

院は、施設も医療機材も適切に整備しており、機材メンテナンスも日本病院独自のメンテナンススタッフを配置しているほか、IME 職員も同病院を担当・常駐しており、適切な医療機材メンテナンスができる体制を取っている。医師や看護師の臨床技術についても、JICA が実施した「サンタクルス総合病院プロジェクト」や「医療供給システムプロジェクト」の際に実施された研修を通じた能力向上により、質の高い医療サービスを多くの人々に提供することができるようになり、日本病院に対する評価が高まるにつれ、徐々に来院患者数も増加した。サンタクルス県への移民流入による人口増加に伴って、現在は満床率 100% を越える事態が続いている。1 次医療施設である保健センターでは、「サンタクルス県地域保健ネットワークプロジェクト」で作成された、(上位にリファーせず) 1 次レベルで対応すべき母子に関する疾患の対処方を記載したガイドラインを活用し、1 次レベルでの患者の受け入れ態勢の強化が図られている。

また、3 次の混雑緩和を図るために、各病院や保健行政のリファラル担当が集まる「リファラル委員会」が月 1 回開催され、各病院への患者紹介に関する話し合いが行われている。ここではリファラル担当者や医師が毎月顔を合わせることで人的交流も図られ、患者紹介の際のスムーズな連絡などに繋がっている。さらに、保健人材の人事を担当する県と医療施設の運営費や機材調達を担当する市も、このリファラル委員会への参加を通じて、以前の芳しくない関係から改善が図られている。他方で、リファラル委員会はサンタクルス県や市から正式な認可を受けておらず、委員会での話し合いがサンタクルス県の保健政策に直接反映されにくい状況である。3 次医療施設の混雑緩和などの問題解決のためにも、リファラル委員会が行政から正式な認可を受け、保健政策として問題に対応されるようになることが期待される。

下位から上位病院、または患者搬送は、統合的救急医療システム (SISME) がその役割を担っており、病院が救急車を要請する際の手順が規定され、研修も実施されている。しかしながら、本来は患者の担当医が救急車の要請をするはずが、病院の門番が、救急搬送が必要でない患者のために救急車を要請したりすることも見受けられる。また、現在では 3 次病院混雑のため、搬送した患者をどこの病院も受け入れてくれず、たらい回しにされる事態も生じている。

②「農村部・遠隔地の人々への保健サービスのアクセス確保」の観点

1 次医療施設である保健センターでは、地域の家庭訪問を通じて、医療サービスの啓発活動を実施することにより、保健センターへの外来患者数が増加している。「サンタクルス県地域保健ネットワークプロジェクト」で導入された住民参加モデル (FORSA モデル) を活用した、地域住民と保健センタースタッフが協力し合って地域保健の改善に取り組む住民参加型保健活動は、保健センターの患者数増加に貢献している。また、保健センターへのアクセスが困難な地域では、1 ～ 2 週間に 1 度、医師による巡回診察が行われ、必要に応じて患者を上位病院へリファーしている。また、コミュニティレベルの疾病予防活動とし

て、住民参加の保健祭りなどを開催し、ヘルスプロモーションに関する啓発を実施したりするなど、妊産婦検診や疾病予防という保健サービスも提供している。

③「情報・知識・技術の伝達」の観点

①に記述の通り、紹介患者に係る患者情報は、リファラル用紙に加えて、症例によっては事前の電話や FAX などを通じた伝達が行われている。そして、上位病院において下位病院での誤診が発見された場合は、上位病院よりその旨伝達・指導する体制となっている。症例検討会もリファラル委員会において、リファラル用紙の記述を基に行われ、そこでは情報共有とともに技術指導が行われる。また、3次病院から下位病院にカウンターリファールされた患者情報については、日本病院の医師が直接患者のリストを持参し伝達する場合もある。技術面では、日本病院の医師は、下位病院からの研修の要請に応じて現地に赴いて指導している。また、「サンタクルス県地域保健ネットワークプロジェクト」ではサンタクルス市 RED ノルテの一般医、看護師に対して正常分娩に関する臨床実習を中心とした研修コースを実施した。その結果として、下位病院で対応すべき正常分娩を上位にリファールすることなく対応できるようになってきている。

（３） 効果発現の貢献/阻害要因

①「患者紹介システム」の観点

既存のリファラル用紙が、患者用、病院用、リファール先医療施設用の3枚にそれぞれ同じ情報を記入する必要があったのに対し、JICA 協力で作成したリファラル用紙は、1枚への記入で済むカーボン写しの用紙を採用した結果、記入者の評価を得られることとなり、同リファラル用紙が、保健・スポーツ省に正式に承認されることにつながった。また、リファラル用紙を持参すれば日本病院で優先的に診察を受けることができるというインセンティブが与えられたことも、患者紹介の際にリファラル用紙が適切に活用されることに貢献した。

