

3. Engender Health とプロジェクトの関係について

(Joint Evaluation Consultant の所属 NGO)

①

2001年8月のHRDRH第3回ワークショップ「Let's Work Together for Healthy Mothers and Healthy Babies」では、GO・NGO連携を視野にいれ必要な研修内容を検討した。その初日の発表でEngender Healthの代表Dr Abu Jamil Faisalに「Current situation of training programs in the field of safe deliveries, EmOC and ENC by NGO」というタイトルで発表してもらった。

②

2003年1月、HRDRH第4回ワークショップ「Safe Delivery, Save Lives」ではMCHTIで研修をうけたFWVのRe-Unionとして、研修生のグループワークを通じて必要な研修内容などを研修機関にフィードバックした。ここでのトピック一つとして「Quality of Care」(ケアの質の向上)がワーキング・グループで選ばれ、誰に話してもらうのがいいかを当時のLD・ESPのDr Jahir Uddinに相談したところ、Dr Faisalを推薦された。セミナーの2ヶ月前に講演を依頼しに行った際、Engender healthの活動内容およびリプロのQuality Assuranceについての考え方を聞いた。

Engender Healthの活動としては

- (1) 技術ガイドラインを作成し、政府・ドナーに承認された。
- (2) このガイドラインをもとに研修カリキュラムを作った。
- (3) 巡回指導チェックリストを作った。
- (4) COPE(Clinical Oriented Provider-efficient Exercises)という2日間のミーティングを問題解決、クライアントへのかかわり、オーナーシップを育てることなどを行く。一般的に問題の70%は自分たちで解決できること、20%は県レベルで解決できることであるが、国レベルでしか解決できない残り10%の問題に上記90%の解決可能な問題がすり替えられ言い訳されて隠れてしまうのが現実で、90%の問題の半分でも解決できれば大きく変わる、というのが基本的考え方。
- (5) 政府との仕事としては、16の県で避妊手術やIUD・ノルプラントの指導、フィールドワーカーにカウンセリング技術の指導を行うなど。

また、リプロダクティブ・ヘルスのQuality Assuranceについて、上記カウンセリング技術などは巡回指導システムが動かなくては生かせないが、巡回指導が行われない理由として日当などの問題以上に、主には国レベルが積極的にプログラムを強く押さないからではないか。中央レベルでのリプロ・プログラムの戦略・枠組み作り、それに基づいた巡回指導方法が必須だが、NGOからの働きかけではなかなか政府は動かない。JICAは政府と仕事をしている関係から、そういった可能性があるのではないかと提案された。

NGOとして政府の機構から離れてサービス提供するのではなく、研修・技術指導に徹して政府に積極的に関わっているNGOであることが理解されると同時に、今後必要な活動について考えていたことが大筋を外れていないことが示唆された。

③

2003年6月のFWVの助産研修のカリキュラム改訂ワークショップにNGOからの参加者のひとりとしてEngender Healthを招待した。

プロジェクトとのかかわりは以上である。家族計画・リプロ分野でとくに人材育成で政府に協力しているNGOの人という点で、政策の中でのプロジェクトの意味、とくにナルシンディの活動についてはよく判断できるのではないかと期待できる。

4. プロジェクトの経緯と成果

1. プロジェクト開始から2年目の運営指導調査まで

1999年9月に当プロジェクトを開始し、当初はMCHTIの臨床機能の向上に重点をおきつつ、看護教員と臨床スタッフが共同して研修事業を行なうことを基本として、研修技術獲得のための研修や投入をおこなった。また、リプロダクティブ・ヘルスにかかわる各研修機関とのネットワーク構築のためにニューズレターの発行、PIC会議の定期的開催、NIPORTと共催でのBCC研修などを実施している。

MCHTIの改築がおわり移転後の2000年10月、最初の運営指導調査団が来訪し、諸機関との協議を経て、MCHTIのさらなる臨床・研修機能向上のための人員配置やMCHTIの研修機関としての役割を明確化することなど、政府の善処を促した。

2. プロジェクト3年目の中間評価まで

その後MCHTIの臨床機能の向上・研修事業の拡大のための活動を継続し、『女性に優しい病院』の認定を受けるための投入を積極的に実施した。臨床面では24時間産科救急ケアの提供や新生児ケアの提供が可能になる、臨床検査部門や超音波診断部門が確立される、健康教育についてのニーズアセスメントが実施されるなどの進捗を得、研修面ではFWVを対象として助産研修や産科救急ケアの研修を実施し、研修後のモニタリングを実施するなどの活動が行なわれた。

2002年5月の中間評価では、特に臨床面において有効な技術移転がなされ協力の必要性の度合いが減少してきていることが評価された一方、研修後のモニタリングにより必ずしも研修成果が生かせる状況にないことが判明していることから、研修計画の検討への協力が必要であること、中心的な研修機関のひとつとして研修カリキュラムや教育技術のノウハウの蓄積、フィールドスタッフが住民や患者に働きかけるための手法の開発が期待されること等々が提言された。

3. プロジェクトのPDM改訂

リーダーが交代し、中間評価の提言をうけてPDMを見直し、後半の活動計画を策定した。PDM改訂の詳細については別紙参照のこと。それまでの活動・投入をとおして、MCHTIが独自に研修計画の作成や研修評価を行なうシステムになっていない、研修評価・モニタリングの予算が必ずしも計上されていない、TTUの能力向上とMCHTIの研修評価機能との関連性がないなどから『TTUの能力向上を通してのMCHTIの研修評価機能の確立』という成果目標は現実的でないことが理解された。また、予算・資機材の不足や施設の不備、制度としてFWVが自宅分娩を介助する環境が未整備である、巡回指導や評価の行政システムが十分に機能していないなどの理由で、必ずしも研修生が現地で習得した技術を活用できておらず、そのための環境設定として必要なことを確認し提言する必要性が痛感されていた。MCHTIで実施する卒後研修はTTUで企画運営される一方、研修受講者は各行政レベルの母子保健プログラムで活動しており、その統括はMCHTIやTTUではなく本省の母子保健担当部局で行なっている、という状況で、『よい研修の実施』というプロジェクト目標を変更しないことを前提に、モデル地域の行政システムのなかで研修受講者を含めたフィールドワーカーをフォローアップしながら、研修事業が目標に資するために必要な環境設定を提言し、同時に、そこで理解されたより現場のニーズに合った研修内容を研修事業に反映できるように提言し、その機構を構築する努力をしようという活動方針となった。

4. プロジェクト活動の地方展開と4年目の運営指導調査

MCHTI では中間評価の後、看護基準が作成された。臨床研修面では研修指導者を育成し、運営管理機能の強化、臨床指導能力・BCC の指導能力向上のための投入を行い、依頼された研修コースに対して実施計画の作成、臨床スタッフと講義や実習の調整、研修生の研修前後の評価の実施、研修終了後のまとめ、報告書の作成という一連の活動が自分たちで実施できるようになった。以上より、MCHTI への技術移転は2003年の半ばをもっておおむね終了した。

モデル地域をナルシンディ県ショドル郡に設定し、現状調査ののち妊産婦の継続的ケアのための妊産婦リストづくりやリファラルシステムの促進を2002年下旬から開始して半年余り、2003年6月に、モデル地域での進捗状況の確認や残り1年のプロジェクト活動への助言ならびに今後の母子保健分野における協力全体の方向性を検討することを目的に、2度目の運営指導調査団が来訪した。このときには、以前から懸案になっているMCHTIの人員配置や医療機材・施設の維持管理に関するバ政府の対応を促すべく、これらの課題への対応が次期プロジェクトの実施の有無の検討の条件になる旨、バ政府に提言した。プロジェクトチームは提言に基づきカウンターパートとより密な連携をとりながら活動を続けた。

5. 最終評価前までの進捗状況

プロジェクト終了まで半年となった2004年2月時点での進捗状況を総括・考察する。

- (1) MCHTIへの臨床機能・研修機能への技術移転はほぼ終了している。『女性に優しい病院』の認定は認定制度自体が最終決定していないことから滞っているが、申請準備は整っている。研修機関としてのMCHTIのステータスについては、教授職やホステルの不在から正式なLTOとして認められてはいないものの、現実的には2004年1月から開始された助産研修をICMHと共同でLD-ISTから受けるなど、徐々に実績をあげている。
- (2) プロジェクトの成果の「地域に戻った研修修了者が業務のなかで研修成果を発揮できる」ことを目的としたモデル地域での活動は、地域の妊産婦が地域の保健ワーカーにより継続的にケアを受け、その状況にあった安全な出産ができるようにする、保健ワーカーたちの活動の状況をモニタリングできることを軸として、妊産婦の継続的ケアのための妊産婦リストづくり、リファラルシステムの促進、巡回指導の実施、月例会議の活性化を促した。これらはどれもシステムとしては存在するが、実際には動いていなかったものである。経過がまだ短いことや保健政策自体が移行期であることから、必ずしも問題なく順調に進んでいるわけではないが、FWVたちの認識は徐々に変わりつつある。
- (3) 同時に、人材養成を通じたりプロダクティブ・ヘルス向上への取り組みからの教訓を技術的提言として研修実施者へフィードバックすることを目的に、実地調査やそれまでの活動から現実と研修のギャップを明らかにしている。これまでに培って来た研修機関の協力連携をベースに、今後連携会議を行いフィードバックの場を設定していく。また、地域で活動しているNGOとの連携を開始し、具体的な活動方法の模索を促進している。

6. プロジェクトが抱える根本的な問題

これまでのプロジェクトの経緯を上記のように展望して、いくつかの問題点と反省点をまとめる。

- (1) 無償資金協力事業とプロジェクト方式技術協力とのコンビネーション：

当プロジェクトは無償資金協力によるMCHTIの改築が決まったのち、それに関連する技術協力を

行うという前提で計画された。それに伴って技術協力プロジェクト側が抱え込むことになった問題点は、看護管理専門家などから指摘されている。医療者からみたMCHTIの施設のレイアウトの問題のほかに、医療機器供与面では、小型医療機器および医療器具などは技術協力が開始されてから使用目的に適切な機種を購入し、専門家がカウンターパートを訓練することが提案されている。協力内容が決まってそれに必要なハードが検討されるほうが妥当と考えられ、その逆を行った今回の一連の流れは必ずしも円滑にはいかなかった。

さらに無償資金協力の合意の際に条件とした人員の配置が実績として目に見える成果としてでなかったことは、技術移転の際に大きな障壁となった。出向で当座配置されたスタッフは政権交代とともに元の職場に異動になった。人員が配置されてからプロジェクトを開始したほうが、人への技術移転という意味では効果的であった。(詳細はMCHTIの病院管理参照)

- ・ 臨床検査部門では、臨床検査技師が不在の段階で専門家を呼び、結果的に優秀なFWVを対象に技術移転を行なった。
- ・ 看護スタッフに関しては、看護部長・手術室看護婦の配置はいまだない。看護助産人員確保が相当に厳しい状況であったにもかかわらず、また家族計画局は看護婦を保有していないにもかかわらず、MCHTIは産科手術の増加、小児病棟といった疾患を持つ人のケアといった新しい機能を加えた増床を実施したことや、医師対看護スタッフが46:56と医師の割合が大きすぎることで看護スタッフの人員不足の影響をさらに強くしている。
- ・ 医療機材・施設管理担当者が不在。プロジェクトでコンサルタントを雇ってメンテナンスを行ってきたが、未だリクルートされていない。

(2) TTUの機能と当プロジェクトの活動：

当プロジェクトはHPSPという大きな医療制度改革の開始まもなくから実施された。当初計画された卒後研修課の機能として、ESP研修を全国に実施することとともに、他の卒後研修すべての企画・実施を手続き上LD-ISTを通すこととなった。TTUはLD-ISTの技術的な支援機関として設置された。当プロジェクトはリプロダクティブ・ヘルスにかかわる人材育成の調整にもかかわることを想定して、TTUをカウンターパート機関の一つとし、MCHTIの改築中にはオフィスもTTUにおき、T-MISの立ち上げに協力した他、ローカルコンサルタントを採用・配置するなどの投入を行なった。当初はTTUの生みの親であるDr. Shah Monir Hossain がLD-ISTでありチーフ・カウンターパートであったため、プロジェクトとの連携が非常に円滑にすすんだが、選挙後の政権交代にともない、LD-ISTの交代、TTUの職員の一部交代を経て、TTUが卒後研修事業の「実施承認機関」(研修受講者の人選、予算執行の承認、報告書を集める、など)にとどまり、ESP研修以外の卒後研修事業の企画・運営や評価モニタリングの企画、T-MISとD-MISのネットワークやそのデータの活用方法の構築といった機能を発揮しなくなってきていた。

いろいろあると考えられるその背景の一部には、TTUの職員が必ずしも研修事業のスペシャリストではないことやドナーからの巨額の研修費用を動かすという利権、LD-ISTの頻回の交代(Dr. Shah Monir Hossainののち、2年の間に4名)にともないLD-ISTやTTUの役割、当初企画されたシステムや方針などが十分に引継ぎされていないのではないかと察せられる場面があった。

卒後研修課がESPの研修のみならず、その他すべての卒後研修を統括するという新しい機構が果たして最大限の効果を発揮できるものか、現時点で当プロジェクトから見る限りまだ確信はもてない。本来各行政レベルの母子保健国家プログラムが自分たちのスタッフを育成し、研修生のフォロー

ーアップを各行政レベルの母子保健プログラムで行なうのが筋道かもしれない。その連携が円滑に行なわれない限り、研修事業が研修事業にとどまってしまう、プログラムへの目標に資することにならない。これはプロジェクトから提言するよりも、今後さらに検討を重ねた上で政策レベルでの提言になろう。

(3) HPSPからHNPSPへ、2004年はその狭間の1年半：

プロジェクト開始当初の活動計画およびPDMで、プロジェクト成功の前提条件はHPSPの成功であったが、結果的にHPSPは成功しなかった。両局が統合しないことにより、郡以下は再分離となり現場が混乱している。MCHTIは医療機関として保健局管轄の病院とある程度同等になる可能性があったが、結果的には組織図上は家族計画局管轄の県レベルのMCWCと同格で、MCHTIの活動実態とは乖離したままである。卒後研修が横断的に企画・評価される予定だったが、現在はリプロ分野の研修の調整統括をする部署が今後どこに設置されるかについての見通しがたっていない。

