

**ブラジル連邦共和国
家族計画・母子保健プロジェクト
終了時評価報告書**

平成13年3月
(2001年)

国際協力事業団
医療協力部

医協二
JR
01-35

**ブラジル連邦共和国
家族計画・母子保健プロジェクト
終了時評価報告書**

平成13年3月
(2001年)

国際協力事業団
医療協力部

目 次

序 文
地 図
写 真

評価調査結果要約表

第1章 終了時評価調査団の派遣	1
1-1 調査団派遣の目的	1
1-2 プロジェクト実施の経緯	1
1-3 調査団の構成と調査期間	1
1-4 調査の方法	2
第2章 プロジェクトの実績	5
2-1 目標及び成果の達成状況	5
2-2 主な活動実績	21
2-3 投入実績	22
第3章 評価結果	25
3-1 5項目評価結果の概要	25
第4章 総 括	35
4-1 総 括	35
4-2 提言と教訓	37
4-3 今後の協力のあり方	39
付属資料	
1. 調査日程	43
2. 主要面談者	44
3. ミニッツ	46
4. プロジェクト活動総括	96

序 文

ブラジル連邦共和国国家族計画・母子保健プロジェクトは、1996年4月1日から5年間の協力期間で、ブラジル連邦共和国セアラ州保健局とともに、保健従事者の能力強化を通じたコミュニティーレベルでの母子保健サービスの向上を目標として実施したものです。

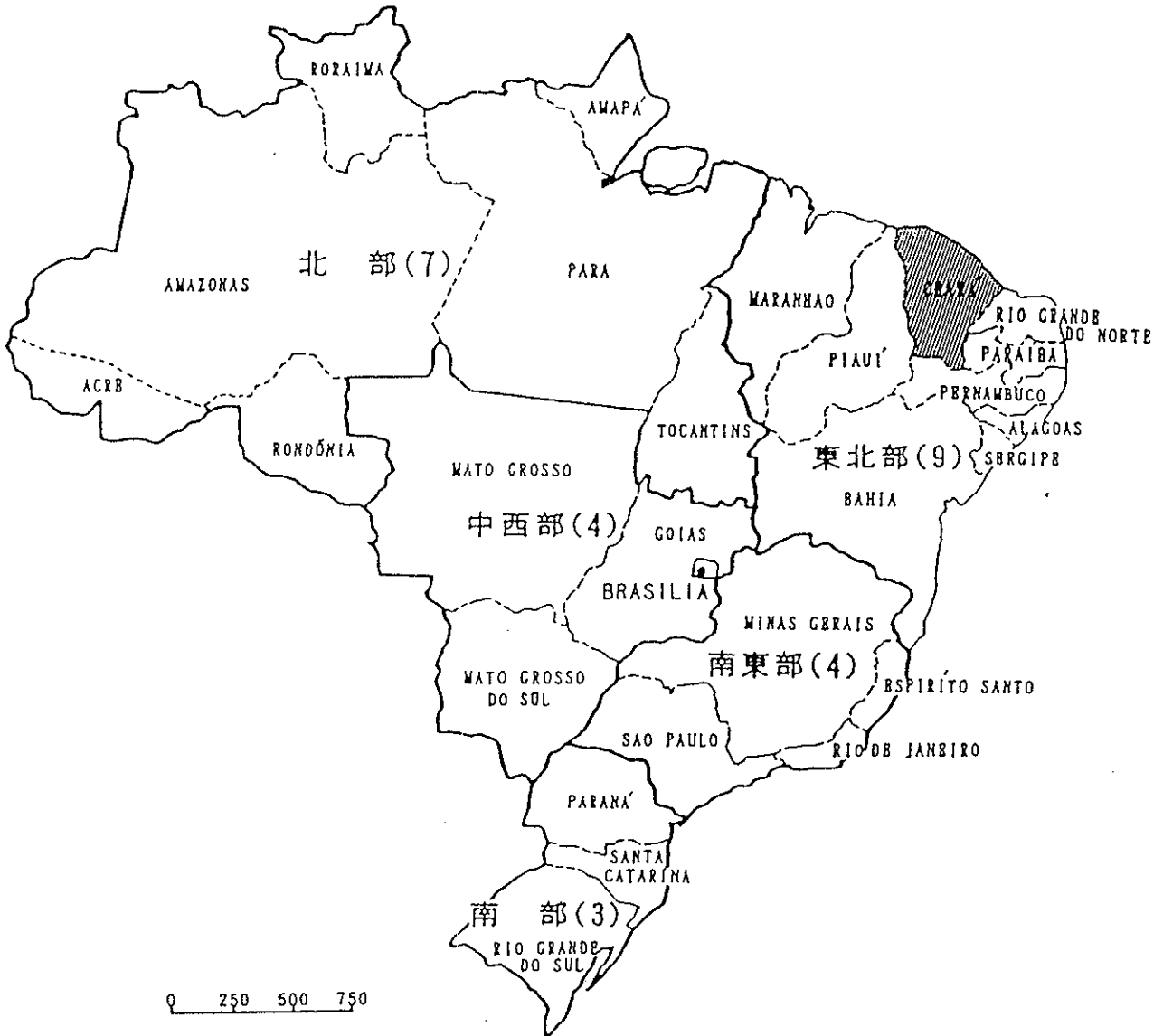
このたび、国際協力事業団は、本件実施に関する討議議事録（R/D）に基づく協力期間が2001年3月31日をもって終了するのに先立ち、これまでの協力成果に対する評価をブラジル側と共同で行うために、2000年12月9日から12月22日までの日程で、東京大学大学院医学系研究科教授 梅内 拓生氏を団長として終了時評価調査団を派遣しました。本報告書は、その調査結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にご協力を賜りました関係各位に、深甚なる感謝の意を表しますとともに、今後とも本プロジェクトの成功のために、一層のご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

2001年3月

国際協力事業団
医療協力部
部長 遠藤 明

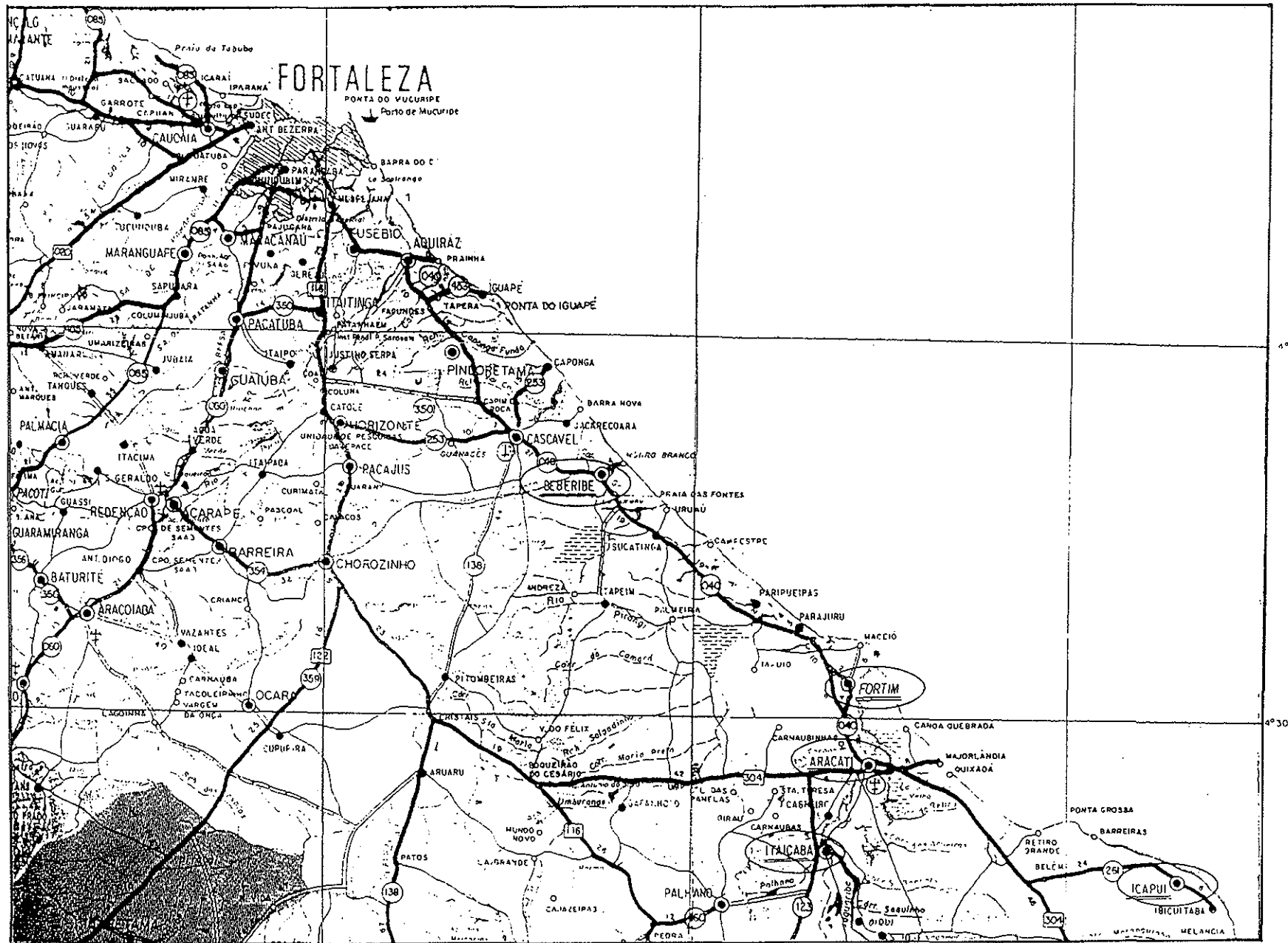
プロジェクトの位置図



注：() 内の数字は州の数を示す

出典：Anuário Estatístico do Brasil IBGE

パイロット地区5市





イカプイ市の産科病院での母親へのインタビュー



参加型ワークショップーパイロット地区の活動報告ー



イタイサーバ市の妊娠ケアセンターでのインタビュー(1)



イタイサーバ市の妊娠ケアセンターでのインタビュー(2)



アラカチ市のサンタ ルイザ ジ マリラッキ病院
(二次レベル) に設置されているLDRベッド



アラカチ市サンタ ルイザ ジ マリラッキ病院に設置されている
アクティブチェア及びビーズクッション

評価調査結果要約表

I. 案件概要																															
国名：ブラジル連邦共和国	案件名：家族計画・母子保健プロジェクト																														
分野：保健・医療	援助形態：プロジェクト方式技術協力																														
所轄部署：医療協力部医療協力第二課	協力金額（無償のみ）：																														
協力期間	(R/D)：1996年4月1日～ 2001年3月31日	先方関係機関：保健省、セアラ州保健局																													
	(延長)：	我が方協力機関：東京大学医学部ほか																													
	(F/U)：	他の関係協力：																													
	(E/N)（無償）																														
<p>1. 協力の背景と概要</p> <p>ブラジルは全国平均では多くの保健指標が「中進国型」を示しているが、国内の地理的・社会的格差が著しく、開発の遅れた東北部の保健医療サービス水準は低い。同国は国内格差を是正すべく、1988年に統一保健システム（SUS）を制定して保健医療体制整備に乗り出し、社会的弱者への医療対策を強化してきたが、東北部の貧困層には依然として必要最低限の医療サービスが行き届いていない状況にある。このような背景の下、ブラジル東北部を対象として妊産婦ケア、家族計画等を中心とした母子保健サービスの質の向上を目的とするプロジェクト方式技術協力が要請され、1999年1月に事前調査、1995年12月に実施協議調査、1996年4月から5年間の協力を実施した。</p> <p>2. 協力内容</p> <p>(1) 上位目標 東北ブラジルにおける母子保健サービスの質が向上する。</p> <p>(2) プロジェクト目標 セアラ州における母子保健サービスの質が向上される。</p> <p>(3) 成果</p> <p>① セアラ州の母子保健従事者の意識・知識・技術水準が向上する。 ② パイロット地区及びフォルタレーザ市内の基幹病院の出産関連施設が「人間的な出産と出生」にふさわしいものとなる。 ③ 「人間的な出産と出生」の概念がセアラ州内に普及する。 ④ セアラ州住民の性病対策に向けた意識・行動が改善する。</p> <p>(4) 投入（評価時点）</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="padding-left: 20px;">日本側</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">長期専門家派遣</td> <td style="text-align: center;">8名</td> <td style="padding-left: 40px;">機材供与</td> <td style="text-align: right;">1億6,800万円</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">短期専門家派遣</td> <td style="text-align: center;">34名</td> <td style="padding-left: 40px;">ローカルコスト負担</td> <td style="text-align: right;">8,792万円</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">研修員受入れ</td> <td style="text-align: center;">16名</td> <td style="padding-left: 40px;">その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding-left: 20px;">相手国側</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">カウンターパート配置</td> <td style="text-align: center;">2名</td> <td style="padding-left: 40px;">機材購入</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">土地・施設提供</td> <td></td> <td style="padding-left: 40px;">ローカルコスト負担</td> <td></td> </tr> </table>				日本側				長期専門家派遣	8名	機材供与	1億6,800万円	短期専門家派遣	34名	ローカルコスト負担	8,792万円	研修員受入れ	16名	その他		相手国側				カウンターパート配置	2名	機材購入		土地・施設提供		ローカルコスト負担	
日本側																															
長期専門家派遣	8名	機材供与	1億6,800万円																												
短期専門家派遣	34名	ローカルコスト負担	8,792万円																												
研修員受入れ	16名	その他																													
相手国側																															
カウンターパート配置	2名	機材購入																													
土地・施設提供		ローカルコスト負担																													

調査者	(担当分野：氏名／所属)		
	団長／総括	梅内 拓生	東京大学大学院医学系研究科 教授
	公衆衛生	釜谷 寛之	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課 特別嘱託
	評価計画	坂元 律子	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課 職員
	プロジェクト評価	渡慶次 重美	国際環境科学研究所 主任研究員
調査期間	2000年12月9日～12月22日		評価種類：終了時評価

II. 評価結果の概要

1. 評価の目的

当初計画に照らし、プロジェクトの目的の達成度を確認すること。また、プロジェクト成果の更なる発展、普及のために今後取り組むべき課題について確認する。

2. 評価結果の要約

(1) 実施の効率性

プロジェクトの現場（5つのパイロット地区及びフォルタレーザ市内基幹病院）のカウンターパート（C/P）によるプロジェクトテーマ「人間的な出産と出生」に対する支持と実践への熱意の高まりは、日本側投入の効率性を高く評価し得る証左であろう。特に、助産分野の専門家は、国内の人材が限られているにもかかわらず資質の高い人材を短期、長期併せて効率的に派遣し、大きな成果をもたらした。

また、本プロジェクトの特徴として、初期段階を現場ニーズの詳細調査とプロジェクトの方針決定にあて、そのうえで活動計画策定に費やした点があるが、これが結果として効率性を高めることに寄与した。ただし、プロジェクト運営について本来のC/Pであるセアラ州政府の主体的関与が低かったことは、それがプロジェクトのテーマ「人間的な出産と出生」そのものに対する見解の違いによるものであるゆえに、容易に解決し得る問題ではないが、プロジェクトの効率性の向上を妨げる原因となったことは否めない。

(2) 目標達成度

5年間のプロジェクト活動は、「人間的な出産と出生」をテーマに統合的に展開され、セアラ州の5つのパイロット地区、及びフォルタレーザ市内基幹病院を中心とする母子保健従事者（准看護婦、看護婦、伝統的産婆、医師等）に対するトレーニング、セアラ州内の大学における産科専門看護婦の養成、産科関連施設の整備などが行われた。「人間的な出産と出生」モデルづくりは、着実に母子保健従事者並びに地域住民に浸透し、プロジェクトは「Project Luz（光りのプロジェクト）」という名でセアラ州全体にも広く知れわたり、更に活発な広報活動によりブラジル全体にも知られるところとなった。

一方、コミュニティーレベルでの母子保健分野では、Women in Development (WID) アプローチによる取り組みは成果が乏しかったものの、主にコンドーム使用促進活動が取り組まれた。これらの結果、プロジェクトはほぼすべての成果項目において目標達成度は高いと判断される。

(3) 効果

プロジェクトによる各種トレーニングは、母子保健従事者の意識改革をもたらし、自らが従来の「出産と出生に関する非人間的な文化」を「安全で人間的な出産と出生」(Humanized Maternity

Care)へと変えていくための担い手となることを強く自覚させた。パイロット地区における准看護婦の85%、看護婦の71%がトレーニングを受講しており、それぞれが出産の現場で実践に移す努力を続けた結果、地元での出産率、正常分娩率及び妊婦の出産ケアに対する満足度が高まるなどの成果がみられ、母子保健サービスの質の向上につながった。

さらに、プロジェクトが連邦政府保健省の政策面にも間接的ながら影響を及ぼしたと思われるいくつかの例がみられた。「人間的な出産と出生」モデルの全国展開をめざした「正常出産センターの建設プログラム」(1999年8月省令)、母子保健のみならず保健医療分野すべての保健政策に適用するとした「保健サービスのヒューマニゼーションプログラム」(2000年5月)などは、保健政策面への制度的反映であったといえる。

(4) 計画の妥当性

プロジェクトの初期段階を現地の母子保健ニーズの詳細調査とプロジェクトの方針決定にあて、テーマを「人間的な出産と出生」としたうえで、具体的な活動計画策定に費やした。その結果、プロジェクト専門家が常に共通の目的意識をもって、各々の技術指導にあたることができた。設定されたプロジェクト目標は、ブラジル政府の保健政策や受益者のニーズに合致しており、同目標は、1997年と2000年に実施したRapid Anthropological Assessment Procedure (RAP) 調査における定性的評価によって質的に向上したといえるため、計画の妥当性は高い。

(5) 自立発展性

本来のC/Pであるセアラ州政府の主体的関与が低く、「人間的な出産と出生」に対する支持と実践が大いになされたプロジェクトの現場とのギャップがみられた。評価作業にもほとんど加わらなかったセアラ州保健局の市制をかんがみると、組織・制度面の自立発展性には悲観的にならざるを得ない。一方、技術移転の成果は高く、既に10の市で日本人専門家が関与しない研修コースが実施されているなど技術面における自立発展性は高い。

3. 効果発現に貢献した要因

(1) 日本側に起因する要因

- ① プロジェクトの初期段階1年あまりを現地の母子保健ニーズの詳細調査とプロジェクトの方針決定にあてて、テーマを「人間的な出産と出生」としたうえで、具体的な活動計画策定にあたったこと。
- ② プロジェクトのテーマ「人間的な出産と出生」に係る現地情勢を的確に把握するため、セアラ州内にとどまらず、ブラジル国内の関連する多くの組織(NGO、連邦政府保健省、サンパウロ州保健局、サンパウロ在住日系人保健関係者)とも積極的に交流及び情報交換し、またプロジェクトへの理解を得るよう努力したこと。
- ③ 日本の開業助産プロフェッショナルの有する心と技術を導入したこと。ただし、単なる押し付けではなく、常に現場と対話を行った共同作業の積み重ねが、ブラジル側による受容をスムーズにした。C/Pの日本研修でも、開業助産院での実践的研修が大きなインパクトを与えたと高く評価された。
- ④ 「人間的な出産と出生」を実現するためにどのような産科施設機材が望ましいか議論するなかで、「操作しやすく、安価で国内生産できるもの」をめざし、LDRベッド(陣痛、分娩、産後回復の3期を過ごせるもの)をプロジェクト独自に製作開発し、供与した。その結果、ブラジル各地で独自購入の動きが出るほど好評となり、ハード面でも「Project Luz(光のプロジェクト)」の象徴的な存在として認識され、プロジェクトの知名度向上に貢献した。

- ⑤ プロジェクト成果の質的評価方法として、RAP調査を導入したこと。これによって、定量評価が難しい質的变化をとらえることができた。
- ⑥ 最終段階での「出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議」(2,000名参加)開催や日本語、ポルトガル語での広報活動(定期発行物が3種類)、他州での講演会、休暇帰国時の専門家による日本国内での講演会、学会誌への論文発表など積極的な広報活動、発信を行ったこと。ポルトガル語に堪能な専門家が多かったこともこれらを可能にした一因といえる。
- ⑦ 日本人専門家のリクルートに際し、特定の組織に依存せず、専門家自らが常に優秀な人材に対して情報収集し、帰国中に直接アプローチするなどの努力をした結果、パフォーマンスの高い人材を派遣できた。また、一度かかわった短期専門家が継続的にプロジェクトの支援を続け、専門家のネットワークの広がりの中で日本国内におけるサポート体制が築かれていったこと(国際会議には50名以上の日本人が私費で参加、会議運営費にも多くの寄付金が寄せられた)も特筆される。

(2) ブラジル側に起因する要因

プロジェクトの現場の母子保健従事者、とりわけ看護婦、准看護婦の取り組みが非常に熱心であったこと。いったん受容された「人間的な出産と出生」の概念は、出産の現場で実践に移され、母子保健サービスの質の向上につながった。また、プロジェクト後半にはトレーニングも積極的に実施され、日本人専門家が関与せずとも自律的活動が展開されている。

4. 問題点及び問題を惹起した要因

(1) 日本側に起因する要因

- ① プロジェクト現場での活動が活発化する一方、州保健局もプロジェクトに対し、消極的な姿勢をとるようになったため、本来のC/P(州保健局)との関係強化が図られたとは言いがたく、プロジェクトの手法や成果についての技術移転や共有も行われなかった。
- ② 活動の中心が「人間的な出産と出生」の概念定着をめざす助産分野に集中するなかで、プロジェクト内で全体の枠組みやプロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)を見直す作業が少なく、一部の活動(WID視点からのコミュニティ活動、コンドーム販売促進プログラム)については、専門家チーム内で共通の認識をもってあつたとは言いがたいものもあった。

(2) ブラジル側に起因する要因

プロジェクト現場での取り組みが盛んになるほど、「人間的な出産と出生」の概念を共有していない医療従事者(特に、地元産科医)からは自分達の職益を損なうものとして反発が強まり、州保健局もプロジェクトに対し、消極的な姿勢をとるようになった。プロジェクト実施中のかかわりも非常に希薄であったが、終了時評価調査団の実質的な評価作業に加わらないなど、プロジェクトの成果を共有する意思も姿勢も欠けており、現場のC/Pからも自立発展性の観点から不安要因として州保健局の消極的姿勢が指摘されている。

5. 教訓(新規案件、現在実地中の他の案件へのフィードバック)

- (1) プロジェクトのテーマ設定と具体的な活動計画策定を重要視すること。本プロジェクトの場合は、開始後1年あまりを現地の母子保健ニーズ詳細調査と戦略策定、パイロット地区の選択、

プロジェクト開始前の介入調査（RAP調査）にあてたテーマを「人間的な出産と出生」としたことが多くの成果につながった。

(2) セアラ州内にとどまらず、ブラジル国内の関連する多くの組織（NGO、連邦政府保健省、サンパウロ州保健局、サンパウロ在住日系人保健関係者）と積極的に交流し、「人間的な出産と出生」に関する現地情勢の把握に努めたことが、プロジェクトの趣旨に賛同するサポーターをつくり出し、プロジェクトの成果、意義を波及させることに役立った。

(3) 自立発展性のためにはコミュニティー・イニシアティブが重要であること。専門家による活動プロセスにおいて、現場の母子保健従事者とサービスの受け手（妊婦とその家族）との対話を重視しながら、「人間的な出産と出生」の定着に努めたため、ブラジル側の理解と受容がすすみ、あるパイロット地区では自発的活動グループが生まれ、妊婦や母親教育、カウンセリング活動などを行った。

6. 提言〔評価対象案件へのフィードバック（延長、フォローアップ協力の必要性等）〕

「人間的な出産と出生」のテーマは、既存の母子保健医療サービスのあり方の変革を迫るものであったがゆえに、個人的、社会的葛藤を引き起こす要素も含むセンシティブなテーマであったが、セアラ州の母子保健従事者、及び地域住民に広く受け入れられた。さらに、プロジェクトが総括的イベントとして2000年に開催した「出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議」には、セアラ州以外の州、南米諸国、世界各国から約2,000名の参加があり、本テーマに対する世界的関心の高まりをうかがわせた。

これらプロジェクトの成果は、従来の「医療介入を前提とする保健医療サービス」のあり方から、「人間中心の保健サービス」への変革の可能性を示すモデルとして重要な示唆を含むと思われる。今後はブラジル側の自主的取り組みとその成果を見守るとともに、我が国においても「人間中心の保健サービス」の実現に向けた技術協力のモデルとして、より詳細な事例研究の対象とすべき案件であると思われる。また、プロジェクト終了後の協力方法としては、セアラ州以外も対象とした国別特設研修によるフォローアップも有効であろう。

第1章 終了時評価調査団の派遣

1-1 調査団派遣の目的

- (1) これまで実施した協力について、当初の計画に照らし、プロジェクトの活動実績、管理運営状況、カウンターパート（C/P）への技術移転状況等について評価を行う。
- (2) 目標の達成度を評価したうえで、今後の協力の必要性の有無について相手国側と協議する。
- (3) 評価結果から教訓及び提言などを導き出し、今後の協力のあり方や実施方針改善に資する。

1-2 プロジェクト実施の経緯

ブラジル連邦共和国（以下、「ブラジル」と記す）は、全国レベルで見ると、ほとんどの保健衛生指標は中進国相当の指標を示しているが、国内格差が著しく、ブラジル東北部においては保健指標は最貧国レベルにある。ブラジルは1988年に統一保健システム（SUS）を制定し、保健医療体制の整備に着手した。これまで社会的弱者への医療対策を強化してきたが、ブラジル東北部の貧困層には依然として必要最低限の医療サービスが行き届いていない状況にある。

このような状況にかんがみ、ブラジル東北部における母子保健サービスの改善を目的として、本プロジェクトはブラジル東北部の主要な1州であるセアラ州において、1996年4月より5年間の予定で開始された。本プロジェクトでは、母子保健のなかでも「出産」をめぐる課題についての改善に重点的に取り組んでおり、特に出産に対し過度に医療が介入しない「安全で人間的な出産と出生（Humanized Maternity Care）」の定着をめざしている。このため、日本の助産婦制度に準じた制度を導入すべく、州内（5つのパイロット地区及び州のリファラル病院を中心とした）母子保健従事者に対するトレーニングや、セアラ州立大学、セアラ連邦大学における産科専門看護婦の養成などに取り組んでいる。

本調査においては、2001年3月をもって協力期間が終了するにあたり、これまでの活動実績、技術移転状況などの評価を行うことを目的とする。

1-3 調査団の構成と調査期間

(1) 調査団の構成

担当	氏名	所属
団長／総括	梅内 拓生	東京大学大学院医学系研究科 教授
公衆衛生	釜谷 寛之	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課 特別嘱託
評価計画	坂元 律子	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課 職員
プロジェクト評価	渡慶次 重美	国際環境科学研究所 主任研究員

(2) 調査期間

2000年12月9日～12月22日（14日間）

1-4 調査の方法

「評価用PDM」（表1-1）及び評価5項目に沿って、討議議事録（R/D）やミニッツ等の調査団派遣時の合意文書、プロジェクトにて作成した各種報告書や専門家報告書に基づいて分析を行うとともに、専門家やC/Pへのインタビュー（パイロット地区の5市すべてを訪問）、セアラ州での評価ワークショップを中心に調査団とブラジル側との協議を通じて調査を行った。

表1-1 評価用PDM (PDMe) ブラジル家族計画・母子保健プロジェクト

期間: 1996年4月1日~2001年3月31日

ターゲット・グループ: セアラ州住民

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
<p>上位目標 (Overall Goal) 東北ブラジルにおける母子保健サービスの質が向上する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 東北ブラジルにおける妊産婦死亡率が減少する。 2. 東北ブラジルにおける周産期死亡率が減少する。 3. 東北ブラジルにおける帝王切開率が減少する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 東北ブラジル各州の保健統計 2. 東北ブラジル各州の保健統計 3. 東北ブラジル各州の保健統計 	<ul style="list-style-type: none"> ・「人間的な出産と出生」に関するブラジルの政策的支持が維持される。
<p>プロジェクト目標 (Project Purpose) セアラ州における母子保健サービスの質が向上する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 母子保健サービス (特に出生と出産) に対するセアラ州パイロット地区の住民の満足度が、プロジェクト開始時に比べ向上する。 2. 母子保健サービス (特に出生と出産) に対するセアラ州パイロット地区の母子保健従事者の満足度が、プロジェクト開始時に比べ向上する。 3. セアラ州パイロット地区において出生と出産に関する母子保健従事者の関与時間が、プロジェクト開始時に比べ増加する。 4. セアラ州における帝王切開率が、プロジェクト開始時に比べ減少する。 5. プロジェクト終了までに、パイロット地区及びセアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) において緊急避妊法が実施されるようになる。 6. プロジェクト終了までに、パイロット地区及びセアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) において手動吸引処置法が実施されるようになる。 7. プロジェクト終了までに、セアラ州基幹病院においてHIV/AIDSの垂直感染防止策を講じられるサービスが提供されるようになる。 8. プロジェクト終了時に、パイロット地区を中心とするセアラ州において、コンドーム使用促進プログラムが定着する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. RAP調査(1997年調査との比較)、直接視察及びインタビュー調査 2. RAP調査(1997年調査との比較) 3. RAP調査(1997年調査との比較) 4. セアラ州保健統計 5. パイロット地区及びセアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) の統計データ 6. パイロット地区及びセアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) の統計データ 7. セアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) の統計データ 8. プロジェクト活動記録 (月次販売数推移) 	<ul style="list-style-type: none"> ・「人間的な出産と出生」の概念が、セアラ州以外の東北ブラジル各地域の住民に普及する。 ・「人間的な出産と出生」の概念が、ブラジル政府に支持される。 ・「人間的な出産と出生」の概念が、セアラ州以外の東北ブラジル各州政府に支持される。
<p>成果 (Outputs) 1. セアラ州の母子保健従事者の意識・知識・技術水準が向上する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 プロジェクト終了までに、指導者養成トレーニング・コースを50人が修了する。 1.2 プロジェクト終了までに、准看護婦100人がトレーニング・コースを受講する。 1.3 プロジェクト終了時に、パイロット地区に勤務し、出産と出生に関与する可能性のある准看護婦の70%超が、トレーニングコースを受講済みとなる。 1.4 プロジェクト終了までに、医師100人超、看護婦200人超、准看護婦300人超 (延人数) がセミナーを受講する。 1.5 プロジェクト終了時に、パイロット地区に勤務し、出産と出生に関与する可能性のある医療従事者の70%超が、トレーニング・コースを受講済みとなる。 1.6 トレーニング・コース受講者の「人間的な出産と出生」に関する「出生と出産の非人間的な文化」に変化をもたらす、内的変化がみられる。 1.7 プロジェクト終了までに、80人超の産科看護婦が養成される。 1.8 プロジェクト終了までに、20人超の医療従事者が緊急避妊法のトレーニングを受ける。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 プロジェクト活動記録 (コース報告書) 1.2 プロジェクト活動記録 (コース報告書) (1999年6月現在で68人) 1.3 プロジェクト活動記録 (コース報告書) 1.4 プロジェクト活動記録 (コース報告書) 1.5 プロジェクト活動記録 (コース報告書) 1.6 RAP調査(1997年調査との比較)及びインタビュー調査 1.7 セアラ州立大学・セアラ連邦大学統計 1.8 プロジェクト活動記録 (コース報告書) 	<ul style="list-style-type: none"> ・各医療施設及びトレーニング施設への運営予算が、毎年継続的に確保される。 ・プロジェクトの供与機材が、適切に維持・管理される。

<p>2.パイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）の出産関連施設が「人間的な出産と出生」にふさわしいものとなる。</p> <p>3.「人間的な出産と出生」の概念がセアラ州内に普及する。</p> <p>4.セアラ州住民の性病対策に向けた意識・行動が改善する。</p>	<p>1.9 プロジェクト終了までに、30人超の医療従事者が手動吸引処置法のトレーニングを受ける。</p> <p>1.10 プロジェクト終了までに、100人超の医療従事者がHIV垂直感染防止に関するトレーニングを受ける。</p> <p>2.1 各施設が、(1)機材の設置・整備状況、(2)LDRシステムの導入状況、(3)環境整備状況、の諸項目においてプロジェクト終了までに満足できる状況となる。</p> <p>2.2 出産関連施設の利用者のイメージが向上する。</p> <p>3.1 セアラ州内各市の管理職層の「人間的な出産と出生」に関する理解が、プロジェクト開始時に比べて改善する。</p> <p>3.2 パイロット地区以外の市において、日本人専門家が関与しないトレーニング・コースが実施される。</p> <p>3.3 パイロット地区以外の市からのプロジェクト活動に関する関心を示す問い合わせ等の連絡がある。</p> <p>3.4 マス・メディアがプロジェクトを取り上げる。</p> <p>4.1 コンドーム使用促進プログラム実施地区におけるコンドームの販売総数が、プロジェクト開始時に比べて50%以上増加する。</p>	<p>1.9 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>1.10 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>2.1 直接観察</p> <p>2.2 <u>RAP調査(1997年調査との比較)とインタビュー調査</u></p> <p>3.1 <u>国際会議参加資料とインタビュー調査</u></p> <p>3.2 <u>トレーニングコースリスト</u></p> <p>3.3 <u>電話連絡長</u></p> <p>3.4 新聞、雑誌、テレビ、ラジオの報道記録</p> <p>4.1 プロジェクトによる月次調査</p>	
<p>活動（Activities）</p> <p>1.1 パイロット地区及びセアラ州基幹病院を中心に母子保健従事者のトレーニングを行う。</p> <p>1.2 母子保健従事者の指導者を養成する。</p> <p>1.3 セアラ州立大学、セアラ連邦大学において産科専門看護婦を養成する。</p> <p>1.4 公衆衛生校で実施される准看護婦養成コースに「人間的な出産と出生」の講義を含める。</p> <p>1.5 緊急避妊法のトレーニングを実施する。</p> <p>1.6 手動吸引処置法のトレーニングを実施する。</p> <p>1.7 HIV垂直感染防止に関するトレーニングを行う。</p> <p>1.8 妊婦に対するSTD/HIV検査体制を整備する。</p> <p>2.1 LDRシステムを構築・導入する。</p> <p>2.2 「お産を待つ家」を設計・建設する。</p> <p>2.3 「お産を待つ家」の運営管理体制について助言する。</p> <p>2.4 独自の出産ベッドを開発・導入する。</p> <p>3.1 プロジェクト活動の広報活動を実施する。</p> <p>3.2 パイロット地区の住民に対する直接的な健康教育活動を促進する。</p> <p>3.3 教育用ビデオを作製・配布する。</p> <p>4.1 コンドーム使用促進プログラムを実施する。</p>	<p>日本</p> <p>長期専門家 チーフ・アドバイザー 調整員 疫学 健康教育 WID 母子保健(助産)</p> <p>短期専門家 母子保健(助産) 視聴覚機材技術 その他</p> <p>機材 年間4,000万円程度 (ただし、金額については 年度ごとに調整)</p> <p>研修員受入 年間3～4名、それぞれ2か月程度</p> <p>現地業務費</p>	<p>投入（Inputs）</p> <p>ブラジル カウンターパート セアラ州保健局長 セアラ州保健局技術部長 セアラ州保健局女性保健プログラム ダイレクター コーディネーター セアラ州保健局母子保健コーディネーター</p> <p>施設 日本人専門家用オフィス</p> <p>運営費 運転手 1名 専属秘書 1名 オフィス維持管理経費 車両維持管理経費</p>	<p>外部条件（Important Assumptions）</p> <p>・プロジェクト活動により訓練された母子保健従事者が、セアラ州内において勤務を続ける。</p> <p>前提条件（Pre-conditions）</p> <p>・セアラ州内の各市とセアラ州保健局との関係が良好に維持される。</p>

注：下線はワークショップなどによって変更があった箇所である。

第2章 プロジェクトの実績

2-1 目標及び成果の達成状況

プロジェクトにて作成した各種報告書や専門家報告書、専門家やC/Pへのインタビュー、パイロット地区の視察結果に基づいて作成され、参加型ワークショップなどによって承認された「プロジェクトの達成度（評価用PDM記載事項に係る実績）」を表2-1に示した。

(1) 上位目標の達成状況

本プロジェクトの上位目標は、「東北ブラジルにおける母子保健サービスの質の向上」と設定され、その達成度を測る指標として、「東北ブラジルにおける妊産婦死亡率の減少」「東北ブラジルにおける周産期死亡率の減少」及び「東北ブラジルにおける帝王切開率の減少」をあげている。

評価調査時点では、これらの指標に明確な数値として出てくるには期間が短かすぎるということもあり、上位目標の達成状況を正確に測ることは困難である。

しかし、保健省が1999年1月に女性保健の活動目標の第一に、「女性に対する人間的なケア」を掲げ、同年8月5日付の省令で正常出産センター建設プログラムを発表したことは、東北ブラジルのみならずブラジル全土にプロジェクトが掲げている「人間的な出産と出生」の概念が国家政策へ反映されたものであり、プロジェクトの大きな成果のひとつといえる。

(2) プロジェクト目標の達成状況

本プロジェクトのプロジェクト目標は、「セアラ州における母子保健サービスの質の向上」と設定され、その達成度を測る指標の推移は以下のとおりである。

1) 母子保健サービス（特に、出生と出産）に対するセアラ州パイロット地区住民の満足度の向上

1997年と2000年に実施されたRAP調査結果（表2-2）によると、出産環境の変化に母子保健サービス（特に、出生と出産）に対するパイロット地区住民の満足度が高くなっている。本評価調査団がパイロット地区（イタイカバ市、イカプイ市、アラカチ市など）で出産を経験した母親に感想をインタビューしたところ、「安心して出産できた」「夫や母の立ち合いができ、とても自然な出産ができた」「妊娠中は痛みに対する不安があったが、病院のスタッフの説明で安心して出産ができた。次回のお産からは大丈夫で、ほかの妊婦にも自分の体験を伝えたい」などの答えが返ってきた。

表2-1 プロジェクトの達成度（評価用PDM記載事項に係る実績）

ブラジル家族計画・母子保健プロジェクト

プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	実際の実績
上位目標 (Overall Goal) 東北ブラジルにおける母子保健サービスの質が向上する。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 東北ブラジルにおける妊産婦死亡率が減少する。 2. 東北ブラジルにおける周産期死亡率が減少する。 3. 東北ブラジルにおける帝王切開率が減少する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 東北ブラジル各州の保健統計 2. 東北ブラジル各州の保健統計 3. 東北ブラジル各州の保健統計 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 東北ブラジルの妊産婦死亡率のデータは入手できなかった。 2. 東北ブラジルの信頼できる周産期死亡率のデータは入手できなかった。 3. 東北ブラジルの帝王切開率は、1996年の25.3%から1998年の20.1%へ減少した。
プロジェクト目標 (Project Purpose) セアラ州における母子保健サービスの質が向上する。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 母子保健サービス（特に出生と出産）に対するセアラ州パイロット地区の住民の満足度が、プロジェクト開始時に比べ向上する。 2. 母子保健サービス（特に出生と出産）に対するセアラ州パイロット地区の母子保健従事者の満足度が、プロジェクト開始時に比べ向上する。 3. セアラ州パイロット地区において出生と出産に関する母子保健従事者の関与時間が、プロジェクト開始時に比べ増加する。 4. セアラ州における帝王切開率がプロジェクト開始時に比べ減少する。 5. プロジェクト終了までに、パイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）において緊急避妊法が実施されるようになる。 6. プロジェクト終了までに、パイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）において手動吸引処置法が実施されるようになる。 7. プロジェクト終了までに、セアラ州基幹病院においてHIV/AIDSの垂直感染防止策を講じられるサービスが提供されるようになる。 8. プロジェクト終了時に、パイロット地区を中心とするセアラ州においてコンドーム使用促進プログラムが定着する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. RAP調査(1997年調査との比較)とインタビュー 2. RAP調査(1997年調査との比較)とインタビュー 3. RAP調査(1997年調査との比較) 4. セアラ州保健統計 5. パイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）の統計データ 6. パイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）の統計データ 7. セアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）の統計データ 8. プロジェクト活動記録（月次販売数推移） 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 母子保健サービス（特に出生と出産）に対するセアラ州パイロット地区の住民の満足度が、プロジェクト開始時に比べ向上した。 2. 母子保健サービス（特に出生と出産）に対するセアラ州パイロット地区の母子保健従事者の満足度が、プロジェクト開始時に比べ向上した。 3. セアラ州パイロット地区において出生と出産に関する母子保健従事者の関与時間が、プロジェクト開始時に比べ長くなった。 4. セアラ州における帝王切開率が、プロジェクト開始時の1996年の25.9%から1998年の22.9%へ減少した。 5. パイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）において、緊急避妊法が1996年から実施された。 6. 1998年5月から、パイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）において手動吸引処置法が実施された。 7. 1998年8月から、セアラ州基幹病院においてHIV/AIDSの垂直感染防止策を講じられるサービスが提供された。 8. 2000年12月、パイロット地区を中心とするセアラ州においてコンドーム使用促進プログラムが定着した。
成果 (Outputs) 1. セアラ州の母子保健従事者の意識・知識・技術水準が向上する。	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 プロジェクト終了までに、指導者養成トレーニング・コースを50人が修了する。 1.2 プロジェクト終了時に、パイロット地区に勤務し、出産と出生に関与する可能性のある准看護婦の70%超が、トレーニングコースを受講済みとなる。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 プロジェクト活動記録（コース報告書） 1.2 プロジェクト活動記録（コース報告書）(1999年6月現在で68人) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 2000年12月現在、106人が指導者養成トレーニング・コースを修了した。 1.2 2000年12月現在、パイロット地区に勤務し出産と出生に関与する可能性のある准看護婦の85.7%が、トレーニングコースを受講した。

	<p>1.3 プロジェクト終了までに、准看護婦100人がトレーニング・コースを受講する。</p> <p>1.4 プロジェクト終了までに、医師100人超、看護婦200人超、准看護婦300人超（延人数）がセミナーを受講する。</p> <p>1.5 プロジェクト終了時に、パイロット地区に勤務し、出産と出生に関与する可能性のある医療従事者の70%超が、トレーニング・コースを受講済みとなる。</p> <p>1.6 トレーニング・コース受講者の「人間的な出産と出生」に関する「出生と出産の非人間的文化」に変化をもたらす、内的変化がみられる。</p> <p>1.7 プロジェクト終了までに、80人超の産科看護婦が養成される。</p> <p>1.8 プロジェクト終了までに、20人超の医療従事者が緊急避妊法のトレーニングを受ける。</p> <p>1.9 プロジェクト終了までに、30人超の医療従事者が手動吸引処置法のトレーニングを受ける。</p> <p>1.10 プロジェクト終了までに、100人超の医療従事者がHIV垂直感染防止に関するトレーニングを受ける。</p>	<p>1.3 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>1.4 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>1.5 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>1.6 RAP調査(1997年調査との比較)とインタビュー</p> <p>1.7 セアラ州立大学・セアラ連邦大学統計</p> <p>1.8 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>1.9 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>1.10 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p>	<p>1.3 2000年12月、現在、298人の准看護婦がトレーニングコースを受講した。</p> <p>1.4 2000年12月現在、医師265人、看護婦322人、准看護婦 582人がセミナーを受講した。</p> <p>1.5 2000年12月現在、パイロット地区に勤務し出産と出生に関与する可能性のある医療従事者の61%が受講した。</p> <p>1.6 トレーニング・コース受講者が「出生と出産の非人間的文化」から「人間的な出産と出生」へと内的変化が見られた。</p> <p>1.7 2001年10月までにセアラ州立大学にて延べ60人の産科看護婦が養成される。</p> <p>1.8 2000年12月現在、77人の医療従事者が緊急避妊法のトレーニングを受けた。</p> <p>1.9 2000年12月現在、88人の医療従事者が手動吸引処置法のトレーニングを受けた。</p> <p>1.10 2000年12月現在、150人の医療従事者がHIV垂直感染防止に関するトレーニングを受講した。</p>
<p>2. パイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）の出産関連施設が「人間的な出産と出生」にふさわしいものとなる。</p>	<p>2.1 各施設が、(1)機材の設置・整備状況、(2)LDRシステムの導入状況、(3)環境整備状況の諸項目においてプロジェクト終了までに満足できる状況となる。</p> <p>2.2 出産関連施設の利用者のイメージが向上する。</p>	<p>2.1 直接観察と専門家作成資料</p> <p>2.2 RAP調査（1997年調査との比較）とインタビュー</p>	<p>2.1 5つのパイロット地区と3つの基幹病院の産科施設に機材の設備、LDRシステムの導入、環境の整備が実施され、産科施設として満足できる状態になった。</p> <p>2.2 出産関連施設の利用者のイメージが向上した。</p>
<p>3. 「人間的な出産と出生」の概念がセアラ州内に普及する。</p>	<p>3.1 セアラ州内各市の管理職層の「人間的な出産と出生」に関する理解が、プロジェクト開始時に比べて改善する。</p> <p>3.2 パイロット地区以外の市において、日本人専門家が関与しないトレーニング・コースが実施される。</p> <p>3.3 パイロット地区以外の市からのプロジェクト活動に関する関心を示す問い合わせ等の連絡がある。</p> <p>3.4 マス・メディアがプロジェクトを取り上げる。</p>	<p>3.1 国際会議参加資料とインタビュー調査</p> <p>3.2 トレーニングコースリスト</p> <p>3.3 電話連絡張</p> <p>3.4 新聞、雑誌、テレビ、ラジオの報道記録</p>	<p>3.1 184市の内65市の市長、保健局長が国際会議に参加した。「人間的な出産と出生」の概念がセアラ州に広く受け入れられた。</p> <p>3.2 2000年12月現在、10の市で日本人専門家が関与しないトレーニング・コースが17コース実施された。</p> <p>3.3 問い合わせの連絡があり、12の州からJICAの活動要請の希望があった。</p> <p>3.4 日本語(60)、ポルトガル語、(146)及び英語(3)の報道があった。</p>
<p>4. セアラ州住民の性病対策に向けた意識・行動が改善する。</p>	<p>4.1 コンドーム使用促進プログラム実施地区におけるコンドームの販売総数が、プロジェクト開始時に比べて50%以上増加する。</p>	<p>4.1 プロジェクトによる月次調査</p>	<p>4.1 プログラム実施地区18市すべてにおいては、実施開始1年以内に販売総数が50%増加した。その後、毎年ほぼ50%ずつ増加している。</p>

表2-2 出産環境に関するRAP調査結果

出産環境	1997年RAP調査結果	2000年RAP調査結果
陣痛室、分娩室	騒々しい、風通しが悪い、暑い	静寂が保たれ、照明、冷房設備、LDRベッド・ビーズ・クッション・アクティブチェアなどの設置。リラックスした音楽によって快適な環境になった
プライバシーの保護	ほとんどなし	カーテンによる仕切り、LDRシステムの導入によって、妊産婦のプライバシーが守られるようになった
医療従事者の介助、立ち合い	妊婦一人で放置されている	いつもだれかに付き添われている
陣痛室での家族の付添い	認められない	ほぼ認められている
出産の進行の観察	不必要な内診が多く、胎児の心音や子宮収縮を観察されることが少ない	適切な内診のみ行われ、胎児の心音や子宮収縮の状況が丁寧に観察されるようになった

出所：プロジェクト専門家の作成資料より

2) 母子保健サービス（特に、出生と出産）に対するセアラ州パイロット地区の母子保健従事者の満足度の向上

1997年と2000年に実施されたRAP調査結果（表2-2）によると、出産環境の変化に母子保健サービス（特に、出生と出産）に対するパイロット地区の母子保健従事者の満足度も高くなっている。さらに、同様に本評価調査団がパイロット地区で母子保健従事者（准看護婦と看護婦）に「研修後サービスを提供するにあたって変わったか」と質問したところ、次のような回答があった。「研修については『人間的な出産と出生』という概念を知り、よかった。自分の役割は“出産を助けること”であり、妊婦を一番に考えるという“人間的なケア”を心がけるようになった。医師も研修の『人間的な出産と出生』に触れ、多少変わったようだった」「研修受講前からいつも一緒にケアをしていたし、妊婦に出産の経過などについても教育していた。研修で『人間的な出産と出生』の重要性を再確認した」。

3) セアラ州パイロット地区における出生と出産に関する母子保健従事者の関与時間の向上

プロジェクト開始時には、妊婦一人で放置されている場合が多かったが、現在は准看護婦がケアの中心となって、本格的な出産に立ち合うまでマッサージを適時行っており、病院到着から産後のケアまでの関与時間が長くなっているといえる。

4) セアラ州における帝王切開率の減少

1996年から1998年までのセアラ州の帝王切開率は、25.9%から22.9%と減少しており、その要因としてプロジェクト活動の影響のほかに、1998年5月に保健省が「帝王切開率が

