

表 3-3-4 対象案件の概要

バングラディッシュ						
ダッカ	ダッカ/ノルシディ県(一部)	ノルシディ県(一部)	ジョソール県(一部)	ナルシディ県(一部)/フェニ県	ジョソール県(一部)	全国
母子保健研修所改善計画 無償資金協力	リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト 技術協力プロジェクト	母性保護サービス強化プロジェクト 技術協力プロジェクト	フロントライン母子保健活動計画プロジェクト JOCVチーム派遣	リプロダクティブヘルス地域展開プロジェクト 開発パートナーシップ	地域住民参加型家族計画 開発福祉支援	緊急産科医療サービス強化支援計画 無償資金協力
2000	99/8-04/7	06/11-10/10	94/8-99/6	01/3-04/3	98/3-01/3 01/12-04/12	03/04
T/G	MCHTI	MCHTI / FWV	対象地域の母子保健行政、住民	対象地域の医療機関、保健行政、住民	プロジェクト地域の女性	プロジェクト地域の女性
上位目標		リプロダクティブヘルスサービスが改善される。	プロジェクトから抽出されたリプロダクティブヘルスサービスの方法が標準化され他県に適用される。	乳幼児、妊産婦死亡率の低下	プロジェクト地域の女性のRHの改善を図る	妊産婦が安心して診断、検査できる環境が整う
プロジェクト目標	母子保健研修所(MCHTI)の機能強化	母子保健従事者が母子保健研修所(MCHTI)と関連機関において、リプロダクティブヘルス分野でのニーズに基づいた研修を受けたあとに、よく技術を修得し、職務を遂行できるようになる。	対象県の妊娠可能年齢の女性と新生児の健康状態が改善される。	母子保健サービスの向上	エッセンシャル・サービス・パッケージ(ESP)の政府政策に沿ったリプロダクティブ・ヘルス・家族計画(RH/FP)サービスの利用向上を図る	ジョソール県において、革の根レベルの母子保健従事者が育成、能力向上され持続的な地域母子保健サービスが向上する。
成果	産科病院機能の強化 母子保健従事者の研修機能強化	1) 母子保健研修所(MCHTI)の臨床機能が改善される。 2) 母子保健研修所(MCHTI)の研修機能が改善される。 3) 地域に戻った研修修了者が業務の中で研修成果を発揮できるようサポートされる。 4) 人材養成を通じたリプロダクティブヘルス向上への取り組みからの教訓を、技術的提言として研修実施者へフィードバックする機構ができる。	1.プロジェクトの経験・教訓が上位機関と関係機関にフィードバックされ、政策的支援を得るための働きかけがなされる。 2.対象県において家族計画局のマネジメントが改善される。 3.安全な出産のためのサービス提供体制が対象県以下で強化される。 4.民間の協力を得て、対象地域住民が主体的にリプロダクティブヘルスサービスを利用できるようになる。	・乳幼児の栄養状態の改善 ・妊産婦検診の向上 ・スタッフ(TBAも含む)への助言とトレーニング ・健康教育普及 ・基本保健統計資料の収集とその整備、助言指導 ・医療、保健関連施設の充実 ・母子保健行政機関の調整	1)包括的な地域展開型RH/FPサービスの強化が図られる 2)プロジェクト地区の女性が自らの健康のためのよりよい選択を得るための知識と能力を備えるようになる 3)FPABと他のプロジェクト関係機関のプログラム自立に向けたインスティテューショナルキャパシティの強化が図られる	・OHP、FWA、HAの訓練 ・地域組織のマネジメント能力の改善 ・地域インフラの有効活用
主な活動		臨床基準の作成 看護管理、検査、病院管理などの確立 研修技術者の訓練、研修会議の開催 FWVの現地活動への支援 関係機関との連携強化	他機関、ドナーとの調整 県プロジェクト運営委員会の設置 リファラルシステムの強化 コミュニティボランティアの育成		RH/FPサービスの提供 職業訓練、マイクロクレジット 識字教室 保健教育研修	
主な投入	約12億円	専門家(長期12、短期26) 研修員18名 機材供与 約1億円 現地業務費 約0.5億	専門家(長期2、短期) 研修員 機材供与	JOCV(14名) シニア隊員(2名) 機材供与 約5千万円	専門家(短期4) 宿泊施設の増設 機材供与	研修費用 約8.4億円

出所：評価チーム作成

3.3.4 保健リファラル・システム整備の協力アプローチとその効果

対象案件群における保健リファラル・システム整備に係る協力を、本評価におけるリファラル・システムの定義に基づいて抜粋した(表 3-3-5)。バングラデシュでのリファラル・システム整備に係る協力は、母子保健、リプロダクティブ・ヘルスの観点から、主に資源の整備とサービス提供を通じた協力地域のリファラルの改善を目指している。具体的には中央 MCHTI での研修体制強化による③「情報・知識・技術の伝達」を行い、FWC や FWA、CHP 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次医療機能の強化による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」がアプローチの中心である。現在実施中の「母性保護サービス強化プロジェクト」では、母子保健に関する中央から郡レベルまでの連携体制強化を実施する中で、①「患者紹介システムの確立」

に間接的に寄与するアプローチがとられている。すなわち、バングラデシュでは、トップリファラルを中央に確保し、その研修能力を強化させた上で、地方における人材養成を通じて地域の末端の人々の医療サービスへのアクセス確保を重点に、リファラル・システムの整備を図る取り組みが行われている。