一方、HPSPの終了後、すぐに開始されるかと予測されたHNPSPの開始は、2005年1月にまでずれこむ見込みであり、プロジェクトの最後の1年はその空白の期間と重なってしまう結果となった。プロジェクト活動の最終段階として、「人材養成を通じたりプロダクティブ・ヘルス向上への取り組みからの教訓を技術的提言として研修実施者へフィードバックする機構を作る」という成果目標があるが、研修の企画調整機関が将来的にどこになるかも定まらない段階で、フィードバックの対象自体さえ明らかにならず、関係諸機関に報告するところまでかと予測される。

5. PDM(Version2)への改定について

上位目標：変更なし

プロジェクト目標：英語版は変更なし。日本語版は当初、“... well-oriented and skilled after need-based training...”の部分が訳されていなかったことから、その部分を含めた。

成果：

成果1・2（MCHTIの臨床・研修機能）は変更なし。

当初のPDMでは成果3「MCHTIとその他の研修機関との連携協力の強化」、成果4「TTUの能力向上を通してMCHTIの研修評価機能の確立」となっていた。

TTUとのそれまでの活動・投入をとおして、MCHTIが独自に研修評価を行なうシステムになっていないこと、研修評価・モニタリングの予算が必ずしも計上されていないこと、TTUの能力向上とMCHTIの研修評価機能との関連性がないことなどから成果4は現実的ではないことが理解された。また、研修評価活動の一環としてMCHTIの看護教員と専門家がMCHTIで助産研修を受けたFWVを3ヵ月後にフォローアップしたところ、予算・資機材の不足や施設の不備や制度・体制としてFWVが自宅分娩を介助する環境ができていないこと、巡回指導や評価の行政システムが十分に機能していないなどの障害に阻まれ、必ずしも研修生が現地で習得した技術を活用できておらず、そのための支援・環境設定として必要なことを確認し提言する必要性が痛感された。

プロジェクト目標が「よい研修の実施」であることから、プロジェクト活動として直接サービス向上への投入をすることは整合性に欠けることになる。また、HPSP下での機構では、MCHTIで実施する研修について卒後研修事業はTTUで企画運営される一方、研修受講者は各行政レベルの母子保健プログラムで活動しておりその統括はMCHTIやTTUではなく本省の部局で行なっている。すなわち、研修の外部条件の整備や研修が目標に資するために必要な投入については、研修事業とは別のラインであるために上位の政策レベルで調整しなくてはならない。一方で研修実施側はプログラムを通じた介入を行なう位置にないため、どこまで研修生のフォローアップに責任をもつべきかについての検討が行なわれない。そのような中で、専門家チームは研修事業のプログラムへの寄与まで確認したいという思いを強くもった。

プロジェクト目標を変更しないことを前提に、上記経緯よりプロジェクト後半では、モデル地域で研修受講者をふくめたフィールドワーカーを地域の行政システムのなかでフォローアップしながら、研修事業が目標に資するために必要な環境設定を提言し、同時に、そこで理解されたより現場のニーズに合った研修にするための内容を研修事業に反映できるように提言し、その機構を構築する努力をしようという活動方針となった。その成果としてまとめられたのがVersion2の成果3「地域に戻った研修修了者が業務のなかで研修成果を発揮できる」と成果4「人材養成を通じたRH向上へのとりくみからの教訓を技術的提言として研修実施者へフィードバックする機構ができる」である。もとの成果3（研修機関との連携）は成果というよりも何かを目的とした活動であることから新しい成果4のための活動に含めることとした。

6. 女性に優しい病院(Woman Friendly Hospital Initiative)への取り組みについて

「女性に優しい病院」イニシアティブ(Women Friendly Hospital Initiative, 以下 WFHI)は、2001年5月の Safe Motherhood Day にバングラデシュの28の病院で達成のための努力をすることが宣言された。女性が尊厳を持って扱われ安全なお産のためのよいサービスを提供できる場をつくることを目指すものであり、ケアの質 (Quality of Care)、母親と赤ちゃんへのサービス (Mother – Baby Package of Services)、女性への暴力への対策 (Management of Violence against Women)、ジェンダー配慮 (Gender Equity) の項目にそれぞれ基準が設けられている。

MCHTI は 1997 年に「赤ちゃんに優しい病院」(Baby Friendly Hospital)の認定をうけ、次に WFHI の認定を受けるべく、プロジェクトで支援してきた。その経緯と現状は以下のとおり。

2000年7月26日、WFHI ワークショップ第1回を開催した。MCHTI スタッフ30名と患者グループが出席し、「Women Friendly Hospital とは何か？」について話し合った。患者グループおよび職種ごとに話し合ったが、医師グループでは UNICEF の WFHI の定義が解説されたり、患者グループでは医薬品や検査などの提供についての希望だったりなど、具体的なイメージはまだないように思われた。今回は具体的な状況設定に基づいて話し合う必要性が認識された。

その後2001年2月、Stakeholder committee を結成した。2001年5月2-3日(第2回ワークショップ)、2001年7月18-19日(第3回ワークショップ)では「WFHI」のイメージを絵に描きながら WFHI についてスタッフと認識を共有し、WFHI のクライテリアを達成するための活動を確認・選定し、各々への活動を行なった。10のワーキンググループをつくり、ケアの質を改善するための取り組みを行なった。24時間帝王切開ができる体制をつくり、産科・看護の長期専門家を投入し、技術指導とともに産科マニュアルや看護基準の作成を通じてサービスの質の向上をはかった。また、女性への暴力の対策として、数名のスタッフをその研修に参加させて学習させた。またジェンダー配慮の一環として、父親学級を開催することで男性に対しても教育を行なった。さらに、患者への対応を寄りよいものに促す目的で人間関係トレーニング(HRT)を2003年から導入し、臨床スタッフへの実施が終了したところである。

MCHTI として WFHI の認定を申請する条件はそろっているが、現在、WFHI の認定をだす機関/責任部署をどこにするかが保健省内で決定しないこと、女性への暴力への対策のクライテリアに関して保健省のみならず警察、女性省など多くの機関に関係するために調整が難航していることなどから、承認されるに至っていない。

7. ICMH/NIPORT/TTU 各々との連携状況のまとめ

HRDRH プロジェクトでは MCHTI の臨床研修機能の強化に力を入れると同時に、他のリプロダクティブヘルス研修関連機関とのネットワークを構築してきた。これら機関との活動内容をまとめる。

Institute of Child and Maternal Health (ICMH) <母子保健院>

組織概要：

1991 年来の構想、政府からの用地確保、世銀からの資金確保(総額\$14 百万の 58%)により 1999 年 2 月に完成した。ダッカより車で約 40-60 分の距離にある郊外の広大な敷地に建てられ、学園都市風。元院長の Dr Talukder は大学教授として臨床・教育・研究に長く携わってきた経験から、母子を対象とした臨床・研究、とくに栄養問題に積極的に取り組んでいる。現在は政府から独立した自律的機関となっている。産科・小児科各 34 床と小規模だが、病院の増築を進めている。Lead Training Organization (LTO) の一つであり、研修には最も力を注いでいる。メイン・センターには 600 人収容可能な講堂、教室、病院内の各部署にカンファレンスルームや学生用の机を備えている他、120 名収容可能な宿泊施設も有する。国内外からの研修生をうけいれ、政府・NGO の研修のほか、独自の研修コースも開設している。公衆衛生修士(小児保健、母性保健、コミュニティー医療)コースを来年度から開設するほか、専門看護婦を養成する看護大学の開設計画もある。

HRDRH との連携：

- ・ MCHTI の指導医・一般医師等が ICMH で開催された TOT、各種医療技術研修に参加した。
- ・ 上記のように ICMH は研修施設としてそろっており、LD-IST から研修を委託される機関である。一方、MCHTI は研修に関する財務担当者が不在、教授職をもたないために研修終了証を出すことができない、研修生の宿泊所をもたないなどの理由で、LD-IST から直接研修委託を受けることができない。そのため、FWV を対象にした助産研修の実施を LD-IST から ICMH が契約し、MCHTI はその下請けとして助産研修を実施してきた。
- ・ 一方で、そのような状況であっても MCHTI は LTO の一つとして認識されており、ICMH のスタッフとともに、助産研修の中間評価などを一緒に行なっている。MCHTI の研修スタッフとともに、HRDRH の JICA 専門家も中間評価に同行し、評価方法などの支援をしている。
- ・ ニュースレター発行、PIC メンバー
- ・ HRDRH セミナー/ワークショップの共同開催
- ・ FWV を対象とした助産研修のテキスト改正のワーキング・メンバーとして連携。教科書の最終校正を ICMH が行なった。
- ・ FWV 研修における BCC 強化のための Master Trainer の TOT を IMCH を研修場所として実施。ICMH から 6 名参加。

Technical Training Unit, In-Service Training (TTU, IST) <卒後研修課技術研修室>

組織概要：

卒後研修課に属し、全国レベルでの研修計画の作成、実施・管理する部署である。これまで WHO の人材養成関連のプロジェクトで活動していた政府職員が主な人員である。そのほかに各県の衛生局長も ICMH・NIPORT・TTU、Page 1 of 3

プログラム責任者として籍を置いている。PRIME（米 NGO、USAID の支援）所属のコンサルタント 2 名、ローカルコンサルタント 4 名が 2003 年 6 月まで 3 年間配置され、おもに ESP 研修のカリキュラム作成、実施、研修評価などの技術支援を行なった。この TTU の一室を改修して当プロジェクト事務所とし、主に研修関連の専門家や、ローカルコンサルタントの執務室として使用していたが、2001 年 7 月以降は UNICEF と GTZ にスペースを貸している形となり、新たに 2002 年 12 月に別のスペースを確保したが、実質的に執務を行なうことはすくなくなってきた。

HRDRH との連携：

- ・ TTU 内にある TMIS を JICA 短期専門家が PRIME consultant の共同作業で構築した。
- ・ 2002 年に半年間、HRDRH でローカルコンサルタントを雇用し、TTU の事務所でもおもに研修評価などの支援を行なった。
- ・ この支援をとおして、MCHTI でのモニタリング評価の活動につなげられるかと模索したが、実際には TTU で作成していたモニタリング評価システムは ESP に関するものであったため、MCHTI の研修後のモニタリング評価に反映されることはなかった。
- ・ TTU は県レベル・郡レベルにそれぞれ研修調整のコミッティーをつくり、ESP 研修の実施と評価を行なっている。当初このコミッティーで、MCHTI で助産研修をうけた FWV を研修後フォローアップできないか画策したが、結局のところ、県・郡レベルの母子保健プログラムの責任者・担当オフィサーで構成されており、巡回指導を行なう当事者であるため、研修後のフォローアップという位置づけでなくても通常の巡回指導としてモニタリングしていけることがわかったため、研修評価モニタリングという視点で TTU とのかかわりを継続することはなくなった。
- ・ FWV を対象とした助産研修の中間評価を共同で実施した。
- ・ ニュースレター発行、PIC メンバー
- ・ HRDRH セミナー/ワークショップの共同開催
- ・

National Institute of Population and Research, Training (NIPORT) <国立人口保健研究研修所>

組織概要：

人口家族計画に関するフィールドレベルの人材養成と研究で中心的役割と果たしてきた機関である。1977 年に家族計画プログラムの中堅レベルのマネージャーを養成する保健家族福祉省傘下の政府系研修機関として National Institute of Population and Training (NIPOT) として設立され、1979 年に研究部門が付加されて NIPORT となった。1980 年には、それまで県レベルの家族計画研修チームの傘下であった 12 の FWVTI (Family Welfare Visitor Training Institute) と 20 の RTC (Regional Training Center) が NIPORT の管轄となった。研修部・研究部・総務部があり、各種研修事業を実施している。

HRDRH との連携：

- ・ 本プロジェクト実施協議の際に NIPORT の宿泊施設を MCHTI の研修生のために活用することが検討され、雑工事費によって宿泊施設の改修工事を行った。MCHTI の研修生のための宿泊施設として活用された実績は少ないが、2003 年 EOC/CBT の受講生や 2004 年 1 月からの助産研修の FWV が活用。
- ・ IEC 機材等研修用機材を毎年供与し、NIPORT 傘下の県・郡レベルの研修組織である FWVTI・RTC

- 等にも配布され、フィールドレベルの母子保健従事者（FWV・FWA等）の研修に活用されている。
- ・ 供与した IEC 機材を使用して保健教育用の教材を作成するために、短期専門家派遣・C/P 研修を通じて技術移転を行い、MCHTI で使用するビデオ教材を作成中。
 - ・ NIPORT の研究部は MCHTI の患者の満足度調査に関して MCHTI の研修部のスタッフの研修・データ処理等に、研修部は MCHTI のサポートスタッフの BCC 研修を 1999 年度に行うなどプロジェクトを支援している。
 - ・ 2003 年に実施された FWV 対象の助産研修では、NIPORT と ICMH が LD-IST から契約し、MCHTI は NIPORT からの下請けとして助産研修を実施した。その中間評価は NIPORT も LTO として一緒に行なった。HRDRH 専門家がオブザーバー参加・提言した。
 - ・ ニュースレター発行、PIC メンバー
 - ・ HRDRH セミナー/ワークショップの共同開催
 - ・ FWV を対象とした助産研修のテキスト改正のワーキング・メンバーとして連携
 - ・ FWV 研修における BCC 強化のための Master Trainer の TOT に NIPORT からも参加。
 - ・ BCC 教師用副読本の作成

8. MCHTIの病院管理について

プロジェクト開始前の状態からMCHTIの改築後の変化について

MCHTIは1953年にWHOにより設立された産院で、当初は20床の入院病棟と外来での母子保健予防活動およびそれらの研修を行なう施設だった。1960年に病棟を100床に拡張し、ダッカで唯一の産院兼研修施設として寄与してきた。当初は46名の家族福祉訪問員(Family Welfare Visitor, FWV: 18ヶ月の家族計画・助産ケアの研修を受けた保健スタッフ)が主に分娩・研修を担当し、3-4名の産科医師により帝王切開は全分娩の20%以下であった。

