

ブルンジ国
母子保健向上を目的とする医療施設
能力強化プロジェクト

プロジェクト事業完了報告書

平成24年1月
(2012年)

独立行政法人国際協力機構
(JICA)

株式会社 国際テクノ・センター

ブルンジ国
母子保健向上を目的とする医療施設能力強化プロジェクト
プロジェクト事業完了報告書
(第1年次～第3年次)

1. プロジェクトの概要	
1-1 プロジェクトの背景	1
1-2 プロジェクトの目標	1
1-3 プロジェクトの対象施設	2
1-4 プロジェクトの実施体制	3
1-5 プロジェクト期間の活動の概要	3
1-6 活動実績スケジュール	6
2. プロジェクトの成果一覧	7
2-1 対象施設のトップ管理職・中間管理職のリーダーシップの育成	7
2-2 対象施設の現場スタッフ全員の5S活動を通じた業務環境改善	13
2-3 対象施設の現場スタッフ全員の機材・器具の予防メンテナンスに係る能力の育成	37
2-4 対象施設の妊産婦・新生児ケアに係る従事者の能力の向上	63
2-5 その他	78
3. プロジェクト実施運営上の工夫・教訓	85
3-1 工夫	86
3-2 教訓	86
4. 提言	88
4-1 モニタリング体制	88
4-2 上位目標に向けて	89
4-3 今後の展開	89

添付資料

1. 投入実績

1) 専門家派遣実績 ----- 添 1

2) 研修員受入実施 ----- 添 2

3) 供与機材実績 ----- 添 3

4) 現地業務費実績 ----- 添 4

2. PDM の変遷 ----- 添 5

3. 合同調整委員会開催記録 ----- 添 9

4. その他 ----- 添 10

1) Planned Monitoring System

2) 満足度調査の方法

3) 成果品リスト



PRC 病院



ブイザジャベ保健センター



ルジバ保健センター



MCH セミナー



マダガスカル研修



スリランカ研修



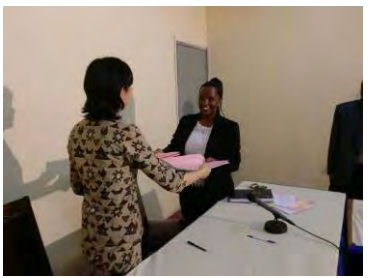
本邦研修



本邦研修



中間評価



中間評価サイン（保健大臣と）



5S 大会



終了時評価



終了時評価サイン（保健大臣と）



第 6 回合同調整委員会



供与機材引渡し式

略語集

AAKCP	Programme de co-création des connaissances Asie Afrique	アジア・アフリカ知識共創プログラム
BDS	Bureau de District Sanitaire de Bujumbura	ブジュンブラ市地区保健局
BPS	Bureau Provincial de la Santé de la Mairie de Bujumbura	ブジュンブラ都市部州保健局
CCC	Comité Conjoint de Coordination	合同調整委員会
CDS	Centre de Santé Publics	保健センター
CHUK	Centre Hopitalier Universitaire de Kamenge	カメンゲ大学病院
CPLR	La Clinique Price Loius Rwagasore	フランス・ルイ・ルワガソレ病院
CQI	Continious Quality Improvement	継続的品質改善
IEC	Information, Education et Communication	視覚教材 (Information, Education, Communication)
HPRC	L' Hospital Price Regent Charles	フランス・レジヤン・シャルル病院
INPS	Institut National de Santé Publique	国立公衆衛生院
JICA	Agence Japonaise de Cooperation Internationale	国際協力機構
CM	Centres Médicaux	医療センター
MSP	Ministère de la Santé Publique	保健省
PBF	Financement Basé sur la Performance	成果に基づく予算割り当て
PDM	Matrice de la conception du projet	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PNSR	National Program for Reproductive Health	国家リプロダクティブ・ヘルス・プログラム
R/D	Procès-verbal de Discussions	会議議事録
TQM	La Gestion de la Qualité Totale	総合品質管理
WIT	Work Improvement Team	5S 活動チーム

1. プロジェクトの概要

1-1 プロジェクトの背景

2006年、ブルンジ国政府は、ブジュンブラ市内のレファラルシステムの構築、保健施設のサービスの質・マネジメント能力の向上、医療機材の維持管理システムの強化を目的とする技術協力プロジェクトの実施を日本政府に要請した。

これを受けて、2008年5月～6月に独立行政法人国際協力機構（以下、JICA）による事前調査が実施され、JICAとブルンジ国政府の協力の方向性が確認された。その後、2008年10月9日にブルンジ国政府とJICAによって署名された会議議事録（以下、R/D）の基本計画に基づき、2009年2月より2012年1月までの36カ月間で「ブルンジ国母子保健向上を目的とする医療施設能力強化プロジェクト」が実施された。

本プロジェクトの中間評価は、2011年2月7日から2011年2月23日、終了時評価は2011年9月17日から2011年10月7日に実施され、2011年12月末に最後の専門家が帰国し、現地における全ての活動が終了した。

1-2 プロジェクトの目標

本プロジェクトの上位目標、プロジェクト目標および成果を以下に示す。なお、以下、上位目標の達成年度は、2011年10月の終了時評価の際、2年後の2013年から3年後の2014年に変更された。

[上位目標：3年後、2014年]

PRC病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善される。

[プロジェクト目標：プロジェクト開始後3年後、2011年あたり]

対象保健施設のより良い運営のもとで患者中心の妊産婦・新生児ケアが実施される。

(患者中心のケアの定義)

「家族の立会いなど患者にとって安心して心身の負荷が低減されるように配慮されたケア」と定義。

成果 1: 管理職のリーダーシップ能力育成

- 1-1 対象施設における各管理職の業務内容、業務実績を確認する
- 1-2 リーダーシップ研修（TQM研修、5S研修）を行う（巡回型国内研修）
- 1-3 5S委員会を構成する
- 1-4 各施設において研修技術の実践状況をモニターする
- 1-5 病院・保健センター間の情報交換が行われる（リファラルケースなどについて）

成果 2: 5S 活動によるケア環境の改善

- 2-1 5S のモニタリングシートを用いた業務環境の現状調査を実施する（写真撮影、現場職員への業務環境に関する質問表調査）
- 2-2 5S 研修を実施する（巡回型国内研修）
- 2-3 5S 活動を実施する
- 2-4 各施設において 5S 実践状況をモニターする

成果 3: 機材・器具の予防メンテナンス能力の育成

- 3-1 対象施設の機材・器具の管理状況を調査する
- 3-2 対象施設の関係職員を対象として予防的機材維持管理指導・研修を行う（巡回型国内研修、国外研修）
- 3-3 機器使用注意タグを作成し、機材に添付する
- 3-4 機材維持管理マニュアル、チェックシートを更新する
- 3-5 機材購入・部品調達方法を調査し、取引先一覧を含む機材部品調達手順書を作成する
- 3-6 施設において、機材維持管理状況をモニターする

成果 4: 妊産婦ケア従事者の能力育成

- 4-1 妊産婦に満足度調査を実施する
- 4-2 対象施設の看護師・助産師に技術研修を実施する（巡回型国内研修、国外研修）
- 4-3 産科ケア状況をモニターする
- 4-4 対象施設を利用する妊産婦への満足度調査を含む、活動のインパクト調査を実施する

なお、前述のとおり、本プロジェクトは4つの活動（成果1ー成果4）を通じて母子に対する患者中心ケアの実施を目標にかかげている。特に、5S活動が全ての活動のベースとなり、5Sを目標達成のための中心的なツールとしたプロジェクト・デザインが特徴である。この5S活動の実践により、医療スタッフが労働負荷の軽減や効率化を体感し、意識や行動が変化し、患者のためにより良いサービスを提供するという責任感が芽生える。さらに5Sの概念を踏まえた妊産婦ケア従事者の能力強化および医療機材の予防メンテナンスの向上と組み合わせることで、妊産婦・新生児へのケアの質を高めることを目指している。

1-3 プロジェクトの対象施設

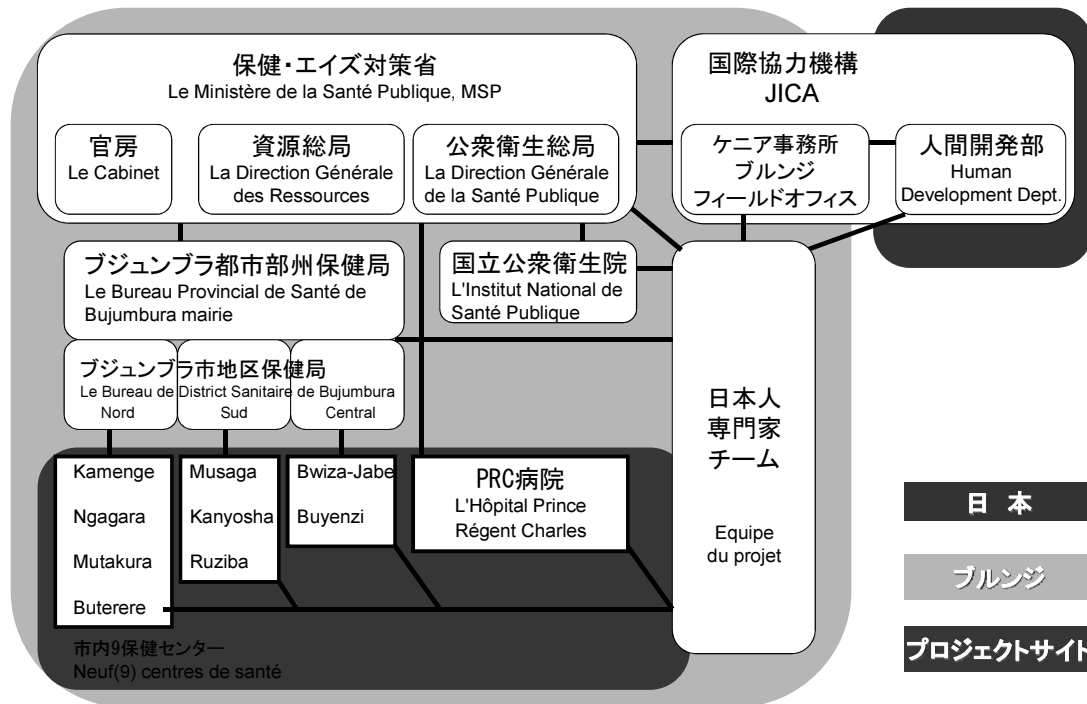
本プロジェクトの対象施設・部門は、以下に示すとおり、ブルンジ国ブジュンブラ都市部州内にあるトップレファラルの5医療施設の中の1施設であるフランス・レジャン・シャルル病院（以下、HPRC）の産科、婦人科および新生児科と、同じく同州内の約60保健センター（以下、CDS）のうち、公立のCDS9カ所（うち、産科を実施しているのは当時2カ所）を対象とした。

対象施設・部門

- ・ HPRC（産科、婦人科および新生児科）
- ・ ブジュンブラ市（北部、中部、南部）の9カ所のCDS
 北部 カメンゲCDS（現MC）、ンガガラCDS、ムタクラCDS、ブテレレCDS
 中部 ブイザジャベCDS、ブエンジCDS（現MC）
 南部 ムサガCDS（現MC）、カニョーシャCDS、ルジバCDS

以上、プロジェクト開始時の業務指示書に記載のある名称であるが、プロジェクト開始直後より1施設、2010年4月以降2施設の合計3施設が医療センター/Medical Center（以下、MC）に格上げとなり、同MCの責任者が看護師から医師に交代している。

1-4 プロジェクトの実施体制



1-5 プロジェクト期間の活動の概要

本プロジェクトは、2009年1月から2012年2月の約3年間で実施された。

第1年次（2009年1月27日～2009年3月31日）

第1年次の主な現地活動は50日間と非常に短い活動期間で、インセプションレポートの説明、各活動の概要を説明する基本セミナーの開催、各活動のベースライン調査と結果集計、および2009年3月11日の第1回合同調整委員会（以下、CCC）の開催支援であった。また、同時期に日本およびスリランカにおいて開催されたアジア・アフリカ知識共創プログラム（以下、AAKCP）導

入セミナーの 5S/TQM 研修に CCC メンバー 2 名が参加した。本プロジェクトでは日本における同研修の参加支援を行った。

以上をプロジェクト事業進捗報告書（第 1 号）にまとめた。

第 2 年次（2009 年 5 月 14 日～2010 年 3 月 19 日）

本プロジェクトが目指す 4 つの成果のそれぞれの活動が、本格的に稼働を開始したのが、この第 2 年次である。同年次の前半は、第 1 年次に実施された AAKCP 導入セミナー参加者によるフィードバックセミナーの開催で活動を開始した。リーダーシップ能力育成では、リーダーシップ研修の実施、5S 委員会の設置を支援。5S 活動の実施支援では、1S（整理）、2S（整頓）からの開始、パイロット 5S 研修の実施、およびベースライン調査インタビューで多数指摘のあった老朽化した建物の一部の補修を行う小規模営繕活動を実施した。また医療機材維持管理の最初の活動は、現場スタッフの医療機材維持管理に対する認識を高めることを最初の大きな目標に据え、予防保守の概念を教えるセミナーを開催した。一方、助産活動では、第 1 年次で実施したベースライン調査（保健医療スタッフ、妊産婦などの患者の意識調査）の結果に基づいたセミナーの開催で活動が始まり、それぞれが順調に開始されたと言える。以上を 2009 年 8 月 18 日の第 2 回 CCC で報告すると共にプロジェクト事業進捗報告書（第 2 号）にまとめた。

同年次の後半は、それぞれの活動が最も活発化した時期である。5S 活動では、AAKCP によるスリランカ・フィールドワークショップに本プロジェクト対象施設の 3 名が参加し、帰国後にフィードバックセミナーを開催した。さらに、各対象施設での 5S 活動チーム（以下、WIT）の会議開催を始めとした 5S 活動を支援した。医療機材維持管理では、修理の必要な機材、廃棄の機材に分別する赤白ラベル、機材注意タグの作成・貼付のシステムを導入した。さらに助産活動では、助産研修委員会（のちの母子保健委員会）の委員を任命し、最初の活動として、患者中心のケアに係る研修を実施した。また 2010 年 11 月にはマダガスカル国マジュンガ州に看護師 4 名を技術交換研修に派遣し、施設見学において 5S 活動の体験も含めて人間的ケアを中心に学び、2010 年 1 月にはフィードバックセミナーを開催した。以上を 2010 年 3 月 2 日の第 3 回 CCC で報告すると共にプロジェクト事業進捗報告書（第 3 号）にまとめた。

第 3 年次（2010 年 6 月 1 日～2012 年 2 月 10 日）

第 3 年次は、効率よく活動を継続させるために 2 年間の契約を締結した。しかし、第 2 年次が終了した 2010 年 3 月以降、ブルンジ国の大統領選挙を初めとした各選挙の実施が決まり、JICA の安全対策上から、日本人専門家の入国が制限されることとなった。結果として、活動が開始されたのが同年 8 月で 5 カ月間、活動ができなかった。但し、JICA ブジュンブラフィールドオフィスの協力を得て、日本人専門家不在の同年 7 月から 8 月までの約 1 カ月間に現地スタッフによる各活動を実施した。

この日本人専門家不在の間、一部で活動が停滞した施設もあったが、ブルンジ側カウンターパート主導で 5S 委員会、WIT 会議などが開催されており、活動が継続されたのは評価できる。日本人専門家による活動が 8 月に再開され、同年次の前半となる 2011 年 3 月までの活動は、主に 5S

活動として、巡回型指導の実施および各施設でWITトレーニングを継続した。医療機材維持管理では予防保守研修、機材の操作指導、医療機材メンテナンスおよび新規機材・交換部品標準調達手順マニュアルを作成した。さらに、HPRC メンテナンス部門責任者が参加した JICA 本邦研修「医療機材管理・保守コース」への参加を支援した。一方、助産活動としては、母子保健委員会の開催と分娩看護に関する研修会を通じて助産分野の課題についての話し合いが行われた。後に正常分娩チェックリスト策定に至る結果となったのが、この時期の活動である。2010年12月には、第2回目のマダガスカル技術交換が開催され、第1回目の2倍の8名が研修に参加した。また当初の予定では、2010年5月に実施される予定であった中間レビューが8カ月遅れの2011年2月に実施された。この遅れの理由は、前述のとおり、日本人専門家が5カ月間活動できなかったことによる。

以上を2011年2月24日の第4回CCCで報告すると共にプロジェクト事業進捗報告書（第4および5号）にまとめた。

同年次の後半となる2011年4月以降、現地活動が終了した2011年12月まで、5S活動を継続し、各対象施設における5S委員会開催支援の他、5S活動の集大成となる5S大会を2011年8月に開催した。同大会には、ブルンジの地方4州の保健局長もしくは州病院長がオブザーバーとして出席し、初めてブルンジ全国に5S活動を紹介した。

同大会では、HPRCを始めとして対象施設からの5S活動/業務改善ポリシーの発表、5Sチェックシートを用いたHPRCでのチェック演習の実施とその結果の発表、5S活動良好事例の写真人気投票を行った。一方、医療機材維持管理は、上述のマニュアルの普及、医療機材の簡易修理および運用指導、さらには前年度に引き続き、JICAの本邦研修「医療機材管理・保守コース」への参加を支援した。また、HPRCのメンテナンス部門の新棟への移動により、必要となった保管棚、工具の調達も支援した。助産活動については、引き続き、患者中心ケアに係る指導として、正常分娩チェックリストの導入、その実施をモニターするチェックシートの導入、それらの普及と活用を目的としたワークショップを開催した。さらに対象施設の産婦を対象にインタビュー調査を実施し、医療スタッフによる人間的ケアに関わる進捗を調査し、正常分娩チェックリストの導入前の状況把握を行った。

2011年10月に終了時評価が実施され、同評価団より、18項目の提言が出された。その後、同年12月末までの残りの活動期間で、ブルンジ側カウンターパートと協議し提言全てに取り組み、モニタリングの体制作りを行った。

なお、2011年9月までの活動結果は、プロジェクト事業進捗報告書（第6号）にまとめた。また、同年は最終年でもあり、2011年10月4日および12月2日に第5回および第6回CCCの開催支援を行い、活動の最終報告を行った。

1-6 活動実績スケジュール

作業工程表

期間 作業項目	2008年度			2009年度												2010年度												2011年度													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
【国内準備作業】																																									
ア 業務実施計画の検討	■																																								
【第1次現地作業】																																									
イ インセンシブルボートの説明・協議	■	■																																							
ウ ベースライン調査の実施	■	■	■																																						
エ AAKCP導入セミナーへの参加				■																																					
オ 合同調整委員会の開催支援(1)			■	■																																					
【第2次現地作業】																																									
カ AAKCP導入セミナーのフィードバックセミナー				■	■																																				
キ リーダーシップ研修の実施				■	■																																				
ク 保健省カウンターパートの本邦研修				■	■																																				
ク 保健省カウンターパートの本邦研修				■	■																																				
ケ 5S委員会の設置支援				■	■																																				
コ AAKCPフィールドワークショップ参加支援				■	■																																				
サ 5S研修の実施				■	■																																				
シ 5S活動の実施支援				■	■																																				
ス 機材の予防メンテナンス研修				■	■																																				
セ 機材の予防メンテナンスの実施				■	■																																				
ソ 産科・新生児ケア現状の問題分析				■	■																																				
タ 患者中心のケアに係る指導の実施				■	■																																				
チ 技術交換の実施(1)				■	■																																				
ツ 合同調整委員会の開催支援(2)				■	■																																				
【第3次現地作業】																																									
テ 中間評価調査への協力																																									
ト 5S委員会開催と5S活動モニタリング(継続)																																									
ナ 施設間情報交換のしくみ作り																																									
ニ 5S活動の実施(継続)、改善活動定着																																									
ヌ IECを活用した5S教材の作成																																									
ネ 機材の予防メンテナンスの実施(継続)																																									
ノ マニュアル、チェックシート、部品調達手順書																																									
ハ 患者中心のケアに係る指導の実施(継続)																																									
ヒ 技術交換の実施(2)																																									
フ 合同調整委員会の開催支援(3)																																									
【第4次現地作業】																																									
ヘ 5S委員会開催と5S活動モニタリング(継続)																																									
ホ 5S活動の実施と改善活動の定着(継続)																																									
マ 機材の予防メンテナンスの実施(継続)																																									
ミ 患者中心のケアに係る指導の実施(継続)																																									
ム TQM7アクション策定																																									
メ 合同調整委員会の開催支援(4)																																									
モ 終了時評価調査への協力																																									

2. プロジェクトの成果一覧

2-1 対象施設のトップ管理職・中間管理職のリーダーシップの育成

2-1-1 活動概要

本プロジェクトを成功させる上で最も重要な点が、本プロジェクトに関わる責任者のリーダーシップ強化であり、各活動の内容を理解して、自ら実践する重要性を認識してもらうことを目標として、1番目の成果として5つの活動を掲げた。なお、一部の活動は次項の2-2の5S活動に密接に関係するため、本項では、ベースライン調査で得られた対象施設における各管理職の業務内容、業務実績の確認、リーダーシップ研修の実施、病院・保健センター間の情報交換に沿って報告する。

2-1-2 同成果を達成する上での方法と成果

(1) 対象施設における各管理職の業務内容、業務実績の確認

1) 管理職の職務範囲・権限と現状の組織と意思決定システム

本プロジェクトの対象施設である HPRC は院長の下に2名の副院長がおり、診療部門および財務を含む管理部門をそれぞれ統括している。院長は大統領により任命される。また副院長は院長により選任され、同じく大統領により任命される。各管理部門もしくは診療部門の責任者については、2名の副院長が選任し、院長が最終、任命することとなる。また予算については監督官庁である保健省からの職員給与を補填するための予算配分はあるが、基本的には独立採算制で患者から徴収しており、予算について院長および副院長により算定される。

一方、ブジュンブラ都市部州では、現在、州保健局の下のブジュンブラ市保健局（以下、BPS）の機能強化を図っており、現在は同市を3つの地域に分け、それぞれの責任者がCDSを管轄している。各CDS長は、職員の日常の勤務評価を行っているものの人事権はなく、各CDS長自身の人事も含めて、それぞれの3つの地域の責任者とBPS局長で決定される。なお、BPS局長は、保健省大臣が任命する。運営予算については、各CDCレベルで必要予算が積み上げられ、3つの地域の責任者、BPS局長を経由して保健省に報告され、決定される。また現在、医療費の有料化を進めており、自己収入があるが、その用途については各々の運営委員会が検討し、金額により、最終的にはBPS局長の決裁を必要とする。

2) リーダーシップに関するベースライン調査とリーダーシップ研修

本プロジェクト開始直後の2009年2月にベースライン調査を実施した。対象施設の責任者23名を対象に、個別のインタビュー形式で、責任者の業務内容や責任者としての理想のリーダー像などを含めて調査した。結果は以下のとおり。

最初にリーダーである管理職に対して「理想のリーダー像とは？」という問いの回答は次のとおりであった。

表1 理想のリーダー像

仕事ができる人	6名
人が従う人	5名
率先して何事も行う人	4名
責任を持つ人	3名
何事にもお手本である人	2名
問題を解決する人	2名
人の話をよく聞く人	1名

運営方針と短期・長期目標の浸透度として各自の運営方針を聞いたところ、結果は次のとおりである。

表2 方針、いつも言っていること

患者のケアを大切にする	7名
時間の厳守	5名

その他の回答の中には、「自分が全ての手本（方針）である」、「いつもやる気を与える」といった前向きな意見もあった。管理職として部下への指示などの伝達は、定期的実施される会議もしくは部下個別に行っていると回答した。

一方、組織の将来像、目標を聞いたところ、23名中、3名が無回答で、20名の管理職が熱く語ってくれた。以下には複数回答が含まれていた。

表3 目標

患者ケアの質の向上	9名
施設の拡大	6名
職員の研修	4名
予防接種の拡大	2名

また、管理者のマネジメント能力を知るために、それぞれの部下となる職員68名にもインタビューを行い、各々の管理職がいつも言っていることについて聞いた。結果は次のとおりで、時間厳守という日常の勤務上の注意が多かった。

表 4 管理職がいつも言うこと

時間厳守	27名
患者のケアをちゃんとしなさい	15名
仕事をきちんとしなさい	6名
仕事を好きになりなさい	4名
自分の役割をちゃんと守りなさい	2名
何も言っていない	2名
身の回りを綺麗に	1名
無回答	11名

一方、管理職に対して「部下を信頼しているか」という問いをしたところ、23名中、22名が「はい」と回答した（1名は無回答）。さらに「部下は貴方を信頼しているか」という問いをしたところ、23名中、約半数の12名が「はい」と回答し、残る11名は無回答で、「部下に直接聞いてほしい」という回答が多かった。

なお、管理職として、各々が抱えている課題、問題点について複数回答した結果は次のとおりで、「施設・機材」に関することと「予算」、「人材」と続いた。

表 5 課題・問題点

施設の老朽化、機材の不足	13名
給与を含む予算不足	12名
医師・スタッフ不足	8名
研修の機会がない	6名
セキュリティの強化	6名

以上の結果を踏まえ、本プロジェクトを円滑に進める上で最も重要なことは、各リーダーがプロジェクトの内容を理解し、自ら実践していく重要性を認識することであると判断した。2009年6月8日、本格的に活動を開始するあたり、ブルンジ側の管理職を対象に彼らの管理職としての認識を高めることを目的として、リーダーシップ研修を行った。

同研修には、CCC議長である当時のジョゼフ保健省次官以下、プロジェクトディレクター、プロジェクトコーディネーターおよびCCCメンバーである国立公衆衛生院（以下、INSP）院長、BPS局長、また活動現場からHPRC看護総師長および各CDSセンター長など各リーダーが参加した。

なお、同セミナー実施の前月5月にブルンジ保健省内で人事異動があり、保健次官以下、CCCのメンバーの半数が交代となったことから、同セミナーでは、あらためて本プロジェクトの概要、特に5S活動の説明を含めた。

同セミナーのポイントとしては、最高責任者のもとに常に各管理職が現状の改善を積極的に考え、実践していくことが重要であることを指摘し、特に日本のトヨタを初めとした製造業が導入し、今日の成功に至った5Sを基本とした業務改善活動の重要性について説明した。さらに第一年

次に実施したベースライン調査の結果を発表し、本プロジェクトの各対象施設の責任者や管理職の意識調査からリーダーとしての素質が十分であることを伝えた。

一方、リーダーシップについて、総括である阿部のこれまでの組織の責任者としての経験を紹介した。その内容から、リーダーシップの明確な定義（リーダーシップ）はそれぞれ異なるものの、リーダーとしての自分と自分の下にいる職員の間で、お互いを尊重しながら、それぞれの立場を考え、協調してることが重要であると述べ、特に本プロジェクトにおける活動は、業務環境改善のみならず、各組織を活性化する上で非常によい機会であることを付け加えた。

その後、各活動を継続して2年間が経過した2011年4月より、各活動の強化を目指し、全対象施設の責任者と個別に協議し、各責任者が活動を通じて、各施設・部門の運営管理を行う上で必要と思われる方針を標語にすることを提案した。その結果、各施設、部門別に行動基準書作りを開始し、2011年5月にHPRCの対象3部門を含む8部門および全対象CDS/9カ所まで完成し、現在の各施設に掲げられている。

表6 CDSの行動基準

CDS	環境改善ポリシー	ビジョン
カメンゲ	整頓、清潔、共感	きれいで楽しく雰囲気の良い職場環境
ブテレレ	綺麗な環境	快適な職場環境
ムタクラ	清潔、整理、安全	快適な医療環境
ンガガラ	清潔、整頓、維持管理	健康で安全な環境
ブイザジャバ	整頓、清潔、チームワーク	常時、清潔できれいな保健センター
ブエンジ	整頓、清潔、規則	よいケアを提供するためにより環境の維持
ムサガ	積極的な態度、清潔、品質	患者への品質のよい医療サービスの提供
カニョーシャ	整頓、清潔、医療従事者として暖かい微笑	患者を温かく迎えるために施設内を清潔に保つ、ケアの精神と接遇
ルジバ	整頓、忍耐	きれいで質の高いケアの供給

表7 HPRC/8部門の行動基準

HPRC/部門名	環境改善ポリシー	ビジョン
婦人科	時間厳守、患者満足度向上	サービスを迅速に行い、自分たちの顧客である患者に最高のサービスを提供する
手術部	時間厳守、患者満足度向上	患者のニーズにあったサービスの提供
産科	妊産婦ケア	母親となる妊産婦を光となって暖かく照らす
新生児科	健康、整頓、安全	安心のある環境を提供することで母親が快適になれるようにする
小児科	患者への温かい出迎えと清潔で品質のよいお世話	清潔な環境で品質の高いケアを提供できることを約束する
薬剤部	整頓、清潔、迅速	早い応対と高い品質、効果的な薬剤の提供を行う
検査部	時間厳守、清潔	患者を歓迎する
保守部	迅速、効率	常に医療施設として機能できる状況を維持する

(2) 病院・保健センター間の情報交換

1) 医療レファラル体制

本プロジェクトが開始された2009年2月当時、ブルンジ国の医療レファラルシステムは、地方都市を中心に州病院、地区病院、CDSという形式をとっており、特に医師が常駐する地区病院がうまく機能し、CDSで診断・治療できない患者に対応していた。

一方、本プロジェクトの対象地域であるブジュンブラ都市部州は、首都であることから、歴史的に5つの国立トップレファラル施設と60ヶ所の公立、NGO系、民間のCDSにより構成されている。民間病院を除いてCDSとトップレファラル施設間をつなぐ役割を果たす公立の地区病院が存在しない。

本プロジェクトでは、活動開始時、HPRCに出産が集中している状況から、CDSの母子保健機能を強化することで、適切なレファラルシステム作りを支援してきた。しかし、前述のとおり、地区病院がないことと、基本的に交通機関が発達していること、ブジュンブラ首都圏の市民にとって出産がどこの施設でも無料であることから、医師、特に専門医が常勤する国立病院を選択する傾向にある。さらに助産分野では、助産ケアを行うCDSで出産前検診を受けても国立のトップレファラル病院で出産をするケースも多い。さらにCDSからの紹介状を持参しない、もしくは、国立病院の医師が記録しないなど、レファラルシステムはうまく機能していない状況であった。

しかし、本プロジェクト終了時の2011年末現在では、9カ所の対象CDSの中で3つのCDSが地区病院の機能を持ったMCに格上げされ、医師資格者が各CDSのチーフとなり、トップレファラル施設に集中する患者を少しでも減少させようと取り組んでいる。

また、2009年に開始されたPBF方式（成果に基づく評価方式）では、患者のレファラル数も評価ポイントとなり、徐々にレファラル数は増加すると思われる。

2) 助産研修

本プロジェクトが開始される以前から、保健省の指導下で、個別の結核・HIV対策プログラムにて、HPRCと対象CDSの間での定期的な協議が行われ連絡体制は整っているものと思われた。しかし、聞き取りの結果、前述のレファラル体制下で、特に相互間の連携というのはなかった。

そこで本プロジェクトでは、プロジェクト期間中の2009年9月から2011年12月までにHPRCおよびCDSの医療従事者を対象に正常分娩チェックリスト/チェックシートを含めて、助産関連の研修を9回実施し、延べ293名が参加した。

また技術交換として、マダガスカル国での研修を2009年11月および2010年12月の2回実施した。参加者の医師・看護師は、対象施設のHPRCおよびCDSから派遣され、共同作業によるフィードバックセミナーも2回開催するなど、知識、経験を共有する場を提供し、双方の情報交換を積極的に支援した。

2-1-3 同成果の結果

成果1の指標と本プロジェクト終了時の達成状況は次のとおりである。

表8 指標の達成状況

指標	達成状況
1-a)5S委員会がHPRCとBPSに配置される。	(2009年7月) HPRCおよびBPSに5S委員会が設置された。
1-b)対象施設に5S活動チームが配置される。(開始後8カ月以内)	(2011年10月) 目標期限から1カ月遅れでHPRCの対象3部門(産科、婦人科、新生児科)および9カ所のCDSでWIT(5S活動チーム)が配置された。 (2011年1月) HPRCの全18部門にWITが配置された。
1-c)対象施設に品質管理ポリシーが掲示される。(開始後12カ月以内)	(2011年5月) 目標期限から5カ月遅れでHPRCの対象3部門および9カ所のCDSで行動基準書(ビジョン/ミッション)が掲示された。衛生基準書もHPRCの3部門で掲示されている。なお、掲示が遅れた理由としては、2010年の5カ月間の退避による日本人専門家の活動停止が影響している。
1-d)WITの活動レポートが毎月作成される。	(2010年4月/2011年8月) HPRCの対象3部門において月平均0.37回(17カ月で平均6回)のWIT会議が開催された。またHPRCには、これらWIT会議に加えて、WITチーフ会議が月平均0.65回(17カ月で平均11回)開催されている。 9カ所のCDSにおいて月平均0.72回(17カ月で平均12回)のWIT会議が開催された。ムタクラCDSでは、毎月定期的にWIT会議を開催している。

2-2 対象施設の現場スタッフ全員の5S活動を通じた業務環境の改善

本プロジェクトの特徴は5S活動の導入である。先ず対象施設において5Sを導入し、より良い職場環境を整え、運営管理のもとで患者ケアが実践されるようになることを目的としている。

5S活動は低コストで実施可能な業務環境改善のためのツールの一つであり、CQI(継続的品質改善)、職員のマインドセットの変革を経てTQM(総合的品質改善)に至る最初のステップである。5Sは「整理」、「整頓」、「清掃」、「清潔」、「躰」の行動で形成され、業務環境のなかで物理的な環境を良くしていこうとする活動である。5S活動は本プロジェクトにおいては中心的な活動であると同時に機材の維持管理、母子保健向上のための基本的なツールとなっている。

第1年次現地作業は、それぞれの活動実施前の状況把握と効率的な事業実施への情報を取得することを目的としたベースライン調査を実施した。特に5S活動については、対象施設の職場環境の現状と問題点を把握することが重要である。施設内の物品の管理状況、作業スペースおよび患者待合スペースの快適さ、建物のセキュリティ等の施設面の状況に加え、職員の勤務形態、態度、身だしなみ等についての状況把握ができたことで、研修内容や実際の活動に反映することができた。

第1年次は2009年2月から3月の現地業務であったため、ベースライン調査のみの活動となり、調査結果を踏まえた5S研修および活動は第2年次以降となった。

2-2-1 業務環境の現状調査の実施

(1) 現状調査の方法

HPRC、カメンゲ大学病院 (Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge, 以下、CHUK)、フランス・ルイ・ルワガソレ病院 (la Clinique Prince Louis Rwagasore, 以下、CPLR)、9つのCDSを対象として、「1S整理」、「2S整頓」、「3S清掃」、「4S清潔」、「5S躰」、「6S安全」の観点からの観察調査を実施した。ただし調査開始後、施設の設備の不具合が散見されたため、「6S施設改善」の観点からも調査した。また現段階の施設の整理整頓活動に支障のある深刻な機材家具不足について、調査項目を追加して観察した。3病院については、各病院の産婦人科に関連する部門、CDSでは施設全体を調査の対象とした。観察調査の内容は調査票への記録に加えて、写真撮影も行い、写真はベースライン時点での記録として、今後の活動で使用した。CDSの調査は、北部、中央および南部保健施設管轄責任者が中心となって観察、写真撮影および聞き取り調査を実施した。観察は、5S活動の観点を踏まえ以下の内容について調べた。

- | | |
|---------|--|
| 1S : 整理 | <ul style="list-style-type: none">・室内に不要品はあるか・不用品の廃棄する基準、時期、方法はある・壁に貼られた指示書、指導書、タリフに古いものはあるか・張替えの時期にルールはあるか |
| 2S : 整頓 | <ul style="list-style-type: none">・施設の案内板はあるか・部屋名はついているか・キャビネットの中の状態・保管キャビネットの保管ルールはあるか |

- 3S：清掃
 - ・掃除はされているか
 - ・だれがしているか、頻度は
 - ・掃除用具はあるか
 - ・掃除用具入れの状態
- 4S：清潔
 - ・整理整頓は実施されているか
- 5S：躰
 - ・整理、整頓、清掃を監視する方法はあるか
- 6S：安全面
 - ・灯りはあるか（妊産婦健診室、分娩室等）
 - ・カーテンはあるか（妊産婦健診室、分娩室等）
 - ・手洗いはしているか
 - ・職員の休憩時間はあるか
- 6S（施設改善）
 - ・電気、水道、施設の状態
 - ・機材・家具
 - ・整理整頓に支障があるか

また同時に今後の5S活動のモニタリングを想定し、5S活動進捗評価モニタリングシートを使用し5S活動開始前の評価を実施した。

（2）現状調査の結果

1）CDSの業務環境

現段階で9カ所のCDSに5S活動の概念はないが、いくつかの施設では、施設運営上のファイル、ワクチン接種記録や薬品の管理等の記録保管については整頓ルールがあり管理されていた。ただし、全職員に明確なルールとして浸透してはおらず、同じ施設内でも管理のしかたが、まちまちで統一的な活動にはなっていない。右の表は9カ所のCDSにおける5S活動からみた不具合および良い例の件数である。

表 9 5S 活動観察総轄表

5S 活動	改善必要	良い例
1S	57	
2S	19	10
3S	17	1
4S	0	
5S	0	
6S 安全	53	3
6S 設備改善	90	
機材家具	59	
計	295	14

各施設ともに狭いスペースに不要品が散在しているケースが多く、それらを移動、廃棄する決まりが明確でなく、また廃棄する方法についても手順が不明瞭であり多くは放置されていた。今回の観察調査においてすべての施設で必要性が高い点は、床、壁、天井、水道等の修復であった。以下の表の「6S 施設改善」90件にのぼり全体の30%である。職員および患者の安全の確保、施設内の景観の改善、手洗いによる衛生意識の向上等、設備改修をすることに高い効果があると考えられた。また機材、家具の不足も多く、棚、ロッカー等の未整備により整理、整頓が進まない要因にもなっている。なお、良い活動例としては日常的に取り扱い数が多く、整理整頓が必然となっている薬局およびワクチン用冷蔵庫の整頓活動であった。

5S 活動進捗評価モニタリングシートによる各施設の採点結果は以下であった。5S 活動の考え方のないところでの採点であったため、4S、5S 活動についてはほぼ実施されていないことから点数は低くなっている。ただし、ルジバ CDS は、規模が他施設の 4 分の 1 であるため調査対象箇所が少なくなっている。

