

## 第1章 調査の背景及び概要

### 1.1 調査の背景

1994年のカイロにおける人口と開発に関する国際会議（ICPD）（通称カイロ会議）は、人口と持続的な開発についての国際的コンセンサスと人口安定を達成するための政策を構築した。新しい包括的な「リプロダクティブヘルス」の概念はすべての会議参加国によって受け入れられ、インドにおいてもその家族福祉プログラムにおけるアプローチのターニングポイントとなった。カイロ会議後、インド国政府のリプロダクティブヘルスの概念を尊重し、カイロ会議で採択された行動計画に沿って、包括的なリプロダクティブヘルス、保健医療サービスへのアクセスの向上、女性の地位の向上及び女性の権利の強化を推進してきた。これらは第9次国家開発計画にも明確に述べられている。さらに、コミュニティのニーズ・アセスメントを導入・実施し、従来のトップ・ダウンではなくボトム・アップの視点に立ったプログラムを推進してきた。

一方、我が国は人口・エイズを緊急に対処すべき人類共通の課題として真剣に取り組んできている。カイロの国際人口・開発会議（カイロ会議）、パリのエイズ・サミット、北京の世界女性会議といった一連の会議に先立って、1994年には地球規模問題に積極的に立ち向かうため、人口・エイズに関する地球規模問題イニシャティブ（GII：Global Issues Initiative）を発表し、人口（リプロダクティブヘルスを含む）・エイズ分野で支援の必要性が高いと考えられる優先12カ国をはじめとして、多くの国々にプロジェクト形成調査団を派遣し、これらの分野における開発援助を今日まで積極的に継続してきている。

インド国はGIIで挙げられた優先12カ国のひとつであり、我が国は1995年にプロジェクト形成調査団を派遣し、人口・エイズ分野における援助ニーズを調査し、インド国政府と協議を重ねている。これらの協議に基づき、日本国政府とインド国政府は、カイロ会議の国際的コンセンサスに沿った、「包括的なリプロダクティブヘルス」及び「女性の地位向上」アプローチによる女性の健康を向上させるための支援がインドに必要であり、特に、人間開発指標及び女性の健康指標の低い北部インドのマディア・プラデッシュ（MP）州の県レベルで、女性のリプロダクティブヘルスを向上させるための開発調査が必要であるとの合意に達した。

このような背景のもとにインド国政府は、日本国政府にMP州においてリプロダクティブヘルス向上のための県レベルの計画を策定するための技術協力を要請した。この要請に応じ、日本国政府はMP州の現状にかんがみて女性の健康向上が州の開発のために重要であるという結論に達し、同国に事前調査団を派遣した。その結果、MP州政府及び国際協力事業団（JICA）は、2000年4月20日に「インド国リプロダクティブヘルス支援計画発調査」のScope of Works（S/W）を合意し、署名が行われた。

この要請及び事前調査団との S/W 締結の間にも、MP 州では国家政策及び計画に沿って、人口及びリプロダクティブヘルスを優先分野のひとつとしてプログラムを推進してきており、2000 年にはカイロ会議の枠組みを尊重した州の人口政策を策定している。しかし、人口政策やリプロダクティブヘルス・プログラムは必ずしも期待されたようには順調に実施されておらず、人口政策及びリプロダクティブヘルス・プログラムの目標達成のためには、実施レベルでのさらなる努力が必要な状況である。

## 1.2 調査の目的

本開発調査の目的は以下の通りであった。

- (1) インド国マディア・プラデッシュ州サーガル郡<sup>1</sup>（ディヴィジョン）、ダモー及びティカンガル両県<sup>1</sup>（ディストリクト）のリプロダクティブヘルス向上のための県レベルのマスタープランを、主に女性の健康、栄養、衛生、教育、労働環境の現状・問題分析に基づいて策定する。同マスタープランは、主に再生産年齢の女性をターゲットとし、2010 年を目標達成年とする。
- (2) 調査を通じてインド側カウンターパートに技術移転を行う。

## 1.3 調査の対象地域

調査対象地域はマディア・プラデッシュ（MP）州サーガル郡（ディヴィジョン）であり、同郡は 5 つの県（ディストリクト）、すなわち、チャタルプール、ダモー、パンナ、サーガル、ティカンガル県から成る。調査はサーガル郡の 5 県すべてを対象としたが、特にダモー県及びティカンガル県の調査に重点を置いた。

サーガル郡全体の人口は約 660 万人であり、ティカンガル県及びダモー県の人口はそれぞれ約 120 万人及び約 110 万人である。

## 1.4 調査期間

本調査の期間は 2000 年 11 月中旬から 2002 年 3 月末までの 14.2 ヶ月であった。調査は 2 フェーズからなり、フェーズ 1 は 2000 年 11 月～2001 年 6 月、フェーズ 2 は 2001 年 7 月から 2002 年 3 月までであった。調査全体過程の概要は図 1 に示すとおりである。

---

<sup>1</sup> 和文要約報告書では、インドの行政区分を便宜上、「State」は「州」、「Division」は「郡」、「District」は「県」として訳したが、我が国のそれとは異なるものである。

## 1.5 調査のアプローチと調査方法

### 1.5.1 調査のフェーズ

(1) フェーズ1 (2000年11月～2001年4月)

フェーズ1では、リプロダクティブヘルス（主に女性の）と関連事項の現状分析を実施した。リプロダクティブヘルスに関連する、現在進行中及び計画中のプロジェクト、プログラム及び調査結果のレビューも行った。さらに、これらの調査結果とその分析に基づいて、リプロダクティブヘルスを向上させる上での障害、問題を明確にし、リプロダクティブヘルス向上のための県レベル計画の基本戦略を策定した。

(2) フェーズ2 (2001年7月～2002年3月)

フェーズ1の調査・分析結果及び基本戦略に基づき、さらに必要なフィールド調査を実施し、必要なデータ及び情報を収集し、県レベルのリプロダクティブヘルス向上のための計画を策定した。

### 1.5.2 調査手法

本調査は以下のような調査方法で実施した。

(1) 二次情報の収集・分析

- 国際機関、NGO、政府の文書、出版物のレビュー
- 既存の二次的統計データの分析
- 実施中プロジェクト及びプログラムのレビュー

(2) 一次情報の収集・分析 - 定性的データ

- 保健医療システム及びリプロダクティブ・ヘルス及び子どもの健康（Reproductive and Child Health: RCH）サービスの定性的評価：直接観察、関係者（保健医療スタッフ及びその他の関係者、コミュニティのキー・インフォーマント）とのインタビュー、ディスカッション
- フィールドにおける簡易調査票を用いた RCH サービス供給のラピッド・アセスメント
- ローカル・コンサルタント雇用による住民とのフォーカス・グループ・ディスカッション実施
- RCH 関連の現存のプロジェクト及びプログラムのレビュー
- 会議・ワークショップにおける保健医療行政スタッフ、保健医療従事者との意見交換

(3) 一次情報の収集・分析 - 定量的データ

以下の4種のサンプル調査を現地コンサルタント会社に再委託して実施した。これらの調査では、予め準備した調査票を用いて主として定量的データを収集した。

- 保健医療（主として RCH）サービス利用行動についての知識、姿勢、行動（KAP）調査（世帯調査による）：ダモール県及びティカンガル県の既婚女性 1,080 人（15～49 歳）とその夫 976 人に対する面談調査。
- RCH サービス利用者の調査：サーガル郡 5 県において、政府の保健医療施設（コミュニティ・ヘルスセンター：CHC、プライマリ・ヘルスセンター：PHC、及びサブセンター：SC）を訪れた 387 人の患者、及び家庭で政府保健要員によりサービスを受けた 216 人の患者に対する面談調査。
- 保健医療施設と保健人材の調査：サーガル郡 5 県の県病院、CHC、PHC、SC を含む 75 の政府保健医療施設における直接観察調査、2 次資料（患者記録等）調査及び面談調査、及びこれら保健医療施設で働く 174 人の保健医療従事者に対する面談調査。
- コミュニティ調査：サーガル郡 5 県の都市部のコミュニティ（13 カ所）及び農村部コミュニティ（80 カ所）におけるコミュニティのキーインフォーマントに対する面談・聞き取り調査。女性グループ及びコミュニティの保健サービス提供者への面談調査も実施した。

#### (4) ミーティング及びワークショップ

調査団の調査計画及び調査結果を紹介・共有するため、調査期間を通じて州・県・ブロックレベルでミーティング及びワークショップを開催した。リプロダクティブヘルスの現状分析、特にリプロダクティブヘルスの向上のための戦略や県の計画を策定する上で、参加者の意見及び参加者からのインプットを重視した。

#### (5) ティカンガル県及びダモール県での地理情報システム（GIS）の開発

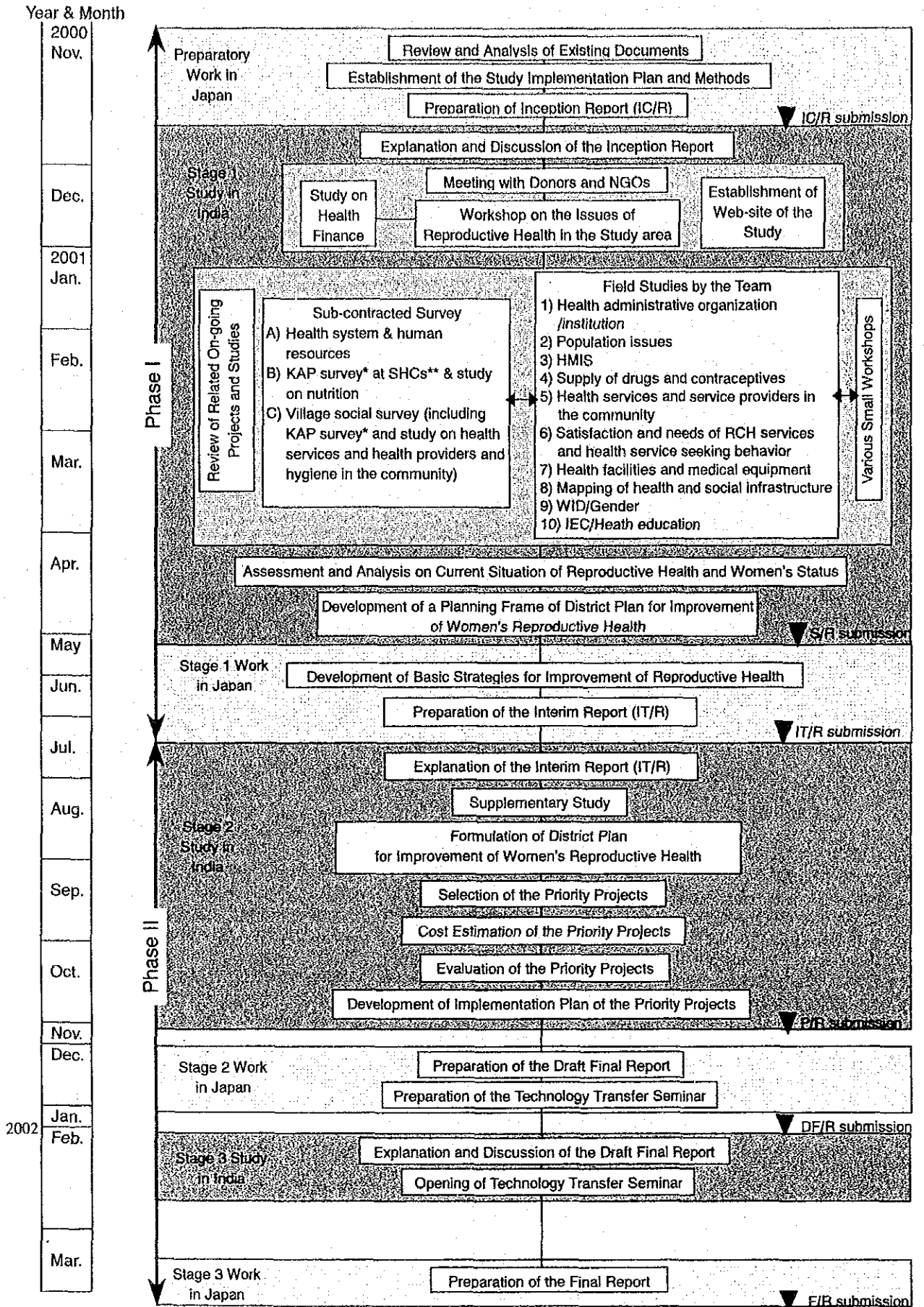
ティカンガル及びダモール両県の基本的 GIS マップが作成され、主に 1991 年からの国勢調査など既存のデータを取り込んだ。しかし、保健データについては、データ入手の困難さとデータの質の低さから、各県の限られたデータを利用するに留まった。

- GIS を使った、SC へのアクセスに関する分析が行われた。
- 州レベルの保健行政官やコンピューター・プログラマーに対して GIS の基礎研修が実施された。

