されている。
- 成果 1 は医療従事者の技術向上、成果 2 はガイド作成を通じた対象機関のサービスレベル強化、成果 3 は政策と整合的であり、成果 4 は、医療施設診断前の支援につながる。これらの活動はリハビリテーションの質の向上に貢献し、障害者のニーズに合致すると考える。
- 本邦研修を通じて、日本における総合リハビリテーションの概念の実践状況を目にすることができ、プロジェクトに関する理解がより深まった。
- アンテオキア県については、地雷被災者がコロンビア国内でも非常に多い県であり、選定した。バジェ県については、バジェ大学病院 (HUV) に大使館の草の根無償支援によりリハビリテーション関連機材が導入されており、こうした機材と連携した支援の継続を考えたこと、また、周辺の県の中核となることを期待して選定した。選定のプロセスについては、ボゴタ・カリメデジンの 3 都市でリハビリテーション専門職とともにワークショップを開催し、日本からのミッションとともに対象地域選定に関する協議を行った。対象 2 県以外にも、サンタンデールやボリバル等の県も候補として挙げられた。

が、治安上の問題により、アンテオキア県とバジェ県が選定されたと理解している。

- 本プロジェクトの長所、短所は表裏一体だと認識している。2 県、多様な 8 つの C/P 機関の参加は長所でもあり、短所でもある。高いレベルの専門家チームの参加により、技術的な支援を得られていることは長所である。一方、2 県を選定したことにより、互いが競合することが、短所として挙げられる。

(3) 有効性

- 成果や進捗についてはおおむね、満足している。ただ、成果 2 について、プロジェクト中に策定された国家基準に準拠したガイドラインの作成を期待したが、対象医療施設独自の基準に準拠した切断と視覚障害に関する 2 つのガイドライン作成にとどまることになった。対象医療施設外への普及もめざしていたため、この点については残念である。また、成果 3、4 については、コロナ側側の予算で各コミュニティで実施したいと考えている。
- 成果 3 について、啓発活動により、地雷被災者の支援へのアクセス向上が図られ、成果 4 では、感染症などのマイナスイラスト要素が軽減されることが期待される。アクセスの向上はリハビリテーションのプロセス、質にも影響があると考える。
- プロジェクト実施上の外部要因としては、治安上の懸念が挙げられる。

(4) 効率性

- 本プロジェクトに関する PAICMA の予算は計画どおり執行されている。
- 日本サイドの投入に関しては、長期専門家の派遣が遅れたため、その間、技術的な指導が思ったように進捗しなかった。また、長期専門家はプロジェクト終了まで本件を担当すると想定していたが、来年 5 月には帰国し、他の専門家が着任すると聞いている。言語や文化的背景の違いを超えた理解の形成、信頼関係構築に再度時間を要することになるとすれば、残念だ。機材については満足しているが、投入のタイミングとしては、プロジェクトの進捗により整合をとったうえで、両県同時に納入していただきたかったと考える。
- コロナ側側の投入に関しては、研修に係る費用等、各 C/P 機関が支払っている。また、バジェ県保健局では、研修に理学療法士を雇用するなどしており、適切な投入を実施していると考えられる。
- 実施上の課題に関し、成果 2 については、課題であったが、岩谷短期専門家 がコロナ側を訪問した際、合意した。成果 3、4 については、治安上の問題があり、同問題に対してコロナ側から代案を提示している。

(5) インパクト

- 暴力の被害者への支援に関する法律 418 (1997 年策定) は、今年中に更新される予定である。また、被災者法 (law of victims) についても議会で協議中であり、本年未までに承認される可能性がある。

(6) 持続性

- リハビリテーションを含む地雷被災者支援は PAICMA の主要な役割のひとつであり、今後も被災者支援政策を継続・強化していく。また、プロジェクトの C/P 機関は、リハビリテーションを各組織の中で主要な事業の 1 つに位置づけており、プロジェクト終了後も総合リハビリテーションの継続は確保されると考えている。
- 以上

1-2. 副大統領府対地雷総合アクション大統領プログラム (PAICMA)

日時：2010 年 11 月 17 日 14:30-16:00

場所：PAICMA

面談者：Ms. Rosa Irene Rubio Cañon, Ms. Soraida Delgado Sierra
訪問者：吉元 清 (JICA コロンビア支所長)、岩谷 力 (国立障害者リハビリテーションセンター総長)、高橋 競 (チーフアドバイザー)、大野 純子 (ジュニア専門員)、若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (坪田氏)

- (1) 本プロジェクトとのかかわりについて
 - 3 年前より、PAICMA のダイレクター代理としての職責を果たしている。政権が変わり、ダイレクターも交代したが、新ダイレクターは現在国外におり、着任は 2011 年 1 月を予定している。
 - 本プロジェクトについては、プロジェクト開始前の協議に数回参加し、また ミニッツの法的手続きを担当したため、プロジェクトの大枠については理解しているが、詳細については把握していない。
- (2) プロジェクト成果の活用、持続性
 - 社会保障省 (MPS) が公共政策を策定する役割を担っており、大統領府は、本プロジェクトでは地雷被災者、障害者に対するプロジェクトを遂行する役割を担っている (プロジェクトを通じて政策をサポートする立場にある)。
 - MPS と PAICMA の間で、現在までのところ、プロジェクト終了後の成果の活用について正式に協議したことはないが、2 つの県で終わりにするのではなく、

コロンビア全土に総合リハビリテーションのモデルを展開していきたいとの意向はもっており、こうした点について MPS と委議の場等で過去に話している。

- 中間レビューの結果を生かして、今後の展開について C/P と議論していきたいと考えている。現在の対象 2 県以外への展開は 2nd フェーズとして考えており、本プロジェクト終了時にはコロンビア側のみで展開する能力も成果として身につけていると考えるが、一緒に実施していく方法もあると考えている。

- (対象医療施設のリハビリテーションの質は向上しているが、こうした医療施設におけるリハビリテーションの質向上を、PAICMA としてどう評価し、地雷被災者支援につなげていくのか、との質問に対し) 対象医療施設は地理的に国の中心的位置にあり、対象の 2 県だけでなく、周辺県の被災者・障害者にも質の高いサービスを提供することが可能となる。

- (現実には、さまざまな要因により、対象医療施設に来自る被災者は少ないが、この点について、どう考えるのかとの質問に対し) 対象医療施設における地雷被災者の患者が少ないことについては、下記のとおりいくつかの要因がある。

✓ 2008 年下期から 2010 年上期までの統計によると、政府やさまざまな機関の努力により、地雷被災者の数は 42%減少した。

✓ 国際機関等ドナーの医療施設への支援により、医療サービス提供機関 (IPS) の技術力が向上した。

✓ 軍については、独自の枠組みで被災者支援を実施している。

✓ さまざまなドナーの案件があり、例えば、アンティオキア県では、サン・ビセンテ・デ・パウル大学病院 (HUSVP) 以外にも、同病院と同等水準のサービスを提供できる医療施設が複数あることも、対象医療施設の被災者の患者数が少ない要因である。

- プロジェクトの対象は、地雷被災者だけでなく、障害者も含まれていると理解しており、対象医療施設におけるリハビリテーションの質の向上というメリットは、多くの障害者に享受されていると理解している。

- (上記のような成果をどのように定量的に示すことができると考えているのか、また、成果をどのように普及しようと考えているのか、との質問に対し) これまでの 2 年間は、プロジェクトの計画を形成し、多くの研修を実施してきた。準備が整い、今後実際に遂行していく段階であり、評価を可能とする計画の実施メカニズムを考える必要がある。2 点目として、定量的な評価としては、対象 4 医療施設において、満足度アンケートを行うことが考えられる。3 点目として、政府としては、被災者の満足度向上も重要であるが、

被災者そのものを削減することも重要だと考えている。

- 成果の普及については、プロジェクトの成果 3、4 において実施されると考えている。教育的パンフレットの配布や、HP にリンクを張ることも有益だと考える。

- (地雷被災者が病院に来ることができないことは、病院側ではコントロールできない事象であり、患者を病院に送る何らかの支援が必要ではないかと考えるがいかがか、との質問に対し) ご指摘の点は理解するが、コロンビア政府として障害がある。一般に地雷被災者の収入は低く、それゆえに経済的理由で移動が制限される。また、地雷被災者は地理的に都市や大きな村からも遠くに居住しており、診療を受けるには、そこまでの交通費や宿泊代が必要となる。一方、コロンビア政府の地雷被災者支援は、医療施設に係る費用は支払いの対象となるが、交通費や宿泊費に対する支払いは、予算的制約があり対象とすることができない。よって、上記の課題に対応する新しい仕組みがなければ、地雷被災者の医療施設へのアクセス改善は難しいと考える。

- (上記の課題がありながら、プロジェクトが成功したと評価されるためには、PAICMA は本プロジェクトを実施したことにより、被災者の救済が進んだと説明する必要があるが、この点はいかがか、との質問に対し) すぐに解決策を提示することはできないが、解決策を考えていく必要性は認識しており、後日、技術的な部分について双方で協議する場を設け、解決策を共同で考えていきたい。

以上

2-1. 社会保障省 (MPS)

日時：2010 年 11 月 3 日 14：00—16：00

場所：MPS

面談者：Ms. Rocio Gutierrez Mendez (テクニカルアドバイザー)、Ms. Yenny Maritza Alvarado (アシスタントテクニカルアドバイザー)、Ms. Clemencia Nieto Alzate (障害担当官)

訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (マルタ氏)

(1) 実施プロセス

- 専門家は、プロフェッショナルとして本プロジェクトに誠実に取り組んでおり、良好な関係を築けていると考える。ただし、言語的な問題により理解に時間を要することもある。

- C/P8 機関内のコミュニケーションについて、対象の 2 県の状況はそれぞれ異

- なり、合意形成が難しい場合もあるが、各機関の責任と役割は明確である。コロナ禍では、教育及び保健の分野で地方分権が進んでいる。1993年に策定された法律第60号は、県レベルで行う活動分野を規定しており、ヘルスプロモーション、病気の予防、リハビリテーションサービス提供に係る財政的な保証等がある。また、2001年に策定された法律第715号は、公共医療施設ネットワークの組織・管理・調整・運営は、県保健局の責任と規定している。中央で政策を策定するが、各県は自治権をもっており、サービスデリバリーを行うNGOを含む医療施設の選定・契約は、県保健局の裁量に任されている。また、県保健局は、医療施設のサービスデリバリーの質について、中央で設定された水準に達しているか、調査・モニタリングする責を有する。
- 省内でプロジェクトの予算を確保するのは容易ではない。毎年、実施計画を策定し、そのなかの技術協力プロジェクト用の予算から、プロジェクトに必要な経費を割り当てている。現在MPSとしては、障害者や暴力による被害者を担当するSocial Promotion Unitから5名を本プロジェクトに割いており、予算・人員配置ともに適切だと考える。
- 職員の異動や離職によるプロジェクトへの影響の有無について、中央は常勤職員が担当しており、新しい職員に代わる際もしっかり引き継ぎがなされる。他方、県レベルでは、バリエーションにおける保健局長の離職があり、離職によるプロジェクトへのインパクトがある可能性はある。
- プロジェクトのモニタリング体制については、JOCを筆頭に複数の階層があるが、おおむね機能している。今年から合同運営委員会が設置され、MPSも参加している。
- 国際赤十字、ハンディキャップ・インターナショナル（被災者向けメンタルヘルスプロジェクト）、EU、インド等の他ドナーと類似プロジェクトを実施している。インドとのプロジェクトでは、義肢器具を作成しており、メデジン市にあるラボで作成される義肢器具が国の基準を満たしているか、視察を実施した。国内レベルでの連携としては、アンティオキア大学とミ・サングレ財団が地雷被災者を対象とした心的リハビリテーションのプロジェクトを実施している。また、国家職業訓練庁（SENA）とPAICMAは、地雷被災者を対象とした就業訓練を実施している。いずれも補完的であり、マイナスの影響はないと考えるが、よりプロジェクト間の連携を強化する余地はあると考えている。
- 日本側の体制について、長期専門家の存在は、障害者についての見方を変えらううえで非常に重要であった。一方、決定の多くは東京本部でなされたからコロナ禍に戻ってくることや、両国間で用語の意味が異なることから、技術的な協議に長い期間が必要となることが課題だと考える。

(2) 妥当性

- 政策は常に改善されていく。2004年に策定された障害者の国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES 80）は、予防、障害者支援に関する情報システム・制度強化をめざしており、リハビリテーションに関しては、保健サービスの提供や、障害者の能力強化を通じた障害の克服による緩和をめざしている。現在、2007年に策定された法律第1145号に基づき、国家障害システム（National Disability System）が設置され、MPSは、障害者の国家政策強化に取り組んでいる。同システムは、MPSが主管を務め、国家障害者委員会（National Council of Disability）、県保健局も参加しており、MPSは、市町村レベルから、障害者個人・家族とコミュニティ・社会の3つの視点を踏まえ、ガイドラインを策定するプロセスを開始している。リハビリテーションについては、アクセスへの障害要因を取り除くことによるアクセス向上、障害者個人の脆弱性の違いに応じた支援の提供をめざしている。上記は、国連障害者権利条約を実施するものであり、同条約に合致し、障害者の人権を擁護する改訂版CONPES策定へのインプットとする。
- CONPES改定の主体は、MPSである。被災者を含む障害者政策に係るCONPESの変更には、被災者・市民社会・障害者・学識経験者・異なる行政レベルの代表・教育・法律等他省庁から成る委員会で、被災者の社会的経済的権利の各側面を検討する必要があるが、通常は改定までに3年程度を要する。
- 新政権は、新しい国家開発計画（2011-2014）を策定中であり、MPSとしては、同計画の公共政策のなかの優先事項の1つとして、国連の障害者権利条約に整合する障害者政策となるよう、障害者政策の改定を提案している。
- FOSYGAは社会保障の勘定の1つであり、医療施設等リハビリテーションサービス提供者に対して費用支払いを保障しているが、支払いまでに時間を要している。
- プロジェクトの活動は、権利へのアクセス拡大等の面で、現在の国家政策と整合的である。
- 本邦研修では、障害者が社会制度のなかに含まれていることが印象的であった。日本の障害者政策について理解を深めただけでなく、インフラや制度に障害者の視点が入り入れられていることがよく分かり、有益であった。
- 障害者のニーズは多様であるが、プロジェクトは障害者のニーズに対応しており、成果3の活動は、障害者が権利にアクセスするための重要なステップを与えていると考える。
- 外部条件の変化に関しては、市町村での研修に関する部分で治安の問題があると理解している。
- 他ドナーとの比較において、本プロジェクトの長所は、総合リハビリテーシ

ョンの概念を強化し、被災者を含む障害者の社会包摂につながる点だと考える。短所は、成果 3、4 で試みているが、コミュニティの参加が限定的である点だと考える。

(3) 有効性

- 成果 2 については、MPS としては期待が高かったため、満足していない部分もある。進捗については、現在おおむね満足している。PDM の調整が行われ、スコープが明確になり、正しい方向に進捗していると考えられる。
- プロジェクト目標達成に関し、リハビリテーション専門職の能力が向上し、障害者を中心とした分野横断的なアプローチがとられ、総合リハビリテーションの概念が実践されることが、サービス提供の質改善において重要である。こうしたアプローチを対象地域以外へ拡大していくためには、必ずしも政策・法律・政令等が必要なく、技術ガイドラインができれば普及は可能である。例えば、ワークショップ等を開催し、総合リハビリテーションのアプローチの有効性を広報することも一案である。よって、障害者政策の主管である MPS としては、他地域への普及のためにはガイドラインを策定する必要があると考えている。
- 成果 3、4 とリハビリテーションの質改善の関係については、成果 3 は、被災者が権利を知り、サービス提供機関が義務を知ること、需要供給の両面が整備され、サービスの質の向上につながる。成果 4 については、コミュニティレベルで適切な処置がとられることで、その後のリハビリテーションプロジェクトが障害者にとってより効果的なものになる。

(4) 効率性

- 長期専門家のこれまでの投入には満足している。ただし、専門家にはできるだけ長くいていただきたいという期待をもっており、高橋チーフアドバイザーの残りの期間が短い点は残念に思う。短期専門家については、例えば仲泊専門家等、短い期間でしっかりと結果を残していただき、満足している。供与機材は適切なタイミングで投入されたと考えられる。
- プロジェクトへの被災者の登用には、ある種の懸念を抱いている。メデジン市の被災者と市町村レベルの被災者の現実には相違がある。プロジェクトへの障害者の登用については、被災者が所属する団体との調整が必要となる。コロナの慣習では、被災者を巻き込んだ活動をする場合、被災者自身や所属団体にに対し、経済的な対面の支払いが必要となる。プロジェクトへの障害者の登用については、調整メカニズムが必要であり、こうした観点から、

プロジェクト活動に参加を求める被災者は、対象 2 医療施設において、既リハビリテーションに通う患者がふさわしいと考える。また、市町村レベルにおける被災者の参加は、成果 3 及び 4 に限定すべきと考える。

- 成果 3 について、被災者の視点を入れるため、検証のプロセスを設けている。NGO 団体を通じての被災者からのインプットを踏まえ、使用する言語の調整等を行うとともに、制度の範囲を超える過剰な期待を被災者に与えないよう、内容全般を調整している（被災者の期待が高まり、制度が期待に追いつけないと、被災者側に不信感が残り、今後のプロジェクトにもマイナスの影響が生じてしまうため）。
- プロジェクト実施上の課題に関し、ようやく実施段階に移行したと理解している。現在、成果 3、4 について、文書配布先を当初の予定から拡大したいとの提案が県保健局から出され、JICA 側と協議している（アンティオキア県：対象 5 市→125 の全市、バジェ県：5 市→27 市）。

(5) インパクト

- 新しい国家開発計画（2011-2014）の公共政策のなかの優先事項の 1 つとして、国連の障害者権利条約に整合する障害者国家政策となるよう、障害者政策の改定を提案しており、上位目標実現の見通しは高いと考える。
- 現状、有識者で構成される Sector Linking Group は、近日中に第 1 回合会が開催される国家障害者委員会に対して、優先的課題の 1 つとして、障害者政策の更新を提案している。障害者政策の更新が、政治的なアジェンダ（国家開発計画）に含まれるだけでなく、こうした制度的なバックアップも得ている。

(6) 持続性

- 総合リハビリテーションの概念を含む障害者政策の改定に加え、中央レベルでは医療サービス提供機関のサービスの質を監督する部署が存在し、サービスの質の管理を行う体制がある。また、教育機関や教育省に、トレーニング・オブ・トレーナーズ（TOT）の一環として総合的な被災者支援のカリキュラムを含めることを提案しているが、大学にはカリキュラム決定に関する自治が認められており、難しい面もある。
- プロジェクト活動の持続性を高める取り組みとして、成果 1 に関しては、対象医療施設と契約し、プロジェクトで得た知見を他県の医療施設に対して研修を通じて普及することは可能だと考える。成果 2 については、MPS がテクニカルガイドラインとして採用すれば、他県へ普及が可能である。また成果 3、4 に関しては、プロジェクトの成果物である文書を配布し利用されること

により、持続性が向上すると考える。

以上

3-1. アンテオキア県保健局

日時：2010年11月9日 10:00-12:00

場所：アンテオキア県保健局

面談者：Ms. Natalia Montoya

訪問者：若杉 健次（コンサルタント）、通訳（マルタ氏）

(1) 実施プロセス

- 専門家とは良好な関係を築けている。ただし、コミュニケーションについては、言語的な理由や、コロンビアの保健制度に関する理解の問題があると感じるときがある。
- チャーフアドバイザーが物理的にカリ市にいるため、カリ市の方が情報へのアクセスが良いと感じる。また、ガイドやプロトコル等、使用する用語について関係者間で認識を共有できていない場合がある。
- C/P 機関内の関係について、アンテオキア県とバジェ県は文化的に異なることに加え、関心の違いがあり（アンテオキア県は成果3、バジェ県はC/Pの性質上成果4に関心）、合意に至るのが難しい場合がある。
- 県保健局、HUSVP、El Comite の関係について、両機関は民間の団体であり、公共機関のネットワークの外にいる。そのため、プロジェクトで得た知見を他の公共病院に移転するよう命令することはできない。よって、知見の共有は対象医療施設のコミットメントしだいであるが、今後 HUSVP、El Comite が、成果1についてメデジン市の General Hospital に対して知見の共有を行う予定である。
- プロジェクトに係るアンテオキア県の予算・人員の配置は適切だと理解している。また、スタッフの離職はない。ただし、局長の任期は2011年末までである。
- 成果3、4について、メデジン市外での研修実施に係る費用について、予算は既に確保されており、来年執行の予定である。
- 活動1.3、成果3、4ともこれから活動に入る段階であり、活動が開始されればモニタリングを実施する予定である。
- 他ドナーの支援について、EUが県保健局と障害者を対象とした社会的支援を実施している。本プロジェクトとは異なる分野の支援を提供しており、補完的だと考えている。

- 日本側のプロジェクトの予算が分からず、どの活動のどの部分の費用を日本側が負担し、どこをコロンビア側が負担するのか、全体像が分かりづらい。
- 対象地域の治安状況の変化の有無について、治安状況は多くの要素が関係しており、判断するのが難しい。

(2) 妥当性

- プロジェクト活動は県の政策（国の政策）及び被災者のニーズと整合的だと考える。ただし、現行の国の障害者政策には総合的なリハビリテーションの概念は含まれていない。日本のリハビリテーションのモデルには社会的な概念が含まれており、コロンビアの政策の変更の必要性を感じる。
- アンテオキア県は成果3を重視しており、活動の計画段階において被災者のニーズを確認する等しており、プロジェクト目標は県内の被災者・障害者のニーズを反映していると考ええる。
- 対象地域は、①被災者が多い地域、②他のプロジェクト等の支援が入っていない地域、③治安状況・道路等のインフラ面でアクセス可能な地域、を基準とした。また医療施設に関しては、1次から3次レベルの異なるレベルの施設が含まれるように配慮した。
- 本プロジェクトは、他のプロジェクトと比較し、日本の知識・経験の移転を図れる点が長所であり、計画段階が長く、変更が多いこと、予算が分かりづらい点が短所だと考える。

(3) 有効性

- 成果1については活動の成果が見え始めており、満足している。成果2については、想定どおりではなく不満が残る。成果3、4については、これから実施する段階であり判断するのは難しい。
- プロジェクト目標達成のためには、リハビリテーション専門職への技術移転を通じた態様の変化が重要だと考える。
- 成果3に関し、被災者の権利へのアクセス拡大はリハビリテーションの質の向上を促すことにつながり、成果4に関しては、初期治療におけるマイナス要素の削減を通じて、その後のリハビリテーションの過程にプラスの影響があると考えており、こうした点で総合リハビリテーションの質改善に成果3、4は貢献していると考ええる。

(4) 効率性

- 日本側の投入については、おおむね満足しているが、一部の活動について、コロンビア側とチームワークの面により改善できると考える。コ

ロンビア側への投入は量・タイミングの面で適切であったと考える。

- 成果3に関して、医療施設向けの文書については、関係者の理解レベルに合致しているが、コミュニティ向けの文書は、対象者にとって難し過ぎる内容であり、今後改訂していく。成果4に関して、程度差こそあれ、上記成果3と同様のことがいえる。

- プロジェクト実施上の課題としては、専門家とのコミュニケーション（本質的な面でも、どこまで相互に理解できているのか）、プロジェクトとしての意思決定（特に日本側）のスピードに改善の余地があると考える。

(5) インパクト

- 国家政策の変更に関して、プロジェクトの対象地域・機関以外については、県保健局の関与・影響を及ぼすことができる範囲を超えており、MPSに期待する。
- 成果3、4に関して、予算は確保しており、アンテオキア県内で普及される予定はある。阻害要因としては、治安の問題が挙げられる。

(6) 持続性

- 県保健局として、総合リハビリテーションの質改善について、プロジェクト終了後も政治的コミットメントを維持することが持続性の面で重要であり、本プロジェクトで成果を挙げることで、人員・予算が確保されると考える。
- プロジェクト終了後もHUSVPが技術移転を行うかについては、HUSVPは民間機関であり、何らかの支援がなければ継続は難しいと考える。