表 10 事前評価点数および改善必要件数

	カ メ ン ゲ	ン ガ ガ ラ	ブ テ レ レ	ム タ ク ラ	ブ イ ザ ジ ヤ ベ	ブ エ ン ジ	カ ニ ヨ ー シ ヤ	ム サ ガ	ル ジ バ
400 点	205	119	106	109	113	142	113	134	61
改善必 要件数 2009	19	43	36	39	32	39	30	42	15

2) 病院の業務環境

HPRC

全病院の診療科のうち 9 科、諸室数 61 室の業務環境調査の結果は以下のとおりであった。約 40% が 1S 整理活動に問題があった。また CDS の状況と同様に建物の老朽がひどく修復の必要性が高かった。

表 11 5S 活動観察総轄表

5S 活動	改善必要	良い例
1S	21	
2S	2	4
3S	8	1
4S		
5S		
6S 安全	3	
6S 設備改 善	7	
機材家具	6	
計	47	5

カメンゲ大学病院 (CHUK)

調査対象部門の新生児科と産科の業務環境は下表のとおりで、概ね清潔度が保たれた施設であった。調査時は出産が重なっており物品の整頓状態については判断ができないが、新生児科の状況からルールに沿った運営がされていると思われる。ごみの分別は適切で、各部屋はプレートで明示されていた。また部屋の立ち入りについても掲示によって制限を設けており運営状況がうかがえた。

表 12 5S 活動観察総轄表

5S 活動	改善必要	良い例
1S	4	
2S		
3S		2
4S		
5S		
6S 安全	1	
6S 設備改善	5	
機材家具	3	
計	13	2

フランス・ルイ・ルワガソレ病院 (CPLR)

調査対象部門の小児科、産科、メンテナンス課の業務環境は下表のとおりである。建物は古く修繕の必要な箇所は多いが清掃はよくされていて、ごみは散乱していなかった。診療科の各部屋は収納スペースが狭く、雑然と故障機材が放置されている部屋もあるが、薬品や消耗品は区別され保管していた。

表 13 5S 活動観察総轄表

5S 活動	改善必要	良い例
1S	5	
2S	1	
3S	4	
4S		
5S		
6S 安全	1	
6S 設備改善	2	
機材家具	2	
計	15	

5S 活動進捗評価モニタリングシートによる評価スコアは以下のとおりである。全ての評価項目の合計点数は 700 点のシートであるが、5S 活動の視点での評価は病院も初めてであるため低い評価となった。

表 14 モニタリング評価スコア

病院名	HPRC	CPLR	CHUK
スコア	155	194	212

対象施設の業務環境の最大の問題は、各施設に不要品が多すぎることであった。簡単に燃やせて破棄できるものは解決にさほど時間を要しない。しかし、故障して使用できない医療機材等の機器類は破棄するための費用が発生する場合もあり、施設だけの問題ではなく、行政側の対処が必要である。なお施設の部門によっては、一部日常業務に整理整頓の意識があることも確認された。9カ所の CDS の業務環境については、施設の老朽化、電気・水・トイレ等の基礎的なインフラの不具合、機材・家具の不足という黙視できない問題が存在した。このような物理的な問題の影響を受けずに、今後の活動がすすむとは言い難い。

収納する棚が足りなければ書類や物品を整理してスペース確保を工夫し、水道がなければ衛生

面でのルールを決めて効率的な貯水を工夫するといったことは、5S活動としては一般的な活動の範囲であるが、CDSの物理的な問題はこのような改善工夫の限度を超えている事例もあった。また、活動現場の現実として、衛生的なトイレ、普通に使える手洗いシンク、雨漏りしない天井、壁が汚れていない診察室のごく当たり前の条件をかなえることが考慮されないと、活動に対する意欲も生まれにくくなることも懸念された。このような物理的な問題の解決・解消を5S活動の最初のステップである1S整理活動の段階に含め、活動チームによる問題分析をおこなって、自分たちで可能な解決・改善に取り組むことができれば、その後の活動をすすめるうえでも効果的であると考えられる。

2-2-2 5S 研修の実施

第1年次はおよそ2ヶ月の短期間であったため、実質の活動は第2年次からとなった。第2年次の活動は、本格的な研修および活動が開始する前の施設の業務環境の状態を数多く写真に納めることから開始した。施設の中にはすでに5Sに興味を持ったセミナー参加者による整理整頓活動が開始していた施設もあり、以後の研修に効果的な写真を撮影することができた。施設の職員が職場環境における良好事例を認識することは活動の継続に効果が高く、職員自身がカメラで撮影することで活動を体験することになるため可能なかぎり撮影する機会をもうけた。それぞれの研修において活動の成果として効果的に使用できた。

(1) 5S 研修の準備

5S活動実施に先立ち、対象施設でのスムーズな5S活動の導入のために「整理、整頓、清掃、清潔、躰」および活動概念図を現地語であるキルンジ語表現にした以下のポスターを作成した。また5S活動のうちで重要な活動である「整理、整頓」活動について理解を深めるため各リーダーの事務所で実際に「整理、整頓」を研修形式で実施し、その活動内容を撮影した。今後5S活動を広げていく院内の他部門での研修の映像教材として取りまとめた。撮影内容は、それぞれの執務室においての整理・整頓活動方針、整理・整頓対象の策定、活動手順である。

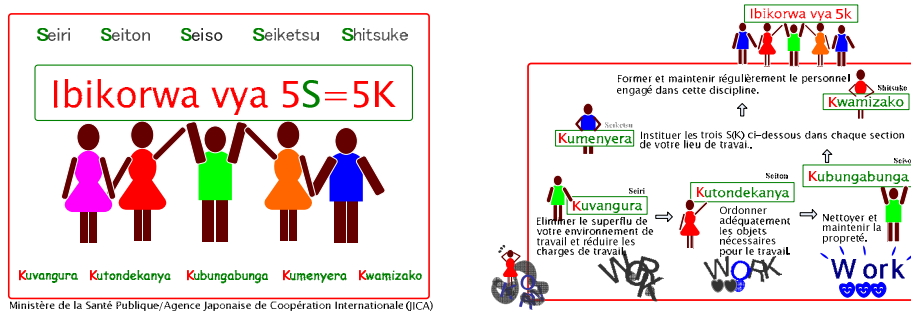


図1 5S 活動ポスター

表 15 活動映像撮影

撮影場所	撮影日	活動対象箇所
HPRC 看護師長室	6月25日	書類ラックの整理整頓
HPRC 副院長（診療）室	7月7日	机上の書類ラックおよび書類戸棚
HPRC 副院長（総財務）室	7月13日	前任者より引継いだ書類キャビネット
HPRC 新生児科	7月7日	新生児室前室医療レコードファイル
ブジュンブラ州保健局長室	7月30日	書類ラック

プロジェクトチーム作成

5Sの5つの活動にそれぞれ良好事例の写真を対応させ、現場で実習する際に5Sの行動を研修者がチェックできるように整えたチェックリストを作成した（右図）。5S活動は環境を見える化にすることが有効であるため、5Sの導入が初めてであるブルンジにおいては、文章によるチェックリストよりも視覚的に表現したチェックリストが効果的であった。



図 2 アクションチェックリスト

(2) 巡回型国内研修の実施

対象施設がHPRCと市内に点在するCDS9ヶ所のため、研修対象となる人員が大人数になるため、一堂に会しての大掛かりなセミナー研修を頻繁に実施することは困難であった。そのため専門家滞在期間中に効率よく施設へ赴き、職場において指導する方法を取り入れた。またHPRCにおいては、パイロット部門として新生児科、産科、婦人科を選出し、院内での5S活動のショーケースとなるように集中的に研修を実施した。訪問回数はそれぞれ2年次18回、3年次27回、4年次20回である。

また、研修内容としては、上記の5Sポスターの配布の他、「整理、整頓」活動のために作成した管理職5S活動の映像を上映し、5Sの意味、基本的な手順、活動の容易さについて映像をとおして説明し理解を深めた。また同時に職場の写真撮影も実施した。撮影は、職員自身による撮影させ、撮影対象は職場内の「不要な物」、「不要なポスター、掲示物」、「床の汚れ」等の職員自身が好ましくないとされる箇所および反対に職員が好ましいと思われる箇所に加え、今後職員自身が5S活動として取り組みたいと考える箇所を選出した。写真の撮影は訪問の度に実施し、整理整頓等の活動の前後が明確になるように同じアングルから撮影した。「Before/After」として記録した写真は、各セミナーやワークショップにおいて活動事例や改善へのヒントや活動の教材として効果的に使用できた。

(3) 参加型ワークショップ

HPRC の管理職、職員、BPS 職員および 9 カ所の CDS の職員を一堂に会し、参加型のワークショップセミナーを実施した。第 2 年次活動開始から撮影した各施設での職場環境の写真を効果的に使用しワークショップを実施することができた。計 3 回のセミナーは 5S 活動への監視を高め、活動への疑問の払拭、施設内への展開に役立った。

1) パイロット 5S 研修 (第 2 年次)

日時	2009 年 8 月 13 日 午前 8 時～15 時
場所	HPRC 会議室、ブエンジ CDS
参加者	全 35 名 CDS のセンター長および看護師 1 名、北・南・中央の保健担当医師 3 名、北、南、中央各コーディネーター 3 名、および HPRC 看護師長、新生児科長
ファシリテーター	吉川徹、田制弘
研修内容	<ul style="list-style-type: none">・ 5S 活動セミナー・ アクションチェックリスト実習 研修に先立ち 9 カ所の CDS を訪問し 5S 活動に関連した医療労働環境での良好点、改善点の事例を収集した。収集事例から 5S 活動の基本原則に沿った改善内容を含めて作成した 5S+Safety アクションチェックリスト用いて参加者全員でブエンジ CDC を訪問し労働環境のチェックを行った。 <ul style="list-style-type: none">・ チェックリスト実習の結果のグループ討議と発表 参加者を 4 グループに分けグループ毎に良好点、改善事例を選出し発表会を実施した。 <ul style="list-style-type: none">・ 改善事例写真への投票ゲーム (Post-it 投票) 実際の現場で 5S 活動の対象および目標となるポイントの共通認識を持たせるために、事前に 9 カ所の CDS を訪問した際に撮影したそれぞれの施設の良好点を会場に掲示し、参加者自身が望ましいと考える写真に投票させ順位を公表した。



チェックリスト実習風景



グループディスカッション

2) 業務改善 5S 活動フォローアップワークショップ (第2年次)

日時	2010年2月17、18日午前8時～15時 (2日間)
場所	市内セミナーホール、HPRC、カメンゲ CDS
参加者	全35名 ブルンジ保健省プロジェクトダイレクター、HPRC 病院長、同副院長、同看護師長、産婦人科長、産科看護長、婦人科看護師長、新生児科看護師長、BPS 局長、北、南、中央保健担当医およびスーパーバイザー、保健センター職員
ファシリテーター	吉川徹
研修内容	<ul style="list-style-type: none"> ・アクションチェックリスト実習 参加者は HPRC3 部門 (新生児科、婦人科、産科) および CDS カメンゲの施設を訪問し、5S 活動に関連した職場環境での良好点改善点事例を把握する。 ・5S 活動発表 PRC 病院 3 部門と全 CDS の 5S 活動プレゼンテーションおよび質疑 ・Post-it 投票 ・アクションプラン策定 参加者の所属する病院、北部 CDS グループ、中央 CDS グループ、南部 CDS グループに分かれて、それぞれが今後職場の環境を改善していくためのアクションプランを策定した。



Post-it 投票



5S 活動発表

3) 5S 大会 Dynamique des Activités 5S (第4年次)

日本人専門家と保健省および HPRC、BPS との協議を経て、大会の目的、実施内容および大会の規模について確定し、大会の名称を「Dynamique des Activités 5S au Burundi」とした。大会の目的、構成は以下のとおりである。

日時	2011年8月4、5日午前8時～午後3時 (2日間)
場所	Kings Conference ブジュンブラ市
参加者	全83名 保健省関係者、ギテガ州保健局長、ンゴジ州保健局長、ンゴジ州病院長、レイギ州保健局長、レイギ州病院長、ブルリ州保健局長、ブルリ州病院長、UNFPA 保健担当、HPRC/WIT (各3名)、各 CDS/WIT (各2名)

ファシリテーター	BPS 局長、吉川徹、田制弘
目的	プロジェクト開始から学んだ 5S 活動について情報を共有し、今後の改善に結びつける。また 5S 活動の紹介されていない他州の保健局長および病院長へ情報の提供とする。
研修内容	<ul style="list-style-type: none"> ・部門および施設の WIT 代表者によるプレゼンテーション ・グループディスカッション ・HPRC/5S 活動チェックシートスタディツアー ・活動写真への投票 ・参加者によるプレゼンテーション評価 ・投票、評価結果の表彰



大会会場



WIT 代表発表



グループディスカッション



大会終了

プロジェクト開始から蓄積された活動の Before/After 写真の中から HPRC および CDS の発表に適した各 4 点の写真を舞台上に掲示した。そして、参加者全員が支持する写真へ投票した。参加者一人 5 枚の投票用紙を配布し、以下に示す 5 要素に合致する写真に 1 票ずつ投票する方式とした。

- ・低コストでの活動
- ・独創性のある活動
- ・整理整頓の状況が良い
- ・医療サービス向上に寄与している
- ・適切なラベリング

以下がそれぞれ支持の高かった活動である。



・低コスト活動：Kamenge MC



・オリジナリティー：Ruziba CDS



・整理整頓：HPRC 薬局



・医療サービス質改善：HPRC 婦人科



・ラベル：HPRC 小児科、検査室



事例集とは別に、各部門および施設のプレゼンテーションの内容を評価した。以下の4つの評価項目を設け、それぞれ4点満点で採点集計し、表彰した。

- ・総合評価
- ・患者満足に寄与している
- ・職場環境改善に寄与している
- ・独創性のある活動を実施している

総合評価結果

- ・ グランプリ賞 : ンガガラ CDS
- ・ 患者満足貢献賞 : HPRC 産科
- ・ 職場環境改善賞 : カニョーシャ CDS
- ・ オリジナリティ賞 : ブイザジャベ CDS
- ・ 5S 活動賞 : HPRC 維持管理部



グランプリ賞

4) 5S-CQI-TQM セミナー (第4年次)

日時	2011年12月20、21日 (2日間)
場所	HPRC 会議室、HPRC 内
参加者	全36名 CDSのセンター長およびHPRCのWIT長
ファシリテーター	田制弘
研修内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 5S活動のレビュー ・ HPRC 看護師長 TQM 研修フィードバック ・ KAIZEN 活動ワークショップおよびグループディスカッション 施設の現状分析シートを使用し、5S活動が進んだ状態の業務環境の現状を分析した。見える化を継続することの重要性、職員自身の意識の再認識について、実地研修を行った。 活動が良好な部門と活動の進展が遅い部門を予め選択し、参加者を2グループに分けそれぞれ評価する方法をとった。視察後、改善点の抽出を行った。 ・ KAIZEN 活動ヒントゲーム

第3年次以降の巡回型訪問研修においては、整理、整頓、清掃活動の延長にある清潔、躰に対応する研修として、訪問活動の中で現場職員とのレビュー協議という形で継続してきた。また施設では勤務シフトおよび必要な情報掲示等の適切な開示の仕方が定着しており、業務の標準化、効率化がすすんでいることが分かる。当初は清潔、躰の活動についての1、2、3S活動との区別についての質問が多数あったが、日々5S活動を継続していくうちに継続そのものが次のステップであるということが身につけると視察レビューを繰り返すことで理解されてきた。本プロジェクトの最終段階で開催した「改善セミナー」において改めて認識されたことになった。

(4) AAKCP による支援

AAKCPは2003年TICADⅢにてアジア・アフリカ協力の重要性が強調されたことを受け、アジア・アフリカ間で各セクターの知識・経験を共有する意義が確認されたことから始まった。保健分野において実施されているAAKCPの「きれいな病院」は病院サービス供給システムのマネジメント

の改善手法に「5S」を取り入れて成功しているスリランカや日本にアフリカ仏語圏の病院関係者を受け入れ研修を実施している。ブルンジは仏語圏の対象国として、本プロジェクト第1年次より以下の研修に5名の人材を派遣した。

- ・AAKCP 導入セミナー（2009年3月16日～26日 日本およびスリランカ 2名）
- ・AAKCP フィールドワークショップ（2009年8月17日～25日 日本およびスリランカ 3名）

日本の研修先は、5S/TQM を効果的に病院運営に活用している麻生飯塚病院、国内外で5S活動の模範となっているトヨタ自動車工場である。スリランカでは、キャッスルストリート病院他5S活動を導入している複数の地方病院であった。それぞれの研修員は帰国後関係者や対象施設においてフィードバックセミナーを開催し、研修で得た5S-CQI-TQMの知識を広めた。

1) 導入セミナーフィードバック（第2年次）

日時	2009年7月21日
場所	HPRC
参加者	保健省関係者、病院職員
ファシリテーター	HPRC 病院長
目的	日本、スリランカ研修のフィードバック
研修内容	<ul style="list-style-type: none"> ・日本、スリランカにおける病院5S活動について ・院内における改善事例紹介

2) フィールドワークショップフィードバック（第2年次）

日時	2009年9月30日、10月1日
場所	HPRC
参加者	HPRC 職員、産婦人科長、新生児科看護師
ファシリテーター	BPS 局長、HPRC 看護師長、新生児科長
目的	日本、スリランカ研修のフィードバック
研修内容	<ul style="list-style-type: none"> ・5Sの概要説明 ・スリランカでの5S活動内容 ・研修で策定した5S活動アクションプランの説明 ・チェックリスト実地研修

(5) WITによる研修

前述の研修の内「5S大会」と「KAIZENセミナー」を除く研修は第2年次に実施した。これらの研修参加者に加えて、5S概念の導入から実践までの間に活動の中心となった病院管理者・部門長がAAKCPやプロジェクトによる海外研修で活動事例や知識を得る機会を得て3年次・4年次活動を普及させる原動力となった。これらの研修フィードバックから他の部門や施設において5S活動の重要性が認知され、WITが組織されていくことになった。

第3年次からは主に第2年次に組織されたWITが中心となりWIT未形成の部門への研修を実施した。HPRCでのWITによる研修実績は以下のとおり。

表 16 WITによる研修

日時	ファシリテーター	研修対象
2009年12月7,8日(第2年次)	田制弘	婦人科、新生児科、産科
2010年5月(第3年次)	HPRC 新生児科 WIT	小児科
2010年7月(第3年次)	HPRC 新生児科 WIT	小児科、薬局、手術室
2011年1月(第3年次)	看護師長、新生児科 WIT、婦人科 WIT	外科、整形外科、内科、眼科、ENT、中央検査室、救急、庶務課、秘書課、総務課
2011年2月(第3年次)	看護師長、新生児科 WIT、婦人科 WIT	外科、整形外科、内科、眼科、ENT、中央検査室、救急、庶務課、秘書課、総務課、書類保管庫
2011年9月(第4年次)	薬局 WIT、婦人科 WIT、総務課 WIT	外科、内科、中央検査室、秘書課、救急

上表、2011年9月の活動は、研修形式ではなく、部門相互視察の方法をとり、活動の進捗を確認し合う形式（ピアレビュー）とした。

2-2-3 5S活動の実施

第1年次の基本セミナーは、5S活動の牽引者となる施設・部門の管理職を対象とした。ただし管理職も初めての活動であるため、第2年次より順次開催した研修と連動してプロジェクト専門家による「やって見せる」方式で徐々に活動を支援した。また第1年次のベースライン調査結果から、CDSにおいて5S活動を展開する上で障害となる物理的な問題が確認できたため、プロジェクトが対応の可能な範囲で支援した。以下の点を活動の方針とした。

- ・ 現場のリーダーシップ醸成のために施設内にWITを設立する
- ・ AAKCP研修参加者が活動の中心となり、5S活動について現場スタッフにフィードバックする
- ・ 5S活動の核となる「整理、整頓」活動について繰り返し実践研修を行う
- ・ 5S活動促進のための施設改善を行う（営繕活動）
- ・ 母子保健サービスの質を改善させる5S活動を検討する

主な活動および支援の内容については以下のとおり。

(1) 5S教材の作成

前述「2-2-2 (1) 5S研修の準備」のとおり、5S活動についての理解度を深めるためにポスターや管理職の整理整頓活動の手順を撮影した映像教材を作成した。

表 17 5S 映像教材

映像教材	映像時間
HPRC 看護師長室 書類ラックの整理整頓	7分
HPRC 副院長（医療）室 書類ラックおよび書類戸棚整理	7分
HPRC 副院長（総財務）室 書類キャビネット整理整頓	5分
HPRC 新生児科 医療レコードファイル整理	10分
ブジュンブラ州保健局長室 書類ラックの整理整頓	7分

(2) 5S 活動マニュアルおよび TQM アクションプランの作成

第2年次の第1、2回現地業務を踏まえ、ブルンジ国の職場に適した5Sの考え方、導入の手順、モニタリング手法および研修に使用した各種資料をとりまとめ、2009年12月に「Action Guide for 5S Activities」を完成させた。第3回目現地業務以降の施設巡回の際に各施設に配布し、活用方法について指導した。

内容は5Sの概念、活動実施のステップの説明、注意点に加え、活動ツールとなる整理活動用のタグサンプル、研修時に有用なチェックリスト、実習例、対象施設での改善事例写真を添付し、教材として使用できる体裁にした。



図 3 アクションガイド

また2011年12月には、上記アクションガイドの活動ツールの更新として、CQI/TQMガイドおよびモニタリングを追記した「TQM アクションプラン」に改訂した。

(3) 小規模営繕活動

第1年次に実施したベースライン調査から、CDSにおける5S活動の妨げとなる問題が明らかとなった。まず施設を囲む塀や建物のガラス、防虫ネット等がなく患者だけでなく職員の安全が担保できない状況であった。さらには手洗いの蛇口やシンクが破損して清掃用の水さえ満足に使用できない。単純であっても活動の阻害要因となるような問題や保健施設でありながらトイレが使用できない衛生面の問題もあった。第2年次に詳細調査を実施し、必要性を見極め、2010年2月に、プロジェクトのスケジュールに支障のきたさない範囲の施設修繕および5S活動に効果的な家具を調達した。また第4年次、2011年12月にはHPRCでの安全で快適な分娩のために、陣痛室と分娩室の人の動き（動線）を考慮した改修を行った。また患者プライバシーを守るために分娩スペース毎へのカーテン設置を支援した。営繕内容は下表のとおり。

表 18 小規模営繕活動内容

営繕内容／施設名	単位	HPRC	Kamenge	Mutakura	Ngagara	Bwiza Jabe	Buyenzi	Musaga	Knyosha	Ruziba
家具等										
キャビネット	個		1	3	3	2	3	2	1	2
ベンチ	個			8	10	5		5	10	6
机	個			3	3	2			2	2
椅子	個			8	10	2	2	2	8	7
棚	個		3	3	3	5		5	5	3
鍵ホルダー	個		1			1		1	1	1
掲示板	個		1	1	1	1		1	1	1
施設修繕										
窓修理	箇所			17	1	3			12	
窓の鉄格子	m ²		56							
窓ガラス	枚			72	90	4		32	51	
壁、ドア塗装	式			1						
壁塗装	式								1	
床修繕	式								1	
網戸修理	m ²			62		48		15	14	
鍵修理	個			5	7	7			5	

営繕内容／施設名	単位	HPRC	Kamenge	Mutakura	Ngagara	Jabe	Buyenzi	Musaga	Knyosha	Ruziba
ドア修理	個			5	3	1		8	5	
天井修理	m ²			42						
トイレ調整	箇所		4	4	3	1		2	2	
トイレ修理	式			2	3	1		2	1	
シャワー修理	式							1		
シンク修理	式							3		
胎盤ピット	個		1						1	
施設フェンス設置	式			1						
分娩室改修	式	1								

(4) WIT 活動への支援

本プロジェクトの 5S 活動を推進したのが各施設の WIT である。AAKCP スリランカ研修参加者である BPS 局長、HPRC 看護師長、新生児科長は 5S 活動推進における WIT の重要性を認識し、帰国後の 2009 年 10 月に実施したフィードバックセミナーにおいて HPRC パイロット 3 部門(新生児科、産科、婦人科)に WIT を設立した。また、対象 9 ヶ所の CDS では 2010 年 3 月に WIT が設立された。病院、CDS 共に WIT メンバーの構成は 3~4 名である。プロジェクトで実施した参加型セミナーは WIT メンバーが中心となり、施設での 5S 活動のスキルアップとともにリーダーシップの醸成を図った。またプロジェクトが実施した巡回訪問指導においても WIT 協議を繰り返し、メンタリティーの変化、定着を促した。また WIT が自ら活動することにより職場全体へ普及しやすいため、プロジェクト専門家も WIT とともに各施設・部門で活動を実践した。HPRC においてはパイロット 3 部門の WIT が 2-2-2 (5) で述べた WIT 主導の 5S 研修を実施し、最終的には院内のすべての 20 部門に WIT が組織された。

1) 整理整頓活動

実際にやって見せる活動として、不要物が多く、倉庫の整理・整頓・清掃が 5S 活動に不可欠と判断した CDS/2 ヶ所において、CDS 職員と共に大清掃を実施した。

ムサガ CDS では、プロジェクト専門家・現地スタッフおよび CDS 職員にて、倉庫内の一斉清掃、不用品・保留品・必要品の 3 分類化、新機材の組み立てと稼動確認、棚を活用した分類毎の保管、ラベリングなどを実施した。

ンガガラ CDS では、ブジュンブラ市保健局職員も加わり、倉庫内全品の 4 分別(必要医薬品、期限切れ医薬品、必需品、不用品)、倉庫内の一斉清掃、天井の補修、4 分別の保管場所の確定、ラベリング、カラーテープによる仕切りなどを行った。また、5S 業務改善ワークショップで掃除風景を紹介した結果、大清掃は自分たちでやるべき、定期的に清掃日を決めてスタッフ全員で行うべき、JICA チームは清掃するのではなく清掃後の成果を見に来てもらうべきなど、活発な意見交換がなされ、5S 活動の啓発に寄与できた。



ンガガラ CDS の清掃風景

2) Before/After チェックシート

WIT 設立部門において WIT メンバーがそれまで実施した 5S 活動以外に改善点を 3 つ選出し、Before/After シートに活動内容を記入した。専門家立ち会いのもと WIT メンバーが改善前の状態を撮影し、後日同じ箇所の改善後の写真を撮影した。

5S Avant/Après	
Nom de personnel: <u>Service de Néonatalogie</u> (1 Mo) Poste: <u>Administratif et administratif</u> Rapporté date: <u>20.02.2019</u>	
Titre de fiche: <u>Organisation de matériel dans l'annexe</u>	
Catégorie de fiche: 1) <u>Organisation</u> 2) <u>Organisation</u> 3) <u>Organisation</u>	
Lieu de travail: <u>Néonatalogie</u> Date de fiche: <u>20.02.2019</u>	
Code: <u>7</u> 1 secou coté 0-5.000F 0.00-10.000F 10.000-100.000F 0.000.000F	
Personne responsable: <u>NTM AZOONTEA L. LANA</u> Personne coprésente: <u>Le personnel de Néonatalogie</u>	
Pourquoi vous ramener cette action: <u>Faciliter le travail et rendre le matériel disponible</u>	
Avant	Après
	
Effet à visualiser: <u>Tout le matériel est visible et accessible immédiatement.</u>	

ケース 1

5S Avant/Après	
Nom de personnel: <u>Service de Néonatalogie</u> (1 Mo) Poste: <u>Administratif et administratif</u> Rapporté date: <u>15.02.2019</u>	
Titre de fiche: <u>Organisation de matériel dans la chambre des parents</u>	
Catégorie de fiche: 1) <u>Organisation</u> 2) <u>Organisation</u> 3) <u>Organisation</u>	
Lieu de travail: <u>Néonatalogie</u> Date de fiche: <u>20.02.2019</u>	
Code: <u>7</u> 1 secou coté 0-5.000F 0.00-10.000F 10.000-100.000F 0.000.000F	
Personne responsable: <u>ANTHONY M. GUYON</u> Personne coprésente: <u>Le personnel de Néonatalogie</u>	
Pourquoi vous ramener cette action: <u>Faciliter le travail et rendre le matériel disponible</u>	
Avant	Après
	
Effet à visualiser: <u>Le matériel bien rangé et très facile à trouver.</u>	

ケース 2

5S Avant/Après	
Nom de personnel: <u>Service de Néonatalogie</u> (1 Mo) Poste: <u>Administratif et administratif</u> Rapporté date: <u>15.02.2019</u>	
Titre de fiche: <u>Organisation de matériel</u>	
Catégorie de fiche: 1) <u>Organisation</u> 2) <u>Organisation</u> 3) <u>Organisation</u>	
Lieu de travail: <u>Néonatalogie</u> Date de fiche: <u>20.02.2019</u>	
Code: <u>7</u> 1 secou coté 0-5.000F 0.00-10.000F 10.000-100.000F 0.000.000F	
Personne responsable: <u>ANTHONY M. GUYON</u> Personne coprésente: <u>Le personnel de Néonatalogie</u>	
Pourquoi vous ramener cette action: <u>Faciliter le travail</u>	
Avant	Après
	
Effet à visualiser: <u>Le matériel est rangé et facile à trouver.</u>	

ケース 3

パイロット部門では、多くの箇所で整理整頓が実行されていたが、改めて実施することで他の職員に活動が認知された。これらのケースの他にも個人ロッカーの整頓、氏名ラベリング、病棟の患者ロッカーのラベリング等スタッフ全体に 5S 活動は浸透していた。

(5) CDS 妊産婦健診タイムスタディ調査

実際の職場で行われる医療サービスの状況を把握し、サービスの質を改善するツールを開発するために、5S活動の視点から以下の要領でタイムスタディを実施した。

日時	2010年9月21日
場所	カメンゲ CDS
目的	CDS で実際に行われている妊婦健診の様子を連続観察することで、妊婦健診の実情を把握し、妊婦健診の質向上に関連する課題を明らかにする
方法	妊婦健診タイムスタディ調査（スナップリーディング手法）を行う。業務/安全管理の専門家（医師）が妊婦健診担当の看護師1名の業務を観察し、30秒毎に作業場所・姿勢・使用物品・健診内容等を記録する。必要に応じて観察対象看護師が行った問診内容について確認する。観察結果をもとに、業務手順向上、妊婦健診の質の向上に関連する良好事例、および改善課題を検討した。
観察した看護師	A3 看護師、39歳、看護師経験15年。当保健センター11年勤務

結果：

カメンゲ CDS の日常業務は、右の写真にあるようにセンター内の掲示板に貼り出した業務スケジュールに沿って実施される。午後3時30分頃に業務が終了、16時に帰宅の途に就く。（※日によっては午後15時～会議などが行われる）図4に業務の流れを示す。



カメンゲ CDS スケジュール表



図4 妊婦健診担当看護師の一日

図4で観察したカメンゲ CDS 妊婦健診の一連の流れを示した。観察した看護師は、毎回丁寧に診察を行い、子宮底長の測定なども実施していた。



図5 妊婦健診の流れ

業務開始から 12 時半までの間 25 名の妊婦健診を実施している。最も時間を要した診察は 30 分ほどで、一人当たり平均約 9 分費やしていた。診察内容も前述の図にあるように手際よく実施していた。しかしほとんどの業務を一人でこなしているため、途中集中力が落ちている様子も見られた。これらの観察調査を通じて、CDS において中心となる妊婦健診の目的として以下のように整理した。

- 正常な妊娠の経過確認
- ハイリスク妊娠の早期発見
- 妊娠中の発症する合併症などの予防
- 胎児異常の有無の診断
- 分娩時期の予想
- 分娩方法の決定
- マイナートラブルへの対応
- 保健指導

安全な出産をする上で適切な妊婦健診は重要であり、WHO では出産までに少なくとも 4 回の妊婦健診の実施を推奨している。現在ブルンジでは妊婦健診は、3 回の方針であり、今後の健診回数増加とともに健診効率や健診の精度の向上に関して、5S 活動の視点から検討し整理した。

- ◇ 目に見える 5S 活動を通じて
 - ・ 患者への適切な情報周知
 - ・ よく整備された健診、外来診療環境
 - ・ 衛生的な出産環境の整備
 - ・ 標準予防策、衛生行動の励行
 - ・ 物品の保管と移動の効率化
 - ・ スタッフの労働環境の整備
- ◇ 業務の質の改善にむけて
 - ・ 診療プロトコルの標準化、質の担保
- ◇ 統計データによる適切な評価

上記の活動および助産専門家との協議から、母子保健サービスの質改善ツールとしての 5S 活動の内容を検討した。

(6) 5S 活動の成果

当初から 5S 活動の重要性は、リーダーを中心に全員が活動に参加することをセミナーや巡回指導で繰り返し唱えてきており、また AAKCP での研修では、5S 活動の実践にはリーダーのコミットメントが大切であることを体験してきた。これら研修をとおして、HPRC においては、院長はじめ副院長、看護師長の 5S 委員会がパイロット部門に WIT を組織し、その WIT がリーダー格となり、新しい部門の WIT 開設、研修をサポートした。また CDS では、AAKCP 研修参加者の BPS 局長のもと地区保健局長がリーダーとなりそれぞれ管轄の CDS を指導し、各施設で WIT が形成され、職場での問題解決を目的とした会議を継続的に開催していた。その結果、目に見える職場環境改善の活動が随所に見られた。また通常業務においても業務の効率化を図る改善事例が見られた。

医療現場では、廃棄物分別化の基準が作成され、各部門で実施された（下段写真）。また危険物・廃棄物の廃棄ルールが明文化され各部門に掲示された。業務の効率化を図るためにラベルを活用して文具、薬品や医療材料が保管された（下段写真）。施設によっては、現地製の籠を用い分別する工夫も見られた。

また当技プロで実施した研修や 5S 活動の効果に、患者となる妊婦中心ケアの概念もそれぞれの施設に根付いてきており、妊婦が不安をなくすように全施設でカーテンが設置され、ベッドには清潔なシーツや蚊帳が整備されていた。

患者のための環境改善として患者待ち合いスペースの整備がある。プロジェクトの小規模営繕活動により調達された多少の患者用ベンチは、適切な場所に配置され、ベンチの座面をペンキ等で区切り、番号を入れる工夫も見られた（下段写真）。

これら一連の変化は、それぞれの部門、施設のリーダーシップによるものが多いと考える。1 年間活動を繰り返すことで、職場や職員だけでなく患者側にも意識の変化が現れていることもそれぞれのリーダーは感じ取っており、5S 活動の効果についての理解が定着していると思われる。



ゴミの分別



物品の仕分け保管



PRC 病院分娩室待ち合いスペース



カニョーシャ CDS 待ち合いスペース

なお、第1年次と同様の観察調査および5S活動進捗評価モニタリングを2011年8月に実施した。それぞれの施設での改善必要件数およびスコアの推移は以下のとおり。

表 19 CDS の職場環境の推移

	カ メ ン ゲ	ン ガ ガ ラ	ブ テ レ レ	ム タ ク ラ	ブ イ ザ ジ ヤ ベ	ブ エ ン ジ	カ ニ ヨ ー シ ヤ	ム サ ガ	ル ジ バ
改善必要件数 2009年	19	43	36	39	32	39	30	42	15
改善必要件数 2011年	3	4	2	2	3	2	2	3	2

表 20 HPRC の職場環境の推移

5S 活動	改善必要件数 2009	改善必要件数 2011
1S	21	4
2S	2	
3S	8	
4S		
5S		
6S 安全	3	
6S 設備改善	7	3
機材家具	6	
計	47	7

5S活動進捗評価モニタリングのスコアは上段が2011年8月時点、下段が2009年3月時点である。プロジェクトの実施と同時期に世銀の推進する Performance Based Finance（以下、PBF）も開始された。PBF事業は医療サービスの質の改善を目指す意味から、5S活動による職場環境改善と密接にリンクしており、各施設の職員も理解し始めているため5S活動の活性化に一役買っている。

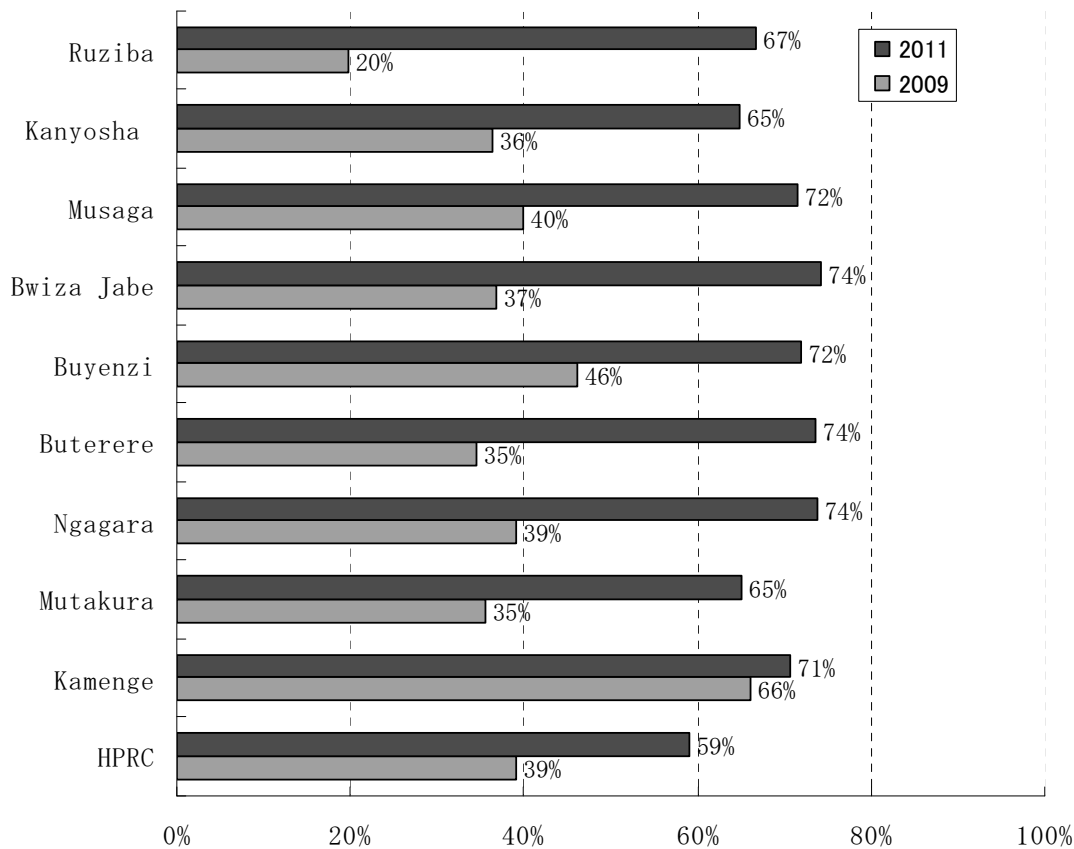


図 6 5S 活動評価の推移

2-2-4 5S 実施状況のモニタリング

プロジェクト終了後以降も職場の環境を維持するために活動のモニタリング体制を構築した。5S 活動の定着においてそれぞれの WIT の活動は非常に重要である。プロジェクト開始当初から活動の中心となっていたが、活動の継続には WIT メンバーによる会議の定期開催が必要であるため、2009 年 10 月から HPRC の WIT 会議を開催している。ほぼ 1 ヶ月に 1 度開催されており、各部門での活動状況、アクションプランの進捗の確認等を協議する。CDS においても 2010 年 3 月に各施設に WIT が組織されてからほぼ毎月開催されていた。ただし、CDS でのワクチンキャンペーン等大掛かりな事業の開催により、WIT 会議が開催されないことが議事録の存在から判明した。2011 年 8 月以降からプロジェクト側主導でモニタリングの巡回指導を実施し、開催の定着を指導し、特に HPRC においては、WIT のピアレビューによるモニタリング活動を実施した。また 2011 年 12 月に開催した 5S-CQI-TQM セミナーにおいて改めて現状分析による活動のモニタリング実習を行い、プロジェクト終了後の活動の継続についてのモニタリング体制を構築した。プロジェクト終了後は、以下に述べる国家 5S 委員会が中心となってパイロット病院、CDS のモニタリングを実施することになる。

