

第3章 マスタープランのフレームワークと戦略

本マスタープランはダモール及びティカンガル両県のためのものであり、州の人口政策及び州の保健戦略のフレームワークの中で策定されている。本計画が県の包括的保健計画に組み込まれ、他の州保健活動との調整及び連携のもとに実施されることが推奨される。

本マスタープランは全体目標、目的、戦略及び優先プロジェクトからなる。優先プロジェクトは本章に続く第4章で概説する。

3.1 県マスタープランのための枠組みと全体ゴール

3.1.1 政策の枠組み

第2章で述べた通り、1994年のカイロにおける国際人口・開発会議（ICPD）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、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。

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）。

このような状況の下、インド国政府は2000年に国家人口政策を発表した。MP州もまた、州の人口政策を2000年に策定した。これらの政策が調査対象地域であるティカンガル及びダモール両県においてRCHを向上させるためのRCHプログラム並びに県の計画の主な政策フレームワークとなるものである。

州の人口政策の使命は、“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”である。この使命は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。下位の目標には、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、女性とカップルが知識を持ち、自発的な選択によって避妊実行率が上昇し、乳児死亡率、妊産婦死亡率が低下し、性感染症の罹患率が低下することが含まれる。次の表に示す通り、これら4つの分野の20を越える事項について具体的目標が設定されている。

2001年の国家保健政策（案）は、人口の安定とよりよい保健水準の達成の間には緊密な関係があることを示し、基本的保健及びリプロダクティブヘル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、同政策は「これらふたつの政策を同時に実行することは、保健水準を向上させるためのあらゆる国家構造計画の土台となる」と述べている。

表 10 MP 州の人口政策の具体的目標

	現行	2005	By 2011
出生率の削減 (TFR)			2.1
近代的避妊手段の使用の増加	42%	55%	65%
避妊手段への満たされないニーズの削減		半減	90%削減
男性の不妊手術の受け入れ増加	2%	7%	20%
若い既婚カップルの産児調節手段利用の増加	---	---	少なくとも 50%
平均結婚年齢の上昇	15 歳		18 歳
母親の初産年齢の上昇	16 歳	20 歳	21 歳
第1子と第2子の間隔を広げる			3 年以上
2人以上の子どもをもつカップルに不妊手術を勧める			
地域の多様性にサービス供給をあわせる			
妊産婦死亡率の削減 (MMR)	498	330	220
妊娠3ヵ月までの妊婦の登録を増加させ、すべての妊婦に全部の妊婦検診を提供する		70%	90%
施設分娩の割合を増加させる	1995年に15%	25%	50%
訓練を受けたTBAの分娩介助の割合を増加させる		75%	90%
妊娠検査を行うサブ・センター施設の設置		2003までに	
ブロック・レベルのEmOC、MTP、性感染症予防・治療施設の設置		50%	100%
乳児死亡率の削減 (IMR)	1997年に97	75	62
5歳未満児死亡率の削減 (U5MR)	120 in 1997	90	65
予防接種普及率		70%	2009年までに 90%
経口補水塩(ORS) 使用の増加	40%	80%	2009年までに 90%
急性呼吸器感染症の罹患率の削減		50% 削減	2009年までに 75% ↓
急性呼吸器感染症の治療の導入		すべてのブロック レベルの施設で	
下痢症治療のための適切な施設の設置		すべての SCs	
子どものビタミンA摂取の確保		50%	2009年までに 90%
他のサービスの提供			
性感染症の感染予防			
県レベルで不妊症カップルに質の高いサービスの提供		2005年までに	
初等教育の普及		2005までに	
女子の初等教育の完了		女子の30%	女子の50%

出所： 出所：Madhya Pradesh 人口政策 2000, Madhya Pradesh 政府

3.1.2 州の保健政策

第 2 章で示したように、DPHFW は州の中期保健戦略を策定するためコンサルタント・グループと契約し、現在作業を進行中である。しかしながら、これは MP 州の開発のために迅

速な行動を必要とする重要事項であるため、DPHFW は人口政策の実行を進めるために基本的な州の保健戦略を策定している。

この州の保健戦略には、“集中・集合”、“実施”、“マイクロ・プランニング”、“モニタリング”が“40 ポイントの活動”とともに戦略的アプローチのキーワードとしてあげられている。

キーワード

- A **集中・集合**：これは既存資源（人的・資金的双方）の最大限の活用と、様々な機関による活動の重複を避けることを意味している。また、保健医療従事者を訓練する上での内容と努力の一貫性と、公的部門—民間—NGO のパートナーシップも意味している。
- B **マイクロ・プランニング**：農村部では、20%の村々が初年度に、40%が2年次に、残る40%が3年次にカバーされる。同じように、都市部ではスラム地域がカバーされる。4年次、5年次は強固なものとするために使われる。
- C **実施**：効果的なプログラム / プロジェクトの実施を確保するため、ANM がポストにおいて、セッションが定期的に行われることが確保されなければならない。詳細な県の計画はマイクロ・プランニングの結果を取り入れながら策定される。医療保険も試される。
- D **モニタリング**：GIS パッケージの HMIS への組み込み、入力フォーマットの簡略化、同時サーベイランスの実行を含め、詳細な HMIS が開発される。

以下が TFR を削減するための活動である（「40 ポイント活動」と呼ぶ）。

- 1) プライマリ・ヘルスケアのサービスのニーズ・アセスメント
- 2) 該当カップルのサーベイの完了
- 3) 結婚、妊娠、出生、死亡の 100%登録
- 4) すべての女性に 2 回の破傷風予防接種、100 の IFA 投与、完全な検診を含む 3 回の出産前検診
- 5) すべての妊婦に対する栄養補給（アンガンワディ・センターにおいて）
- 6) 訓練を受けた ANM による分娩 100%
- 7) すべての新生児の体重を測り、低体重児の病院へのリファー
- 8) すべての異常分娩の CHC へのリファーとそのフォローアップ
- 9) 妊娠最後の 3 ヶ月のすべての妊婦に出産キットを提供
- 10) 乳児・子どもへの 100%予防接種実施とドロップアウトをなくす
- 11) 9 ヶ月から 3 歳の子ども 100%にビタミン A の配布
- 12) 5 歳未満児に小児用 IFA の配布
- 13) アンガンワディ・センターにおいて、すべての 6 歳未満児の発育モニタリング
- 14) 5 歳未満児のすべての下痢症患者の登録と経口補水塩による治療
- 15) 5 歳未満児のすべての ARI / 風邪の患者の登録とコトリモキサゾール（抗生物質の 1 種）による治療及び ARI 患者の適切なリファーとフォローアップ

- 16) リスクの高い出産症例に対するコミュニティによるリファラル・システムの提供
- 17) すべての適格なカップルを別な日誌に区分し、地域の CPR（避妊実行率）を算出する。
70%のカップルが何らかの避妊手段でカバーされることを確保する。
- 18) 出産後1年間毎月定期的にフォローアップされ、避妊手段の提供を受ける。
- 19) すべての新婚カップルがコンドームまたはピルを受け取る。
- 20) すべての出産後ケアにおいて性感染症をスクリーニングし、カウンセリングをし、希望に応じて IUD の挿入を実施する。
- 21) すべての出産例は出産3年後まで何らかの避妊手段を継続する。
- 22) CC/OP/IUD 挿入の登録を別々にとり、定期的記録保管を行う
- 23) 2人以上の子どもがいるすべてのケースに NSVT/CTT/LTT のカウンセリングを行う。
抵抗を示す場合は、仲間/PRI/MSS/宗教者、オピニオン・リーダーによる適切なカウンセリングを行う。
- 24) MSS（女性保健グループ）をつくり、定期的ミーティングを行う。
- 25) すべての SHG とのグループ・ミーティングを定期的に毎月実施する。
- 26) 性器の感染・性感染症治療を提供する。
- 27) Mohalla ごとに該当するカップルのグループ・ミーティングを定期的に開く。
- 28) スローガンと壁を利用したメッセージ（ウォールペインティング）
- 29) 結核とハンセン病の患者は定期的に治療を受ける。
- 30) すべての熱のある患者の血液スライドが採取され、暫定的なマラリア治療が行われる。
- 31) 環境衛生のためのキャンペーン
- 32) すべての井戸が毎週定期的に消毒される。
- 33) すべての乳児死亡、妊産婦死亡は報告され、調査されなければならない。
- 34) いかなる VPD も 24 時間以内に報告され、抑制策がとられなければならない。
- 35) ポリオ、VPD、下痢症のサーベイランス
- 36) SHC における毎週の定期的な ANC/PNC
- 37) 保健スーパーバイザーによる各週の指導・IEC のための定期的な訪問
- 38) 年1回の地域の全学校で学校保健
- 39) コミュニティとの月1回のミーティングと統計の発表
- 40) 3ヵ月ごとの母親と赤ちゃんのための保健メラ（Mela）⁶
- 41) 性（女性）の問題
- 42) 思春期の保健
- 43) ジェンダーに関連した暴力