### 1.5.3 プロジェクトのホームページ

プロジェクトの情報に関するホームページを立ち上げ、調査の進展にともない順次情報を更新した（ワークショップ、訪問、レポート等）。

図 1 調査活動のフロー



\* KAP: Knowledge, attitude and practice, \*\*SHCs: Sub-health centers  
 (IC/R: Inception report, S/R: Status report, IT/R: Interim report, P/R: Progress report, DF/R: Draft final report, F/R: Final report)

図1. 調査活動のフロー

## 第2章 リプロダクティブヘルス及び子どもの健康 (RCH) の現状と課題

調査対象地域であるサーガル郡 (ディヴィジョン)、特にティカンガル県 (ディストリクト) 及びダモー県 (ディストリクト) におけるリプロダクティブヘルス及び子どもの健康 (RCH) の現状及び課題は以下のとおりである。これらに基づいて、RCH 向上のための基本戦略及び県レベルのマスタープランを策定した (マスタープランは3章及び4章参照)。

### 2.1 リプロダクティブヘルスにかかわる政策及び開発計画

県レベルのリプロダクティブヘルス向上のためのマスタープラン策定にあたって、その枠組みとして考慮すべき重要な人口問題及びリプロダクティブヘルスにかかわる上位政策・戦略及び計画として以下のようなものがある。さらに、

- 国レベル：国家5ヵ年開発計画、人口政策、保健政策2001 (案)、RCHプログラム
- 州レベル：州人口政策、州保健セクター中期戦略、州栄養政策、州女性政策

また、その政策及び計画の実施にかかわる重要な政策として、パンチャヤット・システムによるデセントラライゼーション政策があげられる。

#### 2.1.1 国家レベル

##### (1) インドの人口政策と国際人口・開発会議

インドにおける家族計画 (家族福祉) プログラムの歴史は50年に及ぶ。その歴史の中で、1994年のカイロにおける人口と開発に関する国際会議 (ICPD) (通称、カイロ会議) は、インド国政府の人口及び保健プログラム・アプローチのターニングポイントとなった。即ち、カイロ会議で採択された行動計画にそって、インド国政府は**包括的なRCHアプローチ**と避妊手段ごとの達成数値目標を設定しないリプロダクティブヘルスのアプローチ (**ターゲットフリーアプローチ**) を採用し、1996年4月には (それまでの) 避妊手段を特定した数値達成目標を全国的に廃止した。また、これに引き続き、次項に述べるように、女性と子どもにかかわる縦割りプログラムを統合したRCHプログラムが1997年に開始された。

その後、2000年には国家及び各州の人口政策が発表されている。同政策は**2010年に合計特殊出生率が人口置き換え水準 (2.1)** になることを中期的目標として掲げ、2010年における14項目にわたる国家の社会・人口学的ゴールを定めている。

また、政策実施の主たる戦略あるいは戦略分野は次のとおりであり、ニーズの重視、デセントラライゼーション、(村落レベルでの) サービスの収束、女性のエンパワメント、セクター内・間の連携が強調されている。

- デセントラライゼーションによる計画策定
- 村落レベルにおけるサービス供給の集中

- 健康と栄養改善のための女性のエンパワメント
- 新生児ケアの重視
- 家族計画サービスのアンメットニーズの解消
- サービスを十分に受けていない特定グループ別（都市スラム、部族コミュニティ・高地・僻地・移住人口、思春期人口）に対する対策及び男性の参加
- 保健サービス提供者の多様化、民間セクターとの協力
- インド伝統的医療の活用
- 避妊技術及び研究
- 高齢者保健ケアの提供
- 社会セクター全体にかかわる、セクター間にまたがるIECの提供

## (2) 第9次国家5ヵ年開発計画及びRCHプログラム

第9次国家5ヵ年開発計画（1997/98-2001/02）は、保健セクター全体の目標として「サービスの普及とケアの質を最大限にして国民の健康状態を改善する」ことをあげ、そのために、「ヘルスケア・システムの機能的効率性の改善」を目指すとしている。また、その主たるアプローチとして以下のような点をあげている。

- 機能的で信頼性のある保健マネジメント情報システム（HMIS）の構築と研修、能力のある人材の配置
- チームワーク推進のための複数職種にわたる教育
- すべての職種の保健スタッフの技術向上（体系的な現職継続研修を通して）
- 保健サービス研究を通しての運営実施効率の改善
- 保健教育によるコミュニティの意識の向上
- 地域の計画策定及びモニタリングにおけるパンチャヤット・ラジ制度の活用による、国民の保健ニーズに対するアカウントビリティ及び責任の向上
- 地域及びコミュニティの資源を活用することによる、運営実施効率及びサービスの質の改善、利用者のニーズに対応したサービスの提供

### <家族福祉（Family Welfare）分野>

特に家族福祉分野については、以下のような目標、戦略、プログラムの方向性等が示されている。ここでも、地域ニーズの重視、デセントライゼーション及びコミュニティ参加によるアプローチ、セクター内・間の連携がうたわれている。

- 目 標：
- 避妊のニーズを満たすこと
  - 乳幼児及び妊産婦の死亡・罹病を低下させ、したがって、希望する子どもの数を低下させること。



- 戦 略：**
- プライマリヘルスケア・センター（PHC）レベルにおける RCH のニーズ・アセスメントを行い、地域別にマイクロプランニングを実施する。
  - 「ニーズに根ざした」、「需要に見合った質の高い」かつ「包括的な」RCH サービスを提供する。

プログラムの方向性：

- 運営実施効率の改善及び柔軟なアプローチによる必須インフラと人材不足の解消
- 家族福祉プログラムの成果の低い県（1991年のセンサスによる）に対する追加支援
- 必須医薬品、ワクチン及び避妊具・薬の恒常的供給の確保
- 計画された出産における男性の参加と避妊手術の推進

家族福祉サービスの質と普及を向上させるためのアプローチ：

- 保健福祉省以外の保健セクターとの積極的連携（ボランティア・民間・その他の合同セクターの一般医の参加推進、インド伝統医学の医師との協力）
- パンチャヤット・ラジ体制の活用（セクター間の連携、計画策定・モニタリング・マネジメントへのコミュニティ参加）
- 他産業分野との連携（産業分野、組織あるいは未組織セクター、農業労働者及び労働者代表の参加）

**<リプロダクティブヘルス及び子どもの健康（RCH）分野>**

これらに基づき、第9次国家5ヵ年開発計画では第8次開発計画のもとに実施されていた女性と子どもにかかわるすべての縦割りプログラムは、「リプロダクティブヘルス及び子どもの健康（RCH: Reproductive and Child Health）プログラム」としてひとつに統合され、各州で実施されることになった。そのコンセプトは、プログラムを効果的かつ効率的なものとするために、個人及びカップルの「ニーズに根ざした」、「利用者中心の」、「需要に見合う」、「質の高い」かつ「包括的な」RCH サービスを提供することである。

避妊手段を特定した数値達成目標を設定しないアプローチは、当初「ターゲットフリー・アプローチ」と呼ばれたが、この名称はかえって誤解と混乱を招いたため、個人及びカップルのニーズを重視することを強調した「コミュニティ・ニーズ・アセスメント・アプローチ（CNAА）」と変更された（1998年）。

RCHプログラム・ガイドラインに示されているように、同プログラムにおいて提供される必須サービスの範囲は次の通りである。

#### 女性のためのサービス ※

- 周産期ケアを含む安全な母性
- 栄養（特に貧血の管理）
- 思春期のリプロダクティブヘルス
- 家族計画
- 妊娠中絶
- 性感染症のケア

#### 子どものためのサービス

- 母乳育児及び栄養
- 必須新生児ケア
- ビタミン A 投与
- 予防接種
- 疾病管理（急性呼吸器感染症、下痢症）

※ 同プログラムはジェンダーを女性の健康に関連する重要事項とし、女性のエンパワメントを重要戦略としている。

### (3) 保健政策2001（案）

政府は2001年に新しい国家保健政策（案）を策定、発表している。同政策は人口の安定とより良い健康水準の達成の間には緊密な関係があることを示し、基本的な保健及びリプロダクティブヘルス・サービスの満たされないニーズを削減することを掲げている。また、人口政策と保健政策の二つの政策を同時に実施することが、健康水準の向上のためのあらゆる国家計画の基本理念となると述べている。

同政策（案）は保健サービスへのより公正なアクセスを強調しており、そのアプローチとしてデセントライゼーションされた公的保健制度をうたっている。またその23の政策のひとつとして、地方自治体による公的保健プログラムの実施、基本保健サービスへの女性のアクセス向上をあげている。

### (4) デセントライゼーション政策

インド政府は自治体（農村部ではパンチャヤット・ラジ制度、都市部では都市行政体）によるデセントライゼーションを推進している。デセントライゼーションはすべての分野に適用されており、地域のニーズに答えていかに人口及び保健政策を実施していくかにかかわる重要な政策である。

#### 2.1.2 州レベル

上記のような国家政策及び状況下にマディア・プラデッシュ州も独自の政策及び戦略を発表している。マディア・プラデッシュ州は2000年に州の人口政策を発表しており、リプロダクティブヘルス向上の県計画策定に最も重要な上位政策である。このほか、社会的・経済的なジェンダーの不公正が女性の生涯にわたって存在し、このことが女性の健康や生活の質の向上、さらに地域の発展を妨げるものであることから、ジェンダーの不公正を是正すべく州の女性政策を1995年に発表し、さらに女性と子どもの栄養改善をめざした州の栄養政策を2001年に発表している。

マディア・プラデッシュ州はデセントライゼーションを最も最初に推進した州であり、保健医療分野についても、デセントライゼーションによる地域ニーズに答えるボトムアップの政策実施とプログラムへのコミュニティ参加を推進しようとしている。

#### (1) MP州人口政策

国家人口政策策定と同時にこれを枠組みとして州レベルにおいても人口政策が策定されている。マディア・プラデッシュ州の人口政策は 2000 年に発表されている。その使命は、「**人口と資源、環境のバランスをとることによって国民の生活の質を向上させること**」であり、これは **2011 年までに合計特殊出生率 (TFR) を 2.1 とすることによって達成される。**

その下位目標は、女性の地位を向上させることを強調した包括的なアプローチによって、以下を達成することであり、これら 4 つの分野の 20 を越える事項について、さらに具体的目標が設定されている。

- (a) 女性とカップルの自由な選択による **避妊実行率の増加**
- (b) **乳児死亡率の低下**
- (c) **妊産婦死亡率の低下**
- (d) **性感染症の罹患率の低下**

さらに、同政策を推進するための重要政策分野として、以下があげられている。

- 計画された家族の助けとなるような環境の醸成、家族計画及びリプロダクティブヘルスの需要の創造
- コミュニティ動員及びプログラム実施における、パンチャヤット・ラジ体制、民間セクター及び非政府セクターとの協力
- 利用者のニーズを満たすための家族福祉プログラムのマネジメント向上
- 適正な実施組織の設置

上記 4 項目については、政策支援を強化し、セクター間の連携を確実にし、県以下のレベルでの制度的統合のため、具体的に以下のような機構を設置する。

- 州人口・開発協議会 (State Population and Development Council: SPDC)
- 州人口政策実施委員会 (State Population Policy Implementation Committee: SPPIC)
- 県人口・開発調整委員会 (District Population and Development Coordination Committee: DPDCC)

また 2001 年末には、人口政策の実施をさらに推進するために、保健福祉省内に人口・家族福祉担当のヘルス・コミッショナーを新たに配置し、同コミッショナーが人口政策目標達成のための新たなイニシアティブを打ち出している (詳細は第 3 章)。

## (2) MP州保健セクター中期戦略

MP州では、政府は州の予算積上げ書である州5ヵ年開発計画のほかに、これまで保健セクターの中・長期的なセクター・ビジョンや計画は策定されていない。州の予算計画は通常、国家開発計画にそったものであり、実際、主要な保健プログラムのほとんどは国家プログラムである。

しかし、州保健家族福祉省は包括的な保健セクター戦略の策定を進めている。現在、国際・現地コンサルタントチームが同策定作業を実施中である。詳細なセクター戦略策定に先立ち、その枠組みとなる基本的戦略が州保健家族福祉省により策定されている。

## (3) MP州女性政策

1995年に制定された州の女性政策においては、ジェンダーの不公正を正すために真剣な努力がなされた。女性の生涯のすべての面を管理するための女性のエンパワメントは、持続可能な開発の基礎である。すべての分野における女性のエンパワメント、女性の経済的・社会的・文化的開発と進歩は、州開発の優先分野である。

女性についての政策及びプログラム実施は主として州の女性子ども省のイニシアティブで行われている。州の女性政策の主要ゴールは以下のとおりである。

- 女性の生存と生活が保護されることを確実にする
- 市民社会へ女性が最大限に参加することを確実にし、また、意思決定における女性の役割を強化する
- 女性の自信を増加させ、女性の地位を向上する
- 女性が、すべての分野における開発努力の利益を最大限に享受できるように女性をエンパワメントする
- 経済活動へ女性が最大限に参加することを確実にするために方策をとる
- 生涯にわたり女性が「見える」ことを確実にする
- より大きな社会において女性の問題について啓蒙し、行動変容をもたらす
- 女性への暴力行為や残虐行為を防止する