5S モニタリングは活動のコアとなる各施設の WIT 会議開催状況について HPRC では WIT から病院長（5S 委員会）、保健省にある国家 5S 委員会へ報告される。CDS は管轄の地区保健局からブジ

ムンブラ都市部州保健局を経由し国家 5S 委員会への報告となる。5S 活動だけでなく、機材の維持管理および正常分娩ケア活動と統合したモニタリングシステムである。

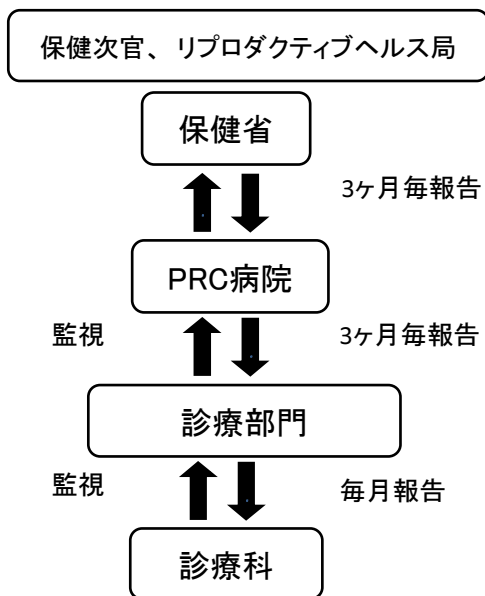


図7 HPRC でのモニタリング体制

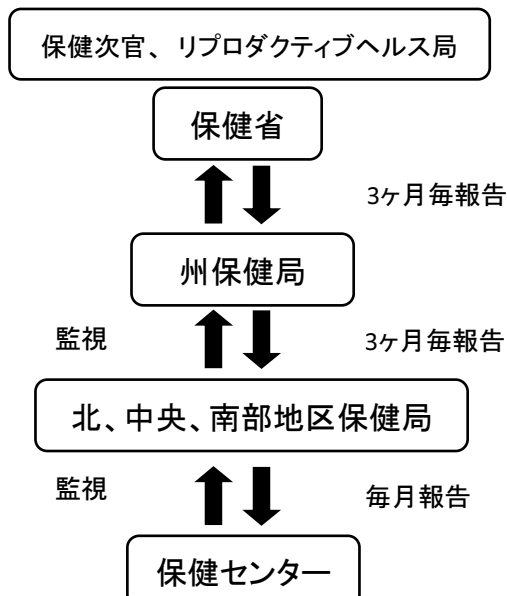


図8 ブジュンブラ市保健局のモニタリング体制

(1) 国家 5S 委員会

2011年6月保健大臣の任命により組織され、第1回の会議が同年12月12日に開催された。委員会のメンバーは代表に Cyprien BARAMBONERANYE (保健省)、Jean KAMANA (保健省)、Marie Noella UWINEZA (保健省)、Hilaiire NINTERETSE (保健省)、Theophile BIGAYI (PNSR)、Pascal NDAYONGEJE (BPS 局長)、Therence NTAWURISHIRA (HPRC 院長)、Jean Bosco NDUWARUGIRA (HPRC 副院長)、Chloe NDAYIKUNDA (HPRC 産婦人科長)、Marie BUKURU (HPRC 総看護師長) の10名である。委員会の活動内容は現在の5S活動のモニタリングが主であるが、2012年以降他州への展開を計画している。

国家 5S 委員会活動指針：

- ・ 対象施設の 5S 活動のモニタリングおよび HPRC、ブジュンブラ都市部州保健局 5S 委員会からの報告書の解析
- ・ 5S 活動の拡大計画策定 (アクションプランの実施)
- ・ 5S 活動の実績の他州への普及
- ・ 保健省内での 5S 活動コンセプトの普及すなわち 5S アプローチの QI ツールへの融合への促進 (PBF との連携)
- ・ 保健省内での 5S 活動
- ・ 5S 活動の国家保健計画活動計画への包含および活動予算の確保
- ・ 日本によるプロジェクト終了後 1 年後の 5S 活動および患者満足度の調査
- ・ 開催会議議事録
- ・ 5S 大会の開催

2-2-5 5S 活動普及の工夫と教訓

(1) 工夫

ブルンジの病院で 5S を導入したのは工場等も含めて初めての試みである。活動の理論は単純であるが、実施する際のきっかけや動機付けには慣れが必要である。そのために研修や実習に使用する教材や資料もシンプルで分かりやすい内容にしたことで理解がより早くなったと思われる。

・キルンジ語 5S ポスター

ブルンジはフランス語とキルンジ語が公用語とされているが、管理職、部門長はフランス語で十分理解ができるが、職場で活動する看護師、労働者はフランス語よりもキルンジ語のほうが理解しやすいため 5S の言葉をキルンジ語に翻訳した。

整理 → Kuvangura、整頓 → Kutondekanya、清掃 → Kubungabunga、
清潔 → Kumenyera、躰 → Kwamizako

・研修素材

5S 研修に使用するプレゼンテーション、教材に使用する素材や資料は日本や海外の事例が多く見られる。そのために実際の現場と視覚的にギャップを感じられるため、研修や指導に使用する資料には、対象施設の写真を使用した。

・アクションチェックリストとグループディスカッション

産業現場の職場環境改善で用いられている改善策選定式のチェックリストをブルンジでの病院編に改訂した。良好事例のアクションを 5S の行動毎に対象施設の写真で表現し、より 5S によって変わる環境の理解が早くなるように工夫した。

・スタディツアー

他部門、他施設を訪問することにより、環境の違いや活動を比較する機会を研修者に提供し、自身の活動の確認や競争心をつけるようにした。

(2) 教訓

・活動への医師の参加

実際に現場で多く活動するのは看護師であるが、特に病院において運営方法や基準を策定する決定は部門長の医師の場合が多い。そのため決定が遅れる場合や医師が 5S 活動に協力的でない場合、行動が停滞することがあった。活動当初から現場の医師に十分理解させ賛同を得た上で活動を開始すべきであった。

2-3 対象施設の現場スタッフ全員の機材・器具の予防メンテナンスに係る能力強化

2-3-1 活動の方針

本活動は、保健医療従事者が予防メンテナンスを継続的に行うことを目的として、以下の4つの方針で取り組んだ。

(1) PDM 成果3の指標及び活動に基づき実施する。 PDM 成果3の抜粋は以下のとおり。

[成果(3)]
対象施設において、機材の予防メンテナンスが、保健医療従事者全員参加により、継続的に行われる。
[指標]
3-a) 対象施設において、機材使用注意タグが、医療機材に添付される。 3-b) 対象施設において、医療機材が設置された部屋に予防メンテナンス・シートが掲示され、使用後処理・稼動可能状況が記録・管理される。
[成果(3)の活動]
3.1 対象施設の機材・器具の管理状況を調査する 3.2 対象施設の関係職員を対象として予防的機材維持管理指導・研修を行う(巡回型国内研修、国外研修) 3.3 機器使用注意タグを作成し、機材に添付する 3.4 機材維持管理マニュアル、チェックシートを更新する 3.5 機材購入・部品調達方法を調査し、取引先一覧を含む機材部品調達手順書を作成する 3.6 施設において、機材維持管理状況をモニターする

上記PDMに基づき、「機材使用注意タグ」、「機材維持管理マニュアル・機材部品調達手順書」、「予防メンテナンス・シート」の作成と普及を予防メンテナンス活動の中心とした。

(2) 指導・研修の対象者は、機材使用者である看護師、看護助手、技師とする。

現状において、看護師、看護助手、技師のメンテナンスに対する意識は低く知識も乏しい。彼らへの指導を通じて、予防メンテナンスの重要性とインパクトが理解され、継続的に実施されることで、点検の不足や操作ミスによる機材の故障を減らし、母子保健サービスの質の向上に貢献することを目指した。

(3) 「予防メンテナンス」を定義し、機材使用者の意識改革を目指す。

現状において、施設管理者、機材使用者、メンテナンス技師の予防メンテナンスに対する考え方は定着していない。よって、予防メンテナンスを以下のとおり定義し、機材使用者とメンテナンス技師の両者が行うことを定着させる。 定義は以下のとおり。

メンテナンスとは、機材の作動を良好な状態に維持するためのもので、故障を予防し、故障頻度を減らすための「予防メンテナンス」と故障を直すための「修理メンテナンス」がある。

予防メンテナンスには、機材使用者が行う「日常点検」とメンテナンス技師が行う「定期点検」がある。その総称を「予防メンテナンス」とする。

(4) HPRC メンテナンス技師を活動の指導者として育成する

機材使用者の意識を変え、予防メンテナンス活動を継続するためには、現地カウンタパートの中から指導者を育成せねばならない。よって、HPRC メンテナンス課技師を指導者候補とした。

2-3-2 活動の方法

日本人専門家は、2009年1月から2011年12月にかけて9回短期渡航し、計438日間（14.6ヶ月）の活動をした。主な活動は以下のとおりである。

- ・ 機材使用注意タグの作成と普及 【PDMの指標3-a】
- ・ 予防メンテナンス・シートの作成と普及 【PDMの指標3-b】
- ・ 医療機材維持管理マニュアルおよび機材・部品調達マニュアルの作成
- ・ 医療機材の操作・日常点検指導と簡易修理
- ・ 機材メンテナンスに関わる5S活動
- ・ JICA本邦研修「医療機材管理・保守コース」へのカウンタパート派遣支援、
- ・ 予防メンテナンス活動に関わる家具・工具の調達支援

これらの活動を効率的に実施し普及させるために、指導方法を①施設訪問指導と②少人数制ワークショップの組み合わせとした。

最初に①施設訪問により、予防メンテナンスの必要性、インパクト、方法などを知識レベルに合わせて個別に指導した。その後に②少人数制ワークショップを開催し講義、技術指導、実習を組み合わせた集中トレーニングを行った。ワークショップ数ヶ月後、再度施設を訪問しフォローアップを行う方式で活動を進めた。①施設訪問では、きめ細やかな個別指導を行い、②ワークショップでは、他施設との競争意識の啓発や活動アイデアの情報交換ができ、結果として相互に補完できた。

また、5S活動、助産指導で開催する研修の場を利用し、各施設長やWITとのコミュニケーションを維持し、時間の許す限り各施設からの個別問い合わせや要望に応じて指導や備品の支援を行った。

2-3-3 各活動の内容と成果

(1) 対象施設の機材の管理状況を調査する

HPRC、CHUK、CPLR、9つのCDSを対象として、質問票に基づいた職員へのインタビュー、調査員による目視確認・写真撮影を行った。本調査は、保健省、HPRC、CDSから各1名選出されたテクニカルグループメンバーとプロジェクトチームが雇用した現地調査員が中心となって2月13日から3月上旬まで実施した。主な調査項目は以下のとおり。

1) 既存機材の種類と数量

調査対象部門の既存機材の種類（例えば血圧計が5台あっても1種類とカウント）および数量（血圧計が5台あれば5台とカウント）を、医療家具、滅菌機器、基礎機器など8つのカテゴリーに整理した。その結果、3病院の平均値で見ると、機材の種類では約65%（20.0%+44.6%）が、基礎機器（血圧計、体重計、吸引器などの基礎的な汎用機材）と医療家具（ベッド、点滴台、分娩台など電気を必要としない家具類）で占められており、機材の数量においては78%（43.5%+34.5%）となった。その反面、高度診断治療機器（放射線装置、超音波診断装置、麻酔器、人工呼吸器、患者モニターなど）はそれぞれ9.7%、6.7%と低く、診断治療機材が非常に少ない結果となった。

また、職員インタビューから、使用年数が10年以上と推測される老朽化機材の比率は、HPRCで61.3%、CHUKで70%以上、CPLRで62.5%と極めて高い結果となった。よって、これらの機材を壊さず長く活用するために、予防的メンテナンスの啓発活動が重要と認識できた。

表 21 3病院の既存機材の種類と数量

質問項目	HPRC		CHUK		CPLR		3病院 の合計 数量	3病院 の合計 %	
	小計		小計		小計				
	数量	%	数量	%	数量	%			
機材 の 種類	医療家具	26	19.0%	5	14.7%	8	33.3%	39	20.0%
	検査機器	30	21.9%	0	0.0%	0	0.0%	30	15.4%
	滅菌機器	10	7.3%	1	2.9%	1	4.2%	12	6.2%
	診断治療機器	12	8.8%	7	20.6%	0	0.0%	19	9.7%
	基礎必須機器	54	39.4%	19	55.9%	14	58.3%	87	44.6%
	その他	5	3.6%	2	5.9%	1	4.2%	8	4.1%
合計	137	100.0%	34	100.0%	24	100.0%	195	100.0%	
機材 の 数量	医療家具	155	38.0%	17	22.7%	89	76.1%	261	43.5%
	検査機器	60	14.7%	0	0.0%	0	0.0%	60	10.0%
	滅菌機器	16	3.9%	1	1.3%	2	1.7%	19	3.2%
	診断治療機器	25	6.1%	15	20.0%	0	0.0%	40	6.7%
	基礎必須機器	142	34.8%	40	53.3%	25	21.4%	207	34.5%
	その他	10	2.4%	2	2.7%	1	0.9%	13	2.2%
合計	408	100.0%	75	100.0%	117	100.0%	600	100.0%	
機材の種類	使用10年以上	84	61.3%	24	70.6%	15	62.5%	123	63.1%

次に、CDS における同様の調査結果を平均値で比較すると、医療家具と基礎機器の占める割合は、機材の種類では約 67%、機材の数量では約 80%であり、3 病院の平均値と大きな差がなかった。CDS は、病院とは診療内容が異なり、医療機材の数量が少なく、高度診断治療機器もないものの、機材カテゴリーの比率から分析すると、基礎診療に必要な医療機器類が比較的整備されている結果となった。

表 22 CDS の既存機材の種類と数量と全施設の合計

質問項目	保健センター (CDS)										小計	総合計 (3病院 + 9 CDS) 数量	総合計 (3病 院+ 9 CDS) %			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	数量				%		
	Kamenge	Ngarara	Euterere	Mutakura	Bwiza-Jabe	Buyenzi	Musaga	Kanyosha	Ruziba							
機材の種類																
医療家具	8	4	3	2	3	4	5	4	1	34	30.6%	73	23.9%			
検査機器	2	1	0	2	1	2	3	1	0	12	10.8%	42	13.7%			
滅菌機器	2	1	0	0	0	1	2	0	0	6	5.4%	18	5.9%			
診断治療機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	19	6.2%			
基礎必須機器	6	7	3	2	4	6	7	3	3	41	36.9%	128	41.8%			
その他	5	1	1	1	1	2	3	3	1	18	16.2%	26	8.5%			
合計	23	14	7	7	9	15	20	11	5	111	100.0%	306	100.0%			
機材の数量																
医療家具	31	11	18	2	6	14	15	6	5	108	40.8%	369	42.7%			
検査機器	4	1	0	2	2	5	6	2	0	22	8.3%	82	9.5%			
滅菌機器	2	1	0	0	0	2	3	0	0	8	3.0%	27	3.1%			
診断治療機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	40	4.6%			
基礎必須機器	14	15	12	12	6	18	19	4	6	106	40.0%	313	36.2%			
その他	5	1	1	1	1	5	3	3	1	21	7.9%	34	3.8%			
合計	56	29	31	17	15	44	46	15	12	265	100.0%	865	100.0%			

2) 既存機材の稼働状況と稼働不良・故障の原因

各機材の稼働状況を良好、不良、故障に分類し、不良または故障機材については、以下の 6 項目から主な原因を確認した。その結果、不良・故障機材の比率は HPRC 約 28.6%、CHUK43.6%、CPLR51.8%、3 病院平均 34.1%と全体的に高い結果となった。この比率は、上述の老朽化機材の比率と同様の傾向がみられ、特に CPLR の機材稼働状況が悪い結果となった。HPRC は、医療機器の修理・メンテナンス部門に 5 名の職員を雇用し、医療機材の修理や定期点検を実施しているため、他の 2 病院に比べて低くなった。

次に、不良・故障機材の主な原因については、“老朽化”と“部品不足”を合計すると 3 病院平均では 70%以上となった。また、“その他”と回答した結果の大半は「原因不明」であり、“その他”の中にはユーザーによる操作ミスや使用方法が分からない事による故障が多く含まれるものと推測する。

表 23 病院の機材稼働状況と稼働不良・故障の原因

質問項目	HPRC		CHUK		CPLR		3病院 の合計 数量	3病院 の合計 %	
	小計		小計		小計				
	数量	%	数量	%	数量	%			
機材稼働 状況	稼働良好	110	71.4%	22	56.4%	13	48.1%	145	65.9%
	稼働不良	12	7.8%	13	33.3%	12	44.4%	37	16.8%
	故障	32	20.8%	4	10.3%	2	7.4%	38	17.3%
稼働不良・ 故障原因 (複数回答 あり)	老朽化	25	49.0%	12	63.2%	9	60.0%	46	54.1%
	部品不足	10	19.6%	4	21.1%	5	33.3%	19	22.4%
	消耗品なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	使用難しい	2	3.9%	2	10.5%	1	6.7%	5	5.9%
	不必要	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	その他	14	27.5%	1	5.3%	0	0.0%	15	17.6%
合 計	51	100.0%	19	100.0%	15	100.0%	85	100.0%	

CDS9ヶ所においては、不良・故障機材の比率は約31%となり、約1/3の既存機材に問題がある結果となった。原因については、3病院の平均比率と比べると老朽化が低く、“その他”（主に原因不明）が著しく高い結果となった。その理由としては、医療機材を修理できる職員がいない、職員の医療機材への関心が低い、定期点検が行われていない、などが考えられる。また、上述と同様に、“その他”には、操作ミスや使用方法が分からない事による故障が多く含まれるものと推測する。

表 24 CDS の機材稼働状況と稼働不良・故障の原因

質問項目	CDS										総合 計 (3病 院+9 CDS) 数量	総合計 (3病 院+9 CDS) %		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	小計				
	Kamenge	Ngarara	Buterere	Mutakura	Bwiza-Jabe	Buyenzi	Musaga	Kanyosha	Ruziba	数量			%	
機材稼働 状況	稼働良好	20	11	7	7	8	15	12	10	4	94	68.6%	239	66.9%
	稼働不良	1	2	1	0	0	1	6	2	1	14	10.2%	51	14.3%
	故障	5	3	3	0	3	7	7	1	0	29	21.2%	67	18.8%
稼働不良・ 故障原因 (複数回答 あり)	老朽化	1	2	0	0	0	1	5	0	0	9	22.0%	55	43.7%
	部品不足	1	0	0	0	0	0	1	1	0	3	7.3%	22	17.5%
	消耗品なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0.0%
	使用難しい	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2.4%	6	4.8%
	不必要	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2.4%	1	0.8%
	その他	4	3	3	0	3	7	5	1	1	27	65.9%	42	33.3%
合 計	6	5	4	0	3	8	11	3	1	41	100.0%	126	100.0%	

3) 機材使用注意タグおよび予防メンテナンス・シートの活用状況

現在、全ての調査対象機材において、機材使用注意タグは取り付けられておらず、習慣もない。予防メンテナンス・シートは、冷蔵庫の温度管理、滅菌装置の温度設定、器具セットの構成内容、検査装置の使用上の注意事項について記載されたシートを機材本体または周辺に貼り付けてあるものが数ヶ所みられた。これらのシートは、担当者個人の判断で、貼り付けられたものである。

大多数の機材は、予防メンテナンスを目的としたシートは作成されておらず、本プロジェクトでの改善が期待できる。

4) メンテナンス体制の現状

4) -① メンテナンス部門の要員と組織

HPRC、CHUK には医療機材のメンテナンスを担当する部門があり、数名の常駐職員を雇用し、機材の定期点検、基礎機材・医療家具の修理、部品調達等を実施している。CPLR は、メンテナンスを担当する部門があるが、施設が中心であり、医療機材の修理を行える専門職員はいない。また、BPS および CDS にはメンテナンス部門はなく、専門職員もいないため、ヒューズや電球などの部品交換ができていないために放置されている機材も認められた。各施設は、施設独立採算により運営されており、施設間におけるメンテナンス要員の交流や情報の交換はほとんど行われていない。今後、本プロジェクトを通じて、メンテナンス要員の交流の場となることを期待する。

4) -② 日常・定期点検の有無

HPRC では、メンテナンス部門により定期点検が行われているが、点検内容の記録は習慣化しておらず、データの PC 管理も行われていない。また、機材使用者による日常点検も継続的におこなわれず、医療機材に対する意識も低い。機材および備品の管理は、薬剤部が担当しているが、稼働状況を把握する機材台帳は保有せず、メンテナンス部門にもない。

CDS では、機材の清掃や冷蔵庫の温度チェックは機材使用者が行っているが、メンテナンスのシステムがなく、日常・定期点検ともに実施されていない。機材台帳も存在せず、不良機材が放置されることにつながっている。

4) -③ 維持管理予算・支出

HPRC では、政府内で使用する予算費目番号に基づき、機材メンテナンス・修理（部品購入を含む）、消耗品購入、機材購入などが予算化されている。2009 年度の機材メンテナンス・修理予算は 55,240,930BUF(\$44,500-) であり、部品の購入や基礎機材の修理はまかなえるものの、診断治療機器の修理や高額部品の調達には不十分である。医療機材購入予算は 35,000,000BUF(\$28,200-) であり、高額機材の調達には適さない。

CDS は、各施設が独立採算で運営しているものの、病院と同様の詳細な予算計画は行われておらず、BPS の許可を得た上で、患者収入の中から、購入可能な部品や消耗品を直接購入し、収支ノートに記録されている。しかし、収支データは電子化されておらず、費目分類も行われていないため予算データの入手はできなかったが、小額であった。

4) -④ 医療機器の販売代理店事情

ブルンジの多くの代理店は、機材の販売のみを行い、修理サービスを行っていない。従って、病院側が修理を依頼する場合は、個人の技術者に依頼するのが一般的である。また、病院側から海外の代理店に修理を依頼すると高額となるため、依頼するケースは非常に少ない。

4) -⑤ HPRC 改修計画の進捗

BTC の実施するプロジェクト「HPRC 改修・拡張支援計画・第 1 フェーズ：LE PROJET DE REHABILITATION ET D'EXTENSION DE L'HOPITAL PRINCE REGENT CHARLES」であり、予算総額は 3.5 million ユーロである。内訳は、施設改修および新設増築費用 2.5 million ユーロ、その他経費および機材費用 1.0 million ユーロである。

新設増築施設は、機材メンテナンス部、備品倉庫、管理職室、産科、新生児科、小児科および集中治療室であり、改築施設は、婦人科、中央手術室、外科、眼科および中央滅菌室である。さらに、関連設備として、給水、排水設備、救急車の出入りをスムーズにするための道路整備、電気設備工事が含まれる。完工は 2011 年 3 月頃の予定である。

4) -⑥ 日本無償機材プロジェクトの進捗

HPRC, CHUK, CPLR の産科・新生児科および CDS9 ヶ所の医療機材整備を行うプロジェクトである。2009 年 1 月に基本設計調査が終了し、2 月に E/N, G/A が締結された。今後、詳細設計、入札、調達業者契約を経て、2009 年 12 月～2010 年 2 月頃の機材据付・操作トレーニングが想定される。但し、前述の HPRC 改修計画の進捗により、据付時期が遅れる可能性がある。

(2) 対象施設の関係職員を対象として予防的機材維持管理指導・研修を行う

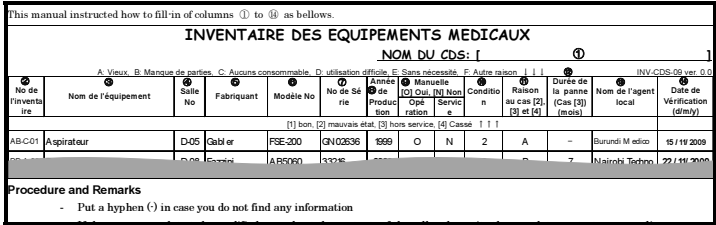


本プロジェクトは、対象施設数が多く、診療レベルの異なる病院と保健センターが対象である。指導対象者は、機材メンテナンスに対する意識の低い看護師が中心であり、スタッフ間の知識・技術レベルの差も大きい。よって、指導・研修の方法は、施設訪問と少人数制ワークショップの組み合わせにより相互補完する方式とした。結果、看護スタッフの意識や知識・技術レベルを高めることができた。また、病院と保健センター間の相互コミュニケーションの定着に役立った。活動の概要を以下に示す。

1) 施設訪問指導 全対象施設を計8訪問。



1) - ① 訪問指導 1回目 2009/8/17-9/2

No	活動	主な内容								
A	プロジェクトの説明	目的、内容、スケジュールなど。								
B	活動概要の紹介	ビデオ教材やサンプルを活用し紹介。								
C	機材「1S活動：整理」のルール	<p>既存機材を不要、保留、必要に分類するルールを決定。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>機材の分類</th> <th>基本ルール</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>不要</td> <td>- 故障および修理不可能／部品調達不可能</td> </tr> <tr> <td>保留</td> <td>- 故障、しかし修理／部品調達可能 - 稼働可能、しかし1年以上不使用 - 稼働可能、しかし誰も使用方法を知らない - 部門内で使用しない（→他部門への移動？） - 機材数過多（→他部門への移動？） - 使用時にスタッフや患者に危険</td> </tr> <tr> <td>必要</td> <td>- 「不要」および「保留」分類に該当しない</td> </tr> </tbody> </table>	機材の分類	基本ルール	不要	- 故障および修理不可能／部品調達不可能	保留	- 故障、しかし修理／部品調達可能 - 稼働可能、しかし1年以上不使用 - 稼働可能、しかし誰も使用方法を知らない - 部門内で使用しない（→他部門への移動？） - 機材数過多（→他部門への移動？） - 使用時にスタッフや患者に危険	必要	- 「不要」および「保留」分類に該当しない
機材の分類	基本ルール									
不要	- 故障および修理不可能／部品調達不可能									
保留	- 故障、しかし修理／部品調達可能 - 稼働可能、しかし1年以上不使用 - 稼働可能、しかし誰も使用方法を知らない - 部門内で使用しない（→他部門への移動？） - 機材数過多（→他部門への移動？） - 使用時にスタッフや患者に危険									
必要	- 「不要」および「保留」分類に該当しない									
D	機材台帳作成実習	様式の説明、記入方法の指導、現場実習。								
E	無償調達機材の説明	調達機材の内容、時期、用途。								
F	Q&A	質疑回答と次回指導までの宿題の提示。								

1) -② 訪問指導 2回目 2009/11/23-12/4

No	活動	主な内容																																
A	活動内容・スケジュール説明	活動内容の説明および活動進捗の確認。																																
B	既存機材台帳づくり再指導	以前実習した機材台帳の作り方について、簡易マニュアルを配布し、記入方法を再指導。																																
																																		
C	活動備品の配布	予防メンテナンス・5S 活動に使用する赤・白ラベル、シール、活動用ファイル等を配布し、使用方法を説明。																																
D	赤ラベル・白ラベルの使い方指導	既存機材の分類ルール（不要・保留・必要）に基づき、不用品用赤ラベル・保留品用白ラベルを配布し、記入方法、貼付方法を指導。 <table border="1" data-bbox="938 801 1157 1012"> <thead> <tr> <th colspan="2">不要品ラベル</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>機材名</td><td></td></tr> <tr><td>シリアル番号</td><td></td></tr> <tr><td>部門</td><td></td></tr> <tr><td>日付</td><td>/ / 20</td></tr> <tr><td>原因</td><td>故障 () 修理不可 () 部品なし () その他 ()</td></tr> <tr><td>廃棄日</td><td>1 / 3 / 5 / 7 / 9 / 11</td></tr> <tr><td>備考</td><td></td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1177 801 1385 1012"> <thead> <tr> <th colspan="2">保留品ラベル</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>機材名</td><td></td></tr> <tr><td>シリアル番号</td><td></td></tr> <tr><td>部門</td><td></td></tr> <tr><td>日付</td><td>/ / 20</td></tr> <tr><td>数量</td><td>/ / 20</td></tr> <tr><td>原因</td><td>(X) 故障、しかし修理可能 () 1年以上不使用 () 誰も使い方を知らない () 数量過多 () 危険 () 他 ()</td></tr> <tr><td>判定</td><td>廃棄 一時保管 再利用</td></tr> </tbody> </table>	不要品ラベル		機材名		シリアル番号		部門		日付	/ / 20	原因	故障 () 修理不可 () 部品なし () その他 ()	廃棄日	1 / 3 / 5 / 7 / 9 / 11	備考		保留品ラベル		機材名		シリアル番号		部門		日付	/ / 20	数量	/ / 20	原因	(X) 故障、しかし修理可能 () 1年以上不使用 () 誰も使い方を知らない () 数量過多 () 危険 () 他 ()	判定	廃棄 一時保管 再利用
不要品ラベル																																		
機材名																																		
シリアル番号																																		
部門																																		
日付	/ / 20																																	
原因	故障 () 修理不可 () 部品なし () その他 ()																																	
廃棄日	1 / 3 / 5 / 7 / 9 / 11																																	
備考																																		
保留品ラベル																																		
機材名																																		
シリアル番号																																		
部門																																		
日付	/ / 20																																	
数量	/ / 20																																	
原因	(X) 故障、しかし修理可能 () 1年以上不使用 () 誰も使い方を知らない () 数量過多 () 危険 () 他 ()																																	
判定	廃棄 一時保管 再利用																																	
E	故障機材（新生児体重計など）をオフィスに持ち帰り修理	全ての CDS にて新生児体重計の故障が認められたため、プロジェクト事務所に持ち帰り、修理・加工を加えて、機材注意タグとともに再度配布した。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 修理前 修理後 </div>																																
F	帰国報告	専門家不在時に実施する活動案の提示、質疑応答。																																

1) -③ 訪問指導 3回目 2009/12/7-12/11

No	活動	主な内容
A	概要説明	訪問の目的、進捗の確認。
B	修理機材の配布と操作指導	体重測定の見点を提示し、注意タグのサンプルを添付。ペットボトルを再利用したキャリブレーション方法も指導。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">   </div>
C	Q&A	質疑回答と次回指導までの宿題の提示。

1) -④ 訪問指導 4 回目 2010/1/25-2/10、訪問指導 5 回目 2010/2/19-2/26

No	活動	主な内容
A	活動内容・スケジュールの説明	
B	機材注意タグの貼付対象機材、廃棄機材の確定(シール貼付で色分け)	<p>機材注意タグの貼付対象機材、および廃棄機材を確定し、シールで色分けをした。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>シール貼り</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>廃棄機材の確定</p> </div> </div>
C	メンテナンス用簡易工具セットおよび電圧変動プロテクターの配布・使い方指導	<p>日常業務のなかで、ドアや家具のねじ閉め、ナット閉めなどを習慣づけて、故障を予防するために簡易工具（ドライバー、ハンマー、ラジオペンチなど6点）を配布。また、電圧変動による機材の故障を防ぐために電圧変動プロテクター（Surge Protector）を設置し、使い方指導を行った。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>簡易工具セット</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>電圧変動プロテクター</p> </div> </div>
D	診察灯、診察台などの簡易修理	<p>診察灯のランプ・ヒューズのチェック、顕微鏡のハロゲンランプ交換、診察台のねじ・ボルトの再固定など簡易修理を実施し、日常の点検や部品交換により再利用が可能なことを説明指導。</p>
E	機材注意タグの配布と貼付方法指導	<p>上述②で確定した貼付対象機材の機材注意タグを作成し、各施設に配布。無償調達機材は3月～4月に設置されるため、現場スタッフが取り付け、次年度に日本人専門家が確認する。</p>
F	危険（Danger）マーク・注意（Attention）マークの配布・使い方指導	<p>スタッフや患者に対する安全対策の一環として、ブルンジで一般的に使用されている危険マークや注意マークシールを作成・配布し、施設内への標示を指導した。壊れやすいもの、高温の機器、危険薬剤、施設の段差、触れてはいけないもの等に標示する。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>
G	2010年3月～5月の自主活動依頼	<p>技プロ専門家が不在となる3月～5月に継続実施する活動を取りまとめ説明をした。</p>

1) -⑤ 訪問指導 6回目 2011/2/7-2/18

医療／保健センターを対象に、医療機材の操作および日常点検に関わる再トレーニングを実施した。医療／保健センターで保有するものは基礎的な機材であるが、それらの中に十分に活用されていないものが認められた。その原因は、使い方が分からない、使用中に設定が変更されて元に戻せない、消耗品の交換方法が分からない、操作が複雑で難しいなどであり、再トレーニングにより活用が可能となるものが多数を占めた。

今回のトレーニングでは、該当機材を日本の無償協力により調達された乾熱滅菌器、インフアントウォーマ、吸引器の3点に絞り実施した。これらの機材は基礎的なもので、既に数回のトレーニングも実施されている。しかし、近年の製品は自動化・多機能化が進み、操作が複雑になっている。ブルンジでは、現場スタッフの知識・技術がこの状況に追いついておらず、応用力にも乏しいため、苦手な機材操作を避ける傾向にある。よって、同じトレーニングを繰り返しても効果が期待できないため、事前準備を行い、下記の方法で再トレーニングを実施した。

表 25 再トレーニングの要点

要 点	説 明
参加者の選定	機材操作に詳しいスタッフ、センター長、センター副長および WIT メンバーを指定し、参加可能な日時を事前設定した。
言語	ブルンジ人を講師として、キルンジ語・フランス語併用によるトレーニングとした。
十分な時間	1日のトレーニングを 1-2 品目までとして、トレーニングに十分な時間を確保した。
講義と実習	講義の後で実習を行い、参加者全員が機材を操作できるように工夫した。
全工程を教える	機材の電源を入れてから、電源を切るまでの、全ての標準手順を順番に教えた。また、日常点検すべき点も補足した。
参加者による筆記メモ 全員実習	参加者全員に講義内容のメモを取らせた。 講義の後、各自のメモを見ながら全員が機材を手順どおりに操作した。また、設定変更などの課題を与えて、応用力を高める工夫をした。
操作手順書の配布	プロジェクト側で準備した基本操作の手順書を渡し、トレーニングのまとめを行った。
Q& A	実習後の質疑応答により、不明点を再度説明した。
機材使用注意タグの活用	トレーニング後に機材使用注意タグの作成と貼付を指示し、教わった内容を忘れないように工夫した。

上記のとおり、時間をかけて丁寧にトレーニングをした結果、多くのスタッフが操作手順を習得し、機材の操作ができるようになった。

1) -⑥ 訪問指導 7回目 2011/5/20-6/6

- 訪問目的 : A) 機材使用注意タグの普及拡大と定着
 B) 予防メンテナンス・シートを活用したモニタリングシステムの普及と定着
 C) 施設平面図の改定と施設内掲示
 D) 活動にかかる備品 (文房具、テープ、用紙など) の提供

A)は、個々の機材に1枚貼付するもので、これまでの指導により高い貼付率を維持しており、WITメンバーは作成方法を習得している。現状では、診察台、体重計、身長計など操作が簡易な機材にも貼付している。この活動を習慣化し定着させるために、なるべくタグ様式の変更を行わずに、同じ方法で指導を繰り返した。

B)は、医療機材の配置された部屋に1枚を掲示するもので、定着しつつある。施設により、医療機材以外の文房具や医療用具も含めた管理シートとして活用しており、備品を管理するモニタリングツールとして活用されている。しかし、週1回のチェックを基本としているため、WITメンバーの休暇、配置転換、多忙時には定期チェックが途中で途切れているケースもみられた。定期チェック回数の見直しも検討したが、混乱を避けるため、現状の方法での継続指導を行った。

C)は、プロジェクト開始時に各施設の待合室に掲示したものの改定である。多くの施設では、改修工事や室名の変更があり、平面図が現状に合わないものとなっていた。よって、現状に即した平面図を再作成し、各施設に貼付しスタッフや訪問者が容易に見られるようにした。

D)は、上述A)からC)の活動をさらに普及・定着させるために必要となる文房具、用紙、貼付用テープなどを日本側で提供した。

1) -⑦ 訪問指導 8回目 2011/8/29-9/9

No	活動	主な内容
A	活動進捗の確認	WITへの質問。
B	エンドライン調査	機材使用注意タグおよび予防メンテナンス・シートの貼付状況をWITと共に調査。
C	活動フォローアップ	現状の問題点、改善点について助言。
D	協議	終了時評価への協力、今後のスケジュールなど。