無償による改築とともに産科医師は25名前後、小児科医師が10数名と増員されたがFWVプラスSSN(Senior Staff Nurse, 看護婦)は68名(現在は56名)と大幅な増員はなし、雑役関連・事務部門のスタッフ数も変わらず、同じ体制で対応せざるを得ない状況である。上記の医師増加に伴い帝王切開率が45-50%に上昇した。と同時に、普通分娩の産婦の産後の滞在時間が短くなった。

看護スタッフの人員不足に関しては、看護・助産人員確保が相当に厳しい状況であり、家族計画局は看護婦を保有していないにもかかわらず、MCHTIは産科手術の増加・小児病棟といった疾患を持つ人のケアといった新しい機能を加えたこと、増床したこと、医師対看護スタッフが46:56と医師の割合が大きすぎることで看護スタッフの人員不足の影響をさらに強くしている。

病院管理に対する介入過程

MCHTIは以前「産院」だったものを、無償で改修する折に産科と小児科の機能を加えて「病院もどき」にしたが、保健局(DGHS)下の病院(県病院・郡病院など)とは異なる。MCHTIでの現状は以下のとおり。

- ① 医師・看護婦の人事権はMCHTIの院長にはない。院長が人事権を持つのはクラス3・4(FWV、雑役スタッフ、事務の一部)のみ。
- ② MCHTIの事務部門のスタッフ数は改築前と変わらない。事務部門は対雇用者・物品関連のみで医事課がないため、カルテなどの情報の管理はFWVが行なっている。病院統計もFWVが月毎に集計している。
- ③ 営繕課がない。改築前に不在であったメンテナンス部門の職員をつけることを無償の条件の一つとしてきたが、人員配置を要請するも、現時点で承認されているポストは配管工・電気工であり(リクルート未)、医療機器を扱えるエンジニアではない。
- ④ 婦人科機能をもたず、産科機能しかない。看護婦の人事(家族計画局がSSNの人事権をもたない)などから、今後も積極的に婦人科領域の複雑な治療をすることは難しい。
- ⑤ MCHTIは家族計画局(DGFP)に属し、医師の昇格制度上、Consultant doctor(指導医)は全員が保健局所属で、DGFPには指導医のポストがない。

以下、分野ごとに概略と介入状況を記述する。

1. 病院経営・財務:

政府の病院は基本的に無料なので、介入せず。予算に関する情報については随時調整員またはプロジェクトの助手がフォロー。臨床検査やエコー検査、入院の2人部屋は有料だが、臨床検査や有料

ベッドで得た基金はすべて国庫にはいる。その50%は担当医師・担当者に還元されることになっているが、MCHTI内でその配分に関する検討は行なわれておらず、還元を受けていない。また、エコー検査の収入はすべて社会福祉ファンドに入れられ、貧しい患者のための医薬品代、輸血購入、検査費用などに当てられている。

2. 人事

基本的に介入せず。人員に関する情報については随時調整員またはプロジェクトの助手がフォロー。

MCHTIの増員のための働きかけについて

- ・開院前(1999年プロジェクト開始当時)から山田リーダーが積極的に行なう。
- ・2000年7月 226ポストを要請。
- ・2000年8月 開院。
- ・2000年12月 107ポストが人事院で了承される。
- ・2001年11月 53ポストが大蔵省で了承される。
- ・2002年7月 53ポストのリクルートのための予算が承認される。その後も53ポストのリクルートがなされず(MCHTIから提出した書類が保健省内で差し戻し、が繰り返されリクルートがすすまず)。
- ・2003年6月 運営指導調査団で次期案件の決定のための条件としてMCHTIの人事について言及する。
- ・2003年11月 JICA事務所長から大蔵省・保健省次官に申し入れ。
- ・2004年1月、家族計画局の新運営部長にプロジェクトから看護スタッフとメンテナンス要員を優先にリクルートして欲しい旨説明。
- ・2004年3月の最終評価までにどこまで増員がすすむか??

現在のMCHTIの体制について：

医師対看護部職員(FWV・SSN)が改築後に高くなり現在46:56、かつバングラの医師は日本では医師が行なう種々の処置を看護スタッフにやらせる。FWVは本来医事課の事務員が行なうべき業務も行なっている。

3. 医薬品のロジ：

- ・2001年1月：短専1ヶ月(和泉啓司郎)：薬剤部の現状を把握し、薬剤委員会の設置や院内報告システムの購入、採用・削除医薬品に対する定期的な見直しなどを提言した。産科、小児科が実績をもとに必要な薬剤を申請する手順が示され、産科はそれに従い実施した。
- ・2003年1月：短専1.5ヶ月(竹田桂子)：TORは主にナルシンディ県ショドル郡であったが、MCHTIに関しては、和泉専門家の提言に関する進捗状況を確認した。初期段階であり強化が必要であるが、実績をもとに必要な薬剤を申請する方法についても、短期での投入では困難である旨。また、外来で余剰の医薬品を病棟で不足している部署にまわすなどの融通を持たせることを提言した。

4. 病院統計

医事課がないことについては上記のとおり。

特に介入せず(技術移転すべきC/Pが不在)。

政府に提出すべき統計(外来受診数<産科・小児>、入院数<産科・小児>、出産数、手術数、家族計画サービス提供数<各サービス別>)は、FWVが各部署で集計したものを医療福祉員がまとめて

提出している。

5. 施設・機材維持管理：

- ・2000年8月：短専3ヶ月（鈴木一代）：営繕課不在、施設・機材維持管理の担当者が配置されていない状況で、事務員とプロジェクトが契約する現地代理店のテクニカル・スタッフをC/Pとして医療機材管理状況の確認、現地で可能なバックアップ体制の調査、他の医療機関の調査を行い、保守管理体制を構築するための活動計画案を策定し、プロジェクト終了までの協力方法に関する提言を行なった。

その後、機材管理に関しては技術者1名、設備に関してはコンサルタント会社をプロジェクトが契約し、医療機材の管理の調整（修理の必要な機材のリスト作成、修理状況の確認など）は随時小児科医などを担当者として募って行い、機材維持管理を実施。MCHTIの事務員が維持管理の補助員となりごく基本的な修理についてはコンサルタントが指導した結果行なっていたが、途中でスペアパーツ盗難の疑いで配置換えとなり、その後任は不在である。月例での施設機材会議を行い、必要な修理のうちMCHTIで出せるものとプロジェクトが負担するものとを検討し維持管理を行なっている。

一方、MCHTIの水供給に関して、市水の供給が不十分である現状から、施設維持管理の専門家が派遣された。

- ・2002年3月：短専0.5ヶ月（岡田有弘）：市水の供給を受けられない現状と問題点を把握、MCHTIにおける水供給システムを確立するための提案を、維持管理要員、その技術教育、必要な工具類など、スペアパーツの調達、メンテナンス契約に行なった（C/Pは院長および、JICAが契約しているコンサルタント）。
- ・2002年12月：短専0.5ヶ月（岡田）：安定した水供給システム改善工事のためのドラフト設計図の作成（副受水槽の施工）、および空調・給排水・電気設備などの諸問題を解決し設備の維持管理を行なうための維持管理要員への技術指導、スペアパーツの入手手段、必要な予算確保などの助言。

この短期派遣の助言をうけて無償フォローアップの案件として副受水槽を施工するための予算が確保された。現地業者に発注され、3月竣工を目的に進められた。

- ・2003年4月：短専0.5ヶ月（岡田）：副受水槽の工事が適切に行なわれたかどうかの検査および施設維持管理に関する指導を行なった。

2003年6月、運営指導調査団より、人員の配置と今後の維持管理に関する計画書の作成を次期案件の実施検討の条件の一つとしてあげた。

2003年7月、家族計画局基礎保健サービス(ESP)課より、県レベルのMCWC(母子福祉センター)の機材維持管理と同様、UNFPAの予算による維持管理コンサルタントとの契約にMCHTIの医療機材維持管理を含めるという案が提示された。

2003年9月、調整員がそのコンサルタントの質を調査し、MCHTIの機材の維持管理もおおむね可能であろうと判断され、ESP課長に提示された案を了解する旨回答した。その後進捗なし。

6. 看護管理

注：SSN=Senior Staff Nurse、4年の教育を受けた看護婦。

FWV=Family Welfare Visitor、18ヶ月の家族計画・助産ケアの研修を受けた保健スタッフ。

ここでいう「看護スタッフ」は看護部職員=SSN+FWV、

「看護教官」は研修部のSister tutor(FWVまたはSSN)の4名。

1999年6月：長期専門家2年(小原沢栄子)着任、情報収集。

- ・1999年8月：プロジェクト開始、看護管理(C/P看護部職員)・研修管理(C/P看護教員)、看護教員の業務の明確化、看護スタッフ(内・外)研修開始。
- ・2000年8月：MCHTI完成、引越し・病棟整備、研修部設立・看護教員に研修管理技術移転
- ・2001年7月までに、
 - ・主任会議が定例化し、婦長が主導で会議が出来るようになる。
 - ・補助者への介入(病棟・OT・分娩室・外来勤務者)
 - ・看護部業務分掌の成文化完了

2001年7月：長期専門家1年(立山恭子)着任。前任者の進捗状況の把握、看護職員の労務管理、婦長・主任の人間関係、リーダーシップ、チームワークなど。

・2001年1月：

問題解決理論・方法論の導入

- ・婦長・主任への管理技術の助言
- ・チームワークづくり、婦長・主任の人間関係調整など
- ・主任会議の定期的実施、各ユニットの問題の共有と解決
- ・SSNの助産技術研修

看護教員に対して臨床指導技術、チュータリング方法・評価方法の助言

スタッフの技術評価、院内トレーニング企画実施

- ・2002年8月立山専門家離任、その後は増山利華専門家が主任会議・看護基準の作成をフォローする。
- ・2003年7月：看護基準完成・印刷。
- ・2003年12月：短専0.5ヶ月(立山)：看護管理体制の総括(MCHTIの看護基準の確認、その基準に沿った看護・助産が行なわれていることの確認、MCHTIの看護管理に関して技術移転の終了の確認)

以上で看護管理への技術移転終了。

7. それぞれの臨床科の臨床レベルのモニタリング機能：

2000年7月、前リーダーを中心にモニタリングのための指標を作成、管理会議で発表。

その後、自発的にモニタリングを実施していない。

2003年1月・2月：産科・新生児各短専により、指標を見直し、自分たちでモニタリングできる指標を設定。診療会議・管理会議で発表することを決定。産科については担当者が統計を取っており定期的に発表しているが新生児科はできていない。また、その結果を分析するところまではできていない。

8. 臨床検査：

- ・2000年2月：短専1.5ヶ月(森川泰夫)：MCHTIは無償にて改修中、仮施設での検査部門の状況の調査、改修後の検査部門の運営のための準備作業への協力を行なう。人員の増加、消耗品の適時調達的重要性などを提言。
- ・2000年7月：長期専門家1年(森川)：臨床検査技師は不在、2名のFWVを選んでカウンターパートとして基礎検査項目の確立、検査関連情報提供制度の確立、検査手技マニュアル・検査手技トレーニングマニュアルの作成、輸血関連検査技術の指導を行なった。輸血部設立については職員が配置されずポストも申請中であること、交差試験は血液学のコンサルタント医のもとでおこなわなければならないとの意見があることから、実現せず。

その後臨床検査は特段投入せずとも維持されている。臨床検査技師のポストが承認されているも以前も依然空席。技師がリクルートされた場合には短専を投入して輸血部設立を行なう予定。

9. ナルシンディ県シヨドル郡の活動のまとめ

I. プロジェクト目標達成の過程におけるナルシンディ県での活動の位置づけ

1. ナルシンディ県での活動を通して、地方の医療行政機構の中で研修生が得た技術と知識を生かして適切な RH サービスを提供する。
2. 活動を通じて得た提言を導き出し人材開発へフィードバックする。

II. 活動内容と業務実績

1. 実態調査 2003年1月～3月

目的

地域の特徴、医療従事者の組織・役割・具体的活動などを知り、問題点を明確にして活動方針を決める。

活動経緯

- 1) パイロット地域であるナルシンディ県シヨドル郡の15ヶ所のUH&FWCの内11ヶ所を調査対象とした。残る4ヶ所のUH&FWCには、村レベルに於いてRHの鍵となって活動するFWAの指導・総括をするFWVが不在(研修中、異動後後任不在等)であるため活動は困難であると思われ対象外とした。11ヶ所のUH&FWC及びサテライトクリニック3ヶ所を合計15回訪問し、UH&FWCの設備や備品、環境等の実態を調査した。又、この施設を中心に活動するFWVや村レベルで活動するFWA、FPI、HA、TBA等のフィールドスタッフの役割や活動を調べた。
- 2) C-EOCの設備が整い研修を受けた要員が配属されている県レベルのMCWCの活動状況や郡レベルのオフィサー(MO・MCH・UFPO・Sr. FWV)の役割等を調査した。
- 3) 郡レベルでのスタッフの月例会議(毎月1日、郡レベルオフィサーとFWVが出席)に2回参加し、実施状況を確認した。
- 4) 地区レベルのフィールドスタッフの定例会議(毎月15・30日、FWV・FWA・FPIが出席)に3回参加し、実施状況を把握した。

上記の調査結果により下記の事が判明した。

i) 行政機能に関して

- ① 1998-2003年の保健政策(HPSP)ではFWAの家庭訪問は義務付けられていない。保健局との統合により保健局関連の業務が大きな割合を占め、家族計画局側の活動が低下している。担当地区の人口、家族数、エリジブルカップル数、全妊婦の状況等も正しく把握されていない。
- ② 村から地区を経てEOC施設に至るリファラルシステムが機能していない。

ii) 人材に関して

- ① FWAとFWVとの連携が十分に出来ていない。又、Sr. FWVはHPSPの元、フィールドスタッフを指導監督する仕事もなく巡回指導を行っていない。
- ② MO・MCHは郡のフィールド活動の監督をする立場にありその元でSr. FWVが各地区のFWV・FWAの指導監督をする事になっている。組織上この2人がカウンターパートとして適任であるとの認識であったが、調査に入った時にMO・MCHは研修中、Sr. FWVは異動となり2人の不在が続き、JICA専門家・フィールドスタッフともに混乱した。
- ③ 定期的実施されていた郡のFWVの月例会議が、指導監督官の不在により報告書提出と家族計画関連器具の受領のみに終わっている。