## (4) MP州栄養政策

栄養対策、特に女性と子どもの栄養不良に対する対策は、保健家族福祉省ではなく女性子ども省のもとに実施されており、栄養不良に対する州政策も同省が策定している。同政策は栄養不良の削減を目的に2003年に以下の目標を達成することを掲げている。

- (a) 5歳未満児の中度栄養不良の15%削減、重度栄養不良の10%削減
- (b) 出生時低体重児の10%削減
- (c) ビタミンA欠乏による失明の根絶
- (d) 鉄欠乏による妊産婦の貧血の20%削減

目標達成の主たる戦略は以下のとおりである。

- 政治的な決議と国民の意識向上
- パンチャヤット・ラジ体制及び地方自治体による（デセントラライゼーションによる）実施
- 貧困層及び部族家庭の重視
- 多地域における実施と省間の協調
- 若年女性層の重視
- モニタリング
- 州栄養課（State Nutrition Cell）の設置
- （個人でなく）家族をターゲットとするアプローチ

#### (5) その他の州の政策

州保健家族福祉省は、保健サブセクターについても DANIDA の支援を受けていくつかの政策を策定中である。これらの中で、特に「州医薬品政策（案）」及び「州保健セクター・トレーニング政策（案）」はリプロダクティブヘルス向上マスタープランの実施に密接に関係するものである。これらは MP 州政府の承認を受けておらず、いまだ「最終案」の段階である。

#### < 医薬品政策（案） >

2001 年に策定された医薬品政策（案）は、医薬品及び医療衛生材料のにかかわる多岐にわたる分野、利用可能性（医薬品の選択、購入、配付、在庫管理）、財源確保、品質の確保、適正使用、さらに医薬品・治療委員会について言及している。

その主な内容は以下のとおりであり、州レベルでの早急な最終政策の採択と政策実施が望まれる。

- 州医薬品・治療政策諮問委員会の設置
- 必須医薬品リストの制定・定期的改訂・活用及び一般名医薬品の使用
- 標準治療ガイドラインの策定と活用
- マディア・プラデッシュ医薬品・医療品供給公社（MPMSC）の設置
- 中央一括購入制度
- 地域医薬品倉庫から県医薬品倉庫への費用効果の高い、効率的な配送
- 県レベルから下への配送への保健委員会の関与
- 一貫した在庫管理・医薬品マネジメントシステムの開発と導入
- 医薬品の品質管理（GMPの導入を含む）の確保
- 適正使用と各病院における治療委員会の設置

#### < 保健セクター・トレーニング政策（案） >

州保健家族福祉省は、ヘルスケアの成果と効果があがらない決定的な要因のひとつは保健

サービス提供者の能力の低さであることを認め、トレーニング・ニーズアセスメントを実施、その結果に基づき保健セクター・トレーニング政策（案）を策定している。

その中で、トレーニング・システムはヘルスシステムのサブシステムとして再構築・強化されるべきであることが強調されている。また、技術・マネジメント・コミュニケーションのバランスのとれた包括的トレーニングプログラムのデザインの必要性（縦割りプログラム別にアドホック的に実施しているシステムから、すべてのトレーニングを統合して実施するシステムに変更すべき）、トレーニング環境の整備（トレーニング施設の整備、トレーナーの養成、トレーナーの能力強化）、トレーニング・リサーチと開発（問題解決アプローチ・地域特定アプローチ・遠隔教育・NGO・民間の取り込みなど）の重要性がうたわれている。

- (a) 主たる政策目的は以下のとおりである。
- (b) 効果的・効率的な研修システムの開発と確立とその効果的マネジメント
- (c) すべてのレベルにおける既存システムの研修能力の増強（県レベルの研修を含む）
- (d) 最も適切で地域特異的な研修戦略の探るための他の研修アプローチの開発と試験の努力を推進するような環境の創出
- (e) 研修指導者が、最も効果的・効率的に質の高い研修技能を獲得し、研修指導者・研究者・コンサルタントとしての自信を培うことができるような研修指導者の研修能力の強化
- (f) 研修及び保健サービス研究（研修・研修インパクトの評価を含む）の推進
- (g) 研修指導者の問題解決への参加（保健サービス提供者の問題解決やサービス提供の代替戦略の試験への支援）

その実施メカニズムとして、以下のようなことが提唱されている。

- 州レベルの研修委員会（Departmental Training Committee）の設置
- 保健家族福祉省人材開発局内における研修管理室の設置と人材マネジメント情報システム（Personnel Management Information System: PMIS）の導入
- すべてのトレーニング施設の再組織化：
  - i) 州ヘルスマネジメント・コミュニケーション研究所（State Institute of Health Management and Communication: SIHMC）を頂点とする研修組織体制：すべての研修施設は SIHMC の行政・財政・技術的な管理下におかれる。
  - ii) SIHMC は域家族福祉トレーニングセンター（Regional Family Welfare Training Centre: RFWTC）を支援し、監督する。
  - iii) RFWTC を地域の核とする体系： RFWTC は県研修センター（District Training Centre: DTC）に対して行政・財政・技術支援を提供する。
  - iv) DTC は所轄 RFWTC への報告義務を有する。
- 各 RFWTC 及び DTC による、地域に根ざしたトレーニング及びフィールド経験のための、フィールド実習デモンストレーション地域の設置

### 2.1.3 デセントラライゼーション政策

マディヤ・プラデッシュ州は、憲法改正後の1993年にパンチャヤット・ラジ・体制 (PRI: Panchayat Raji Institution) の選挙をインドで最初に実施した州である。農村部においてはPRI、都市部においては都市部行政体 (ULB: Urban Local Body) を通してデセントラライゼーションを推進し、公式には保健分野を含む18分野においてプログラムの管理・実行の権限及び責任がジラ・パンチャヤット (県レベルのパンチャヤット) に委譲されている。

しかし、現実にはデセントラライゼーションされたレベルによるプログラムの管理・実施が十分に機能しているとは言いがたく、特にリプロダクティブヘルス分野ではほとんど行われていない。保健分野におけるデセントラライゼーションの成功例として常に州保健家族福祉省に引用されるのは、MP州の住民参加・費用徴収制度であるロギ・カリヤン・サミティ (患者福祉協会) であり、これはボトムアップの計画とデセントラライゼーションによるマネジメントの成功例とされる。MP州のデセントラライゼーションは政治的体系 (パンチャヤット体制) におけるデセントラライゼーションのみが強調されており、あらゆるレベルにおける保健行政体系・保健スタッフからの技術支援、及びあらゆるレベルにおける保健行政体系・保健スタッフとの連携 (これらはデセントラライゼーションされた統治のよりよい運営に必須) についてはほとんど関心が払われていない。

## 2.2 「リプロダクティブヘルス及び子どもの健康 (RCH)」分野の現状と課題

### 2.2.1 RCH指標

州人口政策及びRCHプログラムにも述べられているとおり、リプロダクティブヘルス分野の4つの重要課題は、(1) 高い出生率及び高い家族計画のアンメット・ニーズ、(2) 高い妊産婦死亡率、(3) 高い乳児死亡率、(4) 高い性行為感染症 (STI) /生殖器感染症 (RTI) の罹患率、である。

MP州は他州・連邦直轄地域に比較して、これらの指標の悪い地域に分類されている。特殊合計出生率、妊産婦死亡率及び乳児死亡率は受容し難いレベルであり、半数以上の子どもが栄養不良である。マスタープラン策定対象県であるティカンガル県はMP州の平均よりさらに悪く、ダモー県は平均よりやや良いかあるいは指標によっては悪い状況にある。

既存の二次資料<sup>2</sup>、政府報告書及び本調査の結果によるそれぞれの概況は以下のとおりである。

<sup>2</sup> 人口国勢調査 (1991年及び2001年)、第1回国家家族・保健調査 (1991/92年) (NFHS-1: National Family Health Survey 1)、第2回国家家族・保健調査 (1998/99年) (NFHS-2: National Family Health Survey 2)、迅速世帯調査 (1998年) (Rapid Household Survey) など

## (1) 高い出生率・家族計画の高いアンメット・ニーズ

### <MP州>

- 合計特殊出生率（TFR）は、1972年から1996年の間に徐々に減少しているが（5.7 → 4.1）、州人口政策の目標である人口置き換え水準（2.1）には程遠い。
- 都市・農村間格差が著しい（都市2.6、農村4.4）。都市部TFRは低下しインド都市部TFRに近づきつつある一方、農村部での低下率は非常に低い。
- 人口増加への寄与因子として最も影響しているのは、若年結婚と若年出産である。
- 年齢グループ別の女性の出世力は20～24歳の年齢層で最も大きく、しかも、1981年以来ほとんど低下していない。農村部のこの年齢層の人口増加への寄与が最も大きい。
- 既婚女性の出世力も同様である。
- 避妊実行率は1991年から1998年の間に徐々に増加しているが（36.6% → 44.3%）、そのほとんどは避妊手術の増加（6.4ポイント）によるものであり、近代的な一時的避妊方法の実行率の増加度はわずか0.7ポイントである。

### <ティカンガル県・ダモー県>

RCHプログラムのもとに実施された県別迅速世帯調査（RHS）及び人口国勢調査によると、

- ティカンガル県のTFR推定値は5.0であり州平均より0.9ポイント高く、ダモー県はほぼ州平均値である。
- 過去10年間の年平均人口増加率はティカンガル県ではMP州の平均より高く、ダモー県では低い。
- 避妊実行率はティカンガル県でMP州平均よりやや高く、ダモー県ではやや低い。
- 家族計画のアンメットニーズはティカンガル県では州平均より低く、ダモー県では著しく高い。



表 1 出生力・家族計画のアンメットニーズの指標

	ティカンガル県	ダモー県	MP州	インド国
合計特殊出生率	5.04 <sup>1)</sup>	4.14 <sup>1)</sup>	4.1* <sup>2)</sup>	3.4* <sup>2)</sup>
年平均人口増加率(%) (1991-2001) <sup>3)</sup>	2.49	1.88	2.06	1.95
理想的な子どもの数 <sup>4)</sup>	na	na	2.9	2.7
2人子どものいる女性で、さらに子どもを望む女性の割合(%)	27.2 <sup>5)</sup>	27.2 <sup>5)</sup>	38.8 <sup>4)</sup>	23.0 <sup>4)</sup>
避妊実行率(%)	45.5 <sup>6)</sup> (36.1**)	41.6 <sup>6)</sup> (38.5**)	44.3 <sup>4)</sup> (37.9**)	48.2 <sup>4)</sup> (36.1**)
家族計画のアンメット・ニーズ(%)	12.7 <sup>6)</sup>	34.8 <sup>6)</sup>	16.2 <sup>4)</sup>	15.8 <sup>4)</sup>

注： \* NFHS-2 (1996-1998) では、MP州 3.31、インド国 2.85

\*\* 避妊手術

出所： 1) 推定値 (Calculated by the study team based on Census 1991 and SRS)

2) Compendium of India's Fertility and Mortality Indicators 1971-1997 based on the Sample Registration System (SRS), Registrar General, India, 1999

3) Census of India 2001, Government of India

4) National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99

5) JICA Study Team

6) Rapid Household Survey, RCH Programme, 1998/1999

## (2) 高い妊産婦死亡率

州及び県レベルでの妊産婦死亡率の信頼し得るデータはほとんどない。NFHS-1 及び NFHS-2 によると、インド全体では 1991 年には 424 であるのに対し 1998 年には 540 となっており、統計学的な有意差はないものの低下するよりも増加傾向にある。このことは MP 州においてもあてはまると推定される。

### <MP 州>

- 推定498であり、他州に比較して非常に高い。CSSMプログラムでは妊産婦死亡率の高い6つの重点州のひとつであった。
- 農村部の妊産婦死亡統計（1993年）によると、主たる死亡原因の70%は、妊娠中の出血・発熱、貧血及び妊娠中毒症であり、妊娠中絶とこれに伴う合併症、産褥期敗血症がこれに続く<sup>3)</sup>。
- 妊婦検診を受診しない妊産婦が約4割であり、都市・農村間格差が大きい（都市11%、農村45%）。
- 訓練された者による介護がない出産が24%である。

### <ティカンガル県・ダモー県>

- 県レベルにおける妊産婦死亡に関する信頼し得るデータはない。
- RHSによると、妊婦検診を（一度でも）受けた妊産婦は、ティカンガル県で約4分の1、ダモー県で半数。

<sup>3)</sup> P.K.Mehrotra and A.R.Chaurasia, Issues in Reproductive Health: Maternal mortality, Dept.of Health and Family Welfare, MP, 1997

- RHSによると、訓練された介護者によらない出産がティカンガル県でもダモー県でも7割にのぼる。都市・農村間格差が大きい（ティカンガル県で都市部54.0%に対して農村部24.8%、ダモー県で都市部40.6%に対して農村部26.7%）。