表 3-3-5 対象案件における保健リファラルのアプローチ

大項目	中項目	国	バングラデシュ							
			ダッカ	ダッカ/ノルシディ県(一部)	ノルシディ県(一部)	ジョソール県(一部)	ナルシディ県(一部)/フェニ	ジョソール(一部)	全国	
評価設問			母子保健研修所改善計画(無償資金協力)	リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト	母性保護サービス強化プロジェクト	フロントライン母子保健活動計画プロジェクト	リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト	地域住民参加型家族計画	緊急産科医療サービス強化支援計画	
大項目	中項目	アプローチ	2000	99/8-04/7	06/11-10/10	94/8-99/6	01/3-04/3	98/3-01/3 01/12-04/12	03/04	
①「患者紹介システムの確立」という観点から有効な協力であったか	(1)システム管理の観点から有効であったか?	1) 連携プロトコル(システム)の整備 2) 患者搬送体制(システム)の整備 3) 地域の調整委員会(システム)の整備 4) 地域の情報(収集・分析)システムの整備					○			
	(2) 資源整備という観点から有効であったか?	1) 3次医療施設の整備 a) 施設整備 b) 機材整備 2) 2次医療施設の整備 a) 施設整備 b) 機材整備 3) 1次医療施設の整備 a) 施設整備 b) 機材整備 4) 地域の医療機器維持体制の整備 5) 通信・連絡手段の整備 6) 患者搬送手段の整備 7) 連携プロトコル実施のための研修	○	○			○		○	
	(3) 財政分野への協力は無効であったか?	1) 施設の財務面の強化 a) 3次医療施設 b) 2次医療施設 c) 1次医療施設 2) 患者搬送に掛かる財務面の強化 3) 地域連携に掛かる財務面の強化					△			
	(4) 適切なサービス提供という側面から有効であったか?	1) 3次医療施設の整備 a) 診療機能強化 b) 管理機能強化 2) 2次医療施設の整備 a) 診療機能強化 b) 管理機能強化 3) 1次医療施設の整備 a) 診療機能強化 b) 管理機能強化 4) 患者搬送サービスの実施支援		○	(○)	○	○		○	
	(5) サービス利用者側から見て有効であったか?	1) リファラルへの住民理解の支援					△	△	△	
	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」という観点から有効な協力であったか?	1) 物理的障害への支援(医療サービスの近接化) a) 予防活動の支援 b) 啓蒙活動の支援 c) 移動診療の支援 2) 財務的障害への支援 a) 診療費減免措置の支援 b) 住民の収入向上の支援 3) 心理的障害への支援 a) 医療従事者の意識変革への支援 b) 地域医療への住民参画に対する支援		○	(○)	○	○	○	○	
		(1) 人材育成の観点から保健リファラルシステムに有効であったか?	1) 連携に関する研修の(継続)支援 2) 施設間研修の支援 3) 教材開発 4) 研修施設整備 5) NGO、TBAの人材育成		△	△		△	△	△
		(2) 技術的支援の観点から保健リファラルシステムに有効であったか?	1) 図書、文献の整備 2) 学会、ワークショップおよびセミナー開催に対する支援 3) 症例検討会への支援 4) 遠隔診療への支援 5) 検査リファラルへの支援	△		(○)		(○)		

出所：評価チーム作成

以下に、表 3-3-5 に抜粋した 協力アプローチが、リファラル・システム整備にどのように寄与したか、その効果について3つの視点からとりまとめる。

(1) 「患者紹介システム」

1) システム管理

・ リファラル・システムの導入

「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」では、中央政府及びノルシンディ地方政府関係者と検討し、妊産婦のためのリファラル・システムを整備するためにリファラル用紙を作成、各関係施設にオリエンテーションを実施した。プロジェクト実施中においては、郡病院から県病院へのリファラル用紙を利用したリファラー件数が1年目、2年目と増加しており、コミュニティレベルにおいても、指導を受けたTBAが適切に地域のFWAやFWVに出産介助の報告を行い、TBAとFWV間の連携が確認されていた。しかし今回の現地調査時点では、リファラル用紙も印刷されておらず、自立発展性がみられなかった。現在実施中の「母性保護サービス強化プロジェクト」では、再度ノルシンディ県を対象にリファラル・システム強化の活動が組み込まれていることから、今後の成果が期待される。

・ 村医者への研修

また、「フロントライン母子保健活動計画プロジェクト」においても、ジョソール県チョウガサ郡の村医者を対象に、リファラル・システムに係る研修を実施している。プライマリ・ヘルス・ケアなどの研修の一部として行い、ハイリスク出産ケースや対応しきれない病人は、すみやかにチョウガサ郡病院への搬送を徹底するように指導している。その結果として郡病院長からは、結核、ハンセン病、ハイリスク妊産婦、重症患者を郡病院へ送るようになったとの報告が上げられている。このような過去の協力の成果が、2004年から3年間、チョウガサ郡病院が「最もEOCサービスをしている郡病院(UHC)」として、保健家族福祉省から表彰を受けていることに繋がっているのではないかと考えられる。

・ 妊産婦カードによる患者リファラル

さらに、「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ジョソール県チョウ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ラーされた際、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青年海外協力隊のチーム派遣であることから、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。

2) 資源整備

・ MCHTI の増改築と医療機材整備

無償資金協力によって建設され、必要機材が供与された 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。3.3.2 の表 3-3-1 からわかる通り、MCHTI への協力開始時である 1999 年から出産数、入院数が急激に増加している。また、研修機関としても政府やドナーから多くの要請を受けて研修を実施しており、リファラル・システムを整備する上で医療従事者の技術向上が重要であることから、研修機関としての機能向上は、大きな役割を果たしているといえる。母子保健分野の改善が求められているバングラデシュにおいて、同分野に係る施設整備の協力をしたことが、リファラル・システム整備に貢献しているといえる。

・ 活動現場でのフォーカスグループディスカッション

JICA の協力では、MCHTI で研修を受けた FWA や FWV が地域で適切に研修の効果を発揮し、サービス提供ができるように、妊産婦情報の記録用紙やリファラル用紙などの供給物資、血圧計などの医療機器を提供した。これによって、地域巡回の際のサービスが改善している。これは、FWA と FWV に対して行ったフォーカスグループディスカッションを通して、活動現場において必要な物資を確認して供与したものであり、現場のニーズを把握した上で支援したことが効果的であったといえる。