40%を越した場合には診療報酬を支払わず、2000年前半までに30%にまで下げよう」という通達を出した背景がある。

なお、母子保健サービスの質の向上を測る指標のひとつであるセアラ州の妊産婦死亡率（／出生10万）は、1995年の93.9から1999年の82.4に減少している（州保健局統計より）。

5) 緊急避妊法、手動吸引処置法の実施

緊急避妊法、手動吸引処置法がそれぞれ1996年10月、1998年5月からパイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）において実施された。事前に緊急避妊法、手動吸引処置法に関するトレーニングが実施された。

6) HIV/AIDSの垂直感染防止策のための保健サービスの提供

1998年8月からパイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）においてHIV/AIDSの垂直感染防止策のための保健サービスの提供が実施された。具体的には、妊婦への産前検診でHIV検査を実施している。

7) パイロット地区を中心とするセアラ州におけるコンドーム使用促進プログラムの定着

市価の半分以下のコンドームを多くの販売拠点で販売し、コンドームの販売数を増やすことを目的としたコンドーム安価販売（使用促進）プログラムが1998年から実施された。パイロット地区内の販売拠点を薬局、スーパー、ガソリンスタンド、料理店、民宿、個人宅に拡大し、初回販売分のみは無料で供与し、その売り上げによって以後の販売分を購入する、回転資金方式を採用している。現在16市において同プログラムが実施されている。

1998年から同プログラムを実施している6市では、1998年1月、2月当時の売り上げが2万8,037個から、2000年の9月、10月には7万1,232個とおよそ1.5倍に増えている。また、同プログラムを2000年から実施した8市では、1999年11月、12月の販売数2万3,106個から、2000年の9月、10月には3万6,507個に増えている。

2000年12月現在、パイロット地区を中心とするセアラ州において、コンドーム使用促進プログラムはほぼ定着している。

以上からプロジェクト目標の達成状況を判断すると、プロジェクト目標は、ほぼ達成されている。

(3) 各成果の達成状況

当初プロジェクトの成果は、1995年1月の実施協議調査のR/Dに添付されたTSI（暫定実施計画）、及び同年9月の長期調査員の調査結果に基づいて作成されたPDMに沿った3つであったが、1999年6月巡回指導調査団派遣の際に内容も多少変更が入り、最終的に下記の4つに絞っている。今回、評価対象となった成果項目は、ワークショップにて承認された後者の

変更されたPDMに沿っている。各成果の達成状況は以下のとおりである。

- 1) 成果1 「セアラ州の母子保健従事者の意識・知識・技術水準が向上する」の達成状況
成果1の達成のためにトレーニング、セミナー及びトレーナーズ・トレーニング (TOT) が開催された (表2-3、表2-4 参照)。

表2-3 年度別トレーニングコース及びセミナーの実施一覧表

年度	コース名	コース項目	テーマ	期間/時間	場所	職種別参加人数						
						医師	看護婦	准看護婦	大学関係	妊婦	その他	合計
1997	1. トレーニング	准看護婦トレーニング	新生児救急蘇生トレーニング	8時間	beberibe			41				41
	2. トレーニング	准看護婦トレーニング	新生児救急蘇生トレーニング	8時間	aracati			39				39
								80				80
1998	1. トレーニング	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生・Module 1	40時間	fortaleza		3	9				12
	2. トレーニング	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生・Module 1	40時間	aracati		3	14			1	18
	3. トレーニング	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生・Module 1	8時間	maracanao			18				18
	4. トレーニング	産婆トレーニング	伝統的産婆対象の安全な出産	8時間	camocim		1				20	21
	5. トレーニング	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生・Module 1	40時間	aracati		3	19				22
	6. トレーニング	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生・Module 2	40時間	fortaleza		5	14			3	22
	7. トレーニング	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生・Module 2	30時間	fortaleza		1	10				11
	8. トレーニング	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生・Module 1	40時間	aracati		5	18			1	24
	9. トレーニング	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生・Module 1	30時間	fortaleza		5	2			1	8
	1. セミナー	セミナー	人間的な産科における現実化	8時間	aracati	15	12					27
	2. セミナー	セミナー	人間的な産科における現実化	8時間	beberibe	11	20				12	43
						26	58	104			38	226
1999	1. トレーニング	トレーニング	人間的な出産と出生・Module 3	40時間	aracati	3	9	5			1	18
	2. トレーニング	トレーニング	人間的な出産と出生・Sensibilization	30時間	itaicaba	3	4	14		20	20	61
	3. トレーニング	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生・Sensibilization	20時間	itaicaba	4	2	17				23
	4. トレーニング	人間的な出産と出生コース	出産期のケア	20時間	icapui	4	3	11			2	20
	5. トレーニング	人間的な出産と出生コース	出産期のケア	20時間	fortim	3	4	11				18
	6. トレーニング	人間的な出産と出生コース	出産準備教育	20時間	itaicaba	1	5	14		11	7	38
	7. トレーニング	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	12時間	novooriente	2	2	13				17
	8. トレーニング	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	16時間	palmacia	8	2	8			7	25
	9. トレーニング	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	16時間	palmacia	3	3	9			6	21
	10. トレーニング	人間的な出産と出生コース	人間的な妊娠期ケア	4時間	fortaleza	36	40					76
	11. トレーニング	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	8時間	fortaleza							
	12. トレーニング	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	8時間	fortaleza		15	2				17
	13. トレーニング(自律)	人間的な出産と出生コース	質の高い妊娠期ケア		limoeiro do	9	13	4			2	28
	14. トレーニング(自律)	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	16時間	palmacia			9				9
	15. トレーニング(自律)	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	16時間	palmacia						24	24
	16. トレーニング(自律)	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生・Sensibilization	2時間	palmacia	4	12	8				24
	1. セミナー	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	8時間	senadorpomi	5	6	11				22
	2. セミナー	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生・Sensibilization	1時間	fortaleza	10	20					30
	3. セミナー	授業	人間的な出産と出生・Sensibilization	3時間	fortaleza				80			80
	4. セミナー	セミナー	人間的な出産と出生・Sensibilization	3時間	recife	2	5			8		15
	5. セミナー	セミナー	助産の経験	4時間	saopaulo		8					8
	6. セミナー	セミナー	人間的な出産と出生・Sensibilization	4時間	maranhan	4	50	10				64
	7. セミナー	セミナー	人間的な出産と出生のケア	2時間	brasilia	4	20	40	30	30		124
						105	223	186	110	69	69	762

年度	コース名	コース項目	テーマ	期間/時間	場所	職種別参加人数						
						医師	看護婦	准看護婦	大学関係	妊婦	その他	合計
2000	1. トレーニング	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生のケア	16時間	beberibe	4	8					12
	2. トレーニング(自律)	准看護婦トレーニング	人間的な出産と出生のケア	3時間	aracati	3	10	10				23
	1. セミナー	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	3時間	senadorpomi	20	20					40
	2. セミナー	人間的な出産と出生コース	人間的な出産と出生のケア	3時間	fortaleza		3		20			23
	3. セミナー	授業	分娩のメカニズム	3時間	fortaleza				40			40
	4. セミナー	セミナー	人間的な出産と出生・Sensibilization	1時間	recife	30	15	2			10	57
	5. セミナー	セミナー	人間的な出産と出生のケア	2時間	saopaulo		3		20			23
	6. セミナー	セミナー	思春期ワークショップ	4時間	maranhan	10	10				1	21
	7. セミナー	セミナー	人間的な出産と出生・Sensibilization	1時間	brasilia	30	30	20			20	100
	8. セミナー	セミナー	人間的な出産と出生のケア	3時間	fortaleza		2		20			22
	9. セミナー	セミナー	人間的な出産と出生のケア	3時間	fortaleza				20			20
	10. セミナー	セミナー	人間的な出産と出生のケア	3時間	fortaleza				20			20
	11. セミナー-他州	セミナー	人間的な出産と出生のケア	8時間	critiba		30					30
出所：専門家作成資料より						97	131	32	140		31	431

表2-4 年度別TOTの実施一覧表

年度	コース名	コース項目	テーマ	期間/時間	場所	職種別参加人数		
						医師	看護婦	合計
1998	TOT	TOT 1	人間的な出産と出生のケア	16時間	beberibe	4	8	12
1999	1. TOT	TOT 2 期生Module 1	参加型の教育方法	30時間	beberibe	4	26	30
	2. TOT	TOT 2 期生Module 2	質の高い妊娠期ケア	30時間	fortaleza	3	26	29
	3. TOT	TOT 2 期生Module 3	人間的な出産期ケア	30時間	fortaleza	2	25	27
	4. TOT	TOT 2 期生Module 4	人間的な出産期ケア	30時間	aracati	2	24	26
	5. TOT	TOT 2 期生Module 5	トレーニング企画運営	20時間	beberibe	2	24	26
						13	125	138
2000	1. TOT	TOT 2 期生Module 6	人間的な出生新生児ケア	16時間	icapui	1	24	25
	2. TOT	TOT 3 期生北部Module 1	参加型の教育方法	30時間	beberibe	3	30	33
	3. TOT	TOT 3 期生北部Module 2	出産期のケア1	30時間	sobrai	5	22	27
	4. TOT	TOT 3 期生北部Module 3	出産と出生直後のケア	40時間	aracati	4	23	27
	5. TOT	TOT 3 期生北部Module 4	妊娠期のケア	30時間	batuete	3	23	26
	6. TOT	TOT 3 期生北部Module 5	トレーニング企画運営	20時間	beberibe	3	21	24
	7. TOT	TOT 3 期生南部Module 1	参加型の教育方法	30時間	babalha	15	18	33
	8. TOT	TOT 3 期生南部Module 2	出産期のケア1	30時間	babalha	14	14	28
	9. TOT	TOT 3 期生南部Module 3	出産と出生直後のケア	40時間	crato	14	14	28
	10. TOT	TOT 3 期生南部Module 4/5	妊娠期のケアとトレーニング企画運営	40時間	joajeiro do	10	13	23
出所：専門家作成資料より						72	202	274

① トレーニング・コースの実施

1997年から2000年の4年間で、合計669人がトレーニング・コースを受講した。年度別職種別のトレーニングコース受講者数とトレーニングコース本数を表2-5に示した。トレーニング・コースを受講した669人のうち390人（58%）がパイロット地区、279人（42%）がほか17市とほか5州に勤務し、出産と出生に関与する可能性のある医療従事者であった。

1997年から2000年の4年間で合計298人が准看護婦のトレーニング・コースを受講した。そのうち85.7%がパイロット5地区に勤務し、出産と出生に関与する可能性のある准看護婦である。残り14.3%は、ほか6市とほか5州（南部2州と北部3州）からなる。

表2-5 年度別職種別のトレーニングコース
受講者数とトレーニングコース本数

年度	医師	看護婦	准看護婦	妊婦	その他	合計	本数	備考
1997			80			80	2	
1998	26	46	104		38	214	10	他市2で開催
1999	33	75	104	31	43	286	14	他市6他州4で開催
2000	24	55	10			89	12	他市9他州1で開催
合計	83	176	298	31	81	669	38	他市17他州5で開催

出所：プロジェクト専門家の作成資料より

② セミナーの実施

1997年から2000年の4年間で、合計1,511人がセミナーを受講した（表2-3）。年度別職種別のセミナー受講者数とセミナー本数を表2-6に示した。

表2-6 年度別職種別のセミナー受講者数とセミナー本数

年度	医師	看護婦	准看護婦	学生	妊婦など	その他	合計	本数
1997	137	10	424	-	0	0	571	17
1998	26	32	0	0	0	12	70	2
1999	61	149	61	110	13	26	420	4
2000	41	131	97	140	0	41	450	11
合計	265	322	582	250	13	79	1,511	34

出所：プロジェクト専門家の作成資料より

③ 指導者養成トレーニング・コースの実施

2000年12月現在、指導者養成トレーニング・コースが16回実施され、医師85人、看護婦347人が修了し（表2-7）、そのうちパイロット5地区においては医師24人、看護婦82人がそれぞれ指導者養成トレーニング・コースを修了した。

表 2-7 年度別職種別指導者養成
トレーニング・コース受講数と回数

年度	医師	看護婦	合計	回数
1998	0	20	20	1
1999	13	125	138	5
2000	72	202	274	10
合計	85	347	432	16

出所：プロジェクト専門家の作成資料より

④ トレーニング・コース受講者の「人間的な出産と出生」に関する理解の向上

トレーニング・コース受講者が「出生と出産の非人間的文化」から「人間的な出産と出生」へと内的変化がみられるという結果が得られた（表 2-8 及び参考資料）。

⑤ 産科看護婦養成の実施

当初予定していたセアラ州連邦大学での産科看護婦養成コースが開設されず、州立大学での産科看護婦コースが1998年に開始され、同コースで1999年に21人、2000年に19人が養成された。現在20人が養成中で、2001年の10月に修了する予定である。

⑥ 緊急避妊法、手動吸引処置法のトレーニングの実施

2000年12月現在、77人、88人の医療従事者が、それぞれ緊急避妊法、手動吸引処置法のトレーニングを受けた。

⑦ HIV垂直感染防止に関するトレーニングの実施

- ・「HIV母子感染予防対策準備のためのワークショップ」が、フォルタレーザ市内の公立病院の院長、産科医長、産科医、看護婦、ソーシャル・ワーカー、心理士、大学関係者30人を対象とし、1996年5月に実施された。
- ・医療関係者のためのHIV垂直感染防止に関するトレーニングが、州内の産科病院に従事する医師と看護婦、ソーシャル・ワーカー、心理士、大学関係者120人を対象とし、1997年10月に実施された。
- ・パイロット地区及びセアラ州基幹病院の母子保健従事者対象（医師、看護婦、ソーシャル・ワーカー、心理士）の49人にHIV検査のカウンセリングに関するトレーニングが実施された。

以上から、成果1の達成状況を判断すると、達成度は高いといえる。

表2-8 「人間的な出産と出生」のトレーニング後に、医療従事者に起こった変化について

個人レベルで起こった内的変化	人間関係に現れた変化、仕事上での変化	「出生と出産の非人間的文化」の変化
<ul style="list-style-type: none"> ・意識化、気づきのプロセスが、一人のプロとして自分に課していた限界を超えさせた。 ・自己の成長という観点においての大きなインパクトがあった。 ・人間的成長と霊的成長双方への励ましを得た。 ・一人の人間のもつ力について、自信が深まった。 ・一人のプロとして、どのように影響ある人間になることが可能であるかという意味においてセルフエスティームがあがった。 ・プロ意識の増大、人間としての満足、家族と地域の価値の再確認をした。 ・プロとしての責任感を改めて感じるが多かった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・お産のケアを、チームでの仕事と感ずるようになった。 ・人間関係と、トップダウンな作業体系をどのように改善するかという情報とそれに伴う変化を感じた。 ・チームワークのなかで、個々人の変革が全体に与える影響を見た。 ・プロとしての日々の仕事を検証し、反省し、考え直す機会となった。 ・プロとしての自らに、より価値を置くようになった。 ・お産のケアは、社会的、政治的ことがらに左右されることだと分かった。 ・地域の人々に、より信頼されるようになった。 ・お産のケアにおいて、部屋や病院の環境が大切だと分かり、いろいろ気にするようになった。また、一人一人が、ポテンシャルの高い存在だと認識した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・お産の中心に女性を置く。 ・いわゆる、代替的な技術を使っている。 ・技術や安易な医療介入を導入する代わりに、待つことと観察することを取り入れるようになった。 ・お産に影響する環境について考えるようになっていく。
<p>コメント1</p>	<p>コメント2</p>	<p>コメント3</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・「トレーニングコースを受けたあと、心から、もう一度妊娠してみたいな、と思いました。ここで学んだことを実際に必要なこととして、実際にやってみたく…。そう、あのわけのわからない妊娠ではなく、納得したプロセスをもう一度生きてみたいと思ったのです。」 ・「自分の中のスピリチュアルな面が戻ってきたのを感じました。ほかの人の助けになりたいと心から思うのです。トレーニングコースを受けてからは、産婦さんのすべてのことに注意を払うようになりました。そうすると、自分も気持ちがいいし、彼女たちを助けられると思うことがうれしい。産婦さんといっしょにいたいと思うのです。」 ・「今では、自分の行動の一つ一つを十分に見つめ、内面的な意味を考えることができます。スピリチュアルなことに関する本ももっと読むようになりました。毎日、自分に向かい合う静かな時間をもつようにしています。どうしたら、よりよい自分になれるかを考えるのです。」 ・「トレーニングを受けて、人間的に成長することができたと思います。もしもこのトレーニングを受けていなかったら、今、私はプロとしてどのようなケアをしているのか、想像 	<ul style="list-style-type: none"> ・「人を傷つけたり、いやな思いをさせないように話し方に気を遣うようになりました。人の話をよく聞けるようになったと思います。今では、いわゆる人間関係について、以前よりずっとよいビジョンをもっているといえます。」 ・「今は、自分のプロとしての部分と感情的な部分を統合させて働けるようになりました。そして、私がそうできるようになったことが、グループにいい影響を与えていると思えます。」 ・「職場の同僚との関係も変わってきました。以前は、ずいぶんストレスをためるような働き方をしていたんですが、今ではずっと穏やかになって、仕事にも同僚にもずっと寛大になったと思います。」 ・「失敗はまだあるんですけどね、全体的に見て、看護スタッフが自信をもって仕事にあたるようになりました。」 ・「初めてコースに参加したときから、人と人の暖かいつながりというものに目覚めました。自分自身をよりよく知ることが大切です。スピリチュアルな、大きな荷物をもつことになったという喜びの感じがあります。ポジティブな変化の起こっていく過程をお互いに分かちあうため 	<ul style="list-style-type: none"> ・「女性に必要な情報を提供しなければならないし、どうしたら彼女自身、自分のお産に積極的に参加できるか、私たちが考えねばならない。」 ・「女性の人生にとってお産はとても大変なときです。女性はやさしく扱われなければならないし、感情的によい状態であることが必要だと思います。」 ・「以前、私はテクニクばかりを追い、科学的で、機械的なお産のケアをしていました…。今は、出産準備のコースを受けましたから、女性にどうしたらいいかを勧められます。体を起こした姿勢がなぜ大切か、陣痛期に動き回ることがなぜよいのかを説明できます。」 ・「産婦さんが、幸せなお産をするためには、やさしさと愛と安心が必要なのだ分かりました。女性は、よい感覚で満ち溢れるような状態になるのがいいのです。」 ・「私が当直のときは、ほかのことは何もしなくても、とにかく、女性のそばについていようと思っているのです。マッサージをしたり、やさしくしたり、ゆっくりと話を聞いたり、お話したり、祈ったりしながら、女性と一緒にします。必要ならば、シャワーを浴びてもらいます。」 ・「お風呂に入れてあげて、髪をすいてあげて、香水をつけてあげま

<p>もつきません。</p> <ul style="list-style-type: none">・「産婦さんのケアをしているとき、私が感じるの、なんとも言葉では表すことのできない、愛とやさしさ、といった感情です。」・「一人のプロとして成長している、と感じられることが私の大きな喜びの源泉となっています。」・「助けを必要としている産婦さんを見ると、今では、なんともいえない感情が湧いてきます。そして私が、彼女たちの助けになることができ、自分が役に立つと思うと、なんともいえない感動に包まれます。以前は、分娩室での看護婦の役割はたいしたことではなかったのです。今では違います。質のよいケアをするために、看護婦がいることはとても大切です。」・「帝王切開をしなければならないときでも、女性たちは、私にそばにいてほしいといひます。ですから、一層私は、役に立てるということに確信をもちます。私を必要としている人を助けることができるのです。以前から、何らかの努力はしていたわけですが、トレーニングを受けてから、気づきが深まりました。私は、今やっていることに責任がある、と思えるのです。」・「はかりしれないほどの内面的な幸せを感じます。産婦さんがやってくると、ついにこにこしてしまいます。この人の役に立てるといううれしさと、今日、私が一番好きなことができるという喜びとで…。」・「私にとって人間のお産とは、自分自身の内面的な決事です。援助したり、オリエンテーションをあげたり、やさしく、尊厳と自由をもって接したりするのです。」・「人は私を見て変わったというでしょうね。そう、よいほうに変わったのですよ。妊娠すること、あるがままの女性を発見することの大切さを思います。人間として価値あることは何かと考えられます。どのような状況でも、自分の役割を果たすことを学びました。これは、お給料とはまた別のことです。」	<p>に、グループを作って助け合うのが大切だと思うようになりました。」</p> <ul style="list-style-type: none">・「すべてうまく流れはじめ、お産がスムーズに進んでくると、時間の流れは速くなります。産婦さんは、もっと運動したい、もっとマッサージしてほしい、といわれる。別に疲れることはありません。こうしてあげることがいかによい効果を生むか、私たちはすぐ知ることができます。」・「女性の体の状態を見ますが、感情、心理、社会的な面もケアします。出産は、身体的だけではない、とても社会的な出来事です。オムツも買うことができない母親は、陽気な気分にはなれませんよ。」・「“市民権の復活”一市民として自らの権利に目覚めることが人間のお産だと思う。産婦さんを尊厳をもって扱い、いろいろな機会をもってもらうことが、女性の市民権を大切にしていることになります。」	<p>す。女性がとつてもきれいでいい匂いに包まれていられるように。」</p> <ul style="list-style-type: none">・「新しいけれど、古いやり方なのですね。今、私たちは、この古くて新しいやり方を取り戻して、女性や家族のそばにしようと思うのです。付添人が、感染の原因になるなんていう考え方は忘れましょう。生まれてくる赤ちゃんは、家族との絆を感じていなければならないと思います。家族が立ち合っていると、私も幸せを感じます。」・「産前検診では、なるべく、やさしく、やさしく、と思っています。言葉少なで、グループになかなか入れない産婦さんがいたら、入れるように促します。」・「この特別なときに、女性は、特別なやさしさや愛を受け取ることのできる、重要な人なのだと思います。陣痛期にアクティブに動いていられることで、産婦さんは“患者”ではなく、自らの体をよりよく知ろうとしている重要な人なのだと思います。」・「やさしく触れることや、やさしい言葉をかけるなど、とてもシンプルなこと大切なのに、今まではそうは言われてこなかった。このような人間的な働き方が大切であると感じくトレーニングは、誰にとつても必要なことでしょう。」・「女性とゆったり話すこと、女性のそばに居ること、触れること、観察すること…を学びました。待つことを知ること、観察することを知る…。時折、一度も内診をせずに赤ちゃんが生まれることもあります。」・「私はね、何か、人間であることを超えていくような気さえするのです。機械的な介入なしに女性のケアをすることは、とても美しい、心洗われるようなことなのですから…。」・「私は進化していつていると感じます。もちろん今までやってきたことを急に変えるのは難しい。でも、私はずいぶん変わりました。産婦さんに、ずっとよいケアをしてあげられるようになったと思います。産婦さんによりよいケアをするために、医者についてまわるのはやめたほうが良いと思います。だって私のほうが、ずっと女性に近い場所にいるからです。」・「お産の部屋をきれいにしたのです。なるべく、普通のお家に近いような雰囲気にしたくて。だってそうしたほうが、女性はリラックスできますから。」・「環境を静かに、快適に、やさしい音楽をかけたり、いろいろな代替的な方法を使ったりして、お産のときが、より一層喜びに満ちたときであるよう工夫します。」
---	--	---

〈参考資料〉

(毛利専門家によるまとめ)

「人間的な出産と出生」トレーニングによって、
参加者はどんな内面的変化を経験したのだろうか？

1. 人間的な助産トレーニング

- ① 参加型の教育方法を用い、現実と改善を話し合い、参加者のそれぞれの経験や意見を尊重し、演劇など表現したり、経験する方法を取り入れた。(まずは自分からの発想)
- ② 情緒的なサポートや痛みを和らげる動きやマッサージなどは、安全だけでなく出産体験を高めるために優先されることを強調。(ケアについて)
- ③ 一人の人間として尊重するやさしいケアの重要性を強調。(ケアについて)
- ④ ケアは証拠に基づくことと、その根拠を自己学習できる教材の提供。(ケアについて)
(WHO正常出産ケアガイド、アクティブバース、Boletim Luz、ビデオ)
- ⑤ 演習や実習を活用し、実践能力を養う。

2. ケアサービスの变化

- ① 産婦や家族を尊重する態度
- ② 出産時の付添いを認める
- ③ 産婦は名前と呼ばれ、孤独で放置されることがなくなり、痛みが和らぐマッサージなどを受けるようになった。
- ④ 産婦は自由に動き回り、安楽な姿勢で陣痛期を過ごし、不安によって叫んだり、無理にいきむことがなくなった。
- ⑤ 医療者も出産の経過をよく観察し、看護職は産婦の痛みを和らげるケアをするようになった。水分補給もされるようになった。
- ⑥ 帝王切開も徐々に減少してきている。
- ⑦ 出産環境として望ましい雰囲気づくりや女性を選べるオプションをつくった。
室温調整、BGM、椅子やクッション、照明、歩くスペース
- ⑧ 妊娠期のケアの質の向上
妊婦同士の経験の交流など小グループによる、一方的な指導でない参加型の方法

3. トレーニングに参加した准看護婦、看護婦、医師を対象にインタビュー結果

医療者の内的変化

- ① 出産にかかわる不安とおそれの軽減—自分の存在感の確かさ—
「女性たちも喜び、自分も役に立つ信頼される人間だと感じられる」
「何をしていたか分からず不安だったが、今は女性のためにどうしたらよいか分かり、自分もできると思う」
「自分がそばにいと女性が安心してことに気づいた」
「産婦の居心地をよくすると、目に見えてお産がスムーズにすすむことを実感した」
- ② 一人の産婦と新生児を尊重する態度
「女性はこの時期最も愛情と慈しみを必要としている」
「女性をモノでなく、行動する存在として見るようになった」

「妊婦と家族の情緒や生活を配慮するようになった」
「機械的に接していた自分が女性をかけがえのない存在として見るようになった」
「患者の出産を通して自分の身体を知って、お産に大切な役割を果たす人物へと変わった」
「女性には付添いが必要で、その権利もっている」

③ 産婦と医療者の人間関係の親密化

「女性との距離が近くなったと思う」
「産婦のそばに座り、彼女が聞いてほしい話に耳を傾け、笑わせたりして元気づける」
「できる限りそばにいて安心させてあげたい」
「ケアをすると友情関係と連帯感を感じる」
「女性の身になって親身に考えるようになった。他人の話にもっと耳を傾けたい」
「ケアを通して同僚との距離も近づいてきた。相談を受けるようになった。以前より信頼されるようになった」

④ よく観て落ち着いて待つこと

「急がず自然にそれが起きるのを待つこと、落ち着いていること」
「産婦へのリラックスとマッサージをして待つ」
「自然のプロセスを待ち、待つために状況を判断する力をもたねばならないこと、あらゆる配慮をすることを学んだ」
「自然のプロセス、機械的な介入をされない女性を見ることのすばらしさ」

⑤ 産婦も医療者も両者がエンパワーメントされ、双方が満たされる経験

「女性たちは信頼感、安心感、そして勇気という言葉を使ってこのケアを歓迎してくれた」
「女性の気持ちとつながりができた」
「やりがいがある。信頼される喜び」
「女性とともにいる感じがし、幸せを感じる」

⑥ 自分からはじまる変化—創造性—

「ゆだねられ、協力する喜び」
「変わるように努力したいという気持ちに目覚めた」
「心からこの仕事に喜びを感じるから、お産を促進する役割を自分もっていることに幸せを感じる」
「ちょっとしたことで変化は生まれる」
「自分が進歩し、新しいことに取り組む楽しさがある」
「開放的に外向的になった」

おわりに

Evidence baseに基づいた人間的な優しく温かいケアを、実際に直接的にケア提供することによって、つまり出産のケアを通して、医療者の肯定的な内的変化が生まれていた。その変化は、自己の存在感の確かさや創造性をも引き出していた。さらに、出産の不必要な医療介入を減らし（WHO正常出産のケアガイド）、女性が出産する生理的機能への信頼から、おそれの感情よりは人間的な交流の感情を優先させることができ、ケアの受け手と提供側双方が満たされ、エンパワーメントされる経験となっていた。

「人間的な出産と出生」の変革には、女性に必要なケアを提供することによって、出産の自然なプロセスの認識の仕方を変化させ、医療者自身の内的変化も起こしていた。つまり、人間的な出産という現象や体験にかかわること自体が、医療者の内的変化を促していた。特に、喜びの体験が重要な意味をもったと考えられる。

2) 成果2「パイロット地区及びフォルタレーザ市内の基幹病院の出産関連施設が『人間的な出産と出生』にふさわしいものとなる」の達成状況

① 各施設における機材の設置・整備、LDRシステムの導入及び環境の整備

- ・陣痛期、分娩期及び産後の回復期のケアを同一の部屋で行うLDR (Labor, Delivery and Recovery) システムが、1997年以降「人間的な出産と出生」という概念の下で導入され、2000年12月現在、4つのパイロット地区及びフォルタレーザ市内にある2つの基幹病院の産科施設にほぼ完了している (表2-9)。

表2-9 パイロット地区及びフォルタレーザ市内にある基幹病院の産科施設におけるLDRシステムの導入状況

パイロット地区の医療施設					市内基幹病院*		
Aracati	Beberibe	Itaicaba	Icapui	Fortim	MEAC	HGCC	HGMM
×	△	○	○	△	○	△	×

×：未整備、△：部分的に整備、○：整備完了、*MEAC：連邦大学産科病院（三次レベル）、HGCC：州立セザールカス病院（二次レベル）、HGMM：メッセンジャナ市民病院（二次レベル）
出所：プロジェクト専門家の作成資料より

- ・妊婦がこれらの3期を過ごせるベッドの開発が行われ、4回の改良を重ねて、2000年12月現在、独自に開発したベッドが5つのパイロット地区、及びフォルタレーザ市内にある3つの基幹病院の産科施設に供与されている (表2-10)。
- ・設備及び環境の整備状況は、市内基幹病院のリオン類美化を除いて、ほぼ望ましい状況に整備されつつある (表2-10)。

表2-10 パイロット地区と市内基幹病院設備及び環境の整備状況

設備の整備状況	パイロット地区					市内基幹病院*		
	Aracati	Beberibe	Itaicaba	Icapui	Fortim	MEAC	HGCC	HGMM
LDRベッド	○	○	○	○	○	○	○	○
ドップラー	○	○	○	○	○	○	○	○
血圧計	○	○	○	○	○	○	○	○
CDプレーヤー	○	○	○	○	○	○	○	○
保育器・保温器	○	○	○	○	○	○	○	○
胎児心音連続モニター	○	サービスの提供内容からみて不要				○	○	○
水分補給用ポット	○	○	○	○	○	○	○	○
環境の整備状況								
環境美化*	○	○	○	○	○	○	○	○
リネン類美化	○	○	○	○	○	×	×	×
プライバシー尊重**	○	○	○	○	○	○	○	○
妊婦向けの環境音楽	○	○	○	○	○	○	○	○

×：未整備、△：部分的に整備、○：整備完了、*：絵画、ポスター、写真などを含む、**：カーテンなどを含む
出所：プロジェクト専門家の作成資料より

② 出産関連施設の利用者のイメージの向上

1997年と2000年に実施されたRAP調査（表2-2）によると、プロジェクト開始後、出産環境が改善されたという結果から出産関連施設の利用者のイメージが向上したことが推察される。

「人間的な出産と出生」の概念が母子保健従事者に受け入れ、実践された母子保健サービスに妊産婦及び家族は満足し、出産関連施設の利用者のイメージが向上していることから、成果2の達成状況を判断すると、ほぼ達成されたといえる。

3) 成果3 「『人間的な出産と出生』の概念がセアラ州内に普及する」の達成状況

① セアラ州内各市の管理職層の「人間的な出産と出生」に関する理解の改善

184市のうち65市の市長、保健局長が、2000年11月に開催された国際会議に参加し、プロジェクト活動への関心を示し、「人間的な出産と出生」に関する理解が深まった。

② パイロット地区以外の市において、日本人専門家が関与しないトレーニング・コースの実施

パイロット地区以外の10市で17件の日本人専門家が関与しないトレーニング・コースが実施された（表2-11）。

表2-11 日本人専門家が関与しないトレーニング・コースの職種別受講者数

医師	看護婦	准看護婦	その他	妊婦	合計
143	294	533	123	331	1,424

出所：プロジェクト専門家の作成資料より

③ パイロット地区以外の市からのプロジェクト活動に関する関心を示す問い合わせ等の連絡の有無

セアラ州のあるパイロット地区以外の12の州からJICAの支援の依頼があった。

④ プロジェクトに関するマス・メディアの反応

60の日本語、146のポルトガル語、3の英語でプロジェクトに関する記事が報道され、プロジェクトへの関心がブラジルや日本国内ばかりではなく、他の国々にも広まっている。

以上から、成果3の達成状況を判断すると、ほぼ達成されたといえる。

4) 成果4 「セアラ州住民の性病対策に向けた意識・行動が改善する」の達成状況

① コンドーム使用促進プログラム実施地区におけるコンドームの販売総数の増加

プログラム実施地区18市すべてにおいては、実施開始1年以内に販売総数が50%増加

しており、その後毎年ほぼ50%ずつ増加している。

性病対策のひとつの手段である「コンドーム使用促進プログラム」が定着し、性病対策への住民の意識・行動の改善を促進する環境が整備され、今後、次の段階への活動の展開が必要であろう。現時点では、成果4の達成状況は十分ではないといえる。また、成果4の活動項目及び達成度を測る指標としては、上記の1項目のみである。プロジェクト目標を達成するための他の成果項目と比べて、成果4の設定の仕方に違和感が残るが、実際のプロジェクト活動においても成果1～3と成果4には関係が図られていなかった。この点については、プロジェクト途中のモニタリング作業において何らかの見直しが必要であったと思われる。

2-2 主な活動実績

当初プロジェクトの活動内容は、1995年1月の実施協議調査のR/Dに添付されたTSI（暫定実施計画）、及び同年9月の長期調査員の調査結果に基づいて作成されたPDMに沿っていたが、1999年6月、巡回指導調査団派遣の際に上記のPDMが変更された。今回、評価対象項目となった活動は、1999年に変更されたPDMに沿っている。以下、主な活動内容を成果ごとに列挙する。

(1) 成果1「セアラ州の母子保健従事者の意識・知識・技術水準が向上する」のための活動

- ・パイロット地区及びセアラ州基幹病院を中心に母子保健従事者のトレーニングの実施
- ・母子保健従事者の指導者の養成
- ・セアラ州立大学における産科専門看護婦の養成
- ・緊急避妊法、手動吸引処置法のトレーニングの実施
- ・HIV垂直感染防止に関するトレーニングの実施
- ・妊婦に対するSTD（性感染症）、HIV検査体制の整備

(2) 成果2「パイロット地区及びセアラ州基幹病院の出産関連施設が『人間的な出産と出生』にふさわしいものとなる」のための活動

- ・LDRシステムの構築・導入
- ・「お産を待つ家」の設計・建設
- ・「お産を待つ家」の運営管理体制についての助言
- ・独自の出産ベッドの開発・導入

(3) 成果3 「『人間的な出産と出生』の概念がセアラ州内に普及する」のための活動

- ・プロジェクト活動の広報活動の実施
- ・パイロット地区の住民に対する直接的な健康教育活動の促進
- ・教育用ビデオの作製・配布

(4) 成果4 「セアラ州住民の性病対策に向けた意識及び行動の改善」のための活動

- ・コンドーム使用促進プログラムの実施

2-3 投入実績

2000年12月現在の日本側、ブラジル側のそれぞれの投入実績は、以下のとおりである（詳細は、付属資料3. ミニッツのANNEX6を参照）。

(1) 日本側投入

1) 専門家派遣

長期専門家延べ8名、短期専門家延べ36名、計44名の専門家が派遣された。2000年12月現在4名の長期専門家が派遣されている。専門家の専門分野別派遣実績は表2-12のとおりである。

2) 機材供与

5年間（2000年度見積額を含む）で総額1億4,576万9,000円の機材が供与され、主な機材は、母子保健サービス改善のための医療機器でドップラー、保育器・保温器、胎児心音連続モニター、心電計、聴診器、血圧計、LDRベッドなどで全体の7割を占めている。その他に健康教育のための必要機器として教育用機材キット、各種トレーニングモデル、視聴覚機材など、車両（3台）と事務所必要備品（コンピューター、プリンター、コピー機など）がそれぞれ15%ずつ占めている。

3) 研修員受入れ

研修員延べ17名を受け入れた。分野別の研修員受入実績は表2-13のとおりである。

表 2-12 専門家の専門分野別派遣実績（1996～2000年度）

	年度別専門家人数*（短期専門家人数）					合 計
	1996	1997	1998	1999	2000	
チーフ・アドバイザー	1	1	1	1	1	1
業務調整	1	1	1	1	1	2
疫 学	1	1	1	1	1	1
健康教育	1	1	1	1	1	1
母子保健（助産）	(2)	1 (3)	1 (5)	1 (4)	1 (3)	2 (17)
WID	(1)		1	1	1	1 (1)
栄養学	(1)					(1)
国際保健	(1)	(1)	(1)		(1)	(4)
視聴覚技術	(1)	(1)	(1)		(1)	(4)
産 科		(1)	(1)			(2)
麻 酔		(1)				(1)
病院設計		(1)	(1)			(2)
地域開発		(1)		(1)		(2)
保健経済			(1)			(1)
保健教育				(1)		(1)
合 計	4 (6)	4 (9)	6 (10)	6 (6)	6 (5)	8 (36)

*：同一人物の継続派遣については2年目以降は、計上していない。

出所：プロジェクト専門家の作成資料より

表 2-13 分野別の研修員受入実績（1995～2000年度）

専門分野	1995	1996	1997	1998	1999	2000*	合 計
母子保健	1	2	2	1		1	7
HIV	1						1
公衆衛生			1				1
看護学				3	2	2	7
看護教育					1		1
合計人数	2	2	3	4	3	3	17

* 2001年1月から3月までに予定している。

出所：プロジェクト専門家の作成資料より

4) ローカルコストの負担

5年間（2000年度見積額を含む）で総額8,335万6,000円を負担した。費目別ローカルコストの負担実績は表2-14のとおりである。

表2-14 費目別ローカルコストの負担実績（1996～2000年度）

単位：円

費目	1996	1997	1998	1999	2000*	合計金額
プロジェクト管理費	3,576,000	7,425,000	5,620,000	5,570,000	5,745,000	27,936,000
啓もう／教育活動費	2,346,000	4,767,000	3,686,000	3,945,000	5,641,000	20,385,000
草の根啓もう活動費			1,697,000	1,307,000	3,228,000	6,232,000
中級クラスへの研修費			7,000,000	5,600,000	4,289,000	16,889,000
「お産」を待つ家建設費		3,825,000				3,825,000
視聴覚機材購入・製作費			2,100,000			2,100,000
技術交換費				1,200,000		1,200,000
国際会議開催費					4,789,000	4,789,000
合計金額	5,922,000	16,017,000	20,103,000	17,622,000	23,692,000	83,356,000

* 2000年度見積額を含む

出所：プロジェクト専門家の作成資料より

(2) ブラジル側投入

1) 人員の配置

C/P研修を17名が終了した。分野別C/P配置は表2-15のとおりである。

表2-15 分野別C/P配置（1996～2000年度）

分野	人数
保健局管理部門	4
公衆衛生校管理部門	1
州立大学看護学教授職	1
医師	1
産科医師	2
小児科医	1
看護婦	6
保健婦	1

出所：プロジェクト専門家の作成資料より

2) 運営コストの負担

R/Dで締結されたブラジル側の運営及び人件コストは、5年間ブラジル側でほぼ負担されたが、詳細な金額については情報今回入手できなかった。

3) 施設の供与

ブラジル側より、プロジェクト実施に必要な日本人専門家用事務所が提供された。

第3章 評価結果

3-1 5項目評価結果の概要

目標達成度、効果、効率性、計画の妥当性、自立発展性の5つの観点（評価5項目）からプロジェクトの実績を分析し、課題を検討した。5項目の評価表は表3-1に示した。

(1) 効率性

効率性とは、「投入」が「成果」にどのようにどれだけ転換されたか。投入された資源の質、量、手段、方法、時期の適切度を検討する。今回は、各成果の達成度、それに対する日本側・ブラジル側の投入（手段、方法、時期／期間、費用の適切度など）の妥当性、実施体制の妥当性を検討した結果、プロジェクト実施の効率性はほぼ満足できるレベルに達しているといえる。

1) 成果の達成状況

第2章「2-1(3) 各成果の達成状況」で記述したように、成果4を除いて、3つの成果はほぼ達成されている。

2) 投入の妥当性

a) 日本側投入の妥当性

① 日本人専門家派遣の妥当性

日本側専門家の派遣人数、専門分野、時期及び派遣期間は適切であり、特に長期専門家についてはポルトガル語圏にもかかわらず語学に精通し、かつ経験豊富な優秀な人材がプロジェクト実施期間中派遣された。ただし、長期派遣専門家から「LDRベッドの改良のほかに医療機材の保守管理分野の専門家派遣が実現するとよかった」という意見が出た。

② 機材供与の妥当性

機材供与の時期、量、値段、維持しやすいという点で妥当であった。特に、LDRベッドは現地の企業も巻き込み、4回も試作品に改良を重ねた。現場の声を生かし、ほぼ満足のいくものを作製し、供与できたといえる。供与された機材は比較的丁寧に大切に利用されている。

③ C/P研修の妥当性

C/P研修は内容、人数、研修期間及び時期ともに妥当であり、プロジェクトの成果達成に貢献した。特に、それぞれの研修生にあった研修受入先と内容をきめ細かく対応し、実施したことが研修の効果を更に高めたといえる。

④ ローカルコスト負担の妥当性

日本側のローカルコスト負担は、プロジェクトの活動を効率的に推進させるために

適切でかつ妥当であった。

b) ブラジル側投入の妥当性

① C/P配置の妥当性

C/P配置、能力及び専門分野は、成果の達成のために妥当であったが、州保健局のC/Pの人数が不十分であった。

② 供与機材の維持管理の妥当性

供与された機材の維持管理は良好であり、妥当であった。

③ 運営コスト負担の妥当性

ブラジル側の運営コスト負担は、成果達成のため十分に妥当であった。ただし、提供された日本人専門家のための事務所が州の保健局から離れた距離に移り、C/Pとの連絡や会話が少なくなったため解決を依頼しているが、未解決のままである。

3) プロジェクト支援体制、他の関連機関・プロジェクトとの連携の妥当性

最低年1回は開催された「Joint Coordinating Committee」は、成果達成のために十分に機能し、妥当であった。さらに、国連児童基金（UNICEF）、国連人口活動基金（UNFPA）及び世界保健機関（WHO）からの支援や子ども健康プログラム、女性健康プログラム及び家族健康プログラムのような他のプロジェクトとの連携も妥当であった。

(2) 目標達成度

プロジェクト目標が「成果」によってどの程度達成されたか、あるいは達成される見込みであるかを検討するものであり、その検討結果、プロジェクト実施の目標達成度はほぼ満足できるレベルに達しているといえる。

1) プロジェクト目標の達成度

第2章「2-1(2) プロジェクト目標の達成状況」で記述したように、特に5つのパイロット地区とフォルタレーザ市において、本プロジェクトの目標である「セアラ州における母子保健サービスの質の向上」の達成度は高いといえる。

さらに、セミナー、ワークショップ、TOTのための集中的な活動と2000年に開催された国際会議は、「人間的な出産ケア」の概念を普及させるのに大きく寄与し、セアラ州の母子保健サービスの質を向上させた。

2) 成果の達成がプロジェクト目標につながった度合い

「人間的な出産ケア」に関連した成果は、大いにプロジェクト目標の達成に寄与したといえる。ただし、STD予防のための成果4は、保健に関する人々の意識・行動を向上させるためにコミュニティー参加型の健康教育の基礎を生み出したということでは評価できるが、他の成果項目とのつながりがなく、効果も限定されたものであった。

3) 成果の達成がプロジェクト目標につながるのを阻止した要因

一部の産科医の強い抵抗があり、病院で権力を握っている医師の理解が得られず、看護協会の准看護婦の教育に異議を唱えられたという阻害要因があったが、プロジェクト目標の達成度には影響は少ない。

(3) インパクト

プロジェクトが実施されたことによって生じる直接的あるいは間接的なプラス、マイナスの影響を確認する。その結果予期しなかったプラスの大きな効果が得られ、満足度は高い。

1) 間接的効果（プロジェクト目標における効果）

a) 予期した効果

セアラ州以外の州もプロジェクトの活動に興味を示し、研修の依頼が増え、国内に広がりつつある。さらに、全国のネットワークづくりに貢献した。

b) 予期しなかった効果

国内では、産科医の強い反応を引き起こしたが、正常分娩への依頼が増え、保健省は国中に「保健サービスヒューマニゼーションプログラム」プロジェクトを開始した。また、「保健サービスヒューマニゼーションプログラム」に根ざしたボランティアグループが生まれた。さらに、他の国々、特に南米諸国への「ヒューマニゼーション」の概念が普及し、他の国々の母子保健従事者が本プロジェクト活動に興味をもつようになった。

2) 間接的効果（上位目標における効果）

a) 予期していた効果

プロジェクトの活動の成果として、「ヒューマニゼーション」の概念を出産のみならず保健医療の全分野に適応させる政策を打ち出させた。

b) 予期しなかった効果

現時点では、上位目標において、特に予期しなかった効果は見つかっていない。

(4) 計画の妥当性

プロジェクト目標や上位目標の示す方向と、ブラジル政府の保健政策や受益者のニーズに合致しているかを検討する。今回、評価結果では、計画の妥当性はかなり高いといえる。

1) 上位目標の妥当性

ブラジル東北部は、開発が遅れ、保健医療サービス水準も低い。同国政府は国内格差を是正すべく、1988年に統一保健システム（SUS）を制定し、保健医療体制整備に乗り出した。SUSは社会的弱者、特に母子への医療対策を強化している。このような状況で「東北ブラジルにおける母子保健サービスの質の向上」とする上位目標は、保健省の政策と合致

しており、上位目標の妥当性は高い。

2) プロジェクト目標の妥当性

東北部9州のなかでもセアラ州は母子保健状況の悪い地域であり、母子保健状況及びサービスの改善が保健省の優先課題でもある。したがって、「セアラ州における母子保健サービスの質の向上」というプロジェクト目標は、保健省の政策と合致しており、さらに、母子保健サービスの質の向上は住民のニーズでもあるため、プロジェクト目標の妥当性は高い。

3) プロジェクトデザインの妥当性

本プロジェクト開始前に比べて、母子保健のなかでも特に「出産」に対して過度な医療が介入しない「安全で人間的な出産と出生」の概念が定着してきており、プロジェクト実施による効果は非常に高い。したがって、目標、成果、投入の相互関連性に対する計画策定は妥当であった。

(5) 自立発展性

1) 組織・制度的側面

組織・制度面から検討すると、セアラ州の保健局のC/Pが十分に配置され、かつ核となって「人間的な出生と出産」のための活動を更に発展できるかどうかの鍵を握っているといえる。しかしながら、セアラ州の保健局は、地元の産科医グループの本プロジェクトに対する反対姿勢を慮ってか、プロジェクトの成果を共有する姿勢を示してこなかった経緯がある。調査団のセアラ州保健局長への面会時には、プロジェクトへの肯定的評価と自立発展性への自信が示されたものの、実質的なC/Pとなる責任者は、調査団滞在中一度も姿を現さず、今次の終了時評価作業にも参加することはなかった。評価ワークショップにおいても、ブラジル側参加者よりも今後必要となる各種トレーニングに係る州の支援、関与を期待できないとする声も多く、組織・制度的側面での自立発展性は低いと言わざるを得ない。

2) 財政的側面

政令によって、すべての州及び市政府は、2004年までに保健分野にそれぞれ12%、15%の予算を割り当てることになっている。したがって、本プロジェクトによってもたらされた活動は、セアラ州の技術と資金で維持できるものであり、また「人間的な出生と出産」に対する公的財政支援は期待できる。