リファラル委員会の活動については、JICA 専門家がカウンターパートである日本病院のリファラル担当者の意識向上に努めたことが、その後委員会における同カウンターパートのリーダーシップにつながり、協力終了後の委員会の継続的活動に貢献した。また、委員会は話し合いの場を持つことによる交流の場としても機能しているため、委員会メンバーが自発的に参加しているとも言える。なお、現地調査時点では、リファラル・システム整備において重要な患者搬送を担う救急システム（SISME）が委員会に参加していないことが確認されたが、評価調査団からの働きかけにより、現在はメンバーの一員となっている。

JICA 専門家が相手国とのオーナーシップを尊重し、調整役に徹したことが、県と市の関係修復につながった。プロジェクト事務所を県保健局に設置し、県と市両方の関係者との信頼関係を構築し、第三者として双方の橋渡しの役割を担ったことが、関係改善の鍵であったと言える。

SISME が、適切な救急サービスを提供できていなかった要因としては、適切な人材が配置されていなかったこと、救急車が十分に整備されていなかったことなどが主である。また、現地調査時点でリファラル委員会に参加しておらず、情報共有がされていなかったこと、運営費に関して、救急搬送は保険が適応されるにも関わらず、保険の請求ができない組織体制となっていたことなども挙げられる。

医療機材センター（IME）は、一つの機関として設置し、全ての医療施設に対応できる体制をとったことが、効果的な医療機材メンテナンス活動を促進したと言える。

②「農村部・遠隔地の人々の医療サービスへのアクセス確保」の観点

住民の予防医療を目的とした FORSA プロジェクトは、住民を主体とした活動を展開したことで住民の意識向上による自立発展性を促したと言える。また、保健祭りなど、保健行政や医学教育分野の人々も巻き込んだ活動が、人々の保健に対する意識を高めると同時に、医療施設への親近感を与え、エントリーポイントとしての 1 次医療施設へのアクセスの改善に繋がったのではないかと考えられる。

③「情報・技術・知識の伝達」の観点

リファラル委員会の設置により医療施設間連携が強化され、その連携を通じて自発的に技術指導やカウンター・リファラル患者の情報を送るといった裨益効果が生まれたことは、前述と同様に、関係者間の調整役に徹した協力が、協力終了後も病院間の良好な関係が継続されたことに起因すると言える。また、産科および小児の診療ガイドブック作成の際に結成された 3 次医療施設スタッフからなる委員会、作業グループの活動が関係者間の連携を強めた。さらに、連携を活用した下位病院から上位病院への技術指導の要請などは、病院自身の機能強化を図りたいとの意識の高さと、1 次医療施設の基本的な診療機能の向上というニーズが一致して実現されたものと言っても良い。

<ベトナム>

（１）リファラル・システムの現状

国土が南北に広がるベトナムでは、北部のバックマイ病院、中部のフエ中央病院、南部のチョーライ病院のような保健省直轄の拠点病院や医療研究機関、医科大学などが第 4 次医療を担っており、それぞれの下位組織に助言や技術指導を実施している。第 3 次医療は各省にある省病院、第 2 次医療は郡病院、さらに 1 次医療はコミュンレベルの CHC（コミュンヘルスセンター）が担っている。保健医療サービスは基本的に病院機能と予防機能とに分化され、CHC は主に予防・啓発活動を実施し、それに付随する簡易な診療も実施しており、最も住民に近い医療施設となっている。リファラル・システムに係わるその他の仕組みとして、ベトナム保健省は、1998 年に地域医療指導部（DOHA）に係る決定を発出し、上位医療施設に下位医療施設に対する技術指導を提供する義務を課した。具体的には、上

記の3拠点病院はそれぞれ北部、中部、南部の省病院に対する指導義務を負い、各省病院は、省内の郡病院に対する指導義務を負うこととなっている。さらに1998年にはチョーライ病院に教育研究部が設立され、研修管理の中心的な組織になり、その後2004年にはバックマイ病院内に研修センターが設立、2006年にはフエ中央病院内にも研修センターができ、チョーライ病院においても研修センターと名称を変え、3拠点病院の研修センターが研修事業を推進している。また、救急システムについては、各地域の救急システム115が中心となって患者搬送を行っている。

(2) JICAの協力

リファラル・システム整備に係る協力は、①「患者紹介システムの確立」の観点では、北部のホアビン省にて技術協力「ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト」が現在実施されており、ホアビン省保健局を中心として省病院、郡病院とともに、リファラルに関する情報伝達等を行っている。それ以外は資源整備に関する支援が主であり、人口が集中する都市部の拠点病院と、省レベル以下の下位医療施設の機能強化への支援である。また、1993年に無償資金協力により、ハノイ115救急センターへの救急車整備が行われ、診療・搬送活動に適切に活用されていた。②「農村部・遠隔地の人々の医療サービスへのアクセス確保」の観点では、「ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト」において郡病院レベルまで支援を実施し、間接的にCHCへの患者のアクセス改善を支援している。③「情報・知識・技術の伝達」の観点では、バックマイ病院、フエ中央病院、チョーライ病院の3病院を拠点とし、DOHAおよび研修センターの仕組みを活用して省病院への研修を通じた各地域の医療サービスの向上を図るといった上位から下位への研修・指導への支援を実施しているほか、北部ではホアビン省をモデル省として、省全体の地域医療システムを強化するための協力を行っている。