・ EOC (緊急産科ケア) 機材の供与

「緊急産科医療サービス強化支援計画」協力において、ユニセフや UNFPA 等と共同で全国の県病院、郡病院に対して、EOC 機材を供与している。供与機材は概ね活用されていることが現地調査で確認できたが、ジョソール県ジカルガチャ病院の例のように機材を活用するための専門医が配置されていないなどの問題も見られた。現地調査では、産科医あるいは麻酔科医のいない施設で帝王切開が必要になった場合、近隣の郡病院で融通し、両者を揃えて帝王切開を実施することもあるとの説明もあったが、母子保健に係るリファラル・システム運営には、迅速な対応が求められることから、今後患者対応の効率化を図るための対応策が必要であるといえる。

3) 財政面

・ (予算確保支援の協力の必要性)

財政管理に係る協力は特に実施していないが、プロジェクトにおいて MCHTI にリファラル用紙を導入しているのに関わらず、プロジェクト終了後はリファラル用紙の印刷がされていなかった。自立発展性の観点から、リファラル・システム整備に係る予算確保の支援も必要であったことが示唆される。経済的アクセスが困難な人々にも、医療サービスの提供を目指すリファラル・システムでは、このような財政の仕組みが適切に機能

するような支援も必要であると考えられる。

4) 適切なサービス提供

・ 臨床・検査技術の研修

MCHTI の機能を強化するために、「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」では、次の専門分野の専門家が派遣され、研修を行った。

- － (長期専門家) 助産師研修、看護管理、産婦人科、臨床検査、母体ケア、栄養、健康教育
- － (短期専門家) 産婦人科、臨床検査、医療機材管理、医療情報管理、人的資源開発、助産技術、麻酔技術、新生児科、超音波診断技術、母体ケア、看護管理、手術看護、新生児看護、人間関係トレーニング

これら専門分野の技術向上を通して、より良い医療サービスの提供を目指した。その結果、MCHTI の評価が高まり、首都圏からのリファー患者を含む外来・入院患者数が増加し、首都圏の産科のトップリファラルとして成長した。

・ 医療施設の環境改善

MCHTI では「女性に優しい病院」を目指し、1. ケアの質、2. 母子パッケージ、3. 女性に対する暴力防止のための戦略、4. 保健医療サービス提供に関する男女間の平等及び資源の公正な分配の4項目に配慮することによって、女性があまり外出しないイスラム社会において、女性自らが病院にアクセスしやすい環境整備を図った。ワークショップを開催し、患者グループと医療従事者間で『女性に優しい病院』とは何か?』について話し合いの場を設けたが、専門家からは、もっと具体的な状況設定に基づいて話し合う必要性があったと報告されている。

さらに、MCHTI では、「アヤ」と呼ばれ妊産婦や患者に近い存在である清掃・助手要員の役割を重要視し、識字教育などを通じたエンパワメントを試み、患者にとって居心地の良い環境作りに努めた。

産後検診の件数が全体として増加しているのは(表 3-3-1)、出産の際の入院時にそのような改善された環境が影響しているとも考えられる。

(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」

・ 保健ボランティアの育成

「リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト」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ことの促進要因は、ボランティアを地域の中から選定し、地域の女性たちを対象に活動を行ったことを通じて、女性たちと信頼関係を構築し、社会的地位の向上にも繋がったことにあると考えられる。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ングラデシュでは、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。JICA の協力で安全な分娩介助や母子保健の研修を実施したことで、知識や技術が習得され、それが外部からのインセンティブにより活動の継続が促進され、自立発展性が確保されたといえる。

- ・ **研修実施後、地域での活動フォローアップ**

「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」では、ノルシンディ県において、JICA 専門家が地域の監督指導担当を伴って、研修を終了した FWV の職場を訪問し、技術的な指導を実施した。FWV に対するフォーカスグループディスカッションでは、このような支援により FWV と指導担当者間の交流が促進され、巡回指導の頻度が増加した、という報告があった。

- ・ **TBA（伝統的助産師）への研修**

出産を医療施設ではなく、自宅で行うことが主流のバングラデシュの地方では、現在も TBA が活躍している。そのような TBA を対象に、自宅分娩で問題があった場合の対処方法など、より安全な分娩介助の研修を行うことによって、TBA が活動する地方のコミュニティと医療施設間の連携の改善に繋がったといえる。

- ・ **NGO との連携**

「リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト」は、日本の NGO とローカル NGO との共同実施事業であった。地域保健を改善する上では、現地の状況や文化・社会的背景などを考慮することが重要であることから、状況を把握しているローカル NGO と共に事業を実施したことが、地域住民のニーズに合致したサービスの提供に繋がったといえる。また、プロジェクトで育成された NGO のボランティアは、プロジェクト終了後も習得した技術と知識を活用し、引き続き分娩介助にあたっており、地域の母子保健活動に貢献していることが確認できた。

(3) 「情報・知識・技術の伝達」

- ・ **ガイドライン、マニュアルの開発・作成**

MCHTI における研修を実施する際、産婦人科の臨床基準（ガイドライン）が作成され、さらに看護および助産ケア基準がそれぞれ標準化されている。新生児ケアマニュアル、助産技術に関する学習要領や指導要領も作成され、FWV や NGO ヘルスワーカーを対象とした EOC 研修で活用された。「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」終了時評価報告書によると、MCHTI で研修を受けたリプロダクティブ・ヘルスサービス提供者の数は 1999 年から 2004 年の 5 年間で 3,647 名（政府関係者 1,770 名、NGO 関係者 1,877 名）に上っている。また、医師・臨床検査技師等用に病理学室用のオペレーションマニ