3) 技術的側面

母子保健サービスの質の向上に寄与するために技術移転された技術は有効に活用されている。さらに、C/Pも適切に配置され、C/Pがトレーニングを通して得た知識・技術

を他の保健従事者にもシェアしている。2000年12月現在、日本人専門家が関与しないトレーニング・コースが、既に10の市で17コースも実施されている。

表3-1(1) 評価表

ブラジル家族計画・母子保健プロジェクト

I. 効率性 (EFFICIENCY)

評価中項目	検討項目	評価結果	コメント
1. 成果の達成状況	<p>1.1 成果1「セアラ州の母子保健従事者の意識・知識・技術水準が向上する」の達成状況</p> <p>1.2 成果2「パイロット地区及びセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）の出産関連施設が『人間的な出産と出生』にふさわしいものとなる」の達成状況</p> <p>1.3 成果3「『人間的な出産と出生』の概念のセアラ州内に普及する」の達成状況</p> <p>1.4 成果4「セアラ州住民の性病対策に向けた意識及び行動が改善する」の達成状況</p>	<p>1.1 「プロジェクトの達成度(成果1)」を参照 ・ほぼ達成された。</p> <p>1.2 「プロジェクトの達成度(成果2)」を参照 ・ほぼ満足できるレベルに達成された。</p> <p>1.3 「プロジェクトの達成度(成果3)」を参照 ・高い水準まで達成された。</p> <p>1.4 「プロジェクトの達成度(成果4)」を参照 ・ほぼ達成された。</p>	<p>1.1 ・特に5つのパイロット地区とフォルタレーザ市内の3つの基幹病院において達成された。 ・TOTがセアラ州の母子保健従事者の意識や知識の水準を向上させるのに大きく寄与した。</p> <p>1.2 ・母子保健サービスの向上に大きな成果をもたらしたことで、成果1はほぼ達成された。</p> <p>1.3 ・「人間的な出産と出生」の概念の共有が本プロジェクトによってもたらされた最も価値ある成果のひとつである。</p> <p>1.4 ・コンドームの分配は効果的であった。今後包括的な健康教育が実施されるならば、更にSTD予防のための意識・行動は向上するであろう。</p>
2. 投入の時期、質及び量の成果達成のための妥当性	<p>A. 日本側</p> <p>2.1 専門家派遣の時期、質及び量は、成果達成のために妥当であったか？</p> <p>2.2 機材供与の時期、質、量及び利用状況は、成果達成のために妥当であったか？</p> <p>2.3 カウンターパート（C/P）研修の研修内容、人数、研修期間及び時期は、成果達成のために妥当であったか？</p> <p>2.4 日本側のローカルコストの負担は成果達成のために妥当であったか？</p>	<p>2.1 ・（人数）：妥当 ・（専門分野）：やや妥当 ・（時期）：妥当 ・（派遣期間）：妥当 ・（専門家の専門性）：妥当</p> <p>2.2 ・（時期）：妥当 ・（質と量）：妥当 ・（利用状況）：妥当</p> <p>2.3 ・（研修内容）：妥当 ・（人数）：妥当 ・（研修期間と時期）：妥当</p> <p>2.4 ・日本側のローカルコストの負担は妥当であった。</p>	<p>2.1 ・妥当であった。 ・専門家の専門分野で、機材の保守管理の専門家派遣がLDRベッドの改良のほかに医療機材の保守管理のために必要であった。</p> <p>2.2 ・機材供与の時期、量や値段、維持しやすいという点で妥当であった。 ・機材の利用状況は比較的良好である。</p> <p>2.3 ・C/P研修の内容は妥当であった。 ・C/P研修の人数は更に増やすべきだった。 ・C/P研修の研修期間と時期は妥当であった。</p> <p>2.4 ・日本側のローカルコストの負担は妥当であった。</p>

	<p>B. ブラジル</p> <p>2.5 C/Pの配置の時期、人数及び専門分野は成果達成のために妥当であったか？</p> <p>2.6 提供された供与機材の維持管理は成果達成のために妥当であったか？</p> <p>2.7 ブラジル側の運営コストは成果達成のために妥当であったか？</p>	<p>2.5 ・(配置の時期)：妥当 ・(人数)：問題あり ・(C/Pの能力及び専門分野)：妥当</p> <p>2.6 ・提供された供与機材の維持管理は、成果達成のためにやや妥当であった。</p> <p>2.7 ・ブラジル側の運営コストは成果達成のために妥当であった。</p>	<p>2.5 ・配置の時期は妥当であった。 ・州の保健局のC/Pの数が不十分であった。</p> <p>2.6 ・妥当であった。</p> <p>2.7 ・日本人専門家用事務所設置の問題（州の保健局から離れた場所に移ったため、州の保健局のC/Pと連絡や会話が少なくなった）の解決を日本人専門家は再三依頼しているが、解決されていない。</p>
<p>3. プロジェクト実施体制の成果達成のための妥当性</p>	<p>3.1 「Joint Coordinating Committee」の機能は成果達成のために妥当であったか？</p> <p>3.2 他の関連機関からの支援は成果達成のために妥当であったか？</p> <p>3.3 他のプロジェクトとの連携は成果達成のために妥当であったか？</p>	<p>3.1 ・「Joint Coordinating Committee」の機能は妥当であった。</p> <p>3.2 ・他の関連機関からの支援は妥当であった。</p> <p>3.3 ・他のプロジェクトとの連携は妥当であった。</p>	<p>3.1 ・年1回の「Joint Coordinating Committee」の開催が実施された。</p> <p>3.2 ・UNICEF、UNFPA及びWHOからの支援があった。</p> <p>3.3 ・子ども健康プログラム、女性健康プログラム及び家族健康プログラムのような他のプロジェクトとの連携があった。</p>

II. 目標達成度 (EFFECTIVENESS)

評価中項目	検討項目	評価結果	ワークショップからのコメント
1. プロジェクト目標の達成度	1.1 プロジェクト目標(セアラ州における母子保健サービスの質が向上する)をどの程度達成できているか？	1.1 「プロジェクトの達成度」を参照(プロジェクト目標) ・セアラ州のプロジェクトサイト、フォルタレーザ市においてプロジェクト目標ほぼ達成されている。	1.1 ・特に5つのパイロット地区とフォルタレーザ市において達成された。さらに、TOT、セミナー、ワークショップのための集中的な活動と2000年に開催された国際カンファレンスは「人間的な出産ケア」の概念を普及させるのに大きく寄与し、セアラ州の母子保健サービスの質を向上させた。全体的にプロジェクト目標は達成された。
2. 成果の達成がプロジェクト目標につながった度合い	2.1 各成果がプロジェクト目標ほどの程度達成できているか？	2.1 ・各成果がプロジェクト目標へほぼ達成されている。 2.2 ・ただし、STD予防のための成果4は、他の成果項目とのつながりがなく、効果も限定されたものであった。	2.1 ・「人間的な出産ケア」に関連した成果は、大いにプロジェクト目標の達成に寄与した。 ・STD予防のための成果は、母子保健サービスの質だけでなく、保健に関する人々の意識を向上させるためにコミュニティー参加型の健康教育の基礎を生み出した。
3. 成果の達成がプロジェクト目標につながるのを阻止した要因	3.1 成果の達成がプロジェクト目標につながるのを阻止した要因はあるか？	3.1 ・一部の産科医の強い抵抗があり、病院で権力を握っている医師の理解が得られない。 ・看護協会の准看護婦の教育に異議を唱えられた。	3.1 ・左記のコメントと同様意見であった。

III. 効果 (IMPACT)

評価中項目	検討項目	評価結果	ワークショップからのコメント
1. プロジェクト目標のほかにプロジェクト実施によってもたらされたプラス・マイナスの効果	1.1 プロジェクト目標のほかにプロジェクト実施によってもたらされた予期した効果は何か? (直接的効果/間接的効果)	1.1 ほかの州からもプロジェクトの活動に興味をもたれ、研修の依頼が増え、国内に広がりつつある。全国のネットワークづくりに貢献した。	1.1 セアラ州の母子保健従事者はプロジェクトの成果に非常に満足している。
	1.2 プロジェクト目標のほかにプロジェクト実施によってもたらされた予期しなかったプラスの効果は何か? (直接的効果/間接的効果)	1.2 他の国々、特に南米諸国への「ヒューマニゼーション」の概念が普及した。産科医の強い反応を引き起こした。	1.2 正常分娩への依頼が増えてきた。保健省は国中に「ヒューマニゼーション」プロジェクトを開始した。他の国々の母子保健従事者が本プロジェクト活動に興味をもっている。「ヒューマニゼーション」に根ざしたボランティアグループが生まれた。
	1.3 プロジェクト目標のほかにプロジェクト実施によってもたらされた予期しなかったマイナスの効果は何か? (直接的効果/間接的効果)	1.3 予期しなかったマイナスの効果はなかった。	1.3 マイナスの効果はなかった。
2. 上位目標の達成度のほかにもたらされたプラス・マイナスの効果	2.1 上位目標の達成度のほかにもたらされたプラスの効果は何か?	2.1 プロジェクトの活動の成果として、「ヒューマニゼーション」の概念を出産のみならず保健医療の全分野に適応させる政策を打ち出させた。	2.1 左記以外のコメントはなかった。
	2.2 上位目標の達成度のほかにもたらされたマイナスの効果は何か?	2.2 マイナスの効果はなかった。	2.2 左記以外のコメントはなかった。

IV. 妥当性 (RELEVANCE)

評価中項目	検討項目	評価結果	ワークショップからのコメント
1. 上位目標の妥当性	1.1 上位目標はブラジル国保健省の政策と合致しているか?	1.1 上位目標はブラジル保健省の政策と合致している。	1.1 左記以外のコメントはなかった
	1.2 上位目標は日本のODA援助支援と合致しているか?	1.2 上位目標は日本のODA援助支援と合致している。	1.2 左記以外のコメントはなかった
2. プロジェクト目標の妥当性	2.1 プロジェクト目標はブラジル国保健省の政策と合致しているか?	2.1 プロジェクト目標はブラジル保健省の政策と合致している。	2.1 左記以外のコメントはなかった
	2.2 プロジェクト目標はターゲットグループのニーズと合致しているか?	2.2 プロジェクト目標はターゲットグループのニーズと合致している	2.2 左記以外のコメントはなかった
3. プロジェクトデザインの妥当性	3.1 目標、成果、投入の相互関連性に対する計画策定は妥当か?	3.1 目標、成果、投入の相互関連性に対する計画策定は妥当であった。	3.1 左記以外のコメントはなかった

V. 自立発展性 (SUSTAINABILITY)

評価中項目	検討項目	評価結果	コメント
1. 組織・制度的側面	1.1 ブラジル政府のセアラ州保健局などへの支援が引き続き継続して行われるか?	1.1 ブラジル政府のセアラ州保健局などへの支援が引き続き継続して行われるであろう。	1.1 「人間的な出生と出産」の概念が広く人々によって受けとめられ、支持されているので、プロジェクトの本質は残り、セアラ州の社会に引き継がれるだろう。
	1.2 セアラ州保健局の組織体制はうまく機能しているか?	1.2 セアラ州保健局の行政・組織体制多少問題があり。	1.2 セアラ州保健局は、「人間的な出産のケア」を継続し、発展させ、より良い組織上のシステム構築のために定期的な会議を組織するだろう。
	1.3 セアラ州は他の関連機関からの十分な支援を受けられるか?	1.3 現在のところ未知数	1.3 他の関連機関から十分な支援を得られるよう協議するであろう。
2. 財政的側面	2.1 財政的支援を連邦政府から受けることができるか?	2.1 ワークショップから引き出す	2.1 財政的支援を連邦政府から得られるであろう。
	2.2 財政的支援を州から受けることができるか?	2.2 政令によって、すべての州政府は2004年までに保健分野に12%の予算を割り当てるであろう。	2.2 公的財政支援は部分的に保証されている。
	2.3 財政的支援を市から受けることができるか?	2.3 政令によって、すべての市政府は2004年までに保健分野に15%の予算を割り当てるであろう。	2.3 公的財政支援は部分的に保証されている。
3. 技術的側面	3.1 技術移転された技術は有効に活用されているか?	3.1 母子保健サービスの質の向上に寄与するために技術移転された技術は有効に活用されている。	3.1 左記以外のコメントはなかった。
	3.2 訓練を受けたC/Pが適切に配置されているか?	3.2 C/Pは適切に配置され、C/Pがトレーニングを通して得た知識・技術を他の保健従事者にもシェアしている。	3.2 左記以外のコメントはなかった。
	3.3 訓練を受けたC/Pはセアラ州に継続して勤務しているか?	3.3 訓練を受けたC/Pは継続勤務している。	3.3 左記以外のコメントはなかった。
	3.4 施設・機材の維持管理状況はどうか?	3.4 施設・機材の維持管理は極めて良好である。	3.4 左記以外のコメントはなかった。

表3-1(2) 5項目評価結果の概要

<p>1. 効率性</p>	<p><u>成果の達成状況</u> (総合評価：やや高い達成度)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・成果1「セアラ州の母子保健従事者の意識、地域及び技術水準の改善」(高い達成度) ・成果2「パイロット地区及びセアラ州基幹病院の産科施設の改善」(高い達成度) ・成果3「『人間的な出産と出生』の概念のセアラ州全域への普及」(高い達成度) ・成果4「セアラ州住民の性病対策に向けた意識及び行動の改善」(やや低い達成度) <p><u>投入の妥当性</u> (総合評価：ほぼ妥当)</p> <p><u>日本側投入</u>：(ほぼ妥当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門家派遣 (妥当) ・専門分野 (妥当) ・人数 (妥当) ・派遣の時期 (妥当) ・機材供与 (妥当) ・C/P研修 (妥当) ・ローカルコスト支援 (妥当) <p><u>ブラジル側投入</u>：(やや妥当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・C/P配置 (州の保健局のC/Pの配置が不十分であった。) ・C/Pの人数、専門性、配置時期 (妥当) ・機材の維持管理 (妥当) ・プロジェクト予算 (妥当) ・プロジェクト実施体制 (妥当)
<p>2. 目標達成度</p>	<p><u>プロジェクト目標の達成状況</u> (セアラ州のパイロット地区及びフォルタレーザ市において、プロジェクト目標はほぼ達成されている。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・セミナー、ワークショップ、TOTのための集中的な活動と2000年に開催された国際カンフェレンスは「人間的な出産ケア」の概念を普及させるのに大きく寄与し、セアラ州の母子保健サービスの質を向上させた。全体的にプロジェクト目標は達成された。 <p><u>各成果のプロジェクト目標への貢献度</u> (ほぼ達成されている)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「人間的な出産ケア」に関連した成果は、大いにプロジェクト目標の達成に寄与した。 ・STD予防のための成果は、母子保健サービスの質だけでなく、保健に関する人々の意識を向上させるためにコミュニティー参加型の健康教育の基礎を生み出した。 <p><u>成果の達成がプロジェクト目標につながるのを阻止した要因</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・一部の産科医の強い抵抗があり、病院で権力を握っている医師の理解が得られない。 ・看護協会の准看護婦の教育に異議を唱えられた。
<p>3. 効果</p>	<p><u>プロジェクト目標レベルにおける効果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の州からもプロジェクトの活動に興味をもたれ、研修の依頼が増え、国内に広がりつつある。 ・全国のネットワークづくりに貢献した。 ・他の国々、特に南米諸国への「ヒューマニゼーション」の概念が普及した。 <p><u>上位目標レベルにおける効果</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクトの活動の成果として、「ヒューマニゼーション」の概念を出産のみならず、保健医療の全分野に適応させる政策を打ち出させた。
<p>4. 妥当性</p>	<p><u>上位目標の妥当性</u> (総合評価：妥当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上位目標はブラジル保健省の政策、日本のODA援助支援と合致している。 <p><u>プロジェクト目標の妥当性</u> (総合評価：妥当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト目標はブラジル保健省の政策、ターゲットグループのニーズと合致している。 <p><u>プロジェクトデザインの妥当性</u> (総合評価：妥当)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標、成果、投入の相互関連性に対する計画策定は妥当であった。
<p>5. 自立発展性</p>	<p><u>組織・制度的自立発展性</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・セアラ州保健局において本プロジェクトの受容が行われなかったため、パイロット地区における自立的活動に対する組織的・制度的支援は期待できない。 <p><u>財政的自立発展性</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・財政的支援を連邦政府から得られるであろう。 ・政令によって、すべての州政府及び市政府は2004年までに保健分野に12%、15%の予算をそれぞれ割り当てることから、公的財政支援は期待できる。 <p><u>技術的自立発展性</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・母子保健サービスの質の向上に寄与するために技術移転された技術は有効に活用されている。 ・パイロット地区におけるC/Pは適切に配置され、C/Pがトレーニングを通して得た知識・技術を他の保健従事者にもシェアしている。
<p>結論</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日本のプロジェクト関係者の努力と熱意、更にブラジル側の協力と支援が実を結び、当初期待されていた以上の成果を達成できたといえる。 ・母子保健従事者の更なる技術水準の向上、性病対策に向けた意識及び行動の改善が期待される。

第4章 総括

4-1 総括

プロジェクトは、母子保健のなかでも特に「出産」に対して過度な医療介入をさせない「安全で人間的な出産と出生」の概念の実践・普及により、セアラ州の母子保健サービスの質を向上させることをめざしたものであり、数ある家族計画・母子保健プロジェクトのなかでも独自の特徴をもつ内容となっている。

(1) 1996年からの5年間のプロジェクト活動は、「安全で人間的な出産と出生」を定着化に向けて統合的に展開され、セアラ州の5つのパイロット地区、及びフォルタレーザ市内基幹病院を中心とする母子保健従事者（准看護婦、看護婦、伝統的産婆、医師等）に対するトレーニング、セアラ州内の大学における産科専門看護婦の養成、産科関連施設の整備などが行われた。また、コミュニティーレベルでの地域保健活動として、主にコンドーム使用促進活動が取り組まれた。

その結果、プロジェクトはすべての成果項目において期待された成果をあげており、目標達成度は高いと判断される。

とりわけプロジェクトによる各種トレーニングは、パイロット地区及びフォルタレーザ市内基幹病院を中心とする母子保健従事者の意識変革をもたらし、自らが従来の「出産と出生に関する非人間的文化」を「安全で人間的な出産と出生」へと変えていくための担い手となることを強く自覚させた。パイロット地区における准看護婦の85%、看護婦の71%がトレーニングを受講しており、それぞれが出産の現場で「安全で人間的な出産と出生」を実践に移す努力を続けた。その結果、地元での出産率、正常分娩率及び妊婦の出産ケアに対する満足度が高まるなどの成果がみられ、母子保健サービスの質の向上につながった。また、プロジェクト後半には、トレーニング受講者による職場での自主トレーニングも積極的に実施され、日本人専門家が関与しなくても自律的活動が展開されている。

(2) プロジェクト活動を通じた「人間的な出産と出生」モデルづくりは、着実に母子保健従事者並びに地域住民に浸透し、プロジェクトは「Project Luz（お産に光を）」という名でセアラ州全体にも広く知れわたっている。さらに、2000年11月の国際会議に代表される活発な広報活動によりブラジル全体にも知られている。

「人間的な出産と出生」の概念普及と定着化に向けたプロジェクトの活動と成果が、保健省の政策面にも少なからぬ影響を及ぼしたと思われるいくつかの事例については、プロジェクトのインパクトを示すものとして注目される。すなわち、「人間的な出産と出生」モデルの

全国展開をめざした「正常出産センターの建設プログラム」(1999年8月省令)、母子保健のみならず保健医療分野すべての保健政策に適用するとした「保健サービスのヒューマニゼーションプログラム」(2000年5月)などは、本プロジェクトの肯定的評価に基づくものであり、保健政策面への制度的反映であったといえよう。

(3) プロジェクトの自立的発展のために、今後取り組むべき課題は以下のとおりである。

- ① 組織・制度面では、セアラ州保健局において「安全で人間的な出産と出生」を基本方針とした既存の地域保健サービスシステムの再構築と、そのための体制整備が必要である。具体的には、家族保健プログラム、保健エージェントプログラムと全国に先駆けて新たに導入されたマイクロリージョン・システム（リファラルシステムの改善により、州と市の保健医療サービスリソースの効率化を図るための仕組み）の有機的連携と、そのための組織づくりが重要と思われる。
- ② 財政面においても、これら地域保健システムの統合とそれに伴う地域保健従事者の人材育成のために必要な予算が確保されるべきである。なお、セアラ州保健局長より、「連邦法上の規定によって、2004年までに保健医療サービスに割り当てられるべき予算割合が義務づけられており（州、市それぞれ12%、15%）、セアラ州もこれに従い、予算確保に努力する」とのコメントがあり、その着実な実施が期待される。
- ③ プロジェクトを機に、「安全で人間的な出産と出生」の重要性を認識した准看護婦、看護婦等サービス提供者、及びその受け手（人間的な出産とその喜びを経験した母親、妊婦、家族）による草の根ネットワークづくりが重要である。プロジェクトがもたらした「出産と出生に関する非人間的文化」からの変革の流れは着実に定着しつつあるものの、一方で「安全で人間的な出産と出生」の概念を共有していない医療従事者、特に産科医の抵抗と葛藤は依然根強いのも事実であり、その克服と更なる活動の展開のためには、「安全で人間的な出産と出生」の実践者、理解者の連帯との組織化が必要であり、この点が今後の自立発展の鍵となる。

(4) プロジェクトが中心に掲げたテーマ「人間的な出産と出生」は、既存の母子保健医療サービスのあり方の変革を迫るものであったがゆえに、個人的、社会的葛藤を引き起こす要素も含むセンシティブなテーマであった。しかし、プロジェクト活動を通じ、セアラ州の母子保健従事者に広く受け入れられた。

また、その成果はセアラ州のみならず、連邦政府保健省の政策面にも影響を及ぼし、すべての保健サービスにおいてヒューマニゼーションを推進するという大きな流れにつながった。

さらに、プロジェクトの総括的イベントとして、2000年11月に開催された「出産・出生の

ヒューマニゼーションに関する国際会議」にはセアラ州以外の他州、更に他の南米諸国、世界各国から約2,000名の参加があり、本テーマに対する世界的関心の高まりをうかがわせた。

これらプロジェクトの成果は、従来の「医療介入を前提とする保健医療サービス」のあり方から、「人間中心の保健サービス」への変革の可能性を示すモデルとして重要な示唆を含むと思われる。今後はブラジル側の自主的取り組みとその成果を見守るとともに、我が国においても「人間中心の保健サービス」の実現に向けた技術協力のモデルとして、より詳細な事例研究の対象とすべき案件であると思われる。

4-2 教訓と提言

(1) 教訓

将来の母子保健分野のプロジェクト実施にあたり、本プロジェクトから引き出した教訓は下記のとおりである。

- ① 計画を重要視すること。本プロジェクトは最初の1年間は状況分析、フィージビリティ調査を実施し、プロジェクトの目標や戦略を協議した。関連分野においてブラジル国内の専門家との交流を確立し、パイロット地区を選択し、プロジェクト開始前の介入調査を実施した。
- ② 「人間的な出産ケア」における異なった分野の専門家の役割の論議を尽くすこと。
- ③ プロジェクト開始のころは、「人間的な出産ケア」における異なった分野の専門家の役割の論議を尽くすことは、プロジェクト活動を実施するにあたって若干の困難を伴った。しかし、次第に保健サービスを提供する側である最前線の母子保健従事者とその利用者（妊婦とその家族）が、プロジェクト活動を支援し始めた。このことが、ローカル、州と国家の専門家と同様に多くのコミュニティーの共感を呼んだ。
- ④ コミュニティー・イニシアティブの重要性。プロジェクトの自立発展性のためにコミュニティー・イニシアティブは重要な役割を果たし、活発な活動が促進されるべきである。例えば、パイロット地区のひとつの市において、ボランティアと呼ばれる活動グループがプロジェクトの実施中に生まれ、妊婦や母親への教育、カウンセリングを提供している。「人間的な出産ケア」を促進するためには、パイロット地区以外の地区では、政府の主導によって導かれる傾向があるが、上記のボランティアの存在は特記すべき価値がある。

(2) 提言

ワークショップにおいて、それぞれ行政レベル、実施レベル、日本について提言された項目を次のようにまとめた。

1) ブラジル政府への提言

- ① ブラジル国内に現存する「人間的な出産ケアサービス」を更に強化するよう支援し、国中にその概念を広げること。
- ② 「人間的な出産ケアサービス」を促進するために、病院とコミュニティーをそれぞれをベースとしたサービスに統合すること。
- ③ 医学教育と看護教育のなかに、「人間的な出産ケアサービス」の概念を含めるよう大学側に奨励すること。
- ④ 「人間的な出産ケアサービス」を提供する中流レベルの職種（准看護婦、助産婦など）の重要性を認識し、トレーニングや他の方法を用いて、彼らが母子保健サービスの質を向上できるよう公的支援システムを構築すること。
- ⑤ 「人間的な出産ケアサービス」を促進するために革新的な戦略を独自に開発すること。
- ⑥ 現在、母子保健サービスに携わっている母子保健従事者が、「保健サービスのヒューマンニゼーションプログラム」に参加できるよう新しいトレーニングシステムを開発すること。
- ⑦ 国内で「人間的な出産ケアサービス」を促進できるよう国際会議や定期的な会議を組織すること。
- ⑧ 国中で産科看護婦の特別コースを支援し、拡大すること。

2) セアラ州保健局への提言

- ① セアラ州に現存する「人間的な出産ケアサービス」を更に強化するよう支援すること。
- ② 州全域に「人間的な出産ケアサービス」の概念を普及させるためのセミナーを組織すること。
- ③ 州内で「人間的な出産ケアサービス」を促進するための責任を担う部課を設置すること。
- ④ 市レベルで、Family Health Teams (FHT) によって提供される産前・産後ケアサービスと、病院における出産ケアサービスの統合を奨励すること。
- ⑤ 医学教育と看護教育のなかに、「人間的な出産ケアサービス」の概念を含めるよう大学側に奨励すること。
- ⑥ 現存する産科看護婦の専門コースの支援を提供し、さらに、その専門コースの数を増やすこと。
- ⑦ 「人間的な出産ケアサービス」を提供する中流レベルの職種（准看護婦、助産婦など）の重要性を認識し、トレーニングや他の方法を用いて、彼らが母子保健サービスの質を向上できるよう公的支援システムを構築すること。
- ⑧ 「人間的な出産ケアサービス」を促進するために革新的な戦略を独自に開発すること。

- ⑨ 現在、母子保健サービスに携わっている母子保健従事者が、「保健サービスのヒューマニゼーションプログラム」に参加できるよう新しいトレーニングシステムを開発すること。
- ⑩ 「人間的な出産ケアサービス」に向けた変換のため、政策的あるいは財政的な支援を促進すること。

3) 市保健局、プロジェクト地区及び基幹病院への提言

- ① FHTによって提供される産前・産後ケアサービスと、病院における出産ケアサービスの統合を奨励すること。
- ② 中流レベルの職種（准看護婦、助産婦など）への「人間的な出産ケアサービス」に関するトレーニングを提供すること。
- ③ 母子保健従事者への「人間的な出産ケアサービス」に関するトレーニングを提供すると同時に、搬送システムを向上させるために、マイクロリージョン・システムの有機的連携をめざして、他の市へも密接に働きかけること。
- ④ 女性や子どものような弱い立場にある集団へのケアにもっと注意を向けること。
- ⑤ 「人間的な出産ケアサービス」に向けた変換のために、技術支援、政策的あるいは財政的な支援を提供すること。

4) 日本への提言

- ① セアラ州やブラジルの他の地域へ「人間的な出産ケアサービス」を展開し、拡大するために技術協力と同様、情報や経験の交換のために継続した支援を提供すること。
- ② プロジェクトの成果を他の国々へ普及させること。

4-3 今後の協力のあり方

プロジェクトの自立的発展のために今後取り組むべき課題は、以下のとおりである。

まず組織制度面では、セアラ州保健局において「安全で人間的な出産と出生」を基本方針とした既存の地域保健サービスシステムの再構築とそのための体制整備が必要である。具体的には、家族保健プログラム、保健エージェントプログラムと全国に先駆けて新たに導入されたマイクロリージョン・システム（リファラルシステムの改善により、州と市の保健医療サービスリソースの効率化を図るための仕組み）の有機的連携と、そのための組織づくりが重要である。

同時に財政面においても、これら地域保健システムの統合とそれに伴う地域保健従事者の人材育成のために必要な予算が確保されるべきである。なお、セアラ州保健局長より、「憲法上の規定によって、2004年までに保健医療サービスに割り当てられるべき予算割合が義務づけられており（州、市それぞれ12%、15%）、セアラ州もこれに従い、予算確保に努力する」とのコメントがあり、その着実な実施が期待される。

さらに重要なのは、本プロジェクトを機に、「安全で人間的な出産と出生」の重要性を認識した准看護婦、看護婦等サービス提供者及びその受け手（人間的な出産とその喜びを経験した母親、妊婦、家族）による草の根ネットワークづくりである。プロジェクトがもたらした「出産と出生に関する非人間的文化」からの変革の流れは、着実に定着しつつあるものの、一方で「安全で人間的な出産と出生」の概念を共有していない医療従事者、特に産科医の抵抗と葛藤は依然根強いのも事実であり、その克服と更なる活動の展開のためには、「安全で人間的な出産と出生」の実践者、理解者との連帯と組織化が必要であり、この点が今後の自立発展の鍵となろう。

喜ばしいことに、このネットワークづくりに関しては、既にプロジェクトのC/Pによる自主的なNGO創設の動きも見られるとの現地報告も受けており、プロジェクト終了後は、彼らの自律的取り組みを見守ると同時に、必要に応じて現地NGO支援スキームを活用した支援策を検討すべきと考える。

付 属 資 料

1. 調査日程
2. 主要面談者
3. ミニッツ
4. プロジェクト活動総括

1. 調査日程

月 日	曜日	行 程	宿 泊
12月9日	土	19:00 移動 RG837成田発→	機 中
12月10日	日	11:00 移動 RG375サンパウロ発→ 13:30 フォルタレーザ着 プロジェクト打合せ	フォルタレーザ
12月11日	月	パイロット地区視察 (イタイサーバ市、アラカチ市)	カノアチブラーダ
12月12日	火	パイロット地区視察 (イカプイ市、フォルチン市、ベベリベ市)	フォルタレーザ
12月13日	水	セアラ州保健局長表敬 ワークショップ準備 評価資料の整理、評価5項目のまとめ セアラ州知事表敬	〃
12月14日	木	評価ワークショップ (~18:00)	〃
12月15日	金	午前 合同評価報告書作成	〃
12月16日	土	合同評価報告書確認、修正	〃
12月17日	日	14:58 移動 RG379フォルタレーザ→ 18:35 ブラジリア着	ブラジリア
12月18日	月	USAID訪問 保健省との協議	〃
12月19日	火	ブラジル協力事業団(ABC)報告 大使館・JICA事務所報告	(釜谷、渡慶次) ブラジリア
		(梅内、坂元のみ) 19:12 移動 RG267ブラジリア 20:45 →サンパウロ着	(梅内、坂元) サンパウロ 機 中
12月20日	水	(梅内、坂元) サンパウロ市内助産施設 関係者と面会	(釜谷、渡慶次) 報告書取りまとめ 移動 ブラジリア19:30 VP4201→21:09サンパウ ロ着
12月21日	木	00:55 移動 JL047サンパウロ→	機 中
12月22日	金	13:10 成田着	

2. 主要面談者

〈ブラジル側〉

(1) 保健省

José Marcos N. Viana 国際協力局
Tania Lagos 女性保健局 特別顧問

(2) セアラ州 (フォルタレーザ)

Tasso Jereisate 知事
Anastacio de Queiroz Sousa 保健局 局長
Maria Francisca Andrade ♪ 小児科医 (PDM評価ワークショップ参加)
Alexandre José Mont A. Silva ♪ 保健政策コーディネーター
Maria Regina de Freitas ♪ 看護婦

(3) セアラ州 (パイロット地区) -PDM評価ワークショップ参加者

Josefa Vieira de Lima セアラ州立大学 看護学部 教授
Maria Gorete Bezerra セアラ連邦大学 産科病院 看護婦
Isolda Silveira ♪
Alzira Ferro 州立セザーカウス病院 看護婦
Ineida Sales メッセンジャーナ市民病院 看護婦
Angela Uchoa ホセフロタ市民病院 看護婦
Faustina Teixeira アラカチ市Santa Luisa de Marillac病院 看護婦
Celso Crisostomo イカパイ市保健局 アドミニストレーター
Silvio Rocha メッセンジャーナ市民病院 産科医
Carmen Lucia Silva Sales フォルティン市病院 看護婦
Iolanda Holanda ♪
Joao Batista 第7マイクロリジョン地区 歯科医
(元イタイサーバ市保健局 局長)
Carmen Bezerra ベベリーベ市病院 看護婦
Lucia Rosa Barbosa イタイサーバ市保健局 准看護婦
Edvania Martins ♪
Maria Marlinda Santos カウサイヤ市保健局 看護婦
Roberta Diniz ♪ ソーシャルワーカー

(4) サンパウロ州

Neusa Nakano Sato サンパウロ州保健局 公衆衛生医

Massahiro Miyamoto

Ruth Osawa

Seigo Tsuzuki

Eduardo Jorge

サンパウロ州心臓病院 事務局長

保健省 助産所プログラムコーディネーター

前保健大臣

下院評議員 (次期サンパウロ市保健局長)

〈日本側〉

(1) 在ブラジル日本大使館

鈴木 勝也

大 使

成瀬 英治

一等書記官

(2) JICAブラジル事務所

蓮見 明

所 長

和田 裕司

所 員

井上 マウロ

所 員

(3) JICAサンパウロ支所

川路 賢一郎

所 長

松本 明博

次 長

(4) プロジェクト専門家

羽根田 潔

チーフアドバイザー

長期専門家

小貫 大輔

健康教育

長期専門家

定森 徹

業務調整

長期専門家

毛利 多恵子

助 産

長期専門家

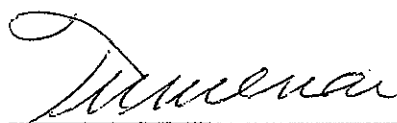
MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN THE JAPANESE EVALUATION TEAM
AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL
ON THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE MATERNAL AND CHILD HEALTH IMPROVEMENT PROJECT
IN NORTH-EAST BRAZIL

The Japanese Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Prof. Dr. Takusei Umenai visited the Federative Republic of Brazil from December 9 to December 22, 2000 in order to evaluate the implementation and achievements of the Maternal and Child Health Improvement Project in North-East Brazil (hereinafter referred to as "the Project"), based on the Record of Discussions signed on December 13, 1995.

During its stay in the Federative Republic of Brazil, the Team held a series of discussions and observations, and exchanged views with the authorities concerned of the government of the Federative Republic of Brazil.

As a result of the discussions, observing the growing dynamism of the Project, both parties agreed upon the matters referred to in the document attached hereto.

Brasilia, December 18, 2000



Prof. Dr. Takusei Umenai
Leader, Japanese Evaluation Team
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. José Serra
Minister
Ministry of Health
The Federative Republic of Brazil



Dr. Anastacio de Queiroz Sousa
Secretary
Secretariat of Health, State of Ceara
The Federative Republic of Brazil

JOINT EVALUATION REPORT
ON
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE MATERNAL AND CHILD HEALTH IMPROVEMENT PROJECT
IN NORTH-EAST BRAZIL

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (JICA)
JAPAN

SECRETARIAT OF HEALTH, STATE OF CEARA,
THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL

MINISTRY OF HEALTH,
THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL

DECEMBER 18, 2000

CONTENTS

1. Introduction
 - 1-1 The Evaluation Team
 - 1-2 Methodology of Evaluation
 - 1-3 Key Criteria of Evaluation
 - 1-4 Sources of Information Used for Evaluation
2. Background and Summary of the Project
 - 2-1 Brief Background of the Project
 - 2-2 Duration of Technical Cooperation
 - 2-3 Objectives and Outputs of the Project
 - 2-4 Implementing Agencies
3. Project Achievements
 - 3-1 Inputs
 - 3-2 Activities
 - 3-3 Outputs
 - 3-4 Project Purpose
 - 3-5 Overall Goal and Super Goal
4. Evaluation by Five Criteria
 - 4-1 Efficiency
 - 4-2 Effectiveness
 - 4-3 Impact
 - 4-4 Relevance
 - 4-5 Sustainability
5. Lessons Learned
6. Conclusion
7. Recommendation

ANNEX

1. Introduction

1-1. The Evaluation Team

The Japanese Evaluation Team (hereinafter referred to as "the Japanese Team") organized by Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), headed by Prof. Dr. Takusei Umenai, visited the Federative Republic of Brazil from December 9 to December 22, 2000 for the purpose of the joint final evaluation on the Japanese technical cooperation for the Maternal and Child Health Improvement Project in North-East Brazil (hereinafter referred to as "the Project"), which is scheduled to terminate on March 31, 2001, according to the Record of Discussions (hereinafter referred to as "R/D") signed on December 13, 1995.

The Japanese Team and the Brazilian Team jointly analyzed and discussed the achievement of the Project in terms of efficiency, effectiveness, impact, relevance, sustainability and the future directions by using the Project Cycle Management method (hereinafter referred to as "PCM" method).

Through careful studies and discussions, the Japanese Evaluation Team and the Project Team summarized their findings and observations as described in this document. Particular attention should be drawn to the fact that the Project contributed to the development of a new and innovative national policy promoting humanized maternity care decreed by the Ministry of Health.

1-2. Methodology of Evaluation

The Project was evaluated jointly by the Japanese and Brazilian counterparts using the PCM method.

- The both team examined the Project Design Matrix (hereinafter referred to as "PDM") of this Project. A PDM is a summary table of the overall description of the Project, its objectives and environments.
- The both team confirmed the achievement of the Project in terms of its objectives, outputs, activities and inputs stated in the PDM.
- The both team conducted the evaluation based on the five criteria, namely Efficiency, Effectiveness, Impact, Relevance and Sustainability, the descriptions of which are stated below.

1-3. Key Criteria of Evaluation

The evaluation was conducted based on the following five criteria, which are the major points of consideration when assessing JICA-supported development projects.

- 1) Efficiency: The efficiency is the measure for the productivity of the implementation process: how efficiently the various inputs are converted into outputs.
- 2) Effectiveness: The effectiveness is concerned with the extent to which the project purpose has been achieved, or is expected to be achieved, in relation

- to the outputs produced by a project.
- 3) Impact: The impact is intended or unintended, direct or indirect, positive or negative changes that occur as a result of a project.
 - 4) Relevance: The relevance is the measure for determining whether the outputs, the project purpose and the overall goal are still in keeping with the priority needs and concerns at the time of evaluation.
 - 5) Sustainability: The sustainability is the measure for determining whether or not the project benefits are likely to continue after the external aid comes to an end.

1-4. Sources of information Used for Evaluation

The following sources of information were used for this evaluation study.

- 1) The Record of Discussions (R/D), the Minutes of Discussions signed by Brazilian Authorities and JICA study teams on July 1, 1999
- 2) The revised PDM (Annex 1)
- 3) The record of inputs and outputs from both teams and activities of the Project
- 4) The result of RAP (Rapid Anthropological Assessment Procedure) in 1997 and 2000
- 5) Information obtained through field visits to the pilot areas of the Project
- 6) The result of the evaluation workshop

2. Background and Summary of the Project

2-1 Brief Background of the Project

The health status of women and children in North-East Brazil is poor due to, among others, malnutrition, poor sanitation, the lack of equipment and supplies, and the lack of health professionals. The infant mortality rate was considerably high in the early 1980s.

However there have been great improvements over the past decade. Between 1986 and 1989, Ceara reduced its infant mortality rate by one third, cut child deaths by diarrhoeal diseases by half, improved immunization coverage and reduced child malnutrition by one third (UNICEF, 1992). Although such significant improvements on child health were widely witnessed and praised, perinatal problems remained a major cause of infant mortality, partly reflecting the poor pregnancy and delivery care provided. Maternal mortality rate was still high at over 100 deaths per 100,000 births (SESA 1996).

In such context, the Government of the Federative Republic of Brazil requested the Government of Japan for technical cooperation for the purpose of improving services for maternal and child health including the aspect of family planning at community level.

In response to the request, the Government of Japan, through JICA, dispatched a Preliminary Survey Team followed by an Expert Survey Team to discuss and agree on the framework of the Project implementation with the Brazilian authorities. The Record of Discussions (R/D) was then signed on December 13, 1995.

2-2 Duration of Technical Cooperation

Five years from April 1, 1996 to March 31, 2001

2-3 Objectives and Outputs of the Project

The initially expected outputs of the Project stated in the Master Plan of the R/D were the following:

- Monitoring and evaluation systems for maternal health as well as child health information and training programs are to be improved.
- Improving maternal and child health (including family planning) services and health education activities at the community level, including the training of community-based health personnel.
- Delivery related care, including perinatal care at the primary level is to be improved within the spirit of "Safe Motherhood" through strengthening community participation.
- Assisting the Secretariat of Health to expand Maternal and Child Health Program coverage to include all municipalities in the State of Ceara and, following completion of the Project, extending this program to other Northeast states.

After a series of detailed needs assessment studies and discussions on Project activities which were conducted during the first six months, the Project set the priority to the Humanized Maternity Care for improving the quality of maternal and child health services in the State of Ceara.

According to the revised Project Design Matrix (PDM) agreed by the Japanese Advisory Team and the Brazilian Authorities on 1st of July, 1999, the present design of the Project is as follows:

- Overall Goal: The quality of maternal and child health services in North-East Brazil will be improved.
- Project Purpose: The Quality of maternal and child health services in the State of Ceara will be improved.
- Outputs:
- 1) Level of awareness, knowledge and technical abilities of maternal and child health care providers in the State of Ceara will be increased.
 - 2) The obstetric facilities of the hospitals in the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza will be improved in line with the concept of Humanized Maternity Care.
 - 3) The concept of Humanized Maternity Care will be generally adopted throughout the State of Ceara.
 - 4) Awareness and behavior towards STD prevention of population in the State of Ceara will be improved.

The PDM for Evaluation (PDM-E) shown in ANNEX-3 is the same as the above in terms of the objectives and outputs. Some modifications were proposed and

confirmed concerning Objective Verifiable Indicators and Means of Verification at Evaluation workshop.

2-4 Implementing Agencies

The Secretariat of Health of the State of Ceara (hereinafter referred to as "SESA")

3. Project Achievements

Through the evaluation workshop, the both teams jointly assessed the achievement of the Project as follows;

3-1 Inputs

Refer to the detailed table of the inputs (ANNEX-6).

(Japanese side)

- 1) Dispatch of Japanese Experts to Brazil
Eight (8) long-term experts and 33 short-term experts were dispatched to the Project for technology transfer.
- 2) Training of counterparts (hereinafter referred to as "C/P") in Japan
14 counterparts in total were dispatched to Japan for training.
In remaining period of the Project, three (3) more personnel will participate in training in Japan.
- 3) Technical Equipment Provision
Equipment and materials in the amount of 145,769,000 Japanese yen was provided for the Project activities.
- 4) Cost sharing for local operation fund
Total in 83,356,000 Japanese yen was allocated for local operation cost.

(Brazilian side)

- 1) Appointment of C/P
The total of seventeen (17) C/P, nine (9) of them from SESA, have been assigned to the Project.
- 2) Allocation of operation fund
The Brazilian side provided the necessary allocation and contribution for Project implementation.
- 3) Provision of facilities
The necessary space for office of the Project has also been provided.
However, the Project office should have been located in SESA considering work efficiency for both sides.

3-2 Activities

Almost all of the planned activities were satisfactorily carried out, so that the following four intended outputs were obtained:

- 1) In order to increase levels of awareness, knowledge and technical abilities of maternal and child health care providers in the State of Ceara,
 - Maternal and child health care providers were trained mainly in the pilot areas

and the State of Ceara reference hospitals.

- Trainers of maternal and child health care providers were trained.
 - Obstetric nurses were trained at the State University of Ceara.
 - Lectures on the concept of Humanized Maternity Care were included in auxiliary nurse training course offered at the State University of Ceara.
 - Training in Emergency Contraception Method was implemented.
 - Training in prevention method of HIV vertical transmission was implemented.
 - Advice was given on improvement of the system of HIV testing for pregnant women.
- 2) In order to improve the obstetric facilities of the hospitals in the pilot areas of the Project and reference hospitals in Fortaleza in line with the concept of Humanized Maternity Care,
- Labor Delivery Recovery (LDR) system was constructed and introduced.
 - Maternity Waiting Home was designed and constructed.
 - Advice was given on operating and managing Maternity Waiting Home.
 - Original LDR bed was developed and introduced.
- 3) In order that the concept of Humanized Maternity Care would be generally adopted throughout the State of Ceara,
- Project advocacy activities were implemented.
 - Health education activities for the population of the pilot area of the Project were promoted.
 - Educational materials were produced and distributed.
- 4) In order to improve awareness and behavior towards STD prevention of population in the State of Ceara,
- A Condom Revolving Fund Approach aimed at the promotion of condom use was implemented.

3-3 Outputs

Among the outputs of the Project, the development of a sustainable model of safe motherhood based on the principles of humanized maternity care, as well as the Project's contribution to the formation of a national policy promoting humanized maternity care should be noted with special attention. Individual outputs of the Project are stated in the Achievement of the Project (see ANNEX-5).

3-4 Project Purpose

The overall quality of maternal and child health services in the State of Ceara was improved. It can be said that the Project demonstrated remarkable achievement of the Project purpose.

3-5 Overall Goal

While it would take time for the maternal mortality and the perinatal mortality in

North-East Brazil to be reduced, the Cesarean section rate in North-East Brazil has started to decline. It is observed that, through the Health Ministry's new policy to promote humanized maternity care, the overall quality of maternal and child health services in North-East Brazil are becoming improved. The Project has contributed to the development of programs promoting humanized maternity care in the States of Maranhão and Rio Grande do Norte by visiting these States to provide consultation, and in all other states except Sergipe by receiving visits of officials and professionals from these States. To summarize, the achievement of the overall goal is well in progress.

4. EVALUATION BY FIVE CRITERIA

Observing the remarkable results of the Project, it is of great importance to thoroughly evaluate the Project from the viewpoint of present and future implications. For that purpose, the efficiency, the effectiveness, the impact, the relevance and the sustainability of the Project, were assessed jointly by both sides through an evaluation workshop. In addition to the technical aspect, attention was paid to the aspect of policy and Brazilian people's response to the Project. The findings of the workshop are as follows.

4-1. Efficiency

The Project adopted the principles of the "humanized maternity care" as a principal strategy. In spite that these principles arose politically sensitive issues by questioning the present practice of the medical profession in Brazil, the Project achieved all the targeted outputs as a whole, indicating high efficiency of the Project. Detailed analysis of the Project's efficiency is as follows.

- 1) Outputs related to the development of a sustainable model of safe motherhood based on the principles of humanized maternity care were attained to the great extent.
- 2) With regard to the improvement of awareness and behavior towards STD prevention of population in the State of Ceara, a Condom Revolving Fund Approach was initiated. The Approach developed by the Project has been successful and this challenging attempt turned out to be very effective to enhance people's initiatives for health by its system of charging them as users.
- 3) In connection with the development of community based health activities, a Women In Development approach was attempted in a village of a pilot area. Nevertheless, the activity had a limited efficiency due to lack of systematic integration with the humanized maternity care.
- 4) Excellent language skills and the ability to comprehend the Brazilian culture and politics, possessed by the members of the Japanese Team, contributed to good communication with the Brazilian counterparts as well as the people of Brazil.
- 5) Brazilian counterparts and the Japanese Team shared common elements of cultures that facilitate the understanding of the importance of the humanized maternity care. However, the number of substantial counterparts at SESA to promote the Project activities has not been sufficient all through the Project period.
- 6) Both Brazilian counterparts and the Japanese Team paid special attention to the efficiency of the equipment to be provided by the Project, in terms of the

appropriateness of their use in health settings of Ceara, quantity and timing of provision.

- 7) The selection of the counterparts to receive training in Japan was made according to the potential of the counterpart to make the best use of such training. The training facilities in Japan were selected carefully according to the availability of trainers and their understanding of the objectives and strategies of the Project. Special attention should be drawn to the important contribution given by birthing houses in Japan that provided training to counterparts.
- 8) Joint Coordination Committee composed of the officials from the Health Ministry, the official from the Ceara State Health Secretariat and the Project Team, met regularly at least once a year. Discussion held during these meetings facilitated understanding of all parties on the Project's progress and its political implications.

4-2. Effectiveness

The principles of the humanized maternity care adopted as the central strategy of the Project, effectively contributed to the achievement of the Project purpose. As the infant mortality rate has been decreasing dramatically in the State of Ceara since the late 1980s throughout the 1990s, improvement of perinatal and maternal health has become the most important and urgent issue in the health of Ceara today. As the principles of the humanized maternity care are gradually adopted by health services in the State of Ceara, indicators related to perinatal and maternal health are also gradually improving.

4-3. Impact

The degree to which the Project obtained positive impact on the health services in the State of Ceara is immeasurable. Most importantly, the principles of the humanized maternity care were deeply ingrained in the works of front line health professionals. Local communities also responded enthusiastically to the Project giving birth to several community based "volunteer" groups that offer humanized support to pregnant and birthing women.

The Project was successful in diffusing the positive results not only to other states in Brazil, but also to many countries in the world, particularly in Latin America, through excellent communication strategies. The International Conference on the Humanization of Childbirth that was held from the 2nd to 4th of November 2000 in Ceara by the Project's strong initiative and commitment certainly contributed to the diffusion of the Project results. Even the fact that the principles of humanized maternity care caused political controversy in Brazil, contributed to a greater impact of the Project by bringing the issue to the national arena for heated discussion.