2) 少人数制ワークショップの開催

2) -① ワークショップ1回目 2010/11/22-12/7

本ワークショップは、機材使用注意タグと予防メンテナンス・シートの作成方法の習得および医療機材の操作とメンテナンスのトレーニング受講を目的とした。詳細は下記のとおり。

- 場所 : HPRC プロジェクト事務所
 日時 : 2011年11月22日～12月7日の7日間、14:00～17:00
 参加者 : HPRC7部門および医療/保健センター9ヶ所のWITメンバー(看護師、作業員等)、行政官を含め合計69名、各日10名程度。
 講師 : HPRCメンテナンス課、プロジェクト現地スタッフ、日本人専門家
 内容 : 下記のとおり。

No	項目	主な内容
A	概要説明	本ワークショップの目的、内容、時間配分、5S活動の意義等の説明。
B	活動レビューとメンテナンスの重要性	これまでの活動紹介、機材故障原因の分析、予防メンテナンスの重要性の説明。
		
C	医療機材トレーニング	PRC病院職員が講師となり、機材4品目(インファントウォーマ、乾熱滅菌器、吸引器、新生児体重計)の使い方およびメンテナンス方法を指導。一部の機材は実物を使って実演を行った。
		
D	実習①(機材使用注意タグの作成)	<p>【実習手順】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 講師から手順を説明する。 ・ 参加者3-4名毎のグループに分ける。 ・ 前半に指導を受けた機材1品目を選定する。 ・ 選定機材の注意事項、使用前設定、操作手順、使用後について協議し、手書きで機材使用注意タグを作成する。

No	項目	主な内容
----	----	------

- ・ タグの記載内容を発表する。
- ・ Q&A で理解を高める。
- ・ 各グループの作成タグのコピーを持ち帰る。



E 実習②（予防メンテナンス・シートの作成）

【実習手順】

- ・ 講師から手順を説明する。
- ・ 施設毎のグループに分ける。
- ・ 実際に対象施設で機材の設置された1室を選ぶ。
- ・ 選ばれた部屋にある保有機材をリストに記載する。
- ・ チェック項目に従って点数をつける。
- ・ 記載方法に間違いがないか確認する。
- ・ Q&A で理解を高める。



F まとめと質疑応答

- ・ 本ワークショップで学んだ要点の整理、実習①・②の現場での導入、備品の配布、今後のスケジュール、および質疑応答を行い終了した。



2) -② ワークショップ 2 回目 2011/11/22-12/1

本ワークショップは、機材ユーザーの予防メンテナンスに対する意識啓発、マインドチェンジ、技術向上およびユーザーとメンテナンス技師との連携強化を目的として講義、技術トレーニング、実習を行った。詳細は下記のとおり。

- 場所 : HPRC 会議室
 日時 : 2011 年 11 月 22 日～12 月 1 日の 6 日間、9:00～13:00
 参加者 : HPRC/9 部門および医療/CDS9 ヶ所の看護師・作業員合計 82 名、各日 11～16 名。
 講師 : HPRC メンテナンス課、プロジェクト現地スタッフ、日本人専門家
 内容 : 下記のとおり。

No	項目	主な内容
A	講義 (1)	メンテナンスの概要、ユーザーによる日常点検の重要性、故障原因の分析などを説明。
B	講義 (2)	PRC 病院メンテナンス技師による本邦技術研修フィードバックと日本の医療現場の写真紹介。
C	医療機材トレーニング	<p>HPRC 職員が講師となり、機材の使い方およびメンテナンス方法を指導。トレーニングは各日 2 つのグループに分かれて、各グループが 2-3 機材のトレーニングを受講した。一部の機材は実物を使って実演を行った。対象機材は以下のとおり。</p> <p>11/22-24(3 日間): 手術灯、吸引器、乾熱滅菌器、オートクレーブ</p> <p>11/29-30(2 日間): 保育器、光線治療機、乾熱滅菌器、インファントウオーマ</p> <p>12/1(1 日間): 吸引器、乾熱滅菌器、新生児体重計、成人身長体重計</p>
D	実習 (機材使用注意タグの作成)	<p>【実習手順】</p> <ul style="list-style-type: none"> 参加者 3-4 名毎のグループに分ける。 前半に指導を受けた機材 1 品目を選定する。 選定機材の注意事項、使用前設定、操作手順、使用後について協議し、手書きで機材使用注意タグを作成する。 タグの記載内容を発表する。
E	まとめと質疑応答	プロジェクト終了の報告、本ワークショップで学んだ要点の整理、実習の現場へのフィードバックおよび質疑応答



3) JICA 本邦研修「医療機材管理・保守コース」へのカウンタパートの参加（1回目 2010年10月、2回目 2011年8月）

HPRC メンテナンス課より計2名が、約2ヶ月間の本邦研修に参加する機会を得て、本プロジェクトはそれを支援した。研修概要と支援内容は以下のとおり。

3) -① 本邦研修：

本研修は、医療機材の保守・管理能力の向上を目的として、アフリカ仏語圏の公立病院機材保守管理部門技術者を対象に、3年間実施されるもので、1年次および2年次に各1名が参加した。我々は、研修員の人選、保健省への推薦、書類作成・手続き、本邦での研修視察、帰国後フィードバックセミナーの開催等の支援を行った。

研修受入先は、福島県郡山市の(株)メディサンであり、医療機材に関わる基礎講習、修理実習、施設見学、将来計画の策定により、以下の6つの目標の達成を目指した。

- ① 自国の医療機器保守・管理業務の現状と問題点が整理される。
- ② 医療機器保守・管理の基本的な方法を習得し実践できる。
- ③ 電気・電子の知識を習得し説明できる。
- ④ 医用工学を学び、生体と機材の関係を説明できる。
- ⑤ 機材の保守管理方法や対処方法を学び実践できる。
- ⑥ 研修成果を他の技術者に普及させるためにアクション・プランを策定し、実践する。



3) -② 帰国後のフィードバックセミナー：

2011年2月17日、HPRC 会議室において、全ての部門長を招待し、研修フィードバックセミナーを開催した。我がプロジェクトは、セミナー資機材の貸与や配布資料の準備等を支援した。セミナーでは、本邦研修の概要、機材保守管理に関わる現状と問題点、メンテナンスの重要性、機材保守管理に対する改善提案、活動計画の発表等が行われた。また、将来計画として、2年次、3年次に参加する本邦研修員と共に、委員会を立ち上げ、1つの病院の枠を超えた病院間アライアンス協力体制の構築を目指すことも提案され、参加者から大きな称賛を得た。



(3) 機材使用注意タグを作成し、機材に添付する 【成果指標 3-a)と同じ】

機材使用注意タグは、本プロジェクトで新たに導入するもので、対象施設にとっては新しい取り組みとなる。このタグは、機材個別に貼付するもので、機材ユーザーである看護師自らが手書き作成することを目指す。

同じ機材であっても、メーカーや型番が違えば操作方法、設定が異なるため、タグの作成には十分な知識と経験が必要であり、看護師にとって容易な作業ではない。

しかし、機材ユーザーのメンテナンスに対する意識啓発や機材に対する知識・技術の向上が期待できる。

以下に活動の手順、タグの様式、タグ貼付の対象機材、成果の達成度を示す。

1) 活動の手順

以下の手順で実施した。

時期	活動内容
2009年8月	様式の決定
2009年10～12月	タグ作成の準備
2010年1～2月	対象機材の選定、一部の機材へのタグの貼付、使用方法の指導
★ 2010年4～9月	選挙に伴い日本人渡航禁止となり指導中断 ★
2010年11月	タグの改定と貼付
2011年1～2月	タグ貼付率調査と中間レビュー
2011年5月	タグ貼付機材の見直しと普及指導
2011年9～10月	フォローアップと終了時評価

2) タグの様式

右の白紙様式に、機材ユーザーが使用上の注意事項、使用前設定、操作手順、使用後事項を記入する。最初は日本人専門家およびPRC病院メンテナンス技師により作成した記入サンプルを配布し各機材に貼付した。その後、右の簡易マニュアルに基づき、ワークショップや訪問指導時に実習を行い、看護師が記入方法を学んだ。現在では、内容の修正やフランス語から現地のキルンジ語版への改定が行われ、新人スタッフや看護実習生への教育にも活用されつつある。また、看

- ① 機材名。
- ② 記入日。例: 22/11/2010。
- ③ 部門名。
- ④ 操作マニュアル保有の有無。“Yes”または“No”に印。
- ⑤ 患者やスタッフにとって注意、用心、危険な項目。例: 停電、ホコリ防止、適切な設置場所など。
- ⑥ 使用前の標準設定事項。
- ⑦ 使用部門での使用前標準設定を記入。
- ⑧ 番号順に整理された操作手順。
- ⑨ 使用後の事項。例: 洗浄、滅菌、標準設置場所、消耗品交換、定期点検など。

機材注意タグ "HOW TO USE"
日本語版

乾熱滅菌器 ①

日付 (日/月/年): ②
/ / 20

部門名 ③

操作マニュアル: ④ あり / なし

[注意事項] ⑤

- Do not touch sterilizer immediately after timer off against heat injury
- Do not open door rashly and close door bang strongly for protect rubber gasket
- Do not put sterilizer on wooden palette (wood absorb moisture then become cause of rust)
- Do not operate it near flammable liquids or in gaseous

[使用前設定] ⑥

- Steel & glass: Temperature: ⑦ °C, timer: ⑦ min.
- Cloth & plastic: Temperature: ⑦ °C, timer: ⑦ min.

[操作手順] ⑦

- 1) Check the materials are clean and dry
- 2) Put adequate materials with a Indicator Label in the chamber
- 3) Set as temperature and timer suitable for materials
- 4) Switch power on
- 5) Cool off the sterilized materials
- 6) Check the color of indicator label from pink to black
- 7) If indicator is black, the materials are sterilized and take the all material
- 8) If it is not black, try again no. 3) - 6) of sterilization process

Note: "Indicator Label" use for once or twice a week periodically, for quality control of sterilization.

[使用后] ⑧

- Clean the gasket (Rubber packing)

図9 簡易マニュアル

看護師の機材に対する意識啓発に役立っている。

3) タグ貼付の対象機材

医療機材全般を貼付の対象とするが、下記の機材は除外した。

【タグ貼付除外機材】

- ・ タグ貼付に適さない携帯機器、高熱機材、水にぬれる機材
- ・ 鋼製器具・鉗子類
- ・ 操作が簡便で説明を必要としない医療家具
- ・ 操作者が限定され、複数の看護師や技師が操作すべきではない機材

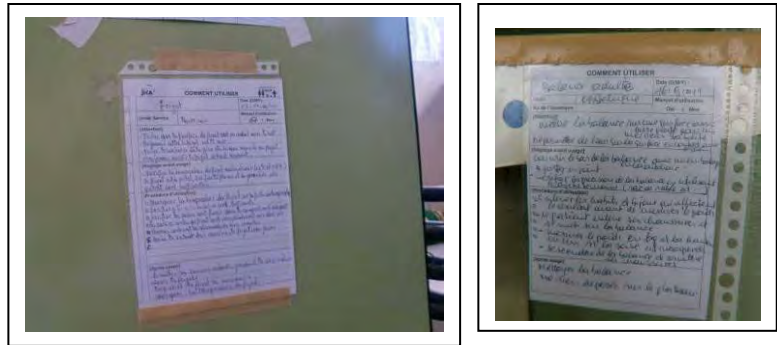


図 10 機材使用注意タグの実例

4) 成果の達成度

プロジェクト開始時の貼付率は 0%であるが、中間レビュー時には平均 77.0%、終了時評価時の際には 98.4%の高い貼付率を達成した。現場スタッフからは、以前に比べて機材の操作ミスが減った、使用後に元の場所に戻すようになった、機材を探しやすくなった、スタッフの機材に対する責任感が高まったなどのコメントが寄せられ、着実に導入前と比べて意識の変化がみられた。施設別の結果は以下のとおり。

表 26 タグ貼付状況の結果

機材使用注意タグの貼付率		中間レビュー時	終了時評価時	
		2011年3月 率(%)	2011年9月 率(%)	
PRC 病院	1	新生児科	76.5%	100.0%
	2	産科	91.4%	100.0%
	3	婦人科	78.4%	100.0%
	4	放射線科	33.3%	100.0%
	5	滅菌室	100.0%	100.0%
小計			81.1%	100.0%
北 部		カメンゲ	85.7%	100.0%
		ブテレレ	66.7%	100.0%
		ンガガラ	77.4%	100.0%
		ムタクラ	88.9%	100.0%
医療/ 保健 センター	中 央	ブエンジ	59.3%	95.2%
		ブイザ・ジャベ	71.4%	100.0%
	南 部	ムサガ	81.8%	100.0%
		カニヨシヤ	52.6%	100.0%
		ルジバ	100.0%	67.7%
小計			74.6%	97.6%
合計(PRC病院+医療/保健センター)			77.0%	98.4%

(4) 機材維持管理マニュアル、チェックシートを更新する

1) 機材維持管理マニュアル

機材維持管理マニュアルは、2007年にJICA専門家（医療機材フォローアップ）がPRC病院用に作成したものを、現状の機能に合わせ、メンテナンス課とプロジェクトが協同で大幅な改定を加えた。新マニュアルには、プロジェクトで導入した予防メンテナンス活動に加えて、医療機材カードや機材メンテナンス依頼書を新たに含めた。

また、別の成果品である機材部品調達手順書も同時に作成した。手順書は、機材維持管理マニュアルと関連する箇所が多く、一連の業務を合冊した方が使い易いとの判断により、JICAの了解を得て、2011年2月に1冊にまとめて完成した。合冊することで、予防メンテナンスから機材故障後の修理や部品交換に至る一連の流れが組み込まれ、運営面・財務面での維持管理体制も明確にできた。

合冊マニュアルの目次と主な内容を記す。

表 27 マニュアルの目次と主な内容

No	目次	主な内容
0.	序文	病院の役割、” Vision & Mission” との関係、改定の経緯
1.	HPRC メンテナンス課	メンテナンス課の主な業務、組織図、現状の問題点
2.	医療機材の主な故障原因に関する分析	機材の故障とメンテナンスの関係性の説明
2.1	医療機材のライフサイクル	機材のライフサイクルに応じた業務
2.1.1	医療機材の購入と設置	機材購入の手順とメンテナンス課の介入事項
2.1.2	メンテナンス、利用可能性、安全性	機材を最適な状態に維持するためにやるべきこと
2.2	医療機材故障の主な原因	多くの故障原因が人為的なもので予防が可能なこと
2.3	メンテナンスの重要性	メンテナンスの種類説明
2.3.1	予防メンテナンス	ユーザーによる日常点検と技術者による定期点検
2.3.2	修理メンテナンス	院内修理、部品交換、修理の外注委託の違い
3.	医療機材のマネジメント	ユーザー、管理部門、メンテナンス課、製造業者側の役割
3.1	医療機材委員会の機能	委員会設立の提案
4.	メンテナンス体制の必要性	業務フローと業務日誌や修理依頼書様式の提案
5.	消耗品と交換部品の在庫管理システム	消耗品・交換部品の一元管理システムの利点
6.	機材別チェックシート	機材別チェックシート実例 (20 品目)

本マニュアルは、2011年2月に完成後、6月にHPRC内説明会、7月に一部導入開始、11月に病院管理者とのメンテナンス会議による部分修正を実施した。本マニュアルは、新メンテナンス棟への移設を前提に作成しており、2012年初旬の移設後に全面実施される予定である。

2) 予防メンテナンス・シート

チェックシートの機能を持つ「予防メンテナンス・シート」を新規導入し、作成および普及に取り組んだ。前述の機材使用注意タグにより、機材個別の注意事項や操作手順を視覚化することで操作ミスを減らし、本シートの普及により予防メンテナンスを定着させるものである。

本シートは、医療機材が配置された部屋に1枚を掲示するもので、WITメンバーである看護師が定期的（推奨は週に1回）に機材の管理状況をチェックし、点数をつけることで予防メンテナンスを習慣化させる。また、モニタリング・評価ツールとしても活用できる。

シートには2つの欄があり、上段は部屋に配置された機材名リスト、下段は10項目の評価点を記入し、合計点が高いほど管理状況が良いと判断できる。記入方法は容易であり、機材のみならず備品の管理にも活用できる。

以下に活動の手順、シートの様式、掲示の対象諸室、成果の達成度を示す。

2) -① 活動の手順

以下の手順で実施した。

時期	活動内容
2010年11月	様式の決定、使用方法の指導、シートの掲示
2011年1～3月	シート掲示率調査、中間レビュー、シート様式の改定
2011年5月	シート普及指導
2011年9～10月	フォローアップと終了時評価

2) -② シートの様式

右図がシート様式であり、下段Bの評価10項目について毎週評価点を記入し、機材の管理状況をモニタリングするものである。2011年3月に改定を行い、質問項目の一部を修正した。

予防メンテナンス・シート (四半期: _____, 20__)

部門/部屋名: _____ 部屋番号: _____ 担当責任者: _____

Rev. 2 (Mar. 2011)

A. 保有機材名リスト

機材名	数量	Com. U.	Manu el U.	機材名	数量	Com. U.	Manu el U.

記載方法を変更。操作マニュアルの有無を追加。

Com. U.: 機材使用注意タグ, "Manuel U.": 操作マニュアル

B. 評価シート

No.	チェック項目	各週: []曜日 (日付:日/月)→	[評価点] "2点" 全て実施, "1点" 一部実施, "0点" 不実施											
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1	上述リストの機材がすべてこの部屋にある													
2	不要機材はこの部屋から移設または廃棄されている													
3	上述に示された機材に機材注意タグが貼付されている													
4	タグ添付機材は適切なタグ内容に基づき維持管理されている													
5	部屋に設置する機材に責任者がいる													
6	個々の機材がきれいに保たれている													
7	機材の日常点検がユーザーにより実施されている													
8	機材を定期的に点検している													
9	スタッフが機材の使い方を良く知っている													
10	上記機材の消耗品がメンテナンス票倉庫に保管されている													
評価点合計 (No. 1-10 / 20点満点)														

PRC病院用

質問項目の変更。

図 11 : 機材使用注意タグの実例

2) -③ 掲示の対象諸室

本シートは、家具を除く医療機材の設置された部屋に1シートを使用する。最初の導入時は、プロジェクト専門家および各WITにより掲示場所と掲示有無を決定した。その後、各WITの主体性を尊重し、掲示の必要性はWITが判断することとした。例えば、産前健診室(CPN)の機材が診察台のみで、看護師が操作方法を熟知し、操作ミスの可能性がないと判断できる場合は、WITの判断により予防メンテナンス・シートの掲示を省略する、または別の諸室と共同管理しても良いこととした。

2) -④ 成果の達成度

プロジェクト開始時の掲示率は0%であるが、中間レビュー時には平均72.5%、終了時評価時の際には92.5%を達成した。CDS/2ヶ所を除き、100%掲示され、習慣化しつつある。施設別の結果は以下のとおり。

表 28 掲示状況の結果

予防メンテナンス・シートの掲示率		中間レビュー時	終了時評価時	
		2011年3月 率(%)	2011年9月 率(%)	
HPRC	1	新生児科	100.0%	100.0%
	2	産科	100.0%	100.0%
	3	婦人科	100.0%	100.0%
	4	放射線科	100.0%	100.0%
	小計		100.0%	100.0%
CDS	カメンゲ		87.5%	100.0%
	北 部	ブテレレ	71.4%	100.0%
		ンガガラ	100.0%	100.0%
		ムタクラ	71.4%	100.0%
	中 央	ブエンジ	28.6%	44.4%
		ブイザ・ジャベ	16.7%	100.0%
	南 部	ムサガ	80.0%	100.0%
		カニヨシヤ	60.0%	100.0%
		ルジバ	100.0%	80.0%
	小計		67.8%	91.7%
合計(PRC 病院+医療/保健センター)		72.5%	92.5%	

(5) 機材購入・部品調達方法を調査し、取引先一覧を含む機材部品調達手順書を作成する

前述(4)に記載のとおり、機材部品調達手順書は機材維持管理マニュアルと合冊し2011年2月に完成した。機材購入・部品調達手順については、政府機関共通の規定に基づき金額が1,500万BIF未満の場合は3社見積書比較により調達品が決定される。1,500万BIF以上の場合は、公共入札局の管理下による競争入札により調達品を決める必要があり、手順、関係者、手続期間が異なる。また、医療機材と部品では、病院内の手順が一部異なる。これらの手順と担当者の役割を分かりやすく図解したものを合冊マニュアルに添付した。また、ブルンジ国内で医療機材を取り扱う販売代理店リストも手順書に含めた。別添資料参照。

(6) 施設において、機材維持管理状況をモニターする

プロジェクト終了後も活動が継続されるために、4つのステップによるモニタリング体制を構築し、カウンタパートに指導を行った。各ステップの概要は以下のとおり。

ステップ1 各対象施設は、機材使用注意タグの貼付および予防メンテナンス・シートの週1回評価を継続する。

ステップ2 各対象施設・部門の長は、月例報告様式(1枚)に機材使用注意タグの必要数と貼付数、予防メンテナンス・シートの必要数と掲示数を記入し、毎月1回、5S委員会に提出する。HPRCの部門長は院内5S委員会へ、CDS長はBDSを經由してPBS内の5S委員会へ報告する。

ステップ3 HPRC およびBPSの5S委員会は、担当する施設・部門の結果をまとめて四半期毎に国家5S委員会に結果データを提出する。

ステップ4 国家5S委員会は、保健省関係部局（公衆衛生総局長、資源総局長、PNSR）に結果を報告し、関係部局や委員から得られたアドバイスを、5S委員会を經由して各対象施設にフィードバックする。

これら一連のモニタリングは、機材メンテナンス単独のシステムではなく、5Sおよび正常分娩ケア活動と統合したものであり、別の章にて詳細を述べる。

(7) その他の活動

1) 医療機材の簡易修理および運用指導

HPRC およびCDSにおいて機材の簡易修理および運用指導を行った。主な内容は以下のとおり。

表 29 : 簡易修理と運用指導の内容

機材名	分類	内容
【HPRC】		
保育器（日本無償）	運用指導	体温プローブの断線により温度制御ができず、体温プローブの交換が必要となる。現地代理店に問い合わせたが、協力が得られず、金額も高額となるため断念。本体の設定を体温プローブを使用しないマニュアル温度調整式に変更し、継続使用することを指導。
高圧蒸気滅菌器（日本無償）	運用指導	設置当初は1回の滅菌が1時間程度であったが、現在2時間以上となり、滅菌が間に合わない状況となる。操作マニュアルのトラブルシューティングに基づき調べたところプログラムが変更されていることが判明。プログラムを修正することで通常の滅菌ができるようになった。
業務用洗濯機（日本無償）	運用指導	ヒーターエレメントの故障によりお湯が使えず使用できない。現地にて、ヒータエレメントもしくは代替品を探したが見つからず、部品交換はできていない。現地代理店から十分なアフターサービスが得られず、本機材に詳しい現地技術者へ直接修理を依頼中である。
【MC・CDS】		
血圧計	簡易修理	ゴムチューブの空気漏れの修理
新生児体重計	簡易修理	0点補正の故障を修理
産科健診台	簡易修理 運用指導	ボルトの抜けおよびゆるみの再調整。 組み立て方、脚固定具や背上げ方法と取扱い方法の指導。
医療用ベッド（日本無償）	運用指導	背上げ、サイドレール等の扱い方が理解できていないため、取扱い方法を再度指導。

機材名	分類	内容
乾熱滅菌器 (日本無償)	運用指導	何度か使用しているうちに、想定どおりに動かなくなった。故障ではなく、設定の変更が原因と判明。操作手順を細かく記載した用紙の掲示と操作実習を実施した。

これらの修理および運用指導は、施設訪問時に相談を受けて個別に対応している。多くの施設で同様の問題が見られる場合は、セミナー開催時の指導項目に含めることや、次回の訪問指導時の項目に含めることで対応した。

2) PRC 病院メンテナンス課への家具・工具の調達支援

2011年5月、ベルギー技術協力機構(BTC)の無償支援によりメンテナンス棟を含む幾つかの棟が新設された。メンテナンス棟には事務室、ワークショップ、部品・機材等保管庫があることから、現状の作業場から大幅に拡張されることとなり、我がプロジェクトでは、新マニュアルを作成し移転と同時に導入することを期待していた。しかし、当初の計画では、BTCの支援に家具や工具の調達が含まれていたが、予算不足を理由に中止となり、棚・戸棚・テーブル・椅子などの不足により、いまだに移転できない状況にある。しかし、病院の独自予算ではこれらの調達ができず、メンテナンス課の業務に支障を来している。

よって、今後のメンテナンス業務の向上を目指し、我がプロジェクトからの資金支援を JICA に提案し、現状の予算の範囲内で資金支援をすることとした。具体的な品目名、希望数量、仕様は以下のとおりである。

表 30 調達支援の内容

品目	希望数量	仕様
棚、木製	約 10 台	4 段式、寸法 180x150x50cm 程度
棚、木製	約 6 台	4 段式、寸法 180x90x50cm 程度
戸棚、木製	約 3 台	4 段式、寸法 180x120x50cm 程度
テーブル、木製	約 2 台	寸法 140x70x80cm 程度
椅子、木製	約 6 台	
工具セット	1 式	ドライバーセット、ノギス、ペンチ、ニッパー、ワイヤーストリッパー、ラジオペンチ、六角レンチセット、トルクスレンチセット、パイプレンチ、金属製工具箱などのセット

3) 不要機材の廃棄手続き支援

PRC 病院では、機材の廃棄手続きの手順があり、可燃物の独自焼却、スチール製品の廃品売買の経験の有するが、X線撮影装置や大型医療機器は放置されており、廃棄した経験はない。特に X線撮影装置は、故障後数年～十数年を経過した装置 3 台が、3 室に放置され放射線室を占領している。2011 年後半から、メンテナンス課技師の努力により、一部の装置は解体され、搬出されつつあるが、廃棄ルールが明確ではないため、完全廃棄には至っていない。

2008年2月、医療廃棄物の分類、処理方法の概要が規定された保健省令が発行されているが、現在も保健医療施設で省令は遵守されていない。その理由は、ブルンジに医療機材を回収する専門業者が存在しないため、廃棄を強行すれば不法投棄になる恐れがある。

この現状に対し、保健省担当部局と協議を重ねた結果、対策に取り組んだ経験はないものの、解決せねばならない課題としての認識が確認できた。保健省側が提案する手順は、

- ① 医療施設側から保健大臣に医療機材の廃棄依頼レターを提出する。
- ② 保健大臣が委員会を結成し、関係部署から委員を任命する。
- ③ 依頼者と委員会により調査を実施し、廃棄手順を決める。
- ④ 廃棄手順に基づき、医療施設側とともに不要機材を廃棄する。

今もなお、ブルンジでは、医療機材を回収する業者は存在しない。しかし、保健省の取り組みにより、新たな展開に進むきっかけとなるため、プロジェクトはHPRC側には上記手順に基づく廃棄依頼レターの提出を提案し、病院長が了承し、今後取り組むこととなった。今後の進展を望む。

2-3-4 機材維持管理における工夫と教訓

(1) 工夫

- ・ 少人数制ワークショップと訪問指導の組み合わせ方式

プロジェクト対象施設には以下の特長があった。

- ・ 対象施設数が多い。
- ・ 診療レベルが異なる。病院と保健センターが対象である。
- ・ 機材ユーザーの中心となる看護師の機材維持管理に対する意識が低い。
- ・ 機材ユーザー間の知識・技術レベルに著しい差がみられた。

上記の特徴を踏まえ、指導方法をワークショップ研修と施設訪問による個別指導との組み合わせ方式とした。結果、ワークショップを通じた、対象施設間のコミュニケーションと相互競争意識の啓発、施設訪問による知識・技術レベルに合った個別指導が補完しあい、活動に貢献した。

- ・ 少人数制ワークショップによる効果

活動開始時は、訪問指導を中心に考えていた。しかし、訪問指導時に多忙なスタッフが頻繁に退席する状況が続いた。その結果、理解が不十分なため活動に取り組めない人や間違った活動をする人が見られた。よって、別の場所で集中的に指導を行う少人数制ワークショップを取り入れた。

参加者10名程度の少人数制ワークショップを6-7回繰り返し実施した。少人数制とすることで活発な質疑応答ができ、グループワーク実習により参加者の理解度を高めることができた。また、

講師として起用した PRC 病院技師への効果も大きかった。複数回同じ研修を繰り返すことで、講師側の医療機材に対する知識、指導、指導力も向上した。さらにワークショップ開催のスキルを習得でき、プロジェクト完了後でも、独自に研修を開催する知識を身につけることが出来た。

(2) 教訓

・ プロジェクト対象施設選定の難しさ

PRC 病院と保健センターでは取り扱う医療機材、診療レベルおよび組織体制が異なった。PRC 病院には維持管理部門があり、専任技師が常駐している。技師 2 名は海外研修にも参加し、彼らによる定期点検や修理も可能な体制が出来た。他方、保健センターには機材維持管理を担当する技師は配置されておらず、保健局に技師の配置を依頼したものの、最後まで配置されることはなかった。よって、知識・技術の乏しい看護師に直接指導せざるをえなかった。また、HPRC は独立採算運営のため、HPRC の技師が保健センターに出向き指導をすることにも限界があった。

2-3-5 機材維持管理における提言

・ 我が国無償資金協力調達機材の調達時期とトレーニングについて

本プロジェクト開始が 2009 年 1 月、無償資金協力により医療機材が調達されたのが 2010 年 4 月であり、機材の調達がプロジェクト開始後 1 年以上後となり、活動が遅れる要因となった。機材調達がプロジェクト開始と同時期に設定できれば、よりタイムリーな活動ができた。両プロジェクトの相乗効果およびインパクトを考えると、開始後半年以内の調達が理想と思われる。

無償協力には、機材の調達に加えて操作トレーニング、日常点検の指導、仏語操作マニュアルの配布、現地代理店の設定等が含まれており、他の援助機関による支援に比べはるかに手厚いサポートがなされていた。しかし、操作トレーニングは十分ではなく、機材引渡し後にも操作方法が分からず機材の稼働が中断することがあった。原因としては、現場スタッフの知識・技術レベルの低さに加えてトレーニング期間の短さが考えられる。十分な期間を取ったトレーニングと調達後 3 ヶ月、半年後の現地代理店によるフォローアップ指導の実施などがあることが望ましい。

2-4 対象施設の妊産婦・新生児ケアに係る従事者の能力向上

2-4-1 活動概要

本成果は、妊産婦および新生児ケアの質の向上を目指し、本プロジェクトのスーパーゴール、上位目標、そして特にプロジェクト目標の「対象施設のよりよい運営管理のもとで、患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される。」に密接に関係したものである。本プロジェクトの4番目の成果として以下4つの活動を行った。

- (1) 妊産婦に満足度調査を実施する。
- (2) 対象施設の看護師・助産師に技術研修を実施する。
- (3) 産科ケア状況をモニターする。
- (4) 対象施設を利用する妊産婦への満足度調査を含む、活動のインパクト調査を実施する。

このような背景下で、同分野の専門家の派遣は次のとおり実施された。但し、当初、本プロジェクトにて同分野の専門家が評価対象者として計画されていなかったことから、他の成果を担当する専門家と比較して活動期間が1/3と短く、活動開始直後は、助産に関連した技術指導の他、限られた期間でいかに効率的な活動計画が策定できるかが、大きな課題であった。

	期間および活動日数	担当者	業務内容
1	2009年2月19日 ～2009年3月21日(31日間)	保健調査	基本セミナーの開催支援およびベースライン調査
2	2009年5月14日 ～2009年6月21日(31日間)	保健調査	ベースライン調査の結果に関するセミナー開催
3	2009年5月14日 ～2009年6月5日(23日間)	助産指導1	ベースライン調査の結果に関するセミナー開催
4	2009年10月6日 ～2009年10月26日(21日間)	助産指導1	母子保健委員会の組織化、助産研修会開催、事後評価委員会開催
5	2010年8月30日 ～2010年10月2日(34日間)	助産指導1 助産指導2	助産研修会開催、事後評価委員会開催
6	2011年1月21日 ～2011年2月15日(26日間)	助産指導1	正常分娩チェックリストの作成支援、技術交換のフィードバックセミナー支援
7	2011年5月30日 ～2011年6月13日(15日間)	助産指導1	正常分娩チェックリストの保健省承認の支援、同チェックリスト活用にモニタリングシート作成および普及ワークショップ開催
8	2011年8月29日 ～2011年9月23日(26日間)	助産指導1	正常分娩チェックリストの保健省承認の支援、同チェックリスト活用にモニタリングシート作成および普及ワークショップ開催
9	2011年9月12日 ～2011年9月27日(16日間)	保健調査	エンドライン調査まとめ
10	2011年11月8日 ～2011年11月28日(21日間)	助産指導1	正常分娩チェックリストの保健省承認の支援、同チェックリスト活用にモニタリングシート作成および普及ワークショップ開催

2-4-2 同成果を達成する上での方法と成果

(1) 妊産婦への満足度調査の実施

1) 背景

プロジェクトが開始した直後の2009年3月、対象施設での妊産婦ケアに対する女性の満足度、妊娠・出産に関する意識と知識などを把握することを目的として、対象施設を受診した女性からの聞き取り調査を実施した。調査では、サービスに対する満足度について、回答者の多くが満足と回答することが予測されたため、「この施設に満足しているか(とても満足、満足、不満)」、「この施設に改善を望むか(改善の必要はない、改善が必要)」の2種の質問を組み合わせ、すなわち、満足度と改善要望の両面からの分析を試みた。この結果、回答者の多くが満足、またはとても満足していると回答した一方で、回答者の7割近くが何らかの改善を希望した。

なお、母子保健サービスの具体的内容がHPRCとCDSで異なることから、調査において同一の内容のサービス利用者を対象とすることは不可能であったため、HPRCで出産した(する)産婦、すなわち分娩サービスの利用者、CDSでは産前健診・家族計画サービス・子の予防接種等の母子保健サービスの利用者を調査対象とした。回答者の改善要望は、主に、保健スタッフの増員、薬品・資材不足の解消、施設・設備の改善、サービス活動の改善、スタッフの態度に大別されたが、HPRCでは産科病棟の環境改善を望むものがやや多く、保健センターでは分娩ケアの実現(下表では「サービス活動の改善」に含む)を望むものが最も多く、次いで、薬品不足の解消、スタッフの増員などの要望が多かった。

表 31 ベースライン調査での回答者の改善要望

HPRC (n=17)		CDS (n=130)	
病室や病床の増加	35.3%	施設・設備の改善	22.3%
産婦人科棟・トイレの清潔さの向上	29.4%	薬品・資材の不足解消	26.3%
シーツ、蚊帳の配布	29.4%	保健スタッフの増員	17.7%
薬品不足の解消	5.9%	スタッフの勤務態度の改善	13.8%
保健スタッフの増員	11.8%	サービス活動の改善	27.7%

2) 目的

対象施設の母子保健サービスを利用する女性の満足度および改善要望について、活動期間中の変化の有無と内容を把握することを目的として、2009年3月の調査の結果を踏まえて質問の内容を改訂し、2010年12月に中間レビュー、2011年9月にエンドライン調査を実施した。

3) 方法

質問票は日本人専門家と母子保健委員会が合同で作成した。回答者の年齢と受診の目的以外について個人的情報につながる質問は含めず、その施設を受診した理由、満足度、改善要望について調査した。

満足度は、清潔さ、待合スペースの環境、待ち時間、スタッフの態度の別に質問し、スタッフ

の態度については、満足、不満それぞれにその理由を質問した。

質問調査は、2010年12月5日～14日（7日間）、2011年8月29日～9月13日（7日間）に、予め施設長の許可を得て実施し、調査の趣旨に同意した回答者に、当該施設の保健スタッフおよび他の患者のいない場所で、プロジェクトの女性スタッフが現地の言葉で質問した。質問項目は以下のとおり。回答はすべてコード化して集計・解析した。

質問項目

- ①回答者の年齢
- ②受診回数
- ③受診の目的
- ④この施設を受診する理由
- ⑤満足度
- ⑥改善要望

4) 回答者数

中間レビューでは110名（HPRC20名、CDS90名）、エンドラインでは114名（21名、93名）の有効回答を得た。

中間レビュー、エンドラインでの回答の年齢階級別内訳は以下のとおりで、回答者のほとんどが10代後半から30代の年齢層であった。

表 32 回答者の年齢階級別内訳

	HPRC		CDS	
	2010.12 (n=20)	2011.9 (n=21)	2010.12 (n=90)	2011.9 (N=93)
20歳未満	0.0%	28.6%	18.9%	12.9%
20歳代	55.0%	28.6%	63.3%	51.5%
30歳代	40.0%	38.0%	17.8%	32.3%
40歳代	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%
50歳以上	0.0%	4.8%	0.0%	1.1%
計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

5) 回答者による当該施設の利用頻度

回答者のうち、当該施設を受診回数が初めてであるもの、2回以上であるものの割合は以下のとおりであった。

妊産婦ケア実際のサービス内容におけるHPRC（主に分娩ケア、産前健診は実施せず）とCDS（主に産前ケア、分娩は一部の施設で若干数のみ）の相違を反映し、HPRCでの回答者（分娩サービス利用者）では受診が初回であるものとそうでないものがほぼ半々、CDS（母子保健全般のサービス利用者）では2回目以上の受診が8割以上を占めた。

表 33 回答者の受診回数別内訳

	HPRC		CDS	
	2010.12 (n=20)	2011.9 (n=21)	2010.12 (n=90)	2011.9 (N=93)
初めて	45.0%	47.6%	16.7%	10.8%
2回以上	55.0%	52.4%	83.3%	89.2%
計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

6) 受診の目的

回答者の受診の目的は、PRC 病院ではほとんどが出産で、それ以外は出産以外の産婦人科診療であった。CDS の受診目的は、産前健診や家族計画のように回答者本人の受診もあれば、子の予防接種や診療等、子の受診で訪れているものもあった。

表 34 HPRC での回答者の受診の目的

	2010.12 (n=20)	2011.9 (n=21)
出産	90.0%	76.2%
その他	10.0%	23.8%
	100.0%	100.0%

表 35 CDS での回答者の受診の目的 (複数回答)