⁶ Mela : キャンペーン

Swasth Jeevan Sewa Guarantee Yojana (コミュニティ・ヘルスのためのラジブ・ガンデ イ・ミッション)

本スキームはMP州において2001年に開始されている。同ミッションは保健セクターにおける包括的アプローチと、デセントライゼーションによる計画とマネジメントに重点を置いている。村落保健委員会の再活性化を、コミュニティみずからのヘルスケアにおけるコミュニティ参加の中心的メカニズムとして位置付けている。

3.1.3 県のマスタープランの全体ゴール

国家及び州の人口政策は政策実施計画が県レベルで地域のニーズを考慮に入れて策定されるべきだと述べている。県のマスタープランはRCHプログラムに含まれているリプロダクティブヘルス及び子どもの保健をカバーするが、婦人の癌、更年期などインドにおけるより優先順位の低い分野を含まない。

現在、全国で実施されているRCHプログラムのパフォーマンスはMP州では中程度、ティカンガル及びダモー県では限られている。県レベルでの問題の一つは、リプロダクティブヘルスのアプローチは県の行政官、政治家、保健スタッフ、一般住民に十分理解されていないことである。

政策フレームワークと県レベルの状況に基づいて、リプロダクティブヘルスと子どもの保健の向上のための県のマスタープランは、「対象地域の人口の安定に寄与しつつ、リプロダクティブヘルスと子どもの保健(RCH)アプローチを通して、すべての女性と子どもの保健状況を向上させる」ことを全体ゴールとする。

表11に示したように、MP州政府は州の人口政策に数値目標を設けている。県のマスタープランにおいては、TFR及びIMRの数値目標は州の人口と政策に従って設けられた。しかし、MMRの数値目標を設定することは、県レベルのデータが1991年時点ではないことと、数値が信頼できないことにより、困難である。第10次国家5年計画の期間は2003～2007年であるため、2007年の目標も設定した。

表 11 県のマスタープランの数値目標

	MP州 *			ティカンガル県			ダモー県		
	現在	2005	2011まで	現在	2007	2011まで	現在	2007	2011まで
出生率 (TFR)			2.1			2.1			2.1
妊産婦死亡率 (MMR)	498	330	220	1,178	---	---	856	---	---
乳児死亡率 (IMR)	97 1997年	75 (71 2007年)	62	132 1991年	80	70	123 1991年	75	65

出所： * Population Policy of Madhya Pradesh 人口政策, MP, 2000

3.1.4 2007年と2010年の社会経済的枠組み

(1) 人口

2001年にTFR（合計特殊出生率）が2.1に低下しているという前提の人口推定に基づき、人口フレームワークを下記のように設定した。ティカンガル県では人口は2007年に12%、2011年に18%増加する。ダモーでは2007年に11%、2011年に17%増加する。

表 12 2007年と2011年の人口推定

	サーガル郡	ティカンガル県	チャルプル県	パンナ県	サーガル県	ダモー県
人口 ('000)						
2001*	6,636	1,203	1,475	854	2,022	1,082
2006	7,314	1,334	1,628	940	2,227	1,184
2007	7,416	1,353	1,653	953	2,258	1,199
2011	7,823	1,427	1,750	1,004	2,380	1,261
年間増加率 (%)						
2001-2006	1.97	2.09	2.00	1.94	1.95	1.82
2006-2011	1.35	1.35	1.45	1.32	1.34	1.28
年間出生率 ('000)						
2001-2006	105	20	22	14	32	16
2006-2011	95	16	19	13	31	16

注： *現在

出所： インド国人口センサス、2001年

(2) 識字率

識字率は社会の開発指標のひとつであり、個人が発展全体の中で社会環境を理解し、適切に対応することを可能にする重要なインプットである。識字率は下記に示す通り、1991年から2001年の現在のトレンドに基づいて推定されている。

表 13 2007 年と 2010 年の識字率

(単位: %)

	サーガル郡	ティカンガル県	チャタルプル県	パンナ県	サーガル県	ダモー県
1991** 男性	55.4	47.5	46.9	46.3	67.0	60.5
女性	27.5	20.0	21.3	19.4	37.8	30.5
全体	42.4	34.8	35.2	33.7	53.4	46.3
2001** 男性	73.2	68.8	65.5	74.0	80.0	75.0
女性	46.7	41.0	39.4	47.8	54.5	47.5
全体	60.8	55.8	53.4	61.6	68.1	62.1
2007 男性	79.8	77.0	75.0	80.3	84.3	81.0
女性	56.1	51.6	50.4	56.9	62.3	56.7
全体	68.7	65.1	63.5	69.2	74.0	69.5
2010 男性	83.3	81.2	79.8	83.6	86.6	84.1
女性	61.5	57.6	56.6	62.1	66.8	61.9
全体	73.0	70.1	69.0	73.3	77.3	73.6

注: *7歳以上の人口が識字、非識字とのみ分けられている
** 実際

出所: インド国人口センサス、2001年

(3) 経済成長

1997～2002年のインド第9次5カ年計画は、主な目的に「社会的正義と公平性」をあげている。第9次計画によると、具体的目的のひとつは安定した物価において成長率を上昇させることであり、詳細な検討の後、GDP成長率は年間6.5%を目標とした。さらに、第9次計画の期間後のGDP成長率は7.7%と推定される。MP州のGDP成長率は1993～99年にはインド全体よりも低かった。これらの条件を考慮して、州のGDPは下記のように推定される。

表 14 1998-99年の価格での GDP

	1993-94*	1998-99*	2006-07	2007-08	2011-12
GDP (10億 Rs.)	731	907	1,319	1,386	1,690
年間成長率 (%)	-	4.43	4.79	5.08	5.08

注: *実際

出所: マディア・プラデッシュ州 1993/94年～1998/99年の州内総生産の推定、州経済・統計局

3.2 県マスタープランの目標と戦略

3.2.1 目標と戦略

第2章で述べたティカンガル県とダモー県のRCH及びRCHプログラムの問題と横断的課題に基づいて、県のマスタープランにおいて3つの目的と、それらを達成するためのいくつかの戦略を設定した。

(1) 全体ゴール

前節で述べたとおり、全体ゴールは「対象地域の人口の安定に寄与しつつ、リプロダクティブヘルスと子どもの保健（RCH）アプローチを通して、すべての女性と子どもの保健状況を向上させる」ことである。

<数値目標>	ティカンガル県	ダモール県
合計特殊出生率の低下：	2.1（2011年までに）	2.1（2011年までに）
妊産婦死亡率の低下：	50%低下（2010年）	50%低下（2010年）
乳幼児死亡率の低下：	80（2007年）、70（2010年）	75（2007年）、65（2010年）

(2) 目標

- (A) 質の高いRCHサービスへのアクセスを改善する。
- (B) マネジメント能力の向上により、効率的かつ効果的なRCHサービスの提供を推進する。
- (C) 女性のエンパワメント及び生活の質改善を支援する。

<2010年のビジョン>

目標に沿って、2010年には以下が達成される。

- (a) ブロック・レベル、県レベルのマネジメント能力が強化される。
 - 県とブロックの保健局（CMHO及びBMO局）が他の部局、PRI、NGO、コミュニティを含む関係者すべての参加の下、効果的サービス実行のためにRCHの向上のための計画を策定する。
 - BMOは計画を効率的に実施し、パフォーマンス、保健情報データ、フィールド訪問の分析に基づいて、よりよい実施とプランニングのため、活動の指導・モニタリングを行う。CMHOはBMOを指導、モニタリングする。
 - CMHO及びBMO局の仕事を支えるため、各BMO及びCMHOにコンピューターを導入し、よりよい保健情報管理システムを機能させる。
 - BMOはブロック内のすべてのサービス、政治レベル、パートナーの中心となり、保健及び保健関連活動の調整及び支援を行う。BMOはブロック内の下位レベルのために、CMHO/県へのリンクとしての役割をこなす。
 - 保健行政体制と政治的体制（パンチャヤット及び都市部自治体）内保健委員会の間の調整メカニズムが構築され、機能する。
- (b) すべてのブロックで、第一次リファラル施設（FRU）とリファラル・システムが機能する。