マニュアルが開発・作成されたことにより、実施手順が標準化され、サンプル収集方法、検査手順、検査機材の利用および維持の基準が確立された。研修実施にあたっては、このようなガイドラインが作成・配布されることによって、研修後の自立発展性が確保されるといえる。その結果として、MCHTI の強化に繋がったと考えられる。

- ・ **研修手法の統一**

MCHTI における研修活動は、リプロダクティブ・ヘルスのカリキュラムのすべてについて研修手法を統一することによって、研修の効率性を高めた。また、研修生からのフィードバックの仕組みを取り入れ、常に研修の改善を図った。さらに、人間関係トレーニングの導入は、研修生と研修指導員が交流・意思疎通をするうえで役立ち、研修終了後も、構築された信頼関係を基盤に医療施設間の連携強化に繋がっている。

- ・ **カウンターパートの日本国内研修**

「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」においては、MCHTI 研修部の研修指導者の技術を向上させるために、18 名のカウンターパートが日本国内で研修を受け、産婦人科、新生児科、看護ケア、麻酔科、超音波診断、そして病院管理などの分野で技術の向上を図った。指導者としての技術向上を図ったことで、帰国後も MCHTI で指導にあたっていることが確認された。

- ・ **研修のフィードバック体制**

「リプロダクティブ・ヘルス人材開発プロジェクト」では、人材養成を通じたリプロダクティブ・ヘルス向上への取り組みから得られた教訓を技術的提言として研修実施関係者へフィードバックするため、年 1 回のワークショップを含む様々なフィードバックの取り組みがなされた。研修を実施するだけでなく、改善を図るために、その後のモニタリングとフィードバック体制を強化したことで、MCHTI が中央レベルの研修機関として確立されたといえる。

第4章 横断的分析

4.1 3カ国の比較分析

本章では、3章で紹介した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。

4.1.1 「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。

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。バングラデシュのジョソール県では、妊産婦カードに記載される妊産婦検診の記録が、緊急事態発生時に患者の情報として活用されており、リファラル用紙の役割を果たしていると言える。また、ボリビアとベトナムの例では、リファラル用紙に記載された診断名に誤診が確認された場合、担当医師へフィードバックすることによって、下位病院の臨床技術の向上を図ることも繋がっている。さらに、ボリビアでは3次医療施設で治療を終えた患者を自宅近辺の下位病院へ送るカウンター・リファラルも実施しているが、日本病院では全ての退院患者に患者の情報を記載したカウンター・リファラル用紙を配布し、下位医療施設で退院後の適切な対応ができるようにしている。

次に、患者紹介をスムーズに行うためには、医療施設間の信頼関係が大きく関与することが明らかになった。ボリビアでは、リファラル委員会を発足させ、関係各医療施設の医師や看護師、リファラル担当者が参加し、リファラル・システム運営に係る定期会合を行い、良好な人間関係が築かれた。このことで、患者紹介の際のスムーズな連絡のみならず、1次医療施設の医師や看護師が3次医療施設の医師に対して、必要に応じて臨床技術に関する助言を求めるようになったなどの効果が認められた。ベトナムにおいては、上位から下位医療施設に対する臨床・検査技術の研修体制強化を図ることで、研修を通じた人的交流から人間関係が構築され、患者紹介が円滑に行われていることが確認されている。

救急患者のリファーには、救急患者を搬送するシステムが必要となるため、患者受入れ先である医療施設と搬送システムの連携が効果的であることが確認された。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）があるが、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発生していた。これは SISME がリファラル委員会に参加しておらず、医療施設との調整を行っていなかったことに起因している。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・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。ボリビアでは日本病院を県のトップリファラルとして確立させるために、手術用器具や超音波診断装置といった機材を供与している。ベトナムでも同様に、4次医療施設が各地域のトップリファラルとしての役割を果たすために、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必要機材が供与されている。また、同じくベトナムの都市部では交通事故が多いことから、救急車やそれに係る必要機材を整えたことで、確実な救急患者搬送を行っている。他方で、バングラデシュの例では、帝王切開に対応するべき施設に麻酔器を供与したが、麻酔科医の異動により機材が活用されないケースも見られた。このことは、相手国の人材配置や研修計画が着実に実施されることを条件とした機材供与の難しさを示している。また、機材供与と同時に、病院管理や機材管理を含めた技術指導の必要性も挙げられる。

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とフォーカスグループディスカッションを通じて、必要な医療器具を話し合い、血圧計等が提供されている。フィールドレベルでは、このような小さな器具が提供されることにより、レベルに応じたサービスの提供が可能となっている。

(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。

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うなどし、リファラル・システムの自立的な発展が期待されている。ベトナムでも、ボリビア同様に医療保険がリファラル・システム運営に関わっていることから、財務・会計システムを導入したことで、保険請求を含む医療費の回収率が大きく改善され、リファラル・システム運営の財源確保が可能になっている。

(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、リファラー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。

リファラル・システムの整備には、各レベルの医療施設が役割に沿ったサービスを患者に提供することが必要であり、この観点から、レベルに応じた技術や制度・体制整備のための協力の重要性が明らかになった。ボリビアの例では、3次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、3次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。ベトナムでは、北部バックマイ病院で実施されてきた DOHA 活動や、チョーライ病院で実施されてきた現地国内研修により、省病院を中心とした地方の病院の医療技術が着実に向上している。このことで、同レベルにおいて適切な医療サービスが提供できるようになり、拠点病院への不必要なリファラル症例が減少している⁹。また、地域によって流行疾患や医療資源が異なることから、それらを考慮したリファラル基準を設定することも適切なサービス提供には必要であるといえる。

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妊産婦の登録や産前・産後検診に係る情報提供といったサービスを展開し、必要に応じて医療施設へ患者をリファラーしている。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。

またボリビアにおいて、下位医療施設からリファラーされた患者には、優先的な診察と初診料免除という措置をとっており、リファラル・システムを利用する患者に便宜を図っている。