以上

3-2. アンテオキア県保健局長

日時：2010年11月9日 9:30-10:00

場所：アンテオキア県保健局

面談者：Mr. Carlos Mario Rivera

訪問者：若杉 健次（コンサルタント）、通訳（マルタ氏）

(1) 妥当性

- 本プロジェクトは公共政策と合致している。アンテオキア県は地雷被災者の多い県であり、医療従事者への訓練や、被災者への治療、リハビリテーション等、総合的な支援が必要だと理解している。本プロジェクトはコミュニ

ティのニーズも反映していると理解しており、コミュニティに対する地雷被災者の権利の啓発に関する活動も2011年から実施する予定である。

(2) 有効性

- プロジェクトの成果・進捗について、プロジェクトの中間段階で評価するのは難しい。対象医療施設の職員に対する訓練は知識の向上に役立っており、プロジェクトの進捗・成果はみられている。今後、成果3、4についても活動が実施され、成果はより成熟したものになっていくと理解している。

(3) 効率性

- プロジェクトの実施上の課題について、成果3、4の活動実施に関して、治安に関する解釈の問題がある。アンテオキア県政府としては、対象地域での活動の治安を保証する用意はあるので、対象となるコミュニティで専門家を伴い直接ワークショップを実施することを望んでいる。

(4) 持続性

- 県保健局は、地雷除去や総合的な被災者支援等、中長期的な計画が必要だと考えている。県保健局は、成果3、4について予算を確保しているほか、El Comite と被災者のリハビリテーション支援に関して、年間30万ドル相当の契約を締結しており、今後も被災者支援を実施していく。

以上

4-1. バジェ県保健局

日時：2010年11月10日 9:00-12:00

場所：バジェ県保健局

面談者：Ms. Mercedes Paredes B, Alvaro José Morales Vela, Jose Luis Cuero Leon

訪問者：大野 純子（JICA ジュニア専門員）、若杉 健次（コンサルタント）、通訳（マルタ氏）

(1) 実施プロセス

- 専門家とは良好な関係を築けている。また、電話・FAX・Eメール等で明確かつ直接的にコミュニケーションをとれている。また、Googleのアカウントを活用し、プロジェクト関係者がプロジェクト文書を共有できる仕組みが整えられている。また、専門家はいつでも質問・情報を提供することに積極的

- あり、黒川専門家、板橋専門家の以前の南米での活動の経験も良好なコミュニケーションに生かされている。
- C/P 機関内の関係について、本プロジェクト以前に、別プロジェクトをともに実施した経験が基盤となっており、一般に良い関係を築いている。研修を通じてC/P 機関の職員同士が意見交換を行うことで、組織的・人的ネットワークが構築されている。
- ミニッツの規定に従い、保健局、フンダシオン・イデアル (IDEAL) とバジェエ大学病院 (HUV) は、バジェエ県チームとして定期的に打合せの機会を有しており、バジェエ県チームとしての意思決定を実施している。また、PAICMA とも必要に応じ、コンタクトしている。
- 県保健局は、県内の保健に関する調査・管理・監督・サービス提供の保障に係る監督機関の役割を担っている。また、緊急・災害のケースでは、Disaster Regulation Center of the Province (機関) が、保健セクター内の調整を行う。HUV は公共病院の最高機関として、レファレンス病院としての機能も担っている。IDEAL は、リハビリテーションに係るサービス提供者であり、県保健局は、機能リハビリテーションに関し IDEAL と毎年契約を締結している。契約は、大学病院とは1年ベースであり、契約金額に応じた契約期間とするタイプと、プロジェクトベースの契約があり、プロジェクトベースの場合はチームズ・オブ・レファレンス (TOR) を作成している。
- 人材と予算の投入に関し、プロジェクト当初から Mercedes 氏はバジェエ保健局代表としてプロジェクト担当に任命され、その後追加で担当者 (Alvaro 氏) が任命された。Alvaro 氏は100%プロジェクトに専任として任命されている。また、成果4に関しては、医療施設受診前診療に技術者が必要であり、Jose Luis 氏を含む2名の技術者と医師がプロジェクトにアサインされた。成果3については、保健局の Department 自体を任命して、その部署の人材を1名プロジェクトにアサインしており、リソースの管理、人員の配置は適切である。また、予算に関しては、成果3、4について直接予算を配分している。県保健局の予算で、救急セット (リュックサック) を配布している。
- 人材の異動・離職のプロジェクトへの影響について、保健局長であったヘクター氏は、プロジェクトをよく理解し、本邦研修にも参加したため、最初から全面的にプロジェクトをサポート (人材配置、予算配布) していた。現在は局長代行があり、同氏にプロジェクトの報告を全部行ったので、大枠については理解されていると考える。また、今後もプロジェクトをサポートしてくれると期待しており、今のところ局長交代によるマイナスのインパクトはない。
- 成果3、4については、2週間前の JSC で合意され、来年1月から準備活動を

- 行い、予算措置が整う4月から本格的に開始する。成果3、4に関する予算は県の予算であり、4月から執行可能であり、合計2万ドルと試算している。
- モニタリング体制について、バジェエ県ではすべてのC/P がかわかってモニタリングを実施してきた。成果3、4についてはすべての関係者がかわかっており、だれがどの担当と職務に分けているわけではない。アドミンチーム (PAICMA、MPS、専門家、成果4関係者) という体制でモニタリングすることもある。すべてのアドミンチームが決定をし、それを関係者に伝え、それに応じて活動を実施。M&E (モニタリングと評価) は透明性が確保されている。ミニッツにもアクセスがあり、どのような決定がなされたか見ることが可能になっている。
- 他ドナーの活動に関し、3カ月前、地雷被災者をターゲットとした武器影響に関するプロジェクトが、コロンビア赤十字の国際協力プロジェクト (スイイン赤十字支援) として実施された。地雷被災者の支援ルートについて、医療施設受診前措置から始まり、社会包摂までのすべてを含むため、コミュニティの啓発部分で JICA プロジェクトとの重複があるが、JICA の知見をコロンビア赤十字のプロジェクトに生かす努力をしており、リソースが最大限に活用されると考える。重複がないように、われわれが調整し、他のプロジェクトに貢献したいと考える。
- その他バジェエ県各局が関与するプロジェクトとして、国際赤十字のプロジェクト、コロンビア地雷廃絶キャンペーン (アクセスのための文書作成面でのサポート)、Accion Social、SENA、コロンビア福祉家族機構 (ICBF) とのプロジェクトがある。JICA プロジェクトの目的 (リハビリセス、地雷被災者の家族の交通費負担―被災者の精神的支援として重要)・C/P (HUV) の重複はあるが、重複による弊害がないよう調整している。
- 治安状況について、バジェエ県では交通網が発達している一方でアクセス面での問題はないが、治安面で訪問できない所はある。

(2) 妥当性

- 県の政策の変更はない。プロジェクトは県のセクター開発計画 (Sector Development Plan) に位置づけられており、計画に変更はない。2011年以降変更の可能性はあるが、大きな変更ではなく、何か追加される程度と考える。また、プロジェクト活動は県の政策と完全に整合性がある。4つの成果は、すべて上記計画に含まれている。
- 技術移転に関し、「教育手法」の研修は、プロジェクト実施だけでなく、日常的な業務にも役立っている。成果の達成のために、どのような要素が必要かということが明確になり、成果を実際に実施することができるようになっ

た。特にコミュニティの啓発活動について、研修の結果として活動の計画ができた。この手法は、保健局の日常業務で実施する啓発（教育・研修）活動の実施手法にとっても役立つ。

- プロジェクト目標は、障害者のニーズを反映している。プロジェクトは、地震被災者支援を被災から社会復帰までの総合的なプロセスとしてとらえることを可能にしている。
- 対象地域の選定について、①地震被災者の存在、②県中心への地理的アクセスが可能、③プロジェクトのC/Pとなり得るMunicipalレベルの病院がある（2次医療、他職種がある）、④県内に4つ均等に分布している（保健局の将来的な計画として、成果の普及があるので、そのパイロットとなるようなMunicipalityを選定）の4つの基準でプロジェクトチームが選定を行った。
- 医療施設の選定について、HUVのリハ科は、大使館の草の根の支援でリハ人材が入っていたこと、バジェ県と周辺県の地震被災者のレファラル病院として機能していることから選定した。IDEAL については、リハのプロセスにおいて有名であり、歴史もあり、コミュニティの活動の経験、特にORR（地域に根ざしたリハビリテーション）の経験は国でも随一であることから、選定した。
- 本邦研修の成果がプロジェクト関係者間で共有されるシステムがある。HUV は、他病院の関係者に帰国研修員から共有する研修コースを実施している。
- モニタリングに関し、成果 3、4 については、保健局のすべての公的病院ネットワークが活動の対象となっており、モニタリングも活動に含まれている。バジェ県の成果 3、4 については、病院にアクセスした人数等が把握できるシステムとなっている。
- 本プロジェクトの長・短所について、体制として、関係者の責務が明確にされている点が長所であり、裨益者に直接金銭的かつ目に見える利益が提供されず、成果が見えにくい点が短所である。
- カスケード方式の利点は、多くの人に裨益すること、対象が限定されないこととであり、欠点は、フォローアップが困難であることが挙げられる。

(3) 有効性

- プロジェクトが期待どおりの成果を上げているかについて、おおむね満足しているが、進捗が遅いことについては不満がある。成果 4 については、具体的な研修がないこと。徐々に理解してきたが、日本側からの予算について理解することが難しかった点で不満がある。
- 目標達成のための重要な要素は、C/P の適切な選定である。本プロジェクト

では適切な地域医療施設が選択されており、成果は達成されると認識している。

- リハビリテーション専門職員が総合リハビリテーションを実施するために、何らかのモチベーションを与えることが重要だと考えており、バジェ県保健局では研修プログラムを計画している。県保健局として、医療施設に対して成果の適用を迫る権限はなく、法的対応はMPSの役割だと考える。
- 成果 3、4 と総合リハビリテーションの質向上について、成果 3 は、被災者が権利について理解することで、権利を要求することができるようになり、これにより質が向上する。成果 4 については、二次災害を防ぐことにより機能低下を抑えることができ、社会参加が容易になる。いずれも、総合リハビリテーションの質向上に貢献していると考ええる。

(4) 効率性

- 日本側の投入について、長期・短期専門家とも、それぞれの経験・専門性を生かした支援を実施しており、満足している。特に、成果 1 の医療面での貢献は大きいと認識している。派遣のタイミングについて、長期専門家がプロジェクト開始時からいけば、ベースラインを理解でき、更に良かったと考える。研修については、常に関係者のニーズに応じて、合意を得たうえで実施されており、何ら不満はない。予算についても問題ない。
- 成果 3 の文書について、技術的な専門用語については削除して、コンテンツも減らして、最終受益者が理解し利用できるように変更している。成果 4 についても、成果 3 と同様のプロセスで作成しており、パイロットも実施する予定である。

(5) インパクト

- 総合リハビリテーションの概念を含む障害国家政策が策定される見通しについて、COMPES への総合リハの包含は、政策として実現するには予算措置が必要なため財務省、また主管であるMPSの責務で実施すべき内容だと理解している。
- バジェ県内の成果 3 及び 4 の活用見通しについて、成果 3、4 の活動では地域医療施設（IPS）の参加を得る予定であり、IPSはガイドライン等へアクセス可能な仕組みとなっている。
- (6) 持続性
- プロジェクトの持続性について、プロジェクト対象外のMunicipalityについても、将来計画に入れていている。また局レベルでは、県の保健計画があり、

同計画の実施にあたり社会振興 (Social Promotion) という概念があり、そこに障害者へのリハビリテーションを含めている。よって、持続性はその意味でも保障されている。

- バジェ大学による技術移転の継続について、HUV が中心になって「リハサーピスネットワーク」を設立する予定。保健局が病院と一緒に、ネットワークの医療施設に対して、プロジェクトで移転された技術の伝達を行う予定である。
- リハビリテーション専門職に対する国・県としての支援システムはなく、各医療施設が、「継続的教育」のシステムを有している。
- 持続性強化のために県ができることは、今後プロセスを迅速化することが挙げられる。また、コミュニティに教習セットを設置する計画 (12 月から) もある。このように、コミュニティに目に見える形の利益が届くことも重要だと考える。

以上

5-1. バジェ大 병원 (HUV)

日時: 2010 年 11 月 12 日 10:30-11:20

場所: HUV

面談者: Ms. Olga Marina Hernández, Ms. Stefanie Tonguino, Ms. Rosa Virginia Mora, Ms. Lilitiana Loaiza, Mr. Nestor Orlando Alzate, Ms. Maria Eugenia Guerrero (6 名)

訪問者: 若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (矢口氏)

- (1) 研修やセミナーで得たこと、成果の活用
- 従来は、病院で自分が該当する部分だけを担当しており、専門職間の相談はなかった。研修後、患者の状態によってチームとしての対応の視点ができたことが大きい。
 - 日常生活活動 (ADL) チームには多様な専門職が参加しており、専門の枠を超えた横断的な総合リハができるようになった。専門職間のコミュニケーションも向上した。
 - 本邦研修では、患者への視点や、専門だけではなく社会全体から見ると印象に残った。ソーシャルワーカーとしては、リハビリテーションは機能の回復だけでなく、人の回復・生活のなかでどのように回復していかないといけないかが、具体的に分かった。
 - 専門家の支援により、リハビリテーションのやり方を決める基本になる ADL

評価表の活用法がよく理解できた。機能回復が何につながるのがか理解できた。本邦研修に参加し、本当の意味での総合リハビリテーションとはどういうものか、そしてそれが実現できることも分かった。単純化・具体化したやり方が重要だと考える。患者の自立と独立には、全員が関係することが重要であり、やり方ははっきりした。

- 患者の現状を明らかにし、リハビリテーションの目標を定めることはしているが、作業療法士である自分だけでなくチームとして実施するように変わった。多様な専門性をもつ職員が同じ認識をもってリハビリテーションをすることが可能となった点は大きい。国際生活機能分類 (I0F) に関する研修も受け、従来は患者の機能は何かを見ていたが、残っている機能は何かを見るように見方が変わった。専門職の間で考え方やコンセプトが統一され、考え方がはっきりしたことが大きいと感じている。

(2) ADL 評価表作成の過程、工夫・苦労した点

- まず医師のグループに対して普及した。他の専門職を含めた普及研修会も実施した。医学生に対しても普及を行った。昨年 12 月に ADL の実施方法について専門家から研修を受け、1 月に ADL チームを形成し、各専門職がこれまでに実施してきたやり方について、内容の見直しを行った。IDEAL 等他機関との ADL 評価表の話し合いの結果をベースに、3 月にユニット内部でワークショップを開催し、他機関の活動を紹介し、ADL 評価表作成のアクションプランを定めた。その後、各自が参考文献を読むなどして、草案を作成した。6 月に短期専門家から助言を得て評価表の改定を行い、9 月にリハビリテーションユニット内部で使い方と使い方の説明書のプレゼンを実施した。また、教育機関としての役割から大学教員にも説明を実施した。
- 工夫した点としては、ユニット内でワークショップを実施し、他の専門職の意見も積極的に取り入れたこと。また、日本人専門家の助言を生かし、分かりやすいものに改定した。
- 導入にあたっては、「もう 1 枚書かないといけないのか」という反応があった。一番大変だったのは、どの専門職にとっても分かりやすく、使いやすいものにするところである。使って便利な意味のあるツールにすることが難しいと感じた。
- 導入は作成より大変だと考える。記入は、各専門家の裁量となるので、100% コントロールできない。臨床記録は紙で起こし、のちにシステムに入力するが、ADL 評価表は紙でしかない。よって、回覧システムがなく、わざわざ取りに行く必要がある。必要ときに必要な記録ができない点が大変だと考える。

(3) 従来の診療と最も異なる点・導入の課題

- 用語が統一され、同様のやり方で評価が可能となった。患者の機能ではなく、自立性を評価するようになったことが大きい。また、具体的に患者の目標を定めることが可能となり、専門家・家族にも共有され、家族が家の中で協力しやすくなったと考える。
- 以前は、障害の方に目が行っていたが、残っている潜在能力をリハビリテーションでどう引き出すか、に目が行くようになった。どういう処置を行えば目標に達成できるのか、より具体的に became。有効なやり方が分かってくるので、将来的には機能回復の有効な実施方法のガイドブックを作成して、質の改善につなげていきたい。
- 導入の課題について、紙ベースしかないと共有が難しい。ソフトウェアの導入で解決できると考えるが、それが難しいければ、当座はコピーでADL評価表を共有することになろう。国でサービス提供の方法の基準を定めており、臨床記録は患者に1つと定められており、勝手にいろいろできないうが、他ユニットとも共有できるよう、何らかの形で解決をめざしたい。また、ADLの評価・再評価を行う専門的なチームをつくってはどうかと考えている。
- 導入に必要なリソースについて、紙ベースの場合コピーを取ることになるが、コピーは資材管理部に申請しないとできない。お金がないと取れないことも課題である。

(4) 提供機材の活用

- 新しい機材の投入は非常にありがたい。機材は有効活用されている。長期間の利用にはメンテナンス・交換部品の予算確保が必要であるが、予算配分は政治的に決まるが多く、その点については懸念がある。

(5) チームリハビリテーションアプローチの継続

- 組織としての方針、職員の成果の評価の手法を、チームアプローチに合わせ変える必要がある。現在の評価は、専門職個人の目標、個々の取り組みが重視され、チームの成果が評価されない。コストの減少等、チームの取り組みの成果を見せ、それに合わせて変えていく必要がある。
- 継続には、取り組み・やる気の維持が必要（動機づけが必要）である。国際協力はモチベーションを上げるのに役立っている。自分たちに能力があることも分かった。モチベーションが高まった状態を次につないでいきたい。
- 公立病院、教育機関としての役割がある。将来世代に引き継いでいくのが責任であると考える。自分たちは、長い目で見れば、組織で仕事をするのは一時的である。ビジョンを共有した人がいれば活動は継続されていくため、教

育が重要である。

(6) 他医療施設へのチームリハビリテーションアプローチの普及

- IPS に対する研修実施が予定されている。これまでも、他の専門職・大学教員・学生への普及を実施してきている。患者が権利を認識するようになれば、他の医療施設でも、患者が質の高いサービスを要求し、チームリハビリテーションの概念は広まっていくと考える。HUV でも、リハビリテーションユニットだけでなく、病院もリハビリテーションに重点を置こうとしており、外科等他部門の職員を巻き込んでいきたい。

以上

5-2. バジエ大学病院 (HUV)

日時：2010年11月12日 9:00-10:30

場所：HUV

面談者：Ms. Belkys Angulo Brion, Ms. Lina Maria Osorio Vergara

訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (矢口氏)

(1) 実施プロセス

- 専門家との関係、コミュニケーションについて、関係は良い。長期専門家の着任が遅れ、また当初言語の問題があり大変だったが、その後のコミュニケーションに問題はない。今までの協力を感謝している。
- 8C/P 機関でコミュニケーションをとるのは簡単ではなかった。各県の中の協力はできてきているが、2 県の間は協力関係は難しい。バジェ県は、プロジェクトでもっと裨益を受けると期待していた。状況が違えばアンティオキア県と、平等の観点から、やりたくてもできないこともあった。利害関係の衝突があり、特に初期は調整が大変だった。バジェ県チームのモチベーションが下がる時期もあったが、そういう危機は乗り越えたと考えている。多くの機関の意見調整は難しい。HUV は国の裨益につながると考え、プロジェクトに責任をもってやっているが、6 機関すべてがそう思っているわけではない。組織の利益・発展を中心にしているところもある。全員が同じ方向を向いているわけではない。そうした点で難しい面はある。
- HUV は公共病院なので、県保健局と直接的な関係があり、県の政治的な影響を受ける。例えば、県知事・保健局長の交代がある。活動は継続しており、成果 4 の活動に係る予算は確保されているので、局長交代による直接的な影響はないと考える。ただ、状況を理解し始めた保健局長が、今度は労働問題

担当次官になる予定であり、再度局長交代が発生し、プロジェクトの説明が必要となる。プロジェクト当初、保健局とは毎週、現在は毎月打合せを実施しており、IDEALとは以前から関係がある。

- プロジェクト実施に係るHUVの予算や人員の配置について、リハビリテーションユニットの一部で技術委員会をつくっている。Lina氏が調整を行い、理学療法士・言語療法士・作業療法士が参加している。ADLチーム、リハビリテーション医、ソーシャルワーカー、理学療法士1名、作業療法士、上記技術委員会に所属していない言語療法士1名、理学療法士1名が本プロジェクトに参加しており、適切な配置となっている。予算については、活動に支障なく支出されている。研修参加・出張許可等は、Belkys氏やLina氏が権限をもっており、問題ない。
- 異動について、研修後の離職や異動はなく、研修内容の普及も行っている。
- モニタリングに関して、病院内部では、技術委員会が週1回活動の見直し・計画策定を行っている。また、保健局も入り、定期的を実施している。
- 他ドナーの支援について、病院全体として他ドナーから支援を受けているプロジェクトはない。国際赤十字が地雷被災者への支援を実施しており、こちらに患者が来るので、コストの支援はある。他プロジェクトの患者も本プロジェクトの成果から間接的に裨益を受けている。

(2) 妥当性

- 成果1、2については大学病院のニーズと合致している。研修を受け、能力向上につながっている。また、成果3も病院のニーズと合致している。成果4は、直接的な関与はなく、保健局が実施している。支援を通じて、機材や管理体制も良くなり、リハビリテーションモデルも変わり、障害者のニーズをベースとしたモデルになった。よって、患者のニーズを反映していると考えられる。
- プロジェクト目標は、被災者・障害者のニーズを反映している。プロジェクトを通じて、被災者に対する対応のしかたが改善され、視覚・聴覚・切断リハビリテーションの分野で改善が見られている。
- 本邦研修参加者の選定基準・プロセスについて、2回目以降は、技術委員会で協議し、正職員、能力、プロジェクトへの貢献度、普及する能力にかんがみ決定した。バジェエ大学と密接な関係があり、教員関係者も多く、派遣された職員の普及能力は高い。
- 普及の仕組みについて、帰国研修員のうち、切断についてはLina氏が、赤十字とともに12回のセッションを実施した。1回6時間のセッションで、講義以外に24時間各職場（病院の整形外科）で実習を行った。バジェエ大学や

IDEALからも参加者を得た。HUVの母体は大学なので、研修成果の普及は本プロジェクトに限らず、常に行っている。

- 視覚障害についても、新しいプログラムを導入した。11月24日に最初の患者の4カ月のセッションが終了する。ADLチームについては、研修者がADL評価書の改善を行っており、現在も2週間に1度会合をもっている。近いうちに導入する段階にある。
- 外部条件の変化については、局長と県知事の交代がある。
- 本プロジェクトの最短期間について、多数の機関の参加（多すぎ）が弱点だと考える。運営が難しく、利害関係の異なる機関との合意形成に時間がかかると考える。また、多数の機関があるが、意思決定を下す人間が不在である。各機関の意見を聞く必要があるが、決定を下す必要がある。草案ができれば、何ども関係機関に意見を聞くのではなく、然るべき立場の者同士が協議して決定すべきだと考える。逆に長所は、リハビリテーション部門が強化されたことである。職員の技術習得、分野横断的に使えるツールであるADL評価書の導入、機材の投入等、適切だった。知識・技術の移転と機材投入により、組織の強化につながられたところが長所だと考える。

(3) 有効性

- 全体として、特に最近6カ月については、満足している。大事なのは関係機関がやるべきことを理解し実施すること。中間地点で大きな変化を起こすのは、これまで定められてきたものを変えることになるため良くないと考える。また、MPSの役割が重要だと考える。今後、MPSが総合リハビリテーションの概念を政策として打ち出すことが重要だと考える。
 - 成果3について、バジェエ県では21市で普及活動を行い、コミュニティの知識向上が総合リハビリテーションの質の向上につながると考える。権利と義務が分かれば、サービスの受け手である障害者が積極的にサービスを要請し、医療施設も積極的に対応するようになる。成果4については、障害者の二次障害、感染を防ぐことにつながり、被害の程度が少なくなり、リハビリテーションにもプラスの影響があると考える。
 - 研修受講者の態度の変容について、本邦研修の内容や日本のリハビリテーションの実施方法・公衆衛生の考え方は、コロナの状況と異なるため、そのまま導入することはできないが、例えば、チームワークが強化された、専門職間の話し合いが増えた、評価グループができた、などの変容が見られる。
- (4) 効率性
- 研修参加がどのようなインセンティブになっているかについて、セミナーは

