

モロッコ王国
地方村落妊産婦ケア改善プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成19年6月
(2007年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

目 次

序 文
地 図
写 真
略語表

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 調査団派遣の経緯と目的	1
1 - 2 調査団の構成	2
1 - 3 調査日程	2
1 - 4 主要面談者	4
第 2 章 終了時評価の方法	6
2 - 1 評価調査項目	6
2 - 2 調査対象者と情報・データ収集方法	6
第 3 章 調査結果	7
3 - 1 プロジェクト概要と背景	7
3 - 1 - 1 プロジェクト概要	7
3 - 1 - 2 プロジェクトの背景	8
3 - 2 投入実績	12
3 - 2 - 1 日本側投入	12
3 - 2 - 2 モ国側投入	12
3 - 3 プロジェクトの実績	13
3 - 3 - 1 成果 1	13
3 - 3 - 2 成果 2	15
3 - 3 - 3 成果 3	16
3 - 3 - 4 成果 4	17
3 - 3 - 5 プロジェクト目標	18
3 - 3 - 6 プロジェクト上位目標	19
3 - 4 プロジェクトの実施プロセス	20
3 - 4 - 1 プロジェクト成果 1～4 に係る実施プロセス	20
3 - 4 - 2 プロジェクト活動に関わる帰国研修員の帰国後の活動	20
第 4 章 評価結果	24
4 - 1 評価 5 項目の評価結果	24
4 - 1 - 1 妥当性	24

4 - 1 - 2	有効性	25
4 - 1 - 3	効率性	26
4 - 1 - 4	インパクト	27
4 - 1 - 5	自立発展性	28
4 - 1 - 6	外部条件	29
4 - 2	結 論	29
第5章	提言と教訓	30
5 - 1	提 言	30
5 - 1 - 1	パイロット県におけるマネジメント体制の強化	30
5 - 1 - 2	パイロット県の助産師・看護師を対象とする SONU や CPN などの継続教育 の実施	30
5 - 1 - 3	継続教育モデルの普及	30
5 - 1 - 4	帰国研修員のネットワーク強化	30
5 - 1 - 5	コミュニティとの連携強化	30
5 - 1 - 6	他セクターとの連携強化	31
5 - 1 - 7	第三国研修の実施	31
5 - 1 - 8	日本によるプロジェクト終了後の継続的支援	31
5 - 2	教 訓	31
5 - 2 - 1	2カ所のパイロット県設置によるメリット	31
5 - 2 - 2	帰国研修員による貢献	32
5 - 2 - 3	日本赤十字九州国際看護大学による貢献	32
5 - 2 - 4	日本・モ国双方の人間関係を重視したプロジェクトの展開	32
第6章	所 感	33
6 - 1	成果発現の分析	33
6 - 2	今後の事業展望	34
付属資料		
1 .	ミニッツ (写)	37
2 .	PDM	57
3 .	プロジェクト投入の詳細	61
4 .	評価グリッド	67
5 .	主な協議・インタビュー議事録	75
6 .	活動報告プレゼンテーション資料	95

序 文

本プロジェクトは、2002年より本プロジェクト対象地域と同じ3対象州にて実施された無償資金協力援助ならびに本邦研修をベースとして、地方村落部にて医療を受ける妊産婦のためのケアの改善を目指し、2004年11月に技術協力「地方村落妊産婦ケアプロジェクト」として開始されました。期待される成果としては、主に新任の助産師・看護師の継続教育システムの確立に焦点を当て、継続教育の強化による妊産婦ケアサービスの改善に資すること、ならびに地域住民に対するIEC（情報・教育・コミュニケーション）活動や巡回診療活動の強化をあげています。

今般、協力期間が2007年11月をもって終了するのに先立ち、これまでの活動の進捗ならびに協力内容の評価をモロッコ王国側と共同で実施するため、2007年6月3日から同年6月20日まで、人間開発部第三グループ（保健1）長である石井羊次郎を団長とする終了時評価調査団を派遣しました。

本報告書は、同調査団が実施した調査及び協議結果を取りまとめたものです。ここに、本調査にあたりましてご協力を賜りました関係各位に深甚なる謝意を表しますとともに、今後とも本件技術協力のため、引き続きご指導、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

平成19年6月

独立行政法人国際協力機構

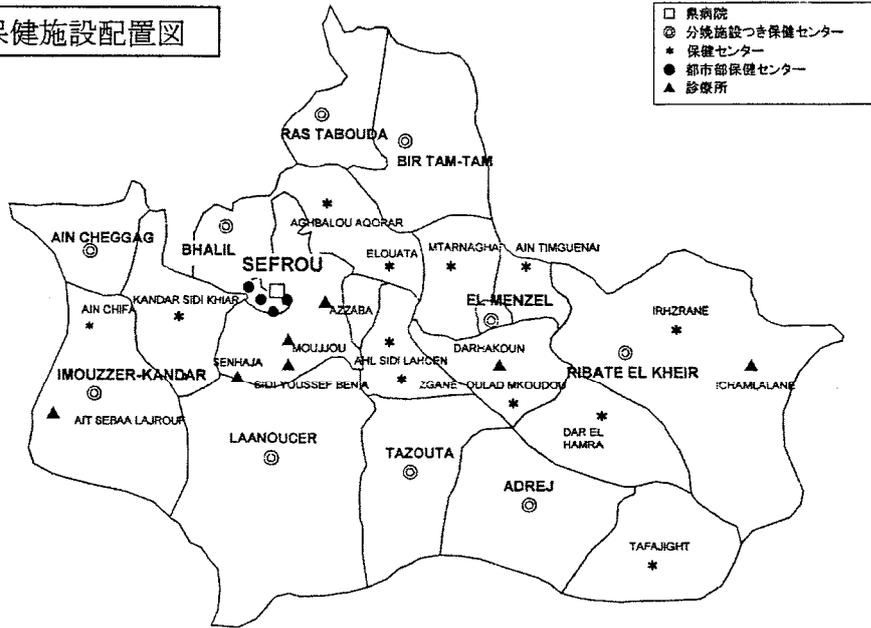
人間開発部長 **菊地 文夫**

地図 1 : モロッコ王国



地図 2 : パイロットサイト

セフロ県保健施設配置図



イフラン県保健施設配置図



<プロジェクトの背景>



2003年、日本の無償資金協力によりに建設された Adrej 保健センター（セフロ県）。本プロジェクトはこうした地方の保健センターに勤務する新卒助産師の継続教育モデルを作ることを目的として開始された



無償資金協力により整備された分娩施設付き保健センターの診察室（イフラン県）。施設、機材とも衛生的な管理がなされている

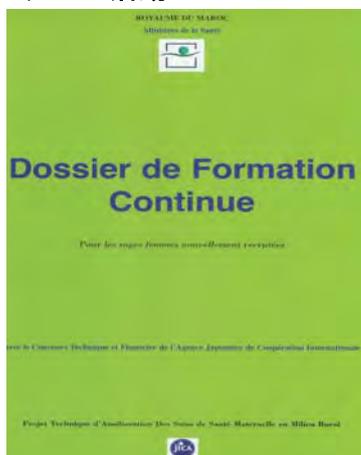


無償による分娩施設付き保健センターのリカバリールーム（セフロ県）。新生児用ベッドが併設されている



無償によって保健センターに増設された分娩室の機材（吸引機など、イフラン県）

<プロジェクトの活動>



2006年3月に完成した継続教育マニュアル。研修対象者が1人1冊所有し、研修履歴を管理する

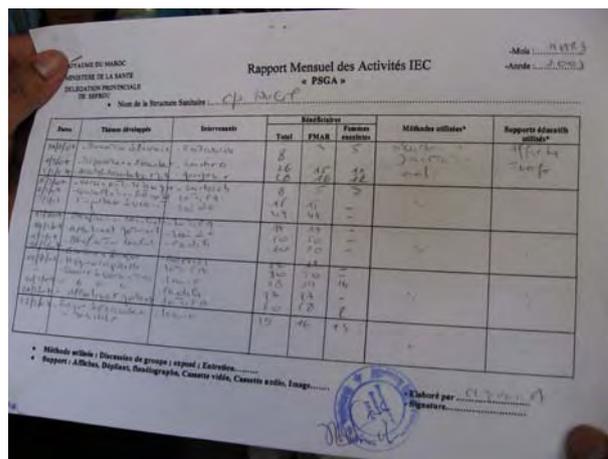


本プロジェクトにより供与された巡回診療車。保健センターより10km以上距離がある地域の住民を対象とする

<プロジェクトの活動（続）>



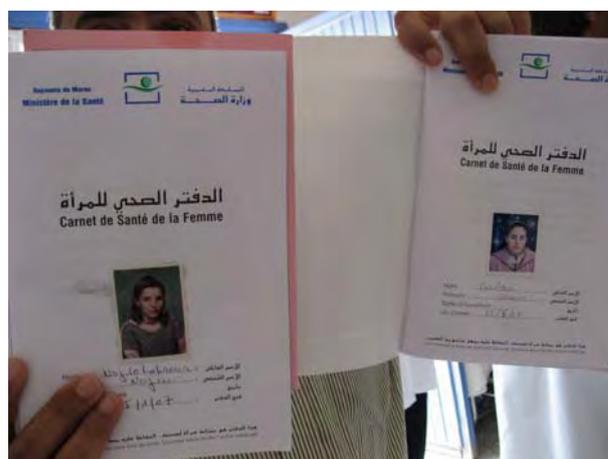
保健センターで活用されている母子保健用 IEC 教材



IEC の実施記録



帰国研修員の発案により導入された「女性の健康手帳」を PR するポスター（アラビア語）。保健センターの壁に貼りだされている



「女性の健康手帳」の 1 ページ目。所有者は写真を貼り、氏名を記入して大切に管理している。手帳は 4.4DH で市販されている



帰国研修員の発案により導入された母親学級の光景（メクネス県 My Idriss 保健センター）。県保健支局に配属された SV が運営のアドバイスを行っている



＜終了時評価における関係者との協議の様様＞



パイロット県2県による活動報告ワークショップ



セフロ県における継続教育受講者を対象とするフォーカスグループインタビュー (FGI)



イフラン県での FGI 参加者



保健省次官表敬訪問



ミニッツの署名

略 語 表

AT (仏)	Accoucheuse traditionnelle	伝統的産婆
AIEC (仏)	Animateur d'Information, Éducation et Communication	IEC 普及員
CHP (仏)	Centre Hopspitalier Provincial	地域病院
C/P (英)	Counterpart	カウンターパート
CPN (仏)	Consultation Pre-natale	産前健診
CPoN (仏)	Consultation Post-Natale	産後健診
CS (仏)	Centre de Santé	保健センター
CSA (仏)	Centre de Santé avec Module d'Accouchement	分娩施設付き保健センター
CSC (仏)	Centre de Santé Communal	保健センター
CSR (仏)	Centre de Santé Rural	村落保健センター
DH (仏)	Dirham	ディルハム (モロッコの通貨) 1 DH=約 14.6 円(2007年6月現在)
DR (仏)	Dispensaire Rural	診療所
EPSF (仏)	Enquête sur la Population et la Santé Familiale	人口・家族保健調査
FC (仏)	Formation Continue	継続研修 (継続教育)
FE (仏)	Femme Enceinte	妊婦
FNUAP (仏)	Fonds des Nations Unies pour la Population	UNFPA
GHR (仏)	Grossesse à Haut Risque	ハイリスク妊娠
GNI (英)	Gross National Income	国民総所得
IEC (仏)	Information, Éducation et Communication	情報、教育、コミュニケーション
IFCS (仏)	Institutes de Formation aux Carrières de Santé	医療専門学校
INDH (仏)	Initiative National pour le Développement Humain	国家人間開発イニシアティブ
MA (仏)	Maison d'Accouchement	分娩施設付き保健センター
M/M (英)	Minutes of Meeting	議事録 (ミニッツ)
MR (仏)	Milieu Rural	地方村落
MSR (仏)	Ministère de la Santé	保健省
MSR (仏)	Maternité Sans Risque	リスクなき分娩
PCIME (仏)	Prise de Charge Intégrée des Malades des Enfants	包括的小児疾患管理
PDM (英)	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PF (仏)	Planification Familiale	家族計画
PHC (英)	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
PSGA (仏)	Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement	妊娠・出産ケアプログラム

PO (英)	Plan of Operation	(プロジェクト) 活動計画
R/D (英)	Record of Discussion	討議議事録
RSSB (仏)	Rseau de Soins de Sant de Base	基礎保健医療網
SIAAP (仏)	Service d'Infrastructure d'Actions Ambulatoire Provinciales	(県保健支局) 通院巡回 医療業務部
SMI (仏)	Santé Maternelle et Infantile	母子保健
SONU (仏)	Soins Obstétricaux et Neonatale d'Urgence	産科新生児ケア研修
SOUB (仏)	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base	基礎的緊急産科ケア
SOUC (仏)	Soins Obstétricaux d'Urgence Complet	総合緊急産科ケア
SR (仏)	Santé reproductive	リプロダクティブヘルス
SV (英)	Senior Volunteer	JICA シニアボランティア
UNFPA (英)	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF (英)	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WG (英)	Working Group	(パイロット県の継続教育) ワーキンググループ

評価調査結果要約表

案件概要	国名：モロッコ王国		案件名：地方村落部妊産婦ケア改善プロジェクト
	分野：保健医療		援助形態：技術協力プロジェクト
	所轄部署：人間開発部		協力金額（評価時点）：3.02 億円
	協力期間	R/D 2004 年 11 月 15 日～ 2007 年 11 月 14 日	相手先機関：保健省人口局・州及び県保健支局
			国内協力機関：日本赤十字九州国際看護大学
他の関連協力：国別研修受入先である宗像市関係機関			
<p>協力の背景と経緯</p> <p>「モ」国の保健分野においては、妊産婦死亡率が出生 10 万人当たり 230（UNICEF「世界子供白書」2000 年）と高く、早急に解決すべき課題とされている。とりわけ都市部の妊産婦死亡率が 125 であるのに対し、地方村落部は 307 と、著しい地域格差が生じている（1997 年保健省調査）。こうした状況を改善するため、医療従事者の質の向上が課題となっているものの、その体制は確立されておらず、保健サービス提供者である助産師、看護師を対象とする実践的な継続教育システムの整備に向けて、2004 年 11 月より本プロジェクトが開始された。</p>			
<p>協力内容</p> <p>（上位目標）</p> <ol style="list-style-type: none"> プロジェクト対象州の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性の健康状態が改善される。 パイロット県の成果がプロジェクト対象州に普及する。 <p>（プロジェクト目標）</p> <p>パイロット県（フェズ・ブルマン州セフロ県、メクネス・タフィラレット州イフラン県）の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性に適切な保健サービスが提供される。</p> <p>（成 果）</p> <ol style="list-style-type: none"> 保健省職員の実務的技術、知識、専門意識の向上のための継続教育システムがパイロット県で確立される。 パイロット県保健支局の母子保健事業のマネジメント能力が確立される。 地方村落部での妊産婦ケアに関する情報・教育・コミュニケーション（IEC）を利用した適切な活動が実施される。 地方村落部の妊産婦ケアに関する適切な巡回サービスがパイロット県で十分に実施される。 <p>（投 入）（評価時点）</p> <p>日本側</p> <p>長期専門家派遣：延べ 5 名 機材供与：約 3,757 万円（1 DH=15 円）</p> <p>短期専門家派遣：延べ 9 名</p>			