以下に、(1)の組織体制を基盤としたリファラル・システムと、(2)のJICAの協力を踏まえながら、現状とこれまでの変化について評価の3つの視点からまとめる。

① 「患者紹介システム」の観点から

ベトナムの保健リファラル・システムでは、患者はまずCHCで診察を受けた後、郡病院レベル、省病院レベル、国立病院（北部、中部、南部拠点病院および専門病院等）の順に紹介されることとなっている。患者の紹介時にはリファラル用紙が利用されており、カウンターリファラル（逆紹介）も同様のフォームを使用している。公的保険加入者は上位へリファーされる際にリファラル用紙の持参が義務付けられており、リファラル用紙による患者情報交換は病院施設間においてきちんと実施されていた。しかしながら、患者は自由に医療施設を選択できるという法律があるため、上位医療施設での診療が不要と思われる疾患でも、より良い診療を受けたいとの患者の要望から、リファラル用紙のみをもらうために保険基準施設である、より下位の郡病院などを訪問するケースもある。公務員や大企

業従事者に対する従来の保険制度に加え、最近では貧困者、遠隔地住民、6歳以下の小児などへは公的医療保険が適用され、診療費は無料となっているが、それ以外の一般住民の医療費は全て有料である。また公的保険はCHCの診療費をカバーしない省もあり、郡病院や省病院へのアクセスが容易な地域においてはバイパスする患者が多い。一方、遠隔地においては上位医療施設へ行くための交通費、食費等が必要となるため、患者はCHCでの診療を希望しており、リファラルが必要であっても上位医療施設に行きたがらない傾向がある。

各レベルの医療施設の状況は、4次レベルの地域拠点病院は施設も医療機材も適切に整備されている。医師や看護師の臨床技術についても、研修を通じた能力向上により、質の高い医療サービスを多くの人々に提供することができるようになっている。また、ベトナム全土において省病院における患者数が増加し、拠点4次病院の患者数増加の緩和に貢献するように思われるが、実際にはそれとは逆に拠点病院における患者数は以前より増加している。これは、国民の経済状況の改善、インフラ整備などが影響し、全体の医療需要が急速に増えていること、中間富裕層の高次病院志向などの受診行動の変化に起因している。これらの結果、上位医療施設の病床占有率は150%近くに達するところが多く、患者集中による医療サービス低下が懸念されている。省病院、郡病院についても同様の傾向にあるが、その一方で末端のCHCについては、医療機材の不足、医療従事者のスキル不足に加え、CHCでは保険が適用されないこともあり、患者による（郡病院、省病院といった）より上位医療施設へのバイパスに拍車をかけている。

上位病院の患者混雑を解決すべく、各地域拠点病院のDOHAおよび拠点3病院に新設された研修センターを中心に、下位病院への研修活動を通し、医療従事者のスキル向上を図り、下位医療施設で対応できる体制を構築しようとしている。研修センターの機能は拠点病院による研修、すなわち研修計画の作成とその実施、モニタリング/評価などであり、これに対しDOHAの活動は拠点病院から下位の主に省病院へ赴いての臨床活動、臨床指導、研修活動などであり、最近では省病院から郡病院へのDOHA活動も行われている。なお、保健省によって各レベルの役割を明確にしたリファラル基準が定められているが、国土が南北に広がるベトナムでは、医療資源も流行疾患も異なることから、その基準に従うことができないケースも多いようである。

ベトナムでは、ホアビン省を除いてリファラルに特化した定例会議は行われていないが、ベトナムの特徴として上位機関が下位機関を指導する体制があり、保健行政機関と医療施設との連携はある程度行われている。また各地域では独自の活動が実施されている。例えば、中部地域のトゥアンティエンフエ省においては、拠点病院であるフエ中央病院と2次医療施設である郡病院のみが存在し、その間の省レベルの3次病院がないことから、保健行政機関であるトゥアンティエンフエ省保健局が医療施設との調整役を担っていた。南部においては、チョーライ病院における患者集中の緩和策として郡病院に専門医を派遣し、郡病院にて治療や手術を行う「サテライト病院」の取り組みを実施しており、下位病院と

協力しながらリファラルを運営している。

患者統計、リファラル統計等の情報収集・分析については各機関が実施しているが、その活用については不明である。ホアビン省では JICA 支援によりリファラル用紙、リファラル統計のフォーマットが作成され、保健行政および保健医療施設間で情報を共有しているが、現段階ではデータの不一致等の課題が残っている。