- ④ 各地区で毎月 15 日と 30 日にフィールドスタッフが集まり定例会議をすることになっているが、その内容は報告書の作成と翌月のサテライトクリニックの予定の確認のみである。
- ⑤ 県レベルでの EOC (MCWC)はすでに中央レベルから定期的に技術支援、巡回指導を受けているが、実態調査を始めた 1 月から麻酔科医が研修のため不在となったため C/S が出来なくなり、EOC 施設としての機能がはたせなくなった。

iii) 施設に関して

- ① UH&FWC の備品で FP 用の器材は揃っているが、妊産婦健診器具、検査薬、健診カード、消毒器材及び分娩セット等壊れたり盗まれたりしており、継続的な補充もなく、唯一アムディア UH&FWC (MCHTI で助産研修後必要器材を本プロジェクトから貰っている)を除いて、他の 10ヶ所の UH&FWC には器材が揃ってない事が判明した。
- ② UH&FWC 11ヶ所の施設で配電がない所が 5ヶ所、配水 (水道、又は専用の井戸)がない所 7ヶ所、両方無い所が 4ヶ所ある。
- ③ 政府の方針で FWV が UH&FWC に住み 24 時間産婦に対応出来る様に奨励しているが、1名 (アムディア UH&FWC の FWV が不定期に住んでいる)を除いて誰も住んでいない。又 UH&FWC での分娩の実績はどこもない。現状では FWV が UH&FWC に住み、分娩を介助したり妊婦が待機したりするには環境の整備や安全性から見て現実的ではないことが判明した。

2. 上記調査結果により、以下の活動内容を決めた。

- 1) 妊婦台帳作成促進 2003 年 3 月～
- 2) リファラル機能促進 2003 年 8 月～
- 3) 巡回指導強化 2003 年 8 月～
- 4) 月例会議の有効活用 2003 年 8 月～
- 5) 施設及び人材の整備 2003 年 8 月～

3. 活動内容

1) 妊婦台帳作成促進

目的:

妊婦台帳作成を通じて妊産婦の状況を把握し、継続的な健診をする事で異常の早期発見、早期治療が出来安全な分娩が増加すると予想され RH サービス向上の効果が期待出来る。又、目的を達成するための基礎データとする。

活動経緯:

- (1) 妊婦台帳の記録及び、妊婦健診、危険妊娠の知識技術の再確認などシヨドル郡の RH に関わる人材養成の強化として FWV へ 1 日研修を 2 回実施した。

第 1 回 (2003 年 3 月 5 日)

参加者: FWV19 名 (MCWC の FWV を含む)

内容: 危険妊娠の徴候予防対策について (講師 MCWC MO-Clinic)

妊婦登録台帳記入について (講師 JICA Expert)

第 2 回 (2003 年 6 月 11 日)

参加者 FWV20 名 (MCWC の FWV を含む)

内容: 妊婦健診の知識と技術 (講師 MCWC MO-Clinic)

健康教育方法(健康教育用カード、リーフレットを使用) (講師 Sr. FWV)

- (2) 研修を受けた 11 地区の FWV12 名は、担当地区で FWA が家庭訪問により発見した妊婦を定例会議で報告し、又同時に危険妊娠の徴候がある妊婦の報告も出来る様に伝達講習を行う様指導した。さらに、健康教育用カード、リーフレットの使用方法についても伝達講習を行う様指導した。
- (3) FWV(12 名)及び FWA(73 名)に広報及び保健サービス活動のため下記の器材を配布した。
- ・ 訪問バッグ、傘、記録ノート、4 種類の健康教育用カード、リーフレット (①バランス栄養、②レファラーすべき危険分娩、③ANC の普及、④妊産婦の栄養等)
 - ・ 健康教育用カード、リーフレットの使用方法については、FWV や FWA への研修前に TOT 研修として Sr. FWV に MCHTI の看護部責任者と共にオリエンテーションを MCHTI で実施した。(5/31)
 - ・ 妊婦健診促進広報看板をアムディア UH&FWC へ設置した。
 - ・ 血圧計、聴診器を H&FWC(10 所)へ配布した。

2) リファラル機能促進

目的:

発見した危険妊産婦を確実に EOC 施設へ送るレファラーシステムを機能強化させる。

活動経緯:

(1) レファラー・スリップの導入: 地区レベルから EOC 施設へ

- ① 中央政府とノルシンディー地方政府関係者と検討しレファラー・スリップを作成した。レファラー・スリップを作成するに当たって留意した点は、確実に EOC 施設へレファラーした記録である事であり、これは同時にレファラー後の結果を知り、今後ヘルスサービスの活動方針を立てる際の参考となる。
 - ・ レファラー・スリップの記録を UH&FWC と送付した施設に残す。
 - ・ FWV はレファラー後の結果を記入し UH&FWC に保管する。
 - ・ 受け入れ施設においても結果を記録として保管する。
- ② レファラー・スリップ導入に先立ち CS (県保健局長) を通し関係施設に連絡の依頼をした。地区担当 12 名の FWV へレファラー・スリップの導入及び使用方法についてオリエンテーションを実施し 8 月より使用開始した。
- ③ FWV のレファラー基準に関する知識については十分理解していると確認した。(けれども、本来 H&FWC で診られるべき症状でも、医薬品の不足などから MCWC に紹介している例は多く見かける。)

(2) 村レベルから地区レベルへ:

- ① アムディア UH&FWC で 1 回目の会合を行い、村レベルからのレファラー機能を強化するため、5 名の FWA と 10 名の TBA(5 年前に政府の研修を受けている)を担当地区毎に 5 つのグループを作った。各グループの活動は、TBA から FWA へ新しく知った妊婦の報告をし、分娩の有無そして結果等も含めて情報の提供を行うこと、FWA からはサテライトクリニックの日程や妊婦健診に連れてくる事、問題がある場合の助言や支援をする事等を確認した。
- ② 2 回目の会合を 11 月 19 日に実施し、グループ化の試みによる FWA と TBA との連携が継続出来ている事が報告され相互協力が継続されている事を確認した。各 TBA は月に 1-4 例 (平均 2.2 例) の出産介助をし、1 名を除いて地域の FWA または FWV にその報告を行っていた。また、MCWC がどこか知らないため、直接 MCWC にリ

ファーした例がブローカーに別の病院に連れて行かれたという問題が挙げられた。これについては、TBA は FWV にリファーするのが基本だが緊急の場合のためにという条件で一度 MCWC に連れて行くことも検討されたが、まだ実現していない。

- ③ 12月20日、モヒシャスラ UH&FWC ではアムディア UH&FWC の経験を元に連携強化のため5名の FWA と13名の TBA とが初めて会合した。FWA と TBA とのグループを作り情報交換、助言、支援等の相互協力をする事を確認し、3ヶ月後フォローアップ会議を実施する事を提言した。

- (3) MCWC は地区レベルからレファーされる EOC 施設として、妊産婦の受け入れ等に関して地区レベルとの密接な関係を作るよう MCWC の MO-Clinic 及び FWV に要請した。

3) 巡回指導強化

目的:

郡レベルのスーパーバイザーを支援・指導して定期的な巡回訪問で H&FWC の状況の確認、各地区の活動のモニタリング、必要な助言を行なえるようになることにより、施設の改善、FWV による住民へのサービス質の向上を図る。

活動経緯

- (1) 郡レベルオフィサーとフォーマットを作成し、中央レベルの承認を得て8月より導入した。
- (2) フォーマットを作成するに際して下記の点に留意して作成し、使用開始後巡回指導者の意見を入れて2度一部改正した。
 - ① FWV の活動を激励・支援する。
 - ② 妊産婦健診の技術、対応を見る。
 - ③ パフォーマンスを見る。
- (3) 郡レベルオフィサーの UFPO・MO-MCH・AFPO・Sr. FWV の4人が巡回指導者として FWV が配属されている11ヶ所の UH&FWC を分担することになった。実際の巡回指導を8月から開始した。

4) 月例会議の有効活用

目的:

郡レベルの月例会議を有効に活用して、フィールドスタッフの質の向上及び問題解決などを助言し住民へのサービスを改善する。

活動経緯

- (1) 郡の定例会議が指導監督官の不在により開催されないところ、現政策以前の指導監督官 UFPO が出来るよう UHFPO の許可を得て開催出来る様に要請した。
- (2) 地区の会議ではフィールドを訪れて出会った解決出来ない問題の検討、経験の共有、又密接な情報交換、勉強会等を行う事等、会議を有効活用する様提言を行った。

5) 施設及び人材の整備

目的:

環境及び人事の整備をする事により住民へのヘルスサービスが改善する。

活動経緯:

- (1) アムディア UH&FWC では配電配水設備が壊れて供給出来ない状態であったため、UFPO がここのコミュニティー出身のユニオン議会のメンバーを通して政府に整備の要請をする事を提言した。

- (2) UH&FWC では FWV が妊婦の健康管理や、胎児の発育観察、異常の早期発見等のために活用出来る妊婦健診カードがなくフォローが困難であったため、UFPO を通して中央レベル器材担当にカードの配布を要請した。
- (3) UH&FWC の分娩環境整備については、巡回指導の結果を巡回指導者が県レベルに報告する際に継続的に要請をしていくよう提言した。
- (4) MCWC が EOC 施設としての機能を回復させるために、麻酔科医の早期の配属を中央レベルへ強力に要請する事を MO-Clinic に助言した。又、専門家からも中央に要請をした。

4. 現在までの成果

1) 妊婦台帳作成促進

- (1) FWV から FWA への伝達講習後、FWA は担当村の妊婦に関する報告を FWV に出来る様になった。しかし FWA は危険妊娠について知識を得たが、FWV への報告がまだ全員は出来ていない。定例会議等で FWA が集まる機会を利用して継続的に指導していく必要がある。
- (2) FWV は、FWA から受けた妊婦の報告をもとに妊婦台帳に妊婦の氏名や出産予定日、ANC 受診日など必要な事項を記録するようになった。報告又は発見された危険妊娠については特別の注意が必要と思われることから、赤字で記入するようになった。
- (3) FWA に配布された器材は家庭訪問時、会議の時などに使用している。4 種類の健康教育用資料は健診に来た妊婦に妊娠中の健康管理の必要性を説明し渡している。看板設置についての成果はこれから住民の反応を確かめる予定。血圧計は妊婦健診で使われており、危険妊娠の発見に役立っている。検診受診者数の変化については後述。

2) リファラル機能促進

- (1) 作成されたレファラー・スリップ参照。
- (2) CS も当プロジェクトに関心を示し協力を約束した。
- (3) レファラー数の変化などのデータ参照。
- (4) FWV の、リファラー例について記録し経過をフォローするという意識が高まった。
- (5) MCWC の MO-Clinic 及び FWV は、レファラー・スリップ持参妊産婦について確実に健診を実施し、持参したレファラー・スリップを保管している。又妊婦診察記録にはレファラーした地区の名前が記録されている。
- (6) アムディア UH&FWC では TBA が妊婦を健診につれて来ているのを見かける様になり、地域で信頼のある TBA の ANC への協力を得られて ANC の必要性が住民に徐々に知られるようになった。妊婦健診、分娩の報告、レファラー等のデータ参照。
- (7) モヒシャスラ地区の TBA-FWA のグループ活動の成果については現在取り組み中である。

3) 巡回指導強化

- (1) 観察の手法が巡回指導者 4 人で多少見方が異なる点があり、施設の状況などが巡回指導者により結果が違って来る。観察基準を統一するなどの助言がまだ必要である。
- (2) フォーマットは巡回指導者が実際行ってみて必要な部分を数回にわたって改正し、最終手に現在のものに完成した。毎月の巡回指導計画は Sr FWV が作る様になったが、実際には計画の 3 分の 1 程度しか巡回指導が出来ていない。その理由として、常に緊急な会議や仕事がいり、予定どおり実施できないこと、巡回指導者によっては給与の支払いが何ヶ月も停滞している現状で交通費を出して巡回指導に行くことができないことなどがあげられる。今後巡回指導計画の見直し等再度検討の必要がある。

4) 月例会議の有効活用)

- (1) 1ヶ月1回の会合で、各地区の前月の活動状況のモニタリング、各スタッフの活動のフォローアップ、フィードバックの機会として活用出来る様になった。
- (2) リファー例の紹介など、話題を提供させるようにすることにより、FWV 同士で各地区での問題の共有ができるようになった。
- (3) 会議の場の有効活用と云う点ではまだ自ら計画実施出来る所には至っておらず継続的に助言が必要である。

5) 施設及び人材の整備

- (1) アムディア UH&FWC の配電配水の整備をユニオンメンバーに提言して以来5ヶ月が過ぎた12月末現在、未だ改善されず引き続きフォローする。
- (2) 中央レベルの器材担当から妊婦健診カードの配布があり、11ヶ所のUH&FWCへ500部ずつ配布し、診察に来た妊産婦の記録として活用されている。
- (3) UH&FWC の分娩環境に関わる整備はまだ出来ていないが、今後共引き続きスーパーバイザーの巡回指導を通して中央へ現状を報告し要請してゆく必要がある。
- (4) MCWCの麻酔科医が6月に着任し7月から実働を開始した。その結果C/Sも再開し、C-EOCとしての機能が回復した。

(1) 介入のインパクトについて

2004年2月

江上由里子

妊婦リスト作成・妊婦の継続的ケアを通じて必要な妊産婦の EOC 施設へのリファーを促進したナルシンディ県ショドル郡での活動の成果を、基礎データと介入後との妊産婦登録数・妊産婦検診(ANC)の実施数などを比較して検討する。ANCの質自体は数値から基本的には見えてこないで「良いANCを受けられる可能性の入り口に立った人の数」を表すと理解し、リファーされた妊婦の数や出産の記録状況などとともに、成果の指標とする。

