

評価アドバイザー所感

国立国際医療センター 国際医療協力局

派遣協力第二課 派遣協力専門官 秋山 稔

派遣協力専門官 三好知明

特定テーマ評価「保健リファラル・システム」評価アドバイザー所感

国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力第二課
派遣協力専門官 秋山 稔

2007年3月から5月にかけてボリビア、ベトナム、バングラデシュの3カ国の現地調査団に参团した。ボリビアにおいては、1994年から5年間実施された医療供給システムプロジェクトで日本病院中心のリファラル・システムに関する協力が開始され、2001年からのサンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクトにおいては協力を構成する5つのサブシステムのうちのひとつであった。ベトナムにおいては保健システム強化のプロジェクトが北部、中部、南部の拠点病院を中心においてそれぞれ実施されているが、リファラル・システム強化に直接取り組んでいるプロジェクトは北部のホアビン省で実施されている保健医療サービス強化プロジェクトのみであった。また、バングラデシュにおいてはリファラル・システム強化が大きく謳われているプロジェクトはなく、無償資金協力で実施された緊急産科医療サービス強化支援計画が間接的にこれにつながるものであった。

全体を通してリファラル・システムに特化した協力はなく、同分野への協力は国により、またプロジェクトにより濃淡・強弱が見られた。リファラル・システムは保健システムの一部でありこれのみに集中した協力は無意味であり、保健システムを円滑に動かすシステムとして必要な要素であることから、リファラル・システムに対する協力は保健システムの他の要素と同時に実施されてはじめて効果があるものと思われた。さらに、それぞれの国の発展段階、制度、国民性などが大きく異なり、JICAの協力として実施されたリファラル・システムを取り出し、それを一般化して評価するには限界があった。しかしながら、協力の効果を評価するというよりも、リファラル・システム強化の保健システム強化における位置付け、リファラル・システム整備の前提条件などが明らかになり、今後の保健システムへの協力に役立つ有効な調査であった。

リファラル・システムを整備する前提条件としては以下のようなことが考えられた。まず、一次から三次レベルの医療施設がそれぞれのレベルに見合った機能を果たしていることが求められる。特に一次レベル(下位レベル)がきちんと機能していることが重要であり、人材、施設・機材、財源がそれなりに確保されていることも条件と思われた。また、住民が一次医療レベルをはじめ、地域の保健医療システムを信頼していることがバイパスをより少なくし、システムを機能させる条件である。言い換えると乳幼児健診、妊婦検診や初期診療は一次医療施設できちんと行い、同レベルでは対処できないケースのみを上位の医療施設に送る。その際に住民側も直接上位医療施設を受診するのではなく、地域の一次医療施設を信頼して利用するということである。最後に地域の行政組織がリファラル・システムによる医療の効率性を認識し、推進していくことが重要であることも認識された。

また、それぞれの国の現地調査から多くの教訓が得られた。ボリビア・サンタクルスの保健ネットワーク強化プロジェクトでは、リファラル委員会を設置したため同委員会がそれぞれのレベルの医療施設の調整を行う機能を担うようになり有効であった。また、同プロジェクトでは一次医療施設の強化を図っており、これが機能することが適切なリファラルにつながる事が明らか

になり、また小児科、産科の診療ガイドを作成し、リファラル基準を明らかにすることとそれに関連する研修を行うことが適切なリファラル・システムを構築するのに重要な要素であると思われた。さらに、住民参加保健活動による住民と一次医療施設の信頼関係の構築が一次医療施設へのアクセスを促し、バイパスを減少させるのに寄与しているとも思われ、救急システムとの連携の重要性も示唆された。

ベトナムにおいては拠点病院への協力をはじめに行われ、次の段階として拠点病院から地方の省病院等への研修が実施されていた。下位レベルの医療施設の機能向上により不適切なリファラルを減少させる効果が期待される協力であった。また、その手段である研修活動や保健医療指導活動を通して上位および下位レベルの人材交流がなされ、それによる情報交換等がリファラル・システムの効率的な稼動に少なからず影響を与えているように思われた。ベトナムにおいては「病院を受診した患者は拒否できない」法律があり、拠点病院や最近では省病院までもが140%程度の病床利用率となっていた。これにより、いわゆる「たらい回し」はなく、リファールした患者はすべて上位医療施設に受け入れられるが、一病床に二人の患者が収容される例が頻繁であるなどオーバーロードによるサービスの質の低下が大きな問題となっていた。これは保健システム全体の問題であり、リファラル・システムの改善だけでは解決しない。また、ベトナムは南北に長い国であり、文化的にも南北の違いがあるため、政策は中央で決定されているが、実施はそれぞれの地域の特性を活かして行われていた。

バングラデシュは人材、機材、財源の乏しい最貧国のひとつであり、画一的なリファラル・システムの導入は困難であると思われた。このような人口密度の高い貧しい国においてはまず、一次医療施設へのアクセスの確保が最優先であり、地域に密着した保健ボランティアの活用が有効であり、また、社会習慣への配慮も重要であると思われた。