搬送体制に関しては、特に地方においては、搬送体制・搬送手段が整備されておらず、患者自身が搬送手段を用意している現状がある。ベトナムでは交通事故が多いことも起因し、救急システム 115 の強化に力を入れている。北部地域のハノイ市においては同システムにより現場（患者宅または事故現場）から病院間の救急サービスを実施しているほか、下位から上位病院への搬送を各医療施設で所有する救急車にて実施している。なお、ハノイ市では 1993 年に無償資金協力によって供与された救急車が現在も活用され、救急患者搬送に貢献していることが確認されている。中部地域のフエ市については、ハノイやアメリカの NGO の協力を受け、救急搬送機能の向上を努めている。中部クアンチー省においては民間の救急サービス会社が設立され、まもなく認可が下りる予定となっており、省保健局としても協力して体制構築に臨んでいる。南部地域のホーチミン市における救急システム 115 は 2 次医療施設のチュンブン病院内にあり、医療施設と救急搬送組織が同一の管理下にあるというユニークなシステムとなっていた。同じく南部のティエンザン省においてもホーチミン市と同様、ティエンザン省病院の管理下で救急活動が実施されている。

②「農村部・遠隔地の人々への保健サービスのアクセス確保」の観点から

末端の医療施設である CHC は、国家保健プログラムとして重要視されているマラリア、HIV 等の感染症や下痢症等を中心とした疾患を対象に、予防医療のサービス提供を行っている。CHC までのアクセスがさらに困難な遠隔地域においては、村落ヘルスワーカーを通じた家庭訪問によって、これら疾患への巡回指導が行われている。

公務員や大企業従事者に対する従来の保険制度に加え、貧困者に対しては、通常より安い保険料で加入する権利が与えられている。その結果、経済的アクセスが困難であった人々も、医療サービスを受けられるようになっている。

③「情報・知識・技術の伝達」の観点から

ホアビン省以外での協力、北部バックマイ病院、中部フエ中央病院、南部チョーライ病院への協力は、知識・技術を下位の省病院を中心とした医療施設従事者に伝達する研修活動に重点をおいて実施されてきた。これにより省病院など地方における診療技術の向上を図り、同レベルで実施できる診療の能力・範囲を広げることにより省病院から拠点病院への不適切なリファラルを減らし、それぞれのレベルでの適切な診療サービスの確保を目指すものである。バックマイ病院プロジェクトでは DOHA 活動の支援を中心に行われ、フエ中央病院においては同病院の研修センター、DOHA の協力による研修機能強化が実施されてお

り、チョーライ病院においては現地国内研修によりベトナム南部のすべての省病院を対象に研修事業を展開している。さらに現地で開催する研修により省病院のみならず郡病院の強化も図っている。またリファラル情報の伝達に関しては、リファラル用紙の活用により行われている。そして、下位病院での誤診が発見された場合は、上位病院よりその旨伝達・指導する Two-way Information System がある。保健行政機関および各医療施設間の定例会議は実施され、症例検討会はチョーライ病院現地国内研修において一部実施されている。

(3) 効果発現の貢献/阻害要因

① 「患者紹介システム」の観点から

患者情報がリファラル用紙によって適切に伝達されていることは、後述する上位と下位医療施設間で行われた研修を通じて人的交流が図られ、医療従事者同士の信頼関係が構築されたことによる間接的な効果であると考えられる。

② 「農村部・遠隔地の人々の医療サービスへのアクセス確保」という観点

JICA の協力では、郡レベルの医療施設に対する協力を行っているため、遠隔地の人々のアクセス確保に対する支援は実施していないが、ホアビン省において、郡レベル以下で他ドナーが地域保健の協力を実施している。省病院と郡病院への協力を実施している JICA と、地域の人々が CHC で適切な保健医療サービスを受けられることを目指し協力を実施している他ドナーが連携することで、CHC からの患者を必要に応じて郡病院へリファーするといった体制整備が期待される。

③ 「情報・技術・知識の伝達」の観点

ベトナムの行政システムは、上意下達の傾向が強く、上位医療施設である各地域拠点病院から下位医療施設へ波及するという協力アプローチは、DOHA 活動、現地国内研修等への支援後もベトナム側で継続して研修も行われており、知識の伝播を促進している。

JICA プロジェクトでは、各臨床技術に係るガイドラインや研修マニュアルが作成されており、また研修の際にはビデオやスライドによる視聴覚教育を行うなど、様々な技術移転のツールが活用された。ガイドラインを配布することによって、研修を受けたあとも診察・治療する際に活用でき、さらなる技術向上を図ることができ、同時にそのガイドラインを活用して自ら下位医療施設に対する研修を行うことも可能となり、技術伝達のツールとしてガイドラインは大変有効である。