地域： 介入した地区（ショドル郡のうち FWV のいる 11 地区）、対照として4つの未介入地区（ジナルジ地区(ポラシュ郡)・バジナボ地区（ベラボ郡）・シルスティゴル地区(シブプール郡)・ダンガ地区(ポラシュ郡)）を調査した。

期間： 介入前（2002年7-12月）と介入後（2003年7-12月）それぞれの期間中に各地区のUH&FWCの妊産婦台帳に登録された妊産婦の記録を分析・比較した。

方法： H&FWC の妊産婦台帳の記録から統計を得た。一部記録が不明な点については担当 FWV から口頭で情報を補足した。推測される妊産婦数は、流産の率・死産率が不明であることから推測される出産数で代用することとし、また年齢層別の女性の人口に関する情報が得られないことから、郡統計部で得た 1991 年のセンサスによる人口と 1991-2001 年の人口増加率(1.47%)を基礎に 2002 年と 2003 年の人口を推定し、それに 1998 年のナルシンディ県の粗出産率(22.07)をかけて算出した。

ANC 実施数は、6 ヶ月間に登録された妊産婦の ANC 実施数（サテライト・クリニック(SC) + H&FWC) = FWV による ANC 数) である。MCWC における ANC の大半が MCWC の近隣の妊産婦であることから、各地区から MCWC に来て受けた ANC は加算しなかった。

結果： ANC に関しては、対照のダンガ地区(前後)およびシルスティゴル（2003 年）を除きショドル郡の 11 地区と対照の 2 地区で各々6 ヶ月間の記録が得られた。出産については、2002 年分は対照地区ではジナルディ・シルスティゴル地区で記録がなく、ショドル郡ではナザルプール地区で 1 ヶ月のみの情報、ハジプール地区では全く得られなかった。2003 年分についてはショドル郡ではすべての地区で情報が得られたが対照地区では 2002 年と同様だった。そのため、ANC については対照地区をジナルディ・バジナボの 2 地区で、出産についてはバジナボ・ダンガの 2 地区を比較対照としてデータを参照する。

1) 妊産婦登録数：

ショドル郡の 11 地区での 6 ヶ月間の妊産婦登録数は 2002 年後半の 1,013 から 2003 年後半には 3,678 に増加した。2002 年では人口から推測される 6 ヶ月間の出産数(3,769)の 27%であり、地区により 7-69%の範囲であった一方、介入後の 2003 年後半では推測される出産数の 96%であり、かなりの割合の妊産婦が FWA の活動を通じて把握されたと考えられる。すべての地区で把握する割合が増加しており 50-168%の範囲である。ただし、4 地区で推定値の 150%を上まわっており、記録の信頼性ととも家族計画活動の状況を確認する必要がある。一方で、対照の地区では妊産婦登録数が 20%の増加にとどまっている。

2) ANC 総実施数：

11 地区で実施された ANC 数の合計は 2002 年後半には 1,213 例、一方 2003 年には 4,103 例であった。対照 2 地区では 277 例から 286 例とわずかの増加にとどまった。

3) ANC 受診率：

この指標の分母を登録数あるいは予測出産数のどちらをとるか検討したが、以下の理由から予測出産数を分母にして考察するほうがパフォーマンスの変化が読み取れると思われる。

- (i) 妊産婦登録数対：この％は、妊産婦情報が多く寄せられて記録する地区では分母＝登録数が多くなるため、妊産婦に ANC を行なっていない場合には登録数が多くても ANC 受診率は下がる。反対に、同じ ANC 数であっても妊産婦情報を登録した場合に受診率は下がり、妊産婦情報がない場合には受診率はあがる。2002 年と 2003 年をショドル郡で比較すると一度でも ANC を受診した妊産婦数が増加すると同時に登録数も増加しているために、登録数対でみると ANC 受診率は 69％から 63％と変化がない。登録数が増加すると、それにもなつて ANC に来る人も増えるともいえるかもしれない。
- (ii) 予測出産数対：登録数にかかわらず、ANC 数と ANC 受診率が相関する。2002 年に一度でも ANC を受診したサダル郡の 704 名は、予測出産数の 19％であり、国全体での 60％という統計と大きな差があったが、2003 年には 61％に改善した。

4) 継続的ケア：ANC2 回目・3 回目の受診数

ANC の 2 回目を受診した数はショドル郡全体で、2002 年後半の登録妊婦では 324 例(1 回目を受診した妊婦の 46%)、2003 年では 1268 例(同 55%)であり、上昇傾向が見られた。一方、政府が推奨している 3 回目以上の ANC 受診率については、2002 年後半に登録された妊婦のうち 185 例(1 回目の ANC を受診した妊産婦の 26%)であった。2003 年登録分についてはまだ 3 回目受診時期に至っていないものも多く、現時点では比較検討が出来ず、プロジェクト終了時までには確認する予定である。少なくとも、ANC 受診数の増加割合でみると 1 回目が 230%、2 回目が 291%、2 月初旬までの時点で 3 回目が 177%となっており、初回 ANC の受診割合が増加すると同時に、継続的に妊産婦検診を受ける割合が増えているものと考えられる。対照の 2 地区では 2 回目受診数の増加割合が 50%にとどまった。

5) 出産の記録

登録された妊産婦の出産記録は、ショドル郡の 2002 年後半登録分では 615 例、2003 年では 1101 例であった。介入前は 4 地区で全数が記録されていたのに対し、2 地区で全く記録がなかったが、介入後は 1 地区を除いた 10 地区で記録されていた。介助者については、記録されていたうち、訓練を受けた介助者(医師・看護婦・FWV)による出産は 4%から 9%に増加した。また、訓練を受けた TBA による出産の割合も増えていた。出産場所に関しては、介入前は 27%が把握されず、把握されたうちの 97%が自宅だったのに対し、介入後は 6%が施設分娩となっていた。対照の 2 地区では、記録数が減っている。

6) PNC

妊婦台帳に PNC の記録コラムがないこともあり、全く記録されていなかった。出産時に問題がない限りほとんど PNC には来ず、実際の受診数もほとんどないようである。

7) リファール例

対象地区では前後とも記録がない。ショドル郡では介入前後で5例から47例に増加した。これは記録されたもののみであり、とくに介入前に記録されていないものは把握できないため、介入前にはもう少しリファール例があったものと推測される。記録をしてリファール例の予後を確認しようという認識を高めたため、介入後のリファール数については信頼度が高いと思われる。

- 8) 助産研修を受けたアムディア(2002年)・モヒシャスラ(2003年)とそれ以外の地区との比較
ショドル郡の11地区のうち、助産研修を受けたFWVが駐在するアムディアとモヒシャスラ地区(以下2地区)を他の9地区と比較する。
- ① 妊産婦の登録率：2002年は9地区24%に対し2地区40%と登録している割合がたかかったが、介入後は91%対114%と、増加割合は2地区で少なかった。
 - ② ANC実施率：予測出産数を分母にして、2002年は9地区の19%に対して2地区が18%であったが、介入後は9地区63%、2地区51%と、9地区での伸びが大きかった。
 - ③ 2回のANC受診率：9地区での伸びが251%、2地区で718%。同様に1回ANCを受診した妊婦のうち2回目を受診した割合の変化は、9地区103%に対し2地区281%と介入に対応する変化が大きかった。
 - ④ 3回のANC受診率：この伸びは9地区のほうが大きかった。
 - ⑤ 出産に関する記録：FWVの介助が2地区で増加している。また出産の記録は介入後2地区での増加が大きかった。
 - ⑥ リファール例：介入後の増加が大きかったのは9地区。介入後、リファール数は研修を受けていない地区のほうが多い。

考察：

調査の限界は、サテライト・クリニックでのANCなど記入漏れの可能性があること、分娩に関しては多少の記憶によるバイアスの可能性があることであろう。さらに、基本としている地区の人口や期待される出産数などの推定値の確かさを確認する必要がある。

対照地区でほとんど記録がないことから、単純には比較ができないが、安全なお産のためのショドル郡での医療関係者の連携促進、巡回指導、リファールの促進などの活動を通じて、期待された結果、すなわち妊産婦の登録が改善してより多くの妊産婦が把握されるようになったこと、ANCの提供数が増加したこと、とくに2回目以降のANC数が伸びたこと、出産やリファールに関する把握もされるようになったことなどが成果として得られたと思われる。また、地域の妊産婦の記録をすること自体が活動の一環であり、未介入地区でこれらが必ずしも行われていないのに対し、ショドル郡ではその必要性が認識され実施されている。

(2) ナルシンディ県シヨドル郡 月例会議メモ

2003年2月1日

場所：MCWC(Maternal and Child Welfare Centre：県レベルの家族計画局のC-EOC施設)

同席者：山下

月例会議の視察。MO-MCHおよびSFVWが不在で混乱したが、UHCにいるMO-MCHのところに行って会議を行なった。この時点で、MO-MCH、SFVW、UHFPOの後任者未定。

2003年4月5日

場所：MCWC

同席者：山下

UFPO (Upazila Family Planning Officer) が主導で会議を行なった。NIDの報告など。

2003年6月3日

場所：MCWC

同席者：山下、江上

SFVWがFWAを対象に健康教育教材の使用法のオリエンテーションを実施。家庭訪問用の傘とかばんを配布した。

2003年8月2日

場所：Upazila Office(UFPOのオフィス)

同席者：山下、Parvez(プロジェクトのローカルスタッフ)

UFPOがリファラル・スリップの使用法を説明。FWVより、血圧計の供与の希望が出される。妊婦を把握することは全員できているがハイリスク妊娠については4カ所でまだできていない。FWAからの報告がないとのことで、フィールドスタッフ会議でUFPOがフォローすることになる。引き続きFPIの会議となり、FWAの活動を支援するようUFPOから説明があった。

2003年10月1日

場所：Upazila Office

同席者：山下、Parvez

UFPOより、アムディア地区のケースをもとに妊婦登録・検診を促進するよう激励、および異常例の早期リファールを奨励。また、血圧計と薬の不足が問題とされる。アムディア地区のようなTBA-FWAミーティングの希望がだされ、アムディアのフォローアップの結果により検討する旨伝える。

2003年11月1日

場所：Upazila Office

同席者：江上、Parvez

現時点での妊婦登録数、ANC数、家族計画提供数の報告の様子を観察。その報告数の妥当性を確認する方法なく、次回は登録台帳を確認することを提案する。

Union	Amdia	Alokbari	Chinishpu	Hajpur	Kathalia	Karimpur
10月末時点での妊産婦数	390 (+)	350	860	150	360 (+)	495
ANC 1	78		31	17	63	47
ANC 2	31		22	29	31	32
ANC 3+	23		30	40	31	22
10月中のANC数	132	0	83	86	125	101

Union	Madhabdi	Manishasur a	Meherpur a	Shilmandi	Nazarpur
10月末時点での妊産婦数	284	347		395	322
ANC 1	32	35	27	30	23
ANC 2	29	25	28	32	25
ANC 3+	38	21	36	39	15
10月中のANC数	99	81	91	101	63

上記妊産婦数のうち(+)があるものはすでに出産した数もふくまれている。

UFPO からの報告・指示事項：

- ・ 郡の他分野の人たちの理解を得るべく、郡全体の会議で、FWV ら家族計画のスタッフの貢献度の高さについて報告をする。そのために各自がんばるように、という内容。
- ・ H&FWC の施設の改善を HPSP 予算で期待できないので、道路工事などの別の予算から引っ張ってくるように調整中。
- ・ 各地区の妊産婦数の報告。UFPO は、妊産婦の 100%をひろうよう、努力するよう指示。
- ・ FWV と FWA の連携が良くないところ (Hajpur, Madhabdi, Meherpura, Alokbari, Nazarpur) については努力するよう指示あり。

JICA より：

- ・ アムディアの FWV に先日の Pre-eclampsia のリファア例について報告させる。他の FWV から MCWC がリファア例を受け取らないなどの報告あり。
- ・ Parvez より、リファアの調査のためのシートについて説明。
- ・ 血圧計配布。Chinishpur の FWV に使い方のデモンストレーションをさせた。

SBA 研修の視察に来た Dr Ashraf(家族計画局基礎保健課のオフィサー)が途中から同席、リファアの題点をきき、アクションをとる旨伝える。また、ハイリスク妊婦の基準について確認。その後、リファアの際の問題について FWV から指摘あり。

比較的 FWV が発言できる雰囲気での会議であった。妊産婦数・ANC 数の報告について、台帳を持ってこさせて互いに確認する必要があると思われた。また、人口 3 万、年間推定妊産婦数 600 として、ある時点での妊産婦数は $600 \times 9/12 = 450$ 、さらに妊娠初期が報告されていないことを考慮すればさらに $450 \times 6/9 = 300$ 程度が予測されるが、それに比較すると登録妊産婦数が多い。

2003 年 12 月 1 日

場所：MCWC

同席者：山下、江上、Parvez

先月の妊婦登録数、出産数、ANC 数、家族計画提供数の報告。先月に通知したとおり、登録台帳のチェックを行なった。登録方法が地区により FWA 毎、村ごとなど異なることがわかる。FWV によっては ANC の日付が入っていない、TT の記入方法が違うなどを発見。また、疑わしいものもあり。

MCWC の巡回指導に来ていた Dr Mahbubur(ダッカ地域の巡回指導官、月例で MCWC のモニタリ

ングを行なう)より、これらの指導をするよう提案があった。先月の報告を受けた Dr Mahbubur はリファラルの状況について FWV にきき、討議が行なわれた。主な内容は、MCWC でできるサービスの限界（輸血ができないなど）、まだ登録されていない救急車の使用についてであった。また、MCWC で支払いを請求されたという FWV の証言より、次回そのようなことがあったら直接自分に電話し、無料のサービスを徹底させるよう指示した。