The word "humanization" became a commonly known expression to refer to the quality of health services. It is worthy to note that the Ministry of Health created a national program to "humanize" not only maternal and child health care but also other aspects of hospital services.

4-4. Relevance

The Project set overall goal, Project purpose and Project outputs that are highly relevant to the present situation of health in Brazil and to the federal government's policy on health.

As a result of the policy set in the late 1980s and the early 1990s by the State Secretariat of Health, which put priority on child health care, the situation of child health was fairly improved throughout the 1990s. The Brazilian government now recognizes perinatal and maternal health care as the most urgent priority. Both the overall goal; "the quality of maternal and child health services in North-East Brazil will be improved", and the Project purpose; "the quality of maternal and child health services in the State of Ceara will be improved" are consistent with the current policy of the Ministry of Health.

4-5. Sustainability

Several factors, including health policies recently established by the Ceara State Secretariat of Health and by the Ministry of Health, are observed as contributing factors to the sustainability of the Project. An analysis on organizational, financial and material/technical sustainability follows.

1) Organizational Sustainability:

Throughout the Project period, the insufficient allocation of core counterparts of reproductive health section, SESA to the Project has been an inhibiting factor for effective implementation of the Project. Therefore, the organizational sustainability is the most concerned matter in order to maintain the momentum or further develop the activities for the humanized maternity care.

The Secretariat of Health of the State of Ceara gives special priority to the reorganization of health services through the newly established micro-region system. Such system gives an important basis for the organization of the reference system for birthing women with complications, as well as for the integration of the humanized maternity care with the services of Family Health Program. The Secretariat recently made it an official policy to require the 24-hour presence of at least one nurse trained in obstetric care in all municipal and philanthropic hospitals.

The Ministry of Health issued a series of decrees and created national programs intended to promote the humanized maternity care. This recent development gives special credibility to the principles of the humanized maternity care and is stimulating health professionals to pursue the cause all over the nation.

These measures mentioned above are strongly positive factors that would contribute to the sustainability of the activities initiated by the Project. Furthermore, over one hundred professionals trained to be instructors of the humanized maternity care are distributed evenly all over the State of Ceara, contributing locally to the implementation of the humanized maternity care and to the continuity of these services.

2) Financial Sustainability

As the principles of the humanized care require relatively low cost technology and low running cost, technology brought to Ceara by the Project can be sustained by managing the existing budget allocated to health. Furthermore, a federal law requires, from the year 2001, all state governments to allocate 12% of its budget to health related services and all municipal governments 15%. This requirement will improve the financial sustainability of the Project benefits.

3) Material / Technical Sustainability

One of important suggestions made by the Project to create institutions specialized in humanized care to normal birth, will be put into practice, when, in 2001, the national program of normal birth centers gives funds to four birthing centers in the State of Ceara.

5. Lessons Learned

Through the course of overcoming obstacles and difficulties, the Project learned lessons that are described as the following.

1) Importance of thorough planning

The Project spent almost one year at the beginning conducting thorough situational analysis and feasibility study, discussing the objectives and the strategies of the Project, establishing contact with professionals in the field in all parts of Brazil, selecting the pilot area, and conducting pre-intervention in-depth study of the pilot area. Such preparation phase was essentially important for the Project to set a clear focus and make feasible plans for interventions.

2) Controversy over the roles of different categories of professionals in the humanized maternity care

A controversy over the roles of different categories of professionals in the humanized maternity care certainly brought difficulty to the implementation of the Project activities at the beginning. However, as the frontline workers and users (birthing women and their family members) of health services started to express their firm support to the Project, the situation became favorable for the counterparts allowing them to take more aggressive actions for supporting the Project. The presence of Japanese Cooperation was instrumental to this change. The very fact that the controversy existed, helped the Project gain wider attention of the community as well as of professionals both in local, state and national settings.

3) Importance of Community Initiatives

For the sustainability of the Project benefits, community initiatives would play a crucial role and should be promoted more actively. For instance, in one of the municipalities of the pilot area, namely Itaiçaba, an active group of "volunteers" was born during the course of the Project implementation, and provides education and peer counseling to pregnant and mothering women. Also, in the state capital, Fortaleza, another volunteer group was born to provide support to pregnant

women staying at the maternity waiting home of a general hospital. As initiatives to promote humanized maternity care tended to be led by the government leadership in other areas of the Project, these experiences born from the communities are worthy to be noted.

6. CONCLUSION

In order to achieve the Project purpose, that is, to improve the quality of maternal and child health services in the State of Ceara, the Project adopted several strategies, most importantly the principles of the humanized maternity care. The Project demonstrated that such principles are well accepted by the people of the State of Ceara, contribute to the promotion of safe motherhood, improve satisfaction of birthing mothers and their family members, and promote the sense of professional and human fulfillment among health professionals. The experience of working together is viewed by both Brazilian and Japanese parties as mutually meaningful and enriching not only in technical terms but also in terms of cultural exchange.

Furthermore, the outstanding results of the Project attracted the interest of other states of the country and strengthened a national network of people interested in the humanized maternity care, leading to the creation of a series of decrees by the Ministry of Health aiming at the promotion of humanized maternity care. The introduction of the philosophy of humanization in maternity care inspired many service providers to extend the humanization principles to other areas of health services. Today, "humanization" has become a widely recognized concept in the Brazilian society. Through the International Conference on the Humanization of Childbirth, held during the Project term in the State of Ceara by JICA's initiative, the concept was diffused to many other countries in Latin America and in other parts of the world.

In addition, the Project produced basis for integration of hospital based and community based health services, through strengthening Family Health Program and promoting community participation. One of the examples of community participation is the Condom Revolving Fund Approach developed by the Project in which condom use was promoted through social marketing and the organization of resources in the community.

In short, the Project can be evaluated as having fully achieved the Project objectives and even beyond the initial projection.

7. RECOMMENDATION

(For the Federal Government)

- 1) Provide further support to strengthen existing humanized maternity care services in the country,
- 2) Expand humanized maternity care services nationwide,
- 3) Promote integration of hospital based and community based services to promote humanized maternity care,
- 4) Encourage universities to include the principles of humanized maternity care in medical and nursing education,
- 5) Acknowledge the importance of middle-level professionals in providing

humanized maternity care and construct official system to improve their services through training and other means,

- 6) Develop new and innovative strategies to promote the humanized maternity care,
- 7) Develop new training systems for existing health workers in order that they will be involved in humanization of health services,
- 8) Organize national conferences and regular meetings to promote the humanized maternity care in the country,
- 9) Provide support and expand specialization courses on obstetric nursing all over the country.

(For the State of Ceara)

- 1) Provide further support to strengthen existing humanized maternity care services in the state,
- 2) Organize seminars to diffuse the principles of humanized maternity care statewide,
- 3) Define a section responsible for the promotion of humanized maternity care in the state, and allocate sufficient budget for its activities,
- 4) Encourage integration of hospital based childbirth care and prenatal and postnatal health services provided by Family Health teams in municipalities of the state,
- 5) Encourage universities to include the principles of humanized maternity care in medical and nursing education,
- 6) Provide support to existing specialization courses of obstetric nursing and create more specialization courses,
- 7) Acknowledge the importance of middle-level professionals in providing humanized maternity care, and develop means to improve their services through training and other means,
- 8) Develop new and innovative strategies to promote the humanized maternity care,
- 9) Develop new training systems for existing health workers in order that they will be involved in humanization of health services,
- 10) Provide political and financial support for the transformation of institutions towards the humanized care.

(For municipalities of Ceara)

- 1) Promote integration of hospital based childbirth care and prenatal and postnatal health services provided by Family Health teams,
- 2) Provide training on humanized maternity care to middle-level professionals,
- 3) Work closely with other municipalities within the micro-region to improve reference system as well as to provide training on humanized maternity care to health professions,
- 4) Pay more attention to the care of vulnerable groups such as women and children,
- 5) Provide Technical support for the transformation towards the humanized care,
- 6) Provide political and financial support for the transformation of institutions towards the humanized care.

(For Japan)

- 1) Provide continued support for exchange of information and experiences, as well

as for technical cooperation, to further develop and expand humanized maternity care services in the State of Ceara and in other parts of Brazil.

- 2) Disseminate the results of the Project to other countries.

LIST OF ANNEXES

- ANNEX-1 Composition of the Japanese Evaluation Team
- ANNEX-2 List of Personnel Consulted (including the attendance of workshop)
- ANNEX-3 Project Design Matrix for Terminal Evaluation (PDM-E)
- ANNEX-4 Program of Evaluation Workshop
- ANNEX-5 Result of Workshop
- ANNEX-6 Record of Implementation of Inputs
- 1) List of Japanese Experts Dispatched by JICA
 - 2) List of Brazilian Counterpart Personnel
 - 3) List of Equipment Donated by JICA
 - 4) List of Technical Equipment for Experts
 - 5) Local Cost Support by JICA
- ANNEX-7 Indicators for Achievement of the Project
- 1) MCH Indicator Change in Project Period
 - 2) Study Result of RAP in 1997 and 2000
 - 3) Training courses and seminars implemented in Project Period
 - 4) The Present Status of Installation of Facilities and Equipment
 - 5) Humanized Care Model Adopted Since 1997 in HGMM
 - A symbolic case of effective implementation in municipal referral hospital by trained health professionals-
 - (HGMM: Gonzaga Motta Municipal Hospital of Fortaleza)
- ANNEX-8 Condom Revolving Fund Program

ANNEX-1
Composition of the Japanese Evaluation Team

1. Dr. Takusei UMENAI (Team Leader)
Professor and chairman, Department of Health Policy and Planning,
Graduate school of International Health,
Faculty of Medicine University of Tokyo
2. Ms. Ritsuko SAKAMOTO (Evaluation Planning)
Second Medical Cooperation Division, Medical Cooperation Department,
Japan International Cooperation Agency
3. Dr. Shigemi TOKESHI (Project Evaluation)
Health Sector Consultant,
Environment and Occupational Health Institute
4. Mr. Hiroyuki KAMATANI (Public Health)
Second Medical Cooperation Division,
Medical Cooperation Department,
Japan International Cooperation Agency

ANNEX 2
List of Personnel Consulted

Japanese Side

1	Dr. Kiyoshi HANEDA	JICA Project	Chief Advisor, Medical Doctor
2	Mr. Toru SADAMORI	JICA Project	Administrative Coordinator
3	Mr. Daisuke ONUKI	JICA Project	Expert, Health Educator
4	Ms. Taeko MORI	JICA Project	Expert, Midwife
5	Mr. Yuji WADA	JICA Brazil Office	

Brazilian Side

1	Dr. Tasso Ribeiro Jereissati	State of Ceara	Governor
2	Dr. Anastacio de Queiroz Sousa	SESA	Secretary of Health

PDM Workshop Participants

1	Ms. Maria Gorete Bezerra	MEAC	Nurse
2	Ms. Isolda Silveira	MEAC	Nurse
3	Ms. Ineida Sales	HGMM	Nurse
4	Ms. Angela Uchoa	HJF	Nurse
5	Ms. Josefa Vieira	UECE	Professor of Department of Nursing
6	Ms. Lucia Rosa Barbosa	S.S. Itaiçaba	Auxiliary of Nursing
7	Ms. Edvânia Martins	S.S. Itaiçaba	Auxiliary of Nursing
8	Dr. Maria Francisca Andrade	SESA	Medical Doctor (Pediatric)
9	Ms. Carmen Bezerra	HMD	Nurse
10	Ms. Roberta Diniz	RAP	Social worker
11	Dr. Joao Batista	7ª MR/SESA	Dentist/ Director of 7th Micro region
12	Ms. Carmen Lucia da Silva	S.S.Fortim	Nurse
13	Ms. Iolanda Holanda	S.S.Fortim	Nurse
14	Mr. Celso Crisostomo	S.S.Icapui	Administrator/ Secretary of Health of Icapui
15	Dr. Silvio Rocha	HGMM	Medical Doctor (Obstetric/Gynecology)
16	Ms. Faustina Teixeira	HSLM	Nurse
17	Ms. Maria Marlinda Santos	S.S.Caucaia/RAP	Nurse
18	Ms. Maria Regina de Freitas	SESA	Nurse
19	Ms. Alzira Ferro	HGCC	Nurse

MEAC: Maternity School, Federal University of Ceara
 HGMM: Gonzaga Motta Municipal Hospital of Fortaleza
 HGCC: State General Hospital of Cesar Cals
 HJF: Jose Frota Municipal Hospital of Fortaleza
 HSLM: Santa Luisa de Marillac Hospital of Aracati
 HMD: Hospital Monsenhor Dourado of Beberibe
 UECE: State University of Ceara
 SESA: Health Secretariat of State of Ceara
 S.S.Itaiçaba: Health Secretariat of Itaiçaba
 S.S. Fortim: Health Secretariat of Fortim
 S.S. Icapui: Health Secretariat of Icapui
 S.S.Caucaia: Health Secretariat of Caucaia
 7ª MR: 7th Micro Region
 RAP: Team of RAP study

ANNEX-3

The 14th of December, 2000

Project Design Matrix for Terminal Evaluation (PDM-E):
The Maternal and Child Health Improvement Project in North-East Brazil

Period: from April 1, 1996 to March 31, 2001
Target Group: Population of the State of Ceara

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS (OVIs)	MEANS OF VERIFICATION	IMPORTANT ASSUMPTIONS
<p>Overall Goal The quality of maternal and child health services in North-East Brazil will be improved.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maternal mortality rate in North-East Brazil will be reduced. 2. Perinatal mortality rate in North-East Brazil will be reduced. 3. Cesarean section rate in North-East Brazil will be reduced. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health statistics from states of North-East Brazil (estimate based) 2. Health statistics from states of North-East Brazil 3. Health statistics from states of North-East Brazil 	<ul style="list-style-type: none"> · Policy of support for the concept of Humanized Maternity Care will be continued.
<p>Project Purpose The quality of maternal and child health services in the State of Ceara will be improved.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Levels of satisfaction among the population of the pilot areas in the State of Ceara in regard to maternal and child health services (especially on delivery and birth) will be increased as compared to the level prevailing at the beginning of the Project. 2. Levels of satisfaction among the maternal and child health care workers in the State of Ceara in regard to maternal and child health services (especially on delivery and birth) will be increased as compared to the level prevailing at the beginning of the Project. 3. The amount of time devoted to the birth and delivery period by maternal and child health care providers in the pilot areas of the Project will be increased compared to the levels prevailing at the beginning of the Project. 4. The rate of Cesarean section in the State of Ceara will be reduced as compared to the levels prevailing at the beginning of the Project. 5. Emergency Contraceptive Method in the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza will be implemented by the end of the Project. 6. Manual Vacuum Aspiration service for treatment of incomplete abortion will be implemented in the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza will be implemented by the end of the Project. 7. A service capable of implementing measures to prevent HIV vertical transmission will be established in the State of Ceara reference hospitals by the end of the Project. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey) 2. RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey) 3. RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey) 4. Health statistics of State of Ceara 5. Statistics from the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza 6. Statistics from the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza 7. Statistics from the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza 	<ul style="list-style-type: none"> · The concept of Humanized Maternity Care gains acceptance among the residences of areas in North-East Brazil outside the State of Ceara. · The concept of Humanized Maternity Care is supported by the Brazilian government. · The concept of Humanized Maternity Care gains acceptance among the State governments of North-East Brazil besides the State of Ceara.

	<p>8. A promotion of condom use program will be established in the pilot areas and other part of Ceara by the end of the Project.</p>	<p>8. Project activities record (monthly sales data)</p>	
<p>Outputs</p> <p>1. Levels of awareness, knowledge and technical abilities of maternal and child health care providers in the state of Ceara will be increased.</p> <p>2. The obstetric facilities of the hospitals in the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza will be improved in line with the concept of Humanized Maternity Care.</p> <p>3. The concept of Humanized Maternity Care will be generally adopted throughout the State of Ceara.</p>	<p>1.1 Over 50 trainers will be trained by the end of the Project.</p> <p>1.2 Over 70% of auxiliary nurses working in the pilot areas of the Project who take care of delivery and birth services will be trained by the end of the Project.</p> <p>1.3 Over 100 auxiliary nurses will be trained by the end of the Project.</p> <p>1.4 Over 100 doctors, 200 nurses and 300 auxiliary nurses (cumulative figures) will participate in seminars by the end of the Project.</p> <p>1.5 Over 70% of the doctors working in the pilot areas who could potentially be involved in handling pregnant women or deliveries will participate in seminars.</p> <p>1.6 Inner change which brings change into un-humanized culture of delivery and birth will be seen concerning the concept of Humanized Maternity Care by training course participants.</p> <p>1.7 Over 80 obstetrical nurses will be trained by the end of the Project.</p> <p>1.8 Over 20 maternal and child health care providers will be trained in Emergency Contraception Method by the end of the Project</p> <p>1.9 Over 30 maternal and child health care providers will be trained in Manual Vacuum Aspiration method by the end of the Project.</p> <p>1.10 Over 100 maternal and child health care providers will be trained in prevention method of HIV vertical transmission by the end of the Project.</p> <p>2.1 Satisfactory conditions in each facility in the following areas: (1) equipment set up and in working order, (2) LDR system installed and in working order, (3) ambient organization will be achieved by the end of the Project.</p> <p>2.2 Public image of delivery and birth facilities will be more favorable.</p> <p>3.1 Understanding of the concept of Humanized Maternity Care by managing authorities in municipalities throughout the State of Ceara will be increased.</p> <p>3.2 Training courses in municipalities outside the pilot areas of the Project will be implemented without the involvement of Japanese experts.</p> <p>3.3 Enough interest in the Project will be achieved in municipalities outside the pilot areas of the Project so that inquiries concerning the Project activities will be received from these municipalities.</p>	<p>1.1 Project activities record (course report)</p> <p>1.2 Project activities record (course report)</p> <p>1.3 Project activities record (course report)</p> <p>1.4 Project activities record(course report)</p> <p>1.5 Project activities record (course report)</p> <p>1.6 RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey) and Interview</p> <p>1.7 Ceara State University and Federal University of Ceara statistics</p> <p>1.8 Project activities record (course report)</p> <p>1.9 Project activities record (course report)</p> <p>1.10 Project activities record (course report)</p> <p>2.1 Direct observation</p> <p>2.2 RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey) and interview</p> <p>3.1 List of the participants of International Seminar and interview</p> <p>3.2 List of training course</p> <p>3.3 List of record of telephone</p>	<p>• The operating budgets for the medical and training facilities in the State of Ceara are maintained at a constant level annually.</p> <p>• Equipment provided by JICA for the Project are adequately maintained and managed.</p>

4. Awareness and behavior towards STD prevention of population in the State of Ceara will be improved.	3.4 Media coverage of the Project will be increased. 4.1 Sales of condoms within the areas in which the program for promotion of use of condom was conducted will achieve more than a 50% increase as compared to the beginning.	3.4 Records of coverage by newspapers, magazines, TV and radio 4.1 Monthly survey by the Project	
<p>Activities</p> <p>1.1 Maternal and child health care providers will be trained mainly in the pilot areas and the State of Ceara reference hospitals.</p> <p>1.2 Trainers of maternal and child health care providers will be trained.</p> <p>1.3 Obstetric nurses will be trained at the State University of Ceara.</p> <p>1.4 Lectures on the concept of Humanized Maternity Care will be included in auxiliary nurse training course offered at the State School of Public Health.</p> <p>1.5 Training in Emergency Contraception Method will be implemented.</p> <p>1.6 Training in Manual Vacuum Aspiration method will be implemented.</p> <p>1.7 Training in prevention method of HIV vertical transmission will be implemented.</p> <p>1.8 Advise will be given on improvement of the system of HIV test for pregnant women.</p> <p>2.1 LDR system will be constructed and introduced.</p> <p>2.2 Maternity Waiting Home will be designed and constructed.</p> <p>2.3 Advise will be given on operating and managing Maternity Waiting Home.</p> <p>2.4 Original LDR bed will be developed and introduced.</p> <p>3.1 Project advocacy activities will be implemented.</p> <p>3.2 Health education activities for the population of the pilot areas of the Project will be promoted.</p> <p>3.3 Educational videos will be produced and distributed.</p> <p>4.1 Program for promotion of use of condom will be implemented.</p>	<p>JAPAN</p> <p>Long-term experts: Chief Advisor Coordinator Epidemiology Health Education WID Maternal / Child Health (midwife)</p> <p>Short-term experts: Maternal /Child Health (midwife) Audio-visual equipment technician Others</p> <p>Equipment: Approximately 30 million Japanese Yen Annually (the exact amount subject to Annual adjustment)</p> <p>Local cost support</p>	<p>Inputs</p> <p>BRAZIL</p> <p>Counterparts: State Health Secretary State Health Director State Health Assessor Director, Women's Health Program Head, STD/AIDS Program Coordinator of Human Resource Development Coordinator of Family Health Program course</p> <p>Facility: Office for Japanese experts</p> <p>Operating expenses Driver 1 Secretary 1 Office operating expense Vehicle operating expense</p>	<p>· Maternal and child health care providers trained through the Project activities continue working in the State of Ceara.</p> <p>Pre-conditions:</p> <p>· Good relations are maintained between the State of Ceara and municipality level health secretariat officials.</p>

* "Humanized Maternity Care" includes:

- (a) care which is fulfilling and empowering both to women and to their care providers;
- (b) care which promotes the active participation and decision making of women in all aspects of their own care;
- (c) care provided by non-physicians and physicians working together in harmony as equals.

ANNEX-4

Program of Evaluation Workshop

The 14th of December (Thursday)

7:00 -	Registration
8:00 - 8:30	Opening (The Evaluation Team Leader, etc.)
8:30 - 9:00	Introduction to the Workshop
9:00 - 9:45	Discussion on the PDME
9:45 - 10:00	Coffee Break
10:00 - 11:30	Presentations by Health Workers in Pilot Sites
11:30 - 12:00	Verification of Achievements
12:00 - 13:00	Lunch
13:00 - 14:00	Verification of Results in Terms of Five Evaluation Criteria
14:00 - 15:30	Discussion on Conclusions, Recommendations, and Lessons Learned
15:30 - 15:45	Coffee Break
15:45 - 16:15	Overall Evaluation
16:15 - 17:30	Questions

ANNEX-5

Achievement of the Project (based on PDM)
The Maternal and Child Health Improvement Project in North-East Brazil

NARRATIVE SUMMARY	OBJECTIVELY VERIFIABLE INDICATORS (OVIs)	MEANS OF VERIFICATION	ACTUAL PERFORMANCE OF OVIs
<p>Overall Goal The quality of maternal and child health services in North-East Brazil will be improved.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maternal mortality rate in North-East Brazil will be reduced. 2. Perinatal mortality rate in North-East Brazil will be reduced. 3. Cesarean section rate in North-East Brazil will be reduced. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health statistics from states of North-East Brazil (estimate based) 2. Health statistics from states of North-East Brazil 3. Health statistics from states of North-East Brazil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No data of maternal mortality rate in North-East Brazil 2. No data of perinatal mortality rate in North-East Brazil 3. Cesarean section rate in North-East Brazil Decreased from 25.3% (1996) to 20.1% (1998)
<p>Project Purpose The quality of maternal and child health services in the State of Ceara will be improved.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Levels of satisfaction among the population of the pilot areas in the State of Ceara in regard to maternal and child health services (especially on delivery and birth) will be increased as compared to the level prevailing at the beginning of the Project. 2. Levels of satisfaction among the maternal and child health care workers in the State of Ceara in regard to maternal and child health services (especially on delivery and birth) will be increased as compared to the level prevailing at the beginning of the Project. 3. The amount of time devoted to the birth and delivery period by maternal and child health care providers in the pilot areas of the Project will be increased compared to the levels prevailing at the beginning of the Project. 4. The rate of Cesarean section in the State of Ceara will be reduced as compared to the levels prevailing at the beginning of the Project. 5. Emergency Contraceptive Method in the Pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza will be implemented by the end of the Project. 6. Manual Vacuum Aspiration service for treatment of incomplete abortion will be implemented in the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza by the end of the Project. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey), direct observation and interviews 2. RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey) 3. RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey) 4. Health statistics of the States of Ceara 5. Statistics from the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza 6. Statistics from the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Levels of satisfaction among the population of the pilot areas in the State of Ceara were improved as compared to the level prevailing at the beginning of the Project. 2. Levels of satisfaction among the maternal and child health care workers in the State of Ceara were improved as compared to the level prevailing at the beginning of the Project. 3. The amount of time devoted to the birth and delivery period by maternal and child health care providers in the pilot areas of the Project were increased compared to the levels prevailing at the beginning of the Project. 4. The rate of Cesarean section in the State of Ceara was decreased from 25.9% (1996) to 22.9% (1998) 5. Emergency Contraceptive Method in the Pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza was implemented from October, 1996. 6. Manual Vacuum Aspiration service for treatment of incomplete abortion was implemented in the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza was implemented from May, 1998.

	<p>7. A service capable of implementing measures to prevent HIV vertical transmission will be established in the State of Ceara reference hospitals by the end of the Project.</p> <p>8. A promotion of condom use program will be established in the pilot areas and other part of Ceara by the end of the Project.</p>	<p>7. Statistics from the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza</p> <p>8. Project activities record (monthly sales data)</p>	<p>7. A service capable of implementing measures to prevent HIV vertical transmission in the reference hospitals was established in August, 1998.</p> <p>8. A promotion of condom use program was achieved with a stable increase of sales.</p>
<p>Outputs</p> <p>1. Levels of awareness, knowledge and technical abilities of maternal and child health care providers in the state of Ceara will be increased.</p>	<p>1.1 Over 50 trainers will be trained by the end of the Project.</p> <p>1.2 Over 70% of auxiliary nurses working in the pilot areas of the Project who take care of delivery and birth services will be trained by the end of the Project.</p> <p>1.3 Over 100 auxiliary nurses will be trained by the end of the Project.</p> <p>1.4 Over 100 doctors, 200 nurses and 300 auxiliary nurses (cumulative figures) will participate in seminars by the end of the Project.</p> <p>1.5 Over 70% of the doctors working in the pilot areas who could potentially be involved in handling pregnant women or deliveries will participate in seminars.</p> <p>1.6 Inner change among the participants of training which transforms "dehumanized culture of birthing" into "humanized childbirth" will be observed</p> <p>1.7 Over 80 obstetrical nurses will be trained by the end of the Project.</p> <p>1.8 Over 20 maternal and child health care providers will be trained in Emergency Contraception Method by the end of the Project</p> <p>1.9 Over 30 maternal and child health care providers will be trained in Manual Vacuum Aspiration method by the end of the Project.</p> <p>1.10 Over 100 maternal and child health care providers will be trained in prevention method of HIV vertical transmission by the end of the Project.</p>	<p>1.1 Project activities record (course report)</p> <p>1.2 Project activities record (course report)</p> <p>1.3 Project activities record (course report)</p> <p>1.4 Project activities record(course report)</p> <p>1.5 Project activities record (course report)</p> <p>1.6 RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey) and interview study</p> <p>1.7 Ceara State University and Federal University of Ceara statistics</p> <p>1.8 Project activities record (course report)</p> <p>1.9 Project activities record (course report)</p> <p>1.10 Project activities record (course report)</p>	<p>1.1 107 trainers were trained by December, 2000.</p> <p>1.2 85.7% of auxiliary nurses working in the pilot areas of the Project who take care of delivery and birth services were trained by December, 2000.</p> <p>1.3 298 auxiliary nurses were trained by December, 2000.</p> <p>1.4 265 doctors, 302 nurses and 582 auxiliary nurses (cumulative figures) were trained by December, 2000.</p> <p>1.5 61% of the doctors working in the pilot areas who could potentially be involved in handling pregnant women or deliveries participated in seminars by December, 2000.</p> <p>1.6 Inner change of the training course participants, which leads to the transformation from un-humanized culture of delivery and birth to that of humanized maternity care was observed.</p> <p>1.7 59 obstetrical nurses were trained by October, 2001.</p> <p>1.8 Over 20 maternal and child health care providers were trained in Emergency Contraception Method by December, 2000.</p> <p>1.9 Over 20 maternal and child health care providers were trained in Manual Vacuum Aspiration method December, 2000.</p> <p>1.10 Over 30 maternal and child health care providers were trained in prevention method of HIV vertical transmission by December, 2000.</p>

<p>2. The obstetric facilities of the hospitals in the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza will be improved in line with the concept of Humanized Maternity Care.</p>	<p>2.1 Satisfactory conditions in each facility in the following areas: (1) equipment set up and in working order, (2) LDR system installed and in working order, (3) ambient organization will be achieved by the end of the Project. 2.2 Public image of delivery and birth facilities will be more favorable.</p>	<p>2.1 Direct observation 2.2 RAP surveys (comparison of latest and 1997 survey) and interviews</p>	<p>2.1 Satisfactory conditions in the obstetric facilities were achieved 2.2 Public image of delivery and birth facilities was more favorable in 2000 as compared to the level prevailing at the beginning of the Project.</p>
<p>3. The concept of Humanized Maternity Care will be generally adopted throughout the State of Ceara.</p>	<p>3.1 Understanding of the concept of Humanized Maternity Care by managing authorities in municipalities throughout the State of Ceara will be increased. 3.2 Training courses in municipalities outside the pilot areas of the Project will be implemented without the involvement of Japanese experts. 3.3 Enough interest in the Project will be achieved in municipalities outside the Pilot areas of the Project so that inquiries concerning the Project activities will be received from those municipalities. 3.4 Media coverage of the Project will be increased.</p>	<p>3.1 List of the participants of International Seminar and interviews 3.2 Reports of the training programs 3.3 Records of telephone 3.4 Records of coverage by newspapers, magazines, TV and radio</p>	<p>3.1 The concept of Humanized Maternity Care was widely shared and adopted throughout the State of Ceara. Mayors and directors of health department of 65 among 184 municipalities in Ceara participated at International Conference in November 2000. 3.2 17 training courses in municipalities outside the pilot areas of the Project implemented without the involvement of Japanese experts 3.3 12 States were requested a support of JICA. 3.4 Media of 60 Japanese, 146 Portuguese and 3 English reported the Project.</p>

EVALUATION TABLE

The Maternal and Child Health Improvement Project in North-East Brazil

I. EFFICIENCY

EVALUATION POINT	POINT TO BE CHECKED	RESULTS OF EVALUATION	COMMENTS
1. Degree of achievement of Outputs?	1.1 To what extent has output 1(levels of awareness, knowledge and technical abilities of maternal and child health care providers in the State of Ceara will be increased) been achieved?	<ul style="list-style-type: none"> - Refer to the Achievement of the Project (Output 1) - It was almost achieved. 	<ul style="list-style-type: none"> - It was greatly achieved especially in the five pilot areas and the reference hospitals in Fortaleza. - Training of trainers (TOT) contributed to improve the level of awareness and knowledge of health professionals in the State of Ceara. - As a whole, output 1 was almost achieved. - It was achieved with significant impact on the improvement of maternal and child health services. - It was excellent. Sharing the concept of Humanized Maternity Care was one of the most valuable fruits brought by the Project. - The distribution of condoms were efficient. If comprehensive health education will be carried out, awareness and behavior towards STD prevention will be improved.
	1.2 To what extent has output 2(the obstetric facilities of the hospitals in the pilot areas of the Project and the State of Ceara reference hospitals in Fortaleza will be improved in line with the concept of Humanized Maternity Care) been achieved?	<ul style="list-style-type: none"> - Refer to the Achievement of the Project (Output 2) - It was achieved in satisfactory level. 	
	1.3 To what extent has output 3(the concept of Humanized Maternity Care will be generally adopted throughout the State of Ceara) been achieved?	<ul style="list-style-type: none"> - Refer to the Achievement of the Project (Output 3). - It was achieved to great extent. 	
	1.4 To what extent has output 4(awareness and behavior towards STD prevention of population in the State of Ceara will be improved) been achieved?	<ul style="list-style-type: none"> - Refer to the Achievement of the Project (Output 4). - It was almost achieved. 	
2. Have the timing, quality and quantity of inputs been necessary and sufficient to achieve four Outputs?	A. Japanese Side		
	2.1 Was the dispatch of experts timely and appropriate in terms of number of persons and level of each fields of specialization?	<ul style="list-style-type: none"> - Number of experts was relevant - Field of expertise was almost relevant. - Timing was relevant. - Cooperating term was relevant. - Competency of experts was relevant. 	<ul style="list-style-type: none"> - It was excellent. - In terms of the field of expertise of expert, necessity of a medical engineer was emphasized for better efficiency of development as well as maintenance of medical equipments such as LDR bed.
	2.2 Was the provision of machinery/equipment timely and appropriate in terms of volume, cost and degree of utilization?	<ul style="list-style-type: none"> - Timing was relevant. - Quality and quantity was relevant. 	<ul style="list-style-type: none"> - The provision of equipment was timely and appropriate in terms of volume, cost, and easiness of maintenance. Degree of utilization of equipment was relatively good.
	2.3 Was the training of C/P in Japan timely and appropriate in terms of number of persons and fields of specialization?	<ul style="list-style-type: none"> - Number and Contents of training were relevant. - Duration and timing of the training was relevant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contents of C/P training were excellent. - Number of C/P training participants should be increased. - Duration and timing of C/P training was excellent.

	<p>2.4 Was the local cost support of Japan appropriate?</p> <p>B. <u>Brazil Side</u></p> <p>2.5 Was the assignment of counterpart timely and appropriate in terms of number of persons and level of each fields of specialization?</p> <p>2.6 Was the maintenance conditions of provided equipment/facility appropriate?</p> <p>2.7 Was the project operation cost funded adequately by the Brazil side?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - It was appropriate. - Timing of assignment was appropriate. - Number was insufficient. - Ability of C/P was appropriate. - It was almost appropriate. - It was appropriate 	<ul style="list-style-type: none"> - The local cost support of Japan was appropriate. - Timing of assignment was satisfactory. - Number of counterparts in SESA to work with Japanese team was insufficient. - It was appropriate. - In general, it was appropriate - Problem of location of the project office (Japanese team requested to transfer it in SESA for better communication) was not solved.
3. Has the project supporting system functioned well?	<p>3.1 Did the Joint Coordinating Committee function?</p> <p>3.2 Was there good support from other concerned organization?</p> <p>3.3 Was there the linkage with other projects?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - It was appropriate - There were good supports from other concerned organization. It was appropriate - There was the linkage was with the other project 	<ul style="list-style-type: none"> - It was appropriate. The Joint Coordinating Committee was held once a year, functioning well to support the Project. - It was appropriate. There was good support from UNICEF, UNFPA and WHO - There was the linkage with other project such as " Viva Crianca (Child Health Program) " , " Viva Mulher (Women Health Program) , and " Family Health Program " .

II. EFFECTIVENESS

EVALUATION POINT	POINT TO BE CHECKED	RESULTS OF EVALUATION	COMMENTS
1. Degree of achievement of Project Purpose.	1.1 To what degree has Project Purpose(the quality of maternal and child health services in the state of Ceara will be improved) been achieved	<ul style="list-style-type: none"> - Refer to the Achievement of the Project (Project Purpose) - It was achieved. 	<ul style="list-style-type: none"> - It was fully achieved especially in the five pilot areas of the project and Fortaleza. Intensive activities for Training of trainers (TOT), seminars, workshops and International Conference held in November 2000 contributed to disseminate the concept the Humanized Maternity Care and improve the quality of maternal and child health services in the State of Ceara. As a whole, the project purpose was achieved.
2. Contributing factors	2.1 To what degree are each outputs contributed to the Project Purpose?	<ul style="list-style-type: none"> - Outputs related to the Humanized Maternity Care contributed to the achievement of the Project Purpose to a large degree 	<ul style="list-style-type: none"> - Outputs related to the Humanized Maternity Care contributed to the achievement of the Project Purpose to a large degree - Outputs on STD prevention produced basis for community participatory health education to improve not only the quality of maternal and child health services but also people's awareness on health
3. Inhibiting factors	3.1 What are factors inhibiting the Project Purpose to 4 outputs?	<ul style="list-style-type: none"> - There was some inhibiting factor 	<ul style="list-style-type: none"> - One of the inhibiting factors was resistance of some obstetricians and nurses

III. IMPACT

EVALUATION POINT	POINT TO BE CHECKED	RESULTS OF EVALUATION	COMMENTS
<p>1. Positive or negative effects of the project (Project Purpose Level)</p>	<p>1.1 What were expected positive effects of the project?</p> <p>1.2 What were unexpected positive effects of the projects?</p> <p>1.3 Are there any unexpected negative effects of the project?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Health professionals in other states in Brasil are increasingly interested in the activities of the project. As request for training is augmenting, the activities are extending all over the country. - The project contributed to the strengthening of a nationwide network. - The notion of "humanization" is disseminated to other countries, especially to other South American countries. - The project causes strong response of obstetricians. - No. 	<ul style="list-style-type: none"> - Health professionals in the State of Ceara had great satisfaction. - The confidence in "normal birth" increased. - The Ministry of Health commenced nationwide "humanization" projects. - Health professionals in other countries are interested in the project. - Volunteer groups were born to contribute to "humanization".
<p>2 Positive or negative effects of the project (Overall Goal Level)</p>	<p>2.1 What were expected positive effects of the project?</p> <p>2.2 Are there any unexpected negative effects of the project?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - The project had the Ministry of Health adopted a policy which promotes the nation of "humanization" not only to child/birth but also to the all areas of health. - No. 	

IV. RELEVANCE

EVALUATION POINT	POINT TO BE CHECKED	RESULTS OF EVALUATION	COMMENTS
1. Relevance of Overall Goal	1.1 Is the overall goal (The quality of maternal and child health services in North-East Brazil will be improved) still consistent with the policy of the Ministry of Health in Brazil?	- The overall goal is consistent with the current policy of the Ministry of Health in Brazil.	
2. Relevance of Project Purpose	2.1 Is the Project purpose "The quality of maternal and child health services in the State of Ceara will be improved" still consistent with the policy of the Ministry of Health in Brazil? 2.2 Dose the Project purpose still match the needs of Brazil's peoples?	- The Project purpose is consistent with the policy of the Ministry of Health in Brazil. - The Project purpose still match the needs of the Brazilian people.	
3. Relevance of Project design	3.1 Was the process and content of the Project planning appropriate?	- The content of the Project planning appropriate.	

V. SUSTAINABILITY

EVALUATION POINT	POINT TO BE CHECKED	RESULTS OF EVALUATION	COMMENTS
1. Organizational Sustainability	1.1 Is the Brazilian Government likely to continue policy support to the State of Ceara respectively?	- The Brazilian Government will continue support to the State of Ceara.	- Since the concept of humanized maternity care is widely shared and supported by the people, the essence of the Project will remain and be followed by the society of Ceara.
	1.2 Is administrative and operational system of Ceara State Secretariat of Health well organized?	- There is problems in administrative and operational system of the State of Ceara.	- SESA will organize regular meeting for better administrative system for sustainable development of the humanized maternity care
	1.3 Dose the state of Ceara have enough support by other concerned organization?	- It is not confirmed.	- It has been discussed to get support from other organizations.
2. Financial Sustainability	2.1 Is operating expenses securely acquired from the Federative Government?	- Results will be extracted from "workshop"	- Operating expenses will be acquired from the Federative Government.
	2.2 Is the official financial support guaranteed from State?	- All state governments are required to allocate 12% of the budget to health services by the year 2004, according to a federal law.	- The official financial support is partially guaranteed.
	2.3 Is the official financial support guaranteed from municipal?	- All municipal governments are required to allocate 15% of the budget to health services by the year 2004.	- The official financial support is partially guaranteed.
3. Material and technical Sustainability	3.1 Is the transferred technology properly utilized?	- The transferred technology is properly utilized, contributing to the improvement of quality of maternal and child health care.	
	3.2 Are the trained C/P appropriately posted?	- The trained C/P are appropriately posted	
	3.3 Dose the trained C/P remain at the State of Ceara?	- The trained C/P remain at the State of Ceara, being active to share what they acquired through training.	
	3.4 Are the facility and equipment well maintained?	- The facility and equipment are well maintained	

ANNEX 6-1

List of Japanese Experts Dispatched by JICA

Long Term Experts (Total 8 experts)

Name	Field	Duration
1. Dr. Kiyoshi HANEDA	Chief Advisor	1996.05.09-2001.03.31
2. Mr. Eiichi SAITO	Coordinator	1996.05.09-1997.05.08
3. Mr. Toru SADAMORI	Coordinator	1997.08.01-2001.03.31
4. Dr. Chizuru MISAGO	Epidemiology	1996.04.26-2000.09.03
5. Mr. Daisuke ONUKI	Health Education	1996.05.04-2001.03.31
6. Ms. Yae YOSHINO	Maternal and Child Health (Midwifery)	1997.05.22-1999.05.21
7. Ms. Taeko MORI	Maternal and Child Health (Midwifery)	1999.04.01-2001.03.31
8. Ms. Yayoi TAGUCHI	WID/Community Development	1998.04.01-2000.03.31

Short Term Experts (Total 33 experts)

JFY1996

Name	Field	Duration
1. Ms. Ritsuko AIKAWA	Nutrition	1996.07.01-1996.09.07
2. Ms. Kotoko SUZUKI	Maternal and Child Health	1996.07.15-1996.08.31
3. Ms. Minako ARAKI	WID	1996.08.05-1996.09.02
4. Dr. Takusei UMENAI	Health Policy	1996.11.04-1996.11.12
5. Mr. Kei MATSUDA	Audio Visual Technology	1997.03.08-1997.04.09
6. Ms. Miyuki FUJIWARA	Maternal and Child Health (Midwifery)	1997.03.12-1997.03.31

JFY1997

Name	Field	Duration
1. Dr. Shu MATSUKAWA	Anesthesiology	1997.08.11-1997.08.23
2. Dr. Kaoru MIYAKE	Obstetrics	1997.08.11-1997.08.22
3. Mr. Junichiro MATSUMOTO	Hospital Design	1997.09.26-1997.10.13
4. Mr. Kei MATSUDA	Audio Visual Technology	1997.10.02-1998.02.01
5. Ms. Taeko MORI	Maternal and Child Health (Midwifery)	1998.02.07-1998.02.23
6. Mr. Yoshinori IKEZUMI	Health Education	1998.02.26-1998.03.22
7. Ms. Miyuki FUJIWARA	Maternal and Child Health (Midwifery)	1998.03.05-1998.04.05
8. Ms. Tsuyako NAGASE	Maternal and Child Health (Midwifery)	1998.03.05-1998.04.05
6. Dr. Takusei UMENAI	Health Policy	1997.03.01-1997.03.29

JFY1998

Name	Field	Duration
1. Dr. Nobuaki HAMAGUCHI	Health Economics	1998.06.14-1998.07.05
2. Mr. Junichiro MATSUMOTO	Hospital Design	1998.06.20-1998.07.11
3. Ms. Miyuki FUJIWARA	Maternal and Child Health (Midwifery)	1998.07.11-1998.08.15
4. Ms. Kazuko SAKO	Maternal and Child Health (Midwifery)	1998.08.01-1998.08.22
5. Dr. Kaoru MIYAKE	Obstetrics	1998.08.01-1998.08.15
6. Ms. Taeko MORI	Maternal and Child Health (Midwifery)	1998.09.02-1998.11.02
7. Dr. Shigeko HORIUCHI	Maternal and Child Health (Midwifery)	1998.12.05-1998.12.20
8. Ms. Hiroko YAMAZAKI	Audio Visual Technology	1999.01.21-1999.03.10
9. Ms. Naomi IGARASHI	Maternal and Child Health (Midwifery)	1999.03.05-1999.03.22
10. Dr. Takusei UMENAI	Health Policy	1999.03.20-1999.03.31

JFY1999

Name	Field	Duration
1. Mr. Yoshinori IKEZUMI	Health Education	1999.05.11-1999.05.28
2. Ms. Miyuki FUJIWARA	Maternal and Child Health (Midwifery)	1999.05.20-1999.10.24
3. Ms. Kazuko SAKO	Maternal and Child Health (Midwifery)	1999.08.07-1999.09.13
4. Ms. Kyoko SHIMAZAWA	Maternal and Child Health (Midwifery)	1999.08.07-1999.09.13
5. Ms. Sakae KIKUCHI	Maternal and Child Health (Maternity Coordinator)	1999.09.01-2000.02.14
6. Ms. Michiyo AKAYAMA	Maternal and Child Health (Midwifery)	2000.01.24-2000.02.28

JFY2000

Name	Field	Duration
1. Ms. Miyuki FUJIWARA	Maternal and Child Health (Midwifery)	2000.05.31-2000.11.29
2. Ms. Kazuko SAKO	Maternal and Child Health (Midwifery)	2000.07.21-2000.08.28
3. Ms. Sakae KIKUCHI	Maternal and Child Health (Maternity Coordinator)	2000.09.01-2000.11.29
4. Dr. Takusei UMENAI	Health Policy	2000.10.27-2000.11.10
5. Dr. Shigeko HORIUCHI	Maternal and Child Health (Midwifery)	2000.10.30-2000.11.06

ANNEX 6-2

List of Brazilian Counterpart Personnel
who participated in training program in Japan (Total 17 counterparts)

JFY1995

Name	Field	Duration
1. Dr. Anastacio de Queiroz SOUZA	Maternal and Child Health	1996.03.23-1996.04.07
2. Dr. Telma Regina B.S. de SOUZA	HIV	1996.05.12-1996.07.11

JFY1996

Name	Field	Duration
1. Dr. Francisca M.O. de Andrade	Maternal and Child Health	1997.03.03-1997.03.14
2. Dr. Jocileide Sales CAMPOS	Maternal and Child Health	1997.03.03-1997.03.14

JFY1997

Name	Field	Duration
1. Dr. Dirlene M.I. da SILVEIRA	Maternal and Child Health	1997.06.03-1997.06.20
2. Dr. Jose Batista Cisne TOMAZ	Public Health	1997.06.03-1997.06.20
3. Dr. Francisco HOLANDA Jr.	Maternal and Child Health	1997.10.19-1997.11.09

JFY1998

Name	Field	Duration
1. Ms. Aldenira Lopes FONTELES	Nursing	1998.05.12-1998.07.11
2. Ms. Silveira Isolda PEREIRA	Nursing	1998.05.12-1998.07.11
3. Ms. Bezerra Alzira Maria FERRO	Nursing	1998.05.12-1998.07.11
4. Dr. Sandra Marcia Pereira de ALUBUQUERQUE	Maternal and Child Health	1999.03.02-1999.04.03

JFY1999

Name	Field	Duration
1. Prof. Josefa Vieira de Lima	Education of Nursing	1999.10.01-1999.12.01
2. Ms. Maria Regina de Freitas	Nursing	1999.10.01-1999.12.01
3. Ms. Maria Gorette A. Bezerra	Nursing	1999.10.01-1999.12.01

JFY2000(Prospected)

Name	Field	Duration
1. Dr. Silvio C.R. de Freitas	Maternal and Child Health	2001.1.21-2001.03.17
2. Ms. Ineida M.C. Sales	Nursing	2001.1.21-2001.03.17
3. Ms. Angela M. S. Uchôa	Nursing	2001.1.21-2001.03.17

ANNEX 6-3-1

List of Equipment Donated by JICA

JFY1996

Total Amount: R\$262,685.39
Approximately 29,409,000 Yen

Vehicle

Computer

Printer

Copy machine

Obstetric training model

Resuscitation training model

Others

JFY1997

Total Amount: R\$426,803.60
Approximately 40,757,000Yen

Pulse Oximeter

Electro Cardiography

HIV Test Kit

Incubator

Respirator

LDR Bed

Others

JFY1998

Total Amount: R\$472,864.54
Approximately 27,365,000 Yen

Ultrasonography

Incubator

Kit for Infant Resuscitation

Fetal Monitor

Pick-Up Truck

Others

JFY1999

Total Amount: R\$544,478.20
Approximately 33,840,000 Yen

Infant Warmer
Pulse Oximeter
Fetal Monitor
LDR Bed
Educational Material Kit
Others

JFY2000

Total Amount: R\$257,055.23 (Prospected Value)
Approximately 14,398,000 Yen

Pulse Oximeter
LDR Bed
Educational Material Kit
Others

Total in 5 years	R\$	1,963,886.96
	Yen	145,769,000.00

Annex 6-3-2
Donated Equipment List

Name of Equipment	JFY96		JFY97		JFY98		JFY99		JFY2000	
	Quantity	Sub Total Price	Quantity	Sub Total Price	Quantity	Sub Total Price	Quantity	Sub Total Price	Quantity	Sub Total Price
Respirator	0	R\$ 0.00	3	R\$ 30,975.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Transport Incubator	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	4	R\$ 45,551.16	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Incubator	0	R\$ 0.00	11	R\$ 66,426.40	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Infant Warmer	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	2	R\$ 6,875.82	10	R\$ 34,379.10	0	R\$ 0.00
Fetal Monitor	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	4	R\$ 48,472.80	2	R\$ 26,725.80	0	R\$ 0.00
Ultra Sound Monitor	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	1	R\$ 49,900.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Pulse Oximeter	0	R\$ 0.00	13	R\$ 33,228.00	0	R\$ 0.00	10	R\$ 46,990.00	5	R\$ 22,210.00
Electro Cardiography	0	R\$ 0.00	7	R\$ 34,678.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Stethoscope	0	R\$ 0.00	0	R\$ 5,000.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Portable Fetal Monitor (Doppler)	10	R\$ 3,090.00	0	R\$ 0.00	150	R\$ 33,780.00	300	R\$ 63,492.00	50	R\$ 12,154.50
Fetal Monitor (Doppler)	10	R\$ 3,790.00	30	R\$ 9,420.00	150	R\$ 40,000.00	300	R\$ 73,203.00	0	R\$ 0.00
Sphygmomanometer	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	200	R\$ 17,400.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Blood Sugar Analyzer	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	10	R\$ 2,180.00	0	R\$ 0.00
LDR Bed Kit	0	R\$ 0.00	25	R\$ 113,670.00	40	R\$ 138,000.00	30	R\$ 109,898.70	0	R\$ 0.00
LDR Bed (Electronically) Kit	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	20	R\$ 98,219.80	30	R\$ 174,172.80
Aspirator	0	R\$ 0.00	15	R\$ 7,350.00	0	R\$ 0.00	10	R\$ 9,255.90	0	R\$ 0.00
Phototherapy Equipment	0	R\$ 0.00	3	R\$ 4,519.80	0	R\$ 0.00	10	R\$ 13,448.70	0	R\$ 0.00
Surgical Light	0	R\$ 0.00	15	R\$ 3,825.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Colposcope	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	2	R\$ 2,380.00	0	R\$ 0.00
Disposable Material Maker	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	2	R\$ 7,130.76	0	R\$ 0.00	1	R\$ 4,580.43
CD Player	7	R\$ 1,491.00	0	R\$ 0.00	10	R\$ 1,889.00	50	R\$ 12,950.00	0	R\$ 0.00
TV/VIDEO	1	R\$ 1,738.26	0	R\$ 0.00	9	R\$ 6,397.00	5	R\$ 3,590.00	0	R\$ 0.00
Educational Material Kit	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	40	R\$ 35,000.00	50	R\$ 43,937.50
OHP	2	R\$ 1,064.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Direct Projector	1	R\$ 3,850.00	0	R\$ 0.00	2	R\$ 11,676.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Slide Projector	2	R\$ 1,260.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Flash	3	R\$ 222.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Camera	3	R\$ 2,121.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Obstetric Training Model	10	R\$ 30,900.00	5	R\$ 5,865.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Resuscitation Training Model	4	R\$ 16,852.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Infant Resuscitation Training Model	0	R\$ 0.00	10	R\$ 13,650.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Kit for Infant Resuscitation	6	R\$ 5,293.20	20	R\$ 18,705.60	20	R\$ 18,200.00	10	R\$ 9,640.20	0	R\$ 0.00
Pipette	0	R\$ 0.00	16	R\$ 9,348.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Freezer	0	R\$ 0.00	2	R\$ 1,398.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Refrigerator	2	R\$ 2,680.00	2	R\$ 3,060.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
HIV Antibody Test Kit	0	R\$ 0.00	2type	R\$ 31,096.80	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Microscope	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	1	R\$ 3,125.00	0	R\$ 0.00
Washing Machine	1	R\$ 729.93	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Air Conditioner	4	R\$ 2,780.00	0	R\$ 0.00	7	R\$ 4,795.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Hospital Bed	10	R\$ 3,680.00	10	R\$ 5,900.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Gynecological Examination Bed	1	R\$ 1,230.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
No Break	0	R\$ 0.00	8	R\$ 2,080.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Laser Printer	2	R\$ 3,300.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
FAX	1	R\$ 660.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Matrix Printer	2	R\$ 1,310.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Computer Soft	2	R\$ 955.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Computer	5	R\$ 19,239.00	12	R\$ 22,858.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Copy Machine	1	R\$ 20,000.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Scan Printer	1	R\$ 23,000.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Ink Jet Printer	0	R\$ 0.00	10	R\$ 3,750.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Color Laser Printer	1	R\$ 15,450.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
4WD Vehicle	2	R\$ 96,000.00	0	R\$ 0.00	1	R\$ 42,797.00	0	R\$ 0.00	0	R\$ 0.00
Total	JFY96 Total=	R\$ 262,685.39	JFY97 Total=	R\$ 426,803.60	JFY98 Total=	R\$ 472,864.54	JFY99 Total=	R\$ 544,478.20	JFY2000 Total (Prospected)=	R\$ 257,055.23

JFY:Japanese Fiscal Year (From April to March)

ANNEX 6-4

List of Technical Equipment for Experts

JFY1996-JFY2000

Total Amount: Approximately 16,552,000 Yen

Computer

Printer

Video

Camera

Book

Educational Material

Obstetric training model

Resuscitation training model

Others

(Obs. Those equipments will be donated in termination of the project.)