<バングラデシュ>

(1) リファラル・システムの現状

バングラデシュ（以下、バ国）では保健家族福祉省（MOHFW）の下に「リプロダクティブ・ヘルス、家族計画」を担う家族計画局と、その他の「臨床、予防等公衆衛生サービス」を

担う保健局の2系統があり、保健リファラルに関してもそれぞれが独立して機能している。

保健局ラインの医療施設は、地域のコミュニティヘルスセンター、郡病院、県病院が整備されている。家族計画局のラインでは家族福祉訪問員（FWV）やその補助員（FWA）の活動拠点である家族福祉センター（FWC）が1次レベル施設であり、2次レベル施設として県毎に母子福祉センター（MCWC）が設置されている。また、母子保健の専門施設である、中央の母子保健研修センター（MCHTI）および母子保健センター（IMCH）は、保健局および家族計画局双方のラインの首都圏のトップリファラル施設に位置づけられている。

保健行政においても、2つのラインそれぞれに、複数の県で構成される Division、県、郡に事務局を設置し、それぞれの医療施設と連携している。

（２） JICA の協力

バ国の①「患者紹介システムの確立」への直接的な支援は、主に資源の整備とサービス提供を通じて協力地域の母子保健に関するリファラルの改善である。具体的には郡病院における帝王切開の実施などの機能強化や、FWC や FWA、CHP（Community Health Promoter：ボランティア）といったフィールドワーカーの能力向上による妊産婦検診や通常分娩など1次医療機能の強化である。ただし施設や機材の支援は保健局のライン、技術協力は家族計画局のラインを中心に実施している。また「フロントライン母子保健活動計画プロジェクト」において、妊産婦カードを用いたリファラル支援が実施された。さらに同プロジェクトで、地域保健情報を整備するなど地域連携への支援も実施されている。今後「母性保護サービス強化プロジェクト」による地域会議などの活動を通じて、母子保健に関する地域の母子保健活動の連携が期待されている。

②「アクセスの確保」に関しては、妊産婦検診のエントリーポイントである FWA や FWV、CHP の能力向上を通じて協力地域の母子保健に関するアクセスの改善を支援している。「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」による MCHTI での FWV への研修等による FWV の能力向上、「地域住民参加型家族計画」による CHP の育成により母子保健、家族計画へのアクセス向上に貢献している。

③「情報・知識・技術の伝達」に関しては、バ国の保健システム上、リファラルを通じた「情報・知識・技術の伝達」が実施されておらず、その支援も「母性保護サービス強化プロジェクト」にて開始されたばかりである。

以下に、（１）の組織体制を基盤としたリファラル・システムと、（２）の JICA の協力を踏まえながら、現状とこれまでの変化について評価の3つの視点からまとめる。

① 患者紹介システムの観点から

母子保健にかかる1次医療レベルのサービスは、社会的習慣から女性が家の外へ出て医療施設にかかることを望まない傾向があり、FWV や FWA が家庭訪問をして家族計画、母子保健活動を実施する。またこの活動によりリファールが必要な患者の同定も行っている。2次レ

ベルの医療サービスでは、郡病院や MCWC が緊急産科ケアを実施しているが、人材および資機材の不足により、実施できないところもある。また FWV や FWA、CHP の能力向上により、以前よりもリファールが必要なケースを同定できるようになったということであったが、搬送手段が限られていること、道路等交通インフラが整備されていないことから、患者が実際に上位医療施設へ行かないケースが多いようである。2 次（郡病院）と 3 次（県病院）の間で退院カードがリファラル用紙として用いられることもあるが必須ではない。また患者自らが直接上位病院に行く場合が多く、カードを持参していない場合も多いようである。UNFPA の支援により家族計画に係る様々なガイドラインやリファラルフォーム等が開発され、家族計画局ではそのリファラルフォームを活用しているということであったが、調査時点では使用されていなかった。

バ国の医療費は原則無料だが、医薬品代、検査料などは自己負担である。それに追加して医療施設までの交通費が大きな負担になっている。またインフォーマルな謝礼の習慣があり、国民の大多数を占める貧困層医療サービスを受けるには相当の負担がかかる。さらに村の伝統医や民間クリニックの医師が地域の有力者等にリベートを支払い、自院への紹介を依頼しており、公的医療施設よりも高額な治療費を払うケースもある。¹

②「農村部・遠隔地の人々への保健サービスのアクセス確保」の観点から

バ国における保健医療のファーストコンタクト先は、HA や FWV、FWA などの地域巡回保健従事者である。FWV や FWA が家庭訪問をして家族計画、母子保健活動（妊産婦検診、正常分娩）を実施し、HA が予防接種拡大計画（EPI）やその他の公衆衛生活動を、村落を巡回しながら実施している。JICA の協力により FWV や FWA などの地域巡回保健従事者が適切な正常分娩をできるようになったことにより、アクセス確保の改善に繋がった。前述の通り社会的習慣から女性が医療施設にかかることを望まない傾向があることから、地域巡回が 1 次医療サービスの大半を担っている。