2004 年 1 月 1 日

場所：UFPO

同席者：山下、江上、Parvez

12 月の妊婦登録数、ANC 数、出産数、リファー数を地区ごとに報告。JICA が提案した表にまとめ、皆で共有する。数の妥当性を確認したのち、ANC 数が 100 を超えている地区を賞賛し、その後 FWV にリファー例の紹介をしてもらう。次回からこの方法を継続することとする。

Name of Union	# Registered pregnant women	ANC Total	# Referred cases	Delivery Total	Delivery by FWV
Alokbali	20	34	0	20	2
Amdia	53	80	3	35	3
Char Dighaldi*					
Chinishpur	24	110	2	72	0
Hajpur	186**	15	0	7	1
Karimpur	32	47	2	17	0
Kathalia	7	196***	4	35	4
Mahishasura	39	126	1	46	0
Meherpara	42	69	0	15	1
Nazarpur	10	35	0	24	0
Nuralapur	58	39	2	32	10
Paikarchar*					
Panchidona	93****	9	0	1	0
Pourashava	8	15	0	4	0
Shilmandi	57	45	0	21	0
Total	629	820	14	329	21

* FWV 欠席

** 妊婦登録ができておらずに、12 月の巡回指導の際に登録を指導して、現妊産婦が全員 12 月中の登録となったため、12 月の登録妊産婦数が多い。

*** 11 月の巡回指導の際に活動が不十分である旨叱咤激励したためか、12 月の ANC 数が急増したが、データの信憑性は不明。

**** それまで不在だった FWV が 12 月に着任し活動を開始した。

2004年2月9日

場所：UFPO

同席者：山下、江上

UFPOがC/P研修中で不在のためSFWVとADCCで進行。

1月の妊婦登録数、ANC数、出産数、リファーマ数を地区ごとに報告。カタリア地区などANC数が多すぎるところがあり、要確認。

Name of Union	# Registered pregnant women	ANC Total	High risks	# Referred cases	Delivery Total	Delivery by FWV
Alokballi	22	22	15	8	3	48
Amdia	33	45	27	9	0	81
Char Dighaldi*						
Chinishpur	45	48	39	14	3	104
Hajpur	35	35	29	5	0	69
Karimpur	48	48	31	6	0	85
Kathalia	40	80	44	39	26	189
Mahishasura	48	19	15	5	7	46
Meherpara	83	44	30	7	0	81
Nazarpur	111	38	51	11	3	103
Nuralapur	121	47	26	12	0	85
Paikarchar*						
Panchidona*						
Pourashava	3	10	8	0	0	18
Shilmandi	42	30	15	7	3	55
Total	631	466	330	123	45	964

* FWV 欠席、パンチドナは異動。

(3) Referral Function for Pregnant Women at Narsingdi Sadar Upazila Review from the study

Objective:

To find out the current situation of referral function for pregnant women at Narsingdi Sadar Upazila, and to know the effect of interventions being given.

Method:

- (1) The investigation was held from August to October 2003. The target duration was from April to October 2003, the target area was Narsingdi Sadar Upazila, and we selected 10 Unions where FWVs are available during the period.
- (2) First, the record at MCWC Narsingdi was reviewed, but very few records were found.
- (3) Secondly, we reviewed the records of pregnant women and anti-natal care at 11 H&FWCs, and found the referred cases there.
- (4) We asked about the referred cases to the concerned FWVs and observed their registers.
- (5) We requested the FWVs to get further information on the outcome of the cases.
- (6) The information was summed up at the table and was analyzed.

Interventions:

In order to ensure the referral of high risk pregnant women from union level to EOC facilities even without FWV's attending, a referral slip was prepared through discussion with concerned authorities and officials. An orientation meeting was held with 12 FWVs to explain how to use the referral slip. In Amdia union and Mohishasura Union, meetings were held with an FWV, FWAs and TBAs so as to promote exchange of information and encourage the referral of the high risk cases in the union.

Result:

All the referred cases which were found by the written record were summarized at the annex.

Number of referral cases and the media

From April to October 2003, 30 cases were found to have been referred, among them, 8 were referred between April and July 2003, and 21 were after installation of referral slip in the beginning of August, one unknown. All 8 cases between April and July got instruction verbally. After the installation of the referral slip August, 15 out of 21 got instructed with referral slip, 5 verbally (all from Hajipur), 1 unknown.

Reason of Refer

FWVs know that the condition of refer is as follows; height less than 4 feet 10 inches, high BP, strong edema, C/S in the previous delivery, 4th Gravida, severe UTI, severe anemia, suffering from asthma, heart disease, jaundice or other major diseases, under-aged, eclampsia, etc. 26 out of 30 cases were referred due to the maternal causes, among whom 5 were emergency cases (eclampsia, ruptured membrane, prolonged labor, bleeding). The number of cases who were referred due to maternal reasons, especially edema, hypertension or pre-eclampsia increased. Other four cases were referred due to neonatal causes.

Refer, Narsingdi Sadar Upazila, April – October 2003, Page 1 of 5

Destination of referral and actual visit

Among 30 cases, 27 were referred to MCWC, while one each to Sadar hospital, DMCH (directly by FWA) and Private hospital. Among those who were referred to MCWC, 4 cases actually visited MCWC, 9 visited Private hospitals by family decision, one to Sadar hospital due to a broker, and two to DMCH (one was referred by MCWC and the other by family decision). The actual visits of 10 cases were not known, some of these are the recent cases from our study.

Interval from referral to actual visit

When observing the interval from the day of referral until their visit, 6 visited the hospital on the same day, 4 cases among whom got C/S without any unhappy outcome. One visited a hospital next day, and another three days later, both lost their neonates. Two cases visited hospitals more than two weeks later, and interval was not known for other 19 cases. The tendency of visiting health facilities within a short interval was found after installation of referral slip.

Outcome

According to the record, 11 cases got C/S, 3 were NVD, 16 no information. We found three still births and one neonatal death. 12 were reported to be healthy babies, and other 17 without any information. Several results were unknown, some of these are the recent cases from our study.

Discussion:

Methodology

As this study was designed as retrospective, we could obtain data only from the register, and some missing information could not be obtained. Some recall bias may be happening.

Impact of referral slip

Through our interventions on encouraging the referral function, it was understood that our interventions including installation of referral slip helped FWVs to be re-aware about high risks, to avoid risk of delivery, to get detailed information from their clients, and to secure safe motherhood. FWVs have got aware in identifying the clients whom to refer and whom to attend by herself. At the same time, FWVs have got habituated with keeping records.

Next challenges

Based upon the above progress, we are aware on possible next challenges at Sadar Upazila. Firstly, it is essential to establish good liaison between FWVs and FWAs to exchange information on referred cases or possible cases like Amdia and Mahisasura Union, and some discussion meetings may be arranged with the above-mentioned purposes. Secondly, recording and reporting system may be ensured. The register format for pregnant women can be revised including columns on high risks, referral, delivery, and PNC, and monthly referral data may be reviewed and cross-checked at Upazila level meetings. Finally, the continuous supervision with on-the-job training may be encouraged so as to optimize their experiences and remind and refresh their knowledge.

Annex

Referred cases by Union

Name of Union	# Referred cases found			Destination			
	before (Apr-Jul)	after (Aug-Oct)	UK	MCWC	DH	DMCH	Private
Alokbari	1	2		3			
Amdia	0	4		4			
Chinishpur	2	3		3		1	1
Hajpur	4	5	1	10			
Karimpur	0	1			1		
Kathalia							
Mahishasura	0	2		2			
Meherpura							
Nazarpur							
Nuralapur (Madhabdi)	1	0		1			
Shilmandi	0	4		4			
Total	8	21	1	27	1	1	1

Date of referral and its media

Before – 8 (all verbal)

After – 21(5 verbal, 15 referral slip, 1 unknown)

Unknown - 1

Reason of referral	Apr-Jul	Aug-Oct	UK	Total
Maternal causes	5	20	1	26
Edema, hypertention, pre-eclampsia	1	9		10
Eclampsia	0	1		1
Bleeding	0	1		1
More than 3 rd time delivery	1	0		1
Complications in the previous delivery	1	3		4
Prolonged labor, ruptured membrane	2	1		3
Other maternal causes (UTI, STD, anemia, teenage, etc.)	0	5	1	6
Neonatal causes	3	1		4
Transverse position	3			
Twins		1		4

<u>To where referred and actually-visited facility</u>	Apr-Jul	Aug-Oct	UK	Total
MCWC	7	19	1	27
→ MCWC	2	2		4
→ DH		1		1
→ DMCH	1	1		2
→ Private	4	5		9
→ Father's house/UK		10	1	11
DH → DH		1		1
DMCH → DMCH	1			1
Private → Private		1		1

<u>Reason of the visit</u>	Apr-Jul	Aug-Oct	UK	Total
MCWC	2	2		4
As instructed	2	2		4
DH		2		2
As instructed		1		1
By broker		1		1
DMCH	2	1		3
As instructed	1			1
Referred by MCWC		1		1
Family decision	1			1
Private	4	6		10
As instructed		1		1
Family decision	4	5		9

<u>Interval from referral until the visit</u>	Apr-Jul	Aug-Oct	UK	Total
Same day	1	5		6
1 day		1		1
3 days	1			1
More than 2 weeks	2	1		3
UK	4	14	1	19

<u>Outcome</u>	Apr-Jul	Aug-Oct	UK	Total
Delivery				
C/S	4	7		11
NVD	1	1	1	3
UK	3			16
Baby				
Still birth	2	1		3
Neonatal death	1			1
Healthy	3	8	1	12
UK	2	13		15

Refer, Narsingdi Sadar Upazila, April – October 2003, Page 4 of 5

Narsingdi District

Characteristics of Narsingdi Sadar Upazila (Upazila Statistics Office, 2002)

Area	213 Km ²
Total Population	530,000
Total Eligible Couples	68,070
Number of Unions	15
Number of H&FWC	10
RD	6
Number of FWVs	15
Number of FWAs	74

MCWC Referral attendance

Sl. No.	Name of pt.	Husband	Union	Age	Date of arrival	Chief Complaints	Diagnosis	Treatment Given
1	Shanta	Zakir Hossain	Shilmandi	20	2004/5/1	Stomachache		
2	Rita	Ripon	Hajipur	22	2003/4/12	Vaginal Itching		
3	Shahinoor	Ruhuluddin	Chinispur		2003/4/12	Weakness		
4	Roksana	Mosarrat	Chinispur		2003/2/12	Weakness		
5	Iti Rani	Dilip Das	Meherpara	26	2003/8/11	No position of baby		
6	Shanaz	Anamul Haq	Meherpara	25	2003/9/30	Weakness & edema		
7	Husneara	Lutfar	Mahisasura	35	2003/6/11	edema+++		
8	Nilufa	Hiron	Shilmandi	35	2003/11/10	edema+++		

Outcome
NVD by TBA, Jan 04
NVD at home
NVD at home
NVD at home
NVD at home
NVD, Nov 03

Delivery report of Narsingdi MCWC for the year 2003

Month	Total Admission	Normal Vaginal Delivery (NVD)	LUCS	Twin	Asst. Delivery	Total Delivery	Referred	Sepsis	Pre/Eclampsia	New Born			Mother's Death	Remarks
										Live	Still	IUFD		
Jan	50	39	7	1	0	46	4	0	0	47	0	0	47	There was no anaesthetist appointed in MCWC from Jan to Jun 03. Dr Asim gave anaesthesia upto March on request.
Feb	32	24	1	0	0	25	6	0	3	25	0	1	25	
Mar	36	28	1	0	0	29	7	0	3	28	0	1	28	
Apr	37	33	0	1	0	33	4	0	1	34	0	0	34	
May	26	19	0	0	0	19	7	0	1	19	0	0	19	
Jun	27	24	0	0	0	24	3	0	1	24	0	0	24	New anaesthetist Dr. Habib was appointed end June 03
Jul	39	33	5	0	0	38	1	0	0	37	0	1	37	
Aug	45	34	7	0	0	41	4	0	0	39	0	2	39	
Sep	32	30	0	0	0	30	2	0	0	29	0	1	29	MO-Clinic was on training, and Dr. Habib was sick.
Oct	63	53	7	0	0	60	3	0	4	60	0	0	60	
Nov	54	43	10	0	0	53	1	0	0	53	0	0	53	
Dec	64	52	6	1	0	58	5	0	4	58	0	1	58	
Total	505	412	44	3	0	456	47	0	17	453	0	7	453	

Average NVD 34.3 % of NVD 90.4%

Average C/S 3.7 % of c/s 9.6%

Maternal death 0

Infant death- 0

IUFD 7

Comparative Data on Registration of Pregnant women, ANC, Record of deliveries and referral, Jul-Jec 2002 and Jul-Dec 2003, Narsingdi District