表 2 安全な母性にかかわる指標

	ティカンガル県	ダモー県	MP州	インド国
妊産婦死亡率	1,178 <sup>1)</sup>	856 <sup>1)</sup>	498 <sup>2)</sup>	408* <sup>2)</sup>
産前検診受診率	23.0 <sup>3)</sup>	49.0 <sup>3)</sup>	60.8 <sup>4)</sup>	65.1 <sup>4)</sup>
訓練された介護者**による出産	29.4 <sup>3)</sup>	29.1 <sup>3)</sup>	76.3 <sup>4)</sup> (46.7***)	76.7 <sup>4)</sup> (35.0***)
施設分娩	21.5 <sup>3)</sup>	8.5 <sup>3)</sup>	19.8 <sup>4)</sup>	33.6 <sup>4)</sup>

注： \*NFHS-2 (1996-1998) では、インド国 540 (428~653)。

\*\* 医師、看護婦、ANM、女性 MPW、訓練を受けた伝統的助産婦 (Dai)

\*\*\*伝統的助産婦 (Dai) による介護の割合

出所： 1) Sample Registration System (SRS), Registrar General, India (1997 の数値)

2) Compendium of India's Fertility and Mortality Indicators 1971-1997 based on the Sample Registration System (SRS), Registrar General, India, 1999

3) Rapid Household Survey, RCH Programme, 1998/1999

4) National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99

### (3) 高い乳幼児死亡率

#### <MP 州>

- 乳児死亡率 (IMR) は1972年から1997年の間に徐々に減少しているが (135 → 94)、いまだインド全国値 (1997年71) と大きな差がある。特に農村部では1970年代に比較して1990年代にその格差が増大している。
- 都市・農村間格差が大きい (IMR: 都市部57/ 農村部99、NNMR: 都市部33.2/ 農村部68.2)。
- 新生児死亡 (NNMR) を除く乳児死亡率は1990年以降急速に低下しており、都市部ではインド全国値とほとんど差がなくなっている。
- NNMRは1972年から1997年の間にわずかに低下しただけであり (68.7 → 64.0)、特に農村部の新生児死亡率が低下していない。
- 乳児死亡率の3分の2はNNMRによる。
- 予防接種率が低く (すべての予防接種をした12~23ヵ月齢の子どもの割合55%)、特に農村部では50%未満である。

#### <ティカンガル県・ダモー県>

- 1991年の人口国勢調査以外に、県レベルの信頼し得るデータはない。
- 乳児死亡率は1991年の人口国勢調査のデータであるが、MP州より高い値である。
- 予防接種率が州平均より低く、農村部での接種率が著しく低い。

表 3 子どもの死亡にかかわる指標

	ティカンガル県	ダモー県	MP州	インド国
乳児死亡率(出生千対)	132 <sup>1)</sup>	123 <sup>1)</sup>	94 <sup>2)</sup>	71 <sup>2)</sup>
新生児死亡率(出生千対)	na	na	64.0 <sup>2)</sup>	46.1 <sup>2)</sup>
5歳未満児死亡率(出生千対)	187 <sup>3)</sup>	194 <sup>3)</sup>	120 <sup>4)</sup>	95 <sup>4)</sup>
予防接種率(%) (全種)	17.3 <sup>5)</sup> (U: 39.5) (R: 13.0)	27.2 <sup>5)</sup> (U: 32.0) (R: 26.3)	22.4 <sup>4)</sup> (U: 41.2) (R: 17.0)	42.0 <sup>4)</sup> (U: 60.5) (R: 36.6)
母親の破傷風予防接種率(2回以上)	47.8 <sup>5)</sup> (U: 52.7) (R: 46.9)	38.7 <sup>5)</sup> (U: 61.1) (R: 34.3)	55.0 <sup>4)</sup> (U: 73.7) (R: 49.8)	66.8 <sup>4)</sup> (U: 81.9) (R: 62.5)

注： 表中の「U」は都市部、「R」は農村部を表す。

- 出所： 1) The Madhya Pradesh Human Development Report 1998, Gov. of MP  
 2) Compendium of India's Fertility and Mortality Indicators 1971-1997 based on the Sample Registration System (SRS), Registrar General, India, 1999  
 3) Census of India 1991  
 4) National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99  
 5) Rapid Household Survey, RCH Programme, 1998-1999

#### (4) 高い性感染症 / 生殖器系感染症の罹患率

##### <MP州>

- 面談調査による既婚女性（15～49歳）の有症状率は4割にのぼる。

##### <ティカンガル県・ダモー県>

- 面談調査による女性（15～44歳）の有症状率は4割にのぼる。
- 面談調査による男性（20～54歳）の有症状率は、ティカンガル県で4分の1に近いが、ダモー県では4%であった。

表 4 性行為感染症/生殖器系感染症の罹患にかかわる指標

	ティカンガル県	ダモー県	MP州	インド国
生殖器系感染症の有症状者(女性)(%)	36.0 <sup>1)</sup>	40.5 <sup>1)</sup>	40.7 <sup>2)</sup>	35.5 <sup>2)</sup>
生殖器系感染症の有症状者(男性)(%)	24.2 <sup>1)</sup>	4.3 <sup>1)</sup>	na	na

- 出所： 1) Rapid Household Survey, RCH Programme, 1998/1999  
 2) National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99

#### 2.2.2 「リプロダクティブヘルス及び子どもの健康 (RCH)」の問題分析

前節のリプロダクティブヘルスにおける4つの課題について、本調査におけるサーガル郡のRCHの現状調査に基づき結果原因・問題分析を実施した。これらを簡略化し、4つの課題原因を以下に列挙した。また、表5～8にも示した。

## 高い出生率と望まない妊娠

### (1) 早期（若年）の妊娠が多い

- 社会・家族によるプレッシャー及び文化的因習
- 新しいカップルの家族計画やその手段・入手先に関する適切な知識の不足
- 子女の社会的地位及び教育レベルの低さ

### (2) 家族計画サービスへのアクセスが低い

- 家族計画サービスの手段・入手先に関する適切な知識の不足
- コミュニティ・レベルでの避妊手段（避妊具・薬）の欠如・不足
- 社会・家族のプレッシャーや伝統的慣習・信仰
- 一般住民の家族計画及び家族計画手段の不十分な知識
- 子女の社会的地位及び教育レベルの低さ

### (3) 家族計画サービスの質が低い

- ANM / MPW、医師のコミュニケーション及びカウンセリング技術を含む知識・技術の不適切・不足
- サービスの質を確保するための、保健スタッフの監督指導体制の欠如

### ※ 不妊症に関するサービスの提供がない

- 高い出生率の原因ではないが、不妊症や社会・家庭のプレッシャーに苦しんでいる女性やカップルのために提供されるべき。多くの女性が社会的よりどころをなくし、離婚されていると考えられる。

## 高い妊産婦死亡率

### (1) リスクの高い妊娠が多い

- 早すぎる（若年齢の）結婚と妊娠
- 短い間隔の妊娠
- 子どもの数が多い
- 女性の健康及び栄養状態が悪い（特に貧血）

### (2) 人工妊娠中絶の質が低い

- 望まない妊娠及び望まない時期の妊娠が多い
- S-PHC レベルで質の高い中絶サービスが提供されない
- 不適切な処置を行う非合法的サービスの利用
- 非合法・伝統的中絶の危険性についての利用者の知識の不足
- 子女の社会的地位及び教育レベルの低さ

### (3) 妊婦検診へのアクセスが低く、サービスの質が低い

- ANM / MPW によるサービスのカバー率が低い（アクセスが悪い、サービスが必要なときに提供されない）

- サービス提供者である ANM / MPW の知識・技術の不足・不適切
  - 機材・医療用品・医薬品等の不足
  - リファラル・システムの欠如
  - 妊産婦の健康に関する一般住民の（特に夫の）知識及び認識の不足
  - 子女の社会的地位及び教育レベルの低さ
- (4) 保健要員の介助を受けない分娩が多い
- ANM / MPW によるカバー率が低い（アクセスが悪い、サービスの提供がない）
  - ANM / MPW による妊婦検診中のアドバイスの欠如
  - 妊産婦の健康・出産のケアに関する一般住民の知識の不足
  - サービスに対する支払いにおける経済的問題
  - 子女の社会的地位及び教育レベルの低さ
  - カーストによる差別
- (5) 不適切な分娩介助が多い
- ANM / MPW 及び伝統的産婆（Dai）の知識・技術の不足・不適切
  - 機材・医療用品・医薬品等の不足
  - 参加必須ケア（EOC）の欠如
  - 産科救急ケア（EmOC）の欠如
  - リファラル・システムの欠如
- (6) リファラル・システムが機能していない
- 資格のある保健スタッフの不足
  - 施設・機材の未整備
  - 紹介患者及び救急患者に対する輸送・移送支援システムの欠如
  - フィールド保健要員、PHC 及び CHC 間の通信システムの欠如
  - マネジメント能力の不足
- (7) 産婦ケアへのアクセスが悪く、サービスの質が低い
- ANM / MPW によるカバー率が低い（アクセスが悪い、サービスの提供がない）
  - ANM / MPW の知識・技術の不足・不適切
  - 機材・医療用品・医薬品等の不足
  - リファラル・システムの欠如
  - 妊婦の健康に関する一般住民の（特に夫の）知識の不足
  - 子女の社会的地位及び教育レベルの低さ

### 高い乳児死亡率と有病率

- (1) 新生児死亡が過去 10 年間低下しない
- リスクの高い新生児のためのケアの欠如
  - 妊婦の栄養状態の低さ

- (2) 慢性的な栄養失調の割合が高い
- 育児をする母親や周囲の人々の栄養に関する知識の欠如
  - 子どもの食事に関する文化的習慣
  - 妊婦や育児をする母親の栄養状態が悪いこと
  - 貧困（適切な栄養価の高い食事を子どもに与えることが困難）
  - ANM / MPW 及び AWW の栄養サービスを提供する上での知識・技術が不適切
  - ANM / MPW 及び AWW の子どもの成長モニタリング及び保健教育を提供する上での知識・技術が不適切
- (3) 下痢、ARI（急性呼吸器感染症）、マラリア及びその他の小児に一般的な疾患が適切に治療されていない
- 育児をする母親や周囲の人々の感染症やその原因に関する知識が欠けている
  - 衛生施設や安全な飲料水へのアクセスの低さ
  - 保健医療従事者のこれらの感染症治療に関する知識が不適切
  - 治療のための医薬品の不足
- (4) 予防接種サービスの普及率（提供・アクセスともに）が低い
- アクセスが限られている、村落における予防接種実施計画の貧弱
  - 育児をする母親や周囲の人々の知識が不足している
  - 末端レベルのコールド・チェーンの維持が十分できていない

### **高い性行為感染症（STI）及び生殖器感染症（RTI）の罹患率**

- (1) 一般の人々の STI / RTI の症状、可能な治療、感染経路に関する知識の欠如・不足
- 一般住民への STI / RTI の情報及び情報源の利用可能性が低く、提供が乏しい
  - STI / RTI についての戦略的 IEC 活動の欠如
- (2) サービスの利用可能性が限られている（病院以外では診断・治療サービスが利用できない）
- 訓練を受けたサービス提供者の欠如
  - 検査体制、診断機器、治療薬の不足
  - 明確な戦略の欠如
- (3) 県レベルにおける RCH プログラムとエイズ対策プログラムの不十分な調整・連携
- 本コンポーネントに対する政府の強い政策意志の不足
  - エイズ危機と STI / RTI 対策の重要性についての、政治家及び保健行政官の意識の不足