参加者のやる気を刺激し、責任感を強化している。複合的な疾患の患者が来るので、総合的な対応が可能となるよう、新たな知識の吸収は専門職にとつて重要である。HUVは、公共病院・教育機関の側面があり、実習生も受け入れており、多様な形で研修成果を普及できる。

- JICAのような国際機関の協力を受けると、プロジェクトの計画・実施等の運営手法を勉強する良い機会となる。病院にとって初めての国際協力プロジェクトであり、しっかりとやりやれば次に繋がると期待したい。協力機関と自分たちの信頼関係、院内の信頼関係も強化されている。
- 長期・短期専門家の専門性・派遣のタイミングに問題はない。視覚分野の短期専門家はメデジン市のみ訪問したため、仲泊先生には今後カリ市にも来ていただきたい。また、来年2月に短期専門家が来るのを期待している。長期チーフアドバイザーについては、意見や助言をもらえることがわれわれの活動の推進力になっており、今までの役割が大きかっただけに、プロジェクト途中で帰国されてしまうことを懸念している。
- 機材に関しては、公立病院ゆえ機材は常に足りない。提供された機材は有効に活用できるもので、提供のタイミングも適切であった。作業療法にも使用されている。草の根無償の機材も有効に使われている。
- IPSの選定について、県保健局・IDEAL・Lina氏・リハビリテーション部門の理学療法士が協議を行い、研修の対象者として、理学療法士・言語聴覚士・看護師・ソーシャルワーカーを定め、13のIPSを訪問し、質問票で法的な部分も確認し、最終的に被災者の多い地域に近い5つのIPSを選択した。
- 機材については、必要な機材をリストアップしてから供給されており、ニーズに合致しており、有効利用している。現在ある機材の使用に支障はない。スペースの問題もない。今後必要性があるとすれば、視覚障害リハの機材があればよいと考える。
- 機材のモニタリングについて、電子機器はシートがあり、購入時期・定期メンテナンスの時期が決められている。メンテナンスの仕組みがあり、機材の更新は、必要な都度予算を確保し購入している。
- 切断障害のリハビリテーションガイドの進捗について、リハ医・義肢装具を決定する担当者・赤十字研修参加の7人・帰国研修員・作業療法士から成るガイド作成チームを立ち上げた。また、ADLチームやIDEALからも協力を受けている。赤十字から7冊程度、切断に関する教材・ビデオやプレゼン等の資料を入手しており、現在内容を検討している。HUVは切断を担当しており、書き方はHUSVPのガイドの項目・構成を参照して作成する予定であり、来週にはフォローマットを入手し、2011年2月には提出する予定である。
- プロジェクト実施上の課題について、組織内には大きな問題はない。

(5) インパクト

- IPSでガイドが利用されるかどうかは、MPSの役割が大きい。MPSからは、活用すると確約ももらっているが、切断については、別に包括的なガイドも作ると聞いており、2つのガイドができた場合、われわれが作成するガイドが利用されることを期待する。研修後、IPSの人材のなから病院に来てもらい実習に参加する経験を積んでもらうのも一案だと考える。
- ガイドラインの普及に関して、組織内では権限を有しており、問題ない。
- 正のインパクトについて、視覚リハビリテーションの開始がある。成人視覚障害リハビリテーションセンター（CRAC）・視覚・聴覚障害児センター・HUVの3機関で協定を結んで進めてきた。CRACは心理士・ソーシャルワーカーを派遣し、視覚・聴覚障害児センターは視覚障害医、HUVは作業療法・理学療法士が参加している。5つのリハビリテーションのうち、2つをHUVが担当し、残り3つを視覚・聴覚障害児センターが担当している。プロジェクト推進の結果の副産物であると考えている。

(6) 持続性

- 病院としては、リハビリテーションモデルを患者のニーズを中心としたモデルに変更しており、プロジェクト終了後も元に戻ることはなく継続していく。研修は、プロジェクト内ではIPSに対して実施し、プロジェクト完了後については、保健局と他機関への知識の移転・モニタリング等についても協議しており、継続していく意思をもっている。
- リハビリテーション専門職に対する国・県の制度的支援について、国・県レベルでは研修はない。基本は、各組織の責任で能力強化を実施。ただし、公務員は年間に40時間の研修義務があるが、内容にしばりはなく、リハビリテーションに関係する科目に限定されていない。組織内では、教育室・国際協力室が研修予算を持っており、当該部署に予算を回すよう依頼している。また、大学とも提携しており、実習生を受け入れ、それによって得られた奨学金を活用し、職員に他大学で研修を受けさせることもしている。
- プロジェクト活動の持続性について、内部は問題ない。省・県の保健局が、政策として実施していくという政治的意思があることが大事である。組織内、リハビリテーションに関する自立・独立性に関する新モデルが確立しており、後戻りすることはなく組織として続けていく。県については、保健局長交代の問題はあるが、活動を続けていけば活動が理解され、問題はない。国については、MPSがC/Pの1つであり、同省を通じても働きかけていく。MPSの担当者は正職員なので、今後も職務にとどまり、継続性はあると考える。政権交代で大臣も交代しており、今後働きかけていくことが必要だと考える。

5-3. バジエ大学病院 (HUV) の患者

日時：2010年11月12日 11:20-13:00

場所：HUV

面談者：HUVの患者4名

訪問者：大野 純子 (JICA ジュニア専門員)、若杉 健次 (コンサルタント)、
通訳 (矢口氏)

患者A 地雷被災者 (バジェ県ブガ市のグアダハラハラで被災)

- 地雷は腕とのおど、神経系統の障害を引き起こし、右半身のマヒ状態であった。義兄が車で病院へ搬送してくれた。
- 4月に負傷し、リハビリテーションは昨日で終了した。病院では、作業療法を行った。9月18日から実施し、週2回月、木に通っていた。被災からリハビリテーション開始まで期間があったが、非常に体が弱くなり、リハビリテーションでできる状態になかったからである。
- リハビリテーションの目的・内容について、よく説明を受けた。
- 医療費はFOSYGAが費用負担している。病院のソーシャルワーカーからFOSYGAの存在を教えられた。病院に通うための交通費は赤十字から支援を受けており、アクシオンソシアアルから賠償金も得ている。
- リハビリテーションの内容、職員への対応にも満足している。
- 首から下が動かなかったが、動くようになったのはリハビリの成果である。現在は、話すのが一番大変である。

患者B 地雷被災者 (バジェ県ブガ市で被災)

- 6月に地雷被災した。牧畜農家で仕事をしており、家畜の放牧先に馬に乗って行ったところ、馬が止まったため馬を走らせようとしたところ、馬から落ちて被災した。助けてくれたのはたれか分からない。
- 家族は、数日後に連絡をもらった。7月下旬まで入院し、その後1カ月間家で静養した。切断部位が固まっていたため、リハビリテーションをすぐには行えなかった。
- リハビリテーションは、3カ月前から、理学療法と作業療法の両方を週2回実施している。現在20セッションが終了し、10セッションの追加が決まった。
- リハビリテーションの内容・目的については、説明は受けている。腕の機能

回復、日常生活が自分でできるように、自由に外出できるようにすることが目標である。

- リハビリテーションに係る費用は、カリ市の保健局が支払っている。FOSYGA・アクシオンソシアアルの支援は受けてない。赤十字から支援の説明は受けたが、支援ルートに乗るには書類提出が大変で提出していない。赤十字からは何回か説明を受けており、最初は入院時に説明を受けた。回復が大事だと思ったので、関心をもっていないかった。
- 命が助かってサービスには満足している。また、リハビリテーション職員の態度についても満足している。質問があれば答えてくれている。
- リハビリテーションの内容・医薬品の提供についても不満はない。被災直後は、目が見えず、入浴・トイレ・食事も一人でできなかったが、現在は可能になった。
- 仕事ができないことが困っている。自立できず、家族に依存しないといけないのがつらい。
- リハビリテーションについては、プログラムされたとおり実施されており、問題ない。他方、外来の診察が大変である。予約を取っても、診察してもらえないとは限らない。診療と別の日に予約を取りに来ないといけない。
- リハビリテーションの改善点については、1回のセッションを長くしてほしい。現在、理学療法は1時間から1時間半、作業療法は45分であるが、遠方に住んでいるので、回数を減らし、一度のセッションを長くしてほしいのとありがたい。

患者C (視覚障害のリハビリテーションを行う暴力の被害者)

- リハビリは、4カ月前の7月から開始した。月曜日から木曜日の週4回通っている。リハビリテーションの種類は、歩き方・作業療法・コミュニケーションの3種類ある。
- リハビリテーションの目的はきちんと説明されている。リハビリテーションを開始した際は、つえの使い方も知らず、一人で歩けなかったが、現在は一人でも外出が可能になった。点字も覚えた。読み上げソフトの使い方も覚えたが、家にPCがなく、その後勉強が満足にできないところが難しい。
- リハビリテーションの期間は、全部で4カ月であり、作業療法は終了した。料理・縫い物・アイロン・血洗いも可能になった。歩行も可能になった。テクロロジーの面では、自分の家にはPCがなく、病院でしかできないため継続が難しい。日常生活上の不便はないが、障害者の就ける仕事がないので困っている。せつかく動けるようになってからも、その後の支援がない。仕事の紹介があるとありがたい。現在は、リサイクル業を営む友人がおり、仕事をし

- 1万2,000円を受け取っているが、交通費4回分にしかならない。医療コストはEPS（医療保険）から支払われていると認識している。つえ・時計・点字盤は市役所から支給された。
- リハビリテーションの内容・職員の状態にも満足している。職員は自分の境遇をよく理解してくれており、忍耐強く接してくれている。あえて改善点を挙げれば、自分は早くできるようなうになったが、一緒にやる人のなかには時間がかかる人もいる。（プログラムに）違いがあってもよいと思う。
- 県立図書館のファン・ガブリエル・ソトさん（全盲の障害者）が、図書館内のヘレンケラーームを管理しており、さまざまな活動に誘ってくれるが、交通費・食費等かなり、思うようには行けない。障害者ができる作業をして、EPS経由で障害者にお金が行くような仕組みがあるとありがたい。
- 大勢の視覚障害者が来るので、病院でグループづくりができればと考えている。

患者D（事故による障害）

- 2004年に、自転車に乗っていてバスに衝突し、障害者となった。衝突直後は大丈夫だったが、救急車が到着して5分後に意識を失い、事故から5カ月程度昏睡状態になり、その後リハビリテーションを3年半継続した。
- 現在、リハビリテーションは行っていない。リハビリテーション開始時は、話すことができず、補助具なしでは歩行もできず、付き添いが必要であったが、現在は話ができ、歩けるようになった。スタッフの励ましがあり、回復できたと感じており、感謝している。
- 現在まで、リハビリテーション職員の対応等に問題はなく、不満はない。説明された内容と受けた治療は合致している。職員は、自分ができていないときは、しっかりと指摘し、修正してくれる。家族に対しても同様の指導を行っている。体を動かすのが好きなので、リハビリをするのが好きだった。また、リハビリテーション専門職の職員の態度も素晴らしかった。たくさん話しかけてくれて、皆が常に支援してくれた。
- シズベンという貧困層向けの補助システムから、リハビリテーション費用の大半が支払われた。自己負担は1、2割であり、両親が支払った。
- 現在困っていることは、仕事ができないことである。じっとしているのは嫌いで、体を動かしているのが好きだが、それができない。現在仕事がなく、何かをしたいと思っている。
- あえて改善点を挙げるとすれば、リハビリテーション専門職の数が増えることを期待したい。ここには大勢のリハビリテーション患者が来る。職員が増えれば、必要なときに必要な対応が可能となり、より素晴らしい医療施設に

なると考える。

以上

5-4. バジエ大学病院 (HUV) 帰国研修員

日時：2010年11月12日 15:00-16:00
場所：HUV

面談者：Ms. Belkys Angulo Brion, Ms. Lina Maria Osorio Vergara, Ms. María Fernanda Sánchez Patiño, Ms. Olga Marina Hernández (4名)
訪問者：大野 純 (JICA ジュニア専門員)、若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (矢口氏)

(1) 本邦研修の活用

- 日本のリハビリテーションシステムは、従来のコロナピアのモデルと異なり、非常に驚き印象的であった。どうすれば近づけるのか、日々の仕事でも考えている。
- 総合リハビリテーションについて、焦点の当てる方が変わった。病院内部では、リハビリテーション科副部長が日本に行き、総合リハビリテーションを実施することになったが、研修で自分も日本に行ったことにより、実際にやれると確信した。研修では、視覚障害のプログラムに参加し、組織のなかで働きかけ、CRAC等の協力により、視覚障害リハビリテーションを開始した。6月から7人の患者を受け入れ、うち6人については、もうすぐプログラムが終了する予定。
- 切断リハビリテーションの研修に参加し、帰国後赤十字の切断コース・病院内部のコースの2つの研修活動を実施した。現在は管理職となったが、なるべく時間を割いて臨床を実施している。管理職がモデルを理解するのは重要である。組織の指標と実際に実施することが、必ずしも整合してないこともあるが、このモデルの実施は効果があると考えている。
- ADLの研修コースに参加した。本邦研修は、チームとしてやってきた活動を強化するのに役立っている。研修での最大の成果は、日本の様子を見ることで、コロナピアでもできると確信したことが大きい。分野横断的なチームのチームワークの強化が重要だと考えており、医療リハをどのようにソーシャルな部分につなげていくのか。他分野との提携を考えていかないとはいけないと考えている。

(2) 研修成果の普及

- 研修の成果発表・伝達について、作業療法士である自分は、作業療法士の同僚への詳細な報告に加え、大学の同僚教員・学生に普及を行った。総合リハビリテーションは、理論は理解されているが、現実はどうやるのか理解されていないので、写真等で実例として実際に実現されているのを見せたい。一般に、先進国では最先端のテクノロジーを使っていてはという思い込みがあるが、実際には、進んでいるのは技術ではなく、適材適所・やり方が定まっていることだと考える。使用するモデルが関係者に共有されている等、ソフトの面で優れている。自分たちとは違う進んだ技術を使っているというイメージを打ち壊すことが大事だと、本邦研修を通じて学んだ。
- 医療施設において何か具体的なアクションを起こすうえでの障害はない。最初に権限をもつ人間が本邦研修に参加し、方針を策定し、次に専門職を派遣し、他の専門職員に成果を普及する流れができた。チーム形成も、方針があったので問題なかった。他部門とともに研修することで、方針が徹底・浸透し、障害はない。今後は、こうしたことをきっかけに、能力アップ・研修活動を継続していくことが重要である。従来は、個々人の生産性向上に目が向いていたが、プロジェクトを契機に、その他の人への知識の普及や、自分の研修機会にも時間を割く意識ができた。サービスの質や重要性が下がってはいけないので、研修に職員を派遣している間は、大学との提携を活用して、必要な人員を補い、欠員をカバーしている。障害がない理由をまとめると、1つには、ユニットとして、自治権があり、やりたいことのできる環境があること、2つ目として、ユニットの組織が非常にフラットであり、職員の意見が考慮される環境が挙げられる。技術委員会が形成され、各リーダーが参加し、権限をもっている。副部長に相談すればやりたいたいことができるシステムになっている。
- 研修内容を伝える勉強会について、リハビリテーションユニットの職員だけでなく、大学の教員・整形外科の職員等、病院内の別部署の専門家・学生に対しても実施した。
- 教えるなかで、日本の名前を出すことが重要。関心をもって聞いてくれる。進んでいると思われるが、リソースに大きな違いはなく、活用のしかたが異なっている。機材の量に相違があるが、大事なものは使い方である。コロンビアは、建築・バリアフリーが遅れている。しかし、そうした環境でも、リハビリテーションを通じて自立は可能だと考える。
- (3) 視覚障害リハビリテーションの開始
- 視覚障害リハビリテーションの開始について、岩谷先生・仲泊先生から、機

会があるたびに、視覚障害リハビリテーションをやってみてはどうかとの話があった。当初、身体障害のリハビリテーションはHUVで行っているが、感覚障害のリハビリテーションについては考えていなかったが、仲泊先生の話や、CRACが非常に良いモデルであり、身体障害の施設でも感覚障害に対応できることが分かった。全盲等の協会、CRACからもできるのではとのコメントをもらい、病棟上層部の承認を得て、実施することになった。CRACからは人材派遣の支援を受けており、ソーシャルワーカーと心理士が半日来ています。眼科医はフルタイムで仕事している。HUVでは、理学療法士・作業療法士がチームをつくって対応することになった。今後は非、仲泊先生に見に来ていただきたいと考えている。

- 今後、このサービスをどのように改善していくかについて、せっかくプログラムができて患者が来ないと意味がない。EPSから患者を送ってもらうために、広報活動を計画している。視覚リハビリテーションについて、保険のなかで別々のところに患者が行かされてしまうと、せっかくの効果が失われ、弊害が出てしまう。コースは4カ月であり、視覚障害の人が日常生活を行えるようリハビリテーションを実施する。物理的な機材はADLの方で拡充したいが、上記の問題と比べれば大きな問題ではない。

以上

6-1. サン・ピゼンテ・デ・パウラ大学病院 (HUSVP) ADL チーム

日時：2010年11月5日 16:00-17:00

場所：HUSVP

面談者：HUSVP ADL チームのメンバー13名

訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (マルタ氏)

(1) 研修成果、ADL 評価表の進捗状況

- プロジェクト開始前より、リハビリテーション病院のコンピュータに従い、障害者の機能を評価するツールを専門医がデザインし使用していた。現在も以前から使用している評価ツールを使用しているが、今後はチームでデザインした評価表にシフトしていく予定である。現状として、評価表のデザインは終了し、パイロットテストを行っている段階。1月よりADL評価表の活用を開始する予定である。同表は、分野横断的に専門職同士が議論する土台として有益だと考える。
- 本邦研修の成果は、リハビリテーション部門の職員に対してプレゼンテーションを実施し共有されている。学びの機会という意味では、これまでの研修

や従来の評価表のどの部分が不要で、何を新たに加えるべきかという評価表デザインのプロセスにおいてチーム内で協議等ができたことが最良の学びであった。最初の病期研修員の帰国報告を受けて、リハビリテーションにかかわるすべての職員が共通の目的をもつことがチームリハの実践において非常に重要であることを再認識した。

- (2) 従来の診療と最も異なる点・導入の課題
 - 新しい評価表を活用したアプローチは、1つの目的に向けて多様な専門職の仕事を統合することを可能とするだけでなく、患者と目的を共有できる点が従来のアプローチより優れていると感じる。
 - 困難な点は、従来のコンセンプトややり方を変えらることであり、専門職間の壁を克服することだと考える。
 - 評価表のデザインは、ADL チームのなかで共通言語を構築するのにも貢献している。また、新しいアプローチでは患者のリハビリテーションに対する期待を初期段階で確認するため、リハビリテーション終了時に家族の元に帰って生活する・仕事に戻る等、患者の期待を考慮したリハビリテーションを行うことが可能となる。
 - 従来のアプローチにおいても患者の期待を確認していたが、各専門職が分野の視点からそれぞれ独自のアプローチをとっており、チームとして共通の目標をもってリハビリテーションを行う新しいアプローチとは大きく異なっている。
- (3) ADL 評価表作成の過程、工夫・苦労した点
 - 評価表デザインにおける工夫・苦労した点について、各分野の専門職がおのの分野の重要性を強調し、調整する必要があった。また、各分野でADL についての定義が異なっていたため、共通の定義を定め、同定義に基づき必要リソースの分析を実施した。
 - 研修等を通じて多くの情報提供があり、また異なる専門分野の視点から議論するため、評価表に取り入れる内容を取捨選択し、まとめることが苦労した点であった。一方、異なる専門分野の職員の間での対話により、知見の交流が促進され、病院が掲げる3つの柱となるコンセンプトに合致するアプローチがとられることになったことは、生産的であったと考える。
- (4) 従来の診療と最も異なる点・導入の課題
 - 従来の評価表と異なり、新しい評価表は、リハビリテーション専門職が患者との面談で得た情報を記録するだけでなく、各分野の専門職が患者との対話

や観察から記録する部分から構成されている。また、分野横断的に情報交換するため、定期的にカンファレンスを実施する予定である。

- 導入に際しては、評価表を用いた新しいアプローチを現実のサービス供給システム（時間・カバールされるコストの制約・患者は長期のリハビリテーションを行うことが難しい等の現実）に合致するように調整する必要があるが、パイロットテストを通じてこうした調整を実施する。
 - 評価表の活用について、各自が共通の理解をもつことが重要であり、ADL 評価表の活用に関するガイドを作成し、活用方法の標準化を図っている。
- (5) 提供機材の活用
 - 提供された機材は、既に設置され、有効に活用されている。
 - (6) チームリハビリテーションアプローチの継続
 - 病院全体として、リハビリテーション病院を戦略の1つに掲げており、リハビリテーションを強化する明確な方針が打ち出されている。よって、プロジェクト終了後もチームリハビリテーションのアプローチは継続・強化されていく。また、病院内部での普及に関しては、確立したモデルがあり、プロジェクトで得られた知見・成果は、病院内部に普及され活用されていく。
 - 従来の評価表は少数の限られたメンバーによってデザインされ活用されていたが、新しい評価表はここにいるスタッフと協議して策定したものである。活用され続けると考える。
 - 評価表のデザインのプロセスを通じて、単にツールを作るだけでなく、新しいリハビリテーションのアプローチについての考え方も醸成してきた。これまでの研修や活動を通じて、われわれ職員の意識・考え方・態度は変化しており、こうした内面的変化がアプローチの継続的な利用につながっていくと考える。
 - 定量的にリハビリテーション開始前後を評価することが可能な指標を導入している。指標はバイタル・サイン等生物学的な指標から、人間の生活を中心とし患者の健康状態に関する認識等を取り入れた指標に進化しており、国の品質管理チームの監査でも、指標の考え方について肯定的な見解を得られている。こうした指標を満たすことに病院は強くコミットしており、総合リハビリテーションのアプローチはプロジェクト終了後も継続されると考える。
 - (7) 他医療施設へのチームリハビリテーションアプローチの普及
 - われわれはチームリハビリテーションのアプローチに非常に満足しており、

将来的には、その他の IPS にもリハビリテーション・サービス標準的なモデルとして普及していきたいと考えている（病院内では、病院内の看護師にチームリハビリテーションについて説明を行うなど普及を行っている）。

- まずは、病院内でアプローチの使用を通じて、自分たちで実践のしかたを体得することが必要である。その後、学会や病院のネットワーク等を通じて、チームリハビリテーションのアプローチを普及していきたいと考えている。

以上

6-2. サン・ピゼンテ・デ・バウル大学病院 (HUSVP)
 日時：2010年11月5日 8:00-9:00, 10:30-12:00
 場所：HUSVP
 面談者：Ms. Diana Maria Molina Montoya (リハビリテーション部長)
 訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (マルタ氏)

(1) 実施プロセス

- 専門家とは良い関係を築けている。コミュニケーションについては、言語の面で難しさはある。
- 8つのC/P機関間の関係・コミュニケーションについては、プロジェクト対象の4医療施設は、運営管理方法・日常業務の実施の点で異なっており難しさはあるが、おおむね良い関係・コミュニケーションが行えている。ただし、計画段階では、計画機関 (PAICMA, MPS)・実施機関 (対象4医療施設) と日本人専門家間のコミュニケーションルートが明確でなく、混乱はあった。県保健局と病院の関係について、県保健局は病院レベル・部門レベルで、規制を設けている。HUSVPは私立病院であり、公立病院のネットワークには入っていない。そのため、人事等については病院が自由に行うことができる。県保健局への報告義務としては、流行性感染症の発生・サービス内容の改変・新規サービスの開始等がある。
- 病院側の本プロジェクトへの投入に関し、ミニッツに基づき予算・人材の投入を実施してきた。また、投入する人材については、プロジェクトの進捗に応じて適切な人材を投入している。一方、プロジェクトの内容面での変更が多いと感じており、予算や人材の面で見直しが多い。人材面では、プロジェクト活動に人を割くことにより通常の診療に支障が出る場合もある。
- 研修人材の離職はなく、職員の体制は安定している。
- モニタリングについて、今年から PAICMA・MPS・日本人専門家の3者（必要に応じ両県保健局）の体制で運営管理委員会を実施している。また、県のレ