以上をまとめると、まず、リファラル・システムは地域保健システムの構成要素であり、これが有効に機能するためには前提条件がある程度整っていることが必要であることが3カ国の調査から明らかになった。その条件として最も重要なものは下位医療施設が適切に機能を果たしていることであり、そのためには間接的なリファラル・システム強化ではあるが、下位医療施設の機能向上のための研修・指導は有効な協力手段であることが認識された。また、適切なリファラルを実施するためにはリファラル基準やレベル別の診療規準を明らかにすることが重要であり、地域としてのシステムであるから地方行政組織の関与が必須であることも認識された。さらに、開発途上国の主な医療機関受診理由は救急疾患であることが多く、救急システムとの連携が重要であり、地域住民への理解を促すことも忘れてはならない要素であることが認識された。

特定テーマ評価「保健リファラル・システム」評価アドバイザー所感

国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力第二課
派遣協力専門官 三好知明

これまでボリビア、ベトナムにプロジェクト専門家としてリファラル・システムに関連する活動に参加した経験からコメントする。今回の特定テーマ評価では直接、現地調査に参画していないので、若干、総論的になるかもしれないが、やや異なる視点からまとめてみたい。

まず、確認しておかねばならないことは、リファラル・システムは目的ではなくてプロジェクト目標達成のための一つ的手段であるということである。今回の評価を通じて、プロジェクト目標である保健サービスの改善の手段として、リファラル・システムの有用性が再確認できたのではないかと感じている。

1) 特定テーマ評価「保健リファラル・システム」の意義

今回の特定テーマ評価「保健リファラル・システム」の意義について、第1には広義のリファラル・システムを明確に定義したということが挙げられる。これによってリファラル・システムに直接的・間接的に関わってきたプロジェクトを評価し、その有用性を証明し教訓を得ることが可能となった。なお、一般には救急システムとリファラル・システムを区別すべきかもしれないが、途上国では患者の多くは救急で区別した介入は困難であり、本評価においても広義のリファラル・システムとしてこれを含んでいる。

第2にはリファラル・システム評価を通じて、日本がこれまで行ってきた病院という施設協力から始まった協力が、リファラル・システム導入、改善の中で継続的に実施されることによって、そのアプローチとしての有用性が再確認されたことである。最初、拠点施設である病院への協力が地域に広がったが、これは「点」から「面」へ協力の展開ということである。ボリビアやベトナムで見ると、これは非常に時間のかかるプロセスであるが、今回のリファラル評価を通じていくつかの教訓が見えてきており、それが今後の保健医療協力のあり方に繋がる点になると思われる。

2) 評価の視点から

リファラル・システムに介入する場合に、いわゆる評価の視点、すなわち効果・効率性、自立発展性、さらには公平性などからも見ていくべきである。

リファラル・システム自体の効果の証明はしばしば困難であるが、特に広義のリファラル・システムではどのような介入がより効果的なのかということを考えていかねばならない。例えば、多くの途上国で必要とされているのは「救急」の改善であり、搬送などの改善が介入点としては重要であるとされる。また、「救急」の中で「産科救急」に限っても、産科救急リファラルをどのように介入すれば、妊産婦死亡率の低下につながるような効果が得られるのかということについては、まだ、明快な回答はない状態である。このように効果的なリファラル・システムのための介入戦略は一つのリサーチのテーマであり、その土地や地域のニーズとキャパシティーを勘案し

て、何が効果的、なにが効率的かということについてのプライオリティーを決め、その地域に特異的な介入をしなくてはならない。

また、自立発展性という観点からは、財務面の介入をどうするか考えていくことが、リファラルでも重要な視点である。この点はこれまでの JICA プロジェクトの介入でも弱い部分であり、今後の課題であろう。

最後に公平性(アクセス)という観点からは、リファラル・システムにアクセスできない人々をどうするかを含めて、リファラル・システム構築は重要な手法であり、これは高次レベルのリファラルを考えるのみではなく、よりコミュニティに近い部分からの介入が求められる。

リファラル・システムは保健システムのひとつのサブシステムであるとともに、それ自体も一つのシステムである。システムのコンポーネント毎の検討とともに、その目的を踏まえたパフォーマンスの評価が今後は必要であろう。

3) 今後、どのようにリファラル・システムへの介入をしていくか

リファラル・システムを広義に考える場合、2つのアプローチが必要である。

一つは従来どおりのプロバイダー側＝臨床からのアプローチ、すなわち、下位病院から上位病院への患者紹介を中心とするもので、もう一つが住民サイド、利用者サイドへのアプローチである。これは言い換えれば、PHC(プライマリーヘルスケア)との連携によるアプローチであり、現在、WHO や国際機関が提唱している PHC からヘルスシステム強化をしようとしていることと内容を同じくするものである。WHO や国際機関はまだ、その方法論を模索している状況であるが、JICA はすでに広義のリファラル・システムを一つの介入点として、保健システム強化に入ることを実践してきているのである。