医療従事者の患者に対する態度の改善が、患者の病院へのアクセスを向上させる。

ボリビアでは、サービスの質向上委員会を設置し、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。現地調査におけるアンケート調査は、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を示唆しており、医療従事者の対応が患者数の増減に影響すると考えられる。ベトナムにおいても、患者とのコミュニケーションを図ることで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

⁹ 一方で、急速な経済発展から医療需要が増大しており、省病院、拠点病院とも診療数は急激に増加している。

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、サービスの質や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、直接上位医療施設へ訪問した患者へ実施したアンケート調査からは、1次医療施設をファーストアクセスとしなかった理由として、3次医療施設の方が快適だからという声がきかれた。他方、同じくボリビアで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。またベトナムにおいて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。患者にとってのファーストアクセスは、サービスの質と地理的アクセスの効率性が重要な要件であることがわかる。

4.1.2 「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。

リファラル・システムでは、患者が1次医療施設をエントリーポイントとして利用することが望ましいことから、1次医療施設へ足を運んでもらえるような体制づくりや啓発活動が重要であると言える。ボリビアでは、1次医療施設を中心としたサービスの質向上委員会の設置を支援し、地域住民へのより良いサービス提供を図っている。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。ボリビアの FORSA プロジェクトで住民主体のヘルス・プロモーション支援が効果的であったことは、住民参加型アプローチが有効であることが示唆している。

また、1次医療施設へのアクセスが困難な遠隔地の人々に対しては、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、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。その結果、妊産婦はフィールドワーカーによって登録され、産前・産後検診をはじめ適切にフォローアップされている。また協力においては、フィールドワーカーに加えて昔から地域で活躍するTBA（伝統的助産師）に対してより安全なお産を行うための研修を実施するなど、地域に根付いている既存の人的資源を活用することで、地域に受け入れられやすいサービスの提供が可能となっている。

経済的アクセスの確保には、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、国家による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。また、このような保険制度の導入や住民の所得向上により経済的アクセスが改善されたことが原因となって、（下位の医療施設を経由せず）3次医療施設に患者が集中し病床が不足するような状況も見られた。

4.1.3 「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、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して、臨床技術の向上を図っている。ボリビアでは、リファラル委員会の際に、必要に応じて症例検討会が行われ、医学的な見地から見てリファラル症例が適正であったかどうかの評価、紹介時の処置及びプロセスが適正であったかの評価、そして来院までの所要時間などの情報が収集・分析されている。これらの情報が各医療施設と共有されることで、フィードバック体制が確立され、臨床技術、患者紹介システムともに強化が図られている。

また、技術伝達の研修の際には、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示唆される。ボリビアでは、1次医療施設に対するガイドラインも作成しているが、ポケットサイズのものを作成したことにより、医療従事者はそれを常に携帯することができ、診療にあたる際に頻繁に活用されていることが現地調査で確認された。上位医療施設へリファーすべき疾患も明記されていることから、1次では対応できない患者をすみやかにリファーすることができるようになっている。さらに、小児ガイドライン作成委員会を通じて人間関係が構築され、上位および下位医療施設の問題点を相互に理解することを通じて研修の必要性が認識されるなど、良好な人間関係から生まれた研修体制の強化という効果も見られた。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ており、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。また、ベトナムでは、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、患者のリファーもスムーズに行えるようになったりしたことが確認されている。バングラデシュにおいても、リプロダクティブ・ヘルスに係る研修用ガイドラインが作成され、フィールドレベルでの指導にも活用されている。さらに、研修生からのフィードバックを受けて研修の改善を図る試みも行われていた。

4.1.4 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、より上位の医療施設とのリファラル体制を構築していくアプローチとなっている。

リファラル・システム整備に対する協力を実施するにあたり、今回の対象とした事例では、どのレベルから、どのようなアプローチから取り組むべきか、協力の展開の面で違いがある。ボリビアとベトナムでは協力展開の歴史から、結果的として3次医療施設の強化に始まり、それを下位へ移行する展開をとっているのに対して、バングラデシュではコミュニティレベルにおいて人々が1次医療施設のサービスを享受できるための協力から展開している。これらの展開の違いは、都市と地方、人口集中度と医療サービスへのアクセスの難易度という状況によるところが大きいと考えられる。

ボリビアでは、サンタクルス県のトップリファラルとして都市部における日本病院の建設と技術協力から協力が開始されている。日本病院の機能強化に伴い、患者の集中が問題となってきたために、下位医療施設への技術移転とコミュニティレベルにおけるヘルス・プロモーション活動が展開された。

ベトナムの事例では、中央の拠点病院への協力ということから、人口が集中し、交通アクセスも比較的良好な都市からのリファラル・システム整備であったといえる。しかしな

がら経済発展に伴い、より良い医療サービスを求める人々が直接3次医療施設へ向かうようになり、3次医療施設のキャパシティが不足する事態が生じた。このため、3次医療施設への患者集中の緩和を目的として、基幹病院の下位医療施設に対する既存の支援体制（DOHA）と、新たに3拠点病院に導入された研修センターの機能を有効に活用し、2次医療施設の能力強化に取り組んでいる。

バングラデシュでは、始めに首都における MCHTI の建設と技術協力を行っているが、その後は MCHTI で研修を受けたフィールドワーカーのフォローアップのため、地方における協力が展開された。コミュニティレベルで活動する政府の保健フィールドワーカーが、家庭訪問を通じてサービス提供をするという体制があったため、まずは、これら既存のフィールドワーカーの診療能力強化を図り、遠隔地の人々のアクセス改善を行うことで、リファラル・システムへのエントリーポイントを確保し、現在取り組みを行っている上位医療施設との連携強化につながっている。