ベルでは、病院・NGO (COMITE)・県保健局の3者がアンテナ・オキオ県委員会を構成しており、活動のフォローアップを実施している。昨年は計画段階だったこともあり、毎週開催していた。ただ、計画機関と実施機関の役割分担が不明確だったこともあり、混乱があった。現在は、両国政府で合意したミニッツに従い3カ月ごとに同委員会を開催している。病院内のレベルでは、協力局 (Cooperation Office) が、リハビリテーション部門と合同で活動をモニタリングしている。

- 他ドナーの支援について、国際赤十字から患者の診療費用の支払いを受けている。また、切断に関する研修の支援も受けている。ロータリークラブからは、視覚障害リハビリテーションに関する機材提供と、患者の交通費の支援を受けている。HI とは、地雷被災者を対象に、緊急救援を焦点とした支援を受けている。上記に加え、日本大使館より草の根無償で機材供与を受けており、大変感謝している。
- 本プロジェクトの実施上の難しさについて、プロジェクト計画の変更が多く、スケジュール調整に時間を要していることが挙げられる。また、時間を要することで、患者の診療とのバランスをとるのが難しくなっていることが挙げられる。

(2) 妥当性

- プロジェクト活動と病院のリハビリテーションに関するニーズの整合性について、HUSVPは97年の歴史を有しており、近年は提供するサービスの質向上に注力している。リハビリテーションの質向上も、上記病院の方針と一致している。また、病院の社会貢献の強化という面からも、質の向上は望ましく、整合的であるといえる。
- プロジェクト目標と地雷被災者や障害者のニーズとの関係について、アンテナ・オキオ県のリハビリテーションの問題は、患者の視点から見ると、サービス提供者が分野ごとにバラバラに存在していることであることだと考えている。プロジェクトを通じて、IPS間の連携が強化されており、この点でニーズに応えていると考える。他方、多数の機関が地雷被災者にコンタクトし、被災者の期待を上げるが、その後被災者への直接的な支援がない点は課題だと考える。
- 帰国研修員は、リハビリテーションチームのミーティングで、研修内容・成果を他のリハ職員と共有している。また病院レベルでは、リハビリテーション病院というビジョン・方針を掲げており、同ビジョンに沿った戦略を策定し、病院内の他部署とも共有している。ADL ルームについては、リハ科の患者だけでなく他部署の患者も利用可能となっている。さらに、病院ではイン

ターナー等の学生受入れを実施しており、同学生生に対して成果の共有を行っている。

- 外部条件について、プロジェクト対象地域の治安、経済危機による資金の問題がある。また、成果2について、プロジェクト途中にMPSが国家ガイドラインの指針を発表したが、予算的制約からMPSの基準に沿ったものではなく、独自のガイドラインを作成することになった点が挙げられる。
- 他ドナーのプロジェクトと比較した本プロジェクトの長所・短所について、長所は、長期専門家の参加、2県が参加することによる他県の経験の共有、日本のリハビリテーションモデル・やり方を学んだことである。短所は、性格の異なる8C/P機関によるコミュニケーションの難しさ、意思決定の仕組みの複雑さ、頻繁な計画・PDMの変更だと考える。

(3) 有効性

- 成果の発現状況について、成果1については、ADLのモデルを見直す等成果が出ている。成果2については、着手したばかりの段階である。
- プロジェクト目標達成のための重要な要素について、病院内では患者中心のアプローチを継続していくことだと考える。より具体的には、ADL活動の実施と継続的な改善だと考える。
- 帰国研修員の毎日の診療における態度変容について、以前は医師が患者に診断を下すという上から下へのアプローチであったが、患者を中心に生物学的・社会的・心理学的側面から、分野横断的に対応するようになった。また、医師とソーシャルワーカー等のコーディネーションが改善した。
- 切断リハビリテーションガイドの活用予定について、当病院に以前からある切断リハビリテーションに関するガイドに、ADLや患者を中心とした総合リハビリテーションの概念を盛り込む形で改訂を準備している。
- プロジェクトの実施に影響を与えるプロジェクト外部の阻害要因については、以下2点が挙げられる。①影響の有無は定かではないが、中央での保健セクター改革の影響、②2県の状況・やり方の違いに起因する問題がある。

(4) 効率性

- 本邦及び第三国研修・セミナーへの参加について、他国の経験・知見を得ること、それにより自分のレベルと比較可能となること、また自分のやっていることを他者の取り組みを通じて確認できること等が、職員モチベーション向上に寄与していると考ええる。
- 日本側の投入について、予算の全体像が分らないため、予算計画が策定しづらい状況になっている。現在、活動の変化に合わせて予算の組み直しを實

施しているが、時間を要しており、プロジェクトの遅れにつながっていると考ええる。

- 活動1.3の地域医療施設の選定に関して、対象地域の選定は、①被災者が多く存在すること、②インフラ・治安面からアクセス可能であること、③他の援助が多く入っていないこと、④県保健局にとって政治的に重要な所、という基準から選定されたと理解している。また、医療施設の選定については、5市から1~3次レベルのIPSが含まれるよう配慮した[1次レベル：3IPS、2次レベル（カウカシア市）：1IPS、3次レベル（メデジン市）：1IPS]。
- 提供された機材と病院側ニーズの関係について、機材は病院のニーズと合致している。大使館の草の根無償による協力があつたため、何が必要な機材か明確になっており、必要な機材を効率的に調達することができた。機材の維持管理は、院内の機器使用・管理規則に従い保守部門が行うことになっているが、供与機材の性格上維持費は必要ないと考えている。また、スペアパーツの問題も発生していない。
- プロジェクトの実施上の課題について、計画と実施の役割分担の不明確さが課題であったが、昨今運営委員会が設置されるなど役割分担が明確になりつつある。

(5) インパクト

- 正のインパクトは、スキルの向上・新しいアプローチの導入・病院内の調整能力向上が挙げられる。マイナスのインパクトとしては、プロジェクトに時間を割くことによる患者に対する診療時間の減少が挙げられる。

(6) 持続性

- プロジェクト期間終了後の成果の持続性について、病院の戦略・方針のなかにリハビリテーションが位置づけられており、持続性は担保されている。また、リハビリテーションは企業の社会的責任（CSR）の観点からも社会的に価値のある事業であり、総合リハビリテーションの質改善に継続して取り組んでいく。
- 職員への研修は、独自資金またはドナーの支援を受けているが、国や県の支援については把握していない。

以上

6-3. サン・ピセnten・デ・バウル大学病院 (HUSVP) の患者
 日時：2010年11月5日 9：00～10：00
 場所：HUSVP
 面談者：患者5名〔付き添い家族2名、病院側心理士1名 (Ms. Nhora Cecilia Jaramillo) 同席〕
 訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (マルタ氏)

- 患者A** 10～20代男性、脚の切断
- ゲリラに脚を銃撃され、2日後病院に搬送されたが、感染症により銃撃を受けた部位を切断した。しかし、1度目の切断が適切に行われておらず、その後も感染がみられたため、再度切断を実施した。現在は国際赤十字から提供を受けた義足をつけており、HUSVPでは義足の利用に関するリハビリテーションを受けており、先日セッションを終了した。セッションは、週3回の頻度で実施。
 - リハビリテーションの目的や内容についての説明はしっかり受けた。リハビリテーション開始前と比較して、機能の回復を実感している。
 - リハビリテーションの期間は、先生が決めている。セッションの第1段階終了時点で病院の専門医が患者の状況を診て、リハビリテーション継続か否かの判断がなされている。
 - 医療費は国際赤十字が負担している (病院の補足説明によると、病院から、診察に係るインボイスを赤十字に送付し、赤十字より支払いを受けているとのこと)。
 - リハビリテーションの内容・職員の態度については、大変満足している。改善点は思いつかない。

- 患者B** 10代女性、地雷被災者、脚の切断
- 県内でも最も地雷が多い市の1つであるアノリ市で、5カ月前に被災した。搬送された街 (サラゴサ) で応急処置を受け、その後別の街 (モンテリア) でつま先より下を切断する手術をし、6日間入院。その後、メデジン市の赤十字を経由して、HUSVPで診察を受け、感染が発覚したため、ひざ下切断の再手術を受けた。HUSVPでは、義足の利用に関するリハビリテーションを受けており、11月12日にセッションを終了する。セッションは週2回の頻度で実施。
 - 療法士よりリハビリテーションの目的・内容について説明を受けた。1本のつえで歩けることを目的としており、実際歩けるまでに回復した。
 - 複数回のセッションのうち、病院の専門医が患者の状況を診て、リハビリ

- ション継続か否かの判断をしている。
- 政府の地雷被災者に関するプログラムが、リハビリテーション及びリハビリテーションに係る滞在費用を負担している。
- リハビリテーションの内容・職員の態度については、大変満足している。

- 患者C** 20～40代女性、視覚障害
- HUSVPでは、5カ月間視覚障害リハビリテーションを受けており、まもなく全セッションを終了する予定である。リハビリテーションにより、一人で外出が可能となり、公共交通機関も利用できるようになった。個人の尊厳を取り戻せたと感じている。セッションは8時間/週であり、週2回通院している。
 - 自立できることがリハビリテーションの目的だとの説明を受けた。自立には、病院・家族・患者の協力・努力が必要であると感じている。患者の期待を最初に確認してくれたので、自分で歩くこと、家事をすることを目的とした。
 - リハビリテーションの期間は6カ月だが、自分のコミットメントだいたいと考えている。6カ月のリハビリテーションが終了した段階で、更にリハビリテーションが必要か、専門医と協議することになっている。
 - 民間の保険会社に17米ドル/月を支払っており、同保険会社がリハビリテーションに係る費用を負担している。
 - リハビリテーションの内容・職員の態度については満足しており、リハビリテーションを継続したいと考えている。自分でできることが増え、家族も喜んでおり、自身の内面的な変化を感じている。自分は教育の専門家であり、今後このキャリアを続けていきたい。

- 患者D** 20～40代女性、視覚障害
- 6年前に視覚障害となり、HUSVPでは6カ月間視覚障害リハビリテーションを受け、11月26日に全セッションを終了する予定である。アンティオキア県の地雷被災者が多い村で育ち、3年前に国内避難民としてメデジン市に移住してきた。以前は付き添いが必要であったが、現在はバスや電車等公共交通機関を利用して通院可能となり、個人として自立することで尊厳を取り戻せたと感じている。セッションは8時間/週であり、週2回通院している。
 - リハビリテーションの内容については説明を受けている。患者の意見を聞いてくれるため、目的を自分で納得して定めることができる。また、リハビリ

¹ 鉄道会社は、Disability Friendly Policy を掲げており、HUSVPやその他 IPS やその他 鉄道会社への構言により、鉄道会社は障害者が利用しやすいような必要な措置をとるというコミットメントにサインしている。実際、視覚障害者に対して職員が介助を推奨するなど、変化が見られているとのコメントがあった。

テーション開始前は PC が何であるか知らなかったが、リハビリテーションの過程で PC や視覚障害者用のソフトウェアの使い方を学び、現在は PC が活用できるようになった。

- リハビリテーションの期間は、上述の患者と同様である。ただし、どのような状態で病院に来るかによって、リハビリテーションの期間は異なってくると思われる。
- リハビリテーションに係る費用は、成人視覚障害リハビリテーションセンター (CRAC) 及び一部は HUSVP の負担 (CSR Policy の一環) で賄われている。
- リハビリテーションの内容・職員の態度について大変満足している。4 人の子どもがおり、家で PC を使って働くことが夢である。

患者 E 10~20 代男性、脊髄損傷

- ゲリラとの紛争地帯の村に居住しており、屋根から落下した際に脊髄を損傷した。他の 3 か所の IPS で診察を断られたが、HUSVP に受け入れてもらい、6 月 30 日に手術した。ADL ルームを活用したリハビリテーションを行っており、ベットメーカー・着替え・ドアの開閉・入浴等が一人で可能となり、脚も動くようになった。セッションは 6 時間/週であり、週 1 回通院している。
- 自立が目的だとの説明を受けており、動くことに対する恐れを忘れることが必要だとの説明を受けた。リハビリテーションの過程を通じて、脚を動かすことができるようになり、「できる」ということを気づかせてくれた。現在は、平行棒を持って動けるようになった。
- リハビリテーションの期間については、担当の理学療法士が状態を診て決定すると考えている。リハビリテーションに係る費用のほぼ全額は、国及び県の保険システムで賄われているが、交通費は含まれていないため負担となっている。
- リハビリテーションの内容・職員の態度については満足している。強い改善点を挙げるとすれば、病院から遠く離れた場所にもサービスが必要としている人はおり、こうした人々に対する訪問サービスの提供があるとありがたいと考える。

以上

6-4. サン・ピセンテ・デ・パウル大学病院 (HUSVP) 帰国研修員

日時：2010 年 11 月 5 日 14：00～15：30

場所：HUSVP

面談者：Mr. Ariel Ramsés López Católico (リハ医)、Mr. Juan Carlos Parra (リハ医)、Mr. Néstor Raúl Buitrago López (作業療法士)
訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (マルタ氏)

(1) Mr. Ariel Ramsés López Católico (リハ医)

- 医学生のところから地雷被災者のリハビリテーションに携わっており、軍病院で実習経験もある。日本での研修は、リハビリテーションの考え方に大きな影響を与えた。患者の自立を促すのがリハビリテーションの役割であるという考え方に変わった。また、リハ医・ソーシャルワーカー・心理士が患者を中心にチームとして働くようになった。
- 本邦研修で最も印象に残ったことは、視覚と切断の重複障害者から夕食に招待を受けたことである。同氏は一人暮らしをしており、視覚・切断の障害がありながら、一人で日常生活のあらゆることをこなしている点に驚きを感じた。また、同氏の生活ぶりをビデオに録画し、患者に見せるところ、患者のモチベーション向上につながった。また、社会包摂を実践している企業の訪問 (ダイキーン) も印象的であった。障害者の雇用義務以上の障害者が雇用されており、認知症の患者が同僚と友好的に仕事をしている姿には驚きを感じた。
- 研修成果の普及について、これまでに 4 回発表を実施した。1 回目は、病院内のリハビリテーション専門職に対する発表。2 回目は Hospital Saturday という一般向けの講演会で、市民向けに切断リハビリテーションの発表を行った際に日本での研修にも触れた。3 回目は、ハンディキャップ・インターナショナル(HI)の支援で、メデジン市内において最終学年の医学生・療法師を対象とした成果発表会。4 回目は、PALOMA のプログラムで、他県において総合リハビリテーションに関するプレゼンを実施し、ダイキーンの話や、患者のビデオを研修材料として活用している。

(2) Mr. Juan Carlos Parra (リハ医)

- 3 週間に本邦研修を修了し帰国した。本邦研修を通じて、2 年間病院で行ってきたことが正しい方向に向かっていることを確信した。6 カ月前から日本のフレームワークを使ったチームリハビリテーションをスタートさせたが、日本で実際にチームリハビリテーションが機能していることを確認でき、満足している。

- 研修参加以前、異なる分野の専門家がどのように協働してチームリハビリテーションを実施しているのか知りたいと考えていた。本邦研修では、国立障害者リハビリテーションセンターのスコープ、提供するサービスの種類の多さが印象的であった。また、異なる分野の医師が集まり行うカンファレンスが、短時間で具体的なかつ簡潔に終わることが印象的であった。
- 成果の普及に関しては、毎週1回早朝にリハビリテーション科の職員が集まり持ち回りで発表を行う場がある。その場を借りて、11月17日に同僚に対して成果発表を行う予定である。
- 日本から帰国して間もないため、研修の成果活用はこれからだと考えている。
- ADL評価書の導入は、変化が大きく、それゆえ困難はあると考える。しかし、6カ月前からADLグループでは各分野の専門家とADL評価表について協議し評価表の変更を行ってきたので、ある程度困難は解消したと考えている。

(3) Mr. Néstor Raúl Buitrago López (作業療法士)

- 本邦研修ではロービジョンのコースに参加した。HUSVPでは全盲の患者よりロービジョンの患者の方が多かったため、日常の診療のなかで研修で学んだことを生かせる場は多い。
- 日本の保健システムが非常に総合的であることが印象に残っている。事故に遭ってから社会に復帰するまでのシステムができてきていること、リハビリテーションのプロセスがコロナ禍より集中的であると感じた。
- 研修の成果については、毎週水曜日のリハビリテーション科の職員会議で共有した。また、ロービジョンのリハビリテーショングループ内でも研修成果について協議し、新しいサービスのアイデアについても話し合いを行った。
- 新たに始めたこととして、視覚障害リハビリテーションの機材を導入した。仲泊先生から助言を頂き、眼科に機材を設置するのではなくリハビリテーション科内に機材を設置し、視覚以外の障害をもつ患者が1カ所でリハビリテーションを行える環境を整えた。
- 新しいことを行ううえで大きな障害はない。リハビリテーション科の職員は基本的にオープンであり、新しいアプローチに前向きである。困難な点を挙げるとすれば、ロービジョンの患者に対しては医療保険が適用されない特殊なレンズが必要となるが、メデジン市では手に入らず、ボゴタでしか入手できないことが挙げられる。また、必要な数のリハビリテーションのセッションが保険会社によって許可されないことも課題である。

以上

7-1. コミテ・デ・リハビリタシオン (COMITÉ) ADL チームへのインタビュー
 日時：2010年11月8日 8:00-9:30
 場所：COMITE
 面談者：COMITÉ ADL チームのメンバー7名
 訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (マルタ氏)

- (1) 研修やセミナーで得たこと、成果の活用・普及と、普及での困難・発見
 - これまでの研修やセミナーは、特にADL評価という従来のアプローチより幅広いアプローチに関する知識の向上に役立っている。また、自分は心理士であるが、以前は知らなかったツールについて知ることができ役立っている。日本人専門家による研修では、歩行支援とその他動くための支援、15分歩行できるための診療と、時間を要するがより長い期間活動できる診療のどちらが障害者にとって良いか等について議論し、議論を通じて理解を深めている。日本人専門家の日本での経験に基づいたフィードバックは非常に役立っている。特に、チームリハビリテーションのアプローチは、患者の視点から、リハビリテーションがより効率的なプロセスとなるのに役立っている。
 - 西文字幕付きのビデオ教材や、ADLに関する日本人女性医師とのテレビ会議は、ADLについての理解を深めるのに役立っている。
 - 異なる専門分野の職員が1つのチームを構成することにより、自身の専門分野以外の視点から知見を交換できることが有益だと感じている。
 - ADLについての活動が開始されてから約1年が経過した。自身は、10年前から理学療法士をしているが、チームで行うアプローチを学ぶことにより、以前と異なる視点で仕事に取り組んでいると感じている。
 - 本邦研修を含む研修成果は、ADLチーム内だけでなく、当NGO内の他部門の職員とも共有されている。以前より患者中心のリハビリテーションを標榜していたが、概念の実践についてはどのようにすべきか明確でなかった。ADL評価表というツールを使うことで、概念を実践できると考えている。

(2) ADL 評価表作成の過程、工夫・苦勞した点、導入における課題

- 評価項目のデザイン段階では、ICF 項目から更に重要な項目のみを選択したが、項目の絞り込みに非常に長い協議を行い、時間を要した。評価対象とする項目の絞り込みが最も苦勞した点である。
- 表のデザイン段階では夢見がちとなるため、評価書の作成よりも導入の方がより難しいと感じている。現在のコロナ禍の保健システムでは、ADL 評価表を活用してのリハビリテーション実施の概念はなく、チームリハビリテーションの実践に伴う直接診療以外の投入時間に対する対価 (コスト) がカバ

一されない。そのため、保険会社によるコストのカバーについて懸念している。

- ADL 評価表で評価する項目は、リハビリテーションのプロセスのなかでフォローアップする必要がある。時間的・コスト的制約があるなかでどのように実施するのが難しい。また、小児を対象とした評価表は現在の。作成する場合、評価表のデザインにまた多くの時間を要するのではないかという点が懸念としてある。
- 従来のツールは、単に情報を得るために使用していた。本来の意味でADLアプローチを導入するためには、職員がADL 評価表の目的を理解し、新たなツールに慣れることが必要であり、時間を要するプロセスだと考える。
- プロジェクトで予定されている「オフィシャル」なパイロット的使用とは別に、ADL 評価表のパイロット使用を開始した。評価の質問が地域住民が理解できる言葉となっているかを ORR プログラムのなかで使用し確認している。また、パイロット使用から見えた課題として、以下の点がある。
 - ✓ 評価項目について、専門職は各分野の視点から考えるため、自身の専門分野において必要な項目が網羅されていないとの指摘を受ける。
 - ✓ 分野横断的に複数の専門職がかかわることが目的だが、1人で評価してしまう。
 - ✓ 1度しか来ない患者等への対応。

- 本格的な導入に関しては、ソフトウェアの変更等技術的な部分に加え、従来コロンビアでは障害を中心にとらえており、患者中心の考え方にシフトするための人材育成・研修が必要である。また、文化的側面からキリスト教的・父権的な考え方があり、患者中心へと考え方を变える職員への研修も必要だと考える。
- 障害者が自律できるようになると、社会的に包摂されることへ目的がシフトするが、社会的包摂の段階では多様な機関と連携する必要がある。こうした連携は現在の制度のなかでは難しく、またリハビリテーションを終了すると患者との接点がなくなるため、社会的に包摂されるところまで把握するのは困難である。

(3) 導入に必要なリソース (機材・資金・人材・知識)

- 本格的導入のためには一層の職員研修が必要だと考える。特に、ソーシャル・ワークや理学療法分野の強化が必要であり、人員の強化も必要だと考える。
- ADL 評価を行うために必要な機材等のリソースは揃っている。ただし、現在のADL ルームの機材配置は、部屋が狭く患者の動きが限られてしまう点が問

題だと考える。

(4) 提供機材の活用

- 一部の機材については、部屋の調整が必要で活用はこれからであるが、機材リハビリテーションやADL プログラムのなかで提供された機材は既に利用されておき、非常に役立っている。

(5) チームリハビリテーションアプロアプローチの継続

- チームリハビリテーションをプロジェクト終了後も継続していくには、財政的な持続性が必要である。ADL 評価表を活用したチームリハビリテーションは、複数分野の専門職が関与し、その分コストを要するが、コロンビアの保険システムではチームリハビリテーションによる診療の質の向上に対して対価を支払う仕組みになっていない。今後、保険会社に対しても成果を示し、態度の変化を促していきたい (成果を示すことが唯一、説得できる方法だと考える)。
- 財政面以外では、チームアプローチを活用していくため、職員同士のスケジュールの公開・職員内での継続的なフィードバック・患者や外部の専門職等へのフィードバックの3点を継続していくことが必要だと考える。
- その他、学会や国際的な会議の場でADL 評価表を活用したチームリハビリテーションについて発表し、他の医療施設にも広めていきたいと考える。以上

7-2. コミテ・デ・リハビリタシオン (COMITÉ)

日時：2010年11月4日 13:30-15:30

場所：COMITÉ

面談者：Ms. Blanca Cecilia Cano Restrepo, Mr. Carlos Alberto Quintero Valencia

訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (マルタ氏)

(1) 実施プロセス

- コロンビアの保健システム・サービス供給ネットワーク・障害者を取りまくシステムは非常に複雑なため、日本人専門家の上記に対する理解が必ずしも十分でない部分もあり、時折発言の意図を理解されていないと感じることもあるが、全般的に日本人専門家とは良い関係を構築しており、コミュニケーションもとれている。