表5 問題分析：高い望まない妊娠率（及び不妊）

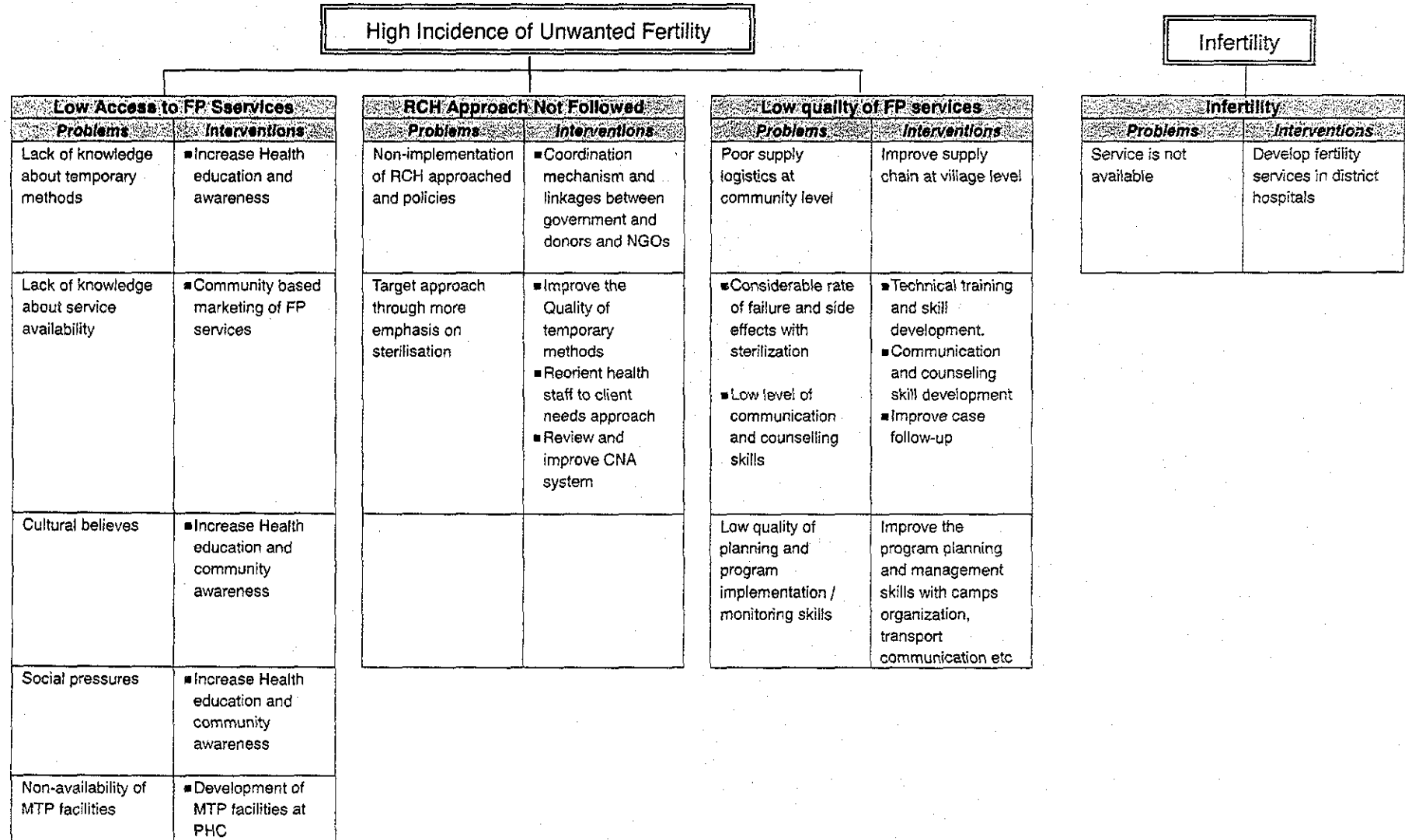


表6 問題分析：高い妊産婦死亡率及び新生児死亡率

High Maternal and Neonatal Mortality

High Risk Pregannacy		Induced Abortion		Ante Natal Care		Unattended Delivery		Ill-attended Delivery	
Problems	Interventions	Problems	Interventions	Problems	Interventions	Problems	Interventions	Problems	Interventions
1. Pregnancy too early (<19 yr) ■ Early marriage ■ Social pressure	Social develop/ Campaign that should include at least ■ Promotion school attendance by girls ■ H. Education ■ Life skills development	1. Unwanted and mistimed pregnancy	Increase the provision of FP services and contraceptive distribution at the community level (→ see FP)	1. Low (%) of Receivers  Too little coverage by ANM ■ Not informed about pregnant women ■ No transport ■ Lower castes segregation ■ Too large coverage area ■ Lack of motivation and commitment	■ Improve Planning of ANM work by BMO and PHC ■ Increase the supervision by MD of PHC ■ Increase transportation means of ANM ■ Increase coordination with AWW etc. in the community. ■ Increase planning of human resources ■ Increase motivation through supervision and reward scheme	Limited access: ■ Cultural beliefs (see before) ■ Lack of awareness/health education ■ Lack of advice by ANM during ANC ■ Caste segregation ■ Financial constraints ■ Lack of coverage by field staff	■ Review of SHC catchment area ■ Health education ■ Training of providers ■ Cost of delivery to be free (→ see ANC)	■ Lack of knowledge and skills of providers ■ Lack of planning ■ Lack of transportation and equipment supplies ■ Lack EOC ■ Lack of EmOC ■ Lack of referral mechanisms	■ Training of providers ■ Increase management capability ■ Cost of delivery to be free ■ Supply equipment ■ Provide transportation (→ see ANC)
2. Pregnancy too late (>40 y)  Not important issue		2. Use of illegal providers because of:  ■ Low availability of MTP ■ Financial pressure ■ Social pressure ■ Boy preference	■ Increase the availability of MTP services ■ MTP services free ■ Increase of awareness of gender ■ Social environmental change by BCC /awareness campaign	2. Low quality of service provided by ANM  ■ Low identification of high risk ■ Lack of knowledge ■ Lack of skills ■ Lack of equipment	Pre-service and in-service training				



High Risk Pregnancy	
Problems	Interventions
<p>3. Spacing (more than 2 years of inter genesis interval)</p> <p><u>Not very important issue</u></p>	<p>Health education in schools and in village</p>
<p>4. Too many children (TFR &gt;= 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Male preference (Gender)</li> <li>■ High infant mortality</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Health Education in schools and village</li> <li>■ Increase of social status of women (See approaches separately)</li> <li>■ Decrease Infant/ Child mortality. (See approach separately)</li> </ul>

Induced Abortion	
Problems	Interventions

Ante Natal Care	
Problems	Interventions
<p>3. Lack of referral system</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Distance to FRU is too long</li> <li>■ Lack of communication tool</li> <li>■ Lack of transport and cost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Upgrade CHC equipment and staff. (MDs and ANM trained in emergency obstetrics and managing of complicated cases)</li> <li>■ Implement tele communication system</li> <li>■ Development of community fund for transportation</li> <li>■ Available vehicles at HF</li> <li>■ Upgrade hospital to receive severe cases</li> <li>■ Create blood banks</li> </ul>
<p>4. Lack of supplies (medicines: IFA, Vit A, etc.)</p>	<p>Increase planning capability</p>

Unattended Delivery	
Problems	Interventions

Ill-attended Delivery	
Problems	Interventions

High Risk Pregannacy	
Problems	Interventions
5. Low health status <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nutrition/Anemia</li> <li>■ Workload</li> <li>■ STDs / RTIs</li> <li>■ Other conditions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Improve local development</li> <li>■ Increase women's literacy, social status and economic condition</li> <li>■ H. Education</li> <li>■ Increase prev &amp; treatment of chronic illnesses and deficiencies</li> <li>■ Increase treatment of STDs</li> </ul>

Induced Abortion	
Problems	Interventions

Ante Natal Care	
Problems	Interventions
5. Limited Access to ANC <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cultural beliefs</li> <li>■ Low empowerment</li> <li>■ Low literacy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ increase H. education</li> <li>■ Increase empowerment</li> <li>■ Increase school attendance</li> </ul>

Unattended Delivery	
Problems	Interventions

Ill-attended Delivery	
Problems	Interventions

表7 問題分析：高い乳幼児死亡率

High Infant\* Mortality Rate

Prevalence of chronic malnutrition		Diarrhea, ARI, Malaria and others are prevalent, and not well controlled and treated		Inadequate protection from vaccine preventable diseases	
Problems	Interventions	Problems	Interventions	Problems	Interventions
Cultural habit hampers providing proper diet to children	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promote exclusive breast feeding</li> <li>■ Provide health education on nutrition, particularly on weaning</li> <li>■ Increase of public awareness of nutrition</li> <li>■ Strengthen nutrition programme</li> </ul>	Lack of sanitation, poor access to safe drinking water	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Increase water sources and toilet</li> <li>■ Provide health education on sanitation</li> </ul>	Low coverage of immunization due to poor planning	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Improve access to immunization services through better planning</li> <li>■ Strengthen routine immunization of DPT, BCG, TT</li> <li>■ Improve coverage of Measles Immunization through campaign</li> </ul>
Lack of knowledge and awareness of child nutrition of care takers	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Provide health education on nutrition</li> <li>■ Increase family awareness of child nutrition</li> <li>■ Strengthen nutrition programme</li> </ul>	Lack of knowledge of infectious diseases of care takers	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Provide health education on major infectious diseases prevention and control</li> <li>■ Increase family awareness of infectious diseases</li> </ul>	Lack of knowledge of care takers	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Provide health education on major infectious diseases prevention and control</li> <li>■ Increase family awareness of infectious diseases</li> </ul>
Lack of knowledge of child nutrition of health service providers (including AWW)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Train health providers on child nutrition</li> <li>■ Train health providers on interpersonal communication skills</li> </ul>	Lack of knowledge of infectious diseases of health service providers (including AWW)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Train health providers on major infectious diseases</li> <li>■ Train health providers on interpersonal communication skills</li> </ul>	Irregular supply of vaccines	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Improve logistics management of vaccine supply</li> </ul>
Poverty (Financial) : low economic status to have sufficient food	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Strengthen vitamin A distribution programme</li> <li>■ Encourage SHG activities for income generation</li> <li>■ Organize and promote community (Panchayat) activities to increase availability of nutritious food (home gardening, etc.)</li> </ul>	Lack of supplies including medicines	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Improvement of logistics management of supply</li> </ul>	Weak in maintaining cold chain at peripheral level	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Improve logistics management of vaccine supply</li> <li>■ Train health workers on cold chain maintenance</li> </ul>
State policy: nutrition issues is not addressed within the health system	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Policy change to integrate all primary health care activities for children at primary health care facilities and community level (→ IMCI approach)</li> </ul>				

\* Children above 6 weeks old and below 1 years old

表 8 高い性感染症罹患率

High Incidence of STI / RTI Symptoms

<i>Problems</i>	<i>Interventions</i>
1. Lack of knowledge of symptoms, potential for treatment, and modes of transmission	1. Health Education <ul style="list-style-type: none"> <li>■ By ANMs in visits</li> <li>■ Mass media for creating awareness</li> <li>■ Peer education</li> </ul>
2. Lack of Services for Diagnosis and Treatment Due to: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lack of trained providers</li> <li>■ Lack of laboratory capacity for diagnosis</li> <li>■ Lack of equipment for diagnosis</li> <li>■ Lack of medicines for treatment</li> </ul>	2. Expand Services to Diagnose and Treat <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Modify pre-service curriculum to develop skills in syndromic management, provide in-service training</li> <li>■ Develop laboratory capacity at B-PHC level</li> <li>■ Provide equipment for diagnosis (light and speculum)</li> <li>■ Provide medicines at all levels for treatment of symptoms according to protocols</li> </ul>

## 2.3 RCHにおける課題と問題の整理

前述した RCH の 4 つの課題及び RCH プログラムについてレビューしたすべての問題を、ヘルスサービス及びプログラムを評価する上で一般的な以下の横断的な 4 つの課題グループに分類して整理した。これらの問題の詳細は次節に記載した。

- A. RCH サービス供給システムにおける課題
- B. RCH 及び RCH サービスに関する人々の知識・行動における課題
- C. RCH の向上を妨げる社会・文化的要因における課題
- D. プログラムのマネジメントにおける課題

### A. RCH サービス供給システムにおける課題

- 不十分な RCH サービスの普及（実際にサービスが提供されていない、利用できる状態にない、サービスへのアクセスが悪い）
- 質の低いサービス

### B. RCH 及び RCH サービスに関する人々の知識・行動における課題

- 女性（特に妊産婦）と子どもの健康と栄養に関する一般住民（特に男性）の知識・意識の欠如・不足
- 予防保健及び家族計画のニーズ、RCH サービスが利用できること、及び RCH サービスの入手もとに関する一般住民（特に男性）の知識・意識の欠如・不足
- 個人レベルの知識と住民の行動（衛生行動・家族計画に関する行動・受診行動等）との乖離

### C. RCH の向上を妨げる社会・文化的要因における課題

- 女性と子どもの健康の障害となる社会的プレッシャーや文化的習慣
- 若年結婚及び若年妊娠
- 思春期の若者にとっての RCH に関する情報へのアクセスの困難
- RCH サービスの利用を妨げる社会的・文化的習慣
- 夫による RCH サービスの利用、受診・受療行動の決定
- 女性の移動に関する制約（一般に農村部では村内に移動が制約される）
- 子女の低い識字率
- カーストによる差別

### D. 保健行政及び保健プログラムにおけるマネジメントの課題

不十分なマネジメントのためにヘルスケアシステムが非効率で、かつ効果のないことは、根本的な問題である。

- 保健行政とパンチャヤット・保健委員会の役割についての明確なデマケーションの欠如、保健行政ラインと政治ラインの間の十分な連携の欠如（デセントラライゼーション政策のもとでの、行政と政治間のコミュニケーション機構の欠如、保健委員会及びコミュニティへの行政側からの支援システムの欠如）
- 異なるサービス・レベル（県、ブロック、セクター及びコミュニティ）、他の関連する分野（特に女性子ども省、医学教育・インド医学省、パンチャヤット・村落開発省）との不十分な協力・調整
- 保健システムにおける保健サブ・システム\*の不十分な確立、運営及び利用
  - \* 保健リファラルシステム（特に救急リファラルシステム）、保健マネジメント情報システム（出産・死亡届、保健医療従事者情報システム、財政情報システム等を含む）、異なるサービスレベル間のコミュニケーション・システム、監督・モニタリングシステム、医薬品等供給ロジスティクス・マネジメントシステムなど
- 不十分な監督指導・モニタリング
- 計画及びモニタリングにおける保健情報及び疫学データの利用の不足
- 保健サービス供給システムとコミュニティ・システム、または、保健サービス提供者と住民との間の連携の不足