	研修員受入れ : 60 名 相手側 カウンターパートの配置 : 延べ 60 名 ローカルコストの負担 : 巡回診療ガソリン代 2007 年より県レベルの継続教育にかかる宿泊費、昼食代 施設・設備等 : プロジェクト事務室、電気代		
調査者	担当分野	氏 名	職 位
	団 長	石井 羊次郎	国際協力機構人間開発部第三グループ長
	研修評価	岡田 未来	国際協力機構九州国際センター業務第二チーム
	評価計画	中窪 優子	国際協力機構人間開発部第三グループ母子保健チーム ジュニア専門員
	評価分析	城戸 千明	システム科学コンサルタンツ(株)
調査期間	2007 年 6 月 3 日 ~ 6 月 20 日		評価種類 : 終了時評価
1. 実績の確認 (1) 投入の実施状況 長期専門家の人材確保が困難だったため長期専門家の投入には遅延が生じたが、計画されていた活動はすべて実施され、長期専門家以外の投入は計画どおりに行われた。			
(2) 各成果の達成状況 <ul style="list-style-type: none"> ・成果 1 : 保健省職員の実務的技術、知識、専門意識向上のための継続教育システムがパイロット県で確立されている。 セフロ県及びイフラン県における予定研修人数に対する研修の実施及び予定研修数の実現に関しては、目標値の 100% が達成された。また、研修参加者の技術向上及び裨益者である妊産婦の満足度も向上していることが確認されており、成果 1 は十分に達成されたと評価される。 ・成果 2 : パイロット県保健支局の母子保健事業のマネジメント能力が確立されている。 県保健支局のマネジメント能力とは、3 つの活動 (継続教育、IEC 活動、巡回診療) に係る計画策定、予算確保、予算執行に係るマネジメントを指す。セフロ県では 3 つの活動ともに適切な計画策定が行われたが、他方、イフラン県では継続教育と巡回指導の計画策定に課題が認められたため、プロジェクト終了に向けて強化することとなった。予算確保及び執行に関しては両県とも適切に行われている。 ・成果 3 : 地方村落部での妊産婦ケアに関する情報・教育・コミュニケーション (IEC) を利用した適切な活動が実施される。 IEC の予定実施数の実現に関しては 100% の達成を目標としているが、これまでのところ各ヘルスセンターでは IEC に関する実施計画はないため、年間計画の策定と県保健支局の計画策定能力の強化が必要である。 ・成果 4 : 地方村落部の妊産婦ケアに関する適切な巡回診療サービスがパイロット県で十分に実施される。 セフロ県においては、2006 年下半期の巡回診療の実施率は 100% 達成されたが、一方、イフラン県では降雪が続いたことやストライキの影響を受け、実施率は 58% であった。巡回診療における妊産婦への産前検診の実施については、目標実施率を 100% としていた 			

が 2006 年の実施率はセフロ県で 29%、イフラン県で 2% である。両県ともに本評価時には活動が本格的に動き始めたところであり、プロジェクト終了に向けて活動を推進していく必要がある。

(3) プロジェクト目標の達成状況

- ・プロジェクト目標：セフロ県とイフラン県の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性に適切な保健サービスが提供される。

セフロ県及びイフラン県において、プロジェクト目標の指標としている医療従事者による分娩介助率 70% を達成するには至らなかったが、この背景には 2005 年 3 月に導入された二次医療施設における出産の有料化が影響していることが考えられる。また、もう 1 つの指標であるハイリスク妊娠の診断率及びケア率に関しては、2006 年からハイリスク妊娠の定義が見直されたことにより、2005 年のデータと本評価時のデータの比較を通して評価を行うことは困難であった。しかしながら、インタビューなど現地調査から得られた情報からは保健支局の職員のモラルが評価されており、また、これまでに「モ」国にはなかった母親学級の開催などが妊産婦の満足度を高めているものと考えられる。

(4) 上位目標達成の見込み

- ・上位目標 1：プロジェクト対象州の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性の健康状態が改善される。
- ・上位目標 2：パイロット県の成果がプロジェクト対象州に普及する。

パイロット県の成果の他県への普及に関しては、既に各州において普及の時期や担当機関についての協議の場が設けられ準備段階に入っている。他県への普及の実現後は、妊産婦ケアの実施がプロジェクト対象州におけるリプロダクティブエイジの女性の健康状態を改善するものと思われる。3 州の県保健支局長は全員が帰国研修員であり、プロジェクトの活動内容に対する理解も進んでいることから、彼らによる州内の他県への普及活動が想定されているが、実現に向けては保健省や JICA によるフォローアップも必要と考えられる。

2. 評価結果の要約

(1) 妥当性

本プロジェクトは「村落部における妊産婦ケアの充実」という、「モ」国政府の母子保健分野における優先課題に対応し、継続教育の計画的な実施を支援するものとして、保健省の政策に合致するものであった。JICA 国別事業実施計画において、「モ」国では、都市部と地域部の間の格差に留意した保健医療分野の協力及び妊産婦死亡率、乳幼児死亡率の改善を課題としてあげており、地方村落部における妊産婦を対象とした本プロジェクトは、国別事業実施計画と十分に合致している。また、2002 年以降、日本は「モ」国の母子保健分野において、無償資金協力や国別研修を継続して実施しており、本プロジェクトによりその成果をフォローアップすることにも高い妥当性が認められた。

パイロット県として選定された 2 県（セフロ県及びイフラン県）は、農村部の人口が全人口の半数以上を占めており、村落部における妊産婦ケア向上を目指す本プロジェクトのパイロット県として適切な選定であった。

(2) 有効性

プロジェクトの実施により、ヘルスセンターや病院において妊産婦のカルテの記載漏れが減

り、妊娠の経過が的確に把握されるようになるとともに、リスクを伴う出産に関する診断能力が高まり、適切なリファーマが行われるようになり、パイロット県における妊産婦ケアの質は向上していると考えられる。成果とプロジェクト目標との関連性については、成果1の継続教育システムの確立の達成及び成果2のパイロット県保健支局の母子保健事業におけるマネジメント能力の向上によって、医療従事者の診断能力やモチベーションを向上させたと考えられ、これらの成果がプロジェクト目標の達成度を高めたものと思われる。また、帰国研修員により導入された母親学級及び女性の健康手帳も、妊産婦に対するサービス改善に大きな役割を果たしており、有効性は高いと考えられる。

(3) 効率性

長期専門家の人材確保の難しさと体調不良などによる交代は、プロジェクトの計画に遅れをもたらしたものの、本評価時には計画された活動はすべて実施された。また、専門家の交代は、「モ」国側に日本側の体制の不備ととられる局面もあったが、それは継続した短期専門家の投入により補うことができた。

研修は、短期専門家の所属先機関である日本赤十字九州国際看護大学にて、「モ」国での継続教育プログラムの構築と一体化した研修が本邦においても提供され、プロジェクト実施のうえで相乗効果をもたらし、効率性の高い研修が計画的に実施された。

機材は、現地ニーズに応じて必要最小限の計画的な投入がなされた。

(4) インパクト

本プロジェクトにより継続教育のモデルが完成し、これに沿ったトレーニングの実施により、妊産婦ケアに係る看護師・助産師のモチベーションが向上している。プロジェクト目標の達成度と上位目標の達成度の関連については、パイロット県において確立された継続教育システムを含むパイロット県の成果を普及することに関してはその時期や担当機関が検討されており、この計画が整備されれば、上位目標の実現可能性を高めることができると考えられる。

また、帰国研修員が自発的に取り組んだ「女性の健康手帳」や「母親学級」などの活動が広がりを見せ、妊産婦ケアの向上につながっている点も重要なインパクトである。

(5) 自立発展性

2007年6月現在、継続教育モデル、標準化されたIEC活動、巡回診療について、保健省による制度化の動きは出ていないが、保健省、州、県のキーパーソンは活動の継続を確約しており、保健省はパイロット県での活動支援の一環として車輛の供与も決定した。国、州レベルにおいては、活動の維持に必要な予算措置はとられていないこと、イフラン県では車輛不足や人員不足といった課題を解決するための創意工夫性に欠ける部分があるなど若干の不安要因もあるが、県保健支局長をはじめとするプロジェクトのキーパーソンが継続した活動を確約しており、また、看護学校や大学病院などからの協力も得られていることから、今後も持続的な活動が継続されることが見込まれる。

プロジェクトでは、「モ」国内の人材を活用して継続教育を実施しており、母子保健分野における専門性の高い人材も育成された。ワーキンググループメンバーも今後3～4年は継続して現在のポジションにとどまる予定であることから、技術面における自立発展性は確保されていると評価される。

3. 効果発現に貢献した要因

(1) 計画内容に関するもの

パイロット県であるセフロ県とイフラン県が毎月意見交換会を行い、それぞれの取り組みや成果、指標の変化を確認し合いながら活動を進めたことにより、互いの経験から学び合い協働関係を構築した点は特筆すべきである。

(2) 実施プロセスに関するもの

本プロジェクトの活動により、県病院とヘルスセンターのスタッフの間に人間関係が構築されたことが、ヘルスセンターからのリファーや、その後の県病院からのフィードバックなどの業務の円滑化に貢献し、ケアの質の向上につながっている。

4. 問題点及び問題点を惹起した部分

(1) 計画内容に関するもの

プロジェクト対象地域の1つである南部のグルミン州は、首都及びその他2つの対象州から地理的に離れており、時間的制約から、日本人専門家によるサポートの提供を困難にした点は否めない。

(2) 実施プロセスに関するもの

プロジェクト実施のうえで大きなネックとなったのは長期専門家の確保であった。2人体制で計画されたプロジェクトであったが、1人体制でのスタートを余儀なくされ、継続教育に関する活動は1年近く遅延する結果となった。

5. 結 論

本プロジェクトは助産師・看護師に対する継続教育の計画的な実施という、「モ」国の母子保健分野の課題に対応するものであり、日本の支援方針にも合致している。プロジェクトの実施スケジュールに遅れが生じたため、プロジェクト目標及び成果は現段階では達成されていないが、数年のうちには概ね達成が見込まれる。プロジェクトの実施により、助産師・看護師の就労意欲の向上、適切なリファーの実現などの変化が生じ、妊産婦ケアの質は改善していると判断されるほか、女性の健康手帳の考案や母親学級の創設などの活動の広がりがみられる。継続教育モデルの持続発展性については、パイロット県のレベルでは運営体制も整っており問題はないものの、他県や他の州への展開に際しては、保健省や州保健局による強いイニシアティブが必要であり、JICAによる今後のフォローアップが望まれる。

6. 提 言

短 期

- ・(イフラン県)パイロット県における、継続教育、IEC活動、巡回診療の活動推進に係るマネジメント体制の強化が望まれる。
- ・(JICA、保健省)「モ」国は母子保健分野における専門性の高い人材を有しており、研修に必要な施設・機材についても整備されている。言語及び文化面において「モ」国との類似点がみられる仏語圏アフリカ諸国においては母子保健分野におけるニーズが高いため、「モ」国のリソースを効率的に活用し、日本、「モ」国の一層の協調による母子保健分野における第三国研修を実施することは有効と考えられる。

中・長期

- ・(保健省)パイロット県において実施されている県レベル継続教育には県保健支局内に実施体制が確立されている。他方、大学病院のリソースによる産科新生児ケア研修(SONU)はドナー支援により実施している状況であるため、保健省が主体となり、SONUを実施するための予算を確保することが望まれる。

- ・(保健省、フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州) 継続教育モデルの州内における普及に向けたビジョンの整理が望まれる。
- ・(フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン州の帰国研修員) 帰国研修員のネットワーク強化による、帰国研修員を主体とした継続教育モデルの実施、母親学級の開催などの活動の推進
- ・(ヘルスセンター、住民代表) ヘルスセンターとコミュニティのリーダーたちとの連携の強化による、産前健診や施設分娩についての意識啓発の徹底が望まれる。
- ・(保健省、青年・スポーツ省など他省) 妊産婦ケアの充実に向けては、保健分野のみならず、教育やアジェンダー、青年・スポーツ省などと連携のうえで青年期の世代を対象として、妊産婦ケアの知識普及に努めることも効果的であることから、他のセクターとの連携強化が望まれる。
- ・(JICA) プロジェクトの活動はパイロット県において本格的に始動したところであり、個別専門家によるモニタリングや指導を得ることができれば、活動の定着と他県への普及を図ることができると考えられる。

7. 教訓

- ・パイロット県を2カ所設置したことにより、両県の調整などに多くの時間を要したが、2県が毎月意見交換会を開き、互いの取り組みや成果、指標の変化を確認しながら活動を進めたことで互いに学び合う協調関係が生まれ、相乗効果をもたらした。
- ・プロジェクトの国内協力機関であった日本赤十字九州国際看護大学により、短期専門家の派遣、「モ」国で展開されるプロジェクトの内容と一体化した本邦研修のプログラム構築、研修後のフォローアップなど、一貫した支援が得られたことにより、効果的なプログラム実施が実現した。
- ・「モ」国では何を行う際にも個人的な「人與人」とのつながりが重要だといわれているが、本プロジェクトにおいては、長期専門家が築いてきた保健省におけるネットワークが、プロジェクト実施のベースとして有効に機能した。

第1章 終了時評価調査団の派遣

1-1 調査団派遣の経緯と目的

モロッコ王国（以下、「モ国」と記す）は母子保健分野において、都市部と地方村落部との格差が非常に大きい。妊産婦死亡率（出生10万対）は都市部で186であるのに対して地方村落部では267、全体で227（プロジェクト開始前の1997年保健省調査では都市部125、地方村落部307、全国228）であり、都市部では施設分娩率が83%（プロジェクト開始前は70%）である一方、地方村落部では38%（プロジェクト開始前は20%）にとどまり、伝統的産婆の介助による自宅分娩が依然主流となっている。