- すべてのブロック内で CHC が適切な建物・施設、機材、人材をもって設置される。
 - CHC がブロック全体の中心的保健機関である FRU として十分機能する。県内の約半数の CHC は輸血を含むすべての範囲の EOC 及び EmOC を提供できるようになる。
 - 特に産科救急ケアのリファラル・システムが全ブロックで機能する。CHC と県病院の間のリファラル・システムが十分機能する。
- (c) すべてのブロック及び県で質の高い RCH サービス提供システムが構築される。
- すべての SC が適切な建物・施設、機材を持ち、すべての基本的 RCH サービスが提供可能となり、人口の 85% が 4 km 以内で SC にアクセス可能となる。
 - すべての既存の PHC が適切な建物・施設を持ち、医師が配置され、EOC、非外科的救急産科ケア、MTP を含む包括的 RCH サービスが提供できるようになる。
 - 過疎地では定期的なアウトリーチ・サービスが提供可能となる
- (d) RHC サービスの需要と利用が増大する。
- 質の高い RCH サービスへのアクセスが住民参加によって高められる。
 - すべての村に村落保健委員会が設置される。
 - すべての SC で村落保健委員会メンバーの代表によって SC の管理運営委員会が設置される。

(3) 戦略

目標 (A) 「質の高い RCH サービスへのアクセスを改善する。」に対する戦略

<RCH サービス供給を向上させる>

- A1. 質の高い RCH サービスと救急産科ケアの提供を促進するため、インフラ（保健施設と機材）を整備する。
- A2. フィールド・スタッフによる適切な（質の高い）サービスの普及率を向上させる（村落でのフィールド活動を推進する）。
- A3. 保健行政官及び保健医療施設（プライマリ・ヘルスセンター（PHC）、コミュニティ・ヘルスセンター（CHC）、県病院）における空席ポストを充足する。
- A4. 機能的、適切なリファラル・システムを実施する（リファラル・システムの整備）。
- A5. 通信システム及び患者搬送システム向上のための基本的インフラを整備する。

<RCHサービスの質を向上させる>

- A6. 保健サービス提供者の知識・技能を向上させる。
- A7. 産科必須ケア（EOC）及び産科救急ケア（EmOC）及び妊娠中絶（MTP）にかかるサービス提供を拡大する（サービス提供の場数を増加し、身近な場所でのサービス利用を可能とする）。
- A8. 医薬品及び医用消耗品・衛生材料の利用しやすさ（アベイラビリティ）を向上させる。
- A9. 適切なサービス利用のため、利用者費用負担制度を整備する。

<RCHについての人々の知識、行動変容を高める>

- A10. IEC（情報・教育・コミュニケーション）を強化し、BCC（行動変容のためのコミュニケーション）を導入する。
- A11. コミュニティによる自発的な保健活動を推進する（社会及びコミュニティの動員及び参加）。

目標（B）：「マネジメント能力の向上により、効率的かつ効果的なRCHサービスの提供を推進する。」に対する戦略

- B1. 保健行政機関及びパンチャヤットのマネジメント能力を向上させる。
- B2. 政府、プログラム、NGO、民間セクター間の連携を強化する（異なるレベル間の連携、異なるセクター間の連携を推進する）

目標（C）：「女性のエンパワメント及び生活の質改善を支援する。」に対する戦略

- C1. 女性のエンパワメントを推進し、普及する。
- C2. 女性の生活の質を改善する。

3.3 目標ごとの戦略と介入と

3.3.1 質の高いRCHサービスへのアクセスの向上

(1) RCHサービスのカバー率の上昇

保健システムの中で、救急産科ケアの欠如が目立つ。最も必要なことは、Dai研修に関する州の政策を、分娩時の熟練した介助を確保するよう焦点をかえることである。

表 15 推定サービス需要 2001 年

県	ティカガル県	ダモー県	チカガル県	パンナ県	サーガル県
人口					
総人口 (2001 年国勢調査)	1,203,160	1,081,909	1,474,633	854,235	2,021,783
農村部 ¹⁾	999,826	886,083	1,190,029	743,184	1,492,076
都市部 ¹⁾	203,334	195,826	284,604	111,051	529,707
推定年間出産数の概算					
総数 ²⁾	51,977	41,221	55,741	33,657	79,254
都市部 ³⁾	8,784	7,461	10,758	4,375	20,765
サブセンター当たり出産数 ³⁾	277	208	242	211	239
推定年間妊娠女性の概算					
総数 ⁴⁾	57,752	45,801	61,935	37,397	88,060
都市部 ³⁾	9,760	8,290	11,953	4,862	23,072
サブセンター当たり妊娠女性数 ⁵⁾	308	232	269	234	265

注： 1) 県総人口 (2001 年国勢調査) × 都市又は農村人口比率 (1991 年国勢調査)
 2) 県総人口 × 県粗出生率 (1999 年 SRS)
 3) 県都市部人口 × 県粗出生率
 4) 県農村部人口 × 県粗出生率 ÷ サブセンター総数
 5) 県総人口 × 県粗出生率 (1999 年 SRS) × 10/9 *
 6) 県都市部人口 × 県粗出生率 × 10/9 *
 7) 県農村部人口 × 県粗出生率 ÷ サブセンター総数 × 10/9 *
 * 途上国妊娠のうち 10% は中絶及び流産にいたるという WHO の推定に基づく。

A1. 質の高い保健サービスと救急産科ケアの提供を促進するため、インフラ（保健施設と機材）を向上させる

<必要な介入>

- SCの担当エリアを検討し、その再考を行う
- SC建物の建設及びを向上し、RCHサービス提供に適切なものとする
- FRUと同様の必要なサービスを提供するためCHCを格上げする

A2. フィールド・スタッフによる適切なカバー率を上昇させる（村落におけるフィールド活動を促進する）

<必要な介入>

- SCや村々でANMやLHVによって行われている保健サービスの指導システムを開発する
- フィールドの保健スタッフの間に持続的連携を構築し、保健専門家（医師や看護婦）が常に正しい情報をタイムリーに得られるようにする
- フィールドの看護スタッフや指導する医師が、担当区域のすべての村々を訪問できるよう交通手段を確保するメカニズムを作る
- 医師・看護婦にEOCの研修を行う：現職能力ベースで学ぶ側を中心とした研修を特にリファラルのプロトコルとフリードマン分娩グラフの使用を強調して行う
- 地域の責任者と担当医師の計画立案能力を以下のために向上させる

- フィールドスタッフの仕事をよりよく配分する
- 研修の立案、人材開発及び褒賞メカニズム
- 医療サプライの在庫確保

A3. PHC、CHC、県病院の空きポストを満たす

- 各サービス・レベルの施設の人材配置スタンダードを再考する。何らかの専門分野と専門家ではないが麻酔科の研修を受けた医師を、CHC、PHCに配置することを考慮すべきである。

A4. 機能的で適切なリファラル・システムの実施

<必要な介入>

- システム開発
 - 救急産科ケア供給システムの立案
 - すべての集落から1時間以内で到着できる保健施設（たいていはPHC）
 - EmOCのほとんどのケースに対応できる機材、スタッフ
 - 病院をほとんどの重症ケースに対応できるようにアップグレード（集中治療、機材、血液を含むサプライ）
 - 機材、スタッフが備わったPHCから遠いか、交通手段のない村々のために“マタニティ・ハウス”の効果を評価する
- 研修
 - 医師、看護婦にEOC、EmOCの研修を行う
 - 現職の能力ベース、学ぶ側を中心とした吸引機や外科的、麻酔処置を含む非正常なケースの出産前ケア、分娩を中心とした研修を行う
- 交通システム（A5を参照）
- 通信システム（A5を参照）
- 施設分娩を推進する