### 2.3.1 保健医療サービス供給システム

#### (1) RCHサービスの普及（サービスの提供及びサービスへのアクセス）

##### 1) 基本的RCHサービスを提供する保健医療施設の分布

各県の中心都市には県病院があり、これが政府系で県全体をカバーする主たるリファラル・センターである。実際、サーガル県を除いては、わずかな数の民間ナーシング・ホームやクリニックを除き、同施設が県人口約百万人をカバーする唯一のリファラル施設であり、病院である。

村落部ではブロック医療担当官のもとに保健サービス・ネットワークが形成されている。実際、サービス郡には相当数の保健サービス施設があり、総計 1000 以上にのぼる。しかし、各保健施設は規定を超える人口をカバーしており、特にセクター・プライマリ・ヘルスセンターの数は限られており、規定の人口の 2~3 倍をカバーしている。

各県の県庁所在地にはその県におけるトップ・リファラル・センターとなる県病院がある。末端レベルでは、ブロックごとに行政組織化された保健医療施設のネットワークがある。

##### a) サブセンター（SCs）

- サブセンターは人々に最も身近な末端保健医療施設であるが、RCH サービス提供のためすべての人口をカバーしてはいない。サブセンターは 4~8 カ村（ときには 10

カ村以上) をカバーしており、唯一の ANM もしくは F-MPW で地域全体に対処することには限界がある。

- SC の建物の有無と所有： SC の数は、政府の建物を持った保健医療施設の数を意味しない。ティカンガル県、ダモー県ではそれぞれ 32.7%、82.8% の SC は政府の保健医療施設の中では運営されていない。つまり、多くの SC は保健医療施設と呼べるような建物を持っていない。ANW や MPW は自宅や、AWW の家や、その他の村の施設や賃貸の部屋で仕事をしている。時には、働く場所がないこともある。
- SC の担当地域： だいたい SC の位置は、単純な人口規定に基づいて決められる。アクセスや ANM にとっての機動性や他の要素は大きくは考慮させずに設置させる。我々の GIS 調査によると、人口の 54% が SC から 2 km 以内に済んでいるに過ぎず、ダモーでは 4 km 以内でも 69% に過ぎない。ティカンガルでも同様で、2 km 以内に 51%、4 km 以内に 67% である。
- 村の中での SC の位置： ティカンガル県、ダモー県の SC のそれぞれ 54.6%、28.7% は村の中心に位置してはいない。これは村人の SC サービスに関する知識、利用を低下させ、SC と住民の関係を低下させ、ANM / F-MPW にとっての安全性の低下に繋がる。
- SC に配置させた ANM / F-MPW の多くは、その村に住んではいない。ダモーでは 28%、ティカンガルでは 44% が村外に居住している。政府所有の建物がある場所では半分が ANW の住居になっており、よりコミュニティにいる時間が多くなっている。

#### b) セクター・プライマリ・ヘルスセンター (S-PHC)

- S-PHC の数は非常に少なく、したがってすべてのサブセンター (SC) を監督することは非常にむずかしい。
- S-PHC の数は非常に少ないにもかかわらず、利用率は低い。

#### c) ブロック・プライマリ・ヘルスセンター (B-PHC)

- すべてのブロックに B-PHC または CHC がある。しかし、ブロックレベルには専門医がおらず、そのためにこれらの施設が第 1 次リファラル施設として機能することは困難な状況である。

#### d) 医療教育・インド医学省 (DMEISM) 下の保健施設

- SC レベル (コミュニティレベル) には、保健家族福祉省の施設以外に、アユルヴェディックやホメオパティック医師がいるクリニックがあり、PHC サービスを提供している。これらの施設は、ダモー県には 37、ティカンガル県には 28 施設ある。しかし、これらのクリニックのスタッフは十分な RCH 及び CNA (コミュニティ・ニーズ・アセスメント・アプローチ) の研修を受けていない。

## 2) 保健医療施設での RCH サービスの提供 (RCH サービス・アベイラビリティ)

次表はサービス・レベルごとの RCH サービスの提供の有無、アクセスの要約である。

表 9 サーガル郡の保健医療施設における提供サービス

施設	県病院	CHC	B-PHC	PHC	SC	ホーム / 家庭訪問	AWC / AWW
<b>安全な母性</b>							
妊婦検診	A	A	A	A	A	A	
貧血検査	A	L	L	L	NA	NA	
マラリア血液検査	A	L	L	L			
検尿	A	L	L	L	NA	NA	
正常分娩	A	A	A	A	A	A	
正常新生児ケア	A	A	A	A	A	A	
ハイリスク新生児ケア	L/NA	NA	NA				
産後ケア	A	A	A	A	A	A	
EOC/EmOC (非外科的)	A	L/NA	NA	NA	NA	NA	
帝王切開/EmOC	A	NA					
輸血	L	NA					
<b>思春期リプロダクティブヘルス</b>							
不妊症カップルに対するサービス	L	NA	NA	NA	NA	NA	
<b>妊娠中絶</b>							
M.T.P.	A	L	L	NA			
合併症のある中絶	A	L	L				
<b>家族計画</b>							
FP カウンセリング	A	A	A	A	A	A	
ピル	A	A	A	A	A	A	A
IUD	A	A	A	A	A		
コンドーム	A	A	A	A	A	A	A
避妊手術 (女性)	A	L	L	NA			
避妊手術 (男性)	A	L	L	NA			
FPの合併症	A	L	L	NA			
<b>RTIs/STIs</b>							
症状による診断 RTI/STIs	A	L	L	L	NA	NA	
ラボ診断 RTI/STIs	A	L	L				
RTI/STIs 治療	A	L	L	L	NA	NA	
<b>子どもの健康</b>							
予防接種	A	A	A	A	A	A	A
栄養補給							A
発育モニタリング	A	A	A	L	L	L	L
ビタミンA剤配布	A	A	A	A	A	A	A
下痢の治療	A	A	A	A	A	A	A
発熱の治療	A	A	A	A	A	A	A
急性呼吸器感染症の治療	A	A	A	A	A	A	L
IEC 活動	NA	NA	NA	NA	L	L	L

注: A: ほとんどの施設において有り, L: あるが、限定的, NA: 無し



RCH サービスは、住民に近い場所で利用できる状態にあって、提供されるべきであるが、実際にはサービスの提供は限定的である。特に、必須産科ケア (EOC) 及び産科救急 (EmOC) へのアクセス及び提供は、妊産婦死亡率及び妊産婦の罹病率を低下させるために重要なリプロダクティブヘルス・サービスであるにもかかわらず、非常に限定的である。

その主な理由としては以下のような点があげられる。

- 各サービスレベルにおける RCH サービスを提供するのに必要な保健スタッフ (医師、看護婦、ANM 又は MPW、保健教育担当者等) の技術及びコミュニケーション能力が不十分
- 包括的 RCH サービスを提供するための訓練された医師が不足
- 村落に居住できる政府の施設が無い場合、またはカバーする地域が広すぎるため、ANM 又は MPW が必要なときに不在
- S-PHC、B-PHC で働く医師・保健スタッフの中には、コミュニティの生活水準、インフラ、環境が整っていないため、当該地域に居住していない者がいる。そのため、24 時間サービスの提供が困難である。
- プログラム・マネージャー、監督指導者、行政官、保健医療スタッフ、フィールドの保健要員のマネジメント能力が不十分
  - フィールド訪問やアウトリーチサービスが体系的でない、また、保健サービス提供者間の調整が不十分
  - 保健サービス提供者とコミュニティの間の連携が不十分
- 適切な施設設備及び機材の不足、または欠如
- 医薬品、医療用品の不足、または欠如

**a) 第1次リファラルレベルの産科必須ケア及び産科救急ケア (新生児ケアを含む) は県病院でのみ提供**

- 妊産婦死亡率を低下させるために必須で最も効果のある対策は、EOC 及び EmOC の提供とアクセスを確保することである。しかし、EOC は限られた範囲のサービスに限られた村落でしか提供されておらず、また EmOC は村落やプライマリ・ヘルスセンターではまったく提供されていない。県病院だけがこれらのサービスを提供できる県内で唯一の施設である。
- 調査対象地域の村落における RCH 活動は、TBA (Dai) の介護による出産と出産時の「5つの清潔」にのみ重点がおかれている。しかし、妊産婦死亡率を大きく減少させるには、ANC、EOC、EmOC と効果的な救急リファラル・システムを確立することが重要であることはよく知られている。

また、TBA の訓練は妊産婦死亡率の低下に対するインパクトがほとんどないこともよく知られている (1~3%の低下)。TBA の訓練は基本的な必須な活動であるが、

保健医療従事者（訓練された ANM / 女性 MPW、助産婦、医師）による介護、及び sh 施設分娩をさらに推進する必要がある。

**b) 県内にリファラル・サービス（システム）が機能していない**

**産科救急（EmOC）のための救急リファラル・サービス**

- 産科救急リファラル・システムは機能していない。通常、救急リファラルシステムは3つのサブシステムからなる。すなわち、(i) 患者を24時間受け入れ、訓練された専門医師によって診療することのできる体制のある保健医療施設、(ii) (常に利用可能な状態にある) コミュニティ及びすべてのレベルの保健医療施設を結ぶ救急患者搬送システム、(iii) すべてのレベルの保健医療施設を通信可能な救急通信システムであり、さらに、これらのシステムを運営するマネジメント能力が必須である。ティカンガル、ダモール両県にはどれも欠けている。
- すべての CHC はブロック・レベルにおける第1次リファラル施設 (FRU) として定義されている。すべての従来の B-PHC は CHC に昇格される予定であったが、実際には FRU として機能していない。CHC レベルには、EmOC を提供するのに必要な建物、設備、機材が整備されていない。また、すべての CHC に専門医を配置するには専門医の数が不足している。

ダモール県全体で患者をリファーできる施設は2つしかない。県病院とハッタ CHC である。他の13の PHC に勤務する医師、看護スタッフには技術的支援もなければ、県病院以外に患者をリファーできる施設もない。ハッタ CHC ですら、機能している手術室もなく、必要なスタッフもない。
- 専門医が不足しており、県病院にすら十分な専門医が確保されている状態ではない。ダモール県には麻酔医がおらず、県病院以下のレベルには全く専門医がいない。
- LHV や ANM 又は女性 MPW の母子の生命にかかわるような緊急な処置を必要とする事態の兆候に関する知識は非常に限られている。今回の本調査の結果は、生命の危険がある多くの症例が保健医療施設にリファーされていないことを示している。

**救急以外のリファラル・サービス**

- リファラルシステムは本質的に機能しておらず、(県病院以外の) 政府系保健医療施設の病床は十分に利用されていない。
- LHV や ANM のより高度なケアを必要とする病態や症状の兆候に関する知識は非常に限られている。

**c) PHCレベルで妊娠中絶サービスが提供できない**

- このサービスは女医のいる県病院や CHC のみで提供可能であり、農村部の女性には利用できない。MP 州が中絶による妊産婦死亡を減少させることを真剣に考えるならば、訓練を受けた ANM や LHV が MTP を実施できるようにすべきである。隣国バングラデッシュでは、LHV が20年以上も前から MTP を安全に行っている。

- 国家の法律では、LHV、ANM 又は女性 MPW が MTP を実施することはできず、研修を行うこともできない。しかし、この点については検討され、変更されるべきである。

### 3) 性感染症の診断・治療ができない

- 多くの女性が性感染症の診断・治療を受けることができない。
- 性感染症の診断・治療は軽視されており、ANM は診断・治療についての研修をほとんど受けていない。ブロック・レベルですら症例を見たことがないというスタッフがあり、保健スタッフが性感染症を診断することができないことを示唆している。
- 最近の調査による症状の有病率を見ると、診断レベルが実際の有病率をはるかに下回っていることが分かる。

### 4) 出産後ケア

- 今日まで出産後ケアは非常に軽視されている。
- ANM は妊婦を登録し、出産前ケアを行い、必要とされる分娩時のケア（EmOC を除く）を提供することとされている。しかし、産後の女性を訪問し、ケアを行うガイドラインはない。この時期は、家族計画の手段、母乳育児、授乳期の栄養、予防接種についてカウンセリングを行うことのできる絶好の機会である。特に家族計画については、一時的なものも永久的なものもすべての方法について、(妊娠の可能性がないので) 時間をとって情報を提供することのできるチャンスである。

### 5) 限られたIEC活動

- IEC は RCH について正しい情報を受益者に提供し、サービスにアクセスし、利用するためのニーズ及び動機付けを創り出すために重要であるが、このコンポーネントは RCH サービス活動において非常に弱い。
- 現在の IEC 活動及び保健スタッフの IEC に関する理解は、印刷されたリーフレットを配布し、壁にポスターを貼ることである。保健スタッフはインターパーソナルなコミュニケーション技術について訓練を受けていないか、受けていても訓練が適切でない。
- IEC は望ましい結果を効果的に生み出してこなかったが、その理由のひとつは効果的な行動変容プロセス（ヘルス・コミュニケーション、IEC）の適用において弱かったことによる。