モ国に対する妊産婦保健分野の日本の協力は2002年度に開始され、これまでにフェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州及びグルミン・エスマラ州の3州を対象とした無償資金協力による施設・機材整備、また本邦研修「地方村落妊産婦ケア改善（2002年度開始、年間6名受入れ）」及び「地方保健行政（2004年度開始、年間6名受入れ）」を実施している。

このような背景の下、モ国は村落部の妊産婦ケアに係る技術向上を目的とした技術協力プロジェクトを我が国に要請した。

これを受けてJICAは2004年7月に事前調査を実施し、2004年11月に技術協力「地方村落妊産婦ケアプロジェクト」を開始した（2007年11月終了予定）。

本プロジェクトでは、フェズ・ブルマン州セフロ県及びメクネス・タフィラレット州イフラン県の2県をパイロット県とし、主に新任の助産師・看護師の継続教育システムの確立に焦点を当て、継続教育の強化による妊産婦ケアサービスの改善（具体的には産前産後検診受診率の向上、ハイリスク妊娠の発見率の向上及び医療従事者による出産介助の割合の増加）をプロジェクト目標に掲げている。また、プロジェクトの上位目標として、パイロット県2県での継続教育システムの成果（モデル）をプロジェクト対象州である3州に拡大していくことで、対象3州全体において妊産婦ケアが改善されることを目標としている。

プロジェクトではパイロット県（セフロ県）に拠点となるプロジェクト事務所を置き、そこで中心的に活動を行う長期専門家（山岸勝子）ならびにプロジェクト総括である長期専門家（保健省派遣：和田専門家）の活動の下、現地のリソースを利用した研修の実施や、パイロット県における継続教育プログラム（モデル化済み）などの活動を実施している。また、日本赤十字九州国際看護大学等の協力により、継続教育に関する本邦研修を実施し、プロジェクト活動実施・支援するモ国内の保健人材の育成に注力してきた。また、合計9名の短期専門家（継続教育や周産期疫学など）も投入し、現地活動の支援やセミナーを実施してきた。

開始以来、プロジェクトの運営方針に大きな変更はないが、2005年11月（プロジェクト開始後約1年）に運営指導調査団が派遣され、PDM（プロジェクト・デザイン・マトリックス）の改訂が行われた。運営指導調査団の提言は以下のとおりである。

- (1) プロジェクト成果の持続可能性を確保（県保健支局の体制：人員、予算、役割分担等）するため、各パイロット県保健支局において運用可能なシステムを構築する。
- (2) 帰国研修員のネットワークの構築。
- (3) プロジェクト成果を対象3州に普及させるため、更なる保健省人口局・州保健支局との連携を目指し、定期的なモニタリング及び情報共有の場を設ける。

本終了時評価調査は本プロジェクトの協力期間終了を2007年11月に控え、これまでのプロジ

エクトの成果と活動の進捗状況を評価するとともに、プロジェクト終了後のモ国による成果の継続に向けた提言及び教訓を行うこと、及び本プロジェクト終了後のモ国への援助協力のあり方について提言を行うことを目的とした。

1 - 2 調査団の構成

団 長	石井 羊次郎	国際協力機構人間開発部第三グループ長
研修評価	岡田 未来	国際協力機構九州国際センター業務第二チーム
評価計画	中窪 優子	国際協力機構人間開発部第三グループ母子保健チームジュニア専門員
評価分析	城戸 千明	システム科学コンサルタンツ (株)

1 - 3 調査日程

日順	日時	曜日	主な行程	中窪・城戸	石井・岡田
1	6月3日	日	移動 (成田→ラバト)		
2	6月4日	月	JICA モロッコ事務所内打ち合わせ		
3	6月5日	火	10:00 保健省セフロ支局長表敬、セフロ支局 SIAAP インタビュー JICA プロジェクト事務所内打ち合わせ		
4	6月6日	水	セフロ県内保健センター訪問 (下記)、医療従事者にインタビュー Bhalil 保健センター、Adrej 保健センター、Ribat El Khair 保健センター		
5	6月7日	木	10:00 保健省イフラン支局長表敬、支局 SIAAP インタビュー イフラン県内保健センター訪問 (下記)、医療従事者にインタビュー Hay Essalam 保健センター、Ait yahia oAlla 保健センター		
6	6月8日	金	10:00 セフロ県病院 (モハメド6世病院) 訪問、 病院長インタビュー フォーカスグループインタビュー (県病院看護師長・助産師及び村落助産施設に勤務する助産師10名) JICA プロジェクト事務所内打ち合わせ		
7	6月9日	土	情報収集・資料作成		
8	6月10日	日	情報収集・資料作成、石井・岡田団員移動 (成田→ラバト)		
9	6月11日	月	10:00 在モロッコ日本国大使館訪問 (八田技術協力担当書記官表敬) 14:00 保健省次官表敬 (Dr. Hamadi) 移動 (→フェズ)	▼	▼

10	6月12日	火	10:00 保健省セフロ支局長表敬 10:00 パイロット県活動報告プレゼンテーション、ディスカッション 14:00 セフロ県内の無償資金協力関連保健センター等の施設見学(石井・岡田・和田専門家・江種 JICA モロッコ事務所次長) 19:30 フェズ・セフロ県帰国研修員との懇親会			
11	6月13日	水	9:15~終日 保健省イフラン支局長表敬、及びイフラン県内の無償資金協力関連保健センター等の施設見学(石井・岡田・和田専門家・江種 JICA モロッコ事務所次長) 10:30 フォーカスグループインタビュー(県病院看護師長・助産師及び村落助産施設に勤務する助産師9名、於 Azrou 県病院産科)(城戸・中窪) 18:30 団内・和田専門家ミニッツ作成打ち合わせ			
12	6月14日	木	9:00 保健省メクネス州支局表敬、州/県保健支局長インタビュー(母親学級に関する情報収集・視察) 13:00 メクネス県帰国研修員との昼食会(JOCVシニアボランティア木内和子氏参加) 移動(ラバト) ミニッツドラフト伝訳			
13	6月15日	金	9:30 保健省人口局と協議 グルミン州の妊産婦ケア改善のための活動報告(Dr. Ammeg) 13:30 保健省人口局の関係者・グルミン州帰国研修員との懇談会 14:30 協議再開(16:30まで)			
14	6月16日	土	団内・事務所打ち合わせ、ならびにミニッツ伝訳			
15	6月17日	日	団内・事務所打ち合わせ、ならびにミニッツ伝訳			
16	6月18日	月	10:00 ミニッツ協議(於保健省) 15:30 ミニッツ署名・交換(モロッコ側署名者; Dr. Hamadi) 19:30 関係者との懇親会			
17	6月19日	火	9:00 JICA モロッコ事務所報告 10:00 在モロッコ日本国大使館報告(大使表敬) 移動(ラバト発 14:20 パリ:AF2959、成田:JL416)			
18	6月20日	水	16:55 成田着			

1 - 4 主要面談者

(1) モ国側関係者

1) モロッコ保健省

Dr. HAMADI Fouad*	保健省次官
Dr. CHARRADI Mohamed*	人口局長
Dr. ZERRARI Abdelwahab*	人口局母子保健部長
Dr. BENSALAH Ali*	人口局母性保健課長
Dr. TSOULI CHMIYALE Fatima*	人口局母性保健課 JICA 担当官
Dr. MADI Mohamed*	人口局 IEC 部計画・コミュニケーション課長
Mr. BENSALAM Tarik	財務協力局事務官
Dr. ATTOBI Salma	財務協力局事務官
Dr. LAMRARI Lalla Aicha	財務協力局協力課長
M. HAZIM Jilali	財務協力局長
Mr. CHOUBIK Abdelegig	財務協力局事務官
Dr. ABOU-OUAKIR	人口局 IEC 部長

2) ラバト（首都）

Dr. BEZAD Rachid	ラバト大学産婦人科教授
------------------	-------------

3) フェズ・ブルマン州

Dr. BAGHO M'barek*	フェズ州・県保健支局長
Dr. MDARHRI ALAOUI Khalid*	フェズ県保健支局 SIAAP 小児科医師
Dr. LOUDYI Boutaina*	フェズ県ラムティーン保健センター医師
Mme. FARAJI Touriya*	フェズ医療専門学校助産コース教員
Dr. LAAGUIDI Larbi*	ムーレイヤコブ県保健支局長

4) フェズ・ブルマン州セフロ県

Dr. El ASRI Mustapha*	セフロ県保健支局長
Dr. MIMI Fatima*	セフロ県保健支局母子保健課長
Dr. KAMEL Laila	モハメドV世病院（セフロ県病院）産婦人科医師
Dr. CHRIT Mohamed*	セフロ県保健支局 SIAAP 医師長
M. DERRAZ Mohamed	セフロ県保健支局 SIAAP 看護師長
Mme. BOULARBAH Chafia	セフロ県保健支局家族計画/IEC 担当職員（助産師）
Mme. ACHIBANE Nadia	セフロ県保健支局妊産婦ケア担当職員（看護師）
M. BENNANE Rachid	セフロ県保健支局医療機器担当技術者
Dr. SNITER Khalid*	モハメドV世病院（セフロ県病院）院長
Mme. JOUHARI Soumia	モハメドV世病院（セフロ県病院）産科病棟婦長
Mme. ESSAIFI Fatima	モハメドV世病院（セフロ県病院）産科病棟婦長代理
Dr. MERROUNI Abderahmane	セフロ県 Bhalil ヘルスセンター医師長
Dr. MESTARI Faical	セフロ県 Adrej ヘルスセンター医師長

M. SNITER Ahmed	セフロ県 Adrej ヘルスセンター看護師長
Dr. BENBOUJEMAA Najia	セフロ県 Ribat El Kheir ヘルスセンター医師
Dr. HMIDAN Najia	セフロ県 Ribat El Kheir ヘルスセンター医師

5) メクネス・タフィラレット州

Dr. MARZAK Abdelhadi*	メクネス州・県保健支局長
-----------------------	--------------

6) メクネス・タフィラレット州イフラン県

Dr. El BABOR Mustapha*	イフラン県保健支局長
Dr. El TOUHTOUH Houssin*	イフラン県保健支局 SIAAP 医師長
Mme. ZAA Fatima*	イフラン県保健支局 SIAAP、妊産婦ケア担当職員（助産師）
M. ROUSTOUMI Youssef	イフラン県保健支局 IEC 担当職員（看護師）
M. MRITBTI Abdelhame	イフラン県 Hay Essalam ヘルスセンター看護師長
M. LHOUSSIN Aina	イフラン県 Ait yahia oAlla ヘルスセンター看護師長

7) メクネス・タフィラレット州メクネス県

Mr. BENJOUID Abdelaziz*	メクネス県保健支局 SIAAP 看護師長
Dr. MOUNAIM Boubka	メクネス県保健支局 SIAAP 医師長
Dr. KANDOUSSI Nadir	メクネス県保健支局 SIAAP 小児科医師
Mme. BENASSOU Aicha*	メクネス県保健支局 SIAAP 妊産婦ケア担当職員（看護師）
M. FOUBRI Abdelhak	メクネス県 My Idriss 保健センター看護師長

8) グルミン・エスマラ州

Dr. Ahmed KAMEL*	グルミン州・県保健支局長
------------------	--------------

*は帰国研修員を示す

(2) 日本側関係者

広瀬 晴子	在モロッコ日本国大使館特命全権大使
八田 善明	在モロッコ日本国大使館一等書記官
島山 敬	JICA モロッコ事務所長
江種 利文	JICA モロッコ事務所次長
Samira CHAHIR	JICA モロッコ事務所ナショナルスタッフ
和田 礼子	JICA プロジェクト専門家（総括/母子保健）
山岸 勝子	JICA プロジェクト専門家（地域保健/業務調整）
木内 和子	JOCV シニアボランティア（メクネス県保健支局配属） 保健教育
小澤 正則	JOCV シニアボランティア（メクネス県エルハジャブ県 総合クリニック配属）病院経営

第2章 終了時評価の方法

本調査は、プロジェクト・サイクル・マネジメント（Project Cycle Management：PCM）手法で用いられる PDM を活用し、評価を実施した。今回の評価調査にあたっては、運営指導調査団派遣時に作成された PDM 2 に基づいて評価デザイン（評価グリッド）を作成した。これは評価分析団員が原案を作り、調査団と現地のプロジェクト関係者で協議・合議されたものである。

2 - 1 評価調査項目

本評価調査は、プロジェクトの実績と実施プロセスの確認に加え、PCM 手法が示す「評価5項目」を評価の対象とした。項目の詳細については付属資料4「評価グリッド」を参照のこと。

(1) 実績の確認

PDM に記載された上位目標、プロジェクト目標、成果の指標がどの程度達成されたか、どのような投入がなされたかを確認した。達成度に関しては、既存の資料及びパイロット県活動報告プレゼンテーションにおけるカウンターパートの発表から総合的な判断を行った。

(2) 実施プロセスの確認

プロジェクト活動の進捗、モニタリング・評価活動、日本人専門家とカウンターパートの協力関係、外部条件の影響、保健省及びパイロット県におけるプロジェクトのオーナーシップなどを確認した。これらについては、関係者に対するインタビュー及びパイロット県活動報告プレゼンテーション、既存の資料に基づいて判断を行った。

2 - 2 調査対象者と情報・データ収集方法

(1) モ国側

- ・保健省：人口局、財務協力局
- ・パイロット県：イフラン県、セフロ県のカウンターパート各県8名、「継続教育」受講生
- ・帰国研修員

(2) 日本側

- ・長期専門家
- ・シニアボランティア
- ・JICA 本部・モロッコ事務所担当者

第3章 調査結果

3-1 プロジェクト概要と背景

3-1-1 プロジェクト概要

(1) 協力期間

2004年11月15日から2007年11月14日

(2) 協力総額（日本側）

3億2,981万円

（事業事前評価表記載額は約2,981万円であるが、JICA全体の国別研修見直しの方針に沿って、国別研修「地方村落妊産婦ケア改善」（2002年度～2006年度実施）及び「地方保健行政」（2004年度～2006年度実施）を、2005年度から本プロジェクトの投入要素と見なすこととし、両予算が新たに計上されたため、予定よりも増額となった）

(3) 相手先機関

保健省人口局・州及び県保健支局

(4) プロジェクト対象州とパイロット県

- ・プロジェクト対象州：フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン・エスマラ州
- ・パイロット県：フェズ・ブルマン州セフロ県、メクネス・タフィラレット州イフラン県