A5. 通信、アクセスを向上させるために基礎的インフラを提供する

<必要な介入>

- 交通システム
 - すべての保健施設に車輛が備わるべきである
 - 救急患者の搬送のための基金をつくるためにコミュニティと協議する
 - 木道を向上、維持する
 - 保健施設へのアクセス道路を建設、向上する
- 通信システム
 - 電話通信機器をすべてのコミュニティと保健施設に導入する。
 - ANMも通信機器を支給されるべきである
 - AWCに通信機器を設置するため、Gram Panchayatと保健委員会を巻き込む

(2) RCHサービスの質の向上

A6. 保健サービス従事者の知識・技能を向上させる

<必要な介入>

- 研修
- インド医療システム下の保健従事者を含む各保健サービス従事者（専門家及びフィールド・ワーカー）によって提供されるサービスのスタンダードを明確化し、再立案する。
- コミュニティ・ニーズ・アセスメント・アプローチ（CNA）を再方向付けする
- すべての医師がEOC、及び基本的EmOCを行えるべきという政策を策定する。
- 手動バキューム抽出のような簡単な技術を採用することによる安全な中絶へのアクセスを拡大する。
- 保健システムの仕事の中で、（カーストによる）非差別政策を実施する。
- 医学校のカリキュラムを訂正するか、もしくはDoPHFW医師に必要なレジデント制をつくる。
- ANM及び看護学校のカリキュラムを訂正する。
- すべての保健官、保健専門家、ヘルス・ワーカーに対してCNA及びRCHに関する再オリエンテーション・セミナー / ワークショップを行い、IPC及びカウンセリング技能に関する研修を提供する。
- LHV、ANM、AWWに対してリフレッシュ・研修を行う。
- ANM及びAWWの短期手段（家族計画の）についての教育、カウンセリング技能を向上させる。
- すべてのPHCの医師、看護婦にEOC、EmOCに関する研修を行う。
- ANMがリファラルに先立って患者を安定させ、危険な兆候について教えられるようにする。
- 保健専門家とヘルス・ワーカーに性感染症の診断と治療について研修を行う。
- 研修・センターに機材を導入する。

A7. EOCとEmOCサービス及びMTPサービスの提供の数を増やし、身近なものとする

<必要な介入>

- サービスを効果的、効率的に提供するため、研修のデザインやスタッフ、交通等に沿ってサービス提供システムを再立案する。
- 看護婦やLHVによる手動バキューム抽出など、簡単な技術の採用を検討、評価する。
- SHCのキャッチメント・エリアを評価する（人口に基づいた規範ではなく、実際のコミュニティからのアクセスに基づいて）。

A8. 医薬品と医療サプライの在庫の向上

<必要な介入>

- 州の医薬品と医療サプライの管理政策を実施する。

- 県のロジスティックス・システムを策定する。
- 保健官及び管理人のロジスティックス管理能力を向上させる
- 管理人及びヘルス・ワーカーに対して医薬品、医療サプライの管理について研修を行う。

A9. 適切なサービス利用を促すため、ユーザー・フィーの制度をつくる

＜必要な介入＞

- 最も貧しい人々には支払い免除の余地を残しつつ、同一の価格体系をつくる
- 病院及びブロック・レベルのRKSを強化する
- 個々の保健従事者による代償の要求など、病院における非正規の請求をなくす。
f
- 個人の支払い能力に依存しないコミュニティレベルの救急搬送システムを構築する。

(3) RCHに関する人々の知識を向上させる

MP、ティカンガル、ダモーにおいてサービスの利用率が低いことは大きな問題である。これは主に RCH に関する人々の知識の欠如、もしくは保健サービスを求める行動変容がないことによるものである。

サービスの利用を増やすため、IEC 活動の強化と BCC の導入が必要である。

A10. IEC（教育、情報、コミュニケーション）の強化と BCC（行動変容コミュニケーション）の導入

＜必要な介入＞

- コミュニケーション技能の研修
- 保健専門家とヘルス・ワーカーにIPC（対人コミュニケーション）技能、カウンセリング、保健教育の仕方を研修する
- IEC局と県IEC活動のレビューを強化し、局を改革する / 地域のニーズと家族をターゲットにする / 技能研修を実施する / 県レベルのIECプランニングと活動を強化する
- いくつかのIEC活動とDWCDのIEC活動を統合する。特に性の問題や女性の地位向上に関するトピックについて統合する。
- RCHマスメディア・キャンペーン
- RCHの妊娠時の危険な兆候、安全な分娩の利点、施設分娩に関するマスメディア情報（安全な母性）
- 子どもの栄養、予防接種、重要な病気の症状、ケアについての基本的な事柄をRCHマスメディア・キャンペーンに含む（子どもの保健）
- 短期的な手段、結婚年齢についてのRCHマスメディア・キャンペーン（家族計画）

- 症状、感染経路、治療についての知識を高める（性感染症）
- 地域の人々の知識を高め、保健推進活動を強化し、コミュニティ・女性と子どもの保健状況をモニターするため、Panchayat、保健委員会、SHGを組織する。
- 基本的な薬と避妊についてソーシャル・マーケティングを導入する。
- 学校教育、仲間同士の教育を通じて家族保健の教育を提供する。
- WCDプログラムと協調して家族の健康教育を思春期のグループに提供する。
- 病気の症状、感染経路、可能性と治療できる場所について人々に知らせる。

A11. コミュニティレベルのボランティア保健活動を推進する（社会的・コミュニティの動機づけと巻き込み）

＜必要な介入＞

- VHCの能力を強化する
- SHGのための保健委員会を設置する
- コミュニティ保健活動とボランティア活動のためにSHGと女性グループを組織し、強化する。
- NGOとSHGとともに介入を立案・実施する

(4) 保健行政組織とPanchayatの運営能力の向上

B1. 保健行政組織と Panchayat の運営能力の向上

1997年以來 RCH プログラムは既に存在し、実施されている。しかし、そのパフォーマンスは MP で中くらいで、ティカンガルとダモール両県では限られている。実施においては多くの問題が見つかった：不十分な計画、予算・支出の適切な記録がない、研修の質が低い、建物の建設や機材の供給に計画性・調整がない、指導がない、質のよいデータがない、データの共有がない等。これらはすべて運営能力の欠如に関連している。

地方分権化政策の枠組みの中で、県とブロックレベルは効果的サービス供給や効率的プログラム / プロジェクト実施のために能力アップを必要としている。

最初にやらなければならないことは、県の職員も含め、保健スタッフが RCH のコンセプトを十分理解していないため、RCH プログラムの再オリエンテーションである。RCH プログラムと CNAА の再オリエンテーションは、プログラムを通じて RCH 状況を向上させるために必須である。

ブロックのその他の重要な役割は、次のセクションで述べられている。

＜必要な介入＞

- RCHプログラム・マネジメント

- CNAAとRCHについてすべての保健官に再オリエンテーション・セミナー / ワークショップと政策の実施を行う。
- 研修
 - 県とブロックレベルの職員に対して運営能力の研修を行う。
 - 県とブロックレベルの職員の立案能力を高め、プランニングと予算立ての連携を向上させる。
 - 指導とモニタリング
 - 各レベルで指導とプログラム運営を向上させるため、モニタリング・評価システムを開発する：スタンダード化、指導プロトコルの開発、及びそれらについての研修
 - 指導のための交通手段の提供
 - よりよい運営のためのサポート・システムの開発
 - 保健サービス・レベル官の通信手段の開発
 - 財政、人材、機材一覧、医薬品供給ロジスティックス（一部HMISによってカバー）のシステム向上 / 開発
 - 州、県、ブロックレベル及びPHC / SHCレベルでHMISの向上
 - よりよいプランニングとモニタリングのために、フィールドからのデータを県、ブロックレベルの職員にフィードバック
 - 保健管理組織、Panchayat組織及び保健委員会
 - 保健サービス提供における保健管理組織、Panchayat組織の役割 / 機能の明確化と境界の設定
 - 保健問題を自身で見つけるようPanchayatと保健委員会の強化、マイクロ・プランニングの実施、保健活動の組織
 - 妊婦をモニターし、分娩について助言するよう、Panchayatと保健委員会を組織する
 - 州本部でGISセルの開発

B2. 政府、プログラム、NGO、民間セクター間、及び内の連携を増加する

<必要な介入>

- 異なるレベルの連携を促し、異なるセクター間の協力を推進する
- 県とブロックレベルで課にまたがる委員会と情報共有メカニズムを強化する
- AWWと協力して、子どもの発育・栄養を含む子どもの保健サービスを統合する
- RCH政策及び実施について、マテリアルやオリエンテーション・プログラムで小規模な地元NGOを支援する
- EmoC及び保健教育において民間セクターのサービスを調査、戦略を試す（オペレーション・リサーチ）