ANNEX 6-5
Local Cost Support by JICA

<i>Description</i>	<i>JFY1996</i>	<i>JFY1997</i>	<i>JFY1998</i>	<i>JFY1999</i>	<i>JFY2000</i>	<i>Total(¥)</i>
Project Management Cost	¥3,576,000 US\$32,166.28	¥7,425,000 R\$ 65,672.26	¥5,620,000 R\$ 47,434.21	¥5,570,000 R\$ 93,910.68	¥5,745,000 R\$ 94,398.45	¥27,936,000
Promotional/Educational Cost	¥2,346,000 US\$21,269.27	¥4,767,000 R\$ 42,136.19	¥3,686,000 R\$ 31,281.11	¥3,945,000 R\$ 64,693.26	¥5,641,000 R\$ 91,621.29	¥20,385,000
Grass Root Promotion Program Cost			¥1,697,000 R\$ 14,020.65	¥1,307,000 R\$ 20,998.67	¥3,228,000 R\$ 53,267.23	¥6,232,000
Mid Level Personnel Training Cost			¥7,000,000 R\$ 68,266.27	¥5,600,000 R\$ 80,000.00	¥4,289,000 R\$ 68,378.32	¥16,889,000
Maternity Waiting Home Construction Cost		¥3,825,000 R\$ 33,400.50				¥3,825,000
Audio Visual Educational Material Production Cost			¥2,100,000 R\$ 17,530.69			¥2,100,000
Exchange Mission Cost				¥1,200,000 R\$ 19,000.00		¥1,200,000
International Conference Cost					¥4,789,000 R\$ 77,410.00	¥4,789,000
Total(¥)	¥5,922,000	¥16,017,000	¥20,103,000	¥17,622,000	¥23,692,000	¥83,356,000

JFY2000 is prospected value.

ANNEX 7-1) MCH Indicator Change in Project Period
MATERNITY AND CHILD HEALTH INDICATOR
CHANGE IN PROJECT PERIOD

NEONATAL MORTALITY RATE

Year	Brazil	Northeast Region	State of Ceará	
1995	28.9	-	35.0	49.6
1996	25.6	-	37.4	45.6
1997	23.6	-	32.0	39.6
1998	22.7	-	29.7	38.9
1999	-	-	-	36.6
Source	SIN/SINASC		SIM/SINASC	SIAB

Mortality rate per 1,000 childbirth

MATERNAL MORTALITY RATE

Year	Brazil	State of Ceará
1995	47.7	93.9
1996	42.5	95.1
1997	51.6	81.6
1998	-	94.0
1999	-	82.4
Source	SIM	CEVIG/SESA

Mortality rate per 100,000 childbirth

PERINATAL MORTALITY RATE

Year	Brazil	Northeast Region	State of Ceará
1996	11.3	8.1	10.6
1997	29.4	33.8	30.1

Source: IDP Brazil 97/98

Mortality rate per 1,000 childbirth

CESAREAN SECTION RATE

Year	Brazil	Northeast Region	State of Ceará
1996	41.0	25.3	25.9
1997	40.0	25.0	24.0
1998	28.4	20.1	22.9

Source: IDP Brazil 97/98

ANNEX 7-2) Study Result of RAP in 1997 and 2000

Aim of the study

To know the situation of maternal and child health, especially focused on delivery and childbirth in 5 municipalities in the State of Ceara, Brazil.

To develop data for program planning implementation and evaluation in pilot municipalities of Project LUZ.

FINAL RAP English

Study Design

Self-controlled experimental study ("Before and After" Design)

Compare the delivery and childbirth situation in 5 municipalities in the State of Ceara before and after project intervention activities.

FINAL RAP English

Study Method (1)

RAP (Rapid Anthropological Assessment Procedure)

Rather than a single survey instrument, the RAP systematically collects both qualitative and quantitative research using a mix of research guides and survey instruments and other approaches.

Developed by medical anthropologists in 1980's.

FINAL RAP English

Study method (2)

Characteristics of RAP

Used both qualitative and quantitative methods;

Results used for service improvement;

Interviewers trained especially to be skilled in qualitative data collection;

6 weeks of field work;

Rapid analysis and feedback.

FINAL RAP English

Study instruments

Community guide:

Semi-structured interviewed guide for women / men who had experienced childbirth in last 2 years, , health professionals, TBAs.

Direct observation guide for childbirth.

Check list for human resources and service supply.

Interview guide for maternal and neonatal death (verbal autopsy guide).

FINAL RAP English

Study results from the first survey in 1997

279 interviews and observations;

Low interests in women's health;

Inadequate facilities, inappropriate care and uncomfortable deliveries:

Disorganized obstetric services;

Disparity between state official records of maternal deaths and neonatal deaths, and those reported from the community search;

FINAL RAP English

Discussion/Suggestion from the first survey (1997)

"a culture of birthing" - shared by physicians, nurses and mothers - which is resigned to poor quality and poor outcomes.

Focus of the project :

"Humanized maternity care"

Improving normal labor

Information System

Enhance care and referral of premature neonate

FINAL RAP English

"Humanized Maternity Care"

Lancet 354;9187:1391-1392, 1999

is fulfilling and empowering both to women and to their care providers;
promotes active participation and decision making of women in all aspects of their own care;
is provided by physicians and non-physicians working together in harmony;

FINAL RAP English

"Humanized Maternity Care"

(2) *Lancet 354;9187:1391-1392, 1999*

is Evidence based, including technology;
is a decentralised system of birth attendants and institutions with priority to community-based primary care;
is with cost-benefit analysis for financial feasibility.

FINAL RAP English

Intervention activities in pilot municipalities in 1997-2000

Conceptualization and dissemination of "Humanization of childbirth"

Training for "Humanization of childbirth" using participatory method

In-service training for auxiliary nurses, nurses, medical doctors and other hospital workers.

TOT (Training for trainers)

Supervision after training

Provision of essential obstetric equipment

FINAL RAP English

Study results from the second survey in 2000

354 interviews and observations;
Improvement in quality of obstetric care.

Experience of personal transformation;
Increased interests in childbirth at local institution

Disparity between state official records of maternal deaths and neonatal deaths, and those reported from the community search.

FINAL RAP English

Recommendations

From "Dehumanized culture of birthing" to "Humanized childbirth as an experience of transformation"

A new direction of Safe Motherhood Strategy using "Humanization" as a key word.

Sustainability of Project LUZ:

Networking

NGO based training program

FINAL RAP English

Tabela. PRINCIPAIS ÁREAS DE IMPACTO DO TREINAMENTO DETECTADAS NA ANÁLISE QUALITATIVA

EXPRESSÃO DAS MUDANÇAS INTERNAS A NÍVEL INDIVIDUAL (PESSOAL E PROFISSIONAL)	MUDANÇAS NAS RELAÇÕES INTER-PESSOAIS, NA PERCEPÇÃO DA EXISTÊNCIA DE UMA EQUIPE MUDANÇAS NA VISÃO DA COLETIVIDADE RECONHECIMENTO PROFISSIONAL E AUTO-ESTIMA	MUDANÇAS NA CULTURA DO PARTO E NASCIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Processo de conscientização cujos efeitos ultrapassam a fronteira profissional • Impacto no crescimento individual como um todo • Reforço do carácter humano e espiritual • Reforço do poder pessoal e da auto-confiança • Reforço da auto-estima e aumento da influência pessoal como profissional • Recompensa profissional, satisfação pessoal e valorização perante a comunidade • Reflexão sobre a existência de um compromisso profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção da assistência ao parto como um trabalho de equipe • Informação e mudanças nas relações interpessoais e hierárquicas • Influência das transformações pessoais no trabalho em equipe • Informação, auto-reflexão e o repensar a prática profissional • Auto reconhecimento do valor profissional • Percepção social e política da assistência prestada • Aumento na credibilidade e confiança da população • A preocupação com o ambiente e consciência de seu potencial no desenvolvimento do parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço da mulher como figura central e ativa no parto • Utilização e incentivo as técnicas alternativas • Paciência e observação no lugar da tecnologia e intervencionismo • Ambiente influenciando a evolução e experiência do parto
NARRATIVAS 1	NARRATIVAS 2	NARRATIVAS 3
<p><i>"Após o curso, senti um desejo muito grande de engravidar novamente, senti a necessidade de vivenciar todas essas práticas....Eu quero ter uma gravidez desmistificada.."</i></p> <p><i>"voltei-me mais para o lado espiritual e procuro ajudar mais os outros. Depois do curso, passei a estar mais voltada para a atenção a gestante e me senti muito bem em poder ajudá-las, em estar junto delas".</i></p> <p><i>Hoje procuro refletir melhor sobre minhas ações, procuro ler mais sobre espiritualidade, tiro momentos diários para reflexão, fico em silêncio, relaxo e penso no que pode melhorar".</i></p> <p><i>"Ele me fez crescer muito como pessoa. Se não tivesse feito o curso, não sei como estaria hoje a minha conduta profissional."</i></p> <p><i>Quando estou dando assistência, tenho um "sentimento de fraternidade e carinho que não sei como definir melhor".</i></p> <p><i>" uma fonte de alegria muito grande saber que está crescendo como profissional".</i></p> <p><i>"me emociona muito quando vejo a carência de afeto das pacientes. Fico muito emocionada em saber que posso</i></p>	<p><i>"passei a ter cuidado para não ofender as pessoas, a ter mais cuidado no que falo e compreender melhor as pessoas. Hoje tenho uma visão melhor das coisas das pessoas. "</i></p> <p><i>"hoje, trabalho o lado profissional e emocional juntos e isso melhora o desempenho de toda a equipe".</i></p> <p><i>fornecer conhecimento a mulher faz parte de um despertar como profissional para a compreensão e melhor entendimento do que seja trabalhar em equipe multidisciplinar"</i></p> <p><i>"com relação aos colegas de trabalho, mudei bastante porque antes me consideravam muito estressada. Hoje, fiquei mais calma, tenho mais paciência com o trabalho e com os colegas"</i></p> <p><i>As falhas ainda ocorrem, mas a equipe de enfermagem trabalha com mais segurança."</i></p> <p><i>"a partir do primeiro módulo do T.O.T despertei para estar mais unida ao outro, para buscar maior compreensão sobre mim e a respeito do outro, passei a refletir melhor sobre todos os aspectos de minha vida pessoal e profissional ... recebia uma bagagem teórica e espiritual muito grande ...</i></p>	<p><i>"devemos fornecer conhecimento que a mulher busca A participação efetiva dela no processo de nascimento"</i></p> <p><i>" porque sabe que o momento do parto é um momento muito difícil na vida da mulher e a mulher que vai ter o bebê deve ser tratada com carinho, que precisa estar bem emocionalmente".</i></p> <p><i>"antes eu prestava uma assistência técnica, científica, mecanicista mas hoje, ... faço cursos de gestante com preparação para o parto, onde a mulher toma conhecimento das técnicas. Oriente sobre a importância da posição vertical na hora do parto e da importância da mulher ser ativa durante o trabalho de parto"</i></p> <p><i>"passei a entender que a gestante precisa de carinho, amor e segurança para que tenha um parto feliz, ela precisa estar cheia de sentimentos bons."</i></p> <p><i>quando estou de plantão abandono tudo para fazer companhia à mulher, faço massagens, acaricio, procuro lhe ouvir, conversar, rezo junto com a mulher, banho, ajudo no que for necessário.</i></p> <p><i>"dou banho, penteio os cabelos, passo perfume para ela ficar bem bonita e cheirosa."</i></p>

<p><i>ajuda-las, sinto-me muito útil. Antes eu via a enfermeira com menos utilidade na sala de parto. Hoje percebo que sua presença é essencial e de fundamental importância na prestação de uma assistência de qualidade à parturiente."</i></p> <p><i>"Mesmo quando é preciso fazer uma cesárea, elas querem ficar aqui e sinto mais útil, mais seguro e sei que estou ajudando a quem está precisando de mim. Antes eu já fazia alguma coisa, mas depois do curso, esta consciência aumentou e sinto-me mais responsável por eles."</i></p> <p><i>"É uma felicidade interior que não sei como medir. Fico a sorrir muito quando chega alguma mulher porque sei que vou ser útil a alguém naquele dia fazendo o que mais gosto de fazer."</i></p> <p><i>"Humanização do parto para mim é uma decisão interior de todos que fazem a obstetrícia em apoiar, orientar, tratar com carinho, respeito e liberdade aquela que vai dar a luz, ao que vai nascer, seus familiares e amigos."</i></p> <p><i>"Hoje, as pessoas me vêem de outra forma. Mudei para melhor. Percebi a importância do que é a gravidez, e descobri as pessoas como elas são. Passei a vê-las como um ser humano, dando o devido valor. Descobri que preciso fazer a minha parte, independente da remuneração recebida."</i></p>	<p><i>Me despertou o desejo de manter um grupo de discussão que se reunisse com certa frequência para falar sobre as mudanças positivas ocorridas "</i></p> <p><i>"Eles confiam muito no nosso trabalho. Antes tínhamos 30 partos por mês e hoje estamos com uma média de 100 partos por mês."</i></p> <p><i>"As coisas fluem bem, o trabalho transcorre normalmente, o tempo passa rápido e as clientes ficam pedindo mais exercícios, mais massagens. Não é uma atividade cansativa para elas. Nós vemos o retorno da nossa clientela."</i></p> <p><i>"Procuo ver o físico da mulher, dou assistência física, emocional, psicológica e social. A gente não vê só o nascimento em si, mas vê toda a questão social. Às vezes a criança nasce e não tem nenhuma fralda para ir para casa. Essa mãe não pode estar alegre."</i></p> <p><i>Resgate à cidadania" apareceu em duas entrevistas. Uma outra entrevistada coloca que humanização do parto "é você tratar com respeito e oferecer oportunidade da mulher usufruir dos direitos dela como cidadã."</i></p>	<p><i>"É uma idéia nova que deveria ter sido antiga. Hoje tentamos refazer essa idéia e procuramos aproximar a família da mulher. Esquecer essa idéia que o acompanhante trás infecção. O bebê que vai nascer precisa estar ligado à sua família logo ao nascer. A presença dos familiares nos deixa muito feliz."</i></p> <p><i>"No atendimento pré-natal estou mais carinhosa, dou mais atenção e observo melhor aquelas que falam pouco e procuro estimulá-las à participação nos grupos"</i></p> <p><i>A mulher precisa sentir-se importante em receber mais amor e carinho num momento tão especial para ela... A participação ativa da mulher no seu trabalho de parto, faz com que esta deixe de ser "paciente" que fica o tempo inteira deitada, para ser uma personagem importante tornando-se conhecedora do seu próprio corpo".</i></p> <p><i>"coisas tão simples como um simples toque, uma carícia, um afago podia ser feito e não era. Foi necessário que acontecesse um curso para chamar à atenção e despertar para a realização do trabalho humanizado".</i></p> <p><i>Aprendi a conversar com a mulher a chegar mais perto, como tocá-la, como observar". ... saber esperar e observar, ter paciência para que o bebê nasça sem muita ... Às vezes a gente faz um parto sem a realização de nenhum toque vaginal."</i></p> <p><i>"Eu me sinto uma pessoa super humana ... É uma maneira de trabalho de forma linda, bonita de assistir a mulher sem intervenção mecânica".</i></p> <p><i>"eu estou evoluindo, sei que a parte mais difícil é a mudança de conduta. Mas sinto que mudei muito, que melhorei minha assistência prestada a gestante. É necessário que a gente desça do pedestal de médico para prestar melhor qualidade de assistência a gestante. Eu estou bem mais próximo da mulher."</i></p> <p><i>"a arrumação da sala de parto buscando que o ambiente fique parecido ao máximo com o ambiente domiciliar é uma forma de relaxar a mulher."</i></p> <p><i>"procuro manter um ambiente tranquilo, na penumbra, musicado e utilizo todas as técnicas alternativas e instrumentos para tornar o momento do parto mais "prazeroso".</i></p>
--	---	--

ANNEX - 7 - 3 Training courses and seminars implemented in Project Period

Year	The number of participants of training			
	Nurse	Auxiliary Nurse	Doctor	Other
1997		80		
1998	46	104	26	38
1999	75	104	33	43
2000	55	10	24	
Total	176	298	83	81

Year	The number of participants of seminars			
	Nurse	Auxiliary Nurse	Doctor	Other
1997	270	135	81	
(Included National Conference)				
1998	32	0	26	12
1999	149	61	61	136
2000	131	106	97	181
Total	582	302	265	329

The number of participants in the training implemented without the involvement of Japanese experts				
Year	Nurse	Auxiliary Nurse	Doctor	Other
2000	118	235	60	342

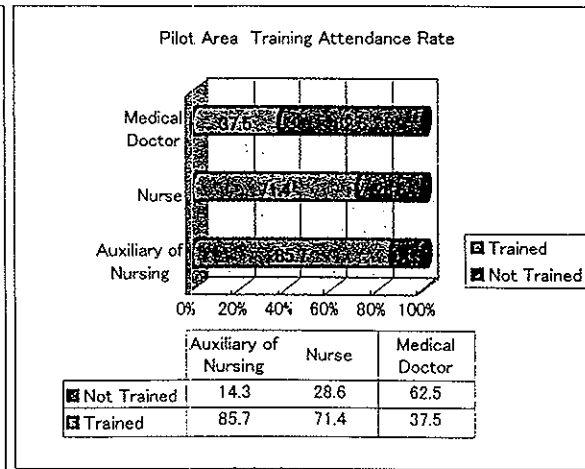
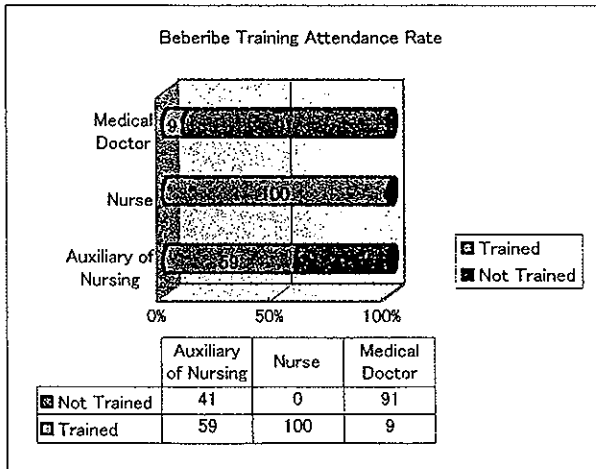
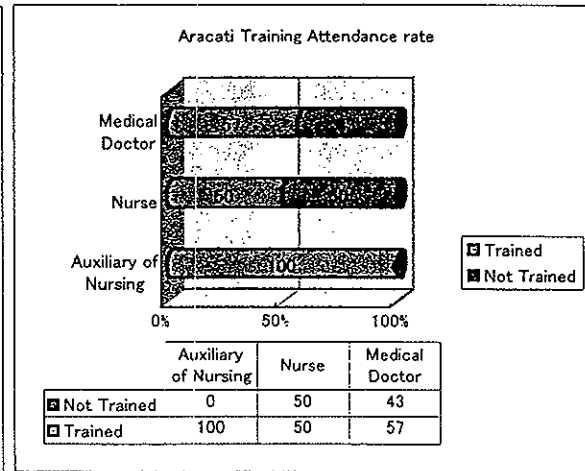
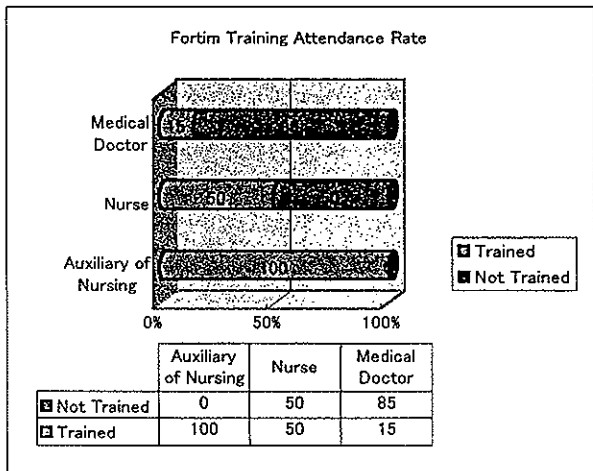
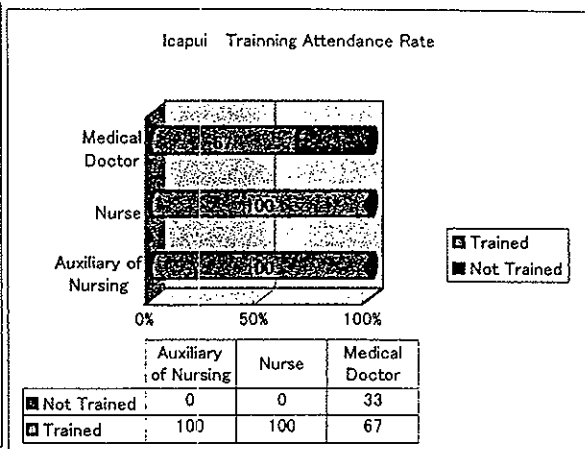
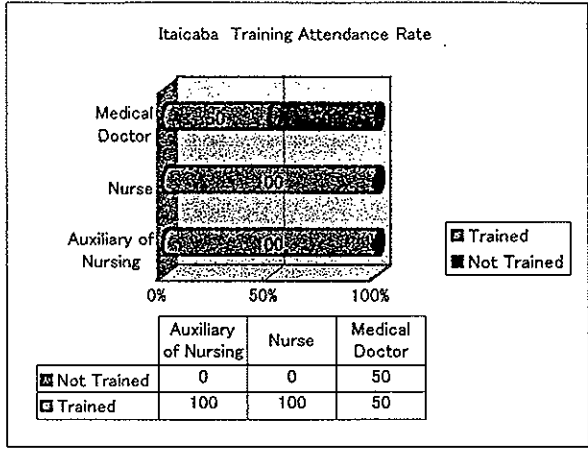
Year	The number of training courses and seminars			
	Training course	Seminar	training without the Japanese experts	TOT
1997	2	18		
1998	10	2		1
1999	14	4		1
2000	12	12	17	2
Total	38	36	17	4

The number of municipalities in Ceara and states in Brazil trained outside the pilot areas of the Project

Year	Municipalities in Ceara	Other state
1997		
1998	2	
1999	16	4
2000	9	1
Total	27	5

ANNEX-7-3

Training courses and seminars implemented in Pilot Area



ANNEX 7-4
The Present Status of Installation of Facilities and Equipments

<i>Name of Municipality / Institution</i>	<i>Pilot Area</i>					<i>Main Hospitals in Fortaleza</i>		
	<i>Aracati</i>	<i>Beberibe</i>	<i>Itaíçaba</i>	<i>Icapui</i>	<i>Fortim</i>	<i>MEAC</i>	<i>HGCC</i>	<i>HGMM</i>
Introduction of the LDR system	Not yet	Partially	○	○	Partially	○	Partially	Not yet

EQUIPMENT

LDR Bed	○	○	○	○	○	○	○	○
Fetal Monitor (Doppler)	○	○	○	○	○	○	○	○
Sphygmomanometer	○	○	○	○	○	○	○	○
CD Player	○	○	○	○	○	○	○	○
Incubator / Infant Warmer	○	○	○	○	○	○	○	○
Fetal Monitor (Cardiotocography)	○	Not Necessary	Not Necessary	Not Necessary	Not Necessary	○	○	○
Pot for Water/Tea/Juice	○	○	○	○	○	○	○	○

ENVIRONMENT

Beautification of Environment (e.g. : Picture, Poster, Photo, etc.)	○	○	○	○	○	○	○	○
Beautification of Linen Goods	○	○	○	○	○	Not yet	Not yet	Not yet
Respect for privacy (e.g. : Curtain)	○	○	○	○	○	○	○	○
Environment music	○	○	○	○	○	○	○	○

ANNEX 7-5

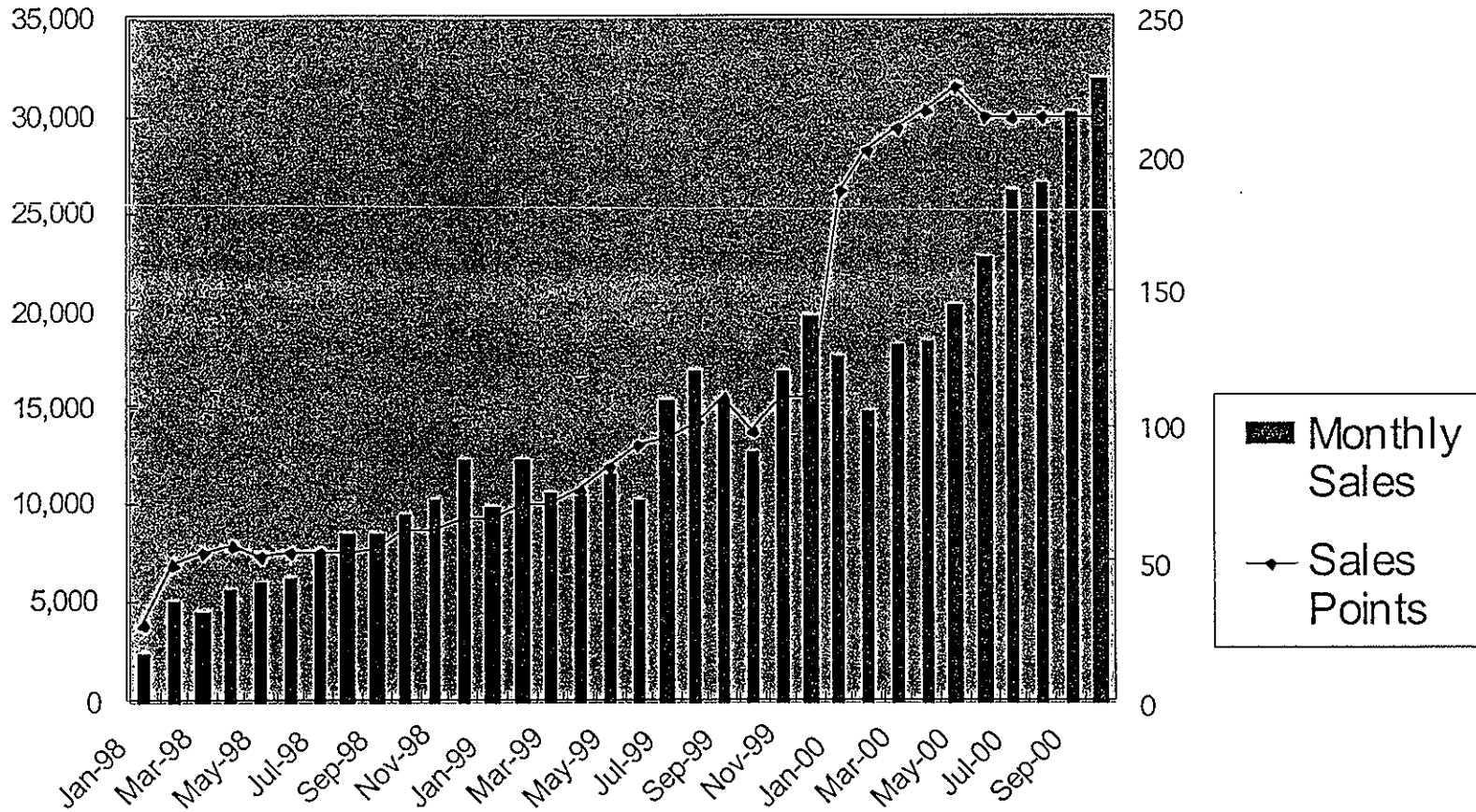
Humanized care model adopted since 1997 in
Gonzaga Mota de Messejana Distrital Hospital

A symbolic case of effective implementation in municipal referral hospital by trained health professionals

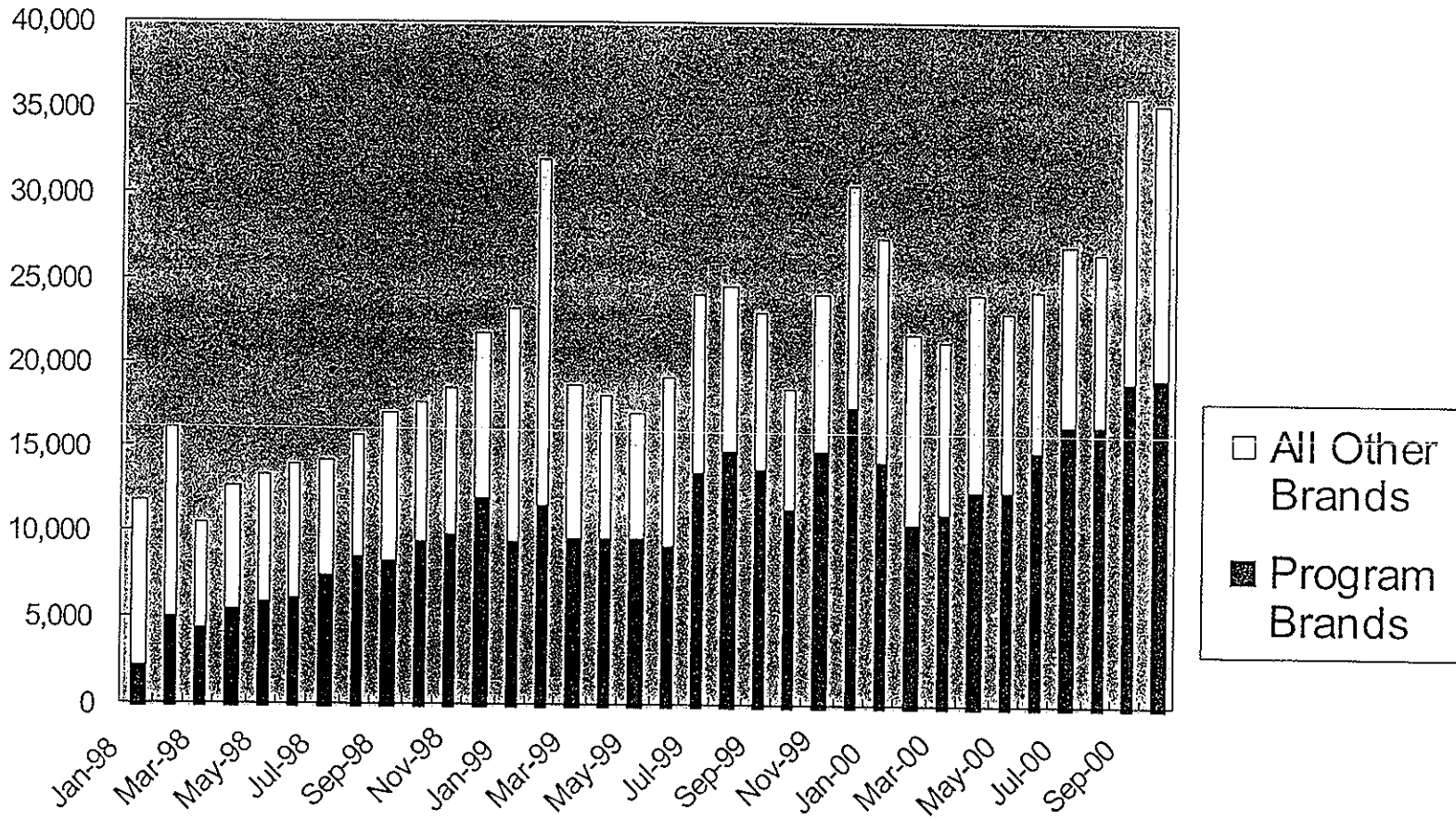
PRACTICE YEAR	Withholding food and drink	Episiotomy	Shaving	Oxytocin use	Enema
1996	73.3%	56.6%	83.3%	30.0%	66.6%
1997	75.0%	42.8%	46.4%	25.1%	32.1%
1998	60.7%	60.7%	64.2%	28.5%	46.4%
1999	43.3%	30.0%	46.6%	16.6%	23.3%
2000	30.8%	23.5%	3.3%	16.6%	0.0%

ANNEX-8 Condom Revolving Fund Program

Monthly Condom Sales of the Program and Number of Sales Points



ANNEX-8 Monthly Condom Sales in 06 Municipalities Involved in the Program since 1998 (Program Brands and All Other Brands)



4. プロジェクト活動総括

プロジェクト活動総括 (ブラジル家族計画母子保健プロジェクト)

活動内容

A. 人間的な出産と出生

1. 医療施設の整備

- 1) 医療施設の環境の改善：プライバシー保持の為に病室内にカーテンを取り付けたり、病室の壁やシーツの色を明るい色にしたり、ベッドの名札も従来の番号から妊産婦の氏名を記入するようにして、番号で呼ぶ事から名前を呼ぶようにした。また陣痛室にリラックス音楽を流したり、病室の通気を良くしたり、エアコンの設置など、出産環境の整備に努めた。
- 2) 機材の整備：ドプラー胎児心音検出装置、教育用機材などの供与を行なった。また、陣痛期、分娩期、出産直後の回復期を同一ベッドで過ごすLDR(labour, delivery, recovery)システムを導入したが、LDR用の分娩ベッドを独自に開発して供与した。
- 2) 施設の改善：妊娠中毒症、糖尿病などハイリスクの妊婦や病院までのアクセスが悪い妊婦を予め入所させ、近接する病院での出産に臨む「お産を待つ家(Maternity waiting home)」を建設した。

2. 医療従事者へのトレーニング

- 1) 准看護婦へのトレーニング：妊産婦と最も身近に接する准看護婦を対象に、人間的な出産の概念、産前ケア、出産介助、新生児ケア、産後ケア、家族計画について、それぞれ3-5日の日程で、計15回、延べ363人に対してトレーニングを行なった。
- 2) 医師、看護婦に対する啓蒙コース：計6回施行した。
- 3) 指導者養成トレーニング：プロジェクト終了後の継続性を考慮し、また活動の範囲の拡大を図って、指導者として各施設、各地区においてトレーニングを実施し得る人材の養成を行なった。参加型方式によって、同一メンバーに対して1年間を通して5-7回のコースで実施した。州内40市の計77人の指導者を養成した。

3. 産科専門看護婦養成

ブラジルに存在しない助産婦に代わった職種として、産科看護婦養成を行なった。セアラ州立大学看護学部において、週3日の夜間、1年間に亘るコースを実施し、3年間で60名の産科専門看護婦を養成した。

B. コンドーム安価販売プログラム

コンドームの価格を市価の半分以下に下げ、より多くの販売拠点を設ける事によって、コンドームの使用量を増やそうというプログラムを 1998 年より実施した。薬局、スーパー、ガソリンスタンド、料理店、民宿、個人宅を含んだ販売拠点を開発して、初回販売分のみは無料で供与するものの、その売上によって以後の販売分を購入する回転資金方式を採用し、現在 16 市で実施している。

活動成果

A. 人間的な出産と出生

1.現場における変化

- 1) 出産環境の変化：①従来の誰にも付き添われないうで、孤独で放置された状態から、陣痛室においてはいつも誰かに(医療従事者、家族など)付き添われているようになり、また出産へ夫や家族の付き添いが認められるようになった。②出産の体位においても自由な姿勢での出産が許可されるようになった。③陣痛室において歩行、体位変換など自由に体を動かす事が受け入れられるようになり、食物や水分の摂取も認められるようになった。④不必要な内診が避けられるようになり、胎児心音の聴取や子宮収縮の状態がよく観察されるようになった。⑤産婦は静かでエアコンの効いた、リラックス音楽の流れる環境に居るようになった。⑥カーテンが取り付けられるなど、最低限のプライバシーが保たれるようになった。
- 2) 女性側に起こった変化：①人間的な出産を体験した女性の多くは自然出産の良さを認識するようになり、自然出産こそが母と子に良いという概念が定着し始めるようになってきている。②どこに行くと良い出産ケアが受けられるかという情報がシェアされ始めて来た。③その結果遠くて大きい病院から、地元で心のこもったケアを求める動きが出てきた。④出産への家族の参加は家族の絆を深くし、家族全体で分かち合う喜びへととなって来ている。
- 3) 医療従事者に起こった内的変化：妊産婦に対して人間的なケアを実施して行く中で、医師、看護婦、准看護婦に様々な内的変化が起こっている。彼等は「人間的なケアについての意識化、気付きのプロセスが、一人のプロとして自分に課していた限界を超えさせた」、「自己の成長という観点において大きなインパクトがあった」、「人間的成長と霊的成長双方への励ましを得た」、「一人の人間の持つ力について自信が深まった」、「プロとしての責任感を改めて感じた」、「プロとしての満足感、家族と地域の価値を再確認した」などと述べ、人間的なケアを実践する事によって、働く事の意義、患者に尽くす喜びを感じるようになったのである。さらに職場や地域社会での人間関係が良くなった事も述べられている。

2. 国家政策への反映

- 1) LDR システムの導入： LDR システムを、ブラジルの将来の一つの姿として紹介したが、1997年12月、保健省は保健システムの一つとして認知・採用し、国としての建設基準を定めた。
- 2) お産を待つ家：セアラ州保健局共同で、お産を待つ家を建設したが、保健省は正式な産科施設として認知し、第三次医療施設は“お産を待つ家”を併有する事を勧める省令を出した(1998年8月)。
- 3) 人間的な出産の奨励：保健省は全国に対して人間的な出産を勧め、実践している病院を毎年5ヶ所選出して賞金を出すという省令を出した。セアラ連邦大学産科の教授であり、人間的なケアの象徴的な存在であった、故 Galba Araujo 博士の名を採り、その賞を Galba Araujo 賞と名づけている(1999年5月)。
- 4) 正常出産センタープログラム：帝王切開を減らし、出来るだけ自然出産を増やそうという発想から、保健省は産科看護婦が出産介助をする正常出産センターを全国に40ヶ所造り、同時に産科看護婦を養成するというプログラムを発令した(1999年5月)。安全性を考慮し、緊急時の搬送先を確保した、いわゆる助産所を全国的に拡げる構想である。
- 5) 全保健医療のヒューマニゼーションプログラム：保健省は出産の分野のみならず、全ての保健医療分野に人間的なケアの概念を適用するヒューマニゼーションプログラムを発令し、全国からモデルとなる病院の選出を行っている(2000年5月)。

3. ブラジル国外への波及

25カ国から2000人の参加者を集めて2000年11月に開催した「出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議」の結果、ブラジルと同様な問題を抱える中南米諸国間にヒューマニゼーションネットワークが生まれ、継続的に問題点を討議してゆくこととなった。特に隣国であるチリ、パラグアイでは人間的な出産ケアの導入を開始した。また南アフリカ共和国でも導入を検討し始めている。

B. コンドーム安価販売プログラム

当初から実施している6市では、販売拠点は開始当時の27ヶ所から87ヶ所に増えた。各四半期毎の販売数は、最初の12,000個から44,000個と3.5倍以上に増え、他社の製品を合わせた全体のコンドーム販売数は、39,000個から74,000個に増加し、他社の製品の売上を圧迫することなく、全体として販売が伸びている事が観察された。こうした結果を踏まえて、保健省は国家のプログラムとして実施する事を計画中である。

成果をもたらした要因

1. 現地情勢の的確な把握：現地のニーズ、保健省やサンパウロの動きの把握、州保健局との関係
2. 日本の開業助産婦の有する心と技術を導入した
3. 政治的な交渉と現場での活動との連携
4. 質的な評価法の導入：RAP の導入
5. 広報活動：日本人向け、ブラジル人向けの広報
6. 参加型トレーニング
7. 州内に留まらない活動：全国会議、国際会議、他州との交流
8. 日本国内での活動：講演会、カウンターパート研修受け入れ先訪問、専門家のリクルート

プロジェクトをめぐる周囲の状況

- 1.. 州保健局：プロジェクト開始当時は保健局はかなり意気込んでいたが、活動内容が当時の情勢からみて余りにラジカルに映った精^{せい}か、或いは産科医側からの反発を考慮した精^{せい}か、次第に消極的な態度へと変化して行った。特にカウンターパートが、当初から一緒に活動して来た女性保健プログラムのチーフであった Dirlene から、公衆衛生校の Holanda（産科医）に代わってから、その傾向が強くなった。Holanda は産科医師会の一員としての発想に終始し、プロジェクト活動はしばしば困難な局面に立たされた。プロジェクト終了に当って、州知事は更なる活動の継続を希望し、保健局長に新規案件の申請を強く要請していたにも関わらず、保健局として第二フェーズとして認可され得るような申請書を提出する事が出来なかった。こうした責任は保健局長 Anastacio にあり、彼の“何事も波風の立たないように”という姿勢の表れであったとも言える。
- 2.. 保健省：距離的に遠い事もあり、直接保健省のカウンターパートと顔を合わせるのは年に2回程度であったが、活動内容を報告し、今後の活動について協議して来た。その中で、前述の准看護婦に対する出産介助のトレーニングを認めてもらったり、活動内容を保健政策に取り入れてもらったりと大きな成果が得られた。しかし、保健省内の組織改変で、それまでの主に実務を担当する保健事業部から、政策立案が中心となる保健政策部に担当が代わり、保健大臣の意思とは別に、ヒューマニゼーションに対しての考えにも微妙な変化が見られるようになった。保健大臣の政策アドバイザーであり、ヒューマニゼーションの推進に積極的で、当プロジェクトとの関係も深い David Capistrano と保健政策部との確執もあり、その結果当プロジェクトに対して

も風当たりが強くなって来た。そんな中、国際会議を開催する為に保健省と協議を続けたが、保健省の考える会議と当方の考えとに決定的な違いが生じ、結局保健省との共同開催を断念した。当然の帰結として、保健省とプロジェクトとの間の関係は悪化した。関係修復に努力し、最終的には国際会議の閉会式に保健省の代表が参加するまでにはなったものの、決して良い関係での終了ではなかった。しかし、保健大臣は当プロジェクトの成果を高く評価しているし、また保健省の国民に対する広報活動の一つとして、プロジェクト活動をビデオで収録して、全国放映を行なうなど、保健省全体から見れば評価は高かったものと思われる。

- 3.産科医師会：人間的な出産ケアを目標にした活動は、自然出産の推進、帝王切開の削減へとつながる為に、産科医師会の職益を損うものと捉えられて反発を買い、2000年4、5月には一産科医がセアラ州産科医師会報、ブラジル産科医師会報に当プロジェクトと保健局とを中傷する記事を載せた。保健局を通して抗議し、保健局が反対論文を投稿したが、焦点のはっきりしない論文であった為、明確な抗議とはならなかった。理解を得る為に産科医師会と話し合いをもったり、国際会議の組織委員会にセアラ州産科医師会長を加えたりする事により関係回復を計った。保健省の政策にヒューマニゼーションが取り上げられた事や、こうした関係改善の努力の結果か、以後は表立った反発はみられなくなった。国際会議の参加者のうち、22%以上は医師(産科医、小児科医が多い)であり、相当数の産科医が会議に出席したものであるの、かなり理解して貰えたのではないかと期待している。
- 4.看護協会：出産介助のかなりの部分は准看護婦によって行なわれているという現実を直視せず、法的観点から准看護婦による出産介助に反対する看護協会によって、プロジェクト活動に対する妨害がみられた。当プロジェクト活動の主たる対象が准看護婦であった為、彼等に対する出産介助のトレーニングなどで支障を来たした。この問題は、国内委員長の来訪時に保健省の母子保健担当者と直接交渉を行い、医師の許可の下ならば准看護婦の出産介助も認めるという合意を得て、准看護婦に対する出産介助トレーニングの正当性が認められた為、一応の決着をみた。
- 5.州内の他の関係機関：パイロット地区の保健局、病院関係者は総じてプロジェクト活動に対して積極的であった。またパイロット地区以外の州内各地に、いわゆるキーパーソンと目される人々が多数見出されるようになった。特に指導者養成トレーニングによって、そういった人材を多数養成する事ができた。こういった人達を支援して、活動の場を拡げて行く事こそ大切であろう。
- 6.ブラジル国内の動き：1993年に人間的な出産を目指すブラジル国内ネットワーク(REUNA:ヘウナ)が出来たが、ごく少数であり殆ど目に触れないような

存在であった。当プロジェクト開始後、プロジェクト専門家との接触を契機に相互にコンタクトを取り合うようになった。国際会議ではハウナのメンバーが組織委員会の中心的な役割を果たし、一挙に存在感が高まり、国際会議前まで 91 人に過ぎなかった会員も、会議後 171 人へとほぼ倍増された。リオデジャネイロ、サンパウロ、クリチバ、ペロリゾンチ、レシフェといった国内の有力な都市の病院で人間的な出産ケアを実践しているグループであるので、彼等の影響力は大きく、今後もブラジル各地で当プロジェクト精神は受け継がれ、発展するものと期待される。

サンパウロとの関係も特筆されるものと思われる。専門家にサンパウロでの活動経験者がいた為、特に日系人を中心とした保健関係者とのつながりが強かった。前々保健大臣の Seigo Tsuzuki、州保健局の Neuza Nakao、Masahiro Miyamoto, Ruth Osava などとの接触の中からサンパウロ州立の助産所が誕生し、やがてそこでの成果が国の正常出産センタープログラムへと発展した。また、サンパウロのファベイラ(貧民街)で出産介助を行っていたドイツ人助産婦 Angela Gehrke とのつながりも大きく影響している。さらに前保健大臣の Adib Jatene や保健局の David Capistrano との交流も保健省の政策に影響を及ぼした。最近では日系人の産科医 Marcos Ymajo との連携で、サンパウロ市に新たな助産所建設が進んでいる。さらに労働党政権となったサンパウロ市の新保健局長である Edwald Jorge との話し合いで、サンパウロ市と州とが一体となって新しい保健システムを作り、その中で人間的なケアを推進しようという動きになっている。こうしたサンパウロでの動きは、ブラジリアの保健省に直接影響を及ぼすので、当プロジェクト活動の中から国の政策に取り入れられたいくつかの成果は、このような背景もあって反映されたものと思われる。

今後の活動

1. 現地の NGO、LAPEL(Liga da Assistencia ao Parto Estilo Livre)に対する支援
2. ヒューマニゼーション研究会の立ち上げ
3. その他

(文責：羽根田 潔)

“光のプロジェクト”がもたらしたもの
—RAP(Rapid Anthropological Assessment
Procedure)を使用したパイロット地区の
出生と出産に関する調査から—

JICAブラジル家族計画母子保健プロジェクト
(Projeto Luz—光のプロジェクト)

2000年12月

Final RAP 日本語

1

目的

- ④ ブラジルセアラ州におけるJICA母子保健プロジェクトパイロット地区の出産と出生の状況をプロジェクト介入活動前、介入活動後に的確に把握し、プロジェクト評価のためのベースライン情報を提供すること

Final RAP 日本語

2

研究デザイン

④ Before—After デザイン

パイロット地区の出産と出生に関わる状況を介入活動前、介入活動後に同様の調査を行って、比較する。

Final RAP 日本語

3

研究方法(1)

- ④ RAP(Rapid Anthropological Assessment Procedure)：1980年代に、医療人類学者によって提唱された、古典的な人類学的方法を利用しながら、迅速にサービス評価に関わる質的および量的データを収集する方法。

Final RAP 日本語

4

研究方法(2: RAPの特徴)

- ④ 調査結果をサービス改善のために利用するという明確な目的。
- ④ 質的調査のためのインタビューアートレーニング
- ④ 6週間以内の迅速なデータ収集。
- ④ 目的に合わせて、必要なデータを抽出し分析、迅速にレポートを作成。
- ④ データ収集を始めてから6ヶ月以内に関係者向けに調査結果啓蒙活動を行う。

Final RAP 日本語

5

方法(3: 調査内容)

- ④ キーインフォーマントインタビューによるコミュニティガイド作成
- ④ Semi-structured インタビュー：過去2年に出産した女性、子供が生まれた男性、現地で働く医師、伝統的助産婦
- ④ 出産ケアの直接観察
- ④ 出産に関わる病院の人的資源、サプライ、サービス内容のチェック
- ④ 過去2年間に起こった妊産婦死亡と新生児死亡に関するSemi-structuredインタビュー

Final RAP 日本語

6

データ処理

- ⊗各インタビューごとに、インタビュアーがその場でレポートを作成
- ⊗コンピューターに入力(Word Processing Programme)
- ⊗Dt-Searchを用いて分析

Final RAP 日本語

7

介入前調査(1997)の結果

- ⊗合計279件のインタビューと観察。
- ⊗妊産婦死亡と新生児死亡の州公式統計と現実の乖離
- ⊗女性の保健に関する関心の低さ
- ⊗不適切な(安全でなくしかも人間的でない)出産環境
- ⊗産科、および新生児ケアの業務体系不備

Final RAP 日本語

8

介入前調査(1997)の結論

- ⊗現状は医療関係者と女性たちによってシェアされている非人間的な出産の文化(Culture of birthing)を示す。
- ⊗プロジェクトの焦点:「人間的で安全な出生と出産のケア」
 - ⊖自然出産の促進と改善
 - ⊖死亡統計システムの改良
 - ⊖ハイリスク妊産婦、未熟児のケアとレファラルシステムの改善

Final RAP 日本語

9

パイロット地区での介入活動

- ⊗1997年-2000年
 - ⊖「人間的な出生と出産」*の概念普及のための啓蒙活動
 - ⊖「人間的な出生と出産」のためのトレーニング
 - ⊖准看護婦トレーニング
 - ⊖看護婦・医師トレーニング
 - ⊖キーパーソンのTOTトレーニング
 - ⊖トレーニング後のスーパービジョン
 - ⊖基本になる機材供与

Final RAP 日本語

10

Humanized Maternity Care 「人間的なマタニティーケア」とは(1)

Lancet 354;9187:1391-1392, 1999

- ⊗is fulfilling and empowering both to women and to their care providers;
- ⊗promotes active participation and decision making of women in all aspects of their own care;
- ⊗is provided by physicians and non-physicians working together in harmony;

Final RAP 日本語

11

Humanized Maternity Care 「人間的なマタニティーケア」とは(2)

Lancet 354;9187:1391-1392, 1999

- ⊗is Evidence based, including technology;
- ⊗is a decentralised system of birth attendants and institutions with priority to community-based primary care;
- ⊗is with cost-benefit analysis for financial feasibility.