以上の横断的分析結果から、リファラル・システム整備における特に重要なコンポーネントを以下のとおり抽出する。

評価の視点	重要なコンポーネント
①患者紹介システム	<ul style="list-style-type: none"> a. 関係機関間の調整の場 b. 患者情報の伝達手段の導入 c. 救急システムとの連携 d. 施設・機材整備 e. 財政確保の支援 f. 診療機能強化 g. 1次医療施設の配置検討とインフラ整備
②遠隔地のアクセス改善	<ul style="list-style-type: none"> a. エントリーポイントとしての1次医療施設強化 b. 巡回診療 c. 住民参加型保健活動 d. 医療保険の導入・活用
③情報・知識・技術の伝達	<ul style="list-style-type: none"> a. 症例検討会とフィードバック体制 b. 教材開発・作成 c. 臨床技術の移転
協力展開： 都市型と地方型	

第5章 教訓と提言

5.1 評価視点に基づく横断的調査結果

本章では、第4章の横断的分析の結果に基づき、リファラル・システム整備に係る重要なコンポーネントについて、具体的な活動と協力の展開についての教訓を抽出する。また、リファラル・システム整備のための協力の展開プロセスを都市拠点型と地域展開型の2つの類型に分け、それぞれの特色を考察する。

5.1.1 「患者紹介システム」

a. 関係者間の調整の場

リファラル・システムは様々な機関が相互作用して成り立つことから、関係者間の話し合いの場を持つことが重要となる。ボリビアでは、リファラル委員会という調整の場を設置し、リファラル・システム運営に係る問題解決の場として機能している。バングラデシュにおいては、医療施設と保健行政事務所間の月例会において、リファラル・システムに問題が生じた場合に協議事項として話し合われている。参加するべきメンバーは、各医療施設の医師やリファラル担当者のみならず、保健行政事務所の担当者、その他に救急システムや保健医療サービスの提供に関係する NGO など、リファラル・システムに関わる全ての機関からの出席が望ましいといえる。また、第4章の横断的分析の結果から、リファラル・システム運営には、関係者間の信頼関係が大きく影響することが明らかになっていることから、このような調整の場を定期的を開催することによって信頼関係が構築される効果も期待される。さらに、この調整の場が法的・制度的な裏づけを得ることができれば、リファラル・システム運営を保健政策に円滑に反映していくことも期待できる。

b. 救急システムとの連携

救急患者を迅速に搬送する体制と、その搬送患者を適切に病院で受け入れる体制を整えることは、リファラル・システムにおいて重要な役割を担う。ボリビアでは日本病院への需要がキャパシティを超えるため、搬送された救急患者を受け入れることができないという問題があった。このような事態を避けるために、搬送する患者をどこの病院で受入れ可能かを事前に把握し、救急患者を迅速に病院へ搬送するための、病院と救急システムの連携・調整が欠かせない。また、リファラル患者を救急車で迅速に搬送するために、病院側が取るべき要請の手順やリファラル先への連絡方法などに関するガイドラインの策定、必要な通信設備の整備を行うことが有効である。さらに、日本のように救急搬送を消防署との連携で行うなど、他セクターとの連携による運営費の節約や効率性向上の可能性を検討することも重要である。

c. リファラル用紙の導入

患者情報を伝達するためには、リファラル用紙を活用することが効果的である。リファ

ラル用紙には、患者の氏名と住所の他、診断名と場合によっては応急処置、また担当医の名前などを記入事項とすることで、リファー先の医療施設において、患者の病状などを的確に把握することが可能となる。保健省などが規定する共通のリファラル用紙があれば望ましいが、各医療施設でリファラル用紙を作成する場合は、記載すべき事項が規定されるだけでも、関係医療機関間で共通の情報が伝達されるために役立つと思われる。さらに、リファラル用紙は、病院用、患者用、紹介先病院用の3枚必要となることから、3枚に異なった情報の記入を避けるために、カーボン用紙の活用など、1度の記入で済むような簡易な方法を取り入れることも重要である

リファラル用紙の導入により、医療施設間の患者情報の共有が促進されることが期待されるのみならず、症例検討会への情報提供や、誤診があった場合のフィードバック・指導にも活用が可能である。また、他の活用方法として、下位医療機関からのリファラル用紙を持参することで、上位医療機関での初診料を免除するインセンティブ付与の仕組みなどがあれば、バイパス患者を減らし3次医療施設の混雑緩和に貢献することも考えられる。

d. 施設・機材整備とメンテナンス

リファラル・システムを運営するためには、各レベルの医療施設が対応すべき疾患などの役割を明確にし、それを踏まえた医療施設や機材を整備することが必要となる。ボリビアやベトナムにおける上位医療施設には、トップリファラルとしての役割を担うために、超音波診断装置、消化管内視鏡や人口透析器といった高度医療機材を整備している。バングラデシュにおける農村部を巡回するフィールドワーカーへは、血圧計などといったコミュニティレベルの予防医療に必要な器具が与えられている。このように、各レベルの役割に応じた機材や器具を整備することで、リファラル基準に沿ったサービス提供が可能となる。なお、整備した機材が適切に活用されるためには、機材を操作できる人材の育成および配置が前提となることから、これらの点も先方政府と確認した上で、機材を供与する必要がある。

また、医療機材の良好な稼動と、機材管理の自立発展性確保のために、機材メンテナンスへの支援が不可欠であるといえる。医療機材メンテナンスの役割を担う機関が存在すれば、その強化を図ったり、機材供与先に機材メンテナンスの研修を行うことなどを検討する必要がある。

e. 財源確保への協力

リファラル・システム運営のための財源確保は不可欠である。各レベルの医療施設がリファラル基準にしたがって適切なサービスを提供したり、患者の迅速なリファーに必要な患者搬送システムが機能するためには、医療財源の確保が必要となる。特に医療保険が存在し、保険収入が財源の少なからぬ部分を占める場合は、保険請求の適正化に対する支援が効果的である。ボリビアの例では、財政管理システムを導入したことで、保険請求の効