- カリ市とメデジン市に専門家がおり、コミュニケーションのとおり方は異なる。カリの専門家からはメール等で助言を得ている。他方、メデジンの専門家にについては独立して活動していることが多く、これまでコミュニケーションの頻度はあまり高くなかった。
- 8つのC/P機関間の関係について、当NGOはHUSVPを母体として設立されたこともあり、緊密で良好な関係を築いている。他の機関との関係についても、仕事のやり方・関心領域・期待は異なるが、一般に良い関係を築けている。ただし、個人的には、時折MPSや県保健局の本プロジェクトの範囲についての理解や、プロジェクトへの能動的な態度が欠けていると感じることもある。
- 8C/P機関内の責任の所在は明確である。成果1、2は病院での活動であり、成果3、4はわれわれNGOの活動だと理解している。ただし、成果4についてはわれわれにも経験や専門性はなく、役割も明確ではないと感じている。
- 当NGO、HUSVP、アンテオキア県保健局の3者の関係について、前述のとおり当NGOとHUSVPは歴史的に緊密な関係があるが、公的な文書で定められた関係はない。当NGOと県保健局との関係については、県保健局と契約を締結し、保健分野のプロジェクト、特にOBRの領域でのプロジェクトを数多く実施してきた。当NGOは、県保健局だけでなく、県内の約半数の市町村(municipality)である60市町村とも仕事をしている。
- 本プロジェクトは、当NGOの理事会の承認を得ており、人員・予算の配分についても承認を得ている。人員については、当初Ms. Blancaが本プロジェクトの責任者となったが、現在はMr. Carlos Quinteroが責任者として従事している。その他に、多様な専門性をもつ6〜7名から成るADLチームがある。予算については、本プロジェクトのための特別なファンドがあり、同ファンドよりプロジェクトに係る旅費等の支出を行っており、予算上の問題は無い。
- 職員の異動・離職等の問題の有無について、当NGO内の本プロジェクトの責任者であるMs. Blancaの交代はあったが、プロジェクトにかかわる職員の離職はない。交代については、2010年4月よりMs. Blancaの仕事をMr. Carlos Quinteroが引き継いでいる。交代に伴う引き継ぎには十分な時間を費やしており、マイナスの影響はないと考える。
- モニタリングについて、アンテオキア県の関係機関が集まるASC(アンテオキア県運営委員会)を、2009年は計画段階というところもありほぼ毎週開催し、活動状況について協議した。2010年も前年ほど開催回数は多くないが、ASCの場で各活動の計画・進捗について協議している。ただし、モニタリングに関する決まったやり方や計画は現在までのところない。当NGO内部のモニタリングについては、品質管理システムがある。品質管理システムに

- ついて、より具体的には、エクセルを活用したモニタリングシート(フォーマット)があり、計画と対比してプロジェクトの進捗状況のフォローアップを行っている。現在までのところMs. Blancaがフォローアップを担当している。成果3、4については、今後県保健局と調整しつつ、各活動について品質管理計画を立てる予定である。
- 他ドナーとの類似プロジェクトについて、EUやコロンビア国内の機関とともに障害者や地雷被災者を対象としたプロジェクトを実施しているが、これらの案件は、地雷リスク教育(MRE)や、社会・心理的支援を主目的としており、本プロジェクトと補完関係にあると考えている。
- 阻害要因について、プロジェクト対象地域の治安状況はプロジェクト活動の成果への到達方法に影響するため、治安の問題は常に外部要因として存在している。地理的要因・インフラの問題に由来する市町村への物理的なアクセスの問題もある。また、現状大きな変化はないが、保健システムに影響を及ぼす可能性がある政治状況の変化についても注視する必要がある(2011年アンテオキア県でローカルレベルの選挙あり)。個人的には、コロンビアの保健・教育・労働・社会福祉のシステム間の関係は十分でないため、総合リハビリテーションを実現するのは、現状のままでは難しいと感じている。

(2) 妥当性

- プロジェクト活動とNGOのミッションやニーズ等との整合性について、プロジェクトの内容は当NGOの考え方と整合的である。当NGOでは、以前より患者中心のリハビリテーションサービスの提供を考えており、本プロジェクトを通じて、一部の専門職だけでなく全職員・理事にもこうした考え方が浸透したと感じている。
- 研修の内容について、ADL活動に関する研修等、これまでの研修は障害をもつ患者のニーズを反映していると考えている。また、研修を通じて患者のニーズに基づくアプローチの重要性を認識するとともに、われわれ職員の能力・コンピタンスの強化が図られ、サービス提供の改善につながっていると考える。
- 障害者の権利に関する文書や医療施設受診前処置基本手順ガイドは、現在作成の途上にあるが、障害者のニーズを反映する内容になると考える。障害者の権利に関する文書については、当NGOに診療に来る患者やその家族に内容確認を依頼するパイロットテストを実施する。当該文書は、地雷被災者だけでなく障害者全般が活用できる内容になるようめざしている。
- 地雷被災者のプロジェクトの参加について、われわれは被災者だけでなく障害者全般も視野に入れ活動を行っている。その理由として、当NGOに来る地

雷被災者の数は多くなく（全患者の1%程度と推測²⁾）、被災者が行うのは身体的及び義肢義足に関するリハビリテーションのみではあるが、プロジェクトの成果は被災者だけでなく障害者全般にも裨益することが背景にある。また、プロジェクトの実施プロセスについて、成果3に関して2月にプロジェクト対象の市町村を訪問し、障害者団体・市町村の関係者・対象地域の保健関係者と打合せを行い、プロジェクトの目的について説明するとともに、対象地域の障害者のニーズ確認を行っている。成果4については、直接的に被災者のニーズを確認する対話は実施してはいないが、コミュニティのリーダーに会いガイドの内容について協議している。

- 本邦研修受講者の選定について、本邦研修は過去3回実施されたが、研修内容に応じて適任者を選定し派遣した。初回は責任者向けのコースであったので Ms. Blanca が参加し、2回目は研修内容が切断に関するものであったので リハ医の Mr. Carlos Quintero が参加した。3回目は分野横断的なテーマであったため、20年以上の経験を有し HUSVP でも仕事をしていたソーシャルワーカーを派遣した。
- 研修内容の普及の仕組みについて、研修出発前に帰国後の活動計画（研修内容を職員に対し啓発するワークショップ等の実施を含む）の提出を義務づけしており、研修内容を組織内で普及する仕組みがある。また、ADL 活動については、本プロジェクトに参加していない他部門の職員に対する研修を実施しており、その際に本邦研修の内容・成果についても説明している。
- 外部条件の変化について、2010年初頭に行われた前政権の施策により、バホ・カウカ市では政治・社会状況が大きく変化し、治安状況が悪化した。
- 他のプロジェクトと比較した本プロジェクトの長所・短所について、他の多くのプロジェクトが、研修実施や義足の供与等限られた影響しか与えられないのに対して、本プロジェクトは総合的なアプローチを採用しており、活動の成果が国家レベル・国家のリハビリテーション政策に影響を与えることができる点が長所だと考える。一方短所は、プロジェクト予算が分らない点である。各活動にどの程度の予算が割り当てられているのか分からないため、計画が立案しづらいと感じている。

(3) 有効性

- プロジェクトの成果・進捗について、プロジェクトのこれまでの段階では、リハビリテーション職員への研修・技術移転が中心であり、これらは非常に

²⁾ NGO プロジェクト担当者による大まかな推測。障害者に占める地雷被災者の割合は、例えば、カウカシア市の場合、障害者数約200名のうち地雷被災者は6〜7名との説明もあり、当該 NGO における割合が極端に低いわけではなく、全国的にも、障害者に占める地雷被災者の割合はそれほど高くないと推測される。

有益であった。こうした研修もあり、組織内ではリハビリテーションのアプローチを変える等の成果が出ていると感じており、満足している。ただし、障害者にとって正のインパクトとなる総合リハビリテーションの実現については、各機関が調整・協力する必要があるが、長い道のりだと考える。上記の点に加え、プロジェクトデザインの段階では、障害者や地雷被災者が制度・機関として含まれていなかったため、現在どの活動に地雷被災者を参加させるのか明確ではなく、地雷被災者の参加は難しいと考えている。

- 障害者の権利・義務や医療施設受診前処置基本手順ガイドの普及促進のために、単に資料を配布するのではなく、現場で研修を実施するのが最も効果的な普及方法だと考えており、市町村での研修実施を計画している。ただし、成果4については、リハビリテーションを主たる事業とする組織の性格上、医療施設受診前処置基本手順について経験・知見がなく、研修を実施できる講師を外部から登用することで県保健局と合意している。
- 障害者の権利・義務や医療施設受診前処置基本手順ガイドに関する職員の知識向上について、成果3の障害者の権利と義務については組織としてよく理解している。これから実施する地方での活動を通じて、職員の知識はより向上すると考える。一方、成果4の医療施設受診前処置基本手順ガイドについては、活動を通じて理解し始めているが、前述のとおり当該組織の関心・活動領域の外に位置する活動である。
- 成果3、4と総合リハビリテーションの質改善の関係について、成果3に関しては、権利に根ざしたアプローチの視点に立てば、障害者が権利を認識することは非常に重要であり、権利の認識がアクセスを改善し、直接的にリハビリテーションを受けられる障害者の増加が質の向上を促すことにつながる。成果4については、地雷被災者に対する受診前処置基本手順はリハビリテーションに至る長いプロセスの入り口であり、初期に適切な処置がとられることはその後のリハビリテーションにとって大きな影響があると考

(4) 効率性

- 本邦研修や第三国研修は、プロジェクトに対する職員のコミットメントを高めるインセンティブとして機能しており、研修の成果は非常に有益であると考
- 日本側の投入について、長期専門家（チーフアドバイザー及び公衆衛生専門家）の到着に遅れがあった。専門家の技術的専門性については、チーフアドバイザーの専門性は高い。公衆衛生専門家については、専門性を測るのは困難であり判断できない。短期専門家については、両専門家とも高い専門性が

- あり、多くの貢献があったと感じている。
- 成果3の文書のレベルについて、現在はドラフトの改訂を行っている段階であるが、当 NGO はコミュニティと 24 年間活動してきた経験があり、コミュニティ関係者の理解レベルを把握し、コミュニティで普及を行う際の手法についても熟知しており、成果3の目的を達成できると考えている。
- 供給機材の活用・管理について、ADL・機能リハビリテーションに必要な機材は既にセットアップされ活用しており、大変役立つ。理学療法法の機材については、部屋のスペースの問題があり一部設置できていない機材があるが、新たな設置場所を既に確保しており、来週にも設置し活用し始める予定である。いずれの機材についても、メンテナンスを行う職員が維持管理を行うことになっている。現時点でスペアパーツ供給等の問題はなく、また機材の性格上将来的にも問題ないと考えている。
- プロジェクト終了後のメンテナンス費用について、当 NGO は品質管理に関する ISO を取得し、メンテナンスを前述の品質管理システムの一部に組み込んでおり、メンテナンスに係る費用は適切に確保される。また供給された機材は、機材の性格上少額のメンテナンス費用しか必要としないと考える。
- プロジェクト実施上の課題について、以下3点がある。
 - ✓ これまでの活動のなかでは、計画変更への対応が困難であった。例えば、当初 JICA がコミュニティでの活動に関するコストを負担することになっていたが、安全上の理由から JICA としてコミュニティでの活動実施は困難となり、メデジン市に関係者を集めての研修実施手法に変更された。同変更は実施計画の全面的な見直しとなるため、対応が困難であった。
 - ✓ 成果 3、4 の今後の活動については、予算措置を含めアンテオキア県保健局の政治的意思に依存している（予算は確保されているが、執行は 2011 年に行われる。2011 年は選挙の年でもあり、一部予算が凍結される可能性もあり、その意味で政治的意思に依存しているといえる）。
 - ✓ プロジェクトの意思決定に関する情報が、必ずしも迅速に伝えられていないと感じている。日本人専門家・PAICMA・MPS の 3 者による協議で日常の意思決定が行われているが、チーフアドバイザーや業務調整専門家がバジェエ県にいるという地理的要因もあり、バジェエの方が意思決定に関する情報を早く入手しており、われわれには迅速に伝えられていないと感じることがある。
- (5) インパクト
 - プロジェクトから発現している正負のインパクトについて、これまでのとこ

る負のインパクトは特に見当たらない。正のインパクトについては、リハビリテーションのアプローチの変化や職員の意識・態度の変化に加え、アンテオキア県保健局・MPS・PAICMA との関係強化（直接的な関係の構築）が挙げられる。また、折り紙研修ではリハビリテーションの一端としての技術的な側面だけでなく文化的交流が促進された。

(6) 持続性

- 現在 2011～2013 年の活動計画について協議しており、同活動計画には本邦研修等で学んだ総合リハビリテーションの概念・アプローチが反映されている。よって、プロジェクト終了後も当 NGO において総合リハビリテーションの質改善は継続的に行われていく。
- 持続性の強化のために実施している取り組みについて、当 NGO 内部の活動の持続性については、上記の活動計画が持続性の強化につながると考えており、持続性に自信をもっているが、コミュニティでの活動の持続性については、国の社会保障政策・県保健局の政治的意思に依存している面があり、われわれだけで持続性を確保するのは難しいと考えている。

以上

7-3. コミテ・デ・リハビリタシオン (COMITÉ) 帰国研修員

日時：2010 年 11 月 4 日 16：00～17：00

場所：COMITE

面談者：Ms. Blanca Cecilia Cano Restrepo, Mr. Carlos Alberto Quintero
Valencia, Ms. Gloria Amparo Quiroz Cifuentes
訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (マルタ氏)

(1) 本邦研修の活用

- プロジェクトの初期段階から当 NGO のなかでプロジェクトに参加し、これまでにアンテオキア県で実施されたすべての研修に参加している。本邦研修を含め、研修はリハビリテーションに関する視野を広げ、専門家としての意識を高めるのに役立っていると感じている。ADL 活動の実施に関しては、患者が自立して日常生活に必要な活動を行えることが目的だが、コロナの現在の保健システムではこうした目的の実現に対応できておらず、政策・保健システムの变化が望まれる。また、日本とコロナでは政治・経済・社会のすべての面で相違があり、日本のシステムをそのままコロナに適用することはできない。よって、導入に際してはコロナの現状に合致するよう

- システムを調整する必要がある。
- 帰国研修員同士では、日本の総合リハビリテーションのモデルについて頻繁に話しており、研修成果の発表会以外の場でも職員同士の日常会話のなかで、研修の内容や成果について話す機会は多くあり、本邦研修で得た情報や知識の共有・定着に役立っている。
- 当 NGO での、リハビリテーションモデルの変化という直接的な影響に加え、個人的にも毎日患者と接する際に、患者の日常生活のなかで何が必要なのかを今まで以上に考え、リハビリテーションの治療を実施するようになった。

(2) 本邦研修の印象的な点

- 日本の総合リハビリテーションシステムは、適切なタイミングでサービスを提供できていること、障害者に対して配慮したシステムとなっていること、総合リハビリテーションのネットワークの機能のしかた、初期段階から総合的な視点で患者に対する対応がとられていること、医療関係者・患者・患者の家族・行政の間で適切なコミュニケーションがとられていること等が、本邦研修で印象的であった。また、小さな町を訪問した際、障害者を社会の一員として包摂し支え合うこと (social inclusion) に対する政治的な意思を感じたことや、木工を通じた作業療法等文化に根ざした手法が活用されていることも印象的であった。
- 日本の社会福祉システム、障害者が街に出ることができず、障害者にも配慮された社会インフラ、法やルールを順守する日本人の態度等が印象的であった。
- 法・社会構造・政治行政システム・サービスネットワーク等が相互に整合的で、調和がとれている点が印象的であった。コロナ禍にも素晴らしい法律はあるが、実施体制が伴っていない等、相互に調和がとれていない問題があるので、日本は対照的である。

(3) 研修成果の普及、新たに始めた活動

- 当 NGO 内部では、本プロジェクトにかかわる職員だけでなく他部門の職員に対しても、本邦研修で印象的であった点やプロジェクトの進捗・成果について発表を行った。また、県保健局や HUSVP の帰国研修員と協働で普及計画を策定し、3 人のブレゼンテーションを持ち寄り寄って取りまとめ (日本における障害者支援、障害者に対する取り組みについての歴史の変遷等を中心に発表)、メデジン市内の NGO・大学・病院に対して成果の普及を行った。普及のうえでの困難はなく、3 人のブレゼンテーションをまとめる過程で各自の研究成果や考え方について意見交換することができ、理解が深まり有益であった。

- 当 NGO 内部で 4 回ブレゼンテーションを実施したほか、講師を務めるアンテイオキア大学において学生や同僚の教員に成果の普及を行った。また、8 月に実施された中南米のリハビリテーション専門職の会合において、ADL アプローチ・日本の総合リハビリテーションアプローチに関するブレゼンテーションを 2 回実施した。
- 帰国して間もないため、まだ普及活動を実施していないが、今後当 NGO 内部の ADL チームやソーシャルワーカーに対して研修成果の共有を行う予定である。
- 新たに始めた活動については、3 人とも ADL チームの一員であり、同チーム内で研修成果を活用して ADL 評価表を作成し、今後同表を活用していく予定である。

(4) 研修成果を実施していくうえで困難な点

- コロナ禍では、大学でのリハビリテーションに関するカリキュラムでは障害に焦点をおいており、ADL について考慮されておらず、上記の取り組みを根付かせるためには人材を育成する必要がある。
- コロナ禍の保健システムには総合リハビリテーションの概念がなく、保険会社は患者を分野ごとに提携医療施設に送ってしまうので、総合リハビリテーションの概念を実践するのが難しい。保険会社との話し合いは開始している。また、保険会社が指示する医療施設は、患者のアクセスの観点からは必ずしもベストの選択ではないこともある。
- 分野横断的な診療の導入は、人材への研修時間が必要となるが、こうした患者のために使う時間に対する保険会社からの支払いはなく、コストの問題がある。また、分野横断的な診療を実施できるようサービス提供体制を変更する必要もある。こうした変更には時間とお金が必要となる。
- コロナ禍と日本では、障害者を取りまく環境・教育レベル・障害者に対する態度・その他貧困や犯罪等の社会問題の点で相違があり、コロナ禍での総合リハビリテーション実施をより複雑で難しいものとしている。
- ADL 評価表の導入に関する困難な点は、コンピュータベースでの導入を考えているが、担当ごとにコンピュータがない等の物理的な問題や、現行のシステムと新たに作成したエクセルベースの ADL 評価表のソフトウェアの互換性の問題等、技術的な問題で活用できない等の問題がある。
- コストに関して、例えば保険会社は患者に対する直接的な診療に要する 0.5 時間分しか費用を認めないが、ADL アプローチでは分野横断的に専門職が集まり患者について協議するミーティング等が必要であり、こうした活動に対して費用が支払われないことも導入を難しくしていると感じている。

以上

7-4. コミテ・デ・リハビリタシオン (COMITÉ) の患者

日時：2010年11月8日 10:30-11:30

場所：COMITÉ

面談者：COMITÉに通う患者3名（各患者の付き添い家族が同席）

訪問者：若杉 健次（コンサルタント）、通訳（マルタ氏）

患者A 80代女性

- 車いす生活であり、足の機能回復のためのリハビリテーションに通っている。6月にスタートし、ボール等を活用した理学療法のセッションを全11回行い、本日が最後の診療である。先週は棒を使つての歩行訓練を実施した。
- COMITÉ について隣人からの評判を聞き、保険等は使わず自費で通っている。
- リハビリテーションの頻度は、予約が取りづらく15日後になることもある。頻繁に行えないため、次回のリハビリテーションのセッションまでに症状が戻つてしまい、進歩を感じられない。
- リハビリテーションの目的や内容については最初に聞いたが、私のように高齢でかつ精神的障害もあるような場合、患者の特性から患者側が思っているように機能が回復しない可能性が高いのであれば、その旨最初の診断時に説明してほしい。
- 特殊なケースであることは理解しており、一般のリハビリテーションに通う方には良い施設だと思うが、私のケースではリハビリテーションの内容に満足しておらず、また職員の対応も、治療の途中でその場を離れる等満足していない。すべてのスタッフが、患者の目線により温かい態度で接していただけることを望みたい。

患者B 10~20代男性

- 車いす生活であり、足の機能回復のためのリハビリテーションに通っている。
- 事故後最初に診察を受けたクリニックからの推薦、及び保険会社の指定により、COMITÉに通っている。
- 11カ月前にスタートしたが、リハビリテーションにこない期間もあった。現在は4回/月のペースで通う予定であり、全12回のセッションのうち2回は既に実施した。12回のセッション終了後、COMITÉの医師の診断を受け、その後のセッションの必要性について判断されることになっている。
- リハビリテーションの目的や内容については最初に説明を受けており、日常

生活を行いやすくするために取り組んでいる。

- リハビリテーションに係る費用は、保険会社が負担している。
- 診療の内容・職員の態度には満足している。通院に時間を要するため、1セッションが1時間半では短いと感じており、より長くかつ頻繁なセッションを期待したい。

患者C 10~20代男性

- 車いす生活であり、家の中で動けることを目的に、上半身の体幹強化・足の機能回復に係るリハビリテーションを行っている。
- 1カ月前からスタートし、半月に3回の頻度で通っている。リハビリテーションの目的や内容については最初に説明を受けており、リハビリテーションに係る費用は保険会社が負担している。保険は診療に係る費用のみしかカバーしないため、交通費等その他の負担が重い。
- リハビリテーションの内容・職員の態度には満足している。リハビリテーションの効果発現を感じており、より頻繁かつ1回の診療がより長くなることを期待したい。

以上

8-1. ファンダシオン・イデアル (IDEAL) のADLチームへのインタビュー

日時：2010年11月11日 13:45-14:45

場所：IDEAL

面談者：IDEALのADLチームのメンバー6名

訪問者：大野 純子 (JICA ジュニア専門員)、若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (矢口氏)

(1) 研修やセミナーで得たこと

- 研修を通じて、総合リハビリテーションモデルへの理解が深まり、どのように自分たちのスキームに生かしていくのかが分かった。
- どういう意識をもってリハビリテーションを行うのか、フォローアップでは何を意識すべきか等がよく分かり、意識の変化が大きい。
- 研修は、自分たちがやってきたことを再検証する機会になる。家族にどういうところで協力してもらうか、介入のしかた・接し方が変わった。
- 概念的に分かっていただけることが具体化されてきた。

- (2) 研修成果の共有・普及
- 研修を通じて新しいコンセプトを学んだ。伝統的なものに新しいコンセプトを組み込むには、分かりやすい方法を取り入れる必要がある。小グループ・チームのミーティングでは、直接的な対話により成果を共有し、セミナーでは複合的テーマについて自由討論・ワークショップも取り入れた参加型セミナーを実施し、普及していく。
 - 組織強化のうえで、どのような方向性をもって取り組むかという意識が共有されているため、普及活動はやりやすい。
- (3) ADL 評価表デザインにおける工夫・困難
- 技術者・専門職が実際に使って評価を実施するパイロットテストを3回実施している。評価結果についてユニットごとに分析し、出てきたさまざまな疑問点を解決・改善するため、IDEAL モデルの研修コース（勉強会）をつくった。内容は、「総合リハビリテーションと障害」「適応能力とADL」「ADL 評価ツール」について。評価表フォーマットの過不足、対応する専門職、所要時間などについても話し合い、「IDEAL の総合リハビリテーションモデル」をつくりあげた。コースの出席・成績についても集計・分析した。研修の成果として第5版のモデルができ（現在は第7版）、10月に日本から戻ってきて再度フォローアップを実施し、内容よりは形式に関する改善をいくつかが行った。難しくなった点について、使いやすいものにするのが難しかった。評価表の記入にあまり時間がかかってはいけないのだが、当初45分くらいで記入可能な表をデザインしたところ予想以上に記入に時間を要したため、簡略化に努めた。適応年齢についても難しかった。IDEAL では3カ月の赤ちゃんから対応しているが、すべての年齢に合った内容にすることは難しかった。結果的に4歳以上について評価表を記入することにした。対象者の範囲については、整形外科の患者は10回くらいで終わりなので適用しないこととし、リハビリで4カ月以上の患者のみを適用対象とした。
 - ガイドライン（説明書）について、ざっと読んですぐ使えるものにしたかったが、細かくなりすぎかえって使いにくいガイドになってしまった。現在内容を削り、使いやすい工夫をしている。
 - 自立度に合わせて0から10までのポイントをつけるが、適用しないものは1をつける、ということについて混乱があったため、改善を検討している。生活サイクルのなかで、ADL ルームの中だけでは評価できないものもあるため、絵を見せて質問するようなツールを考える必要性もあると考えている。
 - IDEAL にはたくさんさんの専門職がおり、ADL 評価にも多くの専門職がかかわっているため、専門性からみて評価してほしい内容がADLに入っていないこと