(5) 女性の地位の向上と女性の生活質の向上

女性の地位が低いことが、女性と子どもの保健状況が悪い原因の一つである。性比率のバランスが欠けていることは、保健サービスにおける女性に対する差別をはっきりあらわしている。保健や保健サービスについての情報へのアクセスが悪く、自身の健康について他者（夫や義母）に決断を依存すること、女性のためのケアが常に家族の他のメンバーのこのの後に回される。女性の地位向上の活動は RCH プログラム / プロジェクトと、ジェンダーに関する認識のキャンペーンとともに組み込まれるべきである。

C1. 女性の地位向上を推進する

<必要な介入>

- すべてのレベルでジェンダーに関する認識を高める
- 女性グループやSHG（自助グループ）の経済的雇用を支援する
- 法的結婚年齢を守らせ、新婦の持参金による差別やハラスメントをなくす
- 女子、女性の教育へのアクセス（フォーマル及びインフォーマルな）を高め、教育の達成を高める
- 女子の職業訓練を提供する
- 最低賃金の法的施行を強化する

C2. 女性の生活の質の向上

<必要な介入>

- 女性の労働負担を軽減する、特に恵まれない女性の過剰労働を軽減する
- 新たな / 代替技術の導入：新しい調理燃料、改良オーブン、小麦粉ひきの導入

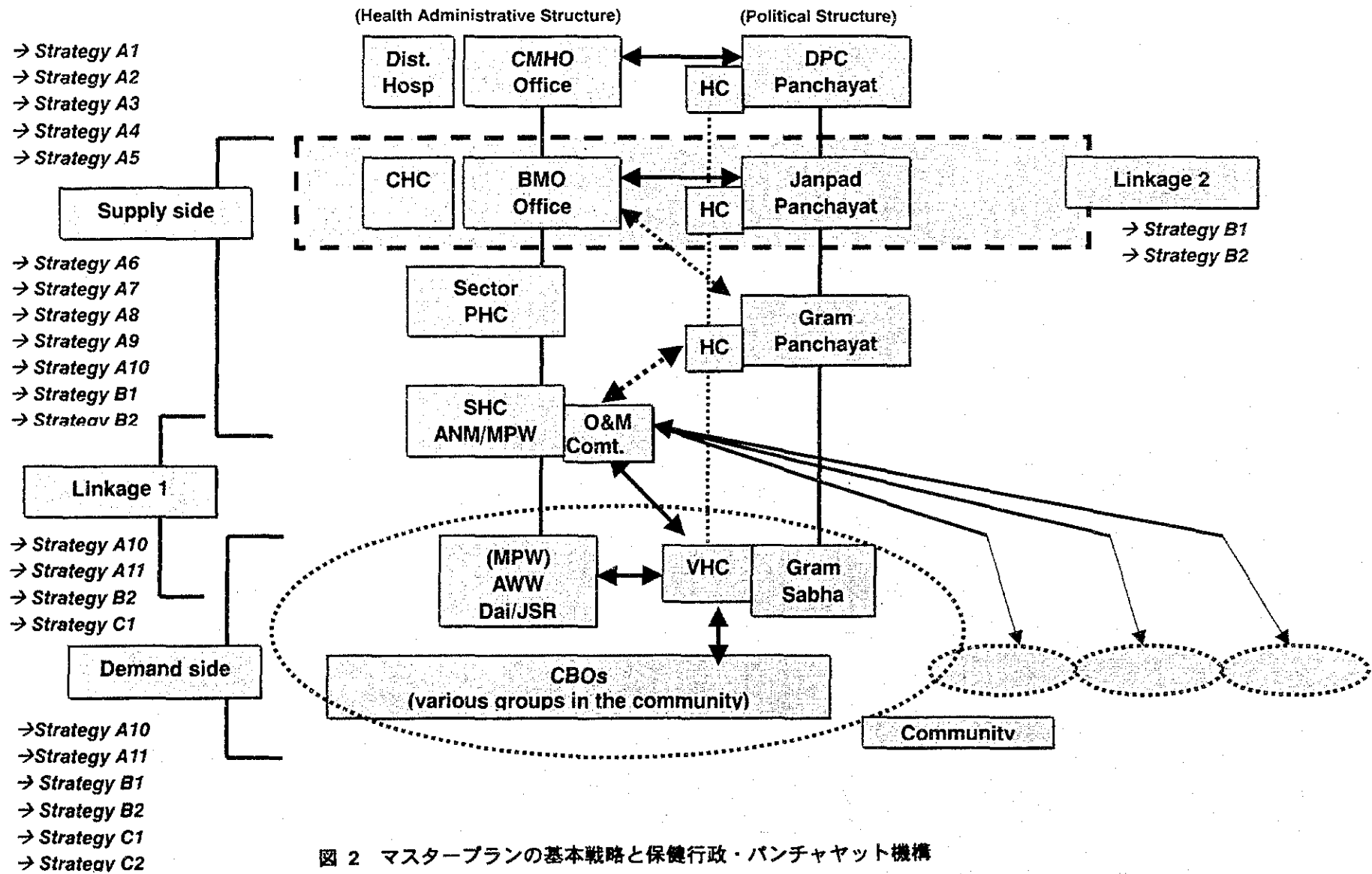


図 2 マスタープランの基本戦略と保健行政・パンチャヤット機構

(HC: health committee, CAB: community advisory board)

3.4 実施のための戦略

チームはこれらプロジェクト実施のための戦略を策定し、地方分権と民主主義と整合性のある効果的なプロジェクト実行の方法を提案する。

(A) ブロックレベルをプロジェクト実施の機能集約点 (Nodal Spot) とし、すべてのレベルの組織を結び、効果的・効率的な RCH サービス提供の持続性を確保する (図 2 参照)。

住民のプログラム・オーナーシップに寄与する住民参加は、持続的なフィールド活動や RCH についての自己決定を促すために必須である。さらに、住民参加はプログラムのコスト削減や効果の促進につながるものと考えられる。このように住民参加はプログラム実施にとって重要かつ必須なものであるが、コミュニティ組織の予算は近い将来においても非常に限られていると考えられ、RCH プログラム全体のアレンジや実施のためにコミュニティレベルで十分常勤スタッフを雇用すること困難であろう。また、住民参加の土台となるこれらの組織は、それぞれは小さな人口をカバーしているに過ぎないからである。

端的に言えば、コミュニティは非常に重要であるが、RCH プログラム実施のために必要な資源、能力を十分に備えていない。このためコミュニティ組織に対する集中的な支援は欠かすことができない。

一方、州政府も県政府も地理的及び精神的にはコミュニティから遠く、上記のような支援は困難である。また、今日進められている地方分権化は、州政府が権限、責任を地方政府に委譲することを求めている。

したがって、コミュニティと州や県など上位組織をつなぐ中間的機能が効果的、効率的な RCH プログラム実施のために必要とされる。

以上のように、効果的、効率的なプログラム実施に必要なことのひとつは、関係する全レベルの組織の連携であり、コミュニティへの支援である。なぜなら、州・県とコミュニティの間の長い距離と PRI を含めた複雑な政治・行政体制があるためである。RCH プログラム実施に際しては、これらの中で「ブロック・レベル」が州・県とコミュニティの間の中間行政組織としての役割が注目される。ブロックは、政治と行政、行政とコミュニティ、保健と他セクターのすべての連携をになう場として、また、実際にプログラムが行われるコミュニティに近く、行政機能や保健施設をコミュニティに提供にしながらコミュニティを支援できるという点から、プログラム実施の要となる。

(B) 対象地域及び活動を段階的に拡大する - 実施初期段階にプログラムの成果を出し、その成果・教訓をもって関係者のプログラム実施の意欲を高め、その後に拡大ステージにつなげる。

第一段階では、実施はパイロット地域に集中し、立案したシステムやプロジェクトがどのように機能するか試験したうえで改善し、最初の実施段階で最初の成功を達成するという方