(5) 国内協力機関

日本赤十字九州国際看護大学

(6) 裨益対象者

- ・ターゲットグループ：フェズ・ブルマン州セフロ県ならびにメクネス・タフィラレット州イフラン県の保健支局スタッフ及び助産師・看護師
- ・直接受益者：フェズ・ブルマン州セフロ県ならびにメクネス・タフィラレット州イフラン県のリプロダクティブエイジの女性約11万人
- ・最終受益者：フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン・エスマラ州のリプロダクティブエイジの女性約106万人

(7) プロジェクト上位目標

- 1) プロジェクト対象州の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性の健康状態が改善される。
- 2) パイロット県の成果がプロジェクト対象州に普及する。

(8) プロジェクト目標

セフロ県とイフラン県の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性に適切な保健サ

ービスが提供される。

(9) 成 果

- 1) 保健省職員の妊産婦ケアに関わる実務的技術、知識、専門意識向上のための継続教育システムがパイロット県で確立される。
- 2) パイロット県保健支局の妊産婦ケアに関するマネジメント能力が確立される。
- 3) 地方村落部での妊産婦ケアに関する情報・教育・コミュニケーション (IEC) を利用した適切な活動が実施される。
- 4) 地方村落部の妊産婦ケアに関する適切な巡回診療サービスがパイロット県で十分に実施される。

3-1-2 プロジェクトの背景

(1) 当該国の妊産婦保健の状況

2004年に保健省が実施した人口・家族保健調査 (Enquête sur la Population et la Santé Familiale : EPSF) の結果、モ国の妊産婦死亡率は、1997年の228 (出生10万対) から2004年の227 (出生10万対) とあまり変化していないことが明らかになった。この背景として、都市部への人口流入や、行政による「地方」と「都市部」の定義 (区分け) が修正されたことなどの影響も考えられること、及び近年ハイリスク妊産婦のリファーマ体制をモ国保健省が整備し始めていることにより、ハイリスク妊産婦の搬送が上位医療機関に行われるものの、医療施設整備が充実していない等の問題も指摘されている。また一方で、地方村落部における妊産婦死亡率は307から267 (出生10万対) に低下しており、都市部との格差は依然として大きい。リファーマ体制整備、保健医療従事者による分娩介助率、産前健診受診率及び近代的避妊実行率の上昇などが妊産婦死亡の低下につながっていると推測できる (表3-1)。

表3-1 国家人口・家族保健調査2004 (EPSF)、妊産婦保健に関する調査

		1997年	2004年
妊産婦死亡率 (出生10万対)	都市部	125	186
	地方村落部	307	267
	全体	228	227
保健医療従事者による 分娩介助率	都市部	70	83
	地方村落部	20	38
	全体	43	61
産前健診受診率	都市部	69	89
	地方村落部	20	48
	全体	42	68
近代的避妊実行率 (15-49歳の既婚女性)	都市部	66	66
	地方村落部	51	60
	全体	59	63

出典：国家人口・家族保健調査2004年 (EPSF)、妊産婦に関する調査結果

(2) 国家人間開発イニシアティブ (INDH) の存在

「人間開発イニシアティブ (INDH)」は、国王による社会開発のためのイニシアティブであり、モ国の国家予算及びドナーからの支援を併せて、2006年から2010年までに100億DH（ディルハム、およそ1200億円）の予算の投入が計画され、実施され始めている。

INDHの理念は、人間開発と社会の発展が結びつくことを前提とし、慈善事業ではなく、住民の主体性や参加を促していくことを特徴としている。対象地域は地方村落部及び都市部のスラム街などであり、地域主導型の活動を支援していくことが目的である。以下の4つを優先プログラムとしている。

- ・ 地方の貧困削減プログラム
- ・ 都市部の社会的疎外防止プログラム
- ・ 不安定な生活削減プログラム
- ・ 国土横断プログラム（社会事業の推進）

保健分野は、人間開発のための基礎的な分野として地方の貧困削減プログラムの中に位置づけられ、母子の死亡率の低減は、保健分野の中でも最優先課題とされている。モ国保健省による「INDHの枠組みにおける妊産婦死亡率の低減」計画に従い、現在パイロット県であるセフロ県、イフラン県の県病院や都市部保健センターには超音波診断装置などが供与され活用されている（詳しい保健省方針と対策については「運営指導調査報告書」参照）。

(3) パイロット県の状況

妊婦健診は各保健センター・診療所において助産師または看護師が担当している。健診内容は身体計測・血圧計測・眼瞼や爪床の観察による貧血チェック・浮腫の有無の観察・内診等である。ハイリスク妊婦には分娩時は施設分娩の必要性について説明している。

出産のケアについては、村落地域は分娩施設付きの保健センターがアクセスポイントであるが、24時間対応できない保健センターもあり、県病院に直接受診し分娩する妊婦や自宅分娩を選択する妊婦も存在する。また、2005年2月より施設における分娩では最低料金250DH（現在日本円で約3,500円）の有料体制（全国）となったが、分娩施設付き保健センターでの分娩は依然無料である。また、病院での出産であっても貧困証明書（内務省発行）の提示があれば出産費用は免除される。

産後健診は出生後のBCG接種が出生届に必要であるため、その機会を捉えて産後健診を同日に行う体制となっている。そのためプロジェクト開始以前から産後健診受診率は高い。

1) セフロ県

人口（2007年推定）は26万6,000人（都市部12万7,000人、地方村落部13万9,000人）、リプロダクティブエイジの女性（15～49歳）7万5,090人、結婚しているリプロダクティブエイジの女性（15～49歳）3万8,635人、巡回診療対象人口（保健施設から10km以上離れた地域の住民）4万1,172人（29.6%）である。

セフロ県は、フェズ（第3次医療施設所在地）より車で約30分のところに位置し、県保健支局周辺は生活環境が整っているが、保健支局から離れた村落地域は起伏のある広

大な丘陵地に人々が暮らしている。道路は一部未舗装である。

保健支局の母子保健担当の組織体制は以下のとおりである（図3-1）。保健支局に対する他ドナーの援助は USAID より 1996 年頃に医療供与機材として巡回診療車輛が 1 台供与された。また、巡回診療車輛確保に関しては、上記 INDH から 1 台供与されている。

レファラル体制としては、保健センターからのリファー患者は県病院（モハメドV世病院）へ、その上位へのリファー時はフェズ大学病院である。救急車は既存のものや JICA の無償資金協力によって援助された車輛が使用されているが、すべての保健施設に救急車があるわけではない。

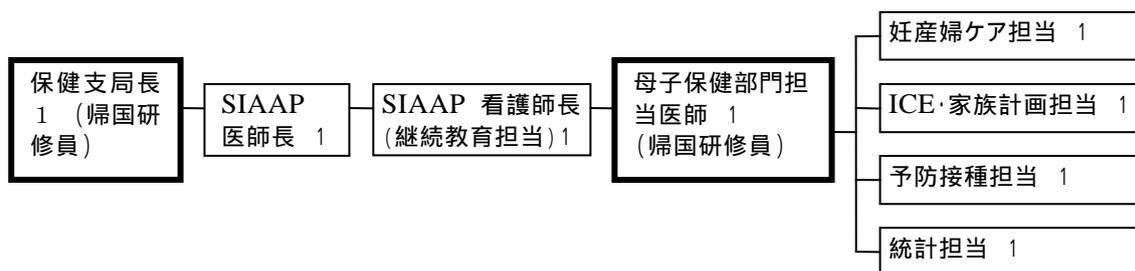


図3-1 セフロ県保健支局母子保健担当課組織図

2) イフラン県

人口（2007年推定）は 14 万 8,000 人（都市部 7 万 8,000 人、地方村落部 7 万人）、リプロダクティブエイジの女性（15～49 歳） 4 万 2,044 人、結婚しているリプロダクティブエイジの女性（15～49 歳） 2 万 2,930 人、巡回診療対象人口（保健施設から 10km 以上離れた地域の住民） 2 万 9,633 人（42.3%）である。

イフラン県は、州保健支局所在地より車で約 45 分のところに位置している。セフロ県と隣接しており、同県から約 45 分のところに位置する。気候は高地のため気温が低く、冬は他地方に比べ積雪も多い。保健支局から離れた村落地域の人々は、セフロ県と同じく起伏のある広大な丘陵地に暮らしている。道路は一部未舗装である。

保健支局の母子保健担当の組織体制は以下のとおりである（図3-2）。保健支局に対する他ドナーの援助はセフロ県と同じく USAID より 1996 年頃に医療供与機材として巡回診療車輛が 1 台供与されている。

レファラル体制としては、保健センターからのリファー患者は県病院（アズロー病院）へ、その上位へのリファー時はメクネスパニョン病院（車で約 1 時間 30 分）である。救急車配置の状況はセフロ県と同様である。



図 3-2 イフラン県妊産婦ケア担当課組織図

(4) 両パイロット県の医療施設数及び助産師・看護師の配置状況

パイロット県における医療施設数及び助産師・看護師の配置状況は以下のとおりである。

表 3-2 パイロット県の医療施設数 (2007 年 5 月現在)

	セフロ県	イフラン県
県病院	1	1
分娩施設付き保健センター (CSA)	10	7
保健センター (CS)、診療所*	19	13

*妊婦健診を実施している診療所

表 3-3 助産師・看護師数 (2007 年 5 月現在)

		1～3年目	4～10年目	11～20年目	21年目～	計
セフロ県	県病院配属	3	6	2	5	16
	地域配属	15	15	12	27	69
	計	18	21	14	32	85
イフラン県	県病院配属	3	10	3	3	19
	地域配属	8	16	5	11	40
	計	11	26	8	14	59

表 3-4 パイロット県の新任 3 年目までの助産師数 (2007 年 5 月現在)

	セフロ県		イフラン県		合 計
	地域配属	病院配属	地域配属	病院配属	
1年目の助産師	5	0	3	2	10
2年目の助産師	7	0	5	0	12
3年目の助産師	1	3	1	1	6
合 計	16人 (地域13人、病院3人)		12人 (地域9人、病院3人)		28

(5) 母子保健分野の継続教育の現状と課題

現在の保健省の人事配置のシステムによって、地方村落部の保健センターでは養成学校を卒業したばかりの経験の少ない医療従事者が配属されるのがほとんどである。また、そのような地方村落部の規模の小さな保健センターの多くは1人の新人の助産師または看護師が従事し、業務上の指導を受ける機会も少ない。そのため、モ国保健省は中央レベルでの卒後教育の一環として医療従事者対象の継続教育を1997年から実施しているが援助機関の予算に依存するケースが多く、継続性は課題である。なお、母子保健分野の継続教育を管轄しているのは人口局であり、SONU (緊急産科ケア)、CPN・CPoN (産前産後健診)、HAC (コミュニケーション手法) といった知識・技術内容とも充実した研修を立案し、ラバト大学病院内リプロダクティブヘルスセンターなどにて実施している。予算につ

いては独自で計上をするものの、他の優先順位の高い支出へと予算が流れ、確保が困難な状況である。なお、これらの研修講師は現在のところ大学病院の医師などであるが、今後は地方都市部の人材を講師として育成すべく1年間に20人程度、モロッコ保健省が育成コースを実施中である。

これら国家レベルの研修をプロジェクトでも活かすべく、本プロジェクト経費によりパイロット県内の助産師に対し、これらの継続教育研修が受講できるよう支援した。

3 - 2 投入実績

3 - 2 - 1 日本側投入

(1) 専門家派遣

終了時評価の時点で長期専門家計5名、短期専門家延べ9名、合計14名が派遣された。日本人専門家の主な指導分野は以下のとおりである。

- ・長期5名：プロジェクト総括、母子保健、看護教育（継続教育）、地域保健
- ・短期9名：看護教育、助産師教育、周産期疫学、医療器材管理計画、継続教育、地域保健、保健行政

(2) 機材供与

年度ごとの総額と主な調達機材を以下に示す。

表 3 - 5 主な機材供与

年 度	総額 (DH)	主な機材
2004 年	1, 126, 000	巡回診療車両（グルミン州）、超音波診断装置
2005 年	531, 000	巡回診療車両（セフロ・イフラン県）、車両付属 IEC 関連機材
2006 年	847, 000	超音波診断装置、分娩監視装置

(3) カウンターパート研修（本邦研修）

終了時評価実施時点で計60名のカウンターパートが本邦での研修に参加した。

3 - 2 - 2 モ国側投入

(1) カウンターパート配置

保健省人口局母性保健課の JICA 担当官をはじめ、パイロット県2県の保健支局長・母子保健担当官・通院巡回医療業務部 (SIAAP) などがカウンターパートとして配置された。カウンターパートを含め、パイロット県において継続教育のワーキングメンバーが選出され、活動の中心を担った。

(2) 施設の供与

保健省人口局にある日本人専門家のためのオフィススペースのほか、セフロ県保健支局内にもプロジェクトオフィスのスペースが提供され、電気が供与されている。

(3) ローカルコストの負担

カウンターパートの給与、出張時の日当のほか、巡回診療車輛のガソリン代をモ国側が負担している。モ国側の自立発展性を促すため、2007年より、県病院での継続教育にかかる費用（参加者日当・交通費）のプロジェクトからの支給を中止したため、研修生の交通費は参加者の自己負担となった。昼食代（茶菓程度）のみ県予算により支出されている。

3 - 3 プロジェクトの実績

プロジェクトの成果達成状況として、PDM の上位目標、プロジェクト目標、成果に対する各々の指標を調査した。上位目標の達成度については、プロジェクト終了後に判断するものであるが、今回の調査では、現在の状況と指標を比較し、達成の見込みを検証した。以下、それぞれの指標に対して、現在の達成状況を記載する。

3 - 3 - 1 成果 1

1. 保健省職員の実務的技術、知識、専門意識向上のための継続教育システムがパイロット県で確立されている。
 - 1.1 JICA 技術協力プログラム中の毎年の予定研修人数において研修が実施される。
目標値：セフロ県 100%、イフラン県 100%
 - 1.2 JICA 技術協力プログラム中の毎年の予定研修数が実現される。
目標値：セフロ県 100%、イフラン県 100%
 - 1.3 研修参加者のコミュニケーション技術における認識、裨益者である妊産婦の満足度が質問紙調査の結果において向上する。
目標値：統計的に有意な値

継続教育には国及び州単位の研修と県レベルの研修があり、前者は大学病院、後者は県病院のリソース（人材・施設）を用いて実施されている。

1.1 の「予定研修人数に対する研修の実施」及び 1.2 の「予定研修数の実現」に関しては、国及び州単位の研修について詳細なデータがないものの、県レベルの研修の場合、目標値である 100% を達成している。