Final RAP 日本語

12

介入後調査(2000年)結果

- ⊗ 合計348件のインタビューと観察
- ⊗ 妊産婦死亡と新生児死亡の公式統計との現実の乖離
- ⊗ ケアを提供する側の「変革」の体験
- ⊗ 地元での出産への関心の高まり
- ⊗ 出産施設の質の向上
- ⊗ 女性の栄養失調—“母体消耗”(Maternal Depletion)の示唆

Final RAP 日本語

13

プロジェクトのもたらしたもの

個人レベルで起こった内的変化



人間関係に現れた変化、仕事上での変化



“出生と出産の非人間的文化”から“変革のプロセスを通じてのヒューマニゼーションへ”

Final RAP 日本語

14

光のプロジェクト

ブラジル家族計画母子保健プロジェクトの概要

このプロジェクトは、ブラジル東北部の母子保健状況の改善を目指して、連邦政府保健省と州保健局及びJICAによって、セアラ州で1996年4月から2001年3月までの5年間の予定で開始されました。主な活動は、保健従事者の能力を強化することにより母子保健サービスを向上させることです。

セアラ州における小児保健の現状は、乳児死亡率は1970年代の出生千人当たり157人から、1995年には48人へと著しい改善が見られていますが、そのうち新生児期の死亡割合が高く30人以上を占めており、新生児死亡を減らすことが急務です。母性保健では、1995年の妊産婦死亡率は出生10万人当たり107人(推定値)ですが、このような数字で表される指標の他に、産婦の立場を配慮しないケア、非人間的な対応が調査により明らかになっています。また、世界一高い帝王切開率(全国で36.4%:私立病院では90%を超える)にみられるような極端な医療介入が行われています。こうしたことが、母子保健状況を不良にしている大きな要因となっています。

こうした現実から、新生児を含んだ周産期医療の改善に焦点を当て、そのアプローチとして女性や子どもに対する人間的なケアを取り上げました。また、教育を受けた助産の専門職種のない国に、助産という概念を導入することにしました。

具体的な活動は、セアラ州海岸部にパイロット地区(ベペリベ、フォルテン、アラカチ、イタイサーバ、イカピの5市)を設け、モデル活動として、医療・保健施設におけるスタッフ教育、施設の整備、地域住民に対する啓蒙活動を行っています。同時に、全州への影響力の大きい州都フォルタレーザの基幹病院でも活動しています。その成果は、州内に広がり、また一部は国内にも反映されています。特に、人材育成については、准看護婦、看護婦及び医師等を対象にした「人間的な出産と出生トレーニング」、人間的な出産と出生をすすめるリーダーの育成として「変革者養成コース(TOT)」と産科看護婦養成コースの支援など、様々なレベルで行っています。

こうした大きな流れと平行して、性感染症/エイズの母子感染予防では、コンドームの安価販売プログラムも実施しています。



セアラ州の母子保健概要

セアラ州(人口約7,100,000)には184の市があり、州都はフォルタレーザ市(人口約2,100,000)です。セアラ州は1970年代後半から80年代前半にかけ、連邦大学産院のガウ・アラウジョ教授が州内全域で自然出産運動を推進し、TBA(伝統的出産介助者:ブラジルではパルティラと呼称されています)のトレーニングを実施するなど活発な活動を行った時期がありました。しかし、1985年にガウ教授が亡くな

った後、そうした運動も下火になり、逆に他のブラジル国内の出産と同様に、帝王切開術の多さに象徴される過度な医療介入が目立つようになっていきます。

フォルテザは1985年にだされたWHOのヨーロッパとアメリカ地域事務局と、全アメリカ保健機構の「出産科学技術に関する勧告」の会議を開催した都市です。しかし、州内の出産状況はかならずしも、この勧告にそったものにはなっていませんでした。

州保健局は、国際機関や海外協力団体などの協力も受けながら、母子保健の向上に力を入れてきました。その中でも、連邦政府の政策にも取り上げられた地域医療・保健の要としての家族保健プログラム(PSF)が注目されています。PSFは、市内の地域を約1,000家族を1単位で分割し、地域毎に医師、看護婦そして准看護婦が1チームとなり地域医療・保健活動を展開しています。活動の拠点は小さな診療所のような保健ポストですが、保健ポストのない僻地では小学校や集会所を臨時の診察室として利用し、巡回診療、そして自宅訪問も行っています。また、このPSFの下部組織として保健エージェント(保健ワーカー)が位置付けられ、保健ワーカー1名が約100家族を担当し、自宅訪問をしながら予防活動、受診の促進、保健啓蒙活動や病院・保健ポスト受診時の同行などを行っています。保健ワーカーはボランティアではなく、最低賃金が保証された職業です。

妊産婦ケアの特徴としては、地域で医療・保健活動を実施するPSFが妊娠期のケア(健診や保健指導)や出産後のケア(出産による入院は丸1日です)を担当し、病院では妊婦健診はあまり行われていません。逆に、保健ポストで出産を扱っているところはごく僅かで、ほとんどが病院出産です。つまり、妊娠から産後まで同じ施設が継続することは非常に少なく、さらに連邦政府の方針としても役割分担を推進しています。さらに、かつて教授が活躍されて時代には多くあったTBAの活動する助産所(casa da parto)も、現在は少なくなっています。

妊娠して保健ポストなどを受診すると「妊婦カード」(Cartao da Gestante)が発行されます。これは産後まで継続して利用する日本の「母子健康手帳」のようなもので、妊婦健診記録や出産状況などが記録されます。ただし、子どもは別のカードが出生時に発行され、あくまでも妊婦(母親)の記録のみです。

州保健局は、州内184市を21のブロックに分割し、それぞれに二次救急まで対応できる拠点病院を指定した医療圏の充実を目指しています。ハイット地区の5市はアラカ市の拠点病院(市立病院とサンタレザ・ジ・マリャック病院)を中心にアラカ医療圏を構成し、他の4市はプライマリレベルの病院が各市に1か所ずつあるのみです。

「アマトーリス」：プロジェクト活動推進委員会

プロジェクトの最終年をむかえ、今後の活動の継続性などを考えつつ、プロジェクト活動推進を目的に各市間の交流を深めようと、イグアイ市の保健局長から提案された自主的な委員会です。

各パロット地区の5市から活動の中心になっている看護婦、准看護婦などが集まり、毎月1回、活動について話しあい、またお互いの抱える問題などを意見交換しています。特に、出産については医師による医療介入が問題になることが多く、医師向けのコースがこの会が準備し、過去3回にわたり実施されています。また、活動が先行している市の施設や人的資源の状況を他の市から見学・研修に行くなど、パロット地区間の交流も活発になっています。

パロット地区紹介

アラカチ市：ARACATI

アラカチ市はパロット地区5市の中心になるところです。人口は約6万2千人で、医療機関としてはアラカチ市立病院（二次病院）と私立のサンタレザ・ジ・マリラキ病院（二次病院）の2か所があります。また、市内には12チームのPSFと86名の保健ワーカーが配属され、各地域の保健ポストを拠点に医療・保健活動を行っています。

従来は2か所の病院が同じような規模と機能を担っていましたが、昨年からは両施設の特徴をいかす機能分担が試みられています。特に、出産はサンタレザ・ジ・マリラキ病院のあたたかなケアが好評であり、出産数も増えていることなどから、現在ではほぼ9割が私立病院で扱われています。そして、救急や外科手術などは市立病院へと移行しつつあります。

出産は病院で行われますが、従来は私立病院でも行っていた妊婦健診は、市保健局との役割分担から現在では保健ポストでの実施が主流になっています。したがって、女性たちが妊娠すると、地元の保健ポストにおいてPSFの医師あるいは看護婦による健診を受け、出産になると私立病院に行くことが一般的です。さらに、昨年には市立「女性センター Centro de Atendimento a Mulher」が市内の中心地に開所し、ここで妊婦健診や子宮ガン、乳ガン検診、家族計画指導などが実施されるようになっていきます。

こうした妊娠期のケアと出産時のケアの分断を解消し、継続性をもたせるためにPSFが実施する出産準備クラスをサンタレザ・ジ・マリラキ病院内で行い、妊婦たちの病院見学も試みとして行われるようになっていきます。



サンタレザ・ジ・マリラキ病院

ミッション系の病院で、環境、スタッフを含め病院全体があたたかな雰囲気満ちており、ユニセフの「子どもにやさしい病院（BFH）」にも認定されています。アラカチ市の出産のほとんどを扱い、

さらにアラカチ医療圏内からの搬送先でもあります。

1998年に産科部門を改築し、玄関や受付を病気の患者と別にしたり、入院室の側に団

らんや集団指導にも利用できるサロン風の快適な空間もできました。出産数はプロジェクト開始の1996年には月間約50名でしたが、プロジェクト活動が軌道にのったことや、昨年の市立病院との機能分担の推進などから、昨年は月間90名、そして今年は100名を超すようになっていきます。

病院の看護婦はファスチーナさん（シスター、副院長、産科看護婦）のみで、ケアの多くを准看護婦が担っています。出産介助は医師と看護婦の業務範囲ですが、この病院には「テクニコ（テクニシャン）」という准看護婦と看護婦の間に位置付けられる技術職の看護職がいます。テクニコ（准）看護婦は、分娩第1期には産婦に寄り添い、マッサージを行い、話を聞き、と、さまざまなケアを提供しています。また、夫や家族も産婦に付き添いますが、そういう方がいない場合にはボランティアの年輩女性たちが産婦に付き添っています。

病院の帝王切開率は漸減傾向にあり、1996年の30%から99年には21%にまで減少しています。そして、アライ医療圏からの搬送のほとんどを受け入れるようになった今年（9月まで）でも、帝王切開率は25%ほどにとどまっています。また、出産後の母乳育児については積極的な活動をしており、母乳育児の割合は生後3か月で9割を超えています。

パイロット地区アニマトレスの世話人でもあるファスチーナさんは、プロジェクトの「変革者養成コース」を修了し、現在は自らコースを企画したり、プロジェクトが実施するトレーニング・コースのファシリテーターとしても活躍しています。

ファスチーナさんは、人間的な出産と出生について「助産に携わるあらゆる人々が、お産する女性と、生まれてくる子どもと、その家族や友人たちに対して、愛情と尊敬と自由をもって関わろうとする内からの決断です」と語っています。

イブイ市：ICAPUI

パイロット地区では最も遠く、フォルケラから自動車ですら3時間ほどの海岸沿いに位置する人口約1万7千人の市です。セララ州、ブラジル国内でも珍しく労働党（野党）が長く市政を担っています。そうした政治的な背景もあり、東北ブラジルの地方都市にあって地域医療専門の医師がキューバから働きに来ていたり、コミュニティ活動が活発だったり、他の市とは違った特徴があります。

市内の医療機関はプライマリ・レベルの市立病院のみで、帝王切開術などが必要な場合はアラチ市や隣州のモロ市（両市とも車で1時間程度）などに搬送されます。

PSFは5チーム（保健ワーカー39名）が活動しており、妊婦クラスや家族計画、ガン予防の集団指導なども活発に行われています。このPSFの看護婦であり、PSF全体のコーディネーターでもあるシナさんがプロジェクトのカウンターパートとして活躍しています。

健康な女性が対象の出産施設は病院とは別の建物にしようと、イブイ市では1999年に病院の隣りに産院を建築しました。8月に行われた産院の開所式には市内で活躍していたTBA（パルティダ）が招待され、また玄関脇に建立された記念プレートにも10数名のパルティ

行の名前が刻印されるなど、イブイ市にはパルティを尊敬する伝統があります。

病院には看護婦が1名いますが、管理と外来診察などが主な業務になっていて、出産には関わっていません。出産介助は1名の産科医を中心に、PSFも含めた5名の医師が行い、分娩第1期や出産直後などのケアは准看護婦8名が産院専属スタッフとして担当しています。

市内の出産数は年間250名から300名前後です。従来は、イブイ病院での出産数は市全体の半数以下で、女性たちの多くがアラカ市やモロ市などで出産していました。しかし、昨年8月の産院開設や、ケアが良くなったことが評判をよび、他市で出産する女性が漸減する傾向にあり、1996年に63%だった他市での出産割合は2000年には36%になっています。

PSFの保健活動

病院から独立した産院での産婦ケアは、現在ブラジル政府がすすめている助産所(casa da parto)建設の先駆けになるものです。その他にもイブイ市では積極的な活動が展開されています。そのひとつがPSFの地域保健活動です。



妊婦健診やガン検診、そして家族計画指導はこの保健ポストでも実施されていますが、集団指導はまだまだ実施しているところが少ないのが現状です。しかし、イブイ市では、こうした活動のほとんどを集団指導、クラス活動として展開し、お互いの交流の場としても活用しています。PSFの妊婦健診は、妊娠前半期を看護婦が担当し、後半期は医師が担当しています。また、夫が健診に付き添うことを積極的にすすめており、以前には見られなかった男性の姿が妊婦健診時にも多く見られるようになってきました。

また、学校に出向き、思春期の学生向けに性教育活動を行い、PSF看護婦各自が独自の思春期グループを担当し、継続的な関わりをしています。

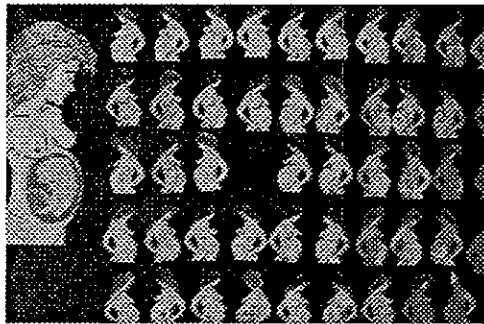
ジナさんは、PSFの看護婦として6年の経験があり、イブイ市のPSF活動の推進者として活躍しています。保健ポストを中心に妊婦クラスを主催したり、体や健康について考える女性たちのグループの育成に関わり、積極的な地域保健活動を行っています。彼女は、妊婦健診や妊婦クラスで女性たちと関わることを「情報を伝達する瞬間はとても大切です。そして、その時には自分もファシリテータになったと感じます」と語っています。

イブイ市：ITAICABA

パロット地区の中で最も小さな市で、人口は約7千人です。また他の4市は海岸部に位置しますが、イブイは内陸部にあります。

病院はプライマリレベルで、出産室と産後の入院室が1部屋ずつあり、他に男女6床ずつの入院室があります。病院と併設して保健センターがあり、外来診療、妊婦健診、ガン検診などはこちらで行われています。病院と保健センターの両方を1名ずつの医師と看護婦が担当し、この他にPSFの医師と看護婦が1名ずつ配属されています。この2組を2チームのPSF（保健ワーカー12名）として考え、病院と地域の保健ポストを隔月交替で担当しています。つまり、妊婦健診を保健ポストで受けていた女性が出産時に病院に行くと、そこに顔見知りの医師や看護婦がいるような工夫されているのです。

1998年にパイロット地区で最初に実施した「人間的な出産と出生トレーニング」に参加したふたりの准看護婦が、コースで得たことをすぐに全スタッフに伝達する勉強会を開いています。



その結果、准看護婦たちのケアが良くなり、プロジェクト開始当時は、病院で出産する女性がほとんどいなかったのが、現在では毎月4、5名の出産があるようになっています。

また、出産時のケアが向上しただけではなく、看護領域でもケアがよくなり、そうしたことが地域全体の健康を考えるまでに発展しています。昨年開催された「健康フェスティバル」では、多くの市民が参加しています。

年開催された「健康フェスティバル」では、多くの市民が参加しています。

「妊婦の家」

病院内には妊婦ケアを十分に実施するスペースがなかったことから、今年2月に病院とは離れた所に「妊婦の家 Nucleo de Asistencia a Gestante」ができました。そこで、日時を決め、医師と看護婦が交替で妊婦健診にあたり、准看護婦が出産準備クラスを開催しています。ヨガやリラクスの指導もあり、妊婦たちの「憩いの家」のような雰囲気運営され、とても好評です。

「妊婦の家」の責任者で、アマトーレスのひとりでもある准看護婦のルシアさんは、タイバでの「光のプロジェクト」活動のキーパーソンです。妊婦クラスでマッサージを行いヨガなどの指導も行っています。「触れること、優しく撫でてあげることなど、本当にちょっとしたことを今までしていなかったことに思い当たった。自分に気づきを促し、人間的な仕事をさせるために、このコースは起きるべくして起きたのだと思う」と、最初のトレーニングを振り返っています。

プロジェクト活動のまとめ

(平成12年12月10日)

ブラジル家族計画母子保健プロジェクト

目次

【1】 プロジェクト概要	2
[1] プロジェクト実施の背景	2
[2] プロジェクト開始から活動方針決定まで	2
[3] PDM	4
[4] セアラ州保健局との協力指針	4
[2] プロジェクトの実績	5
[1] 実績及び事業計画表	5
[2] 啓蒙普及活動	5
[3] 保健医療従事者へのトレーニング	6
1. 准看護婦トレーニング	6
2. 医師・看護婦向け啓蒙コース	6
3. 指導者養成トレーニングコース (Training of Trainers:TOT)	6
4. 産科専門看護婦養成コース	8
5. その他のコース	8
[4] 介入活動前後の比較	8
[5] 人間的な出産と出生の全国会議	9
[6] 出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議	9
[7] LDRベッドの開発	11
[8] コンドーム安価販売プログラム	11
[9] コミュニティ活動	12
[10] 他州との共同活動	13
[11] プロジェクト活動の国家保健政策への反映	14
1. LDRシステムの導入	15
2. お産を待つ家 (Maternity Waiting Home)	15
3. 人間的な出産と出生を目指す国の政策	16
[12] 広報活動	18
[13] 教材作成	18
[14] 出版物	18
[15] カウンターパート研修	18
[16] 日本側専門家	19
[17] 学会発表・論文	20

【1】プロジェクトの概要

[1] プロジェクト実施の背景

1993年当時、ブラジルの保健衛生指標は乳児死亡率が出生千当り58、平均寿命66歳と全国レベルでみると世界の「中進国」のレベルに相当するものの、南北格差が著しく、北部や東北部では、熱帯地域に属する地理的背景及び保健医療体制を含む社会の基礎システムの未整備等によって、乳児死亡率は125、平均寿命は51歳とサブサハラ並みで極めて不良であった。こうした現状の打開の為、ブラジル政府は保健医療整備に乗り出し、統一保健システムの制定、乳幼児総合保健計画、女性総合保健計画などによって医療対策を強化して来たが、東北部の貧困層には未だ必要最低限の医療サービスすら行き届いていない状況であった。そこでブラジル政府は、1993年11月に東北部を対象に新生児への医療支援、下痢症疾患の管理、妊産婦へのケア、家族計画及び栄養改善指導などを中心とした母子保健プロジェクトの実施を日本政府に要請した。

要請に基づいた調査（基礎調査：1994年2月、事前調査：1995年1月、長期調査：1995年9月）の結果、①行政のマネジメントが良好、②交通の便が良い、③他国のプロジェクト実施の経験があり、また④モチベーションも高いという事で、東北部のセアラ州における実施が決定され、1995年12月に協力内容が調印された。

実施に当たっては、①連邦政府の保健省は本プロジェクトに全責任を持つと共に、本プロジェクトを支援、監督し、②セアラ州保健局は本プロジェクトの実施に全責任を持つ事が確認された。

[2] プロジェクト開始から活動方針決定まで

1.着任：1996年4月に三砂ちづる（疫学専門家）、5月には羽根田潔（チーフアドバイザー）、小貫大輔（健康教育専門家）、斉藤栄一（業務調整員）がセアラ州フォルタレザ市に着任してプロジェクトが開始された。

2.現地調査：7月から8月にかけて3名の短期専門家（相川律子：栄養学、鈴木琴子：助産婦、荒木美奈子：WID）と9月にはブラジルからJairo氏を迎えて、集中的にパイロット地区選定の為の調査を行なった。16市を訪問調査した。

3.コンサルタント・ミーティング（1996.9.26-27）

今後5年間の活動方針決定を目指して、州保健局との協議、州内の主たる保健関係者を交えてのセミナーなどを経て、9月末にコンサルタント・ミーティングを開いて、活動方針案を作り上げた。

同ミーティングには、保健省、保健局からの参加の他に、7名のコンサルタントを招聘して、色々な角度から活動方針について意見を交わした。

コンサルタント

Carl Kendall (Medical Anthropology-Tulane University, USA)

Luciano Lima Correia (MCH-Federal University of Ceará)

Silvia Bomfim Hyppólito (Family Planning-Federal University of Ceará)

Walter Fonseca (Epidemiology-Federal University of Ceará)

Deborah Robb (IEC Specialist)

Jay McAuliffe (State Secretariat Consultant)
Loren Galvão (Population Council-Brazil Office)

このミーティングを通じて、以下の活動計画を立てた。

(1)活動計画Ⅰーパイロット地区における活動

- A. 母子保健従事者トレーニング
- B. 質的レベルの高い産科サービスへのアクセス改善
 - a. 産科施設の地方分散化（大都市集中化防止）
 - b. 緊急時搬送システムの確立
 - c. お産を待つ家 (Maternity Waiting Home) の建設
- C. 一次、二次産科病院における妊産婦・新生児ケアに必要な機材と手順マニュアルの整備
 - a. 機材供与
 - b. 産科・周産期ケアのマニュアル作成
 - c. 分娩中の精神的な支援
- D. 個人、コミュニティ、地方自治体、州を含んだ多レベル・多セクション参加の活動推進
- E. リスクグループの乳児に対する管理システムの改善
 - a. 効果的なチェックアップの為の中間レベル保健従事者トレーニング
 - b. 家族保健チームによる定期的なフォローアップシステムの確立
- F. 性感染症治療法の改善と他の母子保健サービスに統合した性感染症／エイズ予防戦略
 - a. 性感染症治療における症候群的なアプローチ
 - b. ルーチンサービスにおける性感染症の診断と治療の強化
- G. 望まない妊娠の予防と妊娠中絶の合併症に対する処置の改善
 - a. 女性クラブなど地方のネットワークを用いて、コミュニティベースの介入増進
 - b. 手動吸引法の導入（高次病院）
- H. 保健情報システムの確立
- I. コミュニケーション戦略の開発

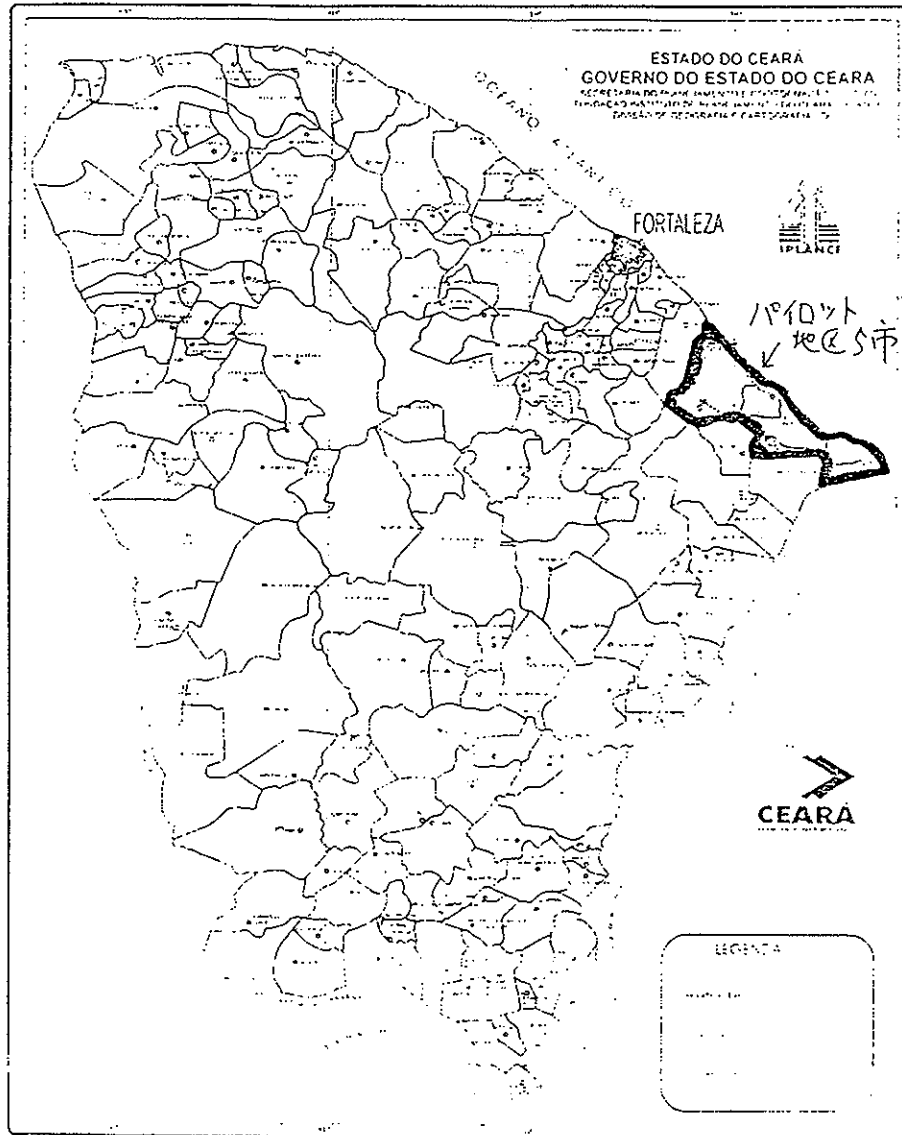
(2)活動計画Ⅱーパイロット地区以外の特設施設、特殊主題についての活動

- A. 助産婦トレーニング
 - a. 看護大学での卒業教育コース（セアラ連邦大学、セアラ州立大学）
 - b. 看護大学での在学教育コース（州立ヴァーレ・ジ・アカラウ大学）
- B. 州レベルにおける母子保健の監視・評価法の確立
- C. 機材供与（妊産婦、新生児、ハイリスク群の乳児に対して高次医療を行う病院）
- D. フォルタレーザ市にお産を待つ家を建設
- E. 性感染症／エイズプログラムの展開
- F. 新規家族計画サービスの導入
 - a. コンドーム回転資金プログラム
 - b. 緊急避妊法

G. NGOとの共同による保健教育活動

4. パイロット地区の選定

州から幾つかの地域を推薦してもらい、その中から活動の便宜性を考慮して、事務所のあるフォルタレーザから200km以内、母子保健改善の実績があり、その意欲の強い地域を条件に候補地を絞った。南東部の海岸地域が有力候補となったが、具体的な市の選択には州側の政治的な配慮、10月に施行された市長選挙の結果が強く反映された。



パイロット地区

5. 活動方針の最終決定

梅内拓生国内委員長の来訪の下に、保健省（母子保健責任者Formiga）、保健局との合同会議でプロジェクト活動案が検討され、1996年11月7日に正式に決定された。この会議で保健省は、医師の監視の下でなら准看護婦が分娩介助をする事を認めた。

(3) PDM (資料1)

(4) セアラ州保健局との協力指針 (資料2)

【2】プロジェクトの実績

プロジェクト活動の基本理念として、「人間的な出産と出生」の達成を掲げ、ポルトガル語で出産を「光にさらす」という意味のDar á Luzと言うのにちなんで、Projeto Luz (光のプロジェクト) と名付けた。

[1] 実績及び事業計画表

活 動 \ 年 度	1996	1997	1998	1999	2000
プランニング	—				
戦略作りとパイロット地区の選定	—				
パイロット地区調査	—	—			
プロジェクト概念づくりと啓蒙活動		—			
実験的介入活動		—			
本格的介入活動					
パイロット地区調査					—
全国会議			*		
国際会議					*
最終評価					*

[2] 啓蒙普及活動

JICAやプロジェクト活動の紹介、人間的な出産と出生の概念の普及、性感染症予防などについて、講演会、説明会、セミナー、ワークショップなどを行いながら、色々な職種の人達に啓蒙普及活動を行なった。特に1997年は、ほぼ1年間を啓蒙普及活動に費やし(18回実施)、本格的な介入活動が始まる1998年に向けての準備を行なった。

- 1.人間的な出産と出生：講演会8回、セミナー／ワークショップ19回
- 2.プロジェクト紹介、国際会議説明：2回
- 3.その他：セミナー2回

[3] 保健医療従事者へのトレーニング

当プロジェクトの目指すトレーニングの第一義的な対象者は、患者や妊産婦と最も身近に接する准看護婦である。しかし、准看護婦に対する最初のトライアルから得られた反省教訓として、①准看護婦にいくらトレーニングしても、それが臨床の現場に活かされるには、准看護婦を管理する看護婦、更に医師の理解と協力が必要である事、②第二次病院を変革させるには第三次病院、特に指導的立場にある大学病院の医師、看護婦の意識改革が必要である事、③専門医になる前のレジデントや医学生に対する教育から始める必要がある事、④トレーナーを養成する必要がある事、⑤トレーニング後にそれが実際に活かされているかどうかをチェックし、指導するフォローアップが必要である事が認識された。

1. 准看護婦トレーニング

(a)以下の5つのModuleに分けてトレーニングを行なった。

Module 1 人間的な出産と出生 (概論)

- 2 出産のケア
- 3 産前ケア
- 4 新生児ケア
- 5 産後ケア・家族計画

(b)現在までの実施状況

	実施回数	参加者数
Module 1	5回	108人
2	4	81
3	4	94
4	2	80

2. 医師・看護婦向け啓蒙コース

人間的な出産と出生について6回実施した。

3. 指導者養成トレーニングコース (Training of Trainers:TOT)

「人間的な出産と出生」の達成の為、1998年よりケアの最前線に関わる准看護婦を対象としたトレーニングを実施して来たが、プロジェクト終了後の継続性を考慮し活動範囲の拡大を目指す時、現行のスタッフ以外に実際にトレーニングを実施し得る人材の育成が必要である。そこで州内から指導者として期待されうるような人材を選出し、1年間をかけて指導者として養成するコースを実施した。

(a)対象：看護婦、医師

(b)方法：同一メンバーで1年間5~7回のコースを実施する。参加型教育方法を採用し、参加者自らが日程、場所、期間、内容を決定して行なうもので、実行委員会を組織して事前に内容を検討し、全員の了解の下に実施するものである。

①第1回TOT (フォルタレーザ周辺) : 1999年施行

参加型教育方法論、妊娠期ケア、出産ケア (分娩第1期)、出産ケア (分娩第

2、第4期)、コースの企画(参加者の地域職場対象)、実施したコースの評価、家族計画、新生児ケア、修了式の内容を、2~3日間のコースを7回施行した。26名を養成。

②第2回TOT(セアラ州北部地区):2000年施行

①と同様の内容を、5回のコースで実施。25名養成。

③第3回TOT(セアラ州南部地区):2000年施行

同様の内容を4回のコースで実施。26名養成。

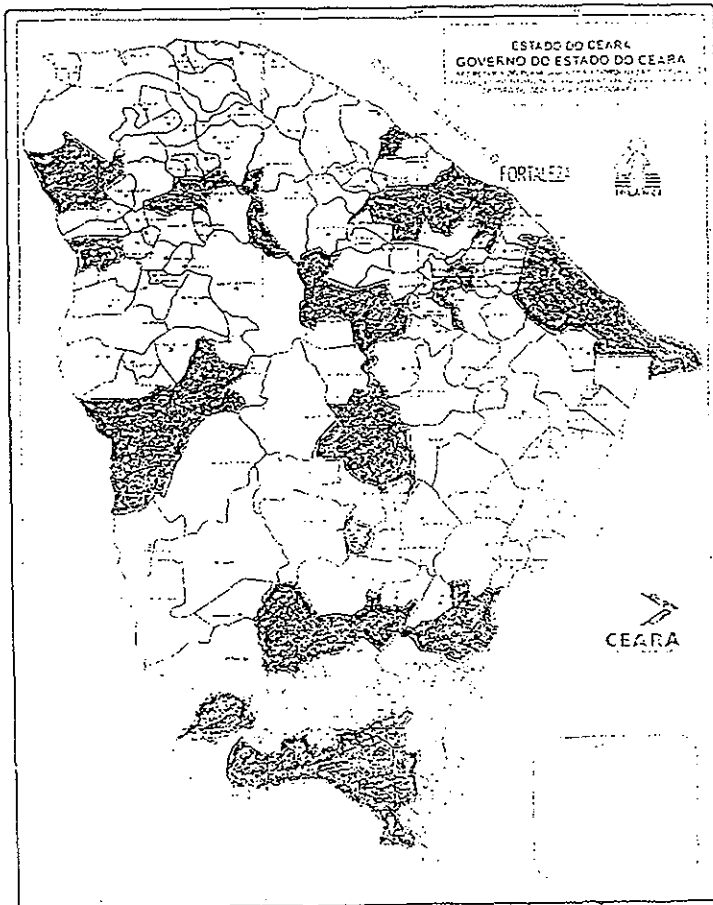
(c)成果:同一メンバーによる1年間を通じてのコースであるので、お互いの連帯感が深まり、内容決定においても有意義な討論がなされ、以後のコース運営が円滑かつ有効に行なわれている。また各参加者の習熟度も高まり、十分に指導者として独り立ちできる人材が養成されつつある。第1回TOTにおいて、各自が自分の地域職場のスタッフを対象に人間的な出産に関する意識化コースを実施するという課題を課した。その結果、15ヵ所で約700人に対して教育が行なわれ、受講者が着実に力を着けて来ている事が実証されたと同時に、これまで人間的な出産と出生の概念が普及していなかった地区へも、活動が拡大された。

(d)参加者の地域分布

第1回:フォルタレーザ、パイロット地区5市、その他10市

第2回・北部:フォルタレーザ、その他13市

第3回・南部:17市



TOT参加者出身地

参加者の分布は州内の主な地域に広がっている。

4. 産科専門看護婦養成コース

1998年からセアラ州立大学看護学部において1年間の日程で実施し、2年間で40名の産科看護婦を養成した。2000年度のコースも20名を対象に11月から開始された。国家の正常出産センター建設プログラムと相俟って、産科専門看護婦養成は国の急務になりつつありその意味でも産科看護婦の養成は重要な問題である。

プロジェクトはカリキュラムの作成、講義担当、実習指導、教育機材提供などで積極的に関与している。

5. その他のコース

①レジデント、医学生向け啓蒙コース	1回
②手動吸引処置法（医師、看護婦）	2
③伝統的産婆教育	1

[4] 介入活動前後の比較

介入活動前後を比較する評価方法として、従来の疫学的方法による量的データのみでは不十分であるので、Rapid Anthropological Assessment Procedure (RAP) と呼ばれる質的データをも収集できる調査方法を採用した。

調査対象、調査項目は以下の通りである。

1. コミュニティーガイド
2. 過去3年間に出産した女性
3. 過去3年間に子供が生まれた男性
4. 伝統的産婆
5. 現場で働く医師
6. 出産ケアの直接的観察
7. 病院の人材、サプライ、サービスの内容
8. 過去2年間におこった妊産婦死亡
9. 過去2年間におこった新生児死亡

1. 介入前調査

1997年1月よりフィールドワーカーのトレーニングを開始し、1997年2月より4月にかけてパイロット地区5市において、合計279回のインタビューと観察を行なった。その結果、①妊産婦死亡と新生児死亡の州の公式統計と現実との乖離：実際の死亡数は州レベルの公式統計よりずっと高い、②女性の保健に関する関心の低さ、③不適切な出産環境：出産施設の不備、プライバシーの欠如、ケアの欠如、不必要な帝王切開など、④産科ケア、新生児ケアの業務体系の不整備などが指摘された。

2. 介入後調査

2000年4月より5月にかけて、介入前と同様にパイロット地区5市において、介入活動がどのような変革をもたらしているかを合計348回のインタビューと観察によって調査した。その結果、①産科施設が改善され、サービスの質も向上し、②大部分の診療施設において陣痛時の同伴者が認められるようになっており、③医療従事者が女性にたいして、より注意を払い、暖かいケアを行なうようになっており、④その結果

として、多くの女性が地元の産科施設で出産を希望するようになった。⑤humanized childbirthのトレーニングを通して、多くの医療従事者が人間的な変革を感じるようになった事は最も大きな変化である。⑥実際の妊産婦死亡と州の公式統計との間の乖離は依然存在するものの、乖離の程度は小さくなった。⑦妊産婦死亡の数は減少したものの、新生児死亡の減少はみられなかった。⑧女性保健に対する関心度も変化がなかった。⑨医療従事者の不足も改善されていなかった。こういった改善点、未だ問題が残る点が認められた。

[5] 人間的な出産と出生の全国会議

人間的な出産と出生の概念をブラジル全国に広める事を目的として、1998年8月10、11日に開催した（保健省、州保健局、JICAの共同開催）。11州からの参加があり、連日300人を越す参加者であった。保健省が前面に立って会議の方向をリードしてくれた為に、会議の目指す概念について多くの参加者の共感を得られた。会議後、全国各地、州内の各地より会議内容、JICA活動についての多数の問い合わせが来ている。

[6] 出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議

1. 目的と意義：2001年のプロジェクト終了後の継続性を考える時、一地方での活動に留る事なく、活動内容や方向性が国家の政策に取り込まれて、全国レベルで展開されるようになる事が最も有効であると思われる。その為には全国規模でのコンセンサスが得られる事が必要であるが、その最も有効な手段は、これまでの活動結果を集大成し、ブラジル国内ばかりでなく、同様の問題を抱えている他の国々に情報を発信しながら、同時に他の国との意見交換を行い、その中から保健省、州保健局にこれまで辿って来た経過の正当性を確信させる事であろう。それによってプロジェクト活動の継続性が確保さ、より一層の発展が得られるものと思われる。また単なる発表会に終わらず事なく、国際的な専門誌に会議の内容を掲載する事によって記録として残し、学術的にも将来引用されるような会議にする事が重要である。さらに国際会議を開催する事は、プロジェクト活動がブラジル国内に根付く事のみならず、他の途上国に対するモデルとしてJICA活動の紹介につながり、専門誌への発表と相俟って、日本のODA活動の世界に対する広報活動となるものであり、極めて大きな意義を有するものである。こういった目的と意義から、国際会議を開催する事を計画した。

2. 概要

表題：出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議

期日：2000年11月2-4日

場所：セアラ州コンベンションセンター（ブラジル、フォルタレーザ）

テーマ：健康な出産の促進に光をあてる

主催：国際会議組織委員会（JICA、人間的な出産を目指すブラジルネットワーク）

協賛：アリアンサルス、UNICE、セアラ州、UNFPA、PAHOなど

プログラム構成：

a. 主題（講演5題と7つのラウンドテーブルディスカッション）

1.健康な出産：定義

2. 出産ケアの実践者

3. 出産の場所

4. 出産技術

5. 未来像

b. ワークショップ (27個)

c. 口演 (36題)、ポスターセッション (170題)、ビデオセッション (19題)

3. 会議結果

①参加者：世界26カ国から、約2000人が参加した。参加国はブラジル、アルゼンチン、チリ、ウルグアイ、パラグアイ、ボリビア、ペルー、エクアドル、コスタリカ、メキシコ、プエルトリコ、ドミニカ、ベネズエラ、アメリカ合衆国、カナダ、日本、イギリス、フランス、デンマーク、オランダ、オーストラリア、南アフリカ、コンゴ、ケニア、モザンビーク、タイである。日本からは現場スタッフを含めて70名、中南米諸国から80名が参加し、ブラジル国外からの参加者は約200名を数えた。

ブラジル国内の参加者は27州中の24州から集まり、出身地の判明している1402名中セアラ州は56市から796名を数えた（北部32、東北部1016、南東部241、南部71、中西部42名）。

職種別にみると、職種が判明した784名中、看護婦は408名(52.0%)と最も多く、次いで医師175名(22.3%)、准看護婦74名(9.4%)、生物・社会学40名(5.1%)、保健エージェント25名(3.2%)、コメディカル25名(3.2%)、伝統的産婆19名(2.4%)、その他18名(2.3%)であった。

②討議内容：Keynote speakerの発表に続いて活発な討論が繰り広げられた。またワークショップは好評であり、24個のワークショップを設定したが、参加者の要請によって第二日には新たに3個を追加した。最後に、humanization and humanized careが保健医療の分野のみならず、教育、経済、環境、政治、貧困などあらゆる分野に深く関与するというセアラ宣言を採択して閉会した。

③ラテンアメリカネットワーク：会議後、ラテンアメリカネットワークが生まれて、共通問題を抱えるラテンアメリカ諸国が今後継続的に情報提供、討議を続ける事が確認された。

4. 総括

この会議は、ブラジル国内でヒューマニゼーションを実施したいと願う人達が組織委員会を作って開催するという形で企画された。できるだけJICA色を出さないように心掛け、組織委員会のメンバーはブラジル人が中心となり、当プロジェクトスタッフの一部が加わった。実際の運営においては、総括的な企画は組織委員会が担当したものの、運営資金の調達と会議の実施は日本側が行なった。資金はJICAからの特別対策セミナー開催費と日本国内からの有志による寄付金とで必要経費の半分を賄い、残りの半分はブラジル国内の企業、セアラ州政府、UNICEFなどから集めた。

このように、ブラジル人による会議にしようという目論みにもかかわらず、参加者にはJICAの印象が強かったようで、会議中、後に方々から活動依頼、問い合わせが殺到しJICA活動をブラジル国内外へ強くアピールする結果となった。

この国際会議を通して、人間的なケアが出産のみならず、あらゆる分野で大切な事で

あるという合意が得られた。そしてブラジル国内に限らず、同じ問題を抱える中南米、アフリカ諸国、さらには先進諸国へもこのメッセージは伝えられたものと思われる。今後、この動きをいかに推進して行くかが課題であるが、会議の結果を国際雑誌に掲載する事、この会議で出来たラテンアメリカネットワークを通しての活動をする事、さらにセアラ宣言を元に、他の国際機関（WHO, UNICEF, UNFPAなど）との共同活動の道を探る事が重要であろう。

[7] LDRベッドの開発

陣痛期、分娩期、産後の回復早期のケアを一つの部屋で行なうLDR (Labor, Delivery, Recovery) の概念を導入したが、産婦がこれらの3期を過ごせるベッドが必要である。ブラジル国産のLDRベッドは存在せず、輸入品では2~3万ドルにもなり、操作の複雑性、保守の問題を考えると現実的ではなかった。そこで、LDRベッドに必要な機能を備え、なおかつ易操作性、易保守、低価格なベッドを独自に開発し、1997年から2000年まで4年間にわたり作製、供与している。

開発したベッドは、これまでブラジルで用いられてきた分娩台と比較して、はるかに快適であり、またWHOから推奨されている陣痛時の運動、垂直姿勢での分娩などを行い易く、また維持管理、操作も簡単である。そのため産婦/介助者双方から好評で、価格も従来の輸入品の1/10程度である。そのため、当プロジェクトから供与する以外にも、各地の公立・私立産科施設が独自の予算で購入するようになっている。