リファラル・システムを広義でとらえるという点において、リファラル・システムはほとんど保健システムの言い換えに近い範囲になっている。すなわち、患者の紹介だけでなく、医療従事者の教育、研修とか、情報のやりとり、コミュニケーション、さらにはコミュニティまで含まれたリファラル・システムということになると、そのシステム改善のすべてのコンポーネントを一つのプロジェクトで行うことは非常に多くの投入が必要である。ボリビアのプロジェクトではかなり無理して広範囲を扱っているが、今後、より投入が限られ、プロジェクトの効果をより明確に示すには、リファラル・システムに対する介入をプログラム化して、他のドナーやプロジェクトとの調整下を実施していくことを考えなくてはいけない。さらにはその地域の既存の保健システムの活用のみならず、社会インフラなど他セクターのリソースの活用について考慮しなければならない。

また、リファラル・システムの自立発展のためには、中央保健省との関係を作り、基盤となる保健システム自体の改革を組み合わせるということも考えていかねばならない。例えば、ベトナムでは健康保険が急速に広がっており、それがリファラル・システムとリンクしたシステムが稼動すれば、日本が無償やローンで建設した病院自体の運営もうまく動くであろう。中央レベルで仕組み作りを進めながら、プログラムで考えてプロジェクト実施する時、特に財務に関するシステム作りは重要と考えられる。

日本はこれまで色々なモデル形成を行ってきた。ボリビアやベトナムでつくったトップリファ

ラルから地域に広がるモデルは完成されたものではないが、今後、中央からの指導で改善するとともに、これまでの経験を基に他の地域にスケールアップする形でリファラル・システムへの協力を続けていくのが、保健システム強化の具体案としても良いではないかと思われる。

外部有識者レビュー

独立行政法人国立病院機構 宇都宮病院

院長 吉武 克宏

特定テーマ評価「保健リファラル・システム」レビュー

独立行政法人国立病院機構 宇都宮病院 院長 吉武 克宏

はじめに

「患者をリファールする」といえば、患者を専門医などに紹介すると言う意味である。それをシステム化する、とくに開発途上国において、となると、その実態はどこか漠然としている。なぜなら途上国におけるリファラル・システムといっても、うまく機能している例をあまり聞かないからだ（報告書 p.11）。このため、各種、保健医療協力案件で課題の一部になりはしても、表立って取り上げられなかったのが実態である。このたび、この「保健リファラル・システム」を特定テーマとしてとりあげ、この要素を含んだ過去の案件事例を分析し、ここに評価報告書が刊行されたことはたいへん意義深い。これによりリファラル・システムに含まれるコンポーネントを解きほぐして再構築し、今後、より意識化されたプログラムへ体系化することに大きく貢献するものとして高く評価したい。

リファラル・システムの位置づけと評価の視点

リファラル・システムとは狭義に定義すれば「患者紹介システム」とか「地域医療連携システム」とか訳され（p.8）、患者の治療にあたって、施設間の協力連携を意味する。しかし、その目的に保健サービスも加えて「患者や住民がその疾病や健康状態に応じて最適な保健医療サービスを受けるシステム」と広く定義をしておけば、それはがぜん大きな広がりを見せてくる（図1）。

そして、このような観点に立てば、途上国へのほとんどの保健医療協力案件が、直接にしろ間接にしろ、保健医療リファラルの

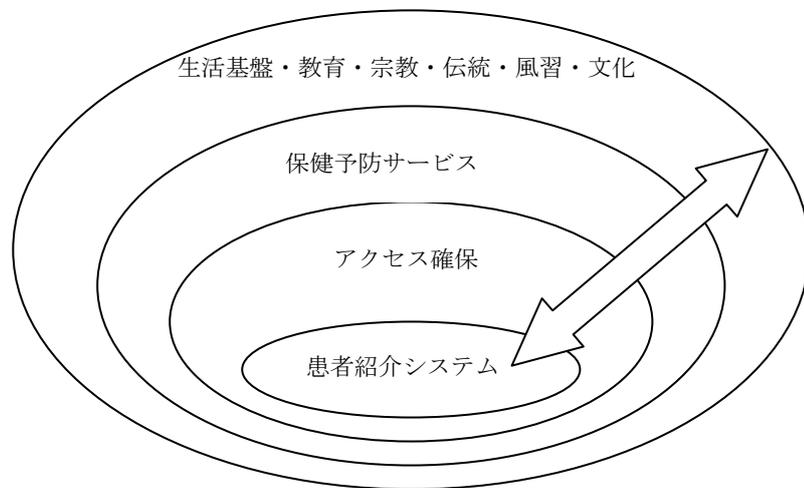


図1 リファラル・システムの広がり（広義）

改善に関連したものであるということも可能である。しかし、それでは調査分析の対象としては分野や対象が広がりすぎて論点がぼやける。

この18年度特定テーマ評価「保健リファラル・システム」もそのような観点から、リファラル・システム構築の要素が比較的表面にあらわれている3カ国の一群の案件が選定されている（報告書 p.1）。さらに分析評価する視点を①「患者紹介システム」、②「農村部・遠隔地の人々への保健サービスのアクセスの確保」、③「情報・知識・技術の伝達」と設定した（報告書 p.12）。これらの視点から各国の一群のプロジェクトを対象に「リファラル・システム」がどう展開され