法をとる。次の段階では地域を拡大し、第一段階での成功及び教訓がプロジェクト計画の再立案に活かされる。

第一段階の対象地域のコミュニティ・リーダーとコミュニティ・グループは新たな対象地域のコミュニティで動機づけ、指導を行うため、プロジェクトの拡大段階に参加する。

MP州の保健セクター戦略においては、活動の実施はフェーズに分けられており、各県の20%の村々が初年度に、40%が2年次に、残る40%が3年次にカバーされることが提案されている。本マスタープランにおける実施戦略も同様にフェーズ方式を提案しており、(基本的な考え方は同様であるが)各年度にカバーされる対象地域の取り方が異なるだけである。

システム強化と開発のためのプロジェクト実施には、固定された行政対象地域(クラスター)に、対象となるすべての保健システムが存在し、村々からCHC(またはB-PHC)までのすべてのレベルのサービスが存在し、開発されたシステムがその保健システムの中で評価できることが必要である。この点において、県の下の行政単位である“ブロック”がプロジェクト実施に最も適切な単位であり、ひとつのブロックを1年度にカバーし、2年次に2~3の他のブロック、3年次に残りのブロックを含めてすべてのブロック(県全体)をカバーする。

このことは、最初に小さな地域に巨大な資源を導入するということを意味するものでない。綿密に立案されたプロジェクト及び提案されたシステムの実施に重点を置くことを意味している。その拡大実施には、パイロット・プロジェクトに基づいて策定された現実的な運営管理計画があり、パイロット・プロジェクトに基づいて必要な資源を考えながら実施するということである。パイロット・プロジェクトは(当然のことながら)県全体に拡大実施可能なものであるべきである。

パイロット実施のために提案されるブロック

最初のステップのデモンストレーション・ブロックとして、ダモーン県ハッタ・ブロックとテイカンガル県バルデヴガル・ブロックが以下の基準で選択された。

- ブロックにCHCがある。
- ブロックにRCHサービスを自分達で向上させようという意志がある。
- ブロック内で、女性グループの活動やSHGの活動が他のブロックよりも活発である。
- ブロックのCHCが県本部に近く、プロジェクトの指導やモニタリングが緊密にでき、必要であれば輸血のため県病院に患者をリファーすることができる。

第4章 優先プロジェクトの概要

現状・問題分析及びニーズ・アセスメントに基づいて策定された戦略にしたがって、マスタープランの目標を達成するために、州政府、ドナーあるいはNGOによって実施されるべき優先プロジェクトとして以下のプログラム及びプロジェクトを提案する。

4.1 RCHサービスの質及びアクセス向上プロジェクト

4.1.1 目標

本プロジェクトは、マネジメント能力強化、保健技術及びコミュニケーション技術の向上、リファラルシステムの確立、及び施設・機材の整備を通して、CHCを核としたブロックレベル以下のサービス供給体制を確立し、RCHサービスの質とアクセスを向上することが目標である。

4.1.2 対象地域

ダモール県及びティカンガル県

(1) プロジェクト1年目

各県の1ブロックでパイロット・プロジェクトを実施する。実施ブロックは、それぞれの県でハッタ・ブロック及びバルデヴガル・ブロック。

(2) プロジェクト2～8年目

パイロット・プロジェクトの活動結果を評価後、2年目には2～3ブロックに拡大する。さらに、この2年間の活動成果を評価し、3年目以降は2県のすべてのブロックを対象として活動する。

4.1.3 裨益者

(1) プロジェクト1年目

- 直接的裨益者：ダモール県ハッタ・ブロック及びティカンガル県バルデヴガル・ブロックに居住する再生産年齢の女性及びその乳幼児
- 間接的裨益者：直接裨益者の家族とコミュニティ

(2) プロジェクト2～8年目

- 直接的裨益者：ダモール県及びティカンガル県に居住する再生産年齢の女性及びその乳幼児
- 間接的裨益者：直接裨益者の家族とコミュニティ

4.1.4 実施期間

8年間

- (1) プロジェクト1年目：各県の1ブロックでパイロット・プロジェクトを実施。
- (2) プロジェクト2年目：2～3ブロックに拡大する。
- (3) プロジェクト3年目：すべてのブロックに拡大する。
- (4) プロジェクト4・5年目：すべてのブロックにおいて継続活動する。
- (5) プロジェクト6～8年：すべてのブロックにおいて、プロジェクト・コンポーネントを追加して継続活動する。

4.1.5 実施責任機関

- 州レベル：州 保健家族福祉省
- 県レベル：県 保健家族福祉局

4.1.6 プロジェクトのコンポーネントと活動

プロジェクトは4つの主要コンポーネントからなる。

(1) プロジェクト運営体制の整備

最初にプロジェクト実施県でプロジェクト運営及び支援のための調整委員会を設置する。委員会は、支援ドナー、州、県及びブロックレベル関係者を委員とする。

同委員会はプロジェクトの円滑な実施に責任を負い、実施の質のモニタリングを実施する。また、プロジェクト開始にあたり、対象地域の保健医療施設の施設・機材状況、研修実施状況と技術レベル、コミュニケーション及びマネジメント状況を再評価する。

(2) 管理・運営能力の強化（ディストリクト及びブロックレベル）

- 1) マネジメントにかかわる研修（OJT を主とする）
- 2) 下位レベル保健医療施設及びフィールドワーカーの監督指導システムの確立と研修
- 3) リファラル・マネジメントシステムの確立と研修
- 4) 保健マネジメント情報システム（HMIS）の改善と研修
- 5) 医薬品供給・管理方法の改善と研修
- 6) 保健委員会及びパンチャヤットとの協力・調整メカニズムの確立、及び村落における母子保健デーの設定
- 7) RKS（患者福祉協会）の強化（＝費用徴収制度及び施設管理の強化）
- 8) 血液供給システムの整備

(3) 保健医療従事者及びフィールドワーカーの（ケア及びコミュニケーション）技術向上

- 1) 研修指導者の研修（県病院の医師 / 看護婦、県の研修担当官、県の保健行政担当官、ブロック教育担当官）
- 2) 医療保健従事者（医師及びLHV / ANM / MPW）の技術向上を目指した研修
 - 産前・産後ケア、産科必須ケア・産科救急ケア、妊婦の危険兆候の発見に関する研修
 - 家族計画、カウンセリング、個人間コミュニケーション技術の研修
 - 栄養、微量栄養素についての研修
 - 子供の健康（新生児の危険兆候、急性呼吸器疾患、下痢症等）に関する研修
- 3) Dai（伝統的助産婦）の研修
 - 安全な出産、授乳、妊婦及び新生児の危険兆候についての研修
- 4) その他保健医療従事者の研修：アンガンワディ・ワーカー及びJSR
 - 家族計画、カウンセリング、個人間コミュニケーション技術の研修
 - 妊婦、新生児の危険兆候、栄養についての研修

(4) RCHサービス供給システムの改善

- 1) 各サービスレベルの役割と機能の検討
- 2) 医療施設の改善
 - SCの改善
 - SCsの配置の見直しと再配置、受け持ち管轄村落の見直しと再配置
 - プライバシー保護を考慮したSCの再設計、老朽化SCの修復、新たなSCsの建設（建物がまったくないSC）
 - CHC、PHC及び県病院の改築・修復
- 3) フィールド・ワーカーの移動手段の改善
 - MPWの移動に最適な手段を確定するため、オペレーション・リサーチを実施する。
- 4) 機材及びその他必需品の供給
 - 機材の供給：各レベルの保健施設及び研修・センター
 - 医薬品及びその他必需品の供給：各レベルの保健施設

内容	県レベル	ブロックレベル	年次								
			1	2	3	4	5	6	7	8	
(1) プロジェクトの運営											
1) 調整委員会の設立と運営	X	X	X	x	x	x	x	x	x	x	x
2) 現状の再評価	x	X	X		X				X		
(2) 保健行政能力の強化											
1) マネジメント技術の研修	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2) 監督・指導システムの確立と研修	X	X	X	X	X						
3) リファラル・システムの確立と運営	x	X	X	X	X	X	X	x	x	x	x
4) HMISの改善	X	X	x	x	x	X	X	X	X	X	X
5) 医薬品供給システムの改善	X	x	x	x	x	X	X	X	X	x	x
6) 保健委員会・パンチャヤットとの連携・調整メカニズム構築、母子保健デーの設定	X	X	X	X	X	X	X	x	x	x	x
7) RKSの強化（コミュニティ参加と費用徴収制度）	X	X				x	x	X	X	X	X
8) 血液供給体制の整備	X	X				x	x	X	X	X	X
(3) 保健医療スタッフの技術向上											
1) 研修シラバス・教材のレビューと改訂	X	x	X	X				X	x		
2) 研修指導者の研修（TOT）	X	x	X	X		X	x	X	x		
3)-5) 技術向上の研修	x	X	X	X	X	x	x	X	x	x	x
(4) RCHサービス供給システムの改善											
1) 各サービスの役割と機能の検討	X	x	X			X					
2) 保健施設の改築・修復											
SC		X		X	X	X	X	X	X	X	X
CHC		X			X		X		X	X	X
S-PHC・県病院		X					X	X	X	X	X
3) フィールド・ワーカーの移動手段の改善		X	X	X	X						
4) リファラル・システムの改善		X	X	X	X	X	X	x	x	x	x
5) 機材供与	X		X		X		X		X		
6) 医薬品及びその他必需品の供給	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.7 プロジェクトのアウトプット及び投入