		2010.12 (n=90)	2011.9 (n=93)
本人の受診	出産	1.1%	0.0%
	産前健診	33.3%	16.1%
	家族計画	12.2%	11.8%
	その他	8.9%	15.1%
	小計	55.5%	43.0%
子の受診	子の予防接種	10.0%	33.3%
	子の診療	28.9%	25.8%
	栄養プログラム	7.8%	4.3%
	小計	46.7%	63.4%

7) 当該施設を受診した理由

回答者がその施設を受診した理由においては、以下のように、HPRC でも CDS でも、中間レビュー時に比べてエンドライン調査では「サービスの質」をあげた回答者の割合が高くなった。これに「評判が良い/知人に薦められた」も含めると、エンドライン調査の時点では、HPRC、CDS とも7割近くの人が、「より良いサービス」を求めて当該施設を受診していたことになる。

表 36 その施設を受診した理由 (複数回答)

	HPRC		CDS	
	2010.12 (n=20)	2011.9 (n=21)	2010.12 (n=90)	2011.9 (n=93)
サービスの質が良いから	40.0%	66.7%	51.1%	68.8%
評判が良い/知人の薦めで	5.0%	9.5%	3.3%	8.6%
対応が早いので	0.0%	0.0%	3.3%	8.6%
自宅に近いので	15.0%	0.0%	43.3%	31.2%
安い/無料なので	25.0%	4.8%	11.1%	4.3%
他から搬送された	5.0%	14.3%	0.0%	0.0%
その他	10.0%	4.8%	8.9%	18.3%

ベースライン調査においては、定量的な解析を行っていないものの、施設を受診する理由の多くはその施設が自宅に近い、無料であるからなどの回答が多く、サービスが良い、その施設が気に入っているなどの回答は数例みられる程度であり、これとと比較すれば、中間レビュー、エンドラインでの回答の変化は、5Sを通じた業務環境改善のための活動が行われてきたことによる影響、すなわち、母子保健サービスを利用する女性たちの間で、より良い保健サービスへの意識と期待が高まったことによると考えられる。

8) 患者の満足度

施設の清潔度、待合室の物理的な環境、待ち時間、スタッフの態度ごとに満足していると答えた女性の割合は以下のとおり、全般的に中間レビューに比べてエンドラインでポイントが上がったものの、待合室の物理的な環境についてのみ、HPRCで55%から4.8%と激減し、CDSでも60%から45%に減少した。特にHPRCでは、調査実施の直前に待合のベンチが壊れ、調査期間中に直らなかつたという事情によると考えられる。

表 37 施設に対する患者満足度

	HPRC		CDS	
	2010.12 (n=20)	2011.9 (n=21)	2010.12 (n=90)	2011.9(n=93)
施設の清潔度	70.0%	71.4%	85.6%	91.4%
待合スペースの環境	55.0%	4.8%	60.0%	45.2%
待ち時間	70.0%	90.5%	58.9%	59.1%
スタッフの態度	100.0%	90.5%	78.9%	79.6%

9) スタッフの態度に関する満足度

上述のとおり、スタッフの態度について、HPRCでの回答者は中間レビュー時で20名(全員)、エンドライン調査時で19名(90.5%)、CDSでは中間レビュー時71名(78.9%)、エンドライン調査時74名(79.6%)が満足していると回答した。

中間レビュー、エンドラインとも、スタッフの態度に満足していた回答者にその理由を質問して自由回答を求めたところ、以下の事項が含まれていた回答数は下表のとおり。

表 38 スタッフの態度に満足である理由(複数回答)

	HPRC		CDS	
	2010.12 (n=20)	2011.9 (n=19)	2010.12 (n=71)	2011.9 (n=74)
よく話を聞き、分かりやすい説明をしてくれる	2	15	18	69
親切である	15	14	49	55
治療が効果的だ	8	8	10	29
業務の仕方が適切(時間、迅速さ、診療順など)	0	8	7	27
患者に対して公平だ	6	2	3	21
プライバシーへの配慮がある	0	0	0	0
患者の安全への配慮がある	6	2	30	3

上表のように、スタッフの態度についての満足は患者への接し方に重点があることがわかる。

しかしながら、一般に途上国の妊産婦ケアで議論されるところの女性のプライバシーの保護についてスタッフの態度や配慮をあげたものはいなかった。全体としてプライバシーに言及したものは、保健センターでのエンドライン調査でスタッフの態度に満足していないと回答した19名のうちの1名が不満足な理由としてプライバシーへの配慮のなさをあげたのみで、まだクライアント自身にプライバシーが守られる/阻害されるという意識があまりないことが窺える。また、回答者のなかで患者の安全への配慮に言及したものが中間レビューからエンドラインにかけて激減したことについて、回答はすべて自由回答で求め、上表の分析事項も含め質問者からは一切説明はしていないところ、説明の分かりやすさ、親切さ、公平さなどに比べて、患者の安全（医療事故や二次感染の予防など）については言葉を知っていても正確な意味はあまり理解されておらず、安定した結果であるとは考えにくい。

中間レビュー、エンドラインでそれぞれ70名以上がスタッフの態度に満足とした保健センターでの回答者について満足である理由をみると、下図のように、プライバシー保護と患者の安全の配慮を除けば、全般的に言及の頻度が高くなっており、「親切である」に比して、「患者に対する分かりやすい説明」、「効果的な治療」、「サービス開始時間の厳守、対応の迅速さ、受付順の診療などの業務の進め方の適切さ」、「患者に対する公平さ」などで評価があがってきていることが確認された。保健センターを受診する女性たちが、スタッフの態度を満足に思う観点が少し変わってきていることがわかる。

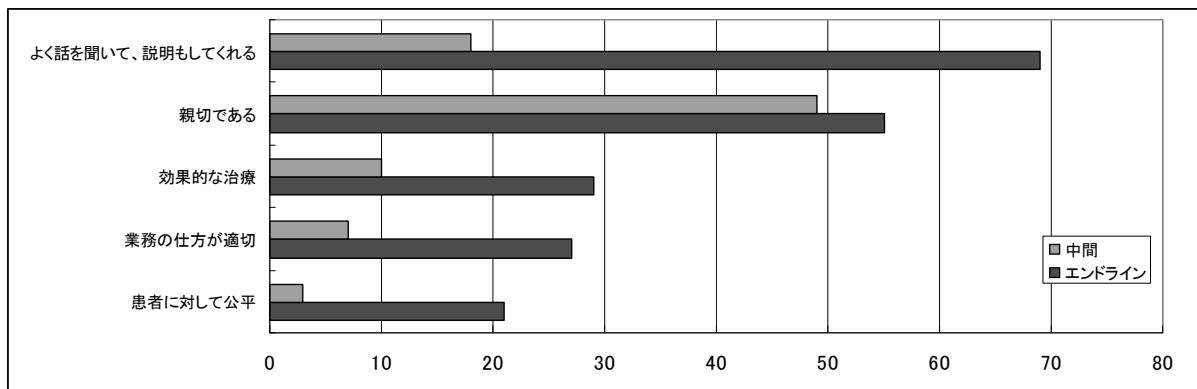


図12 CDSでの回答者がスタッフの態度に満足である理由

10) 改善の要望

施設に対して改善を要望する回答者の割合は、中間レビューからエンドラインにかけて、HPRCでは増加、CDSではやや減少した。活動期間をとおして、対象施設の物理的な環境やスタッフの意識と態度だけでなく、患者の側の保健施設やサービスに対する意識も少なからず変化したものと考えられ、この改善要望の割合の変化がそのまま施設の側の変化を表しているとは考えづらいものの、HPRCとCDSの相違は、上述の調査実施時におけるHPRCの待合スペースの事情に影響されているものと受け止められる。

表 39 施設に対する改善要望

	HPRC		CDS	
	2010.12 (n=20)	2011.9 (n=21)	2010.12 (n=90)	2011.9(n=93)
改善を望む	60.0%	81.0%	72.2%	66.7%
改善は必要ない	40.0%	19.0%	27.8%	33.3%

1 1) 改善要望の内容

何らかの改善を望むとした HPRC での中間レビュー12名(60%)、エンドライン17名(81%)、CDS での中間レビュー65名(72.2%)、エンドライン62名(66.7%)が具体的に改善を望むとした内容は以下のとおり。

HPRC についても、CDS についても、回答者に占める改善要望の割合は中間レビューからエンドラインへかけて大きく変わっていないが、改善を求める内容は変化した。

表 40 改善要望の内容(複数回答)

	HPRC		CDS	
	2010.12 (n=12)	2011.9 (n=17)	2010.12 (n=65)	2011.9(n=62)
保健スタッフの増員	3	1	15	18
受付・診療の迅速化	0	1	0	18
スタッフの勤務態度の改善	0	4	8	12
施設・設備の改善	6	9	31	20
施設(トイレ)の清潔度の向上	3	2	0	4
薬品・資材の不足の解消	2	3	31	18
保健サービスの向上	6	3	14	7

特に HPRC では回答総数が少ないため、要望内容ごとの相違を中間レビューからエンドラインへかけての変化として読むことは難しい。そこで、改善を求める内容をスタッフに関する要望(増員、迅速な対応、勤務態度)、施設・設備に関する要望(施設・設備の改善、清潔度、薬品・資材の不足解消)、保健サービスの向上として傾向をみると、下図のように、HPRC でも CDS でもスタッフに関する要望の占める割合が高くなった。HPRC では施設・設備についての改善要望が漸増したが、回答者が少数であることも含め上述の調査実施時期の事情がそのまま反映されたものと受け止められる。一方、CDS の内訳をみると、施設・設備に関する改善要望は明らかに減少し、その分スタッフに関する改善要望がさらに増加していることがわかる。

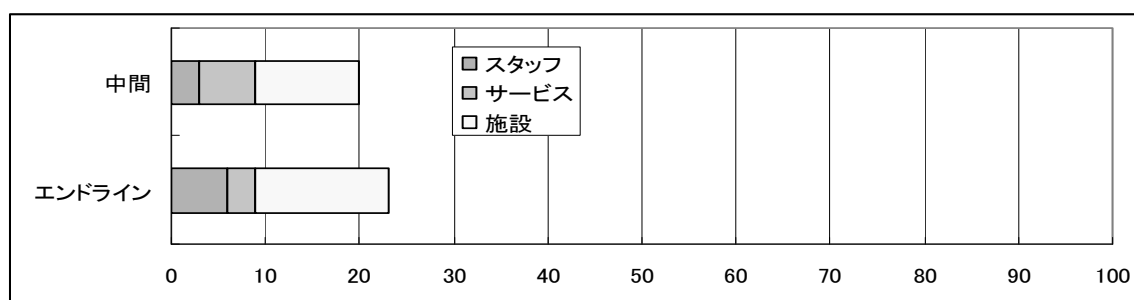


図 13 HPRC に対する改善要望の内訳(回答件数)

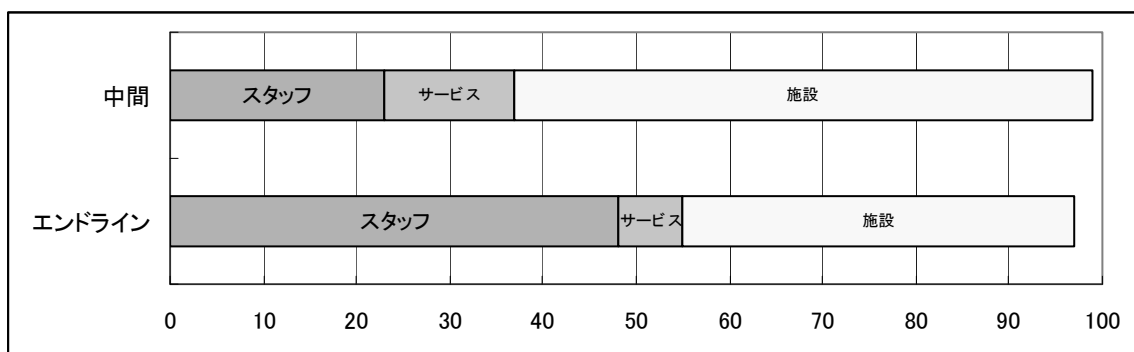


図 14 CDS に対する改善要望の内訳

以上の結果は、保健施設を受診する際により良いサービスへの意識と期待が高まり（前掲 {7}）、スタッフの態度を満足に思う観点も変化（前掲 {9}）した結果、さらなる改善を求めることにつながったものと理解される。

1 2) 今後

本プロジェクトの中間評価および終了時評価を経て、2011年12月2日に実施された最終の第6回CCCで、今後3年間（2014年まで）での達成を目指す上位目標の指標の中に「患者満足度調査の各質問項目に対し、母親からの好意的な回答が75%に達する。」を加えた。併せて、ブルンジ保健省が本プロジェクト終了後から一年後に患者満足度調査を行うこととして調査シート、検証方法を含めて調査方法を指導した。（添付資料のとおり）

この背景には、2011年6月、ブルンジ保健省で正式に導入が認可された「正常分娩チェックリスト」を利用した妊産婦に対する患者中心のケアの実施により患者満足度が向上するという目標があり、本プロジェクト終了直前の2011年12月13日に一部を改訂した正常分娩チェックリストおよびシートに関するセミナーを開催し、2012年1月より、本格的に導入される予定である。

(2) 対象施設の看護師・助産師への技術研修の実施

1) 助産研修

本プロジェクトにおいて母子保健を対象とした技術研修は、国内外を合計して、9回延べ273名の医師を含み、助産師および看護師を中心に医療従事者に対して実施された。主な助産に関連した技術研修の状況は以下の通りである。

*助産研修会/2009年9月22日、23日、24日

（妊娠モニタリング、出産の介助、助産に対する知識・態度、産科救急ケア、新生児ケア）

*研修評価会/2009年9月29日、10月19日、20日

（妊娠モニタリング、出産の介助、助産に対する知識・態度、産科救急ケア、新生児ケア）

*事後研修委員会/2009年10月22日

（前項の研修評価会のフィードバック）

*技術交換フィードバックセミナー/2010年1月26日

(2009年11月30日から12月5日まで開催されたマダガスカルにおける技術交換への参加者4名によるフィードバックセミナー)

*研修評価会/2010年9月22日、23日、24日

(マダガスカルにおける人間的ケア、通常分娩、分娩第一期から三期の看護、パルトグラム)

*技術交換フィードバックセミナー/2011年1月25日、2月1日、8日

(2010年12月4日から同年12月24日まで開催されたマダガスカルにおける技術交換への参加者8名によるフィードバックセミナー)

*正常分娩チェックリストワークショップ/2011年2月2日、3日、4日

(助産分野の課題と正常分娩チェックリストの作成)

*正常分娩チェックリストワークショップ/2011年6月9日、10日

(正常分娩チェックリスト/チェックシートの使用方法)

*母子保健セミナー/2011年12月13日

(改定正常分娩チェックリスト/シートの説明、モニタリングシステムの説明)

2) 技術交換

本技術交換は、人間的ケア（患者中心のケア）を実践しているマダガスカル国のマジュンガ州マジュンガ大学病院母子センターにおける事例（人間的ケア、カンガルーケア、母親学級）を学ぶことを目的として、本プロジェクトの第2年次（2009年11月28日～同年12月10日）と第3年次（2010年12月4日～同年12月24日）の2回にわたり、本プロジェクトの対象施設であるHPRCの産科医師および産科・婦人科の看護師長、および7カ所のCDSのセンター長もしくは副センター長、さらに実際にブルンジで助産師教育を行っている国立公衆衛生院の講師など合計12名が参加した。

なお、帰国後、2010年1月26日および2011年1月25日に2月1日および2月8日のそれぞれフィードバックセミナーを開催し、参加できなかった他の医療従事者に対して研修を行っている。

このマダガスカルにおける研修では、我が国の支援により、過去にブラジルで高い妊産婦、乳幼児死亡率削減の解決策として実績があると実証されたと言われている人間的ケア（妊娠検診の最初の日から出産に至るまでの間に妊産婦が妊娠中から出産までの間の時間を人生で最も喜ばしい時期にできるようにする。）を導入しているマダガスカル国マジュンガ州マジュンガ大学病院母子センターで研修を受けるものであった。

この研修を通じて、ブルンジにおける母子保健分野における問題点に対する議論を通じて、母子サービスを提供する医療従事者からの意見だけではなく、サービスを受ける妊産婦が感じていると想像される意見も尊重し、医療従事者の妊産婦に対する不親切な態度、相互のコミュニケーションの重要性を指摘することとなり、後日、本プロジェクトで策定された患者中心のケアをそ

の中心として据え、担当看護師の笑顔のチェックから始まる「正常分娩チェックリスト」の内容に強い影響を与えたと言える。

(3) 産科ケア状況のモニター

本プロジェクト開始以降、ベースライン調査を含めて対象施設における産科ケアの状況のモニターは、同専門家が派遣されるたびに継続して行われてきた。しかし、ウガンダ側のカウンターパートとの母子保健分野の課題の協議やプロジェクトとして本格的な産科ケアのモニターを開始したのは、ベースライン調査結果の報告を経て、第2年次の2009年8月に設立された旧助産研修委員会（母子保健委員会）の活動からである。その後、活動を行っていく上で、産科ケアの課題を抽出し、その解決策として策定が決定されたのが、「正常分娩チェックリスト/チェックシート」である。なお、モニタリングのシステム作りについては、対象施設である HPRC およびブジュンブラ都市部州保健局にて様式が策定され、今後、モニターされる予定である。

1) 正常分娩チェックリスト

2010年9月、これまでの産科ケアのモニターのまとめとして助産研修会を3日間にわたり開催すると共に母子保健委員会の主なメンバーによる研修評価会を開催し、その時点での助産分野の課題は以下のとおりであった。

①産婦の観察、特に分娩第一期（規則的な陣痛が始まってから子宮口が全開となるまでの開口期）における観察が不十分である。

②出血量の測定をしていない。

分娩時の大量出血は妊産婦死亡の主要死因であり、適切な輸血療法をしなければ簡単に母体死亡となる。

③胎盤機能検査・測定をしていない。

胎児に十分な酸素供給する胎盤の機能検査は重要である。

④パルトグラムを使用していない。

分娩進行状態を一目で把握できるように記載した表であり、子宮頸管の未成熟や児頭骨盤不均衡、微弱陣痛、回旋異常などの異常がわかる。

⑤アプガースコアを測定していない。

分娩直後の児の状態を表す指標で生後1分と5分の値を記載する。採点項目は皮膚の色、心拍数、反射興奮性、筋緊張、呼吸努力である。これにより、正常、軽症仮死および重症仮死と判断するなど、治療の必要性や予後などの予測を行う上では重要な測定である。

以上の助産における技術的課題に対して、日本側より、その解決策として色々な提案を行ったが、その中でブルンジには分娩期のケア手順書がないことから、助産の際、入院から新生児ケアに至る各手順が記載されたチェックリストを策定することが最も重要であるとして、母子保健委員会で合意した。

このような背景下で、母子保健委員会が中心となって、同チェックリストに関するワークショップが3回開催され、チェックリストの原型が決まり、その構成は、次のとおりである。

- ① 入院時ケア
- ② 娩第1期ケア
- ③ 分娩第2期ケア
- ④ 分娩第3期ケア
- ⑤ 出生直後新生児ケア
- ⑥ 分娩第4期ケア（胎盤娩出後2時間のケア）

母子保健委員会では、同チェックリストの活用法を検討し、ワークショップの提案の基に最終チェックリストが保健省に提出され、2011年6月に正式に承認され、さらに3カ月の試用期間を経て同年12月に改定版が策定され、研修を経て2012年1月から本格的に使用が開始される。

なお、本プロジェクト完了前に行った理由は、患者中心のケアを推進する目的として策定した本チェックリストをより利用しやすくしたことと、可能な限り自己評価できるようにすることを目指した。改定した点は次のとおりである。

① 患者毎のチェックシートとする。

入院から分娩を経て退院に至るまで担当の看護師が交代する場合があるため、これまで看護師毎となっていたシートを患者毎に改め、担当した項目に看護師が名前を入れることとした。

② 合格点の廃止

これまでの第三者による評価から自己評価に改め、自己の行動を振り返って習慣づけることに目標を改めた。

③ 患者カルテおよびパルトグラムへの添付

④ HPRC のみのシステムの策定

妊産婦の状況によっては、産科から手術設備のある婦人科に転科することもあることから、正常分娩から帝王切開に移ってもチェックシートを利用できるようにした。但し、正常分娩件数に含めないこととした。

(4) 活動のインパクト調査の実施

1) 背景

プロジェクトが開始した直後の2009年3月に、対象施設での妊娠・出産に関するケアの現状を把握するために、看護職の臨床経験と知識、ケアに関する意識、研修受講の有無などを調査した。このなかで、看護スタッフのケアに関する意識を調査するために、「サービスを提供する側（スタッフ）と受ける側（患者）との関係」をどう思うか質問した。質問は自由回答を求め、キーワードを抽出して集計した。結果は以下のとおりであった。

回答数：104名（対象施設の女性看護スタッフ）

回答者属性

表 41 ベースライン調査での回答者の資格別内訳

資格	HPRC	CDS	計
看護師（A1）			
看護師（A2）	5	19	24
看護師（A3）	3	61	64
看護助手		16	16
計	8	96	104

表 42 ベースライン調査での回答者の年齢別内訳

世代	HPRC	CDS	計
25歳以下	1	9	10
26-30歳	2	29	31
31-35歳	3	11	14
36-40歳		12	12
41-45歳	2	16	18
46-50歳		5	5
51-55歳		7	7
56-60歳		4	4
60歳以上		3	3
計	8	96	104

表 43 ベースライン調査での看護スタッフの回答

～サービスを提供する側（スタッフ）と受ける側（患者）の関係はどう思うか

相互の信頼関係が重要だ	51.9%
患者はスタッフを信頼している	16.0%
患者を心地よく受け入れ、人間的に扱うことが重要だ	28.3%
スタッフは良い態度で接すべき	11.3%
患者の満足が重要	3.8%

2) エンドライン調査の結果

ベースライン調査で得られた結果の変化を測定するために、2011年9月に看護スタッフ対象の調査を実施した。調査は、全対象施設で実施し、回答者にベースライン調査と同じ質問をして、ベースライン調査で得られたキーワードを用いて集計した。結果は以下のとおり。

回答数

調査では 81 名からの回答が得られた。ベースライン調査と同じく、男性看護師（7 名）、資格が不明で非保健職の可能性のあるもの（2 名）を除いた 72 名の回答を分析の対象とした。

回答者属性

表 44 エンドライン調査での回答者の資格別内訳

資格	HPRC	CDS	計
看護師（A1）		2	2
看護師（A2）	5	17	22
看護師（A3）		41	41
看護助手	1	6	7
計	6	66	72

表 45 エンドライン調査での回答者の年齢別内訳

世代	HPRC	CDS	計
25 歳以下		4	4
26-30 歳		18	18
31-35 歳	1	9	10
36-40 歳	4	13	17
41-45 歳	1	8	9
46-50 歳		9	9
51-55 歳		1	1
56-60 歳		3	3
60 歳以上		1	1
計	6	66	72

3) 結果

表 46 エンドライン調査での看護スタッフの回答

～サービスを提供する側（スタッフ）と受ける側（患者）の関係をどう思うか

相互の信頼関係が重要だ	56.9%
患者はスタッフを信頼している	33.3%
患者を心地よく受け入れ、人間的に扱うことが重要だ	47.2%
スタッフは良い態度で接すべき	63.9%
患者の満足が重要	41.7%

4) ベースラインとエンドラインの比較

エンドライン調査の結果は、プロジェクト開始時に比べて保健スタッフの意識がかなり変化したことがわかる。特に、患者の満足度やスタッフの態度を重要視する割合はとて高くなった。業務環境改善活動や正常分娩ケアチェックリストの導入などをすすめるなかで、ケア行為に対する保健スタッフの意識が変化したことがみとめられる。

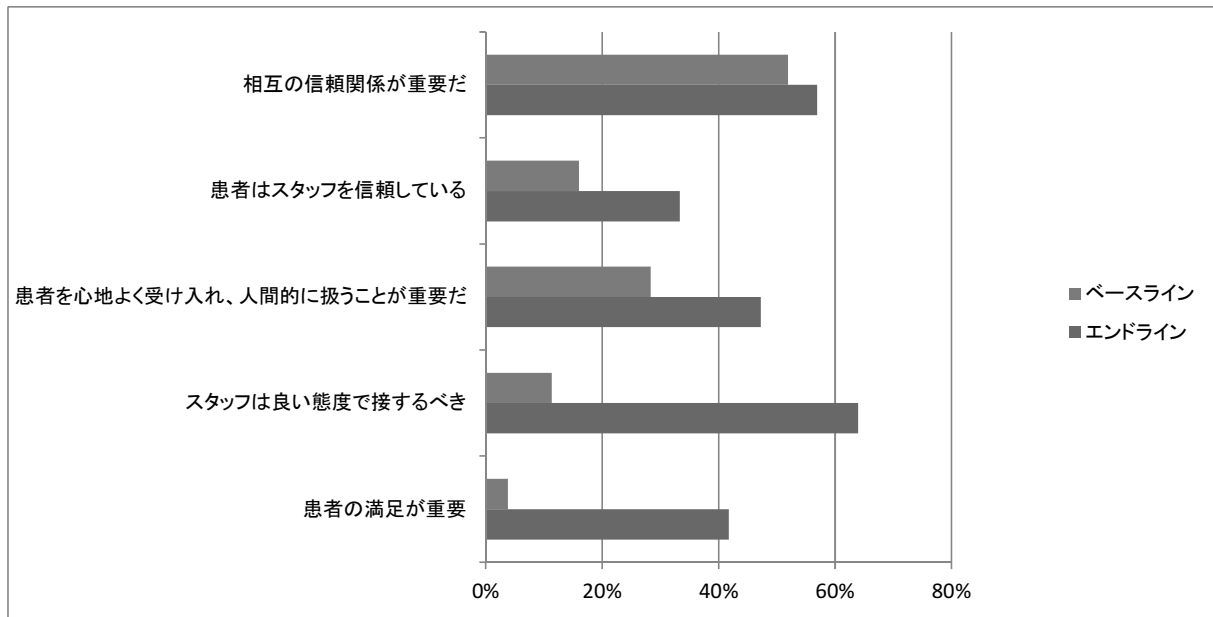


図 15 ベースライン調査とエンドライン調査の比較

2-4-3 同成果の結果

成果 4 の指標と本プロジェクト終了時の達成状況は次のとおりである。

表 47 指標の達成状況

指標	達成状況
4-a) 技術研修生の全員がポスト・テストで 50%以上を獲得する。	(2009 年 10 月) 第 1 回助産研修のポスト・テストで 18%の参加者が 100 点中 80 点を獲得した。 (2010 年 9 月) 第 2 回助産研修のポスト・テストで 97%の参加者が 100 点中 50 点以上を獲得した。 (2011 年 6 月) 正常分娩チェックリスト研修のポスト・テストで 100%(25 名全員)が 100 点中 50 点以上を獲得し、平均得点は 70.8 点であった。 (2011 年 8 月) 正常分娩チェックリストおよびパルトグラムの活用研修のポスト・テストで 88.9% (18 名参加者のうち 16 名) が 100 点中 50 点以上を獲得し、平均得点は 65.3 点であった。
4-b) 対象施設で助産研修を受けたスタッフが 100 名を超える。	(2011 年 12 月) 9 回延べ 273 名の対象施設の医療従事者が助産研修を受けた。
4-c) マダガスカルでの国外技術研修で得られた知識を踏まえて、正常分娩ケアチェックリストが作成される。	(2011 年 5 月) 正常分娩チェックリストが作成された。 (2011 年 6 月) 正常分娩チェックシートが作成された。 (2011 年 7 月) ブルンジ保健省/PNSR による承認が行われた。 (2011 年 7 月) 正常分娩チェックリストが対象施設 (PRC 病院)、4 カ所の保健センター) に導入された。 (2011 年 12 月) 正常分娩チェックリストの改訂版が完成したことと 2012 年 1

	月以降、整備されたモニタリングシステムに従って利用状況をモニターすることとなった。
4-d) 業務従事者のケア行為に対する意識・態度が変化する。	(2009年3月/2011年9月) 上記の比較で保健医療従事者に対する調査から、保健医療従事者の意識・態度に以下の変化があったことがわかる。それぞれ104名と81名からの回答が得られた。 スタッフはよい態度で接するべき：11.3%→63.9% 患者の満足が重要：3.8%→63.9%

2-5 その他

2-5-1 広報活動

本プロジェクトの広報活動として、次に述べる3つの方法で実施した。

(1) ニュースレター

2009年8月に本プロジェクトの広報および啓発を目的として「Heart of Africa」というタイトルでニュースレター第1号を仏文と和文の両方で発刊した。このタイトルの由来は、ブルンジ国が、アフリカの中央部の言わば心臓の位置にあることによる。なお、現地での活動が終了した2011年12月までに合計8号が発刊された。


同レターの記載内容は、保健省本省の本プロジェクト関係者のインタビュー、対象施設および活動の紹介、また5S活動の成果を分かりやすく紹介するために改善前後の比較で改善事例を紹介するものである。また2011年3月に発行した同ニュースレターの第5号からは、本プロジェクトの実施により、各施設が変化していく過程を各施設の利用者のインタビューの掲載などでも紹介している。

(2) パンフレット

5S活動の概念の普及と定着を目的として、医療スタッフのみならず、施設利用者も対象として、仏語と現地のキルンジ語を併記して、5S活動をわかりやすく説明した活動紹介用パンフレットを作成し、本プロジェクトの対象施設に配布し、掲示をした。

(3) 視聴覚機材

本プロジェクトの対象施設の医師、看護師で構成された母子保健委員会が中心となり、正常分娩チェックリストを策定し、2011年5月にブルンジ国で正式に認可されたのを受けて、同チェックリストを補完する正常分娩ケアにおける患者中心ケアに関するDVD教材を作成した。教材の作成には、本プロジェクトの母子保健委員会メンバーの他、2009年11月と2010年12月に技術交換としてマダガスカルに派遣された看護師の意見も参考に患者中心ケアの理念がよりよく伝わるものを目指した。最終的に100セットのDVDと20セットのVHSビデオを制作し、2011年12月、ブルンジ保健省大臣に贈呈した。

タイトル	Les soins centrés sur les patients durant l'accouchement eutocique (正常分娩における患者中心ケア)
時間	25分
言語	フランス語
内容	 <ol style="list-style-type: none">1. イントロダクション：「患者中心ケア」の概念と意義2. 受入れ：受付時の対応、診察、産婦と家族への情報提供など3. 第1フェーズのケア：陣痛のケア、水分・栄養補給の推奨など4. 第2フェーズのケア：出産のサポート、新生児のケアなど5. 第3フェーズのケア：胎盤の取り出しと確認、失血量の測定など6. 第4フェーズのケア：産婦と家族に対する健康教育など

2-5-2 終了時評価の提言とその後の実施状況

表 48 終了時評価の提言とその後の実施状況

番号	対象先	提言	実施状況
(1) - 1)	BPS、HPRC における 5S 委員会	BPS、HPRC に設置済みの 5S 委員会は、WIT が担う各種活動及びプロジェクト全体の進捗とフォローアップを監理、調整する運営委員会として機能することが期待される。また、HPRC における 5S 委員会のメンバーに機材維持管理部からのスタッフを含める必要がある。	HPRC および BPS に設置済みの各 5S 委員会の運用規定が作成された。 2011 年 10 月 18 月付で、HPRC の機材維持管理部責任者が 5S 委員会の委員に任命された。
(1) - 2)		BPS、HPRC における 5S 委員会は四半期毎に開催され、モニタリング報告書を国家 5S 委員会に提出する。	各 5S 委員会の運用規定に州保健局、HPRC における 5S 委員会の開催頻度が四半期毎に設定されている。 BPS、HPRC において来年 1 月から月例モニタリング報告書別添が導入される。この報告書は四半期毎に集約され、各 5S 委員会で分析される。その後、国家 5S 委員会に提出される。
(1) - 3)		5S への取り組み体制における WIT の機能が強化され、WIT メンバーが主導的にリーダーシップを発揮して他のスタッフに働きかけが行われるよう、WIT 会議は定期的で開催される必要がある。	各 5S 委員会の運用規定に保健センターにおける WIT 会議の開催頻度は月 2 回と設定された。 同運用規定に HPRC における WIT 会議および WIT チーフ会議の開催頻度は少なくとも月 1 回に設定されている。
(2)	BPS 及び保健省に対して	CDS で実施されるプロジェクト活動の進捗確認は、市保健局によって実施されているスーパービジョン・システムに統合の上、モニタリングされることが望ましい。そのモニタリングならびに報告用フォーマットは、2011 年 10 月末までに策定される必要がある。	5S を中心としたプロジェクト活動は、既存の BPS によって実施されているスーパービジョン・システムのテーマの 1 つに導入され、BPS 局長から全ての BDS に通達済みであり、5S 活動のスーパービジョンが開始されている CDS もある。 モニタリング報告書の様式が作成され、既存の CDS から市保健局に提出される月例報告書に添付される。この様式については MCH セミナーで説明済みであり、2012 年 1 月 (2011 年 12 月分) から開始予定である。 プロジェクト側から BPS および HPRC にモニタリング報告書の様式の手書用紙および PC 入力データ一式を配布済みである。

番号	対象先	提言	実施状況
(3)	BPS 及び市保健局に対して	正常分娩ケアチェックシートの記入件数は市保健局によりモニタリングされ、BPS の 5S 委員会に報告される必要がある。	正常分娩ケアチェックシートの記入件数は、月例報告書添付に含まれており、BDS によってモニターされ、市保健局、州保健局、保健省全てのレベルの 5S 委員会に報告される。
(4)	HPRC に対して	正常分娩ケアチェックシートの記入件数は、院内の母子保健委員会によりモニタリングされ、同病院の 5S 委員会に報告される必要がある。	正常分娩ケアチェックシートの記入件数は、月例報告書の添付に含まれており、産科・婦人科の各科の責任者によって記入される。チェックシートの利用率は、産婦人科部長によってモニターされ、HPRC の 5S 委員会に報告される。
(5)	国家 5S 委員会に対して	BPS、HPRC の 5S 委員会から提出されるプロジェクト活動のモニタリング結果を、国家 5S 委員会は保健省内の関係部局と共有の上、技術的な視点からのスーパービジョンを実施する必要がある。	国家 5S 委員会は、BPS および HPRC の四半期モニタリング報告書を分析し、必要に応じて保健省内の関連部局への提言を作成する。 国家 5S 委員会の議事録は、保健省に提出される（宛先：大臣、コピー先：次官、公衆衛生局長、総資源局長、PNSR、ならびに JICA に 3 年間）
(6) - 1)	プロジェクト及び保健省に対して	エンドライン調査の一環として 2011 年 9 月に実施された患者満足度調査の結果を分析し、関連スタッフにフィードバックすることで、残るプロジェクト期間内に正常分娩ケアを改善するとともに、必要に応じて正常分娩ケアチェックシートの改訂を行うことが求められる。	2011 年 11 月 17-18 日に実施されたフィードバックセミナーにおいて、患者満足度調査の結果が関連スタッフに共有された。 実情に応じ正常分娩ケアチェックシートが改訂された。 この改訂については、PNSR に文書にて通知し、本邦研修経験者である副局長に説明済みである。さらに 2011 年 12 月 13 日に開催された MCH セミナーにおいて、改訂内容が関連スタッフに説明され、2012 年 1 月 1 日から導入予定である。なお、HPRC の参加者による他職員に対するフィードバックセミナーが 12 月 23 日および 27 日に開催された。

番号	対象先	提言	実施状況
(6) - 1)			<p>2011年11月22日に行われた会議にてPNSRは2012年内にHPRCの職員を講師としたTOTを実施し、正常分娩ケアチェックリスト/シートを全国の保健センターに普及予定である。プロジェクトによって作成されたDVDの活用が望まれる。</p> <p>プロジェクトは、指導教材としてDVDおよびビデオテープを作成し、2012年12月に国家5S委員会に引き渡した。その後、国家5S委員会から、PNSRに配布され、活用される予定である。プロジェクトによって作成されたDVDの活用が望まれる。</p>
(6) - 2)		<p>保健省は、国家5S委員会が保健省内関係部局（EPISTAT、INSP等）の協力のもと、プロジェクト終了1年後に事後評価を実施する予定であるが、プロジェクトが行った患者満足度調査の内容を同調査に含めることが望まれる。</p>	<p>国家5S委員会は1年後の事後評価実施を運用規定の1つに含めている。</p> <p>プロジェクトは、患者満足度調査の手順書および電子データCDを作成し国家5S委員3名およびINSP教員1名に配布し、使用方法を指導した。また、集計・分析方法は、手書き版およびPC入力版の2種類を準備し、どちらでも集計・分析ができるように配慮した。</p> <p>プロジェクトは、2111年12月22日付、保健大臣宛レターにて「国家5S委員会を支援し、1年後の患者満足度調査を実施する部門・機関を2012年1月15日までに指名し、JICAブルンジ事務所に報告する」ことを依頼し、了承を得た。</p>
(6) - 3)		<p>上位目標の指標d)「正常分娩が100%、正常分娩ケアチェックリストにより、行われる」に関し、分娩介助に経験を有するスタッフは必ずしもチェックシートによる確認手順が必要ではないため、再検討する必要がある。さらに、正常分娩ケアチェックリスト利用の標準化の状況を計測するため、上位目標の指標として「患者満足度調査の各質問項目に対し、母親からの好意的な回答がXX%に達する」を含めることが望ましい。これらの指標の見直しについては、プロジェクトが終了するまでにJCCにより公式に合意する必要がある。</p>	<p>正常分娩ケアチェックリストは現状に応じて改訂された。保健省はチェックリストのより高い利用を目指すために、目標の100%を保持することが決定された。</p> <p>「患者満足度調査の各質問項目に対し、母親からの好意的な回答が75%に達する」が上位目標の指標e)として追加されたPDM3.1が最終JCCにて承認された。</p>