国及び州単位の研修について、母子保健分野の研修を担当する人口局は、毎年予算の申請を行っているものの、ここ数年は保険制度の導入に伴い、保健医療施設における機材整備に予算が優先配分されており、研修予算が確保できない状況である。研修の実施に要する費用は、年度末のドナーの調整予算に依存している状態であり、計画的な実施は実現していない。こうした状況を背景として、2006 年の産科新生児ケア、産前健診、コミュニケーション手法の研修実施率（予定数に占める受講者数の割合）は、3 州の平均で 9% から 20% 程度にとどまっている（表 3 - 6 参照）。

対象者の選定は保健省が行っており、ドナー支援のない州・県がまず優先される。このため、パイロットプロジェクトの対象県であるセフロ・イフランの両県の優先順位は低くなる傾向がある。ただし、本プロジェクト期間中はプロジェクト予算で国・州レベルの研修に対して援助した経緯もあり、セフロ県の実施率 33%、イフラン県においては 43% が実施され、プロジェクトの成果を確保するための人選が保健省の協力の下行われた（表 3 - 7 参照）。

また、プロジェクトにおける継続教育は卒後3年目までの助産師・看護師を対象としているが、国及び州単位の研修では対象者の卒後年数を限定していない。このため、パイロット県における受講者も、卒後3年以上の者が多くを占めている（表3-8参照）。

表3-6 対象3州における国・州レベルの研修予定数実施率（2006年）

	産科新生児ケア			産前健診			コミュニケーション手法		
	予定数	受講者数	%	予定数	受講者数	%	予定数	受講者数	%
フェズ・ブルマン州	154	33	21.4	156	23	14.7	310	26	8.4
メクネス・タフィラレット州	213	34	16.0	239	31	13.0	452	35	7.7
グルミン・エスマラ州	65	19	29.2	56	23	41.1	121	21	17.4
計	432	86	19.9	451	77	17.1	883	82	9.3

出典：プロジェクトオフィス作成資料

表3-7 対象3州における国・州レベルの研修受講者数、県別（2006年）

メクネス・タフィラレット州

	メクネス県	エルハジャブ県	イフラン県	ケニフラ県	エラシディア県	計
産科新生児ケア	5	3	10	10	6	34
産前健診	6	4	9	6	6	31
コミュニケーション手法	10	5	7	7	6	35
計	21	12	26	23	18	100

注：表3-8のイフラン県のデータの「産科新生児ケア」のデータとの齟齬が見られる。

フェズ・ブルマン州

	フェズ県	ブルマン県	セフロ県	計
産科新生児ケア	14	9	10	33
産前健診	8	6	9	23
コミュニケーション手法	13	6	7	26
計	35	21	26	82

グルミン・エスマラ州

	グルミン県	タタ県	タンタン県	アッサザグ県	計
産科新生児ケア	7	5	4	3	19
産前健診	6	6	6	5	23
コミュニケーション手法	9	5	4	3	21
計	22	16	14	11	63

出典：（3州とも）プロジェクトオフィス作成資料

表 3-8 パイロット県における国・州レベルの研修受講者数（2006 年）

県 名	セフロ県			イフラン県		
	3 年目まで	それ以上	計	3 年目まで	それ以上	計
助産師・看護師数	11	68	79	8	48	56
うち、研修受講者数						
産科新生児ケア	0	10	10	4	4	8
産前健診	2	7	9	4	5	9
コミュニケーション手法	1	6	7	2	5	7
実施率*	27%	34%	33%	125%	29%	43%

出典：プロジェクトオフィス作成資料

*1 人の対象者の複数回受講を含む。

県レベルの研修に関しては、対象者をリストアップし、年間計画に従って計画の実施及び研修後のスーパービジョンが行われている。研修がスタートした 2006 年に関しては、日本、モ国の会計年度の違いや夏休み、ラマダンの影響によりスケジュールに従った計画実施ができなかったが、2007 年はこうした要素を考慮した計画策定を行っており、2007 年 6 月現在、計画に沿った研修実施がなされている。

1.3 の「研修参加者の認識の変化」については、終了時評価でのフォーカスグループインタビューにおいて質問を行った。セフロ県では参加者 11 名中 9 名が「大いに変わった」、2 名が「少しは変わった」と回答した。イフラン県では参加者 9 名中 9 名が「大いに変わった」と回答し、インタビュー対象者全員が研修を受けたことによる認識の変化を感じている。

同じく 1.3 の「裨益者である妊婦の満足度の向上」に関しては、プロジェクト開始時のベースラインデータとして妊産婦満足度調査が実施されているものの、満足度はほぼ 100%という結果であり、インタビュー方法に問題があったと推察されるため、ベースラインとしての活用は取りやめとなっている。このため、終了時評価での満足度調査は実施しなかった。ただし、両パイロット県ではプロジェクトの効果を測る指標として妊婦の満足度調査を行う必要があるという認識を持っており、セフロ県では 2007 年 7 月に同調査を実施予定である。

3-3-2 成果 2

2. パイロット県保健支局の母子保健事業のマネジメント能力が確立されている。

2.1 年次計画が適切に作成され、実施、モニタリングされる。

2.2 2 年次計画に必要な予算が確保され、執行される。

2.3 3 年次計画に必要な予算が執行される。

県保健支局のマネジメント能力とは、パイロット県での 3 つの活動（継続教育、IEC 活動、巡回診療）の計画策定、予算確保、実施に係るマネジメント能力である。

2.1 の「年次計画の作成・実施・モニタリング」に関しては、セフロ県では 3 つの活動ともに適切な計画策定が行われ、実施・モニタリングがなされている。一方、イフラン県では、継続教育のスーパービジョンと巡回診療の計画策定及び実施体制にマネジメント上の課題が認められた。

特に、県レベルの継続教育に関しては、セフロ県、イフラン県ともに年間計画に基づいて研修が実施されており、セフロ県では研修後のスーパービジョンも計画どおりに行われている。一方、イフラン県では、巡回診療車を除き、県保健支局に車輛が1台しかないため、スーパービジョンを予定していても他の用途に車輛が使用されることがあり、計画に沿った実施がなされていない。この背景には、避暑地であるイフラン県には4～5月の期間中、林間学校のため滞在する児童が増え、不測の事態や健診に備えて車輛を待機させる必要があること¹や、支局長の本省への緊急出張などのやむを得ない事情もある。イフラン県では業務に対して車輛が不足しているのは明らかであったが、この問題は2007年6月18日、終了時評価調査団と保健省次官によるミニッツ署名の際、次官がパイロット県へ各1台の車輛供与を確約したことから、近々に解決される見込みである。

ただし、イフラン県のスーパービジョンが計画どおりに進まない背景には、車輛不足に加え、マネジメントの問題も含まれている。スーパービジョンは一人に対して年3回が基本であるが、遠隔地に立地する保健センターを訪問する際には、往復の移動と現場での観察・指導に丸1日必要となることもあり、SIAAP〔(県保健支局) 通院巡回医療業務部〕スタッフの負担も大きい。このため、セフロ県の場合、前回のスーパービジョンの結果を踏まえ、優秀な看護師・助産師については次回をスキップするなど、柔軟な対応をとっているほか、巡回診療の機会を利用してスーパービジョンを行うなど、負担を減らすための創意工夫がみられる。一方、イフラン県は、基本に忠実であろうとする姿勢が強く、「車輛が1台しかない状況でどこまでの実施が可能か」という視点を踏まえた計画策定や、対応策の検討がなされていない。リソースを考慮した計画策定という観点からのマネジメントの強化は、今後、活動を継続するうえで課題となると考えられる。

2.2 及び 2.3 の「計画に必要な県レベルの予算の確保と執行」に関しては、県保健支局予算の費目構成上、独立した予算の確保はなされていないが、活動のうえで必要な予算については適宜支出されている状態である。県レベルの継続教育のための必要経費については、2007年以降、それまでプロジェクトが負担していた参加者への日当支給を廃止し、参加者への昼食代程度の負担で研修を実施する体制に改められた。巡回診療のためのガソリン代とスタッフの日当もそれぞれ手当てされており、現段階で不足は生じていない。

3-3-3 成果3

3. 地方村落部での妊産婦ケアに関する情報・教育・コミュニケーション (IEC) を利用した適切な活動が実施されている。

3.1 保健センターや巡回時のリプロダクティブエイジの既婚女性への妊娠分娩に関する情報提供活動 (IEC) の予定実施数が実現される。

目標値：セフロ県 100%、イフラン県 100%

3.2 リプロダクティブエイジの既婚女性のうち、妊娠分娩に関する情報提供活動 (IEC) を受けたものの割合が増加する。

目標値：セフロ県 10ポイントの増加、イフラン県 20ポイントの増加

モロッコでは、過去にも IEC 活動への取組みは行われていたものの、担当者により内容がま

¹ イフラン県保健支局の車輛は、林間学校用に保健省から支給されたものである。

ちまちであり、教材も不足しているなどの課題があった。そこで、プロジェクトにより妊産婦ケアに関する IEC の標準指導項目が設定され、カラーパネルの視覚教材及び実施記録管理用の月別集計表の作成が行われた（写真ページ参照）。

標準化された IEC 視覚教材は各保健センターに 1 セット配布されており、助産師・看護師を講師とし、保健センターや巡回診療において妊産婦向けの説明が行われている。

しかし、3.1 の「IEC の予定実施数の実現」に関しては、100%の計画達成を目標としたものの、実際には保健センターや巡回診療の際、「妊婦がある程度集まった場合に実施する」という先方の方針で実施されている。

3.2 の「IEC を受けたものの割合の増加」に関しては、セフロ県で 10 ポイント、イフラン県では 20 ポイントの増加を目標としているものの、セフロ県では「割合の増加」ではなく、「リプロダクティブエイジの既婚女性の IEC カバー率」として算出されている。同県の 2006 年のカバー率は 16.3%であり、2004 年以降、継続して増加傾向にある。なお、イフラン県では性別・年齢にかかわらず IEC を受けた人全数をカウントしていたため、当該データは収集されていない。

表 3-9 セフロ県における IEC の実施状況 (2004~2006 年)

	実施回数	リプロダクティブエイジの既婚女性の数 (a)	(a) のうち、IEC を受けた人の数 (b)	(b) / (a)
2004	521	33,369	2,925	8.8%
2005	471	33,369	3,533	10.6%
2006	691	38,268	6,233	16.3%

出典：セフロ県作成資料

3-3-4 成果 4

4. 地方村落部の妊産婦ケアに関する適切な巡回サービスがパイロット県で十分に実施されている。

4.1 巡回診療活動の毎年の予定実施数が実現される。

目標値：統計的に有意な向上

4.2 計画された巡回診療地域における妊婦への産前健診が実施される。

目標値：セフロ県 100%、イフラン県 100%

巡回診療は、保健センターから 10km 以上距離がある地域の住民を対象として実施される、産前・産後ケア、予防接種、一般診療などを中心とする保健サービスである。このサービスはプロジェクト開始以前から実施されていたが、IEC のケースと同様、提供されるサービスにはばらつきがあり、一定の質が確保されていないこと、また車輛の不足の問題があった²。このため、本プロジェクトでは、活動内容の標準化に取り組むとともに、2006 年 5 月、両パイロット県に巡回診療車（機材含む）1 台ずつを供与している³。

² 両パイロット県においては、USAID から供与された巡回診療車を使用していたが、2002 年の車輛故障により、サービスが中断されていた。

³ セフロ県の場合、INDH から提供された車輛を加えた 2 台体制で巡回診療を実施している。

4.1 の「巡回診療計画の予定実施数の実現」に関しては、両パイロット県ともに3カ月ごとに巡回診療計画を策定し、計画に沿った実施を行っている。悪天候の場合は住民が集まらないため中止するケースもあるが、セフロ県では中止の場合は振り替えで実施をするシステムが整っており、2006年下半期の計画実施率は100%を達成した。一方、イフラン県では車輛供与から使用開始までの期間に空白が生じたことや、降雪が続いたこと、さらに58日間に及んだストライキの影響が大きく、実施率は58%にとどまった。

4.2 の「巡回診療における対象妊産婦への産前健診の実施」に関しては、両県ともに100%を目標としていたものの、2006年の実施率はセフロ県で29%、イフラン県では2%であった。

表3-10 パイロット県における巡回診療の実施状況（2006年下半期）

	計画数	訪問数	実施率 (%)	対象地域の年間 推定妊婦数 (a)	産前健診を受け た女性の数(b)	(b)/(a) (%)
セフロ県	100	100	100	475	137	29
イフラン県	45	26	58	1511	81	5.4

出典：プロジェクトオフィス作成資料

3-3-5 プロジェクト目標

1. 推計出産数における産前産後の健診を受ける妊産婦の割合が上昇する。
目標値：セフロ県 産前80% 産後95%、イフラン県 産前85% 産後95%
2. 産前健診において、ハイリスク妊娠の診断率及びケア率が適正になる。
3. 医療従事者による分娩介助率が上昇する。
目標値：セフロ県 70%、イフラン県 70%

1の産前健診及び産後健診の実施率は、プロジェクト終了時にそれぞれ80%、95%を目標としていたが、2006年の実施率は産前健診についてセフロ県60%、イフラン県79%にとどまった。産後健診は両県とも90%を達成している。

2の産前健診におけるハイリスク妊娠の診断率（2006年）は、両県ともに16%であった。2005年のデータはセフロ県53%、イフラン県27%であったが、2006年からハイリスク妊娠の定義が見直され、初産婦であることをハイリスクに含めなくなったため、2005年のデータとの比較はできない。ハイリスク妊娠のケア率については、セフロ県で2005年の36%から38%に増加している。イフラン県では該当データは収集されていない。

継続教育とその後のスーパービジョン、及びスーチアン・クリニックの実施により、ヘルスセンターや病院において妊産婦のカルテの記載漏れが減り、経過が的確に把握されるようになるとともに、リスクのある出産に関する診断能力が高まり、適切なリファーが行われるようになり、パイロット県における妊産婦ケアの質は向上していると考えられる。

医療従事者による分娩介助率は両県とも70%を目標としていたが、2006年の実績ではセフロ県57%、イフラン県60%にとどまった。この背景として、パイロット県による活動報告ワークショップでは、2005年3月に導入された二次医療施設（県病院を含む）における出産の有料化措置が影響していると説明されていた。実際に、有料化措置により県病院での出産件数の