改善されていったかを分析・評価したものである。別の見方をすれば、本報告書は一群のプロジェクトが協力の展開の過程で、あるいは協力終了後に遡及的に見てリファラル・システムの改善という点から見たお互いの関連性や連携性を分析したものともいえる。つまり概念があいまいなリファラル・システムについて、これらの事例を通して、そのコンポーネントを明確化し、一群の案件のなかで位置づけしなおしたものだ。これはリファラル・システムを今後の保健医療分野の協力案件のなかで包括的、体系的に導入する可能性をさぐる意欲的な試みといえる。

対象案件におけるリファラル・システムに係わる歴史的背景

レビューアはかつてこの3国の案件に、ごく初期段階で多少の係わりを持った経験から、案件の背景をリファラル・システムという観点から遡及的に付言させていただく。

これら3カ国のいずれのプロジェクトも初期段階で特段にリファラル・システムが意識されたわけではない。とくに各国一群のプロジェクトの初期案件は首都（ダッカ・バングラデシュ、ベトナム・サイゴン〔後のホーチミン〕・ハノイ）もしくは広域中核都市（サンタクルス・ボリビア）の病院への無償資金協力による建物および機材整備からスタートしたものである。つまり当初、日本側も要請国側も技術協力の必要性は意識しなかった。しかし、当時 ODA 事業の有効性が国会やメディアで幅広く議論されるなかで、案件形成関係者のあいだで供与機材の有効性と裨益効果が真剣に議論された（当時、すでに決定された無償案件に、技術協力を加えることは日本側内部でも調整努力が必要であった）。その結果、JICA（日本）側から技術協力の必要性がオファーされる形で、なんとか実現に到ったものである。これにはハード面の供与に関心が高い要請国側はかなり戸惑ったようで、先方のプロジェクト方式技術協力受け入れ体制の構築に、各事前調査団や専門家は相当にエネルギーを費やした（ベトナム・バックマイ病院案件、バングラデシュ・MCHTI 案件）。ちなみに、もともと無償資金協力だけだったバングラデシュの MCHTI 案件は、政権交代などでなんどもその実施が延期になったことが幸いして、技術協力と抱き合わせることが可能となった経緯がある。

さらにリファラル・システムについていえば、専門家を含む案件関係者が、これらの協力対象施設が下位レベルすなわち2次、1次医療さらには PHC 活動への貢献につながる方策を模索するなかで、協力施設内の診療技術や機材管理への技術協力にとどまらず、下位医療施設医療従事者への各種研修や、リファラ患者に係わる症例検討会や研修会などが協力のコンポーネントとして組み込まれていった。それは当時、各種または各国ドナー機関のあいだで病院案件の有効性が疑問視されていたという背景もあるが、それ以上に日本側が協力対象施設の相手国での裨益性を高めることを真剣に考えた結果でてきた当然の方向性でもあった。こうして、リファラル・システムの強化は初期段階ではさほど意識されないところから、次第にさまざまな形態（各種研修、各種関連施設会議、リファラルカードの導入、救急医療、産科救急、地域展開、PHC 活動強化など）をとりながら必然的に重要なテーマとなっていった。そして、今回、あらためて特定テーマとしてリファラル・システム強化という側面から、これらの案件に照明が当てられたことは意義深いことを再度、強調しておきたい。

リファラル・システムのコンポーネントについて

リファラル・システムのコンポーネントについては、評価の視点①②③から重要なコンポーネントが整理されていてわかりやすい (p.69)。これらのコンポーネントについて、さらにブレークダウンして整備されるべき条件がより細かく具体的になれば、わかり易くなるだろう。分析対象案件を増やすか、あるいは経験者などとの意見の出し合いで、もう少し共通の条件を整理してほしい。とくに狭義のリファラル・システムの標準モデル (リファラルカードの様式、リファラル基準、バイパス防止法など) をぜひ作って欲しい。蛇足ながら1次医療が医師によって行われるか、ヘルスワーカー (非医師、呼称はさまざま) によって行われるかで、モデルの内容が変わることも想定しておく必要がある。

さらに、付け加えたいことがある。それはリファラル・システム構築のためには行政関係者を含めることが重要ということである。たとえば保健省など中央政府の関連省庁や地方行政機関を巻き込むことである (図2)。それには4番目の評価の視点「④制度化または政策化の視点」として付け加えたうえで、コンポーネントを整理することも検討してほしい。また、地域の NGO や教育関係者、宗教関係者、救急患者搬送組織などの役割も看過できないのでおさえておいて欲しい (図2)。

リファラル・システム整備の協力展開

報告書にあるようにリファラル・システム整備の展開の仕方は、協力を効果的かつ効率的にするためには重要な要素である (p.74)。場合によっては協力の成功を決定づけるもっともクリティカルなポイントかもしれない。たとえば協力のアプローチについて、図2で示された保健医療施設ヒエラルキーのどこから協力が開始されるかによって、展開は大きく異なってくる。

JICA の多くの病院案件は首都もしくは地方広域中核都市にあるトップリファラル病院 (3次、4次)