[8] コンドーム安価販売プログラム

エイズ患者総数が世界第2位のブラジルでは、母子垂直感染が次第に増加しており、母子保健の大きな問題となっている。HIV感染予防法としてコンドームの使用は重要であるが、未だに十分に普及されていない。その要因の一つとして、価格の高さと販売拠点が少ない事が挙げられている。そこで発生コンドームの価格を市価の半分以下に下げ、より多くの販売拠点を設ける事によってコンドーム使用量を増やすことを目指し、コンドーム安価販売プログラムを1998年より実施した。パイロット地区を中心に実施し薬局やスーパー、ガソリンスタンド、料理店、民宿、個人宅を含んだ販売拠点を開発して、初回販売分のみは無料で供与するものの、その売り上げによって以後の販売分を購入する、回転資金方式を採用した。現在16市において実施している。

このうち当初から実施している6市において、当プログラムの毎月の販売量、他のメーカーの販売量を全販売拠点において調査をおこなった。当プログラムの販売拠点は次第に増加し、開始当時の27ヵ所から現在は87ヵ所に増えた。各四半期毎の販売数をみると、プログラムの販売数は最初12,000個だったものが44,000個と3.5倍以上になった。しかし、プログラムの販売数が増えた事によって他のメーカーのコンドームの販売数が減る事はなく、プログラムのコンドーム、他社のコンドームとを合わせた全体の数は39,000個から74,000個へと、約2倍の増加になった。6市の住民一人当たりのコンドームの年間販売数は、1998年には0.4個から1個までの平均して0.8個であったが、1999年には全ての市で増え、平均すると1.3個になった。

コンドームの安価販売プログラムが地域に根付くにつれて、当プログラムのコンドー

ムの販売数が着実に増加し、コンドーム消費の総量を底上げする様子が観察された。当初、安価なコンドームによって、他社の製品の売り上げが減る事が懸念されたが、他社も安価な製品を開発する事で、むしろ販売数を伸ばす様子すら見られている。

[9] コミュニティ活動

人間的な出産と出生を目指す医療従事者に対するトレーニングを経て、人間的なケアは医療の受益者である地域住民にまで広がりつつあるが、受益者自身の保健医療に対する意識の向上が得られれば、より広範囲、より効果的に活動目的を拡げる事ができるため、コミュニティにおける住民活動を通じて保健教育を行った。

(1)目的：コミュニティ活動を通じて地域住民に対する保健教育を行い、プロジェクトの主たる活動である医療従事者に対するトレーニングを、受益者の立場から支える。

(2)活動地域の選定：まず活動地域を選定し、そこでの活動経験をプロジェクトの他のパイロット地区にも反映させる事を目指した。活動地域の選定には、コミュニティ活動が現に行なわれている地域、以前に行なわれていた地域の中から、リーダーシップをとれる人材の存在する地域を対象としたが、種々の条件からベリベ市のパリプエイラ地区を選んだ。

(3)活動内容の要約：WIDの専門家を迎え、1998年から2年間活動を実施した。

- ①保健医療情報の普及
- ②野菜作り活動
- ③医学教材作り活動
- ④保健教育
- ⑤家庭菜園、栄養、保健トレーニング実施

(4)結果：野菜作り活動を通じて、住民に栄養摂取、食生活について考えるきっかけを与えることが出来た。また、医学教材（乳房、骨盤モデル）作りでは女性の体に関する解剖学的知識を自然に身に付けさせる事ができた。そして何よりもincome generationの喜びを味わわせる事ができた事が大きい。作成した物は教材として立派に使用し得るし、安価であり、今後も継続可能な技術を習得させる事ができたと思われる。但し、今後の問題点として以下の点が挙げられる。パリプエイラ地区は、殆どの家庭が最低賃金以下で生活するという極貧の地区であるので、収入増は大きなincentiveとなるが、教材作りに参加した一部の住民のみが恩恵を受けるような状態が長く続けば、却って貧富の格差を生じせしめ、住民間の確執を生む懸念がある。入ってきた収益のうちのかなりの部分を共益費としてコミュニティに還元するなど、何らかの施策を講じる必要があり、その為にはコミュニティ・リーダーの見識と強いリーダーシップが必要となってくるであろう。一方、本来の目的である住民に対する保健教育も2年目半ば頃より開始されて、妊娠・出産、人間的なケアなどについて認識が深まった。

このように、パリプエイラにおけるWID活動は、2年間でかなりの成果を挙げたが、プロジェクト活動全体からみるとパイロット地区の一つの市の、中心部よりかなり離れた一地域での活動であり、プロジェクト活動全体を底辺からサポートするまでには至らなかった。

[10] 他州との共同活動

(1)活動要請

サンパウロ、アラゴアス、ミナスジェライス、パラナ、リオデジャネイロ、ペルナンブコ、ヒオグランデドノルチ、マラニャオン、ピアウイ、ブラジリア、アクレ、バイア

(2)他州での講演

- 1997. 4. 10 サンパウロ大学 (梅内拓生)
- 1998. 3. 26 サンパウロ大学 (梅内拓生)
- 1998. 7. 15 ペルナンブコ州立大学 (三砂ちづる)
- 1998. 10. 14 サンパウロ州立大学 (日本における助産所：毛利、光のプロジェクト：三砂)
- 1999. 9. 6 サンパウロ州サポペンバ助産所でのワークショップ (毛利、左古、小貫)
- 1999. 10. 21 マラニャオン州産科看護婦養成コース開会式 (毛利、三砂)
- 1999. 10. 27-29 サンパウロ (Condomium 回転資金プログラム：小貫、マルシア)
- 1999. 11. 24 ブラジリア母子病院 (日本における自然出産：毛利)
- 1999. 11. 25-27 リオデジャネイロ市保健局 (出産と出生セミナー、意識的な妊娠セミナー：三砂、毛利)
- 2000. 3. 31 ヒオグランデドノルチ州保健局 (妊産婦死亡率改善の為のセミナー：三砂)
- 2000. 5. 19 ヒオグランデドノルチ州保健局 (人間的な出産と出生ケアの推進の為のワークショップ：小貫)
- 2000. 4. 24-25 パラナ州保健局、看護協会 (人間的な出産と出生セミナー：毛利、三砂)

(3)他州からの講師招聘

- ①人間的な分娩介助 (講演会) 96. 09. 23 Fortaleza : Angela Gehrke (サンパウロ)
- ②コンサルタント・ミーティング 96. 09. 26 Fortaleza : Loren Galvão (Population Council、ブラジリア)
- ③セアラ州における出産と出生セミナー 97. 03. 17-18 Fortaleza : Ruth Ozava (エスピリトサント)、Marcos Dias (リオデジャネイロ)
- ④ベベリベ市における出産と出生 (セミナー) 97. 03. 25 Beberibe : Angela Gehrke (サンパウロ)、Paulo Frias (ペルナンブコ)
- ⑤アラカチ、フォルチン、イカプイ、イタイサーバ市における分娩介助と出生 (セミナー) 97. 03. 26 Aracati : Angela Gehrke (サンパウロ)、Paulo Frias (ペルナンブコ)
- ⑥人間的な出産 (講演会) 97. 04. 23 Aracati : Marcos Dias (リオデジャネイロ)
- ⑦人間的な出産 (講演会) 97. 04. 24 Fortaleza : Marcos Dias (リオデジャネイロ)
- ⑧分娩施設設計モデルの作成 (セミナー) 97. 10. 01~02 Fortaleza : Regina Barcellos (ブラジリア)、Daphne Rattner (サンパウロ)

- ⑨HIV垂直感染予防セミナー 97.10.06 Fortaleza: Susie Nogueira (リオデジャネイロ)、Marcos Dias (リオデジャネイロ)
- ⑩人間的な出産と出生—お産に光を— (全国会議) 98.08.10~11 Fortaleza: Elcylene Leocádio (ブラジル)、Ruth Ozava (サンパウロ)、Hugo Sabatino (サンパウロ)、Janine Schirmer (ブラジル)、Sandra Valongueiro (ペルナンブコ)、Regina Barcellos (ブラジル)、Neusa Nakao (サンパウロ)、Danusa Benjamin (ブラジル)、Marcos Dias (リオデジャネイロ)、João Batista (ミナスジェライス)
- ⑪産科看護婦養成セミナー 98.12.16 Fortaleza: Ruth Ozava (サンパウロ)
- ⑫人間的な出産セミナー 99.06.28 Fortaleza: Tânia Lago (ブラジル)
- ⑬産科看護婦養成コース講義 00.01.27 Fortaleza: Islene (ブラジル) Rejane Barbosa (ヒオグランジドノルチ)
- ⑭ヒューマニゼーション医師向けコース 00.08.17 Aracati: João Batista (ミナスジェライス)
- ⑯ヒューマニゼーションセミナー 00.08.18 Fortaleza: João Batista (ミナスジェライス)
- ⑰出産と出生のヒューマニゼーションに関する国際会議 00.11.2-4 Fortaleza: Daphne Rattner (サンパウロ)、Ruth Ozava (ブラジル)、Simone Diniz (サンパウロ)、Anibal Faundes (サンパウロ)、Marcos Leite (サンタカタリーナ)、Marcos Dias (リオデジャネイロ)、Maria Tyrrell (リオデジャネイロ)、Paula Viana (ペルナンブコ)、Tania Lago (ブラジル)、Ivo Lopes (ミナスジェライス)、Reiko Niimi (ブラジル)
- (4)他州からの訪問団
2000.10.16-17 ピアウイ州保健局
2000.11.21 アラゴアス州保健局
- (5)セアラ州からの研修生派遣
1999.2 サンパウロ助産所 (サポペンバ)
2000.3,4 リオデジャネイロ (レイラジニス病院)
ミナスジェライス (ソフィアフェルドマン病院)
サンパウロ (サポペンバ、イタベシリカダセハ)
- (6)コンドーム回転資金プログラムの共同活動 (ペルナンブコ州バハイロス市)
- (7)資料、教材配布
多数の州に資料や教材の配布を行なっている。

[11] プロジェクト活動の国家保健政策への反映

本プロジェクトにおける活動は、常に保健省、州保健局との合意の下に行なわれて来ており、各年度毎の活動報告、次年度の活動計画は3者の承認を得ている。従って、プロジェクトの成果は国の保健政策に容易に反映され得る状況にあり、保健省が打ち出す施策を見ると、時系列から言っても本プロジェクトの活動成果に強く影響されたと思われる事例がいくつか存在する (資料3)。

1.LDRシステムの導入

(1)産科施設設計セミナー開催 (1997. 10. 1~2)

人間的な出産を実現する為にはどのような産科施設が望ましいかを討議した。州外からはサンパウロ州保健局のDaphne Rattner、保健省の病院建築担当のRegina M. G. Barcellos、それに日本から松本純一郎短期専門家（病院設計）が参加した。Daphne Rattnerによる人間的な出産と出生についての基調演説に続いて、セアラ州内の主な産科施設が抱えている問題点、今後の施設改築計画などについての報告が行なわれた後、日本における産科施設の紹介、ブラジルでの病院建築基準の紹介、そしてブラジルにおける代表的産科施設の例が示された。討論の中で、将来の展望として、産前、出産、産後のケアの新しいサービスのモデルとして、これらを一つの部屋で行なうLDRシステム (Labour, Delivery, Recovery) に多くの関心が集まり、ポルトガル語でPPP (Pré-parto, Parto, Pós-parto) という新語で表現されたが、ブラジルにおける産科施設の将来像となり得るものと思われた。

(2)PPPシステムが保健省の病院建築基準に掲載された (1999. 12)

産科施設設計セミナーに参加したRegina Barcellosが中心となって、ブラジルの産科施設にPPP室を設ける事を認める案を作成し、その際的设计基準を定めた。

(3)人間的な産科施設設計コンファレンス (1998. 7. 6)

第二回目の産科施設設計会議を開催し、前回同様に保健省のRegina Barcellos、松本純一郎専門家を交えての討論を行った。前年末に保健省が作成したPPP室の設計基準についての討議が中心となり、セアラ州保健局の病院建築部門から、保健省案に対する修正案を提出するなど、より良い基準作成に努力が払われた。

こうして第一回目の産科施設設計セミナーで紹介され、ポルトガル語でPPPという呼称で表現されたLDRシステムは、完全に保健省を始め、ブラジル全土にその名が定着した。またPós-partoを省いたPP室が現実的な場合も多く、PPPとかPPとかという呼称で周知されるようになった。プロジェクト活動が国の保健政策に反映した最初の事例である。

2.お産を待つ家 (Maternity Waiting Home)

(1)お産を待つ家セミナー (1997. 2. 18)

お産を待つ家の必要性を討議するセミナーを開催した。連邦大学疫学教授のWalter Fonsecaによるモザンビークでの経験などを踏まえての討議がなされ、早急に建設する気運が高まった。

(2)お産を待つ家の建設

州が土地の買収を中心に、プロジェクトが建物の改築、内装、機材の購入を主に受け持って、州立セザーカウス病院に隣接してお産を待つ家を建築した。土地の買収に手間取り、計画立案から1年以上もの年月を費やしたが、1998年7月9日、保健大臣、在レシフェ日本総領事、セアラ州知事夫人の列席の下に開所式が行われた。実質的なブラジル最初のお産を待つ家の建設である。

(3)お産を待つ家の建築を許可する保健省通達 (1998. 8. 20)

周産期の家族同伴の重要性、ハイリスクの妊産婦管理の重要性、安全で質の高い妊産婦管理システムを作る事の重要性の認識の下に、保健省は産科の第三次施設ではお産を待つ家を有する事を認める通達を出した。その中で、種々の建築基準が定められている。

(4)他地域でのお産を待つ家の建設

セアラ州内では、フォルタレーザ市の他にトライリ、カニンデの少なくとも2市でお産を待つ家が建設された。

州立セザーカウス病院に隣接して州と共同で建設した「お産を待つ家」は、産前ケアの新たなモデルとして注目を浴び、保健省は病院の施設基準の中に取り入れた。プロジェクト活動が保健政策に反映した第二の事例である。

3.人間的な出産と出生を目指す国の政策

(1)計画打合せ評価団との合意事項(1998. 3. 25)

母子保健コーディネーターのEucylene Leadádioは、准看護婦に対する分娩介助トレーニングを承認し、産科専門看護婦養成コースの実施や助産婦制導入の準備を実施する事を了承した。

(2)帝王切開率の削減、産科専門看護婦による出産介助(1998. 5. 29)

保健省は、①帝王切開率の削減の為に、帝王切開率が40%を越した場合には診療報酬を支払わず、2000年前半までにその目標値を30%に下げる事、②正常出産を介助した産科専門看護婦には医師と同様の診療報酬を支払うという通達を出した。

(3)人間的な出産と出生の全国会議(1998. 8. 10-11)

保健省、州保健局、JICAの三者で共同開催したが、全国11州から連日300人を越す参加であった。保健省が前面に立って会議の方向をリードしてくれた為に、会議の目指す概念について多くの参加者の共感が得られた。

(4)女性保健の目標(1999. 1)

大統領選挙で現職大統領が再選され、保健省内も大きな変動はなかった。その中で女性保健の活動目標の第一番目に「人間的なケア」が掲げられた。

(5)ガルバ・アラウジョ賞(1999. 5. 28)

人間的な出産、女性に対して優しい対処をしている病院を全国の5地区から選出して、1970年代から80年代にかけて活躍し、人間的なケアの象徴的な存在となっているセアラ連邦大学元教授のGalba Araújoの名を取ったガルバ・アラウジョ賞(30,000レアル)を授与した。毎年同賞を授与する。

(6)正常出産センターの建設プログラム

①サンパウロ州と当プロジェクトとの共同活動

サンパウロのファベラで助産所を闘って活動していた助産婦Angela Gehrkeとの交流、エスピリト・サント連邦大学の看護学部教授だった日系人Ruth Ozava、サンパウロ州保健局の日系人Neusa Nakao、Masahiro Miyamotoらとの情報交換・相互訪問などを通じて、共に人間的な出産の実現を目指す気運が生じた。やがて、Ruth Ozava、Neusa Nakao、Masahiro Miyamotoらは、サンパウロのサポペンバに助産所

を開設して活動を開始した(1998. 9. 17)。こうしたサンパウロでの動きは、保健省へ大きな影響を与え、正常出産センター構想の伏線になったものと思われる。当時サンパウロ州保健局において、保健プログラムQUALISのコーディネーターであったDavid Capistranoが、保健大臣の顧問の立場で正常出産センタープログラムのコーディネータに就任した事でも、サンパウロ州での動きが大きく影響を与えている事が判る。そしてサンパウロの助産所活動は、当プロジェクトとの関わりの中で開始されたのであるから、その意味でも当プロジェクトの果たした役割は大きい。

②正常出産センタープログラム(1999. 8. 5)

保健大臣は、1999年5月28日のガルバ・アラウジョ賞の授与式の際に、全国に助産所を建設する構想を発表したが、正式には同年8月5日に正常出産センタープログラムとして省令を出した。

全国に50ヵ所の正常出産センターを建設するプログラムが実施され、セアラ州では4ヵ所が認定された。

(7)人間的な出産の10ヵ条(2000年1月)

第二回ガルバ・アラウジョ賞の授与に向けて、保健省は応募要項を発表したが、その中に人間的な出産の10ヵ条が記載されている。これらは全て人間的なケアの具体例としてプロジェクト活動開始以来唱え続けて来た事であり、プロジェクトの精神がよく反映されているものと思われる。

①夫や家族の出産への立合

②出産や受けるであろう行為についての説明

③水やジュースの飲料可

④陣痛期に体動、歩行可

⑤出産体位の選択可

⑥陣痛期のリラクゼーション、シャワー可

⑦不必要な医療介入を行なわない、安全な出産

⑧出産直後の子供との接触

⑨母子同室

⑩女性を大切にし敬う。名前で呼び、プライバシーの保持、必要に応じてすぐに対応するケア

(8)保健サービスのヒューマニゼーションプログラム

2000年5月24日、保健大臣は患者が公的病院の管理者、看護婦、医師によって良く取り扱われるように、保健サービスのヒューマニゼーションプログラムを発令した。まず11の病院で始められ、連邦政府は390,000レアルを供与する。

こうした、人間的なケアを推進する保健省の政策は、LDRシステムやお産を待つ家の場合とは異なって、必ずしも当プロジェクト活動の直接的な反映とは言えないものの、国家の医療費削減課題と相俟って、大きな影響を与えた事が想像される。常にプロジェクト活動が先行し、それに引き続いて保健省の施策が実施される事からも伺える。

[12] 広報活動

1. セアラだより 毎月発行 日本人向け 600部
2. JICA Informa 3ヵ月毎発行 (ポルトガル語)
3. Boletim Luz 毎月発行 (ポルトガル語)
4. カレンダー 毎年発行
5. ポスター

(1) Humanização do Parto e nascimento:

- ① O prazer do seu mãe
- ② Receba com carinho alguém que poderá fazer um mundo melhor
- ③ É uma emoção muito grande

(2) Em qual posição você se sente mais confortável durante o parto?

6. プロジェクトパンフレット

[13] 教材作成

1. ビデオ作成

- (1) Acompanhamento da família
- (2) Pré-natal
- (3) RAP

2. ビデオ複製

- (1) De volta às raízes
- (2) Pari y nacer

3. 人体モデル

- (1) 乳房モデル
- (2) 胎児・胎盤モデル
- (3) 会陰モデル

[14] 出版物

1. Maternidade Segura Assistência ao Parto Normal: um guia prático
2. Parto Ativo Guia Prático para o Parto Natural
3. Relatório de Conferência Nacional sobre Organização de Serviços para Maternidade Segura à Luz da Humanização (Summary)
4. Relatório de Conferência Nacional sobre Organização de Serviços para Maternidade Segura à Luz da Humanização (Abstract)
5. Manual do Parto Humanizado
6. 分娩ベッド使用法

[15] カウンターパート研修

i. 1995年度

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Anastácio de Queiroz Sousa (保健局長) | 96. 03. 23-96. 04. 05 |
| Telma RBS de Queiroz (サンジョゼ病院感染症: 医師) | 96. 03. 23-96. 04. 12 |

2. 1996年度		
Francisca MO Andrade (保健局副局長)		97. 03. 01-97. 03. 15
Jocileide Campos (保健局技術部長)		97. 03. 01-97. 03. 15
3. 1997年度		
Dirlene Mafalda IS (女性保健プログラム主任)		97. 06. 01-97. 06. 21
J Batista C Tomaz (公衆衛生校カリキュラム担当)		97. 06. 01-97. 06. 21
Francisco Holanda Junior (産科医)		97. 10. 19-97. 11. 09
4. 1998年度		
Aldenira L Fonteles (女性プログラム指導員：看護婦)		98. 05. 10-98. 07. 12
Isolda Pereira da Silva (セアラ連邦大学産科看護婦)		98. 05. 10-98. 07. 12
Alzira M. F. Bezerra (州立セザーカウス病院看護婦)		98. 05. 10-98. 07. 12
Sandra M. P. Albuquerque (アラカチ私立病院小児科医)		99. 03. 01-99. 03. 31
5. 1999年度		
Josefa Vieira de Lima (セアラ州立大学看護学部教授)		99. 10. 01-99. 12. 01
Maria Regina de Freitas (州保健局保健婦)		99. 10. 01-99. 12. 01
Maria Gorette A Bezerra (セアラ連邦大学産科看護婦)		99. 10. 01-99. 12. 01
6. 2000年度		
Silvio C. R. de Freitas (メッセジャーナ病院産科医)		00. 01. 21-00. 03. 17
Ineida M. C. Sales (メッセジャーナ病院看護婦)		00. 01. 21-00. 03. 17
Angela M. S. Uchôa (ジョゼフロッタ病院看護婦)		00. 01. 21-00. 03. 17

[16] 日本側専門家

1. 長期専門家

羽根田 潔	(リーダー)	96. 05. 09-01. 03. 31
斉藤 栄一	(調整員)	96. 05. 09-97. 05. 08
定森 徹	(調整員)	97. 08. 01-01. 03. 31
三砂 ちづる	(疫学)	96. 04. 26-00. 09. 03
小貫 大輔	(健康教育)	96. 05. 04-01. 03. 31
吉野 八重	(助産)	97. 05. 22-99. 05. 21
田口 やよい	(W I D)	98. 04. 01-00. 03. 31
毛利 多恵子	(助産)	99. 04. 01-01. 03. 31

2. 短期専門家

①1996年度

相川 律子	(栄養学)	96. 07. 01-96. 09. 07
鈴木 琴子	(助産)	96. 07. 15-96. 08. 31
荒木 美奈子	(W I D)	96. 08. 05-96. 09. 02
梅内 拓生	(国際保健)	96. 11. 04-96. 11. 13
松田 啓	(視聴覚)	97. 03. 08-97. 04. 08
藤原 美幸	(助産)	97. 03. 12-97. 03. 31

②1997年度		
三宅 馨	(産科)	97.08.11-97.08.22
松川 周	(麻酔)	97.08.11-97.08.23
松本 純一郎	(病院設計)	97.09.26-97.10.13
松田 啓	(視聴覚)	97.10.02-98.02.01
毛利 多恵子	(助産)	98.02.06-98.02.23
池住 義憲	(地域開発)	98.02.26-98.03.21
藤原 美幸	(助産)	98.03.05-98.04.05
永瀬 つや子	(助産)	98.03.05-98.04.05
梅内 拓生	(国際保健)	98.03.16-98.03.28
③1998年度		
浜口 伸明	(保健経済)	98.06.17-98.07.05
松本 純一郎	(病院設計)	98.06.20-98.07.11
藤原 美幸	(助産)	98.07.11-98.08.15
三宅 馨	(産科)	98.08.01-98.08.15
左古 かず子	(助産)	98.08.01-98.08.22
毛利 多恵子	(助産)	98.09.02-98.11.02
堀内 成子	(助産)	98.12.05-98.12.20
山崎 博子	(視聴覚)	99.01.21-99.03.10
加納 尚美	(助産)	99.03.05-99.03.22
梅内 拓生	(国際保健)	99.03.20-99.04.01
④1999年度		
池住 義憲	(地域開発)	99.05.11-99.05.28
藤原 美幸	(助産)	99.05.20-99.10.24
左古 かず子	(助産)	99.08.09-99.09.13
嶋澤 恭子	(助産)	99.08.09-99.09.13
きくち さかえ	(保健教育)	99.09.01-00.02.14
赤山 美智代	(助産)	00.01.24-00.02.28
⑤2000年度		
藤原 美幸	(助産)	00.05.31-00.11.29
左古 かず子	(助産)	00.07.21-00.08.28
きくち さかえ	(視聴覚)	00.09.01-00.11.29
梅内 拓生	(国際保健)	00.10.27-00.11.10
堀内 成子	(助産)	00.10.30-00.11.06

[17] 学会発表、論文

1. 学会発表

- (1) T. Umenai, D. Onuki, K. Haneda, C. Misago, J. Okumuma, H. Miura, Y. Yoshino: A Condom Revolving Fund Program in Northeast Brazil. 12th International Conference on AIDS. 1998. 6, Geneva

- (2) 羽根田潔、三砂ちづる、小貫大輔、吉野八重、定森徹、田口やよい、梅内拓生：
ブラジル・セアラ州における家族計画母子保健プロジェクト 第13回日本国際保健
医療学会、1998. 8. 27、大阪
- (3) 三砂ちづる、Carl Kendall, Walter Fonseca, Luciano Correia, Dirlene Mafaldas
羽根田潔、小貫大輔、梅内拓生：RAP (Rapid Anthropological Assessment Proce-
dure) を使用したブラジルセアラ州5市における出生と出産に関する調査
第13回日本国際保健医療学会、1998. 8. 27、大阪
- (4) 小貫大輔、M. Araujo, L. Correia, 羽根田潔、三砂ちづる、定森徹、吉野八重、
田口やよい、梅内拓生：ブラジル・セアラ州におけるコンドーム回覧資金プログラ
ム 第13回日本国際保健医療学会、1998. 8. 27、大阪
- (5) 三砂ちづる、Carl Kendall, Walter Fonseca, Luciano Correia, Dirlene Mafaldas
羽根田潔、小貫大輔、梅内拓生：ブラジル北東部セアラ州5市における1995-1996
年の妊産婦死亡 第13回日本国際保健医療学会、1998. 8. 27、大阪
- (6) 三砂ちづる、Carl Kendall, Walter Fonseca, Luciano Correia, Dirlene Mafaldas
羽根田潔、小貫大輔、梅内拓生：ブラジル北東部セアラ州5市における施設出産の
状況 第13回日本国際保健医療学会、1998. 8. 27、大阪
- (7) 吉野八重、羽根田潔、三砂ちづる、小貫大輔、定森徹、田口やよい、梅内拓生：
北東ブラジルセアラ州における「人間的な出産と出生」の意識化、ケア普及への取
り組み－准看護婦トレーニングコースの報告 第13回日本国際保健医療学会、
1998. 8. 27、大阪
- (8) 羽根田潔、三砂ちづる、小貫大輔、吉野八重、田口やよい、定森徹、毛利多恵子、
梅内拓生：妊婦健診受診率に影響を及ぼす要因－ブラジル・セアラ州での経験
第14回日本国際保健医療学会、1999. 9. 3-5、東京
- (9) 小貫大輔、羽根田潔、三砂ちづる、定森徹、田口やよい、吉野八重、毛利多恵子、
マルシア・アラウージョ、梅内拓生：ブラジル東部の遠隔地におけるコンドーム
安価販売プログラムのインパクトに関する研究 第14回日本国際保健医療学会、
1999. 9. 3-5、東京
- (10) 毛利多恵子、羽根田潔、小貫大輔、三砂ちづる、田口やよい、定森徹、Aldenira
LP, Angela USM, Regina F, 池住義憲、梅内拓生：ブラジル東部における「人間
的な出産と出生」を促進するためのTraining of Trainersコース－参加型教育方
法を用いて－ 第14回日本国際保健医療学会、1999. 9. 3-5、東京
- (11) 羽根田潔：自由集会・PHCから見た開発協力「ブラジルにおける人間味のある出
産サービスの推進」 第14回日本国際保健医療学会、1999. 9. 5、東京
- (12) Yayoi Taguchi, Kiyoshi Haneda: Women's life in Paripueira, Ceara, Brazil
The 8th International AWID Forum, 1999. 11. 11-13, Washington DC, USA
- (13) 小貫大輔：シンポジウム「在日ブラジル人とエイズについて」 第13回日本エイズ
学会、1999. 12. 3、東京
- (14) 小貫大輔：シンポジウム「日本の国際協力について」 第12回日本性感染症学会、
1999. 12. 5、東京
- (15) 羽根田潔、三砂ちづる、小貫大輔、毛利多恵子、定森徹、藤原美幸、梅内拓生：保

- 健を支える社会基盤 第15回日本国際保健医療学会、2000. 8. 3-5、長崎
- (16) 三砂ちづる、Carl Kendall、羽根田潔、Dirlene Mafalda、Francisco Holanda Junior、小貫大輔、毛利多恵子、定森徹、梅内拓生：RAP (Rapid Anthropological Assessment Procedure) を用いたブラジルセアラ州5市における出生と出産の状況：1996年から2000年までの変化 第15回日本国際保健医療学会、2000. 8. 3-5、長崎
- (17) 毛利多恵子、羽根田潔、小貫大輔、三砂ちづる、定森徹、Aldenira LP、Angela US、M. Rejina F、梅内拓生：ブラジル東北部における「人間的な出産と出生」の試み—人間的な助産トレーニングと医療者の変化— 第15回日本国際保健医療学会、2000. 8. 3-5、長崎
- (18) 小貫大輔、羽根田潔、三砂ちづる、定森徹、毛利多恵子、マルシア・アラウージョ、梅内拓生：ブラジル東北部の遠隔地におけるコンドームの安価販売プログラムのインパクト 第15回日本国際保健医療学会、2000. 8. 3-5、長崎
- (19) 定森徹、羽根田潔、小貫大輔、毛利多恵子、三砂ちづる、梅内拓生：開発途上国向けLDRベッドの開発 第15回日本国際保健医療学会、2000. 8. 3-5、長崎
- (20) 三砂ちづる、羽根田潔、梅内拓生：自由集会・Safe Motherhoodの新しい方向 第15回日本国際保健医療学会、2000. 8. 3-5、長崎
- (21) Taeko Mori: Round Table Discussion-“Place of birth-Exchanging experiences in maternity care” International Conference on the Humanization of Childbirth, 2000. 11. 2-4, Fortaleza, Brazil
- (22) Daisuke Onuki: Round Table Discussion-“The road ahead: Humanizing systems of maternity care” International Conference on the Humanization of Childbirth, 2000. 11. 2-4, Fortaleza, Brazil
- (23) Chizuru Misago, Carl Kendall, Paulo Freitas, Kiyoshi Haneda, Dirlene Mafalda, Francisco Holanda Junior, Daisuke Onuki, Taeko Mori, Toru Sadamori, Takusei Umenai: An evaluation study of Projeto Luz in 5 municipalities in the state of Ceará, Brazil using RAP (Rapid Anthropological Assessment Procedure) International Conference on the Humanization of Childbirth, 2000. 11. 2-4, Fortaleza, Brazil
- (24) Chizuru Misago, Paulo Freitas, Kiyoshi Haneda, Taeko Mori, Daisuke Onuki, Toru Sadamori, Carl Kendall, Dolores Mota, Roberta Diniz, Lucilia Fernandes, Kilvia Albuquerque, Dirlene Mafalda, Francisco Holanda Junior, Takusei Umenai: Mudanças da situação da atenção ao parto e nascimento na área piloto do Projeto Luz-A experiência transformadora para profissionais International Conference on the Humanization of Childbirth, 2000. 11. 2-4, Fortaleza, Brazil

〈資料1〉 プロジェクト・デザイン・マトリックス (PDM) 日本語訳

プロジェクト名: ブラジル国家保健計画・母子保健プロジェクト
対象: セアラ州

期間: 1996年4月1日～2001年3月31日
ターゲットグループ: セアラ州住民

作成日: 1999年7月2日

プロジェクトの要約 Narrative Summary	指標 Objective Verifiable Indicators	指標データ入手手段 Means of Verification	外部条件 Important Assumptions
上位目標 (Overall Goal) 東北ブラジルにおける母子保健サービスの質が向上する。	1 東北ブラジルにおける妊産婦死亡率が減少する。 2 東北ブラジルにおける周産期死亡率が減少する。 3 東北ブラジルにおける帝王切開率が減少する。	1 東北ブラジル各州の保健統計 2 東北ブラジル各州の保健統計 3 東北ブラジル各州の保健統計	「人間的な出産と出生」に関するブラジルの政策的支持が維持される。
プロジェクト目標 (Project Purpose) セアラ州における母子保健サービスの質が向上する。	1 母子保健サービス (特に出生と出産) に対するセアラ州パイロット地区の住民の満足度が、プロジェクト開始時に比べ向上する。 2 母子保健サービス (特に出生と出産) に対するセアラ州パイロット地区の母子保健従事者の満足度が、プロジェクト開始時に比べ向上する。 3 セアラ州パイロット地区において出生と出産に関する母子保健従事者の関与時間が、プロジェクト開始時に比べ増加する。 4 セアラ州における帝王切開率がプロジェクト開始時に比べ減少する。 5 プロジェクト終了迄に、パイロット地区およびセアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) において緊急避妊法が実施されるようになる。 6 プロジェクト終了迄に、パイロット地区およびセアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) において手動吸引処置法が実施されるようになる。 7 プロジェクト終了迄に、セアラ州基幹病院において HIV/AIDS の垂直感染防止策を講じられるサービスが提供されるようになる。 8 プロジェクト終了時において、パイロット地区を中心とするセアラ州内においてコンドーム使用促進プログラムが定着する。	1 RAP調査 (1997年調査との比較) 2 RAP調査 (1997年調査との比較) 3 RAP調査 (1997年調査との比較) 4 セアラ州保健統計 5 パイロット地区およびセアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) の統計データ 6 パイロット地区およびセアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) の統計データ 7 セアラ州基幹病院 (フォルタレーザ市内) の統計データ 8 プロジェクト活動記録 (月次販売数推移)	1 「人間的な出産と出生」の概念がセアラ州以外の東北ブラジル各地域の住民に普及する。 2 「人間的な出産と出生」の概念がブラジル国政府に支持される。 3 「人間的な出産と出生」の概念がセアラ州以外の東北ブラジル各州政府に支持される。
成果 (Outputs) 1 セアラ州の母子保健従事者の意識・知識・技術水準が向上する。	1-1 プロジェクト終了迄に、指導者養成トレーニングコースを50人が修了する。 1-2 プロジェクト終了迄に、准看護婦 100人がトレーニング・コースを受講する。 1-3 プロジェクト終了時に、パイロット地区に勤務し出産と出生に関与する可能性のある准看護婦の70%超がトレーニング・コースを受講済みとなる。 1-4 プロジェクト終了迄に、医師100人超、看護婦200人超、准看護婦300人超 (延人数) がセミナーを受講する。 1-5 プロジェクト終了時に、パイロット地区に勤務し出産と出生に関与する可能性のある医療従事者の70%超がセミナーを受講済みとなる。 1-6 トレーニング・コース受講者の「人間的な出産と出生」に関する理解が向上する。	1-1 プロジェクト活動記録 (コース報告書) 1-2 プロジェクト活動記録 (コース報告書) (99/6現在で68人) 1-3 プロジェクト活動記録 (コース報告書) 1-4 プロジェクト活動記録 (コース報告書) 1-5 プロジェクト活動記録 (コース報告書) 1-6 トレーニング・セミナー評価シート	1 各医療施設およびトレーニング施設への運営予算が毎年継続的に確保される。 2 プロジェクトの供与機材が適切に維持・管理される。

<p>2 パイロット地区およびセアラ州基幹病院（フォルタレーザ市内）の出産関連施設が「人間的な出産と出生」に相応しいものとなる。</p> <p>3 「人間的な出産と出生」の概念がセアラ州内に普及する。</p> <p>4 セアラ州住民の性病対策意識・行動が改善する。</p>	<p>1-7 プロジェクト終了迄に、80人超の産科看護婦が養成される。</p> <p>1-8 プロジェクト終了迄に、20人超の医療従事者が緊急避妊法のトレーニングを受ける。</p> <p>1-9 プロジェクト終了迄に、30人超の医療従事者が手動吸引処置法のトレーニングを受ける。</p> <p>1-10 プロジェクト終了迄に、100人超の医療従事者がHIV・垂直感染防止に関するトレーニングを受ける。</p> <p>2-1 各施設が、(1)機材の設置・整備状況、(2)LDRシステムの導入状況、(3)環境整備状況、の諸項目においてプロジェクト終了迄に満足出来る状況となる。</p> <p>2-2 出産関連施設の利用者のイメージが向上する。</p> <p>3-1 セアラ州内各市の管理職層の「人間的な出産と出生」に関する理解がプロジェクト開始時に比べて改善する。</p> <p>3-2 パイロット地区以外の市において、日本人専門家が関与しないトレーニング・コースが実施される。</p> <p>3-3 パイロット地区以外の市からのプロジェクト活動に関する関心を示す問い合わせ等の連絡がある。</p> <p>3-4 マス・メディアがプロジェクトを取り上げる。</p> <p>4-1 コンドーム使用促進プログラム実施地区におけるコンドームの販売総数がプロジェクト開始時に比べ50%以上増加する。</p>	<p>1-7 セアラ州立大学・セアラ連邦大学統計</p> <p>1-8 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>1-9 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>1-10 プロジェクト活動記録（コース報告書）</p> <p>2-1 直接観察</p> <p>2-2 RAP調査（1997年調査との比較）</p> <p>3-1 セアラ州内各市の市長・保健局長に対する意識調査</p> <p>3-2 セアラ州保健局統計</p> <p>3-3 プロジェクト活動記録</p> <p>3-4 新聞、雑誌、テレビ、ラジオの報道記録</p> <p>4-1 プロジェクトによる月次調査</p>	
<p>活動 (Activities)</p> <p>1-1 パイロット地区および州基幹病院を中心に母子保健従事者のトレーニングを行う。</p> <p>1-2 母子保健従事者の指導者を養成する。</p> <p>1-3 セアラ州立大学、セアラ連邦大学において産科専門看護婦を養成する。</p> <p>1-4 公衆衛生校で実施される准看護婦養成コースに「人間的な出産と出生」の講義を含める。</p> <p>1-5 緊急避妊法のトレーニングを実施する。</p> <p>1-6 手動吸引処置法のトレーニングを実施する。</p> <p>1-7 HIV垂直感染防止に関するトレーニングを行う。</p> <p>1-8 妊婦に対するSTD/HIV検査体制を整備する。</p> <p>2-1 LDRシステムを構築・導入する。</p> <p>2-2 「お産を待つ家」を設計・建設する。</p> <p>3-3 「お産を待つ家」の運営管理体制につき助言する。</p> <p>2-4 独自の出産ベッドを開発・導入する。</p> <p>3-1 プロジェクト活動の広報活動を実施する。</p> <p>3-2 パイロット地区の住民に対する直接的な健康教育活動を促進する。</p> <p>3-3 教育用ビデオを作成・配布する。</p> <p>4-1 コンドーム使用促進プログラムを実施する。</p>	<p>投入 (Inputs)</p> <p>日本</p> <p>長期専門家 チーフ・アドバイザー 調整員 疫学 健康教育 WID 母子保健 (助産) 短期専門家 母子保健 (助産) 視覚機材技術 その他</p> <p>機材 年間4千万円程度 (但、金額については年度毎に調整)</p> <p>研修員受入 年間3~4名、各々2ヶ月程度</p> <p>現地業務費</p> <p>ブラジル</p> <p>カウンターパート セアラ州保健局長 セアラ州保健局技術部長 セアラ州保健局女性保健プログラム ダイレクター コーディネーター セアラ州保健局母子保健コーディネーター</p> <p>施設 日本人専門家用オフィス</p> <p>運営費 運転手 1名 専属秘書 1名 オフィス維持管理経費 車輛維持管理経費</p>	<p>外部条件 (Important Assumptions)</p> <p>1 プロジェクト活動により訓練された母子保健従事者がセアラ州内において勤務を続ける。</p> <p>前提条件 (Pre-conditions)</p> <p>1 セアラ州内の各市とセアラ州保健局との関係が良好に維持される。</p>	

〈資料2〉 セアラ州保健局/JICA (光のプロジェクト) の協力指針 1999-2001 (1999. 3. 24)

目標	主要目的	活動計画	期待される結果	関係機関
<p>・セアラ州の全産科施設における産前、出産、出生、産後ケアのヒューマニゼーションと質的改善</p>	<p>・セアラ州の全産科施設に産科看護婦を配置する事を奨励し、支援する。</p>	<p>・セアラ州立大学、セアラ連邦大学において産科専門看護婦コースを実施する。</p>	<p>・1999年末までに40名の産科看護婦が養成され、2000年末までにさらに80名が養成される。</p>	<p>・州立大学 ・連邦大学</p>
	<p>・准看護婦が産婦に対して優しく、愛情のこもった介護ができるようにする。</p>	<p>・公衆衛生校において実施される准看護婦養成コースに、“ヒューマニゼーションの概念”、“自然出産”、“質の高い産前ケア”についてのモジュールを含める。</p>	<p>・1999年末までに人間的な出産と出生を学んだ1,000名の准看護婦が養成され、2000年の末までにさらに1,000名が養成される。</p>	<p>・公衆衛生校 ・各市</p>
	<p>・家族保健プログラムチームを、質の高い産前ケアが行えるようにする。</p>	<p>・公衆衛生校やフォルタレーザ大学で行われる家族保健プログラムの専攻コースにおいて、質の高い産前ケアに重点をおく。</p>	<p>・1999年末までに“質の高い産前ケア”について140名の家族保健プログラム専門家が訓練され、2000年末までにさらに100名が訓練される。</p>	<p>・公衆衛生校 ・フォルタレーザ大学</p>
	<p>・人間的な出産と出生介助の重要性を保健従事者へ啓蒙する。</p>	<p>・人間的な出産と出生の介助についての啓蒙ワークショップを実施する。 ・健康な出産と出生に関する国際会議を実施する。</p>	<p>・1999に2回のワークショップが実施され、2000年にさらに2回実施される。 ・2000年11月に健康な出産と出生に関する国際会議が実施される。</p>	<p>・種々の団体 ・保健省 ・国連人口基金</p>
	<p>・トレーニングとスーパービジョンについてのセアラ州保健局の機能の強化をはかる。</p>	<p>・出産と出生介助の領域において、トレーニングとスーパービジョンを行える人材を養成する。</p>	<p>・全てのマイクロ地域が、出産と出生介助の領域においてトレーニングとスーパービジョンを行える人材を有するようになる。</p>	<p>・保健行政区 ・各市</p>
	<p>・産婦と家族にとってより快適で、プライバシーが保たれるように、産科施設を改善する。</p>	<p>・分娩室の改築を奨励しながら、産科施設に“人間的な分娩のベッド”を供与する。</p>	<p>・人間的な分娩のベッド(改良型)が1999年7月までに40の分娩室に供与され、1999年末までに更に30の分娩室に供与される。</p>	<p>・各市 ・産科学校/連邦大学 ・フォルタレー</p>

				<ul style="list-style-type: none"> ザ総合病院 セザールカウス病院
	<ul style="list-style-type: none"> 資機材供与による出産と出生のケアの改善。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアの質の改善の目的で、産科施設に胎児心音検出装置、救急蘇生セットなどの機材を供与する。 	<ul style="list-style-type: none"> 1999年7月までに105の分娩室が胎児心音検出装置を、21室が救急蘇生セットを、その使用方法とバルトグラムについてのトレーニングを行った後に備えるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> 各市 産科学校/連邦大学 フォルタレーザ総合病院 セザールカウス病院
<ul style="list-style-type: none"> HIV垂直感染予防のサービスの確立 	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠中のHIV感染の有病率を同定する。 	<ul style="list-style-type: none"> 州都と内陸部における有病率についての研究を行う。 監視システムの拡大と維持。 	<ul style="list-style-type: none"> 1999年末までに、HIV感染の有病率が評価される。 	<ul style="list-style-type: none"> 連邦大学 サンジョゼ病院 検査センター
	<ul style="list-style-type: none"> HIV陽性妊婦をケアできるリファレンスセンターをつくる。 	<ul style="list-style-type: none"> リファレンスセンターのチームにHIV垂直感染予防の能力をつけさせる。 	<ul style="list-style-type: none"> 1999年にHIV垂直感染に関するセミナーが2回実施され、2000年にはさらに2回実施される。 	<ul style="list-style-type: none"> フォルタレーザ総合病院 メッセージーナ病院 セザールカウス病院 産科学校/連邦大学
	<ul style="list-style-type: none"> 指定産科施設において、妊婦に対するHIVテストを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 産前期のHIVテストの為に、リファレンスセンターのスタッフのカウンセリング能力を高める。 指定産科施設において、妊婦に対する抗HIV血清診断を開始する。 	<ul style="list-style-type: none"> 1999年にカウンセリングのトレーニングが3回実施され、2000年にはさらに3回実施される。 1999年には10,000件の血清テストが実施され、2000年には12,000件が実施される。 	<ul style="list-style-type: none"> フォルタレーザ総合病院 メッセージーナ病院 セザールカウス病院 産科学校/連邦大学 検査センター

〈資料3〉 プロジェクトの歩み（一覧表）

年月日	主なプロジェクト活動	保健省、セアラ州、他州との関係
<u>1996</u>		
4/26 ~5/10	・リーダー、調整員、専門家着任	
5/23	・ブラジリア、レシフェ表敬訪問	・保健省との協議
9/26 ~27	・コンサルタントミーティング ※7名のコンサルタントと保健省とを含めて、今後の基本的活動案を作成	・保健省はプロジェクトの方針案承認
10/31	・活動案の周知の為のセミナー ※保健局内を対象に、プロジェクトの活動案を説明した	
11/7		・保健省、保健局との合同会議 ※梅内国内委員長、保健省母子保健部門責任者Formiga参加の下に、活動案を決定した。保健省は医師の監督の下でなら、准看護婦が分娩介助を行う事を了承
12/26	・ Condom 回転資金プログラム開始	
<u>1997</u>		
2/17	・ RAP 調査開始	
2/18	・ お産を待つ家セミナー	
3/11		・ 保健省との協議
3/17 ~18	・ 安全で人間的な出産と出生セミナー（於フォルタレーザ） ※初めてのセミナー開催。以後同目的セミナー、ワークショップを20回開催	
4/1	・ 計画打合せ評価団来訪	
4/3		・ 保健省、保健局との協議 ※1年目の活動報告、2年目の活動案は承認され、ミニッツ署名
7/15 18	・ 新生児救急蘇生講習会（於ベベリカ、アラカチ） ※初めての講習会開催	
10/1 ~2	・ 産科施設設計のセミナー開催 ※LDRを紹介した	・ 保健省病院建築担当者参加
11		・ 州は時限立法で一時的に Condom の販売税 (ICMS) を撤廃

12/31

1998

2/16

・准看護婦へのトレーニング開始

~20

3/3

~4

3/20

3/25

3/26

3/27

・伝統的産婆に対するトレーニング

3

・独自の分娩ベッド作製し配布

5/22

・手動吸引処置法トレーニング

~24

5/26

・医師向け啓蒙コース実施

※以後3回実施

5/29

6/30

7/6

・人間的な産科施設設計コンファレンス

※LDRの国の基準案について検討

7/8

7/9

・お産を待つ家開所式

※保健大臣列席

8/7

8/10

・人間的な出産と出生の全国会議開催

~11

8/20

・保健省は産科施設設計基準の改訂に当たって新案を作成し、LDR室を建設する際の設計基準を掲載

・保健省との協議

・州保健局との協議(梅内国内委員長)

・保健省との協議(梅内国内委員長)

※保健省Eucylene Leadádio(母子保健コーディネーター)は、准看護婦に対する分娩介助トレーニングを承認し、産科専門看護婦養成コースの実施や助産婦制導入の準備実施を了承

・サンパウロ州保健局、サンパウロ州立大学との協議(梅内国内委員長)

・保健省通達：①帝王切開率の削減の為に、帝王切開率が40%を超した場合には診療報酬を支払わず、2000年前半までにその目標値を30%にまで下げる、②正常分娩を介助した産科専門看護婦には医師と同様の診療報酬を支払う

・保健省との協議

・保健省との協議

・カニンデ市(セアラ州)議会よりプロジェクト活動の要請

・保健省参加(4名)

※11州からの参加あり

・保健省通達：周産期の家族同伴の重

8/27	・第13回国際保健医療学会でプロジェクト活動を発表	・重要性、ハイリスクの妊産婦管理の重要性、安全で質の高い妊産婦管理システムを作る事の重要性の認識の下に、産科の第三次施設ではお産を待つ家を有する事を認めた
9/8		・LDRの保健省作成の基準案に対してセアラ州としての意見書を提出
9/17	・セアラ州立大学での産科専門看護婦養成コースにおいて講義担当	・アラゴアス州より活動依頼 ・セアラ州立大学で産科専門看護婦養成コース開始
10/7	・レジデント・医学生向け啓蒙コース	・トライリ市（セアラ州）でお産を待つ家の開所式
10/13 ~16		・ミナスジェライス州より活動依頼
10/19 ~23	・指導者育成トレーニングコース	・サンパウロ州保健局は助産所を建設し、活動を開始した。
10/22		・サンパウロ州保健局、サンパウロ州立大学との協議
11/3		・ミナスジェライス州での「安全な出産のセミナー」において、プロジェクト活動の紹介
11/9		・ジジョーカ・ジ・ジェリコアコアラ市（セアラ州）より活動依頼
12/1		・サンパウロ州保健局との協議
12/2		・パラナ州より活動依頼
12/16	・産科専門看護婦養成セミナー開催	・保健省との協議 ・保健省主催のエイズ予防会議で発表
<u>1999</u>		
1/1		・Anastácio前保健局長留任
1/21	・分娩ベッド試作品展示・意見交換会（於サンパウロ）	
2/1	・産科看護婦研修員、国内研修（サンパウロ）に派遣	
3/1	・セアラ連邦大学産科学校のトレーニングセンター開所式	
3/23	・セアラ州立大学の演習室の開所式	
3/29	・サンパウロ州保健局主催の助産所の運営に関するワークショップに参加	

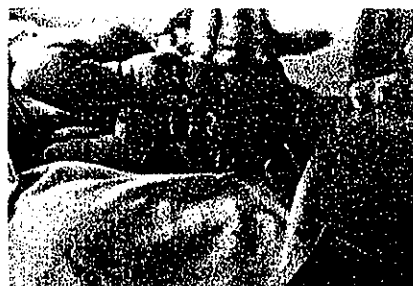
4/2	・毛利多恵子長期専門家着任	
4/8~ 20	・分娩ベッド試作品の展示および試用 (フォルタレーザ)	
5/17	・新方式の指導者養成コース開始	
5/28		・Galba Araújo賞の授与式 ※人間的な出産、女性に対して優しい病院を5地区から選出。César Cals病院が東北部の代表に選ばれた
5/末		・保健大臣がCasa de Partoの建設を勧めた ・保健省は全国にCasa de Partoを建設する方針を打ち出した。今年度は50カ所。 ・保健省はコンドームの廉売を勧める方針を打ち出した。 ・保健省、保健局との合同会議
6/23	・巡回指導調査団来訪	
6/28	・胎児心音検出装置の授与式	
7/1		・保健省との協議(於ブラジリア)
8/	・新型分娩ベッド供与	・州保健局のリプロダクティブヘルス部門の責任者にDr. Holanda就任
8/5		・Casa de Parto建設の官報
10/18	・第二回産科看護婦養成コースの開講式	
10/28	・国際会議組織委員会の設立	
10/	・TOTメンバーによるトレーニング開始	
12/23	・「女性の家」開所式(イタイサーバ)	
<u>2000</u>		
1/10	・第二回産科看護婦養成コースでの講義開始	
1/18		・国際会議を州は全面的に支援する事を表明
1/30 ~2/5	・技術交換プログラムでチリ訪問	
3, 4月	・産科看護婦学生を他州に派遣(サンパウロ、リオデジャネイロ、ミナスジェライス州)	
4/10	・RAP調査開始	
4末		・セアラ州の産科医が「人間的な出産と出生」の方向性を批判し、JICAを中傷する記事を州産科医師会誌に投稿。その後同様の記事を連邦産科

5/24		医師会誌にも投稿した。
		・保健大臣が「保健のヒューマニゼーション・プログラム」を発表。人間的なケアを行なっている病院表彰。セザールカウス病院が選ばれた。
5/30	・北部TOT開始	
6/19	・南部TOT開始	
7/21		・正常出産センタープログラムの責任者、David Capistranoが来訪し、候補地を視察。
8/7	・聖路加看護大学の研修チーム来訪	
8/28	・慶応大学医学部学生研修チーム来訪	
9/25	・組織委員会とセアラ州関係者との懇談会	
10/1		・市長選挙。イタイサーバは政権交代
10/15	・ピアウイ州保健局視察団来訪	
11/2~4	・出産と出生のヒューマニゼーションに関する国際会議開催	
11/5		・中南米ネットワーク会議
11/10		・David Capistrano死去
11	・第3回産科看護婦養成コース開始	
11/21	・アラゴス州保健局視察団来訪	
12/10	・終了時評価団来訪	

出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議

2000年11月2～4日 ブラジル、セアラ州、フォルタレーザ

20世紀を通じて、私たちの社会は科学と技術を大きく発展させてきました。それにともない生活の様々な領域が影響を受け、子どもを生むという行為のあり方も大きく変わりました。世界各地で起こった出産の急激な変化は、科学的実証や経済的有効性の議論が不十分なまま広がり、伝統的な方法が否定されて、出産は都市の大病院に集中するという結果を生んでいます。その中で、過度の医療テクノロジーが母子の健康に影響を与えるという問題も提起されてきています。



ブラジルでは1980年代から、出産・出生に人間性を回復させようという動きが生まれ、「出産のヒューマニゼーション」と呼ばれる運動へと発展してきました。女性やその家族、医療者によるこうした声は、近年、国の政策をも動かし、各地で様々な試みが始まりつつあります。

そのブラジルで「出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議」が開催されます。会議は、世界各地から関係者が集まり、現在の状況を理解した上で、新しいマタニティ・ケアのモデルを確立するための議論をすることが目的です。次の世紀に向けて、「出産・出生のヒューマニゼーション」をブラジルから提案します。

目標:

健康な出産・出生に結びつく人間的なマタニティ・ケアを推進すること。

参加者:

マタニティ・ケアおよび出産・出生に関心を持つ人すべて。助産婦、看護婦、産科医、小児科医、消費者グループ、女性グループ、疫学者、社会学者、政策担当者、政治家、ジャーナリストを含む。

スピーカー (予定):

Robbie Davis-Floyd (医療人類学)

Richard Horton (ランセット誌編集者)

Sheila Kitzinger (社会人類学、パース・エデュケイター)

Michel Odent (産科医)

Lesly Page (助産学教授)

Marsden Wagner (元 WHO ヨーロッパ母子保健局長)

テーマ:

- ◇ 人間的なマタニティ・ケアを導入することで、いかにセーフ・マザーフードの概念を拡大することができるか?
- ◇ どのようにすれば、マタニティ・ケアが女性とケアの提供者にとって自らを満たし、力を与えてくれるものとなるのか?
- ◇ 女性が、自分が受けるケアのすべての面において積極的に参加し、自らの意思で決定できることをいかに推進できるか?
- ◇ 医師と医師でないものが、調和の中で対等者として共に働くことのできるマタニティ・ケアをいかに推進できるか?
- ◇ 科学的証拠に基づいたマタニティ・ケア、科学的証拠に基づいた技術の使用をいかに推進できるか?
- ◇ 第一次レベルからより高度なレベルまで、保健・医療サービスのシステムをいかに整備することができるか?
- ◇ マタニティ・ケアにおける産科医と産科医以外のものの役割をいかに定義したらよいか?
- ◇ リスクの認識の仕方がマタニティ・ケアにどのような影響を及ぼすか?
- ◇ 人間的なマタニティ・ケアを生殖権(リプロダクティブ・ライト)のひとつとしていかに推進できるか?