伸びは鈍化している⁴。しかし、依然として無料である保健センターでの出産や助産師による分娩介助率にも伸びが見られない。この理由として、助産師及び警備員の確保ができず、分娩施設付き保健センターにおける24時間体制の徹底が進んでいないことが指摘されている。

表3-11 パイロット県における巡回診療の実施状況

	セフロ県		イフラン県	
	産前健診実施率(%)	産後健診実施率(%)	産前健診実施率(%)	産後健診実施率(%)
2004	65	95	74	100
2005	60	91	75	76
2006	60	90	79	90

出典：プロジェクトオフィス作成資料

表3-12 医療従事者による分娩介助率

	セフロ県	イフラン県
2005	57%	61%
2006	57%	60%

出典：活動報告ワークショップ資料

3-3-6 プロジェクト上位目標

4. プロジェクト対象州の地方村落部のリプロダクティブエイジの女性の健康状態が改善されている。
- 1.1 妊娠・出産による女性の死亡（妊産婦死亡率）が低下する。
5. パイロット県の成果がプロジェクト対象州に普及する。
- 2.1 3州のすべての県がシステムを導入する。

パイロット県の成果の他県への普及に関しては、既に各州において普及の時期や担当機関についての協議の場が設けられ、準備段階に入っている。他県への普及の実現後は、妊産婦ケアのカバー率の向上などを通じ、プロジェクト対象州においてリプロダクティブエイジの女性の健康状態の改善が実現される見込みが高い。ただし、指標1.1の「妊産婦死亡率の低下」に関しては、モ国ではリスクのある出産に関してヘルスセンターから県病院へのリファーが進んでおり、地方村落部における妊産婦死亡率が皆無に近い為、データ上の「低下」は困難である。

3州の県保健支局長はすべて帰国研修員であり、プロジェクトの活動内容についての理解も進んでおり、指標2.1「3州のすべての県がシステムを導入する」までにそれほど時間はかからないものと想定されるが、早期の普及実現に向けて、保健省やJICAによるフォローアップも必要であると考えられる。

⁴ 貧困者に対しては支払免除制度があり、約9割の人は費用負担をしていない。

3 - 4 プロジェクトの実施プロセス

3 - 4 - 1 プロジェクト成果1～4に係る実施プロセス

- (1) プロジェクトは、R/D、PDM1、PDM2（巡回指導時に改訂）に基づいて実施された。
日本人長期専門家の投入の遅れにより実施スケジュールの遅延が生じたが、活動項目はすべて網羅された。
- (2) 2つのパイロット県での活動は、県保健支局におけるマネジメント能力の違いにより、計画実施状況に差異が生じている。しかし、2県を対象としたことにより、双方が情報交換の機会を持ち、互いの活動を参考としながらプロジェクト実施に取り組むという相乗効果も生まれた。
- (3) 県保健支局の予算は分野別（家族計画、疾病対策など）の費目別予算（旅費、会議費など）として構成されている。継続教育実施にかかる経費として県が負担している参加者の昼食代は、具体的には会議費の項目から支出されるが、継続教育のための単独予算として特定の額が計上されているわけではない。また、県が負担している巡回診療車のガソリン代も、保健省支給のクーポン券によって精算されている。よって、「年次計画に必要な予算が確保され、執行される」という成果2の指標は実態と合致していないが、必要な予算が過不足なく手当てされているという点では問題は生じていない。

3 - 4 - 2 プロジェクト活動に関わる帰国研修員の帰国後の活動

2007年6月11日から19日、帰国研修員や関係者（同僚等）へのインタビュー及び現地視察を通じて、国別研修の成果について考察した。研修で得た学びに関する質問に対しては、数々の具体的な回答が返ってきた。それぞれ2～3週間という、決して長くはない研修期間において、目的意識を持ち、鋭い洞察力と観察力で研修に集中することができていたと思料する。

(1) 国別研修の背景と経緯

2002年度から2年度にわたり、無償資金協力「モロッコ王国地方村落部妊産婦ケア改善計画」が3州（北部のフェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、南部のグルミン・エスマラ州）を対象に実施され、人口密度の低い村落部における女性の健康、特に妊産婦ケアの質的量的改善を目指した。計30カ所の第一線妊産婦ケア施設と機材の改善を目標に、南北を2期にわけて実施された。しかし、保健施設や地方保健管理機関には、効果的な長期計画の策定や日常の保健サービスにおける論理的思考や管理、評価などの概念が不足しているという認識が生まれ、本邦研修の要請があった。これを受けて、2002年10月、特別案件等の調査が行われ、国別研修「地方村落妊産婦ケア改善計画」のカリキュラムが策定され、同年度より毎年6名ずつ研修員の受入れが行われた。その後、2004年度から「地方保健行政」（毎年6名）が、2005年度から「継続教育」（毎年4名）がそれぞれ実施された。また、2005年の運営指導調査団により、日本側とモ国側のより緊密な連携を図り、プロジェクト活動の促進を図るため、プロジェクトの運営と実施の責任者であるプロジェクトディレクター（保健省人口局長）の本邦研修「保健行政」にて2名の受入れが決定し、2006年4月に実施された。

表 3 - 13 国別研修の構成

研修コース名	開始年度	受入れ人数	対象者
地方村落妊産婦ケア改善計画	2002 年度	毎年度 6 名	保健省人口局職員、県病院や保健センターの医師、助産師、看護師など
地方保健行政	2004 年度	毎年度 6 名	保健省人口局職員、県支局長、SIAAP 医師長
継続教育	2005 年度	毎年度 4 名	セフロ県・イフラン県病院の助産師
保健行政	2006 年度	2 名	保健省人口局長、モロッコ現地国内研修受入れ機関大学病院教授

結果、上記の背景より、2002 年からの研修で保健省人口局長をはじめ、各県の関係者など合計 60 名の研修員を受け入れたことになる。帰国研修員は、それぞれの立場からプロジェクトの活動に以下のような、重要なインパクトを与えたことが調査の結果判明した。

(2) プロジェクトの成果に直接与えたインパクト

1) 女性の健康手帳^{*}を考案し、全国に普及させている。

女性の健康手帳が生まれた経緯は、2003 年度 1 月「妊産婦ケア改善」に参加した帰国研修員 (Dr. Fatima TSOULI CHMIYALE) が本邦研修で学んだ母子健康手帳を参考に、女性の健康手帳のアイデアについて報告書に記載したところ、報告書を目にした保健省大臣が、モ国でも作成するように指示し、保健省人口局が担当して作成されることとなった。当時、保健省個別専門家 (和田専門家) と帰国研修員 3 名 (Dr. Fatima TSOULI CHMIYALE、Ms. Aicha BENBAHA、Dr. Mimoun AOURAGHE) が協働して、手帳の原案を作成し、費用を UNFPA から調達して完成させた。試作品は、まずマラケシュで試験的に普及させたのち、全国展開に至った。当時かかった経費は、合計で約 200 万円ほどであった(うち、100 万円を準備に、残り 100 万円を全国展開へ)。現在は、手帳代(4.4DH)が印刷代として回転資金となり、保健省を通さずに直接、印刷会社と販売先である薬局や本・文房具屋が連絡を取り合って増刷されている。手帳は、保健省によるキャンペーン(王族の協力、テレビ、ポスター等)の成果もあり、急速に住民に認知され妊婦検診時の持参率も増えている。一方で、帰国研修員のいないプロジェクト対象外の地域は、手帳に対する意識が低く、普及が遅れているのが現状である。最近では、地方の地元団体 (Association) が普及活動に協力するようになり、広報活動も行われているようである。

*女性の健康手帳：対象は、リプロダクティブエイジの女性(15 歳以上、または妊娠している女性)。モ国では、子供の予防接種を記録する手帳があるため、女性が女性として自覚し、周囲にも尊重されることを願って作成されたと聞いた。

2) 母親学級を県病院レベルで開催・定着させた。

母親学級は、2007 年 6 月現在、保健センターレベルでの試験的な開催に拡大している。メクネス県では、帰国研修員がアクションプランに母親学級の開催を記載していた。帰

国後は帰国研修員を中心に、県保健支局と県病院の連携により、2006年2月、プロジェクトのパイロット地域の中では最も早く、母親学級が開始された。現在は、スバタとムーレイドリスの両保健センターにおいて、毎月2回のペースで実施されている。同県では、母親学級の成果として産前健診の受診率が向上するなどの変化が見られた。その後、イフラン県（2006年2月開始）やグルミン県（2006年3月）、セフロ県（2006年6月）において、帰国研修員を中心に母親学級が開始された。

帰国研修員へのインタビューでは、研修で最も印象に残っていることの1つとして、宗像市の保健センター「メイトム宗像」での「たまご学級（母親学級）」をあげる研修員が多かった。地域の住民がボランティアとして自発的に参加することの重要性を学んだという意見が多く、研修員へ与えた印象は強かったようである。実際、メクネス県の母親学級は「TAMAGO」の愛称で呼ばれており、帰国研修員のメイトム母親学級に対する思い入れを感じた。

（3）プロジェクトの活動を補足的に促進させたインパクト

1）保健省と地方のカウンターパートの連携が進んだ。

研修対象者が、保健省から、州、県の各レベル、行政、医師、助産師など多様な職種の研修員を受け入れたことで、双方の連携と相乗効果が生まれた。特に、県保健支局と県病院、さらに保健センターの間の連携が強くなったことがインタビューでも確認され、研修実施にインパクトを与えたと思われる。県病院や保健センター出身の帰国研修員からは、県支局など上層部の理解が得やすく、帰国後の活動を円滑に行うことができたという報告があった。若手のカウンターパートの声がプロジェクトに反映されるようになったとともに、研修を受けたことで周囲からの評価も上がったと感じたという報告もなされた。

2）帰国研修員の情報を共有する意識が醸成された。

モ国では、獲得した知識や経験を周囲と共有する意識が低い傾向にあったが、特に「継続教育」の本邦研修に参加した帰国研修員によれば、研修を受けることで自分に自信を持つことができたこと、職場の同僚に共有する重要性を学んだことが研修の成果だと確認できた。

3）カウンターパートの企画力が向上した。

プロジェクト対象県で、帰国後の研修員が既存業務に加えて、企画的な業務を行うようになった。また、お金のかからない方法で、少しずつ研修での学びが活かされていることが確認された（例：患者の意見箱の設置、院内の動線を示す案内図の設置、狭いスペースを活用した妊婦用の座席の設置など）。

（4）帰国研修員の活動を支えた背景

こうした多くのインパクトを発現できた背景として、日本側（研修の受入先である、日本赤十字九州国際看護大学）及びモ国側双方の研修実施体制が確立していたことがあげられる。

1）日本赤十字九州国際看護大学の研修実施体制

2002年度の最初の研修（地方村落妊産婦ケア改善）開始時から、同大学学長が関与し、

現地のニーズの把握とニーズに合わせたカリキュラムの構築が行われた。その後も、大学関係者が短期専門家としてモ国へ派遣され、モ国側からも専門家の要請がたびたび上がるようになった。関係者が現地に赴くことで、モ国の現場の状況がより詳細に把握され研修のカリキュラムへ反映された。

研修実施中は、研修員来日前に提出される **Job Report** を事前に翻訳し、担当講師や関係者に事前に配布することで、現地の状況のある程度踏まえた、講師側の準備が可能となった。また、研修員が来日後は、大学の研修担当者による「ガイダンス」にて研修目標や研修スケジュールの確認を行うことで、あらためて各カリキュラムがどのような意図を持っており、何を学びとることができるのか具体的にイメージできるとともに、研修員のモチベーションを高めることができた。

「ガイダンス」の際には、あらかじめ講義や実習で使用するテキスト・資料を配布することで、研修員は事前に目を通して研修に臨むことが可能となる。さらに研修の中間時点で、中間評価会を行い、それまでの研修のまとめや研修員からの質問を受け付けたり、研修員の役職によっては、研修カリキュラムだけでは満たされないニーズがあると判断された場合には、可能な範囲で新たな資料を配布したり、研修先を検討したり、といった迅速かつ柔軟な対応が大学側の協力により行われた。研修帰国後も、大学からの数回の短期専門家派遣により帰国研修員の活動状況がモニタリングされることで、帰国研修員の意識も向上したと考えられる。

2) モ国側（プロジェクト専門家）の体制

適切なタイミングで適切な研修員を選ずることは、帰国後の研修の成果発現に大きな影響を及ぼす。モ国側の実施体制として、保健省主体の下、現地の専門家が人選に協力したことにより、プロジェクトにとっても戦略的な人選が可能となった。人選では、対象者の職種やポジション、研修に参加する順番、帰国後も活動を続ける意欲や姿勢があるか、などが十分に考慮された。

また、研修員帰国後のフォローアップも、保健省や各県支局、プロジェクト専門家によってなされることで、研修での学びを活かした活動が可能となった。具体的には、研修出発前のブリーフィングにて、研修で作成するアクションプランの実施を帰国後に遂行するように求めること、さらに帰国後、アクションプランの発表の機会を与えることにより、帰国前後のフォローが行われた。プロジェクト合同調整委員会での研修報告会や、各県支局長や日本人専門家による進捗状況の確認によりモニタリングも行われた。

第4章 評価結果

4-1 評価5項目の評価結果

4-1-1 妥当性

本プロジェクトは、以下の点から妥当であったと評価される。

本プロジェクトは、モ国保健省の活動計画「リスクなき分娩」プログラム及び保健カバー率の強化を支援するものである。村落部における妊産婦ケアの充実は母子保健の中でも優先課題であり、保健省のコミットメントも高い。また、保健分野の人材育成に関しては、「卒後教育のシステム化」が国家戦略化され、保健政策においても「継続教育の開発と改善、制度化」が計画されているものの、継続教育の計画的な実施には至っておらず、本プロジェクトはモ国のニーズを具体化したという点で高い妥当性が認められる。妊産婦だけでなく、巡回診療の際のIEC活動を通じて、家族や地域のコミュニティへも働きかける本プロジェクトのアプローチは地方村落部の保健ニーズの面でも妥当性が認められる。

また、プロジェクトの対象として選定されたパイロット県2県は、村落部の人口が全人口の半数以上を占めており、村落部における妊産婦ケア向上を目指す本プロジェクトのパイロット県として妥当性が認められる。2県ともに州都に隣接しており、アクセスの上でも問題はなかった。無償資金協力の対象州が北部の州（パイロット県のセフロ県を含むフェズ・ブルマン州、イフラン県を含むメクネス・タフィラレット州）及びグルミン・エスマラ州の3州であったことから、南部に位置するグルミン・エスマラ州についてはアクセスの問題からパイロット県の設置は行わないものの、本プロジェクトにおいても継続教育やセミナーの実施により、無償に引き続いて支援を行うという方針でモ国側との合意がなされた。長期専門家によるフォローという点では当初よりグルミン・エスマラ州への関与は薄かったものの、同州では帰国研修員のネットワークを中心として自主的な活動運営がなされ、予想を上回る成果が生まれている。