もあり、当初抵抗があった。すべてを表に取り込んでいては膨大な情報量になってしまうため、簡略にADLを評価しシステム化してフォローアップする、という目的を理解してもらおうのに苦労した。

(4) 従来のアプローチとの相違点

- 評価結果が点数で出てくるため、患者の到達度を決めるうえで客観性が保たれる。
 - 表を使うことで、何ができないのか、ではなく、何が障害となっているのか、というように、障害にフォーカスした評価の実施が可能になった。
 - 個人と集団とを客観的に比較することが可能となり、リハビリテーションの経緯は研究材料としても利用可能だと考える。
 - 個人に対してのフォローアップが可能であり、何ができるようになったかという成果を把握できる点が良いと考える。
 - ADL 評価票は患者にとっても分かりやすい書き方となっており、患者自身が、これをすればこう良くなる、というリハビリテーションのプロセスを理解することも可能であり、また何に役立つかを理解できるようになる点が良いと考える。
- (5) ADL 評価表を使ううえでの課題
- すべての変化には調整が必要である。さまざまな専門職に使い方や意図を理解してもらい、実際に使ってもらうことが重要である。IDEAL の総合リハビリテーションモデルの実践に必要なツールであり、プロジェクトのためだけにやるものではないため、評価表の使用はそれほど大変ではないと考える。
 - さまざまなレベル（専門職小グループ・ユニット）で話し合いを多くもったことで、問題を最小限に抑えることができたと考ええる。
 - 2010年9月に勉強会を行い、古いものと新しいものを比較するアプローチを実施した。最後に以前のモデルの説明文と評価表を燃やし、10月1日から新しい評価表を導入した。ISO 再認証では、新しい総合リハビリテーションモデルに基づいた手続きで認証を取ることを予定している。管理・人事・監査部門で導入状況をフォローアップする。
- (6) ADL 導入に必要なもの、機材の活用
- 人材は育ってきており、意識・知識は高まっている。組織としての方針も明確である。インフラに関しては、ADL ルームは3つの支部各所にあることが望ましいと考えており、残る2つの支部にもあるとよいと考ええる。

- 提供された機材はよく利用・活用されている。

(7) チームリハビリテーション・プロジェクトの継続、他の医療施設への普及
チームリハビリテーション・プロジェクトは、プロジェクトの活動としてより、
IDEAL 自身の哲学から必要と判断して取り入れていたので、組織の方針と合
致しており、持続性は高いと考える。
普及について、来年4月から IDEAL モデルの総合リハビリテーションに関す
る研修コースを実施する予定であり、日本の専門家の支援を受けることも予
定している。
IDEAL の総合リハビリテーションモデルの説明文書を作成（第7版）してお
り、年末から年初に発行を予定している。これにより、より多くの人の理解
が深まることを期待している。発行前に、日本人専門家及びバジェエ大学ヒュ
ーマン・リハビリテーション学部の先生の2人に校正をお願いしたいと考え
ている。

(8) その他

- (COMITÉ との経験共有はいいかが、との質問に対し) COMITÉ も IDEAL を参
考にしたいと考えているようであり、理事会やダイレクターだけでなく技術
部門やリハビリテーション部門も IDEAL の見学に訪れている。その他の団体
に対しても、情報は常にオープンにし共有していきたいと考えている。プロ
ジェクト活動ではない研修も実施して、他の機関へも普及させたいと考えて
いる。
- ADL 評価表の様式について、現在使っているその他の様式もすべて紙ベース
であり、ADL 評価表も当紙ベースでの運用を想定している。臨床記録につ
いては、いずれ電子化する目標がある。

以上

8-2. フンダシオン・イデアル (IDEAL)

日時：2010年11月11日 14:50-17:00

場所：IDEAL

面談者：Mr. Rodolfo Millian Muñoz

訪問者：大野 純子 (JICA ジュニア専門家)、若杉 健次 (コンサルタント)、
通訳 (矢口氏)

(1) 実施プロセス

- 専門家との関係・コミュニケーションについて、関係は良好であり、特に高
橋専門家はすぐ近くにおいて IDEAL の改善プロセスを支援してくれている。板
橋専門家は明るい人柄であり、団体のことをよく理解している。黒川専門家
は、メデジン市におり、これまで成果 3、4 の地域活動が始まっていたが、な
かたまたまコミュニケーションはあまりなかったが、今後コミュニケーションが
より密になると期待している。
- C/P8 機関間の関係について、バジェエ県内の HUV とは以前はそれほど交流がな
かったが、プロジェクトによりリハビリテーション専門職間の交流が促進さ
れた。COMITÉ とは、これまでもプロジェクトを協働で取り組んできた経験
もあったが、その友好関係が更に強化された。その他機関とも、ガイドライ
ンや専門職の交流が生まれた。一方、本プロジェクトは計画・準備期間がと
ても長く、実施までに時間を要することが困難な点として挙げられる。こち
らは日々患者と接しており、すぐに導入できる体制ややる気もあるが、なか
なか始められないことでもどかしいと感ずることもある。
- 県保健局・HUV との関係について、IDEAL は IPS として県保健局に登録して
いるため、県が定めるサービスマニュアルを確保する必要があり、県保健局から監
査・サービスマニュアルを不定期で受けている。HUV とはレファラル関係の
みであり、法的根拠に基づく関係はない。
- プロジェクトに係るリソースの配置について、人員については、分野横断的
な技術委員会がプロジェクト活動を実施しており、社会・心理ケア委員会は
コミュニケーションに関する活動を実施している。どちらもプロジェクト実施のた
めの機能をともももっていたので、そのまま活用している。プロジェク
ト・ダイレクターの Rodolfo 氏・Alicia 氏・Leonor 氏・Quiroz 氏の合計4名
が中心的にかかわっている。予算については、研修費・交通費の費目から支
出し、精算は JICA プロジェクトのコストとして記録される。IDEAL としてや
ろうとしている活動がプロジェクト活動と一致しており、JICA コストとする
のか財団支出にするか悩ましいこともある。
- 職員の離職や異動はほとんどない。帰国研修員は帰国後も重い責任があるた
め、10年以上勤務した人等、選定には独自の基準を定めている。
- 現在バジェエ県保健局長が不在であり、県としての決定はプロジェクトに影響
がある。
- プロジェクトのモニタリングについて、VSC・ダイレクターレベルでの集ま
り・JSC 等の会議体がある。IDEAL 内での組織としてのモニタリングは、ダ
イレクター（自分）あてに毎月提出する報告書がある。同報告書をまとめた
報告書を VSC に提出し、それが JICA 専門家に渡ることになっている。

- (上記のモニタリングの仕組みが、機能しているか、との質問に対し) 機能していると思うが、管理・理論的な議論が多く、実質的な議論が必要だと考える。IDEAL は運営しながら実践する組織であり、他の参加組織とは性質が異なるため、計画が先行し実践が滞ると、まどろっこしいと感じることもある。アンテオキア県・バジェ県合同の運営委員会 (JSC) は、プロジェクトの最高決定機関となるべきであるが、自分以外の参加者はその組織の代表者ではないので、支出が絡むと「持ち帰って相談する」となるため意思決定に時間がかかっており、意思決定機関でありながら迅速な決定ができていない。
- 他ドナーの支援について、バジェ県内 32 市、カウカ州 10 市、アマゾン県で訪問リハビリテーションサービスを提供している。コストがかかるため、2009 年 10 月からカナダ・オタワの遠隔リハビリテーション医療センターの支援を受け、アマゾン県で遠隔診療を実施している。
- プロジェクト阻害要因について、IDEAL は成果 3、4 の地域活動の実施責任者になるが、成果を上げるためにはコミュニティの訪問が不可欠である。県保健局が必要な予算を手当てする予定であるが、予算措置を含む県の政治的決定の確証が取れていない。

(2) 妥当性

- プロジェクトの活動で作成するガイドや文書は地雷被災者のニーズに合致しているかどうかについて、MPS・地雷被災者の代表者の参加を得て作成されるため、ニーズは反映されると考える。
- 成果 3、4 のプロセスにおける被災者の視点の反映について、成果 3 については、IDEAL が障害者の協力を訪問して現況を理解したうえで作成しており、現実になったものになっていると考える。障害者の声を聞いて作成しようとしているが、計画段階では当事者参加度が低かったため、実施プロセスでは当事者により参加してもらう必要がある。
- (上記の点についてどのようなアプローチを想定しているのか、との質問に対し) 3 つのモジュールで障害者を対象に研修を実施するが、その 1 つでは障害者がファシリテーターになることを予定している (IDEAL は、以前よりコミュニティ活動をしているため、当事者リーダーを把握しており、こうした人々を活用することを考えている)。コミュニティ活動では地元障害当事者団体との共催とするため、当事者のやっているお店からケータリングを受けることも考えられる。IDEAL の総合リハビリテーションモデルをつくるにあたり、当事者に参加してもらい、障害者はリハビリテーションに何を求めるのかという意見を聞いた (なお、紛争の被害者は含まれるが、地雷被災

者は含まれていない)。障害者の求めるリハビリテーションと専門家がしたいリハビリテーションは異なることが多いので、障害者の声を聞く必要性は大きいと考える。

- 他ドナーのプロジェクトと比較しての本プロジェクトの長所・短所について、長所は、専門職・組織に対しての技術移転、8 つの C/P 機関が相互に学び合えることである。短所は、計画作成に時間がかかりすぎることにたとえられる。

(3) 有効性

- 成果について、組織としては、成果 1 は非常に大きな成果を手にしたと考える。単にガイドや指針ができるというだけでなく、総合リハビリテーションのモデルをつくれたことは大きい。成果 3、4 については、これまでのように計画づくりに時間がかかり過ぎると実施が遅れ、終了時に成果を出せるかどうか心配である。
- プロジェクト目標達成のための重要な要素について、C/P がそれぞれががんばるだけでなく、8 つの機関の調整・協力関係が鍵となる。各組織の視点でプロジェクトを見るのではなく、国全体として見る必要がある。
- 地雷被災者を中心とした障害者の権利・義務の普及や、医療施設受診前処置基本手順ガイドの普及を促進するために必要な活動について、人材・普及するための手法は崩っており、コミュニティ活動に係る費用について予算が確保されるかが重要である。
- プロジェクト活動を通じて、障害者の権利・義務に関する知識や、医療施設受診前処置基本手順に関する職員の知識の向上について、コミュニティに対する活動はまだ何もやっていない段階である。IDEAL はもともと障害者の権利の促進を行っている機関なので、職員に知識等はある。成果 4 については、11 月に PAIOMA から研修 (被災者の受診前処置基本手順) を受ける予定である。成果 4 の医療受診前処置は本来 IDEAL がやる活動ではないので、特に知識や経験はない。そのため、バジェ大学と協定を結び、コミュニティでの研修は大学の先生に講師を依頼し、IDEAL はロジを担当する予定である。フォーアアップについては IDEAL が責任をもつ。
- 成果 3、4 とプロジェクト目標の関係について、成果 3 では、障害者が権利・義務を理解することができれば、知識の主体として行動できるようになり、権利に価値を見だし、おのずと提供されるサービスに対して要求するようになる。要求を受けてサービスは向上し、ひいては障害者の生活が向上する。成果 4 については、受診前措置に関する基本的な知識を得ることで、二次障害・重度化を防ぐことが可能になると考える。

(4) 効率性

- 研修のインセンティブとしての働きとしての、他の国や機関で行われている技術・知識を見て、より広い視点からリハビリテーションを理解することができ、理念を実践に移すことができたことは大きいと感じている。
- 日本側の投入について、長期専門家に関しては、高橋専門家の投入によりプロジェクトの方向づけができ、専門性についても適切だった。近くで活動しており、ADL 活動は大きな成果だと考える。黒川専門家については、成果 3、4 について、当事者参加度を上げるという提案をもらい、今後より貢献してもらえらるかと期待している。メデジン市にいることもあるが、今後より密なコミュニケーションが必要になる。
- 短期専門家の投入について、岩谷短期専門家については、具体的なテーマで経験に基づいた話をしていただき、助言は少ないがポイントが的確であり、貢献度は非常に大きい。派遣のタイミングも適切であり、繰り返し来ていただいてるので変化を見てもらえている。機材の投入に関しては、タイミンでも良く、質・量とも問題ない。
- 研修については、役立つ内容で貢献度は高いが、ICF については追加の研修を組織内で実施しなければならなかった。
- 成果 3 の文書のレベルについて、コミュニティリーダーがプロモーターとしての役割を果たすという手法を用いる予定であり、最も効果的な方法だと考えている。また、2 つのガイドを用いる手法についても効果的だと考える。
- 成果 3、4 の代替案の検討について、①自らコミュニティに赴いて活動、②カリ市に研修参加者を招く、③地域別で開催する、の 3 案について、日本人専門家と Soraida 氏を加え検討・協議を行った。
- 成果 4 の文書のレベルについて、国・地域の事情についてよく知っている専門性のある機関とともに作成したので、現況に合ったものであると考えている。
- モニタリングについて、コミュニティの参加・理解度についての報告のしかた等については、提案を作成・提示しており、内諾を得ている。
- 機材の維持管理について特に問題はなく、予算も確保されている。プロジェクト終了後も維持管理の問題はない。

(5) インパクト

- バジェ県内外の医療施設において、障害者の権利普及をめざした媒体（成果 3）、医療施設受診前処置基本手順ガイド（成果 4）が活用される予定・見通しである。普及を図るうえでの阻害要因について、現在提案しているやり方で普及できると考えている。その他の県への普及については、来年 4 月に実

施する総合リハビリテーションの研修コースに成果 3 の内容が含まれており、普及の機会になると考える。成果 4 については、県保健局に資金面を手当てしてもらい 32 市に受診前措置ガイドの普及を実施する予定である。

- プロジェクトの活動から発現している正・負のインパクトについて、プロジェクトの対象地域・機関で着実に成果を広げていくなかで、将来的には国レベルに広がっていくと考える。

(6) 持続性

- プロジェクト期間終了後、リハビリテーションの質改善を継続的に支援する具体的な計画の有無について、IDEAL の総合リハビリテーションモデルは理事会で承認されており、長期的な取り組みになっており、持続性に問題は無い。OBR 活動ではプロモーター養成活動をしており、権利・義務の活動も入れていることが可能だと考えている。自分たちの活動が持続することが、プロジェクトの成果の持続につながると考える。

以上

8-3. フンダシオン・イデアル (IDEAL) の患者

日時：2010 年 11 月 11 日 10：30-12：00

場所：IDEAL

面談者：IDEAL に通う患者 4 名

訪問者：大野 純子 (JICA ジュニア専門員)、若杉 健次 (コンサルタント)、通訳 (矢口氏)

患者 A 骨の感染による下肢切断、ウオーカー使用。60 代くらの女性

- 2010 年 2 月からリハビリテーションに通っている。リハビリテーションの内容・頻度については、切断部位に氷・熱い水を当てることや、ゴムをつけて引っ張って負荷をかけるリハビリテーションを行っている。また、電気治療に加え、歩行訓練は嫌というほどやっている。サービスの内容は良く、満足している。また、先生・看護師・職員の対応は良い。
- 市の南部の IDEAL の支部にも通っており、切断部位が固まったら義足をつける予定である。支部では医師が定期的にチェック (2 回/週、月・火曜日) し、リハビリテーションはこちらで行っている (2 回/週、火・木)。セッションの長さは 1 時間 (8 時から 9 時) であり、長さはちょうど良いと感じている。以前は毎日リハビリテーションに来ていたので大変だったが、現在は週 2 回なのでちょうど良い。

- 診療に関する説明について、受診当初は車いすを使っており、次に松葉づえ、今はウォーカーになった。リハビリテーション開始時に、どのようなリハビリテーションを行うという役に立つかという説明は受けている。3人のリハビリテーション専門職が順番に担当し、皆とても良い対応であった。現在は一人で歩けるようになり、随分回復したと感じている。施設内では一人で動いている。初めは転ぶ心配があるので、先生たちも心配していたが、今は自分一人で立つて動くこともでき、家でも一人で自由に動いている。
- 費用負担・リハビリテーションの期間について、息子の扶養家族としてEPSに加入しており、EPSからIDEALに支払いがなされている。義足は高価であり、IDEALと話をする必要がある。切断部位の固まり具合により義足をつけるタイミングが決まる。リハビリテーションの期間については、義足をつけるタイミングにもよるため、いつまでかはよく分からない。
- リハビリテーションを受けることによる日常生活での変化について、反対側の足にリウマチがあり、痛むときは車いすを使用することもあるが、現在はウォーカーを使用し、家の中では切断前と同じように自由に動いている。
- 提供されているサービスに対する不安や改善点について、特に不満はなく、提案もない。対応が一番大事であり、物理的な面でも問題はない。

患者B 2年前の脳内出血による右半身まひ。17歳の男性

- 1年半前から週3回（火、水、木）通っている。作業療法・理学療法・心理ケアについてのリハビリテーションを受けている。当初は毎日来ていたが、回復してきたため、2カ月程度前から週3回になった。
- リハビリテーション開始時と現在のIDEALの変化について、いろいろな点で改善が見られる。例えば、リハビリテーションに使用する機械や道具が増えてきている。
- 診療の質とその変化について、当初から職員の対応や専門職のリハビリテーション内容には満足しており、それゆえに継続して通うことができている。歩行スピードの計測器（モニター付き）等の機械が増えており、同機器を使い始め、自分も歩き方が良くなったと感じている。
- リハビリテーション内容については、説明をよく受けている。自由に動けるようになることが自分なりの目標である。目標には満足している。
- リハビリテーションの期間については、動けるようになるまでであり、先生には19歳くらいまでではないかと以前言われた（あと約2年）。費用に関してはSOS（EPS）が負担している。
- リハビリテーションの内容・職員の態度・対応については、非常に満足している。

- リハビリテーションを受けることによる日常生活での変化について、以前家事は何もしていなかったが、現在は家事も自分でするようになった。ベッドメーカー・血洗いを自分でできるようになった。
- 家での日常生活において困っていることは、片まひで右腕が動かさないことである。脳内出血が起こって10日間は全く動かなかったが、リハビリテーションで動かせるようになり、右腕も動かせるようになった。もう少し動かせるようになるのが目標である。
- 不満や改善点については、全くない。

患者C 頭蓋骨外傷、左半身不随、記憶・認知障害。40代くらの男性。介助として同氏の娘が同席

- リハビリテーションは2010年4月から開始し、週に3回通っている。左半身の機能回復のため、作業療法・理学療法・言語療法のリハビリテーションを受けている。
- リハビリテーションの目的について、左半身の機能回復・左側とのバランスをとった歩行ができることが目的、との説明を受けている。リハビリテーションの期間については、動けるようになったことを本人と医療チームが協議して決めることになっている。費用はEPSが負担している。
- リハビリテーションの内容については、非常に満足しており、職員の対応・態度にも満足している。
- 日常生活における改善について、以前はバランスが悪く、ちゃんと立つことができなかったが、現在はつえを使って立つて歩けるようになった。リハビリテーション開始時は車いすを使用しており、娘が背負ってリハビリテーション室に入っていたが、現在は一人で動けるようになった。入浴や着替えなども、今では一人でできるようになる等、短期間でいろいろなことができるようになった。
- 不満や改善点は特にならない。人材も優秀で、対応も良いと感じている。
- 現在受けているリハビリテーション以外に受けたいサービスの有無について、以前と同じように日常生活を送れるようになることが目標であり、そのために役立つことは何でもしたいと考えている。娘の視点では、前述の理学療法等3つの療法ですべてカバーされている。以前は何を話しているか分からなかったが、言語療法の結果回復していると考えられる。また、専門家同士の連絡・コミュニケーションは良いと考える。
- 困っていることは、つえを頼りにしており、バランスが完全ではないことである。つえなしで一人で歩けるようになることが目標である。

患者 D 右片まひ、脳血管障害。心臓手術を受けている。発声が少し難しい。60歳前後の女性

- 1年以上前からリハビリテーションを受けており、理学・作業・言語療法を受けている。大事なのは愛情で、先生から励ましを受け愛情をもらえたと感じている。現在は週3回通っているが、できるだけ早期に回復することを願っており、毎日1時間リハビリテーションを行いたい。以前は農業を営んでおり、たくさん歩いて仕事もしていた。今はそれができなくなってしまった。以前の病院で、自分もう動けないと言われたが、IDEALに来て、細かく説明を受け、リハビリテーションに耐えられる体(骨密度)かどうかの検査、パランス回復のリハビリテーション・訓練を受け、絶対できる、と励ましてもらったことがとても大きいと感じている。
- 費用はEPSが負担している。保険会社が他の医療施設に送ることを予定していたので、IDEALでの治療費の支払い許可が下りなかったが、簡易訴訟で勝ち取った。
- リハビリテーションの内容には非常に満足している。ここに来られて幸せであり、素晴らしい組織だと考える。障害ゆえに孫も離れてしまったが、リハビリテーションの専門職は理解力・愛情をもって接してくれている。
- 日常生活の変化について、自分で入浴・着替え・起床ができるようになった。できないこともあるが、いろいろなことがリハビリテーションを通じてできるようになった。娘は仕事をしており、孫の世話にばかりなれないので、自分で自立できるようになってきたことは大きい。
- 改善点について、もっと日本からリハビリテーション機材を供与してもらい、より多くの人が素晴らしい人材の下でリハビリテーションを受けられるようになることを願っている。自分の姿勢がコンピュータに表示されるような機械等がたくさんあると良いと考える。

以上

8-4. フンダシオン・イデアル (IDEAL) 帰国研修員

日時：2010年11月11日 9:10-10:30

場所：IDEAL

面談者：Mr. Rodolfo Miján Muñoz, Mr. Carlos Andrés Quiroz Mora, Ms. Leonor Elena Sierra Bernal

訪問者：大野 純子 (JICA ジュニア専門員)、若杉 健次 (コンサルタント)、
通訳 (矢口氏)

(1) 本邦研修の活用

- 組織強化を図っていたときに本邦研修に参加した。また、当時 ISO の認証 (アイコンテック) を取るうとしていた。当 NGO は、45年の歴史があり、総合リハビリテーションの実践に取り組んでいる。総合リハビリテーションのモデルは、社会参加・自立生活・自尊心回復を目的としており、組織哲学は総長がスペインのサラマンカでリハビリテーションの概念・理念を学んできたことに定めた。本邦研修では、概念・理念として知っていたものを実際に見ることができ、総合リハビリテーションのモデルの組織としての方向づけがしやすくなった。また、ダイレクターとして活動を始める決定権をもっている。で、いろいろなことが実践しやすかった。
- 日本では、障害者に対して敬意・尊重をもって対応している点が印象的であった。本邦研修では、ADL に関する活動・ケア・技術を学ぶことができた。IDEAL では神経リハビリテーションチームに参加し、ADL の活動に本邦研修で得た知識を活用している。ADL 活動を実施する際の指示書 (マニュアル) があったが、日本から戻って改訂を行った。神経リハビリテーションの患者に対し、以前は筋肉を動かさずといったリハビリテーションを行っていたが、ADL と結びつけて何ができるようになるかというリハビリテーションができるようになった。
- 本邦研修では、チームリハビリテーションについて多くを学んだ。日本の文化 (互いに敬意をもつ) がリハビリテーションに及ぼす影響、単刀直入 (具体的なテーマを即時に実践していく、回りくどくない) な手法、リハビリテーション専門職人材が、機能回復を重視した取り組みによりどのように患者が自立していくかが明確に見えたこと、社会復帰のための社会的インフラ (道路・駅) 整備の様子を参考にしながら、IDEAL で総合リハビリテーションに取り組んできた。今後進むべき方向性についての具体的なイメージができてきた。ADL の活動にも改善を施している。患者の ADL 向上が、自立・自尊心の回復につながるが、専門職の間で理解できるようになってきている。
- (2) 本邦研修の印象的な点
- 日本で実践している総合リハビリテーションモデルが、IDEAL のめざしている総合リハビリテーションモデルと同じであったことをうれしく感じた。このまま進んでいけば、日本のモデルにたどり着けるといふ方向性を確認できたことが重要であった。
- 本邦研修では、両上肢切断・視覚障害の障害者が、社会参加・自立した生活を送っている姿を見ることができ、総合リハビリテーションモデルを実践す