	Alokbali	Amdia	Chinishpur	Hajipur	Katimpur	Kathalia	Maisasura	Meherpara	Nazarpur	Nuralapur	Silmandi
Population (expected for 2002)	25,591	36,003	24,396	20,201	24,102	31,882	35,734	26,858	31,847	53,888	31,067
# eligible couples expected (ECE)	5,118	7,201	4,879	4,040	4,820	6,376	7,147	5,372	6,369	10,778	6,213
# expected	282	397	269	223	266	352	394	296	351	595	343
births(6 mo)	287	403	273	226	270	357	400	301	357	603	348
Registration											
2002	100	274	108	25	94	26	39	36	52	149	110
TR02 / EB02	35%	69%	40%	11%	35%	7%	10%	12%	15%	25%	32%
2003	183	283	459	350	429	328	631	215	219	301	280
Total regist'd 03 (TR03)	64%	70%	168%	155%	159%	92%	158%	71%	61%	50%	80%
TR03 / EB03	83%	3%	325%	1300%	356%	1162%	1518%	497%	321%	102%	155%
% increase(regist'd)											
ANC1	99	103	96	9	94	26	38	36	52	149	2
ANC1(02)	35%	26%	36%	4%	35%	7%	10%	12%	15%	25%	1%
%ANC1(02)/EB02	99%	38%	89%	36%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	2%
ANC1(03)	123	202	377	214	215	309	208	199	169	106	201
%ANC1(03)/EB03	43%	50%	138%	95%	80%	87%	52%	66%	47%	18%	58%
%ANC1(03)/TR03	67%	71%	82%	61%	50%	94%	33%	93%	77%	35%	72%
% increase(ANC1)	24%	96%	293%	2278%	129%	1088%	447%	453%	225%	-29%	9950%
ANC2	91	11	54	0	79	26	17	16	1	29	0
ANC2(02)	92%	11%	56%	0%	84%	100%	45%	44%	2%	19%	0%
%ANC2/ANC1(02)	62	81	212	86	149	213	148	124	70	24	99
ANC2(03)	50%	40%	56%	40%	69%	69%	71%	62%	41%	23%	49%
%ANC2/ANC1(03)	-32%	636%	293%	N/A	89%	719%	771%	675%	6900%	-17%	N/A
% increase(ANC2)	55%	375%	100%		82%	69%	159%	140%	2154%	116%	
(%ANC2/ANC1)03 / 02	61	2	24	0	54	26	18		0	0	0
ANC3+(02)	62%	2%	25%	0%	57%	100%	47%	0%	0%	0%	0%
%ANC3+/ANC1(02)	30	29	71	18	65	152	61	31	25	2	28
ANC3+(03)	24%	14%	19%	8%	30%	49%	29%	16%	15%	2%	14%
%ANC3+/ANC1(03)	-51%	1350%	196%		20%	485%	239%				
% increase(ANC3)	40%	739%	75%		53%	49%	62%				
(%ANC3+/ANC1)03 / 02	251	116	174	9	227	78	73	52	53	178	2
Total02	215	312	660	318	429	674	417	354	264	132	328
Total03	-14%	169%	279%	3433%	89%	764%	471%	581%	398%	-26%	16300%
# increase (T-ANC)	77	8	66	64	64	14	16	16	1	6	18
T-TBA											

Comparative Data on Registration of Pregnant women, ANC, Record of deliveries and referrals										without intervention				
	Sadar Total (11)	Sadar (- Amdia)	Amdia	Sadar 9 Union (no training)	Amdia+ Mahisasura	Jhinardi (Palash)	Bajnabo (Belabo)	Shirstigorh (Shibpur)	Danga (Palash)	Control Total				
Population (expected for 2002)	341,569	305,566	36,003	269,832	71,737	28,000	31,509		47,867					
# eligible couples expected (ECE)	68,314	61,113	7,201	53,966	14,347	5600	6302		9573					
# expected 2002 (EB02)	3769	3,372	397	2,978	792	309	348		528					
births(6 mo) 2003 (EB03)	3825	3,421	403	3,021	803	314	353	0	536					
Registration 2002	1,013	739	274	700	313	114	115	118	104	451				
Total regist'd 02 (TR02)	27%	22%	69%	24%	40%	37%	33%	#DIV/0!	20%					
TR02 / EB02	3,678	3,395	283	2,764	914	75	50	5	412	542				
Total regist'd 03 (TR03)	96%	99%	70%	91%	114%	24%	14%	#DIV/0!	77%					
TR03 / EB03	263%	359%	3%	295%	192%	-34%	-57%	-96%	296%	20%				
% increase(Regist'd)	704	601	103	563	141	114	88	116		202				
ANC1(02)	19%	18%	26%	19%	18%									
%ANC1(02)/EB02	69%	81%	38%	80%	45%	100%	77%	98%	0%	45%				
%ANC1(02)/TR02	2,323	2,121	202	1,913	410	75	50	0	5	125				
ANC1(03)	61%	62%	50%	63%	51%	24%	14%	#DIV/0!	1%					
%ANC1(03)/EB03	63%	62%	71%	69%	45%	100%	100%	0%	1%	23%				
%ANC1(03)/TR03	230%	253%	96%	240%	191%	-34%	-43%	-100%	#DIV/0!	-38%				
% increase(ANC1)	324	313	11	296	28	40	15	15		55				
ANC2(02)	46%	52%	11%	53%	20%	35%	17%	13%		27%				
%ANC2/ANC1(02)	1,268	1,187	81	1,039	229	72	43		4	115				
ANC2(03)	55%	56%	40%	54%	56%	96%	86%			92%				
%ANC2/ANC1(03)	291%	279%	636%	251%	718%	80%	187%	-100%		109%				
% increase(ANC2)	119%	107%	375%	103%	281%	274%	505%	0%		338%				
(%ANC2/ANC1)03 / 02	185	183	2	165	20	18	2	1		21				
ANC3+(02)	26%	30%	2%	29%	14%	16%	2%	1%		10%				
%ANC3+/ANC1(02)	512	483	29	422	90	27	19		2	48				
ANC3+(03)	22%	23%	14%	22%	22%	36%	38%	#DIV/0!	40%	38%				
%ANC3+/ANC1(03)	177%	164%	1350%	156%	350%	50%	850%	-100%		129%				
% increase(ANC3)	84%	75%	739%	75%	155%	228%	1672%			369%				
(%ANC3+/ANC1)03 / 02	1,213	1,097	116	1,024	189	172	105	132		409				
Total02	4103	3,791	312	3,374	729	174	112	0	11	288				
Total03	238%	246%	169%	229%	286%	1%	7%	-100%		-30%				
# increase (T-ANC)	270	262	8	262	8	N/A		N/A	85	85				
T-TBA	44%													

expected births (in 6 mo) = Pop'n x CBR(22.07) x 0.5

	Union	Area	Pop'n*	Pop'n**	Pop 91 (Census)	PE02 = (Pop 91) ¹¹ 1,0147 ¹¹	PE03 = (Pop 91) ¹² 1,0147 ¹²	#H = Pop 91 / HH	# HH 91	PE / #H	# Eligible CO.**
1	Alokali	19.9	25,489	19,989	21,796	25,591	25,967	5.6	3892	4570	3,554
2	Amdia	20.3	29,325	29,965	30,664	36,003	36,533	5.9	5186	6089	5,373
3	Char Dighaldi					0	0				
4	Chinispur	4.4		29,593	20,778	24,396	24,755	5.5	3783	4442	5,664
5	Hajpur	5.8	22,445	12,588	17,205	20,201	20,498	5.7	3037	3566	2,456
6	Karimpur	12.3	25,000	21,255	20,528	24,102	24,457	5.2	3986	4680	3,773
7	Kathalia	12.0	29,733	29,179	27,154	31,882	32,351	5.3	5145	6041	5,345
8	Maishasura	14.2	37,400	23,418	30,435	35,734	36,260	5.7	5296	6218	4,116
9	Meherpura	9.3		25,543	22,875	26,858	27,253	5.7	4025	4726	4,421
10	Nazarpur	26.6	48,072	29,109	27,124	31,847	32,315	5.8	4686	5502	5,013
11	Nuralapur (Madhabdi)	12.7	50,342	48,072	45,896	53,888	54,680	5.2	8868	10412	8,588
12	Paikarchar					0	0				
13	Panchidona	12.6	21,877	21,877	20,942	24,589	24,950	5.4	3867	4540	4,065
14	Pourashava	14.8	16,379	15,032	98,342	115,466	117,163	5.4	18330	21522	2,673
15	Srimandi	14.5	27,107	27,107	26,460	31,067	31,524	5.7	4612	5415	5,244
	Total	213	333,169	332,727	410,199	481,625	488,705	5.5	74,713	87,722	60,285

* Data from FWVs

** Data from Statistics division, 2002

*** Annual population growth (1991-2001) = 1.47%

MCWC Referral attendance

Sl. No.	Name of pt.	Husband	Union	Age	Date of arrival
1	Shanta	Zakir Hossain	Shilmandi	20	2004/5/1
2	Rita	Ripon	Hajipur	22	2003/4/12
3	Shahinoor	Ruhuluddin	Chinishpur		2003/4/12
4	Roksana	Mosarraf	Chinishpur		2003/2/12
5	Iti Rani	Dilip Das	Meherpara	26	2003/8/11
6	Shanaz	Anamul Haq	Meherpara	25	2003/9/30
7	Husneara	Lutfar	Mahisasura	35	2003/6/11
8	Nilufa	Hiron	Shilmandi	35	2003/11/10

Chief Complaints	Diagnosis	Treatment Given	Outcome
Stomachache			
Vaginal Itching			
Weakness			NVD by TBA, Jan 04
Weakness			NVD at home
No position of baby			NVD at home
Weakness & edema			NVD at home
edema+++			NVD at home
edema+++			NVD, Nov 03

10. 人間関係トレーニングの活動経緯と成果のまとめ

1. プロジェクトの中の位置づけ

当初 2001 年中に、MCHTI 内の職員間・職員と患者の関係の改善を目的として人間関係トレーニング(HRT)専門家派遣を要請した。その後プロジェクトリーダーが交代し、後半の活動計画をたてていく経過で、この専門家派遣の意味づけについて、当初のとおり MCHTI の人間関係に焦点をあてるか、研修事業のなかでの BCC の部分の改善のための活動とするかで議論され、結果的に双方に関係して MCHTI の人間関係 (PDM の成果 1、活動 1-7) および研修指導者の育成 (成果 2、活動 2-3-2) のための活動と位置づけた。

2. 投入・活動

2-1. HRT に関するカウンターパートの選定

HRT の専門家派遣前、HRT に非常に高い関心を持ち適性があると思われた産科医師 (MCHTI 研修部の業務を支援) を HRT に関するフォーカルポイントにしようと候補に上げており、本人もその気であったが、専門家派遣直前に人事関連で複雑な状況となり、最終的に MCHTI を退職したため、急遽、研修課長が HRT におけるまとめを行なうこととなった。

2-2. 短期専門家 3 回

① 2002 年 9 月 (中村)

HRT のサンプルプログラムをバ側(MCHTI スタッフ 7 名)に実施し、同時に HRT を知らない JICA 専門家 5 名もサンプルプログラムを受けた。その後 MCHTI 内外で人間関係に起因する問題やその解決の可能性について、今後 HRT を継続的に行ないたいかどうかの意見を聞いた。その結果 HRT を MCHTI およびコミュニティの保健スタッフに実施することを目的として将来ファシリテーターになるべき人に TOT を実施すること、今後 BCC に応用することなどを合意した。

② 2003 年 2-3 月 (中村)

HRT 基礎研修を 2 月 22-27 日の 6 日間、MCHTI スタッフ 22 名に実施したのち、3 月 3-11 日の 8 日間、15 名を対象にファシリテーター研修を実施した。そのうち 8 名が正式なファシリテーターとして、また 1 名が補助のファシリテーターとして中村専門家が承認した。MCHTI 院長と中村・長谷部・村上で話し合いを重ね、MCHTI のスタッフに HRT を実施することを合意した。次回派遣までに 2-3 回は育成されたファシリテーターによって MCHTI スタッフを対象に HRT を実施することや、その評価方法について検討し、村上が各研修をフォローアップすることとなった。

③ 2003 年 8 月 (中村)

前回の派遣で育成したファシリテーターによる HRT 実施の記録を見直し、彼らによる 5 回目の HRT の実施状況を観察しながら提案と復習を行った。当初のファシリテーターのうちの 8 名に新ファシリテーター 3 名を加え、11 名に対して非識字職員への研修にも対応出来るようにアドバンス・コースを 3 日間実施した。これは、院長および研修課長との協議の上合意したこ

とである。

2003年8月（長谷部）

中村専門家のアドバンス・コース実施の副ファシリテーターを行なうとともに、研修事業のなかのBCCに応用するにあたってのプログラムを作成した。

2-3. 育成されたファシリテーターによるHRT基礎コースの実施

	日程	日数	受講者数	対象	ファシリテーター(敬称略)
第1回	2003/4/6-10	3	16	医師・看護婦・FWV	Ivy, Mafroza, Mukti, Alaya
第2回	2003/6/15-17	3	14	医師・看護婦・FWV	Ivy, Mukti, Alaya, Mafroza
第3回	2003/7/1-3	3	18	医師・看護婦・FWV	Dilder, Lima, Paramita, Rani
第4回	2003/7/29-31	3	17	医師・看護婦・FWV	Dilder, Lima, Paramita, Rani
第5回	2003/8/17-19	3	18	医師・看護婦・FWV	Ivy, Mukti, Alaya, Mafroza, Dilder, Lima, Paramita, Rani
第6回	2003/12/2-4	3	18	事務職員、検査、病棟 管理スタッフ	Ivy, Mukti, Alaya, Mafroza, Dilder, Lima, Paramita, Rani
	合計	(延)18	101		

2-4. HRTの評価の実施：

上記研修実施中および後に合意された方法により評価を実施した。結果は成果と問題点で後述。

2-5. FWV Midwifery Training のBCC部分へのHRT応用に関して：

研修部との協議の上、BCCの授業の補助としてHRTを実施することを同意した。通常の授業時間内で実施することは困難であるが予備週に実施する。2時間のプログラムは長谷部専門家により作成済み。

2-6. 資料供与

MCHTIの図書室にHRT及びファシリテーションに関する資料を供与（21冊）

2-7. HRT基礎コース・ファシリテーターマニュアルを作成、配布（ベンガル語版）

2-8. HRTアドバンス・コース・ファシリテーターマニュアルを作成、配布

2-9. HRTのBCCへの応用マニュアル（MCHTI用）を作成し、MCHTI研修部に配布

3. 成果

ファシリテーターの育成

3-1. 成果：HRT の基礎研修を実施できるファシリテーターを 10 名養成した。

問題点：

- 行動変容を可能にするため研修実施技術はすべてのファシリテーターが習得したが、なぜ HRT なのかという説得力のある説明をする力と参加者の理解を促す説明が毎回の HRT 研修に欠けていた。そのため、研修参加者にはいつも戸惑いが見られた。専門家はファシリテーターとともに、HRT を用いて MCHTI の人間関係の何を変革したいのか、という目的やビジョンをより具体的に明確にする必要があったが十分ではなかった。
- ファシリテーターへの成果と問題点に関するインタビューの結果は以下のとおりである。
 - ① 医師の間で会議の席上コンセンサスという言葉が頻繁に言われるようになり、患者との関係においても HRT が重要視され始めている。
 - ② その他の職員の HRT の理解度が低いことは認識しているが、すべてを理解できなくとも、全職員に研修を実施することは必要である。
 - ③ 今までに受けてきた、技術的な研修と全く異なるので、最初は誰もが戸惑う。HRT のような感情を問題にする研修に対して、バングラの人々は準備が出来ていない。
 - ④ 研修を受ける側に HRT をなぜ受けるか動機付けがない。
 - ⑤ 現在のファシリテーターが継続してファシリテーターをするのは、他の職業があるため無理である。MCHTI 外でのファシリテーターの育成も検討してほしい。
 - ⑥ HRT について詳しい説明を受けるためインドの研修機関から専門家を呼びたい。文化・習慣に近い専門家を呼ぶことが、分かりやすい研修を創造すると思う。
- ファシリテーターの活動を観察した結果、以下の点に気づいた。
 - * 研修実施技術をファシリテーターが習熟し、臨機応変に応用している。
 - * 自己評価からは、ファシリテーターの研修実施手順を習得したことへの高い満足後が窺える。
 - * しかし、自己変容のために重要な「振り返り」と相互間の「フィードバック」を促すことが十分でなく、HRT 研修の意義は何かを説明し切れていない。今後の課題である。