特に遠隔地、地方の住民の大半は巡回指導員から保健医療サービスを受け、必要に応じて FWC や郡病院に行くこととなるが、伝統医や伝統的産婆による医療サービスを受ける人々も多い。都市部では郡病院や県病院等に直接行く場合が多い。公的保健医療サービスが地方の末端まで行き届いておらず、NGO が政府との契約により地域医療の担っている地方が多数存在する。そのため地域により公的保健医療サービスへのアクセスに格差があるという課題がある。

③「情報・知識・技術の伝達」の観点から

行政と医療施設間では、Division、県、郡の衛生局（課）、家族計画局（課）を通じた医療施設への指導業務があるが、リファラル・システムを通じた技術指導や患者情報伝達に

¹ 民間の方が総額では高いが後払いや分割払いが可能で、公的機関よりも融通が利くので利用するという住民もいるようなので民間医療サービスのすべてが悪いというわけでは無い様である。

関する指導は実施されていない。地域や県郡レベルの月例会議において、症例検討会が実施されることもあるようだが、定型化されてはいない。

下位病院からのリファラル情報は、上位病院に十分には伝わっていない。郡病院と県病院の間で退院カードによる患者情報の伝達もあるが、必ずしも十分な情報が記載されていないようである。リファラル患者の治療結果や退院カードの記載内容の不備など、上位病院から下位病院へのフィードバックは行われていない。ただし母子保健で郡病院等にリファールされた患者に関しては、その地域の FWV や FWA が予後の確認のため訪問しているとのことであった。

また、バ国の保健行政システムでは、医学教育および研修のシステムが独立しており、通常そのような研修機関において研修を実施するため、医療施設間の臨床技術移転などによる人材育成活動は行われていない。

（３） 効果発現の貢献/阻害要因

①「患者紹介システム」の観点から

産科のリファラルラインが家族計画局と保健局２つ存在し、重複するサービス提供によって資源配分の効率化が図られていないという点について、これは過去に保健政策において二つのラインの統合・分離が繰り返されていることが原因と思われる。また、二つのラインの複雑性は地域によっても差があるが、人間関係によるところが大きいとも言える。両者が歩み寄って話し合いの場を持てるような調整が必要と考えられる。

「フロントライン母子保健活動計画プロジェクト」で作成した妊産婦カードが現在もチョーガサ郡病院で活用され、異常事態発生時や医療施設にリファールされた際、適切な対応を可能とすることに繋がっていることは、大きな成果と言える。当該プロジェクトは JOCV のチーム派遣であることから、協力隊員の地道な活動の成果として、現在の活動継続に繋がっているのではないかと考えられる。

無償資金協力によって建設され、JICA のプロジェクトによって機能強化が図られた MCHTI が、現在は首都圏のトップリファラルとして機能していると同時に、研修機関としても多くの要請を受けて研修を実施している。これは、バ国の保健医療分野では様々なドナーが協力を実施しており、母子保健に係る人材育成についてもドナーがサポートする研修プログラムが多く、これらに対する協力の要請が継続的に行われていることから、研修機関としての自立発展性と機能強化に繋がっていると言える。

救急産科ケアのための機材が郡病院を対象に供与されているが、専門医の異動により適切に活用されていないケースも見受けられることについて、これはバ国側が約束した人材配置計画が履行されなかったことに起因する。

②「農村部・遠隔地の人々の医療サービスへのアクセス確保」という観点

プロジェクトで育成した保健ボランティアが、現在も地域の妊産婦ケアや分娩介助をし

ている促進要因は、ボランティアを地域から選定し、地域の女性たちを対象とした活動を行っていることが、活動を通じて女性たちとの信頼関係を構築し、社会的地位の向上にも繋がっているためと考えられる。また、無料のサービスに対しても、なんらかの謝礼をする習慣があるバ国では、分娩介助などによって謝礼を受け取ることが、ボランティアの継続的な活動へのインセンティブになっている。

バ国では、宗教的・社会的理由により、施設分娩より自宅分娩が主流である。特に遠隔地では、医療サービスを受けることを家族が忌諱することも多く、重症化してから伝統的医師やFWV等に診療を依頼するケースが多い。これらの理由により、FWVやFWA、HAなどの家庭訪問によるサービス提供が効果を発揮すると思われる。

バ国では医療人材資源が不足していることから、NGOと連携した保健サービス提供を行っている。NGOによるサービスは同じ地域住民によるサービスであることも多く、地域住民とそのニーズをよく理解したサービスを展開できるというメリットがあると言える。