## 2.3.2 RCHサービスの質

### (1) 質の高いサービスを提供するための保健サービス提供者の能力及び技術

#### 1) ANM、MPW及びLHV

- ANM 及び LHV は中絶、性感染症、慢性疾患、栄養の症例は取り扱わない。
- 分娩介助は ANM の極めて重要な業務であると考えられが、実際には ANW は比較的

少数の分娩しか介助していない。すなわち、本調査によれば、調査対象 ANM 及び女性 MPW の 25% はまったく分娩介助をしたことがなく、49% は調査前の 1 週間に、13% は調査前の 1 ヶ月間に、13% は調査前の 6 ヶ月間に分娩介助の経験したと述べている。

- また、ANM、女性 MPW 及び LHV の 83% は産褥敗血症を、67% が閉鎖分娩、子癇、合併症を伴う妊娠中絶を一度も見たことがなく、また半数は分娩後出血を一度も見たことがない。このように、ANM、女性 MPW 及び LHV が、頻繁におこりうる分娩時の症状を一度も見たことがないということは、彼らがこれらを見分けることができないと信じるにたるものである。
- ANM、女性 MPW 及び LHV の出産前、中、後の妊産婦・家族に対するアドバイスは適切かつ充分でなく、3 回のお産前ケア、施設分娩、出産後のケア、家族計画は充分に動機づけられていない。
- 臨床スタッフがいつ患者をリファールしたらいいかを知っていることは重要であり、特にサーガル郡のように交通手段に乏しい地域ではことさらである。しかし、ANM、女性 MPW 及び LHV は緊急の医療処置を必要とする兆候についての知識が不十分である。
- ANM の 17 の必須業務項目のうち 15 は IEC に関連するものであるが、ANM は研修中にコミュニケーションについてはなんら指導されていない。
- ANM の活動及び業務が多すぎる。実際、ANM は既に保健サービス及び保健教育の提供を超えて多くの業務を持っているにもかかわらず、新しい活動が必要になると、すべて ANM の業務の追加となり、労働負荷は増加する。例えば、毎年 2・3 月には、ANM はその担当地域のすべての世帯を訪問し、出産可能な夫婦の登録を更新することが期待されている。

#### <ANM、MPW 及び LHV の研修>

- 上記の問題は多くは主に不十分な養成研修及び現職研修であり、また、研修フォローアップ及び監督指導の欠如によるものである。
- ANM 研修の内容事項(シラバス)は、1977 年にインド看護委員会によって策定され、1986 年に改定されたが、その後改定されていない。研修は科学及び保健のコースから成るが、使用されているテキストやマニュアルも時代遅れであり、新しい重要な情報が欠如している。
- 研修講師(トレーナー)は自身の知識を更新し、国家保健プログラムやケアの変更を知るための資料や研修をほとんど受けていない。
- ANM の主な業務のひとつは家庭訪問や PHC サービス提供時の保健教育であるにもかかわらず、ANM の研修にはコミュニケーション技術に関するものが含まれていない。
- 67% の ANM 及び MPW が研修の必要性を訴えた(ただし、何についての研修が必要か特定できる者はほとんどがいない)。

- RCH プログラムのもとで行われた現職研修は、財源の不足のため、すべての保健スタッフをカバーできていない。
- 現職研修は短期間であまりに多くの分野をカバーしているため、各課題について 1～3 時間しか割いておらず、LHV、ANM 又は MPW により提供されるサービスの質を向上させるためには不十分である。

#### <ANM 研修センター>

- ティカンガル県には ANM 研修センター (ANMTC) があるがダモ一県にはなく、研修者の確保をサーガル県の ANMTC に依存している (いずれにせよ、州が既存のセンターを効果的なものとするまで、安易に研修センター数を増やすべきではない)。
- ティカンガル県の ANMTC は 7 人のスタッフ・ポストのうち、3 人しか満たしていない。1980 年代初めの創設当初の 1 年半は校長が配置されたが、それ以降このポストは空席である。研修講師のひとりが代行として研修のほかに管理業務も行っている。

シラバスは 1977 年のものが使用されている。教材及び研修機材等は古く、修理不能のものも多い。また、不適切なものも少なくない。講師 (教員) はその研修技術のために選別された者ではなく、講師養成研修も受けてもいない。また、定期的な現職研修を受けていない (最も最近の受講研修は 1997 年又は 1998 年)。

- ANMTC はよい候補者を募集する効果的戦略に欠けている。

#### <ANM 研修者の選抜>

- ANM 研修者の選抜アプローチには基本的な流れがある。すなわち、選抜は保健医療従事者の質を確保するための過程の一部としてよりも、失業緩和戦略として見なされているのである。候補者は労働省の失業事務所に登録されていなければならない、そう事務所が研修者の募集、応募の受領を行い、また、(CMHO 事務所、県長官及びその他の関係者と共に) 研修者の選抜にも関わっている。
- ANM の研修は看護婦や医師の養成と同等に重要であり、募集や選抜過程の再考が必要であり、また、募集はより合理的であるべきである。ANMTC は一般に定員を満たしておらず、より積極的な募集が必要である。ティカンガル県は 60 人定員のところ研修員は 35 人であり、サーガル県 ANMTC でも状況は同様である。

#### <男性 MPW の研修>

- MP 州には男性 MPW の研修センターは 10 カ所あり、それぞれ年間 60 人の生徒を受け入れるている。入所要件は ANM と同様であり、10 年以上の学歴が必要である。インド看護委員会によって策定されたシラバスは、教材、教員ともに ANMTC と同様に時代の見合っておらず、一般に施設設備の状況は悪く、資金面でも不十分である。
- 現職研修の問題も ANM 又は女性 MPW と同様である。

## 2) 伝統的助産婦 (Dai)

- GOMP は Dai の果たすべき役割を再検討し、目標、計画及び業務計画を策定すべきである。各村に一人の Dai を研修することは不可能であり、Dai を研修しても、妊産婦死亡率を低下させることにはほとんど貢献しない。
- ダモール県及びティカンガル県では、93%を超える Dai がバソール・カーストに属し、指定カーストであり不可触賤民と見なされている。つまり、Dai は新生児を取り上げるためではなく、むしろ排出された胎盤等の処理のために呼ばれることも多い。分娩は親族によって介助されていることが多い。
- Dai の安全な出産の研修に多くの努力が払われたにもかかわらず、Dai が実際に取り上げる分娩は少ない。調査をした Dai の約 3 分の 1 が 1 ヶ月に 1~4 件の出産を介助しているが、約 3 分の 1 は年間わずかに 2 件の出産を介助しているに過ぎず、17% が一度も出産介助をしたことがない。
- Dai が年間に取り扱う分娩数は、安全な分娩を実際にできるようになるには十分な件数ではない。さらに、実際には出産のあとに、胎盤等の処理のためのみに呼ばれることも多い。サーガル郡の調査では、調査した Dai の約 20% がそのようなケースに出会っている。
- 妊娠の危険な兆候を少なくとも 2 つ知っていた Dai は 15% 未満に過ぎず、出産後のケアについての知識はさらに少ない。保健医療施設にリファーすべき産褥敗血症の何らかの兆候を指摘できた Dai は 15% しかいない。
- 57% の分娩で、母親は産後フォローアップのために保健医療施設に行くように指導されていない。または、何か問題があったら行くように言われたに過ぎなかった。産後の出血などの合併症を指摘できた Dai は 7% に過ぎない。
- 臍帯を消毒した器具で切った後、90% 以上の Dai は灰をつけるなどのようなことは何もしておらず、この点については訓練は行き届いている。
- 他の国で行われているプログラムでは、Dai や家族に SC や PHC に来てもらい、分娩をするという試みがある。このような SC や PHC の施設は Dai 及び女性にやさしく、すべての人々がいつでも歓迎され、学びに行きやすい場所であるべきである。Dai 及び女性にやさしい PHC (Dai-friendly and women-friendly PHC) のオペレーション・リサーチを試みるべきである。

### <Dai の研修>

- Dai 研修は研修ターゲット人数を設定して実施され、その人数が達成すると研修を止めてしまった<sup>4</sup>。そのため、残りの Dai は研修を受けないまま村で出産を介助することになり、また、政府からの殺菌済み器具等を受け取ることもないことになる。研修ターゲットの設定は取りやめ、すべての Dai が研修を受けて、消毒済みの器具等を入手できるよう変更すべきである。

<sup>4</sup> インドの RCH プログラムのターゲット志向のひとつの現れである。その後、Dai 全数の研修が計画されている。

- Dai の研修は主に PHC で行われ、正常分娩に焦点があてられている。分娩後の大量出血が妊産婦死亡の大きな一因であるにもかかわらず、出産後のケアについて研修を受けた Dai の割合が非常に低いことに注目すべきである。
- 栄養不良、救急処置の必要な産科ケア、中絶の合併症が分娩中の妊産婦死亡の主たる原因であるにもかかわらず、これらについては Dai の研修には含まれていない。さらに、多くの女性が性感染症に関連する症状を持っているにもかかわらず、性感染症、HIV/ エイズのカウンセリングについての研修も実施されていない。
- Dai の 95% 以上は過去 5 年以内に、家族計画を除く研修を受けている。家族計画については、研修を受けた Dai の 60% が過去 5~10 の間に研修を受けたのみである。

## (2) 人材の有無と配置

- 県病院以外には専門医（産婦人科医、小児科医）や麻酔技師がいない。看護婦、医師は県病院、ブロック・レベルで不足している。
- 県病院ですら、専門医、麻酔技師は質の高いサービスを提供できるほど十分な人数はいない。ダモール県には麻酔技師はひとりもいない。
- 農村部の施設には女性の医師は非常に少ない。
- CHC を含み、農村部の PHC (S-PHC) には平均で一名、B-PHC にはそれ以上の人数の一般医がいるが、多くの医師は配置されたセクターやブロックには居住していない。
- S-PHC の医師の多くは、機材や医薬品等の医療用品の不足、住民の利用が低いこともあって、十分に機能していない。
- (現状の) B-PHC の利用者数に対して、医師が多すぎる。
- 規定の人員配置定員数にてらして、HA / LHV 及び ANM / 女性 MPW はほとんど不足していない。また、男性の MPW もやや不足している程度である。

## (3) 保健医療施設の物理的条件

- 問題は施設の数や建物の有無、短時間でアクセスできないことだけでなく、ほとんどの施設で適切な物理的条件を欠いていることである。多くの建物や設備は老朽化しており、維持管理状況も悪い。
- 施設の新設、改築及び維持管理業務の実施責任は公共事業省 (PWD) にあり、これらの予算も PWD に移管されることになっている。しかし、保健医療施設のために資金が移管されても、PWD は他の優先事業を抱えていることもあり、したがって、建設プロジェクトは非常に時間のかかるものとなっている。プロジェクト開始から完成まで 10~15 年間もかかることもあり、そのために施設が完成したときには既に時代遅れのものになってしまうことがある。
- 建設プロジェクト事業のモニタリングのために、保健家族福祉省と公共事業省の間の密接なコミュニケーションが必要である。
- (公共事業省の実施する) 建設事業の質の低さ。

- 保健医療施設は、一般に「清潔」、「衛生」の欠如。
- 施設のデザイン：受益者サーベイによると、多くの女性が診察中のプライバシーに欠ける点に不安を感じている。既存のSCの多くは待合室及び診察室としてひとつの部屋しかなく、施設デザインの改善が必要である。プライバシーを確保できるような独立した診察室が必要である。

#### (4) 医療機材・医療用品（医薬品・衛生材料等の消耗品等）の不足

- すべての保健医療施設で機材が不足しており、各サービスレベルにおける質の高いサービスの提供を困難にしている。
- SCでは、70%のANM又はMPWが機材の不足、80%が医薬品の不足を指摘している。
- CHCは機材の不足のため、第1次リファラル施設（FRU）として機能していない。
- MP州には標準機材リストが無く、県レベルにも在庫管理システムはない。

#### (5) サブ・プログラムの技術的事項

##### 1) 避妊手術

- 伝統的な女性の不妊手術（卵管結紮）に際しては、帰宅後に感染症を防止するために術後に女性を7～10日入院させている。一方、腹腔鏡による不妊手術は1日で終わるが、その使用についての研修を受けたスタッフがいる施設でのみサービスが受けられないため、サービス提供の機会は限られている。
- 女性が良い術後カウンセリングを受け、清潔なガーゼやバンドエイドを家に持ち帰れば術後の感染を防ぐことができ、長期間入院をする必要はない。世界では術後に数時間休養し帰宅するのが一般的であり、MP州のスルヤ（Surya）クリニックでは実際そのようにして不妊手術が行われている。
- 避妊手術を行う医師は、小切開不妊手術（mini-laparotomy technique）と術後ケアのための利用者カウンセリングの再研修を受けるべきである。