率化と精度の向上が図られ、医療施設の赤字経営の改善に繋がっている。また、ベトナムでも会計システムの導入により、患者からの診療費回収率が向上し、経営収入が増加している。リファラル・システムの自立発展性を高めるためにも、医療財源を独自に確保できるシステム作りの支援が重要である。

f. 診療機能強化

リファラル・システムを運営するためには、各レベルの医療施設が対応すべき疾患などの役割分担を明確にし、そのリファラル基準に沿った医療サービスを提供する必要がある。これは、リファラル・システム整備の前提条件であるとともに、リファラル・システム整備を診療機能改善のツールとすることが有効である。診療機能強化の支援としては、日本人専門家による技術移転、現地国内研修や日本国内での研修の実施が考えられる。各レベルでリファラル基準に沿った診療機能が強化されることで、下位から上位医療施設への不適切なリファラーを減少させ、上位医療施設での混雑緩和も期待される。なお、リファラル基準については、地域によっても既存の医療資源や流行疾患などが異なることから、これらも踏まえた上で、強化すべき診療科目を検討することも必要である。

g. 1次医療施設の配置検討とインフラ整備

患者の意志決定には、施設を含め病院の提供するサービスの質に加えて、距離等の物理的なアクセスの容易さが大きな影響を与えているという分析結果が示すとおり、下位医療施設の適切な配置や、施設までのインフラ整備などは、有効なリファラル・システムの整備に重要な要素である。特に人口が分散する地方においては、どの位置に1次医療施設を配置することで、より多くの住民のアクセスが容易となるか、また医療施設までの道路や橋の整備は適切かなどを考慮する必要がある。

5.1.2 「農村部・遠隔地の人々の医療サービスへのアクセス確保」

a. エントリーポイントとしての1次医療施設の役割

農村部や遠隔地域においてリファラル・システムを整備するためには、まず患者が1次医療施設へ足を運ぶような体制を整える必要がある。1次医療施設ではどのようなサービスを提供しているのかを住民に周知し、サービスが必要なときに足を運んでもらえるような心理的アクセスを確保することが重要と言える。そのためには、1次医療施設スタッフの家庭訪問による呼びかけや、コミュニティでのイベントなどを活用して医療サービス情報を提供したりすることも考えられる。1次医療施設のスタッフと住民との信頼関係の構築が、住民の心理的アクセス改善に影響することが、第4章の横断的分析結果で明らかになっていることから、スタッフに対して適切な患者対応の方法を指導することも効果的であると考えられる。

b. 遠隔地へのサービス提供

1次医療施設へのアクセスが困難な地域において、リファラル・システムを整備するためには、定期的な巡回診療や家庭訪問が効果的である。地理的アクセスだけでなく、女性の外出がタブー視される場合など社会・文化的背景によるアクセスにも配慮が必要である。バングラデシュの例のように、コミュニティの中から選定・育成した人材が、保健スタッフとして活動することで、その地域で容易に受け入れられるサービスの提供に貢献することが期待される。さらに、多くの開発途上国では、地方村落で現在も公的資格を有しない村医者や、伝統的祈祷師、また TBA（伝統的助産師）などが医療に従事しているが、このような人々に対する住民の信頼を踏まえて、既存の人的資源としての活用を検討することも大切である。

また、バングラデシュの例から、保健人材不足で、遠隔地への保健サービス提供が困難な場合は、NGO との連携も考えられる。政府が NGO に遠隔地の保健サービスを委託するなど対応をとることで、人々のアクセスの改善が期待される。

c. 住民参加/啓発活動

コミュニティレベルにおけるリファラル・システム整備は、1次医療施設が提供する診療サービスへの人々のアクセスを確保するうえで大切であるが、コミュニティへ保健教育を行うことによって人々の健康を促進することも、リファラル・システムの末端における重要な要素である。疾病予防と健康促進は住民ひとりひとりの自発的な実践が求められるため、1次医療施設の支援による住民主体のヘルス・プロモーションが考えられる。ボリビアの例では、1次医療施設がコミュニティを支援しながら、住民による保健活動の委員会を設置し、そこで保健に関わる問題について話し合ったり、健康促進のための祭りを企画したりといった活動を実施している。このような住民参加型の活動を支援することで、人々の健康を確保し、医療負担が軽減されることも期待される。

d. 医療保険の活用

地方における保健医療サービスへのアクセスが困難な要因として地理的側面のほかに貧困層の経済的な理由が挙げられる。遠隔地や農村部の人々の保健サービスへのアクセスを確保するためには、健康保険の導入が効果的である。

また、すでに国家の医療保険がある場合、保険の導入に伴って、人々はより高度な医療を求めて直接上位レベルの医療施設に足を運ぶことが想定され、その結果として上位レベル医療施設の患者増加と病院混雑が見込まれる。こうした事態を回避・軽減するためには、下位医療施設からのリファール用紙を持参する場合のみ、上位医療施設で保険が適用されるなどといった対策が考えられる。患者に対する何らかのインセンティブを付与することが効果的であると思われる。