MCHTI のサービス向上のための HRT

3-2. 成果：臨床部・研修部の職員 83 名、事務職員 18 名を対象に HRT の基礎研修を実施した。

問題点：

- 参加者へのインタビューの結果(3 名 x 5 回 = 15 名)では、
 - * HRT は大切な事であると全員が答えている。
 - * なぜ必要か、どのように仕事上生かしていくかという質問には曖昧に答えている。
- 観察結果では、医師と少数の看護スタッフについては、質問が研修中に出ることから HRT の意味を理解しているようであるが、ほとんどの FWV・看護婦と事務職員は HRT の実習とその必要性について理解しておらず、ゲームだと思っている。
- 職員自身の行動変容と職員間の関係改善が、サービスの向上につながるという問題意識が低い。
- 非識字職員に対する HRT についてインタビューした結果、ファシリテーターは実施に否定的で意欲はない。その理由として、その前に実施した事務職員への HRT で、HRT の理由がまったく理解されず HRT を実施したことへの抗議が大きかったこと、それを受け、

非識字職員では理解度は更に低いだらうと想像され効果は期待できないと予測されるためであると答えている。研修課長も同様に否定的である。その一方で、院長は全員に実施する方針である。

研修事業（BCC）への応用

3-3. 成果：FWV 研修における BCC 授業に合わせた HRT 研修方法を確立した。2004 年 1 月 1 日から開始された FWV を対象とした助産研修で実施予定である。通常の授業の中に HRT を組み込むことは、時間数が限られているために困難であるが、研修後半の補助週には、実施する予定である。これは、MCTHI の研修指導者が、HRT を組み込んだ参加型・体験学習型のコミュニケーション・トレーニングの研修が実施できるようになったという成果である。

4. 考察

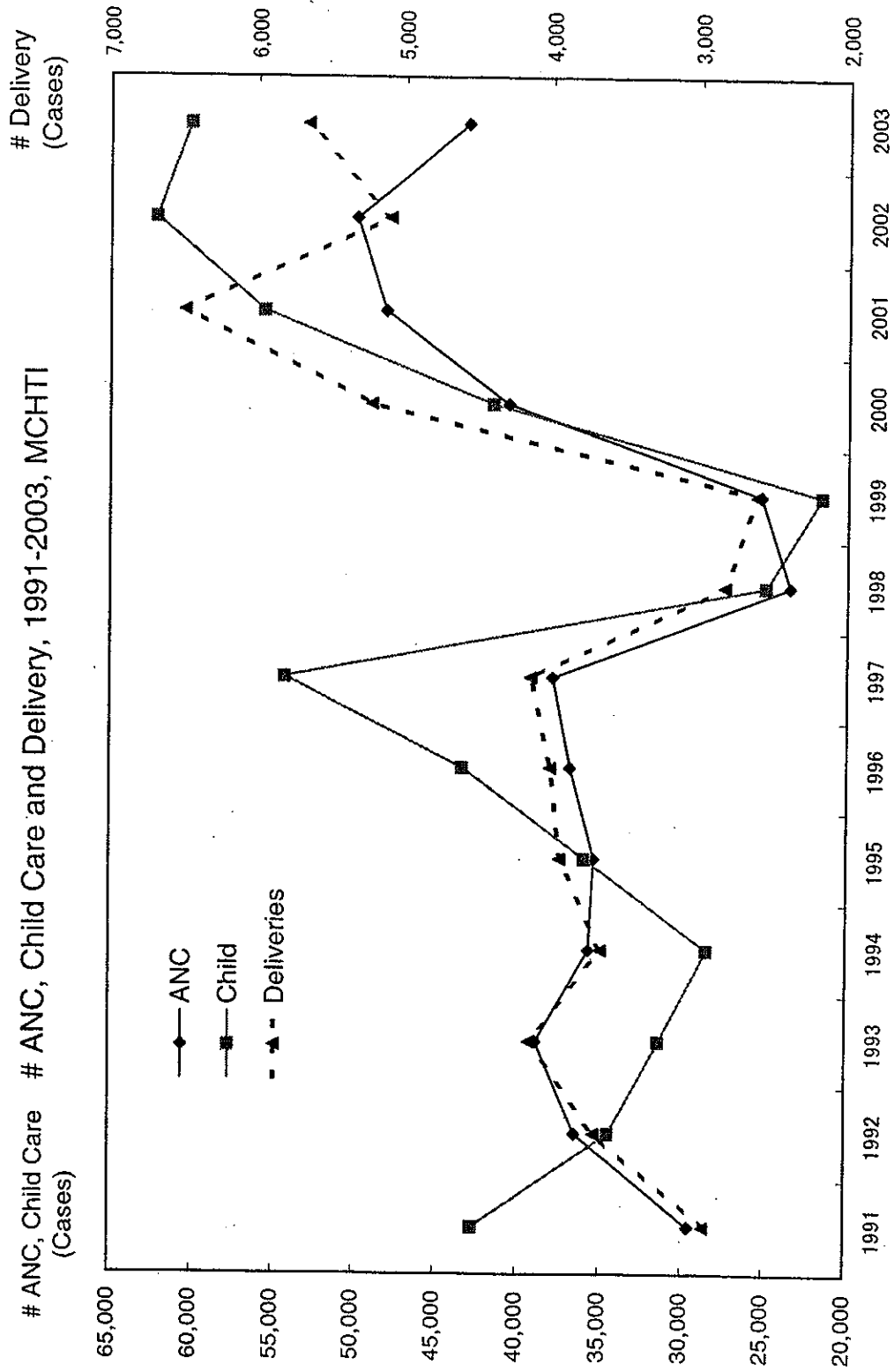
- (1) MCHTI のサービス改善を目的として HRT を行なうという目的はファシリテーター候補者および院長出席のもとで話し合われたため、目的が十分に他のスタッフに共有されずに HRT が開始された。そのため研修の意義や目的が必ずしも理解されず、研修をすでに受けた臨床スタッフの行動変容に未だ結びついていないように観察される。
- (2) ファシリテーターの HRT の意義に対する理解、およびそれを受講者に納得させる力が不十分である。教えられた演習を円滑に運営する力はあるが、自分で演習を考えだしていく力はない。HRT の意義は HRT という体系ではなくファシリテーターの中にある。目の前の問題があって、それをどう変革したくて、そのためにどのような実習を作ればよいのかくどうアプローチすればよいのか、となる。しかし、問題を明確化して自分達で実習を作るくまたはアプローチ方法を考えるくというトレーニングをしていないために、既存のものを使うという状態に陥っている。今後応用力をつけるための研修が必要とされている。
- (3) これから実施を予定している約 80 名の非識字職員への研修に関しても、研修と実際の仕事との関連性をうまく説明できない場合には、行動変容に結びつかない可能性がある。
- (4) 臨床職員への 2 回目の研修実施等の可能性はあるが、全員に対する実施は、既に研修を受けた人たちが HRT の意義を実感していない現在の状況では困難である。
- (5) 当初の MCHTI 内部での人間関係向上という目的は HRT を実施しながら徐々にずれてきて、HRT が目的化してしまっている。明確な目的意識やビジョンを、専門家・ファシリテーター・院長が再度明確にし合意することにより、HRT は本来“方法”であり“目的”ではないということを確認することが必要である。
- (6) ファシリテーターは全員 MCHTI の臨床、研修部職員である。HRT のファシリテーターとしての人材育成はしたが、現在実施している以上を目指し、HRT の専門家としての自立は困難である。MCHTI 外部と NGO 等の HRT を発展的に専門として生かしていけるような人材も育成していくことが今後の MCHTI における HRT の発展にも必要とされている。
- (7) さらに、HRT のリフレッシャー研修、アドバンス研修を実施する機関・人材がバングラデシュには存在しない。しかし、インドには実施機関があり、研修が可能である旨情報を得ている。今後は MCHTI が独自に日本またはインドから専門家を招聘するか、ファシリテーターを研修に派遣する必要があると思われる。

5. 今後の活動への提案

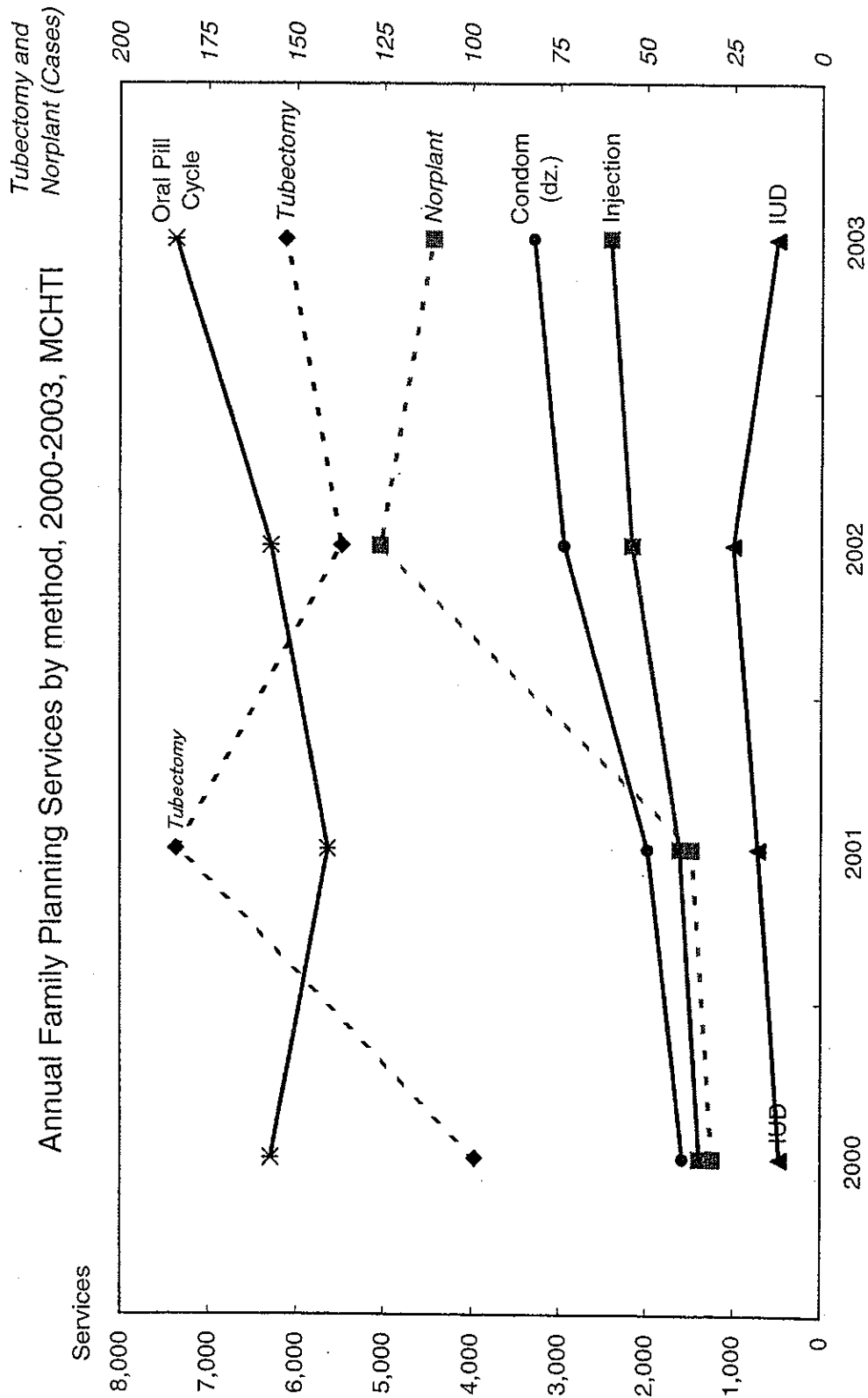
- (1) MCHTI 内の人間関係の改善によりよいサービスを提供することを目的とすることを出発点として HRT が導入された。今後、何を目的として HRT をどのように実施していくか、その方針を再検討する。病院職員全員の目的共有を促した上での自主的な参加が必要である。
- (2) MCHTI 内のファシリテーターの HRT 自体の意義に対する理解を深め、受講者の能力に応じて演習や説明を応用できる能力を養うために、コンセプトを共有できる場を再度設け必要な投入を行なう。
- (3) MCHTI 独自のファシリテーターだけでは継続が困難であることが想定され、外部のファシリテーター育成のとりかかりを作るために、外の機関に HRT を紹介し関心をもつか、意義を見出せるかを探る。これは同時に、BCC/IEC への応用として展開できる可能性もある。
- (4) HRT を自主的に実施できる体制に移行するための支援として、カルカッタまたはデリーの研修機関からファシリテーターを招聘するための橋渡しを行なう。

11. 各種資料

(1) MCHTI の妊婦検診数 (1991-2003)



(2) MCHTIにおける家族計画サービス実施数 (2000-2003)



(3) MCHTIにおける帝王切開数 (1991-2003)