番号	対象先	提言	実施状況
(6) - 3)			2011年12月13日に開催されたMCHセミナーで、正常分娩ケアチェックリストと患者満足度調査結果の関連性が説明され、患者満足度75%を目指した取り組みが策定された。
(6) - 4)		PDM2.0上の一部の記述内容を、PDM3.0のとおり修正する必要がある。	終了時評価のCCCにて改訂済みである。
(7) - 1)	保健省に対して	プロジェクトの活動のほとんどのマネジメント（例：計画、ワークショップ/研修の企画、モニタリング）は日本側により実施されてきた。これらの活動が継続されるためには、残るプロジェクト期間内にブルンジ側自身の実施・運営能力と主体性を強化することが求められる。	提言に基づくブルンジ側の意識啓発および日本人専門家による活動継続のための運営指導により、ブルンジ側の主体性が強化された。 例：1) 予防メンテナンスワークショップは、HPRCの機材維持管理部のスタッフが中心となって実施された。 2) 最終CCCの発表は、国家5S委員会の議長とともに作成された。 3) HPRCの看護部門主催により、正常分娩ケアチェックリストの改訂および記入率を高めるためのセミナーが開催された。
(7) - 2)		「国家保健開発計画（2011-2015）」の具体的な活動計画として、2012年からの運用が予定されるオペレーショナルプランが策定中である。開発計画の目標である「ヘルスケアの質の改善」の実施手段として、5Sを中心としたプロジェクト活動がオペレーショナルプランに取り込まれることが望まれる。	「国家保健開発計画（2011-2015）」の2012年からの運用が予定されるオペレーショナルプランに、「ヘルスケアの質の改善」の実施手段として、5Sを中心としたプロジェクト活動が取り込まれるように、国家5S委員会がフォローする。
(8)	公衆衛生局長に対して	正常分娩ケアチェックリストの活用状況が、スーパービジョンの実施対象項目に加えられる必要がある。	正常分娩ケアチェックリストの活用状況が5S活動の1つとして、月例スーパービジョンのテーマに加えられている。
(9) - 1)	総資源局長に対して	保健センターにおける機材が維持管理されるために、保健省は必要な人員を州保健局に配置することが望まれる。	保健省は、全国のBPSに機材維持管理の人員配置を承認済みである。最終決定は、予算次第である。
(9) - 2)		国家5S委員会により定められる活動計画が実施されるために、必要な予算が毎年配賦される必要がある。	国家5S委員会は、活動計画の実施に必要な予算確保のフォローを行う。 国家5S委員会は、5S活動の予算が確保された際には、JICA事務所への報告が求められている。

番号	対象先	提言	実施状況
(9) - 3)		医療機材の廃棄並びに医療廃棄物処理は、5S 活動を進める上で大きな課題となっている。関係省庁と協議の上、保健省は同課題に取り組むことが望まれる。	ブルンジ国環境省との協議の結果、本件に関する責任は保健省にあることが確認された。 2008 年 2 月に保健省令により、医療廃棄物の分類、処理方法の概要が規定されていることが確認されたが、現状、保健医療施設で実施には至っていない。 保健省との協議の結果、廃棄の手順は、以下のとおりとなる。1) 医療施設側から保健大臣に医療機材の廃棄依頼レターを提出、2) 保健省にて委員会を結成、3) 委員会により調査を実施し、廃棄手順を決める、4) 手順に基づき、医療施設側が廃棄を行う。 プロジェクトは、PRC 病院長に上記の廃棄手順の説明を行った。今後、病院側が手続に従い、廃棄を進める努力をすることを確認した。
(10) - 1)	国家 5S 委員会に対して	5S 活動を中心としたプロジェクト活動を全国展開するに先立って、国家 5S 委員会は以下の点を考慮すべきである。 1) プロジェクト活動のモニタリング体制を構築する。	CDS-BDS-BPS、及び HPRC における月例報告書が作成され、2012 年 1 月から導入予定である。
(10) - 2)		2) 2011 年 10 月末までに、国家 5S 委員会の活動計画を策定する。	活動計画が策定され、2011 年 12 月の第 1 回国家 5S 委員会において協議され、承認中である。また、2012 年 1 月に第 2 回委員会が開催される予定である。

2-5-3 モニタリングシステム

本プロジェクトの終了時評価（2011 年 10 月実施）で指摘のあった各成果に関連した 5S、医療機材維持管理および助産の 3 つの活動において今後の各活動の持続性の確保を目指し、モニタリング体制の構築を行うこととして、現地での活動が終了する 2011 年 12 月末までの約 2 カ月の間にモニタリング体制強化の専門家を約 1 カ月間、新たに投入した。

本プロジェクトのモニタリング体制の構築にあたっては、ブルンジ保健省指定の既存のモニタリング方式を新たに変更する方法とはせず、追加情報を添付する形式として、継続して報告できるシステム作りを心掛けた。2011 年 12 月 16 に開催された第 1 回国家 5S 委員会で協議された「Planned Monitoring System」を添付する。また個別の報告内容については各成果を参照。

(1) 概要

1) HPRC

各部門で業務改善の中心となる WIT チームの会議が毎月開催され、月報の添付として各活動の状況が報告される。さらに横の連携を目的として各 WIT のチーフ会議も毎月開催され、各部門の WIT チームの活動をモニターすると共に課題を協議する場となる。そして同病院の 5S 委員会が年 4 回開催され、各四半期に WIT チーフ会議で協議された内容が報告され、内容を協議、分析する。

さらにその結果を保健省に設立された国家 5S 委員会に報告、同委員会も年 4 回開催され、保健省内の関係各部署へフィードバックする。

2) CDS

本プロジェクトの CDS におけるモニタリングシステムはあくまでも対象 9 カ所の保健センターのみを対象としたものである。

各 CDS で業務改善の中心となる WIT チームの会議は、2 週間に 1 回開催され、月報の添付として各活動の状況が報告される。各 CDS を統括する北、中央および南の地域事務所 (BDS) では、毎月、運営指導もしくはモニタリング会議を行うと共に BDS における 5S 委員会が毎月開催される。さらに 2 カ月に 1 回、各 BDS が現場の WIT チームのメンバーと会議の場を設ける。

BDS で協議、モニターされた内容を BPS にて、年 4 回開催される 5S 総合会議 (各 BDS および CDS センター長、WIT メンバー参加) で報告、協議する。また BPS では同じく年 4 回 5S 委員会が開催され、内容を分析する。

そして前項同様にその結果を保健省に設立された国家 5S 委員会に報告、同委員会も年 4 回開催され、ブジュンブラ都市部州保健局から報告される内容と共に協議され、保健省内の関係各部署へフィードバックされるシステムである。

(2) 今後

前述のとおり、本プロジェクト終了直前に同モニタリングシステムを構築したため、活動期間中、母子保健セミナーを開催した際、2011 年 9 月から 11 月のデータを利用して演習を行うことができた。しかし、このシステムを本格的に導入することはできておらず、今後のブルンジ側カウンターパート、特に国家 5S 委員会の管理に期待することとなる。

3. プロジェクト実施運営上の工夫、教訓

本プロジェクトの目標は、対象施設においてよりよい運営管理を通じ、妊産婦・新生児に対して心身に負荷がかからないように配慮されたケア（患者中心のケア）を提供し、母子分野のケアの質の改善を目指すものであった。よりよい運営管理を達成するには、まずは医療インフラと言われる施設と医療機材の改善が必要であるが、本プロジェクト開始前後から、対象施設である HPRC の母子部門の一部でベルギーの支援による施設の改築が始まり、一方で母子部門に必要な医療機材は我が国の無償資金協力により、同じく対象施設である CDS も対象として支援がなされた。

このような背景下で開始された本プロジェクトは、医療インフラ整備の次のフェーズとして 5S 活動を中心的な手段と据え、医療従事者の働く場の環境改善と同時に、来院する患者の心身に負担のかからない受診環境を作り出し、更なるよりよい運営管理を目指した。

本プロジェクトの活動を開始するにあたり、5S 活動を理解してもらうための基本セミナーを開催した。5S 活動を定着させるためには、それぞれの施設で全ての従事者が活動に参加する必要がある、特に管理監督を行う運営管理者や 5S 活動のリーダーが模範となって実行しなければ成功しないという点を重視し、リーダーシップの意識改革、強化を強調する形で行った。そのリーダーシップの下に、当初の 5S 活動は、不必要なものを各職場から取り除き、必要なものはいつでも取り出せるようにする、働きやすい環境作りを目指した。誰でも参加できる活動から開始し、医療従事者が自分の働く環境を変えることによって施設に来院する患者にもよい影響を与えるといった意識改革を促した。

さらに医療インフラで重要な医療機材の維持管理については、日常の業務の中で不用品のルール作り、機材使用注意タグの貼り付けなどを行った。さらに我が国が支援した医療機材を継続して長く使用するための予防保守活動と保守作業の標準化を目指してメンテナンスマニュアルの導入を行った。

一方、プロジェクト目標でもある母子分野の強化については、助産技術向上への直接的な支援として各種助産セミナーの実施や、患者中心のケアにつながる人間的ケアを学ぶ機会としてマダガスカル研修を実施し、これらの活動を通して正常分娩チェックリストを完成させた。

この正常分娩チェックリストは、患者中心ケアのコンセプトを取り入れつつ、妊産婦に対する看護師の受け入れ態度を改善し、妊産婦が安心して出産できる環境作りを目指すと共に、正常分娩に対応するために標準化された手順書であり、これまでになかったものを可視化したものである。したがって、まさに 5S を本プロジェクトの中心的な活動のツールとした成果でもあると言える。

3-1 工夫

本プロジェクトを実施する上で工夫した点、また他のプログラム、プロジェクトと連携ができたことでプロジェクト実施上、効果的であった点は次のとおりである。

(1) 言語

ブルンジ国は仏語圏であるが、対象施設に含まれていた保健センターで現場に勤務する看護師の日常会話は、母国語であるキルンジ語が中心であった。したがって本プロジェクトの最初の活動であったプロジェクトの概要説明において、仏語による説明、資料が一部の方々にはわかりにくかったとの報告を受けた。それ以降も仏語だけの説明では理解できないというセミナーもあり、通訳を担当した本プロジェクトチームのローカルスタッフがキルンジ語で通訳し直すという場面もあった。このような背景下で、最も苦労したのが5Sの5つの標語である。Sでは5つの標語が始まらない仏語の代わりに作成されたのがキルンジ語による5Sの翻訳、つまり5Kである。

その結果、本プロジェクト終了時に至って、関係するブルンジ人カウンターパートは5S/5Kを意識することなく使用出来るようになっていた。これは5Sのコンセプトを先方に理解してもらうための工夫といえる。

(2) 他の JICA プログラム/スキームとの連携

5Sのコンセプトを使った意識改革を押し進める難しさの中で、プロジェクト開始前に実施された無償資金協力の機材供与は、ブルンジ側カウンターパートのモチベーション向上につながった。本プロジェクトとほぼ同時期に実施されたAAKCPプログラムに9名の主要カウンターパートが日本を初めとした海外研修に参加し、その後プロジェクトのリーダー的存在として活躍している。

また、マダガスカルにおける母子保健関連の技プロとの連携で、妊産婦に対する人間的ケアの研修を対象施設の医師、看護師（合計12名）が受講した。研修から得た多くの知識をもとに、同研修参加者が中心となって正常分娩ケアチェックリストを策定した。

(3) フィードバックセミナー

本プロジェクトの関係者で海外研修に参加した者は、帰国後の所属先における海外研修フィードバックセミナーの開催を義務付け、各研修で得た知識、経験を他の職員と共有することができるようになった。

3-2 教訓

本プロジェクトを実施する上での教訓、また反省として残すべき点は次のとおりである。

(1) ベースライン調査の期間

本プロジェクトの第1年度活動期間が約2カ月であり、この短い期間に本プロジェクトの概要説明および各成果のベースライン調査が主な活動内容となった。さらにAAKCPの本邦研修が活動

開始の時期に重複したことによって、活動半ばに総括が日本に帰国することとなった。その結果、第一回 CCC の開催も早まり、ベースライン調査を行う期間がかなり短くなった。

(2) 助産関連の投入が少なかったこと

本プロジェクトは、上位目標を初めとして母子保健分野を強化することを目標として計画されたが、他の活動分野と比較して、助産関連の投入や活動が少なかった。また本プロジェクトの対象施設である HPRC と CDS でその活動状況や技術レベルが異なっていたことから、活動の進捗状況に応じて柔軟に対応できる体制作りと投入が不可欠であったと考える。

(3) モニタリングの実施が遅れたこと

本プロジェクト終了後も持続性を向上させるために、カウンターパートとの共同モニタリング体制の構築をプロジェクト開始時から着手することが必要であったと考えられる。

但し、保健省既存のモニタリングやスーパービジョン・システムに織り込むような体制構築の場合には、PDM 上に独立したアウトプットとして設けた方が有効であったかと思われる。

(4) 中間評価および終了時評価の実施の遅れによるレビューの見直しの遅れ

2010 年前半のブルンジ国内の選挙の実施により、日本人専門家の第 3 年次の活動の開始が大幅に遅れ、その結果、中間評価の実施も遅れて、国内にて協議は継続していたものの 5S 活動と母子保健の繋がりが明確でなく、5S 活動を中心としたプロジェクト展開となった。

その後、中間評価により課題が明らかにされたが、モニタリングの実施を含め、軌道修正が、より早期の時点で行われることができればより効果的であったと考えられる。さらに、終了時評価の提言に対して、結果として、その後の活動、協議期間に 2 カ月しかなく、十分な期間が確保されることが望まれる。

なお、中間評価および終了時評価の時点で、日本側、ブルンジ側との協議の際に言語を英語一部使用したことが、結果として各提言などへのブルンジ側のカウンターパートの一部の理解不足につながり、再度、後日フィードバックセミナーを改めて行うこととなるなった。ブルンジ側からも口頭で指摘を受けるなどしたため、教訓として残しておく。

(5) 長期滞在スタッフの不在

ブルンジ国内における定期的な会議参加や現地の動向把握が可能なように、プロジェクト期間を通して専門家/業務調整が滞在する体制が有効であると考えられる。選挙期間中に現地スタッフが活動を継続できたように、日本人専門家が不在の場合でも現地雇用スタッフが継続して業務を遂行できるような体制が望まれる。

4. 提言

4-1 モニタリング体制

本プロジェクト終了後の持続性確保のために、国家 5S 委員会主導により、以下のモニタリング体制の実施が必要である。

(1) 月例報告書別添の導入

2012 年 1 月 (2011 年 12 月分) から対象 CDS および HPRC の産科、新生児ケアに関連した部門において、従来、保健施設として提出が義務付けられている月例報告書の他に本プロジェクトに関連した内容が記載された別添報告書の添付による提出および各 5S 委員会による四半期報告書に集約・分析が実施されることが必要である。

(2) 各レベルにおける 5S 委員会の定期開催¹

各 5S 委員会で決められた頻度に基づいて各レベルの 5S 委員会が開催され、モニタリング報告書の分析を行い、現状の課題について話し合うことが必要である。また、各 5S 委員会の議事録が定期的に JICA ブルンジフィールドオフィスに提出されることが求められる。

(3) モニタリングのスーパービジョン・システム

プロジェクト活動の継続が図られるように既存のスーパービジョン・システムに 5S 活動を初めとした各活動の全てを含めることを徹底することが必要である²。スーパービジョンの結果は、市保健局の定例会議や 5S 委員会で共有されることが望まれる。

(4) フィードバック

各レベルでの 5S 委員会における分析結果が、スーパーバイザーや WIT メンバーを通じて、保健センターや PRC 病院の各科にフィードバックされることが推奨される。

(5) 母子保健委員会の位置付けの確認

第一回国家 5S 委員会で提議された様に、母子保健委員会の存続について再検討が必要である。国家 5S 委員会および HPRC・州保健局の 5S 委員会に統合するか、あるいは継続する場合は母子保健委員会の活動内容を明確にし、必要に応じてメンバーの一部見直しが推奨される。

¹ 各レベルとは、保健省（国家レベル）、州保健局、市保健局、並びに PRC 病院における 4 レベルの 5S 委員会を称する。

² 継続した活動とは、5S 活動、予防メンテナンス、母子保健活動の全てを推進する WIT 会議開催も含む。

(6) 保健省プログラムへの反映

国家 5S 委員会による四半期モニタリング報告書の分析の結果、必要に応じて保健省の関連部局に提言を行い、5S 活動をサービスの質向上の方策として保健省プログラムに反映することが望まれる。

4-2 上位目標に向けて

(1) 正常分娩チェックシート利用率

正常分娩チェックシート改訂版が 2012 年 1 月 1 日に導入され、全ての妊産婦のカルテに添付されることにより、利用率の向上が期待されている。月例報告書別添のモニタリングを通して 3 年後の 100%利用率を目指した取り組みの策定・実施が必要である。

(2) 正常分娩ケア実施の標準化

患者満足度調査の各項目に対する母親からの好意的な回答が 75%に到達するためには、2012 年 12 月に開催された母子保健セミナーで、「説明する・話しかける・助ける・励ます」という保健スタッフの態度改善が必要であることが確認された。そのため、①スタッフ会議で通達する②母子保健のフィードバックセミナーを各施設で開催する③正常分娩ケアチェックリスト/シートの利用を徹底すること、が決定された。これらの取り組みを実施するとともに、保健省が 1 年後に実施予定の事後評価時に再確認し、上位目標達成に向けた残り 2 年間での取り組みを再検討することが求められている。

(3) リファラル体制の強化

PBF では、CDS から病院への移送が推奨されている。月例報告書別添の報告書に基づき、妊娠合併症によるリファラルの現状を把握し、CDS と病院間のさらなる連携強化が望まれる。

(4) 3 年後の上位目標達成にむけた保健省による事後評価

ブルンジ保健省による 1 年後の事後評価実施のため予算確保が必要である。プロジェクトの進捗状況を確認し、上位目標達成に向けた必要な取り組みがなされることが望まれる。特に、事後評価に含まれる患者満足度調査の結果に基づいて、正常分娩ケアの標準化にむけた方針の再検討が求められている。4-2-2 参照。

4-3 今後の展開

(1) 国家 5S 委員会の予算確保

国家 5S 委員会へは、その活動計画が確実に実施可能となるように十分な予算確保が必要である。予算が確保された際には、JICA 事務所への報告が求められている。

(2) 国家保健開発計画(2011-2015)の実実施計画

国家 5S 委員会は、国家保健開発計画の実実施計画に 5S を中心としたプロジェクト活動が「ヘス

ルケアの質の改善」手段として織り込まれているか、フォローする必要がある。

(3) 正常分娩チェックリスト/シートと DVD の全国普及

2012年より、PNSRが正常分娩チェックリスト/シートの全国普及を予定しているが、その研修にともなう予算確保が必要である。同時に、プロジェクトが作成したDVDの利用・配給が推奨される。

(4) 5S活動の全国普及

5S活動の全国展開に向けて、国家5S委員会が中心となって、本プロジェクト対象施設の職員をトレーナーとして位置づけるとともに、対象施設職員にパイロットプロジェクトのモデルスタッフとした意識付けが求められている。

(5) PBFと5Sの連携

2012年より、再度PBFの評価方法が改訂され、これまで以上に臨床により重点が置かれるようになるとのことである。したがって、正常分娩チェックリスト/シートの全国に普及され、将来的にチェックリスト/シートをPBFの視点に含める可能性について検討することが推奨される。

添付資料

1. 投入実績

1) 専門家派遣実績

氏名	指導分野	派遣期間	日数	MM	業務概要等
阿部 一博	総括/施設運営管理	2009.1.31~2009.3.13	42	1.40	総括/施設運営管理。成果1のリーダーシップ強化を担当。
		2009.5.14~2009.6.12	30	1.00	
		2009.7.24~2009.8.22	30	1.00	
		2009.11.4~2009.12.16	43	1.43	
		2010.1.22~2010.3.2	40	1.33	
		2010.10.23~2010.11.12	21	0.70	
		2011.1.29~2011.2.25	28	0.93	
		2011.4.11~2011.5.15	35	1.17	
		2011.6.19~2011.7.17	29	0.97	
		2011.9.19~2011.10.23	35	1.17	
		2011.11.8~2011.12.11	34	1.13	
小計	367	12.23			
田制 弘	業務改善/5S活動	2009.1.31~2009.3.21	50	1.67	業務改善/5S活動。成果2の5活動によるケア環境の改善を担当。
		2009.6.6~2009.9.6	93	3.10	
		2009.10.31~2009.12.16	47	1.57	
		2010.1.17~2010.3.4	38	1.27	
		(2.8~2.16一時帰国)			
		2010.8.23~2010.10.28	67	2.23	
		2010.11.20~2010.12.24	35	1.17	
		2011.1.21~2011.3.13	52	1.73	
		2011.5.18~2011.9.15	79	2.63	
		(6.1~7.12一時帰国)			
2011.11.18~2011.12.29	42	1.40			
小計	503	16.77			
吉川 徹	業務改善/安全管理	2009.8.2~2009.8.18	17	0.57	業務改善/安全管理。成果2の5活動によるケア環境の改善を担当。
		2010.2.6~2010.2.20	15	0.50	
		2010.9.18~2010.9.26	9	0.30	
		2011.1.30~2011.2.13	15	0.50	
		2011.7.29~2011.8.11	14	0.47	
小計	70	2.34			
三室 直樹	機材維持管理	2009.1.31~2009.3.21	38	1.27	機材維持管理の担当者として予防保守の指導を担当。
		(2.21~3.4一時帰国)			
		2009.7.15~2009.9.6	54	1.80	
		2009.10.21~2009.12.16	57	1.90	
		2010.1.17~2010.3.2	45	1.50	
		2010.11.2~2011.12.16	45	1.50	
		2011.1.12~2011.3.7	55	1.83	
		2011.5.11~2011.6.16	37	1.23	
		2011.8.22~2011.10.7	47	1.57	
		2011.10.28~2011.12.26	60	2.00	
小計	438	14.6			
喜多 悦子	地域看護	2009.3.12~2009.3.20	9	0.3	
小計	9	0.3			
阿部 千春	保健調査	2009.2.19~2009.3.21	31	1.03	保健調査担当。本プロジェクトのベースライン調査、エンドライン調査を担当。
		2009.5.14~2009.6.12	30	1.00	
		2011.9.12~2011.9.27	16	0.53	
小計	77	2.56			
関 育子	助産指導1	2009.5.14~2009.6.5	23	0.77	助産指導担当。各種助産セミナーおよび正常分娩チェックリストを作成。
		2009.10.6~2009.10.26	21	0.70	
		2010.8.30~2010.10.2	34	1.13	
		2011.1.21~2011.2.15	26	0.87	
		2011.5.30~2011.6.13	15	0.50	
		2011.8.29~2011.9.23	26	0.87	
		2011.11.8~2011.11.28	21	0.70	
小計	166	5.54			
石山 さゆり	助産指導2	2009.10.6~2009.10.26	21	0.70	助産指導担当。助産セミナーを担当。
小計	21	0.70			
中島 真	業務調整	2009.1.31~2009.3.21	50	1.67	業務調整担当。
		小計	50	1.67	
水流 晶子	業務調整/IEC	2009.6.6~2009.6.25	20	0.67	業務調整およびIEC担当。助産DVDを作成。
		(IEC活動4日間含む)			
		2009.8.2~2009.9.1	31	1.03	
		(IEC活動5日含む)			
		2009.10.8~2009.10.25	18	0.60	
		2010.11.20~2010.12.19	30	1.00	
		(IEC活動15日含む)			
		2011.2.7~2011.4.4	57	1.90	
(IEC活動15日含む)					
小計	156	5.20			
飯島 一徳	業務調整	2011.9.19~2011.10.18	30	1.00	業務調整担当。
		2011.11.27~2011.12.26	30	1.00	
		小計	60	2.00	
井関 ふみこ	モニタリング体制強化	2011.11.18~2011.12.19	32	1.07	終了時評価後のモニタリング強化を担当。
		小計	32	1.07	

2) 研修員受入実績

	氏名	受入期間	研修分野名	研修内容及び受入機関	当時の役職	現在の役職
1	Mr.BARAMBONERANYE Cyprien	2009 9.2 - 9.18	5S業務改善	リーダーシップ、飯塚病院	保健省資源総局長	官房長官アドバイザー
2	Dr. NDUWARUGIRA Jean Bosco	2009 9.2 - 9.18	5S業務改善	リーダーシップ、飯塚病院	HPRC診療課副院長	同左
3	Mrs. NAHIMANA Gaudence	2009 11.27 - 12.8	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	HPRC副総師長	同左
4	Mrs. NTAONAYIGIZE SPES	2009 11.27 - 12.8	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	HPRC婦人課長	同左
5	Mrs. NDAYISENGA Péline	2009 11.27 - 12.8	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	Kamenge保健センター長	カメンゲ保健センター副長
6	Mrs. MIRARE Jacqueline	2009 11.27 - 12.8	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	Kanyosha保健センター長	同左
7	Dr. NDAYIKUNDA Chloé	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	HPRC産婦人科部長	同左
8	Sis. NIYONZIMA Léoncie	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	HPRC産課長	同左
9	Mrs. MISAGO Euphrasie	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	Mutakura保健センター長	同左
10	Mrs. ASSUMANI Mariam	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	Buterere保健センター長	同左
11	Mrs. HABONIMANA Françoise	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	Musaga保健センター長	同左
12	Mrs. KAYABAGA Pélégie	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	Ruziba保健センター長	同左
13	Mrs. NDUWIMANA Oda	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	Bwiza-Jabe保健センター長	同左
14	Mrs. NAHIMANA Jeanne-Marie	2010 12.4 - 12.17	母子保健	助産ケア マダガスカル、マジュンガ母子センター	国立公衆衛生院(INSP)講師	同左
15	Mr. Déo Niyonkuru	2011 7.15 - 8.30	維持管理	医療器材維持管理	HPRC維持管理部技術者	同左

AAKCP関連研修

1	Dr. KAMANA Jean	2009 3.15 - 3.26	AAKCP導入セミナー	リーダーシップ、スリランカ保健省	保健省アドバイザー	PBFコーディネーター
2	Dr. NTAWURISHIRA Thérénce	2009 3.15 - 3.26	AAKCP導入セミナー	リーダーシップ、スリランカ保健省	フランス・レジャン・シャルル病院(HPRC)院長	同左
3	Dr. NDAYONGEJE Pascal	2009 8.15 - 8.27	AAKCPフィールドワーク ショップ	5S活動、スリランカ保健省	ブジュンブラ都市部州保健局長	同左
4	Mrs. BUKURU Marie	2009 8.15 - 8.27	AAKCPフィールドワーク ショップ	5S活動、スリランカ保健省	HPRC総師長	同左
5	Mrs. KABARENZI Chantal	2009 8.15 - 8.27	AAKCPフィールドワーク ショップ	5S活動、スリランカ保健省	HPRC新生児課長	同左
6	Dr. NDAYONGEJE Pascal	2010 10.25 - 10.29	AAKCPファイナルセミナー	リーダーシップ モロッコ保健省	ブジュンブラ都市部州保健局長	同左
7	Dr. NUWARUGIRA Jean Bosco	2010 10.25 - 10.29	AAKCPファイナルセミナー	リーダーシップ モロッコ保健省	HPRC診療課副院長	同左
8	Mr.BARAMBONERANYE Cyprien	2011 1.24 - 1.30	AAKCPグローバルフォーラム	JICA	保健省大臣アドバイザー	同左
9	Dr. NTAWURISHIRA Thérénce	2011 1.24 - 1.30	AAKCPグローバルフォーラム	JICA	フランス・レジャン・シャルル病院(HPRC)院長	同左

その他の研修

1	Mr. NZEYIMANA Dieudonné	2010 10.3 - 12.15	維持管理	医療器材維持管理	HPRC維持管理責任者	同左
2	Mrs. RIGI Gaudiose	2011 6.7 - 7.16	母子保健	母子保健サービスの質向上 国際医療センター	HPRC産科看護師	同左
3	Mr.BARAMBONERANYE Cyprien	2011 8.29 - 9.16	5S-KAIZEN-TQM	TQM、JICA東京、スリランカ保健省	保健省大臣アドバイザー	同左
4	Mrs. BUKURU Marie	2011 8.29 - 9.16	5S-KAIZEN-TQM	TQM、JICA東京、スリランカ保健省	HPRC看護部長	同左

3) 供与機材実績

機材供与及び利用状況(2万円以上の機材)

①供与機材費

現地到着時期	研修確認日	機材名	規格 (メーカー名・型式)	保管(利用)場所	稼働状況	非稼働の場合はいつからか及びそ
2009/3/25	2009/3/25	車輛(4WD)	TOYOTA Land Cruiser PRADO Plate No.: C092A IT (IT-0902)	JICAブルンジ事務所駐車場	稼働	
2009/3/3	2009/3/3	ラップトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/3	2009/3/3	ラップトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/3	2009/3/3	ラップトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/3	2009/3/3	ラップトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み)	Dell Inspiron 1318 (McAfee 8.0.i)	PRC病院内プロジェクトオフィス	なし	盗難 (2009/11/8)
2009/3/11	2009/3/11	デスクトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み) (UPS付き)	HP COMPAQ (McAfee 8.0.i)(Onduleura APC Back UPS 650VA)	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/11	2009/3/11	デスクトップコンピューター (ウイルス対策ソフト込み) (UPS付き)	HP COMPAQ (McAfee 8.0.i)(Onduleura APC Back UPS 650VA)	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/11	2009/3/11	白黒プリンター	HP LASERJET P2015	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/11	2009/3/11	プロジェクタ	ACER Vidéo Projecteur	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/13	2009/3/13	カラープリンター	HP LASERJET 2600	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/13	2009/3/13	エアコン	(SONASHI, SSA-18000) 18000BTU with installation	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/16	2009/3/16	プロジェクタ用スクリーン	(Anchor, YM509204) Screen for Projector	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/19	2009/3/19	コピー機(白黒)	CANON IR 2018	保健省内プロジェクトオフィス	稼働	
2009/3/19	2009/3/19	コピー機(白黒)	CANON IR 2018	PRC病院内プロジェクトオフィス	稼働	

4) 現地業務費実績

日本円

	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期	合計
2008年度	—	—	—	1,815,835	1,815,835
2009年度	714,028	1,203,128	1,944,057	5,263,293	9,124,505
2010年度	0	1,071,232	2,906,869	2,988,986	6,967,088
2011年度	1,063,646	2,473,904	4,532,450	0	8,070,000
合計	1,777,674	4,748,264	9,383,376	10,068,114	25,977,428

ブルンジフラン

	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期	合計
2008年度	—	—	—	22,502,783	22,502,783
2009年度	8,868,058	15,351,699	26,502,214	70,508,546	121,230,516
2010年度	0	15,150,652	42,216,342	37,117,240	94,484,233
2011年度	15,780,240	38,724,850	71,826,519	0	126,331,609
合計	24,648,298	69,227,201	140,545,074	130,128,568	364,549,140

2. PDM の変遷

2009年2月のプロジェクト開始後にPDMの和文および仏文の内容に齟齬があることが判明し、内容を再検討した結果、和文のPDMの内容に従い、仏文のPDMを訂正することとなった。直ちに本プロジェクト関係者の内容確認を得て、仏文のPDMの内容を訂正し、訂正したPDMをそれぞれVersion1.1とし、2010年3月2日に開催された第3回合同調整委員会にて確認した。

その後、2010年4月以降、ブルンジ国内で選挙が開始されたのを受けて、現地での日本人専門家の活動ができない期間、日本国内において数回に渡り、JICA本部とPDMの内容、特に助産関連（成果4）に関する指標について協議を行った。しかし、合意に至らず、第3年次が開始され、約6カ月後に実施された2011年2月24日の中間評価時にPDMの内容が協議され、その時点で開催された第4回合同調整委員会でPDMのVersion2.0が作成され、承認された。なお、英文のPDMについて、プロジェクト開始時から和文および仏文を使用して活動していたために2011年2月の中間評価時で英文を作成するよう指示があるまでは、一切使用していなかった。その後、2011年10月に終了時評価が実施され、上位目標およびプロジェクト目標の外部条件を訂正してVersion3.0を策定した。

なお、本プロジェクトが終了する直前の2011年12月2日に開催された第6回合同調整委員会にて、添付のPDM Version 3.1が最終版として承認された。なお、Version1.0から最終のVersion3.1までの変遷は次のとおりである。次項に和文版Version 3.1を添付する。

Version	承認日	変更・追加内容
1.1	2010年3月2日/第3回合同調整委員会	・和文PDMの内容に従った仏文PDMの10カ所の文章の訂正
2.0	2011年2月24日/第4回合同調整委員会	・スーパーゴールを添付資料に移動 ・患者中心のケアの定義策定 ・上位目標、プロジェクト目標の指標の変更 ・成果1, 2および4の指標、データ入手手段の変更
3.0	2011年10月4日/第5回合同調整委員会	・①上位目標の達成期限（プロジェクト終了後2年後→3年後）、②外部条件のレベル（スーパーゴール及び上位目標達成に必要な外部条件→上位目標及びプロジェクト目標達成に必要な外部条件のレベルに下げる）
3.1	2011年12月2日/第6回合同調整委員会	・以下の上位目標「指標」を追加 e)患者満足度調査の各質問項目に対し、母親からの好意的な回答が75%に達する。 ・以下の上位目標「指標の入手方法」を追加 d)月例報告書のAnnex e)患者満足度調査

PDM3.1 Dec 2011 (第6回 JCC)

プロジェクト名: ブルンジ国ブジュンブラ市母子保健向上を目的とした保健施設能力強化プロジェクト
 協力期間: 3年
 プロジェクトサイト: ブジュンブラ市
 実施機関: 保健省・公衆衛生総局、資源総局、ブジュンブラ市保健局、プランス・レジャン・シャルル (PRC) 病院、ブジュンブラ市保健センター(9箇所)
 ターゲットグループ: PRC 病院(全職員)、ブジュンブラ市保健センター(全職員)
 最終裨益者: PRC 病院と市保健センターのキャッチメントエリアに居住する妊産婦および新生児

プロジェクトの要約	指標	指標のデータ 入手手段	外部条件
[上位目標] (3年後、2014年) PRC 病院と対象保健センターにおいて、妊産婦・新生児ケアの質が改善する。	a) 対象保健センターの分娩件数が増加する。 b) 対象保健センターで産前産後の妊産婦検診数が増加する。 c) 保健医療施設から妊娠合併症によりリファーされる妊婦数が増える。 d) 正常分娩が100%、正常分娩ケアチェックリスト(normal delivery care checklist)により、行われる。 e) 患者満足度調査の各質問項目に対し、母親からの好意的な回答が75%に達する。	a), b), c) 施設内の観察 分娩件数の記録 施設内分娩室のスタッフへのインタビュー調査 d) 月例報告書の Annex e) 患者満足度調査	
[プロジェクト目標] (プロジェクト開始後3年後、2011年あたり) 対象保健施設のより良い運営管理のもとで、患者中心の妊産婦・新生児ケアが実践される (患者中心のケアの定義) 「家族の立会いなど患者にとって安心して心身の負荷が低減されるよう配慮されたケア」と定義	a) 対象施設の業務環境が改善される。(全ての対象施設の5S活動進捗評価モニタリングシートの平均点が60%を超える) b) 対象施設で出産した産婦のうち、「分娩中に看護スタッフから十分・適切にケアを受けた」と回答した産婦が正常分娩ケアチェックリスト導入後、増加する。 c) 全ての対象施設でPBF (Performance Based Finance) の産科婦人科部門での評価点が増える。	a) 5S 活動進捗評価モニタリングシートの結果 b) 対象施設利用者である妊産婦へのインタビュー調査 c) PBF 評価レポート	・政府が、5歳未満児・妊産婦ケア費助成政策を継続する。

[成果]	指標	指標のデータ入手手段	外部条件
(1) 対象保健施設において、トップ管理職、中間管理職員(院長・センター長、診療科長、看護師長など)のリーダーシップが強化される。	1-a) 5S 委員会が PRC 病院と州保健局に配置に配置される。 1-b) 対象施設に 5S 実施活動チームが配置される(開始後 8 ヶ月以内) 1-c) 対象施設に品質管理ポリシーが掲示される(開始後 12 ヶ月以内) 1-d) WIT の活動レポートが毎月作成される。	1-a), b) 事業進捗報告書 関係者インタビュー 1-c) 施設内視察 1-d) 各施設における WIT レポート(月報)	<ul style="list-style-type: none"> ・PRC 病院と対象保健センターに適切な人材配置・確保がなされる ・妊産婦数・乳幼児数が、予測を超えるほどに、極端に増加しない
(2) 各施設長のリーダーシップにより、現場スタッフの 5S 活動をとおして、妊産婦・新生児ケアの業務環境が改善される(注1)	対象施設で以下の 5S 活動が WIT によって実施される (モニタリング記録) 1) 危険物・医療廃棄物の分別ルールが策定され、分別される。 2) 対象部門の物品保管方法がルール化され、実施される。 3) 患者用待合椅子が適切な場所に設置され、活用される。	2-a) 5S 活動記録 事業進捗報告書 施設内の観察 組織分析調査結果 関係者インタビュー 質問紙調査	<ul style="list-style-type: none"> ・PRC 病院、対象保健センターにおける、機材の維持管理、修理、部品調達予算現状が悪化しない。
(3) 対象施設において、機材の予防メンテナンスが、保健医療従事者全員参加により、継続的に行われる。	3-a) 対象施設において、機材使用注意タグが、医療機材に添付される (日本の無償協力案件完了後、3 ヶ月以内) 3-b) 対象施設において、医療機材が設置された部屋に予防メンテナンスシートが掲示され、使用后処理・稼動可能状況が記録・管理される。(機材使用注意タグが添付されて 6 ヶ月以内)	3-a) 機器観察 3-b) モニタリング記録 関係者インタビュー 事業進捗報告書	
(4) 看護・助産スタッフの妊産婦・新生児ケアにかかわる技術・知識が強化される	4-a) 技術研修生の全員がポスト・テストで 50%以上を獲得する。 4-b) 対象施設で助産研修を受けたスタッフが 100 名を超える。 4-c) マダガスカル国外技術研修で得られた知識を踏まえて、正常分娩ケアチェックリストが作成される。 4-d) 業務従事者のケア行為に対する意識・態度が変化する。	4-a) ポストテスト結果 4-b) 事業進捗報告書 4-c) 分娩期チェックリスト 4-d) インタビュー調査	