から協力が行われてきた。このとき問題になったことは、報告書でも再三にわたって示されているように、この協力対象病院が整備されればされるほど、遠い遠隔地からも患者が押し寄せてき

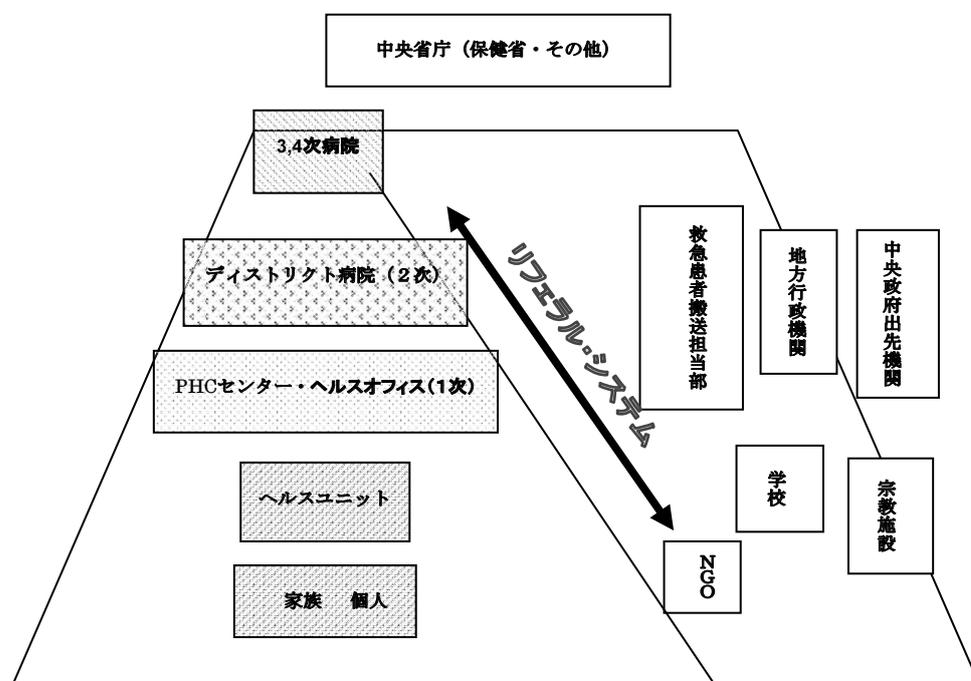


図2 リファラル・システム関連施設・機関の構成 (概念図)

て、病床占有率が 100%以上という事態が起きる。これはリファラル・システムという観点から望ましくない。この点が各種ドナーから批判を浴びた点である（このほか、医療資源がそこに集中する点も批判された）。

しかし、いっぽうではこれまでなかった、遠くからでもリファーに値する（信頼できる）病院が現れたということである。これによって、これまではいったん重症化した病人は、どこに行っても（送られても）助からないという絶望感が軽減されたわけである。ポリビアの協力対象病院が、誇り（病院職員）と感謝（地域住民）をこめて「日本病院」と呼ばれていることは象徴的である。もちろんアクセスできる人とできない人の格差があるという課題は残るにしても・・・。

そこで、必然的に出てくるのが対象病院の裨益効果をさらに高める、また、その病院の負担の過重を軽減する、そのためには、下位の病院や PHC を強化して、リファラル・システム（この言葉が意識されたかどうかは問わない）を強化するしかない。そこで、トップリファラル病院からの下位病院や PHC 活動へ連携する方策が考えられた。重要なことは、当初は自分たちが働く病院や施設の整備だけを望んでいたトップリファラル病院の医師をはじめとする職員（ある意味ではその国のエリート集団）が、リファラル・システムの重要性に気づき、その強化に積極的になったことである。このことの意味は大きい。

いっぽう多くの JICA 案件が PHC 強化を目的に、いきなり地域展開で地方レベルの協力が展開されていったが、レビュアーの経験では、2次、3次レベルの医師達のモチベーションが低い状態では、その効果がなかなか上がらないという印象があった。地域（2次レベル）あるいは国（3次、4次レベル）のエリートが PHC 活動に関心を示すインセンティブが必要、というのも国際協力の現実である。

いずれにしてもリファラル・システム強化のアプローチがどこかのポイントだけに集中して、その後の展開がないと協力の効果は上がらない。どこからアプローチするにしても、技術協力のフェーズ分けなり無償資金協力や JOCV の参加や草の根無償などいろんなスキームを使いながら、長期的展望にたった段階的かつ包括的な協力（さまざまなスキームが使えるシステムは他国にはない JICA 特有のものと聞く）が必要になる。このためには、JICA 側のさまざまな分野の関係者のかかわりと、相手国政府の政策的なコミットメント、そして現場にかかわる指導者層（エリート）をいかに巻き込むか、が重要であることを付け加えておく。

報告書では展開のしかたを都市拠点型と地域拠点型に分け、さらにフェーズ分けして主要なコンポーネントとの関係を概観するという形で触れられているが、上記の点を踏まえたうえで、もっと掘り下げて欲しい。相手国の保健医療政策や日本からの協力案件形成にもかかわるポイントである。