(1) 期待される成果

- RCHサービス供給体制が改善する。（各ブロックで第一次リファラル施設（FRU）が、ブロックにおけるRCHサービス供給システム及びサービス供給の核として機能する）。
- マネジメント向上により、効率的かつ効果的なRCHサービスの供給ができる。
- 保健医療スタッフのRCHにかかわる技術が向上し、CHCがFRUとして十分に機能する。
- SCのサービス・カバレッジ及び機能が改善する。
- S-PHCのサービス・カバレッジ及び機能が改善する。

(2) 投入

- 1) 研修及び教育：マネジメント技術及び保健ケア・コミュニケーション技術
- 2) 研修モジュール及び教材開発の技術支援
- 3) 各種システム開発における技術支援
- 4) 医療機材・器具（研修用機材を含む）

- 5) 必須医薬品及び衛生用品等
- 6) 保健医療施設の修復及び建設

4.1.8 運営管理上の留意点

下記機関及び関係者との連携が重要である。

- 県病院
- 伝統的助産婦 (Dai)
- 妊産婦と保健医療機関 (CHC/PHC/SC) を仲介するコミュニティ組織及びコミュニティのキーパーソン
- ユニセフ・プログラムにより設置されるコミュニティ保健評議会及びブロック諮問委員会 (ティカンガル県のみ)
- 世界銀行支援の村落女性開発及びエンパワメント・プロジェクト (ティカンガル県のみ)

4.2 ジェンダー啓蒙とリンクしたIEC (情報・教育・コミュニケーション) 及びBCC (行動変容のためのコミュニケーション) 強化によるRCH向上プロジェクト

4.2.1 目標

本プロジェクトは、社会ジェンダーを含む RHC 分野の問題において、一連の行動変容のためのコミュニケーションによる介入により、行動変容をもたらす状況・環境を醸成し、住民の行動変容をもたらすことを目標とする。

4.2.2 対象地域

- 州レベル：保健家族福祉省IEC局
- 県レベル：ダモー県及びティカンガル県

4.2.3 裨益者

- ダモー県及びティカンガル県に居住する家族とコミュニティ

4.2.4 実施期間

5年間

4.2.5 実施責任機関

- 州レベル：保健家族福祉省 IEC 局

- 県レベル： 県 保健家族福祉局

4.2.6 プロジェクトの内容・活動

主なプロジェクト・コンポーネントは次の3つである。(1) BCC キャンペーンの準備、(2) マスメディア及び BCC 材料の作成、(3) 社会動員及びコミュニティに根ざした BCC キャンペーン実施。

すべてのコンポーネントは、長期のプロジェクト・アドバイザー (IEC/BCC 専門家) を必要とする。本プロジェクトは、県レベルだけでなく、州レベルでの戦略策定・活動が必要であり、州保健家族福祉省 IEC 局及び県 IEC スタッフをプロジェクト担当者 (又はカウンターパート) として配置する。州 IEC 局は主として第1及び第2コンポーネント、県 IEC スタッフは主として第2、第3コンポーネントの活動に重点的に参加する。第2コンポーネントのマスメディア用及びその他の IEC / BCC 材料の開発・作成は、IEC 局内部ではなく、契約による外部機関への委託として実施する計画である。

(1) ジェンダー啓蒙キャンペーンを含むBCCキャンペーンの準備

- 1) RCH にかかわる技術、RCH にかかわる BCC 及び IEC、及び啓蒙に関する研修 (州、県、ブロック・レベル)
- 2) 問題の明確化とアセスメント実施
- 3) BCC/IEC 戦略の策定
- 4) メディア及び社会動員のためのワークプラン策定
- 5) 啓蒙のためのワークプラン策定
- 6) 研修及びキャンペーン用のジェンダーの意識化のための IEC 材料の作成
- 6) モニタリング及び評価システムの構築

(2) マスメディア用及びその他のIEC及びBCC材料の企画・作成

- 1) IEC 及び BCC 材料の企画・作成のためのインドの企画及び広告会社・団体の評価、確認、契約
- 2) フィールド・アセスメント実施
- 3) BCC/IEC 材料の企画・作成
- 4) 県レベルのマスメディア・キャンペーン実施

(3) 社会動員及びコミュニティに根ざしたキャンペーン実施

- 1) ベースライン調査及び行動監視調査の実施
- 2) 社会動員の研修実施団体又は個人等の確認、契約
- 3) ブロックにおける社会動員の実施者の選定と研修
- 4) ブロックレベルの社会動員実施
- 5) コミュニケーションに根ざした意識化キャンペーンの実施 (パンチャヤットやすべてのコミュニティ組織の参加と共に地域担当官により組織されたキャンペーン)

<問題分野の優先付け>

下記の事項は、対象地域において、全体的なリプロダクティブヘルス向上のための介入の重要性、及び BCC により効果的に扱うことのできるという点から、優先付けされた事項である。

- 家族計画による出産間隔の延長のオプション
- 性感染症についての認識の向上
- PHC 周産期キャンペーンと ANM の役割強化
- 結婚年齢の引き上げ
- ダウリーの重要性の低下及び婚姻後のハラスメントの減少
- 男児優遇の低下
- 生涯にわたる女性の公平性の推進
- 女兒の就学率及び就学継続率の増加
- 産後ケアの推進及び産後ケアについての認識の向上
- 保健医療施設の推進及びサービス需要の増加
- 女性及び子どもの栄養

4.2.7 プロジェクトのアウトプット及び投入

(1) 期待される成果

- 一時的な家族計画方法の利用が増加する。
- 一般住民（サービス利用者）の性感染症の症状についての認識能力が向上する。
- 産後ケアのための女性の登録が増加する。
- 県レベル以下のレベルにおける IEC 専門家の BCC 技術が向上する。
- ANM がその利用者との接触が増加する。
- 女性の初婚年齢が上昇する。
- 女兒の就学率及び継続就学率が上昇する。
- 周産期の女性に対するフィールドワーカーの訪問回数が増加する。
- 村落保健委員会の委員の接触回数がさらに増加する。

(2) 投入

- IEC / BCC 長期専門家（アドバイザー）
- IEC 機材
- IEC・BCC 材料作成のための外注契約
- 研修における技術支援及び開催費用
- ワークショップ・会議開催のための費用

4.2.8 運営管理上の留意点

下記機関及び関係者との連携が重要である。

- インド国、特に州・県・村落レベルにおけるIEC活動家
- 最前線におけるRCHサービス提供者
- ANM
- 村落保健委員会
- コミュニティのステークホルダー（関係者）及びキーパーソン
- コミュニティにおける社会動員に活動しているドナーやNGO（ユニセフ、及びサマタール、ケアなどのNGO）
- 本マスタープランにおける提案プロジェクト1、「RCHサービスの質及びアクセス向上プロジェクト」
- PRI（ジェンダー意識化キャンペーンにおいて）
- 教育委員会及び教育機関

4.3 コミュニティーによるRCH向上活動推進プロジェクト

4.3.1 プロジェクト目的

本プロジェクトは、村落保健委員会及びパンチャヤット村落保健委員会の活性化による、RCH向上活動へのコミュニティ参加推進とRCHサービスへのアクセス向上を目標とする。