注1：5S とは病院における 1) 整理、2) 整頓、3) 清掃、4) 清潔、5) しつけ、を通じた業務環境改善のためのマネジメント手法である。

[活動]	[投入]		外部条件
<p>【成果 1: 管理職のリーダーシップ能力育成】</p> <p>1.1 対象施設における各管理職の業務内容、業務実績を確認する</p> <p>1.2 リーダーシップ研修(TQM 研修、5S 研修)を行う(巡回型国内研修)</p> <p>1.3 5S 委員会を構成する</p> <p>1.4 各施設において研修技術の実践状況をモニターする</p> <p>1.5 病院・保健センター間の情報交換が行われる(リファラルケースなどについて)</p> <p>【成果 2: 5S 活動によるケア環境の改善】</p> <p>2.1 5S のモニタリングシートを用いた業務環境の現状調査を実施する(写真撮影、現場職員への業務環境に関する質問表調査)</p> <p>2.2 5S 研修を実施する(巡回型国内研修)</p> <p>2.3 5S 活動を実施する</p> <p>2.4 各施設において 5S 実践状況をモニターする</p> <p>【成果 3: 機材・器具の予防メンテナンス能力の育成】</p> <p>3.1 対象施設の機材・器具の管理状況进行调查する</p> <p>3.2 対象施設の関係職員を対象として予防的機材維持管理指導・研修を行う(巡回型国内研修、国外研修)</p> <p>3.3 機器使用注意タグを作成し、機材に添付する</p> <p>3.4 機材維持管理マニュアル、チェックシートを更新する</p> <p>3.5 機材購入・部品調達方法を調査し、取引先一覧を含む機材部品調達手順書を作成する</p> <p>3.6 施設において、機材維持管理状況をモニターする</p> <p>【成果 4: 妊産婦ケア従事者の能力育成】</p> <p>4.1 妊産婦に満足度調査を実施する</p> <p>4.2 対象施設の看護師・助産師に技術研修を実施する(巡回型国内研修、国外研修)</p> <p>4.3 産科ケア状況をモニターする</p> <p>4.4 対象施設を利用する妊産婦への満足度調査を含む、活動のインパクト調査を実施する</p>	<p>【日本/JICA 側】</p> <p>(1)人材</p> <p>【日本人専門家】</p> <p>1) 総括/施設運営管理</p> <p>2) 業務改善/5S 活動</p> <p>3) 業務改善/安全管理</p> <p>4) 医療機材維持管理</p> <p>5) 地域看護</p> <p>6) 保健調査</p> <p>7) 助産指導</p> <p>(2) 本邦・第三国研修実施・経費 (以下分野)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院管理 ・母子保健サービス <p>(3) 機材供与(小規模)事務機器</p> <p>(4) 以下経費</p> <ul style="list-style-type: none"> - 文書・広報ツール作成費(コピー費、印刷費含む) - セミナー、ワークショップ実施(参加者交通費含む) - 調査実施、など 	<p>【ブルンジ側】</p> <p>(1) 人材</p> <p>1) プロジェクトコーディネータ(保健省大臣官房アドバイザー)</p> <p>2) プロジェクトダイレクタ(保健省公衆衛生総局長補佐)</p> <p>3) ブジュンブラ都市部州保健局</p> <p>4) ブジュンブラ市内3地域保健事務所</p> <p>5) PRC 病院</p> <p>6) 対象の保健センター(9 箇所)</p> <p>(2) 以下経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ブルンジ側各人材給与(各組織負担) ・合同調整委員会(CCC)出席のための交通費・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 ・保健省内における日本人専門家執務室(電話等通信インフラを含む) 	<ul style="list-style-type: none"> ・技術研修を受けた職員が、施設の従事者として勤務を継続する ・プロジェクト活動の従事者の欠勤率が極端に増加しない ・プロジェクトサイトにおいて、活動を妨げるほどの治安悪化が発生しない <p>[前提条件]</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業開始が可能な治安の安定

3. 合同調整委員会開催記録

2009年2月より現地にて活動を開始し、以下に述べる期日で合計6回の合同調整委員会の開催を支援した。各議事録の記録は、巻末に添付する。

第1回	2009年3月11日(水)	午前9時30分～午前11時00分
第2回	2009年8月18日(火)	午後3時09分～午後5時00分
第3回	2010年3月2日(火)	午後3時30分～午後5時20分
第4回	2011年2月24日(火)	午前9時50分～午前11時45分
第5回	2011年10月4日(火)	午前9時40分～午前11時25分
第6回	2011年12月2日(金)	午前10時00分～午後12時30分

4. その他

- 1) モニタリングシステム
- 2) 満足度調査手順書
- 3) 成果品リスト

1) モニタリングシステム

Planned Monitoring System

Seiri Seiton Seiso Seiketsu Shitsuke

Ibikorwa vya 5S=5K



Kwangura
Kutondekanya
Kubungabunga
Kumenyera
Kwamizako

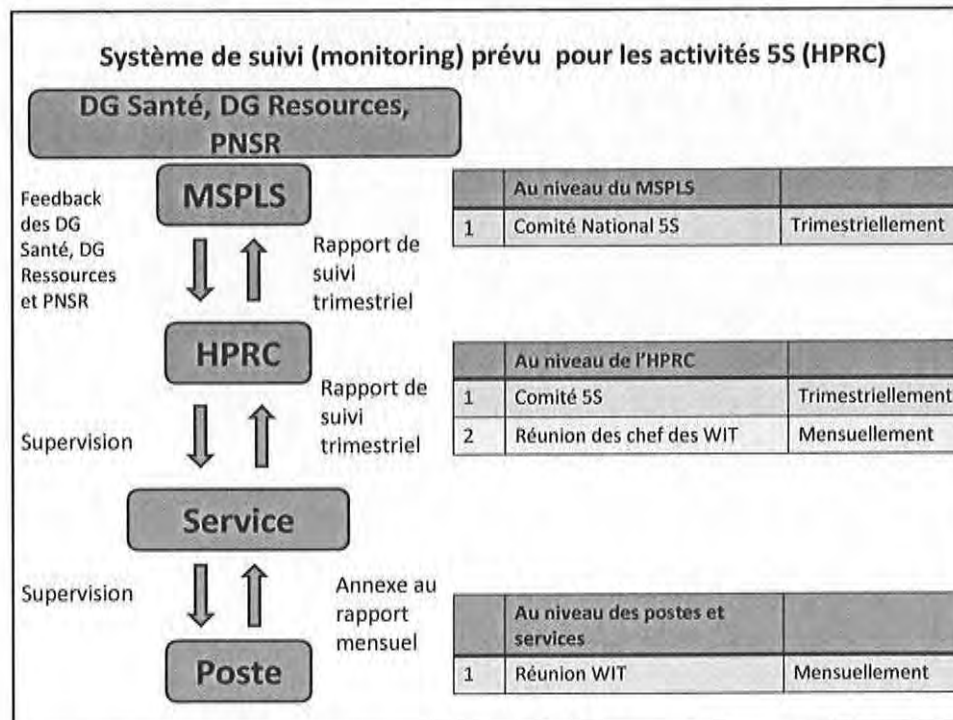
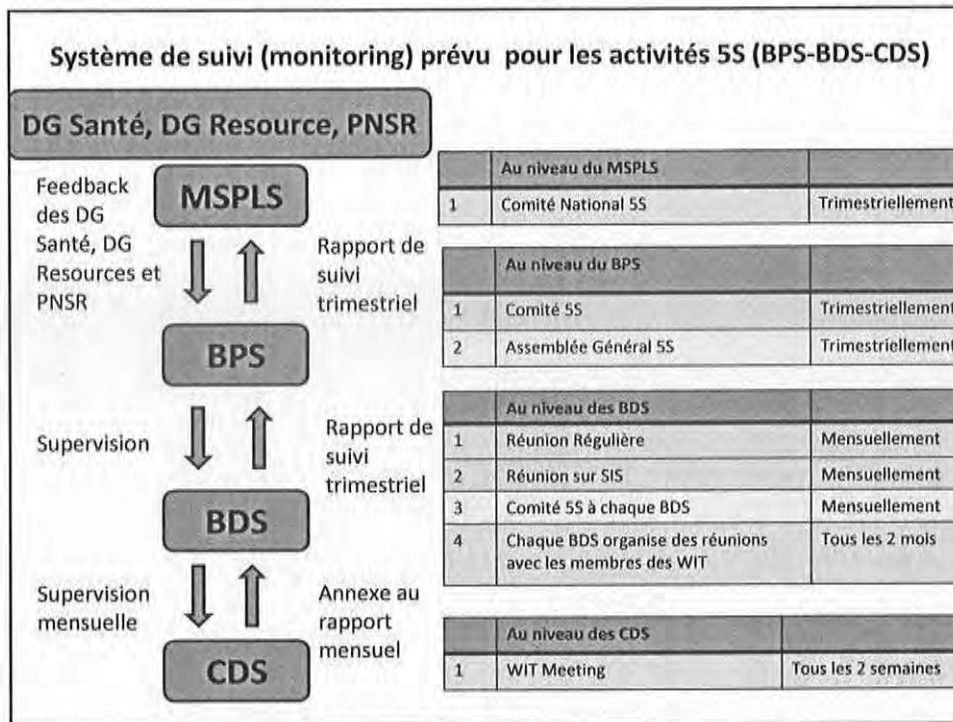
JICA, Equipe du Projet

Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et des Centres de Santé Publics de la Mairie de Bujumbura en vue de l'Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile,

Content

1. Monitoring Channel
2. TOR of Each Committee and Meeting
3. Planned Monitoring System
 - (1) Brief explanation
 - (2) According to PDM
4. Annex of Monthly Report (2012)
 - (1) CDS
 - (2) HPRC
5. Quarterly Monitoring Report (2012)
 - (1) CDS
 - (2) HPRC
6. Revised Normal Delivery Care Checksheet
 - (1) Revised Normal Delivery Care Checksheet
 - (2) Relation with Patient Satisfactory Survey

1. Monitoring Channel



1. Monitoring Channel

Objective of Monitoring (collecting data)

- To analyze the progress of and to assess the continuation of 5S activities
- To prepare for the ex-post evaluation based on indicators of PDM 3.1
 - At the time of ex-post evaluation which is to be conducted by MOPH in 1 year, to assess the level of impact whether targeted indicators of Overall Goal are achievable in next 2 years.
- To establish a model of monitoring system for 5S activities when disseminating 5S to other regions.

PDM version 3.1			
Matrice de la conception du projet PDM Ver.3.1 (Octobre 2011)		Date de formulation: le 2 Décembre 2011	
Titre : Le Projet de Renforcement des Capacités de l'Hôpital Prince Régent Charles et des Centres de Santé Publiques en matière de Bujumbura en vue de l'amélioration de la santé maternelle et infantile.			
Période : 3 ans Lieu du projet : Ville de Bujumbura, Organisation d'exécution : La Direction Générale de la Santé Publique, MSP, la Direction Générale des Ressources, MSP, Le Bureau Provincial de Santé de Bujumbura, L'Hôpital Prince Régent Charles, Neuf Centres de Santé Publique			
Groupes cibles : L'Hôpital Prince Régent Charles (tout le personnel), Neuf centres de santé publique cibles (tout le personnel)			
Bénéficiaires : Les femmes et les nouveaux-nés dans les lieux couverts par l'Hôpital Prince Régent Charles et les neuf centres de santé.			
Résumé narratif du projet	Indicateurs	Moyens de vérification	Conditions extérieures
<p>[Objectif global] (Sans après, 2014) La qualité des services maternels et néonataux est améliorée aux structures ciblées*</p> <p>* Structures ciblées: trois services (gynécologie, obstétrique et néonatalogie) de l'HPRC et 9 centres de santé</p>	<p>[dans l'HPRC et les centres de santé cibles]</p> <p>a) Le nombre de accouchements dans les centres de santé cibles augmente.</p> <p>b) Le nombre de bénéficiaires des consultations prénatales et postnatales dans tous les centres de santé cibles augmente.</p> <p>c) Le nombre de cas avec complication obstétricale référés aux hôpitaux par les centres de santé cibles augmente.</p> <p>d) 100% d'accouchements normaux sont pratiqués en se basant « la checklist de soin durant un accouchement normal ».</p> <p>e) Le taux de réponses positives de chaque répondant (les mères) dans l'enquête sur la satisfaction des patientes est fixé à 75%.</p>	<p>a), b), c)</p> <p>Résultat du monitoring des points à examiner.</p> <p>Interview des personnes concernées.</p> <p>d) Annexe au rapport mensuel</p> <p>e) L'enquête sur la satisfaction des patientes</p>	
<p>[Objectif du projet] (Sans après le démarrage du projet, à 2011) Les soins centrés sur les patients sont réalisés sous la gestion améliorée pour les femmes enceintes, accouchées et les nouveaux-nés dans les structures ciblées. (Soins axés sur les patients)</p> <p>Dans ce projet, « soins centrés sur les patients » est défini comme la prise en charge qui se concentre beaucoup sur le consensus de la tranquillité d'esprit et d'atténuer la charge à la fois mentale et physique pour les patients.</p>	<p>a) L'investissement de travail dans les structures ciblées est amélioré (Le score moyen du « Contrôle et d'Évaluation d'Avancement des Activités de 5s et évaluation de la progression de l'activité 5s » dans tous les structures cibles dépasse 100%)</p> <p>b) Le nombre de mères qui donne des réponses positives d'être pleinement avisées par le personnel de santé et la famille tout au long de leur processus d'accouchements augmente, après que la checklist de soin durant un accouchement normal soit introduit.</p> <p>c) Les scores PFI (financement basé sur la performance) sur les services de maternité/obstétrique dans toutes les structures cibles augmente.</p>	<p>a) Contrôle et l'Évaluation d'Avancement des Activités de 5s et évaluation de la progression de l'activité 5S</p> <p>b) Interview avec les femmes enceintes qui utilisent les structures cibles</p> <p>c) Rapport de PFI</p>	<p>Le gouvernement du Burundi continue son programme de soins gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.</p>

1. Monitoring Channel

Data to be collected = Indicators of PDM 3.1

Project Summary	Indicators	Data Collection			Consolidation and Analysis 1			Consolidation and Analysis 2		
		Means of Verification	Person in Charge	Frequency	Means of Verification	Person in Charge	Frequency	Means of Verification	Person in Charge	Frequency
Overall Goal	a) No. of Delivery Sites of Services of AME (and POC)	Annex of Monthly Report	Chief of Unit #PRIC, Chief of COS	Monthly	Quarterly Monitoring Report	Chief of Department #PRIC, Chief of BPS(SIS)	Quarterly	Quarterly Monitoring Report	SS Committee #PRIC, BPS	Quarterly
	b) No. of delivery sites of services of Delivery Checksheet (Target: 100%)									
	c) Rate of Patient Satisfactory Survey (Target: 75% for each quarter)									
Project Purpose	a) Scores of MBE on the Progress of SS Activity (Target more than 60%)	SS evaluation	SS Committee #PRIC and BPS	Bi-Annually	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	
	b) No. of mothers who give positive answers	Patient Satisfactory Survey at end-point evaluation	One year after (by MOHS) and three year after (by JICA) the termination of Project	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	
	c) POF Scores on maternity/obstetric services	POF Evaluation	SS or BPS, #PRIC	Quarterly	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	
Output 1 Leadership	d) No. of activity reports of WIT	Annex of Monthly Report	Chief of Unit #PRIC, Chief of COS	Monthly	Quarterly Monitoring Report	Chief of Department #PRIC, Chief of BPS(SIS)	Quarterly	Quarterly Monitoring Report	SS Committee #PRIC, BPS(SIS)	Quarterly
Output 2 Improvement of working environment through SS activities	To be covered by a) of Project Purpose	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	
Output 3 Preventive Maintenance	Attached rate of "blue to use" tag Displaying/increasing rate of preventive maintenance checks	Annex of Monthly Report	Chief of Unit #PRIC, Chief of COS	Monthly	Quarterly Monitoring Report	Chief of Department #PRIC, Chief of BPS(SIS)	Quarterly	Quarterly Monitoring Report	SS Committee #PRIC, BPS(SIS)	Quarterly
Output 4 MCH	To be covered by a) & c) of Overall Goal	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	

5S Committee Quarterly Monitoring Report (from BDS to BPS to National)

Name of BDS: North Central South Quarter: Year:

WIT Meeting: (from Monthly Report Annex: 1)

BDS	Facility	2011												Total no. of meeting
		1Q			2Q			3Q			4Q			
		Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	
North	Kanenge	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	Mutukura	1	2	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	9
	Ngagara	1	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	5
	Bubere	2	1	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	9
Central	Buyenzi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Bwaga-Jaba	-	-	2	2	-	2	2	1	-	-	-	-	9
South	Musaga	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	8
	Kanyasha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Ruzba	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	3
TOTAL		5	6	7	7	3	5	6	7	0	0	0	0	46

1. Monitoring Channel

Some points for your attention

1. Starting data for revised Delivery Checksheet



January 1st 2012

2. Starting data for Annex of Monthly Format



-For the month of December 2011, to start filling in the beginning of January 2012.

-Compiled data for December 2011 to be forwarded to Mr. Abe via e-mail by the end of Jan. 2012

Some points for your attention

3. 5S Evaluation to be conducted by 5S committee@BDS, HPRC bi-annually
4. Data for Preventive Maintenance
5. Data for 5S committee meeting at each level (indicator not indicated in PDM 3.1)

1. Monitoring Channel

Ditch pour le CDS
Rapport mensuel des CDS
 Activités 55- Maintenance Préventive- Check Sheet d'un couchement extérieur
 Nom du CDS: _____ Mois à Reviser: _____

1. Activités 55

Nombre des WT _____ | et de la (s) _____ | (voir page 10)

Date	Agenda	Début ou Reprise de travail	Nbr. de participants	Prévisions disponibles
7 /				(10x) (15x)
8 /				(10x) (15x)
9 /				(10x) (15x)

2. Maintenance préventive de l'équipement

Nbr. d'activités de "Maintenance Préventive" effectuées à l'heure: _____

Nbr. de "Fiches de Maintenance Préventive" affichées sur le mur _____

Fors bien remplis par semaine (A)	Fors Mal remplis par semaine (B)	Nombre Total (A+B)

Mettez le nom de la salle où la "Fiche de Maintenance Préventive" est affichée sur le mur _____

Nom de la salle où la fiche est bien remplie par semaine (A)	Nom de la salle où la fiche est mal remplie par semaine (B)

3. MCH (Soins Maternels et Infantiles)

Nbr de cas d'accouchement précoce (A) _____

Nbr de Cas de Crampes Infantiles (B) _____

Nbr de Cas de Crampes (B) (A) _____

Nbr de CDS: _____

Nbr de cas référés à l'hôpital pour des complications obstétricales _____

Approuvé: _____
Nom ou Oner de l'écrit: _____

Ditch pour le CDS
Rapport mensuel des CDS
 Activités 55- Maintenance Préventive- Check Sheet d'un couchement extérieur
 Nom du CDS: _____ Mois à Reviser: _____

1. Activités 55

Nombre des WT _____ | et de la (s) _____ | (voir page 10)

Date	Agenda	Début ou Reprise de travail	Nbr. de participants	Prévisions disponibles
7 /				(10x) (15x)
8 /				(10x) (15x)
9 /				(10x) (15x)

2. Maintenance préventive de l'équipement

Nbr. d'activités de "Maintenance Préventive" effectuées à l'heure: _____

Nbr. de "Fiches de Maintenance Préventive" affichées sur le mur _____

Fors bien remplis par semaine (A)	Fors Mal remplis par semaine (B)	Nombre Total (A+B)

Mettez le nom de la salle où la "Fiche de Maintenance Préventive" est affichée sur le mur _____

Nom de la salle où la fiche est bien remplie par semaine (A)	Nom de la salle où la fiche est mal remplie par semaine (B)

3. MCH (Soins Maternels et Infantiles)

Nbr de cas d'accouchement précoce (A) _____

Nbr de Cas de Crampes Infantiles (B) _____

Nbr de Cas de Crampes (B) (A) _____

Nbr de CDS: _____

Nbr de cas référés à l'hôpital pour des complications obstétricales _____

Approuvé: _____
Nom ou Oner de l'écrit: _____

2. TOR of each Committee and Meeting

<National Level>

No	MOPH Level	Frequency	TOR	Members
1	Permanent Secretary, DG Sante, DG Resource, PNSR	Quarterly	To provide the necessary feedback and the technical support; To provide the necessary support when National 5S Committee conducts ex-post evaluation after one year from the termination of the Project.	
2	National 5S Committee	Quarterly	To monitor the progress of 5S activities, and to analyse the Quarterly 5S Monitoring Reports submitted by 5S Committee at BPS and PRC; To prepare a PV by including recommendations to relevant departments in MOPH as well as to BPS and PRC, submitted to MOPH, attention to Minister, copied to Permanent Secretary, DG Sante, DG Resource and PNSR (as well as to JICA for three years); To extract lessons learnt, to be applied when disseminating 5S activities to other regions; To plan the dissemination of 5S activities to other regions (=implementation of Action Plan); To raise awareness of 5S activities within MOPH so that 5S approach can be more integrated into the Policy as a tool for the quality improvement (i.e., by liaising with Program Department as well as PBF); To ensure the inclusion of 5S activities under the operational plan of PNDS as well as to secure the necessary budget; To conduct ex-post evaluation after one year from the termination of the Project, by including the Patient Satisfactory Survey; To introduce 5S activities into the central level of MOPH; To organize 5S dynamic annually.	10 members: Jean KAMANA Therence NTAWURISHIRA Jean Bosco NDUWARUGIRA Chloe NDAYIKUNDA Theophile BIGAYI Marie Noella UWINEZA Pascal NDAYONGEJE Hilaire NINTERETSE Marie BUKURU Cyprien BARAMBONERANYE

2. TOR of each Committee and Meeting

<BPS-BDS-CDS>

No.	BPS Level	Frequency	TOR	Members
1	5S Committee@BPS	Quarterly	To consolidate Quarterly 5S Monitoring Report submitted by 3 BDS and to analyze the progress of 5S activities; To prepare the agenda of and to organize 5S General Assembly quarterly; To take actions and provide necessary support for BDS/CDS on the issues discussed at 5S General Assembly; To prepare a PV, submitted to National 5S Committee together with the consolidated Quarterly Monitoring Reports.	7 members: Chief of BPS Chief of 3 BDS Main Supervisor of 3 BDS
2	5S General Assembly	Quarterly	To discuss the issues and constraints on implementing 5S activities and to find the solutions; To follow up on the implementation status of recommendations from the previous 5S General Assembly; To raise the motivation and the understanding of WIT members on 5S activities through exchanging information; To prepare a PV, submitted to National 5S Committee.	About 60 members? Chief of BPS Chief of 3 BDS Supervisors of BDS Chief of 9 CDS All WIT members of 9 CDS

2. TOR of each Committee and Meeting

No.	BDS Level	Frequency	TOR	Members
1	Regular Meeting @ each BDS	Twice a month	To discuss the issues on 5S activities found out during the monthly supervision when 5S is one of the supervision themes.	All members of BDS (Including chief of BDS and supervisors)
2	Meeting for System Analysis for Health Data (SIS) @each BDS	Monthly	To analyze the progress of all activities on the Monthly Monitoring Report including Annex (5S activities).	Chief of BDS Supervisors Chief of CDS
3	5S Committee @each BDS	Monthly	To consolidate Annex of Monthly Report submitted by each CDS, and to analyze the progress of 5S activities; To consolidate Annex of Monthly Report to Quarterly Monitoring Report, submitted to 5S Committee at BPS; To discuss recommendations on 5S activities made during the supervision; To conduct 5S evaluation at the time of PBF evaluation (bi-annually in June and December); To prepare a PV, submitted to 5S Committee at BPS.	Chief of each BDS 2 supervisors 1 WIT member of CDS?
4	Each BDS organizes a feedback meeting with WIT members	Every 2 months	To exchange information on 5S activities and good practices; To discuss the solutions on problems and constraints on implementing 5S activities, and to find the solutions/suggested actions; To prepare a PV, submitted to 5S Committee@BPS	Chief of each BDS Supervisors WIT members of CDS

2. TOR of each Committee and Meeting

No.	CDS Level	Frequency	TOR	Members
1	WIT Meeting	Every 2 weeks	To monitor the progress of 5S activities in CDS annual action plan; To discuss the solutions to problems/constraints on implementing 5S activities, and to find the solutions; To follow up on the implementation status of recommendations from the previous WIT meeting; To raise awareness on the 5S activities at CDS; To prepare a PV, submitted to 5S Committee@BDS.	WIT members of each CDS

No.	BPS/PRC Level	Frequency	TOR	Members
1	MCH Committee	?	Provides a framework for coordination and monitoring of maternal health activities according to the 5S approach. For this purpose - Analyses monthly reports submitted by the technical services (health care providers applying SMH in line with the tools in place) - Goes out to the field to exchange with managers and / or service providers - submits proposals to the national committee to improve services in accordance with the HMC method 5S and applies on the field the decisions + reviews. - Prepares and conducts training - Conducts Community surveys on the quality of the HMC - Organize meetings to monitor activities for CDS and maternity.	5 members : Dr. Pascal NDAYONGEJE Dr. Jean Bosco NUWARUGIRA Dr. Chloe NDAYIKUNDA Mrs Marie BUKURU Mrs GAUDENCE NAHIMANA

2. TOR of each Committee and Meeting

<PRC>

No.	PRC Level	Frequency	TOR	Members
1	5S Committee	Quarterly	<p>To consolidate Annex of Monthly Monitoring Report from each department/units, and to analyze the progress of 5S activities;</p> <p>To consolidate Annex of Monthly Monitoring Report into Quarterly 5S Monitoring Report;</p> <p>To provide a feedback to WIT chief meeting.</p> <p>To follow up on the implementation status of recommendations from the previous 5S Committee meeting;</p> <p>To conduct 5S evaluation twice a year (bi-annually);</p> <p>To prepare a PV, submitted to National 5S Committee together with consolidated Quarterly 5S Monitoring Report;</p>	<p>6 members nominated as of Oct.18 2011</p> <p>Dr. Jean Bosco NDUWARUGIRA</p> <p>Dr. Chloe NDAYIKUNDA</p> <p>Mr. Cyprien NTIBAHANUZA</p> <p>Mr. Dieudonne NZEYIMANA</p> <p>Mrs Marie BUKURU</p> <p>Mrs Chantal KABARENZI</p>
2	WIT Chief Meeting	Monthly	<p>To monitor the progress of 5S activities in annual operational plan;</p> <p>To discuss the issues and constraints on implementing 5S activities;</p> <p>To prepare a PV, submitted to 5S Committee.</p>	<p>18 chief of WIT coordinated by Mrs BUKURU</p>

2. TOR of each Committee and Meeting

No.	PRC Department/Unit Level	Frequency	TOR	Members
1	WIT Meeting	Monthly	<p>To monitor the progress of 5S activities in annual operational plan;</p> <p>To discuss the solutions to problems/constraints on implementing 5S activities, and to find solutions;</p> <p>To follow up on the implementation status of recommendations from the previous WIT meeting;</p> <p>To raise awareness on the 5S activities in each unit;</p> <p>To prepare a PV, submitted to the 5S Committee@PRC.</p>	<p>Chief of Unit + WIT members of each unit</p>

3. Planned Monitoring System

(1) Brief explanation

<CDS-BDS-BPS-MOPH>

1. Each chief of CDS fills in Annex of Monthly Report, submits it to BDS.
2. Each BDS assigns a person to compile Annex of Monthly Report into Quarterly Monitoring Report. SIS is recommended for such a person.
3. 5S Committee at BDS analyzes the Quarterly Monitoring Report, forwards it to 5S Committee at BPS, together with a PV of 5S Committee meeting at BDS.
4. BPS assigns a person compiles the Quarterly Monitoring Report from three BDS into one Quarterly Monitoring Report. SIS is recommended for such a person.
5. 5S Committee at BPS analyzes the compiled Quarterly Monitoring Report for three BDS, forwards it to National 5S Committee, together with a PV of 5S Committee meeting at BPS.

<HPRC-MOPH>

1. Each head of Unit fills in Annex of Monthly Report, submits it to head of the Department, copy to Statistics.
2. The head of Department monitors the progress of 5S activities, forwards it to 5S Committee.
3. HPRC assigns a person to compile Annex of Monthly Report from each unit into one Quarterly Report. A person in Statistics or SIS is suggested for such a person.
4. 5S Committee analyzes Quarterly Monitoring Report, submits it together with PV of 5S Committee meeting.

<Maintenance Preventive>

Option 1: If the compilations of Attached Rate for Comment Utilizer and the Utilization rate of Fiche de Maintenance Preventive are found too difficult, the current Annex of Monthly Format can be continued for the purpose of monitoring, but the compilation of Quarterly Report could be compromised. As a result, no data will be reported to National 5S Committee.

Option 2: If the current Annex of Monthly Monitoring Format (version 2*) is found too difficult to be filled by each chief of CDS, the old version** (which is without calculation of attached rate and utilization rate) could be introduced for the purpose of monitoring, but no data will be reported to National 5S Committee.

* : presented at CCC

** : presented at the 1st National 5S Committee

3 - (2) According to PDM

Planned Monitoring System with PDM (Draft pour le première réunion du Comité National 5S)

Project Summary	Indicators	Data Collection			Consolidation and Analysis -1			Consolidation and Analysis -2		
		Means of Verification	Person in Charge	Frequency	Means of Verification	Person in Charge	Frequency	Means of Verification	Person in Charge	Frequency
Overall Goal	a) No. of Delivery	Annex of Monthly Report	Chief of Unit HPRC; Chief of CDS	Monthly	Quarterly Monitoring Report	Chief of Department@HPRC; Chief of BDS(SIS)	Quarterly	Quarterly Monitoring Report	5S Committee@HPRC, BPS	Quarterly
	b) No. of beneficiaries of ANC (and PNC)									
	c) No. of referral									
	d) Utilization rate of Delivery Checklist (Target: 100%)									
	e) Rate of Patient Satisfactory Survey (Target: 75% for each question)	Patient Satisfactory Survey at ex-post evaluation	National 5S Committee/MOPH	One year after (by MOPH) and three year after (by JICA) the termination of Project	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left
Project Purpose	a) Scores of M&E on the Progress of 5S Activity (Target more than 60%)	5S evaluation	5S Committee@HPRC and BDS	Bi-Annually	Quarterly Monitoring Report	Chief of Department@HPRC; Chief of BDS(SIS)	Quarterly	Quarterly Monitoring Report	5S Committee@HPRC, BPS(SIS)	Quarterly
	b) No. of mothers who gives positive answers	Patient Satisfactory Survey at ex-post evaluation	National 5S Committee/MOPH	One year after (by MOPH) and three year after (by JICA) the termination of Project	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left
	c) PBF Scores on maternity/obstetric services	PBF Evaluation (PBF, CPVV)	National 5S Committee, BPS?, HPRC	Quarterly	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left	Same as left
Output 1 Leadership	d) No. of activity reports of WIT	Annex of Monthly Report	Chief of Unit HPRC; Chief of CDS	Monthly	Quarterly Monitoring Report	Chief of Department@HPRC; Chief of BDS(SIS)	Quarterly	Quarterly Monitoring Report	5S Committee@HPRC, BPS(SIS)	Quarterly
Output 2: Improvement of working environment through 5S activities	To be covered by a) of Project Purpose		Same as left							
Output 3: Preventive Maintenance	Attached rate of "How to use" tag	Annex of Monthly Report	Chief of Unit HPRC; Chief of CDS	Monthly	Quarterly Monitoring Report	Chief of Department@HPRC; Chief of BDS(SIS)	Quarterly	Quarterly Monitoring Report	5S Committee@HPRC, BPS(SIS)	Quarterly
	Displaying/recording rate of preventive maintenance sheets									
Output 4: MCH	To be covered by d) & e) of Overall Goal		Same as left							

Quarterly Monitoring Report
(BDS to BPS and BPS to National Committee 5S)

CDS Extra
Year

Name of BDS North Centre South Quarter

Number of 5S Committee meeting

5S Committee meeting

5S Committee	2012												Total	Average
	1st Quarter			2nd Quarter			3rd Quarter			4th Quarter				
	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec		
BDS North														
BDS Centre														
BDS South														
BPS														
General Assembly														

Name of Facility:

HPRC

HPRC

Quarter

Year

5S Evaluation (will be conducted by 5S Committee)

5S Evaluation

No.	Service/Section	2012				Average
		1st Quarter	2nd Quarter	3rd Quarter	4th Quarter	
1	Gynecology					
2	Obstetrics (Maternity)					
3	Neonatology					
4	Adult					
5	Finance					
6	Statistics					
7	Reception					
8	Secretaries (Direction, DACS, DAAF)					
9	Administrative Services					
10	Hygiene					
11	Surgery, Hospitalization and Physiotherapy					
12	Internal Medicine					
13	General Services					
14	Specialities					
15	ICU (Intensive Care)					
16	Radiology					
17	Emergency					
18	Laboratory					
19						
	Average					

Name of Facility:

HPRC

Quarter

Year

HPRC

PBF

PBF

Score of PBF	2012															
	1st Quarter				2nd Quarter				3rd Quarter				4th Quarter			
	SQT		SQS	SQG	SQT		SQS	SQG	SQT		SQS	SQG	SQT		SQS	SQG
	Maternity	Total			Maternity	Total			Maternity	Total			Maternity	Total		
	XXX/200				XXX/200											

HPRC

Name of Facility: HPRC

Quarter Year

Number of referrals from CDS (from Annex "Monthly Report-3")

Number of Referral Cases

	2012												Total	Average			
	1st Quarter			2nd Quarter			3rd Quarter			4th Quarter							
	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec					
Referral																	

HPRC

Name of Facility: HPRC

Quarter Year

Utilization rate of Checksheet

Utilization rate of Normal Delivery Checksheet (from Annex "Monthly Report-3")

Service	2012																	
	1st Quarter									2nd Quarter								
	Jan			Feb			Mar			Apr			May			Jun		
	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)
Maternity																		
Gynecology																		
Total																		

Service	2012																		
	3rd Quarter									4th Quarter									Average
	Jul			Aug			Sep			Oct			Nov			Dec			
	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)	Filled	Delivery	Rate(%)	
Maternity																			
Gynecology																			
Total																			

6. - (1) Revised Normal Delivery Care Checksheet

Check Sheet for Humanized Mother Care in Normal Birth

Parturient name		Working place	
Date/ delivery		Type/ delivery	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal →

Instruction to use the check sheet:

- 1 When? Afterward completed the delivery record
- 2 Why? ①To introduce Humanized mother care
②To review of your own action during delivery care
- 3 How? ①To use every case of delivery
The check sheet is recommended to be attached to each medical record.
②To mark the score for the parts of your actions with own reflection;
score 3= very good, score 2= well, score 1= none, score 0= not adequate

	Place	Objectives	Action	Detail	Nurse Name	Score
1	Admission	Welcome	Greeting	Introduction, Orientation with smile		
2		Diagnose	Anamnesis			
3			Examination/ Explanation	General condition		
4				Gyne/Obstetric condition		
5	S1 Waiting Room	Latency phase	Monitor	2 hours : Labour pain, Heart beat		
6				Active phase	30 min : Labour pain, Heart beat	
7		1 hours Obstetric/Vaginal examination				
8		Teach	Labour process, Breathing, Positioning, Pushing, Oral intake			
9		Encourage	Parturient, Family			
10		Partgram	Keep record, Check Vital signs			
11	S2 Delivery Room	Delivery	Teach	Relaxing, Breathing, Pushing		
12			Skills	Perinea protection, Assist delivery head		
13		Wipe nose, mouth, receive new-born				
14		New-born	Care	APGER Score, Suction, Breathing route, Navel cord		
15			Measure	Weight, High, Cranium, Deformity		
16	S3	Placenta	Examination	Retain membrane, abnormality		
17		Evaluation	Blood loss, haemorrhage, cervix, vaginal tissue			
18		New-born	Re check	APGER score: 5min, 10mini, navel bleeding		
19	S4	Mother	Monitor	Postpartum Haemorrhage, Vital signs		
20	Word Room		Teach	The care/ mother, new-born family planning, postnatal consultation, feeding, hygiene, breast-feeding, immunisation, birth certificate		

Comment:

signature by _____

6. - (2) Relation with Patient Satisfactory Survey

Comparison: the result of patients satisfaction survey vs. Normal Delivery Care Checklist

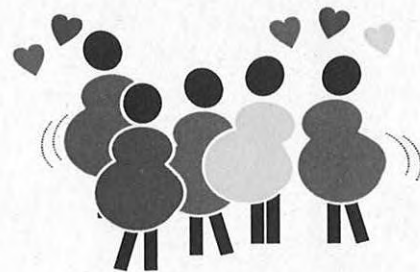
N°	Question	% Baseline Survey (May-June 2011) n=71	% Endline Survey (Sept 2011) n=52	Check Sheet	Necessary Actions by Categories
1	8. Let me take comfortable position at the time of delivery	1.4	15.4	8	Help
2	12. Explained me on the procedure beforehand.	18.3	32.7	3 & 4 & 17	Inform/Explain
3	7. Suggested me to take light meal and water during labor pain.	25.6	37.0	8	Inform
4	13. Taught me health care after the delivery and child care.	36.6	38.5	20	Inform
5	2. Helped me when I walked.	52.1	48.1	1	Help
6	5. Sometime encouraged me during delivery.	49.3	56.9	9	Contact/Encourage
7	3. Explained the health condition of mother and child after the consultation.	57.7	61.5	3 & 4	Inform/Explain
8	4. Helped me lying on the beds of labor room	55.8	69.0	4	Help
9	11. Celebrated me after the delivery	67.6	69.2	17	Contact/Celebrate
10	6. Taught me how to breathe and strain at the time of delivery	74.6	75.0	8	Inform/Explain
11	9. Laid my baby on top of my stomach right after the delivery	62.0	78.8	12	Contact/Relate
12	1. Welcomed with smiles.	88.7	90.4	1	Contact/Relate
13	10. Taught me to keep holding my baby until putting in the incubator (baby less than 2,500g)	6.3	-	14	Explain
Average				56.0	

2) 患者満足度調査手順書



母子保健向上を目的とする 医療施設能力強化プロジェクト

Ibikorwa vya 5S=5K



患者満足度調査の方法

***プロジェクト完了1年後の
事後調査のために***

5S プロジェクト / JICA

ブルンジ国ブジュンブラ市、2011年12月

The Method for the Patient Satisfaction Survey

(to be conducted at the time of ex-post evaluation after one year from the termination of the Project)

1. Background

The Project carried out the Patient Satisfactory Survey twice to obtain the indicator b) of Project Purpose in PDM: “Le nombre de mères qui donne des réponses positives d’être pleinement assistées par le personnel de santé et la famille tout au long de leur processus d’accouchements augmente, après que la checklist des soins durant un accouchement normal soit introduite.” The baseline was conducted in June 2011 and an endline in September 2011. Most questions were related to the patient-centered care. The results of the conducted survey and questionnaire are attached.