最後に評価対象案件全体的について、JICA のかかわり（日本からの協力）の有効性について、もうすこし具体的に分析すれば、今後の参考になると思う。コンポーネント全体について無償でやったこと、技術協力でやったこと、日本で研修でやったことなどを明確化し、さらに相手国側の対応を総合的に分析したうえで、協力の成果と問題点などが整理されると、今後の協力手法を考える上で参考になる。本報告書からさらに発展した調査研究を望みたい。

まとめに変えて

特定テーマ評価「保健リファラル・システム」をレビューして、一見、相互に独立して行われていた協力案件が、リファラル・システムの改善という照明をあてることで、みごとに関連付けられたことはレビュアーにとって「目からうろこ」であった。また、フェーズわけで初期の案件に関連してあらたに展開されていった案件も、リファラル・システムという物差しをあてた結果、その関連性やフェーズ分けの意義がより明確になった。

本報告書からいえることは、保健医療案件にはつねに、どこかにリファラル・システム改善の要素があるということである。というのは、それぞれの案件を分析するなかで、さまざまなリファラル・システムに関連する多くのコンポーネントが、ほとんどの保健医療案件にも共通することが分かったからである。ほとんどの保健医療案件が「患者や住民がその疾病や健康状態に応じて最適な保健医療サービスを受けられる」システムの構築をさまざまな立場からめざしているとするなら、それは広義のリファラル・システム（図1）の構築をめざしたものであることが、あらためて本稿でしめされたものと受けとめる。たとえばバングラデシュの MCHTI 案件が「女性に優しい病院」をめざすなかで、女性に対する暴力防止や男女間の平等な資源の分配を訴えている（報告書 p.60）ことは、リファラル・システム構築が図1の最外側の伝統、風習、文化にすら関わるほどの広がりをもっていることを示している。

この報告書をきっかけにさらに研究と工夫を重ねて、逆にこれからはもっと多くの保健医療案件にリファラル・システム構築という視点を取り入れることを提言していただきたい。このためにはリファラル・システム改善ないし構築にかかわるコンポーネントをもう少し具体的に整理して、各種案件で協力ポイントとして取り入れやすいように工夫していくことが必要である。

本報告書は先進国のリファラル・システムに言及している。経済成長がかげりをみせ、さまざまな事情で国家的債務に苦しむ欧米や日本が悩んでいる医療問題（日本では医療崩壊とさえ呼ばれる）を途上国で推進されている保健医療システムの改善と関連づけて考察することは魅力的なテーマである。たとえば、キューバが経済的な下支えがなくても、効率的、効果的保健医療システムを作り上げて、アメリカを下回る乳幼児死亡率と先進国並みの平均寿命を達成している現実、先進国が途上国の保健医療システムから学びうる可能性を示唆している。日本では患者がたらいまわしにあい、大病院へ患者が殺到するいっぽう、国民の受診頻度や薬の消費量が先進国でも群を抜いているという現実がある。国際保健医療協力がめざす効率的かつ効果的保健医療システムの構築から日本が学ぶことがあるのではなかろうか。別の形で比較研究されることを期待したい。

添付資料

1.	現地調査スケジュール	153
2.	評価グリッド	156
3.	面談者リスト	170
4.	参考文献リスト	175

現地調査スケジュール（ポリビア）

	Date	Day	Place of Visit		Stay
			Group A	Consultant	
1	3月10日	Sat	11:00 Leave Tokyo(NH-010) - 9:30 New York 12:00 Leave NewYork(AA1791) - 15:05 Miami 23:00 Leave Miami (AA922)		airplane
2	3月11日	Sun	6:20 Arrive at LaPaz (Mr.Tanaka) stay in LaPaz (Others) Leave LaPaz for SantaCruz		Mr. Tanaka-LaPaz Others-SantaCruz
3	3月12日	Mon	(Mr.Tanaka)9:00 JICA Bolivia Office Leave for SantaCruz (Others)8:00 SEDES 10:00 Meeting at Hospital Japones 14:00 Meeting with "FORSA Phase2" at Prefectura Departamental de SantaCruz 16:00 Meeting with the head social development Dep. Of SantaCruz		SantaCruz
4	3月13日	Tue	8:00 Hospital Municipal de Ninos Mario Ortiz 10:30 Referral Committee 14:00 SISME 16:00 Meeting with the head the Dpt. Of human development,		SantaCruz
3	3月14日	Wed	9:00 RED Warnez 10:00 Second level hospital and CS of RED Warnes 14:00 RED Obisposantiesteban 15:00 Second level hospital and CS of RED Obisposantiesteban		SantaCruz
4	3月15日	Thu	8:00 Meeting with core members of the referral committee 10:00 Meeting at Hospital Japones (Spare)		SantaCruz
5	3月16日	Fri	8:30 RED Sur 9:30 US of RED Sur PM leaving for LaPaz JICA Bolivia Office		LaPaz
6	3月17日	Sat	6:50 JICA members leave for Tokyo	Report writing	LaPaz
7	3月18日	Sun	via NewYork	AM Report writing PM leave for SantaCruz	SantaCruz
8	3月19日	Mon	15:20 Arrive at Tokyo	RED Norte, CS interview(or questionnaires) at community	SantaCruz
9	3月20日	Tue	/	RED Warnes interview (or questionnaires) at community in Warnes	SantaCruz
10	3月21日	Wed		AM Hospital San Juan de Dios PM Hospital Oncologico, IME	SantaCruz
11	3月22日	Thu		AM Hospital Municipal de Ninos Mario Ortiz PM Hospital Maternologico Percy Boland	SantaCruz
12	3月23日	Fri		AM meeting with the local consultant PM Leave for LaPaz JICA Bolivia Office	LaPaz
13	3月24日	Sat		Report writing	LaPaz
14	3月25日	Sun		Leave LaPaz	airplane
15	3月26日	Mon		via NewYork	airplane
16	3月27日	Tue		Arrive at Tokyo	