さらに、妊産婦ケアを含む母子保健分野における協力は、戦後の日本の経験や、アジア諸国等への国際協力の経験を活用できる分野である。モ国においては2002年以降、継続して母子保健分野において無償資金協力や国別研修を実施し、施設・機材の充実、キーパーソンの育成など協力の基盤が徐々に整ってきた段階にあり、技術協力プロジェクトを通じて日本が同分野の協力を実施する妥当性が十分にあった。

スケジュールに関しては、日本人専門家の派遣が遅れたことにより、計画が半年以上後倒しになるという問題が生じた。このため、1年目で継続教育プログラムの内容を構築し、2年目で試験的に実施、3年目でようやく軌道に乗りつつあるという段階で、この時点でプロジェクトが終了することになり、今後の活動実施に不安を覚えるという声がモ国側から多く出ている。しかし、県レベルでの活動を継続するための実施体制はすでに整えられていることから、活動の継続についての大きな問題はない。

「継続教育システムのモデル確立」というプロジェクトの提案は、「継続教育マニュアル」の作成により達成されたが、スケジュールの遅れから、プロジェクトの期間中に3年で1サイクルの継続教育の完了には至っていない。今後このモデルを他県に普及させるためには、保健省、州及び県による強いイニシアティブが不可欠である。現在、モ国は地方分権化の動きの過渡期にあり、中央レベルから州への権限委譲が進んでいる。母子保健を担う保健省人口局は人手も限られ、研修制度は他局の管轄であるなど、中央レベルでは縦割りの壁も厚いことから、第一

段階としてパイロット県を含むフェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州が中心となり、州内の他県へモデルの普及を図ることが重要である。

4-1-2 有効性

(1) 継続教育システムの確立

本プロジェクトにより確立された継続教育システムのモデルは、モ国側にも高く評価されており、今後、モ国側は全国8カ所の看護学校を中心として、このモデルを普及させたいという意向を示している。継続教育には国及び州単位の研修と県レベルの研修があり、県レベルの研修に関してはセフロ、イフランの各県が対象者をリストアップし、年間計画に従って計画の実施及び研修後のスーパービジョンを行っている。しかし、2006年に関しては、日本の会計年度が4月に始まり、それまでプロジェクトの予算が手当てできなかったことや、7月、8月がモ国の夏休みシーズンにあたること、9月以降はラマダンの時期にあたることなどから実施が遅れた。

国及び州単位の研修については、保健省において研修予算の確保が難しいことから、年度末に UNFPA などのドナーの調整予算により実施している状態であった。対象者はドナー支援のない地域が優先されるため、プロジェクトが支援しているパイロット県からの研修対象者の選定は予期したとおりに進んでいない。

研修の内容については、フォーカスグループインタビュー（まだセフロのみ）及びヘルスセンターでの助産師インタビューの結果から、リスクのある症例の見分け方がよりの確になった点、学校で習っていなかった IUD の挿入技術を習得することができた点などについて満足しているという意見が多く聞かれた。また、研修によるコミュニケーション能力の向上により、クライアントである妊産婦のみならず、同僚との意思疎通がスムーズになったという声も出ていた。妊産婦側の満足度については今回調査を行っておらず、助産師側も「常に同じ人が来るとは限らない」という理由で、満足度の変化については認識していない。この点については、セフロ県病院が 2007 年 7 月第 1 週に産科での利用者満足度調査を行う予定であり、参考としてこの結果を活用できると考えられる。

(2) 県保健支局におけるマネジメント能力の確立

パイロット県での活動をマネジメントする県保健支局の能力は着実に向上している。県レベルの研修に関しては年間計画に基づいて研修が実施されており、2006年にはセフロ県では実施率 100%を達成、研修後のスーパービジョンも計画どおりに行われている。ただし、イフラン県では、研修の実施率は 100%であるものの、車輛確保の問題があり、スーパービジョンが計画どおりなされていないという課題が残されているが、故障した車輛の修理や配車スケジュールの適正な管理により対応可能な部分もあると考えられ、マネジメント能力を一層強化することが必要となっている。

継続教育のための経費については、国・州レベルの研修に関しては大学病院の医師を講師に招いており、期間も2週間の長期に及ぶため、講師謝金、参加者の日当・交通費は現在のところすべてプロジェクトから支出されている。一方、県レベルの研修については期間も1～2日程度と短く、参加のための交通費も少額で済むことから、日当・交通費を支払わずに実施する制度が浸透しつつある。参加者も研修は自分の能力向上のために受ける

ものであり、日当が支払われなくても受講したい、という意欲を示しており、県レベルの研修については経費をかけずに実施する体制が整う見込みである。

プロジェクトの経費として、モ国側はオフィススペース、そこで発生する電気代を負担しているほか、カウンターパートの移動に伴う日当・交通費を負担している。このほかの活動経費としては、巡回診療のためのガソリン代とスタッフの日当の負担がある。「巡回診療予算」という独立予算はないものの、ガソリン代は保健省からのクーポン券、スタッフの日当は「移動にかかる食費」という経費から支出されており、この点に関しては現段階では不足はない。

(3) IEC 活動の実施

IEC に関しては、巡回診療時に行われるものは計画に基づいて実施がなされているが、各ヘルスセンターでは特に実施計画はなく、「妊婦がたくさん来ていれば行う」という姿勢が一般的である。しかし、ヘルスセンターのカバー地域において、リプロダクティブエイジの女性すべてに IEC を実施するためには、年間計画の策定と、それに基づく参加者への呼びかけが不可欠であり、ヘルスセンターの指導のうえで SIAAP の能力強化が必要である。

(4) 巡回診療サービスの実施

巡回診療に関しては3カ月ごとに計画が策定され、日本から供与された車輛を用いて活動が進められている。悪天候の場合は住民が集まらないため中止するケースもあるが、セフロ県では後日振り替えで実施する体制が整っており、同県の2006年の計画実施率はほぼ100%を達成している。一方、イフラン県では振り替えの体制も弱く、同年の実施率は58%にとどまっている。

(5) 案件目標の達成状況

女性の手帳の導入、母親学級の開催などを通じて、モ国保健省による女性の健康を守るための活動の範囲は広がりを見せている。継続教育の実施により、パイロット県における病院・ヘルスセンターでの妊産婦ケアが標準化されたことに加え、スーチアン・クリニックの実施により、カルテによる経過観察の質が高まるとともに、ヘルスセンターから病院へのリファーが適切に行われるようになった。さらに、リファーを受けた病院は患者の経過についてヘルスセンターに確実にフィードバックを行うようになり、リファーを行った助産師はその行動が適切であったのか確認できるとともに、症例について学ぶ機会が得られるようになり、妊産婦ケアの質の向上につながっている。スーチアン・クリニックは、経費はプロジェクトにより負担したものの、大学病院の人材などモ国側のリソースを用いて実施したものであり、医療スタッフの意識の改善に大いに貢献する試みとなった。

4-1-3 効率性

長期専門家の確保はプロジェクト実施のうえで大きな課題となった。保健省アドバイザーのサポートに加え、プロジェクトでは常時2名の体制を予定していたが、仏語の話せる専門家の確保が困難となり、当初は1名体制でスタートせざるを得なかった。もう1名の専門家の参加

は7カ月後となったため、継続教育計画策定のうで1年目のスケジュールに大幅な遅延が生じた。さらに、任期満了や体調不良に伴う専門家の交代もあり、3年間に赴任した長期専門家は5名に上り、プロジェクトの効率的な実施に影響を及ぼした。

こうした体制を補ったのが短期専門家の存在である。日本赤十字九州国際看護大学の協力により、短期ではあるものの1人の専門家が複数回指導に訪れ、継続性が保たれるとともに、短期での投入により効率的なプロジェクト実施にもつながった。同大学の短期専門家は、前年度の評価に基づき継続教育プログラムの改善を行い、プログラムの質の向上に大きく貢献した。また、同大学は母国からの国別研修の受入先となり、継続教育プログラムの構築と一体化した研修プログラムの提供により、プロジェクト実施のうで相乗効果をもたらした。

機材については、現地ニーズに応じて必要最小限の計画的な投入がなされ、予算状況を考慮して超音波診断装置や巡回診療車などの追加的投入が行われ、効率的に使用されている。

プロジェクト実施のタイミングは、無償資金協力の終了後、ほどなくスタートしている点、同時平行的に無償の対象となった州から国別研修の研修員を送り出している点で順調に運んでおり、効率的な活動実施につながった。また、パイロット県であるイフラン県に隣接するメクネス県には、帰国研修員の要請に基づき、母親学級指導のためのシニアボランティアが配属され、順調に活動が進められており、こうした活動はセフロ、イフランの両パイロット県にも良い刺激を与えている。

4-1-4 インパクト

セフロ、イフランの両県では、重篤なケースを州都の病院に移送しているため、病院での妊産婦死亡は皆無であったが、この状態はプロジェクトの実施期間中も維持されている。

継続教育とその後のスーパービジョン、及びスーチアン・クリニックの実施により、ヘルスセンターのレベルにおいて、カルテの記載漏れが減り、妊婦の状態が的確に把握されるようになった点、またリスクのある出産に関する診断能力が高まり、適切なリファールが行われるようになった点がこの背景にあると考えられる。

プロジェクトの枠内で本邦研修を受けた人は8名であるが、2002年から開始された国別研修の修了生は保健省人口局局長をはじめ、各県の関係者など計60名おり、それぞれの立場からプロジェクトに協力している。帰国研修員の活動で特筆すべき事項は、日本の「母子手帳」を参考に「女性の手帳」を考案し、全国に普及させている点と、日本の例を参考に「母親学級」を県病院レベルで開催・定着させ、2007年6月現在、ヘルスセンターレベルでの試験的な開催に広げているという点である。これらは帰国研修員による自発的な活動である。メクネス県では母親学級の開催以降、産前健診の受診率が向上するなどの効果が見られる。

帰国研修員によるプロジェクトへの協力姿勢が強い反面、本邦研修の対象として選ばれなかった人の間には、プロジェクトに対して非協力的なムードも見られる。継続教育においては、助産師のトレーナーとして産科医の役割が重要であるが、専門医はこれまでプロジェクトの方針として本邦研修の対象としていなかった。特に、セフロ県病院の産科医は本人の能力の問題もあり、本邦研修の対象から外されている。さらに、セフロ県ではSIAAPの選定した継続教育のワーキングメンバーにも産科医が含まれておらず、彼らはプロジェクトの計画立案時に参加できなかった点に不満を覚えているという指摘もある。そのため、彼らは職務としてプロジェクトに必要な任務は果たしているが、積極的にプロジェクトに協力するレベルには至っていない。

い。この点、イフラン県では県病院の産科医がワーキングメンバーにも入っており、2007年度の本邦研修の対象としても予定されているため、協力的な体制が保たれている。

プロジェクトの阻害要因は特にはないが、対象地域の1つ、南部のグルミン州は地理的に離れており、移動には1日を要するため、時間的な制約から日本人専門家によるサポートは少なかつた。しかし、帰国研修員を中心に自発的なプロジェクト運営が行われており、期待以上の成果が上がっている。

また、プロジェクトによるインパクトの1つとして、モロッコ人の意識の変化があげられる。モロッコ人では、「研修で学んだ知識は自分だけのもの」という意識が強く、それを他人にシェアすることを惜しむ傾向があったが、プロジェクトによって「国・州・県レベルの研修で受けた知識を、職場に戻ってシェアする」という姿勢が定着しつつあり、研修の波及効果が生じている。

このほか、文化的なインパクトも生じている。コミュニティレベルでは、イスラム社会の慣習として女性（特に妊婦）が外出することを好まない風潮があるが、IEC活動により産前健診の重要性について理解が徐々に広まり、夫や姑の中には産前健診や母親学級への参加のため、嫁が病院やヘルスセンターへ行くことを奨励する動きも出始めている。メクネス県の例では、姑が嫁に付き添って母親学級に参加したり、母親学級の日を「外出してもよい日」と位置づけ、服装にも気を配って出かけてくるなどの変化が見られる。

4-1-5 自立発展性

(1) 組織面

県レベルで確認した限りにおいては、保健省による制度化の動きは出ていない（保健省次官、人口保健局局長に要確認）。セフロ、イフランの両県は、県保健支局長以下のキーパーソンが、継続教育のうち県単位で行うもの、IEC活動、巡回診療に関しては今後も必要な活動であると認識しており、プロジェクトの終了後も責任を持って継続していくと確約している。

組織体制及びビスタッフに関しては、県保健支局内に運営体制が構築されているため、現行の体制で活動の継続に支障はない。

外部機関の支援に関しては、看護学校や大学病院など、必要に応じて協力を要請する体制は整っているが、そのために必要な経費はプロジェクトが負担している状態であり、経費の確保については課題が残っている。

(2) 財務面

活動の維持に必要な予算については、国・州レベルでの予算措置はないものの、県レベルでは経費を最小限に抑える体制が整えられている。国・州レベルの研修は、UNFPAなどドナーの支援により継続される見込みである。

1) 継続教育

参加者への日当は、2006年まで県の水準に従いプロジェクト経費で負担していたが、プロジェクト終了の準備段階として、2007年より支給をストップした。継続教育に関して、日当以外の必要経費として休憩時の茶菓代があるが、これは県保健支局の経常予算のうち、「会議費」の費目の中から支出される予定である。

2) IEC

IEC 実施のうえで必要なツールは配布済みであり、活動継続のうえで必要な経費は発生しないため、経費面での問題はない。

3) 巡回診療

実施のうえで必要な経費は巡回診療車のガソリン代及びスタッフの日当であり、この費用は既にモ国側が負担している。ガソリン代は県の経常予算に含まれず、保健省から支給されるクーポン券を使用しており、不足が問題になることはない。スタッフの日当については県の経常予算のうち、「移動にかかる食費」という費目から支出され、特に問題はない。

(3) 技術面

プロジェクトの活動のうち、「継続教育」はモ国内の人材を活用して行っており、自立発展性には問題はない。また、県レベルでの活動を担うワーキンググループメンバーはこれまで退職者もなく、今後3～4年は現在の職場にとどまる予定であり、プロジェクトによって構築された活動のマネジメント体制は維持されると考えられる。