4. 横断的分析

ここでは、3カ国におけるリファラル・システム整備に対する協力を、評価の3つの視点に沿って横断的分析を行う。

4.1 「患者紹介システム」

(1) システム管理

リファラル用紙の導入などによる患者情報の伝達・活用の改善と、患者紹介をスムーズに実施するための医療施設間の信頼関係構築がシステム整備の鍵となっている。また、患者搬送システムと医療施設の連携を図ることで、搬送による紹介患者の受入れが円滑になる。

様々な関係各機関が相互に連携して初めて機能するリファラル・システムは、関係者間の調整の場を設置することが重要であると示唆される。ボリビアの例では、リファラル委員会という定期的な会合を持つことで、リファラル・システムに係る問題解決の場としてのみでなく、人間関係構築による施設間連携強化にも繋がっている。また、対象3カ国に共通するJICAの協力として、リファラル用紙の導入による患者情報の伝達とその活用がある。上位医療施設へ患者をリファーする際に、患者の診断名や担当医師名、リファー先病院名などを記載したリファラル用紙を患者に持参させることで、リファー先病院での診察や検査が円滑に行えることが確認された。

さらに、適時・適切に医療施設間の患者の移動を可能にする救急システムとの連携が一つの重要なコンポーネントであることも確認された。ボリビアではサンタクルス市が運営するSISME（統合的救急医療サービスシステム）が、救急搬送した患者をどの病院も受け入れることができず、患者がたらい回しにされる事態が過去に発生していた。他方、ベトナムの南部では、救急システムを病院内に設置することで、搬送される救急患者の確実な受入れと対応を可能としている。患者を搬送する側と受け入れる側の連絡調整が必要であることが示唆される。

(2) 資源整備

医療施設のレベルに必要な施設や機材が供与されることによって、レベルに応じた医療サービスを提供することを可能にしている。

対象3カ国とも、4次または3次レベルの医療施設を無償資金協力によって建設および改築し、必要医療機材の供与を行い、レベルに応じた医療サービスを提供することを可能にしている。ボリビアとベトナムの例では地域のトップリファラル病院への協力として、無償資金協力による医療施設の建設および改築が行われ、超音波診断装置、消化管内視鏡、人口透析器といったトップリファラルとして必要な機材が供与されている。フィールドレベルにおいては、バングラデシュのフィールドワーカーにはレベルに応じて血圧計などが提供されている。

(3) 財政分野

リファラル・システムを持続的に機能させるための財源確保の支援が重要である。

リファラル・システムを持続的に機能させるためには、それらの財源確保の支援は重要である。対象事例では、リファラル・システムに特化した財政支援の協力は行っていないが、病院の財務管理や医療保険による財源確保のためのシステムづくりに取り組んでいる。ボリビアでは、国家の医療保険がリファラル・システム運営に大きな役割を担い、救急搬送にも保険が適用されることから、保険請求の効率化および精度の向上を図るための財務管理コンピュータシステムの導入と、その技術支援を行っている。また、リファラル・システム運営に関わる SISME（統合的救急医療サービスシステム）の経営が一時芳しくなかったことから、その財源確保のために独立採算制の支援も行い、リファラル・システムの自立的な発展が期待されている。

(4) 適切なサービス提供

医療従事者に対する臨床・検査技術の研修を実施することで、施設のレベルに見合ったサービスを患者に提供することができる。また、リファール患者に診察の優先権や初診料免除といった対応をとることは有効である。

ボリビアとベトナムの例では、上位医療施設の臨床技術向上の支援を行った結果、医療サービスを受けることができる患者が増え、さらにその技術を下位医療施設へ移転して各医療施設の対応の幅を広げることで、上位医療施設の混雑緩和とさらなるサービスの質向上につながる可能性を持っている。バングラデシュの地方においては、コミュニティレベルのヘルスワーカーが地域の住民を巡回しながら、必要に応じて医療施設へ患者をリファールしている。1次医療施設までのアクセスが困難な同国の地方において、ヘルスワーカーの巡回はコミュニティレベルにおける適切かつ必要不可欠なサービス提供であるといえる。

医療従事者の患者に対する態度の改善が、患者の病院への心理的アクセスを向上させる。

ボリビアでは、医療従事者の患者に対する適切な接し方などに関する指導を行った結果、医療従事者の態度の改善が、患者の医療施設へのアクセス回数増加に貢献していることが確認された。ベトナムでも、患者とのコミュニケーションを図ることにより、患者がより安心して治療を受けられる環境の整備を目指して、研修コースにトータルケア（患者中心の医療）を導入した。その結果、パイロット病棟の看護師全員が、患者との会話が増えたと回答しており、外来患者への調査結果からも、医療従事者の態度が改善されたとの回答が 90 パーセント近くに上るなど、協力の成果が認められる。

（５） サービス利用者側の視点

サービス利用者の意見を取り入れることは有効である。また、サービス利用者がファーストアクセスとする医療施設の選択においては、施設のレベルに加えて地理的アクセスによる効率性が重要な要件である。