プログラム:

プログラムとしては全体会の他に、ポスター・セッション、芸術表現セッション、大小のワークショップが予定されています。希望者にはセアラ州海岸部の町におけるマタニティ・サービスを見学するフィールド・トリップも準備されています。

プログラム(予定)

第1日 11月2日 (木)	午前	✓ 新しい世紀の人間的な出産・出生 ✓ 出産・出生の歴史的・文化的発展	
	午後	✓ 正常出産とは何か? ✓ 帝王切開率を下げる—セアラ州の選択	大小の ワークショップ
第2日 11月3日 (金)	午前	✓ マタニティ・ケアの人材—科学的な根拠と現在のシステム ✓ 出産・出生の生理学を研究する重要性とその方法 ✓ マタニティ・ケアにおける産科医とその他の人材の適切な役割	
	午後	✓ 出産・出生の場所—マタニティ・ケアの経験の交換 ✓ 自分の町で生れる—セアラ州の選択	大小の ワークショップ
第3日 11月4日 (土)	午前	✓ 出産技術の歴史的・文化的意味 ✓ 科学的証拠に基づいた実践と標準的な実践	
	午後	✓ 未来への道—マタニティ・ケア・システムのヒューマニゼーション ✓ 会議のまとめ	



① 国際会議場
州知事演説

② 会場風景

③ JICAブース
パンフレット
見せる展示

④ JICAブース
中ではアンケート
を記入する様子

※ JICA広報機以
(ビデオ)にて広報
か撮影



新聞名：FOLHA DE SÃO PAULO 分野：保健 2000年11月2日/木曜日

ARTIGO Conferência mundial no Ceará debate a humanização do parto

国際会議（セアラ州）で人間的な出産について討論

今日フォルタレザ市で開かれる国際会議「人間的な出産」には、21カ国から約1400人が参加する予定である。同会議は、上記のテーマについて最大の規模であり、国内・国際14機関が支援している。

大貫委員（事務所注：JICAプロジェクト専門家）によると、人間的なお産については、ブラジルはラテン・アメリカで最大のイニシアチブや経験を持っている。出産に立ち会うパートナーの存在や出産を病院ではなく「お産の家」で行う運動が増えている。

しかし、ブラジルでは出産については格差が大きい。特に大都市で帝王切開や投薬が過剰になっている一方、全然医療ケアが無い出産も多い。

relação a outubro. As inscrições

Conferência mundial no Ceará debate a humanização do parto

DA REPORTAGEM LOCAL

Cerca de 1.400 pessoas de 21 países participam da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, que começa hoje em Fortaleza. O encontro é o maior do gênero e tem o apoio de 14 instituições nacionais e internacionais.

De acordo com Daisuke Onuki, membro da comissão organizadora, o Brasil já conta com as ex-

periências e iniciativas mais avançadas na América Latina quanto às práticas do parto humanizado. Há um movimento cada vez maior para que a mulher tenha a seu lado o acompanhante que desejar e para que os nascimentos ocorram em casas de parto, não em maternidades.

Mas o país ainda convive com extremos quando se trata de nascimento. Por um lado, há excesso de medicalização e de cesáreas,

especialmente nas cidades maiores. Por outro, um grande número de partos ainda ocorre sem assistência. (AURELIANO BIANCARELLI)

H-SEVEN RETÍFICA E COMÉRCIO LTDA.

torna público que requereu na CETESB a licença de instalação para RECUPERAÇÃO DE MOTORES VEICULARES E VENDA DE PEÇAS na Av. Escola Politécnica, 1.864 - Jaguaré - São Paulo - SP.

Folha de São Paulo

02/Nov./2000

人間的な出産への支援に向けた国際機構結成か

保健：今後の方針について検討するため関係者がフォルタレザ市に集合

フォルタレザ市（セアラ州）で開かれる国際会議「人間的な出産」により、世界的な妊婦・新生児支援機構が結成の動きを見せている。同会議にはほぼ世界全地域から代表者が参加し、同支援機構の今後の活動について日曜日に打ち合わせを行う予定である。

ダフィネ・ハチナー委員（医師）は、各国で人間的な出産に向けた運動が盛んになっていると語った。人間的な出産は、自然な出産をベースとする。同委員は、「母体と赤ちゃんの安全が大切である」と語った。また、人間的な出産においては産婦は歩くことや楽な姿勢をとることができる。

人間的なお産では、出産後すぐに母親と子が一緒になれるような部屋の配置を勧める。

ソニア・オチミスキー委員（社会学者）は、人間的なお産に力をいれているブラジルが、世界中の注目の的になっていると言う。同会議には1000人の参加者が予測されていたが、すでにブラジル全州及び21カ国から1700人が参加している。

人間的な出産に配慮しているブラジルであるが、帝王切開は多量に行っている。ダフィネ委員自身の調査によると、サン・パウロ州の産院637カ所を対象した内59カ所において帝王切開率は80%が限度となっている。対象のうち大学病院における帝王切開率が70%を越えていた大学病院もあった。

自然な出産に比べ帝王切開は産婦に与えるリスクが3倍にもなる。「Rehuna「人間的な出産」運動」の医師は、帝王切開はリスクをもたらす上、必要ではない投薬をするため無駄な方法であると強調した。

SAÚDE *Representantes se reúnem em Fortaleza para estabelecer modos de atuação*

Encontro cria rede em defesa do parto

AURELIANO BIANCARELLI
DA REPORTAGEM LOCAL

Uma rede mundial em defesa da gestante e seu bebê está sendo criada na Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento que acontece em Fortaleza (CE). Representantes de quase todos os continentes, que participam do encontro, se reúnem neste domingo para estabelecer os propósitos e o modo de atuação da rede.

A médica Daphne Rattner, da comissão organizadora da conferência, diz que o movimento pela humanização vem crescendo rapidamente em todos os países. O

conceito de parto humanizado tem como diretrizes o respeito à evolução natural do processo do nascimento. "O bem-estar da mulher e do bebê deve estar no centro das preocupações", diz Daphne. O conceito também prevê orientações para a mulher, a liberdade de caminhar durante o trabalho de parto e a escolha da posição mais confortável. A mulher também tem direito à presença de um acompanhante.

O parto humanizado também prevê o contato da mãe com o bebê imediatamente após o nascimento e o alojamento conjunto, de forma que mãe e filho não sejam separados.

A cientista social Sônia Hottimsky, também da comissão organizadora, diz que a preocupação com a humanização do parto está colocando o Brasil à frente de um debate mundial. A conferência, que contava com mil participantes, vem recebendo 1.700, com representantes de todos os Estados e de 21 países.

Mesmo preocupado com o parto humanizado, o Brasil é ainda um campeão de cesáreas. Um levantamento da própria Daphne em 637 hospitais do Estado de São Paulo encontrou 59 deles com taxas de cesárea superiores a 80%. Apenas 42 deles tinham taxas inferiores a 20%. Em alguns países

da Europa, o índice aceitável é de 8%. Nos hospitais universitários estudados, 39,1% dos partos são cesáreas, o que significa que os alunos estão aprendendo a "medicalizar" o nascimento, diz Daphne. Em alguns desses hospitais universitários, a taxa de parto cirúrgico passava de 70%.

Quando comparada com o parto normal, a cesárea traz três vezes mais riscos para a paciente. A médica, que faz parte da Rehuna, Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, lembra que, além de riscos, a cesárea desnecessária é um desperdício. Gasta-se com medicamento e com procedimentos dispensáveis.

Folha de São Paulo
03/ Nov. / 2000

米国の出産モデルは非難されている

産科学：フォルタレザ市での国際会議で、56%にもなる帝王切開率を減少させる方法について討論

ブラジルは、米国同様の出産モデルにしたがっている。一見安全に見える同モデルは実は産婦・新生児ともに負担をかけ、生命にも危険を与えている。その上、必要以上に国庫支出が高くなる。米国の出産モデルは、異常に投薬し干渉的であるにも係わらずブラジルの多くの民営産院は同モデルをまねている。

去る土曜日にフォルタレザ市で終了した人間的な出産に関する国際会議は上記出産モデルの変更の必要性について強調することが主な目的であった。同会議には、21カ国から1800人が参加した。

理想的と見なされたことのある米国の出産モデルは、ヨーロッパとカナダでは使用されたことはない。サンタ・カタリナ連邦大学のマルコス・サントス産科医は、「高率の帝王切開と投薬の母子死亡率の上昇を起こしている」と語った。同医師は、「人間的出産運動（Rehuna）」の委員である。

同医師のデータによると、米国での帝王切開は26%である。オランダでは8%。ブラジルでは、政府・民営病院も含め56%である。この内、民営病院の多くでは帝王切開70%を越えている。ダフィネ・ハチネー医師は、「サン・パウロ州では、帝王切開率が90%を越える病院もある」と語った。

高率の帝王切開は、人間的な出産を求めている運動にとってもっとも非難する対象となっている。サントス医師は、「日常的に扱われている様々な治療法は、医学面では意味が無い」と語る。産婦に対し負担をかける上、料金が倍増する。

出産の投薬制限については、世界保健機構（OMS）と保健省の同意を得ている。OMSは、現在の治療法から廃止するべきである「有害で無効果な方法」をリストアップしている。この内、陰毛を剃る、浣腸や姿勢を変えられない横向き出産がある。

また、飲・食制限や毎回の膣検査及び陰門を広げるために行う手術なども非難されている。

サントス医師は、「多くの病院は、全ての産婦に対しこうした方法を使用している」と言う。ダフィネ医師は、「リスクと無駄が拡大するだけである」と語った。

ベロ・オリゾンテ市にあるソフィア・フェルドマン病院のジョアン・リマ医師は、「人間的な出産の良さがわかっても、抵抗する医師はまだ多い」と語った。同病院は、人間的な出産を採用する方針に従って1982年に設立された。同産院は、ブラジルで始めて助産婦を受け入れた。

サン・パウロ州のサンタ・マルセリナ産院は、先月から助産婦を受け入れ始めた。

また、家族保健に関するクアリスプロジェクトは、サポベンバに初めての産院を設立した。去る金曜日による、ダルヴァニセさん（17）は、アンナ・カロリナちゃんの出産の準備をしていた。

レシフェ市では、クルミン（NGO）が保健省とともに伝統的助産婦向けの解説書を発行した。パウラ・ピアナさん（看護婦・助産婦）によると、ペルナンブコ州だけでもすでに助産婦3000人が登録している。

OBSTETRÍCIA Conferência em Fortaleza debateu formas de reduzir o índice de nascimentos por cesárea, que chega a 56% no país

Modelo americano de parto é criticado

DA REPORAGEM LOCAL

As mulheres brasileiras continuam parindo como parem as norte-americanas. O que pode parecer um luxo significa que mãe e bebê estão sofrendo mais, correndo maior risco de vida, e que o país gastando mais do que precisaria. O modelo americano de parto e nascimento, considerado um dos mais medicalizados e intervencionistas, continua vigente na grande maioria das maternidades brasileiras privadas.

A necessidade de mudança nesse modelo de assistência obstétrica foi a bandeira da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, que terminou neste sábado em Fortaleza (CE). Representantes de 21 países participaram do encontro que reuniu 1.800 pessoas.

O modelo norte-americano de parto, que já foi considerado ideal, nunca foi adotado na Europa e no Canadá. "O alto índice de cesáreas e a excessiva medicalização do parto aumenta a mortalidade materna e a perinatal, de bebês de até um ano", diz o obstetra Marcos Leite dos Santos, da maternidade da Universidade Federal de Santa Catarina. Santos faz parte da coordenação nacional da Reduna, Rede Nacional pela Humanização do Parto.

Segundo seus dados, os EUA têm uma taxa de cesárea de 26%, contra 8% na Holanda. No Brasil, a taxa é de 56%, considerando hospitais públicos e privados. A grande maioria das maternidades privadas tem taxa superior a 70%. "Há hospitais no Estado de São Paulo com índices de cesárea acima de 90", diz a médica Daphne Kuttner, da comissão organizadora do encontro de Fortaleza.

A taxa de cesárea é apenas um dos itens criticado pelos que defendem o chamado parto humanizado. "Uma série de procedimentos adotados de rotina não encontram nenhuma justificativa médica", diz Santos. Além do desconforto para a mulher, as práticas dobram os custos do parto.

O movimento contra a medicalização do nascimento tem o

apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e vem sendo defendido pelo Ministério da Saúde. A OMS lista uma série de práticas que considera "danosas ou ineficazes e que devem ser eliminadas" da rotina. Entre elas estão a raspagem dos pelos pubianos, a lavagem intestinal e o parto deitado, sem mudanças de posição.

Também desaconselha a restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, exames vaginais frequentes e repetidos, feitos por mais de um profissional de saúde, e o uso rotineiro da episiotomia, o corte do perineo para ampliar a vulva.

"A maioria dos hospitais adota essas práticas com todas as gestantes", diz Santos. "Aumentam os riscos e os desperdícios", observa Daphne.

Apesar de todos os prós, "a resistência ao parto humanizado ainda é grande, mesmo entre os obstetras", diz João Batista Marinho de Castro Lima, da maternidade Sofia Feldman, de Belo Horizonte. O hospital foi criado em 1982 seguindo todos os preceitos do nascimento humanizado. Foi a primeira maternidade brasileira a adotar as "doulas", voluntárias treinadas para acompanhar as gestantes durante o parto.

Em São Paulo, o Hospital Santa Marcelina, da zona leste, adotou no mês passado "doulas" voluntárias treinadas.

Em outra frente, o projeto Qualis, de Saúde da Família, implantou em Sapopemba (região sudeste) a primeira Casa de Parto da rede pública, onde as mulheres dão à luz sem a presença de médicos. Na noite da sexta-feira, Dalvanice Soares da Cunha, 17, se preparava para o nascimento de Ana Carolina com duchas mornas e exercícios.

Em Recife, a ONG Curumim acaba de publicar com o Ministério da Saúde uma cartilha destinada às parturixas tradicionais. "São em Pernambuco são 3.000 parturixas cadastradas", diz Paula Viana, enfermeira, parteira domiciliar e um das diretoras e fundadoras do Curumim e do Relhuna.

(AURELIANO BIANCARELLI)



Dalvanice Soares da Cunha em chuveiro de Casa de Parto de Sapopemba, em São Paulo, onde são realizados partos naturais

Livro traz reportagens sobre saúde na cidade de SP

DA REDAÇÃO

A Editora Brasiliense lança neste mês, como parte da coleção "SP 21", o livro "Cirurgia em Campo Aberto", do repórter da Folha Aureliano Biancarelli. Um dos capítulos trata da questão do nascimento na cidade de São Paulo. Leia alguns trechos abaixo:

"Apesar dos esforços, o Brasil vem passando vexames nas rankings associados à maternidade, padecendo por excessos nos dois extremos. Qualquer visitante dos países ricos convidado a conhecer berçários do eixo Paulista voltará encantado com o que viu. Nossas maternidades nada devem a hotéis cinco estrelas, o bar com os usques iluminado pela luz natural, a música ambiente. Pais e amigos se confraternizam diante do berçário protegidos por vidros à prova de choro. Na saída, a fita de vídeo editada com o sorriso da mãe e os primeiros movimentos do bebê fazem parte do pacote.

Parto-espetáculo, cenário nota

dez. Quando se contabilizam os indicadores da Organização Mundial da Saúde, a nota cai a níveis recrimináveis. O Brasil está entre os campeões de cesáreas no mundo. Algumas instituições privadas e cotadas entre as mais caras limitam os partos naturais a 20%. Os índices médicos aceitos na Europa garantem que 85% das crianças podem e devem nascer de parto natural.

Hospital, médico e pais participam desse pacto que falsamente protegeria a mãe da dor e o bebê de riscos e sofrimentos. O ritual só atende à planilha da instituição, à agenda do médico e ao medo da mãe, incutido pelos próprios profissionais. São Paulo cunhou a expressão "parto Guarujá", aquele combinado entre paciente e médico, de forma que seja realizado durante a semana e não ameace a praia do sábado e domingo.

Os hospitais públicos estão sendo estimulados a reduzir o número dos partos em cirurgias. Os planos e seguros de saúde começam

a perceber que o parto natural não só é bem-vindo porque é saudável e natural, mas porque faz bem às suas contabilidades. Custa menos porque a mão de obra é o elo mais barato da cadeia de custos. As cesáreas implicam salas cirúrgicas, anestésias e mais dias de internação, bem mais caros que o salário dos médicos.

Partos de rainha

Onze da manhã de abril do ano passado, favela Monte Azul, zona sul, duas amigas conduzem pelo braço a caixa de supermercado Conceição do Carmo. Conceição já conhece o caminho, sabe bem a entrada e o que a aguarda. Tem 19 anos, espera o primeiro filho. Na casa de parto da Monte Azul, como é chamado o espaço criado pela enfermeira Ângela Geherke, já esperavam por Conceição.

(...) Ângela era parteira formada e diplomada na Alemanha. Pelas leis vigentes na Comunidade Europeia, está autorizada a fazer o parto de qualquer mulher, plebéia

ou rainha, em qualquer lugar da Europa. No Brasil, optou pelas plebéias, fez mais de 1.500 partos numa casa que se transformou em referência internacional.

Até que um dos conselhos profissionais constatou que Ângela, pelos seus papéis, não estava autorizada a fazer partos no Brasil. Os diplomas que trazia da Alemanha não valiam aqui. (...) Matriculou-se num curso de pós-graduação e permaneceu silenciosa à espera de que os papéis permitissem sua volta à comunidade.

A primeira criança que nasceu por suas mãos se chama Juliana e hoje tem 16 anos. A última se chama Ana e nasceu em 27 de agosto de 1999. Ângela morreu de câncer em março deste ano.

Conceição teve Isabela antes que o conselho impusesse suas regras. Em março, quando o corpo de Ângela era enterrado na Alemanha, cerca de 40 mães enchiam o salão da Comunidade Monte Azul lembrando falas da fãla madrinha e lamentando sua morte."

お礼状

拝啓

晩秋の候、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さる11月2-4日、「出産と出生のヒューマニゼーションに関する国際会議」を開催いたしました。お陰様で25カ国から約2,000名に及ぶ参加が得られまして、盛会のうちに終える事ができました。プロジェクトメンバーを加えた約70名の日本人、約80名の中南米諸国からの参加者に加え、欧米、アジア、アフリカ、オーストラリアなどからの参加者もありましたので、ブラジル国外から200名近い参加が得られたものと思われまます。当初の目標であった1,000名を大幅に上回る参加で、メインホールに入りきれず、急遽隣の倉庫のような大会場へ移動したり、同時通訳用のヘッドホーンが足りなくなったり、会議用カバンが足りなくなったりして苦情がきたり、ワークショップに参加できない人の為に3つのワークショップを追加開催したりで大変でしたが、いずれも嬉しい大誤算でした。

会議の内容は、この分野での世界のリーダーと目される5名のゲストスピーカーによる講演、7つのラウンドテーブルディスカッション、27テーマのワークショップ、36題のオーラルプレゼンテーション、270題のポスターセッション、19題のビデオセッションからなりまして、色々な立場でディスカッションできたものと思われまます。最後に「humanization and humanized care」は保健医療の分野のみならず、教育、環境、経済、政治、文化、貧困問題などの全ての分野にあてはまるというセアラ宣言を採択し、感動のうちに終了しました。また、この会議の最中に「中南米ネットワーク」が出来ましたので、このヒューマニゼーションの動きはブラジルに留まらずに今後中南米各地に広がるものと期待されます。

本会議の開催にあたりましては、皆様からの絶大なご支援を賜りましたこと、主催者一同厚く御礼申し上げます。僅か数名のスタッフで、言葉、文化の異なる中での準備でしたので、色々苦勞も多かったのですが、日本の皆様からのご支援をバックに頑張った次第です。本当に有難うございました。

皆様のご健康と今後益々のご発展を祈念致します。

敬具

2000年11月13日

ブラジル家族計画母子保健プロジェクト

リーダー

羽根田 潔

T.O.T.のときに、誰かが遅れて到着したりするとみんなで歌う歓迎の歌があります。

Só estava faltando você aqui,

Só estava faltando você aqui...

(あなただけが、ここに足りてなかったよ、あなただけが、ここに足りてなかったよ...)
「出産と出生のヒューマニゼーションに関する国際会議」は2000人近くが参加する大成功に終わりました。しかし、その感動を分かち合いたい人で、会議に来れなかった人がたくさんいました。その一人が、ブラジルのヒューマニゼーション運動に火をつけたとも言えるモンチ・アズールのアンジェラさん(セアラだより7号参照)。いっしょにこの会議を夢見た彼女は、今年の3月に肺ガ

ンで亡くなりました。会議の開会式では、彼女の功績を称えての表彰があり、その場を借りて T.O.T.の歌を少し変えて歌わせてもらいました。

Só está faltando você aqui,

Só está faltando você aqui...

(あなただけが、ここに足りていないよ、あなただけが、ここに足りていないよ...)

そして、ダビー・カピストラノさん。アンジェラさんの助産所をモデルに、サンパウロで州立の助産所を開いて成功させたことから現在の保健大臣の目を引き、助産所開設を進める全国プログラムなど一連のヒューマニゼーション政策を実現させた人です。先月、肝臓移植を受けられましたが、会議終了後の11月10日に永眠されました。

そして、我らが同士三砂ちづるさん。やむを得ぬ理由で8月に帰国され、この一年間いっしょに準備してきた会議には参加できませんでした。もう一人、組織委員会のメンバーで保健省のスタッフのイズレーネさんも、東チモールでのブラジル政府の国際協力の責任者としてどうしても出張しなくてはならなくなり、会議に来れませんでした。

その他、ブラジルの各地でヒューマニゼーションに毎日努力している人たちから、「行けないけれど成功を祈っている」という電話・電報やファックス、E-mail をたくさんいただきました。遠くから応援してくれたみなさん、スタッフ一同心から感謝しています。(お)

国際会議を終えてーそれぞれの報告と印象ー

小貫大輔 (健康教育専門家、国際会議実行委員)



熱気あふれる開会式

「不完全な存在としての人間、そしてその不完全性を自覚する存在としての人間にとって、…人間化(ヒューマニゼーション)と非人間化(デヒューマニゼーション)

はどちらも可能な道である。しかしどちらも可能な道であるなら、前者だけが人間の使命と呼ばれるところのものだと思える。否定された使命。しかし否定されたこと自身によって確約された使命である。不公正によって否定された使命、搾取によって、抑圧によって、そして抑圧者の暴力によって否定された使命。しかし、自由と公正への渴望の中で確約され、奪われた人間性の回復を求める非抑圧者の闘いへの渴望の中で確約された使命である。(パウロ・フレイレ「非抑圧者の教育学」)

ブラジルを代表する教育者フレイレの言葉を引用してスピーチを締めくくったとき、国際会議場は割れるような喝采で包まれました。プロジェクトの5年間の努力に報い、会議の成功を祝福してくれようとする参加者の気持ちが、いつまでも鳴り止まない拍手の中からひしひしと伝わってきます。壇上から見えるチームの仲間たちの顔も、満面の笑みに形が崩れて見えます。会場が総立ちとなると、壇上の他のスピーカーたちも立ち上がって祝福してくれました。

11月の2日に始まった「出産・出生のヒューマニゼーションに関する国際会議」は、世界の25カ国以上から2000人近くの参加者を得て、無事4日に幕を閉じました。日本からは約50人、チリからも40人以上の参加者があり、外国か

らの参加者はあわせて200人近くもいたでしょう。ブラジルの他の州からも600人ほどの参加者があり、バイア州などは看護学部の学生がバスを仕立てて全員でやってきました。しかし、なんといっても見事だったのは、セアラ州の人々が、1000人以上も参加したことでした。これまで JICA と関わりのあった人はともかく、プロジェクトがいったこともない市から押しかけた人たち、しかも高い参加費を払って来てくれた人たちでした。

会議場は1000席しかないのに、座席の間隙や階段が身動きできないまでに埋まり、2日目からはだだっ広い倉庫のような会場に椅子を入れて本会議を移すことになりました。しかし、1700席入れても満席で、しかも展示会場にはまだ大勢がぶらぶらしている状況。ワークショップはさらにたいへんな騒ぎで、毎日12個ものワークショップを準備したのにどれもすぐ満杯となり、あふれた参加者に詰め寄られて係りの女性が泣き出す始末でした。1400個準備した会議バッグもすぐなくなったので急遽200個の追加注文を出し、それでも足りない人には参加費を半額にして勘弁してもらいました。

私のスピーチは会議のほぼ終わり近く、政府やNGO、国際協力機関がヒューマニゼーションの未来について語るラウンド・テーブルで発表したものでした。その中でプロジェクトのこの5年間の歩みをあらためて追うと、会場の一番前の席に座った羽根田先生が、一つ一つのエピソードにいちいち大きく首を振って肯いているのが見えます。参加者の質問に「ヒューマニゼーションの実現のためにもっともいい方法はなんですか?」というのがあったので、「方法そのものをヒューマニイズすることではないでしょうか?」と答えました。病院内の医師、看護婦、准看、その他のスタッフの間人間同士の関係について述べたつもりであり、トレーニングそのものをレクチャー形式でなく、参加型の教育でおこなうことについて述べたつもりでした。

最後に、参加型教育でやってきた T.O.T.の話をしまし

た。教育の専門家としての自分にとっては、もっとも強調したいことでした。ヒューマニゼーションを理解してもらおうというとき、トレーニングそのものがヒューマナイズされていないければ何も意味がないということです。医師や看護婦を集めて歌を歌ったり粘土でアートを作ったりしてきたことを話すと、会場に点在する T.O.T.の卒業生があちこちで笑っているのが見えます。「ヒューマニゼーションとは何か」という問いへの答えを出そうと、いっしょに作業をしてきた仲間たちです。

あるT.O.T.のセッションで、「四界の考察」という鉱物界、植物界、動物界、人間界のそれぞれの特徴について考察するワークをしたことがあります。粘土を使って参加者が一つ一つの「世界」を作り、それをより高次のステージにトランスフォームさせていながら、それぞれの「世界」の特徴について話し合うという作業です。「鉱物界」を表現して作った水晶を、「植物界」ではバナナに作り変えたり、そのバナナを「動物界」ではへびにしたりしていくと同時に、その作業をしながら感じ取ったそれぞれの「世界」の特徴を語りあいます。

この作業をしていると、鉱物界から植物界、植物界から動物界へのステップは誰の目にも疑問のない巨大なステップであることがわかるのに、動物界から人間界へのステップはまだまだ「作業中」の感がぬぐえません。人間は動物と違って「自我の意識、歴史や宇宙の認識、愛情、友情、思いやり」などの美しい特徴がある一方、「利己主義、物質主義、殺し合い、自然破壊、ねたみ」といった醜い特徴もたくさん持っています。それは、人間の存在が、いまだに真に人間であることを目指して努力をしている最中だからではないでしょうか。いつか人間が真の意味で人間となったとき、人間界という世界はようやく完成し、おそらくはさらに高次の世界の構築がまた開始されるのではないのでしょうか。それまでの長い長い時間、我々が努力し続ける行為は、すべてが「ヒューマニゼーション」と呼ばれる行為なのではないでしょうか。

土曜日も夜の7時、閉会式の会場にはまだ800人ほどの人が残り、興奮覚めやらないままに梅内先生の準備したセアラ宣言が読み上げられ、参加者の女性が「アヴェ・マリア」を歌い上げて幕を閉じました。「それでは、どうもありがとう」と組織委員の一人が言うと、「えー、もう終わりなの!」という声が会場から上がり、どっと湧かせてくれました。すべてが夢のようだった3日間でした。

ビジュアルの世界 きくちさかえ(短期専門家、写真家)

プロジェクト・ルス、ビジュアル広報班といたしましては、写真を使ったいくつかのプログラムを展開しました。まず、展示会場に写真展を開催。パネルで屋台のように作られた各ブースの裏側の壁面30メートルほどに黒い布を張り、その上に大きく伸ばして額に入れたモノクロ写真29枚を並べました。パイロット地区アラカチの病院での出産風景や生まれたばかりの赤ちゃんなど、今年のカレンダーに使った写真に加え、新作も半分ほど。会議直前まで、引き伸ばしを依頼したプロラボや額を注文した額縁屋のスタッフとのやりとりで混乱していましたが、当日にはすべてが揃い、何事もなかったかのように無事開催することができたことは、



さすがに本番に強いブラジルとウルウルとした思いが湧きあがってきます。

メイン会場ではスピーチの合間に、セアラの風景など100枚のスライドショーを展開。パイロット地区から参加した人々は、わが町の風景がスクリーンに映し出されると

喜びの声を上げ、熱心に見入ってくれていました。こちらはネイティブアメリカンの子守歌をバックミュージックに流しましたが、その音楽がとても好評で、会場の音響担当者には「なんの曲ですか?」という問い合わせが相次ぎました。終いには、会議のメインテーマミュージックと呼ばれるほどに。レスリー・ペイジさんもお気に入りで、最後のまとめのスピーチの中で1分間瞑想のバックに使っていただきました。ちなみにこのCDは、「Under the Green Corn Moon」 Native American Lullabies.というもので、amazon.com で注文することができます。日本では、東京のナワプラサード書店(03-3332-1187)で扱っています。

さらにとっても光栄だったのは、ゲストスピーカーと榮譽を表彰された方々への記念品として写真が贈られたこと!金と銀、2種類の縁で飾られたガラスの額に、モノクロ写真が入れられて、みなさんにプレゼントされました。昨年つくった手がきのロゴマークも、大きく伸ばされて会場の随所に見ることができ、ビジュアルや音楽といった感覚的なサイドから「人間的な出産と出生」という会議のテーマのイメージをほんのちょっぴりでもふくらませることができたかなと、うれしく思っています。

日本から応援して下さい下さった多くの方々、ご寄付を寄せて下さった方々、遠方より会議に参加して下さい下さった方々に、心より感謝を申し上げます。ありがとうございました。

つながりとひろがり 毛利多恵子(助産専門家)

会議場には、お産の現場で小さな変革をし続けている方々が参加してくださいました。人間的なお産と出生を共有できる喜びがありました。あなたも、あなたも、そしてわたしも。日本から50人の方々がみえました。9割が助産婦で、医師や社会学の分野の方も参加されました。北村さんたち主催のワークショップでは日本の妊娠出産産後のケアが紹介されました。

きめ細やかな準備で、安産祈願や命名といった独特の儀式や日本の人間的なお産を劇で紹介してくださいました。また日本ブースは、次から次へと人が押し



寄せた人気コーナーでした。ブースに展示された瀧澤助産所の自然なお産の写真に見入る人の多いこと。とても参考になるとコピーを希望する人が多かったのです。このお産の写真を通して「待つこと」や「家族の出来事である出産」が伝わっていきました。助産婦グループ「ジモン」のグ

ッズは、ここでも人気がありました。この日本ブースでは通訳を手伝ってくれる由美さんが、多くの質問や感想を受けて文化交流の役割をしてくださりました。11月3日は日本では文化の日でもあり、「いいお産の日」でもあります。日本ではこのイベントで、ブラジル光のプロジェクトが紹介され、現在帰国している三砂さんが活動を紹介してくれました。

このプロジェクトには、お産に心を寄せている日本の方々が、遠くて知らない国のことではなく、自分たちのことのように応援してくださっています。きっとこの会議では、お産という目にはみえにくい根っこの部分への共通の思いと喜びが強い吸引力を持ったのだと思います。21世紀の母子保健をもう一度創りなおすために、温故知新の必要性を感じました。日本でも、社会がお産や助産をどう見つめていくのか、わたしたち国民として何を選択していくのが問われているんだなあと思えました。

会議が終わった翌日は、南米ミーティングが行われ人間的な出産と出生について話し合う機会となりました。

この会議を通してブラジルにとっては、大きな sensibilization の機会となりました。また南米全体にも、そして地球の裏側の日本にも、まるで焼きいもの熱い湯気が拡散されていくように広がっていくのを感じました。世界は大きくもありまた身近にも感じました。

会議前フィールド・トリップ報告 藤原美幸(助産短期専門家)

国際会議前の10月30・31日に行った JICA プロジェクトのパイロット地区へのフィールド・トリップは「こんなに多くの日本の方が我が市を訪問してくださったのは初めて」(アラカチ市長)ということで、どの市でもまさに「熱烈歓迎」してくださいました。

最初に訪問したアラカチ市のサンタレイサ・ジ・マリタキ病院では、総勢 35 名のわれわれが会議室に入るやいなや歓迎のサクソ演奏が始まり、「ようこそ」とひらがな書きされた看板が目につきました。市長さんたちの歓迎の言葉や、保健局長や看護婦のファステナさんによる「変革のプロセス」の説明がありました。廊下を利用して、教材や資料を見やすく展示したり簡単な統計の図表や写真を貼るなどしており、そこで質問も受けてくださいました。

午後はアラカチから 30 分ほど離れたタイサーバ市です。会場の学校体育館には病院スタッフや妊婦さん、そして生徒たちが我々の到着を待ち受けていました。活動報告を聞いた後は、子どもたちによるダンスが披露されました。地域保健のリーダー的存在でもある准看護婦のルシアさんは、演劇やダンスなどをつかってメッセージを送ることが得意で、この日もダンスと共に素晴らしいメッセージが朗読されました。病院や「妊婦の家」の視察をして1日目が終わりました。



タイサーバの子供たちの踊り

31日のイカパイ訪問では、この日だけの参加者(主にブラジル人)が加わり総勢約 60 名です。イカパイ市はとてもパルティラ(TBA・伝統的産婆)を大切にしてきた所であり、また演劇がとても盛んで

す。そういうことで、今回の会議にあわせ「いのちのためのお産」と題したパルティラの活動を紹介する演劇がつくられ、主演のパルティラにはつい最近まで現役だったエレナさんが本人役で出演してください、大喝采を受けていました。演劇を鑑賞した後の、産院前のパティオでお茶をいただきながらの時間は、日伯交流の場さながらでした。

会議期間中には、2日目と3日目に昼食時を利用してタイサーバの子どもたちのダンスとイカパイの演劇が芸術表現として発表され、とても好評だったことを付け加えておきます。

最後に、タイサーバのダンスと共に披露された朗読の一部を引用させていただきます。「JICA のプロジェクトは終わろうとしています。しかし、タイサーバで始まり、神の祝福を受けたこの活動を継続して行くことはわたしたち全員の責任なのです」。

会議は終わり陽はまた昇る 定森徹(調整員)

やっとのりきれました、国際会議。某専門家の予言どおり、僕はワークショップに出られませんでした。それどころか、講演のひとつも聴くことができませんでした。

初日、受付を見た瞬間、嬉しい気持ちと恐ろしい気持ちが入り混じりました。「すごい沢山来ている。嬉しいけど、このままじゃ配布マテリアルが足りなくなる・・・」そして、あまりの人の多さに、1400 作ってあった配布マテリアルは不足、講演開始時刻になっても受付は長蛇の列。ついには「後で受付してください」とアナウンスして人々を会場に入れてしまいました(そのため、受付しないで会議に参加した「キセル参加者」がかなり出てしまいました)。



そして、1000 人収容のメイン会場は隙間という隙間に人が詰め込まれ、立錫の余地もありません。「どうする? 上の階にある体育館のようなところにメイン会場を移すか?」と急遽、イベント会社と協議。「でも今晚中に椅子を 1700 運び込んで、音響から同時通訳まで全部セッティングしなおせるかな?」「難しいね」と一旦はそのままにしようしました。しかし、その後も人は増えつづけます。もう会場には入れず、立ち見すらできません。「こりゃ、だめだ。上の階に移そう」

会場を移すための段取りをし終えたのが 5 時過ぎ。「こりゃあ徹夜作業だね」翌日、広がった会場で講演が始まると、スピーカーの音が妙に反響して聞き取りにくいとの苦情が出始めました。「前の会場に戻そう」と言い出す実行委員が出てくる始末です。会場を戻す案については「この場にいる 1700 人をどうやってあの 1000 人用会場に詰め込むのですか」と即座に却下。音響設備屋に言って音響を改善させました。

他にもここでは書ききれないほどトラブルの解決をして回った 3 日間が終わり、日本料理店で打ち上げをし、普段の 5 倍くらいお酒を飲み、今までの人生で一番酔いました。打ち上げ後も 10 人ほどで海岸で飲みつづけて、海で泳ぎながら日の出を見たのも良い思い出です。ちなみに一緒に泳いだ人は僕以外風邪を引いたようです。



この国際会議は多くの人々の手によって成し遂げられましたが、その一端を紹介致します。まずデンマークでWHO コンサルタントをされていた Marsden Wagner さんです。昨年 5 月に 1 ヶ月間お出で頂き、皆でディスカッションをしながら会議の骨子を決め、招待者の人選をしました。この段階で humanization の定義も出来上がりました。会議の基礎を築いて下さった方です。

この会議は、人間的な出産・出生の実現を目指す人々による組織委員会によって主催されました。当プロジェクトからは三砂、小貫両専門家が同委員会のメンバーとして企画、運営にあたりました。JICA からの資金、有志からのご寄付を合わせて、総経費の半分を支出した日本側の代表として、そして實際上中心的な役割を果たした二人の功績は改めて論ずる必要もないと思います。会議を前に帰国せざるを得なかった三砂専門家は、主なゲストスピーカーと直接会って交渉するなど、出席こそ出来なかったものの大きな役割を果たしました。実践部隊では毛利、藤原、きくちの 3 人の女性専門家が、実にきめの細かな心配りをしてくれました。毛利専門家はプロジェクト活動の中心を担いながら、日本とのパイプ役を務めました。50 名近い日本からの参加者はその表われです。藤原専門家は主にパイロット地区の整備と見学受入れを担当してくれました。英語、ポルトガル語、日本語と異なった言語を話す人々による 58 名のパイロット地区見学ツアーがスムーズに行われたのも彼女のお陰です。またパートナーであるノビックさんは通訳、翻訳そして会議後のテーブル起こしをして下さいました。きくち専門家は写真家として、会議のイメージ作りの大任を果たしました。すっかり定着した会議のロゴマーク、どんな田舎に行っても見られるポスターなど、国際会議やプロジェクト活動を人々の心に刻み付けてくれました。

そして、会計その他雑用全て、会議の一番大変な部分を担当したのは定森調整員です。次から次へと押し寄せる難題に頭を抱えながらも、財布の口をしっかりと閉め、見事にやり通しました。こうして各自が自分の役割を立派に果たした結果が会議の成功につながったもので、誰一人が欠けてもうまく行かなかったでしょう。

最後に物心両面から私達を支え、励まして下さいましたセアラだよりの読者の皆様に、心より御礼申し上げます。くじけそうになった時、皆様の熱い声援にどんなに勇気づけられたことでしょうか。本当に有難うございました。この会議が今後の大きなステップになるよう、成果を世界に向けて発信して行きたいと思っています。

国際会議を目前にした2週間の間に、よくぞ色々な事が起こると感心する位、次から次へと変事が起こった月でした。4月以来、会議の事務を担当してきた秘書が2週間前に突然辞職した事、コンピューターがウイルスに感染して使用できなくなった事(この件では日本の皆様にも大変ご迷惑をおかけしました)、某専門家が原因不明の発熱で倒れた事、別な専門家が盗難にあつて大損害を被った事、同時通訳者が会議直前に仕事を断ってきた事、そして極めつけは会議前日に取り引き銀行がストに入って、現金を引き出せなくなった事でした。そんなこんなありましたが、空港に着かれた多くの方々をお迎えした時には、全てが吹き飛んで胸が一杯になったものです。

- 2(月) チーム内ミーティング
- 3(火)ー5(木) パイロット地区出張(藤原:アラカチ、イタイサーバ、ベベリベ、フォルテン、きくち:アラカチ)
- 3(火) パイロット地区出張(毛利:アラカチ)
- 5(木) 杉下恒夫茨城大学教授(平成12年度有識者)来訪
- 6(金) セザールカウス病院視察(杉下、羽根田、定森、毛利、きくち)
- 9(月) チーム内ミーティング
- 9(月)ー11(水) 調整員会議出席(定森:ブラジリア)
- 10(火)ー13(金) 第4回南部TOT(ジュアゼイロ・ジ・ノルチ:10ー13;毛利、藤原、10ー12;きくち、12ー13;小貫)
- 15(日) ピアウイ州視察団来訪(田島美智子公衆衛生行動計画査定支援短期専門家、中山征治州企画局顧問、他州保健局の3人)
- 16(月) チーム内ミーティング、ピアウイ州視察団と協議
- 17(火) パイロット地区出張(藤原、田島、中山:アラカチ、イタイサーバ)
- 23(月) チーム内ミーティング
- 27(金) 看護婦に対する救急処置コースの閉会式出席(羽根田: Institute Dr. Jose Frota)
- 28(土) 梅内拓生国内委員長(国際保健短期専門家)着任
- 29(日) 国際会議出席者第一陣到着(以後連日到着)
- 30(月)ー31(火) パイロット地区視察団ツアー(アラカチ、イタイサーバ、イカプイ:藤原引率)
- 31(火) 堀内成子短期専門家(助産)着任

リーダー: 羽根田潔、調整員: 定森徹、健康教育: 小貫大輔、助産: 毛利多恵子、短期専門家: 藤原美幸、きくちさかえ 住所(このままコピーして貼ってください):

JICA

-Agência de Cooperação Internacional do Japão

A/C SESA, Av. Almirante Barroso, 600

CEP:60060-440, Fortaleza, CE, Brasil

Tel&Fax: +55-85-488-2217

E-mail: luzjica@fortalnet.com.br

皆様が温かく支えてくださったことに、心より感謝申し上げます。報告書を皆様にお届けできますように努力いたしております。 — プロジェクト一同 —

JICA