機材については供与先が12カ所に上るが、どこでも適切に維持管理が行われ、よく活用されている。機材の維持管理のトレーニングを受けたセフロ県保健支局のテクニシャンは、セフロ県のみならず、イフラン県においても機材を扱う助産師・看護師に対して維持管理のトレーニングを行い、内部での技術移転が進んでいる。

4-1-6 外部条件

モ国では、県病院での出産件数の増加に伴う産科病棟の負担増に対応するため、2005年3月以降、県病院での出産を有料化（正常分娩の場合250DH）した。保健センターでの分娩は従来どおり無料である。有料化措置に伴い、県病院での出産件数の増加は鈍化しているが、無料である保健センターの出産件数にも増加が見られない。この背景には、施設での分娩に関する社会的、文化的要因もあると分析され、IEC活動等によって意識の変化を促していくことが必要であると考えられる。

4-2 結論

プロジェクトの実施スケジュールに遅れが生じたため、現段階では各種の指標は完全には達成されていないが、プロジェクトは活動の中心であった「継続教育モデルの確立」をすでに達成し、パイロット県での定着を目指す段階にある。プロジェクトの活動内容はモ国側に高く評価されており、パイロット県における活動の運営体制も整っていることから、プロジェクト終了後も継続されることが見込まれる。また、女性の健康手帳の考案や母親学級の創設など、プロジェクトから派生した活動についても今後の発展が期待され、総じてプロジェクトの評価結果は非常に高いといえる。

今後は、継続教育モデルの他県、他州への普及に向けて、保健省及び州の強いイニシアティブが求められる。

第5章 提言と教訓

5-1 提言

5-1-1 パイロット県におけるマネジメント体制の強化

継続教育、IEC 活動、巡回診療の活動推進に係る「県保健支局のマネジメント体制」はセフロ、イフランの両県において既に構築され、この体制の下で活動計画が策定されているが、イフラン県においては継続教育後のスーパービジョンが計画どおりに実施されていない点など、人的・物的体制の弱さが課題となっており、マネジメントの強化が必要となっている。

5-1-2 パイロット県の助産師・看護師を対象とする SONU や CPN などの継続教育の実施

継続教育モデルは SONU（産科新生児ケア研修）や CPN（産前健診）などの大学病院のリソースにより実施している研修と、県レベルで実施されるその他の研修から構成される。3年で1サイクルの継続教育を完結させるためには、それぞれの研修の実施が不可欠である。

セフロ、イフラン県において実施されている県レベルの継続教育に関しては、県内のリソースを活用し、最小限の費用で実施するシステムが整い、保健支局内による実施体制が確立されている点で高く評価され、今後の継続についても問題はない。一方、SONU や CPN などの継続教育に関しては、ドナーの支援に依存して実施しているのが実態であるが、国・州レベルの継続教育の着実な実施に向けて、保健省が主体となり、予算確保の努力を行うとともに、計画的な事業の推進を行う体制を整える必要がある。

5-1-3 継続教育モデルの普及

継続教育モデルの全国的な普及に向けて、まずセフロ、イフランの両県が県内に活動を定着させ、その後、パイロット県を有するフェズ・ブルマン州とメクネス・タフィラレット州の2州が、州内の他県にモデルを適用していくことが重要である。地方分権化の流れの中で、州の役割は確実に拡大していくことが見込まれるため、今後、保健省によるモニタリングなどの支援の下で、州が中心となって各県にモデルを展開するという体制の構築が望まれる。

保健省、州保健局、県保健支局がそれぞれの役割分担を明確にし、何年間で、どこまでの範囲でモデルの普及を図るのかというビジョンを明確にする必要がある。

5-1-4 帰国研修員のネットワーク強化

2002年以降実施した本邦研修に参加したモ国における母子保健分野の帰国研修員は60人に達している。保健省人口局、大学病院の中央レベルの人材をはじめ、フェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン州の3州では、支局長以下のキーパーソンが本邦での研修を受けており、本プロジェクトの円滑な運営に大いに貢献した。今後は、これらの帰国研修員のネットワークの一層の強化を図り、帰国研修員が主体となって、上記3州の各県における継続教育モデルの実施、母親学級の開催など、具体的な活動を進めていくことが期待される。

5-1-5 コミュニティとの連携強化

本プロジェクトによる IEC 活動、巡回診療及びプロジェクトから派生した母親学級の展開を通じて、コミュニティの妊産婦とのコミュニケーションは改善されてきたが、2006年の産前健

診のカバー率はセフロ県 60%、イフラン県 79%にとどまっており、住民の一部には、依然としてヘルスセンターのサービスが浸透していない。

こうした住民へのアプローチを進め、今後、一層の妊産婦ケアの充実を図るためには、ヘルスセンターとコミュニティのリーダーたちとの連携を強化し、リプロダクティブエイジの女性のみではなくその家族も含めて、産前健診や施設分娩についての意識啓発を徹底していくことが重要である。

5-1-6 他セクターとの連携強化

妊産婦ケアを含むリプロダクティブヘルスの充実に向けては、保健分野のみならず、教育やジェンダーの視点によるアプローチの強化を図ることが重要である。特に、青年・スポーツ省などとの連携のうえで、青年期を中心とする世代を対象として、リプロダクティブヘルスの知識の普及を進めることが必要である。具体的には、学校、青年の家、女性の家などを拠点として、IEC 活動、巡回診療などのヘルスセンターによる活動の PR や、女性の健康手帳などの既存のツールの利用を呼びかけるほか、これらの施設において、県保健支局のスタッフによるリプロダクティブヘルスの出前講座を開催するなどの活動が考えられる。

5-1-7 第三国研修の実施

2002 年以降、日本はモ国において母子保健分野の協力を進めており、保健省及び県レベルにおける人材の専門性の強化に貢献した。モ国は母子保健分野における専門性の高い人材を有し、研修に必要な施設・機材についても整備されていることから、西アフリカ諸国への支援を行うに十分な能力を有する。既に、モ国は周辺諸国からの研修受入れ実績を有し、2006 年には JICA の資金協力によりベナン国からの研修員の受入れを行っている。西アフリカ諸国は、母子保健分野において高い開発ニーズがある一方、限られたリソースを効率的に活用するためにも、今後は、日本、モ国双方の更なる協調により、西アフリカ諸国への支援を進めていくという体制を強化することが必要となっている。

5-1-8 日本によるプロジェクト終了後の継続的支援

継続教育、IEC 活動及び巡回診療というプロジェクトによる 3 つの活動は、2 県のパイロット県において本格的に動き始めたばかりであり、活動の定着に向けて、両県ともにモニタリングや支援が必要である。プロジェクトから派生した母親学級の活動に関しては、ヘルスセンターレベルにおいてははまだ試験的実施の段階であり、個別専門家によるモニタリングや指導が得られれば、活動の定着化につながると考えられる。

5-2 教訓

5-2-1 2カ所のパイロット県設置によるメリット

一般的に、パイロット県を複数設置することは、フォローアップの面で多くの時間や手間を要する点が課題となる。本プロジェクトにおいても、パイロット県を 2 県設置したことにより、フォローアップや両県の調整などに多くの時間を要した反面、得られたメリットはその投入を上回るものであった。そのメリットとは、互いの存在が刺激となり、それぞれの経験から学び合うことで 2 県の協調関係が生まれたことである。両県は毎月意見交換会を行い、それぞれの

取り組みや成果、指標の変化を確認しながら活動を進め、相乗効果もたらされた。

5-2-2 帰国研修員による貢献

2002年以降、保健省・大学病院やフェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州、グルミン州の3州では、県保健支局長をはじめとするキーパーソンが本邦での研修を受けており、その数は2007年6月現在60人に及ぶ。これらの帰国研修員は中央及び県のレベルでプロジェクト実施の担い手として力を発揮したのみならず、女性の健康手帳の発案と全国展開、母親学級の創設など、プロジェクトの活動範囲を超えた自主的な取り組みがなされ、こうした活動によりプロジェクトの成果が一層高まった。

5-2-3 日本赤十字九州国際看護大学による貢献

プロジェクトの国内協力機関であった日本赤十字九州国際看護大学は、短期専門家の効率的派遣により、プロジェクトの活動推進に寄与するとともに、モ国で展開されるプロジェクトの内容と一体化した本邦研修のプログラムを構築し、国内関係機関とともに、モ国の現状に配慮した本邦研修を提供した。また、研修後のフォローアップ活動も的確に行われた。こうした一連の貢献の成果が、女性の健康手帳や母親学級などの帰国研修員による自発的な活動に結びついている。

5-2-4 日本・モ国双方の人間関係を重視したプロジェクトの展開

終了時評価の期間中、保健省や県保健支局の関係者の中から、これまでプロジェクトの長期専門家として派遣された日本人専門家の名前やその活動についての感謝の声が数多く聞かれた。モ国でのプロジェクト実施においては「人と人」の関係が重要であり、個人的なネットワークがなければ、情報や資料を収集することも容易ではないといわれる。その点、2002年の無償資金協力当時から、母子保健分野におけるモ国への支援に関わってきた和田専門家（プロジェクト総括）によって構築された保健省での人間関係が、プロジェクトのベースとして機能し、パイロット県の2県を含むフェズ・ブルマン州、メクネス・タフィラレット州及びグルミン州における様々な活動の成果に結びついたことは特筆すべきである。

第6章 所 感

本終了時評価調査は所定の評価手法に従い、「モロッコ地方村落妊産婦ケア改善プロジェクト」の活動評価を行った。評価結果は記述のとおり、県保健支局のマネジメントの強化、国・州レベルの研修の予算確保等の課題があるものの概ね適切に進捗しており、帰国研修員による母子保健関連国内ネットワークの確立、女性健康手帳の開発と定着、母親学級の普及などモ国内の母子保健強化に結びつくインパクトの大きな成果が生まれている。

以下に本調査団長として、本プロジェクト成果発現の分析とプロジェクト成果を活かした今後事業展望について所感を述べる。

6 - 1 成果発現の分析

本プロジェクトの成果達成に貢献した主要な要素について、以下の4点が想起される。効果的な事業アプローチとして、今後の事業形成の参考としていきたい。

(1) 計画的かつ集中的な本邦研修、ならびに連携した専門家派遣

本報告書第4章に詳細記述のとおり、本プロジェクトはプロジェクト開始以前の2002年から現在まで60名のカウンターパートを国別研修プログラムを通じて日本赤十字九州国際看護大学の支援の下、計画的に本邦研修に受け入れてきた。行政、病院管理、地域看護の各レベルのカウンターパートが日本（特に福岡県宗像市）での地域看護の実践を現地研修し、帰国後に国内の研修員ネットワークを通じて研修成果を直接プロジェクト活動に反映させることが容易にできた。また、本邦研修の実施に協力いただいた大学関係者が専門家として現地で直接技術支援を行ったことも体系的な事業支援を可能とした。

(2) 女性の健康手帳の導入

カウンターパートの医師・看護師が本邦研修で関心を持った母子手帳を現地事情に合わせて改良し、「女性健康手帳」を開発、UNFPAの支援を受けて無料配布を試行し、現在は有料化され全国的に普及し始めている。女性健康手帳は従来の母子手帳に比べ、一層女性自身の健康ケアを配慮した内容となっており、地域の女性の意識啓発に果たす役割は大きい。

(3) モ国側の実施能力の高さ

モ国保健省ならびに大学病院は、これまでもイスラム開発銀行やUNFPA等の支援を受けつつ、国内保健機関だけでなく仏語圏アフリカ諸国に対する技術支援を行ってきており、その実施能力ならびに技術能力は近隣諸国に比して高い。大学病院は国内の保健サービス機関への技術支援体制も有しており、保健医療従事者の技術向上を図る潜在的な体制は十分に備わっている。

(4) 無償資金協力事業、ボランティア事業との連携

2002年に対象地域の保健医療施設に対して、施設（保健センター建設）ならびに医療器材整備の無償資金協力事業が実施され、同施設、機材が活用できたこと、またシニアボランティアの小児科専門医1名、保健師1名、小児科看護師1名の派遣も対象地域に対して行われ

ており、コミュニティレベルでの事業連携をもとにコミュニティの現状やニーズに合わせたプロジェクト展開を図っている。

6 - 2 今後の事業展望

プロジェクト終了時までの対応については既述したとおりだが、プロジェクト終了後の事業成果を活かした将来事業の展望を以下のとおり提言したい。

(1) モロッコ国内における事業成果の定着と普及

評価結果では、プロジェクトは所定の成果を上げつつあるとの判断をしているが、事業成果の定着と周辺への普及という点においては、依然としてパイロット県（イフラン県）での継続教育スーパービジョン等のマネジメント能力強化、保健省による国・州レベルの研修実施にかかる予算確保と計画的な実施、対象州の州保健局の能力強化等の課題が残っている。また、今後の協力事業として検討中の「内陸部地域総合開発プログラム」においても女性健康手帳や母親学級等の活動を普及させる計画もある。こうした本プロジェクト成果を広く国内に波及定着させていくことが今後の課題であり、プロジェクト終了後も個別専門家派遣などにより支援を継続していくことが必要である。

(2) モ国政府と連携した仏語圏アフリカに対する三角協力の実施

本プロジェクトがモ国における妊産婦ケア改善の体制作り在所期の成果を上げつつあること、モ国保健省は周辺国への技術支援に積極的であること、本邦の仏語圏アフリカに対応する保健協力人材が不足している中でモ国人材の専門家派遣も可能であることから、今後、モ国関係機関と連携することで効果的な仏語圏アフリカの母子保健分野の支援が可能となる。

(3) 第三国研修の実施

現在要請の上がっている第三国研修については現地実施能力も高く、周辺国のニーズも高いことから、2007年度実施に向け調整を行う。その効果発現を確実にさせるため、日モ双方関係者による事前の各国ニーズ調査を行う。対象国は JICA 事務所の存在する仏語圏アフリカの国を優先する。

(4) 仏語圏アフリカ母子保健広域プログラムの実施

第三国研修の成果を活かしつつ、参加国に対して継続研修、母親学級等の IEC 活動、女性の健康手帳の普及等、妊産婦ならびに新生児ケアの向上に貢献する技術協力プロジェクトを広域プログラムとして実施検討する。その際、モ国関係者を第三国専門家として積極的に活用する。

なお、広域事業の展開にあたっては、所管の中西部アフリカ支援事務所及び既に第三国専門家の派遣実績のあるチュニジア事務所との調整もしつつ、支援拠点体制を整備していく。また事業の効果的拡大については、母子手帳や女性の健康手帳の普及で JICA との協力実績のある UNFPA 等国際機関との連携を図る。