4.3.2 対象地域

ダモール県及びティカンガル県

4.3.3 受益者

- 直接裨益者：ダモール県及びティカンガル県の保健委員会メンバー及び同県に居住する再生産年齢の女性
- 間接的裨益者：直接裨益者の家族とコミュニティ

4.3.4 実施期間

5年間

4.3.5 実施責任機関

- ダモール県ブロックレベルの各保健行政担当官事務所（BMO事務所・CHC又はB-PHC）

- ティカンガル県ブロックレベルの各保健行政担当官事務所（BMO事務所・CHC又はB-PHC）

* 各県保健家族福祉局が支援する。

4.3.6 プロジェクトの内容・活動

プロジェクト・コンポーネントは大きく3つに分けられる。

(1) 村落保健委員会強化・活性化

- 1) 村落保健委員会の定義の明確化
- 2) 村落保健委員会委員の選出
- 3) 村落保健委員会の活動に協力するコミュニティ・グループの動員
- 4) パンチャヤット、村落保健委員会、コミュニティのグループリーダーを対象とした、RCH及びRCHプログラムに関する研修及びマイクロプランニングの研修実施

(2) 保健ワーカー・女性子供省ワーカーと村落委員会の連携強化

- 1) 村落ヘルスワーカー・チームの結成と合同研修の実施
- 2) 村落保健委員会メンバー及びヘルスワーカーから成るSC運営管理チームの設置
- 3) すべての村落で定期的な母子保健デーの実施（1ヵ月に1日）

(3) 住民のRCH及びRCHサービスへの意識向上及び需要創出

- 1) 定期的な村落保健会議の開催

4.3.7 プロジェクトのアウトプット及び投入

(1) 期待される成果

- 村落保健委員会が機能する。
- SCの運営管理へのコミュニティの参加が増加する。
- コミュニティにより母子保健デーが運営される（保健スタッフは運営の支援と保健医療技術面での支援を行う）。
- コミュニティが自らのコミュニティのRCH向上のためにマイクロプランニングを実施し、また、RCH状況及びRCHプログラムの実施状況を評価するようになる。

(2) 投 入

- パンチャヤット・メンバー及びコミュニティ・グループ・リーダーの研修及び教育における技術支援
- ヘルスワーカーの合同県研修における技術支援
- IEC・BCC教材・材料の配付
- ワークショップ及び会議の開催費用

4.3.8 運営管理上の留意点

以下のプロジェクトとの連携に留意する必要がある。

- 本マスタープランの提案プロジェクト2、「ジェンダー啓蒙とリンクしたIEC（情報・教育・コミュニケーション）及びBCC（行動変容のためのコミュニケーション）強化によるRCH向上プロジェクト」
- ティカンガル県ユニセフ州境県プロジェクト：コミュニティ保健評議会及びブロックレベルの保健諮問委員会
- 世界銀行支援による「村落女性開発及びエンパワメントプロジェクト」

4.4 青少年に対するFAMILY LIFE EDUCATION及び医薬品・避妊具等ソーシャルマーケティング・プロジェクト

4.4.1 プロジェクト目的

本プロジェクトは、行動変容のためのコミュニケーション、ソーシャル・マーケティング及び啓蒙により、リプロダクティブヘルス・サービス及び家族計画の知識及び受容度（特に青少年の）を向上させ、普及させることである。さらに、青少年が、日常生活における希望や挑戦に対処するための行動変容をとることができるようにすることも第2のプロジェクト目標である。

4.4.2 対象地域

ダモール県ハッタ・ブロック

4.4.3 裨益者

- 直接裨益者：ダモール県に居住する女性及び思春期の若者
- 間接的裨益者：直接裨益者の家族とコミュニティ

4.4.4 実施期間

3年間

4.4.5 実施責任機関

- インド国NGO*

（*インド家族計画協会が本プロジェクトの実施に関心を示している）

4.4.6 プロジェクトの内容・活動

本プロジェクトはダモール県を対象とし、NGO パートナースHIP・プロジェクトとして実施する。

(1) プロジェクト準備

- 1) 実施前のプロジェクト詳細デザインのための調査実施
- 2) 村落における重要関係者のコンセンサス形成と取り付け
- 3) コミュニケーションの方法の開発

(2) 家庭生活教育 (Family Life Education) 及びBCC

- 1) 研修ツールの開発
- 2) 家庭生活教育 (Family Life Education) 及び BCC の研修指導者のオリエンテーション実施
- 3) 青少年仲間 (ピア) グループの形成と研修
- 4) 青少年カウンセリング・センターの設置
- 5) 保健サービス提供者の青少年への対応能力の向上

(3) ソーシャル・マーケティング実施

- 1) コミュニティ内の連結機能をはたすキーパーソンの確認とオリエンテーション実施
- 2) コミュニティに対する啓発プログラムの実施
- 3) コミュニティ内の避妊薬・具の配付者 (CBD: Community based distributor) のチーム作り
- 4) 行動変容についての保健サービス提供者のためのプログラム実施
- 5) 避妊薬・具及びその他の保健品目の購入

(4) 村落保健委員会の啓発及び連携

- 1) 村落保健委員会に対する本プロジェクトの紹介及びオリエンテーションのワークショップ実施
- 2) 村落保健委員会との連携・調整

*モニタリング及び評価は、プロジェクト期間と通じて実施される。

4.4.7 プロジェクトのアウトプット及び投入

(1) 期待される成果

- RCH 及び家族計画における BCC についての保健サービス提供者の能力が向上する。
- 思春期の若者及び青少年が、青少年のピアグループを通してカバーされ、実際にもピアグループとしての役割を演ずる上においても家庭生活教育 (Family Life Education) における技術及び知識をつける。
- 啓蒙、カウンセリング及び家族計画手段を含む家族計画サービスを提供することにより、不変の家族計画の受容者を作り出す。

- コミュニティ動員を通して行動変容の結果をもたらすことにおける村落保健委員会の役割をなすために、その能力が強化される。

(2) 投 入

NGO に対するプロジェクト実施資金

4.4.8 運営管理上の留意点

以下のプロジェクト、関係機関及び関係者との連携に留意する必要がある。

- 本マスタープランの提案プロジェクト2、「ジェンダー啓蒙とリンクしたIEC（情報・教育・コミュニケーション）及びBCC（行動変容のためのコミュニケーション）強化によるRCH向上プロジェクト」
- 村落保健委員会の上位レベルの保健委員会及びパンチャヤット

4.5 農村女性の生活改善プロジェクト

4.5.1 プロジェクト目的

本プロジェクトは、労働軽減及び栄養摂取改善による女性の生活の質の改善を目標とする。

4.5.2 対象地域

ダモール県及びティカンガル県

4.5.3 裨益者

- 直接裨益者：ダモール県及びティカンガル県に居住する女性及びその乳幼児
- 間接裨益者：直接裨益者の家族とコミュニティ

4.5.4 実施期間

5年間

4.5.5 実施責任機関

- 州レベル：州 農業省
- 県レベル：県 農業局

4.5.6 プロジェクトの内容・活動

本プロジェクトのコンポーネントは、以下のとおりである。

- 1) 生活改善プロジェクトの導入ワークショップ実施及び村落内リーダーの育成
- 2) バイオガスプラント（牛糞及びその他のゴミ利用による）研修及び導入
- 3) 無煙ストーブの導入
- 4) 家庭菜園・栄養の指導と実施
- 5) 農業普及員によるその他の生活指導

4.5.7 プロジェクトのアウトプット及び投入

(1) 期待される成果

- 1) 環境にやさしい代替燃料（バイオガス、牛糞ガス）及び無煙コンロの利用が増加する。
- 2) バイオガスプラントの残渣を用いた有機肥料を利用した家庭菜園の導入した世帯数が増加する。
- 3) 女性及び家族の栄養及び食物摂取についての正しい知識が増加する。
- 4) 牛及びその他の家畜の堆肥を利用して有機肥料が生産される。

(2) 投入

- バイオガス・プラントの導入とコミュニティ動員のための技術支援
- コミュニティ及び普及員の研修及び教育
- バイオガス・プラント導入世帯への支援資金
- 家庭菜園のための種苗購入の費用

4.5.8 運営管理状の留意点

以下のプロジェクト、関係機関及び関係者との連携が必須である。

- 農業省による現行のバイオガス・プラント導入プログラム。プログラムは需要に根ざしたものであるべき。
- MP州農産業開発コーポレーション及びMP州エネルギー開発コーポレーション
- 農業普及員及びヘルスワーカー
- 女性子ども省によるICDSスキームによる栄養プログラム