In October 2011, the Terminal Evaluation of the Project was conducted jointly by JICA and MOPH. Based on its findings, the Terminal Evaluation recommended MOPH to carry out the same Patient Satisfactory Survey as a part of the ex-post evaluation after one year from the termination of the Project. Furthermore, as per the recommendation of the Terminal Evaluation, “Le taux de réponses positives de chaque répondant (les mères) dans l’enquête sur la satisfaction des patients sera fixé à 75%” was added as an indicator e) of Overall Goal in PDM 3.1. It is to assess the progress of the practice in patient-centered care at the targeted facilities to improve the quality of service after three years from the termination of the Project.

As such, the Project is handing over the method of Patient Satisfactory Survey to MOPH so that MOPH can carry out the same survey at the time of ex-post evaluation.

2. Objective

- To assess the progress of the practice in patient-satisfaction since the endline survey in September 2011, and its progress towards the targeted level of 75% which is to be achieved after three years from the termination of the Project;
- To analyze the practice of patient-centered care (*“indicator E”* of Overall Goal) with the utilization rate of Normal Delivery Care Checksheet (*“indicator D”* of Overall Goal) during the ex-post evaluation;
- To put necessary measures in place to achieve 75% of indicator e) of Overall Goal in the following two years, based on the finding of the Patient Satisfactory Survey as well as the ex-post evaluation by MOPH.

3. Methodology

(1) Date of the Survey

The Survey shall be carried out in January and/or February of 2013, after a year of the Project termination.

(2) Targeted Facilities

Minimum of 5 facilities which include HPRC, 2 CM (Kamenge, Musaga) and 2 CDS (Kanyosha, Buterere).

(3) Personnes concernées

Les personnes concernées sont des femmes qui ont accouché normalement dans les sites du projet. A l'HPRC, les enquêtées étaient admises soit en Maternité, soit en Gynécologie.

(4) Nombre de répondants

The recommended no. of répondants is 75 for HPRC and 25 for CDS, 100 in total.

(5) Méthode de l'enquête

- Use the attached questionnaire. On a respecté l'anonymat des femmes, en excluant les questions qui pourraient permettre de les identifier.
- Request the interviewer(enquêteur) to mark/circle the point/No. Of answer (1:Oui, 2:Non, 3: Pas Nécessaire or 9: S/R) for each question Q1 - 13.

*S/R signifie " Pas de Reponse" et/ou " Reponse confuse. "

(6) Nombre d'enquêteurs

The recommended "nombre d'enquêteurs" is minimum of two.

(7) Profil des enquêteurs

- De préférence de sexe féminin ;
- Maîtrise du Kirundi et du Français, la connaissance du Swahili serait un atout ;
- Capacités de communication;
- L'enquêteur devrait connaître l'historique du Checklist et de son Checksheet d'utilisation (Pré requis)

(8) Necessary attention before/during the Survey

- The no. of survey period for CDS will more likely to require longer time than HPRC, due to the small number of delivery service at CDS.
- L'enquête est annoncée à l'avance et par voie officielle aux autorités des structures concernées.

- Les enquêteurs portant un badge d'identification se présentent au responsable de la structure au jour et à l'heure annoncée.
- Le responsable de la structure de santé enquêtée reçoit les enquêteurs et les installe dans un coin/ une pièce où ils pourront être tranquilles pour parler aux enquêtées. (Une table et des chaises). L'entretien se déroule en privé (hors de la présence d'autres clientes et employés).
- Le responsable annonce l'enquête aux bénéficiaires de soins se trouvant sur place et présente les enquêteurs ;
- Le responsable demande aux volontaires parmi les bénéficiaires de se faire connaître en insistant sur le caractère anonyme de l'enquête.

4. Data Compilation after the Survey

Questionnaire Sheet

- (1) Indicate the Point/No. of answer (1:Oui, 2:Non, 3: Pas Nécessaire or 9: S/R) in the right column of each question.
- (2) Check again the correctness of "No. of answer (1, 2, 3 or 9)" in right column by the other interviewer.

Data Fill-in Sheet [1/4] ~ [4/4]

- (1) Copy the Point/No. of answer (1, 2, 3 or 9) by each question (Q1-Q13) from each **Questionnaire Sheet** vertically.
- (2) Once filled in the answers (Q 1 – Q13) of all 25 survey sheets vertically, count the no. of answer (1: Oui) by each question (horizontally) and indicate it in the right column "**(A)**".
- (3) Fill in the total no. of filled Questionnaire Sheet in the right-bottom column "**(B)**".
- (4) Repeat the above procedure for three sheets [1/4] ~ [3/4] for HPRC, and one sheet [4/4] for CDSs.

Result Sheet

For HPRC

- (1) Copy the total no. of "1:Oui" in the right column of each **Data Fill-in Sheet** into the respectively assigned vertical column of **Result Sheet** (A)/(B)/(C).
- (2) Add up the total no. of "1:Oui" of three **Data Fill-in Sheet [1/4] ~ [3/4]** (No. 1 -75) and indicate it in (D).
- (3) To calculate the rate of positive answers (E), divide (D) by the total no. of filled

Questionnaire Sheet (1), which suppose to be 75 if all three **Data Fill-in Sheets** are completed.

- (4) To calculate the Total (Q01 ~ Q13) and average.
- (5) Check in the achievement "**X**" if the answer of (E) is 75% or more than 75%.

For CDS

- (6) Copy the total no. of "1:Oui" in the right column of **Data Fill-in Sheet [4/4]** into the column (F).
- (7) To calculate the rate of positive answers (G), divide (F) by the total no. of filled Questionnaire Sheet (2), which suppose to be 25 (one fourth of total respondents) if all **Data Fill-in Sheet [4/4]** for CDS are completed.
- (8) To calculate the Total (Q01 ~ Q13) and average.
- (9) Check in the achievement "**X**" if the answer of (G) is 75% or more than 75%.

For Total of HPRC and CDS

- (10) To calculate the total no. of "1:Oui"(H) among all respondents, add (D) of HPRC and (F) of CDS.
- (11) To calculate the rate of positive answers (I), divide (H) by the total no. of filled Questionnaire Sheets (3).
- (12) To calculate the Total (Q01 ~ Q13) and average.
- (13) Check in the achievement "**X**" if the answer of (I) is 75% or more than 75%.

Analysis Sheet

HPRC

- (1) Mark the rate of positive answer % (E) by each question (Q01 – Q13 and Average) in a bar graph.

CDS

- (2) Mark the rate of positive answer % (G) by each question (Q01 – Q13 and Average) in a bar graph.

Total (HPRC+CDS)

- (3) Mark the rate of positive answer % (I) by each question (Q01 – Q13 and Average) in a bar graph.

5. Submission of the results report to JICA Burundi Office

The National 5S Committee will submit the result report officially to JICA Burundi Office before the end of February, 2013.

6. Formulation of the Strategy for the next two years

For the questions whose positive answers have not reached to 75% of the target, formulate the strategy how to achieve 75% in the next two years. When doing so, pay attention that each question is related to which stage of Normal Delivery Check Sheet and which Action is necessary to be improved.

Attachment:

1. Blank Sheet of : - Questionnaire
- Data Fill-in Sheet
- Result Sheet
- Analysis Sheet
2. - Filled-in Sample (Handwrite version)
- Filled-in Sample (PC input version)

PRC病院

質問 (Q01-Q13)の回答 (1:Yes, 2:No, 3: Not Necessary , 9: N/A)を縦列に転記する。

質問番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	"1:Yes"の総数 *(A)*	
Q01																											
Q02																											
Q03																											
Q04																											
Q05																											
Q06																											
Q07																											
Q08																											
Q09																											
Q10																											
Q11																											
Q12																											
Q13																											

質問票の記入シートの合計数 *(B)*

"1:Yes"の回答数を横に数える

PRC病院

質問 (Q01-Q13)の回答 (1:Yes, 2:No, 3: Not Necessary , 9: N/A)を縦列に転記する。

質問番号	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	"1:Yes"の総数 *(A)*	
Q01																											
Q02																											
Q03																											
Q04																											
Q05																											
Q06																											
Q07																											
Q08																											
Q09																											
Q10																											
Q11																											
Q12																											
Q13																											

質問票の記入シートの合計数 *(B)*

"1:Yes"の回答数を横に数える

患者満足度調査 - JICA 5Sプロジェクト -

PRC病院

質問 (Q01-Q13)の回答 (1:Yes, 2:No, 3: Not Necessary, 9: N/A) を縦列に転記する。

質問番号	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	"1:Yes"の総数 ▶(A)▶	
Q01																											
Q02																											
Q03																											
Q04																											
Q05																											
Q06																											
Q07																											
Q08																											
Q09																											
Q10																											
Q11																											
Q12																											
Q13																											
																									質問票の記入シートの合計数 ▶(B)▶		
																									"1:Yes"の回答数を横に数える		

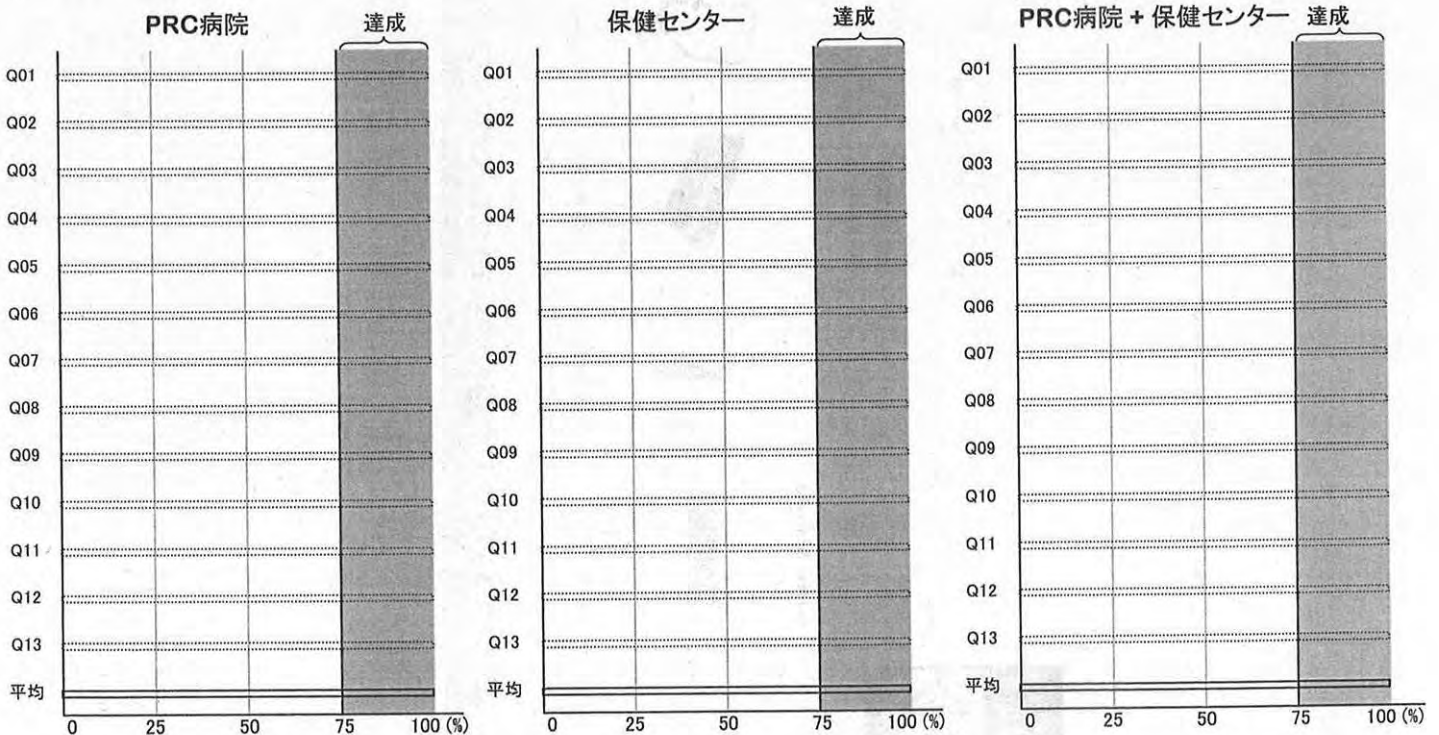
患者満足度調査 - JICA 5Sプロジェクト -

CDSs

質問 (Q01-Q13)の回答 (1:Yes, 2:No, 3: Not Necessary, 9: N/A) を縦列に転記する。

質問番号	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	"1:Yes"の総数 ▶(A)▶	
Q01																											
Q02																											
Q03																											
Q04																											
Q05																											
Q06																											
Q07																											
Q08																											
Q09																											
Q10																											
Q11																											
Q12																											
Q13																											
																									質問票の記入シートの合計数 ▶(B)▶		
																									"1:Yes"の回答数を横に数える		

施設名							PRC病院			保健センター			PRC病院+保健センター		
記入済み質問票の合計数							PRC病院 (1)			保健センター (2)			総合計 (3)=(1)+(2)		
データシート	シート1-25 "1:Yes"の 合計数 (A)	シート26-50 "1:Yes"の 合計数 (B)	シート51-75 "1:Yes"の 合計数 (C)	合計 (D)= (A)+(B)+(C)	"1:Yes"の% (E)=(D)/(1) x100	結果 "X": 75-100%	シート76-100 "1:Yes"の 合計数 (F)	"1:Yes"の% (G)=(F)/(2) x100	結果 "X": 75-100%	"1:Yes"の総数 (H)=(D)+(F)	"1:Yes"の% (I)=(H)/(3) x100	結果 "X": 75-100%			
Q01															
Q02															
Q03															
Q04															
Q05															
Q06															
Q07															
Q08															
Q09															
Q10															
Q11															
Q12															
Q13															
合計 (Q01 ~ Q13)															
平均 (合計 ÷ 13)															



Enquête de satisfaction auprès des patients

Enquête de satisfaction auprès des patients

(1)

Questionnaire

Date : 19/12/2011 Structure : HPRC # 1

Date : 19/12/20 Structure : HPRC # 2

Question Reponse 9 : S/R signifie "Pas de Réponse" et/ou "Réponse contuse".

Question	Date de l'accouchement	Point
0.	<u>18/12/2011</u>	
1. Est-ce que le soignant vous a accueillie avec un sourire bienveillant (thérapeutique) ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
2. Est-ce que à votre arrivée, le soignant vous a aidée lorsque vous vous déplaciez en vous tenant la main et en soutenant votre corps ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
3. Est-ce que le soignant vous a fourni des informations et explications relatives à votre état de santé et à celui de votre bébé ainsi qu'à votre famille à l'arrivée et/ou après l'examen ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
4. Le soignant vous a-t-il installé dans votre lit dans la salle d'attente ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>3</u> Pas nécessaire
5. Est-ce que le soignant a gardé le contact avec vous (et votre famille) et a continué à vous encourager ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
6. Est-ce que le soignant a donné tous les renseignements nécessaires concernant la conduite du travail (respiration, position, quand et comment pousser) au cours du travail d'accouchement ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
7. Est-ce que le soignant a conseillé de prendre un repas léger et des boissons durant la phase I ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>3</u> Pas nécessaire
8. Le soignant vous a-t-il demandé et accepté votre position préférée au moment de l'accouchement ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
9. Le soignant a-t-il placé le bébé sur votre abdomen à la naissance ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
10. Est-ce que le soignant vous a montré comment prendre soin d'un nouveau né de poids inférieur à 2kg500 ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>3</u> Pas nécessaire
11. Est-ce que le soignant vous a félicité après l'accouchement ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
12. Le soignant vous a-t-il régulièrement tenue informée des soins prodigués et a-t-il recueilli votre consentement à chaque fois ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
13. Après l'accouchement, est-ce que le soignant vous a fourni des informations concernant votre santé ainsi que celle de votre bébé ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R

Question Reponse 9 : S/R signifie "Pas de Réponse" et/ou "Réponse contuse".

Question	Date de l'accouchement	Point
0.	<u>19/12/20</u>	
1. Est-ce que le soignant vous a accueillie avec un sourire bienveillant (thérapeutique) ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
2. Est-ce que à votre arrivée, le soignant vous a aidée lorsque vous vous déplaciez en vous tenant la main et en soutenant votre corps ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
3. Est-ce que le soignant vous a fourni des informations et explications relatives à votre état de santé et à celui de votre bébé ainsi qu'à votre famille à l'arrivée et/ou après l'examen ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
4. Le soignant vous a-t-il installé dans votre lit dans la salle d'attente ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>3</u> Pas nécessaire
5. Est-ce que le soignant a gardé le contact avec vous (et votre famille) et a continué à vous encourager ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
6. Est-ce que le soignant a donné tous les renseignements nécessaires concernant la conduite du travail (respiration, position, quand et comment pousser) au cours du travail d'accouchement ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
7. Est-ce que le soignant a conseillé de prendre un repas léger et ces boissons durant la phase I ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>3</u> Pas nécessaire
8. Le soignant vous a-t-il demandé et accepté votre position préférée au moment de l'accouchement ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
9. Le soignant a-t-il placé le bébé sur votre abdomen à la naissance ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
10. Est-ce que le soignant vous a montré comment prendre soin d'un nouveau né de poids inférieur à 2kg500 ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>3</u> Pas nécessaire
11. Est-ce que le soignant vous a félicité après l'accouchement ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
12. Le soignant vous a-t-il régulièrement tenue informée des soins prodigués et a-t-il recueilli votre consentement à chaque fois ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R
13. Après l'accouchement, est-ce que le soignant vous a fourni des informations concernant votre santé ainsi que celle de votre bébé ?	<u>1</u> Oui <u>2</u> Non	<u>9</u> S/R

Enquête de satisfaction auprès des patients

Questionnaire

Date : 20/12/2011 Structure : MUSAGA CH # 76

Question Reponse 9 : S/R signifie "Pas de Réponse" et/ou "Réponse confuse".

Question	Date de l'accouchement	Point
0.	<u>19/12/2011</u>	
1.	Est-ce que le soignant vous a accueillie avec un sourire bienveillant (thérapeutique) ?	1 <u>1</u> / 9 S/R
2.	Est-ce que à votre arrivée, le soignant vous a aidée lorsque vous vous déplaciez en vous tenant la main et en soutenant votre corps ?	2 <u>1</u> / 9 S/R
3.	Est-ce que le soignant vous a fourni des informations et explications relatives à votre état de santé et à celui de votre bébé ainsi qu'à votre famille à l'arrivée et/ou après l'examen ?	3 <u>1</u> / 9 S/R
4.	Le soignant vous a-t-il installée dans votre lit dans la salle d'attente ?	4 <u>1</u> / 9 S/R
5.	Est-ce que le soignant a gardé le contact avec vous (et votre famille) et a continué à vous encourager ?	5 <u>1</u> / 9 S/R
6.	Est-ce que le soignant a donné tous les renseignements nécessaires concernant la conduite du travail (respiration, position, quand et comment pousser) au cours du travail d'accouchement ?	6 <u>1</u> / 9 S/R
7.	Est-ce que le soignant a conseillé de prendre un repas léger et des boissons durant la phase I ?	7 <u>1</u> / 9 S/R
8.	Le soignant vous a-t-il demandé et accepté votre position préférée au moment de l'accouchement ?	8 <u>1</u> / 9 S/R
9.	Le soignant a-t-il placé le bébé sur votre abdomen à la naissance ?	9 <u>1</u> / 9 S/R
10.	Est-ce que le soignant vous a montré comment prendre soin d'un nouveau né de poids inférieur à 2kg500 ?	10 <u>1</u> / 9 S/R
11.	Est-ce que le soignant vous a félicité après l'accouchement ?	11 <u>1</u> / 9 S/R
12.	Le soignant vous a-t-il régulièrement tenue informée des soins prodigués et a-t-il recueilli votre consentement à chaque fois ?	12 <u>1</u> / 9 S/R
13.	Après l'accouchement, est-ce que le soignant vous a fourni des informations concernant votre santé ainsi que celle de votre bébé ?	13 <u>1</u> / 9 S/R

Enquête de satisfaction auprès des patients

Questionnaire

Date : 16/12/2011 Structure : KAMEGE CH # 77

Question Reponse 9 : S/R signifie "Pas de Réponse" et/ou "Réponse confuse".

Question	Date de l'accouchement	Point
0.	<u>15/12/2011</u>	
1.	Est-ce que le soignant vous a accueillie avec un sourire bienveillant (thérapeutique) ?	1 <u>1</u> / 9 S/R
2.	Est-ce que à votre arrivée, le soignant vous a aidée lorsque vous vous déplaciez en vous tenant la main et en soutenant votre corps ?	2 <u>1</u> / 9 S/R
3.	Est-ce que le soignant vous a fourni des informations et explications relatives à votre état de santé et à celui de votre bébé ainsi qu'à votre famille à l'arrivée et/ou après l'examen ?	3 <u>1</u> / 9 S/R
4.	Le soignant vous a-t-il installée dans votre lit dans la salle d'attente ?	4 <u>1</u> / 9 S/R
5.	Est-ce que le soignant a gardé le contact avec vous (et votre famille) et a continué à vous encourager ?	5 <u>1</u> / 9 S/R
6.	Est-ce que le soignant a donné tous les renseignements nécessaires concernant la conduite du travail (respiration, position, quand et comment pousser) au cours du travail d'accouchement ?	6 <u>1</u> / 9 S/R
7.	Est-ce que le soignant a conseillé de prendre un repas léger et des boissons durant la phase I ?	7 <u>1</u> / 9 S/R
8.	Le soignant vous a-t-il demandé et accepté votre position préférée au moment de l'accouchement ?	8 <u>1</u> / 9 S/R
9.	Le soignant a-t-il placé le bébé sur votre abdomen à la naissance ?	9 <u>1</u> / 9 S/R
10.	Est-ce que le soignant vous a montré comment prendre soin d'un nouveau né de poids inférieur à 2kg500 ?	10 <u>1</u> / 9 S/R
11.	Est-ce que le soignant vous a félicité après l'accouchement ?	11 <u>1</u> / 9 S/R
12.	Le soignant vous a-t-il régulièrement tenue informée des soins prodigués et a-t-il recueilli votre consentement à chaque fois ?	12 <u>1</u> / 9 S/R
13.	Après l'accouchement, est-ce que le soignant vous a fourni des informations concernant votre santé ainsi que celle de votre bébé ?	13 <u>1</u> / 9 S/R

Enquête de satisfaction auprès des patients - Projet 5S / JICA -

HPRC

Feuille de remplissage de données[1/4]

2

Copier les réponses (1:Oui, 2:Non, 3: Pas nécessaire, 9: S/R) pour chaque question (Q01-Q13) du questionnaire en vertical

No de feuilles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	No Total de "1:oui" *(A)*
Q01	1	9	1	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2	9	1	1	2	1	1	9	2	1	1	2	1	15
Q02	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	17
Q03	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	9	1	9	1	2	2	2	1	9	1	1	1	1	1	15
Q04	3	2	2	3	1	2	9	9	3	2	1	1	2	1	9	3	1	2	1	9	2	2	3	2	3	6
Q05	1	2	1																							14
Q06	1	1	1																							23
Q07	2	2	1																							12
Q08	2	2	2																							3
Q09	1	1	1																							20
Q10	3	2	1																							4
Q11	2	1	1																							19
Q12	1	2	1																							13
Q13	2	1	1																							12

Exemple

No. Total de Questionnaires remplis *(B)* 25

Compter le no. de réponses "1:Oui" pour chaque question en horizontal

Enquête de satisfaction auprès des patients - Projet 5S / JICA -

HPRC

Feuille de remplissage de données[2/4]

3

Copier les réponses (1:Oui, 2:Non, 3: Pas nécessaire, 9: S/R) pour chaque question (Q01-Q13) du questionnaire en vertical

No de feuilles	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	No Total de "1:oui" *(A)*
Q01	1	1	1	9	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	1	20
Q02	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	9	2	2	1	1	1	2	1	1	15
Q03	2	2	1	1																						16
Q04	1	1	1	3																						10
Q05	1	1	1	1																						18
Q06	2	9	1	1																						20
Q07	2	1	1	3																						8
Q08	1	2	2	2																						4
Q09	1	1	1	1																						19
Q10	1	1	3	1																						5
Q11	1	1	1	2																						17
Q12	2	1	1	2																						13
Q13	1	1	1	2																						14

Exemple

No. Total de Questionnaires remplis *(B)* 25

Compter le no. de réponses "1:Oui" pour chaque question en horizontal

Enquête de satisfaction auprès des patients - Projet 5S / JICA -

Feuille de remplissage de données [3/4]

4

HPRC

Copier les réponses (1:Oui, 2:Non, 3: Pas nécessaire, 9: S/R) pour chaque question (Q01-Q13) du questionnaire en vertical

No de feuilles	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	No Total de "1:oui" (A)
Q01	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	21
Q02	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	9	2	1	1	1	1	1	1	19
Q03	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	9	1	9	1	1	1	1	1	2	1	20
Q04	2	1	3	1	1	1	3	9	1	1	3	2	1	1	1	3	2	9	3	2	1	1	1	2	2	12
Q05	1	9																								19
Q06	1	1																								22
Q07	1	1																								10
Q08	2	2																								5
Q09	1	1																								23
Q10	1	1																								7
Q11	2	1																								20
Q12	1	1																								16
Q13	1	1																								18

Exemple

No. Total de Questionnaires remplis (B) 25

Compter le no. de réponses "1:Oui" pour chaque question en horizontal

Enquête de satisfaction auprès des patients - Projet 5S / JICA -

Feuille de remplissage de données [4/4]

5

CDSs

Copier les réponses (1:Oui, 2:Non, 3: Pas nécessaire, 9: S/R) pour chaque question (Q01-Q13) du questionnaire en vertical

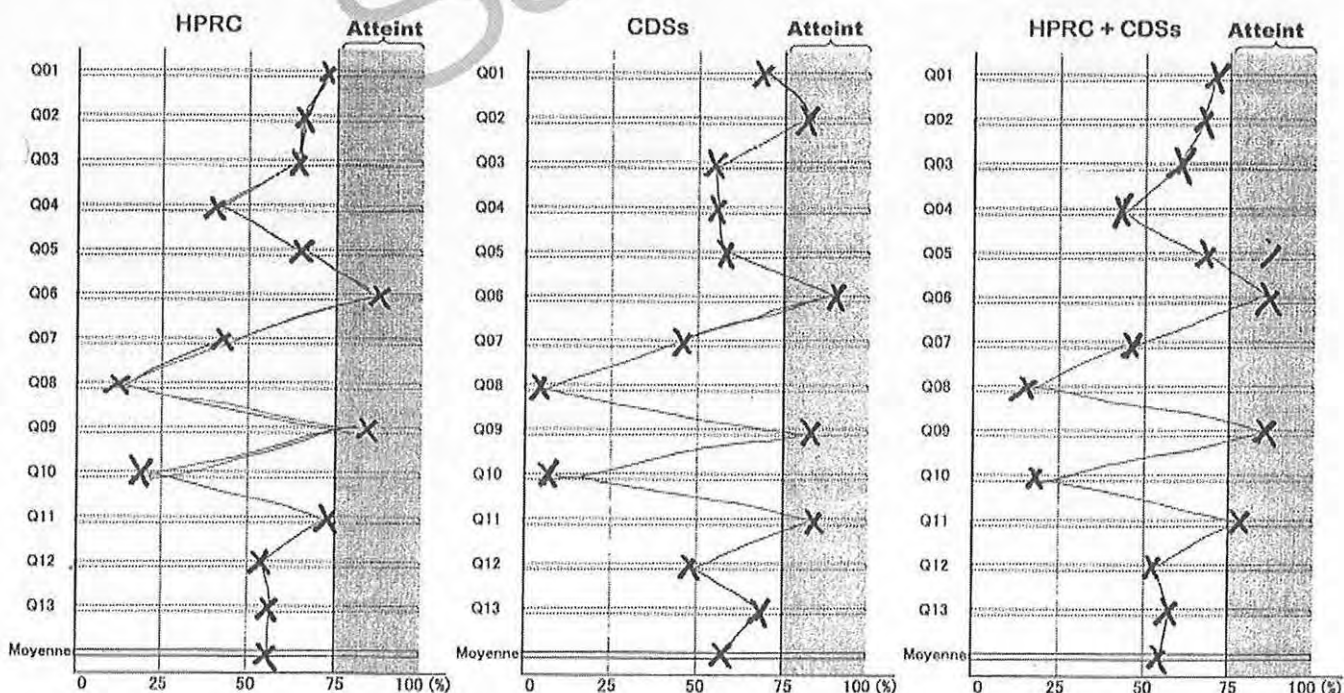
No de feuilles	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	No Total de "1:oui" (A)
Q01	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	17
Q02	9	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	9	1	1	2	1	1	1	20
Q03	9	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	9	1	1	3	1	2	2	14
Q04	3	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2	3	2	1	1	2	1	1	9	1	1	3	1	1	2	15
Q05	1	1																								16
Q06	9	1																								22
Q07	3	3																								10
Q08	9	2																								2
Q09	9	1																								20
Q10	3	3																								3
Q11	1	1																								21
Q12	2	2																								12
Q13	2	1																								17

Exemple

No. Total de Questionnaires remplis (B) 25

Compter le no. de réponses "1:Oui" pour chaque question en horizontal

Structure		HPRC					CDSs			HPRC+CDSs		
No. Total de Questionnaires remplis		HPRC (1)					CDSs (2)			Total (3)=(1)+(2)		
		25+25+25 = 75					25			75+25 = 100		
Feuille de remplissage de données	No Total de "1:oui" No. 1-25 (A)	No Total de "1:oui" No. 26-50 (B)	No Total de "1:oui" No. 51-75 (C)	Total (D)= (A)+(B)+(C)	% de "1:oui" (E)=(D)/(1) x100	Résultat "X": 75-100%	No Total de "1:oui" No. 76-100 (F)	% de "1:oui" (G)=(F)/(2) x100	Résultat "X": 75-100%	No Total de "1:oui" (H)=(D)+(F)	% de "1:oui" (I)=(H)/(3) x100	Résultat "X": 75-100%
Q01	15	20	21	56	74.7		17	68.0		73	73.0	
Q02	17	15	19	51	68.0		20	80.0	X	71	71.0	
Q03	15	16	20	51	68.5		14	56.0		65	65.0	
Q04	6	10	12	28	37.3		15	60.0		43	43.0	
Q05	14	18	19	51	68.0		16	64.0		67	67.0	
Q06	23	20	22	65	86.7	X	22	88.0	X	87	87.0	X
Q07	12	8	10	30	40.0		10	40.0		40	40.0	
Q08	3	4	5	12	16.0		2	8.0		14	14.0	
Q09	20	19	23	62	82.7	X	20	80.0	X	82	82.0	X
Q10	4	5	7	16	21.3		3	12.0		19	19.0	
Q11	19	17	20	56	74.7		21	84.0	X	77	77.0	X
Q12	13	13	16	42	56.0		12	48.0		54	54.0	
Q13	12	14	18	44	58.7		17	68.0		61	61.0	
Total (Q01 ~ Q13)				564			189			753		
Moyenne (Total / 13)				43.4	57.9	2	14.5	58.0	4	57.9	57.9	3



VERSION ELECTRONIQUE

Enquête de satisfaction auprès des patients - Projet 5S / JICA -

Feuille de remplissage de données[3/4]

4

HPRC

Copier les réponses (1:Oui, 2:Non, 3: Pas nécessaire, 9: S/R) pour chaque question (Q01-Q13) du questionnaire en vertical

No Total de "1:oui" (A)

No de feuilles	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75			
Q01																												
Q02																												
Q03																												
Q04																												
Q05																												
Q06																												
Q07																												
Q08																												
Q09																												
Q10																												
Q11																												
Q12																												
Q13																												

Compléter a la main dans les emplacements prévus

No. Total de Questionnaires remplis (B)

Compter le no. de réponses "1:Oui" pour chaque question en horizontal

LE CALCUL EST A FAIRE AUTOMATIQUEMENT

Enquête de satisfaction auprès des patients - Projet 5S / JICA -

Feuille de remplissage de données[4/4]

5

CDSs

Copier les réponses (1:Oui, 2:Non, 3: Pas nécessaire, 9: S/R) pour chaque question (Q01-Q13) du questionnaire en vertical

No Total de "1:oui" (A)

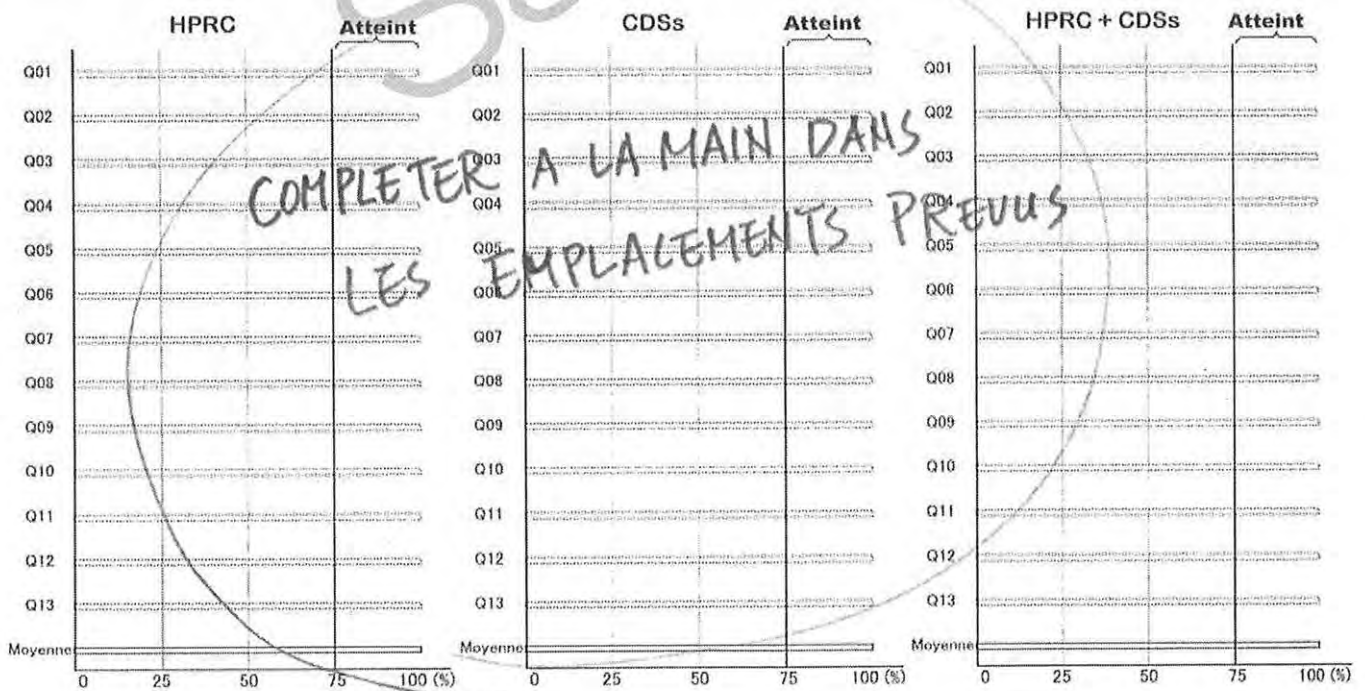
No de feuilles	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100			
Q01																												
Q02																												
Q03																												
Q04																												
Q05																												
Q06																												
Q07																												
Q08																												
Q09																												
Q10																												
Q11																												
Q12																												
Q13																												

No. Total de Questionnaires remplis (B)

Compter le no. de réponses "1:Oui" pour chaque question en horizontal

Structure							HPRC			CDSs			HPRC+CDSs		
No. Total de Questionnaires remplis							HPRC (1)			CDSs (2)			Total (3)=(1)+(2)		
Feuille de remplissage de données	No Total de "Oui" No. 1-25 (A)	No Total de "Oui" No. 26-50 (B)	No Total de "Oui" No. 51-75 (C)	Total (D)=(A)+(B)+(C)	% de "Oui" (E)=(D)/(1) x100	Résultat "X": 75-100%	No Total de "Oui" No. 76-100 (F)	% de "Oui" (G)=(F)/(2) x100	Résultat "X": 75-100%	No Total de "Oui" (H)=(D)+(F)	% de "Oui" (I)=(H)/(3) x100	Résultat "X": 75-100%			
Q01	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q02	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q03	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q04	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q05	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q06	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q07	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q08	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q09	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q10	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q11	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q12	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Q13	/	/	/	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!	/	#DIV/0!	#DIV/0!			
Total (Q01 ~ Q13)							/	/	/	/	/	/	/		
Moyenne (Total / 13)							#DIV/0!	/	/	#DIV/0!	/	/	/		

LE CALCUL EST A FAIRE AUTOMATIQUEMENT



3) 成果品リスト

成果品リスト

	日本語名	Français
1	5S ポスター	Posters pour l'introduction des 5S
2	5S 紹介ビデオ	Vidéo pour l'introduction des 5S
3	5S アクションガイド	Guide d'action pour les activités de 5S
4	モニタリングチェックリスト	Liste de contrôle de l'action des 5S au Burundi
5	機器使用注意タグ	Les étiquettes de précaution "Comment Utiliser" sur l'équipement médicaux
6	予防メンテナンス・シート	Fiche de maintenance préventive
7	医療機材メンテナンス及び新規機材・交換部品 標準調達マニュアル	Le manual de maintenance de l'équipement médical et procédure standards d'acquisition de nouveaux équipements et pièce de recharge de l'hôpital Prince Régent Charles
8	正常分娩チェックリスト	Checklist des soins durant un accouchement eutocique
9	チェックリスト普及用少冊子	Carnet du Checklist pour les soins maternels humanisés au Buruindi
10	正常分娩期における患者中心ケア DVD	DVD sur les soins centres sur les patients durant un accouchement eutocique
11	ニューズレター1号～8号	Le journal : 5S au cœurde l'Afrique vol. 1 – vol. 8
12	モニタリングシステム	Le système de suivi (Monitoring) prévu
13	患者満足度調査の方法	La méthode de l'Enquête de satisfaction auprès des patients
14	TQM 実施に向けたアクションプラン	Plan d'action pour TQM Burundi
15	保健センター・医療センター施設平面図	Plan du CDS/CM