5.1.3 「情報・知識・技術の伝達」

a. 症例検討会とフィードバック体制

リファラル・システムを整備するにあたり、症例検討会の実施と、それに基づいたフィードバックを行うことは重要である。医療施設スタッフや関係者を交えた症例検討会を支援することで、その結果のフィードバックによるさらなる技術向上を図ることが期待される。ボリビアではリファラル委員会の際に、必要に応じて症例検討会を実施しているが、1次レベルから3次レベルの医療従事者が参加しているため、その場で知識・技術の伝達が行われている。また、バングラデシュの例では、住民代表を交えたコミュニティ症例検討会を実施している。インフラやコミュニケーション手段が整備されていない地域では、救急産科などに対してコミュニティ全体での取り組みが求められることから、診療技術のみならず、救急患者が発生した際の迅速な連絡手段や患者搬送手段の改善についても検討されている。

b. ガイドライン/マニュアルの開発・作成

リファラル・システム整備に係る臨床・検査技術の向上、また研修機能の向上のためには、ガイドラインやマニュアルを作成することが有効と考えられる。研修を受けた後も、それらのガイドラインを活用して下位医療施設へ技術移転を行うことも可能となる。例えばボリビアではポケットサイズのガイドラインを作成したことで、医療従事者が常にそれを携帯し日常的に活用することが可能となり、診療能力の向上につながった。また、ガイドラインに上位医療施設にリファーすべき疾患の基準も明記することによって、関係者間で各レベルの医療施設の対応範囲を明確にし、共有することが可能となる。

c. 臨床技術の移転

リファラル・システム整備にあたり、各レベル医療施設の診療強化が重要であることは5.1.1で既述しているが、上位から下位医療施設に対して研修を実施することも、診療機能向上に繋がる。さらに、医療施設間の技術移転を実施することは、上位医療施設の医師が直接下位医療施設に赴くことで信頼関係の構築に繋がり、さらには患者リファーの際も円滑な連絡が期待される。ベトナムの例では、中央病院がいくつかの下位病院をサテライトとして指定し、特定の専門技術を集中的に移転することで、特定の疾患の患者が上位医療施設に集中にする場合の混雑緩和に貢献している。同じくベトナムで実施中の現地国内研修では、拠点病院において同時に広い地域の医療施設に対して臨床技術のレベルアップを図っており、技術移転の効率的な手段といえる。

5.1.4 リファラル・システム整備の協力展開

リファラル・システム整備に対する協力を実施するにあたり、どのレベルから、またどのアプローチから取り組むべきかを検討することは、協力を実施する対象国や地域の特性

に応じて、中長期的な観点から限られた援助資金の選択と集中を行うために重要である。第4章の横断的分析の結果から、協力の展開プロセスは、都市と地方、人口集中度と医療サービスへのアクセスの難易度という状況の違いにより、都市拠点型と地域展開型の2つに類型されると考えられる。ここでは、2つの類型に沿って、上記で説明した重要コンポーネントの協力手順を提示する。表5-1-1の展開プロセス1～3は、プロジェクトを形成する際に、フェーズ1、フェーズ2といった中長期的な視野での協力プロセス、もしくは単一のプロジェクトの中での協力プロセスとして参考にして頂きたい。なお国や地域によって、ここに挙げた事項の中には、すでに確立されていたり、必ずしも必要なかったりするものもあると考えられるが、いずれにしても、協力対象国のリファラル・システムの現状を把握する際、他ドナーによる協力も含め、これら項目をリファラル・システム整備の前提条件として確認することは有用と考えられる。

表5-1-1 リファラル・システム整備に係る重要コンポーネントの参考展開プロセス

展開のプロセス	コンポーネント	①システム管理							②農村部・遠隔地へのサービスアクセス					③情報・知識・技術の伝達	
		調整の場	リファラル用紙導入	救急搬送との連携	施設・機材整備	財政確保の支援	診療機能強化	1次医療施設の配置とインフラ整備	1次医療施設強化	巡回診療サービス	住民参加型啓発活動	医療保険の活用	医療施設間の診療技術移転	教材開発・作成	症例検討会
都市拠点型	1				○	○	○							○	
	2	○	○	○							○	○			○
	3						○	○	○	○					
地域展開型	1				○		○	○	○			○			
	2			○		○	○			○					
	3	○	○								○		○	○	

(1) 都市拠点型

人口が集中する都市では、インフラが整備されていたり、交通機関も発達している場合が多いため、人々の医療施設への地理的アクセスも比較的容易であることが想像される。この場合、人々の医療サービスへの地理的アクセスはある程度確保されていると想定し、上位医療施設側の患者受入れ態勢の強化をまず優先する。医療従事者の診療能力の向上を図る際には、その地域の流行疾患などを把握し、ニーズに沿った人材育成をすることも重要である。都市部の容易な地理的アクセスに加え、経済発展や人口増加による医療需要が増加する場合には、上位医療施設のキャパシティの不足が予想される。その際は、医療施設間の連携による医療資源の配分を検討し、下位医療施設の医療供給キャパシティを広げていくことが求められる。

リファラル・システム整備における都市拠点型の留意点としては、1次レベルで対応可能な患者も、上位医療施設への来院が多い傾向があることから、そのような患者をいかに下位医療施設へ足を運ばせるかを検討することが挙げられる。ここでは、その方法として、リファラル用紙活用による初診料免除の措置や、医療保険適用の工夫などを提案しているが、このような対策とともに下位医療施設の機能向上を図っていくという展開が必要とされる。

(2) 地域展開型

地域展開型の留意点としては、地方村落では、貧困層が多く、物理的・経済的な要因から基礎的な医療サービスにもアクセスできていないことが多いことから、まずはコミュニティレベルの末端の人々のできるだけ多くを対象に1次医療レベルのサービスへのアクセスを確保することが重要となる。多くの途上国の地方村落では、現在も村医者、伝統的祈祷師や伝統的助産師（TBA）などが人々の信頼を得て、医療活動を行っている場合もあることから、これら既存の人的資源を有効活用することで、効率性の高いサービス提供が可能となるであろう。コミュニティレベルの人々の1次レベルの医療サービスを確保した上で、さらに高度な医療サービスを提供していく過程で、2次、3次医療施設の強化が必要となってくる。コミュニティレベルでの患者搬送については、救急車などがない場合が想定されるため、既存の交通機関を活用するなどの対応が考えられる。医療施設間の連携が可能になった時点で、連携調整をする関係者間の定例会議の開催や、また患者リファラーに係るリファラル用紙を導入することで、コミュニティレベルから上位医療施設までのリファラル・システムが整備されると言える。