現地調査スケジュール（ベトナム）

	Date	Day	Place of Visit		Stay
			JICA members	Consultant	
1	Apr. 15	Sun	11:00 Leave Narita 14:30 Arrive at Hanoi		Hanoi (Daewoo Hotel)
2	Apr. 16	Mon	9:00-10:00 JICA Vietnam Office 10:30-11:30 Ministry of Health <i>Representatives of ICD, Therapy Dept</i> 15:00-17:00 Bach Mai Hospital <i>Dr. Loi- Vice Director, DOHA, GPD</i> 14:00-15:00 Bach Mai Project (Mr. Iwashita)		Hanoi (Daewoo Hotel)
3	Apr. 17	Tue	8:00-10:00 Hanoi→HoaBinh (by car) 10:00-11:30 Hoa Binh Department of Health 14:00-15:30 Hoa Binh General Hospital		Hoa Binh (Thap Vang Hotel)
4	Apr. 18	Wed	9:00-11:00 Tan Lac Hospital 14:00-16:00 Hoa Binh→Hanoi (by car)		Hanoi (Daewoo Hotel)
5	Apr. 19	Thu	8:30-10:00 Hanoi City Health Office <i>Dr. Le Anh Tuan - Director</i> 10:15-11:30 115 Emergency Center <i>Dr. Tran Van Nam - Director</i> 13:30-15:00 Saint Paul Hospital <i>Dr. Le Van Diem - Director</i> 15:15-17:00 Viet Duc Hospital <i>Dr. Chinh -Deputy Chief of Planning Dept</i> 19:30 Hanoi→Hue (VN247)		Hue (Saigon Morin Hotel)
6	Apr. 20	Fri	8:30-10:00 Thua Thien Hue Department of Health 10:30-12:00 Project Office 14:00-15:45 Hue Central Hospital 16:00-17:00 Hue City Health Center		Hue (Saigon Morin Hotel)
7	Apr. 21	Sat	9:15 Hue→Ho Chi Minh (VN251)		HCMC (New World Hotel)
8	Apr. 22	Sun	Mr. Suzuki arrives in HCMC at 14:30 (VN951)		HCMC (New World Hotel)
9	Apr. 23	Mon	8:30-10:00 Cho Ray Hospital 10:30-12:00 Ho Chi Minh City Department of Health <i>Dr. Nguyen The Dung - Director</i> 14:00-16:00 Trung Vuong Emergency Hospital <i>Dr. Chien - Director</i>		HCMC (New World Hotel)
10	Apr. 24	Tue	9:00-11:00 Tien Giang General Hospital 13:30-15:00 : Tien Giang Province District Hospital 18:00 Ho Chi Minh→Hanoi (JICA members only) (VN780)		Hanoi (Daewoo Hotel) HCMC (New World Hotel)
11	Apr. 25	Wed	13:30-14:30 Ministry of Health 15:00-16:00 JICA Vietnam Office 23:30 Leave Hanoi	9:00-11:30 Tay Ninh Health Services Dept <i>Dr. Be - Vice Director</i> 13:30-15:00 Tay Ninh General Hospital 15:50 - 16:30 Tay Ninh District Hospital	HCMC (New World Hotel) (Consultant)
12	Apr. 26	Thu	6:45 Arrive at Narita	(holiday) 7:00 Ho Chi Minh→Hue (VN240) 23:40 Mr. Suzuki leaves for Tokyo (VN253)	Hue (Saigon Morin Hotel)
13	Apr. 27	Fri	/	8:30-10:00 Quang Tri Health Services Dept 10:15-11:30 Quang Tri General Hospital 13:30-15:00 Hai Lang District Hospital 15:30 - 16:00 CHC of Hai Lang District	Hue (Saigon Morin Hotel)
14	Apr. 28	Sat		8:30 Hue→Hanoi (VN240)	Hanoi (Daewoo Hotel)
15	Apr. 29	Sun			Hanoi (Daewoo Hotel)
16	Apr. 30	Mon		holiday (Liberation Day)	Hanoi (Daewoo Hotel)
17	May. 1	Tue		holiday (May Day)	Hanoi (Daewoo Hotel)
18	May. 2	Wed		Hanoi→Hoa Binh (by car) 10:00-12:00 Lac Thuy District Hospital 13:30-14:30 Lac Thuy District CHC 15:30-16:30 Lac Thuy District CHC	Hoa Binh (Thap Vang Hotel)
19	May. 3	Thu		10:00-12:00 Lac Son District Hospital 13:30-14:30 Lac Son District CHC 15:30-16:30 Lac Son District CHC	Hoa Binh (Thap Vang Hotel)
20	May. 4	Fir		8:00-10:00 Hoa Binh→Hanoi (by car) 14:00 JICA Vietnam Office 23:55 Leave Hanoi	Air Plane
21	May. 5	Sat		6:40 Arrive at Narita	