##### 2) 家族計画

###### <RHCのコンセプト>

（すべての情報を与えられた上での利用者自身の選択に基づいた、利用者のニーズに合った家族計画）

- RHCのコンセプトがほとんど理解されていないことは明らかであり、したがって、まず、コンセプトがシステムとされていくべきである。また、スタッフは説明の可能なかれら自身のゴール及び目標を持つ必要がある。避妊手段別の新規利用者数というターゲットを報告するような現在のシステムにかわる多くの代替方法がある。
- 年間目標を設定するための現在の「ニーズ・アセスメント」の方法はコミュニティを人数としてしか扱っていない。その人数により、政府上層部で策定された計算式にしたがって「ニーズ」を計算しているに過ぎない。



### <家族計画の手段>

- 「家族計画」は実質的に「女性の避妊手術」と同義語である。
- サービス提供者は、一時的避妊手段やそれについてのカウンセリング方法について再研修を受ける必要がある。
- 家族計画に男性を巻き込むために、より注意が払われなければならない。「男性 MPW による村落の男性の教育」スキームよりも成功するようなスキームが必要である。
- 利用者が家族計画のそれぞれの手段についての明快で、完結した、かつ正確な情報（使用方法、利点・不利点、起こりうる副作用、緊急な手当てを必要とする危険な兆候等を含む）を与えられる必要がある。
- ANM は IEC 及びカウンセリングで最も重要な責務を担っているが、養成研修ではカウンセリングやコミュニケーションについて全く訓練を受けていない。

### 3) 栄養（貧血）

- 包括的子どもの発育スキーム（ICDS）と IFA（鉄と葉酸）剤の配布：インドが妊婦の鉄欠乏性貧血を減少させるために行った IFA と食糧補給は、あまり効果を上げていない。その全国規模での補給には 9,300 万ドルの費用が必要と推定され、国家保健システムでは担えない数字である。
- 5 歳未満児と出産可能年齢の女性に対する食事供給プログラムは、食事供給以外の焦点を含むよう拡大すべきである。参加型手法を用いた栄養教育により力を注ぐべきである。

### 2.3.3 住民のRCH及びRCHケアに関する知識の欠如

#### (1) 住民のRCH及びRCHケアに関する知識の欠如

保健セクターにおける顕著な課題のひとつは低いサービス利用率である。その理由はおそらく単純ではなく、いくつかの要素が複雑に絡みあっている。しかし、その大きな原因のひとつは、住民が提供されているサービスあるいはヘルスケアの重要性についての知識や意識がないということである。サービスの提供があり、アクセスが可能であっても、住民の知識や意識が低ければ、サービスを利用することはない。

- RCH サービスの提供もと及び利用可能であることについての知識・意識の欠如している。
- 思春期の若者のための RCH についての情報源が欠如している。
- ヘルスケアにおいて夫の意思がいまだに尊重されている。
- 夫や家族へのアプローチが必要である。
- ほとんどの分娩が妊婦の親族や義母によって介助されている。したがって、ANM 及び AWW は女性グループを研修し、妊娠中・出産時・出産後の危険な兆候、その際にすぐに医療関係者の支援を求める必要性、さらにどこに行くべきかについて指導すべきである。

## (2) MP州におけるIECの問題

- IECは効果を上げてこなかったが、ひとつには効果的な行動変容プロセスの適用が充分になされなかったことによる。評価、計画、ドラフト作成、事前テスト、教材の作成、配布、モニタリング・評価をプロセスに含むべきである。これらのほとんどは州レベルでマスメディアに対して行われているが、利用者の個別ニーズに対して一般的なメッセージを生み出しており、そのポテンシャルを達成していない。このようなことがサービス利用者個人のレベルに対する効果のないIECの結果となっている。
- 効果を上げてこなかったことで、保健医療体制の中でのIEC専門家の信望は低くなり、保健家族福祉省の諸活動の中におけるIECの立場は弱くなってしまった。効果的なプログラムを実施することは、利用者及びIEC実践者の双方にとって有益である。
- IEC分野の問題点は以下の通りである。
  - コミュニティの権利剥奪：コミュニティ（住民）はIEC情報を受けとるだけと感じており、IECプロセスに彼らのコミュニティとしてのニーズも個人としてのニーズも反映されていないと感じている。
  - 女性の権利剥奪：上記に指摘したとおり住民はコミュニケーション・プロセスの外に置かれていると感じている。女性は一般のコミュニケーションよりさらにIECプロセスの外に置かれていると感じている。
  - トップダウン・アプローチである。
  - 最も必要とする人々にIECが届いていない。
  - 地域の聴衆をターゲットとしていない。
  - 家族を焦点とする視点に欠ける。
  - 印刷媒体に重点が置かれている。
  - IEC管理者の技術レベルが低い。
  - IECに対する利用者の信頼度が低い。女性は積極的に現在の保健サービス提供者とRCHの問題について話し合おうとしていない。ほとんどのANMが、予防接種者数や出産前検診者との面談回数等のターゲットの数値を達成することを業務とみなしており、そのカウンセリングの任務に時間を割かないか、無視している。またANMはしばしば利用者の女性より高位カーストに属しており、利用者が阻害感を受けている。信頼と確信なくしては、サービス利用者はRCHに関する問題を分かち合おうとはしない。
  - IECに接する機会が持続しない。
  - IEC局の技術が広い分野をカバーし過ぎている。IEC局が質保証の調整役、広告会社やマスメディア製作グループに対する外注契約によるIEC活動の監督にその役割を限定するとすれば、非常に効率的になるであろう。
  - 効果的なコミュニケーション・モデルを取り入れていない。

- プログラムを特定した財源配分になっていて、保健及び家族福祉の IEC に充てられる資金が少ない。
- 医療従事者の IEC の役割に関する理解が欠如している。
- 行政・運営上の連携が弱い。県のメディア行政官 (DEMO)、副 DEMO 及び BMO (IEC については専門的背景なし) は、ひとつのシステムの中でほとんど連携せず個別に業務を行っている。
- マスメディアによる知識の向上を行動変容に結びつけることに失敗している。

### 2.3.4 社会的要因及び伝統的習慣

#### (1) カーストによる差別

- AWW や ANM / MPW の仕事はときにカースト制度によって阻まれる。
- AWW や ANM / MPW の募集にカースト・グループへの配慮が必要である。
- ICDS プログラムと DPHFW はそのサービス提供者において、宗教やカーストによる差別をしない政策を確立すべきである。

#### (2) 結婚年齢 / 早すぎる妊娠

- 社会や家族のプレッシャーのために、若い世代が結婚や子どもを持つ年齢を選択できない。社会動因を通じて社会環境の変化をもたらすことが必要である。
- 結婚年齢を引き上げるための集中的な啓蒙が必要である。。
- 少女の教育やその経済力を高めることにより、若年結婚以外の選択を可能にする努力が必要である。
- 家族や社会に対して、遅い結婚の有益性に関する情報を広く流布すべきである。
- 子どもの結婚禁止法の効果的な施行が必要であり、また、この法律を広く知らしむべきである。

#### (3) ジェンダー

- 男児を望む傾向が根強い。
- 保健サービスの利用を含む家庭での意思決定者は、通常、男性である。
- 女性が保健サービスの情報を得るのは、多くはその夫からである。

#### (4) 少女の教育

- 女性と子どもの健康と地位向上のために最も重要なステップは、少女の就学を向上させ、就学を継続させることであろう。また、教育は出生率の低下に置ける役割も明らかであり、出生率と女性の教育には負の相関関係がある。
- インド政府と MP 州政府により就学率は向上し大きな進歩が見られたが、努力はさらに倍増される必要がある。

### 2.3.5 RCHプログラムの貧弱なマネジメントと実施

#### (1) 県レベル、県以下のレベルの保健スタッフによるRCHコンセプトの理解の不足

RCHコンセプトはニーズに基づいた、利用者を中心とした、需要に見合った、質の高い包括的なRHCサービスを提供することである。このコンセプトは県レベル、県以下のレベルの保健スタッフにまだまだ十分に理解されていない。

#### (2) 県及びブロックレベルの保健行政能力

保健行政局及びスタッフの計画立案、実施、モニタリングの能力は低い。県及びブロックレベルの保健行政能力が強化される必要がある。これは、効果的・効率的にプログラムが実施、運営されるための鍵である。

#### (3) セクター間の調整

- 公的部門では複数の部門が保健サービスや保健教育を行っている。資金が限られているにもかかわらず、効果的・効率的にサービスを提供するための体系的な調整システムが存在しない。
- 栄養プログラムや子どもの発育モニタリングにおける、保健家族福祉省と女性どこの省やパンチャヤットとの調整が弱い。
- RCHサービス提供において医学教育・インド医療システムとの調整・連携がない。
- 予防接種デーの代わりに村で月1回の母子保健デーを定めるべきである。
- NGOは一般にサービス供給より保健教育に効果を上げているが、政府のIEC局は弱体である。
- 政府及びドナーは女性と子どもの健康推進のため、NGOの参加を増加させた革新的戦略を試みるべきである。2つの成功例を本調査の主報告書で記述している。

#### (4) よりよいコミュニケーションの必要性

- 同一県のブロックのスタッフが、業務の目的について異なった考えをもって運営にあたっている。ある県では5人のBMOのうち3人のみしが、年間30人のJSRを研修するというターゲットを知らなかった。別の県では、ANM研修センターは1986年にシラバスが改定になったのを知らずに1977年版をずっと使用していた。このような重大なコミュニケーションの欠如は、州のヘルスケア・システムの成果の向上を不可能にするものである。
- あらゆるレベルでよりよいコミュニケーションが必要であり、州保健システム全体にコミュニケーションのよりよいシステムをつくる必要がある。

#### (5) 監督指導システム及び監督指導能力の欠如

- 研修の実施にもかかわらず、保健スタッフの実際のパフォーマンスは大きく改善されていない。研修後のフォローアップと指導がないことが大きな理由のひとつである。

る。

- 監督指導のための能力開発及び監督指導システムの確立が必要である。
- SCのANM/MPWを指導する立場にあるLHVは、ANM研修を短くして繰り返したのとほとんどかわらないような研修を受けている。これは新しい能力開発の機会喪失の代表的な例である（LHVの能力としては、監督指導、ニーズに基づく業務計画の策定のためのマイクロプランニング、ANMの能力拡大のための成人教育、コミュニティ訪問時のグループ保健教育や診察相談におけるコミュニケーション技術などが考えられる）。
- LHVによる指導はレポート収集以上のものではなく、指導する立場のスタッフの研修も再考する必要がある。

#### (6) 地方分権化と住民参加（保健委員会）

- 村の保健委員会はほとんど機能していない。
- 農村保健委員会がPRIの各レベルで組織されることになっているが、これらの保健委員会間のコミュニケーションややり取りはほとんど行われていない。さらに、現実には各レベルの保健委員会そのものがほとんど機能していない。
- 都市部の保健委員会には二名の専任保健技術スタッフ（保健担当官と検査官<sup>5</sup>）がおり、したがって、CMHO事務所の技術支援はほとんど必要なく、特別な場合の最小限の支援に限られている。つまり、都市部自治体（ULB）の保健委員会は、パンチャヤットに比べてプロジェクトやプログラムを実施する技術的能力がより高いえるかもしれない。ULBの活動には市内の衛生や都市部スラムのIECも含まれる。
- PRIもULBも保健行政システムからの技術的支援を必要とする。

#### (7) 保健サービス提供支援システム

- 医薬品及び医療用品の供給ロジスティック・システムとマネジメントは弱体である。
- 保健マネジメント情報システム（HMIS）は十分運営されていない。
- 保健人材開発計画が欠如している。
- 県及びブロック・レベルの保健行政官のマネジメントに関する研修が欠如している。
- 人口動態統計の登録システムが十分機能していない。

#### (8) NGO / 民間セクターとのパートナーシップ

- NGOは一般にサービス供給よりも保健教育に効果を上げているが、政府のIEC局は弱体である。
- 政府及びドナーは女性と子どもの健康推進のため、NGOの参加を増加させた革新的戦略を試みるべきである。2つの成功例を本調査の主報告書に記述している。

<sup>5</sup> 保健検査官（Health Inspector）はある程度の専門的技術的を有する。保健担当官（Health Officer）は医師（MBBS）から募るか保健検査官が昇進する。これらの保健専門職位の創設は、Municipal Cooperation Act 1956及びMunicipal Act 1961（修正1992）の基づく。

### (9) 監督指導

- 全般的に実質的な監督指導体制が欠如している。
- PHCはSCを指導することになっているが、指導すべきSCの数が多すぎ、また組織的な指導メカニズムもない。

### (10) 地方分権とPanchayat

- 保健セクター（特に保健行政）においては地方分権はあまり進んでいない。ロギ・カリヤン・サミティ（Patient Welfare Association: 患者福祉協会）は、保健家族福祉省によってボトムアップ計画立案と分権化の成功例のひとつとして示されている。政治体制の中での地方分権は強調されているが、保健行政組織の政治体制への技術的支援や各レベルの両者の連携・調整に関しては、これまであまり議論がなされていない。これらは地方分権による良い統治に必須のものである。
- 権力委譲がどの程度、どのレベルに、いつまでに、いかに実施されるのかについて、保健セクターにおける地方分権化のプロセスはいまだ明確でない。