ボリビアでは、コミュニティの保健祭りにおいて、日本病院の医師が医療サービスに関して住民から直接意見を聞く機会を設けている。リファラル・システム整備は、患者に対しより安価な医療費で適切なレベルのサービスを提供することが目的の一つであることから、患者側の視点を取り入れることで、サービス向上を図ることの重要性が示唆される。

また、患者がファーストアクセスとして選択する医療施設に関して、施設を含め病院が提供するサービスの質に加えて、距離をはじめとした物理的なアクセスの容易さが大きな影響を与えていることが明らかになった。ボリビアにおいて、2006 年に開院したフランス病院はサンタクルス市の 2 次レベル施設として建設され、患者が直接来院することができないようにしていたが、周辺住民の抗議により現在は 1 次医療施設としての役割も担っている。またベトナムでは、1 次医療施設の患者を対象に実施したアンケート調査では、1 次医療施設が地理的に一番身近な地域では、アンケート回答者全員が他の医療施設へ行ったことがないと回答している。

4.2 「農村部・遠隔地の人々の医療サービスへのアクセス確保」

住民のファーストアクセスとしての 1 次医療施設（保健センター）の機能強化と、遠隔地での医療巡回サービスの強化により、地域の末端の人々までサービスを提供することにつながっている。また、地域全体での疾病予防の取り組みを行ううえで、住民参加の促進は効果的である。

1 次医療施設へのアクセスが困難な遠隔地域の人々に対しては、定期的な巡回診療や家庭訪問によるサービス提供が効果的であることが明らかになった。バングラデシュでは、地理的アクセスの改善が困難な状況であるほか、女性の外出がタブー視される社会的背景を踏まえ、コミュニティの中から政府フィールドワーカーや保健ボランティアを選出・育成したり、既存の TBA（伝統的産婆）を活用するなど、家庭内で女性が安心してリプロダクティブ・ヘルスに係るサービスを受けられる体制を整備するための支援が行われている。さらに、1 次医療施設の役割として、予防医療としての健康促進が挙げられるが、ボリビ

アの FORSA プロジェクトでは、住民主体のヘルスプロモーション支援が効果的であったことから、住民参加型アプローチが有効であることが示唆される。

経済的アクセス確保には、医療保険の導入やその改善・強化が重要な役割を果たしている。

遠隔地で保健医療サービスへのアクセスが困難な遠隔地の人々は、一般的に経済的アクセスも困難であることが多い。そのため、医療保険の適用は経済的アクセス改善に大きく貢献していると言える。ボリビアでは2003年に5歳以下と妊産婦に対する保険を導入してから、1次医療施設の外来患者数が増加している。他方でベトナムでは、保険基準施設（郡病院など）からリファラル用紙を高次医療施設へ持参すると保険が適用されることから、リファラル用紙のみを受け取りに保険基準施設へ足を運ぶなどの問題が生じている。これは、より安価な医療費で上位医療施設での診察を受けたいという患者の要望を示しており、医療保険が適切に活用されるような措置が必要であると考えられる。

4.3 「情報・知識・技術の伝達」

上位から下位医療施設への技術移転を行う研修体制の構築が、患者リファラーがスムーズになることに繋がっている。技術の伝達においては、ガイドラインや研修マニュアルといった教材を作成することにより、研修後も引き続き、医療施設間の信頼関係に基づいて自発的に技術指導が行われることも期待できる。

リファラー患者の情報を伝達するための方法として、4.1.1（1）で述べたように、リファラル用紙の導入が効果的であることが確認されているが、ボリビアとベトナムでは、そのリファラル用紙に書かれた情報に基づいて、症例検討会の実施や、下位医療施設で誤診があった場合にその旨フィードバックすることにより、臨床技術の向上を図っている。

また、技術伝達の研修の際には、対象3カ国ともガイドライン/マニュアルの開発/作成が効果的であることが確認された。ボリビアでは、1次医療施設へポケットサイズのガイドラインを作成・配布したことにより、診療の際に携帯され大いに活用されていることが現地調査で確認された。ベトナムにおいても、ガイドライン/マニュアルが作成され、研修を受けた上位医療施設の医師が、下位医療施設に対して適切な研修が実施できることにも繋がっている。このような上位から下位医療施設への研修体制を確立することにより、人間関係が構築され、その後の技術指導の継続につながったり、患者のリファラーに関してもスムーズに行えるようになったことも確認されている。

4.4 リファラル・システム整備の協力展開

リファラル・システム整備に係る協力展開は、人口が集中する都市では、上位の医療施設の機能向上から、順次下位へ波及させていくトップダウン型のアプローチが取られ、人口が分散する地方では、まず1次医療施設の充実により地域の末端の人々の医療サービスへのアクセスを確保したうえで、医療サービスのレベルを上げていくプロセスの中で、より