現地調査スケジュール（バングラデシュ）

	Date	Day	Place of Visit		Place of Stay
			JICA member	Consultant	
1	May. 21	Mon	16:25 Leave Narita 21:25 Arrive at Bangkok		BKK
2	May. 22	Tue	10:35 Leave BKK 12:00 Arrive at Dhada 15:00 JICA Bangladesh Office		Dhaka
3	May. 23	Wed	8:15 Ministry of Health and Family Welfare, Health 11:00 MCHTI		Dhaka
4	May. 24	Thu	11:30 Interview with JICA expert (Ms. Yoshimura) 14:30 FPAB HQ		Dhaka
5	May. 25	Fri	Dhaka→Jessore		Jessore
6	May. 26	Sat	9:30 Jessore District Hospital 15:00 FPAB Jessore Office		Jessore
7	May. 27	Sun	9:00 Civil Surgeon Office, Jessore 10:30 DDFP, Jessore 11:30 Jhikargacha Thana Hospital (Consultant Only) Jessore→ Dhaka (JICA members only)		Dhaka (JICA member) Jessore (Consultant)
8	May. 28	Mon	10:00 JICA office 13:15 Leave Dhaka 16:35 Arrive at BKK	10:00 Chogasa Thana Hospital DDFP, Jessore 12:00 Family Welfare Center (FWC), Chogasa 17:00 JICA expert, Arsenic Project	Jessore
9	May. 29	Tue	00:20 Leave BKK 8:30 Narita	Jessore→Dhaka 15:30 BRAC HQ	Dhaka
10	May. 30	Wed	\	10:00 National Institute of Population and Training (NIPORT) 14:30 TTU	Dhaka
11	May. 31	Thu		9:00 DDFP, Narsingdhi 16:00 JICA Office	Dhaka
12	Jun. 1	Fri		13:15 Leave Dhaka 16:35 Arrive at BKK	AirPlane
13	Jun. 2	Sat		00:20 Leave BKK 8:30 Narita	

評価グリッド(ポリビア)

大項目	評価設問		必要な情報	情報収集方法																	
	中項目	小項目		国内での情報収集	リファラル委員会	日本病院	三次病院		SISM	市人間開発局	保健管区 (RED)	CSコミュニティ	サンタクルス県人間開発局プロジェクト	サンタクルス県保健局 (SEDES)	他						
							小児病院/母子病院	がんセンター													
(1)システム管理の観点から有効であったか？		1) JICAから行政の支援は適切であったか？(計画、実施、モニタリング、評価など) 1.1) リファラルシステムを強化するための委員会活動は機能していたか？ 2) JICAから一次医療施設への支援は適切であったか？(計画、実施、モニタリング、評価など) 3) JICAから二次医療施設への支援は適切であったか？(計画、実施、モニタリング、評価など) 4) JICAから三次医療施設への支援は適切であったか？(計画、実施、モニタリング、評価など) 5) 患者搬送システムは機能していたか？	計画、モニタリングシステム及び評価の実施度合い、活用度	委員会メンバー																	
			委員会の提言と提言に則った改善の度合い	委員会メンバー																	
			計画、モニタリングシステム及び評価の実施度合い、活用度	委員会メンバー																	
			計画、モニタリングシステム及び評価の実施度合い、活用度	委員会メンバー																	
			計画、モニタリングシステム及び評価の実施度合い、活用度	委員会メンバー																	
			計画、モニタリングシステム及び評価の実施度合い、活用度	委員会メンバー																	
(2) 資源整備と観点から有効であったか？		6) 医療供給プロジェクトの一部/パイロットプロジェクトとPhase3との繋がりが(連携)は機能していたか？ 1) 必要な資機材の整備により、リファラルシステムは強化されたか？ 1.1) 三次医療施設に供与された機材は適切に活用されているか？ 1.2) 二次医療施設に供与された機材は適切に活用されているか？ 1.3) 一次医療施設に供与された機材は適切に活用されているか？ 1.4) IMEでの医療機器メンテナンスは現在も適切に実施されているか？	搬送頻度、搬送数	委員会メンバー																	
			連携内容、パイロットプロジェクトの結果	報告書																	
			各施設の持つ機能との整合性	報告書																	
			JICAが三次施設に供与した機材の有効活用度	報告書																	
			JICAが二次施設に供与した機材の有効活用度																		
			JICAが一次施設に供与した機材の有効活用度																		
			メンテナンスセンターの活動状況																		