れば、重度の障害があっても自立した生活を送れることを目の当たりにしたことが印象的であった。

- 本邦研修を通じてモチベーションが高まり、また、IDEALの方向性が間違っていないことを確認できた。自閉症の若者が一人で付き添いなしで地下鉄を乗り降りしていたことが印象深い。

(3) 研修成果の普及

- プロジェクト活動の一部に本邦研修の普及活動が入っている。ダイレクターとして、普及活動をして良かった点は3点ある。

✓ 運営の決定機関である理事会に対して報告会を実施でき、将来像を見せることができた。

✓ プロジェクトへの組織的コミットメントが高まった。

✓ 資金目標・方向性が見えた。

- 内部の管理部門・専門職への報告会では、技術的テーマを中心に知識を普及した。総合リハビリテーションの実践が、IDEALのなかでどのように活用できるのか、プロジェクトとの関連性を説明した。日本を将来像として、やる気を出させる機会になり、JICAのプロジェクトを通じてリハビリテーション部門の人の能力強化を行うことを説明した。

- 上記に加え、カリ市内・バジェ県内のリハビリテーション施設の長に対して研修結果の報告を実施した。具体的には、市・県レベルの行政機関への報告会、学術部門（実習生受入れ、教員派遣）の教員・教授に対する報告会を実施した。政治的決定に関与する機関であり、今後IDEALが総合リハビリテーションを進めるうえで行政支援が必要となると認識している。また、大学の教育活動のなかで、生徒に対して個人的に日本での経験を話している。

- 第2回目の本邦研修に参加し、内部の3ユニットへの報告会を実施した。また、提携大学の教員や大学の教育活動のなかで生徒に研修の成果を共有している。研修結果の普及に問題はなく、好意的に受け入れられている。

- 第3回目の本邦研修に参加し帰国後間もないので、内部報告会は今月実施する予定であるが、技術チームへの報告会は既に実施している。今後、日本で学んだことを、専門職・患者・家族へもインフォーマルな形で伝えていきたい。プロジェクトだけでなく、個人の人格的にも非常に大きなインパクトがあった。ダイレクターも本邦研修に参加しており、組織としてのコミットメントが高く、日本の経験を皆が知りがっている。

(4) 研修の成果を生かして、新たに始めたこと

- IDEALの総合リハビリテーションのモデルそのものが改善された。また、ト

イ・スロープの改善や、ADL室が設置された。その他、これまでは施設内では介助が付いていたが、施設の中では障害者ができるだけ一人で動けるようにする方針とし、障害者に自立して動いてもらうようになった。

- 切断患者のADL活動の指針を策定し、リハビリテーションの指針作成にも取り組んでいる。理学療法士としてADL機能回復に取り組んでいるが、日本の経験を共有することで、ADLのやり方も変わってきた。ADLで「一人で動ける」ことは重要であり、IDEAL内に障害者の歩行研究センターをつくった。

- チームリハビリテーションの研修コースで、どのように総合リハビリテーションを実施するか、特にADL活動について学び、理事会に対して報告書を出した。2010年9月から、IDEALではADL評価表を活用しており、フォローアップを実施していく予定だが、日本での学びを基に評価表に修正を加えた。
- 歩行訓練センターで活動する理学療法士・作業療法士を雇用し、ADL活動が実施できるような組織的体制を整えた。

(5) 改善をした際の障害・課題

- 自分は組織の長であり、プロジェクトダイレクターでもあるので、改善や変化を取り入れやすい環境にある。よって改善や変化を取り入れるうえでの障害や課題は特にならない。IDEALには学術機関としての性格があり、革新を求める組織風土があるので変化を起しやすい。

- IDEALのスタッフは組織哲学に賛同しており、専門家として新たな知識を獲得したいと考えている。帰国研修員からのフィードバックに皆が期待しており、日本のやり方を紹介するとすぐに取り入れてみようとするとする組織風土がある。

- 改善案は100%受け入れられている。プロジェクトを通じて、バジェ県・コロンビアのリハビリテーションの改善が進むことを望んでいる。

(6) 勉強会について

- 研修内容を同様に伝える勉強会は、毎週開かれる既存の委員会で実施している。「リハビリテーション技術委員会」にはさまざまな専門職が参加している。「心理社会ケア委員会」には心理士・ソーシャルワーカーが参加し、それぞれの技術的観点から、IDEALのリハビリテーションの細かい方針を決定している。

- IDEAL総合リハビリテーション計画表にある「勉強会」とは、日本の研修を基にIDEAL版総合リハビリテーションを作成し、内部の専門職内での普及を目的として、本邦研修員・高橋専門家（総合リハビリテーションのモデル担当）の協力も得て、IDEAL版総合リハビリテーションモデルを紹介する

勉強会である。全部で30時間のコースであり、IDEALの専門職は参加を義務づけられており、参加者には修了証を出している。

その他、討論会の実施を企画している。研修員が3人いるので、まずは内部で研修の学びの共有と自由討論を行い、バジェ県・カリ市の医療施設との間でも実施する考えがある。またプロジェクトの活動の一環として、2011年4月以降、IDEALの総合リハビリテーションの勉強会実施を予定している。全国のリハビリテーション実施機関(30機関)を招待し、期間は1週間を想定している。研修は、実習も含めることを予定しており、高橋専門家にも講師を依頼したいと考えている。IDEALが費用負担し参加者は無料で参加できる。背景には、日本で良い経験をして日本が好きになり、帰国後日本の良い点について周囲に広報・普及しているため、上記研修参加者には、IDEALで良い経験をしてIDEALを好きになりIDEALの広報大使になってほしいという意図がある。

(7) 勉強会を実施するうえでの工夫・講師を務めることによる発見

日本の総合リハビリテーションのやり方・考え方と、IDEAL版総合リハビリテーションは、機能回復重視・自立生活をめざすといった点で共通しており、内部での普及では特に工夫の必要はなかった。一方、外部に対して成果の普及を行う場合、ビデオや写真を活用し分かりやすくする工夫を行った。プロジェクト活動のなかで「教育手法」研修があり、同研修で知識の伝達手法を学べたことが普及活動の実践に役立っている。

自分が学ぶことと教えることは異なるので、普及においては、やり方やレベル別の教え方について教員経験が役立った。教育手法研修はさまざまな教育手法を網羅しており、教員経験と合わせてうまく生かすことができたと考えている。

(8) その他

バジェ県・カリ市内の医療施設の総合リハビリテーションに対する反応について、組織方針・風土により反応はさまざまである。最もインパクトが大きかったのは大学である。もともとと密接に動いていることもあり、学生・教員・その他関係者にも普及できた。また、他の機関がIDEALの活動に興味をもち、訪問が増えた。

日本人専門家からの技術移転について、本邦研修の機会に限られているが、高橋専門家から日常的に情報提供を受け、さまざまな質問をし考えさせられ

³ El Comité、メデジンのアラモス(リハセンター)、カリの視覚障害者学校、トビージョス財団等に加えて、ボコタからも訪問者が来る、との説明があった。

ている。また、高橋専門家には成果品チェックもしていただいております。いろいろな点で支援を受けている。

- 現在、IDEAL版総合リハビリテーションモデルの第7版を改訂中であり、高橋専門家も執筆者の一人として名前を入れる予定である。
- ADL評価票は、どこでも共通で使えるが使っていないかった。現在の評価表は、項目がはっきりしただれが見ても分かりやすい配慮がなされている。ベースラインの情報は集まっており、今後各患者のリハビリテーションについて定期的にフォローアップする予定である。

以上

9-1. 地雷被災者

日時：2010年11月6日 9:00-11:00

場所：アンテオキア県地雷生存者協会⁴

面談者：地雷生存者協会のメンバー5名(代表及び会長を含む)

訪問者：若杉 健次(コンサルタント)、通訳(マルタ氏)

地雷被災者A 視覚障害及び両手首切断

- 農村に住んでおり、2003年5月、農作業中チューブを見つけて触ったところ爆発し被災した。ヘルス・プロモーターから最初の処置を受けたが、その後の治療・リハビリテーションに関する具体的な説明はなく、1年以上が経過した。
- 地雷被災者に権利があることは当時知らなかった。被災1年半後、視覚障害に関するリハビリテーションを受診したが、地雷被災者としてではなく視覚障害者としてサービスを受けている。現在は、1週間前よりCOMITÉで作業療法のリハビリテーションを受診している。
- 政府は地雷被災者の権利を謳うが、被災者には届いていない。被災者の多くは遠い農村に住んでおり、教育の問題もあり、自身の権利について知らないことが多い。また、被災者に対する心理学的な支援がないと理解している。

地雷被災者B 記憶障害及び手首切断

- 2004年10月に、アンテオキア県内の村で農作業中に地雷被災した。農民仲間が5時間歩いてヘルスセンターに搬送し、ヘルスプロモーターから最初の処置を受けた。

⁴ 会長によると、メンバーは約140名。うち、メデジン市内に居住するメンバーは50名程度。その他は県の市町村に在住。HPは<http://jonesvasociados.com/Sobrevivimap.html>。

- その後メデジン市に移住し、2006年ごろHIを通じて地雷被災者の権利を知ったが、支援を受けるタイミングとしては遅すぎたため支援を受けていない。

地雷被災者D 指切断

- 8歳のとき、友人と家の外で遊んでいる最中に友人が見つけた袋のようなものを触り、爆発し被災した。その場にいた5人のうち、自分を含め3人が重症（うち2人は病院で死亡）であった。
- 母親が応急処置を施し、市が用意した車で病院に搬送された。病院では処置できず、軍のヘリでメデジン市総合病院に移送されたが手の施しようがなく、HUSVPに搬送された。3カ月の入院後、足の動かし方に関するリハビリテーション（毎週1回、全10セッション）を行い家に戻ったが、ゼリラの脅威があり、2年後家族でメデジン市にやってきた。
- 現在地雷被災者としての支援は受けておらず、国内避難民への支援として住居の補助を受けているが、危険な地域に住居があるので、就業し別の地域に移りたいと考えている。自動車免許を取得し運転手になりたいと考えていたが、先日町が提供する心理学セラピーを受けたところ運転は危険だと言葉、運転手は難しいと考えている。子どもや家族がおり補助に頼らない生活をするため、就業に係る支援があるとありがたい。

地雷被災者D 左足首切断、義足を着用

- 地雷で足首がなくなった状態でメデジン市の医療施設に搬送された。切断面に対して手術はせずに、義足をつけた。1年後義足が合わなくなり、ポゴタの義足協会の支援によりポゴタで手術を受け、義足を交換した。
- ポゴタでは義足の使用に関するセラピーを受け、現在は全く問題なく歩行できるようになっている。
- 地雷被災者の権利については、被災後母親が公共の機関である Colombian Institute of Family Welfare に相談し、権利について説明を受け必要な手続きを行ったため、自身では医療費を負担していない。

地雷被災者E 地雷により外傷を負ったが、現在身体的障害はなし

- 2004年、農村の廃屋に住んでいたところ天井の一部が崩落し、その際爆発が起り、自身だけでなく当時1歳だった娘や親類も金属片が体に刺さる等の被災をした。地雷被災者の権利については当時知らず、市民権事務所に相談したが十分な説明を受けられなかった。
- 被災から1年半後、地雷被災者の会議がメデジン市であるとの連絡を同事務所から受けて参加することになり、同会議の場で地雷被災者の権利について

初めて知った。

- 同会議に出席していた他の地雷被災者とともに、地雷被災者のニーズを社会に伝えるための協会を設立した。協会には、教育・保健・ビジネス等の5つのワーキンググループがあり、グループごとに活動している。
- 多くの地雷被災者は農村部に住んでおり、社会への参加も限られている。地雷被災者に権利があることを知らずにいることが多い。
- 地雷被災者を対象としたプロジェクトは多数あるにもかかわらず、権利にアクセスできない現状がある。また、地雷被災者を対象としたプロジェクトへの参加の機会が限られていると感じている。実施や計画を決定する部分に関与できず、疎外感がある。
- 地雷被災者も自立し尊厳ある生き方をしたいと考えており、就業機会につながる、技術訓練等があればありがたいと考える。

以上

10-1. 高橋専門家へのインタビュー

日時：2010年11月2日 16:00-18:00

場所：Royal Park Hotel

面談者：高橋専門家

訪問者：若杉 健次（コンサルタント）

(1) 実績及び今後の見通しについて

- 上位目標は達成可能だと考えている。既に、2004年に国家経済社会政策審議会政策文書（CONPES 80）が作成されている。現在、MPSを中心に同CONPESに地雷被災者を含めた障害者への総合リハビリテーションを含めようとする動きがある。既にあるCONPESの変更はそれほどハードルの高いことではないと理解しており、上位目標は達成可能だと考えている。
- 機能リハビリテーションサービスの継続について、対象4医療施設にとり機能リハビリテーションサービスは彼らの中核事業の一部であり、コミットメントは高い。人材・資金面も十分だと理解しており、継続に関する支障はない。コロンビアの社会保障システムでは、現在医療費支払いの点ではリハビリテーションの質の良しあしを問うことはしていない。質の良しあしで医療費を変えようとしたようなことがあれば、質の向上に対するコミットメントがより強化されるのではないかと考える。
- 機能リハビリテーションに関する研修参加者の知識向上に関して、概念的な部分の理解・知識の向上を見ることは難しいが、対象医療施設のリハビリテ

ーション専門職との会話において知識の向上を感じる。例えば切断に関し、研修受講者の対応・診療に変化ができており、また視覚障害についても、HUVでサービスが開始されているが、そこには帰国研修員の積極的な参加が見られている。

- 成果 2 に関して、切断リハビリテーションガイドは現在作成中の段階である。完成後は、対象医療施設においてすべてのリハビリテーション専門職が読む総合的なガイドになる予定である。また、新規に加入する職員や学生には勉強になるものであり、ガイドにより一定のレベルを保つことができることを期待している。また視覚障害リハビリテーションガイドについては、他の専門職の職員も読める内容をめざしている。
- 中央レベルにおいて、成果物や方針を他地域に普及させようとする意思は担当者レベルの活動からは感じることができているが、組織レベルでは現状まだまだであり、特にPAICOMAをどう巻き込んでいくかが課題である。
- 外部条件について、政治的理由によりバジェ県保健局の局長がプロジェクトを離れたが、技術レベルに離職はなく、プロジェクト実施上の支障は今のところ発生していない。治安状況にも大きな変化はない。

— 174 —

(2) 実施プロセス

- 研修のデザインに関し、研修二ズー一覧表をC/Pが作成し、同リストを岩谷先生（短期専門家）にレビューし整理していただいた。こうしたリスト・高橋専門家自身によるC/P視察・事前調査結果・PAICOMAからの情報等を基に研修内容を決定している。
- ICF 研修・公共政策・評価研修・教育研修等を実施しており、研修に関するアンケートはC/Pが独自に実施している。専門家チームでは受講者リストは作成しているが、アンケート等研修の成果を測ることは実施していない。今後追跡調査を実施する予定である。
- 活動 1.3 について、両医療施設が実施計画を立案し、先日の会議でドラフトが提示された。HUSVP は地域の医療従事者を 2 日間で集中的に研修する内容である一方、HUV は週に何回か講義を行うコース形式での実施を提案している。病院以外の人材も入れるよう要請している。また、講師の能力については問題ないと認識している。現状では、選定された医療施設側の研修参加者の理解度・満足度を測る評価の仕組みはなく、今後作成する必要があると認識している。
- 活動 1.4 に関し、供給機材はC/Pのニーズに基づきADL実施に役立つ機材を優先した。維持費を要する機材ではなく、またスペースアパーツ等の問題もない。
- 活動 1.5 について、各医療施設のADLチームのなかで、ADL評価表を用いた

チームアプローチの重要性・フォーマットの理解は進んでいる。今後完成した表をパイロット的に試験し順次導入していくことを考えている。ただし、実施については、対象医療施設内の既存の電子カルテシステムと整合がとれていないため、システムを調整するか、または紙媒体での活用とするか決める必要がある。評価の頻度は患者さんの症状にたいである。リハビリテーション科内でのカルテの共有が進むことを期待している。

- 成果 2 について、切断リハビリテーションガイドは、HUV 中心に帰国研修員 4 名と協力して総合的なガイドを作成する予定である。視覚障害リハビリテーションガイドについては、HUSVP 中心に帰国研修員 2 名と協力し、外部機関である CRAC 等とも連携して作成する予定である。フォーマットについては、HUSVP に既にあるガイドを基にする。章立て・構成については、岩谷先生・仲泊先生に助言を頂いている。現在特に課題は見当たらないが、時間どおりに作成が進むかという点について留意が必要である。
- 成果 2.3 について、ガイドの活用に関し、作成後 2 カ月間は組織内での浸透を図る。MPS も多数のガイドを策定しており、普及を図るには法律等のお墨付きがないと難しい。
- 活動 2.4 活用状況のモニタリングに関し、本分野については PAICOMA・県保健局はあまり明くならないため、主体となるべき MPS をモニタリングの体制に入れている。モニタリングのやり方については、今後検討が必要である。
- C/P とのコミュニケーションにおいて、現場の専門職と話すこと、また各 C/P 組織の本当のニーズを見ることに留意している。
- 他ドナーとの関係に関し、リハビリテーションについては国際赤十字が切断等のテーマで協力を実施しており、赤十字のプロジェクト担当者と情報交換している。また、HI はメデジン市にオフィスを有し、地雷被災者を対象とした協力を実施しているが、GBR や権利啓発を行っており医療リハビリテーションは実施していないため、活動の重複はない。赤十字に関しては試技的な部分を重視しており、本プロジェクトと補完関係を築いていると考える。また、機能リハビリテーションの分野で専門家や帰国研修員が講師として赤字主催の切断リハビリテーションのコースに参加するなど、双方にとつてプラスの影響はある。
- コロンビア側の予算の確保・支出については、詳細を把握していない。今後成果 3.4 の分野で予算が必要となる可能性がある。人材の投入に関しては、HUSVP が研修に人を出すとその日の診療に影響が出るとの理由から人の出し渋りがある。
- C/P8 機関のオーナーシップについて、運営管理に関しては、PAICOMA・MPS のオーナーシップのレベルは高い。また技術的な面については本業と直結して

いるため、自分たちのプロジェクトであるとの認識があり、対象医療施設のオーナーシップは強い。

- C/P が主体的にプロジェクト活動の計画・実施に参加するに至った要因については、当初チーフアドバイザーが不在だったためC/Pと業務調整専門家のみでプロジェクトを運営しており、この時点でオーナーシップが高まったと考える。
 - C/Pの組織体制・連携・スタッフの経験・能力に起因する問題について、C/P機関の人的資源は限られておりキャパシティの問題がある。また、HUSVPについては私立の組織であり、他C/P機関と異なるスタンスでプロジェクトに参加している。こうした点への対処について、すべてのC/P機関が一律に足並みを揃える必要はないと理解しており、各機関の性質に合わせプロジェクトを進めている。
 - プロジェクト全体の進捗管理方法・体制に関して、昨年まではJCCに加え、JSCの場合にC/P8機関が参加し、活動内容を議論し決定していた。また、各県レベルにも委員会を設置し、進捗管理を行っていた。JSCについては8機関が参加するため、意見の集約・効率的な意思決定が困難であったため、今年度より、PALOMA・MPS・日本人専門家の3者から構成される運営管理委員会(SAC)を設置し、意思決定の場としている(他のC/P機関は技術的な部分についてコメントする)。ただし、こうした意思決定システムについて十分に認識されていない可能性があり、確認する必要がある。
 - 青年海外協力隊(JOCV)との連携について、ポゴタに理学療法士の隊員がおり、研修を実施する際は研修に呼んでいけるほか、報告書等の文書は同隊員が所属するNGOと共有している。また、カリ市の日系シニアボランティア(SV)と協力し、作業療法の一環として折り紙の研修を実施した。その他、来春からJOCV2名がC/PであるNGO(IDEAL)に派遣される予定である。
 - 新たな外部条件に関して、成果2について、案件形成時にはなかった国家基準のガイドラインを策定するという話を持ち上がり、方向性が定まらない時期があったが、結局国家基準に準拠したガイドラインの策定は本プロジェクトでは実施しないことでC/P機関と合意した。
- (3) 妥当性
- 本プロジェクト開始以降、障害者(特に地雷被災者)に対するリハビリテーションに関する国家政策・社会保障政策に変更は特になく理解している。
 - C/P機関への技術移転に関して、4つの対象医療施設に対する技術移転は順調に進んでいる。
 - C/P側の専門家受入体制に関して、成果3、4を担当する黒川専門家のオフィス

が、同活動と直接的に関係ないHUSVPに設置されていた。保健局長にも話を渡し、保健局にオフィスを移す予定であるが実現していない。

- 対象地域の選定に関して、対象県については案件形成時に決定され、県以下のレベルについては保健局が中心となり選定した。選定根拠は、地雷被災者が多い地域・中継地点となる地域・アンテオキア県の対象地域についてはドナーの支援を受けていない地域を選定した。成果3に関して、アンテオキア県では当初対象は5地域であったが、県下の全124市での実施に変更する話がJSCで出ている。また、カリ市についてはカリ市内に対象地域から人を呼びよせて実施する話が出ている。
 - 本邦研修受講者の選定は、TORの草案を専門家が作成してC/Pに選定を依頼し、専門家がC/Pの選定を確認するプロセスを経て選定することで、研修テーマに合う人材が選定されるようにしている。国内研修に関しては、予算に応じて定員を決め、各機関に定員を振り分け、選定を各機関に依頼している。研修の成果を波及させる仕組みとして、学んだことを発表する公開フォーラムの実施というアイデアがある。これまでは実施していないが、来年2月ごろ、日本人専門家が当地に来るタイミングで実施する予定である。またADLについては、活動を文書化して配布することを考えている。
 - コロンビアと日本ではリハビリテーションを含む医療に関して考え方の違いが存在する。日本は患者中心の医療だが、コロンビアは上から下への医療・医師から患者への医療となっている。患者中心の考え方に転換を促すという点で、本プロジェクトにおいて最も日本の経験が生かされている点である。
 - カスケード方式の研修システムに関して、技術的な内容を一方向に広めるのであればよいが、対象者のニーズにきめ細かく対応することが難しいという短所もある。
 - 研修の内容がリハビリテーションを受ける障害者のニーズを反映しているかという点については、そのように信じて実施している。質の高い診療を受けられる権利がだれにもあり、その意味でニーズに合致していると理解している。
- (4) 有効性
- 対象4医療施設における総合リハビリテーション実施上の技術的な課題として、既存システムへの統合の問題がある。各医療施設ともそれぞれシステムを有しており、システムに変更を反映させるのが難しい。
 - 研修受講者の毎日の診療における変化に関し、以前は理学療法士が目的意識なくセラピーを実施していたが、現在は目的意識をもってリハビリテーションを実施するようになった点で変化が見られる。

(5) 効率性

- 本邦研修は、C/P 職員のモチベーションを高めるだけでなく、帰国研修員が帰国後獲得した知識や技術を同僚に伝え普及させていくという重要な役割を担っている。一方、派遣される組織や人についてトラブルが生じる要因ともなり得る。
- 本邦研修帰国後に、理解度や満足度に関する調査・フォローアップは改まつては実施していない。研修した人材はプロジェクトへ貢献しており、各分野で中心となって活動している。
- 短期専門家投入に関し、成果 3、4 については、当初短期専門家投入の計画があったが、現在見直しは立っていない。また成果 2 については内容が変わったため、チリ人専門家の派遣は不要となった。視覚障害については短期専門家を投入しており、活動計画や本邦研修に関する助言を頂いた。それだけでなく、成果 2 のガイドラインの章立てへの支援も実施されている。また、遠隔でのフォローアップも予定している。
- コスタリカの Kaloie プロジェクトの経験は、今後本プロジェクトに生かされる予定である。黒川専門家と両 NGO の 3 名をコスタリカに派遣しており、プロジェクトへの障害者の参加が当たり前となっているコスタリカの事例を視察することで、本案件でも当事者参加を促進するのがねらいである。また、コスタリカでは公開セミナーを多数実施しており、広報のやり方等を参考にしている。

(6) インパクト

- 上位目標が達成される見通しはあり、その可能性は高い。MPS・PAICMA のがんばりにかかっている。
- プロジェクトの活動から発現している正のインパクトとして、HUV で視覚障害に関するリハビリテーションサービスが開始されたことが挙げられる。HUSVP では以前からボゴタの CRAC から視覚障害に関する専門家の派遣を受けリハビリテーションサービスを提供しているが、HUV でも新たに CRAC から専門家の派遣を受け、視覚障害に関するリハビリテーションサービスを周辺医療施設と連携して開始している。負の影響としては、バジェ県とアンティオキア県間、また私立病院と公立病院という異なる地域・性質の組織間で議論が紛糾することが挙げられる。
- 上位目標を達成するためには、本プロジェクトでの活動以外に、MPS・PAICMA によるイベント等の広報活動の実施が必要だと考える。
- ガイドラインの普及は MPS のがんばりにかかっている。県内外のリハビリテーションを行う医療施設へガイドライン等の活用の普及を図るうえで、バジ

エ県の場合、救急保健センターが C/P でありリハビリテーションとあまり関係ないことが阻害要因として挙げられる。

(7) 持続性

- MPS・PAICMA によるプロジェクト終了後の研修・モニタリングの継続・研修効果の波及に関する戦略・オーナーシップについて、現時点では判断できないが、持続性を高めるために上記の点を促していかなければならない。そのためには、(立場がより)上の人間を本プロジェクトに巻き込む必要がある。
- 研修の質に関し、予算があつてモチベーションが継続すれば、現在の水準が維持され、現場の状況に合わせて改良・継続される可能性は高い。プロジェクト終了後、技術伝達者は研修セッションを独自でファシリテートする能力は十分に備わっている。ただし、彼らにとって金銭的なインセンティブがなければ継続は難しい。
- プロジェクト終了後技術伝達者が研修モニタリング・評価を継続的に実施する能力に関し、モニタリング・評価の経験はあまりなく、この点については、両県の保健局等外部機関が活躍すべき分野かもしれないと考える。
- プロジェクト終了後も教育機関としての機能のある C/P (HUV・HUSVP) が技術移転を継続する可能性について、両病院は学生への指導を実施しており、継続性は確保されると考える。
- プロジェクトの効果の持続を阻害する要因に関し、対象 4 医療施設におけるリハビリテーションの質は向上しているが、質の高い医療・リハビリテーションに対してプラスの評価(診療点数を上げる等)をするシステムがなければ従来のリハビリテーション方法に戻ってしまう可能性もあり、システムの改善への支援が期待される。

以上

11-1. 黒川専門家へのインタビュー

日時：2010年11月2日 15:00-16:00

場所：Royal Park Hotel

面談者：黒川専門家

訪問者：若杉 健次(コンサルタント)

(1) 実績及び今後の見通しについて

- 外部条件に関し、成果 3、4 の活動に関係する人材の離職の有無について、成果 3、4 の活動に関係する人材がプロジェクト内で明確ではなく一定して

いない。プロジェクト全体の決定プロセスや役割分担の不明確さに起因していると思うが、現状では、成果3、4の活動に関係してきた人材はJSCメンバー全員となっている。主に活動に参加しているのは、成果3はPAICMA担当者として住民参加/公衆衛生専門家であり、成果4ではPAICMA担当者・住民参加/公衆衛生専門家・バジェエ保健局担当者である。

- プロジェクトを実施している地域の治安状況について、赴任時2009年7月ごろと現在を比較して特に治安に変化はないようであるが、常時注意が必要である。

(2) 実施プロセス

- 活動3.1に関し、内容の大枠をPAICMA・MPS・JICA 専門家が作成し、詳細についてはMPSが案を作成した。地雷被災者の視点は盛り込まれていない。今後も活動3.3として参加型評価の導入が可能であれば、地雷被災者が参加する評価ユニットが成果3の活動モニタリングを実施し結果をフィードバックすることにより、この文書に地雷被災者の視点を取り入れることが可能になるか考える。
- 活動3.2の戦略の実施状況・実施スケジュール・課題について、2010年5月に研修にて活動計画の大枠を作成し、その後IDEALとEl Comiteにより予算案を含む詳細な計画が立てられた。活動開始は2011年4月ごろからを予定している。課題は、障害者の一般的な権利啓発とその実践が大きかけ離れているため、まずプロジェクト内部で権利啓発内容を自ら実践してもらうよう、日本人専門家（あるいは参加型評価ユニット）から働きかけることが重要かと思う。
- 活動3.3に関し、モニタリング・評価・フィードバックを実施する計画・体制について、詳細計画は現在立てられていない。今後、可能であれば地雷被災者による参加型評価を取り入れたいと考えている。参加型評価ゆえ、評価基準等を含めた評価計画から地雷被災者にかかわってももらいたいと考えている。
- 成果4.1に関し、地雷被災者の医療施設受診前処置基本手順ガイドについて、現状地雷被災者の視点は盛り込まれていない。活動4.4についても、活動3.3同様参加型評価を導入できれば、ガイドに地雷被災者の視点を取り入れることが可能になるかと考える。
- 成果4.2に関し、研修計画の実施状況・実施スケジュール・課題について、2010年5月の研修にて活動計画の大枠を作成した。詳細計画については、バジェエ県ではIDEAL、アンティオキア県では県保健局が立てる予定である。今後、コミュニケーションが分かれる言葉遣いへの変更、絵の挿入等の作業が必要にな

る。プロジェクトC/Pは完璧なものを作りたがる意識が強く、それらの作業を外注しようとする傾向が強い。絵の挿入はさておき、言葉遣いの変更等はNGOとのワークショップ等で可能ではないかと考えているが、プロジェクト内で同意を得ることができていない。上記に関し、研修を実施するのにも一案かと考える。

- 成果4.3に関し、研修の実施状況・実施計画について、来年4月ごろの開始を予定している。
- C/Pとのコミュニケーション上の留意点について、決定プロセスや共有情報のレベル・各アクターの役割が不明確なため、コミュニケーションルートが確立しておらず、プロジェクトとして適切なコミュニケーションがとれていないと考える。日々の活動についてチーフアドバイザーへの報告・指示を仰ぐことについては欠かさないようにしている。
- 他ドナーの動向について、アンティオキア県ではEUの協力で地雷関連のプロジェクトを行っている。HUSVPとHIも地雷被災救急医療のプロジェクトを行っている。また、アンティオキア県大学は医療施設受診前処置のプロジェクトをSENAと実施しており、PAICMAも技術的顧問として参加している模様である。C/Pは、活動に重複があったとしても本プロジェクトでの活動を縮小するあるいは他の機関と協働することは避けたいと考えているようであり、十分な情報を得られていない。専門家として今後情報収集し、他プロジェクトで既に行われた活動を活用するよう提言することも必要だと考える。
- 先方予算に関し、アンティオキア県では成果3、4の地域活動の予算が確保されたと理解している。バジェエ県では、県知事以下局長レベルまでの人事が決まりしだい予算確保に向けて活動する予定である。
- C/P 機関のオーナーシップに関し、各機関がプロジェクト内での利益を守るための介入は非常に強い。特定の成果に対するオーナーシップは高いが、プロジェクト全体に対するオーナーシップは低いと考える。1つのプロジェクト目標を達成するためにC/P全体が1つの組織として、それぞれの役割を意識して動くという点を再確認する必要があると考える。
- C/P が主体的にプロジェクト活動の計画、実施に参加するに至った要因に関し、計画については、各機関がプロジェクト内での利益を守ろうとする意識が強いこと、C/Pの計画策定能力が高いことが挙げられる。
- C/Pの組織体制、連携、スタッフの経験、能力に起因する問題に関し、すべてのC/Pは個別の組織としての組織体制、スタッフの経験は非常に優れている。

(3) 妥当性

- C/P 機関への技術移転に関し、成果 3・成果 4 については、これまで、内容の決定とその教材化が行われたが、専門家はそのなかで、技術的な助言を行うより、業務調整的な役割を果たしてきた。特に、成果 3 権利と義務、成果 4 医療施設受診前診療においては、コロンビアに既に蓄積された経験・情報が多く、日本の技術優位性は低いと考える。日本人専門家として技術的な優位性が高いのは、「住民（当事者、裨益者）参加」の「実践」だと考えている。
- C/P 側の専門家受入体制に係る問題について、JICA の技術協力とは何なのか、各専門家の役割等が、C/P にとっても明確でないと考えている。
- 対象地域（県・県以下のレベル）の選定の根拠について、各県とも地雷被災者関連の問題が存在する場所等の判断基準を作成し選定した。
- ターゲットグループ（研修受講者）の選定に関し、カスケード方式で知識を広めることを想定している。研修対象者は地域の医療関係者及びコミュニティリーダーになる予定である。
- 研修の成果を波及させる仕組み・工夫に関し、地雷被災自体が非常にまれなことであるため、現在研修受講者として想定されている方々の地雷被災関連知識獲得、さらにその知識の波及の優先順位は非常に低いと考えられる。しかしながら、研修が万が一の場合の役に立つように、教材を日常生活の目につくところに保管してもらえらるものにする等の工夫が必要だと考える。
- 障害者の権利啓発活動・医療施設受診前処置に係る研修におけるカスケード方式の研修システムの長所・短所について、利点は、C/P 機関が慣れている方式であるため効率的であることが挙げられる。欠点は、地域のニーズが反映されにくいことだと考える。
- 当初想定していなかった変化（外部条件）の有無について、地雷被災数が減少し、成果 3 の権利啓発、成果 4 での地雷被災に絞った医療施設受診前処置の知識獲得に対する住民一般のニーズが低いと考えられる。
- 妥当性全般に関し、プロジェクト内でターゲットグループと裨益者の認識が違い、プロジェクトがどのような問題を解決するための手段であるのかが明確でないと考えている。

(4) 有効性

- 県保健局等関係機関による、成果 3、4 への支援の促進及び阻害要因に関し、バジェ県保健局のプロジェクト担当部署が救急災害センターであるため、成果 4 へのコミットは強いが成果 3 へのコミットは弱いことが挙げられる。一方、アンテオキオ県保健局のプロジェクト担当部署は障害担当部門である

ため、逆に成果 3 へのコミットが強く成果 4 へのコミットは弱い。阻害要因として、関連 NGO は成果 3、4 とも日常業務で行うテーママではないことが挙げられる。

- 有効性全般について、成果 3、4 がどのようにプロジェクト目標達成に貢献するのかわからないと考えている。貢献したとしても、プロジェクトによる研修で得た知識を実際の地雷被災に適用できるのは今後数例しか見込まれないと考える。

(5) 効率性

- 障害者の権利・義務・制度の啓発活動に関し、中南米諸国の文献整理を行い、啓発内容の大枠を策定した。また、医療施設受診前処置基本手順ガイド策定にあたり、文献レビューと内容の抽出を行った。
- 成果 3、4 の戦略は、受益者のニーズ・関係者の理解レベルに対して適切であるかについて、受益者を C/P 機関とみる場合ニーズは高く、地雷被災者を中心とする障害者とみる場合ニーズは低いと考える。関係者（研修受講者）の理解レベルに対しては適切であると考える。
- 成果 3、4 の投入コストと成果の関係について、成果 3 の戦略作成に関しは、本邦研修や短期専門家の投入を行うことなく長期専門家と現地リソースのみで行ってきたため、投入コストは低いと考える。
- 類似案件・プロジェクト経験の成果 3、4 への活用について、成果 3 では類似案件であるコスタリカの Kalioie プロジェクトで導入されている当事者参加の方針導入の経験の活用、成果 4 に関しては、今後他国 JICA 類似プロジェクト等にて C/P が研修し地域活動フェーズに活用できればと考えている。
- 効率性全般について、成果 1、2 と成果 3、4 の方向性が異なりプロジェクト目標に明確に集束していないという問題はある。しかし、それぞれの成果とそれに係る投入については効果を挙げていると考える。特に、本邦研修と専門家の投入による成果 1 への貢献、成果 3、4 での活動はローカルリソースを最大限に活用している等、効率性は高いと考える。

(6) インパクト

- 上位目標が達成される可能性は中程度だと考える。既に MPS が活動しているため可能性はあるが、障害政策全体での地雷被災者の位置づけが不確定なことがマインナス要因として働いていると考える。
- 上位目標を達成するために本プロジェクトでの活動以外に必要な活動として、地雷被災者のプロジェクトへのコミットを促すことが必要だと考える。
- 地雷被災者がプロジェクトの実施プロセスに参加することによる正・負のイ

ンパクトについて、正のインパクトは持続性の担保につながることで、各 C/P 組織内で今後当事者参加の重要性及び方法について経験として残ることが挙げられる。

(7) 持続性

- 県保健局・NGO (IDEAL, El Comite) によるプロジェクト終了後の研修・モニタリングの継続・研修効果の波及に関する戦略・オーナーシップについて、今後実施される活動の評判が良い場合、持続すると考えられる。
- プロジェクト終了後、NGO は研修モジュールを独自に作成・改良する能力は十分であると考える。NGO へ予算を配分する機関である県保健局でプロジェクトでの活動を継続する意思決定がなされることが不可欠だと考える。

以上

12-1. 板橋専門家へのインタビュー

日時：2010年11月2日 14:00-15:00

場所：Royal Park Hotel

面談者：板橋専門家

訪問者：若杉 健次 (コンサルタント)

(1) 実績及び今後の見通しについて

- 上位目標の実現可能性に関して、現行の CONPES は障害者への医療リハビリテーションの概念は含まれているが、総合リハビリテーションの概念は含まれていない。内閣の政策文書である CONPES の改定を通じて MPS の障害者政策のなかに戦争被災者や地雷被災者の概念を入れることは 2017 年までには実現可能と考える。
- 中央政府の組織について、法整備を行う MPS は、現行保健と労働部門を有するが、2011 年 3 月に分割されることが予定されている。障害者政策・障害者の就労は保健省の管轄となる。PAICMA については、3 年前に前身の組織から PAICMA となった。同組織はプログラムであり、目標を達成すればいづれはなくなる組織である。
- 機能リハサードビスの継続に係る、C/P のコミットメントとそれを確保する法律の有無・人材体制・資金確保状況について、C/P のコミットメントを確保するよう法律は現在ない。サードビスの継続には、機能リハビリテーションの範囲をどう定義するか、義務的な医療措置のなかにリハビリテーションをどう位置づけるか等、制度しだいで資金・医療現場の対応範囲も異なってくる

る。継続していくためには、MPS が制度整備を進める必要がある。中央レベルにおいてプロジェクトの成果物や方針を他地域に普及させようとする意思が維持されているかについて、実際に他地域に普及させる活動は現在までのところないが、MPS は成果の普及を重要視している。MPS は、リハビリテーションの制度拡大・保障内容の変更を行うための材料を集めており、普及が MPS の政策課題であると考えている。PAICMA についてはプログラムであり、普及について MPS ほどの意思は感じていない。

- 医療保険会社や基金が障害者へのリハビリテーションサードビス費用支払いを維持・保障しているかについて、絶対に必要な医療処置のリハビリテーションについては支払いが保障されているが、それを超える部分については、例えば HUSVP では独自のファンドで対応している。費用の支払いについては、障害者への啓発だけでなく行政側の知識についても課題がある。
- 研修人材の離職の有無・影響について、現在までのところ離職はない。ただし、雇用契約の終了や他からのオファーがあれば、研修人材の離職の可能性はある。HUV については、2011 年 12 月の統一選挙後に医学部長が代わるような事態となれば、体制面等の変化の可能性はある。
- プロジェクトを実施している地域の治安状況について、対象地域の治安状況に極端な変化はなく、今後も変わらないだろうと予想される。成果 3、4 の地域活動は、県保健局と NGO が中心になり今後取り組んでいく。

(2) 実施プロセス

- C/P とのコミュニケーションについて、バジェ県とアンティオキア県関係者とのコミュニケーションの頻度等のバランス・機材供給のしかた・専門家の訪問回数等、公平となるよう留意している。
- 障害者へのリハビリテーションに係る他ドナーの支援について、赤十字が義肢装具の製作に関する研修を行うプロジェクトを実施しており、バジェ県では研修が終了し IDEAL から 1 名が参加した。アンティオキア県では、赤十字より同内容の研修を HUSVP を中心に行いたいとの意向が示され、場所の提供・調整・助手を提供する (経費は赤十字が負担する)。また、赤十字に加え、HI も EU の支援を受け地域医療施設・緊急対応 (第 1 次・2 次の応急手当) の医療従事者用のガイドブックの作成・普及を行っており、Soraida 氏は HI の活動にもかかわっている。
- 先方予算の確保状況について、C/P の人件費・旅費の確保・支出に大きな問題はないと理解している。アンティオキア県については、地域活動に係る予算は申請されており、中央政府は障害者医療予算のなかで権利啓発に係る予算を申請している。バジェ県については局長の交代があり、成果 4 の地域活

- 動に関する予算は確保されていると聞いている。
 - C/P8 機関のオーナーシップについて、C/P8 機関それぞれの本プロジェクトに対するオーナーシップは高い。一方で、自己の組織の利益拡大に走る傾向もあり、独断に陥りがちな面があることも否めない。バジェエ県・アンティオキア県は、歴史・地理・文化的に相違があり、双方とも主張を曲げず調整が難しい局面もある。
 - C/P が主体的にプロジェクト活動の計画・実施に参加するに至った要因について、各 C/P がおのおのやりたいことをもっていること、現在のメンバーが計画の策定から本プロジェクトにかかわっていることが、主体的な参加の背景にあると考える。
 - C/P の組織体制・連携・スタッフの経験・能力等に関する問題の有無について、スタッフの配置・バランスの問題はあると感じている。バジェエ県・アンティオキア県でプロジェクト担当者の経験力量が異なっているが、長期的視点に立ち、本プロジェクトがアンティオキア県担当者の人材育成につながることを期待している。
 - プロジェクト全体の進捗管理の方法・体制について、現在成果ごとに進捗管理を実施している。成果 1,2 については高橋専門家が対応しており、成果ごとに担当者がモニタリングを実施している。全体のモニタリングをどう実施していくかについては今後の課題だと認識している。官民等性格の異なる 8 機関でプロジェクトの活動を計画・実施していることを考えれば、C/P の主体的な参加もあり、案件管理はうまくいっているということができると見られる。JOCV との連携は現在はないが、来年から IDEAL に理学療法士の隊員が配置される予定となっている。また連携に関しては、バジェエ県では日系 SV の協力を得て折り紙教室を実施した。
- (3) 妥当性
- C/P の専門家受入体制について、討議議事録 (R/D) のなかで長期専門家の事務所は C/P の負担で準備することになっており、公衆衛生専門家のオフィスは HUSVP 大病院内に確保された。しかし、専門家の担当する成果と病院の活動は必ずしもリンクしておらず、県保健局にオフィスを準備するよう依頼している。
 - 対象地域 (県・県以下のレベル) の選定の根拠・プロセスについて、アンティオキア県については、被災者が多く多数の機関が支援を実施しているため、地雷危険地域でかつ他機関からの支援がない 5 カ所を選定した。バジェエ県については、地域の中心であり中継基地となり得る 5 カ所を選定した。選定は C/P チームが行い、専門家は事後に選定に関する説明を受けている。

- 本邦研修受講者の選定について、1 回目の本邦研修は各機関のプロジェクト責任者を派遣した。2 回目以降は技術研修であり、研修内容・参加者の TOR を専門家・PAICMA・JICA 本部で協議し、対象機関が研修の趣旨・TOR に従い候補者の選定を行った。
- プロジェクトの実施環境の当初想定していなかった変化 (外部条件) の有無について、プロジェクトとの関係では、バジェエ県の県知事の更迭に伴い保健局長の交代があった。また、国レベルでは 2010 年 8 月の大統領選挙に伴い政権が代わったが、プロジェクトに対する影響は出ていない。

(4) 効率性

- チーフアドバイザー着任前の活動の概要について、2008 年 12 月に岩谷短期専門家の派遣時に、成果 2 に関するチリとの協力について協議を行い、PDM の改訂を行った。また、PDM に沿った研修の洗い出しを行い、当初あった 135 項目から 59 項目に絞り込みを行い、岩谷短期専門家の協力を得て更に 39 程度に絞り込みを行った。
- 研修成果の測定・フォローアップについて、高橋専門家が中心となりフォローアップを実施している。国内研修については、研修内容に関するレポートを作成するが、研修の理解度を試すような取り組みは行っていない。研修には、ICF・評価研修のようなものと、現場で活用するものの 2 種類あり、技術研修は高橋専門家がフォローアップを担当している。
- 短期専門家の投入人数・分野・派遣時期・派遣後の変化については、派遣は計画どおりに実施されている。派遣後の変化については、視覚障害者について仲泊短期専門家の協力によりバジェエ大学で視覚障害者に対するリハビリテーションが開始されたことが大きな変化の例として挙げられる。
- 供与した機材の維持管理状況について、管理費がかかるとなると機材は基本的に、対象医療施設では機材の維持管理はしなくなりされている。
- ローカル資源の活用・既存施設の有効活用について、バジェエ県では大病院内に専門家の執務スペースが確保されている。メデジン市では病院内に十分なスペースがなく、県保健局に執務スペースの確保を依頼している。

(5) インパクト

- プロジェクトの活動から発現している正・負のインパクトについて、負のインパクトには特になく理解している。正のインパクトに関しては、HUV で視覚障害者リハビリテーションコースができたことが挙げられる。HUV は、近隣の視覚障害者施設・視覚障害者の研修を行う NGO としては草分け的存在の CIREC と連携し視覚リハビリテーションを開始した。HUV の帰国研修員 2 名も視覚

- 障害リハビリテーションコンコースの開設・運営に貢献している。上位目標を達成するために、本プロジェクトでの活動以外に必要な活動の有无について、他県に普及されるためには、コロンビアの文脈では政策が必要となる。そのためには、政府関係者に対してセミナー等で成果の普及・紹介を行っていくことも必要だと考える。
 - 対象4 医療施設以外の県内外の医療施設において、切断・知覚障害に関するリハビリテーションガイド・障害者の権利普及をめざした媒体・医療施設受診前処置基本手順ガイドが活用される予定・見通しについて、現時点では対象医療施設以外でのガイド利用の予定や見通しはない。コロンビアは地方分権が進んだ国であるが、予算は中央集権的であり、地方は運営に責任をもっている。成果の普及を図るには予算が必要であり、政策を策定するMPSの考え方・取り組みが重要になってくる。成果 3、4 について実際に動き出すのは予算が執行される 2011 年 4 月以降である。一方で、プロジェクトは 2012 年の 8 月までであり、その 6 カ月前に終了時評価が行われることを考えると、できるだけ早く成果 3、4 に関する地域活動を開始する必要があると認識している。
- (6) 持続性
- MPS・PAICMA によるプロジェクト終了後の研修・モニタリングの継続・研修効果の波及に関する戦略・オーナーシップについて、MPS は障害者政策のなかに地雷・紛争・暴力の被害者を入れ込みたいと考えており、これが実現すればプロジェクト終了後の持続性は高まると考える。
 - プロジェクトの効果の普及については、上位目標の達成がなければ難しいと考える。モニタリングについては、PDM の変更に伴い指標も変更されている点に留意が必要である。

以 上

